



วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล
Journal of Health and Nursing Research

ISSN 2697-5041 (Online)

ISSN 2730-1893 (Print)

ปีที่ 36 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2563

Vol. 36 No. 1 January – April 2020

บรรณาธิการ	ดร.ขวัญตา บุญวาศ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	ดร.สุภาพร วรรณสันทัด	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ
	ดร.กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรชา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ

กองบรรณาธิการ

ศ. เกียรติคุณ ดร.พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

นายกสมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ

รศ. ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

รศ. ดร.ศิริพันธ์ ศรีพันธุ์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวราชนครินทร์

ผศ. ดร.ละเอียด แจ่มจันทร์

คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ผศ. ดร.วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร

นักวิชาการอิสระ อดีตอาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
สงขลานครินทร์

ดร.ศุภกิจ เจริญสุข

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี

ดร.พรฤดี นิธิรัตน์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา

ดร.ณัฐวรรณ คำแสน

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

ดร.กลีบแก้ว จันทร์หงษ์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ

ดร.กุลธิดา พานิชกุล

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ

ดร.ศิริธร ยิ่งแรงเรือง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ

ดร.พิมพ์รัตน์ ธรรมรักษา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ

สำนักงาน: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ

2/1 ถนนพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์ 0-2534-8241 ต่อ 3405

โทรสาร 0-2354-8251

e-mail: journalbcn@bcn.ac.th

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

วัตถุประสงค์:

1. เผยแพร่บทความวิจัยและบทความวิชาการทางการพยาบาลและศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง
2. เป็นสื่อกลางแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ทางการพยาบาล การศึกษา และศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง
3. เป็นแหล่งเสนอผลงานวิชาการของบุคลากรสุขภาพ

การเผยแพร่วารสาร ปีละ 3 ฉบับ คือ

ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน

ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม

ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม

ฝ่ายจัดการวารสาร

ดร.กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรชา

อาจารย์ศศิวิมล บุณณะเรช

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 36 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2563 Vol. 36 No. 1 January – April 2020

ISSN 2697-5041 (Online)

ISSN 2730-1893 (Print)

- | | |
|-----------------------------------|--|
| 1. รศ.ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล | สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช |
| 2. พันเอกหญิง ผศ.ดร.ปราณี อ่อนศรี | สำนักงานปฏิบัติการกิจรักษาความมั่นคงภายในกองทัพบก |
| 3. ผศ.ดร.วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร | นักวิชาการอิสระ |
| 4. ผศ.ดร.สุทธิพร มูลศาสตร์ | สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช |
| 5. ผศ.ดร.สมนึก สกุลหงส์โสภณ | คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ |
| 6. ผศ.ดร.สมรภาพ บรรหารักษ์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 7. ผศ.ดร.วรรณวดี เนียมสกุล | สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี |
| 8. ผศ.ดร.วรรณภา พาพัฒน์กร | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 9. ผศ.ดร.ลัพณา กิจรุ่งโรจน์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| 10. ผศ.ดร.พิมพ์สุภาว จันทนะโสทัย | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม |
| 11. ผศ.ดร.ดวงเนตร ธรรมกุล | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต |
| 12. ผศ.ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ | คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 13. ดร.มณฑาทิพย์ ไชยศักดิ์ | นักวิชาการอิสระ อดีตผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนราชนบุรี |
| 14. ดร.ปาณิสรา ส่งวัฒนายุทธ | วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี |
| 15. ดร.นงนภัทร รุ่งเนย | วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี |
| 16. ดร.สาตี แฮมิลตัน | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง |
| 17. ดร.กมลพรรณ วัฒนากร | วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี |
| 18. ดร.ปณิชา พลพินิจ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 19. ดร.ยุพาวรรณ ทองตะนูนาม | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี |
| 20. ดร.ยุพาภรณ์ ติรไพบรวงศ์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี |
| 21. ดร.พิมพ์รัตน์ ธรรมรักษา | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ |
| 22. ดร.นุสรา นามเดช | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี |
| 23. ดร.พัชรี ใจการุณ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ |
| 24. ดร.สุวัฒนา เกิดม่วง | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี |
| 25. ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 26. ดร.อนัญญา คูอาริยะกุล | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ |
| 27. ดร.ศุภานารี เกษมมาลา | คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ |
| 28. ดร.สุภาพร วรรณสันทัด | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ |
| 29. ดร.วรัญญา แสงพิทักษ์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ |
| 30. ดร.สิรินาถ ศรีอำพร | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ |

สารบัญ
ปีที่ 36 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2563

บทความวิจัย

การพัฒนาแบบการจัดการเรียนการสอนเพื่อเสริมสร้างอัตลักษณ์เชิงวิชาชีพ ของนักศึกษาหลักสูตร สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร สถาบันพระบรมราชชนก เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ เทพไทย โชติชัย	1
ผลลัพธ์ของการพัฒนาการใช้ Sepsis Protocol Checklist Lerdsin Hospital นิตยา ภูริพันธุ์ อำนาง กาศสกุล ณัฐวรรณ พลละวุฒิไทย์	12
การทกล้ม ความกลัวการทกล้ม และการจำกัดกิจกรรมเนื่องจากกลัวทกล้ม ในผู้สูงอายุไทยที่อาศัยอยู่ในชุมชน ชนเมืองเชียงใหม่ สุทธิดา พงษ์พันธ์งาม อัมภิกา นาไว้ว	22
การวิเคราะห์ต้นทุนและความคุ้มค่าต้นทุนของการจัดการศึกษาของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร กัญญาณัฐ สารธรรมธัญญ์	39
ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของข้าราชการที่เกษียณอายุราชการ ปรีชา เกยไชย วาริ กังใจ สหทัยา รัตนจรณะ	55
โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ กนกวรรณ ตัวกลัด ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา ณัฐกมล ชาญสาธิตพร	66
ผลของโปรแกรมการพัฒนาทักษะ โดยการใช้ข้อมูลและการสร้างแรงจูงใจต่ออาการหายใจลำบากของผู้สูงอายุ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อุทัยชนินทร์ จันทรแก้ว จิราพร เกศพิชญวัฒนา	84
ผลของการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ชลิดา เกิดภิรมย์ สุวรรณิ ละออบักษิน	98
ผลของโปรแกรมพัฒนสมรรถนะแห่งตนกับการฝึกอบรมแบบสอนแนะต่อพฤติกรรมในการป้องกัน ทักษะการดูแลและเฝ้าระวังโรคเมะเร็งเต้านมของอาสาสมัครสาธารณสุข นันทนา คงพัฒนานนท์ ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา ณัฐกมล ชาญสาธิตพร	112
ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพและพฤติกรรมตามสุขบัญญัติแห่งชาติ ของนักเรียนประถมศึกษา อรพรรณ วรยาน นิสากร กรุงไกรเพชร สุวรรณา จันทรประเสริฐ	123
โปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กนักเรียนชายมัธยมศึกษาตอนต้น ในกรุงเทพมหานคร รุ่งนภา บัวสุวรรณ นฤมล เอี่ยมณีกุล อาภาพร เผ่าวัฒนา	136
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ปัญญกรินทร์ หอยรัตน์ ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์	149
โปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเองร่วมกับการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกัน การถูกข่มเหงรังแกในวัยรุ่นชายตอนต้น ประกายทิพย์ พลประทีป นฤมล เอี่ยมณีกุล อาภาพร เผ่าวัฒนา	164
ผลของการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ผ่านสื่อสังคมต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารและกิจกรรมทางกาย ในสตรีตั้งครรภ์ ภัทรา สุวรรณโท ปิยะนุช ชูโต บังอร ศุภวิทิตพัฒนา	177

สารบัญ
ปีที่ 36 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2563

ภาวะสุขภาพทางกาย พฤติกรรมสุขภาพ และสุขภาพสิ่งแวดล้อมของกลุ่มตัวอย่าง ชุมชนริมทางรถไฟมวกะสัน
กรุงเทพมหานคร 191

จิราพร สุวะมาตย์ มาลินี อยู่ใจเย็น ชาลินี หนูชูสุข ปิยะนาฏ ช่างเสียง
ผลของการเรียนรู้โดยการใช้สถานการณ์จำลองต่อความมั่นใจในตนเองในการปฏิบัติทักษะการสนทนาเพื่อการบำบัด
ของนักศึกษาพยาบาล 201

มณูชพาณิชย์ ขำวงศ์ สุทธนันท์ กัลละ วิไลลักษณ์ ศิริมัย ชาลินี หนูชูสุข
การพัฒนาแบบวัดทักษะปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัดในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทาง
สุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 213

สุนทรี ชะชาตย์ สุพัตรา จันทรสุวรรณ ปวีดา โพธิ์ทอง เสาวลักษณ์ ศรีโพธิ์
คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลราชวิถี 225
ศุภลักษณ์ ทองขาว โกวิทย์ กังสนันท์

บทความวิชาการ

การประเมินทักษะปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ Objective Structured Clinical Examination (OSCE) 238

นิจวรรณ วีรวัฒน์ม บังอร ศิริสกุลไพศาล ธัญญวลัย ชัยรัตน์ พัทธรินทร์ บางท่าไม้
การสร้างพลังการคิดเชิงบวกเพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเด็กวิกฤตของนักศึกษาพยาบาล Generation Z 246
ปณณภา ศรีสมบูรณ์ วรินญา อางธรรม สударัตน์ วันงามวิเศษ ณัฐปิ่นท์ เพียรธัญญกรรม

Content

Volume 36 Number 1 January- April 2020

Research Articles

Development of a Learning Model to Strengthen Professional Identity among Students of Bachelor of Public Health Program in Community Public Health, Sirindhorn College of Public Health, Praboromarajchanok institute Saowaluk Seedaket Tepthai Chotchai	1
Outcome of development of the Lerdsin Hospital Sepsis Protocol Checklist Nittaya Puripan Amnarj Katsakun Nattawan Palavutitotai	12
Falls, Fear of Falling, and Activity Avoidance due to Fear of Falling among Thai Community-dwelling Older Adults living in Suburban Chiang Mai Thailand Sutthida Phongphanngam Ampicha Nawai	22
Cost Analysis and Worth in Cost of Education Management of the Faculty of Nursing, Naresuan University Ghunyaanutt Sathagathonthon	39
Effects of Health Promoting Program on Health Behavior among Retired Government Officers Parisa Koeychai Waree Kangchai Sahattaya Rattanajarana	55
Improvement of Self-Management Program in Uncontrolled Type II diabetes patients Kanokwan Duangklad Punyarat Lapvongwatana Natkamol Chansatitporn	66
The Effect of Information and Motivation Behavioral Skill Development Program on Dyspnea of Elderly with Chronic Obstructive Pulmonary Disease Uthaichanin Jankaew Jiraporn Kespichayawattana	84
Effect of Discharge Planning with Family Center on Perceived Self-Efficacy of Caregiver Traumatic Brain Injury Patients Chalida Keadphilom Suwannee Laorpaksin	98
The Effects of Self-Efficacy Development Program with a Coaching Technique Training on Prevention Behavior Breast Cancer Care and Surveillance Skills of Public Health Volunteers Nanthana Khongpatthananon Punyarat Lapvongwatana Nutkamol Chansatitporn	112
Effects of Self-Efficacy Enhancement Program on Primary School Students' Health Outcomes and Behaviors in Accordance with National Health Recommendation Orapan Worayan Nisakorn Krungkraipetch Suwanna Junprasert	123
Applying Theory of Planned Behavior Program on Aggressive Behaviors among Secondary School Male Students in Bangkok Runghapa Buasuan Naruemon Auemaneeekul Arporn Powwattana	136
Factors Influencing Sexual Intercourse Behaviors among Secondary School Students Pankarin Hoyrat Pramote Wongsawat	149
Self-Efficacy with Information Technology Program to Promote Bullying Prevention among Early Adolescent Males Prakaitip Polprateep Naruemon Auemaneeekul Arporn Powwattana	164

Content

Volume 36 Number 1 January- April 2020

Effect of Using Education Program via Social Media on Dietary Behavior and Physical Activity among Pregnancy Women	177
Pattru Suwannato Piyanut Xuto Bungorn Supavititpatana	
The Physical Health, Health Behavior and Environmental Sanitation of the Peoples in the Makkasan Community	191
Jiraporn Suvamat Malinee Youjaiyen Chalinee Nuchusuk Piyanat Changsieng	
Effect of Simulation-Based Learning on Self-Confidence in Therapeutic Communication Practice of Nursing Students	201
Monpanee Khamwong Suthanan Kunlaka Wilailuck Sirimai Chalinee Noochusuk	
Development of Therapeutic Communication Skill Performance Assessment Tools in Nursing Care of Persons with Mental Health Problems Practicum Subject among Junior Nursing Students	213
Soontree Khachat Suphattra Chansuwan Pawida Phothong Saowalak Sripho	
Quality of Work Life of Professional Nurses Rajavithi Hospital	225
Supaluk Thongkao Kowit Kangsan	

Articles

Evaluation of Nursing Practice by the Objective Structured Clinical Examination (OSCE)	238
Nitjawan Weerawatthanodom Bangorn Sirisakulpaisal Thayawalai Chairat Patcharin Bangtham	
Empowerment of Positive Thinking to Develop the Ability to Caring of Critically Ill Children for Generation Z Nursing Students.	246
Punnapa Srisomboon Natthapan Phianthanyakam Warinya Attham Sudarat Wannamwiset	

บทบรรณาธิการวารสาร

สวัสดีสมาชิกและผู้สนใจทุกท่าน วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล เป็นวารสารอยู่ในศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (TCI) กลุ่มที่ 1 ระยะเวลา 5 ปี ตั้งแต่ 1 มกราคม 2563-31 ธันวาคม 2567 เป็นกลุ่มที่สามารถใช้เป็นช่องทางการตีพิมพ์เผยแพร่ที่ได้รับการยอมรับในการจบการศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษาได้ ฉบับนี้เป็นปีที่ 36 ฉบับที่ 1 มีบทความทั้งหมด 20 เรื่อง ประกอบด้วยบทความวิชาการ จำนวน 2 เรื่อง และบทความวิจัย จำนวน 18 เรื่อง โดยวารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล มีผู้สนใจส่งงานวิจัยที่คุณภาพหลากหลายประเด็น ทั้งทางกายภาพ ปัญหาสุขภาพในด้านต่าง ๆ และการศึกษาทางการพยาบาล เช่น ปัญหาพฤติกรรมของวัยรุ่น มาตีพิมพ์เผยแพร่ และเพื่อเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้สนใจสามารถนำผลงานไปใช้ให้เกิดประโยชน์ วารสารจึงเปิดช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ให้ทุกท่านได้เข้าไปอ่านบทความในวารสารบนฐานข้อมูล TCI ใน website <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok/index> ได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย จึงอยากเชิญชวนทุกท่านร่วมกันขับเคลื่อนวารสารไปอย่างมีผลงานทางวิชาการและงานวิจัยของท่าน

ในนามของบรรณาธิการขอขอบคุณผู้ร่วมเสนอผลงานทั้งบทความวิจัย และบทความวิชาการ ทุกท่าน รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิในการประเมินคัดกรองบทความวิจัยที่ช่วยให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ส่งผลให้วารสารฉบับนี้มีคุณภาพและมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

สุดท้ายนี้ขอเชิญชวนผู้สนใจทุกท่านร่วมส่งผลงานเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานลงวารสารโดยผู้ที่สนใจส่งผลงานตีพิมพ์โปรดศึกษาในคำแนะนำการเตรียมต้นฉบับที่หน้าเว็บไซต์ของวารสารหัวข้อคำแนะนำการเตรียมต้นฉบับใน website <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok/index> แล้วพบกับบทความที่น่าสนใจได้อย่างต่อเนื่องในฉบับถัดไป

ดร. ขวัญตา บุญวาศ
บรรณาธิการ

บทความวิจัย

การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนเพื่อเสริมสร้างอัตลักษณ์เชิงวิชาชีพ ของนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร สถาบันพระบรมราชชนก

Development of a Learning Model to Strengthen Professional Identity
among Students of Bachelor of Public Health Program in Community Public
Health, Sirindhorn College of Public Health, Praboromarajchanok Institute

Received: Jan 27, 2020

Revised: Feb 24, 2020

Accepted: Feb 28, 2020

เสาวลักษณ์ ศรีตาเกษ ศษ.ม. (Saowaluk Seedaket, Ed.M.)¹

เทพไทย โชติชัย ปร.ด. (Tepthai Chotchai, Ph.D)²

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการเรียนการสอนเพื่อเสริมสร้างอัตลักษณ์เชิงวิชาชีพของนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน ดำเนินการวิจัย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาข้อมูลพื้นฐาน โดยการสังเคราะห์แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การสัมภาษณ์อาจารย์ผู้สอน จำนวน 18 คน การสนทนากลุ่มในทีมคณะกรรมการบริหารวิทยาลัย จำนวน 10 คน การสอบถามผู้ใช้บัณฑิตในหน่วยงานต่างๆในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน 10 คน สาธารณสุขอำเภอ 10 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 20 คน และนักวิชาการสาธารณสุขหรือพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการ 20 คน และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสริมสร้างอัตลักษณ์เชิงวิชาชีพ เก็บข้อมูลในนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน จำนวน 115 คน โดยใช้แบบสอบถามที่มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาร์ค 0.82 ระยะที่ 2 การสร้างและวิเคราะห์คุณภาพของรูปแบบและทดลองใช้ในนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน ชั้นปีที่ 3 จำนวน 20 คน และระยะที่ 3 การทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบโดยใช้แบบประเมินตนเองในนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน ชั้นปีที่ 4 จำนวน 45 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติอนุมานใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และ Paired t-test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษา พบว่า

ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

¹Corresponding author, ผู้อำนวยการ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, Email: ooyja_ommy@hotmail.com

²วิทยากรชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, Email: tepthaihot@hotmail.com

Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen Province, Thailand

รูปแบบในการจัดการเรียนการสอนเพื่อเสริมสร้างอัตลักษณ์เชิงวิชาชีพของนักศึกษา ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ดังนี้ องค์ประกอบที่ 1: หลักการและเหตุผล เป้าหมายในการเสริมสร้างอัตลักษณ์เชิงวิชาชีพของนักศึกษา องค์ประกอบที่ 2: วัตถุประสงค์ของการเรียนรู้ กำหนดประเด็นในการเรียนรู้ โดยการพิจารณาจากวัตถุประสงค์ของรายวิชาที่เรียน องค์ประกอบที่ 3: เนื้อหาสาระของรายวิชา ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 เนื้อหาตามรายวิชาในหลักสูตรที่เรียน ตามคำอธิบายรายวิชาและหลักทฤษฎีวิชาการตามวัตถุประสงค์ของการเรียนรู้ ส่วนที่ 2 เนื้อหาเกี่ยวกับทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 ส่วนที่ 3 เนื้อหาเกี่ยวกับจิตบริการ จรรยาบรรณวิชาชีพ คุณสมบัตินักสาธารณสุขและการให้บริการสุขภาพ การคำนึงถึงสิทธิของผู้รับบริการและการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ องค์ประกอบที่ 4: กิจกรรมการเรียนการสอน ซึ่งมี 4 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นนำ เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้เรียน ส่งเสริมความสนใจและกระตุ้นผู้เรียน 2) ขั้นสอน เพื่อให้ผู้เรียนได้ดึงเอาความรู้เดิมที่เกี่ยวกับการเรียนรู้สิ่งใหม่นำออกมาใช้สร้างความรู้ ความเข้าใจกับสารสนเทศใหม่ที่ได้รับ 3) ขั้นสรุป เพื่อให้ผู้เรียนได้สรุปและทบทวนความรู้ที่ได้รับ และ 4) ขั้นประเมินผล เพื่อให้ผู้สอนรู้ว่าผู้เรียนเกิดผลการเรียนรู้ตามที่คาดหวังหรือไม่ และเป็นข้อมูลในการจัดการเรียนการสอนเพื่อซ่อมเสริมหรือดำเนินการปรับปรุงแก้ไข และองค์ประกอบที่ 5: การวัดและประเมินผลรูปแบบการจัดการเรียนการสอน โดยใช้แบบประเมินอัตลักษณ์เชิงวิชาชีพของนักศึกษาที่พัฒนาขึ้น

ผลการวิเคราะห์ค่าดัชนีประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการเรียนการสอนเพื่อเสริมสร้างอัตลักษณ์เชิงวิชาชีพ พบว่ามีค่าเท่ากับ 0.8461 ผลการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น พบว่า นักศึกษามีคะแนนเฉลี่ยอัตลักษณ์เชิงวิชาชีพก่อนและหลังจัดการเรียนการสอน เท่ากับ 133.87 (SD=16.18) และ 158.09 (SD=7.33) ตามลำดับ โดยหลังการจัดการเรียนการสอนมีคะแนนเฉลี่ยอัตลักษณ์เชิงวิชาชีพสูงกว่าก่อนจัดการเรียนการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 24.22 คะแนน (95% CI = 20.14 to 28.31; p-value < .001)

คำสำคัญ: รูปแบบการจัดการเรียนการสอน, อัตลักษณ์เชิงวิชาชีพ, การวิจัยและพัฒนา

Abstract

This research aimed to develop and evaluate the effectiveness of a learning model to strengthen professional identity among bachelor of public health students in community public health (CPH) program. The research was conducted in 3 phases as the following; Phase 1: studied of fundamental data by synthesis the concepts, theories, and related researches. The data were collected with 18 lecturers Interviewing, 10 college executive committees group discussion, and questionnaire employers in various departments in the 7th health area, including 10 community hospital directors, 10 public health executives, 20 directors of Tambom Health Promotion hospitals, and 20 public health technical officers or registered nurses in service units. The associated factors to strengthen professional identity were also studied which data were collected in 115 students in CPH program with questionnaires which the reliability was 0.82 Cronbach's alpha coefficient. Phase 2: Developed and evaluated the

quality of the model and tested in 20 3th-year students in CPH program. Phase 3: Tried and evaluated the effectiveness of the model in 45 4th-year students in CPH program. Analyzed data with Pearson's product moment correlation coefficient, Paired t-test, Mean difference, and 95% confidence interval at alpha .05 level while content analysis was used to analyze qualitative data.

The results revealed the model consisted of 1) principles and reasoning: the goal to strengthen student professional identity. 2) Learning objectives: learning issues by considering course objectives. 3) Subject content consists of 3 parts: the content according to the course curriculum, 21st century skills, mental services, patient ethics, patients' rights and participation. 4) Teaching and learning activities which has 4 steps, (1) prepare and promote the interest to motivate learners, (2) teaching to create knowledge and new information, (3) summarizing received knowledge, (4) evaluating the results, (5) Measuring and evaluating the teaching and learning model.

The results of the effectiveness of a learning model was 0.8461. The average of professional identity before and after were 133.87 (SD=16.18) and 158.09 (SD=7.33). After deployed intervention, the average score of professional identity was significant raised. (20.14-28.31 95%CI, p-value <.001)

Keywords: model of learning, strengthen professional identity, research and development

บทนำ

สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของสังคมในปัจจุบัน สถาบันการศึกษาต่าง ๆ ได้จัดรูปแบบการศึกษาเพื่อเสริมสร้างให้นักศึกษาที่จะสำเร็จการศึกษาและจบเป็นบัณฑิตให้มีทักษะที่จำเป็นสอดคล้องกับศตวรรษที่ 21 โดยเฉพาะการศึกษาในระดับอุดมศึกษาเป็นการศึกษาในระดับที่สำคัญ เนื่องจากเป็นการศึกษาที่เตรียมบุคคลเข้าสู่อาชีพ บัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาจะต้องเป็นบุคคลที่มีคุณลักษณะอันพึงประสงค์สอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้บัณฑิต ซึ่งการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนให้สอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาประเทศด้านความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน ภายใต้รูปแบบไทยแลนด์ 4.0 จึงมีความจำเป็นที่สถาบันการศึกษาในระดับอุดมศึกษาของไทยจะต้องมีการเตรียมบุคคลเข้าสู่วิชาชีพ บัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาจะต้องเป็นบุคคลที่มีคุณลักษณะอันพึงประสงค์สอดคล้องกับความต้องการของ

ผู้ใช้บัณฑิต สถานประกอบการ และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ซึ่งเมื่อเข้าสู่ระบบการศึกษาในระดับอุดมศึกษาแล้วผู้เรียนจะต้องเผชิญกับสภาพสิ่งแวดล้อมและการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม การเรียนในระดับนี้จึงอยู่ในช่วงเวลาแห่งการแสวงหาอัตลักษณ์ของผู้เรียน¹ ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะหรือลักษณะที่เหมือนกันของบุคคล หรือกลุ่มบุคคลที่สามารถบ่งบอกความแตกต่างและสร้างความจดจำได้ ซึ่งเป็นผลมาจากการยอมรับและเข้าใจบทบาทหน้าที่ตนเองผ่านกระบวนการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม โดยที่อัตลักษณ์ที่สถาบันอุดมศึกษาสร้างให้เกิดแก่ผู้เรียนที่สำคัญอย่างหนึ่งคือ อัตลักษณ์ทางวิชาชีพ (Professional Identity) ซึ่ง หมายถึง การมีทักษะและความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน รวมทั้งการมีทักษะทางสังคม จึงมีความซับซ้อน เพราะต้องคำนึงถึงหลายปัจจัย เช่น องค์ความรู้ที่เป็นแก่นสาระ สิทธิและอำนาจหน้าที่ทางวิชาชีพ ความรับผิดชอบ กฎหมายทางวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

จริยธรรมเชิงวิชาชีพ ประสบการณ์การทำงาน ทักษะการทำงานร่วมกับผู้อื่น ความรู้เชิงวิชาชีพ และจิตสำนึกต่อการเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ²

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เป็นสถาบันการศึกษาสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข มีภารกิจหลัก ได้แก่ สอน วิจัย บริการวิชาการ และการทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม เพื่อให้สามารถรองรับการพัฒนาประเทศ ผลิตภัณฑ์ต้องมีความรู้เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงของสังคม ในส่วนของการจัดการเรียนการสอนนั้น วิทยาลัยได้กำหนดกลยุทธ์ด้านมิติลูกค้าไว้ว่า จะสร้างและพัฒนาผู้เรียนให้มีอัตลักษณ์ และจิตวิญญาณในการบริการสุขภาพในชุมชนอย่างมืออาชีพ ที่เคารพในความเป็นมนุษย์อย่างเท่าเทียมกัน โดยที่หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน เป็นอีกหลักสูตรหนึ่งที่ได้กำหนดคุณลักษณะของผู้เรียนที่พึงประสงค์ที่เป็นอัตลักษณ์บัณฑิตให้สอดคล้องกับสถาบันพระบรมราชชนก คือ “บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์” ซึ่งหมายถึงการให้บริการที่เป็นมิตร มีความรัก ความเมตตา ใส่ใจในปัญหาและความทุกข์ของผู้รับบริการที่เป็นจริง จึงได้จัดการเรียนการสอนตามหลักสูตรมาตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 โดยมุ่งเน้นให้ผู้สำเร็จการศึกษามีสมรรถนะและคุณลักษณะที่สำคัญคือ มีความรู้ความสามารถตามขอบเขตหน้าที่แห่งตนตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด มีคุณธรรม จริยธรรม และเป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพ รวมทั้งพัฒนาอัตลักษณ์ของนักศึกษา โดยเฉพาะอัตลักษณ์เชิงวิชาชีพในการเป็นผู้ให้บริการที่ดี แต่ในกระบวนการดำเนินงานที่ผ่านมา วิทยาลัยมีเฉพาะแนวทางในการพัฒนาและเสริมสร้างจิตสาธารณะโดยผ่านกิจกรรมเสริมหลักสูตร รวมทั้งจากที่ผ่านมามีความพยายามที่จะจัดการเรียนการสอนเพื่อให้เข้าใจปัญหาดังกล่าว โดยได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ (พ.ศ.2554-2558) เน้นการสร้างและพัฒนาผู้เรียนให้มีอัตลักษณ์ คือมีคุณลักษณะที่โดดเด่นเฉพาะตัวในด้านการให้บริการสุขภาพ ด้านหัวใจความเป็นมนุษย์แล้วก็ตาม นอกจากนี้ ยังพบว่าบัณฑิตของวิทยาลัยบางส่วนพูดจาไม่ดี ไม่ไพเราะกับผู้รับบริการ ไม่มีจิตใจที่จะดูแล ไม่มีความเอื้ออาทรและมีอารมณ์โกรธเมื่อผู้รับบริการตาม³ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องการพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนเพื่อเสริมสร้างอัตลักษณ์ของนักศึกษาในด้านนี้แล้ว เมื่อนักศึกษาสำเร็จ

การศึกษาและไปปฏิบัติงานจริงจะเกิดความมั่นใจในตนเอง รวมไปถึงความรู้สึกพึงพอใจ การยอมรับและเข้าใจในบทบาทของตนเอง มีชีวิตการทำงาน ชีวิตครอบครัว และความสัมพันธ์ทางสังคมที่ดี

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนเพื่อเสริมสร้างอัตลักษณ์เชิงวิชาชีพของนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร สถาบันพระบรมราชชนก
2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการเรียนการสอนเพื่อเสริมสร้างอัตลักษณ์เชิงวิชาชีพของนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร สถาบันพระบรมราชชนก

นิยามศัพท์เฉพาะ

อัตลักษณ์เชิงวิชาชีพของนักศึกษา หมายถึง คุณลักษณะเฉพาะของนักศึกษาที่สำเร็จการศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน ภายใต้กระบวนการจัดการศึกษาจากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร สถาบันพระบรมราชชนก ประกอบด้วย 1) องค์ประกอบด้านจิตบริการ ได้แก่ ด้านจรรยาบรรณวิชาชีพ ด้านคุณสมบัตินักศึกษาสาธารณสุข ด้านคุณภาพในการบริการดูแลญาติมิตร และ 2) องค์ประกอบด้านการคำนึงถึงสิทธิผู้รับบริการและการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ ได้แก่ ด้านพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย และด้านการส่งเสริมดูแลตนเองเชิงสุขภาพแบบองค์รวม

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) แบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาข้อมูลพื้นฐาน ในระยะนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อกำหนดโครงสร้างและองค์ประกอบของรูปแบบการจัดการเรียนการสอนเพื่อเสริมสร้างอัตลักษณ์เชิงวิชาชีพ และการนำผลการศึกษาที่ได้มาวิเคราะห์เพื่อหาได้รูปแบบที่เหมาะสม โดยดำเนินการในปีการศึกษา 2558 ประกอบด้วย

1. การศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อสังเคราะห์แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการจัดการเรียนการสอนเพื่อให้เกิดอัตลักษณ์ ประกอบด้วย (1) การศึกษาจากเอกสารวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยการสังเคราะห์ประเด็นแนวทางการจัดการเรียนการสอน^{4,5} การสังเคราะห์แนวทางการจัดการเรียนการสอนเพื่อให้เกิดอัตลักษณ์^{2,5,6,7} และการสังเคราะห์กระบวนการวิจัย⁸⁻¹² (2) การสัมภาษณ์อาจารย์ผู้สอน หลักสูตรสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 18 คน และสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ในทีมคณะกรรมการบริหารวิทยาลัย วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 10 คน ในประเด็นการจัดการเรียนการสอนเพื่อเสริมสร้างอัตลักษณ์เชิงวิชาชีพของนักศึกษา (3) การสอบถามผู้ใช้นิติต ในหน่วยงานต่าง ๆ ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 (ร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม และกาฬสินธุ์) เลือกแบบเจาะจง ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน 10 คน สาธารณสุขอำเภอ 10 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 20 คน และนักวิชาการสาธารณสุขหรือพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการ 20 คน ในประเด็นการจัดการเรียนการสอนเพื่อเสริมสร้างอัตลักษณ์เชิงวิชาชีพ และลักษณะของผู้สำเร็จการศึกษาตามความต้องการของผู้ใช้นิติต

2. การศึกษาเชิงปริมาณเพื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสริมสร้างอัตลักษณ์เชิงวิชาชีพของนักศึกษา กลุ่มผู้ให้ข้อมูลเป็นนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ชั้นปีที่ 1-4 ประจำปีการศึกษา 2558 จำนวน 45, 20, 38 และ 45 คน ตามลำดับ รวม 148 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรสำหรับการทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์¹³ ได้ขนาดตัวอย่าง 115 คน และสุ่มตัวอย่างแบบง่ายโดยการจับสลากจากบัญชีรายชื่อนักศึกษาแต่ละชั้นปีให้ได้จำนวนตามสัดส่วนของนักศึกษาแต่ละชั้นปี

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้ (1) คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ตอบ จำนวน 5 ข้อ (2) แบบสอบถามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้าง

อัตลักษณ์เชิงวิชาชีพของนักศึกษา ได้แก่ ข้อคำถามประเด็นผู้เรียน ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมชั้น ผู้สอน วิธีการเรียนการสอน รูปแบบการเรียนรู้ หลักสูตร ผู้บริหาร สภาพแวดล้อมในการเรียน ความสุขในการเรียน ระบบการประกันคุณภาพการศึกษา รวม 45 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยที่สุด และ (3) การเกิดอัตลักษณ์เชิงวิชาชีพของนักศึกษา¹⁴ มี 5 ระดับ ได้แก่ ความถี่ของการแสดงพฤติกรรมสม่ำเสมอ บ่อยครั้ง บางครั้ง น้อย และน้อยที่สุด ให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ จำนวน 34 ข้อ ซึ่งเครื่องมือผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญ 5 คน มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) อยู่ระหว่าง 0.60-1.00 และผู้วิจัยได้ทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช่กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 30 คน แล้วนำมาปรับปรุงด้านความเหมาะสมในการใช้ภาษา และวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาร์ค เท่ากับ 0.82 จากนั้นได้ปรับปรุงอีกครั้งจนได้ฉบับที่สมบูรณ์ที่สุด

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) ที่ระดับนัยสำคัญ .05

ระยะที่ 2 การสร้างและวิเคราะห์หาคุณภาพของรูปแบบ ในระยะนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนเพื่อเสริมสร้างอัตลักษณ์เชิงวิชาชีพของนักศึกษารวมทั้งการวิเคราะห์คุณภาพของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยดำเนินการในปีการศึกษา 2558 ประกอบด้วย

1. การร่างรูปแบบการจัดการเรียนการสอนเพื่อเสริมสร้างอัตลักษณ์เชิงวิชาชีพของนักศึกษา (ฉบับร่างที่ 1) โดยผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ในระยะที่ 1 ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพมาดำเนินการสร้างรูปแบบการจัดการเรียนการสอนเพื่อเสริมสร้างอัตลักษณ์เชิงวิชาชีพของนักศึกษา โดยประกอบด้วยหลักการและเหตุผล แนวคิดพื้นฐานในการพัฒนาวัตถุประสงค์การเรียนรู้ โครงสร้างและเนื้อหาสาระวิชา กิจกรรมการเรียนการสอน และการวัดและประเมินผล

2. นำรูปแบบการจัดการเรียนการสอนเพื่อเสริมสร้างอัตลักษณ์เชิงวิชาชีพของนักศึกษาที่พัฒนาขึ้นเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ 5 ด้าน ๆ ละ 1 คน ได้แก่ ด้านหลักสูตร

และการสอน ด้านการวัดและประเมินผลการศึกษา ด้านสื่อนวัตกรรมและเทคโนโลยีการศึกษา ด้านสถิติ และด้านภาษา เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสมรวมทั้งความเป็นไปได้ของร่างรูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่พัฒนาขึ้น โดยเครื่องมือเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยที่สุด โดยใช้เกณฑ์คะแนนเฉลี่ย 3.50 ขึ้นไป และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานไม่เกิน 1 จึงจะถือว่ารูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสม¹⁵

3. แก่ไขรูปแบบการจัดการเรียนการสอนในส่วนที่บกพร่องตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ (ฉบับร่างที่ 2)

4. วิเคราะห์หาค่าดัชนีประสิทธิผล (Effectiveness Index : E.I.)¹⁵ ของรูปแบบการจัดการเรียนการสอนเพื่อเสริมสร้างอัตลักษณ์เชิงวิชาชีพของนักศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน ชั้นปีที่ 2 ที่ลงทะเบียนเรียนวิชาการส่งเสริมสุขภาพบุคคล ครอบครัวและชุมชน ภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2558 จำนวน 44 คน

5. ปรับปรุงแก้ไขรูปแบบการจัดการเรียนการสอนเพื่อเสริมสร้างอัตลักษณ์เชิงวิชาชีพของนักศึกษาให้สมบูรณ์ จากนั้นได้นำไปทดลองใช้ในกลุ่มเล็ก ซึ่งเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 3 หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ซึ่งมีจำนวนนักศึกษาทั้งหมด 20 คน ที่ลงทะเบียนเรียนวิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย ในภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2558

6. ปรับปรุงแก้ไขรูปแบบการจัดการเรียนการสอนเพื่อเสริมสร้างอัตลักษณ์เชิงวิชาชีพของนักศึกษา ให้สมบูรณ์ก่อนนำไปทดลองใช้จริง

ระยะที่ 3 การทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ ในระยะนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อนำรูปแบบการจัดการเรียนการสอนเพื่อเสริมสร้างอัตลักษณ์เชิงวิชาชีพของนักศึกษาที่ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญแล้วไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง (One

group pretest-posttest design) โดยดำเนินการในปีการศึกษา 2559 ถึงปีการศึกษา 2562

1. การเตรียมการทดลองใช้รูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่พัฒนาขึ้น โดยผู้วิจัยกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. การนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ ดังนี้ ปีการศึกษา 2559 ชั้นปีที่ 1 วิชาจิตวิทยาในการดำเนินชีวิตและการปรับตัว ปีการศึกษา 2560 ชั้นปีที่ 2 วิชาจรรยาบรรณวิชาชีพและกฎหมายสาธารณสุข ปีการศึกษา 2561 ชั้นปีที่ 3 วิชาการบริหารงานสาธารณสุข และปีการศึกษา 2562 ชั้นปีที่ 4 วิชาการการแก้ไขปัญหาและพัฒนาสาธารณสุข

3. ดำเนินการประเมินประสิทธิผลคะแนนอัตลักษณ์เชิงวิชาชีพของนักศึกษาต่อการใช้รูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่พัฒนาขึ้น โดยผู้เรียนประเมินตนเองจากข้อคำถามจำนวน 34 ข้อ ประกอบด้วย (1) องค์ประกอบด้านจิตบริการ ได้แก่ ด้านจรรยาบรรณวิชาชีพ ด้านคุณสมบัติ นักสาธารณสุข ด้านคุณภาพในการบริการดูญาติมิตร และ (2) องค์ประกอบด้านการคำนึงถึงสิทธิผู้รับบริการและการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ ได้แก่ ด้านพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย และด้านการส่งเสริมดูแลตนเองเชิงสุขภาพแบบองค์รวม ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ ได้แก่ ความถี่ของการแสดงพฤติกรรมสม่ำเสมอ บ่อยครั้ง บางครั้ง น้อย และน้อยที่สุด ให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ รวมคะแนนเต็ม 170 คะแนน เครื่องมือผ่านกระบวนการตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญ 5 คน มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 0.60-0.80 นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช่กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 30 คน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาร์ค เท่ากับ 0.92 หาค่าประสิทธิผลของรูปแบบโดยการเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา เปรียบเทียบผลก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่พัฒนาขึ้น ด้วยสถิติ Paired t-test นำเสนอค่า Mean difference พร้อมช่วงเชื่อมั่น 95% (95% Confidence interval) และค่า p-value

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เลขที่ HE591006

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยสรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัยตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนมีรายละเอียด ดังนี้

1) การสังเคราะห์ประเด็นแนวทางการจัดการเรียนการสอนเพื่อให้เกิดอัตลักษณ์ พบว่า อัตลักษณ์บุคคลมีความเกี่ยวข้องกับมิติภายในที่แต่ละคนรู้จักและรับรู้เกี่ยวกับตนเอง และมีภายนอกที่แต่ละคนมีความเกี่ยวข้องกับการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม โดยกระบวนการสร้างอัตลักษณ์ของแต่ละบุคคลนั้นมีหลายองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน ในส่วนของอัตลักษณ์เชิงวิชาชีพนั้นมององค์ประกอบที่สำคัญคือ จิตบริการและการคำนึงถึงสิทธิ์ของผู้รับบริการ¹ สำหรับแนวคิดเกี่ยวกับอัตลักษณ์ของผู้เรียนในระดับอุดมศึกษาพบว่า สำนักงานรับรองมาตรฐานและประเมินคุณภาพการศึกษา (องค์การมหาชน) ได้กำหนดให้มีการประเมินเกี่ยวกับการสร้างอัตลักษณ์ของผู้เรียนตามแนวคิดนโยบายการพัฒนาบัณฑิตอุดมคติไทย พ.ศ. 2554-2558 ซึ่งประกอบด้วย 1) บัณฑิตไทย มีสมรรถนะและทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 โดยต้องสอดแทรกทักษะดังกล่าวนี้เข้าไปในทุกวิชาแกนหลัก 2) บัณฑิตไทยมีคุณลักษณะความเป็นพลเมืองและพลเมืองโลก 3) บัณฑิตไทยมีความเป็นเลิศที่หลากหลายตามจุดเน้นของสถาบันอุดมศึกษา และ 4) ตามแนวคิดกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ พ.ศ.2552 กำหนดคุณลักษณะบัณฑิตไว้ 5 ด้าน ได้แก่ คุณธรรม จริยธรรม ความรู้ ทักษะทางปัญญา ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ และทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และจากการสังเคราะห์กระบวนการวิจัยและรายงานการวิจัย พบว่า การเสริมสร้างอัตลักษณ์ให้เกิดกับผู้เรียนนั้นจะต้องมีพื้นฐานมาจากการสร้างความกระหายใคร่รู้ (Curiosity) และฝึกฝนผู้เรียนให้มีใจเปิดรับทางเลือก

ในการรับคำอธิบายหรือคำตอบใหม่เพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาและปรับปรุงตนเอง รวมถึงการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ในขณะศึกษาอยู่¹⁰ อีกทั้งการเสริมสร้างอัตลักษณ์ของผู้เรียนในระดับอุดมศึกษานั้นยังมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับการจัดการกระบวนการเรียนรู้ รูปแบบการเรียนรู้ ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมชั้น ความสุขในการเรียน และสภาพแวดล้อมในการเรียนรู้¹⁰⁻¹²

2) ข้อมูลเชิงคุณภาพที่สรุปได้จากการสัมภาษณ์อาจารย์ผู้สอนและการสอบถามผู้ใช้บัณฑิต พบว่าการจัดการเรียนการสอนเพื่อเสริมสร้างอัตลักษณ์เชิงวิชาชีพของนักศึกษาเพื่อให้ได้ผู้สำเร็จการศึกษาหรือบัณฑิตตามความต้องการของผู้ใช้นั้นเป็นประเด็นที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะจะส่งผลต่อการประกอบอาชีพเมื่อสำเร็จการศึกษา สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข โดยเสนอแนะว่าบัณฑิตที่มีความพร้อมในการทำงานจะต้องมีองค์ประกอบหลักในด้านจิตบริการ เช่น การมีคุณสมบัติเป็นนักสาธารณสุขที่ดี มีความพร้อมในการจัดให้บริการดูแลสุขภาพมิติมิตร ด้านการคำนึงถึงสิทธิ์ของผู้มารับบริการ โดยการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วย การส่งเสริมดูแลตนเองแบบองค์รวม การพัฒนาคิดค้นนวัตกรรม รวมทั้งทักษะในด้านชีวิตและอาชีพ ความฉลาดทางอารมณ์ ความยืดหยุ่น และการปรับตัว ทักษะทางด้านสังคม และการมีภาวะของผู้นำ ซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นทักษะที่สำคัญของการเตรียมความพร้อมของบัณฑิตก่อนเข้าสู่โลกของการทำงานที่มีความซับซ้อนมากขึ้นในปัจจุบัน นอกจากนี้แล้ว สถาบันการศึกษาที่เป็นผู้ผลิต โดยเฉพาะวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร สถาบันพระบรมราชชนก ควรผลิตบัณฑิตที่มีการสะท้อนจุดเน้นของตนเอง โดยเฉพาะในด้านวิชาชีพ การมีทักษะและความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านสาธารณสุขโดยตรง มีคุณธรรมจริยธรรม มีความรับผิดชอบและจรรยาบรรณในวิชาชีพของตนเอง โดยคำนึงถึงเกณฑ์มาตรฐานทางวิชาชีพด้วย

3) ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสริมสร้างอัตลักษณ์เชิงวิชาชีพของนักศึกษา พบว่า ปัจจัยวิธีการเรียนการสอน สภาพแวดล้อมในการเรียน ผู้เรียน และผู้สอน มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการเสริมสร้างอัตลักษณ์เชิงวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย 4 ด้านกับการเสริมสร้างอัตลักษณ์เชิงวิชาชีพของนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน (n=115)

ปัจจัย	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r_{xy})	p-value
ด้านวิธีการเรียนการสอน	0.62	.0005
ด้านสภาพแวดล้อมในการเรียน	0.58	.0008
ด้านผู้เรียน	0.51	.0012
ด้านผู้สอน	0.46	.0041

ตารางที่ 2 ดัชนีประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการเรียนการสอนเพื่อเสริมสร้างอัตลักษณ์เชิงวิชาชีพ

จำนวนนักศึกษา (คน)	ผลรวมคะแนน (คะแนน)		ดัชนีประสิทธิผล
	คะแนนก่อนเรียน	คะแนนหลังเรียน	
20	2,500	3,120	0.68
45	7,065	7,560	0.84

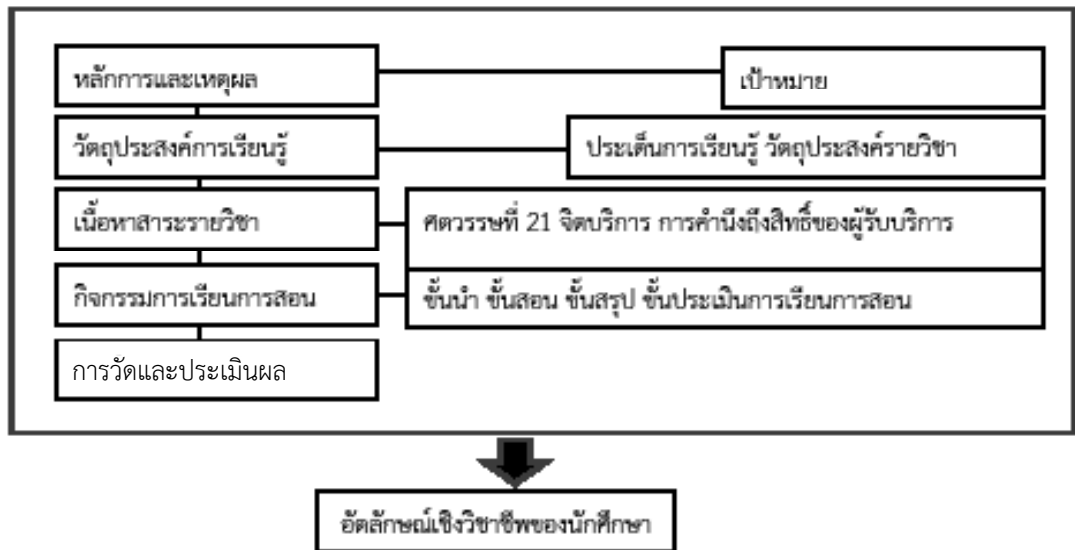
หมายเหตุ: ข้อคำถาม 34 ข้อ คะแนนเต็ม 170 คะแนน

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนเฉลี่ยอัตลักษณ์เชิงวิชาชีพ ก่อนและหลังการเรียน (n=45)

ประเด็น	ก่อนการเรียน		หลังการเรียน		ความแตกต่างค่าเฉลี่ย (ช่วงเชื่อมั่น 95%)	t	p-value
	Mean	SD.	Mean	SD.			
อัตลักษณ์เชิงวิชาชีพ	133.87	16.18	158.09	7.33	24.22 (20.14 to 28.31)	11.94	< .001

4) รูปแบบในการจัดการเรียนการสอนเพื่อเสริมสร้างอัตลักษณ์เชิงวิชาชีพของนักศึกษา ประกอบด้วย องค์ประกอบที่ 1: หลักการและเหตุผล: เป้าหมายในการเสริมสร้างอัตลักษณ์เชิงวิชาชีพของนักศึกษา องค์ประกอบที่ 2: วัตถุประสงค์ของการเรียนรู้ กำหนดประเด็นในการเรียนรู้ โดยการพิจารณาจากวัตถุประสงค์ของรายวิชาที่เรียน องค์ประกอบที่ 3: เนื้อหาสาระของรายวิชา ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 เนื้อหาตามรายวิชาในหลักสูตรที่เรียนตามคำอธิบายรายวิชาและหลักทฤษฎีวิชาการตามวัตถุประสงค์ของการเรียนรู้ ส่วนที่ 2 เนื้อหาเกี่ยวกับทักษะ

แห่งศตวรรษที่ 21 จำนวน 3 ชั่วโมง ส่วนที่ 3 เนื้อหาเกี่ยวกับจิตบริการ จำนวน 9 ชั่วโมง ด้านจรรยาบรรณวิชาชีพ จำนวน 9 ชั่วโมง ด้านคุณสมบัติทัศนคติและการให้บริการ คุณาติมิตร จำนวน 9 ชั่วโมง และเนื้อหาเกี่ยวกับการคำนึงถึงสิทธิของผู้รับบริการและการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ จำนวน 9 ชั่วโมง องค์ประกอบที่ 4: กิจกรรมการเรียนการสอน ซึ่งมี 4 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นนำ เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้เรียน ส่งเสริมความสนใจและกระตุ้นผู้เรียน โดยการตั้งคำถามให้ช่วยกันตอบเกี่ยวกับเรื่องที่เรียนหรือกิจกรรม 2) ขั้นสอน เพื่อให้ผู้เรียนได้ดึงเอาความรู้เดิมที่เกี่ยวกับ



ภาพที่ 1 รูปแบบการจัดการเรียนการสอนเพื่อเสริมสร้างอัตลักษณ์เชิงวิชาชีพของนักศึกษา

การเรียนรู้สิ่งใหม่นำออกมาใช้สร้างความรู้ ความเข้าใจกับสารสนเทศใหม่ที่ได้รับ การชี้แนะกิจกรรม ชี้แนะวิธีดำเนินการ 3) ขั้นสรุป เพื่อให้ผู้เรียนได้สรุปและทบทวนความรู้ที่ได้รับ และ 4) ขั้นประเมินผล เพื่อให้ผู้สอนรู้ว่าผู้เรียนเกิดผลการเรียนรู้ตามที่คาดหวังหรือไม่ และเป็นข้อมูลในการจัดการเรียนการสอนเพื่อซ่อมเสริมหรือดำเนินการปรับปรุงแก้ไข โดยการกำกับดูแลการทำงานและการประเมินผลตามสภาพจริง และองค์ประกอบที่ 5: การวัดและประเมินผลรูปแบบการจัดการเรียนการสอนโดยใช้แบบประเมินอัตลักษณ์เชิงวิชาชีพของนักศึกษาที่พัฒนาขึ้น ดังภาพที่ 1

ส่วนที่ 2 ผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการเรียนการสอน มีรายละเอียด ดังนี้

1) การวิเคราะห์ค่าดัชนีประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการเรียนการสอนเพื่อเสริมสร้างอัตลักษณ์เชิงวิชาชีพ พบว่า ขั้นปีที่ 3 จำนวน 20 คน มีค่าเท่ากับ 0.68 และขั้นปีที่ 4 จำนวน 45 คน มีค่าเท่ากับ 0.84 นั้นแสดงให้เห็นว่า นักศึกษามีอัตลักษณ์เชิงวิชาชีพเพิ่มขึ้น ร้อยละ 68.88 และ 84.16 ตามลำดับ ซึ่งเป็นรูปแบบที่เหมาะสมเนื่องจากมีค่าดัชนีประสิทธิผลที่ยอมรับได้ที่จะต้องมีค่าตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป¹⁵ ดังตารางที่ 2

2) การเปรียบเทียบอัตลักษณ์เชิงวิชาชีพก่อนและหลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยอัตลักษณ์เชิงวิชาชีพก่อนและหลังการเรียนรู้ เท่ากับ 133.87 (SD.=16.18) และ 158.09 (SD=7.33) ตามลำดับ โดยหลังการเรียนรู้ มีคะแนนเฉลี่ยอัตลักษณ์เชิงวิชาชีพสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 24.22 คะแนน (95% CI = 20.14 to 28.31; < .001) ดังตารางที่ 3

อภิปรายผลการวิจัย

1. กระบวนการในการพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์เชิงวิชาชีพ ได้ดำเนินการอย่างเป็นระบบ โดยเริ่มจากการสังเคราะห์แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า องค์ประกอบของรูปแบบการจัดการเรียนการสอน ประกอบด้วย 1) หลักการและเหตุผล: 2) วัตถุประสงค์ของการเรียนรู้ 3) เนื้อหาสาระของรายวิชา 4) กิจกรรมการเรียนการสอน และ 5) การวัดและประเมินผลรูปแบบการจัดการเรียนการสอน ซึ่งมุ่งส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้อย่างเป็นระบบ โดยมีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพเพียงพอต่อการนำไปใช้ในการจัดการเรียนการสอน ทั้งนี้เพราะสอดคล้องกับแนวคิด

การพัฒนาารูปแบบ ที่กล่าวว่า รูปแบบการเรียนการสอนเป็นแบบแผนที่ได้รับการจัดการอย่างเป็นระบบ สัมพันธ์สอดคล้องกับทฤษฎีองค์ประกอบรูปแบบการจัดการเรียนการสอน⁹ ทั้งนี้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความแตกต่างจากรูปแบบการจัดการเรียนการสอนแบบเดิมที่มีการใช้กิจกรรมเสริมหลักสูตรเข้ามาเกี่ยวข้อง โดยในรูปแบบใหม่นี้ประกอบด้วย การเพิ่มเนื้อหาในส่วนของจรรยาบรรณวิชาชีพ คุณสมบัตินักสาธารณสุข คุณภาพการให้บริการดูแลผู้ป่วย การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย และการส่งเสริมดูแลตนเองเชิงสุขภาพแบบองค์รวม ที่ทำให้การพัฒนาอัตลักษณ์เชิงวิชาชีพดีขึ้น

2. ผลการเปรียบเทียบคะแนนอัตลักษณ์เชิงวิชาชีพ โดยหลังการเรียนด้วยรูปแบบการเรียนการสอนที่พัฒนาขึ้น นักศึกษามีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁰ ทั้งนี้อาจเกิดจากผู้วิจัยได้ออกแบบกิจกรรมการเรียนการสอนที่ตอบสนองต่อการพัฒนาอัตลักษณ์เชิงวิชาชีพ¹¹ ทั้งในส่วนของจรรยาบรรณวิชาชีพ คุณสมบัตินักสาธารณสุข คุณภาพการให้บริการดูแลผู้ป่วย การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย และการส่งเสริมดูแลตนเองเชิงสุขภาพแบบองค์รวม ที่เป็นองค์ประกอบที่สามารถสะท้อนถึงอัตลักษณ์ของบัณฑิตหลักสูตรนี้ได้ ซึ่งเป็นกระบวนการที่นักศึกษาได้เรียนรู้โดยการฝึกการคิดและศึกษาจากการสืบค้นและเรียนรู้ผ่านการกระทำ โดยผ่านกระบวนการจัดการเรียนการสอน 4 ขั้นตอน เริ่มตั้งแต่ 1) ชี้นำเข้าสู่บทเรียน โดยการสร้างความสนใจ บอกวัตถุประสงค์แก่ผู้เรียน การกระตุ้นให้ผู้เรียนระลึกถึงการเรียนรู้ที่มีมาก่อน 2) ชี้นำสอนโดยการนำเสนอความรู้และสื่อการเรียนรู้ การนำเสนอและชี้แนะแนวทางการเรียนรู้ให้กับผู้เรียน การให้ผู้เรียนปฏิบัติและฝึกฝนจากตัวอย่าง การให้ข้อมูลป้อนกลับแก่ผู้เรียน 3) ชี้นำสรุป ซึ่งเป็นการรวบรวมและสังเคราะห์สิ่งที่เรียนรู้ใหม่ การส่งเสริมให้ผู้เรียนจดจำความรู้และถ่ายโอนความรู้ โดยนำไปใช้กับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ และ 4) ชี้นำประเมินผลว่าผู้เรียนเกิดผลการเรียนรู้ตามที่คาดหวังไว้หรือไม่ และเป็นข้อมูลในการจัดการเรียนการสอนเพื่อซ่อมเสริมหรือดำเนินการปรับปรุงแก้ไขต่อไป^{1,2,10,12} โดยที่พบว่าทุกขั้นตอนส่งผลทำให้อัตลักษณ์เชิงวิชาชีพดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สถาบันการศึกษาและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการกำหนดอัตลักษณ์ของนักศึกษาหรือผู้ที่สำเร็จการศึกษา ควรคำนึงถึงบุคลิกภาพ และการให้คุณค่าของผู้เรียนที่พึงประสงค์ โดยการประเมินผู้เรียนในช่วงปีแรกของการเข้าศึกษาเพื่อเก็บเป็นข้อมูลพื้นฐานนำไปสู่การวางแผนออกแบบกระบวนการพัฒนามุขลักษณะและคุณค่าของผู้เรียนให้เป็นไปตามที่สถาบันการศึกษาและสังคมต้องการ

2. ผู้บริหารหรือหัวหน้าหลักสูตร ควรมียุทธศาสตร์สนับสนุนหรือส่งเสริมให้อาจารย์ผู้สอนได้นำรูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่พัฒนาขึ้นนี้ไปประยุกต์ใช้ในการเรียนการสอน เนื่องจากเป็นรูปแบบการเรียนที่ได้พัฒนาผู้เรียนให้มีทักษะในศตวรรษที่ 21 ผู้เรียนได้เรียนรู้โดยการปฏิบัติจริง การใช้กระบวนการคิด มีการทำงานที่เป็นระบบ สามารถสร้างองค์ความรู้และค้นหาคำตอบด้วยตนเอง รวมทั้งการพัฒนาส่งเสริมด้านจิตบริการ จรรยาบรรณวิชาชีพ คุณสมบัตินักสาธารณสุข และการให้บริการดูแลผู้ป่วย การคำนึงถึงสิทธิของผู้รับบริการและการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ ซึ่งจะช่วยให้ผู้เรียนมีการพัฒนาศักยภาพในทุกด้านได้

3. การนำเอารูปแบบการจัดการเรียนการสอนเพื่อเสริมสร้างอัตลักษณ์เชิงวิชาชีพไปประยุกต์ใช้ในการเรียนการสอนได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น อาจารย์ผู้สอนต้องเตรียมความพร้อมในส่วนของเนื้อหาและองค์ประกอบต่าง ๆ ในกระบวนการจัดการเรียนการสอน รวมถึงการจัดสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ให้เอื้ออำนวยต่อการแสวงหาความรู้ของผู้เรียน โดยที่อาจารย์มีความพร้อมในการพัฒนาผู้เรียนให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันและมีเป้าประสงค์ร่วมกัน

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรพัฒนางานวิจัยการสร้างแบบวัดการพัฒนาอัตลักษณ์เชิงวิชาการและเชิงวิชาชีพที่ส่งผลให้นักศึกษาทุกคนมีทักษะในศตวรรษที่ 21 รวมทั้งงานวิจัยที่เน้นการพัฒนากระบวนการจัดการเรียนการสอนแบบต่าง ๆ เพื่อเสริมสร้างอัตลักษณ์เชิงวิชาชีพของนักศึกษา

References

1. Sumetsittikul, A, Prajankett, O. Identity personality and values: the foundation of professional identity development. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2018;19(2):1-7. (in Thai)
2. Suwannachin C, Jantarapanya P. Students's identity construction in higher education. *Panyapiwat Journal* 2015;7(2):267-80. (in Thai)
3. Dawangpa J, Phaktoop M. Quality of nursing care as expected and perceived by social security patients in one private hospital in bangkok. *EAU Heritage Journal Scien and Technology* 2017; 11(2):215-25. (in Thai)
4. Dick W, Carry L. *The Systematic Design of Instruction*. Illinois, Scott Foreman and Company; 1989.
5. Joyce B, Weil M. *Model of Teaching*. 4th ed. Boston, Allyn and Bacon; 1996.
6. Billett S, Harteis C, Gruber H. *International handbook of research in professional and practice-based Learning*. Springer Dordrecht; 2014.
7. Gibson D, Dollarhide C, Moss J. *Professional identity development: a grounded theory of transformational tasks of new counselors*. Wiley; 2011.
8. Bonnie K. School psychologists as health-care providers in the 21st century: conceptual framework, professional identity, and professional practice. *Journal School Psychology Review* 2000;29(4):540-54.
9. Lapkin S, Jones T, Gilligan C. A systematic review of the effectiveness of interprofessional education in health professional programs. *Nurse Education Today* 2013;33(2):90-102.
10. Lairio M, Puukari S, Kouvo A. Studying at university as part of student life and identity construction. *Scandinavian Journal of Education Research* 2013;57(2):115-31.
11. Nygaard C, Serrano MB. Student's identity construction and learning: reasons for developing a learning-centred curriculum in higher education. *Journal of Education Research* 2009;3(3): 233-53.
12. Songwatthanayuth P, Kitsawat S, Sirichot K, Boonlua S. Factors related the characteristics of graduates framework for higher education among nursing students in Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi province. *Journal of Prachomklao College of Nurses Phetchaburi Province* 2018;1(1):57-69. (in Thai)
13. Cochran WG. *Sampling Techniques*. 3rd ed. New York, John Wiley and Sons Inc; 1977.
14. Surirak S, Chaktrimongkhon U, Malarat A, Jitararam P. The Synthesis of Graduated Identities Competencies Indicators for Bachelor of Public Health (Community Public Health), Sirindhorn Public Health College, Praboromarajchanok Institute. *Journal of Nursing and Education* 2017;10(4): 76-94. (in Thai)
15. Prachanban, P. *Research methodology in social science*. Phitsanulok; 2010. (in Thai)

บทความวิจัย

ผลลัพธ์ของการพัฒนาการใช้ Sepsis Protocol Checklist Lerdsin Hospital Outcome of development of the Lerdsin Hospital Sepsis Protocol Checklist

Received: Jan 20, 2020

Revised: Feb 24, 2020

Accepted: Feb 28, 2020

นิตยา ภูริพันธุ์ พย.ม (Nittaya Puripan, MSN.)¹อำนาจ กาศสกุล พย.ม (Amnarj Katsakun, MSN, APN)²ณัฐวรรณ พลละวุฒิตไย พบ. (Nattawan Palavutitotai, MD.)³

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยแบบตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคภาวะพิษเหตุติดเชื้อ (sepsis) ก่อนและหลังการใช้แนวทางการดูแลแบบ Sepsis Protocol checklist Lerdsin Hospital

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเหตุพิษติดเชื้อโดยมีการบันทึกข้อมูลครบถ้วนในแบบบันทึก Sepsis Protocol checklist Lerdsin Hospital จากการคำนวณตามสูตรได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 70 คน ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 140 คน โดยคัดเลือกจากผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาตามเกณฑ์การคัดเข้า และเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา เพื่ออธิบายข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างและใช้สถิติ Chi-square วิเคราะห์ผลลัพธ์ทั้ง 7 ด้าน เปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้แนวทางปฏิบัติ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยพบว่าการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคภาวะเหตุพิษติดเชื้อทั้ง 7 ด้าน ส่งผลทำให้มีผลลัพธ์ที่ดีขึ้นในทุกขบวนการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และ .001 และจำนวนวันนอนโรงพยาบาลลดลงจาก 11.40 วัน เป็น 11.17 วัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .146 รวมถึงผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 58.60 เป็นร้อยละ 82.90 และพบว่าผู้ป่วยมีอัตราการเสียชีวิตลดลงจากร้อยละ 41.40 เหลือร้อยละ 17.10 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

คำสำคัญ: กลุ่มอาการโรคภาวะเหตุพิษติดเชื้อ , แนวทางปฏิบัติ, ผลลัพธ์การดูแลที่เป็นเลิศ

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล โรงพยาบาลเลิดสิน E-mail: nit3349@gmail.com

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าศูนย์กู้ชีพเลิดสิน E-mail: dome7721@outlook.com

³นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ด้านอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ กลุ่มงานอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลเลิดสิน E-mail: Nattawan.pala@gmail.com

Lerdsin Hospital , Silom road, Bangluek , Bangkok, Thailand

Abstract

This descriptive cross-sectional study aimed to investigate the outcome of the nursing care system before and after the development of Lerdsin Hospital Sepsis Protocol Checklist for sepsis patients in the emergency department.

Methodology: the participants included 140 patients aged 15 years and above with a diagnosis of sepsis. The participants were assigned to two groups. Seventy patients participated in the study without the application of the protocol. The other 70 patients participated in the protocol applied using the Lerdsin Hospital Sepsis Protocol Checklist with complete data. Patients were randomly assigned into 2 groups. Intention-to-treat analysis was used to describe data from all participants randomized to protocol. Data were analyzed using descriptive statistics. Chi-square test was used to compare mean difference. Significant level was set at $p < .05$.

Results showed the improvement in all nursing care processes in sepsis patient after using application of the sepsis protocol checklist ($p < .05$, $p < .001$). The number of patients with good clinical outcomes that could be discharged from hospital was significantly increased from 58.6% to 82.9%, and the mortality rate waned from 41.4% to 17.1% ($p < .05$). However, length of hospital stay was not statistically significantly reduced ($p = .146$).

Keywords: sepsis, septic shock, protocol, best practices

บทนำ

สภาวะพิษเหตุติดเชื้อ เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลกโดยมีสาเหตุให้ผู้ป่วยเกิดภาวะล้มเหลวของอวัยวะสำคัญหลายระบบ และเสียชีวิตภายใน 72 ชั่วโมงนับจากเวลาที่มาห้องฉุกเฉิน¹⁻³ หากผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถได้เข้าถึงการรักษาพยาบาลที่รวดเร็ว และเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลที่ได้ประสิทธิภาพจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถลดระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้จากรายงานวิจัยต่างประเทศพบอุบัติการณ์การเกิดโรคภาวะพิษเหตุติดเชื้อ 77 รายต่อ 100,000 ประชากร ในประเทศออสเตรเลีย และนิวซีแลนด์ และ 240 ราย ต่อ 100,000 ประชากรในประเทศสหรัฐอเมริกา^{5,6} รวมทั้งพบอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 30.80-62.50^{7,8} ส่วนในประเทศไทยอัตราการเสียชีวิตของภาวะพิษเหตุติดเชื้อมีค่าสูงถึงร้อยละ 40.00-90.00⁹ โดยปัจจัยที่ก่อให้เกิดการเสียชีวิตได้แก่ ความล่าช้า

ในการวินิจฉัยสั่งการ การเริ่มได้รับยาปฏิชีวนะที่ล่าช้ากว่าเวลาที่เกิน 3 ชั่วโมง ขาดการประเมินอาการที่ต่อเนื่อง และการได้รับการรักษานอกห้องผู้ป่วยวิกฤต¹⁰⁻¹² การรักษาภาวะพิษเหตุติดเชื้อ ส่วนใหญ่มุ่งเน้นการรักษาที่ไม่ให้เกิดการล้มเหลวของอวัยวะสำคัญ ซึ่งประกอบด้วย การให้ยาปฏิชีวนะและการกำจัดแหล่งติดเชื้อ การให้สารน้ำป้องกันภาวะช็อก การให้ยากระตุ้นความดันโลหิต (vasopressors) และการได้ยาเพิ่มการบีบตัวของหัวใจ (inotropes) ซึ่งแนวทางการรักษาบางอย่างอาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย¹³ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจุบันได้มีการพัฒนาแนวทางกระตุ้นการเข้าถึง Early Goal-Directed Therapy เช่น sepsis six เป็นการปฏิบัติการที่กระตุ้นให้เริ่มการรักษาพยาบาลภายใน 1 ชั่วโมงและส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้เข้าถึง Early Goal-Directed Therapy หรือ resuscitation bundle ได้สำเร็จ สามารถลดอัตราการเสียชีวิตได้ (20% และ 44%, $p < .001$) เมื่อเปรียบเทียบกับ

ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการดูแลแบบ sepsis six ในการศึกษาของ Rivers และคณะ¹⁴ ได้ทำการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโดยใช้ Early Goal-Directed Therapy กับผู้ป่วยภาวะพิษเหตุติดเชื้อในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบอัตราการตายในกลุ่มควบคุมร้อยละ 46.50 และในกลุ่มทดลองร้อยละ 30.50 ซึ่งสามารถลดอัตราการเสียชีวิตได้ถึงร้อยละ 16.00 จึงมีการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโดยใช้ Early Goal-Directed Therapy มาใช้อย่างแพร่หลาย

โรงพยาบาลเลิดสิน เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคภาวะพิษเหตุติดเชื้อ ในบทบาทพยาบาลผู้ดูแลเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและทีมการรักษาเพื่อมุ่งหวังให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตเพิ่มขึ้น จึงมีการจัดการดูแล รักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคภาวะพิษเหตุติดเชื้ออย่างเป็นระบบ โดยทีมพัฒนาคุณภาพงานสหสาขา ร่วมกับกลุ่มงานอายุรกรรมได้สร้างระบบช่องทางด่วน (fast track sepsis) ในปีพ.ศ. 2557 ในงานการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก และในปี พ.ศ. 2558 จัดสร้างแนวทางปฏิบัติ Sepsis Protocol checklist Lerdsin Hospital ถึงแม้จะมีระบบช่องทางด่วนและระบบการคัดกรองผู้ป่วย และประเมินอาการผู้ป่วย รวมถึงการรักษาอย่างทันต่วงที่ ก็ยังพบว่าการรายงานปรึกษาแพทย์เฉพาะทางอายุรศาสตร์ที่ล่าช้า การปฏิบัติการพยาบาลที่มีความหลากหลาย การมีระยะเวลารอคอยที่นาน ทำให้ผู้ป่วยมีจำนวนการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2559 มากถึงร้อยละ 22.18 จากประเด็นปัญหาดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยต้องการพัฒนาระบบการปฏิบัติการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ มีการจัดการอาการผู้ป่วยโรคภาวะพิษเหตุติดเชื้อร่วมกับทีมแพทย์ผู้รักษาได้อย่างรวดเร็วและเป็นระบบ เพื่อมุ่งเน้นการปฏิบัติการพยาบาลสู่ความเป็นเลิศ สร้างทีมในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคภาวะพิษเหตุติดเชื้อ (Lerdsin sepsis care team) จัดให้มีการทบทวนกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยร่วมกัน เพื่อลดอัตราการตายในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว ซึ่งสอดคล้องกับนโยบาย service plan ระดับประเทศ ที่มุ่งหวังให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินอาการที่ถูกต้อง เข้าสู่กระบวนการดูแลรักษาได้รวดเร็ว ทันเวลา เพื่อยกระดับมาตรฐานการดูแลรักษาผู้ป่วยแบบยั่งยืนต่อไป

กรอบแนวคิดงานวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผลการใช้แนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะพิษเหตุติดเชื้อ (sepsis) คือการใช้แนวทาง Early Goal-Directed Therapy (EGDT) หรือ resuscitation bundle ที่ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยภาวะพิษเหตุติดเชื้อ (sepsis) กล่าวคือ เป็นการรักษาแบบประคับประคองเพื่อให้ระบบการไหลเวียนกลับมาเป็นปกติ และถึงเป้าหมายโดยเร็วภายใน 6 ชั่วโมง ประกอบด้วยการบริหารสารน้ำหรือเลือดทดแทนการใช้ยา vasopressors และยา inotropes การควบคุมความดันในหลอดเลือดดำส่วนกลาง และค่าความดันหลอดเลือดแดงเฉลี่ยตามเป้าหมายที่กำหนด รวมถึงการดูแลและการจัดการจากพยาบาลที่สามารถดักจับอาการของผู้ป่วยภาวะพิษเหตุติดเชื้อรุนแรง (severe sepsis) การบริหารยาปฏิชีวนะให้ผู้ป่วยได้รับภายใน 1 ชั่วโมง และการบำบัดให้ถึงเป้าหมายที่กำหนดโดยเร็ว รวมถึงการติดตามประเมินปริมาณปัสสาวะที่มากกว่า 0.5 มิลลิลิตร/ กิโลกรัม/ ชั่วโมง การใช้ Early Goal-Directed Therapy (EGDT) จะทำให้สามารถตรวจพบดักจับอาการ และมีการประเมินสารน้ำในระยะเริ่มแรกได้มากขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิตที่เพิ่มขึ้น และผลลัพธ์การดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพสูงขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลลัพธ์ได้แก่ อัตราการรอดชีวิต จำนวนวันนอน และการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคภาวะพิษเหตุติดเชื้อ ก่อนและหลังการใช้แนวทางการดูแลแบบ Sepsis Protocol checklist Lerdsin Hospital

สมมติฐานการวิจัย

ผลลัพธ์ได้แก่ อัตราการรอดชีวิต จำนวนวันนอน และการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคภาวะพิษเหตุติดเชื้อ หลังการใช้แนวทางการดูแลแบบ Sepsis Protocol checklist Lerdsin Hospital น่าจะดีกว่าก่อนการใช้แนวทางปฏิบัติ

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวินิจฉัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (Descriptive cross-sectional study design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการดักจับอาการแล้วสงสัยว่ามีภาวะเหตุพิษเหตุติดเชื้อ ทั้งเพศหญิงและเพศชายที่มีอายุมากกว่า 15 ปีและได้รับการดูแลโดยใช้แนวทาง Sepsis Protocol checklist Lerdsin Hospital (จำนวน 275 รายในช่วงเก็บข้อมูลวิจัย) ที่เข้ามารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในโรงพยาบาลเลิดสิน สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการใช้วิธีการคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Test of difference in 2 independent proportion (p_1, p_2)¹⁵ โดยค่า p อ้างอิงจากการศึกษาของ Mahantassanapong¹⁶ จากการคำนวณตามสูตรได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 70 คน (ก่อนและหลัง การใช้แนวทางปฏิบัติ) ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ จึงใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 70 คน โดยคัดเลือกจากผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาตามเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1. ผู้ป่วยสงสัยว่ามีภาวะเหตุพิษเหตุติดเชื้อ (sepsis) โดยใช้การประเมินแบบ suspected infection + 2 SIRS score ตามแนวทางปฏิบัติ 2. ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเหตุพิษเหตุติดเชื้อมีการบันทึกข้อมูลครบถ้วนในแบบบันทึก Sepsis Protocol checklist Lerdsin Hospital เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1. ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทุกประเภท 2. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งทุกประเภท และเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (Convenience Sample) โดยเลือกใช้ข้อมูลการพยาบาลผู้ป่วยภาวะเหตุพิษเหตุติดเชื้อในประวัติตามแบบบันทึกสรุปผลการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน และแบบบันทึก Sepsis Protocol checklist Lerdsin Hospital

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบไปด้วย 2 ส่วน คือ

1. แบบบันทึก Sepsis Protocol checklist Lerdsin Hospital เนื่องจากเป็นแนวทางปฏิบัติที่ผู้วิจัยและทีมการพยาบาลร่วมกับทีมอายุรแพทย์ด้านโรคติดเชื้อ

พัฒนาร่วมกันมาเป็นการครั้งที่ 2 ตามแนวทาง Early Goal-Directed Therapy (EGDT)¹⁴ ประกอบด้วย แนวทางการคัดกรองดักจับอาการ แนวทางการวินิจฉัยรักษาผู้ป่วย Sepsis/septic shock รวมถึงเป็นแบบบันทึกสัญญาณชีพ การคำนวณ MEWS score เพื่อที่สามารถประเมินอาการและดักจับกลุ่มโรคภาวะเหตุพิษเหตุติดเชื้อได้อย่างรวดเร็ว เพื่อการตัดสินใจในการช่วยเหลือแก้ไขภาวะวิกฤตผู้ป่วยภาวะเหตุพิษเหตุติดเชื้อ

2. แบบเก็บข้อมูลการศึกษาเปรียบเทียบผลการใช้ Sepsis Protocol checklist Lerdsin Hospital

- แบบเก็บข้อมูลส่วนบุคคล เพศ อายุ ภาวะโรค
- ตำแหน่งของการติดเชื้อ ประกอบด้วยตำแหน่งที่บ่งบอกถึงการติดเชื้อ
- ผลลัพธ์การดูแลรักษาภายใน 6 ชั่วโมง เป็นแนวทางให้การพยาบาลและการติดตามผลการรักษา
- จำนวนวันนอนโรงพยาบาล เริ่มตั้งแต่แรกรับกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
- การจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ได้คำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยได้ดำเนินการตามขั้นตอน ขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคนของโรงพยาบาลเลิดสิน เมื่อผ่านความเห็นชอบแล้วผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการวิจัย (หมายเลขโครงการวิจัยโรงพยาบาลเลิดสิน 611015) ตามขั้นตอนดังนี้

1. ขออนุญาตการเข้าถึงฐานข้อมูลและการใช้ข้อมูลการรักษาจากผู้ป่วยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลิดสิน
2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์งานวิจัยแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย (participant information sheet) และหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (informed consent form) ยินยอมให้ใช้ข้อมูลดังกล่าวมาทำการวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลที่ได้ทั้งหมดที่ถูกบันทึกในแบบบันทึกการเก็บข้อมูลวิจัยจะถือเป็นความลับ และนำไปใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น โดยมีการเก็บแยกระหว่างแบบฟอร์มยินยอม (consent form) กับข้อมูลที่เก็บได้ และใช้หมายเลขประจำตัวแทนการใช้ชื่อในการ

เก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งมีผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ได้ ส่วนผลการวิจัยที่มีการนำเสนอหรือตีพิมพ์ในวารสารจะเสนอในลักษณะของข้อมูลโดยภาพรวม และไม่มีการนำเสนอชื่อของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยหรือญาติสามารถแจ้งขอออกจากการศึกษาวิจัยได้ ก่อนที่การดำเนินการวิจัยจะสิ้นสุด โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลกระทบต่อผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและญาติ เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูล ผู้วิจัยจะนำข้อมูลดังกล่าวมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล หลังจากการสิ้นสุดการวิจัยในครั้งนี้ แบบบันทึกที่ใช้เก็บข้อมูลวิจัยจะถูกทำลายทั้งหมด

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 140 คน โดยคัดเลือกจากผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาตามเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) และเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (Convenience Sample) โดยเลือกใช้ข้อมูลการพยาบาลผู้ป่วยภาวะเหตุพิษติดเชื้อ ในประวัติตามแบบบันทึกสรุปผลการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน และแบบบันทึก Sepsis Protocol checklist Lerdsin Hospital โดยใช้ระยะเวลาในช่วงวันที่ 1 มกราคม ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2559 จำนวน 70 ราย เปรียบเทียบกับหลังการใช้แนวทางปฏิบัติในช่วงระยะเวลาวันที่ 1 มกราคม ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2560 จำนวน 70 ราย ซึ่งใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นเวลา 1 เดือนตั้งแต่ 1-31 มีนาคม พ.ศ. 2561 ตามเกณฑ์การคัดเข้าจากประชากรที่ศึกษาในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลิดสิน ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลและตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วนสมบูรณ์ตามแบบเก็บข้อมูลการศึกษาเปรียบเทียบผลการใช้ Sepsis Protocol checklist Lerdsin Hospital ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลเมื่อได้จำนวนประชากรกลุ่มตัวอย่างครบทั้ง 140 รายจึงยุติการเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Description statistics) เพื่ออธิบายข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย มัธยฐาน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ผลลัพธ์ทั้ง 7 ด้านเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้แนวทางปฏิบัติ ได้แก่ การส่งเลือดเพาะเชื้อก่อน

ได้รับยาปฏิชีวนะ การได้รับยาปฏิชีวนะในเวลา 1 ชั่วโมง และการได้รับสารน้ำแก้ไขภาวะช็อกอย่างทันที การได้รับยากระตุ้นความดันโลหิต การได้รับยาลดไข้ หายผู้ป่วยภายใน 42 ชั่วโมง การวัดจากสัดส่วนการใช้แนวทางปฏิบัติของพยาบาล (MEWS score) การได้รับการรักษาทันเวลา และอัตราการเสียชีวิต โดยใช้สถิติวิเคราะห์สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

จากการวิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคภาวะพิษเหตุติดเชื้อในการศึกษานี้ โดยในช่วงก่อนการใช้แนวทางปฏิบัติส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 63 ปี (22-93 ปี : mean 63.21, SD. = 18.01) เป็นผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปี (ร้อยละ 50) รองลงมาอายุ 51-65 (ร้อยละ 21.40) เป็นเพศชาย 43 คน (ร้อยละ 61.40) และเป็นเพศหญิง 27 คน (ร้อยละ 38.60) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาวะโรคร่วมมากกว่า 2 โรคขึ้นไป จำนวน 56 คน (ร้อยละ 80.00) โรคที่พบส่วนใหญ่ได้แก่ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง พบผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะโรคร่วมจำนวน 7 คน (ร้อยละ 10.00) และในช่วงหลังการใช้แนวทางปฏิบัติผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 67 ปี (16-96 ปี : mean = 67.30, SD. = 18.99) เป็นผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปี (ร้อยละ 58.60) รองลงมาอายุ 51-65 (ร้อยละ 25.70) เป็นเพศชาย 25 คน (ร้อยละ 35.70) และเป็นเพศหญิง 45 คน (ร้อยละ 64.30) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาวะโรคร่วมมากกว่า 2 โรคขึ้นไป จำนวน 35 คน (ร้อยละ 50.00) โรคที่พบส่วนใหญ่ได้แก่ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง พบผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะโรคร่วมจำนวน 16 คน (ร้อยละ 22.90) และผลการวิจัยการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคภาวะเหตุพิษเหตุติดเชื้อทั้ง 7 แนวทาง ได้แก่ การให้สารน้ำทดแทนแก้ไขภาวะช็อก การได้รับยากระตุ้นความดันโลหิต การส่งเลือดเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะ การได้รับยาปฏิชีวนะทันทีภายใน 1 ชั่วโมง การได้รับยาลดไข้ หายผู้ป่วยภายใน 42 ชั่วโมง การได้รับการรักษาทันเวลาโดยการดักจับอาการ ส่งผลทำให้มีผลลัพธ์ที่ดีขึ้นในขบวนการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$, $p < .001$ ($n = 70$) ดังตาราง 1 และจำนวนวันนอนโรงพยาบาลลดลงจาก 11.40 วัน เป็น 11.17 วัน ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p = .146$)

ดังตาราง 2 รวมถึงผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 58.60 เป็นร้อยละ 82.90 และพบว่าผู้ป่วยมีอัตราการเสียชีวิตลดลงจากร้อยละ 41.40 เหลือร้อยละ 17.10 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ ดังตาราง 3

จากการศึกษาสถานะของผู้ป่วยโรคภาวะเหตุพิษติดเชื้อที่ได้รับการรักษาจากแพทย์ และการประเมินอาการ การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงจากทีมการพยาบาล พบว่า

ก่อนการใช้แนวทางปฏิบัติมีผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ (ร้อยละ 58.60) และมีอัตราการเสียชีวิต (ร้อยละ 41.40) และการศึกษาหลังการใช้แนวทางปฏิบัติพบว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ (ร้อยละ 82.90) และมีอัตราการเสียชีวิตลดลง (ร้อยละ 17.10 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ รายละเอียดดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 1 การเปรียบเทียบผลการใช้แนวทางปฏิบัติการดูแลและให้การพยาบาลจากการใช้ Sepsis Protocol checklist Lerdsin Hospital (n = 70)

แนวทางปฏิบัติ	ก่อน (n = 70)	หลัง (n = 70)	p-value
การให้สารน้ำทดแทนแก้ไขภาวะช็อก			1.000
ได้รับ	100 (70)	100 (70)	
ไม่ได้รับ	-	-	
การได้รับยากระตุ้นความดันโลหิต			<.001**
ได้รับ	57.1 (40)	85.7 (60)	
ไม่ได้รับ	42.9 (30)	14.3 (10)	
การส่งเลือดเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะ			1.000
ได้รับ	100 (70)	100 (70)	
ไม่ได้รับ	-	-	
การได้รับยาปฏิชีวนะทันทีภายใน 1 ชั่วโมง			<.001**
ได้รับ	37.1 (26)	100 (70)	
ไม่ได้รับ	62.9 (44)	-	
การได้รับย่ายาเข้าหอผู้ป่วยภายใน 42 ชั่วโมง			.042*
ได้รับ	94.3 (66)	100 (70)	
ไม่ได้รับ	5.7 (4)	-	
การได้รับการรักษาทันเวลาโดยการดักจับอาการจากพยาบาล			<.001**
ได้รับ	57.1 (40)	85.7 (60)	
ไม่ได้รับ	42.9 (30)	14.3 (10)	
การใช้แนวทางปฏิบัติของพยาบาลโดยการติดตามอาการต่อเนื่อง (MEWS score monitoring)			<.001**
ได้รับ	12.9 (9)	78.6 (55)	
ไม่ได้รับ	87.1 (61)	21.4 (15)	

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

ตาราง 2 การเปรียบเทียบจำนวนวันนอนโรงพยาบาลก่อนและหลังการใช้ Sepsis Protocol checklist Lerdsin Hospital (n = 70)

ระยะเวลาอนโรงพยาบาล	n	Mean	SD.	F	p-value
ระยะเวลาอนโรงพยาบาล					
ก่อนใช้แนวทางปฏิบัติ	70	11.40	1.343	2.141	.146
หลังใช้แนวทางปฏิบัติ	70	11.17	1.031		

p < .05

ตาราง 3 เปรียบเทียบสถานะของผู้ป่วยเมื่อถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ได้แก่ อาการดึกกลับบ้าน และอัตราการเสียชีวิต (n = 70)

สถานะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	ก่อน (n = 70)	หลัง (n = 70)	p-value
สถานะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล			.002
อาการดึกกลับบ้าน	58.6 (41)	82.9 (58)	
เสียชีวิต	41.4 (29)	17.1 (12)	

p < .05

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาการใช้แนวทางปฏิบัติในการดูแลรักษาพยาบาลในผู้ป่วยโรคภาวะพิษเหตุติดเชื้อซึ่งแบ่งเป็น 7 ด้าน เพื่อการเฝ้าระวังติดตามอาการ และการให้การช่วยเหลือแก้ไขภาวะวิกฤตของผู้ป่วยได้ทันทั่วถึงเพื่อลดอัตราการเสียชีวิต โดยด้านแรกคือ การให้สารน้ำทดแทนในการแก้ไขภาวะช็อก จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยทุกคน (ร้อยละ 100.00) ได้รับการให้สารน้ำชดเชยทั้งก่อนและหลังการใช้แนวทางปฏิบัติ ด้านที่สองคือการให้ยากระตุ้นความดันโลหิต (vasopressors) ในผู้ป่วยที่มีภาวะช็อก พบว่าก่อนการใช้แนวทางปฏิบัติมีผู้ป่วยที่ได้รับยากระตุ้นความดันโลหิต (ร้อยละ 57.10) และไม่ได้รับยากระตุ้นความดันโลหิตคิดเป็น (ร้อยละ 42.90) ส่วนการศึกษาหลังการใช้แนวทางปฏิบัติพบว่าผู้ป่วยได้รับยากระตุ้นความดันโลหิต (ร้อยละ 85.70) และไม่ได้รับยากระตุ้นความดันโลหิต (ร้อยละ 14.3) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < .001$) ด้านที่สามคือการส่งเลือดเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะ จากการศึกษาพบว่าก่อนและหลังการใช้แนวทางปฏิบัติผู้ป่วยทุกคน (ร้อยละ 100.00) ได้รับการ

ส่งเลือดเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะทุกราย ด้านที่สี่คือการได้รับยาปฏิชีวนะทันทีภายใน 1 ชั่วโมง จากการศึกษาพบว่าก่อนการใช้แนวทางปฏิบัติผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะทันทีภายใน 1 ชั่วโมง (ร้อยละ 37.10) ผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะเกินเวลา 1 ชั่วโมง (ร้อยละ 62.90) และการศึกษาหลังการใช้แนวทางปฏิบัติพบว่าผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะทันทีภายใน 1 ชั่วโมงทุกราย (ร้อยละ 100.00) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < .001$) ด้านที่ห้าคือการที่ผู้ป่วยได้รับย่ายาเข้าหอผู้ป่วยภายใน 42 ชั่วโมง จากการศึกษาพบว่า ก่อนการใช้แนวทางปฏิบัติมีผู้ป่วยได้รับย่ายาเข้าหอผู้ป่วยภายใน 42 ชั่วโมง (ร้อยละ 94.30) และมีผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการย่ายาเข้าหอผู้ป่วยภายใน 42 ชั่วโมง (ร้อยละ 5.70) และการศึกษาหลังการใช้แนวทางปฏิบัติพบว่าผู้ป่วยทุกรายได้รับย่ายาเข้าหอผู้ป่วยภายใน 42 ชั่วโมง (ร้อยละ 100) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < .05$) ด้านที่หกคือการได้รับการรักษาทันเวลาโดยการดักจับอาการจากพยาบาล จากการศึกษาพบว่าก่อนการใช้แนวทางปฏิบัติมีผู้ป่วยที่ได้รับการดักจับอาการได้ทันเวลาจากพยาบาล (ร้อยละ 57.10) มีผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการดักจับอาการจาก

พยาบาล (ร้อยละ 42.90) และการศึกษาหลังการใช้แนวทางปฏิบัติพบว่า มีผู้ป่วยที่ได้รับการดักจับอาการได้ทันเวลาจากพยาบาล (ร้อยละ 85.70) มีผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการดักจับอาการจากพยาบาล (ร้อยละ 14.30) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < .001$) ด้านที่เจ็ดคือการใช้แนวทางปฏิบัติของพยาบาล โดยการประเมินอาการอย่างต่อเนื่อง (MEWS score monitoring) การศึกษาก่อนการใช้แนวทางปฏิบัติพบว่า มีผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินอาการอย่างต่อเนื่องจากพยาบาล (ร้อยละ 12.90) มีผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการประเมินอาการอย่างต่อเนื่องจากพยาบาล (ร้อยละ 87.10) การศึกษาหลังการใช้แนวทางปฏิบัติพบว่า มีผู้ป่วยที่ได้รับการใช้แนวทางปฏิบัติพบว่า มีผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินอาการอย่างต่อเนื่องจากพยาบาล (ร้อยละ 78.6) มีผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการประเมินอาการอย่างต่อเนื่องจากพยาบาล (ร้อยละ 21.40) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Kamon, Namjuntra และ Binhosen¹⁷ ที่พบว่า การปฏิบัติพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยในระยะ sepsis กิจกรรมพยาบาลที่ปฏิบัติได้ทุกครั้ง ร้อยละ 100.00 ได้แก่ การดูแลให้ได้รับออกซิเจน (keep O_2 saturation $\geq 92\%$) เจาะเลือดเพื่อส่งเพาะเชื้อ ก่อนให้ยาปฏิชีวนะทุกราย การได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง และการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษา ส่วนการประเมินระบบประสาท (neurological sign) ทุก 15 นาที ทำได้น้อยครั้ง (ร้อยละ 50.00) และการปฏิบัติพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยในระยะ Severe sepsis/ Septic shock กิจกรรมพยาบาลที่ปฏิบัติได้ทุกครั้ง ร้อยละ 100.00) ได้แก่ การดูแลให้ได้รับออกซิเจน (keep O_2 saturation $\geq 92\%$) เจาะเลือดทางชีวเคมีภายใน 30 นาที เจาะเลือดเพื่อส่งเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะทุกราย การได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง กิจกรรมพยาบาลที่ปฏิบัติได้น้อยครั้ง ได้แก่ การสวนคาสายปัสสาวะ และการจ้องเลือด กรณีความเข้มข้นของเลือดน้อยกว่า 30% (ร้อยละ 21.40) และจากการศึกษาของ Nueng Nasuwan และคณะ¹⁸ พบว่า ผลจากการพัฒนาระบบทำให้พยาบาลสามารถดักจับอาการของ Severe sepsis ($p = .004$) และการบริหารยาปฏิชีวนะให้ผู้ป่วยได้รับภายใน 1 ชั่วโมง ($p = .01$) ในสัดส่วนที่มากขึ้นกว่าก่อนที่จะมีการพัฒนาระบบการพยาบาลซึ่งการดักจับอาการ Severe sepsis ได้ทันเวลา ให้การรักษาที่รวดเร็ว

ถูกต้องเหมาะสม ทำให้กลุ่มผู้ป่วยหลังการพัฒนาระบบสามารถพ้นจากภาวะช็อกได้มากกว่ากลุ่มผู้ป่วยก่อนการพัฒนาระบบ ส่งผลให้เกิดอัตราการเสียชีวิตลดลง ($p = .004$) และในการศึกษาของ Onswadipong และคณะ¹⁹ ที่พบว่า กิจกรรมการพยาบาลที่มุ่งเป้าในระยะ 6 ชั่วโมงแรก สามารถติดตามอาการเปลี่ยนแปลงในผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคภาวะเหตุพิษติดเชื้อ (sepsis) ได้อย่างใกล้ชิดและสามารถลดความรุนแรงจากอวัยวะล้มเหลวจากการติดตามค่าตัวแปรต่าง ๆ พบว่าผู้ป่วยโรคภาวะเหตุพิษติดเชื้อ มีอาการเปลี่ยนแปลง และได้รับการแก้ไขได้ทันเวลา สอดคล้องกับการศึกษาติดตามการนำแนวปฏิบัติแบบมุ่งเป้า (EGDT) ของ Levy และคณะ²⁰ พบว่าแนวทางปฏิบัติแบบมุ่งเป้าในระยะ 6 ชั่วโมงแรก สามารถแก้ไขภาวะล้มเหลวของการไหลเวียนในระดับเนื้อเยื่อได้ และลดอัตราการเสียชีวิตลงได้ ($p = .001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของซุงหงส์¹⁶ ในการดูแลผู้ป่วยโรคภาวะเหตุพิษติดเชื้อในระยะ 6 ชั่วโมงแรก ภายหลังการนำแนวปฏิบัติแบบมุ่งเป้า (EGDT) มาใช้ พบว่า การบริหารสารน้ำทดแทนอย่างเพียงพอ มีจำนวนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 76.70 เป็นร้อยละ 96.70 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .023$) และการส่งเลือดเพาะเชื้อก่อนการให้ยาปฏิชีวนะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 56.7 เป็นร้อยละ 90.00 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .004$) ส่วนการย้ายเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักยังคงมีจำนวนเท่าเดิมคือ ร้อยละ 6.70 ($p = 1.000$) และการได้รับยาปฏิชีวนะใน 3 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัยกลับมีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 93.30 โดยไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .554$) โดยการศึกษาวิจัยพบว่า หลังการใช้แนวทางการดูแลแบบ Sepsis Protocol checklist Lerdsin Hospital ส่งผลทำให้มีผลลัพธ์ที่ดีขึ้นในทุกขบวนการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$, $p < .001$ ($n = 70$) และจำนวนวันนอนโรงพยาบาลลดลงจาก 11.40 วัน เป็น 11.17 วัน ซึ่งไม่แตกต่างกัน ($p = .146$) รวมถึงผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 58.60 เป็นร้อยละ 82.90 และพบว่าผู้ป่วยมีอัตราการเสียชีวิตลดลงจากร้อยละ 41.40 เหลือร้อยละ 17.10 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ ทั้งนี้จากการศึกษาของ Jason และคณะ²¹ พบว่า การประเมินสัญญาณชีพของผู้ป่วยโรคภาวะเหตุพิษติดเชื้อในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นสิ่งที่มีความสำคัญสามารถพยากรณ์ และทำนายความรุนแรงของ

การติดเชื้อในกระแสเลือดได้ การได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติ อย่างใกล้ชิดโดยพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิตสูง มีระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลที่ลดลง และมีการสูญเสีย หน้าที่ของอวัยวะลดลง²²

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้วิจัยมีประเด็นที่สำคัญเพื่อการเสนอแนะในการ วางแผนดูแลผู้ป่วยโรคภาวะเหตุพิษติดเชื้อ จากการศึกษา ครั้งนี้ ดังนี้

1. สร้างความตระหนักในการใช้แนวทางการดูแล แบบ Sepsis Protocol checklist Lerdsin Hospital และสร้างทีมนิเทศ แนะนำ กำกับติดตามผลการใช้แนวทาง ปฏิบัติให้ครอบคลุมผู้ป่วยทุกรายที่สงสัยว่าอาจจะเกิด โรคภาวะเหตุพิษติดเชื้อและการนำแนวทางปฏิบัติ Sepsis

Protocol checklist Lerdsin Hospital ไปทำการเผยแพร่ ใช้ในพื้นที่เขตบริการสุขภาพที่ 13 กรุงเทพมหานคร แล้วทำ การเปรียบเทียบผลลัพธ์การใช้แนวทางปฏิบัติ (Benchmark)

2. สร้างทีมพัฒนาแนวทางปฏิบัติร่วมกันในทีม สหสาขาวิชาชีพ ในพื้นที่เขตบริการสุขภาพที่ 13 กรุงเทพมหานคร เพื่อมุ่งสู่ผลลัพธ์การดูแลที่เป็นเลิศ (best practices)

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรมีการทำวิจัยติดตามคุณภาพการดูแลผู้ป่วย โรคภาวะเหตุพิษติดเชื้อ เมื่อย้ายเข้าไปรับการรักษาใน โรงพยาบาล โดยการใช้แนวทางการดูแลแบบ Sepsis Protocol checklist Lerdsin Hospital และวัดผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น อัตราการตาย ภาวะแทรกซ้อน จำนวนวันนอน รวมถึง คุณภาพชีวิตหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

References

1. Moreno R, Vincent J-L, Matos R, Mendonca A, Cantraine F, Thijs L, et al. The use of maximum SOFA score to quantify organ dysfunction/failure in intensive care. Results of a prospective, multicentre study. *Intensive Care Med.* 1999;25(7):686–96.
2. Song Y, Shin T, Jo I, Jeong Y, Kang M, Sim M, et al. 54 Predicting factors associated with clinical deterioration of sepsis patients with intermediate levels of serum lactate. *Ann Emerg Med.* 2012;4(60):S21–2.
3. Vosylius S, Sipylaite J, Ivaskevicius J. Sequential organ failure assessment score as the determinant of outcome for patients with severe sepsis. *Croat Med J.* 2004;45(6):715–20.
4. Huang DT, Clermont G, Dremsizov TT, Angus DC, Investigators P. Implementation of early goal-directed therapy for severe sepsis and septic shock: a decision analysis. *Crit Care Med.* 2007;35(9):2090–100.
5. Martin GS, Mannino DM, Eaton S, Moss M. The epidemiology of sepsis in the United States from 1979 through 2000. *N Engl J Med.* 2003;348(16):1546–54.
6. Finfer S, Bellomo R, Boyce N. A comparison of albumin and saline for fluid resuscitation in the intensive care unit. *N Engl J Med.* 2004;350(22):2247–56.
7. Pittet D, Rangel-Frausto S, Li N, Tarara D, Costigan M, Rempe L, et al. Systemic inflammatory response syndrome, sepsis, severe sepsis and septic shock: incidence, morbidities and outcomes in surgical ICU patients. *Intensive Care Med.* 1995;21(4):302–9.

8. Arise D. The outcome of patients with sepsis and septic shock presenting to emergency departments in Australia and New Zealand. *Crit Care Resusc.* 2007;9:8–18.
9. Angkasekwina N, Rattanaumpawan P, Thamlikitkul V. Epidemiology of sepsis in Siriraj Hospital 2007. *J Med Assoc Thai.* 2009;92 (Suppl 2):S68-78. (in thai)
10. Wirotwanit N. The Effectiveness of Implementing the Nurse Practice Guideline among Patients with Sepsis at Emergency Department, Naresuan University Hospital. *J Nurs Heal Sci.* 2018;12(1): 84–94. (in thai)
11. Lundberg JS, Perl TM, Wiblin T, Costigan MD, Dawson J, Nettleman MD, et al. Septic shock: an analysis of outcomes for patients with onset on hospital wards versus intensive care units. *Crit Care Med.* 1998;26(6):1020–4.
12. Pichai C. Factors for Mortality of Bacteremia in Surin Hospital Title. *Buddhachinaraj Med.* 2007;24(1):33–45. (in thai)
13. Picard KM, O'Donoghue SC, Young-Kershaw DA, Russell KJ. Development and implementation of a multidisciplinary sepsis protocol. *Crit Care Nurse [Internet].* 2006 Jun;26(3):43–54. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16717386>
14. Rivers E, Nguyen B, Havstad S, Ressler J, Muzzin A, Knoblich B, et al. Early goal-directed therapy in the treatment of severe sepsis and septic shock. *N Engl J Med.* 2001;345(19):1368–77.
15. Chirawatkul A. Statistics for Health Science Reseach. 4th ed. Wittayapat, Bangkok 2015. (in thai)
16. Mahantassanapong C. Outcome of the Surin Sepsis Treatment Protocol in Sepsis Management. *Srinagarind Med J.* 2012;27(4):332–9. (in thai)
17. Komon P, Namjuntra R, Binhosen V. Quality of care management in Persons with Sepsis Syndrome at emergency department in Singburi Hospital. *APHEIT Int.* 2017;2(2):32–43. (in thai)
18. Nueng Nasuwan W, Normkusol J, Thongjam R, Panaput T. Development of the nursing service system for patients with severe sepsis. *J Nurs Heal Care.* 2014;32(2):25–36. (in thai)
19. Onswadipong P, Sungkard K, Ayuthya SKN, Rongrungruan Y. The effect of early goal-directed nursing intervention on severity of organ failure in patients with sepsis syndrome. *Nurs Sci J Thail.* 2011;29(2):102–10. (in thai)
20. Levy MM, Dellinger RP, Townsend SR, Linde-Zwirble WT, Marshall JC, Bion J, et al. The Surviving Sepsis Campaign: results of an international guideline-based performance improvement program targeting severe sepsis. *Intensive Care Med.* 2010;36(2):222–31.
21. Maley JH, Gaieski DF, Mikkelsen ME. Early Recognition: The Rate-Limiting Step to Quality Care for Severe Sepsis Patients in the Emergency Department. *J Clin Outcomes Manag.* 2015;22(5): 211–21.
22. Torsvik M, Gustad LT, Mehl A, Bangstad IL, Vinje LJ, Damås JK, et al. Early identification of sepsis in hospital inpatients by ward nurses increases 30-day survival. *Crit care.* 2016;20(1):244–56.

บทความวิจัย

การหกล้ม ความกลัวการหกล้ม และการจำกัดกิจกรรมเนื่องจากกลัวหกล้ม ในผู้สูงอายุไทยที่อาศัยอยู่ในชุมชนชานเมืองเชียงใหม่

Falls, Fear of Falling, and Activity Avoidance due to Fear of Falling among Thai Community-dwelling Older Adults living in Suburban Chiang Mai Thailand

Received: Jan 31, 2020

Revised: Feb 25, 2020

Accepted: Feb 28, 2020

สุทธิดา พงษ์พันธุ์งาม ปร.ด. (Sutthida Phongphanngam, PhD)¹อัมภิกา นาไวย์ ปร.ด. (Ampicha Nawai, PhD)²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาความชุกของการหกล้ม ความกลัวการหกล้ม การจำกัดกิจกรรมเนื่องจากกลัวหกล้ม และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มและความกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนชานเมือง จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 142 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น แบบสอบถามประวัติการหกล้ม แบบวัดความกลัวการหกล้ม แบบสอบถามภาวะความกลัวการหกล้ม แบบประเมินความเป็นกังวลว่าจะหกล้ม แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุ และแบบประเมินสมรรถนะการทำงานของขา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา วิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Univariate และ Multivariate binary Logistic regression

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 73.90 เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 70.69 ปี (SD. = 7.44) ร้อยละ 32.60 หกล้มในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 76.10 กลัวหกล้ม ผู้สูงอายุร้อยละ 58.50 เคยจำกัดการทำกิจกรรมต่าง ๆ เนื่องจากกลัวการหกล้ม โดยปัญหาในการมองเห็น ความกลัวการหกล้ม และจำนวนยาที่ใช้ในปัจจุบัน สามารถร่วมกันทำนายการเกิดการหกล้มได้ 73.40% [$X^2(4, n = 139) = 14.96, p < .01$] ทั้งนี้มีเพียงความกลัวการหกล้มปัจจัยเดียวที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้ม ($B = -1.28, p < .01$) และพบว่า เพศหญิงมีประวัติการหกล้มในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา มีความวิตกกังวล และความสามารถในการทำงานของขาสูง สามารถร่วมกันทำนายความกลัวการหกล้มได้ 80.10% [$X^2(4, n = 141) = 22.80, p < .01$] โดยตัวแปรเพศหญิง ($B = 1.30, p < .01$) มีประวัติการหกล้มในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ($B = -1.47, p < .01$) และมีความวิตกกังวล ($B = 1.31, p < .05$) มีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้ม ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มและความกลัวการหกล้มและนำไปใช้ออกแบบโปรแกรมสำหรับป้องกันการหกล้มและลดความกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนชานเมืองได้

คำสำคัญ: หกล้ม, กลัวหกล้ม, การจำกัดกิจกรรม, ผู้สูงอายุ, ชุมชนชานเมือง

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนบางส่วนจากวิทยาลัยบรมราชชนนี เชียงใหม่

¹อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา Email: sutthidap.up@gmail.com

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการสอน) วิทยาลัยบรมราชชนนี เชียงใหม่ Email: ampicha@bcnc.ac.th

¹School of Nursing, University of Phayao, Phayao, Thailand.

²Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai, Thailand.

Abstract

This cross-sectional descriptive study aimed to: (1) examine the prevalence of falls, fear of falling, and activity avoidance due to fear of falling; and (2) investigate factors correlated to falls and fear of falling in Thai community-dwelling older adults living in suburban Chiang Mai. Participants were 142 adults aged 60 years and over who volunteered to participate in the study. Data were collected using interview. Instruments included demographic questionnaires, a Mini-Mental State Examination-Thai, history of falls, the Fear of Falling Rating Scale, the Fear of Falling Questionnaire, the Falls Efficacy Scale-International, the Center for Epidemiology Studies Depression Scale, the Geriatric Anxiety Scale-Ten-item, and the Short Physical Performance Battery (SPPB). Descriptive statistics (univariate and multivariate binary logistic regression) were used to analyze data.

Most participants were female (73.90%) with a mean age of 70.69 years (SD. = 7.44). About 32.60% of participants reported that they had fallen in the previous years. Most of the participants reported that they had fear of falling (76.10%) and 58.50% of participants reported that they had restricted their activities owing to fear of falling. Multivariate binary logistic regression revealed that a model containing visual impairment, fear of falling, and number of medications used was statistically significantly associated with falling and could explain 73.40% [$X^2(4, n = 139) = 14.96, p < .01$] of the variance in falling. Only fear of falling ($B = -1.28, p < .01$) had a statistically significant contribution to the model. In terms of fear of falling, it was found that a model composed of females, having a history of falls in the previous years, having anxiety, and having high level of SPPB could explain 80.1% [$X^2(4, n = 141) = 22.80, p < .01$] of the variance in fear of falling. Each of the variables, female ($B = 1.30, p < .01$), having a history of falls in the previous years ($B = -1.47, p < .01$), and having anxiety ($B = 1.31, p < .05$) had statistically significant contributions to the model. The results of this study might be used as a guideline to assess factors related to falls and fear of fall, and to design a program to prevent falls and reduce fear of falling among older adults living in suburban areas.

