



วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล  
Journal of Health and Nursing Research

ISSN Online 2697-5041

ปีที่ 35 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2562

Vol. 35 No. 3 September – December 2019

|                   |                            |                                   |
|-------------------|----------------------------|-----------------------------------|
| บรรณาธิการ        | ดร.ขวัญตา บุญวาศ           | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ |
| ผู้ช่วยบรรณาธิการ | ดร.สุภาพร วรรณสันทัด       | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ |
|                   | ดร.กฤษฎณาพร ทิพย์กาญจนเรชา | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ |

กองบรรณาธิการ

ศ. เกียรติคุณ ดร.พิมพ์พรรณ ศิลป์สุวรรณ

รศ. ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล

รศ. ดร.ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์

ผศ. ดร.ละเอียด แจ่มจันทร์

ผศ. ดร.วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร

ดร.ศุภกรใจ เจริญสุข

ดร.พรฤดี นิธิรัตน์

ดร.ณัฐวรรณ คำแสน

ดร.กสิณแก้ว จันทร์หงษ์

ดร.กุลธิดา พานิชกุล

ดร.ศิริธร ยิ่งแรงเรือง

ดร.พิมพ์รัตน์ ธรรมรักษา

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

นายกสมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

นักวิชาการอิสระ อดีตอาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ

สำนักงาน: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ  
2/1 ถนนพญาไท แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400  
โทรศัพท์ 0-2534-8241 ต่อ 3405  
โทรสาร 0-2354-8251  
e-mail: journalbcn@bcn.ac.th  
<http://www.tci-thaijo-org/index.php/bcnbangkok>

วัตถุประสงค์:

1. เผยแพร่บทความวิจัยและบทความวิชาการทางการแพทย์และศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง
2. เป็นสื่อกลางแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ทางการแพทย์ การศึกษา และศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง
3. เป็นแหล่งเสนอผลงานวิชาการของบุคลากรสุขภาพ

การเผยแพร่วารสาร ปีละ 3 ฉบับ คือ

ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน

ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม

ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม

ฝ่ายจัดการวารสาร

ดร.กฤษฎณาพร ทิพย์กาญจนเรชา

อาจารย์ศศิวิมล บุรณะเรช

ดร.พิมพ์รัตน์ ธรรมรักษา

เจ้าของ: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ  
พิมพ์ที่

สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โทร. 02-218-3549-50 โทรสาร. 02-215-3612

cuprint@hotmail.com

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิประเมินคัดกรองคุณภาพบทความวิจัยและวิชาการ  
วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล  
Journal of Health and Nursing Research

ปีที่ 35 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2562 Vol. 35 No. 3 September-December 2019 ISSN Online 2697-5041

- |                                         |                                                                        |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| 1. ผศ.ดร.สุทธิพร มุลศาสตร์              | สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช                      |
| 2. ผศ.ดร.สมนึก สุกุลหงส์โสภณ            | คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์                                    |
| 3. รศ.ดร.จิณพิชญ์ชา มะมม                | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต                      |
| 4. รศ.ดร.จินตนา วัชรสินธุ์              | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา                                       |
| 5. รศ.ดร.อาภาพร เผ่าวัฒนา               | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล                                    |
| 6. พ.ท.หญิง ผศ.ดร.ปราณี อ่อนศรี         | สำนักงานปฏิบัติการกิจรักษาความมั่นคงภายในกองทัพบก                      |
| 7. ผศ.ดร.วิรัตน์ กิตติพิชัย             | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล                                    |
| 8. ผศ.ดร.ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์           | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา                                       |
| 9. ผศ.ดร.รัชนิกร อุปเสน                 | คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย                                  |
| 10. ผศ.ดร.ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง        | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล                                       |
| 11. ผศ.ดร.วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร       | นักวิชาการอิสระ อดีตอาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์<br>มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| 12. ดร.สุทธิดา พงษ์พันธ์งาม             | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา                                       |
| 13. ดร.อรรณพ แผนคง                      | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท                                    |
| 14. ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา                | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี                                      |
| 15. ดร.สุภาพร วรรณสันทัด                | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ                                       |
| 16. ดร.อัญชญา จุลศิริ                   | วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี                              |
| 17. ดร.รุ่งลาวัลย์ เอี่ยมกุศลกิจ        | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม                      |
| 18. ผศ.ดร.สมรภาพ บรรณหารักษ์            | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น                                     |
| 19. ดร.กฤษณาพร ทิพย์กาญจน์เรชา          | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ                                       |
| 20. ดร.สิรินาถ ศรีอำพร                  | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ                                       |
| 21. ดร.อรนุช ชูศรี                      | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต                                    |
| 22. ดร.ยุพาภรณ์ ตีรไพรวงศ์              | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี                                      |
| 23. ดร.ปาณิสรา ส่งวัฒนายุทธ             | วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี                              |
| 24. ดร.ศุภณารี เกษมมาลา                 | คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ                             |
| 25. ดร.วิไล นานา                        | คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล                       |
| 26. ดร.สุภาพร วรรณสันทัด                | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ                                       |
| 27. ดร.ศุภาพิชญ์ มณีสาคกร โพน โบร์แมนน์ | สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี                      |
| 28. ดร.ปรีศนีย์ ศรีกัน                  | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา                                         |
| 29. ดร.กลีบแก้ว จันทรหงษ์               | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ                                       |
| 30. ดร.กุลธิดา พานิชกุล                 | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ                                       |
| 31. ดร.ลัภณา กิจรุ่งโรจน์               | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์                               |
| 32. ดร. สุดคนึง ฤทธิ์ฤทัย               | สำนักงานสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ กระทรวงสาธารณสุข                     |
| 33. ดร.พิมพ์รัตน์ ธรรมรักษา             | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ                                       |

**สารบัญ**  
**ปีที่ 35 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2562**

**บทความวิจัย**

|                                                                                               |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมในผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม             | 1   |
| พิศมัย วรรณขาม สุทธิพร มุลศาสตร์ ฤทธนาพร ทิพย์กาญจนเรขา                                       |     |
| ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่ออาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า          | 13  |
| เยาวนาถ คำแก้ว รังสิมันต์ สุนทรไชยา มุทิตา พนาสลิติย์                                         |     |
| การศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทยในจังหวัดชัยนาท                                           | 24  |
| จารุวรรณ ก้านศรี ชูติมา มาลัย ศศิวิมล บุรณะเรข อภินันท์ บุซบก                                 |     |
| ผลของโปรแกรมส่งเสริมการทำหน้าที่ของสมองสำหรับผู้สูงอายุต่อการรู้คิดและพฤติกรรมการป้องกัน      | 34  |
| ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ                                                                    |     |
| กัมปนาท ส้ารวมจิต สุนีย์ ละกะปิ่น ขวัญใจ อำนางสัตย์เชื้อ                                      |     |
| ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วย   | 46  |
| โรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา                            |     |
| พิภพ ดีแพ กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม นพณัฐ จำปาเทศ                                                |     |
| ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันกับระดับคุณภาพชีวิต         | 60  |
| ของผู้สูงอายุไทยในบริบทพื้นที่จังหวัดชัยนาท                                                   |     |
| อิทธิพล ดวงจินดา ปริญดา ศรีธราพิพัฒน์                                                         |     |
| จันทร์จิรา อินจัน ปารวีร์ มั่นพัก                                                             |     |
| ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร           | 74  |
| ในวัยรุ่นหญิงตอนต้นโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร                                                |     |
| สิริกร ศรีเมือง อาภาพร เผ่าวัฒนา สุนีย์ ละกะปิ่น                                              |     |
| การประเมินส่งเสริมสุขภาพในสถานประกอบการในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบสุขภาพอำเภอ       | 86  |
| เครือข่ายพยาบาล ภาคตะวันออก ประเทศไทย                                                         |     |
| พนารัตน์ เจนจบ วรรณภา ประทุมโทน สมตระกูล ราศิริ พรเพ็ญ ภัทรากกร                               |     |
| ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชน                            | 98  |
| คัมภีร์พรรณ สาชิน ภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์ ดวงใจ วัฒนสินธุ์                                       |     |
| การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนบนวิถีวัฒนธรรมภูมิปัญญา                                   | 112 |
| เพ็ญศรี ทองเพชร ชุติพร หิตอักษร โสทรธิย์ แพน้อย ปิยะดา ยุ้ยฉิม พูนศรี จินด้าง                 |     |
| ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง                                    | 120 |
| เพ็ญศรี เขียวเขว่า วิณา เทียงธรรม เพลินพิศ บุญยมาลิก                                          |     |
| ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยในบุคลากรเทศบาลอำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี | 133 |
| ปฐนภา ตระกูลไพศาล นิสากร กรุงไกรเพชร สุวรรณ จันทรประเสริฐ                                     |     |
| การประเมินหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลฉุกเฉิน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ      | 145 |
| อุบล สุทธิเนียม เสมอจันทร์ ชีระวัฒน์สกุล ปรียาวรรณ วิบูลย์วงศ์                                |     |
| ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอดที่มีมารับบริการที่โรงพยาบาลราชวิถี                    | 158 |
| สุภัสสรา ภูเมฆ เอกชัย ไคววาสารัช มาลี เกื้อนพกุล วรัญญา แสงพิทักษ์                            |     |
| ภาวะผู้นำและนวัตกรรมในองค์กรภาครัฐ: การทบทวนอย่างเป็นระบบ                                     | 171 |
| นิตยา ถนอมศักดิ์ศรี เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย นฤมล ปทุมรักษ์                                      |     |

**สารบัญ**  
**ปีที่ 35 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2562**

|                                                                                                                        |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| การพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ เรื่องการบำบัดด้วยออกซิเจนในเด็ก สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์<br>วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ | 185 |
| โสภา รักษาธรรม พัชรี วัฒนชัย จารุวัส หนูทอง                                                                            |     |
| ความสามารถในการบริหารเวลาของนักศึกษาพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี<br>วิรงค์รอง ชมภูมิ่ง                                  | 199 |
| <br><b>บทความวิชาการ</b>                                                                                               |     |
| ความฉลาดทางอารมณ์กับพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น<br>พิมพ์รัตน์ ธรรมรักษา อาภาพร เผ่าวัฒนา                                   | 212 |
| การส่งเสริมคุณภาพชีวิต: กรณีศึกษาผู้ป่วยอัมพาตใบหน้า<br>ศรีสุนทรา เจริมวรพิพัฒน์ จินตนา รังษา                          | 224 |
| โปรแกรมพัฒนาผู้ดูแลเด็กสมองพิการ: การทบทวนวรรณกรรม<br>สุภาพร วรรณสันทัด สิงห์ กาญจนอารี                                | 235 |

# Content

## Volume 35 Number 3 September-December 2019

### Research Articles

|                                                                                                                                                                                                                                                          |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| The Effectiveness of a Holistic Health Care Program in Older Adults Risking to Dementia<br>Pitsamai Wannakham Sutteeporn Moolsart Kitsanaporn Tipkanjanarakha                                                                                            | 1   |
| The Effects of a Cognitive-Behavioral Therapy Program on Insomnia among Elderly Patients with Major Depressive Disorder<br>Yaowanat Khamkaew Rangsiman Soonthornchaiya Muthita Phanasathit                                                               | 13  |
| A Study of Geriatric Depression among Thai Elderly in Chainat Province<br>Jaruwan Kansri Chutima Malai Sasowimon Boonranarek Aphinan Busabok                                                                                                             | 24  |
| Effects of a Brain Function Promoting Program on Cognitive Function and Dementia Prevention Behaviors for Older Adults<br>Kampanach Samruamchit Sunee Lagampan Kwanjai Amnatsatsue                                                                       | 34  |
| Factors Related to Health Promoting Behaviors for Cardiovascular Disease Prevention among Diabetes with Hypertension Patients in Muang District, Chachoengsao Province<br>Pipop Deepae Kamontip Khungtumneam Nopphanath Chumpathat                       | 46  |
| Factors Related to the Activities of Daily Living and Quality of Life among Thai Elderly in Chai Nat Province<br>Aittiphol Duangchinda Parinda Sritarapipat Janjira Injeen Parawee Manfak                                                                | 60  |
| The Effects of Health Literacy Promotion Program on Teenage Pregnancy Prevention among Early Adolescent Girls in School under Bangkok Metropolitan Administration<br>Sirikron Srimuang Arpapon Powwattana Sunee Lagampan                                 | 74  |
| The Evaluation of Strengthening Health – Promoting Workplaces Using a Community - Based Participatory (CBPR) Approach to Enhance Eastern District Health System in Thailand<br>Panarat Chenchob Vannapa Prathumtone Somtrakul Rasriri Pompen Pattarakorn | 86  |
| Factors Influencing Mental Health Status of Professional Nurses in a Private Hospital<br>Khampeerapan Sachin Pornpat Hengudomsub Duangjai Vatanasin,                                                                                                     | 98  |
| Self-Care of Diabetic Patients in the Community on the Culture of Wisdom<br>Phensri Thongphet Chuleeporn Heetakson Soratree Phaenoi Piyada Yuychim Phonsri Jeendong                                                                                      | 112 |
| The Effect of the Cerebral Vascular Disease Prevention Program in High Risk Group Patients<br>Pensri Khiawkhawo Weena Thiangtham Plernpit Boonyamalik                                                                                                    | 120 |
| The Effect of Self-Regulation Program on Helmet Wearing Behavior among Municipal Staffs, Sriracha District, Chonburi Province<br>Poonrapa Trakulpaisan Nisakorn Krungkraipetch Suwanna Junprasert                                                        | 133 |
| An Evaluation of the Nurse Specialty Program in Emergency Nursing Boromarajonani College of Nursing, Bangkok<br>Ubol Suttineam SmerchanTeerawatskul Preeyawan Vibulwong                                                                                  | 145 |
| Factors Predicting Depression of Postpartum Mother in Rajavithi Hospital<br>Soopussara Pumek Ekachai Kovavisarach Malee Keanoppakun Waralya Sangpitak                                                                                                    | 158 |
| Leadership and Organizational Innovation for Public Sector: A Systematic Review<br>Nitaya Thanomsaksri Phechnoy Singchangchai Narumon Pathumarak                                                                                                         | 171 |

**Content**  
**Volume 35 Number 3 September-December 2019**

|                                                                                                                                                                                               |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| The Development of Video Lesson on Oxygen Therapy in Children for<br>Nursing Students at Boromarajonani College of Nursing, Bangkok<br>Sopah Raksatham Patcharee Wattanachai Jaruwat Noothong | 185 |
| Time Management of Nursing Students at Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi<br>Wirongrong Chompuming                                                                                 | 199 |

**Articles**

|                                                                                                                                         |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Emotional Intelligence and Risk Behaviors in Adolescents<br>Pimrat Thammaraksa Arpaporn Powwattana                                      | 212 |
| Promoting Quality of life: A Case Study of Facial Paralysis Patient<br>Srisuntra Jermworapipat Jintana Rungsa                           | 224 |
| Intervention for Training/Empowerment Caregivers of Cerebral Palsy Children: A Scoping Review<br>Supaporn Wannasuntad Sing Kanchanaaree | 234 |

## บทบรรณาธิการวารสาร

สวัสดีสมาชิกและผู้สนใจทุกท่าน วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล ฉบับนี้เป็นฉบับที่สองที่ได้ทำการเปลี่ยนชื่อจากวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ ซึ่งวารสารอยู่ในศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (TCI) กลุ่มที่ 1 ระยะเวลา 5 ปี ตั้งแต่ 1 มกราคม 2558-31 ธันวาคม 2562 เป็นกลุ่มที่สามารถใช้เป็นช่องทางการตีพิมพ์เผยแพร่ที่ได้รับการยอมรับในการจบการศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษาได้ ฉบับนี้เป็นปีที่ 35 ฉบับที่ 3 มีบทความทั้งหมด 20 เรื่อง ประกอบด้วยบทความวิชาการจำนวน 3 เรื่อง และบทความวิจัย จำนวน 17 เรื่อง โดยวารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล มีผู้สนใจส่งงานวิจัยที่มีคุณภาพหลากหลายประเด็น ทั้งทางการพยาบาล ปัญหาสุขภาพในด้านต่าง ๆ และการศึกษาทางการพยาบาล มาตีพิมพ์เผยแพร่ โดยเฉพาะปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุซึ่งเป็นประเด็นที่หลาย ๆ ประเทศกำลังให้ความสนใจ เนื่องจากสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น และเพื่อเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้สนใจสามารถนำผลงานไปใช้ให้เกิดประโยชน์ วารสารจึงเปิดช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ให้ทุกท่านได้เข้าไปอ่านบทความในวารสารบนฐานข้อมูล TCI ใน website <https://www.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok> ได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย จึงอยากเชิญชวนทุกท่านร่วมกันใช้บทความในวารสารไปอ้างอิงผลงานทางวิชาการและงานวิจัยของท่าน

ในนามของบรรณาธิการขอขอบคุณผู้ร่วมเสนอผลงานทั้งบทความวิจัย และบทความวิชาการทุกท่าน รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิในการประเมินคัดกรองบทความวิจัยที่ช่วยให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ส่งผลให้วารสารฉบับนี้มีคุณภาพและมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

สุดท้ายนี้ขอเชิญชวนผู้สนใจทุกท่านร่วมส่งผลงานเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานลงวารสารโดยผู้ที่สนใจส่งผลงานตีพิมพ์โปรดศึกษาในคำแนะนำการเตรียมต้นฉบับที่หน้าเว็บไซต์ของวารสารหัวข้อคำแนะนำการเตรียมต้นฉบับใน website <https://www.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok> แล้วพบกับบทความที่น่าสนใจได้อย่างต่อเนื่องในฉบับถัดไป

ดร. ขวัญตา บุญวาศ

บรรณาธิการ

## บทความวิจัย

ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมในผู้สูงอายุ  
ที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม

## The Effectiveness of a Holistic Health Care Program in Older Adults Risking to Dementia

Received: Jan 9, 2019

Revised: Mar 28, 2019

Accepted: Apr 19, 2019

พิศมัย วรรณขาม พย.บ (Pitsamai Wannakham, B.N.S.)<sup>1</sup>สุทธิพร มูลศาสตร์ ส.ด. (Sutteepon Moolsart, Dr.P.H.)<sup>2</sup>กฤษณาพร ทิพย์กาญจนรักษา ปร.ด. (Kitsanaporn Tipkanjanarakha, Ph.D.)<sup>3</sup>

## บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมต่อภาวะสมองเสื่อม ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในอำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี จำนวน 50 คน กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G\*Power 3.1 สุ่มตัวอย่างแบบง่าย ตามคุณสมบัติที่กำหนดเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 25 คน รวมจำนวน 50 คน เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ซึ่งพัฒนาขึ้นตามแนวคิดตามแบบจำลอง กาย-จิต-สังคม มีระยะเวลา 8 สัปดาห์ กิจกรรมประกอบด้วย (1) การอบรมเชิงปฏิบัติการ การบรรยายให้ความรู้ กิจกรรมกลุ่มฝึกทักษะการบริหารสมอง ฝึกสมาธิและทักษะการเดินบาสโลป (2) กิจกรรมการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุและแกนนำสุขภาพครอบครัว โดยพยาบาลเวชปฏิบัติร่วมกับอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ 2) คู่มือการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม 3) สมุดแบบฝึกหัดบริหารสมอง 4) แบบสอบถามมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของภาวะสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ .96 และ 1 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราก เท่ากับ .77 และ .76 5) แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .96 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราก เท่ากับ .70 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มทดลองมีภาวะสมองเสื่อม ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**คำสำคัญ:** โปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม, ภาวะสมองเสื่อม, ผู้สูงอายุ

<sup>1</sup>นักศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แผนกวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช E-mail: wannakhammai@gmail.com

<sup>2</sup>Corresponding author ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช E-mail: sutteepon@gmail.com

<sup>3</sup>อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพมหานคร E-mail: kitsanaporn.t@bcn.ac.th

<sup>1,2</sup>Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi, Thailand

<sup>3</sup>Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Bangkok, Thailand

### Abstract

The purposes of a quasi-experimental study with two-group pre-test and post-test design were to study the effects of a holistic health care program on dementia, health status, and social support of older adult risking to dementia.

The sample was the older adult risking to dementia in Kutchap district, Udonthani province. The sample size total 50 were calculated by G\*Power 3.1. The subjects were randomized into the experimental group and comparison group with 25 in each group. The research instruments consisted of 1) the holistic health care program developed based on the concept of bio-psycho-social model. The duration was 8 weeks, and activities consisted of (1) workshop: health education, brain management exercises, meditation practice, and Basalop dancing, (2) home visit for older adult and family health leader by nurse practitioners and elderly caregivers. 2) A handbook of holistic health care for dementia prevention, 3) a brain exercise handbook, and 4) the questionnaire was used. The content validity indexes of health status and social support questionnaire were .96 and 1, and the Cornbrash's alpha coefficients were .77 and .76, respectively. 5) The content validity index of mini-mental state examination-Thai version (MMSE-Thai 2002) was .96, and Cornbrash's alpha coefficient was .70. Data were analyzed by descriptive statistics and t-test.

The study results revealed that after enrolling the holistic health care program, dementia, health status, and social support of elderly risking to dementia in the experimental group were significantly better than before enrolling the program and better than the comparison group at p-value .05.

**Keywords:** dementia, holistic health care program, older adult

### บทนำ

ปัจจุบันหลายประเทศทั่วโลกมีอัตราการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว ทำให้โครงสร้างของประชากรทั่วโลกกำลังเปลี่ยนแปลงสู่ภาวะประชากรผู้สูงอายุ (population ageing) โดยพบว่าใน พ.ศ. 2559 ทั่วโลกมีประชากรทั้งหมดประมาณ 7,433 ล้านคน มีประชากรสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 929 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 12.50 ของประชากรทั้งหมด และประชาคมอาเซียนก็กำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเช่นเดียวกัน ใน พ.ศ. 2559 มีประเทศสมาชิก 3 ประเทศกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ได้แก่ สิงคโปร์ ไทย และเวียดนาม โดยมีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 18.70, 16.50 และ 10.70 ตามลำดับ<sup>1</sup>

โดยตั้งแต่ พ.ศ. 2548 ประเทศไทยก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ และมีแนวโน้มสถานการณ์ผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วทั้งจำนวนและสัดส่วน โดยพบว่าประชากรของประเทศไทยมีอายุมากที่สุด ในอาเซียน คือ มีอายุ 65 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 7.40 หรือ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 12.00 มีการคาดการณ์ว่าอีก 20 ปีข้างหน้าประเทศไทยจะเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด ซึ่งหมายถึง มีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 20.00 ขึ้นไป หรืออาจกล่าวได้ว่าใน พ.ศ. 2564 ประเทศไทยจะกลายเป็น “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” (aged society) โดยจำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 22.90 ซึ่งเพิ่มขึ้นมากกว่า 2 เท่าตัว<sup>2</sup>

เนื่องจากวัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมถอยหลายด้าน การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายของแต่ละคนจะเกิดขึ้นไม่เท่ากัน เกือบครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุจะมีสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางถึงดีมาก อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของเพศชายจะเพิ่มเป็น 75 ปี ส่วนเพศหญิงจะเพิ่มเป็น 80 ปี ดังนั้นการที่ประชากรไทยมีชีวิตยืนยาวขึ้นจะเป็นช่วงชีวิตที่มีการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นด้วย<sup>3</sup> ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่างที่สำคัญ ได้แก่ พันธุกรรม โรคหรือความเจ็บป่วยสิ่งแวดล้อมที่ปฏิบัติอยู่ เช่น การรับประทานอาหาร อาชีพ ความเครียด การออกกำลังกาย การพักผ่อน ฯลฯ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักเจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคหัวใจและโรคความดันโลหิตสูง ข้อเสื่อม รongลงมา คือ โรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ เช่น เบาหวาน ไนมันในเลือดสูง ตามลำดับ ผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการปรับตัวได้ไม่ดีนัก อาจเกิดผลกระทบทางด้านจิตใจควบคุมกันไป เนื่องจากในสภาพการณ์ปัจจุบันสมาชิกในครอบครัวมีภาระต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ผู้สูงอายุต้องอยู่บ้านเพียงลำพัง รู้สึกโดดเดี่ยว คิดว่าตัวเองด้อยคุณค่า<sup>4</sup> ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา เช่น โรคซึมเศร้า ภาวะสมองเสื่อม เป็นต้น ซึ่งภาวะเจ็บป่วยเหล่านี้ส่งผลต่อครอบครัวและสังคมโดยรวม โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมซึ่งต้องมีคนดูแลตลอดเวลาทำให้ครอบครัวต้องสูญเสียรายได้เมื่อต้องมาดูแล และประชากรวัยแรงงานจะมีภาระที่ต้องเกื้อหนุนดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น เนื่องจากอัตราส่วนวัยแรงงานต่อผู้สูงอายุจะมีแนวโน้มลดลง<sup>5</sup> ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) ในผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นโดยองค์การอนามัยโลก<sup>6</sup> ได้ประมาณการไว้ว่าใน พ.ศ. 2563 จะมีผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทั่วโลกจำนวน 40 ล้านคน และใน พ.ศ. 2583 จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นเป็น 81 ล้านคน นักวิชาการคาดการณ์ว่ามีผู้สูงอายุทั่วโลกที่มีอายุมากกว่า 60 ปี เกิดภาวะสมองเสื่อม 35.6 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในปี พ.ศ. 2573 และ 2593 เป็น 65.7 และ 115.4 ล้านคน ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าอายุที่เพิ่มขึ้นจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมองเสื่อมด้วย โดยทุกๆ ปี จะมีผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อมรายใหม่เกิดขึ้นจำนวน 4-6 ล้านคน หรือ 1 คนในทุก 7 วินาที<sup>7</sup> นอกจากนี้ในประเทศไทยยังสำรวจพบว่า จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมในปี พ.ศ. 2559 จะมีผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมสูงถึง 617,000 คน และคาดการณ์ว่าใน

พ.ศ. 2580 จะเพิ่มเป็น 1,350,000 คน<sup>8</sup>

ความชุกของภาวะสมองเสื่อม เป็นปัญหาที่พบได้เพิ่มขึ้นตามอายุ โดยความชุกเพิ่มขึ้นสองเท่าทุกๆ อายุที่เพิ่มขึ้น 5 ปี ในผู้ที่อายุเกิน 65 ปีขึ้นไป ซึ่งพบมากในประเทศที่ด้อยพัฒนาหรือกำลังพัฒนา ในประเทศไทยพบความชุกของภาวะสมองเสื่อมในประชากรที่อายุมากกว่า 55 ปี ร้อยละ 1.80-2.09 ส่วนในประชากรที่อายุมากกว่า 60 ปี พบความชุกภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 11.40-12.30 โดยแยกเป็นเพศชาย ร้อยละ 8.00-8.90 และเพศหญิง ร้อยละ 13.93-15.00 ความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นตามกลุ่มอายุ 60-69 ปี 70-79 ปี 80 ปีขึ้นไป พบร้อยละ 7.10, 14.70, 32.50 ตามลำดับ ความชุกของภาวะสมองเสื่อมยังแปรตามระดับการศึกษาและเขตที่อยู่อาศัยโดยพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่รู้หนังสือ มีความชุกของภาวะสมองเสื่อมสูงที่สุด ร้อยละ 26.70 ผู้สูงอายุที่อยู่นอกเขตเทศบาลมีความชุกสูงกว่าผู้ที่อยู่ในเขตเทศบาล โดยพบร้อยละ 13.60 และ 9.70 ตามลำดับ

แผนยุทธศาสตร์ชาติในช่วงแผนพัฒนาสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560-2564 เน้นการเข้าถึงการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ ได้แก่ โรคเรื้อรัง โรคซึมเศร้า และโรคสมองเสื่อม โดยการคัดกรองภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม พร้อมให้การดูแลช่วยเหลือทางสังคมและจิตใจแก่ผู้สูงอายุที่มีปัญหา มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพจิตและเฝ้าระวังปัญหาผ่านกระบวนการดำเนินงานของเครือข่ายสุขภาพพระดั่งตำบล สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้สามารถดำเนินการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ตลอดจนให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีการจัดระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (long term care) มีการนำร่องการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (caregiver) เข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุ มีการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มติดสังคม ติดบ้าน ติดเตียง และมีการจัดระบบบริการด้านสาธารณสุขที่เหมาะสมแก่ทุกกลุ่ม

การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า งานวิจัยที่ศึกษาค้นคว้าในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีอย่างแพร่หลาย ส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นศึกษาความชุกของภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

ซึ่งผลการศึกษพบว่าความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ มีร้อยละ 18.60 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>10</sup> และจากการศึกษาปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องและเป็นตัวทำนายภาวะสมองเสื่อมได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ภาวะสุขภาพหรือโรคประจำตัวและปัจจัยเสี่ยงทางพันธุกรรม โดยอายุที่เพิ่มมากขึ้นจะยิ่งเพิ่มความเสี่ยงในการเป็นโรคสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นด้วย ส่วนปัจจัยเรื่องเพศพบว่า เพศหญิงมีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมได้มากกว่าเพศชาย ทั้งนี้เพราะว่าเพศหญิงมีอายุยืนกว่าเพศชาย หรือมีความผิดปกติของฮอร์โมนร่วมด้วย<sup>11</sup> การศึกษาองค์ความรู้ การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงภาวะสมองเสื่อมยังมีไม่มากนัก และยังขาดรูปแบบการดูแลแบบองค์รวมที่เน้นการป้องกันและชะลอภาวะสมองเสื่อม งานวิจัยส่วนใหญ่มุ่งเน้นด้านการรู้คิดด้านเดียว แต่ผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มที่เปราะบาง มีความเสี่ยงในทุกด้านทั้งด้าน กาย-จิต-สังคม ผู้วิจัยจึงได้จัดทำโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมขึ้น โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีตามแบบจำลองกาย-จิต-สังคม (Bio psychosocial model) ของ Spector และ Orrell<sup>12</sup> มาใช้ในการจัดกิจกรรม ให้เกิดการดูแลตนเอง และมีเครือข่ายสังคม ครอบครัว เข้ามาร่วมในการจัดกิจกรรม ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอันจะนำไปสู่การชะลอความเสี่ยงของสมองและการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการรู้คิด สุขภาพแข็งแรงทั้งกาย-จิต-สังคม ทำให้มีความสุขและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมต่อภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม
2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม
3. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมต่อการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะ

สมองเสื่อมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม ในผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีตามแบบจำลองกาย-จิต-สังคม (Bio psychosocial model) ของ Spector และ Orrell<sup>12</sup> แนวคิดนี้เชื่อว่าเมื่อบุคคลเข้าสู่กระบวนการสูงอายุ ร่างกายเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมถอยลงก่อให้เกิดการสูญเสียหน้าที่ด้านต่างๆ ของร่างกาย รวมถึงการรู้คิด จิตสังคม เมื่อสูญเสียการรู้คิดมากขึ้นก่อให้เกิดภาวะสมองเสื่อมตามมาและเมื่อเข้าสู่การวินิจฉัย รักษา ภาวะสมองเสื่อม การพึ่งพาครอบครัวและสังคมเพิ่มขึ้น ก่อให้เกิดการดูแลในระยะยาว และเมื่อระยะของโรครุนแรงยาวนานขึ้นก็จะเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิตและทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเสียชีวิตในที่สุด Spector และ Orrell<sup>12</sup> เชื่อว่าการจัดกระทำตามแบบจำลองกาย-จิต-สังคม โดยการจัดกิจกรรมที่เป็นแนวปฏิบัติในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมโดยใช้แนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม นำมาจัดทำเป็นแนวปฏิบัติการจัดกระทำทางชีวภาพและจิตสังคม

### ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง โดยศึกษาในผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ในอำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในอำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี จำนวน 993 คน กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในอำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี ซึ่งกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G\*Power 3.1 กำหนดค่าขนาดอิทธิพล ค่า effect size เท่ากับ 0.78 (SD. = 9.47) และค่าแอลฟา (alpha) ที่ .05 ใช้ค่าอำนาจทดสอบ (power) ที่ .95 จากผลการวิจัยของ Sutthithi และ Artitaya<sup>13</sup> และได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการ

สุ่มอย่างง่าย รวมทั้งหมด 50 คน เป็นกลุ่มทดลอง 25 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 25 คน

**การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง** กลุ่มทดลองจำนวน 25 คน เป็นผู้สูงอายุในตำบลเมืองเพีย อำเภออุตุจัน และกลุ่มเปรียบเทียบ เป็นผู้สูงอายุตำบลปะโค อำเภออุตุจัน จังหวัดอุดรธานี จำนวน 25 คน ในการเลือกตำบลปะโค เป็นกลุ่มเปรียบเทียบเนื่องจากเป็นพื้นที่ใกล้เคียงตำบลเมืองเพีย มีความเป็นอยู่วิถีชีวิต และวัฒนธรรมใกล้เคียงกัน กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มถูกจับคู่ (match pair) ตัวแปรอายุและปัจจัยเสี่ยง โดยกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังต่อไปนี้ (1) เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria) (1) ผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป (2) ได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม โดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) และมีคะแนนการคัดกรองเป็นกลุ่มเสี่ยง โดยไม่รวมกลุ่มที่ไม่ได้รับการศึกษาด้วยคือ มากกว่า 17 คะแนน ในผู้ที่เรียนระดับประถมศึกษา และมากกว่า 22 คะแนน ในผู้ที่เรียนมากกว่าระดับประถมศึกษา (3) ไม่มีภาวะซึมเศร้า โดยได้รับการคัดกรอง 2Q, 9Q ผลปกติ (4) มีคะแนนการคัดกรอง ADL มากกว่า 11 คะแนน (5) สื่อสารด้วยภาษาไทย และสามารถอ่านออกเขียนได้ ไม่มีปัญหาด้านการได้ยินเสียง (6) มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองตีบ หรือมีภาวะอ้วน BMI มากกว่า 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (7) ยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรม 2) เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) มีดังนี้ (1) ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ต่อเนื่องตามที่กำหนด (2) มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันเกิดขึ้นระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เครื่องมือการวิจัย มี 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือดำเนินการวิจัยและเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่ (1) โปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลสุขภาพแบบกาย-จิต-สังคม ของ Spector และ Orrell<sup>12</sup> โปรแกรมมีเครื่องมือย่อย จำนวน 3 ชุด ได้แก่ แผนการสอน สไลด์การสอนเรื่อง “ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม” และเรื่อง “การบริหารสมอง” สื่อการสอน วิดีทัศน์เรื่อง “การออก

กำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ” และ “การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ” (2) คู่มือการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม (3) สมุดแบบฝึกหัดบริหารสมอง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย (1) แบบสอบถามประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมในผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม มีแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

**ส่วนที่ 1** ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว และการออกกำลังกาย โดยมีลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิดและปลายปิด ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 13 ข้อ

**ส่วนที่ 2** ภาวะสุขภาพ (General Health Questionnaire) ฉบับภาษาไทยสำหรับ Thai GHQ-30 เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้ขอใช้ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เป็นแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตที่พัฒนามาจาก GHQ ของ Goldberg (1972)<sup>14</sup> สามารถคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตได้ดีโดยบอกได้ว่าบุคคลนั้นจะมีปัญหาสุขภาพจิตหรือไม่ แต่ไม่สามารถบอกการวินิจฉัยได้ว่าเป็นโรคทางจิตเวชชนิดใด แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงสภาวะสุขภาพของท่านในระยะสองสัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบันว่าเป็นอย่างไร โดยคำถามของ Thai GHQ ที่นำมาใช้เป็นคำถาม 30 ข้อ ครอบคลุมปัญหาใหญ่ๆ 4 ด้าน คือ ความรู้สึกไม่มีความสุข (Unhappiness) ความวิตกกังวล (Anxiety) ความบกพร่องเชิงสังคม (Social impairment) และความคิดว่ามีโรคทางกายโรคใดโรคหนึ่งหรือหลายโรค (Hypochondriasis) ใช้จุดตัดคะแนนต่ำ 3/4 โดยคะแนนตั้งแต่ 4 ขึ้นไปถือว่าผิดปกติ การให้คะแนนของ GHQ Goldberg คิดคะแนนแบบมาตราประมาณค่า rating scale (0-0-1-1)

**ส่วนที่ 3** การสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นมาจากแนวคิดของ House<sup>15</sup> ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นสิ่งที่บุคคลได้รับการเอาใจใส่เมื่อประสบปัญหา แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านวัตถุ สิ่งของ และแรงงาน มีจุดประสงค์เพื่อใช้วัดความรู้สึกผู้สูงอายุต่อการได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัวและชุมชน เป็นลักษณะคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) จำนวน 12 ข้อ มี 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด ค่อนข้างน้อย

ปานกลาง มาก และมากที่สุด โดยให้เลือกระดับความคิดเห็นที่ตรงกับความคิดเห็นมากที่สุด ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .96-1 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .70-.79 (2) เครื่องมือตรวจประเมินร่างกาย ได้แก่ เครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติ ชนิดพกพา สายวัดรอบเอว เครื่องชั่งน้ำหนัก และที่วัดส่วนสูง

**การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง** การศึกษาในครั้งนี้ได้รับเอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมิกราช เลขที่อนุมัติ 22/2561 ณ วันที่ 24 กรกฎาคม 2561 ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนได้ลงนามในเอกสารยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยก่อนเริ่มเก็บข้อมูล

#### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

##### กลุ่มทดลอง

1. ระยะก่อนการทดลอง การประเมินผลก่อนทดลอง ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและรายละเอียดของการเข้าร่วมโปรแกรมและให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว วัดความดันโลหิต ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม

2. ระยะดำเนินการทดลอง

**สัปดาห์ที่ 1** อบรมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 1 บรรยายเรื่อง “ความรู้เรื่องการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุและความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม” “การบริหารสมองและการกระตุ้นการรู้คิด” กิจกรรมกลุ่มเรื่อง “การบริหารสมอง” ฝึกทักษะการบริหารสมองการจดจำและการคิดคำนวณ การจดจำ และการสื่อสาร ใช้ภาษาฝึกทักษะการบริหารสมอง อบรม 3 ชั่วโมง ฝึกกิจกรรมที่บ้านเองทุกวัน

**สัปดาห์ที่ 2** เยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ประกอบด้วย การติดตามเรื่องการฝึกบริหารสมองและการออกกำลังกาย ดูปันทิกสมุดแบบฝึกหัดบริหารสมอง ให้แกนนำสุขภาพครอบครัวผู้สูงอายุสอนทักษะการบริหารสมองให้แกนนำสุขภาพครอบครัว ให้อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุทบทวนทำบริหารสมองให้ผู้สูงอายุ และแกนนำสุขภาพครอบครัว ให้แกนนำสุขภาพครอบครัวกระตุ้นให้ผู้สูงอายุปฏิบัติตาม แนะนำและสาธิตเรื่องการฝึก

สมาธิให้แกนนำสุขภาพครอบครัว ให้ผู้สูงอายุและแกนนำสุขภาพครอบครัวปฏิบัติภารกิจ

**สัปดาห์ที่ 4** อบรมเชิงปฏิบัติการ ครั้งที่ 2 ประกอบด้วยกิจกรรมนันทนาการเพื่อกระชับความสัมพันธ์ กิจกรรมกลุ่มเรื่อง “อดีตชีวิตวัยของฉัน” ให้ทุกคนเขียนประวัติตามแบบฟอร์มที่แจก ฝึกทักษะการเล่าประวัติหรือความทรงจำ การเผชิญปัญหาให้เพื่อนในกลุ่มฟังและให้ทุกคนเปลี่ยนกันเล่า เรื่องให้ครบทุกคนกิจกรรมกลุ่มเรื่อง “การจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ” ชมวีดิทัศน์ “การจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ” ฝึกทักษะการทำสมาธิ ทบทวนการบริหารสมอง ฝึกการออกกำลังกายด้วยการเดินบาสโลบ

**สัปดาห์ที่ 6** เยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 ทีมผู้วิจัยเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดตามการทำกิจกรรมบริหารสมอง การออกกำลังกาย และการทำสมาธิ ติดตามการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน ผู้วิจัยให้ข้อเสนอแนะการจัดบ้านสำหรับผู้สูงอายุ โดยแกนนำสุขภาพครอบครัว ผู้สูงอายุ ร่วมกับอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ช่วยกันจัดบ้านให้เหมาะสม ทบทวนฝึกทักษะการทำสมาธิและการบริหารสมอง ผู้สูงอายุและแกนนำสุขภาพครอบครัวร่วมกัน ทบทวนการฝึกทักษะ การออกกำลังกาย โดยมีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุช่วยในการทำกิจกรรม

**สัปดาห์ที่ 8** สรุปผลการจัดการตนเองในเรื่องการดูแลสุขภาพของสมาชิกในกลุ่ม ที่เกิดขึ้นในการเข้าร่วมโปรแกรม วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคพร้อมทั้งเสนอแนะข้อที่ควรปรับปรุงแก้ไขประกอบด้วยกิจกรรมการบริหารสมอง การทำสมาธิ การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพ ภาย-จิต-สังคม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้การนันทนาการ ออกกำลังกายด้วยการเดินบาสโลบ

**สัปดาห์ที่ 3 5 7** ให้ผู้สูงอายุฝึกกิจกรรมเองที่บ้าน และทำกิจกรรมบริหารสมองในสมุดการบ้าน โดยมีผู้ดูแลและอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุไปช่วยแนะนำการทำกิจกรรมสัปดาห์ละ 3 วัน

3. ระยะหลังการทดลอง การประเมินผลหลังทดลอง ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว วัดความดันโลหิต กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม

#### กลุ่มเปรียบเทียบ

**สัปดาห์ที่ 1** ประชุมชี้แจงการจัดทำโปรแกรมการ

ดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม และให้กลุ่มเปรียบเทียบตอบแบบสอบถามก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสมองเสื่อม

**ลัปดาห์ที่ 8** ตอบแบบสอบถามหลังการทดลอง ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและแจกคู่มือการป้องกันภาวะสมองเสื่อม บรรยายและสาธิต การฝึกบริหารสมอง การฝึกสมาธิ สาธิตและฝึกปฏิบัติการออกกำลังกาย ด้วยการเดินบาสโลบ

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive statistics)
2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของตัวแปรตามระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ใช้สถิติ Independent t-test

โดยมีการทดสอบการกระจายแบบโค้งปกติของตัวแปรก่อนทดลองตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ Independent t-test

#### ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มทดลองเป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.00 กลุ่มเปรียบเทียบเป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.00 กลุ่มทดลอง มีอายุเฉลี่ย 71 ปี (SD. = 6.48) กลุ่มเปรียบเทียบ มีอายุเฉลี่ย 70 ปี (SD. = 5.36) กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 96.00 กลุ่มทดลองมีสถานภาพสมรส ร้อยละ 56.00 กลุ่มเปรียบเทียบมีสถานภาพสมรส ร้อยละ 68.00 ทั้งสองกลุ่มไม่ได้ประกอบอาชีพ รายได้ของ

ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ต่ำกว่า 5,000 บาท กลุ่มทดลอง ร้อยละ 88.00 กลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 92.00 ที่มาของรายได้มาจากเบี้ยผู้สูงอายุ และบุตรหลานให้ ข้อมูลสุขภาพและการออกกำลังกายที่ใกล้เคียงกัน ดังนี้ 1) มีญาติสายตรงเป็นภาวะสมองเสื่อม กลุ่มทดลอง ร้อยละ 100.00 และกลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 84.00 2) โรคประจำตัว กลุ่มทดลองมีโรคประจำตัว ร้อยละ 76.00 และกลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 80.00 3) การออกกำลังกายส่วนใหญ่ออกกำลังกาย กลุ่มทดลอง ร้อยละ 96.00 กลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 54.00

#### ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยภาวะสมองเสื่อมโดยรวมของผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงภาวะสมองเสื่อมหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมมีค่าเฉลี่ยภาวะสมองเสื่อมมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 เป็นไปตามสมมติฐาน ดังตารางที่ 1

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงภาวะสมองเสื่อมหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมมีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปกติ ซึ่งผลดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 เป็นไปตามสมมติฐาน ดังตารางที่ 2

3. ค่าเฉลี่ยคะแนนการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและรายด้านของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงภาวะสมองเสื่อมหลังเข้าร่วมโปรแกรมดูแลสุขภาพแบบองค์รวมมีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 เป็นไปตามสมมติฐาน ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 1** การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

| ภาวะสมองเสื่อม     | n  | ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม |      | หลังเข้าร่วมโปรแกรม |      | Paired t-test | p-value |
|--------------------|----|---------------------|------|---------------------|------|---------------|---------|
|                    |    | Mean                | SD.  | Mean                | SD.  |               |         |
| กลุ่มทดลอง         | 25 | 19.98               | 3.23 | 23.56               | 3.51 | 6.719         | <.001   |
| กลุ่มเปรียบเทียบ   | 25 | 19.80               | 3.17 | 19.72               | 2.79 | .700          | .491    |
| Independent t-test |    | t=5.75, p= .191     |      | t=3.99, p< .001     |      |               |         |

**ตารางที่ 2** การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของภาวะสุขภาพระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

| ภาวะสุขภาพ         | n  | ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม |       |                   | หลังเข้าร่วมโปรแกรม |       |         | Paired t-test | p-value |
|--------------------|----|---------------------|-------|-------------------|---------------------|-------|---------|---------------|---------|
|                    |    | Mean                | SD.   | ระดับ             | Mean                | SD.   | ระดับ   |               |         |
| กลุ่มทดลอง         | 25 | 1.84                | 6.69  | ปกติ              | 1.07                | 4.98  | ปกติ    | 3.119         | < .001  |
| กลุ่มเปรียบเทียบ   | 25 | 5.62                | 11.62 | ผิดปกติ           | 5.41                | 12.11 | ผิดปกติ | .565          | .456    |
| Independent t-test |    | t= 1.831, p< .682   |       | t= 45.48, p< .001 |                     |       |         |               |         |

**ตารางที่ 3** การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคม ในผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

| การสนับสนุนทางสังคม | n  | ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม |      |                  | หลังเข้าร่วมโปรแกรม |      |           | Paired t-test | p-value |
|---------------------|----|---------------------|------|------------------|---------------------|------|-----------|---------------|---------|
|                     |    | Mean                | SD.  | ระดับ            | Mean                | SD.  | ระดับ     |               |         |
| กลุ่มทดลอง          | 25 | 3.62                | 1.19 | มาก              | 4.76                | 0.19 | มากที่สุด | 6.719         | < .001  |
| กลุ่มเปรียบเทียบ    | 25 | 3.53                | 1.40 | มาก              | 3.37                | 0.78 | ปานกลาง   | 1.130         | .267    |
| Independent t-test  |    | t= .011, p=917      |      | t= 8.83, p< .001 |                     |      |           |               |         |

## การอภิปรายผลการวิจัย

1. การศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยภาวะสมองเสื่อมโดยรวมของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงภาวะสมองเสื่อมหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมมีค่าเฉลี่ยภาวะสมองเสื่อมดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 เนื่องจากกิจกรรมการฝึกสมองจากเกมลับสมองในสมุดการบ้านและทำบริหารสมองในกิจกรรมการฝึกสมองที่มีการฝึกและกระตุ้นอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องเป็นเวลา 8 สัปดาห์ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีของ Spector และ Orrell<sup>12</sup> เชื่อว่าการจัดกระทำตามแบบจำลองกาย-จิต-สังคม โดยการจัดกิจกรรมที่เป็นแนวปฏิบัติในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมโดยใช้แนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม นำมาจัดทำเป็นแนวปฏิบัติการจัดกระทำทางชีวภาพและจิตสังคม โดย 1) การจัดกระทำทางจิตสังคม (Psychosocial interventions) ประกอบด้วย การจัดกระทำทางพุทธิปัญญา ได้แก่ การกระตุ้นการรู้คิด การจัดกระทำทางพฤติกรรม การจัดกระทำทางสังคม เช่น การสนับสนุนผู้ดูแล การมีเพื่อนช่วย และการกระตุ้นประสาทสัมผัสในทุกด้าน และให้ความสำคัญกับการกระตุ้น

สมองด้วยการกระตุ้นการรู้คิด (Cognitive stimulation therapy, CST) ในการบริหารสมอง 2) การจัดกระทำทางชีวภาพ (Biological interventions) ประกอบด้วย การยับยั้งสารโคโรสทิน เครื่องช่วยประสาทสัมผัส เช่น การสวมแว่น การออกกำลังกาย การไชยา เช่นยาต้านเศร้า การไชยารักษาอาการเจ็บป่วยทางร่างกาย ในการศึกษาครั้งนี้มีการจัดกระทำทางจิตสังคม ได้แก่ การกระตุ้นประสาทสัมผัสโดยการทำกิจกรรมกลุ่ม การกระตุ้นการรู้คิดโดยฝึกทักษะการคิดด้านความจำ การมีสมาธิจดจ่อ การคิดคำนวณ และการใช้ภาษา โดยทำกิจกรรมกลุ่มและกระตุ้นอย่างต่อเนื่องที่บ้าน การฝึกทักษะการเผชิญปัญหาและการสื่อสาร โดยทำกิจกรรมกลุ่มและติดตามโดยการเยี่ยมบ้าน การสร้างเครือข่ายโดยการทำกิจกรรมกลุ่ม การให้ความรู้ในการดูแลแก่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.) โดยการเยี่ยมบ้าน และการกระตุ้นให้ครอบครัวปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ Rachanee<sup>16</sup>, Sutthisi และ Artitaya<sup>13</sup> ซึ่งพบว่าการบำบัดด้วยการรับรู้ตามความเป็นจริง (Reality orientation therapy; ROT) และการบำบัดด้วยการกระตุ้นการรู้คิดช่วยให้ภาวะ

สมองเสื่อมดีขึ้น

2. การศึกษาพบว่าภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมมีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปกติ ซึ่งมีคะแนนรวมดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ในการศึกษาครั้งนี้ได้จัดกิจกรรม เพื่อให้ผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมได้รับการดูแลสุขภาพ โดยการจัดกิจกรรมการฝึกสมาธิและการเจริญสติ การทำกลุ่มและการออกกำลังกายโดยการเดินบนบาสโลป ทำให้ผู้สูงอายุได้พัฒนาสุขภาพให้แข็งแรงทั้งด้านร่างกายจิตใจ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Lutfi, Plermpit และ Wipawee<sup>17</sup> ศึกษาผลของโปรแกรมฝึกสมองตามหลักปรัชญามอนเตสซอร์บนฐานวิถีชีวิตมุสลิมต่อการเสริมสร้างพุทธิปัญญาในผู้สูงอายุมุสลิมกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมด้านประสาทสัมผัส ด้านวิชาการ และด้านการเคลื่อนไหว กลยาพรนันท์ชัย<sup>18</sup> ซึ่งได้นำแนวคิดหลักปรัชญามอนเตสซอร์รี่ จัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความจำในผู้สูงอายุ โดยแบ่งการจัดกิจกรรมการสร้างเสริมเป็น 4 ด้าน คือ 1) ด้านประสบการณ์ชีวิต เพื่อคงการทำกิจกรรมในลักษณะที่ผู้สูงอายุเคยปฏิบัติ 2) ด้านประสาทสัมผัส เพื่อเชื่อมโยงการรับรู้ความรู้สึกไปยังสมองและสะท้อนออกมาเป็นการแสดงออก 3) ด้านวิชาการโดยการฝึกการคิดคำนวณ และ 4) ด้านการเคลื่อนไหวเชื่อมโยงความคิดออกมาเป็นการกระทำในรูปแบบการเคลื่อนไหว นอกจากนี้ยังพบว่าผลการศึกษาของ Spector, Orrell, Aguirre, Hoare, Woods และ Streater<sup>19</sup> ได้ทำกิจกรรมกลุ่มแต่ละครั้งด้วยกิจกรรมอุ่นเครื่อง คือ การออกกำลังกายเบาๆ ก่อนเริ่มต้นทำกิจกรรมอื่นๆ ที่กระตุ้นการรู้คิด และการกระตุ้นประสาทรับรู้สัมผัสหลายๆ ทาง (multi-sensory) ร่วมด้วยในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม เป็นเวลา 7-8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง พบว่า กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรม CST มีคะแนนการรู้คิดที่วัดโดย MMSE และ ADAS-Cog (Alzheimer's Disease Assessment Scale- Cognition) และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ Sorutra, Weena และ Sutham<sup>20</sup> ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การออกกำลังกาย การทำกิจกรรมกลุ่ม ผลการศึกษา พบว่า ทำให้เกิด

การเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ Jaroonsak<sup>21</sup> ได้ศึกษาโปรแกรมการออกกำลังกาย ด้วยการเดินบนบาสโลป และการเดินไลน์แดนซ์ ที่มีผลต่อความดันโลหิต ความอดทนของระบบไหลเวียนเลือดและการหายใจ การทรงตัว และการรู้คิดของผู้สูงอายุ

3. การศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม และรายช้อของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงภาวะสมองเสื่อมหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมมีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer, Coyne และ Lazarus<sup>22</sup> โดยได้แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ประเภท คือ การสนับสนุนทางอารมณ์ ได้แก่ กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์และการเดินบนบาสโลปประกอบเพลง การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านสิ่งของ ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้จัดกิจกรรมเพื่อกระตุ้นการสนับสนุนทางสังคม ดังต่อไปนี้ 1) การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) โดยทำกิจกรรมกลุ่ม การให้ความสำคัญกับผู้เข้าร่วมกลุ่มทุกคนเท่าเทียมกันเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ซึ่งทำให้บุคคลรู้สึกว่าได้ได้รับความรักหรือความเอาใจใส่ มีการจัดกิจกรรมที่ต่อเนื่องในชุมชน มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุมาช่วยดูแลและสนับสนุนการทำกิจกรรมในชุมชน ได้แก่ การเยี่ยมบ้าน จัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน มีการรวมกลุ่มเดินบนบาสโลป รวมกลุ่มฝึกสมอง 2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) โดยทำกิจกรรมกลุ่ม ให้การช่วยเหลือ โดยการให้ข้อมูลข่าวสารและความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การปฏิบัติตน การช่วยเหลือโดยอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในการนัดทำกิจกรรม การเยี่ยมบ้านเพื่อกระตุ้นการปฏิบัติกิจกรรมและให้คำแนะนำในการแก้ปัญหาและให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมและการปฏิบัติตนของบุคคล 3) การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Tangible support) โดยการจัดกิจกรรมกลุ่มให้อุปกรณ์ในการกระตุ้นสมองด้วยแบบฝึกหัดบริหารสมอง และการให้การบริการในการออกไปช่วยฝึกสมองในชุมชนโดยเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sorutra, Weena และ Sutham<sup>20</sup> ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม

ในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวพบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวทำให้ผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมมีความจำที่ดีขึ้น

สรุปได้ว่าโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมต่อภาวะสมองเสื่อม ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม โดยการจัดกิจกรรม 1) การจัดกระทำทางจิตสังคม ได้แก่ การกระตุ้นประสาทสัมผัสโดยการทำกิจกรรมกลุ่ม การกระตุ้นการรู้คิดโดยฝึกทักษะการคิดด้านความจำ การมีสมาธิจดจ่อ การคิดคำนวณ และการใช้ภาษา โดยทำกิจกรรมกลุ่มและกระตุ้นอย่างต่อเนื่องที่บ้าน การฝึกทักษะการเผชิญปัญหาและการสื่อสาร โดยทำกิจกรรมกลุ่มและติดตามโดยการเยี่ยมบ้าน การสร้างเครือข่ายโดยการทำกิจกรรมกลุ่ม การให้ความรู้ในการดูแลแก่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.) โดยการเยี่ยมบ้าน และ 2) การจัดกระทำทางชีวภาพ (Biological interventions) ได้แก่ การออกกำลังกายด้วยการเดินบนสไลด์ การป้องกันด้านชีวภาพ ทำให้ผู้มีภาวะสมองเสื่อมได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ทำให้ผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมมีการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อม โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ทำให้ผลการทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นดีขึ้น

### ข้อเสนอแนะเพื่อการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลกับผู้สูงอายุอื่นที่บริบทใกล้เคียงกัน
2. โปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับประชาชนทั่วไปและเป็นแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการเสื่อมถอยอื่นๆ เช่น ภาวะซึมเศร้า

### ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. โปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ใช้ระยะเวลาทำการทดลอง 8 สัปดาห์ ซึ่งพบว่า มีผลคะแนนทดสอบภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรเพิ่มระยะเวลาของโปรแกรมให้ยาวนานขึ้นมากกว่าเดิม
2. โปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ควรกำหนดช่วงอายุในการคัดเลือกรวมตัวอย่าง ซึ่งช่วงอายุไม่ห่างเกินไป
3. โปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ควรนำไปศึกษาในบุคคลที่มีโรคประจำตัวอื่นๆ กลุ่มโรคเรื้อรัง ที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม

### References

1. Thai Elderly Research and Development Institute Foundation. Guide to Preventing Alzheimer's Disease in the Elderly, Nonthaburi: The Fairy Caravan Co., Ltd.; 2016. (in Thai).
2. Bureau of Mental Health Promotion and Development, Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Instructor's Guide 5 Dimensional Happiness Activities for Seniors in Nonthaburi Community: Office Printing National Buddhism; 2017. (in Thai).
3. Wiphan P. "Overview of Thai seniors" in reviewing and synthesizing knowledge Thai elderly 2002-2007. Bangkok: Foundation for Research and Development Institute Thai Elderly (M.Sc.); 2009. (in Thai).
4. Wikipedia. Dementia. Available from [https://en.wikipedia.org/wiki/Dementia/dementia\\_2012041](https://en.wikipedia.org/wiki/Dementia/dementia_2012041); 2015.

5. Napas K, Benjaporn S. Integrated Elderly Health Care, Bangkok: Veterans Organization Publishing House under Royal Patronage; 2011. (in Thai).
6. World Health Organization. Dementia cases set to triple by 2050 but still largely ignored. Retrieved from [http://www.who.int/media centre/news/releases/2012/dementia\\_20120411/en/](http://www.who.int/media centre/news/releases/2012/dementia_20120411/en/);2012.
7. Neurology Institute, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Guidelines for brain practice Decay. Bangkok: Thanaphan; 2014
8. Thai Elderly Research and Development Institute Foundation (PSU). The situation of Thai elderly in 2014. [Internet] [Quote on January 18, 2016]. Available From: <http://www.thaigri.org/>;2014.
9. Phawute M., Surin S. Thailand Journal of the Psychiatric Association of Thailand. 2010; (2)101-110 (in Thai).
10. Artitaya S, Sutthisi T. The effect of the cognitive stimulation program cognitive ability And the ability to do daily activities In the elderly risk or alzheimer's disease. Journal of the Thai Red Cross Society 2015;9(2):45-58. (in Thai).
11. Whanlaw N. Alzheimer's disease: The most common dementia in the elderly and trends disease situation in Thailand. Available from <http://www.bangkokhealth.com>;2012.
12. Spector A, Orrell M, Using a biopsychosocial model of dementia as a tool to guide clinical practice International Psychogeriatric 2010; 22:6:957-65.
13. Sutthisi T, Artitaya S, Effects of a cognitive stimulation program on the cognitive abilities and ability to perform the activities of daily living in elders who are at risk of or have dementia. Thai Red Cross Nursing Journal 2016;9(2):145-58. (in Thai).
14. Goldberg DP. The detection of psychiatric illness by questionnaire. Maudsley Monograph No 21. London: Oxford University Press, 1972
15. House JS. Work stress and social support. Reading, MA: Addison- Wesley. 1981.
16. Rachanee N. Rehabilitation of elders with dementia. Journal of Academic Affairs 2010;14(27): 137-50. (in Thai).
17. Lutfi S, Plernpit T, Wipawee K. The results of the Montessori philosophy training program based on the Muslim way of life on the enrichment of cognition in elderly Muslims with dementia risk groups. Princess of Naradhiwas University Journal, 2016.8(2):16-27. (in Thai).
18. Kalaya P, Rawiwan N, Khamkaew K. The efficacy of memory training using motessori philosophy – based activities in mild dementia elderly. Journal of the Psychiatric Association of Thailand 2009;54(2):197 -201. (in Thai).
19. Spector A, Orrell M, Aguirre P, Hoare R, Woods B, Streater AE, et al. Maintenance cognitive stimulation therapy for dementia: single-blind, multicentre, pragmatic randomized controlled trial. Br J Psychiatry 2014;204(6):454-61.

20. Sorutra H, Weena T, Sutham N. The results of the promotion program Elderly health at risk of dementia in the community by participation of Family. *Journal of Public Health Nursing* 2017;31(1):110-28. (In Thai).
21. Jaroonsak P. The development of baslop dancing and line dancing exercise program on blood pressure cardiorespiratory endurance system and balance of elderly persons in the elderly society of nongkhai municipality. *Science, Khon Kaen University* 2018;41(1):101-17. (in Thai).
22. Schaefer C, Coyne JC, Lazarus RS. The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine* 1981;4(4):381-405.

## บทความวิจัย

# ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่ออาการนอนไม่หลับ ของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า

## The Effects of a Cognitive-Behavioral Therapy Program on Insomnia among Elderly Patients with Major Depressive Disorder

Received: Apr 2, 2019

Revised: Jul 4, 2019

Accepted: Jul 10, 2019

เยาวนาถ คำแก้ว พย.ม. (Yaowanat Khamkaew, M.N.S.)<sup>1</sup>รังสิมันต์ สุนทรไชยา ปร.ด. (Rangsiman Soonthornchaiya, Ph.D.)<sup>2</sup>มูทิตา พนาสธิตย์ พบ., วว.จิตเวชศาสตร์ (Muthita Phanasathit, M.D., FRCPsychT )<sup>3</sup>

## บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปมีอาการนอนไม่หลับอยู่ในระดับน้อยจนถึงปานกลาง จำนวนทั้งหมด 60 คน ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลผู้สูงอายุแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร เลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการสุ่มเข้ากลุ่มกลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม จำนวน 5 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัยคือ 1) โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม 2) แบบประเมินความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือทั้งหมดจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ด้วยการหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้เท่ากับ 0.81 และวิเคราะห์ความเที่ยงของแบบประเมินในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าจำนวน 30 คน โดยนำไปหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.73 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบค่าที (t-test) ผลการวิจัยพบว่า

1) คะแนนเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง หลังการได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Mean = 6.70, SD. = 3.04) ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Mean = 14.43, SD. = 3.30) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 16.22, p < .001$ )

2) ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ( $\bar{D}_1 = 7.73, SD. = 2.62$ ) สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ( $\bar{D}_2 = .40, SD. = 1.07$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 14.23, p < .001$ )

ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนว่าโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมสามารถลดอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า บุคลากรทางสุขภาพสามารถนำโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมไปใช้ในการบำบัดอีกทางเลือกหนึ่งในการลดอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าได้

**คำสำคัญ:** โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม, อาการนอนไม่หลับ, ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า

ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัย ประเภททุนวิจัยทั่วไปสำหรับนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา กองทุนวิจัยมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

<sup>1</sup>พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ E-mail: isam.pae@gmail.com

<sup>2</sup> Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ E-mail: Rangsiman@nurse.tu.ac.th

<sup>3</sup> อาจารย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ E-mail: muthita.ph@gmail.com

Thammasat University, Pathumthani, Thailand.

### Abstract

This randomized controlled study aimed to examine the effects of a cognitive-behavioral therapy program on insomnia among elderly patients with major depressive disorder. The sample consisted of 60 elderly patients with major depressive disorder drawn from the Geriatric Hospital in Bangkok, Thailand. To be eligible for the study, the participant had to meet the following criteria: (a) elderly patients with mild to moderate insomnia, and (b) 60 years of age or older. Thirty participants were randomly assigned to the experimental group and 30 to the control group. The experimental group received the cognitive-behavioral therapy program for 5 sessions, once a week, with each session lasting 60-90 minutes, whereas the control group received routine nursing care. The research instruments were: 1) the cognitive-behavioral therapy program, which was content validated by 3 experts; and 2) the Insomnia Severity Index (ISI) Thai version, the CVI was 0.81 and validated by 3 experts and the Cronbach's alpha coefficient reliability was 0.73 and examined by 30 elderly patients with major depressive disorder. Data were analyzed using descriptive statistics and t-test. Research findings were as follows:

1) The mean score for insomnia among elderly patients with major depressive disorder in the experimental group after participating in the cognitive-behavioral therapy program (Mean = 6.70, SD.=3.04) was statistically significant lower than that before participating in the program (Mean = 14.43, SD.=3.30) ( $t=16.22$ ,  $p<.001$ ).

2) The mean difference in insomnia among elderly patients with major depressive disorder between the pretest and posttest in the experimental group after participating in the cognitive-behavioral therapy program ( $\bar{D}_1 = 7.73$ , SD.=2.62) was statistically significant higher than the mean difference in insomnia in the control group ( $\bar{D}_2 = .40$ , SD.=1.07) ( $t=14.23$ ,  $p<.001$ ).

Findings of this study suggest that this cognitive-behavioral therapy program had a significant impact to reduce insomnia among elderly patients with major depressive disorder. Healthcare providers could apply this program as an alternative intervention to reduce insomnia among elderly patients with major depressive disorder.

**Keywords:** cognitive-behavioral therapy program, insomnia, elderly patients with major depressive disorder

### บทนำ

โรคซึมเศร้า เป็นโรคทางจิตเวชที่อยู่ในกลุ่มโรคความผิดปกติด้านอารมณ์ และมีอาการทางด้านร่างกายที่แสดงออก คือ มีการเคลื่อนไหวที่ช้าลง ความอยากอาหารลดลง เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย<sup>1</sup> โดยผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้ามักจะมีอาการนำมาด้วยอาการนอนไม่หลับซึ่งพบได้ร้อยละ 90.00<sup>2</sup> เป็นอาการสำคัญที่ทำให้การดำเนินของโรคนานขึ้น อีกทั้งยังเพิ่มความรุนแรงและกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า<sup>3</sup>

การทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนไม่หลับ ได้แก่ เพศ<sup>4</sup> ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า<sup>3,5</sup> สิ่งเร้าด้านร่างกาย<sup>6,7</sup> สิ่งเร้าด้านการรู้คิด<sup>6,7</sup> ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอนหลับ<sup>6,8,9</sup> สอดคล้องกับแนวคิดการรู้คิดของวงจรการนอนไม่หลับของ Morin<sup>10</sup> ที่อธิบายถึงอาการนอนไม่หลับว่า เกิดจากความผิดปกติทางการรู้คิด (dysfunctional cognition) ซึ่งประกอบด้วย การมีความเชื่อที่บิดเบือน (distorted beliefs) ความคาดหวัง (expectation)

การประเมินค่า (appraisals) และความเข้าใจในการให้เหตุผล (attributions) ที่ผิดปกตินำไปสู่อาการนอนไม่หลับตามมา อาการนอนไม่หลับเป็นปัญหาที่สำคัญหากไม่ได้รับการแก้ไขที่ถูกต้องอาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม ประเทศชาติ จากความรุนแรงของโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นรวมทั้งคุณภาพชีวิตลดลง<sup>11</sup>

การบำบัดรักษาอาการนอนไม่หลับที่ผ่านมาพบว่ามี การรักษาด้วยการใช้ยา และการรักษาโดยไม่ใช้ยา โดยการ รักษาด้วยยามักจะใช้ยาในกลุ่มคลายกังวลซึ่งได้ผลดีในการ รักษาอาการนอนไม่หลับ แต่ข้อเสียอาจมีความเสี่ยงจาก ผลข้างเคียงของการใช้ยา การติดยา และดื้อยาได้<sup>12</sup> อย่างไรก็ตามการรักษาโดยไม่ใช้ยาหรือการบำบัดทางจิตสังคมเป็น อีกทางเลือกหนึ่งที่จะช่วยในการบำบัดอาการนอนไม่หลับ จากการศึกษพบว่า การลดอาการนอนไม่หลับที่ได้ผลและ แก้ไขอาการนอนไม่หลับที่มีประสิทธิภาพได้ผลในระยะยาว คือการแก้ไขปัญหการนอนไม่หลับได้สอดคล้องกับปัจจัย สาเหตุและตัววงจรที่เป็นปัจจัยทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับลง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการบำบัดความคิดและ พฤติกรรม เป็นการปรับโครงสร้างความคิดและปรับเปลี่ยน พฤติกรรม โดยการค้นหาความคิด ความเชื่อ และทัศนคติที่ ผิดปกติ นำไปสู่การปรับเปลี่ยนโครงสร้างทางความคิดและ ทัศนคติเกี่ยวกับการนอนหลับรวมทั้งพฤติกรรมที่ทำซ้ำๆ ที่ เคยชินจนเป็นนิสัยที่ไม่ถูกต้องเพื่อให้สามารถนอนหลับได้ดีขึ้น<sup>9</sup> ซึ่งให้ผลที่ยาวนานเมื่อเปรียบเทียบกับ การรักษาด้วยยา อีกทั้งยังช่วยลดความเสี่ยงจากการใช้ยา<sup>13</sup> เช่นเดียวกับการ ศึกษาของ Cunningham และ Shapiro<sup>14</sup> เป็นการทบทวน วรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรม การบำบัดความคิดและพฤติกรรมในผู้ที่มีอาการซึมเศร้าซึ่งมี ประสิทธิภาพในการลดอาการนอนไม่หลับได้ นอกจากนี้ยังพบ ว่ายังทำให้ลดอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยจิตเวชและผู้ที่ มี อาการนอนไม่หลับ<sup>15-18</sup> อย่างไรก็ตามการพยาบาลเพื่อลด อาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้านั้นยังพบจำนวนน้อย นอกจากนั้นการพยาบาลที่ช่วยลดอาการนอนไม่หลับได้ระยะ ยาวควรสอดคล้องกับปัจจัยสาเหตุและลดปัจจัยทำให้เกิด อาการนอนไม่หลับลง ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษา การบำบัดความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดอาการนอนไม่หลับใน

ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและลด ความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีอาการนอนไม่หลับและเป็นการพัฒนา คุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชสำหรับการดูแลผู้ป่วย สูงอายุโรคซึมเศร้าต่อไป

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูง อายุโรคซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดความ คิดและพฤติกรรม
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของผลต่างอาการ นอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมและกลุ่มที่ได้รับ การพยาบาลตามปกติ

## สมมุติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูง อายุโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการบำบัด ความคิดและพฤติกรรม ต่ำกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมการ บำบัดความคิดและพฤติกรรม
2. ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนอาการนอนไม่หลับ ของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลอง ระหว่าง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมสูงกว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์โปรแกรมการบำบัด ความคิดและพฤติกรรมสำหรับอาการนอนไม่หลับของ Espie และคณะ<sup>19</sup> ที่พัฒนามาจากแนวคิดการรู้คิดของวงจรการนอน ไม่หลับของ Morin<sup>10</sup> มาใช้กับผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่มี อาการนอนไม่หลับ โดยเพิ่มความรู้เกี่ยวกับการนอนหลับและ นอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า และเทคนิคการผ่อนคลาย ที่เหมาะสมในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการรู้คิดของ วงจรการนอนไม่หลับของ Morin<sup>10</sup> เป็นกรอบแนวคิดในการจัด กิจกรรมเพื่อลดอาการนอนไม่หลับ ซึ่งได้อธิบายการนอนไม่ หลับว่าเป็นวงจรที่มีความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรู้คิด และอาการนอนไม่หลับ ได้แก่ 1) สิ่งเร้า 2) การรู้คิดและความ

เชื้อที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอนหลับ 3) นิสัยที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอน โดยทั้งสามปัจจัยนี้มีความสัมพันธ์กันกลายเป็นวงจรที่นำไปสู่อาการนอนไม่หลับ จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้นนี้ หากมีการปรับเปลี่ยนความคิดและความเชื่อเดิมให้เหมาะสมรวมทั้งมีการปรับพฤติกรรมและลดสิ่งเร้าด้านอารมณ์ ความคิด และสรีระที่รบกวนการนอนหลับจะช่วยลดอาการนอนไม่หลับลงได้ โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขอนามัยที่ดีเกี่ยวกับการนอนและรูปแบบการนอนที่เหมาะสมร่วมกับการผ่อนคลาย การปรับโครงสร้างกระบวนการคิดและความเชื่อ รวมทั้งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเดิมที่ซ้ำๆ เป็นความเคยชินที่ไปรบกวนระบบชีววิทยาควบคุมการนอนหลับและการตื่นจะต้องปรับให้เกิดเป็นพฤติกรรมที่เหมาะสมและเชื่อมโยงกับสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมส่งผลให้ลดอาการนอนไม่หลับลงได้

### ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized controlled study design) ซึ่งมีการอำพรางแบบทางเดียว (single-blind) โดยให้ผู้วัดผลการศึกษาในสัปดาห์ที่ 6 ไม่ทราบว่าอาสาสมัครอยู่ในกลุ่มควบคุมหรือกลุ่มทดลอง โดยวัดผลก่อนและหลังการทดลอง

**ประชากร** คือ ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคขององค์การอนามัยโลก (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Program: ICD10) หรือโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (The 5th Diagnosis and Statistical Manual of Mental disorder: DSM-5) ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานครแห่งหนึ่ง

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD10) หรือโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-5) ที่เข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลผู้สูงอายุแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ตามเกณฑ์คุณสมบัติคัดเข้า (inclusion criteria) ที่กำหนดดังนี้ 1) มีคะแนนอาการนอนไม่หลับอยู่ในระดับน้อยจนถึงระดับปานกลาง (8-21 คะแนน) โดยวัดจาก

แบบประเมินความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ ฉบับแปลเป็นภาษาไทย 2) สามารถอ่านออกเขียนได้ สื่อสารด้วยภาษาไทย 3) ไม่มีภาวะสมองเสื่อมประเมินโดยวัดจากแบบทดสอบสภาพสมองของไทย โดยมีคะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 23 คะแนน 4) มีระดับคะแนนของภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อยจนถึงระดับปานกลาง (13-24 คะแนน) โดยวัดจากแบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย 5) ได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้า

**การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง** ผู้วิจัยคำนวณโดยใช้ค่าคะแนนเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจากการศึกษาของ Manber และคณะ<sup>20</sup> ซึ่งมีการศึกษาตัวแปรและประชากรใกล้เคียงโดยคำนวณจากสูตรตามรูปแบบการวิจัยแบบสองกลุ่มคู่ขนาน (two-sample parallel) โดยเลือกสมมุติฐานแบบเหนือกว่า (superiority)<sup>21</sup> ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 22 คน และเพื่อเป็นการทดแทนหากมีการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างระหว่างดำเนินการวิจัย (dropout) จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 30<sup>22</sup> ได้ 29 คน ผู้วิจัยได้ปรับเพิ่มเป็นกลุ่มละ 30 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน

**การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง** ผู้วิจัยประสานขอความร่วมมือไปยังโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครเพื่อประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยและเชิญชวนเข้าร่วมโครงการวิจัยเมื่ออาสาสมัครยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดโครงการ และดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติของเกณฑ์การคัดเลือก เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการทดลองในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้จับคู่ (matching) เพศและระดับของภาวะซึมเศร้าจากกลุ่มตัวอย่างสามารถจับคู่ได้ 30 คู่ หลังจากนั้นใช้วิธีการสุ่มแบบ individual randomization ด้วยวิธี block of four randomization และ block of two randomization ในการสุ่มเลือกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากการกำหนดให้กลุ่มย่อยแต่ละกลุ่มมีขนาดตัวอย่าง 4 คน 14 กลุ่มย่อย และ 2 คน 2 กลุ่มย่อย กำหนดให้ กลุ่มทดลอง = E และกลุ่มควบคุม = C โดยแบ่งกลุ่มที่มีกลุ่มละ 4 คนได้ 6 วิธี ได้แก่ CCEE, CECE, CEEC, EECC, ECEC และ ECCE และกลุ่มที่มีกลุ่มละ 2 คนได้ 2 วิธี ได้แก่ CE และ EC ได้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือ 4 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง ได้แก่ แบบทดสอบสภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination: TMSE) พัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง เป็นแบบประเมินในการแยกผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยมีคะแนนรวม 30 คะแนน หากคะแนนรวมเท่ากับหรือต่ำกว่า 23 คะแนน หมายความว่าผู้ป่วยมีภาวะสมองเสื่อม<sup>23</sup> แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) โดยแบบทดสอบนี้สร้างและพัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย เป็นแบบประเมินระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.93<sup>23</sup>

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ระยะเวลาที่เป็นโรคซึมเศร้า และยาที่รับประทาน และแบบประเมินความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ (Insomnia Severity Index: ISI) สร้างและพัฒนาโดย Morin<sup>10</sup> แปลเป็นภาษาไทยโดย Kaewphang<sup>24</sup> เป็นแบบประเมินที่ประเมินอาการนอนไม่หลับด้วยตัวเองเกี่ยวกับระดับความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ โดยใช้ข้อคำถามใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ทสเกลจากเส้นตรง ซึ่งมีคะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนนจำนวน 7 ข้อ เกณฑ์การแปลผลคะแนนรวมทั้งหมด 28 คะแนนดังนี้ 0-7 คะแนน ไม่มีอาการนอนไม่หลับ 8-14 คะแนน มีอาการนอนไม่หลับระดับน้อย 15-21 คะแนน มีอาการนอนไม่หลับระดับปานกลาง 22-28 คะแนน มีอาการนอนไม่หลับระดับรุนแรง ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านด้วยการหาความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ได้เท่ากับ 0.81 และหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ วิเคราะห์โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.73

3. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ (Dysfunction Belief and Attitude Scale: DBAS-16) สร้างและพัฒนาโดย Morin และคณะ<sup>9</sup> แปลเป็นภาษาไทยโดย Chimluang<sup>25</sup> เป็นแบบประเมินที่ประเมินด้วยตัวเอง มีจำนวน 16 ข้อ เกณฑ์ในการให้คะแนนเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท

สเกล ในระดับคะแนนตั้งแต่ 0 คือไม่เห็นด้วยถึง 10 คือ เห็นด้วยมากที่สุด โดยนำคะแนนที่ได้ในแต่ละข้อมารวมกันทั้งหมด 16 ข้อ และหารด้วยจำนวนข้อทั้งหมด การแปลผล แบ่งออกเป็น 2 ระดับ ดังนี้ ระหว่าง 0-3.8 คะแนน หมายถึง มีความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ ในระดับต่ำ ระหว่าง 3.9-10 คะแนน หมายถึง มีความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ ในระดับสูง ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านด้วยการหาความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ได้เท่ากับ 1.00 และหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ วิเคราะห์โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.76

4. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม หมายถึง กิจกรรมที่ใช้ลดอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ประกอบด้วยกิจกรรม 5 ครั้งๆ ละ 60-90 นาที ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้งรวม 5 สัปดาห์ ดังนี้ ครั้งที่ 1 การให้ความรู้เกี่ยวกับการนอนหลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ครั้งที่ 2 รูปแบบการนอนและการผ่อนคลาย ครั้งที่ 3 การปรับโครงสร้างทางความคิดโดยค้นหาความเชื่อที่ผิดและความคิดอัตโนมัติด้านลบในการนอนหลับ ครั้งที่ 4 การปรับโครงสร้างทางความคิดและความเชื่อที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอนหลับ ครั้งที่ 5 การสร้างเสริมรูปแบบการนอนหลับที่เหมาะสม มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และนำไปปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิโดยมีประเด็นที่ต้องปรับแก้ในส่วนของใบงาน โดยเพิ่มเติมเรื่องวิธีแก้ไขหากผู้ป่วยไม่ได้ทำการบ้านมา เพิ่มพื้นที่ในส่วนที่ให้ผู้ป่วยบันทึกและปรับการยกตัวอย่างเหตุการณ์ให้สอดคล้องกับความเป็นจริง หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง (try out) จำนวน 5 คน เพื่อทดสอบความเป็นไปได้ในการจัดโปรแกรมและความเหมาะสมในการทำกิจกรรม

#### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังได้รับการอนุมัติจากการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ รหัสโครงการ COA No. 036/2561 คณะ

กรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกรุงเทพมหานคร รหัสโครงการ U017h/61 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลราชวิถี รหัสโครงการ 61086 หลังจากนั้นผู้วิจัยประสานขอความร่วมมือไปยังสถานที่เก็บข้อมูลวิจัยเพื่อประชาสัมพันธ์และเชิญชวนเข้าร่วมโครงการวิจัย ในขั้นตอนดำเนินการวิจัยผู้วิจัยให้การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยการเข้าพบเพื่อแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย รวมทั้งการขอถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบในการรักษาพยาบาล

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

**1. การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย** ผู้วิจัยเข้ารับการศึกษาด้านทฤษฎีและปฏิบัติตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ มีการเตรียมความรู้โดยการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองจากเอกสารงานวิจัยจากในประเทศและต่างประเทศ รวมทั้งฝึกอบรมหลักสูตรการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม จัดโดยสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี จำนวน 32 ชั่วโมง การบำบัดความคิดและพฤติกรรมสำหรับอาการนอนไม่หลับ จัดโดยคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล จำนวน 32 ชั่วโมง และการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน

**2. การชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย** ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย แนะนำตนเอง ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัย พร้อมทั้งการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย

**3. การรวบรวมข้อมูล** เมื่อผู้สูงอายุยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างตามแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความเครียดในผู้สูงอายุของไทย แบบทดสอบสภาพสมองของไทย และแบบประเมินความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ ในสัปดาห์แรกก่อนการทดลอง

**4. การดำเนินการทดลอง** โดยผู้วิจัยดำเนินการในกลุ่มทดลองเป็นรายกลุ่ม แบ่งเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน ตามโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม จำนวน 5 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 60-90 นาที รวมระยะเวลา 5 สัปดาห์

โดยจัดกิจกรรมที่ลานกิจกรรมใต้ถุนอาคาร โรงพยาบาลผู้สูงอายุแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร กิจกรรมประกอบไปด้วย

**ครั้งที่ 1** การให้ความรู้เกี่ยวกับการนอนหลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า เพื่อให้เกิดความเข้าใจในเรื่องความต้องการในการนอนหลับ ระยะเวลาในการนอน วงจรการนอนหลับ สาเหตุที่ทำให้นอนหลับ และผลกระทบของการนอนไม่หลับ

**ครั้งที่ 2** รูปแบบการนอนและการผ่อนคลาย โดยการให้ความรู้และสร้างความเข้าใจในเรื่องสุขอนามัยการนอนหลับ การควบคุมสิ่งเร้าที่เป็นเงื่อนไขในการนอน และเทคนิคการผ่อนคลาย

**ครั้งที่ 3** การปรับโครงสร้างทางความคิดโดยค้นหาความเชื่อที่ผิดและความคิดอัตโนมัติด้านลบในการนอนหลับ เป็นการค้นหาเพื่อแยกแยะความคิดและความเชื่อด้านลบออกมา และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนให้เข้าใจและมีความเชื่อที่ถูกต้องและเหมาะสม

**ครั้งที่ 4** การปรับโครงสร้างทางความคิดและความเชื่อที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอนหลับ โดยขั้นตอนนี้จะเป็นการค้นหาทางเลือกจากความคิดอัตโนมัติด้านลบให้เป็นด้านบวก รวมทั้งปรับเปลี่ยนความเชื่อ ความคาดหวังที่มากเกินไป ให้มีความเชื่อที่ถูกต้องเป็นจริง และมีความคาดหวังที่เป็นไปได้

**ครั้งที่ 5** การสร้างเสริมรูปแบบการนอนหลับที่เหมาะสม เป็นการทบทวนจากการให้ความรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสม ภายหลังกิจกรรมแต่ละครั้งผู้วิจัยจะมอบหมายการบ้านเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างไปฝึกอย่างต่อเนื่องทั้งหมด 4 ครั้ง และดำเนินการกำกับกับการทดลองเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมโดยใช้แบบประเมินความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ

**กลุ่มควบคุม** ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในสัปดาห์แรกก่อนการทดลอง ภายหลังผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว โดยได้เก็บข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับในระหว่างรอพบแพทย์และทำการนัดหมายเก็บรวบรวมข้อมูลหลังสิ้นสุดการทดลองอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 6 โดยระหว่างนี้จะได้รับการพยาบาลตามปกติจากคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

5. การประเมินหลังทดลอง เมื่อสิ้นสุดดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลโดยการประเมินอาการนอนไม่หลับด้วยแบบประเมินความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ หลังการทดลอง 1 สัปดาห์คือสัปดาห์ที่ 6 และนัดหมายกลุ่มควบคุมเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ตามความสมัครใจหลังจากที่ดำเนินกิจกรรมในกลุ่มทดลองเรียบร้อยแล้ว

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ แจกแจงความถี่และทดสอบความเท่าเทียมกันของข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) และสถิติฟิชเชอร์ เอ็กแซก เทสต์ (Fisher's exact test) สำหรับข้อมูลที่มีระดับการวัดแบบนามบัญญัติ และใช้สถิติที (t-test) ที่เป็นข้อมูลแบบอันตรภาคชั้นขึ้นไป

2. วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติโดยใช้สถิติทีที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (dependent-test)

3. วิเคราะห์ความแตกต่างของผลต่างคะแนนเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทีที่เป็นอิสระต่อกัน (independent t-test)

#### ผลการวิจัย

##### 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 73.70 ปี กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 71.70 ปี และกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 75.70 ปี กลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 73.30 และ 56.70 ตามลำดับ ได้เข้ารับการศึกษาคิดเป็นร้อยละ 73.30 และ 70.00 ตามลำดับ ไม่ได้ประกอบอาชีพคิดเป็นร้อยละ 53.30 และ 63.30 ตามลำดับ มีรายได้เพียงพอคิดเป็นร้อยละ 80.00 และ 70.00 ตามลำดับ ระยะเวลาที่เป็นโรคซึมเศร้า 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 90.00 และ 70.00 ตามลำดับ รับประทานยาต้านเศร้าเป็นเซอร์ทาลีน (sertraline) คิดเป็นร้อยละ 80.00 และ 76.70 ตามลำดับ และมีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 80.00 และ 93.30 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับก่อนและหลังการทดลองของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง

| คะแนนอาการนอนไม่หลับ | ระดับอาการนอนไม่หลับ | Mean  | SD.  | df | t     | p-value |
|----------------------|----------------------|-------|------|----|-------|---------|
| <b>กลุ่มทดลอง</b>    |                      |       |      |    |       |         |
| ก่อนการทดลอง         | น้อย                 | 14.43 | 3.30 | 29 | 16.22 | <.001   |
| หลังการทดลอง         | ไม่มี                | 6.70  | 3.04 |    |       |         |

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร่าก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

| คะแนนอาการนอนไม่หลับ |  | กลุ่มทดลอง |      |             |      | กลุ่มควบคุม |      |             |      | t     | p-value |
|----------------------|--|------------|------|-------------|------|-------------|------|-------------|------|-------|---------|
|                      |  | Mean       | SD.  | $\bar{D}_1$ | SD.  | Mean        | SD.  | $\bar{D}_2$ | SD.  |       |         |
| ก่อนการทดลอง         |  | 14.43      | 3.30 |             |      | 14.57       | 3.30 |             |      |       |         |
|                      |  |            |      | 7.73        | 2.62 |             |      | .40         | 1.07 | 14.23 | <.001   |
| หลังการทดลอง         |  | 6.70       | 3.04 |             |      | 14.23       | 3.06 |             |      |       |         |

จากตารางที่ 1 พบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง (Mean = 6.70, SD. = 3.04) ต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าก่อนการทดลอง (Mean = 14.43, SD. = 3.30) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 16.22, p < .001$ )

จากตารางที่ 2 พบว่า ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน โดยกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม มีผลต่างค่าเฉลี่ย ( $\bar{D}_1 = 7.73, SD. = 2.62$ ) สูงกว่าผลต่างค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ( $\bar{D}_2 = .40, SD. = 1.07$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 14.23, p < .001$ )

## อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่ออาการนอนไม่หลับ ของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า มีผลการศึกษาที่สนับสนุนสมมติฐานทั้ง 2 ข้อ ดังนี้

**1. ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ต่ำกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม** ผลการศึกษาพบว่า เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ตามตารางที่ 1 เนื่องจากโปรแกรมมีส่วนช่วยให้อาการนอนไม่หลับลดลง โดยการเข้าร่วมโปรแกรมทั้ง 5 ครั้ง ทำให้เกิดการดัดแปลงของปัจจัยการเกิดอาการนอนไม่หลับ ได้แก่ 1) สิ่งเร้า เป็นปฏิกิริยาที่มีต้นตอที่มากเกินไปทางด้านอารมณ์ ความคิด และสรีระ โดยปัจจัยสิ่งเร้าด้านการรู้คิดใช้กิจกรรม “การให้ความรู้เกี่ยวกับการนอนหลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า” ซึ่งสร้างความเข้าใจปัจจัยที่ทำให้เข้าสู่การนอนหลับได้คือต้องมีการผ่อนคลายทั้งร่างกายและจิตใจร่วมกับเทคนิคการบำบัดความคิด ทำให้ลดความกังวลและการตื่นตัวเพื่อให้เข้าสู่การนอนหลับได้ง่ายขึ้นร่วมกับกิจกรรม “รูปแบบการนอนและการผ่อนคลาย” คือการควบคุมสิ่งเร้าที่เป็นเงื่อนไขในการนอนหลับ เป็นการลดการกระตุ้นและการตื่นตัวของสิ่งเร้าด้านการรู้คิด อารมณ์ และสรีระ ให้เกิดการตัดวงจรที่เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กันส่งผลให้

อาการนอนไม่หลับลดลง 2) การรู้คิดและความเชื่อที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอนหลับโดยผ่านกิจกรรม “การปรับโครงสร้างทางการรู้คิดโดยค้นหาความเชื่อที่ผิดปกติและความคิดอัตโนมัติด้านลบในการนอนหลับ” ซึ่งจะช่วยให้เกิดการแยกแยะความคิดและความเชื่อนั้นออกมา และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนให้เข้าใจและมีความเชื่อที่ถูกต้องและเหมาะสมในกิจกรรม “การปรับโครงสร้างทางความคิดและความเชื่อที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอนหลับ” ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดที่ทำให้รบกวนการนอนหลับโดยการพิสูจน์ความคิดและโต้แย้งด้วยความรู้ที่ถูกต้องพร้อมเหตุผลที่จะนำไปสู่ความเข้าใจและลดความวิตกกังวลส่งผลให้ไม่ทำพฤติกรรมที่เพิ่มการรบกวนการนอนหลับ 3) นิสัยที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอน มีความสัมพันธ์และเกี่ยวเนื่องกันเมื่อถูกตัดวงจรส่งผลให้เกิดอาการนอนไม่หลับลดลง จากการมีความรู้ที่ถูกต้องร่วมกับการควบคุมสิ่งเร้า และการฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย ช่วยให้เกิดการผ่อนคลายและส่งเสริมให้เกิดการนอนหลับที่ดี<sup>26</sup> จากการลดการกระตุ้นและการตื่นตัวของสิ่งเร้าด้านร่างกาย อารมณ์ และการรู้คิด ด้วยความเข้าใจที่ถูกต้องและคาดหวังสอดคล้องกับความเป็นจริงส่งผลให้ลดความวิตกกังวลและนำไปสู่การนอนหลับได้ดี จากการปรับโปรแกรมให้เข้ากับบริบทของผู้สูงอายุของไทย ทำให้ลดอาการนอนไม่หลับได้สอดคล้องกับปัจจัยสาเหตุและลดปัจจัยทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับลงในผู้สูงอายุ

**2. ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ** ผลการศึกษาพบว่า เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ตามตารางที่ 2 เนื่องจากโปรแกรมเน้นการปรับเปลี่ยนความคิดและความเชื่อเดิมให้เหมาะสมรวมทั้งมีการปรับพฤติกรรมและลดสิ่งเร้าซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการตื่นตัวทั้งทางด้านอารมณ์ ความคิด และสรีระที่รบกวนการนอนหลับ ส่งผลให้ลดอาการนอนไม่หลับลง โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ออกแบบเป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized controlled study design) เพื่อให้เกิดความตรงภายในและมีอำนาจการทดสอบสูงสุด มีการอำพรางแบบทางเดียว (single-blind) เพื่อลดอคติที่อาจเกิดขึ้น ผู้วิจัยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้วิธีการ

กลุ่มแบบ individual randomization ด้วยวิธี block of four randomization และ block of two randomization กลุ่มละ 30 คน เพื่อให้ทุกคนในกลุ่มตัวอย่างได้มีโอกาสถูกสุ่มเข้าแต่ละกลุ่มอย่างเท่าเทียมกัน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการจับคู่ให้มีคุณลักษณะใกล้เคียงกัน (matched pairs) ตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ เพศ และระดับของอาการซึมเศร้า เพื่อลดปัจจัยแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และเกิดความเท่าเทียมกันของกลุ่มอย่างในการทำวิจัย<sup>27</sup> ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม แต่ได้รับการพยาบาลตามปกติซึ่งวิธีการที่ทำอยู่ไม่เห็นการเปลี่ยนแปลง ถึงแม้จะมีการให้ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยการนอน แต่การเข้าสู่การนอนหลับนั้นต้องเกิดจากการผ่อนคลายทางร่างกายและจิตใจโดยการจัดการความคิดร่วมด้วยซึ่งเป็นสิ่งเร้าที่สำคัญในการรบกวนการนอนหลับ ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม แสดงให้เห็นประสิทธิผลของโปรแกรมสามารถลดอาการนอนไม่หลับ จึงทำให้ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของ Hwang และคณะ<sup>17</sup> พบว่าอาการนอนไม่หลับหลังการได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม วัดผลทันทีและระยะติดตาม 1 เดือน มีอาการนอนไม่หลับลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับกับการศึกษาของ Talbot และคณะ<sup>18</sup> ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะเครียดผิดปกติหลังเหตุสะเทือนใจพบว่าอาการนอนไม่หลับหลังการได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

มีอาการการนอนไม่หลับลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้งยังมีการศึกษาของ Ayabe และคณะ<sup>15</sup> ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการบำบัดความคิดและพฤติกรรมและการดูแลตามปกติ พบว่าอาการนอนไม่หลับหลังการได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม มีอาการการนอนไม่หลับลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ Blom และคณะ<sup>16</sup> ศึกษาในผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับพบว่าอาการนอนไม่หลับหลังการได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมวัดผลทันทีและระยะติดตาม 6 เดือน มีอาการนอนไม่หลับลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จัดอบรมการใช้โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมสำหรับอาการนอนไม่หลับให้กับพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลและชุมชนเพื่อเพิ่มคุณภาพในการพยาบาล

### ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรศึกษาและขยายผลการนำโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมไปใช้ ในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้นและมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาว
2. การศึกษาครั้งนี้ ไม่ได้ศึกษาตัวแปรร่วมที่อาจมีผลต่ออาการนอนไม่หลับ เช่น โรคทางกาย ดังนั้นจึงควรศึกษาเพิ่มเติมเนื่องจากอาจมีผลต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า

## References

1. American Psychiatric Association. Diagnostics and statistical manual of mental disorder. 5<sup>th</sup> ed. Arlington VA: American Psychiatric Association; 2013.
2. Hirshkowitz M, Sharafkhaneh A. Sleep disorder. In: Sadock B, Sadock VA, Ruiz P, editors. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 10<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2017. p. 2083-2109.
3. Bluestein D, Rutledge CM, Healey AC. Psychosocial Correlates of Insomnia Severity in Primary Care. J Am Board Fam Med 2010;23(2):204-11.
4. Kim JM, Stewart R, Kim SW, Yang SJ, Shin IS, Yoon JS. Insomnia, depression, and physical disorders in late life: a 2-year longitudinal community study in Koreans. Sleep 2009;32(9): 1221-8.

5. Gindin J, Shochated T, Chetrit A, Epstein S, Israel YB, Levi S, et al. Insomnia in long-term care facilities: A comparison of seven European countries and Israel: The services and health for elderly in long term care study. *American Geriatrics Society* 2014;62(11):2033-9.
6. Chirapongse J. Selected factors related to insomnia among elderly patients with major depressive disorder [master's thesis]. [Bangkok]: Chulalongkorn University; 2011. (in Thai).
7. Spiegelhalder K, Regen W, Feige B, Hirschner V, Unbehauen T, Nissen C, et al. Sleep-related arousal versus general cognitive arousal in primary insomnia. *Journal of Clinical Sleep Medicine* 2012;8(4): 431-7.
8. Morin CM, Espie CA. *Insomnia a clinician's guide to assessment and treatment*. New York: Plenum; 2003.
9. Morin CM, Vallieres A, Lvers H. Dysfunctional beliefs and attitudes about Sleep (DBAS): Validation of a brief version (DBAS-16). *Sleep* 2007;30(11):1547-54.
10. Morin CM. *Insomnia: psychological assessment and management*. New York: Guilford Press; 1993.
11. Gaynes B, Fava M, Rush AJ. Insomnia in patients with depression: A STAR \* D report Insomnia in Patients With Depression : A STAR \* D Report. *CNS spectrums* 2010;15(6):394-404.
12. Krystal AD. A compendium of placebo-controlled trials of the risks/benefits of pharmacological treatments for insomnia: the empirical basis for U.S. clinical practice. *Sleep Med Rev* 2009;13(4): 265-74.
13. Mitchell MD, Gehrman P, Perlis M, Umscheid CA. Comparative effectiveness of cognitive behavioral therapy for insomnia: a systematic review. *BMC Family Practice* [Internet]. 2012. [cited 2017 Nov 11]:1-11. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC 3481424/>
14. Cunningham JEA, Shapiro CM. Cognitive Behavioural Therapy for Insomnia (CBT-I) to treat depression: A systematic review. *J Psychosom Res* [Internet]. 2018. [cited 2018 Mar 12];106:1-12. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.12.012>
15. Ayabe N, Okajima I, Nakajima S, Inoue Y, Watanabe N. Effectiveness of cognitive behavioral therapy for pharmacotherapy-resistant chronic insomnia: a multi-center randomized controlled trial in Japan. *Sleep Med* [Internet]. 2018. [cited 2018 Mar 12];50:105–12. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2018.05.038>
16. Blom K, Tarkian H, Wiklund T, Danlycke E, Forss M, Lindefors N, et al. Internet-vs. group-delivered cognitive behavior therapy for insomnia: A randomized controlled non-inferiority trial. *Behav Res Ther* [Internet]. 2015 [cited 2018 Mar 12]:70. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.05.002>
17. Hwang D, Nam M, Lee YG. The effect of cognitive behavioral therapy for insomnia in schizophrenia patients with sleep disturbance: a non-randomized, assessor-blind trial. *Psychiatry Res* [Internet]. 2019 [cited 2018 Mar 12]; 274:182–8. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.02.002>

18. Talbot LS, Maguen S, Metzler TJ, Schmitz M, Mccaslin SE, Richards A, et al. Cognitive behavioral therapy for insomnia in posttraumatic stress disorder: a randomized controlled trial. *Sleep*. 2014;37(2):327-41.
19. Espie CA, MacMahon KMA, Kelly HL, Broomfield NM, Douglas NJ, Engleman HM, et al. Randomized clinical effectiveness trial of nurse-administered small-group cognitive behavior therapy for persistent insomnia in general practice. *Sleep* 2007;30(5):574-84.
20. Manber R, Edinger JD, Gress JL, Pedro-salcedo MGS, Kuo TF, Kalista T. Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia Enhances Depression Outcome in Patients with Comorbid Major Depressive Disorder and Insomnia. *Sleep* 2008;31(4):489-95.
21. Pitisuttithum P, Picheansoonthon C. Textbook of clinical research. Bangkok: Amarin Printing; 2011. (in Thai)
22. Grove SK, Burns N, Jennifer G. The practice of nursing research. St.Louis :Elsevier/ Saunders; 2013.
23. Phattharayuttawat S. Manual of psychological testing. 4<sup>th</sup> ed. Bangkok: Medical media; 2008. (in Thai)
24. Kaewphang P. Relationships between selected factors and insomnia in adult cancer patients [master's thesis]. [Bangkok]: Chulalongkorn University; 2004. (in Thai).
25. Chimluang J. Descriptors of insomnia among persons with heart failure [doctoral's thesis]. [Bangkok]: Chulalongkorn University; 2009. (in Thai).
26. Deukhantod C, Somanusorn S, Kangchai W. Effect of promoting relaxation program by using dharma music and aromatherapy for sleep quality of elderly in social welfare development center for older persons. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok* 2016;32(1):153-61. (in Thai)
27. Srisatidnarakul B. The methodology in nursing research. Bangkok: You and I Intermedia; 2010. (in Thai)

## บทความวิจัย

## การศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทยในจังหวัดชัยนาท

### A Study of Geriatric Depression among Thai Elderly in Chainat Province

จารุวรรณ ก้านศรี ปร.ด. (Jaruwat Kansri, PH.D.)<sup>1</sup>ชุติมา มาลัย ปร.ด. (Chutima Malai, PH.D.)<sup>2</sup>ศศิวิมล บุณณะเรช พย.ม. (Sasowimon Boonranarek, M.N.S.)<sup>3</sup>อภินันท์ บุซบก ปร.ด. (Aphinan Busabok, PH.D.)<sup>4</sup>

Received: Jul 25, 2019

Revised: Sep 2, 2019

Accepted: Sep 20, 2019

#### บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในจังหวัดชัยนาท ทั้งเพศชายและเพศหญิง สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้และให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง ได้มาจากการคัดเลือกโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน และกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณของคอกเครน ระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ 95% ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 384 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย ทดสอบความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์สัมพันธ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.72 สถิติที่ใช้คือ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และการวิเคราะห์เชิงถดถอย ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยอยู่ในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 23.66 รองลงมาคือ ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง และระดับรุนแรง ร้อยละ 2.13 และ 1.56 ตามลำดับ และพบว่า เพศ (OR=3.02, 95%CI=1.46-6.34, p= .001) ความเพียงพอของรายได้ (OR=1.01, 95% CI=0.87-1.04, p= .002) และสัมพันธภาพในครอบครัว (OR=3.58, 95% CI= 1.67-6.68, p< .001) เป็นปัจจัยที่มีผลกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยในจังหวัดชัยนาทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปและข้อเสนอแนะจากผลจากการศึกษาครั้งนี้ บุคลากรสาธารณสุขสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการติดตามดูแลรักษา ส่งเสริมและป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยในชุมชนต่อไป

**คำสำคัญ:** ภาวะซึมเศร้า, ผู้สูงอายุ

<sup>1</sup>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชัยนาท Email: jaruwat\_kansri@hotmail.com

<sup>2</sup>ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชัยนาท E-mail: chutimali55@gmail.com

<sup>3</sup>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพฯ E-mail: sasiwimon.b@bcn.ac.th

<sup>4</sup>ที่ปรึกษาเชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาองค์กร บริษัท เยาว์พัฒนาค้าเยห์ จำกัด E-mail: aphinan\_b@hotmail.com

<sup>1,2</sup> Boromarajonani College of Nursing, Chainat, Chai Nat, Thailand

<sup>3</sup> Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Bangkok, Thailand

<sup>4</sup> Yehpattana Co., Ltd. Samut Sakhon, Thailand.

### Abstract

This descriptive study aimed to explore geriatric depression among Thai elderly in Chainat province. Subjects were both males and females who were able to communicate in Thai and provided information in person. Multi-stage random sampling method was used to recruit three hundred and eighty-four participants. Cochran method was used to calculate sample size with confidence level of 95%. Instrument included the Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) with Cronbach's alpha coefficient of .72. Data were analyzed using mean, percentage, and logistics regression. Findings were as follows: geriatric depression among Thai elderly at mild level is 23.66%, followed by moderate depression, and severe depression at 2.13%, and 1.56%, respectively. There were significant relationships among gender (OR = 3.02, 95% CI = 1.46-6.34,  $p = .001$ ), income (OR = 1.01, 95% CI = 0.87-1.04,  $p = .002$ ), family relationships (OR = 3.58, 95% CI = 1.67-6.68,  $p < .001$ ), and depression in Thai elderly in Chainat province. The findings of the study suggest that public health personnel can apply data obtained in monitoring and treatment as well as promoting well-being and preventing geriatric depression among Thai elderly in communities.

**Keywords:** depression, elderly

### บทนำ

จากโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้สังคมไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุ<sup>1</sup> ซึ่งองค์การอนามัยโลก<sup>2</sup> คาดการณ์ว่าระหว่างปี ค.ศ. 2015 ถึง ค.ศ. 2050 จะมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นจาก 900 ล้านคนเป็น 2 พันล้านคน จากแนวโน้มของกลุ่มผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นนี้ทำให้ผู้สูงอายุกลายเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ที่ต้องได้รับการดูแลที่มากขึ้น ทั้งด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตไปในทางเสื่อมลง ทำให้ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันลดลง เสี่ยงต่อการเกิดโรคภัยแรงต่างๆ เพิ่มขึ้น<sup>3</sup> อาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้าซึ่งเป็นปัญหาทางจิต ที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุและถือเป็นปัญหาที่สำคัญด้านสาธารณสุขของไทย<sup>4</sup>

การสำรวจภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุพบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่พบมากที่สุดในผู้สูงอายุและมีความสัมพันธ์กับอัตราการป่วยและอัตราการตายก่อนวัยอันควร<sup>5</sup> จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลก<sup>1</sup> พบว่าในปี พ.ศ. 2558 ความชุกของภาวะซึมเศร้าจะเพิ่มขึ้นกว่าร้อยละ 18.00 ในช่วงปี พ.ศ. 2548-2558 และยังพบว่า

ร้อยละ 20.00 ของผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั่วโลกมีความผิดปกติทางจิตและระบบประสาท (mental or neurological disorder) และในจำนวนนั้นมากกว่าร้อยละ 7.00 เกิดภาวะซึมเศร้า (depression) ซึ่งภาวะซึมเศร้านั้นเป็นภาวะอารมณ์ด้านลบ มีอารมณ์ หดหู่ เศร้าหมอง รู้สึกไม่มีความสุข ท้อแท้ในชีวิต ซึ่งหากไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมจะนำไปสู่การเป็นโรคซึมเศร้าได้<sup>6</sup> จากอาการที่พบในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า มักมีอาการทั้งทางร่างกาย อารมณ์ พฤติกรรมและการเคลื่อนไหว เช่น นอนไม่หลับ หลับๆ ตื่นๆ หรือหลับไม่สนิท ท้องอืด เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ปวดเมื่อยตามตัว อ่อนเพลีย ไม่มีแรง เชื่องช้า ไม่อยากทำงาน อารมณ์หดหู่ เศร้าหมองไม่สดชื่น หงุดหงิด เบื่อหน่ายและมีความคิดอยากตาย<sup>7</sup> ภาวะซึมเศร้าจะรุนแรงขึ้นเมื่อมีปัญหาสุขภาพทางกายที่แย่ลง ส่งผลให้การดำเนินชีวิตประจำวันและสุขภาพร่างกาย จิตใจและบทบาททางสังคมบกพร่อง<sup>8</sup> ซึ่งเมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงกับผู้สูงอายุเป็นเวลานานๆ อาจพัฒนาเป็นโรคซึมเศร้า (depressive disorder) ส่งผลให้การเจ็บป่วยมีความรุนแรงมากขึ้น เกิดการกลับเป็นซ้ำบ่อยๆ และใช้ระยะเวลาในการรักษาพยาบาล

นานขึ้น อาจจะไปสู่การฆ่าตัวตายได้ในอนาคต<sup>9</sup> จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุพบว่าเกิดจากหลายปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านชีวภาพ ได้แก่ โรคเรื้อรังทางกายหลายโรค ฮอร์โมนจากการตั้งครรภ์และหลังคลอด การใช้สารเสพติด 2) ปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว การผ่อนคลายความเครียด 3) ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า<sup>10</sup>

จากการศึกษาในประเทศไทยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 15.30 และพบความชุกของภาวะซึมเศร้าสูงในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย<sup>11</sup> สอดคล้องกับการศึกษาภาวะซึมเศร้าของอำเภอบึงสามพัน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 25.60 และพบปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ เพศ ความเพียงพอของรายได้ สัมพันธภาพในครอบครัวและแรงสนับสนุนทางสังคม<sup>12</sup> จังหวัดหนองบัวลำภูมีความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 22.80 และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ เพศ การออกกำลังกายและการมีโรคประจำตัว<sup>13</sup> และสอดคล้องกับการศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นความชุก ร้อยละ 14.30 ปัจจัยทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้า คือ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว และการเข้าร่วมทางสังคม<sup>14</sup> ฯลฯ แต่ยังไม่พบการศึกษาภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุในจังหวัดชัยนาท ซึ่งเป็นจังหวัดหนึ่งในภาคกลางตอนบนที่มีขนาดเล็ก จากการสำรวจข้อมูลสถิติจำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทยปี พ.ศ. 2560<sup>15</sup> พบว่าจังหวัดชัยนาทมีจำนวนประชากรของผู้สูงอายุมากเป็น

ลำดับ 2 ของจังหวัดในภาคกลาง คือ ร้อยละ 20.69 และพบว่าเป็นจังหวัดที่มีสังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2537 และมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี โดยใน ปี พ.ศ. 2560 สูงกว่าค่าร้อยละของประเทศไทย และติดอันดับที่ 6 ของจังหวัดที่มีดัชนีการสูงวัยมากที่สุด จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า จำนวนผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและเป็นชุมชนชนบทที่บุตรหลานปล่อยให้ผู้สูงอายุอยู่บ้านเพียงลำพัง เนื่องจากต้องไปทำมาหากินในจังหวัดอื่นที่มีเศรษฐกิจดีกว่า เช่น กรุงเทพมหานคร จึงทำให้ครอบครัวอยู่กันไม่พร้อมหน้า ผู้สูงอายุต้องอยู่ห่างจากลูกหลาน ทำให้ผู้สูงอายุเหล่านี้เกิดความว่าเหว่ ท้อแท้ รู้สึกไร้ค่าประกอบกับปัญหาทางสุขภาพกายที่เสื่อมลงตามวัย ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทยในจังหวัดชัยนาท เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนดำเนินการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่จะตามมาได้อย่างเหมาะสมและทัน่วงที

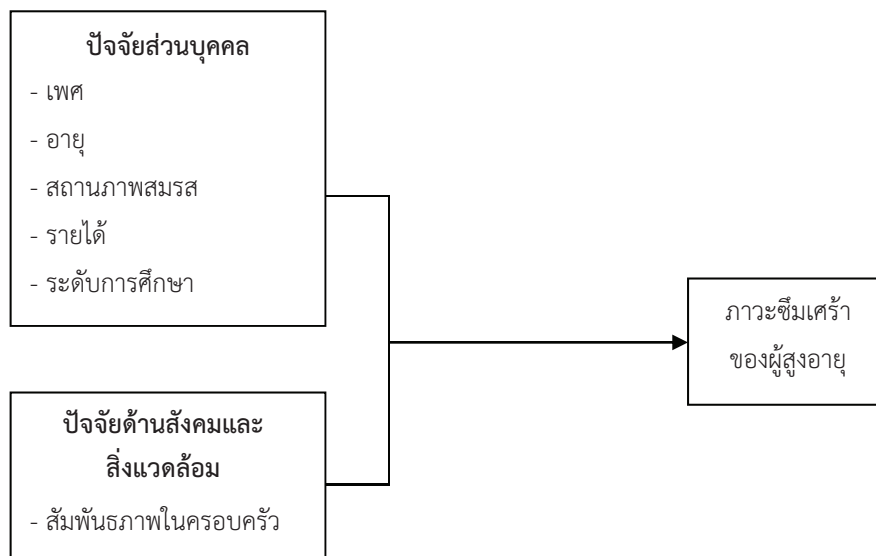
## วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทยในจังหวัดชัยนาท
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทยในจังหวัดชัยนาท

## สมมุติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ ระดับการศึกษาและโรคประจำตัว) ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม (สัมพันธภาพในครอบครัว) มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทยในจังหวัดชัยนาท

## กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive correlation research) เพื่อศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทยในจังหวัดชัยนาท และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทยในจังหวัดชัยนาท

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคือ ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในชุมชนของจังหวัดชัยนาท สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้และให้ข้อมูลได้ด้วยตนเองตามคุณสมบัติที่กำหนด ได้จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multi stage random sampling) โดยสุ่มจาก 8 อำเภอของจังหวัดชัยนาท สุ่มได้อำเภอเมือง ต่อจากนั้นสุ่มจาก 8 ตำบลของอำเภอเมือง ได้ 2 ตำบลคือตำบลชัยนาทและตำบลบ้านกล้วย โดยเลือกตำบลละ 192 คน รวมทั้ง 2 ตำบลจะได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 384 คน ซึ่งได้จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณของคอกเรน<sup>16</sup> กำหนดระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ 95% และความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ 5% และสัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร เท่ากับ 0.5

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบไปด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ การศึกษา โรคประจำตัว สัมพันธภาพในครอบครัว
2. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) พัฒนาโดย นิพนธ์ พงษ์วรินทร์และคณะ<sup>17</sup> ประกอบด้วย 30 ข้อคำถาม ลักษณะคำตอบคือ “ใช่” และ “ไม่ใช่” การคิดคะแนนข้อ 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30 ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่” ได้ 1 คะแนน ข้อที่เหลือถ้าตอบว่า “ใช่” ได้ 1 คะแนน การแปลผล คือ ผู้สูงอายุปกติคะแนน 0-12 คะแนน ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (Mild depression) 13-18 คะแนน ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง (Moderate depression) 19-24 คะแนน ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง (Severe depression) 25-30 คะแนน โดยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.72

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุข

จังหวัดชัยนาท และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชัยนาท และบ้านกล้วย เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย โดยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นผู้ช่วยนำในการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือพร้อมทั้งอธิบายถึงการวิจัยครั้งนี้จะไม่ส่งผลกระทบต่อใดๆ กับกลุ่มตัวอย่าง เมื่อได้รับการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างแล้ว หลังจากนั้นจึงประเมินภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS)

#### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังได้รับการอนุมัติจากการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนชัยนาท หนังสือเลขที่ 6/2561 โดยให้การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตลอดกระบวนการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ การปกปิดข้อมูลเป็นความลับ ไม่เปิดเผยให้ผู้อื่นทราบ การเปิดเผยข้อมูลจะเปิดเผยเป็นกลุ่ม โดยไม่มีข้อมูลเฉพาะบุคคลที่ทำให้สามารถสืบหาข้อมูลได้ รวมทั้งการขอถอนตัวโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งในปัจจุบันและอนาคต กรณีที่ผลการประเมินระดับซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับรุนแรง ผู้วิจัยดำเนินการส่งต่อไปเพื่อเข้ารับการรักษา

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) คือ ความถี่และร้อยละ วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้า และวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุ โดยใช้การวิเคราะห์เชิงถดถอย (Logistics regression analysis) และคำนวณค่า Crude และ Adjusted odds ratios โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

#### ผลการวิจัย

จากการศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทยในจังหวัดชัยนาท พบว่า

#### 1. ข้อมูลส่วนบุคคล

พบว่า ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุมีเพศหญิงมากกว่าเพศชายคิดเป็นร้อยละ 58.30, 41.70 ตามลำดับ อายุระหว่าง 70-74 ปี ร้อยละ 44.30 สถานภาพ คู่อยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 77.10 ด้านรายได้ไม่เพียงพอร้อยละ 49.40 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 81.0 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 55.50 และมีสัมพันธ์ภาพกับครอบครัวดี คิดเป็นร้อยละ 69.50 ดังตารางที่ 1

#### 2. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทยในจังหวัดชัยนาท

พบว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยในจังหวัดชัยนาท มีร้อยละ 27.35 เมื่อพิจารณาระดับของภาวะซึมเศร้าแล้วพบว่า ส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าในระดับน้อย (Mild depression) ร้อยละ 22.66 รองลงมาคือ ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (Moderate depression) และรุนแรง (Severe depression) ร้อยละ 3.13 และ 1.56 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

#### 3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทยในจังหวัดชัยนาท

พบว่า ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ด้วยการวิเคราะห์เชิงถดถอย (Logistics regression analysis) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ โดยพบว่าผู้สูงอายุเพศหญิง มีภาวะซึมเศร้าเป็น 3.02 เท่าของผู้สูงอายุเพศชาย ( $OR = 3.02, 95\% CI = 1.46-6.34, p = .001$ ) ความเพียงพอของรายได้ พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอ มีภาวะซึมเศร้าเป็น 1.01 เท่าของผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอ/เหลือเก็บ ( $OR = 1.01, 95\% CI = 0.87-1.04, p = .002$ ) สัมพันธภาพในครอบครัว พบว่าผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี มีภาวะซึมเศร้าเป็น 3.58 เท่าของผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวปานกลาง/ดีมาก ( $OR = 3.58, 95\% CI = 1.67-6.68, p < .001$ ) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=384)

| ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง      | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|-----------------------------|------------|--------|
| <b>เพศ</b>                  |            |        |
| ชาย                         | 160        | 41.70  |
| หญิง                        | 224        | 58.30  |
| <b>อายุ</b>                 |            |        |
| 60-64 ปี                    | 75         | 19.50  |
| 65-69 ปี                    | 102        | 26.60  |
| 70-74 ปี                    | 170        | 44.30  |
| 75-79 ปี                    | 37         | 9.60   |
| <b>สถานภาพสมรส</b>          |            |        |
| โสด                         | 2          | 0.50   |
| คู่ อยู่ด้วยกัน             | 296        | 77.10  |
| หม้าย/แยก/หย่าร้าง          | 86         | 22.40  |
| <b>รายได้</b>               |            |        |
| ไม่เพียงพอ                  | 197        | 49.40  |
| เพียงพอ                     | 136        | 34.10  |
| มีเก็บออม                   | 51         | 12.80  |
| <b>ระดับการศึกษา</b>        |            |        |
| ไม่ได้รับการศึกษา           | -          | -      |
| ระดับประถมศึกษา             | 311        | 81.00  |
| ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น       | 73         | 19.00  |
| <b>โรคประจำตัว</b>          |            |        |
| มีโรคประจำตัว               | 213        | 55.50  |
| ไม่มีโรคประจำตัว            | 171        | 44.50  |
| <b>สัมพันธภาพในครอบครัว</b> |            |        |
| ดี                          | 181        | 47.10  |
| ไม่ดี                       | 203        | 52.90  |

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับของภาวะซึมเศร้า (n=384)

| Level of depression                  | Frequency | Percent |
|--------------------------------------|-----------|---------|
| ปกติ/ไม่มีภาวะซึมเศร้า ( 0-12 คะแนน) | 279       | 72.65   |
| มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (13-18 คะแนน) | 87        | 22.66   |
| มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง (19-24 คะแนน)  | 12        | 3.13    |
| มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง (25-30 คะแนน)   | 6         | 1.56    |

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุไทยในจังหวัดชัยนาท โดยใช้ Logistics regression analysis (n=384)

| กลุ่มตัวอย่าง               | จำนวน | ร้อยละ | Crude |           |         | Adjusted |           |         |
|-----------------------------|-------|--------|-------|-----------|---------|----------|-----------|---------|
|                             |       |        | OR    | 95% CI    | p-value | OR       | 95% CI    | p-value |
| <b>เพศ</b>                  |       |        |       |           |         |          |           |         |
| ชาย                         | 160   | 41.70  | 1.00  |           |         | 1.00     |           |         |
| หญิง                        | 224   | 58.30  | 2.6   | 1.22-6.06 | <.001   | 3.02     | 1.46-6.34 | .001*   |
| <b>อายุ</b>                 |       |        |       |           |         |          |           |         |
| < 70 ปี                     | 177   | 46.10  | 1.00  |           |         | 1.00     |           |         |
| ≥ 70 ปี                     | 207   | 53.90  | 1.27  | 0.48-5.29 | .368    | 1.1      | 0.57-2.11 | 0.287   |
| <b>สถานภาพสมรส</b>          |       |        |       |           |         |          |           |         |
| คู่อยู่ด้วยกัน              | 296   | 77.10  | 1.00  |           |         | 1.00     |           |         |
| โสด/หม้าย/หย่า/แยก          | 88    | 22.90  | 1.78  | 0.77-3.23 | .856    | 1.59     | 0.7-2.99  | .744    |
| <b>รายได้</b>               |       |        |       |           |         |          |           |         |
| เพียงพอ/เหลือเก็บ           | 187   | 46.90  | 1.00  |           |         | 1.00     |           |         |
| ไม่เพียงพอ                  | 197   | 53.10  | 5.55  | 1.11-8.32 | <.001   | 1.01     | 0.87-1.04 | .002*   |
| <b>ระดับการศึกษา</b>        |       |        |       |           |         |          |           |         |
| ไม่ได้รับการศึกษา           | -     | -      | 1.00  |           |         | 1.00     |           |         |
| ประถมและมัธยมศึกษา          | 384   | 100.00 | 2.14  | 0.82-3.12 | .158    | 1.68     | 0.94-3.05 | .847    |
| <b>โรคประจำตัว</b>          |       |        |       |           |         |          |           |         |
| มีโรคประจำตัว               | 213   | 55.50  | 1.00  |           |         | 1.00     |           |         |
| ไม่มีโรคประจำตัว            | 171   | 44.50  | 1.52  | 0.78-5.25 | .178    | 1.21     | 0.40-4.56 | .616    |
| <b>สัมพันธภาพในครอบครัว</b> |       |        |       |           |         |          |           |         |
| ดี                          | 181   | 47.10  | 1.00  |           |         | 1.00     |           |         |
| ไม่ดี                       | 203   | 52.90  | 2.23  | 1.13-5.23 | <.001   | 3.58     | 1.67-6.68 | <.001*  |

1.00 = Reference group, \*p<.05

## การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทยในจังหวัดชัยนาท จำนวน 384 คน พบว่า

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทยในจังหวัดชัยนาท พบว่า ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุมีเพศหญิงมากกว่าเพศชายคิดเป็นร้อยละ 58.30, 41.70 ตามลำดับ อายุระหว่าง 70-74 ปี ร้อยละ 44.30 สถานภาพ คู่ อยู่ด้วยกันคิดเป็นร้อยละ 77.10 ด้านรายได้ไม่เพียงพอร้อยละ 49.40 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 81.00 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 55.50 และมีสัมพันธ์ภาพกับครอบครัวไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 52.90

การศึกษารั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยในจังหวัดชัยนาทมีร้อยละ 27.35 เมื่อพิจารณา ระดับของภาวะซึมเศร้าแล้วพบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะมีภาวะซึมเศร้าในระดับน้อยร้อยละ 22.66 รองลงมาคือ ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางและรุนแรง ร้อยละ 3.13 และ 1.56 ตามลำดับ ซึ่งพบว่าภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุใกล้เคียงกับการศึกษาของ Klinwichit, Klinwichit, Incha และ Klinwichit<sup>18</sup> พบภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 29.73 และ Mingmai<sup>12</sup> ที่พบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายुर้อยละ 25.60 และส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะมีภาวะซึมเศร้าในระดับน้อยร้อยละ 19.00 อย่างไรก็ตาม ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทยในจังหวัดเล็ก ๆ ที่มีประชากรรวมน้อยและมีบริบทของการประกอบอาชีพเกษตรกรรมเขตชนบท จะมีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าจังหวัดใหญ่ สอดคล้องกับการศึกษาของ Aoon-kaew และ Kuhirunyaratn<sup>13</sup> ที่พบว่าภาวะซึมเศร้าร้อยละ 22.80 และการศึกษาของ Paungrod<sup>11</sup> ที่พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 15.30 อันเนื่องมาจากสังคมยุคปัจจุบันเป็นครอบครัวเดี่ยว ลูกหลานไม่ค่อยได้อาศัยอยู่ร่วมกับบิดา มารดาทั้งวันเนื่องจากต้องออกไปทำงานนอกบ้านและจังหวัดไกลๆ เพื่อหาเงินมาดูแลพ่อแม่ที่ปล่อยให้อยู่บ้านเพียงลำพัง ร่วมกับคิดว่าภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นเรื่องปกติ เพราะผู้สูงอายุไม่มีงานทำ มีเวลาคิดเยอะและคิดฟุ้งซ่าน ซึ่งผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชนบทและขาดการเข้าถึงการรักษาและการดูแลต่อเนื่อง<sup>19</sup>

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทยในจังหวัดชัยนาท พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ โดยพบว่าผู้สูงอายุเพศหญิง มีภาวะซึมเศร้าเป็น 3.02 เท่าของ

ผู้สูงอายุเพศชาย (OR = 3.02, 95% CI = 1.46-6.34, p = .001) สอดคล้องกับการศึกษาของ Paungrod<sup>11</sup> ที่พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับเพศ ซึ่งพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย<sup>20,21</sup> สอดคล้องกับการศึกษาของ Aoon-kaew, Kuhirunyaratn<sup>13</sup> ที่พบว่า เพศหญิงจะมีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าเพศชายเนื่องจากผู้สูงอายุเพศหญิงเมื่อหมดประจำเดือน รังไข่จะฝ่อเล็กและหยุดการสร้างฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรน ทำให้มีอาการเปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิดง่าย เกิดความคิดบิดเบือนไปเองโดยไม่สามารถควบคุมความคิดด้านลบได้ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

ด้านความเพียงพอของรายได้พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอ มีภาวะซึมเศร้าเป็น 1.01 เท่าของผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอ/เหลือเก็บ (OR = 1.01, 95% CI = 0.87-1.04, p = .002) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Paungrod<sup>11</sup> ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี พบว่าความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม บางส่วนไม่ได้ทำงานมีเพียงรายได้จากลูกหลานและจากรัฐบาลเท่านั้นซึ่งไม่เพียงพอต่อการยังชีพในปัจจุบัน ดังนั้นการมีรายได้ที่เพียงพอจึงเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตที่ตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคลได้ ส่งผลทำให้มีความสุขในการดำรงชีวิตและมีสุขภาพจิตที่ดี ซึ่งผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทและสถานะทางสังคม การเสื่อมถอยทางด้านร่างกาย ทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพหรือมีรายได้ลดลง หากผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกว่ารายได้ไม่เพียงพอ ย่อมกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุ โดยรู้สึกว่าการตนเองไร้ความสามารถ ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียด กังวลจากรายได้ที่ไม่เพียงพอ การเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพลดลงและนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้<sup>22</sup>

ด้านสัมพันธ์ภาพในครอบครัว พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสัมพันธ์ภาพในครอบครัวไม่ดี มีภาวะซึมเศร้าเป็น 3.58 เท่าของผู้สูงอายุที่มีสัมพันธ์ภาพในครอบครัวปานกลาง/ดีมาก (OR = 3.58, 95% CI = 1.67-6.68, p < .001) สอดคล้องกับการศึกษาของ Jitaree,<sup>23</sup> Yodkul<sup>24</sup> ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดนครปฐมและจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่าสัมพันธ์ภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ซึ่งอธิบายได้ว่าเมื่อบุคคลอย่างเข้าสู่วัยสูงอายุจะเกิดความถดถอยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ทำให้เกิดภาวะพึ่งพิงจากครอบครัว

มากขึ้น แต่สังคมปัจจุบันปล่อยให้ผู้สูงอายุต้องอยู่ลำพังมากขึ้น เนื่องจากสมาชิกต้องแยกย้ายกันไปทำงานหาเงินมาเลี้ยงครอบครัว จึงส่งผลให้สัมพันธ์ภาพในครอบครัวห่างเหิน ขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและคนรอบข้าง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกไร้คุณค่า เมื่อเวลาผ่านไปนานๆ จะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มีสัมพันธ์ภาพในครอบครัวดี<sup>12</sup>

สรุปผลการศึกษา พบว่า เพศ ความเพียงพอของรายได้ และสัมพันธ์ภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับจึงจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถนำผลการวิจัยไปปรับใช้ในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อลดภาวะซึมเศร้าอย่างเกิดประโยชน์สูงสุด ตลอดจนส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขสืบต่อไป

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. บุคลากรสาธารณสุขสามารถนำผลการศึกษาไปส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและการจัดการกับภาวะซึมเศร้าแก่ผู้สูงอายุในชุมชนต่างๆ ได้
2. บุคลากรในสถานศึกษาสามารถนำผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนแก่นักศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้

### ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรมีการประสานความร่วมมือระหว่างเครือข่ายทางสังคมอย่างเป็นรูปธรรม ต่อเนื่องและยั่งยืนเพื่อเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมให้แก่ผู้สูงอายุในการป้องกันภาวะซึมเศร้า

### References

1. Chewasopit W. Aging society: The changed marketing factor. Journal of MCU Nakhondhat 2019;6(1):38-54. (in Thai).
2. World Health Organization. Ageing and health. Retrieved from: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>. March 1, 2018.
3. Tongdee J, Rongmuang D, Nakchatree C. Health status and quality of life among the elderly in the Southern Border Provinces of Thailand. Nursing Journal of the Ministry of Public Health 2012;22(3):88-99. (in Thai).
4. Choorat W, Sawangdee Y, Arunraksomba S. Factors influencing the risk of having mental health problems of Thai elderly. A Journal of Thai Population Association. 2012;23(2):87-109. (in Thai).
5. Kouzis A, Eaton WW, Leaf PJ. Psychopathology and mortality in the general population. SocPsychiatry Psychiatr Epidemiol 2008;995(30):165-70.
6. Naruemon S, Sopin S. Factors associated with depression in nursing students. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health Nursing 2014;29(3):11-27. (in Thai).
7. American Psychiatric Association. Diagnostic statistical manual of mental disorders. (4<sup>th</sup> ed). Text revision: Washington DC.; 2002.
8. Singhard S. Nursing of the elderly with depression. Journal of Science and Technology, Ubon Ratchatani University 2016;18(3):15-24. (in Thai).
9. Karl P, Nancy PM. Depression and associated factors in older adults in South Africa. Glob Health Action 2013;6:1-9.