Keywords: falls, fear of falling, activity avoidance, older adults, suburban

บทนำ

ในปัจจุบันพบว่าจำนวนประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นทั่วโลก ปัญหาสำคัญที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ คือ การหกล้ม โดยทั่วไปพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในชุมชน หกล้มอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง โดยมีความชุก (prevalence) ของการหกล้มร้อยละ 20.00-50.00 และสัดส่วนจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ¹⁻³ และมีอุบัติการณ์ (incidence) ของการหกล้มในผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปอาศัยอยู่ในชุมชนอยู่ที่ร้อยละ 30.00-60.00⁴⁻⁵ และมีการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง หกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท⁶

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาในต่างประเทศ ได้มีการศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยในชุมชนเป็นจำนวนมาก ผลการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) พบว่า ปัจจัยเสี่ยงของการหกล้มในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน ได้แก่ อายุมาก เพศหญิง มีภาวะความดันโลหิตสูง มีปัญหาในการได้ยินหรือการเดิน การรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับต่ำ ภาวะซึมเศร้าหรือวิตกกังวล มีความกลัวการหกล้ม¹⁻³ ในขณะที่ผลการศึกษาของ Zhao และคณะ¹ ที่ทำการศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน พบว่า ผู้สูงอายุชายหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุหญิง และผลจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) และสังเคราะห์งานวิจัยด้วยวิธีวิเคราะห์แบบอนุมาณ (meta-analysis) จากงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนแบบติดตามไปข้างหน้า (prospective study) จำนวน 74 เรื่องของ Deandrea และคณะ⁷ พบว่า ปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน ได้แก่ อายุมาก เพศหญิง อาศัยอยู่คนเดียว มีประวัติเคยหกล้ม พร่องความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นเบาหวาน มีภาวะความดันโลหิตสูง มีโรคประจำตัวหลายโรค มีความกลัวการหกล้ม ใช้จ่ายหลายตัว ระบุว่าภาวะสุขภาพตนเองอยู่ในระดับต่ำ มีปัญหาในการเดิน การทรงตัว การได้ยิน และการมองเห็น และใช้อุปกรณ์ช่วยในการเดิน ผลจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบถึงอุบัติการณ์ ปัจจัยเสี่ยง และผลที่เกิดขึ้นตามมาจากการหกล้มของผู้สูงอายุจีน ที่อาศัยอยู่ในจีนแผ่นดินใหญ่ ฮ่องกงมาเก๊า สิงคโปร์ และไต้หวันของ Kwan และคณะ⁸ พบว่า

อุบัติการณ์การหกล้มอยู่ระหว่างร้อยละ 14.70-34.00 โดยปัจจัยเสี่ยงของการหกล้ม ได้แก่ อายุมาก เพศหญิง ใช้จ่ายหลายตัว มีปัญหาในการเดิน มีความกลัวการหกล้ม และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง และพบว่า ร้อยละ 60.00-75.00 ของผู้สูงอายุที่หกล้มได้รับบาดเจ็บจากการหกล้ม

ผู้สูงอายุที่หกล้มประมาณร้อยละ 50.00-75.00 ได้รับบาดเจ็บทางด้านร่างกาย ที่มีความรุนแรงตั้งแต่ ได้รับบาดเจ็บเล็กน้อย ได้แก่ พกข้าว เคล็ดขัดยอก มีแผลฉีก ไปจนถึงการบาดเจ็บที่รุนแรง ได้แก่ กระดูกหัก ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ซึ่งการบาดเจ็บที่รุนแรงอาจก่อให้เกิดการเสียชีวิตตามมาได้⁹⁻¹⁰ นอกจากได้รับบาดเจ็บแล้ว การหกล้มยังทำให้ผู้สูงอายุกลัวการหกล้ม จำกัดการทำกิจกรรมต่าง ๆ ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทั้งขึ้นพื้นฐานและขั้นสูงลดลง และภายหลังการหกล้มผู้สูงอายุบางส่วนต้องย้ายเข้าไปอยู่ในสถานพยาบาล⁸ ผลการศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้า 12 ปี ในผู้สูงอายุที่หกล้มทั้งที่ได้รับและไม่ได้รับบาดเจ็บจากการหกล้ม พบว่า ผู้สูงอายุที่มีประวัติหกล้มมีความสุขในชีวิตต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เคยหกล้ม¹¹ การหกล้มนอกจากจะส่งผลต่อร่างกาย คุณภาพชีวิตและความมีความสุขแล้ว ยังส่งผลต่อจิตใจของผู้สูงอายุอีกด้วยคือทำให้ผู้สูงอายุกลัวการหกล้มซ้ำ^{8,12} แต่อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้สูงอายุรายงานว่ามีความกลัวการหกล้มโดยที่ไม่เคยมีประวัติหกล้มมาก่อน¹³

ผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดความกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนแบบติดตามไปข้างหน้า เป็นระยะเวลา 2 ปีของ Rivas และคณะ¹⁴ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดความกลัวการหกล้ม ได้แก่ อายุมาก การเดินและการทรงตัวไม่ดี ใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน มีประวัติหกล้มมาก่อน มีภาวะซึมเศร้า และมีภาวะวิตกกังวล ความกลัวการหกล้มจะส่งผลให้ผู้สูงอายุเก็บตัวอยู่แต่ในบ้าน ไม่กล้าออกไปไหน แยกตัว ไม่ร่วมกิจกรรมทางสังคม มีภาวะซึมเศร้า ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง และจำกัดการทำกิจกรรมทางกายต่าง ๆ จนทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมทางด้านร่างกายลดลง จนเกิดความพิการ (disability) ตามมา ทำให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือดูแลตนเองได้ลดลง และต้องย้ายเข้าไปอยู่ในสถานพยาบาล^{3,8} การจำกัดการทำกิจกรรมทางกายต่าง ๆ จนทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมทางด้านร่างกาย

ลดลงเนื่องจากกลัวการหกล้ม ยังเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุหกล้มอีกด้วย^{8,13} โดยพบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนชนบทมีความกลัวการหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชุมชนเมือง¹⁵

สำหรับในประเทศไทย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความชุกของการหกล้มในผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปอาศัยอยู่ในชุมชน ในระยะ 6 เดือนอยู่ระหว่างร้อยละ 11.30-45.00¹⁶⁻¹⁸ และในระยะ 1 ปีอยู่ระหว่างร้อยละ 26.20-47.20¹⁹⁻²¹ ปัจจัยเสี่ยงของการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน ได้แก่ อายุมาก และอายุมากกว่า 80 ปี^{16,20} ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ความสามารถในการทรงตัวขณะเคลื่อนไหวต่ำ ได้รับยารักษาโรคเบาหวาน แต่งกายไม่เหมาะสม²⁰ มีไขมันในเลือดสูง¹⁷ มีภาวะซึมเศร้า ขาดการออกกำลังกาย สวมรองเท้าที่พื้นลื่น²² อาศัยอยู่ในเมือง มีดัชนีมวลกายมาก มีปัญหาในการมองเห็น มีโรคประจำตัวหลายโรค กล้ามเนื้ออ่อนแรง¹⁶ และการใช้ยา^{16,22} และผลการศึกษาของ Sophonratanapokin และคณะ¹⁸ ที่ศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการหกล้มของผู้สูงอายุไทย โดยวิเคราะห์ข้อมูลจากผลสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุไทยที่สำรวจโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2550 จำนวน 26,689 คน พบว่าปัจจัยเสี่ยงของการหกล้ม ได้แก่ พื้นบ้านชั้นล่างลื่น พื้นห้องน้ำหรือห้องส้วมลื่น ห้องน้ำหรือห้องส้วมอยู่นอกตัวบ้าน และอาศัยอยู่เพียงลำพัง นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองและนอกเมืองมีอัตราการหกล้มไม่แตกต่างกัน สำหรับความกลัวการหกล้ม ผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชนบทร้อยละ 86.00-93.60 รายงานว่าตนมีความกลัวการหกล้ม^{19,21,23} โดยมีปัจจัยเสี่ยงของความกลัวการหกล้ม ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพต่ำ มีปัญหาในการมองเห็น การทรงตัว และการเคลื่อนไหวร่างกาย เป็นโรคหลอดเลือดสมอง มีภาวะความดันโลหิตสูง ใช้ยารักษาภาวะความดันโลหิตสูง ใช้ยาหลายตัว มีประวัติเคยหกล้มมาก่อน ต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน²¹ และมีความวิตกกังวล¹⁹ ผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 80.00 รายงานว่าตนเคยจำกัดการทำงานต่าง ๆ เนื่องจากความกลัวการหกล้ม¹⁹ จะเห็นได้ว่าการศึกษเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มและ

ความกลัวการหกล้มที่มีความแตกต่างกันไปในแต่ละบริบทของชุมชน อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันนี้การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางสังคมและสิ่งแวดล้อมของชุมชนเป็นไปอย่างรวดเร็ว แต่การศึกษาวิจัยในเขตชุมชนเมืองยังมีข้อมูลที่ยังจำกัดอยู่

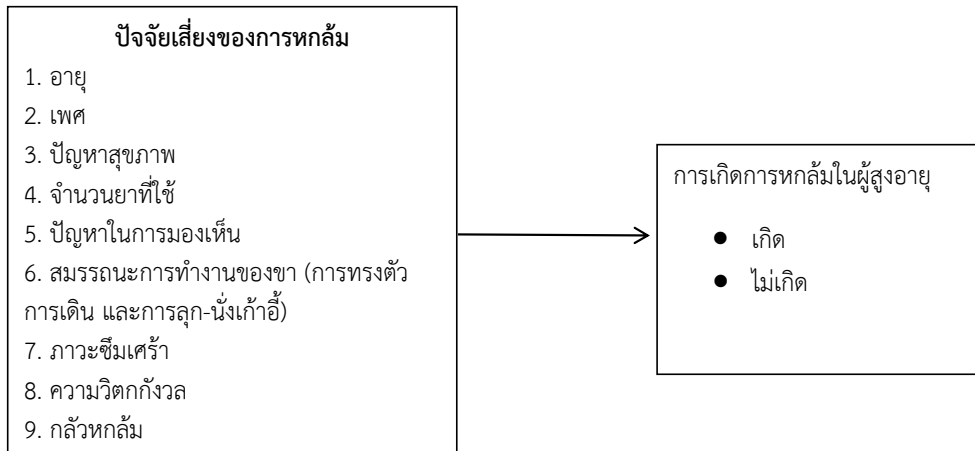
จากการทบทวนวรรณกรรมที่ศึกษาการหกล้มและความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน พบว่าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนชนบท การศึกษาในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองและชานเมืองยังมีน้อย โดยเฉพาะการศึกษาความกลัวการหกล้มยังมีจำกัด ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาการหกล้ม ความกลัวการหกล้ม และการจำกัดกิจกรรมเนื่องจากกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชานเมืองใหญ่ ผลการศึกษาที่ได้จะสามารถนำไปเปรียบเทียบกับผลการศึกษาที่ผ่านมา ตลอดจนสามารถนำไปใช้ในการออกแบบโปรแกรมเพื่อป้องกันการหกล้มและลดความกลัวการหกล้มที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชานเมืองต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

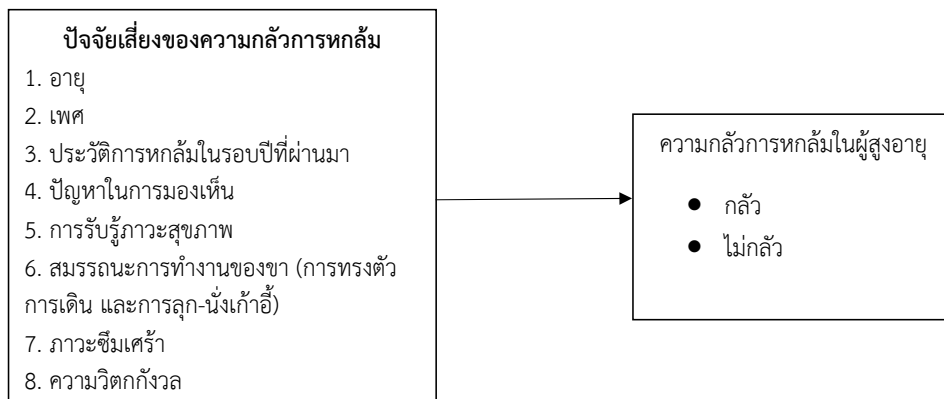
1. เพื่อศึกษาความชุก (prevalence) ของการหกล้ม ความกลัวการหกล้ม และการจำกัดกิจกรรมเนื่องจากกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชานเมือง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มและความกลัวการหกล้ม ในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชานเมือง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษานี้ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มและความกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนในระดับปานกลางถึงสูง โดยการหกล้มและความกลัวการหกล้มถูกนำมาใช้เป็นทั้งตัวแปรต้นและเป็นตัวแปรตาม ทั้งนี้เนื่องจากผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการหกล้มและความกลัวการหกล้มต่างเป็นปัจจัยเสี่ยงซึ่งกันและกันดังกล่าวมาแล้วข้างต้น สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดปัจจัยเสี่ยงของการหกล้ม



แผนภาพที่ 2 กรอบแนวคิดปัจจัยเสี่ยงของความกลัวการหกล้ม

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross - sectional study) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้ ได้แก่ ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปอาศัยอยู่ในตำบลตอนแก้ว อำเภอมะนัง จังหวัดเชียงใหม่ เนื่องจากงานวิจัยนี้เป็นการศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงของการหกล้มและความกลัวการหกล้ม จึงคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์สถิติ logistic regression ซึ่งกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตาม

rule of thumb คือ กลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อย 10-15 คน ต่อจำนวนตัวแปรอิสระ 1 ตัว²⁴ ในการศึกษาครั้งนี้มีตัวแปรอิสระ 9 ตัว ต้องการกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นอย่างน้อย 135 คน และเพื่อป้องกันการตอบข้อมูลไม่ครบ (missing data) จึงได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 5²⁵ ในการศึกษาครั้งนี้จึงมีการคัดเลือกอาสาสมัครเพื่อเป็นกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 142 คน โดยมีการกำหนดเกณฑ์คัดเลือกเข้าในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ดังนี้

1. ประชาชนเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และอาศัยอยู่ในตำบลตอนแก้ว อำเภอมะนัง จังหวัดเชียงใหม่

2. สามารถเดินได้เอง โดยปราศจากผู้ช่วยเหลือ หรืออุปกรณ์ช่วยเดิน อย่างน้อย 20 ก้าว

3. มีการรับรู้ และระดับสติสัมปชัญญะปกติ โดยมีระดับคะแนน Mini-Mental State Examination Scores (MMSE) มากกว่าหรือเท่ากับ 14 ในกรณีไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้), มากกว่าหรือเท่ากับ 17 ในกรณีเรียนจบระดับประถมศึกษา, และมากกว่า 22 กรณีเรียนจบสูงกว่าระดับประถมศึกษา

4. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยส่งหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนแก้ว อ.แมริม และขอความอนุเคราะห์เจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน เป็นผู้ประสานงานในพื้นที่และเป็นผู้ช่วยวิจัย โดยผู้วิจัยประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง และขั้นตอนในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล จนเป็นที่เข้าใจตรงกัน หลังจากนั้นผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย สํารวจจำนวนประชากรในพื้นที่เป้าหมาย ประกาศรับสมัครอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย และดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ได้รับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ (หมายเลขรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ เลขที่ BCNCT 03/2560) ก่อนเริ่มการวิจัยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลแก่ผู้สูงอายุที่อาสาสมัครเข้ามาเป็นกลุ่มตัวอย่าง เมื่อผู้สูงอายุสมัครใจเข้าร่วมโครงการ ผู้สูงอายุเซ็นชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และมีสิทธิที่จะถอนตัวหรือยกเลิกในขณะดำเนินการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผู้สูงอายุ

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือในการวิจัยนี้ เป็นแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การอยู่อาศัย อาชีพ รายได้ ปัญหาสุขภาพ ยาที่รับประทานในปัจจุบัน และความสามารถในการมองเห็น และการรับรู้ภาวะสุขภาพ โดยสอบถามว่า “โดยทั่วไปสุขภาพท่านเป็น

อย่างไร?” คำตอบเป็นแบบประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ไม่ดี พอใช้ ดี ดีมาก หรือดีมากที่สุด²³

2. แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (The Mini-Mental State Examination-Thai Version 2002: MMSE-T 2002) ที่ได้รับการพัฒนาขึ้นจากสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2551) ประกอบด้วยคำถาม 11 ข้อ การแปลผลคะแนนพิจารณาจากระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ ดังนี้ 1) ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้) มีคะแนนรวมน้อยกว่า 14 คะแนน จากคะแนนเต็ม 23 คะแนนถือว่ามีความสมองเสื่อม 2) ผู้สูงอายุที่จบระดับประถมศึกษา มีคะแนนรวมน้อยกว่า 17 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนนถือว่ามีความสมองเสื่อม และ 3) ผู้สูงอายุที่จบระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา มีคะแนนรวมน้อยกว่า 22 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนนถือว่ามีความสมองเสื่อม²⁶

3. แบบสอบถามประวัติการหกล้มในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา สถานที่และเวลาที่เกิดการหกล้ม การได้รับบาดเจ็บจากการหกล้ม และความกลัวการหกล้ม (Fear of Falling Rating Scale) โดยสอบถามว่า “ท่านกลัวการหกล้มหรือไม่?” หากท่านกลัวการหกล้ม ท่านกลัวการหกล้มมากน้อยเพียงใดจากระดับคะแนน 1-10

4. แบบสอบถามภาวะความกลัวการหกล้มฉบับสั้น ภาษาไทย (Thai-Short Fear of Falling Questionnaire: Thai Short-FFQ) แบบวัดความกลัวการหกล้มสร้างขึ้นภายใต้กรอบแนวคิดเรื่องของความกลัวและการประเมินค่าภาวะคุกคามของลาซารัสและอิชฮาร์ด ประกอบไปด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ เช่น ถ้าฉันหกล้ม ชีวิตฉันจะเปลี่ยนไปมาก ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (likert scale) 4 ระดับ ได้แก่ ตอบไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 1 คะแนน ตอบไม่เห็นด้วย ให้ 2 คะแนน ตอบเห็นด้วย ให้ 3 คะแนน ตอบเห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 4 คะแนน คะแนนรวมทั้งฉบับ 20-80 คะแนน คะแนนยิ่งสูง แสดงถึงยิ่งมีความกลัวการหกล้มมาก²⁷ ต่อมาแบบสอบถามภาวะความกลัวการหกล้มฉบับสั้นได้ถูกพัฒนาขึ้น ประกอบไปด้วยข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ คะแนนรวมทั้งฉบับ 6-24 คะแนน มีความเที่ยงของแบบวัด (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .86²⁸ แปลเป็นภาษาไทยและนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุไทยที่

อาศัยอยู่ในชุมชน จำนวน 330 คน ได้ค่าความเที่ยงของแบบวัด (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.91¹⁹

5. แบบประเมินความเป็นกังวลว่าจะหกล้มฉบับสั้นภาษาไทย (Thai Short Falls Efficacy Scale-International: Thai Short FES-I) แบบประเมินความเป็นกังวลว่าจะหกล้ม ประกอบไปด้วยข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ สอบถามถึงความเป็นกังวลว่าจะหกล้มขณะทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน เช่น ขณะทานใส่หรือถอดเสื้อผ้า ท่านเป็นกังวลว่าจะหกล้มมากน้อยเพียงใด ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ ตอบไม่เป็นกังวลว่าจะหกล้ม ให้ 1 คะแนน ตอบเป็นกังวลว่าจะหกล้มเล็กน้อย ให้ 2 คะแนน ตอบเป็นกังวลว่าจะหกล้มปานกลาง ให้ 3 คะแนน และตอบเป็นกังวลว่าจะหกล้มมาก ให้ 4 คะแนน คะแนนยิ่งสูง หมายถึง ยิ่งมีความเป็นกังวลสูง²⁹ ต่อมาแบบประเมินความเป็นกังวลว่าจะหกล้มฉบับสั้น จำนวน 7 ข้อ ได้ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อให้เหมาะกับการนำไปใช้ในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน คะแนนรวมทั้งฉบับ 7-28 โดยคะแนน 7-8 หมายถึง เป็นกังวลว่าจะหกล้มเล็กน้อย คะแนน 9-13 หมายถึง เป็นกังวลว่าจะหกล้มปานกลาง คะแนน 14-28 หมายถึง เป็นกังวลว่าจะหกล้มมาก มีค่าความเที่ยงของแบบวัด (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .92 และค่าสหสัมพันธ์ภายใน (intra-class coefficient) เท่ากับ .83 แปลเป็นไทย 30 และได้นำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุไทยที่อาศัยอยู่ในชุมชน จำนวน 330 คน พบว่ามีค่าความเที่ยงของแบบวัด (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .91¹⁹

6. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าฉบับสั้นภาษาไทย (Thai Center for Epidemiology Studies Depression Scale: Thai CESD.-10) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าฉบับเดิมมี 20 ข้อ สร้างขึ้นเพื่อใช้ประเมินคัดกรองภาวะซึมเศร้าในคนทั่วไป³¹ และแปลเป็นไทยโดย Vorapongsathorn และคณะ ในปี 2533³² และพัฒนาเป็นแบบสั้นโดย Andresen และคณะ ในปี 1994³³ ประกอบไปด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เลย นาน ๆ ครั้ง ค่อนข้างบ่อย และบ่อยครั้ง ประกอบไปด้วยข้อคำถามเชิงบวก 2 ข้อ เชิงลบ 8 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ คะแนนข้อคำถามเชิงบวก ตอบไม่เลย ให้ 3 คะแนน ตอบนาน ๆ ครั้ง ให้ 2 คะแนน ตอบค่อนข้างบ่อย

ให้ 1 คะแนน และ ตอบบ่อยครั้งให้ 0 คะแนน และข้อคำถามเชิงลบ ตอบไม่เลย ให้ 0 คะแนน ตอบนาน ๆ ครั้ง ให้ 1 คะแนน ตอบค่อนข้างบ่อย ให้ 2 คะแนน และ ตอบบ่อยครั้งให้ 3 คะแนน คะแนนรวมทั้งฉบับ 0-30 คะแนน คะแนนยิ่งสูง แปลว่า มีอารมณ์ซึมเศร้าสูง และคะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 10 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้า แบบประเมิน CESD.-10 นี้ ได้นำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุไทยที่อาศัยอยู่ในชุมชน จำนวน 275 คน พบว่ามีค่าความเที่ยงของแบบวัด (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .79²³

7. แบบประเมินภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุฉบับสั้น (Geriatric Anxiety Scale Ten-Item Short Form: GAS-10)³⁴ ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อนำมาใช้เพื่อประเมินภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน ประกอบไปด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ สอบถามเกี่ยวกับอาการวิตกกังวล ได้แก่ อาการทางกาย อาการทางความรู้สึกสติปัญญา และอาการทางด้านจิตใจ ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีอาการเลยให้ 0 คะแนน มีบ้างเป็นบางครั้งให้ 1 คะแนน มีเป็นส่วนใหญ่ให้ 2 คะแนน มีตลอดให้ 3 คะแนน คะแนนรวมทั้งฉบับ 0-30 คะแนน โดยคะแนน 1-6 หมายถึง วิตกกังวลเล็กน้อย คะแนน 7-9 หมายถึงวิตกกังวลต่ำ คะแนน 10-11 หมายถึงวิตกกังวลปานกลาง และคะแนน 12-30 หมายถึง วิตกกังวลสูง แบบประเมินนี้ได้ถูกแปลเป็นไทยและนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุไทยที่อาศัยอยู่ในชุมชน จำนวน 330 คน พบว่ามีค่าความเที่ยงของแบบวัด (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .80¹⁹

8. การประเมินตามแบบทดสอบ Short Physical Performance Battery (SPPB) ซึ่งเป็นการประเมินสมรรถนะของขาของผู้สูงอายุ ประกอบไปด้วยการวัดการทรงตัว (balance) ทั้ง 3 อย่าง ได้แก่ side by side, semi tandem, full tandem เวลาที่ใช้ในการเดิน (gait speed) ที่ระยะทาง 8 ฟุต, เวลาที่ใช้ในการลุกนั่งจากเก้าอี้ 5 ครั้ง (repeat chair stands time) คะแนนรวม 0-12 คะแนน คะแนน 0-3 หมายถึง มีสมรรถนะในการทำงานของขาต่ำมาก 4-6 หมายถึง มีสมรรถนะในการทำงานของขาต่ำ 7-9 หมายถึง มีสมรรถนะในการทำงานของขาปานกลาง 10-12 หมายถึง มีสมรรถนะในการทำงานของขาสูง โดยการทดสอบ SPPB ในผู้สูงอายุ มีค่าความเชื่อมั่น (reliability) เท่ากับ 0.87³⁵

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลความชุกของการหกล้ม ความกลัวการหกล้ม และการจำกัดกิจกรรมเนื่องจากกลัวหกล้ม วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยงของการหกล้มและความกลัวการหกล้มแต่ละตัวด้วยการวิเคราะห์การถดถอยแบบไบนารีโลจิสติกแบบตัวแปรเดียว (univariate binary logistic regression) และวิเคราะห์โมเดลปัจจัยเสี่ยงของการหกล้มและความกลัวการหกล้มด้วยการวิเคราะห์การถดถอยแบบไบนารีโลจิสติกแบบตัวแปรหลายตัว (multivariate binary logistic regression) ด้วยวิธี Exclude cases pairwise ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล ได้มีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก และพบว่าไม่มี multicollinearity ระหว่างตัวแปรที่ต้องการศึกษา

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุจำนวน 142 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 73.90) อายุเฉลี่ย 70.70 ปี (SD. = 7.44) ร้อยละ 63.40 อาศัยอยู่กับสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 47.20 สถานภาพสมรสคู่ และร้อยละ 43.00 เป็นหม้าย ร้อยละ 76.10 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 54.20 ไม่ได้ทำงานใดๆ โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 39.40 มีรายได้รวมเพียงยังชีพเดือนละ 500-2,000 บาท ผู้สูงอายุ ร้อยละ 87.30 มีปัญหาสุขภาพ มีเพียงร้อยละ 12.70 ที่ไม่มีปัญหาสุขภาพใดๆ (พิสัย = 0-6, ค่าเฉลี่ย 1.99, SD. = 1.48) โดยปัญหาสุขภาพ (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ที่พบบ่อยที่สุด คือ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 63.40) รองลงมา คือ ไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 35.90) ปวดเข่าและปวดเมื่อยกล้ามเนื้อในจำนวนที่เท่ากัน (ร้อยละ 28.90) ข้อเข่าเสื่อม (ร้อยละ 23.20) เบาหวาน (ร้อยละ 22.50 ตามลำดับ จำนวนยาที่ใช้ประจำเฉลี่ย 2.14 ตัว (พิสัย = 0-7, SD. = 1.85) โดยร้อยละ 27.10 ไม่มียาที่ใช้ประจำ ร้อยละ 52.10 มียาที่ใช้ประจำ 1-3 ตัว และร้อยละ 20.70 มียาที่ใช้ประจำตั้งแต่ 4 ตัวขึ้นไป การรับรู้ภาวะสุขภาพ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 38.70 รายงานว่าตนมีภาวะสุขภาพดี รองลงมาได้แก่ มีภาวะสุขภาพพอใช้ได้ ดีมาก ดีมากที่สุด และไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 38.00, 12.70, 4.90, และ 4.20 ตามลำดับ ผู้สูงอายุในการศึกษาค้างนี้มีสมรรถนะของขาอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 8.87 (SD. = 2.70) ร้อยละ 6.30 ของผู้สูงอายุมีภาวะ

ซึมเศร้า และร้อยละ 85.90 ของผู้สูงอายุมีความวิตกกังวล โดยร้อยละ 73.90, 7.70, 2.10, และ 2.10 มีความวิตกกังวลระดับเล็กน้อย ต่ำ ปานกลาง และมาก ตามลำดับ

2. ข้อมูลเกี่ยวประวัติการหกล้มในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ความกลัวการหกล้ม ความเป็นกังวลว่าจะหกล้ม การจำกัดกิจกรรมเนื่องจากกลัวหกล้ม ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุ ร้อยละ 32.60 หกล้มอย่างน้อย 1 ครั้ง ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา (พิสัย 1-10 ค่าเฉลี่ย = 1.70 SD. = 1.53 มัธยฐาน = 0 IQR = 1.00) โดยหกล้มภายในบ้านร้อยละ 56.50 และภายนอกบ้านร้อยละ 48.90 เนื่องจากผู้สูงอายุบางคนหกล้มมากกว่า 1 ครั้ง โดยส่วนใหญ่หกล้มในเวลากลางวัน คิดเป็นร้อยละ 82.1 และร้อยละ 67.40 ได้รับบาดเจ็บจากการหกล้ม

ผู้สูงอายุร้อยละ 76.10 รายงานว่าตนกลัวการหกล้ม โดยมีคะแนนความกลัวการหกล้มอยู่ในระดับปานกลาง (พิสัย = 1-10 ค่าเฉลี่ย = 4.87 SD. = 2.62) และมีคะแนนภาวะกลัวการหกล้มที่ประเมินโดยแบบสอบถาม Thai Short-FFQ อยู่ในระดับปานกลาง (พิสัย 6-24 ค่าเฉลี่ย = 17.08 SD. = 4.14) ในด้านความเป็นกังวลว่าจะหกล้ม ผู้สูงอายุร้อยละ 26.10, 41.50, และ 32.40 มีความเป็นกังวลว่าจะหกล้มขณะทำกิจกรรมต่างๆ ในระดับน้อย ปานกลาง และมาก ตามลำดับ (พิสัย 7-26 ค่าเฉลี่ย = 12.14 SD. = 4.64) กิจกรรมที่ผู้สูงอายุเป็นกังวลว่าจะหกล้มในขณะทำกิจกรรมมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ การเดินขึ้นหรือลงทางลาดชัน (ค่าเฉลี่ย = 2.18 SD. = 0.99) การขึ้นหรือลงบันได (ค่าเฉลี่ย = 1.95 SD. = 1.05) และการเอื้อมหยิบของเหนือศีรษะหรือก้มลงเก็บของบนพื้น (ค่าเฉลี่ย = 1.80 SD. = 0.91) และพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 58.50 เคยจำกัดการทำกิจกรรมต่างๆ เนื่องจากกลัวหกล้ม โดยร้อยละ 19.80, 35.80, 37.00, และ 7.40 จำกัดการทำกิจกรรมน้อยครั้ง จำกัดการทำกิจกรรมปานกลาง จำกัดการทำกิจกรรมบ่อย และจำกัดการทำกิจกรรมบ่อยมาก ตามลำดับ

3. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้ม โดยวิเคราะห์การถดถอยแบบไบนารีโลจิสติกแบบตัวแปรเดียว (univariate binary logistic regression) พบว่า มีเพียงความกลัวการหกล้มที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการหกล้ม (OR = 3.17, 95% CI = 1.43-7.06, $p < .01$) เนื่องจากในการศึกษาค้างนี้ มีผู้สูงอายุเพียงจำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 6.30 ที่มีภาวะซึมเศร้า (คะแนน CESD-10 เท่ากับหรือมากกว่า 10 คะแนน) ผู้วิจัยจึงตัดตัวแปรนี้ออก (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้ม (n = 141)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับการหกล้ม	กลุ่มไม่หกล้ม (n = 95)		กลุ่มหกล้ม (n = 46)		OR	95% CI	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
เพศ							
ชาย	27	28.4	10	21.7	1		
หญิง	68	71.6	36	78.3	0.70	0.30-1.60	.399
อายุ							
60-69 ปี ¹	48	50.5	24	52.2	1		
70-79 ปี	32	33.7	16	34.8	1.25	0.43-3.63	.682
อายุ 80 ปีขึ้นไป	15	15.8	6	13.0	1.25	0.41-3.84	.696
โรคประจำตัว							
ไม่มี	14	14.7	4	8.7	1		
มี	81	85.3	42	91.3	0.55	0.17-1.77	.319
ปัญหาในการมองเห็น							
ไม่มี	74	77.9	31	67.4	1		
มี	21	22.1	15	32.6	0.59	0.26-1.28	.182
จำนวนยาที่ใช้ (ตัว) (n = 139)	n = 94		n = 45				
ไม่มี ¹	27	28.7	11	24.5	1		
1-3 ตัว	52	55.3	20	44.5	0.43	0.16-1.20	.108
ตั้งแต่ 4 ตัวขึ้นไป	15	16.0	14	31.0	0.41	0.17-1.00	.052
ความสามารถในการทำงาน							
ของขา (การทรงตัว การเดิน							
การลุก-นั่งเก้าอี้: SPPB)							
ต่ำ-ปานกลาง	51	53.7	28	60.9	1		
(คะแนน 0-9 คะแนน) ¹							
สูง	44	46.3	18	39.1	0.75	0.36-1.53	.421
(คะแนน 10-12 คะแนน)							
ภาวะวิตกกังวล (GAS-10)							
ไม่มี (คะแนน 0)	14	14.7	6	13.0	1		
มี (คะแนน ≥1 คะแนน)	81	85.3	40	87.0	0.87	0.31-2.43	.786
กลัวหกล้มหรือไม่							
ไม่กลัว	16	16.8	18	39.1	1		
กลัว	79	83.2	28	60.9	3.17	1.43-7.06	<.01**

** P < .01, 1 = reference group

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความถี่การหกล้ม (n = 142)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับความถี่การหกล้ม	กลุ่มไม่ถี่หกล้ม (n = 34)		กลุ่มถี่หกล้ม (n = 108)		OR	95% CI	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
เพศ							
ชาย	15	44.1	22	20.4	1		
หญิง	19	55.9	86	79.6	0.32	0.14-0.74	.007**
อายุ							
60-69 ปี ¹	17	50.0	55	50.9	1		
70-79 ปี	12	35.3	37	34.3	1.01	0.32-3.17	.985
อายุ 80 ปีขึ้นไป	5	14.7	16	14.8	0.96	0.29-3.19	.952
ประวัติการหกล้มในรอบ 1 ปี							
ไม่มี	16	47.0	79	73.8	1		
มี	18	53.0	28	26.2	3.17	1.43-7.06	.005**
ปัญหาในการมองเห็น							
ไม่มี	25	73.5	80	74.1	1		
มี	9	26.5	28	25.9	1.03	0.43-2.47	.950
การรับรู้ภาวะสุขภาพ (n = 134)							
พอใช้ ¹	14	43.8	40	39.2	1		
ดี	12	37.5	43	42.2	1.25	0.52-3.03	.615
ดีมาก	6	18.7	19	18.6	1.11	0.37-3.33	.855
ภาวะวิตกกังวล (GAS-10)							
ไม่มี (คะแนน 0)	9	26.5	11	10.2	1		
มี (คะแนน ≥ 1 คะแนน)	25	73.5	97	89.8	0.32	0.12-0.84	.021*
ความสามารถในการทำงาน ของขา (การทรงตัว การเดิน การลุก-นั่งเก้าอี้: SPPB)							
ต่ำ-ปานกลาง (คะแนน 0-9 คะแนน) ¹	16	47.1	63	58.4	1		
สูง (คะแนน 10-12 คะแนน)	18	52.9	45	41.6	0.64	0.29-1.38	.250

** P < .01, * P < .05, 1 = reference group

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์โมเดลปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้ม (n = 139)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ การหกล้ม	B	S.E.	Wald	df	p-value	Odds Ratio	95% CI	
							Lower	Upper
ปัญหาการมองเห็น	0.56	0.43	1.70	1	.19	1.75	0.75	4.08
กลัวหกล้ม	-1.28	0.42	9.05	1	.003**	0.28	0.12	0.64
ไม่ได้ใช้ยาประจำ			4.73	2	.09			
ใช้ยาประจำ 1-3	-0.13	0.47	0.07	1	.789	0.88	0.35	2.21
ใช้ยาประจำตั้งแต่ 4 ตัวขึ้นไป	0.90	0.55	2.70	1	.101	2.45	0.84	7.12
constant	-0.10	0.47	0.05	1	.825	0.91		

** P < .01

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์โมเดลปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้ม (n = 141)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ ความกลัวการหกล้ม	B	S.E.	Wald	df	p-value	Odds Ratio	95% CI	
							Lower	Upper
เพศหญิง	1.30	0.48	7.35	1	.007**	3.65	1.43	9.33
ประวัติการหกล้มในรอบ 1 ปี	-1.47	0.46	10.26	1	.001**	0.30	0.09	0.57
ความวิตกกังวล	1.31	0.57	5.24	1	.022*	3.70	1.21	11.33
ความสามารถในการทำงาน ของขาสูง	-0.32	0.45	0.53	1	.468	0.72	0.30	1.73
constant	-0.10	0.68	0.02	1	.882	0.90		

** P < .01, * P < .05

4. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้ม โดยวิเคราะห์การถดถอยแบบไบนารีโลจิสติกแบบตัวแปรเดียว (univariate binary logistic regression) พบว่าเพศ (OR = 0.32, 95% CI = 0.14-0.74, p < .01) ประวัติการหกล้มในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา (OR = 3.17, 95% CI = 1.42-7.06, p < .01) และภาวะวิตกกังวล (OR = 0.32, 95% CI = 0.11-0.84, p < .05) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความกลัวการหกล้ม (ตารางที่ 2)

5. ผลการวิเคราะห์โมเดลปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้ม โดยวิเคราะห์การถดถอยแบบไบนารีโลจิสติกแบบตัวแปรหลายตัว (multiple binary logistic regression) โดยการคัดเลือกตัวแปรที่มีค่า p-value จากการวิเคราะห์ตัวแปรที่ละปัจจัย ≤ .25 ได้แก่ ปัญหาในการมองเห็น ความ

กลัวการหกล้ม และจำนวนยาที่ใช้ประจำ ผลการวิเคราะห์พบว่า โมเดลที่สร้างขึ้นสามารถทำนายการเกิดการหกล้มได้ 10.2% (Cox & Snell R²) ถึง 14.2% (Nagelkerke R²) โดยภาพรวมโมเดลนี้ทำนายการหกล้มได้ถูกต้อง 73.4% มีตัวแปรความกลัวหกล้มตัวแปรเดียว ที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการหกล้ม แปลผลได้ว่าคนที่กลัวการหกล้ม หกล้มน้อยกว่าคนที่ไม่กลัวการหกล้ม 0.28 เท่า ดังแสดงในตารางที่ 3

6. ผลการวิเคราะห์โมเดลปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้ม โดยวิเคราะห์การถดถอยแบบไบนารีโลจิสติกแบบตัวแปรหลายตัว (multiple binary logistic regression) โดยการคัดเลือกตัวแปรที่มีค่า p-value จากการวิเคราะห์ตัวแปรที่ละปัจจัย ≤ .25 ได้แก่ เพศ ประวัติการหกล้ม

ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ความวิตกกังวล และสมรรถนะการทำงานของเขา ผลการวิเคราะห์พบว่า โมเดลที่สร้างขึ้นสามารถทำนายความกลัวการหกล้มได้ 14.90% (Cox & Snell R^2) ถึง 22.30% (Nagelkerke R^2) โดยภาพรวมโมเดลนี้ทำนายความกลัวการหกล้มได้ถูกต้อง 80.1% มีเพียงตัวแปรเพศ ประวัติการหกล้มในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา และความวิตกกังวล ที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความกลัวการหกล้ม โดยตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้มมากที่สุด คือ ความวิตกกังวล ซึ่งแปลผลได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวล กลัวหกล้มมากกว่าคนที่ไม่มี ความวิตกกังวล 3.70 เท่า และพบว่าผู้สูงอายุที่มีประวัติการหกล้มในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา กลัวหกล้มน้อยกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีประวัติการหกล้มในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา 0.30 เท่า ดังแสดงในตารางที่ 4

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ศึกษาความชุก (prevalence) ของการหกล้ม ความกลัวการหกล้ม และการจำกัดกิจกรรมเนื่องจากการหกล้มในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชุมชนเมือง และเพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มและความกลัวการหกล้ม ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ความชุกของการหกล้ม ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่าร้อยละ 32.60 ของผู้สูงอายุหกล้มอย่างน้อย 1 ครั้งในรอบปีที่ผ่านมา ซึ่งใกล้เคียงและสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาของต่างประเทศ ที่พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 30.00 หกล้มอย่างน้อย 1 ครั้งในรอบปีที่ผ่านมา³⁶ และผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชนบท^{6,16} เมื่อเปรียบเทียบกับผลการศึกษาในประเทศไทย พบว่าอัตราการหกล้มในการศึกษาครั้งนี้สูงกว่าการศึกษาของ Rongmuang และคณะ²⁰ ที่ศึกษาพบว่าร้อยละ 26.20 ของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองสุราษฎร์ธานี หกล้มในรอบปีที่ผ่านมา และสูงกว่าความชุกของการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชนบท^{16,19} ซึ่งอาจเป็นผลมาจากสิ่งแวดล้อมที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่^{16,18,37,38} ทั้งนี้ในเขตเมืองหรือชานเมืองมักมีการก่อสร้างถนน มีรถวิ่งพลุกพล่าน ผิวถนนทรุด พื้นถนนไม่เรียบ³⁸ ซึ่งมีผลทำให้ผู้สูงอายุหกล้มมากกว่าในชนบทได้ ซึ่งผลการศึกษาค้นคว้า

ยังพบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชานเมืองหกล้มในเวลากลางวัน และหกล้มในบ้านและนอกบ้านใกล้เคียงกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{2,20} และพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 67.40 ได้รับบาดเจ็บจากการหกล้ม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 50.00-75.00 ได้รับบาดเจ็บจากการหกล้ม^{8-10,19}

2. ความชุกของความกลัวการหกล้ม ผลการศึกษาค้นคว้าพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 76.10 กลัวการหกล้ม ซึ่งต่ำกว่าการศึกษาในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท¹⁵ ผลการศึกษานี้ในประเทศไทยพบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชนบทกลัวการหกล้มร้อยละ 86.00²¹ ร้อยละ 93.60 และร้อยละ 95.60 ตามลำดับ^{19,23} และผลการศึกษายังพบว่า ผู้สูงอายุในการศึกษาค้นคว้านี้มีคะแนนเฉลี่ยความกลัวการหกล้มอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความกลัวการหกล้มเท่ากับ 4.87 จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน ซึ่งต่ำกว่าของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท^{19,23} จากประสบการณ์ของผู้วิจัยที่ทำการวิจัยเกี่ยวกับกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง ชานเมือง และชนบท พบว่าผู้สูงอายุในเขตชนบทความกลัวการหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุในเขตเมืองและชานเมือง ทั้งนี้ผู้สูงอายุในชนบทกลัวว่ากลัวหกล้ม เนื่องจากกลัวล้มแล้วจะกระตุกหัก กลัวเป็นคนพิการ หรือผู้ป่วยติดเตียง ในขณะที่ผู้สูงอายุในเขตเมืองและชานเมือง ส่วนใหญ่กล่าวว่า กลัวได้รับบาดเจ็บ แต่เชื่อว่าการแพทย์สมัยนี้ดี ทำให้รักษาการบาดเจ็บได้ดีกว่าสมัยก่อน และพบว่าในเขตเมืองและชานเมืองมีจำนวนผู้ป่วยติดเตียงจากการหกล้มแล้วข้อสะโพกหัก น้อยกว่าในเขตชนบท ทั้งนี้จากประสบการณ์พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่อาศัยอยู่ในชนบทมักจะไม่ยอมเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัด แต่เลือกที่จะกลับไปดื่งข้อสะโพกที่บ้านมากกว่า ซึ่งการดื่งข้อสะโพกใช้เวลาถึงนาน 1-3 เดือน ทำให้ผู้สูงอายุเห็นตัวอย่างผลของการหกล้มว่าทำให้ต้องนอนติดเตียง ซึ่งการเห็นตัวอย่างหรือการรับรู้ถึงความเสี่ยงของการหกล้มหรือผลของการหกล้ม มีผลทำให้ผู้สูงอายุกลัวหกล้มมากขึ้นได้ ในการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 58.50 เคยจำกัดการทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การออกนอกบ้านไปร่วมงานสังคม ไปวัด เนื่องจากกลัวหกล้ม ในขณะที่ผู้สูงอายุในชนบทร้อยละ 79.70¹⁹ และร้อยละ 82.20²³ เคยจำกัดการทำกิจกรรมต่าง ๆ เนื่องจากกลัวหกล้ม ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชานเมืองกลัว

หกล้มต่ำกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท^{19,23} แต่สูงกว่าการศึกษาในผู้สูงอายุเกาหลีจำนวน 7,920 คน ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 28.90 จำกัดการทำกิจกรรมต่าง ๆ เนื่องจากกลัวหกล้ม³⁹

3. ปัจจัยเสี่ยงของการหกล้ม ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ปัญหาในการมองเห็น จำนวนยาที่ใช้ประจำ และความกลัวการหกล้ม สามารถร่วมกันทำนายการหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{7,8,16,20} โดยพบว่าความกลัวการหกล้มเป็นเพียงปัจจัยเดียวที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยทางสถิติกับการหกล้ม ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุที่กลัวการหกล้มมีโอกาสเกิดการหกล้มน้อยกว่าผู้สูงอายุที่ไม่กลัวหกล้ม 0.28 เท่า ซึ่งต่างจากการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่าผู้สูงอายุที่กลัวการหกล้ม จะมีโอกาสเกิดการหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่กลัวการหกล้ม^{7,8,12} แต่สอดคล้องกับการศึกษาของ Pholin และคณะ⁴⁰ ที่ศึกษาพบว่าความกลัวหกล้มมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรม การป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน ($r = .408, p < .01$) ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้ระหว่างการสัมภาษณ์ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่กล่าวว่า เพราะกลัวหกล้ม ทำให้เวลาเดินไปไหนมาไหนไม่ว่าในบ้าน นอกบ้าน จะเดินด้วยความระมัดระวังมาก โดยเฉพาะว่าเวลาเดินขึ้น-ลงบันได การแต่งตัว การลุก-นั่งเก้าอี้ และการใช้ห้องน้ำ รวมทั้งการจำกัดกิจกรรมต่าง ๆ เนื่องจากกลัวหกล้ม เช่น การไม่ออกจากบ้านเวลาที่ฝนตก ซึ่งพฤติกรรมต่าง ๆ เหล่านี้ มีผลทำให้ผู้สูงอายุที่กลัวหกล้ม เกิดอัตราการหกล้มต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ไม่กลัวหกล้มได้ นอกจากนี้ ผลการวิเคราะห์ตัวแปรเดียว พบว่า สมรรถนะการทำงานของขา (SPPB) ซึ่งประกอบไปด้วยการทรงตัว การเดินในระยะ 8 ฟุต และการลุก-นั่งเก้าอี้ไม่มีความสัมพันธ์กับการหกล้ม ซึ่งต่างจากการศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้า 2 ปี ของ Souza และคณะ⁴¹ พบว่า สมรรถนะการทำงานของขา (SPPB) คะแนนที่เพิ่มขึ้น 1 คะแนน มีผลทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการหกล้มลดลง 15% และเสี่ยงต่อการหกล้มซ้ำลดลง 17% จากการทบทวรรณกรรมในประเทศไทย ยังไม่พบว่ามีการศึกษาใดที่ใช้สมรรถนะการทำงานของขา (SPPB) มาใช้เป็นตัวแปรในการศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการหกล้ม โดยพบว่าการศึกษาส่วนใหญ่ใช้เวลาในการลุก-เดิน (Timed Up and Go) ในระยะทาง 3 เมตร และประวัติการหกล้มในรอบ 6 เดือน

หรือ 1 ปีที่ผ่านมา

4. ปัจจัยเสี่ยงของความกลัวการหกล้ม ผลการศึกษาพบว่าเพศหญิง มีประวัติเคยหกล้มในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา มีความวิตกกังวล และสมรรถนะการทำงานของขาสูง สามารถร่วมกันทำนายความกลัวการหกล้มได้ร้อยละ 80.1 ซึ่งสอดคล้องกับผลการทบทวรรณกรรมที่ผ่านมาที่ศึกษาทั้งในและต่างประเทศ^{8,13,14,19,21} ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุมีสมรรถนะการทำงานของขาสูง แต่ยังคงกลัวหกล้มนั้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา²³ ทั้งนี้อาจจะเนื่องมาจากว่าถึงแม้ว่าผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหว การทรงตัว และการเดินดี แต่ยังคงกลัวการหกล้ม จากการที่รับรู้ฟังหรือมีประสบการณ์ เห็นผู้สูงอายุที่หกล้มแล้วได้รับบาดเจ็บจนหลายคนกลายเป็นผู้ป่วยติดเตียง นอกจากนี้ ความกลัวการหกล้มอาจจะไม่ได้เป็นผลที่เกิดจากการที่ผู้สูงอายุประเมินว่า ตนเองมีความสามารถในการทรงตัวหรือการเดินไม่ดีเท่าที่ควร แต่เป็นผลมาจากภาวะจิตใจร่วมด้วย เช่น มีภาวะซึมเศร้า มีความวิตกกังวล หรือมีความรู้สึกเป็นภาระจากการที่ผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (burden from chronic conditions)³⁹

นอกจากนี้ ผลการศึกษาครั้งนี้เป็นที่น่าสนใจที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีประวัติหกล้มเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ประวัติหกล้ม จะมีความกลัวการหกล้มน้อยกว่า 0.30 เท่า ซึ่งระหว่างการสัมภาษณ์พบว่าผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งกล่าวว่า ตอนไม่เคยหกล้ม กลัวการหกล้มมาก แต่เมื่อเคยหกล้มแล้ว ไม่ได้รับบาดเจ็บหรือได้รับบาดเจ็บเพียงเล็กน้อย เช่น ฟกช้ำ มีแผลลอก ทำให้กลัวการหกล้มน้อยลง และเป็นไปได้ว่าเมื่อกลัวหกล้มน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุระมัดระวังหรือจำกัดการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง ทำให้มีโอกาสเกิดการหกล้มมากขึ้นได้ ดังที่มีการศึกษาพบว่าความกลัวการหกล้มมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม⁴⁰

ถึงแม้ว่าผลการศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการหกล้มและความกลัวการหกล้มครั้งนี้ จะสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาเป็นส่วนใหญ่ แต่อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการศึกษาเป็นผู้สูงอายุที่อาสาเข้ามาเป็นผู้ให้ข้อมูล ซึ่งผู้สูงอายุที่มีความกลัวการหกล้มสูงหรือมีประวัติหกล้ม อาจจะอาสาเข้ามาเป็นผู้ให้ข้อมูลน้อย (volunteer bias) ร่วมกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในการศึกษานี้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีและมีสมรรถนะของขาในระดับปานกลาง

ถึงสูง ทำให้ผลการศึกษาที่ได้ต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา ที่คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มซึ่งทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลาย²⁰ และผลการศึกษาที่ได้อาจจะไม่สามารถนำไปใช้อ้างอิงถึงผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองที่มีความกลัวการหกล้มสูงได้ รวมถึงในชุมชนที่มีผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าด้วยเนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าน้อย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาในครั้งนี้ให้ข้อเสนอแนะว่า

1. ในการให้การดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการหกล้มนั้น บุคลากรสุขภาพควรมีการประเมินความกลัวการหกล้มและประเมินการมองเห็นของผู้สูงอายุด้วย เพื่อให้สามารถวางแผนจัดการและป้องกันการหกล้มได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. ผู้สูงอายุที่มีการใช้ยาหลายตัว ต้องมีการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับยาและการใช้ยา รวมถึงควรมีการทบทวนการใช้ยา เพื่อป้องกันการเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อป้องกันการเกิดการหกล้ม
3. ข้อมูลปัจจัยที่ได้จากการศึกษานี้สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาออกแบบการให้บริการแก่ผู้สูงอายุเพื่อป้องกัน

การหกล้มและลดความกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนได้

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรมีการศึกษาติดตามไปข้างหน้า เพื่อหาสาเหตุของการหกล้ม ความกลัวการหกล้ม และผลที่เกิดขึ้นจากการหกล้มและความกลัวการหกล้ม โดยทำการศึกษาทั้งในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมือง ชานเมืองและชนบท
2. ควรมีการศึกษผลของโปรแกรมการป้องกันการหกล้มและลดความกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นโดยนำปัจจัยที่ได้จากการศึกษาออกมาออกแบบวางแผนให้บริการต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ Professor Helen W. Lach (Phd, RN, CNL, FGSA, FAAN) Saint Louis University Trudy Busch Valentine School of Nursing และ Professor Suzanne G. Leveille (Phd, RN) University of Massachusetts Boston College of Nursing and Health Sciences ที่ปรึกษาวิจัยนี้เป็นอย่างสูง และขอขอบคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.เดชา ทาดี ที่กรุณาให้คำแนะนำในการจัดเตรียมต้นฉบับในการตีพิมพ์

References

1. Zhao YL, Alderden J, Lind B, Stibrany J. Risk factors for falls in homebound community-dwelling older adults. Public Health Nurs. 2019;36(6):772-8.
2. Pitchai P, Dedhia HB, Bhandari N, Krishnan D, D'Souza NRJ, Bellara JM. Prevalence, risk factors, circumstances for falls and level of functional independence among geriatric population - A descriptive study. Indian J Public Health. 2019;63(1):21-6.
3. Jung D, Kang Y, Kim MY, Ma RW, Bhandari P. Zero-inflated poisson modeling of fall risk factors in community-dwelling older adults. West J Nurs Res. 2016;38(2):231-47.
4. Cheng MH, Chang SF. Frailty as a risk factor for falls among community dwelling people: evidence from a meta-analysis. J Nurs Scholarsh. 2017;49(5):529-36.
5. Canada B, Stephan Y, Sutin A, Terracciano A. Personality and falls among older adults: evidence from a longitudinal cohort. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2019;xx(xx):1-6. doi:10.1093/geronb/gbz040.

6. Li FF, Zhou DD, Ye ZF, Ren J, Xue C, Peng JJ, et al. Epidemiologic characteristics of fall in the elderly in urban and rural areas in Shanghai. *Zhonghua liu xing bing xue za zhi = Zhonghua liuxingbingxue zazhi*. 2019;40(7):779-85.
7. Deandrea S, Lucenteforte E, Bravi F, Foschi R, La Vecchia C, Negri E. Risk factors for falls in community-dwelling older people: a systematic review and meta-analysis. *Epidemiology*. 2010;21(5):658-68.
8. Kwan MMS, Close JCT, Wong AKW, Lord SR. Falls incidence, risk factors, and consequences in Chinese older people: A systematic review. *J Am Geriatr Soc*. 2011;59(3):536-43.
9. Do MT, Chang VC, Kuran N, Thompson W. Fall-related injuries among Canadian seniors, 2005-2013: an analysis of the Canadian Community Health Survey. *Health promotion and chronic disease prevention in Canada : research, policy and practice*. 2015;35(7):99-108.
10. Choi NG, Choi BY, DiNitto DM, Marti CN, Kunik ME. Fall-related emergency department visits and hospitalizations among community-dwelling older adults: examination of health problems and injury characteristics. *BMC Geriatr*. 2019;19(1):303.
11. Peeters GM, Jones M, Byles J, Dobson AJ. Long-term consequences of noninjurious and injurious falls on well-being in older women. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2015;70(12):1519-25.
12. Chang NT, Yang NP, Chou P. Incidence, risk factors and consequences of falling injuries among the community-dwelling elderly in Shihpai, Taiwan. *Aging Clin Exp Res*. 2010;22(1):70-7.
13. Lavedan A, Viladrosa M. Fear of falling in community-dwelling older adults: a cause of falls, a consequence, or both? 2018;13(3):e0194967. doi: 10.1371/journal.pone.019496.
14. Rivasi G, Kenny RA, Ungar A, Romero-Ortuno R. Predictors of incident fear of falling in community-dwelling older adults. *J Am Med Dir Assoc*. 2019. doi: 10.1016/j.jamda.2019.08.020.
15. Cho H, Seol SJ, Yoon DH, Kim MJ, Choi BY, Kim T. Disparity in the fear of falling between urban and rural residents in relation with socio-economic variables, health issues, and functional independency. *Annals of rehabilitation medicine*. 2013;37(6):848-61.
16. Worapanwisit T, Prabpai S, Rosenberg E. Correlates of Falls among community-dwelling elderly in Thailand. *Journal of aging research*. 2018;2018:8546085. doi: 10.1155/2018/8546085.
17. Boonpleng W, Sriwongwan W, Sattawatcharawanij P. Rate and associated factors for falls among elderly people: chaopraya waterfront community in Nonthaburi Province. *Journal of Nursing Science*. 2015;33(3):74-86.
18. Sophonratnapokin B, Sawangdee Y, Soonthorndhada K. Effect of the living environment on falls among the elderly in Thailand. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. 2012;43(6):1537-47.
19. Phongphanngam S, Lach HW, Phomkaewngam S, Chantawang S. Measuring fear of falling in thai community-dwelling older adults with a new measure Boromarajonani. *College of Nursing, Uttaradit Journal* 2019;11(2):229-44.

20. Rongmuang D, Chantana Nakchattri C, Jeeraporn Tongdee JJS. Incidence and factors associated with fall among the community-dwelling elderly, Suratthani. *Journal of Phrapokklao Nursing College*. 2016;27(Suppl. 1):1-12. (in Thai).
21. Thiamwong L, Suwanno J. Fear of falling and related factors in a community-based study of people 60 years and older in Thailand. *Int J Gerontol*. 2017;11:80-4. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijge.2016.06.003>.
22. Kuhirunyaratn P, Prasomrak P, Jindawong B. Factors related to falls among community dwelling elderly. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. 2013;44(5):906-15.
23. Phongphanngam S. Fear of falling and disability among Thai communit-dwelling older adults (Unpublished Dissertation): Saint Louis University School of Nursing; 2015.
24. Ngudgratoke S. Data collection and data management process. 2016. [cited 2019 Dec 27]. Available from: http://www.priv.nrct.go.th/ewt_dl.php?nid=1434. (in Thai).
25. Tabachnick BG, Fidell LS. Using multivariate statistics. 6th eds. Boston: Perason; 2013.
26. Institute of Geriatric Medicine. Mini Mental State Examination-Thai version, MMSE-Thai 2002. Nonthaburi: Institute of Geriatric Medicine; 2002. (in Thai).
27. Dayhoff NE, Baird C, Bennett S, Backer J. Fear of falling: measuring fear and appraisals of potential harm. *Rehabilitation Nursing Research*. 1994;3(3):97-104.
28. Noimontree W, Lach HW, editors. Development of a Short Version of the Fear of Falling Questionnaire (Short-FFQ). 23th Annual Graduate Student Association Research Symposium; 2017;. Saint Louis University.
29. Yardley L, Beyer N, Hauer K, Kempen G, Piot-Ziegler C, Todd C. Development and initial validation of the Falls Efficacy Scale-International (FES-I). *Age Ageing*. 2005;34(6):614-9.
30. Phongphanngam S, Lach HW. Cross-cultural Instrument Translation and Adaptation: Challenges and Strategies. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*. 2019;23(2):170-9.
31. Radloff LS. The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Meas*. 1977;1:385-401.
32. Vorapongsathron T, Pandii W, Traimchaisri T. A validity study of the Center for Epidemiology Studies Depression Scale. *J Clin Psychol*. 1990;21:26-45. (in Thai).
33. Andresen EM, Malmgren JA, Carter WB, Patrick DL. Screening for depression in well older adults: evaluation of a short form of the CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale). *Am J Prev Med*. 1994;10(2):77-84.
34. Mueller AE, Segal DL, Gavett B, Marty MA, Yochim B, June A, et al. Geriatric Anxiety Scale: item response theory analysis, differential item functioning, and creation of a ten-item short form (GAS-10). *Int Psychogeriatr*. 2015;27(7):1099-111.

35. Guralnik JM, Simonsick EM, Ferrucci L, Glynn RJ, Berkman LF, Blazer DG, et al. A short physical performance battery assessing lower extremity function: association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission. *J Gerontol.* 1994;49(2):M85-94.
36. Lusardi MM, Fritz S, Middleton A, Allison L, Wingood M, Phillips E, et al. Determining Risk of Falls in Community Dwelling Older Adults: A Systematic Review and Meta-analysis Using Posttest Probability. *J Geriatr Phys Ther.* 2017;40(1):1-36.
37. Mortazavi H, Tabatabaieichehr M, Taherpour M, Masoumi M. Relationship Between Home Safety and Prevalence of Falls and Fear of Falling Among Elderly People: a Cross-sectional Study. *Materia socio-medica.* 2018;30(2):103-7.
38. Chippendale T, Boltz M. The neighborhood environment: Perceived fall risk, resources, and strategies for fall prevention. *Gerontologist.* 2015;55(4):575-83.
39. Choi K, Ko Y. Characteristics Associated With Fear of Falling and Activity Restriction in South Korean Older Adults. *J Aging Health.* 2015;27(6):1066-83.
40. Pholin T, Jitramontree N, Wirojratana V. The Relationships between Personal Factors, Health Status, Fear of Falling, and Fall Preventive Behaviors of Community Dwelling Older Persons. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University* 2017;29(1):36-50. (in Thai).
41. Souza AQ, Pegorari MS, Nascimento JS, Oliveira PB, Tavares D. Incidence and predictive factors of falls in community-dwelling elderly: a longitudinal study. *Ciencia & saude coletiva.* 2019;24(9): 3507-16.

บทความวิจัย

การวิเคราะห์ต้นทุนและความคุ้มค่าต้นทุนของการจัดการศึกษา
ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
Cost Analysis and Worth in Cost of Education Management of
the Faculty of Nursing, Naresuan University

Received: Jan 20, 2020

Revised: Feb 25, 2020

Accepted: Feb 28, 2020

กัญญาณัฐ สารกัธธณัณย์ กศ.ด. (Ghunyanutt Sathagathonthon Ed.D)¹

บทคัดย่อ

วิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยผลผลิตและศึกษาความคุ้มค่าต้นทุนของการจัดการศึกษาของคณะพยาบาลศาสตร์ โดยศึกษาแบบย้อนหลัง (retrospective study) จากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิในการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วย จุดคุ้มทุน ต้นทุน-ผลได้ ต้นทุน-ประสิทธิภาพ และศึกษาประสิทธิภาพของการจัดการศึกษาเครื่องมือที่ใช้เป็นแบบบันทึกต้นทุนและค่าใช้จ่าย เครื่องมือในการประเมินประสิทธิภาพของการจัดการศึกษาเป็นแบบประเมินคุณภาพบัณฑิตและความพึงพอใจผู้ใช้บัณฑิตของมหาวิทยาลัยนเรศวร ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา มีความเชื่อมั่นเท่ากับ .95 เก็บรวบรวมข้อมูลในการวิเคราะห์ต้นทุน ตั้งแต่ปีการศึกษา 2556 ถึง 2559 ประเมินประสิทธิภาพของการจัดการศึกษาโดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ใช้นิติในสถาบันในภาครัฐและเอกชน ที่เป็นแหล่งจ้างงานของบัณฑิตที่จบจากคณะพยาบาลศาสตร์ จำนวน 85 คน ผลการวิจัยพบว่า ต้นทุนต่อหน่วยผลผลิต 1 คนตลอดหลักสูตรเท่ากับ 413,716.14 บาท เฉลี่ยต่อปีเท่ากับ 115,900.89 บาท จุดคุ้มทุนเท่ากับ 5,792 คน และมีรายรับที่จุดคุ้มทุนเท่ากับ 186,503,237.47 บาท จุดคุ้มทุนรายปีอยู่ในช่วง 1,244-1,541 คน รายรับอยู่ในช่วง 40,041,617.12-49,623,055.79 บาท ต้นทุน-ผลได้ในมุมมองผู้ผลิตในการผลิตบัณฑิตตลอดหลักสูตรเท่ากับ 0.34 ต้นทุน-ประสิทธิภาพตลอดหลักสูตรที่ต่ำที่สุดเท่ากับ 172,881,580.25 บาท อัตราการมีงานทำคิดเป็นร้อยละ 97.65 คุณภาพบัณฑิตเท่ากับ 3.93 คิดเป็นร้อยละ 78.60 ความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิตในภาพรวมเท่ากับ 3.90 คิดเป็นร้อยละ 78.00 ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ ควรศึกษารายละเอียดของต้นทุนในแต่ละด้านเพื่อปรับลดต้นทุนหรือค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นลง ปรับเพิ่มค่าลงทะเบียนเพื่อลดจุดคุ้มทุน วางแผนการตลาด เพิ่มจำนวนนิสิตในแต่ละปี และปรับกลยุทธ์ในการจัดการศึกษาเพื่อให้ได้ต้นทุนที่ต่ำที่สุด

คำสำคัญ : การวิเคราะห์ต้นทุน, ต้นทุนต่อหน่วยผลผลิต, ความคุ้มค่าต้นทุน, คณะพยาบาลศาสตร์

¹อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร E-mail: ghunyanutts@nu.ac.th
Naresuan University Phitsanulok Thailand.

Abstract

This descriptive study aimed to explore the unit cost per nursing student and worth in cost of educational management for the faculty of nursing, Naresuan University. The retrospective study design was used to analyze secondary data for unit cost, break-even point, cost-benefits, and cost-effectiveness. To assess the effectiveness of educational management, cost and expense report form was used as a tool in the study. The graduate quality and graduate user satisfaction of Naresuan University questionnaires were used to evaluate the effectiveness of educational management. Cronbach's coefficient alpha was 0.95. Data were collected for cost analysis based on the academic years from 2013 to 2016. To assess the effectiveness of educational management, data were collected from graduate users from both public and private sectors; they are stakeholders of those graduated from the Faculty of Nursing. Result revealed that cost per unit of productivity for 1 person throughout the course was 413,716.14 baht, with an average annual rate of 115,900.89 baht. The break-even point was 5,792 individuals and the break-even income was 186,503,237.47 baht. The annual break-even point ranged from 1,244 to 1,541 individuals. The income was about 40,041,617.12 to 49,623,055.79 baht. Point of view from the graduate's producer in term of cost-benefit, throughout the courses was 0.34. Whereas, the lowest cost-effectiveness throughout the course was 172,881,580.25 baht. The employment rate was 97.65 percent, follow by quality of the graduate is 3.93 (78.60%). The overall satisfaction of graduate users is 3.90 (78%).

The implications for future research are to investigate each unit cost in order to reduce the expenses or reduce unnecessary expenses and to increase the registration fee for decrease the break-even point; and for marketing planning to recruit number of the students in each year. Finally, we aim to adjust the strategies of the educational management in order to obtain the lowest cost for investment.

Keywords: cost analysis, unit cost, worth in cost, Faculty of nursing

บทนำ

การศึกษาเป็นการลงทุนอย่างหนึ่งในมนุษย์ ซึ่งการลงทุนในมนุษย์นั้นเกี่ยวข้องกับการนำปัจจัยการผลิตมาเป็นทักษะความรู้ความสามารถที่เป็นประโยชน์ต่อการดำรงชีวิตและการทำงาน ปัจจัยในการผลิตนี้ถือว่าเป็นต้นทุนและต้องใช้ต้นทุนที่สูงมาก หากคิดคำนวณการลงทุนตั้งแต่ระดับต้นจนถึงระดับปริญญาที่สามารถประกอบวิชาชีพได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการลงทุนการศึกษาทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล หรืออื่น ๆ เพราะศาสตร์ทางด้านนี้จำเป็นต้องใช้วัสดุอุปกรณ์ในการศึกษาที่มีมูลค่าสูงมาก ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติซึ่งต้องฝึกปฏิบัติทั้งในห้องฝึกปฏิบัติที่ใช้วัสดุอุปกรณ์ที่ราคาสูง และฝึกปฏิบัติจริงที่จำเป็นต้องฝึกปฏิบัติกับคนไข้จำนวนมาก จนกว่าจะสามารถประกอบวิชาชีพ ซึ่งคนไข้เหล่านี้ถือเป็นต้นทุนที่ไม่สามารถประเมินค่าเป็นตัวเงินได้ จึงถือได้ว่าเป็นต้นทุนที่มีมูลค่ามหาศาล การปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทยที่ผ่านมา มีนโยบายให้ยกระดับการรักษาพยาบาลระดับสูงและบริการสุขภาพที่มีคุณภาพมาตรฐานในระดับสากล เร่งศึกษาวิจัย/พัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพเพื่อเป็นศูนย์กลางด้านวิชาการทางการแพทย์ที่ได้มาตรฐาน การปฏิรูปการศึกษาแรงงานและอาชีวศึกษาให้เป็นที่ยอมรับในระดับสากล และสอดคล้องกับความต้องการของประเทศ การผลิตและการพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข ให้มีความหลากหลาย มีคุณภาพ มีจำนวนเพียงพอและกระจายอย่างทั่วถึงเป็นธรรม ดำเนินการอย่างโปร่งใส และใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการตัดสินใจ และคำนึงถึงคุณภาพชีวิตและความสุขในการทำงานของบุคลากรด้วย¹ โดยมีหลักการ คือ จัดบริการการศึกษาอย่างมีคุณภาพและเท่าเทียม ปรับระบบการศึกษา มุ่งพัฒนาการศึกษาและกำลังแรงงานแบบบูรณาการ พัฒนาระบบการศึกษาให้มีคุณภาพ มาตรฐานเชื่อมโยงกับมาตรฐานวิชาชีพในระดับสากล²

การใช้หลักเศรษฐศาสตร์เป็นวิธีการหนึ่งที่ใช้ศึกษาการบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดเพื่อตอบสนองต่อความต้องการในการผลิตขององค์กรหรือหน่วยงาน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ ความเสมอภาค และเป็นธรรม การใช้เศรษฐศาสตร์การศึกษาในการวิเคราะห์ต้นทุนผลตอบแทนและต้นทุนประสิทธิภาพทางการศึกษา มาเพื่อช่วยในการตัดสินใจในการลงทุนทางการศึกษา³ ช่วยให้ผู้บริหาร

สามารถทบทวนได้ถึงงบประมาณ ปริมาณบริการที่จัดทำไว้ให้เหมาะสม องค์กรสามารถดำเนินงานได้อย่างคุ้มค่า คุ้มค่า และดำรงอยู่ได้ หรือยังขาดทุนอยู่ ดังนั้นองค์กรควรทบทวนแผนการทำงานและจัดทำงบประมาณ ปริมาณ บริการ ทบทวนงบประมาณรายได้และรายจ่ายต่าง ๆ ปรับปรุงการทำงานและลดต้นทุนตามความเหมาะสมเพื่อให้ได้จุดที่คุ้มค่า คุ้มค่า จากการศึกษาเอกสารเรื่องการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยผลิตของสถาบันการศึกษาพบว่า จากรายงานผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบต้นทุนผลิตของสถาบันอุดมศึกษาใน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 กรมบัญชีกลางได้ดำเนินการประมวลและวิเคราะห์เปรียบเทียบต้นทุนของสถาบัน อุดมศึกษาทั้งสิ้น จำนวน 29 แห่ง จากทั้งหมด 62 แห่ง พบว่ากลุ่มสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพมีค่าเฉลี่ยของต้นทุนต่อหน่วยเท่ากับ 109,514.44 บาท⁴ ในการศึกษาต้นทุนด้านการจัดการศึกษาพบว่าต้นทุนทางด้านการจัดการเรียนการสอนจะเป็นต้นทุนที่สูง ส่วนใหญ่ต้นทุนค่าแรงจะสูงที่สุด ดังจะเห็นได้จากการวิเคราะห์ต้นทุนรวมของมหาวิทยาลัย เชียงใหม่⁵ ซึ่งได้วิเคราะห์ต้นทุนด้านการเรียนการสอนใน ปีงบประมาณ 2551 พบว่า ต้นทุนรวมเป็น 3,044,257,401.28 บาท และพบว่ามีต้นทุนค่าแรงเป็น 1,650,867,394.71 บาท คิดเป็นร้อยละ 54.23 ซึ่งเป็นต้นทุนที่สูงที่สุด ส่วนต้นทุนค่าวัสดุเป็น 939,501,997.54 บาท คิดเป็นร้อยละ 30.86 และ ต้นทุนค่าลงทุนเป็น 453,888,009.03 บาท คิดเป็นร้อยละ 14.91 ปีงบประมาณ 2552 ได้ทำการวิเคราะห์พบว่า มีต้นทุนรวมเป็น 4,574,924,184.06 บาท มีต้นทุนค่าแรงเป็น 2,424,709,817.55 บาท คิดเป็นร้อยละ 56.53 ต้นทุนค่าวัสดุเป็น 1,369,732,300.70 บาท คิดเป็นร้อยละ 29.94 และ ต้นทุนค่าลงทุนเป็น 618,529,749.68 บาท คิดเป็นร้อยละ 13.52 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 มหาวิทยาลัยนเรศวร⁷ ได้วิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยผลิตต่อปีในกลุ่มสาขา วิทยาศาสตร์สุขภาพได้ผลวิเคราะห์ดังนี้ คณะแพทยศาสตร์มี ต้นทุนต่อหน่วยผลิตเท่ากับ 200,224.73 บาท คณะทันต-แพทยศาสตร์มีต้นทุนต่อหน่วยผลิตเท่ากับ 282,605.87 บาท คณะเภสัชศาสตร์มีต้นทุนต่อหน่วยผลิตเท่ากับ 93,754.30 บาท คณะพยาบาลศาสตร์มีต้นทุนต่อหน่วย ผลิตเท่ากับ 206,784.28 บาท คณะสหเวชศาสตร์มีต้นทุน ต่อหน่วยผลิตเท่ากับ 93,571.28 บาท คณะสาธารณสุข-ศาสตร์มีต้นทุนต่อหน่วยผลิตเท่ากับ 40,068.27 บาทและ

คณะวิทยาศาสตร์การแพทย์มีต้นทุนต่อหน่วยผลผลิตเท่ากับ 61,824.34 บาท ซึ่งจะเห็นได้ว่า คณะแพทยศาสตร์ คณะทันต-แพทยศาสตร์ และคณะพยาบาลศาสตร์ มีต้นทุนผลผลิตสูงมากในกลุ่มสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และจากการศึกษาเรื่อง ต้นทุนจะพบว่าต้นทุนทางด้านการจัดการเรียนการสอนจะเป็นต้นทุนที่สูง และส่วนใหญ่ต้นทุนค่าแรงจะสูงที่สุด ส่วนวิธีการวิเคราะห์ต้นทุนในแต่ละสถาบันที่วิเคราะห์ได้ ค่าต้นทุนที่ได้จะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับวิธีคิดและมุมมองในการเก็บวิเคราะห์ และขึ้นอยู่กับสถานการณ์ เศรษฐกิจในแต่ละปี และสิ่งที่ต้องการศึกษา

ความสำเร็จของการจัดการศึกษา คือ ผลผลิตบัณฑิตที่มีคุณภาพ ดังนั้น การคิดต้นทุนต่อผลผลิตบัณฑิตจึงเป็นการตรวจสอบประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากรซึ่งถือเป็นตัวบ่งชี้คุณภาพตัวหนึ่ง การกำหนดงบประมาณ การกำหนดค่าบริการ และการเปรียบเทียบกำไร ความคุ้มค่า หรือขาดทุนของการจัดการศึกษา หลักการคิดต้นทุนต่อหน่วยผลผลิตบัณฑิต (unit cost) คือ การกำหนดขอบเขตให้ชัดเจน ครอบคลุมต้นทุนที่เกี่ยวข้องทั้งหมด จำแนกตามลักษณะของปัจจัยการผลิต ระดับกิจกรรมและแหล่งเงิน ซึ่งปัจจัยนำเข้าประกอบด้วย ผู้เรียน ผู้สอน และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง วัสดุทางการศึกษา อุปกรณ์อำนวยความสะดวก ตลอดจนกิจกรรมต่าง ๆ ในการดำเนินงานจัดการศึกษา คำนวณต้นทุนทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งต้นทุนทางอ้อมต้องกำหนดหลักเกณฑ์ที่เหมาะสมในการจัดกระจายต้นทุนจากหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องกับการผลิตทั้งหมด การประเมินความมีประสิทธิภาพ ความประหยัดและความคุ้มค่าคุ้มทุนของการผลิต และต้นทุนต่อหน่วยผลผลิตบัณฑิตจะเป็นข้อบ่งชี้และสะท้อนกลับสามารถนำมาปรับปรุงกระบวนการผลิตต่อไป⁸ การวิเคราะห์ที่ง่ายที่สุดสามารถทำได้โดยการนำค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาหนึ่งมาเปรียบเทียบกับปริมาณงานที่เกิดขึ้นในช่วงเวลานั้นตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการวัด

จากเหตุผลที่การจัดการศึกษาเป็นการลงทุนในมนุษย์ มีปัจจัยในการผลิตมีจำกัดไม่เพียงพอกับความต้องการใช้ ดังนั้นจึงจำเป็นที่จะต้องพิจารณาถึงความคุ้มค่าของการลงทุนในการหาความคุ้มค่าทางการเงิน เกณฑ์ที่ใช้ตัดสินมักเลือกผลตอบแทนที่เหมาะสมคุ้มค่ามากที่สุดแก่ผู้ลงทุน หากมองทางด้านเศรษฐศาสตร์ การนำทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดมาใช้ในโครงการหนึ่ง ต้องละทิ้งกิจกรรมหรือโครงการหนึ่ง

ซึ่งถือเป็นค่าเสียโอกาส ดังนั้น การคิดมูลค่าทางเศรษฐศาสตร์จึงต้องครอบคลุมต้นทุนและผลที่เกิดขึ้นในทุก ๆ กลุ่ม การวิเคราะห์ศึกษาเปรียบเทียบผลได้และต้นทุนที่เกิดขึ้นจากการลงทุนซึ่งถือเป็นการวิเคราะห์ต้นทุน-ผลได้ (cost-benefit analysis) เพื่อหาความคุ้มค่าในการลงทุนนั้นอัตราส่วนผลได้ต่อต้นทุนต้องไม่น้อยกว่าหนึ่งจึงจะถือว่าเป็นการลงทุนที่คุ้มค่า ส่วนการวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผล (cost-effective analysis) การหาประสิทธิผลของการลงทุนความคุ้มค่าของการลงทุนพิจารณาจากการลงทุนที่ใช้ต้นทุนต่ำที่สุดแต่ให้ผลตอบแทนเท่ากันกับการลงทุนอื่นที่เปรียบเทียบกับ สำหรับการวิเคราะห์หาจุดคุ้มทุน (break-even analysis) นั้นเป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ต้นทุนคงที่ ต้นทุนผันแปร ราคา และปริมาณ⁸⁻¹⁰ แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างต้นทุน ปริมาณ และกำไร กิจกรรมผลิตจะต้องคำนึงว่าจะผลิตจำนวนเท่าใดจึงจะทำให้รายรับคุ้มกับต้นทุน ปริมาณของผลผลิตที่ทำให้รายรับเท่ากับต้นทุนพอดี เรียกว่า จุดคุ้มทุน

การจัดการศึกษาของคณะพยาบาลศาสตร์ เป็นการจัดการที่มุ่งเน้นผลิตบุคลากรพยาบาลให้มีคุณภาพสามารถให้บริการได้สอดคล้องกับสภาพการเปลี่ยนแปลงของสังคม มีการตื่นตัวในเรื่องการปฏิรูปการศึกษาทางด้านสุขภาพและได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่องโดยการจัดทำโครงการพัฒนาการศึกษาสำหรับบุคลากรสาธารณสุข และได้รับรองมติให้เป็นแผนยุทธศาสตร์แห่งชาติ การจัดทำแผนการเพื่อสนองต่อการปฏิรูปการศึกษา หากพิจารณาการจัดการศึกษาเพื่อผลิตบุคลากรเป็นเชิงระบบ มององค์การในฐานะระบบปิด (close system) พบว่าการจัดการศึกษามีปัจจัยนำเข้า (input) คือ ทรัพยากรมนุษย์ ทรัพยากรวัตถุ ทรัพยากรการเงิน สารสนเทศ โดยผ่านกระบวนการ (process) แปรสภาพได้แก่ กระบวนการจัดการเรียนการสอน กระบวนการบริการ กระบวนการบริหาร ซึ่งหมายถึง การจัดหลักสูตร การจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตร การสอบและการวัดประเมินผล เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ (output) คือ ประสิทธิภาพของการจัดการศึกษาคือบัณฑิตที่มีความรู้ความสามารถและมีคุณภาพในการบริการประชาชน อัตราการมีงานทำ ความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตที่ดีของบัณฑิต จากปัจจัยนำเข้าต่างๆที่กล่าวมา ปัจจัยในเรื่องทรัพยากรการเงินและงบประมาณ เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้องค์การต่าง ๆ สามารถบริหารจัดการหลักสูตรได้ตามวัตถุประสงค์ และหลักการบริหารหลักสูตรที่ครบวงจร เมื่อมีการใช้งบประมาณในการ

ลงทุน องค์การหรือหน่วยงานควรมีการวิเคราะห์ต้นทุนหน่วยผลิต (unit cost analysis) อันเป็นพื้นฐานในการเพิ่มประสิทธิภาพการใช้และการจัดสรรทรัพยากรการเงินในอนาคต¹⁰⁻¹²

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า มีการวิเคราะห์ต้นทุนต่อผลผลิตของแต่ละคณะของมหาวิทยาลัยนเรศวร แต่ยังไม่มีการวิเคราะห์ความคุ้มค่าต้นทุนของการจัดการศึกษา โดยเฉพาะคณะพยาบาลศาสตร์ ซึ่งการจัดการศึกษาในแต่ละสถาบันต่างจัดตามบริบทของแต่ละสถาบัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยนำเข้าของแต่ละสถาบัน ทั้งในเรื่องกำลังคน งบประมาณ อุปกรณ์ วัสดุ ครุภัณฑ์และรูปแบบการบริหารจัดการการศึกษา ผู้วิจัยจึงเห็นว่าควรมีการศึกษาวินิจฉัยเรื่องต้นทุนการศึกษาต่อผลผลิต การหาความคุ้มค่าต้นทุนของการจัดการศึกษาโดยการวิเคราะห์จุดคุ้มทุน ต้นทุน-ผลได้ ต้นทุน-ประสิทธิผล และประสิทธิผลของการจัดการศึกษาระดับปริญญาตรีของคณะพยาบาลศาสตร์โดยประเมินจากคุณภาพของบัณฑิต อัตราการมีงานทำ และความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิต เพื่อให้ได้ข้อมูลเพื่อนำมาวางแผนจัดการการศึกษาที่คุ้มค่าต้นทุน และผลผลิตบัณฑิตที่มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และมีคุณภาพ ในคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์ต้นทุนผลผลิต จุดคุ้มทุน ต้นทุน-ผลได้ ต้นทุน-ประสิทธิผล ของการจัดการศึกษาระดับปริญญาตรี ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการจัดการศึกษาระดับปริญญาตรี คือ คุณภาพของบัณฑิต อัตราการมีงานทำ และความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิต

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการคิดต้นทุนต่อหน่วยผลผลิต และความคุ้มค่าต้นทุนตามแนวคิดเศรษฐศาสตร์การจัดการทางการศึกษาของ Suntharayuth⁸ การคิดต้นทุนต่อหน่วยผลผลิต คิดจากต้นทุนรวมทั้งหมดหารด้วยจำนวนบัณฑิต โดยที่ต้นทุนทางตรงและต้นทุนทางอ้อมเป็นผลรวมของต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าวัสดุและต้นทุนค่าลงทุนหรือค่าเสื่อมราคา และการคำนวณความคุ้มค่าต้นทุนจากจุดคุ้มทุน ต้นทุน-ผลได้ ต้นทุน-ประสิทธิผล ของการจัดการศึกษาระดับปริญญาตรีของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ส่วนประสิทธิผลของการจัดการศึกษาใช้กรอบแนวคิดของกีปสันและคณะ¹³ วัดประสิทธิผล 3 ตัวแปรได้แก่ คุณภาพของบัณฑิต อัตราการมีงานทำและความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิต

ระเบียบวิธีวิจัย

วิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) และศึกษาแบบย้อนหลัง (retrospective study) เพื่อศึกษาต้นทุนต่อผลผลิต และความคุ้มค่าต้นทุนของการจัดการศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ โดยการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยผลผลิต (unit cost) และการวิเคราะห์ความคุ้มค่าโดยการวิเคราะห์จุดคุ้มทุน (Break-Even Point) วิเคราะห์ต้นทุน-ผลได้ (Cost- Benefit Analysis) และวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผล (Cost-Effective Analysis) และประเมินประสิทธิผลของการจัดการศึกษาโดยวัดจาก คุณภาพของบัณฑิต อัตราการมีงานทำ และความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิต โดยขั้นตอนการวิเคราะห์ต้นทุน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากเอกสารการเงินและงบประมาณ วัสดุครุภัณฑ์ ตั้งแต่ปีการศึกษา 2556 ถึง ปีการศึกษา 2559 ส่วนการประเมินประสิทธิผลของการจัดการศึกษาผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ใช้บัณฑิตในหน่วยงานหรือสถาบันในภาครัฐและเอกชน ที่เป็นแหล่งจ้างงานของบัณฑิตที่จบจากคณะพยาบาลศาสตร์โดยมีรายละเอียดวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเรียนการสอน จำนวนนิสิตในแต่ละปีการศึกษา การเงินและงบประมาณ วัสดุครุภัณฑ์ในคณะพยาบาลศาสตร์ เพื่อศึกษาตัวแปร คือ ต้นทุนผลผลิต จุดคุ้มทุน ต้นทุน-ผลได้ และต้นทุน-ประสิทธิผล อัตราการมีงานทำของบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษา ปีการศึกษา 2559 จากคณะพยาบาลศาสตร์

2) ผู้ใช้บัณฑิตในหน่วยงานหรือสถาบันของประเทศไทยทั้งในส่วนภาครัฐและเอกชนที่เป็นแหล่งจ้างงานของบัณฑิต เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงเพื่อประเมินบัณฑิตจำนวน 85 คน เพื่อศึกษาตัวแปร คุณภาพของบัณฑิต และความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิต ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 100 ของจำนวนบัณฑิตเป้าหมาย

เครื่องมือวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ

แบบบันทึกข้อมูลต้นทุน ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการ

ศึกษาเอกสารตำราที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แบบบันทึกต้นทุนค่าแรง ค่าวัสดุ และค่าลงทุน แบบบันทึกต้นทุนทางตรง แบบบันทึกต้นทุนทางอ้อม ต้นทุนการจัดการเรียนการสอน แบบบันทึกต้นทุนงบประมาณแผ่นดิน แบบบันทึกต้นทุนงบประมาณรายได้ แบบบันทึกค่าใช้จ่ายอื่น ๆ และแบบบันทึกจำนวนบัณฑิต ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index : IOC) ของผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน เลือกแต่ละข้อคำถามมากกว่า 0.5 ขึ้นไป จากนั้นปรับปรุงแก้ไข ตามข้อเสนอแนะ ส่วนแบบสอบถามคุณภาพของบัณฑิตและความพึงพอใจผู้บัณฑิต ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบสอบถามของมหาวิทยาลัยนเรศวร เป็นแบบสอบถามความคิดเห็น 5 ระดับ (rating scale) ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน นำไปทดลองใช้กับผู้บัณฑิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่สำเร็จการศึกษาในปี 2558 จำนวน 30 คน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.95

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยได้ยื่นขอหนังสือรับรองการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร อธิบายแจ้งถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมและการนำเสนอข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการวิจัยฟังจนเข้าใจและขอความยินยอมในการรวบรวมข้อมูล
2. การเก็บข้อมูลแหล่งข้อมูลทุติยภูมิที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเรียนการสอน การเงินและงบประมาณ วัสดุ ครุภัณฑ์ ตั้งแต่ปีการศึกษา 2556 ถึงปีการศึกษา 2559 ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมจำนวน 3-5 วัน
3. เก็บรวบรวมคุณภาพบัณฑิตและความพึงพอใจผู้บัณฑิตโดยแบบสอบถามเพื่อใช้ในการประเมินประสิทธิผลของการจัดการศึกษาโดยดำเนินการเก็บรวบรวมทางไปรษณีย์ใช้เวลาประมาณ 2-3 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยผลผลิต การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยผลผลิตตามแนวคิดเศรษฐศาสตร์การจัดการทางการศึกษาของธรรมาวุธ⁸ และหลักการคิดต้นทุนของ Lanen, Anderson และ Maher¹⁴ และ Raiborn และ Kinney¹⁵ ต้นทุนทั้งหมดคิดจากผลรวมของต้นทุนรวมโดยตรง

กับต้นทุนทางอ้อมที่การกระจายหน่วยงานสนับสนุน ต้นทุนต่อหน่วยผลผลิตบัณฑิตคิดจากต้นทุนรวมทั้งหมดหารด้วยจำนวนบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาในปี 2559 ดังแสดงในสูตรคำนวณด้านล่าง

$$\text{ต้นทุนต่อหน่วยผลผลิตบัณฑิต} = \frac{\text{ต้นทุนรวมทั้งหมด}}{\text{จำนวนบัณฑิตที่จบหลักสูตร}}$$

โดยต้นทุนรวมทางตรงคือผลรวมของต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าวัสดุ และต้นทุนค่าลงทุน ต้นทุนค่าลงทุน ซึ่งคิดจากค่าเสื่อมราคาของทรัพย์สินทั้งหมดของคณะพยาบาลศาสตร์ และใช้วิธีคิดค่าเสื่อมราคาแบบเส้นตรง (Straight Line Method) ซึ่งเป็นวิธีคิดที่ง่ายและเหมาะสมที่สุด¹² โดยให้อายุการใช้งานอาคารสำนักงาน 25 ปี อุปกรณ์สำนักงาน รถยนต์ เครื่องจักร เครื่องใช้ไฟฟ้า 5 ปี อุปกรณ์คอมพิวเตอร์ 3 ปี ต้นทุนค่าแรงคิดจากภาระงานสอนของอาจารย์ตามเกณฑ์ของสภาการพยาบาล¹⁶ คือร้อยละ 6.00-12.00 และแบ่งสัดส่วนค่าแรงดังนี้ อาจารย์ประจำเป็นร้อยละ 55.00 หัวหน้ากลุ่มร้อยละ 40.00 หัวหน้าภาควิชาร้อยละ 35.00 และคณบดีร้อยละ 25.00 ของต้นทุนค่าแรงทั้งหมด ส่วนต้นทุนทางอ้อมคิดค่าเฉพาะค่าลงทุนของหน่วยงานสนับสนุนจากสำนักอธิการบดี สำนักหอสมุดและบัณฑิตวิทยาลัย และต้นทุนรวมทางอ้อมจากสำนักหอสมุด ใช้หลักเกณฑ์ในการปันส่วนค่าใช้จ่ายหน่วยงานสนับสนุนให้หน่วยงานโดยใช้สัดส่วนจำนวนบุคลากรทั้งมหาวิทยาลัยบวกจำนวนนิสิตทั้งหมด

2. วิเคราะห์ความคุ้มค่าต้นทุน

2.1) การวิเคราะห์หาจุดคุ้มทุน วิเคราะห์หาจุดที่มีกำไรและขาดทุนเป็นศูนย์ หรือจุดที่รายรับเท่ากับต้นทุนการผลิต ซึ่งรายรับในที่นี้คือค่าลงทะเบียนของบัณฑิตคูณด้วยจำนวนบัณฑิต⁸⁻¹⁰ ใช้สูตรดังนี้

$$\begin{aligned} \text{รายรับ} &= \text{ค่าลงทะเบียน} \times \text{จำนวนบัณฑิตที่จุดคุ้มทุน} \\ &\text{โดยที่ ปริมาณบัณฑิตที่จุดคุ้มทุน} \\ &= \frac{\text{ต้นทุนทั้งหมด}}{\text{ราคาสินค้า-ต้นทุนผันแปรเฉลี่ย}} \end{aligned}$$

ต้นทุนทั้งหมด = ต้นทุนคงที่ทั้งหมด + ต้นทุนผันแปรทั้งหมด

2.2) การวิเคราะห์หาต้นทุน-ผลได้ เป็นการวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างต้นทุนกับผลประโยชน์ที่ได้จาก

การลงทุน โดยการวัดผลได้ออกมาเป็นรูปตัวเงิน วิเคราะห์อัตราส่วนต้นทุน-ผลได้จากจำนวนผลได้ที่เป็นตัวเงินหารด้วยต้นทุนการผลิต ถ้าหากต้นทุน-ผลได้มากกว่าหรือเท่ากับ 1 แสดงว่าเป็นการลงทุนที่คุ้มค่า^{8,10,17} โดยใช้สูตรดังนี้

อัตราส่วนต้นทุน-ผลได้ = ผลได้ / ต้นทุน

โดยที่ ผลได้ = ผลประโยชน์ที่ได้จากการลงทุน

ต้นทุน = ต้นทุนรวมที่ใช้ในการลงทุน

2.3) การวิเคราะห์หาต้นทุน-ประสิทธิผล เป็นการวิเคราะห์เปรียบเทียบต้นทุนกับผลลัพธ์ที่ได้ที่เป็นหน่วยวัดเดียวกัน เป็นการวิเคราะห์เพื่อหาทางเลือกที่เหมาะสมในการลงทุน โดยวิเคราะห์ประสิทธิผลที่ได้คือ นิสิตมีงานทำ คุณภาพบัณฑิตและความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิต ถ้ารูปแบบใดมีต้นทุน-ประสิทธิผลต่ำ แสดงว่าเป็นการลงทุนที่คุ้มค่า^{8,10,17} ใช้สูตรดังนี้

ต้นทุน-ประสิทธิผล = ต้นทุน / ประสิทธิผล

โดยที่ ประสิทธิผล = ประสิทธิผลที่ได้จากการลงทุน

ต้นทุน = ต้นทุนรวมที่ใช้ในการลงทุน

ในการศึกษารั้วนี้เปรียบเทียบต้นทุนประสิทธิผลจากการจัดส่งนิสิตออกไปฝึกปฏิบัติในแหล่งฝึกต่าง ๆ จากการเข้าหารมารถผู้ไปกลับกับการให้สินไปพักประจำ ณ แหล่งฝึกในปีการศึกษา 2559

3. ประเมินประสิทธิผลของการจัดการศึกษา

3.1 อัตราการมีงานทำ คิดจากจำนวนบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาทั้งหมดจำนวน 85 คนที่ได้งานในปีแรก คำนวณโดยคิดอัตราส่วนร้อยละ ดังนี้ อัตราการมีงานทำของบัณฑิต เท่ากับ จำนวนบัณฑิตที่มีงานทำหารด้วย จำนวนบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษา

3.2 การวิเคราะห์หาคุณภาพของบัณฑิตและความพึงพอใจผู้บัณฑิต จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้รับจากหน่วยงานผู้บัณฑิต ตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของแบบสอบถาม วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS และจากนั้นเปรียบเทียบเป็นคะแนนร้อยละ เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนดังนี้

เกณฑ์การแปลความหมายระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพผู้บัณฑิต ตามระดับคะแนนดังนี้

ระดับคะแนน 1.00–1.80 หมายถึงเห็นว่าเห็นด้วย

น้อยที่สุด ระดับคะแนน 1.81–2.60 หมายถึงเห็นว่าเห็นด้วยน้อย ระดับคะแนน 2.61–3.40 หมายถึงเห็นว่าเห็นด้วยปานกลาง ระดับคะแนน 3.41–4.20 หมายถึงเห็นว่าเห็นด้วยมาก และระดับคะแนน 4.21–5.00 หมายถึงเห็นว่าเห็นด้วยมากที่สุด

เกณฑ์การแปลความหมายระดับความพึงพอใจผู้ใช้บัณฑิต ตามระดับคะแนนดังนี้

ระดับคะแนน 1.00–1.80 หมายถึงว่าพึงพอใจน้อยที่สุด ระดับคะแนน 1.81–2.60 หมายถึงว่าพึงพอใจน้อย ระดับคะแนน 2.61–3.40 หมายถึงว่าพึงพอใจปานกลาง ระดับคะแนน 3.41–4.20 หมายถึงว่าพึงพอใจมาก และระดับคะแนน 4.21–5.00 หมายถึงว่าพึงพอใจมากที่สุด

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่ COA No. 648/2017 NU-IRB 0686/60 ให้การรับรองเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่เป็นมาตรฐานสากล เมื่อวันที่ 26 กรกฎาคม 2561 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีดำเนินการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบโดยละเอียด กลุ่มตัวอย่างสามารถขอยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลที่ได้จากการสอบถามจะเก็บเป็นความลับและเอกสารจะถูกทำลายหลังจากวิเคราะห์เสร็จสิ้นภายใน 1 เดือน ผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวม และนำไปใช้ประโยชน์การศึกษาวิจัย เท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยผลผลิต

คำนวณต้นทุนรวมทั้งหมดของแต่ละปีการศึกษา ซึ่งต้นทุนรวมทั้งหมด เป็นผลรวมของต้นทุนทางตรงที่คำนวณจากคณะพยาบาลศาสตร์ กับต้นทุนทางอ้อมที่กระจายมาจากหน่วยงานสนับสนุน สำนักหอสมุดและบัณฑิตวิทยาลัย แล้วหารด้วยจำนวนนิสิตทั้งหมดที่ศึกษาในปีการศึกษานั้น ๆ โดยคิดต้นทุนต่อหน่วยผลผลิต ตั้งแต่ปีการศึกษา 2556 ปีการศึกษา 2557 ปีการศึกษา 2558 และปีการศึกษา 2559 จากนั้นคำนวณรวมต้นทุนต่อหน่วยผลผลิตทั้ง 4 ชั้นปี จะได้เป็นต้นทุนรวมต่อผลผลิตบัณฑิต 1 คน โดยใช้สูตรคำนวณต้นทุนต่อหัวนิสิตใน 1 ปี ผลการวิเคราะห์ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าวัสดุ ต้นทุนค่าลงทุน และต้นทุนรวมทางตรง

ปีการศึกษา	ต้นทุนค่าแรง	ต้นทุนค่าวัสดุ	ต้นทุนค่าลงทุน	ต้นทุนรวมทางตรง
2556	19,860,267.27	4,229,854.70	5,951,895.12	30,042,017.09
2557	25,794,531.00	2,816,052.64	8,297,775.62	36,908,359.26
2558	28,304,745.00	4,176,753.07	8,478,387.41	40,959,885.48
2559	30,639,769.31	3,978,391.00	5,745,693.70	40,363,854.01
รวม	104,599,312.58	15,201,051.41	28,473,751.85	148,274,115.84

ตารางที่ 2 แสดงต้นทุนทางตรง ต้นทุนทางอ้อม ต้นทุนรวมทั้งหมด และต้นทุนต่อหน่วยผลผลิต

ปีการศึกษา	ต้นทุนทางตรง	ต้นทุนทางอ้อม	ต้นทุนรวมทั้งหมด	จำนวนนิสิต	ต้นทุนต่อหน่วย
2556	30,042,017.09	7,263,837.37	37,305,854.46	339	110,046.77
2557	36,908,359.26	7,188,414.11	44,096,773.37	352	125,274.92
2558	40,959,885.48	5,165,606.27	46,125,491.75	385	119,806.47
2559	40,363,854.01	5,868,806.66	46,232,660.67	434	106,526.87
รวม	148,274,115.84	25,486,664.41	173,760,780.25	420	413,716.14

จากตารางที่ 1 พบว่า ต้นทุนรวมทางตรงทั้งหมดใน 4 ปี เท่ากับ 148,274,115.84 บาท เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ต้นทุนค่าแรงเป็นต้นทุนที่สูงที่สุด รองลงมาคือต้นทุนค่าลงทุน และต้นทุนที่ต่ำที่สุดคือต้นทุนค่าวัสดุเท่ากับ 104,599,312.58 บาท 28,473,751.85 บาท และ 15,201,051.41 บาท ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาต้นทุนรวมทางตรงรายปีการศึกษา พบว่า ต้นทุนรวมของปี 2558 รองลงมาคือต้นทุนรวมทางตรงของปี 2559 และต้นทุนรวมทางตรงที่ต่ำที่สุดคือต้นทุนรวมทางตรงของปี 2556 เท่ากับ 40,959,885.48 บาท 40,363,854.01 บาท และ 30,042,017.09 บาท

จากตารางที่ 2 พบว่า ต้นทุนรวมทั้งหมดในการผลิตบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาใน 4 ปี จำนวน 420 คนเท่ากับ 173,760,780.25 บาท โดยที่ต้นทุนรวมทางตรงเท่ากับ 148,274,115.84 บาท ต้นทุนรวมทางอ้อมเท่ากับ 25,486,664.41 บาทและต้นทุนต่อการผลิตบัณฑิตใน 1 คนต่อหลักสูตร 4 ปีเท่ากับ 413,716.14 บาท ต้นทุนต่อหน่วยผลผลิตที่สูงที่สุดคือ ต้นทุนในปีงบประมาณ 2557 รองลงมาคือ ต้นทุนในปีงบประมาณ 2558 และต้นทุนต่อหน่วย

ผลผลิตที่น้อยที่สุดคือ ต้นทุนในปีงบประมาณ 2559 เท่ากับ 125,274.92 บาท 119,806.47 บาท และ 106,526.87 บาท ตามลำดับ

2. ผลการวิเคราะห์ความคุ้มค่าต้นทุน ดังนี้

2.1 จุดคุ้มทุน คิดจากรายรับที่จุดคุ้มทุนเท่ากับราคาสินค้าคูณด้วยปริมาณผลผลิตที่จุดคุ้มทุน ราคาสินค้าในที่นี้คิดจากค่าลงทะเบียนของนิสิตในปีการศึกษานั้น ๆ และต้นทุนผันแปรคือผลต่างจากค่าลงทะเบียนที่คิดเหมาจ่ายรายปี ดังนี้ ค่าลงทะเบียน รายภาคการศึกษา เท่ากับ 16,100 บาทต่อคน ใน 1 ปีการศึกษาเท่ากับ 32,200 บาท ต่อคน ค่าลงทะเบียนเหมาจ่ายตลอดหลักสูตร 120,000 บาท คิดเป็นรายภาคการศึกษาเท่ากับ 15,000 บาทต่อคน ต้นทุนผันแปรเท่ากับ 2,200 บาท ผลการวิเคราะห์ดังตารางที่ 3

จากตารางที่ 3 พบว่าจุดคุ้มทุนของการผลิตบัณฑิต ต้นทุนรวมทั้งหมดตลอดหลักสูตรใน 4 ปี ปริมาณบัณฑิตที่จุดคุ้มทุน เท่ากับ 5,792 คน และมีรายรับที่จุดคุ้มทุนเท่ากับ 186,503,237.47 บาท เมื่อพิจารณาจุดคุ้มทุนของต้นทุนรวมรายปีการศึกษา พบว่า ปีที่มีปริมาณจุดคุ้มทุนที่สูงที่สุดคือปีการศึกษา 2559 เท่ากับ 1,541 คน และมีรายรับที่จุดคุ้มทุน

ตารางที่ 3 แสดงต้นทุนรวม จุดคุ้มทุนของการจัดการศึกษาทางการพยาบาลรายปีและตลอดหลักสูตร

ปีการศึกษา	ต้นทุนรวมทั้งหมด	จุดคุ้มทุนของต้นทุนรวม	
		จำนวนนิสิต (คน)	รายรับ (บาท)
2556	37,305,854.46	1,244	40,041,617.12
2557	44,096,773.37	1,470	47,330,536.75
2558	46,125,491.75	1,538	49,508,027.81
2559	46,232,660.67	1,541	49,623,055.79
รวมตลอดหลักสูตร	173,760,780.25	5,792	186,503,237.47

เท่ากับ 49,623,055.79 บาท ปีที่มีปริมาณจุดคุ้มทุนที่น้อยที่สุดคือปีการศึกษา 2556 เท่ากับ 1,244 คน และมีรายรับที่จุดคุ้มทุนเท่ากับ 40,041,617.12 บาท

2.2 ผลการวิเคราะห์หาต้นทุน-ผลได้ คิดจากต้นทุนรวมหารด้วยผลได้ในที่นี้คิดใน 2 มุมมอง คือ ในมุมมองของบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษา และมุมมองของคณะพยาบาลศาสตร์ ที่เป็นผู้ลงทุน โดยที่ต้นทุน-ผลได้ในมุมมองของบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษา คิดจากบัณฑิต 1 คน ลงทุนการศึกษาตลอดหลักสูตร เท่ากับ 413,716.14 บาท ในเวลา 4 ปี ดังนั้น ต้นทุน-ผลได้จึงคิดเปรียบเทียบใน 4 ปีหลังจากสำเร็จการศึกษา รายรับขั้นต่ำต่อเดือนคิดจากผลรวมของค่าตอบแทนทั้งหมด ได้แก่ เงินเดือน เงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานให้บริการด้านสาธารณสุข ค่าเวร และค่าทำงานล่วงเวลา โดยประมาณ เท่ากับ 25,000.00 บาทต่อเดือน ใน 1 ปี เท่ากับ 300,000.00 บาท การเลื่อนเงินเดือนเฉลี่ยปีละ 1,000.00 บาท ในปีที่ 2 ของการทำงานรายรับเท่ากับ 26,000.00 บาทต่อเดือน ใน 1 ปี เท่ากับ 312,000.00 บาท ในปีที่ 3 ของการทำงานรายรับเท่ากับ 27,000.00 บาทต่อเดือน ใน 1 ปี เท่ากับ 324,000.00 บาท และในปีที่ 4 ของการทำงานรายรับเท่ากับ 28,000.00 บาทต่อเดือน ใน 1 ปี เท่ากับ 336,000.00 บาท รวมทั้งสิ้นใน 4 ปี เท่ากับ 1,272,000.00 บาท หลักการคิดต้นทุนผลได้คือผลได้หารด้วยต้นทุนเท่ากับ 1,272,000.00 หารด้วย 413,716.14 ดังนั้น ต้นทุน-ผลได้ในมุมมองนิสิตจึงเท่ากับ 3.07

ในมุมมองผู้ลงทุน การวิเคราะห์หาต้นทุน-ผลได้คิดจากรายรับที่ได้จากการลงทะเบียนของนิสิตตลอดหลักสูตรหาร

ด้วยต้นทุนรวมที่ใช้ไปซึ่งต้นทุนรวมทั้งหมดในการผลิตบัณฑิตตลอดหลักสูตร เท่ากับ 173,760,780.25 บาท จำนวนนิสิตที่ลงทะเบียนเรียนตลอดหลักสูตรและสำเร็จการศึกษาตั้งแต่ปีการศึกษา 2556 ถึงปีการศึกษา 2559 จำนวนทั้งหมด เท่ากับ 420 คน ค่าลงทะเบียนตลอดหลักสูตรเท่ากับ 139,300 บาท ผลได้ที่เป็นตัวเงินตลอดหลักสูตรเท่ากับ 58,506,000.00 บาท ดังตารางที่ 4

ต้นทุน-ผลได้ และอัตราส่วนต้นทุน-ผลได้ คิดจากต้นทุนรวมทั้งหมด พบว่า ต้นทุนในการผลิตบัณฑิตตลอดหลักสูตรเท่ากับ 173,760,780.25 บาท ผลได้เท่ากับ 58,506,000.00 บาท อัตราส่วนต้นทุน-ผลได้ ในการผลิตบัณฑิตตลอดหลักสูตรเท่ากับ 0.34 อัตราส่วนต้นทุน-ผลได้ที่มีค่าสูงที่สุดคือ อัตราส่วนต้นทุน-ผลได้ของปีการศึกษา 2559 เท่ากับ 1.31 รองลงมาคืออัตราส่วนต้นทุน-ผลได้ ปีการศึกษา 2556 และปีการศึกษา 2558 เท่ากับ 1.27 และ 1.16 ตามลำดับ ส่วนอัตราส่วนต้นทุน-ผลได้ ที่ต่ำที่สุดคือ อัตราส่วนต้นทุน-ผลได้ ปีการศึกษา 2557 เท่ากับ 1.11

2.3 ผลการวิเคราะห์หาต้นทุน-ประสิทธิผล

ต้นทุน-ประสิทธิผลเป็นการคิดอัตราส่วนต้นทุนต่อประสิทธิผลที่ได้รับในที่นี้ คิดประสิทธิผลจากอัตราการทำงาน ค่าคุณภาพของบัณฑิต และความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิต โดยให้นับเป็นหนึ่งหน่วย ดังนั้นทางเลือกของต้นทุนประสิทธิผลในครั้งนี้จึงเลือกจากต้นทุนที่ต่ำที่สุด¹⁷ ที่ใช้ในการจัดการศึกษาโดยการเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการส่งนิสิตไปฝึกปฏิบัติการพยาบาลในแหล่งฝึกต่าง ๆ ในปีการศึกษา 2559 พบว่ามีค่าใช้จ่ายในการจัดส่งนิสิตไปฝึกปฏิบัติในต่างจังหวัด

ตารางที่ 4 แสดงต้นทุน ผลได้ อัตราส่วนต้นทุน-ผลได้

ปีการศึกษา	ต้นทุนรวมทั้งหมด	ผลได้	ต้นทุน-ผลได้ (B/C)
2556	37,305,854.46	47,222,700.00	1.27
2557	44,096,773.37	49,033,600.00	1.11
2558	46,125,491.75	53,630,500.00	1.16
2559	46,232,660.67	60,456,200.00	1.31
รวม	173,760,780.25	58,506,000.00	0.34

ตารางที่ 5 แสดงคุณภาพของบัณฑิตและความพึงพอใจผู้ใช้บัณฑิต ในภาพรวมและรายด้าน

รายการประเมิน	ระดับความคิดเห็น		
	ค่าเฉลี่ย	SD.	การแปลความหมาย
คุณภาพของบัณฑิต			
ด้านคุณธรรม จริยธรรม	4.17	.50	เห็นด้วยมาก
ด้านความรู้	3.79	.55	เห็นด้วยมาก
ด้านทักษะทางปัญญา	3.67	.60	เห็นด้วยมาก
ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และความรับผิดชอบ	4.27	.59	เห็นด้วยมากที่สุด
ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ	3.85	.75	เห็นด้วยมาก
คุณลักษณะบัณฑิตตามอัตลักษณ์ของมหาวิทยาลัย	3.66	.61	เห็นด้วยมาก
คุณลักษณะของบัณฑิตตามวิชาชีพ	4.03	.48	เห็นด้วยมาก
รวมคุณภาพของบัณฑิต	3.93	.49	เห็นด้วยมาก
ความพึงพอใจผู้ใช้บัณฑิต			
ด้านคุณธรรม จริยธรรม	4.13	0.57	พึงพอใจมาก
ด้านความรู้	3.77	.62	พึงพอใจมาก
ด้านทักษะทางปัญญา	3.73	.61	พึงพอใจมาก
ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และความรับผิดชอบ	4.02	.57	พึงพอใจมาก
ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ	3.86	.59	พึงพอใจมาก
รวมความพึงพอใจผู้ใช้บัณฑิต	3.90	.54	พึงพอใจมาก

ได้แก่ ค่าเช่าเหมารถตู้เพื่อจัดส่งนิสิต ฝึกปฏิบัติรายวิชาการพยาบาลชุมชนจำนวน 15 กลุ่ม ๆ ละ 20 วัน ๆ ละ 2,800 บาท รวมเป็นเงินเท่ากับ 840,000 บาท การพยาบาลมารดาทารกจำนวน 15 กลุ่ม ๆ ละ 7 วัน ๆ ละ 2,800 บาท รวมเป็นเงินเท่ากับ 19,600 บาท และการพยาบาลพื้นฐาน 15 กลุ่ม ๆ ละ 7 วัน ๆ ละ 2,800 บาท รวมเป็นเงินเท่ากับ 19,600 บาท รวมเป็นเงินทั้งสิ้นเท่ากับ 879,200 บาท ดังนั้นต้นทุน-ประสิทธิผลปีการศึกษา 2559 และตลอดหลักสูตร พบว่า ต้นทุน-ประสิทธิผลในการผลิตบัณฑิตที่ต่ำที่สุด คือ ต้นทุนที่หักค่าเช่าเหมารถตู้ในการจัดส่งนิสิตฝึกปฏิบัติในรายวิชาต่าง ๆ ในปีการศึกษา 2559 ต้นทุนรวมเท่ากับ 45,353,460.67 บาท และต้นทุนทางตรง 39,484,654.01 บาท ดังนั้นส่วนต้นทุน-ประสิทธิผลตลอดหลักสูตรจึงควรเป็นต้นทุนที่ต่ำที่สุด คือ เท่ากับ 172,881,580.25 บาท

3. ผลประเมินประสิทธิผลของการจัดการศึกษา

ประสิทธิผลของการจัดการศึกษาในที่นี้ประเมินจาก อัตราการมีงานทำ คุณภาพบัณฑิต และความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิต ผลการวิเคราะห์ดังนี้

3.1 ผลการวิเคราะห์อัตราการมีงานทำ

อัตราการมีงานทำ พบว่า บัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาในปีการศึกษา 2559 มีจำนวนทั้งสิ้น 85 คน ได้ทำงานในสถานพยาบาลต่าง ๆ ในประเทศไทยจำนวน 83 คน อีก 2 คน ทำธุรกิจส่วนตัว ซึ่งอาจคิดเป็นอัตรามีงานทำเป็นร้อยละ 100 แต่หากคิดเป็นบัณฑิตได้งานทำตรงตามสายงาน คิดเป็นร้อยละ 97.65

3.2 ผลการวิเคราะห์คุณภาพของบัณฑิต และ ความพึงพอใจผู้ใช้บัณฑิต

การวิเคราะห์หาคุณภาพบัณฑิตและความพึงพอใจผู้ใช้บัณฑิตใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแบบประเมินคุณภาพบัณฑิตของมหาวิทยาลัยนเรศวร จำนวนแบบสอบถามทั้งสิ้น 83 ฉบับ ได้รับตอบกลับจำนวน 77 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 92.77 ผลการวิเคราะห์ดังตารางที่ 5

ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพบัณฑิต พบว่า คุณภาพบัณฑิตในภาพรวมเท่ากับ 3.93 คิดเป็นร้อยละ 78.60 อยู่ในระดับเห็นด้วยมาก คุณภาพด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และความรับผิดชอบ มากที่สุดเท่ากับ 4.27 คิดเป็นร้อยละ 85.40 อยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด ส่วนที่ต่ำที่สุดคือด้านคุณลักษณะบัณฑิตตามอัตลักษณ์ของมหาวิทยาลัย

เท่ากับ 3.66 คิดเป็นร้อยละ 73.20 อยู่ในระดับเห็นด้วยมาก ส่วนระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิตพบว่า ความพึงพอใจผู้ใช้บัณฑิตในภาพรวมเท่ากับ 3.90 คิดเป็นร้อยละ 78.00 อยู่ในระดับพึงพอใจมาก ความพึงพอใจด้านคุณธรรม จริยธรรมมากที่สุดเท่ากับ 4.13 คิดเป็นร้อยละ 82.60 อยู่ในระดับพึงพอใจมาก ความพึงพอใจที่ต่ำที่สุดคือ ด้านทักษะทางปัญญาเท่ากับ 3.73 คิดเป็นร้อยละ 74.60 ซึ่งอยู่ในระดับเห็นด้วยมาก

การอภิปรายผลการวิจัย

ต้นทุนต่อการผลิตบัณฑิตพบว่า ต้นทุนทางตรงรวมทั้งหมด (Total Direct Cost) เท่ากับ 148,274,115.84 บาท เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ต้นทุนค่าแรงเป็นต้นทุนที่สูงที่สุดเท่ากับ 104,599,312.58 บาท คิดเป็น 70.54% รองลงมาคือต้นทุนค่าลงทุนเท่ากับ 28,473,751.85 บาท คิดเป็นร้อยละ 19.20 และต้นทุนที่ต่ำที่สุดคือต้นทุนค่าวัสดุ เท่ากับ 15,201,051.41 บาท คิดเป็น ร้อยละ 10.25 จะเห็นได้ว่า ต้นทุนค่าแรงเป็นต้นทุนที่สูงที่สุด สอดคล้องกับการวิเคราะห์ต้นทุนรวมของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่⁵ ซึ่งได้วิเคราะห์ต้นทุนด้านการเรียนการสอนในปีงบประมาณ 2551 ที่พบว่า มีต้นทุนค่าแรงสูงที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 54.23 ของต้นทุนทั้งหมดและได้ทำการวิเคราะห์ในปีต่อมา⁶ พบว่า มีต้นทุนค่าแรงสูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.53 ของต้นทุนทั้งหมด

ต้นทุนรวมทั้งหมดในการผลิตบัณฑิตตลอดหลักสูตรเท่ากับ 173,760,780.25 บาท เป็นต้นทุนทางตรง 148,274,115.84 บาท และต้นทุนทางอ้อม 25,486,664.41 บาท ต้นทุนต่อผลผลิตบัณฑิตตลอดหลักสูตรเท่ากับ 413,716.14 บาท เมื่อพิจารณาต้นทุนต่อหน่วยรายปี พบว่า ต้นทุนต่อหน่วยผลผลิตอยู่ในช่วง 106,526.87-125,274.92 บาท เฉลี่ยต่อปีเท่ากับ 115,900.89 บาท ซึ่งต่ำกว่าการวิเคราะห์ในปี 2018 เนื่องจากการคิดต้นทุนทางอ้อมในการศึกษาครั้งนี้คิดเฉพาะต้นทุนค่าลงทุนซึ่งคือค่าเสื่อมราคาของหน่วยงานสนับสนุน และคิดปันส่วนต้นทุนทางอ้อมทั้งหมดของเฉพาะสำนักหอสมุดเท่านั้น จึงทำให้ต้นทุนต่อผลผลิตต่อปีต่ำลง⁷ แต่มีค่าใกล้เคียงกับการศึกษาต้นทุนของกรมบัญชีกลาง⁴ ที่เปรียบเทียบต้นทุนผลผลิตของสถาบันอุดมศึกษาในปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 กรมบัญชีกลางได้วิเคราะห์เปรียบเทียบต้นทุนของสถาบันอุดมศึกษาทั้งสิ้น จำนวน 29 แห่ง พบว่าต้นทุนต่อหน่วยผลผลิตของกลุ่มสาขาวิชา

วิทยาศาสตร์สุขภาพมีค่าเฉลี่ยของต้นทุนต่อหน่วยเท่ากับ 109,514.44 บาท หากพิจารณาเฉพาะต้นทุนทางตรง พบว่า ต้นทุนทางตรงอยู่ในช่วง 30,042,017.09-40,959,885.48 บาท เฉลี่ย 37,068,528.96 บาท ซึ่งมีค่าสูงกว่าการศึกษาของ นภฯ สิงห์วีรธรรมและคณะ¹⁸ ได้ศึกษาเปรียบเทียบศึกษา ต้นทุนต่อหน่วยการผลิตพยาบาลและจุดคุ้มทุนในการผลิต นักศึกษาในสถาบันพระบรมราชชนกในปีงบประมาณ 2559 จำนวน 14 แห่ง พบว่าต้นทุนทางตรงรวม อยู่ในช่วง 16,188,274.97-35,296,786.08 บาท ค่าเฉลี่ย 26,671,623.77 บาท

ความคุ้มค่าคุ้มทุนของการจัดการศึกษาจาก จุดคุ้มทุนของการผลิตบัณฑิต ต้นทุน-ผลได้ ต้นทุน-ประสิทธิภาพ เมื่อจากคิดต้นทุนรวมทั้งหมดตลอดหลักสูตรใน 4 ปี ปริมาณ บัณฑิตที่จุดคุ้มทุน เท่ากับ 5,792 คน และมีรายรับที่จุดคุ้มทุน เท่ากับ 186,503,237.47 บาท เมื่อพิจารณารายปีพบว่า จุดคุ้มทุนอยู่ในช่วง 1,244-1,541 คน รายรับอยู่ในช่วง 40,041,617.12-49,623,055.79 บาท จะเห็นได้ว่าจุดคุ้มทุน สูงมาก เนื่องจากต้นทุนรวมและต้นทุนทางตรงของการจัดการ ศึกษาของคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยนเรศวรมีค่าสูง มาก เมื่อเทียบกับการผลิตนักศึกษาในสถาบันพระบรมราชชนก พบว่าจุดคุ้มทุนอยู่ในช่วง 101-201 คน¹⁸ เนื่องจาก ต้นทุนต่อผลผลิตบัณฑิตต่อปีสูงกว่าทั้งนี้เนื่องจากปัจจัย หลายอย่าง อาทิ เช่น กระบวนการบริหาร การจัดการเรียน การสอน หรือวิธีการจัดเก็บข้อมูลในการศึกษาวิเคราะห์ต้นทุน ของแต่ละหน่วยงาน เป็นต้น

ต้นทุน-ผลได้ คิดจากต้นทุนรวมหารด้วยผลได้ ในที่ นี้คิดใน 2 มุมมอง ต้นทุน-ผลได้ในมุมมองนิสิตเท่ากับ 1.082 แสดงว่าเป็นการลงทุนที่คุ้มค่า เนื่องจากการพิจารณาภายใต้ เงื่อนไขว่าถ้าต้นทุน-ผลได้ มากกว่าหรือเท่ากับ 1 ถือว่าเป็นการ ลงทุนที่คุ้มค่า บัณฑิตพยาบาลเมื่อสำเร็จการศึกษา อัตราการ มีงานทำส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 95.00 และมีรายรับขั้นต่ำ ประมาณ 25,000.00 ต่อเดือน¹⁹ ส่วนในมุมมองผู้ลงทุน ต้นทุน- ผลได้ และอัตราส่วนต้นทุน-ผลได้ พบว่าต้นทุน-ผลได้รายปี พบว่า ต้นทุนในการผลิตบัณฑิตต่อปีอยู่ในช่วง 37,305,854.46-46,232,660.67 บาท และผลได้ที่เกิดจากการลงทุนอยู่ในช่วง 47,222,700.00-60,456,200.00 บาท และอัตราส่วนต้นทุน- ผลได้ อยู่ในช่วง 1.11-1.31 ซึ่งถือว่าเป็นการลงทุนที่คุ้มค่า เนื่องจากอัตราส่วนต้นทุน-ผลได้มีค่ามากกว่า 1 แต่เมื่อคิด

ต้นทุน-ผลได้ตลอดหลักสูตร พบว่า ต้นทุนในการผลิตบัณฑิต ตลอดหลักสูตร เท่ากับ 173,760,780.25 บาท ผลได้ เท่ากับ 58,506,000.00 บาท อัตราส่วนต้นทุน-ผลได้ ในการผลิต บัณฑิตตลอดหลักสูตร เท่ากับ 0.34 จะเห็นได้ว่า ต้นทุน-ผลได้ หากพิจารณาตามเงื่อนไขดังกล่าว ถือว่าการจัดการศึกษาของ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร หากประเมินความ คุ้มค่าทางด้านการเงิน (tangible) ถือว่าไม่เป็นการลงทุนไม่ คุ้มทุนเนื่องจากอัตราส่วนต้นทุน-ผลได้มีค่าน้อยกว่า 1 แต่ หากมองว่าเป็นบทบาทหน้าที่ของสถานศึกษาที่ต้องมีหน้าที่ ในการจัดการศึกษาเพื่อประชาชนแล้ว ความคุ้มค่าของการ ลงทุนผลิตบัณฑิตที่ไม่เป็นตัวเงิน (intangible) ถือว่ามีความ คุ้มค่ามาก เนื่องจากเมื่อนิสิตสำเร็จการศึกษาออกไปประกอบ อาชีพและหากทำงานอยู่ในช่วงเวลาหนึ่ง หรือจนถึงเกษียณ จะมีอายุงานประมาณ 35 ปี จะสามารถทำประโยชน์ให้กับ ประชาชนดูแลสุขภาพของประชาชนให้มีสุขภาพดีปราศจาก โรคได้ และตัวบัณฑิตเองก็สามารถมีรายได้จากการประกอบ อาชีพ มีชีวิตการเป็นอยู่ที่ดี และมีความรู้ในการดูแลตนเอง และครอบครัวตลอดจนประชาชน เป็นการลดค่าใช้จ่ายของ รัฐบาลที่สามารถป้องกันได้ และเป็นค่าใช้จ่ายมหาศาลไม่ สามารถประเมินค่าได้ ดังนั้นจึงถือว่าเป็นการลงทุนที่คุ้มค่าใน ทางอ้อม ซึ่งต่างจากการลงทุนของภาคเอกชนที่มักวัดความ สำเร็จที่ผลประโยชน์ตอบแทน สำหรับในภาครัฐไม่สามารถวัด ออกมาเป็นผลประโยชน์ที่เป็นเงินโดยตรงได้ แต่มองถึงผล ตอบแทนในระยะยาวโดยเฉพาะการลงทุนด้านการศึกษาซึ่ง เป็นการพัฒนาศักยภาพมนุษย์ของประเทศ³

ต้นทุน-ประสิทธิภาพเป็นการคิดอัตราส่วนต้นทุนต่อ ประสิทธิภาพที่ได้รับในที่นี้ คิดประสิทธิภาพจากคุณภาพของ บัณฑิต ความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิต และอัตราการมีงานทำ ซึ่งคิดจากต้นทุนที่ต่ำที่สุด¹⁷ การจัดการศึกษาตั้งแต่ปีการศึกษา 2556 ถึง ปีการศึกษา 2558 ได้จัดให้นิสิตฝึกปฏิบัติในแหล่ง ฝึกภายในจังหวัดพิษณุโลก และใช้รถของคณะพยาบาล มหาวิทยาลัยนเรศวรในการจัดส่ง แต่ในปีการศึกษา 2559 ได้ มีการส่งนิสิตไปฝึกปฏิบัติในต่างจังหวัดเป็นส่วนใหญ่ เนื่องจาก ไม่สามารถหาแหล่งได้ ประกอบกับยานพาหนะของทาง คณะพยาบาลไม่เพียงพอในการจัดส่งนิสิตไปยังแหล่งฝึก ใน รายวิชาปฏิบัติการพยาบาลชุมชน จึงบริหารจัดการโดยการ เช่าเหมารถตู้จากบริษัทภายนอกส่งผลค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น 879,200 บาท ดังนั้น ต้นทุน-ประสิทธิภาพปีการศึกษา 2559

และตลอดหลักสูตร พบว่า ต้นทุน-ประสิทธิผลในการผลิตบัณฑิตที่ต่ำที่สุด คือ ต้นทุนที่หักค่าเช่าเหมารถตู้ในการจัดสนิสนิตฝึกปฏิบัติในรายวิชาต่างๆ ในปีการศึกษา 2559 ต้นทุนรวมลดลงเป็น 45,353,460.67 บาท และต้นทุนทางตรง 39,484,654.01 บาท ส่วนต้นทุน-ประสิทธิผลตลอดหลักสูตร 4 ปีที่ต่ำที่สุดเท่ากับ 172,881,580.25 บาท จะเห็นได้ว่าหากทางคณะพยาบาล มหาวิทยาลัยนเรศวรสามารถบริหารจัดการในเรื่องของแหล่งฝึกปฏิบัติของนิสิตได้โดยให้ฝึกปฏิบัติในแหล่งฝึกใกล้กับสถานศึกษา หรือจัดให้ฝึกแบบค้างคืนเพื่อประหยัดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ก็จะสามารถลดต้นทุนลงได้

ประสิทธิผลของการจัดการศึกษาในที่นี้ประเมินจากอัตราการมีงานทำ คุณภาพบัณฑิต และความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิต ผลการศึกษาพบว่า อัตราการมีงานทำของบัณฑิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร คิดเป็นร้อยละ 97.65 โดยคิดจากการประกอบวิชาชีพพยาบาลในโรงพยาบาลทั้งของรัฐบาลและเอกชน แต่ถ้าหากคิดว่าการมีงานทำของบัณฑิตหมายถึงการประกอบอาชีพอิสระที่ไม่เฉพาะวิชาชีพพยาบาล พบว่าบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาในปีการศึกษา 2559 จำนวน 85 คน ประกอบอาชีพพยาบาลในสถานพยาบาลจำนวน 83 คน ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัวจำนวน 2 คน คิดเป็นอัตราการมีงานทำร้อยละ 100 ซึ่งสอดคล้องกับการวิเคราะห์ภาวะการณ์มีงานทำของบัณฑิตมหาวิทยาลัยนเรศวรระดับปริญญาตรีที่สำเร็จการศึกษา 2557 ประจำปี พ.ศ. 2558 พบว่าบัณฑิตคณะพยาบาลศาสตร์ ส่วนใหญ่มีงานทำร้อยละ 98.88²⁰ ใกล้เคียงกับอัตราการมีงานทำของบัณฑิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ในปีการศึกษา 2558 ร้อยละ 97.69²¹ และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ปีการศึกษา 2560 ซึ่งมีอัตราการมีงานทำของบัณฑิตร้อยละ 99.4922 รวมถึงคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อัตราการมีงานทำของบัณฑิตในปีการศึกษา 2560 ร้อยละ 95²³

คุณภาพบัณฑิตในภาพรวมเท่ากับ 3.93 คิดเป็นร้อยละ 78.60 ซึ่งวัดตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษามหาวิทยาลัยนเรศวร ซึ่งวัดอัตลักษณ์ของบัณฑิต คือ เก่งงาน เก่งคน เก่งคิด เก่งครองชีวิตและเก่งพิชิตปัญหา วัดคุณภาพบัณฑิตตามมาตรฐานการเรียนรู้ 6 ด้าน²⁴ ได้แก่ ด้านคุณธรรม จริยธรรม ด้านความรู้ ด้านทักษะทางปัญญา ด้านทักษะ

ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และด้านคุณลักษณะของบัณฑิตตามวิชาชีพ อยู่ในระดับเห็นด้วยมาก คุณภาพด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และความรับผิดชอบ มากที่สุดเท่ากับ 4.27 คิดเป็นร้อยละ 85.40 อยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด ส่วนที่ต่ำที่สุดคือด้านคุณลักษณะบัณฑิตตามอัตลักษณ์ของมหาวิทยาลัย เท่ากับ 3.66 คิดเป็นร้อยละ 73.20 อยู่ในระดับเห็นด้วยมาก ซึ่งอัตลักษณ์ของมหาวิทยาลัยได้แก่ เก่งงาน เก่งคน เก่งคิด เก่งครองชีวิต และเก่งพิชิตปัญหา พบว่า พยาบาลศาสตรบัณฑิตมีความเก่งคิดมากที่สุด เท่ากับ 3.87 คิดเป็นร้อยละ 77.40 รองลงมาคือ เก่งพิชิตปัญหา เท่ากับ 3.74 คิดเป็นร้อยละ 74.80 ส่วนงานเก่งและเก่งครองชีวิตระดับใกล้เคียงกันคือเท่ากับ 3.65 และเก่งคน 3.64 คิดเป็นร้อยละ 73.00 และร้อยละ 72.80 ตามลำดับ อัตลักษณ์ที่น้อยที่สุดคือ เก่งคนเท่ากับ 3.43 คิดเป็นร้อยละ 68.60 ในปีแรกของการทำงานบัณฑิตยังมีความเก่งคนตามความหมายของอัตลักษณ์ของมหาวิทยาลัย คือ มีมนุษยสัมพันธ์ทั้งการพูด การวางตัว จิตสาธารณะ การทำงานเป็นทีม ความเข้าใจตนเองและผู้อื่นอยู่ในระดับไม่มากเท่าที่ควร อาจเป็นเพราะในปีแรกการสร้างสัมพันธ์ภาพ การเข้าใจตนเองและผู้อื่นของบัณฑิตยังทำได้ไม่ดี อาจต้องใช้เวลาในการสร้างสัมพันธ์ภาพซึ่งกันและกัน ซึ่งระยะเวลาเป็นองค์ประกอบหนึ่งในการสร้างความสัมพันธ์ ยิ่งเวลานานขึ้น ความสัมพันธ์ยิ่งเพิ่มมากขึ้น และทำให้เกิดความเข้าใจร่วมกัน ไว้วางใจซึ่งกันและกันได้²⁵

ความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิตในภาพรวมเท่ากับ 3.90 คิดเป็นร้อยละ 78.00 อยู่ในระดับพึงพอใจมาก ด้านคุณธรรม จริยธรรมพึงพอใจมากที่สุดเท่ากับ 4.13 คิดเป็นร้อยละ 82.60 รองลงมาเป็นด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ เท่ากับ 4.02 คิดเป็นร้อยละ 80.40 และความพึงพอใจที่ต่ำที่สุดคือ ด้านทักษะทางปัญญาเท่ากับ 3.73 คิดเป็นร้อยละ 74.60 ซึ่งอยู่ในระดับเห็นด้วยมากสอดคล้องกับผลการสำรวจความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิตของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ในภาพรวมเท่ากับ 3.84 ด้านคุณธรรม จริยธรรมพึงพอใจมากที่สุดเท่ากับ 4.10 รองลงมาเป็นด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และความรับผิดชอบ เท่ากับ 3.92 และความพึงพอใจที่ต่ำที่สุดคือ ด้านทักษะทางปัญญาเท่ากับ 3.63²⁶

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ควรศึกษาต้นทุนในแต่ละด้านให้ละเอียดเพื่อปรับลดต้นทุนในสิ่งที่ไม่จำเป็นลงโดยเฉพาะต้นทุนในเรื่องสิ่งก่อสร้าง ครุภัณฑ์หรือการขยายการลงทุนต่าง ๆ ทั้งที่เป็นต้นทุนทางตรงและต้นทุนทางอ้อม

2. หากพิจารณาถึงต้นทุน-ผลได้ ของการจัดการศึกษาของคณะพยาบาลศาสตร์ถือว่าไม่คุ้มค่าต้นทุน ควรต้องปรับเพิ่มค่าลงเบียนจากเดิม เทอมละ 16,100 บาท เป็นเทอมละ 20,000 บาท หรือมากกว่า เพื่อปรับระดับของจุดคุ้มทุนให้เหมาะสม

3. จุดคุ้มทุนของการจัดการศึกษาต่อปีอยู่ในช่วง 1,244 -1,541 คน ควรประชาสัมพันธ์ ให้กลุ่มเป้าหมายรู้จักและสนใจเรียนในคณะพยาบาล มหาวิทยาลัยนเรศวร ในช่องทางต่างๆหรือวางแผนการตลาดเพื่อเพิ่มจำนวนนิสิตในแต่ละปี

4. ต้นทุน-ประสิทธิผลควรใช้ต้นทุนที่ต่ำที่สุดเพื่อให้ได้ผลได้ที่เท่า ๆ กัน ดังนั้น ผู้บริหารควรพิจารณาปรับ

กลยุทธ์ในการจัดการศึกษาเพื่อให้ได้ต้นทุนที่ต่ำที่สุด เช่น ส่งนิสิตไปฝึกปฏิบัติในแหล่งใกล้เคียงการเข้าหอพยาบาลในการจัดส่งนิสิตไปฝึกปฏิบัติตามแหล่งฝึกต่างๆ

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. การวิเคราะห์ต้นทุน ควรกำหนดขอบเขตให้ชัดเจนและครอบคลุมต้นทุนที่เกี่ยวข้องทั้งหมด และต้องวิเคราะห์ลงไปถึงต้นทุนของแต่ละหน่วยงานและกำหนดหลักเกณฑ์ที่เหมาะสมในการจัดกระจายต้นทุนจากหน่วยงานอื่นที่เป็นต้นทุนทางอ้อมในการผลิตทั้งหมดให้ได้ต้นทุนที่แท้จริง โดยที่หน่วยผลิตไม่ต้องแบกรับต้นทุนไว้มากเกินความเป็นจริง

2. วิจัยเปรียบเทียบต้นทุน-ประสิทธิผล ของการจัดการศึกษาทางการพยาบาลกับตัวแปรอื่น เช่น ประสิทธิภาพของการจัดการศึกษาแบบ Problem based learning หรือ Project based learning กับ อัตลักษณ์ของบัณฑิต

References

1. National Health Commission. Statute of The National health system No.2 2016. Nonthaburi: National Health Commission; 2016. (in Thai)
2. The Secretariat of the Council of Education. National education plan 2017-2036. Bangkok: The Secretariat of the Council of Education; 2017. (in Thai)
3. Usaho, C. Economic education theory: Allocation of educational resources, cost Measurement. [Internet] 2019. [cited 2019 November 25]. Available from <http://gotoknow.org/blog/model18>. (in Thai)
4. The Comptroller General's Department. The result of comparative analysis of unit costs of Higher education institution 2015. Bangkok: The Comptroller General's Department; 2016. (in Thai)
5. Chiang Mai University. Unit cast analysis of nursing graduates 2008. Chiang Mai: Planning Devision of Chiang Mai Uneversity; 2008. (in Thai)
6. Chiang Mai University. Unit cast analysis of nursing graduates 2009. Chiang Mai: Planning Devision of Chiang Mai Uneversity; 2009. (in Thai)
7. Narasual University. Unit cast analysis of nursing graduates 2013. Phitsanulok: Planning Devision of Narasual Uneversity; 2013. (in Thai)

8. Suntharayuth D. Economics of educational management. Bangkok: Netikul Printing Company Limited; 2010. (in Thai)
9. Milgram L, Spector A, Treger M. Understanding breakeven analysis. In managing smart Boston: Gulf Professional Publishing; 1999 p.384-385.
10. Singchangchai P. Health economics for health services. 3rd edition. Songkla: Chanmeung Printing; 2014. (in Thai)
11. Cleland VS, McKibbin RC. The Economics of nursing. Norwalk : Appleton & Lange; 1990.
12. Drummond MF, Stoddart GL, Torrance G.W. Methods for the economic evaluation of health care programmes. Oxford : Oxford University Press; 1994.
13. Gibson JH, John MI, James HD. Organizations : behavior structure and processes. (4th ed.), Austin, TX: Business Publications; 1982.
14. Lanen WN, Anderson SW, Maher MW. Fundamentals of cost accounting. 4th edition. USA: McGraw-Hill Irwin; 2014.
15. Raiborn CA, Kinney MR. Cost accounting principles. 8th edition. China: China Translation & Printing Services Limited; 2011
16. The Nursing Council of Thailand. Institute certification guide for the bachelor of nursing science program. Bangkok: Judthong Company Limited; 2013. (In Thai)
17. Chumniwigkorn S. The benefits and effectiveness Analysis of investing in human capital. In Human Resource Economics 5th edition. Bangkok: Sangchan Printing Partnership; 2014. Chapter 14/p 357-392. (In Thai)
18. Singhaweratham N, Mualprasitporn R, Sawaengdee K, Jitaram P, Tasabutr W. Unit cost of nursing production and breakeven point in student production in Praboromarajchanok Institute Journal of Health Science 2018;27(5): 936 – 47. (In Thai)
19. Ministry of Finance. Government wage rate structure. Bangkok: Comptroller General's Department; 2015. (In Thai)
20. Narasual University. The report of Employment rate of graduates analysis 2014. Phitsanulok: Planning Devision of Narasual Uneversity; 2016. (In Thai)
21. Chiang Mai University. The report of Employment rate of graduates 2017. Chiang Mai: Office of Educational Quality Development, Chiang Mai University; 2017. (In Thai)
22. Burapha University. The Employment rate of graduates 2017; [Internet] 2019. [cited 2019 November 25]. Available from <https://planning.buu.ac.th/>. (In Thai)
23. Prince of Songkla University. The Employment rate of graduates 2017. [Internet] 2019. [cited 2019 November 25]. Available from <http://www.planning.psu.ac.th/>. (In Thai)
24. Faculty of Nursing. Bachelor of Nursing Program (Curriculum update 2011). Phitsanulok: Naresuan University; 2011. (In Thai)

25. Intharatus K, Yenjabok P. Art of communication: interpersonal communication. [Internet] 2004. [cited 2019 November 25]. Available from <https://pirun.ku.ac.th/>. (In Thai)
26. Burapha University. The satisfaction in graduate nurse of employer 2017. (Internet) 2019. (cited 2019 November 25. Available from <https://planning.buu.ac.th/>. (in Thai)

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของข้าราชการ
ที่เกษียณอายุราชการEffects of Health Promoting Program on Health Behavior among
Retired Government Officers

Received: Jan 27, 2020

Revised: Feb 24, 2020

Accepted: Feb 28, 2020

ปรีชา เกยไชย พย.ม. (Parisa Koeychai, M.N.S.)¹วารี กังใจ พย.ด. (Waree Kangchai, D.N.S.)²สหทัย รัตนจรณะ ปร.ด. (Sahattaya Rattana Jarana, Ph.D.)³

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของข้าราชการที่เกษียณอายุราชการ กลุ่มตัวอย่างเป็นข้าราชการที่เกษียณอายุราชการซึ่งมีอายุครบ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดชลบุรีและเป็นสมาชิกชมรมข้าราชการบำนาญจังหวัดชลบุรี จำนวน 60 คน ที่ได้มาด้วยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่ายแบ่งเป็น กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและสถิติ ที

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าก่อนการทดลอง ($t=-4.82$, $p<.001$) และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-2.727$, $p<.001$) ผลการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าพยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพควรประยุกต์โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพไปใช้ในข้าราชการที่เกษียณอายุราชการ เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพ, ข้าราชการที่เกษียณอายุราชการ

¹ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา E-mail: onlypor1@hotmail.com

² Corresponding author ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา E-mail: wareek@buu.ac.th

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา E-mail: sahattar@yahoo.com

Faculty of Nursing Burapha University, Chonburi, Thailand

Abstract

This quasi-experimental study aimed to assess the effect of health promoting program on health behavior among retired government officers. Samples consisted of 60 retired government officers (both male and female); all were membership of retired government club in Chon Buri province. Equally, 30 samples were randomly assigned to either the experimental or the control groups. The experimental group received the Health Promoting Program, whereas the control group received the usual care. Data were collected using a set of questionnaires (the personal information questionnaire and health behavior questionnaire). Data were analyzed using descriptive statistics and t-test.

Results revealed that health behaviors mean score at post-test in the experimental group was significantly higher than pre-test mean score ($t = -4.82$; $p < .001$); and higher than those of the control group ($t = -2.727$; $p < .001$). The results also suggested that nurses and healthcare providers should implement this health promoting program to promote better health behaviors of retired government officers.

Keywords: health promoting program, health behaviors, government officers

บทนำ

การเกษียณอายุราชการกำหนดเมื่ออายุ 60 ปี บริบูรณ์ ตามพระราชบัญญัติบำเหน็จบำนาญ (ฉบับที่ 13) พ.ศ.2523¹ การเกษียณอายุเป็นภาวะการเปลี่ยนผ่านที่สำคัญของชีวิตคือมีการเปลี่ยนแปลงสถานภาพในเวลาเดียวกันถึงสองบทบาท คือ สถานภาพการเป็นผู้สูงอายุและเป็นผู้เกษียณอายุราชการ ซึ่งพบว่าการเกษียณอายุราชการนั้นส่งผลกระทบต่อข้าราชการที่เกษียณอายุราชการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ² ผลกระทบด้านร่างกายเกิดจากวัยสูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย มีการเสื่อมถอยของอวัยวะที่นำไปสู่การเจ็บป่วย ซึ่งในผู้สูงอายุมักพบการเจ็บป่วยที่เป็นปัญหาเรื้อรังและมีมากกว่า 1 โรค³ ผลกระทบด้านจิตใจนั้นพบว่า เมื่อข้าราชการที่เกษียณอายุราชการมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอาชีพและรายได้ที่ลดลง มีการเปลี่ยนแปลงด้านกิจวัตรประจำวันบทบาทและกิจกรรมต่าง ๆ⁴ มีการยอมรับจากผู้อื่นลดลง เนื่องจากอำนาจที่เคย

มีอยู่หมดไปทำให้ข้าราชการที่เกษียณอายุราชการรู้สึกว่าคุณค่าของตัวเองด้อยคุณค่า ซึ่งสิ่งเหล่านี้ถ้าข้าราชการที่เกษียณอายุราชการไม่สามารถปรับตัวได้ จะทำให้รู้สึกหงุดหงิด ซึมเศร้า คิดว่าตนเองหมดความหมาย ไม่มีคุณค่า⁵ ส่วนด้านสังคมพบว่า การเกษียณอายุราชการเป็นการถอยบทบาทออกจากสังคม ข้าราชการที่เกษียณอายุราชการจะลดบทบาททางสังคม มีการพบปะบุคคลอื่นน้อยลง ขาดการพบปะกับเพื่อนร่วมงาน มีการหาเงินจากเพื่อนฝูง ทำให้เกิดความเหงาและว้าเหว่ ส่งผลให้เกิดการแยกตัว ส่วนด้านเศรษฐกิจนั้นพบว่า เมื่อเกษียณอายุราชการรายได้จะลดลง ในขณะที่รายจ่ายอาจพบมากขึ้นเนื่องด้วยมีโรคเรื้อรัง ทำให้มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจตามมา⁶ นอกจากนี้ ยังพบว่าการเปลี่ยนแปลงจากการเกษียณอายุราชการนั้นส่งผลกระทบต่อทัศนคติ สุขภาพและสุขภาพของข้าราชการที่เกษียณอายุราชการด้านพฤติกรรมสุขภาพนั้น จากการศึกษาพบว่า ข้าราชการที่

เกษียณอายุราชการนั้นยังขาดความตระหนักในการมีพฤติกรรมสุขภาพ โดยยังคงมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางสุขภาพ ให้ความสำคัญต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพน้อย และขาดการบูรณาการพฤติกรรมสุขภาพในชีวิตประจำวัน จึงพบว่าปัญหาที่สำคัญที่สุดภายหลังเกษียณอายุราชการ คือ ปัญหาสุขภาพ⁷ ดังข้อมูลสถิติการรักษาพยาบาลข้าราชการ ในปี พ.ศ. 2553⁸ พบว่า ข้าราชการที่เกษียณอายุราชการมีการเจ็บป่วยและเข้าใช้บริการด้านการแพทย์ถึงร้อยละ 25.00 หรือร้อยละ 6.2 ครั้งต่อคนต่อปี หรือคิดเป็นประมาณสองเท่าของอัตราการใช้บริการเฉลี่ยในทุกกลุ่มอายุ ส่วนอัตราการใช้บริการผู้ป่วยในของข้าราชการที่เกษียณอายุราชการอยู่ที่ 0.23 ครั้งต่อคนต่อปี สูงเป็นสองเท่าของอัตราการใช้บริการผู้ป่วยในเฉลี่ยทุกกลุ่มอายุ

สำหรับพฤติกรรมสุขภาพนั้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของข้าราชการที่เกษียณอายุงาน ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้อุปสรรคของการมีพฤติกรรมสุขภาพ⁹ ซึ่งสามารถอธิบายตามแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ Pender, Murdaugh และ Parsons¹⁰ ได้ว่า บุคคลสามารถเรียนรู้ ตัดสินใจ แก้ปัญหาและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ด้วยตนเอง โดยประกอบด้วย 3 มโนทัศน์หลัก ได้แก่ 1) ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล ประกอบด้วยพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีตและปัจจัยส่วนบุคคลซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลกับความคิดและอารมณ์ 2) ความคิดและอารมณ์ที่เฉพาะต่อพฤติกรรม เป็นมโนทัศน์ที่สัมพันธ์กับแรงจูงใจในการเกิดพฤติกรรมสุขภาพ และเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมทางการพยาบาลเพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยมโนทัศน์ย่อย 6 มโนทัศน์ ได้แก่ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน กิจกรรมและอารมณ์ที่เกี่ยวข้อง อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลจากสถานการณ์ และ 3) ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม ที่ส่งผลต่อสุขภาพในทางบวก โดยเมื่อบุคคลได้ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจนเป็นแบบแผนการดำรงชีวิต จะส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ซึ่งประกอบ

ไปด้วยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านภาวะโภชนาการ ด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด ทั้งนี้พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพถึง ร้อยละ 79.00 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพถึงร้อยละ 86.00 และอิทธิพลระหว่างบุคคล โดยเฉพาะการสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ถึงร้อยละ 64.00

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์โดยใช้มโนทัศน์ด้านลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและด้านความคิดและอารมณ์ที่เฉพาะต่อพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการรับรู้อุปสรรคของการมีพฤติกรรมสุขภาพ ด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองนั้น เป็นคุณลักษณะที่บุคคลมีความรู้สึกต่อตัวตนของตนเองทั้งที่พอใจและไม่พอใจ ความเข้มแข็ง การบรรลุเป้าหมายและความสำเร็จ เป็นสิ่งที่สนับสนุนให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง แม้ว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจะมีการพัฒนาขึ้นตลอดเวลา แต่เท่าการเรียนรู้สามารถแสดงให้เห็นว่า ระดับของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสามารถเปลี่ยนแปลงได้ ซึ่งจากงานวิจัยพบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากเมื่อผู้สูงอายุรู้สึกกว่าตนเองมีคุณค่าเกิดความรู้สึกทางบวกต่อตนเองจะเป็นแรงผลักดันและแรงจูงใจต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่ทำให้ตนเองมีความสุขหรือมีความเป็นอยู่ที่ดี¹¹ ส่วนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นการตัดสินใจของบุคคลต่อความสามารถของตนเองในการดำเนินการจัดการเกี่ยวกับการกระทำซึ่งเป็นโดยเฉพาะบุคคล การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นการตัดสินใจว่าบุคคลคนหนึ่งจะมีความสามารถในการทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งให้สำเร็จอย่างแน่นอน โดยการปฏิบัติการสำหรับการรับรู้อุปสรรคของการกระทำนั้น เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความไม่พร้อม ความไม่สะดวก ค่าใช้จ่าย ความยาก หรือแม้กระทั่งเวลาที่ปฏิบัติพฤติกรรม อุปสรรคนี้ มีผลต่อความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรม หากมีการรับรู้อุปสรรคสูงมักไม่เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

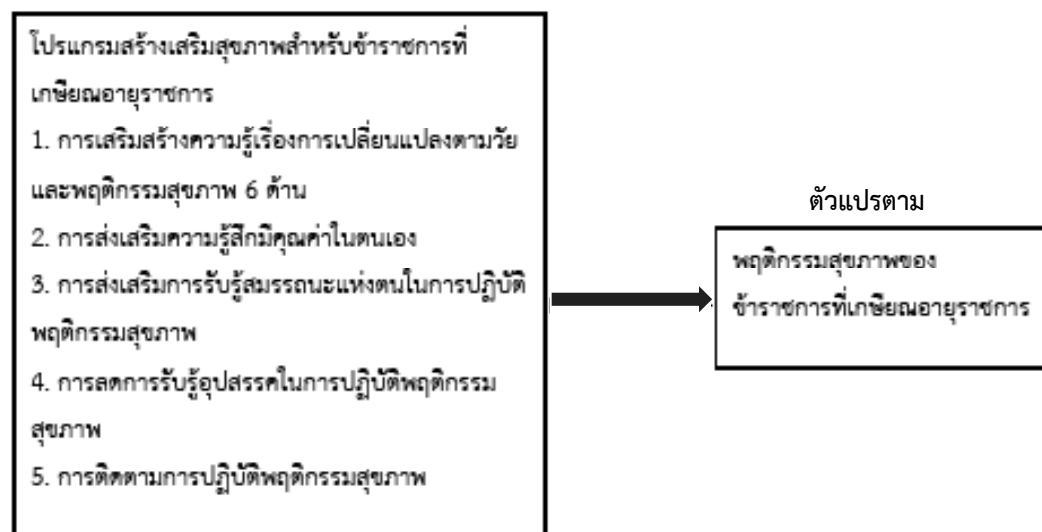
จากการศึกษาพบว่า มีผู้ประยุกต์ใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเตอร์ในการจัดโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ อาทิเช่น โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อม¹² ที่พบว่า หลังจากผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อมได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตดีขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง¹³ ที่พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระยะเวลาหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบว่ามีการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในข้าราชการที่เกษียณอายุราชการ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในข้าราชการที่เกษียณอายุราชการที่ประยุกต์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเตอร์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพที่มีลักษณะเฉพาะและสอดคล้องกับบริบทของข้าราชการที่เกษียณอายุราชการ ผลจากการวิจัยครั้งนี้จะเป็น

แนวทางให้การพยาบาลนำไปประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมให้ข้าราชการที่เกษียณอายุราชการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยพัฒนาโดยประยุกต์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเตอร์ โดยเลือกมโนทัศน์ด้านลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และด้านความคิดและอารมณ์ที่เฉพาะต่อพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการรับรู้อุปสรรคของการมีพฤติกรรมสุขภาพ มากำหนดกิจกรรมอย่างมีแบบแผนที่ประกอบด้วย การเสริมสร้างความรู้เรื่องการเปลี่ยนแปลงตามวัยและพฤติกรรมสุขภาพ 6 ด้าน การส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การลดการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้ข้าราชการที่เกษียณอายุราชการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้

ตัวแปรต้น



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลองและระยะหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลองและระยะหลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในระยะหลังการทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม
2. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในระยะหลังการทดลองมากกว่าระยะก่อนการทดลอง

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ข้าราชการที่เกษียณอายุราชการซึ่งมีอายุครบ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดชลบุรีและเป็นสมาชิกชมรมข้าราชการบำนาญจังหวัดชลบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ข้าราชการที่เกษียณอายุราชการซึ่งมีอายุครบ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดชลบุรีและเป็นสมาชิกชมรมข้าราชการบำนาญจังหวัดชลบุรี ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ คือ สามารถช่วยเหลือตนเองได้และไม่มีภาวะสมองเสื่อม ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเริ่มต้นจากรวบรวมรายชื่อข้าราชการที่เกษียณอายุราชการที่เป็นสมาชิกชมรมข้าราชการบำนาญ จังหวัดชลบุรี หลังจากนั้น ผู้วิจัยทำการคัดกรองตามคุณสมบัติตามเกณฑ์บางส่วนแล้วจัดทำบัญชีรายชื่อชุดใหม่ และทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Random assignment) กลุ่มละ 30 คน

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยครั้งนี้กำหนดโดยใช้หลักอำนาจการทดสอบ (Power analysis) กำหนดค่า Alpha เท่ากับ .05 Power เท่ากับ .80 และ Effect size เท่ากับ .20 จากนั้น นำไปเปิดตาราง Estimated sample

size requirement as function of effect size¹⁴ ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 25 คน และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายร้อยละ 20 จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ตามเอกสารรับรองเลขที่ 06-09-2559 ก่อนการเข้าร่วมโครงการผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และชี้แจงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย และมีการลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และเพื่อเป็นการรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างแบบสอบถามทุกชุดจะไม่ระบุชื่อ-นามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลทุกอย่างผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับและดำเนินการอย่างรัดกุมปลอดภัย และจะได้รับทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัยแล้ว การเผยแพร่ผลการวิจัยจะนำเสนอเชิงวิชาการและในภาพรวมเท่านั้น สำหรับการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มควบคุมผู้วิจัยมอบคู่มือและให้ข้อมูลต่างๆ ตามความสนใจของกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 6 หลังการตอบแบบสอบถามระยะหลังการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วน ดังนี้

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมหลังการเกษียณอายุราชการ

1.2 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ เป็นคำถามที่ครอบคลุมพฤติกรรมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางกาย ภาวะโภชนาการ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด จำนวน 40 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

ประกอบด้วยโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ คู่มือส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ

สื่อวีดิทัศน์เกี่ยวกับการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ โมเดลอาหาร ตัวแบบ สไลด์ประกอบการบรรยาย และใบงาน เรื่องเหตุการณ์ที่ประสบความสำเร็จในอดีต โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพนี้มีกิจกรรม 3 ครั้ง ๆ ละ 1-2 ชั่วโมง แต่ละครั้งห่างกัน 2 สัปดาห์ ใช้เวลาทั้งสิ้น 6 สัปดาห์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยนำโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 2 ท่าน พยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุ 2 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องและครอบคลุมของเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ จากนั้น นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะภายใต้คำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยนำแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ซึ่งเป็นข้าราชการที่เกษียณอายุราชการ ในชมรมข้าราชการบำนาญ ในจังหวัดชลบุรี จำนวน 20 ราย แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สูตร Cronbach' alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่น .86

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและการทดลอง

เก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการทดลอง ตามขั้นตอนต่อไปนี้

กลุ่มทดลอง

1. ระยะก่อนทดลอง: ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลที่ชมรมข้าราชการบำนาญ จังหวัดชลบุรี ด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ในสัปดาห์ที่ 1

2. ระยะดำเนินการทดลอง: ผู้วิจัยดำเนินการกิจกรรมตามโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพที่ชมรมข้าราชการบำนาญ จังหวัดชลบุรี ในสัปดาห์ที่ 1, 3 และ 6 ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมครั้งที่ 1: จัดกิจกรรมที่ชมรมข้าราชการบำนาญ จังหวัดชลบุรี กิจกรรมประกอบด้วย 1) การเสริมสร้างความรู้เรื่องการเปลี่ยนแปลงตามวัยและพฤติกรรมสุขภาพ 6 ด้าน ใช้เวลา 30 นาที 2) กิจกรรมการส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยแบ่งเป็นกลุ่มย่อยกลุ่มละ

10 คน ให้แต่ละคนแลกเปลี่ยนข้อมูล และประสบการณ์ในอดีตที่มีความภาคภูมิใจและสามารถทำได้จนเกิดความสำเร็จ หลังจากนั้น ให้ใช้ใบงานเรื่องเหตุการณ์ที่ประสบความสำเร็จในอดีต โดยให้สร้างสรรค์ผลงานทางศิลปะที่เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ประสบความสำเร็จที่ทำให้เกิดความภาคภูมิใจ และรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ลงบนกระดาษ หลังจากนั้น ให้ตัวแทนถ่ายทอดประสบการณ์จากใบงานศิลปะที่ได้สร้างสรรค์ขึ้นเพื่อให้กลุ่มได้รับรู้ร่วมกันถึงความภาคภูมิใจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ในเหตุการณ์ที่ประสบความสำเร็จ กิจกรรมนี้ใช้เวลา 30 นาที 3) การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย ด้านประสบการณ์ที่เรียนรู้ด้วยตนเอง โดยให้ร่วมพูดคุยก่อนเล่าการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพจนสำเร็จได้ด้วยตนเองและฝึกปฏิบัติในพฤติกรรมสุขภาพนั้น ๆ จนสามารถทำสำเร็จได้ด้วยตนเอง ด้านการได้เห็นตัวแบบโดยให้เห็นตัวแบบจริงจากข้าราชการที่เกษียณอายุราชการด้วยกันเองที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมด้านการชักจูงด้วยคำพูดโดยกล่าวชมเชย กระตุ้นให้กำลังใจ และด้านการกระตุ้นอารมณ์โดยเปิดโอกาสให้ซักถาม แสดงความคิดเห็น ระบายความรู้สึก กิจกรรมนี้ใช้เวลา 20 นาที 5) การลดการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

โดยให้วิเคราะห์พฤติกรรมที่จะนำมาเป็นเป้าหมายเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมที่คิดว่าทำได้และทำไม่ได้ รวมทั้งอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและร่วมกันหาแนวทางแก้ไขเพื่อเอาชนะต่ออุปสรรคที่มีต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพได้ โดยมีการใช้สื่อ วีดิทัศน์ และตัวแบบ กิจกรรมนี้ใช้เวลา 20 นาที

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมครั้งที่ 2: จัดกิจกรรมที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน เป็นการประเมินและติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพต่าง ๆ ตามกิจกรรมที่ได้รับจากโปรแกรมวางแผนร่วมกันในการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก และประสบการณ์ที่ผ่านมาเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ทบทวน สรุปประเด็นสำคัญเกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ตนเองทำได้และสำเร็จ เพื่อเป็นการแสดงพลัง ความเชื่อมั่นว่าตนเองนั้นจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ได้ด้วยตนเองและจะสามารถเผชิญอุปสรรคต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามาด้วยความมั่นใจและนำไปสู่ความรู้สึกมี

คุณค่าในตนเอง กิจกรรมนี้ใช้เวลา 60-90 นาที

สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรมครั้งที่ 3: จัดกิจกรรมชมรมข้าราชการบำนาญ จังหวัดชลบุรี เป็นการประเมินและติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพต่าง ๆ ตามกิจกรรมที่ได้รับจากโปรแกรม วางแผนร่วมกันในการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก และประสบการณ์ที่ผ่านมาเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ทบทวน สรุปประเด็นสำคัญเกี่ยวกับความรู้สึกรู้สึกนึกคิดที่มีต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ตนเองทำได้และสำเร็จ เพื่อเป็นการแสดงพลัง ความเชื่อมั่นว่าตนเองนั้นจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ได้ด้วยตนเองและจะสามารถเผชิญอุปสรรคต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามาด้วยความมั่นใจและนำไปสู่ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ถูกต้องและเหมาะสมและชักจูงให้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ นั้น ๆ ต่อไป กิจกรรมนี้ใช้เวลา 60-90 นาที

3. ระยะหลังการทดลอง: ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลที่ชมรมข้าราชการบำนาญด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพชุดเดิม ยกเว้นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ในสัปดาห์ที่ 6 หลังจากผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพเสร็จสิ้น

กลุ่มควบคุม

1. ระยะก่อนทดลอง ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลที่ชมรมข้าราชการบำนาญ จังหวัดชลบุรี ด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ในสัปดาห์ที่ 1 หลังจากนั้นกลุ่มตัวอย่างได้รับกิจกรรมการดูแลตามปกติของชมรม เช่น การสวดมนต์ การทำงานฝีมือ สิ่งประดิษฐ์ เป็นต้น

2. ระยะหลังการทดลอง ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลที่ชมรมข้าราชการบำนาญ ด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพชุดเดิม ยกเว้นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติพรรณนา คือความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ independent t-test และเปรียบเทียบ

ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนทดลองและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ paired t-test

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยมีดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มทดลองเป็นเพศหญิงร้อยละ 90.00 มีช่วงอายุ 60-69 ปีร้อยละ 76.80 มีสถานภาพคู่ร้อยละ 46.60 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 96.60 มีความเพียงพอของรายได้ร้อยละ 80.00 มีโรคประจำตัวร้อยละ 73.30 และมีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมหลังเกษียณอายุราชการเป็นบางครั้งร้อยละ 66.60 ส่วนกลุ่มควบคุมเป็นเพศชายร้อยละ 60.00 มีช่วงอายุ 60-69 ปีร้อยละ 76.80 มีสถานภาพคู่ร้อยละ 80.00 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 90.00 มีความเพียงพอของรายได้ร้อยละ 86.60 มีโรคประจำตัวร้อยละ 70.00 และมีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมหลังเกษียณอายุราชการเป็นบางครั้งร้อยละ 73.30 เมื่อเปรียบเทียบลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) แสดงว่าก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีลักษณะทั่วไปเท่าเทียมกันก่อนได้รับการทดลอง

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในระยะก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างกัน ($t = -.163$, $p > .05$) แสดงว่าก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเท่าเทียมกันก่อนได้รับการทดลอง

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.001$

4. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มทดลองระหว่างระยะก่อนการทดลองและระยะหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในระยะหลังการทดลองมากกว่าระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.001$

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพระยะก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 60)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	mean	SD.	mean	SD.		
พฤติกรรมสุขภาพ	125.53	13.0	124.97	13.8	-.163	> .05

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลอง (n = 60)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	mean	SD.	mean	SD.		
พฤติกรรมสุขภาพ	134.37	13.3	124.90	13.6	-2.727	< .001

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มทดลองระหว่างระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลอง (n = 30)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	mean	SD.	mean	SD.		
พฤติกรรมสุขภาพ	125.53	13.0	134.37	13.3	-4.82	< .001

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายได้ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในระยะหลังการทดลองมากกว่าระยะก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้ อธิบายได้ดังนี้

1. การเสริมสร้างความรู้เรื่องการเปลี่ยนแปลงตามวัยและพฤติกรรมสุขภาพ 6 ด้านที่เหมาะสมโดยใช้สื่อและกลวิธีการสร้างเสริมสุขภาพต่างๆ ประกอบด้วย คู่มือการสร้างเสริมสุขภาพโมเดลอาหาร วิดีทัศน์การออกกำลังกาย การสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กิจกรรมถามตอบ การสาธิต การสาธิตย้อนกลับ ซึ่งจะทำให้เกิดการพัฒนาความรู้ของกลุ่มตัวอย่างให้เพิ่มขึ้น ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพเหล่านี้จะมีอิทธิพลโดยตรงต่อปัจจัยด้านอารมณ์และการรู้คิดที่

เฉพาะกับพฤติกรรมและมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอีกทั้งความรู้ยังเป็นปัจจัยนำที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างแสดงพฤติกรรมออกมา เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องใดเรื่องหนึ่งก็จะนำมาซึ่งการปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสม กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างจะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพใด ๆ ก็ตาม กลุ่มตัวอย่างต้องมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องความรับผิดชอบต่อสุขภาพ มีกิจกรรมทางกาย การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด ความรู้ความเข้าใจที่แท้จริงที่กลุ่มตัวอย่างได้รับนี้สามารถนำมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองให้ถูกต้อง

2. การส่งเสริมความรู้สึกรักมีคุณค่าในตนเอง หลังจากกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมแลกเปลี่ยนข้อมูล และประสบการณ์ในอดีต พร้อมเล่าเรื่องเหตุการณ์ที่ประสบความ

สำเร็จในอดีตที่ทำให้มีความภาคภูมิใจจะช่วยส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกในทางบวก ช่วยเพิ่มการรับรู้ในทางบวกของบุคลิกภาพและการมีสติถึงผลลัพธ์ในการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองนี้เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ¹⁵ เมื่อกลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เกิดความรู้สึกทางบวกและเป็นแรงผลักดันให้ตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อให้ตนเองมีความสุขและมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดี

3. การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การวิจัยครั้งนี้ส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนให้กลุ่มตัวอย่างตามแนวคิดของ Bandura¹⁶ ที่เชื่อว่า ความเชื่อมั่นในตนเองเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อการเกิดพฤติกรรมของบุคคล เมื่อบุคคลเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะทำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้น ดังนั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความมั่นใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ก็จะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นได้อย่างมั่นใจ ซึ่งอธิบายได้ดังนี้

3.1 ประสิทธิภาพของความสำเร็จจากการลงมือกระทำ การที่กลุ่มตัวอย่างได้ฝึกทักษะและปฏิบัติการออกกำลังกาย การคำนวณแคลอรีอาหารที่รับประทาน การผ่อนคลายความเครียด จนสำเร็จ ความสำเร็จนั้นจะชักนำให้กลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าตนเองมีความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ ประสิทธิภาพที่ประสบความสำเร็จของกลุ่มตัวอย่างนั้น เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง นอกจากนี้ ถ้ากลุ่มตัวอย่างสามารถเอาชนะความล้มเหลวที่เคยเกิดขึ้นได้ในภายหลังจะยิ่งสามารถภูมิใจให้เชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนยิ่งขึ้น ซึ่งการส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความจำเป็นอย่างยิ่งให้เกิดทักษะอย่างพอเพียงที่จะทำกิจกรรมให้ประสบความสำเร็จได้ พร้อมกับได้รับการเสริมแรง เช่น ได้รับคำชมเชย เพื่อทำให้รับรู้ ว่า ตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ เช่นนั้นได้ ซึ่งทำให้กลุ่มตัวอย่างได้ใช้ทักษะจากการฝึกฝนได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด

3.2 การได้เห็นตัวแบบ การวิจัยครั้งนี้จัดให้กลุ่มตัวอย่างเห็นตัวแบบมีชีวิตที่เป็นข้าราชการที่เกษียณอายุราชการที่ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติกิจกรรมสุขภาพ ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้มีโอกาสสังเกตและมีปฏิสัมพันธ์โดยตรงไม่ต้องผ่านสื่อต่าง ๆ จึงมั่นใจได้ว่าพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงออกมานั้นเหมาะสมและสามารถนำไปปฏิบัติได้เพราะมีความคล้ายคลึงกับตนเอง ซึ่งจะมีอิทธิพลให้เกิดการคล้อยตามและเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองว่าสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้นได้ด้วยตนเอง

3.3 การชักจูงด้วยคำพูด ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างภายในกลุ่มมีการให้กำลังใจ พุดชักจูง แนะนำ ชื่นชม พร้อมทั้งให้คำมั่นสัญญาว่าจะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพไปด้วยกันจนสำเร็จ ซึ่งการใช้เหตุผลอธิบายตามหลักการกระตุ้นทางอารมณ์และการสังเกตจากตัวแบบ ทั้งที่เป็นตัวแบบที่เป็นบุคคลจริงและตัวแบบสัญลักษณ์ ได้แก่ คู่มือสร้างเสริมสุขภาพ จะช่วยทำให้กลุ่มตัวอย่างเห็นตัวแบบแล้วเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำได้อีกทั้งยังเป็นกระบวนการที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมตามตัวแบบ ทำให้เชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมได้สำเร็จ ทำให้เกิดกำลังใจและความมั่นใจ จึงนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามมา

3.4 สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ การเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถาม แสดงความคิดเห็น เกี่ยวกับสภาวะร่างกายที่แข็งแรง การมีภาวะสุขภาพที่ดีทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น เช่นกันกับสภาวะด้านอารมณ์ กลุ่มตัวอย่างได้มีการแสดงถึงภาวะอารมณ์ทางบวก เช่น รู้สึกมีความสุข รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความพอใจ จะส่งผลให้มีความเชื่อในความสามารถแห่งตนเพิ่มขึ้น นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมตามมาเช่นกัน

4. การลดการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การกลุ่มตัวอย่างได้ร่วมกันค้นหาปัญหาที่คาดว่าจะเป็อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยให้ประเมินปัญหา หรือสิ่งที่คาดว่าจะเป็อุปสรรคต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง มีการใช้สื่อ วิดีทัศน์ ต้นแบบ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้เห็นประสบการณ์การเอาชนะอุปสรรค

ที่เกิดจากการประเมินสิ่งที่คาดว่าจะจะเป็นอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง ทำให้เกิดกระบวนการคิดใหม่เพื่อหาวิธีการแก้ปัญหาและเอาชนะอุปสรรคของตนเอง จึงนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เนื่องจากการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพ¹⁷

ดังนั้น จึงพบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพจึงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าระยะก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Kattika, Jiraporn, Chanokporn¹¹ ที่พบว่าผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อมที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อมที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Chanidsara¹² ที่พบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Walainaree, Jeerawan¹⁸ ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพสามารถส่งเสริมให้ข้าราชการที่เกษียณอายุราชการ มีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น จึงควรส่งเสริมให้มีการนำโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพนี้ไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพข้าราชการที่เกษียณอายุราชการต่อไป

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

การวิจัยครั้งต่อไปควรมีการติดตามผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพสำหรับข้าราชการที่เกษียณอายุในระยะยาว เช่น 3 เดือน 6 เดือน เพื่อประเมินความคงอยู่ของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพ

References

1. Council of State. Government pension act A.D. 1951. (copied documents). ; 1996. Available from <http://www.gpf.or.th/download/act-eng.pdf> (In Thai).
2. Thidarat A, Phraephun M. Financial planning for retirement among provincial electricity authority employees. [M.A.Thesis]. Nakorn Pathom: Silpakorn University, 2007. (in Thai).
3. Wilaiwan T. Science and Art of Gerontological Nursing. 2nd ed. Bangkok: Textbook project, Faculty of Nursing Mahidol University; 2013. (in Thai).
4. Jurairut, H. Self –care behavior on retired military officials. [master thesis]. Chiangmai: Chiangmai University; 1998. (in Thai).
5. Poom N. Work after retirement of personnel Chiangmai University. [master thesis]. Chiangmai: Chiangmai University; 2004. (in Thai).
6. Penprapa B. Preparation before retirement. Journal of Princess Narathiwat Ratchanakarin Univerity: Humanities and social sciences 2015;2(1):82-92. (in Thai).
7. Praphaporn M. Development of a health promotion model for pre-retired teachers. [doctoral thesis]. Phitsanulok: Naresuan University; 2005. (in Thai).

8. Health insurance system research office. Outpatient database [Internet]. 2012. [cited 2016 March 8]. Available from <http://www.hisro.or.th/main/index.php>. (in Thai).
9. Jarasrach Y. Factors influencing health promoting behavior among retired government officials in Srisakate province. [master thesis]. ChonBuri: Burapha Univerity; 2014. (in Thai).
10. Pender N, Murdaugh C, Parsons M. Health promotion in nursing practice. 7th ed. New Jersey: Pearson Education; 2015.
11. Kattika T, Jiraporn K, Chanokporn J. Factors related to health promoting behaviors among older adults: a meta-analysis. Journal of Nursing Science 2010;28(3):60-8
12. Chanidsara T. Effect of health behavior promotion program on health promoting behaviors and quality of life among elderly with osteoarthritis. [master thesis]. ChonBuri: Burapha Univerity; 2014. (in Thai).
13. Ratchawan T, Jureporn J. Effect of health promotion program on health behaviors among the hypertensive elderly. [Internet]. 2012 [cited 2016 July 15] Available from [http:// mis.cola.kku.ac.th](http://mis.cola.kku.ac.th).
14. Polit DF, Beck CT. Nursing research principle and methods 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
15. Wassana K. Factor predicting health promoting behaviors among the elderly with hypertension. [master thesis]. Chiangmai: Chiangmai University; 2004. (in Thai).
16. Bandura A. Self-efficacy changing societies. (3rd)., Cambrideg: Cambrideg University Press; 1999.
17. Primprapha K, Chanjar S, Pakorn P, Wiroj W. Factors predicting health promoting behaviors among government officials with dyslipidemia. Journal of Nursing and Health Sciences 2011;5(3): 17-28. (in Thai).
18. Walainaree P, Jeerawan U. Effects of health promotion program on elderly in Pathumthani province. Journal of Pacific Institute of Management Science 2017;4(1):59-67 (in Thai).

บทความวิจัย

โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้

Improvement of Self-Management Program in Uncontrolled Type II Diabetes Patients

Received: May 7, 2019

Revised: May 30, 2019

Accepted: Jun 5, 2019

กนกวรรณ ดั่งกัลด์ พย.ม. (Kanokwan Duangklad, M.N.S.)¹ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา Ph.D. (Punyarat Lapvongwatana, Ph.D.)²ณัฐกมล ชาญสาธิตพร Sc.D. (Natkamol Chansatitporn, Sc.D.)³

บทคัดย่อ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานต้องสามารถจัดการตนเองเพื่อควบคุมค่าน้ำตาลในเลือดให้เหมาะสมและลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมค่าน้ำตาลในเลือด จำนวน 50 คน โดยสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากเข้ากลุ่มทดลอง จำนวน 25 คน ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองที่ประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการของ Creer โดยการให้ความรู้ สร้างความตระหนักรู้ สร้างเสริมทักษะและพฤติกรรมในการจัดการตนเอง และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 25 คน ดำเนินการทดลองตามโปรแกรมระยะการทดลอง 4 สัปดาห์ ในสัปดาห์ที่ 1, 2 และ 4 เก็บรวบรวมข้อมูล หลังการทดลองทันทีในสัปดาห์ที่ 4 และระยะติดตามในสัปดาห์ที่ 8 วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ Repeated measures ANOVA และ Independent t-test

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ความตระหนักรู้ในโรคเบาหวาน ทักษะการจัดการตนเองและพฤติกรรมการจัดการตนเองในการควบคุมโรคเบาหวาน มากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ค่าเฉลี่ยค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง (FBS) ของกลุ่มทดลองลดลงจากก่อนการทดลองและลดลงต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

สรุปได้ว่าโปรแกรมห่วงการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีทักษะการจัดการตนเองและมีพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคเบาหวาน สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้และสามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ ได้

คำสำคัญ: การจัดการตนเอง, ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2, ควบคุมค่าน้ำตาลไม่ได้

¹นักศึกษาลัทธิศรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: bkk047@hotmail.com

²ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: punyarat.lap@mahidol.ac.th

³ภาควิชาชีวสถิติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: nutkamol.cha@mahidol.ac.th

^{1,2}Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok, Thailand

³Department of Biostatistics, Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok, Thailand

Abstract

Diabetes is a non-communicable and incurable disease. Patients with diabetes mellitus type II need to self-manage in order to obtain a normal blood sugar and reduce diabetic complications. This quasi-experimental study aimed to examine the effect of self-management enhancing program in uncontrolled diabetes type II. Samples were 50 patients with uncontrolled diabetes mellitus type II. The experimental group (n = 25) received the self-management enhancing program guided concepts of Creer aiming to providing knowledge, raising awareness skills and behaviors of diabetes self-management. The comparison group included 25 participants. The experimental period was 4 weeks (the 1st, 2nd and 4th week). Data were collected using questionnaire before, immediately, after the intervention in week 4, and follow up in week 8. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, repeated measure ANOVA and Independent t-test.

Results revealed that immediately after the participation, the mean scores of diabetes mellitus knowledge, awareness of diabetes mellitus, and skills and behaviors of diabetes self-management to control diabetes were statistically significantly higher than those before the intervention and comparison group (p-value <.001). Comparing with the control group, the intervention group had significant lower mean score of fasting blood sugar than the control group and before intervention (p-value <.001).

Findings of this study indicate that diabetes self-management enhancing program leads to better control of diabetes mellitus type II and might be used with other groups.

Keywords: self-management, patients with diabetes mellitus type II, uncontrolled blood sugar

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขสำคัญทั่วโลก และมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ จากข้อมูลของสหพันธ์เบาหวาน¹ รายงานว่าในปี พ.ศ. 2558 มีจำนวนผู้ที่เป็นโรคเบาหวานทั่วโลก 415 ล้านคน มีกลุ่มเสี่ยงที่จะเปลี่ยนเป็นผู้ที่เป็นโรคเบาหวานรายใหม่ จำนวน 318 ล้านคน ในประชากรจำนวน 10 คน จะพบว่าเป็นผู้ที่เป็

ล้านคน² สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2557 มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานทั้งหมด 11,389 ราย หรือเฉลี่ยวันละ 32 คน คิดเป็นอัตราการตายด้วยโรคเบาหวาน 17.5 ต่อแสนประชากร และพบผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีมีเพียงร้อยละ 37.90³

จากการทบทวนวรรณกรรม⁴⁻⁷ เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง (FBS) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมค่าน้ำตาลในเลือดได้ พบว่าการขาดความรู้ในเรื่องโรคเบาหวาน การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกาย การรับประทานยาไม่ถูกต้องตามที่แพทย์สั่ง การ

จัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสม ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นต้องมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีทักษะในการจัดการตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม การให้ความรู้ ทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล เกี่ยวกับเรื่องโรคเบาหวาน การเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค การจัดการกับปัญหาเมื่อมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง การควบคุมอาหาร โดยการฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ธัญพืชอาหาร ตัวอย่างอาหาร การใช้ยา มีการฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาจากการใช้แบบบันทึกการรับประทานยาที่บ้าน คู่มือแก้ไขปัญหาการใช้ยา การออกกำลังกาย มีการเดินเร็ว การแกว่งแขน และการจัดการความเครียด จึงจะสามารถควบคุมค่าน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด

ศูนย์บริการสาธารณสุข 47 คลองขวาง อยู่ในเขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร เป็นสถานบริการปฐมภูมิที่เน้นการให้บริการ 4 มิติ ที่มีคุณภาพ และตอบสนองความต้องการประชาชน ปัญหาสุขภาพที่สำคัญในพื้นที่ ได้แก่ โรคเบาหวาน มีจำนวนผู้มารับบริการมากเป็นอันดับที่ 1 ของสถิติผู้ป่วยนอก และมีแนวโน้มจำนวนผู้ที่เป็นโรคเบาหวานจะเพิ่มมากขึ้น ปีงบประมาณ 2558 และ 2559 มีจำนวน 252 และ 260 ราย ตามลำดับ และในปีงบประมาณ 2560 มีผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน 250 ราย แยกเป็นผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง (FBS) (ค่าน้ำตาลในเลือดไม่เกิน 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) จำนวน 150 ราย คิดเป็นร้อยละ 60.00 และผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมค่าน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าได้ (FBS) (ระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) มีจำนวน 100 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.00 พบว่า เป็นผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป จากข้อมูลผลลัพธ์งานบริการผู้ป่วยเบาหวานของศูนย์บริการสาธารณสุข 47 คลองขวาง และจากการสัมภาษณ์ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่ควบคุมค่าน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (FBS) จำนวน 20 คน ร่วมกับการตรวจเวชระเบียนตามการควบคุมและรับรองมาตรฐานศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย จำนวน 30 แห่ง พบว่า ร้อยละ 90.00 มีสาเหตุเกิดจากพฤติกรรมการรับประทานอาหาร สาเหตุรองลงมาคือการ

ขาดการออกกำลังกาย ร้อยละ 86.00 และการรับประทานยาไม่ถูกต้อง และไม่ถูกวิธี ร้อยละ 25.00

การที่จะทำให้ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานสามารถควบคุมค่าน้ำตาลในเลือดได้ โดยให้มีส่วนร่วมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่องทั้งการควบคุมอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด จะช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาวได้ โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองในการควบคุมค่าน้ำตาลในเลือด ทำให้การจัดการตนเองเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต โดยส่งเสริมให้มีส่วนร่วมคิด ตัดสินใจ ตั้งเป้าหมาย และวางแผนร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งสนับสนุนให้เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการจัดการตนเองเพื่อให้ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมีความรู้ มีทักษะการจัดการตนเองในพฤติกรรมด้านต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน และเกิดความตระหนักถึงความสำคัญ ความรุนแรง และภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ทั้งนี้ได้มีการนำแนวคิดการจัดการตนเองไปใช้ได้ผลดีในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพิ่มสมรรถนะในการปฏิบัติพฤติกรรมในการควบคุมโรค สามารถควบคุมโรคได้ตามเกณฑ์ มีพฤติกรรมการควบคุมโรคที่ดีขึ้น¹⁰⁻¹² ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า แนวคิดการจัดการตนเองมีประสิทธิภาพสามารถนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ ในปัจจุบันมีการนำแนวคิดการจัดการตนเองไปประยุกต์ใช้ในรูปแบบของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน ทั้งด้านความรู้และทักษะ สามารถสร้างกลวิธีหรือสร้างกิจกรรมการจัดการตนเองได้หลากหลายรูปแบบตามความเหมาะสมของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานโดยครอบคลุมการจัดการอาการที่เกิดขึ้น การรักษาที่ได้รับ การปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิต และการจัดการผลที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านอารมณ์ จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม¹³⁻¹⁵ สามารถทำให้ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานเกิดกระบวนการจัดการตนเองทั้งด้านความรู้ในเรื่องโรคเบาหวาน ทักษะและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองในการควบคุมค่าน้ำตาลในเลือด จึงมีการนำแนวคิดในการจัดการตนเองของ Creer¹⁶⁻²² ไปพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ ทักษะที่จำเป็นในการจัดการตนเอง ส่งผลให้สามารถควบคุมค่าน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลอง (สัปดาห์ที่ 4) และระยะติดตามผล (สัปดาห์ที่ 8) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ความตระหนักรู้ ทักษะการจัดการตนเอง พฤติกรรมการจัดการตนเอง เพิ่มขึ้นก่อนการทดลองและมีค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง (FBS) ลดลง

2. หลังการทดลอง (สัปดาห์ที่ 4) และระยะติดตามผล (สัปดาห์ที่ 8) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ความตระหนักรู้ ทักษะการจัดการตนเอง พฤติกรรมการจัดการตนเอง เพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และมีค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง (FBS) ลดลง

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-Management) ของ Creer¹⁶⁻²² เป็นกระบวนการจัดการตนเองในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนรูปแบบพฤติกรรมของตนเอง ให้เป็นผู้ที่มีทักษะ ความชำนาญและความสามารถในการจัดการตนเอง จะทำให้ลดอัตราการเสียชีวิตและความพิการ²³ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนได้แก่ 1) การตั้งเป้าหมาย 2) การรวบรวมข้อมูล 3) การวิเคราะห์และประเมินข้อมูล 4) การตัดสินใจ 5) การปฏิบัติ 6) การสะท้อนผลการปฏิบัติหรือการประเมินตนเอง²⁴

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มทดสอบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (The two-group pretest-posttest designs) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มเข้าร่วมโปรแกรม และกลุ่มเปรียบเทียบ มีการเก็บข้อมูลก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรม (สัปดาห์ที่ 4) และระยะติดตามผล (สัปดาห์ที่ 8)

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นครั้งนี้เป็นผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีค่าน้ำตาลในเลือดมากกว่า 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ขึ้นทะเบียนรักษาในคลินิกเบาหวาน ปิงปประมาณ 2560 ที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 47 คลองขวาง สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง

คือผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีค่าน้ำตาลในเลือดมากกว่า 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร มากกว่า 2 ครั้ง ใน 6 เดือน ขึ้นทะเบียนรักษาในคลินิกเบาหวาน ที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 47 คลองขวาง สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 100 คน สุ่มตัวอย่างอย่างง่าย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 25 คน

เกณฑ์การคัดเข้าในการศึกษา (Inclusion criteria)

1) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มาตรวจรักษาในคลินิกเบาหวาน ศูนย์บริการสาธารณสุข 47 คลองขวาง ที่ควบคุมค่าน้ำตาลไม่ได้ โดยจะต้องมีผลตรวจค่าน้ำตาลในเลือดมากกว่า 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร 2 ครั้ง ในระยะเวลา 6 เดือน และได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยเบาหวานตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป

2) ผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป

3) มีสัญชาติไทย สามารถพูด อ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทยได้

4) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวอย่างเต็มใจ

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

1) ผู้ป่วยเบาหวานเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 อัมพฤกษ์อัมพาต มีความดันโลหิตสูงระดับรุนแรง (มากกว่าหรือเท่ากับ 180/110 มิลลิเมตรปรอท) มีค่าน้ำตาลในเลือดสูงมากกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ร่วมกับมีภาวะคีโตซิส (Ketosis) และต้องเข้ารักษาในโรงพยาบาล จนไม่สามารถเข้าร่วมในการศึกษาได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสัมภาษณ์เพื่อการวิจัย ที่ผู้วิจัยสร้างเองจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน ได้แก่ อายุ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ค่าความดันโลหิต ค่าน้ำตาลในเลือด สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน สิทธิการรักษาพยาบาล โรคร่วมที่พบ ประวัติเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เครื่องดื่มชูกำลัง ระยะเวลาของการเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคเบาหวานมีเนื้อหาเกี่ยวกับสาเหตุและปัจจัยเสี่ยง เป้าหมายในการควบคุมค่าน้ำตาลในเลือด อาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง การปฏิบัติตัว การจัดการตนเองเป็นข้อคำถาม 20 ข้อ โดยใช้แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเป็นคำถามแบบมีตัวเลือกให้เลือกคำตอบที่ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” เพียงคำตอบเดียว โดยแบ่งคะแนนระดับความรู้เป็น 3 ระดับ พิจารณาตามเกณฑ์การแบ่งระดับอิงเกณฑ์ที่ประยุกต์จากแนวคิดของ Bloom²⁵ ดังนี้ มีความรู้ในระดับมาก (16 คะแนนขึ้นไป) มีความรู้ระดับปานกลาง (13-15 คะแนน) มีความรู้ในระดับน้อย (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน)

ส่วนที่ 3 ความตระหนักรู้ในโรคเบาหวาน เป็นเนื้อหาเกี่ยวกับการรู้สึกรู้จัก การรับรู้เข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ประโยชน์ของการควบคุมพฤติกรรม เพื่อควบคุมค่าน้ำตาลในเลือด ไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ลักษณะข้อคำถาม 6 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ พิจารณาตามเกณฑ์การแบ่งระดับอิงเกณฑ์ที่ประยุกต์จากแนวคิดของ Bloom²⁵ ดังนี้ มีความตระหนักรู้ระดับมาก (14 คะแนนขึ้นไป) มีความตระหนักรู้ในระดับปานกลาง (11-13 คะแนน) มีความตระหนักรู้ระดับน้อย (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10)

ส่วนที่ 4 ทักษะการจัดการตนเอง มีเนื้อหาเกี่ยวกับการประเมินทักษะการจัดการตนเองตามแนวคิดของแครียร์ (Creer) จำนวน 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การตั้งเป้าหมาย 2) การรวบรวมข้อมูล 3) การวิเคราะห์และประเมินข้อมูล 4) การตัดสินใจ 5) การลงมือปฏิบัติ 6) การประเมิน

ตนเอง ประเมินโดยใช้แบบ Checklist ที่ผู้วิจัยเป็นผู้ให้คะแนนจากการสังเกตการปฏิบัติกับการบันทึกข้อมูล 16 ข้อ โดยคะแนนรวมจากการสังเกตและสัมภาษณ์

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการจัดการตนเอง มีเนื้อหาเพื่อใช้ประเมินพฤติกรรมที่ผู้วิจัยสร้างเอง 1) ด้านการควบคุมอาหาร 12 ข้อ 2) ด้านการใช้อาหารเบาหวาน 6 ข้อ 3) ด้านการออกกำลังกาย 6 ข้อ และ 4) ด้านการจัดการความเครียด 4 ข้อ รวม 28 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ พิจารณาตามเกณฑ์การแบ่งระดับอิงเกณฑ์ที่ประยุกต์จากแนวคิดของ Bloom²⁵ ดังนี้ มีพฤติกรรมการจัดการตนเองระดับมาก (67 คะแนนขึ้นไป) มีพฤติกรรมการจัดการตนเองระดับปานกลาง (51-66 คะแนน) มีพฤติกรรมการจัดการตนเองระดับน้อย (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 50 คะแนน)

ส่วนที่ 6 ค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง (FBS) ซึ่งได้จากการบันทึกผลการตรวจในทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานในวันที่ทำการศึกษา และมีการประเมิน ในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 โดยการแบ่งกลุ่มค่าน้ำตาลในเลือดของผู้ที่เป็นเบาหวานในแต่ละราย แปรผลตามค่าน้ำตาลในเลือดของผู้ที่เป็นเบาหวานควบคุมได้ (ตารางที่ 1)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

2.1 โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมโดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Creer¹⁶ 7 ขั้นตอน ประกอบด้วย การตั้งเป้าหมาย การรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ ประเมินข้อมูล การตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติ และการประเมินตนเอง กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเอง ดำเนินกิจกรรม 3 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง ในสัปดาห์ที่ 1, 2, 4

2.2 คู่มือการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย เรื่องความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การใช้อาหาร น้ำตาลในเลือด อาหารที่เหมาะสมกับผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดที่ง่ายและสามารถทำได้เองที่บ้าน และการจัดการตนเอง

2.3 แบบบันทึกการปฏิบัติพฤติกรรมในการจัดการตนเอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้บันทึกการปฏิบัติ

ตารางที่ 1 การแบ่งกลุ่มค่าน้ำตาลในเลือดของผู้ที่เป็นเบาหวานในแต่ละราย แผลผลตามค่าน้ำตาลในเลือดที่ผู้ที่เป็นเบาหวานควบคุมได้

การแบ่งกลุ่มค่าน้ำตาลในเลือด	ค่าน้ำตาลในเลือดหลังการควบคุม	การแปลผลการควบคุม
กลุ่มที่ 1 ค่าน้ำตาลในเลือด 140-159 mg/dl	- ค่าน้ำตาลในเลือดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 140 mg/dl - ค่าน้ำตาลในเลือดมากกว่า 140 mg/dl	- สามารถควบคุมค่าน้ำตาลได้ดีขึ้นกว่าเดิม - ไม่สามารถควบคุมค่าน้ำตาลได้ดีขึ้นกว่าเดิม
กลุ่มที่ 2 ค่าน้ำตาลในเลือด 160-179 mg/dl	- ค่าน้ำตาลในเลือดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 150 mg/dl - ค่าน้ำตาลในเลือดมากกว่า 150 mg/dl	- สามารถควบคุมค่าน้ำตาลได้ดีขึ้นกว่าเดิม - ไม่สามารถควบคุมค่าน้ำตาลได้ดีขึ้นกว่าเดิม
กลุ่มที่ 3 ค่าน้ำตาลในเลือด 180-199 mg/dl	- ค่าน้ำตาลในเลือดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 160 mg/dl - ค่าน้ำตาลในเลือดมากกว่า 160 mg/dl	- สามารถควบคุมค่าน้ำตาลได้ดีขึ้นกว่าเดิม - ไม่สามารถควบคุมค่าน้ำตาลได้ดีขึ้นกว่าเดิม

พฤติกรรมกรรมการควบคุมค่าน้ำตาลในเลือด 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการควบคุมอาหาร ด้านการใช้จ่าย ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด

2.4 สื่อการสอนเรื่องอาหารแลกเปลี่ยน เนื้อหาประกอบด้วย รายการอาหารแลกเปลี่ยนในหมวดต่าง ๆ อาหารโซนสี เนื้อหาประกอบด้วย การจำแนกอาหารตามกลุ่ม และแบ่งเป็นโซนสี สีเขียว หมายถึง รับประทานได้ทุกวัน สีเหลือง หมายถึง เลือกรับประทานให้น้อยลง และสีแดง หมายถึง ควรหลีกเลี่ยง

2.5 สื่อวิดีโอ เรื่องการออกกำลังกาย การคลายเครียด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ผู้วิจัยนำมาใช้ได้พัฒนาขึ้นจากงานวิจัย และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านและนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไข ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity Index : CVI) ทั้งฉบับเท่ากับ 0.92 ก่อนนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมค่าน้ำตาลในเลือดได้ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน จำนวน 30 คน โดยค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (Reliability) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์

คงที่ภายใน (Coefficient of internal consistency) โดยวิธีวิเคราะห์ด้วยสถิติ Kuder-Richardson 20 โดยค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน เท่ากับ 0.74 และวิธีวิเคราะห์ด้วยสถิติของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ ความตระหนักรู้ในโรคเบาหวาน เท่ากับ 0.72 ทักษะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคเบาหวาน เท่ากับ 0.79 และพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคเบาหวาน เท่ากับ 0.72 อยู่ในระดับความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อพิจารณาและอนุมัติให้คำรับรองตามระเบียบการวิจัย ซึ่งได้รับการพิจารณาและอนุมัติตามเอกสารรับรอง เลขที่ MUPH 2018-088 เมื่อวันที่ 2 พฤษภาคม 2561 และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรุงเทพมหานคร เลขที่ U025h/61 หมายเลขหนังสือรับเอกสารรับรอง 063 ลงวันที่ 25 ตุลาคม 2561 ซึ่งผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนได้ลงนามในเอกสารยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยก่อนเริ่มเก็บข้อมูล ในระหว่างวิจัยหากผู้เข้าร่วมวิจัยรู้สึกอึดอัดหรือไม่สบายใจ และมีความประสงค์จะออกจากการวิจัยสามารถออกได้โดยทันที ซึ่งจะ

ไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับจากศูนย์บริการสาธารณสุข 47 คลองขวาง มีการแยกแบบหนังสือยินยอมตนออกจากแบบสัมภาษณ์ เพื่อป้องกันการเชื่อมโยงของข้อมูลถึงผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะเปิดเผยข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยเฉพาะส่วนที่เป็นข้อสรุปการวิเคราะห์ข้อมูลและข้อเสนอแนะภาพรวมไม่มีการเปิดเผยชื่อ-สกุลและข้อมูลส่วนตัว เพื่อประโยชน์เชิงวิชาการเท่านั้น และมีการทำลายเอกสารหลังการวิจัยได้รับการตีพิมพ์และเผยแพร่แล้ว โดยเครื่องทำลายเอกสาร

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. **ระยะเตรียมการ** ผู้วิจัยประสานงานกับพยาบาลประจำคลินิกเบาหวานศูนย์บริการสาธารณสุข 47 คลองขวาง เพื่อประชาสัมพันธ์ นัดหมายผู้ป่วยในการเข้าร่วมทำวิจัย และนำพร้อมชี้แจงรายละเอียดในการเข้าร่วมการวิจัย

2. **การดำเนินการวิจัย** กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 50 คน จำแนกเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 25 คน กลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 25 คน ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มได้รับโปรแกรมออกเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 12-13 คน นัดเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม วันละ 1 กลุ่ม ใช้เวลาวันละ 3 ชั่วโมง ซึ่งจัดกิจกรรมกลุ่มในวันอังคารและพฤหัสบดี ดำเนินการจัดกิจกรรมตามโปรแกรม 4 สัปดาห์ โดยมีกิจกรรม ดังนี้

กลุ่มเข้าร่วมโปรแกรม

กิจกรรมครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) กิจกรรม “รู้ทันโรคตระหนักรู้ การจัดการตนเอง” เจาะเลือดเพื่อตรวจค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง ให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน พร้อมสร้างความตระหนักรู้ในเรื่องของการสังเกตอาการของตนเอง อาการเตือนของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และภาวะน้ำตาลในเลือดสูง อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง และอาการข้างเคียงของยาลดน้ำตาลในเลือด ให้ความรู้เรื่องการจัดการตนเอง ขั้นตอนและกระบวนการ ประกอบด้วย การตั้งเป้าหมาย การรวบรวมข้อมูล การตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติ และการประเมินตนเอง แจกแบบบันทึกการปฏิบัติของตนเอง พร้อมทั้งอธิบายการบันทึกข้อมูล

กิจกรรมครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) กิจกรรม “เลือกรับประทานอย่างปลอดภัย ห่วงไกลภาวะแทรกซ้อน ด้วยขั้นตอนการจัดการตนเอง” ให้ความรู้และฝึกปฏิบัติเรื่องการควบคุมอาหารและการใช้ยา มีการสอนอาหารแลกเปลี่ยนอาหารโซนสี การใช้ยาที่ถูกต้อง ผลข้างเคียงของยา ฝึกปฏิบัติ

การจัดรายการอาหาร และการจัดการน้ำตาลในเลือดของตนเอง และการฝึกทักษะการจัดการตนเองทั้ง 6 ขั้นตอน และการลงบันทึกการปฏิบัติพฤติกรรมของตนเอง

กิจกรรมครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 4) กิจกรรม “ร่วมออกกำลังกาย ช่วยคลายความเครียด” เจาะเลือดเพื่อตรวจค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง ให้ความรู้และฝึกปฏิบัติ เรื่อง การออกกำลังกายและการจัดการความเครียด เพื่อพัฒนาทักษะการจัดการตนเองการปฏิบัติพฤติกรรม มีการสาธิตและสาธิตย้อนกลับการออกกำลังกายด้วยการเดินเร็ว การแกว่งแขน การฝึกการหายใจ การทำสมาธิเบื้องต้น และการฝึกทักษะการจัดการตนเองทั้ง 6 ขั้นตอน การลงบันทึกการปฏิบัติพฤติกรรมของตนเอง และตอบแบบสัมภาษณ์

สัปดาห์ที่ 3, 5, 6, 7 ให้กลุ่มทดลองฝึกการจัดการตนเองที่บ้าน

กลุ่มเปรียบเทียบ ได้รับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลจากพยาบาลประจำคลินิกเบาหวาน ศูนย์บริการสาธารณสุข 47 คลองขวาง ประกอบด้วย การให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การปฏิบัติตัวในการควบคุมค่าน้ำตาลในเลือด และนัดมาพบแพทย์และรับยาเบาหวานตามปกติ ทุก 1 เดือน และเก็บข้อมูลระยะติดตามผลในสัปดาห์ที่ 8

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ นำแบบสัมภาษณ์มาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล ทำการตรวจให้คะแนน และลงรหัสข้อมูล เพื่อนำไปใช้คำนวณในโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยทดสอบที่ระดับนัยสำคัญ .05 ซึ่งในการวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ระยะเวลาที่รักษาโรคเบาหวานที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 47 คลองขวาง อธิบายโดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้ Chi-square และ Independent t-test

2. การเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษา ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และระยะติดตาม

ผล ด้วยสถิติ Independent t-test

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษา ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในระลอกก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันทีและระยะติดตามผลด้วยสถิติ Repeated Measure ANOVA

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.0 และ 68.00 ตามลำดับ โดยกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 60.80 ปี และกลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ย 57.76 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 48.0 และ 68.0 ตามลำดับ ประกอบอาชีพรับจ้าง รายได้เฉลี่ยของครอบครัว 18,540.00 บาทต่อเดือน ดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ระหว่าง 25-29.9 เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน 1-5 ปี และ 6-10 ปี ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยการทดสอบทางสถิติ พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความคล้ายคลึงกันในด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ระดับความดันโลหิต ประวัติการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และเครื่องดื่มชูกำลัง ยกเว้นในด้านของการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวอื่นที่พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างกัน ($p < .05$) โดยพบว่า กลุ่มทดลองมีโรคประจำตัวอื่น ๆ ร่วมกับการเป็นโรคเบาหวาน ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 53.00 และไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 28.00 ในกลุ่มเปรียบเทียบพบโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 24.00 และไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 12.0

2. เปรียบเทียบร้อยละของระดับคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษา ในระลอกก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีระดับคะแนนด้านความรู้โรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 72.00 และ 84.00 ตามลำดับ ด้านความตระหนักรู้อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 68.00 และระดับปานกลาง ร้อยละ 52.00 ตามลำดับ ด้านทักษะการจัดการตนเอง อยู่ในระดับน้อยทั้งสองกลุ่ม ร้อยละ 96.00 และ 100.00 ด้านพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 76.0 และระดับน้อยร้อยละ 60.00 ตามลำดับ และค่าน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับ 160-179 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรทั้งสองกลุ่ม หลังการทดลองทันทีที่กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้โรคเบาหวาน ความตระหนักรู้ ทักษะการจัดการตนเอง และพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับมาก เป็นร้อยละ 100.00, 96.00, 36.00 และ 68.0 ตามลำดับ ในระยะติดตามผล กลุ่มทดลองยังคงมีระดับคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังการทดลองทันที กับระยะติดตามผลระดับคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง (ดังตารางที่ 2)

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษา ในระลอกก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษาในทุกด้านใกล้เคียงกัน ภายหลังการทดลองทันทีและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้โรคเบาหวาน ความตระหนักรู้ในโรคเบาหวาน ทักษะการจัดการตนเอง พฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และค่าน้ำตาลในเลือดมีค่าเฉลี่ยลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองและระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่พบว่า ระยะติดตามผลกับหลังการทดลองทันทีที่มีค่าเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 ร้อยละของระดับคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในระย่ก่อนการทดลอง ภายหลังการทดลองทันที (สัปดาห์ที่ 4) และระยะติดตามผล (สัปดาห์ที่ 8)

ระดับตัวแปรที่ศึกษา	ร้อยละของระดับคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษา					
	น้อย		ปานกลาง		มาก	
	กลุ่มทดลอง (n =25)	กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 25)	กลุ่มทดลอง (n = 25)	กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 25)	กลุ่มทดลอง (n = 25)	กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 25)
ความรู้โรคเบาหวาน						
ก่อนการทดลอง	0.00	0.00	72.00	84.00	28.00	16.00
ภายหลังการทดลองทันที	0.00	0.00	0.00	60.00	100.00	40.00
ระยะติดตามผล (สัปดาห์ที่ 8)	0.00	0.00	0.00	68.00	100.00	32.00
ความตระหนักในโรคเบาหวาน						
ก่อนการทดลอง	0.00	0.00	32.00	52.00	68.00	48.00
ภายหลังการทดลองทันที	0.00	0.00	4.00	48.00	96.00	52.00
ระยะติดตามผล (สัปดาห์ที่ 8)	0.00	0.00	100.00	52.00	100.00	48.00
ทักษะการจัดการตนเอง						
ก่อนการทดลอง	96.00	100.00	4.00	0.00	0.00	0.00
ภายหลังการทดลองทันที	32.00	88.00	32.00	12.00	36.00	0.00
ระยะติดตามผล (สัปดาห์ที่ 8)	32.00	88.00	24.00	12.00	44.00	0.00
พฤติกรรมการจัดการตนเอง						
ก่อนการทดลอง	20.00	60.00	76.00	40.00	4.00	0.00
ภายหลังการทดลองทันที	0.00	32.00	32.00	68.00	68.00	0.00
ระยะติดตามผล (สัปดาห์ที่ 8)	0.00	16.00	24.00	84.00	76.00	0.00

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษา ในระย่ก่อนการทดลอง ภายหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล ภายในกลุ่ม และระหว่างกลุ่ม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ Repeated measure ANOVA

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ความรู้					
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	406.73	1	406.73	33.86	< .001
ความคลาดเคลื่อน	576.67	48	12.01		

* p < .05

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษา ในระยะก่อนการทดลอง ภายหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล ภายในกลุ่ม และระหว่างกลุ่ม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกับสถิติ Repeated measure ANOVA (ต่อ)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ภายในกลุ่ม					
เวลา	231.05	2	115.53	67.79	< .001
เวลา*กลุ่ม	119.45	2	59.73	31.94	< .001
ความคลาดเคลื่อน	179.49	96	1.87		
ความตระหนักรู้ในโรคเบาหวาน					
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	288.43	1	288.43	84.24	< .001
ความคลาดเคลื่อน	164.35	48	3.42		
ภายในกลุ่ม					
เวลา	47.41	2	23.01	13.45	< .001
เวลา*กลุ่ม	65.33	2	32.67	18.53	< .001
ความคลาดเคลื่อน	169.25	96	1.76		
ทักษะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคเบาหวาน					
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	433.76	1	433.46	26.23	< .001
ความคลาดเคลื่อน	812.21	48	16.92		
ภายในกลุ่ม					
เวลา	533.49	1.44	370.73	126.35	< .001
เวลา*กลุ่ม	211.84	1.44	147.21	50.17	< .001
ความคลาดเคลื่อน	202.67	69.07	2.93		
พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคเบาหวาน					
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	5472.24	1	5472.24	92.02	<.001
ความคลาดเคลื่อน	2854.45	48	59.47		
ภายในกลุ่ม					
เวลา	3195.89	1.67	1912.01	144.85	< .001
เวลา*กลุ่ม	1227.04	1.67	743.13	55.61	< .001
ความคลาดเคลื่อน	1059.07	80.23	13.20		
ค่าน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า (FBS)					
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	7155.31	1	7155.31	14.03	<.001
ความคลาดเคลื่อน	24480.67	48	510.01		
ภายในกลุ่ม					
เวลา	8459.85	2	4229.93	42.47	<.001
เวลา*กลุ่ม	1935.21	2	967.61	9.72	<.001
ความคลาดเคลื่อน	9560.93	96	99.59		

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวานสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเป็นผลมาจากประเด็นแบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องโรคเบาหวานก่อนการทดลองจำแนกรายข้อพบว่า กลุ่มทดลองให้ความสำคัญในเรื่องพฤติกรรมด้านอาหารและการใช้ยา ผู้วิจัยได้ให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานตามปัญหาของกลุ่มทดลองที่พบ และครอบคลุมเนื้อหาตามสาเหตุและปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดง รวมทั้งภาวะแทรกซ้อน พร้อมเพิ่มความรู้ในเรื่องพฤติกรรมออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด โดยผ่านการบรรยายจากสไลด์ การชมวิดีโอ พร้อมทั้งมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ที่ผ่านมาของแต่ละบุคคลทั้งที่ประสบความสำเร็จ และไม่ประสบความสำเร็จ เพื่อหาแนวทางร่วมกัน และมีการเปิดโอกาสให้ซักถามและตอบข้อสงสัย นอกจากนี้ผู้วิจัยแจกคู่มือการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้เพื่อให้กลุ่มทดลองเกิดความเข้าใจและปฏิบัติตัวได้ถูกต้องมากยิ่งขึ้น ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ที่พบว่ากลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมการให้ความรู้ทำให้มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นทั้งในระยะหลังการทดลองทันทีและระยะติดตามผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Dermkuntorn⁶ และ Tanomcheep²⁶ ที่มีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน แจกแบบบันทึกการปฏิบัติตัวในการควบคุมน้ำตาลในเลือด การติดตามค่าน้ำตาลในเลือด การสังเกตอาการผิดปกติด้วยตนเอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวานสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

2. ความตระหนักรู้ในโรคเบาหวาน ภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเรื่องความตระหนักรู้ในโรคเบาหวานสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบนั้น เป็นผลมาจากการที่กลุ่มทดลองได้รับกิจกรรม “สร้างความตระหนักรู้ สู้กับโรคเบาหวาน” เป็นการสร้างความตระหนักรู้ให้กลุ่มทดลองเห็นถึงความสำคัญ อาการเตือนจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ อาการที่นำไปสู่ภาวะโรคหลอดเลือดสมอง อาการข้างเคียงของยาลดน้ำตาล และอันตรายจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน เมื่อกลุ่มทดลองได้ความรู้ในเรื่องโรคเบาหวานก็

จะมีความตระหนักรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่ม มีการแสดงความคิดเห็น มีการเรียนรู้ประสบการณ์ที่เคยมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและน้ำตาลในเลือดสูง และสามารถมีวิธีดูแลตนเองได้ ทำให้กลุ่มทดลองมีความตระหนักรู้ในโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้น ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองวิเคราะห์เกี่ยวกับการดูแลตนเอง เพื่อควบคุมไม่ให้เกิดอันตรายถึงชีวิต โดยปัจจัยที่กระตุ้นต่อความตระหนักรู้คือ การรับรู้ถึงอาการเตือนภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและสูง ก็จะทำให้กลุ่มทดลองมีความตระหนักรู้ในโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Akasriworn²⁷ ที่มีการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน เพื่อสร้างการมีส่วนร่วม มีการจัดการกับปัญหาของตนเอง เกิดการรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ในการป้องกันโรค เข้าใจถึงอันตรายของโรคเบาหวาน ทำให้เกิดความตระหนัก จนนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความตระหนักสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ทักษะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคเบาหวาน

ภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคเบาหวานสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบนั้น การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเป็นผลมาจาก กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเอง เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในกลุ่มด้วยกัน และได้มีการฝึกทักษะตามแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer¹⁶ ทั้ง 6 ขั้นตอนประกอบไปด้วย

1. การตั้งเป้าหมาย ผู้วิจัยจัดกิจกรรม “ร่วมตั้งเป้าหมาย” เป็นกิจกรรมที่ให้กลุ่มทดลองฝึกกำหนดเป้าหมาย ค่าน้ำตาลในเลือด และพฤติกรรมทั้ง 4 ด้าน เป็นการกำหนดผลลัพธ์ที่ต้องการ กำหนดพันธะสัญญาให้มีการปฏิบัติทักษะการจัดการตนเองเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย และเป็นการกำหนดความคาดหวังให้เกิดความพยายามในการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตนเองตั้ง เพื่อควบคุมค่าน้ำตาลในเลือด ผู้วิจัยให้ความรู้ เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการควบคุมอาหาร ด้านการใช้ยา ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการความเครียด ให้กลุ่มทดลองมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน จากนั้นให้กลุ่มทดลองกำหนดเป้าหมายในแต่ละด้าน มีการตั้งเป้าหมายค่าน้ำตาล

และตั้งเป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรมด้านต่าง ๆ ตามแบบบันทึก ได้แก่ เป้าหมายในการควบคุมอาหาร เป้าหมายการใช้ยา เป้าหมายในการออกกำลังกาย และเป้าหมายในการจัดการความเครียด บันทึกลงในแบบบันทึกการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเอง โดยผู้วิจัยคอยให้คำแนะนำในการตั้งเป้าหมายของแต่ละราย

2. การรวบรวมข้อมูล หลังจากทีกลุ่มทดลองได้ตั้งเป้าหมายแล้ว ผู้วิจัยจัดกิจกรรม “รวบรวมข้อมูล ช่วยจัดการตนเอง” เป็นกิจกรรมที่กลุ่มทดลองต้องเก็บรวบรวมข้อมูลของตนเอง โดยการเฝ้าระวังติดตามตนเอง การสังเกตตนเอง และการบันทึกข้อมูลด้วยตนเอง มีกิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปัญหา และวิธีการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น วิธีการปฏิบัติตนเพื่อให้ถึงเป้าหมาย ในการปฏิบัติพฤติกรรมทั้ง 4 ด้าน กิจกรรมนี้กลุ่มทดลองเข้าใจตนเองมากขึ้น สามารถบอกได้ว่าในแต่ละวันตนเองได้มีการควบคุมพฤติกรรมทั้ง 4 ด้านอย่างไรกันบ้าง เพื่อได้รับรู้ถึงความเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติพฤติกรรมของตนเอง และนำมาเป็นข้อมูลในการวิเคราะห์และการประเมิน โดย Creer¹⁶ ได้กล่าวว่า การเฝ้าระวังตนเองเป็นปัจจัยสำคัญต่อการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและนำไปสู่ความสำเร็จในการจัดการตนเอง¹¹

3. การวิเคราะห์และการประเมิน ผู้วิจัยจัดกิจกรรม “ร่วมวิเคราะห์ ร่วมประเมิน” เป็นการฝึกให้มีการรวบรวมข้อมูล เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและนำข้อมูลที่รวบรวมมาวิเคราะห์เปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ และหาแนวทางแก้ไขหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคของการจัดการตนเอง ซึ่งในขั้นตอนนี้กลุ่มทดลองได้มีการประเมินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง สามารถดำเนินการแก้ไขการเปลี่ยนแปลงหรืออาการผิดปกติได้ด้วยตนเอง เช่น ประเมินอาการน้ำตาลในเลือดต่ำ อาการข้างเคียงของยา การรับประทานยาในแต่ละวันที่ผ่านมา การออกกำลังกายที่สามารถทำได้และทำไม่ได้พร้อมเหตุผลและแนวทางแก้ไข ซึ่งกลุ่มทดลองมีการบันทึกข้อมูลอย่างสม่ำเสมอ ทำให้กลุ่มทดลองมีข้อมูลสำหรับการตัดสินใจลงมือปฏิบัติมากขึ้น

4. การตัดสินใจ หลังจากทีกลุ่มทดลองได้มีการรวบรวมข้อมูลของตนเอง และนำมาวิเคราะห์ประเมินแล้ว ผู้วิจัยจัดกิจกรรม “ร่วมเรียนรู้ ร่วมตัดสินใจ” โดยฝึกให้

การตัดสินใจเลือกปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมโดยมีการรับรู้ว่าการปฏิบัตินั้นมีประโยชน์หรือมีโทษต่อตนเอง สร้างเสริมความเชื่อมั่นในการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ผู้วิจัยชี้ย้ำให้ทราบว่า การตัดสินใจเป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุดในการจัดการตนเอง กลุ่มทดลองมีการเรียนรู้จากสมาชิกในกลุ่มที่มีการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ แล้วประสบความสำเร็จ ซึ่งช่วยให้กลุ่มทดลองมีการตัดสินใจที่ดีขึ้น ส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดีมีประโยชน์ต่อตนเอง และทำให้น้ำตาลในเลือดลดลงจากเดิมได้ ซึ่งสามารถทำให้เห็นถึงประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมว่าส่งผลดีเช่นไร สามารถตัดสินใจเลือกวิธีที่เหมาะสมกับตนเอง และมีความคิดที่จะจัดการกับตนเองมากขึ้นกว่าเดิม ส่งผลให้น้ำตาลในเลือดลดลง

5. การลงมือปฏิบัติ เป็นขั้นตอนที่ช่วยให้กลุ่มทดลองสามารถนำวิธีที่สามารถทำให้ตนเองปฏิบัติได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ กลับไปปฏิบัติต่อบ้านด้วยความมั่นใจ ผู้วิจัยจัดกิจกรรม “ร่วมลงมือ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม” ให้ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานฝึกปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองทั้ง 4 ด้าน กระตุ้นเพื่อให้สามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงหรือพฤติกรรมเสี่ยง ลงมือปฏิบัติปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้มากขึ้น ได้แก่ การรับประทานอาหารตามโซนสี การใช้ยาที่ถูกต้อง รับประทานยาถูกขนาด ถูกวิธี ถูกเวลา การออกกำลังกายโดยการแกว่งแขน หรือการเดิน และการจัดการความเครียดโดยการทำสมาธิเบื้องต้น หรือการฝึกหายใจ การนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ ซึ่งกลุ่มทดลองสามารถเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเองและสามารถควบคุมค่าน้ำตาลในเลือดได้ดีมากขึ้นจากเดิม

6. การประเมินตนเอง เป็นขั้นตอนการประเมินตนเองของกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยจัดกิจกรรม “ร่วมประเมินตนเองสู่ค่าน้ำตาลที่ดี” มีการประเมินผลการจัดการตนเองในพฤติกรรมทั้ง 4 ด้านร่วมกับผู้วิจัย โดยเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยประเมินจากแบบบันทึกการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเอง ที่ตนเองได้บันทึกไว้ ในขั้นตอนนี้ทำให้กลุ่มทดลองได้เรียนรู้ถึงการปฏิบัติพฤติกรรมของตนเอง ปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไข สามารถประเมินผลจากอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและสูง ทำให้สามารถวางแผนในการปฏิบัติพฤติกรรมของตนเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Nato¹⁷

และ Kongsakul¹⁹ ที่มีการฝึกทักษะการจัดการตนเอง ในการควบคุมค่าน้ำตาลในเลือด โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Creer¹⁶ ทั้ง 6 ขั้นตอน ทำให้กลุ่มทดลองเกิดการเรียนรู้ และฝึกทักษะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคเบาหวาน มีคะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคเบาหวาน สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

4. พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคเบาหวาน ภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเรื่องพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคเบาหวานสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบนั้น การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเป็นผลมาจากกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองตามแนวคิดของ Creer¹⁶ สามารถจัดการกับพฤติกรรมทั้ง 4 ด้านได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม สามารถนำไปปฏิบัติเพื่อให้ค่าน้ำตาลในเลือดลดลง ดังนี้

พฤติกรรมด้านการควบคุมอาหาร ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวด้านการควบคุมอาหาร มีการฝึกทักษะตามแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer¹⁶ ทั้ง 6 ขั้นตอน และฝึกการบันทึกการปฏิบัติตัวด้านการควบคุมอาหาร มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้านการควบคุมอาหาร ฝึกทักษะการควบคุมอาหารโดยใช้รายการอาหารแลกเปลี่ยน การใช้อาหาร โชนสีฝึกทักษะการจัดรายการอาหารภายใน 1 วัน กลุ่มทดลองมีการกำหนดเป้าหมายในการควบคุมอาหาร เช่น ปรับเปลี่ยนมารับประทานอาหารที่มีกากใยเพิ่มมากขึ้น ลดอาหารจำพวกแป้งและน้ำตาล และผลไม้ที่มีรสหวานหรือมีน้ำตาลสูง เวลาการรับประทานอาหารมื้อเย็นในเวลาที่เหมาะสม กำหนดปริมาณอาหารให้เหมาะสมกับตนเอง นอกจากนี้ยังมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ทำเป็นประจำ เช่น การดื่มกาแฟสำเร็จรูปในตอนเช้า ปรับเปลี่ยนเป็นดื่มกาแฟดำ หรือเติมน้ำตาลแค่ครึ่งช้อนชา และเมื่อต้องรับประทานอาหารนอกบ้าน ก็มีการเลือกรับประทานอาหารจำพวกแป้ง น้ำตาล ไขมัน ในปริมาณที่น้อยลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Kongrith²⁸ พบว่า ภายหลังใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ผู้ป่วยเบาหวาน มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเหมาะสมมากขึ้น โดยมีการลดปริมาณอาหาร และผลไม้รสหวาน

พฤติกรรมด้านการใช้ยา ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวด้านการใช้ยา ฝึกทักษะการจัดการตนเองเกี่ยวกับ

การรับประทานยาเบาหวาน ได้ถูกต้องตรงตามชนิด ขนาด จำนวนและตรงเวลาตามที่แพทย์สั่ง พร้อมเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการใช้ยาเบาหวาน มีการฝึกทักษะตามแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer¹⁶ ทั้ง 6 ขั้นตอน และฝึกบันทึกการปฏิบัติตัวด้านการใช้ยา ซึ่งระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้อง และดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Rongmuang, Tongdee, Songsri²⁹ ที่ศึกษาบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับยาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในชุมชน พบว่า ปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานที่พบบ่อยได้แก่ การหยุดยาเอง การลืมรับประทานยา และการใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือดร่วมกับสมุนไพร ซึ่งส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวด้านการออกกำลังกาย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้านการออกกำลังกาย รวมทั้งปัญหาที่พบและวิธีการแก้ปัญหาที่ผ่านมา ฝึกปฏิบัติการเดินเร็ว การแกว่งแขน ให้กลุ่มตัวอย่างนำกลับไปบันทึกการปฏิบัติที่บ้าน มีการฝึกทักษะตามแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer¹⁶ ทั้ง 6 ขั้นตอน และฝึกบันทึกการปฏิบัติตัวด้านการออกกำลังกาย แจกคู่มือการปฏิบัติตัวของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พร้อมทั้งอธิบายการใช้คู่มือ ซึ่งกลุ่มทดลองมีการปรับเป้าหมายของตนเอง มีการวางแผนการออกกำลังกาย สอดคล้องกับบทความของ Piboon³¹ ที่กล่าวว่าแนวทางการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 คือออกกำลังกายแบบแอโรบิคที่มีขนาดความหนักระดับปานกลาง 150 นาที ต่อสัปดาห์ และออกกำลังกายแบบที่มีแรงต้าน 2-3 ครั้ง ต่อสัปดาห์ และสอดคล้องกับการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ที่เป็เบาหวานชนิดที่ 2 ของ Tripeuch³¹ อธิบายว่าการออกกำลังกายมีประโยชน์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งจะนำไปสู่การควบคุมภาวะแทรกซ้อนจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและเป็นการส่งเสริมในการควบคุมค่าน้ำตาลในเลือดได้ และจากการศึกษาของ Phungdee, Sirisophon, Kainakha, Nitithai และ Chaleoykitti³² ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยกิจกรรมการวางแผนออกกำลังกาย ฝึกบันทึก

ติดตามพฤติกรรม พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวด้านการจัดการความเครียด แลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดการความเครียด โดยให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนบอกการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการจัดการความเครียดที่ปฏิบัติอยู่หรือชอบปฏิบัติ รวมทั้งปัญหาที่พบและวิธีการแก้ปัญหาที่ผ่านมา และสำรวจตนเองว่ายังคงมีปัญหาใดที่ไม่สามารถแก้ได้ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ มีการฝึกปฏิบัติ การฝึกการหายใจ และการทำสมาธิเบื้องต้นให้กลุ่มตัวอย่างนำกลับไปบันทึกการปฏิบัติที่บ้าน มีการฝึกทักษะตามแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer¹⁶ ทั้ง 6 ขั้นตอน และฝึกบันทึกการปฏิบัติตัวด้านการจัดการความเครียด แจกคู่มือการปฏิบัติตัวของผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 พร้อมทั้งอธิบายการใช้คู่มือ จากกระบวนการกลุ่มพบว่า กลุ่มทดลองบางรายยังไม่ทราบตนเองว่ามีภาวะเครียด เมื่อผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องความเครียดแล้ว กลุ่มทดลองจึงเข้าใจและเริ่มตระหนักว่า การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ หรือนอนไม่หลับนั้น ส่วนหนึ่งมาจากการเกิดความเครียดโดยที่ตนเองไม่รู้ตัว ผู้วิจัยได้เน้นเพิ่มถึงการนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ ให้มากกว่าวันละ 6 ชั่วโมง หากผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมีความเครียดจนไม่สามารถจัดการความเครียดได้ก็จะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของ Sulukananuruk, Jaisanook และ Muktabhant³³ พบว่าความเครียดอาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ในผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน เช่นเดียวกับการศึกษาของ Umbangthallud³⁴, Wijathus³⁵ และ Likhithuecha³⁶ ที่นำโปรแกรมการจัดการตนเองที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของเคียร์รี่ นำไปใช้ในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ โดยครอบคลุมเรื่องการเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การประเมินผลค่าน้ำตาลในเลือด การจัดการความเครียด การจัดการภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมจัดการตนเองดีขึ้น

5. ค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง (FBS) ภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง ลดลงกว่า

ก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบนั้น การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ ที่ผู้วิจัยนำแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer¹⁶ มาใช้กับกลุ่มทดลอง ประกอบไปด้วยการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ความตระหนักในโรคเบาหวาน ทักษะการจัดการตนเองทั้ง 6 ขั้นตอน พฤติกรรมที่มีความสำคัญในการควบคุมค่าน้ำตาลในเลือดทั้ง 4 ด้าน พร้อมทั้งมีการฝึกปฏิบัติทักษะการจัดการตนเองนั้น ผลสำเร็จของโปรแกรมนี้อาจสามารถทำให้กลุ่มทดลองที่มีค่าน้ำตาลในเลือดอยู่ในกลุ่มที่ 1 (140-159 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) ควบคุมค่าน้ำตาลในเลือดของตนเองให้อยู่ในกลุ่มเดิมได้โดยไม่ต้องมีการเปลี่ยนกลุ่มจากกลุ่มที่ 1 เดิม ไปเป็นกลุ่มที่ 2 และกลุ่มที่ 3 กลุ่มทดลองที่มีค่าน้ำตาลในเลือดอยู่ในกลุ่มที่ 2 (160- 179 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) โปรแกรมนี้สามารถทำให้กลุ่มทดลองมีการควบคุมค่าน้ำตาลในเลือดดีขึ้นกว่าเดิม โดยมีค่าน้ำตาลในเลือดลดลงเปลี่ยนกลุ่มจากกลุ่มที่ 2 เดิมไปอยู่ในกลุ่มที่ 1 กับควบคุมค่าน้ำตาลในเลือดอยู่ในกลุ่มที่ 2 เดิม และไม่มีการเปลี่ยนกลุ่มจากกลุ่ม 2 เดิมไปอยู่กลุ่มที่ 3 กลุ่มทดลองที่มีค่าน้ำตาลในเลือดอยู่ในกลุ่มที่ 3 (180-199 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) โปรแกรมนี้สามารถทำให้กลุ่มทดลองควบคุมค่าน้ำตาลในเลือดดีขึ้นกว่าเดิม มีค่าน้ำตาลในเลือดลดลงทำให้มีการเปลี่ยนกลุ่มจากกลุ่มที่ 3 เดิม มาอยู่ในกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 ได้ ส่งผลทำให้กลุ่มทดลองเกิดความเชื่อมั่นในตนเองเพิ่มมากขึ้นว่าตนเองนั้นสามารถจัดการตนเอง โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อควบคุมค่าน้ำตาลในเลือดให้เหมาะสมกับภาวะของกลุ่มทดลองแต่ละรายได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Sattanako³⁶ ที่ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการจัดการตนเอง ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ และการรับประทานยา มีแบบบันทึกสภาวะสุขภาพ แบบบันทึกค่าน้ำตาลในเลือด และสมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคเบาหวาน ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ยของค่าน้ำตาลในเลือดลดลงกว่าก่อนการทดลอง และลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ควรมีการนำโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ไปประยุกต์ใช้ในคลินิกโรคเบาหวานของโรงพยาบาล เนื่องจากโรงพยาบาลมีผู้ป่วยเบาหวานมารับบริการเป็นจำนวนมาก แต่ยังพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ยังไม่สามารถควบคุมค่าน้ำตาลในเลือดได้อีกทั้งโรงพยาบาลมีทรัพยากรเพียงพอ สามารถรองรับการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม
2. ควรมีการอบรมฝึกทักษะพยาบาลและบุคลากรทางด้านสาธารณสุข เกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเอง เพื่อให้สามารถใช้โปรแกรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. สถานบริการสาธารณสุขควรจัดทำแบบบันทึกการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองให้กับผู้ป่วยเบาหวาน เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีกระบวนการจัดการตนเอง โดยบันทึกเป้าหมาย และวางแผนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามที่ตนเองได้คาดหวัง ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานเห็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง และสามารถประเมิน

พฤติกรรมของตนเอง นำไปสู่การควบคุมค่าน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติ โดยไม่เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. พยาบาลและบุคลากรทางด้านสาธารณสุขสามารถนำรูปแบบของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ ไปเป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพและระบบการให้บริการในผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ ในสถานบริการด้านสุขภาพและหน่วยงานอื่น ๆ โดยสร้างให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักรู้ในโรค เน้นการฝึกทักษะการจัดการตนเองตามแนวคิดของเคียร์¹⁶ ทั้ง 6 ขั้นตอน ซึ่งจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม
2. ควรมีการติดตามผลการประเมินการจัดการตนเองจากการตั้งเป้าหมายที่กำหนด เพื่อประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้

References

1. International Diabetes Federation (IDF) [Internet]. Belgium: IDF Diabetes atlas. [updated 2017 Oct 20; cited 2016 Jan 10]. Available from: <http://www.diabetesatlas.org>.
2. World Health Organization. Global report on diabetes. Switzerland; 2016.
3. Office of the Inspector General Ministry of Public Health and Office of Inspection and Assessment, Government Inspection Plan. Ministry of Public Health. (2018). (in Thai).
4. Suwattanakul T. Factors related to blood sugar control among diabetes mellitus type 2 patients. Journal of Health Systems Research 2018;12(3):515-22. (in Thai).
5. Rakchim A, Lerkiatbundit S, Saengcharoen W. Factors affecting blood sugar control among diabetes mellitus type 2 patients in Pak Phanang hospital at Nakhon Si Thammarat province. Walailak Research National Conference 10th. 27-28 March 2019. (in Thai).
6. Dermkuntod N, Leewattanapat P. A study of the effects of diabetes education program on HbA1c for patient with type 2 diabetes. Vajira Nursing Journal 2017;19(1):33-41. (in Thai).
7. Al-Shookri A, Khor GL, Chan YM, Loke SC, Al-Maskari M. Effectiveness of medical nutrition treatment delivered by dietitians on glycaemic outcomes and lipid profiles of Arab, Omani patients with type 2 diabetes. Diabetic Medicine 2012;29:236-44.

8. Diabetes Clinic Public Health Center 47 Khlong Khwang disease registration. Bangkok: Public Health Center 47 Khlong Khwang; 2017. (in Thai).
9. Likhitluecha N, Atthachaiwat A, Wongsuvansiri S, Sathira-angkura T, Leelawong S. Development of care management model for patients with uncontrolled diabetes. *Journal of Nursing Division* 2017;44(2):141-58. (in Thai).
10. Wankham C, Wattana C, Khampalikit S. The effects of a self-management program on hypertension-controlling behaviors, and mean arterial pressure among persons with hypertension. *Nursing Journal* 2015;42(1):49-60. (in Thai).
11. Sairat P, Wattana C, Takviriyannun N. Effects of a self-management training program on functional performance, acute exacerbation and quality of life among patients chronic obstructive pulmonary disease. *Nursing Journal* 2014;41(4):23-35. (in Thai).
12. Ritklar L, Wattana C, Kitipawong P. Effects of a self-management program on self-management behaviors, dyspnea, activities of daily living, and quality of life among patients with congestive heart failure. *Nursing Journal* 2012;39(1):64-76. (in Thai).
13. Boonsatean W. Self-management in persons with diabetes: individual process. *Journal of Nursing and Health Care* 2014;32(4):18-24. (in Thai).
14. Wattana C, Suprakitcharoen C, Rungwongprayoon N, Raetong P. Effects of self-efficacy for disease self-management promoting program on disease control behaviors, blood pressure level, and quality of life among people with hypertension: a longitudinal study. *Journal of Phrapokklao Nursing College* 2015;26(1):73-89. (in Thai).
15. Khunthong T, Isaramalai S, Komjakraphan P. Impact of a self-managed supporting program on self-management behaviour and sugar levels in category 2 insulin-dependent diabetes patients. *Thai Journal of Nursing Council* 2014;28(1):85-99. (in Thai).
16. Creer T. Self-management of chronic illness. In: Boekaerts M, Pintrich PR, Zeidner M, editors. *Handbook of self-regulation*. California: Academic 2000; 601-29.
17. Nato S, Vannarit T, Somrarnyart M. Effects of self-management promotion through diabetic camp participation on glycemic control behaviors and hemoglobin A1C level among persons with type 2 diabetes. *Nursing Journal* 2016;43(4):92-104. (in Thai).
18. Wattana C. Self-management support: strategies for promoting disease control. *Journal of Phrapokklao Nursing College* 2015;26(1):117-27. (in Thai).
19. Kongsakul S. The effects of a self-management skill training program on self-management behaviors regarding glycemic control and blood sugar level among persons with type 2 diabetes mellitus (master's thesis). Pathumthani: Thammasat University;2009. (in Thai).
20. Kanghae P, Wattana C. The effectiveness of empowering self-management program on diabetes knowledge, self-management behaviors, and glycemic control among type 2 diabetic patients. *Journal of Phrapokklao Nursing College* 2015;26(2):63-77. (in Thai).

21. Sirisombut A, Kusuma na ayuthya S, Puwarawuttipanich W, Jirajariyavej S. The effect of a group-based diabetic self- management program on hemoglobin A1C among people with type 2 diabetes. *Journal of Nursing Science* 2016;34(1):118-28. (in Thai).
22. Phormpayak D, Eimatab R, Jujan P, Wattanakul W. Self-management experience of diabetes patients living in highland areas: a case study in Wang Thong district, Phitsanulok province. *Thai Red Cross Nursing Journal* 2017;10(1):66-80. (in Thai).
23. Chantawang S. Effects of a self-management supporting program on self-management behaviors and serum lipid level among elders with dyslipidemia (master's thesis). Chiangmai: Chiangmai University; 2012. (in Thai)
24. Wattana C. Self-management support: strategies for promoting disease control. *Journal of Phrapokklao Nursing College* 2015;26(1):117-27
25. Bloom BS. Taxonomy of education objectives handbook I: cognitive domain (7thed.). New York: David Makay;1972.
26. Tanomcheep R, Duangsong R. diabetes type 2 patients. *Srinagarind Medical Journal* 2016;31(5): 297-304. (in Thai)
27. Akasriworn B, Tiamchan R, Chawapong W. Increasing awareness to prevent diabetes mellitus among risk group of diabetes mellitus in Nonglong sub-district, Wiangnonglong district, Lamphun province (master's thesis). Chiangmai: Chiangmai University; 2016. (in thai)
28. Kongrith T. Modify food consumption behavior among diabetes mellitus type 2 patients by participatory learning process. Independent study report, Master Degree of Nursing Community Health Nursing Program, Faculty of Nursing Khon Kaen University. 2015. (in Thai).
29. Rongmuang D, Tongdee J, Songsri C. The Nursing' role in caring the person with diabetes mellitus receiving glycemic control medication in community. *Nursing Public Health and Education Journal* 2016;17(3):3-16. (in Thai)
30. Piboon K. Self-management skills for behavior modification and sustainable support. Bangkok: Veterans Welfare Organization under the Royal Patronage. 2017. (in Thai).
31. Tripeuch K, Malathum P, Hanprasitkam K, Kantaranakul V. A synthesis of research of exercise influencing glycemic control in persons with type 2 diabetes. *Rama Nurse Journal* 2010;16(2): 259-78. (in Thai)
32. Phungdee T, Sirisopon N, Kainakha P, Nititham A, Chaleoykitti S. The Effectiveness of exercise behaviors promotion program of diabetes mellitus type 2 patients. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2017;18(Supplement):291-98. (in Thai)
33. Sulukananuruk C, Jaisanook W, Muktabhant B. Association of depression and stress with HbA1c level of type 2 diabetic patients attending the diabetes clinic of Nampong hospital, Khon Kaen province. *Srinagarind Med Journal* 2016;31(1):34-46. (in Thai)

34. Umbangthalud D. Effectiveness of intensive care program for patients with type II diabetes on knowledge, self-management behavior and blood glucose levels of diabetic patients in the PCU, Bang Pa-In District, Pra Nakhon Si Ayutthaya province. Journal of Nursing, Public Health, and Education 2017;18(1):11-20. (in Thai).
35. Wijathus D, Synlapakitosol U. Effectiveness of group learning process program on health behaviors and glycosylated hemoglobin of uncontrolled type 2 diabetic patients attended diabetic clinic at Phanomsarakham hospital. Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2018;5(2):39-54. (in Thai).
36. Sattanako C, Sota C. Effects of self-management program on glycemic control in patients with type 2 diabetes. Journal of Nursing and Education 2017;10(4):32-47. (in Thai).

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการพัฒนาทักษะ โดยการให้ข้อมูลและการสร้างแรงจูงใจ ต่ออาการหายใจลำบากของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

The Effect of Information and Motivation Behavioral Skill Development Program on Dyspnea of Elderly with Chronic Obstructive Pulmonary Disease

Received: Jan 27, 2020
Revised: Feb 24, 2020
Accepted: Feb 28, 2020

อุทัยชนินทร์ จันทร์แก้ว พย.บ. (Uthaichanin Jankaew, B.N.S.)¹
จิราพร เกศพิชญวัฒนา Ph.D. (Jiraporn Kespichayawattana, Ph.D.)²

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบอาการหายใจลำบากในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาทักษะ โดยการให้ข้อมูลและการสร้างแรงจูงใจ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อายุ 60 ปีขึ้นไป และเข้ารับการรักษาแผนกคลินิกพิเศษ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จำนวน 44 คน สุ่มเข้ากลุ่มควบคุม 22 คน และกลุ่มทดลอง 22 คน โดยกลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในขณะที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการพัฒนาทักษะ โดยการให้ข้อมูลและการสร้างแรงจูงใจ เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินอาการหายใจลำบาก โดยผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมและความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน นำมาวิเคราะห์ หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบง่าย (Correlation coefficient) มีค่า = 0.9 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบค่าที

ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยระดับอาการหายใจลำบากของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรม น้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ค่าเฉลี่ยระดับอาการหายใจลำบากของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรม ไม่มีความแตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คำสำคัญ: โปรแกรมการพัฒนาทักษะ การให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ, อาการหายใจลำบาก, ผู้สูงอายุ, โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

¹ นิสิตปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย E-mail : junpen.tunoi@gmail.com

² รองศาสตราจารย์ สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย E-mail : wattanaj@yahoo.com
Faculty of Nursing Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand.

Abstract

This quasi-experimental study aimed to: (1) compare the dyspnea of elderly with COPD between the experimental group before and after participating in the information and motivation behavioral skill development program; and (2) compare the dyspnea of elderly with COPD between the experimental group and control group. Sample were 44 patients with COPD aged 60 years and over attending special OPD clinic for COPD patients at Chiangraiprachanukroh hospital. They were randomly assigned into the experimental or control groups (22 for each group). The control group received conventional nursing care meanwhile the experimental group received the Information and Motivation Behavioral Skill Development program for six weeks. Research instruments consisted of demographic information and the dyspnea modified Borg's scale (MBS). The correlation coefficient of the MBS was 0.90. Data were analyzed using descriptive statistics and dependent t-test. Results were as follows:

1. The mean score of dyspnea symptom of elderly with COPD after receiving the program was significantly lower than before receiving the program ($p<.05$).
2. The mean score of dyspnea symptom of elderly with COPD in the experimental group was not significant different from the control group.