10. Yeaujaiyen M, Kunkla S, Booranarek S, Kaewchuntra K. A study of factors relating to depressive disorder among people who live in slum in Bangkok. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok 2018;34(3):100-107. (in Thai).
11. Paungrod N. The study on depression in Nonthaburi Province elderly. Princess of Naradhiwas University. Journal of Humanities and Social Science 2012;2(1):63-74. (In Thai).
12. Mingmai k. The prevalence and factors related to depression among older people in Tab Sakae District, Prachuap Khiri Khan Province. Journal of Nursing and Education 2018;11(1):50-65. (In Thai).
13. Aoon-kaew V, Kuhirunyaratn P. The prevalence of depression among the elderly in Ban prow community hospital. Meuang District, Nong Bua Lam Phu Province. KKU Journal for Public Health Research 2015;3(4):577-589. (In Thai).
14. Wongmai A. Factors predicting depression and prevention strategies in depression among elderly in Maewang Sub-district Municipality, Maewang District, Chiang Mai Province. Faculty of Public Health, ChiangMai Rajabhat University. 2017. (In Thai).
15. Department of older persons. Situation of the thai elderly. Retrieved from: <http://www.dop.go.th/th/know/2/127>. October,1, 2018. (in Thai).
16. Cochran WG. Sampling techniques. 2<sup>nd</sup> Ed. New York: John Wiley and Sons; 1963.
17. Pongvarin N. Thai geriatric depression scale. Siriraj Medical Journal 1994;46:1-8.
18. Klinwichit S, Klinwichit W, Incha P, Klinwichit P. Mental health evaluation of the elderly with chronic illness in community: Saensuk Municipality, Chon Buri, THAILAND. Burapha Journal of Medicine 2015;2(1):21-33. (in Thai).
19. Wongsaree C. Nurses' roles in families promoting to slow progressive with early stage dementia syndrome in an older adult 2018;4:102-11. (in Thai).
20. Sozeri-Varma G. Depression in the elderly: clinical features and risk factors. Aging and Disease 2014;3(6):465-71.
21. Padayachey U, Ramlall S, Chipps J. Depression in older adults: prevalence and risk factors in a primary health care sample, South African Family Practice 2017;59(2):61-6. Doi: 10.1080/20786190.2016.1272250
22. Bunloet A. Prevalence and factors associated with depression among the elderly community residents with chronic diseases in Samliam Urban Primary Care Unit, Khon Kaen Province. Srinagarind Medical Journal 2016;31(1):23-33. (In Thai).
23. Jitaree B. The factors influencing depression among elderly in the community, Nakhon Pathom province. Dissertation of master degree of nursing (Community health nurse practitioner). Chulalongkornrajavidyalaya University of Thailand, Nakhonpathom. (2012). (in Thai).
24. Yodkul S. Predictive factors of depression among older people with chronic disease in Buriram Hospital. Journal of Nurses association of Thailand North-Eastern Division 2012;30(3):50-7. (in Thai).

## บทความวิจัย

# ผลของโปรแกรมส่งเสริมการทำหน้าที่ของสมองสำหรับผู้สูงอายุ ต่อการรู้คิดและพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

## Effects of A Brain Function Promoting Program on Cognitive Function and Dementia Prevention Behaviors for Older Adults

Received: Mar 5, 2019  
Revised: May 9, 2019  
Accepted: May 18, 2019

กัมปนาท สรรวมจิต พย.ม. (Kampanach Samruamchit, M.S.N.)<sup>1</sup>

สุนีย์ ละกำปน กศ.ด. (Sune Lagampan, Ed.D.)<sup>2</sup>

ขวัญใจ อำนาจสัตย์ชื่อ Ph.D. (Kwanjai Amnatsatsue, Ph.D.)<sup>3</sup>

### บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการทำหน้าที่ของสมองสำหรับผู้สูงอายุ ต่อการรู้คิดและพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-79 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี จำนวน 56 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 28 คน กลุ่มทดลองได้รับการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการทำหน้าที่ของสมองสำหรับผู้สูงอายุ จำนวน 5 กิจกรรม โดยมีการประยุกต์ใช้แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) และกลุ่มเปรียบเทียบได้รับกิจกรรมปกติของโรงเรียนผู้สูงอายุ โดยมีระยะเวลาในการศึกษา จำนวน 8 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ข้อคำถาม ในระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง วิเคราะห์ผลด้วยสถิติเชิงพรรณนา chi-square, paired t-test และ independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม และการรู้คิดมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) และผลต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม และการรู้คิด มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

สรุปโปรแกรมส่งเสริมการทำหน้าที่ของสมองสำหรับผู้สูงอายุ ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม และการรู้คิดของผู้สูงอายุ จากการวิจัยเสนอแนะว่า พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนสามารถนำโปรแกรมส่งเสริมการทำหน้าที่ของสมองสำหรับผู้สูงอายุไปใช้เพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

**คำสำคัญ:** โปรแกรมส่งเสริมการทำหน้าที่ของสมอง, พฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม, การรู้คิด, ผู้สูงอายุ

ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา ประจำปี 2562 จากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) และทุนสนับสนุนการทำวิทยานิพนธ์บางส่วนสำหรับนักศึกษาบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

<sup>1</sup>นักศึกษาลัทธิศาสตร์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: kampanachsamruamchit@gmail.com

<sup>2</sup>Corresponding author รองศาสตราจารย์ ดร. ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: sune.lag@gmail.com

<sup>3</sup>รองศาสตราจารย์ ดร. ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: kwanjai.amn@gmail.com

Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University, Thailand

### Abstract

This quasi-experimental study with two group pre-posttest design aimed to investigate the effects of a brain function promoting program on cognitive function, and dementia prevention behaviors of older adults. The sample consisted of 56 older adults aged 60-79 years living in Mueang district, Chonburi province, Thailand. Twenty-eight participants were assigned to an experimental group and 28 to a comparison group. The experimental group received 5 activities of brain function promoting program based on self-efficacy concept. The comparison group received regular activities from senior school program. The duration of intervention program lasted for 8 weeks. Data were collected using interview questionnaires at base-line and post-intervention. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square, paired t-test, and independent t-test.

Results of the study revealed that after intervention, the experimental group reported significantly higher mean scores of dementia prevention behaviors, and cognitive function than before intervention. The experimental group reported significantly higher mean difference scores of dementia prevention behaviors, and cognitive function than the comparison group ( $p < 0.05$ ).

In conclusion, this brain function promoting program had a significant impact on dementia prevention behaviors, and cognitive function. Therefore, community nurse practitioners should apply this program to prevent dementia among older adults in community.

**Keywords:** Brain Function Promoting Program, dementia prevention behaviors, cognitive function, older adults

### บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทย ได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ในปี พ.ศ. 2560 ประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 17.10<sup>1</sup> และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2564 จะมีประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 ซึ่งจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์<sup>2</sup> ดังนั้นโอกาสที่จะพบผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจึงมีเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายुर้อยละ 8.10 โดยความชุกของภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นตามอายุ ซึ่งอุบัติการณ์การเกิดภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า ทุกๆ 5 ปี<sup>3</sup> และจากสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2556-2558 ประเทศไทยมีอัตราป่วยภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น 14.9 15.4 และ 16.4 ต่อแสนประชากรตามลำดับ<sup>4</sup> พ.ศ. 2558-2560 ประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป

ของจังหวัดชลบุรีมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น คิดเป็นร้อยละ 11.50 11.80 และ 12.20 ตามลำดับ<sup>5</sup> สอดคล้องกับประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน อีกทั้งสถานการณ์ภาวะสมองเสื่อมในจังหวัดชลบุรีมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน พบว่า พ.ศ. 2558-2559 มีอัตราป่วยภาวะสมองเสื่อม 3.2 และ 3.3 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ<sup>6</sup> จากสถานการณ์ของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของประเทศชาติ ประเทศไทยต้องสูญเสียรายได้ในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมทั่วประเทศประมาณ 1,810 ล้านบาทต่อปี หรือประมาณ 63,350 ล้านบาทต่อปี<sup>7</sup> รัฐบาลต้องรับภาระต้นทุนค่ายารักษาภาวะสมองเสื่อม ประมาณ 4,155-5,338 บาทต่อเดือนต่อคน<sup>8</sup> ส่งผลต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ทำให้ประสิทธิภาพการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง มีภาวะพึ่งพา และนำไปสู่ความต้องการดูแลระยะยาว<sup>9</sup> และ

ส่งผลต่อผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ไม่มีเวลาสำหรับตนเอง ขาดการเข้าถึงสังคมและการคบหาเพื่อนฝูง เกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้า ครอบครัวขาดรายได้เพราะต้องมาดูแลผู้ป่วย และเกิดหนี้สินจากการรักษาภาวะสมองเสื่อม<sup>10</sup>

การจัดกิจกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุปกติและกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ผู้สูงอายุที่ได้รับการฝึกสมองเป็นประจำจะสามารถช่วยกระตุ้นการทำงานของสมองโดยเฉพาะด้านรู้คิด ช่วยชะลอและลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้<sup>11</sup> นอกจากการฝึกสมองแล้ว การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยให้แรงดันในหลอดเลือดลดลง รักษาโครงสร้างของเซลล์ประสาทและเพิ่มการขยายตัวของเส้นใยประสาทและเส้นเลือดฝอยทำให้มีเลือดไปเลี้ยงสมองได้มากขึ้น<sup>12</sup> และการรับประทานอาหารช่วยบำรุงสมอง ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีกรดไขมันไม่อิ่มตัวเชิงซ้อน เช่น กรดไขมันโอเมก้า 3<sup>13</sup> และการรับประทานวิตามิน ได้แก่ วิตามินบี 12 วิตามินซี วิตามินอี และกรดโฟลิก<sup>14-15</sup> ส่งผลทำให้การรู้คิดเพิ่มขึ้น และสามารถลดการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุได้

ชมรมผู้สูงอายุตำบลดอนหัวฬ่อ และเทศบาลตำบลดอนหัวฬ่อ จังหวัดชลบุรี ได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ จึงได้จัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลดอนหัวฬ่อขึ้น จัดหลักสูตรตามความต้องการของผู้สูงอายุและบริบทของชุมชน โดยจัดกิจกรรมให้ความรู้กับผู้สูงอายุ 2 สัปดาห์ต่อครั้งๆ ละ 3 ชั่วโมง เป็นการให้ความรู้หลากหลายเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน แต่พบว่าประเด็นเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพโดยเฉพาะการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมยังขาดสาระสำคัญ และไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน เป็นเพียงการบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุขาดความรู้ ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ขาดทักษะในการฝึกสมองโดยเฉพาะด้านการรู้คิดในชีวิตประจำวัน ซึ่งจำเป็นต่อการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ดังนั้น ผู้วิจัยมีความสนใจในการศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ของสมองสำหรับผู้สูงอายุเพื่อให้เกิดแนวปฏิบัติในการจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมที่สามารถนำไปใช้ในโรงเรียนผู้สูงอายุต่อไป

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน รับผิดชอบดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ จึงได้ออกแบบ โปรแกรมการพยาบาลที่ส่งเสริมการทำหน้าที่ของสมองสำหรับผู้สูงอายุ โดยประยุกต์แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง<sup>16</sup> เพราะจากการทบทวนงานวิจัย<sup>17-19</sup> พบว่า การจัดกิจกรรมเรียนรู้และเพิ่มทักษะตามแนวคิดดังกล่าว สามารถทำให้ผู้สูงอายุปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ดีขึ้น และส่งผลต่อการทำหน้าที่ของสมองด้านการรู้คิด

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม และการรู้คิด ของกลุ่มทดลองในระยะก่อนและหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม และการรู้คิด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

### สมมุติฐานงานวิจัย

1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม และคะแนนเฉลี่ยของการรู้คิด มากกว่าก่อนการทดลอง
2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม และคะแนนเฉลี่ยของการรู้คิด มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

### ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มีรูปแบบการวิจัยแบบ Two group pretest-posttest design

**ประชากร** คือ ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุระหว่าง 60-79 ปี ไม่มีภาวะสมองเสื่อม อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ กลุ่มผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีช่วงอายุระหว่าง 60-79 ปี ที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม พื้นที่ศึกษากลุ่มทดลองคือ ตำบลดอนหัวฬ่อ พื้นที่เปรียบเทียบคือ ตำบลบ้านสวน ผู้สูงอายุทั้ง 2 กลุ่มได้รับการประกาศเชิญชวนและเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ โดยต้องมีคุณสมบัติ

## กรอบแนวคิดการวิจัย

### โปรแกรมส่งเสริมการทำหน้าที่ของสมองสำหรับผู้สูงอายุ

โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง ดังนี้

1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จแก่ผู้สูงอายุ ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของสมองในผู้สูงอายุ ภาวะสมองเสื่อม และการให้ความรู้และฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับเทคนิคการช่วยจำ การฝึกการรู้คิด การออกกำลังกายส่งเสริมสุขภาพสมอง และอาหารช่วยบำรุงสมอง กิจกรรมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนรู้ และการมอบหมายการบ้าน
2. การรับรู้ประสบการณ์จากผู้อื่น ได้แก่ การนำตัวแบบผู้สูงอายุที่มีสุขภาพสมองดีในชุมชนร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การใช้เทคนิคช่วยจำ และการรับประทานอาหารช่วยบำรุงสมอง และการใช้ตัวแบบจากวีดิทัศน์เกี่ยวกับการฝึกเทคนิคช่วยจำ และการออกกำลังกายด้วยตาราง 9 ช่อง
3. การชักจูงโดยคำพูด ได้แก่ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย การให้กำลังใจและพูดชักจูงถึงประโยชน์ในการปฏิบัติกิจกรรม
4. การส่งเสริมภาวะทางสรีระและอารมณ์ ได้แก่ การแข่งขันการฝึกการรู้คิด ด้านการใช้ภาษา และมอบรางวัลให้แก่ผู้ชนะ และการกล่าวชมเชยแก่ผู้สูงอายุที่ปฏิบัติได้สำเร็จ

พฤติกรรมป้องกัน  
ภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น

การรู้คิดเพิ่มขึ้น

ตามเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) สามารถฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ 2) ไม่มีความพิการทางด้านการสายตาและการได้ยิน 3) ไม่มีภาวะซึมเศร้า โดยมีผลคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน จากการประเมินด้วยแบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) 20 4) ไม่มีภาวะบกพร่องทางการรู้คิด โดยผู้สูงอายุที่จบชั้นประถมศึกษา ต้องได้คะแนนจากแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)<sup>21</sup> อยู่ในช่วง 17-30 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน และผู้สูงอายุที่จบสูงกว่าชั้นประถมศึกษาต้องได้คะแนนอยู่ในช่วง 22-30 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน และ 5) ต้องไม่เคยได้รับยาหรือมีอาการทางจิตเวชที่มีความสัมพันธ์กับการบกพร่องด้านการรู้คิด

**ขนาดกลุ่มตัวอย่าง** คำนวณโดยเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (Power Analysis)<sup>22</sup> กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ขนาดใหญ่ เท่ากับ .80 กำหนดค่า  $\alpha$  เท่ากับ 0.5

และ และค่าอำนาจการทดสอบ ( $1-\beta$ ) เท่ากับ .80 ได้ขนาดตัวอย่าง กลุ่มละ 26 คน เพิ่มขนาดตัวอย่างมากกว่าที่คำนวณไว้อีกร้อยละ 10 ได้จำนวน 56 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 28 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 28 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ส่วน ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการทำหน้าที่ของสมองสำหรับผู้สูงอายุ เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง กิจกรรมทั้งหมด 5 ครั้ง จัดกิจกรรมทุก 2 สัปดาห์ต่อครั้งๆ ละ 45 นาที ใช้ระยะเวลา 9 สัปดาห์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบวัดคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน จำนวนสมาชิกครอบครัว โรคประจำตัว และประวัติการได้รับอุบัติเหตุทางศีรษะ

ส่วนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม เป็นคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุในด้านการออกกำลังกายและการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การฝึกการรู้คิด และการรับประทานอาหารเช้าช่วยบำรุงสมอง มีคำถาม 15 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า 4 ระดับ จากปฏิบัติประจำ (4) ถึงไม่ได้ปฏิบัติ (1) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 15-60 คะแนน คะแนนรวมสูง หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับที่เหมาะสมมาก

ส่วนที่ 3 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) 21 เพื่อประเมินการรู้คิด เป็นการทดสอบเกี่ยวกับ การรับรู้ด้านเวลา (orientation for time) การรับรู้ด้านสถานที่ (orientation for place) การจดจำ (registration) สมาธิและการคำนวณ (attention/calculation) ความระลึกได้ (recall) การบอกชื่อสิ่งของ (naming) การพูดตาม (Repetition) การทำตามคำสั่ง (verbal command) การทำตามคำสั่งจากตัวหนังสือ (writing command) การเขียน (writing) และการวาดรูปโครงสร้าง (visuo-construction) จำนวน 11 ข้อ การให้คะแนน ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน คะแนนเต็ม 30 คะแนน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน โดยแบบวัดพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index; CVI) ได้ค่าเท่ากับ 0.89 และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (reliability) โดยแบบวัดพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม วิเคราะห์ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Alpha's Cronbach coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.86 ส่วนแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) วิเคราะห์ด้วยวิธี Kuder -Richardson 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ 0.81

#### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ MUPH 2018-055

**การดำเนินการวิจัย** การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนอันเกิดจากความลำเอียงของผู้ทดลอง โดย

ผู้วิจัยได้มีผู้ช่วยวิจัย จำนวน 2 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพ ทำหน้าที่ช่วยผู้วิจัยในการทำกิจกรรม และเก็บรวบรวมข้อมูล และผู้ช่วยวิจัยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และวิธีการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมดังกล่าว จากนั้นผู้วิจัยมีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

**กลุ่มทดลอง** ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการทำหน้าที่ของสมองสำหรับผู้สูงอายุ กิจกรรมมีทั้งหมด 5 ครั้ง จัดกิจกรรมทุก 2 สัปดาห์ต่อครั้งๆ ละ 45 นาที ใช้ระยะเวลา 9 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมครั้งที่ 1 **“ทำอะไร เมื่อฉันลืม”** วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและฝึกเทคนิคการช่วยจำให้แก่ผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของสมองในผู้สูงอายุ ภาวะสมองเสื่อม และเทคนิคการช่วยจำ มีการบ้านให้ผู้สูงอายุฝึก ชมวิดีโอต้นหนังสือเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมกับเทคนิคการช่วยจำ และผู้สูงอายุในชุมชนที่มีสุขภาพสมองดีมาร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับเทคนิคการช่วยจำ

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมครั้งที่ 2 **“สูงวัย ชัยกาย ชัยายสมอง”** วัตถุประสงค์เพื่อฝึกการรู้คิดโดยการออกกำลังกายให้แก่ผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การให้ความรู้และฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายด้วยตาราง 9 ช่อง และมีคู่มือพร้อมซีดีเพื่อให้ไปฝึกปฏิบัติที่บ้าน

สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมครั้งที่ 3 **“สูงวัย ฝึกคิดกันลืม (1)”** วัตถุประสงค์เพื่อฝึกการรู้คิดให้แก่ผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การให้ความรู้และฝึกสมองด้านทักษะการรู้คิด ได้แก่ ด้านความจำ ด้านการบริหารจัดการ และด้านการคำนวณ แบ่งเป็นกลุ่มย่อยฝึกปฏิบัติหมุนเวียนตามฐานฝึกการรู้คิด และมีการบ้านให้ผู้สูงอายุไปฝึกต่อที่บ้าน

สัปดาห์ที่ 7 กิจกรรมครั้งที่ 4 **“สูงวัย ฝึกคิดกันลืม (2)”** วัตถุประสงค์เพื่อฝึกการรู้คิดให้แก่ผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การให้ความรู้และฝึกการรู้คิด ได้แก่ ด้านสมาธิจดจ่อ ด้านมิติสัมพันธ์ และด้านการใช้ภาษา ฝึกปฏิบัติด้านการรู้คิด โดยแบ่งกลุ่มและหมุนเวียนไปตามฐานฝึกการรู้คิด และมีการบ้านเพื่อให้ผู้สูงอายุไปฝึกต่อที่บ้าน

สัปดาห์ที่ 9 กิจกรรมครั้งที่ 5 **“อาหารด้านสมองเสื่อม”** วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรับประทานอาหารเช้าช่วยบำรุงสมอง และเลือกรับประทานอาหารได้เหมาะสมกับวัย ประกอบด้วย การให้ความ

รู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารช่วยบำรุงสมอง ประกอบด้วย สารอาหารที่จำเป็นต่อสมอง ได้แก่ โปรตีน ไขมัน และ คาร์โบไฮเดรต หลักการรับประทานอาหารเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง ต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และเมนูอาหารช่วยบำรุง สมอง ได้แก่ ไข่ต้มทรงเครื่อง แกงเลียง ต้มส้มปลาทุสด และ ปลาผัดขึ้นฉ่าย แลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยการวิเคราะห์เมนูอาหาร บำรุงสมอง มีผู้สูงอายุในชุมชนมาร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เกี่ยวกับการรับประทานอาหารช่วยบำรุงสมอง

**กลุ่มเปรียบเทียบ** ได้รับกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุ ตามปกติ และได้รับกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง ของสมองในผู้สูงอายุ ภาวะสมองเสื่อม และการป้องกัน ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุจากผู้วิจัยในสัปดาห์ที่ 9

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** ด้วยการสัมภาษณ์ตาม โครงสร้างคำถามของแบบวัด โดยเก็บรวบรวมข้อมูล 2 ครั้ง คือ ก่อนการทดลอง และหลังจบการทดลองโปรแกรมแล้ว 2 สัปดาห์ คือ ที่สัปดาห์ที่ 11

**การวิเคราะห์ข้อมูล** การศึกษานี้กำหนดระดับนัย สำคัญในการทดสอบสมมติฐานที่  $\alpha = .05$  สถิติที่ใช้ในการ วิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การ แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบการกระจายข้อมูลของตัวแปรตามที่ศึกษาด้วยสถิติ Kolmogorov smirnov test ทดสอบความแตกต่างของ ลักษณะทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วย สถิติวิเคราะห์ Chi-square และ Independent t-test และ เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยตัวแปรที่ศึกษา ภายในกลุ่มด้วย Paired t-test และ ระหว่างกลุ่มด้วย Independent t- test

## ผลการวิจัย

### ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 92.90 และร้อยละ 85.7 ตาม ลำดับ) ทั้งสองกลุ่มมีอายุเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน คือ กลุ่มทดลอง มีอายุเฉลี่ย  $68.11 \pm 4.95$  ปี และกลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ย  $67.57 \pm 4.97$  ปี ด้านสถานภาพสมรส กลุ่มทดลองมากกว่าครึ่ง มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 67.90) และกลุ่มเปรียบเทียบ มากกว่าครึ่งมีสถานภาพโสด หย่าร้าง แยกกันอยู่ และหม้าย

(ร้อยละ 57.1) ระดับการศึกษา พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่ม เปรียบเทียบมีระดับการศึกษาไม่แตกต่างกัน ส่วนใหญ่อยู่ใน ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 82.10 และ 75.00 ตามลำดับ) กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว 2 คนขึ้นไป (ร้อยละ 92.90 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม) กลุ่มทดลองมี จำนวนสมาชิกครอบครัวเฉลี่ย  $3.50 \pm 1.34$  คน และกลุ่มเปรียบเทียบมีจำนวนสมาชิกครอบครัวเฉลี่ย  $3.17 \pm 1.33$  คน กลุ่ม ทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ ไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 96.40 และ ร้อยละ 71.40 ตามลำดับ) กลุ่มทดลองมีรายได้ของ ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน จำนวน  $31,428.57 \pm 13,461.68$  บาท ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน จำนวน  $18,946.42 \pm 12,562.68$  บาท ด้านประวัติการเจ็บ ป่วย ส่วนใหญ่กลุ่มทดลอง (ร้อยละ 82.1) และทั้งหมดของกลุ่ม เปรียบเทียบ (ร้อยละ 100) มีโรคประจำตัว เมื่อพิจารณาแยก ตามโรค พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มากกว่า ครึ่งมีโรคประจำตัว 1 โรค (ร้อยละ 52.20 และร้อยละ 53.60 ตามลำดับ) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ไม่ เคยได้รับอุบัติเหตุที่ศีรษะอย่างรุนแรง (ร้อยละ 92.90 และ ร้อยละ 96.40 ตามลำดับ) เมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าคุณลักษณะส่วนบุคคล ของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ยกเว้น การประกอบอาชีพ และ รายได้ของครอบครัว มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ( $p < .05$ )

### ส่วนที่ 2 ผลของโปรแกรมส่งเสริมการทำหน้าที่ ของสมองสำหรับผู้สูงอายุ

#### 2.1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรม การป้องกันภาวะสมองเสื่อม และการรู้คิด ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ระหว่างระยะก่อนการทดลองและระยะ หลังการทดลอง

พบว่า กลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะ สมองเสื่อม และการรู้คิด หลังการทดลองเพิ่มมากกว่าก่อนการ ทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) และกลุ่มเปรียบเทียบ มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม และการรู้คิด หลังการทดลองเพิ่มมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ( $p < .05$ ) ดังแสดงในตารางที่ 1

#### 2.2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรม การป้องกันภาวะสมองเสื่อม และการรู้คิด ก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม และการรู้คิด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ระหว่างระยะก่อนการทดลองและระยะหลังการทดลอง

| ตัวแปรที่ศึกษา                    | ก่อนการทดลอง |      | หลังการทดลอง |      | t     | df | p-value |
|-----------------------------------|--------------|------|--------------|------|-------|----|---------|
|                                   | $\bar{X}$    | SD.  | $\bar{X}$    | SD.  |       |    |         |
| กลุ่มทดลอง                        |              |      |              |      |       |    |         |
| พฤติกรรม การป้องกันภาวะสมองเสื่อม | 47.07        | 5.81 | 51.10        | 4.12 | 5.641 | 27 | <.001   |
| การรู้คิด                         | 25.75        | 1.89 | 27.67        | 1.84 | 7.095 | 27 | <.001   |
| กลุ่มเปรียบเทียบ                  |              |      |              |      |       |    |         |
| พฤติกรรม การป้องกันภาวะสมองเสื่อม | 42.92        | 4.83 | 45.14        | 4.39 | 2.920 | 27 | .003    |
| การรู้คิด                         | 23.50        | 2.25 | 24.35        | 2.11 | 3.422 | 27 | .001    |

**ตารางที่ 2** เปรียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม และการรู้คิดของผู้สูงอายุ ก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

| ตัวแปรที่ศึกษา                   | กลุ่มทดลอง |      | กลุ่มเปรียบเทียบ |      | t     | df | p-value |
|----------------------------------|------------|------|------------------|------|-------|----|---------|
|                                  | (n = 28)   |      | (n = 28)         |      |       |    |         |
|                                  | $\bar{X}$  | SD.  | $\bar{X}$        | SD.  |       |    |         |
| พฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม | 47.07      | 5.81 | 42.92            | 4.83 | 2.897 | 54 | .005    |
| การรู้คิด                        | 25.75      | 1.89 | 23.50            | 2.25 | 4.042 | 54 | <.001   |

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม และการรู้คิด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

| ตัวแปรที่ศึกษา                   | กลุ่มทดลอง |      | กลุ่มเปรียบเทียบ |      | t     | df | p-value |
|----------------------------------|------------|------|------------------|------|-------|----|---------|
|                                  | (n = 28)   |      | (n = 28)         |      |       |    |         |
|                                  | $\bar{d}$  | SD.  | $\bar{d}$        | SD.  |       |    |         |
| พฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม | 4.03       | 3.78 | 2.21             | 4.01 | 1.747 | 54 | .043    |
| การรู้คิด                        | 1.92       | 1.43 | 0.85             | 1.32 | 2.899 | 54 | .002    |

พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม และการรู้คิด ก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ดังแสดงในตารางที่ 2

เนื่องจาก ตัวแปรที่ศึกษาทั้ง 2 ตัวแปรของผู้สูงอายุ กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างกันตั้งแต่ก่อนการทดลอง ในการศึกษานี้ จึงใช้คะแนนผลต่างระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ในการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ดังแสดงในตารางที่ 3

### 2.3 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนผลต่างของพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมและการรู้คิด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนผลต่างของพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม และการรู้คิด มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ดังแสดงในตารางที่ 3

### อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการทำหน้าที่ของสมองสำหรับผู้สูงอายุต่อการรู้คิดและพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม สามารถอภิปรายผลการทดลองได้ ดังนี้

**พฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม** ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมส่งเสริมการทำหน้าที่ของสมองสำหรับผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง และ เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยโปรแกรมส่งเสริมการทำหน้าที่ของสมองสำหรับผู้สูงอายุ สามารถส่งเสริมให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ได้เรียนรู้และฝึกทักษะต่างๆ จากโปรแกรมดังกล่าว จนมีความมั่นใจในตนเองมากขึ้นว่าสามารถปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมได้ ตามสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการเข้าร่วมกิจกรรม และจากสิ่งที่ไปฝึกฝนต่อเนื่องที่บ้าน ประกอบด้วย กิจกรรมครั้งที่ 1 “ทำอะไร เมื่อฉันลืม” ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม และเทคนิคการช่วยจำ มีการบ้านให้ผู้สูงอายุฝึก

ชมวีดิทัศน์หนังสือเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมกับเทคนิคการช่วยจำ และผู้สูงอายุในชุมชนที่มีสุขภาพสมองดีมาร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับเทคนิค ส่งผลทำให้มีความตระหนักรู้เกี่ยวกับการเกิดภาวะสมองเสื่อม ส่งผลทำให้มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น กิจกรรมครั้งที่ 2 “สูงวัย ขยับกาย ขยายสมอง” ผู้สูงอายุได้ฝึกการออกกำลังกายด้วยตาราง 9 ช่อง ซึ่งเป็นวิธีที่ทำได้ง่าย ไม่ยุ่งยาก ผู้สูงอายุสามารถทบทวนได้จากคู่มือ และทำตามตัวแบบในวีดิทัศน์จากวีซีดีเกี่ยวกับการออกกำลังกายด้วยตาราง 9 ช่องที่ผู้วิจัยให้ไป ทำให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจและปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง ส่งผลมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง กิจกรรมครั้งที่ 3 “สูงวัย ฝึกคิดกันลืม (1)” และ กิจกรรมครั้งที่ 4 “สูงวัย ฝึกคิดกันลืม (2)” เป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุได้เรียนรู้และฝึกการรู้คิดในชีวิตประจำวัน เช่น การบวกลบ คูณ และหารเลขคณิตศาสตร์ อ่านหนังสือ สวดมนต์ นั่งสมาธิ การฝึกจำตัวเลข การวางแผนล่วงหน้าก่อนทำกิจกรรมต่างๆ และการวาดรูปภาพทรงต่างๆ นั้น เป็นสิ่งที่สามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันที่สามารถปฏิบัติได้ ส่งผลมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง และ กิจกรรมครั้งที่ 5 “อาหารต้านสมองเสื่อม” ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาหารช่วยบำรุงสมอง และเมนูอาหารที่ให้ความรู้สามารถหาวัตถุดิบได้ง่ายตามท้องตลาด และเป็นอาหารที่ผู้สูงอายุเคยรับประทาน ทำให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจและปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง ส่งผลมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ สนับสนุนแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูรา<sup>16</sup> ที่อธิบายว่าเมื่อบุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถตนเองจะส่งผลให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมนั้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Sharoni และคณะ<sup>23</sup> พบว่า หลังการทดลอง ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลเท่าดีกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง แต่น้อยกว่าผู้สูงอายุกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเพราะได้รับความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในสัปดาห์ที่ 8 และได้รับกิจกรรมการฝึกสมองการออกกำลังกายมาบ้าง

จากโรงเรียนผู้สูงอายุ และอาจได้รับข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและการป้องกันภาวะสมองเสื่อมจากสื่อสังคมออนไลน์ จึงนำมาปฏิบัติเพราะสมองเสื่อมเป็นประเด็นที่มีโอกาสเกิดได้ ในผู้สูงอายุ

**การรู้คิด** ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมส่งเสริมการทำหน้าที่ของสมองสำหรับผู้สูงอายุ ส่งผลให้ ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรู้คิด มากกว่าก่อนการทดลอง และ เพิ่มมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยโปรแกรมส่งเสริมการทำหน้าที่ของสมองสำหรับผู้สูงอายุ สามารถส่งเสริมให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีการรู้คิดเพิ่มขึ้น อาจเป็นผลมาจากที่ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมดังกล่าว เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติตัวและปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น นำสิ่งที่ได้จากกิจกรรม เช่น กิจกรรมครั้งที่ 2 “สูงวัยขยับกาย ขยายสมอง” ที่ฝึกให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีการออกกำลังกายด้วยตาราง 9 ช่อง และเป็นการออกกำลังกายที่ฝึกสมอง เป็นการกระตุ้นเซลล์สมอง และการสั่งการของระบบประสาท ที่ส่งผลให้มีการรู้คิดเพิ่มขึ้น<sup>24</sup> ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการฝึกการเคลื่อนไหวร่างกายในตารางเก้าช่องมีคะแนนเฉลี่ยความจำสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง<sup>25</sup> นอกจากนี้กิจกรรมในโปรแกรม เช่น กิจกรรมครั้งที่ 3 “สูงวัย ฝึกคิดกันลืม (1)” และกิจกรรมครั้งที่ 4 “สูงวัย ฝึกคิดกันลืม (2)” เป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองได้เรียนรู้ และฝึกกิจกรรมที่ส่งเสริมการทำงานของสมองด้านการรู้คิด ทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านความจำ ทำให้สมองส่วน Hippocampus Cerebellum และ Prefrontal Cortex ได้รับการกระตุ้นในการทำหน้าที่<sup>26</sup> (2) ด้านการบริหารจัดการ ผู้สูงอายุได้เรียนรู้และฝึกคิดวางแผน (Planning) ฝึกเริ่มทำงาน (Initiating) ฝึกจัดลำดับขั้นตอนของแผนงาน (Sequencing) และการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ แก้ไขปัญหา และการหยุดดำเนินการแผน การกระตุ้นสมองส่วนหน้า ได้แก่ Dorsolateral prefrontal cortex ทำหน้าที่ด้านการรู้คิด<sup>27</sup> (3) การคำนวณ เป็นการกระตุ้นสมองซีกซ้ายในเรื่องความคิด และการมีเหตุผล<sup>27</sup> (4) ด้านสมาธิจดจ่อ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดกระบวนการเพ่งความสนใจ (Focus) และคงความสนใจนั้นไว้ (Sustain) ตลอดจนการเปลี่ยนความคิดอย่างเหมาะสม (Mental shift) เป็นการกระตุ้นส่วนสมองซีกซ้าย<sup>27</sup> (5) ด้าน

มิติสัมพันธ์ เป็นการส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ (Learning) เก็บข้อมูลไว้ (Retention) การดึงข้อมูลออกมาใช้ (Recall) และสมาธิจดจ่อ (Attention) เป็นการกระตุ้นส่วนสมองด้านขวา<sup>27</sup> และ (6) ด้านการใช้ภาษาเป็นการฝึกสมองส่วน Cortex ที่มีหน้าที่เกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึก (Sensory) และการสั่งการ (Motor) โดยสมองซีกซ้ายจะทำหน้าที่เกี่ยวกับภาษา<sup>26</sup> ซึ่งกิจกรรมการฝึกการทำหน้าที่ของสมองเหล่านี้เมื่อผู้สูงอายุนำไปปฏิบัติจึงส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการรู้คิดเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Kwok และคณะ<sup>28</sup> พบว่า ภายหลังจากการทดลอง คะแนนเฉลี่ยของการรู้คิดของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

นอกจากนี้ กิจกรรมครั้งที่ 5 “อาหารด้านสมองเสื่อม” ที่ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองเกี่ยวกับการรับประทานอาหารช่วยบำรุงสมอง ได้แก่ ไข่ตุ๋นทรงเครื่อง แกงเลียง ต้มส้มปลาทุสด และปลาผัดขึ้นฉ่าย เพื่อให้ได้รับสารอาหารที่เพียงพอและเหมาะสม เนื่องจากภาวะทุพโภชนาการจะส่งผลทำให้การรู้คิดลดลง<sup>29</sup> และถ้าหากผู้สูงอายุรับประทานอาหารที่มีพลังงานสูง ได้แก่ คาร์โบไฮเดรต และไขมันอิ่มตัว จะส่งผลทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น เกิดภาวะโภชนาการเกิน มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคเบาหวาน และโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลทำให้การรู้คิดลดลงเช่นกัน<sup>30</sup> สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเปรียบเทียบที่เข้าร่วมในกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ มีคะแนนเฉลี่ยการรู้คิดหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองเช่นกัน อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุกลุ่มเปรียบเทียบยังมีการปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะสมองเสื่อม และยังเข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุการรู้คิดจึงเพิ่มขึ้น แต่พบว่ำน้อยกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญ

สรุปโปรแกรมส่งเสริมการทำหน้าที่ของสมองสำหรับผู้สูงอายุสามารถส่งผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมและการรู้คิดของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญ

## ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติทางการพยาบาล พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนสามารถนำโปรแกรมส่งเสริมการทำหน้าที่ของสมองสำหรับผู้สูงอายุไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม และในผู้สูงอายุที่มี

ภาวะเสี่ยงต่อการเป็นภาวะสมองเสื่อม (จากการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในชุมชน) เพื่อชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อม โดยใช้เป็นแนวปฏิบัติในการทำกิจกรรมให้ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ คลินิกผู้สูงอายุ หรือโรงเรียนผู้สูงอายุ

**2. ด้านการศึกษา** สามารถนำโปรแกรมดังกล่าวไปใช้ในการอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุชุมชน ให้แก่พยาบาลวิชาชีพ และนักศึกษาพยาบาล

**3. ด้านการวิจัย** นักวิจัยสามารถนำผลการวิจัยในครั้งนี้ ไปเป็นแนวทางสำหรับการศึกษาวิจัย เพื่อพัฒนาโปรแกรมเกี่ยวกับการป้องกันภาวะสมองในผู้สูงอายุได้

### ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการทำหน้าที่ของสมองสำหรับผู้สูงอายุต่อเนื่องติดตามผลหลังการทดลอง 3, 6, 12 เดือน

2. ควรทดลองนำเทคโนโลยีเข้ามาช่วยเสริมในการจัดกิจกรรม เช่น การตั้งกลุ่มสนทนาในแอปพลิเคชันโทรศัพท์ เพื่อส่งข้อมูลข่าวสาร ติดตามและพูดคุย ให้กำลังใจ ชี้แนะสอบถามถึงปัญหาในการปฏิบัติตน และกระตุ้นให้ผู้สูงอายุปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

### References

1. Institute for Population and Social research Mahidol University. Population of Thailand, 2017 [Internet]. 2017 [cited 2018 may 12]. Available form: [http://www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsr/Contents/Documents/Gazette/Population\\_Gazette2016-TH.pdf](http://www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsr/Contents/Documents/Gazette/Population_Gazette2016-TH.pdf). (In Thai).
2. Prasartkul P, editors. Situation of Thai elderly 2016. Bangkok: Printery; 2017. (in Thai).
3. Aekplakorn W, editors. Thai National Health Examination Survey, NHES V.Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2014. (in Thai).
4. The Task Force of Health Data and Information, Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health. Public Health Statistics A.D. 2015. Bangkok: Samcharoen Panich; 2016. (in Thai).
5. Department of Provincial Administration, Ministry of Interior. Population and Register Home statistics [Internet]. 2018 [cited 2018 June 2018]. Available form: [http://stat.dopa.go.th/stat/statnew/upstat\\_age.php](http://stat.dopa.go.th/stat/statnew/upstat_age.php). (in Thai).
6. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. The Report of Patients receives services in Department of Mental Health by disease [Internet]. 2018 [cited 2018 may 11]. Available form: <http://www.dmh.go.th/report/datacenter/map/>. (in Thai).
7. Alzheimer's Disease International. Dementia in the Asia Pacific Region. London: Alzheimer's Disease International; 2014.
8. Turongkaravee S, Chaikledkaew U, Teerawattananon Y, Chansirikanjana S. Cost-utility analysis of acetylcholinesterase inhibitors in the treatment of mild to moderate alzheimer's disease. Nonthaburi: The Graphico Systems; 2011. (in Thai).
9. Chansirikanjana S. The situation of dementia. In: The summary of brainstorming for policies development to prevention treatment and care dementia patients. Nonthaburi: The Graphico Systems; 2012. (in Thai).

10. Rakkhumnuan S, Lueboonthavachai P. Behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) and caregivers of Alzheimer's dementia patients at Department of Psychiatry, King Chulalongkorn Memorial Hospital. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 2012;57(3): 335-46. (in Thai).
11. Trakulsithichock S. Prevention of dementia in older persons. *Journal of Nursing and Health Care* 2018;36(4):6-14. (in Thai).
12. Pany S, Siri S, Sujirarat D, Pitikultang S, Tantirangsee N. Prevalence and association between activities and cognitive impairment among the elderly. *Journal of Public Health*. 2016;46(1):95-107. (in Thai).
13. Kroger E, Verreault R, Carmichael PH, Lindsay J, Julien P, Dewailly E, et al. Omega-3 fatty acids and risk of dementia: the Canadian Study of Health and Aging. *The American journal of clinical nutrition* 2009;90(1):184-92.
14. Walker JG, Batterham PJ, Mackinnon AJ, Jorm AF, Hickie I, Fenech M, et al. Oral folic acid and vitamin B-12 supplementation to prevent cognitive decline in community-dwelling older adults with depressive symptoms-the Beyond Ageing Project: a randomized controlled trial. *The American journal of clinical nutrition* 2012;95(1):194-203.
15. Basambombo LL, Carmichael PH, Cote S, Laurin D. Use of Vitamin E and C Supplements for the Prevention of Cognitive Decline. *The Annals of pharmacotherapy* 2017;51(2):118-24.
16. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review* 1977;84(2):191-215.
17. Chumklang T, Duangsong R. The effects of exercise promotion program by the applying of self-efficacy and social support for pain decreasing among elderly with osteoarthritis knees in Wangnamkheaw District, Nakhonratchasima Province. *KKU Research Journal (Graduate Studies)* 2012;12(1):46-56. (in Thai).
18. Chattrawongwiwat T, Kong-in W, Thaniwattananon, P. Impacts of a memory-enhancing programme on perceived memory self-efficacy amongst elderly people. *Thai Journal of Nursing Council* 2013;28(2):98-108. (in Thai).
19. Kim EH, Suh SR. Effects of a memory and visual-motor integration program for older adults based on self-efficacy theory. *Journal of Korean Academy Nursing* 2017;47(3):431-44.
20. Train The Brain Forum Committee. Thai Geriatric Depression Scale-TGDS. *Siriraj Hospital Gazette* 1994;46(1):1-9. (in Thai).
21. Thai Cognitive Test Development Committee 1999. Mini-Mental State Examination-Thai 2002. Nonthaburi: Institute of Geriatric Medical, Department of Medical Services, Ministry of Public Health, Thailand; 2002. (in Thai)
22. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences . 2nd ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.

23. Sharoni SKA, Abdul Rahman H, Minhat HS, Shariff-Ghazali S, Azman Ong MH. The effects of self-efficacy enhancing program on foot self-care behaviour of older adults with diabetes: A randomised controlled trial in elderly care facility, Peninsular Malaysia. PloS one. 2018;13(3): e0192417.
24. Krabuanrat C. Nine square and brain development. Bangkok: Grand Sport Group;2009. (in Thai).
25. Cheunsakulpong T, Aebthaisong O. The effect of moving the body in the nine squares table with balance and memory in geriatric psychiatric patients who admitted in Prakaisuk ward. Journal of Srithanya Hospital 2012;13(13):16-26. (in Thai).
26. Saiyudthong S. Basic nuerophysiology. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2015. (in Thai).
27. Muangpisan W, editors. Dementia Prevention Assessment and Care. Bangkok: Parbpim Printing; 2013. (in Thai).
28. Kwok T, Wong A, Chan G, Shiu YY, Lam KC, Young D, et al. Effectiveness of cognitive training for Chinese elderly in Hong Kong. Clinical Interventions in Aging 2013;8:213-9.
29. Amarya S, Singh K, Sabharwal M. Changes during aging and their association with malnutrition. Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics 2015;6(3):78-84.
30. Beilharz JE, Maniam J, Morris MJ. Diet-induced cognitive deficits: the role of fat and sugar, potential mechanisms and nutritional interventions. Nutrients 2015;7(8):6719-38.

## บทความวิจัย

# ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา

## Factors Related to Health Promoting Behaviors for Cardiovascular Disease Prevention among Diabetes with Hypertension Patients in Muang District, Chachoengsao Province

พิภพ ดีแพ พย.ม. (Pipop Deepae, M.N.S)<sup>1</sup>

กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม ปร.ด. (Kamontip Khungtumneam, Ph.D.)<sup>2</sup>

นพณัฐ จำปาเทศ ปร.ด. (Nopphanath Chumpathat. Ph.D.)<sup>3</sup>

Received: Jul 9, 2019

Revised: Jul 30, 2019

Accepted: Aug 16, 2019

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 95 ราย เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.79 ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.70 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และทดสอบสมมติฐานด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว และวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยรวมในระดับดี (Mean=3.21, SD=0.38) กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดแตกต่างกันมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดต่างกันอย่างไม่นัยสำคัญทางสถิติ ( $F=0.575$ ,  $p=.633$ ) ปัจจัยการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=.402$ ,  $p<.001$  และ  $r=.617$ ,  $p<.001$  ตามลำดับ) ขณะที่ปัจจัยการรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r= -.530$ ,  $p<.001$ )

จากผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อการพัฒนาโปรแกรมหรือกิจกรรมสร้างเสริมพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง โดยเน้นให้มีการรับรู้ประโยชน์และความสามารถของตนเอง ร่วมกับการลดการรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

**คำสำคัญ:** พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด, ผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง, การรับรู้ประโยชน์, การรับรู้ความสามารถตนเอง, การรับรู้อุปสรรค

<sup>1</sup>Corresponding author นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ E-mail : pipop@bcnnv.ac.th

<sup>2</sup>ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ E-mail : kkamontip1@gmail.com

<sup>3</sup>อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ E-mail : nophc@yahoo.com

Huachiew Chalemparakiet University, Samut Prakan, Thailand

### Abstract

This descriptive study aimed to assess factors related to health promoting behaviors for cardiovascular disease (CVD) prevention among diabetes with hypertension (DM with HTN) patients in Muang District, Chachoengsao province. Ninety-five DM with HTN patients were recruited using two-stage random sampling technique. A set of questionnaires was used including: (1) Personal data record form and health data; (2) questionnaire of health promoting behaviors for CVD prevention among DM with HTN patients with reliability of 0.79; and (3) questionnaire of factors related to health promoting behaviors for CVD prevention among DM with HTN patients with reliability of 0.70. Data were analyzed using descriptive statistics, one-way ANOVA, and the Pearson's Product Moment Correlation Coefficient. The results revealed that sample reported a good level of health promoting behavior for CVD prevention (Mean = 3.21, SD = 0.38). There was not significantly different between participants with different CVD risk on health promoting behaviors for CVD prevention ( $F = 0.575, p = .633$ ). The perceive benefits and self-efficacy of CVD promoting behaviors for prevention was significantly positively correlated to promoting behaviors for CVD prevention among DM with HTN patients ( $r = .402, p < .001$  and  $r = .617, p < .001$ , respectively). The perceived barriers to health promoting behavior of CVD prevention is significantly negatively correlated to promoting behaviors for CVD prevention among DM with HTN patients ( $r = -.530, p < .001$ ). The results of can be used to develop programs on CVD health promoting for DM with HTN patients. Our finding suggested that we should increase the perception of the benefits and self-efficacy of cardiovascular disease health promoting and reduce the perception of the barriers.

**Keywords:** health promoting behaviors, cardiovascular disease prevention, perceive benefits, perceive self-efficacy, perceived barriers, diabetes, hypertension

### บทนำ

โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease :CVD) เป็นหนึ่งในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก ในปี ค.ศ. 2016 พบผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด ประมาณ 17.79 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 31.00 ของการเสียชีวิตทั่วโลก<sup>1</sup> ในประเทศไทยมีรายงานพบอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ปี ค.ศ. 2016 ประมาณร้อยละ 23.00 ของสาเหตุการตายทั้งหมดในประเทศไทย<sup>2</sup> ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่าคนที่อายุมากขึ้น จะเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น เนื่องจากการสะสมของ atherosclerotic plaque ในหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดตีบ

แคบ ซึ่งส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจหรือสมองไม่เพียงพอ ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดตามมา<sup>3</sup> นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน ร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง จะมีภาวะเสี่ยงที่จะเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ถึงร้อยละ 75.00<sup>4</sup> โดยพบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง จะมีอัตราการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสองเท่าของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน<sup>5-6</sup>

การสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง ที่มุ่งประเด็นไปที่การมีพฤติกรรมป้องกันโรคหรือการปฏิบัติหรือการดำเนินชีวิต เพื่อป้องกันการเกิดโรคหรือภาวะเจ็บป่วย ซึ่ง Walker, Susan, Sechrist, และ Pender<sup>7</sup> ได้เสนอ

แนวทางการดำเนินชีวิตประจำวันที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพ (health-promoting life style) ประกอบด้วยพฤติกรรม 6 ด้าน ได้แก่ การเจริญทางจิตวิญญาณ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล โภชนาการ กิจกรรมของร่างกาย ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และการจัดการกับความเครียด ซึ่งการที่ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับปัจจัยหลาย ๆ อย่างที่เข้ามามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่ามีปัจจัยหลาย ๆ ปัจจัย ได้แก่ 1) อายุ โดยพบอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงขึ้นในวัย 65 ปี หรือมากกว่านั้น<sup>8</sup> และพบว่าเมื่อมีอายุเพิ่มขึ้นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดก็จะเพิ่มตามไปด้วย<sup>9</sup> 2) เพศ พบอัตราการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ชายสูงกว่าผู้หญิง<sup>8</sup> 3) ปัจจัยสุขภาพ เช่น ความดันโลหิต โคเลสเตอรอล ระดับน้ำตาลในเลือด ภาวะอ้วนและการสูบบุหรี่ เป็นต้น ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่เป็นต้นเหตุของการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือด ที่มีการสะสมของไขมันและสารอื่นๆ ในผนังหลอดเลือด ทำให้ผนังหลอดเลือดยืดหยุ่นลดลงและหนาขึ้น ทำให้หลอดเลือดตีตันทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดตามมา<sup>10</sup> ซึ่งในปัจจุบันสามารถนำมาเป็นข้อมูลในการประเมินปัจจัยเสี่ยงหลายปัจจัยพร้อมๆ กันเพื่อทำนายโอกาสเกิดโรคภายในอนาคต โดยใช้โปรแกรม Thai CV Risk Score ส่วนปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ Pender<sup>11</sup> พบว่า การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการรับรู้อุปสรรค จะสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดีที่สุด<sup>12</sup> และยังมีการศึกษาที่สนับสนุนได้แก่ การศึกษาของ Phumankian<sup>13</sup> พบว่า การรับรู้ประโยชน์และความสามารถในการกระทำมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่วนการรับรู้ความสามารถของตนเองสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้เนื่องจากถ้าบุคคลนั้นมีความรู้สึกถึงความเชื่อมั่นเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง หรือความเชื่อมั่นในการกำหนดการแสดงออก หรือพฤติกรรมของตนเอง จะทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

นั้นๆ ดังการศึกษาของ Thimoonnee และ Preechawong<sup>14</sup> ที่พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองในการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพนักงานทำความสะอาดวัดก่อนหมดประจำเดือนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด สำหรับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ เนื่องจากเมื่อขาดความพร้อมและมีการรับรู้อุปสรรคมากจะเป็นแรงผลักดันทำให้บุคคลหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆ ในทางตรงกันข้ามเมื่อบุคคลมีความพร้อมสูงและรับรู้อุปสรรคน้อย ก็จะมีโอกาสปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ มากขึ้นด้วย ดังการศึกษาของ Thanakwang Kespichayawattana และ Jitpanya<sup>15</sup> ซึ่งรวบรวมการศึกษาที่ตีพิมพ์เผยแพร่ระหว่างปี พ.ศ. 2534-2552 พบการรับรู้อุปสรรคของการมีพฤติกรรมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในระดับปานกลางค่อนข้างสูง

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในอำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา ในปี พ.ศ. 2560 พบผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง จำนวน 2,792 คน และพบเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดร่วมด้วย จำนวน 425 คน<sup>16</sup> ประกอบกับ รพ.สต. เป็นหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่แบบองค์รวม ป้องกันอันตรายจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เน้นการให้บริการทั้งเชิงรุก เชิงรับ เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยง ลดการเจ็บป่วย ลดความพิการหรือสูญเสียชีวิต<sup>17</sup> และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการศึกษถึงปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงในประเทศไทยน้อยมาก ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเพื่อนำปัจจัยเหล่านี้ไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการออกแบบกิจกรรมเพื่อสำหรับพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือผู้ที่สนใจนำไปสร้างเสริมสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด และระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้า ในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง

### สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงที่มีระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดที่แตกต่างกันจะมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดต่างกัน
2. การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง
3. การรับรู้อุปสรรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ได้เลือกเฉพาะบางปัจจัยตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์มาศึกษา ได้แก่ ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรค ซึ่งสรุปเป็นกรอบแนวคิดได้ดัง

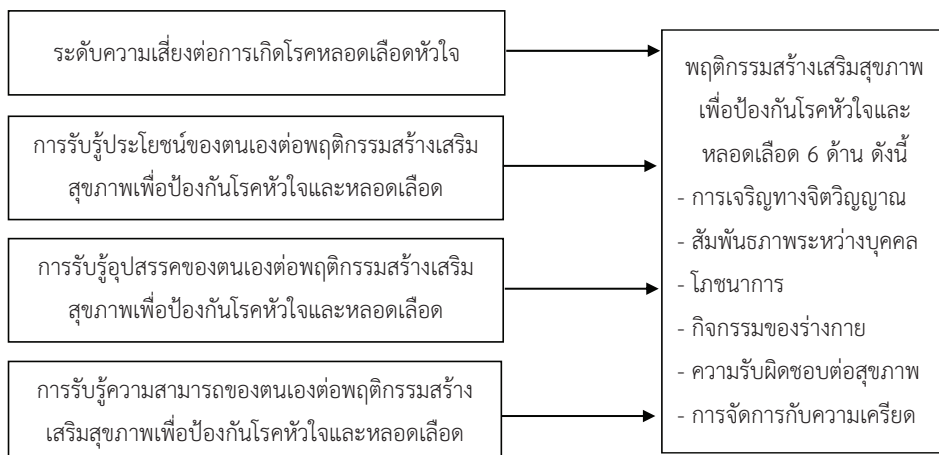
### แผนภูมิที่ 1

#### ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive research)

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วย อายุ 35-70 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง ที่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่องที่คลินิกโรคเรื้อรัง รพ.สต. ในอำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 2,792 ราย ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณด้วยโปรแกรม G\* power version 3.1.9.2 สำหรับ Correlation: Bivariate normal model (กำหนดระดับนัยสำคัญ ( $\alpha$  error) = .05, (1-p) = 0.90, Correlation  $\rho$   $H_0 = 0$ ,  $H_1 = 0.30$ , One-tailed) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 92 ราย (เมื่อคำนวณสัดส่วนการสุ่มในแต่ละ รพ.สต. จะได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 95 ราย) มีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นผู้ไม่มี ความบกพร่องด้านการฟังและมีความสามารถในการสื่อสารภาษาไทย 2) ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นหรือเคยเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดมาก่อน โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบ 2 ขั้นตอน (Two stages random sampling) ดังนี้

ขั้นที่ 1 สุ่มแบบ cluster random sampling โดยกำหนดให้โซนเป็น cluster จึงมี 5 clusters จับสลากได้โซนที่ 5 ซึ่งมี 5 รพ.สต. และกำหนดการเลือกกลุ่มตัวอย่างจากทั้ง 5 รพ.สต.



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ขั้นที่ 2 สุ่มแบบ stratified random sampling โดยคำนวณสัดส่วนการสุ่มเท่ากับ 16.26 ( $92/566 \times 100 = 16.26\%$ ) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม รพ.สต. ดังแผนภูมิที่ 2

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

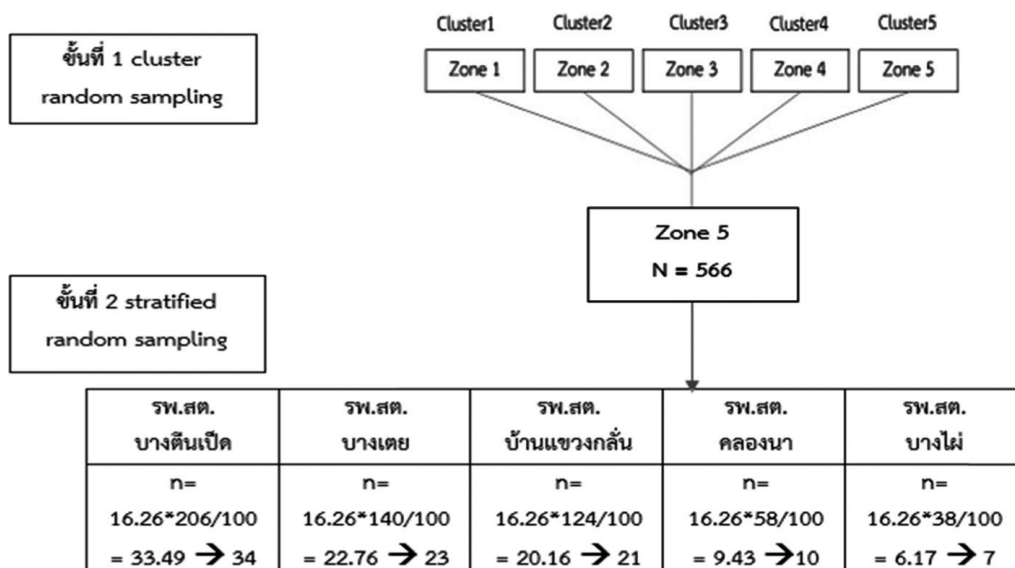
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพที่ใช้ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้า จากโปรแกรม Thai CV Risk Score โดยข้อมูลที่ใช้คำนวณประกอบด้วย อายุ เพศ การสูบบุหรี่ การเป็นเบาหวาน ค่าความดันโลหิต ความยาวเส้นรอบเอว และส่วนสูง โดยแบบประเมินจะแบ่งระดับความเสี่ยงเป็น 5 ระดับ<sup>18</sup> คือ มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ระดับต่ำ ระดับปานกลาง ระดับสูง ระดับสูงมาก และระดับสูงอันตราย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ผู้วิจัยสร้างจากแนวคิดการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health Promoting Lifestyle Profile II; HPLP II) ที่พัฒนาโดย Walker และคณะ<sup>9</sup> จำนวน 35 ข้อ โดยมีองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่ การเจริญทางจิตวิญญาณ จำนวน 5 ข้อ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล จำนวน 5 ข้อ โภชนาการ จำนวน 8 ข้อ กิจกรรมทางกาย จำนวน 5 ข้อ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ จำนวน 7 ข้อ และการจัดการกับ

ความเครียด จำนวน 5 ข้อ ผ่านการพิจารณาค่าความตรงตามเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน มีค่า CVI เท่ากับ 1 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.79 ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ทำกิจกรรมนั้นเป็นประจำสม่ำเสมอหรือทุกวัน ทำกิจกรรมนั้นเป็นบางครั้ง หรือ 1-2 วัน ต่อสัปดาห์ ทำกิจกรรมนั้นนานๆ ครั้ง และไม่เคยทำกิจกรรมนั้นเลย โดยแปลผลคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจโดยรวมเป็น 3 ระดับ คือ ระดับดี ปานกลาง และไม่ดี

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วย ผู้วิจัยสร้างจากทฤษฎีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ จำนวน 30 ข้อ แบ่งเป็น การรับรู้ประโยชน์จำนวน 10 ข้อ การรับรู้อุปสรรค จำนวน 10 ข้อ และ การรับรู้ความสามารถตนเอง จำนวน 10 ข้อ ผ่านการพิจารณาค่าความตรงตามเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน มีค่า CVI เท่ากับ 1 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.82, 0.79 และ 0.70 ตามลำดับ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วยมาก ไม่เห็นด้วย และ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง



แผนภูมิที่ 2 การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ เลขที่ อ.775/2561 วันที่ 20 พฤศจิกายน 2561 โดยกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจและสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ไม่มีความเสี่ยงใดที่จะเกิดกับกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะเก็บเป็นความลับ รวมทั้งใช้รหัสแทนชื่อจริง ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และนำไปใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าสถิติเบื้องต้น ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเปรียบเทียบพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดระหว่างกลุ่มที่มีระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดต่างกันด้วยสถิติ One-way ANOVA (Analysis Of Variance) และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด กับการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยสถิติ Pearson's Product Moment Correlation Coefficient

### ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 80.00) มีอายุระหว่าง 61 - 70 ปี (ร้อยละ 63.16) รองลงมาคือ อายุระหว่าง 51 - 60 ปี (ร้อยละ 27.37) ส่วนใหญ่มีความยาวรอบเอวเกินเกณฑ์มาตรฐาน (ร้อยละ 72.63) มีระดับโคเลสเตอรอลรวม โคเลสเตอรอล LDL-C และ HDL-C อยู่ในระดับปกติ (ร้อยละ 67.37, 72.63 และ 66.32 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระดับสูงมาก (ร้อยละ 41.05) ดังตารางที่ 1

2. กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยรวมในระดับดี เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านโภชนาการ และด้านกิจกรรมของร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ ด้านสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านความรับผิดชอบต่อร่างกาย

และด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับดี ส่วนการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด อยู่ในระดับดี ปานกลาง และดี ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

3. กลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระดับต่ำมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงสุด รองลงมาคือกลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระดับปานกลาง และค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดจะลดลงเมื่อมีระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น ดังตารางที่ 3

การเปรียบเทียบพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงที่มีระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดต่างกันค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $F=0.575$ ,  $p=.633$ ) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ดังตารางที่ 3

4. การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ดังนี้

4.1 การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .402$ ,  $p < .001$  และ  $r = .617$ ,  $p < .001$  ตามลำดับ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2

4.2 การรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -.530$ ,  $p < .001$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 ดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 1** ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้าของกลุ่มตัวอย่าง (n = 95)

| ข้อมูลส่วนบุคคล                                                   |                                                       | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------|--------|
| เพศ                                                               | ชาย                                                   | 19         | 20.00  |
|                                                                   | หญิง                                                  | 76         | 80.00  |
| อายุ                                                              | ค่าเฉลี่ย 61.93 ปี, SD = 7.62, Min – Max = 37 – 70 ปี |            |        |
|                                                                   | น้อยกว่า 40 ปี                                        | 1          | 1.05   |
|                                                                   | 41 – 50 ปี                                            | 8          | 8.42   |
|                                                                   | 51 – 60 ปี                                            | 26         | 27.37  |
|                                                                   | 61 – 70 ปี                                            | 60         | 63.16  |
|                                                                   |                                                       |            |        |
| มาตรฐานความยาวรอบเอว (ชาย $\leq 90$ cm, หญิง $\leq 80$ cm)        |                                                       |            |        |
|                                                                   | อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน                                    | 26         | 27.37  |
|                                                                   | เกินกว่าเกณฑ์มาตรฐาน                                  | 69         | 72.63  |
| ระดับโคเลสเตอรอลรวม (<200 mg/dl)                                  |                                                       |            |        |
|                                                                   | ปกติ                                                  | 64         | 67.37  |
|                                                                   | ผิดปกติ                                               | 31         | 32.63  |
| ระดับโคเลสเตอรอล LDL-C (<130 mg/dl)                               |                                                       |            |        |
|                                                                   | ปกติ                                                  | 69         | 72.63  |
|                                                                   | ผิดปกติ                                               | 26         | 27.37  |
| ระดับโคเลสเตอรอล HDL-C (ชาย $\geq 40$ , หญิง $\geq 50$ )          |                                                       |            |        |
|                                                                   | ปกติ                                                  | 63         | 66.32  |
|                                                                   | ผิดปกติ                                               | 32         | 33.68  |
| ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้า |                                                       |            |        |
|                                                                   | ระดับความเสี่ยงต่ำ (<10%)                             | 17         | 17.90  |
|                                                                   | ระดับความเสี่ยงปานกลาง(10- <20%)                      | 23         | 24.21  |
|                                                                   | ระดับความเสี่ยงสูง (20- <30%)                         | 16         | 16.84  |
|                                                                   | ระดับความเสี่ยงสูงมาก (30- <40%)                      | 39         | 41.05  |
|                                                                   | ระดับความเสี่ยงสูงมาก (>40%)                          | 0          | 0      |

ตารางที่ 2 พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง (n = 95)

|                                                                                        | ค่าต่ำสุด | ค่าสูงสุด | ค่าเฉลี่ย | ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน | ระดับพฤติกรรม |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|-----------|---------------------|---------------|
| 1. พฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด                                                 |           |           |           |                     |               |
| 1.1 ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ                                                           | 1.60      | 4.00      | 3.49      | 0.52                | ดี            |
| 1.2 ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล                                                         | 1.40      | 4.00      | 3.43      | 0.60                | ดี            |
| 1.3 ด้านโภชนาการ                                                                       | 1.75      | 3.50      | 2.69      | 0.36                | ปานกลาง       |
| 1.4 ด้านกิจกรรมของร่างกาย                                                              | 1.00      | 4.00      | 2.90      | 0.71                | ปานกลาง       |
| 1.5 ด้านความรับผิดชอบต่อร่างกาย                                                        | 2.00      | 4.00      | 3.46      | 0.48                | ดี            |
| 1.6 ด้านการจัดการความเครียด                                                            | 1.80      | 4.00      | 3.27      | 0.51                | ดี            |
| รวม                                                                                    | 1.93      | 3.81      | 3.21      | 0.38                | ดี            |
| 2. การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด   | 2.40      | 4.00      | 3.65      | 0.36                | ดี            |
| 3. การรับรู้อุปสรรคของการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด    | 1.00      | 3.40      | 2.02      | 0.54                | ปานกลาง       |
| 4. การรับรู้ความสามารถของการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด | 2.20      | 4.00      | 3.44      | 0.45                | ดี            |

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงที่มีระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดต่างกัน (n=95)

| ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด | คะแนนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด |      |      | F     | p-value |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|------|------|-------|---------|
|                                               | N                                                             | Mean | SD.  |       |         |
| ระดับความเสี่ยงต่ำ                            | 17                                                            | 3.29 | 0.19 | 0.575 | .633    |
| ระดับความเสี่ยงปานกลาง                        | 23                                                            | 3.24 | 0.32 |       |         |
| ระดับความเสี่ยงสูง                            | 16                                                            | 3.18 | 0.42 |       |         |
| ระดับความเสี่ยงสูงมาก                         | 39                                                            | 3.16 | 0.46 |       |         |

**ตารางที่ 4** ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านต่างๆ ต่อการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด (n=95)

| ปัจจัย                                                                                 | พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด |         |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------|
|                                                                                        | r                                                        | p-value |
| 1. การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด   | .402                                                     | <.001   |
| 2. การรับรู้อุปสรรคของการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด    | -.530                                                    | <.001   |
| 3. การรับรู้ความสามารถของการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด | .617                                                     | <.001   |

### อภิปรายผลการวิจัย

1. พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง โดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี ทั้งนี้ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงอยู่แล้ว ซึ่งมีโอกาสได้รับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และได้มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลตนเองกับผู้ป่วยอื่นๆ ในขณะที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจถึงวิธีการดูแลสุขภาพของตนเองได้ถูกต้องมากขึ้น สอดคล้องกับข้อมูลที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถควบคุมระดับโคเลสเตอรอลรวมให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ร้อยละ 72.63 สามารถควบคุมระดับโคเลสเตอรอล LDL ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ และยังพบกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 66.32 สามารถควบคุมโคเลสเตอรอล HDL ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปรับตัวในการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ได้ จึงส่งผลให้พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยรวมอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Sirikangwankun, Thato และ Polsook<sup>19</sup> พบว่า ความเพียงพอของทรัพยากรทางสุขภาพ ทัศนคติต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ การสนับสนุนทางสังคม และความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้ ร้อยละ 33.20 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Sutthipatthanangkoon และ Thato<sup>20</sup> พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานครโดยรวม

อยู่ในระดับเหมาะสม (Mean = 63.93, SD. = 7.54)

2. ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงมาก รองลงมา มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระดับปานกลาง ทั้งนี้ อาจเนื่องจากผู้ที่เป็นโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง ทั้ง 2 โรค จะเกิดความผิดปกติของเยื่อผนังหลอดเลือดแดงแปรสภาพ มีความยืดหยุ่นน้อยลง องค์ประกอบต่าง ๆ เหล่านี้ ก็เป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้<sup>21</sup> ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Shah และ Afzal<sup>4</sup> พบว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง จะมีภาวะเสี่ยงที่จะเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ถึงร้อยละ 75.00 โดยพบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง จะมีอัตราการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสองเท่าของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน<sup>5</sup> นอกจากนี้ ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความยาวรอบเอวเกินกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 72.63 ซึ่งจากการศึกษาของ Ashwell, Gunn และ Gibson<sup>22</sup> พบว่า อัตราส่วนความยาวรอบเอวต่อความสูง เป็นตัวชี้วัดโอกาสเสี่ยงโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไชมันไตรกลีเซอไรด์สูง และ โรคหัวใจและหลอดเลือด ที่ดีที่สุด

3. กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดต่างกันมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F = 0.575, p = .633$ ) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีโอกาสดูแลความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงที่ผู้ป่วยเป็นอยู่อย่างสม่ำเสมอ จากการเฝ้าระวัง

ติดตามผลการรักษาโรคเรื้อรังอย่างใกล้ชิดทุกครั้งที่มารับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยตั้งแต่ปีงบประมาณ 2556 กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายการเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกันโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โดยใช้แนวทางการดำเนินงานที่ชื่อว่า “ป้องกันโรคหัวใจ 7 สี” โดยให้กลุ่มที่ป่วยสามารถลดระดับความรุนแรงจากระดับ 3 (สีแดง) เป็นระดับ 2 (ส้ม) ระดับ 1 (สีเหลือง) และระดับ 0 (สีเขียวเข้ม) โดยใช้หลักปฏิบัติ “3 อ.” คือ อาหาร ออกกำลังกายและอารมณ์<sup>23</sup> จึงส่งผลให้พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยรวมอยู่ในระดับดีเหมือนๆ ในทุกระดับความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งผลการศึกษารั้ครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับแนวคิดที่ผ่านมา และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Eriksen, และคณะ<sup>24</sup> ที่ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น ชายอายุประมาณ 1,761 คน และชาวเอเชียใต้จำนวน 1,710 คน ด้วยการติดตามในระยะเวลาประมาณ 21 ปี (17-22 ปี) พบอัตราการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมีความสัมพันธ์กับจำนวนของลักษณะการมีพฤติกรรมสุขภาพดี (การไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา การรับประทานผัก และการรับประทานผลไม้) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Chumpathat และคณะ<sup>25</sup> ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .252, p = .015$ )

4. การรับรู้ประโยชน์ต่อการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยนั้นแสดงว่า การรับรู้ประโยชน์ที่มากขึ้นสามารถทำให้พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นไปด้วยซึ่งการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ (perceived benefits of action) เป็นสิ่งกระตุ้นให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งเป็นการเสริมแรงทางบวกของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น โดยคำนึงถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติ ตามที่ทฤษฎีความคาดหวังและการให้คุณค่า (expectancy-value theory) กล่าวไว้ว่า การคาดการณ์ถึง

ประโยชน์ที่จะได้รับเป็นสิ่งที่มีความสำคัญกับแรงจูงใจที่อยู่บนพื้นฐานของผลลัพธ์ส่วนบุคคลที่ได้จากประสบการณ์ตรงของตนเองหรือการสังเกตประสบการณ์จากบุคคลอื่น บุคคลมีแนวโน้มที่จะยอมสละเวลาและทรัพยากรในการปฏิบัติกิจกรรมที่มีความเป็นไปได้ในการเพิ่มประสบการณ์เชิงบวกของตนเอง ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพอาจเกิดขึ้นได้ทั้งภายในและภายนอก<sup>9</sup> นั่นคือการรับรู้ประโยชน์ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นความเข้าใจของบุคคลถึงประโยชน์และการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับผลดีในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนหรืออันตรายของภาวะที่เป็นอยู่ของตนเอง ซึ่งจะส่งผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันโรคได้ ซึ่งสอดคล้องกับการวิเคราะห์ห่อหุ้มที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจากองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของ Carpenter<sup>26</sup> พบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพมาก และสอดคล้องกับการศึกษาของ Phumankian<sup>13</sup> ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .524, p < .01$ ) และการศึกษาของ Joychoo และคณะ<sup>27</sup> ที่พบการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีตันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .23, p < .05$ )

5. การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย จากรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ พบว่าการรับรู้ความสามารถตน (perceived self-efficacy) เป็นการตัดสินใจความสามารถของบุคคลในการจัดระบบและปฏิบัติพฤติกรรมได้สำเร็จ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Jianvitayakit, Panpakdee และ Malathum<sup>28</sup> ที่พบว่า กลุ่มผู้ชายไทยอายุ 32-67 ปี ที่ป่วยเป็นความดันโลหิตสูงจำนวน 280 ราย ในกรุงเทพฯ ที่เลิกบุหรี่ได้จะมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง มากกว่ากลุ่มที่ยังไม่เลิกสูบบุหรี่อย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ Thimoonnee และ Preechawong<sup>14</sup> ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของพนักงานทำความสะอาดรายก่อนหมดประจำเดือนที่มีอายุอยู่ในช่วง 35-45 ปี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อ ป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .45, p < .05$ ) นอกจากนี้ ยังพบความสัมพันธ์ทางบวกใน ระดับสูงระหว่างการรับรู้ความสามารถในตนเองกับพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการ รักษาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ( $r = .836, p < .01$ )<sup>15</sup>

6. การรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย จากรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ พบว่าการรับรู้ อุปสรรคของการกระทำ (perceived barriers to action) อุปสรรคที่คาดการณ์ไว้ พบว่ามีผลต่อความตั้งใจในการปฏิบัติ พฤติกรรม เมื่อบุคคลมีการเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติอยู่ใน ระดับน้อยและอุปสรรคอยู่ในระดับมาก การปฏิบัติพฤติกรรม นั้นไม่น่าจะเกิดขึ้น ในทางตรงกันข้ามเมื่อบุคคลมีการเตรียม ความพร้อมที่อยู่ในระดับมากและอุปสรรคอยู่ในระดับน้อย ความเป็นไปได้ของการปฏิบัติพฤติกรรมก็จะมากขึ้น<sup>9</sup> นั้น แสดงว่า การรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นการรับรู้สิ่งที่ขัดขวาง ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น ความไม่สะดวก สบาย ค่าใช้จ่าย ความยากในการปฏิบัติ การเสียเวลา การที่มี การรับรู้อุปสรรคมากๆ จะกระตุ้นให้คนหลีกเลี่ยงปฏิบัติพฤติกรรม นั้นๆ<sup>7</sup> สอดคล้องกับการศึกษา ของ Lo, Chair และ Lee<sup>29</sup> ใน ศึกษาบุคคลในฮ่องกงที่มีอายุระหว่าง 18-65 ปี และ/หรือมี

ความเสี่ยงสูงต่อภาวะเมตาบอลิกซินโดรมพบความสัมพันธ์ทางลบระหว่างการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพกับการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาของ Horwood, Williams และ Mandics<sup>30</sup> ที่พบว่า ผู้สูงอายุในนิวซีแลนด์ที่มีภาวะโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มีการรับรู้อุปสรรคมากจะเป็นกลุ่มที่ไม่เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูหัวใจหรือเข้าร่วมเป็นบางครั้ง ในขณะที่ผู้สูงอายุ ที่มีการรับรู้อุปสรรคน้อยจะเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูหัวใจอย่างสม่ำเสมอ และยังพบผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในประเทศจีน มีการรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยาความดันโลหิตมาก จะมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาลดความดันโลหิต น้อยกว่าผู้ที่มีการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Odds ratio = 0.62, 95% CI = 0.50-0.78)<sup>31</sup>

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

เป็นการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง ซึ่งส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยลดการรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ เพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการรับรู้ประโยชน์ต่อการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

### ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

พยาบาลและนักวิจัย สามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้ เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง

## References

1. WHO. Cardiovascular diseases (CVDs). [Internet]. 2017. [cited 2019 Oct 15]. Available from: [http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
2. WHO. Noncommunicable diseases country profiles 2018. 1<sup>st</sup> ed. Geneva: World Health Organization; 2018.
3. Liangchawengwong S. Lifestyle-Related Cardiovascular Risk Factors Among Thai University Students were Crisis?. Journal of Science and Technology. 2013;21(7):668-76. (in Thai).
4. Shah A, Afzal M. Prevalence of diabetes and hypertension and association with various risk factors among different Muslim populations of Manipur, India. Journal of Diabetes & Metabolic Disorders 2013;12(52):1-10.
5. Ekphalakorn W. The survey of the Thai public health by the 5<sup>th</sup> physical examination 2014. 1<sup>st</sup> ed. Bangkok: Graphic and Design Publishing House; 2014. (in Thai)
6. Petrie JR, Guzik TJ, Touyz RM. Diabetes, Hypertension, and Cardiovascular Disease: Clinical Insights and Vascular Mechanisms. Can J Cardiol 2018;34(5):575–84.
7. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. Health Promotion Model - Instruments to Measure Health Promoting Lifestyle : Health-Promoting Lifestyle Profile [HPLP II] (Adult Version) [Internet]. 1995. [cited 2018 Oct 4]. Available from <http://hdl.handle.net/2027.42/85349>
8. AHA. Understand Your Risks to Prevent a Heart Attack [Internet]. 2016. [cited 2018 Sep 10]. Available from <https://www.heart.org/en/health-topics/heart-attack/understand-your-risks-to-prevent-a-heart-attack#.WxUQ60iFOM8>
9. Ghazali SM, Seman Z, Cheong KC, Hock LK, Manickam M, Kuay LK, et al. Sociodemographic factors associated with multiple cardiovascular risk factors among Malaysian adults. BMC Public Health 2015;15(68):7-8.
10. Sinsap N, Jankra J, Jaiman B. Hypertension in Elderly: Silence Killer Should be Aware. Journal of Phrapokklao Nursing College 2017;26(1):100-11. (in Thai).
11. Pender N.J, Murdaugh CL, Parsons MA. Health Promotion in Nursing Practice. 7<sup>th</sup>. USA: Pearson Education Inc; 2015.
12. Suthisant S, Chongphaiboonphatana W. Factors influencing health promoting behaviors among professional nurses in nursing service division, government university hospitals[Internet]. 2009. [cited 2018 Sep 14]. Available from <http://kb.psu.ac.th/psukb/handle/2010/8656>
13. Phumankian S. The relationship between perceived benefit of action, perceived self-efficacy, and health promotion behaviors of elderly with coronary artery disease in heart clinic of kalasin hospital, kalasin province [master's degree]. [Chonburi]: Burapha University; 2013. (in Thai)
14. Thimoonnee M, Preechawong S. Factors Related to Preventive Behaviors For Cardiovascular Disease in Premenopausal Cleaning Personnel. Kuakarun Journal of Nursing 2016;23(1):118-32. (in Thai).

15. Thanakwang K, Kespichayawattana J, Jitpanya C. Factors related to health promotion behaviors among older persons: a meta-analysis. *Journal of Nursing Science* 2010;28(3): 60-68. (in Thai).
16. Muang Chachoengsao District Health Service Network. Health Strategy Plan for the fiscal year 2017-2021 (Mueang Chachoengsao Health System) Health Network District, Chachoengsao District, Fiscal Year 2018. Chachoengsao; Health Network Chachoengsao District: 2018. (in Thai).
17. Bureau of Non-Communicable Diseases Department of Disease Control. Assessment of risk factors for cardiovascular disease in patients with diabetes and hypertension. 1<sup>st</sup> ed. Bangkok: The Agricultural Cooperative Assembly of Thailand Printing Company Limited; 2015. (in Thai).
18. Sathokkit P. Tools to assess the risk of heart disease and stroke. [Internet]. 2016. [cited 2018 Sep 12]. Available from <http://www.thaincd.com/document/file/download/powerpoint/3.Evolution Tools A.Priny CVD.pdf>
19. Sirikangwankun W, Thato R, Polsook R. Factors Predicting Preventive Behaviors for Coronary Artery Disease among the Royal Thai Army Personnel. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University* 2017;29(2):99-111. (in Thai).
20. Sutthipatthanangkoon C, Thato R. Factors predicting preventive behaviors for coronary artery disease among autonomous university staff in Bangkok. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing* 2017;28(2):111-25. (in Thai).
21. Bureau of Non-Communicable Diseases Department of Disease Control. Survey of risk factors for non-communicable diseases and injuries. 1<sup>st</sup> ed. Nonthaburi: Department of Disease Control, Ministry of Public Health; 2010. (in Thai).
22. Ashwell M, Gunn P, Gibson S. Waist-to-height ratio is a better screening tool than waist circumference and BMI for adult cardiometabolic risk factors: Systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews* 2012;13(3):275-86.
23. Health Education Division, Department of Health Service Support. Health behavior surveillance system to change the risk behavior of norma /risk groups /diabetes, hypertension in Thailand: policies to practice for primary health care facilities.1<sup>st</sup> ed. Bangkok: Department of Health Service Support Ministry of Public Health; 2013. (in Thai).
24. Eriksen A, Tillin T, O'Connor L, Brage S, Hughes A, Mayet J, et al. The Impact of Health Behaviors on Incident Cardiovascular Disease in Europeans and South Asians – A Prospective Analysis in the UK SABRE Study. *PLoS ONE* 2015;10(3):1-15.
25. Chumpathat N, Kangchai W, Rattanajarana S. Factors Related to Preventive Behaviors Regarding Coronary Artery Disease among Elderly with Metabolic Syndrome. *HCU Journal of Health Science* 2018;22(43-44):114-29. (in Thai).
26. Carpenter CJ. A meta-analysis of effectiveness of health belief model variables in predicting behavior. *Health Communication* 2010;25(8):661-69.

27. Joychoo N, Pinyopasakul W, Chareonkitkarn V. Relationships among age, perceived benefits of health behaviors, perceived barriers of health behaviors and health behaviors in patients with ischemic stroke. *Ramathibodi Nurs J* 2014;20(2):236-48. (in Thai).
28. Jianvitayakit S, Panpakdee O, Malathum P, Duff. Factors Influencing Smoking Cessation Behavior among Thai Male Smokers with Hypertension. *Pacific Rim International Journal of nursing Research* 2014;18(2):100-10.
29. Lo SW, Chair SY, Lee FK. Factors associated with health-promoting behavior of people with or at high risk of metabolic syndrome: Based on the health belief model. *Applied Nursing Research* 2015;28(2):197-201.
30. Horwood H, Williams MJ, Mandic S. Examining motivations and barriers for attending maintenance community-based cardiac rehabilitation using the health-belief model. *Heart, Lung and Circulation* 2015;24(10):980-87.
31. Yue Z, Li C, Weilin Q, Bin W. Application of the health belief model to improve the understanding of antihypertensive medication adherence among Chinese patients. *Patient Education and Counseling* 2015;98(5):669-73.

## บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันกับ  
ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทยในบริบทพื้นที่จังหวัดชัยนาทFactors Related to the Activities of Daily Living and Quality of Life among  
Thai Elderly in Chai Nat Province

Received: Mar 29, 2019

Revised: May 14, 2019

Accepted: Jun 20, 2019

อิทธิพล ดวงจินดา ป.ด. (Aittiphol Duangchinda) Ph.D.<sup>1</sup>ปริญดา ศรีธราพิพัฒน์ พย.ด. (Parinda Sritarapipat) Ph.D.<sup>2</sup>จันทร์จิรา อินจัน วท.ม. (Janjira Injeen) M.S.<sup>3</sup>ปารวีร์ มั่นพัก พย.ม. Parawee Manfak, M.S.N.<sup>4</sup>

## บทคัดย่อ

การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุทุกคนมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วยการมีสุขภาพที่ดี มีความสามารถในการดูแลพึ่งพาตนเองได้นานขึ้น นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ การวิจัยเชิงพรรณนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในบริบทจังหวัดชัยนาท กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ คัดเลือกโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน จำนวน 628 คน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ และแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาในการหาความสัมพันธ์ด้วยค่าไคสแควร์ และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุในจังหวัดชัยนาทมีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันโดยรวมอยู่ในระดับพึงพาดตนเองได้ ร้อยละ 94.11 (Mean=18.56, SD.=4.08) และมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 75.96 (Mean=86.42, SD.=12.76) สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมทุกด้าน พบอยู่ในระดับปานกลาง ( $r=0.30$ ,  $p<.01$ ) และเมื่อพิจารณาในองค์ประกอบรายด้านของคุณภาพชีวิต พบว่า ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจและด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r=0.29$ ,  $r=0.27$ ,  $r=0.21$  ตามลำดับ) แต่พบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r=0.33$ )

จากผลการวิจัยนี้ แสดงให้เห็นได้ว่า ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุจังหวัดชัยนาทโดยเฉพาะผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง ควรได้รับการดูแลส่งเสริมจากครอบครัวและชุมชนท้องถิ่น เพื่อการพัฒนายกระดับคุณภาพชีวิตให้มีศักยภาพ มีคุณค่า และผลักดันให้บรรลุตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของสหประชาชาติในสภาวะการณ์สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์

**คำสำคัญ:** คุณภาพชีวิต, ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน, ผู้สูงอายุ, จังหวัดชัยนาท

<sup>1</sup>อาจารย์ภาควิชาการสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี E-mail: aittiphol.dua@phcsuphan.ac.th

<sup>2</sup>อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลบุคคลทุกช่วงวัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีย์ ชัยนาท E-mail: parinda13@hotmail.com

<sup>3</sup>อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีย์ พุทธชินราช พิษณุโลก E-mail: jjanbok.d@hotmail.com

<sup>4</sup>อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีย์ ชัยนาท E-mail: kparawee22@hotmail.com

<sup>1</sup>Sirindhorn College of Public Health, Suphan Buri, Thailand

<sup>24</sup>Boromarajonani College of Nursing Chainat, Chainat, Thailand

<sup>3</sup>Boromarajonani College of Nursing Buddhachinaraj, Phitsanulok, Thailand

### Abstract

The goals towards the development upon the quality of life in the elderly are to embed health promotion to improve their quality of life, to maintain their good health status, and to pertain ability to take care of themselves. This descriptive study aimed to: (1) examine activities of daily living (ADL), quality of life (QOL); and (2) assess the relationship between ADL and QOL among Thai elderly in the context of Chai Nat province. Participants were elderly persons living in Chai Nat province. They voluntarily agreed to participate in the study after providing informed consent. Six hundred and twenty-eight elderly persons were recruited using multi-stage sampling method. Instruments included personal characteristics record form, ADL assessment form, and WHOQOL-BREF-THAI with Cronbach's alpha coefficient of 0.83. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square test, and the Pearson's correlation coefficient.

The results revealed that over all ADL scores among Thai elderly in Chai Nat province were 94.11% at the independence level (Mean = 18.56, SD. = 4.08). The overall QOL scores of the elderly was 75.96% at moderate level (Mean = 86.42, SD. = 12.76). There was a significant positive relationship between overall domains of ADL and QOL scores of the elderly ( $r = 0.30$ ,  $p < .01$ ). Regarding the relationship in each domain of QOL, it was found that the ADL scores of the elderly had a statistically significant positive relationship to QOL scores of physical, psychological, and environmental were at low level ( $r = 0.29$ ,  $r = 0.27$ ,  $r = 0.21$ , respectively,  $p < .01$ ). Regarding the relationship of each domain of ADL and QOL, there were significant relationships between ADL scores and QOL scores (physical, psychological, and environmental domains) ( $r = 0.29$ ,  $r = 0.27$ , and  $r = 0.21$ , respectively,  $p < .01$ ). Whereas ADL scores had a statistically significant association with social relationships ( $r = 0.33$ ,  $p < .01$ ). Results of the study indicated that ADL of the elderly in Chai Nat province should be monitored and promoted by families and communities. Especially in the homebound and bed bound elderly, their QOL should be promoted to maintain potential dignity and achieve the United Nations Sustainable Development Goals in an aged society.

**Keywords:** quality of life, activities of daily living, elderly, Chai Nat province

## บทนำ

การสูงวัยของประชากรเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในประเทศต่างๆ อย่างรวดเร็ว<sup>1</sup> โดยในปี พ.ศ. 2559 พบมีประชากรทั่วโลกทั้งหมดประมาณ 7,433 ล้านคน โดยเป็นประชากรสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 929 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 12.50 ของประชากรทั้งหมด<sup>1</sup> ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมสูงอายุ (ageing society) มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 โดยมีจำนวนผู้สูงอายุร้อยละ 10.00 และพบเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 15.45 ในปี พ.ศ. 2560 โดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้คาดการณ์ว่า สังคมไทยจะก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (complete aged society) ในปี พ.ศ. 2568<sup>2-3</sup> ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระของร่างกายที่เสื่อมถอยลงตามคุณลักษณะผู้สูงอายุในแต่ละช่วงอายุ ที่แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มคือผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) มีประมาณร้อยละ 59.10 ผู้สูงอายุวัยกลาง (70-79 ปี) ร้อยละ 31.10 และผู้สูงอายุวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) มีร้อยละ 9.80<sup>4-5</sup> จากการศึกษาสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ. 2560 พบว่าประชากรสูงอายุไทยยังมีปัญหาเรื่องสุขภาพคือ มีผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะช่วยเหลือตัวเองไม่ได้มีร้อยละ 5.00 โดยเฉพาะผู้สูงอายุวัยปลายที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ถึงร้อยละ 19.00 ของผู้สูงอายุในวัยเดียวกัน<sup>6</sup> ซึ่งจะเห็นได้ว่าในแต่ละช่วงอายุ พบมีความแตกต่างกันในเรื่องศักยภาพ ความต้องการและภาวะสุขภาพ โดยเฉพาะในการปฏิบัติตนหรือการช่วยเหลือตนเอง บทบาทและความรู้สึกมีคุณค่าของตนเอง รวมทั้งการมีส่วนร่วมกิจกรรมต่างๆ ในสังคม<sup>7</sup> จากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ<sup>8</sup> พบว่า ผู้สูงอายुर้อยละ 21.80 ประเมินว่าตนเองสุขภาพไม่ดี โดยในด้านร่างกายพบผู้สูงอายुर้อยละ 31.70 ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ด้านจิตใจ พบว่า ผู้สูงอายुर้อยละ 51.20 ที่อยู่คนเดียวและมีอาการเหงา ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และมีคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ลดลงได้ โดยเฉพาะประเด็นการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุใช้เกณฑ์การประเมินตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) ของกรมอนามัย โดยจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง เพื่อนำข้อมูลไปใช้วางแผนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระยะยาวให้เหมาะสม

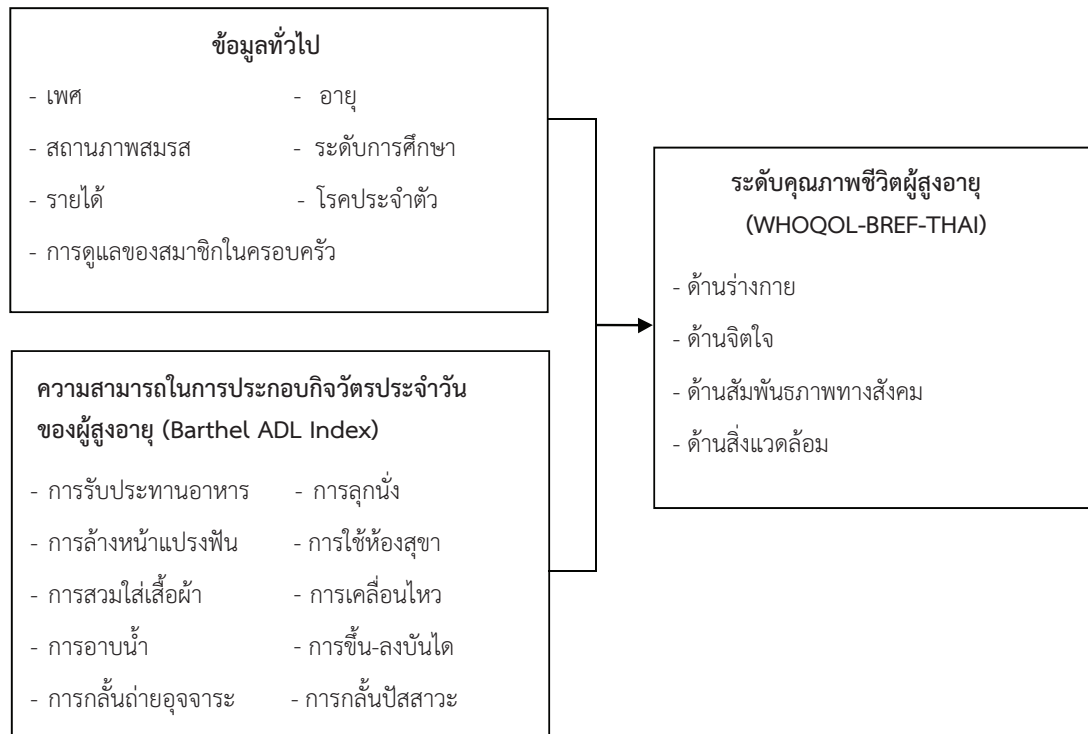
แต่อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้สูงอายุแต่ละพื้นที่จะมีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยแวดล้อมที่เกี่ยวข้องหลายประการ เช่น เพศ อายุ สถานภาพ การสมรสระดับการศึกษาและโรคประจำตัว<sup>4,9-10</sup> รวมทั้งปัจจัยทางพฤติกรรมและปัจจัยทางเศรษฐกิจ เช่น การได้รับการรักษาโรค การดูแลของสมาชิกในครอบครัว และความพอเพียงของรายได้ เป็นต้น<sup>11-12</sup> สำหรับประเด็นการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทยที่ผ่านมาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางถึงร้อยละ 70.1 และอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 2.3<sup>5,13</sup> ในขณะที่มีบางผลการศึกษาที่พบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง<sup>14-15</sup> โดยพบในเขตภาคกลางของประเทศ เช่น จังหวัดลพบุรี นนทบุรี และพระนครศรีอยุธยา<sup>12-14</sup> และพบปัจจัยที่อาจเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในหลายประการ เช่น ปัจจัยทั่วไป ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านสังคมและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เป็นต้น<sup>11-16</sup>

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดชัยนาท ซึ่งกำลังตกอยู่ในสภาวะการณ์ที่ต้องเผชิญความท้าทายกับผลกระทบจากการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์อย่างรวดเร็ว ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาวิจัยในประเด็นดังกล่าว เพื่อนำข้อมูลที่ได้เป็นพื้นฐานสำคัญในการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพตลอดจนเป็นแนวทางเพื่อพัฒนาสภาวะพลพลังในผู้สูงอายุตามบริบทจังหวัดชัยนาทต่อไป

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุและระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจังหวัดชัยนาท
2. เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจังหวัดชัยนาท

## กรอบแนวคิดการวิจัย



## สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยด้านความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุมีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดชัยนาท

## ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเชิงหาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlation research design) ใช้วิธีการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

### ขอบเขตการศึกษา

ขอบเขตด้านเนื้อหา การวิจัยนี้มุ่งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุและระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในบริบทพื้นที่จังหวัดชัยนาทโดยใช้ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) และแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือกลุ่มผู้สูงอายุคนไทยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง

ที่มีรายชื่อในทะเบียนราษฎร์และอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่จังหวัดชัยนาท ในปี พ.ศ. 2561 จำนวนทั้งหมด 63,060 คน<sup>17</sup> กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเพื่อตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามวิธีของ Yamane<sup>18</sup> โดยสูตรการคำนวณ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 628 คน และขอบเขตด้านเวลา เก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่ระหว่างวันที่ 2 พฤษภาคม พ.ศ. 2561 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2561

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ เป็นคนไทยผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงที่อาศัยอยู่ในเขตจังหวัดชัยนาท ในปี พ.ศ. 2561 จำนวน 63,060 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่จังหวัดชัยนาท โดยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างแบบกรณีทราบจำนวนประชากร โดยใช้สูตร Yamane<sup>18</sup> ได้กำหนดระดับความคลาดเคลื่อนร้อยละ 4.0 และระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 628 คน คัดเลือกตัวอย่างโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) ใช้การสุ่มแบบง่ายจากการจับฉลากกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของ

จำนวนประชากรเป้าหมายในพื้นที่ศึกษาทั้งในระดับอำเภอ ตำบลและหมู่บ้าน และตามคุณสมบัติในแต่ละพื้นที่ ดังนี้

1. คัดเลือกอำเภอตัวแทน จำนวน 3 อำเภอ จาก 8 อำเภอ และคัดเลือกตำบล ด้วยการสุ่มอย่างง่ายโดยวิธีการจับสลาก จำนวน 2 ตำบล ในแต่ละอำเภอ

2. ใช้วิธีการจับสลากคัดเลือกหมู่บ้าน จำนวน 2 หมู่บ้าน ในแต่ละตำบล

3. ใช้การสุ่มคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแต่ละหมู่บ้าน โดยการคัดเลือกผู้สูงอายุตามคุณสมบัติ ประกอบด้วยผู้สูงอายุ คนไทยทั้งเพศชายและหญิง ผู้สูงอายุกลุ่มวัยต้น วัยกลาง และวัยปลาย ตามรายชื่อในทะเบียนราษฎร์และทะเบียนผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ โดยใช้การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน สามารถสื่อสารรับรู้ และเข้าใจภาษาไทย มีความสนใจและยินดีให้ความร่วมมือ โดยการลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปลักษณะเป็นข้อคำถาม ปลายเปิด ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา รายได้ โรคประจำตัว และการดูแลของสมาชิก ในครอบครัว รวมจำนวน 7 ข้อ

2. แบบสอบถามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (ดซ์นิบาร์เรลเอดีแอล) ของ Mahoney และ Barthel<sup>19</sup> ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยและพัฒนาโดย Jitapunkul<sup>20</sup> ใช้เป็นแบบการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุ เป็นลักษณะคำถามปลายปิดแบบเลือกตอบมีจำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การล้างหน้าแปรงฟัน การกลืน การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนไหว การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้น-ลงบันได การอาบน้ำ การกลืนถ่ายอุจจาระ และการกลืนปัสสาวะ มีคะแนนระหว่าง 0-20 คะแนน โดยมีเกณฑ์การประเมินคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (ADL) แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้หรือกลุ่มติดสังคม มีสุขภาพทั่วไปดี ช่วยเหลือตนเองได้ อาจมีโรคเรื้อรังแต่ควบคุมได้ เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ช่วยเหลือคนอื่นได้ มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12-20 คะแนน กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเอง

ได้บ้าง หรือกลุ่มติดบ้าน ต้องการความช่วยเหลือบางส่วนอาจมีโรคเรื้อรังและโรคที่มีผลต่อการเคลื่อนไหวมีความจำกัดในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5-11 คะแนน และกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ มีความพิการหรือทุพพลภาพหรือกลุ่มติดเตียง มีโรคประจำตัวหลายโรค มีโรคแทรกซ้อนหรือเจ็บป่วยระยะสุดท้าย ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน<sup>21</sup>

3. แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เป็นแบบสอบถามที่ดัดแปลงมาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก<sup>22-23</sup> ชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) พัฒนาโดย สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ<sup>24</sup> โดยใช้กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพในการประเมินคุณภาพชีวิตโดยทั่วไปประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิด คือ แบบภาวะวิสัยและการประเมินอัตวิสัย มีองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม รวม 24 ข้อ ส่วนคำถามอีก 2 ข้อ เป็นตัวชี้วัดที่อยู่ในหมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวมซึ่งไม่รวมอยู่ในองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิตรวมทั้งหมด 26 ข้อคำถาม มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามทางลบ 3 ข้อ แต่ละข้อคำถามมีคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้เลือกตอบ ในการแปลผลคะแนนระดับคุณภาพชีวิต แบ่งตามช่วงคะแนนรวมทั้งหมดระหว่าง 26-130 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 26-60 คะแนน หมายถึงมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี 61-95 คะแนน หมายถึงการมีคุณภาพชีวิตปานกลาง และ 96-130 คะแนน หมายถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยนำเสนอในรูปของคะแนนเฉลี่ยทั้งหมด และคะแนนของแต่ละองค์ประกอบ<sup>25</sup>

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

คุณภาพของเครื่องมือทุกชุดได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหา โดยนำเครื่องมือวิจัยทุกชุดไปให้กลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ชำนาญการทางด้านผู้สูงอายุ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงของเนื้อหาและภาษานำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ ส่วนการตรวจสอบความเชื่อมั่นแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุไทยในจังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 30 คน ซึ่งเป็นจังหวัดในเขตภาค

กลางของประเทศที่มีลักษณะและบริบทความเป็นสังคมไทยเชิงเกษตรกรรมคล้ายคลึงกับจังหวัดชัยนาท ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคโดยรวมทั้งชุดแบบสอบถามในกลุ่มตัวอย่างได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83 ซึ่งแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต้นฉบับ ได้ค่าความเที่ยงตรงเท่ากับ 0.65 และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84<sup>25</sup> และ 0.87 ในกลุ่มตัวอย่าง ส่วนแบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในกลุ่มตัวอย่างได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.82

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนชัยนาท และทำหนังสือขออนุมัติการเก็บข้อมูล โดยผ่านไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและหน่วยงานในพื้นที่เป้าหมาย โดยคณะผู้วิจัยได้เข้าพบกลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างได้ทราบถึงวัตถุประสงค์การทำวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูลและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการทำวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการประเมินและตัดสินใจที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมในการวิจัยรวมทั้งสิทธิที่จะขอถอนตัวจากการเข้ามามีส่วนร่วมในการวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ โดยนำเสนอในภาพรวมเพื่อการวิจัยและก่อนให้ข้อมูลได้มีการลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มการเข้าร่วมการวิจัย (informed consent)

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการสำรวจรายชื่อผู้สูงอายุจากฐานข้อมูลงานทะเบียนของแต่ละอำเภอในจังหวัดชัยนาท ทำการคัดเลือกโดยการสุ่มจับฉลากตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนวณเผื่อไว้ ร้อยละ 10.00 ในแต่ละพื้นที่เป้าหมาย ติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุในพื้นที่ในด้านช่วยประสานกับกลุ่มตัวอย่างที่ได้คัดเลือก วางแผนการดำเนินงานเก็บรวบรวมข้อมูลร่วมกับผู้ช่วยวิจัยในแต่ละพื้นที่ ทำหนังสือขออนุญาตเข้าพื้นที่เก็บข้อมูล ประชุมผู้ช่วยวิจัยและ ผู้ประสานงานเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์โครงการวิจัยและเครื่องมือ รวมทั้งการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

ผู้สูงอายุ และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยใช้ค่าไคสแควร์ (Chi-square test) และความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

### ผลการวิจัย

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ใช้ในการศึกษานี้ มีจำนวนทั้งหมด 628 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.04 มีอายุระหว่าง 60-99 ปี อายุเฉลี่ย 71.16 ปี (SD. = 7.95) เป็นกลุ่มสูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) มากที่สุด ร้อยละ 50.32 สถานภาพการสมรสเป็นหม้าย หย่าและแยกกันอยู่ ร้อยละ 45.22 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 77.71 มีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 40.45 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 65.45 พบเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 68.89 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 26.76 โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 89.17

#### ส่วนที่ 2 ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่จังหวัดชัยนาท

ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การล้างหน้าแปรงฟัน การลุกนั่ง การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนไหว การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้น-ลงบันได การอาบน้ำ การกลั้นถ่ายอุจจาระ และการกลั้นปัสสาวะ พบมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน และมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 18.63 (SD. = 4.08) โดยกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้หรือเป็นกลุ่มติดสังคม (คะแนน ADL ตั้งแต่ 12-20 คะแนน) พบมากที่สุด ร้อยละ 94.11 ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง โดยช่วยเหลือตนเองได้บ้างหรือเป็นกลุ่มติดบ้าน (คะแนน ADL อยู่ในช่วง 5-11 คะแนน) มีน้อยที่สุดพบร้อยละ 2.39 และกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้หรือเป็นกลุ่มติดเตียง (คะแนน ADL อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน) มีร้อยละ 3.50 โดยกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น

(60-69 ปี) มีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม มากที่สุด (ร้อยละ 52.11) กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง (70-79 ปี) มีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง มากที่สุด (ร้อยละ 50.00) และกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) มีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน มากที่สุด (ร้อยละ 46.67) ดังแสดงในตารางที่ 1

### ส่วนที่ 3 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่จังหวัดชัยนาท

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง (มีคะแนน QOL ระหว่าง 61-95 คะแนน) มีมากที่สุด ร้อยละ 75.96 รองลงมา มีระดับคุณภาพชีวิตที่ดี (มีคะแนน QOL ระหว่าง 96-130 คะแนน) ร้อยละ 20.70 และมีระดับคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (มีคะแนน QOL ระหว่าง 26-60 คะแนน) ร้อยละ 3.34 โดยกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) มีระดับคุณภาพชีวิตที่ดี มากที่สุด (ร้อยละ 52.31) ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง (70-79 ปี) และกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) มีระดับคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี มากที่สุดเท่ากันคือ ร้อยละ 38.10 ซึ่งเมื่อพิจารณาองค์ประกอบรายด้าน พบว่าส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสัมพันธภาพทางสังคมคือ ร้อยละ 65.77, 53.98 และ 53.18 ตามลำดับ และด้านสิ่งแวดล้อมมีคะแนนอยู่ในระดับดีคือ ร้อยละ 53.34 ดังแสดงในตารางที่ 2 และตารางที่ 3

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกลุ่มวัยผู้สูงอายุและความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (ดัชนีบาร์เคลอเอ็ดแอล) (n = 628 คน)

| กลุ่มผู้สูงอายุ            | ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (ADL)      |                                                               |                                                             |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
|                            | จำนวน (ร้อยละ)                                               |                                                               |                                                             |
|                            | ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้หรือกลุ่มติดเตียง<br>(0-4 คะแนน) | ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้างหรือกลุ่มติดบ้าน<br>(5-11 คะแนน) | ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้หรือกลุ่มติดสังคม<br>(12-20 คะแนน) |
| กลุ่มวัยต้น (60-69 ปี)     | 6 (27.27)                                                    | 2 (13.33)                                                     | 308 (52.11)                                                 |
| กลุ่มวัยกลาง (70-79 ปี)    | 11 (50.00)                                                   | 6 (40.00)                                                     | 193 (32.66)                                                 |
| กลุ่มวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) | 8 (22.73)                                                    | 7 (46.67)                                                     | 90 (15.23)                                                  |
| <b>รวม</b>                 | <b>22 (3.50)</b>                                             | <b>15 (2.39)</b>                                              | <b>591 (94.11)</b>                                          |

### ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่จังหวัดชัยนาท

ข้อมูลทั่วไปพบว่า ปัจจัยด้านอายุ รายได้ และการดูแลของสมาชิกในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $\chi^2 = 10.123, 10.500$  และ  $8.337$  ตามลำดับ) ระดับการศึกษาและโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $\chi^2 = 114.976$  และ  $19.779$  ตามลำดับ) แต่ปัจจัยเพศและสถานภาพการสมรส พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ( $\chi^2 = 0.003$  และ  $2.200$  ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 4

ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่จังหวัดชัยนาทโดยรวมทุกด้าน พบว่า มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และอยู่ในระดับปานกลาง<sup>26</sup> ( $r = 0.30, p < .01$ ) และมีความสัมพันธ์ทางบวก กับระดับคุณภาพชีวิตในด้านร่างกาย ด้านจิตใจและด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = 0.29, r = 0.27, r = 0.21$  ตามลำดับ,  $p < .01$ ) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับคุณภาพชีวิตในด้านสัมพันธภาพทางสังคม อยู่ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ( $r = 0.33, p < .01$ )

**ตารางที่ 2** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำแนกตามกลุ่มวัยผู้สูงอายุและระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (n = 628 คน)

| กลุ่มวัยผู้สูงอายุ         | ระดับคุณภาพชีวิต (QOL) จำนวน (ร้อยละ) |                       |                    |
|----------------------------|---------------------------------------|-----------------------|--------------------|
|                            | ไม่ดี (26-60 คะแนน)                   | ปานกลาง (61-95 คะแนน) | ดี (96-130 คะแนน)  |
| กลุ่มวัยต้น (60-69 ปี)     | 5 (23.80)                             | 243 (50.94)           | 68 (52.31)         |
| กลุ่มวัยกลาง (70-79 ปี)    | 8 (38.10)                             | 162 (33.96)           | 40 (30.77)         |
| กลุ่มวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) | 8 (38.10)                             | 72 (15.10)            | 22 (16.92)         |
| <b>รวม</b>                 | <b>21 (3.34)</b>                      | <b>477 (75.96)</b>    | <b>130 (20.70)</b> |

min = 32, max = 116, mean = 86.42, SD. = 12.76

**ตารางที่ 3** ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จำแนกตามองค์ประกอบรายด้านคุณภาพชีวิต (n = 628 คน)

| องค์ประกอบคุณภาพชีวิต    | ระดับคุณภาพชีวิต (QOL) จำนวน (ร้อยละ) |                    |                  |
|--------------------------|---------------------------------------|--------------------|------------------|
|                          | คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี                   | คุณภาพชีวิตปานกลาง | คุณภาพชีวิตที่ดี |
| ด้านร่างกาย              | 23 (3.66)                             | 413 (65.77)        | 192 (30.57)      |
| ด้านจิตใจ                | 23 (3.66)                             | 339 (53.98)        | 266 (42.36)      |
| ด้านสัมพันธภาพทางสังคม   | 66 (10.51)                            | 334 (53.18)        | 228 (36.31)      |
| ด้านสิ่งแวดล้อม          | 13 (2.07)                             | 280 (44.59)        | 335 (53.34)      |
| คุณภาพชีวิตโดยรวมทุกด้าน | 21 (3.34)                             | 477 (75.96)        | 130 (20.70)      |

**ตารางที่ 4** จำนวน ร้อยละและค่าสถิติความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั่วไปกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (n = 628 คน)

| ข้อมูลทั่วไป                         | ค่าสถิติ (Pearson Chi-square) |    |         |
|--------------------------------------|-------------------------------|----|---------|
|                                      | $\chi^2$                      | df | p-value |
| เพศ                                  | 0.003                         | 2  | .999    |
| อายุ                                 | 10.123                        | 4  | .038*   |
| สถานภาพการสมรส                       | 2.200                         | 4  | .699    |
| ระดับการศึกษา                        | 114.976                       | 4  | <.001** |
| รายได้                               | 10.500                        | 4  | .033*   |
| โรคประจำตัว                          | 19.779                        | 2  | <.001** |
| การดูแลของสมาชิกในครอบครัว           | 8.337                         | 2  | .015*   |
| ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน | r 0.300                       | 2  | <.001** |

\*\*P = < .01, \* P = < .05

## อภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัยครั้งนี้ได้นำเสนอการอธิบาย ผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จังหวัดชัยนาทมีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ที่สามารถพึ่งพาตนเองได้ อยู่ในระดับดี ร้อยละ 94.11 (mean =  $18.63 \pm S.D. 4.08$ ) โดยจัดเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ส่วนร้อยละ 52.11 มีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันในระดับไม่เป็นการพึ่งพามากที่สุด มีเพียงร้อยละ 15.23 ที่เป็นกลุ่มติดเตียง และผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันในระดับที่พึ่งตนเอง ไม่ได้ มากที่สุด (ร้อยละ 50.00) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ช่วงอายุของผู้สูงวัยมีผลต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ตามกลุ่มศักยภาพของผู้สูงอายุ กล่าวคือ การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) พบร้อยละ 50.32 และมีสุขภาพทั่วไปดี สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ยังคงเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและช่วยเหลือคนอื่นได้ ก็จะทำให้รับรู้ ว่ามีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันได้ดี สามารถพึ่งพาตนเองได้หรือจัดเป็นกลุ่มติดสังคม และมี ศักยภาพสูงกว่าผู้สูงอายุกลุ่มวัยกลางและวัยปลาย รวมทั้งผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 67.04) ที่ยังคงมีกิจกรรม งานบ้านที่ต้องรับผิดชอบ จึงส่งผลให้ยังคงความสามารถ ในการประกอบกิจวัตรประจำวันได้ดี สอดคล้องกับการศึกษา ที่ยืนยันว่า ผู้สูงอายุวัยต้นที่ยังมีสุขภาพดีจะคงความสามารถ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี ดังจะเห็นได้จาก การสำรวจ สถานะสุขภาพของผู้สูงอายุเขต 17 ที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 59.60) มีอายุระหว่าง 60-69 ปี (ร้อยละ 58.50) และมีการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 76.90) สามารถช่วยเหลือตนเองได้ (ร้อยละ 98.40)<sup>27</sup> สอดคล้องกับ กนกวรรณ สิทธิวัชรธรรม และคันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์<sup>28</sup> พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีภาวะพึ่งพิงด้านกิจวัตรประจำวัน ( $ADL \geq 12$ ) ร้อยละ 94.50 มีภาวะพึ่งพิงด้านกิจวัตรประจำวัน ( $ADL < 12$ ) ร้อยละ 5.5 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 63.60) มีอายุระหว่าง 60-69 ปี (ร้อยละ 41.90) จบการศึกษาชั้น ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า (ร้อยละ 64.20) และสอดคล้องกับ การศึกษาของ Saiboonsri และ Wanchai<sup>29</sup> พบว่า ผู้สูงอายุ

ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 77.60) และคะแนนความ สามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและ สังคมได้

ส่วนระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจังหวัดชัยนาท จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในจังหวัดชัยนาท มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 75.96) และองค์ประกอบคุณภาพชีวิต รายด้านทั้งด้านร่างกาย ด้าน จิตใจและด้านสัมพันธภาพทางสังคม อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 65.77, 53.98 และ 53.18 ตามลำดับ) ส่วนด้าน สิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 53.34) อาจเนื่องจาก ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วงกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (ร้อยละ 50.32) ยังมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาไม่มาก สามารถปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ส่งผลให้ผู้สูงอายุวัยต้น เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รู้สึกว่าชีวิตมีความหมาย แต่ อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุเริ่มมีการพึ่งพาคนอื่น เนื่องจาก มีปัญหาสุขภาพและมีโรคประจำตัว โดยผลการ วิจัยนี้ พบว่า ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวมากที่สุด คือ โรคความ ตันโลหิตสูง (ร้อยละ 68.13) และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 26.76) สอดคล้องกับการศึกษา กับ Wongpanarak และ Chaleoykitti<sup>5</sup> พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีการเปลี่ยนแปลงของสภาวะทุก ด้านเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายไปในทางเสื่อมลง ทำให้ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันลดลง เสี่ยง ต่อการเจ็บป่วยหรือเกิดโรคเรื้อรัง ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางลบ กับคุณภาพชีวิต โดยผู้สูงอายุที่มีอายุมากมีการประเมินคุณภาพ ชีวิตต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อย รวมทั้งความสามารถในการทำ กิจกรรมและบทบาททางสังคมลดลงต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลง อย่างไรก็ตาม ผลการ ศึกษาไม่สอดคล้องกับ Ngammeerith, Rareukchat และ Phowan<sup>14</sup> พบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับ มาก โดยปัจจัยด้านสุขภาพทางกายภาพและด้านจิตใจอยู่ใน ระดับมาก ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและด้านสังคม อยู่ในระดับ ปานกลาง และ Pajjit<sup>30</sup> ที่ศึกษาระดับคุณภาพชีวิตในการดำรง ชีวิตของผู้สูงอายุพบว่า ในภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับ คุณภาพดี โดยด้านสิ่งแวดล้อมมีค่าคะแนนคุณภาพชีวิตของ ผู้สูงอายุมากเป็นอันดับที่ 1 สอดคล้องกับผลการศึกษานี้ อาจเนื่องมาจากความเป็นเอกลักษณ์ของการเป็นพื้นที่เชิง

เกษตรกรรม ที่ผู้สูงอายุจังหวัดชัยนาท ซึ่งได้อาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดีและปลอดภัยแก่การใช้ชีวิตในบริบทพื้นที่ จึงส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้น

2. ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดชัยนาท จากผลการวิจัยนี้ พบว่า ปัจจัยด้านอายุ รายได้ และการดูแลของสมาชิกในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจังหวัดชัยนาทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\chi^2 = 10.123, 10.500$  และ  $8.337$  ตามลำดับ,  $p < .05$ ) ระดับการศึกษาและโรคประจำตัว ( $\chi^2 = 114.976$  และ  $19.779$  ตามลำดับ,  $p < .01$ ) ในประเด็นปัจจัยด้านอายุ อาจเนื่องจาก ผู้สูงอายุเมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้น โดยส่วนใหญ่จะพบปัญหาด้านสุขภาพและการช่วยเหลือตัวเอง โดยเฉพาะผู้สูงอายุวัยปลายที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ มีการเจ็บป่วยบ่อยขึ้น การทำหน้าที่ของร่างกายลดลง ความรู้สึกมีคุณค่าของตนเอง รวมทั้งการมีส่วนร่วมกิจกรรมต่างๆ ในสังคมนั้นจะมีระดับการพึ่งพาผู้อื่นสูงขึ้นและรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระแก่ครอบครัวมากขึ้นด้วย จึงทำให้ผู้สูงอายุวัยปลายมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้สูงอายุวัยต้นและวัยกลาง ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อย สอดคล้องการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทยในเขตชนบทของประเทศไทยของ Hongthong, Somrongthong และ Ward 16 พบว่า ปัจจัยด้านอายุมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .002$ ) ส่วนระดับการศึกษา พบมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ระดับการศึกษาส่งผลต่อผู้สูงอายุในเรื่องความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองที่พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) โดยผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับต่ำ ซึ่งสอดคล้องการศึกษากับ Pajit<sup>30</sup> ที่พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุคือ ถ้าผู้สูงอายุมีระดับการศึกษาสูงขึ้นคุณภาพชีวิตก็มีแนวโน้มที่จะดีเพิ่มขึ้นด้วย ส่วนด้านรายได้ พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อาจเนื่องจาก รายได้เป็นปัจจัยพื้นฐานทางเศรษฐกิจที่สำคัญต่อการดำรงชีวิตและมีผลทำให้มีความรู้สึกต่อสถานะทางเศรษฐกิจ

ไม่ดี ไม่สามารถตอบสนองความต้องการต่างๆ ได้เต็มที่ การเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ทางสังคมลดลงตามไปด้วย ส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ สอดคล้องการศึกษากับ Hongthong, Somrongthong และ Ward<sup>16</sup> พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงหรือมีฐานะการเงินดี จะประเมินคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและฐานะทางการเงินไม่ดี โรคประจำตัว พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ กล่าวคือผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวจะมีระดับคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 65.45) โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 68.89) และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 26.76) สอดคล้องกับ Saiboonsri และ Wanchai<sup>29</sup> ที่พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวคือ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง มากถึงร้อยละ 92.80 ซึ่งส่งผลต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การดูแลของสมาชิกในครอบครัว พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อาจเนื่องจาก ผู้สูงอายุที่มีสมาชิกในครอบครัวอยู่ดูแล (family caregiver) จะคอยช่วยเหลือและเป็นที่พึ่งทางด้านร่างกายและจิตใจให้แก่ผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิด สอดคล้องการศึกษากับ อุบล ไตรถวิล<sup>31</sup> พบว่าผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีจะมาจากครอบครัวที่มีความรักความอบอุ่น สมาชิกในครอบครัว คอยดูแลผู้สูงอายุอย่างดี มีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุยังคงการทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการทำงานที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

เป็นที่น่าสังเกตว่า ปัจจัยด้านเพศและสถานภาพการสมรส พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ( $\chi^2 = 0.003$  และ  $2.200$  ตามลำดับ,  $p < .05$ ) สามารถอธิบายได้ว่า ปัจจัยด้านเพศและสถานภาพการสมรสไม่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจังหวัดชัยนาท อาจเนื่องจาก ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกว่าไม่ถูกทอดทิ้ง ส่วนใหญ่ได้รับการเอาใจใส่ดูแลจากสมาชิกในครอบครัว (ร้อยละ 89.17) ได้อยู่กับครอบครัวโดยได้รับความเคารพรักความเข้าใจความเอื้ออาทร การดูแลเอาใจใส่ สอดคล้องการศึกษากับ Sodsong<sup>13</sup> ที่พบว่า เพศและสถานภาพสมรสที่ต่างกัน มีระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่มีบุตรหลานในครอบครัว

คอยดูแล (ร้อยละ 92.90) และได้รับการเอาใจใส่จากหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งมีรายได้ที่รัฐมอบให้เพื่อการยังชีพ โดยพบว่า ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในบริบทพื้นที่จังหวัดชัยนาท โดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.30, p < .01$ ) เมื่อพิจารณาองค์ประกอบรายด้านของคุณภาพชีวิต พบว่า ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับคุณภาพชีวิตทั้งรายด้านร่างกาย ด้านจิตใจและด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.29, 0.27$  และ  $0.21$  ตามลำดับ,  $p < .01$ ) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับคุณภาพชีวิตในด้านสัมพันธภาพทางสังคม อยู่ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.33, p < .01$ ) ทั้งนี้อาจเนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 50.32) เป็นกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น ซึ่งยังสามารถทำกิจวัตรประจำวันและช่วยเหลือตนเองได้ดี คือ เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้หรือกลุ่มติดสังคม ซึ่งจะมีความสุขทั่วไปดี ช่วยเหลือตนเองได้และเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมช่วยเหลือคนอื่นได้มากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลาย สอดคล้องกับ Aitthiprasert และ Boonyung<sup>32</sup> พบว่า ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถทำกิจวัตรประจำวันและช่วยเหลือตนเองได้ดี (ร้อยละ 99.50) และมีคุณภาพชีวิตทุกรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุไทยในบริบทพื้นที่จังหวัดชัยนาท โดยรวมอยู่ในระดับพึ่งพาตนเองอยู่ในระดับดี และระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีมากว่ากลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง ทั้งนี้ ปัจจัยด้านความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ

ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมและรายด้านในทุกด้าน อยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง ดังนั้น จึงควรใช้ข้อมูลพื้นฐานทั้งปัจจัยทั่วไปและด้านความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันในพื้นที่มาใชวางแผนจัดทำแนวทางพัฒนาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้อยู่ในระดับดีขึ้น โดยเฉพาะในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง เพื่อการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีพลัง และมีศักยภาพเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าของประเทศ อันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาวะที่ดีในทุกมิติอย่างยั่งยืน สามารถดูแลตนเองได้ให้ชีวิตยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปตลอดจนถึงช่วงบั้นปลายของชีวิตในสภาวะการณสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์

### ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพด้านผู้สูงอายุโดยแนวคิดการใช้ชุมชนเป็นพื้นฐานหลัก (Community-based Approach) การบูรณาการร่วมกับการขับเคลื่อน พชอ. และการเพิ่มบทบาทให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุให้เข้ามามีบทบาทมากขึ้น ทั้งนี้เพราะพลังชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะเป็นชุมพลังสนับสนุนและเป็นฐานรองรับการพึ่งตนเองของประชาชนผู้สูงวัยได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีศักดิ์ศรีในบริบทพื้นที่ได้โดยแท้จริง

### กิตติกรรมประกาศ

ผลงานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงเป็นอย่างดี ด้วยความร่วมมือจากบุคลากรสาธารณสุขของจังหวัดชัยนาท ในการประสานงานและเก็บข้อมูลในพื้นที่ศึกษา ขอขอบพระคุณอาจารย์ ดร.อัสนี วันชัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม และ รศ. ดร.วรลักษณ์ กิตติวัฒน์ไพศาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่กรุณาให้คำแนะนำปรึกษาการวิจัย ขอขอบคุณผู้ส่งผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่ให้ข้อเสนอแนะ และปรับปรุงการวิจัย และขอขอบคุณผู้สูงอายุทุกท่านที่เข้าร่วมโครงการและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ยิ่งต่องานวิจัยนี้

## References

1. United Nations. World population aging 2017. New York: United Nations Publication; 2017.
2. Soichue M, Benjakul S, Kengganpanich M, Kengganpanich T. Effects of the arm swing exercise program applying self-efficacy theory and social support of the young elderly in Bangkok metropolitan. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok 2017;33(2):73-83. (in Thai)
3. Office of the National Economics and Social Development Council. (2018). Elderly population: number and rate of elderly in 2008-2017 [Internet]. 2018 [cited 2018 April 5]. Available from: [http://social.nesdb.go.th/SocialStat/StatSubDefault\\_Final.aspx?catid=6](http://social.nesdb.go.th/SocialStat/StatSubDefault_Final.aspx?catid=6)
4. Yamwong N. Quality of life and physical activities of daily living among elderly patients at HRH Princess Maha Chakri Sirindhorn Medical Center. Journal of Medicine and Health Sciences 2014;21(1):37-44. (in Thai)
5. Wongpanarak N, Chaleoykitti S. Quality of life: a study of elderly in Thailand. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2014;15(3):64-70.
6. Prasartkul P, editor. Situation of the Thai elderly in 2018. Bangkok: Duean Tula Printing; 2018; p. 649-55. (in Thai)
7. National Health Security Office. Support manual for the management of long term care services for elderly with dependency on the national health security system. [Bangkok]: NHSO; 2016. (in Thai)
8. National Statistical Office of Thailand. Important statistics of Thailand in 2017 [Internet]. 2017 [cited 2018 April 7]. Available from: <http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/index.aspx>
9. Van NT, Van NH, Duc NT, Van NT, The NP. Difference in quality of life and associated factors among the elderly in rural Vietnam. J PREV MED HYG 2017;58:63-71.
10. Chantararat P, Choowattanapakorn T. Factors associated with visual-related quality of life in older persons with glaucoma. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok 2018;34(3): 89-99. (in Thai)
11. Saengprachaksakula S. Active ageing of Thai elderly. Journal of Social Sciences Srinakharinwirot University 2014;17:231-48. (in Thai)
12. Ran L, Jiang X, Li B, Kong H, Du M, Wang X, et al. Association among activities of daily living, instrumental activities of daily living and health-related quality of life in elderly Yi ethnic minority. BMC Geriatrics 2017;17(74):1-7.
13. Sodsong K. Life quality of seniors of Phra Nakhon Si Ayutthaya city municipal, Phra Nakhon Si Ayutthaya province. MBU Education Journal: Faculty of Education Mahamakut Buddhist University 2018;6(1):162-75. (in Thai)

14. Ngammeerith N, Rareukchat W, Phowan N. A model of quality of life development of the elderly in Central region by using recreation. *Academic Journal Institute of Physical Education* 2018;10(1): 127-41. (in Thai)
15. Saranya S. Factors relating to quality of life of the elderly in Koh Kanun sub-district, Panom Sarakham district, Chachoengsao province. *Journal of Rajanagarindra* 2016;13(30):133-41. (in Thai)
16. Hongthong D, Somrongthong R, Ward P. Factors influencing the quality of life (QOL) among Thai older people in a rural area of Thailand. *Iran J Public Health* 2015;44(4):479-85.
17. Chainat Statistical Office. Population statistics in Chai Nat province [Internet]. 2017 [cited 2018 April 5]. Available from: <http://chainat.nso.go.th>
18. Yamane T. *Statistic: an introductory analysis*. 3<sup>rd</sup> ed. [New York]: Harper and Row Publication; 1973.
19. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation, the barthel index. *Maryland State Med J* 1965; 14:61-5.
20. Jitapunkul S. *Principles of geriatric medicine*. [Bangkok]: Chulalongkorn University Printing House; 1998; p. 85-6. (in Thai)
21. Patcharapa P. Situation of the Thai elderly among the family, community and social. Department of Older Persons, Ministry of Social Development and Human Security [Internet]. 2016 [cited 2018 April 5]. Available from: [http://www.dop.go.th/download/formdownload/download\\_th\\_20162203134717\\_1.pdf](http://www.dop.go.th/download/formdownload/download_th_20162203134717_1.pdf)
22. WHOQOL Group. WHO QOL-BREF introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Geneva: WHO; 1966.
23. Beadle-Brown J, Murphy G, DiTerlizzi M. Quality of life for the Camberwell cohort. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 2008;24:380-90.
24. Mahatnirunkul S, Tantipiwattanasakul W, Phoompaisanchai W, Wongsuwan K, Manajirangkul R. Comparison of the WHOQOL-100 and the WHOQOL-BREF (26 items). *Suanprung Psychiatric Hospital, Chiangmai*. 1997. (in Thai)
25. Mongkhol A, Hatthaphanom W, Chetchotisak P, Wannaphachonlakun W, Panyoyai L. Thai mental health indicators (TMHI-66): Project preparation program finished in a mental health survey in 2002 [Internet]. 2002 [cited 2018 April 5]. Available from: <https://www.dmh.go.th/test/download/files/thi66.pdf>
26. Lyndsay TW. *Statistical Correlation: Coefficient of correlation*. [Internet]. 2009 [cited 2018 April 25]. Available from: <https://explorable.com/statistical-correlation>
27. Siriphuban L, Kaewpinit S. Health status of the elderly region 17. *Journal of Public Health* 2010;19(5):747-56. (in Thai)

28. Sitthiwirattham K, Mekrungrongwong S. Factors affecting physical activities of daily living among older people in urban area, Uttaradit province. Journal of Nursing Science & Health 2015;38(4): 11-21. (in Thai)
29. Saiboonsri G, Wanchai A. Abilities to perform daily activities and needs for the health services of elders in Phitsanulok municipality. FEU Academic Review, 2017; 11(3): 174-83. (in Thai)
30. Pajjit P. Quality of life of the elderly in Surat Thani province. Journal of Management Sciences 2015;2(2):157-79. (in Thai)
31. Trithavin U. The effects of caregivers empowerment program on performance of bedridden elderly care in Bangban district, Phra Nakhon Si Ayutthaya province. Journal of Preventive Medicine Association of Thailand 2018;8(2):268-80. (in Thai)
32. Aitthiprasert S, Boonyung K. Quality of life of the elderly in Klaeng Kachet municipality, Mueang district, Rayong province. Local Administration Journal 2018;11(2):139-54. (in Thai)

## บทความวิจัย

# ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในวัยรุ่นหญิงตอนต้นโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร

## The Effects of Health Literacy Promotion Program on Teenage Pregnancy Prevention among Early Adolescent Girls in School under Bangkok Metropolitan Administration

Received: Jan 28, 2019

Revised: Feb 28, 2019

Accepted: Mar 12, 2019

สิริกกร ศรีเมือง พย.ม. (Sirikron Srimuang, M.N.S.)<sup>1</sup>อาภาพร เพ่าวัฒนา ป.ด. (Arapapon Powwattana, Ph.D)<sup>2</sup>สุนีย์ ละกำป็น กศ.ด. (Sunee Lagampan, Ed.D)<sup>3</sup>

## บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในวัยรุ่นหญิงตอนต้น กลุ่มตัวอย่างคือเด็กหญิงอายุ 11-13 ปี ที่กำลังศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร เขตบางพลัด แบ่งเป็นกลุ่มเข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน กิจกรรมมีทั้งหมด 4 ครั้ง รวมระยะเวลาของการศึกษา 10 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square, Wilcoxon signed rank test, Mann-whitney test, Independent t-test และ Repeated Measure ANOVA

ผลการวิจัยพบว่า เมื่อสิ้นสุดการทดลองคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังการเข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ที่ 6 และระยะติดตามผลสัปดาห์ที่ 10 ของกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มเข้าร่วมโปรแกรมกับกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน ( $p > .05$ ) และพบว่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และระยะติดตามผลสัปดาห์ที่ 10 ของกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มเข้าร่วมโปรแกรมกับกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

**คำสำคัญ:** ความรู้ด้านสุขภาพ, วัยรุ่นหญิงตอนต้น, ตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร, โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ

<sup>1</sup> นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน), คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: maew-phon@hotmail.com

<sup>2</sup> Corresponding author ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: arapapon.pow@mahidol.ac.th,

<sup>3</sup> ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: sunee.lag@mahidol.ac.th

Mahidol University, Bangkok, Thailand

### Abstract

The purpose of this quasi-experimental study aimed to examine the effects of health literacy promotion program on teenage pregnancy prevention among early adolescent girls. Sample were girls aged 11-13 years old studying in 6<sup>th</sup> grade of primary school under Bangkok Metropolitan Administration of Bang Phlat District. Thirty students were recruited to the experimental and comparison groups. The program included fourth activities and the duration of the study was ten consecutive weeks. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics including percentage, mean, standard deviation, chi-square, Wilcoxon signed-rank test, Mann-Whitney test, Independent t-test, and Repeated Measure ANOVA.