Keywords: information and motivation behavioral skill development program, dyspnea, elderly, COPD

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD) เป็นโรคที่พบบ่อยในประเทศไทย พ.ศ. 2555 พบผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 24,927 ราย ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 18,766 ราย คิดเป็นร้อยละ 75.28 (สำนักงานระบาศาตวิทยา กรมควบคุมโรค, 2555) ปัญหาที่พบบ่อยที่สุดของโรคนี้คือ อาการหายใจลำบาก จากการศึกษานี้ของ Indelicato¹ พบอุบัติการณ์ของอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสูงถึง ร้อยละ 56.00 สอดคล้องกับการศึกษาของ Marciniuk และคณะ² พบอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 70.00 ที่ต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่และควบคุมอาการเพื่อชะลอความรุนแรงของโรค ป้องกันภาวะแทรกซ้อน มีอัตราการกลับเข้ารับการรักษซ้ำในโรงพยาบาลร้อยละ

32.60³ อาการหายใจลำบาก เป็นอาการที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง⁴ ทั้งนี้อาการหายใจลำบาก (Dyspnea) เป็นความรู้สึกไม่สบาย มีความยากลำบากในการหายใจ⁵ ต้องใช้กล้ามเนื้ออื่น ๆ เพื่อช่วยในการหายใจ เช่น กล้ามเนื้อที่คอ ไหล่ หน้าท้อง ทำให้กล้ามเนื้อต่างๆ อ่อนเปลี้ย และมีอาการหายใจลำบากมากขึ้นเรื่อย ๆ แม้ว่าจะออกแรงเพียงเล็กน้อย

ปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีอาการหายใจลำบาก นอกจากเกิดจากปัจจัยจากพยาธิสภาพของโรคที่มีการตีบแคบของหลอดลม ปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งคือ การที่ผู้สูงอายุที่โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ในการป้องกันอาการหายใจลำบาก เช่น การรับประทานยา การใช้ยาพ่นอย่างถูกวิธี ขาดการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดอย่างต่อเนื่อง^{6,7} นอกจากนี้ จากการศึกษา

ของ Castro และคณะ⁸ พบว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมอาการหายใจลำบาก สัมพันธ์กับการรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการรับประทานยา การร่วมมือในการรักษา การใช้อาพ่นอย่างถูกวิธี รวมถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยควบคุมอาการหายใจลำบากสำหรับทักษะในการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุ ได้แก่ การใช้ยาพ่นขยายหลอดลมและการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ส่งผลต่อการควบคุมหรือป้องกันอาการหายใจลำบาก ความรู้และแรงจูงใจมีความสัมพันธ์ต่อทักษะที่จะปฏิบัติทั้งด้านกิจวัตรประจำวัน การใช้อาพ่นอย่างถูกวิธี โดยเฉพาะการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดสัมพันธ์กับแรงจูงใจเป็นอย่างยิ่ง⁹ และแรงจูงใจด้านการรับรู้ประโยชน์ของการพ่นยาที่ถูกวิธีนั้น สัมพันธ์กับการทุเลาจากอาการหายใจลำบาก เช่น เมื่อเคยมีอาการหายใจลำบากแล้ว ใช้อาพ่นขยายหลอดลม หลังจากนั้น อาการหายใจลำบากดีขึ้น ส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการพ่นยาในครั้งต่อไป¹⁰

จากแนวคิดของรูปแบบการให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ (Information Motivation Behavioral Skill: IMB Model) ที่มีแนวคิดว่า ความรู้ด้านสุขภาพ แรงจูงใจ และทักษะทางพฤติกรรมเป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดพฤติกรรมสุขภาพ ถ้าหากบุคคลได้รับข้อมูลที่ตีได้รับแรงจูงใจจนเกิดทัศนคติ หรือรับรู้ความเสี่ยงที่จะเกิดผลเสียด้านสุขภาพ ได้มีทักษะ และมีความเชื่อมั่นที่จะกระทำพฤติกรรม จะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์คือการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ซึ่งแนวคิดนี้ได้นำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคเอดส์ได้เป็นผลสำเร็จ เช่นเดียวกับกับ Osborn และ Egede¹¹ ที่พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับแรงจูงใจจากครอบครัวและสังคม ร่วมกับการฝึกทักษะการปฏิบัติตัว ทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ Lloyd, Wyatt, และ Creanor¹² ได้ใช้แนวคิดการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะมาพัฒนาโปรแกรมการปรับพฤติกรรมและน้ำหนักตัวของเด็ก จำนวน 202 คน พบว่า หลังใช้โปรแกรมดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ดูโทรทัศน์น้อยลง มีกิจกรรมทางกายมากขึ้น และค่าดัชนีมวลกายลดลง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการพัฒนาทักษะ โดยการให้ข้อมูลและการสร้างแรง

จูงใจเพื่อพัฒนางานด้านการสร้างเสริมพฤติกรรมปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุในการควบคุมอาการหายใจลำบาก ทำให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้ได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจและการพัฒนาทักษะอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการหายใจลำบากของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพัฒนาทักษะ โดยการให้ข้อมูลและการสร้างแรงจูงใจกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบอาการหายใจลำบากของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาทักษะ โดยการให้ข้อมูลและการสร้างแรงจูงใจ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาทักษะ โดยการให้ข้อมูลและการสร้างแรงจูงใจต่ออาการหายใจลำบากของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest, nonequivalent control group design)

ประชากร คือ ผู้สูงอายุ ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุชายและหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งเป็นคลินิกพิเศษ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ คัดเลือกมาจำนวน 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 22 คน กลุ่มควบคุม 22 คน ช่วงเวลาที่ศึกษาระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2561

เกณฑ์ในการคัดเลือกไว้ในการศึกษา (Inclusion criteria) มีดังนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 2 ตามเกณฑ์ของสมาคมโรคปอดแห่งสหรัฐอเมริกาและมีประสิทธิภาพในการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยอาการหายใจลำบากได้อย่างน้อย 1 ครั้งในรอบ 28 วันที่ผ่านมา¹³

2. ไม่มีข้อห้ามในการออกกำลังกาย ได้แก่ โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ความผิดปกติของหลอดเลือดส่วนปลาย โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย มะเร็งปอด วัณโรค ระยะติดต่อกับ ความผิดปกติทางประสาท กระดูกและกล้ามเนื้อที่เป็นอุปสรรคต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด

เกณฑ์การคัดเลือกออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

1. มีภาวะแทรกซ้อนของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เช่น อาการหายใจลำบากจนไม่สามารถควบคุมได้ เกิดขึ้นในระหว่างดำเนินการทดลอง

2. เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบ 6 สัปดาห์ตลอดระยะเวลาการทดลอง

ขั้นตอน

การจัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยการจับคู่ (Matched pairs) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนตามลักษณะที่คล้ายคลึงกัน¹⁴ ในด้าน 1) เพศ 2) อายุแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ 2.1) ผู้สูงอายุ ตอนต้น 60-69 ปี 2.2) ผู้สูงอายุ ตอนกลาง 70-79 ปี 2.3) ผู้สูงอายุตอนปลาย 80 ปีขึ้นไป 3) ระยะเวลาการเจ็บป่วย ผู้วิจัยขอรายชื่อผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จากคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ของโรงพยาบาลเชียงใหม่รายนามคนไข้ การให้บริการของหน่วยงานนี้จะรับผู้ป่วยมาตรวจตามนัด ในวันศุกร์ของทุกสัปดาห์ในเวลาราชการ 08.00-16.00 น. ตรวจสอบคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยการตรวจสอบจากแฟ้มประวัติ และการสัมภาษณ์ จากนั้นจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มทดลองก่อน พิจารณาว่าสามารถไปเยี่ยมบ้านในระยะทางที่ไม่ไกล สะดวกในการสัญจรปลอดภัย และอยู่ในเขตบริการที่รับผิดชอบ และเลือกกลุ่มควบคุมเป็นลำดับถัดมา โดยพิจารณาตามเกณฑ์ควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนตามลักษณะที่คล้ายคลึงกัน โดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยพิจารณาจากการตัดสินใจของผู้วิจัยเอง ลักษณะของกลุ่มที่เลือกเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงต้องอาศัยความรู้ ความชำนาญและประสบการณ์ในเรื่องนั้น ๆ ของผู้ทำวิจัย การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบนี้มีชื่อเรียกอีกอย่างว่า Judgement sampling รายละเอียดข้อมูลกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ผู้วิจัย

ได้กำหนดเป็นแบบบันทึกสำหรับกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา ข้อมูลการสูบบุหรี่ และแบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา ประกอบด้วย ระยะเวลาที่ป่วย และจำนวนครั้งในการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยอาการที่ไม่สามารถควบคุมได้อย่างน้อย 1 ครั้งใน 28 วันที่ผ่านมา (จิตร สิทธิอมร, อนุวัฒน์ ศุภชติกุล, สงวนสิน รัตนเลิศ และเกียรติศักดิ์ ราชบริรักษ์, 2543) ระดับความรุนแรงของโรค โรคประจำตัวอื่น ๆ และประวัติการรักษาและยาในปัจจุบัน

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ชนิด คือเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

แบบประเมินระดับอาการหายใจลำบาก Modified Borg's scale ของ Kendrick, Baxi, และ Smith¹⁵ เป็นแบบวัดการรับรู้อาการหายใจลำบากของผู้ป่วย มีลักษณะเป็นเส้นตรงในแนวตั้งที่มีสเกลตั้งแต่ 0-10 ถ้าไม่มีอาการหายใจลำบากให้ลำดับเท่ากับ 0 มีอาการหายใจลำบากมากที่สุดให้ลำดับเท่ากับ 10 ระหว่าง 0-10 มีการจัดอันดับความรุนแรงของอาการหายใจลำบากตั้งแต่เบาไปหามาก โดยมีข้อความอธิบายความรุนแรงของความรู้สึกในระดับต่าง ๆ กำกับไว้ด้านข้าง โดยให้ผู้ป่วยทำเครื่องหมายไว้ ณ จุดใดจุดหนึ่งตามสเกลที่กำหนดในแบบวัดและข้อมูลจำนวนครั้งในการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยอาการที่ไม่สามารถควบคุมได้อย่างน้อย 1 ครั้งใน 28 วันที่ผ่านมา¹³

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรม

การพัฒนาทักษะ โดยการให้ข้อมูล และการสร้างแรงจูงใจ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจาก การศึกษา ทบทวนวรรณกรรม หนังสือ เอกสาร บทความ งานวิจัยและงานวิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวข้องตามแนวคิดของ Fisher และ Harman¹⁶

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการให้ข้อมูลซึ่งประกอบไปด้วย แผนการสอน คู่มือ การปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการหายใจลำบาก แบบประเมินระดับอาการหายใจลำบาก Modified Borg's

scale ของ Kendrick, Baxi และ Smith¹⁵ และแบบบันทึกการติดตามการใช้ยาฟันถูกวิธี การรับประทานยาตรงเวลา และการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นนำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ความครอบคลุม และความเหมาะสม หลังจากนั้นนำเครื่องมือไปปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ แล้วจึงนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของภาษา การใช้สำนวนภาษา รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม และความครอบคลุมของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบทางเดินหายใจ จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลที่มีความรู้และเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ จำนวน 2 คน พยาบาลที่มีความรู้และเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจ จำนวน 1 คน พยาบาลที่มีความรู้และเชี่ยวชาญด้านงานวิจัยคลินิก จำนวน 1 คน

หลังผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านแล้ว นำมาวิเคราะห์หาค่า Content Validity Index : CVI มีค่า = 0.74¹⁷ จากนั้น ผู้วิจัยนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่ได้รับจากผู้ทรงคุณวุฒิมาพิจารณาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาและแก้ไขปรับปรุงให้ครบถ้วนสมบูรณ์ตามคำแนะนำที่ได้รับ จากนั้น ผู้วิจัยนำโปรแกรมไปทดลองใช้เพื่อดูความเหมาะสมของโปรแกรม โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะตรงตามคุณลักษณะของประชากรในการวิจัยครั้งนี้ แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวกับที่ผู้วิจัยคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยในครั้งนี้ จำนวน 5 ราย เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของเครื่องมืออีกครั้ง นำมาวิเคราะห์หาค่า Content Validity Index : CVI มีค่า = 0.83 ก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง

การตรวจหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วตามคำแนะนำ ไปตรวจสอบความเที่ยงโดยนำไปทดลองใช้จริง (try out) กับผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 5 ราย ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาล แผนกศัลยกรรมหัวใจและปอด อำเภอเมืองเชียงราย ด้วยวิธีการสอบซ้ำ (Test-retest reliability) เป็นการนำเครื่องมือแบบประเมิน

ระดับอาการหายใจลำบาก Modified Borg's scale ของ Kendrick, Baxi และ Smith¹⁵ ไปวัดซ้ำกับกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวกันในระยะเวลาห่างกัน 2 สัปดาห์¹⁸ จากนั้นนำผลการวัดครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2 แล้วหาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบง่าย Simple r-coefficient มีค่า = 0.90

การเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติและได้รับคำแนะนำตามสภาพปัญหาจากพยาบาลวิชาชีพประจำการโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ผู้วิจัยสร้างสัมพันธ์ภาพเก็บข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินอาการหายใจลำบากของกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้น ประเมินอาการหายใจลำบากซ้ำ เมื่อครบสัปดาห์ที่ 6 พร้อมกับให้ความรู้ ฝึกทักษะและมอบคู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการพัฒนาทักษะ โดยการให้ข้อมูลและการสร้างแรงจูงใจ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนดังนี้

1. ประเมินประสบการณ์การรับรู้อาการหายใจลำบาก โดยผู้วิจัยสร้างสัมพันธ์ภาพ และให้กลุ่มตัวอย่างเล่าประสบการณ์การรับรู้ การจัดการอาการหายใจลำบากและความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง
2. การให้ความรู้และฝึกทักษะการออกกำลังกาย กล้ามเนื้อทรวงอก การใช้ยาฟัน โดยผู้วิจัยให้ความรู้ในสัปดาห์ที่ 1 หลังจากนั้น ให้กลุ่มตัวอย่างไปปฏิบัติที่บ้านทุกวันอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 6 สัปดาห์
3. ติดตามและประเมินผลการฝึกทักษะ โดยผู้วิจัยติดตามเยี่ยมบ้านของกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 4 พร้อมทั้งประเมินอาการหายใจลำบาก หลังจากนั้น ผู้วิจัยประเมินอาการหายใจลำบากในสัปดาห์ที่ 6 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่ จำนวนร้อยละ หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนหายใจลำบากของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบค่าที่ dependent t-test

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการหายใจลำบากของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบค่าที่ independent t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาและการจัดการความรู้ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ เลขที่ ชร 0032.102 ลว. 23 เมษายน 2561

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยนำเสนอตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

ดังนี้

ส่วนที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการหายใจลำบากโดยรวมของผู้สูงอายุปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการพัฒนาทักษะ โดยการให้ข้อมูล และการสร้างแรงจูงใจ

จากตารางที่ 3 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการหายใจลำบากก่อนการทดลองมีค่าเท่ากับ 5.0 และหลังการทดลองมีค่าเท่ากับ 3.45 ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการหายใจลำบากหลังการทดลองน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 แสดงว่าอาการหายใจลำบากของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับโปรแกรมฯ น้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ที่ว่า อาการหายใจลำบากของผู้สูง

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สิทธิในการรักษา ผู้ดูแล

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n = 22)		กลุ่มทดลอง (n = 22)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	13	9.10	12	52.2
หญิง	9	40.9	10	43.5
อายุ (ปี)				
60-70	6	1.32	7	1.54
71-80	9	1.98	10	2.2
81-90	6	1.32	5	1.1
91-100	1	0.22	0	0
ค่าเฉลี่ยอายุ	75.86 (SD. =9.11)		75.64 (SD. =6.83)	
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียน	13	59.10	11	47.8
ประถมศึกษา	3	13.60	9	39.1
มัธยมศึกษา	0	0	1	4.3
ปริญญาตรี	6	27.30	1	4.3

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สิทธิในการรักษา ผู้ดูแล (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n = 22)		กลุ่มทดลอง (n = 22)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส				
โสด	0	0	1	4.30
สมรส	9	40.90	9	39.10
หย่า/หม้าย/แยกกันอยู่	13	59.10	12	52.20
อาชีพ				
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	1	4.50	5	21.70
เกษตรกร	1	4.50	1	4.30
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	15	68.20	16	69.60
อื่นๆ ระบุ เกษียณอายุ	5	22.70	0	0
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน				
ไม่มีรายได้	0	0	0	0
ต่ำกว่า 5,000	12	54.50	16	69.60
5,000 – 10,000	4	18.20	6	26.10
10,001 – 15,000	6	27.30	0	0
สิทธิที่ใช้ในการรักษา				
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	16	72.70	19	82.60
เบิกจ่ายตรง	6	27.30	3	13.00
ผู้ดูแล				
ดูแลตนเอง	1	4.50	3	13.00
มีผู้ดูแล	21	95.50	19	82.60

ตารางที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประวัติการสูบบุหรี่ ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระดับความรุนแรงของโรค เคยมีอาการหายใจลำบากและโรคร่วม

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n = 22)		กลุ่มทดลอง (n = 22)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติการสูบบุหรี่				
ไม่สูบบุหรี่	2	9.10	2	9.10
สูบบุหรี่	20	90.90	20	90.90
ยังสูบบุหรี่อยู่	2	9.10	1	4.30
เลิกสูบบุหรี่แล้ว	18	81.80	19	82.60
ระยะที่ป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง				
น้อยกว่า 1 ปี	0	0	0	0
1-5 ปี	9	40.90	7	30.40
6-10 ปี	12	54.50	12	52.20
10 ปีขึ้นไป	1	4.50	3	13.00
20 ปีขึ้นไป	0	0	0	0
ระดับความรุนแรงของโรค				
ระดับที่ 1	1	4.30	9	40.90
ระดับที่ 2	19	82.60	7	31.80
ระดับที่ 3	2	8.70	6	27.30
ไม่มีโรคร่วม	5	22.70	11	47.80
มีโรคร่วม				
เคยใช้สารเสพติด	1	4.50	0	0
วัณโรคปอด รักษาครบ	3	13.60	0	0
ความดันโลหิตสูง	6	27.30	4	17.40
เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง/ ไขมันในเลือดสูง/ไตวายเรื้อรัง	3	13.60	4	17.40
เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง/ซึมเศร้า	1	4.50	0	0
หัวใจ	4.5	0	0	
หัวใจ/ไทรอยด์	1	4.50	0	0
ต่อมลูกหมากโต	1	4.50	1	4.30
โพรงจมูกอักเสบ	0	0	1	4.30
เข้าเสื่อม	0	0	1	4.30
เคยมีอาการหายใจลำบาก				
เคย	22	100.00	22	100.00
ไม่เคย	0	0	0	0

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการหายใจลำบากของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพัฒนาทักษะ โดยการให้ข้อมูลและการสร้างแรงจูงใจ (n= 22)

ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		df	t	p-value
$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	SD.			
5.0	1.38	3.45	1.37	21	12.17	<.05

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการหายใจลำบากหลังการทดลองผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติกับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพัฒนาทักษะ โดยการให้ข้อมูล และการสร้างแรงจูงใจ (n= 22)

กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		df	t	p-value
$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	SD.			
3.68	1.64	3.45	1.37	21	-1.33	.20

อายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาทักษะ โดยการให้ข้อมูล และการสร้างแรงจูงใจน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการหายใจลำบากหลังการทดลองผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติกับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพัฒนาทักษะ โดยการให้ข้อมูล และการสร้างแรงจูงใจ

จากตารางที่ 4 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการหายใจลำบากของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีอาการหายใจลำบากไม่แตกต่างจากกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการพัฒนาทักษะ โดยการให้ข้อมูล และการสร้างแรงจูงใจ ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ที่ว่า อาการหายใจลำบากของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพัฒนาทักษะ โดยการให้ข้อมูล และการสร้างแรงจูงใจน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาทักษะ โดยการให้ข้อมูลและการสร้างแรงจูงใจต่ออาการหายใจลำบากของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผลการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 อาการหายใจลำบากของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาทักษะ โดยการให้ข้อมูลและการสร้างแรงจูงใจน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า โปรแกรมการพัฒนาทักษะ โดยการให้ข้อมูลและการสร้างแรงจูงใจ ต่ออาการหายใจลำบากของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตามแนวคิดของ Fisher และ Harman¹⁶ ซึ่งเชื่อว่า การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพหรือตระหนักรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง นั้น จำเป็นต้องได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้อง มีการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษา และมีการพัฒนาทักษะในการป้องกันหรือจัดการอาการหายใจลำบาก ประกอบด้วย

การให้ข้อมูล (Information) เป็นวิธีการที่จำเป็นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การให้ข้อมูลเรื่องโรค หลักการและประโยชน์ของการบริหารการหายใจที่ถูกต้อง ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ อุปสรรคของความร่วมมือในการรักษา¹⁶ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ มีการรับรู้ข้อมูลที่ถูกต้อง เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุและอาการที่เกิดขึ้นไปพร้อม ๆ กัน ร่วมกับการฝึกทักษะในการจัดการอาการหายใจลำบาก เมื่อผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับข้อมูลครบถ้วน และผู้สูงอายุล้วนมีประสบการณ์อาการหายใจลำบาก ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคและอาการกำเริบ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การใช้ยา การบริหารการหายใจ แนะนำการเลิกบุหรี่ และมอบสมุดกำกับตนเอง มีการประเมินระดับอาการหายใจกำเริบในสัปดาห์ที่ 1, 4 และ 6 และมีการเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 4 เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ พบว่า ค่าระดับอาการหายใจลำบากกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ ทั้งนี้ เนื่องมาจากผู้สูงอายุเริ่มมีการรับรู้ นึกคิด ตระหนักรู้ในใจว่าจะช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อตนเอง อยากที่จะปฏิบัติตามอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้วิจัยได้ดำเนินโปรแกรมฯ เริ่มตั้งแต่การประเมินปัญหา ประสบการณ์ การรับรู้ และความต้องการของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก โดยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับกลุ่มตัวอย่างเกิดความไว้วางใจและยินดีที่จะเปิดเผยข้อมูลที่นำไปสู่การค้นหาคำตอบ และการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ถ่ายทอดประสบการณ์การเกิดหายใจลำบากและการจัดการอาการด้วยตนเอง จะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจในพฤติกรรมของตนเอง มองเห็นปัญหาและแก้ไขปัญหาได้อย่างมีเหตุผล ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการยอมรับและเป็นพื้นฐานในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม¹⁹ รวมทั้งการที่กลุ่มตัวอย่างได้มีส่วนร่วม แสดงความคิดเห็น จะช่วยให้สามารถวิเคราะห์ ค้นหาปัญหาได้ด้วยตนเอง นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม²⁰ ดังนั้น ข้อมูลเป็นปัจจัยแรกที่มีผลโดยตรงต่อการกระทำพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ผู้วิจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ โดยจัดกิจกรรมให้ความรู้ เกี่ยวกับ สาเหตุ อาการของโรค การศึกษา การจัดการตนเองในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การเลิกสูบบุหรี่ การจัดการด้านอาหาร การใช้ยาอย่างถูกต้อง การออกกำลังกาย การฝึกหายใจ การป้องกันและจัดการอาการกำเริบ ซึ่งสอดคล้องกับโปรแกรมการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความ

สามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง สำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กล่าวว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค พยาธิสภาพ การดำเนินของโรค การรักษาและการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะการหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง สำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การสอนและฝึกทักษะต่าง ๆ ในการจัดการภาวะการหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง เช่น การรับประทานยา เทคนิคการหายใจและการบริหารการหายใจแบบเป่าปาก และการรับประทานยา รวมทั้งการใช้ยาพ่นขยายหลอดลมอย่างถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้และมีการฝึกทักษะอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การลด หรือป้องกัน หรือชะลออาการหายใจลำบากด้วยตนเองเกิดผลสำเร็จและมีประสิทธิภาพ²¹

การสร้างแรงจูงใจ (Motivation) มีการสร้างแรงจูงใจส่วนบุคคล เกี่ยวกับการรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ อุปสรรคของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และแรงจูงใจทางสังคมเกิดจากการรับรู้แรงผลักดันของสังคม ครอบครัว ที่มีต่อบุคคล กลุ่มคน จะช่วยให้เกิดทัศนคติที่ดีในการเชื่อมั่น มุ่งมั่นที่จะแก้ไขปัญหาความบกพร่องของสุขภาพหรือภาวะเรื้อรังจากโรค มีการกล่าวชมเชยและให้รางวัล ส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนและให้กำลังใจ ซึ่งกันและกัน ซึ่งการสร้างแรงจูงใจจะช่วยให้เกิดทัศนคติที่ดี มีความเชื่อมั่นเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษา²² เป็นปัจจัยนำไปสู่การให้ความร่วมมือในการฝึกทักษะการบริหารทรงอก การใช้ยาพ่นขยายหลอดลม การรักษาหรือการพยาบาลต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง ส่งผลการดำเนินโรคไปในทางที่ดีถือเป็นการแสดงพฤติกรรมดีหรือพฤติกรรมในทางบวก โดยถือว่า บุคลากรทางสุขภาพ ครอบครัวและญาติเป็นแรงจูงใจหลักในการฝึกทักษะการกายบริหารทรงอก การรับประทานยาและการใช้ยาพ่นขยายหลอดลมอย่างถูกวิธี ผู้สูงอายุได้รับการช่วยเหลือ สนับสนุนจากครอบครัว หรือสังคม ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีแรงจูงใจ และมีกำลังใจที่จะดูแลตนเอง²³ ทั้งนี้ จะเห็นได้จากข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีผู้ดูแล ร้อยละ 90.90 ดูแลตนเอง ร้อยละ 9.10 (n = 44) จะเห็นได้ว่า การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง สอดคล้องกับการศึกษาของ Suwannno และ Suwannno²⁴ พบว่า ญาติผู้ดูแลเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญ

ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งการสนับสนุนให้ครอบครัวหรือญาติ ผู้ดูแลหลักคอยดูแลช่วยเหลือใกล้ชิด จะช่วยสร้างความเชื่อมั่น และเป็นกำลังใจในการดำรงชีวิตหรือดูแลตนเองได้ดีมากขึ้น ผู้วิจัยได้สื่อสาร พูดคุย เพื่อให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้ และรับรู้ถึงความสำคัญของการมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้อง โดยเรียนรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์ที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดภาวะหายใจลำบาก สอบถามเพื่อประเมินประสบการณ์เกี่ยวกับอาการหายใจลำบาก ประเมินการจัดการอาการหายใจลำบากด้วยตนเองอย่างไร การรับประทานยา การใช้ยาพ่นขยายหลอดลมถูกวิธีหรือไม่ เมื่อพบข้อบกพร่องจะให้ความรู้และให้ผู้สูงอายุปฏิบัติให้ถูกต้อง โดยให้ผู้ดูแลกำกับควบคุมเมื่อปฏิบัติด้วยอยู่ที่บ้าน ส่งผลให้มีพฤติกรรมจัดการอาการหายใจลำบากด้วยตนเองอย่างเหมาะสม ขณะเยี่ยมบ้านได้เข้าไปประเมินสัมพันธภาพภายใน ครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแล และไม่มีผู้ดูแล สอบถามแหล่งที่มาของรายได้เพียงพอในการใช้จ่ายหรือไม่ เวลาเข้ารับการรักษา หรือการไปตามนัดของแพทย์ เดินทางไปอย่างไร กิจกรรมภายในบ้านในชีวิตประจำวันผู้สูงอายุสามารถทำตัวเองหรือไม่ สอดคล้องกับการศึกษาของ Phisanbowonsri²¹ พบว่า การให้แรงสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ เข้าใจความรู้สึกของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นสิ่งสำคัญในการส่งเสริมความสามารถการจัดการภาวะหายใจลำบากด้วยตนเอง แหล่งสนับสนุนที่สำคัญได้แก่ ครอบครัว สังคม รวมถึงบุคลากรในทีมสุขภาพด้วย หากผู้ดูแลมีการรับรู้ปัญหาของผู้สูงอายุ จะทำให้มีความเอาใจใส่ เข้าอกเข้าใจ ให้กำลังใจ ช่วยเหลือต่อผู้สูงอายุอยู่เสมอ เป็นการสร้างแรงจูงใจให้ผู้สูงอายุและครอบครัวอยากมีส่วนร่วมในการจัดการอาการหายใจลำบากมากยิ่งขึ้น

การพัฒนาทักษะ (Behavioral skill) เป็นการปฏิบัติทักษะเหล่านั้นอย่างต่อเนื่องเพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมาย มีการปฏิบัติทักษะการกายบริหารทรวงอกอย่างต่อเนื่อง จนเกิดความชำนาญและนำไปปฏิบัติที่บ้านอย่างต่อเนื่อง มั่นใจในการปฏิบัติว่าสามารถทำได้ถูกต้อง มีความพึงพอใจเมื่อทำได้สำเร็จ การพัฒนาทักษะส่งผลต่อความเชื่อมั่นในการกระทำ²⁵ การสอนและฝึกทักษะต่าง ๆ ในการจัดการอาการหายใจลำบากด้วยตนเอง เช่น การกายบริหารทรวงอก การรับประทานยาและการใช้ยาพ่นขยายหลอดลมอย่างถูกวิธี

การเลือกรับประทานอาหาร เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติได้ และฝึกทักษะอย่างต่อเนื่องเพื่อให้จัดการอาการหายใจลำบากด้วยตนเองเกิดผลสำเร็จและมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ O'Donnell, Webb และ McGuire²⁶ เรื่องผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วยความรู้เรื่องโรคและการสอนการหายใจแบบเป่าปากและการออกกำลังกายแบบแอโรบิค ผลการวิจัยพบว่า อาการหายใจลำบากลดลง

จากเหตุผลดังกล่าว เมื่อผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาทักษะ โดยการให้ข้อมูล และการสร้างแรงจูงใจต่ออาการหายใจลำบากของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ พบว่า มีอาการหายใจลำบากน้อยกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ (ก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยหายใจลำบาก 5.00, SD. =1.38 มีอาการหายใจลำบากรุนแรง ภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยอาการหายใจลำบาก = 3.45, SD. = 1.37 มีอาการหายใจลำบากรุนแรงบางครั้ง (ดังตารางที่ 3)

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 อาการหายใจลำบากของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพัฒนาทักษะ โดยการให้ข้อมูล และการสร้างแรงจูงใจไม่แตกต่างกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

อภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้ง 2 กลุ่ม มีข้อมูลส่วนบุคคล ด้านระดับการศึกษา ไม่ได้เรียน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.50 ส่งผลต่อความสามารถในการอ่าน เขียน หรือเข้าใจในข้อมูลที่ผู้วิจัยได้ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคอาการหายใจลำบาก วิธีจัดการกับอาการหายใจลำบาก ทั้งการรับประทานยา การใช้ยาพ่นขยายหลอดลมอย่างถูกวิธี การกายบริหารทรวงอก สืบ หรือคู่มือที่ผู้วิจัยได้มอบให้แก่กลุ่มตัวอย่าง เป็นการสอนในรายกลุ่ม ซึ่งอาจเป็นข้อจำกัดของกลุ่มตัวอย่างบางราย ที่ต้องได้รับการติดตาม ประเมินความเข้าใจ เป็นรายบุคคล ยิ่งทักษะในการบริหารทรวงอก ต้องอาศัยความเข้าใจและการนำไปฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน อาจละเลยหรือปฏิบัติไม่ถูกวิธี เกิดผลลัพธ์ที่ไม่มีประสิทธิภาพ การเยี่ยมบ้าน เป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมฯ เป็นการติดตามการใช้ยาพ่นขยายหลอดลมอย่างถูกวิธี รวมถึงการประเมินอาการหายใจลำบาก ผู้วิจัยได้ใช้การสื่อสารภาษาถิ่นเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจในคู่มือที่จัดทำ

และสาธิตการกายบริหารทรวงอกและให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตย้อนกลับ กลุ่มตัวอย่างบางรายอาจต้องใช้เวลาในการทำ ความเข้าใจท่าทางหรือวิธีการ บางรายต้องให้ผู้ดูแลช่วยจดจำ สิ่งที่สำคัญที่สุด คือการสร้างแรงจูงใจที่จะให้ผู้สูงอายุปฏิบัติ อย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ด้วยเหตุนี้ โปรแกรมฯ ที่จัดกระทำ กับผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ต้องได้รับการพัฒนาและผสมผสานเข้าไปในขณะให้การพยาบาล ในรูปแบบทำเป็นประจำ (Routine) เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุให้ครอบคลุมมากที่สุด ดังนั้น การพยาบาลแบบการจัดการรายกรณี ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุไว้วางใจ ภายใต้อัมพันสภาพที่ดีต่อกัน จะมีส่วนช่วยให้ประสิทธิภาพในการเรียนรู้ของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น¹⁹ เกิดแรงสนับสนุน แรงจูงใจในการร่วมมือในการรักษาพยาบาลมากยิ่งขึ้น

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างไม่ตรงตามเกณฑ์ที่พิจารณาก่อนทำการทดลอง คือกำหนดให้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีระดับความรุนแรงของโรค อยู่ในระดับที่ 2 ภายหลังคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มทดลองผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีความรุนแรงของโรค ในระดับที่ 3 คือผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในขณะออกแรงและมีการกำเริบเฉียบพลันของโรคที่เกิดขึ้นซ้ำจากการอุดกั้น มีจำนวน 6 คน ในขณะที่ กลุ่มควบคุมผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีความรุนแรงของโรคในระดับที่ 3 คือผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบาก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในขณะออกแรงและมีการกำเริบเฉียบพลันของโรคที่เกิดขึ้นซ้ำจากการอุดกั้น มีจำนวน 2 คน ในจำนวนที่แตกต่างกัน ก่อนเริ่มทำการทดลอง ทำให้เกิดตัวแปรแทรกซ้อนที่ไม่อาจควบคุมได้ ส่งผลให้ผลการทดลองไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 หลังการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอาการหายใจลำบากตามโปรแกรมสถิติที่ใช้ทดสอบ สอดคล้องกับการศึกษาของ Duangpaeng²⁷ ได้ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญ สามารถอธิบายได้ว่าความรุนแรงของโรค ซึ่งเป็นความสามารถในการทำกิจกรรม ความทนในการออกกำลังกายหรือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่สัมพันธ์กับอาการหายใจลำบาก ดังนั้น

หากโรคมีความรุนแรงมากขึ้นจะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีอาการหายใจลำบากมากขึ้น ซึ่งอาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้น จะกระตุ้นให้เกิดอาการอื่นตามมาทั้งอาการด้านร่างกายและอาการด้านจิตใจ นอกจากนี้ ยังอาจกระตุ้นให้อาการดังกล่าวมีความรุนแรงและความถี่เพิ่มมากขึ้นด้วย ซึ่งจะส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหรือสภาวะการทำงานที่ลดลง ในขณะที่ ความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษาซึ่งเป็นพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่กระทำอย่างถูกต้องและเหมาะสมตามแผนการรักษาของแพทย์ทั้งในเรื่องการใช้ยาและไม่ใช้ยาเพื่อควบคุมและชะลอความก้าวหน้าของโรค ซึ่งจะช่วยในการลดความรุนแรงของโรคและอาการกำเริบดังกล่าวได้ ดังนั้น ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรให้ความสำคัญกับการคัดเลือกรวมตัวอย่างอย่างเคร่งครัด ในเวลาที่เหมาะสม เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. **ด้านการพยาบาล** พยาบาลและทีมสุขภาพ ควรนำโปรแกรมฯ นี้ปรับปรุงก่อนนำไปใช้กับผู้สูงอายุที่มีปัญหาอาการหายใจลำบาก โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ขาดความรู้เกี่ยวกับการกายบริหารทรวงอก การฝึกหายใจโดยใช้กลัมน้ำกระบังลม และการใช้ยาพ่นขยายหลอดลมมากเกินไปจนเกิดความจำเป็น ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

2. **ด้านบริหาร** ควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการวางแผนการให้บริการผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการหายใจลำบาก รวมทั้งส่งเสริมให้มีการจัดการอบรมการสร้างแรงจูงใจและการฝึกทักษะให้กับทีมบุคลากรพยาบาลเพื่อให้มีความรู้ตามโปรแกรมและสามารถนำโปรแกรมไปใช้กับผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. **ด้านการวิจัย** ควรนำโปรแกรมฯ ไปพัฒนากับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น โรคหัวใจหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเทียม มีการติดตามในระยะยาวและมีการปรับปรุงโปรแกรมฯ ทดลองซ้ำ มีการพัฒนานวัตกรรมที่ช่วยในการฝึกกายบริหารทรวงอก การฝึกการหายใจเพื่อส่งเสริมให้งานวิจัยน่าสนใจ และนำมาใช้ในชีวิตประจำวันได้จริง

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ผู้วิจัยควรมีการศึกษาสุขภาพในช่องปากเป็นผลข้างเคียงจากการใช้ยาพ่นขยายหลอดลมส่งผลต่อภาวะโภชนาการ ภาวะโภชนาการส่งผลให้กล้ามเนื้อที่ใช้ในการช่วยหายใจลดลง ปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับอาการหายใจลำบาก ดังนั้น ถ้าสามารถจัดการกับอาการหนึ่งได้จะช่วยให้

บรรเทาหรือชะลออาการหายใจลำบากลงได้อีกด้วย

2. ผู้วิจัยควรมีการวัดผลด้วยวิธีอื่นด้วย เช่น การเป่า peak flow มาใช้ในการประเมินอาการหายใจลำบาก ควรมีการเฝ้าติดตามในระยะยาวอย่างน้อย 6 เดือนถึง 1 ปี เพื่อติดตามการคงอยู่ในการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการและลดอาการหายใจลำบาก

References

1. Indelicato RA. The advanced practice nurse's role in palliative care and the management of dyspnea. Topics in Advanced Practice Nursing eJournal. [internet]. 2006 [cited 2018 May 19]. Available from: http://www.medscape.com/viewarticle/551364_3
2. Marciniuk DD, Goodridge D, Hernandez P, Rocker, Balter M, Bailey P, et al. Managing dyspnea in patients with advanced chronic obstructive pulmonary disease: a canadian thoracic society clinical practice guideline. Canada Respiratory Journal 2011;18(2):69-78.
3. Promin J. Effects of dyspnea management promotion program on readmission and satisfaction of care among chronic obstructive pulmonary disease patients at Fang Hospital, Chiang Mai Province. Chiangmai: Chiangmai university; 2008. (in Thai).
4. Witheethummasak P. Relationship between symptom cluster and functional performance among chronic obstructive pulmonary disease patients. Chonburi: Burapha University; 2010. (in Thai).
5. Nancy S, Diane K. Chronic critically ill dyspneic patients: mechanisms and clinical measurement. American Association of Clinical Care Nurse. 2001;12(12):220-33.
6. Krainara P, Malathum P, Nathisuwan S, Kawamatawong T. Self-care for medication use in older patients with chronic obstructive pulmonary disease. Rama Nurs 2011;17(2):285-303. (in Thai).
7. Phaephon N. Association between inhalation technique and exacerbation symptoms of patients with COPD at Somdej Prabraromachineenath Hospital Khonkhen: Khonkhen University; 2011. (in Thai).
8. de Castro MC, de Queiroz, AM, Moreira MAC, Jose RJ, Maria AB, Ruth M, et al. Knowledge about COPD among users of primary health care services. International Journal of COPD 2015; 10:1-6.
9. Smith EB. Motivation in pulmonary rehabilitation. London, England: Coventry University; 2008.
10. Runo JR, Ely EW. Treating dyspnea in a patient with advanced chronic obstructive pulmonary disease. West J Med 2001;175:197-201.
11. Osborn CY, Egede LE. Validation of an Information-Motivation-Behavioral Skills model of diabetes self-care (IMB-DSC). Patient Educ Couns. 2010;79(1):49-54.
12. Loyd JJ, Wyatt KM, Creanor S. Behavioural and weight status outcomes from an exploratory trial of the Healthy Lifestyles Programme (HeLP): a novel school-based obesity prevention programme. BMJ Open 2012;2(3).

13. Sitthiamorn J, Suprachutikul A, Rattanalerd S, Rarchaborirak K. Clinical practice guideline. 4th ed. Nonthaburi: The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization); 2000. (in Thai).
14. Mann SJ. Alternative perspectives on the student experience: alienation and engagement. *Studies in Higher Education* 2001;26(1):7-19.
15. Kendrick KR, Baxi SC, Smith RM. Usefulness of the modified 0-10 Borg scale in assessing the degree of dyspnea in patients with COPD and asthma. *Journal of Emergency Nursing* 2000;26(3): 216-22.
16. Fisher WA, Fisher JD, Harman J. the information-motivation- behavioral skills model: a general social psychological approach to understanding and promoting health behavior. Malden: Blackwell Publishing, 2003.
17. Polit DF, Beck CT. *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. 8th ed. Philadelphia: Lippincott; 2014.
18. Burns N, Grove SK. *The practice of nursing research: conduct, critique & utilization*. 5th ed. St. Louis: Elsevier Saunders; 2005.
19. Hanujareankul S. *Nursing: art of nursing*. Bangkok: Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital; 2001. (in Thai).
20. Luawnklinhom J. *Human psychology and business ethics*. Bangkok: Thai Business Administration Technological College; 2004. (in Thai).
21. Phisanbowonsri N. *Development of the model for promoting competency in chronic dyspnea self-management for patients with chronic obstructive pulmonary disease*: Burapha University; 2007. (in Thai).
22. Friedman DS, Hahn SR, Gelb L, Tan J, Shah SN, Kim EE, et al. Doctor-patient communication, health-related beliefs, and adherence in glaucoma results from the Glaucoma Adherence and Persistency Study. *American Academy of Ophthalmology* 2008; 115(8):1320-7.
23. Lunnela J, Kaariainen M, Kyngas, H. Adherence of finnish people with glaucoma to treatment plans and connected factors. *International Journal of Circumpolar Health* 2011; 70(1):79-89.
24. Suwanno J, Suwanno J. Attribute of sociodemographic, illness characteristics, and personal resources on severity of dyspnea in patients with chronic obstructive pulmonary Disease. *Thai Journal of Nursing Council* 2007;22(2):99-112. (in Thai).
25. Bandura, A. *Social foundations of thought and action: social cognitive theory*. [internet]. 1986 [cited 2019 Jan 23]. Available from: <https://psycnet.apa.org/record/1985-98423-000>.
26. O'Donnell DE, Webb AK, & McGuire AM. Older patient with COPD: Benefit of exercise training. *Geriatric* 1993;48:59-66.
27. Duangpaeng S. Functional status and factors influencing functional status among chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok* 2015;31(3): 13-24. (in Thai).

บทความวิจัย

ผลของการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

Effect of Discharge Planning with Family Center on Perceived Self-Efficacy of Caregiver Traumatic Brain Injury Patients

Received: Mar 26, 2019

Revised: Apr 29, 2019

Accepted: May 3, 2019

ชลิดา เกิดภิรมย์ พย.ม. (Chalida Keadphilom, M.N.S)¹สุวรรณี ละออปักษิณ กศ.ด. (Suwannee Laorpaksin, Ph.D.)²

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบ 1) การรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนและหลังได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางและ 2) การรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางและการวางแผนจำหน่ายแบบปกติโดยนำแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของ Glavin, และคณะ และการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura มาประยุกต์ใช้ในการกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 58 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 29 คน คัดเลือกโดยใช้วิธีเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ คู่มือการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ เครื่องมือทั้งหมดได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คู่มือการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.88 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.90 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า

1. การรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะภายหลังได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางสูงกว่าก่อนได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)
2. การรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะภายหลังได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

คำสำคัญ: การวางแผนจำหน่าย, ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง, การรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

¹พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ E-mail : Ch.keadphilom@gmail.com

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ E-mail : suwannee@slc.ac.th

Faculty of Nursing, Saint Louis College, Bangkok, Thailand.

Abstract

The purposes of this quasi-experimental research were to compare: 1) self- efficacy perception of caregiver in traumatic brain injury patients before and after received family-centered discharge planning; and 2) self- efficacy perception of caregivers of traumatic brain injury patients after received discharge planning between experimental group and control group. Subjects were 58 caregivers of hospitalize traumatic brain injury patients purposively assigned to the experimental or control groups (29 in each group). The experimental group received family-centered discharge planning. The control group received routine-discharge planning. Research instruments included manual of family-centered discharge planning and a caregivers' self-efficacy questionnaire. All instruments were tested for content validity using a panel of three experts. The guide of family-centered discharge planning has revealed CVI of 0.88. Cronbach's alpha coefficient of caregivers' self-efficacy questionnaire was 0.90. Data were analyzed using descriptive statistics (mean, standard deviation, and t-test).

Majors results are as follows:

1. After receiving the family-centered discharge planning, self-efficacy perception of caregivers of traumatic brain injury patients was statistically significantly higher than before receiving the family-centered discharge planning ($p<.05$).
2. Self-efficacy perception of caregivers of traumatic brain injury patients who received the family-centered discharge planning was statistically significantly higher than that of the caregivers who received routine-discharge planning ($p<.05$).

Keywords: discharge planning, family center, perceived self-efficacy

บทนำ

การบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทั่วโลก แม้ว่ารัฐบาลแต่ละประเทศจะกำหนดนโยบายทางสาธารณสุขเพื่อแก้ไขสถานการณ์ดังกล่าว แต่จำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองกลับเพิ่มขึ้นทุกปี¹ องค์การอนามัยโลก² รายงานความปลอดภัยทางถนนของโลก พ.ศ. 2556 ว่าประเทศไทยมีอัตราผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน 36.2 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งเป็นอันดับ 3 ของโลก จากสถิติกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข³ (2557) พบว่า ปี พ.ศ. 2555-2557 ประชากรที่ได้รับอุบัติเหตุมีอัตราการตาย 21.88, 22.89 และ 23.16 ต่อประชากร 100,000 คนตามลำดับ ใน

กรุงเทพมหานครมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนต่อปีจำนวน 174, 249 และ 269 คน ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าการบาดเจ็บที่ศีรษะมักพบในกลุ่มอายุ 15-24 ปี อุบัติเหตุเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ประสบเหตุได้รับความกระทบกระเทือนทางสมองถึงร้อยละ 62.95 ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ มีความผิดปกติด้านการสื่อสาร การขับถ่าย การเคลื่อนไหว ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ต้องพึ่งพาผู้อื่น ผู้ป่วยบางรายมีข้อจำกัด หากได้รับการดูแลที่ไม่ถูกต้อง อาจทำให้ผู้ป่วยกลับเข้าสู่ระยะวิกฤตใหม่ด้วยภาวะแทรกซ้อน การดูแลจึงต้องมีความต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ครอบครัว ผู้ป่วยและผู้ดูแลควรได้รับการเตรียม

ความพร้อมในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน หากผู้ดูแลให้การดูแลไม่ถูกต้องจะทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ข้อยึดติด แผลกดทับ การสำลักขณะให้อาหารเกิดภาวะปอดอักเสบ อาการเหล่านี้สามารถทำให้ผู้ป่วยกลับเข้าสู่ระยะวิกฤตใหม่อีกครั้งและต้องกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะแทรกซ้อน⁴ ดังนั้นผู้ป่วยและผู้ดูแลควรได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวและเตรียมความพร้อมในการดูแลก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นกลวิธีหนึ่งที่ผู้ป่วยและครอบครัวจะได้รับข้อมูลและคำแนะนำต่าง ๆ จากทีมสุขภาพ พยาบาลจะแนะนำวิธีการดูแลผู้ป่วยให้แก่ผู้ดูแลก่อนจำหน่าย การให้ข้อมูลและคำแนะนำต่าง ๆ ทั้งหมดก่อนจำหน่ายเพียงหนึ่งถึงสองครั้งทำให้ผู้ดูแลจำได้ไม่ครบถ้วนหรือการที่ผู้ดูแลได้ลองฝึกทำกิจกรรมการดูแลเพียงครั้งเดียวนั้นผู้ดูแลอาจได้รับการส่งเสริมให้มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยไม่เพียงพอ ซึ่งอาจมีผลถึงการดูแลต่อเนื่อง ปัญหาเหล่านี้จะลดลงหากมีการเตรียมความพร้อมให้แก่ครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักเป็นระยะด้วย การให้ความรู้และสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีทักษะในการดูแล หรือเป็นหุ้นส่วนในการดูแลโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการเรียนรู้วิธีการดูแลด้วยการลงมือปฏิบัติจริง และยังได้ฝึกการแก้ปัญหาที่พบขณะลงมือปฏิบัติจริงอีกด้วย ทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจว่าตนเองสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ ทั้งนี้ต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างพยาบาลและผู้ดูแล มีการให้เกียรติและยอมรับในความคิดเห็นการกระทำและการตัดสินใจของผู้ดูแล นั่นคือการนำแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางมาใช้ในการวางแผนจำหน่ายและสร้างเสริมความสามารถของผู้ดูแล หลักการดูแลแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางของ⁵ ประกอบด้วย การตระหนักและการเคารพ (Recognize and respects) การร่วมมือกัน (Collaborative) และการสนับสนุน (Support) เกี่ยวกับการดูแลและการตัดสินใจในการดูแล โดยสร้างความเข้มแข็งให้กับครอบครัว มุ่งเน้นการสร้างสัมพันธภาพแบบหุ้นส่วนการดูแลและสุขภาพ⁶ ความร่วมมือกันระหว่างทีมสุขภาพในการแลกเปลี่ยนข้อมูล การตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยและการทำกิจกรรมการดูแล ทำให้ครอบครัวรับรู้ถึงความสามารถของตนเอง โดยเชื่อว่าตนเองสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ เช่นเดียวกับ Patchalee⁷ ศึกษาผลการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวและความมั่นใจของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้รับการดูแลโดยเน้นครอบครัว

เป็นศูนย์กลางมีความพึงพอใจในบริการพยาบาล สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติและครอบครัวที่ได้รับการดูแลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยสูงกว่าครอบครัวที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และจากการศึกษาของ Coco, และคณะ⁸ ที่ศึกษาการสนับสนุนสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ พบว่า ภายหลังจากผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะผ่านพ้นระยะวิกฤตแล้ว ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เหมือนอย่างที่เคยทำ ความสามารถ พฤติกรรมและสัมพันธภาพจะเปลี่ยนแปลงไป สมาชิกในครอบครัวควรได้รับการสนับสนุนการฝึกทักษะการดูแลตามปัญหาของผู้ป่วย สิ่งที่มีสมาชิกในครอบครัวควรได้รับการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ประกอบด้วย การดูแลกิจวัตรประจำวัน การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายด้วยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง และการดูแลด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม

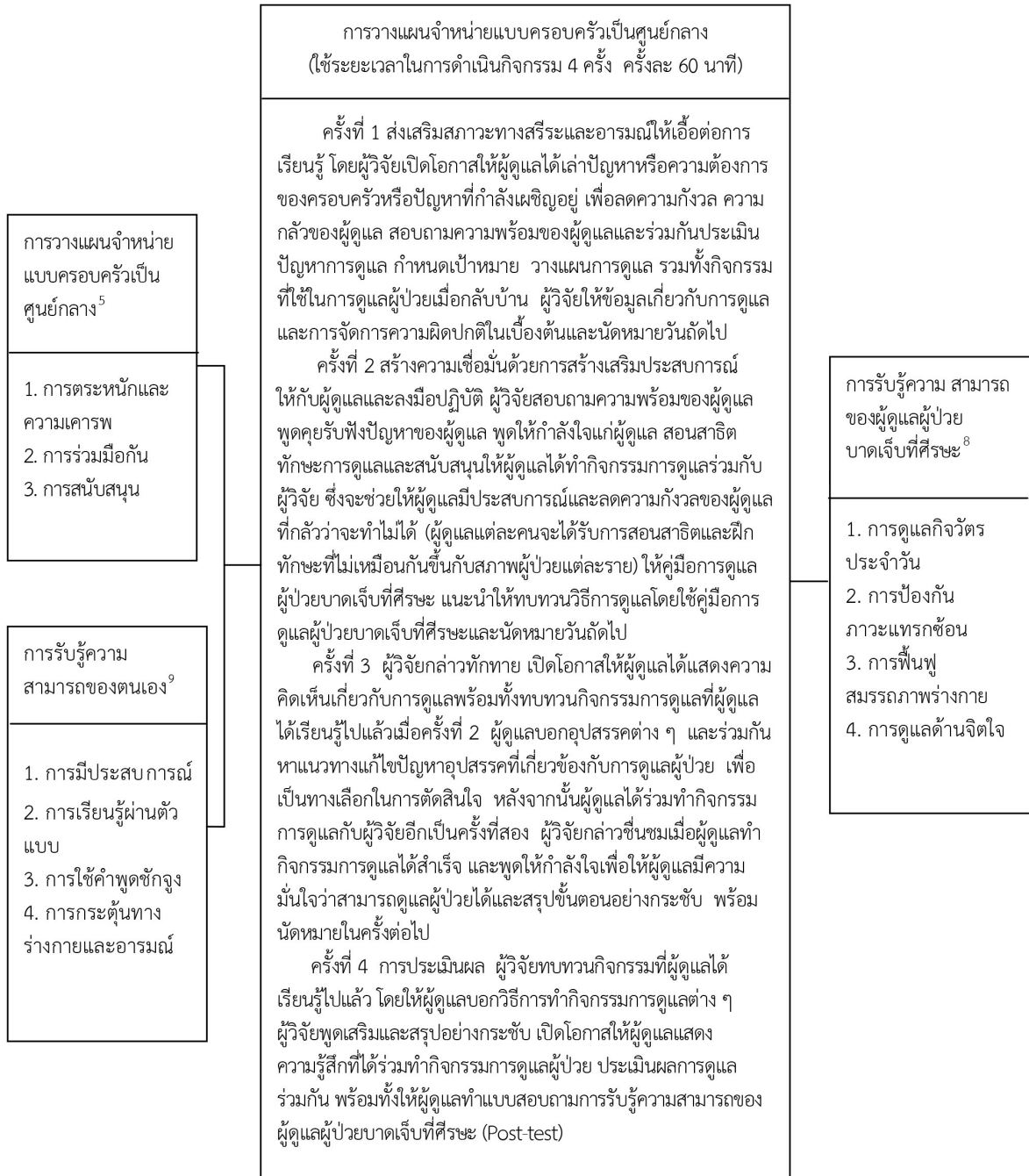
พยาบาลจึงต้องปรับบทบาทจากผู้กระทำโดยตรงมาเป็นผู้สนับสนุนผู้ดูแลและครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลด้วยตนเอง ยอมรับในความคิดเห็นการกระทำและการตัดสินใจของผู้ดูแล ผู้ดูแลจะได้รับคำแนะนำ การสอน สาธิตและฝึกทักษะการดูแลตามปัญหาความต้องการการดูแลของผู้ป่วยแต่ละราย ผู้วิจัยได้บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางมาใช้ในการวางแผนจำหน่ายและศึกษาผลของการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนและหลังของกลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง
2. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางและการวางแผนจำหน่ายแบบปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยนำแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของ Glavin และคณะ⁹ ร่วมกับวิธีการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแล ตามแนวคิดของ Bandura⁹ มาบูรณาการใช้ในการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ดังรูปภาพที่ 1



รูปภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. การรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางสูงกว่าก่อนได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง
2. การรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบปกติ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) แบบสองกลุ่ม วกก่อนและหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มาเข้ารับบริการการรักษาในโรงพยาบาลรามาริบัติ เป็นญาติและพักอาศัยร่วมกับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ มีหน้าที่ต้องดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power¹⁰ กำหนดอำนาจการทดสอบ เท่ากับ 0.8 ค่า d เท่ากับ .40 และระดับความคลาดเคลื่อนที่ .05 คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 58 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 29 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีคะแนนระดับความรู้สึกตัว (GCS) 9-12 คะแนน ตั้งแต่แรกรับที่มารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายหญิงชั้น 9 และหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลรามาริบัติ กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ 29 รายแรกเป็นกลุ่มควบคุมได้รับการวางแผนจำหน่ายตามปกติโดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วย และอีก 29 รายหลังเป็นกลุ่มทดลองได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางโดยผู้วิจัยและดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกันด้วยการจับคู่ (match pair) ในเรื่อง อายุ เพศ ระดับการศึกษา และสภาพผู้ป่วยขณะเข้ารับ

เกณฑ์การคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีคะแนนระดับความรู้สึกตัว (GCS) ตั้งแต่แรกรับ 9-12 คะแนน
2. เป็นสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

ในฐานะสามี/ภรรยา บุตร หรือ พี่/น้อง ที่มีความผูกพันกับผู้ป่วย โดยทางกฎหมายหรือทางสายเลือด และหรือเป็นผู้อยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย

3. มีอายุ 18 ปีขึ้นไป
4. มีความยินดีและให้ความร่วมมือในการทำวิจัย
5. ผู้ดูแลที่มีโรคประจำตัวต้องอยู่ในระยะที่ควบคุมได้

เกณฑ์การคัดเลือกลักษณะตัวอย่างออกจากการศึกษา

(Exclusion criteria)

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการแทรกซ้อนของการบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีอาการรุนแรง เช่น ขณะทำการรักษาผู้ป่วยมีอาการรุนแรงเพิ่มขึ้นทำให้ระดับความรู้สึกตัวลดลง หรือ GCS ลดลง เป็นต้น

2. ผู้ดูแลเข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบทั้ง 4 ครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ คู่มือการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Coco¹¹ โดยเนื้อหาครอบคลุมเรื่องกิจกรรมการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จำนวน 25 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบ Linear analog scale 0-10 แปลผลโดยนำคะแนนของผู้ดูแลแต่ละคนมารวมกันแล้วหาค่าเฉลี่ย แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถในการดูแลต่ำ (0.00-3.00 คะแนน) การรับรู้ความสามารถในการดูแลปานกลาง (3.01-7.00 คะแนน) และการรับรู้ความสามารถในการดูแลสูง (7.01-10.00 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (เป็นอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลระบบประสาทและสมอง 1 ท่าน พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ 1 ท่าน และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง 1 ท่าน) แล้วนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index) เท่ากับ 0.88

2. การตรวจความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ไปทดลองใช้จริงกับผู้ดูแลกลุ่มที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ความเที่ยงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.90

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยเสนอโครงการวิจัยผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลรามารัตน์ เลขที่ 2560/820 ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยมีการเคารพศักดิ์ศรีและสิทธิของมนุษย์ที่เป็นตัวอย่างในการวิจัย โดยการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างว่าจะยินยอมเข้าร่วมการวิจัยหรือไม่และสามารถขอยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา โดยจะไม่มีผลกระทบกับการรักษาพยาบาลใด ๆ ข้อมูลที่ได้จะปิดเป็นความลับ เอกสารทุกฉบับไม่มีการระบุชื่อหรือรหัสตัวเลขใด ๆ ที่เชื่อมโยงถึงตัวบุคคลได้ ไม่เปิดเผยให้บุคคลอื่นทราบและหากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้นเมื่อการวิเคราะห์ข้อมูลและโครงการสิ้นสุดลงแบบสอบถามทั้งหมดจะถูกทำลาย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. กลุ่มควบคุม หลังจากได้รับการยินยอมจากผู้ดูแล ให้ผู้ดูแลทำแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ (Pre-test) ขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลประมาณ 5-10 วัน จะได้รับการวางแผนจำหน่ายตามปกติโดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วย และให้ผู้ดูแลทำแบบประเมินการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนจำหน่าย (Post-test)

2. กลุ่มทดลอง ดำเนินการหลังจากเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมครบ 29 ราย ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างภายใน 24 ชั่วโมงแรก เมื่อได้รับการยินยอมจากผู้ดูแล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล และให้ผู้ดูแลทำแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ (Pre-test) ก่อนเริ่มดำเนินกิจกรรม ขอความร่วมมือผู้ดูแลเข้าร่วมดำเนินกิจกรรมคนละ 4 ครั้ง ครั้งละ 60 นาทีและประเมินการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ (Post-test) ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้แสดงความ

คิดเห็น เล่าปัญหาหรือความต้องการของครอบครัว ปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่เพื่อลดความกังวล ความกลัว ส่งเสริมสภาวะทางสรีระและอารมณ์ของผู้ดูแล สอบถามความพร้อมของผู้ดูแลและร่วมกันประเมินปัญหาการดูแล กำหนดเป้าหมายวางแผนการดูแล รวมทั้งกิจกรรมที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลและการจัดการความผิดปกติเบื้องต้นและนัดหมายกับผู้ดูแลในวันถัดไป

ครั้งที่ 2 การสร้างความเชื่อมั่นด้วยการสร้างเสริมประสบการณ์ให้กับผู้ดูแลและลงมือปฏิบัติ ผู้วิจัยกล่าวทักทายเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้แสดงความคิดเห็นหรือแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับการดูแล ตลอดจนสอบถามความพร้อมที่จะร่วมกิจกรรมการดูแล ผู้วิจัยทำการสอนสาธิตทักษะการดูแลให้คู่มือการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ และสนับสนุนผู้ดูแลได้ลองทำกิจกรรมการดูแลร่วมกับผู้วิจัย กิจกรรมนี้จะช่วยให้ผู้ดูแลมีประสบการณ์และลดความกังวลของผู้ดูแลที่กลัวว่าจะทำไม่ได้ (ผู้ดูแลแต่ละคนจะได้รับการสอนสาธิตและฝึกทักษะที่ไม่เหมือนกันขึ้นกับสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะแต่ละราย) ผู้วิจัยพูดให้กำลังใจแก่ผู้ดูแลพร้อมกับแนะนำให้ทบทวนวิธีการดูแลโดยใช้คู่มือการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จากนั้นผู้วิจัยถามความพร้อมของผู้ดูแลที่จะมาเรียนรู้การดูแลร่วมกันและนัดหมายกับผู้ดูแลในวันถัดไป

ครั้งที่ 3 การให้กำลังใจ ผู้วิจัยกล่าวทักทาย เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้แสดงความคิดเห็นหรือแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลพร้อมทั้งทบทวนกิจกรรมการดูแลที่ผู้ดูแลได้เรียนรู้ไปแล้ว ผู้ดูแลแสดงความคิดเห็นหรือบอกอุปสรรคต่าง ๆ ผู้วิจัยและผู้ดูแลได้ร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหามุ่งอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย เพื่อเป็นทางเลือกในการตัดสินใจ หลังจากนั้นผู้ดูแลได้ร่วมทำกิจกรรมการดูแลกับผู้วิจัยอีกเป็นครั้งที่สอง ผู้วิจัยกล่าวชื่นชมเมื่อผู้ดูแลทำกิจกรรมการดูแลได้สำเร็จ และพูดให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจว่าสามารถดูแลผู้ป่วยได้และสรุปขั้นตอนอย่างกระชับ พร้อมนัดหมายผู้ดูแลในครั้งต่อไป

ครั้งที่ 4 ผู้วิจัยทบทวนกิจกรรมที่ผู้ดูแลได้เรียนรู้ไปแล้ว โดยให้ผู้ดูแลบอกขั้นตอนหรือวิธีการทำกิจกรรมการดูแลต่าง ๆ และผู้วิจัยพูดเสริมและสรุปให้อีกครั้ง เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลแสดงความคิดเห็นหรือแสดงความรู้สึกที่ร่วมทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยและประเมินผลการดูแลร่วมกัน พร้อมทั้งให้ผู้ดูแลทำแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ (Post-test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยหาค่าความถี่ ร้อยละ
2. ทดสอบการแจกแจงคะแนนการรับรู้ความสามารถ ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test หากมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ จึงเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติ Independent-t test
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของ ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Pair t- test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05
4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถ ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังการทดลองระหว่างกลุ่ม ควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Independent - t test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ผลการวิจัย

1. ลักษณะข้อมูลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจำนวนกลุ่มละ 29 คน พบว่า ผู้ดูแลกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิงร้อยละ 82.76 เพศชายร้อยละ 17.24 กลุ่มทดลองเป็นเพศหญิงร้อยละ 86.21 เพศชาย ร้อยละ 13.79 กลุ่มทดลอง มีอายุอยู่ในช่วง 46-50 ปี มาก ที่สุด คิดเป็นร้อยละ 17.24 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีอายุอยู่ในช่วง 41-50ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 31.03 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 44.83 ในกลุ่ม ทดลอง และร้อยละ 48.28 ในกลุ่มควบคุม รองลงมาคือ จบปวส. ร้อยละ 34.48 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 31.03 ใน กลุ่มควบคุม มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบิดา-มารดา มาก ที่สุด ร้อยละ 27.58 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 31.03 ใน กลุ่มควบคุม รองลงมา คือ สามี/ภรรยา ร้อยละ 24.14 ทั้ง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นบุตรธิดา ร้อยละ 24.14 ใน กลุ่มทดลอง และร้อยละ 20.69 ในกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มี อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 48.27 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 51.72 ในกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองมีโรคประจำตัว ร้อยละ 13.79

กลุ่มควบคุม ร้อยละ 17.24 (โรคประจำตัวของกลุ่มตัวอย่างที่ พบคือความดันโลหิตสูง ไ้มนในเลือดสูงและเบาหวาน ซึ่ง สามารถควบคุมโรคได้ด้วยการรับประทานยา)

เมื่อนำมาเปรียบเทียบเพื่อพิจารณาความแตกต่าง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้ Chi-square test พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ดังตารางที่ 1)

2. การตรวจสอบการแจกแจงคะแนนการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนการทดลองด้วย Komogorov-Smirnov test พบว่า คะแนนการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะของกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุมมีการแจกแจงข้อมูลแบบโค้งปกติ (ตารางที่ 2) และผลการทดสอบคะแนนการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแล ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้ง รายด้านและโดยรวม โดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วย บาดเจ็บที่ศีรษะ (ก่อนการทดลอง) ของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่าง กัน (ตารางที่ 3)

3. เมื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ความสามารถ ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนและหลังทดลองของกลุ่ม ที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางด้วย การใช้สถิติ Paired t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังทดลองสูง กว่าก่อนทดลองทั้งรายด้านและโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1 ที่ว่า การรับรู้ความสามารถ ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังได้รับการวางแผน จำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางสูงกว่าก่อนได้รับการ วางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ดังตารางที่ 4

4. ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถของ ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะทั้งรายด้านและโดยรวม ภายหลัง ทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 2 ที่ว่าการรับรู้ความ สามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มที่ได้รับการ วางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางสูงกว่ากลุ่มที่ ได้รับการจำหน่ายแบบปกติ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามเพศ อายุ การศึกษา ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย อาชีพ และโรคประจำตัว

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. เพศ					.131	.718
ชาย	5	17.24	4	13.79		
หญิง	24	82.76	25	86.21		
2. อายุ (ปี)					31.000	.567
21 - 30	6	20.69	5	17.25		
31 - 40	7	24.14	8	27.58		
41 - 50	9	31.03	9	31.03		
51 - 60	7	24.14	7	24.14		
3. การศึกษา					3.865	.145
ประถมศึกษา	1	3.45	1	3.45		
มัธยมศึกษา	5	17.24	5	17.24		
ปวส/ปวช./ อนุปริญญา	10	34.48	9	31.03		
ปริญญาตรี	13	44.83	14	48.28		
4. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย					2.844	.584
บิดา- มารดา	8	27.58	9	31.03		
คู่สมรส	7	24.14	7	24.14		
บุตร	7	24.14	6	20.69		
พี่น้อง	3	10.35	4	13.79		
ญาติสายตรง	4	13.79	3	10.35		
5. อาชีพ					2.375	.667
ทำไร่ /ทำสวน / ทำนา	2	6.90	0	0.00		
รับจ้าง	14	48.27	15	51.72		
ค้าขาย	7	24.14	9	31.03		
แม่บ้าน	6	20.69	5	17.24		
6. โรคประจำตัว					.400	.488
มี	4	13.79	5	17.24		
ไม่มี	25	86.21	24	82.76		

ตารางที่ 2 แสดงการทดสอบการแจกแจงคะแนนการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรายด้านและโดยรวมของกลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางและกลุ่มที่ได้รับการจำหน่ายแบบปกติ ก่อนการทดลอง

คะแนนการรับรู้ความสามารถ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	Z	p-value	Z	p-value
1. การดูแลความสะอาด	1.161	.067	1.152	.071
2. การป้องกันภาวะแทรกซ้อน	1.135	.076	1.045	.112
3. การฟื้นฟูสมรรถภาพ	1.131	.077	.964	.156
4. การดูแลด้านจิตใจ	.874	.214	1.292	.035
โดยรวม	.862	.223	.448	.494

Test distribution is normal

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนทำการทดลอง ด้วยการใช้ Independent t-test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2tailed)	Mean Difference	Std.Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
Equal variances assumed	1.170	.197	-1.367	58	.177	.0429	.3139	-1.0576	.01991
Equal variances not assumed			-1.367	56.386	.177	.0429	.3139	-1.0582	.01997

ตารางที่ 4 การทดสอบคะแนนการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรายด้านและโดยรวม ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Paired t- test

คะแนนการรับรู้ ความสามารถ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		df	t	p-value
	$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	SD.			
1. การดูแลความสะอาด	2.724	.2102	4.759	.3072	28	-26.449	0.00
2. การป้องกันภาวะแทรกซ้อน	2.678	.2556	4.798	.2604	28	-29.554	0.00
3. การฟื้นฟูสมรรถภาพ	2.961	.1745	4.546	.3931	28	-16.228	0.00
4. การดูแลด้านจิตใจ	3.862	.2748	5.086	.4727	28	-10.422	0.00
โดยรวม	3.056	.0872	4.797	.1951	28	-36.296	0.00

ตารางที่ 5 การทดสอบคะแนนการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งรายด้านและโดยรวม ภายหลังทดลอง ด้วยสถิติ Independent - t test

คะแนนการรับรู้ความสามารถ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		df	t	p-value
	$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	SD.			
1. การดูแลความสะอาด	4.76	.307	2.88	.223	28	-28.45	<.001
2. การป้องกันภาวะแทรกซ้อน	4.80	.260	2.72	.272	28	-29.55	<.001
3. การฟื้นฟูสมรรถภาพ	4.55	.393	3.09	.282	28	-16.23	<.001
4. การดูแลด้านจิตใจ	5.09	.473	3.97	.334	28	-10.42	<.001
โดยรวม	4.80	.195	3.17	.144	28	-36.27	<.001

การอภิปรายผลการวิจัย

การรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง สูงกว่าก่อนได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 (ตารางที่ 4) และการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 (ตารางที่ 5) ซึ่งผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า

การบาดเจ็บที่ศีรษะนั้นเป็นความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกะทันหันที่ครอบครัวไม่คาดคิดมาก่อน ประกอบกับสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย สิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยที่มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ใช้ในการรักษา มีสายต่าง ๆ ต่อกับตัวผู้ป่วย เสี่ยงการทำงานของเครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลายรายยังไม่สามารถสื่อสารกับครอบครัวได้ในระยะแรก สิ่งเหล่านี้ทำให้ครอบครัวมีความเครียดวิตกกังวลและกลัวว่าผู้ป่วยจะไม่หายเป็นปกติ หรือพิการ ไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้เหมือนเดิม ความเครียดและความวิตกกังวลเป็นความไม่พร้อมทางด้านสรีระและอารมณ์ ทำให้ผู้ดูแลทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบิดามารดา คู่สมรสและบุตร ซึ่งถือว่าเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากย่อมต้องมีความรักความผูกพันกันมากกว่าบุคคลอื่นและเมื่อคนในครอบครัวเจ็บป่วยก็ย่อมส่งผลถึงสมาชิกคนอื่นในครอบครัวอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้¹¹ สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการ

รักษาเนื่องจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงจากเดิมยากที่จะเข้าถึง จึงควรให้สมาชิกในครอบครัวได้เรียนรู้วิธีให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย¹² ปกติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเมื่อเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล พยาบาลมุ่งให้ความสำคัญต่อการดูแลรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยเพื่อรักษาชีวิตและให้ผู้ป่วยปลอดภัย แม้ครอบครัวจะให้ความไว้วางใจว่าผู้ป่วยอยู่ภายใต้การดูแลรักษาจากแพทย์และพยาบาลแล้วก็ตาม แต่ก็ยังต้องการข้อมูลอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย แนวทางการรักษาและต้องการการตอบสนองจากทีมสุขภาพในเรื่องข้อมูลข่าวสารเพื่อประกอบการตัดสินใจในกิจกรรมการดูแล สอดคล้องกับ Rungnapha และคณะ¹ ที่ศึกษาการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ พบว่าผู้ป่วยหลังได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะใน 72 ชั่วโมงแรก ถือเป็นภาวะวิกฤต สิ่งที่ยาติและผู้ดูแลต้องการ คือ ข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับอาการและอาการแสดง การพยากรณ์โรค การรักษาและคำแนะนำในการปฏิบัติตนขณะเข้าเยี่ยมผู้ป่วย แต่เมื่อพ้นระยะวิกฤตแล้วญาติผู้ดูแลต้องการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย การฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการดูแลแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง⁵ ที่ประกอบด้วย การตระหนักและความเคารพ การมีส่วนร่วมในการดูแล การส่งเสริมการตัดสินใจและการสนับสนุนครอบครัวในบทบาทผู้ดูแลมาประยุกต์ใช้ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะร่วมกับวิธีการเสริมสร้างความเชื่อมั่นของผู้ดูแล ซึ่งแนวคิดนี้จะให้ความสำคัญกับครอบครัวมีการเตรียมความพร้อมด้านสรีระและอารมณ์ สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัว เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้แสดงความคิดเห็นรวมถึงการ

ระบายความรู้สึกที่ไม่สบายใจ อุปสรรคปัญหาต่าง ๆ ผู้วิจัยรับฟังปัญหาอุปสรรคของผู้ดูแลอย่างตั้งใจเป็นการให้เกียรติ พร้อมทั้งให้ข้อมูลและแลกเปลี่ยนข้อมูลแก่ผู้ดูแลเพื่อใช้เป็นทางเลือกในการตัดสินใจแก้ปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ สนับสนุนผู้ดูแลให้มีประสบการณ์ด้วยการลงมือทำกิจกรรมการดูแลร่วมกันและมีคู่มือการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีรูปภาพประกอบซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลจดจำได้ดีขึ้นและสามารถกลับไปทบทวนที่บ้านได้ ผู้วิจัยพูดคุยกับผู้ดูแลด้วยการให้กำลังใจเมื่อพบอุปสรรคและกล่าวชมเชยเมื่อทำกิจกรรมการดูแลได้สำเร็จ นอกจากนี้ ยังมีการทบทวนวิธีกิจกรรมการดูแลด้วยการให้ผู้ดูแลเล่าสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปแล้ว ผู้วิจัยจะพูดเสริมและสรุปอย่างกระชับก่อนที่จะเริ่มกิจกรรมถัดไป วิธีการนี้จะช่วยให้ผู้ดูแลเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถดูแลผู้ป่วยได้ หากได้รับการเรียนรู้และได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือให้ทางเลือกในการดูแลผู้ป่วย ได้รับบริการที่มีความยืดหยุ่นตามความต้องการของครอบครัว สร้างเสริมให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้าน¹³

การศึกษานี้ผู้วิจัยมีการเตรียมความพร้อมด้านสรีระและอารมณ์ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะด้วยการสร้างบรรยากาศความห่วงใย ความไว้วางใจ การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัว ผู้วิจัยแนะนำตัว พูดคุยทักทาย มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีและรับฟังปัญหาของแต่ละครอบครัวซึ่งมีความแตกต่างกันในการเผชิญปัญหา ผู้ดูแลบางรายพูดระบายความรู้สึกไม่สบายใจออกมาและเป็นกังวลว่าผู้ป่วยจะไม่สามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้เหมือนเดิม และหลายรายรู้สึกกลัวว่าจะดูแลไม่ได้เนื่องจากไม่มีความรู้และไม่เคยทำมาก่อน ผู้วิจัยรับฟังข้อมูลจากผู้ดูแลพร้อมทั้งให้กำลังใจแก่ผู้ดูแลและให้ข้อมูลว่าการดูแลผู้ป่วยไม่ใช่เรื่องยากหากผู้ดูแลเข้าร่วมในการวางแผนการดูแลและร่วมทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลคลายความวิตกกังวล เกิดความไว้วางใจ และพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ดูแลเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคด้านการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยอย่างตรงไปตรงมา ผู้วิจัยสอบถามความพร้อมของผู้ดูแลทุกครั้งที่พบกับผู้ดูแลพร้อมกับสอบถามปัญหาอุปสรรคของครอบครัวและร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหา ส่งผลให้ความเครียดและความวิตกกังวลของผู้ดูแลลดลง เมื่อผู้ดูแลรู้สึกสบายใจมากขึ้น เกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการวิจัย สอดคล้องกับ Nitchatima และคณะ¹⁴ พบว่า การประเมินความพร้อมของผู้ดูแล รับฟังปัญหาอุปสรรคของผู้ดูแลและร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหาก็

เกิดขึ้นรวมถึงให้ผู้ดูแลได้มีเวลาพักผ่อนอย่างเหมาะสม มีส่วนช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล เข้าใจปัญหาและสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่มากขึ้นส่งผลดีต่อร่างกาย และจิตใจ เกิดการเรียนรู้และความตั้งใจ เป็นวิธีการส่งเสริมสภาวะทางสรีระและอารมณ์ และแนวคิดทฤษฎีของ Bandura⁸ ที่ว่าเมื่อเผชิญกับภาวะเครียดหรือสถานการณ์ที่คุกคามจะมีผลต่อความรู้สึกในทางลบ (เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล) ทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองลดลง นอกจากนี้ผู้วิจัยได้สนับสนุนให้ผู้ดูแลแสดงความคิดเห็นในการประเมินปัญหาความต้องการทางสุขภาพ ร่วมกันกำหนดเป้าหมายการดูแล การตัดสินใจและทำกิจกรรมการดูแลพื้นฐานแก่ผู้ป่วย ได้แก่ การดูแลกิจวัตรประจำวัน การรักษาความสะอาดร่างกาย การดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยแต่ละราย การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายด้วยการบริหารแขน ขา โดยผู้วิจัยสอนสาธิต และให้ผู้ดูแลได้ฝึกทักษะต่าง ๆ ในการทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยพร้อมทั้งมีการประเมินย้อนกลับ ผู้วิจัยกล่าวชื่นชมเมื่อผู้ดูแลปฏิบัติกิจกรรมการดูแลต่าง ๆ ได้สำเร็จและพูดให้กำลังใจเมื่อพบปัญหาอุปสรรคเพื่อให้ผู้ดูแลมีความพยายามมากขึ้น สอดคล้องกับ Sopit และคณะ¹⁵ ที่ว่า การพูดคุยเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นและใช้ศักยภาพสูงสุด ด้วยการกล่าวชื่นชมเมื่อผู้ดูแลสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้สำเร็จ กระตุ้นให้ผู้ดูแลได้นำศักยภาพสูงสุดที่มีอยู่มาใช้ และการให้กำลังใจเมื่อผู้ดูแลประสบปัญหาและอุปสรรค จะช่วยให้ผู้ดูแลมีความพยายามมากขึ้น นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังใช้ตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ที่เป็นรูปภาพประกอบในคู่มือการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะให้แก่ผู้ดูแล เพื่อนำมาประกอบการสอนกิจกรรมการดูแลอย่างเป็นขั้นตอน และผู้ดูแลยังสามารถนำกลับไปอ่านทบทวนให้จดจำได้มากขึ้น เช่นเดียวกับ Sopit และคณะ¹⁵ ที่ใช้ตัวแบบในรูปของสัญลักษณ์ เช่น คู่มือการดูแลผู้ป่วย มีภาพประกอบคำบรรยายสั้น ๆ ง่ายต่อการทำความเข้าใจทั้งก่อน ระหว่าง และภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้สมรรถนะการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตของผู้ดูแล ตัวแบบเหล่านี้มีส่วนช่วยส่งเสริมให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์¹⁶ และทุกครั้งที่นัดพบกับผู้ดูแลจะมีการทบทวนวิธีการดูแลที่ได้ร่วมปฏิบัติไปแล้วซึ่งเป็นประสบการณ์ตรงของผู้ดูแลเอง ทำให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้และมั่นใจว่าสามารถดูแลและจัดการกับสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ได้ ส่งผลให้การรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเพิ่ม

ขึ้นทุกด้านสามารถดูแลผู้ป่วยได้ด้วยความมั่นใจ สอดคล้องกับ Nitchatima¹⁴ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยใช้วิธีการสอนและสาธิตให้ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในการปฏิบัติจริง ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะได้รับประสบการณ์จากการดูแลโดยตรง มีการทบทวนให้ฝึกปฏิบัติซ้ำๆ จนเกิดความมั่นใจและมีทักษะในการดูแลผู้ป่วย สิ่งเหล่านี้เป็นการเตรียมความพร้อมแก่ผู้ดูแลทั้งด้านทักษะการดูแลและด้านจิตใจ อารมณ์ด้วยการลดความเครียด ความวิตกกังวล ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าคุณค่าสามารถดูแลผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกในครอบครัวได้ ส่งผลให้ผู้ดูแลมั่นใจและรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วย ในขณะที่การวางแผนจำหน่ายแบบปกติมุ่งเน้นการให้ข้อมูลมากกว่าการแลกเปลี่ยนข้อมูล อีกทั้งการสอนหรือการร่วมทำกิจกรรมการดูแลก่อนจำหน่ายยังไม่ทำให้ผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นหรือรับรู้ถึงความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้เพียงพอ สอดคล้องกับ Soranee¹⁷ ที่ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการกลับเข้ารับการรักษซ้ำของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ พฤติกรรมการดูแลเด็กของครอบครัวและความพึงพอใจในบริการพยาบาล พบว่าการจัดให้บุคคลได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และลงมือปฏิบัติจริงเพื่อฝึกฝนพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ส่งผลให้การรับรู้สมรรถนะและการมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของบุคคลนั้นเพิ่มสูงขึ้น และ Patchalee⁷ ที่ศึกษาผลการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวและความมั่นใจของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยและครอบครัวกลุ่มที่ได้รับการดูแล โดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางมีความพึงพอใจในบริการสูงกว่ากลุ่ม

ที่ได้รับการดูแลตามปกติและครอบครัวที่ได้รับการดูแลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ สอดคล้องกับแนวคิดของ Bandura⁶ ที่กล่าวว่า การเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและอารมณ์ การส่งเสริมให้บุคคลประสบความสำเร็จจากการลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง การใช้คำพูดชักจูง จะช่วยส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นผลให้คะแนนการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลภายหลังได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางเพิ่มขึ้นและสูงกว่าคะแนนการรับรู้ความสามารถของกลุ่มควบคุม

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรส่งเสริมให้มีการนำแนวคิดการดูแลครอบครัวเป็นศูนย์กลางมาพัฒนาบริการพยาบาลในผู้ป่วยเรื่องร้องอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล การตัดสินใจเกี่ยวกับทางเลือกและการเรียนรู้วิธีแก้ปัญหาอุปสรรคขณะร่วมให้การดูแลผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีเวลาจำกัด ผู้วิจัยจึงใช้ตัวแบบในรูปของสัญลักษณ์ รูปภาพประกอบแทนตัวแบบที่เป็นบุคคลหรือผู้ดูแลที่ประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จึงควรมีการประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลภายหลังจำหน่าย โดยติดตามปัญหาอุปสรรคของผู้ดูแล เพื่อนำมาพัฒนาการวางแผนจำหน่าย

2. ด้านการวิจัย ควรศึกษาติดตามผลลัพธ์ระยะยาวของผู้ป่วยและครอบครัวภายหลังได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

References

1. Rungnapha K. The development of a clinical nursing practice guideline for preparation of caregivers of patients with TBI (Traumatic Brain Injury). *Journal of Nursing Science* 2011; 29(1):18-25. (in Thai).
2. World Health Organization. Global status report on road safety 2013: supporting a decade of action. Switzerland: World Health Organization. 2013. [on line]. [Cite in July 22, 2017]. Available from [key_facts_on_road_safety_situation_in_thailand_2012-2013_tha.pdf](#). (in Thai).
3. Department of Non-Communicable Disease Control Ministry of Public Health: Road Accident Situation 2014. [on line]. [Cite in December 8, 2014]. Available from <http://www.Thailandncd.com/document/file/info/injured/สถานการณ์อุบัติเหตุปี56.pdf>. (in Thai).
4. Poonsuk J. The development of discharge planning model for patients with head injury. *Journal of Nurses' Association of Thailand. North-Eastern Division* 2013;31(3):186-94. (in Thai).
5. Glavin E., et al. Challenging the precepts of family-centered care: Testing a philosophy. *Pediatric Nursing* 2000; 26 (Issue6).
6. Brewer E, McPherson M, Magrab P, Hutchins V. Family-centered care for children with special health care needs *Pediatr Nurse* 1989;83:1055-60.
7. Patchalee M. Effects of Family Centered - Care on Family's and Patient's Satisfaction and Family's Confidence in Accidental Patients Care. [doctoral's thesis]. Chonburi: Burapha University; 2002. (in Thai).
8. Coco K, Tossavainen K, Jaaskelainen JE, Turunen H. Support for traumatic brain injury patients' family members in neurosurgical nursing: a systematic review. *Journal of The American Association of Neuroscience Nurses* 2011;3(6):337-48.
9. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman and company; 1997.
10. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. Statistical power analyses using G*Power 3.1: Test for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods* 2009;41(4):1149-60. Download PDF. Available from link. Springer.com/article/10.3758/BRM.41.4.1149
11. Phupaiboon. R. Family nursing: concepts theory and implementation. 3rd edition. Bangkok: VJ Printing; 1998. (in Thai).
12. Calvete E, deArroyabe EL. Depression and grief in Spanish family caregivers of people with traumatic brain injury: the roles of social support and coping. *Brain Injury* 2012;26(6):834-43.
13. Ahmann & Johnson. Family-centered care: facing the new millennium. Interview by Elizabeth Ahmann. *Pediatr Nurse* 2000;26(1):87-90. Available from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12026323>.
14. Nitchatima S, Tassanee R, Sunee L, Porntip M. The Effects of A Self-Efficacy Promotion Program for Family Caregivers of Persons with Stroke at Home. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok* 2010;26(1):28-43. (in Thai).

15. Sopit S, Renu P, Sermsri S, Srisamorn P. Effects of self-efficacy promotion on perceived self-efficacy of caregivers participating in care provided to critically ill children. *Ramathibodi Nursing Journal* 2011;17(1):63-74. (in Thai).
16. Bandura A. *Social foundation of thought and action: a Social cognitive theory*. Newjersey: Prentice-Hall Inc; 1986.
17. Soranee A. Effects of using nursing service program emphasizing family participation on re-admission of children with pneumonia, caring behavior of family caregivers, and satisfaction with nursing service. *Journal of Nursing Science* 2008;20(1):81-95. (in Thai).

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะแห่งตนกับการฝึกอบรมแบบสอนแนะต่อพฤติกรรมในการป้องกัน ทักษะการดูแลและเฝ้าระวังโรคมะเร็งเต้านมของอาสาสมัครสาธารณสุข

The Effects of Self-Efficacy Development Program with a Coaching Technique Training on Prevention Behavior Breast Cancer Care and Surveillance Skills of Public Health Volunteers

Received: Mar 31, 2019

Revised: May 17, 2019

Accepted: May 24, 2019

นันทนา คงพัฒนานนท์ พย.ม. (Nanthana Khongpatthananon, M.N.S.)¹ปัญญารัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา Ph.D. (Punyarat Lapvongwatana, Ph.D.)²ณัฐกมล ขาญสาธิตพร Sc.D. (Nutmamol Chansatitporn, Sc.D.)³

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะแห่งตนกับการฝึกอบรมแบบสอนแนะต่อพฤติกรรมในการป้องกัน ทักษะการดูแลและเฝ้าระวังโรคมะเร็งเต้านมของอาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 32 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 29 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นตามแนวทางการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับเทคนิคการสอนแนะ ประกอบด้วย การให้ความรู้ กิจกรรมกลุ่ม การเสนอตัวแบบ การดูวิดีโอ และฝึกทักษะการดูแลและเฝ้าระวังโรคมะเร็งเต้านม เก็บข้อมูลก่อน-หลัง และระยะติดตาม โดยใช้แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ทักษะทั้ง 2 ด้าน และพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม ที่มีค่าความเชื่อมั่น 0.87, 0.69, 0.74 และ 0.69 ตามลำดับ เครื่องมือมีความตรงทั้งฉบับเท่ากับ 0.94 วิเคราะห์ด้วยการทดสอบค่าที และสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และทักษะการดูแลและเฝ้าระวังโรคมะเร็งเต้านม ภายหลังการทดลองทันทีและระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แต่คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมพบไม่แตกต่างกัน ระหว่างก่อนและหลังการทดลองและไม่แตกต่างกับกลุ่มเปรียบเทียบ ($p > .05$) ส่วนพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในระยะติดตามผลของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเท่ากับร้อยละ 84.40 และ 6.90 ตามลำดับ สรุปได้ว่า โปรแกรมนี้สามารถส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีทักษะการดูแลและเฝ้าระวังโรคมะเร็งเต้านมมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และสามารถนำไปปรับใช้กับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มอื่นได้

คำสำคัญ: สมรรถนะแห่งตน, การฝึกอบรมแบบสอนแนะ, พฤติกรรมในการป้องกัน, ทักษะการดูแลและเฝ้าระวังโรคมะเร็งเต้านม, อาสาสมัครสาธารณสุข

¹นักศึกษาลัทธิศรัทธาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
E-mail: nanthanakh@hotmail.com

²ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: punyarat.lap@mahidol.ac.th

³ภาควิชาชีวสถิติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: nutkamol.cha@mahidol.ac.th

^{1,2}Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok, Thailand

³Department of Biostatistics, Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok, Thailand

Abstract

This quasi-experimental study aimed to examine the effects of self-efficacy enhancement with coaching technique program of health volunteer for breast cancer care and surveillance skills. There were 32 cases in the experimental group and 29 cases in the comparison group. The experimental group received 4-week activities of health education, group discussion, modeling procedure, videotape, and skills training on breast self-examination (BSE). Data were collected using self-administered questionnaires and checklist for technical skills before the intervention, immediately after the intervention, and follow-up period. Cronbach's alpha-coefficients were reported for perceived self-efficacy, skills of BSE, skills of breast cancer care, and surveillance and breast cancer prevention (0.87, 0.69, 0.74 and 0.69, respectively). The content validity index was 0.94. Data were analyzed using Independent t-test, and repeated measure ANOVA.

Results revealed that immediately after the intervention and follow-up period, the experimental group, the mean scores of perceived self-efficacy of BSE, skills of BSE and skills of breast cancer care and surveillance were significantly higher than those before the intervention period and the comparison group ($p < .001$). However, the mean scores for behavior of breast cancer prevention was not significantly different, before the intervention, immediately after the intervention and follow-up period ($p > .05$). Behavior of BSE among the participants in the experimental group (84.40%) was significantly higher than those in the comparison group (6.90%) at the follow-up period.

This result of the study indicates that self-efficacy skills enhancement program with coaching and training technique may help improve the skill of breast cancer health and surveillance of public health volunteer and might be applied to other groups.

Keywords: self-efficacy, coaching technique, preventive behavior, care and breast cancer surveillance skills, health volunteer

บทนำ

ในสตรีทั่วโลกโรคมะเร็งเต้านมเป็นโรคมะเร็งที่พบบ่อยมากที่สุดเป็นอันดับ 1 จากการสำรวจในปี ค.ศ. 2018 เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่จำนวน 2.08 ล้านคน และพบผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งเต้านมในปีเดียวกันจำนวน 626,679 คน¹ สำหรับในประเทศไทยในพื้นที่กรุงเทพมหานคร พบจำนวนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ในปี พ.ศ. 2557-2559 เท่ากับร้อยละ 42.40², 47.90³ และ 44.20⁴ ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทั้งหมดตามลำดับ และพบอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งเต้านมต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2557-2559 เท่ากับ 22.9, 22.8 และ 25.7 ตามลำดับ⁵

จากสถานการณ์โรคมะเร็งเต้านมแสดงให้เห็นว่า ปัญหาโรคมะเร็งเต้านมมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง จึงได้มีการศึกษามากมายเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม เช่น อายุที่มากขึ้น การมีประวัติโรคมะเร็งเต้านมและโรคมะเร็งอื่น ๆ ในครอบครัว ประวัติการมีประจำเดือนครั้งแรกตอนอายุน้อย การหมดประจำเดือนตอนอายุมาก ประวัติการไม่เคยมีบุตร หรือมีบุตรคนแรกเมื่ออายุมากกว่า 30 ปี การรับประทานยาเสริมฮอร์โมนในสตรีวัยหมดประจำเดือน เป็นต้น⁶ ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมได้ เช่น ประวัติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การออกกำลังกาย

สม่ำเสมอ การควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ การเพิ่มการรับประทานผักและผลไม้ และการลดอาหารที่มีไขมันมาก⁷ ทำให้โรคมะเร็งเต้านมเป็นโรคที่บางส่วนสามารถป้องกันหรือลดความเสี่ยงได้ ร่วมกับการค้นหาโรคให้พบตั้งแต่ระยะเริ่มแรก (early detection) เพื่อลดการสูญเสียชีวิตและสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ด้วยการให้สตรีได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่ระยะแรก (early diagnosis) จึงเป็นเรื่องสำคัญ⁸ ซึ่งถ้าตรวจพบล่าช้าในระยะสุดท้าย (distant stage) อัตราการรอดชีวิตจะเหลือเพียงร้อยละ 25.00⁹ ส่วนวิธีที่แนะนำให้ปฏิบัติที่เหมาะสมกับประเทศไทย คือ การตรวจเต้านมด้วยตนเอง เนื่องจากเป็นวิธีที่ประหยัด สตรีสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง เป็นการกระตุ้นให้สตรีตระหนักและใส่ใจเฝ้าระวังความผิดปกติที่อาจพบจากเต้านมมากขึ้น¹⁰ แต่จากการสำรวจสถานะสุขภาพประชาชนกรุงเทพมหานครในปี พ.ศ. 2550 และปี พ.ศ. 2556 พบว่า การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมด้วยตนเองทุกเดือนของสตรีกรุงเทพมหานคร พบเพียงร้อยละ 13.00 และร้อยละ 16.80¹¹

กรุงเทพมหานครจึงมีการรณรงค์ให้ประชาชนเกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญในการดูแลและเฝ้าระวังตนเองจากโรคมะเร็งเต้านมให้กับสตรีกลุ่มเป้าหมายให้ครอบคลุมมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับกระทรวงสาธารณสุขที่มีตัวชี้วัดที่กำหนดให้สตรีไทยกลุ่มเป้าหมาย ต้องมีความรู้และมีทักษะในเรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เพื่อการดูแลสุขภาพของตนเองเบื้องต้น ด้วยการกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน และพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขรวมถึงบุคลากรให้สามารถดำเนินการตามนโยบายที่กำหนดไว้ได้¹² โดยกรุงเทพมหานครให้ความสำคัญกับอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งเป็นผู้มีความสามารถและใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด มีบทบาทเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัย และคุณภาพชีวิตของประชาชน¹³ แต่จากการศึกษาเบื้องต้นพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขยังขาดความรู้ที่เพียงพอเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และขาดทักษะในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และไม่มีบทบาทในการดูแลและเฝ้าระวังโรคมะเร็งเต้านมให้กับสตรีกลุ่มเป้าหมายในชุมชนของตนเอง

ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา เพื่อพัฒนาและส่งเสริมความสามารถเพื่อให้อาสา

สมัครสาธารณสุข มีความรู้ ความมั่นใจ และมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมที่ถูกต้อง และมีทักษะการดูแลและเฝ้าระวังโรคมะเร็งเต้านมให้กับกลุ่มเป้าหมายในชุมชนได้ โดยประยุกต์ใช้การรับรู้สมรรถนะแห่งตน คือ ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การใช้ตัวแบบ การชักจูงโดยใช้คำพูด และการกระตุ้นทางอารมณ์¹⁴ มาเป็นกรอบในการพัฒนาสมรรถนะแห่งตนให้กับอาสาสมัครสาธารณสุข แต่นอกจากการพัฒนาสมรรถนะแห่งตนเพื่อให้เกิดพฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมแล้ว การพัฒนาทักษะการดูแลและเฝ้าระวังโรคมะเร็งเต้านมให้กับสตรีในชุมชน ก็เป็นบทบาทสำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และการกระตุ้นเตือนสตรีในชุมชนให้ตระหนักในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการฝึกอบรมแบบสอนแนะ (Coaching Training) ซึ่งเน้นให้ผู้รับการฝึกอบรมมีประสบการณ์ตรงในการฝึกทักษะ มีการสาธิตทีละขั้นตอน การทดลองฝึกปฏิบัติ มีการแก้ไขข้อบกพร่องเป็นระยะ และฝึกปฏิบัติซ้ำจนประสบความสำเร็จ มีการมอบหมายงานให้ปฏิบัติจริงในสถานการณ์จำลองหรือสถานการณ์จริงรวมถึงการประเมินผลหลังการปฏิบัติ¹⁵ โดยมีผู้นำมาใช้ในงานวิจัยแล้วมีผลช่วยให้อาสาสมัครเกิดความรู้ การรับรู้ เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและความมุ่งมั่นต่อพฤติกรรมเฝ้าระวังโรคมะเร็งเต้านมถูกต้องดีขึ้น และปฏิบัติพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองถูกต้องดีขึ้นมากกว่าก่อนการฝึกอบรมแบบสอนแนะอย่างชัดเจน¹⁶

ดังนั้นผู้วิจัยจึงประยุกต์ใช้แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับวิธีการฝึกอบรมแบบสอนแนะมาใช้ในการดำเนินกิจกรรมพัฒนาสมรรถนะแห่งตนให้กับอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขเกิดพฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม และทักษะการดูแลและเฝ้าระวังโรคมะเร็งเต้านมให้กับตนเอง ครอบครัว และสตรีกลุ่มเสี่ยงในชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มเปรียบเทียบ ในด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ทักษะการดูแลและเฝ้าระวังโรค

มะเร็งเต้านม และพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ทักษะการดูแลและเฝ้าระวังโรคมะเร็งเต้านม และพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองจะมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ในด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ทักษะการดูแลและเฝ้าระวังโรคมะเร็งเต้านม และพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม
2. ในระยะติดตามผล กลุ่มทดลอง จะมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองไม่น้อยกว่าหลังการทดลอง และ

สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ในด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ทักษะการดูแลและเฝ้าระวังโรคมะเร็งเต้านม และพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะแห่งตนกับการฝึกอบรมแบบสอนแนะต่อพฤติกรรมในการป้องกัน ทักษะการดูแลและเฝ้าระวังโรคมะเร็งเต้านมของอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นกระบวนการที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นโดยมีกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ทักษะการดูแลและเฝ้าระวังโรคมะเร็งเต้านม และพฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม ด้วยการใช้แนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา¹⁴ ซึ่งเหมาะสมกับผู้เข้าร่วมวิจัยที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขที่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองมาก่อน

ตัวแปรอิสระ

โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะแห่งตนกับการฝึกอบรมแบบสอนแนะ ประกอบด้วย

การใช้ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery experience)

- บรรยาย ชมวีดิทัศน์ การมอบคู่มือ
- การสาธิตที่ละขั้นตอน และแบ่งเป็นลำดับขั้นให้ปฏิบัติ
- การทดลองฝึกปฏิบัติเป็นกลุ่มย่อยและรายบุคคลกับหุ่นเต้านมจำลอง และการจับคู่ฝึก มีการสอนแนะอย่างใกล้ชิด มีการแก้ไขข้อบกพร่องเป็นระยะ และฝึกปฏิบัติซ้ำจนประสบความสำเร็จ
- การมอบหมายงานให้ อสส.ฝึกทักษะการดูแลและเฝ้าระวังโรคมะเร็งเต้านมกลุ่มเป้าหมายในชุมชนคนละ 3 ราย
- การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและการสอนแนะเพิ่มเติม

การใช้ตัวแบบ (modeling)

- การแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากตัวแบบและการสอนแนะเพิ่มเติม
- การชมวีดิทัศน์ผู้ที่หายจากโรคมะเร็งเต้านม

การชักจูงโดยใช้คำพูด (verbal persuasion) และกระตุ้นทางอารมณ์ (emotional arousal)

- การใช้คำพูดที่เป็นเหตุผลเพื่อโน้มน้าวใจให้มีส่วนร่วม
- การพูดให้กำลังใจ ให้รางวัล และสอนแนะด้วยเทคนิคในการป้องกันกลับคือ การชม-ติ-ชม

ตัวแปรตาม

1. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง
2. ทักษะการดูแลและเฝ้าระวังโรคมะเร็งเต้านม
3. พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม

แต่ยังขาดทักษะและความมั่นใจมากพอที่จะสามารถดูแลและเฝ้าระวังโรคมะเร็งเต้านมให้กับประชาชนในชุมชนได้ จึงประยุกต์ใช้จากประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การใช้ตัวแบบ การชักจูงโดยใช้คำพูด และการกระตุ้นทางอารมณ์ ร่วมกับการใช้วิธีการฝึกอบรมแบบสอนแนะเพื่อให้เกิดประสบการณ์ที่สำเร็จของตนเอง ด้วยการสาธิตทีละขั้นตอน แบบละเอียด การทดลองฝึกปฏิบัติตาม มีการแก้ไขข้อบกพร่องเป็นระยะ และฝึกปฏิบัติซ้ำจนประสบความสำเร็จ มีการมอบหมายงานให้ปฏิบัติจริงในสถานการณ์จำลอง หรือสถานการณ์จริงรวมถึงการประเมินผลหลังการปฏิบัติ¹⁵ โดยผ่านกระบวนการกลุ่มเป็นรายบุคคล การจับคู่ฝึกปฏิบัติ และการฝึกปฏิบัติจริงในชุมชน และการมอบคู่มือการตรวจเต้านมด้วยตนเองกลับไปทบทวนที่บ้าน มีระยะเวลาในการดำเนินการทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ มีกิจกรรมอบรมติดต่อกัน 4 ครั้ง

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ วัดผลก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล ระยะเวลาดำเนินการทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขหญิงของศูนย์บริการสาธารณสุข 34 โพธิ์ศรี และศูนย์บริการสาธารณสุข 32 มารัช ดินตมุลิก สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ใช้เกณฑ์คัดเข้าจากสตรีอาสาสมัครสาธารณสุข ที่ปฏิบัติหน้าที่ในชุมชนมาอย่างน้อย 1 ปี และมีอายุไม่เกิน 65 ปี และเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ส่วนเกณฑ์คัดออก จะเป็นผู้ที่มิมีปัญหาสุขภาพ มีประวัติโรคที่เต้านมหรือกำลังรักษา และมีความผิดปกติที่ระบบประสาทส่วนปลายนิ้วทั้ง 2 ข้างทำให้เป็นอุปสรรคในการร่วมกิจกรรม ซึ่งศูนย์บริการสาธารณสุขทั้ง 2 ศูนย์ มีสถานที่ตั้งอยู่ใกล้กัน มีลักษณะชุมชนและสิ่งแวดล้อมคล้ายคลึงกัน รวมถึงมีอัตรากำลังเจ้าหน้าที่และจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขที่ใกล้เคียงกันทั้ง 2 ศูนย์บริการสาธารณสุข ทำให้ผู้วิจัยสามารถติดตามผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างใกล้ชิด คำนวณขนาดอิทธิพล (Effect size) จากงานวิจัยที่มีลักษณะใกล้เคียงกันโดยใช้สูตรของ Twisk¹⁷ ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวนกลุ่มละ 28 คน แต่มีอาสาสมัครเข้า

รวมจำนวนทั้งสิ้น 61 คน เป็นกลุ่มทดลอง 32 และกลุ่มเปรียบเทียบ 29 คน

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เอกสารวิชาการ ตำรา บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป โดยสอบถามก่อนการทดลองครั้งเดียวประกอบด้วย อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และระยะเวลาการปฏิบัติงาน เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข การได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการเคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความในช่องว่าง จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เป็นข้อคำถามแบบให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียวที่มีความหมายทั้งด้านบวกและด้านลบรวม 9 ข้อ โดยประเมินได้จากมาตรวัดประมาณค่า (Likert scale) 4 ระดับ โดยมีทั้งคำถามเชิงบวกและเชิงลบ ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.83

ส่วนที่ 3 แบบวัดทักษะการดูแลและเฝ้าระวังโรคมะเร็งเต้านมที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับวิธีการดูแลและเฝ้าระวังโรคมะเร็งเต้านมที่ประกอบด้วย การเผยแพร่ความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม การสอนการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และการกระตุ้นเตือนสตรีให้ตรวจเต้านมด้วยตนเอง ประเมินผลโดยใช้แบบ Checklist ที่ผู้วิจัยเป็นผู้ให้คะแนนจากการสังเกตจำนวน 20 ข้อ เลือกตอบ ปฏิบัติได้ถูกต้อง ปฏิบัติถูกต้องบางส่วน และไม่ปฏิบัติ เพียงคำตอบเดียว ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1

ส่วนที่ 4 แบบวัดพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม มีเนื้อหาในเรื่องการรับประทานอาหาร การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย และการควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ที่ประเมินได้จากข้อคำถามแบบให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียวที่มีความหมายทั้งด้านบวก

และด้านลบรวม 6 ข้อ โดยประเมินได้จากมาตรวัดประมาณค่า (Likert scale) 4 ระดับ โดยมีทั้งคำถามเชิงบวกและเชิงลบ ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะแห่งตนกับการฝึกอบรมแบบสอนแนะ ที่พัฒนามาจากกรอบแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับใช้เทคนิคการสอนแนะ โดยผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องและชัดเจนของภาษาและปรับปรุงแก้ไขแล้วจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยแผนการสอน แบบประเมินการดูแลและเฝ้าระวังโรคมะเร็งเต้านม คู่มือการดูแลและเฝ้าระวังโรคมะเร็งเต้านม หุ่นจำลองเต้านมที่ปกติและที่มีพยาธิสภาพ วัสดุทัศนโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยกิจกรรมที่ส่งเสริมให้เกิดประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จของอาสาสมัครสาธารณสุขประกอบด้วย

2.1 การให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม ด้วยการบรรยายเนื้อหาเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม อาการและอาการแสดง สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง และพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งเต้านมที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก การงดสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1

2.2 การนำเสนอตัวแบบที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขที่เคยเป็นมะเร็งเต้านมมาก่อนแล้วสามารถตรวจพบด้วยการตรวจเต้านมด้วยตนเองและเข้ารับการรักษาก่อนตาย โดยผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ให้ตัวแบบเป็นผู้ตอบตามคำถามและเปิดโอกาสให้อาสาสมัครสาธารณสุข ที่ร่วมกิจกรรมซักถามกับตัวแบบ ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1

2.3 การใช้คำพูดชักจูง การกระตุ้นอารมณ์และความรู้สึกการมีส่วนร่วม สร้างบรรยากาศความเป็นกันเอง ผ่อนคลาย ไม่ตึงเครียด โดยมีผู้วิจัยคอยเสริมข้อมูลที่ถูกต้องหรือข้อมูลที่ผู้ร่วมกิจกรรมควรได้รับดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1, 2, 3

2.4 การแบ่งกลุ่มฝึกทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองและการดูแลและเฝ้าระวังโรคมะเร็งเต้านม ด้วยวิธีการสาธิตทีละขั้นตอนโดยผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการอบรมการคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมมาแล้วจากสำนักอนามัย การทดลองฝึกปฏิบัติเป็นกลุ่มย่อยและรายบุคคลกับหุ่นเต้านมจำลอง โดย

มีผู้ช่วยวิจัยประจำกลุ่มคอยให้คำแนะนำและแก้ไขข้อผิดพลาด ป้อนข้อมูลย้อนกลับ ในรายที่ไม่มั่นใจผู้ช่วยวิจัยจับมือพาปฏิบัติจนสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1, 2, 3

2.5 การมอบหมายงานให้อาสาสมัครสาธารณสุขฝึกทักษะการดูแลและเฝ้าระวังโรคมะเร็งเต้านมจริงในชุมชนคนละ 3 ราย โดยผู้วิจัยเป็นผู้คัดเลือก case ให้ ซึ่งมีการดำเนินการหลังสัปดาห์ที่ 3 แล้วนำผลมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ในสัปดาห์ที่ 4

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index : CVI) ในแบบสอบถามส่วนที่ 2 ถึง 4 เท่ากับ 0.83, 1 และ 1 ตามลำดับ เครื่องมือมีความตรงทั้งฉบับเท่ากับ 0.94 และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (Reliability) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์คงที่ภายใน (Coefficient of internal consistency) โดยใช้ Cronbach's alpha ผลที่ได้เท่ากับ 0.87, 0.69, 0.74 และ 0.69 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (MUPH 2017-199) ลงวันที่ 24 ตุลาคม 2560 ถึงวันที่ 23 ตุลาคม 2561 และคณะกรรมการจริยธรรมในคนกรุงเทพมหานคร (U001h/61) ลงวันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2561 ถึง 15 กุมภาพันธ์ 2562 และผู้วิจัยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดของกิจกรรมและสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย ก่อนลงนามยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมวิจัย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ หลังจากที่ได้รับแจ้งได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของกรุงเทพมหานครแล้ว ทำการขออนุญาตเก็บข้อมูลจากศูนย์บริการสาธารณสุขทั้ง 2 แห่ง เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัย และเตรียมทีมผู้ช่วยวิจัยที่เป็นพยาบาลวิชาชีพของศูนย์บริการสาธารณสุขที่ได้ผ่านการอบรมการดูแล

และเฝ้าระวังโรคมะเร็งเต้านมมาแล้ว จำนวน 3 ท่าน แล้วประชุมชี้แจงหน้าที่ในการสอนแนะของผู้ร่วมวิจัยแต่ละท่าน ในกิจกรรมโครงการ เพื่อให้การดำเนินกิจกรรมไปในแนวทางเดียวกัน และขอสนับสนุนข้อมูลด้านวิชาการ ทั้งสื่อการสอน ได้แก่ ภาพพลิก แผ่นพับ หุ่นจำลองเต้านม และสถานที่รวมถึงอุปกรณ์อำนวยความสะดวกในการวิจัย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยขึ้นอยู่กับความสมัครใจของตัวอาสาสมัครสาธารณสุข

ขั้นตอนการวิจัย ผู้วิจัยใช้ระยะเวลาในการดำเนินการทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ ในกลุ่มทดลองมีกิจกรรมอบรมต่อเนื่อง 4 ครั้ง และประเมินผลหลังการทดลอง 2 ครั้ง โดยประเมินหลังการทดลองทันทีในสัปดาห์ที่ 4 และติดตามประเมินผลอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 8 โดยสัปดาห์ที่ 1 เป็นกิจกรรมเน้นพัฒนาความรู้ การรับรู้ ความคาดหวังและพฤติกรรม การป้องกันโรคมะเร็งเต้านม โดยมีกิจกรรมตามกรอบแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ส่วนสัปดาห์ที่ 2, 3 และ 4 เป็นกิจกรรมที่เน้นพัฒนาทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองและทักษะการดูแลและเฝ้าระวังโรคมะเร็งเต้านมที่มีกิจกรรมตามกรอบแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการอบรมแบบสอนแนะ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นระยะเหมือนกลุ่มทดลอง ซึ่งกลุ่มเปรียบเทียบสามารถรับบริการคัดกรองมะเร็งเต้านมและสอนสุขศึกษาของศูนย์บริการสาธารณสุขได้ตามปกติ แต่ไม่ได้รับกิจกรรมทดลอง และเมื่อเสร็จกิจกรรมกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการอบรมเหมือนกับกลุ่มทดลองแต่เป็นระยะสั้นจำนวน 1 วัน และมอบคู่มือกลับไปศึกษาต่อด้วยตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติ Independent t-test ในการทดสอบสมมติฐาน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยตัวแปรวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Repeated measures ANOVA

ผลการวิจัย

ตัวอย่างเป็นสตรีอาสาสมัครสาธารณสุขของกลุ่มสำนักงานเขต กรุงเทพมหานคร ในกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 57.40 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 62.50 ส่วนใหญ่จบการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา ร้อยละ 59.40 มีอาชีพเป็นแม่บ้านร้อยละ 81.30 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัว

26,769.6 บาทต่อเดือน ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข 10 ปีขึ้นไป ในส่วนของการได้รับความรู้ส่วนใหญ่เคยได้รับความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมในระยะ 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 68.80 และไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 53.10

สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ย 56.70 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 79.30 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 79.30 มีอาชีพเป็นแม่บ้าน ร้อยละ 82.80 มีรายได้เฉลี่ย 22,515.6 บาทต่อเดือน ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป ในส่วนของการได้รับความรู้ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมในระยะ 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 62.10 และไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 79.30

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตัวแปรที่ศึกษา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในระยะก่อนการทดลอง ภายหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล โดยด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านมด้วยตนเองภายหลังการทดลองทันทีและระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แต่หลังการทดลองทันทีกับระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน ($p = .310$) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านมด้วยตนเองหลังการทดลองทันทีและระยะติดตามผลสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ด้านทักษะการดูแลและเฝ้าระวังโรคมะเร็งเต้านม กลุ่มทดลองมีคะแนนทักษะการดูแลและเฝ้าระวังโรคมะเร็งเต้านมภายหลังการทดลองทันทีและระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แต่หลังการทดลองทันทีกับระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน ($p = 1.000$) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลและเฝ้าระวังโรคมะเร็งเต้านมหลังการทดลองทันทีและระยะติดตามผลสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ด้านพฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมภายหลังการทดลองทันทีและระยะติดตามผล ไม่แตกต่างกัน

($p = .325$) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการโรคมะเร็งเต้านมหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ($p = .331$) (ตารางที่ 1)

ส่วนจำนวนและร้อยละพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มทดลองในระยะติดตามผล พบว่า ในระยะติดตามผลกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ จำนวน 27 คน จากจำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 84.40 มีพฤติกรรมในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 92.60 ตรวจเต้านมด้วยตนเองเดือนละครั้ง ที่เหลือร้อยละ 7.40 ตรวจเต้านมด้วยตนเองมากกว่าเดือนละครั้ง ระยะเวลาที่ตรวจเต้านมด้วยตนเองส่วนใหญ่ตรวจหลังมีประจำเดือนแล้ว 7 วัน ร้อยละ 66.70 รองลงมาเป็นตรวจเวลาที่นึกได้ ร้อยละ 18.50 และตรวจวันที่ใกล้เคียงกันในแต่ละเดือน ร้อยละ 14.80 โดยกลุ่มทดลองที่มีพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองทั้งหมด ร้อยละ 100.00 ใช้วิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองขณะอาบน้ำ รองลงมาเป็นวิธีตรวจเต้านมด้วยตนเองในท่านอนราบ ร้อยละ 74.10 ส่วนวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองหน้ากระจกเงา กลุ่มทดลองใช้วิธีนี้

น้อยที่สุดเป็นร้อยละ 35.30 และมีการใช้วิธีใช้นิ้วบีบหัวนมดูว่ามีเลือดหรือน้ำเหลืองไหลออกจากหัวนมหรือไม่ทั้งหมด ร้อยละ 88.20

อภิปรายผลการวิจัย

โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะแห่งตนกับการฝึกอบรบแบบสอนแนะ เป็นกระบวนการที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเพื่อพัฒนาให้สตรีอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร (อสส.) เกิดพฤติกรรมป้องกันการโรคมะเร็งเต้านม และสามารถส่งเสริมให้สตรีในชุมชนเกิดความตระหนักและสามารถตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ ด้วยทักษะการดูแลและเฝ้าระวังโรคมะเร็งเต้านม โดยกิจกรรมมีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา มาเป็นกรอบในการจัดกิจกรรม ประกอบด้วย การใช้ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (mastery experience) โดยใช้การบรรยาย การชมวีดิทัศน์เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีการสรุปกิจกรรมโดยผู้วิจัยที่สั้น กระชับ เข้าใจและง่ายต่อการจดจำ และมอบคู่มือการดูแลและเฝ้าระวังโรคมะเร็งเต้านมให้ อสส. นำกลับไปทบทวน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในระยะก่อนการทดลอง ภายหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์

ปัจจัย	กลุ่มทดลอง (n=32)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=29)		t	p-value
	$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	SD.		
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง						
ก่อนการทดลอง	26.0	4.17	25.1	5.45	0.68	.496
หลังการทดลองทันที	32.4	3.21	25.4	5.24	6.19	<.001*
ระยะติดตามผล	32.8	3.02	24.9	4.14	8.43	<.001*
ทักษะการดูแลและเฝ้าระวังโรคมะเร็งเต้านม						
ก่อนการทดลอง	28.4	3.76	27.1	4.18	1.31	.195
หลังการทดลองทันที	54.6	6.18	27.4	4.18	19.62	<.001*
ระยะติดตามผล	54.6	6.00	27.5	4.15	19.87	<.001*
พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม						
ก่อนการทดลอง	18.25	1.91	18.10	1.47	0.33	.738
หลังการทดลองทันที	18.31	1.80	18.10	1.47	0.49	.621
ระยะติดตามผล	18.31	1.33	17.97	1.45	0.97	.331

* $p < .05$

ที่บ้าน ซึ่งผลการวิจัยมีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ พัทธนา ศรีเครือดำ¹⁸ ที่มีการสร้างองค์ความรู้ด้วยการบรรยาย การชมวิดีโอ การให้คำปรึกษา และจ่ายคู่มือความรู้เพื่อศึกษาต่อด้วยตนเองที่บ้าน ทำให้กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ภายหลังการทดลองทันทีและระยะติดตามผล สูงกว่า ก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ในกิจกรรมมีการใช้ตัวแบบ (modeling) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขที่เคยตรวจพบมะเร็งเต้านม และรักษาก่อนหน้า มาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และใช้คำพูด ชักจูง (verbal persuasion) ที่เป็นเหตุผล โน้มน้าวใจ เพื่อกระตุ้นอารมณ์ (Emotional arousal) ให้อาสาสมัครสาธารณสุขเกิดความมุ่งมั่นและมั่นใจว่าจะสามารถตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ ซึ่งในสถานการณ์เดียวกันบุคคลอาจมีความสามารถไม่ต่างกัน แต่อาจแสดงพฤติกรรมที่แตกต่างกันได้ สิ่งที่ทำนายพฤติกรรมที่แสดงออกมามีขึ้นอยู่กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในสถานการณ์นั้น ซึ่งถ้าบุคคลรับรู้ว่าคุณมีความสามารถ จะมีความอดทน อุตสาหะ ไม่ท้อถอย ร่วมกับการประเมินค่าผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นว่าพฤติกรรมที่กระทำนั้นให้ผลลัพธ์อะไร โดยหากบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองสูงและมีความคาดหวังในผลลัพธ์สูงด้วย บุคคลนั้นก็เกิดความพึงพอใจปรารถนาที่จะปฏิบัติ และปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹⁴ ซึ่งผลการวิจัยสอดคล้องกับงานวิจัยของ Panarat, Moopayak และ Priyatrak¹⁹ ที่กลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้น พยายามฝึกตรวจเต้านมโดยไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค ตั้งใจทำกิจกรรมต่าง ๆ ของโปรแกรม

ในการวิจัยมีกิจกรรมที่เน้นพัฒนาทักษะการดูแล และเฝ้าระวังโรคมะเร็งเต้านม มีการนำเทคนิคการสอนแนะ (coaching technique) มาใช้เพื่อแนะนำให้บุคคลรู้จักวิธีการปฏิบัติงานให้ถูกต้อง ค้นพบและเข้าใจตนเอง สามารถแสดงศักยภาพของตนเองออกมาได้¹⁵ โดยผู้วิจัยมีการสอนแนะทักษะการปฏิบัติอย่างใกล้ชิด มีการแก้ไขข้อบกพร่อง และข้อมูลป้อนกลับผลการฝึกปฏิบัติทั้งด้านดีและด้านที่ควรปรับปรุงด้วยเทคนิคการชม-ติ-ชม เริ่มด้วยการชมในสิ่งที่ อสส. ทำได้ดีก่อน แล้วจึงชี้แนะในสิ่งที่ควรปรับปรุง และจบด้วยการชื่นชมอีกครั้ง เพื่อ อสส.จะได้ไม่รู้สึกถูกตำหนิ เพื่อให้เกิดการพัฒนาทักษะที่ดีขึ้นจนเกิดความชำนาญในที่สุด โดยผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการตรวจ

เต้านมและทักษะการดูแลและเฝ้าระวังโรคมะเร็งเต้านม ภายหลังการทดลองทันทีและระยะติดตามผล สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งเกิดจากการได้รับโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะแห่งตนกับการฝึกอบรมแบบสอนแนะ โดยพบว่าหลังจากการได้รับการสอนแนะแล้วบุคคลจะสามารถจดจำความรู้ได้ถึงร้อยละ 90.00 และเมื่อเวลาผ่านไปนาน ระดับความรู้ความเข้าใจก็ยังคงอยู่ที่ระดับเดิมไม่ลดลง²⁰ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Hongpanish¹⁶ ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีตัวแปรด้านความรู้ การรับรู้ ความมุ่งมั่น และทักษะในการปฏิบัติพฤติกรรมการคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมสูงขึ้นหลังการทดลองและสามารถสอนสาธิตการตรวจเต้านมด้วยตนเองแก่ผู้อื่นได้ถูกต้อง

อย่างไรก็ตามในด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม ไม่พบความแตกต่างของพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อาจเนื่องมาจากการกระตุ้นไม่มากพอที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ และจากข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า สตรีอาสาสมัครสาธารณสุขมีอายุเฉลี่ยที่ 57 ปี ซึ่งเป็นวัยที่หมดประจำเดือนแล้ว จึงอาจเป็นเหตุผลที่สตรีอาสาสมัครสาธารณสุขคิดว่าไม่มีความจำเป็นหรือเกินวัยตัวเองที่จะมีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งเต้านม อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขเพศหญิงเป็นภาคประชาชนที่มีบทบาทในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน เป็นผู้มีความสามารถและใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด มีบทบาทเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัย¹³ ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพดีอยู่แล้ว ซึ่งจะเห็นได้จากระดับคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองที่อยู่ในระดับดี และเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อยภายหลังการทดลองทันที และไม่แตกต่างกันในระยะติดตามผล และในส่วนของพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างชัดเจนในระยะติดตามผล แต่ก็ไม่สามารถบ่งบอกได้ว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองดีขึ้นกว่าเดิมและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบหรือไม่ เพราะผู้วิจัยไม่ได้เก็บข้อมูลพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งเต้านม ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองทันที

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ส่งเสริมและกระตุ้นให้ออส. ที่เข้าร่วมโครงการการวิจัยที่มีความสามารถเด่นชัดและทำคะแนนเฉลี่ยในด้านต่าง ๆ ได้ดี เข้ามาเป็นแกนนำเพื่อสร้างเครือข่ายผู้ดูแลและเฝ้าระวังโรคมะเร็งเต้านมที่เข้มแข็งมากขึ้น
2. ควรมีการเสนอกิจกรรมโปรแกรมกับเครือข่ายที่เป็นผู้นำชุมชน เช่น ประธานและกรรมการชุมชน ประธานชมรมส่งเสริมสุขภาพต่าง ๆ ในชุมชน เป็นต้น เพื่อร่วมกันเป็นแกนนำและสามารถนำกิจกรรมโปรแกรมมาปรับหรือประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมหรือโครงการให้เกิดประโยชน์ต่อชุมชนต่อไป

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. มีการจัดกิจกรรมโครงการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองกับกลุ่มสามี ซึ่งเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดกับสตรีอาสาสมัครสาธารณสุขมากที่สุด เพื่อช่วยในการกระตุ้นเตือนให้สตรีอาสาสมัครสาธารณสุขเกิดพฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมมากยิ่งขึ้น
2. มีการติดตามและการเก็บข้อมูลผลการดูแลและเฝ้าระวังโรคมะเร็งเต้านมของอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์และนำมาใช้ในการวิจัยต่อไปได้

References

1. World Health Organization. Breast cancer estimated incidence, mortality and prevalence worldwide in 2018. [Internet]. 2018 [cited 2018 October 23] Available from: <http://globocan.iarc.fr/FactSheets/cancers/breast-new.asp>.
2. National Cancer Institute. Hospital- base cancer registry annual report 2014. [Internet]. 2014. [cited 2018 October 23]. Available from: http://www.nci.go.th/th/cancer_record/cancer_rec1.html.
3. National Cancer Institute. Hospital- base cancer registry annual report 2015. [Internet]. 2015. [cited 2018 October 23]. Available from: http://www.nci.go.th/th/File_download/Nci%20Cancer%20Registry/pdf.
4. National Cancer Institute. Hospital- base cancer registry annual report 2016. [Internet]. 2016. [cited 2018 October 23]. Available from: http://www.nci.go.th/th/File_Cancer%download/Nci%20Registry/hospital%20based%20cancer%20registry.pdf.
5. Bureau of Policy and Strategy Ministry of Public Health. Public health statistics 2015. [Internet]. 2015. [cited 2018 October 23]. Available from: http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/health_statistics2558.pdf
6. Prasongsuk N. Breast mass. In: Stirapoj B, Supasin O, Srisawat J, editors. Medical symptomatology. 2nd ed. Bangkok: Pramongkutklao College of Medicine; 2012. (in Thai)
7. Adami OH, Hunter D, & Trichopoulos D. Textbook of cancer epidemiology. New York: Oxford University Press. 2002.
8. World Health Organization. Breast cancer: prevention and control. 2015 [cited 2018 December 23] Available from <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/>
9. Society AC. Breast cancer survival rates, by stage 2015 [cited 2015 November 17]. Available from: <http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/detailedguide/breast-cancer-survival-by-stage>.

10. Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Screening guidelines diagnose and breast cancer treatment. Bangkok: National Cancer Institute; 2012. (in Thai)
11. Boonsuya C, Suwanphong N, Phachein O. The results of the public health survey in Bangkok for health promotion. Bangkok; Mahidol University; 2012. (in Thai)
12. Department of Medical Services, Ministry of Public Health. National Cancer Prevention and Control Plan 2013 -2017. Bangkok: National Cancer Institute; 2013. (in Thai)
13. Health Promotion Division. Course for enhancing knowledge for health volunteers. Bangkok: Health Division; 2013. (in Thai)
14. Bandura A. Self Efficacy the Exercise of control. W. H. Freeman and company. 1997.
15. Siripan S. Coaching for the development of excellent works. Bangkok: H R Center; 2014. (in Thai)
16. Hongpanish P. Effects of coaching training on volunteer for breast cancer screening. Bangkok: Rajavithi Hospital; 2005. (in Thai)
17. Twisk JR. Applied longitudinal data analysis for epidemiology : a practical guide. Cambridge, UK : Cambridge University Press; 2003.
18. Srikreardam P, Lapvongwatana P, Chansatitporn N. Effects of capacity building for breast self-examination of female health volunteers in Surin's communities. *Journal of Public Health Nursing*. 2013; 27(3): 71-82. (in Thai)
19. Panarat W, Moopayak K, Priyatrak P. The effect of a self-efficacy promoting program on breast self-examination behavior among adolescent girls. *Journal Nursing Science*. 2014; 32(3): 52-63. (in Thai)
20. Gottesman BL. Peer coaching for educators. 2nd ed. Scarerow Press: Inc Teachnimic book; 2000.

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพและพฤติกรรมตามสุขบัญญัติแห่งชาติของนักเรียนประถมศึกษา

Effects of Self-Efficacy Enhancement Program on Primary School Students' Health Outcomes and Behaviors in Accordance with National Health Recommendation

Received: Jun 3, 2019
Revised: Jul 22, 2019
Accepted: Aug 2, 2019

อรพรรณ วรยาน พย.ม. (Orapan Worayan, M.N.S)¹
นิสากร กรุงไกรเพชร ส.ด. (Nisakorn Krungkraipetch, Dr.P.H)²
สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ ส.ด. (Suwanna Junprasert, Dr.P.H.)³

บทคัดย่อ

การปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพที่ดีควรเริ่มตั้งแต่วัยเด็ก โดยการปฏิบัติตามสุขบัญญัติแห่งชาติ ซึ่งครอบคลุมพฤติกรรมที่สำคัญในการช่วยส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพที่สามารถป้องกันได้ การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพและพฤติกรรมตามสุขบัญญัติแห่งชาติของนักเรียนประถมศึกษา ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอนเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 จำนวน 2 กลุ่ม จาก 2 โรงเรียนในเขตอำเภออุซัน จังหวัดศรีสะเกษ แล้วทำการสุ่มแบบง่ายเพื่อนำกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง 25 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 28 คน รวมจำนวน 53 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับโปรแกรมการเรียนรู้ตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบบันทึกผลลัพธ์สุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติที่ถูกทดสอบหาความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .94 และ .83 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติอ้างอิง ได้แก่ การทดสอบความเป็นอิสระต่อกันของสองประชากร (Chi-square test) และการทดสอบค่าที (t-test) แบบกรณีก่อน-หลัง 2 กลุ่มไม่เป็นอิสระต่อกัน (Dependent t-test) และแบบกรณีก่อน-หลัง 2 กลุ่มเป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test)

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ทางสุขภาพ และค่าเฉลี่ย การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติ เพิ่มมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $t = 9.36, p < .001$ และ $t = 17.68, p < .001$ ตามลำดับ ดังนั้น พยาบาลชุมชนหรือบุคลากรสุขภาพสามารถนำโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนไปประยุกต์เพื่อเป็นแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนตามสุขบัญญัติแห่งชาติได้

คำสำคัญ : โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน, ผลลัพธ์ทางสุขภาพ, พฤติกรรมตามสุขบัญญัติแห่งชาติ, นักเรียนประถมศึกษา

วิทยานิพนธ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

¹พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกโพธิ์ อ.อุษัน จ.ศรีสะเกษ Email: Orapan.pam@gmail.com

²Corresponding author ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา Email: nisakorn@buu.ac.th,

³รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา Email: suwanna@buu.ac.th

Burapha University, Chon Buri, Thailand.

Abstract

Good health behaviors need to be strengthened since childhood by following the Thai national health recommendations. The purpose of this quasi-experimental study was to examine the effects of self-efficacy enhancement program on primary school students' health outcomes and behaviors according to the Thai national health recommendations. A multi-stage random sampling was used to recruit samples. Cluster random sampling was used to obtain the participants from the 3rd grade of primary students from two schools in Khukhan distric, Si SaKet province. A simple random sampling was then used to assign 53 participants into 2 groups (25 in the experimental group and 28 in the comparison group). The experimental group received the self-efficacy enhancement program six times over five weeks. Meanwhile, the comparison group received the usual educational program. Data were collected using two questionnaires: the health outcome measurement record and the Thai national health behavior questionnaire. Chronbach's alpha coefficients of these questionnaires were .94 and .83, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics (percentage, mean, standard deviation) and inferential statistics (Chi-square test and dependent/independent t-test).

Results indicate that in the experimental group, the participants reported significantly higher scores on both the health outcomes and the Thai national health behaviors than those of the participants in the comparison group ($t = 9.36, p < .001$; $t = 17.68, p < .001$, respectively). Therefore, community nurses or healthcare professionals might apply the self-efficacy enhancement program according to the Thai national health recommendations to students to raise up their health outcomes and behaviors.

Keywords: effects of self-efficacy enhancement program, health outcomes, behaviors in accordance to the Thai National Health Recommendation, primary school students.

บทนำ

การปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพที่ดีควรเริ่มตั้งแต่วัยเด็ก เพื่อให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างถูกต้องและเหมาะสมจนเป็นนิสัย การปฏิบัติตามสุขบัญญัติแห่งชาติถือเป็นข้อกำหนดและกลวิธีพื้นฐานในการดูแลสุขภาพครอบครัวพฤติกรรมที่สำคัญในการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพที่สามารถป้องกันได้ รายงานการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติของนักเรียนประถมศึกษาในปี พ.ศ. 2557-2558 พบว่านักเรียนมีพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติที่ถูกต้องในระดับดีมาก เพียงร้อยละ 21.06 และร้อยละ 45.08 ตามลำดับ¹ ปัญหาสุขภาพและการไม่ปฏิบัติตามสุขบัญญัติของเด็กประถม

ศึกษามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ได้แก่ การไม่อาบน้ำวันละ 2 ครั้ง ไม่ล้างมือก่อนรับประทานอาหารหรือหลังจากเข้าห้องน้ำ ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงเกิด โรคผิวหนังและโรคติดเชื้อ² รวมถึงไม่แปรงฟันหลังรับประทานอาหารส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพช่องปากในเด็ก ได้แก่ ฟันผุ และเหงือกอักเสบ ร้อยละ 50.00³ และยังประสบปัญหาทางโภชนาการ คือ อ้วน เตี้ย และผอม สาเหตุมาจากการรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการน้อยทั้งในด้านปริมาณและสัดส่วนที่ไม่สมดุล มีค่านิยมการรับประทานอาหารจานด่วน ดื่มน้ำอัดลมร้อยละ 18.10 รับประทานขนมขบเคี้ยว ร้อยละ 21.90 และไม่ออกกำลังกาย ถึงร้อยละ 73.90⁴ ปัจจุบันรูปแบบการดำรงชีวิตของครอบครัวมีความห่างเหินกัน

มากขึ้นความสัมพันธ์ในครอบครัวลดน้อยลง ส่งผลให้เด็กขาดความอบอุ่นเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม

พฤติกรรมเสี่ยงที่กล่าวมาแล้วข้างต้นควรได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน เพราะหากรอให้สิ้นสุติวัยเด็กจะทำให้ยากต่อการแก้ไขได้ และส่งผลกระทบโดยตรงต่อการเจริญเติบโต พัฒนาการทางสมอง สติปัญญาและประสิทธิภาพของการเรียนรู้ของเด็ก⁵ การป้องกันปัญหาสุขภาพที่เหมาะสมกับวัยเด็กทำได้โดยการส่งเสริมและปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติให้ปฏิบัติจนเป็นพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อเนื่องเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังไม่ให้มีวิถีชีวิตที่เสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพ โดยเด็กประถมศึกษาเป็นวัยที่มีพร้อมทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและสติปัญญา รับรู้สิ่งแวดล้อมตามความเป็นจริง ปรับตัวกับสถานการณ์ใหม่ได้ คิด วิเคราะห์และแก้ไขปัญหาได้ ตัดสินใจได้ด้วยตนเอง⁶ อย่างไรก็ตามเด็กวัยนี้ยังไม่สามารถเข้าใจเรื่อง ความถูกต้อง และความเหมาะสมในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง จำเป็นต้องได้รับคำแนะนำหรือชี้แนะ⁷ เพื่อให้เกิดทักษะและมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ตลอดจนมีความตระหนักในการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน⁸อธิบายว่าบุคคลจะตัดสินใจกระทำพฤติกรรมหรือไม่นั้น ส่วนหนึ่งมาจากการรับรู้สมรรถนะแห่งตนว่าจะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ได้สำเร็จตามจุดมุ่งหมายหรือตามความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome expectation) ที่เกิดขึ้น หากตนกระทำพฤติกรรมแล้วจะนำไปสู่ผลลัพธ์ตามที่ต้องการ ผ่านกระบวนการเรียนรู้จากแหล่งข้อมูล 4 แหล่ง คือ (1) การเรียนรู้ประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง (2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น (3) การใช้คำพูดชักจูง (4) การส่งเสริมสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ ดังนั้น ควรส่งเสริมให้เด็กประถมศึกษาที่มีทักษะในการดูแลสุขภาพตนเอง มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตน คาดหวังในผลลัพธ์ และเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมตามสุขบัญญัติแห่งชาติอย่างต่อเนื่อง

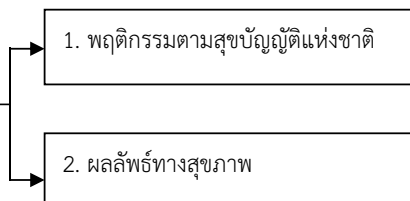
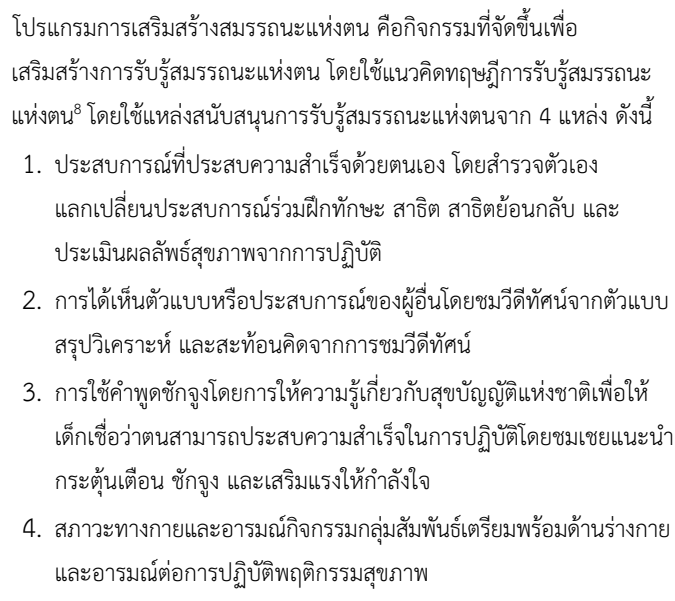
การจัดโปรแกรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติในเด็กวัยเรียนที่ผ่านมา เน้นเฉพาะด้านครัวละประเด็น ได้แก่ การบริโภคอาหาร⁹ พฤติกรรมสุขภาพส่วนบุคคล¹⁰ การป้องกันปัญหาสุขภาพช่องปาก¹¹ การป้องกันและการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์¹² การเรียนการสอน

สุขบัญญัติแห่งชาติในสถานศึกษา มีลักษณะที่มุ่งเน้นเฉพาะความรู้มากกว่าการฝึกปฏิบัติ อธิบายเนื้อหาจากที่เรียน¹³ การฝึกปฏิบัติมีลักษณะเป็นกลุ่มใหญ่ซึ่งอาจทำให้การฝึกและประเมินทักษะของการปฏิบัติอาจกระทำไม่ได้ไม่ทั่วถึง¹⁴ รวมถึงขาดการฝึกปฏิบัติที่ครบถ้วนทุกขั้นตอนที่จำเป็น นอกจากนี้ขาดการติดตามประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพรายบุคคล มิได้มุ่งเน้นตามสภาพปัญหาและพฤติกรรมสุขภาพที่จำเป็น ซึ่งยังไม่เพียงพอต่อการกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมสุขภาพของเด็กประถมศึกษา ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพและพฤติกรรมตามสุขบัญญัติแห่งชาติ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน⁸ ผ่านกระบวนการเรียนรู้จากแหล่งข้อมูล 4 แหล่ง คือ (1) การเรียนรู้ประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมฯ โดยให้ประเมินตนเองเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมฯร่วมกันค้นหาปัญหาที่เป็นอุปสรรค พร้อมทั้งหาแนวทางในการแก้ไข (2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น โดยการวิเคราะห์จากการชมวีดิทัศน์ (3) การใช้คำพูดชักจูงเพื่อให้เชื่อว่าตนสามารถประสบความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมฯ ได้ (4) การส่งเสริมสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ ให้มีความพร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมฯ ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม 5 สัปดาห์ จำนวน 6 ครั้ง ผลการวิจัยครั้งนี้ จะได้โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพและพฤติกรรมตามสุขบัญญัติแห่งชาติของนักเรียนประถมศึกษา ซึ่งพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนสามารถใช้เป็นแนวทางสำหรับสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม ส่งผลให้เด็กประถมศึกษาพัฒนาการสมวัย และเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามสุขบัญญัติแห่งชาติและผลลัพธ์ทางสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดในการศึกษา



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังการทดลองค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามสุขบัญญัติแห่งชาติและผลลัพธ์ทางสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาของกลุ่มทดลองมีค่าสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) รูปแบบก่อนและหลังการทดลอง (Two groups pretest-posttest design) โดยศึกษากลุ่มทดลอง (Experimental group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison group) กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน และกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการเรียนการสอนสุขบัญญัติแห่งชาติในสถานศึกษาตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 3-4 สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาศรีสะเกษ เขต 3 จำนวน 196 โรงเรียน รวมทั้งหมด 4,223 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 ปีการศึกษา 2561 สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาศรีสะเกษ เขต 3 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) .80 ค่าอิทธิพลขนาดใหญ่กลาง .80 และกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน¹⁵ ป้องกันการสูญหายร้อยละ 23 จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มละ 25 คน¹⁶ สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) โดยเรียงลำดับ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สุ่มแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster random sampling) จากกลุ่มพัฒนาคุณภาพการศึกษา โรงเรียนในเขตอำเภออุษันท์ จำนวน 10 กลุ่ม จับฉลากเลือกมา 1 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 8¹⁷

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster random sampling) จากกลุ่มพัฒนาคุณภาพการศึกษาที่ 8 ที่มีจำนวน 6 โรงเรียน จับฉลากมา 2 โรงเรียน ได้แก่ โรงเรียนบ้านหนองกาด และโรงเรียนบ้านตะเคียนช้างเหล็ก

ขั้นตอนที่ 3 สุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling)

จับสลากระดับชั้นเรียน จากระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 และชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 สุ่มได้ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 3

ขั้นตอนที่ 4 จับฉลากโรงเรียนเพื่อกำหนดกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยจับครั้งที่ 1 เป็นกลุ่มทดลอง คือ โรงเรียนบ้านหนองกาด และจับครั้งที่ 2 เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ คือ โรงเรียนบ้านตะเคียนช้างเหล็ก ทำการศึกษานักเรียนทั้งหมดทุกคนในชั้นเรียน

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria) คือ ไม่มีโรคที่เกิดจากการวินิจฉัยของแพทย์หรือความพิการที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม เช่น โรคหอบหืด โรคเบาหวาน

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย (Exclusion criteria) เมื่อผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามจำนวนครั้งที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วนดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนสร้างขึ้นจากทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน⁸ เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมฯ โดยใช้แหล่งสนับสนุนการเรียนรู้ 4 แหล่งข้อมูล คือ (1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (Enactive mastery experiences) ผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ประเมินตนเอง แลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ผ่านมา ร่วมค้นหาปัญหาและอุปสรรค พร้อมทั้งฝึกทักษะการปฏิบัติตนพฤติกรรมฯ (2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious experiences) ชมวิดีโอเกี่ยวกับสุขบัญญัติแห่งชาติในรูปแบบของการ์ตูน animation 3 มิติ¹⁸ เป็นตัวแบบที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม และวิเคราะห์การปฏิบัติตนจากสิ่งที่ได้จากตัวแบบ (3) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) ผู้วิจัยสร้างความตระหนัก กระตุ้นเตือนให้เห็นความสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และเสริมแรงให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (4) สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ (Physiological and affective state) สร้างสัมพันธภาพ เพื่อเตรียมพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์ต่อการเรียนรู้

ส่วนที่ 2 คู่มือบันทึกการปฏิบัติตามสุขบัญญัติแห่งชาติ เป็นแบบบันทึกการปฏิบัติพฤติกรรมตามสุขบัญญัติแห่งชาติ เป็นเอกสารให้ความรู้ และคำแนะนำให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ

ส่วนที่ 3 สื่อประกอบการทดลอง ได้แก่ วิดีทัศน์ โมเดลอาหาร โมเดลฟัน ชุดทดสอบอาหารเบื้องต้น กระดาษปากกา ดินสอ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ผลการเรียนในปีการศึกษาที่ผ่านมา อาชีพของบิดาและมารดา จำนวนเงินที่นักเรียนได้มาโรงเรียน การได้รับความรู้เรื่องสุขบัญญัติแห่งชาติ ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด และปลายปิด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติของคู่มือการเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มเด็กวัยเรียน และวัยทำงาน มีจำนวน 32 ข้อ ลักษณะคำถามปลายปิด มีมาตรวัดเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับคือ 1-5 (ไม่ได้ปฏิบัติ-ปฏิบัติทุกวัน)¹⁹

ส่วนที่ 3 แบบสังเกตและบันทึกผลลัพธ์ทางสุขภาพ ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบบันทึกการตรวจสุขภาพด้วยตนเองสำหรับนักเรียนชั้น ป. 5- 6 โดยผู้วิจัยสังเกตผลลัพธ์ทางสุขภาพเกี่ยวกับความสะอาดของร่างกายและเสื้อผ้า จำนวน 11 ข้อ ระดับการวัด 3 ระดับ หากคะแนนเพิ่มขึ้นแสดงถึงพฤติกรรมการดูแลความสะอาดของร่างกายและเสื้อผ้าดี ได้แก่ 1 หมายถึง ไม่สะอาด 2 หมายถึง พอใช้ 3 หมายถึง สะอาด²⁰

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

1. นำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน และแบบสอบถามส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 แบบสังเกตและบันทึกผลลัพธ์ทางสุขภาพ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาเนื้อหาวิชาและการและความถูกต้องด้านภาษา จำนวน 5 คน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ของแบบสอบถามพฤติกรรมตามสุขบัญญัติแห่งชาติ และแบบสังเกตและบันทึกผลลัพธ์ทางสุขภาพเท่ากับ .78 และ 1 ตามลำดับ

2. นำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มี

ลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามโดยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์ของอัลฟาครอนบาคซ์ (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถาม พฤติกรรมตามสุขบัญญัติแห่งชาติได้ เท่ากับ 0.83 และหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสังเกตและบันทึกผลลัพธ์ทางสุขภาพ ด้วยวิธีทดสอบซ้ำ (Test and re-test) เพื่อหาความสัมพันธ์ของผลลัพธ์ทางสุขภาพในกลุ่มตัวอย่าง โดยเว้นระยะห่างระหว่างการทดสอบครั้งแรกและครั้งที่สองในวันเดียวกัน สลับเปลี่ยนตำแหน่งของกลุ่มตัวอย่างใหม่²¹ โดยผู้วิจัยไม่ทราบตำแหน่งเดิม หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) เท่ากับ .94

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัสเลขที่ 02-03-2561 ลงวันที่ 27 เมษายน 2561 ผู้วิจัยพบผู้ปกครองและนักเรียนเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับก่อนเข้าร่วมวิจัย อธิบายให้ผู้ปกครองและนักเรียนอ่านก่อนเข้าร่วมวิจัย ผู้ปกครองลงนามอนุญาตในแบบยินยอมให้นักเรียนเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งให้นักเรียนลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย ซึ่งผู้ปกครองและนักเรียนจะยินยอมหรือไม่สามารถกระทำได้โดยสมัครใจไม่มีผลกระทบบ้าง ต่อสิทธิที่พึงมีทั้งปัจจุบันและอนาคต ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเก็บเป็นความลับและนำเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้มีขั้นตอนดังนี้

1. นำจดหมายจากคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา ถึงผู้อำนวยการโรงเรียนและผู้ปกครองนักเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยให้ผู้ปกครองลงนามในแบบยินยอมให้นักเรียนเข้าร่วมวิจัยก่อนการทดลองล่วงหน้า 2 สัปดาห์ หากผู้ปกครองยินยอมให้นักเรียนเข้าร่วมวิจัย จะให้นักเรียนลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยต่อไป และประชุมชี้แจงการดำเนินงานแก่ผู้ช่วยวิจัยถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้ร่วมวิจัย ขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรม
2. เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (pre-test) ในกลุ่ม

ทดลองวันเดียวกับการทำกิจกรรมครั้งที่ 1 โดยแจกแบบสอบถามโดยให้ตอบด้วยตนเองอย่างอิสระจนแล้วเสร็จ และนั่งท่างกันในระยะพอสมควร หลังเสร็จสิ้นการทดลอง (post-test) เก็บข้อมูลลักษณะเดียวกันกับการเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลองเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง ในช่วงระยะเวลาใกล้เคียงกันทั้งกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันเหตุการณ์พ้องที่อาจเกิดขึ้นได้

การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการจัดโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน จัดกิจกรรมทั้งหมด 6 ครั้ง ใช้ระยะเวลา 5 สัปดาห์ ดังนี้

ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 0 กิจกรรม “ทบทวนตนเอง ตั้งเป้าไปด้วยกัน” (1) สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ โดยสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ผ่านกิจกรรมนันทนาการ (2) ประสพการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง ให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ สำรองตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติที่ผ่านมา วิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม และตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติพฤติกรรมฯ ในระยะสั้น 1 สัปดาห์ข้างหน้า (3) การใช้คำพูดชักจูง ผู้วิจัยชี้ให้เห็นความสำคัญประโยชน์ของการปฏิบัติตามสุขบัญญัติแห่งชาติ และผลเสียของการไม่ปฏิบัติตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ

ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 1 การให้ชมวีดิทัศน์ “สุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ” (1) สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ ผ่านกิจกรรมนันทนาการ (2) ประสพการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง จัดกิจกรรมถามและตอบเกี่ยวกับประสพการณ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมตามสุขบัญญัติแห่งชาติในสัปดาห์ที่ผ่านมา (3) การได้เห็นตัวแบบหรือประสพการณ์ของผู้อื่น โดยให้ชมวีดิทัศน์เกี่ยวกับสุขบัญญัติแห่งชาติในรูปแบบของการตูน animation 3 มิติ¹⁸ ที่เป็นตัวแบบที่เหมาะสมและไม่เหมาะสมในการปฏิบัติพฤติกรรมฯ แล้ววิเคราะห์ลงในใบงาน (4) การใช้คำพูดชักจูง ผู้วิจัยชมเชยหากสามารถปฏิบัติได้ และให้กำลังใจผู้ที่ยังไม่สามารถปฏิบัติ

ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 2 “ทำอะไรให้ห่างไกลโรค” กิจกรรมการฝึกปฏิบัติ (1) สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ ผ่านกิจกรรมนันทนาการ (2) ประสพการณ์ที่ประสบความสำเร็จ

สำเร็จด้วยตนเองให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ฝึกทักษะการปฏิบัติ ตามตามสุขบัญญัติแห่งชาติ โดยผู้วิจัยสาธิตและให้สาธิตย้อนกลับ แบ่งเป็น 3 ฐาน ได้แก่ ฐานที่ 1 “สุขวิทยาส่วนบุคคล” ฐานที่ 2 “อารมณ์แจ่มใส ใส่ใจสังคม” และฐานที่ 3 “ป้องกันอุบัติเหตุ ห่างไกลยาเสพติด” เกมสับโปง “เท่าทัน บุหรี่ สุรายาเสพติด” การแสดงบทบาทสมมติหากถูกชักชวนให้ลองอบายมุข (3) การใช้คำพูดชักจูง ผู้วิจัยชมเชย และให้กำลังใจ เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติ

ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรม “ใครปฏิบัติตามสุขบัญญัติแห่งชาติได้ยกมือขึ้น” (1) สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ ผ่านกิจกรรมนันทนาการ (2) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง โดยการถามตอบประสบการณ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมฯ ในสัปดาห์ที่ผ่านมา (3) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น ให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ อภิปรายในกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และความรู้สึกที่ได้ปฏิบัติพฤติกรรม ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติ (4) การใช้คำพูดชักจูง ผู้วิจัยโน้มน้าว และสนับสนุนให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ปฏิบัติพฤติกรรมฯ อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง หากสามารถปฏิบัติได้จึงกล่าวคำชมเชย ให้กำลังใจ หรือให้รางวัล เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ พร้อมทั้งติดตามการบันทึกการปฏิบัติพฤติกรรมตามสุขบัญญัติแห่งชาติ

ครั้งที่ 5-6 สัปดาห์ที่ 4-5 กิจกรรม “เด็กไทยร่วมใจ ใส่ใจสุขภาพ” ฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง และบันทึกลงในแบบบันทึกการปฏิบัติพฤติกรรมตามสุขบัญญัติแห่งชาติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบค่าสัดส่วนกรณี 2 ตัวแปร โดยใช้สถิติ Chi-square test และในกรณีที่ค่าความถี่คาดหวัง (Expected count) น้อยกว่า 5 มากกว่าร้อยละ 20 จึงทดสอบด้วยสถิติ Fisher's exact test แทน

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ใช้ทดสอบค่าทีอิสระ (Independent t-test) ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมฯ และผลลัพธ์ทางสุขภาพ ค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ทางสุขภาพและพฤติกรรมตามสุขบัญญัติ

แห่งชาติ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov test ในการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบว่า ตัวแปรตามมีการกระจายตัวเป็นปกติ (Normal distribution)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 52.00 และ 57.10) ทั้งสองกลุ่มอายุน้อยกว่า 9 ปี (ร้อยละ 96.00 และ 100.00) มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 9.04 ปี (SD. = 0.20) และ 8.80 ปี (SD. = 0.31) ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีผลการเรียนในปีที่ผ่านมาเท่ากับหรือมากกว่า 3.00 ร้อยละ 84.00 (SD. = 0.40) และร้อยละ 82.10 (SD. = 0.45) ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ได้เงินมาน้อยกว่า 20 บาทต่อวัน ร้อยละ 96.00 และ 85.70 ตามลำดับ แหล่งความรู้เรื่องสุขภาพที่นักเรียนกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ได้รับจากครูและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 76.00 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ได้รับจากบิดาและมารดา ครูและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสัดส่วนเท่ากัน (ร้อยละ 50.00) ตามลำดับ เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าสัดส่วนข้อมูลทั่วไปไม่มีความแตกต่างที่ระดับนัยสำคัญ 0.5 ยกเว้นการประกอบอาชีพของบิดาและแหล่งความรู้เรื่องสุขภาพที่นักเรียนได้รับมีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5

ส่วนที่ 2 ข้อมูลผลลัพธ์ทางสุขภาพและพฤติกรรมตามสุขบัญญัติแห่งชาติก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

1. พฤติกรรมตามสุขบัญญัติแห่งชาติ

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมตามสุขบัญญัติแห่งชาติก่อนการทดลองโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 3.87, SD. = 0.79) สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบพฤติกรรมตามสุขบัญญัติแห่งชาติก่อนการทดลองโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 3.53, SD. = 0.62) เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างด้วยค่าทีแบบอิสระ (Independent t-test) พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมตามสุขบัญญัติแห่งชาติก่อนการทดลองไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ .05 (t = 2.39, df = 51, p = 0.011)

2. ผลลัพธ์ทางสุขภาพ

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางสุขภาพก่อนการทดลองโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 2.36$, $SD. = 0.36$) และกลุ่มเปรียบเทียบมีผลลัพธ์ทางสุขภาพก่อนการทดลอง โดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 2.39$, $SD. = 0.31$) เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างด้วยค่าที่แบบอิสระ (Independent t-test) พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางสุขภาพก่อนการทดลองไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ .05 ($t = -1.05$, $df = 51$, $p = .014$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามสุขบัญญัติแห่งชาติและผลลัพธ์ทางสุขภาพก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมตามสุขบัญญัติแห่งชาติพบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.87 ($SD. = 0.79$) ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 4.53 ($SD. = 0.41$) โดยมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมฯ เพิ่มขึ้น 0.66 ($SD. = 0.73$) ในขณะที่ก่อนการทดลองกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.53 ($SD. = 0.36$) ภายหลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยลดลงเล็กน้อยเป็น 3.48 ($SD. = 0.85$) โดยมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

รวมฯ ลดลง 0.05 ($SD. = 0.19$) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมฯ ด้วยค่าที่แบบอิสระ (Independent t-test) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมฯ มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.001$ ($t = 17.68$, $p < .001$)

สำหรับผลลัพธ์ทางสุขภาพพบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.36 ($SD. = 0.36$) ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.76 ($SD. = 0.26$) โดยมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ทางสุขภาพเพิ่มขึ้น 0.42 ($SD. = 0.27$) ในขณะที่ก่อนการทดลองกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.39 ($SD. = 0.31$) หลังการทดลองค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ทางสุขภาพเท่ากับ 2.23 ($SD. = 0.21$) โดยมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ทางสุขภาพลดลง 0.16 ($SD. = 0.18$) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ทางสุขภาพด้วยค่าที่แบบอิสระ (Independent t-test) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ทางสุขภาพสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.001$ ($t = 9.36$, $p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางสุขภาพและพฤติกรรมตามสุขบัญญัติแห่งชาติก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง x̄ (SD.)	df	t	p-value (1-tailed)
พฤติกรรมตามสุขบัญญัติแห่งชาติ				
กลุ่มทดลอง (25)	3.87 (0.79)	51	2.39	0.11*
กลุ่มเปรียบเทียบ (28)	3.53 (0.62)			
ผลลัพธ์ทางสุขภาพ				
กลุ่มทดลอง (25)	2.36 (0.36)	51	-1.05	0.14*
กลุ่มเปรียบเทียบ (28)	2.39 (0.31)			

* $p > .05$

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามสุขบัญญัติและผลลัพธ์ทางสุขภาพแห่งชาติก่อนและหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	Mean difference	df	t	p-value (1-tailed)	
	$\bar{X}(SD.)$	$\bar{X}(SD.)$	$\bar{d} (SD.)$				
พฤติกรรมตามสุขบัญญัติแห่งชาติ							
กลุ่มทดลอง (25)	3.87 (0.79)	4.53 (0.41)	0.66 (0.73)	0.73	51	17.68	<.001
กลุ่มเปรียบเทียบ (28)	3.53 (0.62)	3.48 (0.85)	-0.05 (0.19)				
ผลลัพธ์ทางสุขภาพ							
กลุ่มทดลอง (25)	2.36 (0.36)	2.76 (0.26)	0.42 (0.27)	0.61	51	9.36	<.001
กลุ่มเปรียบเทียบ (28)	2.39 (0.31)	2.23 (0.21)	-0.16 (0.18)				

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพและพฤติกรรมตามสุขบัญญัติแห่งชาติของนักเรียนประถมศึกษา อภิปรายผลการวิจัยดังนี้

1. กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามสุขบัญญัติแห่งชาติหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เนื่องจากโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนที่จัดขึ้นโดยประยุกต์แนวความคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูลาประกอบด้วย การจัดกิจกรรมโดยการชักจูง โน้มน้าวให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ สสำรวจตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมตามสุขบัญญัติแห่งชาติที่ผ่านมา และคาดหวังถึงผลลัพธ์ทางสุขภาพหากตนได้ปฏิบัติเป็นประจำในระยะแรก ทำให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ เกิดความมุ่งมั่นตั้งใจที่จะปฏิบัติตามพฤติกรรมที่ตนเองได้ตั้งเป้าหมายไว้

การได้เห็นประสบการณ์จากความสำเร็จของผู้อื่นที่เป็นตัวแบบจากการชมเชยที่ดีชื่นชม ส่งผลให้เกิดความเชื่อมั่นว่าสามารถทำได้เช่นเดียวกับผู้อื่น การนำเสนอทั้งตัวแบบที่ดีและตัวแบบที่ไม่ดีของการปฏิบัติพฤติกรรมตามสุขบัญญัติแห่งชาติ ทำให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ได้มีการรับรู้ทั้งสองด้านแสดงให้เห็นถึงผลดีและผลเสียที่เกิดขึ้น ได้ฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง เพื่อให้เกิดทักษะและความชำนาญมากขึ้น ได้จัดกิจกรรมการสาธิต และการสาธิตย้อนกลับเป็นรายบุคคล พร้อมทั้งเสริมแรงจากผู้วิจัย

โดยการชมเชย ให้กำลังใจ กระตุ้นเตือน เพื่อให้เกิดมั่นใจในความสามารถของตนเอง มีการสร้างบรรยากาศที่เป็นกันเอง เอื้อต่อการเรียนรู้ มีความผ่อนคลายเพื่อเตรียมพร้อมด้านอารมณ์ นอกเหนือจากที่กล่าวมาข้างต้นแล้ว การบันทึกการปฏิบัติรายวัน เป็นการช่วยสร้างเสริมความเชื่อมั่นว่าตนสามารถปฏิบัติพฤติกรรมฯ ได้ถูกต้อง เป็นประจำสม่ำเสมอ และข้อมูลที่บ้านที่จะเป็นข้อมูลป้อนกลับของการปฏิบัติในทันที

อนึ่ง การศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงระดับพฤติกรรมฯ จากระดับน้อยเป็นดีมาก เนื่องจากเป็นพฤติกรรมที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ง่ายเพราะเป็นเรื่องที่ใกล้ตัวเด็กประถมศึกษามากที่สุดและเป็นพฤติกรรมที่ทำประจำทุกวัน สามารถปฏิบัติได้ทันทีหากได้รับการเสริมสร้างความรู้และสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตน จึงเกิดความเชื่อมั่นในตนเองว่าสามารถปฏิบัติได้ ได้แก่ การไม่รับประทานลูกอม ทอฟฟี่หรือขนมหวาน การไม่ใช้ฟันกัดสิ่งของต่าง ๆ เช่น เปิดฝาขวด กัดดินสอ การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารรสจัด การไม่ดื่ม น้ำอัดลมหรือเครื่องดื่มที่มีรสหวาน

จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่าโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมฯ ของเด็กวัยเรียนได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Choojan และ Wanaku²² ที่ศึกษาโปรแกรมสุขศึกษาโดยเน้นเด็กเป็นศูนย์กลางต่อการรับรู้ความสามารถของตนและพฤติกรรม

การรับประทานอาหารของเด็กวัยเรียน พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Upari, Sinsupan และ Purisarn²³ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเองในเด็กที่มีภาวะน้ำหนักเกินนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคอ้วน การบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ และการรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายมากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. กลุ่มทดลอง ได้รับการพัฒนาให้มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองเพิ่มขึ้น เห็นผลดีของการปฏิบัติพฤติกรรมตามสุขบัญญัติแห่งชาติ จึงเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม จากที่กล่าวข้างต้น การจัดกิจกรรมเป็นสิ่งที่ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดสมรรถนะแห่งตนต่อการปฏิบัติพฤติกรรมฯ จึงเกิดการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ทางสุขภาพ จะเห็นได้ว่ากลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมฯ จากระดับที่เป็นต่ำมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Waingkhram, Tumbull และ Butsorn²⁴ ที่ศึกษาผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อป้องกันโรคฟันผุของนักเรียนประถมศึกษา พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคฟันผุ มีการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันโรคฟันผุ ความคาดหวังในผลดีของการป้องกันโรคฟันผุและการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคฟันผุสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อย่างไรก็ดี พบว่าผลลัพธ์ทางสุขภาพบางข้อของกลุ่มทดลองไม่เปลี่ยนแปลง เนื่องจากการปฏิบัติพฤติกรรมในแต่ละรายบุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่อาจไม่เท่ากัน ถึงแม้ว่าระดับการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ทางสุขภาพบางข้อไม่เปลี่ยนแปลง แต่พบว่าในค่าเฉลี่ยภาพรวมมีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น ดังนั้น โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการศึกษานี้สามารถส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลสุขภาพตนเองของเด็กประถมศึกษาให้มีความถูกต้อง เหมาะสม เพื่อเป็นการปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพ ที่สามารถ

ป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เป็นอยู่ได้ สอดคล้องกับบริบทสภาพแวดล้อมของเด็กประถมศึกษา

ข้อจำกัดการวิจัย

การปฏิบัติพฤติกรรมตามสุขบัญญัติแห่งชาติบางพฤติกรรมเป็นนโยบายที่ทางโรงเรียนได้จัดการเรียนการสอนอยู่เดิม นอกจากนี้ยังมีหน่วยงานสาธารณสุขออกให้บริการในการดูแล ให้สุขศึกษา และติดตามรักษาในช่วงที่ดำเนินการทดลอง ได้แก่ การส่งเสริมและป้องกันสุขภาพช่องปาก ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวถือเป็นกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มปฏิบัติอยู่เป็นประจำอยู่แล้ว ซึ่งอาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการกระตุ้นจากกิจกรรมดังกล่าวด้วยเช่นกัน

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลชุมชนสามารถนำโปรแกรมฯ นี้ไปประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนให้เกิดพฤติกรรมตามสุขบัญญัติแห่งชาติของนักเรียนช่วงชั้นเดียวกันได้โดยมีข้อเสนอแนะในการจัดกิจกรรม คือ การจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามสุขบัญญัติแห่งชาติในนักเรียนประถมศึกษา ควรใช้กระบวนการกลุ่มจัดกิจกรรมเป็นฐานของการเรียนรู้ทำให้ผู้วิจัยสามารถดูแลนักเรียนเป็นรายบุคคลได้ ทำให้เกิดการกระจายกลุ่มนักเรียนให้มีจำนวนน้อยลงและง่ายต่อการดูแล สามารถสังเกตพฤติกรรมของนักเรียนขณะร่วมกิจกรรมสามารถดูแลได้อย่างทั่วถึง ทำให้เห็นปัญหาของการฝึกทักษะเด็กในแต่ละรายบุคคลได้ ทั้งนี้การที่เด็กประถมศึกษาได้ฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง ถือเป็นจุดเริ่มต้นในการฝึกปฏิบัติและได้ร่วมฝึกปฏิบัติพร้อมเพื่อนทำให้เกิดความพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ เนื่องจากนักเรียนได้เรียนรู้และประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเปรียบเทียบกับความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมของเพื่อนในกลุ่ม

2. ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการแปรงฟันวันละ 2 ครั้งและมีผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านความสะอาดของฟันที่พบว่าไม่เปลี่ยนแปลงหรือเปลี่ยนแปลงเล็กน้อยดังนั้นจึงควรจัดกิจกรรมเพิ่มเติมเช่น การเน้นทักษะด้านการแปรงฟัน การใช้ไหมขัดฟัน พบทันตแพทย์เพื่ออุดฟันน้ำลาย โดยสร้างความตระหนัก กระตุ้นเตือน และติดตามความสะอาดของฟันเป็นระยะ

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรมีการทำวิจัยเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพและพฤติกรรมตามสุขบัญญัติแห่งชาติของนักเรียนประถมศึกษาในเด็กวัยเรียนกลุ่มอื่นเช่น นักเรียนในโรงเรียนขยายโอกาส เด็กวัยเรียนในชุมชนเขตเมือง เป็นต้น โดยอาจมีการปรับเปลี่ยนกิจกรรมให้มีความเหมาะสมกับประชากรหรือบริบทของชุมชนที่ใช้ในการศึกษา

2. ควรมีการทำวิจัยเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนที่มีความจำเพาะในการสร้างเสริมพฤติกรรมตามสุขบัญญัติแห่งชาติที่ยังปรับเปลี่ยนผลลัพธ์ทางสุขภาพได้เพียงเล็กน้อย คือ การดูแลความสะอาดของช่องปากและฟัน

References

1. Health education division Department of health service support Ministry of Public Health. Health literacy and health behaviors among childhood. Bangkok: Newthammada press of Thailand; 2016. (in Thai)
2. Health education division Department of health service support Ministry of Public Health. Model of health literacy lifestyle development among primary school student. Nonthaburi: Printing house for Health education division Department of health service support; 2016. (in Thai)
3. Strategy and Planning Division and Ministry of Public Health. Health. [Internet]. 2013 [cited 2017 jan 20]. Available from: http://wops.moph.go.th/ops/thp/thp/userfiles/file/2557/issue2_57. (in Thai)
4. National Statistical Office Thailand. Survey on population behavior in playing sport or physical exercise and mental health 2011. Bangkok: National Statistical Office; 2012. (in Thai).
5. Bureau of Nutrition Department of Health Ministry of Public Health. Nutritional Promotion of children's care for healthcare professionals. Bangkok: Printing house for National office of Buddhism; 2015. (in Thai)
6. Siriboonpipattana P. Pediatric nurse1. Bangkok: Tana Press Co.,Ltd; 2014. (in Thai)
7. Chaimongkol N, Pongjaturawit Y, Khwansamran W. Health behavior among school-age children and its associated factors. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University 2012;22:14-28. (in Thai)
8. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychologica Review 1997;84:191-215.
9. Ninkron P. Effects of the program for behavioral modification food consumption by the self-efficacy theory and social support among students of primary school level 5-6 in Banmor district, Saraburi province. [Master's of Public Health]. Chon buri: Burapha University; 2011. (in Thai)
10. Thipthradol P. The effectiveness of health education program applying self-efficacy theory in improving personal health behavior in accordance with the national health recommendation among the fourth grade students at SulawParkhlongLamree School Nonthaburi province. [Master's of Science]. Bangkok: Srinakharinwirot University; 1999. (in Thai)

11. Jansirisri K. The effectiveness of health education programs concerning dental health in the national recommendation by being applied to social support on dental health of Prathom Suksa5 students Phitsanulok province. [Master of Science]. Bangkok: Srinakharinwirot University; 2005. (in Thai)
12. Kamonpornmongkol J, Homsin P, Srisuriyawet R. Effects of self-efficacy enhancement on drinking refusal self-efficacy outcome expectancy and skills among male primary school students. *The Public Health Journal of Burapha University* 2012;7:84-99. (in Thai)
13. Bureau of academic affairs and educational standards office of the basic education commission, ministry of education. Learning Area of Health and Physical Education. [Internet]. 2013 [cited 2017 Jan 20] Available from: www.acsp.ac.th/download/pe-KPI.doc. (in Thai)
14. Bureau of Health Promotion, Department of Health, Ministry of Public Health. School health program. 2nd ed. Nonthaburi: Printing house for National office of Buddhism; 2015. (in Thai)
15. Polit D, Hungler B. Nursing research: principle and method. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Company; 1999.
16. Rachawat R. Effects of yoga's health promotion program on stress blood sugar of type 2 diabetes mellitus patient. [Master's of Community Practice Nursing]. Chon buri: Burapha University; 2007. (in Thai)
17. Si SaKet Primary Educational Service Area Office 3. General information. [Internet]. 2017 [cited 2018 jan 15] Available from: <https://sites.google.com/a/ssk3.go.th/khxm-l-phun-than/> (in Thai)
18. Health education division Department of health service support Ministry of Public Health. Multimedia. [Internet]. 2015[cited 2017 Jan 2] Available from: www.hed.go.th/vdoEvents/index. (in Thai)
19. Health Education Division Department of Health Service Support Ministry of Public Health. Health literacy and health behaviors among childhood. Nonthaburi: Printing house Health education division Department of health service support Ministry of Public Health: 2018. (in Thai)
20. Bureau of Health Promotion Department of Health Ministry of Public Health. Self examination record for primary school students grade 5-6 Revised version 2014. Bangkok: Printing house Kaew Chao Chom Media and publications Suan Sunandha Rajabhat University; 2014. (in Thai)
21. Srisatidnarakul B. The methodology in nursing research. 5th ed. Bangkok: Printing house You and I Inter Media Company; 2010. (in Thai)
22. Choojan S, Wanakul T. Development of health education on child centered program In self-efficacy and food consumption behavior among school-aged children in Lam Lukka district Pathumthani province. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2018;19:158-64. (in Thai)

23. Upari J, Sinsupan N, Purisarn K. The effect of health education program for application of self-efficacy theory on overweight student grade 4-6 primary school area 2 Khonkaen Primary Educational Service Area Office 1, Ban Ped Sub-District, Mueang KhonKaen District, KhonKaen Province. College of Asian Scholars Journal 2018;8:277-86. (in Thai)
24. Waingkhram N, Turnbull N, Butsorn A, The Application of self-efficacy theory and social support for dental caries protection of students at primary school in Buanai sub distric Kanthararom distric, Sisaket province. Thai Dental Nurse Journal

บทความวิจัย

โปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กนักเรียนชายมัธยมศึกษาตอนต้น ในกรุงเทพมหานคร

Applying Theory of Planned Behavior Program on Aggressive Behaviors among Secondary School Male Students in Bangkok

Received: May 6, 2019

Revised: Jul 22, 2019

Accepted: Jul 30, 2019

รุ่งนภา บัวสุวรรณ พยม. (Runghapa Buasuwan, MSN)¹นฤมล เอื้อมณีกุล ปร.ด (Naruemon Auemaneekul, Ph.D.)²อาภาพร เพ่าวัฒนา ปร.ด. (Araporn Powwattana, Ph.D.)³

บทคัดย่อ

พฤติกรรมก้าวร้าวเป็นปัญหาที่สำคัญที่ยังส่งผลกระทบต่อประเทศในหลาย ๆ ด้าน โดยสถานการณ์ปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวส่วนใหญ่พบในวัยรุ่นตอนต้นและยังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนเพื่อป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กนักเรียนชายมัธยมศึกษาตอนต้นในกรุงเทพมหานคร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาเป็นนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีอายุตั้งแต่ 13-15 ปี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายจากโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาชายขนาดใหญ่ 2 โรงเรียนในกรุงเทพมหานครเพื่อสุ่มเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 24 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 48 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) โปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนต่อพฤติกรรมก้าวร้าว 2) แบบประเมินเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าว เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ทดสอบความเที่ยงของแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคได้ค่าเท่ากับ .907 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, Chi-square, Independent t-test และ Repeated measure ANOVA ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมก้าวร้าวต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และมีคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติทางลบต่อพฤติกรรมก้าวร้าว การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว และความตั้งใจในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว หลังการเข้าร่วมโปรแกรม และระยะติดตามผล สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

โปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในกรุงเทพมหานคร สามารถเพิ่มทัศนคติทางลบต่อพฤติกรรมก้าวร้าว การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว ความตั้งใจในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว และลดพฤติกรรมก้าวร้าวได้ ซึ่งโปรแกรมนี้อาจใช้เป็นแนวทางการพัฒนาในการป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าวได้

คำสำคัญ: โปรแกรมประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน, พฤติกรรมก้าวร้าว, นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น, นักเรียนชาย

¹ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
E-mail: runghapa.nn@hotmail.com

^{2,3} ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: ²naruemon.aue@mahidol.ac.th: Corresponding author,

³ araporn.pow@mahidol.ac.th

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

Abstract

Aggressive behavior is a major problem and affects the country in various aspects. The most aggressive behavioral problems were found in early adolescents and likely to increase. The purpose of this quasi-experimental study was to examine the effectiveness of applying theory of planned behavior program on aggressive behaviors among male students in secondary school in Bangkok. The participants aged 13-15 years old. They were randomly assigned into the experimental group (n=24) and the control group (n=24). The instruments employed in the study consisted of Theory of planned behavior program and instruments employed during the experiment and data collection. All instruments were verified for content validity by 3 professional experts. The reliability was reported using Cronbach's alpha as .907. Data were analyzed using mean, standard deviation, Chi-square, Independent t-test and Repeated measure ANOVA. Results found that in the posttest and follow-up phase, the experimental group had statistically significant higher scores of negative attitude towards aggressive behaviors, subjective norms, self-efficacy of the aggressive behaviors control and intention to commit aggressive behaviors control than in the pretest and the control group ($p < .05$).

The experimental group had a statistically significant lower score of aggressive behaviors in the posttest and follow-up phase than in the pretest and the control group ($p < .05$). In summary, applying theory of planned behavior program on aggressive behaviors among male students in secondary school in Bangkok could increase the negative attitude towards aggressive behaviors, subjective norms, self-efficacy of the aggressive behaviors control and intention to commit aggressive behaviors control score and decrease the aggressive behaviors.

Keywords: applying theory of planned behavior program, aggressive behaviors, students of secondary school, male student

บทนำ

สถานการณ์ปัญหาที่พบในวัยรุ่นมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าว ในปี ค.ศ. 2015 พบว่าวัยรุ่นเสียชีวิตถึง 1.3 ล้านคนโดยเฉพาะการเสียชีวิตจากปัญหาเรื่องพฤติกรรมก้าวร้าวซึ่งเป็นปัญหาที่พบในวัยรุ่นทั่วโลก ซึ่งพบว่ามีเด็กและวัยรุ่นเสียชีวิตจากพฤติกรรมก้าวร้าวที่นำไปสู่ความรุนแรงถึงวันละ 180 ราย¹ ปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวเกิดจากปัจจัยหลายประการที่ซับซ้อน โดยสามารถแบ่งเป็นปัจจัยหลัก ๆ เป็น 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านชีวภาพ ได้แก่ สารสื่อสมองส่งผลให้วัยรุ่นมีปัญหาในการควบคุมอารมณ์ ปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ ลักษณะพื้นฐานการถูกอบรมเลี้ยงดู

และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สภาพแวดล้อมที่วัยรุ่นเติบโต การเลี้ยงดู² รวมถึงพัฒนาการทางด้านสมองในระยะวัยรุ่นมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวด้วย โดยเฉพาะในระยะวัยรุ่นตอนต้นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวมากที่สุด³ นอกจากนี้ผลการทบทวนวรรณกรรมในเรื่องปัจจัยที่ทำให้วัยรุ่นเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวพบว่าปัจจัยที่สำคัญ ได้แก่ ทัศนคติต่อการกระทำพฤติกรรมก้าวร้าว⁴ อิทธิพลจากเพื่อน ความต้องการเป็นที่ยอมรับของกลุ่มเพื่อนและอิทธิพลจากสื่อ การรับรู้ความก้าวร้าวจากสื่อ⁴⁻⁶ อาจกล่าวโดยสรุปได้ว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในวัยรุ่นตอนต้นเป็นอย่างมาก ได้แก่ อิทธิพลจากเพื่อน และทัศนคติที่มีต่อพฤติกรรมก้าวร้าว

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการศึกษาโปรแกรมลดพฤติกรรมก้าวร้าวในวัยรุ่นตอนต้นโดยพบว่าการจัดโปรแกรมเพื่อให้วัยรุ่นตอนต้นมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าว ปรับทัศนคติต่อพฤติกรรมก้าวร้าว⁷⁻⁹ และฝึกทักษะในการจัดการกับความโกรธ^{8,10} จัดการกับความขัดแย้ง^{7,8,9,11} และการจัดการกับปัญหา⁷⁻⁹ การจัดโปรแกรมมีลักษณะการให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวเพื่อ การฝึกทักษะในด้านต่าง ๆ โดยให้แสดงบทบาทสมมติเพื่อป้องกันการกระทำพฤติกรรมก้าวร้าว หรือหลีกเลี่ยงสถานการณ์ความก้าวร้าว พบว่าผลของโปรแกรมในระยะแรกสามารถลดพฤติกรรมก้าวร้าวได้ แต่ไม่สามารถลดพฤติกรรมก้าวร้าวได้อย่างยั่งยืน เนื่องจากทัศนคติต่อการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวยังไม่เปลี่ยนแปลง และเนื่องจากวัยรุ่นได้รับอิทธิพลจากกลุ่มเพื่อน จึงทำให้พฤติกรรมก้าวร้าวลดลงในช่วงระยะเวลาสั้นเท่านั้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและพยาบาลอนามัยโรงเรียนมีหน้าที่ดูแลเด็กในชุมชนและในสถานศึกษา จึงมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงของเด็ก ในประเทศไทยที่ยังมีปัญหาคาชားและยาเสพติด กักตุนของของเด็กวัยรุ่นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในบางครั้งอาจรุนแรงถึงอันตรายต่อชีวิต ผู้วิจัยจึงศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าวในวัยรุ่นตอนต้นโดยใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of planned behavior) ของ Ajzen¹² ในงานวิจัยครั้งนี้จึงจัดกิจกรรมปรับทัศนคติทางลบต่อพฤติกรรมก้าวร้าว การฝึกทักษะในการป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าวซึ่งได้แก่ ทักษะการจัดการความโกรธ การจัดการความขัดแย้งและทักษะการจัดการปัญหา และเพิ่มในเรื่องของความตั้งใจในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้บุคคลมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of planned behavior) โดยใช้กลุ่มเพื่อนเป็นกลุ่มอ้างอิงในการคล้อยตามในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เนื่องจากจากการศึกษาผลงานวิจัย พบว่าอิทธิพลของกลุ่มเพื่อนมีอิทธิพลอย่างมากในการแสดงพฤติกรรม⁴⁻⁶ โดยการพบทวนวรรณกรรมพบว่านักเรียนชายที่ศึกษาอยู่ในโรงเรียนชายล้วน มีการด่าว่าและต่อสู้นานกว่านักเรียนชายในโรงเรียนสหศึกษา¹³ ซึ่งในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาการจัดโปรแกรมเพื่อป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าวในโรงเรียนชายล้วน

และจากข้อมูลของกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน พ.ศ. 2557 พบว่าวัยรุ่นตอนต้นช่วงอายุประมาณ 10-15 ปี มีการกระทำความผิดในปี พ.ศ. 2556 เพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่าเมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2552 การทำวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยจึงทำในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนชายล้วน และเชื่อว่าโปรแกรมนี้สามารถทำให้วัยรุ่นตอนต้นสามารถป้องกันการกระทำพฤติกรรมก้าวร้าว เพื่อเติบโตไปเป็นวัยรุ่นตอนปลาย และวัยผู้ใหญ่ที่มีพฤติกรรมที่เหมาะสม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนทัศนคติทางลบต่อพฤติกรรมก้าวร้าว การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว ความตั้งใจในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว และพฤติกรรมก้าวร้าว ภายในกลุ่มทดลองและระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล หลังเข้าร่วมโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กนักเรียนชายมัธยมศึกษาตอนต้นในกรุงเทพมหานคร

สมมติฐานงานวิจัย

1. หลังการทดลองและระยะติดตามผลเด็กนักเรียนชายมัธยมศึกษาตอนต้นที่เข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนทัศนคติทางลบต่อพฤติกรรมก้าวร้าว การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว และความตั้งใจในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวสูงกว่าก่อนการทดลอง และมีพฤติกรรมก้าวร้าวต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
2. หลังการทดลองและระยะติดตามผลเด็กนักเรียนชายมัธยมศึกษาตอนต้นมีคะแนนทัศนคติทางลบต่อพฤติกรรมก้าวร้าว การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว และความตั้งใจในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และมีพฤติกรรมก้าวร้าวต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน
ต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กมัธยมศึกษาตอนต้นใน
กรุงเทพมหานคร

1. การปรับทัศนคติต่อพฤติกรรมก้าวร้าว

การร่วมกันทบทวนถึงพฤติกรรมก้าวร้าวในอดีต
และวิเคราะห์ถึงผลลัพธ์ของการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว
เหล่านั้น

2. การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการควบคุมพฤติกรรม ก้าวร้าว

การทำกิจกรรมกลุ่มดูวิดีโอสถานการณ์ตัวอย่าง
ความก้าวร้าวและร่วมกันวิเคราะห์อุปสรรคในการควบคุม
พฤติกรรมก้าวร้าวและตั้งเป้าหมายร่วมกันเพื่อเป็นแรงจูงใจ
การควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว

3. การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ก้าวร้าว

การฝึกทักษะเกี่ยวกับการจัดการความโกรธ
การจัดการความขัดแย้ง และทักษะการแก้ปัญหาผ่านการ
แสดงบทบาทสมมติ

4. ความตั้งใจในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว

การแสดงความแน่วแน่ต่อการตั้งใจในการควบคุม
พฤติกรรมก้าวร้าวโดยการร่วมกันปฏิญาณต่อตนเอง

- ทัศนคติทางลบต่อ
พฤติกรรมก้าวร้าว
- การคล้อยตามกลุ่ม
อ้างอิงในการควบคุม
พฤติกรรมก้าวร้าว
- การรับรู้ความสามารถใน
การควบคุมพฤติกรรม
ก้าวร้าว
- ความตั้งใจในการควบคุม
พฤติกรรมก้าวร้าว
- พฤติกรรมก้าวร้าว

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลองศึกษาแบบวัดผลก่อนการทดลอง
หลังการทดลอง และระยะติดตามผล (Pretest-posttest
Quasi-experimental research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในงานวิจัยครั้งนี้ คือ นักเรียนชายชั้น
มัธยมศึกษาตอนต้น อายุประมาณ 13-15 ปี ที่ศึกษาอยู่ในชั้น
มัธยมศึกษาตอนต้นในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ คือ นักเรียนชายชั้น
มัธยมศึกษาตอนต้น อายุประมาณ 13-15 ปี ที่กำลังศึกษาอยู่
ในชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตกรุงเทพมหานคร มีเกณฑ์
คัดเลือก ดังนี้ 1) กำลังศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ที่มีอายุ

ระหว่าง 13-15 ปี 2) สามารถฟัง พูด อ่าน ภาษาไทยได้
3) ผู้ปกครองอนุญาตและนักเรียนยินดียิ่งเข้าร่วมในการวิจัย
เกณฑ์ในการคัดออก คือ นักเรียนในกลุ่มทดลองที่มีระยะ
เวลาในการเข้าร่วมการดำเนินการวิจัยได้น้อยกว่าร้อยละ 80
ของระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยทั้งหมด

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้กำหนดค่า
อำนาจการทดสอบ (Power Analysis) = .80 นำค่าอิทธิพล
(Effect size) เท่ากับ 0.3 มาประมาณขนาดตัวอย่างจาก
ตารางประมาณขนาดตัวอย่างแบบทดสอบสมมติฐานทางเดียว
โดยค่า α เท่ากับ .05 และค่า Power analysis เท่ากับ .80
ได้ขนาดตัวอย่าง กลุ่มละ 20 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญหาย
ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง

อีกร้อยละ 20⁸ จึงมีขนาดตัวอย่างอย่างน้อย 24 คน ต่อกลุ่ม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนต่อพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์ทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผนของ Ajzen¹² โดยโปรแกรมมีเนื้อหาเกี่ยวกับการปรับทัศนคติ, สร้างเสริมการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว สร้างการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว โดยฝึกทักษะ สร้างความตั้งใจในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว โดยกิจกรรมทั้งหมดสามารถป้องกันการกระทำพฤติกรรมก้าวร้าวได้ โดยโปรแกรมนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ปรับตามคำชี้แนะและนำไปทดลองใช้กับนักเรียนชายมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้เพื่อดูความชัดเจนของภาษา กิจกรรมที่นำไปใช้ ความเหมาะสมของเวลา รวมทั้งอุปสรรคและปัญหาที่เกิดขึ้น และนำมาปรับแก้ตามความเหมาะสม และแบบสอบถามได้วัดค่าความตรงของเนื้อหาโดยได้ค่าความตรงของแบบวัดทัศนคติต่อพฤติกรรมก้าวร้าวเท่ากับ .84 แบบวัดการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวเท่ากับ .98 แบบวัดการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวเท่ากับ .82 แบบวัดความตั้งใจในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวเท่ากับ 1.00 และแบบวัดพฤติกรรมก้าวร้าวเท่ากับ .99

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม 6 ส่วน ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เป็นผู้พิจารณาตรวจสอบแก้ไขความถูกต้อง ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา และความชัดเจนของการใช้ภาษา และนำไปทดลองใช้กับนักเรียนชายที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ได้หาค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้ที่ระดับ Cronbach's Alpha ≥ 0.70 โดยค่าความเที่ยงของแบบวัดทัศนคติต่อพฤติกรรมก้าวร้าวเท่ากับ .79 แบบวัดการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวเท่ากับ .86 แบบวัดการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวเท่ากับ .86 แบบวัดความตั้งใจในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวเท่ากับ .92

และแบบวัดพฤติกรรมก้าวร้าวเท่ากับ .91

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล รหัสโครงการ 145/2560 เอกสารรับรองโครงการวิจัย COA. No. MUPH 2017-175 ผู้วิจัยทำหนังสือเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และขอความอนุเคราะห์เข้าเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านโรงเรียนมัธยมศึกษาที่ได้รับการคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง เมื่อได้รับหนังสืออนุญาตให้เก็บข้อมูลจากโรงเรียนแล้ว จากนั้นผู้วิจัยได้เข้าชี้แจงเรื่องการพิทักษ์สิทธิอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรไว้ในหน้าแรกของแบบสำรวจและแบบประเมิน และมีหนังสือยินยอมการเข้าร่วมการทดลองโดยต้องได้รับการลงนามยินยอมการทำเข้าร่วมโปรแกรมจากกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่าง โดยที่กลุ่มตัวอย่างสามารถหยุดหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการได้ตลอดเวลา และข้อมูลจะถูกเก็บไว้เป็นความลับโดยไม่มีใครสามารถเข้าถึงข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างได้และใช้ในการวิเคราะห์ผลการศึกษา และกระทำการวิเคราะห์ในภาพรวมไม่มีการอ้างอิงผลการวิจัยเป็นรายบุคคล

ขั้นตอนดำเนินการทดลอง

ขั้นเตรียมการวิจัย

ติดต่อโรงเรียนมัธยมศึกษาที่ได้รับคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างจากการสุ่มแบบง่าย ชี้แจงรายละเอียดกิจกรรมคัดเลือกนักเรียนเพื่อเป็นกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบง่าย โดยวิธีการจับสลาก เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างแล้วจึงนัดเวลา สถานที่ในการทำกิจกรรม ชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดกิจกรรมให้กับกลุ่มตัวอย่าง และทำกิจกรรมในกลุ่มตัวอย่างที่ลงชื่อในหนังสือยินยอมร่วมในการศึกษาเท่านั้น

ขั้นดำเนินการวิจัย

ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กนักเรียนชายมัธยมศึกษาตอนต้นในกรุงเทพมหานคร จัดกิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้ง โดยทำกิจกรรม 1 ครั้งต่อสัปดาห์ นานครั้งละประมาณ 60 นาที

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 ทำแบบสอบถามก่อนการทดลอง และเริ่มกิจกรรม “แรกพบ” การปรับทัศนคติต่อ

พฤติกรรมก้าวร้าว โดยให้นักเรียนชายแต่ละคนแลกเปลี่ยนความคิดเห็นว่าพฤติกรรมก้าวร้าวมีลักษณะอย่างไร เกิดจากสาเหตุใด และมีผลอย่างไร ให้นักเรียนกลับไปในอดีตว่าแต่ละคนมีการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวหรือไม่ แสดงอย่างไร จากนั้นให้เขียนลงในกระดาษ และร่วมกันวิเคราะห์ถึงผลดีและผลเสียของการกระทำนั้น

สัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 2 กิจกรรม “เพื่อนดีเป็นศรีแก่ตัว” การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว โดยให้นักเรียนดูหนังสือเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าว และให้นักเรียนวิเคราะห์ถึงสาเหตุและปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลทำให้ตัวละครมีพฤติกรรมก้าวร้าวทางกายและทางวาจา และผลกระทบที่ตามมาของการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว และให้นักเรียนแต่ละกลุ่มแสดงบทบาทสมมติเพื่อป้องกันการกระทำพฤติกรรมก้าวร้าวเพื่อป้องกันการกระทำพฤติกรรมก้าวร้าวเพื่อสร้างแรงจูงใจจากการดูกลุ่มเพื่อนแสดงบทบาทสมมติในการป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าว และเป็นแนวทางต่อการป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าวตามความคาดหวังของกลุ่ม

สัปดาห์ที่ 3 ครั้งที่ 3 กิจกรรม “เอาชนะตัวเอง” การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว โดยให้ความรู้เกี่ยวกับทักษะในการป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าว (ทักษะการจัดการความโกรธ ทักษะการจัดการความขัดแย้ง และทักษะการแก้ปัญหา) เพื่อให้นักเรียนมีความเข้าใจเกี่ยวกับทักษะในการป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าวและฝึกปฏิบัติทักษะผ่านการแสดงบทบาทสมมติเพื่อป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าว

สัปดาห์ที่ 4 ครั้งที่ 4 กิจกรรม “ปัจเจกนิเทศ” ความตั้งใจในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว โดยการปฏิญาณตนเองว่า จะสามารถจัดการกับอารมณ์ของตนเองได้เพื่อไม่ให้แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวทั้งทางกายและวาจา เพื่อแสดงความตั้งใจแน่วแน่ต่อการไม่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว

ขั้นประเมินผล

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเองก่อนเข้าร่วมการทดลอง หลังเข้าร่วมโปรแกรม 1 สัปดาห์ และระยะติดตามผลอีก 4 สัปดาห์หลังสิ้นสุดกิจกรรม

กิจกรรมสำหรับกลุ่มควบคุม

กิจกรรมสำหรับกลุ่มควบคุมจัดขึ้นเมื่อสิ้นสุดการวิจัย โดยมีการจัดกิจกรรมกลุ่มโดยอธิบายถึงสาเหตุและผลกระทบที่เกิดจากพฤติกรรมความก้าวร้าว ฝึกทักษะการควบคุม

ตนเอง และทักษะการป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าว โดยกิจกรรมจะช่วยให้นักเรียนมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าว และมีความมั่นใจในการป้องกันหรือหลีกเลี่ยงพฤติกรรมก้าวร้าวได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

อธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว ความตั้งใจในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว และพฤติกรรมก้าวร้าว ก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล ภายในกลุ่มของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Repeated measure ANOVA และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคู่โดยใช้ Bonferroni และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่ใช้สัปดาห์ก่อนโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีอายุต่ำสุด 13 ปี และสูงสุด 15 ปี กลุ่มทดลอง อายุเฉลี่ย 13.50 ปี ในกลุ่มควบคุม อายุเฉลี่ย 13.70 ปี มีเกรดเฉลี่ยต่ำสุด 1.95 และสูงสุด 3.30 ในกลุ่มทดลองมีเกรดโดยเฉลี่ย 2.91 ในกลุ่มควบคุมมีเกรดโดยเฉลี่ย 2.87 กลุ่มทดลองได้รับค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 117.90 บาท/วัน และกลุ่มควบคุมได้รับค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 96.70 บาท/วัน กลุ่มทดลองได้รับค่าใช้จ่ายที่เพียงพอและเหลือเก็บคิดเป็นร้อยละ 79.20 และกลุ่มควบคุมได้รับค่าใช้จ่ายที่เพียงพอและเหลือเก็บคิดเป็นร้อยละ 50.00 ในกลุ่มทดลองเมื่อมีปัญหาจะปรึกษาบิดามารดาเป็นอันดับแรกคิดเป็นร้อยละ 58.30 รองลงมาจะปรึกษาเพื่อนผู้ชายคิดเป็นร้อยละ 41.70 เช่นเดียวกับกลุ่มควบคุมเมื่อมีปัญหาจะปรึกษาบิดามารดาเป็นอันดับแรกคิดเป็นร้อยละ 58.30 และรองลงมาจะปรึกษาเพื่อนผู้ชายคิดเป็นร้อยละ 29.20 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่

มีงานอดิเรก โดยกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 87.50 และกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 54.20 อาชีพหลักของบิดาในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างและค้าขายคิดเป็นร้อยละ 79.10 เช่นเดียวกับบิดาของกลุ่มควบคุมมีอาชีพหลักคืออาชีพรับจ้างและค้าขายคิดเป็นร้อยละ 70.80 อาชีพหลักของมารดาในกลุ่มทดลองอันดับแรกคือ อาชีพรับจ้างคิดเป็นร้อยละ 45.80 อาชีพรองลงมาได้แก่ อาชีพค้าขายคิดเป็นร้อยละ 33.30 เช่นเดียวกับในกลุ่มควบคุมอาชีพหลักของมารดาได้แก่ อาชีพรับจ้างคิดเป็นร้อยละ 50.00 และรองลงมาคือ อาชีพค้าขายคิดเป็นร้อยละ 20.80 ส่วนใหญ่บิดาของนักเรียนในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจบการศึกษาสูงสุดคือระดับมัธยมศึกษา/ปวช. คิดเป็นร้อยละ 45.80 ส่วนมารดาของนักเรียนในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจบการศึกษาสูงสุดคือระดับมัธยมศึกษา/ปวช. โดยในกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 37.50 และในกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 45.80 รายได้รวมของครอบครัวในกลุ่มทดลองอยู่ระหว่าง 10,001-20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 41.70 ในกลุ่มควบคุมรายได้รวมของครอบครัวอยู่ระหว่าง 20,001-30,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 41.70 กลุ่มทดลองพักอาศัยอยู่กับทั้งบิดาและมารดาคิดเป็นร้อยละ 83.30 กลุ่มควบคุมพักอาศัยอยู่กับทั้งบิดาและมารดาคิดเป็นร้อยละ 70.80

2. หลังการทดลองและระยะติดตามผลนักเรียนกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติทางลบต่อพฤติกรรมก้าวร้าว การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม

ก้าวร้าว ความตั้งใจในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีพฤติกรรมก้าวร้าวต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 1) เนื่องจากก่อนการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวและพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 1) จึงมีการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมระยะก่อนการทดลอง พบว่าทั้ง 2 กลุ่มพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) (ตารางที่ 2)

3. หลังการทดลองนักเรียนกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติทางลบต่อพฤติกรรมก้าวร้าว การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวและความตั้งใจในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีพฤติกรรมก้าวร้าวต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และระยะติดตามผลนักเรียนกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว และความตั้งใจในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่พบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติทางลบต่อพฤติกรรมก้าวร้าวและพฤติกรรมก้าวร้าว (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติทางลบต่อพฤติกรรมก้าวร้าว การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว ความตั้งใจในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว และพฤติกรรมก้าวร้าวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่ม	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	Mean	SD.	Mean	SD.		
ทัศนคติทางลบต่อพฤติกรรมก้าวร้าว						
ก่อนการทดลอง	27.1	3.6	26.2	3.5	.9	.374
หลังการทดลอง	29.9	3.2	26.4	3.1	4.0*	<.001*
ระยะติดตามผล	29.0	4.0	25.0	1.8	4.5*	<.001*
การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการควบคุม						
พฤติกรรมก้าวร้าว						
ก่อนการทดลอง	17.4	3.2	16.7	3.0	.8	.429
หลังการทดลอง	19.0	2.2	16.4	2.6	3.9*	<.001*
ระยะติดตามผล	19.6	2.2	16.3	3.2	4.3*	<.001*
การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม						
ก้าวร้าว						
ก่อนการทดลอง	23.4	3.2	21.5	2.6	2.3*	.029*
หลังการทดลอง	26.4	3.4	21.9	2.8	5.0*	<.001*
ระยะติดตามผล	25.9	3.4	21.4	3.2	4.8*	<.001*
ความตั้งใจในการควบคุมพฤติกรรม						
ก้าวร้าว						
ก่อนการทดลอง	20.0	2.9	19.1	3.0	1.1	.287
หลังการทดลอง	24.5	2.6	19.5	2.4	6.8*	<.001*
ระยะติดตามผล	24.0	2.2	19.2	3.1	6.2*	<.001*
พฤติกรรมก้าวร้าว						
ก่อนการทดลอง	49.1	10.2	61	8.0	-4.5*	<.001*
หลังการทดลอง	42.5	11.1	64.6	10.1	-7.2*	<.001*
ระยะติดตามผล	42.9	12.7	61.2	9.3	-5.7*	<.001*

*p < .05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว และพฤติกรรมก้าวร้าวก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่ม	n	$\bar{D}$	$\bar{S}_D$	t	p-value
การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว				0.020	.984 ^a
กลุ่มทดลอง	24	0.02	3.241		
กลุ่มควบคุม	24	0.04	2.621		
พฤติกรรมก้าวร้าว				0.022	.982 ^a
กลุ่มทดลอง	24	0.02	10.189		
กลุ่มควบคุม	24	0.02	7.959		

*p < .05 ^aBonferroni's method

ตารางที่ 3 วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติทางลบต่อพฤติกรรมก้าวร้าว การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว ความตั้งใจในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว และพฤติกรรมก้าวร้าวภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

หัวข้อ	SS	Df	MS	F	p-value
ทัศนคติทางลบต่อพฤติกรรมก้าวร้าว					
เวลา	57.3	2	28.6	2.6	.078 ^a
กลุ่ม*เวลา	66.3	2	33.1	3.0	.053 ^a
การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว					
เวลา	21.1	2	10.5	1.7	.197 ^a
กลุ่ม*เวลา	44.7	2	22.3	3.5	.034 ^{a*}
การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว					
เวลา	77.5	2	38.8	4.8	.011 ^{a*}
กลุ่ม*เวลา	54.3	2	27.1	3.3	.040 ^{a*}
ความตั้งใจในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว					
เวลา	161.3	2	80.6	11.7	<.001 ^{a*}
กลุ่ม*เวลา	124.1	2	62.1	9.0	<.001 ^{a*}
พฤติกรรมก้าวร้าว					
เวลา	219.0	2	109.5	1.0	.388 ^a
กลุ่ม*เวลา	628.9	2	314.4	2.7	.069 ^a

p < .05 ^a Sphericity Assume

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

หัวข้อ	Mean	SD.	Mean difference	p-value
การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการควบคุม				
กลุ่มทดลอง				
ก่อนการทดลอง-หลังการทดลอง	17.4-19.0	3.1-2.1	-1.6	.026 ^{a*}
ก่อนการทดลอง-ระยะติดตามผล	17.4-19.6	3.1-2.2	-2.2	.009 ^{a*}
หลังการทดลอง-ระยะติดตามผล	19.0-19.6	2.1-2.2	-0.6	.451 ^a
กลุ่มควบคุม				
ก่อนการทดลอง-หลังการทดลอง	16.7-16.4	2.9-2.6	0.3	.642 ^a
ก่อนการทดลอง-ระยะติดตามผล	16.7-16.3	2.9-3.2	0.4	.636 ^a
หลังการทดลอง-ระยะติดตามผล	16.4-16.3	2.6-3.2	0.1	.856 ^a
การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว				
กลุ่มทดลอง				
ก่อนการทดลอง-หลังการทดลอง	23.4-26.4	3.2-3.4	-3	<.001 ^{a*}
ก่อนการทดลอง-ระยะติดตามผล	23.4-25.9	3.2-3.4	-2.5	.023 ^{a*}
หลังการทดลอง-ระยะติดตามผล	26.4-25.9	3.4-3.4	0.5	.605 ^a
กลุ่มควบคุม				
ก่อนการทดลอง-หลังการทดลอง	21.5-21.9	2.6-2.8	-0.4	.440 ^a
ก่อนการทดลอง-ระยะติดตามผล	21.5-21.4	2.6-3.2	0.1	.908 ^a
หลังการทดลอง-ระยะติดตามผล	21.9-21.4	2.8-3.2	0.5	.517 ^a
ความตั้งใจในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว				
กลุ่มทดลอง				
ก่อนการทดลอง-หลังการทดลอง	20.0-24.5	2.9-2.6	4.5	<.001 ^{a*}
ก่อนการทดลอง-ระยะติดตามผล	20.0-24.0	2.9-2.2	4.0	<.001 ^{a*}
หลังการทดลอง-ระยะติดตามผล	24.5-24.0	2.6-2.2	0.5	.603 ^a
กลุ่มควบคุม				
ก่อนการทดลอง-หลังการทดลอง	19.1-19.5	3.0-2.4	-0.4	.615 ^a
ก่อนการทดลอง-ระยะติดตามผล	19.1-19.2	3.0-3.0	-0.1	.896 ^a
หลังการทดลอง-ระยะติดตามผล	19.5-19.2	2.4-3.0	0.3	.675 ^a

*p < .05 ^aBonferroni's method

อภิปรายผลการวิจัย

ทั้งนี้อธิบายได้ว่าโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กนักเรียนชายมัธยมศึกษาตอนต้นในกรุงเทพมหานคร สามารถป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าวได้โดยโปรแกรมได้จัดทำขึ้นโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผนที่เชื่อว่าการที่บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต้องมีความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรม และเชื่อว่าทัศนคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุม จะส่งผลต่อความตั้งใจและส่งผลต่อพฤติกรรมในที่สุด ในโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กนักเรียนชายมัธยมศึกษาตอนต้นในกรุงเทพมหานคร มีการปรับทัศนคติทางลบต่อการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว โดยให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าว ปัจจัยที่ทำให้เกิดการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ผลกระทบ เพื่อทำให้นักเรียนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าว และยังได้ร่วมคิดวิเคราะห์ถึงสาเหตุของการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว และผลกระทบมีอะไรบ้างหากแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Limpai boon และคณะ⁹ ซึ่งทำให้นักเรียนได้เรียนรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างถูกต้อง และเสริมสร้างการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว โดย Ajzen และ Fishbein¹⁴ เชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลว่าบุคคลอื่น ๆ ที่มีความสำคัญกับตน ต้องการหรือไม่ต้องการให้ตนกระทำพฤติกรรมก้าวร้าว นั้น และจากการศึกษางานวิจัยยังพบว่า อิทธิพลของกลุ่มเพื่อนมีอิทธิพลอย่างมากในการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวของวัยรุ่น⁴⁻⁶ ผู้วิจัยจัดกิจกรรมตามแนวคิดดังกล่าว โดยให้กลุ่มเพื่อนเป็นกลุ่มตัวอย่างให้การแสดงบทบาทสมมติในการป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าว เพื่อสร้างแรงจูงใจในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งผลการทดลองเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้สอดคล้องกับการศึกษาของวลัยภรณ์⁸ หลังการทดลองพบว่า การเสริมสร้างอิทธิพลของตัวแบบทางสังคมทำให้พฤติกรรมก้าวร้าวลดลง และการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวเป็นส่วนในการทำให้พฤติกรรมก้าวร้าวลดลง ซึ่ง Ajzen¹² เชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นการรับรู้ความยาก-ง่ายที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น เป็นการสะท้อนจากประสบการณ์ในอดีต และคาดคะเนถึงปัจจัยที่เอื้อหรือเป็นอุปสรรค ทั้งนี้ก็ขึ้น

อยู่กับความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมและการรับรู้การควบคุม ผู้วิจัยจัดกิจกรรมตามแนวคิดดังกล่าว โดยให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมฝึกทักษะการจัดการความโกรธ ทักษะการจัดการกับความขัดแย้ง และทักษะการแก้ปัญหาโดยให้แสดงบทบาทสมมติโดยใช้ทักษะที่ได้ฝึกฝนเพื่อสร้างความเคยชิน และเชื่อในทักษะต่าง ๆ และเมื่อนำมาใช้กับสถานการณ์จำลองจะเสริมสร้างให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมเชื่อและสามารถควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวได้ และเพื่อการสร้างความยั่งยืนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้เข้าร่วมโปรแกรมต้องเน้นในเรื่องของการเสริมสร้างความตั้งใจในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว^{7-9,11,13,15} โดยความตั้งใจในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวเป็นองค์ประกอบหนึ่งในทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนซึ่งความตั้งใจในการควบคุมพฤติกรรมเป็นการแสดงเจตนาหรือความต้องการที่จะพยายามทำพฤติกรรมนั้น ๆ ยิ่งบุคคลมีความแน่วแน่มากเพียงใดที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น บุคคลยิ่งมีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมนั้นมากยิ่งขึ้น¹² โดยจากกิจกรรมทั้งหมดส่งผลให้พฤติกรรมก้าวร้าวในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมลดลงมากกว่าก่อนการทดลอง และลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม

สรุปได้ว่าโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กนักเรียนชายมัธยมศึกษาตอนต้นในกรุงเทพมหานครโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior) ในการจัดกิจกรรมทำให้นักเรียนมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าว และเสริมสร้างทักษะการป้องกันและควบคุมการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว การหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่จะทำให้เกิดการกระทำพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งส่งผลให้นักเรียนในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมมีการปรับทัศนคติต่อความก้าวร้าวโดยเข้าใจว่าพฤติกรรมก้าวร้าวไม่ดี ทำให้มีการคล้อยตามกลุ่มเพื่อนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว มีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวทำให้เกิดความคิดว่าการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวทำได้ง่าย และทำให้มีความตั้งใจแน่วแนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว ส่งผลให้พฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มทดลองลดลง

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. โรงเรียนควรเพิ่มการเรียนการสอนเรื่องของการฝึกทักษะเกี่ยวกับการจัดการความโกรธ การจัดการความ

ขัดแย้ง และทักษะการแก้ปัญหา เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวให้นักเรียนมากยิ่งขึ้น และเพื่อให้นักเรียนมีทักษะในการหลีกเลี่ยงหรือแก้ปัญหาเมื่อเผชิญสถานการณ์ความขัดแย้งเพื่อป้องกันการกระทำพฤติกรรมก้าวร้าว และควรจัดกิจกรรมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมเนื่องจากส่วนใหญ่นักเรียนอยู่กับครอบครัวและเป็นบุคคลที่นักเรียนปรึกษาเมื่อมีปัญหา

2. โรงเรียนควรจัดกิจกรรมให้คำปรึกษาหรือให้คำชี้แนะกับนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นเกี่ยวกับพฤติกรรมแสดงออกทางอารมณ์ วาจา และกายอย่างเหมาะสมในการดำเนินชีวิต และจัดกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้การควบคุมตนเองไม่ให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว สามารถประเมินสถานการณ์เสี่ยงและสามารถหลีกเลี่ยงสถานการณ์ความก้าวร้าวได้ โดยการจัดกิจกรรมที่ใช้วิธีการที่ดึงดูดนักเรียน

ได้ เน้นการเรียนรู้จากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงหรือจากบทละครที่ทันสมัยเพื่อช่วยดึงดูดและใช้เทคโนโลยี คลิปวิดีโอที่น่าสนใจ ทำให้นักเรียนสนใจในการเรียนรู้มองภาพที่ชัดเจนและเข้าใจมากขึ้น ใช้กิจกรรมสะท้อนคิด และควรจัดกิจกรรมที่ใช้บุคคลต้นแบบ หรือบุคคลที่นักเรียนคล้อยตามได้ง่าย อย่างเช่น เพื่อนในห้อง เป็นแบบอย่างหรือต้นแบบในการควบคุมพฤติกรรมเพื่อจูงใจให้นักเรียนเลียนแบบการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

การวิจัยในอนาคตควรเพิ่มระยะเวลาในการจัดกิจกรรมโดยเน้นเรื่องของการสร้างทัศนคติทางลบที่มีต่อพฤติกรรมก้าวร้าว เพื่อให้นักเรียนค่อยๆ ซึมซับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยไม่กระทำพฤติกรรมก้าวร้าวได้อย่างยั่งยืน

References

1. World Health Organization. Adolescents: health risks and solutions 2016. [cited 2016 Sep 1]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/en/>.
2. Wiwattanawongsa W. Aggression/Violence in Child & Adolescence [internet]. 2018. [cited 2019 April 10]. Available from: <http://www.srithanya.go.th/srithanya/files/YOUTH/Aggression>. (in Thai).
3. Hongsanguansri S, Suampun U. Aggressive and violent behaviors in adolescents. Practical Points in Adolescents Health Care. 1sted. Bangkok: Thai Health Promotion Foundation; 2012. (in Thai).
4. Ishida S. A study on violence of adolescent students [thesis]. Nakhon nayok: Srinakharinwirot University; 2010. (in Thai).
5. Wichitkasem N, Taechaboonsermsak P, Nanthamongkolchai S, Munsawaengsub C, Pitikultang S. Factors influencing aggressive behavior of secondary school students Pak Kret district Nonthaburi province. Journal of Public Health 2015;(Special ed.):43-54. (in Thai).
6. Yaowabut A, Thiangtham W, Powwattana A, Nanthamongkolchai N. Predictive factors for adolescent bullying behavior in the Bangkok metropolitan. Journal of Public Health 2015;29(2):71-84. (in Thai).
7. Ojewola FO. Effect of self-efficacy skills training in reducing aggressive behavior among in-school adolescents in Ogbomoso-Nigeria. Journal of Education and Practice 2014;5(23):173-8.
8. Parekitthammachai V. The effects of behavior modification to reduce aggressive behavior of adolescents at risk. Sripatum Chonburi Journal 2015;3:95-102. (in Thai).
9. Limpai boon C, Pichayapinyo P, Kalampakorn S. Effect of prevention program on aggressive behavior of early adolescents. Journal of Mental Health of Thailand 2011;19(3):160-70. (in Thai).

10. Ruth C, Jose MS, Pablo F, Nekane B. Effects of an emotional intelligence intervention on aggressive and empathy among adolescents. *Journal of Adolescence* 2013; 36(5):883-92.
11. Ando M, Asakura T, Ando S, Simons-Morton B. Psychoeducational program to prevent aggressive behavior among Japanese early adolescents. *Health Education & Behavior* 2007;34(5):756-76.
12. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 1991;50(2):179-211.
13. Kevin AG, Rosa MC. The effects of single-sex versus coeducational schools on adolescent peer victimization and perpetration. *Journal of Adolescence* 2014;37(8):1237-51.
14. Ajzen I, Fishbein M. Determinants of behavioral intentions. *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*. New Jersey; 1980.
15. Chen C, Chun L, Hong W, Jian-Jun O, Jian-Song Z, Xiao-Ping W. Cognitive behavior therapy to reduce overt aggression behavior in Chinese. *Aggressive Behavior* 2014;40:329-36.

บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา

Factors Influencing Sexual Intercourse Behaviors among Secondary School Students

Received: Jul 15, 2019

Revised: Sep 16, 2019

Accepted: Dec 13, 2019

ปัญญกรินทร์ หอยรัตน์ ส.ม. (Pankarin Hoyrat, M.P.H.)¹ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์ ปร.ด. (Pramote Wongsawat, Ph.D.)²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวางครั้งนี้เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา กลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3-6 โดยมีขนาดตัวอย่างเท่ากับ 990 คน ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีเพศสัมพันธ์หรือคาดว่าจะมีเพศสัมพันธ์กับเพื่อนต่างเพศได้ ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามซึ่งมีค่าความตรงเชิงเนื้อหาระหว่าง .50-1.00 และค่าความเที่ยงจากการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ระหว่าง .71-.92 ในช่วงเดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ความถดถอยโลจิสติก

ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนเคยมีเพศสัมพันธ์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาร้อยละ 20.80 และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ได้แก่ อายุ ($OR = 2.33$, 95% $CI = 1.01-5.36$) เกรตเฉลี่ยเทอมล่าสุด ($OR = 1.54$, 95% $CI = 1.00-2.37$) การสูบบุหรี่ ($OR = 2.55$, 95% $CI = 1.51-4.29$) การเคยมีแฟนแต่เลิกกันแล้ว ($OR = 3.48$, 95% $CI = 1.17-10.33$) การมีแฟนในปัจจุบัน ($OR = 5.17$, 95% $CI = 1.71-15.57$) การอยู่กับแฟนหรือคนที่ชอบตามลำพัง ($OR = 6.40$, 95% $CI = 3.38-12.11$) ความอยากรู้อยากลองต่อการมีเพศสัมพันธ์ ($OR = 1.09$, 95% $CI = 1.04-1.15$) การบริโภคสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ ($OR = 1.03$, 95% $CI = 1.00-1.07$) และความถี่การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ($OR = 1.10$, 95% $CI = 1.01-1.19$) ซึ่งปัจจัยทั้งหมดสามารถทำนายโอกาสเกิดพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาได้ ร้อยละ 52.20

บุคลากรสาธารณสุข ครูและผู้เกี่ยวข้องสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นประเด็นในการสร้างโปรแกรมกิจกรรมหรือแนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาได้ต่อไป

คำสำคัญ: พฤติกรรม, นักเรียนชั้นมัธยมศึกษา, การมีเพศสัมพันธ์

¹ นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร E-mail: wikornmatid@gmail.com

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร E-mail: moteww@gmail.com

Faculty of Public Health, Naresuan University, Phitsanulok, Thailand

Abstract

This cross-sectional survey research aimed to investigate factors Influencing sexual intercourse behaviors among secondary school students. Samples were the secondary school students between grades 9-12, both males and females who experienced sexual relationship or those who expected to engage in sexual relationship with opposite sex. The sample was composed of 990 participants. The sample was obtained through a multistage stage sampling technique. Instrument was a set of questionnaires. The content validity ranged from .50-1.00 tested by using Index of Item - Objective Congruence, The Cronbach's alpha coefficient. ranged from .71-.92. Data were collected between January and February 2019 and analyzed using binary logistic regression analysis.

Results revealed that almost 21 percent (20.80%) of the participants reported sexual experiences in the past 12 months. Moreover, age (OR = 2.33, 95% CI = 1.01-5.36), grade point average of the latest semester (OR = 1.54, 95% CI = 1.00-2.37), smoking status (OR = 2.55, 95% CI = 1.51-4.29), broke up from relationship (OR = 3.48, 95% CI = 1.17-10.33), having a current relationship (OR = 5.17, 95% CI = 1.71-15.57), living with a partner or lover individual (OR = 6.40, 95% CI = 3.38-12.11), experiencing sexual curiosity (OR = 1.09, 95% CI = 1.04-1.15), erotic media consumption (OR = 1.03, 95% CI = 1.00-1.07), and frequent alcohol use (OR = 1.10, 95% CI = 1.01-1.19) were significant factors influencing sexual behaviors among the secondary school students. All factors together explained 52.20% of the variance in sexual intercourse behaviors among secondary school students.

Healthcare providers, teachers, and stakeholders might create a program or guideline to monitor and prevent sexual risk behaviors in secondary school students.

Keywords: behavior, secondary school students, sexual intercourse

บทนำ

พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องตั้งแต่การให้ความสนใจในเพศตรงข้ามหรือการมีแฟน ความอยากรู้อยากเห็นของวัยรุ่น ค่านิยม ทัศนคติ¹ รวมถึงการอบรมเลี้ยงดูของครอบครัว การย้ายจากเพื่อน อิทธิพลจากสื่อหรือการดื่มแอลกอฮอล์ สุบบุหรี^{2,3} ซึ่งจากรายงานของสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ.2561 พบว่านักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 เคยมีเพศสัมพันธ์ในช่วงปี พ.ศ. 2558, 2559 และ 2560 ร้อยละ 25.90, 23.60 และ 25.90 ในเพศชาย และร้อยละ 18.20, 18.70 และ 17.70 ในเพศหญิงตามลำดับ มีอัตราค่อนข้างคงที่ แต่พฤติกรรมเหล่านี้ก่อให้เกิดปัญหาในชีวิตได้ หากไม่มี

การป้องกันหรือป้องกันไม่มีประสิทธิภาพซึ่งผลกระทบที่ตามมาโดยเฉพาะการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ โดยประเทศไทยพบว่า อัตราคลอดในช่วงปี พ.ศ. 2558, 2559 และ 2560 เท่ากับ 44.80, 42.50 และ 39.60 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปีพันคน ตามลำดับ ซึ่งมีอัตราลดลง⁴ อย่างไรก็ตามหากวัยรุ่นอยู่ในวัยเรียนมีการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์จะทำให้สับสนในชีวิต เครียด อับอายสังคม รู้สึกหมดคุณค่าในตน ยอมรับการตั้งครรภ์ได้ยากและรู้สึกเป็นดราม่าที่ถูกสังคมมองว่าเป็นคนล่าสอน ไม่รักนวลสงวนตัว^{5,6} ซึ่งวัยรุ่นบางรายหาทางออกด้วยการยุติการตั้งครรภ์เพื่อหวนกลับมาเรียนและใช้ชีวิตตามปกติ ซึ่งวิธีดังกล่าวถือว่าขัดต่อศีลธรรม กฎหมาย และส่งผลกระทบต่อสุขภาพ⁷ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์

กระทรวงสาธารณสุข รายงานเฝ้าระวังการทำแท้ง ประเทศไทย พ.ศ.2560 กล่าวว่าหญิงวัยรุ่นกลุ่มอายุ 15-19 ปี ทำแท้งในช่วงปี พ.ศ. 2558, 2559 และ 2560 ร้อยละ 17.80, 18.20 และ 18.90 ตามลำดับ มีแนวโน้มสูงขึ้นและปี พ.ศ.2560 ทำแท้งเนื่องจากยังเรียนไม่จบถึงร้อยละ 31.30⁸

นอกจากนี้ พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นยังทำให้เกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์พบว่า อัตราป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นและเยาวชนอายุ 15-24 ปี ในช่วง พ.ศ. 2558, 2559 และ 2560 เท่ากับ 127.10, 143.40 และ 161.20 ต่อประชากรอายุ 15-24 ปี พันคน ตามลำดับ ซึ่งมีอัตราที่สูงขึ้น^{4,9} เป็นเหตุให้ภาครัฐต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเพิ่มขึ้น และการมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุยังน้อยมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกในอนาคต อันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและเป็นภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลจากภาครัฐเช่นกัน¹⁰ ซึ่งผลกระทบที่กล่าวมาข้างต้น ทั้งการตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่มีอัตราคลอดหรือว่าอัตราการทำแท้ง รายงานในช่วงอายุ 15-19 ปี ของวัยรุ่น และอัตราป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รายงานในช่วงอายุ 15-24 ปี โดยในปี พ.ศ. 2558-2560 ที่ผ่านมามีอัตราป่วยสูงขึ้น จากช่วงอายุดังกล่าวเป็นช่วงที่คาบเกี่ยวอายุนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3-6 ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3-6 โดยศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาเพื่อนำปัจจัยไปสร้างแนวทางการเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร อันจะเป็นประโยชน์ต่อตัวนักเรียนในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษา

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยดังต่อไปนี้ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษา

- ปัจจัยนำ ได้แก่ 1) เพศ 2) อายุ 3) ระดับชั้นการศึกษา 4) เกรดเฉลี่ยเทอมล่าสุด 5) ความรู้เรื่องเพศศึกษา 6) เจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน 7) ค่านิยมทางเพศ

- ในวัยเรียน 8) การรับรู้ผลกระทบจากการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน 9) การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ 10) การรับรู้ต่ออุปนิสัยภายนอกของตน 11) ความอยากหรืออยากลองต่อการมีเพศสัมพันธ์ และ 12) การเห็นคุณค่าในตนเอง

ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ 1) การไปเที่ยวสถานเริงรมย์และเทศกาล 2) ความถี่การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 3) การสูบบุหรี่ 4) การมีแฟนหรือคู่รัก 5) การอยู่กับแฟนหรือคนที่ชอบตามลำพัง 6) ความเพียงพอของค่าใช้จ่าย 7) การใช้โทรศัพท์และสื่อออนไลน์เพื่อการสื่อสาร และ 8) การบริโภคสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ

ปัจจัยเสริม ได้แก่ 1) พฤติกรรมการเลี้ยงดู 2) สัมพันธภาพในครอบครัว 3) การได้รับการอบรมสั่งสอนเรื่องเพศ 4) การได้รับอิทธิพลจากเพื่อน 5) สถานภาพสมรสของบิดามารดา และ 6) บุคคลที่พักอาศัยอยู่ด้วยขณะเรียน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิด The PRECEDE- PROCEED Model¹¹ มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษา ดังแสดงในภาพที่ 1

ระเบียบวิธีวิจัย

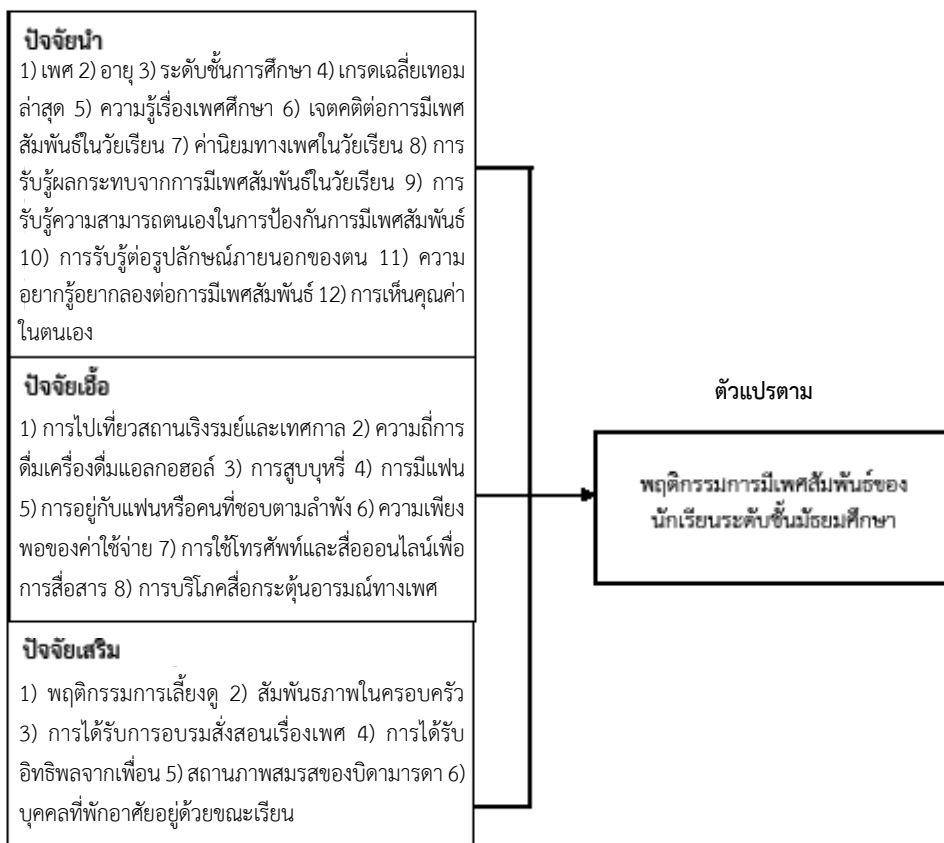
การศึกษครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3, 4, 5 และ 6 ในพื้นที่จังหวัดแห่งหนึ่งซึ่งผู้วิจัยไม่สามารถเปิดเผยชื่อจังหวัดตามข้อเสนอแนะของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยเป็นนักเรียนทั้งเพศชายและหญิงที่มีเพศสัมพันธ์หรือคาดว่าจะสามารถมีเพศสัมพันธ์กับเพื่อนต่างเพศได้อันนำไปสู่ผลกระทบคือการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์เป็นเบื้องต้น

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3, 4, 5 และ 6 ที่ตอบแบบสอบถามโดยมาเรียนในวันทีเก็บข้อมูล และสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage Stage sampling) โดยคำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรการประมาณค่าสัดส่วน¹²

ตัวแปรอิสระ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ซึ่งได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 990 คน

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามจากการทบทวนวรรณกรรมซึ่งประยุกต์แนวทางมาจาก Lekphet¹³, Fachaiyaphum¹⁴, Boonrod¹⁵, Surinsak¹⁶ โดยแบ่งส่วนประกอบออกเป็น 21 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 รสนิยมทางเพศ มีจำนวน 2 ข้อ ซึ่งเป็นคำถามชนิดเลือกตอบ ประกอบด้วย 1) รสนิยมทางเพศ และ 2) การมีเพศสัมพันธ์หรือคาดหวังว่าจะมีเพศสัมพันธ์กับเพื่อนต่างเพศได้

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคล มีทั้งหมด 7 ข้อ ซึ่งเป็นคำถามชนิดเลือกตอบและเติมคำ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับชั้นที่ศึกษา เกรดเฉลี่ยเทอมล่าสุด สถานภาพสมรสของบิดามารดา บุคคลที่พักอาศัยอยู่ด้วยขณะเรียน ความเพียงพอของค่าใช้จ่ายต่อวัน และ การมีแฟน

ส่วนที่ 3 ความรู้เรื่องเพศศึกษา มีจำนวน 15 ข้อ เป็นคำถามชนิดเลือกตอบ 4 ตัวเลือก ซึ่งสามารถเลือกตอบได้เพียงข้อเดียว หากตอบถูกให้ 1 คะแนน และตอบผิดให้ 0 คะแนน การแปลผลคะแนน มีความรู้เรื่องเพศศึกษาระดับดีมาก คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป, ระดับดี คะแนนร้อยละ 70-79, ระดับพอใช้ คะแนนร้อยละ 60-69, และระดับไม่ดี คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60

ส่วนที่ 4 เจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน มีจำนวน 10 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 1 คะแนน ไปจนถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 5 คะแนนในคำถามเชิงบวก หากเป็นคำถามเชิงลบจะให้ค่าคะแนนตรงข้าม

ส่วนที่ 5 ค่านิยมทางเพศในวัยเรียน มีจำนวน 8 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ น้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน ไปจนถึง มากที่สุด ให้ 5 คะแนน

ในคำถามเชิงบวก หากเป็นคำถามเชิงลบจะให้ค่าคะแนนตรงข้าม

ส่วนที่ 6 การรับรู้ผลกระทบจากการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน มีจำนวน 8 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 1 คะแนน ไปจนถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 5 คะแนนในคำถามเชิงบวก หากเป็นคำถามเชิงลบจะให้ค่าคะแนนตรงข้าม

ส่วนที่ 7 การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ มีจำนวน 8 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ ทำไม่ได้แน่นอน ให้ 1 คะแนน ไปจนถึง ทำได้แน่นอน ให้ 5 คะแนน

ส่วนที่ 8 การรับรู้ต่อรูปลักษณ์ภายนอกของตน มีจำนวน 10 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ จริงมาก ให้ 1 คะแนน ไปจนถึง ไม่จริงเลย ให้ 5 คะแนน

ส่วนที่ 9 ความอยากรู้ยากลองต่อการมีเพศสัมพันธ์ มีจำนวน 7 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 1 คะแนน ไปจนถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 5 คะแนน

ส่วนที่ 10 การเห็นคุณค่าในตนเอง มีจำนวน 10 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 1 คะแนน ไปจนถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 5 คะแนนในคำถามเชิงบวก หากเป็นคำถามเชิงลบจะให้ค่าคะแนนตรงข้าม

ทั้งนี้ส่วนที่ 4-10 ให้การแปลผลคะแนนของแต่ละส่วน ดังนี้ ระดับดีมาก คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป, ระดับปานกลาง คะแนนร้อยละ 60-79, และระดับน้อย คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60

ส่วนที่ 11 การบริโภคสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ มีจำนวน 7 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ ปฏิบัติสัปดาห์ละครั้งหรือมากกว่า ให้ 1 คะแนน ไปจนถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย ให้ 5 คะแนน

ส่วนที่ 12 การใช้โทรศัพท์และสื่อออนไลน์ มีจำนวน 3 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ ปฏิบัติสัปดาห์ละครั้งหรือมากกว่า ให้ 1 คะแนน ไปจนถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย ให้ 5 คะแนน

ส่วนที่ 13 การไปเที่ยวสถานเริงรมย์และเทศกาล

มีจำนวน 4 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ ปฏิบัติสัปดาห์ละครั้งหรือมากกว่า ให้ 1 คะแนน ไปจนถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย ให้ 5 คะแนน

ส่วนที่ 14 ความถี่การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีจำนวน 3 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ ดื่มเดือนละครั้งหรือมากกว่า ให้ 1 คะแนน ไปจนถึง ไม่เคยดื่มเลย ให้ 4 คะแนน

ส่วนที่ 15 พฤติกรรมการเลี้ยงดู มีจำนวน 10 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ ปฏิบัติสัปดาห์ละครั้งหรือมากกว่า ให้ 5 คะแนน ไปจนถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย ให้ 1 คะแนน

ส่วนที่ 16 สัมพันธภาพในครอบครัว มีจำนวน 10 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ ประจํา ให้ 5 คะแนน ไปจนถึง ไม่เคย ให้ 1 คะแนนในคำถามเชิงบวก หากเป็นคำถามเชิงลบจะให้ค่าคะแนนตรงข้าม

ส่วนที่ 17 การได้รับการอบรมสั่งสอนเรื่องเพศ มีจำนวน 9 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ ปฏิบัติสัปดาห์ละครั้งหรือมากกว่า ให้ 5 คะแนน ไปจนถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย ให้ 1 คะแนน

ส่วนที่ 18 การได้รับอิทธิพลจากเพื่อน มีจำนวน 9 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ ปฏิบัติสัปดาห์ละครั้งหรือมากกว่า ให้ 1 คะแนน ไปจนถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย ให้ 5 คะแนน

ทั้งนี้ส่วนที่ 11 - 18 ให้การแปลผลคะแนนของแต่ละส่วน ดังนี้ ระดับพฤติกรรมดีมาก คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป, ระดับพฤติกรรมดี คะแนนร้อยละ 70-79, ระดับพฤติกรรมพอใช้ คะแนนร้อยละ 60-69, และระดับพฤติกรรมไม่ดี คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60

ส่วนที่ 19 การสูบบุหรี่ มีจำนวน 1 ข้อ ซึ่งเป็นคำถามชนิดเลือกตอบ 2 ตัวเลือก ประกอบด้วย 1) เคยสูบบุหรี่ และ 2) ไม่เคยสูบบุหรี่

ส่วนที่ 20 การอยู่กับแฟนหรือคนที่ชอบตามลำพัง มีจำนวน 1 ข้อ ซึ่งเป็นคำถามชนิดเลือกตอบ 2 ตัวเลือก ประกอบด้วย 1) เคยอยู่กับแฟนหรือคนที่ชอบตามลำพัง และ 2) ไม่เคยอยู่กับแฟนหรือคนที่ชอบตามลำพัง

ส่วนที่ 21 พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ มีทั้งหมด 5 ข้อ ซึ่งเป็นคำถามชนิดเลือกตอบและเติมคำ ประกอบด้วย

1) พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียน 2) ช่วงเวลาการมีเพศสัมพันธ์ล่าสุดนับถึงปัจจุบัน 3) บุคคลที่นักเรียนเคยมีเพศสัมพันธ์ด้วยครั้งล่าสุด 4) การคุมกำเนิดในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด และ 5) วิธีการคุมกำเนิดในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรง (validity) ด้วยการหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) เป็นการหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (Index of Item Objective Congruence = IOC) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญด้านอนามัยเจริญพันธุ์และสาธารณสุขศาสตร์ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย พบว่า เครื่องมือส่วนที่ 2 มีค่า IOC อยู่ระหว่าง .50 - 1.00 ตามเกณฑ์ยอมรับ¹⁷

การตรวจสอบความเที่ยง (reliability) ด้วยการหาความสอดคล้องภายในของเครื่องมือจากการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามหลังการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้วไปทดสอบหาค่าความเที่ยงกับนักเรียนจำนวน 30 คน พบว่าเครื่องมือส่วนที่ 2 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคอยู่ระหว่าง .71-.92 ตามเกณฑ์ยอมรับ¹⁸

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การทำวิจัยในครั้งนี้ ได้รับการรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (COA No. 570/2018, IRB No. 0159/61) เมื่อวันที่ 30 ตุลาคม พ.ศ. 2561 และการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างด้วยการนำรายชื่อที่สุ่มได้ไปแจ้งให้นักเรียนทราบภายในห้องเรียนเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลและเกณฑ์การคัดเลือกผู้ที่มีเพศสัมพันธ์หรือคาดว่าจะมีเพศสัมพันธ์กับเพื่อนต่างเพศได้ ด้วยการพิจารณาคัดเลือกจากแบบสอบถามภายหลังการตอบแบบสอบถามเสร็จตามเกณฑ์การคัดเลือกข้อคำถามส่วนที่ 1 รสนิยมทางเพศ ซึ่งการเก็บข้อมูลครั้งนี้ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าในการตอบข้อคำถามหากมีความรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจ สามารถข้ามข้อคำถามนั้น ๆ ได้หรือยุติการตอบแบบสอบถามได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อนักเรียนทั้งสิ้น

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เพื่อขอเก็บข้อมูลวิจัย ผู้วิจัยได้ทำหนังสือแจ้งขอเก็บข้อมูลในโรงเรียนมัธยมศึกษา

โดยออกหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร หลังจากทางโรงเรียนได้อนุมัติ ผู้วิจัยได้อธิบายโครงการวิจัยวัตถุประสงค์ และขอความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยจากนักเรียนและผู้ปกครอง โดยผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอนและเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างด้วยการนำรายชื่อที่สุ่มได้ไปแจ้งให้นักเรียนทราบภายในห้องเรียนเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล โดยแจ้งให้นักเรียนทราบว่าคำตอบแบบสอบถามไม่ต้องใส่ชื่อ-สกุลและโรงเรียนของนักเรียนแต่อย่างใด และการรายงานผลข้อมูลเป็นไปในลักษณะภาพรวมไม่สามารถเชื่อมโยงถึงตัวนักเรียนได้ และในการตอบข้อคำถามหากมีความรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจ สามารถข้ามข้อคำถามนั้น ๆ ได้หรือยุติการตอบแบบสอบถามได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อนักเรียน หลังจากนั้นจึงทำการเก็บข้อมูลด้วยการจัดโต๊ะตอบแบบสอบถามลักษณะเช่นเดียวกับการสอบ ซึ่งระหว่างการตอบแบบสอบถามจะไม่มีการรบกวนนักเรียนเพื่อให้มีสมาธิในการตอบ หลังจากนักเรียนตอบแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยจะคัดเลือกผู้ที่มีเพศสัมพันธ์หรือคาดว่าจะมีเพศสัมพันธ์กับเพื่อนต่างเพศได้ ด้วยการพิจารณาคัดเลือกจากแบบสอบถามภายหลังการตอบเสร็จตามเกณฑ์คัดเลือกข้อคำถามส่วนที่ 1 รสนิยมทางเพศ และหากจำนวนตัวอย่างยังไม่ครบ ผู้วิจัยก็จะทำการสุ่มเก็บข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อให้ครบตามจำนวน โดยการเก็บข้อมูลวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเองทั้งหมดในช่วงเดือน มกราคม-กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์สถิติเชิงอนุมานด้วยการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบทวิ (binary logistic regression analysis) โดยตรวจสอบความเหมาะสมของโมเดลด้วยการทดสอบ Omnibus test of model coefficients และ Hosmer and Lemeshow กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการเก็บข้อมูลจำนวน 990 คน พบว่า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาแบ่งเป็นเพศชาย 414 คน (ร้อยละ 41.80) เพศหญิง 576 คน (ร้อยละ 58.20) เรียนอยู่มัธยมศึกษาปีที่ 3,