The results showed that there were significantly different among health literacy promotion mean scores of pre-test, post-test at 6<sup>th</sup> week, and follow up at 10<sup>th</sup> week in the experimental group ( $p < .05$ ). The mean score between experimental group and comparison group of the health literacy promotion were not significantly different ( $p > .05$ ). The pre-test mean score of teenage pregnancy prevention behavior in experimental group was significantly different from post-test, and follow up at 10<sup>th</sup> week ( $p < .05$ ) and significantly different from those in the comparison group. Moreover, there was significantly different between teenage pregnancy prevention mean score of experimental group and comparison group ( $p < .05$ ).

**Keywords:** health literacy, early adolescent girls, teenage pregnancy, health literacy promotion program

### บทนำ

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนับเป็นปัญหาที่ประเทศทั่วโลกให้ความสนใจ รวมทั้งประเทศไทยที่ถือว่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาอันดับต้นของประเทศที่ต้องได้รับการแก้ไข เนื่องจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจะมีความเชื่อมโยงกับคุณภาพประชากรของประเทศ<sup>1</sup> การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนั้น ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของแม่ เช่น ภาวะโลหิตจาง ภาวะความดันโลหิตสูง ในขณะที่ตั้งครรภ์ ผลกระทบต่อทารก โดยเพิ่มโอกาสการคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักตัวน้อย ผลกระทบทางสังคมพบว่าทารกที่เกิดจากแม่วัยรุ่นบางรายถูกทอดทิ้ง ไม่ได้รับการเลี้ยงดูอย่างมีคุณภาพ ขาดความอบอุ่น ทำให้มีความรู้สึกไม่มั่นคงในชีวิต และขาดแนวทางการดำเนินชีวิต เมื่อทารกเติบโตขึ้นอาจทำให้เป็นเด็กที่มีปัญหาต่อความเดือดร้อนให้กับสังคม<sup>2</sup> ทำให้วัยรุ่นเสียโอกาสการศึกษาเนื่องจากออกจากโรงเรียนกลางคันและโอกาสการทำงานในอนาคต<sup>3</sup>

สำหรับประเทศไทยนั้นมีอัตราการคลอดบุตรในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี จำนวน 60 คน ต่อผู้หญิงในรุ่นอายุเดียวกันหนึ่งพันคน ซึ่งจัดอยู่ในอันดับ 2 ของกลุ่มประเทศอาเซียนรองจากประเทศลาว<sup>4</sup> และจากรายงานสถิติการคลอดบุตรของวัยรุ่นหญิงไทย อายุ 10-19 ปี เมื่อเปรียบเทียบในปี พ.ศ. 2548 และ พ.ศ. 2558 พบว่ามีอัตราการคลอดบุตร ร้อยละ 14.30 และร้อยละ 15.30 ตามลำดับ ส่วนพื้นที่กรุงเทพมหานคร พบว่า พ.ศ. 2558 มีอัตราการคลอดของวัยรุ่นหญิงอายุ 15-19 ปี ร้อยละ 39.40<sup>5</sup> จะเห็นได้ว่าวัยรุ่นยังมีอัตราการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในอัตราที่สูง

วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญา มีความอยากรู้อยากเห็น อยากทดลอง ต้องการการยอมรับจากเพื่อน มีกระบวนการคิดที่ยังไม่สมบูรณ์จึงทำให้ถูกชักจูงได้ง่าย ทำให้มีการตัดสินใจบนพื้นฐานของอารมณ์เป็นส่วนใหญ่<sup>6</sup> ซึ่งจะนำไปสู่

พฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ โดยเฉพาะพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่ผ่านมามีพบว่าวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจะนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์และถ้าหากไม่มีการวางแผนหรือป้องกันก็จะส่งผลให้เกิดการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ซึ่งพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม การเข้าถึงสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ การเอาใจใส่ของผู้ปกครอง และอิทธิพลของเพื่อน<sup>7-9</sup> ประกอบกับการสอนเพศศึกษาในประเทศไทยเป็นการสอนในเชิงทฤษฎีที่มีเนื้อหาวินิจฉัย ไม่ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง ไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง การสอนมักใช้การบรรยายแทนการจัดกิจกรรมที่จะเอื้อให้เด็กรู้จักคิดวิเคราะห์และตั้งคำถามเชิงลึก การสื่อสารและการต่อรอง ซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็น<sup>10</sup> ด้วยปัญหาดังกล่าวถ้าหากวัยรุ่นได้รับการสอนด้วยการจัดกิจกรรมที่เอื้อให้เด็กรู้จักคิดวิเคราะห์และตั้งคำถามเชิงลึก การสื่อสารและการต่อรอง จะส่งผลให้วัยรุ่นเกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเข้าถึงแหล่งข้อมูลสุขภาพทางเพศที่น่าเชื่อถือ สามารถสื่อสารเมื่อเกิดข้อสงสัยกับผู้ที่มีความน่าเชื่อถือในเรื่องนั้น ก่อให้เกิดการตัดสินใจที่จะนำข้อมูลนั้นๆ ไปจัดการกับตนเองเพื่อให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร รวมถึงสามารถที่จะสื่อสารให้กับผู้อื่นได้เข้าใจถึงวิธีการปฏิบัติตัว ต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรได้ นั่นก็หมายความว่าวัยรุ่นมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่ามีงานนำแนวคิดของความฉลาดทางด้านสุขภาพที่ศึกษาในวัยรุ่นส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกิน การอ่านฉลากโภชนาการ ยาเสพติด การขับขีจกรยานยนต์ ทัศนสุขภาพในเด็กนักเรียน และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ลักษณะกิจกรรมเน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง ในส่วนของความรู้ด้านสุขภาพกับการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนั้นพบว่าเป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยผ่านแกนนำนักเรียนที่เป็นนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ผลจากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในเรื่องนั้นเพิ่มขึ้น และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้นเช่นกัน

องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายความรู้ด้านสุขภาพ ว่าเป็นทักษะต่างๆ ทางกรรับรู้และทางสังคมซึ่งเป็น

ตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถในการปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ได้อยู่เสมอ<sup>11</sup> และ Nutbeam ได้ให้ความหมายไว้ว่า เป็นสมรรถนะของแต่ละบุคคล ทั้งทางด้านสังคมและการคิดวิเคราะห์ที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมิน และใช้สารสนเทศด้านสุขภาพตามความต้องการ เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพของตนให้ดี รวมทั้งการเพิ่มพูนความรู้และความเข้าใจในปัจจัยที่กำหนดสุขภาพ สามารถแบ่งระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็น 3 ระดับคือ ระดับพื้นฐาน (Functional health literacy) เป็นความสามารถในการนำข้อมูลไปใช้ในชีวิตประจำวันเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ระดับสื่อสาร/ปฏิสัมพันธ์ Communicative/Interactive health literacy) เป็นความสามารถเลือกใช้ แยกแยะ และประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ๆ เพื่อปรับปรุงภาวะสุขภาพตนเอง และระดับวิจารณ์ญาณ (Critical health literacy) คือสามารถวิเคราะห์เปรียบเทียบ ประเมิน และนำข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพไปใช้เพื่อการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพได้อย่างเหมาะสม<sup>12</sup>

ปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็นของความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ การรู้หนังสือ ด้วยการอ่าน เขียน คำนวณ และความรู้เบื้องต้นของบุคคลซึ่งเป็นทักษะการเรียนรู้พื้นฐานที่สามารถจะนำมาพัฒนาโดยการให้ความรู้ด้วยวิธีการต่างๆ และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพทำให้เกิดความรู้และสมรรถนะที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เมื่อความรู้และสมรรถนะดังกล่าวเพิ่มขึ้น ก็จะส่งผลให้มีความฉลาดทางสุขภาพเพิ่มขึ้นตามไปด้วย และด้วยความรู้และสมรรถนะนี้เองเมื่อได้มีการนำไปสู่การปฏิบัติ ก็จะทำให้บุคคลเกิดทักษะในการทำงานร่วมกับบุคคลอื่น และมีความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพ รวมทั้งยึดมั่น สนับสนุนสิ่งที่เป็นความรู้และสมรรถนะด้านสุขภาพ นอกจากนี้ ความรู้และสมรรถนะด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นยังทำให้บุคคลมีทักษะในการต่อรองและการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม<sup>12</sup>

ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำกรอบแนวคิดความรู้ทางด้านสุขภาพเพื่อจัดทำโปรแกรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของวัยรุ่นหญิงตอนต้น ถ้าหากวัยรุ่นได้รับการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพตั้งแต่ช่วงวัยรุ่นตอนต้นก่อนที่จะเข้าสู่วัยรุ่นสาว จะทำให้วัยรุ่นตอนต้นเกิดความรู้ความเข้าใจการเข้าถึงข้อมูล มีทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อ เพื่อจะนำไปสู่การเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยรุ่นช่วงต่อไปอย่างมีคุณภาพ

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพภายในกลุ่ม และระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ และกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการสอนตามหลักสูตรปกติ ระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ระยะหลังเข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ที่ 6 และระยะติดตามผลสัปดาห์ที่ 10
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในวัยรุ่นหญิงตอนต้น ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ และกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการสอนตามหลักสูตรปกติ ในระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และระยะติดตามผลสัปดาห์ที่ 10

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้ความรอบรู้ด้านสุขภาพมาจัดกระทำ โดยวัดจากองค์ประกอบ 6 ด้านของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ที่สะท้อนจากคุณลักษณะและพฤติกรรมคือ 1) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ 2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) การรู้เท่าทันสื่อ 5) การจัดการสุขภาพตนเองและ 6) ทักษะการตัดสินใจ มาจัดทำโปรแกรมให้แก่ วัยรุ่นหญิงตอนต้น เพื่อให้วัยรุ่นหญิงเกิดพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร

## ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบสองกลุ่ม ทดสอบก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (Two group pre-posttest design) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มเข้าร่วมโปรแกรม และกลุ่มเปรียบเทียบ มีการเก็บข้อมูลก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ที่ 6 และระยะติดตามผลสัปดาห์ที่ 10 ในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษาคือ นักเรียนหญิงชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2561 โรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร เขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็น

นักเรียนหญิงชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2561 โรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร เขตบางพลัดที่เป็นโรงเรียนขนาดกลาง จำนวน 3 โรงเรียน ได้แก่ โรงเรียน A เป็นกลุ่มเข้าร่วมโปรแกรมจำนวน 30 คน โรงเรียน B และ C เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ โรงเรียนละ 15 คน รวมทั้งหมดจำนวน 60 คน ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับฉลาก

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusions criteria)

1. เป็นนักเรียนหญิงที่กำลังศึกษาอยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 สังกัดกรุงเทพมหานคร ที่ตั้งบนพื้นที่เขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร
2. นักเรียนสมัครใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และได้รับการยินยอมจากผู้ปกครอง/ผู้ดูแล ให้เข้าร่วมในการวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusions criteria) นักเรียนที่ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ตลอดโครงการ

### เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

#### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ ผลการเรียนรู้ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของบิดา มารดา สัมพันธภาพในครอบครัว และบุคคลใกล้ชิดที่มีประวัติตั้งครรภ์ก่อนอายุ 20 ปี

1.2 แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตอนต้น โดยดัดแปลงมาจากแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร สำหรับสตรีไทยวัยรุ่น อายุ 15-21 ปี ระดับมัธยมปลายและนักศึกษา ของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข<sup>10</sup> จำนวน 33 ข้อ มีคะแนนรวม 126 คะแนน แบ่งเป็น 6 ด้านดังนี้ 1) ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพจำนวน 8 ข้อ เป็นลักษณะเป็นข้อคำถาม 4 ตัวเลือก มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0-8 คะแนน 2) ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพจำนวน 4 ข้อ มีช่วงคะแนนระหว่าง 4-20 คะแนน 3) ด้านทักษะการสื่อสารจำนวน 5 ข้อ มีช่วงคะแนนระหว่าง 5-25 คะแนน 4) ด้านการจัดการสุขภาพตนเองจำนวน 5 ข้อ มีช่วงคะแนนระหว่าง 4-20 คะแนน 5) ด้านการรู้เท่าทันสื่อจำนวน 5 ข้อ มีช่วงคะแนนระหว่าง 5-25 คะแนน เป็นแบบสอบถามลักษณะประมาณค่า 5 ระดับ 6) ด้านทักษะการตัดสินใจ จำนวน 7 ข้อ มีช่วงคะแนนระหว่าง 7-28

1.3 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในวัยรุ่นหญิงตอนต้น โดยดัดแปลงมาจากแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรสำหรับสตรีไทยวัยรุ่น อายุ 15-21 ปี ระดับมัธยมปลายและนักศึกษา ของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข 10 จำนวน 15 ข้อ มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 15-75 คะแนน เป็นแบบสอบถามมาตราประมาณค่า 5 ระดับ

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวทางพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อพิจารณาความถูกต้องและครอบคลุมของเนื้อหาให้ตรงตามวัตถุประสงค์ตลอดจนความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลไปทดลองใช้กับกลุ่มนักเรียนหญิงชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร เขตบางพลัด ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 30 คน เพื่อดูความสมบูรณ์ของเครื่องมือด้านการสื่อความหมายให้เข้าใจตรงกัน โดยใช้วิธีการของ Kuder-Richardson (KR-20) ในข้อคำถามด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.53 และวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคในข้อคำถามด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านทักษะการสื่อสาร ด้านการจัดการสุขภาพตนเอง ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ด้านทักษะการตัดสินใจ และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในวัยรุ่นหญิงตอนต้น โดยมีค่าความเชื่อมั่น 0.80, 0.89, 0.75, 0.70, 0.80 และ 0.77 ตามลำดับ

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยขึ้นนำเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อพิจารณาและอนุมัติให้คำรับรองตามระเบียบการวิจัย ซึ่งได้รับการพิจารณาและอนุมัติตามเอกสารรับรอง เลขที่ MUPH 2018-001 เมื่อวันที่ 10 มกราคม 2561 และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรุงเทพมหานคร

เลขที่ U005h/61 หมายเลขหนังสือรับเอกสารรับรอง 022 ลงวันที่ 20 เมษายน 2561 ซึ่งผู้ปกครองและผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนได้ลงนามในเอกสารยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยก่อนเริ่มเก็บข้อมูล

### วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลติดต่อประสานงานกับสำนักงานเขตบางพลัด โดยทำหนังสือแนะนำตัวและขออนุญาตเก็บข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัยถึงผู้อำนวยการเขตบางพลัด เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัยในนักเรียนที่กำลังเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานครในพื้นที่เขตบางพลัด คือโรงเรียน A โรงเรียน B และโรงเรียน C ประสานเข้าพบผู้บริหารสถานศึกษาของโรงเรียน รองผู้บริหารสถานศึกษา คุณครูผู้สอนในชั่วโมงกิจกรรมพัฒนาผู้เรียน ผู้ปกครองและนักเรียน ชี้แจงถึงขั้นตอนการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล ของโรงเรียนทั้ง 3 แห่ง

### กลุ่มเข้าร่วมโปรแกรม

ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวทางพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ เป็นกิจกรรม จำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที การดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้งห่างกันครั้งละ 1 สัปดาห์

### กิจกรรมครั้งที่ 1 การส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเรื่อง

พัฒนาการทางเพศวัยรุ่น พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร โดย 1) ฝึกการวิเคราะห์การตีบตรคำเรื่องการเปลี่ยนแปลงร่างกาย อารมณ์สังคม การสัมผัสในรูปแบบต่างๆ 2) อภิปรายกลุ่มจากการดู animation เชื่อมโยงถึงประเด็นพัฒนาการทางเพศของวัยรุ่น พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ 3) สรุป นำเสนอสาระและประเด็นสำคัญของเนื้อหา

### กิจกรรมครั้งที่ 2 การส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูลและ

บริการสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อและทักษะการสื่อสารโดย 1) ฝึกการเข้าถึงและค้นหาข้อมูล อภิปรายจากใบงาน “ช่องทางสื่อเชื่อถือได้ไหม” 2) แนะนำแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ 3) อภิปรายกลุ่มนำเสนอจากใบงาน “รู้เท่าทันสื่อ” และวิเคราะห์เหตุการณ์จาก animation 4) ฝึกทักษะการสื่อสารกิจกรรมกลุ่มตามใบงาน “สื่อสารเป็นเน้นที่ประโยชน์” แล้วถ่ายทอดให้เพื่อนและผู้ปกครองฟัง

**กิจกรรมครั้งที่ 3** การส่งเสริมการตัดสินใจเลือกปฏิบัติและการจัดการสุขภาพของตนเอง โดยฝึกทักษะการตัดสินใจ และการกำหนดเป้าหมายการจัดการสุขภาพตนเอง โดยการแสดงบทบาทสมมติตามสถานการณ์ที่กำหนด ทำกิจกรรมกลุ่มตามใบงาน “เป้าหมายชีวิตของฉัน” และเขียนสัญญาใจจากการตั้งเป้าหมายป้องกันการตั้งครร์ก่อนวัยอันควร

**กิจกรรมครั้งที่ 4** การส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการตั้งครร์ก่อนวัยอันควร โดยผ่านกระบวนการเปรียบเทียบจากเกมปกป้องไข่ และรับแจกคู่มือการป้องกันการตั้งครร์ก่อนวัยอันควร

#### กลุ่มเปรียบเทียบ

ได้รับกิจกรรมหลังสัปดาห์ที่ 10 จำนวน 1 ครั้ง ในระยะเวลา 1 ชั่วโมง โดยให้ความรู้ และรับแจกคู่มือการป้องกันการตั้งครร์ก่อนวัยอันควร

มีการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการวิจัย สัปดาห์ที่ 1 เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมทำการเก็บข้อมูลหลังจบโครงการในสัปดาห์ที่ 6 และเก็บข้อมูลระยะติดตามผลในสัปดาห์ที่ 10

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ความถี่ (Frequency) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) Repeated measure ANOVA, Independent t-test, Wilcoxon signed rank test และ Mann-whitney test โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05

### ผลการวิจัย

#### ส่วนที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มเข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ มีอายุเฉลี่ย 11 ปี 8 เดือน ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ผลการเรียนรู้โดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี และพอใจกับผลการเรียน ส่วนใหญ่ทั้งสองกลุ่มพักอาศัยกับบิดามารดา สถานภาพสมรสของบิดามารดาของกลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งที่มีสถานภาพคู่ ส่วนใหญ่ผู้ปกครองมีระดับการศึกษาสูงกว่าระดับชั้นพื้นฐาน และมีอาชีพรับจ้างทั่วไปเป็นส่วนใหญ่ มีรายได้ภายในครอบครัว 5,000-10,000 บาท/เดือน สถานภาพรายได้พบว่าเพียงพอเท่ากันทั้งสองกลุ่ม ความสำคัญของ

ผู้ปกครองที่มีต่อกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พบว่ามีความสำคัญมากและความสัมพันธ์ภายในครอบครัวมีความรักใคร่กันดี ในด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี มีความพึงพอใจกับชีวิตที่เป็นอยู่ในปัจจุบันเท่ากันทั้งสองกลุ่ม และพบว่าส่วนใหญ่ทั้งสองกลุ่มไม่มีบุคคลใกล้ชิดที่มีประวัติตั้งครร์ก่อนอายุ 20 ปี

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณลักษณะทั่วไประหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าไม่แตกต่างกัน

**ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพต่อการป้องกันการตั้งครร์ก่อนวัยอันควร ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ที่ 6 และระยะติดตามผลสัปดาห์ที่ 10 ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มเข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ**

จำแนกตามช่วงเวลาของการวัดด้วยสถิติการวัดซ้ำ (Repeated measure) ผู้วิจัยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบว่ากลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มมาจากการสุ่มจากประชากรที่มีการแจกแจงแบบปกติ ทดสอบความแปรปรวนของประชากรในแต่ละกลุ่มของตัวแปรด้วย Levene's test พบว่าแต่ละกลุ่มมีความแปรปรวนเท่ากัน นอกจากนี้การทดสอบความแปรปรวนของคะแนนในการวัดซ้ำแต่ละครั้ง พบว่าผลการวิเคราะห์ค่าสถิติ Mauchly's W มีค่า  $P = .650$  แสดงว่าเป็นความแปรปรวนของคะแนนเป็น Compound symmetry ดังนั้นในการอ่านผลจึงเลือกอ่านวิธี Sphericity assumed

ผู้วิจัยเปรียบเทียบคะแนนความรู้ด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มเข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบดังแสดงในตาราง 1 พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงทำการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มเข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบโดยวิธี Bonferroni ดังแสดงในตาราง 2 พบว่ากลุ่มเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบทั้งสามช่วงเวลาของการวัดได้แก่ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรม และติดตามผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพตามช่วงเวลาก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรม และติดตามระยะผลของกลุ่มเข้าร่วมโปรแกรม และกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าทั้งกลุ่มเข้าร่วมโปรแกรม และกลุ่มเปรียบเทียบ

มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงตามช่วงเวลาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตาราง 1 แต่ผลการศึกษาในครั้งนี้มีข้อจำกัดเรื่องคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม คือกลุ่มเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (MD =10.63) ดังนั้นเพื่อให้การทดสอบประสิทธิผลของ

โปรแกรมที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ จึงทำการทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมทดสอบระหว่างกลุ่ม พบว่าผลต่างของคะแนนเฉลี่ยในกลุ่มทดลองมีคะแนนเปลี่ยนแปลงที่สูงกว่ากลุ่มควบคุมในทุกช่วงเวลา ดังแสดงในตาราง 3

**ตาราง 1** ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มเข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามช่วงเวลาที่ทำกรวัด โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ

| แหล่งความแปรปรวน    | SS       | df  | MS      | F-test | p-value |
|---------------------|----------|-----|---------|--------|---------|
| <b>ระหว่างกลุ่ม</b> |          |     |         |        |         |
| กลุ่ม               | 7385.61  | 1   | 7385.61 | 8.31   | .006**  |
| ความคลาดเคลื่อน     | 51544.46 | 58  | 888.70  |        |         |
| <b>ภายในกลุ่ม</b>   |          |     |         |        |         |
| ช่วงเวลา            | 5707.91  | 2   | 2853.96 | 25.31  | <.001** |
| ช่วงเวลา x กลุ่ม    | 165.51   | 2   | 82.76   | .73    | .48     |
| ความคลาดเคลื่อน     | 13079.24 | 116 | 112.75  |        |         |

\* p<.05 \*\* p<.01

**ตาราง 2** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระหว่างกลุ่มเข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามช่วงเวลาของการวัดโดยวิธีการทดสอบค่าเฉลี่ยรายคู่โดยใช้วิธี Bonferroni

| ช่วงเวลาของการวัด                         | ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม | หลังเข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ที่ 6 | ระยะติดตามผลสัปดาห์ที่ 10 |
|-------------------------------------------|---------------------|---------------------------------|---------------------------|
|                                           | Mean Difference     | Mean Difference                 | Mean Difference           |
| <b>เปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม</b>            |                     |                                 |                           |
| กลุ่มเข้าร่วมโปรแกรม-<br>กลุ่มเปรียบเทียบ | 10.63*              | 12.50*                          | 15.30*                    |

\* p<.05

**ตาราง 3** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มเข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบจำแนกตามช่วงเวลาของการวัดโดยวิธีการทดสอบค่าเฉลี่ยรายคู่โดยใช้วิธี Bonferroni

| ช่วงเวลาของการวัด            | T2-T1           | T3 -T1          | T3 -T2          |
|------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
|                              | Mean Difference | Mean Difference | Mean Difference |
| <b>เปรียบเทียบภายในกลุ่ม</b> |                 |                 |                 |
| กลุ่มเข้าร่วมโปรแกรม         | 11.00*          | 15.53*          | 4.53            |
| กลุ่มเปรียบเทียบ             | 9.13*           | 10.87*          | 1.73            |

\*  $p < .05$  T1 = ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม T2= หลังเข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ที่ 6 T3= ระยะติดตามผลสัปดาห์ที่ 10

**ตาราง 4** เปรียบเทียบความแตกต่างของค่ามัธยฐานของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยวิธี Mann Whitney test

| พฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร | กลุ่มเข้าร่วมโปรแกรม(n=30) |     | กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30) |     | Mann Whitney U | p-value |
|------------------------------------------|----------------------------|-----|-------------------------|-----|----------------|---------|
|                                          | Median                     | IQR | Median                  | IQR |                |         |
| ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม                      | 63.54                      | 13  | 68.50                   | 12  | 304.500*       | .031    |
| ระยะติดตามผลสัปดาห์ที่ 10                | 71.50                      | 8   | 66.50                   | 19  | 290.500*       | .018    |

\*  $p < .05$

**ตาราง 5** เปรียบเทียบค่ามัธยฐานคะแนนพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตามช่วงเวลา โดยใช้ Wilcoxon signed ranks test

| พฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร | กลุ่มเข้าร่วมโปรแกรม (n=30) |     |         |         | กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30) |     |        |         |
|------------------------------------------|-----------------------------|-----|---------|---------|-------------------------|-----|--------|---------|
|                                          | Median                      | IQR | Z       | p-value | Median                  | IQR | Z      | p-value |
| ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม                      | 63.54                       | 13  | -3.368* | .001    | 68.50                   | 12  | -1.414 | .157    |
| ระยะติดตามผลสัปดาห์ที่ 10                | 71.50                       | 8   |         |         | 66.50                   | 19  |        |         |

\*  $p < .05$  z = Wilcoxon Signed Rank Test

**ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และระยะติดตามผลสัปดาห์ที่ 10 ภายในกลุ่มและระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ**

กรณี 2 กลุ่ม เป็นอิสระต่อกัน ด้วย Mann-whitney test และ กรณี 2 กลุ่ม ไม่เป็นอิสระต่อกันด้วย Wilcoxon signed ranks test

จากการทดสอบข้อมูลเบื้องต้นพบว่า คะแนนพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรแจกแจงไม่เป็นโค้งแบบปกติ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้สถิตินอนพารามตริก (Nonparametric statistics) ในการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ ผลการศึกษาพบว่าในระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มเข้าร่วมโปรแกรมมีค่ามัธยฐาน 63.54 ซึ่งต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่มีค่ามัธยฐาน 68.50 อย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติที่ .05 และเมื่อติดตามโดยวัดคะแนนในระยะติดตามผล สัปดาห์ที่ 10 พบว่าคะแนนพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ของกลุ่มเข้าร่วมโปรแกรมมีค่ามัธยฐาน 71.50 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่มีค่ามัธยฐาน 66.50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ดังแสดงในตาราง 4 และเมื่อวิเคราะห์ความเปลี่ยนแปลงของค่ามัธยฐานตามช่วงเวลาของกลุ่มเข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า กลุ่มเข้าร่วมโปรแกรมมีค่ามัธยฐานคะแนนพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์เพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ในทางตรงกันข้ามพบว่ากลุ่มเปรียบเทียบมีค่ามัธยฐานคะแนนพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์กลับลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตาราง 5

## อภิปรายผลการวิจัย

### ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพหลังเข้าร่วมโปรแกรม สัปดาห์ที่ 6 และระยะติดตามผลสัปดาห์ที่ 10 สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ทั้งนี้สามารถอธิบายโปรแกรมได้ว่า

กิจกรรมสร้างเสริมความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ใช้กิจกรรมติดบัตรคำ โดยให้นักเรียนบอกถึงการเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยรุ่นในด้านร่างกาย ด้านสังคมและด้านอารมณ์ และให้บอกถึงการแยกแยะสัมผัสทั้งสัมผัสปกติ สัมผัสผิดปกติ และไม่แน่ใจ ทำให้นักเรียนเกิดคุณลักษณะการคิดวิเคราะห์ แยกแยะ เปรียบเทียบ<sup>13</sup> การระดมความคิด การอภิปรายกลุ่ม การเขียนสรุปเนื้อหาลงในกระดาษตามที่ตนเข้าใจ และการออกมานำเสนอประเด็นเนื้อหาสาระที่สรุป เรื่องพัฒนาการทางเพศวัยรุ่น พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ ทำให้เกิดพฤติกรรมการเรียนรู้ด้านความรู้ เกิดความรู้ความเข้าใจ มีทัศนคติ และมีแนวทางในการปฏิบัติที่หลากหลาย เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้<sup>14</sup> ทำให้นักเรียนเกิดคุณลักษณะความเข้าใจ และการจดจำ<sup>13</sup>

กิจกรรมสร้างเสริมการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพและบริการ โดยการตั้งคำถามเป็นการประเมินความรู้และประสบการณ์เดิมของนักเรียน เพื่อเชื่อมโยงเข้าสู่การอธิบายประเด็นต่อไป เป็นการส่งเสริมทักษะทางการคิด กระตุ้นความสนใจ สร้างการมีส่วนร่วมในกิจกรรม<sup>15</sup> การระดมสมองเรื่อง เพศที่

เรารู้หรือได้ทั้งหมดหรือไม่ แหล่งข้อมูลไหนที่น่าเชื่อถือมากที่สุด เพราะอะไร และเรามีวิธีรู้ได้อย่างไรว่า ข้อมูลนั้นๆ จริง หรือ ไม่จริง ทำให้นักเรียนเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการค้นหาข้อมูลเรื่องเพศทั้งจากโทรทัศน์หรืออินเทอร์เน็ต เพื่อหาแหล่งข้อมูลเรื่องเพศที่ถูกต้องน่าเชื่อถือ เป็นการยืนยันว่าข้อมูลเรื่องเพศที่ค้นได้นั้นเป็นข้อมูลที่น่าเชื่อถือสำหรับนำไปปฏิบัติต่อไป<sup>13</sup> การแนะนำแหล่งบริการที่น่าเชื่อถือทำให้นักเรียนสามารถค้นหาข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและทันสมัยเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร<sup>13</sup>

กิจกรรมส่งเสริมการรู้เท่าทันสื่อเป็นการสะท้อนจากการชม animation เรื่อง รู้เท่าทันสื่อ/การใช้สื่อให้เกิดประโยชน์นั้น ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับสื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆ ที่มีผลต่อการแสดงออกทางเพศวัยรุ่น ผลทางบวก ทางลบของการใช้อินเทอร์เน็ต แล้วนำมาอภิปราย 1) ผลทางบวก และทางลบของสื่อต่างๆ 2) สื่อนำไปสู่พฤติกรรมทางเพศอย่างไร และ 3) เราจะป้องกันอย่างไรเพื่อไม่นำไปสู่การตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ทำให้นักเรียนเกิดกระบวนการทางความคิด วิเคราะห์ เชื่อมโยงเปรียบเทียบผลทางบวกทางลบของสื่อ วิธีการเลือกรับสื่อ เพื่อหลีกเลี่ยงพฤติกรรมทางเพศที่จะนำไปสู่การตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร<sup>13</sup>

กิจกรรมส่งเสริมทักษะการสื่อสารให้ตัวแทนนักเรียนออกมาอ่านสรุปประเด็นเนื้อหาพัฒนาการทางเพศวัยรุ่น พฤติกรรมทางเพศ และการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ที่ตนเองเข้าใจ หากมีข้อสงสัยให้สอบถาม แล้วนำมาถ่ายทอดด้วยวิธีการพูดเป็นการฝึกทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพให้แก่ผู้อื่นเข้าใจ<sup>13</sup> ผู้ที่ได้รับการถ่ายทอดก็สามารถที่จะสื่อสารประเด็นสาระในเรื่องดังกล่าวได้เช่นกัน ทำให้เกิดทักษะการสื่อสารได้ การสรุปประเด็นสำคัญเป็นการทบทวนสร้างความเข้าใจให้ตรงกันในเรื่องที่จะนำไปสื่อสารกับบุคคลอื่น เพื่อถ่ายทอดสาระประเด็นสำคัญดังกล่าวเป็นการฝึกทักษะการสื่อสารด้วยวิธีการพูดให้ผู้ปกครอง/เพื่อน เข้าใจ<sup>13</sup>

กิจกรรมส่งเสริมทักษะการตัดสินใจ ฝึกทักษะการตัดสินใจให้นักเรียนได้วิเคราะห์สถานการณ์สมมติที่กำหนดขึ้น และให้การแสดงตามบทบาทสมมติตามสถานการณ์ต่างๆ ที่กำหนดขึ้น เป็นการฝึกปฏิบัติในทักษะการตัดสินใจ ส่งผลให้นักเรียนได้กำหนดทางเลือกเช่น ปฏิเสธ/หลีกเลี่ยง หรือคล้อยตาม ทำให้เกิดการใช้เหตุผลในการวิเคราะห์ผลดีหรือผลเสียใน

ทางเลือกนั้นๆ การใช้เหตุผลต่อทางเลือกที่เหมาะสม ต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร<sup>13</sup> เป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์จริงและการรับรู้ของนักเรียน กระตุ้นให้เกิดความตระหนัก ความเข้าใจ คล้อยตามบทบาทสมมติที่เห็น ส่งผลต่อการวิเคราะห์หรือพิจารณาหาทางแก้ไขปัญหาดังกล่าวตามจุดประสงค์ที่กำหนด<sup>14</sup>

กิจกรรมส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองเป็นกิจกรรมที่นักเรียนได้เขียนเป้าหมายในชีวิต เขียนเป้าหมายของตนเองในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร และนำข้อความเหล่านี้มาเขียนลงกระดาษสัญญาใจ เพื่อเก็บไว้กระตุ้นเตือนเป็นการวางแผนที่จะปฏิบัติตัวต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร เพื่อนำไปสู่แนวทางในการปฏิบัติต่อไป<sup>13</sup> ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวเป็นการส่งเสริมให้มีความสามารถในการกำหนดเป้าหมายวางแผนในการปฏิบัติตน และสามารถปฏิบัติตามแผนที่กำหนดโดยมีเป้าหมายต่อพฤติกรรมในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร จึงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านการจัดการสุขภาพตน

สอดคล้องกับการศึกษาของประภาศรี ภูมิถาวร และคณะ<sup>16</sup> ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความฉลาดทางสุขภาพสำหรับนักเรียนประถมศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักตัวเกินในการวัดทักษะความรู้ความเข้าใจ ทักษะการเข้าถึงข้อมูล ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการสื่อสาร และทักษะการตัดสินใจใช้วิธีการสอนโดย การบรรยาย การอภิปราย การระดมสมอง การฝึกทักษะการตัดสินใจ พบว่าคะแนนเฉลี่ยความเฉลี่ยทางสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร และทักษะการตัดสินใจ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) และสอดคล้องกับการศึกษาของสุภาณี วงษ์สิงห์และคณะ<sup>17</sup> ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพด้านทันตสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ใช้กลวิธีทางสุขศึกษาที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง และใช้วิธีการสอนโดยการบรรยาย การอภิปราย การระดมสมอง การใช้สื่อประสม และการแสดงบทบาทสมมติ ทำให้คะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางสุขภาพด้านทันตสุขภาพ ของกลุ่มเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับการศึกษา

ของ อรทัย ใจบุญ<sup>18</sup> ทำการศึกษา การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องฉลากโภชนาการในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา กิจกรรมประกอบด้วย การบรรยาย ชักถาม การทบทวนการเรียนรู้ ฝึกปฏิบัติอ่านฉลากโภชนาการ การมอบหมายให้งานกลับไปทำ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มเข้าร่วมโปรแกรมมีการเปลี่ยนแปลงความรู้เรื่องฉลากโภชนาการ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องฉลากโภชนาการ และพฤติกรรมการใช้ฉลากโภชนาการ ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งการศึกษาของอาคม ทิพย์เนตร<sup>19</sup> ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพด้านยาเสพติดของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนสาธิตแห่งมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ใช้วิธีการสอนที่หลากหลาย เช่น การบรรยาย อภิปราย เสนอแนะ การจำลองสถานการณ์ และการระดมสมอง ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการได้รับโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพด้านยาเสพติด กลุ่มเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางสุขภาพด้านยาเสพติด สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### พฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในวัยรุ่นหญิงตอนต้น

จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มเข้าร่วมโปรแกรม มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และระยะติดตามผลสัปดาห์ที่ 10 ภายในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมมีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) สามารถอธิบายได้ว่ากิจกรรมเล่นเกม “การปกป้องไข่” เป็นการจูงใจให้นักเรียนสนุกสนาน สร้างความกระตือรือร้น เกิดการแข่งขัน ทำความความสามารถ<sup>14</sup> ผลจากการเล่นเกมทำให้นักเรียนมีความเข้าใจถึงการปกป้องตัวเองจากการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร จากการเปรียบเทียบอุปกรณ์ทำให้เกิดการเชื่อมโยงไปถึงการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร เพื่อนำไปสู่การเขียนเป้าหมายของตนเองในการทำสัญญาใจร่วมกัน ต่อพฤติกรรมในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร สอดคล้องกับการศึกษาของชลดา กิ่งมาลาและคณะ<sup>20</sup> ศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นหญิงซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับ การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เพศศึกษา

และการคุมกำเนิด กลวิธีในการดำเนินกิจกรรมประกอบด้วย บรรยายให้ความรู้ การทดลองปฏิบัติ การอภิปรายกลุ่ม การวิเคราะห์ และการสาธิตย้อนกลับ ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรม การป้องกันการตั้งครรภ์สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่า กลุ่มเปรียบเทียบ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Taylor และคณะ<sup>21</sup> ศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นใน KwaZulu-Natal ใช้กิจกรรมหลากหลายรูปแบบ ได้แก่ การแสดงบทบาทสมมติ การอภิปรายกลุ่มเล็กๆ และใหญ่ การอภิปรายและการดูวิดีโอที่สร้างขึ้นโดยเฉพาะหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ พบว่าทัศนคติด้านบวกต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันในระยะติดตามผล 8 สัปดาห์ และกลุ่มทดลองมีทัศนคติด้านบวกต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเพิ่มขึ้น

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. **ด้านปฏิบัติการพยาบาล** พยาบาลอนามัย โรงเรียนสามารถนำกิจกรรมของโปรแกรมไปใช้เป็นแนวทางวางแผนดำเนินงานด้านการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ในนักเรียนที่อยู่ในวัยรุ่นได้

2. **ด้านการศึกษา** ควรนำโปรแกรมไปใช้เป็นแนวทางให้กับสถานศึกษาในการจัดกิจกรรมการเรียนการสอน โดยการสอดแทรกแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกัน

พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ในโรงเรียน เช่น ปัญหาการตั้งครรภ์ ในวัยรุ่น ปัญหาโรคเอดส์ ปัญหาสิ่งเสพติด และปัญหาความรุนแรง เป็นต้น

3. **ด้านบริหาร** หลักสูตรการเรียนการสอนควรมีการบูรณาการความรู้ด้านสุขภาพไว้ในหลักสูตรการเรียนการสอนในแต่ละช่วงชั้นการศึกษาเพื่อส่งเสริมให้นักเรียน เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมตามช่วงวัย

### ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. นำรูปแบบโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรไปประยุกต์ใช้กับพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นตอนต้นในเรื่องอื่น เช่น ปัญหาสิ่งเสพติด ปัญหาการเรียน หรือปัญหาความรุนแรงในวัยรุ่น

2. ควรพัฒนารูปแบบการวิจัยโดยเพิ่ม การฝึกทักษะการค้นหาแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพที่น่าเชื่อถือทางคอมพิวเตอร์หรือสมาร์ตโฟน ฝึกทักษะการวิเคราะห์ข้อความจากสื่อ และการฝึกสรุปประเด็นด้านสุขภาพเพื่อการสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจจนสามารถนำไปปฏิบัติ

3. การวิจัยครั้งต่อไปควรจัดให้มีการติดตามผลภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม 3 เดือน หรือ 6 เดือนตามเหมาะสม เพื่อประเมินความคงทนของพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

### References

1. Chirawatkul S. Integration Model for Prevention and Dealing with Teenage Pregnancy. Journal of Nursing Council 2015;30(2):5-19. (in Thai)
2. Geounuppakul M. Teenage Pregnancy. In: Covavisarat A, Promsonthi P, Junruchkul B, editors. Pregnancy in risky mothers maternal age. Bangkok: Union Creation Ltd; 2011. p.35- 49. (in Thai)
3. Reangkanjanaseart S. Epidemiology of death and illness among Thai adolescents. In: Areemit R, In-iw S, Manaboriboon B, Hongsanguansri S, Jaruratanasirikul S, editors. Textbook of adolescent medicine. Nontaburi: Parbpim Limited Partnership; 2016. p. 22-36. (in Thai)
4. World Health Organization (WHO). World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs sustainable development goal. 2016.
5. Bureau of Reproductive Health. Situation of reproductive health among teenage and adolescents in 2015 [Internet]. 2016 [cited 2017 May 16]. Available from: [http://rh.anamai.moph.go.th/ewt\\_dl\\_link.php?nid=86](http://rh.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=86)
6. Chanaim S. Developmental Psychology. 5<sup>th</sup> ed. Bangkok: Thai Watana Panich; 2000. (In Thai)

7. Worraka A. Life skills and sexual risk behaviors of Junior high school students, Kanchanaburi Province [Master degree's thesis]. [Bangkok]: Mahidol University; 2015. (in Thai)
8. Sriwanya J. Factors related to sexual risk behaviors of mattayomsuksa 2 students, The secondary educational service area office 2, Bangkok [Master degree's thesis]. [Samutprakan]: Huachiew Chalermprakiet University; 2015. (in Thai)
9. Butcharoen W, Pichayapinyo P, Pawwattana A. Factors related to sexual risk behavior among Thai secondary school students. *Journal of Public Health* 2012;42(1):29-39. (in Thai)
10. Ministry of Education and Unicef. Research report to review sexuality education teaching in Thai education [Internet]. 2016 [cited 2017 Jun 8]. Available from: <https://www.unicef.org/thailand/media/1106/file/A2.pdf>
11. WHO. Health Promotion Glossary [Internet]. 1998[cited 2017 Jun 8]. Available from: <https://www.who.int/healthpromotion/HPG/en/>
12. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine* [Internet]. 2008 [cited 2017 Feb 10];67:2072- 2078. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18952344>
13. Health education division Department of health service support Ministry of public health and Srinakharinwirot University. Assessment of health literacy on teenage pregnancy prevention among adolescent Thai female aged 15-21 years [Internet]. 2014 [cited 2017 Feb 10]. Available from: [http://hed.go.th/210520180717223604\\_linkhed](http://hed.go.th/210520180717223604_linkhed)
14. Kaewwannarat A. Method of health education. Bangkok: Unity and progress solution; 2010. (in Thai)
15. Kaeodumkoeng K. Health literacy access, understand and application. Bangkok: Amarin Printing & Publishing Public Company Limited; 2018. (in Thai)
16. Yenjabok P. Thai children and media literacy wise to know wise to choice. Bangkok: The war veterans organization of Thailand printing; 2016. (in Thai)
17. Poomthawron P, Nimitarnum N, Roojanavech S. The effect of health literacy promoting program for overweight primary school students. *Chonburi Hospital Journal* 2017;42(2): 171-80. (in Thai)
18. Wongsing S, Jirasatit S, Kainakha P, Sirisopon N, Napatpittayatorn P. The effectiveness of health education program for health literacy development on dental health for prathomsuksa one student of Prachaleksombon school in Chachoengsao. *Kasetsart Educational Review* 2016;32(1):132-37. (in Thai)
19. Thipnat A. Effectiveness of health education program for health literacy development on narcotics for pratomsuksa six students of Kasetsart University Laboratory school, Center of Educational Research and Development [Master degree' thesis]. [Bangkok]: Kasetsart University;2013. (in Thai)
20. Kingmala C, Rawiworakul T, Powwattana A. Effect of a pregnancy prevention program for female adolescent. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok* 2015; 31(3): 25-34. (in Thai)
21. Taylor M, Jinabhai C, Dlamini S, Sathiparsad R. Effects of a Teenage Pregnancy Prevention Program in KwaZulu-Natal, South Africa. *Health Care for Women International* Egger, S. S., & Vries, D. H. 2014; 35, 845-858.

## บทความวิจัย

# การประเมินส่งเสริมสุขภาพในสถานประกอบการในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพชุมชน สู่ระบบสุขภาพอำเภอ เครือข่ายพยาบาล ภาครัฐวันออก ประเทศไทย The Evaluation of Strengthening Health – Promoting Workplaces Using a Community - Based Participatory (CBPR) Approach to Enhance Eastern District Health System in Thailand

Received: Feb 2, 2019

Revised: May 22, 2019

Accepted: Oct 16, 2019

พนารัตน์ เจนจบ ป.ร.ด (Panarat Chenchob, Ph.D)<sup>1</sup>วรรณภา ประทุมโทน กศ.ด. (Vannapa Prathumtone, Ph.D)<sup>2</sup>สมตระกูล ราศิริ วท.ด. (Somtrakul Rasiri, Ph.D)<sup>3</sup>พรเพ็ญ ภัทรกร พย.ม. (Pornpen Pattarakorn, M.N.S)<sup>4</sup>

## บทคัดย่อ

วิจัยประเมินโครงการส่งเสริมสุขภาพในสถานประกอบการ ในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพชุมชน สู่ระบบสุขภาพอำเภอ เครือข่ายพยาบาลชุมชนภาคตะวันออก มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผล กิจกรรมและกระบวนการบริหารจัดการโครงการพัฒนา เครือข่ายพยาบาลชุมชนด้านการบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอ บูรณาการร่วมกับเครือข่ายสุขภาพในการจัดการ สร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในสถานประกอบการ ดำเนินการในเขตสุขภาพที่ 6 ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2559 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2561 วิจัยดำเนินการโดยอำเภอที่พัฒนารูปแบบและกลไกระบบสุขภาพชุมชนสู่ระดับอำเภอ จำนวน 3 อำเภอ สถานประกอบการ 2 แห่ง พยาบาลชุมชนจำนวน 20 คน ทีมสุขภาพ จำนวน 16 ทีม สหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย จำนวน 100 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิง คุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า การพัฒนาศักยภาพระบบบริการปฐมภูมิและภาคีเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอ คือ 1) การพัฒนาศักยภาพพยาบาลที่อยู่ในระบบปฐมภูมิให้เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านการสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคลในการสร้างเสริมสุขภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ความสามารถในการบริหารจัดการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ความสามารถในการพัฒนาภาคีเครือข่ายด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ความสามารถในการวิจัยและการจัดการความรู้ และการนำผลการวิจัยมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติ 2) การสนับสนุนแนวคิดการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพภายใต้บริบทของชุมชน 3) การวิเคราะห์ปัญหา ทนชุมชน 4) ส่งเสริมบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 5) แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างเครือข่าย ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษา ควรสนับสนุนให้มีกลไกหนุนเสริมพยาบาลและบุคลากรในระบบปฐมภูมิและภาคีร่วมพัฒนากระบวนการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม และติดตามประเมินผลที่สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของชุมชน เพื่อเป็นการสร้างระบบสุขภาพอย่างยั่งยืน

**คำสำคัญ:** การสร้างเสริมสุขภาพในสถานประกอบการ, การมีส่วนร่วมในชุมชน, สมรรถนะของพยาบาลชุมชน, ระบบสุขภาพอำเภอ

แหล่งทุนวิจัย: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

<sup>1</sup>อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธชินราช E-mail: panarat0923@gmail.com

<sup>2</sup>ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธชินราช E-mail: Vannapap@hotmail.com

<sup>3</sup>ผศ.พิเศษวิทยาสารณการพิเศษ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก E-mail: somtakul@hotmail.com

<sup>4</sup>หัวหน้างานเวชปฏิบัติชุมชน โรงพยาบาลบ้านบึง อ.บ้านบึง จ.ชลบุรี E-mail : Ppe\_porn@yahoo.co.th

<sup>1,2</sup>Boromarajonani College of Nursing Buddhachinaraj, Phitsanulok, Thailand.

<sup>3</sup>Sirindhorn College of Public Health, Phitsanulok, Thailand

<sup>4</sup>Banbung Hospital, Chon Buri, Thailand

### Abstract

The purpose of this evaluation research was to examine the strengthening health-promoting workplaces using a community-based participatory (CBPR) approach to enhance Eastern District Health System (DHS) in Thailand under the CIP model. This study focused on the primary health care and community health network in DHS at the 1<sup>st</sup>, 2<sup>nd</sup>, 3<sup>rd</sup> in public health region 6. The study was carried out during October 2016 - September 2018. The participants were recruited using purposive sampling. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and qualitative data were analyzed using content analysis. The results revealed that 3 districts and 2 workplaces succeeded in developing community health and health promotion (promotion behaviors) among 40 community nurses, 100 participants in 16 interdisciplinary teams and 72 community health networks.

The result of this study suggests that the approaches towards primary care system development and health, and community include: 1) the development of the potential primary care nurses in health promotion; 2) the encouragement of health promotion based on the community context learning; 3) the development process with tools “four main and three sub-components” in order to analyze problem and foundation, and communicate with community; 4) the encouragement of the local government and public sector for integrating in the common goal; and 5) sharing and learning among healthcare providers in community health networks. The result attracts healthcare providers’ interest to enhance the competency in community nurses. Nurses, healthcare providers, and community health networks should be encouraged and supported based on the context of community to create a sustainable health system.

**Keywords:** Health-Promoting Workplace, Community - Based Participatory (CBPR), Community Nurses’ Competency, District Health System

### บทนำ

ชมรมพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย (พช.สส.) เห็นความสำคัญของการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลชุมชนให้ทำงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน เครือข่ายชมรมพยาบาลชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่พัฒนาพื้นที่เรียนรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่จังหวัดชลบุรี การพัฒนาสุขภาพชุมชนกลุ่มวัยทำงานทั้งในระบบและนอกระบบการประจวบอันตรายหรือเจ็บป่วยจากการทำงานของลูกจ้างในจังหวัดชลบุรี อยู่ในอันดับสามโดยเฉลี่ยดังนี้ ปี พ.ศ. 2554 ร้อยละ 9.14 พ.ศ. 2556 และ พ.ศ. 2557 ร้อยละ 11.00 และ 7.78 ตาม

ลำดับ กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด คืออายุ 25-29 ปี ร้อยละ 20.34 รองลงมาคืออายุ 30-34 ปี ร้อยละ 18.19 ประเภทกิจการที่พบ อุสาหกรรมผลิตอาหาร ร้อยละ 5.82 รองลงมาประเภทเครื่องใช้ไฟฟ้า และอุปกรณ์ยานพาหนะ ร้อยละ 5.49<sup>1</sup>

พื้นที่อำเภอบ้านบึง อำเภอนองใหญ่ และอำเภอกะจันทร์ ส่วนใหญ่เป็นสถานประกอบการของวัยทำงาน การเจ็บป่วยและบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงาน นอกจากมีสาเหตุจากการสัมผัสสิ่งคุกคามต่อสุขภาพจากการทำงานในอุตสาหกรรมต่างๆ อาจมีสาเหตุจากปัจจัยอื่นๆ ที่นอกเหนือจากการทำงาน โดยเฉพาะปัจจัยกำหนดสุขภาพ<sup>2</sup> จากปัญหา

สุขภาพการเจ็บป่วยและบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงาน การดำเนินการเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและลดความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการทำงานจำเป็นต้องอาศัยบุคลากรที่มีความรู้ มีศักยภาพและความพร้อมในการดำเนินงานโดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในคนทำงาน มีบทบาทสำคัญในการสร้างเสริม ปกป้อง/ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสุขภาพของคนทำงานในกลุ่ม คนทำงาน แต่อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาบทบาทหน้าที่และการปฏิบัติงานของพยาบาลอาชีวอนามัยตามมาตรฐานวิชาชีพ ในประเทศไทย<sup>3</sup> ฉากผลการศึกษาระดับสมรรถนะในการสร้างเสริมสุขภาพและการปฏิบัติบทบาทพยาบาลวิชาชีพในการ สร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวาในบริการระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ<sup>4</sup> ผลการศึกษาในส่วนของพื้นที่ภาคเหนือ พบว่า สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งด้านลักษณะส่วนบุคคล ด้านปฏิบัติกิจกรรมสร้างเสริม สุขภาพ ด้านบริหารจัดการในการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการพัฒนาเครือข่ายการสร้างเสริมสุขภาพ และด้านการวิจัยและการจัดการความรู้ในระดับพื้นฐานถึงระดับชำนาญเป็น ส่วนใหญ่ ส่วนน้อยที่อยู่ในระดับเชี่ยวชาญ จากข้อมูลข้างต้น สะท้อนให้เห็นว่าพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบดำเนินงานด้าน อาชีวอนามัยและความปลอดภัยของคนทำงาน จำเป็นต้องได้ รับการอบรมเพื่อเสริมสร้างศักยภาพให้เพียงพอต่อการทำงาน ทั้งด้านปฏิบัติการพยาบาลอาชีวอนามัยและการสร้างเสริม สุขภาพในกลุ่มคนทำงานที่สอดคล้องกับบริบทของคนทำงาน ในพื้นที่

ระบบการทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอ เป็นการ ทำงานของทุกภาคส่วน ด้วยการบูรณาการทรัพยากร ภายใต้ บริบทของพื้นที่ผ่านกระบวนการขึ้นชม และการจัดการความรู้ ส่งเสริมให้ประชาชนพึ่งตนเองได้ และไม่ทอดทิ้งกัน โดยมี เป้าหมายร่วมเพื่อสุขภาพของประชาชน<sup>5</sup> การสร้างการมีส่วนร่วม และการสร้างพลังอำนาจให้กับประชาชน เพื่อพัฒนา สถานะสุขภาพของประชาชน ให้ประชาชนพึ่งพาตนเองได้ และทีมงานสุขภาพอำเภอ มีความเข้มแข็งพร้อมรับมือปัญหา สุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป<sup>6</sup>

การปรับระบบบริการสุขภาพแก่กลุ่มวัยทำงาน ครอบคลุมกระบวนการสำคัญ ดังนี้ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหากลุ่มวัยทำงาน/ผลกระทบของครอบครัว 2) การ

ออกแบบระบบบริการสุขภาพกลุ่มวัยทำงาน 3) การดำเนินการ ระบบบริการสุขภาพ 4) การประเมินผล /ขยายผล พื้นที่อื่นๆ การออกแบบและการดำเนินระบบบริการสุขภาพครอบคลุมสาระ สำคัญ 6 ด้าน ขององค์การอนามัยโลก ได้แก่ (1) ออกแบบ รูปแบบบริการที่ชัดเจน (2) พัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการ (3) พัฒนาระบบสารสนเทศ (4) การใช้และเข้าถึงทรัพยากรและเทคโนโลยี ด้านสุขภาพ (5) การแสวงหาและใช้งบประมาณ (6) การมีภาวะ ผู้นำและการใช้หลักธรรมาภิบาล กิจกรรมต้องสามารถเข้าถึง กลุ่มวัยทำงานอย่างมีคุณภาพ ปลอดภัยนำมาซึ่งผลลัพธ์ คือ กลุ่มวัยทำงานมีสุขภาพที่ดีขึ้น ชุมชน/สถานประกอบการ สามารถจัดการสุขภาพตนเองได้ เกิดการมีส่วนร่วมของแกนนำ/ ภาาติเครือข่ายในพื้นที่ และงบประมาณขององค์กรที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ ตามกรอบการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ

เพื่อให้การจัดการระบบสุขภาพในรูปแบบการพัฒนา เครือข่ายพยาบาลชุมชนในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System) มีศักยภาพในการรองรับนโยบาย ประสานให้เกิดการมีส่วนร่วมของการทำงานแบบบูรณาการ ทั้งเชิงปฏิบัติการและการบริหารจัดการ และการพัฒนา โครงสร้าง แนวทางการดำเนินงานมีเอกภาพและประสิทธิภาพ ในระบบบริการ จึงได้ดำเนินการศึกษาประเมินผลระบบ สุขภาพชุมชน สู่ระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS) เครือข่ายภาคตะวันออก โดยอาศัยหลักการว่า สุขภาพ เป็นของทุกคนในชุมชน ชุมชนต้องมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ ประชาชน และมีการผสมผสานระหว่างการรักษาโรค กับ การป้องกันและการสร้างเสริมสุขภาพไปอย่างสอดคล้องกัน<sup>7</sup> โครงการส่งเสริมสุขภาพที่ผ่านมามีในชุมชน ซึ่งกระบวนการทำงานในโรงงานเป็นเรื่องยาก จึงเป็นโครงการที่ทำหาย จึงมีเขียนโครงการ วิเคราะห์ศักยภาพของโรงงานก่อนว่า ช่วงไหนที่จะทำอะไรได้ แล้วพัฒนาเป็นโครงการ ให้เห็น วิธีการ กระบวนการ โดยหลังจากยกร่างแผนงานแล้วทาง ตัวแทนบริษัทต้องไปนำเสนอกับผู้บริหารเพื่อให้เขามั่นใจว่าไม่มี ค่าใช้จ่ายของบริษัท และไม่เสียเวลางานด้านการผลิต จึงมีการ จัดทำโครงการ

การประเมินโครงการ เป็นการตรวจสอบความ ก้าวหน้าของโครงการหรือแผนงาน ตลอดจนการพิจารณา ผลลัพธ์ของโครงการหรือแผนงานนั้นๆ ว่ามีมากน้อยเพียงใด

การประเมินเป็นกระบวนการบ่งชี้ถึงคุณค่าของโครงการหรือแผนงาน กล่าวคือ แผนงานหรือโครงการที่ได้ดำเนินการก่อนเริ่มโครงการ ขณะดำเนินโครงการ และการประเมินผลแผนงานหรือโครงการหลังจากดำเนินงานได้สิ้นสุด ซึ่งการประเมินเป็นกระบวนการของการบรรยาย การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการตัดสินใจเลือกทางเลือกที่เหมาะสม เพื่อให้ได้ประเด็นที่สำคัญมุ่งประเมิน 4 ด้าน คือ การประเมินสภาพแวดล้อม (Context evaluation) การประเมินปัจจัยเบื้องต้น (Input evaluation) การประเมินกระบวนการ (Process evaluation) และการประเมินผลผลิต (Product Evaluation) โดยประยุกต์ใช้การประเมินโครงการรูปแบบชิป (CIPP model) ของ Stufflebeam และคณะ<sup>8,9</sup> มาใช้เป็นการประเมินโครงการเพื่อให้การดำเนินการจัดการและการบริหารโครงการมีศักยภาพในการรองรับนโยบายประสานให้เกิดการมีส่วนร่วมของการทำงานแบบบูรณาการ ทั้งเชิงปฏิบัติการและบริหารจัดการ และการพัฒนาโครงสร้าง แนวทางดำเนินงานที่มีเอกภาพและประสิทธิภาพ ในระบบการจัดการสุขภาพชุมชน จึงได้ดำเนินการศึกษาประเมินผลการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS) ในพื้นที่โครงการพัฒนาเครือข่ายพยาบาลชุมชนในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพชุมชน สู่ระบบสุขภาพอำเภอ เครือข่ายภาคตะวันออก

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อประเมินผล กิจกรรมและกระบวนการบริหารจัดการโครงการพัฒนาเครือข่ายพยาบาลชุมชนด้านการบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอบูรณาการร่วมกับเครือข่ายสุขภาพ ภายใต้แนวคิดการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) เครือข่ายภาคตะวันออก

### ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยประเมินผล

#### ขอบเขตการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (Sample) การเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Method of Recruitment) วิธีการเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเจาะจง (Purposive Sampling) และทำการเก็บ

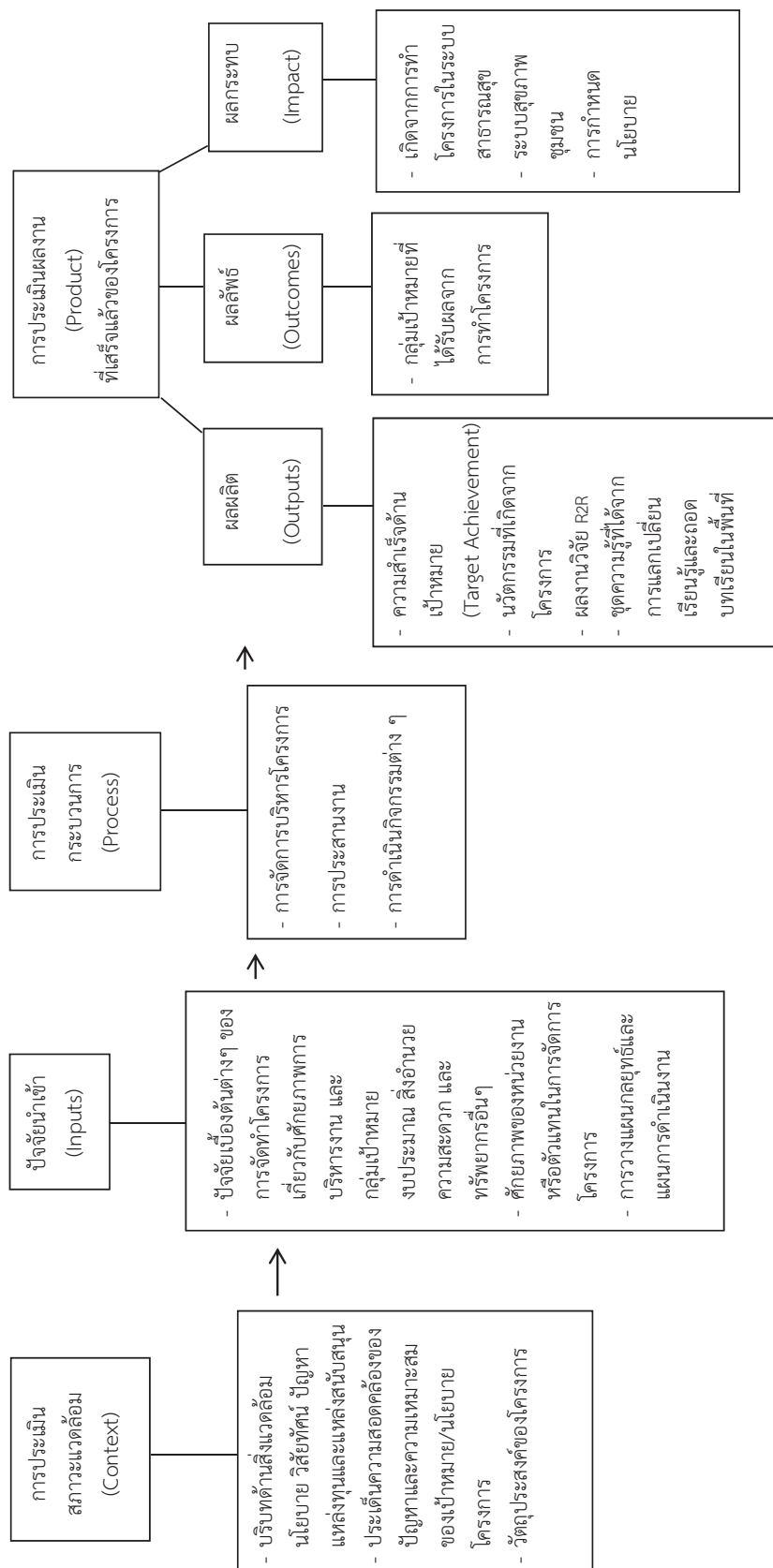
ข้อมูลจนกว่าผู้วิจัยจะสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ตามประเด็นคำถามที่ตั้งไว้จนข้อมูลอิ่มตัว (Saturation) ได้ ข้อมูลที่มีความหมายครบถ้วนจนสามารถตอบคำถามงานวิจัยและวัตถุประสงค์ในการวิจัยได้ ได้แก่ ผู้จัดการเครือข่ายภาคตะวันออก คณะกรรมการบริหารเครือข่าย จำนวน 6 คน พี่เลี้ยงทีมสุขภาพ จำนวน 12 คน ในระดับอำเภอทุกแห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่มีการดำเนินการตำบลจัดการสุขภาพ คณะทำงานเครือข่ายพื้นที่ปฏิบัติการ จำนวน 5 คน และกรณีศึกษา รายอำเภอ จำนวน 1 อำเภอ พยาบาลชุมชน จำนวน 40 คน ภาศิเครือข่าย 72 คน ภาศิองค์กร 16 แห่ง ทีมพยาบาลชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทีมเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ทีมผู้บริหารสถานประกอบการ เกษตรตำบล นักวิชาการสถาบัน ศึกษาในพื้นที่ แกนนำในชุมชนและเครือข่ายชมรมต่างๆ และสถานประกอบการ 2 แห่ง ได้แก่ บริษัทเล- ซี- บอย และบริษัทอัลซอน ประกอบด้วย 3 อำเภอคือ อำเภอบ้านบึง อำเภอนองใหญ่ อำเภอกะจันทร์ โดยทำการศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2559 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2561

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) จึงได้ค้นคว้าข้อมูลทางด้านเอกสารและใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาและรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียด ดังนี้ เครื่องมือที่สำคัญในการวิจัย คือ ตัวผู้วิจัย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ละเอียดครบถ้วน ดังนั้น ผู้วิจัยจะต้องได้มีการเตรียมตัวในส่วนของความรู้ด้วยการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งตัวผู้วิจัยต้องมีการเตรียมแนวคำถามในการวิจัยโดยใช้คำถามสัมภาษณ์ปลายเปิด ที่มีการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญและอาจารย์ที่ปรึกษาเรียบร้อยแล้ว ก่อนลงภาคสนามวันสัมภาษณ์จริง

ข้อมูลทางด้านเอกสาร (Relevant documents) ผู้วิจัยได้ค้นคว้าข้อมูลโดยการค้นหาทาง Internet จาก Website ต่างๆ โดยใช้คอมพิวเตอร์ ข้อมูลจากส่วนราชการ วารสารวิชาการ และ ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยสู่ความสำเร็จขององค์กร

# กรอบแนวคิดในการวิจัย โดยใช้การบริหารงานแบบมุ่งผลลัพธ์ (CIPP Model)



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

### การหาคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยทำการหาคุณภาพเครื่องมือโดยการปรับปรุง ประเด็นคำถามสัมภาษณ์ ตามคำแนะนำของกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญ และดำเนินการปรับปรุงแก้ไขแบบสัมภาษณ์ ก่อนนำไปสัมภาษณ์จริงและสามารถให้คำตอบตรงตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้อย่างสมบูรณ์

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนของแนวทางการประเมินเครือข่ายสุขภาพอำเภอและแผนงานการดำเนินงานตามกระบวนการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System :DHS)/ ภายใต้แผนยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุขและแผนงานสาธารณสุขระดับเครือข่าย และถอดบทเรียนจากการเรียนรู้ จากการแก้ไขปัญหาและพัฒนาในพื้นที่ ตามกรอบการประเมินของ CIPP Model<sup>8,9</sup> ประกอบกับพิจารณาความสอดคล้องของยุทธศาสตร์ แผนกลยุทธ์ วัตถุประสงค์ของโครงการ กิจกรรม และผลลัพธ์ที่ได้ ตลอดจนชุดการเรียนรู้ และนวัตกรรมที่ได้ รวบรวมข้อมูลมาวิเคราะห์เชิงคุณภาพที่ได้จากการสังเกตแบบมีส่วนร่วม กิจกรรมปัญหาและข้อเสนอแนะ และข้อมูลทฤษฎีภูมิที่ได้จากการศึกษาจากเอกสาร วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์และสังเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยผู้วิจัยได้นำข้อมูลดังกล่าวมาตรวจสอบความถูกต้อง และความครบถ้วนของเนื้อหา ทั้งการตรวจสอบแหล่งที่มาของเอกสารที่น่าเชื่อถือ ตรวจสอบความครบถ้วนของเนื้อหาจากผู้รวบรวมเอกสารรายงาน แล้วนำวิเคราะห์สรุปเนื้อหา

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยดูความสอดคล้องของนโยบาย แผนกลยุทธ์ โครงการกิจกรรม ในกระบวนการพัฒนา การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาคั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก เอกสารรับรองเลขที่ SCPHL 4/2559-48

### ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป ทีมบริหารจัดการ ประกอบด้วย ผู้จัดการเครือข่าย จำนวน 1 คน รองผู้จัดการเครือข่าย จำนวน 1 คน

ฝ่ายวิชาการ จำนวน 2 คน ฝ่ายสารสนเทศ จำนวน 2 คน ฝ่ายกิจการ จำนวน 1 คน และฝ่ายธุรการ จำนวน 1 คน และทีมที่ปรึกษา จำนวน 2 คน ซึ่งมีโครงการและบทบาทหน้าที่กำหนดไว้อย่างชัดเจน ส่วนกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 75 คน ซึ่งเป็นแกนนำในการจัดการสุขภาพระดับชุมชน 72 คน ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 40 คน นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 15 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 20 คน ภาควิชาเครือข่ายองค์กร จำนวน 16 องค์กร

### 1. ผลการประเมินด้านบริบทพื้นที่ (Context)

มีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ทุกระดับ ตั้งแต่ระดับกระทรวง ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ ระดับท้องถิ่น และโครงการพัฒนาเครือข่ายพยาบาลชุมชนในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ เครือข่ายภาคตะวันออกเฉียงใต้มีการทำงานและวางระบบร่วมกันในการพัฒนากระบวนการเรียนรู้ของคนในชุมชน ซึ่งมีการขยายผลไปยังพื้นที่ต่างๆ โดยอาศัยทีมพื้นที่ที่พร้อมและสนใจในการเข้าร่วม วิเคราะห์ทุนเดิมของพื้นที่ในเครือข่ายภาคตะวันออกเฉียงใต้เพื่อประเมินศักยภาพของพื้นที่ที่มีความพร้อมโดยพิจารณา 3 องค์ประกอบ ที่สำคัญคือ หน่วยบริการปฐมภูมิ ที่มีความพร้อม มีพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงาน มีการเชื่อมประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้รับการสนับสนุนงบประมาณอย่างต่อเนื่อง ผู้บริหารในสถานประกอบการให้ความร่วมมือ ได้แก่ บริษัทฮันซอลอิเล็กทรอนิกส์ ตำบลบ้านบึง อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี ผลิตภัณฑ์อิเล็กทรอนิกส์ พนักงานในสถานประกอบการ จำนวน 700 คน (แรงงานข้ามชาติ เขมร จำนวน 100 คน) บริษัท เลซี่บอย ตำบลหนองบอนแดง อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี ผลิตภัณฑ์เฟอร์นิเจอร์มีพนักงาน จำนวน 100 คน กลุ่มเกษตรกร จำนวน 100 คน ในพื้นที่ ตำบลเกาะจันทร์ อำเภอกะเปอร์ จังหวัดชลบุรี กลุ่มประชาชนวัยทำงานในพื้นที่อำเภอหนองใหญ่ จังหวัดชลบุรี จำนวน 100 คน

### 2. ด้านปัจจัยนำเข้า (Input)

ระบบบริหารจัดการแผนงาน

การดำเนินงานที่ผ่านมาของเครือข่ายพยาบาลชุมชนภาคตะวันออกเฉียงใต้ ร่วมกับชมรมพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย โดยเน้นให้เครือข่ายได้มีการออกแบบกิจกรรมที่สอดคล้องกับทุนเดิมในลักษณะแบบ “CONTECT” กล่าวคือทุกพื้นที่มีวัฒนธรรมการทำงาน (Civil Culture Base) ด้วย

กระบวนการเรียนรู้ปัญหาเกี่ยวกับประชาชนในพื้นที่ เกิดเป็นกลไก การหนุนเสริม 4 สมรรถนะ ได้แก่ สมรรถนะเชิงวิชาการ/ เชิงวิชาชีพ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การเสริมพลัง การสร้าง สัมพันธภาพภายในทีม (Team Building) และการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ การปรับระบบบริการสุขภาพแก่กลุ่มวัยทำงาน ครอบคลุม ได้แก่ (1) ออกแบบรูปแบบบริการที่ชัดเจน (2) พัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการ (3) พัฒนาระบบสารสนเทศ (4) การใช้และเข้าถึงทรัพยากรและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (5) การแสวงหาและใช้งบประมาณ และ (6) การมีภาวะผู้นำ และการใช้หลักธรรมาภิบาล

### 3. ด้านกระบวนการ (Process)

พบว่า การถ่ายทอดการดำเนินงานโครงการเจ้าหน้าที่ทุกระดับได้รับการถ่ายทอดโครงการ เพื่อให้เกิดความเข้าใจ ในวัตถุประสงค์ เป้าหมาย และผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นภายหลัง การทำโครงการ สำหรับการคัดเลือกพื้นที่ดำเนินการใน โครงการนี้ พบว่า เหตุผลส่วนใหญ่ในการคัดเลือกพื้นที่ที่มี ต้นทุนทางสังคมสูง มีการพัฒนาด้านต่างๆ มีความพร้อม มีความเข้มแข็ง นอกจากนี้ยังได้มีการบูรณาการกิจกรรมของ กลุ่มงานต่างๆ ที่สำคัญมีคนดำเนินการ และผู้บริหารให้การ สนับสนุน กระบวนการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบาย การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ การค้นหาสถานประกอบการ และติดต่อประสานงานเพื่อชักชวนเข้าร่วมโครงการ โดย การค้นหาจากข้อมูลพื้นฐานที่มี และประสานงานตรงเพื่อ ชักชวนเข้าร่วมโครงการฯ เน้นการติดตาม เข้าถึง และต่อเนื่อง โดยมีการศึกษากลุ่มเป้าหมายในกลุ่มวัยทำงาน

### 4. ผลผลิตที่ได้จากการดำเนินงาน (Products)

ภายใต้การดำเนินงานโครงการ โดยแบ่งออกเป็น โครงการลดอ้วน-ลดพุง-ลดโรค ตำบลหนองเสือช้าง อำเภอ หนองใหญ่ จังหวัดชลบุรี, โครงการเกษตรกรเกาะจันทร์ ปลอดภัย ห่างไกลสารเคมี, โครงการวัยทำงานสดใสใจ สุขภาพ บริษัทฮันซอลอิเล็กทรอนิกส์ จำกัด, โครงการสร้าง-เสริม-สุข (Make a Happiness) บริษัท เล-ซี-บอย(ประเทศไทย) จำกัด

5. ผลผลิต (Outputs) เกิดแผนงานโครงการ หมู่บ้าน ตำบล อำเภอ เกิดแกนนำในการดูแลผู้ป่วย มีภาคี เครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย ชุมชนสามารถวิเคราะห์ปัญหาที่ เกิดจากชุมชนเอง มีชุมชนต้นแบบ 1 ชุมชน

### 6. ผลลัพธ์ (Outcomes)

ผลลัพธ์การเรียนรู้ 3 ด้าน คือ การพัฒนาศักยภาพ คน การพัฒนางาน และการพัฒนาเครือข่าย พบว่า ผลลัพธ์ ในการพัฒนาศักยภาพคนนั้น ผู้เข้าร่วมโครงการมีผลลัพธ์ ของการเรียนรู้ ประกอบด้วย 1) สมรรถนะด้านการบริหาร จัดการ (Management) 2) สมรรถนะด้านการวางแผน (Planning) 3) สมรรถนะการนำการเปลี่ยนแปลง (Change Agent) 4) สมรรถนะการทำงานเป็นทีม (Team Building) 5) สมรรถนะการทำงานวิจัย (Researcher) R2R, Participatory Action Research, Qualitative Research, Quantity Research โดยเฉพาะเครื่องมือที่ใช้ในการวิเคราะห์บริบทของ ชุมชนแบบมีส่วนร่วม ได้แก่ เครื่องมือ 4 หลัก 3 รอง ซึ่งประกอบ ด้วย ต้นไม้ปัญหา (Problem Tree), “ดอกไม้ชุมชน”/ “แผนที่ ชุมชน” “ต้นไม้ชุมชน “ตุ๊กตาชุมชน” เครื่องมือ 3 รอง ได้แก่ ดอกไม้ชุมชน, ต้นไม้เส้นทางการผลิต, ฝีเสื้อถอดบทเรียน 5) สมรรถนะการเป็นวิทยากรกระบวนการ 6) สมรรถนะหลัก (Core competency) ของพยาบาลชุมชน พยาบาลอาชีว-อนามัย สมรรถนะด้านการวินิจฉัยชุมชน (Community approach)

### อภิปรายผลการวิจัย

จากการวิจัยประเมินผลโครงการพัฒนาเครือข่าย พยาบาลชุมชนในการขับเคลื่อน ระบบสุขภาพอำเภอ เครือข่าย ภาคตะวันออก พบว่า โดยภาพรวมผลการดำเนินการ การ เคลื่อนไหวในการพัฒนาการของกระบวนการพัฒนาระบบ สุขภาพอำเภอ (DHS) มีกลไกความร่วมมือแบบบูรณาการระดับ ตำบล เนื่องจากมีตำบลจัดการสุขภาพ ซึ่งมีบทบาทในการ กำหนดให้มีกระบวนการจัดการสุขภาพทั้งด้านการส่งเสริม สุขภาพ การเฝ้าระวังป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการ พัฒนาสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา Burke และ O' Neill<sup>10</sup> ได้ศึกษาการทำงานเป็นทีมของพยาบาลที่ทำงานในหน่วย ปฐมภูมิ สรุปว่า พยาบาลต้องการเป็นส่วนหนึ่งของทีม (Being part of the team) การมีปฏิสัมพันธ์กับสหสาขาวิชาชีพ (Interdisciplinary relationships) และการแสดงบทบาทใน ทีมการดูแลปฐมภูมิ (Nurses' role in the primary care team) โดยชุมชนและท้องถิ่นมีกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ร่วมกัน และต่อยอดความสำเร็จของการพัฒนาระบบสุขภาพ

ชุมชนและนวัตกรรมด้านสุขภาพ ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ได้รับการบริการสุขภาพที่เหมาะสมและมีการดูแลตนเอง<sup>11</sup> ซึ่งจากการศึกษาจะเห็นได้ว่าพยาบาลชุมชน มีบทบาทในการเปลี่ยนแปลง และสร้างทีมจัดการสุขภาพระดับปฐมภูมิในพื้นที่ต่าง ๆ ตลอดจนพยาบาลชุมชนต้องการแหล่งสนับสนุนเพิ่มเติม เพื่อที่จะบริหารจัดการในพื้นที่ และการกระตุ้นและส่งเสริมที่เกี่ยวกับการทำงานกับทีมปฐมภูมิ ให้ความสำคัญกับประชาชน เครือข่าย ทั้งภาครัฐและเอกชน เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพชุมชนอย่างเข้มแข็ง ต่อเนื่อง เกิดความเชื่อมโยงการดำเนินงานด้านสุขภาพ เพื่อให้การดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพ และลดความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการทำงานของวัยแรงงาน และกลุ่มอาชีพต่างๆ จำเป็นต้องอาศัยยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา<sup>12</sup> มาเป็นแนวทางการดำเนินงาน เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายวัยแรงงานเกิดความตระหนักรู้ในอันตรายของสิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงาน และพฤติกรรมการทำงานที่ไม่ปลอดภัย ตลอดจนแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสม มีการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล หรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมทั้งมีการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพและการทำงานที่ปลอดภัย มีการปรับระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการ

การสร้างเสริมสุขภาพในสถานที่ทำงาน จึงเป็นกระบวนการเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตการทำงาน สุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดีของประชากร คนทำงานและแรงงานต่างๆ โดยการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ สังคมจิตวิทยา องค์กร และเศรษฐกิจ การเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ปัจเจกบุคคล ผลการประเมินในครั้งนี้อย่างสอดคล้องกับการศึกษาของ Krugkraipeth และคณะ<sup>13</sup> ซึ่งได้ศึกษาสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ ภาคตะวันออก ได้แสดงถึงสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1) คุณลักษณะส่วนบุคคลในการสร้างเสริมสุขภาพ มีเจตคติที่ดีต่อวิชาชีพและการสร้างเสริมสุขภาพ ปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างที่ดีและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนติดตามนโยบายระดับชาติและนานาชาติที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ 2) มีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ 3) ความสามารถในการบริหารจัดการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ 4) ความสามารถในการพัฒนาภาคีเครือข่ายด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การสร้างแรงจูงใจให้

ประชาชนมีส่วนร่วม การเสริมพลังอำนาจ การเป็นที่ปรึกษา ด้านการสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้ร่วมงานและบุคคลทั่วไป การเจรจาต่อรอง และการแสวงหาและการใช้ทรัพยากรจากแหล่งประโยชน์ต่างๆ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ 5) ความสามารถในการวิจัยและการจัดการความรู้ โดยการทบทวน การนำผลวิจัยมาประยุกต์ใช้ในการบริการ การสร้างแนวทางปฏิบัติงาน

ในปี พ.ศ. 2540 องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ได้จัดทำเอกสารคำแนะนำแนวทางสู่สุขภาพ โดยกำหนดกลยุทธ์ของการพัฒนา แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนวัยแรงงาน ว่าจะต้องนำแนวทางปฏิบัติของกฎบัตรออตตาวา ได้แก่ 1) การชี้แนะ (Advocate) : สุขภาพดี เป็นทรัพยากรที่สำคัญ สำหรับการพัฒนาบุคคล สังคม และเศรษฐกิจ และเป็นมิติสำคัญอันหนึ่งของคุณภาพชีวิต ปัจจัยทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม พฤติกรรม และชีววิทยา สามารถให้ทั้งคุณ และโทษต่อสุขภาพ งานส่งเสริมสุขภาพมีเป้าหมาย ที่จะทำให้อำนาจต่างๆ ดังกล่าว เป็นผลดี โดยการชี้แนะเพื่อสุขภาพ; 2) การตลาดสังคม (Social marketing): การเปลี่ยนแปลงของสังคมในเรื่องสุขภาพ อาจทำได้โดยนำหลักวิชาการตลาด ซึ่งใช้ได้ผลในธุรกิจทั่วไปมาประยุกต์ขึ้นเป็นการตลาดสังคม ตัวอย่างในประเทศไทยของการตลาดสังคมที่ประสบความสำเร็จ ก็คือ โครงการวางแผนครอบครัว ซึ่งได้ดำเนินการจนสามารถลดอัตราการเพิ่มของประชากรได้ 3) การทำให้มีความสามารถ (Enable): การส่งเสริมสุขภาพ มุ่งที่จะทำให้มีความเสมอภาคในสุขภาพ (Equity in health) ปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพมีเป้าหมาย ที่จะลดความแตกต่างในสถานภาพทางสุขภาพ (Health status) และให้มีโอกาส และทรัพยากรเท่าเทียมกัน เพื่อให้ประชาชนทั้งหมด มีความสามารถใช้ศักยภาพทางสุขภาพ (Health potential) ของตนเองได้ ประโยชน์สูงสุด รวมถึงการมีหลักมั่นคง ในสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ทักษะชีวิต และโอกาสที่จะตัดสินใจเลือก ประชาชนจะไม่สามารถบรรลุถึงศักยภาพทางสุขภาพได้สูงสุด จนกว่าเขาจะสามารถควบคุมสิ่งต่างๆ ที่กำหนดสุขภาพของเขา ทั้งนี้ต้องใช้ช่วยกับหญิงอย่างเท่าเทียมกันด้วย; 4) การไกล่เกลี่ย (Mediate): สิ่งที่ได้มาเพื่อสุขภาพที่ดี มิได้เกิดจากภาคสุขภาพแต่ฝ่ายเดียวเสมอไป อุปสงค์ทางการส่งเสริมสุขภาพ ต้องการปฏิบัติการประสานกัน

โดยส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งหมด คือ รัฐบาล ภาคสุขภาพ ภาคสังคม ภาคเศรษฐกิจ โดยองค์กรที่มีใช้รัฐ โดยองค์กรท้องถิ่น โดยภาคอุตสาหกรรม และโดยสื่อ ประชาชนทุกหมู่เหล่ามีความเกี่ยวข้องกัน ในฐานะปัจเจกบุคคล ครอบครัว และชุมชน นักวิชาชีพ กลุ่มสังคม และบุคลากรทางสุขภาพ มีความรับผิดชอบสำคัญ ในการใกล้ชิดระหว่างกลุ่มผลประโยชน์ต่างๆ ในสังคม เพื่อผลดีต่อสุขภาพ ใช้ประสานเข้ากับงานอาชีพอนามัยและความปลอดภัยแบบดั้งเดิม อีกทั้งเน้นให้เห็นความสำคัญของการจัดการทรัพยากรบุคคล และการพัฒนาองค์กรต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ตัวอย่างเช่น การเปลี่ยนแปลงลักษณะการทำงาน แบบแผนการจ้างงาน วิธีทำงาน การจัดรูปองค์กร และวัฒนธรรมองค์กร การทำงานเป็นทีม การพัฒนาบุคลากร รวมถึงการบริหารจัดการ ล้วนส่งผลถึงสุขภาพของพนักงาน<sup>14</sup> การให้การศึกษา และข้อมูลข่าวสารแก่สาธารณชน (Public education and public information) การให้การศึกษา และให้ข้อมูลแก่สาธารณะ เป็นกลยุทธ์พื้นฐานของงานส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนี้อาจทำได้ผ่านสื่อต่างๆ ซึ่งมีหลากหลายประเภท ในยุคข้อมูลข่าวสารปัจจุบันนี้ สรุปได้ว่า การดูแลสุขภาพของคนทำงานจะไม่หยุดอยู่ที่โรค และการบาดเจ็บจากการทำงาน งานอาชีพอนามัยแบบดั้งเดิมเท่านั้น แต่จะมุ่งให้ประชากรวัยแรงงานสามารถทำงานได้ดี ปลอดภัย มีความสุขกายสบายใจในการทำงาน มีร่างกายที่แข็งแรง จิตใจที่แจ่มใส ซึ่งต้องขยายวงออกไปสู่การดูแลสุขภาพที่กว้างขวางกว่าเดิม นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่ามีบทบาทใน 1) การส่งเสริม (Promotion) และการรักษาไว้ 2) การป้องกัน (Prevention) มิให้มีสุขภาพเสื่อมโทรมหรือผิดปกติอันเนื่องมาจากสภาพการทำงานที่ผิดปกติได้ 3) การปกป้องคุ้มครอง (Protection) ไม่ให้ทำงานที่เสี่ยงต่อสภาพการทำงานที่อันตรายจนเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุเกิดการบาดเจ็บจากการทำงานได้ 4) การจัดการงาน (Placing) ปรับสถานที่และสภาพให้คนทำงานได้ทำงานในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับความสามารถของร่างกายและจิตใจ 5) การปรับงานให้เหมาะสมกับคน และจัดคนให้เหมาะสมกับงาน

การดำเนินงานของโครงการพัฒนาเครือข่ายพยาบาลชุมชนในการขับเคลื่อน ระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System) เครือข่ายภาคตะวันออก ได้มีการกำหนดประเด็นการประเมินผลโครงการ ดังนี้ การระบุเป้าหมายและสถานะ

ความสำเร็จของแต่ละเป้าหมาย ตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้ ได้แก่ 1) พัฒนาศักยภาพทีมสร้างสุขภาพในชุมชน โดยใช้กระบวนการเรียนรู้ ถอดบทเรียนการทำงานและพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย เพื่อให้ทีมสามารถขับเคลื่อนการจัดการบริการหมอครอบครัวตามประเด็นเชิงพื้นที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ส่งผลต่อการพัฒนาระบบการจัดการสุขภาพ ชุมชนระดับอำเภอ 2) เกิดการสื่อสารนวัตกรรมสุขภาพในอำเภอที่เข้าร่วมโครงการ 3) เกิดอำเภอจัดการสุขภาพที่มีการทำงานของทีมหมอครอบครัวและเกิดการจัดการสุขภาพโดยประชาชนและภาคีเครือข่าย และ 4) สุขภาวะของประชาชนด้านการสร้างเสริมสุขภาพเชิงประเด็นภาวะเสี่ยงสุขภาพ และโรคเรื้อรัง การทำงานที่ท้าทายต่อบทบาทของทีมงานที่เป็นพยาบาลวิชาชีพไม่น้อย เนื่องจากสายงานและแนวทางการทำงานเป็นสิ่งที่แตกต่างกันมาก งานสถานบริการขึ้นตรงกับนโยบายและระบบราชการ เน้นระบบงานแบบสั่งการ เน้นตัวชี้วัดเชิงปริมาณ และมุ่งเป้าที่ตัวบุคคล ขณะที่งานสถานประกอบการเป็นงานภาคธุรกิจ ระบบการทำงานแบบแผนงานชัดเจน มีตัวชี้วัดเชิงคุณภาพและมุ่งเป้าที่ผลผลิตมากกว่าตัวบุคคล องค์กรประกอบและปัจจัยสำคัญในการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในสถานประกอบการ<sup>15</sup> ได้แก่ 1) มีการสนับสนุนจากนโยบาย และผู้บริหารของสถานประกอบการ, 2) มีทีมงานสุขภาพที่เป็นบุคลากรของสถานประกอบการ มีบุคลากรและทีมสุขภาพที่เข้าใจบทบาทใหม่ มีการพัฒนาทักษะของพนักงานในการสนับสนุน การพัฒนาทุกคนในองค์กรให้สามารถปรับตัว ทำหน้าที่และบทบาทของแต่ละคน ได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับความรับผิดชอบโครงสร้าง และวัฒนธรรมขององค์กร เป็นต้น ซึ่งบทเรียนสำคัญของบริษัท เล-ซี-บอย(ประเทศไทย) จำกัด สะท้อนให้เห็นว่าการทำงานเป็นทีมของทีมงานที่ดีมีผลสำคัญอย่างมากต่อความสำเร็จของโครงการจากการทำงานเป็นทีม 3) มีการสนับสนุนการจัดกิจกรรมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพของพนักงาน 4) การประสานงานร่วมกับภาคีต่างๆ ที่มีความเข้มแข็ง โครงการได้มีการทำงานร่วมกันหลายฝ่าย 5) มีการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมทั้งด้านกายภาพและบรรยากาศที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี<sup>16</sup>

การปฏิบัติตามแผนโครงการ การทำงานมีการกำหนดโครงสร้างคณะกรรมการทำงาน ที่มีประสิทธิภาพและสร้างความมั่นใจว่าบริหารจัดการมีการมุ่งเน้นที่จะช่วยให้ทีมปฏิบัติ

ตามภารกิจได้ ทีมมีการตัดสินใจที่ได้อย่างสม่ำเสมอและสามารถปรับเปลี่ยนแผนอย่างทันทั่วทั้งที่เมื่อเห็นว่าเงื่อนไขหรือสถานะส่งสัญญาณให้เห็นถึงความจำเป็นต้องการเปลี่ยนแปลง ทีมสามารถปรับแผนได้ทันทั่วทั้งที่ เมื่อมีความจำเป็น ทีมได้ดำเนินการตามแผนงานตามลำดับความสำคัญและตามทีมที่ได้กำหนดภายในระยะเวลาที่เหมาะสมและอย่างมีประสิทธิภาพ<sup>17</sup> ทีมได้กำกับการติดตามดูแลและการควบคุมผลการปฏิบัติงานอย่างถูกต้องเพื่อมั่นใจว่าทีมทุกระดับในโครงการมีความรับผิดชอบต่อการปฏิบัติหน้าที่ ทีมให้ความมั่นใจได้ว่าการดำเนินงานของทีมถูกต้องเป็นไปตามข้อกำหนดของ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ในความสัมพันธ์กับนอกเครือข่ายนั้น ทีมทำหน้าที่เป็นตัวแทนของทีมทำงานในการสื่อสารในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อเป้าหมายเดียวกันได้อย่างดี ได้สนับสนุนส่งเสริมการพัฒนาคนทำงานที่เหมาะสมและเปิดโอกาสให้ทีมทำงานสามารถทำงานในด้านที่มีความเชี่ยวชาญ<sup>18</sup> เพื่อประโยชน์ของเครือข่ายพยาบาลชุมชนภาคตะวันออก ควรทำแบ่งความรับผิดชอบของทีม (Career Path) ให้ชัดเจน<sup>19</sup> เพื่อพัฒนาศักยภาพทีมทำงานให้เชี่ยวชาญและเป็นที่ยอมรับในเวทีวิชาการอื่นๆ ทีมได้สร้างผู้ที่มีความสามารถ มีความรู้ทักษะ มีพลัง และความมุ่งมั่นที่จะทำให้บรรลุเป้าหมายของโครงการ ทีมให้ความมั่นใจได้ว่าคณะทำงานมีการสื่อสารในทีมที่ดี

## ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

### 1. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1.1 ทุกพื้นที่อำเภอมีต้นทุนเดิมในการทำงาน แต่ละพื้นที่ได้บูรณาการใช้ต้นทุนเดิมอย่างต่อเนื่อง

1.2 ข้อค้นพบเชิงประจักษ์ จากการศึกษาครั้งนี้ สะท้อนให้ทราบถึงปัจจัยสำคัญสู่ความสำเร็จ (Key Success

Factors) 1) Structure and Function การมีคำสั่งโครงสร้างและกำหนดบทบาทหน้าที่ของบุคคล องค์กรจากพื้นที่ 2) Perception สร้างการรับรู้นโยบายและแนวทางดำเนินงาน 3) Responsiveness การสนับสนุนเพื่อตอบสนองนโยบายและปัญหาพื้นที่ 4) Supporting การสนับสนุนด้านคน เงิน วัสดุ เทคโนโลยี วิชาการ ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรตระหนักและให้การสนับสนุนปัจจัยเหล่านี้ เข้าสู่ระบบการขับเคลื่อนงาน DHS ต่อไป

### 2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

2.1 การสนับสนุนงานในพื้นที่ ควรพิจารณาในเชิงยุทธศาสตร์การเสริมแรงด้านโครงสร้าง (Structure) และบทบาทหน้าที่ของกรรมการในพื้นที่ ส่งเสริมการรับรู้ (Perception) ต่อนโยบายและปัญหาสังคม (Perception of social Problem) เพื่อให้เกิดการตอบสนอง และการสนับสนุน (Supporting) อย่างมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายในพื้นที่

2.2 การพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพของหน่วยงานระดับพื้นที่ หน่วยงานส่วนกลางหรือระดับชาติ ควรพิจารณาถึงความสอดคล้องและการส่งเสริมเพื่อสานต่อต้นทุนบริบทในแต่ละพื้นที่

2.3 การติดตาม ประเมินความสำเร็จของหน่วยงานระดับพื้นที่ ควรบูรณาการหลักเกณฑ์ ตัวชี้วัด (KPI) เข้าด้วยกัน และที่สำคัญกระบวนการตรวจ ประเมินงานตามนโยบาย ควรนำมาซึ่งขวัญกำลังใจ (Empowerment) เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เกิดคุณค่าและการยกย่อง ชื่นชม (Appreciation)

## ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรส่งเสริมให้มีการศึกษาวิจัย เพื่อพัฒนาระบบการจัดบริการสุขภาพสำหรับวัยทำงาน เช่น การวิจัยเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติด้านการสร้างเสริมสุขภาพวัยทำงานตามปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย

## References

1. Department of Health. Health Promotion in workplace. [cited 2019 Jan 09] Available from: <http://advisor.anamai.moph.go.th/main.php?filename=factory2;> 2517. (in Thai)
2. O'Donnell M P. Health promotion in the workplace, 2002; USA: Delmar.
3. Silrapasuwan P, Kaewboonchoo O, Khumpakorn S, Keawphan W, Khan P. Roles and Functions of Occupational Health Nurses according to the Standard of professional Practices in Thailand. *Journal of Public Health Nursing* 2007;21(1):60-79. (in Thai)
4. Chamnaachang S, Rattanaagreeethakul S, Junprasert S. Health Promoting Competencies and Performances of Nurses in Primary Care Unit, the Eastern Region. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University* 2017;25(2):19-30. (in Thai)
5. Archanuphap S, et al. District Health System (DHS) 2014; Available from <https://www.slideshare.net/AuampornJunthong/dhs-40127968>
6. Nithra kritarawitriwong, Wuttichai Chariya. Implementing District Health System Based on Primary Health Care. *Journal of Nursing and Health Care* 2015;33(3):6-15. (in Thai).
7. Chan M., Public Health in the 21<sup>st</sup> Century: Optimism in the midst of precedence challenges. 2017 [cited 209 Jan 09]. Available from: <http://www.who.int/dg/speeches/2007/030407/en?#>
8. Stufflebeam DL, Coryn CLS. *Evaluation: Theory, models and applications* (2<sup>nd</sup> eds.). San Francisco: Jossey-Bass ;2014.
9. Stufflebeam DL, Shinkfield AJ. *Evaluation: Theory, models and applications*. San Francisco: Jossey-Bass; 2007.
10. Burke T., O' Neill C. Community nurses working in piloted primary care teams: Irish Republic. *British Journal of Community Nursing* 2010;15(8): 398-404.
11. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) and the Association of Teachers of Preventive Medicine (ATPM). *The Competency-to-Curriculum Toolkit*. 2017 [cited 209 Jan 09], from: Available from: [http://cphp.sph.unc.edu/lifelonglearning/toolkit/Competency\\_to\\_Curriculum\\_toolkit.pdf](http://cphp.sph.unc.edu/lifelonglearning/toolkit/Competency_to_Curriculum_toolkit.pdf).
12. The Ottawa Charter for Health Promotion. World Health Organization [WHO], 1986) <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
13. Krugkraipeth N, Junprasert S, Rattanaagreeethakul S, Techasuksri T, Viriya C, Leucha T, Ritngam A, Jareankankai J. Health Promotion Competencies among Nurses, Eastern region, *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University* 2017;25(3):30-40.
14. Sinthuya A. Roles of professional nurses for occupational health and environmental practices in public Hospitals. Graduate School, Chaing mai, University, Available from <http://search.lib.cmu.ac.th/search/?searchtype=&searcharg=b1500135http://cmuir.cmu.ac.th/handle/6653943832/30791>; 2011. (in Thai)

15. Cordia, C. et al., Health Promotion International. 2000; 15 (2) : 155–167, Available from <https://doi.org/10.1093/heapro/15.2.155>
16. Cacari-Stone L, Wallerstein N., Garcia AP, Minkler M. The Promise of community-based participatory research for health equity: a conceptual model for bridging evidence with policy. American Journal of Public Health 2014;104(9):1615-23.
17. Freudenberg N, Tsui E. Evidence, power, and policy change in community-based participatory research. American Journal of Public Health 2014;104(1):11-4.
18. Frerichs L, Hassmiller Lich K, Dave G, Corbie-Smith G. Integrating Systems Science and Community-Based Participatory Research to Achieve Health Equity. American Journal of Public Health 2016;06(2):215-22.
19. Graves BA, Hamner K., Nikles S, Wells H. Use of Community-Based Participatory Research toward Eliminating Rural Health Disparities. Online Journal of Rural Nursing & Health Care 2015; 15(2): 63-87. Vanichayobol Y, Kalampakorn S, Suwan-ampai P. Nurses' Roles in Implementing Occupational and Environmental Health in Workplaces. Journal of Public Health Nursing 2515;21(1):60-79. (in Thai)

## บทความวิจัย

# ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชน

## Factors Influencing Mental Health Status of Professional Nurses in a Private Hospital

Received: May 3, 2019

Revised: May 27, 2019

Accepted: Jun 2, 2019

คัมภีร์พรรณ สาชิน พย.ม (Khampeerapan Sachin, M.N.S)<sup>1</sup>ภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์ ปร.ด. (Pornpat Hengudomsut, Ph.D)<sup>2</sup>ดวงใจ วัฒนสินธุ์ ปร.ด. (Duangjai Vatanasin, Ph.D)<sup>3</sup>

## บทคัดย่อ

การวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนายครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ ได้มาด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย จำนวน 100 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดภาวะสุขภาพจิต แบบวัดคุณภาพการนอนหลับ แบบวัดความฉลาดทางสังคม แบบวัดพลังสุขภาพจิต และแบบวัดสมดุลชีวิตกับการทำงาน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .93 .70 .91 .88 และ .80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่า ภาวะสุขภาพจิตในภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.14 (SD. = 4.33) แสดงถึงกลุ่มตัวอย่างมีสุขภาพจิตดี ร้อยละ 24.00 ของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนภาวะสุขภาพจิตที่แสดงว่ามีปัญหาสุขภาพจิต คุณภาพการนอนหลับ และสมดุลชีวิตกับการทำงานสามารถร่วมกันทำนายภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างได้ ร้อยละ 32.60 ( $R^2 = .326$ ,  $p < .001$ ) โดยคุณภาพการนอนหลับมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตมากที่สุด ( $\beta = .453$ ) รองลงมาคือความสมดุลชีวิตกับการทำงาน ( $\beta = -.194$ )

ผลการศึกษานี้มีข้อเสนอแนะว่า ผู้บริหารการพยาบาลควรพัฒนารูปแบบหรือกิจกรรมที่เน้นการส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับที่ดีและความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงาน เพื่อส่งเสริมภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน

**คำสำคัญ:** ปัจจัยทำนาย, ภาวะสุขภาพจิต, พยาบาลวิชาชีพ

<sup>1</sup>พยาบาลวิชาการ โรงพยาบาลกรุงเทพขอนแก่น E-mail: sara\_rung@hotmail.com

<sup>2</sup>corresponding author ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา E-mail: pompath@buu.ac.th

<sup>3</sup>ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา E-mail: duangjaivat@yahoo.com

Burapha University, Chonburi, Thailand

### Abstract

This predictive correlational study aimed to examine mental health status and factors influencing mental health status among professional nurses working in a private hospital. A simple random sampling was used to recruit 100 professional nurses. A set of questionnaires was used to collect data including: a demographic questionnaire, the General Health questionnaire-28, the Pittsburg Sleep Quality Index, the Social Intelligence questionnaire, the Thai resilience quotient questionnaire, and the work-life balance questionnaire. Their reliabilities were 0.93, 0.70, 0.91, 0.88, and 0.80, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, and stepwise multiple regression analysis.

The results revealed that total mean score of mental health was 3.14 (SD. = 4.33), indicating that the participants had good mental health status. On the other hand, almost a quarter (24%) of them reported poor mental health scores indicating that they had mental health problems. Results of stepwise multiple regression analyses showed that sleep quality, and work-life balance together explained 32.6% of the variance in mental health status among the participants. Sleep quality was the best predictor ( $\beta = 0.453$ ) of mental health status, followed by work-life balance ( $\beta = -0.194$ ).

The findings of this study suggest that nurse administrators might develop a model or intervention focusing on enhancing good sleep quality and work-life balance to promote mental health among professional nurses, especially those who work in private hospitals.