4, 5 และ 6 จำนวน 263, 248, 236 และ 243 คน (ร้อยละ 26.60, 25.10, 23.80 และ 24.50) ตามลำดับ โดยมีอายุ ≤ 15 ปี, 16 ปี, 17 ปี และ ≥ 18 ปี จำนวน 293, 254, 214 และ 229 คน (ร้อยละ 29.60, 25.70, 21.60 และ 23.10) ตามลำดับ (Mean = 16.36, SD. = 1.22) มีเกรดเฉลี่ยเทอมล่าสุด อยู่ระหว่าง 3.00-4.00 จำนวน 601 คน (ร้อยละ 60.70) และ เกรดเฉลี่ยต่ำกว่า 3.00 จำนวน 389 คน (ร้อยละ 39.30) (Mean = 3.05, SD. = 0.59) ขณะที่สถานะบิดามารดาอยู่ด้วย

กันจำนวน 668 คน (ร้อยละ 67.50) และสถานะแยก/หย่าร้าง/เสียชีวิตจำนวน 322 คน (ร้อยละ 32.50) ซึ่งขณะเรียน นักเรียนอาศัยอยู่กับบิดามารดา 548 คน (ร้อยละ 55.40) อยู่กับบิดาหรือมารดา 165 คน (ร้อยละ 16.70) และอยู่กับบุคคลอื่นๆ 277 คน (ร้อยละ 28.00) นักเรียนได้รับเงินค่าใช้จ่ายพอใช้ต่อวันเป็นส่วนใหญ่จำนวน 939 คน (ร้อยละ 94.80) ไม่พอใช้ต่อวัน 51 คน (ร้อยละ 5.20) และขณะเรียนนักเรียนไม่เคยมีแฟนเลยเป็นส่วนใหญ่จำนวน 351 คน (ร้อยละ 35.50)

ตารางที่ 1 พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา (เก็บข้อมูลช่วงเดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562)

พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์	จำนวน	ร้อยละ
1. พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ใน 12 เดือนที่ผ่านมา (n = 990)		
ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์	784	79.20
เคยมีเพศสัมพันธ์	206	20.80
2. ช่วงเวลาการมีเพศสัมพันธ์ล่าสุดใน 12 เดือน ที่ผ่านมา (n = 148)		
ภายใน 1 - 3 เดือน	115	77.70
ภายใน 4 - 6 เดือน	19	12.80
ภายใน 7 - 9 เดือน	8	5.40
ภายใน 10 - 12 เดือน	6	4.10
Mean = 2.54, SD. = 2.53, Min = 1, Max = 11		
3. บุคคลที่นักเรียนเคยมีเพศสัมพันธ์ด้วยครั้งล่าสุด (n = 206)		
แฟน	188	91.20
เพื่อน	14	6.80
ชาย/หญิง ขายบริการ	3	1.50
นักเรียนรุ่นน้อง	1	0.50
4. การคุมกำเนิดในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด (n = 206)		
ไม่ใช้การคุมกำเนิด	38	18.40
ใช้วิธีการคุมกำเนิด	168	81.60
5. วิธีการคุมกำเนิดในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด (n = 168)		
ถุงยางอนามัย	135	80.40
นั้บระยะปลอดภัย	3	1.80
ยาคุมกำเนิดฉุกเฉิน	13	7.70
ถุงยางอนามัย และนั้บระยะปลอดภัย	1	0.60
ถุงยางอนามัย และยาคุมกำเนิดฉุกเฉิน	11	6.50
ถุงยางอนามัย, นั้บระยะปลอดภัย, และยาคุมกำเนิดฉุกเฉิน	2	1.20
หลั่งภายนอก	1	0.60
ยาคุมกำเนิดแบบ 21 เม็ด/28 เม็ด	2	1.20

เคยมีแผลแต่เล็กแล้วจำนวน 330 คน (ร้อยละ 33.30) และมีแผลในปัจจุบันจำนวน 309 คน (ร้อยละ 31.20) ตามลำดับ

2. พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษา

ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนตอบแบบสอบถามจำนวน 990 คน เคยมีเพศสัมพันธ์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา 206 คน (ร้อยละ 20.80) และในจำนวน 206 คน ตอบจำนวน 148 คน เกี่ยวกับช่วงเวลาการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งพบว่าช่วง 1-3 เดือนที่ผ่านมาเป็นช่วงที่มากที่สุดจำนวน 115 คน (ร้อยละ 77.70) และในจำนวน 206 คน บุคคลที่นักเรียนมีเพศสัมพันธ์ด้วยเป็นแฟนมากที่สุดจำนวน 188 คน (ร้อยละ 91.20) โดยมีการคุมกำเนิดจำนวน 168 คน (ร้อยละ 81.60) ซึ่งวิธีคุมกำเนิดที่นักเรียนใช้มากที่สุดคือ ถุงยางอนามัย จำนวน 135 คน (ร้อยละ 80.40) รายละเอียดดังตารางที่ 1

3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยกันพบว่าไม่มีตัวแปรอิสระคู่ใดมีความสัมพันธ์กันสูง (Multicollinearity) เกิน .80 ตามเกณฑ์ของ Stevens¹⁹ และตรวจสอบความเหมาะสมของสมการถดถอยโลจิสติก ด้วยการทดสอบ Omnibus test of model coefficients พบว่าค่า chi-square ในช่อง step, block, และ model = 403.28 และค่า $p < .01$ และทดสอบ Hosmer and Lemeshow พบว่าค่า Chi-square = 8.91 และค่า $p = .34$ แสดงว่า การวิเคราะห์สมการถดถอยโลจิสติกครั้งนี้มีความเหมาะสม (goodness of fit test)

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ อายุ เกรตเฉลี่ย เติมน้ำสูงสุด การสูบบุหรี่ การเคยมีแฟนแต่เลิกกันแล้ว การมีแฟนในปัจจุบัน การอยู่กับแฟนหรือคนที่ชอบตามลำพัง ความอยากรู้ยากล่องต่อการมีเพศสัมพันธ์ การบริโภคสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ และความถี่การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งปัจจัยทั้งหมดทำนายโอกาสเสี่ยงต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาได้ร้อยละ 52.20 และสามารถอธิบายผลการวิจัยได้ดังนี้ 1) อายุ พบว่านักเรียนที่มีอายุ 17 ปีขึ้นไป มีโอกาสเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์

มากกว่า นักเรียนที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 16 ปี ถึง 2.33 เท่า 2) เกรตเฉลี่ยเติมน้ำสูงสุด พบว่า นักเรียนที่มีเกรตเฉลี่ยเติมน้ำสูงสุดน้อยกว่า 3.00 มีโอกาสเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์มากกว่านักเรียนที่มีเกรตเฉลี่ยเติมน้ำสูงสุดมากกว่าหรือเท่ากับ 3.00 ถึง 1.54 เท่า 3) การสูบบุหรี่ พบว่า นักเรียนที่เคยสูบบุหรี่ มีโอกาสเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์มากกว่านักเรียนที่ไม่เคยสูบบุหรี่ ถึง 2.55 เท่า 4) การเคยมีแฟนแต่เลิกกันแล้ว พบว่า นักเรียนที่เคยมีแฟนแต่เลิกกันแล้ว มีโอกาสเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์มากกว่า นักเรียนที่ไม่เคยมีแฟน ถึง 3.48 เท่า 5) การมีแฟนในปัจจุบัน พบว่า นักเรียนที่มีแฟนในปัจจุบัน มีโอกาสเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์มากกว่า นักเรียนที่ไม่เคยมีแฟน ถึง 5.17 เท่า 6) การอยู่กับแฟนหรือคนที่ชอบตามลำพัง พบว่า นักเรียนที่อยู่กับแฟนหรือคนที่ชอบตามลำพัง มีโอกาสเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์มากกว่านักเรียนที่ไม่เคยอยู่กับแฟนหรือคนที่ชอบตามลำพัง ถึง 6.40 เท่า 7) ความอยากรู้อยากลองต่อการมีเพศสัมพันธ์ พบว่า นักเรียนที่มีความอยากรู้อยากลองเพิ่มขึ้น 1 หน่วย มีโอกาสเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์สูงขึ้น 1.09 เท่า 8) การบริโภคสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ พบว่า นักเรียนที่บริโภคสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศเพิ่มขึ้น 1 หน่วย มีโอกาสเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์สูงขึ้น 1.03 เท่า และ 9) ความถี่ในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น 1 หน่วย มีโอกาสเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์สูงขึ้น 1.10 เท่า รายละเอียดดังตารางที่ 2

ทั้งนี้พบว่าปัจจัยดังต่อไปนี้ ได้แก่ เพศ ระดับชั้นที่ศึกษา สถานภาพสมรสของบิดามารดา บุคคลที่ักอาศัยอยู่ด้วยขณะเรียน ความเพียงพอของค่าใช้จ่ายต่อวัน ความรู้เรื่องเพศศึกษา เจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน ค่านิยมทางเพศในวัยเรียน การรับรู้ผลกระทบจากการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ การรับรู้ต่ออุปสรรคภายนอกของตน การเห็นคุณค่าในตนเอง การไปเที่ยวสถานบันเทิงและเทศกาล การใช้โทรศัพท์และสื่อออนไลน์เพื่อการสื่อสาร พฤติกรรมการเลี้ยงดู การได้รับการอบรมสั่งสอนเรื่องเพศ และการได้รับอิทธิพลจากเพื่อน ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา (n = 990)

ตัวแปรอิสระ		Coefficient	OR [95% CI]	p-value
อายุ	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 16 ปี ^{ref}		1.00	
	17 ปี ขึ้นไป	.848	2.33 [1.01-5.36]	.046
เกรดเฉลี่ยเทอมล่าสุด	มากกว่าหรือเท่ากับ 3.00 ^{ref}		1.00	
	น้อยกว่า 3.00	.435	1.54 [1.00-2.37]	.047
การสูบบุหรี่	ไม่สูบบุหรี่ ^{ref}		1.00	
	เคยสูบบุหรี่	.937	2.55 [1.51-4.29]	<.001
การมีแฟน	ไม่เคยมีแฟน ^{ref}		1.00	
	เคยมีแฟนแต่เลิกกันแล้ว	1.249	3.48 [1.17-10.33]	.024
	มีแฟนในปัจจุบัน	1.643	5.17 [1.71-15.57]	.003
การอยู่กับแฟนหรือคนที่ชอบตามลำพัง	ไม่เคย ^{ref}		1.00	
	เคย	1.857	6.40 [3.38-12.11]	<.001
ความอยากรู้อยากลองต่อการมีเพศสัมพันธ์		.093	1.09 [1.04-1.15]	<.001
การบริโภคสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ		.037	1.03 [1.00-1.07]	.031
ความถี่การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์		.096	1.10 [1.01-1.19]	.019
Constant		-7.772		

Percentage correct = 85.90%, ref = reference variable, p < .05)

การอภิปรายผลการวิจัย

ด้านความชุกพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์จากการศึกษาพบว่านักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปี 3-6 เคยมีเพศสัมพันธ์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาร้อยละ 20.80 เมื่อเทียบกับงานวิจัยของ Lekphet¹³ ซึ่งเก็บข้อมูลในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 พบว่านักเรียนเคยมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 42.36 เมื่อพิจารณาพบว่าการศึกษาของผู้วิจัยมีนักเรียนที่เคยมีเพศสัมพันธ์น้อยกว่าทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้วิจัยเก็บข้อมูลในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 รวมด้วย พร้อมกับคัดเลือกเฉพาะนักเรียนที่มีเพศสัมพันธ์หรือคาดว่าจะมีเพศสัมพันธ์กับเพื่อนต่างเพศได้เท่านั้น จึงทำให้ความชุกของการมีเพศสัมพันธ์ในนักเรียนลดต่ำลง

ด้านปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ผู้วิจัยสามารถอภิปรายผล ได้ดังนี้ อายุ พบว่าเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในนักเรียนอย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) กล่าวคือนักเรียนที่มีอายุ 17 ปี ขึ้นไป มีความเสี่ยงต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรมากกว่านักเรียนที่มีอายุ 16 ปี และน้อยกว่าซึ่งเป็นไปตามพัฒนาการทางด้านจิตใจและสังคมของวัยรุ่นที่มีความต้องการด้านเพศเป็นไปตามอายุที่เพิ่มขึ้น โดยวัยรุ่นตอนต้นจะมีความสนใจในเรื่องเพศแต่เมื่อเข้าสู่ช่วงวัยรุ่นตอนกลางจะเริ่มมีแฟน ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ที่เกิดจากความสนใจมากกว่าความรู้สึกที่ลึกซึ้ง และช่วงวัยรุ่นตอนปลาย หากมีแฟนมักจะมีความสัมพันธ์ที่ลึกซึ้ง²¹ อันนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ได้ง่ายขึ้นและทฤษฎี Psychosexual development ของ Sigmund Freud ยังกล่าวว่าในระยะ Genital stage เป็นระยะที่เด็กเข้าสู่วัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่เป็นช่วงอายุที่เพิ่มสูงขึ้น วัยรุ่นจะให้ความสนใจและต้องการสร้างสัมพันธ์ภาพกับเพศตรงข้าม²² ซึ่งอาจเกินเลยถึงการมีเพศสัมพันธ์ได้ และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Pimsawat, Sanpanawat และ Wonglao²³

ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ในนักเรียนหญิงระดับมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตจังหวัดมุกดาหาร พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เกรตเฉลี่ยเทอมล่าสุด พบว่าเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) กล่าวคือ นักเรียนที่มีเกรดเฉลี่ยเทอมล่าสุดน้อยกว่า 3.00 มีความเสี่ยงต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรมากกว่านักเรียนที่มีเกรดเฉลี่ยเทอมล่าสุด 3.00 หรือมากกว่า แน่นนอนว่าเกรดเฉลี่ยเป็นตัวบ่งชี้ถึงความเอาใจใส่ความขยันหมั่นเพียรต่อการเรียน หากนักเรียนเอาใจใส่ต่อการเรียนน้อยหรือไม่เอาใจใส่ก็จะส่งผลให้การเรียนตก ที่เป็นเช่นนี้ส่วนหนึ่งเป็นเพราะวัยรุ่นสนใจในเรื่องอื่นมากกว่าการเรียน เพราะอยู่ในช่วงอยากลองอยากรู้ ต้องการการยอมรับจากสังคมเพื่อนและให้ความสนใจต่อเพศตรงข้าม²⁴ จนนำไปสู่พฤติกรรมเสี่ยงหรือพฤติกรรมเสี่ยง ไม่ว่าจะเป็นการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การกระทำพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศหรือการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งผลกระทบที่ตามมาส่งผลให้วัยรุ่นมีสุขภาพเสื่อมโทรม มีผลการเรียนที่ตกต่ำ เป็นต้น^{25,26} และปัจจัยดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของ Sawangtook และ Thano²⁷ ที่ศึกษาการตระหนักรู้ในพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนวัยรุ่น พบว่าผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่ต่างกัน จะมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่ต่างกัน กล่าวคือ นักเรียนที่มีระดับผลการเรียนสูงจะมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศต่ำกว่านักเรียนที่มีระดับผลการเรียนปานกลางและต่ำ

การสูบบุหรี่ พบว่าเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) กล่าวคือ นักเรียนที่สูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร มากกว่านักเรียนที่ไม่สูบบุหรี่ ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะบุคคลที่สูบบุหรี่จะมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ร่วมด้วยจึงนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ เพราะจากการศึกษาของ Poonkhum, Phromprapat, Paisalachapong และ Samakkeekarom³ กล่าวว่า การบริโภคยาสูบในวัยรุ่นมีความเกี่ยวเนื่องกับการใช้แอลกอฮอล์และพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งมีลักษณะแบบพฤติกรรมเสี่ยงกล่าวคือ วัยรุ่นหนึ่งคนทำ

พฤติกรรมเสี่ยงหนึ่งพฤติกรรมสามารถนำไปสู่พฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ ได้ โดยพฤติกรรมเสี่ยงที่พบบ่อยของวัยรุ่นไทย คือ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ²⁸ ทั้งนี้ยังมิงงานวิจัยของ Gwon และ Lee²⁹ สนับสนุนว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีเพศสัมพันธ์ในหมู่นักเรียนมัธยมศึกษา: โดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นเกาหลี พบว่าอิทธิพลต่อการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมีปัจจัยการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ร่วมด้วย

การมีแฟน พบว่า นักเรียนที่มีแฟนในปัจจุบันเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) กล่าวคือ นักเรียนที่มีแฟนในปัจจุบันมีโอกาสเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรมากกว่านักเรียนที่ไม่เคยมีแฟนเลย เพราะว่าการมีแฟนเป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพที่เรียกว่าความรัก โดยทฤษฎีสามเหลี่ยมของความรักของ Sternberg มีองค์ประกอบของความรักอยู่ 3 ส่วน คือ ความสนิทสนม (Intimacy) ความเสน่หา (Passion) และพันธะสัญญา (Commitment) ซึ่งด้านความเสน่หาจะมีลักษณะเป็นแรงดึงดูดระหว่างเพศให้เกิดความหลงใหลระหว่างกันอันนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ได้และยังพบว่าลักษณะความรักของผู้ชายจะเป็นไปในเชิงการมรดกอีกด้วย³⁰ ซึ่งงานวิจัยของ Chaikoolvatana, Praditsathaporn และ Kamkhieo³¹ ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น จังหวัดพะเยา ยังกล่าวสนับสนุนว่าสาเหตุการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนคือความรักต่อแฟนหรือคู่รักของตน และผลการศึกษายังพบว่านักเรียนที่มีแฟนแต่เลิกกันแล้วยังเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) กล่าวคือ นักเรียนที่มีแฟนแต่เลิกกันแล้วมีโอกาสเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์มากกว่านักเรียนที่ไม่เคยมีแฟนเลย ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะช่วงที่มีแฟนนักเรียนเคยมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์อันพึงพอใจต่อประสบการณ์นั้น และเมื่อเลิกกับแฟนแล้วแต่ประสบการณ์และความพึงพอใจนั้นยังคงอยู่ยังผลให้มีความกล้าและง่ายที่จะเกิดพฤติกรรมแบบนั้นซ้ำอีกได้ ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีการเชื่อมโยงความรู้ของ Thorndike ที่กล่าวถึงกฎแห่งผลว่า (The law of effect) ความสมหวังหรือความพึงพอใจ

ต่อเหตุการณ์จะส่งเสริมการแสดงพฤติกรรมนั้นซ้ำมากขึ้น³² และจากงานวิจัยของ Nuwong³³ ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นและเยาวชนในหอพัก จังหวัดพิษณุโลก กล่าวว่า การเคยมีแฟนหรือคูรักซึ่งในปัจจุบันไม่มี ส่งผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นและเยาวชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกด้วย

การอยู่กับแฟนหรือคนที่ชอบตามลำพัง เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) กล่าวคือ นักเรียนที่อยู่กับแฟนหรือคนที่ชอบตามลำพัง มีโอกาสเกิดพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรมากกว่านักเรียนที่ไม่เคยอยู่กับแฟนหรือคนที่ชอบตามลำพัง เพราะว่าการอยู่ตามลำพังจะเปิดโอกาสให้นักเรียนและแฟนหรือคนที่ชอบกระทำพฤติกรรมได้อย่างอิสระและอยู่ในสถานที่ลับตาคน³⁴ โอกาสเกิดพฤติกรรมทางเพศ การหอมแก้ม โอบกอด สัมผัสร่างกาย ก็ยังมีสูงส่งเลยถึงขั้นมีเพศสัมพันธ์ก็อาจเป็นไปได้ ซึ่งงานวิจัยของ Sittipayasakul, Nuwong, Luksitanon และ Uamasan³⁵ ได้สำรวจความคิดเห็นและพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นในประเทศไทยให้เหตุผลว่าการอยู่ตามลำพังสองต่อสองเป็นเหตุจูงใจมากที่สุดในการมีเพศสัมพันธ์กับต่างเพศครั้งแรก และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Lekphet, Wong-sawat, Tejavataddhana และ Michaeng²⁰ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ซึ่งกล่าวว่า การมีโอกาสอยู่ตามลำพังกับแฟนมีอิทธิพลต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ซึ่งมีโอกาสมากกว่าผู้ที่ไม่มีโอกาสถึง 2.55 เท่า

ความอยากรู้อยากลองต่อการมีเพศสัมพันธ์ พบว่าเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) กล่าวคือวัยรุ่นที่มีความอยากรู้อยากลองต่อการมีเพศสัมพันธ์มีโอกาสเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์สูง ที่เป็นเช่นนี้เพราะวัยรุ่นมีพัฒนาการทางด้านอารมณ์และสังคมที่สนใจอยากรู้อยากลองเกี่ยวกับกิจกรรมทางเพศและสนใจในเพศตรงข้ามทั้งชายและหญิงก็ต่างพยายามให้ความสนใจซึ่งกันและกัน³⁶ ทั้งนี้ Thato³⁷ ยังกล่าวว่า หนึ่งในปมปริศนาที่วัยรุ่นอยากรู้ก็คือการทดลองมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งนักเรียนที่เห็นด้วยกับการมีเพศสัมพันธ์จะมีความคิดจิตใจที่อยากรู้อยากลอง อยากหาประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ เหตุนี้จึงทำให้นักเรียนกลุ่ม

ดังกล่าวเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์สูง และงานวิจัยของ Hengchamras³⁸ ซึ่งศึกษาการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของเยาวชนในสถานศึกษาจังหวัดสมุทรสาครยังเผยว่าสาเหตุที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของนักเรียนเกิดจากความอยากรู้อยากลองเป็นส่วนใหญ่ อีกด้วย

การบริโภคสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ พบว่าเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) กล่าวคือนักเรียนที่บริโภคสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศมีโอกาสเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์สูง ที่เป็นเช่นนี้ Sigmund Freud กล่าวว่า ในช่วงวัยรุ่นหรือระยะ Genital stage เป็นวัยที่เริ่มมีความต้องการทางเพศ²² นอกจากนี้ พัฒนาการของวัยรุ่นที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และสังคมจะให้ความสนใจในกิจกรรมทางเพศและเพศตรงข้าม³⁶ เมื่อวัยรุ่นรับสื่อทางเพศไม่ว่าจะเป็นนิตยสาร ซีดี วีซีดีไปเปลือย คลิปลามกตามเว็บไซต์หรือโทรศัพท์มือถือก็จะกระตุ้นส่งเสริมให้วัยรุ่นมีอารมณ์ความอยากเกิดแรงขับทางเพศมากจนนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ได้ และผลการวิจัยของ Prachanno, Srisuriyawet และ Homsin³⁹ ยังสนับสนุนว่าการเข้าถึงสื่อช่วยความรู้สึกทางเพศ ($\beta = .242$) สามารถทำนายพฤติกรรมทางเพศร่วมกับปัจจัยอื่นๆได้ร้อยละ 30.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความถี่การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) กล่าวคือนักเรียนที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีโอกาสเสี่ยงต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์สูง เพราะว่าเมื่อดื่มเข้าไปจะทำให้ขาดสติสัมปชัญญะ ขาดการยับยั้งชั่งใจและการควบคุมตนเอง กล้าทำในสิ่งที่ไม่ควรทำรวมถึงการมีเพศสัมพันธ์⁴⁰ ซึ่งในรายงาน วัยรุ่น...วัยรุ่นกับปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อม...ป้องกันอย่างไร กล่าวว่ากลุ่มวัยรุ่นที่เที่ยวสถานเริงรมย์และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พร้อมกับถูกยั่วยุอารมณ์จะนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ และงานวิจัยของ Pichairong และ Chaveepojnkamjorn⁴¹ ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่เกิดจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มวัยรุ่นหญิง: การศึกษาแบบภาคตัดขวาง ภาคกลาง ประเทศไทย กล่าวว่า การมีเพศสัมพันธ์เป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงทางเพศที่สัมพันธ์กับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในนักเรียน ได้แก่ อายุ เกรด เฉลี่ยเทอมล่าสุด การสูบบุหรี่ การเคยมีแฟนแต่เลิกกัน แล้ว การมีแฟนในปัจจุบัน การอยู่กับแฟนหรือคนที่ชอบตาม ลำพัง ความอยากลองอยากรู้ต่อการมีเพศสัมพันธ์ การ บริโภคสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ และความถี่การดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์

1. บุคลากรด้านสาธารณสุข ครู ผู้ปกครองควรให้ คำแนะนำกับนักเรียนหรือบุตรหลานเกี่ยวกับการมีแฟนและ การอยู่กับแฟนหรือคนที่ชอบตามลำพังว่าควรพยายามหลีกเลี่ยงการมีแฟนและการอยู่กับแฟนหรือคนที่ชอบตามลำพัง เพราะสาเหตุดังกล่าวจะนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอัน ควรได้

2. บุคลากรด้านสาธารณสุข ครู ผู้ปกครองควร อบรม ตักเตือนนักเรียนหรือบุตรหลานให้เล็งเห็นถึงพิษภัยรวมถึงควรห้ามดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่เพราะจะทำให้ร่างกาย เสื่อมโทรมอันเป็นอุปสรรคต่อการเล่าเรียน และพฤติกรรม ดังกล่าวยังสามารถนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรได้

3. บุคลากรด้านสาธารณสุข ครู ควรแนะนำ นักเรียนให้เข้าใจธรรมชาติของวัยรุ่นว่ามีความอยากรู้อยาก ลองในสิ่งต่าง ๆ รวมถึงเรื่องเพศและหากมีพฤติกรรมเสพลี ลามกโป้เปลือยก็จะส่งผลให้มีความอยากรู้อยากลองต่อการ มีเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้นดังนั้นนักเรียนควรตระหนักและหลีกเลี่ยง พฤติกรรมดังกล่าว และครู ผู้ปกครองควรสังเกตและอบรม ตักเตือนหากนักเรียนหรือบุตรหลานมีการกระทำเช่นนั้น

4. บุคลากรด้านสาธารณสุข ครู ผู้ปกครองควรใส่ใจ ดูแลเฝ้าระวังมากยิ่งขึ้นในนักเรียนหรือบุตรหลานที่มีอายุเพิ่ม ขึ้น เช่น 17 ปีขึ้นไป และมีเกรดเฉลี่ยน้อยกว่า 3.00 เพราะ เหตุดังกล่าวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการมีเพศ สัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียน

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

จากผลการวิจัย ควรนำปัจจัยที่มีอิทธิพลข้างต้น ไปเป็นประเด็นในการสร้างโปรแกรมกิจกรรมหรือแนวทางการ เฝ้าระวังความเสี่ยงต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอัน ควรในนักเรียนโดยศึกษาในรูปแบบการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง ต่อไป

References

1. Manaboriboon B. Epidemiology of mortality and morbidity of Thai teenagers. In: Rosawan A, In-iw S, Manaboriboon B, Hongsanguansri S, Jaruratanasirikul S, editors. Textbook of adolescent medicine. Nonthaburi: Parbpim Ltd; 2016. p.269-272. (in Thai).
2. Hoyrat P, Wongsawat P. Thai adolescent with early sexual intercourse. Journal of phrapokklao nursing college. 2017;28(2):173-82. (in Thai).
3. Poonkhum Y, Phromprapat P, Paisalachapong K, Samakkeekarom R. The study to promote youth health and prevention of risk behaviors and health problems among youths. Thailand journal of health promotion and environmental health. 2012;35(2):48-65. (in Thai).
4. Bureau of reproductive health, Department of health, Ministry of public health. Annual report 2018 [Internet]. Bureau of reproductive health; 2018 [cited 2019 Jun 7]. Available from: http://rh.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=263. (in Thai).
5. Kruachottikul S, Paiboon S. Quality of unintended teenage pregnant women: midwifery roles. Kuakarun Journal of Nursing. 2014;21(2):18-27. (in Thai).

6. Puangprasong R, Samantarath P, Sitharatsak C. Stigma in adolescent pregnancy: nurse's role. Vajira nursing journal. 2018;20(1):1-11. (in Thai).
7. Khumtorn L. "How to prevent unwanted teenage pregnancy?". Journal of boromarajonani college of nursing, Bangkok. 2014;30(3):97-105. (in Thai).
8. Bureau of reproductive health, Department of health, Ministry of public health. Abortion surveillance report, Thailand 2017 [Internet]. Bureau of reproductive health; 2017 [cited 2019 Jun 7]. Available from: http://rh.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=268. (in Thai).
9. Bureau of epidemiology, Department of disease control, Ministry of public health. Annual epidemiological surveillance report 2017 [Internet]. Bureau of epidemiology; 2017 [cited 2019 Jun 9]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/th/site/office/view/boe>. (in Thai).
10. Ruangkhanasetr S. Epidemiology of mortality and morbidity of Thai teenagers. In: Rosawan A, In-iw S, Manaboriboon B, Hongsanguansri S, Jaruratanasirikul S, editors. Textbook of adolescent medicine. Nonthaburi: Parbpim Ltd; 2016. p.28-30. (in Thai).
11. Green LW, Kreuter MW. Health promotion planning: An education and environment approach. NewYork: McGraw Hill; 2005.
12. Chirawatkul A. Statistics in research: appropriate selection. Bangkok: Witthayaphat; 2014. (in Thai).
13. Lekphet K. The development of behavioral risk factors surveillance program on HIV Infection among upper secondary school students [doctoral's thesis]. Phitsanulok: Naresuan University; 2014. (in Thai).
14. Fachaiyaphum C. Sexuality education. Bangkok: Se-education; 2016. (in Thai).
15. Boonrod T. Sexual behavior and factors associated to sexual relation among adolescent under the vocational education commission in muang district, province in the south of Thailand [master's thesis]. Khon kean: Khon kean University; 2007. (in Thai).
16. Surinsak W. Premarital sexual relationship in adolescents [master's thesis]. Khon kean: Khon kean University; 2003. (in Thai).
17. Rovinelli RJ, Hambleton RK. On the use of content specialists in the assessment of criterion-Referenced test item validity. Dutch journal of education research. 1977;2:49-60.
18. DeVellis RF. Scale Development: theory and applications. California: SAGE Publications; 2012.
19. Stevens J. Applied multivariate statistics for the social sciences. 3rd ed. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates; 1996.
20. Lekphet K, Wongsawat P, Tejavivaddhana P, Michaeng S. Effecting factors of sexual relationship experiences among upper secondary school students. Research and development health system journal. 2015;8(1):163-74. (in Thai).
21. Rosawan A. Epidemiology of mortality and morbidity of Thai teenagers. In: Rosawan A, In-iw S, Manaboriboon B, Hongsanguansri S, Jaruratanasirikul S, editors. Textbook of adolescent medicine. Nonthaburi: Parbpim Ltd; 2016. p.119-128. (in Thai).

22. Hosiri T. Theory of psychological development. In: Sitdhiraksa N, Wannasewok K, Wannarit K, Pukrittayakamee P, Apinuntavech S, Ketuman P, editors. Siriraj Psychiatry DSM-5. 3rd ed. Bangkok: prayoonsanthai printing; 2016. p. 67-75. (in Thai).
23. Pimsawat Y, Sanpanawat N, Wonglao P. Factors related to a risky behavior of sexual relations among the high school female students in Mukdahan province. Journal of public health, Ubon ratchathani rajabhat University. 2014;3(2):100-18. (in Thai).
24. Ketuman P. Sexual development and sexual problems in children and adolescent. In: Piyasil V, Ketuman P, editors. Textbook of child and adolescent psychiatry Volume 2. Bangkok: Thanapress; 2007. p. 227-236. (in Thai).
25. Thammaraksa P, Powwattana A. Whether or not multiple risk behaviors in thai adolescents is preventable?. Journal of boromarajonani college of nursing, Bangkok. 2018;34(2):173-88. (in Thai).
26. Ketuman P. Theory of psychological development. In: Sitdhiraksa N, Wannasewok K, Wannarit K, Pukrittayakamee P, Apinuntavech S, Ketuman P, editors. Siriraj Psychiatry DSM-5. 3rd ed. Bangkok: prayoonsanthai printing; 2016. p. 327-332. (in Thai).
27. Sawangtook S, Thanop P. The study of the awareness of sexual risk behaviors and sexual risk behaviors of adolescent students. Kuakarun journal of nursing. 2015;22(2):41-56. (in Thai).
28. Thammaraksa P, Powwattana A. Whether or not multiple risk behaviors in Thai adolescents is preventable?. Journal of boromarajonani college of nursing, Bangkok. 2018;34(2):173-88. (in Thai).
29. Gwon SH, Lee CY. Factors that influence sexual intercourse among middle school students: Using data from the 8th (2012) Korea youth risk behavior web-based survey. J Korean acad nurs. 2014;45(1):76-83. (in Thai).
30. Jongrachen P. The type of love of Srinakharinwirot University's students. The journal of faculty of applied arts. 2016;9(2):29-37. (in Thai).
31. Chaikoolvatana C, Praditsathaporn C, Kamkhieo W. Predictors of sexual risk behaviors among adolescents in Phayao province. Journal of nursing and education. 2013;6:104-115. (in Thai).
32. Phumpuang K. Creating learning activities with connectivism through social media. Liberal arts review. 2015;10(19):1-13. (in Thai).
33. Nuwong P. Factors affecting sexual behavior of adolescents in dormitory at Phitsanulok Province [Internet]. Regional health promotion center 2, Department of health, Ministry of public health; 2015 [cited 2019 Jun 12]. Available from: <http://hpc2.anamai.moph.go.th/research/index.php/2558/107-2015-08-27-09-23-52>. (in Thai).
34. Pramathphol K. Sexuality education. Nonthaburi: Aimphan press; 2013. (in Thai).
35. Sittipiyasakul V, Nuwong P, Luksitanon R, Uamasan B. A survey on sexual experiences, Opinions and sexual risk behaviors among teenage students in Thailand. Journal of health science. 2013; 22(6):979-987. (in Thai).

36. Powwattana A, Kalampakorn S, Lagampan S, Rawiworrakul T. Health promotion and disease prevention in community: an application of concepts and theories to practice (Revised edition). Chachoengsao: MN Compute offset; 2018. (in Thai).
37. Thato S. Premarital sexual behavior among thai adolescents. Journal of nursing science Naresuan University. 2007;1(2):19-30. (in Thai).
38. Hengchamras Y, Cherngchalat K, Phirom C, Jankun S, Lertprasertsiri P, Yamupon L. Sexual risk behaviors surveillance of the students in Samut sakhon. Academic journal institute of physical education. 2013;5(3):1-16. (in Thai).
39. Prachanno W, Srisuriyawet R, Homsin P. Factors influencing sexual behaviors among primary School students based on the Information-Motivation-Behavioral skill model. Journal of nursing science Chulalongkorn University. 2017;29(2):39-51. (in Thai).
40. Homsin P. Concepts and theories for practice: Smoking and alcohol drinking prevention among adolescents. Chonburi: Chonburi printing; 2015. (in Thai).
41. Pichainarong N, Chaveepojnkamjorn W. Alcohol use and sexual-risk behaviors among female youths: a cross-sectional survey in central Thailand. J Sci Technol MSU. 2015;34(2);171-9. (in Thai).

บทความวิจัย

โปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเองร่วมกับการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการถูกข่มเหงรังแกในวัยรุ่นชายตอนต้น

Self-Efficacy with Information Technology Program to Promote Bullying Prevention among Early Adolescent Males

Received: May 7, 2019
Revised: May 30, 2019
Accepted: Jun 7, 2019

ประกายทิพย์ พลประทีป พย.ม. (Prakaitip Polprateep, M.S.N)¹
นฤมล เอื้อมณีกุล Ph.D. (Naruemon Auemaneekul, Ph.D)²
อาภาพร เพ่าวัฒนา Ph.D. (Arporn Powwattana, Ph.D)³

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาโปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเองร่วมกับการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการถูกข่มเหงรังแกในวัยรุ่นชายตอนต้น โดยใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง กลุ่มตัวอย่างคือ เด็กชายอายุ 10-12 ปีที่กำลังศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา ประถมศึกษากรุงเทพมหานคร เขตจอมทอง แบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน ระยะเวลาศึกษา 8 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถการป้องกันการถูกข่มเหงรังแก พฤติกรรมการป้องกันการถูกข่มเหงรังแกและการถูกข่มเหงรังแก ก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square, Independent t-test และ Repeated Measure ANOVA

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถการป้องกันการถูกข่มเหงรังแกและพฤติกรรมการป้องกันการถูกข่มเหงรังแก หลังการทดลองและระยะติดตามผลมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และคะแนนเฉลี่ยการถูกข่มเหงรังแกด้านร่างกาย วาจา อารมณ์ และสังคม หลังการทดลองและระยะติดตามผลมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) จากผลการศึกษาค้นนี้สนับสนุนว่าโปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเองร่วมกับการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการถูกข่มเหงรังแกสูงขึ้น ดังนั้น ควรนำโปรแกรมไปปรับใช้เพื่อป้องกันการถูกข่มเหงรังแกในเด็กนักเรียนโรงเรียนอื่น

คำสำคัญ : การรับรู้ความสามารถตนเอง, วัยรุ่นชายตอนต้น, การป้องกันการถูกข่มเหงรังแก, การข่มเหงรังแก

¹นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: numkhao_bs105@hotmail.co.th

^{2,3}ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: ²naruemon.aue@mahidol.ac.th: Corresponding author, ³arporn.pow@mahidol.ac.th

^{1,2}Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok, Thailand

³Department of Biostatistics, Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok, Thailand

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research aimed to examine the effect of self-efficacy with information technology program to prevent bullying among early male adolescents. This study was guided by Self-efficacy theory. Sample included 30 male adolescents aged between 10 and 12 years old studying at grade 5 in schools under the Office of Bangkok Primary Educational Service Area, Bangkok Metropolitan. Participants were divided into experimental and comparison groups. The study was conducted over the eight consecutive weeks. Data were collected using a set of self-administered questionnaires at 3 time points (pre-test, post-test and a follow up). Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, chi-square, Independent t-test, and Repeated Measure ANOVA.

Results showed that the experimental group reported significant higher scores of post-test and follow up regarding the perception of self-efficacy ability from subjected to bullying and self-efficacy behavior from subjected to bullying than pre-test ($p < .001$). Compared with the comparison group, the experimental group reported significantly different between mean scores of the perception of self-efficacy ability from subjected to bullying and self-efficacy behavior from subjected to bullying ($p < 0.001$). Compared to pre-test, the mean score of being physical bullied, verbal bullied, emotional and social bullied in the experimental group was significantly lower in post-test and follow up ($p < 0.001$) and mean score between experimental group and comparison group were statistically significant different ($p < .001$). Results of this study indicate that self-efficacy with information technology program to prevent bullying among early male adolescents might increase self-efficacy ability and self-efficacy behavior of the subjects from bullying in school.

Keywords: self-efficacy, early adolescent male, bullying prevention, bullying

บทนำ

ปัจจุบัน พบว่าสถานการณ์การข่มเหงรังแกในโรงเรียนมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการถูกข่มเหงรังแกในโรงเรียนนั้นถือเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดความรุนแรงระหว่างเด็กวัยรุ่น ส่งผลให้ปัญหาการข่มเหงรังแกกันในเด็กกลายเป็นปัญหาที่สำคัญกับสาธารณสุขทั่วโลกและจากรายงานผลสำรวจพฤติกรรมมารังแกกันในโรงเรียนของประเทศไทย เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่น ๆ ที่มีปัญหาเช่นเดียวกันนี้พบว่าประเทศไทยนั้นอยู่ในอันดับที่ 2 รองจากประเทศญี่ปุ่น ซึ่งมีสัดส่วนของนักเรียนถูกเพื่อนรังแกสูงถึงร้อยละ 40.00¹ อีกทั้งสถานการณ์การรังแกกันในโรงเรียนนั้นยังมีแนวโน้มที่จะทวี

ความรุนแรงมากขึ้น จากข้อมูลสำรวจของโครงการ Child Watch พ.ศ. 2550 พบเด็กที่ถูกทำร้ายในสถานศึกษา ค่าเฉลี่ยร้อยละ 24 ในปี พ.ศ. 2556 พบว่ามีค่าเฉลี่ยร้อยละ 32.00 มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 12.00 แสดงว่าเด็ก 1 ใน 3 ถูกทำร้ายจากการไปโรงเรียน ซึ่งหมายถึงเด็กในระบบการศึกษาไทยกว่า 3.5 ล้านคนจากประมาณ 12.5 ล้านคนตกอยู่ในวังวนของความรุนแรงในสถานศึกษา² การศึกษาของประเทศไทยพบว่า การรังแกของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 จากนักเรียน 5 โรงเรียนของเขตปริมณฑล จำนวน 390 คน มีจำนวนนักเรียนเกือบทั้งหมดนั้นถูกเพื่อนรังแก (ร้อยละ 97.96) และมีนักเรียนจำนวนเพียงเล็กน้อยเท่านั้นที่ไม่เคยถูกเพื่อนรังแก

(ร้อยละ 2.31)³ และพบว่า การศึกษาในกลุ่มตัวอย่างของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ถึงมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 3 ทั่วประเทศ จำนวน 3,047 คน พบว่า นักเรียนที่ถูกข่มเหงรังแกร้อยละ 38.00 นั้นถูกข่มเหงรังแกโดยการล้อเลียน การทำร้ายร่างกาย ปลอ่ยขำล้อ แหย่เงินและของใช้ ขู่บังคับ เขี่ยตีฉิว และการแสดงออกทางเพศ และพบการถูกข่มเหงรังแกทางวาจา ร้อยละ 11.70 ทางสังคม ร้อยละ 6.60 และทางร่างกาย ร้อยละ 2.90 ตามลำดับ⁴ ส่วนรูปแบบการถูกข่มเหงรังแกด้วยการทำร้ายร่างกาย ได้แก่ การชก เตะ ตบตี และปลอ่ยขำล้อ การถูกข่มขืนของเพื่อทำให้ทรัพย์สินเสียหายและการถูกข่มขู่บังคับ⁵ และพบว่าผู้ถูกข่มเหงรังแกมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการถูกข่มเหงรังแกหลากหลายวิธีเช่น การแก้ไข้ปัญหาโดยการหาเพื่อนใหม่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม หรือการสู้กลับด้วยความรุนแรง และหลีกเลี่ยงเมื่อตกอยู่ในสถานการณ์การถูกข่มเหงรังแก⁶ ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนในโครงการสุขภาพจิตโรงเรียน สาขาจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล จำนวน 142 ราย พบว่าเมื่อมีการถูกข่มเหงรังแกและไม่สามารถอดทนได้จะใช้วิธีการแก้ไข้ปัญหาโดยการสู้กลับ การต่อยคืน สู้คืน ได้ตอบทางวาจา บอกรุ่นพี่หรือกลุ่มเพื่อนให้มาช่วย หากตกลงกันไม่ได้อาจยุติปัญหาโดยใช้กำลังร่วมทำร้ายกัน⁷ โดยการรังแกกันส่วนใหญ่เกิดจากการกระทำของนักเรียนชายมากกว่านักเรียนหญิง เนื่องจากพัฒนาการของช่วงวัยนี้เพศหญิงจะมีพัฒนาการที่เร็วกว่าเพศชาย โดยเฉพาะพัฒนาการทางด้านอารมณ์ นักเรียนหญิงจึงสามารถจัดการและควบคุมอารมณ์ได้ดีกว่า ซึ่งแตกต่างกับนักเรียนชายที่มีลักษณะก้าวร้าวมากกว่านักเรียนหญิง อีกทั้งความสามารถในการควบคุมอารมณ์ยังไม่ดีมากนัก นอกจากนี้การทบทวนวรรณกรรม พบว่า เด็กผู้ชายส่วนใหญ่มีแนวโน้มที่จะถูกเพื่อนรังแกทางร่างกายมากกว่าเด็กผู้หญิง⁸ และเด็กผู้ชายส่วนใหญ่จะตกเป็นเหยื่อหรือถูกข่มเหงรังแกทางร่างกายมากกว่าเมื่อเทียบกับเด็กผู้หญิง จึงทำให้เห็นได้ว่าการถูกข่มเหงรังแกในเด็กผู้ชายนั้นมากกว่าเด็กผู้หญิงและถูกข่มเหงรังแกก็มักจะสู้กลับหรือโต้ตอบกลับด้วยความรุนแรง⁷ จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับกลยุทธ์ในการเผชิญปัญหาของผู้ที่ถูกข่มเหงรังแกนั้น พบว่า เด็กวัยรุ่นส่วนใหญ่มีการเผชิญปัญหาต่อการถูกรังแกได้อย่างไม่เหมาะสม ซึ่ง

มักจะโต้ตอบกลับโดยการใช้อาวุธทำร้ายร่างกาย หรือการใช้วาจา ในการเผชิญปัญหา ทำให้เห็นว่าเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและไม่สามารถยุติความรุนแรงได้ อีกทั้งโปรแกรมในงานวิจัยของไทยที่ส่งเสริมการเผชิญปัญหาในการถูกรังแกได้อย่างเหมาะสมในโรงเรียนยังมีจำนวนน้อย อีกทั้งยังเน้นกิจกรรมที่ให้คำปรึกษาและการทำกิจกรรมกลุ่มส่วนใหญ่⁸ แต่ยังขาดการสอนเทคนิคให้เกิดพฤติกรรมการแสดงออกได้อย่างเหมาะสมในผู้ที่ถูกรังแก ดังนั้น ผู้วิจัยจึงศึกษาถึงสาเหตุของปัญหาการข่มเหงรังแกโดยใช้วิธีการสนทนากลุ่ม (focus group) และพบว่าเด็กยังขาดความมั่นใจในการที่จะปกป้องตนเองจากการถูกข่มเหงรังแก อีกทั้งยังมีความรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถสู้ได้ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูรา⁹ ที่อธิบายว่า ถ้าบุคคลมีการรับรู้ความสามารถตนเองสูง และมีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำสูง ก็จะทำให้บุคคลนั้นมีการตัดสินใจกระทำพฤติกรรมนั้นแน่นอน โดยการเรียนรู้ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จจะทำให้เกิดความเชื่อมั่นในพฤติกรรมของตนเองมากขึ้น การใช้ตัวแบบเป็นการใช้กระบวนการต่าง ๆ ที่ทำให้ผู้ถูกข่มเหงรังแกมีการเรียนรู้และแรงจูงใจที่จะสามารถเผชิญปัญหาได้ ส่วนการชักจูงโดยใช้คำพูดจะทำให้ผู้ถูกข่มเหงรังแกนั้นมีความมั่นใจ ในความสามารถของตนเอง ทำให้สามารถประสบความสำเร็จในตนเองและไม่เกิดความวิตกกังวลหรือโต้ตอบกลับด้วยความรุนแรง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kokkinos¹⁰ ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับปานกลางและสูงจะทำให้มีการเผชิญปัญหาและการป้องกันตนเองจากการถูกข่มเหงรังแกได้ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูรา ที่ได้อธิบายว่าถ้าบุคคลมีการรับรู้ความสามารถตนเองสูงและมีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำสูง ก็จะทำให้บุคคลนั้นมีการตัดสินใจกระทำพฤติกรรมนั้นแน่นอน

ในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มีบทบาทในการดูแลและเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพทั้งระดับครอบครัวและชุมชน จึงเล็งเห็น ปัญหาการถูกข่มเหงรังแก ซึ่งเป็นปัญหาระดับประเทศที่มีสถิติสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จึงมีความสนใจที่จัดทำโปรแกรมการป้องกันการถูกข่มเหงรังแกโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเอง เพื่อมาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยต่อการป้องกันการถูก

ชมเข้มแข็งแและการนำสื่อเทคโนโลยี การใช้ภาพอินโฟกราฟฟิก เพื่อกระตุ้นให้บุคคลเกิดการเรียนรู้และความเข้าใจที่จะป้องกันตนเองจากการถูกชมเข้มแข็งแ เนื่องจากในปัจจุบันเทคโนโลยี มีบทบาทในการดำเนินชีวิตของมนุษย์มากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มนักเรียนจึงทำให้เห็นว่าเทคโนโลยีเป็นสิ่งที่สามารถดึงดูดความสนใจให้นักเรียนเกิดการเรียนรู้ในสิ่งใหม่โดยไม่มีการจำกัดเวลาหรือสถานที่ในการเรียนรู้เพื่อสร้างแรงจูงใจให้กับเด็กและเกิดพฤติกรรมอยากเรียนรู้ด้วยตนเอง¹¹ ซึ่งสอดคล้องกับการใช้โปรแกรม KIVA¹² ซึ่งเป็นโปรแกรมการสอนเพื่อป้องกันการกลั่นแกล้งผ่านสื่อออนไลน์ และพบว่าผลการใช้โปรแกรมทำให้การชมเข้มแข็งแนั้นลดลง ดังนั้น การใช้แอปพลิเคชันไลน์เพื่อส่งภาพอินโฟกราฟฟิกที่มีเนื้อหาป้องกันการถูกชมเข้มแข็งแและการถามตอบ ร่วมกับการจัดกิจกรรมนั้นจะทำให้ผู้ถูกชมเข้มแข็งแเรียนรู้และมีพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการถูกชมเข้มแข็งแได้อย่างเหมาะสม และลดปัญหาการรังแกในโรงเรียนและผลกระทบในระยะยาวต่อผู้ถูกชมเข้มแข็งแ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเองร่วมกับการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการถูกชมเข้มแข็งแในวัยรุ่นชายตอนต้น

สมมุติฐานงานวิจัย

1. หลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการถูกชมเข้มแข็งแ พฤติกรรมป้องกันการถูกชมเข้มแข็งแสูงกว่าก่อนการทดลองและการถูกชมเข้มแข็งแต่ำกว่าก่อนการทดลอง
2. หลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการถูกชมเข้มแข็งแ พฤติกรรมป้องกันการถูกชมเข้มแข็งแสูงกว่ากลุ่มควบคุมและการถูกชมเข้มแข็งแต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเองร่วมกับการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ

1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery experiences) การวิเคราะห์สถานการณ์จากคลิปีวิดีโอ (Avoidance) และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรู้สึกของผู้ที่ถูกชมเข้มแข็งแ
2. การใช้ตัวแบบ (Modeling) การให้สถานการณ์จำลอง, การแสดงบทบาทสมมติ (Role play) และการแสดงออกทั้งท่าทางและภาษาพูดอย่างเหมาะสม (Assertiveness)
3. การชักจูงโดยใช้คำพูด (Verbal persuasion) การฝึกการโต้ตอบกลับทางวาจาด้วยการสร้างสถานการณ์ การขอความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว คุณครูและเพื่อน (Asking for help) การให้คำชมเชยเมื่อนักเรียนสามารถทำได้
4. การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional arousal) การทำกิจกรรมกลุ่มการฝึกพูดกับตนเองทางบวก (Self-talk) และการเล่นเกมกระตุ้นการเรียนรู้เพื่อสร้างความรู้สึกที่ดีต่อทักษะการแก้ไขและการจัดการทางอารมณ์ (Emotion focused)

-การรับรู้ความสามารถในการป้องกัน
-การถูกชมเข้มแข็งแ
-พฤติกรรมป้องกันการถูกชมเข้มแข็งแ
-การถูกชมเข้มแข็งแ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) มีรูปแบบการวิจัยแบบ Two Group Pretest-Posttest Design

ประชากร คือ นักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ที่กำลังศึกษาในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา ประถมศึกษากรุงเทพมหานคร จำนวน 60 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้มาจากการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) .08 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ .05 และค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) เท่ากับ .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 26 คน และได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10.00 เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างสูญหาย (Drop out) โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน นักเรียนชายระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ที่ศึกษาโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษากรุงเทพมหานคร ได้แก่ โรงเรียนอนุบาลวัดนางนอง และโรงเรียนวัดหนัง เขตจอมทอง โดยวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) และถูกคัดเลือกโดยการทำแบบสอบถามประเมินความเสี่ยงการถูกข่มเหงรังแก The revised Olweus victim questionnaire (ฉบับภาษาไทย) 25-37 คะแนน ซึ่งถือว่าเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงในการถูกข่มเหงรังแก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ส่วน ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเองร่วมกับการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการถูกข่มเหงรังแกในวัยรุ่นชายตอนต้น ประยุกต์ใช้แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-Efficacy Theory)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ ผลการเรียนสะสม สถานภาพของครอบครัว ระดับการศึกษาของบิดาและมารดา การประกอบอาชีพของบิดาและมารดา รายได้ของครอบครัว บุคคลที่อาศัยอยู่ในครอบครัว และความสัมพันธ์ในครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการถูกข่มเหงรังแกประยุกต์ใช้แบบประเมิน Multidimensional Peer-Victimization

Scale จำนวน 20 ข้อ การถูกข่มเหงรังแกทางร่างกาย 6 ข้อ เช่น ฉันทถูกตบหัว ชกหน้า เตะ ใช้เท้าถีบ เหยียบเท้า เป็นต้น การถูกข่มเหงรังแกด้านวาจา 6 ข้อ เช่น ฉันทถูกพูดล้อเลียนชื่อพ่อแม่ของฉันทหรือชื่อฉันท การถูกข่มเหงด้านสังคมและอารมณ์ 8 ข้อ เช่น เพื่อนไม่ให้ฉันทเข้าร่วมกลุ่มเพื่อทำกิจกรรม โดยมีการวัดแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) คือ ถูกเพื่อนรังแกมากกว่า 5 ครั้ง ถูกเพื่อนรังแก 4-5 ครั้ง ถูกเพื่อนรังแก 2-3 ครั้ง ถูกเพื่อนรังแก 1 ครั้ง และไม่ถูกเพื่อนรังแกเลย มีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.93

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการถูกข่มเหงรังแก ประยุกต์ใช้แบบประเมิน Self-Report Coping Measure (SRCM; Causey และ Dubow) จำนวน 20 ข้อ เป็นข้อสอบถามเพื่อประเมินการรับรู้ความสามารถในการโต้ตอบเมื่อถูกข่มเหงรังแก เช่น ฉันทมั่นใจว่าฉันทสามารถยืนนิ่งและทำหน้าที่ตามใจฉันทเมื่อถูกล้อเลียน โดยมีการวัดแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.86

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันการถูกข่มเหงรังแก ประยุกต์ใช้แบบประเมิน Coping Scale for Children and Youth (CSCY) จำนวน 30 ข้อ เป็นข้อสอบถามเพื่อประเมินพฤติกรรมที่ใช้โต้ตอบเมื่อถูกข่มเหงรังแก เช่น เมื่อฉันทถูกล้อเลียน ฉันทหันมาจ้องตาแล้วพูดอย่างจริงจัง “ฉันทไม่ชอบที่ถูกล้อเลียน” โดยมีการวัดแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) คือ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ไม่ปฏิบัติ มีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.89

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่พัฒนาให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบคุณภาพ ได้ค่า CVI ของแบบสัมภาษณ์เท่ากับ 0.95 และนำไปทดลองใช้กับเด็กชายอายุระหว่าง 10-12 ปี ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน มีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.89

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ MUPH 2018-164

การดำเนินการวิจัย

1. ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินงานและการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่นักเรียนที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้และแนบเอกสารชี้แจงการวิจัยแก่ผู้นิยมนอนตนในการทำวิจัยให้นักเรียนที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยได้อ่านและให้ผู้ปกครองพิจารณา

2. ดำเนินการเข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้ง โดยจัดกิจกรรม1ครั้ง/สัปดาห์ ใช้ครั้งละ 45-60 นาที ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 การให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม การป้องกันการถูกข่มเหงรังแกในกิจกรรม “ตัดไฟแต่ต้นลม” เรื่อง การหลีกเลี่ยงการถูกข่มเหงรังแก มีการวิเคราะห์สถานการณ์จากคลิปวิดีโอและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้สึกของผู้ที่ถูกข่มเหงรังแกและกิจกรรมผ่านสื่อเทคโนโลยีส่ง Motion Info graphic การหลีกเลี่ยงการถูกข่มเหงรังแกอย่างเหมาะสมเป็นภาพเคลื่อนไหวจำนวน 2 ภาพ และให้กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามประสบการณ์ที่เคยถูกรังแกและวิธียุติการถูกรังแกผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์

กิจกรรมครั้งที่ 2 การใช้ตัวแบบให้นักเรียนได้ฝึกทักษะในการป้องกันการถูกข่มเหงรังแกในกิจกรรม “เก่งกล้าสามารถ” เรื่องการแสดงออกอย่างเหมาะสม ด้วยการให้สถานการณ์ที่เกิดขึ้นในข่าวหนังสือพิมพ์และให้แสดงบทบาทสมมติเป็นผู้รังแกและผู้ถูกรังแกจะต้องแสดงออกทั้งท่าทางและภาษาพูดอย่างเหมาะสมและกิจกรรมผ่านสื่อเทคโนโลยี เรื่องการแสดงออกอย่างเหมาะสมโดยการส่งคลิปวิดีโอ 1 คลิป พร้อม Motion Info graphic เป็นภาพเคลื่อนไหวจำนวน 2 ภาพและให้กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามสถานการณ์พฤติกรรมแสดงออกอย่างเหมาะสมผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์

กิจกรรมครั้งที่ 3 การชักจูงโดยการใช้คำพูดในกิจกรรม “เชือซิ! เราทำได้” เรื่อง พฤติกรรมโต้แย้งเมื่อถูกข่มเหงรังแกทางวาจา เป็นกิจกรรมให้นักเรียนระดมความคิดรวบรวมคำพูดที่ถูกล้อเลียนนำมาเป็นสถานการณ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการโต้แย้งทางบวกพร้อมให้คำชมเชยและกิจกรรมผ่านสื่อเทคโนโลยีด้วยการส่งภาพที่มีเนื้อหาวิธีการขอความช่วยเหลือจากบุคคลต่าง ๆ ได้แก่ ผู้ปกครอง พี่น้อง เพื่อน คุณครูและการส่ง Motion Info graphic เป็นภาพเคลื่อนไหวจำนวน 2 ภาพและให้กลุ่มทดลองยกตัวอย่างการ

ขอความช่วยเหลือและเหตุการณ์ที่แสดงถึงการขอปกป้องผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์

กิจกรรมครั้งที่ 4 การกระตุ้นทางอารมณ์ในกิจกรรม “สู้เขา รุ้เรา” เรื่อง การฝึกพูดกับตนเองทางบวก เป็นการเล่นเกมกระตุ้นการเรียนรู้เพื่อสร้างความรู้สึกที่ต่อทักษะการแก้ไขทางอารมณ์ได้อย่างเหมาะสมเมื่อถูกข่มเหงรังแกและกิจกรรมผ่านสื่อเทคโนโลยี เรื่องการจัดการอารมณ์โกรธและการหายใจเพื่อผ่อนคลายเป็นภาพอินโฟกราฟิก จำนวน 2 ภาพและให้กลุ่มทดลองสรุปข้อดีของการระงับอารมณ์โกรธด้วยการหายใจผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 1 (pre-test) ก่อนเริ่มกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1 เก็บข้อมูล ครั้งที่ 2 (post-test) เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 4 และเก็บข้อมูลครั้งที่ 3 ในระยะติดตามผล (follow-up) หลังการทดลอง 2 สัปดาห์ โดยให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการถูกข่มเหงรังแก พฤติกรรมการป้องกันการถูกข่มเหงรังแกและลักษณะของการถูกข่มเหงรังแกด้วยตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล การศึกษานี้กำหนดระดับนัยสำคัญในการทดสอบสมมติฐานที่ $\alpha = .05$ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติวิเคราะห์ Chi-square Independent t-test และ Repeated Measure ANOVA และได้ทดสอบการแจกแจงแบบปกติ (Normal Distribution) วิเคราะห์ด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่าค่า Sig. เท่ากับ 0.200 ซึ่งมีค่ามากกว่าระดับนัยสำคัญแอลฟา ($> .05$) สรุปได้ว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอายุต่ำสุด 10 ปี และสูงสุด 12 ปี ผลการเรียนรู้ล่าสุดของทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์พอใช้และพอใจกับผลการเรียนและส่วนใหญ่ของทั้งสองกลุ่มพักอาศัยอยู่กับบิดามารดา ส่วนสถานภาพสมรสของบิดามารดาส่วนใหญ่แต่งงานและอาศัยอยู่ด้วยกัน ความสำคัญของผู้ปกครองที่มีต่อนักเรียนส่วนใหญ่ มีความสำคัญมากที่สุด

ส่วนความสัมพันธ์ในครอบครัวของนักเรียนในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ดีบ้างและไม่ดีบ้าง ความพึงพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ของนักเรียนในปัจจุบันส่วนใหญ่พอใจ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณลักษณะทั่วไป ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกัน

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างและคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการถูกข่มเหงรังแก พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการถูกข่มเหงรังแกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=10.377$; $p = .002$) คะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=19.759$; $p < .001$) คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่วัดในช่วงเวลาต่างกันมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=6.453$; $p = .004$) (ตาราง 1) คะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มพบว่าหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) คะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=4.18$, $df=58$, $p < .001$) และระยะติดตามผลมีคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=2.76$, $df=58$, $p=.008$) (ตาราง 2)

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างและคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการถูกข่มเหงรังแก พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการถูกข่มเหงรังแกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=25.934$; $p < .001$) คะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=21.293$; $p < .001$) คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่วัดในช่วงเวลาต่างกันมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=9.484$; $p < .001$) (ตาราง 3) คะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มหลังการทดลองสูงกว่าก่อน

การทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) คะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=5.590$, $df=58$, $p < .001$) และระยะติดตามผลมีคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($t=4.431$, $df=58$, $p < .001$) (ตาราง 4)

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างและคะแนนเฉลี่ยการถูกข่มเหงรังแกด้านร่างกาย วาจา อารมณ์และสังคม พบว่า คะแนนเฉลี่ยการถูกข่มเหงรังแกทางด้านร่างกาย วาจา อารมณ์และสังคมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=19.980$; $p < .001$), ($F=19.783$; $p < .001$), ($F=18.517$; $p < .001$) ตามลำดับ มีคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=97.948$; $p < .001$), ($F=114.686$; $p < .001$), ($F=105.306$; $p < .001$) ตามลำดับ มีคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่วัดในช่วงเวลาต่างกันมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=53.044$; $p < .001$), ($F=37.614$; $p < .001$), ($F=48.636$; $p < .001$) ตามลำดับ (ตาราง 5) และคะแนนเฉลี่ยการถูกข่มเหงรังแกทางด้านร่างกาย วาจา อารมณ์และสังคมภายในกลุ่มพบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และคะแนนเฉลี่ยระยะติดตามผลลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) คะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มพบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=5.78$, $df=58$, $p < .001$), ($t=5.62$, $df=58$, $p < .001$), ($t=5.72$, $df=58$, $p < .001$) ตามลำดับ และระยะติดตามผลมีคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=6.39$, $df=58$, $p < .001$), ($t=6.13$, $df=58$, $p < .001$), ($t=6.02$, $df=58$, $p < .001$) ตามลำดับ (ตาราง 6)

ตาราง 1 วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการถูกข่มเหงรังแก

การรับรู้ความสามารถ	SS	df	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	1578.272	1	1578.272	10.377	.002
ความคลาดเคลื่อน	8821.389	58	152.093		
ภายในกลุ่ม					
เวลา	3494.744	1.692	2065.339	19.759	0.001
ความคลาดเคลื่อน	3421.094	116	58.984		
ปฏิสัมพันธ์ของกลุ่ม*เวลา					
กลุ่ม*เวลา	1141.411	1.692	674.556	6.453	.004
ความคลาดเคลื่อน	10258.511	98.141	104.528		

ตาราง 2 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการถูกข่มเหงรังแก

การรับรู้ความสามารถ	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		t	df	p-value
	Mean	SD.	Mean	SD.			
ก่อนการทดลอง	68.40	11.59	69.60	12.28	0.39	58	.669
หลังการทดลอง	82.27	9.08	72.67	8.74	4.18	58	<.001
ระยะติดตามผล	81.97	9.26	74.33	11.98	2.76	58	.008

ตาราง 3 วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการป้องกันการถูกข่มเหงรังแก

พฤติกรรมการป้องกัน	SS	df	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	8255.339	1	8255.339	25.934	<.001
ความคลาดเคลื่อน	18462.722	58	318.323		
ภายในกลุ่ม					
เวลา	8403.344	2	4201.672	21.293	<.001
ความคลาดเคลื่อน	12150.967	58	209.499		
ปฏิสัมพันธ์ของกลุ่ม*เวลา					
กลุ่ม*เวลา	3742.878	2	1871.439	9.484	<.001
ความคลาดเคลื่อน	22889.778	116	197.326		

ตาราง 4 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการถูกข่มเหงรังแก

พฤติกรรมการป้องกันการถูก ข่มเหงรังแก	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		t	df	p-value
	Mean	SD.	Mean	SD.			
ก่อนการทดลอง	53.67	14.24	52.87	16.36	0.202	58	.841
หลังการทดลอง	78.73	15.04	57.10	14.94	5.590	58	<.001
ระยะติดตามผล	79.70	16.67	58.50	15.11	4.431	58	<.001

ตาราง 5 วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการถูกข่มเหงรังแกด้านร่างกาย วาจา อารมณ์และสังคม

การถูกข่มเหงรังแก	SS	df	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม; ด้านร่างกาย					
กลุ่ม	441.800	1	441.800	19.980	<.001
ความคลาดเคลื่อน	1282.533	58	22.113		
ภายในกลุ่ม					
เวลา	746.433	1.317	566.795	97.948	<.001
ความคลาดเคลื่อน	175.167	58	3.020		
ปฏิสัมพันธ์ของกลุ่ม*เวลา					
กลุ่ม*เวลา	404.233	1.317	306.950	53.044	<.001
ความคลาดเคลื่อน	442.000	116			
ระหว่างกลุ่ม; ด้านวาจา					
กลุ่ม	325.356	1	325.356	19.783	<.001
ความคลาดเคลื่อน	953.889	58	16.446		
ภายในกลุ่ม					
เวลา	748.578	1.217	588.527	114.686	<.001
ความคลาดเคลื่อน	113.411	58	1.955		
ปฏิสัมพันธ์ของกลุ่ม*เวลา					
กลุ่ม*เวลา	245.511	1.272	193.019	37.614	<.001
ความคลาดเคลื่อน	378.578	116	5.132		
ระหว่างกลุ่ม; ด้านอารมณ์					
กลุ่ม	547.756	1	547.756	18.517	<.001
ความคลาดเคลื่อน	1715.689	58	29.581		
ภายในกลุ่ม					
เวลา	1120.044	1.156	953.165	105.306	<.001
ความคลาดเคลื่อน	167.311	58	2.885		
ปฏิสัมพันธ์ของกลุ่ม*เวลา					
กลุ่ม*เวลา	508.978	1.156	440.218	48.636	<.001
ความคลาดเคลื่อน	606.978	116	9.051		

ตาราง 6 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการถูกข่มเหงรังแก

การถูกข่มเหงรังแก	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		t	df	p-value
	Mean	SD.	Mean	SD.			
ด้านร่างกาย							
ก่อนการทดลอง	25.57	1.96	24.47	3.29	1.57	58	.122
หลังการทดลอง	18.57	3.52	23.63	3.26	5.78*	58	<.001
ระยะติดตามผล	17.67	3.13	23.10	3.44	6.39*	58	<.001
ด้านวาจา							
ก่อนการทดลอง	26.13	1.87	25.53	3.13	0.90	58	.372
หลังการทดลอง	19.87	2.65	23.93	2.94	5.62	58	<.001
ระยะติดตามผล	18.90	2.77	23.50	3.03	6.13	58	<.001
ด้านอารมณ์และสังคม							
ก่อนการทดลอง	34.07	2.83	32.80	3.79	1.55	58	.126
หลังการทดลอง	25.53	4.17	31.33	3.68	5.72	58	<.001
ระยะติดตามผล	25.50	4.24	30.93	3.34	6.02	58	<.001

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาพบว่า การเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการถูกข่มเหงรังแกในวัยรุ่นชายตอนต้น หลังการทดลองและระยะติดตามผลพบกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการถูกข่มเหงรังแก พฤติกรรมป้องกันการถูกข่มเหงรังแกสูงกว่าก่อนการทดลองและการถูกข่มเหงรังแกต่ำกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ และพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการถูกข่มเหงรังแก พฤติกรรมป้องกันการถูกข่มเหงรังแกสูงกว่ากลุ่มควบคุมและการถูกข่มเหงรังแกต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายได้ว่า กิจกรรมที่จัดนั้นเป็นกิจกรรมที่นักเรียนได้ระบายความรู้สึกเมื่อถูกเพื่อนข่มเหงรังแกและระดมความคิดในการหลีกเลี่ยงสถานการณ์การถูกข่มเหงจากสถานการณ์จำลองในคลิปวิดีโอ เพื่อให้นักเรียนได้นำประสบการณ์ที่ตนเองเคยเผชิญมาใช้กับสถานการณ์จำลอง และเกิดการเรียนรู้จากความสำเร็จที่ผ่านมาจากประสบการณ์ของตนเองส่งผลต่อการรับรู้ความสามารถตนเอง และการได้ตอบการถูกข่มเหงรังแกโดยการแสดงออกอย่างเหมาะสม และการแสดงบทบาทสมมติจากสถานการณ์ข่าว อีกทั้งการเข้า

ร่วมกิจกรรมผ่านสื่อแอปพลิเคชันที่มีภาพอินโฟกราฟฟิก ซึ่งเป็นการนำเทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามามีส่วนร่วมกับการจัดกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์โดยการใช้ภาพอินโฟกราฟฟิกซึ่งทำให้เกิดความสนใจและเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจมากขึ้น¹³ การหลีกเลี่ยงการถูกข่มเหงรังแก พฤติกรรมการแสดงออกอย่างเหมาะสม การขอความช่วยเหลือและการจัดการอารมณ์โกรธผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์กลุ่ม จึงเกิดทักษะในการป้องกันการถูกข่มเหงรังแกและเกิดความมั่นใจในการกระทำ ซึ่งสอดคล้องกับการใช้โปรแกรม KIVA¹² ที่พบว่าผลการใช้โปรแกรมทำให้การข่มเหงรังแกนั้นลดลง ดังนั้นกิจกรรมเหล่านี้จึงสอดคล้องกับแหล่งความเชื่อในความสามารถของแบนดูราด้วยประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery experiences) โดยส่งผลต่ออิทธิพลความคาดหวังในความสามารถของตนเองมากที่สุด เนื่องจากเป็นประสบการณ์ตรงที่บุคคลได้รับและเป็นความสำเร็จที่ตนทำได้ รวมถึงวิธีการใช้ตัวแบบ (Modeling) ที่บุคคลได้เห็นพฤติกรรมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันแล้วประสบความสำเร็จทำให้บุคคลรับรู้ความสามารถตนเองมากขึ้น การชักจูงด้วยคำพูด (Verbal persuasion) เป็นการเสริมความคาดหวังให้ความสามารถตนเองด้วยการรับเอาคำแนะนำชักจูงจากผู้อื่นมาเพื่อพิจารณา

ความสามารถที่ตนมีอยู่และเกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ และการกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional arousal) เป็นการแสดงออกทางร่างกายและมีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตัวตนซึ่งการกระตุ้นทางอารมณ์ในระดับเหมาะสม การกระตุ้นอารมณ์ทางบวกจะทำให้เกิดการรับรู้ความสามารถที่ดีมากขึ้น จึงสอดคล้องกับการศึกษาของ Srisawat⁸ ที่พบว่าทำให้ค่าปริมาตรกลุ่มโดยเสริมสร้างการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-Esteem) และความเชื่อในความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) ในกลุ่มนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นส่งผลให้หลังเข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนนการถูกข่มเหงรังแกลดลงและสอดคล้องกับการศึกษาของ Kokkinos¹⁴ ที่พบว่าผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับสูงจะเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งกิจกรรม “ตัดไฟแต่ต้นลม” เป็นกิจกรรมที่นักเรียนได้ระบายความรู้สึกเมื่อถูกเพื่อนข่มเหงรังแก เพื่อให้นักเรียนได้นำประสบการณ์ที่ตนเองเคยเผชิญมาใช้กับสถานการณ์จำลองและมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์พฤติกรรมได้ตอบและวิธีแก้ไขปัญหาเมื่อถูกเพื่อนรังแกผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ซึ่งกิจกรรมนี้มีความสอดคล้องกับประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จหรือการเรียนรู้จากความสำเร็จในการกระทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งจากอดีตเชื่อมโยงสู่การตัดสินใจที่จะกระทำในปัจจุบัน⁹ กิจกรรม “เก่งกล้า สามารถ” เป็นกิจกรรมที่นักเรียนได้แสดงออกอย่างเหมาะสมเมื่อถูกเพื่อนข่มเหงรังแกและการระดมสมองเพื่อตอบการถูกข่มเหงรังแกโดยการแสดงออกอย่างเหมาะสม ซึ่งนักเรียนจะได้แสดงออกทั้งท่าทางและภาษาพูดอย่างเหมาะสมและแสดงบทบาทสมมติจากสถานการณ์ข่าว เพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาและฝึกทักษะการเผชิญปัญหาการถูกข่มเหงรังแกได้อย่างเหมาะสม ซึ่งกิจกรรมนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Fatma¹⁵ ที่ศึกษาผลของการฝึกการแสดงออกที่เหมาะสมสำหรับเด็กวัยเรียนกับการรังแกและระดับการแสดงออกที่เหมาะสม พบว่า กลุ่มทดลองมีลักษณะผู้ถูกรังแกต่ำกว่ากลุ่มควบคุม กิจกรรม “เชือซิเราทำได้” เป็นกิจกรรมที่ใช้การชักจูงโดยใช้คำพูด และ

ฝึกพฤติกรรมโต้แย้งเมื่อถูกข่มเหงรังแกทางวาจา ทำให้นักเรียนเกิดความเชื่อว่าการปฏิบัติเช่นนี้จะสามารถทำให้ตนป้องกันจากการถูกข่มเหงรังแกได้ กิจกรรม “สู้เขา รู้เรา” เป็นกิจกรรมการฝึกพูดกับตนเองซึ่งกิจกรรมนี้เป็นการเล่นเกมเพื่อกระตุ้นการเรียนรู้ทักษะการแก้ไขทางอารมณ์ได้อย่างเหมาะสมเมื่อถูกข่มเหงรังแก และสอดคล้องกับการศึกษาของ Meline¹⁶ ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมโดยการทำกลุ่มเพื่อเป็นกลยุทธ์ในการป้องกันการถูกรังแกในนักเรียนที่ถูกข่มเหงรังแก

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำผลวิจัยไปใช้

- 1) ด้านการบริหาร หลักสูตรการเรียนการสอนในโรงเรียนควรมีกิจกรรมในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการถูกข่มเหงรังแกโดยการบูรณาการรับรู้ความสามารถตนเองร่วมกับการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศไว้ในหลักสูตรการเรียนการสอนให้เหมาะสมแต่ละช่วงชั้นการศึกษา
- 2) ด้านการบริการ บุคลากรทางสาธารณสุขควรจัดกิจกรรมให้คำแนะนำแก่นักเรียนในการป้องกันการถูกข่มเหงรังแก หรือการจัดกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการถูกข่มเหงรังแกโดย เน้นการบูรณาการให้เข้ากับกิจกรรมที่เด็กสนใจและควรจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง
- 3) ด้านการวิจัย นำรูปแบบโปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเองร่วมกับการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการถูกข่มเหงรังแกในวัยรุ่นชายตอนต้นไปใช้กับกลุ่มวัยรุ่นชายแต่ละช่วงอายุ โดยปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับช่วงอายุ

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรเพิ่มระยะเวลาในโปรแกรมเป็นเวลา 6-8 สัปดาห์ และแบ่งเนื้อหาแต่ละด้านเพื่อให้เกิดความชัดเจนและเข้าใจง่าย เนื่องจากเนื้อหาการสอนแนวทางพฤติกรรมการป้องกันการถูกข่มเหงรังแกมีจำนวนมากและเป็นเนื้อหาที่สำคัญ

References

1. Somphong C. Child Watch: Bangkok Metropolitan Region (Bangkok Nakhon Pathom Nonthaburi Pathum Thani Samut Prakan Samut Sakhon). Bangkok: The Thailand Research Fund;2015. (in Thai).
2. Thai Health Recruitment Center. 5 protects 5 stops Reduce the problem. 2016. (cited 2018 April 16). Retrieved from <https://www.dmh.go.th/news-dm>.
3. Churairat P. Types of bullying and problem management of bullying among early adolescent at Bangkok Metropolitan. Program in Demography. Mahidol university. 2015:96-99. (in Thai)
4. Apinya Y, Weena T., Arporn P. Predictive factors for adolescent bullying behavior in the Bangkok metropolitan. Nursing Journal of The Ministry of Public Health 2016;(48):73-82. (in Thai).
5. Chutinart S, Alisa V. Prevalence of bullying and associated psychosocial factors among lower secondary school students in Muang, Chiangmai., Journal of the Psychiatric Association of Thailand 2014;(53):221-30. (in Thai).
6. Susan G. Williams, Jennifer Langhinrichsen-Rohling, Cory Wornell & Heather Finnegan. Adolescents Transitioning to High School: Sex Differences in Bullying Victimization Associated with Depressive Symptoms, Suicide Ideation, and Suicide Attempts Journal of School Nursing 2017;33(6):467-79.
7. Nahla Mansour Al Ai, Muntaha Gharaibeh & Mohammad Jaser Masadeh. Students' Perceptions of Characteristics of Victims and Perpetrators of Bullying in Public Schools in Jordan Nursing research. Journal Nursing Research 2017;66(1):40-8.
8. Srisawat, P. A Development of Bullying Prevention in School Model. Veridian E-Journal Silpakorn University 2018;11(1):3653-67. (in Thai).
9. Bandura A. Social Learning Theory. New Jersey: Prentice – Hall; 1977.
10. Constantinos M. Kokkinos, Nafsika Antoniadou, Angeliki Asdre & Kyriaki Voulgaridou. Parenting and Internet Behavior Predictors of Cyber-Bullying and Cyber-Victimization among Preadolescents. Journal Deviant behavior 2015;37(4):439-55.
11. Huang, Hui-Wen Chen, Jyu-Lin Wang, Ruey-Hsia. Factors associated with peer victimization among adolescents in Taiwan. Journal of Nursing Research 2018;26(1):52-9.
12. Antti Karna, Todd D.Little, Marinus Voeten, Elisa Poskiparta, Anne Kaljonen, & Christina Salmivallr. A large-scale evaluation of the Kiva Antibullying Program: Grades 4-6. Journal of Child development. 2014;82(1):311-30.
13. Ersilia Menesini Christina Salmivalli. Bullying in schools: the state of knowledge and effective interventions. Journal Psychology, Health & Medicine 2017;22(1):242-53.
14. Constantinos M. Kokkinos, Nafsika Antoniadou, Angeliki Asdre Kyriaki Voulgaridou. Parenting and Internet Behavior Predictors of Cyber-Bullying and Cyber-Victimization among Preadolescents. Journal Deviant behavior 2015;37(4):439-55.

15. Fatma A, Sultan A. The effectiveness of assertiveness training for school-aged children on bullying and assertiveness level. *Journal of Pediatric Nursing* 2016;(36):186-90.
16. Meline M. Kevorkian, Albert Rodriguez, Matthew P. Earnhardt, Tom D. Kennedy, Robin D'Antona, Ashley G. Russom & Jia Borrer. Bullying in Elementary Schools. *Journal of Child & Adolescent Trauma*. 2016;9(4):267-76.

บทความวิจัย

ผลของการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ผ่านสื่อสังคมต่อพฤติกรรม
การรับประทานอาหารและกิจกรรมทางกายในสตรีตั้งครรภ์Effect of Using Education Program via Social Media
on Dietary Behavior and Physical Activity among Pregnancy Women

Received: Jul 18, 2019

Revised: Aug 26, 2019

Accepted: Aug 30 2019

ภัทรา สุวรรณโท พย.ม. (Pattru Suwannato, M.N.S.)¹ปิยนุช ชูโต ปร.ด. (Piyanut Xuto, Ph.D.)²บังอร ศุภวิทิตพัฒนา ปร.ด. (Bungorn Supavititpatana, Ph.D.)³

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบไม่สมมาตร 2 กลุ่ม วัดก่อน ระหว่างและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์ เพื่อ 1) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารและกิจกรรมทางกายในสัปดาห์ที่ 9 ของการวิจัย ระหว่างสตรีตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ผ่านสื่อสังคม (กลุ่มทดลอง) กับสตรีตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับการพยาบาล ตามปกติ (กลุ่มควบคุม) และ 2) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารและกิจกรรมทางกาย ในสัปดาห์ที่ 1, 5 และ 9 ของการวิจัย ในกลุ่มทดลองกลุ่มตัวอย่างคือ สตรีครรภ์แรก อายุในช่วง 20-34 ปี มีดัชนีมวลกายก่อน การตั้งครรภ์อยู่ในระดับปกติ (18.5-24.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร) ร่วมกับการมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเกินเกณฑ์มาตรฐานของ สถาบันแพทยอเมริกัน¹ ในสัปดาห์ที่ 18-20 ที่มารับบริการในหน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลราชวิถี จังหวัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 44 ราย คัดเลือกเป็นกลุ่มทดลอง 22 ราย และกลุ่มควบคุม 22 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรม การให้ความรู้ผ่านสื่อสังคม ซึ่งประกอบด้วย คู่มือการรับประทานอาหาร และการมีกิจกรรมทางกายในระยะตั้งครรภ์และ ชุดข้อความการรับประทานอาหารและกิจกรรมทางกายในขณะตั้งครรภ์ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นผ่านการตรวจสอบความตรงเชิง เนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 4 ท่าน 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 3) แบบสอบถามการบริโภคอาหารและกิจกรรม ทางกายขณะตั้งครรภ์ และ 4) แบบบันทึกคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารและกิจกรรมทางกาย วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติพรรณนา สถิติวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มอิสระต่อกัน และสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว แบบมีการวัดซ้ำ ผลการศึกษาพบว่า

1. ค่าเฉลี่ยในสัปดาห์ที่ 9 ของคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารและกิจกรรมทางกายในกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$)
2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารและกิจกรรมทางกายในสัปดาห์ที่ 9 ของกลุ่มทดลองมากกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) และค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารและกิจกรรม ทางกายในสัปดาห์ที่ 1, 5 และ 9 ของการวิจัยในกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนในสัปดาห์ที่ 9 มากกว่าสัปดาห์ที่ 5 และ 1 และค่าเฉลี่ยของคะแนนในสัปดาห์ที่ 5 มากกว่าสัปดาห์ ที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$)

คำสำคัญ: พฤติกรรมการรับประทานอาหารในขณะตั้งครรภ์, กิจกรรมทางกายในขณะตั้งครรภ์, โปรแกรมการให้ ความรู้ผ่านสื่อสังคม

ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

¹พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการผดุงครรภ์) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ E-mail: minksuwannato@gmail.com

²Corresponding author, รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ E-mail: piyanut.x@cmu.ac.th

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ E-mail: bungorn.s@cmu.ac.th

Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand.

Abstract

This study was a pseudo-randomized controlled trial using multiple time series design with measurement before, during, and after the trial. Research objectives were: 1) to compare the average levels of dietary behavior and physical activity in week 9 among pregnant women in the intervention group and the control group; and 2) to compare the average levels of dietary behavior and physical activity in weeks 1, 5 and 9 among pregnant women in the intervention group (education program via social media). The sample comprised 44 pregnant women (20 to 34 years of age, with normal pre-pregnant BMI (18.5-24.9 kg/m²) and greater gestational weight gain than recommended at 18 to 20 weeks; all received pregnancy care at Rajavithi Hospital. Instruments were: (1) the education program via social media including a set of messages along with a dietary behavior and physical activity manual for pregnant women; (2) Data Record Form; (3) a set of Dietary Behavior and Physical Activity questionnaires during pregnancy. Data were analyzed using descriptive statistics, one-way repeated ANOVA, and independent t-test.

Results of the study were as follows:

1. The average scores of the intervention group on dietary behavior and physical activity were significantly higher than the control group ($p<.001$).
2. At week 9, the dietary behavior and physical activity average scores of the intervention group were statistically significantly higher than the control group ($p<.001$).
3. At week 1, 5 and 9 the dietary behavior and physical activity average scores of the intervention group were statistically significantly different ($p<.001$).
4. The average scores at week 9 were greater than week 5 and week 1 respectively ($p<.001$); and the average scores at week 5 were higher than week 1 ($p<.001$).

Keywords: dietary behavior during pregnancy, physical activity during pregnancy, education program via social media.

บทนำ

การตั้งครรภ์ทำให้สตรีมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การเปลี่ยนแปลงที่เห็นชัดที่สุดคือ การเปลี่ยนแปลงทางกายวิภาค ได้แก่ น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นผลมาจากผลของการตั้งครรภ์ ประเทศไทยได้ใช้เกณฑ์การพิจารณาน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นของสตรีในขณะตั้งครรภ์ตามมาตรฐานของสถาบันแพทยอเมริกัน¹ ที่กล่าวว่าในขณะตั้งครรภ์สตรีที่มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์น้อยกว่าปกติ ควร

มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นทั้งหมด 12.5-18 กิโลกรัม สำหรับสตรีกลุ่มที่มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ปกติ ควรมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น 11.5-16 กิโลกรัม สำหรับสตรีกลุ่มที่มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์อยู่ในภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์ ควรมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น 7-11.5 กิโลกรัม และในสตรีกลุ่มที่มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์อยู่ในภาวะอ้วน ควรมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น 5-9 กิโลกรัม ซึ่งลักษณะการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวในสตรีขณะตั้งครรภ์นั้น จะมีลักษณะเป็นรูปตัวเจ (J shape) กล่าวคือ น้ำหนักจะ

ค่อย ๆ เพิ่ม และเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในไตรมาสที่สอง และไตรมาสที่สาม โดยในไตรมาสที่สองจะมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นมากที่สุด² เป็นเพราะทารกอยู่ในช่วงที่กำลังเจริญเติบโต สตรีตั้งครรภ์หายจากอาการแพ้ท้อง และเริ่มรับประทานอาหารได้มากขึ้น แต่หากสตรีตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เหมาะสม จะทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเกินเกณฑ์มาตรฐานได้ และเมื่อเข้าสู่ไตรมาสที่สามก็จะทำให้ไม่สามารถควบคุมน้ำหนักตัวให้เพิ่มขึ้นตามเกณฑ์มาตรฐานได้ ซึ่งการที่สตรีตั้งครรภ์มีน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นเกินเกณฑ์มาตรฐานนั้น จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งต่อสตรีตั้งครรภ์และทารก ทั้งในระยะตั้งครรภ์คลอด และหลังคลอดได้^{3,4} ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในระยะตั้งครรภ์ ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์⁵ และโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ สำหรับผลต่อทารก คือ ทารกมีขนาดตัวโต³ ซึ่งส่งผลให้ในระยะคลอดต้องได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง⁶ หรืออาจเกิดภาวะทารกตายคลอดได้⁷ และเมื่อเข้าสู่ระยะหลังคลอดอาจจะมีผลต่อน้ำหนักตัวคงค้างหลังคลอด⁸ มากกว่า 2 กิโลกรัมใน 18 เดือน⁹ ส่งผลให้เกิดภาวะอ้วนหลังคลอด และทำให้มีดัชนีมวลกายมากกว่าปกติเมื่อมีการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป

น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นของสตรีในขณะตั้งครรภ์เป็นผลมาจากปัจจัยหลัก 3 ประการ คือ 1) ปัจจัยทางชีวภาพ ได้แก่ ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ อายุของสตรีตั้งครรภ์ตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป และสตรีที่ตั้งครรภ์มากกว่า 3 ครั้ง มีโอกาสเกิดภาวะอ้วนในขณะตั้งครรภ์ได้มากขึ้น¹⁰ 2) ปัจจัยทางสังคม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งในเรื่องการรับประทานอาหารและการมีกิจกรรมทางกาย รวมถึงการดูแลตนเองในขณะตั้งครรภ์จากบุคลากรทางการแพทย์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวในสตรีตั้งครรภ์¹¹ และรายได้ของครอบครัว หากมีรายได้ในครอบครัวเพียงพอจะทำให้สตรีตั้งครรภ์สามารถซื้ออาหารที่มีคุณภาพมารับประทานได้ตามคำแนะนำ¹² และ 3) ปัจจัยด้านพฤติกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหารและการมีกิจกรรมทางกาย ซึ่งพบว่าการสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวในระยะตั้งครรภ์¹³

จากการศึกษาข้างต้นพบว่า มีหลายปัจจัยที่ทำให้สตรีและทารกในครรภ์มีสุขภาพที่ดีและทำให้สตรีตั้งครรภ์มี

น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นตามเกณฑ์มาตรฐาน แต่มีการศึกษาที่พบว่า การรับประทานอาหารและการมีกิจกรรมทางกายมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวในขณะตั้งครรภ์¹³ สตรีตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเกินเกณฑ์มาตรฐานเป็นผลมาจากพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ส่วนใหญ่รับประทานผักน้อย และเลือกรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง¹⁴ รับประทานอาหารที่มีไขมันสูงร้อยละ 82.60 และรับประทานของหวาน ร้อยละ 71.20 ชอบดื่มชาและกาแฟร้อยละ 27.20¹⁵ ในด้านการมีกิจกรรมทางกายพบว่าสตรีตั้งครรภ์มีพฤติกรรมรายด้านของการออกกำลังกายอยู่ในระดับไม่ดี¹⁶ ร้อยละ 57.64 ไม่ได้ออกกำลังกายในขณะตั้งครรภ์¹⁷ สตรีตั้งครรภ์กลุ่มที่มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานมีคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารและกิจกรรมทางกายน้อยกว่าสตรีกลุ่มที่มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นตามเกณฑ์มาตรฐาน และการรับประทานอาหารสามารถทำนายน้ำหนักตัวในขณะตั้งครรภ์ได้¹⁸ จึงสามารถสรุปได้ว่า การรับประทานอาหารและการมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้สตรีและทารกในครรภ์มีสุขภาพที่ดีและทำให้สตรีมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นตามเกณฑ์

การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและกิจกรรมทางกาย มีวิธีการที่หลากหลาย เช่น การสอน การดูวิดีโอ การให้เอกสารหรือคู่มือ รวมไปถึงการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมหรือการให้ความรู้ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ เช่น เฟซบุ๊ก ไลน์ ทวิตเตอร์ อินสตาแกรม เป็นต้น ซึ่งเป็นการให้ความรู้ที่เหมาะสมกับสังคมในปัจจุบัน Coomes และคณะ¹⁹ ได้พัฒนาแนวคิด conceptual model of the communication functionality of short message service (SMS) ขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยกล่าวว่า การส่งข้อความที่ประกอบด้วยลักษณะดังต่อไปนี้ ได้แก่ 1) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพเรื่องใดเรื่องหนึ่งหรือหลายเรื่องพร้อมกัน (single or multicomponent) 2) ความถี่ของการส่งข้อความ (frequency) 3) ช่วงเวลาในการส่งข้อความ (timing) 4) ลักษณะของข้อมูลหรือข้อความ (tailoring) และ 5) การมีปฏิสัมพันธ์ของบุคคล (interactivity) ทำให้บุคคลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง (patient involvement) และรู้สึกถึงการสนับสนุนจากสังคม (social support) ส่งผลให้บุคคลมีการดูแลตนเองที่มี

คุณภาพ (health care quality) มีการรับประทานยาที่ถูกต้อง (medication adherence) มีการลดหรือหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง (risk behavior) และมีสุขภาพและสุขภาวะที่ดี (health & well being) ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้บุคคลเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี (clinical health outcome) และเมื่อนำแนวคิดดังกล่าวนี้มาปรับใช้กับสตรีตั้งครรภ์เพื่อมุ่งหวังให้สตรีตั้งครรภ์มีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี สตรีตั้งครรภ์จึงควรได้รับข้อความตามลักษณะดังกล่าวอย่างครอบคลุม เพื่อให้มีพฤติกรรมรับประทานอาหารและมีการมีกิจกรรมทางกายที่ถูกต้อง และอาจนำไปสู่การมีน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นตามเกณฑ์มาตรฐาน

ในปัจจุบันความก้าวหน้าของเทคโนโลยีและการสื่อสารมีความสำคัญ และเป็นที่ยอมรับอย่างมาก จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2561²⁰ พบว่าประชาชนใช้อินเทอร์เน็ตเพิ่มขึ้นมากถึงร้อยละ 60.80 ใช้งานอินเทอร์เน็ตผ่านทางโทรศัพท์มือถือร้อยละ 81.20 และใช้งานมากถึง 5-7 ชั่วโมงต่อวัน²¹ ในสตรีตั้งครรภ์ร้อยละ 98.00 มีโทรศัพท์มือถือร้อยละ 93.00 ใช้อินเทอร์เน็ตผ่านทางโทรศัพท์มือถือและมีการสื่อสารผ่านการส่งข้อความมากถึงร้อยละ 70.00²² จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการให้คำแนะนำข้อมูลด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะในสตรีตั้งครรภ์ซึ่งพบว่าสตรีตั้งครรภ์มีทัศนคติที่ดีต่อการส่งข้อความส่งเสริมสุขภาพผ่านข้อความทางโทรศัพท์มือถือหรืออินเทอร์เน็ต²³ ร้อยละ 96.00 ชอบและมีความพึงพอใจในข้อความที่ได้รับและพบว่าสตรีตั้งครรภ์มีการดูแลสุขภาพอย่างมีคุณภาพเพิ่มขึ้นตามคำแนะนำที่ได้รับจากข้อความนั้น ๆ²⁴ การส่งข้อความมีผลต่อการเปลี่ยนพฤติกรรมของสตรีตั้งครรภ์และช่วยลดการเกิดภาวะน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเกินเกณฑ์มาตรฐานในสตรีตั้งครรภ์ได้²⁵ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบว่า การใช้เทคโนโลยีในการส่งข้อความสามารถควบคุมน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นในสตรีตั้งครรภ์ได้²⁶

การดูแลสุขภาพในสถานบริการของรัฐส่วนใหญ่ พบว่าการให้คำแนะนำแก่สตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์จะเป็นเรื่อง การปฏิบัติตนทั่วไป ยังไม่มีการดูแลที่เฉพาะเจาะจงในการปรับพฤติกรรมรับประทานอาหารและการมีกิจกรรมทางกายให้เหมาะสม ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและการมีกิจกรรมทางกาย เพื่อให้

สตรีตั้งครรภ์มีพฤติกรรมรับประทานอาหารและมีการมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมและมีน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นตามเกณฑ์มาตรฐาน โดยการมอบคู่มือการรับประทานอาหารและ กิจกรรมทางกายในขณะตั้งครรภ์ ร่วมกับการส่งข้อความเกี่ยวกับพฤติกรรมรับประทานอาหารและการมีกิจกรรมทางกายที่ถูกต้องในขณะตั้งครรภ์ผ่านไลน์ แอปพลิเคชัน เนื่องจากเป็นแอปพลิเคชันที่มีผู้ใช้งานมากถึงร้อยละ 94.10²⁷ ภายใต้กรอบแนวคิด conceptual model of the communication functionality of short message service (SMS) ของ Coomes และคณะ¹⁹ เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์มีพฤติกรรมรับประทานอาหารและกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม และมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน อีกทั้งยังช่วยลดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดตามมา

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การรับประทานอาหารและการมีกิจกรรมทางกายมีความสำคัญกับสตรีตั้งครรภ์เป็นอย่างมาก เนื่องจากเป็นจุดเริ่มต้นของการมีน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นเกินเกณฑ์และนำไปสู่การเกิดผลกระทบทั้งในระยะสั้นและระยะยาวต่อตัวสตรีและทารกในครรภ์ การศึกษานี้ผู้วิจัยเลือกใช้การให้ความรู้จากคู่มือการรับประทานอาหารในขณะตั้งครรภ์และคู่มือการมีกิจกรรมทางกายในขณะตั้งครรภ์ ร่วมกับการให้ความรู้ผ่านการส่งข้อความทางไลน์ แอปพลิเคชัน กระตุ้นให้สตรีตั้งครรภ์สามารถเลือกรับประทานอาหารและมีการมีกิจกรรมทางกายได้อย่างถูกต้อง โดยใช้กรอบแนวคิดของ Coomes และคณะ¹⁹ ที่พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งกล่าวว่า การส่งข้อความโดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ เรื่องใดเรื่องหนึ่งหรือหลายเรื่องพร้อมกัน (single or multicomponent) การมีปฏิสัมพันธ์ของสตรีตั้งครรภ์ (interactivity) โดยการโต้ตอบผ่านข้อความ ความถี่ของการส่งข้อความ (frequency) ช่วงเวลาในการส่งข้อความ (timing) และลักษณะของข้อความ (tailoring) จะไปกระตุ้นให้สตรีตั้งครรภ์ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเอง ทำให้สตรีตั้งครรภ์เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง (patient involvement) และสตรีตั้งครรภ์ยังรู้สึกว่าได้รับการสนับสนุนจากสังคม (social support) ซึ่งทำให้สตรีตั้งครรภ์มีการดูแลสุขภาพตนเองที่มีคุณภาพ (health care quality)

คือมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารและกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม สิ่งเหล่านี้นำไปสู่การเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี (clinical health outcome) ทั้งต่อสตรีและทารกในครรภ์

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรม การรับประทานอาหารและกิจกรรมทางกายในสัปดาห์ที่ 9 ของการวิจัย ระหว่างสตรีตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการ ให้ความรู้ผ่านสื่อสังคมกับสตรีตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับการ พยาบาลตามปกติ

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรม การรับประทานอาหารและกิจกรรมทางกายในสัปดาห์ที่ 1, 5 และ 9 ของการวิจัย ในสตรีตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการ ให้ความรู้ผ่านสื่อสังคม

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารและกิจกรรมทางกายในสัปดาห์ที่ 9 ของการวิจัย ใน สตรีตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ผ่านสื่อสังคม สูงกว่าสตรีตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารและกิจกรรมทางกายในสัปดาห์ที่ 1, 5 และ 9 ของการ วิจัย ในสตรีตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ผ่าน สื่อสังคม มีความแตกต่างกัน

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบ ไม่สมมาตร (pseudo-randomized controlled research design) แบบ 2 กลุ่ม วัดก่อน ระหว่างและหลังการทดลอง ตามระยะเวลาการนัดมาตรวจครรภ์ตามทุกสัปดาห์ นั่นคือ ทุก 4 สัปดาห์ เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรม การรับประทานอาหารและกิจกรรมทางกายระหว่างสตรี ตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ผ่านสื่อสังคมร่วม กับการได้รับการพยาบาลตามปกติ (กลุ่มทดลอง) กับสตรี ตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (กลุ่มควบคุม)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นสตรีตั้งครรภ์ ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่หน่วยฝากครรภ์ในโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีตั้งครรภ์แรก อายุในช่วง 20-34 ปี ที่มารับบริการที่หน่วยฝากครรภ์โรงพยาบาลราชวิถี มีดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์อยู่ในระดับปกติ (18.5-24.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร) ใช้วิธีการสุ่มเข้ากลุ่มโดยใช้การสุ่ม แบบสุ่มวัน (allocation by days of the week) เป็น วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งผู้วิจัยได้ทำฉลากไว้ 2 อัน คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม และทำการจับฉลาก ในตอน เช้าก่อนไปพบสตรีตั้งครรภ์ทุกวัน ถ้าจับได้กลุ่มทดลองแสดง ว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้ามา ในวันนั้นเป็นกลุ่มทดลองทั้งหมด เพื่อป้องกันการปนเปื้อน ของกลุ่มตัวอย่าง จนครบตามจำนวน โดยมีเกณฑ์ในการ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) อายุครรภ์ 18-20 สัปดาห์ ร่วม กับมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเกินเกณฑ์มาตรฐานของสถาบันแพทย อเมริกัน 2) ตั้งครรภ์เดี่ยว 3) ไม่มีโรคแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ หรือทางอายุรศาสตร์ 4) มีโทรศัพท์มือถือ และมีไลน์ แอปพลิเคชัน 5) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ และ 6) ยินยอมให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้อำนาจการทดสอบ (power analysis) ที่ .80 กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ระดับ นัยสำคัญทางสถิติ (significant level) .05 กำหนดอิทธิพล การทดสอบขนาดกลาง (medium effect) ที่ .50 และนำมา เปิดตารางจึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 44 ราย²⁸ เนื่องจากที่ผ่าน มาไม่มีงานวิจัยที่คล้ายคลึงกับงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงกำหนด อิทธิพลการทดสอบจากค่ากลาง และการวิจัยในครั้งนี้ต้อง ติดตามผลในอนาคต (prospective study design) ผู้วิจัย จึงได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20.00 เพื่อป้องกันการ สูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างคือ กลุ่ม ควบคุม 26 ราย และกลุ่มทดลองที่ได้รับการส่งข้อความ ผ่านสื่อสังคม 26 ราย รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 52 ราย แต่ ปรากฏว่ากลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุก ขั้นตอน จึงถูกคัดออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยมีกลุ่ม ทดลอง 4 รายและกลุ่มควบคุม 4 ราย คิดเป็นกลุ่มละ 15.36

เปอร์เซ็นต์ ทำให้เหลือกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 22 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยมี 2 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 โปรแกรมการให้ความรู้ผ่านสื่อสังคม ประกอบด้วย

1. คู่มือการรับประทานอาหารในขณะตั้งครรภ์
2. คู่มือกิจกรรมทางกายในขณะตั้งครรภ์
3. ชุดข้อความเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและการมีกิจกรรมทางกายในขณะตั้งครรภ์

ส่วนที่ 2 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
2. แบบบันทึกคะแนนเฉลี่ยของการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกายขณะตั้งครรภ์
3. แบบสอบถามการบริโภคอาหารขณะตั้งครรภ์ ประกอบด้วยข้อคำถาม 28 ข้อ และแบบสอบถามกิจกรรมทางกายขณะตั้งครรภ์ ประกอบด้วยข้อคำถาม 16 ข้อ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของ Jantradee, Serisathien และ Phahuwatanakarn¹⁸

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity)

1. โปรแกรมการให้ความรู้ผ่านสื่อสังคม

1.1 คู่มือการรับประทานอาหารในขณะตั้งครรภ์ และชุดข้อความ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม โดย คู่มือการรับประทานอาหาร ประกอบด้วย การรับประทานอาหารที่มีคุณภาพ ข้อเสนอแนะในการรับประทานอาหาร และปริมาณอาหารที่แนะนำในแต่ละวัน และชุดข้อความการรับประทานอาหารในขณะตั้งครรภ์ เช่น “อาหารชนิดเดียวกัน ประจุต่างกันให้พลังงานต่างกัน เลือกทานแบบต้มหรือนึ่งแทนการผัดหรือทอดนะคะ เพื่อลดการได้รับพลังงานจากน้ำมันมากเกินไปคะ” เป็นต้น

1.2 คู่มือการมีกิจกรรมทางกายในขณะตั้งครรภ์และชุดข้อความ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม โดย คู่มือการมีกิจกรรมทางกายในขณะตั้งครรภ์ ประกอบด้วย กิจกรรมทางกาย ตัวอย่างกิจกรรมทางกายที่แนะนำ ข้อเสนอแนะและข้อห้ามในการปฏิบัติกิจกรรมทางกาย

และ ชุดข้อความการมีกิจกรรมทางกายในขณะตั้งครรภ์ เช่น “นั่งทำงานนาน ๆ ขยับตัว ลูกเดินบ้างนะคะ เพื่อให้ร่างกายได้ใช้พลังงานและเพิ่มการเผาผลาญคะ” เป็นต้น

คู่มือและชุดข้อความ นำไปตรวจความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการประจำหน่วยฝากครรภ์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลชำนาญการด้านโภชนาการ 2 ท่าน และอาจารย์คณะเทคนิคการแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการมีกิจกรรมทางกาย 1 ท่าน ผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษา ตรวจสอบและแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

1.3 แบบสอบถามการบริโภคอาหารขณะตั้งครรภ์และแบบสอบถามกิจกรรมทางกายขณะตั้งครรภ์ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของ Jantradee และคณะ ผู้วิจัยไม่ได้ดัดแปลงใดๆ จึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability)

แบบสอบถามการบริโภคอาหารขณะตั้งครรภ์และแบบสอบถามกิจกรรมทางกายขณะตั้งครรภ์ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของ Jantradee และคณะ¹⁸ ไปทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลราชวิถี จังหวัดกรุงเทพมหานคร แล้วนำผลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ความเชื่อมั่นที่ได้ .88 และ .93 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างการวิจัยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้รับอนุมัติ เอกสารเลขที่ 064/2018 และผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลราชวิถี เอกสารเลขที่ 137/2561 หลังจากนั้น ดำเนินการโดยทำหนังสือชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย วิธีดำเนินการ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และการขอใช้ข้อมูลจากสมุดฝากครรภ์ แนบกับแบบสอบถามที่มอบให้แก่กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงการเข้าร่วมวิจัย ในขณะเข้าร่วมโครงการวิจัยไม่พบสตรีตั้งครรภ์เกิดความไม่สบายใจ หรือเกิดความเครียดจากการตอบแบบสอบถาม คำตอบหรือข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบ

สอบถามของกลุ่มตัวอย่างถูกเก็บไว้เป็นความลับ ไม่ถูกเปิดเผยเป็นรายบุคคล การอภิปรายผลจะแสดงถึงภาพรวมของการวิจัยเท่านั้น และให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

วิธีการรวบรวมข้อมูล

ระยะเตรียมการ ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัย เมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว เข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลราชวิถี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล จากนั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยแนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายวัตถุประสงค์ประโยชน์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาที่คาดว่าจะใช้ในการเข้าร่วมการวิจัยและการตอบแบบสอบถาม อธิบายการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างเมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบรับยินดีให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ขั้นตอนการ

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยปฏิบัติดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 (อายุครรภ์ 18-20 สัปดาห์) และสัปดาห์ที่ 9 (อายุครรภ์ 26-28 สัปดาห์) ให้กลุ่มควบคุมทำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (เฉพาะสัปดาห์ที่ 1) และแบบสอบถามการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกายขณะตั้งครรภ์ บันทึกคะแนนที่ได้จากแบบสอบถาม กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ คือ การให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในระยตั้งครรภ์และการเตรียมตัวคลอดโดยการเปิดวิทัศน์ นัดหมายสตรีตั้งครรภ์อีกครั้งเมื่อสตรีมาฝากครรภ์ครั้งต่อไป เพื่อทำแบบสอบถามการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกายขณะตั้งครรภ์ในสัปดาห์ที่ 9 (อายุครรภ์ 26-28 สัปดาห์) ของการทำวิจัย และมอบคู่มือการรับประทานอาหารและการมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมในขณะตั้งครรภ์ให้กลุ่มควบคุมเพื่อรักษจริยธรรมในการทำวิจัย พร้อมทั้งกล่าวขอบคุณที่ให้ความร่วมมือ (สัปดาห์ที่ 9)

กลุ่มทดลอง

1. สัปดาห์ที่ 1 (อายุครรภ์ 18-20 สัปดาห์) ใช้เวลา 45 นาที ผู้วิจัยดำเนินการด้วยตนเอง ดังนี้

1.1 ชี้แจงรายละเอียดของกิจกรรม วัตถุประสงค์การทำกิจกรรมให้กลุ่มทดลองทราบ

1.2 ให้กลุ่มทดลองทำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกายขณะตั้งครรภ์ และบันทึกคะแนนที่ได้จากแบบสอบถาม

1.3 ให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมมารับประทานอาหารและการมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมในระยะตั้งครรภ์ ผ่านการสอนในห้องเรียน

1.4 ขอเพิ่มเพื่อนกับกลุ่มทดลองในไลน์ แอปพลิเคชัน เป็นรายบุคคล

1.5 ชี้แจงให้กลุ่มทดลองทราบว่าจะมีการส่งข้อความ ทุกวันจันทร์ และ พฤหัสบดี เวลา 10.00 น. ในสัปดาห์ที่ 2-4 และ 6 - 8 ของการวิจัยและกลุ่มทดลองสามารถสอบถามและปรึกษาเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและการมีกิจกรรมทางกายเป็นผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ผู้วิจัยจะตอบกลับภายใน 15 นาที

1.6 มอบคู่มือการรับประทานอาหารและการมีกิจกรรมทางกายในขณะตั้งครรภ์ให้กลุ่มทดลอง

1.7 เปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองสอบถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการส่งข้อความและการสอบถามหรือปรึกษาผ่านไลน์แอปพลิเคชัน

1.8 ทำการนัดหมายกลุ่มทดลองอีกครั้งเมื่อสตรีมาฝากครรภ์ครั้งต่อไป เพื่อทำแบบสอบถามการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกายขณะตั้งครรภ์อีกครั้งในสัปดาห์ที่ 5 (อายุครรภ์ 21-24 สัปดาห์) และ 9 (อายุครรภ์ 26-28 สัปดาห์) ของการทำวิจัย

2. สัปดาห์ที่ 2-4 (อายุครรภ์ 19-23 สัปดาห์) สัปดาห์ที่ 6-8 (อายุครรภ์ 23-27 สัปดาห์)

2.1 ส่งข้อความเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและการมีกิจกรรมทางกายในขณะตั้งครรภ์ให้กลุ่มทดลอง ทุกวันจันทร์ และพฤหัสบดี เวลา 10.00 น.