**Keywords:** sleep quality, mental health status, professional nurse

### บทนำ

พยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรที่มีความสำคัญในระบบบริการสุขภาพ ถือเป็นบุคลากรส่วนใหญ่ และเป็นกลไกที่สำคัญในการทำงาน เป็นผู้ที่ต้องใกล้ชิดกับผู้รับบริการและอยู่ปฏิบัติงานด้านบริการสุขภาพมากที่สุด ในโรงพยาบาลทั้งในภาครัฐและเอกชน<sup>1</sup> ซึ่งงานพยาบาลนั้นต้องใช้กระบวนการปฏิบัติที่มีขั้นตอนและมีความเป็นวิชาชีพ ต้องรับผิดชอบสูงต่อชีวิตมนุษย์ มุ่งตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ให้บริการด้านสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งมิติได้แก่ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ นอกจากการให้บริการพยาบาลแล้ว พยาบาลวิชาชีพยังต้องมีการติดต่อประสานงานกับบุคลากรในทีมสุขภาพต่างวิชาชีพ เช่น แพทย์ เภสัชกร รวมทั้งเจ้าหน้าที่ทีมพยาบาล ทั้งที่เป็นผู้บังคับบัญชา ผู้ใต้บังคับ

บัญชาและผู้ร่วมงาน กล่าวได้ว่างานด้านการพยาบาลนั้นค่อนข้างจะเป็นงานที่หนัก ต้องมีการทำงานเป็นเวรผลัดกัน โดยพยาบาลวิชาชีพบางคนมิได้ขึ้นปฏิบัติงานในช่วงเวรเช้าอย่างเดียวเท่านั้น แต่ต้องอยู่เวรสลับทั้งเวร เช้า-บ่าย-ดึก ซึ่งอาจส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของพยาบาลวิชาชีพ กล่าวคือ ต้องเปลี่ยนแปลงเวลานอน เวลารับประทานอาหาร และการใช้ชีวิตกับครอบครัวหรือการทำกิจกรรมทางสังคม และอาจส่งผลกระทบต่อพยาบาลวิชาชีพในด้านต่าง ๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม<sup>2</sup>

งานด้านการพยาบาลเป็นงานที่ต้องมีความรับผิดชอบสูง บางครั้งต้องเผชิญกับความเร่งรีบและความเครียด รวมทั้งอาจเผชิญกับปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดปัญหาทั้งด้านสุขภาพกายและจิต ตลอดจนคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพ<sup>3</sup> นอกจากพยาบาลวิชาชีพต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ ความชำนาญในวิชาชีพแล้ว พยาบาลยังต้องเป็นผู้ที่มีจริยธรรม มีภาวะผู้นำ

สามารถปรับตัวเพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของสังคม ในปัจจุบัน มีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งพยาบาลที่มีความพร้อมและสมบูรณ์ทางด้านร่างกายและจิตใจ จะเป็นผู้ที่สามารถให้การพยาบาลแก่ผู้รับบริการได้อย่างมีคุณภาพตามความคาดหวังของสังคม<sup>4</sup> ซึ่งไม่ใช่เรื่องง่ายที่จะปฏิบัติเช่นนี้ได้ตลอดเวลา

ปัจจุบันพยาบาลวิชาชีพทำงานในสถานบริการของทั้งภาครัฐและเอกชน ซึ่งการทำงานในโรงพยาบาลภาคเอกชนนั้นมักมีการแข่งขันกันทางการตลาดค่อนข้างสูงโดยนำแนวคิดธุรกิจเข้ามาเป็นตัวขับเคลื่อนระบบบริการเพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ เน้นผู้รับบริการเป็นสำคัญ มีการนำเทคโนโลยีมาใช้เพื่อความสะดวกและรวดเร็ว ซึ่งพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชนมักถูกคาดหวังสูงจากผู้รับบริการ และอาจถูกร้องเรียนหรือฟ้องร้องได้บ่อยหากผู้รับบริการไม่พึงพอใจต่อคุณภาพการบริการ นอกจากนี้พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชนนั้นยังต้องมีส่วนร่วมพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลให้เป็นไปตามมาตรฐานเพื่อให้โรงพยาบาลผ่านการรับรองคุณภาพจากสถาบันรับรองคุณภาพซึ่งมีการตรวจประเมินคุณภาพเป็นระยะๆ เหล่านี้ล้วนทำให้ภาระงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชนมีมากขึ้น<sup>3</sup> และส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลเหล่านี้

ภาวะสุขภาพจิตที่ดีเป็นดรชนีหนึ่งสะท้อนถึงคุณภาพชีวิตของบุคคล องค์การอนามัยโลก<sup>5</sup> ได้นิยามภาวะสุขภาพจิต ว่าหมายถึงการมีสภาวะที่ดี มีความผาสุก มีความตระหนักในศักยภาพของตนเอง สามารถจัดการกับความเครียดในชีวิต ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล รวมทั้งมีส่วนร่วมในสังคม ผู้ที่มีภาวะสุขภาพจิตดีคือ ผู้ที่สามารถปรับตัวในการดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข สามารถจัดการกับปัญหาหรือสิ่งเร้าต่างๆ ที่เข้ามาในชีวิตได้ ส่วนผู้ที่มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดี คือบุคคลที่ไม่สามารถปรับตัวเพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบได้ อาจส่งผลต่อการดำเนินชีวิต เกิดปัญหาในด้านต่างๆ เช่น การเกิดอาการทางกาย (Somatic symptoms) การมีอาการวิตกกังวลและนอนไม่หลับ (Anxiety and insomnia) การมีความบกพร่องเชิงสังคม (Social dysfunction) และการมีอาการซึมเศร้าที่รุนแรง (Severe depression)<sup>6</sup>

ภาวะสุขภาพจิตนั้นเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านบุคคล (Individual factors) และปัจจัยภายนอกบุคคลหรือปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental factors) โดยปัจจัยด้านบุคคลเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพยาบาลโดยตรง เช่น ภาวะสุขภาพ ความต้องการ ความคาดหวัง ความสามารถในการปรับตัว แรงจูงใจ เป็นต้น ส่วนปัจจัยภายนอกบุคคล ได้แก่ ครอบครัว เพื่อนที่ทำงาน สภาพเศรษฐกิจและสังคม เป็นต้น งานวิจัยนี้จะเจาะจงศึกษาอิทธิพลของปัจจัยด้านบุคคลที่มีต่อภาวะสุขภาพจิตพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน โดยปัจจัยที่ทำการศึกษาในงานวิจัยนี้ ประกอบด้วย คุณภาพการนอนหลับ ความฉลาดทางสังคม พลังสุขภาพจิต และสมดุลชีวิตกับการทำงาน

คุณภาพการนอนหลับ (Quality of sleep) เป็น การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับลักษณะและคุณภาพการนอนหลับ พยาบาลเป็นวิชาชีพที่ต้องใช้ความรู้และทักษะในด้านวิทยาศาสตร์และศิลปศาสตร์ในการปฏิบัติงานและมีปัจจัยในการทำงานต่างจากอาชีพอื่น ๆ คือ มีตารางปฏิบัติงานที่ไม่แน่นอน อัตราการปฏิบัติงานที่มีความถี่ไม่สม่ำเสมอ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงในด้านสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงาน สิ่งเหล่านี้ล้วนมีผลต่อคุณภาพการนอนหลับ โดยเฉพาะวิชาชีพพยาบาลที่บางคนอาจต้องขึ้นเวรบาย ดึก จึงต้องมีการปรับตัวเกี่ยวกับเวลาในการนอนอยู่ตลอดซึ่งอาจส่งผลต่อทั้งปริมาณ ชั่วโมงและคุณภาพการนอนหลับได้ ทั้งนี้การนอนหลับที่เพียงพอและมีประสิทธิภาพที่ดีจะสามารถช่วยให้ร่างกายสดชื่น ลดความวิตกกังวล และส่งผลต่อการมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีได้จากงานวิจัยของ Rangsing<sup>7</sup> ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลรัฐในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพการนอนหลับมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ,  $r = .24$ )

ความฉลาดทางสังคม (Social quotient) เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิต เป็นการแสดงถึงความสามารถของบุคคลในการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในสังคมได้อย่างมีความสุข สามารถสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีและทำงานร่วมกับผู้อื่นได้<sup>8</sup> โดยสามารถปรับตัวและสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นได้ทั้งที่เป็นเพศเดียวกันและต่างเพศได้อย่างเหมาะสม<sup>9</sup> พยาบาลวิชาชีพที่มีความฉลาดทางสังคมสูงก็จะเป็นผู้ที่มีความเข้าใจใน

ตนเอง มีความไวต่อความรู้สึกของผู้อื่น มีทักษะในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นสูง สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างชัดเจน และตรงประเด็น ซึ่งพยาบาลวิชาชีพเป็นบุคคลที่ต้องติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นๆ ที่หลากหลาย ทั้งผู้รับบริการ ทีมสหสาขาวิชาชีพ ดังนั้นหากพยาบาลมีความฉลาดทางสังคมสูงจะสามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้เป็นอย่างดีและไม่ก่อให้เกิดความขัดแย้ง หรือสถานการณ์ตึงเครียด มีภาวะสุขภาพจิตที่ดี ไม่วิตกกังวลหรือซึมเศร้า ปัจจุบันพบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความฉลาดทางสังคมและภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลแต่ยังไม่พบการศึกษาในพยาบาลโดยเฉพาะพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชน แต่จากแนวคิดดังกล่าวความฉลาดทางสังคมจึงอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถทำนายภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพได้

พลังสุขภาพจิต (Resilience) ในบางงานวิจัยอาจใช้คำว่า “ความยืดหยุ่น” “ความแข็งแกร่งในชีวิต” หรือ “ความเข้มแข็งทางใจ” เป็นความสามารถของบุคคลทางอารมณ์และจิตใจในการปรับฟื้นตัวภายหลังที่พบกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความยากลำบากในชีวิตหรือเหตุการณ์วิกฤต สามารถที่จะก้าวผ่านพ้นปัญหาและอุปสรรคด้วยพลังใจที่เข้มแข็ง และดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข การที่บุคคลมีพลังสุขภาพจิตที่ดีถือว่าบุคคลนั้นมีต้นทุนชีวิตในด้านสุขภาพจิตที่ดี มีความพร้อมในการรับมือกับสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต<sup>10</sup> ในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ บางเวลาอาจต้องพบกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดหรือความกดดัน การแก้ไขในบางสถานการณ์อาจทำได้ค่อนข้างช้า หากพยาบาลวิชาชีพมีพลังสุขภาพจิตที่ดีจะสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ความยากลำบากที่เผชิญมีภาวะสุขภาพจิตที่ดี แต่หากไม่สามารถปรับตัวได้ อาจทำให้พยาบาลวิชาชีพรู้สึกเครียดท้อแท้ เบื่อหน่าย บางครั้งรู้สึกตัวเองไม่มีประสิทธิภาพ<sup>11</sup> จากการศึกษาของ Gito, Ihara, และ Ogata<sup>12</sup> พบว่า พลังสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความภาคภูมิใจในตนเองและความสามารถในการปรับตัวในการเผชิญกับความยากลำบากในชีวิต และมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า และความเบื่อหน่ายในการทำงานของพยาบาลในประเทศญี่ปุ่น ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาของ Chompunud และ Inkaew<sup>13</sup> ที่พบว่า พลังสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดของนักศึกษาพยาบาลและงานวิจัยของ Chommalee<sup>14</sup> ที่พบว่า พลังสุขภาพจิตมี

ความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสุขภาพจิตที่ไม่ดี การมีพลังสุขภาพจิตที่ดีจึงเป็นตรรกะที่แสดงถึงความสามารถในการปรับตัว มีความเข้มแข็งทางจิตใจ สามารถเผชิญ และจัดการกับความเครียดในการทำงานตลอดจนการดำเนินชีวิตด้านอื่นๆ ได้ดี ส่งผลให้บุคคลมีสุขภาพจิตที่ดี<sup>15</sup>

สมดุลชีวิตกับการทำงาน (Work-life balance) เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อภาวะสุขภาพจิต ซึ่งเป็นการรักษาคุณภาพของการทำงานกับการใช้ชีวิตส่วนตัวของบุคคล หากพยาบาลมีความสมดุลของชีวิตกับการทำงานนั้น จะทำให้การดำเนินชีวิตและการทำงานราบรื่น ทำงานสำเร็จตามระยะเวลาที่กำหนด ส่งผลให้เกิดความสุขทั้งในชีวิตและการทำงาน<sup>16</sup> บุคคลที่มีความสมดุลชีวิตกับการทำงาน มักพบว่า เป็นผู้ที่มีความกระตือรือร้น มุ่งมั่นทำงาน มีความรับผิดชอบ พึงพอใจและมีความสุข มีพลังที่จะรังสรรค์งานเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย สามารถเพิ่มผลผลิตในงาน ส่งผลต่อประสิทธิภาพขององค์กรและการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของบุคคล<sup>17</sup> พยาบาลวิชาชีพเช่นกัน หากสามารถรักษาสอดคล้องระหว่างชีวิตในแง่มโนกับการทำงานได้นั้น ย่อมทำให้ทำงานได้อย่างมีความสุข พึงพอใจในการทำงาน และพึงพอใจในการดำเนินชีวิต สามารถจัดการเวลาส่วนตนกับงานที่ได้รับมอบหมายได้ดี มีเวลาใช้ชีวิตด้านอื่นๆ นอกเหนือจากงานที่เพียงพอ และมีภาวะสุขภาพจิตที่ดี

อย่างไรก็ตามการศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชนยังมีค่อนข้างจำกัด งานวิจัยที่มีส่วนใหญ่มุ่งเน้นการศึกษาภาวะสุขภาพจิตในพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐ การให้ความสำคัญต่อการศึกษามหาวิทยาลัยและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชนเป็นสิ่งสำคัญ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจทำการศึกษาถึงภาวะสุขภาพจิตตลอดจนปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนส่งเสริมสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นกำลังที่สำคัญขององค์กรและการพัฒนาประเทศให้เจริญก้าวหน้าต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ในภาคตะวันออก

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ในภาคตะวันออก

## สมมติฐานการวิจัย

คุณภาพการนอนหลับ ความฉลาดทางสังคม พลังสุขภาพจิต และสมดุลชีวิตกับการทำงาน สามารถร่วมกันทำนายภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชนได้

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

งานวิจัยนี้ใช้แนวคิดสุขภาพจิตของ Goldberg<sup>6</sup> ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ตามแนวคิดของ Goldberg<sup>6</sup> ภาวะสุขภาพจิตเป็นสภาวะที่บุคคลสามารถที่จะปรับตัวในการดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข สามารถจัดการกับปัญหาหรือสิ่งเร้าที่เข้ามาในชีวิตได้ หากบุคคลไม่สามารถปรับตัวเพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบได้ ทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข มีภาวะสุขภาพจิตที่ไม่ดี เกิดปัญหาในด้านต่าง ๆ ซึ่งแบ่งได้เป็น 4 ด้านคือ 1) การเกิดอาการทางกาย (Somatic symptoms) 2) อาการวิตกกังวลและนอนไม่หลับ (Anxiety and insomnia) 3) ความบกพร่องเชิงสังคม (Social dysfunction) และ 4) อาการซึมเศร้าที่รุนแรง (Severe depression) ซึ่งวิชาชีพพยาบาลก็เป็นวิชาชีพหนึ่งด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต<sup>18-19</sup> โดยภาวะสุขภาพจิตนั้นเกี่ยวข้องกับทั้งปัจจัย

ด้านบุคคล (Individual factors) และปัจจัยภายนอกบุคคล หรือปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental factors) ปัจจัยด้านบุคคลที่ทำการศึกษา ได้แก่ คุณภาพการนอนหลับ ความฉลาดทางสังคม พลังสุขภาพจิต และสมดุลชีวิตกับการทำงาน โดยมีแนวคิดที่ว่าพยาบาลวิชาชีพที่สามารถปรับตัวอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในสังคมได้อย่างมีความสุข มีคุณภาพการนอนหลับที่ดี สามารถปรับตัวได้ดีเมื่อต้องเผชิญกับปัญหา ความยากลำบากหรือภาวะวิกฤตในชีวิต และมีความสมดุลในชีวิตกับการทำงาน ย่อมเป็นผู้ที่มีภาวะสุขภาพจิตที่ดี

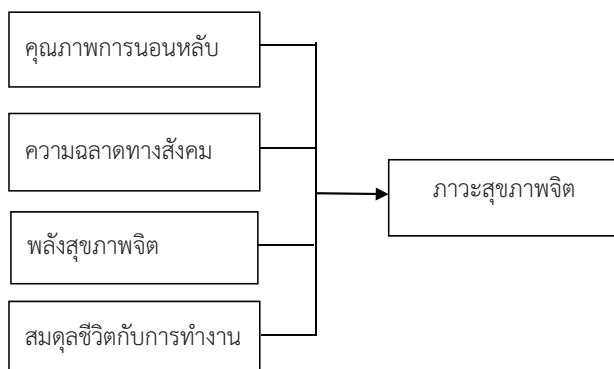
## ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Descriptive predictive correlational research)

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นครั้งนี้คือ พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ ในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในภาคตะวันออก ซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาด 300 เตียง

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการที่ได้รับการบรรจุเป็นพนักงานประจำ และไม่มีการเจ็บป่วยทางกายและจิตจากการวินิจฉัยของแพทย์ ปฏิบัติงานในแผนกต่าง ๆ ในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในภาคตะวันออก ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กลุ่มตัวอย่างได้มาโดยการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 100 คน



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

**ส่วนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย แผนกที่พยาบาลปฏิบัติงาน ลักษณะการขึ้นเวร เพศ อายุ สถานภาพสมรส สถานภาพการอยู่อาศัย และระยะเวลาในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน

**ส่วนที่ 2** แบบสอบถามภาวะสุขภาพจิต Thai General Health Questionnaire-28 (Thai GHQ-28) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ที่พัฒนาโดย Goldberg<sup>6</sup> แปลเป็นภาษาไทย และใช้ในงานวิจัยของ Nilchaikovit, Sukying และ Silpakit<sup>20</sup> แบบวัดสุขภาพจิต (Thai GHQ-28) มีข้อคำถามมีจำนวนทั้งสิ้น 28 ข้อ แบ่งการประเมินเป็น 4 กลุ่ม ๆ ละ 7 ข้อคำถาม คือ กลุ่มที่ 1 ด้านอาการทางกาย (Somatic symptoms) กลุ่มที่ 2 ด้านอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ (Anxiety and insomnia) กลุ่มที่ 3 ด้านความบกพร่องทางสังคม (Social dysfunction) และกลุ่มที่ 4 ด้านอาการซึมเศร้าที่รุนแรง (Severe depression) คะแนนรวมที่เป็นไปได้มีค่าตั้งแต่ 0-28 คะแนน คะแนนยิ่งสูงหมายถึงยิ่งมีปัญาสุขภาพจิต การแปลผลใช้ตามเกณฑ์มาตรฐานของ Goldberg<sup>6</sup> โดยใช้จุดตัดคะแนนที่ 6 คะแนน หากได้คะแนนรวมตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไป ถือว่าเป็นผู้มีปัญหาสุขภาพจิต

แบบวัดนี้คุณภาพของเครื่องมืออยู่ในเกณฑ์ดี ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91 และได้มีการนำแบบวัดนี้ไปใช้เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลในงานวิจัยของ Chaabutr<sup>21</sup> ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 สำหรับการศึกษาครั้งนี้หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.93

**ส่วนที่ 3** แบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับ The Pittsburgh Sleep Quality Index [PSQI] ของ Buysse, Reynolds, Monk, Hoch และ Kupfer<sup>22</sup> แปลและดัดแปลงโดย Jirapramukpitak และ Tanchaiswad<sup>23</sup> แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ (PSQI) นี้เป็นการวัด ใน 7 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย 2) ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ 3) ระยะเวลาของการนอนหลับ 4) ประสิทธิภาพของการนอนหลับโดยปกติวิสัย 5) การรบกวนการนอนหลับ 6) การใช้ยานอนหลับ และ 7) ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน โดยมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-21 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามมีการ

รับรู้ว่ามีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี ส่วนคะแนนต่ำหมายถึงมีคุณภาพการนอนหลับที่ดี ในการแปลผลใช้จุดตัดที่ 5 คะแนน คะแนนรวมที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพการนอนหลับที่ดี ส่วนคะแนนรวมที่มากกว่า 5 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี แบบวัดนี้ได้ผ่านการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือทั้งความตรงและความเที่ยง โดยมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83 และได้นำแบบวัดคุณภาพการนอนหลับนี้ไปใช้เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับของพยาบาลวิชาชีพในงานวิจัยของ Rangsing<sup>7</sup> ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือนี้เท่ากับ 0.83 สำหรับการศึกษาครั้งนี้หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.70

**ส่วนที่ 4** แบบสอบถามความฉลาดทางสังคม พัฒนาขึ้นโดย Suwitthayarat<sup>24</sup> ซึ่งพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดความฉลาดทางสังคมของ Goleman<sup>8</sup> เป็นการวัดความฉลาดทางสังคมใน 3 มิติ ได้แก่ 1) การตระหนักรู้ทางสังคม 2) การรู้คิดทางสังคม และ 3) การมีทักษะทางสังคม มีข้อคำถามจำนวน 35 ข้อ โดยรวมคะแนนทั้งหมดทุกข้อ ค่าคะแนนที่เป็นไปได้คือ 35-140 คะแนนสูง หมายถึง มีความฉลาดทางสังคมสูง และคะแนนต่ำ หมายถึง มีความฉลาดทางสังคมต่ำ งานวิจัยนี้หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.91

**ส่วนที่ 5** แบบสอบถามพลังสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต<sup>25</sup> ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยยึดหลักแนวคิดของ Grotberg<sup>26</sup> ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ เป็นการประเมินพลังสุขภาพจิตใน 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความมั่นคงทางด้านอารมณ์ มีคำถามจำนวน 10 ข้อ 2) ด้านกำลังใจ มีคำถาม 5 ข้อ และ 3) ด้านการจัดการกับปัญหา มีคำถาม 5 ข้อ เป็นการสอบถามถึงความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของผู้ทำแบบประเมินในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา โดยรวมคะแนนทั้งหมดทุกข้อ ค่าคะแนนที่เป็นไปได้คือ 20-80 คะแนนสูงหมายถึงมีพลังสุขภาพจิตดี เป็นแบบวัดที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือและค่าที่ได้ทั้งความตรงและความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์ดี โดยแบบวัดนี้มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ที่ 0.749 และได้มีการนำไปใช้เพื่อศึกษาพลังสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพในงานวิจัยของ Jannop-pacun<sup>27</sup> ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือนี้เท่ากับ 0.75 สำหรับการศึกษาครั้งนี้หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์

อัลฟาครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.88

**ส่วนที่ 6** แบบสอบถามความสมดุลชีวิตกับการทำงาน พัฒนาขึ้นโดย Kaewtawee<sup>28</sup> แปลและดัดแปลงมาจากแบบวัดสมดุลชีวิตกับการทำงานของ Daniels และ McCarraher<sup>29</sup> ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ ค่าคะแนนที่เป็นไปได้คือ 10 -50 โดยสอบถามเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของบุคคลในการทำงาน และการใช้เวลาส่วนตัว คะแนนสูง หมายถึง มีความสมดุลชีวิตกับการทำงานที่ดีกว่า ผู้ที่มีคะแนนน้อยกว่า แบบวัดนี้ได้มีการนำไปใช้เพื่อศึกษามูลค่าชีวิตกับการทำงานของพยาบาลในงานวิจัยของ Kaewtawee<sup>28</sup> ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ 0.90 สำหรับการศึกษาครั้งนี้หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.80

#### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เมื่อวันที่ 1 กันยายน 2560 (รหัส 02-08-2560) ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยทุกขั้นตอนตามหลักจริยธรรมการวิจัยอย่างเคร่งครัด

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเอกชนที่ทำการการศึกษา เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างด้วยการแนะนำตัวเมื่อพบกลุ่มตัวอย่าง อธิบายรายละเอียดของการวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนและระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย อธิบายให้เข้าใจว่าการศึกษานี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างว่ายินยอมเข้าร่วมในการวิจัยหรือไม่ก็ได้ สิ่งสำคัญ คือให้ความมั่นใจกับผู้ที่เข้าร่วมวิจัยว่าคำตอบจากการสัมภาษณ์จะไม่กระทบใด ๆ ต่อการปฏิบัติงาน ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเก็บเป็นความลับ ข้อมูลต่าง ๆ ในงานวิจัยถูกเก็บไว้ในคอมพิวเตอร์ ที่มีการป้องกันด้วยการเข้ารหัสไว้ไม่มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยสู่สาธารณชน ผลการวิจัยนำเสนอเป็นภาพรวม และนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการวิจัยเท่านั้น

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ โดยข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนาแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชน คุณภาพการนอนหลับ ความฉลาดทางสังคม พลังสุขภาพจิต และสมดุลชีวิตกับการทำงาน โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) วิเคราะห์อิทธิพลของคุณภาพการนอนหลับ ความฉลาดทางสังคม พลังสุขภาพจิต และสมดุลชีวิตกับการทำงานต่อภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชนโดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) กำหนดระดับความนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

#### ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยในมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 31.00 รองลงมาเป็นแผนกผู้ป่วยนอก คิดเป็นร้อยละ 28.00 ลักษณะการขึ้นปฏิบัติงานส่วนใหญ่ขึ้นแบบหมุนเวียน คิดเป็นร้อยละ 66.00 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 95.00 ส่วนใหญ่มีอายุ 20-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 59.00 มีสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 58.00 และอาศัยอยู่ตามลำพัง คิดเป็นร้อยละ 49.00 ปฏิบัติงานในฐานะพยาบาลวิชาชีพเป็นเวลาเฉลี่ย 8 ปี และปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชนที่ทำการศึกษาคือเป็นระยะเวลาโดยเฉลี่ย 5 ปี

#### 2. ภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพ

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตในภาพรวมเท่ากับ 3.14 (SD. = 4.33) ซึ่งแสดงถึงกลุ่มตัวอย่างมีสุขภาพจิตดี และเมื่อพิจารณาตามระดับคะแนนพบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 76 คน ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต คิดเป็นร้อยละ 76.00 และกลุ่มตัวอย่างจำนวน 24 คน มีปัญหาสุขภาพจิต คิดเป็นร้อยละ 24.00 แยกตามรายด้านโดยคะแนนยิ่งมากแสดงถึงภาวะสุขภาพจิตที่ไม่ดี ผลการวิจัยพบว่า ภาวะสุขภาพจิตในด้านการเกิดอาการทางกาย (Somatic symptoms) มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.46 (SD. = 1.89) รองลงมาคือด้านการเกิดอาการวิตกกังวลและนอนไม่หลับ (Anxiety and

insomnia) มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 0.87 (SD. = 1.73) ด้านความบกพร่องเชิงสังคม (Social dysfunction) มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 0.62 (SD. = 1.16) และด้านอาการซึมเศร้าที่รุนแรง (Severe depression) มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 0.19 (SD. = 0.82)

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับเท่ากับ 6.57 (SD. = 2.78) แสดงว่ามีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ( $\geq 5$  คะแนน) มีคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางสังคมเท่ากับ 103.25 (SD. = 9.40) แสดงถึงว่ามีความฉลาดทางสังคมสูง คะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตเฉลี่ยเท่ากับ 61.84 (SD. = 7.27) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีพลังสุขภาพจิตปกติ และมีคะแนนเฉลี่ยความสมดุลชีวิตกับการทำงานเท่ากับ

34.58 (SD. = 6.35) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสมดุลชีวิตกับการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง

3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพ

คุณภาพการนอนหลับ และความสมดุลชีวิตกับการทำงานมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .54, r = -.41, p < .001$  ตามลำดับ) พลังสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.20, p < .05$ ) ส่วนความฉลาดทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.13, p > .05$ )

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของภาวะสุขภาพจิต ทั้งในภาพรวมและรายด้าน (n = 100)

| ตัวแปร                                                 | Mean | SD.  | Possible Range | Actual Range |
|--------------------------------------------------------|------|------|----------------|--------------|
| <b>ภาวะสุขภาพจิต</b>                                   |      |      |                |              |
| คะแนนในภาพรวม รายด้าน                                  | 3.14 | 4.33 | 0-28           | 0-22         |
| ด้านการเกิดอาการทางกาย (Somatic symptoms)              | 1.46 | 1.89 | 0-7            | 0-6          |
| ด้านอาการวิตกกังวลและนอนไม่หลับ (Anxiety and insomnia) | 0.87 | 1.73 | 0-7            | 0-7          |
| ด้านความบกพร่องเชิงสังคม (Social dysfunction)          | 0.62 | 1.16 | 0-7            | 0-6          |
| ด้านอาการซึมเศร้าที่รุนแรง (Severe depression)         | 0.19 | 0.82 | 0-7            | 0-5          |

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน คุณภาพการนอนหลับ ความฉลาดทางสังคม พลังสุขภาพจิต และความสมดุลชีวิตกับการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ (n = 100)

| ตัวแปรที่ศึกษา            | Mean   | SD.  | Possible Range | Actual Range |
|---------------------------|--------|------|----------------|--------------|
| คุณภาพการนอนหลับ          | 6.57   | 2.78 | 0-21           | 2-14         |
| ความฉลาดทางสังคม          | 103.25 | 9.40 | 35-140         | 71-134       |
| พลังสุขภาพจิต             | 61.84  | 7.27 | 20-80          | 39-75        |
| ความสมดุลชีวิตกับการทำงาน | 34.58  | 6.35 | 10-50          | 19-50        |

### ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

| ตัวแปร                    | 1      | 2     | 3     | 4      | 5 |
|---------------------------|--------|-------|-------|--------|---|
| คุณภาพการนอนหลับ          | 1      |       |       |        |   |
| ความฉลาดทางสังคม          | -.11   | 1     |       |        |   |
| พลังสุขภาพจิต             | -.29** | .57** | 1     |        |   |
| ความสมดุลชีวิตกับการทำงาน | -.47** | .28** | .48** | 1      |   |
| ภาวะสุขภาพจิต             | .54**  | -.13  | -.20* | -.41** | 1 |

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$

### ตารางที่ 4 ปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพ (n = 100)

| ตัวแปร                    | b     | SE    | $\beta$ | t       |
|---------------------------|-------|-------|---------|---------|
| Constant                  | 3.090 | 2.846 | -       |         |
| คุณภาพการนอนหลับ          | .705  | .147  | .453    | 4.781** |
| ความสมดุลชีวิตกับการทำงาน | -.132 | .065  | -.194   | -2.052* |

$R^2 = .326$ , Adjusted  $R^2 = .312$ ,  $R = .571$ ,  $F = 23.418^{***}$

\* $p < .05$ , \*\* $p < .001$

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ คุณภาพการนอนหลับและความสมดุลชีวิตกับการทำงาน โดยสามารถร่วมกันทำนายภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพได้ ร้อยละ 32.6 ( $R^2 = .326$ ,  $p < .05$ ) ซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพมากที่สุดได้แก่ คุณภาพการนอนหลับ ( $\beta = .453$ ,  $p < .001$ ) รองลงมาคือความสมดุลชีวิตกับการทำงาน ( $\beta = -.194$ ,  $p < .05$ )

### การอภิปรายผลการวิจัย

1. ผลศึกษาภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ในภาคตะวันออกพบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 24 คน มีปัญหาสุขภาพจิต คิดเป็นร้อยละ 24.00 จากการวิจัยของ Punyakra<sup>30</sup> ที่ศึกษาภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน โดยเป็นการศึกษาในเรื่องความเครียด ซึ่งผลการวิจัยนี้พบว่าพยาบาลมีระดับความเครียดที่อยู่ในระดับสูงถึงร้อยละ 56.23 และจากงานวิจัยของ Raungsrijan และ Suppapatiporn<sup>31</sup> ที่ทำการศึกษาความเครียดในพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลเอกชน

ระดับอินเตอร์เนชั่นแนล ผลการวิจัยพบว่าพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีความเครียดที่จัดอยู่ในระดับสูงถึงสูงมากคิดเป็นร้อยละ 64.30 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Gershon et al.<sup>32</sup> ที่ทำการศึกษาภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลชาวอเมริกัน ผลการวิจัยพบว่าพยาบาลเป็นกลุ่มหนึ่งที่เกี่ยวข้องการเกิดปัญหา ด้านสุขภาพจิต ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวลและความซึมเศร้า เป็นต้น นอกจากนี้ Arunpongpaissal, Pattamang และ Suwannamach<sup>33</sup> ได้ศึกษาความชุกปัญหาสุขภาพจิตในพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลร้อยเอ็ด พบว่า อัตราความชุกของปัญหาสุขภาพจิตคิดเป็นร้อยละ 10.30 ซึ่งอาการที่แสดงถึงการมีปัญหาสุขภาพจิต คือ อาการทางกาย รองลงมา คือ อาการวิตกกังวลนอนไม่หลับ มีความบกพร่องทางสังคม และอาการซึมเศร้าตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษครั้งนี้ที่พบว่า อาการเด่นของปัญหาสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง คือ อาการทางกาย รองลงมา คือ อาการวิตกกังวลนอนไม่หลับ มีความบกพร่องทางสังคม และอาการซึมเศร้าตามลำดับ ซึ่งมีความสอดคล้องกัน

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ คุณภาพการนอนหลับ และความสมดุล

ชีวิตกับการทำงาน โดยสามารถร่วมกันทำนายภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพ ได้ร้อยละ 32.6 ( $R^2 = .326, p < .05$ ) ซึ่งตัวแปรที่สามารถทำนายภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพได้มากที่สุด คือ คุณภาพการนอนหลับ ( $\beta = .453, p < .001$ ) รองลงมาคือ ความสมดุลชีวิตกับการทำงาน ( $\beta = -.194, p < .05$ ) ซึ่งสามารถอธิบายผลการวิจัยได้ดังนี้

2.1 คุณภาพการนอนหลับ ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพการนอนหลับเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพได้มากที่สุด ร้อยละ 45.30 ( $\beta = .453, p < .001$ ) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า การนอนหลับถือเป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ การมีคุณภาพการพักผ่อนที่ไม่ดี เช่น มีการนอนหลับที่ไม่เพียงพอ นั้นย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต ด้วยลักษณะงานของพยาบาลวิชาชีพต้องปฏิบัติงานตลอด 24 ชั่วโมง มีการหมุนเวียนชั้นเวรเพื่อให้บริการและดูแลรักษาผู้ป่วยที่มาใช้บริการ ในงานวิจัยนี้พบว่าพยาบาลร้อยละ 66.00 มีการขึ้นเวรแบบหมุนเวียน ซึ่งอาจส่งผลต่อแบบแผนการนอนตลอดจนคุณภาพการนอนหลับของพยาบาลเหล่านี้ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Jirapramukpitak และ Tanchaiswad<sup>23</sup> ที่ศึกษาความชุกของปัญหาคุณภาพการนอนหลับและวิเคราะห์ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ผลการวิจัยพบว่า ร้อยละ 73.00 ของพยาบาลประจำการมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี โดยพยาบาลที่ทำงานแบบเปลี่ยนผลัดเวร มีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีมากกว่าพยาบาลประจำการที่ทำงานผลัดเข้าอย่างเดียวนอกจากนี้ในการทำงานของพยาบาลอาจมีความเครียดวิตกกังวล ความเหนื่อยล้าจากการทำงานและการนอนที่ไม่เป็นเวลา ส่งผลให้ร่างกายหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอล (Cortisol) ทำให้มีอาการนอนหลับยากและประสิทธิภาพการทำงานของสมองและร่างกายลดลงจากการนอนที่ไม่เพียงพอ ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลการนอนหลับที่ดีและมีประสิทธิภาพนั้นมีผลทางบวกต่อภาวะสุขภาพจิต<sup>34</sup> สอดคล้องกับการศึกษาของ Rangsing<sup>7</sup> ที่พบว่า คุณภาพการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พยาบาลที่มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีพบว่า มีภาวะสุขภาพจิตที่ไม่ดี ถึงร้อยละ 14.70 และจากงานวิจัยของ Sawaengdee, Thungjaroenkul, Noree และ Pagaiya<sup>18</sup> ที่ทำการศึกษาถึงภาวะสุขภาพและชีวิตการทำงาน

ของพยาบาลไทย ผลการวิจัยพบว่าร้อยละ 33.00 ของพยาบาลที่ทำการศึกษามีปัญหาเรื่องการนอนหลับ และจากงานวิจัยของ Thapa, Malla, และ Asim<sup>35</sup> ที่ทำการศึกษาคูณภาพการนอนหลับและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องของพยาบาลที่ปฏิบัติงานแบบเป็นกะหรือแบบหมุนเวียน จำนวน 148 คน ผลการวิจัยพบว่า มีพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างถึง 111 คน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 75.00 มีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับ และจากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับเท่ากับ 6.57 (SD. = 2.78) ซึ่งหมายถึงการมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี นอกจากนี้ยังพบว่า พยาบาลที่ทำการศึกษามีปัญหาสุขภาพทางกายอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น มีการคลื่นไส้อาเจียน ปวดท้อง โดยพบว่าคุณภาพการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพกาย ตลอดจนส่งผลต่อสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับครอบครัวและสังคมของพยาบาล

2.2 สมดุลชีวิตกับการทำงาน ผลการศึกษาพบว่า ความสมดุลชีวิตกับการทำงานสามารถทำนายภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพ ได้ร้อยละ 19.40 ( $\beta = -.194, p < .05$ ) อธิบายได้ว่า สมดุลชีวิตกับการทำงานเป็นการรักษาดุลยภาพของการทำงานกับการใช้ชีวิตส่วนตัวที่บุคคลต้องการให้เกิดขึ้นเกี่ยวกับการใช้เวลากับแบบแผนการดำเนินชีวิต หากสามารถทำให้เกิดสมดุลได้ จะทำให้การดำเนินชีวิตและการทำงานราบรื่น ทำงานสำเร็จตามระยะเวลาที่กำหนด ส่งผลให้เกิดความสุขในชีวิตและการทำงาน<sup>16</sup> แต่หากชีวิตด้านการงานเข้าไปมีอิทธิพลต่อชีวิตส่วนตัวของบุคคลซึ่งในที่นี้หมายถึงพยาบาลวิชาชีพมากเกินไปอย่างเช่น พยาบาลที่มีภาระงานมากหรือต้องใช้เวลาทำงานมาก จะมีเวลาให้แก่งิจกรรมในชีวิตลดลงหรือเกิดความเครียด มีผลกระทบต่อชีวิตครอบครัว รู้สึกเหนื่อยล้าในการทำงาน<sup>36</sup> อาจทำให้พยาบาลวิชาชีพรู้สึกสูญเสียสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงาน และความพึงพอใจในชีวิตลดลง ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตที่ไม่ดีของพยาบาลวิชาชีพ

2.3 ความฉลาดทางสังคม ผลการศึกษาพบว่า ความฉลาดทางสังคม ไม่สามารถทำนายภาวะสุขภาพจิตได้อธิบายได้ว่า ความฉลาดทางสังคมเป็นการแสดงถึงความสามารถของบุคคลในการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในสังคมได้อย่างมีความสุข สามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีและทำงานร่วมกับผู้อื่นได้<sup>9</sup> ทั้งที่เป็นเพศเดียวกันและต่างเพศได้อย่างเหมาะสม<sup>9</sup> ซึ่งมนุษย์เรานั้นต้องมีการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมร่วมกับบุคคล

อื่นที่มีความหลากหลายทั้งเพศ วัย บุคลิกภาพ การนับถือศาสนา เป็นต้น โดยเฉพาะในวิชาชีพพยาบาลที่นอกจากการให้บริการดูแลสุขภาพแก่ผู้รับบริการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณแล้ว พยาบาลวิชาชีพยังมีบทบาทการทำงานเป็นทีมกับบุคลากรอื่นๆ ในโรงพยาบาล อาทิเช่น แพทย์ เภสัชกร และนักกายภาพ เป็นต้น เพื่อพัฒนาคุณภาพของการให้บริการอย่างต่อเนื่อง<sup>37</sup> พยาบาลวิชาชีพจึงต้องมีการติดต่อสื่อสารและมีปฏิสัมพันธ์ทั้งกับผู้รับบริการและระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ร่วมมือช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการปฏิบัติงาน ซึ่งจากลักษณะงาน บทบาทหน้าที่ ทำให้พยาบาลวิชาชีพต้องพัฒนาศักยภาพด้านการสื่อสารและการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอยู่ตลอดเวลาทำให้มีความฉลาดทางสังคมที่ดี

2.4 พลังสุขภาพจิต ผลการศึกษาพบว่า พลังสุขภาพจิตไม่สามารถทำนายภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพได้ แต่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Chommalee<sup>14</sup> Dehvan, Kamangar, Baiezeedy, Roshani และ Ghane-Gheshlagh<sup>38</sup> ที่ทำการศึกษาในพยาบาลวิชาชีพและพบว่าพลังสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต พลังสุขภาพจิตถือเป็นปัจจัยด้านบุคคลที่ส่งผลทางบวกต่อภาวะสุขภาพจิต พยาบาลที่มีพลังสุขภาพจิตที่ดีจะเป็นผู้ที่มีความสามารถในการปรับตัว มีความเข้มแข็งทางจิตใจ สามารถเผชิญและจัดการกับปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในชีวิตได้<sup>15</sup> เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการปรับตัวและการมีภาวะสุขภาพจิตที่ดี แม้จะพบความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลที่ทำการศึกษา แต่พลังสุขภาพจิตในงานวิจัยนี้ไม่สามารถทำนายภาวะสุขภาพจิตได้ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ได้ศึกษามีอายุ 20-30 ปี ถึงร้อยละ 59.00 ทำให้มีการกระจายของข้อมูลน้อย ทำให้ตัวแปรด้านพลังสุขภาพจิตไม่สามารถทำนายภาวะสุขภาพจิตได้

## ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการนำผลการวิจัยไปใช้ ผลการศึกษาผู้บริหารสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานด้านภาวะสุขภาพจิตตลอดจนการติดตามและใช้ประกอบการวางแผนพัฒนาบุคลากรดังนี้

1.1 การสำรวจภาวะสุขภาพจิตของบุคลากรในโรงพยาบาลซึ่งรวมถึงพยาบาล เป็นประจำ

1.2 จัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตของบุคลากร เช่น การจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตในขณะทำงานและนอกเวลางาน และส่งเสริมการออกกำลังกาย เป็นต้น

1.3 การส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับ เช่น การจัดสภาพแวดล้อมภายในที่พักสำหรับพยาบาลให้เอื้อต่อการพักผ่อนนอนหลับ

1.4 การวางแผนและหาแนวปฏิบัติให้พยาบาลมีเวลาการทำงานที่เหมาะสม เช่น การจัดอัตราค่าจ้างที่เพียงพอ รวมถึงการเปิดโอกาสให้พยาบาลได้มีส่วนร่วมในการจัดตารางการทำงานตนเอง เพื่อการวางแผนในการทำกิจกรรมอื่น ๆ อันจะเป็นการรักษาสมดุลของชีวิตกับการทำงาน

## ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชนจากหลายที่ เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น ตลอดจนได้ข้อมูลที่มีความหลากหลาย

2. ควรมีการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชน

## References

1. Jearong K, Srivichai C. Relationship between Working Environment Factors and Burnout of Nurses, Community Hospital of Pathumtani Province. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2017;18(2): 299-305. (in Thai).
2. Toojinda K. Quality of life of registered nurses in Bumrungrad International Hospital [Master's Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2010. (in Thai).
3. Bejrsuwana A, Suwannapong N, Howteerakul N, Boonshuyar C. Nurses' Quality of Work Life in Private Hospital. Kuakarun Journal of Nursing 2012;19(2):103-17. (in Thai).
4. Sricamsuk Saito A, Voraharn W, Senarak W. Happiness of Undergraduate Nursing Students, Faculty of Nursing, Khon Kaen University. Journal of Nursing Science & Health 2011;34(2):71-9. (in Thai)
5. World Health Organization [WHO]. Mental health [Internet]. 2014. Available from: [http://www.who.int/topics/mental\\_health/en](http://www.who.int/topics/mental_health/en).
6. Goldberg DP. The detection of psychiatric illness by questionnaire: A technique for the identification and assessment of non-psychotic psychiatric illness. England: Oxford University Press; 1972.
7. Rangsing C. Quality of sleep and mental health of professional nurses in government hospital [Master's Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2007. (in Thai).
8. Goleman D. Social Intelligence: The new science of human relationships. New York: Bantam Books; 2006.
9. Kihlstrom JF, Cantor N. Social intelligence. In R. J. Sternberg (Ed.), Handbook of intelligence. 2<sup>nd</sup> ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2000:359-379.
10. Inkaew S, Phalitnontkiet Y, IamSa-at S, Danwattana S. Turning bad into good: Resilience Quotient. Nonthaburi: Bureau of Social Mental Health, Department of Mental Health, Ministry of Public Health. 2009. (in Thai).
11. Beecorft PC, Dorey F, Wenten M. Turnover intention in new graduate nurses: A multivariate analysis. Journal of Advanced Nursing 2008;62(1):41-52.
12. Gito M, Ihara H, Ogata H. The relationship of resilience, hardiness, depression and burnout among Japanese psychiatric hospital nurses. Journal of Nursing Education and Practice 2013;3(11):12-8.
13. Chompunud S, Inkaew W. Resilience Quotient, Emotional Quotient, and stress in nursing students Thai Red Cross College of Nursing. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health 2012;26(2): 87-98. (in Thai).
14. Chommalee S. A Study of the Relationships Between the Resilience Quotient and the Mental Health Status of the Unemployed: A Case Study of the Office of Employment, Bangkok Area 5 [Master's Thesis]. Bangkok: Ramkhamhaeng University; 2012. (in Thai).

15. Jannoppacun J, Suppapatiporn S. Predictive Factors for the Resilience Quotient of New Nursing Graduates on Rotational Duty at Chulalongkorn Hospital. *Thai Journal of Nursing Council* 2015;30(2):113-26. (in Thai).
16. Dex S, Bond S. Measuring work-life balance and its covariates. *Work Employment Society*. 2005;19:627-36.
17. Pechsien S. The Relationship Between Emotional Quotient and Achievement Motivation of Professional Nurses in Police General Hospital [Master's Thesis]. Bangkok: Ramkhamhaeng University; 2007. (in Thai).
18. Sawaengdee K, Thungjaroenkul P, Noree T, Pagaiya N. A summary report of the study project on health and work life of professional nurses in Thailand. Nonthaburi, International Health Policy Program: IHPP, Ministry of Public Health. 2010. (in Thai).
19. Wattannakitkriear D, Nakasawasdi K, Cheewapoonphon C, Sattayawiwat W. Stress management and stress related factors in nurse. *Journal of nursing* 2010;28(1):67-76. (in Thai).
20. Nilchaikovit T, Sukying C, Silpakit C. Reliability and validity of the Thai version of the General Health Questionnaire. *Journal of the Psychiatrist Association of Thailand* 1996;41(1):2-17. (in Thai).
21. Chaabutr P. Correlation of Mental Health, Working Environment and Work Ability of Professional Nurses in Hospitals under Public Health Ministry Pathum Thani Province. *Eastern Asia University Heritage Journal Science and Technology* 2014;8(1):171-83. (in Thai).
22. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Hoch CC, Kupfner DJ. Quantification of subjective sleep quality in healthy elderly men and women using the Pittsburgh sleep quality index. *Sleep*, 1991;14(4): 331-38.
23. Jirapramukpitak T, Tanchaiswad W. Sleep disturbances among nurses of Songklanagarind Hospital. *Journal of the Psychiatrist Association of Thailand* 1997;42(3):123-32. (in Thai).
24. Suwitthayarat K. The study and development of social intelligence for higher education students in the south of Thailand. *Counseling Psychological*; Srinakharinwirot University; 2014. (in Thai).
25. Department of Mental Health. Turning bad into good: Resilience Quotient, RQ. Bureau of Psychosocial Health Department of Mental Health, Ministry of Public Health. 2009. (in Thai).
26. Grotberg EH. I am, I have, I can: Family worldwide taught us about resilience. *Reaching Today's Youth: The Community Circle of Caring Journal* 1998;2(3):36-9.
27. Jannoppacun J. Resilience Quotient (RQ) of newly rotating graduated nurses of King Chulalongkorn Memorial Hospital [Master's Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2014. (in Thai).
28. Kaewtawee A. Relationships between work-life balance, safe work practice and organizational commitment of professional nurses at private hospitals in Southern region [Master's Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2012. (in Thai).

29. Daniels L, McCarraher L. The work-life manual. London: Industrial Society; 2000.
30. Punyahrasd P. A study of stress, stress management, and factors affecting job stress of professional nurses in private hospitals [Master's Thesis]. Chiangmai: Chiang Mai Rajabhat University; 2006. (in Thai).
31. Raungsrijan P, Suppakitiporn S. Stress of Nurses, Attitude for Development to be a Magnet Hospital and Factors Associated with Stress of Registered Nurses in Private International Hospital. Journal of the Psychiatrist Association of Thailand 2011;56(4):425-36. (in Thai).
32. Gershon RR, Stone PW, Zeltser M, Faucett J, MacDavitt K, Chou SS. Organizational climate and nurse health outcomes in the United States: A systematic review. Industrial Health 2007;45(5): 622-36.
33. Arunpongpaisal S, Pattamang Y, Suwannamach P. Prevalence of mental health problem among registered nurses at Roiet Hospital. J Psychiatr Assoc Thailand 2008;53(1):21-30. (in Thai).
34. Scott AJ, Webb TL, Rowse G. Does improving sleep lead to better mental health? A protocol for a meta-analytic review of randomised controlled trials. BMJ Open. 2017; 7(9) e016873. doi: 10.1136/bmjopen-2017-01687.
35. Thapa D, Malla G, Asim KC. Sleep quality and related health problems among shift working nurses at a Tertiary Care Hospital in Eastern Nepal: A cross sectional study. Journal of Nursing Health Studies 2017;2(3):1-4 doi: 10.21767/2574-2825.100029
36. Bayraktar M, Salman M. The impact of family life on work efficiency: a study of employed women from different occupational statuses in a metropolitan area in Turkey. International Journal of Consumer Studies 2003;27(1):80-6.
37. Liangkobkit C. Relationships between personal factors, work endeavor, social support, and job stress in professional nurses, private hospitals [Master's Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2010. (in Thai).
38. Dehvan F, Kamangar P, Baiezeedy S, Roshani D, Ghanei-Gheshlagh R. The relationship of mental health with resilience among psychiatric nurses. Nursing Practice Toda

## บทความวิจัย

## การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนบนวิถีวัฒนธรรมภูมิปัญญา Self-Care of Diabetic Patients in the Community on the Culture of Wisdom

Received: Dec 23, 2018

Revised: Aug 4, 2019

Accepted: Aug 10, 2019

เพ็ญศรี ทองเพชร ศษ.ม. (Phensri Thongphet, M.Ed.)<sup>1</sup>ชุลีพร หิตถักษร พย.ม. (Chuleeporn Heetakson, M.N.S.)<sup>2</sup>โสทรีย์ แพน้อย ศษ.ม. (Soratre Phano, M.Ed.)<sup>3</sup>ปิยะดา ยุ้ยฉิม พย.ม. (Piyada Yuychim, M.N.S.)<sup>4</sup>พูนศรี จินด้าง ศษ.ม. (Phonsri Jeendong M.Ed.)<sup>5</sup>

### บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนบนวิถีวัฒนธรรมภูมิปัญญา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานในตำบลมะลวน อำเภอฟุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 30 ราย เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง โดยมีแนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนบนวิถีวัฒนธรรมภูมิปัญญา เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interviews) การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-participative observation) การบันทึกภาคสนาม (Field notes) วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

ผลการศึกษา พบว่า 1) ด้านความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ผู้ให้ข้อมูลอธิบายว่าความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้มีการดูแลตนเองที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ โดยผู้ให้ข้อมูลมีการประยุกต์ใช้ความรู้ในเรื่องการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรค การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิตของตนเองในการดูแลสุขภาพ 2) ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองในปัจจุบัน ด้านร่างกาย ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่สามารถควบคุมน้ำตาลได้ ด้านจิตใจ ยอมรับต่อการป่วยเป็นโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด ต้องมีการรักษาและดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง 3) ด้านการดูแลตนเอง ผู้ให้ข้อมูลเน้นการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย ปรับวิธีรับประทานยา ให้สอดคล้องกับวิถีชีวิต และประยุกต์ใช้วัฒนธรรม ภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยใช้การนวดแผนไทย การออกกำลังกายแบบโนราบิก เป็นการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ และป้องกันข้อติด การใช้สมุนไพร ได้แก่ มะระขี้นก ใบเตยหอม ยอดตำลึง วานหางจรเข้ และใบกระเพรา มาทดลองใช้ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดคงที่

**คำสำคัญ:** ผู้ป่วยโรคเบาหวาน, การดูแลตนเอง, วัฒนธรรม, ภูมิปัญญาท้องถิ่น

<sup>1</sup>ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี E-mail: phensrit@hotmail.com

<sup>2,3</sup>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี E-mail: <sup>2</sup>chuleeporn.ekt@gmail.com, <sup>3</sup>soratre@yahoo.com

<sup>4</sup>พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี E-mail: piyada.ns1@gmail.com

<sup>5</sup>ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะลวน อำเภอฟุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี E-mail: poonsri1177@gmail.com

<sup>1-4</sup>Boromajonani College of Nursing Suratthani, Surat Thani, Thailand.

<sup>5</sup>Maluan Sub-District Health Promoting Hospital, Surat Thani, Thailand.

### Abstract

This is quantitative research aimed to study self-care of diabetic patients in the community on the culture of wisdom province. The sample comprised 30 diabetic patients in Maluan sub-district, Phun Phin district, Surat Thani selected using purposive sampling to inclusion criteria. The research instrument was demographic questionnaire and Semi-structured interview about self-care of diabetic patients in the community on the culture of wisdom. Data were collected used in-depth interviews, non-participative observations and field notes in collecting data. Content analysis was applied for the data analysis.

The study revealed three following important findings. 1) Knowledge and understanding of diabetes. The informants explained that knowledge and understanding about diabetes is important to help them practice effectively self-care. The informants can apply them in eating healthy and disease-appropriate diet, exercise, taking medicine, and adjusting their self-care life style. 2) Perceived their present health status. Most informants perceived that they could control over their diabetes and they accepted their chronic and incurable diabetes that needed to be continuously treated and practice good self-care regularly. 3) Self-care. Informants accentuated their diet control, exercise, and adjusting the dosage of medicine accordingly to their life style, culture, and local wisdom. Their culture and local wisdom practices include Thai massage, Nora Aerobic (Southern dance integrated with aerobic dance), muscle stretching to prevent joint stiffness. In addition, they used herbs such as wild bitter cucumbers, pandan leaves, ivy gourd, aloe, and holy basil leaves to keep their blood sugar in constant level.

**Keywords:** self-care, diabetic patients, local culture and wisdom.

### บทนำ

โรคเบาหวานจัดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลก เป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการคาดการณ์ทางสถิติขององค์การอนามัยโลก พบว่า ความชุกของโรคเบาหวานใน พ.ศ. 2668 จะมีผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลก ถึง 300 ล้านคน ในประเทศไทยในอนาคตจะมีประชากรไทยที่เป็นโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นถึง 1.1 ล้านคน และจากการสำรวจสภาวะสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2556-2557 พบว่าประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีความชุกเบาหวานถึงร้อยละ 8.90 มีผู้เป็นโรคเบาหวานได้รับการรักษาและควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีเพียงร้อยละ 23.70<sup>1</sup> ซึ่ง

โรคเบาหวานเป็นโรคที่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงโดยมีการทำลายอวัยวะต่าง ๆ ที่สำคัญของร่างกายเกิดภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดหัวใจและสมองมากถึงร้อยละ 65.00 ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท ร้อยละ 70.00 ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานดังกล่าว เกิดจากผลของระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงขึ้น เป็นผลจากภาวะผิดปกติของการหลั่งอินซูลินและภาวะดื้อต่ออินซูลินโดยมีปัจจัยทางพันธุกรรม และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมเป็นส่วนร่วมที่สำคัญ ผลกระทบจากโรคเบาหวาน โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อน จะมีผลต่อสุขภาพโดยตรงของผู้ป่วย เกิดความไม่สุขสบาย ทุกข์ทรมาน และเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และยังก่อให้เกิดปัญหาทั้งทางด้านจิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ทั้งของผู้ป่วย ครอบครัว และประเทศชาติ

การรักษาโรคเบาหวานที่ดีที่สุดคือ การป้องกันและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ลดลงเป็นปกติไม่ให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย ดังนั้น การป้องกันและการควบคุมโรคจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อลดความรุนแรงที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะสำคัญ เป้าหมายการป้องกัน และการรักษาโรคเบาหวาน คือ การลดอัตราการเกิดโรคและอัตราการตาย โดยการควบคุมให้ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับปกติมากที่สุด และต้องดูแลรักษาต่อเนื่อง การรักษาที่มีจุดประสงค์และเป้าหมายชัดเจน เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคแทรกซ้อน ให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรค วิธีการรักษา สร้างทักษะการกิน การอยู่ที่ถูกต้อง โน้มน้าวสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยปฏิบัติได้จริง<sup>1</sup>

ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี สถานการณ์โรคเบาหวาน ในปีงบประมาณ 2559 มีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน เท่ากับ 43,215 คน ปีงบประมาณ 2560 จำนวน 45,617 คน จะเห็นว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตามลำดับ<sup>2</sup> และจากการสำรวจปัญหาและวินิจฉัยชุมชนในชุมชนมะลวน อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2558-2560 พบว่า มีผู้ป่วยโรคเบาหวานเท่ากับ 32.91, 33.27, 35.72 ต่อพันประชากร อัตราตายด้วยโรคเบาหวานเท่ากับ 3.49, 10.55, 15.23 ต่อพันประชากร ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ตามลำดับ 4 การรักษาโรคเบาหวานต้องใช้เวลายาวนาน มีการค้นหาทางเลือกในการดูแล<sup>3</sup> เนื่องจากในชุมชนแต่ละแห่ง มีทรัพยากรบุคคลที่มีคุณค่า ด้านการนำภูมิปัญญาท้องถิ่นที่มีอยู่ในชีวิตประจำวัน ประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน ได้แก่ หมอพื้นบ้าน หมอนวดแผนโบราณ หมอสมุนไพร ซึ่งได้รับการถ่ายทอดแบบแผนการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพที่สั่งสมสืบทอดกันมา ล้วนแต่มีความเชี่ยวชาญการรักษาอยู่เป็นจำนวนหนึ่ง<sup>4</sup> หากมองด้านดีเราสามารถดึงทุนส่วนสุขภาพเหล่านี้มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานได้เป็นอย่างดี

อย่างไรก็ตามจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการใช่วิถีวัฒนธรรม ภูมิปัญญาท้องถิ่น ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ยังมีอยู่ไม่มากนัก ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาประสบการณ์ การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนชนบทวัฒนธรรม ภูมิปัญญาเพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ของผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน การใช้วิถีวัฒนธรรม ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการ

รักษาโรค โดยผลของการศึกษาสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานให้สอดคล้องกับความต้องการ และบริบทของผู้ป่วย รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการดูแลตนเองเพื่อดำเนินชีวิตอยู่กับโรคได้อย่างดียิ่งขึ้น

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนชนบทวัฒนธรรมภูมิปัญญา

## ระเบียบวิธีวิจัย

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยเบาหวาน ในตำบลมะลวน อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน จำนวน 30 ราย ในตำบลมะลวน อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน มีประสบการณ์ในการนำวัฒนธรรม และภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน มาแล้วอย่างน้อย 1 ปี และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้โดยดูข้อมูลระดับน้ำตาลในเลือดจากสมุดประจำตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

2. สมารถใจที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัย

3. สามารถสื่อสารด้วยการพูด และการฟังด้วยภาษาไทยหรือภาษาถิ่นได้

4. ยินยอมให้ บันทึกบทสัมภาษณ์

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้หลักความอิ่มตัวของข้อมูล (Saturated data) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 30 ราย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนชนบทวัฒนธรรมภูมิปัญญา โดยผู้วิจัยสร้างแนวคำถามจากการทบทวนเอกสาร ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย

เบาหวาน วัฒนธรรมท้องถิ่นภาคใต้กับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน การแพทย์ทางเลือกและภูมิปัญญาท้องถิ่นกับโรคเบาหวาน ผ่านการตรวจสอบด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และไปทดลองสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ 5 ราย เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของแนวคำถาม แล้วนำมาปรับแก้ก่อนนำไปใช้จริง โดยแบบสัมภาษณ์ กึ่งโครงสร้าง แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

**ส่วนที่ 1** ข้อมูลทั่วไป เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว และระยะเวลาการป่วยเป็นเบาหวาน

**ส่วนที่ 2** แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนชนบทวัฒนธรรมภูมิปัญญา ดังนี้

2.1 เมื่อทราบว่าป่วยเป็นโรคเบาหวาน ท่านรู้สึกอย่างไร

2.2 ท่านมีความเชื่อเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และการดูแลตนเองเมื่อเป็นเบาหวานอย่างไร

2.3 ท่านมีวิธีการดูแลตนเองโดยนำวัฒนธรรม และภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างไร

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราญราษฎร์ เลขที่ 2018/08 ลงวันที่ 28 มิถุนายน 2561 และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้ผู้ให้ข้อมูลทราบ ขออนุญาตเก็บข้อมูลโดยให้อิสระในการตัดสินใจเพื่อให้คำตอบ ไม่เป็นการบังคับ หลีกเลี่ยงการเจาะลึกในประเด็นที่เป็นเรื่องส่วนตัว หรือเรื่องละเอียดอ่อน และให้ความมั่นใจแก่ผู้ให้ข้อมูลในการนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวม โดยผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิในการที่จะไม่เข้าร่วมหรือออกจากการศึกษาวิจัยได้ตลอดเวลา จากนั้นให้ผู้ให้ข้อมูลลงลายมือชื่อยินยอมในเอกสารพิทักษ์สิทธิ

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลทุกคนได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการสัมภาษณ์ พร้อมการพิทักษ์สิทธิ เมื่อได้รับความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลเพื่อบันทึกเทปการสัมภาษณ์ แล้วจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 30 ราย ใช้เวลาในการสัมภาษณ์

ครั้งละ 30-60 นาที และยุติการสัมภาษณ์ หากผู้ให้ข้อมูลมีภาวะวิกฤตทางอารมณ์ ผู้วิจัยให้การช่วยเหลือสนับสนุนทางอารมณ์ และเมื่อผู้ให้ข้อมูลพร้อม จึงดำเนินการสัมภาษณ์ต่อ สิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัว

### การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interviews) ของผู้ให้ข้อมูล แต่ละราย ผู้วิจัยได้นำบทสัมภาษณ์มาถอดเทปแบบคำต่อคำ (Verbatim) และใส่ชื่อสมมติไว้เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล แล้วจึงนำข้อมูลมาสู่ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล โดยในการค้นหาข้อสรุปเพื่อตอบคำถามวิจัย โดยใช้การตีความ (Interpretation) จากข้อมูลที่สามารถเก็บรวบรวมได้ รวมทั้งข้อมูลจากการจดบันทึกของผู้บันทึก และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม เป็นการตีความแบบบรรยายเพื่ออธิบายความสัมพันธ์ของข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยพยายามตีความหมายออกมาจากข้อมูลที่มีอยู่ โดยเริ่มจากการหาความเชื่อมโยงของข้อมูล ดูความสัมพันธ์ต่าง ๆ ที่ปรากฏมาตั้งเป็นประเด็นคำถาม หรือสมมติฐาน แล้วพยายามอ่านข้อมูลที่รวบรวมมาจากคำอธิบายในการสนทนาของผู้ให้ข้อมูลในแต่ละราย และจากการทบทวนเอกสารงานวิจัยมาพิสูจน์เพื่อสร้างข้อสรุปตอบประเด็นคำถาม ซึ่งการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) แบ่งเป็น 3 ประเด็น ได้แก่ 1) ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน 2) การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองในปัจจุบัน อาการแทรกซ้อนที่เกิดจากเบาหวานและการปฏิบัติตัวต่ออาการแทรกซ้อนนั้น 3) การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนบทวัฒนธรรมภูมิปัญญา

ผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล โดยผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลแสดงพฤติกรรมอย่างเป็นธรรมชาติ ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยการตรวจสอบข้อมูลซ้ำกับผู้ให้ข้อมูล โดยผู้วิจัยสรุปเรื่องราวต่าง ๆ ให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยันความถูกต้อง ระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล ทีมผู้วิจัยจะมีการนัดประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนมุมมองและความคิดเห็นในการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเสร็จสิ้นลงจากการที่ข้อมูลอิ่มตัว ผู้วิจัยทุกคนจะอ่านบทสัมภาษณ์ที่ได้จากการถอดเทป บันทึกแบบคำต่อคำ และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากนั้นจึงนัดประชุมทีมวิจัยเพื่อร่วมกันทดสอบผลการวิเคราะห์ข้อมูลระหว่างทีมวิจัย

## ผลการวิจัย

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.67 ซึ่งอยู่ในช่วงกลุ่มอายุตั้งแต่ 60-85 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 80.00 จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 83.33 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100.00 มีรายได้อยู่ในช่วง 3,000-14,000 บาท พักอาศัยกับคู่สมรสและบุตรหลาน ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานอยู่ช่วง 2-20 ปี เมื่อทราบว่า เป็นโรคเบาหวานส่วนใหญ่จะได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมากที่สุด

### ส่วนที่ 2 การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนบนวิถีวัฒนธรรมภูมิปัญญา วิเคราะห์ได้ ดังนี้

2.1 ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน จากการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยพบว่า ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 30 ราย อธิบายว่า ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานเป็น สิ่งที่สำคัญที่จะช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลมีการดูแลตนเองที่ถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ โดยผู้ให้ข้อมูลมีการประยุกต์ใช้ความรู้ในเรื่องการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรค การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการปรับแผนการดำเนินชีวิตของตนเองในการดูแลสุขภาพ

“ผู้ป่วยยามกินอย่างระมัดระวัง กลัวน้ำตาลขึ้น มันจะช็อค กลัวตาย และก็บ้ำไม่เคยขาดยา หมอบอกว่า เบาหวาน คือ โรคเรื้อรัง ต้องกินยาให้สม่ำเสมอ บ้ำทำได้นะ กินยาทุกวัน ไม่เคยขาดยาเลย”

“พยาบาลบอกให้กินหวาน กินแป้ง ให้น้อยลง ลูกก็พยายามลด กินข้าวให้น้อย ความรู้สำคัญมาก ถ้าไม่รู้ ว่า เบาหวาน คือ โรคไร และต้องดูแลตนเองพันพริ้อ บ่านี้อยู่ ในโรงแล้ว”

“พยาบาลที่ รพ.สต. บอกว่า เป็นเบาหวาน ต้อง คุมอาหาร ออกกำลังกาย ต้องดูแลตนเองแบบไหน พยาบาล บอกหมดเลย บ้ำทำตามนะ กลัวตาย กลัวเป็นอัมพาต ลูกหลาน ลำบากอีก”

2.2 การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองในปัจจุบัน อาการแทรกซ้อนที่เกิดจากเบาหวานและการปฏิบัติตัวต่อ อาการแทรกซ้อนนั้น

การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองในปัจจุบัน ด้าน ร่างกาย ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่สามารถควบคุมน้ำตาลได้ ด้าน

จิตใจ ยอมรับต่อการป่วยเป็นโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง ที่รักษาไม่หายขาด ต้องมีการรักษาและดูแลตนเองที่ต่อเนื่อง

“บ้ำเป็นเบาหวานมา 10 ปีแล้ว หมอนัดก็ครั้ง น้ำตาลเท่าเดิมไม่เพิ่มขึ้น บ้ำทำตามที่หมอบอก กินข้าวให้น้อย งดขนมหวาน เดินออกกำลังกาย แล้วอย่าไปคิดไรมาก ทำใจให้สบาย แล้วเราก็จะอยู่กับมันได้”

“บ้ำหมอให้ตรวจ ตา ตรวจเท้า ของบ้ำยังไม่มี เบาหวานขึ้นตา เท้าไม่ค่อยชา ไปไหนใส่รองเท้าป้องกัน บ้ำเฉย ๆ เลยแล้ว ตอนนี้ไม่มีเพื่อนไปออกกำลังกาย เราต้องดูแลตัวเอง ไม่ให้น้ำตาลขึ้น ไม่ให้เป็นลม นอนติดเตียง”

2.3 การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานบนวิถีวัฒนธรรม ภูมิปัญญา

ผู้ให้ข้อมูล เน้นการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย ปรับวิธีรับประทานยา ให้สอดคล้องกับวิถีชีวิต และประยุกต์ใช้วัฒนธรรม ภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยการนำวิธีการนวดแผนไทย การออกกำลังกายแบบโนราบิค เป็นการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ป้องกันข้อติด การใช้สมุนไพร ได้แก่ มะระขี้นก ใบเตยหอม ยอดตำลึง ว่านหางจระเข้ และใบกระเพรา มาทาลองใช้ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดคงที่

“บ้ำ เอมะระขี้นก ตากแดดให้แห้ง แล้วชงกับ น้ำร้อน กินวันละ 2 แก้ว เข้า-เที่ยง”

“บ้ำเก็บยอดตำลึงข้างรั้ว ผัดกินทุกวัน เขาว่า ลดเบาหวาน กินหอยกัน”

“บ้ำชอบกินผัดกระเพรา บางทีก็เอาใบเพรา ตากแห้ง แล้วบด ชงกับน้ำร้อน กินวันละแก้ว”

“ลูกสาวรู้จักไม่ เเตยหอม เอมะระ มาต้ม กิน ครั้งแก้ว กินเรื่อย ๆ ในวันหนึ่ง เวลาต้มบ้ำใส่ใบเตยหอมกัน ให้ มันหอม สดชื่นดี”

“ที่บ้านปลูกว่านหางจระเข้ เอาวันมากิน เห็น เขาวาน้ำตาลลด”

“รำโนหระ นักศึกษาพยาบาลเคยมาสอนทำ รำย่ายดี เหมือนรำวง ชอบๆ ได้ยืดแขน ยืดขา ไม่เซ็ดเมื่อยแรง”

## อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานใน ชุมชนบนวิถีวัฒนธรรมภูมิปัญญา อภิปรายผลได้ดังนี้

## ประเด็นที่ 1 ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน

ผู้ให้ข้อมูลทุกรายเชื่อว่า การมีความรู้และความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคเบาหวาน เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้มีการดูแลตนเองที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ โดยผู้ให้ข้อมูลมีการประยุกต์ใช้ความรู้ในเรื่องการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรค การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการปรับแผนการดำเนินชีวิตของตนเองในการดูแลสุขภาพ เนื่องจากโรคเบาหวาน เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ จึงมีการให้ความรู้และการปฏิบัติตนป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น โดยผ่านสื่อต่างๆ ได้แก่ อินเทอร์เน็ต ไลน์ โทรศัพท์ ผ่านหน่วยงาน บุคลากรสาธารณสุข ได้มีการให้ความรู้ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล การจัดกลุ่มเพื่อนเบาหวาน เป็นต้น จึงทำให้ผู้ป่วยรับรู้เรื่องราวเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และป้องกันภาวะแทรกซ้อนตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของ Sony, Chueamuangphan, Maneerat และ Mahawongsanan<sup>7</sup> ศึกษาผลของการให้ความรู้โรคเบาหวานแก่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นรายกลุ่มเทียบกับรายบุคคล ณ หน่วยบริการปฐมภูมิ และคลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ พบว่า การให้ความรู้แบบรายบุคคลมีแนวโน้มที่จะลดระดับน้ำตาลสะสมได้ การช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยเบาหวานดูแลตนเอง (Diabetes Self-Management Support; DSMS) ทั้งแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม สามารถลดระดับน้ำตาลได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

## ประเด็นที่ 2 การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองในปัจจุบัน

ด้านร่างกาย ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่สามารถควบคุม น้ำตาลได้ ด้านจิตใจ ยอมรับต่อการป่วยเป็นโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง ที่รักษาไม่หายขาด ต้องมีการรักษาและดูแลตนเองที่ต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Klungthumnum, Wirojratana, Jitramontree และ Pongthavornkamol<sup>8</sup> ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ ความเจ็บป่วย การรับรู้ทางอารมณ์ และพฤติกรรมในการดูแลตนเองในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้โรคเบาหวานมีความรุนแรง จะส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิต ทำให้ชีวิตเปลี่ยนแปลงไป จากเดิม เช่น ต้องรับประทานยาทุกวัน ต้องเดินทางเพื่อไป

รับการตรวจตามนัดทุกเดือน ต้องเลือกชนิดอาหารต้องดูแลตนเองเพิ่มขึ้น เนื่องจากรับรู้ถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ในอนาคตจึงทำให้กลุ่มตัวอย่าง เห็นถึงความสำคัญของการควบคุมพฤติกรรมดูแลตนเองมากขึ้น

## ประเด็นที่ 3 การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานบนวิถีวัฒนธรรมภูมิปัญญา

ผู้ให้ข้อมูลประยุกต์ใช้วัฒนธรรม ภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยการนำวิธีการนวดแผนไทย การออกกำลังกายแบบโนราบิก เป็นการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ป้องกันข้อติด ซึ่งโนราหรือ มโนราห์ เป็นศิลปะการแสดงของภาคใต้ มีบททำนองอย่างเดียวกับละครชาตรี มีจังหวะดนตรีไม่เร็วหรือช้า ได้ยินเมื่อใดก็เร้าใจอยากขยับแข้งขา เป็นที่มาของการพัฒนาเป็นท่าออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และวัยรุ่นวัยเรียนก็ฝึกหัดเพื่อปลูกฝังให้รักในศิลปะของท้องถิ่นยิ่งขึ้น<sup>9</sup> ผู้ป่วยหลายคนที่เป็นเบาหวานและบริหารร่างกายแบบโนราบิก อาการต่างๆ ดีขึ้น และน้ำตาลในเลือดก็ลดลง สำหรับผู้ที่น้ำตาลในเลือดสูงการออกกำลังกายทุกชนิดช่วยลดน้ำตาลในเลือดได้<sup>10</sup> ผู้ให้ข้อมูลมีการใช้สมุนไพร ได้แก่ มะระขี้นก ใบเตยหอม ยอดตำลึง วานหางจรเข้ และใบกระเพรา มาทดลองใช้ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดคงที่ สอดคล้องกับหลายงานวิจัยที่พบว่าประชาชนมีการใช้พืชสมุนไพรในการรักษาโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เป็นต้น<sup>11</sup> จากการสัมภาษณ์พบว่า สมุนไพรที่มีการนำมาใช้ ได้แก่ มะระขี้นก ใบเตยหอม ยอดตำลึง วานหางจรเข้ และใบกระเพรา ซึ่งการใช้สมุนไพร มีบทบาทสำคัญนับเป็นสมบัติทางวัฒนธรรมที่ล้ำค่า เป็นองค์ความรู้ที่สำคัญที่มีการถ่ายทอดมาอย่างยาวนาน เป็นทางเลือกหนึ่งในการรักษาโรคเบาหวาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Kreungngem และ Kreungngern<sup>12</sup> ศึกษาเรื่องการใช้สมุนไพร รักษาโรคเบาหวาน พบว่า การรักษาเบาหวานต้องอาศัยวิถีการร่วมกันทั้งการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การนำสมุนไพรมารักษาเป็นอีกทางเลือกหนึ่งซึ่งเป็นวิธีการที่น่าสนใจ และมีแนวโน้มในการใช้วิธีการนี้เพิ่มมากขึ้น โดยแนวทางใช้พืชสมุนไพรนั้นควรใช้พืชสมุนไพรที่มีสารออกฤทธิ์ ในการรักษาโรคเบาหวานอยู่ในปริมาณที่สามารถทำให้เกิดประโยชน์ไม่มีความเป็นพิษ และการใช้สมุนไพรพื้นบ้านที่ไม่มีความเป็นพิษและเคยใช้ประกอบเป็นอาหารอยู่เป็นประจำ คือ กะเพราแดง กะเพราขาว ชาพลู โหระพา เนื่องจากสมุนไพร

เหล่านี้ประกอบด้วยสารออกฤทธิ์คือ กรดโอลีนโนลิก และกรด ยูโซลิกในปริมาณสูง และสมุนไพรเหล่านี้มีการแปรรูปไม่ยุ่งยาก และสามารถปรับปรุงรสชาติให้รับประทานได้ง่ายและมีรสชาติ ดีมีรสชาติโรเคเบาหวานก็จะให้ผลในการรักษา และมั่นใจว่าจะ มีความปลอดภัยต่อร่างกาย สมุนไพรที่มีเอกสารและงานวิจัย ยืนยันว่าสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือด ได้แก่ มะรุม ฟ้าทะลายโจร ตำลึง มะเขือพวง มะระ มะระขี้นก ต้นย่านาง ใบเตยหอม กระเพรา<sup>13-15</sup>จากการศึกษาเห็นได้ว่าผู้ป่วย โรคเบาหวานในชุมชนนำวัฒนธรรม และภูมิปัญญามาเป็น ส่วนหนึ่งของการดูแลสุขภาพของตนเอง ป้องกันภาวะแทรกซ้อน เป็นการรักษาที่ใช้ทรัพยากร ในท้องถิ่น ความเป็นเอกลักษณ์ ของวัฒนธรรมในชุมชน แต่ยังคงรักษาควบคู่ไปกับแพทย์แผนปัจจุบัน พบแพทย์ตามนัด และรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Jaitae<sup>16</sup> ศึกษาวัฒนธรรม สุขภาพชุมชนลุ่มน้ำลี้ จังหวัดลำพูน พบว่า ในพื้นที่ลุ่มน้ำลี้มี รูปแบบวัฒนธรรมสุขภาพ คือ จิตบำบัด สมุนไพรบำบัด และ อาหารพื้นบ้านบำบัด ประชาชนในลุ่มน้ำลี้มีการใช้วัฒนธรรม

สุขภาพในการเสริมสร้างสุขภาพ ทั้งนี้การใช้ประโยชน์วัฒนธรรม สุขภาพต้องก่อเกิดการเรียนรู้ในชุมชนภายใต้กฎเกณฑ์ของ ชุมชนและแนวคิดวัฒนธรรมสุขภาพ บนวิถีการดำเนินชีวิต ศักยภาพของภูมิปัญญาและเทคโนโลยีในการดูแลสุขภาพของ บุคคลและชุมชน

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลควรนำวัฒนธรรม และภูมิปัญญาท้องถิ่นที่ นับเป็นสมบัติทางวัฒนธรรมที่ล้ำค่า เป็นองค์ความรู้ที่สำคัญไป ใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานให้สอดคล้อง กับบริบท ประเพณี วัฒนธรรม ความเชื่อของคนในชุมชน

### ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

การวิจัยในอนาคตควรศึกษาถึงผลของการดูแล ตนเองตามวัฒนธรรมและภูมิปัญญาท้องถิ่นต่อระดับน้ำตาลใน เลือด ความดันโลหิต และไขมันในเลือดของผู้ป่วยที่ป่วยด้วย โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

## References

1. Arbsuwan N, Pantuwech N. Campaign Message on World Diabetes Day 2015 (Financial Year 2016). Available from: <http://thaincd.com/news/hot-news-view.php?id=8907>. March 2, 2015. (in Thai)
2. Keiddonfaek C. 150 kinds of diabetes medications. 2<sup>nd</sup> ed. Bangkok: Public Health Center; 2009. (in Thai)
3. Surat Thani Provincial Health Office. NCDs clinic quality assessment data. Suratthani: Department of family clinical practice and community, Surat Thani Provincial Health Office; 2018. (in Thai).
4. Maluan Health Promoting Hospital. NCDs clinic quality assessment data. Suratthani: Department of family clinical practice and community, Maluan Health Promoting Hospital; 2018. (in Thai).
5. Chuengsatiansup K. Community Health Service Culture, Deliver of Health Care: Social Medicine, Sociology Medical. 3<sup>rd</sup> ed. Nonthaburi: Society and Health Institute; 2008.
6. Pattha P. In Health Culture and Remedies: Social Concepts and Anthropology. Medical. Kosom Chongsathiansap (editor). Bangkok: Social and Health Research Office. (2008). (in Thai)
7. Sony K, Chueamuangphan N, Maneerat P, Mahawongsanan O. Assessment of group versus individual diabetes self-management education and support (DSMES) in type 2 diabetes patients at primary care unit and diabetes clinic, Chiangrai Prachanukhron hospital. Chiangrai Medical Journal 2017;9(2):19-28. (in Thai)

8. Klunghum K, Wirojratana V, Jitramontree N, Pongthavornkamol K. The relationships between illness representations, emotional representation and self-care behaviors in older persons with uncontrolled type 2 diabetes. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2016;17(2):135-144. (in Thai)
9. Thai Health Promotion Foundation. Norabic [Internet]. 2017 [cited 2018 July 5]. Available from: <http://www.thaihealth.or.th>
10. Rittiruang A. The effects of the Noraprayuk exercise program applying self-efficacy and social support on glycosylate hemoglobin levels among older adults with diabetes mellitus type 2 [master's thesis]. [Chonburi]: Burapha University; 2015. (in Thai).
11. Chaimay B, Boonrod T, Simla W. Factors affecting herbal uses in primary health care. *The Public Health Journal of Burapha University* 2012;7(2):25-37. (in Thai).
12. Kreungngern M, Kreungngern D. Herbs for treat diabetes mellitus. *Journal Science KPRU* 2014;1(1): 13-24 (in Thai).
13. Chetthakul O, Thungtunyangkoon P. Herbs Against Diabetes: Gather Herbs That Have Experimental reports and practical experience. Bangkok: Herbs for self-reliance. 1997.
14. Pimpa R, Therawiwat M, Imamee N, Tansakul S. Herbal using behaviors among diabetes, Kanchanaburi Province. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok* 2014;30(3):14-25. (in Thai).
15. Phiman V, Phoonbud P. Effects of bitter melon in the treatment diabetes mellitus: mechanism of action and clinical effectiveness. Mahasarakham: Faculty of Pharmacy; 2016.
16. Jaitae S. Cultural health in Li watershed community at Lumphun province. *The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima* 2016;22(2):61-73. (in Thai).

## บทความวิจัย

## ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง The Effect of the Cerebral Vascular Disease Prevention Program in High Risk Group Patients

Received: Apr 29, 2019

Revised: Jun 20, 2019

Accepted: Jun 25, 2019

เพ็ญศรี เขียวเขี้ยว พย.ม. (Pensri Khiawkhwao, M.S.N.)<sup>1</sup>วีณา เทียงธรรม ส.ด. (Weena Thiangtham, Dr.P.H.)<sup>2</sup>เพลินพิศ บุญยมาลิก Ph.D (Plempit Boonyamalik, Ph.D.)<sup>3</sup>

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม วัดก่อน-หลัง และวัดซ้ำ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวาน มีอายุ 50-70 ปี ได้รับการประเมินภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยใช้ตารางสีในกลุ่มเสี่ยงปานกลางและกลุ่มเสี่ยงสูง มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 58 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 29 คน ระยะเวลาศึกษา 7 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง (สัปดาห์ที่ 4) และระยะติดตามผล (สัปดาห์ที่ 7) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square, Independent t-test และ Repeated measure ANOVA

ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในด้านการรับประทานอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย และการไปพบแพทย์ตามนัด ระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดลดลงกว่าก่อนการทดลอง และลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

จากการวิจัยครั้งนี้ สรุปได้ว่าโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง สามารถทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองดีขึ้น และมีค่าความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับประชากรกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีลักษณะใกล้เคียงกันได้

**คำสำคัญ:** ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง, ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค, แรงสนับสนุนทางสังคม

<sup>1</sup> นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: ying-rx@hotmail.com

<sup>2</sup> Corresponding author รองศาสตราจารย์ ดร. ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: weena.thi@mahidol.ac.th

<sup>3</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: plempit.suw@mahidol.ac.th

Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok, Thailand

### Abstract

The purpose of this quasi-experimental study using a two-group pretest, post-test, and follow up design was to evaluate the effectiveness of the cerebral vascular prevention program in high risk group. This study was guided by Protection motivation theory and social support concept. The sample was composed of 58 hypertensive diabetic patients drawn from a district health promotion hospital of Nong Bua Rawe, Chaiyaphum province. To be eligible for this study, the participants had to meet the following criteria: (a) being a hypertensive diabetic patient, (b) 50 to 70 years of age, and (c) being identified at middle and high risk by Color Chart Cardiovascular Risk. Then, 29 participants were assigned to an experimental group and 29 to a comparison group. The study was conducted over a period of 7 weeks. Interviews were conducted for the pre-test, post-test (week 4), and the follow-up (week 7) periods. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics (percentage, mean, standard deviation, Chi-square, Independent t-test, and Repeated Measure ANOVA)

The results showed that significant improvements by experimental group participants between pretest and follow-up were found on preventive behavior for eating behavior, medication adherence behavior, exercise behavior, and the examination according to the doctor appointment ( $p < .05$ ). Moreover, at follow-up, between group significant differences of preventive behavior for eating behavior, medication adherence behavior, exercise behavior, and the examination according to the doctor appointment ( $p < .05$ ). The mean of blood pressure and the fasting blood sugar of the experimental group significantly decreased after intervention and was lower than those in the comparison group ( $p < .05$ ). The findings of this study suggest that the cerebral vascular disease prevention program in high risk group was effective. Therefore, it should be implemented as the means to decrease blood pressure and fasting blood sugar. This program might be applied to other similar groups of chronic disease populations.

**Keywords:** patient's stroke risk, protection motivation theory, social support

### บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญของความพิการและเสียชีวิตในระบบสาธารณสุขไทยและทั่วโลก เป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 ของโลกในคนอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป และเป็นสาเหตุการตายอันดับ 5 ของคนอายุระหว่าง 15-69 ปี<sup>1</sup> จากรายงานปี พ.ศ. 2556 พบว่าทั่วโลกมีผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง 25.7 ล้านคน เสียชีวิต 6.5 ล้านคน การสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) 113 ล้านคน เกิดโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ 10.3 ล้านคน<sup>2</sup> มีการคาดการณ์ในอนาคตว่าจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจะเพิ่มเป็นสองเท่า เมื่อ

เปรียบเทียบระหว่างปี ค.ศ. 1991 และปี ค.ศ. 2020<sup>3</sup> สำหรับในประเทศไทย โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับหนึ่ง คิดเป็น 43.3 ต่อแสนประชากร<sup>1</sup> การศึกษาเกี่ยวกับกลุ่มคนไทยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ากลุ่มผู้ที่มีโรคความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยง 3-17 เท่าของคนปกติ โรคเบาหวานเสี่ยง 2-4 เท่า และโรคหัวใจเต้นผิดปกติ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 2-6 เท่า<sup>4</sup> โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยที่โรคความดันโลหิตสูง และเบาหวานในผู้ใหญ่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง<sup>5</sup> นอกจากนี้

ยังมีรายงานว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวาน มีอัตราโรคแทรกซ้อนทางหัวใจและหลอดเลือดเป็นสองเท่าของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่เป็นเบาหวาน ซึ่งจะมีโรคแทรกซ้อน เช่น ตา ไต สมอ่งเพิ่มขึ้น<sup>6</sup> โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรัง ที่มีผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจ ทั้งต่อผู้ป่วยเอง ครอบครัว และประเทศชาติโดยรวม ดังนั้นวิธีลดอัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่ดีที่สุดคือการป้องกันไม่ให้ เป็นโรค

จากการทบทวนวรรณกรรม มีการนำกรอบแนวคิด ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค มาใช้ในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพและส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันโรค โดยการกระตุ้นให้เกิดความกลัว ผ่านกระบวนการรับรู้ 2 รูปแบบ คือ การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ และการประเมินการเผชิญ ปัญหา ซึ่งการประเมินอันตรายต่อสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการ เป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคจะเกิดขึ้นได้ เมื่อใช้สื่อกระตุ้นให้เกิดความกลัวมากกว่าการใช้สื่อกระตุ้นตาม ปกติ เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม สามารถ ทำนายพฤติกรรมของบุคคลได้ สำหรับการประเมินการเผชิญ ปัญหาจะประกอบด้วย การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญ ต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม นอกจากนี้ยังมีการศึกษา พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญในการปรับตัว และการฟื้นตัวจากโรคเรื้อรังต่าง ๆ ของบุคคล และมีบทบาทที่ สำคัญต่อพฤติกรรมอนามัยของบุคคล ในการป้องกันโรค การส่งเสริม ฟันฟูสุขภาพ และการปฏิบัติตามคำแนะนำของ บุคลากรทางสุขภาพ<sup>7</sup> แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมได้ถูกนำ มาใช้ในการแก้ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งสุขภาพกายและ สุขภาพจิต เนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญ และมีหลักฐานสนับสนุนว่าเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในการ จัดการกับความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

จากข้อมูลสถิติ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ จังหวัดชัยภูมิ มีอัตราอุบัติใหม่ของโรคหลอดเลือดสมองต่อแสน ประชากรในจังหวัดชัยภูมิ 3 ปีย้อนหลังปี พ.ศ. 2558-2560 เท่ากับ 16.27, 11.86 และ 21 ตามลำดับ<sup>8</sup> และผลการประเมิน โอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) พบผู้ป่วย ที่มีระดับความเสี่ยงสูงมาก เป็นอันดับ 2 ของประเทศ<sup>9</sup> ซึ่งข้อมูล

สถิติในปี พ.ศ. 2560 อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ มีอัตราอุบัติใหม่ของโรคหลอดเลือดสมองสูงถึง 70.46 ต่อ ประชากรแสนคน<sup>8</sup> การให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล ยังขาดการสร้างความรู้ตระหนัก และส่งเสริม การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง โอกาสเสี่ยงต่อ การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และขาดการติดตามการประเมิน บัญชีเสี่ยงและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การให้ข้อมูลในการ ปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจะเป็นลักษณะการให้ความรู้กว้าง ๆ ไม่ได้ บอกปริมาณ/สัดส่วนของอาหารแต่ละชนิดที่ต้องควบคุม ผู้ป่วย ยังมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมในการดูแลตนเอง จากสถานการณ์ ปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน เห็น ความสำคัญในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวาน ที่มารับบริการใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎี แรงจูงใจในการป้องกันโรค ร่วมกับการให้แรงสนับสนุนทาง สังคมโดยบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว และมีการติดตามเยี่ยม บ้านเพื่อเพิ่มทักษะการฝึกปฏิบัติที่ถูกต้อง เป็นการกำหนด กิจกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในการปรับวิถีชีวิต มีความรับผิดชอบในการดูแลตนเอง และมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการไปพบ แพทย์ตามนัด โดยให้ผู้ดูแลมีบทบาทในการช่วยเหลือโดยวิธี กระตุ้นเตือน การให้การสนับสนุน การให้กำลังใจในการรักษา และให้คำชมเชย ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือด สมอง มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เกิด ประสิทธิภาพในการดำเนินงาน ทำให้อัตราป่วยและตายด้วยโรค หลอดเลือดสมองลดลง

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจ ในการป้องกันโรค (Protection Motivation theory) ของ Rogers<sup>10</sup> ซึ่งประกอบด้วย การประเมินภาวะคุกคามต่อ สุขภาพ และการประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหา โดยเน้นการให้ความรู้ และฝึกทักษะการปฏิบัติ จนเกิดการ รับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค และ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ร่วมกับการได้รับแรง

สนับสนุนทางสังคม<sup>11</sup> จากสมาชิกในครอบครัว ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสามารถควบคุมความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมได้

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ในเขตพื้นที่อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ

## สมมุติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลอง และระยะติดตามผล กลุ่มทดลองจะมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนทดลอง และมีค่าความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่าก่อนทดลอง
2. หลังการทดลอง และระยะติดตามผล กลุ่มทดลองจะมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มมากขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และมีค่าความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

## ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วกก่อน-หลัง และวัดซ้ำ (Two group pretest-posttest and follow up design) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาออกเป็นสองกลุ่มคือ กลุ่มทดลอง (Experimental group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparisons group) ซึ่งมีการเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ในทั้งสองกลุ่มตัวอย่าง

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวาน ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดชัยภูมิ

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวาน ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีอายุ 50-70 ปี ได้รับการประเมิน

ภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยใช้ตารางสีกในกลุ่มเสี่ยงปานกลาง และกลุ่มเสี่ยงสูง มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากหลักอำนาจการทดสอบ (Power analysis) มีค่า Alpha เท่ากับ .05, Power เท่ากับ 0.80 ค่าขนาดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) จากค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม<sup>12</sup> จากงานวิจัยที่ผ่านมาที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน<sup>13</sup> ได้ค่าอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 4.15 ในการศึกษาครั้งนี้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างขึ้นร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหาย ทำให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 29 คน โดยใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย ด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่คืนที่ตามคุณสมบัติเกณฑ์การคัดเข้า

### เครื่องมือที่ใช้และคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามด้วยการสัมภาษณ์ ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นมาจากแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะคำถามเป็นแบบเติมคำในช่องว่างและเลือกตอบ จำนวน 17 ข้อ

ส่วนที่ 2 ด้านการประเมินการรับรู้ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่าของลิเคิร์ท (likert scale) 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 10 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.736 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 10 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.792 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 10 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.722 และการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 8 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.724

ส่วนที่ 3 ด้านการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีพฤติกรรม 4 ด้าน จำนวน 27 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.725 ได้แก่ พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร

อาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย และการมาตรวจตามแพทย์นัด ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่าของลิเคิร์ท (likert scale) 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำบ่อยครั้ง นานๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่พัฒนาให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบคุณภาพ ได้ค่า CVI ของแบบสัมภาษณ์เท่ากับ 0.94 และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวาน ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยวิธี Conbach's Alpha Coefficientcy ได้ค่ามากกว่า 0.70

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง

2.1 แบบประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CV Risk Score) โดยใช้ตารางสีของสำนักงานโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค มีระยะเวลาในการทำนายความเสี่ยงถึง 10 ปี และมีความแม่นยำสูง<sup>14</sup>

## 3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

โปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงตามกรอบแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของ Rogers<sup>10</sup> และการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ใช้ระยะเวลา 7 สัปดาห์ ดังนี้

### สัปดาห์ที่ 1 มี 2 กิจกรรม ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 “ร่วมด้วยช่วยกัน รู้ทันโรคหลอดเลือดสมอง” ใช้เวลา 60 นาที เป็นการส่งเสริมความตระหนักในภาวะคุกคามต่อสุขภาพ เพื่อให้เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยการนำเสนอสไลด์ประกอบการบรรยาย การชมวีดิทัศน์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การอภิปรายกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์และแสดงความคิดเห็น มอบเอกสาร คู่มือโรคหลอดเลือดสมอง “รักษ์...สมอง” ร่วมกับการอบรมบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว โดยการนำเสนอสไลด์ประกอบการบรรยาย เรื่อง “บทบาทของญาติในการให้แรงสนับสนุนทางสังคม”

กิจกรรมที่ 2 “รู้ทัน มั่นใจ ห่างไกลอัมพฤกษ์ อัมพาต” ใช้เวลา 90 นาที เป็นการส่งเสริมความตระหนักในภาวะคุกคามต่อสุขภาพ และส่งเสริมความสามารถในการเผชิญปัญหา เพื่อให้เกิดการรับรู้ในความสามารถของตนเอง และการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรม

นำเสนอตัวแบบที่ปฏิบัติตัวไม่เหมาะสม ผ่านการชมวีดิทัศน์สมาชิกอภิปรายกลุ่ม แลกเปลี่ยนประสบการณ์และแสดงความคิดเห็น แนะนำวิธีการออกกำลังกายที่กลุ่มตัวอย่างสามารถทำได้เองที่บ้าน รวมทั้งสาธิตและฝึกปฏิบัติการออกกำลังกาย เช่น การแกว่งแขน การเดินเร็ว

### สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 3 “ทำถูกต้องป้องกันได้”

ใช้เวลา 90 นาที เป็นการส่งเสริมความสามารถในการเผชิญปัญหา เพื่อให้เกิดการรับรู้ในความสามารถของตนเอง และการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรม นำเสนอตัวแบบที่ปฏิบัติตัวได้เหมาะสม ผ่านการชมวีดิทัศน์ให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารและการใช้ยาที่ต้องแบ่งกลุ่มย่อยฝึกจัดรายการอาหาร โดยใช้โมเดลอาหารสมาชิกกลุ่มร่วมกันอภิปราย แลกเปลี่ยนประสบการณ์และแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมรับประทานอาหาร ปัญหาและอุปสรรคในการรับประทานยาที่ผ่านมา

### สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 4 การติดตามเยี่ยมบ้าน

ใช้เวลา 30 นาทีในผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อเพิ่มการฝึกทักษะและประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมของผู้ป่วย ค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม และหาแนวทางแก้ไขร่วมกันกระตุ้นเตือนญาติในการสนับสนุนทางสังคมอย่างต่อเนื่อง

### สัปดาห์ที่ 4-7 กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อ

ป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล หนังสือรับรองจริยธรรมเลขที่ MUPH2018-172 และได้รับอนุญาตจากหัวหน้าสาธารณสุขอำเภอหนองบัวระเหว ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการขอถอนตัวออกจากการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษา การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับโดยจะนำเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม ให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในเอกสารยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจแล้วจึงดำเนินการตามโปรแกรม นอกจากนี้กลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับกิจกรรมในโปรแกรม และเอกสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เหมือนกันกับกลุ่มทดลอง

ในสัปดาห์ที่ 7

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 1 (pre-test) ก่อนเริ่มกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1 เก็บข้อมูล ครั้งที่ 2 (post-test) เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 4 และเก็บข้อมูลครั้งที่ 3 ในระยะติดตามผล (follow-up) เมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 7 โดยให้กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบตอบแบบสัมภาษณ์จากผู้วิจัยและอบรมผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 2 คน ในการช่วยเก็บข้อมูล

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ (Frequency) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) Chi-square Repeated Measure ANOVA และ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05

## ผลการวิจัย

### 1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ คิดเป็นร้อยละ 82.10 และ 89.70 ตามลำดับ อายุของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 61-70 ปี ทั้งสองกลุ่ม การประกอบอาชีพในกลุ่มทดลองมีค่าเท่ากันระหว่างไม่ได้ประกอบอาชีพกับประกอบอาชีพเกษตรกรรม/อื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 50.00 กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม/อื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 62.10 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีสถานภาพสมรสเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 57.10, 58.60 ตามลำดับ ระดับการศึกษาอยู่ระดับชั้นประถมศึกษา กลุ่มทดลองร้อยละ 92.90 กลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 96.60 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่ไม่น้อยกว่า 3,000 บาท กลุ่มทดลองร้อยละ 78.60 กลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 69.00

ด้านภาวะสุขภาพส่วนใหญ่มีโรคไข้นในเลือดสูงเป็นโรคร่วมมากที่สุดทั้งสองกลุ่ม คิดเป็นร้อยละ 50.00 และ

44.80 ตามลำดับ ระยะเวลาการเป็นความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานมีความใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วย 5 ปีขึ้นไป ค่าดัชนีมวลกายในกลุ่มทดลองเฉลี่ย 26.0 ปี กลุ่มเปรียบเทียบ 24.5 ปี ขนาดรอบเอวส่วนใหญ่เกินมาตรฐาน ทั้งสองกลุ่ม คิดเป็นร้อยละ 82.10 และ 75.90 ตามลำดับ มีประวัติการสูบบุหรี่ และดื่มแอลกอฮอล์ใกล้เคียงกัน ในกลุ่มทดลองอาศัยอยู่กับสามี-ภรรยา เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 57.10 กลุ่มเปรียบเทียบอาศัยอยู่กับหลานเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 82.80 การประเมินความเสี่ยง (CV risk score) อยู่ในกลุ่มเสี่ยงปานกลางเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 64.30 ในกลุ่มทดลองและ 72.40 ในกลุ่มเปรียบเทียบ

โดยสรุป คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา พบว่า คุณลักษณะทางด้านเพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และภาวะด้านสุขภาพ ได้แก่ การมีโรคร่วม ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน ดัชนีมวลกาย รอบเอว การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการประเมินความเสี่ยง (CV Risk score) โดยใช้ตารางสีของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 1)

### 2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

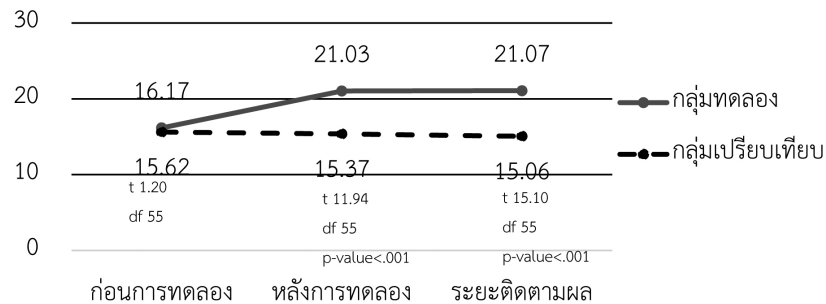
ด้านการรับประทานอาหาร พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) และกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร ในระยะหลังการทดลอง ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลองและระยะติดตามผล ( $p = .097$ ,  $p = .391$  ตามลำดับ) (แผนภูมิที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละคุณลักษณะส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

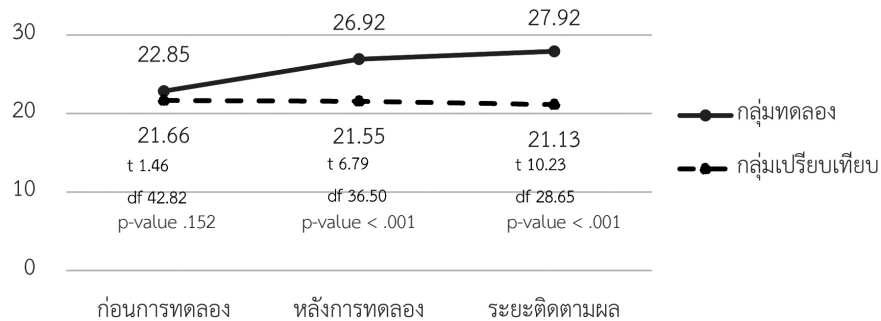
| ลักษณะส่วนบุคคล                                          | กลุ่มทดลอง (n=28) |                       | กลุ่มเปรียบเทียบ (n=29) |                       | p-value           |
|----------------------------------------------------------|-------------------|-----------------------|-------------------------|-----------------------|-------------------|
|                                                          | จำนวน             | ร้อยละ                | จำนวน                   | ร้อยละ                |                   |
| <b>เพศ</b>                                               |                   |                       |                         |                       | .470 <sup>b</sup> |
| ชาย                                                      | 5                 | 17.90                 | 3                       | 10.30                 |                   |
| หญิง                                                     | 23                | 82.10                 | 26                      | 89.70                 |                   |
| <b>อายุ</b>                                              |                   |                       |                         |                       | .773 <sup>c</sup> |
| 51-60                                                    | 6                 | 21.40                 | 12                      | 41.40                 |                   |
| 61-70                                                    | 22                | 78.60                 | 17                      | 58.60                 |                   |
| Min-Max                                                  |                   | 51-70                 |                         | 52-70                 |                   |
| $\bar{X} \pm S.D.$                                       |                   | 69.11 $\pm$ 5.53      |                         | 63.72 $\pm$ 5.52      |                   |
| <b>อาชีพ</b>                                             |                   |                       |                         |                       | .359 <sup>a</sup> |
| ไม่ได้ทำงาน                                              | 14                | 50.00                 | 11                      | 37.90                 |                   |
| เกษตรกร/อื่นๆ                                            | 14                | 50.00                 | 18                      | 62.10                 |                   |
| <b>ระดับการศึกษา</b>                                     |                   |                       |                         |                       | .611 <sup>b</sup> |
| ประถมศึกษา                                               | 26                | 92.90                 | 28                      | 96.60                 |                   |
| มัธยมศึกษาขึ้นไป                                         | 2                 | 7.10                  | 1                       | 3.40                  |                   |
| <b>รายได้เฉลี่ย(บาท/เดือน)</b>                           |                   |                       |                         |                       | .419 <sup>c</sup> |
| น้อยกว่า 3,000                                           | 22                | 78.60                 | 20                      | 69.00                 |                   |
| ตั้งแต่ 3,001 ขึ้นไป                                     | 6                 | 21.40                 | 9                       | 31.10                 |                   |
| Min-Max                                                  |                   | 600-10,000            |                         | 600-10,000            |                   |
| $\bar{X} \pm S.D.$                                       |                   | 2917.86 $\pm$ 1830.00 |                         | 3082.76 $\pm$ 2181.42 |                   |
| <b>ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยความดันโลหิตสูง</b>            |                   |                       |                         |                       | .681 <sup>c</sup> |
| ต่ำกว่า 5 ปี                                             | 6                 | 21.40                 | 6                       | 20.70                 |                   |
| 5 ปีขึ้นไป                                               | 22                | 78.60                 | 23                      | 79.30                 |                   |
| Min-Max                                                  |                   | 1-25                  |                         | 2-30                  |                   |
| $\bar{X} \pm S.D.$                                       |                   | 9.71 $\pm$ 5.97       |                         | 10.41 $\pm$ 6.76      |                   |
| <b>ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน</b>                 |                   |                       |                         |                       | .612 <sup>c</sup> |
| ต่ำกว่า 5 ปี                                             | 8                 | 28.60                 | 10                      | 32.10                 |                   |
| 5 ปีขึ้นไป                                               | 20                | 71.40                 | 19                      | 67.90                 |                   |
| Min-Max                                                  |                   | 1-20                  |                         | 2-30                  |                   |
| $\bar{X} \pm S.D.$                                       |                   | 8.04 $\pm$ 5.05       |                         | 8.90 $\pm$ 7.41       |                   |
| <b>ดัชนีมวลกาย</b>                                       |                   |                       |                         |                       | .366 <sup>c</sup> |
| น้อยกว่า 25                                              | 13                | 46.40                 | 12                      | 41.40                 |                   |
| ตั้งแต่ 25 ขึ้นไป                                        | 15                | 53.60                 | 17                      | 58.60                 |                   |
| Min-Max                                                  |                   | 18.40-34.70           |                         | 16.20-35.40           |                   |
| $\bar{X} \pm S.D.$                                       |                   | 26.01 $\pm$ 3.66      |                         | 24.50 $\pm$ 4.48      |                   |
| <b>การอยู่อาศัยกับคนในครอบครัว*</b>                      |                   |                       |                         |                       |                   |
| สามี-ภรรยา                                               | 16                | 57.1                  | 19                      | 65.5                  | .516 <sup>a</sup> |
| บุตร                                                     | 13                | 46.4                  | 13                      | 44.8                  | .903 <sup>a</sup> |
| หลาน                                                     | 13                | 46.4                  | 24                      | 82.8                  | .004 <sup>a</sup> |
| <b>การประเมินความเสี่ยง(CV risk score) โดยใช้ตารางสี</b> |                   |                       |                         |                       |                   |
| เสี่ยงปานกลาง                                            | 18                | 64.30                 | 21                      | 72.40                 | .509 <sup>a</sup> |
| เสี่ยงสูง                                                | 10                | 35.70                 | 8                       | 27.60                 |                   |

<sup>a</sup>Chi-square test, <sup>b</sup>Fisher's Exact test, <sup>c</sup>Independent t-test, \*ตอบมากกว่า 1 ข้อ

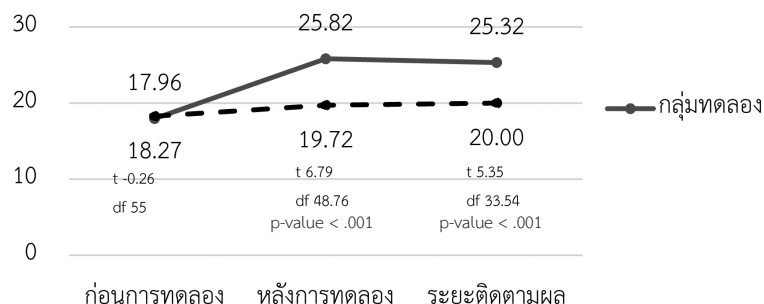
**แผนภูมิที่ 1** คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองด้านการรับประทานอาหาร ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล



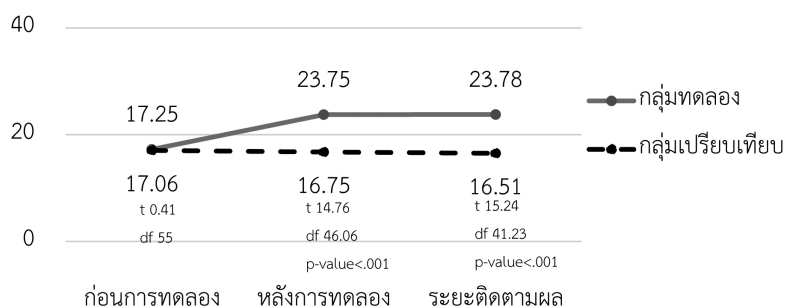
**แผนภูมิที่ 2** คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองด้านการใช้ยา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล



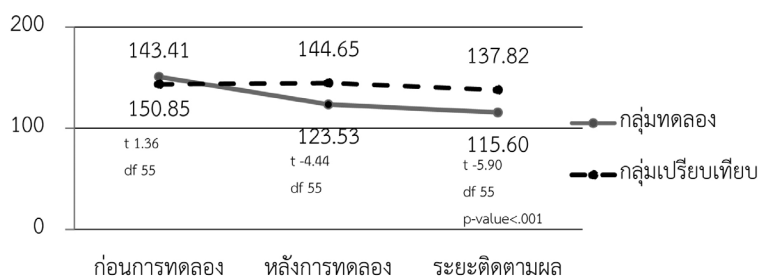
**แผนภูมิที่ 3** คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองด้านการออกกำลังกาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล



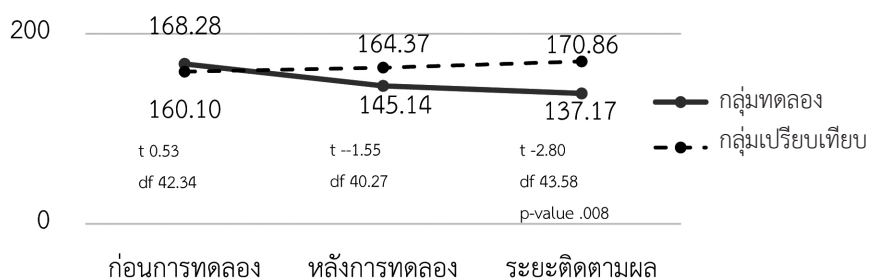
**แผนภูมิที่ 4** คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองด้านการตรวจตามแพทย์นัด ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล



**แผนภูมิที่ 5** ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล



**แผนภูมิที่ 6** ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล



**ด้านการใช้ยา** พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการใช้ยา ในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) และกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการใช้ยา ในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง ( $p = .553$ ,  $p = .301$  ตามลำดับ) (แผนภูมิที่ 2)

**ด้านการออกกำลังกาย** พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย ในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) และกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย ในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง ( $p = .397$ ,  $p = .097$  ตามลำดับ) (แผนภูมิที่ 3)

**ด้านการมาตรวจตามแพทย์นัด** พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการมาตรวจตามแพทย์นัด ในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) และกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการมาตรวจตามแพทย์นัด ในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง ( $p = .285$ ,  $p = .141$  ตามลำดับ) (แผนภูมิที่ 4)

**3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก และระดับน้ำตาลในเลือด ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล**

**ค่าความดันซิสโตลิก** พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก ในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล น้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) และกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก ในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง ( $p > .001$ ,  $p = .096$  ตามลำดับ) (แผนภูมิที่ 5)

**ระดับน้ำตาลในเลือด** พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล น้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

( $p < .001$ ) และกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง ( $p > .001$ ,  $p = 0.383$ ) (แผนภูมิที่ 6)

## อภิปรายผลการวิจัย

1. ผลของโปรแกรมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากการวิเคราะห์รายด้าน พบว่ากลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ จากการที่ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค จัดกิจกรรมที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการกระตุ้น โน้มน้าวใจเพื่อให้เกิดการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคและโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค ด้วยการให้ความรู้โดยการบรรยายจากผู้วิจัย ในเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยเสี่ยง และผลกระทบ การรับประทานอาหารที่เน้นย่ำเรื่องปริมาณ และสัดส่วนของอาหารแต่ละชนิด การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการมาตรวจตามแพทย์นัด การใช้ตัวแบบจากสื่อวีดิทัศน์ การอภิปรายกลุ่ม การได้รับประสบการณ์ตรงจากการสาธิตฝึกทักษะที่จำเป็น การติดตามเยี่ยมบ้าน รวมทั้งการให้แรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัว ทำให้เกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติตามได้ โดยความสามารถของบุคคลเป็นตัวทำนายที่มีอำนาจสูงสุดต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง และสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่า การให้โปรแกรมการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพ ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หลังการทดลองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนทดลอง และเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>16</sup> เมื่อพิจารณาพฤติกรรมรายด้านพบว่า

คะแนนเฉลี่ยด้านการรับประทานอาหาร มีการเปลี่ยนแปลงที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมให้ความรู้ในเรื่องการรับประทานอาหารเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยหลีกเลี่ยงอาหารเค็มหรือมีเกลือโซเดียมสูง หลีกเลี่ยงอาหารและเครื่องดื่มที่มีรสหวานหรือน้ำตาลสูง และหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง นำเสนอด้วยสไลด์ประกอบการบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และร่วมกันแสดงความคิดเห็นถึงผลดีของการควบคุมอาหาร ร่วมกับการให้กลุ่ม

ตัวอย่างได้รับการฝึกปฏิบัติในการเลือกซื้ออาหาร ฝึกจัดรายการอาหาร โดยเน้นที่ชนิดและสัดส่วนของอาหารที่ต้องควบคุมจากการใช้โมเดลอาหาร มีกิจกรรมติดตามเยี่ยมบ้าน มีการทบทวนเนื้อหาให้คำแนะนำรายบุคคลโดยใช้โมเดลอาหาร

คะแนนเฉลี่ยด้านการใช้ยา มีการเปลี่ยนแปลงที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากการจัดกิจกรรมให้ความรู้โดยผู้วิจัยในเรื่องการใช้ยา ซึ่งมีความจำเป็นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงต้องมีการปฏิบัติพฤติกรรมการใช้ยาให้ถูกต้อง การรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด รับประทานยาให้ถูกวิธีและตรงเวลา การเก็บรักษายาไม่ให้ถูกแสง และเมื่อเจ็บป่วยไม่ควรซื้อยามารับประทานเอง รวมทั้งไม่ควรเพิ่มหรือลดขนาดยาเอง นำเสนอด้วยการบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม ให้กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการรับประทานยา เน้นย้ำการรับประทานยาให้ถูกต้องทั้งขนาด ปริมาณ และเวลา ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งพัฒนามาจากทฤษฎีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองของแบนดูรา<sup>15</sup> ที่กล่าวว่า ความสามารถของบุคคลเป็นองค์ประกอบอย่างหนึ่งของแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ซึ่งบุคคลจะเชื่อว่าเขาสามารถทำได้ด้วยการฝึกให้มีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้ พร้อมกับการทำให้บุคคลรับรู้ว่ามีความสามารถที่จะกระทำเช่นนั้น วิธีการดังกล่าวทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้ และมีความมั่นใจในการปฏิบัติตัว ด้านการใช้ยาที่ถูกต้อง และมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

คะแนนเฉลี่ยด้านการออกกำลังกาย มีการเปลี่ยนแปลงที่เพิ่มขึ้น เป็นผลมาจากการจัดกิจกรรมให้ความรู้ในเรื่องการออกกำลังกายโดยผู้วิจัย ร่วมกับการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของสมาชิกในการออกกำลังกาย ปัญหาและอุปสรรคในการออกกำลังกาย และเสนอวิธีการแก้ไขร่วมกัน ผู้วิจัยได้สอนและสาธิตการออกกำลังกายให้แก่กลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติ ได้แก่ การแกว่งแขน การเดินเร็ว โดยทำอย่างต่อเนื่องครั้งละ 30 นาที โดยมีบุคคลในครอบครัวกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

คะแนนเฉลี่ยด้านการมาตรวจตามแพทย์นัด มีการเปลี่ยนแปลงที่เพิ่มขึ้นเนื่องจาก ผู้วิจัยจัดกิจกรรมโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับอันตรายและผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากการขาดนัด ผ่านการบรรยายด้วยสไลด์ เน้นย้ำถึงการมาตรวจ

ตามแพทย์นัด ร่วมกับให้ญาติผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในการกระตุ้นเตือน และพามาพบแพทย์ตามวันนัด ทำให้กลุ่มตัวอย่างเห็นความสำคัญของการไปรับการตรวจตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ

2. ผลของโปรแกรมต่อค่าความดันซิสโตลิก และค่าระดับน้ำตาลในเลือด

ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกที่ลดลง เนื่องจากผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมโดยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ด้วยการให้ความรู้โดยการบรรยาย การฝึกทักษะการปฏิบัติ ในเรื่องการรับประทานอาหารที่เน้นย้ำเรื่อง ปริมาณ และสัดส่วนของอาหารแต่ละชนิด การรับประทานยาความดันโลหิต การออกกำลังกายเพื่อควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยใช้ความแรงระดับปานกลาง ทำอย่างน้อยวันละ 30 นาที เป็นเวลา 3 วัน ต่อสัปดาห์ขึ้นไป สามารถลดความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้<sup>16</sup> และการมาตรวจตามแพทย์นัด การใช้ตัวแบบจากสื่อวีดิทัศน์ การอภิปรายกลุ่ม การได้รับประสบการณ์ตรงจากการสาธิตฝึกทักษะที่จำเป็น ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างนำไปปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง และมีความต่อเนื่อง การติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อทบทวนข้อมูล และทักษะที่ได้รับจากการทำกิจกรรมในโปรแกรม และค้นหาปัญหาและอุปสรรคร่วมกัน รวมทั้งการให้แรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวตลอดระยะเวลาการเข้าร่วมกิจกรรม

ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดที่ลดลง เป็นผลมาจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี มีการรับประทานอาหารที่เหมาะสม และการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ร่วมกับการใช้ยาอย่างถูกต้อง โดยทั่วไปเป้าหมายการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน คือ  $HbA1c < 7.0\%$  หรือระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารเท่ากับ  $90 - < 130$  มิลลิกรัม/เดซิลิตร<sup>17</sup> ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมให้ความรู้โดยการบรรยาย ในเรื่องการรับประทานอาหารที่เน้นย้ำเรื่อง การรับประทานอาหารการจำกัดปริมาณน้ำตาลในอาหารไม่ให้เกินวันละ 6 ช้อนชา (24 กรัม) การรับประทานยาเบาหวาน การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การมาตรวจตามแพทย์นัด การใช้ตัวแบบจากสื่อวีดิทัศน์ การอภิปรายกลุ่ม การสอนสาธิตและฝึกทักษะการปฏิบัติ ร่วมกับการให้แรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัว

### ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. จากผลการวิเคราะห์ พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ในระยะติดตามผลลดลงเพียงเล็กน้อย ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไปควรเน้นประเด็นที่ครอบคลุมกับสภาวะของโรคเช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น และมีความต่อเนื่อง
2. ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร พบว่า ในระยะหลังการทดลองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนทดลอง ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไปควรเน้นให้ความรู้เกี่ยวกับชนิด สัดส่วน และปริมาณของอาหารที่เหมาะสม ร่วมกับการสอนสาธิต ฝึกปฏิบัติ เพื่อเป็นการพัฒนาทักษะ ให้ผู้ป่วยเกิดการปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

### ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. การศึกษาครั้งนี้ใช้ระยะเวลาเพียง 7 สัปดาห์ ทำให้ไม่สามารถเปรียบเทียบผลการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย เช่น ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยได้ ควรมีการศึกษาติดตามเพิ่มเติมในระยะยาว
2. ควรนำโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงมาประยุกต์ใช้ในการป้องกันการเกิดโรค ในกลุ่มโรคอื่นๆ โดยให้ข้อมูลความรู้ เพื่อให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง พัฒนาทักษะที่จำเป็น สำหรับกลุ่มเป้าหมาย ร่วมกับการให้แรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้เกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เหมาะสม

### References

1. Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health. Public Health Statistics A.D. 2015. Bangkok: Samcharoen Panich; 2015. (in Thai).
2. Feigin VL, Krishnamurthi RV, Parmar P, Norrving B, Mensah GA, Bennett DA, et al. GBD 2013 Stroke Panel Experts Group Update on the Global Burden of Ischemic and Hemorrhagic Stroke in 1990-2013: the GBD 2013 study. Neuroepidemiology 2015;45(3):161-76.
3. Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. The Lancet Journal 1997;349(9064):1498-504.
4. Prasat Neurological Institute, Ministry of public Health. Clinical Nursing Practice Guidelines for Stroke. Bangkok: Thana Place; 2015. (in Thai).
5. Aekplakorn W. Report of the 4<sup>th</sup> Thai People's Health Survey 2008- 2009. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2016. (in Thai).
6. Rinkaewkan P. Diabetes and Hypertension [Internet]. 2015 [cited 2017 Jun 1]. Available form: [https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index\\_pk.php](https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php). (in Thai).
7. Thiangtham W, Lagampan S, Powwattana A. Community Capacity Building: Concept and Application. 4<sup>th</sup> ed. Bangkok: Danex Interporation; 2015. (in Thai).
8. Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health. Illness with major non-communicable diseases 2017 [cited 2018 Aug 6]. Available form: [https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index\\_pk.php](https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php) (in Thai).
9. Bureau of Non Communicable Diseases, Ministry of Public Health. Risk Assessment Opportunities Guide Ischemic heart disease and stroke (paralysis) for village health Volunteers. Nonthaburi: The War Veterans Organization of Thailand; 2017. (in Thai).

10. Rogers RW. Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation. In: Cacioppo JT, Petty R, editors. *Social psychophysiology: A sourcebook*. New York: Guilford; 1983. p. 153-176.
11. House JS. Work stress and social support. In: eBook: Document: English. Massachusetts: Addison-Wesley; 1981. p. 141-148.
12. Cohen J. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. 2<sup>nd</sup> ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
13. Kongvivat K, Lemsawasdikul W, Nuysri M. Effects of Preventive Behavior Developing Program for Patient with Cerebrovascular Disease Risk at Kanchanaburi Province, *Journal of Nursing and Health care* 2017;35(3):129-37. (In Thai).
14. Bureau of Non-Communicable Diseases Department of Disease Control, Ministry of Public Health Assessment of Cardiovascular Risk in Diabetes and Hypertension patient. Bangkok: Commercial Printer; 2015. (In Thai)
15. Bandura A. *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. New Jersey: Prentice-Hall; 1986.
16. Jewpattanakul Y. Strengthening Self-efficacy of the Elderly with Hypertension for Exercise: Roles of Family Members, *Journal of Nursing Science*. 2012; 30(1):81-90. (in Thai).
17. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes-2017. *Diabetes Care* 2017;40(1):25-32.

## บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยในบุคลากร  
เทศบาลอำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี  
The Effect of Self-Regulation Program on Helmet Wearing Behavior  
among Municipal Staffs, Sriracha District, Chonburi Province

Received: Jan 2, 2019  
Revised: Mar 20, 2019  
Accepted: Apr 25, 2019

ปณรภา ตระกูลไพศาล พย.บ. (Poonrpa Trakulpaisan, M.N.S)<sup>1</sup>  
นิสากร กรุงไกรเพชร ส.ด. (Nisakorn Krungkraipetch, Dr.P.H.)<sup>2</sup>  
สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ ส.ด. (Suwanna Junprasert, Dr.P.H.)<sup>3</sup>

## บทคัดย่อ

ประเทศไทยมีอัตราการเสียชีวิตจากรถจักรยานยนต์สูงเป็นอันดับหนึ่งของโลก เนื่องจากการบาดเจ็บของศีรษะอย่างรุนแรง ซึ่งเกิดจากการไม่สวมหมวกนิรภัยหรือสวมหมวกนิรภัยไม่ถูกต้อง การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยของบุคลากรเทศบาล กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรเทศบาลที่ดำรงตำแหน่งข้าราชการ พนักงานเทศบาล ลูกจ้างประจำ หรือพนักงานจ้างเทศบาลเมืองศรีราชา และเทศบาลนคร แห่มฉะเชิงเทรา จังหวัดชลบุรี จำนวน 46 ราย โดยสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster random sampling) กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัย เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัย ซึ่งมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index) ได้เท่ากับ 1 และค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .84 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ ค่าไค-สแควร์ และการทดสอบค่าทีแบบอิสระ

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบเท่ากับ 2.97 (SD. = 0.50) และ 0.30 (SD. = 0.41) ตามลำดับ เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างด้วยค่าทีอิสระ (Independent t-test) พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยเพิ่มมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $t = 19.67, p < .01$ ) ดังนั้น โปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัย ทำให้บุคลากรเทศบาล มีพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยเพิ่มมากขึ้น พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนสามารถนำโปรแกรมกำกับตนเองนี้ไปประยุกต์ใช้กับบุคลากรกลุ่มอื่นและ/หรือผู้ที่ซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์ เพื่อส่งเสริมและกระตุ้นให้บุคคลได้กำกับตนเองให้ปฏิบัติพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยอย่างต่อเนื่อง

**คำสำคัญ:** โปรแกรมการกำกับตนเอง, พฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัย, บุคลากรเทศบาล

<sup>1</sup> นักศึกษาระดับปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
Email: bubb00920@gmail.com

<sup>2</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา Email: nisakorn@buu.ac.th

<sup>3</sup> รองศาสตราจารย์สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา Email: suwanna@buu.ac.th  
Burapha University, Chonburi, Thailand

### Abstract

Thailand has the highest motorcycle death rate. It is a cause of severe traumatic brain injury. The motorcycle riders did not wear or wrongly wear a helmet while riding. This quasi-experimental study used two groups pretest-posttest design and aimed to examine the effect of self-regulation program on helmet wearing behavior among municipal staffs. Participants were 46 municipal employees currently working as municipal officers, permanent or temporary employees of Sriracha Municipality and Laem Chabang Municipality, Chonburi province. A cluster random sampling was conducted. The experimental group received the self-regulation program for 6 weeks. The comparison group received usual care. Outcome data were collected using a helmet wearing behavior questionnaire which had content validity index of 1 and Cronbach's alpha coefficient of .84. Data were analyzed using descriptive statistics (percentage, mean, and standard deviation), and inferential statistics (Chi-square test, and independent t-test).

The result showed that after receiving the program, participants in the experimental group and the comparison group reported mean different value on helmet wearing behavior (mean = 2.97, SD. = 0.50; mean = 0.30, SD. = 0.41, respectively). The participants in the experimental group reported significant higher helmet wearing score than those in the comparison group ( $t = 19.67$ ,  $p < .01$ ). Therefore, the self-regulation program on helmet wearing behavior could strengthen helmet wearing behaviors among municipal staffs. The community health nurse practitioners could apply this program for staff and/or the motorcycle passenger in order to regulate themselves on helmet wearing behavior.

**Keywords:** self-regulation program, helmet wearing behavior, municipal staffs

### บทนำ

การบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร เป็นปัญหาที่สำคัญและมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี องค์การอนามัยโลกรายงานการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรทางถนนสูงถึง 1.25 ล้านคนต่อปี โดยผู้เสียชีวิตร้อยละ 23.00 เป็นอุบัติเหตุจากการขับซิ่งรถจักรยานยนต์ ซึ่งประเทศไทยมีอัตราการเสียชีวิตจากรถจักรยานยนต์ 26.30 ต่อแสนประชากรสูงเป็นอันดับหนึ่งของโลก<sup>1</sup> และจำนวนผู้ประสบอุบัติเหตุ 3 ใน 4 หรือร้อยละ 76.00 (857,572 คน) เป็นผู้ใช้รถจักรยานยนต์ กลุ่มผู้ที่บาดเจ็บและเสียชีวิตมากที่สุด อยู่ในช่วงอายุ 15-44 ปี<sup>2</sup> การบาดเจ็บที่รุนแรงและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์

เกิดจากสาเหตุหลัก คือ การบาดเจ็บจากศีรษะกระแทกพื้นที่เกิดจากการไม่สวมหมวกนิรภัยหรือสวมหมวกนิรภัยไม่ถูกต้อง<sup>3</sup> ซึ่งการบาดเจ็บศีรษะในระดับปานกลางขึ้นไปจะส่งผลให้บุคคลมีสติปัญญาลดลง บางรายอาจเกิดความพิการไม่สามารถประกอบอาชีพ ทำให้ขาดรายได้ เป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม งานศึกษาวิจัยของต่างประเทศและในประเทศไทย<sup>4</sup> ได้ยืนยันถึงประสิทธิภาพของการสวมหมวกนิรภัยที่ได้มาตรฐานสำหรับผู้ใช้รถจักรยานยนต์ที่สามารถลดความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะได้ร้อยละ 72.00 และลดความเสี่ยงของการเสียชีวิตได้ถึงร้อยละ 39.00 ลดค่ารักษาพยาบาลและลดจำนวนวันที่ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล<sup>4</sup>

การสวมหมวกนิรภัยเป็นพฤติกรรมที่ทำได้ง่ายและสามารถทำได้ทันที โดยมีเพียงหมวกนิรภัยเป็นอุปกรณ์ที่สำคัญเท่านั้น จึงมีกฎหมายและการรณรงค์ให้สวมใส่หมวกนิรภัยกันอย่างกว้างขวาง แต่พบว่าผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์แต่ละเลยและฝ่าฝืนกฎหมาย โดยสาเหตุส่วนใหญ่ของการไม่สวมหมวกนิรภัยของผู้ใช้รถจักรยานยนต์ ทั้งผู้ขับขี่และผู้โดยสาร 3 อันดับแรก คือ เดินทางระยะใกล้ ร้อยละ 65.00 ไม่ได้ขับช้อกถนนใหญ่ ร้อยละ 36.00 และเร่งรีบร้อยละ 31.00<sup>5</sup>

จังหวัดชลบุรี เป็นเมืองอุตสาหกรรมและเมืองท่องเที่ยวในภาคตะวันออก ทำให้มีประชาชนสัญจรไปมาอย่างคับคั่งและต่อเนื่อง ส่งผลให้สภาพการขนส่งและการจราจรของจังหวัดชลบุรีมีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุสูง โดยมีการบาดเจ็บจากรถจักรยานยนต์ 9,648 ครั้ง สถิติการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ในช่วงอายุ 16-45 ปี เป็นร้อยละ 71.00 และร้อยละ 66.00 ตามลำดับ<sup>6</sup> สำหรับอัตราการสวมหมวกนิรภัยในภาพรวมจังหวัดชลบุรีปี พ.ศ. 2553 คือร้อยละ 47.00 และลดลงเป็นร้อยละ 45.00 ใน พ.ศ. 2557 และยังพบว่า อำเภอศรีราชามีการเกิดอุบัติเหตุจราจรเป็นอันดับ 1 ของจังหวัดชลบุรี ปี พ.ศ. 2558 มีผู้ได้รับบาดเจ็บทั้งสิ้น 3,661 ราย เสียชีวิต 138 ราย คิดเป็น 51.10 ต่อแสนประชากร<sup>7</sup> และกลุ่มวัยทำงานที่อยู่ในพื้นที่ที่มีการจราจรคับคั่งเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางจราจรจะมีอัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนนเพิ่มสูงขึ้น<sup>8</sup> ผู้วิจัยได้ทำการสำรวจนำร่อง (Pilot study) เกี่ยวกับพฤติกรรมสวมหมวกนิรภัยในกลุ่มบุคลากรวัยทำงานซึ่งทำงานอยู่ในเทศบาลแห่งหนึ่งเขตอำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี พบว่า มีผู้สวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่รถจักรยานยนต์เพียงร้อยละ 48.00 เท่านั้น เหตุผลสำคัญที่บุคคลไม่สวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่รถจักรยานยนต์เนื่องจากรับรู้ว่าคุณเองมีความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์น้อยหรือคิดว่าไม่เกิดอุบัติเหตุ การที่บุคคลรับรู้ถึงความเสี่ยงน้อยส่งผลให้เกิดความประมาทในการขับขี่รถจักรยานยนต์ และอาจเกิดความเสี่ยงเมื่อประสบอุบัติเหตุขณะขับขี่รถจักรยานยนต์ได้ รวมทั้งยังขาดการกำกับตนเองให้มีพฤติกรรมสวมหมวกนิรภัยทุกครั้งที่ใช้ขับขี่รถจักรยานยนต์

การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการอุบัติเหตุ

รถจักรยานยนต์ที่ผ่านมานั้นคือ ต้องลดทั้งการบาดเจ็บและการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอุบัติเหตุคือ บุคคล ยานพาหนะ และสิ่งแวดล้อม<sup>9</sup> การป้องกันและแก้ไขอุบัติเหตุทางถนนทั้ง 3 ปัจจัย จำเป็นต้องทำควบคู่กัน แต่ปัจจัยที่สำคัญที่สุดคือ บุคคลที่ขาดความตระหนักถึงความรุนแรงและอันตรายที่เกิดจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ การสวมใส่หมวกนิรภัยจะช่วยป้องกันศีรษะไม่ให้เกิดอันตรายและลดความรุนแรงจากการบาดเจ็บและการเสียชีวิตของอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ การที่บุคคลจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มีพฤติกรรมสวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่รถจักรยานยนต์ทุกครั้ง จะต้องอาศัยแนวคิดการกำกับตนเองของ Bandura<sup>10</sup> ประกอบด้วยกระบวนการที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปสู่พฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการด้วยตนเอง ได้แก่ 1) กระบวนการสังเกตตนเอง ตั้งเป้าหมาย วางแผน ปฏิบัติพฤติกรรม 2) กระบวนการตัดสินใจต่อการแสดงพฤติกรรม และ 3) กระบวนการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมสวมหมวกนิรภัยในบุคลากรเทศบาลอำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรีขึ้น โดยจัดกิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้ง ระยะเวลา 6 สัปดาห์ ประโยชน์จากการวิจัยครั้งนี้ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมสวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่รถจักรยานยนต์ ช่วยลดความรุนแรงของการบาดเจ็บ และอัตราการเสียชีวิตขณะขับขี่รถจักรยานยนต์ของบุคลากรเทศบาล รวมทั้งเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ประชาชนในพื้นที่ และทำให้เกิดองค์กรตัวอย่างด้านความปลอดภัยทางถนน

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมสวมหมวกนิรภัยของบุคลากรเทศบาลก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

## สมมติฐานการวิจัย

หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการกำกับตนเอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมสวมหมวกนิรภัยดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

## กรอบแนวคิดการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการบูรณาการแนวความคิดการกำกับตนเอง (Self-regulation) มาพัฒนาโปรแกรมกำกับตนเองเพื่อเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยในบุคลากรเทศบาล อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี ดังแสดงในภาพที่ 1

## ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two groups pretest-posttest design) โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัย กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามปกติ

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ บุคลากรเทศบาลที่ดำรงตำแหน่ง ข้าราชการ พนักงานเทศบาล ลูกจ้างประจำ หรือพนักงานจ้าง ซึ่งทำงานอยู่ในหน่วยงานสำนักงานสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ในสำนักงานเทศบาลเขตอำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี จำนวน 4 เทศบาล ซึ่งได้แก่ เทศบาลเมืองศรีราชา เทศบาลตำบลบางพระ เทศบาลนครเจ้าพระยาสุรศักดิ์ และเทศบาลนครแหลมฉบัง จำนวน 611 คน

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ บุคลากรเทศบาลที่ดำรงตำแหน่ง ข้าราชการ พนักงานเทศบาล ลูกจ้างประจำ หรือพนักงานจ้าง ซึ่งทำงานอยู่ในหน่วยงานสำนักงานสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ในเทศบาลเมืองศรีราชา และเทศบาลนครแหลมฉบัง จังหวัด

### โปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยใน

#### บุคลากรเทศบาลอำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี

#### กระบวนการสังเกตตนเอง (Self - observation)

การสำรวจ การกำหนดเป้าหมาย และการวางแผนการมีพฤติกรรมสวมหมวกนิรภัย การเตือนตนเองโดยการบันทึกพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัย และสะท้อนการกระทำของตนเองในแบบบันทึก

#### กระบวนการตัดสินใจ (Judgment process)

การนำเสนอตัวแบบจริงเชิงบวก และเชิงลบเกี่ยวกับพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัย (ผ่านการชมวีดีทัศน์) การเปรียบเทียบพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยกับเป้าหมายของตนเอง การเลือกขนาดหมวกนิรภัยที่เหมาะสม การจัดกิจกรรมตกแต่งหมวกนิรภัย การให้ความรู้ คำแนะนำ และคำปรึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยที่ถูกต้อง และเหมาะสม

#### กระบวนการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (Self - reaction)

การสะท้อนความรู้สึกต่อพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยของตนเอง กำหนดรางวัลให้กับตนเอง กรณีที่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้ตามเป้าหมายที่กำหนด และกำหนดบทลงโทษให้กับตนเอง กรณีที่ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้ตามเป้าหมายที่กำหนด การให้กำลังใจ สนับสนุนผู้เข้าร่วมวิจัย

พฤติกรรมการสวม  
หมวกนิรภัย

ภาพที่ 1 โปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยในบุคลากรเทศบาลอำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี

ชลบุรี อายุระหว่าง 18-44 ปี ขั้วซีรติจกรยานยนต์มาทำงาน ไม่น้อยกว่า 6 เดือน สวมหมวกนิรภัยเป็นครั้งคราว หรือไม่สวม ใส่หมวกนิรภัยในขณะที่ขั้วซีรติจกรยานยนต์ และมีใบอนุญาต ขั้วซีรติจกรยานยนต์ จำนวน 40 ราย คำนวณได้จากสูตรของ Glass อ้างถึงใน Srisatidnarakul<sup>11</sup> ขนาดอิทธิพล (Effect size) = 2.34 จากการศึกษาของ Srisakool<sup>12</sup> ที่ศึกษาผลของการสร้างแรงจูงใจเพื่อการปกป้องสุขภาพต่อพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 15.00 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 46 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 23 คน วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด แล้วทำการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster random sampling) จากเทศบาลในเขตอำเภอศรีราชาทั้งหมด 4 เทศบาล ได้เทศบาลนคร แหลมฉบังเป็นกลุ่มทดลอง และเทศบาลเมืองศรีราชาเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ จากนั้นประกาศรับอาสาสมัครหรือผู้เข้าร่วมงานวิจัย

#### เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล และประวัติการขั้วซีรติจกรยานยนต์

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากตำรา เอกสาร และการทบทวนวรรณกรรม คำถามมี 12 ข้อ ลักษณะคำถามมีการวัดเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ (1-5) ได้แก่ ปฏิบัติประจำ (5) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (4) ปฏิบัติบางครั้ง (3) ปฏิบัติน้อยครั้ง (2) น้อยมากหรือไม่ปฏิบัติ (1) เมื่อขั้วซีรติจกรยานยนต์โดยเกณฑ์ที่ใช้ในการแปลความหมายพฤติกรรม การสวมหมวกนิรภัยแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

4.50-5.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยอยู่ในระดับประจำ

3.50-4.49 หมายถึง มีพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยอยู่ในระดับบ่อยครั้ง

2.50-3.49 หมายถึง มีพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยอยู่ในระดับบางครั้ง

1.50-2.49 หมายถึง มีพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยอยู่ในระดับน้อย

1.00-1.49 หมายถึง มีพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยอยู่ในระดับน้อยมากหรือไม่ปฏิบัติเลย

#### 2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

2.1 โปรแกรมการกำกับตนเอง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการกำกับตนเองของ Bandura

2.2 คู่มือการสวมหมวกนิรภัย เป็นเอกสารให้ความรู้ และคำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมวิจัยเกี่ยวกับ หมวกนิรภัย

2.3 สมุดบันทึกพฤติกรรม การสวมหมวกนิรภัย

2.4 สื่อวีดิทัศน์ประกอบการทดลองเกี่ยวกับสถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ วิธีการเลือกใช้หมวกนิรภัยที่ถูกต้อง พฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยในเชิงบวกและเชิงลบ และการไม่สวมหมวกนิรภัยที่ส่งผลถึงการบาดเจ็บ พิการ และเสียชีวิต ซึ่งเผยแพร่อยู่ในเว็บไซต์ youtube โดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

1. ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการกำกับตนเอง แบบสอบถามพฤติกรรม การสวมหมวกนิรภัย คู่มือการสวมหมวกนิรภัย สมุดบันทึกพฤติกรรม การสวมหมวกนิรภัย และแผ่นพับเรื่องสวมหมวก “กันน็อค” เสนอผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ความครอบคลุมของเนื้อหา และโครงสร้าง ความเหมาะสมในการใช้ภาษา (Wording) ซึ่งหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index) ของแบบสอบถามที่ใช้ในวิจัยเท่ากับ 1

2. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรม การสวมหมวกนิรภัยที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ และปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปทดลองใช้กับบุคลากรสำนักงานการสาธารณสุข และสิ่งแวดล้อม เทศบาลหนองปรือ อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี ที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในภาษาที่ใช้แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ทำการทดสอบวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ .84

#### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาล

ศาสตราจารย์มหาวิทยาลับูรพา เมื่อวันที่ 10 มกราคม พ.ศ. 2561 รหัส 01-11-2560 การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง จะไม่มีผลกระทบต่อการทำงานหรือสิทธิที่พึงได้รับในปัจจุบันและอนาคต ข้อมูลจากแบบสอบถามถูกเก็บเป็นความลับ ไม่ระบุชื่อนามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง และเก็บแบบสอบถามที่กรอกข้อมูลแล้วไว้ในกล่องกระดาษที่ปิดมิดชิด และเอกสารจะถูกทำลายทันทีหลังจากผลงานวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่อย่างน้อย 1 ปี การนำเสนอผลการวิจัยจะสรุปโดยภาพรวม และนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการวิจัยเท่านั้น

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยปฏิบัติดังนี้

1. การเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองในวันเดียวกับการทำกิจกรรมครั้งที่ 1 โดยก่อนการเริ่มกิจกรรมผู้วิจัยแจกแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยก่อนการทดลอง (Pre-test) ให้กลุ่มทดลองทำแบบประเมินด้วยตนเอง และให้ตอบแบบสอบถามอย่างอิสระจนแล้วเสร็จ หลังจากเสร็จสิ้นโปรแกรมแล้ว ผู้วิจัยได้เข้าไปเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) โดยปฏิบัติเช่นเดียวกับการเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง
2. การเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มเปรียบเทียบ ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มเปรียบเทียบเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง ในช่วงระยะเวลาใกล้เคียงกันทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อป้องกันเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นได้คือ คำตอบที่ได้จากทั้ง 2 กลุ่ม อาจเป็นไปในทิศทางเดียวกันจากการส่งต่อคำถามข้อมูลแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม

### การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการจัดโปรแกรมการกำกับตนเองในกลุ่มทดลอง โดยมีการจัดกิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้ง ในระยะเวลา 6 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 (กิจกรรมครั้งที่ 1) เริ่มต้นด้วยกระบวนการสังเกตตนเอง (self - observation) ผู้วิจัยบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้รถจักรยานยนต์บนท้องถนน และให้ผู้เข้าร่วมวิจัยชมวิดีโอ ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับสถานการณ์ การเกิด

อุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ ความสำคัญของหมวกนิรภัย การลดความรุนแรงจากการสวมหมวกนิรภัย สาเหตุที่ควรสวมหมวกนิรภัย และให้ผู้เข้าร่วมวิจัยสำรวจถึงพฤติกรรม การสวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่รถจักรยานยนต์ของตนเอง พร้อมทั้งให้กำหนดเป้าหมายในการมีพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยของตนเองในระยะสั้น และนำเสนอกระบวนการตัดสินใจ (Judgment process) โดยการอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็น แบ่งกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยเพื่อร่วมกันออกแบบสมุดบันทึกพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยไว้ใช้สำหรับบันทึกพฤติกรรม และเตือนตนเองถึงการปฏิบัติพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัย

สัปดาห์ที่ 2 (กิจกรรมครั้งที่ 2) เริ่มต้นด้วยกระบวนการสังเกตตนเอง (Self-observation) โดยผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับหมวกนิรภัย ลักษณะของหมวกนิรภัยที่ได้มาตรฐาน และการเลือกใช้ให้เหมาะสม ประโยชน์ของหมวกนิรภัย และให้ชมวิดีโอที่มีการนำเสนอตัวแบบจริงเชิงบวกและเชิงลบเกี่ยวกับพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัย และให้ผู้เข้าร่วมวิจัยอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับตัวแบบเปรียบเทียบกับพฤติกรรมของตนเอง จากนั้นใช้กระบวนการตัดสินใจ (Judgment process) โดยการทำกิจกรรมกลุ่มการนำเสนอหมวกนิรภัยทั้ง 3 แบบที่ถูกต้องตามกฎหมายและสาธิตวิธีการสวมหมวกนิรภัยอย่างถูกต้อง รวมทั้งวิธีเลือกขนาดหมวกนิรภัยให้เหมาะสมกับผู้เข้าร่วมวิจัย ประยุกต์กระบวนการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (Self - reaction) ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยฝึกปฏิบัติและสาธิตย้อนกลับการสวมหมวกนิรภัยอย่างถูกต้อง และให้สะท้อนความรู้สึกของตนเองหลังจากเข้าร่วมกิจกรรมมา 1 สัปดาห์ ให้ประเมินพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยตามเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้ และให้แสดงปฏิกิริยาทางบวกหรือทางลบกับตนเอง ผู้วิจัยยกย่องชมเชยผู้ที่ปฏิบัติพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยได้ตามเป้าหมาย และอภิปรายแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับความเป็นไปได้ของการปฏิบัติพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัย และแนะนำการบันทึกพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยลงในสมุดบันทึกพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัย

สัปดาห์ที่ 3 (กิจกรรมครั้งที่ 3) เริ่มต้นด้วยกระบวนการสังเกตตนเอง (Self - observation) โดยพูดคุยแสดงความคิดเห็นหรือปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยที่ผ่านมา และหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน เพื่อเป็นข้อมูลในการกำหนดเป้าหมายใหม่ที่สามารถทำได้ และท้าทายมากขึ้น

นำสู่กระบวนการตัดสินใจ (Judgment process) โดยการจัดกิจกรรมแข่งขันตกแต่งหมวกนิรภัย เพื่อส่งเสริมให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเห็นคุณค่าของการทำกิจกรรม และต้องการนำหมวกนิรภัยมาสวมใส่ทุกครั้งที่ใช้ขับรถจักรยานยนต์ ต่อมานำเข้าสู่กระบวนการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (Self-reaction) ซึ่งมีทั้งการแสดงปฏิกิริยาทางบวกหรือทางลบต่อตนเอง สะท้อนถึงความรู้สึกเมื่อปฏิบัติพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยเป็นไปตามเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้ โดยการประเมินพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยจากสมุดบันทึกพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัย ผู้วิจัยสนับสนุนผู้เข้าร่วมวิจัยให้มีความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัย รวมทั้งการอภิปรายและให้กำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสวมหมวกนิรภัยอย่างต่อเนื่อง

สัปดาห์ที่ 4 (กิจกรรมครั้งที่ 4) ประยุกต์ใช้กระบวนการสังเกตตนเอง (Self-observation) โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยพูดคุยแสดงความคิดเห็นถึงเป้าหมายตามที่ได้ตั้งไว้ และวิเคราะห์เกี่ยวกับพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยของตนเองที่ผ่านมา พร้อมแลกเปลี่ยนพูดคุยหรือถามตอบปัญหาข้อสงสัยของผู้เข้าร่วมวิจัย นำสู่กระบวนการตัดสินใจ (Judgment process) ด้วยการสนับสนุนให้ทำพฤติกรรมสวมหมวกนิรภัยอย่างถูกต้องและต่อเนื่องสม่ำเสมอ สำหรับกระบวนการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (Self-reaction) ผู้เข้าร่วมวิจัยสะท้อนถึงความรู้สึกที่ผ่านมา และร่วมกันหาวิธีแก้ไขปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้น มีการกำหนดรางวัล และบทลงโทษให้กับตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยที่ผ่านมา

สัปดาห์ที่ 5 และ 6 ผู้เข้าร่วมวิจัยปฏิบัติพฤติกรรมสวมหมวกนิรภัยขณะขับรถจักรยานยนต์ด้วยตนเอง รวมทั้งบันทึกพฤติกรรมไว้เป็นหลักฐานทุกครั้งเพื่อเป็นการประเมินตนเอง

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและมีการทดสอบค่าสัดส่วนที่ศึกษาทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติไค-สแควร์ (Chi-square)
2. ทดสอบค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่ม

ทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติทดสอบค่าทีแบบอิสระ (Independent t - test)

### ผลการวิจัย

ผลการศึกษาประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการขับรถจักรยานยนต์

กลุ่มตัวอย่าง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 69.60 และร้อยละ 56.50 ตามลำดับ) มีอายุน้อยกว่า 33 ปี (ร้อยละ 56.50 และร้อยละ 52.50 ตามลำดับ) มีการใช้รถจักรยานยนต์น้อยกว่า 10 ปี (ร้อยละ 69.60 และร้อยละ 78.30 ตามลำดับ) กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ทั้งสองกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ขับรถจักรยานยนต์มาทำงานเป็นประจำ (ร้อยละ 69.60 และร้อยละ 78.30 ตามลำดับ) มีหมวกนิรภัยเป็นของตนเอง (ร้อยละ 87.00 และร้อยละ 100.00 ตามลำดับ) โดยกลุ่มตัวอย่างเคยประสบอุบัติเหตุขณะขับรถจักรยานยนต์ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา (ร้อยละ 30.40 และร้อยละ 34.80 ตามลำดับ) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าข้อมูลพื้นฐานไม่มีความแตกต่างกัน ยกเว้นสถานภาพสมรสที่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยสัดส่วนสถานภาพสมรสของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (ร้อยละ 47.80 และ 8.70 ตามลำดับ)

#### ส่วนที่ 2 พฤติกรรมสวมหมวกนิรภัย ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

1. กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยภาพรวมของพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยก่อนการทดลองเท่ากับ 1.62 (SD. = 0.24) ซึ่งอยู่ในระดับปฏิบัติน้อยครั้ง และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.59 (SD. = 0.38) ซึ่งอยู่ในระดับปฏิบัติประจำ จึงจะเห็นได้ว่าพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยก่อนและหลังการทดลองมีการเปลี่ยนแปลงในระดับดีขึ้น

2. กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยภาพรวมของพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยก่อนการทดลองเท่ากับ 1.77 (SD. = 0.24) ซึ่งอยู่ในระดับปฏิบัติน้อยครั้ง และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.08 (SD. = 0.30) ซึ่งอยู่ในระดับปฏิบัติน้อยครั้ง

3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการสวม

หมวกนิรภัยก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยก่อนการทดลองเท่ากับ 1.62 (SD. = .24) และกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยก่อนการทดลอง 1.77 (SD. = .24) เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างด้วยค่าทีแบบอิสระ (Independent t-test) พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $F = 44, p < .05$ ) แต่ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยก่อนการทดลอง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในระดับน้อยเท่ากัน ดังแสดง

ในตารางที่ 1

4. เหตุผลของการไม่สวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่รถจักรยานยนต์ก่อนการทดลองของกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ คือ ไม่สะดวกในการมองเห็น (ร้อยละ 60.90) รองลงมาคือ ขับรถระยะทางไกล (ร้อยละ 56.50) และคิดว่าไม่เกิดอุบัติเหตุกับตนเอง (ร้อยละ 52.20) ตามลำดับ หลังการทดลอง พบว่าสาเหตุของการไม่สวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่รถจักรยานยนต์ลดน้อยลง แต่ยังมีสาเหตุที่ทำให้ไม่ปฏิบัติพฤติกรรมสวมหมวกนิรภัย ได้แก่ ใส่แล้วทำให้ผมเสียทรง (ร้อยละ 17.40) รองลงมาคือ การได้ยินเสียงไม่ชัดเจน การคิดว่าไม่เกิดอุบัติเหตุกับ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัย ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

| พฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัย | ก่อนการทดลอง | df | t     | p-value |
|--------------------------|--------------|----|-------|---------|
|                          | Mean (SD.)   |    |       |         |
| กลุ่มทดลอง               | 1.62 (0.24)  | 44 | -2.15 | .03*    |
| กลุ่มเปรียบเทียบ         | 1.77 (0.24)  |    |       |         |

\* $p < .05$  (1-tailed)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของเหตุผลของการไม่สวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่รถจักรยานยนต์ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง (n = 23)

| เหตุผล                              | กลุ่มทดลอง   |        |              |        |
|-------------------------------------|--------------|--------|--------------|--------|
|                                     | ก่อนการทดลอง |        | หลังการทดลอง |        |
|                                     | จำนวน        | ร้อยละ | จำนวน        | ร้อยละ |
| 1. ไม่สะดวกในการมองเห็น             | 14           | 60.90  | -            | -      |
| 2. ขับรถระยะทางไกล                  | 13           | 56.50  | -            | -      |
| 3. คิดว่าไม่เกิดอุบัติเหตุกับตนเอง  | 12           | 52.20  | 1            | 4.30   |
| 4. การได้ยินเสียงไม่ชัดเจน          | 9            | 39.10  | 1            | 4.30   |
| 5. ใส่แล้วทำให้ผมเสียทรง            | 6            | 26.10  | 4            | 17.40  |
| 6. ร้อน อึดอัด                      | 5            | 21.70  | 1            | 4.30   |
| 7. หมวกนิรภัยมีขนาดไม่พอดีกับศีรษะ  | 3            | 13.00  | -            | -      |
| 8. หมวกนิรภัยมีลักษณะเขย ไม่ทันสมัย | 3            | 13.00  | -            | -      |

**ตารางที่ 3** จำนวนและร้อยละของเหตุผลของการไม่สวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่รถจักรยานยนต์ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มเปรียบเทียบ (n = 23)

| เหตุผล                              | กลุ่มเปรียบเทียบ |        |              |        |
|-------------------------------------|------------------|--------|--------------|--------|
|                                     | ก่อนการทดลอง     |        | หลังการทดลอง |        |
|                                     | จำนวน            | ร้อยละ | จำนวน        | ร้อยละ |
| 1. ใส่แล้วทำให้ผมเสียทรง            | 8                | 34.80  | 8            | 34.80  |
| 2. ไม่สะดวกในการมองเห็น             | 7                | 30.40  | 11           | 47.80  |
| 3. หมวกนิรภัยมีขนาดไม่พอดีกับศีรษะ  | 7                | 30.40  | 4            | 17.40  |
| 4. ขับรถระยะทางใกล้                 | 5                | 21.70  | 5            | 21.70  |
| 5. ร้อน อึดอัด                      | 5                | 21.70  | 7            | 30.40  |
| 6. การได้ยินเสียงไม่ชัดเจน          | 1                | 4.30   | 10           | 43.50  |
| 7. คิดว่าไม่เกิดอุบัติเหตุกับตนเอง  | 1                | 4.30   | 2            | 8.70   |
| 8. หมวกนิรภัยมีลักษณะเขย ไม่ทันสมัย | 1                | 4.30   | -            | -      |

**ตารางที่ 4** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัย ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

| พฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัย | ก่อนการทดลอง | หลังการทดลอง | Dd (SD.)    | df | t     | p-value |
|--------------------------|--------------|--------------|-------------|----|-------|---------|
|                          | Mean (SD.)   | Mean (SD.)   |             |    |       |         |
| กลุ่มทดลอง               | 1.62 (0.24)  | 4.59 (0.38)  | 2.97 (0.50) | 44 | 19.67 | < .001* |
| กลุ่มเปรียบเทียบ         | 1.77 (0.24)  | 2.08 (0.30)  | 0.30 (0.41) |    |       |         |

\*p< .001 (1- tailed)

ตนเอง และร้อน อึดอัด (ร้อยละ 4.30) เท่ากัน ดังแสดงในตารางที่ 2 ส่วนสาเหตุของการไม่สวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่รถจักรยานยนต์ในกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองมากที่สุด ได้แก่ ใส่แล้วทำให้ผมเสียทรง (ร้อยละ 34.80) รองลงมาคือ ไม่สะดวกในการมองเห็น และหมวกนิรภัยมีขนาดไม่พอดีกับศีรษะ (ร้อยละ 30.40) เท่ากัน หลังการทดลอง สาเหตุที่ทำให้ไม่สวมหมวกนิรภัยมากที่สุด ได้แก่ ไม่สะดวกในการมองเห็น (ร้อยละ 47.80) รองลงมาคือ การได้ยินเสียงไม่ชัดเจน (ร้อยละ 43.5) และใส่แล้วทำให้ผมเสียทรง (ร้อยละ 34.80) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

**ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสวมหมวกนิรภัย ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ**

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสวมหมวกนิรภัยก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยการทดสอบค่าทีอิสระ ดังแสดงในตารางที่ 4

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยก่อนและหลังการทดลองเท่ากับ 2.97 (S.D. = 0.50) และกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม การสวมหมวกนิรภัย ก่อนและหลังการทดลองเท่ากับ 0.30 (S.D. = 0.41) เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างด้วยค่าทีแบบอิสระ (Independent t-test) พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสวมหมวกนิรภัยเพิ่มมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (F = 44, p < .001)

## อภิปรายผลการวิจัย

กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสวมหมวกนิรภัยก่อนและหลังการทดลองมากกว่ากลุ่ม เปรียบเทียบ เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อภิปรายได้ว่า โปรแกรมการกำกับตนเองที่จัดขึ้นครั้งนี้ เป็นเวลา 6 สัปดาห์ ประกอบด้วย กระบวนการสังเกตตนเอง มีการสำรวจพฤติกรรม การสวมหมวกนิรภัยขณะขับซิ่งรถจักรยานยนต์ของตนเองก่อน เข้าร่วมกิจกรรม วางแผนให้มีพฤติกรรมสวมหมวกนิรภัย อย่างต่อเนื่อง และทำการกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติ พฤติกรรมสวมหมวกนิรภัยทุกครั้งขณะขับซิ่งรถจักรยานยนต์ ซึ่งจากแนวคิดการกำกับตนเองของแบนดुरา กระบวนการ สังเกตตนเองจะทำให้บุคคลเกิดการวินิจฉัยพฤติกรรมของ ตนเอง และมีการวางแผนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม นำไป สู่การตัดสินใจในการปฏิบัติพฤติกรรม<sup>10</sup> นอกจากนี้ยังให้ผู้เข้า ร่วมวิจัยได้เตือนตนเองด้วยการบันทึกพฤติกรรมสวมหมวก นิรภัย ทำให้บุคคลได้มีการวิเคราะห์พฤติกรรมตนเองจากสิ่ง ที่บันทึกในสมุดบันทึกพฤติกรรมสวมหมวกนิรภัย และ ทราบว่าตนเองปฏิบัติพฤติกรรมเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

สำหรับการวิจัยครั้งนี้กิจกรรมสำคัญที่เสริมแรงให้ ผู้เข้าร่วมวิจัยปฏิบัติพฤติกรรมสวมหมวกนิรภัยคือ กระบวนการตัดสินใจ (Judgment process) โดยผู้เข้าร่วม วิจัยได้รับชมวีดิทัศน์เกี่ยวกับสถานการณ์ สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง ความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุจากการขับซิ่งรถจักรยานยนต์ ประโยชน์ และความสำคัญของการสวมหมวกนิรภัย เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัย ตระหนักถึงความรุนแรงของอุบัติเหตุจากการขับซิ่งรถจักรยานยนต์ โดยไม่สวมหมวกนิรภัย และได้เปรียบเทียบพฤติกรรมของ ตนเองและตัวแบบ หาแนวทางแก้ไขหรือพัฒนาให้มีพฤติกรรม ที่ดีขึ้น และการฝึกปฏิบัติการเลือกสวมขนาดหมวกนิรภัยที่มี ขนาดพอดีศีรษะ รวมทั้งการทำกิจกรรมตกแต่งหมวกนิรภัย ทำให้เกิดการให้คุณค่าของกิจกรรม และส่งผลให้ผู้เข้าร่วมวิจัย ตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสวมหมวกนิรภัยขณะ ขับซิ่งรถจักรยานยนต์ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดการกำกับตนเอง ของ Bandura<sup>10</sup> หากบุคคลมองว่าพฤติกรรมนั้นมีคุณค่า มี ประโยชน์ ก็จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทันที

กระบวนการต่อมาคือ การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง ในการปฏิบัติพฤติกรรมสวมหมวกนิรภัยทั้งทางบวกและ ทางลบ โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยสะท้อนความรู้สึกตนเองต่อ

พฤติกรรมสวมหมวกนิรภัย การกำหนดรางวัลให้กับตนเอง กรณีที่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้ตามเป้าหมายที่กำหนด และกำหนดบทลงโทษให้กับตนเอง กรณีที่ไม่สามารถปฏิบัติ พฤติกรรมได้ตามเป้าหมายที่กำหนด โดยผู้วิจัยจะให้กำลังใจ สนับสนุนการปฏิบัติพฤติกรรมของผู้ร่วมวิจัย ซึ่งการแสดง ปฏิกิริยาต่อตนเอง เป็นการพัฒนาความสามารถในการประเมิน พฤติกรรมของบุคคลและมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อย่างมาก

การจัดโปรแกรมดังกล่าวทั้งหมดข้างต้น ทำให้บุคคล ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีการสวมหมวกนิรภัยขณะขับซิ่งรถ จักรยานยนต์ทุกครั้ง และทำให้สาเหตุของการไม่สวมหมวก นิรภัยลดลงได้แก่ การไม่สะดวกในการมองเห็น การขับระยะ ทางไกล การที่หมวกนิรภัยมีขนาดไม่พอดีกับศีรษะ และ หมวกนิรภัยที่มีลักษณะเขยไม่ทันสมัย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง มีความเข้าใจและสามารถเลือกใช้หมวกนิรภัยสำหรับสวมใส่ ขับซิ่งรถจักรยานยนต์ได้อย่างเหมาะสมกับตนเอง การให้ ผู้เข้าร่วมวิจัยวิเคราะห์พฤติกรรมสวมหมวกนิรภัยของ ตนเอง และสะท้อนความรู้สึกและเหตุผลของการไม่ปฏิบัติ พฤติกรรมสวมหมวกนิรภัย มีการอภิปรายร่วมกันเพื่อหา แนวทางแก้ไขปัญหา หรืออุปสรรคที่เกิดขึ้นทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัย รับรู้ถึงอันตราย ความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุรถ จักรยานยนต์ อย่างไรก็ตามก็ยังคงเหลือสาเหตุที่ทำให้ไม่สวมหมวก นิรภัยขณะขับซิ่งรถจักรยานยนต์ได้แก่ คิดว่าไม่เกิดอุบัติเหตุกับ ตนเอง การได้ยินเสียงไม่ชัดเจน ใส่แล้วทำให้ผมเสียทรง และ ร้อนอึดอัดขณะสวมใส่หมวกนิรภัย ซึ่งสาเหตุของการไม่สวม หมวกนิรภัยที่ยังคงเหลืออยู่ดังกล่าว เป็นเรื่องการรับรู้ของ บุคคลที่แตกต่างกันไปตามประสบการณ์ที่ได้รับ ซึ่งจะต้องสร้าง ความเข้าใจในการปรับเปลี่ยนการรับรู้ความเสี่ยงถึงอันตราย ที่อาจเกิดขึ้นได้กับบุคคลขณะขับซิ่งรถจักรยานยนต์ให้เพิ่มมาก ขึ้น

กิจกรรมทั้งหมดที่จัดขึ้นในโปรแกรมการกำกับ ตนเองนี้เป็นไปตาม 3 กระบวนการของแนวคิดการกำกับ ตนเอง ที่อธิบายว่า การกำกับตนเองเป็นวิธีการในการเปลี่ยน แปลงพฤติกรรมบุคคลไปสู่พฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการด้วย ตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Chumkum, Powwattana และ Thiangthom ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการกำกับตนเอง ต่อพฤติกรรมป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยได้นำแนวทางการกำกับตนเองมาช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ให้มีการประเมินผลกระทบจากการปฏิบัติพฤติกรรมของตนเอง พิจารณาผลของการกระทำนั้นว่ามีผลดีหรือไม่ และหาแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การตั้งเป้าหมาย การปฏิบัติพฤติกรรม และการกระตุ้นเตือนตนเอง จะช่วยป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนหรือชะลอความเสื่อมของไตได้ และเมื่อการกระทำนั้นก่อให้เกิดผลดี ก็เป็นการเสริมแรงให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมนั้น ๆ ต่อไป โดยผลการศึกษาพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรคแทรกซ้อนมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ )<sup>13</sup> ซึ่งกิจกรรมของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นตามแนวทางการกำกับตนเองของ Bandura<sup>10</sup> เป็นกิจกรรมที่ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการตระหนักถึงความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุจากการขับขีรถจักรยานยนต์ และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากที่ไม่เคยสวมหมวกนิรภัย หรือสวมน้อยครั้งเป็นการมีพฤติกรรมสวมหมวกนิรภัยมากขึ้นหรือทุกครั้งเมื่อขับขีรถจักรยานยนต์ แม้การปฏิบัติพฤติกรรมในแต่ละคนจะไม่เท่ากัน แต่ในภาพรวมคือมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรมีการนำโปรแกรมการกำกับตนเองนี้ไปประยุกต์ใช้กับบุคลากรในหน่วยงานอื่น ๆ ภายในเทศบาล โดยมุ่งเน้นเรื่องการปรับทัศนคติในการสวมหมวกนิรภัยเพื่อเป็นการให้บุคคลเกิดการกำกับตนเอง และขยายผลให้ปฏิบัติพฤติกรรมสวมหมวกนิรภัยมากยิ่งขึ้น เนื่องจากผลการศึกษายังคงมีสาเหตุจากการไม่สวมหมวกนิรภัยคงอยู่ เช่น คิดว่าไม่เกิดอุบัติเหตุกับตนเอง เป็นต้น

### ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาวิจัยในอนาคต

1. การจัดกิจกรรมครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจจากการทำกิจกรรมร่วมกัน ทำให้เกิดการพูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ การหาแนวทางการแก้ไขปัญหา ร่วมกัน ช่วยกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างเหมาะสม จึงควรมีการศึกษาโดยใช้แนวทางการกำกับตนเองร่วมกับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคม

2. ผลการวิจัยพบว่าสาเหตุที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่สวมหมวกนิรภัยคือ ไม่สะดวกในการมองเห็น การขับขีรถระยะสั้น ขนาดหมวกนิรภัยไม่เหมาะสมกับขนาดศีรษะ คิดว่าไม่เกิดอุบัติเหตุกับตนเอง ซึ่งบางสาเหตุเกิดจากทัศนคติ แต่บางสาเหตุก็เกี่ยวข้องกับการออกแบบหมวกนิรภัย ดังนั้น จึงควรทำการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้ประชาชนคนไทยไม่สวมหมวกนิรภัยขณะขับขีรถจักรยานยนต์

3. ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองสวมหมวกนิรภัยเมื่อใช้รถจักรยานยนต์เพียงบางครั้ง โดยสาเหตุที่ทำให้ไม่สวมหมวกนิรภัยที่คงเหลืออยู่ ได้แก่ การใส่แล้วทำให้ผมเสียทรง การได้ยินเสียงไม่ชัด การร้อน อึดอัด ดังนั้น จึงควรจัดโปรแกรมเพิ่มเติม เช่น การให้ความรู้ ความเข้าใจ การปรับเปลี่ยนทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรม การสวมหมวกนิรภัยซึ่งควรเริ่มทำตั้งแต่ในวัยเด็ก เพื่อเป็นการปลูกฝังให้บุคคลมีจิตสำนึกในการมีพฤติกรรมสวมหมวกนิรภัย หรือการออกแบบหมวกนิรภัยหลากหลายรูปแบบเพื่อให้มีความเหมาะสมกับผู้ขับขีรถจักรยานยนต์ได้ยืนชัดเจนเมื่อสวมใส่หรือเหมาะสมกับทรงผมซึ่งจะส่งผลให้มีการสวมหมวกนิรภัยเพิ่มขึ้น

4. การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ติดตามพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยหลังจากกลุ่มตัวอย่างกำกับตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นเวลา 2 สัปดาห์ พบว่าบุคลากรเทศบาล ยังคงมีพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง การศึกษาครั้งต่อไป ควรเพิ่มระยะเวลาการติดตามประเมินผลออกไป เช่น ทุก 3 เดือน หรือ 6 เดือน เพื่อประเมินความคงอยู่ และติดตามพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยระยะยาว

## References

1. World Health Organization. Road safety situation report. Bangkok. 2015. (in Thai).
2. Nokdee C. Thai people wear helmets less than 50% Thai Health Promotion Foundation [Internet]. 2014 [cited 2017 Jan 15]. Available from: [http://www.thaihealth.or.th/Content/25560-Revealing that Thai people don't wear helmets %2050%20.html](http://www.thaihealth.or.th/Content/25560-Revealing%20that%20Thai%20people%20don't%20wear%20helmets%20.html)
3. Khonpikul C, Kronprasert N, Pichayapan P. The comparison of safety attitude and safety behavior for motorcyclists in university campuses. The 20th National Convention on Civil Engineering 8-10 July 2015 Chonburi; 2015. (in Thai).
4. Thai Roads Foundation. Report on road accident situation in Thailand 2012-2013. Bangkok; 2015. (in Thai).
5. Surveillance units and reflecting road safety situations. Wearing a helmet.[Internet]. 2013 [cited 2017 Jan 15]. Available from: <http://trso.thairoads.org/statistic/risk/detail/5068>
6. Road Accident Victim Protection Company Limited. Chonburi decade of road safety 2011–2020 [Internet]. 2016 [cited 2017 Jan 15]. Available from: <http://www.thairsc.com/p77/index.htm?provid=20>. (in Thai)
7. Boonprasert P. Si Racha District, Safe driving campaign put on a helmet [Internet]. (2016). [cited 2017 Jan 15]. Available from: [http://thainews.prd.go.th/website\\_th /news/ news\\_detail/TNSOC5904070010055](http://thainews.prd.go.th/website_th /news/ news_detail/TNSOC5904070010055)
8. Chimchaiyaphum T, Sota J. The effectiveness of motorcycle accident prevention program by applying self-efficacy theory and Hiyari Hatto risk map among secondary school's student in Phrathatnongsammuen School, Bankaeng sub-district, Phukieo district, Chaiyaphum province. The office of disease prevention and control 9th Nakhon Ratchasima Journal 2016;22(3):33-44. (in Thai)
9. Peden M. World report on road traffic injury prevention. Geneva; 2004
10. Bandura A. Social cognitive theory of self-regulation. Organizational Behavior and Human Decision Processes 1991;50:248-87.
11. Srisatidnarakul B. Methodology in nursing research. 5th ed. Bangkok: you and i inter media; 2010. (in Thai).
12. Srisakool S. The effects of health protective motivation for helmet wearing behavior among higher secondary school students, Sri racha district, Chonburi province [Master of Nursing science]. Chonburi: Burapha University; 2015. (in Thai).
13. Chumkum P, Powwattana A, Thiangthum W. Effect of self - regulaiton program on chronic kidney disease preventive behavior among uncontrolled type 2 diabetes patients. Journal of Boromarajanani college of nursing, Bangkok 2019;35(1):130-41. (in Thai).

## บทความวิจัย

การประเมินหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลฉุกเฉิน  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ  
An Evaluation of the Nurse Specialty Program in Emergency Nursing  
Boromarajonani College of Nursing, Bangkok

Received: Feb 27, 2019

Revised: May 10, 2019

Accepted: May 24, 2019

อุบล สุทธิเนียม พย.ม. (Ubol Suttineam, M.N.S.)<sup>1</sup>เสมอจันทร์ ชีระวัฒน์สกุล วท.ม. (Smerchan Teerawatskul, M.Sc.)<sup>2</sup>ปรียาวรรณ วิบูลย์วงศ์ พย.ม. (Preeyawan Vibulwong, M.N.S.)<sup>3</sup>

## บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาสมรรถนะของผู้สำเร็จการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลฉุกเฉิน รุ่นที่ 7 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สำเร็จการอบรม จำนวน 60 คน อาจารย์ประจำและผู้ประสานงานวิชา จำนวน 10 คน ผู้บังคับบัญชาระดับต้นของผู้สำเร็จการอบรม จำนวน 48 คน อาจารย์พี่เลี้ยง จำนวน 12 คน คณะกรรมการหลักสูตร จำนวน 7 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบประเมินหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลฉุกเฉินโดยใช้รูปแบบ CIPP Model วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Independent t-test

ผลการศึกษาพบว่า

1. ด้านบริบท พบว่า ผู้สำเร็จการอบรม อาจารย์ประจำและผู้ประสานงานวิชา และอาจารย์พี่เลี้ยงในแหล่งฝึก มีความคิดเห็นว่าวัตถุประสงค์ของหลักสูตรสอดคล้องกับความต้องการของสังคมและสามารถนำไปปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมายได้โดยรวมอยู่ในระดับมาก โครงสร้างหลักสูตรมีจำนวนหน่วยกิตตลอดหลักสูตรเหมาะสม เนื้อหารายวิชา มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของหลักสูตรและสามารถนำไปใช้ได้จริงอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด
2. ด้านปัจจัยนำเข้า พบว่า ผู้สำเร็จการอบรม อาจารย์ประจำและผู้ประสานงานวิชา มีความคิดเห็นว่าอาจารย์ผู้สอน อาจารย์พี่เลี้ยงมีความรู้และประสบการณ์ในหัวข้อที่สอนอยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนทรัพยากรสนับสนุนการเรียนการสอนมีเพียงพอและทันสมัยอยู่ในระดับมาก
3. ด้านกระบวนการ พบว่า ผู้สำเร็จการอบรม มีความคิดเห็นว่าการจัดการเรียนการสอนเปิดโอกาสให้ผู้เข้าอบรม ประเมินผลการสอนของอาจารย์เหมาะสมมากที่สุด อาจารย์ประจำและผู้ประสานงานวิชา มีความคิดเห็นว่าการแจ้งวัตถุประสงค์ของการเรียนการสอนรายวิชาแก่ผู้เข้าอบรมเหมาะสมมากที่สุด ส่วนการวัดและการประเมินผลทั้งผู้สำเร็จการอบรม อาจารย์ประจำและผู้ประสานงานวิชา มีความคิดเห็นว่าการแจ้งผลการเรียนรายวิชาให้ผู้เข้าอบรมทราบเหมาะสมมากที่สุด และมีความคิดเห็นด้านการจัดทำข้อสอบมีความเหมาะสมทั้งด้านปริมาณ ความยากง่าย และครอบคลุมเนื้อหาวิชาที่เรียนน้อยที่สุด

<sup>1,2,3</sup> Nurse instructor, Boromarajonani College of Nursing Bangkok, Email: <sup>1</sup>Ubol.s@bcn.ac.th, <sup>2</sup>smerchan.t@bcn.ac.th, <sup>3</sup>preeyawan.v@bcn.ac.th  
Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Thailand

4. ด้านผลผลิต พบว่า สมรรถนะของผู้สำเร็จการอบรมโดยรวมระหว่างก่อนการอบรมและหลังสำเร็จการอบรมที่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) และสมรรถนะของผู้สำเร็จการอบรมตามความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชาระดับต้นโดยรวมอยู่ในระดับดี ( $\bar{X} = 4.32$ ,  $SD = .36$ )

ผลการศึกษานี้สามารถใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงหลักสูตรอบรมการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลฉุกเฉินทั้งในด้านการปรับปรุงเนื้อหา กิจกรรมการเรียนการสอน การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ ให้มีความทันสมัยและสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับอบรมด้านการพยาบาลฉุกเฉิน ตลอดจนพัฒนาระบบการบริหารหลักสูตร เพื่อให้การจัดการอบรมเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้เข้ารับการอบรมและหน่วยงานต้นสังกัด

**คำสำคัญ:** การประเมินหลักสูตร, การพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลฉุกเฉิน, สมรรถนะ

### Abstract

This descriptive study aimed to investigate competency of the trainee graduated from the certificate program in emergency nursing, Boromarajonani College of Nursing, Bangkok. Sixty trainees graduated from this program in 2016 and 48 of their supervisors, 10 nurse instructors and course administrators, 12 mentors, and 7 program committees were recruited into the study. The CIPP Model was used as a framework for program analysis. Data were analyzed using descriptive statistics including frequency, percentage, mean, standard deviation, and independent t-test. The results of the study revealed that:

1. Contextual aspects: the graduates, course administrators, nurse instructors, and mentors perceived that the objectives of the course were consistent with the needs of related stakeholders and overall applicability was at a high level. The course curriculum structure contained appropriate credits. The course content was consistent with the course objectives and applicability was at a high to highest level.

2. Input factors: the graduates, course administrators, and instructors rated the instructors' and mentors' knowledge and experience on their teaching topic at the highest level and they rated sufficiency and advancement of teaching and learning resources at a high level.

3. Process: the graduates reported that the instructors' teaching performance was the most appropriate. The course administrator evaluated course objective elucidation for the trainee as the most appropriate. Both graduates and the course administrators stated that grade report of each subject to the trainees was the most appropriate and exam management was the least appropriate in term of quantity, difficulty, and coverage.

4. Productivity: overall competency of the graduates between pre-training and post-training was significantly different ( $p < .001$ ). Overall competency of the graduates as perceived by the supervisors was at a good level ( $\bar{X} = 4.32$ ,  $SD = .36$ )

The results from this study can be used as guidelines to enhance quality of the short course training in emergency nursing program in term of content, learning activity, and learning experience improvement. This program needs to be updated and meets the needs of the trainee as well as to develop course curriculum management system for the optimum benefit of the trainees and their affiliated organization.

**Keywords:** course evaluation, nurse specialty program in emergency nursing, CIPP Model, competency

## บทนำ

ในปัจจุบันบริบททางด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง ภาวะมลพิษทางสิ่งแวดล้อม รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางสภาพภูมิอากาศของโลก ทำให้ประเทศไทยต้องเผชิญกับปัญหาสาธารณสุขต่างๆ ทั้งจากโรค อุบัติเหตุ และภัยธรรมชาติ ซึ่งมีรูปแบบที่หลากหลายและมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ทำให้หน่วยงานทางด้านสาธารณสุขต้องมีการเตรียมพร้อมเพื่อรับมือด้านระบบบริการฉุกเฉินในการที่จะเผชิญกับสถานการณ์ดังกล่าว รวมถึงการให้ความช่วยเหลือที่ต้องรวดเร็วทันการณ์ ซึ่งจำเป็นต้องมีทีมงานที่เข้มแข็งและมีการจัดการที่ดี จากการประชุมเครือข่ายการแพทย์ฉุกเฉินระดับภูมิภาคและท้องถิ่นปี 2559 ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณ นายแพทย์ปิยะสกล สกลสัตยาทร รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ประธานกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินกล่าวว่า การเจ็บป่วยฉุกเฉินทั้งจากโรคและอุบัติเหตุ เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับ 1 ในเกือบทุกประเทศทั่วโลก ประเทศไทยพบผู้ป่วยฉุกเฉินประมาณ 4 ล้านคนต่อปี จึงได้มอบนโยบายการขับเคลื่อนงานการแพทย์ฉุกเฉินไทย 5 ข้อ คือ 1) การบูรณาการความร่วมมือ 2) พัฒนาบุคลากรพร้อมขวัญกำลังใจ 3) พัฒนาศูนย์รับแจ้งเหตุ 4) Trauma Emergency Administrative Unit และ 5) ให้ความรู้และอบรมประชาชนทั่วไป<sup>1</sup> เพื่อให้เกิดการดำเนินการแพทย์ฉุกเฉินอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ

แม้ว่าระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทยจะมีพัฒนาการมานานกว่า 10 ปี มีการผลิตแพทย์สาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉินเพื่อตอบสนองความต้องการการช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉินทั้งในและนอกโรงพยาบาล แต่ยังผลิตได้จำนวนน้อยและไม่เพียงพอกับความต้องการประกอบกับการขาดแคลนแพทย์ที่ไปปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน บุคลากรทางการแพทย์ในหน่วยฉุกเฉินจึงมีความสำคัญอย่างมากในการที่จะช่วยประคับประคองผู้ป่วยให้ผ่านพ้นภาวะฉุกเฉินได้โดยเร็วที่สุดและช่วยชีวิตผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที เนื่องจากอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นบริการที่สำคัญด้านแรกของการให้บริการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการบาดเจ็บและเจ็บป่วยฉุกเฉิน ซึ่งเกี่ยวข้องกับความเป็นและความตายของผู้ป่วย พร้อมทั้งส่งผลต่ออัตราความพิการและอัตราการตาย ปัจจุบันประเทศไทยมีผู้ป่วยฉุกเฉินเสียชีวิตก่อนถึงโรงพยาบาล 60,000 คน/ปี ถ้าพัฒนาระบบการช่วยเหลือได้ดี จะสามารถลดอัตราการ

เสียชีวิตถึงร้อยละ 20 โดยเฉพาะผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติจะต้องได้รับการช่วยเหลือจากชุดปฏิบัติการระดับสูงภายใน 8 นาที ปัญหาในปัจจุบันยังต้องใช้ชุดปฏิบัติการระดับสูงรับช่วงต่อระหว่างทาง ซึ่งอาจไม่ทันเวลาในการช่วยชีวิต แม้กระนั้นชุดปฏิบัติการต่างๆ ที่เข้าถึงผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติภายใน 8 นาทีก็ยังมีเพียงร้อยละ 45.78 เท่านั้น ซึ่งไม่เพียงพอกับผู้ป่วยฉุกเฉิน<sup>2</sup> ดังนั้นการพัฒนาองค์ความรู้และสมรรถนะของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพราะพยาบาลในหน่วยฉุกเฉินต้องมีความรู้ความชำนาญ มีการตัดสินใจที่รวดเร็ว และถูกต้องในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน เพื่อลดภาวะเสี่ยงต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น และการที่จะพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินได้อย่างถูกต้องปลอดภัยและมีประสิทธิภาพนั้น การฝึกอบรมเป็นกระบวนการหนึ่งในการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรให้เพิ่มพูนความรู้ทักษะตลอดจนการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมไปในทางที่ต้องการเพื่อให้ปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการพยาบาลในประเทศไทยได้มีการพัฒนาการฝึกอบรมโดยสถาบันหลายแห่งทั้งของรัฐและเอกชนได้จัดให้มีโปรแกรมการศึกษาเพิ่มเติมแก่บุคลากรทางการแพทย์ทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน ทั้งหลักสูตรการศึกษาระยะยาวและหลักสูตรการอบรมระยะสั้น แต่อย่างไรก็ดีเมื่อพิจารณาสภาพการณ์ด้านสาธารณสุขของประเทศไทยในปัจจุบันซึ่งบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลยังมีจำนวนไม่เพียงพอกับความต้องการของประชาชน การลาเพื่อศึกษาต่อเป็นเวลานานย่อมทำให้เกิดปัญหาต่อระบบบริการพยาบาล ดังนั้นการฝึกอบรมระยะสั้นจึงเป็นสิ่งที่เหมาะสมที่สุด

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพมหานคร ในฐานะสถาบันผลิตและพัฒนาบุคลากรที่ตอบสนองความต้องการพัฒนาและสร้างความเข้มแข็งของวิชาชีพในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจึงได้จัดการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลฉุกเฉินขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 จนถึงปัจจุบัน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยฉุกเฉินให้มีความรู้ ความสามารถ และศักยภาพทางการพยาบาลฉุกเฉินมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน สามารถนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลให้ทันกับการเปลี่ยนแปลง และความเจริญทางวิทยาศาสตร์ที่รู้หน้าไปอย่างรวดเร็วในปัจจุบัน อันจะนำไปสู่

การเป็นพยาบาลฉุกเฉินที่มีคุณภาพ สามารถแก้ปัญหาสถานการณ์ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม โดยหลักสูตรมีระยะเวลาการศึกษา 16 สัปดาห์ มีจำนวนหน่วยกิตตลอดหลักสูตร 15 หน่วยกิต แบ่งเป็นภาคทฤษฎี 10 หน่วยกิต และภาคปฏิบัติ 5 หน่วยกิต มีการจัดเนื้อหาการเรียนการสอนให้ผู้เข้าอบรมมีทักษะและสมรรถนะตรงตามเกณฑ์ที่สภาการพยาบาลกำหนด<sup>3</sup> และจากการดำเนินงานที่ผ่านมาวิทยาลัยฯ ได้มีการปรับปรุงการจัดการเรียนการสอนของหลักสูตรมาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของหลักสูตร นอกจากนั้นยังได้มีการติดตามผลการปฏิบัติงานของผู้เข้ารับการอบรมจากหน่วยงานต้นสังกัดภายหลังสำเร็จการฝึกอบรม 1 ปี ซึ่งจุดมุ่งหมายของการประเมินหลักสูตรมี 2 ประการ คือ 1) เพื่อพัฒนาการเรียนรู้อะไร และ 2) เพื่อประเมินหลักสูตรที่จะนำไปสู่การปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงตัวหลักสูตร อีกทั้งผลจากการประเมินหลักสูตรยังสามารถช่วยตัดสินคุณค่าของหลักสูตรได้อีกด้วย<sup>4,5,6</sup> แต่อย่างไรก็ตามวิทยาลัยฯ ยังมีได้มีการประเมินหลักสูตรการพยาบาลฉุกเฉินอย่างเป็นระบบ ซึ่งการที่จะบริหารการจัดการอบรมให้มีประสิทธิภาพนั้นควรที่จะได้รับข้อมูลจากหลายมิติเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการจัดการอบรมให้ดียิ่งขึ้น ด้วยเหตุนี้คณะผู้วิจัยในฐานะผู้รับผิดชอบการบริหารจัดการฝึกอบรม จึงเห็นความสำคัญและมีความสนใจที่จะทำการประเมินหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลฉุกเฉิน โดยใช้วิธีการประเมินตาม CIPP model<sup>7-9</sup> ซึ่งเป็นรูปแบบการประเมินหลักสูตรทั้งระบบที่มีความครอบคลุม เหมาะสมกับบริบทของการจัดการศึกษาในหลักสูตรและง่ายต่อการนำไปใช้ โดยมีการประเมินองค์ประกอบของหลักสูตร 4 ด้าน คือ ด้านบริบท ได้แก่ วัตถุประสงค์ของหลักสูตร โครงสร้างของหลักสูตร และเนื้อหาวิชาของหลักสูตร ด้านปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ทรัพยากรสนับสนุนการเรียนการสอน ด้านกระบวนการ ได้แก่ กระบวนการเรียนการสอน และการวัดและประเมินผล และด้านผลผลิต ได้แก่ สมรรถนะของผู้สำเร็จการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลฉุกเฉิน ครอบคลุมทั้งด้านความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติงาน โดยคณะผู้วิจัยมีความมุ่งหวังที่จะนำผลจากการประเมินหลักสูตรดังกล่าวมาเป็นแนวทางในการปรับปรุงพัฒนาการจัดการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลฉุกเฉินให้มีคุณภาพเพื่อให้พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรม มีความรู้และสมรรถนะในการ

ปฏิบัติหน้าที่ในหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับนโยบายการขับเคลื่อนงานการแพทย์ฉุกเฉิน

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อประเมินหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลฉุกเฉิน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร ใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านบริบท (context) ปัจจัยนำเข้า (input) กระบวนการ (process) และผลผลิต (product)

## ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research)

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 150 คน แบ่งเป็น 5 กลุ่ม ดังนี้

1. ผู้สำเร็จการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลฉุกเฉิน รุ่นที่ 7 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร ปีพ.ศ. 2559 จำนวน 60 คน
2. อาจารย์ประจำและผู้ประสานงานวิชา จำนวน 10 คน
3. อาจารย์พี่เลี้ยงที่ทำหน้าที่ในการนิเทศหรือสอนภาคปฏิบัติในขณะฝึกภาคปฏิบัติของหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลฉุกเฉินใน 4 แหล่งฝึกๆ ละ 3 คน จำนวน 12 คน
4. ผู้บังคับบัญชาระดับต้น ได้แก่ หัวหน้างานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่มีหน้าที่รับผิดชอบผู้สำเร็จการอบรมโดยตรงจำนวน 60 คน
5. คณะกรรมการหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลฉุกเฉิน ที่ได้รับการแต่งตั้งจากสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 8 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบประเมินหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลฉุกเฉินโดยใช้รูปแบบการประเมินหลักสูตร CIPP Model ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านบริบท (Context) ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ด้านกระบวนการ (Process) และด้านผลผลิต (Output) มี

รายละเอียดดังนี้ 1) แบบสอบถามด้านบริบท เป็นแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของหลักสูตร โครงสร้างของหลักสูตร และเนื้อหารายวิชาของหลักสูตร ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ และ 5 ระดับ รวมจำนวน 48 ข้อ 2) แบบสอบถามด้านปัจจัยนำเข้า เป็นแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการบริหารจัดการอาจารย์ผู้สอน และอาจารย์พี่เลี้ยง ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 18 ข้อ 3) แบบสอบถามด้านกระบวนการ เป็นแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับกระบวนการจัดการเรียนการสอน การวัดและประเมินผล ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 16 ข้อ โดยแบบสอบถามทั้ง 3 ชุด ได้ผ่านการพิจารณาความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลฉุกเฉินและการสอน จำนวน 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้กับผู้สำเร็จการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลฉุกเฉิน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง .82-.99 4) แบบสอบถามด้านผลผลิต เป็นแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับสมรรถนะของผู้สำเร็จการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลฉุกเฉิน รุ่นที่ 7 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร โดยผู้วิจัยใช้แบบสอบถามสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ของ Tubsoongnoen<sup>10</sup> ผู้วิจัยได้รับการอนุญาตให้ใช้แบบสอบถามดังกล่าวแล้ว โดยแบบสอบถามมีค่ามัธยฐานมากกว่า 3.50 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ที่น้อยกว่า 1.50 ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 109 ข้อ และ 5) แบบสัมภาษณ์การประเมินหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลฉุกเฉิน เป็นแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างปลายเปิด 4 ด้าน คือ ด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลฉุกเฉินและการศึกษา จำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาความถูกต้องของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วนำความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้มาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC และเลือกข้อที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50-1.00 นำมาสร้างแบบสัมภาษณ์ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคมถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2560 ได้รับแบบสอบถามกลับคืน จำนวน 124 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 82.67

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ (เอกสารหมายเลข 007/2559) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และเชิญชวนเข้าร่วมโครงการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยมอบเอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่าง และเซ็นชื่อในเอกสารแสดงความยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าว การรายงานผลการวิจัยจะกระทำในภาพรวมและจะดำเนินการด้วยความระมัดระวัง รัดกุม ไม่มีการอ้างอิงถึงชื่อของกลุ่มตัวอย่างหรือข้อมูลส่วนตัวใดๆ และผู้วิจัยจะทำลายแบบสอบถาม ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ภายในระยะเวลา 3 เดือนหลังการทำวิจัย

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ
2. ความคิดเห็นการประเมินหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลฉุกเฉินด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า และกระบวนการ วิเคราะห์โดยสถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความคิดเห็นของผู้สำเร็จการอบรมต่อสมรรถนะของตนเองระหว่างก่อนการอบรม หลังสำเร็จการอบรมทันที และภายหลังสำเร็จการอบรม 6 เดือน โดยใช้สถิติ Independent t-test

### ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป พบว่า ผู้สำเร็จการอบรมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 81.40 ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 88.10 วุฒิการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 96.60 ตำแหน่งในการปฏิบัติงานส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ คิดเป็นร้อยละ 59.30 มีประสบการณ์ในการทำงานหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินระหว่าง 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.00
2. ผลการวิเคราะห์การประเมินหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลฉุกเฉินด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต แสดงดังตาราง

**ตารางที่ 1** ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความคิดเห็นด้านบริบทเกี่ยวกับความสอดคล้องกับความต้องการของสังคม และความสามารถนำไปปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมายได้ของผู้สำเร็จการอบรม อาจารย์ประจำ ผู้ประสานงานวิชา และอาจารย์พี่เลี้ยงในแหล่งฝึก

| ด้านบริบท                                 | ผู้สำเร็จการอบรม |     |       | อาจารย์ประจำ และ<br>ผู้ประสานงานวิชา |     |           | อาจารย์พี่เลี้ยง<br>ในแหล่งฝึก |     |       |
|-------------------------------------------|------------------|-----|-------|--------------------------------------|-----|-----------|--------------------------------|-----|-------|
|                                           | $\bar{X}$        | SD. | ระดับ | $\bar{X}$                            | SD. | ระดับ     | $\bar{X}$                      | SD. | ระดับ |
| <b>ความสอดคล้องกับความต้องการของสังคม</b> |                  |     |       |                                      |     |           |                                |     |       |
| วัตถุประสงค์ของหลักสูตร                   | 4.37             | .39 | มาก   | 4.48                                 | .39 | มาก       | 4.39                           | .36 | มาก   |
| เนื้อหาทฤษฎีของหลักสูตร                   | 4.46             | .48 | มาก   | 4.58                                 | .42 | มากที่สุด | 4.37                           | .39 | มาก   |
| <b>ความสามารถนำไปปฏิบัติ</b>              |                  |     |       |                                      |     |           |                                |     |       |
| วัตถุประสงค์ของหลักสูตร                   | 4.08             | .88 | มาก   | 4.45                                 | .37 | มาก       | 4.06                           | .36 | มาก   |
| เนื้อหาทฤษฎี                              | 4.17             | .70 | มาก   | 4.43                                 | .44 | มาก       | 4.01                           | .41 | มาก   |

**ตารางที่ 2** ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความคิดเห็นด้านปัจจัยนำเข้าของผู้สำเร็จการอบรม อาจารย์ประจำและผู้ประสานงานวิชา

| รายการประเมิน                  | ผู้สำเร็จการอบรม |     |       | อาจารย์ประจำ และ<br>ผู้ประสานงานวิชา |     |       |
|--------------------------------|------------------|-----|-------|--------------------------------------|-----|-------|
|                                | $\bar{X}$        | SD. | ระดับ | $\bar{X}$                            | SD. | ระดับ |
| อาจารย์ผู้สอน อาจารย์พี่เลี้ยง | 4.38             | .44 | มาก   | 4.40                                 | .38 | มาก   |
| ทรัพยากรสนับสนุนการเรียนการสอน | 4.29             | .47 | มาก   | 4.41                                 | .56 | มาก   |

**ตารางที่ 3** ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความคิดเห็นด้านกระบวนการของผู้สำเร็จการอบรม อาจารย์ประจำและผู้ประสานงานวิชา

| รายการประเมิน              | ผู้สำเร็จการอบรม |     |       | อาจารย์ประจำ และ<br>ผู้ประสานงานวิชา |     |       |
|----------------------------|------------------|-----|-------|--------------------------------------|-----|-------|
|                            | $\bar{X}$        | SD. | ระดับ | $\bar{X}$                            | SD. | ระดับ |
| กระบวนการจัดการเรียนการสอน | 4.38             | .44 | มาก   | 4.36                                 | .44 | มาก   |
| การวัดและประเมินผล         | 4.29             | .47 | มาก   | 4.38                                 | .45 | มาก   |

**ตารางที่ 4** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้านผลผลิตเกี่ยวกับสมรรถนะของผู้สำเร็จการอบรมตามความคิดเห็นของผู้สำเร็จการอบรม ระหว่างก่อนการอบรม หลังสำเร็จการอบรมทันที และหลังสำเร็จการอบรม 6 เดือน

| สมรรถนะของ<br>ผู้สำเร็จการอบรม | N  | $\bar{X}$ | SD. | t     | p-value |
|--------------------------------|----|-----------|-----|-------|---------|
| ก่อนการอบรม                    | 45 | 3.47      | .46 | 9.860 | < .001  |
| หลังสำเร็จการอบรมทันที         | 47 | 4.30      | .34 | 1.517 | .133    |
| หลังสำเร็จการอบรม 6 เดือน      | 48 | 4.19      | .34 |       |         |

**ตารางที่ 5** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้านผลผลิตเกี่ยวกับสมรรถนะของผู้สำเร็จการอบรม ตามความคิดเห็นของผู้สำเร็จการอบรม และผู้บังคับบัญชาในระดับต้น

| สมรรถนะของ<br>ผู้สำเร็จการอบรม | ผู้สำเร็จการอบรม<br>(n=47) |            | ผู้บังคับบัญชา<br>ระดับต้น<br>(n=48) |            | t            | p-value     |
|--------------------------------|----------------------------|------------|--------------------------------------|------------|--------------|-------------|
|                                | $\bar{X}$                  | SD.        | $\bar{X}$                            | SD.        |              |             |
| ด้านการปฏิบัติการพยาบาล...     | 4.23                       | .34        | 4.37                                 | .39        | 1.859        | .066        |
| ด้านการคัดกรอง...              | 4.27                       | .36        | 4.43                                 | .41        | 1.910        | .059        |
| ด้านการฟื้นคืนชีพขั้นสูง       | 4.25                       | .42        | 4.43                                 | .42        | 2.031        | .045        |
| ด้านการทำงานเป็นทีม...         | 4.36                       | .47        | 4.52                                 | .43        | 1.773        | .080        |
| ด้านการติดต่อสื่อสาร           | 3.98                       | .38        | 4.04                                 | .43        | .678         | .499        |
| ด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล...      | 4.37                       | .43        | 4.53                                 | .44        | 1.816        | .073        |
| ด้านการจัดการสถานการณ์...      | 4.11                       | .37        | 4.24                                 | .43        | 1.557        | .123        |
| ด้านภาวะผู้นำ                  | 4.32                       | .43        | 4.37                                 | .45        | .607         | .546        |
| ด้านกฎหมาย จริยธรรม ...        | 4.05                       | .41        | 4.21                                 | .46        | 1.753        | .083        |
| ด้านการวางแผนจำหน่าย...        | 4.24                       | .38        | 4.39                                 | .45        | 1.797        | .076        |
| ด้านวิชาการ...                 | 3.95                       | .47        | 3.99                                 | .45        | .459         | .647        |
| <b>สมรรถนะโดยรวม</b>           | <b>4.19</b>                | <b>.34</b> | <b>4.32</b>                          | <b>.36</b> | <b>1.720</b> | <b>.089</b> |

## อภิปรายผลการวิจัย

**1. การประเมินด้านบริบท** เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของหลักสูตร โครงสร้างของหลักสูตร และเนื้อหารายวิชาของหลักสูตร

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้สำเร็จการอบรม อาจารย์ประจำและผู้ประสานงานวิชา และอาจารย์พี่เลี้ยงในแหล่งฝึก มีความคิดเห็นตรงกันว่าวัตถุประสงค์ของหลักสูตร/เนื้อหาวิชาของหลักสูตรมีความสอดคล้องกับความต้องการของสังคมในระดับมาก-มากที่สุด ( $\bar{X} = 4.37$ ,  $SD. = .39 / \bar{X} = 4.46$ ,  $SD. = .48 / \bar{X} = 4.48$ ,  $SD. = .39 / \bar{X} = 4.58$ ,  $SD. = .42$  และ  $\bar{X} = 4.39$ ,  $SD. = .36 / \bar{X} = 4.37$ ,  $SD. = .39$ ) และมีความคิดเห็นว่าวัตถุประสงค์ของหลักสูตร/เนื้อหาวิชาของหลักสูตรสามารถนำไปใช้ได้จริงในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.08$ ,  $SD. = .88 / \bar{X} = 4.17$ ,  $SD. = .70$ ;  $\bar{X} = 4.45$ ,  $SD. = .37 / \bar{X} = 4.43$ ,  $SD. = .44$  และ  $\bar{X} = 4.06$ ,  $SD. = .36 / \bar{X} = 4.01$ ,  $SD. = .41$ ) ทั้งนี้เนื่องจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานครได้เปิดการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลฉุกเฉินมาทั้งหมด 7 รุ่น มีการพัฒนาหลักสูตรให้มีความทันสมัย โดยมีความเชื่อว่างานการพยาบาลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินมีคุณภavn นั้น พยาบาลผู้ปฏิบัติงานจะต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพ ให้มีความรู้ ความสามารถ และทัศนคติที่ดีในการให้การดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ให้สอดคล้องกับการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่มีความรุนแรง ซับซ้อน มีรูปแบบและมีสาเหตุหลากหลายมากขึ้นตามการเปลี่ยนแปลงของโลก และสภาพสังคมปัจจุบัน อีกทั้งการสร้างหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลฉุกเฉินนั้นได้มีการปฏิบัติตามขั้นตอนคือ มีการสำรวจความต้องการ กำหนดจุดมุ่งหมายของหลักสูตร จัดโครงสร้างเนื้อหาสาระหลักสูตร กำหนดประสบการณ์เรียนรู้ และการประเมินผล สอดคล้องกับ Kongterm<sup>11</sup> ได้เสนอว่าการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมให้มีประสิทธิภาพจะต้องพัฒนาอย่างเป็นระบบ ประกอบด้วย ขั้นที่ 1 การประเมินความต้องการ ขั้นที่ 2 การฝึกอบรม และขั้นที่ 3 การประเมินผล

นอกจากนี้ในการจัดทำหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลฉุกเฉินเป็นไปตามเกณฑ์การจัดทำหลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทางและการบริหารจัดการหลักสูตรของสภาการพยาบาล<sup>3</sup> เมื่อสิ้นสุดการอบรมของแต่ละรุ่นได้มีการประเมินผลการจัดการอบรมทั้งในภาพ

รวมของการจัดอบรมและแต่ละรายวิชา โดยนำข้อมูลจากผลการประเมินที่ได้มาพัฒนาการจัดการอบรมและปรับปรุงการจัดการเรียนการสอนของหลักสูตรให้มีความเหมาะสมกับบริบทที่เปลี่ยนแปลงและมีความทันสมัย ทั้งนี้ได้มีการประชุมคณะกรรมการหลักสูตรเพื่อร่วมพิจารณาและให้ข้อเสนอแนะก่อนการเปิดอบรมในรุ่นต่อไปทุกครั้ง จึงทำให้หลักสูตรนี้มีความทันสมัย สอดคล้องกับความต้องการของสังคมและสามารถนำไปปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมายได้ สอดคล้องกับเพชรฯ ทองเฒ่า และเกศ-กัญญา ไชยวงศา<sup>12</sup> ที่ศึกษาการประเมินโครงการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) รุ่นที่ 9 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี พบว่าวัตถุประสงค์หลักสูตร โครงสร้างหลักสูตร และเนื้อหาของหลักสูตรมีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด ( $\bar{X} = 4.54$ ,  $SD. = 0.56$ ,  $\bar{X} = 4.56$ ,  $SD. = 0.56$  และ  $\bar{X} = 4.51$ ,  $SD. = 0.58$  ตามลำดับ)

**2. การประเมินด้านปัจจัยนำเข้า** เกี่ยวกับการประเมินอาจารย์ผู้สอน อาจารย์พี่เลี้ยงและทรัพยากรสนับสนุนการเรียนการสอน

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้สำเร็จการอบรม อาจารย์ประจำและผู้ประสานงานวิชา มีความคิดเห็นเกี่ยวกับอาจารย์ผู้สอน อาจารย์พี่เลี้ยงและทรัพยากรสนับสนุนการเรียนการสอนโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.34$ ,  $SD. = .43$  และ  $\bar{X} = 4.41$ ,  $SD. = .42$  ตามลำดับ) เนื่องจากก่อนเปิดหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลฉุกเฉิน วิทยาลัยฯ ได้มีการสรรหาวิทยากรจากสถาบันของรัฐและเอกชนที่มีคุณวุฒิ และประสบการณ์ตรงสอดคล้องกับเนื้อหาวิชาที่สอนในภาคทฤษฎี และเป็นไปตามเกณฑ์การจัดทำหลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทางและการบริหารจัดการหลักสูตรของสภาการพยาบาล<sup>3</sup> นอกจากนี้ ผู้ประสานงานรายวิชาจะแจ้งผลการประเมินและข้อเสนอแนะการจัดการเรียนการสอนในรุ่นที่ผ่านมาให้วิทยากรทราบ เพื่อหาแนวทางแก้ไขปรับปรุงเนื้อหาและการจัดการเรียนการสอนให้มีความทันสมัย สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน ส่วนภาคปฏิบัติวิทยาลัยฯ ได้สรรหาแหล่งฝึกที่มีศักยภาพ มีความพร้อม และประสบการณ์ในการสอนนิเทศผู้เข้าอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลฉุกเฉิน โดยแหล่งฝึกทั้งหมดจำนวน 4 สถาบันเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาล

เลิดสิน โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์ เป็นโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล สามารถสนับสนุนอุปกรณ์ในการฝึกปฏิบัติได้อย่างเพียงพอเหมาะสม มีจำนวนผู้ป่วยเพียงพอสำหรับผู้เข้าอบรม โดยมีอัตราส่วนผู้เข้าอบรมต่อผู้ป่วยเท่ากับ 1:2 มีอาจารย์พี่เลี้ยงทั้งแพทย์ พยาบาลที่มีประสบการณ์และมีความเชี่ยวชาญในการดูแล รักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินเป็นผู้ดูแลผู้เข้าอบรม และมีคุณสมบัติเป็นไปตามเกณฑ์การจัดทำหลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทางและการบริหารจัดการหลักสูตรของสภาการพยาบาล<sup>3</sup>

นอกจากนี้วิทยาลัยฯ ได้มีการเตรียมความพร้อมของห้องเรียน โดยมีการปรับปรุงห้องเรียนให้เหมาะสมสำหรับใช้ในการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางในปี พ.ศ. 2557 รวมทั้งจัดอุปกรณ์และสื่อเทคโนโลยีที่เหมาะสมสำหรับการเรียนการสอน เช่น คอมพิวเตอร์ ระบบอินเทอร์เน็ต เครื่องฉายแผ่นทึบ และเครื่องเสียง เป็นต้น มีห้องสมุดที่มีพื้นที่เหมาะสม มีหนังสือ ตำรา วารสาร และสื่อต่างๆ เพียงพอสำหรับผู้เข้าอบรมใช้ศึกษาค้นคว้า วิทยาลัยฯ ยังได้มีการสำรวจความต้องการของหนังสือและตำราที่ใช้ในการจัดการอบรมหลักสูตรการพยาบาลฉุกเฉินและดำเนินการจัดซื้อเบื้องต้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ปัจจัยเกื้อหนุนตามที่สภาการพยาบาลกำหนด สอดคล้องกับที่ผู้สำเร็จการอบรมอาจารย์ประจำ อาจารย์พิเศษ ผู้ประสานงานวิชาประเมินทรัพยากรสนับสนุนการเรียนการสอนอยู่ในระดับมาก โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ความเหมาะสมของห้องเรียนภาคทฤษฎี ( $\bar{X} = 4.43$ ,  $SD = .53$ ) และความเพียงพอของหนังสือ ตำรา วารสาร และเอกสารที่ใช้ในการเรียนการสอนและการค้นคว้าในห้องสมุดของวิทยาลัย ความทันสมัยของหนังสือ ตำราในห้องสมุด ความเหมาะสมของการจัดให้บริการในห้องสมุด และความเหมาะสมของแหล่งฝึกภาคปฏิบัติ ( $\bar{X} = 4.50$ ,  $SD = .71$ ) ตามลำดับ สอดคล้องกับ Pinyo, Uraiwan, Ladda และ Parichard<sup>8</sup> ศึกษาการประเมินหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี พบว่า ผู้สำเร็จการอบรมมีความเห็นว่าทรัพยากรสนับสนุนการเรียนการสอน ได้แก่ ห้องเรียนทฤษฎีและห้องผ่าตัดสำหรับฝึกปฏิบัติงานตามสาขาที่เลือกสรรมีความเพียงพอ มีความเหมาะสม และมีความสะดวกในการให้บริการมาก

ที่สุด และสอดคล้องกับ Onsri, Thaiudom, Pathumkaew<sup>13</sup> ศึกษาการประเมินหลักสูตรพยาบาลกู้ชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่า ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ผู้เข้ารับการอบรม วิทยากร และสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้โดยรวมอยู่ในระดับดี ( $\bar{X} = 4.43$ ,  $SD = .59$ )

**3. การประเมินด้านกระบวนการ** เกี่ยวกับกระบวนการจัดการเรียนการสอน การวัดและประเมินผล

จากผลการวิจัยพบว่าผู้สำเร็จการอบรม อาจารย์ประจำและผู้ประสานงานวิชา มีความคิดเห็นเกี่ยวกับกระบวนการจัดการเรียนการสอน/การวัดและประเมินผลในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.38$ ,  $SD = .44$  /  $\bar{X} = 4.29$ ,  $SD = .47$ ; และ  $\bar{X} = 4.36$ ,  $SD = .44$  /  $\bar{X} = 4.38$ ,  $SD = .45$  ตามลำดับ) ทั้งนี้เนื่องจากหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลฉุกเฉินเป็นหลักสูตรที่ได้รับการรับรองจากสภาการพยาบาล โดยปฏิบัติตามเกณฑ์การจัดทำหลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทางและการบริหารจัดการหลักสูตรของสภาการพยาบาล<sup>3</sup> คือ ระยะเวลาการฝึกอบรม 17 สัปดาห์ จำนวนหน่วยกิตตลอดหลักสูตร 15 หน่วยกิต แบ่งเป็น ภาคทฤษฎี 10 หน่วยกิต ภาคปฏิบัติ 5 หน่วยกิต นอกจากนี้ก่อนเปิดรายวิชาผู้ประสานงานรายวิชามีการจัดชี้แจงวัตถุประสงค์การจัดการเรียนการสอน กิจกรรม และการวัดประเมินผลให้ผู้เข้าอบรมทราบ มีการจัดลำดับเนื้อหารายวิชาให้มีความเหมาะสมในการเรียนก่อน-หลัง ผู้ประสานงานรายวิชาประสานงานกับอาจารย์ผู้สอนในการวางแผนการจัดการเรียนการสอนให้มีรูปแบบที่หลากหลาย เช่น การบรรยายแบบมีส่วนร่วม การอภิปราย การสืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูล Evidence based สาธิตและสาธิตย้อนกลับ Case Based Learning ฝึกปฏิบัติการกู้ชีพขั้นสูงในสถานการณ์จำลอง (Simulation) การฝึกทักษะการให้คำปรึกษา เป็นต้น สามารถส่งเสริมให้ผู้เรียนมีความรู้ ความเข้าใจ และเชื่อมโยงความรู้จากภาคทฤษฎีสู่การปฏิบัติได้

ในส่วนวิธีการวัดและประเมินผลรายวิชาต่างๆ ของหลักสูตรมีความหลากหลายเพื่อพัฒนาผู้เข้าอบรมให้มีสมรรถนะเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของหลักสูตร รายวิชาภาคทฤษฎีมีการประเมินผลโดยการสอบข้อเขียน ฝึกทักษะ เช่น ทักษะการให้คำปรึกษา ทักษะการกู้ชีพและการตัดสินใจทางคลินิก (Comprehensive life support: CLS) เป็นต้น ส่วนภาคปฏิบัติ

มีการประเมินผลโดยประเมินพฤติกรรมการศึกษาการฝึกปฏิบัติการพยาบาลทั้งด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ จัดทำรายงานการศึกษาผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน นำเสนอและอภิปราย จัดทำบทความวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนางานการพยาบาลฉุกเฉิน สอดคล้องกับ Ruppinchokdee<sup>14</sup> ที่กล่าวว่า การประเมินผลเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการจัดการเรียนการสอน ต้องดำเนินด้วยวิธีการที่หลากหลายสอดคล้องกับสิ่งที่ต้องการวัด ธรรมชาติของวิชา และผู้เรียน และสอดคล้องกับ Boontiva, Thummak, Lhaosupab และ Pitagsavaragon<sup>15</sup> ที่ศึกษาการประเมินหลักสูตรพยาบาลกฏีของคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช พบว่าผู้เข้ารับการอบรมให้คะแนนในเรื่องของการวัดและประเมินผลอยู่ในระดับมากทุกหัวข้อทั้งวิธีการประเมินผลที่มีความหลากหลาย ชัดเจน เหมาะสม และยุติธรรม

**4. การประเมินด้านผลผลิต** เกี่ยวกับสมรรถนะของผู้สำเร็จการอบรมตามความคิดเห็นของผู้สำเร็จการอบรมในช่วงก่อนการอบรม หลังสำเร็จการอบรมทันที หลังสำเร็จการอบรม 6 เดือน และสมรรถนะของผู้สำเร็จการอบรมตามความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชาระดับต้น

ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยสมรรถนะของผู้สำเร็จการอบรมระหว่างก่อนการอบรมและหลังสำเร็จการอบรมทันทีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) แสดงว่าการฝึกอบรมทำให้ผู้สำเร็จการอบรมมีสมรรถนะด้านต่างๆ เพิ่มขึ้น เนื่องจากการฝึกอบรมเป็นกระบวนการที่จัดขึ้นอย่างมีระบบ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของบุคคล โดยมุ่งที่จะเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ และเจตคติของบุคคล เพื่อที่จะสามารถปฏิบัติงานได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาและเพิ่มผลผลิต ทำให้เกิดผลสำเร็จตามเป้าหมายขององค์กรที่กำหนดไว้<sup>16</sup> สอดคล้องกับการศึกษาของ Sindhu<sup>17</sup> พบว่า พยาบาลวิชาชีพกลุ่มที่ได้รับ และไม่ได้รับการเข้าร่วมประชุมอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินมีการปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินที่แตกต่างกันทั้งการให้ยา หัตถการด้านการหายใจ และหัตถการด้านหัวใจและหลอดเลือด และสอดคล้องกับ Boontiva และคณะ<sup>15</sup> ที่ศึกษาการประเมินหลักสูตรพยาบาลกฏีของคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช พบว่าความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลกฏีของผู้เข้ารับการอบรมหลักสูตรพยาบาลกฏีรุ่นที่ 1 และ 2 หลัง

การอบรมมีความรู้สูงกว่าก่อนเข้ารับการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 อธิบายได้ว่าการอบรมหลักสูตรการพยาบาลกฏีที่มีการจัดกระบวนการเรียนรู้และมวลประสบการณ์ที่สามารถทำให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้เพิ่มขึ้นจากก่อนเข้ารับการอบรม ซึ่งผู้เข้ารับการอบรมได้แสดงความคิดเห็นว่าการอบรมทำให้ได้รับความรู้เพิ่มเติม และได้ฝึกปฏิบัติจากสถานการณ์ตามที่คุณสอนจัดการเรียนรู้ ทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงานมากขึ้น

ค่าเฉลี่ยสมรรถนะของผู้สำเร็จการอบรมระหว่างหลังสำเร็จการอบรมทันทีและหลังสำเร็จการอบรม 6 เดือนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าผู้สำเร็จการอบรมมีสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลฉุกเฉินหลังสำเร็จการอบรมทันทีกับเมื่อไปปฏิบัติงานแล้ว 6 เดือนไม่แตกต่างกัน เนื่องจากการฝึกอบรมเป็นวิธีการพัฒนาบุคลากรที่ต้องมีการวางแผน มีการจัดลำดับกิจกรรม และมีกระบวนการดำเนินการอย่างเป็นระบบ เพื่อให้บุคลากรมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด โดยมีความรู้ความเข้าใจ มีความชำนาญการเกี่ยวกับงานในหน้าที่ หรือในเรื่องหนึ่งเรื่องใดโดยเฉพาะภายในระยะเวลาที่กำหนดและก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติในทางที่จะส่งเสริมให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น ทั้งในปัจจุบันและอนาคต<sup>18</sup> ดังนั้น พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินควรได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมเพื่อพัฒนาสมรรถนะของตนเองให้มีความรู้ ความเข้าใจ มีทักษะ และทัศนคติที่ดีอันจะส่งเสริมให้ปฏิบัติงานในหน้าที่ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เพราะหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ER) เป็นด่านแรกของโรงพยาบาลที่ต้องให้บริการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยจากภาวะฉุกเฉินที่เกิดจากอาการของโรคต่างๆ ทั้งจากพยาธิสภาพ และการบาดเจ็บ ลักษณะการบริการเน้นให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินและฉุกเฉินวิกฤต โดยเป็นการให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง มีเป้าหมายหลักในการให้บริการแก่ผู้ป่วยคือ สามารถดำรงรักษาชีวิต (Save life) รักษาอวัยวะแขนขาให้ดำรงอยู่ (Save limbs) และประคับประคองอวัยวะที่ดำรงอยู่ให้สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ (Save function)<sup>19</sup> พยาบาลวิชาชีพในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินต้องปฏิบัติให้ได้อย่างมีประสิทธิภาพเริ่มตั้งแต่การให้การพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน การคัดกรอง คัดแยกผู้ป่วยที่มีภาวะเร่งด่วนให้ได้รับการรักษาอย่างทันที่ การช่วย

ฟื้นคืนชีพ ซึ่งต้องใช้ทักษะขั้นสูง การทำงานเป็นทีม มีความพร้อม กับสิ่งต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลา เพื่อให้การช่วยฟื้นคืนชีพเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและลดอัตราการเสียชีวิตได้<sup>10</sup>

ค่าเฉลี่ยสมรรถนะของผู้สำเร็จการอบรมโดยรวมระหว่างความคิดเห็นของผู้สำเร็จการอบรมและผู้บังคับบัญชา ระดับต้นแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Vibulwong และ Rittiwong<sup>20</sup> ที่เปรียบเทียบสมรรถนะของผู้สำเร็จการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลฉุกเฉินรุ่นที่ 5 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ ระหว่างความคิดเห็นของผู้สำเร็จการอบรมและผู้บังคับบัญชาระดับต้น พบว่า แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากการฝึกอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลฉุกเฉิน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ สามารถทำให้ผู้สำเร็จการอบรมมีสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้ตามความคาดหวัง ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชาในระดับต้นที่ประเมินสมรรถนะของผู้สำเร็จการอบรมอยู่ในระดับดี ดังที่ Thananan<sup>21</sup> กล่าวว่า การฝึกอบรมให้ประโยชน์ในการพัฒนาบุคคลและองค์กรเป็นอย่างมาก เพราะนอกจากจะเพิ่มพูนความสามารถรวมทั้งเปลี่ยนทัศนคติ ค่านิยมของผู้รับเข้าฝึกอบรม ทำให้มีสมรรถภาพในการปฏิบัติงานดีขึ้น การฝึกอบรมยังช่วยส่งเสริมทักษะและความสามารถที่สูงขึ้น การทำงานก็จะประสบผลสำเร็จด้วยความรวดเร็ว ก่อให้เกิดแรงเสริมกำลังใจในการทำงาน

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการประเมินหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลฉุกเฉิน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ 4 ด้าน คือด้านบริบท (context) ด้านปัจจัยนำเข้า (input) ด้านกระบวนการ (process) และด้านผลผลิต (product) สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงหลักสูตรการอบรมเช่น การปรับปรุงเนื้อหา กิจกรรมการเรียนการสอน การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ให้มีความทันสมัยและสอดคล้อง

กับความต้องการของการให้บริการด้านฉุกเฉินอย่างครอบคลุม ตลอดจนการพัฒนากระบวนการบริหารหลักสูตรเพื่อให้การจัดอบรมเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้เข้ารับการอบรมและหน่วยงานต้นสังกัด

2. ผู้สำเร็จการอบรมประเมินสมรรถนะของตนเองด้านการติดต่อสื่อสารเกี่ยวกับความสามารถในการพูดภาษาอังกฤษ และสื่อสารด้วยภาษาอื่นตามบริบทของโรงพยาบาล ด้านวิชาการและการพัฒนาคุณภาพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเกี่ยวกับความสามารถในการช่วยทำวิจัยหรือทำวิจัยได้อยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น วิทยาลัยฯควรวางแผน ปรับปรุงการจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้ ความเข้าใจในระเบียบวิธีวิจัยและมีทักษะในการใช้ภาษาอังกฤษเพิ่มขึ้น

### ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลต่อความคงอยู่เกี่ยวกับสมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้สำเร็จการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง
2. ควรมีการติดตามการประเมินผลหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลฉุกเฉินอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เห็นถึงแนวโน้มและทิศทางการพัฒนาหลักสูตรที่ครอบคลุมมากขึ้น
3. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับความคาดหวังของผู้เข้ารับการอบรมต่อการเข้ารับการอบรมในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลฉุกเฉิน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่หลากหลายและครอบคลุมต่อการจัดการอบรมเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้เข้ารับการอบรมและหน่วยงานต้นสังกัดมากยิ่งขึ้น
4. ควรมีการวิจัยเพื่อหารูปแบบที่เหมาะสมในการพัฒนาสมรรถนะของผู้เข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลฉุกเฉิน ที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานต่อไป

## References

1. Sakolsatayathorn P. Policy Driven of Emergency Medical Services. *Emergency Medical Network* 2016;2(4):3-4. (in Thai).
2. Bunsiricomchai P. Advance EMS Project. *Emergency Medical Network* 2016;2(4):5-6. (in Thai).
3. Thailand Nursing and Midwifery Council. Nursing Council Announcement: Preparation Criteria Program of Nursing Specialty and Course Management 2014. (Internet). 2014. (cited 2017 May 4) Available from: [www.tnc.or.th/files/2014/04/act\\_of\\_parliament-8495/\\_92205.pdf](http://www.tnc.or.th/files/2014/04/act_of_parliament-8495/_92205.pdf)
4. Thongthai W. Program Evaluation: Theory to Practice. (Internet). 2009. (cited 2016 Sep 5) Available from: [http://www.doed.edu.ku.ac.th/article/eva\\_curri.pdf](http://www.doed.edu.ku.ac.th/article/eva_curri.pdf).
5. Nethanomsak T. The Development of Self-Evaluation System on School-Based Curriculum at Elementary Education Level. (doctoral's thesis). Bangkok: Srinakharinwirot University; 2007. (in Thai).
6. Paiwithayasiritham CA. Development of the Curriculum Evaluation Model: An Application of a Meta-evaluation. (doctoral's thesis). Bangkok: Srinakharinwirot University; 2007. (in Thai).
7. Stufflebeam DL. Educational evaluation and decision making. Illinois: Peacock Publishing; 1971.
8. Pinyo S, Uraiwan N, Ladda Y, Parichard M. An evaluation of the program of nursing specialty in perioperative nursing at Rajavithi Hospital. (Research report). Bangkok: Operative department at Rajavithi Hospital; (2011). (in Thai)
9. Somphong P. An Evaluation of Training Program of Nursing Specialty in Nurse Practitioner (Primary Medical Care). (Master's thesis). Bangkok: Srinakharinwirot University; 2012. (In Thai).
10. Tubsoongnoen P. The Competency of Emergency Nurses, Government Hospitals. (Master's thesis). Bangkok: Chulalongkorn University; 2009. (in Thai).
11. Kongterm S. The Development of Training curriculum to enhance analytical thinking instruction ability for teachers in the office of basic education commission. (doctoral's thesis). Phitsanulok: Naresuan University; 2010. (in Thai).
12. Petchara T, keskunya C. The Evaluation of the Program of Nursing Specialty in Nurse Practitioner (Primary Medical Care) Class 9<sup>th</sup>. (Research report); 2011. (in Thai).
13. Onsri P, Thaiudom A, Pathumkaew P. An Evaluation of Emergency Medical Service Nursing Course at Phramongkutklao Hospital. *J The Royal Thai Army Nurses* 2013;14(3):125-32. (in Thai).
14. Ruppinachokdee W. Measurement and Evaluation consistent with Teaching Techniques. (Internet). 2017. (cited 2017 Dec 10) Available from: [http://regis.rmutp.ac.th/km\\_regis/stock/2557/1-57.pdf](http://regis.rmutp.ac.th/km_regis/stock/2557/1-57.pdf).
15. Boontiva S, Thummak S, Lhaosupab N, Pitagsavaragon P. An Evaluation of Emergency Medical Service Nursing Course of Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University. *J The Royal Thai Army Nurses* 2015;16(2):41-9. (in Thai).

16. Chonpracha S. The Development of non-formal education training curriculum for teachers in school under Chiengrai Educational Service Office Area 2. (Docteral's thesis). Bangkok: Srinakharinwirot University; 2007. (in Thai).
17. Sindhu S, Konggumnerd R, Wiwattanacheewin KA. Study of Factors Related to Emergency Medical Service of Professionnal Nurses. J Boromarajonani College of Nursing, Naknonratchasima 2014;20(2):32-45. (in Thai).
18. Watthanakuljaroen T. Development of Distance Training Packages on Information Communications and Technology used in Distance Education. Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat Open University; 2011. (in Thai).
19. Ramkaew K., Oumtanee A. Working Experience of Emergency Nurses in Tertiary Care Hospital J. The Royal Thai Army Nurses 2014;15(3):41-9. (In Thai).
20. Vibulwong P, Rittiwong T. A Competency Evaluation of Participants from the Emergency Nurse Training Program at Boromarajonani College of Nursing, Bangkok 2014;30(1):72-85. (in Thai).
21. Thananan S. Human resources training of benefits. Bangkok: TPN place; 2008. (in Thai).

## บทความวิจัย

## ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอดที่มารับบริการที่โรงพยาบาลราชวิถี

### Factors Predicting Depression of Postpartum Mother in Rajavithi Hospital

Received: Jun 19, 2019

Revised: Aug 23, 2019

Accepted: Aug 30, 2019

สุภัทสรุ ภูเมฆ พยม. (Soopussara Pumek) M.D.<sup>1</sup>เอกชัย โควาวิสารัช ปร.ด. (Ekachai Kovavisarach) Ph.D.<sup>2</sup>มาลี เกื้อนพกุล ปร.ด. (Malee Keanoppakun) Ph.D.<sup>3</sup>วรัญญา แสงพิทักษ์ ปร.ด. (Waralya Sangpitak) Ph.D.<sup>4</sup>

#### บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาปัจจัยทำนายที่ส่งผลให้มารดาหลังคลอดเกิดภาวะซึมเศร้า การศึกษาปฏิบัติการณ สาเหตุหรือปัจจัยภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ซึ่งอาจเกิดขึ้นจากประสบการณ์คลอด และปัจจัยที่เป็นข้อบ่งชี้ว่าจะเกิดภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด การศึกษาครั้งนี้เป็นการเก็บข้อมูลไปข้างหน้าในระยะยาวในกลุ่มมารดาหลังคลอดที่มารับบริการที่แผนกหลังคลอดสามัญจำนวน 2 ตึกของโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 500 คน ระหว่างเดือนมิถุนายน 2560 ถึง เดือนธันวาคม 2561 โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการ แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (2Q) และแบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) ของกรมสุขภาพจิตของประเทศไทย โดยเก็บข้อมูลในระยะ 48-72 ชั่วโมงแรกหลังคลอด เพื่อซักถามอาการบาดเจ็บ การรักษาพยาบาลที่ได้รับ และประเมินด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q, 9Q) ก่อนมารดากลับบ้านวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติจำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย ส่วนปัจจัยทำนายความผิดปกติหลังเกิดความเครียดที่สะท้อนใจของมารดาหลังคลอด ใช้สถิติถดถอยด้วยวิธีสเตปไวด์

ผลการวิจัยพบว่า มี 4 ปัจจัยที่ส่งผลให้มารดาหลังคลอดเกิดภาวะซึมเศร้า ตัวแปรที่สามารถทำนายได้โดยเรียงจากมากที่สุดไปหาน้อยสุด 1) การมีที่คนคอยให้การช่วยเหลือเมื่อเกิดความเครียด 2) คือระดับความปวดในระยะหลังคลอด 3) การมีประวัติเคยถูกทำร้ายด้านจิตใจในช่วง 4-6 สัปดาห์ก่อนคลอด 4) ช่วงอายุ 5) การมีแผลฝีเย็บ และ 6) อาชีพของหญิงตั้งครรภ์ ตามลำดับ ซึ่งสามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอดได้ ร้อยละ 20.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

ข้อเสนอแนะ ควรมีการให้คำปรึกษาเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอดแก่หญิงตั้งครรภ์และครอบครัว เพื่อให้เข้าใจการเปลี่ยนแปลงร่างกายของหญิงตั้งครรภ์ และการให้สมาชิกในครอบครัวโดยเฉพาะสามีควรให้การดูแลมารดาหลังคลอดอย่างใกล้ชิด

**คำสำคัญ:** ภาวะซึมเศร้า, มารดาหลังคลอด, ภาวะเครียด

<sup>1,3,4</sup>อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพมหานคร

E-mail: <sup>1</sup>soopussara.p@bcn.ac.th, <sup>3</sup>Nart.geo54@gmail.com, <sup>4</sup>waralya.s@bcn.ac.th

<sup>2</sup>แพทย์ทรงคุณวุฒิด้านเวชกรรม สาขาสูติเวชศาสตร์ โรงพยาบาลราชวิถี E-mail: Kekchai1@gmail.com

<sup>1,3,4</sup> Boromaraajonani College of Nursing, Bangkok, Thailand, <sup>2</sup>Rajavithi Hospital, Bangkok, Thailand.

### Abstract

This prospective longitudinal study aimed to: (a) investigate the incidence of acute post-traumatic stress disorder and depression from labor experience in postpartum women; and (b) identify factors influencing to post-traumatic stress disorder. Five hundred postpartum mothers were recruited from two postpartum units at Rajavithi hospital during June 2017 to December 2018. A depression inventory questionnaire developed by the Department of Mental Health, Thailand (2Q, 9Q) was used to collect data. Mothers in the period of 48-72 hours after delivery were interviewed to explore the received treatment and care during labor, perceptions of intrapartum care, and the present of trauma symptoms before discharge. Demographic data and incidence of postpartum depression were analyzed using descriptive statistics (percentage and mean average). Factors predicting depression in postpartum mothers were analyzed using stepwise multiple regression analysis.

Results: factors predicting depression in postpartum mothers included: 1) social support, 2) pain score of postpartum period, 3) history of being psychologically abused during 4-6 weeks before child birth, 4) age range of teenage or adult, 5) perineal wound, and 6) occupation. These six factors statistically significant explained 20.3% of the variance of postpartum depression ( $p < .001$ ). Conclusion: findings from the study suggests that postpartum depression could be prevented during pregnancy by educating mothers themselves, their family, and, in particular husbands regarding physiological change and family support.

**Keywords:** depression, postpartum, stress

### บทนำ

การตั้งครรภ์และการคลอดนั้นถึงแม้จะเป็นกลไกที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ แต่หากไม่เป็นไปตามที่คาดหวังหรือเกิดภาวะแทรกซ้อน ภาวะวิกฤต ก็จะทำให้หญิงตั้งครรภ์และผู้คลอดรู้สึกถูกคุกคามต่อตนเองและบุตร เกิดการตอบสนองต่อจิตใจ เกิดภาวะเครียดรุนแรงได้ ในรายที่ไม่สามารถปรับตัวเพื่อเผชิญกับเหตุการณ์เหล่านี้ได้ก็อาจทำให้เกิดความผิดปกติทางจิตตามมาได้<sup>1-2</sup> ซึ่งทั่วโลกพบว่ามีมารดาหลังคลอดมีภาวะซึมเศร้าประมาณร้อยละ 13.00<sup>3</sup> การศึกษาขององค์การอนามัยโลกเมื่อปี ค.ศ. 2015 พบว่าในประเทศที่กำลังพัฒนามีอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอดร้อยละ 20.00<sup>4-5</sup> จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่า ประเทศเวียดนามมารดาหลังคลอดมีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 21.30<sup>6</sup> สำหรับประเทศไทยพบว่ามีมารดาหลังคลอดมีภาวะ

ซึมเศร้าในมารดาครรภ์แรกพบร้อยละ 48.28<sup>7</sup>-64.17<sup>8</sup>

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (postpartum depression) หรือโรคซึมเศร้าหลังคลอด เป็นโรคทางอารมณ์อย่างหนึ่งที่สัมพันธ์กับการคลอดบุตร ซึ่งอาจพบได้ทั้งในฝ่ายชายและฝ่ายหญิง<sup>9-10</sup> อาการสำคัญ เช่น มีอารมณ์เศร้าอย่างมาก รู้สึกไม่มีเรี่ยวแรง วิตกกังวล ร้องไห้บ่อย หงุดหงิด การนอนผิดปกติ (เช่น นอนไม่หลับ หรือนอนมากผิดปกติ) การกินผิดปกติ (เช่น กินไม่ลง หรือกินไม่หยุด) เป็นต้น ส่วนใหญ่มักพบที่เวลา 1 สัปดาห์ ถึง 1 เดือนหลังคลอด<sup>9</sup> ภาวะนี้อาจส่งผลเสียต่อทารกได้<sup>11</sup> ปัจจัยที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้แก่ 1) อายุของมารดาเป็นปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ มารดาวัยรุ่นมีความเสี่ยง 1.5 เท่า ส่วนมารดาที่อายุเกิน 35 ปี มีความเสี่ยง 1.3 เท่า 2) รายได้ 3) ภาวะเครียดในชีวิต

4) พฤติกรรมส่วนบุคคล 5) ภาวะสุขภาพจิตผิดปกติยิ่งเพิ่มความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าหลังคลอด 6) ขาดคนให้การช่วยเหลือ โดยเฉพาะสามียิ่งเพิ่มความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าหลังคลอด 7) มีความขัดแย้งในครอบครัว 8) ฐานะยากจน 9) คุณแม่เลี้ยงเดี่ยว 10) มีบุตรหลายคน 11) มีความเจ็บป่วยทางกายและใจยิ่งเพิ่มความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าหลังคลอด 12) มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับบุตรคนแรก หรือถูกตัวเองเมื่อให้บุตรไม่ได้ ยิ่งเพิ่มความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าหลังคลอด 13) ความมั่นใจในตนเองต่ำ 14) ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง 15) ประวัติครอบครัวเป็นโรคจิตกึ่งลง่ายหรือมีภาวะซึมเศร้า 16) ประวัติครอบครัวมีความผิดปกติทางอารมณ์ 17) รู้สึกโดดเดี่ยว 18) เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ 19) การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า 20) ทารกมีปัญหาสุขภาพยิ่งเพิ่มความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ถ้าแม่มีประสบการณ์ด้านลบมาก่อน เช่น ถ้าแม่ที่บุตรต้องรับการรักษาในหน่วยวิกฤตทารกแรกเกิด<sup>12</sup> สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศจีนพบว่า หญิงอพยพในจีน ขาดคนให้การช่วยเหลือ รายได้น้อย หรือ มารดาครรภ์แรก ยิ่งเพิ่มความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าหลังคลอด<sup>13</sup> นอกจากนี้ในประเทศตุรกี ยังพบว่า การผ่าตัดคลอดจากภาวะทารกในครรภ์มีภาวะพร่องออกซิเจนยิ่งเพิ่มความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าหลังคลอด<sup>14</sup>

จากการที่ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมักพบในเวลา 1 สัปดาห์ ถึง 1 เดือน หลังคลอด<sup>9</sup> ซึ่งการศึกษางานวิจัยในประเทศไทยพบเพียงภาวะซึมเศร้าในระยะ 4-6 สัปดาห์หลังคลอดเป็นส่วนใหญ่สำหรับภาวะซึมเศร้าในระยะ 48-72 ชั่วโมงแรกคลอดยังไม่ปรากฏ จากการที่ประเทศไทยเป็นประเทศกำลังพัฒนามีการเปลี่ยนทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคมทำให้สังคมไทยเปลี่ยนจากการที่เคยเป็นครอบครัวขยายกลายมาเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ประชากรคนไทยย้ายเข้ามาทำงานในเมืองใหญ่มากขึ้น และมีประชากรที่มาจากประเทศเพื่อนบ้านจำนวนมาก เช่น ประเทศกัมพูชา สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว สาธารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมา และเวียดนาม<sup>15</sup> ซึ่งการแยกจากครอบครัวใหญ่มาสร้างครอบครัวเดี่ยวทำให้บิดามารดาต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่จะต้องปรับตัวกับการมีสมาชิกใหม่เพิ่มขึ้นในครอบครัวเพียงลำพัง หรือการได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวใหญ่

น้อยลง ส่งผลให้ครอบครัวเดี่ยวต้องรับผิดชอบดูแลบุตรด้วยตนเองอาจส่งผลให้เกิดความเครียด เกิดความเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ จึงทำให้ชายหญิงที่ต้องปรับตัวปรับเปลี่ยนบทบาทในการเป็นบิดามารดา รู้สึกเกิดภาวะวิกฤตในชีวิตนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

จะเห็นได้ว่าสถานการณ์ปัจจุบันมีชาวทารกแรกเกิดถูกทิ้ง ถูกทำร้าย หรือเสียชีวิตจำนวนมาก<sup>16-17</sup> ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอด ซึ่งปัจจัยที่คณะผู้วิจัยสนใจศึกษาได้แก่ ปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ อาชีพ อายุครรภ์ ความเจ็บป่วยขณะตั้งครรภ์ การมีคนให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดความเครียด มีประวัติเคยถูกทำร้ายร่างกายในช่วง 4-6 สัปดาห์ก่อนคลอด และมีประวัติเคยถูกทำร้ายจิตใจในช่วง 4-6 สัปดาห์ก่อนคลอด ส่วนปัจจัยด้านข้อมูลการคลอด ได้แก่ วิธีการคลอด ระดับความปวดขณะรอคลอด ระดับความปวดใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และการมีแผลฝีเย็บเป็นต้น เพื่อค้นหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และนำผลการวิจัยที่ได้ไปเป็นข้อมูลสนับสนุนในการวางแผนดำเนินงานส่งเสริม และป้องกันปัญหาทางสุขภาพจิตของมารดาหลังคลอดได้อย่างเหมาะสม

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด ที่มารับบริการ ที่โรงพยาบาลราชวิถี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชวิถี

## สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคล (อายุ อายุครรภ์ ความเจ็บป่วยขณะตั้งครรภ์ การมีคนให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดความเครียด เคยถูกทำร้ายร่างกายในช่วง 4-6 สัปดาห์ก่อนคลอด และเคยถูกทำร้ายจิตใจในช่วง 4-6 สัปดาห์ก่อนคลอด) ปัจจัยด้านข้อมูลการคลอด (วิธีการคลอด ระดับความปวดขณะรอคลอด ระดับความปวดใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และการมีแผลฝีเย็บ สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอดได้

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาภาวะซึมเศร้า และ ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด โดยใช้ แนวคิดภาวะซึมเศร้าของ Beck<sup>18</sup> เชื่อว่า การเกิดภาวะซึมเศร้า หลังคลอดมีความสัมพันธ์กับปัจจัยทางด้านจิตสังคม ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าในระหว่างตั้งครรภ์ ภาวะเครียดจากการดูแล บุตร ภาวะเครียดในชีวิต การสนับสนุนทางด้านสังคม ความวิตกกังวลในระหว่างการตั้งครรภ์ และมีประวัติโรคซึมเศร้า ก่อนตั้งครรภ์<sup>18</sup> และจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Hourse<sup>19</sup> การที่บุคคลได้รับการดูแลช่วยเหลือและการตอบสนองจากบุคคลรอบข้างในการสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร จากปัจจัยที่คณะผู้วิจัย ศึกษาคาดว่าจะมีส่วนเกี่ยวข้องและอาจส่งผลให้มารดา เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้

## ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาโดยวิเคราะห์ ความสัมพันธ์เชิงทำนาย (descriptive predictive correlational research) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด

### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ มารดาที่ มาคลอดในโรงพยาบาลราชวิถี สุ่มเก็บข้อมูลระหว่างเดือน มิถุนายน 2560 ถึง เดือน ธันวาคม 2561 โดยเก็บข้อมูล ในมารดาหลังคลอดก่อนกลับบ้านที่ พุด พิง อ่าน หรือเขียน ภาษาไทยได้ มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 500 ราย

### พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยเสนอโครงการวิจัยผ่านคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลราชวิถี เอกสารเลขที่ 021/2560 เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยทำเอกสารชี้แจง วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการศึกษาและการเก็บรวบรวมข้อมูล ให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ การเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ขึ้นอยู่กับ ความสมัครใจและในระหว่างการศึกษา กลุ่มตัวอย่างสามารถ ถอนตัวได้ตลอดเวลาตามความต้องการโดยไม่มีผลกระทบ ต่อการดูแลรักษาใดๆ ข้อมูลทุกอย่างถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ ผลการวิจัยนำเสนอเป็นภาพรวม และใช้เพื่อประโยชน์ทาง

การศึกษาเท่านั้น เมื่อผู้วิจัยแจ้งการพิทักษ์สิทธิ์แล้ว กลุ่ม ตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจจึงให้ลงนาม ในเอกสารยินยอม และดำเนินการวิจัยต่อไป

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย ปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ อาชีพ อายุครรภ์ ความเจ็บป่วยขณะตั้งครรภ์ การมีคนที่ให้ความช่วยเหลือเมื่อ เกิดความเครียด มีประวัติเคยถูกทำร้ายร่างกายในช่วง 4-6 สัปดาห์ก่อนคลอด และมีประวัติเคยถูกทำร้ายจิตใจในช่วง 4-6 สัปดาห์ก่อนคลอด ปัจจัยด้านข้อมูลการคลอด ได้แก่ วิธีการ คลอด ระดับความปวดขณะคลอด ระดับความปวดใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และการมีแผลฝีเย็บ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพ จิตแห่งประเทศไทย ประกอบด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า ด้วย 2 คำถาม (2Q) การแปลผลและการดำเนินการต่อไป คือ 1) ถ้าคำตอบ “ไม่มี” ทั้ง 2 ข้อคำถาม หมายถึง ปกติ ไม่เป็น โรคซึมเศร้า 2) ถ้าตอบว่า “มี” เพียงข้อเดียวหรือทั้ง 2 ข้อ (มีอาการใดๆในข้อคำถาม) หมายถึง เป็นผู้มีความเสี่ยง หรือมี แนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ให้ประเมินด้วยแบบประเมิน โรคซึมเศร้าด้วย 9Q ต่อไป ซึ่งแบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) เป็นแบบประเมินความรุนแรงอาการโรค ซึมเศร้า ถ้าได้คะแนนมากกว่า 7 คะแนน<sup>20</sup>

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (reliability) หาความเชื่อมั่นของการใช้คัดกรองด้วยแบบคัดกรองโรคซึม เศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) และแบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย (9Q) ของกรมสุขภาพจิตประเทศไทย นำแบบสอบถามทั้งหมด ไปทดลองใช้กับมารดาหลังคลอดที่แผนกหลังคลอดโรงพยาบาล ราชวิถี จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค ได้ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม 1 และ 0.99 ตามลำดับ

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยในการเก็บข้อมูลให้มีความ เข้าใจตรงกันในการใช้แบบสอบถามเพื่อการเก็บข้อมูลกับกลุ่ม ตัวอย่างคือมารดาหลังคลอดที่มารับบริการที่โรงพยาบาลราชวิถี โดยมีการแจ้งสิทธิการเข้าร่วมหรือปฏิเสธการวิจัยกับกลุ่ม

ตัวอย่างทุกครั้งให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมเมื่อผู้เข้าร่วมวิจัย ทำแบบสอบถามเสร็จและนำกลับมาส่งคณะผู้วิจัยทำการ ตรวจสอบความครบถ้วนในการตอบแบบสอบถาม

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย ร้อยละส่วนและวิเคราะห์ ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอดที่มารับบริการ ที่โรงพยาบาลราชวิถี ด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (logistic regression) ด้วยวิธีสเตปไวท์

### ผลการวิจัย

1. ด้านข้อมูลทั่วไป มารดาส่วนใหญ่มีอายุ 21-35 ปี จำนวน 370 ราย คิดเป็นร้อยละ 74.00 มีอาชีพรับจ้างจำนวน 201 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.10 คลอดครบกำหนด จำนวน 311 ราย คิดเป็นร้อยละ 62.20 มารดาเป็นท้องหลัง จำนวน 264 ราย คิดเป็นร้อยละ 52.80 มารดาไม่มีความเจ็บป่วยขณะตั้งครรภ์ จำนวน 359 ราย คิดเป็นร้อยละ 71.80 มารดาไม่มีใคร ให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดความเครียดจำนวน 316 ราย คิดเป็น ร้อยละ 63.30 มารดาส่วนใหญ่ไม่มีประวัติเคยได้รับบาดเจ็บ ทางด้านร่างกาย จำนวน 486 ราย คิดเป็นร้อยละ 97.20 มารดา ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติเคยถูกทำร้ายจิตใจ จำนวน 481 ราย

คิดเป็นร้อยละ 96.2

2. ด้านข้อมูลการคลอดมีดังนี้ มารดาส่วนใหญ่ คลอดด้วยตนเองทางช่องคลอด จำนวน 320 ราย คิดเป็น ร้อยละ 64.00 มีระดับความเจ็บปวดในระยะรอคลอดในระดับ 7-10 คะแนน ซึ่งเป็นระดับที่ควรได้รับยาแก้ปวด จำนวน 278 ราย คิดเป็นร้อยละ 55.60 ความปวดใน 24 ชั่วโมงแรกหลัง คลอด มารดาส่วนใหญ่มีความเจ็บปวดในระดับ 4-6 คะแนน จำนวน 182 ราย คิดเป็นร้อยละ 36.40 การมีแผลฝีเย็บ เนื่องจาก มีผู้ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจำนวน 175 ราย ดังนั้นมีผู้คลอด ทางช่องคลอดจำนวน 325 ราย มารดาหลังคลอดมีรอย ตัดบริเวณแผลฝีเย็บจำนวน 239 ราย คิดเป็นร้อยละ 73.54 มารดามีแผลฉีกขาดนอกเหนือจากการตัดฝีเย็บจำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.46 มารดามีแผลฝีเย็บบวมใสจำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.46

มารดาหลังคลอดมีคะแนนภาวะซึมเศร้าในภาวะ ซึมเศร้าในภาพรวมมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 1.054 (SD. = 0.23) มารดาหลังคลอดส่วนใหญ่ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า ร้อยละ 94.80 รองลงมามีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย ร้อยละ 5.00 และมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง ร้อยละ 0.20 แต่ไม่พบว่ามีมารดาหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้า ในระดับรุนแรง

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละของคะแนนความซึมเศร้า (n = 500)

| ระดับภาวะซึมเศร้า                                | จำนวน (คน)        | ร้อยละ      |
|--------------------------------------------------|-------------------|-------------|
| ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า (<7 คะแนน)              | 474               | 94.80       |
| มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับน้อย (7-12 คะแนน)     | 25                | 5.000       |
| มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับปานกลาง (13-18 คะแนน) | 1                 | 0.20        |
|                                                  | $\bar{X} = 1.054$ | SD. = 0.234 |

**ตารางที่ 2** แสดงผลการวิเคราะห์สหสัมพันธ์พหุคูณ กำลังสองของค่าสหสัมพันธ์พหุคูณกำลังสองของค่าสหสัมพันธ์พหุคูณที่ปรับแก้ และค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน

| model | R                 | R Square | Adjusted R Square | Std. Error of the Estimate |
|-------|-------------------|----------|-------------------|----------------------------|
| 1     | .310 <sup>a</sup> | .096     | .094              | 2.555                      |
| 2     | .377 <sup>b</sup> | .142     | .139              | 2.492                      |
| 3     | .421 <sup>c</sup> | .177     | .172              | 2.443                      |
| 4     | .435 <sup>d</sup> | .189     | .183              | 2.427                      |
| 5     | .444 <sup>e</sup> | .197     | .189              | 2.418                      |
| 6     | .451 <sup>f</sup> | .203     | .194              | 2.411                      |

<sup>a</sup>Predictors: (constant)X<sub>1</sub>, <sup>b</sup>Predictors: (constant) X<sub>1</sub>, X<sub>2</sub>, <sup>c</sup>Predictors: (constant) X<sub>1</sub>, X<sub>2</sub>, X<sub>3</sub> ,

<sup>d</sup>Predictors: (constant) X<sub>1</sub>, X<sub>2</sub>, X<sub>3</sub>, X<sub>4</sub>, <sup>e</sup>Predictors: (constant) X<sub>1</sub>, X<sub>2</sub>, X<sub>3</sub>, X<sub>4</sub>, X<sub>5</sub>

<sup>f</sup>Predictors: (constant) X<sub>1</sub>, X<sub>2</sub>, X<sub>3</sub>, X<sub>4</sub>, X<sub>5</sub>, X<sub>6</sub>

จากตาราง 2 พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ มีค่า .451 และกำลังสองของค่าสหสัมพันธ์พหุคูณมีค่า .203 แสดงว่าตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 6 ตัว ร่วมกันพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด ได้ร้อยละ 20.3 ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของการพยากรณ์มีค่า 2.411

จากตาราง 3 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อทดสอบนัยสำคัญของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แสดงว่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเกณฑ์และตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 6 ตัว มีความสัมพันธ์กันเชิงเส้นตรง ซึ่งสามารถนำไปสร้างเป็นสมการต่อไปได้

จากตาราง 4 พบว่า ในการสร้างสมการ ผู้วิจัยได้จัดลำดับการนำตัวแปรที่ต้องการศึกษาเข้าสู่สมการทำนาย ตามกรอบแนวคิดการวิจัยที่ได้พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับหลักทฤษฎีและการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า

ของมารดาหลังคลอด พบว่าตัวแปรพยากรณ์ที่ดีที่สุดที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอดที่ระดับ .001 จำนวน 6 ตัวแปร ได้แก่ คนที่ให้การช่วยเหลือเมื่อเกิดความเครียด (X<sub>1</sub>) ระดับความปวดหลังคลอด (X<sub>2</sub>) การมีประวัติเคยถูกทำร้ายด้านจิตใจช่วง 4-6 สัปดาห์ก่อนคลอด (X<sub>3</sub>) อายุ (X<sub>4</sub>) สภาพแผลฝีเย็บ (X<sub>5</sub>) และอาชีพ (X<sub>6</sub>) สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอดได้ ร้อยละ 20.30 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) สามารถเขียนเป็นสมการได้ดังนี้

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ

$$\hat{Y} = -.164 + .506(X_1) + .159(X_2) + 2.503(X_3) - .906(X_4) + .372(X_5) + .092(X_6)$$

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$\hat{Z} = .261(Z_1) + .208(Z_2) + .182(Z_3) - .111(Z_4) + .089(Z_5) - .081(Z_6)$$

ตาราง 3 แสดงความแปรปรวนที่ได้จากการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นต้น

|   | Source of Variation | SS       | df  | MS      | F       | p-value            |
|---|---------------------|----------|-----|---------|---------|--------------------|
| 1 | Regression          | 341.292  | 1   | 341.292 | 52.268* | <.001 <sup>a</sup> |
|   | Residual            | 3206.071 | 491 | 6.530   |         |                    |
|   | Total               | 3547.363 | 492 |         |         |                    |
| 2 | Regression          | 503.880  | 2   | 251.940 | 40.562* | <.001 <sup>b</sup> |
|   | Residual            | 3043.483 | 490 | 6.211   |         |                    |
|   | Total               | 3547.363 | 492 |         |         |                    |
| 3 | Regression          | 628.426  | 3   | 209.475 | 35.093* | <.001 <sup>c</sup> |
|   | Residual            | 2918.937 | 489 | 5.969   |         |                    |
|   | Total               | 3547.363 | 492 |         |         |                    |
| 4 | Regression          | 671.251  | 4   | 167.813 | 28.473* | <.001 <sup>d</sup> |
|   | Residual            | 2876.113 | 488 | 5.894   |         |                    |
|   | Total               | 3547.363 | 492 |         |         |                    |
| 5 | Regression          | 698.461  | 5   | 139.692 | 23.879* | <.001 <sup>e</sup> |
|   | Residual            | 2876.113 | 487 | 5.850   |         |                    |
|   | Total               | 3547.363 | 492 |         |         |                    |
| 6 | Regression          | 721.392  | 6   | 120.232 | 20.677* | <.001 <sup>f</sup> |
|   | Residual            | 2825.971 | 486 | 5.815   |         |                    |
|   | Total               | 3547.363 | 492 |         |         |                    |

\* มีระดับนัยสำคัญที่ระดับ .001, <sup>a</sup>Predictors: (constant)X<sub>1</sub>, <sup>b</sup>Predictors: (constant) X<sub>1</sub>, X<sub>2</sub>, <sup>c</sup>Predictors: (constant) X<sub>1</sub>, X<sub>2</sub>, X<sub>3</sub>, <sup>d</sup>Predictors: (constant) X<sub>1</sub>, X<sub>2</sub>, X<sub>3</sub>, X<sub>4</sub>, <sup>e</sup>Predictors: (constant) X<sub>1</sub>, X<sub>2</sub>, X<sub>3</sub>, X<sub>4</sub>, X<sub>5</sub>

<sup>f</sup>Predictors: (constant) X<sub>1</sub>, X<sub>2</sub>, X<sub>3</sub>, X<sub>4</sub>, X<sub>5</sub>, X<sub>6</sub>,

ตาราง 4 แสดงปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอดโดยเก็บข้อมูลหลังคลอด 48-72 ชั่วโมง (n=500)

| ปัจจัยทำนาย                                                  | สมการที่ 1 |                 |        | สมการที่ 2 |                 |       | สมการที่ 3 |                 |       | สมการที่ 4 |                 |       | สมการที่ 5 |                 |       | สมการที่ 6 |                 |       |
|--------------------------------------------------------------|------------|-----------------|--------|------------|-----------------|-------|------------|-----------------|-------|------------|-----------------|-------|------------|-----------------|-------|------------|-----------------|-------|
|                                                              | $\beta$    | SE <sub>b</sub> | b      | $\beta$    | SE <sub>b</sub> | b     | $\beta$    | SE <sub>b</sub> | b     | $\beta$    | SE <sub>b</sub> | b     | $\beta$    | SE <sub>b</sub> | b     | $\beta$    | SE <sub>b</sub> | b     |
| คนที่ให้การช่วยเหลือเมื่อเกิดความเครียด ( $X_1$ )            | .310***    | .083            | .601   | .276***    | .082            | .535  | .259***    | .081            | .501  | .258***    | .080            | .501  | .259***    | .080            | .501  | .261***    | .080            | .506  |
| ระดับความปวดหลังคลอด ( $X_2$ )                               |            |                 |        | .217***    | .032            | .166  | .208***    | .032            | .160  | .204***    | .032            | .156  | .207***    | .032            | .159  | .208***    | .032            | .159  |
| ประวัติเคยถูกทำร้ายจิตใจในช่วง 4-6 สัปดาห์ก่อนคลอด ( $X_3$ ) |            |                 |        |            |                 |       | .189***    | .568            | 2.593 | .183***    | .565            | 2.518 | .179***    | .563            | 2.465 | .182***    | .562            | 2.503 |
| อายุ ( $X_4$ )                                               |            |                 |        |            |                 |       |            |                 |       | -.110**    | .333            | -.897 | -.107**    | .332            | -.869 | -.111**    | .331            | -.906 |
| การมีแผลฝีเย็บ ( $X_5$ )                                     |            |                 |        |            |                 |       |            |                 |       |            |                 |       | .088*      | .169            | .366  | .089*      | .169            | .372  |
| อาชีพ ( $X_6$ )                                              |            |                 |        |            |                 |       |            |                 |       |            |                 |       |            |                 |       | -.08*      | .046            | .092  |
| ค่าคงที่ (constant)                                          | 1.148      | .471            | -2.120 | -.345      | -.565           | -.164 |            |                 |       |            |                 |       |            |                 |       |            |                 |       |
| ค่าอำนาจในการพยากรณ์ ( $R^2$ )                               | .096       |                 | .142   |            |                 | .177  |            |                 | .189  |            | .197            | .203  |            |                 |       |            |                 |       |

หมายเหตุ \* p &lt; .05, \*\* p &lt; .01, \*\*\* p &lt; .001

## อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาสามารถอภิปรายได้ตามวัตถุประสงค์ดังนี้

1. มารดาหลังคลอดมีคะแนนภาวะซึมเศร้าในช่วง 48-72 แรกหลังคลอด พบว่า โดยรวมมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 1.054 (SD. = 0.23) มารดาหลังคลอดส่วนใหญ่ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า ร้อยละ 94.80 รองลงมามีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย ร้อยละ 5.00 และมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลางร้อยละ 0.20 แต่ไม่พบว่ามีการเกิดภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง ในการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามารดาหลังคลอดเกิดภาวะซึมเศร้าในช่วง 1-4 สัปดาห์หลังคลอด ร้อยละ 15.00<sup>9</sup> ในมารดาวัยรุ่นและมารดาครรภ์แรกเกิดภาวะซึมเศร้าในช่วง 6 สัปดาห์หลังคลอดร้อยละ 42.35<sup>7</sup> และ 64.17<sup>8</sup> ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่าส่วนใหญ่มารดาหลังคลอดมักมีอาการภาวะซึมเศร้าในช่วง 4-6 สัปดาห์หลังคลอด จากผลการศึกษาพบว่ามารดาหลังคลอดเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะเวลาเพียง 2-3 วันหลังคลอด ซึ่งสอดคล้องกับในสถานการณ์ปัจจุบันมักพบว่ามารดาหลังคลอดทอดทิ้งและทำร้ายลูก<sup>16-17</sup> ดังนั้นทีมสุขภาพควรช่วยกันดูแลมารดาและทารกหลังคลอดอย่างใกล้ชิด เช่น การส่งเสริมสัมพันธ์ภาพด้วยการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งโดยปกติโรงพยาบาลราชวิถีมีนโยบายในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียวมานาน 6 เดือน อาจส่งผลให้มารดาทารกมีความผูกพันกันและช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พบว่ามารดาที่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาได้ดีในช่วง 2 วันแรกคลอด จะพบว่ามีอาการซึมเศร้าหลังคลอดน้อยมากเมื่อหลังคลอด 6 เดือน<sup>21</sup> บางรายงานพบว่ามารดาที่หยุดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียว 4 เดือนหลังคลอดมีภาวะซึมเศร้าในระดับสูง<sup>22</sup> แต่ในการศึกษาอื่นๆ พบว่ามารดามีอาการซึมเศร้าก่อนที่จะหยุดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียว ซึ่งยังไม่ชัดเจนว่าการเข้าสู่ภาวะซึมเศร้าจะขึ้นอยู่กับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่<sup>23</sup> อย่างไรก็ตามการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ช่วยป้องกันภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเพราะว่าช่วยส่งเสริมการหลั่งฮอร์โมนโปรแลคตินหลังคลอด ลดการเปลี่ยนแปลงฮอร์โมนที่เกิดจากความเครียด ลดแรงกระทบจากแรงกดดัน และเพิ่มความผูกพันและพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงบุตร<sup>24-25</sup>

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลสามารถพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอดที่ดีที่สุดที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอดที่ระดับ .001 จำนวน 6 ตัวแปร ได้แก่ คนที่ให้การช่วยเหลือเมื่อเกิดความเครียด (X1) ระดับความปวดหลังคลอด (X2) การมีประวัติเคยถูกทำร้ายด้านจิตใจช่วง 4-6 สัปดาห์ก่อนคลอด (X3) อายุ (X4) สภาพแผลฝีเย็บ (X5) และอาชีพ (X6) สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอดได้ ร้อยละ 20.30 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ซึ่งสามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

ผลการศึกษา พบว่า คนที่ให้การช่วยเหลือเมื่อเกิดความเครียดสามารถทำนายภาวะซึมเศร้ามารดาหลังคลอดได้ดีที่สุดมีความสัมพันธ์ในทางบวก มารดาหลังคลอดมีการเปลี่ยนแปลงฮอร์โมนหลายตัว ส่งผลให้ฮอร์โมนความเครียดเพิ่มขึ้น ขณะเดียวกันก็ต้องมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทในการเป็นมารดา ต้องแสดงบทบาทในการเลี้ยงดูบุตร มารดาหลังคลอดจึงเกิดความเครียดได้ง่าย จากผลการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้การขาดความช่วยเหลือในด้านจิตใจมีความสัมพันธ์ในการเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด<sup>26</sup> การขาดคนในครอบครัวให้การสนับสนุนช่วยเหลือยิ่งเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดโดยเฉพาะมารดาคลอดก่อนกำหนด<sup>27</sup> จากการศึกษาในประเทศจีนพบว่าหากมีความขัดแย้งกันภายในครอบครัวยิ่งเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด<sup>28</sup> จะเห็นได้ว่าการได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากสังคมจะช่วยลดการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้<sup>29</sup>

ระดับความปวดหลังคลอดเป็นปัจจัยที่ทำนายภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด เพราะในระยะหลังคลอดมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย ฮอร์โมนและบทบาทหน้าที่ หากมีความเจ็บปวดหลังคลอดจะเพิ่มความเครียดให้มารดาหลังคลอดมากขึ้น ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับความเจ็บปวดหลังคลอดแบบเฉียบพลันระดับรุนแรงซึ่งไม่ระบุวิธีการคลอดสามารถทำนายการคงอยู่ของความปวดและภาวะซึมเศร้าหลังคลอด พบว่า การคลอดด้วยวิธีผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องการผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับความปวดแบบเรื้อรัง และพบร่วมภาวะซึมเศร้าบ่อยครั้ง การพบว่ามีความปวดแบบเฉียบพลันสามารถทำนายความปวดแบบเรื้อรังได้ดี จากผลศึกษามารดาหลังคลอด 1,288 คน ทั้งคลอดทางช่องคลอดและผ่าตัดคลอด

ทางหน้าท้อง ด้วยการสัมผัสภายใน 36 ชั่วโมงแรกคลอด และติดตามทางโทรศัพท์ 8 สัปดาห์ พบว่ามารดาหลังคลอดที่มีความปวดภายใน 36 ชั่วโมงแรกคลอด ร้อยละ 10.90 ขณะที่ในระยะ 8 สัปดาห์หลังคลอดจะยังคงมีความปวดเรื้อรัง และภาวะซึมเศร้าร้อยละ 9.80 และ 11.20 ตามลำดับ<sup>30</sup>

การมีประวัติเคยถูกทำร้ายด้านจิตใจช่วง 4-6 สัปดาห์ ก่อนคลอดเป็นปัจจัยที่ทำนายภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด เนื่องจากคนที่มีความทุกข์ทางจิตก่อนคลอด ส่งผลให้การคิดแก้ไขปัญหาหรือเผชิญหน้ากับความเครียดได้น้อยลงเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมามีพบว่าการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมีความสัมพันธ์กับการมีประวัติซึมเศร้าก่อนตั้งครรภ์<sup>31-32</sup>

อายุ ปัจจัยที่ทำนายภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด อายุของมารดาหลังคลอด มารดาส่วนใหญ่มีอายุ 21-35 ปี จำนวน 370 ราย คิดเป็นร้อยละ 74.00 ส่วนน้อยเป็นมารดาวัยรุ่น (อายุ  $\leq 20$  ปี) จำนวน 61 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.20 ซึ่งมารดาหลังคลอดวัยผู้ใหญ่จะมีภูมิภาวะทางอารมณ์และจัดการกับความเครียดได้ดี จากการศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างที่เป็นมารดาวัยรุ่นน้อยถึงส่งผลให้ประเด็นอายุของมารดาหลังคลอดไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในมารดาที่มีบุตรวัยรุ่นตั้งครรภ์ พบว่า มารดาที่มีบุตรวัยรุ่นตั้งครรภ์มีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 89.00 จากการศึกษาวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า การครุ่นคิดและการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในมารดาที่ตั้งครรภ์วัยรุ่นได้ร้อยละ 57.00 ( $R^2 = .57, p < .001$ ) โดยตัวแปรที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้สูงที่สุดคือการครุ่นคิด ( $\beta = .52, p < .001$ ) รองลงมาคือกลไกการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ ( $\beta = .30, p < .001$ )<sup>33</sup> และสอดคล้องกับการศึกษาความทุกข์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในมารดาวัยรุ่น ช่วง 1-2 สัปดาห์ พบว่าอายุของผู้สมรส อาการปัสสาวะบ่อย และการมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ และความรู้สึกไม่พร้อมหรือไม่แน่ใจในการตั้งครรภ์ครั้งนี้ ( $p < .05$ )<sup>34</sup> วัยรุ่นมีความเสี่ยง 1.5 เท่าของมารดาหลังคลอด<sup>12</sup>

สภาพแผลฝีเย็บเป็นปัจจัยที่ทำนายภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอดได้ เพราะการมีแผลฝีเย็บทำให้มารดาหลัง

คลอดเกิดภาวะไม่สุขสบาย และปวดแผลฝีเย็บ บางคนก็อาจวิตกกังวลกลัวช่องคลอดไม่กลับคืนสภาพเดิมเหมือนก่อนตั้งครรภ์ สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการบาดเจ็บช่องคลอดขณะคลอด ทารกเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดพบว่า อาการซึมเศร้าหลังคลอดมีความสัมพันธ์กับแผลฝีเย็บฉีกขาด ลึกระดับ 2 หรือมีแผลฝีเย็บฉีกขาดแบบกระรุ่งกระริ่งอย่างรุนแรง เริ่มพบที่ระยะ 1 เดือนหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .04$ ) ในระยะ 3 เดือนหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .03$ )<sup>35</sup> เช่นเดียวกับการศึกษาเกี่ยวกับ การบาดเจ็บของแผลฝีเย็บเพิ่มภาวะการอักเสบส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด พบว่ามารดาหลังคลอดที่มีแผลฝีเย็บฉีกขาดระดับ 2 ขึ้นไป มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .02$ ) ในระยะ 1, 2, 3 และ 6 เดือนหลังคลอด<sup>36</sup>

อาชีพเป็นปัจจัยที่ทำนายภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมารดาส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง จำนวน 201 คิดเป็นร้อยละ 40.10 แสดงให้เห็นว่ารายได้ของมารดาอาจไม่เพียงพอ และยังเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายที่ต้องเลี้ยงดูทารก สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่าง เศรษฐฐานะกับภาวะซึมเศร้าพบว่ายังมีรายได้น้อยยิ่งเพิ่มความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าเมื่อหลังคลอด 7 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ )<sup>37</sup>

## ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลแผนกฝากครรภ์ ห้องคลอด และหลังคลอด ควรตระหนักถึงความสำคัญในการคัดกรองภาวะซึมเศร้า ควรมีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์เป็นระยะ โดยเฉพาะในรายที่ขาดคนดูแลช่วยเหลือหลังคลอดจะเกิดความเครียดได้ง่าย ในรายที่มีประวัติเคยถูกทำร้ายด้านจิตใจช่วง 4-6 สัปดาห์ก่อนคลอด วัยรุ่น ระดับในรายที่มีความปวดหลังคลอดมาก มีแผลฝีเย็บ และอาชีพของผู้คลอด เพื่อติดตามเฝ้าระวัง ป้องกัน และแก้ไขปัญหาเมื่อมารดาหลังคลอดมีอาการซึมเศร้า เพื่อลดอุบัติการณ์ภาวะซึมเศร้า ส่งผลให้มารดา ทารก และครอบครัวมีความผูกพันกันมากขึ้น ทารกได้รับการเลี้ยงดูที่ดี ไม่ถูกทอดทิ้ง

2. สถาบันการศึกษาทางการพยาบาลควรตระหนักถึงภาวะสุขภาพจิตของมารดา โดยนำองค์ความรู้เรื่องการคัดกรองภาวะซึมเศร้าของมารดา โดยจัดให้นักศึกษาพยาบาลนำ

ไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติ  
ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด

### ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนางานวิจัยกึ่งทดลอง  
เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการลดภาวะซึมเศร้าของหญิง  
ตั้งครรภ์และมารดาหลังคลอด ที่มุ่งเน้นการส่งเสริมสายใยรัก  
และความผูกพันในครอบครัว

### References

1. Friedman SH, Resnick PJ. Postpartum depression: an update. *Women's Health* 2009;5(3):287-95.
2. Hutti MH. Social and professional support needs of families after perinatal loss. *JOGNN* 2004;(34)5: 630-8
3. Ayers L. Synthesizing timbre tremolos and flutter tonguing on wind instruments, proceedings of the 2004 international computer music conference. Miami, FL 2004; 390-3.
4. World Health Organization. Maternal mental health. [Internet]. 2015. [cited 2016 Sep 15]. Available from: [http://www.who.int/mental\\_health/maternal-child/maternal\\_mental\\_health/en/](http://www.who.int/mental_health/maternal-child/maternal_mental_health/en/)
5. Nivin T. Understanding postpartum depression-the basics. [Internet]. 2015. [cited 2015 March 31]. Available from: <http://www.webmd.com/depression/postpartumdepression/understanding-postpartum-depression-basics>
6. Hoang OT, Deoisres W, Suppaseemanont W. Factors predicting postpartum depression among women in Hai Phong City, Vietnam. *Journal of Boromarajonani Collage of Nursing, Bangkok* 2016;32(1):92-104. (in Thai).
7. Sriarporn P, Suntornlimsiri N, Juntratit K, Deeluea J, Nunchai J, Khiaokham P. Factors retated to postpartum depression among first time mothers and father. *Nursing Journal* 2015;42(3):37-50. (in Thai).
8. Pukdeesamai A, Sriarporn P, Xuto P. Factors predicting postpartum depression among first-time mother. *Nursing Journal* 2017;44(3):19-29. (in Thai).
9. National Institute of Mental Health. Postpartum depression facts. [Internet] 2017. [cited 2018 May 15]. Available from: [https://www.nimh.nih.gov/health/publications/postpartum-depression-facts/postpartum-depression-brochure\\_146657.pdf](https://www.nimh.nih.gov/health/publications/postpartum-depression-facts/postpartum-depression-brochure_146657.pdf)
10. Paulson, James F. "Focusing on depression in expectant and new fathers: prenatal and postpartum depression not limited to mothers". *Psychiatry Times*. 2010; 27(2):48 Available from: <https://go.gale.com/ps/anonymous?id=GALE%7CA218449822&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=abs&issn=08932905&p=AONE&sw=w>
11. Pearlstein T, Howard M, Salisbury A, Zlotnick C. Postpartum depression. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2009;200(4):357-64.
12. Avital O, Schub T. Postpartum Depression. Pravikoff D. (ed.) Quick lesion. Cinahl Information systems, a division of EBSCO Information Services; 2018.