3. สัปดาห์ที่ 5 (อายุครรภ์ 22-24 สัปดาห์) และ

3.1 พบกลุ่มทดลองตามที่นัดหมาย ให้กลุ่มทดลองทำแบบสอบถามการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกายขณะตั้งครรภ์ และบันทึกคะแนนที่ได้จากแบบสอบถาม

3.2 พบกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมมารับประทานอาหารและการมีกิจกรรมทางกายไม่ถูกต้อง 6 ราย และมี

น้ำหนักเพิ่มขึ้นไม่เป็นไปตามเกณฑ์ 4 ราย ได้ให้ข้อมูลที่เหมาะสมกับกลุ่มทดลองในแต่ละรายเพิ่มเติม

3.3 ทำการนัดหมายสตรีตั้งครรภ์กลุ่มทดลองอีกครั้งเมื่อสตรีมาฝากครรภ์ครั้งต่อไปในสัปดาห์ที่ 9 (อายุครรภ์ 26-28 สัปดาห์) ของการทำวิจัย

4. สัปดาห์ที่ 9 (อายุครรภ์ 26-28 สัปดาห์)

4.1 พบกลุ่มทดลองตามที่นัดหมาย ให้กลุ่มทดลองทำแบบสอบถามการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกายขณะตั้งครรภ์ และบันทึกคะแนนที่ได้จากแบบสอบถาม

4.2 กล่าวสรุปการเข้าร่วมโปรแกรม พร้อมทั้งกล่าวขอบคุณกลุ่มทดลองที่ให้ความร่วมมือ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสถิติวิเคราะห์สำเร็จรูป โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ .05 ซึ่งมีขั้นตอนการวิเคราะห์ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และความเพียงพอของรายได้

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n=22)		กลุ่มทดลอง (n=22)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ (ปี) Range (Mean, SD.)	20-34 (24.82, 0.98)		20-34 (23.95, 0.73)		.486 ^u
20-25 ปี	15	68.18	16	72.72	
26-30 ปี	3	13.64	4	18.18	
อายุมากกว่า 30 ปี	4	18.18	2	9.09	
ระดับการศึกษา					.035 ⁿ
มัธยมศึกษาหรือต่ำกว่า	13	59.09	16	72.72	
อนุปริญญาหรือสูงกว่า	9	40.91	6	27.28	
อาชีพ					<.001 ⁿ
พนักงานบริษัท/รับราชการ	13	59.09	94	0.91	
รับจ้าง/ค้าขาย/แม่บ้าน	9	40.91	13	59.09	
รายได้ (บาท) Range (Mean, SD.)	น้อยกว่า 10,000 – มากกว่าหรือเท่ากับ 30,000 (20,477.27, 0.23)		น้อยกว่า 10,000 – มากกว่าหรือเท่ากับ 30,000 (18,886.36, 0.20)		.581 ^u
น้อยกว่า 10,000 บาท	5	22.72	4	18.18	
10,000-19,999 บาท	6	27.28	10	45.46	
20,000-29,999 บาท	6	27.28	5	22.72	
มากกว่าหรือเท่ากับ 30,000 บาท	5	22.72	3	13.64	
ความเพียงพอของรายได้					.001 ⁿ
เพียงพอ	18	81.81	15	68.18	
ไม่เพียงพอ	4	18.19	7	31.82	

หมายเหตุ ก = Chi-square test, ข = Independent t-test

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารในสัปดาห์ที่ 1 และ 9

คะแนนพฤติกรรม	กลุ่มควบคุม (n=22)		กลุ่มทดลอง (n=22)		t-test	p-value
	Mean	SD.	Mean	SD.		
ก่อนการทดลอง (wk1)	76.82	4.54	76.64	4.54	.13	.89
หลังการทดลอง (wk9)	77.86	4.89	96.41	4.93	-12.51	<.001

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนกิจกรรมทางกายในสัปดาห์ที่ 1 และ 9

คะแนนกิจกรรมทางกาย	กลุ่มควบคุม (n=22)		กลุ่มทดลอง (n=22)		t-test	p-value
	Mean	SD.	Mean	SD.		
ก่อนการทดลอง (wk1)	43.82	2.59	43.14	2.10	.958	.343
หลังการทดลอง (wk9)	44.18	4.41	55.55	1.33	-11.56	<.001

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารและกิจกรรมทางกายในสัปดาห์ที่ 1, 5 และ 9 ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ผ่านสื่อสังคม (n=22)

ตัวแปร	Week 1	Week 5	Week 9	F	p-value
	Mean (SD.)	Mean (SD.)	Mean (SD.)		
พฤติกรรมการ					
รับประทานอาหาร	76.64 (4.54)	86.14(3.34)	96.41(4.93)	99.52	<.001
กิจกรรมทางกาย	43.14(2.10)	49.23(2.38)	55.55(1.33)	205.27	<.001

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารและกิจกรรมทางกายในสัปดาห์ที่ 9 ของการวิจัย ระหว่างสตรีตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ผ่านสื่อสังคมกับสตรีตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ใช้สถิติทดสอบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มอิสระต่อกัน (Independent t-test)

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารและกิจกรรมทางกายในสัปดาห์ที่ 1, 5 และ 9 ของการวิจัย ในสตรีตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ผ่านสื่อสังคม ใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนเมื่อมีการวัดซ้ำ (Repeated-One Way ANOVA)

ผลการวิจัย

1. ค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการรับประทานอาหารและกิจกรรมทางกายในสัปดาห์ที่ 9 ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 2 และ 3

2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารและกิจกรรมทางกายในสัปดาห์ที่ 9 ของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารและกิจกรรมทางกายในสัปดาห์ที่ 1, 5 และ 9 ของการวิจัยในกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนในสัปดาห์ที่ 9 มากกว่าสัปดาห์ที่ 5 และ 1 และค่าเฉลี่ยของคะแนนในสัปดาห์ที่ 5 มากกว่าสัปดาห์ที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 4

กลุ่มควบคุม มีอายุระหว่าง 20-34 ปี อายุเฉลี่ย 24.82 ปี (SD. =.98) ร้อยละ 59.09 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือต่ำกว่า ร้อยละ 59.09 มีอาชีพเป็นพนักงานบริษัท/รับราชการ ร้อยละ 27.28 มีรายได้ครอบครัว ระหว่าง 20,000-29,999 บาท ร้อยละ 81.81 มีความเพียงพอของรายได้

กลุ่มทดลอง มีอายุระหว่าง 20-34 ปี อายุเฉลี่ย 23.95 ปี (SD. =.73) ร้อยละ 72.72 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือต่ำกว่า ร้อยละ 72.72 มีอาชีพเป็นพนักงานบริษัท/รับราชการ ร้อยละ 45.46 มีรายได้ครอบครัว ระหว่าง 10,000-19,999 บาท ร้อยละ 68.18 มีความเพียงพอของรายได้

ดังแสดงในตารางที่ 1

จากตารางที่ 2 พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการรับประทานอาหารในสัปดาห์ที่ 9 ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนในสัปดาห์ที่ 9 มากกว่าสัปดาห์ที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

จากตารางที่ 3 พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของกิจกรรมทางกายในสัปดาห์ที่ 9 ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนในสัปดาห์ที่ 9 มากกว่าสัปดาห์ที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

จากตารางที่ 4 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารและกิจกรรมทางกายในช่วงของการทดลองเพิ่มขึ้น โดยพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารและกิจกรรมทางกายในสัปดาห์ที่ 9 มากกว่าสัปดาห์ที่ 5 และ 1 ของการวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ผ่านสื่อสังคมต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารและกิจกรรมทางกายในสตรีตั้งครรภ์ สามารถอภิปรายผลการศึกษาตามสมมติฐานของการวิจัยที่ตั้งไว้ ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารและกิจกรรมทางกายในสตรีตั้งครรภ์กลุ่มทดลองในสัปดาห์ที่ 9 สูงกว่าสตรีตั้งครรภ์กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

แสดงให้เห็นว่าการส่งข้อความเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารและกิจกรรมทางกาย ตามคู่มือการรับประทานอาหารและกิจกรรมทางกายขณะตั้งครรภ์ มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารและกิจกรรมทางกายของสตรีตั้งครรภ์ ดังแนวคิดของ Coomes และคณะ¹⁹ ดังการศึกษาของ Jess²⁹ ที่ศึกษาอิทธิพลของพฤติกรรมสุขภาพต่อการส่งข้อความ พบว่าการส่งข้อความเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ และจากการศึกษาของ Su, Yuan, Zhou, Heitner, และ Campbell³⁰ ที่ศึกษาผลของการให้โปรแกรมความรู้ผ่าน

การส่งข้อความต่อสุขภาพของมารดาและทารกในประเทศจีนพบว่า มารดาที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพผ่านการส่งข้อความมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีกว่ามารดาที่ไม่ได้รับโปรแกรมและทำให้อัตราการตายของมารดาและทารกลดลงมากกว่ามารดาในกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม

2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารและกิจกรรมทางกายในสัปดาห์ที่ 1 5 และ 9 ของการวิจัย ในสตรีตั้งครรภ์กลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยค่าคะแนนเฉลี่ยในสัปดาห์ที่ 9 มากกว่าสัปดาห์ที่ 5 และ 1 และค่าคะแนนเฉลี่ยในสัปดาห์ที่ 5 มากกว่าสัปดาห์ที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าการส่งข้อความตามคู่มือการรับประทานอาหารและกิจกรรมทางกายในขณะตั้งครรภ์ติดต่อกันเป็นเวลาหลายสัปดาห์ โดยมีความถี่ของการส่งข้อความที่สม่ำเสมอ ช่วงเวลาที่ส่งข้อความและลักษณะของข้อความที่มีความเกี่ยวเนื่องเกี่ยวพันกับกลุ่มตัวอย่าง มีผลทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารและกิจกรรมทางกายที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากข้อความที่สตรีตั้งครรภ์ได้รับในแต่ละครั้งไปกระตุ้นให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความตระหนักและเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารและกิจกรรมทางกายที่ถูกต้องมากขึ้น ยิ่งได้รับข้อความหลายครั้งติดต่อกันสตรีตั้งครรภ์ยิ่งเกิดแรงจูงใจที่จะมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารและกิจกรรมทางกายที่ถูกต้องและดีขึ้นมากตามไปด้วย ทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดการเข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิบัติพฤติกรรม นำไปสู่การมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารและกิจกรรมทางกายที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ดังการศึกษาของ Lau และคณะ³¹ ที่ศึกษาการส่งเสริมสุขภาพผ่านการส่งข้อความในสตรีตั้งครรภ์ พบว่าการส่งข้อความติดต่อกันหลายครั้งทำให้สตรีตั้งครรภ์มีการรับรู้ถึงประโยชน์ในการดูแลสุขภาพและมีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มขึ้น และมีการศึกษาของ Lau, Pitkethly, Leung และ Wang³² ที่ศึกษาผลของการส่งข้อความต่อกิจกรรมทางกายของวัยรุ่นจีน ซึ่งพบว่าการส่งข้อความเกี่ยวกับการมีกิจกรรมทางกายอย่างต่อเนื่องมีผลต่อการมีกิจกรรมทางกาย

ที่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ Ernsting และคณะ²⁷ ที่ศึกษาเกี่ยวกับการใช้สมาร์ตโฟนและแอปพลิเคชันสุขภาพในการเปลี่ยนแปลงและจัดการกับพฤติกรรมสุขภาพในประชาชนประเทศเยอรมัน พบว่า การใช้สมาร์ตโฟนและแอปพลิเคชันสุขภาพทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจและมีการจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพทั้งด้านการมีกิจกรรมทางกาย การรับประทานอาหารรวมถึงการลดน้ำหนักตัว ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการส่งข้อความเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพที่ต่อเนื่องติดต่อกัน นอกจากจะทำให้บุคคลมีความรู้ที่เพิ่มขึ้นแล้ว ยังส่งผลให้บุคคลเกิดความตระหนักเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเพิ่มมากขึ้น นำไปสู่แรงจูงใจที่จะทำให้เกิดการปฏิบัติ และเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้น ๆ เพิ่มขึ้นด้วย

ดังนั้นการให้ความรู้ผ่านสื่อสังคมโดยการส่งข้อความผ่านไลน์แอปพลิเคชันจึงเป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารและกิจกรรมทางกายที่ไม่เหมาะสม ซึ่งจะนำไปสู่การมีภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับสตรีและทารกในครรภ์ ทั้งในระยะตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด ให้มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารและกิจกรรมทางกายที่ถูกต้องและเหมาะสม เพื่อนำไปสู่การมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นตามเกณฑ์มาตรฐานและลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลผดุงครรภ์ควรนำโปรแกรมการให้ความรู้ผ่านสื่อสังคมต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารและกิจกรรมทางกายในสตรีตั้งครรภ์ไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารและกิจกรรมทางกายที่ไม่เหมาะสม และในสตรีตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเกินเกณฑ์มาตรฐาน เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมและมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นตามเกณฑ์

2. ด้านการศึกษา ควรนำผลการวิจัยไปเผยแพร่แก่นักศึกษาพยาบาล และบุคลากรทางสุขภาพ เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการให้ความรู้ผ่านสื่อสังคมต่อพฤติกรรมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรศึกษาเปรียบเทียบผลของการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ผ่านสื่อสังคมต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารและกิจกรรมทางกายในสตรีตั้งครรภ์กลุ่มอื่น เช่น สตรีระยะหลังคลอด สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม เป็นต้น

2. ควรศึกษาเปรียบเทียบผลของการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ผ่านสื่อสังคมต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารและกิจกรรมทางกายในสตรีตั้งครรภ์ในรูปแบบของการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มชนิดมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial [RCT])

3. ควรศึกษาเปรียบเทียบผลของการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ผ่านสื่อสังคมต่อน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นในสตรีตั้งครรภ์และมีการติดตามน้ำหนักตัวเป็นระยะ

ข้อจำกัดของงานวิจัย

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการติดตามในระยะยาว ทำให้มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง และเนื่องจากการศึกษามีทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองทำให้อาจเกิดการปนเปื้อนระหว่างกลุ่มได้ แต่ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มในแต่ละวัน ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่มีโอกาสได้เจอกัน และนัดมาตรวจไม่ตรงกัน

References

1. Institute of Medicine. Weight gain during pregnancy: reexamining the guidelines. Washington DC: The national academics press; 2009.
2. Walter JR, Perng W, Kleinman KP, Rifas SL, Rich JW, Oken E. Associations of trimester-specific gestational weight gain with maternal adiposity and systolic blood pressure at 3 and 7 years postpartum. AM J Obstet Gynecol 2015;212:499e1-12
3. Villamor E, Cnattingius S. Interpregnancy weight change and risk of adverse pregnancy outcomes: A population-base study. Lancet 2006;368:1164-70.
4. Nohr AE, Vaeth M, Baker LJ, Sorensen IT, Olsen J, Rasmussen MK. Combined associations of prepregnancy body mass index and gestational weight gain with the outcome of pregnancy. The American Journal Clinical Nutrition 2008;87:1750-9.
5. Kiel DW, Dodson EA, Artal R, Boehmer TK, Leet TL. Gestational weight gain and pregnancy outcomes in obese women. Obstetrics and Gynaecology 2007;110(4): 752-8.
6. Li N, Liu E, Guo J, Pan J, Li B, Wang P, et al. Maternal prepregnancy body mass index and gestational weight gain on pregnancy outcomes. Plos one 2013 8(12):1-7.
7. Siega-Riz MA, Deierlein A, Stuebe A. Implementation of the new institute of medicine gestational weight gain guidelines. Journal of midwifery & woman's health 2010;55(6):512-9.
8. Nehring I, Schmoll S, Beyerlein A, Hauner H, Kries VR. Gestational weight gain and long-term postpartum weight retention: a meta-analysis. American Society for Nutrition. 2011;94(5):1225-31.
9. Haugen M, Brantsaeter AL, Winkvist A, Lissner L, Alexander J, Oftedal B, et al. Associations of pre-pregnancy body mass index and gestational weight gain with pregnancy outcome and postpartum weight retention: A prospective observational cohort study. Biomed central Pregnancy and Childbirth 2014;14(201):1-11

10. Srikasem T. Effects of pregnant weight on pregnancy outcomes. *Buddhachinaraj Medical Journal* 2011;28(2):191-9. (in Thai)
11. Cogswell ME, Scanlon KS, Fein SB, Schieve LA. Medically advised, mother's personal target, and actual weight gain during pregnancy. *Obstetrics and Gynaecology* 1999;94(4):616-22.
12. Danpradit P, Kittichotpanich B. The factors influence on weight gain of pregnant women who attended antenatal care clinic at government hospitals in Bangkok. *Vajira Medical Journal* 2003;47(3):117-87. (in Thai)
13. Harris ST, Liu J, Wilcox S, Moran R, Gallagher A. Exercise during pregnancy and its association with gestational weight gain. *Maternal and Child Health Journal* 2014;19(3): 528-37.
14. Shin D, Bianchi L, Chung H, Weatherspoon L, Song OW. Is gestational Weight gain associated with diet quality during pregnancy. *Maternal Child Health Journal* 2014;18(1):1433-43
15. Sakunrad Ch. Food consumption behaviors in pregnancy. *Buddhachinaraj Medical Journal* 2012;29(1):180-9. (in Thai)
16. Santad S, Suntornmesatean S. Health promoting behavior among pregnant women. *Nursing Science Journal of Thailand* 2006;24(2):12-21.
17. Saksirinukul R, Piravej K. Study of patterns, attitudes, and the effects of exercise during pregnancy in Thai pregnant women. *Journal Thai Rehabil* 2003;12(3):106-12. (in Thai)
18. Jantradee B, Serisathien Y, Phahuwatanakorn W. Predictive Factors of gestational weight gain *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2016;15(2):339-47. (in Thai)
19. Coomes MC, Lewis AM, Uhring DJ, Furberg DR, Harris LJ, Bann MC. Beyond reminders: A conceptual framework for using short message service to promote prevention and improve healthcare quality and clinical outcomes for people living with HIV. *AIDS Care* 2012;24(3):348-57.
20. National Statistical office. Survey reading of population [Internet]. 2017 [cite 2019 Mar 20]. Available from: http://www.nso.go.th/sites/2014/DocLib13/ด้านICT/เทคโนโลยีครัวเรือน/2561/ict61_completereportQ4.pdf. (in Thai)
21. Electronic Transactions Development Agency. Thailand Internet User Profile 2015. [Internet]. Bangkok: Electronic Transactions Development Agency; 2016[cited 2018 Jan 9]. Available from: http://unctad.org/meetings/en/Contribution/dtl_eweek2016_ETDA_IUP_en.pdf
22. Munro S, Hui A, Salmons V, Solomon C, Gemmell E, Torabi N, et al. SmartMom text messaging for prenatal education: A qualitative focus group study to explore Canadian women's perceptions. *JMIR Public Health Surveill* 2017;3(1):1-7.
23. Soltani H, Furness PJ, Arden MA, Mcseveny K, Gerland C, Sustar H, Dearden A. Women's and midwives' perspectives on the design of a text messaging support for maternal obesity services: An exploratory study. *Journal of Obesity* 2012;2012(1):1-10.

24. Cormick G, Kim AN, Rodgers A, Gibbons L, Buekens MP, Belizan MJ, et al. Interest of pregnant women in the use of SMS (short message service) text messages for the improvement of perinatal and postnatal care. *Reproductive Health* 2012;9(9):1-7.
25. Pollak KI, Alexander SC, Bennett G, Lyna P, Coffman CC, Bilheimer A, et al. Weight-related SMS texts promoting appropriate pregnancy weight gain: A pilot study. *Patient Educ Couns* 2014;97: 256-60.
26. Herring SJ, Cruice JF, Benner GG, Rose MZ, Davey A, Foster GD. Preventing excessive gestational weight gain among African American women: A randomized clinical trial. *Obesity* 2016;24(1): 30-6.
27. Ernsting C, Dombrowski US, Oedekoven M, O'Sullivan LJ, Kanzler M, Kuhlmeier A, Gellert P. Using smartphones and health apps to change and manage health behaviors: A population-based survey. *Journal of Medical Internet Research* 2017;19(4): 101-12.
28. Gray JR, Grove SK, Sutherland S. Burns and Grove's the practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence. 8th ed. St. Louis: Elsevier; 2017.
29. Jesse H. Influencing health behaviors via short message service (SMS): evidence for best practices from Dar Es Salaam, Tanzania and Xi'an China [Internet]. 2016 [cited 18 Jan14]. Available from: <https://dash.harvard.edu/handle/1/27201737>
30. Su Y, Yuan C, Zhou Z, Heitner J, Campbell B. Impact of an SMS advice programme on maternal and newborn health in rural China: study protocol for a quasi randomised controlled trial. *British Medical Journal* 2016;6(8):1004-16.
31. Lua KY, Cassidy T, Hacking D, Brittain K, Jensen H, Haricharan J, Heap M. Antenatal health promotion via short message service at a Midwife Obstetrics Unit in South Africa: A mixed methods study. *Biomed central Pregnancy and Childbirth* 2014;14(284):1-8.
32. Lau WP, Pitkethly JK, Leung WB, Lua YE, Wang J. The intervention effect of SMS delivery on Chinese adolescent's physical activity. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2019;16(787):1-12.

บทความวิจัย

ภาวะสุขภาพทางกาย พฤติกรรมสุขภาพ และสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมของ
กลุ่มตัวอย่าง ชุมชนริมทางรถไฟมักกะสัน กรุงเทพมหานคร
The Physical Health, Health Behavior and Environmental Sanitation of
the Peoples in the Makkasan Community

Received: Mar 22, 2019
Revised: Jul 5, 2019
Accepted: Jul 12, 2019

จิราพร สุวะมาตย์ พย.ม. (Jiraporn Suvamat, M.S.N.)¹

มาลินี อยู่ใจเย็น พย.ม. (Malinee Youjaiyen, M.S.N.)²

ชาลินี หนูชูสุข พย.ม. (Chaline Nuchusuk, M.S.N.)³

ปิยะนาฏ ช่างเสียง วท.ม (Piyanat Changsieng, M.Sc.)⁴

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (survey research) เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพทางกาย พฤติกรรมสุขภาพ และสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมของกลุ่มตัวอย่างในชุมชนริมทางรถไฟมักกะสัน กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างคือหลังคาเรือนที่อาศัยในชุมชนริมทางรถไฟมักกะสันตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไปทั้งหมด 210 หลังคาเรือน ศึกษาสมาชิกทุกคนในหลังคาเรือนจำนวน 668 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างชุมชนริมทางรถไฟมักกะสัน ซึ่งข้อคำถามมีลักษณะทั้งแบบเลือกตอบและแบบปลายเปิด โดยถามข้อมูลของสมาชิกทุกคนในครอบครัว

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงร้อยละ 54.00 มีอายุอยู่ในช่วง 40-59 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 34.20) มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 50.90) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 42.90) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 99.00) ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด (ร้อยละ 43.70) ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ระหว่าง 10,001-15,000 บาทต่อเดือน และมีสิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 62.20)

ภาวะสุขภาพทางกายและพฤติกรรมสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างอายุต่ำกว่า 1 ปี มีภาวะการเจริญเติบโตสมส่วนและพัฒนาการสมวัย (ร้อยละ 100.00) อายุ 1-6 ปี มีภาวะการเจริญเติบโตต่ำกว่าเกณฑ์ (ร้อยละ 41.50) พัฒนาการสมวัย (ร้อยละ 100.0) กลุ่มอายุ 7-12 ปี มีภาวะการเจริญเติบโตต่ำกว่าเกณฑ์ (ร้อยละ 52.70) กลุ่มอายุ 13-19 ปี ไม่ออกกำลังกาย (ร้อยละ 57.90) สูบบุหรี่ (ร้อยละ 40.40) กลุ่มอายุ 20-39 ปี มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ (ร้อยละ 28.00) ไม่ออกกำลังกาย (ร้อยละ 76.80) กลุ่มอายุ 40-59 ปี มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ (ร้อยละ 63.90) เป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 10.90) และเป็นโรคเบาหวาน (ร้อยละ 4.3) ไม่ออกกำลังกาย (ร้อยละ 69.10) กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ (ร้อยละ 74.50) เป็นโรคเบาหวาน (ร้อยละ 17.8) และเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 16.70) ไม่ออกกำลังกาย (ร้อยละ 78.90) สูบบุหรี่ (ร้อยละ 13.30) ตีมีสุรา (ร้อยละ 6.70) ด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมส่วนใหญ่มีบ้านที่อยู่อาศัยคงทน (ร้อยละ 85.20) และถูกรบกวนจากมลพิษด้านกลิ่นเหม็นและน้ำเสีย (ร้อยละ 9.50)

¹Corresponding author พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ Email: Jiraporn.s@bcn.ac.th,

²พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ Email: 2malinee.y@bcn.ac.th

³พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ Email: chaline.n@bcn.ac.th

⁴พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี Email: piya8882@gmail.com

^{1,2,3}Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Thailand

⁴Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi, Thailand

ผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะให้จัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพรูปแบบต่าง ๆ ให้สอดคล้องกับภาวะสุขภาพ และปัญหาสุขภาพที่แท้จริงของกลุ่มตัวอย่างชุมชนริมทางรถไฟมกษณ ส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้มีความเหมาะสม ทั้งนี้ การจัดกิจกรรมต่าง ๆ ควรดำเนินการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

คำสำคัญ: ภาวะสุขภาพทางกาย, พฤติกรรมสุขภาพ, สุขภาพสิ่งแวดล้อม, ชุมชนเมือง

Abstract

This study aimed to assess physical health, health behavior, and environmental sanitation of the individuals in the Makkasan Community, Bangkok. Sample consisted of 210 households in the Makkasan community for over five years. The participants included 668 family members in the household. Data were collected using a set of questionnaires on health status, health behavior, and environmental sanitation, both selective answers and open-ended questions. Results showed that the about half of the samples were female (54.00%); most of them were 40-59 years (34.20%); being single (50.90%); attaining lower secondary education (42.90%); Buddhists (99.00%); employees (43.70%); monthly income at the amount of 10,001-15,000 baht; and eligible for universal health coverage (62.20%). Regarding physical health status and health behavior, results showed as the following. The participants under one year of age indicated appropriate development (100.00%). The 1-6 years of age group reported lower growth conditions (41.50%). The 7-12 years of age group indicated lower growth conditions (52.70%). The 13-19 years of age group reported smoking cigarettes (40.40%) and lack of exercise (57.90%). The 20-39 years of age group possessed a body mass index (BMI) over the threshold (28.00%) and lack of exercise (76.80%). The 40-59 years of age group reported BMI over the threshold (63.90%), hypertension (10.90%), diabetes (4.30%), and lack of exercise (69.10%). The 60-year-and-over age group reported BMI over the threshold (74.5%), diabetes (17.80%), hypertension (16.7%), lack of exercising (78.90%), smoking (13.30%), and drinking alcohol (6.70%). In term of environmental sanitation, most of the participants owned durable homes (85.20%), and being disturbed by foul odors and water pollution dyes (9.50%). These findings suggest that health promotion activities are in line with actual health conditions and health problems of the Makkasan Community. The participants should be encouraged to properly change their health behaviors. Hence, a variety of organized activities should proceed towards the participation of the community and relevant agencies.

Keywords: physical health status, health behavior, environmental sanitation, urban

บทนำ

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ (2550) ได้ให้ความสำคัญของสุขภาพไว้ว่า สุขภาพ หมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล¹ หากประชาชนมีภาวะสุขภาพที่ดี ย่อมส่งผลให้ดำเนินชีวิตได้อย่างเต็มศักยภาพ ซึ่งศักยภาพของประชาชนนี้มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาชาติ บ้านเมืองให้เจริญก้าวหน้าทันสังคมโลกที่เปลี่ยนแปลงไป โดยประชาชนทุกคนในประเทศ ต้องร่วมกันรับผิดชอบต่อสังคม ปฏิบัติหน้าที่ของตนเองอย่างเต็มความรู้ความสามารถ ดังจะเห็นในกรอบทิศทางแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560-2564 ได้ระบุกรอบปรัชญาและแนวคิดหลักในการพัฒนาสุขภาพประชาชนที่ยึดหลักปรัชญา “เศรษฐกิจพอเพียง” กับแนวคิด “สุขภาพพอเพียงและสุขภาวะ” โดย “คนเป็นศูนย์กลางการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วมและมีพื้นที่เป็นฐาน”² ดังนั้น ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ต้องได้รับการดูแลและพัฒนาการจัดการดูแลสุขภาพของประชาชนนั้น นอกจากยึดนโยบายเป็นหลักแล้ว การเลือกกิจกรรมภายใต้ข้อมูลด้านภาวะสุขภาพที่แท้จริงของแต่ละพื้นที่ย่อมส่งผลให้เกิดการแก้ไขปัญหาสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพได้ตรงตามสภาพจริงและเกิดความยั่งยืนได้ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องศึกษาภาวะสุขภาพที่แท้จริงของแต่ละพื้นที่ โดยชุมชนริมทางรถไฟมวกะสันเป็นชุมชนเมืองซึ่งประชากรที่มาอาศัยอยู่มีการย้ายถิ่นฐานจากชนบทสู่เมือง ส่วนใหญ่มีสิ่งแวดล้อมที่มนุษย์สร้างขึ้น ขาดความสมดุลในระบบนิเวศ การใช้ชีวิตต้องเร่งรีบแข่งขัน¹ ซึ่งส่งผลต่อภาวะสุขภาพ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบกลุ่มตัวอย่างในชุมชนเมืองมีภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม ได้แก่ มีภาวะอ้วน เป็นโรคความดันโลหิตสูง ไม่ออกกำลังกาย³ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่จำเป็นและสำคัญของชุมชนริมทางรถไฟมวกะสันทั้งด้านภาวะสุขภาพทางกาย พฤติกรรมสุขภาพ และสุขภาพสิ่งแวดล้อม ซึ่งอาจมีการเปลี่ยนแปลงตามสภาพการณ์ของแต่ละชุมชน การรวบรวมข้อมูลอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้ได้ข้อมูลใหม่ล่าสุดทันสมัย สามารถนำมาใช้ในการปรับปรุงแก้ไขปัญหาของชุมชนที่แท้จริงได้ ดังนั้น ในฐานะบุคลากรทางสุขภาพ คณะผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการศึกษาภาวะสุขภาพของกลุ่ม

ตัวอย่างในชุมชนริมทางรถไฟมวกะสัน เพื่อนำไปสู่การส่งเสริมสุขภาพและสร้างเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความตระหนักของชุมชนอย่างแท้จริงและมีความยั่งยืนในการแก้ไขปัญหาต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพทางกาย พฤติกรรมสุขภาพ และสุขภาพสิ่งแวดล้อมของสิ่งแวดล้อมของกลุ่มตัวอย่างในชุมชนริมทางรถไฟมวกะสัน กรุงเทพมหานคร

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพทางกาย พฤติกรรมสุขภาพ และสุขภาพสิ่งแวดล้อมของกลุ่มตัวอย่างในชุมชนริมทางรถไฟมวกะสัน เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร ระหว่างมีนาคม 2560 ถึงมีนาคม พ.ศ. 2561

ประชากร

ประชากรที่พำนักอาศัยในชุมชนริมทางรถไฟมวกะสัน ตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป จำนวน 300 หลังคาเรือน

กลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยเลือกหลังคาเรือนที่พำนักอาศัยอย่างถาวรในชุมชนริมทางรถไฟมวกะสันตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป ซึ่งศึกษาทุกหลังคาเรือน เป็นจำนวน 210 ครัวเรือน และสมาชิกทั้งหมดในครัวเรือนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 668 คน

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามภาวะสุขภาพทางกาย พฤติกรรมสุขภาพ และสุขภาพสิ่งแวดล้อมของกลุ่มตัวอย่างชุมชนริมทางรถไฟมวกะสัน ซึ่งข้อคำถามมีลักษณะทั้งแบบเลือกตอบและแบบปลายเปิด โดยถามข้อมูลของสมาชิกทุกคนในครอบครัว แบ่งคำถามเป็น 3 หมวด ดังนี้

หมวดที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว และสิทธิการรักษาเมื่อเจ็บป่วย

หมวดที่ 2 ภาวะสุขภาพทางกายและพฤติกรรมสุขภาพ จำแนกตามช่วงวัย ได้แก่

- คำถามถามเฉพาะสมาชิกครอบครัวที่มีอายุต่ำกว่า 1 ปี มีทั้งหมด 5 ข้อ (ตอบแบบสอบถามโดยผู้ปกครอง)
- คำถามถามเฉพาะสมาชิกครอบครัวที่มีอายุ 1-6 ปี มีทั้งหมด 3 ข้อ (ตอบแบบสอบถามโดยผู้ปกครอง)
- คำถามถามเฉพาะสมาชิกครอบครัวที่มีอายุ 7-12 ปี มีทั้งหมด 3 ข้อ (ตอบแบบสอบถามโดยผู้ปกครอง)
- คำถามถามเฉพาะสมาชิกครอบครัวที่มีอายุ 13 ถึง 19 ปี มีทั้งหมด 6 ข้อ
- คำถามถามเฉพาะสมาชิกครอบครัวที่มีอายุ 20 ถึง 39 ปี มีทั้งหมด 10 ข้อ
- คำถามถามเฉพาะสมาชิกครอบครัวที่มีอายุ 40 ถึง 59 ปี มีทั้งหมด 10 ข้อ
- คำถามถามเฉพาะสมาชิกครอบครัวที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีทั้งหมด 10 ข้อ

หมวดที่ 3 สุขภาพสิ่งแวดล้อม เป็นคำถามเกี่ยวกับลักษณะที่อยู่อาศัย ความคงทนถาวร การถูกรบกวนจากมลพิษด้านเสียง กลิ่น สารเคมี (ถามเป็นรายครอบครัว ตอบแบบสอบถามโดยหัวหน้าครอบครัว) มีทั้งหมด 7 ข้อ

แบบสอบถามผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยการหาความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน คือผู้เชี่ยวชาญด้านระเบียบวิธีการวิจัย จำนวน 2 คน และด้านสุขภาพชุมชน จำนวน 1 คน ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ความครอบคลุม และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ก่อนนำไปใช้ ผลการวิเคราะห์พบว่ามีความตรง (Validity) เท่ากับ 0.8 หลังจากนั้น ได้นำเครื่องมือไปทดลองกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ จำนวน 30 คน เพื่อวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ด้วย Cronbach's Alpha Coefficient ได้เท่ากับ 0.81 และการทดสอบความตรงเชิงประจักษ์ (Face validity) โดยนำแบบสอบถามไปให้กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งมีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างในชุมชนริมทางรถไฟมกษณ จำนวน 10 คน อ่านแบบสอบถามเพื่อพิจารณาความเหมาะสมของข้อคำถามและภาษาที่ใช้ และปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ดำเนินการวิจัยหลังจากได้รับการรับรอง

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกองเทพ เลขที่ 017/2559 ก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ และรายละเอียดของแบบสอบถามแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถบอกเลิกหรือถอนตัวจากงานวิจัยเมื่อใดก็ได้ ผู้วิจัยจะเปิดเผยข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยในภาพรวม เพื่อประโยชน์ในเชิงวิชาการเท่านั้น ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยอ่านเอกสารยินยอมตนให้เข้าใจ กรณีผู้เข้าร่วมวิจัยอายุต่ำกว่า 18 ปี ต้องได้รับการยินยอมจากผู้ปกครอง เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยซักถามข้อสงสัย และลงนามในเอกสารยินยอม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้มีผู้ช่วยวิจัย (อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน) จำนวน 5 คน ซึ่งได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์การวิจัยและแบบสอบถามเพื่อทำความเข้าใจตรงกันและผ่านการทดลองเก็บข้อมูลเพื่อประเมินความเข้าใจของผู้ช่วยวิจัย ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับผู้นำชุมชนริมทางรถไฟมกษณ และหลังคาเรือนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทำการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับการจากการวิจัย และเน้นว่าไม่มีการเปิดเผยชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามโดยใช้เวลาในการตอบ 20 นาที เมื่อเสร็จสิ้นให้ใส่แบบสอบถามไว้ในซองและส่งกลับคืนผู้วิจัยเพื่อไม่เป็นการเปิดเผยข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (frequency) หาค่าร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ในการศึกษาวิจัยนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างในชุมชนเป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.00 มีอายุอยู่ในช่วง 40-59 ปีมากที่สุด ร้อยละ 34.20 กลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่ง มีสถานภาพโสด ร้อยละ 50.90 ด้านระดับการศึกษาพบว่ามีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมากที่สุด ร้อยละ 42.90 ด้านการนับถือศาสนาเกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 99.00 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 43.70 มีรายได้อยู่ระหว่าง 10,001-15,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 28.90 กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 62.20

ส่วนที่ 2 ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างอายุต่ำกว่า 1 ปี

กลุ่มตัวอย่างอายุต่ำกว่า 1 ปี ทั้งหมดไม่มีโรคประจำตัว มีภาวะการเจริญเติบโตสมส่วน มีน้ำหนักทารกแรกเกิดมากกว่า 2,500 กรัม มีพัฒนาการสมวัย และมารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยุติครบ 6 เดือน และได้รับภูมิคุ้มกันโรคครบตามเกณฑ์ ร้อยละ 100.00

กลุ่มตัวอย่างอายุ 1-6 ปี

กลุ่มตัวอย่างอายุ 1-6 ปี มีโรคประจำตัวเป็นโรคหอบหืด ร้อยละ 2.40 มีภาวะการเจริญเติบโตต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 41.50 มีพัฒนาการสมวัยและได้รับภูมิคุ้มกันโรคครบตามเกณฑ์ ร้อยละ 100.00

กลุ่มตัวอย่างอายุ 7-12 ปี

กลุ่มตัวอย่างอายุ 7-12 ปี ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 100.00 มีภาวะการเจริญเติบโตต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 52.70 พัฒนาการสมวัยและได้รับภูมิคุ้มกันโรคครบตามเกณฑ์ ร้อยละ 100.00

กลุ่มตัวอย่างอายุ 13-19 ปี

กลุ่มตัวอย่างอายุ 13-19 ปี ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 100 มีค่าดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 61.50 ค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ ร้อยละ 3.50 ไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 57.90 มีพฤติกรรมมารับประทานอาหารรสเผ็ด ร้อยละ 50.90 รับประทานอาหารที่มีเครื่องหมาย ออ. อาหารที่ปรุงสุก และใช้ช้อนกลางล้างมือ ร้อยละ 100.00 สูบบุหรี่ ร้อยละ 40.40 และดื่มสุรา ร้อยละ 1.80

กลุ่มตัวอย่างอายุ 20-39 ปี

กลุ่มตัวอย่างอายุ 20-39 ปี ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 98.50 มีค่าดัชนีมวลกายตามเกณฑ์ ร้อยละ 54.50 มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ ร้อยละ 28.00 ไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 76.80 ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี ได้รับการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ร้อยละ 85.50 กลุ่มตัวอย่างหญิงอายุ 30-39 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ร้อยละ 58.30 และได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 56.20 มีพฤติกรรมมารับประทานอาหารรสเผ็ด ร้อยละ 53.60 ทั้งหมดรับประทานอาหารที่มีเครื่องหมาย ออ. อาหารที่ปรุงสุก เท่า ๆ กัน ร้อยละ 100.00 ใช้ช้อนกลางล้างมือ ร้อยละ 98.50 สูบบุหรี่ ร้อยละ 12.90 ดื่มสุรา ร้อยละ 5.20 และเข้า

ร่วมกิจกรรมทางศาสนา ร้อยละ 67.50

กลุ่มตัวอย่างอายุ 40-59 ปี

กลุ่มตัวอย่างอายุ 40-59 ปี ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 82.60 มีค่าดัชนีมวลกายเกิน ร้อยละ 63.90 มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 10.90 และเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 4.30 ไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 69.10 ส่วนใหญ่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 82.60 ได้รับการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ร้อยละ 86.50 กลุ่มตัวอย่างหญิง ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ร้อยละ 87.10 และได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 85.50 มีพฤติกรรมมารับประทานอาหารรสเผ็ด ร้อยละ 60.40 รับประทานอาหารที่มีเครื่องหมาย ออ. อาหารที่ปรุงสุก ร้อยละ 100.00 ดื่มสุรา ร้อยละ 10.00 และเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา ร้อยละ 79.60

กลุ่มตัวอย่างอายุ 60 ปีขึ้นไป

กลุ่มตัวอย่างอายุ 60 ปีขึ้นไป มีค่าดัชนีมวลกายเกิน เกณฑ์ ร้อยละ 74.50 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 65.50 มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 17.80 และเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 16.70 ไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 78.90 ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี ได้รับการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ร้อยละ 75.60 กลุ่มตัวอย่างหญิง ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ร้อยละ 82.10 และได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 87.50 มีพฤติกรรมมารับประทานอาหารรสเผ็ด ร้อยละ 53.30 รับประทานอาหารที่มีเครื่องหมาย ออ. และอาหารที่ปรุงสุก ร้อยละ 100.00 สูบบุหรี่ ร้อยละ 13.30 และดื่มสุรา ร้อยละ 6.700

ส่วนที่ 3 สุขภาพสิ่งแวดล้อม

ครัวเรือนในชุมชน ส่วนใหญ่มีบ้านที่อยู่อาศัยคงทน ร้อยละ 85.20 และถูกรบกวนจากมลพิษด้านกลิ่นเหม็นและน้ำเสียเท่า ๆ กัน คือ ร้อยละ 9.50

อภิปรายผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในชุมชนเป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.00 โดยพบว่าสัดส่วนเพศชายกับเพศหญิงไม่แตกต่างกันมาก และมีอายุอยู่ในช่วง 40-59 ปีมากที่สุด ร้อยละ 34.20 ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจสุขภาพคนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 ปี 2557 ที่พบว่าช่วงอายุ 45-59 ปีมีจำนวนมากที่สุด

ร้อยละ 30.00 ของประชากรทั้งหมด⁴ ซึ่งวัยนี้ยังเป็นวัยทำงานที่สามารถหารายได้เลี้ยงดูครอบครัว กลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่งมีสถานภาพโสด ร้อยละ 50.90 ซึ่งอัตราการเป็นโสดสูงกว่าภาพรวมของประเทศ ที่พบว่าประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป เพศชายมีสถานภาพโสด ร้อยละ 30.00 และเพศหญิงมีสถานภาพโสด ร้อยละ 21.90⁴ ด้านระดับการศึกษาพบว่า มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมากที่สุด ร้อยละ 42.90 จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาสูงกว่าภาพรวมประเทศที่พบว่าคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 54.30 ซึ่งระดับการศึกษามีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพ⁴

ด้านการนับถือศาสนาเกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 99.00 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 43.70 โดยมีรายได้อยู่ระหว่าง 10,001-15,000 บาทต่อเดือนมากที่สุด ร้อยละ 28.90 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์มีฐานะรายได้ต่อคนต่อเดือนในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยในผู้ชายเท่ากับ 9,000 บาท และในผู้หญิงเท่ากับ 7,000 บาท (มีฐานะรายได้ในผู้ชายสูงที่สุดในช่วงอายุ 15-49 ปี มีมีฐานะรายได้ 10,000 บาทต่อเดือน ส่วนในผู้หญิงช่วงอายุ 30-44 ปี มีมีฐานะรายได้สูงที่สุด คือ 10,000 บาทต่อเดือน)⁴ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 62.20 รองลงมาคือมีสิทธิการรักษาประกันสังคม ร้อยละ 35.30

ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างอายุต่ำกว่า 1 ปี

กลุ่มตัวอย่างอายุต่ำกว่า 1 ปี พบว่ามีน้ำหนักแรกเกิดมากกว่า 2,500 กรัม พัฒนาการสมวัย และมีภาวะการเจริญเติบโตสมส่วน ร้อยละ 100.00 ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการที่มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวจนครบ 6 เดือน ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับภูมิคุ้มกันโรคครบตามเกณฑ์ ซึ่งผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า มารดาและครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างเห็นความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และการได้รับภูมิคุ้มกัน ซึ่งในชุมชนนี้มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างน้อย 6 เดือน และการได้รับวัคซีนสูงโดยภาพรวมระดับประเทศที่พบว่า ทารกที่ได้รับนมแม่เพียงอย่างเดียวในช่วง 6 เดือนแรกยังเป็นสัดส่วนที่ต่ำเพียงประมาณ 1 ใน 4 ของทารก

วัยนี้เท่านั้น และการได้รับวัคซีนที่เหมาะสมในขวบปีแรกเพียงร้อยละ 71.60 โดยพบว่ามีเด็กอีก ร้อยละ 3.30 ไม่ได้รับวัคซีนเลย⁵ การที่ทารกมีน้ำหนักแรกเกิดมากกว่า 2,500 กรัมร่วมกับมารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ทำให้มารดาและบุตรเกิดสัมผัสสภาพที่ดี น้ำเสียงและสัมผัสของมารดาสามารถกระตุ้นพัฒนาการของบุตรได้ อาจเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เด็กช่วงอายุนี้มีพัฒนาการและการเจริญเติบโตสมวัย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าพัฒนาการของเด็กที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2,500 กรัม มีโอกาสเสี่ยงต่อการมีพัฒนาการล่าช้าประมาณ 1.21⁶

กลุ่มตัวอย่างอายุ 1-6 ปี

กลุ่มตัวอย่างอายุ 1-6 ปี พบว่ามีโรคประจำตัวเป็นโรคหอบหืด ร้อยละ 2.40 เมื่อใช้น้ำหนักเทียบเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเพศชาย-หญิง กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข⁷ พบว่า มีภาวะโภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 41.50 ซึ่งสอดคล้องกับรายงานสุขภาพคนไทยปี 2560 ที่พบว่าปัญหาเด็กอ้วนและผอมเพิ่มขึ้น โดยกรุงเทพมหานครและภาคกลางมีเด็กอ้วนมากกว่าภาคอื่น ๆ⁵ ซึ่งปัญหาภาวะโภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์ของเด็กในชุมชนนี้ น่าจะเป็นผลกระทบมาจากการที่เด็กชอบรับประทานขนมกรุบกรอบ ทำให้รับประทานอาหารได้น้อยลง สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรม การบริโภคอาหารของเด็กปฐมวัย (4-6 ปี) ในโรงเรียนสังกัด กรุงเทพมหานคร พบว่าเด็กส่วนใหญ่รับประทานอาหารกลุ่มขนมและเครื่องดื่มสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง ร้อยละ 37.00⁸ รวมทั้งสอดคล้องกับแนวทางการส่งเสริมโภชนาการในเด็กวัยก่อนเรียน เด็กอายุ 1-6 ปี ซึ่งเป็นวัยที่มักจะมีปัญหาภาวะทุพโภชนาการ และปัญหาขาดสารอาหาร เพราะเป็นวัยที่ซุกซน หว่งเล่น และยังไม่รู้จักเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ มีการศึกษาพบว่า เด็กที่มีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์มีโอกาสเสี่ยงต่อการมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า 1.5 เท่า ผู้ปกครองจึงควรรับรู้ใส่ใจในความต้องการอาหารของเด็ก และสามารถจัดอาหารให้เพียงพอทั้งปริมาณและคุณภาพตามที่ร่างกายเด็กต้องการ⁹

สำหรับด้านพัฒนาการและการได้รับภูมิคุ้มกันโรคครบตามเกณฑ์ร้อยละ 100.00 แสดงให้เห็นถึงความสนใจของครอบครัวในการส่งเสริมพัฒนาการและพาบุตรไปรับวัคซีนซึ่งในชุมชนนี้กลุ่มตัวอย่างอายุ 1-6 ปีมีพัฒนาการสมวัยและได้รับภูมิคุ้มกันสูงกว่ารายงานผลการสำรวจสุขภาพคนไทย

ปี พ.ศ. 2560 ที่พบเด็กปฐมวัย ร้อยละ 23.10 มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ส่วนใหญ่เป็นในด้าน กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา การเข้าใจภาษา และการใช้ภาษาตามลำดับ⁵

กลุ่มตัวอย่างอายุ 7-12 ปี

กลุ่มตัวอย่างอายุ 7-12 ปีพบว่าไม่มีโรคประจำตัว และมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 100.00 แต่พบว่ามีภาวะการเจริญเติบโตต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 52.70 ใกล้เคียงกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงของนักเรียนในโรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี พบว่า เด็กมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม ร้อยละ 50.4¹⁰ ซึ่งการรับประทานอาหารไม่เหมาะสมอาจเป็นสาเหตุของภาวะการเจริญเติบโตต่ำกว่าเกณฑ์ ซึ่งในเด็กกลุ่มนี้เด็กต้องรับประทานอาหารกลางวัน ที่โรงเรียน ดังนั้น การส่งเสริมให้ความรู้ผู้ดูแล ครอบครัว และโรงเรียนเห็นความสำคัญของภาวะโภชนาการและส่งเสริมพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้าที่เหมาะสมจึงเป็นสิ่งจำเป็นในการดูแลโภชนาการในเด็กกลุ่มนี้

กลุ่มตัวอย่างอายุ 13-19 ปี

กลุ่มตัวอย่างอายุ 13-19 ปีพบว่า ทุกคนไม่มีโรคประจำตัว แต่มีค่าดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 61.50 ซึ่งวัยนี้เป็นระยะที่ร่างกายมีการเจริญเติบโตอย่างเต็มที่รวดเร็ว รวมถึงมีการเปลี่ยนแปลงทั้งขนาดและโครงสร้างพัฒนาการด้านภาพลักษณ์ พัฒนาการด้านสังคม จึงพบปัญหารับประทานอาหารเช้าตามแพชั่นโดยไม่คำนึงถึงคุณค่าทางโภชนาการ¹¹ และจากการสำรวจพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 57.90 ซึ่งสาเหตุที่กลุ่มตัวอย่างไม่ออกกำลังกายน่าจะเกิดจากหลายสาเหตุ ทั้งในเรื่องอุปกรณ์และสถานที่ในการเล่นกีฬา เพราะเป็นชุมชนแออัด ซึ่งจากการสอบถามสาเหตุในการไม่ออกกำลังกายในกลุ่มตัวอย่างอายุ 13-19 ปี ในชุมชนบอกว่าไม่ออกกำลังกายเนื่องจาก “ไม่มีอุปกรณ์สำหรับออกกำลังกาย ไม่มีกลุ่มในการออกกำลังกายและไม่มีสถานที่ออกกำลังกายในชุมชน”

ด้านพฤติกรรมการใช้สารเสพติด พบว่ากลุ่มตัวอย่างวัยนี้มีพฤติกรรมการใช้สารเสพติดทั้งบุหรี่ (ร้อยละ 40.40) ซึ่งมีอัตราการสูบบุหรี่สูงกว่าผลการสำรวจในปี 2557 ที่พบว่าในผู้ชายที่สูบบุหรี่เป็นประจำลดลงจาก ร้อยละ 38.70 เป็นร้อยละ 31.10 ในผู้หญิงที่สูบบุหรี่เป็นประจำลดลงจาก ร้อยละ 2.10 เป็นร้อยละ 1.80⁴ และสุรา (ร้อยละ 1.80) ซึ่งการดื่ม

สุรต่ำกว่าผลการสำรวจสุขภาพคนไทยปี 2557 ที่พบว่าการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน 12 เดือนที่ผ่านมา มีสัดส่วนของผู้ดื่มใกล้เคียงกันทุกกลุ่มอายุ กลุ่มอายุ 15-29 ปี ดื่ม ร้อยละ 44.4 และสัดส่วนนี้สูงสุดในกลุ่มอายุ 30-44 ปี ถึง ร้อยละ 46.00⁴ ซึ่งสาเหตุน่าจะเกิดจากเด็กวัยนี้มีความต้องการเป็นตัวของตัวเอง ชอบทดลองทำสิ่งต่าง ๆ ร่วมกับกลุ่มเพื่อน การเลียนแบบพฤติกรรมตามเพื่อนเพื่อให้เป็นที่ยอมรับของกลุ่มเพื่อน หากวัยรุ่นเข้ากับกลุ่มเพื่อนที่มีความประพฤติที่ไม่เหมาะสม ก็ยิ่งส่งผลให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมตามมาได้ เช่น การใช้สารเสพติดต่าง ๆ ตามกลุ่มเพื่อน¹²

กลุ่มตัวอย่างอายุ 20-39 ปี

กลุ่มตัวอย่างอายุ 20-39 ปีพบว่า ร้อยละ 54.5 มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ (BMI $\geq$ 23 กก./ตร.เมตร) และมีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 0.50) สัมพันธ์กับข้อมูลพฤติกรรมที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงที่พบว่าส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกาย (ร้อยละ 76.8) สอดคล้องกับการศึกษาของ สารภี แสงเดชและเพชรไสว ลิ้มตระกูล (2011) ที่ศึกษาในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปในจังหวัดสุราษฎร์ธานี พบคนไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 63.40¹³ ซึ่งในจำนวนคนที่ไม่ออกกำลังกายมีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ ร้อยละ 28.00 รวมทั้งในจำนวนคนที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ ร้อยละ 12.90 และดื่มสุรา ร้อยละ 5.20 มีโรคเรื้อรังทั้งโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างวัยนี้มีความคาดหวังในการดื่มสุราเพื่อการลดความตึงเครียด และมีความกล้าแสดงออก กระตุ้นเรื่องเพศ และเปลี่ยนแปลงภาวะอารมณ์¹⁴

กลุ่มตัวอย่างอายุ 40-59 ปี

กลุ่มตัวอย่างอายุ 40-59 ปีพบว่า ส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ (ร้อยละ 63.90) สอดคล้องกับสถานการณ์ภาพรวมของประเทศ ที่ผลสำรวจภาวะสุขภาพของประชากรไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 ที่พบว่าประชากรอายุ 45-49 ปี มีภาวะอ้วนสูงสุด⁴ สาเหตุของการมีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มีสาเหตุมาจากการไม่ออกกำลังกาย ซึ่งในชุมชนนี้พบประชากรวัยนี้ไม่ออกกำลังกาย (ร้อยละ 69.10) สอดคล้องกับการศึกษาของ พัชร รัศมีแจ่มและคณะ ที่ศึกษาในประชาชนอำเภอพระสมุทรเจดีย์ สมุทรปราการ พบว่ามีคนไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 46.50¹⁵ และในชุมชนนี้พบกลุ่มตัวอย่าง

วัยนี้สูบบุหรี่ ร้อยละ 22.20 การศึกษานี้สูงกว่าเมื่อเทียบกับ การศึกษา Karunngaampan, Suwaree และ Namphon ที่ ศึกษาพบผู้สูบบุหรี่ ร้อยละ 16.10¹⁶ และการศึกษาที่พบผู้ดื่ม สุรา ร้อยละ 10 ซึ่งน้อยกว่าการศึกษาของ Karunngaampan และคณะ¹⁶ ที่ศึกษาพบคนดื่มสุรา ร้อยละ 37.30 ทั้งนี้ อาจ แตกต่างกันเนื่องจากการศึกษาของ Karunngaampan และ คณะ¹⁶ เลือกศึกษากลุ่มอายุ 21-60 ปี พฤติกรรมเหล่านี้เป็น สาเหตุของการเกิดโรคเรื้อรัง แสดงให้เห็นจากผลสำรวจ พบว่า ประชากรเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทั้งโรคความดันโลหิต สูงและโรคเบาหวาน (ร้อยละ 10.90 และ 4.30 ตามลำดับ) โดยพบเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด สอดคล้องกับการ ศึกษาภาวะสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพของชุมชน ริมคลองสามเสน เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร ที่พบว่า มี โรคประจำตัวป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (อัตรา ความชุก 10.1 ต่อ 100 ประชากร)³ และสอดคล้องกับการ ศึกษาความชุก ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยที่มีผลต่อโรคความดัน โลหิตสูง ของกลุ่มตัวอย่างเขตชนบทภาคใต้: กรณีศึกษา ตำบล ควนธานี อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง ที่พบว่าความชุกของโรค ความดันโลหิตสูงพบมากที่สุด คือร้อยละ 30.6¹⁷ จะเห็นได้ว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่พบได้มากที่สุดในกลุ่มชนทั้งที่เป็น ชุมชนเมืองและชุมชนชนบท ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษา สถานการณ์ความดันโลหิตสูงในประเทศไทย จากข้อมูลสำนั กนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ประชากรป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในรอบ 5 ปีที่ ผ่านมา (พ.ศ. 2556-2560) เพิ่มขึ้นจาก จำนวน 3,936,171 คน เป็น 5,597,671 คน²

กลุ่มตัวอย่างอายุ 60 ปีขึ้นไป

จากผลสำรวจพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นโรคไม่ติดต่อ เรื้อรัง โดยเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 17.80 และโรคความดัน โลหิตสูง ร้อยละ 16.70 สอดคล้องกับการศึกษาสถานการณ์ ความชุกโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในช่วง 5 ปีที่ ผ่านมา (2553-2557) พบว่า ความชุกโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นตาม กลุ่มอายุที่เพิ่มขึ้น กลุ่มอายุที่มีความชุกโรคความดันโลหิตสูง สูงที่สุดคือ กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป¹⁸ และ สอดคล้องกับ สถานการณ์ภาพรวมของประเทศ ที่ผลสำรวจภาวะสุขภาพของ ประชากรไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พบว่า ประชากร

มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้นและสูงสุดใน กลุ่มอายุ 60-69 ปี⁴ ซึ่งสาเหตุของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมาจากการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ซึ่งในชุมชนนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างวัยนี้ สูบบุหรี่ร้อยละ 13.30 และดื่มสุรา ร้อยละ 6.70 และอาจเกิด จากการไม่ออกกำลังกายซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลที่พบว่ากลุ่ม ตัวอย่างวัยนี้ส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 78.90 และ มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ ร้อยละ 74.50 ซึ่งใกล้เคียงกับ การศึกษาของชนนิตพัทธ์ ประเสริฐพรรณและคณะที่ศึกษาใน ผู้สูงอายุชุมชนเมือง พบผู้สูงอายุมีค่าดัชนีมวลกายอ้วนระดับ 1 ร้อยละ 48.80¹⁹ เนื่องจากเข้าใจว่าการออกกำลังกายในผู้สูง อายุจะส่งผลให้เกิดอุบัติเหตุหกล้ม หรือมีข้อจำกัดด้านการ เลื่อนตามวัย แต่พบว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุหกล้มมากที่สุด คือ ลื่นหกล้ม รองลงมาคือการสะดุดวัตถุสิ่งของ สะท้อนให้เห็น ว่าไม่พบการเกิดอุบัติเหตุหรือหกล้มจากการออกกำลังกาย⁴

การได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี และการได้รับ การคัดกรองโรคต่าง ๆ พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการตรวจ คัดกรองสุขภาพร้อยละ 75.60 สอดคล้องกับผลสำรวจภาพ รวมของประเทศไทย ดังจะเห็นได้จากรายงานใน Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข ที่พบว่าประชากร 35 ปี ขึ้นไปได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 87.70 และได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน ร้อยละ 86.90²⁰ ในกลุ่ม ตัวอย่างหญิงอายุ 30-70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้าน ม ร้อยละ 76.6 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างในชุมชนส่วน ใหญ่สามารถเข้าถึงบริการด้านการตรวจคัดกรองสุขภาพได้

สุขภาพبالสิ่งแวดล้อม

ครัวเรือนในชุมชน ส่วนใหญ่มีบ้านที่อยู่อาศัยคงทน ร้อยละ 85.20 และถูกรบกวนจากมลพิษด้านกลิ่นเหม็นและ น้ำเสีย ร้อยละ 9.50 โดยผลสำรวจดังกล่าวสะท้อนถึงข้อมูล รายงานอัตราป่วยโรกระบบทางเดินหายใจที่ระบุว่าเกิดจาก มลพิษสิ่งแวดล้อม Y97 ปี พ.ศ. 2561 พบว่ามีอัตรา 3.8 ต่อ 1,000 ประชากร²⁰ ซึ่งหากสาเหตุด้านมลพิษไม่ได้รับการแก้ไข อาจส่งผลให้มีจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้น และผู้ป่วยมีความ รุนแรงของโรคมามากขึ้น ซึ่งมีผลต่อค่าใช้จ่ายด้านการรักษา พยาบาลที่จะเพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเพิ่มการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพรูปแบบต่าง ๆ ให้สอดคล้องกับภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพที่แท้จริงของกลุ่มตัวอย่าง
2. ด้านสุขภาพสิ่งแวดล้อมหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมการจัดการปัญหาถูกรบกวนจากมลพิษด้านกลิ่นเหม็นและน้ำเสีย ทั้งนี้การจัดกิจกรรมต่าง ๆ ควรดำเนินการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพหรือโรคต่าง ๆ ที่พบในกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพให้ตรงกับสาเหตุที่แท้จริง

References

1. Phonsri S. Learning network in community development work. Bangkok: Odian Store; 2007. (in Thai)
2. Office of Policy and Strategy Office of the Permanent Secretary for Public Health. Public Health Statistics 2015. Bangkok: Sam Charoen Commercial (Bangkok) Co., Ltd; 2017 (in Thai)
3. Booranarek S, Thummaraksa P, Kaewchuntra K, Khamwong M. Health status and health service accessibility: Samsen community. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok 2017;33(2):54-63. (in Thai)
4. Aekplakorn W.(Editor.). Report of the 5th Thai health survey by physical examination 2014. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2016 (in Thai)
5. Mahidol University Institute for Population and Social Research. Thai Health 2018: Buddhism and Health Promotion. Amarin Printing and Publishing: Bangkok; 2018.
6. Kue-iad N, Chaimay B. Woradet S. Early childhood development among thai children aged under 5 years: a literature review. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health 2018;5(1):281-96. (in Thai)
7. Nutrition Division, Department of Health, Ministry of Public Health. Reference criteria for weight and height and indicators of nutritional status of Thai people aged 1 day-19 years. Bangkok, 2011: The Veterans Organization of Thailand printing press; 2011 (in Thai)
8. Pinyoanuntapong S. The study of early childhood accordance with food behavioral consumption in case of "The school in Bangkok". Journal of Education Faculty of Education, Srinakharinwirot University 2016;17(2):13-27. (in Thai)
9. Singhasame P, Suwanwaha S, Sarakshetrin. Nutritional promotion in pre-school children. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health 2017;4(3):226-35. (in Thai)
10. Jitpakdee P, Thummanon T, Bakasatae A. Factors associated with weight for height of students in a school in Chonburi province. Journal of Public Health 2014;44(3):250-59. (in Thai)

11. Nithitantiwat P & Udomsapaya W. Food Consumption Behavior among Thai Adolescents, Impacts, and Solutions. *Journal of Phrapokklao Nursing College* 2017; 28(1):122-8. (in Thai)
12. Suvamat J, ThiammokM. Thereview of activities on smoking prevention for adolescents. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok* 2018;34(1):141-149. (in Thai)
13. Saengdet S, Limtragool P. Guidelines to promote health for pre-hypertension in community at Suratthani province. *Journal of Nursing Science & Health* 2011;35(1): 39-47. (in Thai)
14. Rengrew P, Sethabouppha S, Thapinta D. Alcohol expectancy and alcohol drinking behaviors among university students. *Nursing Journal* 2017;44(3):113-24. (in Thai)
15. Rusmeejam P, Ukrapol P, Durongritikul W. Factors predicting pre-hypertension and non-essential hypertension in Thai adult at NaKlier community, Prasamut Jadee district, Samut Prakarn province. *Journal of Public Health Nursing* 2013;27(1):102-13. (in Thai)
16. Karunngaampan M, Suwaree S, Namphon N. Health behavior and health status of establishment workers in big city: A case study in Sathorn Bangkok. *Journal of Songklanakarin Nursing* 2011;32(3): 51-6. (in Thai)
17. Songthap A, Wongsawat P. Prevalence, risk factors, and factors affecting hypertension among population in a rural southern Thailand: a case study in Kuantani sub-district, Kantang distric, Trang province. *EAU Heritage Journal Science and Technology* 2016;10(3):104-17. (in Thai)
18. Srivanichakorn S. Morbidity and mortality situation of non-communicable diseases (Diabetes type 2 and cardiovascular diseases) in Thailand during 2010-2014. *Disease Control Journal* 2017;43(4):379-90.
19. Prasertpan C, Piaseu N, Jarupat Maruo S, Kittipimpanon K. Activities and outputs of a senior club in an urban community: a case study. *Rama Nurs J* 2014;20(3):388-400. (in Thai)
20. HDC: Health Data Center – Ministry of Public Health. Percentage of working-age citizens has a normal body mass index [Internet]. 2018 [cited 2018 July, 17]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=46522b5bd1e06d24a5bd81917257a93c. (in Thai)

บทความวิจัย

ผลของการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองต่อความมั่นใจในตนเอง
ในการปฏิบัติทักษะการสนทนาเพื่อการบำบัดของนักศึกษาพยาบาลEffect of Simulation-Based Learning on Self-Confidence
in Therapeutic Communication Practice of Nursing Students

Received: Oct 17, 2019
Revised: Dec 16, 2019
Accepted: Dec 26, 2019

มณัฏฐา พานิช ขำวงษ์ พย.ม. (Monpanee Khamwong, M.S.N.)¹

สุทธนันท์ กัลละ พย.ม. (Suthanan Kunlaka, M.S.N.)²

วิไลลักษณ์ ศิริรัมย์ กศ.ม. (Wilailuck Sirimai, M.Ed.)³

ชาลินี หนูชูสุข พย.ม. (Chaline Noochusuk, M.S.N.)⁴

บทคัดย่อ

การสนทนาเพื่อการบำบัดที่มีประสิทธิภาพเป็นเครื่องมือสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวช การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองต่อความมั่นใจในตนเองในการปฏิบัติทักษะการสนทนาเพื่อการบำบัด กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 ในปีการศึกษา 2561 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ จำนวน 62 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 32 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน กลุ่มทดลองได้รับการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง ขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการเรียนรู้ด้วยวิธีการบรรยายตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 คู่มือจัดการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลอง สำหรับฝึกทักษะการสนทนาเพื่อการบำบัด ประกอบด้วย โจทย์สถานการณ์จำลอง แบบสังเกตการสนทนาเพื่อการบำบัด และข้อคำถามการสะท้อนคิด และส่วนที่ 2 แบบประเมินความมั่นใจในตนเองในการปฏิบัติทักษะการสนทนาเพื่อการบำบัด มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .92 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .95 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและการทดสอบค่าที

ผลการวิจัยพบว่า 1) คะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในตนเองในการปฏิบัติทักษะการสนทนาเพื่อการบำบัดภายหลังการทดลองของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองมีค่าสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และ 2) คะแนนเฉลี่ยของความมั่นใจในตนเองในการปฏิบัติทักษะการสนทนาเพื่อการบำบัดของนักศึกษาในกลุ่มทดลองมีค่าสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ผลการวิจัยนี้สนับสนุนประสิทธิผลของการใช้สถานการณ์จำลอง เพื่อเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติทักษะการสนทนาเพื่อการบำบัดของนักศึกษาพยาบาลก่อนการฝึกภาคปฏิบัติ

คำสำคัญ: การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง, ความมั่นใจในตนเอง, การสนทนาเพื่อการบำบัด, นักศึกษาพยาบาล

ได้รับทุนสนับสนุนจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ

¹ Corresponding author พยาบาลวิชาชีพ(ด้านการสอน) อำนวยการพิเศษ, E-mail: monpanee.k@bcn.ac.th

^{2,3} พยาบาลวิชาชีพ(ด้านการสอน) อำนวยการพิเศษ ² E-mail: suthanan.k@bcn.ac.th, ³ E-mail: wilailuck.s@bcn.ac.th,

⁴ พยาบาลวิชาชีพ(ด้านการสอน) อำนวยการ E-mail: chaline.n@bcn.ac.th

Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Bangkok, Thailand

Abstract

Effective therapeutic communication is the important tool for providing care to psychiatric patients. This quasi-experimental research examined the effects of simulation-based learning on self-confidence in therapeutic communication practice. Sample were 62 junior baccalaureate nursing students in the 2018 academic year at Boromarajonani College of Nursing, Bangkok. The subjects were randomly assigned to 2 groups (32 students to intervention group, and 30 to control group). The intervention group engaged in a simulation-based learning meanwhile the control group engaged in traditional classroom lecture. Research instruments consisted of: (a) the manual of simulation-based learning for therapeutic communication practice (scenario, communication observation checklist, and reflection questions); and (b) the self-confidence assessment scale on therapeutic communication practice. Content validity index of the self-confidence assessment scale was .92; and Cronbach's alpha coefficient was .95. Data were analyzed using descriptive statistics and t-test.

Results are as follows: 1) in the intervention group, post-test mean score of self-confidence in therapeutic communication practice was significantly higher than pre-test ($p < .001$); and 2) the intervention group reported significantly higher mean score of self-confidence in therapeutic communication practice than the control group ($p < .01$). Results of this study provide useful information to support the effective of using simulation-based learning on skill preparation for therapeutic communication among nursing students before clinical practicum.

Keywords: Simulation-based learning, self-confidence, therapeutic communication, nursing students

บทนำ

การจัดการเรียนการสอนทางพยาบาล เป็นการศึกษาเฉพาะทางที่มีการจัดการเรียนรู้ทั้งภาคทฤษฎี ทดลอง และปฏิบัติที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้ผู้เรียนได้รับประสบการณ์การเรียนรู้อย่างเต็มตามความสามารถผ่านกระบวนการคิด ไปสู่การปฏิบัติได้จริง และการมีส่วนร่วมอย่างตื่นตัว¹ การจัดการเรียนรู้ในสาขาพยาบาลศาสตร์ให้สอดคล้องกับผู้เรียนในยุคศตวรรษที่ 21 ที่มีแนวคิดของการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง (transformative learning) โดยเน้นให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ที่สามารถคิดวิเคราะห์ แก้ปัญหาและนำไปสู่การเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ด้วยตนเอง² เป็นการเรียนรู้ให้รู้จริง (mastery learning) โดยผ่านขั้นตอนการพัฒนาผู้เรียนหลากหลายรูปแบบ³

การฝึกปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วย เป็นการ

จัดการเรียนรู้ในสถานการณ์จริงที่มีจุดมุ่งหมายให้ผู้เรียนนำความรู้ในภาคทฤษฎีมาประยุกต์ใช้ในภาคปฏิบัติ เกิดการตระหนักรู้ เข้าใจและเห็นคุณค่าของการพยาบาล ในการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย ผู้เรียนจะต้องเผชิญกับการปฏิบัติทักษะการพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด ความรู้สึก หรือพฤติกรรมในรูปแบบที่แตกต่างกันตามพยาธิสภาพของโรคทางจิตเวช ซึ่งอาจทำให้ผู้เรียนเกิดความวิตกกังวล และส่งผลให้ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วยจิตเวช และส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติการพยาบาล และความปลอดภัยของผู้ป่วย

ความมั่นใจในตนเองเป็นความเชื่อ การรับรู้ความสามารถของตนเองโดยผ่านกระบวนการเรียนรู้ร่วมกับการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลหรือสิ่งแวดล้อมใน 4 ลักษณะ ได้แก่ 1) การมีประสบการณ์ความสำเร็จด้วยตนเอง (enactive

mastery experience) 2) การเห็นแบบอย่างจากบุคคลอื่น (vicarious experience or modeling) 3) การได้รับการโน้มน้าว/คำชื่นชม (verbal persuasion) และ 4) สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ (physiological and affective states)⁴ การส่งเสริมความมั่นใจในตนเองของผู้เรียนสามารถพัฒนาผ่านการจัดประสบการณ์เรียนรู้ โดยการเตรียมความพร้อมโดยใช้สถานการณ์จำลอง ก่อนการฝึกปฏิบัติการพยาบาล มีผลต่อคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย⁵

การจัดการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลอง (Simulation-based learning: SBL) เป็นการจัดการเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลอง ที่ให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ ในสภาพแวดล้อมที่จัดขึ้นเสมือนอยู่ในสถานการณ์จริง การสรุปผลการเรียนรู้โดยการสะท้อนคิดประสบการณ์จากสถานการณ์จำลองช่วยถ่ายทอดความรู้จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติ กระบวนการสะท้อนคิดสามารถช่วยให้ผู้เรียนเกิดการพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ มีการทำความเข้าใจ การคิด ทบทวนความรู้สึกร การวิเคราะห์ความคิดต่อกิจกรรมที่ได้ปฏิบัติ ในสถานการณ์ และสรุปหลักการหรือแนวคิดที่จะนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ใหม่ได้⁶ ขั้นตอนสำคัญลำดับแรกของการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองคือ การกำหนดผลลัพธ์การเรียนรู้ (learning outcome)⁷ ที่สอดคล้องกับมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ ผ่านการออกแบบการเรียนรู้ที่ผู้สอนกำหนดโดยใช้อุปกรณ์หรือแบบจำลองต่าง ๆ ร่วมกับการใช้สถานการณ์จำลอง เช่น หุ่นฝึกเต็มตัว (full body mannequin) ผู้ป่วยมาตรฐาน (standardized patients) โปรแกรมคอมพิวเตอร์สร้างสถานการณ์เสมือนจริง (virtual reality) หุ่นมนุษย์จำลองที่มีความเสมือนจริง (human patient simulator) หรือหุ่นมนุษย์จำลองที่มีความเสมือนจริงสูง (high fidelity human patient simulator)⁸ เพื่อให้ผู้เรียนได้คิดวิเคราะห์ และลงมือปฏิบัติการพยาบาล โดยมีกระบวนการจัดการเรียนรู้ 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นที่ 1 ขั้นปฐมนิเทศ ชี้แจงรายละเอียด (pre-briefing) ขั้นที่ 2 ขั้นปฏิบัติในสถานการณ์ (scenario) และขั้นที่ 3 ขั้นสะท้อนประสบการณ์ และสรุปการเรียนรู้ (debriefing)⁹ เมื่อสิ้นสุดกระบวนการเรียนรู้นี้แล้วผู้เรียนจะมีประสบการณ์การเผชิญปัญหา และการคิดวิเคราะห์โดยใช้องค์ความรู้ในภาคทฤษฎีเป็นพื้นฐาน นำไปสู่การแก้ปัญหาจนเกิดความมั่นใจในตนเองที่จะฝึกปฏิบัติการ

พยาบาลในหอผู้ป่วยได้¹⁰ ความมั่นใจในตนเองในการปฏิบัติทักษะการพยาบาลเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วยของนักศึกษาพยาบาล โดยความมั่นใจในตนเองของบุคคลสามารถเปลี่ยนแปลงได้จากการเรียนรู้ ผ่านประสบการณ์การทำงานที่สำเร็จ หรือ การสังเกตตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน หรือการได้รับการโน้มน้าวชักจูงจากบุคคลอื่นที่กล่าวว่าตนมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ และสภาวะทางกายและอารมณ์ของบุคคลที่มีต่อการทำเช่นนั้น ¹¹

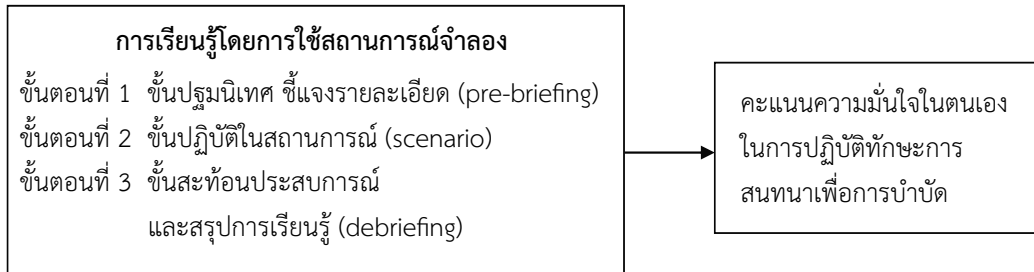
การจัดการเรียนรู้ในสถานการณ์จำลอง ที่มีผู้ป่วยและสภาพแวดล้อมที่เสมือนจริง จึงถูกนำมาใช้ในการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลเพิ่มมากขึ้น เพื่อใช้ในการเตรียมความพร้อมทั้งด้านความรู้ เจตคติ และทักษะการปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลก่อนที่จะไปปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยในสถานการณ์จริง และสามารถลดความวิตกกังวล หรือความกลัวต่อการปฏิบัติการพยาบาลของผู้เรียนได้ วิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต เป็นรายวิชาที่มีเป้าหมายให้ผู้เรียนได้ฝึกปฏิบัติการพยาบาล สนทนาเพื่อการบำบัด การจัดกิจกรรมบำบัดกับผู้ป่วยจิตเวช ที่มีภาวะทางจิตที่ต้องได้รับการบำบัดดูแลและฟื้นฟูสภาพจิตใจให้เข้าสู่ภาวะปกติ หรือมีสภาพดีขึ้น ซึ่งการฝึกปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วยจิตเวชโดยนักศึกษาจะต้องประยุกต์ใช้ความรู้ภาคทฤษฎีในรายวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต สู่การปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ใช้บริการที่โรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวชศาสตร์ การสนทนาเพื่อการบำบัดเป็นทักษะการพยาบาลหนึ่งที่ถูกกำหนดให้นักศึกษาทุกคนต้องผ่านประสบการณ์ภาคปฏิบัติ เพราะการสนทนาเพื่อการบำบัด เป็นเครื่องมือชิ้นสำคัญของพยาบาลจิตเวชที่ใช้ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชให้มีความเข้าใจ ความตระหนักรู้ในตนเอง และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงตนเองของผู้ป่วย ซึ่งเป็นเป้าหมายสำคัญของการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวช จากการสอบถามนักศึกษาที่จะขึ้นฝึกภาคสนามถึงความพร้อมในการสนทนาเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยจิตเวชพบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่มีความกังวล ไม่มั่นใจในความสามารถของตนในการสนทนาเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยจิตเวช และผลการประเมินการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ นักศึกษามีข้อเสนอแนะให้มีการเตรียมความพร้อมเรื่องการสนทนาเพื่อการบำบัดก่อนการฝึกปฏิบัติให้หอผู้ป่วย จากการทบทวน

วรรณกรรม พบว่า มีการนำวิธีการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองมาใช้ในหลายวิชา ซึ่งช่วยทำให้ผู้เรียนมีความมั่นใจในตนเองในการปฏิบัติการพยาบาลมากขึ้น ช่วยลดความวิตกกังวล^{5, 10} ที่เกิดจากเหตุผลข้างต้น แต่ยังไม่พบว่ามีการใช้การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองครั้งนี้ เพื่อส่งเสริมความมั่นใจในการปฏิบัติงานของนักศึกษา ลดความกลัว และความวิตกกังวลในการฝึกภาคปฏิบัติ ทำให้ผู้เรียนเกิดเจตคติที่ดีในการปฏิบัติ ผู้ป่วย ญาติ และทีมสุขภาพเกิดความไว้วางใจ และให้ความร่วมมือในการฝึกปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาล ตลอดจนผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่ดีมีประสิทธิภาพและปลอดภัย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าของการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองต่อความมั่นใจในการปฏิบัติทักษะการสนทนาเพื่อการบำบัดครั้งนี้ ใช้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของ Kolb และ Kolb¹¹ (Kolb's Experiential Learning Theory) ซึ่งอธิบายถึงกระบวนการสร้างความรู้ ทักษะ และเจตคติ โดยการนำประสบการณ์เดิมของผู้เรียนมาบูรณาการเพื่อสร้างการเรียนรู้ใหม่ ๆ โดยมีวงจรการเรียนรู้ 4 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นที่ 1 ประสบการณ์รูปธรรม (concrete experience) เป็นขั้นที่ผู้เรียนเข้าไปมีส่วนร่วมในประสบการณ์และจัดการกับสถานการณ์ดังกล่าวด้วยความคิด หรือความรู้สึกของตนเอง ขั้นที่ 2 การสะท้อนคิดต่อประสบการณ์ (reflection of observation) เป็นขั้นตอนที่ผู้เรียนมุ่งทำความเข้าใจความหมายของประสบการณ์ที่ได้รับ ด้วยการสังเกตและไตร่ตรองอย่างรอบคอบ ขั้นที่ 3 การสร้างแนวคิดแบบนามธรรม และสรุปผล (abstract conceptualization) เป็นขั้นตอนที่ผู้เรียนมุ่งใช้เหตุผลและความคิดมากกว่าการใช้ความรู้สึกในการเข้าใจสถานการณ์ที่ได้รับ และเกิดความคิดรวบยอดใหม่ ขั้นที่ 4 การนำไปปฏิบัติจริง (active experimentation) เป็นขั้นที่ผู้เรียนนำข้อสรุปของตน

ไปใช้ในการปฏิบัติกับสถานการณ์ต่าง ๆ เป็นวงจรการเรียนรู้ที่หมุนวนขึ้นอีกรอบ จากการพิจารณาแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของ Kolb เพื่อส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้โดยผ่านประสบการณ์การปฏิบัติทักษะการสนทนาเพื่อการบำบัด ร่วมกับแนวคิดการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล ด้วยการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงของ Jeffries¹² (Jeffries simulation framework) สามารถกำหนดขั้นตอนการเรียนรู้เป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 ขั้นปฐมนิเทศ ชี้แจงรายละเอียด (pre-briefing) โดยผู้สอนชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนของกิจกรรมการเรียนรู้ต่อผู้เรียน ขั้นตอนที่ 2 ขั้นปฏิบัติในสถานการณ์ (scenario) โดยการจัดให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในสถานการณ์จำลองเสมือนจริง (simulation experience) และขั้นตอนที่ 3 ขั้นสะท้อนประสบการณ์ และสรุปการเรียนรู้ (debriefing) โดยการสอนสนับสนุนให้ผู้เรียนร่วมกันทบทวนเหตุการณ์ สะท้อนประสบการณ์ร่วมกันโดยการพิจารณาไตร่ตรองอย่างรอบคอบกระบวนการสะท้อนคิด (reflection) โดยการสนทนาแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้สอนและผู้เรียนคนอื่น ๆ ทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้จากการสังเกต การสะท้อนคิด และวิเคราะห์สถานการณ์ที่เกิดขึ้น จนนำไปสู่ข้อสรุปที่เป็นความรู้ และแนวทางในการปฏิบัติการสนทนาเพื่อการบำบัดของตนเองได้ ทั้งนี้ผลจากการเรียนรู้ด้วยการใช้สถานการณ์จำลองจะส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดความมั่นใจในตนเองในการปฏิบัติทักษะการสนทนาเพื่อการบำบัดในครั้งต่อไปกับผู้ป่วยจิตเวชในหอผู้ป่วย โดยความมั่นใจในตนเองของผู้เรียนเกิดขึ้นจากการรับรู้ความสามารถของตนเองโดยผ่านกระบวนการเรียนรู้ร่วมกับการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลหรือสิ่งแวดล้อมใน 4 ลักษณะ ได้แก่ 1) การมีประสบการณ์ความสำเร็จด้วยตนเอง (enactive mastery experience) 2) การเห็นแบบอย่างจากบุคคลอื่น (vicarious experience or modeling) 3) การได้รับการโน้มน้าว/คำชื่นชม (verbal persuasion) และ 4) สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ (physiological and affective states) ตามแนวคิดของ Bandura⁴ (แผนภาพที่ 1)



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความมั่นใจในตนเองต่อการปฏิบัติทักษะการสนทนาเพื่อการบำบัดของนักศึกษา ก่อนและหลังการเตรียมความพร้อมก่อนฝึกปฏิบัติโดยใช้สถานการณ์จำลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความมั่นใจในตนเองต่อการปฏิบัติทักษะการสนทนาเพื่อการบำบัดระหว่างกลุ่มที่เตรียมความพร้อมก่อนฝึกปฏิบัติโดยใช้สถานการณ์จำลองกับกลุ่มที่ได้รับการเตรียมปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. นักศึกษาที่ได้รับการเตรียมความพร้อมโดยใช้สถานการณ์จำลองมีคะแนนความมั่นใจในตนเองในการปฏิบัติทักษะการสนทนาเพื่อการบำบัดหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง
2. นักศึกษากลุ่มที่ได้รับการเตรียมความพร้อมโดยใช้สถานการณ์จำลอง มีคะแนนความมั่นใจในตนเองในการปฏิบัติทักษะการสนทนาเพื่อการบำบัดสูงกว่า กับนักศึกษากลุ่มที่ได้รับการเตรียมความพร้อมด้วยวิธีปกติ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) แบบ 2 กลุ่ม คือกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง และทำการทดสอบก่อนและหลังการทดลอง ทั้ง 2 กลุ่ม (Non-randomized control group pretest posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพมหานคร ที่ลงทะเบียนเรียนวิชา

ปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต ภาคฤดูร้อน ปีการศึกษา 2561 จำนวน 86 คน ที่ได้รับการจัดกลุ่มฝึกปฏิบัติการพยาบาลโดยคำนึงถึงเกณฑ์สัดส่วนของอาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติต่อผู้เรียน ในสัดส่วน 1: 8 และพิจารณาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในภาคทฤษฎีให้มีการกระจายของผู้เรียนกลุ่มเก่ง กลาง และอ่อน ซึ่งจัดเป็น 3 กลุ่ม โดยมีผู้เรียนจำนวน 24, 32 และ 30 คน ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพมหานคร ที่ลงทะเบียนเรียนวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต ภาคฤดูร้อน ปีการศึกษา 2561 ที่ผู้วิจัยทำการสุ่มเพื่อเป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัยจำนวน 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง มีผู้เรียนจำนวน 32 คน และกลุ่มควบคุม มีผู้เรียนจำนวน 30 คน

โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างการวิจัยเพื่อเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง คือ ยินดีเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครวิจัยด้วยความสมัครใจโดยการลงนามเข้าร่วมโครงการภายหลังการได้รับฟังการชี้แจงกระบวนการวิจัยจากผู้วิจัยเรียบร้อยแล้ว ทั้งนี้มีเกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย คือ การหยุดพักการเรียนหรือเกิดการเจ็บป่วยในระหว่างการศึกษาการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ได้แก่ ชุดคู่มือการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองในทักษะการสนทนาเพื่อการบำบัด ประกอบด้วย

1. โจทย์สถานการณ์จำลอง (simulation scenario)
2. แบบสังเกตการสนทนาเพื่อการบำบัด เป็นแบบประเมินทักษะการสนทนาเพื่อการบำบัดโดยผู้วิจัยและคณะได้พัฒนาจากแบบการประเมินทักษะทางคลินิกด้วย OSCE¹³

นำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลและ/หรือพยาบาลที่มีประสบการณ์ด้านจิตเวชและการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง มีคะแนนดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruences) เท่ากับ 0.96

3. ประเด็นข้อคำถามในการสะท้อนคิด (reflection) โดยผู้วิจัยสร้างข้อคำถามในการนำสู่การสะท้อนคิดของผู้เรียน ในขั้นตอนการสะท้อนประสบการณ์ (debriefing) ตามรูปแบบการสะท้อนคิดของ Gibbs' Model of Reflection¹⁴ นำไปเสนอผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยพิจารณาความถูกต้อง เหมาะสมให้ครอบคลุม

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
ได้แก่ แบบสอบถามความมั่นใจในตนเองในการปฏิบัติทักษะการสนทนาเพื่อการบำบัด เป็นแบบประเมินที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดทฤษฎีความมั่นใจในตนเอง (self-confidence) ของ Bandura^{4, 15} ที่สอดคล้องกับกิจกรรมการเรียนรู้ภาคปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ โดยมีข้อคำถาม จำนวน 17 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) 5 อันดับ และนำไปเสนอผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยพิจารณาความถูกต้อง เหมาะสมให้ครอบคลุมตามขอบเขต นิยามคำศัพท์ และมาตรฐานการพยาบาลจิตเวช พร้อมทั้งตรวจสอบสำนวนภาษาที่ใช้ และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence) ได้ค่าเท่ากับ 0.92 หลังจากนั้น ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลที่มีคุณลักษณะเหมือนหรือใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 32 คน และคำนวณค่าความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความมั่นใจในการปฏิบัติทักษะการสนทนาเพื่อการบำบัด เท่ากับ 0.95

การแปลผล คะแนนค่าเฉลี่ยความมั่นใจในตนเอง แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

4.51 – 5.00 หมายถึง มีความมั่นใจในตนเองในระดับมากที่สุด

3.51 – 4.50 หมายถึง มีความมั่นใจในตนเองในระดับมาก

2.51 – 3.50 หมายถึง มีความมั่นใจในตนเองในระดับปานกลาง

1.51 – 2.50 หมายถึง มีความมั่นใจในตนเองในระดับน้อย

ต่ำกว่า 1.50 หมายถึง มีความมั่นใจในตนเองในระดับน้อยที่สุด

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ เลขที่ 10 /2561 ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยโดยคำนึงถึงจรรยาบรรณของนักวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างก่อนดำเนินการวิจัย การรักษาความลับของข้อมูลผู้วิจัยใช้รหัสแทนชื่อและนามสกุลของผู้ร่วมวิจัย ข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ผู้อื่นไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ข้อมูลที่ได้จากการสอบถามจะถูกทำลายโดยวิธีย่อยกระดาษ การรายงานผลการวิจัยในภาพรวม และเปิดโอกาสให้อาสาสมัครวิจัยซักถามข้อข้องใจ โดยหากอาสาสมัครเกิดความรู้สึกวิตกกังวลต่อการร่วมโครงการวิจัย สามารถบอกยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้ทันที

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอน ดังนี้

1. ภายหลังจากโครงการวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ แล้ว ผู้วิจัยพบนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 ที่ลงทะเบียนเรียนวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และให้นักศึกษาตอบแบบสอบถามความมั่นใจในตนเองในการปฏิบัติทักษะการสนทนาเพื่อการบำบัด

2. ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมการเตรียมความพร้อมการปฏิบัติทักษะการสนทนาเพื่อการบำบัด ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต ในทักษะการสนทนาเพื่อการบำบัด โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มทดลอง จะได้รับการเตรียมความพร้อมโดยใช้สถานการณ์จำลอง 2) กลุ่มควบคุม จะได้รับการเตรียมความพร้อมด้วยวิธีปกติ มีรายละเอียด ดังนี้

การเตรียมความพร้อม โดยใช้สถานการณ์จำลอง	การเตรียมความพร้อม ด้วยวิธีปกติ
ดำเนินการโดยใช้คู่มือสถานการณ์จำลองในทักษะการสนทนาเพื่อการบำบัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยเป็นสถานการณ์จำลองดังกล่าวเป็นการจัดให้ผู้เรียนสนทนาเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยจิตเวชหญิง อายุ 25 ปี กำลังศึกษาในระดับปริญญาโท แพทย์รับไว้ในโรงพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยมีความคิดฆ่าตัวตาย โดยสถานการณ์ที่ผู้เรียนเผชิญเป็นช่วงเวลาของการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระยะที่ 2 ที่ผู้ป่วยมีความไว้วางใจและต้องการสนทนากับผู้เรียน เพื่อระบายความรู้สึก และแนวทางการดำเนินชีวิตเมื่อออกจากโรงพยาบาล ขั้นตอนการเตรียมความพร้อมประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ใช้เวลา 100 นาที ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 ขั้นปฐมนิเทศ ชี้แจงรายละเอียด (pre-briefing) ใช้เวลา 10 นาที มีการดำเนินการดังนี้ - ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเรื่องทักษะการสนทนาเพื่อการบำบัด - ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้เรียน 1 คน เสนอตัวเป็นผู้เล่นในบทบาทพยาบาลจิตเวชในสถานการณ์จำลอง - ผู้เรียนที่เหลือทำหน้าที่เป็นผู้สังเกตการณ์ผ่านกระจกมองด้านเดียว (one-way mirror) และทำการบันทึกพฤติกรรมกรรมการสนทนาเพื่อการบำบัดของผู้เล่นบทบาทพยาบาลจิตเวช ตามแบบสังเกตการณ์การสนทนาเพื่อการบำบัด ขั้นตอนที่ 2 ขั้นปฏิบัติในสถานการณ์ (scenario) ใช้เวลา 30 นาที มีการดำเนินการดังนี้ - ผู้วิจัยจัดให้ผู้เรียนที่อาสาเป็นผู้เล่นในบทบาทพยาบาลจิตเวช ได้ปฏิบัติตามการสนทนาเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยเสมือน (standardized patient) ที่ได้รับการเตรียมตามบทผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตด้วยภาวะซึมเศร้า ขั้นตอนที่ 3 ขั้นสะท้อนประสบการณ์ และสรุปการเรียนรู้ (debriefing) ใช้เวลา 60 นาที โดยใช้กระบวนการสะท้อนคิด (reflection) ผ่านประเด็นคำถามในการกระตุ้นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของผู้เรียนที่เล่นเป็นพยาบาลจิตเวชในสถานการณ์จำลอง และผู้เรียนที่เป็นผู้สังเกตการณ์	ดำเนินการโดยการบรรยายสรุปสาระสำคัญของการสนทนาเพื่อการบำบัด ได้แก่ การจัดสถานที่ในการสนทนาเพื่อการบำบัด ขั้นตอนการสนทนาเพื่อการบำบัด และเทคนิคการสนทนาเพื่อการบำบัด ร่วมกับการเปิดโอกาสให้ผู้เรียนแสดงความคิดเห็น ประกอบการยกตัวอย่างสถานการณ์การใช้เทคนิคการสนทนาต่าง ๆ ใช้เวลา 60 นาที โดยมีสไลด์ Power point เป็นสื่อประกอบการบรรยาย

3. เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตอบแบบสอบถามความมั่นใจในตนเองในการปฏิบัติทักษะการสนทนาเพื่อการบำบัดอีกครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปและสถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยสถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบคะแนนความมั่นใจในตนเองในการปฏิบัติทักษะการสนทนาเพื่อการบำบัด ก่อนและหลังกิจกรรมการเตรียมความพร้อมการปฏิบัติทักษะการสนทนาเพื่อการบำบัด โดยสถิติเชิงอนุมานชนิด Paired samples t-test
3. เปรียบเทียบคะแนนความมั่นใจในตนเองในการปฏิบัติทักษะการสนทนาเพื่อการบำบัด หลังการเตรียมความพร้อม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน ชนิด Independent samples t-test

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยสรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 62 คน เป็นเพศหญิงจำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 98.39 เป็นเพศชายจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 1.61 กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของผลการเรียนเฉลี่ยสะสม (GPA) เท่ากับ 3.19 (SD. = 0.27) และกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของผลการเรียนเฉลี่ยสะสม (GPA) เท่ากับ 3.12 (SD. = 0.24)
2. กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความมั่นใจในตนเองในการปฏิบัติทักษะการสนทนาเพื่อการบำบัดก่อนได้รับการเตรียมความพร้อม เท่ากับ 2.76 คะแนน (SD. = 0.42) อยู่ในระดับปานกลาง และมีคะแนนเฉลี่ยหลังได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนฝึก เท่ากับ 3.71 คะแนน (SD. = 0.57) อยู่ในระดับมาก โดยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในตนเองในการปฏิบัติทักษะการสนทนาเพื่อการบำบัด หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความมั่นใจในตนเองในการปฏิบัติทักษะการสนทนาเพื่อการบำบัดก่อนและหลังการเตรียมความพร้อมโดยใช้สถานการณ์จำลองของกลุ่มทดลอง (n = 32)

คะแนนความมั่นใจในตนเอง	Mean	SD.	ระดับความมั่นใจ	Paired t-test	p-value
ก่อนการทดลอง	2.76	0.42	ปานกลาง	-10.885	<.001
หลังการทดลอง	3.71	0.57	มาก		

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความมั่นใจในตนเองในการปฏิบัติทักษะการสนทนาเพื่อการบำบัดก่อนและหลังการเตรียมความพร้อมด้วยวิธีการปกติโดยการทบทวนเนื้อหาการสนทนาเพื่อการบำบัดกลุ่มควบคุม (n = 30)

คะแนนความมั่นใจในตนเอง	Mean	SD.	ระดับความมั่นใจ	Paired t-test	p-value
ก่อนการทดลอง	2.44	0.54	น้อย	-10.341	<.001
หลังการทดลอง	3.26	0.58	ปานกลาง		

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความมั่นใจในตนเองในการปฏิบัติทักษะการสนทนาเพื่อการบำบัดหลังการเตรียมความพร้อม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนความมั่นใจ	Mean	SD.	ระดับความมั่นใจ	Independent t-test	p-value
กลุ่มทดลอง (n = 32)	3.71	0.57	มาก	3.122	.003
กลุ่มควบคุม (n = 30)	3.26	0.58	ปานกลาง		

สำหรับกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความมั่นใจในตนเองในการปฏิบัติทักษะการสนทนาเพื่อการบำบัดก่อนได้รับการเตรียมความพร้อม เท่ากับ 2.44 (SD. = 0.54) อยู่ในระดับน้อย และมีคะแนนเฉลี่ยหลังได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนฝึก เท่ากับ 3.26 (SD. = 0.58) อยู่ในระดับปานกลาง โดยพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความมั่นใจในตนเองในการปฏิบัติทักษะการสนทนาเพื่อการบำบัดหลังการเตรียมความพร้อมสูงกว่าก่อนเตรียมความพร้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังตารางที่ 2

3. เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความมั่นใจในตนเองในการปฏิบัติทักษะการสนทนาเพื่อการบำบัดหลังการเตรียมความพร้อมการปฏิบัติทักษะการสนทนาเพื่อการบำบัดพบว่า นักศึกษากลุ่มทดลองที่เตรียมความพร้อมโดยใช้สถานการณ์จำลอง มีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการปฏิบัติทักษะการสนทนาเพื่อการบำบัด สูงกว่านักศึกษากลุ่มควบคุมที่เตรียมความพร้อมด้วยวิธีการปกติโดยการทบทวนเนื้อหาการสนทนาเพื่อการบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังตารางที่ 3

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความมั่นใจในตนเองในการปฏิบัติทักษะการสนทนาเพื่อการบำบัด ของนักศึกษากลุ่มทดลองที่ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต โดยการใช้สถานการณ์จำลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าเฉลี่ยคะแนนความมั่นใจในตนเองในการปฏิบัติทักษะการสนทนาเพื่อการบำบัดของกลุ่ม

ทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการเตรียมความพร้อมด้วยวิธีการทบทวนความรู้ก่อนการปฏิบัติทักษะการสนทนาเพื่อการบำบัดตามหลักสูตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Sinthuchai, Ubolwan และ Boonsin¹⁶ ที่พบว่านักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 ที่ได้รับการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงก่อนสำเร็จการศึกษา มีความมั่นใจในตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนโดยวิธีปกติตามหลักสูตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของมาลี Kumkong และคณะ¹⁰ ที่พบว่า ภายหลังการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองในการดูแลและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงสำหรับผู้ป่วยวิกฤติ-ฉุกเฉินของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 มีความมั่นใจในความสามารถของตนเองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาของสมลชาติ ดวงบุบผา และสุนทรี เจียรวิทยกิจ⁸ ที่พบว่า ภายหลังการสอนด้วยสถานการณ์จำลองทางคลินิกในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจและระบบหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลการศึกษาของ Mould, White และ Gallagher¹⁷ ที่พบว่าภายหลังการจัดให้นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 เข้าร่วมการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤต นักศึกษามีความมั่นใจในตนเอง และมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง ส่งเสริมผู้เรียนมีความมั่นใจในตนเองในการปฏิบัติทักษะทางการพยาบาลเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากเป็นวิธี

การจัดการเรียนการสอนที่สนับสนุนให้ผู้เรียนได้เกิดการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์เดิม เพื่อพัฒนาความรู้ ทักษะ และเจตคติที่ดีต่อประสบการณ์ใหม่ ตามวงจรการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของ Kolb และ Kolb¹¹ ซึ่งในขั้นตอนการปฐมนิเทศชี้แจงรายละเอียดก่อนการเข้าเรียนรู้ในสถานการณ์จำลอง (pre-briefing) เป็นขั้นตอนผู้สอนชี้แจงวัตถุประสงค์การเรียนรู้ และการดำเนินกิจกรรมการเรียนรู้ต่อผู้เรียนเพื่อให้ผู้เรียนได้เตรียมความพร้อมด้านความรู้ เพื่อใช้ในการปฏิบัติทักษะการสนทนาเพื่อการบำบัดตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้ที่กำหนด เมื่อกระบวนการเรียนรู้เข้าสู่ขั้นปฏิบัติในสถานการณ์จำลอง (simulation experience) ผู้เรียนจะได้รับประสบการณ์ในการสนทนาเพื่อการบำบัดซึ่งเป็นประสบการณ์รูปธรรม (concrete experience) ที่ต้องใช้ความรู้เดิม ร่วมกับการปฏิบัติทักษะการสนทนาเพื่อการบำบัด ในการดูแลผู้ป่วยมาตรฐาน (standardized patients: SPs) ตามฉากที่กำหนดไว้ในสถานการณ์จำลอง (scenario) ส่งผลให้ผู้เรียนใช้ความพยายามอย่างเต็มที่ในการดูแล ช่วยเหลือ หรือแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย การเข้าร่วมสถานการณ์ดังกล่าวส่งผลให้ผู้เรียนเกิดความเข้าใจ และรับรู้ถึงบรรยากาศในการดูแลผู้ป่วยอย่างชัดเจนยิ่งขึ้น

เมื่อสิ้นสุดการเข้าฉากสถานการณ์จำลอง การที่ผู้สอนเปิดโอกาสให้ผู้เรียนที่เป็นผู้แสดงบทบาทในสถานการณ์ และผู้สังเกตการณ์ร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ในขั้นตอนการสะท้อนประสบการณ์ และสรุปการเรียนรู้ (debriefing) ที่เป็นขั้นตอนสำคัญที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนได้ร่วมสะท้อนคิด (reflection)¹⁸ โดยการทบทวนเหตุการณ์ในสถานการณ์จำลองร่วมกันระหว่างผู้เรียนและผู้สอน โดยการพิจารณาไตร่ตรองอย่างละเอียด (reflection of observation) ในประเด็นเกี่ยวกับการปฏิบัติทักษะการสนทนาเพื่อการบำบัดของตน ทำให้ผู้เรียนเกิดการพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ มีการคิดทบทวน วิเคราะห์ประสบการณ์หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และสามารถเชื่อมโยงกับเนื้อหาทฤษฎีได้ ทำให้ผู้เรียนเกิดความมั่นใจ และส่งเสริมทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติพยาบาล¹⁹

การที่ผู้สอนกล่าวชมเชยผู้เรียนถึงการปฏิบัติทักษะที่เหมาะสม และให้กำลังใจผู้เรียนในการฝึกฝนทักษะการสนทนาเพื่อการบำบัด เพื่อการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องจนเกิดความมั่นใจในตนเองเพิ่มขึ้น และขั้นตอนสุดท้ายเป็นการสนับสนุนให้

ผู้เรียนสรุปการเรียนรู้ตามประสบการณ์ที่ได้รับเป็นองค์ความรู้ของตนเอง (abstract conceptualization) ทั้งนี้ผลการประเมินความมั่นใจในตนเองในการเรียนรู้ครั้งนี้ผู้เรียนแสดงความคิดเห็นว่าการเข้ากิจกรรมการเตรียมความพร้อมครั้งนี้ทำให้ตนรับรู้ถึงข้อดี-ข้อเสีย ในการแก้ไขสถานการณ์ด้วยเทคนิคต่าง ๆ โดยผู้เรียนมีความมั่นใจในตนเองเกี่ยวกับความสามารถของตนที่จะดำเนินการสนทนาเพื่อการบำบัดได้ถูกต้องตามลำดับขั้นตอนการสนทนามากที่สุด และผู้เรียนมีความมั่นใจว่าจะสามารถเลือกใช้เทคนิคการสนทนาเพื่อการบำบัดในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น เพื่อเป็นแนวทางในการสนทนาเพื่อการบำบัดในผู้ป่วยจิตเวชในหอผู้ป่วยจริง (active experimentation) ซึ่งเป็นวงจรการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ที่หมุนวนขึ้นอีกรอบ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่านักศึกษาที่ได้รับการเตรียมความพร้อมโดยใช้สถานการณ์จำลอง มีความมั่นใจในการปฏิบัติทักษะการสนทนาเพื่อการบำบัด สูงกว่านักศึกษาที่ได้รับการเตรียมความพร้อมด้วยวิธีการปกติโดยการทบทวนเนื้อหาการสนทนาเพื่อการบำบัด แสดงให้เห็นว่าการจัดการเรียนรู้เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วยโดยใช้สถานการณ์จำลอง ส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดความมั่นใจในตนเองในการปฏิบัติทักษะการพยาบาลเพิ่มมากขึ้น อาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติจึงควรจัดให้มีการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชประเด็นอื่น ๆ เช่น การดำเนินกลุ่มกิจกรรมบำบัด การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เป็นต้น

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

การศึกษานี้เป็นการศึกษาผลลัพธ์ด้านความมั่นใจในตนเองต่อการปฏิบัติทักษะการสนทนาเพื่อการบำบัดในระยะก่อนและหลังกิจกรรมการเรียนรู้เท่านั้น ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปจึงควรศึกษาผลลัพธ์อื่น ๆ เพิ่มเติม เช่น ความรู้ที่คงอยู่ในระยะยาว ความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิก หรือผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนภาคปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตเพิ่มเติม

References

1. Suttirat C. 80 Innovations in learner centered. 7th ed. Nonthaburi: P Balance Design and Printing; 2016. (in Thai)
2. Benner P, Sutphen M, Leonard V, Day L. Educating nurses: a call for radical transformation. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2010.
3. Ambrose S, Bridges M, Pietro M, Lovett M, Norman M. How learning works: 7 research-based principles for smart teaching. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2010.
4. Bandura A. Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. Educational Psychologist 1993;28(2):117-48.
5. Wisawatapnimit P, Suttunee U, Kiatseesakul J. Effect of simulation-based learning model for nursing practicum preparedness for patients with congestive heart failure on students' satisfaction and self-confidence in learning of the third year nursing students, Boromarajonani College of Nursing, Bangkok. Journal of Health and Nursing Research 2019;35(2):224-34. (in Thai)
6. Sinthuchai S, Ubolwan K. Fidelity simulation based learning: implementation to learning and teaching management. Journal of Royal Thai Army Nurses 2017;18(1):29-38. (in Thai)
7. Ledbunnapong T. Simulation based medical education. Siriraj Medical Bulletin 2015;8(1):39-46. (in Thai)
8. Duangbubpha S, Jianvitayakij S. Evaluation of implementing clinical simulation teaching techniques in clinical practicum among nursing student. Rama Nurs J 2019;25(2):208-26. (in Thai)
9. Thatan S, Srijanpal W. Teaching method using simulation-based learning. Journal of Nurses Association of Thailand Northern Office 2017;23(1):1-10. (in Thai)
10. Kumkong M, Leejareon P, Aramrom Y, Jitviboon A. Effects of simulation-based learning on perceived self-efficacy in providing nursing care for advanced life support to patients with critical illness or emergency condition among nursing students. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health 2017;3(3):52-64. (in Thai)
11. Kolb AY, Kolb DA. Learning styles and learning spaces: Enhancing experience learning in Higher education. Acad Manage Learn Educ 2005;4(2):193-213.
12. Jeffries PR. Simulation in nursing education: From conceptualization to evaluation. 2nd ed. New York: National League for Nursing; 2012.
13. Khamwong M, Sirimai W, Kurlaka S, Wattanabenasopa S, Nuchusuk C. Development of objective structured clinical examinations(OSCE) model in practicum of nursing care of persons with mental health problems subject. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok 2018;34(2):138-53. (in Thai)

14. Lioba H. Reflective practice in nursing. London: Learning Matters; 2010.
15. Bandura A, Adams N.E. Analysis of self-efficacy theory of behavioral change. *Cognitive Therapy and Research* 1977;1(4):287-308.
16. Sinthuchai S, Ubolwan K, Boonsin S. Effects of high- fidelity simulation based learning on knowledge, satisfaction, and self-confidence among the fourth year nursing students in comprehensive nursing care practicum Rama Nurs J. 2017;23(1):113-27. (in Thai)
17. Mould J, White H, Gallagher R. Evaluation of a critical care simulation series for undergraduate nursing students. *Cont Nurs J Aust Nurs Prof* 2011;38(1):180-90.
18. Oliveira SN, Massaroli A, Martini JG, Rodrigues J. From theory to practice, operating the clinical simulation in Nursing teaching. *Rev Bras Enferm*[Internet]. 2018; 71(Suppl 4):1791-8.
19. Pumthait T, Withunmatha M. Effect of reflection technique to attitude, confidence and achievement of fundamental of nursing practicum. *Journal of Rangsit University: Teaching & Learning* 2018;12(2): 144-54. (in Thai)

บทความวิจัย

การพัฒนาแบบวัดทักษะปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัด
ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต
ของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3

Development of Therapeutic Communication Skill Performance Assessment
Tools in Nursing Care of Persons with Mental Health Problems Practicum Subject
among Junior Nursing Students

Received: Oct 17, 2019

Revised: Dec 16, 2019

Accepted: Dec 26, 2019

สุนทรี ชะชาตย์ พยม. (Soontree Khachat, M.N.S.)¹

สุพัตรา จันทร์สุวรรณ พยม. (Suphattra Chansuwan, M.N.S.)²

ปวีดา โพธิ์ทอง พยม. (Pawida Phothong, M.N.S.)³

เสาวลักษณ์ ศรีโพธิ์ พยม. (Saowalak Sripho, M.N.S.)⁴

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดทักษะปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัด โดยใช้ objective structured clinical examination (OSCE) ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี การดำเนินการวิจัยประกอบด้วย 4 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 การพัฒนาแบบวัดทักษะปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัด ซึ่งเป็นแบบสังเกต 20 รายการ จำนวน 2 ฉบับ ได้แก่ 1) แบบวัดทักษะปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัดกับผู้ที่มีความผิดปกติทางการคิดการรับรู้ และ 2) แบบวัดทักษะปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัดกับผู้ที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ รวมทั้ง โจทย์สถานการณ์ scenario ข้อสอบ และแบบตรวจสอบรายการซึ่งพัฒนาขึ้นจากกรอบแนวคิดการประเมินผู้เรียนของ Miller ทฤษฎีการสร้างสัมพันธภาพของ Peplau และการทบทวนเทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัด ระยะที่ 2 การตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดทั้ง 2 ฉบับ ด้วยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (ค่า IOC) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เท่ากับ 0.98 และ 1.00 นำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ ระยะที่ 3 การทดลองใช้แบบวัดครั้งที่ 1 ในกลุ่มประชากร นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2560 จำนวน 80 คน หาค่าความเชื่อมั่น โดยคำนวณค่า Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.69 และ 0.41 นำมาปรับปรุงและ ระยะที่ 4 การทดลองใช้แบบวัดครั้งที่ 2 ในกลุ่มประชากรลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มประชากรเดิม คำนวณค่า Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.78 และ 0.72 หาค่าความแตกต่างโดย t-test ของแบบวัดครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 2 ทั้ง 2 ฉบับพบว่าไม่แตกต่างกัน ($p = .05$)

ผลการวิจัยจากการสนทนากลุ่มของอาจารย์และนักศึกษา พบว่า แบบวัดทักษะปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัดช่วยให้การประเมินทักษะในการสอบ OSCE สะดวกและมีความเข้าใจรายการประเมินได้ตรงกัน

คำสำคัญ: แบบวัดทักษะการปฏิบัติการพยาบาล, ทักษะการสื่อสารเพื่อการบำบัด, การสอบ OSCE, นักศึกษาพยาบาล

ได้รับทุนสนับสนุนจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

^{1,2,3}พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ(ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี, Email: ¹soontinna@yahoo.com,

²supattra@hotmail.com, ³prawida@hotmail.com

⁴พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ(ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี, Email: ns-nurse@hotmail.com

Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi, Thailand.

Abstract

This research and development (R & D) aimed to develop and evaluate the therapeutic communication skill performance assessment tools using the Objective Structured Clinical Examination (OSCE) in nursing care of persons with mental health problems practicum subject among junior nursing students, Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi. The development process included 4 phases as follows. Phase 1 aimed to develop a conceptual 'pyramidal' model guided by Miller's model, Peplau's theory. Therapeutic communication technique was also reviewed and we then developed a tool to assess clinical skill for therapeutic communication. This was a behavioral observation form consisting of 20 items in 2 tools of clinical skill for therapeutic communication for (a) person with disorders of thinking and perception, and (b) person with mood disorders. These included scenario and checklist form. Phase 2 aimed to validate the content by three experts with IOC of 0.98 and 1.00, respectively. Phase 3 was to firstly try out of the tool with 80 nursing students. Results showed that Cronbach's Alpha Coefficients were 0.69 and 0.41, respectively. In phase 4, we then tried out the tool with similar population (119 nursing students) and we obtained another set of Cronbach's Alpha Coefficients of 0.78, and 0.72. By using t-test ($p=.05$), the index of discrimination of item - total of the evaluation forms was tested. Result showed that there was not significantly different between a couple of evaluation forms.

The results of focus group discussion with nursing instructors and nursing student showed that the developed tool containing clinical skill for therapeutic communication for person with disorders of thinking and perception was appropriate.