13. Smith N. Chinese Patients: Providing Culturally Competent Care to Prevent and Treat Postpartum Depression. Pravikoff, D.(ed.). Nursing Practice & Skill. Cinahl Information systems, a division of EBSCO Information Services; 2017
14. Cirik DA, Yerebasmaz N, Kotan VO, Salihoglu KN, Akpinar F, Yalvac S, Kandemir O. The impact of prenatal psychologic and obstetric parameters on postpartum depression in late-term pregnancies: a preliminary study. Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology 2016;55(3): 374-8
15. Harkins B. Thailand Migration Report 2019. Thailand: Ainergy Studio Company Limited; 2019.
16. The newborn baby was throw away by mother form condominium. (2017). [cited 2019 May 10]. Available from: [https://www.youtube.com/watch?v=\\_15IYj6s1VE](https://www.youtube.com/watch?v=_15IYj6s1VE)
17. The newborn baby was throw away by mother form apartment. (2018). [cited 2019 May 10]. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=eNkKnwXQO4U>
18. Beck CT. Predictors of postpartum depression. Nursing Research 2001;50(5):275-85.
19. House JS. Work stress and social support, MA: Addison-Wesley; 1981.
20. Department of Mental Health, Thailand. (2016). Questionnaire of depression. [cited 2017 April 10] Available from: <https://www.dmh.go.th/test/download/view.asp?id=22>
21. Henshaw EJ, Fried R, Siskind E, Newhouse L, Cooper M. Breastfeeding self-efficacy, mood, and breastfeeding outcomes among primiparous women. Journal of Human Lactation 2015;31(3):511-8.
22. Schiebel DA, Levy G. Evidence-base care sheet: breastfeeding and postpartum depression. Pravikoff D.(ed.). Nursing Practice & Skill. Cinahl Information Systems, A Division of EBSCO Information Services; 2018
23. Ystrom E. Breastfeeding cessation and symptoms of anxiety and depression: a longitudinal cohort study. BMC Pregnancy and Childbirth 2012;12:36. [cited 2017 April 10] Available from: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2393-12-36>
24. Sharma V, Corpse CS. Case study revisiting the association between breastfeeding and postpartum depression. Journal of Human Lactation 2008;24(1):77-9.
25. Zauderer C, Galea E. Breastfeeding and depression: empowering the new mother. British Journal of Midwifery 2010;18(2):88-91.
26. Tang L, Zhu R, Zhang X. Postpartum depression and social support in China: a cultural perspective. Journal of Health Communication: International Perspectives 2016;21(9):1055-61.
27. Wouk K, Stuebe AM, Meltzer-Brody S. Postpartum mental health and breastfeeding practices: an analysis using the 2010-2011 pregnancy risk assessment monitoring system. Maternal and Child Health 2017;21(3):636-47.
28. Tang L, Zhu R, Zhang X. Postpartum depression and social support in China: a cultural perspective. Journal of Health Communication: International Perspectives 2016;21(9):1055-61.

29. Calple C. Woten M. Postpartum Depression: Psychosocial Support. Evidence-Based Care Sheet. Pravikoff, D.(ed.). Nursing Practice & Skill. Cinahl Information Systems, A Division of EBSCO Information Services; 2018.
30. Eisenach JC, Pan PH, Smiley R, Lavand P, Landua R, Houle TT. Severity of acute pain after childbirth, but not type of delivery, predicts persistent pain and postpartum depression. *ELSEVIER* 2008;140(1):87-94.
31. Lowdermilk DL. Postpartum Complications. In: Perry SE, Hockenberry MJ, Lowdermilk DL, Wilson D. Maternal and child nursing care. (8<sup>th</sup> ed). Maryland Heighte, M: Mosby Elsever 2010; p. 741-50.
32. Chongpanish D, Kaewprom C, Pisaipan P, Pratoom L. Survey of understanding and attitudes amongst relatives regarding postpartum depression. *The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima* 2014;20(1):44-54. (in Thai).
33. Sunsaksawat N, Hengudomsub P, Vatanasin D, Pratoomsri W. Factors influencing depression among mothers of pregnancy teenage daughters. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok* 2017;33(3):47-58. (in Thai).
34. Pummanee N. Depression after childbirth among teenage mothers at Sirindhorn Hospital Medicine Service Department. [Master' thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2013 [cited 2017 April 10] from: <http://cuir.car.chula.ac.th/bitstream/123456789/43524/1/5574355930.pdf>
35. Dunn AB, Paul S, Ware LZ, Corwin EJ. Perineal injury during childbirth increases risk of postpartum depressive symptoms and inflammatory markers. *Journal of Midwifery & Amp; Women Healthn* 2015;60(4) [cited 2018 April 10] from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jmwh.1229>
36. Dunn A, Paul S, Corwin E. Perineal injury during childbirth increases inflammatory response and risk of postpartum depression. *ELSIER* 2014; p. 40:2
37. Lewis BA, Billing L, Schuver K, Gjerdingen D, Avery M, Marcus B. The relationship between status and depression symptomatology among women at risk for postpartum depression. *Women Health (Lond)* 2017;13(3):3-9 [cited 2018 April 10] from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28480799>

## บทความวิจัย

## ภาวะผู้นำและนวัตกรรมในองค์กรภาครัฐ: การทบทวนอย่างเป็นระบบ

## Leadership and Organizational Innovation for Public Sector: A Systematic Review

Received: Jan 2, 2019  
 Revised: Mar 20, 2019  
 Accepted: Apr 25, 2019

นิตยา ธนอมศักดิ์ศรี พย.ม. (Nitaya Thanomsaksri, MN.S)<sup>1</sup>  
 เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย ปร.ด. (Phechnoy Singchangchai, Ph.D)<sup>2</sup>  
 นฤมล ปทุมรักษ์ ปร.ด. (Narumon Pathumarak, Ph.D)<sup>3</sup>

## บทคัดย่อ

การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณลักษณะของรายงานการวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะผู้นำสำหรับนวัตกรรมในองค์กรภาครัฐ และสังเคราะห์ข้อดีของภาวะผู้นำต่อนวัตกรรมในองค์กรภาครัฐจากหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยการสืบค้นรายงานวิจัยจากแหล่งข้อมูลต่างๆ คือ Medline, Pubmed, CINAHL, Google scholar, ThaiLIS ที่ตรงตามเกณฑ์การเลือก (inclusion criteria) คือ 1) เป็นรายงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับภาวะผู้นำและนวัตกรรมในองค์กรภาครัฐ 2) รายงานการวิจัยต้องมาจากการสารที่มีผู้เชี่ยวชาญ (peer reviews) ตรวจสอบและประเมินคุณภาพตามเกณฑ์ และ 3) เป็นรายงานวิจัยเชิงปริมาณที่ตีพิมพ์ในช่วง พ.ศ. 2552-2561 ใช้แบบประเมินคุณภาพมาตรฐานงานวิจัย (Standard Quality Assessment Criteria for Research Papers) Kmet, Lee และ Cook ประเมินคุณภาพเครื่องมือด้วยทีมงานวิจัย ได้ค่าความน่าเชื่อถือ (Inter rater) ร้อยละ 83.53 และใช้สถิติแคปปา (Kappa statistic) ทดสอบความสอดคล้องกันระหว่างผู้ประเมินรายงานพบว่า การประเมินคุณภาพมีความสอดคล้องกันหรือไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $k = 0.17$ ,  $p = .13$ ) และใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย พบว่า เป็นการวิจัยเชิงปริมาณทั้งหมด ( $n = 23$ ) สถานที่ศึกษาพบในองค์กรภาครัฐจากหลาย ๆ องค์กรมากที่สุด ( $n = 9$ ) รองลงมาในบริบทด้านการศึกษา ( $n = 8$ ) และบริบทด้านสุขภาพน้อยที่สุด ( $n = 6$ ) ระยะเวลาการศึกษาพบในช่วง พ.ศ. 2557-2561 มากที่สุด ( $n = 19$ ) ในช่วงพ.ศ. 2552-2556 ( $n = 4$ ) เป็นงานวิจัยที่ศึกษาขนาดอิทธิพลการทำนายภาวะผู้นำกับนวัตกรรมในองค์กรมากที่สุด ( $n = 12$ ) รองลงมาเป็นการศึกษาหาความสัมพันธ์ภาวะผู้นำกับนวัตกรรมในองค์กร ( $n = 10$ ) พบการศึกษาเชิงบรรยายน้อยที่สุด ( $n = 1$ ) ส่วนใหญ่ใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่ 200-300 ราย ( $n = 8$ ) จำนวนกลุ่มตัวอย่างมากที่สุดคือ 8,640 ราย น้อยสุดคือ จำนวนตัวอย่าง 83 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามทั้งหมด ( $n = 23$ ) แนวคิดภาวะผู้นำที่ใช้ในการศึกษาวิจัยมากที่สุดคือภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ของเบสและอวลิโอ ( $n = 17$ ) โดยใช้เป็นตัวแปรอิสระ ( $n = 22$ ) และใช้เป็นตัวแปรส่งผ่าน (Mediator) ( $n = 1$ ) ส่วนตัวแปรนวัตกรรมในองค์กรใช้เป็นตัวแปรตามมากที่สุด ( $n = 21$ ) เป็นตัวแปรส่งผ่าน (Mediator) ( $n = 2$ ) และนวัตกรรมในองค์กรภาครัฐที่พบมากที่สุดได้แก่ นวัตกรรมกระบวนการ ( $n = 10$ ) นวัตกรรมผลิตภัณฑ์ ( $n = 7$ ) นวัตกรรมบริการ ( $n = 4$ ) และนวัตกรรมการบริหาร ( $n = 4$ ) ดังนั้นผลการสังเคราะห์งานวิจัยครั้งนี้จึงชี้ชัดว่าภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงเป็นปัจจัยที่ความสัมพันธ์ต่อนวัตกรรมในองค์กรภาครัฐ

**คำสำคัญ:** ภาวะผู้นำ, นวัตกรรม, องค์กรภาครัฐ, การทบทวนอย่างเป็นระบบ

<sup>1</sup> นักศึกษาระดับดุษฎีบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยคริสเตียน E-mail: ood\_nit@hotmail.com

<sup>2</sup> ศาสตราจารย์ ประธานหลักสูตรดุษฎีบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยคริสเตียน E-mail: phechnoy@gmail.com

<sup>3</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อาจารย์ประจำหลักสูตรดุษฎีบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยคริสเตียน E-mail: nxpp@hotmail.com  
 Christian University of Thailand, Nakhonpathom, Thailand

### Abstract

This systematic review aimed to analyze the characteristics and synthesize leadership influencing organizational innovation in public sectors. Research articles were searched from databases including Medline, Pubmed, CINAHL, Google scholar, and ThaiLIS. The inclusion criteria for paper selection included: 1) a research article mainly focused on leadership and innovation in public health organizations; 2) research article published in peer-reviewed journals with research quality criteria evaluation; and 3) a quantitative research article published between 2009-2018. The Quality Assessment Criteria for Research Papers<sup>7</sup> was used as a tool to assess the selected research articles. The tool evaluated by the researcher team yielded 83.53% of inter-rater reliability. Kappa statistics was used to assess the consensus between the assessors. It was found that the research quality assessment between the assessors is not significantly different ( $k = 0.17$ ,  $p = .13$ ). Descriptive statistics were applied to describe research articles.

Findings are as follows: all research articles used quantitative design ( $n = 23$ ). Mostly, the settings of study were governmental organizations which included multi organizations ( $n = 9$ ), followed by educational sectors ( $n = 8$ ), and health sectors ( $n = 6$ ). Most studies were published during 2014-2018 ( $n = 19$ ) and during 2009-2013 ( $n = 4$ ). Most research studies were conducted for the purpose of predictive leadership and innovation in the organizations ( $n = 12$ ), followed by the relationships between leadership and innovation ( $n = 10$ ), and the least as descriptive study ( $n = 1$ ). Most sample sizes range from 200 to 300 subjects ( $n = 8$ ). The highest number of samples is 8,640 whereas the minimum is 83 subjects. In all studies, data were collected using a questionnaire ( $n = 23$ ). The leadership concepts mostly applied in research studies was the Transformational Leadership Theory (Bass & Avolio, 1994) ( $n = 17$ ). Leadership was used as an independent variable ( $n=22$ ) and as a mediator ( $n = 1$ ). The organizational innovation was mostly used as a dependent variable in studies ( $n = 21$ ) and as a mediator ( $n = 2$ ). The innovation mostly founded in the public sectors included process innovation ( $n = 10$ ), product innovation ( $n = 7$ ), service innovation ( $n = 4$ ), and management innovation ( $n = 4$ ). Therefore, the synthesized results of this research indicate that leadership-for-change style is an important factor and influencing innovations in public organizations.

**Keywords:** leadership, innovation, public sector, systematic review

## บทนำ

ภาวะผู้นำเป็นลักษณะพฤติกรรมของบุคคลที่ความสำคัญในองค์กรภาครัฐ เป็นองค์ประกอบที่จะส่งผลให้เกิดผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมขององค์กรภาครัฐ เพราะภาวะผู้นำมีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลกับผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมทั้งในระดับบุคคล (Individual level) ระดับทีม (Team level) และระดับองค์กร (Organizational level) ภาวะผู้นำของผู้บริหารทุกระดับจะช่วยสนับสนุนทีมบุคลากรให้มีความคิดสร้างสรรค์นำไปสู่การสร้างนวัตกรรมที่มีประสิทธิภาพในองค์กร เพราะผู้นำเป็นผู้สนับสนุนทีมและบุคลากรให้มีความคิดสร้างสรรค์ซึ่งจะนำไปสู่กิจกรรมการสร้างนวัตกรรมในองค์กร เป็นผู้อำนวยความสะดวกในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ได้ตามเป้าหมายขององค์กร ได้มีนักวิชาการศึกษาเกี่ยวกับภาวะผู้นำกันอย่างกว้างขวางและหลากหลายสาขา ได้แก่ ด้านจิตวิทยา การทหาร การศึกษา การจัดการ การดูแลสุขภาพ และทางการแพทย์ จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า เหตุผลที่สำคัญที่สนับสนุนความเชื่อว่าภาวะผู้นำจะบูรณาการทุกส่วนให้เกิดผลการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพขององค์กร ได้แก่ ผู้นำจะเป็นผู้สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างนวัตกรรม (Innovation climate) และผู้นำองค์กรตั้งแต่ระดับสูงสุดจนถึงระดับล่างต้องมีการถ่ายทอดสื่อสารกลยุทธ์และเป้าหมายเกี่ยวกับนวัตกรรมในองค์กร รวมทั้งมีการบริหารจัดการเรื่องเวลาในกระบวนการสร้างนวัตกรรม ทั้งในระดับบุคคล ทีม และองค์กร<sup>1-5</sup>

อย่างไรก็ตามงานวิจัยเกี่ยวกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เรื่อง ภาวะผู้นำกับนวัตกรรมในองค์กรภาครัฐ ที่ผ่านมายังมีน้อยโดยเฉพาะองค์กรด้านสุขภาพ และยังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ในการรวบรวมหรือการทบทวนอย่างเป็นระบบ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเป็นวิธีการที่ใช้ในการรวบรวมและเรียบเรียงความรู้ในการสืบค้นข้อมูลหลักฐานทางวิทยาศาสตร์และสังเคราะห์เป็นข้อมูลใหม่ การทบทวนอย่างเป็นระบบเป็นวิธีการที่มีมานาน และเป็นวิธีการที่มีประโยชน์โดยเป็นการจัดการกับข้อมูลปริมาณมากให้สะดวกต่อการนำไปใช้ประโยชน์ ทำให้มองเห็นภาพรวมของข้อมูลซึ่งสะดวกต่อการนำเสนอการมาต่อ ยอดองค์ความรู้ต่อไป<sup>6</sup>

ดังนั้นการวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเพื่อสังเคราะห์คุณลักษณะผลงาน

วิจัยและสรุปผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะผู้นำสำหรับนวัตกรรมในองค์กรภาครัฐ เพื่อนำผลความรู้ไปใช้ในการเสนอแนะการทำวิจัยในอนาคตต่อไป

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาคุณลักษณะของรายงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะผู้นำและนวัตกรรมในองค์กรภาครัฐที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในช่วง พ.ศ. 2552-2561

2. เพื่อสังเคราะห์อิทธิพลของภาวะผู้นำต่อนวัตกรรมในองค์กรภาครัฐจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในช่วง พ.ศ. 2552-2561

## ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณด้วยการทบทวนอย่างเป็นระบบ (Systematic Review)

**ประชากร** คือ รายงานวิจัยเกี่ยวกับภาวะผู้นำกับนวัตกรรมในองค์กรภาครัฐ ที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในช่วง พ.ศ. 2552-2561 คำที่ใช้สืบค้นประกอบด้วยภาวะผู้นำ นวัตกรรม การจัดการ องค์กรภาครัฐ โดยการสืบค้นรายงานวิจัยจากแหล่งข้อมูลต่างๆ คือ ฐานข้อมูล Medline, Pubmed, CINAHL, Scientific, Google scholar, ThaiLIS ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของมหาวิทยาลัยที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีรายงานที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือกทั้งหมด จำนวน 23 เรื่อง ที่ตรงตามเกณฑ์การเลือก (inclusion criteria) ซึ่งกำหนดไว้ 3 ข้อ คือ 1) เป็นรายงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับภาวะผู้นำกับนวัตกรรมในองค์กรบริการภาครัฐ 2) รายงานการวิจัยต้องมาจากการสารที่มีผู้เชี่ยวชาญ (peer reviews) ในการตรวจสอบและประเมินคุณภาพตามเกณฑ์และ 3) เป็นรายงานวิจัยที่สมบูรณ์มีคุณภาพและพิมพ์เผยแพร่ในระยะเวลาช่วง พ.ศ. 2552-2561 และไม่นับรายงานวิจัยที่เป็นเชิงคุณภาพ

## เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการทบทวนอย่างเป็นระบบในครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. แบบสรุปการประเมินข้อมูลทั่วไปงานวิจัยภาวะผู้นำกับนวัตกรรมในองค์กรภาครัฐที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้แก่ สถานที่ศึกษา ช่วงเวลาที่ศึกษา ชนิดของงานวิจัย ระดับของงานวิจัย สถิติที่ใช้ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการ

เก็บรวบรวมข้อมูล การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ชนิดของตัวแปร แนวคิด/ทฤษฎีภาวะผู้นำที่ใช้ ชนิดของนวัตกรรมในองค์กร

2. แบบประเมินคุณภาพรายงานการวิจัยโดยใช้เครื่องมือ (Standard Quality Assessment Criteria for Evaluating Primary Research paper) ของ Kmet, Lee และ Cook7 เพื่อตรวจสอบความน่าเชื่อถือของรายงานการวิจัย

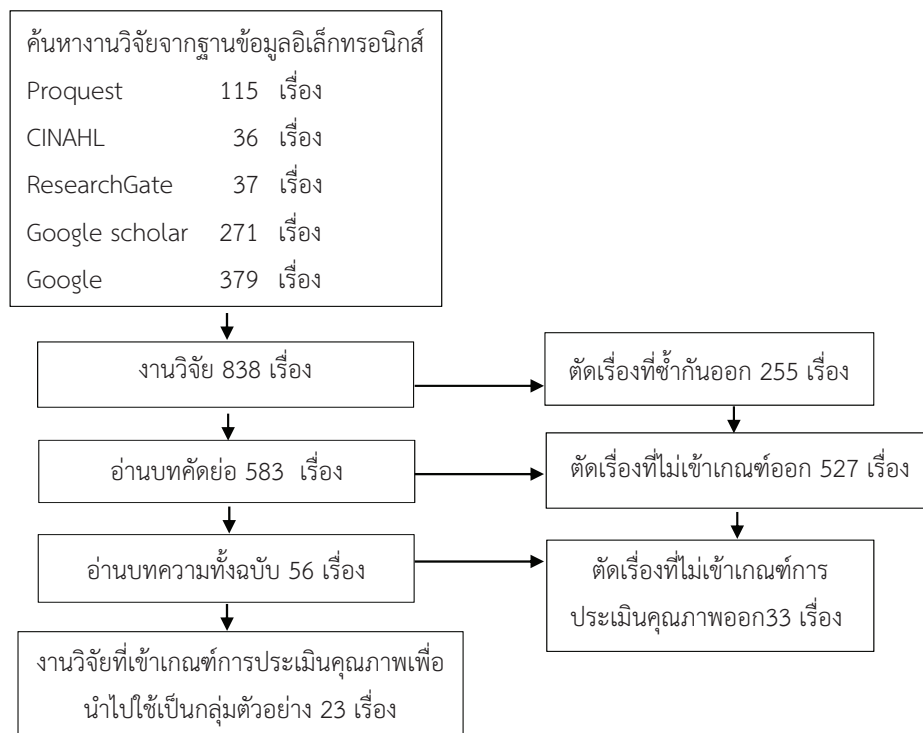
การตรวจสอบคุณภาพงานวิจัย ตรวจสอบความน่าเชื่อถือโดยการตรวจสอบร่วมกับทีมวิจัยจำนวน 3 คน โดยการทำค่า Inter rater ระหว่างทีมวิจัย ได้ค่าความน่าเชื่อถือ ร้อยละ 83.53 และหาค่าดัชนีความสอดคล้องกันระหว่างผู้ประเมินรายงานโดยใช้สถิติแคปปา (Kappa statistic) ทดสอบความสอดคล้องกันระหว่างผู้ประเมินพบว่า การประเมินคุณภาพมี

ความสอดคล้องกันหรือไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $k = 0.17, p = .13$ )

3. การวิเคราะห์และการรายงานผลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

### ผลการศึกษา

จากการสืบค้นพบรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมด 838 เรื่อง พบว่าเป็นเรื่องที่ซ้ำกัน 255 เรื่อง คงเหลืองานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งสิ้น 583 เรื่อง ภายหลังการประเมินคุณภาพงานวิจัย คงเหลืองานวิจัยที่ใช้ในการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจำนวน 23 เรื่อง สามารถแสดงขั้นตอนการคัดเลือกผลงานวิจัยได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงขั้นตอนการคัดเลือกผลงานวิจัย

ตารางที่ 1 แสดงผลการสังเคราะห์ข้อพิพาทของภาวะผู้นำต่อนวัตกรรมในองค์กรภาครัฐจากหลักฐานเชิงประจักษ์ จำแนกตามผู้วิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย สถานที่ที่วิจัย ประชากร/กลุ่มตัวอย่าง ประเภทการวิจัย และผลการวิจัย

| ผู้แต่ง/ปี                | วัตถุประสงค์                                                                                                                 | สถานที่ของการวิจัย                                 | ประชากร/กลุ่มตัวอย่าง                         | ประเภทการวิจัย | ผลการวิจัย                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Khan Z.A., et al, 2015 | 1. ศึกษาผลของภาวะผู้นำกับนวัตกรรมทางบริการสุขภาพ<br>2. ทดสอบและหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรภาวะผู้นำและนวัตกรรมในบริการสุขภาพ | โรงพยาบาลประเทศปากีสถาน                            | เจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพ จำนวน 204 คน           | เชิงปริมาณ     | พบว่า<br>1. ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีความสัมพันธ์กับนวัตกรรมในบริการสุขภาพในระดับสูง ( $r = 0.68$ , $p < .01$ )<br>2. ภาวะผู้นำการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับนวัตกรรมในบริการสุขภาพในระดับปานกลาง ( $r = 0.51$ , $p < .01$ ) <sup>9</sup>                                                                                                                                                               |
| 2. Tang, 2017             | ศึกษาความสัมพันธ์พฤติกรรมของภาวะผู้นำกับนวัตกรรมในองค์กรสุขภาพ                                                               | โรงพยาบาลระดับที่สามวิชาชีพ จำนวน 360 คน           | จีน                                           | เชิงปริมาณ     | พบว่า พฤติกรรมของภาวะผู้นำมีความสัมพันธ์กับนวัตกรรมองค์กรสุขภาพในระดับสูง ( $r = 0.85$ , $p < .01$ ) <sup>10</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 3. Bagheri & Akbari, 2017 | ศึกษาอิทธิพลของภาวะผู้นำประกอบ การต่อพฤติกรรมด้านนวัตกรรมของพยาบาล                                                           | โรงพยาบาลของรัฐและเอกชนในประเทศอิหร่าน             | พยาบาล จำนวน 273 คน                           | เชิงปริมาณ     | พบว่า ภาวะผู้นำประกอบการมีอิทธิพลทางตรงกับพฤติกรรมด้านนวัตกรรมของพยาบาล ( $\beta = 0.20$ , $p < 0.01$ ) <sup>11</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 4. Somech, 2009           | ศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะผู้นำ (สั่งการ, การมีส่วนร่วม) กับนวัตกรรมของทีม                                                     | คลินิกหน่วยบริการปฐมภูมิ ในประเทศอิสราเอล          | เจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพ จำนวน 1,292 คน         | เชิงปริมาณ     | พบว่า ภาวะผู้นำแบบสั่งการ และภาวะผู้นำที่เน้นการมีส่วนร่วม มีความสัมพันธ์กับนวัตกรรมของทีมในระดับปานกลาง ( $r = 0.26$ , $r = 0.28$ ; $p < .01$ ) <sup>12</sup>                                                                                                                                                                                                                                       |
| 5. Ricard et al, 2014     | ศึกษาความสัมพันธ์ของรูปแบบภาวะผู้นำ 5 รูปแบบกับนวัตกรรมในองค์กรภาครัฐ                                                        | องค์กรภาครัฐจากประเทศเดนมาร์ก เนเธอร์แลนด์ และสเปน | ผู้บริหารระดับสูงขององค์กรภาครัฐ จำนวน 365 คน | เชิงปริมาณ     | พบว่า<br>1. รูปแบบภาวะผู้นำที่สัมพันธ์กับนวัตกรรมในองค์กรภาครัฐประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ รูปแบบภาวะผู้นำใจใหญ่ รูปแบบภาวะผู้นำการกระทำ และรูปแบบภาวะผู้นำอนาคต<br>2. รูปแบบภาวะผู้นำใจใหญ่มีความสัมพันธ์กับนวัตกรรมในองค์กรภาครัฐระดับปานกลาง ( $r = 0.42$ , $p < .01$ )<br>3. รูปแบบภาวะผู้นำอนาคตมีความสัมพันธ์กับนวัตกรรมในองค์กรภาครัฐระดับปานกลาง ( $r = 0.31$ , $p < .01$ ) <sup>13</sup> |

**ตารางที่ 1** แสดงผลการสังเคราะห์อิทธิพลของผู้นำก่อนวัดกรรมในองค์กรภาคธุรกิจจากหลักฐานเชิงประจักษ์ จำแนกตามผู้วิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย สถานที่ทำวิจัย ประชากร/กลุ่มตัวอย่าง ประเภทการวิจัย และผลการวิจัย (ต่อ)

| ผู้แต่งปี                       | วัตถุประสงค์                                                                                         | สถานที่ของการวิจัย                                   | ประชากร/กลุ่มตัวอย่าง                               | ประเภทการวิจัย | ผลการวิจัย                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 6. Ghanbari & Eskandari, 2014   | ศึกษาอิทธิพลระหว่างภาวะผู้นำ การเปลี่ยนแปลง ความพึงพอใจในงาน และนวัตกรรมในองค์กร                     | โรงพยาบาลระดับมัธยมศึกษา จังหวัดฮมาดาน ประเทศอิหร่าน | ครูผู้สอน จำนวน 8,640 คน                            | เชิงปริมาณ     | พบว่า<br>1. ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงสามารถทำนายนวัตกรรมในองค์กรได้ ร้อยละ 11 ( $R^2 = 0.11$ , $p < .01$ )<br>2. ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีอิทธิพลต่อนวัตกรรมในองค์กร ( $\beta = 0.21$ , $p < .01$ ) <sup>14</sup>                                                                                           |
| 7. Khan, Rehman, & Fatima, 2009 | ศึกษาอิทธิพลระหว่างภาวะผู้นำ การเปลี่ยนแปลง กับนวัตกรรมในองค์กร โดยมีขนาดองค์กรเป็นปัจจัยส่งผ่าน     | องค์กรการสื่อสาร รัฐวิสาหกิจ ประเทศปากีสถาน          | ผู้บริหารระดับสูง และระดับกลางในองค์กร จำนวน 296 คน | เชิงปริมาณ     | พบว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีอิทธิพลทางตรงต่อนวัตกรรมในองค์กร ( $\beta = 0.27$ , $F = 19.66$ , $p < .01$ ) <sup>15</sup>                                                                                                                                                                                |
| 8. Mucgta, 2014                 | ศึกษาอิทธิพลระหว่างภาวะผู้นำ การเปลี่ยนแปลง กับนวัตกรรมในองค์กร โดยมีวัฒนธรรมองค์กรเป็นปัจจัยส่งผ่าน | องค์กรการสื่อสารในภาคเหนือ ประเทศอินโดนีเซีย         | พนักงานในองค์กร จำนวน 83 คน                         | เชิงปริมาณ     | พบว่า<br>1. ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีอิทธิพลทางตรงต่อนวัตกรรมในองค์กร ( $\beta = 0.01$ , $p < .01$ )<br>2. ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีอิทธิพลทางอ้อมต่อนวัตกรรมในองค์กร โดยผ่านวัฒนธรรมองค์กร ( $\beta = 0.58$ , $p < .01$ ) <sup>16</sup>                                                                  |
| 9. Tang, 2017                   | ศึกษาผลของพฤติกรรมภาวะผู้นำ การจัดการความรู้ กับนวัตกรรมในองค์กรของแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ         | โรงพยาบาลระดับผู้บริหารระดับสูงในกรุงเทพมหานคร       | โรงพยาบาล จำนวน 360 คน                              | เชิงปริมาณ     | พบว่า ไม่เคยสามารถโครงสร้างของพฤติกรรมภาวะผู้นำประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ รูปแบบภาวะผู้นำ ความมีอำนาจของพื้นที่วิชาชีพ และทักษะการบริการ มีอิทธิพลต่อนวัตกรรมในองค์กร มีความกลมกลืนสอดคล้องตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ( $\chi^2/Df = 1.28$ , $RMR = 0.005$ , $GFI = 0.97$ , $AGFI = 0.91$ ) <sup>17</sup> |

**ตารางที่ 1** แสดงผลการสังเคราะห์อิทธิพลของภาวะผู้นำต่อนวัตกรรมในองค์กรภาครัฐจากหลักฐานเชิงประจักษ์ จำแนกตามผู้วิจัย วัดอุปสรรคการวิจัย สถานที่ที่วิจัย ประชากร/กลุ่มตัวอย่าง ประเภทการวิจัย และผลการวิจัย (ต่อ)

| ผู้แต่ง/ปี                | วัตถุประสงค์                                                                    | สถานที่ของการวิจัย                                                                      | ประชากร/กลุ่มตัวอย่าง                                         | ประเภทการวิจัย | ผลการวิจัย                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 10. Bagheri, 2017         | ศึกษาผลลัพธ์ของภาวะผู้นำประกอบกับต่อพฤติกรรมการสร้างนวัตกรรมของพยาบาล           | โรงพยาบาลรัฐบาล และเอกชน ประเทศอิหร่าน                                                  | พยาบาล จำนวน 273 คน                                           | เชิงปริมาณ     | พบว่า ภาวะผู้นำประกอบการมีอิทธิพลทางตรงกับพฤติกรรมการสร้างนวัตกรรมของพยาบาล ( $\beta = 0.20$ , $p < .01$ ) และโมเดลภาวะผู้นำประกอบการกับพฤติกรรมการสร้างนวัตกรรมของพยาบาลมีความกลมกลืนสอดคล้องตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ( $\chi^2/Df = 2.04$ , $RMR = 0.04$ , $GFI = 0.90$ , $CFI = 0.94$ ) <sup>18</sup> |
| 11. Ali & Buang, 2016     | ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการทำงานด้านนวัตกรรมในองค์กรภาครัฐ            | หน่วยงานองค์กรภาครัฐและหน่วยงานการบริหารจัดการ จำนวน 86 หน่วยงานสมัยใหม่ ประเทศมาเลเซีย | องค์กรภาครัฐและหน่วยงานการบริหารจัดการ จำนวน 86 หน่วยงาน      | เชิงปริมาณ     | พบว่า ปัจจัยพฤติกรรมการทำงานด้านนวัตกรรมบรรยากาศการสร้างนวัตกรรม และภาวะผู้นำแบบมีส่วนร่วมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการทำงานด้านนวัตกรรมในองค์กรภาครัฐ ( $\beta = -0.02$ , $\beta = 0.50$ , $\beta = 0.40$ , $p < 0.05$ ) <sup>19</sup>                                                                      |
| 12. Dorman & Thaens, 2016 | ศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะผู้นำบริการ กับผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์กรภาครัฐ | หน่วยงานประกันภัย ประเทศเนเธอร์แลนด์                                                    | พนักงานและผู้บริหาร หน่วยงานประกันภัย จำนวน 5,061 คน          | เชิงปริมาณ     | พบว่า อายุของผู้บริหารไม่มีอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรม แต่ระดับการศึกษาของผู้ที่มีอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรม ( $\beta = -0.13$ , $p < .05$ ) และภาวะผู้นำบริการด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจมีอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรม ( $\beta = 0.22$ , $p < .05$ ) <sup>20</sup>        |
| 13. Naguib & Naem, 2018   | ศึกษาผลของภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงกับนวัตกรรมในองค์กร                            | องค์กรเทคโนโลยี ประเทศอิสราเอล                                                          | ผู้บริหารระดับสูง จากองค์กรเทคโนโลยีสารสนเทศ จำนวน 103 องค์กร | เชิงปริมาณ     | พบว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีอิทธิพลต่อนวัตกรรมปัจจัยนำเข้า นวัตกรรมกระบวนการและนวัตกรรมผลลัพธ์ ( $\beta = 0.64$ , $\beta = 0.50$ , $\beta = 0.50$ , $p < .001$ ) <sup>21</sup>                                                                                                                      |
| 14. Chen & Peng, 2017     | ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงกับนวัตกรรมบริการภาครัฐ          | หน่วยงานบริการภาครัฐ ประเทศจีน                                                          | ผู้นำและบุคลากรผู้ปฏิบัติในหน่วยงานภาครัฐ จำนวน 300 คน        | เชิงปริมาณ     | พบว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีอิทธิพลทางตรงกับนวัตกรรมบริการเชิงสำรวจและนวัตกรรมบริการเชิงการแสดงผลการดำเนินงาน ( $\beta = 0.85$ , $\beta = 0.66$ , $p < .01$ ) <sup>22</sup>                                                                                                                         |

**ตารางที่ 1** แสดงผลการสังเคราะห์อิทธิพลของภาวะผู้นำต่อนวัตกรรมในองค์กรภาคธุรกิจจากหลักฐานเชิงประจักษ์ จำแนกตามผู้วิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย สถานที่ทำวิจัย ประชากร/กลุ่มตัวอย่าง ประเภทการวิจัย และผลการวิจัย (ต่อ)

| ผู้แต่ง/ปี                              | วัตถุประสงค์                                                                                                                 | สถานที่ของการวิจัย                      | ประชากร/กลุ่มตัวอย่าง                                      | ประเภทการวิจัย | ผลการวิจัย                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 15. Karimi & Morshedi, 2015             | ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงกับนวัตกรรมในองค์กร                                                           | มหาวิทยาลัยอิสลามิค อาซัด ประเทศอิหร่าน | บุคลากรจากทุกคณะของ มหาวิทยาลัยอิสลามิค อาซัด จำนวน 120 คน | เชิงปริมาณ     | พบว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีความสัมพันธ์กับ นวัตกรรมผลิตภัณฑ์ นวัตกรรมบริการ และ นวัตกรรมกระบวนการระดับปานกลาง ( $r=0.40$ , $p<.01$ ) <sup>23</sup>                                                                                                                                                                                      |
| 16. Ammar et al., 2018                  | ศึกษาผลของภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงกับนวัตกรรมในองค์กรการศึกษาระดับสูง                                                         | มหาวิทยาลัยชานา ประเทศเยเมน             | ผู้บริหารแผนกของ มหาวิทยาลัยชานา จำนวน 330 คน              | เชิงปริมาณ     | พบว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีอิทธิพลทางตรงกับ นวัตกรรมผลิตภัณฑ์ นวัตกรรมกระบวนการ นวัตกรรม การบริหาร ( $\beta = 0.79$ , $p<.001$ ) <sup>24</sup>                                                                                                                                                                                          |
| 17. Tang & Yeh, 2015                    | ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมองค์กร รูปแบบภาวะผู้นำ และการเรียนรู้ขององค์กร ต่อนวัตกรรมในองค์กรภาครัฐ                     | หน่วยงานองค์กรภาครัฐ ประเทศไต้หวัน      | บุคลากรองค์กรภาครัฐจาก ตอนใต้ของประเทศไต้หวัน จำนวน 500 คน | เชิงปริมาณ     | พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ของวัฒนธรรมองค์กรรูปแบบ ภาวะผู้นำ และการเรียนรู้ขององค์กร ต่อนวัตกรรมใน องค์กรภาครัฐ(นวัตกรรมบริการ บริการ นวัตกรรม กระบวนการ นวัตกรรมบริหาร) มีความกลมกลืน สอดคล้องตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ( $\chi^2/Df = 3.1$ , $RMR = 0.08$ , $GFI = 0.94$ , $CFI = 0.94$ ) <sup>25</sup>                                          |
| 18. Zhang D. et al., 2018               | ศึกษาโมเดลความสัมพันธ์ของ ภาวะผู้นำบูรณาการ การสร้าง เครือข่าย และการบูรณาการ ความรู้ กับผลการดำเนินงานด้าน นวัตกรรมในองค์กร | มหาวิทยาลัยภาครัฐ ประเทศจีนตอนเหนือ     | นักศึกษาการบริหารจัดการ ธุรกิจ จำนวน 385 คน                | เชิงปริมาณ     | พบว่า ภาวะผู้นำบูรณาการมีอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรม ( $\beta = 0.41$ , $p<.01$ ) และโมเดล ความสัมพันธ์ของการบูรณาการ การสร้างเครือข่าย และการบูรณาการความรู้ กับผลการดำเนินงานด้าน นวัตกรรมในองค์กรความกลมกลืนสอดคล้องตาม หลักฐานเชิงประจักษ์ ( $\chi^2/Df = 2.20$ , $RMSEA = 0.03$ , $GFI = 0.91$ , $CFI = 0.93$ ) <sup>26</sup> |
| 19. Zhang Y., Zheng J. & Darko a., 2018 | ศึกษาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมี อิทธิพลต่อพฤติกรรมนวัตกรรม โดยผ่านบรรยากาศการสร้าง นวัตกรรม                                   | องค์กรสร้าง นวัตกรรม ประเทศ จีน         | ทีมนักวิจัยด้านนวัตกรรม จำนวน 251 คน                       | เชิงปริมาณ     | พบว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีอิทธิพลทางตรงกับ พฤติกรรมนวัตกรรม ( $\beta = 0.55$ , $p<.01$ ) <sup>27</sup>                                                                                                                                                                                                                                 |

**ตารางที่ 1** แสดงผลการสังเคราะห์อิทธิพลของผู้นำต่อนวัตกรรมในองค์กรภาครัฐจากหลักฐานเชิงประจักษ์ จำแนกตามผู้วิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย สถานที่ทำวิจัย ประชากร/กลุ่มตัวอย่าง ประเภทการวิจัย และผลการวิจัย (ต่อ)

| ผู้แต่งปี                     | วัตถุประสงค์                                                                                                        | สถานที่ของการวิจัย                            | ประชากร/กลุ่มตัวอย่าง         | ประเภทการวิจัย | ผลการวิจัย                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 20. Gomes C. et al., 2015     | ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำในตัวเอง นวัตกรรมส่วนบุคคล โดยผ่านความผูกพันอันในงาน                               | หน่วยบริการสุขภาพ ประเทศโปรตุเกส              | พยาบาลและแพทย์ จำนวน 377 คน   | เชิงปริมาณ     | พบว่า ภาวะผู้นำในตัวเอมีอิทธิพลทางตรงต่อนวัตกรรมส่วนบุคคล ( $\beta = 0.13$ , $p < .01$ ) และปัจจัยภาวะผู้นำในตัวเอง และความผูกพันอันในงานสามารถรวมทำนายนวัตกรรมส่วนบุคคล ได้ร้อยละ 9.00 ( $\text{Adj.}R^2 = 0.09$ , $p = .001$ ) <sup>28</sup> |
| 21. Somech A, 2009            | ศึกษาอิทธิพลของรูปแบบภาวะผู้นำ ผลการดำเนินงาน กระบวนการทีม และนวัตกรรมของทีมในหน่วยบริการปฐมภูมิ                    | หน่วยบริการสุขภาพ ระดับปฐมภูมิ ประเทศอิสราเอล | ทีมสหวิชาชีพ จำนวน 1,292 คน   | เชิงปริมาณ     | พบว่า ภาวะผู้นำแบบมีส่วนร่วมและภาวะผู้นำแบบสั่งการ การสะท้อนกลับของทีม บทบาทของทีม สามารถรวมทำนายนวัตกรรมของทีมได้ร้อยละ 41.00 ( $R^2 = 0.41$ , $p < .01$ ) <sup>29</sup>                                                                      |
| 22. Aarons & Sommerfeld, 2012 | ศึกษาภาวะผู้นำ บริรยภาคการ สร้างนวัตกรรม ต่อทัศนคติการ ปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์                             | หน่วยบริการสุขภาพ ที่บ้าน ประเทศสหรัฐอเมริกา  | ผู้จัดการรายกรณี จำนวน 140 คน | เชิงปริมาณ     | พบว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง ต่อทัศนคติการปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และบรรยากาศการสร้างนวัตกรรม ( $r = 0.54$ , $0.77$ , $p < .01$ ) <sup>30</sup>                                                             |
| 23. Mokekhaow, 2017           | ศึกษาโมเดลความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง การสร้างความรู้ กับผลการดำเนินงานการจัดการนวัตกรรมของหอผู้ป่วย | โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย สังกัดกระทรวงสาธารณสุข  | หัวหน้าหอผู้ป่วย จำนวน 300 คน | เชิงปริมาณ     | พบว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานการจัดการนวัตกรรม 3 องค์ประกอบได้แก่ สิ่งนำเข้านวัตกรรม กระบวนการนวัตกรรม และผลลัพธ์นวัตกรรม ( $\beta = 0.50$ , $p < .01$ ) <sup>31</sup>                                               |

## คุณลักษณะของรายงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะผู้นำ และนวัตกรรมในองค์กรภาครัฐที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในช่วง พ.ศ. 2552-2561

จากการศึกษา พบว่า รายงานการวิจัยถูกตีพิมพ์ในวารสารที่แตกต่างกัน ส่วนใหญ่ถูกตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสาร Public Management Review (n= 3), Innovation Management (n= 3), Public Administration Review (n= 2), NIH Public Access (n= 2), Sustainability (n= 2), Academic Administration (n= 2) AKademia Baru (n= 2), Nursing Journal of the Ministry of Public Health (n= 2), Business & Management (n= 2), Macrothink Institute (n= 1), Scientific (n= 1) และ International Journal of Management & Human Science (n= 1) ผลลัพธ์ที่ได้จากการสังเคราะห์รายงานการวิจัยทั้งหมด แสดงให้เห็นว่าจำนวนการศึกษาเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วถึงร้อยละ 83 ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาคือระหว่าง พ.ศ. 2557-2561 และร้อยละ 17.00 ในช่วง พ.ศ. 2552-2556 และพบการศึกษาในต่างประเทศมากที่สุด (n= 22) ส่วนในประเทศไทยยังพบน้อยที่สุด (n= 1) ประเภทของงานวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปริมาณทั้งหมด (n= 23) สถานที่ศึกษาส่วนใหญ่ศึกษาในองค์กรภาครัฐจากหลายๆองค์กรมากที่สุด (n= 9) รองลงมาศึกษาในบริบทด้านการศึกษา (n= 8) และบริบทด้านสุขภาพน้อยที่สุด (n= 6) ทั้งหมดเป็นงานวิจัยที่ศึกษาหาขนาดอิทธิพลการทำนายภาวะผู้นำกับนวัตกรรมในองค์กรมากที่สุด (n= 12) รองลงมาเป็นการศึกษาหาความสัมพันธ์ภาวะผู้นำกับนวัตกรรมในองค์กร (n= 10) และการศึกษาเชิงบรรยายน้อยที่สุด (n= 1) ส่วนใหญ่ใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่ 200-300 ราย (n= 8) จำนวนกลุ่มตัวอย่างมากที่สุดคือ 8,640 ราย น้อยที่สุดคือ 83 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามทั้งหมด (n= 23) คุณภาพของเครื่องมือมีความเที่ยงเป็นไปตามเกณฑ์ทั้งหมด (n= 23) ส่วนความตรงของเครื่องมือไม่ได้รายงานค่าไว้ในรายงานการวิจัยมากที่สุด (n= 14) ส่วนที่ระบุค่ามากกว่า 0.7 ไว้ในรายงานพบปานกลาง (n= 9) แนวคิดภาวะผู้นำที่พบในรายงานการวิจัยที่ถูกนำมาใช้ในการศึกษาวิจัยส่วนใหญ่ใช้ทฤษฎีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของ Bass และ Avolio 8 มากที่สุด (n= 11) รองลงมาเป็นภาวะผู้นำปฏิบัติ (n= 4) โดยใช้ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงเป็นตัวแปรอิสระ (n= 22) และใช้เป็นตัวแปรส่งผ่าน (Mediator) (n= 1) ส่วน

ตัวแปรนวัตกรรมในองค์กรส่วนใหญ่ศึกษาเป็นตัวแปรตาม (n= 21) และยังพบเป็นตัวแปรส่งผ่าน (Mediator) (n= 2) นวัตกรรมในองค์กรภาครัฐที่พบมากที่สุดได้แก่ นวัตกรรมกระบวนการ (n= 10) นวัตกรรมผลิตภัณฑ์ (n= 7) นวัตกรรมบริการ (n= 4) และนวัตกรรมการบริหาร/การจัดการ (n= 4)

## การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยส่วนใหญ่พบว่าภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อนวัตกรรมในองค์กรภาครัฐ รองลงมาเป็นภาวะผู้นำประกอบการ และนวัตกรรมในองค์กรภาครัฐที่พบมากที่สุดได้แก่ นวัตกรรมกระบวนการ นวัตกรรมผลิตภัณฑ์ นวัตกรรมบริการ และนวัตกรรมการบริหาร ตามลำดับ โดยผู้วิจัยจะอภิปรายผลการวิจัยจากข้อค้นพบดังนี้

1. ทฤษฎีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Transformational leadership) ของแบส และอวอลิโอ มีผู้ให้ความสนใจนำมาศึกษากันมาก เนื่องจากเป็นภาวะผู้นำที่สามารถสร้างแรงบันดาลใจให้ผู้ตามมีอิสระในความคิดที่จะทำให้องค์กรบรรลุเป้าหมาย ซึ่งผู้นำต้องแสดงพฤติกรรม ได้แก่ การมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ การจูงใจให้เกิดแรงบันดาลใจ การกระตุ้นทางปัญญา และการคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล โดยผู้นำทุกระดับเป็นบุคคลที่ต้องรับหน้าที่ในการจัดกระบวนการเปลี่ยนแปลงภายในองค์กร เพื่อพัฒนาและสร้างโอกาสในการเอาชนะคู่แข่งขึ้นโดยการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ตามสร้างและใช้นวัตกรรม ซึ่งเป็นเครื่องมือในการสร้างความได้เปรียบทางการแข่งขัน ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงจึงเหมาะสมสำหรับผู้นำที่ต้องการให้เกิดผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์กร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Abbasi<sup>32</sup> ที่พบว่าภาวะผู้นำที่มีคุณลักษณะที่จะจัดการกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงได้ตามบริบทปัจจุบันคือ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ซึ่งเป็นผู้นำที่ต้องมีบทบาทในการบริหารการเปลี่ยนแปลงจากสิ่งแวดล้อมและปัจจัยภายนอก ดังนั้น ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงจึงมีคุณลักษณะที่เหมาะสมในการบริหารองค์กรที่มีการเปลี่ยนแปลงในยุคสังคมเศรษฐกิจดิจิทัล

2. ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีความสัมพันธ์กับนวัตกรรมในองค์กรภาครัฐ เนื่องจากภาวะผู้นำการเปลี่ยน

แปลงเป็นปัจจัยที่สำคัญในการกำหนดนวัตกรรมในองค์กรภาครัฐ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของคาน และคณะ<sup>9</sup> ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะผู้นำกับนวัตกรรมทางบริการสุขภาพในโรงพยาบาล ประเทศปากีสถาน พบว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีความสัมพันธ์กับนวัตกรรมในบริการสุขภาพ ( $r = 0.68$ ,  $p < .01$ ) สอดคล้องการศึกษาของ Ghanbari และ Eskandari<sup>14</sup> ที่ศึกษาอิทธิพลระหว่างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ความพึงพอใจในงาน และนวัตกรรมในโรงเรียนระดับมัธยม ของจังหวัดฮามาตัน ประเทศอิหร่าน พบว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงสามารถทำนายนวัตกรรมในองค์กรได้ ร้อยละ 11.00 ( $R^2 = 0.11$ ,  $p < .01$ ) และ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีอิทธิพลต่อนวัตกรรมในองค์กร ( $\beta = 0.21$ ,  $p < .01$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ Khan, Rehman และ Fatima<sup>15</sup> ที่ศึกษาอิทธิพลระหว่างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง กับนวัตกรรมในองค์กรการสื่อสารรัฐวิสาหกิจ ประเทศปากีสถาน พบว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีอิทธิพลทางตรงต่อนวัตกรรมในองค์กร ( $\beta = 0.27$ ,  $F = 19.66$ ,  $p < .01$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ Muchtar<sup>16</sup> ที่ศึกษาอิทธิพลระหว่างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง กับนวัตกรรมในองค์กร โดยมีวัฒนธรรมองค์กรเป็นปัจจัยส่งผ่าน องค์กรการสื่อสารในประเทศอินโดนีเซีย พบว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีอิทธิพลทางตรงต่อนวัตกรรมในองค์กร ( $\beta = 0.01$ ,  $p < .01$ ) และ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีอิทธิพลทางอ้อมต่อนวัตกรรมในองค์กรโดยผ่านวัฒนธรรมองค์กร ( $\beta = 0.58$ ,  $p < .01$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ Naguid และ Naem<sup>21</sup> ที่ศึกษาผลของภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงกับนวัตกรรมในองค์กรเทคโนโลยีสารสนเทศประเทศอียิปต์ พบว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีอิทธิพลต่อนวัตกรรมปัจจัยนำเข้า นวัตกรรมกระบวนการและนวัตกรรมผลลัพธ์ ( $\beta = 0.64$ ,  $\beta = 0.50$ ,  $\beta = 0.50$ ,  $p < .001$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ Chen และ Peng<sup>22</sup> ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงกับนวัตกรรมบริการภาครัฐ ประเทศจีน พบว่า ภาวะผู้นำการ

เปลี่ยนแปลงมีอิทธิพลทางตรงกับนวัตกรรมบริการเชิงสำรวจและนวัตกรรมบริการเชิงการแสดงหาประโยชน์ ( $\beta = 0.85$ ,  $\beta = 0.66$ ,  $p < 0.01$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ Karimi และ Morshedi<sup>23</sup> ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงกับนวัตกรรมในมหาวิทยาลัยอิสลามิคอาซัด ประเทศอิหร่าน พบว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีความสัมพันธ์กับนวัตกรรมผลิตภัณฑ์ นวัตกรรมบริการและนวัตกรรมกระบวนการระดับปานกลาง ( $r = 0.40$ ,  $p < .01$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ Amri, Hassan, Isaac และ Masoud<sup>24</sup> ที่ศึกษาผลของภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงกับนวัตกรรมในองค์กรการศึกษาระดับสูง มหาวิทยาลัยชานา ประเทศเยเมน พบว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีอิทธิพลทางตรงกับนวัตกรรมผลิตภัณฑ์ นวัตกรรมกระบวนการ นวัตกรรมบริการ ( $\beta = 0.79$ ,  $p < .001$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ Zhang, Zheng และ Darko<sup>27</sup> ที่ศึกษาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมนวัตกรรมโดยผ่านบรรยากาศการสร้างนวัตกรรม องค์กรสร้างนวัตกรรม ประเทศจีน พบว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีอิทธิพลทางตรงกับพฤติกรรมนวัตกรรม ( $\beta = 0.55$ ,  $p < .01$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ Aarons และ Sommerfeld<sup>30</sup> ที่ศึกษาภาวะผู้นำ บรรยากาศการสร้างนวัตกรรม ต่อทัศนคติการปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ หน่วยบริการสุขภาพที่บ้าน ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง ต่อทัศนคติการปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และบรรยากาศการสร้างนวัตกรรม ( $r = 0.54$ ,  $0.77$ ,  $p < .01$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ Mokekhaow<sup>31</sup> ที่ศึกษาโมเดลความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง การสร้างความรู้ กับผลการดำเนินงานการจัดการนวัตกรรมของหอผู้ป่วยโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย สังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานการจัดการนวัตกรรม ( $\beta = 0.50$ ,  $p < .01$ )

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัย แสดงให้เห็นว่างานวิจัยภาวะผู้นำที่สัมพันธ์กับนวัตกรรมในองค์กรภาครัฐในประเทศไทยมีการศึกษาน้อยมาก ดังนั้นในหน่วยงานสนับสนุนวิจัยระดับชาติและระดับสถาบันการศึกษา ควรให้การสนับสนุนให้มีการผลิตผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะผู้นำที่สัมพันธ์กับการสร้างนวัตกรรมในองค์กรภาครัฐเพิ่มขึ้น โดยการสนับสนุนทรัพยากรในการผลิตผลงานวิจัยในประเทศไทยให้มากขึ้น

ผู้บริหารองค์กรควรมีลักษณะของภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในการส่งเสริมให้บุคลากรในองค์กรสร้างนวัตกรรม โดยผู้นำต้องมีลักษณะการมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ การ

จงใจให้เกิดแรงบันดาลใจ การกระตุ้นทางปัญญา และการคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล เพื่อนำสู่การเพิ่มผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์กรภาครัฐ

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยในอนาคต

1. ควรเพิ่มงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับองค์กรภาครัฐด้านสุขภาพให้มากขึ้น โดยอาจจะศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่นๆ เช่น ปัจจัยระดับบุคคล บรรยากาศองค์กร วัฒนธรรมองค์กร และสิ่งแวดล้อมภายนอก

2. ควรนำผลการวิจัยมาจัดโปรแกรมส่งเสริมนวัตกรรมโดยผู้นำแห่งการเปลี่ยนแปลง

### References

1. Vrise HD, Bekkers V, Tummers L. Innovation in the public sector: A systematic review and future research agenda. *Public Administration* 2016;94(1):146–66.
2. Denti L, Hemlin S. Leadership and innovation in organizations: A systematic review of factors that mediate or moderate the relationship. *International Journal of Innovation Management* 2012;16(3): 1-20.
3. Dorsman SJ, Tummers LG, Thaen M. Understanding public sector innovations, The role of leadership activities for a climate for innovation. *Public Administration* 2015;1-21.
4. Cummings G, Lee H, Macgregor T, Wong C, Davey M, Paul L, et al. Factors contributing to nursing leadership: A systematic review. *J Health Serv Res Policy* 2008;13:240-8.
5. Beasu C, Benjinaru R. Leadership approaches regarding the organizational change. *The USV Annals of Economics and Public Administration*. 2013;13(18):146-52.
6. Moher M, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA group preferred reporting items for systematic reviews and meta-analysis: The PRISMA statement. *Journal of Clinical Epidemiology* 2009;62:1006–12.
7. Kmet LM, Lee RC, Cook L S. Standard quality assessment criteria for evaluating primary research papers from a variety of fields. Canada: Interpret Design Inc; 2004.
8. Bass BM, Avolio BJ. Improving organizational effectiveness through transformational leadership. CA: SAGE. 1994.
9. Khan ZA, Nawazl A, Khan I. The impact of leadership style on innovation in health service, Gomal University Journal of Research 2015;31(1):143-54.

10. Tang H. Effects of leadership behavior on knowledge management and organization innovation in medicine and health sciences. *EURASIA Journal of Mathematics Science and Technology Education* 2017;13(8):5425-33.
11. Bagheri A, Akbari M. The impact of entrepreneurial leadership on nurses' innovation behavior. *Journal of Nursing Scholarship* 2017;50(1):28-35.
12. Somech A. The effects of leadership style and team process on performance and innovation in functionally heterogeneous teams. *Journal of Management* 2009; 32(1):132-57.
13. Ricard MA. Innovation capacity in the public sector: What's the link between leadership and innovation? research results from the LIPSE project on Innovation in the public sector funded by the 7th Framework Program of the European Union; 2014.
14. Ghanbari H, Eskandari A. Transformational leadership, job satisfaction, and organizational innovation. *Journal of Management Perspective* 2015;1(4):81-94.
15. Khan R, Rehman AU, Fatima A. Transformational leadership and organizational innovation: Moderated by organizational size. *African Journal of Business Management* 2009; 3(11):678-84.
16. Muchtar YC. The Influence of transformational leadership style on innovation mediated by organizational culture. *Journal of Management Research* 2014;6(4):176-86.
17. Tang H. Effects of leadership behavior on knowledge management and organization innovation in medicine and health sciences. *EURASIA Journal of Mathematics Science and Technology Education* 2017;13(8):5425-33.
18. Bagheri A. The impact of entrepreneurial leadership on nurses' innovation behavior. *Journal of Nursing Scholarship* 2018;50(1):28-35.
19. Ali KAM, Buang M. Study on factors that influence innovation in Malaysian public sector. *Journal of Advanced Research in Business and Management Studies* 2016;4(1):60-73.
20. Dorsman SJ, Tummers LG, Thaens M. Understanding public sector innovations the role of leadership activities for a climate for innovation. *Public Administration* 2015;1-21.
21. Naguib HM, Naem AE. The impact of transformational leadership on the organization innovation. *The International Journal of Social Sciences and Humanities Invention* 2018; 5(1):4337-43.
22. Chen DX, Peng XB. Research on the relationship between transformational leadership and government service innovation. *Open Journal of Leadership* 2017;6:82-94.
23. Karimi F, Morshedi Z. The relationship between transformational leadership with organizational Innovation. *Journal of Educational and Psychological Researches*, 2015;1(3), 226-233.
24. Amri AY, Hassan R, Isaac O, Masoud Y. The effect of transformational leadership on organizational innovation in higher education: The case of developing countries. *International Journal of Management and Human Science* 2018;2(4):25-37.
25. Tang LL, Yeh YL. Effect of organizational culture, leadership style, and organizational learning on organizational innovation in the public sector. *Journal of Quality* 2015;22(5),461-480.

26. Zhang DL. The effects of integrative leadership on the enterprise synergy innovation performance in a supply chain cooperative network. *Sustainability* 2017;10:1-20.
27. Zhang Y, Zheng J, Darko A. How does transformational leadership promote innovation in construction? the mediating role of innovation climate and the multilevel moderation role of project requirements. *Sustainability*, 2018; 10, 1-19.
28. Gomes C, Curral L, Caetano A. The mediating effect of work engagement on the relationship between self-leadership and individual innovation. *International Journal of Innovation Management* 2017;19(1):1-18.
29. Somech A. The effects of leadership style and team process on performance and innovation in functionally heterogeneous teams. *Journal of Management* 2009;32(1):132-57.
30. Aarons AG, Sommerfeld DH. Leadership, innovation climate, and attitudes toward evidence based practice during a statewide implementation. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2012;51(4):1-15.
31. Mokekhaow K, Luangamornlert S, Chintanadilok N, Sritoomma N, The relationship model among transformational leadership, knowledge creation and innovation management performance in nursing units at community. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health* 2017;27(3)163-75. (in Thai)
32. Abbasi B. Transformational leadership and change readiness and a moderating role of perceived bureaucratic structure: an empirical investigation. *Problems and Perspectives in Management* 2017;15(1):35-44.

## บทความวิจัย

การพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ เรื่องการบำบัดด้วยออกซิเจนในเด็ก  
สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ  
The Development of Video Lesson on Oxygen Therapy in Children  
for Nursing Students at Boromarajonani College of Nursing, Bangkok

Received: Nov 30, 2018

Revised: Jan 11, 2019

Accepted: Mar 4, 2019

โสภา รักษาธรรม พย.ม (Sopah Raksatham, M.N.S)<sup>1</sup>พัชรีย์ วัฒนชัย พย.ม (Patcharee Wattanachai, M.N.S)<sup>2</sup>จารุวัธ หนูทอง กศ.ด (Jaruwat Noothong, Ed.D)<sup>3</sup>

## บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลสื่อวีดิทัศน์เรื่องการบำบัดด้วยออกซิเจนในเด็กสำหรับใช้ประกอบการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ โดยใช้กระบวนการพัฒนาสื่อแบบ ADDIE Model ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมีนาคม 2560-เมษายน พ.ศ. 2561 กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ได้มาจากการสุ่มด้วยวิธีการจับฉลากตามกลุ่มนักศึกษาที่ฝึกปฏิบัติงาน (Cluster random sampling) จำนวน 48 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) สื่อวีดิทัศน์เรื่องการบำบัดด้วยออกซิเจนในเด็ก 2) แบบทดสอบความรู้เรื่องการบำบัดด้วยออกซิเจนในเด็ก 3) แบบประเมินทักษะปฏิบัติการให้ออกซิเจนในผู้ป่วยเด็ก (OSCE) และ 4) แบบประเมินความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ การดำเนินการวิจัยมีทั้งหมด 3 ระยะ คือ 1) การศึกษาสภาพปัญหา ความต้องการด้านสื่อการเรียนการสอนของนักศึกษาพยาบาล 2) การพัฒนาและทดลองใช้สื่อวีดิทัศน์ และ 3) การประเมินประสิทธิผลของสื่อวีดิทัศน์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และใช้สถิติทดสอบที (dependent t-test) ผลการศึกษาพบว่า

1. ประสิทธิภาพ E1/E2 ของสื่อวีดิทัศน์เรื่องการบำบัดด้วยออกซิเจนในเด็ก เท่ากับ 82.59/88.70 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่ตั้งไว้ 80/80

2. คะแนนความรู้เรื่องการบำบัดด้วยออกซิเจนในเด็กของกลุ่มตัวอย่างภายหลังการชมสื่อวีดิทัศน์ มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t_{(47)} = 13.60, p < .001$ )

3. กลุ่มตัวอย่างสอบทักษะการปฏิบัติการให้ออกซิเจนในเด็กผ่านเกณฑ์ร้อยละ 70 (89.60 %, N=48) สูงกว่านักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2559 ที่ไม่ได้ชมสื่อวีดิทัศน์ (78.16%, N=87)

4. กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean= 4.82, SD. = .24) และรายด้าน ได้แก่ ด้านเนื้อหา รูปแบบ ส่วนประกอบ และการนำไปใช้พบว่ามีความพึงพอใจระดับมากที่สุด

ผลการวิจัยสรุปได้ว่าสื่อวีดิทัศน์ที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการนำไปใช้ในการทบทวนความรู้ด้วยตนเอง และเตรียมความพร้อมด้านทักษะให้นักศึกษา ก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วย

**คำสำคัญ:** วิจัยและพัฒนา, สื่อวีดิทัศน์, การบำบัดด้วยออกซิเจน, เด็ก, นักศึกษาพยาบาล

<sup>1</sup>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ E-mail: sopah.r@bcn.ac.th

<sup>2</sup>พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ E-mail: patcharee.w@bcn.ac.th

<sup>3</sup>ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยนวัตกรรมการสื่อสารสังคม มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ E-mail: jaruwat@g.swu.ac.th

<sup>1,2</sup> Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Bangkok, Thailand

<sup>3</sup> Srinakharinwirot University, Bangkok, Thailand

### Abstract

This research and development aimed to develop and evaluate effect of a video lesson on oxygen therapy in children for educating undergraduate nursing students at Boromarajonani College of Nursing, Bangkok according to ADDIE Model. Research was conducted from March 2017 to April 2018. Participants were a random sample of 48 nursing students from the 3<sup>rd</sup> year nursing students in academic year 2017. Research instruments included: 1) video lesson on oxygen therapy in children related to definition, principle, indications, equipment, procedure, assessment, and monitoring; 2) oxygen therapy knowledge test; 3) oxygenation skill test form; and 4) nursing students' satisfaction towards VDO lesson questionnaires.

The research process consisted of three phases: 1) studying and analyzing conditions related to VDO lesson at Boromarajonani College of Nursing, Bangkok; 2) developing the VDO lesson; and 3) VDO lesson evaluation. Data were analyzed using descriptive statistics and dependent t-test. The results are as follows:

1. The efficiency of the VDO lesson on oxygen therapy in children was at 82.59/88.70, which was higher than the expected criterion at 80/80.
2. Mean scores of knowledge on oxygen therapy of post-test using the VDO lesson was significantly higher than pre-test ( $t_{(47)} = 13.60, p < .001$ ).
3. The percentage of passing the oxygenation skill exam was judged by using a cut point of 70%. It was found that participants in VDO lesson group had higher percentage of passing the oxygenation skill exam (89.60%, N=48) than those in VDO lesson non-use group in academic year 2016 (78.16%, N=87).
4. The participants reported overall satisfaction towards the VDO lesson at very high level (Mean= 4.82, SD. =.24). Their satisfaction was at very high levels in all four aspects including content, design, components, and usage.

The findings indicate that the VDO lesson is effective for self-reviewing and preparing nursing students before practicing in a clinical setting.

**Keywords:** research and development, VDO lesson, oxygen therapy, children, nursing students

## บทนำ

ปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาของสังคมไทย ความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ส่งผลต่อการดำรงชีวิตและสุขภาพของประชาชน วิชาชีพการพยาบาลเป็นวิชาชีพหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพโดยตรง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ ได้จัดการเรียนการสอนตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตหลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2555 ซึ่งมีรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 3 เป็นวิชาภาคปฏิบัติที่นักศึกษาจะต้องฝึกปฏิบัติการพยาบาล โดยบูรณาการศาสตร์ทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพบุคคล โดยในการฝึกภาคปฏิบัตินักศึกษาจะต้องมีการฝึกทักษะการทำการหัตถการต่างๆ

จากการรวบรวมข้อมูลที่ผ่านมา พบว่านักศึกษากลุ่มที่ได้ขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลหอผู้ป่วยเด็กเป็นครั้งแรกและต้องดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจน นักศึกษายังเตรียมอุปกรณ์ในการให้ออกซิเจนไม่ครบถ้วน และบางคนยังไม่รู้จักอุปกรณ์การให้ออกซิเจนแต่ละชนิด รวมถึงปฏิบัติการให้ออกซิเจนแก่ผู้ป่วยยังไม่ครบถ้วนทุกขั้นตอน และจากการประเมินทักษะทางคลินิก Objective Structured Clinical Examinations (OSCE) ของนักศึกษาเรื่องการให้ออกซิเจนในเด็ก พบว่า มีนักศึกษาที่ผ่านการทดสอบไม่ถึงร้อยละ 50.00 ถึงแม้ว่าการขึ้นฝึกปฏิบัตินักศึกษาจะได้รับการปฐมนิเทศและการสอนในภาคทฤษฎีเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยเด็กระบบทางเดินหายใจรวมถึงหัวข้อเรื่องการบำบัดด้วยออกซิเจนในเด็กแล้ว โดยแต่ละครั้งจะเป็นการเรียนกลุ่มใหญ่ ซึ่งวิธีการเรียนการสอนดังกล่าวอาจไม่ตอบสนองความต้องการและความแตกต่างระหว่างบุคคลของผู้เรียน<sup>1</sup> และอาจเป็นเพราะขณะขึ้นฝึกปฏิบัตินักศึกษาบางคนอาจไม่พบผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจน จึงทำให้ขาดประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์จริง จากการสอบถามนักศึกษาให้ข้อมูลว่า การเรียนในภาคทฤษฎียังมองเห็นภาพไม่ชัดเจน เมื่อพบสถานการณ์จริงจึงตื่นเต้น ทำให้ล้มทักษะการปฏิบัติที่ถูกต้องบางขั้นตอนไป ส่งผลทำให้การฝึกปฏิบัติงานไม่สมบูรณ์ และเกิดความวิตกกังวล

จะเห็นได้ว่าการเตรียมความพร้อมนักศึกษาก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อให้นักศึกษาเกิดความมั่นใจและปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างถูกต้องและมี

ประสิทธิภาพ นักศึกษายุคปัจจุบันมีความสนใจสื่อเทคโนโลยีสารสนเทศ และมีการเรียนรู้นอกห้องเรียนมากขึ้น สื่อประกอบการเรียนการสอนจึงควรมีความน่าสนใจ เข้าใจได้ง่าย เห็นภาพชัดเจน และทำให้ผู้เรียนเกิดการอยากเรียนรู้ ผู้สอนต้องจัดการเรียนการสอนให้สอดคล้องกับลักษณะของผู้เรียน การประยุกต์ใช้สื่อเทคโนโลยีต่างๆ เพื่อให้ผู้เรียนเกิดทักษะการเรียนรู้ มีกระบวนการคิดทักษะทางปัญญา คุณธรรม จริยธรรม ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ความรับผิดชอบ<sup>2</sup> การใช้สื่อประสมต่างๆ ทั้งข้อความ ภาพนิ่ง กราฟิกหรือภาพเคลื่อนไหว ทำให้มองเห็นสิ่งที่กำลังเรียนได้อย่างเป็นรูปธรรม และเกิดกระบวนการคิดรวบยอด ทำให้เกิดความเข้าใจได้ง่าย ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ด้วยตนเองบ่อยครั้งตามความต้องการ ลดความเครียด เกิดความมั่นใจและอาจช่วยลดความเสี่ยงเมื่อต้องไปฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วยจริง<sup>3</sup> ดังนั้นผู้สอนจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาสื่อการสอนที่มีประสิทธิภาพ เพื่อส่งเสริมให้นักศึกษาสามารถนำมาใช้ทบทวนความรู้ด้วยตนเอง ทำให้มีองค์ความรู้และความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยเด็กในสถานการณ์จริงได้ดียิ่งขึ้น

สื่อวีดิทัศน์เป็นสื่อการเรียนการสอนประเภทหนึ่งที่มีประสิทธิภาพให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ วีดิทัศน์มีคุณสมบัติครบถ้วนในทางโสตทัศนศึกษา คือ ให้ข่าวสารแก่ผู้รับทั้งประสาทสัมผัสทางตา และทางหู สามารถสร้างประสบการณ์ที่เป็นรูปธรรมได้ดี<sup>4</sup> จากคุณสมบัติของวีดิทัศน์สามารถทำให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ เข้าใจเนื้อหาได้ง่ายขึ้น มีภาพเคลื่อนไหว ภาพนิ่ง เทคนิคพิเศษในการถ่ายทำและตัดต่อ พร้อมทั้งตัวอักษรหรือเสียงประกอบที่ผสมผสานกันได้อย่างลงตัว ทำให้สามารถเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการทบทวนการศึกษาวิจัยด้านสื่อการเรียนการสอนด้านการพยาบาลประเภทวีดิทัศน์ในประเทศไทย พบว่า พิริยากร คล้ายเพชร, ทรงสุดา กัณชัย และ สรัญญา เปล่งกระโทก<sup>5</sup> ที่ศึกษาถึงผลสัมฤทธิ์และความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลต่อการใช้อยู่อาศัย พบว่าวีดิทัศน์เป็นสื่อที่เหมาะสมสามารถทำให้ผู้เรียนได้เห็นภาพเคลื่อนไหวและทำให้ผู้เรียนได้ยินเสียงที่สอดคล้องกับภาพนั้นๆ สื่อวีดิทัศน์สามารถใช้ในการสาธิตอย่างได้ดี สามารถช่วยให้ผู้เรียนเห็นกระบวนการต่างๆ ได้ชัดเจน และการศึกษาของ อภิสร่า จังพานิช และ อรชร ศรีไทรล้วน<sup>6</sup> ที่ศึกษาผลของการใช้วีดิทัศน์เรื่องแบบแผนการดูแลผู้ป่วยประจำวันที่

ความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วย พบว่าคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วย ของนักศึกษาพยาบาล หลังใช้วิดีโอทัศน์ร่วมกับการสอนตามปกติ สูงกว่าก่อนใช้วิดีโอทัศน์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สำหรับการศึกษาวิจัยในต่างประเทศพบว่า เอ็ดนา และคณะ<sup>7</sup> ได้ศึกษาผลของการใช้วิดีโอทัศน์เป็นเครื่องมือทางการศึกษาต่อการรับรู้ของผู้เรียนเกี่ยวกับการเพิ่มประสิทธิภาพของแรงจูงใจในการเรียนรู้ พบว่าการใช้วิดีโอทัศน์มีผลบวกต่อการรับรู้ของผู้เรียนโดยเพิ่มแรงจูงใจและความสนใจในการเรียนรู้นอกจากนี้ยังพบงานวิจัยของ Carvalho และคณะ<sup>8</sup> ได้ทำการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของการเรียนการสอนโดยใช้วิดีโอทัศน์ ต่อความรู้ในการดูแลช่องปากผู้ป่วยที่กำลังจะได้รับเคมีบำบัดของนักศึกษาพยาบาลที่ใกล้จบการศึกษา พบว่าคะแนนความรู้หลังชมวิดีโอทัศน์สูงขึ้นกว่าก่อนชมวิดีโอทัศน์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ Pinar และคณะ<sup>9</sup> ได้ทำการวิจัยเชิงทดลอง (RCT) เพื่อศึกษาผลของการเรียนการสอนโดยใช้วิดีโอทัศน์ต่อสมรรถนะการตรวจร่างกายทวารของนักศึกษาพยาบาลใหม่ ผลการทดลองพบว่าผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและคะแนนทักษะการสอบปฏิบัติการตรวจร่างกายทวารโดยใช้รูปแบบการสอบ OSCE สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการทบทวนงานวิจัยด้านสื่อการเรียนการสอน ประเภทสื่อวิดีโอทัศน์ทั้งในประเทศ และต่างประเทศพบว่า เป็นสื่อการเรียนการสอนที่มีประสิทธิภาพ แต่ไม่พบสื่อวิดีโอทัศน์เรื่อง การบำบัดด้วยออกซิเจนในเด็ก สื่อวิดีโอทัศน์ที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดด้วยออกซิเจนที่พบส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องการบำบัดด้วยออกซิเจนในผู้ใหญ่ และการถ่ายทำส่วนใหญ่จะเป็นการให้หุ่นจำลอง หรือเป็นภาพการ์ตูนอนิเมชัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาสื่อวิดีโอทัศน์เรื่องการบำบัดด้วยออกซิเจนในเด็ก โดยคาดว่าจะช่วยพัฒนาให้นักศึกษามีความรู้ และมีแนวทางในการพัฒนาทักษะการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลเด็กที่ได้รับการบำบัดรักษาด้วยออกซิเจนได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการสื่อการเรียนการสอนของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนิ กรุงเทพมหานคร

2. เพื่อพัฒนาสื่อวิดีโอทัศน์ เรื่องการบำบัดด้วยออกซิเจนในเด็ก

3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของสื่อวิดีโอทัศน์เรื่องการบำบัดด้วยออกซิเจนในเด็ก ดังนี้

- 3.1 ความรู้ของนักศึกษาพยาบาลเรื่องการบำบัดด้วยออกซิเจนในเด็กก่อนและหลังเรียนด้วยสื่อวิดีโอทัศน์ เรื่องการบำบัดด้วยออกซิเจนในเด็ก

- 3.2 ทักษะการปฏิบัติการให้ออกซิเจนในเด็กของนักศึกษาในกลุ่มตัวอย่างกับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2559

- 3.3 ความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลต่อสื่อวิดีโอทัศน์เรื่องการบำบัดด้วยออกซิเจนในเด็ก

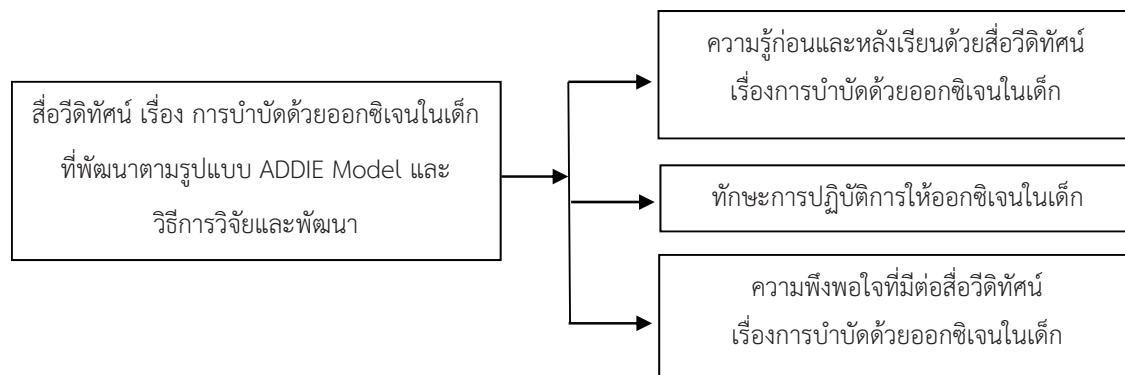
## ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา ซึ่งทำการศึกษากับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนิ กรุงเทพมหานคร โดยในระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหา ความต้องการด้านสื่อการเรียนการสอนของนักศึกษาพยาบาล ศึกษาในนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1-4 จำนวน 600 คน ระยะที่ 2 การพัฒนาและหาคุณภาพสื่อวิดีโอทัศน์ กลุ่มตัวอย่างคือ อาจารย์พยาบาล 1 คน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสื่อ 2 คน นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 4 จำนวน 3 คน ทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2 เริ่มจากกลุ่มย่อยครั้งที่ 1 จำนวน 8 คน เพื่อหาแนวโน้มของประสิทธิภาพของสื่อวิดีโอทัศน์ ปรับปรุงแก้ไขสื่ออีกครั้งและนำไปทดลองใช้กับกลุ่มย่อยครั้งที่ 2 จำนวน 27 คน เพื่อหาประสิทธิภาพของสื่อวิดีโอทัศน์ และระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผลของสื่อวิดีโอทัศน์ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 ได้มาจากการสุ่มด้วยวิธีการจับฉลากตามกลุ่มนักศึกษาที่ฝึกปฏิบัติงาน (Cluster random sampling) จำนวน 48 คน ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2560-เมษายน พ.ศ. 2561

## กรอบแนวคิดการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดตามกระบวนการออกแบบและพัฒนาสื่อรูปแบบ ADDIE Model ตามแนวคิดของ Kruse<sup>10</sup> ร่วมกับวิธีการวิจัยและพัฒนาประกอบไปด้วย 5 ขั้นตอน เริ่มจากการวิเคราะห์สภาพปัญหาความต้องการ

## ประสิทธิผลของสื่อวีดิทัศน์



สื่อการเรียนการสอน การออกแบบกำหนดกรอบ เนื้อหา รูปแบบสื่อ และสร้างแบบประเมินคุณภาพสื่อการพัฒนา สื่อวีดิทัศน์ ประเมินคุณภาพและประสิทธิภาพของสื่อ การนำ สื่อไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง และการประเมินผล ผู้วิจัย คาดว่าเมื่อมีสื่อวีดิทัศน์เรื่องการบำบัดด้วยออกซิเจนในเด็ก ที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยพัฒนาความรู้ ทักษะการปฏิบัติการ ให้ออกซิเจนในเด็กของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ และนักศึกษา พยาบาลศาสตร์มีความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์เรื่อง การบำบัด ด้วยออกซิเจนในเด็ก

**เครื่องมือวิจัย** ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

**1. สื่อวีดิทัศน์** เรื่องการบำบัดด้วยออกซิเจนใน เด็ก เป็นวีดิทัศน์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และบันทึกไว้ในอุปกรณ์จัด เก็บข้อมูลชนิดยูเอสบีแฟลชไดรฟ์ (USB Flash Drive) มีความยาว 21.24 นาที มีรูปแบบการนำเสนอขั้นตอนการบำบัด ด้วยออกซิเจนที่ถ่ายทำทั้งภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหว และภาพ กราฟิกที่จากการจำลองสถานการณ์เสมือนจริงในหอผู้ป่วย เด็ก มีผู้ป่วยเด็กและมารดาจำลอง นักศึกษาพยาบาลปฏิบัติการ พยาบาล อาจารย์พยาบาลเป็นผู้บรรยายเนื้อหาและ การบำบัดด้วยออกซิเจนในเด็ก และมีตัวอักษรบรรยาย ประกอบภาพกราฟิก มีทั้งหมด 8 ตอน มีเนื้อหาเกี่ยวกับการ แนะนำสื่อวีดีโอ ข้อบ่งชี้ วิธีการและอุปกรณ์ที่ใช้ให้ออกซิเจน วิธีปฏิบัติในการให้ออกซิเจน Nasal cannula, Mask with reservoir bag, Oxygen hood การประเมินผลการให้ ออกซิเจน บทสรุป และแบบฝึกหัดทบทวนความรู้ ผ่านการ ทดสอบหาประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์ได้ค่าประสิทธิภาพ (E1/E2) เท่ากับ 82.59/88.70 สูงกว่าเกณฑ์ที่ตั้งไว้ 80/80

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

**2.1** แบบสอบถามสภาพปัญหาและความต้องการ ในการใช้สื่อการเรียนด้วยตนเองออนไลน์ ที่พัฒนาขึ้นโดย ผู้วิจัย ดร.กุลธิดา พานิชกุล อาจารย์ตัวแทนจากภาควิชาการ พยาบาลเด็ก การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และการ พยาบาลมารดา ทารกและผดุงครรภ์ และตรวจสอบความ สอดคล้องของเนื้อหาข้อคำถามโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ลักษณะแบบสอบถามมีทั้งคำถามให้เลือกตอบและคำถาม ปลายเปิด มีข้อคำถามที่ถามความคิดเห็นในภาพรวมของ วิทยาลัยและแยกตามภาควิชา จำนวน 28 ข้อ แบบสอบถาม แบ่งเป็น 5 ส่วน ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล อุปกรณ์ที่ใช้ ในการเรียน ปัญหาการเรียนการสอน ความต้องการในการใช้ สื่อการเรียนรู้อย่างตนเองของนักศึกษาพยาบาล ปัญหาและ ความต้องการในการใช้สื่อการเรียนรู้อย่างแยกตามรายวิชา

**2.2** แบบประเมินคุณภาพสื่อวีดิทัศน์ เรื่องการ บำบัดด้วยออกซิเจนในเด็ก มีลักษณะเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จำนวน 15 ข้อ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ด้านสื่อ ประเมินค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence; IOC) ของรายการการประเมิน โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านสื่อ จำนวน 3 คน มีค่า IOC เท่ากับ 1.00 นำแบบประเมินที่ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะแล้วไปให้ผู้ทรง คุณวุฒิด้านสื่อได้ประเมินคุณภาพสื่อวีดิทัศน์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยผู้วิจัยกำหนดให้คะแนนเกณฑ์การประเมินคุณภาพสื่อ วีดิทัศน์อยู่ระดับดีขึ้น

**2.3** แบบทดสอบวัดความรู้เรื่องการบำบัดด้วย ออกซิเจนในเด็ก มีลักษณะเป็นปรนัย 4 ตัวเลือกที่ครอบคลุม

เนื้อหาการบำบัดด้วยออกซิเจนในเด็ก จำนวน 20 ข้อ มีค่า IOC เท่ากับ 0.67-1.00 หาความเชื่อมั่นของชุดข้อสอบวัดความรู้ เรื่องการบำบัดด้วยออกซิเจนในเด็กโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ของ คูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.56 ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นระดับ ปานกลาง<sup>11</sup>

2.4 ข้อสอบวัดทักษะทางคลินิก (OSCE) และแบบ ประเมินทักษะการให้ออกซิเจนที่พัฒนาขึ้นโดย สุภาพร วรรณสันทัด และคณะ<sup>12</sup> ประกอบด้วยโจทย์สถานการณ์ คำสั่งปฏิบัติการสำหรับสถานีสอบการประเมินทักษะปฏิบัติ การให้ออกซิเจนในเด็กมีค่า IOC เท่ากับ 0.80 มีค่าความ เชื่อมั่นเท่ากับ 0.84 โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค และแบบประเมินทักษะการให้ออกซิเจน เป็น แบบสังเกตทักษะทางคลินิก และตรวจสอบรายการ (check list) ตามพฤติกรรม โดยแบ่งคะแนนแต่ละรายข้อ คะแนนเต็ม 100 คะแนน เกณฑ์ผ่าน 70 คะแนน มีค่า IOC เท่ากับ 0.90 ทดสอบความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน (Interrater reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.94

2.5 แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้อาวุธวิทัศน์ ของนักศึกษา มีลักษณะเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 12 ข้อ ประเมินค่า IOC โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้าน สื่อ จำนวน 3 คน มีค่า IOC เท่ากับ 1.00 นำไปทดสอบกับ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2 จำนวน 30 คน โดยใช้สูตร สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coef-ficiency) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80 นอกจากนี้มีการ สอนทบทวนกลุ่มกับนักศึกษากลุ่มตัวอย่างบางส่วนหลังการทดลอง เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก โดยใช้แนวคำถามการสนทนาตามแบบ ประเมินความพึงพอใจ 4 ด้าน คือ ด้านเนื้อหา ด้านรูปแบบ ด้านส่วนประกอบ และ ด้านการนำไปใช้

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา เพื่อพัฒนาสื่อ วิทัศน์เรื่องการบำบัดด้วยออกซิเจนในเด็ก โดยใช้แบบจำลอง ADDIE Model<sup>10</sup> โดยดำเนินการวิจัยเป็น 3 ระยะ ดังนี้

**ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาและประเมินความต้องการใช้สื่อการเรียนรู้ด้วยตนเอง ดังนี้**

การวิเคราะห์ (Analysis) เป็นการศึกษาสภาพปัญหา

ความต้องการใช้สื่อด้วยตนเอง โดยสำรวจความคิดเห็นของ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1-4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราช-ชนนี กรุงเทพ จำนวน 600 คน

### ระยะที่ 2 การสร้างและพัฒนาสื่อวิทัศน์ ดังนี้

1. การออกแบบ (Design) ผู้วิจัยได้ออกแบบและ โครงการเนื้อหา กิจกรรมการเรียนการสอน การวัดและการ ประเมินผล โดยได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎีและเอกสารที่เกี่ยวข้อง และได้จัดทำบทวิทัศน์ จากนั้นได้นำไปปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้าน เนื้อหา จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล พยาบาล วิชาชีพ และกุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบทางเดินหายใจ ในเด็ก ในการตรวจสอบความถูกต้องตามหลักวิชาการ รับ ข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไข หลังจากนั้นจึงทำการผลิต สื่อ เรื่องการบำบัดด้วยออกซิเจนในเด็ก จำนวน 8 ตอน มีเนื้อหา เกี่ยวกับการแนะนำสื่อวิทัศน์ ข้อบ่งชี้วิธีการและอุปกรณ์ที่ใช้ให้ ออกซิเจน วิธีปฏิบัติในการให้ออกซิเจน Nasal cannula, Mask with reservoir bag, Oxygen hood การประเมิน ผลการให้ออกซิเจน บทสรุป และแบบฝึกหัดทบทวนความรู้ จากนั้นประเมินคุณภาพของสื่อโดยผู้เชี่ยวชาญด้านสื่อการเรียน การสอน จำนวน 3 ท่าน นำข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญมา ปรับปรุงแก้ไขสื่อให้มีความถูกต้องและเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

2. การพัฒนา (Development) ผู้วิจัยนำสื่อวิทัศน์ เรื่อง การบำบัดด้วยออกซิเจนในเด็กที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว มาทำการทดลองใช้เพื่อประเมินประสิทธิภาพสื่อวิทัศน์ขั้นต้น โดยทดลองใช้สื่อรายบุคคล (1:1) กับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 จำนวน 3 คน ที่ผ่านการเรียนและมีประสบการณ์ใน การฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการบำบัดด้วย ออกซิเจน มีการสัมภาษณ์ความคิดเห็นของนักศึกษาภายหลัง จากการชมสื่อ นำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงสื่อและทดลองใช้กับ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2 ที่ยังไม่เคยเรียนเรื่องการ บำบัดด้วยออกซิเจนในเด็ก และยังไม่เคยฝึกปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วย เริ่มจากกลุ่มย่อยครั้งที่ 1 (1:8) จำนวน 8 คน เพื่อหา แนวโน้มของประสิทธิภาพของสื่อวิทัศน์ ปรับปรุงแก้ไขสื่อ อีกครั้งและนำไปทดลองใช้กับกลุ่มย่อยครั้งที่ 2 (1:27) จำนวน 27 คน เพื่อหาประสิทธิภาพของสื่อวิทัศน์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีขั้นตอน ดังนี้

1. ให้นักศึกษาดูสื่อวิทัศน์จากเครื่องคอมพิวเตอร์ ของวิทยาลัย 1 เครื่อง ต่อนักศึกษา 1 คน โดยชมตอนที่ 1-4

หลังจากนั้นให้นักศึกษาทำแบบฝึกหัดเป็นแบบฝึกหัดถูก-ผิด จำนวน 10 ข้อ (E1)

2. ให้นักศึกษาชมสื่อวีดิทัศน์ต่อ ตอนที่ 5-8 เมื่อ ดูทั้ง 8 ตอนจบแล้ว จากนั้นให้นักศึกษาทำแบบฝึกหัด เป็นแบบ ฝึกหัดรูปแบบถูก-ผิด จำนวน 10 ข้อ (E1) และทำข้อสอบวัด ความรู้เรื่องการบำบัดด้วยออกซิเจนในเด็ก จำนวน 20 ข้อ (E2)

3. นำคะแนนที่ได้มาทดสอบหาประสิทธิภาพของ สื่อวีดิทัศน์ ใช้สูตร  $E1/E2^{13}$  ตั้งเกณฑ์ที่ 80/80

### ขั้นที่ 3 การประเมินประสิทธิผลของสื่อวีดิทัศน์

1. การนำไปใช้ (Implementation) ผู้วิจัยนำสื่อ วีดิทัศน์ที่ได้รับการพัฒนาสมบูรณ์แล้ว ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 ห้อง A ของวิทยาลัย พยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร ที่ 2 ปีการศึกษา 2560 ที่ลงทะเบียนเรียนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มี ปัญหาสุขภาพ 3 สุ่มกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการจับฉลากตามกลุ่ม นักศึกษาที่ฝึกปฏิบัติงาน (Cluster random sampling) จำนวน 2 กลุ่ม จาก 3 กลุ่ม รวมจำนวน 48 คน และนักศึกษา พยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2559 จำนวน 87 คน เพื่อประเมินสิทธิผลสื่อวีดิทัศน์เรื่องการบำบัดด้วยออกซิเจนใน เด็กที่พัฒนาขึ้น ผู้วิจัยประสานกับอาจารย์ผู้ประสานงาน รายวิชาในส่วนของปฏิบัติการพยาบาลเด็ก และอาจารย์ ผู้สอนภาคปฏิบัติแต่ละหอผู้ป่วย ใช้เวลาในการเก็บรวบรวม ข้อมูลทั้งสิ้น ตลอดภาคการศึกษา โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ร่วมปฐมนิเทศการจัดการเรียนการสอนวิชา ปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 3 ชี้แจงและอธิบาย ขั้นตอนการเรียนรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์เรื่องการบำบัดด้วยออกซิเจน ในเด็ก

2. ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบวัดความรู้เรื่อง การบำบัดด้วยออกซิเจนในเด็กก่อนเรียน (Pre-test) ที่ผู้วิจัย สร้างขึ้นชนิดเลือกตอบแบบ 4 ตัวเลือก จำนวน 20 ข้อ ให้ เวลาในการทำข้อสอบ 20 นาที

3. มอบสื่อวีดิทัศน์เรื่องการบำบัดด้วยออกซิเจนใน เด็กในรูปแบบยูเอสบีแฟลชไดรฟ์ ให้กับกลุ่มตัวอย่างที่แบ่ง กลุ่มฝึกปฏิบัติงาน กลุ่มละ 2 อัน (8 คน ต่อหอผู้ป่วย) โดยให้ กลุ่มตัวอย่างเรียนรู้จากการชมสื่อวีดิทัศน์หลังจากทำแบบ ทดสอบก่อนเรียนเสร็จ หลังจากนั้นแจ้งกลุ่มตัวอย่างว่าสามารถ ชมสื่อวีดิทัศน์ได้อย่างอิสระในด้านการเลือกสถานที่ และเวลา

ขณะอยู่ในช่วงฝึกปฏิบัติรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มี ปัญหาสุขภาพ 3

2. การประเมินผล (Evaluation) หลังเสร็จสิ้น การเรียนการสอนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหา สุขภาพ 3 ในส่วนของปฏิบัติการพยาบาลเด็กผู้วิจัยดำเนินการ ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบหลังเรียน (Post-test) จำนวน 20 ข้อ ให้เวลาในการทำข้อสอบ 20 นาที โดยใช้ข้อสอบชุด เดียวกันกับทดสอบก่อนเรียน หลังจากนั้นให้นักศึกษาตอบแบบ สอบถามความพึงพอใจต่อการใช้อุปกรณ์ และสอบทักษะ ปฏิบัติการให้ออกซิเจนในผู้ป่วยเด็ก (OSCE) ตามกำหนดการ ของรายวิชาโดยผู้วิจัยและทีมอาจารย์ผู้สอน ใช้เวลาในการสอบ ปฏิบัติ 5 นาที ต่อนักศึกษา 1 คน ภายหลังจากการสอบ OSCE ผู้ช่วยวิจัยดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามเลขที่ จำนวน 10 คน เข้าร่วมสนทนากลุ่มเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก โดยใช้แนวคำถาม การสนทนาตามแบบประเมินความพึงพอใจ 4 ด้าน คือ ด้าน เนื้อหา ด้านรูปแบบ ด้านส่วนประกอบ และ ด้านการนำไปใช้ ระยะเวลาในการสนทนากลุ่ม 45 นาที

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงร่างวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ เลขที่ EC-09/2560 ก่อนเริ่มกระบวนการวิจัยผู้วิจัยได้อธิบายให้กลุ่ม ตัวอย่างทราบว่าการเข้าร่วมในงานวิจัยนี้ไม่มีผลต่อคะแนน การเรียน นอกจากนี้การตอบแบบสอบถามจะไม่มีผลกระทบต่อ เลขที่ ของผู้ตอบและการนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพ รวมเท่านั้น หากนักศึกษาไม่ยินดีเข้าร่วมในโครงการวิจัย สามารถทำได้โดยการไม่ส่งแบบสอบถามคืน สำหรับนักศึกษา พยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 ห้อง B ที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง และ ลงทะเบียนวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 3 ในภาคการศึกษาฤดูร้อน ก็จะได้รับมอบสื่อวีดิทัศน์เรื่องการ บำบัดด้วยออกซิเจนในเด็ก ในรูปแบบ USB Flash Drive กลุ่มละ 2 อัน ขณะฝึกปฏิบัติรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคล ที่มีปัญหาสุขภาพ 3 เช่นกัน

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนคุณภาพสื่อวีดิทัศน์ คะแนนสอบวัดความรู้ และความพึงพอใจต่อการใช้อุปกรณ์ ของนักศึกษา

2. หาประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์เรื่องการบำบัดด้วยออกซิเจนในเด็ก โดยใช้สูตร E1/E2

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังเรียน (Pre test-Post test) โดยใช้สถิติ Paired dependent t-test)

4. วิเคราะห์ผลการสอบทักษะปฏิบัติการให้ออกซิเจนในเด็ก (OSCE) โดยวิเคราะห์จำนวนและร้อยละของนักศึกษาจำแนกตามการสอบผ่านและไม่ผ่าน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5. วิเคราะห์เปรียบเทียบจำนวน ร้อยละ ของนักศึกษาที่สอบผ่านทักษะปฏิบัติการให้ออกซิเจนในเด็ก (OSCE) ของกลุ่มตัวอย่างกับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ปีการศึกษา 2559 ที่ไม่มีสื่อวีดิทัศน์

6. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม (Focus Group) โดยการวิเคราะห์จำแนกเนื้อหา

## ผลการวิจัย

ผู้วิจัยนำเสนอผลการศึกษาตามขั้นตอนของการดำเนินการวิจัย ดังนี้

**ตอนที่ 1 ผลการศึกษาสภาพปัญหา ความต้องการ ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาสื่อวีดิทัศน์เรื่องการบำบัดด้วยออกซิเจนในเด็กสำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ**

ผลการสำรวจสภาพปัญหา และความต้องการในการใช้สื่อการเรียนด้วยตนเองของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1-4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ ปีการศึกษา 2559 จำนวน 600 คน โดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ มีผู้ตอบแบบสอบถาม 507 คน คิดเป็นร้อยละ 84.50 ผลการสำรวจสภาพปัญหาด้านสื่อประกอบการเรียนการสอน พบว่าไม่มีสื่อที่ส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเองนอกเวลา จำนวน 85 คน คิดเป็นร้อยละ 16.76 มีสื่อวีดิทัศน์ที่ไม่ทันสมัย จำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 13.01

สำหรับความต้องการด้านประเภทของสื่อการเรียนรู้นอกเวลาในวิชาการพยาบาลเด็กโดยให้นักศึกษาเลือกตอบคำถามได้มากกว่า 1 ข้อ พบว่า ต้องการสื่อวีดิทัศน์มากที่สุด

จำนวน 483 คน คิดเป็นร้อยละ 95.26 รองลงมา สื่อจาก YouTube จำนวน 419 คน คิดเป็นร้อยละ 82.64 และความต้องการสื่อเรื่องการบำบัดด้วยออกซิเจน เรียงตามลำดับความต้องการพบว่า ต้องการมากที่สุดอันดับที่ 1 จำนวน 140 คน คิดเป็นร้อยละ 27.61 รองลงมา ต้องการเป็นอันดับที่ 2 จำนวน 143 คน คิดเป็นร้อยละ 28.20 ต้องการเป็นอันดับที่ 3 จำนวน 165 คน คิดเป็นร้อยละ 32.54 ต้องการเป็นอันดับที่ 4 จำนวน 196 คน คิดเป็นร้อยละ 38.65

**ตอนที่ 2 ผลการพัฒนาและดำเนินการทดลองใช้สื่อวีดิทัศน์เรื่องการบำบัดด้วยออกซิเจนในเด็ก**

2.1 ผลการประเมินคุณภาพสื่อวีดิทัศน์เรื่องการบำบัดด้วยออกซิเจนในเด็ก พบว่าคุณภาพโดยรวม อยู่ในระดับดีมาก (Mean= 4.56, S.D.= .46) เมื่อวิเคราะห์คุณภาพรายด้านประกอบด้วยด้านเนื้อหาและการลำดับเรื่อง พบว่ามีคุณภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก (Mean= 4.58, S.D.= .42) ด้านภาพ ภาษา และเสียง พบว่า มีคุณภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก (Mean= 4.61, S.D.= .40) และ ด้านตัวอักษร และสี พบว่ามีคุณภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก (Mean= 4.50, S.D.= .57) เช่นกัน

2.2 ผลการหาประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์ เรื่องการบำบัดด้วยออกซิเจนในเด็ก ซึ่ง E1 (82.59) ได้จากคะแนนแบบฝึกหัดระหว่างเรียน และ E2 (88.70) ได้จากคะแนนการทำแบบทดสอบภายหลังเรียนด้วยสื่อวีดิทัศน์ พบว่าสื่อวีดิทัศน์มีประสิทธิภาพเท่ากับ 82.59/88.70 สูงกว่าเกณฑ์ที่ตั้งไว้ 80/80

**ตอนที่ 3 ผลการประเมินผลการดำเนินการใช้สื่อวีดิทัศน์เรื่องการบำบัดด้วยออกซิเจนในเด็ก**

3.1 คะแนนความรู้เรื่องการบำบัดด้วยออกซิเจนในเด็กของนักศึกษา พบว่ามีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นภายหลังการชมสื่อวีดิทัศน์กว่าก่อนการทดลอง เมื่อทดสอบด้วยสถิติ dependent t-test พบว่าคะแนนความรู้เรื่องการบำบัดด้วยออกซิเจนในเด็กภายหลังการชมสื่อวีดิทัศน์สูงกว่าก่อนชมสื่อวีดิทัศน์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t_{(47)} = 13.60$ ,  $p < .001$ ) ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องการบำบัดด้วยออกซิเจนในเด็ก ก่อนและหลังการทดลอง (N=48)

| ระยะ         | Mean  | SD.  | Df | t-test |
|--------------|-------|------|----|--------|
| ก่อนการทดลอง | 13.97 | 2.19 | 47 | 13.60* |
| หลังการทดลอง | 18.62 | .98  |    |        |

\*  $p < .001$

**ตารางที่ 2** แสดงผลการประเมินทักษะการปฏิบัติการให้ออกซิเจนในผู้ป่วยเด็ก (OSCE) (N=48)

| ทักษะการปฏิบัติ | จำนวน (n) | ร้อยละ | คะแนน (Min -Max) | Mean  | SD.   |
|-----------------|-----------|--------|------------------|-------|-------|
| ผ่าน            | 43        | 89.60  | 70-100           | 82.32 | 7.74  |
| ไม่ผ่าน         | 5         | 10.40  | 20-65            | 53.00 | 18.91 |

\* เกณฑ์การสอบผ่าน กำหนดที่ 70 คะแนน (ร้อยละ 70)

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบผลการสอบทักษะการปฏิบัติการให้ออกซิเจนในเด็ก (OSCE) ของกลุ่มตัวอย่าง (N=48) กับนักศึกษาพยาบาล ศาสตร ปีการศึกษา 2559 (N=87)

| ทักษะการปฏิบัติ | คะแนน<br>Min-Max | สอบผ่าน<br>(n)/ร้อยละ | สอบไม่ผ่าน<br>(n)/ร้อยละ |
|-----------------|------------------|-----------------------|--------------------------|
| ปีการศึกษา 2559 | 15-100           | 68/78.16              | 19/21.84                 |
| กลุ่มตัวอย่าง   | 20-100           | 43/89.60              | 5/10.40                  |

\* เกณฑ์การสอบผ่าน กำหนดที่ 70 คะแนน (ร้อยละ 70)

3.2 ผลการประเมินทักษะการปฏิบัติการให้ออกซิเจนในเด็ก (OSCE) ของนักศึกษาเมื่อสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 3 พบว่านักศึกษาสอบผ่านเกณฑ์ร้อยละ 70 ของการปฏิบัติการให้ออกซิเจนในเด็ก จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 89.60 และสอบไม่ผ่านจำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 10.40 และค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการปฏิบัติการให้ออกซิเจนในเด็กรวม เท่ากับ 79.27 (SD. = 12.88) ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการปฏิบัติการให้ออกซิเจนในเด็กของนักศึกษาที่สอบผ่าน เท่ากับ 82.32 (SD. = 7.47) ดังแสดงในตารางที่ 2

3.3 การวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการสอบทักษะการปฏิบัติการให้ออกซิเจนในเด็ก (OSCE) ของกลุ่มนักศึกษากลุ่มตัวอย่าง พบว่าร้อยละของนักศึกษากลุ่มตัวอย่างที่สอบผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ 89.60) สูงกว่าผลการสอบของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2559 ที่ไม่ได้ชมสื่อวีดิทัศน์ (ร้อยละ 78.16) ดังแสดงในตารางที่ 3

3.4 ความพึงพอใจของนักศึกษาต่อสื่อวีดิทัศน์เรื่องการบำบัดด้วยออกซิเจนในเด็ก พบว่านักศึกษามีความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์เรื่องการบำบัดด้วยออกซิเจนในเด็ก โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.82, SD. = .24) เมื่อจำแนกเป็น

รายด้าน ได้แก่ ด้านเนื้อหา (Mean = 4.86, SD. = .20) ด้านรูปแบบ (Mean = 4.72, SD. = .29) ด้านส่วนประกอบ (Mean = 4.76, SD. = .29) และ ด้านการนำไปใช้ (Mean = 4.93, SD. = .19) พบว่ามีความพึงพอใจระดับมากที่สุดทั้ง 4 ด้าน เช่นกัน

3.5 ความคิดเห็นของนักศึกษาต่อสื่อวีดิทัศน์เรื่อง การบำบัดด้วยออกซิเจนในเด็ก จากการสนทนากลุ่มกับนักศึกษา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน วิเคราะห์เนื้อหาแยกตามคุณลักษณะของสื่อวีดิทัศน์ พบว่าด้านเนื้อหาที่มีความชัดเจน ถูกต้อง มีการเรียงลำดับของเนื้อหาอย่างเป็นขั้นตอนทำให้เข้าใจง่าย ด้านรูปแบบมีความน่าสนใจชวนติดตาม ระยะเวลาในการนำเสนอเหมาะสมไม่นานเกินไป และวีดิทัศน์มีการแบ่งเป็นตอน ทำให้สามารถเลือกดูในประเด็นหรือหัวข้อที่ต้องการได้โดยไม่เสียเวลา อีกทั้งสื่อวีดิทัศน์บันทึกไว้ในรูปแบบ USB Flash Drive ทำให้สะดวกต่อการศึกษด้วยตนเอง ด้านส่วนประกอบมีสัดส่วนเหมาะสมสวยงาม เสียงบรรยาย ดนตรีประกอบน่าติดตาม และด้านการนำไปใช้ พบว่ามีประโยชน์สามารถนำสื่อวีดิทัศน์ไปใช้เพื่อทบทวนก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลได้จริง ใช้ทบทวนก่อนการสอบทักษะปฏิบัติการให้ออกซิเจนในเด็ก (OSCE)

## การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยสรุปได้ว่า 1) ไม่มีสื่อที่ส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเองนอกเวลา สื่อวีดิทัศน์ที่มีอยู่ไม่ทันสมัยนักศึกษาต้องการสื่อการเรียนรู้นอกเวลาในวิชาการพยาบาลเด็กประเภทสื่อวีดิทัศน์มากที่สุด และต้องการสื่อเรื่องการบำบัดด้วยออกซิเจน อธิบายได้ว่าอาจเนื่องมาจากที่ผ่านมาอาจารย์ผู้สอนไม่ได้มีการทบทวนสื่อประกอบการเรียนการสอนที่มีอยู่ในภาพรวมทั้งวิทยาลัย ว่ามีสื่อการสอนที่ตรงกับวัตถุประสงค์การเรียนการสอน สื่อยังมีความทันสมัย ทันต่อเหตุการณ์ในปัจจุบันหรือไม่ หัวข้อการสอนเรื่องใดที่ควรมีสื่อที่มีประสิทธิภาพมาช่วยในการสอน ทั้งในห้องเรียนและนอกห้องเรียน ดังนั้นอาจารย์ผู้สอน และทีมผู้บริหารของวิทยาลัยจึงควรมีการทบทวน เพื่อปรับปรุงหรือพัฒนาสื่อการเรียนการสอนให้มีความทันสมัย ทันต่อเหตุการณ์และมีประสิทธิภาพ เป็นระยะๆ เพื่อให้การเรียนการสอนบรรลุวัตถุประสงค์ และบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้มากที่สุด

การพัฒนาสื่อวีดิทัศน์เรื่องการบำบัดด้วยออกซิเจน

ในเด็ก ผู้วิจัยใช้แนวทางการดำเนินการวิจัยและพัฒนา ซึ่งเป็นวิธีการที่สำคัญที่นำมาใช้ในการพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ ที่เน้นเรื่องหลักการและเหตุ มีความน่าเชื่อถือ ประกอบกับผู้วิจัยมีการพัฒนาสื่อโดยใช้กระบวนการออกแบบและพัฒนาสื่อรูปแบบ ADDIE Model<sup>10</sup> ที่เริ่มจากการวิเคราะห์สภาพปัญหา ความต้องการสื่อการเรียนการสอน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และออกแบบกำหนดกรอบเนื้อหา หลังจากนั้นมีการผลิตและพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ มีการประเมินคุณภาพสื่อจนกระทั่งได้สื่อวีดิทัศน์ที่มีประสิทธิภาพ ตอบสนองความต้องการสื่อการเรียนการสอนของนักศึกษาทั้งในห้องเรียนและนอกเวลา

2) คุณภาพสื่อวีดิทัศน์เรื่องการบำบัดด้วยออกซิเจนในเด็ก โดยรวมอยู่ในระดับดีมาก เมื่อวิเคราะห์คุณภาพรายด้าน พบว่ามีคุณภาพอยู่ในระดับดีมากทุกด้านเช่นกัน และประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์มีค่าเท่ากับ 82.59/88.70 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่ตั้งไว้ อธิบายได้ว่าอาจเป็นเพราะสื่อวีดิทัศน์นี้มีการพัฒนาตามกระบวนการออกแบบและพัฒนาสื่อรูปแบบ ADDIE Model ที่เริ่มตั้งแต่ขั้นตอนการศึกษาและวิเคราะห์สภาพปัญหา ความต้องการสื่อวีดิทัศน์ประกอบการเรียนการสอนของนักศึกษาพยาบาล ที่พบว่ายังไม่มีสื่อการเรียนการสอนเกี่ยวกับเรื่องการพยาบาลเด็กที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจน และนักศึกษาต้องการสื่อประเภทวีดิทัศน์เพื่อใช้ในการเรียนรู้ หรือทบทวนด้วยตนเองนอกเวลา หลังจากนั้นผู้วิจัยมีการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสื่อการเรียนการสอน ในสาขาวิชาการศึกษาพยาบาล และสาขาอื่นๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ การออกแบบสื่อที่เริ่มต้นจากการกำหนดกรอบเนื้อหา การร่างเนื้อหาสื่อวีดิทัศน์ที่มีเนื้อหาตรงกับจุดประสงค์การเรียนรู้ ตลอดจนแนวทางการวัดประเมินผลนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญทั้งด้านเนื้อหาและด้านการผลิตสื่อวีดิทัศน์ประเมินคุณภาพสื่อวีดิทัศน์

และถึงแม้ว่าผู้ทรงคุณวุฒิจะประเมินว่าคุณภาพของสื่อวีดิทัศน์เรื่องการบำบัดด้วยออกซิเจนในเด็กอยู่ในระดับดีมาก แต่ผู้วิจัยมีการปรับสื่อให้ตรงตามข้อเสนอแนะอีกครั้ง โดยการเพิ่มขนาดของตัวอักษรให้มีความใหญ่ขึ้นเพื่อให้ผู้เรียนอ่านได้ง่ายขึ้น ปรับลดระดับของเสียงประกอบลงอีกเล็กน้อย เพื่อไม่ให้รบกวนเสียงของผู้บรรยายและทำให้ผู้เรียนฟังเสียงบรรยายได้ชัดเจนขึ้น หลังจากนั้นจึงนำไปสู่กระบวนการหาประสิทธิภาพของสื่อทั้งแบบรายบุคคล และรายกลุ่ม ซึ่งทำให้

ได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งจากนักศึกษาที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างนี้ให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขสื่อวีดิทัศน์ ผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะทั้งหมดไปปรับปรุงแก้ไขให้สื่อวีดิทัศน์ จนกระทั่งสื่อวีดิทัศน์มีประสิทธิภาพตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ จึงนำไปใช้กับนักศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Paowana<sup>14</sup> ที่ได้ศึกษาประสิทธิภาพสื่อวีดิทัศน์เรื่องการสวนล้างช่องคลอดในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 3 สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 ที่มีกระบวนการพัฒนสื่ออย่างเป็นระบบตั้งแต่ขั้นตอนการวางแผนการผลิตสื่อ ขั้นตอนการผลิตสื่อและการประเมินผล โดยเฉพาะการปรับปรุงแก้ไขจนกระทั่งสื่อมีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพเป็น 86.77/94.31

3) ความรู้เรื่องการบำบัดด้วยออกซิเจนในเด็กของนักศึกษาในกลุ่มตัวอย่างภายหลังการชมสื่อวีดิทัศน์ เพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) อธิบายได้ว่าสื่อวีดิทัศน์นี้มีประสิทธิภาพ จึงส่งผลทำให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มกับนักศึกษาในกลุ่มตัวอย่างภายหลังการทดลองว่าสื่อวีดิทัศน์เรื่องการบำบัดด้วยออกซิเจนในเด็ก มีเนื้อหาที่ชัดเจน ถูกต้อง มีการเรียงลำดับของเนื้อหาอย่างเป็นขั้นตอน ทำให้เข้าใจง่าย ทั้งนี้รูปแบบของสื่อวีดิทัศน์ที่พัฒนาขึ้นนี้ ทำให้นักศึกษาสามารถเรียนรู้ได้อย่างอิสระ โดยไม่จำกัดเวลา และสถานที่ ไม่เกิดความกดดันหากในขณะที่เรียนไม่ทันผู้อื่น สะดวก สามารถเปิดดูได้ตลอดเวลาที่ต้องการ และเปิดดูได้หลายรอบ จึงส่งผลให้นักศึกษามีการเรียนรู้ เข้าใจได้ง่ายขึ้น จดจำรายละเอียดของเนื้อหาได้นานขึ้น

สอดคล้องกับการศึกษาของ Carvalho และคณะ<sup>8</sup> ที่ได้ทำการวิจัยถึงทดลองเพื่อศึกษาผลของการเรียนการสอนโดยใช้วีดิทัศน์ต่อความรู้ในการดูแลช่องปากผู้ป่วยที่กำลังจะได้รับเคมีบำบัด ของนักศึกษาพยาบาลที่ใกล้จบการศึกษา พบว่าคะแนนความรู้หลังชมวีดิทัศน์สูงขึ้นกว่าก่อนชมวีดิทัศน์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Ariane และคณะ<sup>15</sup> ที่ศึกษาผลของวีดิทัศน์เรื่องการดูแลผู้ป่วยที่ใส่อุปกรณ์สายสวนทางหลอดเลือดดำ ต่อการพัฒนาทักษะของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 โดยได้พัฒนาวีดิทัศน์ความยาวประมาณ 14 นาที เปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยที่ใส่อุปกรณ์สายสวนทางหลอดเลือดดำก่อน และหลังชมวีดิทัศน์ พบว่าคะแนนความรู้หลังชมวีดิทัศน์สูงขึ้นกว่าก่อนชมวีดิทัศน์

4) ทักษะการปฏิบัติการให้ออกซิเจนในเด็ก (OSCE) ภายหลังการชมสื่อวีดิทัศน์ของนักศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผ่านเกณฑ์ร้อยละ 70 จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 89.60 ซึ่งมากกว่าผลการประเมินของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2559 (ร้อยละ 78.16) ที่ยังไม่มีสื่อวีดิทัศน์ให้นักศึกษาแสดงให้เห็นว่าการพัฒนาและนำสื่อวีดิทัศน์เรื่องการบำบัดด้วยออกซิเจนในเด็กมาใช้ในการเรียนการสอนเป็นสิ่งที่ดี เนื่องจากการนำเสนอขั้นตอนการบำบัดด้วยออกซิเจนเป็นการถ่ายทั้งภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหวและภาพกราฟิกจากการจำลองสถานการณ์เสมือนจริงในหอผู้ป่วยเด็ก มีอาจารย์พยาบาลบรรยายขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลในขณะที่นักศึกษาพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กจำลองที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนเรียงตามลำดับขั้นตอน รวมทั้งมีผู้ป่วยและมารดาผู้ป่วยจำลองที่มีปฏิสัมพันธ์กับนักศึกษาพยาบาลขณะให้การพยาบาล และใช้อุปกรณ์ในการบำบัดด้วยออกซิเจนจริง ช่วยให้นักศึกษาเห็นภาพและได้ยินเสียง ได้รับความรู้ ช่วยกระตุ้นความสนใจของนักศึกษา สร้างความเข้าใจให้ชัดเจนมากขึ้น ตลอดจนจำได้นานขึ้น โดยนักศึกษาสามารถทบทวน และฝึกปฏิบัติด้วยตนเองได้หลายๆ ครั้ง ทำให้สามารถพัฒนาทักษะปฏิบัติของนักศึกษาได้ดี เป็นไปตามข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มกับนักศึกษาในกลุ่มตัวอย่างบางส่วนว่าสื่อวีดิทัศน์มีการแบ่งเป็นตอน ทำให้สามารถเลือกดูในประเด็นหรือหัวข้อที่ต้องการได้เลย ไม่เสียเวลา สะดวกต่อการศึกษด้วยตนเอง สามารถดูสื่อวีดิทัศน์เพื่อทบทวนก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลได้จริง หรือใช้ทบทวนก่อนการสอบทักษะปฏิบัติการให้ออกซิเจนในเด็ก (OSCE) เนื่องจากนักศึกษาบางคนอาจไม่เคยมีโอกาสได้ปฏิบัติการให้ออกซิเจนกับผู้ป่วยในสถานการณ์จริงบนหอผู้ป่วย สามารถควบคุมเวลา สถานที่ในการเรียนรู้จากสื่อวีดิทัศน์ได้เอง

ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Pinar และคณะ<sup>9</sup> ที่ได้ทำการวิจัยเชิงทดลอง (RCT) เพื่อศึกษาผลของการเรียนการสอนโดยใช้วีดิทัศน์ต่อสมรรถนะการตรวจร่างกายทารกของนักศึกษาพยาบาลใหม่ ผลการทดลองพบว่าคะแนนทักษะการสอบปฏิบัติการตรวจร่างกายทารกโดย (OSCE) สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในปี ค.ศ. 2012 Ariane และคณะ<sup>15</sup> ได้ศึกษาผลของวีดิทัศน์เรื่องการดูแลผู้ป่วยที่ใส่อุปกรณ์สายสวนทางหลอดเลือดดำ ต่อการพัฒนาทักษะของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 พบว่าคะแนนทักษะปฏิบัติหลังชมวีดิทัศน์สูงขึ้น

กว่าก่อนชมวีดิทัศน์ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Yoo และคณะ<sup>16</sup> ที่ได้ศึกษาผลของการประเมินตนเองในด้านสมรรถนะ ทักษะการติดต่อสื่อสาร และแรงจูงใจในการเรียนรู้โดยใช้วีดิทัศน์เรื่องการใส่สายสวนทางปัสสาวะของนักศึกษาพยาบาล พบว่าคะแนนสมรรถนะและคะแนนทักษะการติดต่อสื่อสาร สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

นอกจากนี้ยังพบว่าสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Klaypet และคณะ<sup>5</sup> ที่ศึกษาผลสัมฤทธิ์ของทักษะปฏิบัติการพยาบาลต่อการใช้อุปกรณ์วีดิทัศน์ในรายวิชาหลักการและเทคนิคการพยาบาล ผลการวิจัยพบว่าคะแนนทักษะปฏิบัติการพยาบาล มีระดับคะแนนสูงกว่าเกณฑ์การประเมินทั้งหมด และมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าคะแนนเกณฑ์การประเมินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

5) ความพึงพอใจของนักศึกษาในกลุ่มตัวอย่างต่อสื่อวีดิทัศน์เรื่องการบำบัดด้วยออกซิเจนในเด็ก โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุด อธิบายได้ว่าเนื่องจากสื่อวีดิทัศน์ที่พัฒนาขึ้นนี้มีการนำเสนอในรูปแบบผสมผสานของตัวอักษร ภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหว ภาพกราฟิก เสียงบรรยายที่ชัดเจน เชื่อมโยงกันในแต่ละตอน และมีการออกแบบที่น่าสนใจ รวมถึงจากการที่ผู้วิจัยบันทึกสื่อวีดิทัศน์ไว้ในอุปกรณ์จัดเก็บข้อมูลชนิด USB Flash Drive ที่มีขนาดเล็ก แต่สามารถบรรจุข้อมูลได้มาก น้ำหนักเบา พกพาสะดวก สามารถเชื่อมต่อกับคอมพิวเตอร์ หรือเครื่องเล่นวีดิทัศน์ได้ และได้มอบให้กับนักศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่แบ่งกลุ่มฝึกปฏิบัติงาน กลุ่มละ 2 อัน สอดคล้องกับที่นักศึกษาได้แสดงความคิดเห็นไว้ว่า “ทำให้สะดวกต่อการเรียนรู้ด้วยตนเอง สามารถชมสื่อวีดิทัศน์ได้อย่างอิสระ ไม่จำกัดเวลา และสถานที่” “สื่อวีดิทัศน์นี้มีประโยชน์ต่อการใช้ทบทวนความรู้และเตรียมตัวก่อนฝึกปฏิบัติงาน ระหว่างฝึกปฏิบัติ หรือหากไม่พบผู้ป่วยเด็กที่ต้องบำบัดด้วยออกซิเจน ขณะฝึกปฏิบัติงานก็สามารถนำสื่อวีดิทัศน์มาดูเพื่อเป็นการทบทวนก่อนสอบประเมินทักษะการพยาบาลเด็กได้”

นอกจากนี้ นักศึกษายังแสดงความคิดเห็นในด้านของส่วนประกอบของสื่อวีดิทัศน์ว่ามีสัดส่วนเหมาะสมสวยงาม ทั้งภาพ ตัวอักษร เสียงบรรยาย และดนตรีประกอบชัดเจน น่าติดตาม รวมถึงที่ผ่านมายังไม่เคยมีวีดิทัศน์ประกอบการเรียนการสอนในส่วนของการพยาบาลเด็กเลย โดยเฉพาะเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนชนิดต่างๆ ที่ถ่ายทำจากสถานการณ์จำลองเสมือน

จริงและใช้ผู้ป่วยและญาติจำลอง ที่ยังไม่เคยมีใครผลิตทั้งในประเทศและต่างประเทศ

สอดคล้องกับงานวิจัยของ วิยะดา เปาวนา<sup>14</sup> ที่พบว่าบทเรียนวีดิทัศน์เรื่องการสวนล้างช่องคลอดในมีประสิทธิภาพเป็น 86.77/94.31 ทำให้นักศึกษามีความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์อยู่ในระดับมาก (Mean = 4.41, SD = .56) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ พิริยากร คล้ายเพชร และคณะ<sup>5</sup> ที่พบว่าความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลต่อการใช้อุปกรณ์วีดิทัศน์เรื่องทักษะปฏิบัติการพยาบาลในรายวิชาหลักการและเทคนิคการพยาบาล โดยรวมของทุกทักษะอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด (Mean = 4.24, SD = .69) ซึ่งอธิบายได้ว่า ความพึงพอใจต่อการดูสื่อวีดิทัศน์ของนักศึกษามีความสอดคล้องกับความชัดเจนของสื่อ และการอธิบายภาพประกอบทำให้นักศึกษาเข้าใจในการปฏิบัติได้อย่างชัดเจน

จากผลการวิจัยดังกล่าวมาข้างต้น ผลการวิจัยประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ จึงสรุปได้ว่า สื่อวีดิทัศน์นี้เป็นสื่อที่สามารถตอบสนองการเรียนรู้ของนักศึกษา มีการออกแบบการนำเสนอที่ดึงดูดความสนใจ และช่วยกระตุ้นให้นักศึกษาเกิดความกระตือรือร้นมากกว่าปกติ ส่งผลให้นักศึกษามีความรู้เรื่องการบำบัดด้วยออกซิเจนในเด็ก สามารถสอบผ่านเกณฑ์ทักษะปฏิบัติการให้ออกซิเจนในเด็ก (OSCE) และมีความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์อยู่ในระดับมากที่สุด

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรส่งเสริมให้มีการใช้อุปกรณ์วีดิทัศน์ประกอบการเรียนการสอน เพื่อกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดความสนใจในการเรียนรู้ด้วยตนเองนอกเวลา
2. ควรใช้สื่อวีดิทัศน์สำหรับเตรียมนักศึกษา ก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลในคลินิก
3. นำสื่อวีดิทัศน์มาใช้เพื่อช่วยแก้ไขปัญหาคณินที่นักศึกษาไม่มีโอกาสพบผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจน ขณะฝึกปฏิบัติในหอผู้ป่วย เมื่อสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วย

### ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรมีการพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ประกอบการเรียนการสอนที่มีการผสมผสานทั้ง ภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหว ภาพกราฟิก ตัวอักษรประกอบเสียงบรรยายในเนื้อหาอื่นๆ เพื่อตอบสนองความต้องการสื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองต่อไป

## References

1. Khammani T. Teaching technique: knowledge for effective learning process Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 2016. (in Thai)
2. otisan j. Role of Teachers' in the education system. Journal of instructional Development. 2012; 6(2):97-108. (in Thai)
3. Mamom J. Outcomes of computer-mediated review lesson on pressure-sore dressing as observed in second-year nursing students' knowledge, practical skills and opinions. Thai Journal of Nursing Councill. 2012; 27(3):63-76. (in Thai)
4. Howell, Jeremy. The use of television in agriculture extension. Education Television Instructional, 1960; no.4: 6-7.
5. Klaypet P, Kanchai S, Plengkatoke S. Satisfaction and learning outcome of nursing students about learning media for promote to basic nursing skills. Boromarajonani College of Nursing, Khon Kaen. 2014. (in Thai)
6. Jungpanich A, Srisalaun O. Effects of using daily care plan video teaching on clinical self-confidence and satisfaction of nursing students, Kuakarun faculty of nursing, Navamindradhiraj University. Kuakarun Journal of Nursing. 2015;22(1):17-34. (in Thai)
7. Edna B, Beatriz A, Pep S., Mihaela E., Vicenc F. Video as a new teaching tool to increase student motivation. 2014. Retrieved January 15, 2015 from [https:// upcommons. upc. edu/e-prints/ bitstream/2117/12717/1/bravo-amante.pdf](https://upcommons.upc.edu/e-prints/bitstream/2117/12717/1/bravo-amante.pdf)
8. Carvalho EC., Stina APN., Marmol MT., Garbin LM., Braga FTMM., Moreli L. et al. Effects of an educational video on the oral hygiene of patients with hematologic disorders. 2014. Retrieved Jun 2015; 16(2):304-11, from [https:// dx.doi.org/10.5216/ree.v16i2.23300](https://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i2.23300).
9. Pinar G, Akalin A, Abay H. The effect of video based simulation training on neonatal examination competency among turkish nursing students. European Scientific, 2016;12(15):394-405.
10. Kruse Keil J. Technology-based training: theart and science of design, development, and delivery. 2000. Retrived August 31,2016 from <https://www.e-learningguru.com/article/art2 1.htm>
11. Srisuk K. Research methodology. Chiangmai: Krongchang Printing; 2009. (in Thai)
12. Wannasuntad S., Tirapaiwong Y., Aomsin K., Raksatham S. Development the objective structured clinical examinations (OSCE) to evaluate knowledge and clinical skills of nursing students. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok. 2017;33(1):163-176. (in Thai)
13. Brahmawong C. Developmental testing of media and instructional package, Silpakprn Educational Research Journal. 2013;5(1):5-20. (in Thai)
14. Paowana W. The efficiency of instructional media of vaginal douche for nursing care of persons with health problem practicum III,Boromarajonani college of nursing, Udonthani. Jounal of nurses' association of Thailand, North-eastern division. 2013;31(3):99-106. (in Thai)

15. Ariane F. Cardoso, Lucimara Moreli, Fernanda T.M.M. Braga, Christiane I. Vasques, Claudia B. Santos, Emilia C. Carvalho. Effect of a video on developing skills in undergraduate nursing students for the management of totally implantable central venous access ports. *Nurse Education Today*. 2012; 32:709-713.
16. Yoo MS, Park JH, Lee SR. The effects of case-based learning using video on clinical decision making and learning motivation in undergraduate nursing students. *J Korean Acad Nurs*. 2010;40(6):863-71.

## บทความวิจัย

## ความสามารถในการบริหารเวลาของนักศึกษาพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

### Time Management of Nursing Students at Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi

Received: Jan 2, 2019

Revised: Feb 28, 2019

Accepted: Mar 3, 2019

wirongrong ชมภูมิ่ง พย.ม. (Wirongrong Chompuming, M.N.S)<sup>1</sup>

#### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาระดับความสามารถและเปรียบเทียบการบริหารเวลาของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี ในแต่ละชั้นปี ประชากรและกลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1-4 ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี จำนวน 413 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามความสามารถในการบริหารเวลาของนักศึกษาพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี ซึ่งแบ่งความสามารถในการบริหารเวลา ออกเป็น 6 ด้านได้แก่ 1) ด้านการวิเคราะห์ปัญหาเกี่ยวกับการใช้เวลา 2) ด้านการกำหนดเป้าหมายการดำเนินชีวิตของตนเอง 3) ด้านการวางแผนการใช้เวลา 4) ด้านการดำเนินการตามแผนที่ได้วางไว้ 5) ด้านการประเมินผลการใช้เวลา และ 6) ด้านปรับปรุงแผนการใช้เวลาและแก้ไขกิจกรรมที่ทำให้เสียเวลา ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิและคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาคเท่ากับ .715, .860, .875, .624, .866 และ .870 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติบรรยาย และเปรียบเทียบการบริหารเวลาของนักศึกษาพยาบาลด้วยสถิติการทดสอบไคสแควร์ (Chi - Square) และครัสคาล วอลลิส (Kruskal-Wallis H test)

ผลการวิจัยพบว่า ระดับความสามารถในการบริหารเวลาของนักศึกษาพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\mu = 3.48$ ) โดยมีความสามารถในการบริหารเวลาด้านการกำหนดเป้าหมายการดำเนินชีวิตของตนเองมากที่สุด ( $\mu = 3.61$ ) รองลงมาคือ ด้านการวางแผนการใช้เวลา ( $\mu = 3.56$ ) ด้านการดำเนินการตามแผนที่ได้วางไว้ ( $\mu = 3.50$ ) ด้านการประเมินผลการใช้เวลา ( $\mu = 3.49$ ) ด้านปรับปรุงแผนการใช้เวลาและแก้ไขกิจกรรมที่ทำให้เสียเวลา ( $\mu = 3.36$ ) และด้านการวิเคราะห์ปัญหาเกี่ยวกับการใช้เวลา ( $\mu = 3.32$ ) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบความสามารถในการบริหารเวลาของนักศึกษาพยาบาลตามระดับชั้นปี พบว่านักศึกษาที่มีอายุต่างกัน ( $X^2 = 18.600$ ;  $p < .05$ ) และมีการศึกษาในชั้นปีที่สูงกว่ามีความสามารถในการบริหารเวลามากกว่า ( $X^2 = 18.738$ ;  $p < .001$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากผลการศึกษาค้นนี้เสนอแนะว่านักศึกษาที่มีความสามารถในการบริหารเวลาในการวิเคราะห์ปัญหาเกี่ยวกับการใช้นิเวศน้อยที่สุด สถานศึกษาสามารถนำไปเป็นข้อมูลเพื่อฝึกทักษะการบริหารเวลาหรือแนวทางในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลบริหารเวลาให้เกิดประโยชน์

**คำสำคัญ:** นักศึกษาพยาบาล, ความสามารถในการบริหารเวลา

<sup>1</sup> อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี E-mail: wirongrong@snc.ac.th  
Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi, Suphan Buri, Thailand

### Abstract

This descriptive study aimed: (a) to examine the ability of time management; and (b) to compare the differences of time management among nursing students. Participants consisted of 413 nursing students of Boromarajonani College of Nursing (BCN), Suphanburi. Research instrument was the ability of time management questionnaire consisting of 6 domains as follows: 1) analysis of problems with time, 2) goal of their lifestyle, 3) planning time, 4) implementation of the plan as placed, 5) time evaluation and improvement plan, and 6) spend time and fix time-consuming activities. The questionnaire's content validity was determined by experts. Cronbach alpha reliability were as follows: .715, .860, .875, .624, .866, and .870, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-Square, and Kruskal-Wallis H test.

Results showed that the ability of time management of nursing students in BCN, Suphanburi was at the moderate level ( $\mu = 3.48$ ). The goal of their lifestyle was at the high level ( $\mu = 3.61$ ). Planning time, the implementation of the plan was placed, time evaluation and improvement plan, and spend time and fix time-consuming activities, and analysis of problems with time were at the moderate level ( $\mu = 3.56$ ,  $\mu = 3.50$ ,  $\mu = 3.49$ ,  $\mu = 3.36$ , and  $\mu = 3.32$ , respectively). There was significant difference in age in term of the ability of time management ( $X^2 = 18.600$ ;  $p < .05$ ) (Kruskal-Wallis H test). Nursing students in higher years reported considerably greater ability in time management compared to nursing students in lower years counterpart ( $X^2 = 18.738$ ;  $p < .001$ ) (Chi - Square).

Our findings showed that nursing students have the ability to manage time and solve problems with minimal time spent. The educational institutions can use the findings of the study as an empirical information to encourage time management skills among nursing students.

**Keywords:** nursing students, time management

### บทนำ

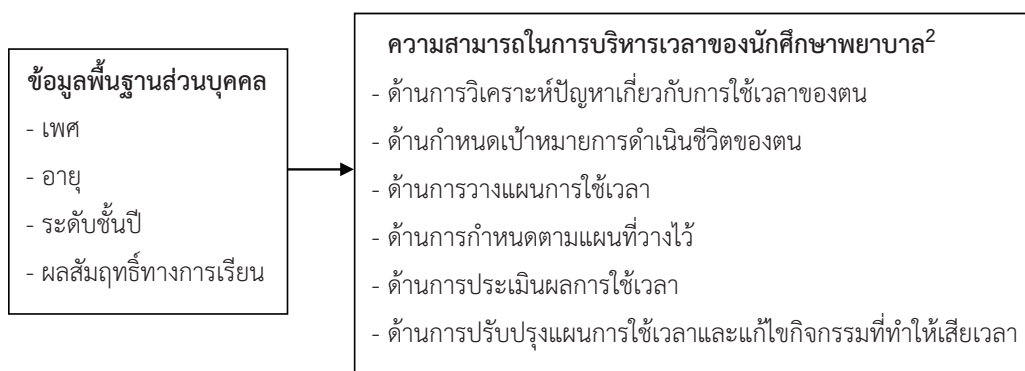
การบริหารเวลาเป็นสิ่งสำคัญนับเป็นการบริหารตนเอง การบริหารเวลาที่ดี จะสามารถทำงานสำเร็จลุล่วงไปได้ อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล สามารถวางแผน และกำหนดระยะเวลาในการดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม ทำให้บุคคลนั้นๆ ประสบความสำเร็จในการดำเนินชีวิต การปล่อยให้เวลาเสียไปเปล่าๆ เท่ากับเป็นการปล่อยให้ชีวิต เสียไปเปล่า ซึ่งไม่จำเป็นว่าจะต้องเป็นนักบริหารเท่านั้นที่จะ สามารถบริหารเวลา ทุกคนก็สามารถทำได้เพียงแต่ต้องรู้จักที่จะ แบ่งเวลาโดยจัดสรรเวลาของตนเองให้ถูกต้องและเหมาะสม<sup>1</sup> การบริหารเวลา หมายถึง การที่ตนเองบริหารการใช้เวลา

ซึ่งจะช่วยให้สามารถใช้เวลาได้อย่างถูกต้อง เป็นประโยชน์ ลดความเครียดจากการเรียน และยังเป็นการวางแผนกำหนด ระยะเวลาในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตของนักศึกษาอย่าง เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ การบริหารเวลาประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์ปัญหาการใช้เวลา 2) การกำหนดเป้าหมายการ ดำเนินชีวิต 3) การวางแผนกำหนดระยะเวลาในการทำกิจกรรม ต่างๆ ในชีวิตได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ 4) การ ดำเนินงานตามแผนการใช้เวลาอย่างถูกต้อง 5) การติดตาม ประเมินผลการใช้เวลา 6) การปรับปรุงการใช้เวลาแก้ไขสิ่งที่ ทำให้เสียเวลา<sup>2</sup>

การบริหารเวลาในด้านการศึกษานักศึกษาจำเป็น

ต้องมีการจัดสรรเวลาทั้งในด้านการเรียนและเรื่องส่วนตัวเพื่อให้เกิดความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพที่สุด โดยเฉพาะนักศึกษาพยาบาลที่ต้องใช้เวลาเรียนทั้งในภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ นักศึกษาจะต้องเตรียมตัวและศึกษาหาความรู้ทั้งสาขาพยาบาลและสาขาที่เกี่ยวข้อง การบริหารเวลาทำให้นักศึกษารู้จักวางแผนและจัดสรรเวลาในการทำงานอย่างถูกต้องและเหมาะสม ตามวันและเวลาที่กำหนด<sup>1</sup> ซึ่งหากนักศึกษาสามารถมีพฤติกรรมในด้านต่างๆ ตามช่วงระยะเวลาที่เหมาะสมย่อมมีส่วนช่วยส่งเสริมทำให้ประสบความสำเร็จทั้งในด้านการเรียนและการใช้ชีวิตส่วนตัวได้ การใช้เวลาว่างที่เป็นประโยชน์มีความสำคัญ สามารถเพิ่มพูนศักยภาพหรือลดทอนประสิทธิภาพของนักศึกษา หากนักศึกษารู้จักการใช้เวลาว่างในการดำเนินชีวิตย่อมส่งผลต่อการบริหารเวลาที่มีประสิทธิภาพ<sup>3</sup> ในทางตรงกันข้ามหากนักศึกษบริหารเวลาไม่มีประสิทธิภาพจะทำให้เกิดความเครียดในการเรียน ซึ่งการจัดสรรเวลาที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของนักศึกษาพยาบาล โดยพบว่านักศึกษาพยาบาลมีความเครียดอยู่ในระดับสูงและสาเหตุของความเครียดทั้งหมดมาจากกิจกรรมด้านการเรียน<sup>4</sup> เวลาในการพักผ่อนและการทำงานผิดพลาด<sup>5</sup> แนวทางปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลเพื่อช่วยคลายความเครียด คือ การออกกำลังกายและการพักผ่อน<sup>6</sup> การบริหารเวลาถือเป็นปัจจัยสำคัญสู่ความสำเร็จอย่างหนึ่งของชีวิต การเริ่มต้นฝึกการบริหารเวลาตั้งแต่วัยเรียน จะเป็นประโยชน์ เนื่องจากการฝึกกำหนดตนเองพัฒนานตนเองให้ใช้เวลาอย่างคุ้มค่า

## กรอบแนวคิดการวิจัย



รูปภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี เป็นสถานการศึกษาสำหรับนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ซึ่งนักศึกษาทุกชั้นปีใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่ในวิทยาลัยเพื่อการเรียนภาคทฤษฎี และอยู่ในโรงพยาบาลเพื่อการฝึกภาคปฏิบัติ ซึ่งอาจมีปัญหาทั้งด้านการปรับตัวเพื่อให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม และสถานการณ์ต่างๆ รวมทั้งหากมีการบริหารเวลาไม่เหมาะสมจะทำให้เกิดความเครียด หรือรู้สึกว่ามีเวลาไม่เพียงพอ ทำให้การจัดการเรียนการสอนไม่บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ นอกจากนี้ นักศึกษาที่ไม่มีการบริหารเวลาที่ดี อาจไม่มีความสุขในการเรียน<sup>7</sup>

จากความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาระดับความสามารถในการบริหารเวลา และเปรียบเทียบความสามารถในการบริหารเวลาของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี ในแต่ละชั้นปี เพื่อได้ข้อมูลพื้นฐานในการฝึกทักษะการบริหารเวลาและเป็นข้อมูลหรือแนวทางในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลบริหารเวลาให้เกิดประโยชน์

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความสามารถในการบริหารเวลาของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความสามารถในการบริหารเวลาในการทำกิจกรรมต่างๆ ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรีในแต่ละชั้นปี

## ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive cross-sectional design) เพื่อศึกษาความสามารถในการบริหารเวลาของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี จำแนกตามเพศ อายุ ระดับชั้นปี และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากรคือ** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี เพศชายและเพศหญิง ประจำปีการศึกษา 2560 จำนวน 413 คน

**กลุ่มตัวอย่างคือ** ประชากรทั้งหมด ได้แก่ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี เพศชายและเพศหญิง ประจำปีการศึกษา 2560 จำนวน 413 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้าคือ เป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี ชั้นปีที่ 1-4 ที่ศึกษาอยู่ในปีการศึกษา 2560 และเกณฑ์การคัดออกคือการตอบแบบสอบถามไม่ครบ

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในงานวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถามความสามารถในการบริหารเวลา<sup>๑</sup> ตามกรอบแนวคิดการบริหารเวลาแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 2 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความสามารถในการบริหารเวลาของนักศึกษาพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี

ขั้นตอนการสร้างแบบสอบถาม ดังนี้

1. ทำหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
2. นำแบบสอบถามมาปรับให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง โดย

แบบสอบถามตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของนักศึกษา ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ อายุ เพศ ระดับชั้นปีการศึกษา ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน มีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำ

แบบสอบถามตอนที่ 2 แบบสอบถามความสามารถในการบริหารเวลาของนักศึกษาพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความสามารถในการบริหารเวลาของนักศึกษาพยาบาล ด้านการวิเคราะห์

ปัญหาเกี่ยวกับการใช้เวลาของตน 11 ข้อ, ด้านกำหนดเป้าหมายการดำเนินชีวิตของตน 12 ข้อ, ด้านการวางแผนการใช้เวลา 11 ข้อ, ด้านการกำหนดตามแผนที่วางไว้ 6 ข้อ, ด้านการประเมินผลการใช้เวลา 9 ข้อ และด้านการปรับปรุงแผนการใช้เวลาและแก้ไขกิจกรรมที่ทำให้เสียเวลา 9 ข้อ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน และมีค่าความเที่ยงของแบบสอบถามในแต่ละด้าน จากการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาคเท่ากับ .715, .860, .875, .624, .866 และ .870 ตามลำดับเกณฑ์การแปลความหมาย ค่าคะแนนเฉลี่ย ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์ในการพิจารณาดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง มีความสามารถในการบริหารเวลาในระดับมากที่สุด

ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง มีความสามารถในการบริหารเวลาในระดับมาก

ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง มีความสามารถในการบริหารเวลาในระดับปานกลาง

ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง มีความสามารถในการบริหารเวลาในระดับน้อย

ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง มีความสามารถในการบริหารเวลาในระดับน้อยที่สุด

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี เมื่อวันที่ 12 กรกฎาคม 2560 เอกสารรับรองเลขที่ 026/2560

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และรายงานผลเป็นค่าสถิติเชิงพรรณนา ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การวิเคราะห์ข้อมูลด้านความสามารถในการบริหารเวลา ด้วยการวิเคราะห์โดยรวม รายด้าน และรายข้อ โดยหาร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของความสามารถในการบริหารเวลาของนักศึกษาพยาบาล จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติการทดสอบไคสแควร์ (Chi - Square) และสถิติครัสคาล วอลลิส (Kruskal-Wallis H test)

**ผลการวิจัย****ข้อมูลทั่วไป**

นักศึกษาพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 94.20 มีอายุระหว่าง 20 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30.30 แบ่งเป็นชั้นปีการศึกษาที่ 1

คิดเป็นร้อยละ 30.30 ชั้นปีการศึกษาที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 28.30 ชั้นปีการศึกษาที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 19.40 และชั้นปีการศึกษาที่ 4 คิดเป็นร้อยละ 22.00 ส่วนใหญ่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนอยู่ระหว่าง 2.51-3.00 คิดเป็นร้อยละ 54.5 (ตารางที่ 1)

**ตารางที่ 1** จำนวน และร้อยละของนักศึกษาพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ชั้นปีการศึกษา และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (N=413)

| ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล        | จำนวน | ร้อยละ |
|------------------------------|-------|--------|
| <b>เพศ</b>                   |       |        |
| ชาย                          | 24    | 5.80   |
| หญิง                         | 389   | 94.20  |
| <b>อายุ</b>                  |       |        |
| 18                           | 12    | 2.90   |
| 19                           | 86    | 20.80  |
| 20                           | 125   | 30.30  |
| 21                           | 88    | 21.30  |
| 22                           | 85    | 20.60  |
| 23                           | 15    | 3.60   |
| 24                           | 0     | 0      |
| >25                          | 2     | 0.50   |
| <b>ชั้นปีการศึกษา</b>        |       |        |
| ชั้นปีที่ 1                  | 125   | 30.30  |
| ชั้นปีที่ 2                  | 117   | 28.30  |
| ชั้นปีที่ 3                  | 80    | 19.40  |
| ชั้นปีที่ 4                  | 91    | 22.00  |
| <b>ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน</b> |       |        |
| 2.01-2.50                    | 28    | 6.80   |
| 2.51-3.00                    | 225   | 54.50  |
| 3.01-3.50                    | 149   | 36.10  |
| 3.51-4.00                    | 11    | 2.70   |

### ความสามารถในการบริหารเวลา

ความสามารถในการบริหารเวลาของนักศึกษาพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อจำแนกตามรายด้าน พบว่า มีความสามารถด้านการกำหนดเป้าหมายการดำเนินชีวิตของตนเองมากที่สุด รองลงมา คือ ด้านการวางแผนการใช้เวลา ด้านการดำเนินการตามแผนที่ได้วางไว้ ด้านการประเมินผลการใช้เวลา ด้านปรับปรุงแผนการใช้เวลาและแก้ไขกิจกรรมที่ทำให้เสียเวลา และด้านการวิเคราะห์ปัญหาเกี่ยวกับการใช้เวลา ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ความสามารถด้านการกำหนดเป้าหมายการดำเนินชีวิตของตนเอง เป็นความสามารถที่นักศึกษามีมากที่สุด ( $\mu = 3.61$ ,  $SD = .513$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ จะพบว่านักศึกษามีความสามารถมากที่สุดในเรื่อง การบรรลุเป้าหมายการดำเนินชีวิตระยะสั้นได้ก็จะบรรลุเป้าหมายระยะยาวได้ ( $\mu = 3.94$ ,  $SD = .757$ ) และการมีเป้าหมายการดำเนินชีวิตทำให้ทราบว่าควรทำอะไร ก่อน - หลัง ( $\mu = 3.94$ ,  $SD = .731$ ) และมีคะแนนน้อยที่สุดในเรื่องการปรึกษาอาจารย์เพื่อกำหนดเป้าหมายในการดำเนินชีวิต ( $\mu = 2.99$ ,  $SD = .964$ )

ด้านการวางแผนการใช้เวลา นักศึกษามีความสามารถอยู่ในระดับมาก ( $\mu = 3.56$ ,  $SD = .519$ ) และเมื่อพิจารณาความสามารถตามรายข้อพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีความสามารถจัดลำดับความสำคัญว่าสิ่งใดควรทำก่อน-หลัง

มากที่สุด ( $\mu = 3.89$ ,  $SD = .621$ ) ส่วนความสามารถด้านการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ของนักศึกษาอยู่ในระดับมาก ( $\mu = 3.50$ ,  $SD = .443$ ) แม้ว่าจะมีงานมากแต่เมื่อดำเนินงานตามแผนที่ได้วางไว้งานก็สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ในระดับมาก ( $\mu = 3.79$ ,  $SD = .709$ ) ด้านความสามารถด้านการประเมินผลการใช้เวลาของนักศึกษา อยู่ในระดับปานกลาง ( $\mu = 3.49$ ,  $SD = .515$ ) และความสามารถด้านการปรับปรุงแผนการใช้เวลาและแก้ไข กิจกรรมที่ทำให้เสียเวลาของนักศึกษา อยู่ในระดับปานกลาง ( $\mu = 3.36$ ,  $SD = .526$ ) เช่นกัน และเมื่อพิจารณาตามรายข้อ พบว่านักศึกษามีความสามารถน้อยที่สุดในเรื่อง สามารถปฏิเสธกิจกรรมที่ไม่สำคัญได้ ในระดับปานกลาง ( $\mu = 3.20$ ,  $SD = .959$ )

ความสามารถด้านการวิเคราะห์ปัญหาเกี่ยวกับการใช้เวลาของนักศึกษา อยู่ในระดับปานกลาง ( $\mu = 3.32$ ,  $SD = .549$ ) ซึ่งเป็นด้านที่นักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี มีความสามารถน้อยที่สุด และเมื่อพิจารณาตามรายข้อ พบว่านักศึกษามีความสามารถน้อยที่สุดในเรื่อง การทำงานที่อาจารย์มอบหมายเสร็จไม่ทันกำหนดในระดับน้อย ( $\mu = 2.36$ ,  $SD = 1.208$ ) และรองลงมาคือการแบ่งเวลาในการออกกำลังกายในระดับปานกลาง ( $\mu = 3.06$ ,  $SD = .924$ ) ตามลำดับ

**ตารางที่ 2** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความสามารถในการบริหารเวลาโดยรวม และรายด้านของนักศึกษาพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี (N=413)

| ความสามารถในการบริหารเวลา                                | $\mu$       | SD          | การแปลผล       |
|----------------------------------------------------------|-------------|-------------|----------------|
| <b>รายด้าน</b>                                           |             |             |                |
| ด้านการวิเคราะห์ปัญหาเกี่ยวกับการใช้เวลา                 | 3.32        | .459        | ปานกลาง        |
| ด้านการกำหนดเป้าหมายการดำเนินชีวิตของตนเอง               | 3.61        | .513        | มาก            |
| ด้านการวางแผนการใช้เวลา                                  | 3.56        | .519        | มาก            |
| ด้านการดำเนินการตามแผนที่ได้วางไว้                       | 3.50        | .443        | มาก            |
| ด้านการประเมินผลการใช้เวลา                               | 3.49        | .515        | ปานกลาง        |
| ด้านปรับปรุงแผนการใช้เวลาและแก้ไขกิจกรรมที่ทำให้เสียเวลา | 3.36        | .526        | ปานกลาง        |
| <b>ความสามารถในการบริหารเวลาโดยรวม</b>                   | <b>3.48</b> | <b>.395</b> | <b>ปานกลาง</b> |

**ตารางที่ 3** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความสามารถในการบริหารเวลาจำแนกรายด้านของนักศึกษาพยาบาล  
บรมราชชนนี สุพรรณบุรี (N = 413)

| ระดับความสามารถในการบริหารเวลา                                                         | μ    | SD    | ระดับ   |
|----------------------------------------------------------------------------------------|------|-------|---------|
| <b>ด้านการวิเคราะห์ปัญหาเกี่ยวกับการใช้เวลา</b>                                        |      |       |         |
| ข้าพเจ้าใช้เวลาส่วนใหญ่การพูดโทรศัพท์หรือพูดคุยกับเพื่อน                               | 3.65 | .749  | มาก     |
| ข้าพเจ้าประเมินตนเองอยู่เสมอเพื่อให้ทราบปัญหาเกี่ยวกับการใช้เวลา                       | 3.53 | .728  | มาก     |
| ข้าพเจ้ามีนิสัยชอบผลัดวันประกันพรุ่ง                                                   | 2.79 | .961  | ปานกลาง |
| ข้าพเจ้าวิเคราะห์ความสำคัญของการทำกิจกรรม                                              | 3.70 | .710  | มาก     |
| ข้าพเจ้าแบ่งเวลาสำหรับการออกกำลังกาย                                                   | 3.06 | .924  | ปานกลาง |
| ปัญหาในการเรียนของข้าพเจ้าเกิดจากการใช้เวลาไม่เหมาะสม                                  | 3.22 | .890  | ปานกลาง |
| ข้าพเจ้าแบ่งเวลาในการทำกิจกรรมการเรียน กิจกรรมสังคมและกิจกรรมส่วนตัวไว้ชัดเจน          | 3.38 | .716  | ปานกลาง |
| ข้าพเจ้ามีเวลาพักผ่อนน้อยเกินไป                                                        | 3.84 | 1.059 | มาก     |
| ข้าพเจ้าอ่านหนังสือเพื่อเตรียมสอบไม่ทัน                                                | 3.51 | .891  | มาก     |
| ข้าพเจ้ารู้สึกว่างานของข้าพเจ้ามีมากจนมีเวลาไม่พอที่จะทำได้                            | 3.46 | .930  | ปานกลาง |
| ข้าพเจ้าทำงานที่อาจารย์มอบหมายเสร็จไม่ทันกำหนด                                         | 2.36 | 1.208 | น้อย    |
| <b>ด้านการกำหนดเป้าหมายการดำเนินชีวิต</b>                                              |      |       |         |
| ข้าพเจ้ากำหนดเป้าหมายชีวิตด้านการเรียนในระยะสั้นตามปฏิทินกิจกรรมของปีการศึกษา          | 3.67 | .721  | มาก     |
| ข้าพเจ้ากำหนดเป้าหมายชีวิตด้านการเรียนในระยะยาวตามที่หลักสูตรกำหนดไว้                  | 3.74 | .821  | มาก     |
| ข้าพเจ้าปรึกษาเพื่อนเพื่อกำหนดเป้าหมายในการดำเนินชีวิต                                 | 3.39 | .811  | ปานกลาง |
| ข้าพเจ้าปรึกษาอาจารย์เพื่อกำหนดเป้าหมายในการดำเนินชีวิต                                | 2.99 | .964  | ปานกลาง |
| ข้าพเจ้าปรึกษาพ่อแม่ เพื่อกำหนดเป้าหมายในการดำเนินชีวิต                                | 3.86 | .941  | มาก     |
| ข้าพเจ้าไม่เปลี่ยนแปลงเป้าหมายชีวิตที่ได้กำหนดไว้                                      | 3.40 | .918  | ปานกลาง |
| ข้าพเจ้ามีเป้าหมายการเรียนที่ชัดเจนและปฏิบัติได้                                       | 3.76 | .751  | มาก     |
| ข้าพเจ้าเชื่อว่าถ้าบรรลุเป้าหมายการดำเนินชีวิตระยะสั้นได้ก็จะบรรลุเป้าหมายระยะยาวได้   | 3.94 | .757  | มาก     |
| การที่ข้าพเจ้ามีเป้าหมายการดำเนินชีวิตทำให้ทราบว่าควรจะทำอะไร ก่อน - หลัง              | 3.94 | .731  | มาก     |
| การกำหนดเป้าหมายในการดำเนินชีวิตทำให้ข้าพเจ้ารู้สึกเหน็ดเหนื่อย                        | 3.17 | .889  | ปานกลาง |
| ข้าพเจ้าประเมินเป้าหมายชีวิตระยะสั้นและแก้ไขให้ดีขึ้นเพื่อให้บรรลุเป้าหมายชีวิตระยะยาว | 3.61 | .768  | มาก     |
| การที่จะบรรลุเป้าหมายชีวิตได้ข้าพเจ้าต้องทุ่มเทพล้งอย่างมาก                            | 3.83 | .728  | มาก     |
| <b>ด้านการวางแผนการใช้เวลา</b>                                                         |      |       |         |
| ข้าพเจ้าจัดลำดับความสำคัญว่าสิ่งใดควรทำก่อน-หลัง                                       | 3.89 | .621  | มาก     |
| ข้าพเจ้ากำหนดตารางเวลาในการทำกิจกรรมประจำภาคเรียน                                      | 3.35 | .807  | ปานกลาง |
| ข้าพเจ้ากำหนดตารางเวลาในการทำกิจกรรมประจำสัปดาห์                                       | 3.36 | .824  | ปานกลาง |
| ข้าพเจ้าวางแผนก่อนทำงานทุกครั้ง                                                        | 3.67 | .745  | มาก     |
| ข้าพเจ้าบันทึกกิจกรรมประจำวันที่จะทำเพื่อเตือนความจำ                                   | 3.31 | .973  | ปานกลาง |
| ข้าพเจ้าจดบันทึกงานที่ได้รับมอบหมายทุกครั้ง                                            | 3.69 | .836  | มาก     |
| ข้าพเจ้าวางแผนการใช้เวลาโดยแบ่งเวลาสำหรับการเรียนส่วนตัวและกิจกรรมเสริม                | 3.53 | .761  | มาก     |
| ข้าพเจ้าจัดลำดับกิจกรรมสำคัญและรีบด่วนที่จะต้องทำ                                      | 3.80 | .710  | มาก     |
| ข้าพเจ้าจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมส่วนรวมก่อนส่วนตัว                                  | 3.78 | .675  | มาก     |
| ข้าพเจ้าจะไม่เสียเวลากับการกำหนดตารางเวลาในการทำกิจกรรม                                | 3.18 | .878  | ปานกลาง |
| ข้าพเจ้ากำหนดขอบเขตของงานที่จะทำให้พอเหมาะกับเวลา                                      | 3.59 | .670  | มาก     |

**ตารางที่ 3** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความสามารถในการบริหารเวลาจำแนกรายด้านของนักศึกษาพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี (N = 413) (ต่อ)

| ระดับความสามารถในการบริหารเวลา                                                       | μ    | SD   | ระดับ   |
|--------------------------------------------------------------------------------------|------|------|---------|
| <b>ด้านการดำเนินการตามแผนที่ได้วางไว้</b>                                            |      |      |         |
| ข้าพเจ้าดำเนินการตามแผนการใช้เวลาที่ได้วางไว้สำเร็จ                                  | 3.64 | .636 | มาก     |
| ข้าพเจ้าจะเข้าร่วมกิจกรรมถ้ามีคนชักชวน                                               | 3.62 | .662 | มาก     |
| ก่อนเริ่มกิจกรรมประจำวันข้าพเจ้าจะเปิดตารางกำหนดเวลาดูก่อน                           | 3.20 | .853 | ปานกลาง |
| ข้าพเจ้าไม่สามารถปฏิบัติตามตารางเวลาประจำวันได้                                      | 3.00 | .879 | ปานกลาง |
| แม้ไม่มีการกำหนดแผนข้าพเจ้าก็สามารถทำงานได้สำเร็จตามเวลา                             | 3.72 | .717 | มาก     |
| แม้ว่าจะมีงานมากแต่เมื่อดำเนินงานตามแผนที่ได้วางไว้งานข้าพเจ้าก็สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี | 3.79 | .709 | มาก     |
| <b>ด้านการประเมินผลการใช้เวลา</b>                                                    |      |      |         |
| การวางแผนการใช้เวลาทำให้ข้าพเจ้ามีเวลาอ่านหนังสือมากขึ้น                             | 3.68 | .695 | มาก     |
| การวางแผนการใช้เวลาทำให้ข้าพเจ้ามีเวลาพักผ่อนมากขึ้น                                 | 3.62 | .752 | มาก     |
| การวางแผนการใช้เวลาทำให้ข้าพเจ้ามีเวลาร่วมกิจกรรมมากขึ้น                             | 3.59 | .719 | มาก     |
| การวางแผนการใช้เวลาทำให้ข้าพเจ้าตรงต่อเวลานัดหมาย                                    | 3.81 | .671 | มาก     |
| ข้าพเจ้าประเมินผลการใช้เวลาในแผนระยะสั้น                                             | 3.48 | .702 | ปานกลาง |
| ข้าพเจ้าประเมินผลการใช้เวลาในแผนระยะยาว                                              | 3.49 | .726 | ปานกลาง |
| ข้าพเจ้าวางแผนใช้เวลาในแต่ละกิจกรรมที่จะต้องทำน้อยเกินไป                             | 3.26 | .709 | ปานกลาง |
| ข้าพเจ้าไม่สามารถจัดการกับงานที่เข้ามาพร้อมๆ กันหลายๆ งานได้                         | 3.14 | .904 | ปานกลาง |
| ข้าพเจ้าตรวจสอบการใช้เวลาตามตารางกำหนดกิจกรรมกับการทำจริงในแต่ละวัน                  | 3.36 | .775 | ปานกลาง |
| <b>ด้านปรับปรุงแผนการใช้เวลาและแก้ไข กิจกรรมที่ทำให้เสียเวลา</b>                     |      |      |         |
| ข้าพเจ้าทำกิจกรรมอื่นขณะคอยกิจกรรมที่อยู่ในแผน                                       | 3.40 | .729 | ปานกลาง |
| ข้าพเจ้าปรับแก้ไขตารางเวลาทุกสัปดาห์เพื่อให้มีเวลาทำงานมากขึ้น                       | 3.36 | .802 | ปานกลาง |
| ข้าพเจ้าสามารถปฏิเสธกิจกรรมที่ไม่สำคัญได้                                            | 3.20 | .959 | ปานกลาง |
| ข้าพเจ้าปรับแก้ไขตารางเวลาทุกวันเพื่อใช้เวลาให้เกิดประโยชน์มากที่สุด                 | 3.33 | .816 | ปานกลาง |
| ข้าพเจ้าพยายามหลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้เสียเวลา เช่น การคุยโทรศัพท์นานๆ                 |      |      |         |
| การเดินเล่นตามห้างสรรพสินค้า                                                         | 3.35 | .822 | ปานกลาง |
| เมื่อมีเวลว่างข้าพเจ้าจะพยายามทำงานที่ค้างจนเสร็จ                                    | 3.73 | .678 | มาก     |
| ข้าพเจ้าทบทวนสิ่งที่ได้เรียนมาทุกวันเพื่อให้อ่านหนังสือสอบทัน                        | 3.25 | .794 | ปานกลาง |
| ข้าพเจ้าปรับการใช้เวลากับกิจกรรมส่วนตัวให้น้อยลง                                     | 3.30 | .753 | ปานกลาง |
| ข้าพเจ้าปรับการใช้เวลาของตนเองให้มีการออกกำลังกาย                                    | 3.30 | .840 | ปานกลาง |

**ตารางที่ 4** เปรียบเทียบความสามารถในการบริหารเวลารายด้าน จำแนกตามอายุ เพศ ชั้นปีการศึกษาและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ของนักศึกษาพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี โดยใช้สถิติ Chi-Square (N=413)

|                                    | ความสามารถในการบริหารเวลา                |                                            |                         |                                    |                            |                                                             |                                 |
|------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------|------------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------|
|                                    | ด้านการวิเคราะห์ปัญหาเกี่ยวกับการใช้เวลา | ด้านการกำหนดเป้าหมายการดำเนินชีวิตของตนเอง | ด้านการวางแผนการใช้เวลา | ด้านการดำเนินการตามแผนที่ได้วางไว้ | ด้านการประเมินผลการใช้เวลา | ด้านการปรับปรุงแผนการใช้เวลาและแก้ไขกิจกรรมที่ทำให้เสียเวลา | ความสามารถในการบริหารเวลาโดยรวม |
| อายุ Chi-Square                    | 26.207***                                | 10.130                                     | 18.241**                | 19.378**                           | 17.722**                   | 26.727***                                                   | 18.600**                        |
| Mean Rank ของอายุ                  |                                          |                                            |                         |                                    |                            |                                                             |                                 |
| 18.00                              | 99.67                                    | 171.50                                     | 157.08                  | 198.83                             | 199.67                     | 122.42                                                      | 142.92                          |
| 19.00                              | 173.84                                   | 204.10                                     | 176.99                  | 180.44                             | 201.87                     | 180.47                                                      | 181.73                          |
| 20.00                              | 234.24                                   | 193.14                                     | 205.61                  | 192.64                             | 181.18                     | 193.04                                                      | 198.35                          |
| 21.00                              | 224.99                                   | 204.54                                     | 201.93                  | 208.06                             | 209.11                     | 213.52                                                      | 210.76                          |
| 22.00                              | 196.82                                   | 228.09                                     | 245.39                  | 250.95                             | 248.66                     | 254.21                                                      | 245.05                          |
| 23.00                              | 199.67                                   | 269.90                                     | 245.80                  | 237.53                             | 220.00                     | 237.53                                                      | 244.73                          |
| 25.00                              | 270.00                                   | 150.75                                     | 183.75                  | 152.50                             | 124.50                     | 205.75                                                      | 153.25                          |
| เพศ Chi-Square                     | .306                                     | .094                                       | 1.951                   | .321                               | .698                       | .031                                                        | .239                            |
| ชั้นปี Chi-Square                  | 41.750***                                | 8.942**                                    | 9.216**                 | 20.646***                          | 21.407***                  | 31.112***                                                   | 18.738***                       |
| Mean Rank ของชั้นปี                |                                          |                                            |                         |                                    |                            |                                                             |                                 |
| ชั้นปีที่ 1                        | 159.94                                   | 204.97                                     | 186.12                  | 181.84                             | 187.26                     | 170.18                                                      | 176.64                          |
| ชั้นปีที่ 2                        | 252.69                                   | 183.19                                     | 200.10                  | 191.56                             | 186.37                     | 196.63                                                      | 198.60                          |
| ชั้นปีที่ 3                        | 231.59                                   | 218.38                                     | 222.97                  | 219.89                             | 214.83                     | 221.02                                                      | 226.81                          |
| ชั้นปีที่ 4                        | 191.28                                   | 230.39                                     | 230.51                  | 250.09                             | 253.76                     | 258.58                                                      | 242.09                          |
| ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน Chi-Square   | 4.679                                    | 2.352                                      | 2.125                   | 3.953                              | 1.708                      | 4.854                                                       | 1.960                           |
| Mean Rank ของผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน |                                          |                                            |                         |                                    |                            |                                                             |                                 |
| 2.01-2.50                          | 210.04                                   | 189.86                                     | 176.36                  | 165.30                             | 179.54                     | 167.84                                                      | 177.63                          |
| 2.51-3.00                          | 213.03                                   | 201.83                                     | 207.40                  | 210.16                             | 208.04                     | 216.08                                                      | 208.44                          |
| 3.01-3.50                          | 202.54                                   | 218.30                                     | 211.55                  | 208.64                             | 211.02                     | 200.24                                                      | 211.01                          |
| 3.51-4.00                          | 136.32                                   | 203.41                                     | 215.23                  | 226.18                             | 201.27                     | 212.55                                                      | 197.95                          |

การเปรียบเทียบความสามารถในการบริหารเวลา นักศึกษาพยาบาลที่มีอายุต่างกัน มีความสามารถในการบริหารเวลา ด้านการวิเคราะห์ปัญหาเกี่ยวกับการใช้เวลา ด้านการวางแผนการใช้เวลา ด้านการดำเนินการตามแผนที่ได้วางไว้ ด้านการประเมินผลการใช้เวลา ด้านปรับปรุงแผนการใช้

เวลาและแก้ไขกิจกรรมที่ทำให้เสียเวลาที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2) นักศึกษาพยาบาล ที่ศึกษาในชั้นปีที่สูงกว่า มีความสามารถในการบริหารเวลามากกว่านักศึกษาชั้นปีที่ต่ำกว่าทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 4)

## อภิปรายผลการวิจัย

1. ความสามารถในการบริหารเวลาของนักศึกษาพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า นักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี ใช้เวลาส่วนใหญ่ในวิทยาลัย มีระเบียบแบบแผนกิจกรรมที่กำหนดไว้โดยงานกิจการนักศึกษา อาจทำให้นักศึกษาขาดความกระตือรือร้นในการบริหารเวลา สอดคล้องกับการศึกษาความสามารถในการบริหารเวลาของนักศึกษาพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง<sup>9</sup> เนื่องจากเป็นวิทยาลัยในสังกัดของสถาบันพระบรมราชชนกเหมือนกัน ซึ่งอาจมีการจัดการเรียนการสอน และกิจกรรมที่คล้ายคลึงกัน สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริหารเวลาของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา ที่อยู่ในระดับปานกลาง<sup>10</sup> และสอดคล้องกับการศึกษาทักษะการบริหารเวลาในนักศึกษาพยาบาลและการผดุงครรภ์ในประเทศไทยที่อยู่ในระดับปานกลาง<sup>11</sup> เช่นเดียวกัน

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า นักศึกษาพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี มีความสามารถด้านการกำหนดเป้าหมาย การดำเนินชีวิตของตนเองมากที่สุด ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า นักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี ทุกคนได้รับทุนและมีที่ทำงานที่ชัดเจน การกำหนดเป้าหมายในชีวิตจึงมีความชัดเจน เมื่อจำแนกตามชั้นปี พบว่า นักศึกษาชั้นปีที่ 4 มีการกำหนดเป้าหมายในชีวิตชัดเจนที่สุด เนื่องจากเป็นปีสุดท้ายในการเรียน มีความชัดเจนในการทำงาน ต่างจากชั้นปีที่ 2 ที่มีการกำหนดเป้าหมายการดำเนินชีวิตน้อยที่สุด เนื่องจากการจัดการเรียนการสอนในชั้นปีที่ 2 เริ่มมีวิชาที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพจำนวนมาก ทำให้นักศึกษาเกิดความเครียด ท้อแท้ อาจทำให้เกิดความไม่แน่ใจในการกำหนดเป้าหมายในชีวิตและเมื่อพิจารณาความสามารถด้านการกำหนดเป้าหมายการดำเนินชีวิตของตนเองเป็นรายชื่อ จะพบว่า นักศึกษามีความสามารถมากที่สุดในเรื่อง การบรรลุเป้าหมายการดำเนินชีวิตระยะสั้นได้ก็จะบรรลุเป้าหมายระยะยาวได้ และการมีเป้าหมายการดำเนินชีวิตทำให้ทราบว่าควรจะทำอะไร ก่อน-หลัง เนื่องจากการตั้งเป้าหมายในระยะสั้น เช่น การสอบในวิชาต่างๆ ถ้าทำสำเร็จได้คะแนนผ่าน ก็มีแรงจูงใจในการสอบสภากาพยาบาลให้สำเร็จ ซึ่งเมื่อตั้งเป้าหมายแล้ว หากสามารถบรรลุผลตามที่ต้องการได้ ก็จะสร้างความมั่นใจให้แก่ตนเอง มีใจในการดำเนินการต่อไปจะถึงเป้าหมายอื่นหรือเป้าหมายที่ใหญ่ขึ้นได้<sup>12</sup> ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา

ที่พบว่า ความสามารถในการบริหารเวลาของนักศึกษาพยาบาลมหาวิทยาลัยปทุมธานี โดยรวมทั้ง 6 ด้านอยู่ในระดับปานกลาง และรายด้าน พบว่า ด้านการกำหนดเป้าหมายการดำเนินชีวิตของตนเองอยู่ในระดับมากที่สุดเช่นกัน<sup>13</sup>

ด้านที่มีคะแนนรองลงมาคือ ความสามารถด้านการวางแผนการใช้เวลาอยู่ในระดับมาก โดยนักศึกษาชั้นปีที่ 4 มีความสามารถมากที่สุด รองลงมาเป็นชั้นปีที่ 3, 2 และ 1 ตามลำดับ เนื่องจากการวางแผนเป็นกิจกรรมที่สำคัญของการเรียนการสอนในวิชาชีพพยาบาลและนักศึกษาได้ฝึกการวางแผนในการเรียนในภาคปฏิบัติที่เริ่มในชั้นปีที่ 2 และมีการฝึกการวางแผนมากขึ้น และซับซ้อนขึ้นในชั้นปีที่มากขึ้นด้วย ทำให้นักศึกษาสามารถนำมาปรับเพื่อวางแผนการใช้เวลาได้ดียิ่งขึ้นและเมื่อพิจารณาตามรายข้อพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีความสามารถจัดลำดับความสำคัญว่าสิ่งใดควรทำก่อน-หลังมากที่สุด ส่วนความสามารถด้านการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ของนักศึกษาอยู่ในระดับมาก แม้ว่าจะมีงานมากแต่เมื่อดำเนินงานตามแผนที่ได้วางไว้งานก็สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ในระดับมาก และความสามารถด้านการประเมินผลการใช้เวลาของนักศึกษาอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า นักศึกษาพยาบาลได้รับการฝึกการวางแผนในเรื่องการปฏิบัติการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยตั้งแต่เรียนในระดับชั้นปีที่ 2 ทำให้นักศึกษาสามารถนำมาประยุกต์การวางแผนในชีวิตประจำวันและการเรียนได้มากขึ้น สามารถจัดลำดับความสำคัญของงานได้ ทำให้งานสำเร็จลุล่วงตามเวลาที่กำหนด สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี มีคุณภาพชีวิตด้านการเรียนและด้านชีวิตสังคมในระดับดี เนื่องจากการวางแผนการเรียนและจัดสรรเวลาเพื่อการเรียนและกิจกรรมที่ดี<sup>14</sup>

ความสามารถด้านการปรับปรุงแผนการใช้เวลาและแก้ไข กิจกรรมที่ทำให้เสียเวลาของนักศึกษา อยู่ในระดับปานกลาง โดยนักศึกษาชั้นปีที่ 4 มีความสามารถปรับปรุงแผนการใช้เวลามากที่สุด รองลงมาเป็นชั้นปีที่ 3, 2 และ 1 ตามลำดับและพบว่า นักศึกษามีความสามารถน้อยที่สุดในเรื่องสามารถปฏิเสธกิจกรรมที่ไม่สำคัญได้ ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี มีกิจกรรมที่ค่อนข้างมากทั้งในวิทยาลัยและภายนอกวิทยาลัย ที่นักศึกษาคิดว่าไม่เกี่ยวข้องกับการเรียนการสอน แต่นักศึกษาไม่สามารถปฏิเสธได้ ซึ่งอาจทำให้เกิดความเหนื่อยล้า การวางแผนการใช้เวลาไม่เป็นไปตามแผน โดยเฉพาะใน

นักศึกษาชั้นปีที่ 1 สอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่านักเรียนพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก ทั้ง 4 ชั้นปี มีความเห็นตรงกันว่าปัญหาที่มาจากมีงานและกิจกรรมหลากหลายที่ต้องปฏิบัติจนไม่สามารถแบ่งเวลาได้มากที่สุด<sup>15</sup> แต่ไม่สอดคล้องกับนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมาที่มีความต้องการเข้าร่วมกิจกรรมนักศึกษาอยู่ในระดับมาก<sup>16</sup>

ความสามารถด้านการวิเคราะห์ปัญหาเกี่ยวกับการใช้เวลาของนักศึกษา อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งเป็นด้านที่นักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรีมีความสามารถน้อยที่สุด ซึ่งจากผลการเรียนในวิชาต่างๆ และที่ได้รับการประเมินจากอาจารย์ผู้สอนเกี่ยวกับปัญหาด้านการเรียนที่พบบ่อย พบว่านักศึกษายังขาดความสามารถในทักษะการคิดวิเคราะห์ ทำให้เกิดปัญหาในการบริหารเวลาร่วมด้วยและพบว่านักศึกษามีความสามารถด้านการวิเคราะห์ปัญหาเกี่ยวกับการใช้เวลาน้อยที่สุดในเรื่องการทำงานที่อาจารย์มอบหมายเสร็จไม่ทันกำหนด ในระดับน้อยและรองลงมาคือ การแบ่งเวลาในการออกกำลังกายในระดับปานกลาง เนื่องจาก นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2-4 มีงานทั้งด้านการเรียนทฤษฎีและภาคปฏิบัติ รวมทั้งต้องขึ้นเวรбая ดึก ซึ่งเป็นเวลาพักผ่อน และในส่วนของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ซึ่งยังไม่มีภาระกิจภาคปฏิบัติ แต่มีกิจกรรมเสริมหลักสูตรค่อนข้างมาก ร่วมกับยังต้องมีการปรับตัวกับการเรียน ทำให้ส่งผลต่อการทำงานให้เสร็จทันตามเวลา และเมื่อยังมีงานที่ค้าง ไม่เสร็จทำให้เกิดความเครียดและจะทำให้พฤติกรรมการออกกำลังกายลดลงไปด้วย สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่านักศึกษาพยาบาลมหาวิทยาลัยปทุมธานี ทำงานที่อาจารย์มอบหมายเสร็จไม่ทันตามกำหนด มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด<sup>15</sup> สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า พฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา เครือข่ายภาคตะวันออกเฉียงเหนือโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง<sup>17</sup> และพบว่านักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 และชั้นปีที่ 4 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ของสถาบันการศึกษาแห่งหนึ่งในภาคใต้มีสาเหตุความเครียดมากที่สุด คือ ความเครียดที่มาจากการทำงานที่อาจารย์ให้กลับบ้านมาก และกลัวจะส่งงานไม่ทัน<sup>18</sup> และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในจังหวัดอ่างทองมีทักษะการจัดการเวลาและประสิทธิภาพของการจัดการเวลาปานกลาง ส่วนใหญ่มีปัญหาด้านการทำงาน

ไม่เสร็จตามเวลา<sup>19</sup>

2. การเปรียบเทียบความสามารถในการบริหารเวลา จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี พบว่า นักศึกษาที่มีอายุและชั้นปีการศึกษาที่ต่างกัน มีความสามารถในการบริหารเวลาที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

นักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี ที่มีอายุที่ต่างกันและชั้นปีการศึกษาที่สูงกว่ามีความสามารถในการบริหารเวลาโดยรวมสูงกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยสามารถอธิบายได้ว่า การจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตนั้น มีการจัดเป็นลำดับขั้นตอนของวิชาที่ง่ายแล้วตามด้วยวิชาที่มีความซับซ้อนและความยากมากขึ้นตามชั้นปีที่สูงขึ้น ทำให้นักศึกษาได้รับการฝึกเพื่อเตรียมพร้อมที่จะพบกับงานที่ยากและซับซ้อนมากขึ้น ถือเป็นการฝึกการบริหารเวลา ทำให้นักศึกษาชั้นปีที่ 4 มีความสามารถในการบริหารเวลาในทุกด้านมากกว่าชั้นปีที่ 3, 2 และ 1 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าความสามารถในการบริหารเวลาของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา และนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยปทุมธานี<sup>12</sup> จำแนกตามชั้นปีที่ศึกษา มีความแตกต่างกัน

## ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

สถานศึกษาสามารถนำข้อมูลเพื่อเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลบริหารเวลาให้เกิดประโยชน์ หรือจัดการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเทคนิคการบริหารเวลาให้แก่ นักศึกษาโดยเฉพาะนักศึกษาชั้นปีที่ 1 และ 2 เพื่อฝึกการใช้เวลาในการทำกิจกรรมต่างๆ ให้เกิดประโยชน์สูงสุด เนื่องจากนักศึกษามีความสามารถด้านการวิเคราะห์ปัญหาเกี่ยวกับการใช้เวลาน้อยที่สุด

## ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรศึกษาเกี่ยวกับการวิเคราะห์ปัญหาในการใช้เวลาในการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อให้ทราบปัญหาที่แท้จริงและมีการพัฒนารูปแบบการฝึกบริหารเวลาเพื่อเสริมสร้างความสำเร็จในการบริหารเวลาของนักศึกษา

## References

1. Smith SF, Smith CM. Personal Health Choices. U.S.A: Jones & Bartlett Publishers Inc; 1990.
2. Sinsawad P, Pittard B. Quality of life of nursing student at Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi. *Journal of Nursing and Education* 2014;7(1):97-108. (in Thai).
3. Lokam P. Time Management Capabilities of Undergraduate Students at Srinakharinwirot University. Master thesis. M.Ed. (Higher Education). Bangkok: Graduate School, Srinakharinwirot University; 2012. (in Thai).
4. Sonpaveerawong J, Dammee M, Nimsuwa J, Mad-a-dam C, Laiadkan S, Sopon S. Stress, stress management and the need to supports nursing students. *Journal of Nursing and Education* 2016;9(3):36-50. (in Thai).
5. Yamsri T, Toonsiri C, Leelukkanaveera Y. Factors predicting exercise behaviors among nursing students in Boromarajonani College of Nursing, The North Eastern Region Network. *Journal of Nursing and Health Care* 2017;35(2):158-68. (in Thai).
6. Chalermputipong S. Leisure education to promotion to promotion quality of life. *Journal of Faculty of Physical Education* 2011;14(2):10-21. (in Thai).
7. Munsrakate R, Aphateeraphong W, Tantasuwana W. The need of students activities in Boromarajonani College of Nursing Nakhon Ratchasimas nursing student. *Thai Dental Nurse Journal* 2012;23(2):20-31. (in Thai).
8. Khamwong W, Plangpongpan S, Yamboonruang T. The relationships between levels of stress, causes of stress and stress management in nursing students of nursing colleges under the jurisdiction of Praboromarajchanok Institute for Health Workforce Development. *Journal of health science research* 2016;10(1):78-87. (in Thai).
9. Waichompu N, Musigawan A, Kraonual S. Time Management Abilities of Nursing Students in Boromarajonani College of Nursing, Yala. *Eau Heritage Journal Social Science and Humanity* 2019;9(1):296-306. (in Thai).
10. Summawaja S. Time management and time use of nursing students. *Thai Journal of Nursing* 1998;47(4):299-312. (in Thai).
11. Sayyasri N, Wongwanich S. A devlopment of time management skill evaluation checklists and time management techniques for student. *An Online Journal of Education* 2012;7(1):2028-41. (in Thai).
12. Stabundamrong. Time Management. Bangkok: Stabundamrong Ministry of Interior; 2010. (in Thai).
13. Kaya H, Kaya N, Öztürk AP, Küçük L. Assessing time-management skills in terms of age, gender, and anxiety levels: A study on nursing and midwifery students in Turkey. *Nurse Education in Practice* 2012;12:284-8.
14. Lertsakornsiri M. The Stress, stress management of nursing students during practice in the labor room. *Kuakarun Journal of Nursing* 2015;22(1):7-16. (in Thai).

15. Krisanarungson E. The purposed to study the behavior time management of student in Suan Sunandha Rajabath University. Bangkok: Research and Development Suan Sunandha Rajabath University; 2012.
16. Tubtim A, Suriyasasin S. A study of problems of nursing students Royal Thai Army Nursing College (Internet). Bangkok: Ramkhamhaeng University; 2017 (cited 12 Nov. 2018) Available from: [http://www.edu-journal.ru.ac.th/index.php/abstract Data/ viewIndex/ 1735.ru](http://www.edu-journal.ru.ac.th/index.php/abstract>Data/viewIndex/1735.ru).
17. Lokawit K. Time management of nursing students Pathumthani University. Pathumthani University Academic Journal 2011;3(1):27-36. (in Thai).
18. Auratanamanee S, Leartsumrarn S, Wongsrinat J, Saingtong K, Rawang A. Stress of Undergraduate Nursing Students, Collage of Nursing and Health, Suan Sunandha Rajapbhat University. Proceedings of the 4<sup>th</sup> Suan Sunandha Academic National Conference on Research for Sustainable Development; 2016 Aug 26; Bankkok, Thailand; 2016. 573-9.
19. Sunsawad N. Setting Goals of Life and Work. Journal of Information 2015;14(2):21-36. (in Thai).

## บทความวิชาการ

## ความฉลาดทางอารมณ์กับพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น

### Emotional Intelligence and Risk Behaviors in Adolescents

Received: Aug 2, 2019  
Revised: Sep 20, 2019  
Accepted: Sep 24, 2019

พิมพัรัตน์ ธรรมรักษา ส.ด. (Pimrat Thammaraksa, Dr.PH.)<sup>1</sup>  
อาภาพร เพ่าวัฒนา ป.ด. (Arpaporn Powwattana, Ph.D.)<sup>2</sup>

#### บทคัดย่อ

ความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional intelligence) เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการทำพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่น กล่าวคือ วัยรุ่นที่มีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในระดับต่ำจะมีโอกาสทำพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่าวัยรุ่นที่มีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในระดับสูง เนื่องจากวัยรุ่นที่มีความฉลาดทางอารมณ์ดี จะสามารถรับรู้และเข้าใจอารมณ์ของตนเองที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง สามารถควบคุมอารมณ์ มีการคิดพิจารณา และตัดสินใจที่ดีว่าตนเองจะจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นนั้นอย่างไรให้มีความเหมาะสมที่สุด แต่ในทางตรงกันข้าม หากวัยรุ่นมีความฉลาดทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม วัยรุ่นจะไม่สามารถจัดการกับอารมณ์ของตนเองได้ และจะแสดงออกผ่านการทำพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การใช้สารเสพติด การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร เป็นต้น ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อความฉลาดทางอารมณ์ของวัยรุ่น แบ่งได้ 3 ระดับ คือ 1) ปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ เพศ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน 2) ปัจจัยระดับครอบครัว ได้แก่ การเลี้ยงดูของครอบครัว และ 3) ปัจจัยระดับสังคม คือ สังคมและวัฒนธรรม ดังนั้น การพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ในวัยรุ่นเป็นสิ่งสำคัญ โดยต้องการการมีส่วนร่วมทั้งจากวัยรุ่น ครอบครัว และสังคม เพื่อช่วยให้วัยรุ่นเข้าใจอารมณ์ของตนเอง และสามารถควบคุมอารมณ์ได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์จริงที่เกิดขึ้น เป็นการสร้างภูมิคุ้มกันและเป็นเกราะป้องกันจากเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เข้ามากระทบต่อจิตใจของวัยรุ่น และทำให้เกิดการทำพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ในวัยรุ่นตามมา

**คำสำคัญ:** ความฉลาดทางอารมณ์, พฤติกรรมเสี่ยง, วัยรุ่น

<sup>1</sup>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ  
E-mail: pimrat.t@bcn.ac.th

<sup>2</sup>รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล  
E-mail: arpaporn.pow@mahidol.ac.th

<sup>1</sup> Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Thailand <sup>2</sup> Mahidol University, Bangkok, Thailand

### Abstract

Emotional intelligence is one of the factors associated with adolescent's risk behaviors. The adolescents who has low emotional intelligence will have the chance to conduct more risky behaviors than those with high emotional intelligence. The adolescents who have a good emotional intelligence can recognize and understand their emotions that arise in the real situation. They could control their emotions, and make good decisions in dealing with their emotions. In contrast, if adolescents have low emotional intelligence, adolescents are not able to handle their emotions, and will be expressed through risk taking behaviors such as substance use, premature sexual intercourse and so on. Factors affecting the emotional intelligence of adolescents include gender, academic achievement, family parenting, society, and culture. These factors could be divided into three levels consisting of: 1) individual factors including gender, and academic achievement; 2) family factors including family parenting; and 3) social factors including society and culture. Accordingly, the development of emotional intelligence in adolescents needs collaboration among adolescents, families, and societies for helping adolescents to understand and appropriately control their emotions in their real life. Emotional intelligence is also an immune and protective factor for adolescents from daily life crisis that might lead them to perform risk behaviors.

**Keywords:** emotional intelligence, risk behavior, adolescent

### บทนำ

สังคมไทยในปัจจุบันให้ความสำคัญกับปัญหาต่างๆ ของวัยรุ่น ไม่ว่าจะเป็นปัญหาการเจ็บป่วยด้านร่างกาย หรือทางด้านอารมณ์และจิตใจ เนื่องจากปัญหาวัยรุ่นเป็นปัญหาที่มีความซับซ้อน ละเอียดย่อย และยากจะเข้าใจว่าอะไรคือต้นตอสาเหตุของปัญหาที่แท้จริง ดังจะเห็นได้จากละครเรื่อง “วัยแสบสาแหรกขาด โครงการ 2” ที่สะท้อนให้เห็นถึงสภาพปัญหาของวัยรุ่นในบริบทต่างๆ ทั้ง “ลูกพื๊อ” เด็กที่มีลักษณะเด็กกรี้ด (Temper Tantrum) เนื่องจากการเลี้ยงดูแบบตามใจ “อ่อน” มีปัญหาความหลากหลายในเพศของตัวเอง (Gender Creative) เนื่องจากพ่อแม่แยกทางกัน อุ่นเห็นความอ่อนแอ และความล้มเหลวของแม่ ทำให้อุ่นไม่พึงพอใจในความเป็นเพศหญิงของตนเอง “ใบพัด” เป็นเด็กที่มีความผิดปกติทางการเรียนรู้ (Autistic Disorder) “บ๊อค” เป็นเด็กที่ชอบการเล่นเกมส์อย่างบ้าคลั่ง (Gaming disorder) เพราะพ่อแม่ไม่มีเวลา เล่นลูกด้วยคอมพิวเตอร์ และสุดท้ายคือ “วิหนึ่ง” เป็น

เด็กที่มีความสมบูรณ์แบบทุกอย่าง (Perfectionism) แต่ปัญหาที่มีคือต้องการเป็นที่หนึ่งตลอดเวลา แพ้ใครไม่ได้ ทำให้เกิดความกดดันตัวเองมากเกินไป จากละครเรื่องนี้สะท้อนให้เห็นสภาพปัญหาทางด้านอารมณ์และจิตใจของเด็กและวัยรุ่นในยุคปัจจุบัน ซึ่งต้นตอของปัญหาไม่ได้เกิดจากตัวเด็กวัยรุ่นเองเพียงเท่านั้น แต่ครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้ด้วยเช่นกัน เช่น การเลี้ยงดู สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี การสร้างความกดดัน รวมทั้งการไม่มีเวลาให้กับบุตรวัยรุ่น เป็นต้น

“ฟังเสียงจากข้างใน เราจะเข้าใจกันมากขึ้น” เป็นประโยคหนึ่งในละครที่สื่อถึงการทำความเข้าใจปัญหาของวัยรุ่น โดยให้ความสำคัญกับสิ่งที่อยู่ภายในตัวบุคคล เช่น เซาว์นปัญญา (IQ) และ ความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) ซึ่งกล่าวได้ว่า “เด็กที่มีปัญหาทางด้านเซาว์นปัญญา จะมีพฤติกรรมขาดเรียนมากกว่าปกติ...ขาดสมาธิ และขาดความตั้งใจในการเรียนรู้ ส่วนเด็กที่มีปัญหาทางด้านความฉลาดทางอารมณ์....จะมี

พฤติกรรมก้าวร้าว มีปัญหาการเข้าสังคมกับเพื่อน ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง และมองไม่เห็นคุณค่าในตัวเอง”<sup>1</sup> สอดคล้องกับผลการสำรวจสุขภาพจิตคนไทยปี พ.ศ. 2552 พบว่า วัยรุ่นอายุ 15-24 ปี เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุด เนื่องจากเป็นวัยที่ไม่มีความมั่นใจในความสามารถของตนเองด้านการควบคุมอารมณ์เมื่อมีสถานการณ์วิกฤต ดังนั้น จะเห็นได้ว่าวัยรุ่นไทยมีปัญหาทางด้านอารมณ์เป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะการควบคุมอารมณ์ ซึ่งผู้เกี่ยวข้องในการดูแลวัยรุ่น ควรเรียนรู้และทำความเข้าใจเกี่ยวกับความฉลาดทางอารมณ์อย่างถ่องแท้

ความฉลาดทางอารมณ์ หมายถึง ความสามารถของบุคคลทางอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้อารมณ์ และการเข้าใจอารมณ์ของตนเองและผู้อื่น ซึ่งจะช่วยให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขและประสบความสำเร็จ โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการ คือ “*เก่ง*” หมายถึง ความสามารถในการรู้จักตนเอง สามารถตัดสินใจแก้ปัญหาและแสดงออกได้อย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับ “*ดี*” หมายถึง ความสามารถในการควบคุมอารมณ์และความต้องการของตนเอง รู้จักเห็นอกเห็นใจบุคคลอื่น รวมทั้งมีความรับผิดชอบต่อส่วนรวม และ “*สุข*” หมายถึง ความสามารถในการดำเนินชีวิตอย่างเป็นสุข มีความภูมิใจในตนเอง มีความสงบทางใจ และมีความพึงพอใจในชีวิต<sup>1</sup> ซึ่งวัยรุ่นที่มีความฉลาดทางอารมณ์ดี จะสามารถรับรู้และเข้าใจอารมณ์ของตนเองที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง สามารถควบคุมอารมณ์ มีการคิดพิจารณา และตัดสินใจที่ดีว่าตนเองจะจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นนั้นอย่างไรให้มีความเหมาะสมที่สุด<sup>3</sup> แต่ในทางตรงกันข้าม หากวัยรุ่นมีความฉลาดทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม วัยรุ่นจะไม่สามารถจัดการกับอารมณ์ของตนเองได้ และจะแสดงออกผ่านการทำพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การใช้สารเสพติด การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร การพนัน และการฝ่าฝืนกฎข้อบังคับต่าง ๆ เป็นต้น<sup>4</sup> สอดคล้องกับข้อมูลการสำรวจของกรมสุขภาพจิต ที่พบความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางอารมณ์กับการทำพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่น โดยพบว่า วัยรุ่นอายุระหว่าง 12-17 ปี มีความฉลาดทางอารมณ์ต่ำกว่าวัยรุ่นช่วงอายุอื่น และมีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ<sup>5</sup> จากข้อมูลเหล่านี้แสดงให้เห็นว่า วัยรุ่นที่มีความฉลาดทางอารมณ์ไม่เหมาะสม สามารถส่งผลให้วัยรุ่นทำพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ตามมาได้

สถานการณ์ของสังคมไทยในปัจจุบันมีปัญหาในเรื่องพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ของวัยรุ่นเพิ่มสูงขึ้น เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เป็นต้น จากการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นในประเทศไทย โดยการสำรวจสถานการณ์การสูบบุหรี่ของวัยรุ่นไทย พบว่า ในปี พ.ศ. 2558 วัยรุ่นที่มีอายุ 13-15 ปี มีอัตราการสูบบุหรี่ร้อยละ 15.00 โดยเป็นเพศชาย ร้อยละ 21.80 และเพศหญิง ร้อยละ 8.10<sup>6</sup> นอกจากนี้มีรายงานผลการสำรวจพฤติกรรม ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ในปี พ.ศ. 2557 มีประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 32.30<sup>7</sup> นอกจากนี้พบว่า วัยรุ่นมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศเพิ่มขึ้นด้วย จากข้อมูลการสำรวจจำนวนการเกิดมีชีพ จำแนกตามกลุ่มอายุมารดาในประเทศไทยของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ พบว่า ในปี พ.ศ. 2558 มีอัตราการคลอดบุตรของมารดาวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 15-19 ปี ต่อหญิงวัยเดียวกัน 1,000 คน ที่อัตรา 47.9<sup>8</sup> สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นไทยในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา พบว่า วัยรุ่นไทยมีประสบการณ์ในการทำพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ประกอบด้วย พฤติกรรมสูบบุหรี่<sup>9-10</sup> พฤติกรรมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์<sup>10-11</sup> และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ<sup>12</sup> แต่ในขณะเดียวกัน วัยรุ่นส่วนหนึ่งสามารถปรับตัวและเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เข้ามากระทบกับการดำเนินชีวิตได้ โดยไม่ทำพฤติกรรมเสี่ยง เนื่องจากวัยรุ่นกลุ่มนี้มีปัจจัยปกป้องที่ดี โดยเฉพาะความฉลาดทางอารมณ์ ซึ่งเห็นได้จากการศึกษาของ Srisupa พบว่า ความฉลาดทางอารมณ์ที่สูงขึ้นส่งผลให้พฤติกรรมก้าวร้าวและการใช้ความรุนแรงในเด็กนักเรียนลดลง<sup>13</sup> และการศึกษาของ Brackett และ Mayer ที่พบว่า วัยรุ่นที่มีความฉลาดทางอารมณ์ที่ดี สามารถจัดการกับอารมณ์ของตนเองได้อย่างเหมาะสม จะมีแนวโน้มในการทำพฤติกรรมเสี่ยงลดลง<sup>4</sup>

จากรายละเอียดดังกล่าวจะเห็นว่า วัยรุ่นไทยในปัจจุบันมีปัญหาทางด้านอารมณ์และจิตใจเป็นจำนวนมาก ซึ่งสาเหตุเกิดได้ทั้งจากตัววัยรุ่น ครอบครัว และบุคคลรอบข้าง โดยวัยรุ่นที่ไม่สามารถจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม วัยรุ่นจะมีโอกาสทำพฤติกรรมเสี่ยงได้ หรืออาจกล่าวได้ว่า ความฉลาดทางอารมณ์มีความสัมพันธ์กับการทำ

พฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ในวัยรุ่น ดังนั้น ในบทความฉบับนี้ผู้เขียนมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอสาระสำคัญเกี่ยวกับความหมายของความฉลาดทางอารมณ์ ความฉลาดทางอารมณ์กับการทำพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความฉลาดทางอารมณ์ของวัยรุ่น และการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ในวัยรุ่น ซึ่งผู้อ่านจะได้รับความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับความฉลาดทางอารมณ์ในวัยรุ่น รวมทั้งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมเพื่อการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ให้กับวัยรุ่นได้อย่างเหมาะสม

### ความหมายของความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional Quotient; EQ)

Goleman กล่าวถึงความหมายของความฉลาดทางอารมณ์ คือ ความสามารถของบุคคลที่จะจงใจตนเองเมื่อเผชิญหน้ากับสถานการณ์ต่างๆ เช่น ความผิดหวัง หรือสามารถควบคุมอารมณ์ของตนและจัดการปัญหาจากความสามารถทางความคิด มีความหวัง และมีความเห็นใจ ซึ่งประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ 1) ความตระหนักรู้อารมณ์ตนเอง 2) การจัดการกับอารมณ์ 3) การสร้างแรงจูงใจให้กับตนเอง 4) ความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น และ 5) ความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน<sup>14</sup> สอดคล้องกับ Punnitamai ที่ให้ความหมายในบริบทของประเทศไทยไว้ว่า เป็นความสามารถของบุคคลทางอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้อารมณ์ และการเข้าใจอารมณ์ของตนเองและผู้อื่น ซึ่งจะช่วยให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขและประสบความสำเร็จ โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการ คือ “เก่ง” หมายถึง ความสามารถในการรู้จักตนเอง สามารถตัดสินใจ แก้ปัญหาและแสดงออกได้อย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับ “ดี” หมายถึง ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ และความต้องการของตนเอง รู้จักเห็นอกเห็นใจบุคคลอื่น รวมทั้งมีความรับผิดชอบต่อส่วนรวม และ “สุข” หมายถึง ความสามารถในการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข มีความภูมิใจในตนเอง มีความสงบทางใจ และมีความพึงพอใจในชีวิต<sup>1</sup>

ดังนั้น ความฉลาดทางอารมณ์ จึงหมายถึง ความสามารถของบุคคลในการรับรู้ เข้าใจ และจัดการกับอารมณ์ เมื่อเผชิญกับสถานการณ์วิกฤตต่าง ๆ โดยมีการพิจารณาและตัดสินใจแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม

### ความฉลาดทางอารมณ์กับการทำพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น

วัยรุ่น นับเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในทุก ๆ ด้าน โดยเฉพาะทางด้านสรีระและฮอร์โมนเพศ<sup>15</sup> ด้วยเหตุนี้ จึงทำให้วัยรุ่นมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่รุนแรง ที่เรามักจะเรียกกันจนติดปากว่าวัยรุ่นเป็น “วัยพายุบูแคม” นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของวัยรุ่นอาจเกิดจากความเครียดและความกดดันต่าง ๆ ของครอบครัวและสังคม ซึ่งวัยรุ่นที่มีความฉลาดทางอารมณ์ดี จะสามารถรับรู้และเข้าใจอารมณ์ของตนเองที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง สามารถควบคุมอารมณ์ มีการคิดพิจารณา และตัดสินใจที่ดีว่าตนเองจะจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นนั้นอย่างไรให้มีความเหมาะสมที่สุด<sup>3</sup> แต่ในทางตรงกันข้าม หากวัยรุ่นไม่มีความฉลาดทางอารมณ์ วัยรุ่นจะไม่สามารถจัดการกับอารมณ์ของตนเองได้ และจะแสดงออกผ่านการทำพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การใช้สารเสพติด การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร การพนัน และการฝ่าฝืนกฎข้อบังคับต่าง ๆ เป็นต้น<sup>4</sup> ซึ่งสิ่งที่น่าเป็นห่วงสำหรับวัยรุ่นไทยคือ จากการสำรวจความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กไทย ในปี พ.ศ. 2554 พบว่า เด็กไทยมีคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ระดับประเทศอยู่ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติโดยมีค่าคะแนน 45.12 (ค่าปกติ 50-100) โดยเฉพาะด้านการปรับตัวและการควบคุมอารมณ์ และผลการสำรวจในปี พ.ศ. 2557 พบว่า เด็กนักเรียนร้อยละ 20.16 มีคะแนนความฉลาดทางอารมณ์ต่ำกว่าปกติ<sup>16</sup> ซึ่งสถานการณ์นี้ส่งผลให้วัยรุ่นมีการทำพฤติกรรมเสี่ยงมากขึ้น ดังผลการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพของ Thammaraksa ที่พบว่า วัยรุ่นที่มีความฉลาดทางอารมณ์ไม่เหมาะสมเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้วัยรุ่นชายทำพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ดังคำกล่าวของนักเรียนชายที่ว่า “ผมสูบบุหรี่ เพราะความเครียดและความกดดันต่าง ๆ การสูบบุหรี่ช่วยให้ผมลืมทุกสิ่งที่ทำให้ผมเครียด” และ “ผมสูบบุหรี่เพราะประชดพ่อแม่” ซึ่งเป็นประโยคที่ได้ยินบ่อยครั้งเมื่อถามวัยรุ่นว่าสูบบุหรี่เพราะอะไร โดยจะเห็นได้ว่า วัยรุ่นที่ไม่สามารถจัดการกับอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ความเครียดต่าง ๆ จะมีการตัดสินใจแก้ปัญหาโดยการทำพฤติกรรมเสี่ยง เพื่อเป็นการปลดปล่อยอารมณ์ ความเครียดและความกดดันที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ<sup>17</sup>

ในปัจจุบันจะเห็นได้บ่อยครั้งว่า วัยรุ่นที่ไม่สามารถจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ในชีวิตได้นั้น วัยรุ่นมักจะแสดงออกด้วยการทำพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ เพื่อเป็นการระบายอารมณ์ ความเครียดและความกดดันต่าง ๆ ที่อยู่ในภายในจิตใจ โดยพฤติกรรมเสี่ยงที่พบบ่อยสามอันดับแรกในวัยรุ่นไทย คือ พฤติกรรมสูบบุหรี่<sup>9-10</sup> พฤติกรรมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์<sup>10-11</sup> และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ<sup>8</sup>

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความฉลาดทางอารมณ์มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่น โดยวัยรุ่นที่มีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในระดับต่ำ จะมีแนวโน้มทำพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ มากกว่าวัยรุ่นที่มีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในระดับสูง<sup>18</sup> สอดคล้องกับการศึกษาของ Srisupa ที่พบว่า ความฉลาดทางอารมณ์ที่สูงขึ้น ส่งผลให้พฤติกรรมก้าวร้าวและการใช้ความรุนแรงในเด็กนักเรียนลดลง<sup>13</sup> และนอกจากนี้ผลการศึกษาวิจัยของ Patanavanichanun และ Sirivattana ยังพบว่า ความฉลาดทางอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทางเพศของนักเรียน ทั้งในเรื่องความพึงพอใจในชีวิต สัมพันธภาพกับผู้อื่น ความภาคภูมิใจในตนเอง การตัดสินใจแก้ปัญหา และการมีแรงจูงใจ<sup>19</sup>

สรุปได้ว่า ความฉลาดทางอารมณ์มีผลต่อการทำพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่น โดยวัยรุ่นที่มีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในระดับต่ำ จะมีโอกาสทำพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่าวัยรุ่นที่มีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในระดับสูง ดังนั้น ความฉลาดทางอารมณ์นับเป็นสิ่งที่มีความสำคัญในการสร้างภูมิคุ้มกันและเป็นเกราะป้องกันจากเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เข้ามากระทบต่อจิตใจของวัยรุ่น และทำให้เกิดการทำพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ในวัยรุ่นตามมา แต่อย่างไรก็ตาม ความฉลาดทางอารมณ์ก็ยังสามารถพัฒนาได้

## ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความฉลาดทางอารมณ์ของวัยรุ่น

ความฉลาดทางอารมณ์ของวัยรุ่นแต่ละคนมีความแตกต่างกันนั้น เป็นผลสะท้อนจากปัจจัยต่าง ๆ ที่เข้ามาเกี่ยวข้อง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบปัจจัยต่าง ๆ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และสังคม ที่ส่งผลต่อความฉลาดทางอารมณ์ของวัยรุ่น ดังนี้

**1. ปัจจัยระดับบุคคล** เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัววัยรุ่นเอง เช่น เพศ และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ดังนี้

**1.1 เพศ** พบว่า เพศหญิงและเพศชายมีความฉลาดทางอารมณ์แตกต่างกัน โดยเพศหญิงมีความฉลาดทางอารมณ์สูงกว่าเพศชาย<sup>20-21</sup>

**1.2 ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน** พบว่า ความฉลาดทางอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน<sup>20-21</sup>

**2. ปัจจัยระดับครอบครัว** เป็นปัจจัยที่เกิดจากการเลี้ยงดูของครอบครัว ที่สามารถมีผลต่ออารมณ์ของวัยรุ่นได้ ดังนี้

**2.1 การเลี้ยงดูของครอบครัว** พบว่า การเลี้ยงดูแบบตามใจ มีการปกป้องลูกมากเกินไป รวมทั้งพ่อแม่ไม่มีเวลาให้ลูก ขาดความเอาใจใส่เนื่องจากทุ่มเทเวลาให้กับงาน จะส่งผลให้เด็กมีความฉลาดทางอารมณ์ต่ำ<sup>22-23</sup>

**3. ปัจจัยระดับสังคม** เป็นปัจจัยที่เกิดจากสภาพสังคมและวัฒนธรรมที่ช่วยหล่อหลอมความคิด ความเชื่อ และพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งสามารถส่งผลต่อการแสดงอารมณ์ของวัยรุ่นได้ ดังนี้

**3.1 สังคมและวัฒนธรรม** พบว่า บุคคลที่มีความแตกต่างกันทางสังคมและวัฒนธรรมจะมีความฉลาดทางอารมณ์แตกต่างกัน เนื่องจากในแต่ละสังคมมีกฎระเบียบ บรรทัดฐาน และวัฒนธรรมความเป็นอยู่ที่แตกต่างกัน จึงส่งผลให้บุคคลมีการแสดงออกทางอารมณ์แตกต่างกัน<sup>24-25</sup>

ความฉลาดทางอารมณ์ของวัยรุ่นแต่ละคนแตกต่างกัน เป็นผลมาจากการได้รับปัจจัยต่าง ๆ ที่ไม่เหมือนกัน โดยสามารถสรุปปัจจัยที่มีผลต่อความฉลาดทางอารมณ์ของวัยรุ่นได้ 3 ระดับ คือ ระดับบุคคล ระดับครอบครัว และระดับสังคม ซึ่งหากวัยรุ่นได้รับปัจจัยเหล่านี้้อย่างเหมาะสม วัยรุ่นจะมีความฉลาดทางอารมณ์ที่ดีเช่นกัน แต่ในทางตรงกันข้าม หากวัยรุ่นได้รับปัจจัยที่ส่งผลให้มีความฉลาดทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม วัยรุ่นบุคคลนั้น ๆ จะมีโอกาสในการจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นโดยการทำพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ได้ แม้ว่าปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้นมีผลต่อความฉลาดทางอารมณ์ของวัยรุ่นเป็นอย่างมาก แต่อย่างไรก็ตาม ความฉลาดทางอารมณ์ก็ยังสามารถพัฒนาได้ ไม่ว่าวัยรุ่นคนนั้นจะเผชิญกับปัจจัยตัวใดที่เข้ามากระทบต่อการดำเนินชีวิตบ้าง

## การพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ของวัยรุ่น

ความฉลาดทางอารมณ์ในวัยรุ่นเป็นสิ่งที่สามารถเรียนรู้และพัฒนาได้ ไม่ว่าวัยรุ่นคนนั้นจะมีพื้นฐานหรือสภาพภูมิหลังเป็นอย่างไร เนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมายังไม่มีข้อสรุปที่แน่ชัดว่าความฉลาดทางอารมณ์เป็นสิ่งที่ถูกกำหนดมาจากพันธุกรรม ดังคำกล่าวของ Goleman ที่ว่า “ความฉลาดทางอารมณ์เป็นสิ่งที่สามารถพัฒนาได้”<sup>14</sup> และจะเห็นได้ว่า ในปัจจุบันมีผู้เชี่ยวชาญเสนอแนวคิดและแนวทางการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ไว้มากมาย แบ่งออกเป็น 4 แนวคิด ได้แก่ 1) แนวคิดด้านจิตวิทยา มุ่งเน้นศึกษาพฤติกรรม การแสดงออกทางอารมณ์ของบุคคล 2) แนวคิดด้านศาสนา มุ่งขัดเกลาจิตใจที่ดีของบุคคล ทำให้บุคคลสามารถเข้าใจอารมณ์ของตนเอง และสามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ โดยยึดหลักคำสอนของศาสนา 3) แนวคิดด้านสังคม มุ่งเน้นการอยู่ร่วมกันในสังคม โดยอาศัยกฎระเบียบของสังคมไม่ให้ปฏิบัติตนตามความพึงพอใจของตนเอง และมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น และ 4) แนวคิดแบบผสมผสาน เป็นการผสมผสานแนวคิดหลาย ๆ แนวคิดเข้าด้วยกัน ทั้งด้านจิตวิทยา ศาสนา และสังคม เพื่อให้บุคคลสามารถเข้าใจอารมณ์ และสามารถควบคุมอารมณ์ของตนเอง จนเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในสังคมได้<sup>26</sup> ซึ่งในบทความฉบับนี้ ผู้เขียนจะขอกล่าวเน้นถึงการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ของวัยรุ่นตามแนวคิดต่าง ๆ โดยยึดองค์ประกอบตามแนวคิดจิตวิทยาของ Goleman เป็นหลัก เพื่อช่วยให้วัยรุ่นเข้าใจอารมณ์ของตนเอง และสามารถควบคุมอารมณ์ได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์จริงที่เกิดขึ้น

Goleman กล่าวถึงวิธีการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ไว้ 5 วิธี คือ ความตระหนักรู้อารมณ์ตนเอง การจัดการกับอารมณ์ การสร้างแรงจูงใจให้กับตนเอง ความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น และความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน<sup>14</sup> ดังรายละเอียดต่อไปนี้

**1. ความตระหนักรู้อารมณ์ตนเอง (Know One's Emotions)** หมายถึง การมีสติรู้ตัวถึงสิ่งที่ตนเองกำลังรู้สึก มีความเข้าใจอารมณ์ของตนเองตามสถานการณ์ความเป็นจริง

แนวทางการพัฒนา ดังนี้

### 1.1 แนวคิดจิตวิทยา

- **การสะท้อนคิดด้วยตนเอง:** การสะท้อนคิด

เป็นรูปแบบการคิดที่ช่วยให้บุคคลเกิดการเรียนรู้โดยผ่านกระบวนการคิดไตร่ตรองทวนสอบ (Reflective Thinking) ซึ่งจัดเป็นวิธีการที่ทำให้บุคคลได้ทบทวนและสะท้อนการกระทำของตนเองอย่างรอบคอบ (Reflective Practice) โดยจัดกิจกรรมมอบหมายให้วัยรุ่นเขียนสะท้อนคิดเพื่อทบทวนอารมณ์ความรู้สึกของตนเองที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน<sup>27-28</sup>

- **ฝึกการรู้ตัวและมีสติกับการรู้ตัว:** โดยการฝึกวัยรุ่นให้รู้ตัวอยู่ตลอดเวลา รู้ว่าขณะนี้ตนเองกำลังรู้สึกอย่างไรกับตนเองหรือสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นรอบตัว<sup>26</sup>

### 1.2 แนวคิดศาสนา

- **โปรแกรมการฝึกสมาธิโดยยึดหลักความสงบ:**

เป็นกิจกรรมรายบุคคล เพื่อให้บุคคลมีความตระหนักรู้และสงบทางใจโดยไม่จำกัดความเชื่อและศาสนา โดยการให้วัยรุ่นนั่งในท่าที่สบาย หลับตา อยู่ในสถานที่ที่มีความสงบเงียบ<sup>29</sup>

### 1.3 แนวคิดสังคม

- **กิจกรรมโจฮารี วินโดว์ (Johari Window):**

เป็นกิจกรรมที่ช่วยพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ด้านการรู้จักตนเองจากผู้อื่น โดยให้เพื่อนบอกพฤติกรรมของตนเองที่ตนเองไม่ทราบ และตนเองบอกเพื่อนให้ทราบถึงพฤติกรรมที่เพื่อนไม่รู้<sup>30</sup>

### 1.4 แนวคิดแบบผสมผสาน

- **โปรแกรมแนะแนว:** เป็นกิจกรรมที่พัฒนาขึ้นจากการผสมผสานแนวคิดต่าง ๆ เข้าด้วยกัน คือ แนวคิดจิตวิทยา แนวคิดศาสนา และแนวคิดสังคม เพื่อเป็นสื่อในการเรียนรู้ มุ่งเน้นให้ผู้เรียนรู้จักและเข้าใจตนเอง มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ สามารถปรับตัวและแก้ปัญหา กับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม<sup>31</sup>

ดังนั้น สิ่งสำคัญในการพัฒนาความตระหนักรู้อารมณ์ตนเอง ควรจัดกิจกรรมให้วัยรุ่นได้มีโอกาสทบทวนอารมณ์ของตนเอง เนื่องจากสิ่งนี้จะเป็นพื้นฐานที่สำคัญที่นำไปสู่ความสามารถในการควบคุมอารมณ์และการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมต่อไป

**2. การจัดการกับอารมณ์ (Managing Emotions)** หมายถึง การเข้าใจและสามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองที่เกิดขึ้น มีความอดทนอดกลั้น ไม่หุนหันพลันแล่น มีการคำนึงถึงผลที่เกิดขึ้นต่อตนเอง และสามารถจัดการกับอารมณ์เหล่านั้นได้เป็นอย่างดีโดยมีการแสดงออกถึงอารมณ์

ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสมกับบุคคล เวลา สถานที่ และสถานการณ์ แนวทางการพัฒนา ดังนี้

### 2.1 แนวคิดจิตวิทยา

- **โปรแกรมให้อารมณ์ทางบวก:** เป็นการฝึกวัยรุ่นให้มีอารมณ์ทางบวกเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ความเครียด โดยมีการให้ความรู้เรื่องความฉลาดทางอารมณ์และการจัดการกับความเครียดด้วยเทคนิคการระดมสมองและการฝึกปฏิบัติให้อารมณ์บวก เช่น ฝึกปฏิบัติการคลายเครียด การฟังเพลง บรรเลง ฝึกการมองโลกในแง่ดี แลกเปลี่ยนประสบการณ์ แสดงบทบาทสมมติ เป็นต้น<sup>32</sup>

### 2.2 แนวคิดศาสนา

- **โปรแกรมการฝึกขั้นต้น:** เป็นกิจกรรมที่ใช้หลักธรรมทางพระพุทธศาสนาช่วยพัฒนาจิตใจด้านการจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้น โดยเริ่มจากการบวระ สวดมนต์ นั่งและยืนสงบนิ่งไม่มีการเคลื่อนไหวของร่างกาย และสังเกตการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และความรู้สึกของตนเอง<sup>33</sup>

- **โปรแกรมการฝึกคิดแบบโยนิโสมนสิการ:** เป็นกิจกรรมที่ใช้หลักคำสอนทางพระพุทธศาสนาช่วยพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ โดยเน้นให้วัยรุ่นใช้สติในการพิจารณาเหตุผลของปัญหาและอารมณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น อาจฝึกคิดแบบโยนิโสมนสิการด้วยคำถามจากใบงาน บทบาทสมมติ กรณีศึกษา หรือเกมส์ เป็นต้น<sup>33</sup>

### 2.3 แนวคิดแบบผสมผสาน

- **โปรแกรมกิจกรรมแนะแนว:** เป็นกิจกรรมที่พัฒนาขึ้นจากการผสมผสานแนวคิดต่าง ๆ เข้าด้วยกัน คือ แนวคิดจิตวิทยา แนวคิดศาสนา และแนวคิดสังคม เพื่อเป็นสื่อในการเรียนรู้ มุ่งเน้นให้ผู้เรียนรู้จักและเข้าใจตนเอง มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ สามารถปรับตัวและแก้ปัญหากับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม<sup>31</sup>

ดังนั้น สิ่งสำคัญในการพัฒนาการจัดการกับอารมณ์ของวัยรุ่น คือ การฝึกให้วัยรุ่นมองโลกในแง่ดี และมีการปรับอารมณ์เชิงบวก รวมทั้งมีความอดทนต่อสิ่งต่าง ๆ ที่เข้ามากระทบต่อการดำเนินชีวิต โดยนำหลักการคิดแบบพุทธธรรมมาประยุกต์ใช้ เนื่องจากกระบวนการคิดมีความสัมพันธ์กับการแสดงออกของบุคคล ส่งผลต่อการแสดงออกถึงผู้ที่มีความฉลาดทางอารมณ์ เพราะวัยรุ่นไม่ใช่วัยที่ใช้แต่อารมณ์ แต่เป็นวัยที่สามารถคิดอย่างผู้ใหญ่ คิดอย่างมีเหตุผลและมี

วิจารณญาณได้<sup>33</sup>

3. การสร้างแรงจูงใจให้กับตนเอง (Motivation Oneself) หมายถึง ความสามารถในการมองโลกในแง่ดี ทั้ง ๆ ที่ในสถานการณ์จริงมีอุปสรรคหรือข้อผิดพลาดเกิดขึ้น โดยมองปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นการเรียนรู้ เพื่อเป็นการสร้างพลังและแรงจูงใจให้กับตนเอง

### แนวทางการพัฒนา

#### 3.1 แนวคิดจิตวิทยา

- **โปรแกรมการส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง:** เป็นกิจกรรมที่เน้นให้วัยรุ่นเห็นคุณค่าในตนเองโดยใช้เทคนิคการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และให้วัยรุ่นจับคู่ทำกิจกรรมที่ช่วยพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ เกิดความเข้าใจอารมณ์ของตนเอง และพัฒนาปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น<sup>34</sup>

นอกจากนี้ Poomsanuaguan ได้กล่าวถึงวิธีการสร้างแรงจูงใจให้กับตนเอง โดยการฝึกวัยรุ่นให้มองหาสิ่งที่ดีจากปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้น เพื่อจะได้เกิดความรู้สึกที่ดี พร้อมทั้งฝึกความยืดหยุ่นในอารมณ์ เพื่อไม่ให้เกิดความผิดหวัง ความเศร้า และความเครียด และที่สำคัญคือฝึกการมีทัศนคติเชิงบวก มองสถานการณ์ปัญหาเป็นการเรียนรู้/การเพิ่มพลังและแรงจูงใจให้ตนเอง<sup>26</sup>

ดังนั้น จะเห็นได้ว่าการสร้างแรงจูงใจให้กับตนเองเป็นสิ่งที่ทำได้ไม่ยาก เพียงแต่ต้องจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมให้วัยรุ่นรู้จักคิดและมีความรู้สึกเชิงบวกต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ที่กำลังเผชิญอยู่ พร้อมทั้งมองเห็นคุณค่าในตนเอง เพื่อเป็นการสร้างพลังและแรงจูงใจให้กับตนเอง

4. ความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น (Recognize Emotions in Others) หมายถึง การเข้าใจอารมณ์และความรู้สึกของบุคคลอื่น หรือกล่าวอีกนัย คือ การเอาใจเขามาใส่ใจเรา โดยการปรับอารมณ์ของตนเองและตอบสนองอารมณ์ของบุคคลอื่นได้อย่างลงตัวและเหมาะสม

### แนวทางการพัฒนา

#### 4.1 แนวคิดศาสนา

- **โปรแกรมการแผ่เมตตา:** เป็นกิจกรรมที่ใช้หลักธรรมทางพระพุทธศาสนาช่วยพัฒนาจิตใจด้านความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น รู้จักเอาใจเขามาใส่ใจเรา โดยฝึกปฏิบัติ 3 ขั้นตอน ได้แก่ กราบพระ สวดมนต์ แผ่เมตตาเป็นภาษาบาลีและภาษาไทย<sup>33</sup>

ดังนั้น แนวทางในการจัดกิจกรรมพัฒนาความเห็นอกเห็นใจผู้อื่นให้กับวัยรุ่นนั้น ยังคงเน้นที่การนำหลักพุทธธรรมมาประยุกต์ใช้ เช่น การสวดมนต์ และการแผ่เมตตา เป็นต้น เพื่อให้วัยรุ่นเกิดการหยั่งรู้อารมณ์ของผู้อื่น และสามารถปรับอารมณ์ของตนเองให้มีความสุข

**5. ความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน (Handing Relationship)** หมายถึง การมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันระหว่างบุคคล โดยมีการแสดงอารมณ์ที่ดีต่อบุคคลอื่น รวมทั้งแสดงความเป็นน้ำใจ และความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ต่อกัน

## แนวทางการพัฒนา

### 5.1 แนวคิดจิตวิทยา

Poomsanuanquan ได้กล่าวถึงวิธีการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่น โดยเริ่มจากการสร้างอารมณ์ที่ดีกับผู้อื่น แสดงความมีน้ำใจและเอื้อเฟื้อต่อกัน ฝึกการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพทั้งการเป็นผู้พูดและผู้ฟังที่ดี<sup>26</sup>

### 5.2 แนวคิดด้านสังคม

- **โปรแกรมฝึกภาวะผู้นำ:** เป็นการฝึกความรับผิดชอบต่อการกระทำของตนเองและทักษะทางสังคม โดยมีการให้ความรู้เกี่ยวกับทักษะผู้นำ ใช้ประสบการณ์จากการฝึกปฏิบัติ การจำลองบทบาทสมมติ และการให้ข้อมูลย้อนกลับจากบุคคลอื่น<sup>35</sup>

จากรายละเอียดดังกล่าว สามารถสรุปได้ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** กิจกรรมพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ของวัยรุ่น

| กิจกรรมพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์             | องค์ประกอบหลักตามแนวคิดของ Goleman |                 |                 |                  |                           |                    |                             |                         |
|-------------------------------------------|------------------------------------|-----------------|-----------------|------------------|---------------------------|--------------------|-----------------------------|-------------------------|
|                                           | แนวคิดด้านจิตวิทยา                 | แนวคิดด้านศาสนา | แนวคิดด้านสังคม | แนวคิดแบบผสมผสาน | ความตระหนักรู้อารมณ์ตนเอง | การจัดการกับอารมณ์ | การสร้างแรงจูงใจให้กับตนเอง | ความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น |
| 1. การสะท้อนคิดด้วยตนเอง                  | ✓                                  |                 |                 |                  | ✓                         |                    |                             |                         |
| 2. ฝึกการรู้ตัวและมีสติกับการรู้ตัว       | ✓                                  |                 |                 |                  | ✓                         |                    |                             |                         |
| 3. โปรแกรมการฝึกสมาธิโดยยึดหลักความสงบ    |                                    | ✓               |                 |                  | ✓                         |                    |                             |                         |
| 4. กิจกรรมใจฮารี วินโดว์                  |                                    |                 | ✓               |                  | ✓                         |                    |                             |                         |
| 5. โปรแกรมแนะแนว                          |                                    |                 |                 | ✓                | ✓                         | ✓                  |                             |                         |
| 6. โปรแกรมให้อารมณ์ทางบวก                 | ✓                                  |                 |                 |                  |                           | ✓                  |                             |                         |
| 7. โปรแกรมการฝึกขันติ                     |                                    | ✓               |                 |                  |                           | ✓                  |                             |                         |
| 8. โปรแกรมการฝึกคิดแบบโยนิโสมนสิการ       |                                    | ✓               |                 |                  |                           | ✓                  |                             |                         |
| 9. โปรแกรมการส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง | ✓                                  |                 |                 |                  |                           |                    | ✓                           |                         |
| 10. โปรแกรมการแผ่เมตตา                    |                                    | ✓               |                 |                  |                           |                    |                             | ✓                       |
| 11. โปรแกรมฝึกภาวะผู้นำ                   |                                    |                 | ✓               |                  |                           |                    |                             | ✓                       |

นอกจากนี้ Prommala แนะนำให้มีการส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับวัยรุ่น โดยการจัดกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้บิดามารดาได้ใกล้ชิดกับบุตร ซึ่งวิธีการนี้จะช่วยพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ของวัยรุ่นได้เป็นอย่างดี เนื่องจากความรักความอบอุ่นของบิดามารดา มีผลต่อความมั่นคงของจิตใจ<sup>36</sup>

ดังนั้น ควรมีการจัดกิจกรรมให้วัยรุ่นได้มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง ผ่านการสื่อสาร การแสดงบทบาทสมมติในสถานการณ์ต่าง ๆ เพื่อนำมาสู่การสร้างสัมพันธภาพที่ดีของวัยรุ่น

จากการทบทวนกิจกรรมพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ของวัยรุ่นต่าง ๆ ในช่วงที่ผ่านมา พบว่า กิจกรรมส่วนใหญ่ประยุกต์จากแนวคิดต่าง ๆ ทั้งแนวคิดจิตวิทยา แนวคิดด้านศาสนา แนวคิดด้านสังคม และแนวคิดแบบผสมผสาน โดยกิจกรรมส่วนใหญ่มุ่งเน้นที่การพัฒนาความตระหนักรู้อารมณ์ตนเองของวัยรุ่น เนื่องจากนับเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญที่จะช่วยให้วัยรุ่นมีสติ รู้ตัว และเข้าใจอารมณ์ของตนเองตามความเป็นจริง แต่อย่างไรก็ตาม ในการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ของวัยรุ่นที่มีประสิทธิภาพนั้น ควรทำการพัฒนาทุกองค์ประกอบตามแนวคิดของ Goleman ไปพร้อม ๆ กัน ซึ่งสามารถสรุปให้เกิดความเข้าใจง่ายและมีความชัดเจนมากขึ้น ดังตารางที่ 1

## สรุป

ความฉลาดทางอารมณ์ หมายถึง ความสามารถของบุคคลทางอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้อารมณ์ และการเข้าใจอารมณ์ของตนเองและผู้อื่น ซึ่งจะช่วยให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขและประสบความสำเร็จ โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการ คือ “เก่ง” “ดี” และ “สุข” แต่ในปัจจุบันกลับพบว่า วัยรุ่นไทยมีคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ระดับประเทศต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ โดยปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อความฉลาดทางอารมณ์ของวัยรุ่น คือ เพศ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน การเลี้ยงดูของครอบครัว สังคมและวัฒนธรรม เป็นต้น ซึ่งนับว่าเป็นสถานการณ์ปัญหาที่น่าเป็นห่วงและ

ควรได้รับการแก้ไข จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า ความฉลาดทางอารมณ์มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่น โดยวัยรุ่นที่มีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในระดับต่ำ จะมีแนวโน้มทำพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ มากกว่าวัยรุ่นที่มีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในระดับสูง เนื่องจากวัยรุ่นที่มีความฉลาดทางอารมณ์ดี จะสามารถรับรู้และเข้าใจอารมณ์ของตนเองที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง สามารถควบคุมอารมณ์ มีการคิดพิจารณา และตัดสินใจที่ดีว่าตนเองจะจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นนั้นอย่างไรให้มีความเหมาะสมที่สุด แต่ในทางตรงกันข้าม หากวัยรุ่นมีความฉลาดทางอารมณ์ในระดับต่ำ วัยรุ่นจะมีปัญหาด้านการจัดการกับอารมณ์ของตนเอง และจะแสดงออกผ่านการทำพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การใช้สารเสพติด การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร การพนัน และการฝ่าฝืนกฎข้อบังคับต่าง ๆ เป็นต้น ดังนั้น การพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ให้มีระดับสูงขึ้นน่าจะเป็นแนวทางในการลดและป้องกันปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในวัยรุ่นได้ ไม่ว่าจะเป็นการพัฒนาความตระหนักรู้อารมณ์ตนเอง การจัดการกับอารมณ์ การสร้างแรงจูงใจให้กับตนเอง ความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น และความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน

## ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้ประโยชน์

ในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นนั้น ควรมีการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ของวัยรุ่นควบคู่กันไป โดยแนวทางในการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ของวัยรุ่นสามารถประยุกต์จากแนวคิดต่าง ๆ ทั้งแนวคิดด้านจิตวิทยา แนวคิดศาสนา แนวคิดด้านสังคม และแนวคิดแบบผสมผสาน เช่น การเขียนสะท้อนคิดเกี่ยวกับตนเอง เพื่อพัฒนาความตระหนักรู้อารมณ์ตนเอง การฝึกคิดแบบโยนิโสมนสิการ เพื่อพิจารณาเหตุผลของปัญหาและจัดการกับอารมณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เป็นต้น แต่สิ่งสำคัญในการจัดกิจกรรมคือ การเสริมสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ ผู้จัดกิจกรรมควรเป็นแบบอย่างที่ดีในการเรียนรู้ที่จะทำความเข้าใจอารมณ์และความรู้สึกของตนเอง ระมัดระวังคำพูด และการแสดงออกทางอารมณ์ให้เหมาะสมอยู่เสมอ

## References

1. Punnitamai W. Emotional quotient (EQ) Index to the success and happiness of life. Bangkok, Chulalongkorn University; 2008. (in Thai).
2. Tuntipiwattanasakul P. Mental health survey of Thai population in the year 2009. 2010 [cited 2019 Mar 9] Available from <http://www.thaihealth.or.th/healthcontent/news/12239>. (in Thai).
3. Sangsuksai D. Emotional quotient (EQ) in adolescents. 2015 [cited 2019 Feb 19] Available from <http://www.dmh.go.th/1667/1667view.asp?id=3928>. (in Thai).
4. Brackett MA, Mayer JD. Convergent, discriminant, and incremental validity of competing measures of emotional intelligence. *Personality and Social Psychology Bulletin* 2003;29:1147-58.
5. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. EQ: Emotional quotient. Nonthaburi Province, Ministry of Public Health; 2000. (in Thai).
6. Tobacco Control Research and Knowledge Management Center. Situation of consumer consumption control of tobacco country of Thailand in the year 2016. Bangkok: Chareondee-mankong Printing; 2016. (in Thai).
7. National Statistical Office Thailand. Summary of the key survey behavioral disorders, smoking and alcohol use of population in the year 2014. Bangkok: National Statistical Office Thailand; 2015. (in Thai).
8. Ministry of Social Development and Human Security. Statistics of teen childbirth Thailand in the year 2015. Bangkok: Information and Communication Technology Center; 2016. (in Thai).
9. Jannual N, Surbsamlan P. The situation of smoking behavior among staff and students at Ubon Ratchathani University: smoke free Ubon Ratchathani University project. *Journal of Science & Technology Ubon Rartchathani University* 2016;18(2):1-10. (in Thai).
10. Phonchai B. Sexual behavior of students in grade 11 in a secondary school in Nakhon phanom district. *Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center* 2011;28(4):230-37. (in Thai).
11. Onmoy P. The first time alcohol consumption and drinking heavily of adolescents at Auttaradit Province. *Public Health Journal* 2011;41(3):250-61. (in Thai).
12. Aingkathaworrawong T. etal. Sexual risk behavior of female adolescents in vocational schools. *Songklanagarind Medical Journal* 2007;25(6):511-20. (in Thai).
13. Srisupa K. The effect of strengthening the emotional intelligence based on the concept of Goleman towards reducing aggressive behavior and violence of students grade 6. Dissertation of master degree of Education Program in Elementary Education, Faculty of graduate studies, Chulalongkorn University. (in Thai).
14. Goleman D. Emotional intelligence. New York: Bantam Dell; 2005.
15. Steinberg L. Adolescence. 3<sup>rd</sup> ed. New York: McGraw Hill; 2003.

16. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Survey of IQ and EQ situation in Thai school age children [Internet]. 2015 [cited 2015 Dec 20]. Available from: <http://www.mhcr1.go.th>
17. Thammaraksa P, Powwattana A, Lagampan S, Vatanasomboon P, Stoddard S. School-Based participation program to prevent multiple risk behaviors in male secondary school students. Doctor of Public Health. Faculty of Graduate Studies, Mahidol University; 2018. (in Thai).
18. Trinidad DR, Johnson CA. The association between emotional intelligence and early adolescent tobacco and alcohol use. *Personality and Individual Differences* 2001;32:95-105.
19. Patanavanichanun N, Sirivattana R. The relationship between emotional quotient and sexual behaviors of adolescents in the third official border. *Journal of Nursing Science* 2007;25(3):56-67. (in Thai).
20. Puangpila Y, Kachantorn S, Chirawut K, Pragobsang B. Factors affected to emotional quotient among secondary school students in Warinchamrab District, Ubon Ratchathani Province. The 13<sup>th</sup> Mahasarakham University Research Conference; 2017. (in Thai).
21. Srinual C. Emotional intelligence of students grade 6 of school in Office of the Basic Education Commission: OBEC. [Internet]. 2011 [cited 2012 Mar 20]. Available from: [http:// http://www.riclib.nrct.go.th/scripts](http://www.riclib.nrct.go.th/scripts). (in Thai).
22. Ramajitti Institute and Rajanukul. IQ/EQ watch research project. [Internet]. 2018 [cited 2019 Jul 2]. Available from: [http://rajanukul.go.th/new/\\_admin/download/5-4462-1448597653.pdf](http://rajanukul.go.th/new/_admin/download/5-4462-1448597653.pdf). (in Thai).
23. Tasana K. Influence of parenting, Emotional intelligence, and study habits towards education achievement of student's in Ramkhamhaeng University. Faculty of Education, Ramkhamhaeng University; 2009. (in Thai).
24. Mhankitgan K. The relationship between some factors and emotional quotient and adversity quotient of mattayomsuksa II students in Bangkok Education Service Area 1. Master of Education degree in Educational research and statistics, Srinakharinwirot University; 2007. (in Thai).
25. Lim N. Cultural differences in emotion: differences in emotional arousal level between the east and the west. *Integrative Medicine Research* 2016;5(2):105-9.
26. Poomsanguan K, Paikoh K. Nurses and development of emotional quotient. *Journal of the Royal Thai Army Nurses* 2014;15(3):18-23. (in Thai).
27. Horton-Deuthch S, Sherwood G. Reflection: An educational strategy to develop emotionally-competent nurse leaders. *Journal of Nursing Management* 2008;16(8):946-54.
28. Paiboontananon J, Petpichetchian W, Wannasuntas S. The ways towards improvement of emotional intelligence in the nursing profession. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok* 2019;35(1):1-10. (in Thai).
29. Rosaen C, Benn R. The experience of transcendental meditation in middle school students: A Qualitative Report 2006;2:422-5.

30. Meemungij S. Effects of the Johari Window's activities on emotional quotient development of matthayomsuksa five students at Darasamut school. Master of Education Program in Educational Administration, Faculty of Education, Burapha University. (in Thai).
31. Mangkang A. Effect of group activity on emotional quotient of Mattayomsuksa 6 students at Chonkanyanukoon School, Chonburi Province: A Preliminary study. HCU Journal 2014;16(32):53-72. (in Thai).
32. Markham T. Effects of positive emotional refocusing on emotional intelligence and autonomic recovery from stress in high school students. [Internet]. 2004 [cited 2019 July 4]. Available from: <http://proquest.umi.com/pqdweb>. (in Thai).
33. Chulakarn N, Phaitakoon J, Lagampan S. Emotional intelligence development in adolescents by applying principles of Buddhist. Journal of Public Health Nursing 2015;29(1): 132-43.
34. Yimkhlil S. Effect of promoting self- esteem by participatory learning process on emotional intelligence among early adolescents in Nonthaburi Province. Unpublished master's thesis, Master of Science (Public Health), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University, Bangkok, Thailand; 2006. (in Thai).
35. Hindes Y, Thorne KJ, Schween VL, McKeough AM. Promoting intrapersonal qualities in adolescents: evaluation of rapport's teen leadership breakthrough program. Canadian Journal of School Psychology 2008;23:206.
36. Prommala W. The emotional quotient of nursing students private university in Pathumthani Province. SSRU Graduate Studies Journal 2014;2(2):432-38. (in Thai).

## บทความวิชาการ

## การส่งเสริมคุณภาพชีวิต: กรณีศึกษาผู้ป่วยอัมพาตใบหน้า

### Promoting Quality of Life: A Case Study of Facial Paralysis Patient

Received: Sep 1, 2019

Revised: Oct 20, 2019

Accepted: Oct 24, 2019

ศรีสุนทรา เจริมวรพิพัฒน์ วท.ม. (Srisuntra Jermworapipat)<sup>1</sup>จินตนา รังษะ พย.ม. (Jintana Rungsa)<sup>2</sup>

#### บทคัดย่อ

บทความวิชาการนี้จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยอัมพาตใบหน้า ผลกระทบของการเกิดอัมพาตใบหน้าต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และ สภาพแวดล้อม ผลกระทบที่สำคัญ คือ มีความผิดปกติของกล้ามเนื้อใบหน้า ปากเบี้ยว ส่งผลให้เกิดความผิดปกติของการพูด การสื่อสาร การเคี้ยว การกลืน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล ขาดความมั่นใจในการสื่อสารกับผู้อื่น ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง จนถึงซึมเศร้า แยกตัวจากสังคม ในบทความนี้จะนำเสนอเกี่ยวกับ ความรู้พื้นฐานของโรคอัมพาตใบหน้า สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การวินิจฉัยโรค การรักษา และ ภาวะแทรกซ้อน การประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยอัมพาตใบหน้า และแนวทางในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตใบหน้า พร้อมทั้งนำเสนอกรณีตัวอย่าง สำหรับเป็นแนวทางให้พยาบาลใช้สำหรับการให้คำแนะนำและการกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแนวทางการฟื้นฟูตนเองเพื่อกำจัดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตใบหน้า

**คำสำคัญ:** โรคอัมพาตใบหน้า, คุณภาพชีวิต, บทบาทพยาบาล

<sup>1,2</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร

E-mail: <sup>1</sup>srisuntra.j@bcn.ac.th, <sup>2</sup>jintana.r@bcn.ac.th Boromrajonani College of Nursing, Bangkok, Thailand

### Abstract

This article aimed to explain how to promote quality of life of the facial paralysis patients, impact of facial paralysis on patients' quality of life including physical, psychological, social interaction, and environmental domains. Important impacts included disorders of facial muscles, mouth distortion resulting in disorder of speech, chewing, and swallowing. These impacts can cause anxiety, lack of confidence in communicating with others, reduce interaction with others to depression and social isolation. The article also presented basic knowledge of facial paralysis, etiology, risk factors, pathology, sign and symptoms, diagnosis, treatment, complications, assessment of quality of life of the facial paralysis patients, and how to promote quality of life of the facial paralysis patients. A case study of facial paralysis was also illustrated as a guideline for nurses to provide health education and encourage the facial paralysis patients to follow self-rehabilitation protocol to eliminate complication and to enhance quality of life of the patients with facial paralysis.

**Keywords:** facial paralysis, quality of life, nurse role

### บทนำ

โรคอัมพาตใบหน้า (Facial paralysis or Bell's palsy) เป็นความผิดปกติของเส้นประสาทสมองเส้นที่ 7 ที่ทำให้เกิดกล้ามเนื้อใบหน้าเป็นอัมพาตไปซีกหนึ่ง เป็นภาวะที่พบได้บ่อยขึ้นในปัจจุบันโดยพบผู้ป่วย 11-40 ต่อ 100,000 คน ในประชากรทั่วโลก<sup>1</sup> และพบมากที่สุดในช่วงอายุ 20-39 ปี ทั้งเพศชายและหญิง<sup>2</sup> ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคนี้ คือ ผู้ที่มีภาวะอ้วน โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงเรื้อรัง โรคที่มีความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจส่วนบน ภาวะครรภ์เป็นพิษและหญิงตั้งครรภ์ปกติ<sup>1-2</sup> ผลการศึกษาจากต่างประเทศพบโอกาสกลับเป็นซ้ำของโรคอัมพาตใบหน้าได้ถึงร้อยละ 7.00<sup>1</sup> แม้ว่าการเกิดโรคอัมพาตใบหน้าจะมีอาการที่รุนแรง แต่ความผิดปกติที่มองเห็นชัดเจนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ทำให้มีความบกพร่องในหลายด้านเกิดขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ เช่น การแสดงอารมณ์และความรู้สึก การเคี้ยว การกลืน และการสื่อสาร และทำให้การดำเนินชีวิตบกพร่อง<sup>1-2</sup> โดยเฉพาะปัญหาการปรับตัวของผู้ป่วยจากการสูญเสียภาพลักษณ์ และที่สำคัญยิ่งคือภาวะจิตใจเสื่อมถอยลงจากการสูญเสียการยอมรับ

ในตนเอง ผู้ป่วยอาจขาดความมั่นใจในบุคลิกภาพของตนเองอย่างรุนแรง จนขาดความสุขในชีวิต และมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคมลดลง ในที่สุดจะแยกตัวออกจากสังคมและเกิดอาการซึมเศร้าที่เป็นปัญหาต่อทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัวได้<sup>3</sup> ซึ่งประเด็นเหล่านี้ นับเป็นเรื่องที่สำคัญสำหรับพยาบาลผู้ที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยในทุกระยะของการเจ็บป่วย รวมไปถึงการประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มต้น เพื่อนำไปสู่การวางแผนให้การดูแลอย่างเหมาะสม ไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่มีความบกพร่องทั้งทางร่างกายและทางจิตสังคม ตลอดจนการช่วยเหลือฟื้นฟูสภาพและการติดตามดูแลเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำต่อไป

บทความนี้นำเสนอความรู้พื้นฐานเรื่องโรคอัมพาตใบหน้า สาเหตุ พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง ปัจจัยเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อน การรักษา โดยสังเขป และกรณีศึกษาผู้ป่วยอัมพาตใบหน้า รวมถึงบทบาทพยาบาลในการประเมินคุณภาพชีวิต และวางแผนให้การพยาบาล ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ไม่เกิดปัญหาทั้งทางกายและทางจิตที่รุนแรง ที่จะส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยได้ในที่สุด

## ความรู้พื้นฐานของโรคอัมพาตใบหน้า

### สาเหตุ

โรคอัมพาตใบหน้าเกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดสมองที่แตกตีบตัน หรือมีเนื้องอกกดเบียดในสมอง<sup>1-3</sup> การติดเชื้อไวรัสที่พบบ่อยถึงร้อยละ 80.00-90.00<sup>2</sup> คือ เชื้อไวรัสกลุ่ม Herpes simplex เช่น งูสวัด และการติดเชื้อแบคทีเรียในกลุ่มโรคไข้ม หนองในหรือโรคซิฟิลิส วัณโรค โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือสาเหตุอื่นๆ รวมทั้งความผิดปกติทางพันธุกรรม<sup>1-3</sup> ซึ่งทำให้เกิดเป็นความผิดปกติได้ 2 แบบ คือ อัมพาตใบหน้าจากความผิดปกติของเส้นใยประสาทสมองส่วนบน (upper motor neuron) ซึ่งเกิดในระดับเหนือจากประสาทสมองส่วนพอนส์ (pons) ขึ้นไปโดยเฉพาะส่วนสมองใหญ่ เส้นใยประสาทนี้จะส่งลงมาถึงกล้ามเนื้อใบหน้าในระดับที่ต่ำกว่าตาลงมาในด้านตรงข้ามกับสมองส่วนบนที่ผิดปกติ นั้น ทำให้มีอาการอัมพาตของกล้ามเนื้อใบหน้า จะพบอาการปากเบี้ยวแต่ยังปิดได้สนิทในด้านตรงข้าม และแบบที่สอง (lower motor neuron) เป็นพยาธิสภาพที่เกิดในระดับเส้นประสาทสมองเส้นที่ 7 ลงมา โดยกระแสประสาทจากเส้นประสาทนี้จะส่งไปเลี้ยงกล้ามเนื้อใบหน้าในด้านเดียวกัน ทำให้เกิดอัมพาตของกล้ามเนื้อใบหน้าและพบอาการปากเบี้ยวรวมทั้งมีอาการตาปิดไม่สนิทในด้านเดียวกันกับที่เกิดพยาธิสภาพ<sup>1-2</sup>

### ปัจจัยเสี่ยง

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอัมพาตใบหน้า เช่น ความเครียด การพักผ่อนไม่เพียงพอ การเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิ<sup>2</sup> เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ อีก เช่น มะเร็งภาวะอ้วน ความวิตกกังวล อาการปวดเรื้อรัง<sup>2,4</sup> เป็นต้น ซึ่งการป้องกันปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้เป็นบทบาทที่ท้าทายในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเพื่อ

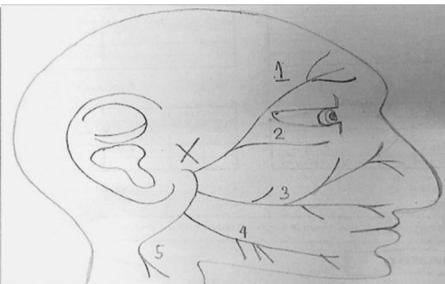
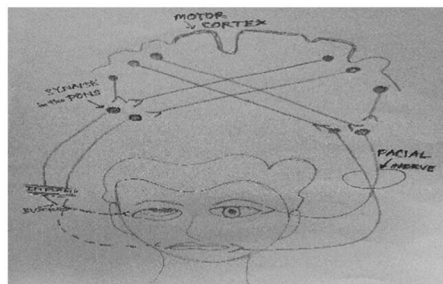
เป็นการช่วยลดความรุนแรงของโรค

### พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง

การอักเสบของเส้นประสาทสมองเส้นที่ 7 ไม่ว่าจะจากสาเหตุใดก็ตาม ส่งผลให้เส้นประสาทเกิดอาการบวมและถูกช่องโพรงกระดูกที่เส้นประสาทนี้วิ่งผ่านไปกดเบียด ทำให้เกิดการขาดเลือดจนมีการบาดเจ็บเกิดขึ้น<sup>2</sup> การกระทบกระเทือนต่อแขนงเล็ก ๆ ของเส้นประสาทสมองเส้นที่ 7 ทั้ง 5 แขนงที่ไปเลี้ยงใบหน้าในส่วนต่าง ๆ ดังภาพที่ 1 และทำให้ปรากฏอาการและอาการแสดงต่าง ๆ ดังตารางที่ 1

**การวินิจฉัยแยกโรค** ต้องอาศัยอาการและอาการแสดง การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษต่าง ๆ<sup>2,5</sup> เช่น Electromyography (EMG) หรือตรวจ Schemer test เพื่อดูการทำงานของอวัยวะที่ควบคุมต่อมน้ำตา และตรวจการควบคุมการไหลของน้ำลาย รวมทั้งตรวจการทำงานของเส้นประสาทต่าง ๆ หรือวินิจฉัยแยกโรคที่อาจเกี่ยวข้องในระบบประสาทและสมองส่วนอื่น ๆ เพื่อให้การรักษาได้ถูกต้องตามสาเหตุ

**การรักษา** การรักษาทางยา<sup>1-5</sup> ใช้ยาในกลุ่มกลูโคคอร์ติคอยด์ (glucocorticoids) ที่นิยมมาก คือ ยาเพรดนิโซโลน (prednisolone) ประมาณวันละ 60-80 มิลลิกรัม นาน 10 วัน ในรายที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสจะให้ยาในกลุ่มอะไซโคลเวีย (acyclovir) ยาอิมทริปไทลีน (amitriptyline) วิตามินบี 1-6-12 ร่วมกับยาป้ายตาในเวลาก่อนนอน และน้ำตาเทียมเพื่อลดอาการตาแห้ง กรณีที่มีการกดทับเส้นประสาท เช่น เป็นเนื้องอก หรืออุบัติเหตุใช้วิธีผ่าตัดเพื่อแก้ไข<sup>2,5</sup> และรักษาทางกายภาพบำบัดร่วมด้วย เช่น การนวดด้วยมือ การกระตุ้นด้วยไฟฟ้าและการฝังเข็มเพื่อลดการเกิดอาการกล้ามเนื้อใบหน้าฝอลีบ<sup>2,6</sup>



ภาพที่ 1 อาการอัมพาตใบหน้าจากความผิดปกติของเส้นประสาทสมองเส้นที่ 7 และแขนงของเส้นประสาทสมองเส้นที่ 7 ทั้ง 5 แขนง

ตารางที่ 1 อาการและอาการแสดงของโรคอัมพาตใบหน้า<sup>1-4</sup>

| แขนงเส้นประสาทสมองเส้นที่ 7 | อวัยวะที่ไปเลี้ยง                                  | อาการและอาการแสดง                                                         | ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต                           |
|-----------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 1) temporal                 | ต่อมน้ำลาย<br>submandibular และ sublingual         | - การรับรสน้อยลง<br>- น้ำลายไหลย่อย                                       | - สารอาหารบกพร่อง<br>- สูญเสียภาพลักษณ์         |
| 2) zygomatic                | - รอบดวงตา<br>- โบนาง                              | - ปิดตาไม่สนิท<br>- โบนางเป็นอัมพาต                                       | - ตาแห้ง ระคายเคืองตา<br>- แผลที่กระจากตา ตาบอด |
| - แขนงบน orbicularis oculi  | - กล้ามเนื้อมัดเล็ก ๆ บริเวณจมูกและ                | - โบนางเคลื่อนไหวได้น้อยลง                                                | - การสื่อสารบกพร่อง                             |
| - แขนงล่าง zygomatic        | ริมฝีปากด้านบน                                     | - ไม่สามารถแสดงอารมณ์<br>- ความรู้สึกต่าง ๆ ได้                           |                                                 |
| Muscles และ buccinator      |                                                    |                                                                           |                                                 |
| 3) buccal                   | ริมฝีปาก                                           | - อาการมูปากตก                                                            | - การสื่อสารบกพร่อง                             |
| 4) marginal mandibular      | ช่องปากและริมฝีปาก                                 | - การพูด การเคี้ยว การกลืน<br>- ผิดปกติ                                   | - ขาดความมั่นใจในตนเอง<br>- การแยกตัวจากสังคม   |
| 5) cervical ที่คอ           | stylohyoid และ posterior belly of digastric muscle | - การพูด การเคี้ยว<br>- การกลืนผิดปกติ                                    |                                                 |
| แขนงเส้นประสาทสมองอื่น ๆ    | อวัยวะที่ไปเลี้ยง                                  | อาการและอาการแสดง                                                         | ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต                           |
| อวัยวะที่ไปเลี้ยง           | ใบหู หลังกกหู เอ็นแก้วหูและช่วยรับรส               | - ปวดกกหูหรือใบหู                                                         | - ขาดความผาสุกในชีวิต                           |
| ปมประสาท geniculate         | จากตุ่มรับรสของลิ้นเฉพาะส่วน 2/3 ด้านหน้า          | - การรับรสจากตุ่มรับรสลดลง<br>- ลิ้นชาครึ่งซีก                            | - ความทุกข์ทรมาน<br>- สารอาหารบกพร่อง           |
| sphenopalatine ganglion     | sphenopalatine ganglion                            | น้ำตาไหลออกมามาก<br>(crocodile tear)                                      | - ขาดความผาสุกในชีวิต<br>- สูญเสียภาพลักษณ์     |
| stapedius nerve             | stapedius muscle                                   | การฟังหรือทำให้เยื่อแก้วหู<br>หย่อนตัวตามความดังของเสียง<br>ที่ผ่านเข้ามา | - เสียก้องมากกว่าปกติ<br>ในหู (hyperacusis)     |

**ภาวะแทรกซ้อน** ที่พบได้ คือ อาการตาแห้ง กระจากตาเป็นแผล และตาบอด<sup>1-6</sup> รวมทั้งการที่ใบหน้าสองด้านไม่สมดุลกัน ทำให้ไม่สามารถควบคุมการกลืน การเคี้ยวได้อย่างปกติเกิดภาวะขาดสารอาหาร การสื่อสารบกพร่อง สูญเสียภาพลักษณ์ และบกพร่องในการเข้าสังคม ไม่สามารถปรับตัวเข้ากับผู้อื่นได้ ซึ่งนำไปสู่ภาวะแยกตัวในที่สุด<sup>1-6</sup> ความเข้าใจต่อคุณภาพชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ นี้เป็นสิ่งสำคัญในการวางแผนดูแลผู้ป่วย เพื่อช่วยลดความรุนแรงของโรค และช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

#### คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตใบหน้า

คุณภาพชีวิต (Quality of life) ตามคำนิยามขององค์การอนามัยโลก<sup>7</sup> หมายถึง การรับรู้ถึงสถานภาพในชีวิตของตน ในบริบทของวัฒนธรรมและระบบการให้คุณค่าของสังคมที่มีความสัมพันธ์กับเป้าหมายของชีวิต ความคาดหวัง

มาตรฐานและสิ่งที่ตนให้ความสำคัญ จากการศึกษางานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอัมพาตใบหน้า<sup>4,8-11</sup> มีผู้ให้ความหมายไว้โดยสรุป หมายถึง มิติที่สะท้อนภาวะสุขภาพของตัวผู้ป่วยจากการรับรู้ในสิ่งที่เกิดขึ้นหรือที่พบ และส่งผลต่อความสุขอันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสภาวะแวดล้อมและเศรษฐกิจ โดยทั่วไปแบ่งมิติของคุณภาพชีวิตออกเป็น 4 ด้าน คือ มิติด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต ความสัมพันธ์ทางสังคม และสภาพแวดล้อม โดยมีปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล อายุ เพศ การรับรู้คุณค่าแห่งตน (self-esteem) และการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านโรคและการรักษาที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งนำไปสู่การวางแผนการให้การรักษาตามความเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละคนจากปัจจัยที่แตกต่างกัน

**ตารางที่ 2** การแบ่งระดับความรุนแรงของโรคอัมพาตใบหน้า (facial nerve grading systems) แบ่งตาม The House–Brackmann grading scale 6 ระดับ<sup>5</sup>

| เกรด | ระดับความรุนแรง                                            | ลักษณะใบหน้า                                                                                                   | ลักษณะริมฝีปาก           |
|------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 1    | ปกติ (normal)                                              | ใบหน้าสามารถขยับได้ทุกส่วน                                                                                     | ปกติ                     |
| 2    | สูญเสียการทำงานเล็กน้อย (mild dysfunction)                 | ใบหน้ามีการอ่อนแรงเล็กน้อย สังเกตได้จากการมองใกล้ ๆ                                                            | มุมปากไม่เท่ากันเล็กน้อย |
| 3    | สูญเสียการทำงานระดับปานกลาง (moderate dysfunction)         | ใบหน้าเบี้ยวชัดเจน แต่ไม่รุนแรง มีกล้ามเนื้อหดตัวไม่ประสานกัน (synkinesis) หลับตาให้สนิทต้องใช้การพยายามบังคับ | มุมปากอ่อนแรงลงเล็กน้อย  |
| 4    | สูญเสียการทำงานค่อนข้างมาก (moderately severe dysfunction) | ใบหน้าอ่อนแรงอย่างชัดเจน หลับตาได้ไม่สนิท                                                                      | มุมปากตกอ่อนแรงลงชัดเจน  |
| 5    | สูญเสียการทำงานขั้นรุนแรง (severe dysfunction)             | ใบหน้าเบี้ยวเห็นชัดเจน                                                                                         | มุมปากเบี้ยวยกไม่ขึ้น    |
| 6    | อัมพาตใบหน้า (total paralysis)                             | ขยับกล้ามเนื้อใบหน้าไม่ได้                                                                                     | มุมปากเบี้ยวตกลงชัดเจน   |

จากผลการศึกษาในรายงานการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) พบผลกระทบของโรคอัมพาตใบหน้าต่อคุณภาพชีวิตในมิติต่างๆ ทั้ง 4 ด้าน คือ (1) สุขภาพกาย พบอาการชา การกระตุกที่กล้ามเนื้อใบหน้า และริมฝีปากแข็ง ปากเบี้ยว ใบหน้าเบี้ยวผิดรูป มุมปากตก ห้อยลงทำให้ผู้ป่วยบ่นปาก อมน้ำไว้ในปากไม่ได้ เวลาตื่นน้ำหรือแปรงฟันแล้วมีน้ำไหลออกมาจากมุมปาก ส่งผลให้การเคี้ยว การกลืนผิดปกติ<sup>1-5, 8-11</sup> รวมทั้งการมองเห็นบกพร่องจากการที่เปลือกตาปิดไม่สนิท ทำให้ตาแห้ง ระคายเคืองตา<sup>1-5</sup> (2) สุขภาพจิต มีภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล กลัวและอาจมีพฤติกรรมทำร้ายตัวเองได้<sup>1-5, 8-11</sup> (3) ความสัมพันธ์ทางสังคม พบการสื่อสารบกพร่อง อารมณ์แปรปรวน ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง แยกตัวออกจากสังคม และ (4) สภาพแวดล้อม ผู้ป่วยจะรู้สึกไม่มั่นคงและปลอดภัยในการดำเนินชีวิต และจากการขาดความมั่นใจในตนเอง สุดท้ายจะเกิดการแยกตัวจากสังคมและสิ่งแวดล้อม<sup>8-11</sup>

### การประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยอัมพาตใบหน้า

การประเมินคุณภาพชีวิตสามารถนำมาใช้เป็นดัชนีชี้วัดความสำเร็จของการดูแล และเป็นเครื่องมือในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้การเลือกใช้เครื่องมือต้องคำนึงถึงกลุ่มข้อมูลที่จะทำการประเมิน โดยแบ่งข้อมูลเป็น 2 กลุ่ม คือ ข้อมูล

คุณภาพชีวิตแบบทั่วไป และข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอัมพาตใบหน้า ตัวอย่างเครื่องมือที่นำมาใช้ประเมินนั้นมีหลากหลาย เช่น แบบสอบถาม BIQLI (body image quality of life inventory) ของ Cash and Fleming<sup>11</sup> ที่นำมาใช้ในบทความนี้ ซึ่งมีข้อคำถามครอบคลุมมิติสำคัญของคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้านที่จำเพาะกับผู้ป่วยอัมพาตใบหน้า โดยเฉพาะด้านสุขภาพกายมีการประเมินอาการทางคลินิกที่สำคัญ ด้านสุขภาพจิตมีการประเมินการมีความสุขในเพศ และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในสังคม แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถาม 19 ข้อ คือ ข้อคำถามด้านสุขภาพกาย 5 ข้อ สุขภาพจิต 5 ข้อ ความสัมพันธ์ทางสังคม 8 ข้อ และสภาพแวดล้อม 1 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ จาก -3 (แย่มาก) -2 -1 0 1 2 และ 3 (ดีเยี่ยม) คะแนนที่ได้มีค่าตั้งแต่ -57 ถึง 57 ซึ่งคะแนนที่สูงบ่งบอกถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผลคะแนนในการประเมินคุณภาพชีวิตที่ได้นี้เป็นส่วนสำคัญที่บุคลากรทางสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลสามารถนำมาเป็นเครื่องมือในการประเมินปัญหาและการวางแผนการพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางการดูแลและส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยอัมพาตใบหน้าต่อไป ดังในกรณีศึกษาที่ได้รับการประเมินคุณภาพชีวิตก่อนได้รับการรักษาตามแบบประเมิน BIQLI<sup>19</sup> ได้ผลการประเมินดังตารางที่ 3

### ตารางที่ 3 ผลคะแนนการประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยอัมพาตใบหน้าก่อนได้รับการรักษาตามแบบประเมิน BIQLI

| มิติด้าน                       |     |                           |     | คะแนน                       |
|--------------------------------|-----|---------------------------|-----|-----------------------------|
| 1. สุขภาพกาย                   |     |                           |     | - 4                         |
| การมีความแข็งแรงตามเพศ         | - 2 | การควบคุมการเคี้ยวการกลืน | - 1 | การควบคุมน้ำหนัก 0          |
| การออกกำลังกาย                 | 0   | การทำกิจวัตรประจำวัน      | - 1 |                             |
| 2. สุขภาพจิต                   |     |                           |     | - 9                         |
| ความมีคุณค่าในตนเอง            | - 2 | อารมณ์                    | -1  | ความพึงพอใจในชีวิต -3       |
| ความเชื่อมั่นในตนเอง           | - 2 | ความสุขในชีวิตประจำวัน    | -1  |                             |
| 3. ความสัมพันธ์ทางสังคม        |     |                           |     | - 9                         |
| สัมพันธ์ภาพกับคนเพศเดียวกัน    | -1  | ต่างเพศ                   | -1  | เพื่อน -1                   |
| สมาชิกในครอบครัว               | -2  | เพื่อนร่วมงาน             | -1  | คนแปลกหน้า -1               |
|                                |     | คู่สมรส                   | -1  | ความสุขในทางเพศสัมพันธ์ - 1 |
| 4. สภาพแวดล้อม                 |     |                           |     |                             |
| การทำสิ่งต่างๆ ในชีวิตประจำวัน | -1- |                           |     | 1                           |
| คะแนนรวมทั้ง 4 ด้าน            |     |                           |     | - 23                        |

คะแนนรวมตามแบบประเมินทั้ง 4 ด้าน -23 ประกอบด้วย สุขภาพกาย -4 สุขภาพจิต -9 ความสัมพันธ์ทางสังคม -9 สภาพแวดล้อม -1 วิเคราะห์ได้ว่า ผู้ป่วยมีปัญหาในการควบคุมการเคี้ยว การกลืน การมีความแข็งแรงตามเพศลดลง และการทำกิจวัตรประจำวันที่เปลี่ยนไป ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดน้อยลง ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง มีความบกพร่องในเรื่องสัมพันธ์ภาพ และความสุขทางเพศสัมพันธ์ลดน้อยลง ไม่มั่นใจตนเองเมื่อต้องออกไปทำงาน และการสื่อสารรวมทั้งภาพลักษณ์ที่บกพร่องไป ทำให้ประกอบอาชีพไม่ได้ตามปกติ

#### แนวทางการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตใบหน้า

การส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยอัมพาตใบหน้าทั้ง 4 มิติ มีดังนี้ คือ

1. สุขภาพกาย เพื่อแก้ไขความบกพร่องของการเคี้ยวและการกลืน<sup>1,9</sup> ให้คำแนะนำ เรื่องการจัดเตรียมสารอาหารที่เหมาะสม การสอนให้ระวังการสำลักอาหาร การดูแลแก้ไขความผิดปกติของสายตาและการมองเห็น<sup>1,2,9</sup> ใช้น้ำตาเทียมและยาป้ายตา และใช้ที่ครอบตาเวลานอน การแก้ไขใบหน้าผิดรูป<sup>1,9</sup> แนะนำการนวดใบหน้า ฝึกบริหารกล้ามเนื้อใบหน้า นอกจากนี้

ต้องอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงปัจจัยเสี่ยงที่ต้องหลีกเลี่ยง เพื่อช่วยลดการกลับเป็นซ้ำของโรคอัมพาตใบหน้า

2. สุขภาพจิต การให้คำอธิบายแก่ผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษา<sup>8-11</sup> และให้การดูแลอย่างใกล้ชิดและอบอุ่น ขณะที่รับการรักษาในโรงพยาบาล หาแนวทางลดภาวะตึงเครียดทางอารมณ์ ลดความกลัวและความวิตกกังวลที่จะเกิดการกลับเป็นซ้ำ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตได้เป็นปกติในที่สุด

3. ความสัมพันธ์ทางสังคม<sup>8-11</sup> การกระตุ้นให้ญาติและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล สอนให้สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะอัมพาตใบหน้าที่อาจเกิดซ้ำได้ และวางแผนร่วมกับบุคลากรสุขภาพในสาขาต่าง ๆ เพื่อเฝ้าป้องกันและร่วมกันในการจัดกำหนดการตรวจติดตามเยี่ยม และกระตุ้นให้มาตรวจตามนัด

4. สิ่งแวดล้อม<sup>8-11</sup> การกระตุ้นให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงคุณค่าภายในตนเองส่งผลต่อความมั่นใจ ความเชื่อมั่นในความสามารถหรือศักยภาพของตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ และการช่วยให้ผู้ป่วยหาวิธีจัดการกับความเครียด รวมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อมที่ดี เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกผ่อนคลายและพักผ่อนได้มากเพียงพอ เป็นแนวทางสำคัญแนวทางหนึ่งในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยอัมพาตใบหน้า

## กรณีศึกษาผู้ป่วยอัมพาตใบหน้า

ในบทความนี้ ใช้กรณีตัวอย่างผู้ป่วยอัมพาตใบหน้าที่ได้รับการประเมินคุณภาพชีวิตด้วยแบบสอบถาม BIQLI ของ Cash และ Fleming<sup>11</sup> ใน 4 ด้าน ดังกล่าวแล้ว และนำผลการประเมินคุณภาพชีวิตในภาพรวมของผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากการเป็นโรคอัมพาตใบหน้า มานำเสนอและวางแนวทางแก้ไขในการวางแผนการพยาบาลตามบทบาทของพยาบาล เพื่อเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตใบหน้า ทั้งนี้ได้รับอนุญาตให้นำเสนอข้อมูลได้อย่างเป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้ป่วยและแพทย์ผู้รักษา ดังต่อไปนี้

## กรณีตัวอย่าง

**ข้อมูลพื้นฐาน** ชายไทยอายุ 36 ปี อาชีพ ผู้จัดการเพลงในสถาบันบันเทิง

**อาการสำคัญ** วันก่อนมาโรงพยาบาล หลังตื่นนอน ตอนเช้ารู้สึกมีอาการกดเจ็บบริเวณหน้าหูขวามากขึ้น ขาบบริเวณใบหน้าซีกขวา อ้าปากได้น้อยลง มุมปากด้านขวาตกลงชัดเจน มารับการตรวจ แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นก้อนบริเวณต่อมน้ำลายหน้าหูขวา และให้เข้ารับการรักษาเพื่อทำการผ่าตัดต่อไป

**ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน** ผู้ป่วยบอกว่าในช่วง 3 เดือนก่อนเข้ารับการรักษามีอาการเจ็บบริเวณหน้าหูขวามีก้อนคลำได้ชัดเจนและรู้สึกรูปหน้าไม่เท่ากัน

**ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต** ไม่มีโรคประจำตัว ไม่มีโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

**การตรวจร่างกาย** น้ำหนัก 72 กิโลกรัม ส่วนสูง 173 เซนติเมตร คลำพบก้อนที่หน้าหูขวาขนาด 3 เซนติเมตร เคลื่อนที่ได้ ตรวจการทำงานของสายเสียงเป็นปกติ ไม่พบการบวมโตของต่อมน้ำเหลือง ตรวจการทำงานของเส้นประสาทคู่ที่ 7 พบใบหน้าด้านขวาไม่สามารถยกมุมปากและหลับตาได้สนิท ยกมุมปากไม่ได้ เมื่อทดสอบการสัมผัส ใบหน้าด้านขวาไม่มีความรู้สึก

**ผลการตรวจเลือด** ค่า CBC ปกติ ผล CXR และ EKG ปกติ

**ผลการตรวจพิเศษ** ทำ Fine needle aspiration (การเจาะชิ้นเนื้อเพื่อดูการเปลี่ยนแปลงของเซลล์) ผลปกติ

## พยาธิสภาพ

ผู้ป่วยมีการอักเสบของต่อมน้ำลายหน้าหู โดยมีการอักเสบและคลำได้ก้อนหน้าหูขวา ต่อมาเริ่มรู้สึกใบหน้าซีกขวาเริ่มมีอาการชาและรูปหน้าไม่เท่ากัน ทั้งนี้เกิดจากการที่ก้อนไปกดเบียดเส้นประสาทสมองคู่ที่ 7 ในส่วนแขนง zygomatic และ buccal<sup>1-4</sup> ที่มาเลี้ยงใบหน้าและบริเวณริมฝีปาก ทำให้เกิดอาการกล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรง แต่ยังเป็นอาการอ่อนแรงในระดับน้อย ทำให้ผู้ป่วยแค่รู้สึกชา และมีอาการมุมปากตกห้อยลง ต่อมาเริ่มปวดมากขึ้น และอ้าปากได้น้อยลง จากการที่ก้อนที่โตมากขึ้นและไปทำลายเส้นประสาทมากขึ้น

**การวินิจฉัยโรคปัจจุบัน** Right parotid mass (ก้อนที่ต่อมน้ำลายหน้าหูด้านขวา)

**การรักษา** Right superficial parotidectomy (การตัดต่อมน้ำลายหน้าหูด้านขวาออกบางส่วน) หลังการผ่าตัดได้รับยาแก้ปวด มอร์ฟีน 3 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมงเมื่อปวด ยาปฏิชีวนะเซฟทาโซลิน 1 กรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง และยาเดกซาเมทาสอน 5 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 1,000 มิลลิลิตร เป็นเวลา 8 ชั่วโมง

**อาการปัจจุบัน** หลังผ่าตัดวันแรกผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีแผลบริเวณหน้าหูขวา พันผ้าไว้โดยรอบศีรษะและใบหน้า แผลไม่มีเลือดซึม ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ มีอาการปวดแผลในระดับ 8 ได้รับยาแก้ปวด ยาปฏิชีวนะ ยาเดกซาเมทาสอน ตั้งแต่วันแรกถึงวันที่จำหน่ายกลับบ้าน วันที่สองหลังผ่าตัดให้เริ่มรับประทานอาหารเหลวได้ แต่อ้าปากได้น้อย ควบคุมการกลืนอาหารไม่ได้ มีอาการสั่นและมีอาการน้ำลายไหลย้อยจากมุมปากตลอดเวลา ทำให้เกิดความวิตกกังวลมาก วันที่สามหลังการผ่าตัดหลังนำผ้าปิดพันแผลออก ส่งไปนวดใบหน้า และฝึกการบริหารใบหน้าทีแผนกกายภาพบำบัด เริ่มอ้าปากได้มากขึ้น ควบคุมการกลืนได้ดีขึ้น และไม่มีอาการสั่น ให้รับประทานอาหารชนิดอื่น ๆ ได้ และในวันที่เจ็ดหลังการผ่าตัด ให้เริ่มนวดใบหน้าด้วยคลื่นความถี่สูงเป็นเวลา 10 นาที และให้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ โดยได้รับยาและให้มาได้รับการนวดใบหน้าทีโรงพยาบาลต่ออีก 10 วัน ให้คำแนะนำการบริหารใบหน้าและกล้ามเนื้อช่องปากด้วยตนเอง และมีนัดตรวจติดตามอีก 7 วัน

## ตารางที่ 4 วินิจฉัยทางการพยาบาลและการปฏิบัติการกิจกรรมการพยาบาล

| วินิจฉัยทางการพยาบาล                                                                                                                                                                                                    | การปฏิบัติการกิจกรรมการพยาบาล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | การประเมินผล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. พร่องสารอาหารจาก<br>ประสิทธิภาพของอวัยวะที่<br>ช่วยในการเคี้ยวการกลืน<br>บกพร่องไป<br><br><b>เกณฑ์การประเมินผล</b><br>รับประทานอาหารได้เพียงพอ<br>อ้าปากได้เป็นปกติ ไม่มีการ<br>สำลัก และไม่มีอาการน้ำลาย<br>ไหลย้อน | <ul style="list-style-type: none"> <li>- สอนการทำการบริหารช่องปากและกล้ามเนื้อใบหน้า เพื่อช่วยให้กล้ามเนื้อและเส้นประสาทพื้นตัวได้เร็วขึ้น เช่น ยกคิ้ว ย่นจมูก หลับตา ลืมตา ผึกยิ้ม ผึกออกเสียง อย่างน้อยวันละ 8-15 นาที เช้า และเย็น<sup>1-5</sup></li> <li>- กระตุ้นใบหน้าให้อบอุ่น ด้วยการนวดประคบร้อนนาน 20-30 นาที ทุกวัน วันละ 3-4 ครั้ง และให้นวดใบหน้าด้านที่มีอาการอัมพาต ด้วยตนเองเบา ๆ หน้ากระจก ให้ทำทุกครั้งที่มีความว่างและระลึกได้</li> <li>- ให้หลีกเลี่ยงการใช้น้ำเย็นล้างหน้า ไม่ใช้พัดลมเป่าเข้าใบหน้าตรง ๆ เพื่อไม่ให้กล้ามเนื้อและเส้นประสาทถูกทำลายมากขึ้น และส่งผู้ป่วยไปทำกายภาพบำบัดตามกำหนดนัด<sup>7</sup></li> <li>- จัดอาหารที่เหมาะสม เป็นอาหารอ่อน กลืนง่าย ไม่ควรเป็นของเหลวที่ร้อน หรือเป็นอาหารที่แข็ง กลืนยาก ดูแลผู้ป่วยฝึกกลืนอาหารอย่างถูกวิธีโดยให้กลืนอาหารในตำแหน่งที่ไม่มีอาการอัมพาต และให้ตั้งใจกลืนหายใจและไม่พูดขณะกลืนอาหาร หลังกลืนแล้วให้กระแอมดัง ๆ จะช่วยให้เศษอาหารที่ยังตกค้างอยู่หลุดออกไม่เกิดการสำลักลงไป</li> <li>- ให้ล้างทำความสะอาดช่องปากภายหลังรับประทานอาหาร เพื่อลดการหมักหมม และป้องกันช่องปาก เหงือก ฟันอักเสบ<sup>1-5</sup></li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ภายหลังการดูแลกระตุ้นให้บริหารใบหน้าและช่องปากอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยมีกำลังใจในการดูแลตนเอง และฝึกหัดการกลืนอาหารได้อย่างถูกวิธี การดูแลอย่างใกล้ชิดขณะรับประทานอาหาร ทำให้ควบคุมการกลืนได้ดีขึ้น อ้าปากได้มากขึ้น และไม่มีอาการสำลักสามารถควบคุมไม่ให้น้ำลายไหลย้อนได้ รับประทานอาหารได้มากเพียงพอ</li> <li>- ผู้ป่วยทำความสะอาดช่องปากทุกครั้งก่อนและหลังการรับประทานอาหาร ช่วยให้ได้รับอาหารมากขึ้นไม่เกิดการอักเสบของแผลบริเวณต่อมน้ำลายที่ทำการผ่าตัด ผลหายดีตามกำหนดเวลา</li> </ul> |
| 2. เสี่ยงต่อการระคายเคืองตา<br>จากอาการตาแห้ง ตาปิดไม่สนิท<br><br><b>เกณฑ์การประเมินผล</b><br>หลับตาได้สนิท ไม่มีอาการตา<br>แห้ง ระคายเคืองตา และไม่มี<br>แผลที่กระจกตา                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- เพื่อป้องกันความผิดปกติของสายตาและการมองเห็น<sup>1-6</sup> จากอาการตาแห้ง ตาปิดไม่สนิท แนะนำให้หยอดน้ำตาเทียมในช่วงเวลากลางวัน และในช่วงเวลากลางคืนก่อนนอน</li> <li>- ดูแลป้ายยาที่เป็นครีมเคลือบดวงตาให้แก่ผู้ป่วย รวมทั้งสอนให้ดึงหนังตาข้างที่อ่อนแรงปิดไม่สนิทให้ลงมาอยู่ในตำแหน่งที่ช่วยปิดตาได้สนิทในเวลานอน เพื่อเป็นการบริหารกล้ามเนื้อรอบดวงตา และเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ช่วยควบคุมใบหน้าและดวงตา ทั้งนี้ควรให้ใช้ที่ครอบตา (eye shield) แต่ห้ามใช้ผ้าหรือผ้าก๊อชปิดตาโดยตรง เพราะจะทำให้โดนกระจกตา เกิดการระคายเคืองเป็นแผลได้<sup>1-6</sup></li> <li>- แนะนำให้สวมใส่แว่นตาหรือการใส่หน้ากาก ในช่วงที่ออกนอกบ้าน เพื่อลดอาการระคายเคืองของกระจกตาจากแสงแดด หรือลม และป้องกันการระเหยของน้ำออกจากดวงตาให้ลดน้อยลง<sup>1-6</sup></li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- การเช็ดตาและหยอดน้ำตาเทียม ช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการตาแห้งลดลงและไม่มีอาการระคายเคืองตา และก่อนนอนมีการป้ายยาตาและครอบตาสม่ำเสมอ ทั้งนี้ผู้ป่วยสามารถทบทวนคำแนะนำต่าง ๆ และใส่แว่นเมื่อออกจากบ้านโดยเข้าใจเหตุผลในการป้องกันการระคายเคืองตาจากสิ่งแวดล้อมรวมทั้งวิธีการบริหารกล้ามเนื้อรอบดวงตาได้ถูกวิธี</li> </ul>                                                                                                                                                                          |

ตารางที่ 4 วินิจฉัยทางการพยาบาลและการปฏิบัติการกิจกรรมการพยาบาล (ต่อ)

| วินิจฉัยทางการพยาบาล                                                                                       | การปฏิบัติการกิจกรรมการพยาบาล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | การประเมินผล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3. พร่องในการทำกิจวัตรประจำวันจากประสิทธิภาพของร่างกายที่บกพร่องไป                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ประเมินการเคลื่อนไหวและการทำกิจวัตรประจำวัน ดูแลให้การช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด และกระตุ้นให้ออกกำลังกายสม่ำเสมอ</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- การดูแลอย่างใกล้ชิดและกระตุ้นให้ทำการบริหารกล้ามเนื้อใบหน้าและช่องปากอย่างสม่ำเสมอ การจัดสิ่งแวดล้อมและมีการทำกิจกรรมตามเวลาที่วางแผนไว้ มีตารางการออกกำลังกายที่เหมาะสม ขณะรับการรักษาทำให้ผู้ป่วยฟื้นฟูร่างกายได้ดีตามลำดับ และช่วยให้พักผ่อนได้อย่างเพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรต่าง ๆ ได้ดีขึ้น</li> </ul>                              |
| เกณฑ์การประเมินผล<br>สามารถทำสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้ปกติ                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อช่วยให้นอนหลับพักผ่อนเพียงพออย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง ห้ามนอนดึก และต้องอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงกระบวนการของโรคและปัจจัยเสี่ยง เพราะจากกิจกรรมที่ผู้ป่วยทำเป็นประจำ เช่น การพักผ่อนน้อย เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ต้องหลีกเลี่ยง และนำมาปรับปรุงการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองให้เหมาะสมเพื่อช่วยลดการกลับเป็นซ้ำ</li> <li>- จัดให้ทำกิจกรรมเสริมอื่น ๆ ที่เหมาะสม และแนะนำให้ดื่มน้ำเปล่า บุกหรือทำจิตใจให้แจ่มใส ไม่เครียด และรับประทานยาตามคำสั่ง การรักษาเป็นประจำและตรงเวลา จะช่วยให้อาการทุเลาลง และหายเป็นปกติได้ในที่สุด<sup>8-11</sup></li> </ul>                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 4. การสื่อสารบกพร่องจากประสิทธิภาพของกล้ามเนื้อในช่องปากที่บกพร่องไป                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- การดูแลอย่างใกล้ชิด การประสานงานกับบุคลากรสุขภาพอื่นๆ เพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพเพิ่มประสิทธิภาพของกล้ามเนื้อใบหน้าและช่องปาก</li> <li>- ทำการบริหารใบหน้าเพื่อช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อใบหน้าและช่องปาก เพื่อลดและบรรเทาอาการใบหน้าเบี้ยวผิดรูป เป็นการแก้ไขและกระตุ้นผู้ป่วย เพื่อช่วยให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพมากขึ้น</li> <li>- รับฟังคำถามอย่างใส่ใจ ตอบคำถามด้วยความอดทนและเข้าใจ<sup>8-11</sup></li> <li>- หาแนวทางลดภาวะตึงเครียดทางอารมณ์แก่ผู้ป่วย โดยใช้วิธีการสื่อสารอื่น ๆ ทดแทน เช่น การสื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์ต่าง ๆ<sup>8-11</sup> และให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลติดต่อผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ</li> </ul>                                                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>- การรับฟังอย่างตั้งใจขณะสื่อสารกับผู้ป่วย ช่วยให้มีความเข้าใจและร่วมมือในการรักษามากขึ้น</li> <li>- การดูแลและให้คำแนะนำวิธีการสื่อสารอื่นๆ เช่น โน้ต หรือโทรศัพท์ ช่วยให้ผู้พูดติดต่อกับบุคคลใกล้ชิดได้อย่างดี</li> </ul>                                                                                                                         |
| เกณฑ์การประเมินผล<br>สื่อสารได้อย่างมั่นใจ และใช้วิธีการสื่อสารอื่น ๆ ทดแทนได้ดี                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 5. วิดกกังวล จากภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป และความกลัวต่ออันตรายจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ให้คำอธิบายแก่ผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษา และขณะที่ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาลเกี่ยวกับโรคและกระบวนการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไป</li> <li>- หากิจกรรมที่ช่วยให้ผ่อนคลาย<sup>8-11</sup> เช่น นวด ฟังเพลง เดินรับอากาศ และกระตุ้นให้มีการเรียนรู้สิ่งใหม่ เป็นการเพิ่มความมั่นใจให้ผู้ป่วยได้มากขึ้น ช่วยลดการแยกตัวออกจากสังคมและสิ่งแวดล้อม</li> <li>- กระตุ้นให้ผู้ป่วย ญาติ และครอบครัว มีส่วนร่วมในการดูแล<sup>8-11</sup> ให้กำลังใจ และมาเยี่ยมสม่ำเสมอ ช่วยให้ผู้ป่วยอบอุ่นและสบายใจ และรู้สึกว่าเป็นบุคคลสำคัญ</li> <li>- ตรวจติดตามเยี่ยมอย่างสม่ำเสมอ กระตุ้นให้มารับการตรวจตามนัด เช่น การโทรศัพท์สอบถามอาการ แจ้งกำหนดวันนัด เพื่อให้รักษาได้อย่างต่อเนื่อง</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด และได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับโรคและกระบวนการรักษา ช่วยให้มีความมั่นใจและร่วมมือในการดูแล และฟื้นฟูตนเองมากขึ้น ความวิตกกังวลลดลง แม้จะไม่มั่นใจเหมือนเมื่อก่อนเกิดโรค แต่ผู้ป่วยมีความหวังและสบายใจในการพัฒนาของคุณภาพชีวิตของตนมากขึ้น ร่วมมือในการฟื้นฟูตนเองอย่างดี ทำให้ความบกพร่องในด้านต่าง ๆ ลดลง</li> </ul> |
| เกณฑ์การประเมินผล<br>ความวิตกกังวลลดลง และผู้ป่วยมั่นใจในการใช้ชีวิตได้อย่างเป็นปกติ และไม่มีผลที่กระทบจาก |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

จากอาการและการแสดงและคะแนนตามแบบประเมิน BIQLI ในการประเมินคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้านข้างต้นนำมาใช้เป็นแนวทางในการวินิจฉัยทางการพยาบาล และการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล เพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังตารางที่ 4

ทั้งนี้ผลคะแนนโดยรวมของการประเมินคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน ตามแบบสอบถาม BIQLI ก่อนการจำหน่ายกลับบ้าน ได้คะแนนรวม 0 แสดงถึง การที่คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลับคืนสู่ภาวะปกติ

### บทสรุป

กรณีศึกษาผู้ป่วยอัมพาตใบหน้าที่น่าเสนอ เป็นความผิดปกติที่พบได้มากขึ้นในปัจจุบัน จากสาเหตุต่าง ๆ ที่ทำให้เส้นประสาทสมองเส้นที่ 7 ผิดปกติ แม้โรคนี้จะไม่อันตรายถึงชีวิต แต่ส่งผลให้เกิดอาการต่าง ๆ โดยเฉพาะการเคี้ยว การกลืน การสื่อสาร และภาพลักษณ์ที่ผิดปกติไป และเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิต ซึ่งพยาบาลเป็นผู้มีบทบาท

สำคัญในการวางแผนดูแล และพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในทั้ง 4 มิติ ช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทั้งสุขภาพกาย สุขภาพจิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อมตลอดจนด้านเศรษฐกิจ เป็นการช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุขต่อไป

### ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้ประโยชน์

ควรนำขั้นตอนในการดูแลผู้ป่วยภาวะอัมพาตใบหน้าที่มีปัญหาทางกายและทางจิตใจ ไปจัดทำเป็นคู่มือในการดูแลอย่างเป็นระบบ โดยเริ่มตั้งแต่ขั้นตอนการประเมินปัญหา การปฏิบัติเพื่อป้องกันและแก้ไขจนถึงขั้นตอนประเมินผล และต้องนำผลการประเมินมาพัฒนาวิธีการดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้นต่อไป สามารถนำประเด็นปัญหาที่พบในผู้ป่วยมาทำการวิจัยผลกระทบที่มีต่อผู้ป่วยและประเด็นการพัฒนาคู่มือที่จะใช้กับทั้งผู้ป่วยในโรงพยาบาลและประชาชนทั่วไปที่เกิดปัญหาจากการมีอัมพาตใบหน้า ทั้งนี้เพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีในการดูแลตนเองและผู้ป่วยต่อไป

### References

1. Somasundara D, Sullivan F. Management of bell's palsy. Journal of Australian prescribe 2017;40:94-7.
2. Sathirapanya, P. Bell's palsy: the current concepts of pathophysiology, management and prognosis. Songklanagarind medical journal 2002;20(3):221-32. (in Thai).
3. Nellis J, Byrne P, Boahene K, Dey J, Ishii E. Association among facial paralysis, depression and quality of life in facial plastic surgery. Journal of JAMA facial plastic surgery 2017;19(3):190-96.
4. Baugh F, Gregory J, Basura IE, Schwartz R., Drumheller M, Burkholder R., et al. Clinical practice guideline: bell's palsy. Journal of Otolaryngology- Head and Neck Surgery 2013;149(3S):S1-S27.
5. Stew B, Williams H. Modern management of facial palsy: a review of current Literature. British Journal of General Practice 2013;63(607):109-10.
6. Chaovitsaree S, Brahmnark M, Thewin B, Matanasarawoot A, Gomutbup P. Acupuncture treatment for bell's palsy: A case report. Nursing journal 2013;40(4):186-91. (in Thai).
7. Petpichetchian W. Best nursing practice in cancer care. Songkhla: Chanmueang; 2010. (in Thai).
8. Tavares-Brito J, Veen M, Dusseldrop JR, Bahmad JrF, Hardlock TA. Facial palsy-specific quality of life in 920 patients: correlation with clinician-graded severity and predicting factors. Laryngoscope 2019;129:100-4.

9. Duan X, Sun Y, An X, Feng Q, Pan D. Application effect of synergy theory-centered rehabilitation nursing on nursing of patients with peripheral facial paralysis. *Journal of Biomedical Research* 2017;12(45):5300-03.
10. Santos M, Chiari B, Guedes G. Facial paralysis of life: a critical review of literature in the scope and quality of inter-professional work Rev. *Revista Cefac* 2016;18(5):1230-37.
11. Carvalho VF, Vieira APS, Paggiaro AO, Salles AG, Gemperli R. Evaluation of the body image of patients with facial palsy before and after the application of botulinum toxin. *Internal Journal Dermatology* 2019;58(10):1175-83.

## บทความวิชาการ

## โปรแกรมพัฒนาผู้ดูแลเด็กสมองพิการ: การทบทวนวรรณกรรม Intervention for Training/Empowering Caregivers of Cerebral Palsy Children: A Scoping Review

Received: Nov 15, 2019

Revised: Dec 20, 2019

Accepted: Dec 24, 2019

สุภาพร วรรณสันทัด พร.ด. (Supaporn Wannasuntad, Ph.D.)<sup>1</sup>สิงห์ กาญจนอารี ศษ.ม. (Sing Kanchanaaree, M.Ed)<sup>2</sup>

## บทคัดย่อ

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์ลักษณะงานวิจัยและรูปแบบของโปรแกรมที่ออกแบบเพื่อพัฒนาผู้ดูแลเด็กสมองพิการ โดยสืบค้นงานวิจัยภาษาไทยและภาษาอังกฤษที่ตีพิมพ์ในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ PubMed, CINAHL, Cochrane Library, EMBASE, Scopus, ThaiJO และ ThaiLIS ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2553 - 2562) เกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัยเข้า ได้แก่ 1) เป็นงานวิจัยปฐมภูมิที่ศึกษาในผู้ดูแลเด็กสมองพิการ 2) เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง กึ่งทดลอง หรืองานวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมที่ออกแบบสำหรับพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลหลักของเด็กสมองพิการ อายุ 0-15 ปี 3) มีการประเมินผลลัพธ์ในผู้ดูแลหลักที่สอดคล้องกับโปรแกรม/กิจกรรมที่จัดให้ ผลการทบทวนวรรณกรรมมีงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัยเข้า จำนวน 8 เรื่อง สรุปผลการวิเคราะห์ได้ดังนี้

1. โปรแกรมถูกออกแบบสำหรับพัฒนาความรู้ความสามารถของผู้ดูแล 3 เรื่อง (การให้อาหาร และการส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ) โปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจผู้ดูแล 2 เรื่อง และ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตผู้ดูแล 3 เรื่อง ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาในโรงพยาบาลหรือคลินิกฟื้นฟูสภาพ/กระตุ้นพัฒนาการ มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อยกว่า 30 คน/เรื่อง

2. กิจกรรมของโปรแกรมพัฒนาผู้ดูแลเด็กสมองพิการแต่ละเรื่อง ประกอบด้วยกิจกรรมที่หลากหลาย ได้แก่ การสอนสุขศึกษา การจัดกิจกรรมกลุ่ม การให้คำแนะนำ การสาธิตและการฝึกทักษะ การเยี่ยมบ้าน การโทรศัพท์เยี่ยม การสนับสนุนสื่อ อุปกรณ์ และค่าเดินทาง ระยะเวลาการจัดกิจกรรม ส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลา 2 เดือน (3 สัปดาห์ ถึง 2.5 เดือน) หรือ 6-8 ครั้ง

3. ผลลัพธ์ของโปรแกรม สรุปได้ว่า 1) การจัดกิจกรรมที่หลากหลาย เป็นระยะเวลา 2 เดือน หรือ 6-8 ครั้ง เพียงพอที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม/ทักษะ/ความสามารถในการดูแลเด็กสมองพิการของผู้ดูแล 2) การให้สุขศึกษาและการให้คู่มือ เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ติดต่อกัน ไม่มีประสิทธิผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของความเครียดและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล 3) โปรแกรมที่มีกิจกรรมที่หลากหลายและมีการติดตามต่อเนื่อง เช่น การเยี่ยมบ้าน หรือ การโทรศัพท์เยี่ยม รวมอยู่ด้วย ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในตัวแปรที่ศึกษา

สรุปว่าควรมีโปรแกรมพัฒนาผู้ดูแลเด็กสมองพิการเพิ่มมากขึ้นโดยเฉพาะในบริบทของชุมชน และโปรแกรมพัฒนาผู้ดูแลควรประกอบด้วยกิจกรรมที่หลากหลายและมีการติดตามต่อเนื่องเพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดี

**คำสำคัญ:** โปรแกรม, ผู้ดูแลเด็กสมองพิการ, เด็กสมองพิการ, การทบทวนวรรณกรรม,

<sup>1</sup>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน), วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ; E-mail: supaporn.w@bcn.ac.th

<sup>2</sup>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช; E-mail: singha88@windowslive.com

<sup>1</sup> Boromarajonani College of Nursing Bangkok, <sup>2</sup> Boromarajonani College of Nursing Nakhon Si Thammarat

### Abstract

This systematic review of the literature aimed to synthesize research characteristics and program activities designed to develop caregivers of cerebral palsy children. Searching for Thai and English research published in electronic databases included PubMed, CINAHL, Cochrane Library, EMBASE, Scopus, ThaiJO and ThaiLIS in the past 10 years (2010-2019). Inclusion criteria of studies were: 1) primary research conducted in caregivers of children with cerebral palsy, 2) a quasi-experimental study, experimental study or participatory action research designed for mastering caregivers with cerebral palsy age 0-15 years, 3) caregiver's outcome in accordance with the study was evaluated. Eight studies met the inclusion criteria was included for further analysis. The results can be summarized as follows:

1. Three studies were designed for improving the knowledge and competency of the caregivers (feeding and promoting muscle strength), 2 studies for empowering the caregivers, and 3 studies for promoting mental health and quality of life of the caregivers. Majority of the studies was a quasi-experimental study conducting in a hospital rehabilitation/child development center and having sample less than 30 cases.

2. Each program developed for training the caregivers embraced various activities including health education, group activity, supervising, demonstrations and skills practicing, home visit, phone call support, providing media, equipment, and travel expenses. Most of the program lasted for 2 months (3 weeks to 2.5 months) or 6-8 sessions.

3. The outcomes of the program can be summarized as follows: 1) Providing a variety of activities for 2 months or 6-8 session was enough to make changes in caregivers' behaviors/skills/abilities in caring for children with cerebral palsy; 2) Providing health education only for 8 consecutive weeks was not effective to reduce stress and increase quality of life of the caregiver; 3) Programs with a variety of activities and ongoing monitoring, such as home visits, phone call support, provided better outcomes in the caregivers

It could be concluded that more intervention developed for mastering the caregivers of children with cerebral palsy, especially community-based intervention, is in need. The caregiver development program should consist of a variety of activities and ongoing monitoring to lead to better outcomes.

**Keywords:** parental education, parental training, caregivers' intervention, cerebral palsy in children

## บทนำ

สมองพิการ (cerebral palsy) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติอย่างถาวรของสมองส่วนกลาง ส่งผลให้เกิดความบกพร่องในการควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อ ทำให้เกิดปัญหาการเคลื่อนไหว การทรงตัว นอกจากนี้อาจมีความผิดปกติอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น มีความบกพร่องด้านการรับรู้ การมองเห็น การได้ยิน การเรียน สติปัญญา การสื่อสาร พฤติกรรม และโรคซึมเศร้า เป็นต้น<sup>1-2</sup> อัตราความชุกของเด็กสมองพิการอยู่ระหว่าง 2-2.5 คน ต่อเด็กเกิดมีชีวิต 1,000 คน<sup>3</sup> เด็กสมองพิการแต่ละรายจะแสดงอาการแตกต่างกันขึ้นกับชนิดและระดับความสามารถในการเคลื่อนไหว ผลการศึกษาระบาดวิทยาผู้ป่วยเด็กสมองพิการในประเทศไทย<sup>4-5</sup> พบเป็นประเภทแข็งเกร็ง (spastic) มากที่สุด ร้อยละ 92.70 โดยพบเป็นชนิดเกร็งแบบครึ่งท่อน (spastic diplegia) มากที่สุด รองลงมาคือชนิดเกร็งทั้งตัว (spastic quadriplegia) และ เกร็งครึ่งซีก (spastic hemiplegia) ตามลำดับ สำหรับการแบ่งระดับความรุนแรงตามความสามารถในการเคลื่อนไหว Gross motor function classification system expanded & revised: GMFCS- E&R)<sup>6-7</sup> นั้น พบความรุนแรงระดับ 3-5 (ปานกลาง-รุนแรง) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 69.20<sup>4</sup> ความผิดปกติอื่นที่เกิดร่วมกับความผิดปกติของการเคลื่อนไหว ได้แก่ การเกร็ง การชัก การพูด การกิน ทูพโภชนาการ ความบกพร่องด้านสติปัญญาการรับรู้ การมองเห็น การได้ยิน น้ำลายยืด ปากและฟัน และ การขับถ่าย<sup>4-5,8-9</sup> จะเห็นได้ว่าเด็กสมองพิการโดยเฉพาะระดับปานกลางถึงรุนแรงจะมีปัญหาที่หลากหลายและไม่สามารถดูแลตนเองได้ ต้องมีผู้ดูแลคอยดูแลอย่างต่อเนื่อง

การดูแลเด็กสมองพิการเน้นการส่งเสริมให้เด็กสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ โดยเน้นใน 4 ทักษะ<sup>10</sup> ได้แก่ ทักษะการรับประทานอาหาร การแต่งตัว การขับถ่าย และการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล เช่น การล้างหน้า แปรงฟัน อาบน้ำ การล้างมือ หากผู้ดูแลมีความสามารถในการฝึกฝนและฟื้นฟูสภาพอย่างถูกวิธี จะทำให้เด็กสามารถช่วยเหลือตนเองได้อย่างเต็มศักยภาพ แต่ในเด็กสมองพิการที่มีอาการปานกลางถึงรุนแรง เด็กจะช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ลดลง ต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ตลอดเวลา ได้แก่ การอาบน้ำ แต่งตัว การแปรงฟัน การรับประทานอาหาร การขับถ่าย เป็นต้น

ซึ่งต้องใช้เวลาในการดูแลเด็กมากกว่า 15 ชั่วโมงต่อวัน (เฉลี่ย 19.10 ชั่วโมง/วัน; SD 4.31)<sup>11</sup> ในการดูแลกิจวัตรประจำวันและฟื้นฟูสภาพแก่เด็กสมองพิการ มีรายงานของความยากลำบากของผู้ดูแลในการเตรียมและให้อาหารแก่เด็กสมองพิการ<sup>12</sup> ซึ่งต้องใช้เวลาค่อนข้างมากในแต่ละวัน และยังต้องจัดทำ ควบคุมร่างกายของเด็กขณะป้อนอาหาร ทำให้เกิดความเมื่อยล้า ปวดเมื่อยตามหลัง ไหล่ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อยเป็นภาระ รับไม่ไหว<sup>13</sup> เกิดความเครียด<sup>14</sup> อาการซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตลดลง โดยเฉพาะด้านจิตใจและสัมพันธภาพทางสังคม<sup>15</sup> บางรายต้องลาออกจากงานเพื่อมาเป็นผู้ดูแลหลัก ทำให้กระทบต่อรายได้ เศรษฐกิจของครอบครัว<sup>12</sup> ผลกระทบดังกล่าวที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลหลัก สามารถส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการดูแลและภาวะสุขภาพของเด็กสมองพิการได้ ดังนั้นกิจกรรมหรือโปรแกรมต่าง ๆ ที่ออกแบบมาเพื่อพัฒนาหรือสนับสนุนผู้ดูแลเด็กสมองพิการจึงเป็นสิ่งจำเป็น

ผลการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับงานวิจัยที่ออกแบบเพื่อพัฒนาหรือสนับสนุนผู้ดูแลเด็กสมองพิการในประเทศไทยและต่างประเทศพบว่ามีงานวิจัยตีพิมพ์เผยแพร่อยู่น้อยมาก และยังไม่มีการสังเคราะห์งานวิจัยเหล่านี้ ผู้เขียนจึงมีความสนใจที่จะทำการทบทวนวรรณกรรม (scoping review) เพื่อให้เข้าใจสถานการณ์ขององค์ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาผู้ดูแลเด็กสมองพิการ โดยคาดหวังว่าผลการทบทวนวรรณกรรมนี้จะสามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาและสนับสนุนผู้ดูแลเด็กสมองพิการให้มีความสามารถและคุณภาพชีวิตที่ดีในการดูแลเด็กสมองพิการต่อไป

**วัตถุประสงค์** เพื่อสังเคราะห์ลักษณะของงานวิจัยและรูปแบบของโปรแกรมที่ออกแบบเพื่อพัฒนาผู้ดูแลเด็กสมองพิการในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา

## วิธีดำเนินการ

การทบทวนวรรณกรรม (scoping review) นี้ ใช้วิธีการที่แนะนำโดย The Joanna Briggs Institute (2015)<sup>16</sup> โดยรวบรวมงานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในฐานข้อมูลวารสารวิชาการ ได้แก่ PubMed, CINAHL, Cochrane Library, EMBASE, Scopus, ThaiJO และฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์และรายงานการวิจัย ThaiLIS ที่ตีพิมพ์เผยแพร่เป็นภาษาอังกฤษและภาษาไทยในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2553-2562;

ค.ศ. 2010-2019) โดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นงานวิจัยปฐมภูมิ (primary research study) ที่ศึกษาในผู้ดูแลเด็กสมองพิการ เช่น บิดา มารดา หรือญาติ 2) เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง กึ่งทดลอง หรืองานวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมที่ออกแบบสำหรับพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลหลักของเด็กสมองพิการ อายุ แรกเกิดถึง 15 ปี 3) มีการประเมินผลลัพธ์ในผู้ดูแลหลักที่สอดคล้องกับโปรแกรม/กิจกรรมที่จัดให้ เช่น ความรู้ ความสามารถ ทักษะ ความวิตกกังวล ความรู้สึกเป็นภาระ คุณภาพชีวิต เป็นต้น และ 4) มีหรือไม่มีการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับเด็กสมองพิการก็ได้ เกณฑ์ในการคัดออก (exclusion criteria) 1) งานวิจัยภาษาอื่นนอกเหนือจากภาษาอังกฤษและไทย 2) งานวิจัยที่มีข้อมูลไม่เพียงพอ โดยใช้คำสำคัญ ได้แก่ ผู้ดูแลเด็กสมองพิการ โปรแกรม กิจกรรม การเตรียมความพร้อม cerebral palsy caregivers and intervention, program, therapy; caregivers and feeding cerebral palsy children; health education and cerebral palsy and caregivers; caregiver and cerebral palsy and discharge program, caregiver preparedness and cerebral palsy, parental training program and cerebral palsy นอกจากนี้ยังได้ทำการสืบค้นเพิ่มเติมจากรายการเอกสารอ้างอิงของงานวิจัยที่สืบค้นได้

การคัดเลือกงานวิจัยสำหรับทำการวิเคราะห์ ดำเนินการโดยให้นักวิจัยทั้ง 2 คน แยกกันคัดกรองงานวิจัย โดยดำเนินการคัดกรองเบื้องต้นด้วยการอ่านบทคัดย่อ พิจารณาคัดเลือกงานวิจัยที่สอดคล้องกับเกณฑ์การคัดเข้าไว้ แล้วทำการคัดกรองอีกครั้งโดยการอ่านบทความวิจัยฉบับสมบูรณ์ หลังจากนั้นผู้วิจัยทั้ง 2 คน นำผลการคัดเลือกงานวิจัยมาเปรียบเทียบกัน หากมีส่วนที่แตกต่างกันใช้วิธีการอภิปรายเพื่อหาข้อสรุป

การสกัดข้อมูลจากงานวิจัย (Extraction of results) โดยนักวิจัยทั้ง 2 คน แยกกันอ่านบทความวิจัยฉบับสมบูรณ์ แล้วสกัดข้อมูลใส่ลงในตารางสกัดข้อมูล (charting table) ที่ออกแบบให้ครอบคลุมข้อมูล ดังนี้ นักวิจัย ปีที่ตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานวิจัย ประเทศที่ดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง รูปแบบกิจกรรม และผลลัพธ์ของการศึกษาวิจัย กรณีที่ผลการสกัดข้อมูลไม่สอดคล้องกัน ใช้วิธีการอภิปรายเพื่อหาข้อสรุป

การวิเคราะห์และรายงานผล ใช้วิธีการสังเคราะห์ และรายงานผลด้วยการพรรณนา

## ผลการสังเคราะห์งานวิจัย

### 1. ลักษณะของงานวิจัย

จากการสืบค้นและคัดกรองเบื้องต้นจากบทคัดย่อทั้งหมด 735 เรื่อง ได้งานวิจัยที่ตรงตามเกณฑ์การคัดเข้าจำนวน 12 เรื่อง หลังจากอ่านบทความวิจัยฉบับสมบูรณ์พบว่าม้งงานวิจัยจำนวน 4 เรื่อง ไม่สอดคล้องกับเกณฑ์การคัดเข้า เนื่องจากไม่มีการประเมินผลลัพธ์ในผู้ดูแลเด็ก 2 เรื่อง<sup>17-18</sup> เป็นงานวิจัยที่วัดผลลัพธ์โดยใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพ 1 เรื่อง<sup>19</sup> และเป็นการประเมินโครงการ 1 เรื่อง<sup>20</sup> งานวิจัยที่เข้าเกณฑ์และนำมาวิเคราะห์ต่อ มีทั้งหมด 8 เรื่อง ดังสรุปในตารางที่ 1

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาผู้ดูแลเด็กสมองพิการ มีจำนวนทั้งหมด 8 เรื่อง<sup>21-28</sup> เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง 5 เรื่อง<sup>22,24-26,28</sup> วิจัยเชิงทดลอง 2 เรื่อง<sup>21,27</sup> และวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม 1 เรื่อง<sup>23</sup> ทำการศึกษาในประเทศไทยจำนวน 3 เรื่อง<sup>24-25,28</sup> และในต่างประเทศ ได้แก่ ประเทศแทนซาเนีย<sup>21</sup> บังคลาเทศ<sup>22</sup> กานา<sup>23</sup> อาฟริกาใต้<sup>26</sup> และออสเตรเลีย<sup>27</sup> กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เลี้ยงดูเด็กสมองพิการที่มีความรุนแรงระดับเล็กน้อยถึงรุนแรง จำนวน 325 คน พิสัยของจำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละเรื่องอยู่ระหว่าง 12-110 คน มีจำนวน 5 เรื่องที่มีกลุ่มตัวอย่างน้อยกว่า 30 คน<sup>22,24-26,28</sup> และมีจำนวน 3 เรื่อง<sup>21,23,27</sup> ที่มีกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 60 คน ม้งงานวิจัย 1 เรื่องที่ศึกษาในชุมชน (community-based parent training program)<sup>23</sup> นอกนั้นเป็นงานวิจัยที่ศึกษาในโรงพยาบาล/คลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็ก/ศูนย์ฟื้นฟูสภาพร่างกาย<sup>21,22,24-28</sup>

### 2. โปรแกรมพัฒนาผู้ดูแลเด็กสมองพิการ

โปรแกรมพัฒนาผู้ดูแลเด็กสมองพิการทั้ง 8 เรื่อง มีความหลากหลาย สามารถแบ่งเป็น โปรแกรมให้ความรู้เกี่ยวกับการให้อาหาร 2 เรื่อง<sup>21,22</sup> โปรแกรมให้สุขศึกษาเพื่อส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและป้องกันข้อติดแข็งและเพื่อป้องกันโรคปอดอักเสบ 1 เรื่อง<sup>25</sup> โปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจผู้ดูแล 2 เรื่อง<sup>23,24</sup> และโปรแกรมพัฒนาสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลัก 3 เรื่อง<sup>26,27,28</sup>

รูปแบบกิจกรรมของโปรแกรมพัฒนาผู้ดูแลเด็กสมองพิการ ประกอบด้วย การสอนสุขศึกษา (รายคนและรายกลุ่ม) การจัดกิจกรรมกลุ่ม การให้คำแนะนำ การสาธิตและการให้ฝึกทักษะ และการติดตามภายหลังจัดกิจกรรม ได้แก่ การเยี่ยมบ้าน การโทรศัพท์เยี่ยม การสนับสนุนสื่อ อุปกรณ์ และค่า

เดินทาง งานวิจัยส่วนใหญ่ จะมีรูปแบบกิจกรรมที่หลากหลายมากกว่า 2 กิจกรรม ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมของงานวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลอง อยู่ระหว่าง 3 สัปดาห์ ถึง 2.5 เดือน ส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลา 2 เดือน หรือ 6-8 ครั้ง สำหรับงานวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมมีอยู่ 1 เรื่อง<sup>23</sup> ใช้เวลาจัดกิจกรรมนาน 11 เดือน

ผลลัพธ์ของผู้ดูแลเด็กสมองพิการที่ทำการศึกษาประกอบด้วย ทักษะ/ความสามารถในการให้อาหาร<sup>21-23</sup> ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและเด็กขณะให้อาหาร<sup>21-22</sup> ความเครียดขณะให้อาหาร<sup>21-22</sup> ความรู้ในการดูแลเด็ก<sup>23</sup> ความสามารถในการดูแลเด็ก<sup>24</sup> พฤติกรรมในการดูแลเด็ก<sup>25</sup> ความมั่นใจในการดูแลเด็ก<sup>23,27</sup> ความรู้สึกเป็นภาระ<sup>24</sup> คุณภาพชีวิต

ของผู้ดูแลเด็ก<sup>23,26</sup> ความวิตกกังวล<sup>27,28</sup> ความเครียดของผู้ดูแลหลัก<sup>26-27</sup> ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลเด็ก<sup>27</sup>

ผลการสังเคราะห์งานวิจัยสรุปได้ว่า 1) การจัดกิจกรรมที่หลากหลาย เป็นระยะเวลา 2 เดือน หรือ 6-8 ครั้ง เพียงพอที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม/ทักษะ/ความสามารถในการดูแลเด็กสมองพิการของผู้ดูแล<sup>21-22,24</sup> 2) การให้สุศึกษาและการให้คู่มือ เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ติดต่อกัน ไม่มีประสิทธิผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของความเครียดและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล<sup>26</sup> 3) โปรแกรมที่มีกิจกรรมที่หลากหลายและมีการติดตามต่อเนื่อง เช่น การเยี่ยมบ้าน หรือการโทรเยี่ยม รวมอยู่ด้วย ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในตัวแปรที่ศึกษา<sup>21-25</sup>

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะของงานวิจัย

| ผู้วิจัย                            | ประเภทงานวิจัย                    | สถานที่                     | กลุ่มตัวอย่าง   |               |                                                                                                                                                                                                                                                 | รูปแบบของโปรแกรม               |                          |                       |              |              | ผลลัพธ์                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|-----------------------|--------------|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                     |                                   |                             | ผู้เสี่ยงดู (N) | เด็กสมองพิการ | สาระสำคัญ                                                                                                                                                                                                                                       | สุศึกษา                        | การให้คำแนะนำ            | การให้สัมภาษณ์        | การสังเกต    | การสัมภาษณ์  | ผู้ดูแลหลัก                                                                                                                                                                                                                                | เด็กสมองพิการ                                                                                                                                                                      |
| Mlanda, et al. (2017) <sup>21</sup> | เชิงทดลอง                         | National Hospital, Tanzania | 110             | อายุ < 5 ปี   | การให้อาหาร<br>- การจัดท่า<br>- การเตรียมอาหาร                                                                                                                                                                                                  | รายคน/รายกลุ่ม<br>6-8 ครั้ง    | ขณะสังเกต<br>การให้อาหาร | 6-8 ครั้งๆ ละ 30 นาที | เช่น 1 ครั้ง | เช่น 1 ครั้ง | - ทักษะการให้อาหารของผู้ดูแล<br>- เพิ่มต้นทุนเรื่อง*<br>- จัดท่าได้เหมาะสม<br>- ป้อนอาหารง่ายขึ้น<br>- มีส่วนร่วมกับเด็กมากขึ้นจนทำให้<br>อาหาร<br>- ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและเด็กดีขึ้น*<br>- ความเครียดขณะให้อาหารของ<br>ผู้ดูแลลดลง* | - เด็กมีอาการดีขึ้น*                                                                                                                                                               |
| Adams et al. (2011) <sup>22</sup>   | กึ่งทดลอง (หนึ่งกลุ่มวัดก่อนหลัง) | Dhaka, Bangladesh           | 22              | อายุ 1-11 ปี  | การให้อาหาร<br>- หลักการให้อาหาร<br>- การเตรียมอาหาร<br>- การใช้ภาชนะที่เหมาะสม<br>- การจัดท่า<br>- การควบคุม<br>- การกรไกร<br>- การส่งเสริมให้เด็ก<br>รับประทานอาหาร<br>เอง<br>- การตอบสนอง<br>ความต้องการ<br>เด็ก<br>ให้อาหาร<br>อย่างเหมาะสม | รายการ<br>6 ครั้ง<br>2.5 เดือน | ขณะสังเกต<br>การให้อาหาร | -                     | 2 ครั้ง      | เช่น 1 ครั้ง | - ทักษะและอารมณ์<br>- ความรู้ทักษะให้<br>อาหารดีขึ้น*<br>- ความเครียดจาก<br>การให้อาหารลดลง<br>อย่างมาก*<br>- วิธีการให้อาหาร<br>(สังเกต) และใช้<br>checklist ในการ<br>ให้คะแนนเพิ่มขึ้น*<br>ไม่เปลี่ยนแปลง                                | - ความร่วมมือ<br>ให้อาหารดีขึ้น*<br>- อารมณ์โดยรวม<br>จากการรายงาน<br>ของผู้ดูแลดีขึ้น*<br>- ความถี่ของการเจ็บป่วยของระบบทาง<br>เดินหายใจลดลง*<br>- ภาวะโภชนาการ<br>ไม่เปลี่ยนแปลง |

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะของงานวิจัย (ต่อ)

| ผู้วิจัย                             | ประเภทงานวิจัย                        | สถานที่          | กลุ่มตัวอย่าง | รูปแบบของโปรแกรม                  |                                                      |                                                                                                                                                                                                       |                                  |                                    | ผู้ดูแลหลัก                        | เด็กสมองพิการ                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------|---------------------------------------|------------------|---------------|-----------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                      |                                       |                  |               | ผู้เลี้ยงดู (N)                   | เด็กสมองพิการ                                        | สาระสำคัญ                                                                                                                                                                                             | สุศึกษา                          | การให้คำแนะนำ                      |                                    |                                                                                                                                                                                                                          | การให้สัมภาษณ์                                                                                                                                                                                                           |
| Zuurmond et al. (2018) <sup>23</sup> | ปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม             | 4 ภาค ของ Ghana. | 64            | 18 เดือน-12 ปี                    | โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจเฉลี่ย 3.6 ปี (SD 2.69) | -                                                                                                                                                                                                     | -                                | เดือนละ 1 ครั้งๆ ละ 45 นาที        | ให้คำปรึกษา 8-10 คน/กลุ่ม          | - คุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเพิ่มขึ้น*<br>- ความรู้ในการดูแลเพิ่มขึ้น*<br>- ความมั่นใจในการดูแลเด็กสมองพิการเพิ่มขึ้น*<br>- ความสามารถในการช่วยเหลือเด็กสมองพิการเพิ่มขึ้น*                                               | - ภาวะสุขภาพทางกายดีขึ้น*<br>- สุขภาพทางอารมณ์ดีขึ้น*<br>- ความต้องการรับป่วยรุนแรงรอบ 12 เดือนไม่แตกต่าง                                                                                                                |
|                                      |                                       |                  |               | ระดับความรุนแรงน้อย: ปานกลาง: มาก | ระดับความรุนแรงน้อย: ปานกลาง: มาก                    | - การเสริมพลังอำนาจ<br>- การประชุมและการทำงาน<br>- การสื่อสาร<br>- การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน<br>- การให้อาหาร<br>- การเล่น<br>- ผู้ฝึกการในชุมชน<br>- การจัดตั้งกลุ่มสนับสนุนพ่อแม่<br>- แหล่งอุปกรณ์ | ขณะเยี่ยมบ้านหรือโทรติดตามเยี่ยม | ขณะเยี่ยมบ้าน                      | 2 ครั้งๆ ละ 1 ครั้ง รวม 20-40 นาที | 8 สัปดาห์ ละ 1 ครั้ง                                                                                                                                                                                                     | - ความสามารถในการดูแลเด็กสมองพิการ กลุ่มทดลอง มีสูงกว่ากลุ่มควบคุม*<br>- ความรู้สึกละอายใจของผู้ดูแลเด็กสมองพิการ กลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม*<br>- ความสามารถในการช่วยเหลือเด็กสมองพิการ กลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม* |
| สิริมา และคณะ (2557) <sup>24</sup>   | กึ่งทดลอง (สองกลุ่ม วัตถุประสงค์หลัง) | ชลบุรี ประเทศไทย | 20            | กลุ่มทดลอง อายุ 0-15 ปี           | โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลตามแนวคิดของ Gibson | ขณะเยี่ยมบ้าน                                                                                                                                                                                         | ขณะเยี่ยมบ้าน                    | 2 ครั้งๆ ละ 1 ครั้ง รวม 20-40 นาที | แจกสื่อ 8 สัปดาห์ 1 ครั้ง          | - ความสามารถในการดูแลเด็กสมองพิการ กลุ่มทดลอง มีสูงกว่ากลุ่มควบคุม*<br>- ความรู้สึกละอายใจของผู้ดูแลเด็กสมองพิการ กลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม*<br>- ความสามารถในการช่วยเหลือเด็กสมองพิการ กลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม* | - ภาวะสุขภาพทางกายดีขึ้น*<br>- สุขภาพทางอารมณ์ดีขึ้น*<br>- ความต้องการรับป่วยรุนแรงรอบ 2 สัปดาห์ก่อนสิ้นสุดโปรแกรมลดลง*<br>- ภาวะโภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์<br>ไม่เปลี่ยนแปลง                                                  |

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะของงานวิจัย (ต่อ)

| ผู้วิจัย                              | ประเภทงานวิจัย                        | สถานที่               | กลุ่มตัวอย่าง | ผู้เลี้ยงดู (N) | เด็กสมองพิการ                    | รูปแบบของโปรแกรม                                |               |               |                |                       | ผลลัพธ์                                                                                                                              |                                                                                                                                                |             |
|---------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------|---------------|-----------------|----------------------------------|-------------------------------------------------|---------------|---------------|----------------|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
|                                       |                                       |                       |               |                 |                                  | สาระสำคัญ                                       | สุขศึกษา      | การให้คำแนะนำ | การให้คำปรึกษา | เยี่ยมบ้าน            | โทรศัพท์                                                                                                                             | กิจกรรมกลุ่ม                                                                                                                                   | ผู้ดูแลหลัก |
| -                                     |                                       |                       |               |                 |                                  | สาระสำคัญ                                       |               |               |                |                       |                                                                                                                                      | - ด้านความยากลำบาก                                                                                                                             |             |
|                                       |                                       |                       |               |                 |                                  | - ภาวะสมองพิการในเด็ก                           |               |               |                |                       |                                                                                                                                      |                                                                                                                                                |             |
|                                       |                                       |                       |               |                 |                                  | - การส่งเสริมพัฒนาการ                           |               |               |                |                       |                                                                                                                                      |                                                                                                                                                |             |
|                                       |                                       |                       |               |                 |                                  | การใช้กล้ามเนื้อ                                |               |               |                |                       |                                                                                                                                      |                                                                                                                                                |             |
|                                       |                                       |                       |               |                 |                                  | เล็กและมัดใหญ่                                  |               |               |                |                       |                                                                                                                                      |                                                                                                                                                |             |
|                                       |                                       |                       |               |                 |                                  | การเคลื่อนไหว                                   |               |               |                |                       |                                                                                                                                      |                                                                                                                                                |             |
|                                       |                                       |                       |               |                 |                                  | - การทำกิจวัตรประจำวัน                          |               |               |                |                       |                                                                                                                                      |                                                                                                                                                |             |
| ดวงใจ สนิท, และคณะ (2558)25           | กึ่งทดลอง (หนึ่งกลุ่มวัด ก่อนและหลัง) | รพ. รอยง ประเทศไทย    | 12            | 6 เดือน-14 ปี   | รายคน 1 ครั้ง                    | ขณะเยี่ยมบ้าน หรือโทรติดตามเยี่ยม               | รายคน 1 ครั้ง | 1 ครั้ง       | 1 ครั้ง        | มอนิเตอร์ การดูแลเด็ก | พฤติกรรมดูแลของ ผู้ดูแลเด็กสมองพิการ (ด้านการดูแล เพื่อส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และการขัดตึง และ การดูแลป้องกันโรค ปอดอักเสบ | พฤติกรรมดูแลของ ผู้ดูแลเด็กสมองพิการ (ด้านการดูแล เพื่อส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และการขัดตึง และ การดูแลป้องกันโรค ปอดอักเสบ) สูงขึ้น* | -           |
| Aswegeen, et al. (2019) <sup>36</sup> | กึ่งทดลอง (หนึ่งกลุ่มวัด ก่อนและหลัง) | Gauteng, South Africa | 18            | อายุ 0-8 ปี     | รายกลุ่ม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง 3 ชม. | รายการกลุ่ม (Hambisela) สัปดาห์ละ 1 ครั้ง 3 ชม. | -             | -             | -              | มอนิเตอร์ ค่าเดินทาง  | - ความเครียดของผู้ดูแลหลักลดลง อย่างไม่มีนัยสำคัญ                                                                                    | - คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลักเพิ่ม อย่างไม่มีนัยสำคัญ                                                                                            |             |

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะของงานวิจัย (ต่อ)

| ผู้วิจัย                                | ประเภทงานวิจัย    | สถานที่               | กลุ่มตัวอย่าง                |               | รูปแบบของโปรแกรม                                                       |                           |                                |                           | ผู้ดูแลหลัก            | เด็กสมองพิการ                                                                                                      |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------|-------------------|-----------------------|------------------------------|---------------|------------------------------------------------------------------------|---------------------------|--------------------------------|---------------------------|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                         |                   |                       | ผู้เลี้ยงดู (N)              | เด็กสมองพิการ | สาระสำคัญ                                                              | สุศึกษา                   | การให้คำแนะนำ                  | การให้สัมภาษณ์            |                        |                                                                                                                    | กิจกรรมกลุ่ม                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                      |
| ลำดับที่ 7: การเล่น                     |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
| ลำดับที่ 8: สรุป                        |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
| บททวนและสะท้อน                          |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
| คิดประสบการณ์                           |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
| Whittingham et al. (2015) <sup>77</sup> | เชิงทดลอง 3 กลุ่ม | Queensland, Australia | อายุ 2-12 ปี Mean 5.3±3.0 ปี | 1.SSTP 22 คน  | 2.SSTP+ACT GMFCS ระดับ I-V ระดับ HV มีจำนวนใกล้เคียงกัน ระดับ V มีน้อย | การสร้างสัมพันธภาพกับเด็ก | เทคนิค SSTP ด้วยการชมวิดิทัศน์ | ขณะที่มีสถานการณ์เกิดขึ้น | - 3 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที | SSTP 6 ครั้ง ๆ ละ 2 ชม (ตั้งเป้าหมายการใช้เทคนิค และ กลุ่ม STTP และการติดตามพฤติกรรมเด็ก) แตกต่างกับกลุ่ม SSTP+ACT | - ภาพซึมเศร้า ลดลง* เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม และ กลุ่ม STTP และการติดตามพฤติกรรมเด็ก) แตกต่างกับกลุ่ม SSTP+ACT | - คุณภาพชีวิตพบแตกต่างกันในด้านความผูกพัน สังคมและการยอมรับ* ด้านความรู้สึกรู้สึกต่อการทำหน้าที่* และด้านสุขภาพของครอบครัว* - ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านการเคลื่อนไหว ดีขึ้น* - ด้านการดูแลตนเอง ไม่แตกต่าง - ด้านสังคม ไม่แตกต่าง |
| 1. SSTP                                 |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
| 2. SSTP + ACT                           |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
| 3.กลุ่มควบคุม                           |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                         |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                         |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                         |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                         |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                         |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                         |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                         |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                         |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                         |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                         |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                         |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                         |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                         |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                         |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                         |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                         |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                         |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                         |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                         |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                         |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                         |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                         |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                         |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                         |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                         |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                         |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                         |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                         |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                         |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                         |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                         |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                         |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                         |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                         |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                         |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                         |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                         |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                         |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                         |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                         |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                         |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                         |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                         |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                         |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                         |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                         |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                         |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                         |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                         |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                         |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                         |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                         |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                         |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                         |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                         |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                         |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                         |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                         |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                         |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                         |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                         |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                         |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                         |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                         |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                         |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                         |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                         |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                         |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                         |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                         |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                         |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                         |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                         |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                         |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                         |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                         |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                         |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                         |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                         |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                         |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                         |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                         |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                         |                   |                       |                              |               |                                                                        |                           |                                |                           |                        |                                                                                                                    | </                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                      |



## อภิปรายผลการวิจัย

การทบทวนวรรณกรรมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์ลักษณะของงานวิจัยและรูปแบบของโปรแกรมที่ออกแบบเพื่อพัฒนาผู้ดูแลเด็กสมองพิการในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา ผลการวิจัยสรุปตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัยได้ดังนี้

**1. ลักษณะของงานวิจัย** งานวิจัยที่ออกแบบเพื่อพัฒนาผู้ดูแลเด็กสมองพิการมีอยู่เป็นจำนวนน้อยมาก (8 เรื่อง) เป็นการศึกษาวิจัยในประเทศไทย จำนวน 3 เรื่อง<sup>24-25,28</sup> ในต่างประเทศจำนวน 5 เรื่อง<sup>21-23,26-27</sup> งานวิจัยเกือบทั้งหมด (7 เรื่อง)<sup>21-22, 24-28</sup> เป็นโปรแกรมที่ดำเนินการในโรงพยาบาล คลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็ก หรือศูนย์ฟื้นฟูสภาพ มีเพียง 1 เรื่องที่เป็นโปรแกรมที่ดำเนินการในชุมชน<sup>29</sup> โปรแกรมพัฒนาผู้ดูแลเด็กสมองพิการทั้ง 8 เรื่องมีความหลากหลาย สามารถแบ่งเป็น โปรแกรมให้ความรู้เกี่ยวกับการให้อาหาร 2 เรื่อง<sup>21,22</sup> โปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจผู้ดูแล 2 เรื่อง<sup>23-24</sup> โปรแกรมให้ศึกษาเพื่อส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและป้องกันข้อติดแข็งและเพื่อป้องกันโรคปอดอักเสบ 1 เรื่อง<sup>25</sup> และโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลัก 3 เรื่อง<sup>26-28</sup> ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (5 เรื่อง) รองลงมาคืองานวิจัยเชิงทดลอง (2 เรื่อง) และการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (1 เรื่อง) งานวิจัยส่วนใหญ่ (5 เรื่อง) มีขนาดกลุ่มตัวอย่างน้อยกว่า 30 คน<sup>22,24-26,28</sup> และมีจำนวน 3 เรื่อง<sup>21,23,27</sup> ที่มีกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 60 คน

ผลการวิจัยข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่าผู้ดูแลเด็กสมองพิการยังได้รับการพัฒนาทักษะ ความสามารถ หรือศักยภาพในการดูแลเด็กสมองพิการน้อยกว่าที่ควรจะเป็น และบริการต่างๆ ยังรวมศูนย์อยู่ในโรงพยาบาลใหญ่ ยังไม่ขยายสู่ชุมชน ซึ่งจะทำให้ยากต่อการเข้าถึงสำหรับกลุ่มผู้ดูแลเด็กสมองพิการ ทำให้พบปัญหาทั้งในเด็กสมองพิการและผู้ดูแลเด็กสมองพิการที่ถูกมองข้าม เช่น ปัญหาทุพโภชนาการ ปัญหาความเครียด<sup>14</sup> ซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตลดลงในผู้ดูแลเด็กสมองพิการ<sup>15</sup> จากผลการสำรวจความชุกของภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยเด็กพิการสมองใหญ่ที่ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลศิริราช<sup>8</sup> จำนวน 81 คน โดยใช้เกณฑ์น้ำหนักตัว พบมีภาวะทุพโภชนาการ ร้อยละ 34.60 หรือประมาณ 1 ใน 3 ของประชากรที่ศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจภาวะโภชนาการในประเทศอื่น<sup>29</sup> ที่พบว่า ร้อยละ 65.00 ของเด็กสมองพิการอายุ

น้อยกว่า 5 ปี มีปัญหาทุพโภชนาการ ในขณะที่มีรายงานจากผู้ดูแลว่า การเตรียมและป้อนอาหารมีผลกระทบต่อผู้ดูแลและครอบครัวทั้งด้านร่างกาย อารมณ์และจิตใจ ความสัมพันธ์ในครอบครัว การมีส่วนร่วมในสังคม และด้านเศรษฐกิจ<sup>12</sup> ดังนั้น การจัดการบริการหรือการวิจัยจึงควรให้ความสำคัญกับกลุ่มผู้ดูแลเด็กสมองพิการ เนื่องจากเด็กสมองพิการต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง การพัฒนาผู้ดูแลเปรียบเสมือนการพัฒนาคุณภาพการดูแลเด็กสมองพิการให้สามารถใช้ชีวิตได้อย่างเต็มศักยภาพ

**2. รูปแบบของโปรแกรมที่ออกแบบเพื่อพัฒนาผู้ดูแลเด็กสมองพิการ** สรุปได้ว่า งานวิจัยส่วนใหญ่มีกิจกรรมที่หลากหลาย ได้แก่ การสอนสุขศึกษาทั้งรายคนและรายกลุ่ม การให้คำแนะนำ การสาธิตและการให้ฝึกทักษะ การจัดกิจกรรมกลุ่ม การเยี่ยมบ้าน การโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม และการสนับสนุนสื่อ อุปกรณ์ และค่าเดินทางโดยงานวิจัยส่วนใหญ่มีรูปแบบกิจกรรมที่หลากหลายมากกว่า 2 กิจกรรม ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมของงานวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลอง อยู่ระหว่าง 3 สัปดาห์ ถึง 2.5 เดือน ผลการสังเคราะห์งานวิจัยสรุปได้ว่า 1) การจัดกิจกรรมที่หลากหลาย เป็นระยะเวลา 2 เดือน หรือ 6-8 ครั้ง เพียงพอที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม/ทักษะ/ความสามารถในการดูแลเด็กสมองพิการของผู้ดูแล<sup>21-22,24</sup> 2) การให้ศึกษาและการให้คู่มือ เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ติดต่อกัน ไม่มีประสิทธิภาพทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของความเครียดและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล<sup>26</sup> และ 3) โปรแกรมที่มีกิจกรรมที่หลากหลายและมีการติดตามต่อเนื่อง เช่น การเยี่ยมบ้าน การโทรศัพท์เยี่ยม รวมอยู่ด้วยมีแนวโน้มทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีของผลลัพธ์ที่ศึกษา<sup>21-25</sup> ผลการวิจัยนี้มีความสอดคล้องกับการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับแนวทางการเตรียมความพร้อมมารดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งพบว่ามี 3 รูปแบบ ได้แก่ 1) การสอนให้ความรู้ และฝึกทักษะ 2) การส่งเสริมความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และ 3) การดูแลต่อเนื่อง เช่น การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ และการติดตามเยี่ยมบ้าน<sup>30</sup> ซึ่งเป็นรูปแบบกิจกรรมที่ผ่านการสังเคราะห์แล้วว่ามีประสิทธิภาพในการพัฒนา ความรู้ ความสามารถต่างๆ ในผู้ดูแลเด็ก จากการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาผู้ดูแลเด็กสมองพิการ พบงานวิจัยที่นำเทคโนโลยีมาใช้ในการพัฒนาผู้ดูแลเด็กสมองพิการ<sup>18</sup> โดยเป็นการเรียน

ออนไลน์ (web-based training) แต่งานวิจัยนี้ไม่ได้ถูกนำมาสังเคราะห์ด้วยเนื่องจากผู้วิจัยประเมินกระบวนการพัฒนาสื่อไม่มีการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในผู้ดูแล จึงไม่ตรงกับเกณฑ์คัดงานวิจัยเข้าที่กำหนดไว้ แต่ทำให้เห็นแนวโน้มของการนำเทคโนโลยีมาใช้ ซึ่งจะขยายโอกาสการเข้าถึงข้อมูลของกลุ่มผู้เลี้ยงดูเด็กสมองพิการได้มากขึ้น

## บทสรุป

สมองพิการเป็นภาวะที่ทำให้เด็กมีความผิดปกติของการเคลื่อนไหวและความผิดปกติอื่นๆ ร่วมด้วย ส่งผลให้เด็กต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากผู้ดูแล การพัฒนาศักยภาพการส่งเสริมสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเป็นกุญแจสำคัญที่นำไปสู่ความสำเร็จในการดูแลเด็กสมองพิการอย่างมีคุณภาพ โปรแกรมพัฒนาผู้ดูแลเด็กสมองพิการของประเทศไทยและนานาชาติยังมีอยู่เป็นจำนวนน้อยและจำกัดอยู่ในโรงพยาบาลหรือคลินิกต่าง ๆ ในโรงพยาบาล ในขณะที่เด็กสมองพิการส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชุมชน การขยายบริการหรือสร้างแหล่งสนับสนุนในชุมชน จะเป็นการเพิ่มการเข้าถึงบริการ

## ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้

### 1. ด้านการวิจัย

องค์ความรู้ด้านการพัฒนาผู้ดูแลเด็กสมองพิการในด้านต่างๆ ยังมีจำนวนน้อย จึงควรทำวิจัยเพื่อพัฒนาผู้ดูแลเด็กสมองพิการเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะโปรแกรมที่พัฒนาความรู้

ทักษะ ความเชื่อมั่นในการดูแลเด็ก (self-efficacy) การสร้างเสริมพลังอำนาจในตน (empowerment) การส่งเสริมความสามารถในการจัดการ (self-management) การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ดูแลเด็กสมองพิการในประเด็นที่เกี่ยวกับการส่งเสริมความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายและป้องกันข้อยึดติดในเด็ก การส่งเสริมความสามารถในการให้อาหาร โปรแกรมลดความเครียด และสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กสมองพิการ และการส่งเสริมสุขภาพจิตแก่ผู้เลี้ยงดูทั้งในบริบทของโรงพยาบาล/คลินิกกระตุ้นพัฒนาการ/คลินิกฟื้นฟูสภาพและในชุมชน

### 2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

โปรแกรมที่ออกแบบสำหรับพัฒนาผู้ดูแลเด็กสมองพิการ ควรมีกิจกรรมที่หลากหลายเพิ่มเติมจากการให้สุขศึกษาอย่างเดียว เช่น การได้ฝึกทักษะ การเยี่ยมบ้าน หรือ การโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม เพื่อให้พยาบาลเข้าใจบริบท สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลแต่ละราย ทำให้สามารถให้คำแนะนำที่สอดคล้องกับบริบทของแต่ละครอบครัว และความเข้มข้นของกิจกรรม ไม่ควรน้อยกว่า 8 ครั้งหรือ 2 เดือน

### 3. ด้านนโยบาย

บริการที่จัดให้กับครอบครัวเด็กสมองพิการส่วนใหญ่ยังจำกัดอยู่ในโรงพยาบาล ในขณะที่ครอบครัวเด็กสมองพิการอาศัยอยู่ในชุมชน ผู้บริหารนโยบายควรขยายการบริการหรือแหล่งสนับสนุนที่จัดให้กับเด็กสมองพิการสู่ชุมชนให้เพิ่มมากขึ้น เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการแก่ครอบครัวเด็กสมองพิการ

## References

1. Ashwal S, Russman BS, Blasco PA, Miller G, Sandler A, Shevell M, et al. Practice parameter: diagnostic assessment of the child with cerebral palsy: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Practice Committee of the Child Neurology Society. *Neurology* 2004;62(6):851-63.
2. Colver A, Fairhurst C, Pharoah PO. Cerebral palsy. *Lancet* 2014;383:1240-49.
3. Blair E. Epidemiology of the cerebral palsies. *The Orthopedic clinics of North America*.2010;41(4): 441-55.
4. Insook S. Epidemiology of cerebral palsy pediatric patients in Sanprasitthiprasong Hospital Ubonratchatani. *Maharakham Hospital Journal* 2016;13(2):78-86. (in Thai)
5. Keeratisiroj O, Thawinchai N, Buntragulpoontawee M, & Siritaratiwat W. Epidemiology of children with cerebral palsy in special school, Northern and Northeastern of Thailand. [research article]. [cited 2019 August 5]. Available from [http://www.northern.ac.th/north\\_research/p/document/file\\_14902400430.pdf](http://www.northern.ac.th/north_research/p/document/file_14902400430.pdf) (in Thai).
6. Palisano RJ, Rosenbaum P, Bartlett D, Livingston MH. Content validity of the expanded and revised Gross Motor Function Classification System. *Developmental Medicine and Child Neurology* 2008;50(10):744-50.
7. Siritaratiwat W, Thomas I. GMFCS- E&R Thai translation. [cited 2019 August 4]. Available from: [https://canchild.ca/system/tenon/assets/attachments/000/000/081/original/GMFCS-ER\\_Translation-Thai.pdf](https://canchild.ca/system/tenon/assets/attachments/000/000/081/original/GMFCS-ER_Translation-Thai.pdf) (in Thai).
8. Chayaopas N, Chavasiri S., Harnphadungkit K. Prevalence of malnutrition in cerebral palsy at Department of Rehabilitation Medicine, Siriraj Hospital. *Journal of Thai Rehabilitation Medicine* 2014;24(2):55-9. (in Thai)
9. Pansrimungkorn K, Asvanit P., Santiwong B., & Arunakoon M. Dental caries experience of Thai preschool children with cerebral palsy attending rehabilitation centers in Bangkok. In the 9<sup>th</sup> National & International Conference “Local & Global Sustainability: Meeting the Challenges & Sharing the Solutions. [Conference proceeding]. [Cited 2019 August 4]. Available from <http://journalgrad.sru.ac.th/index.php/8thconference/article/view/1247/1139>
10. Boonyakarn T, Saksiriphol D, Pothisaan P. Learning experience management with parental involvement model to enhance the self-help skills of children with cerebral palsy. *Journal of Education* 2016;17(1):1-15. (in Thai).
11. Chumsri S, Chaimongkol, N., & Sananreugsak, S. Effects of the child caregiver's empowerment promoting program on ability and burden to care for children with cerebral palsy. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University* 2014;22(4):35-46. (in Thai).
12. Na-Rungsri K. Primary caregivers' voice: Experience of food preparing and feeding children with cerebral palsy. *Thammasat Medical Journal*. 2014;14(4): 589-597. (in Thai)

13. Chiluba BC, Moyo G. Caring for a cerebral palsy child: A caregiver perspective at the University Teaching Hospital, Zambia. *BMC research notes* 2017;10(724):1-8.
14. Prakash V, Patel AM, Hariom K, Palisano RJ. Higher Levels of Caregiver Strain Perceived by Indian Mothers of Children and Young Adults with Cerebral Palsy Who have Limited Self-Mobility. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics* 2017;37(1):64-73.
15. Hongrapipat J. A comparative study of quality of life (QOL) and mental health of caregiver with cerebral palsy child with healthy control. *Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospitals* 2014;29(3):139-48. (in Thai).
16. The Joanna Briggs Institute. Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: Methodology for JBI Scoping Reviews. South Australia, Australia: The University of Adelaide; 2015.
17. Das D, Zaman T, Hasan MS, Barua T, Chowdhury M. Outcomes of feeding training to mothers having child with cerebral palsy admitted at a tertiary level hospital in Bangladesh. *Chattagram Maa-O-Shishu Hospital Medical College Journal* [Internet]. 6 March 2017 [cited 2019 June 1];15(2): 25-9. Available from: <https://www.banglajol.info/index.php/CMOSHMCJ/article/view/31801>
18. Nobakht Z, Rassafiani M, Hosseini SA. A Web-based caring training for caregivers of children with cerebral palsy: Development and evaluation. *Iranian Journal of Child Neurology* 2018;12(4):65-84.
19. Donkor CM, Lee J, Lelijveld N, et al. Improving nutritional status of children with cerebral palsy: A qualitative study of caregiver experiences and community-based training in Ghana. *Food Science and Nutrition* 2018;7(1):35-43. Published 2018 Nov 15. doi:10.1002/fsn3.788
20. Arora SK, Aggarwal A, Mittal H. Impact of an educational film on parental knowledge of children with cerebral palsy. *International Journal of Pediatrics*. 2014;2014:573698. doi:10.1155/2014/573698
21. Mlinda SJ, Leyna GH, Massawe A. The effect of a practical nutrition education programme on feeding skills of caregivers of children with cerebral palsy at Muhimbili National Hospital, in Tanzania. *Child Care Health Dev* 2018;44(3):452-61.
22. Adams MS, Khan NZ, Begum SA, Wirz SL, Hesketh T, Pring TR. Feeding difficulties in children with cerebral palsy: Low-cost caregiver training in Dhaka, Bangladesh. *Child Care Health Dev* 2012;38(6): 878-88.
23. Zuurmond M, O'Banion D, Gladstone M, Carsamar S, Kerac M, Baltussen M, et al. Evaluating the impact of a community-based parent training programme for children with cerebral palsy in Ghana. *PloS one* 2018;13(9):e0202096.
24. Chumsri S, Chaimongkol N, Sananreugsak S. Effects of the child caregiver's empowerment promoting program on ability and burden to care for children with cerebral palsy. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University* 2014;22(4):35-46. (in Thai).
25. Sanit D, Nooking A, Prasopkittikun T, Srichantaranit A. Effect of a supportive- educative nursing program on caring behaviors among caregivers of children with cerebral palsy. *Kuakarun Journal of Nursing* 2015;22(1):60-81. (in Thai).

26. Van Aswegen T, Myezwa H, Potterton J, Stewart A. The effect of the Hambisela programme on stress levels and quality of life of primary caregivers of children with cerebral palsy: A pilot study. The South African journal of physiotherapy 2019;75(1):461.
27. Whittingham K, Sheffield J, Boyd RN. Parenting acceptance and commitment therapy: a randomised controlled trial of an innovative online course for families of children with cerebral palsy. BMJ open 2016;6(10):e012807.
28. Polchai N, Adulwattanasiri M. The effects of individual counseling on cerebral palsy caregiver's anxiety. Journal of Education Graduate Studies Research 2014;8(2):34-43. (in Thai).
29. Polack S, Adams M, O'Banion D, Baltussen M, Asante S, Kerac M, et al. Children with cerebral palsy in Ghana: malnutrition, feeding challenges, and caregiver quality of life. Developmental Medicine and Child Neurology 2018;60(9):914-21.
30. Wangruangsatid R, Rangsiyanon J, Rungchay A, Dumminsek P, Saisuwan W. Maternal preparation guideline for taking care of premature infants after discharge (in Thai).



## คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

กองบรรณาธิการวารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล มีความยินดีขอเชิญบุคลากรด้านสุขภาพ นักวิชาการ และนักวิจัย ส่งบทความวิชาการและบทความวิจัยที่มีเนื้อหาที่เป็นประโยชน์ต่อวิชาชีพพยาบาลและการศึกษาพยาบาล เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวิจัยสุขภาพและการพยาบาล โดยผลงานที่ส่งมาต้องเป็นผลงานวิจัยที่แล้วเสร็จไม่เกิน 5 ปี **ไม่เคยตีพิมพ์ที่ไหนมาก่อน** หรือ **ไม่อยู่ในระหว่างส่งไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น** และกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับ เพื่อความเหมาะสมและเป็นไปตามเกณฑ์ที่กองบรรณาธิการกำหนด

### ข้อแนะนำในการเตรียมต้นฉบับบทความวิชาการ/บทความวิจัย

การเตรียมต้นฉบับต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมไมโครซอฟเวิร์ด วินโดวส์ ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาดตัวอักษร 16 pt ใช้กระดาษ A4 เว้นขอบด้านละ 1 นิ้ว และมีเลขหน้ากำกับทุกหน้า โดยไม่ต้องจัดเป็น 2 คอลัมน์ทั้งต้นฉบับภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ความยาวของบทความวิชาการ/บทความวิจัย รวมบทคัดย่อ และเอกสารอ้างอิงไม่เกิน 14 หน้า

1. **ชื่อเรื่อง** พิมพ์ไว้หน้าแรกตรงกลาง ขนาดตัวอักษร 20 pt ตัวหนา และมีชื่อภาษาอังกฤษกำกับไว้ โดยชื่อเรื่องภาษาอังกฤษขอให้พิมพ์ขึ้นต้นด้วยตัวอักษรอังกฤษตัวใหญ่ของทุกคำ (capital letter)

ตัวอย่าง: Whether or not Multiple Risk Behaviors in Thai Adolescents is Preventable?

2. **ชื่อผู้เขียน** พิมพ์ชื่อผู้เขียนภาษาไทย (ภาษาอังกฤษ) พร้อมทั้งคุณวุฒิการศึกษาด้วยทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ตัวอย่าง ฤๅษณาพร ทิพย์กาญจนเรชา ปร.ด. (Kitsanaporn Tipkanjanaraykha, Ph.D.) อยู่ใต้ชื่อเรื่องชิดขอบกระดาษด้านขวา ขนาดตัวอักษร 14 pt. และให้ระบุตัวเลขเป็นตัวยกท้ายชื่อผู้เขียนเพื่อแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับตำแหน่งทางวิชาการ สถานที่ทำงาน และ E-mail ของผู้เขียนทุกท่านไว้เป็นเชิงอรรถในหน้าแรก

3. **บทคัดย่อ (Abstract)** ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยแต่ละภาษาจำนวนไม่เกิน 350 คำ เขียนเป็นความเรียงสรุปสาระสำคัญของปัญหา ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1** ความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์การวิจัย กรอบแนวคิด /ทฤษฎีที่นำมาใช้ ชนิดของการวิจัย สถานที่ศึกษาประชากรและลักษณะกลุ่มตัวอย่าง จำนวนและวิธีการได้มาของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือวิจัย และการตรวจสอบคุณภาพ การผ่านการตรวจสอบทางจริยธรรมของโครงการ สรุปวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิกลุ่ม ตัวอย่างในการดำเนินการวิจัย และการวิเคราะห์ข้อมูล

**ส่วนที่ 2** รายงานผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ กะทัดรัด ชัดเจนสอดคล้องกับผลในตารางหรือกราฟ และข้อเสนอแนะที่สอดคล้องกับผลการวิจัยสำคัญ และการนำผลการวิจัยไปใช้

**ส่วนที่ 3** ให้เขียน คำสำคัญ (Keywords) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ 3-5 คำ ค้นคำด้วยเครื่องหมายจุลภาค บทคัดย่อที่เป็นภาษาอังกฤษต้องผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาโดยเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียน

## (II)

### เชิงอรรถของหน้าแรกประกอบด้วย

1. แหล่งทุนวิจัย (ถ้ามี)
2. ตำแหน่ง Email ของผู้นิพนธ์และทีมทุกคน โดยใช้ตัวเลขกำกับลำดับตามชื่อที่ระบุตามข้อ 2 ชื่อผู้นิพนธ์
3. ระบุว่า “Corresponding author” หน้าชื่อของผู้ที่อยู่ในบทบาทนั้น
4. ระบุสถาบันต้นสังกัด หรือหน่วยงาน ที่ผู้นิพนธ์ปฏิบัติงานโดยเขียนเป็นภาษาอังกฤษ

### ดังตัวอย่าง

ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันพระบรมราชชนก

<sup>1</sup>Corresponding author<sup>1</sup>ผู้อำนวยการ วิทยาลัยพยาบาล พระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี<sup>1</sup>Email: atiya\_s@hotmail.com

<sup>2,3</sup>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี,

<sup>2</sup>Email: sreayasak@hotmail.com, <sup>3</sup>Email: neng\_pck@hotmail.com

<sup>4</sup>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรวรรดิ, Email: Drongmung@gmail.com

<sup>1,2,3</sup>Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province, Phetchaburi, Thailand

<sup>4</sup>Boromarajonani College of nursing Jakkiraj

## 4. ส่วนประกอบของเนื้อหา

### 4.1 บทความวิชาการ ประกอบด้วย

- 1) บทคัดย่อภาษาไทย และ ภาษาอังกฤษ (Abstract)
- 2) บทนำ (Introduction)
- 3) เนื้อเรื่อง (กำหนดหัวเรื่องตามสาระที่ต้องการนำเสนอ)
- 4) ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้ (Implementation)
- 5) บทสรุป (Conclusion)
- 6) เอกสารอ้างอิง (References)

### 4.2 บทความวิจัย ประกอบด้วย

- 1) บทคัดย่อภาษาไทย และ ภาษาอังกฤษ (Abstract)
- 2) บทนำ (อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา)
- 3) กรอบแนวคิดการวิจัย
- 4) วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Research objectives)
- 5) สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี)
- 6) ระเบียบวิธีวิจัย (Research Methodology) อธิบายเกี่ยวกับ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล

- 7) ผลการวิจัย (Result)
- 8) อภิปรายผลการวิจัย (Discussion)

### (III)

- 9) ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ (Implementation)
- 10) ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต (Future Study)
- 11) เอกสารอ้างอิง (References) ตามระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style)

#### 5. รูปแบบการพิมพ์

- การพิมพ์หัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย หัวข้อย่อยเว้นห่างจากแนวหัวข้อใหญ่ 5 ตัวอักษร และเมื่อขึ้นหัวข้อใหญ่อีกให้พิมพ์เว้นระยะเพิ่มอีกโดยใช้คำสั่ง add space after paragraph
- ระยะห่างระหว่างบรรทัดเท่ากับ single space
- ย่อหน้าระยะห่างจากขอบซ้าย  $\frac{3}{4}$  นิ้ว
- การพิมพ์ตัวเลขทั้งหมดใช้เลขอารบิก
- ข้อความภาษาอังกฤษที่แทรกในเนื้อหาให้พิมพ์ตัวเล็ก ยกเว้นคำศัพท์เฉพาะ
- การใช้คำย่อ ขอให้ใช้คำย่อที่เป็นสากล โดยระบุคำเต็มไว้ในครั้งแรก และใช้คำย่อเดียวกันทั้งฉบับ

#### การเขียนเอกสารอ้างอิง

การเขียนเอกสารอ้างอิงใช้ตามระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style) โดยใช้ตัวเลขยก (Super script) ชิดกับข้อความที่อ้างอิง โดยเรียงตามลำดับที่อ้างอิงในเนื้อหา สำหรับตัวเลขในเอกสารอ้างอิงท้ายบทความต้องสอดคล้องกับตำแหน่งที่อ้างถึงในเนื้อหา หากมีการอ้างอิงมากกว่า 1 ฉบับให้ใช้การระบุตัวเลข ดังตัวอย่าง 1,3-5 โดยในที่นี้ได้ยกตัวอย่างการอ้างอิงที่ใช้บ่อย ดังนี้

##### 1. การอ้างอิงบทความจากวารสาร (Articles in Journals)

1.1 ผู้แต่งชาวต่างประเทศไม่เกิน 6 คน เขียนสกุลขึ้นก่อน ตามด้วยอักษรย่อของชื่อต้นและชื่อกลางโดยไม่ต้องมีเครื่องหมายใด ๆ คั่น ให้ใส่ชื่อทุกคนโดยใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นระหว่างแต่ละคน และหลังชื่อสุดท้ายใช้เครื่องหมายมหัพภาค (.)

1.2 ผู้แต่งเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรกคั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (comma- ,) และตามด้วย et al.

##### รูปแบบการเขียน ดังนี้

ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal). ปีที่พิมพ์ (Year); เล่มที่ของวารสาร (Volume): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย (Page).

- กรณีที่อ้างอิงจากบทความที่เป็นภาษาไทย ให้แปลเป็นภาษาอังกฤษใช้หลักการเดียวกับการเขียนแบบผู้แต่งชาวต่างประเทศ โดยลงท้ายการอ้างอิงว่า (in Thai) ในทุกเอกสารภาษาไทยที่อ้างอิงให้แปลเป็นภาษาอังกฤษและทำเช่นเดียวกัน

ตัวอย่าง: ผู้แต่งไม่เกิน 6 คน

Brahma DK, Wahlang JB, Marak MD, Sangma M. Adverse drug reactions in the elderly.  
J Pharmacol Pharmacother 2013;4(2):91-4.

(IV)

ตัวอย่าง: ผู้แต่งมากกว่า 6 คน

Mitchell SL, Teno JM, Kiely DK, Shaffer ML, Jones RN, Prigerson HG, et al. The clinical course of advanced dementia. N Engl J Med 2009;361:1529-38.

ตัวอย่าง: บทความภาษาไทย

Supwirapakorn W. The way of life of the youths in foster home: A phenomenological study. Journal of Education 2008;19(1):109-22. (in Thai).

2. การอ้างอิงเอกสารที่เป็นหนังสือหรือตำรา (Books or textbooks)

2.1 การอ้างอิงหนังสือหรือตำราทั้งเล่ม

รูปแบบการเขียน

ชื่อผู้แต่ง (Authors). ชื่อหนังสือ (Title of the book). ครั้งที่พิมพ์ (Edition). เมืองที่พิมพ์ (Place of Publication):สำนักพิมพ์ (Publisher); ปีที่พิมพ์ (Year).

ตัวอย่าง:

Powwattana A. Teenage pregnancy prevention: concepts, theories, and evidence based synthesis. 2<sup>nd</sup> ed. Bangkok: Protexst; 2018. (in Thai)

2.2 การอ้างอิงบทหนึ่งของหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบท และมีบรรณาธิการของหนังสือ (Chapter in book)

รูปแบบการเขียน

ชื่อผู้เขียน (Author). ชื่อบท (Title of a chapter). ใน/In: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/editors. ชื่อหนังสือ (Title of the book). ครั้งที่พิมพ์ (Edition). เมืองที่พิมพ์ (Place of publication): สำนักพิมพ์ (Publisher); ปีที่พิมพ์ (Year). หน้า/p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง:

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

(V)

#### รูปแบบการเขียน

ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง [ประเภทหรือระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้ปริญญา.

#### ตัวอย่าง:

Samorraphum C. Causal factors and guidelines to prevent drinking alcohol behavior of adolescent students in the Northeast [doctoral's thesis]. Chonburi: Burapha University; 2011. (in Thai).

### 3. การอ้างอิงบทความที่นำเสนอในการประชุม หรือสรุปผลการประชุม (Conference paper)

#### รูปแบบการเขียน

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน/In: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/editor. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปี ที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้า/p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

#### ตัวอย่าง:

Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992. p. 1561-5.

### 4. การอ้างอิงเอกสารที่เป็นรายงานทางวิชาการ (Technical/Scientific Report)

#### 4.1 เอกสารที่จัดพิมพ์โดยหน่วยงานผู้จัดทำรายงาน

#### รูปแบบการเขียน

ชื่อผู้เขียน/บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. เมืองที่พิมพ์: หน่วยงานที่พิมพ์/แหล่งทุน; ปีที่พิมพ์. เลขที่รายงาน. หน่วยงานผู้จัดทำรายงาน

#### ตัวอย่าง:

Field MJ, Tranquada RE, Feasley JC, editors. Health services research: work force and educational issues. Washington: National Academy Press; 1995. Contract No.: AHCPR282942008. Sponsored by the Agency for Health Care Policy and Research.

(VI)

5. การอ้างอิงเอกสารที่ยังไม่ได้รับการตีพิมพ์ หรือกำลังรอตีพิมพ์ (Unpublished Material)

รูปแบบการเขียน

ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal). รอตีพิมพ์ (In press) ปีที่พิมพ์ (Year).

ตัวอย่าง:

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. N Eng J Med. In press 1996.

6. การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Material)

6.1 การอ้างอิงบทความวารสารบนอินเทอร์เน็ต (Journal article on the Internet)

รูปแบบการเขียน

ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the journal) [ประเภทของสื่อ]. ปีที่พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่];ปีที่:[หน้า/about screen]. เข้าถึงได้จาก/ Available from <http://.....>

ตัวอย่าง:

Annas GJ. Resurrection of a stem-cell funding barrier--Dickey-Wicker in court. N Engl J Med [Internet]. 2010 [cited 2011 Jun 15];363:1687-9. Available from: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp1010466>

6.2 การอ้างอิงฐานข้อมูลบนอินเทอร์เน็ต (Database on the Internet)

รูปแบบการเขียน

ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of the article) [ประเภทของสื่อ/วัสดุ]. ปีที่พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cite ปี เดือน วันที่]. เข้าถึงได้จาก/ Available from: <http://.....>

ตัวอย่าง:

Wikipedia. Generation Y [Internet]. 2011 [cited 2011 Jul 5]. Available from: [http://en.wikipedia.org/wiki/Generation\\_Y](http://en.wikipedia.org/wiki/Generation_Y)

## (VII)

### การพิจารณาบทความ

บทความวิชาการและบทความวิจัยที่ส่งเข้ามาตีพิมพ์นั้น จะได้รับการพิจารณาลั่นกรองโดยผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาวิชานั้นๆ อย่างน้อยบทความละ 2 ท่าน หลังจากนั้นจะทำการแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้นิพนธ์ทราบ ในกรณีที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะให้แก้ไข จะทำการแจ้งให้ผู้นิพนธ์รับไปแก้ไขหรือเพิ่มเติมตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิจนเป็นที่เรียบร้อยแล้วจึงจะรับเข้าตีพิมพ์

### ข้อกำหนดในการตีพิมพ์ผลงานวิชาการในวารสาร

การตีพิมพ์ผลงานวิชาการในวารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล กำหนดให้ผู้นิพนธ์ต้องชำระค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ โดยบทความภาษาไทย 3,000 บาท/เรื่อง และบทความภาษาอังกฤษ 5,000 บาท/เรื่อง เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการดำเนินการ โดยผู้นิพนธ์ส่งผลงานให้บรรณาธิการพิจารณาในเบื้องต้น เมื่อพิจารณาแล้วเห็นว่าเป็นผลงานที่เข้าเกณฑ์ของวารสาร ทางบรรณาธิการจะแจ้งให้ผู้นิพนธ์ทราบและขอให้ชำระค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์โดยการโอนเงินเข้าบัญชีวารสารวิทยาลัยพยาบาลกรุงเทพ ธนาคารไทยพาณิชย์ เลขที่ 051-220811-0 สาขาโรงพยาบาลราชวิถี และส่งสำเนาหรือไฟล์หลักฐานการจ่ายเงินมาที่โทรสาร (Fax.) เบอร์ 02-354-8251 (งานวารสาร-อาจารย์ศศิวิมล บุรณะเรข) ทั้งนี้ในกรณีที่ผู้นิพนธ์ขอยกเลิกการส่งผลงานเพื่อตีพิมพ์ภายหลังจากผู้ทรงคุณวุฒิที่ทางวารสารแต่งตั้งได้ทำการพิจารณาบทความแล้ว ทางวารสารจะไม่คืนเงินค่าธรรมเนียมดังกล่าวให้แก่ผู้นิพนธ์

### ข้อแนะนำในการส่งต้นฉบับ

เนื่องด้วย วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล (วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ) เป็นวารสารออนไลน์ จึงขอความกรุณาผู้นิพนธ์ส่งผลงานเพื่อตีพิมพ์ผ่านทางเว็บไซต์ของวารสาร โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. เตรียมไฟล์ต้นฉบับตามคำแนะนำการเตรียมต้นฉบับ ขนาดไฟล์ไม่เกิน 5 MB

2. เตรียมข้อมูลต่อไปนี้ให้พร้อม ชื่อ-นามสกุล (ภาษาไทยและอังกฤษ), User name (ภาษาอังกฤษ), Password (อย่างน้อย 6 ตัวอักษร และเป็นภาษาอังกฤษ), E-mail, ระดับการศึกษา/วุฒิ (ภาษาไทยและอังกฤษ), ลักษณะงาน, ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้, เบอร์โทรติดต่อ, ผลงานที่ผ่านมา

3. ลงทะเบียนสมาชิก มีขั้นตอนดังนี้

3.1 เข้าเว็บไซต์ <http://www.tci-thaijo.org/> เลือกคลิก วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ หรือ <http://www.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok>

3.2 สร้าง Username / Password

3.3 สร้าง profile (ชื่อ email, รายละเอียดข้อมูลต่างๆ)

3.4 ยืนยันการสมัครสมาชิกทาง email

4. การส่งต้นฉบับบทความวิชาการ/วิจัย มีขั้นตอน (ตามขั้นตอนของระบบ TCI) ดังนี้

- Login เพื่อเข้าระบบสมาชิก
- คลิก Author ใน User home
- Step 1 เลือกทุกช่อง เพื่อเป็นการยืนยันบทความของท่านว่าเป็นไปตามเงื่อนไขที่วารสารกำหนด
- Step 2 อัปโหลดบทความเป็นไฟล์ word และเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน

## (VIII)

- Step 3 กรอกรายละเอียดข้อมูลต่าง ๆ สำหรับบทความของท่าน เช่น Author, Title and Abstract, Index terms เป็นต้น
- Step 4 หากมีไฟล์ตาราง หรือ รูปภาพ ให้ทำการอัปโหลด เหมือน step 2 ถ้าไม่มีให้ทำการ save and continue เพื่อไปยังขั้นตอนถัดไป
- Step 5 เสร็จสิ้นการ Submission และเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบโดยบรรณาธิการ

### 5. รอตตรวจสอบสถานะ การตอบรับ/ปฏิเสธ ทาง E-mail หรือ เว็บไซต์ โดยเข้าระบบ คลิก Active submission

กรณี ตอบรับ **ไม่แก้ไข** รอเข้าสู่กระบวนการตีพิมพ์วารสาร

กรณี ตอบรับ **มีแก้ไข** ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำและอัปโหลดไฟล์บทความ ภายใน 2 สัปดาห์

กรณี **ปฏิเสธ** สิ้นสุดกระบวนการขอตีพิมพ์วารสาร

### การติดต่อบรรณาธิการวารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล

ส่งถึง

บรรณาธิการวารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ

2/1 ถนนพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์ : 02-354-8241-2 ต่อ 3405 (งานวารสาร – ดร.กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรชา)

082-493-5666

E-mail: journalbcn@bcn.ac.th