Keywords: tool, clinical skill, objective structured clinical examination (OSCE), therapeutic communication, nursing students

บทนำ

การจัดการเรียนการสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ (Thai Qualification Framework for Higher Education : TQF) พ.ศ. 2554¹ ที่กำหนดไว้ ได้แก่ 1) คุณธรรม จริยธรรม 2) ความรู้ 3) ทักษะทางปัญญา 4) ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ 5) ทักษะการคิดวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และ 6) ทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อวิชาชีพพยาบาล ซึ่งการจัดการเรียนการสอนประกอบด้วยการสอนทั้งภาคทฤษฎี ภาคทดลอง และภาคปฏิบัติ ในการสอนภาคปฏิบัติจะมีการเตรียมทักษะ

พื้นฐานของนักศึกษาเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล² ดังนั้นผู้สอนต้องมีการประเมินนักศึกษาทั้งด้านความรู้และทักษะต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะอย่างยิ่งการประเมินในห้องปฏิบัติการพยาบาลและการฝึกภาคปฏิบัติเพราะเป็นการให้นักศึกษาได้ลงมือปฏิบัติตามสถานการณ์จำลอง หรือสถานการณ์จริง³ ซึ่งการประเมินทักษะทางคลินิกมีความสำคัญเนื่องจากใช้เป็นการประกันว่านักศึกษามีความรู้ที่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้⁴ นอกจากนี้การประเมินทักษะปฏิบัติทางการพยาบาลยังเป็นส่วนหนึ่งของการเตรียมนักศึกษาให้มีความพร้อมในการฝึกปฏิบัติทักษะต่าง ๆ ในการพยาบาล สามารถปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างแม่นยำ ช่วยลดความผิดพลาดในการปฏิบัติทักษะทางการพยาบาลเพื่อให้เกิดความปลอดภัย

สำหรับผู้ป่วยทันทีที่นักศึกษาก้าวเข้าไปในแหล่งฝึกปฏิบัติ⁵

การสอบ Objective Structured Clinical Examination (OSCE) เป็นการประเมินทักษะความสามารถของนักศึกษา โดยการประเมินจะผ่านการวางแผนการจัดการหรือการสร้างเป็นโครงสร้าง มีหลักการที่สำคัญ ประกอบด้วย สถานที่สอบ สถานการณ์จำลอง วัตถุประสงค์การสอบ รูปแบบโครงสร้าง และความยืดหยุ่น⁶ โดยมีการประเมินความสามารถทางคลินิกทางการพยาบาล แบ่งเป็น 6 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การเตรียมทีม OSCE (2) การกำหนดความสามารถทางคลินิกที่จะได้รับการประเมิน (3) การพัฒนาข้อสอบและแบบประเมิน (4) การสรรหาและการฝึกอบรมผู้ป่วยมาตรฐานหรือผู้ป่วยจำลอง (5) การเตรียมสอบ OSCE และ (6) การจัดสอบ OSCE ซึ่งการพัฒนาข้อสอบและแบบประเมิน ต้องมีการเขียนโจทย์ OSCE แต่ละข้อให้ครอบคลุมรายละเอียดทุกด้านของการสอบ และควรนำข้อมูลมาจากผู้ป่วยจริง⁷ ดังนั้นการออกแบบเครื่องมือการประเมินทักษะการปฏิบัติทางคลินิกที่เหมาะสมจะช่วยให้สามารถประเมินทักษะการปฏิบัติทางการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง⁸

ในการจัดการเรียนการสอนวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต สำหรับนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี มีการฝึกปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเวช ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา มุ่งเน้นประสบการณ์ที่จำเป็นอย่างยิ่ง การใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช การจัดกิจกรรมกลุ่มบำบัด การสอนสุขภาพจิตศึกษา และการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ซึ่งทักษะการสื่อสารเพื่อการบำบัดเป็นส่วนหนึ่งของการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดและยังเป็นทักษะที่สำคัญอย่างยิ่งในการปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเวช เพราะการปฏิบัติทักษะดังกล่าว เป็นลักษณะที่เฉพาะเจาะจงจำเป็นอย่างยิ่งต้องใช้สถานการณ์หรือจัดประสบการณ์ให้นักศึกษาได้ลงมือปฏิบัติจริงในสภาพที่ใกล้เคียงกับสภาพจริงมากที่สุดเพื่อให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้ทักษะการปฏิบัติ โดยการจำลอง OSCE ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตในปีการศึกษา 2559 ที่ผ่านมา มีการประยุกต์ใช้แบบประเมินการสนทนเพื่อการบำบัดของสถาบันพระบรมราชชนก⁹ พบว่า การประเมินผลทักษะทางคลินิกเกี่ยวกับการสื่อสารเพื่อการบำบัดยังขาดการ

ประเมินการปฏิบัติทักษะในขั้นตอนย่อยบางขั้นตอนและขาดเกณฑ์การตัดสินที่ชัดเจน อาจส่งผลให้ผู้ประเมินแต่ละคนใช้ความรู้สึกร่วมตัวในการตัดสิน ทำให้มีความเป็นปรนัยน้อยกว่าการวัดผลที่มีรายละเอียดของแต่ละขั้นตอนและยังส่งผลให้ผู้สอนไม่สามารถให้ข้อมูลย้อนกลับสำหรับนักศึกษาที่ได้รับการประเมิน ดังนั้นเพื่อแก้ไขปัญหาในการประเมินนักศึกษาเกี่ยวกับทักษะการสื่อสารเพื่อการบำบัดดังกล่าว จึงได้ศึกษาและพัฒนาแบบวัดทักษะปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัดโดยใช้ OSCE ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีทางสุขภาพจิตให้มีความเป็นปรนัย สอดคล้องและเหมาะสมสำหรับนักศึกษามากขึ้น นำไปสู่การพัฒนาศักยภาพตนเองของนักศึกษาให้ดีขึ้นสามารถประยุกต์ความรู้สู่การปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและเป็นการเตรียมความพร้อมนักศึกษาก่อนการฝึกภาคปฏิบัติจริงในการดูแลผู้รับบริการที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตได้อย่างมีคุณภาพและปลอดภัยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดทักษะปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัดโดยใช้ OSCE ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต ของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการประเมินผู้เรียนของมิลเลอร์¹⁰ ซึ่งแบ่งระดับการประเมินเป็น 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) รู้ (knows) 2) รู้ว่าทำอะไร (knows how) 3) แสดงว่าปฏิบัติอย่างไร (shows how) และ 4) การปฏิบัติตามสถานการณ์จริง (does) รวมทั้งทฤษฎีการสร้างสัมพันธภาพของ Peplau¹¹ และทบทวนเทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัด หลักการสื่อสารกับผู้ที่มีความผิดปกติของการคิดการรับรู้ซึ่งมีอาการหลงผิด ประสาทหลอน ต้องใช้เทคนิคการสื่อสารเกี่ยวกับการสอบถามเพื่อประเมินการคิดการรับรู้ การให้ข้อมูลความเป็นจริง และการให้ข้อมูลที่จำเป็นและผู้ที่มีความผิดปกติของอารมณ์ซึ่งอาจมีอาการมึนเศร้าหรือครุ่นคิดมากเกินไป ต้องใช้เทคนิคการสื่อสารเกี่ยวกับการสอบถามเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก บอกสะท้อนความรู้สึกให้ผู้ป่วยตระหนักใน

อารมณ์ตนเอง และกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีแนวทางจัดการกับอารมณ์ ได้อย่างเหมาะสม¹²⁻¹³ การกำหนดโครงสร้างองค์ประกอบของ แบบวัดทักษะปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัดโดยใช้ OSCE จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวพบว่าการสื่อสารเพื่อการบำบัดกับผู้ที่มีความผิดปกติของการคิดและการรับรู้ รวมทั้งผู้ที่มีความผิดปกติของอารมณ์ประกอบด้วย เทคนิคต่าง ๆ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด 3 ส่วน คือ ส่วนแรกเป็นระยะเริ่มต้นการสร้างสัมพันธภาพ เป็นองค์ประกอบเกี่ยวกับ การสร้างความไว้วางใจ มีองค์ประกอบ 2 ด้าน ได้แก่ (1) การให้ข้อมูลที่จำเป็น (2) การให้ความสำคัญ ส่วนที่สอง เป็นระยะดำเนินการ เป็นองค์ประกอบเกี่ยวกับการทำความเข้าใจยอมรับปัญหาและร่วมกันค้นหาแนวทางแก้ไข ปัญหาองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ (1) การสำรวจปัญหาที่เกี่ยวข้อง (2) การเข้าใจปัญหา (3) การตระหนักเกี่ยวกับปัญหา และ (4) การกระตุ้นให้แก้ไขปัญห และส่วนที่สามเป็นระยะสิ้นสุดสัมพันธภาพหรือสิ้นสุดการสื่อสารในแต่ละครั้ง เป็นองค์ประกอบเกี่ยวกับ การสรุปและยุติการสนทนา มีองค์ประกอบ 2 ด้าน ได้แก่ (1) การสรุปเรื่องราวการสนทนา (2) การจบหรือยุติการสนทนา

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ประกอบด้วย 3 ระยะดังนี้ ระยะที่ 1 การพัฒนาแบบวัดทักษะปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัดโดยใช้ OSCE มีการดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นที่ 1 ศึกษาเอกสารตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในการกำหนดกรอบแนวคิดและองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องในการสร้างแบบวัดทักษะปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัดกับผู้ที่มีความผิดปกติทางการคิดการรับรู้ และแบบวัดทักษะปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัดกับผู้ที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ พร้อมทั้งประชุมอาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการวางแผนการสร้างเครื่องมือ ขั้นที่ 2 สร้างและพัฒนาแบบวัดทักษะปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัด ซึ่งดำเนินการสร้างและพัฒนาแบบวัดจำนวน 2 ฉบับ ได้แก่ ฉบับที่ 1 แบบวัดทักษะปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัดกับผู้ที่มีความผิดปกติทางการคิดการรับรู้ และฉบับที่ 2 แบบวัดทักษะปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัดกับผู้ที่มีความผิดปกติ

ทางอารมณ์ โดยแบบวัดดังกล่าวเป็นแบบสังเกตพฤติกรรม รวมทั้งโจทย์สถานการณ์ scenario แบบตรวจสอบรายการตามทักษะปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัด และข้อสอบ โดยใช้กรอบแนวคิดการประเมินผู้เรียนของมิลเลอร์¹⁰ ทฤษฎีการสร้างสัมพันธภาพของเพปบลาว¹¹ และทบทวนเทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัดหลักการสื่อสารกับผู้ที่มีความผิดปกติของการคิด การรับรู้และผู้ที่มีความผิดปกติของอารมณ์¹²⁻¹³ ในระยะที่ 2 การตรวจสอบความเป็นไปได้และความเหมาะสมของแบบวัดทักษะปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัดโดยใช้ OSCE แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นที่ 1 ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (ค่า IOC) ของแบบวัดทักษะปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัด รวมทั้งโจทย์สถานการณ์ scenario แบบตรวจสอบรายการตามทักษะปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัด และข้อสอบ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตามแนวทางการประเมินเกี่ยวกับความสอดคล้องของวัตถุประสงค์และเนื้อหา ขั้นที่ 2 นำแบบวัดทักษะปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัดโดยใช้ OSCE รวมทั้งโจทย์สถานการณ์ scenario แบบตรวจสอบรายการตามทักษะปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัด และข้อสอบทั้ง 2 ฉบับมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ระยะที่ 3 การทดลองใช้แบบวัดทักษะปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัดโดยใช้ OSCE ครั้งที่ 1 โดยใช้ในกลุ่มประชากร ได้แก่ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 ที่ลงทะเบียนเรียนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต ปีการศึกษา 2560 จำนวน 80 คน ก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตและหาค่าความเชื่อมั่น โดยคำนวณค่า Cronbach's Alpha Coefficient และสนทนากลุ่ม (Focus group) เกี่ยวกับประเด็นความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของแบบวัดทักษะปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัด โจทย์สถานการณ์ scenario แบบตรวจสอบรายการ และข้อสอบ OSCE กับผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และนักศึกษา นำแบบวัดดังกล่าวมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และในระยะที่ 4 การทดลองใช้แบบวัดทักษะปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัดโดยใช้ OSCE ครั้งที่ 2 โดยใช้ในกลุ่มประชากรที่ใกล้เคียงกับกลุ่มเดิม ได้แก่ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 ที่ลงทะเบียนเรียนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต ปีการศึกษา 2561 จำนวน

119 คน ก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตและหาค่าความเชื่อมั่น โดยคำนวณค่า Cronbach's Alpha Coefficient

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบวัดทักษะปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัด 2) โจทย์สถานการณ์ scenario 3) แบบตรวจสอบรายการ (check-list) ตามทักษะปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัด 4) ข้อสอบ OSCE 5) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม และ 6) แบบตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามตามเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย (Item-Objective Congruence Index: IOC) สำหรับผู้ทรงคุณวุฒิโดยมีรายละเอียดดังนี้

1. แบบวัดทักษะปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัด โดยใช้ OSCE มี 2 ฉบับ ได้แก่ ฉบับที่ 1 แบบวัดทักษะปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัดกับผู้ที่มีความผิดปกติทางการคิดการรับรู้และฉบับที่ 2 แบบวัดทักษะปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัดกับผู้ที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ซึ่งเป็นแบบสังเกตพฤติกรรมจำนวน 20 รายการ แบบวัดดังกล่าวสร้างและพัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย ตามโครงสร้างและองค์ประกอบที่กำหนดสอดคล้องกับทฤษฎีการสร้างสัมพันธภาพของเพปพลาวและเทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัด หลักการสื่อสารกับผู้ที่มีความผิดปกติทางการคิดการรับรู้ และผู้ที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ ประกอบด้วย เทคนิคต่าง ๆ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด 3 ส่วน คือ ส่วนแรกเป็นระยะเริ่มต้นการสร้างสัมพันธภาพ เป็นองค์ประกอบเกี่ยวกับการสร้างความไว้วางใจ มีองค์ประกอบ 2 ด้าน ได้แก่ (1) การให้ข้อมูลที่จำเป็น (2) การให้ความสำคัญ ซึ่งมีรายการประเมินเกี่ยวกับ 1. ทักทายผู้ป่วย 2. แนะนำตัว 3. ถามชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย 4. แจ้งวัตถุประสงค์ 5. แจ้งระยะเวลาการสนทนา 6. เสนอตัวให้การช่วยเหลือและ 7. แจ้งการรักษาความลับ ส่วนที่สอง เป็นระยะดำเนินการ เป็นองค์ประกอบเกี่ยวกับการทำความเข้าใจยอมรับปัญหาและร่วมกันค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหามีองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ (1) การสำรวจปัญหาที่เกี่ยวข้อง (2) การเข้าใจปัญหา (3) การตระหนักเกี่ยวกับปัญหา และ (4) การกระตุ้นให้แก้ไขปัญหามีรายการประเมินเกี่ยวกับ 1. สอบถามข้อมูลทั่วไป 2. บอกสิ่งที่สังเกตเห็นเกี่ยวกับสีหน้าท่าทางของผู้ป่วยให้ผู้ป่วยรับทราบ 3. รับฟังผู้ป่วยด้วยความตั้งใจ 4. สืบถามข้อมูล

5. สอบถามขอความกระจ่าง 6. ทบทวนซ้ำเกี่ยวกับคำพูดของผู้ป่วย 7. ให้กำลังใจ 8. บอกข้อมูลที่จำเป็น โดยมีรายการที่แตกต่างกัน 3 รายการในแบบวัดฉบับที่ 1 และ 2 ดังนี้ ฉบับที่ 1 แบบวัดทักษะปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัดกับผู้ที่มีความผิดปกติทางการคิดการรับรู้ มีรายการเพิ่มเติมเกี่ยวกับ 1) สอบถามสิ่งที่ผู้ป่วยรับรู้ 2) บอกความเป็นจริงให้ผู้ป่วยรับทราบ และ 3) เปรียบเบนความสนใจผู้ป่วยโดยให้สนทนาเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ส่วนฉบับที่ 2 แบบวัดทักษะปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัดกับผู้ที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ มีรายการเพิ่มเติมเกี่ยวกับ 1) เน้นประเด็นสำคัญ 2) กระตุ้นให้คิด และ 3) การให้กำลังใจ และส่วนที่สาม เป็นระยะสิ้นสุดสัมพันธภาพหรือสิ้นสุดการสื่อสารในแต่ละครั้ง เป็นองค์ประกอบเกี่ยวกับการสรุปและยุติการสนทนา มีองค์ประกอบ 2 ด้าน ได้แก่ (1) การสรุปเรื่องราวการสนทนา (2) การจบหรือยุติการสนทนาซึ่งมีรายการประเมินเกี่ยวกับ 1. สรุปการสนทนา และ 2. แจ้งการจบการสนทนา แบบวัดดังกล่าวมีการแบ่งคะแนนรายข้อเป็น 3 ระดับ ประกอบด้วย 1) ปฏิบัติครบถ้วนและถูกต้อง 2) ปฏิบัติไม่ครบถ้วนหรือปฏิบัติไม่ถูกต้อง 3) ไม่ปฏิบัติหรือปฏิบัติไม่ถูกต้องในเรื่องสำคัญ โดยการให้คะแนนระดับ 1 และ 2 จะมีเกณฑ์การให้มากน้อยตามระดับความสำคัญของพฤติกรรมแต่ละรายข้อ ในการให้คะแนนระดับ 3 จะให้คะแนนเท่ากับ 0

2. โจทย์สถานการณ์ scenario ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตทักษะการปฏิบัติการพยาบาลในการสอบ OSCE รายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตเกี่ยวกับทักษะการสื่อสารเพื่อการบำบัดโดยเฉพาะในผู้ที่มีความผิดปกติทางการคิดการรับรู้ ซึ่งพบบ่อยในผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งโจทย์สถานการณ์เป็นเหตุการณ์ที่มีกบปในหอผู้ป่วยจิตเวชจากสถานการณ์จริง ได้แก่ การสื่อสารกับผู้รับบริการที่มีพฤติกรรมแยกตัว หูแว่ว เช่น พูดคนเดียว และมีพฤติกรรมหวาดระแวง ซึ่งครอบคลุมอาการหลงผิด ประสาทหลอน และทักษะการสื่อสารเพื่อการบำบัดโดยเฉพาะในผู้ที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ ซึ่งพบบ่อยในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ซึ่งโจทย์สถานการณ์เป็นเหตุการณ์ที่มีกบปในหอผู้ป่วยจิตเวชจากสถานการณ์จริง ได้แก่ การสื่อสารกับผู้รับบริการที่มีอารมณ์ครั้นเคร่ง หรืออารมณ์ซึมเศร้า ซึ่งโจทย์สถานการณ์ scenario ประกอบด้วย ข้อมูลผู้ป่วย ได้แก่ ชื่อผู้ป่วย ลักษณะ

ของผู้ป่วย อาการสำคัญ วินิจฉัยโรค สรุปกรณีผู้ป่วย ผลการตรวจร่างกาย การตรวจสภาพจิต และประวัติการเจ็บป่วย โดยโจทย์สถานการณ์มีจำนวน 2 scenario ดังนี้ scenario ที่ 1 ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการพูดคนเดียว และตาขวางเป็นบางครั้ง นั่งเพียงลำพัง และ scenario ที่ 2 ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว สิ้นหนักรุ่นคิด อารมณ์หงุดหงิดง่าย บางครั้งเศร้า

3. แบบตรวจสอบรายการ (check-list) ตามทักษะปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัด สำหรับเป็นบทในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยมาตรฐาน (standardized patient) และเป็นแนวทางในการประเมินนักศึกษา มีจำนวน 2 ชุด ซึ่งมีความสอดคล้องกับโจทย์สถานการณ์ทั้ง 2 scenario

4. ข้อสอบ OSCE ประกอบด้วย ข้อมูลสถานี เวลาในการปฏิบัติ คะแนนเต็ม คะแนนผ่านขั้นต่ำ วัตถุประสงค์ ทักษะ วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ ความต้องการผู้ป่วยมาตรฐาน (standardized patient) โจทย์ และคำสั่งซึ่งมีจำนวน 2 สถานี ได้แก่ สถานีที่ 1 การสื่อสารกับผู้รับบริการที่มีความผิดปกติของการคิดและการรับรู้ และสถานีที่ 2 การสื่อสารกับผู้รับบริการที่มีความผิดปกติของอารมณ์

5. แนวคำถามการสนทนากลุ่มของอาจารย์และนักศึกษาเกี่ยวกับความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของแบบวัดทักษะปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัดโดยใช้ OSCE ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ข้อครอบคลุมเรื่อง 1) แบบวัดทักษะปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัด มีรายการประเมินครบถ้วนทุกขั้นตอนครอบคลุมเทคนิคการสื่อสารที่จำเป็นและผู้ประเมินเข้าใจได้ตรงกันหรือไม่อย่างไร 2) โจทย์สถานการณ์ scenario มีข้อมูลเพียงพอเป็นไปตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้จริง ในการสื่อสารเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยจิตเวชหรือไม่อย่างไร 3) แบบตรวจสอบรายการ (check-list) มีความสอดคล้องกับโจทย์สถานการณ์ และถูกต้องตามหลักการสื่อสารเพื่อการบำบัดหรือไม่อย่างไร 4) ข้อสอบ OSCE มีความชัดเจน และตรงประเด็นหรือไม่อย่างไร

6. แบบตรวจความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามของแบบวัดทักษะปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัดตามเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย (Item-Objective Congruence Index: IOC) สำหรับผู้ทรงคุณวุฒิ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยดังกล่าวพัฒนาโดยผู้วิจัยและตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดทักษะปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัดทั้ง 2 ฉบับ ด้วยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (ค่า IOC) และการตรวจสอบความเชื่อมั่น ดังนี้

1. การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษาการวัดและประเมินผล ผู้เชี่ยวชาญด้านการสอบ OSCE และผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช พิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของข้อคำถามในแบบวัดทักษะการปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัดทั้ง 2 ฉบับรวมทั้งโจทย์สถานการณ์ scenario แบบตรวจสอบรายการ (check-list) และข้อสอบ OSCE และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบวัดทักษะปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัดโดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Cronbach's Alpha Coefficient) ของคะแนนทั้งฉบับและรายข้อของแบบวัดทักษะปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัด ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการทดลองใช้ทั้ง 2 ครั้ง ในกลุ่มประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกันและ การทดสอบเพื่อหาคุณภาพในการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนของแบบวัดทักษะปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัดของผลการทดลองใช้ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 โดยใช้การทดสอบที (t-test)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรณบุรี ซึ่งผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและเปิดโอกาสให้ซักถามกรณีนักศึกษาต้องการปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในการเข้าสอบ OSCE โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อนักศึกษา และข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถือเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปโดยหาค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) ของคะแนนทั้งฉบับและรายข้อของแบบวัดทักษะปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัด และการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนของแบบวัดทักษะปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัดของผลการ

ทดลองใช้ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 โดยใช้การทดสอบที (t-test) และวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยการจำแนกและจัดกลุ่มข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม (Focus group) กับผู้เกี่ยวข้อง

ผลการวิจัย

1. การพัฒนาแบบวัดทักษะปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัดโดยใช้ OSCE

การพัฒนาแบบวัดทักษะปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัดโดยใช้ OSCE รวมทั้ง โจทย์สถานการณ์ Scenario แบบตรวจสอบรายการ (check-list) และข้อสอบ OSCE ทั้ง 2 ฉบับมีรายละเอียดดังนี้ 1) แบบวัดทักษะปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัดกับผู้ที่มีความผิดปกติทางการคิดการรับรู้ พบว่าผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของข้อคำถามในแบบวัด จำแนกรายข้อ ส่วนใหญ่มีค่าเท่ากับ 1.00 มีเพียงข้อที่ 11 มีค่าเท่ากับ 0.67 และ โดย

รวมมีค่าเท่ากับ 0.98 ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิเสนอให้มีการปรับข้อความในรายการประเมินข้อที่ 11 จากเดิมคือสำรวจข้อมูลปรับเป็นสอบถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหาในส่วนของโจทย์สถานการณ์ Scenario แบบตรวจสอบรายการ (check-list) และข้อสอบ OSCE ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของข้อคำถามในแบบวัด จำแนกรายข้อและโดยรวม ทุกข้อมีค่าเท่ากับ 1.00 และ 2) แบบวัดทักษะปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัดกับผู้ที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ พบว่า ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของข้อคำถามในแบบวัดจำแนกรายข้อ และโดยรวมทุกข้อมีค่าเท่ากับ 1.00 รวมทั้ง โจทย์สถานการณ์ scenario แบบตรวจสอบรายการ (check-list) และข้อสอบ OSCE ทุกข้อมีค่าเท่ากับ 1.00

ซึ่งแสดงตัวอย่าง โจทย์สถานการณ์ scenario ข้อสอบและแบบวัดทักษะการปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัดดังนี้

ตัวอย่าง Scenario

1. Demographic form

Patient name : มาลี

Patient demographic : หญิง อายุ 30 ปี รูปร่างสันทัด

Presenting complaint : ตาขวาง พุดคนเดียว 1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล

Acute diagnosis : Schizophrenia

2. Training material worksheet

Case summary:

นางสาวมาลี อายุ 30 ปี มาโรงพยาบาลด้วย ตาขวาง พุดคนเดียว 1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัยโรค Schizophrenia ให้พักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยจิตเวชและให้ยา Haloperidol ตามแผนการรักษา ผู้ป่วยยังมีอาการพุดคนเดียว และตาขวางเป็นบางครั้ง มักนั่งอยู่เพียงลำพังบริเวณเก้าอี้หน้า Nurse Station

Physical examination :

ไม่มี

Mental status examination :

Poor insight ,Persecutory delusion ,Auditory Hallucination, Poverty speech, Flat affect

Patient history in detail :

ประวัติการเจ็บป่วย ไม่มีโรคประจำตัวอื่นๆ

ประวัติการรักษา เป็นการเข้ารับการรักษาครั้งแรก

ตัวอย่างข้อสอบ OSCE

สถานีที่ 1: การสื่อสารกับผู้รับบริการที่มีความผิดปกติของการคิดและการรับรู้

เวลาในการปฏิบัติ: 10 นาที **คะแนนเต็ม:** 100 คะแนน **คะแนนผ่านขั้นต่ำ:** 65 คะแนน

วัตถุประสงค์: เพื่อสามารถสื่อสารเพื่อการบำบัดกับผู้รับบริการที่มีความผิดปกติของการคิดและการรับรู้

ทักษะ: Communication skill

วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้: 1. แก้วน้ำสำหรับผู้ให้บริการและผู้ป่วย จำนวน 2 ตัว 2. โต๊ะและเก้าอี้สำหรับผู้ประเมิน จำนวน 1 ตัว

ต้องการผู้ป่วยมาตรฐาน (Standardized Patient) เพศหญิง อายุระหว่าง 20-40 ปี

โจทย์: ผู้ป่วยเพศหญิง อายุระหว่าง 35 ปี พูดคนเดียว และตาขวางเป็นบางครั้ง มักนั่งอยู่เพียงลำพัง

ตัวอย่างแบบวัดทักษะการปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัดกับผู้ที่มีความผิดปกติของการคิดและการรับรู้

รายการประเมิน	ปฏิบัติ		ไม่ปฏิบัติ
	สมบูรณ์	ไม่สมบูรณ์	
1. ทักทายผู้ป่วย			
2. แนะนำตัว			
3. ถามชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย			
4. แจ้งวัตถุประสงค์			
5. แจ้งระยะเวลาการสนทนา			
6. เสนอตัวให้การช่วยเหลือ			
7. แจ้งการรักษาความลับ			
8. สอบถามข้อมูลทั่วไป			
9. บอกสิ่งที่สังเกตเห็นเกี่ยวกับ สีหน้า ท่าทางของผู้ป่วยให้ผู้ป่วยรับทราบ			
10. รับฟังผู้ป่วยด้วยความตั้งใจ			
11. สอบถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับข้อมูลที่เกี่ยวข้อง กับปัญหา (จากเดิมสำรวจข้อมูล)			
12. สอบถามขอความกระจ่าง			
13. สอบถามสิ่งที่ผู้ป่วยรับรู้			
14. บอกความเป็นจริงให้ผู้ป่วยรับทราบ			
15. เบี่ยงเบนความสนใจผู้ป่วยโดยให้สนทนาเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน			
16. ทบทวนซ้ำเกี่ยวกับคำพูดของผู้ป่วย			
17. สะท้อนความรู้สึกของผู้ป่วย			
18. บอกข้อมูลที่จำเป็น			
19. สรุปการสนทนา			
20. แจ้งการจบการสนทนา			
รวมคะแนน	100 คะแนน		
คะแนนที่ได้	คะแนน		

2. ผลการตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดทักษะปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัดโดยใช้ OSCE

1. ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน พิจารณา ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของข้อคำถามในแบบวัดทักษะการปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัดทั้ง 2 ฉบับ ซึ่งแต่ละฉบับมีจำนวนรายการประเมินทั้งหมด 20 รายการ จากนั้นนำผลคะแนนไปคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (ค่า IOC) ของเนื้อหาตามเนื้อหาในคำนิยามและวัตถุประสงค์ ผลการพิจารณาพบว่า 1) แบบวัดทักษะปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัดกับผู้ที่มีความผิดปกติทางการคิดและการรับรู้มีค่าเท่ากับ 0.98 ผู้วิจัยนำรายการประเมินที่มีค่าดัชนีต่ำกว่า 0.70 มาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิเสนอให้มีการปรับข้อความในรายการประเมินข้อที่ 11 จากเดิมคือสำรวจข้อมูลปรับเป็นสอบถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหา 2) แบบวัดทักษะปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัดกับผู้ที่มีความผิดปกติทางอารมณ์มีค่าเท่ากับ 1.00 ในส่วนของโจทย์สถานการณ์ scenario แบบตรวจสอบรายการ (check-list) และข้อสอบ OSCE ทั้ง 2 ฉบับ ทุกข้อมีค่าเท่ากับ 1.00

2. การวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบวัดทักษะปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัดโดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Cronbach's Alpha Coefficient) ของคะแนนทั้งฉบับและรายข้อของแบบวัดทักษะปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัด ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการทดลองใช้ทั้ง 2 ครั้งดังนี้ ผลการทดลองใช้ครั้งที่ 1 พบว่า แบบวัดทักษะปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัดกับผู้ที่มีความผิดปกติทางการคิดและการรับรู้มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Cronbach's Alpha Coefficient) ของคะแนนทั้งฉบับมีค่าเท่ากับ 0.69 และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Cronbach's Alpha Coefficient) ของคะแนนรายข้อมีค่าของแต่ละข้อคำถามมีค่าอยู่ระหว่าง 0.6-0.7 ส่วนแบบวัดทักษะปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัดกับผู้ที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Cronbach's Alpha Coefficient) ของคะแนนทั้งฉบับมีค่าเท่ากับ 0.41 และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Cronbach's Alpha Coefficient) ของคะแนนรายข้อมีค่าของแต่ละข้อคำถามมีค่าอยู่ระหว่าง 0.3-0.7 ผู้วิจัยนำรายการประเมินในข้อที่มีคะแนนต่ำกว่า 0.70 มาปรับปรุงแบบวัดทักษะการสื่อสารเพื่อการบำบัด พร้อมทั้ง

ทบทวนโจทย์สถานการณ์ scenario ให้มีความเฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับทักษะการสื่อสารเพื่อการบำบัด นอกจากนี้ผลการทดลองใช้ครั้งที่ 2 พบว่า แบบวัดทักษะปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัดกับผู้ที่มีความผิดปกติทางการคิดและการรับรู้ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Cronbach's Alpha Coefficient) ของคะแนนทั้งฉบับมีค่าเท่ากับ 0.78 และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Cronbach's Alpha Coefficient) ของคะแนนรายข้อมีค่าของแต่ละข้อคำถามมีค่าอยู่ระหว่าง 0.7-0.9 ส่วนแบบวัดทักษะปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัดกับผู้ที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Cronbach's Alpha Coefficient) ของคะแนนทั้งฉบับมีค่าเท่ากับ 0.72 และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Cronbach's Alpha Coefficient) ของคะแนนรายข้อมีค่าของแต่ละข้อคำถามมีค่าอยู่ระหว่าง 0.7-0.8 ซึ่งการทดสอบเพื่อหาคุณภาพในการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนของแบบวัดทักษะปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัดของผลการทดลองใช้ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 โดยใช้การทดสอบที พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. ผลการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการประเมินผลด้วยวิธี OSCE โดยใช้แบบวัดทักษะปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัดจากอาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชและนักศึกษา

ผลการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการประเมินผลด้วยวิธี OSCE โดยใช้แบบวัดทักษะปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัดจากอาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชและนักศึกษาตามประเด็นคำถามมีดังนี้ 1) แบบวัดทักษะปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัดมีรายการประเมินครบถ้วนทุกขั้นตอนครอบคลุมเทคนิคการสื่อสารที่จำเป็นและผู้ประเมินเข้าใจได้ตรงกัน ซึ่งอาจารย์มีความคิดเห็นเกี่ยวกับแบบวัดทักษะปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัดว่า “แบบวัดทักษะปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัด มีรายการประเมินครบถ้วนทุกขั้นตอนครอบคลุมเทคนิคการสื่อสารที่จำเป็น ข้อความต่าง ๆ ที่ใช้ในการประเมินเป็นรูปธรรมช่วยให้อาจารย์ผู้ประเมินเข้าใจได้ง่าย โดยไม่ต้องตีความทำให้เกิดความเข้าใจตรงกันระหว่างอาจารย์ผู้ประเมินการสอบ OSCE” 2) โจทย์สถานการณ์ scenario มีข้อมูลเพียงพอเป็นไปตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้จริงในการสื่อสารเพื่อการบำบัด

กับผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งอาจารย์มีความคิดเห็นเกี่ยวกับโจทย์สถานการณ์ scenario ว่า “โจทย์สถานการณ์ scenario มีข้อมูลครบถ้วนเพียงพอ และเป็นสถานการณ์ที่พบเจอได้บ่อยในแหล่งฝึกปฏิบัติ โดยเฉพาะการสื่อสารกับผู้ที่มีความผิดปกติทางการคิดและการรับรู้ในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมแยกตัวหวาดระแวงไม่ไว้วางใจ และอาจมีอาการหูแว่ว ประสาทหลอนร่วมด้วย ในส่วนของโจทย์สถานการณ์ scenario เกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ควรแยกระหว่างอารมณ์เศร้าและอารมณ์เครียดให้มีความชัดเจนมากขึ้นจะทำให้สถานการณ์มีความเฉพาะเจาะจงและสอดคล้องกับแบบวัดทักษะการปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัดมากขึ้น” นอกจากนี้ นักศึกษามีความคิดเห็นเกี่ยวกับโจทย์สถานการณ์ scenario ว่า “โจทย์สถานการณ์ทั้ง 2 scenario มีข้อมูลครบถ้วนเพียงพอ ช่วยให้นักศึกษาเห็นภาพของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความผิดปกติของการคิดการรับรู้อารมณ์และพฤติกรรมได้อย่างชัดเจน” 3) แบบตรวจสอบรายการ (check-list) มีความสอดคล้องกับโจทย์สถานการณ์ และถูกต้องตามหลักการสื่อสารเพื่อการบำบัด ซึ่งอาจารย์มีความคิดเห็นเกี่ยวกับแบบตรวจสอบรายการ (check-list) ตามทักษะปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัดว่า “แบบตรวจสอบรายการ (check-list) มีความสอดคล้องกับโจทย์สถานการณ์ และถูกต้องตามหลักการสื่อสารเพื่อการบำบัดทั้ง 2 ฉบับ และแบบตรวจสอบรายการดังกล่าวยังเป็นแนวทางในการแสดงของผู้ป่วยมาตรฐานให้สามารถแสดงบทบาทของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความผิดปกติของการคิด การรับรู้อารมณ์และพฤติกรรมได้สมจริง และไม่ออกนอกประเด็นที่ต้องการประเมินนักศึกษา และยังเป็นแนวทางในการประเมินตามแบบวัดทักษะการปฏิบัติสื่อสารเพื่อการบำบัดได้เป็นอย่างดีสำหรับอาจารย์ผู้ประเมิน” และ 4) ข้อสอบ OSCE มีความชัดเจน และตรงประเด็น ซึ่งอาจารย์มีความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อสอบ OSCE ว่า “ข้อสอบ OSCE ทั้ง 2 ฉบับมีความชัดเจน ตรงประเด็นและเกี่ยวข้องกับ scenario” นอกจากนี้ นักศึกษามีความคิดเห็นเกี่ยวกับโจทย์สถานการณ์ scenario ว่า “ข้อสอบ OSCE ทั้ง 2 ฉบับมีความชัดเจน ตรงประเด็นและง่ายต่อการเข้าใจเกี่ยวกับคำสั่งในข้อสอบว่าต้องการให้นักศึกษาทำอะไร” และนักศึกษาได้ให้ความคิดเห็นเพิ่มเติมว่า “ข้อดีของการประเมินผลด้วย OSCE คือเป็นการทบทวนความรู้ก่อนการลงปฏิบัติจริง เสริมสร้างความมั่นใจก่อนลงฝึก สามารถนำความ

รู้ที่ได้จากการสอบ OSCE ไปประยุกต์ใช้ในภาคปฏิบัติได้ เช่น การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดและเทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัด และเป็นวิธีที่สะท้อนทักษะการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ซึ่งดีกว่าข้อสอบปรนัยหรืออัตนัย และการประเมินโดยใช้ OSCE เกี่ยวกับทักษะการสื่อสารเพื่อการบำบัด ยังเป็นส่วนหนึ่งของการประเมินตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติโดยเฉพาะในด้านทักษะปฏิบัติเชิงวิชาชีพ ได้ใช้การสื่อสารเชิงบำบัดซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติการพยาบาลด้วยความเอื้ออาทรโดยยึดมั่นในคุณธรรมจริยธรรมและสิทธิผู้ป่วย และคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล”

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดทักษะการปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัดโดยใช้ OSCE จากผลการวิจัยมีประเด็นที่สามารถนำมาอภิปรายได้ 2 ประเด็น ดังนี้ ประเด็นที่ 1 ผลการพัฒนาแบบวัดทักษะการปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัดโดยใช้ OSCE ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิต ของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี พบว่า ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของข้อคำถามในแบบวัดทักษะการปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัดโดยใช้ OSCE นั้น แบบวัดทักษะการปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัดทั้ง 2 ฉบับ ค่อนข้างมีความตรงตามเนื้อหาและความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ เนื่องจากมีการกำหนดขอบเขตทักษะปฏิบัติและองค์ประกอบในการสร้างแบบประเมินทักษะทางคลินิกที่ชัดเจน จากการทบทวนวรรณกรรมจากตำราบทความวิชาการและงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับเทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัด^{12,13} รวมทั้งมีกรอบแนวคิดที่มีทฤษฎีสัมพันธภาพของเพปพลาว¹¹ ทำให้ได้องค์ประกอบต่าง ๆ ชัดเจนสอดคล้องกับแนวคิดการประเมินผู้เรียนของ Miller¹⁰ ที่ว่าการประเมินผลจำเป็นต้องประเมินให้ถูกจุดประสงค์กับสิ่งที่ต้องการวัดซึ่งให้แสดงว่าทำอะไร (shows how) โดยให้ประเมินการปฏิบัติและใช้การทดสอบโดยวัดความรู้ทางด้านทักษะและหัตถการทางคลินิกโดยใช้วัตถุประสงค์เป็นโครงสร้าง¹⁴ นอกจากนี้ควรมีการจัดทำ Test blueprint เพื่อให้ได้ข้อสอบที่ครอบคลุมเนื้อหาในทุกด้านทุกทักษะที่ต้อง

ประเมินอย่างเท่าเทียมกัน และหลักการพัฒนาข้อสอบและการจัดทำแบบประเมินต้องมีความกระชับ ชัดเจน ใช้ภาษารัดกุม ไม่กำกวม มีการกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนโดยการสร้าง Checklist ที่คำนึงถึงพฤติกรรมและการปฏิบัติที่เป็นไปได้ และให้คะแนนตามระดับการแสดงออกของนักศึกษา เพื่อแยกแยะความแตกต่างของนักศึกษาที่มีความสามารถ และ นักศึกษากลุ่มอ่อนได้⁷ และมีความสอดคล้องกับผลการพัฒนาเครื่องมือวัดและประเมินผลการเรียนรู้ทักษะทางคลินิกด้วย OSCE สำหรับนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก⁸ ได้ผลวิเคราะห์ความสอดคล้องของเนื้อหาตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป ซึ่งความเชื่อมั่นของแบบประเมินหรือแบบทดสอบภาคปฏิบัติ ขึ้นอยู่กับการปรับปรุงแบบทดสอบทำให้แบบประเมินมีความเชื่อมั่นสูงขึ้น โดยต้องมีการกำหนดเงื่อนไขและสถานการณ์การปฏิบัติที่ชัดเจน ส่วนในประเด็นที่ 2 ผลการตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดทักษะการปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัดโดยใช้ OSCE ของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสพพรรณบุรี ภายหลังจากนำแบบวัดทักษะการปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัดโดยใช้ OSCE ไปทดลองใช้กับนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 พบว่า แบบวัดทักษะการปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัดกับผู้ที่มีความผิดปกติทางการคิดการรับรู้มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนข้อคำถามแต่ละข้อกับคะแนนรวม ครั้งที่ 2 ส่วนใหญ่ สูงกว่าครั้งที่ 1 แต่แบบวัดทักษะการปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัดกับผู้ที่มีความผิดปกติทางอารมณ์มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนข้อคำถามแต่ละข้อกับคะแนนรวม ครั้งที่ 2 บางข้อน้อยกว่าครั้งที่ 1 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าการสื่อสารเพื่อการบำบัดกับผู้ที่มีความผิดปกติทางการคิดการรับรู้มีเทคนิคที่เฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิดประสาทหลอน แต่การสื่อสารเพื่อการบำบัดกับผู้ที่มีความผิดปกติทางอารมณ์โดยเฉพาะในจิตเวชสถานการณ์เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ซึ่งประกอบด้วย อาการครั่นครัง ร่วมกับอารมณ์ซึมเศร้า ทำให้ไม่สามารถระบุเทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัดที่เฉพาะเจาะจง ทำให้รายการประเมินพฤติกรรมในแบบวัดดังกล่าวไม่ชัดเจน ซึ่งผลการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับการประเมินผลด้วยวิธี OSCE ใช้สำหรับประเมินความเป็นไปได้ของรูปแบบการประเมินด้วยวิธี OSCE โดยอาจารย์ประจำ

ภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช พบว่าแบบวัดทักษะปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัดมีรายการประเมินครบถ้วนทุกขั้นตอนครอบคลุมเทคนิคการสื่อสารที่จำเป็น ข้อความต่าง ๆ ที่ใช้ในการประเมินเป็นรูปธรรม ช่วยทำให้อาจารย์ผู้ประเมินเข้าใจได้ง่าย โดยไม่ต้องตีความ ทำให้เกิดความเข้าใจตรงกันระหว่างอาจารย์ผู้ประเมินการสอบ OSCE และผลการสนทนากลุ่มของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 พบว่าการประเมินโดยใช้ OSCE เกี่ยวกับทักษะการสื่อสารเพื่อการบำบัดเป็นส่วนหนึ่งของการประเมินตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติโดยเฉพาะในด้านทักษะปฏิบัติเชิงวิชาชีพได้ใช้การสื่อสารเชิงบำบัดซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติการพยาบาลด้วยความเอื้ออาทรโดยยึดมั่นในคุณธรรมจริยธรรม และสิทธิผู้ป่วย และคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล จะเห็นได้ว่า การนำข้อมูลจากผลการประเมินนักศึกษาและจากผู้เกี่ยวข้อง ภายหลังจากนำแบบวัดทักษะการปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัดไปใช้ ช่วยให้แบบวัดทักษะการปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัดมีคุณภาพยิ่งขึ้น ซึ่งการดำเนินการหลังสอบทักษะทางคลินิกเสร็จแล้ว อาจารย์ผู้เกี่ยวข้องควรมีการประชุมเพื่อสอบถามถึงปัญหาอุปสรรค หรือข้อเสนอแนะต่าง ๆ ในการจัดสอบ รวมทั้งการพัฒนาแบบวัดทักษะหรือแบบประเมินเพื่อใช้สอบในรุ่นต่อไป¹⁵

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้รับผิดชอบรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิตควรนำแบบวัดความสามารถการปฏิบัติการพยาบาลเกี่ยวกับทักษะการสื่อสารเพื่อการบำบัดไปประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนรู้โดยใช้ Simulation Base Learning (SBL) เพื่อเตรียมความพร้อมของนักศึกษา ก่อนขึ้นฝึกภาคปฏิบัติเพื่อประเมินความพร้อมและเพิ่มความมั่นใจแก่นักศึกษา

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

การวิจัยครั้งต่อไปควรจัดทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยมีการบูรณาการระหว่างการจัดการเรียนรู้แบบ Simulation Base Learning เพื่อส่งเสริมสมรรถนะด้านการสื่อสารและสัมพันธภาพ

References

1. Office of the Higher Education Commission. Thai qualifications framework for higher education [Internet]. 2015[cited 2017 Sep 15]. Available from: http://www.mua.go.th/users/tqf-hed/research/3_2558.PDF. (in Thai).
2. Soivong P, Suksatit B, Khampolsiri T, Suwankruhasn N. The use of standardized patients in nursing education. *Ramathibodi Nursing Journal* 2016;21(3):289-97. (in Thai).
3. Kunaviktikul W. Teaching and learning in the discipline of nursing in the 21st century. *Nursing Journal* 2016;42(2):152-6. (in Thai).
4. Khamwong M, Sirimai W, Kunlaka S, Wattanabenasopa S, Nuchusuk C. Development of objective structured clinical examination (OSCE) model in practicum of nursing care of persons with mental health problems subject. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok* 2017;34(2):138-53. (in Thai).
5. Kumkong M. Patient safety: a guideline to nursing practicum. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health* 2019;6(1):216-28 (in Thai).
6. Harden RM. What is an OSCE? *Medical Teacher* 1988;10:19-22.
7. Chukumnerd S, Puicharoen S. The use of objective structured clinical examination (OSCE) in Nursing Education. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*. 2017;4(3):236-48. (in Thai).
8. Prasertmuang D, Chunpetch A, The development of assessment and measurement tool of clinical skill with objective structured clinical examination (OSCE) for students of Nursing college under the Praboromarajchanok Institute 2017;9(3):95-110. (in Thai).
9. The Praboromarajchanok Institute. The manual of assessment for clinical skill with Objective Structured Clinical Examination (OSCE). nonthaburi: YTR printing; 2016. (in Thai).
10. Miller G E. The Assessment of clinical skills /competence/performance. *Acad Med*. 1990 Sep; 65 (9Suppl):S63-7
11. Peplau H. *Interpersonal relations: a theoretical framework for application in nursing*. New York: G. Putnam & Sons ; 1952. Mary, Boyd . *Essentials of Psychiatric Nursing*. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2017.
12. Mary, T C. *Psychiatric Mental Health Nursing : Concept of Care in Evidence-Base Practice* (9th ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company; 2018.
13. Sitticharoon C. Principle of medical education assessment: experience from meeting of association of medical education in Europe (AMEE) 2014 *Siriraj Medical Bulletin* 2014;8(2):79-82. (in Thai).
14. Inkaew T, Pakantal,. Objective Structured Clinical Examination (OSCE): application in nursing practicum. *Journal of Nursing and Health Sciences* 2017;11(3):1-7. (in Thai).

บทความวิจัย

คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลราชวิถี

Quality of Work Life of Professional Nurses Rajavithi Hospital

Received: Mar 14, 2019

Revised: May 24, 2019

Accepted: May 30, 2019

ศุภลักษณ์ ทองขาว ร.บ.ม. (Supalak Thongkao, M.P.A.)

โกวิท กังสนันท์ ปร.ด. (Kowit Kangsanant, Ph.D.)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ระดับคุณภาพชีวิตในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลราชวิถี 2) ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลราชวิถี และ 3) เสนอแนะแนวทางในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลราชวิถี กรอบทฤษฎีของการศึกษาครั้งนี้ใช้ตัวแบบคุณภาพชีวิตในการทำงานของ Walton¹ ซึ่งประกอบด้วยคุณภาพชีวิตในการทำงาน 8 ด้าน วิธีการศึกษาใช้การสำรวจโดยแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 292 คน ที่ได้มาโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ มีความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .947 การวิเคราะห์ข้อมูลปรับใช้ขั้นตอนทางสถิติที่ครอบคลุมความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน การทดสอบค่า t-test และ One-way ANOVA และการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่โดยวิธีการของฟิชเชอร์

ผลการวิจัยพบว่า 1) คุณภาพชีวิตในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลราชวิถี โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ อยู่ในระดับมาก 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการบูรณาการทางสังคม ด้านการเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับสังคม และด้านธรรมเนียมในองค์กร และคุณภาพชีวิตในการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการพัฒนาความสามารถของบุคคล ด้านความก้าวหน้าและความมั่นคงในงาน ด้านสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและถูกสุขลักษณะ ด้านความสมดุลระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัว และด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอและเป็นธรรม 2) ปัจจัยส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลราชวิถีมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในการทำงาน ได้แก่ เพศมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อายุและอัตราเงินเดือนมีความสัมพันธ์ระดับ .01 ส่วนปัจจัยด้านสถานภาพการสมรส และอายุราชการ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในการทำงาน เนื่องจากสภาการพยาบาลได้กำหนดมาตรฐานการพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางให้พยาบาลยึดถือปฏิบัติ ดังนั้นไม่ว่าพยาบาลวิชาชีพจะมีอายุการทำงานมากน้อยแค่ไหนและมีสถานภาพโสด สมรส หม้าย/หย่า หากยึดหลักการพยาบาลในการทำงานก็จะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตการทำงานไม่แตกต่างกัน

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิตในการทำงาน, พยาบาลวิชาชีพ, กลุ่มวิชาชีพในองค์กร

¹ นิสิตปริญญาโท หลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชพฤกษ์ E-mail: supalak.thongkao7@gmail.com

² อาจารย์ประจำหลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชพฤกษ์ E-mail: koitan@yahoo.com
Rajapruk University of Thailand, Nonthaburi, Thailand

Abstract

The objectives of this study were to: 1) examine the level of professional nurses' quality of work-life at Rajavithi Hospital, Bangkok; 2) investigate personal influencing factors of professional nurses' quality of work-life; and 3) promote and develop professional nurses' quality of work-life in the hospital. The study was guided by the Walton's 8-Aspects Quality of Work-Life Model and this was tested in the local situation of Rajavithi Hospital. This survey study included 292 professional nurses. Data were collected using a set of questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics (frequency, percentage, mean, standard deviation, the Pearson's r , T-test, One-way ANOVA, and Fisher's Pair-differential).

Results are as the following. The overall quality of work-life was reported at the middle level. For each domain, nurses' quality of work-life in 3 domains (social integration, social relations, and organizational charter) are at the high level. Also, the nurses' quality of work-life in 5 domains (individual's personal capability development, work progression and security, safety and hygienic environment, private-work life balance, and adequate and fair compensation) are at the middle level. Regarding personal influencing factors of professional nurses' quality of work-life, there were significant relationships among gender, age, and salary and nurses' quality of work-life ($p < .05, .01, .01$, respectively). Meanwhile there were no significant relationships among marriage status and work tenure and nurses' quality of work-life.

For Thai nurses, the Thai Nursing Council has set nursing standards as a guideline. Therefore, regardless of the age of professional nurses and their marital status (single, widowed, or divorced), adhering to nursing principles in the workplace will result in a different quality of working life.

Keywords: quality of work-life, professional nurses, professional groups in organization

บทนำ

คนเป็นทรัพยากรที่มีค่ายิ่งขององค์กร สามารถสร้างคุณูปการแก่องค์กรอย่างมหาศาล และการที่จะให้ทรัพยากรมนุษย์ปฏิบัติงานได้อย่างเต็มที่เต็มความรู้ความสามารถนั้น มีปัจจัยหลายอย่าง ทั้งปัจจัยในด้านผู้ปฏิบัติงาน ปัจจัยองค์กร และปัจจัยภายนอกองค์กรที่จะมีผลต่อการปฏิบัติงานของแต่ละบุคคล² ทั้งนี้ คุณภาพชีวิตการทำงานเป็นกระบวนการที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการทำงาน ดังที่ Chalermarn³ ได้กล่าวไว้ว่า การทำงานเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตที่ปฏิบัติมากกว่ากิจกรรมใด ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสังคมอุตสาหกรรมที่มนุษย์ได้ใช้เวลาถึงหนึ่งในสามของชีวิตเป็นอย่างน้อยอยู่ในโรงงาน

หรือสำนักงาน และยังเชื่อว่าในอนาคตอันใกล้นี้ มนุษย์จำเป็นต้องใช้เวลาของชีวิตเกี่ยวข้องกับการทำงานเพิ่มขึ้นไปอีก สอดคล้องกับแนวคิดของ Brief⁴ ที่มองว่าคุณภาพชีวิตการทำงานเป็นส่วนหนึ่งของคุณภาพชีวิต เพราะในปัจจุบันคนเราทำงานเพื่อให้ดำรงชีวิตอยู่ได้ และตอบสนองความต้องการพื้นฐาน ดังนั้น หากองค์กรมีความมั่นคง สถานที่ทำงานมีความเหมาะสม ย่อมส่งผลให้บุคลากรเกิดคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดีเช่นกัน

โรงพยาบาลราชวิถี เป็นโรงพยาบาลศูนย์วิชาการที่ใหญ่ที่สุดแห่งหนึ่งของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีพันธกิจ 3 ข้อ ได้แก่ 1) มุ่งมั่นสู่การเป็นผู้นำทางวิชาการ

เพื่อเป็นศูนย์การแพทย์ชั้นนำระดับนานาชาติ ซึ่งมีการส่งเสริมสนับสนุน การจัดองค์ความรู้อย่างเป็นระบบ และพัฒนาคุณภาพงานวิชาการอย่างต่อเนื่อง โดยมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีวิทยากรที่ทันสมัย มีศูนย์ความเป็นเลิศทางการวิจัย จะสามารถนำไปสู่การเป็นศูนย์วิจัยในระดับโลก 2) ให้บริการดูแลรักษา สร้างเสริมสุขภาพ ตามมาตรฐานวิชาชีพในระดับตติยภูมิและสูงกว่า หมายถึง การบริการรักษาโรคโดยแพทย์เฉพาะทางสาขาต่อยอด (Sub-specialty) เช่น สาขาต่อยอดของอายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ กุมารเวชศาสตร์ ฯลฯ และหน่วยบริการระดับสูง (Excellence center) บริการรักษาโรคโดยแพทย์สาขาต่อยอดใน 4 ศูนย์หลัก ๆ คือ ศูนย์หัวใจ ศูนย์มะเร็ง ศูนย์อุบัติเหตุ และศูนย์ปลูกถ่ายอวัยวะ 3) บุคลากรทำงานร่วมกันอย่างมีความสุข และมีประสิทธิภาพด้วยระบบบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ มีระบบเวชศาสตร์ฉุกเฉิน Emergency Medical Service (EMS) ซึ่งมีความสามารถให้การรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยฉุกเฉินและผู้ป่วยบาดเจ็บที่มีความพร้อมสูง⁵

ทั้งนี้ การจะบรรลุผลสำเร็จตามภารกิจข้างต้นได้นั้น สิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึง คือ พยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยเหลือประชาชน ผู้ประสบปัญหาด้านสุขภาพ การทำงานของพยาบาลวิชาชีพเป็นการทำงานที่เกี่ยวข้องกับประชาชนโดยตรง ถือได้ว่าเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการสร้างคุณค่าให้กับงานบริการ เพราะเป็นลักษณะงานที่แสดงถึงความเป็นวิชาชีพ มีการปฏิบัติงานโดยใช้กระบวนการพยาบาลหรือการนำกระบวนการทางวิทยาศาสตร์มาใช้ในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพจะต้องมีการวางแผนอย่างเป็นระบบ ปฏิบัติงานด้วยความมีสติสัมปชัญญะ มีความรอบคอบในการตัดสินใจแก้ปัญหาหรือช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีความปลอดภัย และมีความรับผิดชอบต่อชีวิตผู้ป่วย อีกทั้งต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในขณะปฏิบัติงาน หรือสภาพแวดล้อมในการทำงานที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรค ประกอบกับภาระงานที่เพิ่มขึ้น และการปฏิบัติงานในยามวิกาล การอยู่เวรสลับช่วงเช้า บ่าย ดึก ย่อมส่งผลต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพทั้งสิ้น จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า พยาบาลวิชาชีพในประเทศไทยมีการทำงานเฉลี่ย 31 กะต่อเดือน ใน

ขณะที่พยาบาลในประเทศมาเลเซีย ประเทศบรูไน ทำงานเฉลี่ย 22-25 กะต่อเดือน (กะละ 8 ชั่วโมง เช่นกัน โดยได้หยุดสัปดาห์ละ 2 วัน) หมายความว่าพยาบาลในประเทศไทยทำงานโดยแทบจะไม่มีวันหยุด นอกจากนี้ พยาบาลในสิงคโปร์มีรายได้มากกว่าพยาบาลไทยถึง 4 เท่า โดยไม่ต้องทำงานหนักเท่าพยาบาลไทย จากปัญหาดังกล่าวจึงเป็นสาเหตุหนึ่งของการลาออกจากวิชาชีพพยาบาล ส่งผลให้ในปี พ.ศ. 2558 ประเทศไทยตกอยู่ในสถานการณ์ที่ขาดแคลนพยาบาลที่มีทักษะวิชาชีพสูง จำนวนพยาบาลจึงไม่เพียงพอต่อการบริการตามมาตรฐาน ดังที่ Walton¹ กล่าวไว้ว่า คุณภาพชีวิตในการทำงานเป็นลักษณะการทำงานที่ตอบสนองความต้องการและความปรารถนาของบุคคล โดยพิจารณาคุณลักษณะแนวทางความเป็นบุคคล สถานภาพตัวบุคคลหรือสังคม เรื่องสังคมขององค์กรที่ทำให้งานประสบความสำเร็จและได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับลักษณะสำคัญที่ประกอบขึ้นเป็นคุณภาพชีวิตของการทำงานในหนังสือ Criteria for quality of working life โดยกำหนดว่าบุคคลที่มีคุณภาพชีวิตการทำงานต้องมีข้อบ่งชี้ใน 8 ประการ เป็นเกณฑ์ดังนี้ คือได้แก่ 1) ด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม 2) ด้านสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและถูกสุขลักษณะ 3) ด้านการพัฒนาความสามารถของบุคคล 4) ด้านความก้าวหน้าและความมั่นคงในงาน 5) ด้านการบูรณาการทางสังคม 6) ด้านธรรมเนียมในองค์กร 7) ด้านความสมดุลระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัว และ 8) ด้านการเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับสังคม

จากสภาพปัญหาดังกล่าวส่งผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโดยตรง จึงเป็นเหตุจูงใจให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาคุณภาพชีวิตในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลราชวิถีว่าเป็นอย่างไร ปัจจัยส่วนบุคคลใดบ้างที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ และเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล เพื่อนำผลที่ได้จากการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลราชวิถี และเพื่อเป็นประโยชน์ในการวางแผนการทำงานตลอดจนสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีคุณภาพชีวิตในการทำงานที่ดียิ่งขึ้นต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้นำแนวคิดทฤษฎีองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตในการทำงานของ Walton¹ มาใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย ด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม ด้านสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและถูกสุขลักษณะ ด้านการพัฒนาความสามารถของบุคคล ด้านความก้าวหน้าและความมั่นคงในงาน ด้านการบูรณาการทางสังคม ด้านธรรมาภิบาลขององค์กร ด้านความสมดุลระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัว และด้านการเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับสังคม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลราชวิถี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาล ราชวิถี
3. เพื่อเสนอแนะแนวทางในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลราชวิถี

สมมติฐานการวิจัย

1. พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลราชวิถี มีระดับคุณภาพชีวิตในการทำงานอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป
2. ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านเพศ อายุ สถานภาพ การสมรส อายุราชการ และอัตราเงินเดือน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลราชวิถี
3. พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลราชวิถี ที่มีปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกัน มีคุณภาพชีวิตการทำงานแตกต่างกัน

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) โดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดขั้นตอนการนำเสนอวิธีดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ พยาบาล

วิชาชีพทั้งหมดที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลราชวิถี ในแผนกต่าง ๆ ได้แก่ ศัลยกรรม อายุรกรรม สูติกรรม ศัลยกรรมหัวใจ ผู้ป่วยนอก อุบัติเหตุฉุกเฉิน ตรวจรักษาพิเศษ ผู้ป่วยผ่าตัด วิสัญญี รวมทั้งสิ้น จำนวน 1,076 คน⁵

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 292 คน โดยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนดังนี้

1. การคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้เป็นตัวแทนของประชากร โดยใช้สูตรการคำนวณของ Yamane⁶ กำหนดค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 95% และความคลาดเคลื่อนเท่ากับ .05
2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการตามหลักสัดส่วนความน่าจะเป็น (Probability proportionate to size) และแจกแบบสอบถามโดยการสุ่มแบบง่าย โดยใช้สูตรที่แสดงไว้ด้านล่างและดังแสดงไว้ในตารางที่ 1
3. ทำการสุ่มตัวอย่างแต่ละแผนกด้วยวิธีการสุ่มแบบบังเอิญ (Accidental sampling) โดยให้หัวหน้าแผนกเป็นผู้แจกแบบสอบถามในกลุ่มตัวอย่างแต่ละแผนก ให้ได้จำนวนตัวอย่างครบตามที่กำหนดไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ เป็นแบบสอบถามแบบตรวจสอบรายการ (cheek list) ประกอบด้วยตัวแปรด้านเพศ อายุ สถานภาพการสมรส อายุราชการ และอัตราเงินเดือน ซึ่งเป็นลักษณะแบบวัดให้เลือกคำตอบ โดยให้กลุ่มตัวอย่างใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับข้อมูลของตนเอง มีจำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในการทำงาน โดยมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) แบ่งระดับการเลือกตอบคำถามออกเป็น 5 ระดับ คือ จริงมากที่สุด จริงมาก จริงปานกลาง จริงน้อย และจริงน้อยที่สุด รวมเป็นข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 47 ข้อ โดยครอบคลุมคุณลักษณะของผู้ที่มีคุณภาพชีวิตในการทำงาน 8 ด้าน ตามแนวคิดของ Walton¹ ประกอบด้วย 1) ด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม 2) ด้านสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและ

ถูกสุลักษณะ 3) ด้านการพัฒนาความสามารถของบุคคล 4) ด้านความก้าวหน้าและความมั่นคงในงาน 5) ด้านการบูรณาการทางสังคม 6) ด้านธรรมาภิบาลในองค์กร 7) ด้านความสมดุลระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัว 8) ด้านการเกี่ยวข้องกับสังคม เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บและรวบรวมข้อมูล แบบสอบถามในงานวิจัยขั้นนี้ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นตามกระบวนการสร้างเครื่องมือที่ได้ทดสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (content validity) โดยการนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ ช่วยตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหาที่ต้องการศึกษามีผลรวมของค่า เท่ากับ 1.00 และนำแบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการวิจัยโดยหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ได้เท่ากับ 0.947 กำหนดเป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ⁷ เป็นระดับการประเมิน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.51-5.00 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตในการทำงานระดับมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.51-4.50 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตในการทำงานระดับมาก

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.51-3.50 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตในการทำงานระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.51-2.50 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตในการทำงานระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.50 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตในการทำงานระดับต่ำมาก

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามความคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงคุณภาพชีวิตในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ มีลักษณะเป็นแบบสอบถามปลายเปิด (Open-ended questions) เพื่อให้ผู้ตอบแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

1. ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการของการรับรองจริยธรรมวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลราชวิถี ระยะเวลา ตั้งแต่วันที่ 1-30 กันยายน พ.ศ. 2561 และให้ทำการแก้ไขแบบสอบถามให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง

2. ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างโดยผ่านหัวหน้างาน/หัวหน้าหอผู้ป่วยและเลือกเก็บข้อมูลเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยเท่านั้น

3. ผู้วิจัยแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรในแบบสอบถาม โดยแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะแบบสอบถาม รายละเอียดในการตอบแบบสอบถามและแบบสอบถามจะใส่เป็นรหัสไม่ระบุตัวผู้ตอบ

4. กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถามใดก็ได้โดยไม่มีผลใด ๆ ต่อการปฏิบัติงานประจำ การนำเสนอ

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ

แผนก	ประชากร (คน)	กลุ่มตัวอย่าง (คน)
ศัลยกรรม	141	38
อายุรกรรม	144	39
สูติกรรม	89	24
ศัลยกรรมหัวใจ	69	19
ผู้ป่วยนอก	140	38
อุบัติเหตุฉุกเฉิน	132	36
ตรวจรักษาพิเศษ	128	35
ผู้ป่วยผ่าตัด	118	32
วิสัญญี	115	31
รวม	1,076	292

ข้อมูล เสนอเป็นภาพรวมและจะนำไปใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านมหาวิทยาลัยราชพฤกษ์ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อขออนุญาตในการเก็บข้อมูล

2. เสนอโครงร่างวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลราชวิถี

3. ผู้วิจัยประสานงานกับหัวหน้าหอผู้ป่วยแต่ละหน่วยงาน โดยแนะนำตัวพร้อมอธิบายและชี้แจงวัตถุประสงค์ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และแจ้งจำนวนกลุ่มตัวอย่างของหอผู้ป่วยนั้น ๆ รวมทั้งเกณฑ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

4. ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามให้กับหัวหน้าหอหรือหัวหน้างานเพื่อไปแจกพยาบาลวิชาชีพ จำนวนแบบสอบถาม 292 ฉบับ

5. เก็บรวบรวมแบบสอบถามระหว่างวันที่ 1-15 ตุลาคม พ.ศ. 2561 ผู้วิจัยไปรับแบบสอบถามคืนตามหอผู้ป่วยที่แจกแบบสอบถาม

6. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับคืน โดยเลือกเอาเฉพาะฉบับที่ตอบครบถ้วนสมบูรณ์จำนวน 292 ฉบับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์เชิงปริมาณครั้งนี้ประกอบด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) และสถิติเชิงอ้างอิง (Inferential statistic) ดังนี้

1.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ใช้ในการบรรยายลักษณะข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล รวมทั้งค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ศึกษาในส่วนของคุณภาพชีวิตในการทำงานทั้งภาพรวมและรายด้าน

1.2 สถิติเชิงอ้างอิง (Inferential statistic) ได้แก่ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตในการทำงานโดยรวม โดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment

correlation coefficient) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างตัวแปรที่ละคู่ โดยใช้ Independent t-test สำหรับตัวแปรที่มีค่า 2 ค่า, One-way ANOVA สำหรับตัวแปรที่มีค่า 3 ค่าขึ้นไป ในกรณีที่พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ จึงทำการทดสอบเป็นรายคู่โดยวิธีการของฟิชเชอร์ (Fisher's LSD test)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงคุณภาพชีวิตในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบ Thematic analysis โดยการจำแนกเป็นหมวดหมู่ในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย (Tabular presentation)

ผลการวิจัย

1. สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลระดับคุณภาพชีวิตในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลราชวิถี

พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลราชวิถี มีคุณภาพชีวิตในการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในการทำงานอยู่ในระดับมาก 3 ด้าน โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านการบูรณาการทางสังคม รองลงมา คือ ด้านการเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับสังคม และด้านธรรมเนียมในองค์กร นอกจากนี้ยังพบว่า ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง 5 ด้าน เรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย ได้แก่ ด้านการพัฒนาความสามารถของบุคคล ด้านความก้าวหน้าและความมั่นคงในงาน ด้านสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและถูกสุขลักษณะ ด้านความสมดุลระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัว และด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านการบูรณาการทางสังคม และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม

2. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตในการทำงานโดยรวมของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

ตารางที่ 2 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตในการทำงานโดยรวมของพยาบาลวิชาชีพ

ตัวแปร ปัจจัยส่วนบุคคล	คุณภาพชีวิตในการทำงานโดยรวม	
	r	p-value
เพศ	.143*	.014
อายุ	.151**	.010
สถานภาพการสมรส	.052	.374
อายุราชการ	.106	.070
อัตราเงินเดือน	.154**	.008

* $p < .05$ ** $p < .01$

ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านเพศ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ปัจจัยด้านอายุและอัตราเงินเดือน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนปัจจัยด้านสถานภาพการสมรส และอายุราชการ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ

3. พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลราชวิถี ที่มี เพศ อายุ อายุราชการ และอัตราเงินเดือน ต่างกัน มีคุณภาพชีวิตในการทำงานแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ไม่แตกต่างกันตามตัวแปรสถานภาพการสมรส

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง คุณภาพชีวิตในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลราชวิถี สามารถอภิปรายผลการทดสอบสมมติฐาน ดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 1 พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลราชวิถี มีคุณภาพชีวิตในการทำงานอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

จากผลการวิจัย พบว่า คุณภาพชีวิตในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลราชวิถี โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาข้อมูลด้านปัจจัยส่วนบุคคล จะเห็นได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 89.40) มีอายุอยู่ระหว่าง 20-30 ปี (ร้อยละ 32.50) มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 60.60) มีคุณภาพชีวิตในการทำงาน

ด้านการบูรณาการทางสังคมสูงสุด และมีคุณภาพชีวิตในการทำงานด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรมต่ำสุด จากข้อมูลเบื้องต้นนี้ อาจกล่าวได้ว่าพยาบาลวิชาชีพเพศหญิงที่มีสถานภาพโสด และมีอายุอยู่ในช่วงผู้ใหญ่ตอนต้น เป็นช่วงชีวิตที่บุคคลมีความเป็นอิสระมากกว่าช่วงวัยก่อน ๆ เป็นช่วงเริ่มต้นของการลงมือทำตามแผนการดำเนินชีวิตที่ตนเองวางไว้ อีกทั้งเป็นช่วงที่บุคคลเริ่มก้าวเข้าสู่วัยทำงาน เริ่มที่จะปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ต่าง ๆ ในที่ทำงาน จึงส่งผลให้คุณภาพชีวิตในการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งผลการวิจัยดังกล่าวได้สนับสนุนสมมติฐานที่กำหนดไว้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Phrom-lang⁸ ได้ศึกษาเรื่อง คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลนครปฐม พบว่าพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลนครปฐม ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง และงานวิจัยของ Sikantha⁹ ได้ศึกษาเรื่อง คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศิริราช พบว่า พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศิริราชมีคุณภาพชีวิตการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับผลวิจัยที่พบว่าคุณภาพชีวิตในการทำงานด้านการบูรณาการทางสังคมอยู่ในระดับสูงที่สุด สามารถอธิบายได้ด้วยแนวคิดทฤษฎีของ Burns¹⁰ ซึ่งกล่าวว่า เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยของการทำงาน สภาพการทำงานเป็นอีกมุมมองด้านหนึ่งของบุคคลในการรับรู้หรือมองตนเอง ที่เรียกว่า มโนทัศน์เกี่ยวกับตนเองในการทำงาน (Self-concept at work) ซึ่งเป็นการมองตนเองและความรู้สึกนึกคิดต่อปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน ทั้งในด้านความสามารถ สัมพันธภาพ

และบทบาทของตน รวมทั้งการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลในการทำงาน ดังนั้น การที่พยาบาลวิชาชีพมีมีโนทัศน์เกี่ยวกับตนเองในการทำงานระดับสูง มีมุมมองในด้านบวก ระบุว่าตนเองมีความสามารถและศักยภาพในการทำงานที่ได้รับมอบหมายให้ประสบความสำเร็จได้ มีความเชื่อมั่นในอาชีพที่ตนเลือก มีการปรับตัวเข้ากับเพื่อนร่วมงานและผู้บังคับบัญชา พร้อมยอมรับการเปลี่ยนแปลงหรือรับมือกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ ย่อมส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพมีคุณภาพชีวิตในการทำงานด้านการบูรณาการทางสังคมสูงด้วยเช่นกัน และผลวิจัยที่พบว่าคุณภาพชีวิตในการทำงานด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรมอยู่ในระดับต่ำสุด เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่รู้สึกว่าตนเองได้รับค่าตอบแทนไม่เหมาะสมกับปริมาณงานที่เพิ่มมากขึ้น รวมไปถึงการจัดสวัสดิการเรื่องหอพักพยาบาลที่ยังไม่เพียงพอกับจำนวนพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด

ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นรายด้านแล้ว พบว่า พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลราชวิถี มีคุณภาพชีวิตในการทำงานอยู่ในระดับมาก 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการบูรณาการทางสังคม ด้านการเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับสังคม และด้านธรรมาภิบาลในองค์กร อีกทั้งยังพบว่าพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลราชวิถี มีคุณภาพชีวิตในการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการพัฒนาความสามารถของบุคคล และด้านความก้าวหน้าและความมั่นคงในงาน ด้านสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและถูกสุขลักษณะ ด้านความสมดุลระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัว และด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม

สมมติฐานข้อที่ 2 ปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ อายุ สถานภาพการสมรส อายุราชการ และอัตราเงินเดือน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลราชวิถี

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สันของตัวแปรอิสระ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล 5 ตัวแปร คือ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส อายุราชการ และอัตราเงินเดือน กับคุณภาพชีวิตในการทำงานโดยรวม พบว่า 1) ตัวแปรพยากรณ์ที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับตัวแปรตาม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มี 1 ตัวแปร คือ เพศ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ในระดับต่ำมาก ($r = .143$) 2) ตัวแปรพยากรณ์ที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับตัวแปรตาม อย่างมีนัย

สำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มี 2 ตัวแปร คือ อายุ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ในระดับต่ำมาก ($r = .151$) และอัตราเงินเดือน มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ในระดับต่ำมาก ($r = .154$) และ 3) ตัวแปรพยากรณ์ด้านสถานภาพการสมรสและอายุราชการ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในการทำงานโดยรวม สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

2.1 เพศ จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศกับคุณภาพชีวิตในการทำงานโดยรวม พบว่า เพศมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งผลการวิจัยดังกล่าวได้สนับสนุนสมมติฐานที่กำหนดไว้ ซึ่งทั้งเพศหญิงและเพศชายสามารถทำงานได้อย่างเท่าเทียมกัน และลักษณะงานการพยาบาลจำเป็นต้องใช้ทักษะความรู้ ความสามารถ ความรับผิดชอบ และความอดทนสูง แต่ด้วยลักษณะสรีระทางร่างกายของเพศหญิงและเพศชายมีความแตกต่างกัน เช่น เพศหญิงมีความละเอียดอ่อนโยน ฯลฯ ส่วนเพศชายมีความคล่องแคล่ว แข็งแรง ฯลฯ สอดคล้องกับการศึกษาของ Wonganutaroj¹¹ ได้ศึกษาพบว่า เพศมีส่วนเกี่ยวข้องกับลักษณะงานที่ทำด้วยว่าเป็นงานลักษณะใด รวมทั้งความเกี่ยวข้องกับความเครียดและความต้องการทางการเงิน เช่น เพศหญิงมีความอดทนที่จะทำงานที่ต้องใช้ฝีมือ และงานที่ต้องการความละเอียดอ่อนมากกว่าเพศชาย นอกจากนี้งานวิจัยของ Roussel, และคณะ (2005: Referred to in Chirawatkun et al),¹² ได้อธิบายว่า เพศภาวะ (gender) มีผลต่อการแสดงออกถึงภาวะผู้นำ ซึ่งความเป็นเพศชายมักจะเกี่ยวข้องกับการทำงานแบบงานนำ (task oriented) มักจะแก้ปัญหาอย่างตรงไปตรงมา และมีการตัดสินใจโดยใช้ justice and rights model ซึ่งให้คุณค่ากับเอกสิทธิ์ความเป็นรูปธรรม และความยุติธรรม ส่วนความเป็นหญิง มีลักษณะเอาคนเป็นหลัก (people oriented) แก้ปัญหาแบบประคับประคอง เห็นอกเห็นใจ และเอื้ออาทรผู้อื่น จึงเป็นเหตุผลหนึ่งที่นำมาอภิปรายข้อสรุปที่ว่าเพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในการทำงานของพยาบาลโรงพยาบาลราชวิถี

2.2 อายุ จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุกับคุณภาพชีวิตในการทำงานโดยรวม พบว่า อายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตในการ

ทำงานของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งผลการวิจัยดังกล่าวได้สนับสนุนสมมติฐานที่กำหนดไว้ เนื่องจากอายุเป็นปัจจัยที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับผลการปฏิบัติงานของบุคคล ซึ่งบุคคลที่มีอายุต่างกัน จะมีความคิดเห็นและการปฏิบัติในสิ่งต่าง ๆ ที่แตกต่างกัน ดังเช่นการศึกษาของ Benjarongkit (2542; Referred to in Jirakijwibun)¹³ พบว่า อายุเป็นปัจจัยที่ทำให้ความคิด พฤติกรรม และทัศนคติในการทำงานมีความแตกต่างกัน ซึ่งคนที่อายุน้อยมักจะมีความคิดที่มีความเป็นเสรีนิยมและมองโลกในแง่ดีมากกว่าคนที่อายุมาก ในทางกลับกันคนอายุมากมักจะมีความคิดที่เป็นแบบอนุรักษ์นิยม ระมัดระวัง มองโลกในแง่ร้ายกว่าคนที่อายุน้อย เนื่องจากมาจากผ่านประสบการณ์ชีวิตที่แตกต่างกัน ทำให้มีผลต่อแรงจูงใจที่จะทำงานและลักษณะการทำงานที่ต่างกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของ Suwannakut¹⁴ ได้ศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ซึ่งพยาบาลที่มีอายุมากกว่าจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าพยาบาลที่มีอายุน้อยกว่า แสดงให้เห็นว่า เมื่อบุคคลอายุมากขึ้น ตำแหน่งหน้าที่การงานมักสูงขึ้นตามไปด้วย จึงมีแนวโน้มที่จะพอใจในงานมากขึ้น

2.3 สถานภาพการสมรส จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านสถานภาพการสมรสกับคุณภาพชีวิตในการทำงานโดยรวม พบว่า สถานภาพการสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งผลการวิจัยดังกล่าวไม่สนับสนุนสมมติฐานที่กำหนดไว้ เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลราชวิถี ทั้งที่มีสถานภาพโสด สมรส หม้าย/หย่า ได้มุ่งมั่นตั้งใจทำงานโดยยึดมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล โดยเน้นคุณธรรม จริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพ และรักษาไว้ซึ่งสิทธิของผู้รับบริการ ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงสรุปได้ว่าสถานภาพสมรสไม่ได้มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งคุณภาพชีวิตในการทำงานยังขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่น ๆ อีก เช่น ความพึงพอใจในการทำงาน ผู้บังคับบัญชา สภาพแวดล้อมความปลอดภัยและสิ่งทีเื้ออานวยต่อการทำงาน เป็นต้น ผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของ Suwannakut¹⁴ ได้ศึกษาพบว่า สถานภาพการสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ

2.4 อายุราชการ จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุราชการกับคุณภาพชีวิตใน

การทำงานโดยรวม พบว่าอายุราชการ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งผลการวิจัยดังกล่าวไม่สนับสนุนสมมติฐานที่กำหนดไว้ เนื่องจากสภาการพยาบาลได้กำหนดมาตรฐานการพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางให้พยาบาลยึดถือปฏิบัติโดยมุ่งเน้นให้เกิดคุณภาพการพยาบาล ดังนั้นพยาบาลทุกคนจะต้องถูกปลูกฝังตั้งแต่วตอนที่เรียนหลักสูตรพยาบาล เพื่อเสริมสร้างคุณธรรม จริยธรรม และปลูกจิตสำนึกความรับผิดชอบต่อสังคม ดังนั้นไม่ว่าพยาบาลวิชาชีพจะมีอายุการทำงานมากน้อยแค่ไหน หากยึดหลักการพยาบาลในการทำงานก็จะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตการทำงานไม่แตกต่างกัน อีกทั้งได้มีการกำหนดการเกษียณอายุราชการของพยาบาลวิชาชีพอย่างเท่าเทียมกันหมด และยังมีการเลื่อนตำแหน่งงานตามความเหมาะสม ทำให้พยาบาลวิชาชีพเกิดความพึงพอใจกับระบบความมั่นคง ดังนั้นอายุราชการจึงไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการทำงาน of พยาบาลวิชาชีพ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Phrom-lang⁸ ได้ศึกษาเรื่อง คุณภาพชีวิตการทำงาน of พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลนครปฐม พบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคลด้านระยะเวลาในการทำงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานโดยรวม

2.5 อัตราเงินเดือน จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านอัตราเงินเดือนกับคุณภาพชีวิตในการทำงานโดยรวม พบว่า อัตราเงินเดือนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งผลการวิจัยดังกล่าวได้สนับสนุนสมมติฐานที่กำหนดไว้ เนื่องจากอัตราเงินเดือนจึงมีความจำเป็นในการดำรงชีวิตของพยาบาลวิชาชีพ ดังเช่น ทฤษฎีของ Maslow (1970; Referred to in Wichesetkul)¹⁵ ที่กล่าวว่า บุคคลมีความต้องการพื้นฐานทางด้านร่างกาย เช่น ความหิว ความกระหาย ฯลฯ ที่มาก่อนความต้องการอย่างอื่น ซึ่งความต้องการเหล่านี้จะได้รับการตอบสนองได้ต้องอาศัยปัจจัยพื้นฐาน อันได้แก่ เงินรายได้ ดังนั้นรายได้จึงมีความสัมพันธ์ต่อการดำรงชีวิต รายได้ที่ไม่เพียงพอกับค่าครองชีพในปัจจุบัน ทำให้เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจในครอบครัวได้ อัตราเงินเดือนที่เหมาะสมและเพียงพอจะทำให้ผู้ปฏิบัติงานพอใจ และทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น อัตราเงินเดือนหรือค่าตอบแทนที่ได้รับจากการปฏิบัติงาน

เงินล่วงหน้า หรือสวัสดิการต่าง ๆ จึงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Woradet¹⁶ ได้ศึกษาพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข

สมมติฐานข้อที่ 3 พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลราชวิถี ที่มีปัจจัยด้านส่วนบุคคลแตกต่างกัน มีคุณภาพชีวิตในการทำงานแตกต่างกัน สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

3.1 เพศ จากผลการศึกษาพบว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีเพศต่างกัน มีคุณภาพชีวิตในการทำงานโดยภาพรวมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลวิจัยที่ได้สนับสนุนสมมติฐานที่กำหนดไว้ สอดคล้องกับผลจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีคุณภาพชีวิตในการทำงานด้านการพัฒนาความสามารถของบุคคล ด้านความก้าวหน้าและความมั่นคงในงาน และด้านเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์กับสังคม ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนด้านอื่น ๆ ไม่พบความแตกต่าง เหตุผลที่พยาบาลวิชาชีพเพศชายและเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตในการทำงาน ด้านการพัฒนาความสามารถของบุคคล ด้านความก้าวหน้ามั่นคง และด้านเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์กับสังคมต่างกัน เนื่องจากเพศชายและหญิงมีความแตกต่างกันทั้งในเรื่องของความคิด ทักษะ ค่านิยม เป้าหมายในการดำเนินชีวิต รวมไปถึงความรู้ความสามารถและศักยภาพแตกต่างกัน ส่งผลให้ทั้งเพศชายและเพศหญิงมีโอกาสนในการที่จะพัฒนาความรู้ความสามารถ ตลอดจนทักษะในการปฏิบัติงาน และความมั่นคงในหน้าที่การงานหรือการเจริญก้าวหน้าในอนาคตการทำงานแตกต่างกัน อีกทั้งด้วยบุคลิกนิสัยของพยาบาลเพศชายและหญิงที่แตกต่างกัน ในลักษณะแบบเก็บตัว (Introvert) และ แบบชอบสังคม (Extrovert) จึงส่งผลให้ทั้งพยาบาลเพศชายและหญิงมีกิจกรรมทางสังคมที่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Umphan¹⁷ ศึกษาพบว่า บุคลากรมหาวิทยาลัยเอกชน เขตกรุงเทพมหานคร เพศหญิงและเพศชายมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านโอกาสในการพัฒนาสมรรถนะของตนเองและความก้าวหน้า ทำให้เพศชายและเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตการทำงานแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.2 อายุ จากผลการศึกษาพบว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีช่วงอายุต่างกัน มีคุณภาพชีวิตในการทำงานโดยภาพรวมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลวิจัยที่ได้สนับสนุนสมมติฐานที่กำหนดไว้ สอดคล้องกับผลจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีคุณภาพชีวิตในการทำงานด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม ด้านการพัฒนาความสามารถของบุคคล ด้านความก้าวหน้าและความมั่นคงในงาน ด้านธรรมเนียมในองค์กร ด้านความสมดุลระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัว และด้านการเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์กับสังคม ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนด้านอื่น ๆ ไม่พบความแตกต่าง สอดคล้องกับการศึกษาของ Vinson (1986, Referred to in Keawkwangwan)¹⁸ ได้จำแนกพฤติกรรมตามอายุ ซึ่งเห็นได้ชัดว่าอายุระหว่าง 45-50 ปี คุณภาพชีวิตจะปรากฏขึ้นหลายประการ เช่น ความฉลาด การรู้จักค่านิยมอันดี มีความเมตตา กรุณา และความคิดกว้างไกล ซึ่งถ้าบุคคลในวัยนี้มีการพัฒนาทางพฤติกรรมที่ดีเรื่อยมา ก็ย่อมจะประสบผลสำเร็จในทุกด้าน สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Bunthimwittaya¹⁹ ศึกษาพบว่า บุคลากรสายสนับสนุน มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี ที่มีอายุแตกต่างกันมีคุณภาพชีวิตในการทำงานแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการถือถุและ การรับฟังความคิดเห็นในการปฏิบัติงานของบุคลากรสายสนับสนุนมหาวิทยาลัยเอกชนในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่มีอายุต่างกัน มีคุณภาพชีวิตในการทำงานแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.3 สถานภาพการสมรส จากผลการศึกษาพบว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีสถานภาพการสมรสต่างกัน มีคุณภาพชีวิตในการทำงานโดยภาพรวมและรายด้านไม่แตกต่างกัน ซึ่งผลโดยรวมไม่สนับสนุนสมมติฐานที่กำหนดไว้ สอดคล้องกับผลจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ซึ่งยืนยันได้ว่าสถานภาพการสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลราชวิถีที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน ได้ทำงานโดยยึดมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นไปในทางเดียวกัน สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Khobarat²⁰

ศึกษาเรื่องคุณภาพการทำงานของข้าราชการตำรวจชั้นประทวน: ศึกษาเฉพาะกรณี กองกำกับการ 4 กองบังคับการตำรวจสันติบาล 1 พบว่า ข้าราชการตำรวจชั้นประทวนที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน มีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ไม่แตกต่างกัน

3.4 อายุราชการ จากผลการศึกษาพบว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุราชการต่างกัน มีคุณภาพชีวิตในการทำงานโดยภาพรวมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลวิจัยที่ได้สนับสนุนสมมติฐานที่กำหนดไว้ และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีคุณภาพชีวิตในการทำงานด้านการพัฒนาความสามารถของบุคคล ด้านธรรมาภิบาล ในองค์กร ด้านความสมดุลระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัว และด้านการเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับสังคม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนด้านอื่น ๆ ไม่พบความแตกต่าง โดยที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ทำงานมากกว่า 15 ปี อาจเป็นเพราะว่าผู้ที่มีการประกอบการทำงานมานานมีมุมมองและประสบการณ์อย่างกว้างขวาง ทำให้มีลักษณะเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงาน โดยยึดถือหลักธรรมาภิบาลเป็นหลักในการปฏิบัติงาน สามารถสร้างความสมดุลระหว่างงานและชีวิตส่วนตัวได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Umphan¹⁷ พบว่า บุคลากรมหาวิทยาลัยเอกชน เขตกรุงเทพมหานคร ผู้ที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานต่างกันมีคุณภาพชีวิตในการทำงานแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.5 อัตราเงินเดือน จากผลการศึกษาพบว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีอัตราเงินเดือนต่างกัน มีคุณภาพชีวิตในการทำงานโดยภาพรวมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลวิจัยที่ได้สนับสนุนสมมติฐานที่กำหนดไว้ สอดคล้องกับผลจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีคุณภาพชีวิตในการทำงานด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม ด้านการพัฒนาความสามารถของบุคคล ด้านความสมดุลระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัว และด้านการเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับสังคม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนด้านอื่น ๆ ไม่พบความแตกต่าง จะเห็นได้ว่าอัตราเงินเดือนหรือระดับรายได้ของบุคคลมีส่วนเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตการทำงานของแต่ละคน สอดคล้องกับงานวิจัยของ

Khwanmuang²¹ ศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสระบุรี พบว่า ผู้ที่มีรายได้ต่อเดือนต่างกัน มีคุณภาพชีวิตในการทำงานแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำผลวิจัยไปใช้

1. ควรมีการจัดเก็บผลการวิจัยครั้งนี้ไว้ให้เป็นระบบและต่อเนื่อง เพื่อเป็นข้อมูลที่จะช่วยให้ผู้ที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องได้นำไปใช้ประโยชน์ในการบริหารงานบุคลากรได้ และปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงานให้เหมาะสมที่นำไปสู่คุณภาพชีวิตในการทำงานที่ดียิ่งขึ้น
2. ผู้บริหารควรตระหนักและให้ความสำคัญกับการสร้างความปลอดภัยในการทำงาน โดยหาแนวทางป้องกันการเกิดอันตรายจากสิ่งแวดล้อมในการทำงาน หาวิธีลดอันตรายจากสิ่งแวดล้อมในการทำงานให้หมดไปหรือมีน้อยที่สุด
3. ควรมีการพิจารณาเรื่องค่าตอบแทนที่เป็นธรรม เพื่อสร้างแรงจูงใจในการทำงาน ทั้งค่าตอบแทนในลักษณะ Hardship allowance เนื่องจากเป็นลักษณะงานที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และปรับปรุงค่าตอบแทนเพิ่มตามผลการปฏิบัติงาน ในช่วงเวรป่วย-ดึก และนอกเวลาราชการให้เหมาะสมกับปริมาณงาน รวมถึงการจัดสวัสดิการเรื่องหอพักพยาบาลอย่างเพียงพอ เพื่อความสะดวกในการเดินทาง มีความปลอดภัย และเอื้อประโยชน์ให้พยาบาลวิชาชีพได้ใช้เวลาในการทุ่มเททำงานอย่างเต็มที่
4. ควรส่งเสริมด้านความสามารถและศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพ โดยจัดให้มีการฝึกอบรม และสนับสนุนทุนการศึกษาเพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีการพัฒนาความรู้ความสามารถอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำความรู้ที่ได้รับมาใช้ในการปฏิบัติงานกับโรงพยาบาล และเกิดความรักความผูกพันต่อองค์กรมากยิ่งขึ้น
5. ควรมีระบบการพิจารณาความดีความชอบที่โปร่งใส ยุติธรรม และตรวจสอบได้โดยประเมินตามสมรรถนะรายบุคคล
6. ควรส่งเสริมให้เกิดการบริหารเวลาระหว่างการทำงานและการทำกิจกรรมส่วนตัวให้มีความสมดุล เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพเกิดความสุข ความสบายใจในการทำงาน และเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งต่อสุขภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรศึกษาตัวแปรด้านอื่น ๆ เพิ่มเติม เช่น ด้านปัจจัยแรงจูงใจ ความเครียดที่ส่งผลต่อการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อจะได้เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตในการทำงานต่อไป

2. ควรศึกษาในลักษณะงานวิจัยคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ เพื่อให้ได้ข้อมูล

ที่ลึกซึ้งขึ้นและนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงานต่อไป

3. เนื่องจากการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเฉพาะพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลราชวิถีเท่านั้น ดังนั้น ถ้าหากจะมีการวิจัยในครั้งต่อไป ควรใช้กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพในสังกัดโรงพยาบาลอื่น ๆ เพื่อให้ได้ผลการวิจัยที่สมบูรณ์มากขึ้น

References

- Walton RE. Quality of working life: what is it?. *Slone Management Review* 1975;15(1):12-8.
- Keawphikun S. Quality of work life of police nursing nursing personnel. Master's thesis, Thammasat University 2009. (in Thai).
- Chalermarn P. Quality of work life. 2009. Searched on 1 March 2018, form [http://www.Moe.go.th/moe/th/news/detail.php?NewsID=12168&Key=news research](http://www.Moe.go.th/moe/th/news/detail.php?NewsID=12168&Key=news%20research) (in Thai).
- Kittisuksathit S. et al. Quality of work life and happiness. Bangkok: Plain Press Printing Company Limited. 2012. (in Thai).
- Rajavithi Hospital. [Internet]. History of Rajavithi Hospital. 2018. Searched on 8 February 2018, form <http://www.Rajavithi.go.th/> (in Thai).
- Yamane T. Statistics: An introductory analysis. (3rded). New York: Harper & Row. 1970.
- Vachit U-Aon. Research and business data search. Bangkok: Central Express. 2007.
- Phrom-lang P. Quality of work life of professional nurses Nakhon Pathom Hospital. Master of Public Health Thesis, Mahidol University. 2015. (in Thai).
- Sikantha T. Quality of work life of professional nurses in Siriraj Hospital. Master of Science thesis, Mahidol University. 2013. (in Thai).
- Burns JM. Leadership. New York: Harper & Rows Publishers Inc. 1979:148-49.
- Preeyaporn Wonganutaraj. Academic administration. Bangkok Supplementary Media Center. 2000. (in Thai).
- Chirawatkun S. et al. Nursing profession: gender definition. *Journal of the Nursing Council*, 2011. Year 26, Issue 2 April- June 2011. (in Thai).
- Jirakijwibun T. Study of quality of work life and good work practices That has an effect on motivating employees at operational levels in Amata Nakorn Industrial Estate Chonburi province. Master of Business Administration, Bangkok University. 2013. (in Thai).

14. Suwannakut P. Quality of life of professional nurses working in shift systems of community hospitals Ubon Ratchathani. Master of Public Health Thesis, Ubon Ratchathani Rajabhat. University. 2012. (In Thai).
15. Wichesetkul A. Factors affecting quality of work life of professional nurses, Nakhon Pathom Hospital. Independent research, Master of Arts, Silpakorn University. 2009. (in Thai).
16. Woradet S. et al. Factors related to quality of life Work of public health personnel Kong Ra Hospital Phatthalung Province. Journal of Public Health 2015;24(2):262-72. (in Thai).
17. Umphan U. Quality of work life of personnel in private University in Bangkok. Research report of St John's University. 2009. (in Thai).
18. Keawkangwan S. Personality psychology theory. (Know he knows us). 9th Edition. Bangkok University. Doctor,villager. 2001. (in Thai).
19. Bunthimwittaya K. et al. Quality of work life of support personnel Thonburi Rajabhat University. Independent Student and Master of Public Administration, Naresuan University. 2009. (In Thai).
20. Khobarat P. Quality of work life of non-commissioned police officers: a case study of division 4, special branch police division 1. Master of Public Administration Krirk University. 2013. (in Thai).
21. Khwanmuang S. Quality of work life of professional nurses in Saraburi Hospital. Master's thesis. Thepsat Rajabhat University. 2007. (in Thai).

บทความวิชาการ

การประเมินทักษะปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ Objective Structured Clinical Examination (OSCE)

Evaluation of Nursing Practice by the Objective Structured Clinical Examination (OSCE)

นิจวรรณ วีรวัฒน์นอม ค.ด. (Nitjawan Weerawatthanodom, Ph.D.)¹บังอร ศิริสกุลไพศาล พย.ม. (Bangorn Sirisakulpaisal, M.N.S)²ธัญญวลัย ชัยรัตน์ ศษ.ม. (Thayawalai Chairat, M.E)³พัชรินทร์ บางท่าไม้ วท.ม. (Patcharin Bangthamai, M.S)⁴

Received: Dec 25, 2019

Revised: Jan 24, 2020

Accepted: Jan 28, 2020

บทคัดย่อ

บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การประเมินทักษะปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ OSCE เนื่องจากการจัดการศึกษาวิชาชีพพยาบาล มีเป้าหมายสำคัญคือ การพัฒนานักศึกษาให้มีทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ สามารถตัดสินใจทางคลินิก และสามารถประยุกต์ความรู้ทางทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้บัณฑิตต้องมีทักษะตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ 6 ด้าน โดยเฉพาะทักษะด้านการปฏิบัติทางวิชาชีพนั้นมุ่งพัฒนานักศึกษาให้มีทักษะปฏิบัติการพยาบาลและมีการตัดสินใจทางคลินิกที่ถูกต้อง การประเมินทักษะปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ OSCE เป็นวิธีการประเมินที่มีมาตรฐานครอบคลุมการวัดระดับความรู้ ทักษะการปฏิบัติ และการตัดสินใจตามสถานการณ์ที่กำหนด การประเมินวิธีนี้มีหลักการที่สำคัญคือ การกำหนดทักษะที่ประเมินต้องวิเคราะห์ผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษา สร้างสถานการณ์จำลองที่สอดคล้องกับทักษะที่กำหนด จัดทำ/ทบทวนแบบประเมิน กำหนดสถานที่สอบที่เหมาะสม ทำความเข้าใจกับผู้สอน เจ้าหน้าที่ และนักศึกษา ดำเนินการสอบโดยแบ่งเป็นสถานีย่อยอย่างน้อย 2 สถานีในแต่ละทักษะ เพื่อให้เพียงพอต่อจำนวนนักศึกษา การประเมินทักษะปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ OSCE เป็นวิธีการประเมินที่ดีของการศึกษาภาคปฏิบัติ เพื่อประเมินทักษะปฏิบัติการพยาบาลหรือวัดความรู้รอบตัวของนักศึกษาในการเลื่อนชั้นปีหรือสำเร็จการศึกษา นอกจากนี้ ควรจัดให้มีการประเมินทักษะปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ OSCE ก่อนขึ้นฝึกภาคปฏิบัติ เป็นการเตรียมความพร้อมก่อนฝึกภาคปฏิบัติและสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติงานของนักศึกษา และเพื่อพัฒนาทักษะที่จำเป็นของนักศึกษาให้สมรรถนะตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ มีทักษะปฏิบัติการพยาบาล มีการตัดสินใจทางคลินิกที่ถูกต้องเหมาะสมตามมาตรฐานการเรียนรู้ และให้การพยาบาลที่มีคุณภาพต่อไป

คำสำคัญ: การประเมินทักษะปฏิบัติการพยาบาล, การประเมินโดย OSCE

¹Corresponding author พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี Email: nitjawan1@gmail.com

^{2,3,4} พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี, Email: ²bangornmuay@gmail.com,

³Tboonprasithi@gmail.com, ⁴patcharin1919@gmail.com

Boromarajonani College of Nursing, Changwat Nonthaburi, Nonthaburi, Thailand

Abstract

This article aimed to summarize and share our knowledge in the evaluation of nursing practice using Objective Structured Clinical Examination (OSCE) because the ultimate goal of professional nursing program is to equip students with critical thinking skill, clinical decision-making, and effective application of theories into practice. In addition, the graduate needs to attain 6 skills set by the Thai Qualifications Framework for Higher Education, particularly nursing practice and accurate clinical decision-making. The evaluation of nursing practice using OSCE, a standard assessment encompassing evaluation of knowledge, practical skills and decision-making, is required. The evaluation method requires an important principle, skill designation. The skill includes analyzing student learning outcomes, creating simulation situations relevant to skills required, creating/reviewing assessment forms, determining the appropriate exam location, team meeting to get teaching team, staff, and students aligned. The examination is divided into at least 2 sub-stations in each skill to be sufficient for the number of students. The OSCE is a good assessment method in practicum field to comprehensively evaluate students' knowledge before moving to the higher year or graduation. In addition, the OSCE should be evaluated prior to the practicum training. The reason is to build confidence in nursing practice and to develop the necessary skills among students. Nursing students need to achieve nursing competency in accordance with the national higher education qualifications standards. Also, enhancement of appropriate nursing skills in accordance with learning standards and quality in nursing is required.

Keywords: evaluation of nursing practice, OSCE assessment

บทนำ

การพยาบาลเป็นศาสตร์และศิลปะของการดูแล ผู้รับบริการแบบองค์รวมด้วยความเอื้ออาทร มีคุณธรรม จริยธรรม โดยใช้ศาสตร์ทางการพยาบาลและศาสตร์อื่นที่เกี่ยวข้องตามมาตรฐานวิชาชีพ คำนึงถึงความหลากหลายทางวัฒนธรรม สอดคล้องกับความต้องการของท้องถิ่น พ้นต่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจและการเมือง ภายใต้กฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพ มีความรับผิดชอบ ให้ผู้รับบริการมีภาวะสุขภาพที่ดีตามสภาวะของแต่ละบุคคล การจัดการศึกษาวิชาชีพพยาบาลจึงต้องให้นักศึกษาสามารถประยุกต์ความรู้ทางทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติกับผู้รับบริการทางสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ใช้บัณฑิตมีความพึงพอใจ ต่อคุณภาพของบัณฑิต ดังนั้นการจัดการศึกษาพยาบาลมี

เป้าหมายที่สำคัญคือ การพัฒนานักศึกษาให้มีศักยภาพในการเรียนรู้ด้วยตนเอง มีทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และสามารถตัดสินใจทางคลินิก เพื่อนักศึกษาสามารถให้การพยาบาลผู้รับบริการได้อย่างมีคุณภาพ เนื่องจากวิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพเชิงปฏิบัติ การฝึกปฏิบัติการพยาบาลในคลินิกเป็นสมรรถนะที่สำคัญของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ดังนั้น หัวใจของการจัดการศึกษาสาขาพยาบาลศาสตรบัณฑิต คือ การจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ มุ่งให้นักศึกษาเกิดทักษะการปฏิบัติทางการพยาบาลที่สามารถนำไปใช้กับผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ การจัดการเรียนการสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ได้ยึดตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ (Thai Qualification Framework for higher education: TQF)¹ บัณฑิต

ที่สำเร็จการศึกษาต้องมีผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ 6 ด้าน ได้แก่ ด้านคุณธรรม จริยธรรม ด้านความรู้ ด้านทักษะปัญญา ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และ ด้านทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ สำหรับทักษะด้านการปฏิบัติทางวิชาชีพนั้นมุ่งพัฒนานักศึกษาให้มีทักษะการปฏิบัติ การพยาบาลและมีการตัดสินใจที่ถูกต้องเหมาะสม เพื่อให้สามารถให้การพยาบาลอย่างมีคุณภาพ จึงทำให้ต้องเลือกวิธีการประเมินทักษะปฏิบัติที่เหมาะสมกับวิธีการจัดการเรียนการสอน ซึ่งการประเมินทักษะปฏิบัติทางคลินิกเป็นวิธีการหนึ่งในการประเมินทักษะปฏิบัติที่สำคัญ เพราะการประเมินขณะนักศึกษาปฏิบัติจริงทำให้นักศึกษาเกิดความมั่นใจในการพยาบาล การประเมินทักษะปฏิบัติการทางคลินิกที่เหมาะสม คือ การประเมินทักษะปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ OSCE (The Objective Structured Clinical Examinations) ซึ่งเป็นวิธีการประเมินทักษะปฏิบัติการพยาบาลที่มีมาตรฐานสามารถสะท้อนให้เห็นสมรรถนะของนักศึกษาอย่างชัดเจน²

การประเมินทักษะปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ OSCE (The Objective Structured Clinical Examinations) เป็นวิธีการประเมินทักษะปฏิบัติการพยาบาลที่สามารถแยกระดับความรู้ของนักศึกษารายบุคคลได้อย่างแท้จริง เป็นวิธีการประเมินผลที่ครอบคลุมการวัดระดับความรู้ ทักษะการปฏิบัติ และการตัดสินใจในการดูแลพยาบาลผู้รับบริการตามสถานการณ์ที่กำหนด² ปัจจุบันวิชาชีพพยาบาลเริ่มมีการนำวิธีการประเมินทักษะปฏิบัติการพยาบาลโดย OSCE มาใช้มากขึ้น ซึ่ง Hosseini, Fatehi, Eslamaian และ Zamani³ กล่าวว่า การประเมินทักษะปฏิบัติการพยาบาลโดย OSCE เป็นวิธีการประเมินที่สามารถนำมาใช้สอบภาคปฏิบัติได้ดี โดยเฉพาะทางการแพทย์และการพยาบาล ดังนั้น วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี ในฐานะสถาบันการศึกษาที่ผลิตบุคลากรพยาบาล จึงเล็งเห็นความสำคัญของการประเมินทักษะปฏิบัติการพยาบาลโดย OSCE ซึ่งเป็นการประเมินทักษะปฏิบัติก่อนเลื่อนขั้นปี เพื่อให้นักศึกษามีผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ มีทักษะปฏิบัติการพยาบาล และมีการตัดสินใจทางคลินิกที่ถูกต้องเหมาะสมตามผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ในแต่ละชั้นปีที่กำหนด

บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การประเมินทักษะปฏิบัติการพยาบาลโดย OSCE นำเสนอในประเด็นแนวทางการประเมินทักษะปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ OSCE ประกอบด้วย หลักการสำคัญของการประเมินด้วย OSCE ลักษณะเด่นของข้อสอบ OSCE ข้อจำกัดของ OSCE ขั้นตอนและวิธีการใช้ OSCE และการประยุกต์ใช้การประเมินทักษะปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ OSCE สาขาวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี

แนวทางการประเมินทักษะปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ OSCE (The Objective Structured Clinical Examinations)

OSCE เป็นที่รู้จักกันครั้งแรกเมื่อถูกใช้เป็นวิธีการประเมินความสามารถทางคลินิกขั้นพื้นฐานของนักศึกษาแพทย์ ในปี ค.ศ. 1972 โดย Harden และ Gleeson⁴ ได้ให้คำจำกัดความของ OSCE ไว้ว่า “an approach to the assessment of clinical competence in which the components of competence are assessed in a planned or structured way with attention being paid to the objectivity of examination” เดิมเรียก “structured clinical examination” เป็นวิธีการที่ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อใช้เป็นเครื่องมือการประเมินผลการปฏิบัติงาน มีวัตถุประสงค์ที่สำคัญคือ เพื่อให้การประเมินผลทักษะทางคลินิกมีความถูกต้องและเชื่อถือได้ด้วยการควบคุมความลำเอียงที่มักพบในการประเมินผลความสามารถทางคลินิกด้วยวิธีการแบบอื่น ๆ ทั้งนี้เพราะการออกแบบเครื่องมือการประเมินทักษะการปฏิบัติทางคลินิกที่เหมาะสมจะช่วยให้สามารถประเมินทักษะปฏิบัติทางการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง การจัดการเรียนการสอนพยาบาลในปัจจุบันจึงนำ OSCE มาใช้เพื่อประเมินความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างเหมาะสมนั่นคือ การกำหนดองค์ประกอบของทักษะทางคลินิกออกมาให้ชัดเจน เช่น การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การแปลผลทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น และมีรูปแบบการประเมินผลที่มีการวางแผนล่วงหน้าอย่างมีหลักเกณฑ์แน่นอน โดยการสร้าง checklist สำหรับให้คะแนนในการสอบ จะมีการแบ่งเป็นข้อย่อย 10-20 ข้อ ตามทักษะที่ต้องประเมิน

ทักษะทางคลินิก (clinical skill) โดยทั่วไปประกอบด้วย การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การแปลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การทำหัตถการ รวมไปถึงทักษะการสื่อสาร การให้ข้อมูล ซึ่งในอดีตการประเมินผลทักษะเหล่านี้มักทำ โดยการสังเกตจากการปฏิบัติงาน หรือการสอบปากเปล่า บางครั้งเรียกว่าการสอบรายยาว ข้อด้อยของการสอบเหล่านี้คือมาตรฐานของข้อสอบและการให้คะแนนซึ่งมีความเป็น subjective สูง คือ ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจเฉพาะบุคคลของผู้ให้คะแนนค่อนข้างมาก ทำให้มีความน่าเชื่อถือของคะแนนน้อย นอกจากนี้ ยังมีปัญหาเรื่องความครอบคลุมของเนื้อหาข้อสอบ เนื่องจากการสอบแต่ละข้อมักใช้เวลานาน ทำให้มีจำนวนข้อสอบไม่มากพอที่จะครอบคลุมของเนื้อหาได้ทั้งหมด

ในปี ค.ศ. 1972 Harden และ Gleeson ได้เสนอการประเมินทักษะทางคลินิกในรูปแบบใหม่ที่เรียกว่า OSCE เป็นครั้งแรก ปรับปรุงให้การออกข้อสอบครอบคลุมทักษะทางคลินิกที่สำคัญโดยการแบ่งการสอบเป็นข้อย่อย ๆ และมีการให้คะแนนที่มีเกณฑ์ชัดเจนเพื่อให้มีความเที่ยงตรงมากขึ้น จากการศึกษาในระยะต่อมาพบว่าข้อสอบ OSCE มีความน่าเชื่อถืออยู่ในเกณฑ์ ในปัจจุบันจึงมีการใช้การสอบแบบ OSCE เพื่อประเมินทักษะทางคลินิกอย่างกว้างขวาง⁴

หลักการสำคัญของการประเมินด้วย OSCE

การประเมินทักษะด้วย OSCE เป็นวิธีการประเมินผลที่มีความสำคัญในกระบวนการจัดการเรียนการสอนในคลินิก มุ่งให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้ทั้งในด้านความรู้ ทักษะ และเจตคติ หลักการสำคัญของการประเมินผลประกอบด้วย สถานีสอบ (station) สถานการณ์จำลอง (clinical relevance) วัตถุประสงค์การทดสอบ (relative objectivity) รูปแบบโครงสร้าง (structured format) และความยืดหยุ่น (flexibility)⁴

1. สถานีสอบ (station) การประเมินทักษะด้วย OSCE จะประกอบด้วยสถานีสอบหลาย ๆ สถานี ซึ่งผู้เข้าสอบจะหมุนเวียนไปทดสอบตามสถานีต่าง ๆ ตามที่กำหนด โดยแต่ละสถานีจะมีเป้าหมายเพื่อทดสอบเพียงหนึ่งหรือสองสมรรถนะเท่านั้น แต่ละสถานีจะให้เวลาแก่ผู้เข้าสอบประมาณ 5-20 นาที ขึ้นอยู่กับทักษะที่ต้องการประเมิน

2. สถานการณ์จำลอง (clinical relevance) การประเมินทักษะด้วย OSCE เป็นการประเมินความสามารถ

ในการปฏิบัติการทางคลินิก ประกอบด้วย การซักประวัติ การวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล หรือการวางแผนส่งต่อเมื่อเกินขีดความสามารถ โดยยึดหลักตามมาตรฐานแนวทางปฏิบัติของแต่ละปัญหา

3. วัตถุประสงค์การทดสอบ (relative objectivity) การประเมินทักษะด้วย OSCE มีเป้าหมายหลักของการประเมินความสามารถทางคลินิก ประกอบด้วย ความพยายามที่จะลดความแตกต่างระหว่างผู้ให้คะแนน โดยผู้เข้าสอบจะได้รับการประเมินจากผู้ให้คะแนนที่ได้รับการฝึกการใช้แบบประเมินและการให้คะแนน และผู้เข้าสอบทั้งหมดจะได้รับโจทย์เดียวกัน เพื่อรับประกันได้ว่าผู้เข้าสอบทั้งหมดจะได้รับโอกาสที่เหมือนกัน

4. รูปแบบโครงสร้าง (structured format) การทดสอบ OSCE ต้องมีการกำหนดเนื้อหาหลักหรือทักษะที่ต้องการประเมินและรายละเอียดอื่น ๆ ล่วงหน้าอย่างชัดเจน และสามารถใช้ทดสอบนักศึกษาในสาขาวิชาที่หลากหลาย เนื่องจากการประเมินมีโครงสร้างตามที่ได้กำหนดไว้แล้ว ดังนั้น การทดสอบในครั้งเดียวสามารถทดสอบได้หลายสาขา เช่น ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบผิวหนัง อุบัติเหตุหรือฉุกเฉิน เป็นต้น และสามารถทดสอบได้หลากหลายทักษะ เช่น การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การแก้ปัญหา และทัศนคติ

5. ความยืดหยุ่น (flexibility) การประเมินทักษะนักศึกษาด้วย OSCE เป็นวิธีการที่สามารถนำไปใช้ได้หลากหลายสาขาวิชา เช่น ความรู้ทั่วไป ศัลยกรรม อายุรกรรม สามารถปรับใช้ได้ในทุกะยะของการศึกษา และสามารถปรับใช้ได้หลากหลายความต้องการ เช่น การประเมินผลหลักสูตร การสอบคัดเลือก การสอบประมวลความรู้ และสามารถปรับใช้ได้โดยขึ้นอยู่กับทรัพยากรที่มีอยู่ เช่น จำนวนของผู้ประเมินสถานที่สอบ

ในการสอบแบบ OSCE ในแต่ละทักษะไม่ควรจัดสถานีสอบเพียงสถานีเดียว หมายถึง ในทักษะเดียวกันควรมีสถานีสอบที่คล้ายคลึงกันอย่างน้อย 2 สถานี

ลักษณะเด่นของข้อสอบ OSCE

การประเมินนักศึกษาด้วยวิธีการ OSCE เหมาะสำหรับการประเมินความเชี่ยวชาญทักษะปฏิบัติเฉพาะด้านซึ่งมีลักษณะเด่นที่สำคัญ ดังนี้⁴

1. วัดการกระทำมากกว่าความรู้
2. วัดได้ทั้ง process และ product
3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับจุดแข็งและจุดอ่อนของทักษะต่าง ๆ
4. การสร้างข้อสอบต้องใช้ educator ร่วมกับ expert
5. มีการประสานงานของหลายสาขาวิชาในการสอบบางประเภท เช่น comprehensive examination, national license
6. สามารถผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเรียนรู้ นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงหลักสูตร
7. มีความเที่ยง และความตรงด้านเนื้อหาสูง เพราะมีการวางบรรทัดฐานที่เป็นมาตรฐานล่วงหน้า

ข้อจำกัดของ OSCE⁴

1. ทักษะถูกประเมินเป็นส่วนๆ เนื่องจากระยะเวลาแต่ละสถานีสั้น จึงไม่สามารถประเมินในภาพรวมได้ ขาดความตรงด้านโครงสร้าง

2. ใช้ทรัพยากรสูงในการบริหารจัดการ ทั้งคน วัสดุอุปกรณ์ สถานที่ เนื่องจากต้องใช้สถานที่ที่กว้างขวางเพื่อจัดสถานี รวมทั้งการใช้วัสดุ อุปกรณ์ต่าง ๆ เป็นจำนวนมาก

ขั้นตอนและวิธีการใช้ OSCE

หลักการพื้นฐานของ OSCE คือ การที่นักศึกษาแต่ละคนหมุนเวียนไปทดสอบตามสถานีสอบต่าง ๆ ซึ่งผู้ประเมินใช้เกณฑ์ที่กำหนดไว้ก่อนล่วงหน้ามาประเมินความสามารถทางคลินิกของนักศึกษาโดยใช้วิธีการสังเกต สถานีสอบสามารถประกอบด้วยวิธีการทดสอบรูปแบบต่าง ๆ รวมทั้งการใช้คำตอบแบบเลือกตอบหรือคำตอบสั้น ๆ OSCE โดยส่วนใหญ่ใช้ “ผู้ป่วยมาตรฐาน หรือ ผู้ป่วยจำลอง (standard patient)” สำหรับสถานีสอบทักษะทางคลินิกต่าง ๆ เช่น การซักประวัติ ทักษะการตรวจร่างกาย ทักษะการให้คำปรึกษาศึกษา เป็นต้น มีรายงานนำเสนอขั้นตอนต่างๆในการดำเนินการประเมินความสามารถทางคลินิกด้วย OSCE ตัวอย่างเช่น El Darir และ Hamid⁶ นำเสนอขั้นตอนของ OSCE 3 ขั้นตอน ซึ่งประกอบด้วย 1) การสร้างสถานการณ์ทางคลินิกและแบบประเมิน 2) การจัดสอบ OSCE และ 3) การประเมินผล Katowa-Mukwato, Mwape, Kabinga-Makukula, Mweemba และ Maimbolwa⁷ นำเสนอขั้นตอน

ของ OSCE ซึ่งประกอบด้วย 8 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การกำหนดความสามารถที่จะได้รับการประเมิน 2) การสร้างสถานการณ์ตามความสามารถที่กำหนด 3) การกำหนดและพัฒนาแบบประเมิน 4) การกำหนดสถานที่สอบ 5) การวางแผนด้านทรัพยากร 6) การเตรียมผู้ป่วยมาตรฐาน 7) การเตรียมสอบ OSCE และ 8) การจัดสอบ OSCE และ Zayyan⁵ ระบุว่าขั้นตอนหลักในการจัดสอบด้วย OSCE ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน 1) การกำหนดทีม OSCE 2) การกำหนดทักษะที่จะได้รับการประเมิน 3) การพัฒนาข้อสอบและแบบประเมิน 4) การสรรหาและการฝึกอบรมผู้ป่วยมาตรฐานหรือผู้ป่วยจำลอง และ 5) การจัดการสอบ

การประยุกต์ใช้การประเมินทักษะปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ OSCE สาขาวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนิจังหวัดนนทบุรี

การนำรูปแบบการประเมินโดยใช้ OSCE มาประยุกต์ใช้ในสาขาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนิจังหวัดนนทบุรี เป็นการประเมินทักษะการปฏิบัติการพยาบาลให้กับนักศึกษาชั้นปีที่ 3 ที่ผ่านการเรียนภาคปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 1 เป็นการประเมินทักษะปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเลื่อนชั้นปี และนักศึกษาชั้นปีที่ 4 ที่ผ่านการเรียนภาคปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 2 เป็นการประเมินทักษะปฏิบัติการพยาบาลเพื่อสอบสำเร็จการศึกษา ส่งผลให้นักศึกษามีสมรรถนะตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ มีทักษะการปฏิบัติการพยาบาล และมีการตัดสินใจทางคลินิกที่ถูกต้องเหมาะสมตามผลลัพธ์การเรียนรู้ในแต่ละชั้นปีที่กำหนด การดำเนินการยึดตามหลักการสำคัญของการประเมินด้วย OSCE⁴ สำหรับขั้นตอนในการประเมินทักษะการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ OSCE สาขาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนิจังหวัดนนทบุรี มีการประเมินทักษะปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ OSCE ประยุกต์ใช้ 6 ขั้นตอน ดังนี้

1. การกำหนดความสามารถที่จะได้รับการประเมิน ผู้รับผิดชอบประชุมร่วมกับอาจารย์ผู้สอนในสาขา

วิชาสาขารพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ กำหนดทักษะการปฏิบัติการพยาบาลให้มีความสอดคล้องกับมาตรฐานการเรียนรู้ทางการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ของนักศึกษาชั้นปีที่ 3 และ 4 โดยแบ่งเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 3 มีทักษะการตรวจครรภ์ และทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ นักศึกษาชั้นปีที่ 4 มีทักษะการทำคลอด

2. การสร้างสถานการณ์ตามความสามารถที่กำหนด ผู้รับผิดชอบและอาจารย์ผู้สอนได้ร่วมกันทบทวนโจทย์สถานการณ์ และกำหนดระยะเวลาในการทำข้อสอบของแต่ละสถานี โดยกำหนดให้นักศึกษาชั้นปีที่ 3 สถานีตรวจครรภ์ใช้เวลา 5 นาที สถานีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ใช้เวลา 5 นาที และนักศึกษาชั้นปีที่ 4 สถานีการทำคลอดใช้เวลา 5 นาที

3. การกำหนดและทบทวนแบบประเมิน ผู้รับผิดชอบและอาจารย์ผู้สอนมีการทบทวนแบบประเมิน เป็นการให้คะแนนแบบตรวจสอบรายการ (Check list) โดยแบบตรวจสอบรายการนักศึกษาต้องทำได้มากกว่าร้อยละ 60 ถึงจะถือว่าสอบผ่านในสถานีนั้น ๆ

4. การกำหนดสถานที่สอบ มีการแบ่งห้องสอบและห้องรอสอบของนักศึกษา โดยได้แยกสถานที่ออกจอกันอย่างชัดเจน และมีสัญญาณเตือนหมดเวลาแต่ละสถานีสอบทุก 5 นาทีจากส่วนกลาง

5. การวางแผนด้านทรัพยากร ผู้รับผิดชอบได้มีการประชุมวางแผนกับอาจารย์ผู้สอน และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการสอบ เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดสอบวันที่ เวลา นอกจากนี้ ได้มีการเตรียมอุปกรณ์ที่ต้องใช้ในการสอบแต่ละสถานี โดยอาจารย์ผู้สอนแต่ละท่านจะเข้าประจำสถานีที่ตนเองรับผิดชอบ ตรวจความครบถ้วนของสถานการณ์จำลองที่เป็นโจทย์คำถาม วัสดุ อุปกรณ์ในแต่ละสถานีสอบสำหรับเจ้าหน้าที่มีทั้งหมด 4 คน โดยเจ้าหน้าที่ 2 คนแรกจะทำหน้าที่ในการอำนวยความสะดวกและควบคุมเวลาในการสอบ การดูแลนักศึกษาให้เดินตามแผนผังที่กำหนดในแต่ละสถานี ส่วนเจ้าหน้าที่อีก 2 คน จะเป็นผู้คุมนักศึกษาระหว่างรอสอบและหลังสอบเสร็จ

6. การจัดสอบ OSCE ในสาขาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ ได้กำหนดให้มีการประเมินทักษะการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์

ชั้นปีที่ 3 ที่ผ่านการฝึกภาคปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 1 โดยประเมินทักษะการตรวจครรภ์ และทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ส่วนนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 ที่ผ่านการฝึกภาคปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 2 ประเมินทักษะการทำคลอด สำหรับการจัดสอบนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 จำนวน 160 คน และนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 จำนวน 160 คนนั้น ได้แบ่งนักศึกษาออกเป็นกลุ่ม กลุ่มละ 10-12 คน นักศึกษาทุกคนจะหมุนเวียนมาสอบในสถานีการประเมินทักษะการตรวจครรภ์ สถานีการประเมินทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และสถานีการประเมินทักษะการทำคลอด โดยในแต่ละสถานีจะแบ่งเป็นสถานีย่อยจำนวน 2 สถานี เพื่อให้เพียงพอต่อจำนวนนักศึกษา ทั้งนี้กำหนดให้ใช้เวลาในการสอบสถานีละ 5 นาที โดยมีอาจารย์ประจำสถานีเป็นผู้ประเมินนักศึกษา นักศึกษาที่เข้าสอบจะทยอยเข้ามาสอบครั้งละ 1 คน จนครบตามจำนวนนักศึกษาแต่ละกลุ่ม ส่วนนักศึกษาที่ยังไม่เข้าสอบจะอยู่นอกสถานที่สอบ

ผลการประเมินทักษะปฏิบัติการพยาบาล นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 มีการประเมินทักษะ 2 ทักษะ ได้แก่ ทักษะการตรวจครรภ์ และทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ผลการประเมินพบว่า ทักษะการตรวจครรภ์จากนักศึกษาจำนวน 160 คน สอบผ่าน 140 คน คิดเป็นร้อยละ 87.50 และทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สอบผ่าน 145 คน คิดเป็นร้อยละ 90.62 ส่วนผลการประเมินทักษะการปฏิบัติการพยาบาล นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 มีการประเมินทักษะการทำคลอด ผลการประเมินพบว่า จากนักศึกษาจำนวน 160 คน สอบผ่าน 90 คน คิดเป็นร้อยละ 75.00 สำหรับนักศึกษาที่ไม่ผ่านเกณฑ์นำมาสอนซ่อมเสริมทักษะแล้วจัดสอบทักษะตามที่กำหนดอีกครั้งจนผ่านเกณฑ์ จะเห็นได้ว่า จากการถอดบทเรียนการประเมินทักษะปฏิบัติการพยาบาลโดย OSCE อาจารย์ผู้สอนมีความคิดเห็นว่าเป็นการประเมินนักศึกษารายบุคคลที่ดี สามารถบอกได้ว่านักศึกษาคนไหนขาดทักษะด้านใด มีผลลัพธ์การเรียนรู้ตามชั้นปีที่กำหนดหรือไม่ ทำให้อาจารย์ผู้สอนเห็นทักษะที่บกพร่องของนักศึกษาที่ไม่ผ่านเกณฑ์ แล้วอาจารย์สามารถสอนซ่อมเสริมทักษะ เพื่อให้นักศึกษามีผลลัพธ์การเรียนรู้ตามที่กำหนด

และอาจารย์เห็นประเด็นส่วนใหญ่ที่นักศึกษาไม่ผ่านเกณฑ์ แล้วนำมาเป็นข้อมูลในการพัฒนาการจัดการเรียนการสอน ภาคทฤษฎี การเตรียมความพร้อมก่อนขึ้นฝึกภาคปฏิบัติ และการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติต่อไป ซึ่งผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Ekthamasuth, Taweekul และ Chojjoh⁸ ที่พัฒนารูปแบบการสอบทักษะทางคลินิก โดยใช้ OSCE วิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 2 พบว่า เป็นการทดสอบที่วัดความสามารถในการปฏิบัติทางคลินิกและความรู้ของบุคคลได้จริงครอบคลุมทุก ด้านทั้งการปฏิบัติและทฤษฎี จากการวิเคราะห์ขั้นตอนในการ ประเมินทักษะการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ OSCE ขั้นตอน การสร้างสถานการณ์ตามความสามารถที่กำหนดของ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 ควรเพิ่มสถานการณ์การ อ่านผลการตรวจพิเศษ NST เพื่อให้สอดคล้องกับลักษณะวิชา ของรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและการ ผดุงครรภ์ 2 และจากการถอดบทเรียนนักศึกษามีความคิดเห็น ว่า สถานการณ์จำลองที่เป็นข้อสอบทุกสถานการณ์สามารถประเมิน ทักษะปฏิบัติการพยาบาลมารดาและทารกได้ สามารถ ประเมินได้มากกว่าการสอบข้อเขียน ช่วยให้สามารถประเมิน ตนเองได้ว่าสามารถนำความรู้จากภาคทฤษฎีมาประยุกต์ใช้ ในการปฏิบัติได้มากน้อยเพียงใด และทำให้ทราบข้อบกพร่อง ของตนเองว่าควรปรับปรุงในทักษะการพยาบาลใดบ้าง ซึ่ง ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Lohapa-iboonkul และ Palakarn⁹ ศึกษาเกี่ยวกับการใช้รูปแบบ การสอบ OSCE เพื่อประเมินความรู้และทักษะทางคลินิกด้าน การรักษาโรคเบื้องต้นและการรับรู้ของอาจารย์ที่เลี้ยงต่อ ทักษะทางคลินิกของนักศึกษา พบว่า การใช้รูปแบบการสอบ OSCE ในวิชาการรักษาโรคเบื้องต้นสามารถประเมินทักษะทาง คลินิก และความรู้ของนักศึกษาได้จริง จำแนกความสามารถ ในการปฏิบัติได้ สามารถบอกได้ว่านักศึกษาคนใดขาด ทักษะใด และนำไปซ่อมเสริมทักษะที่ยังไม่ผ่านตามจุด ประสงค์ของนักศึกษาเป็นรายบุคคล นอกจากนี้ นักศึกษายัง ให้ข้อเสนอแนะว่าภายหลังสอบเสร็จควรมีการเฉลยแนว ปฏิบัติที่ถูกต้องในแต่ละสถานการณ์จำลอง เพื่อให้ นักศึกษา เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติต่อไป และควรจัดให้มีการ ประเมินทักษะปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ OSCE ก่อนการฝึก ภาคปฏิบัติ จะสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลให้ แก่นักศึกษา เพราะภายหลังการประเมินทักษะการปฏิบัติการ

พยาบาลโดยใช้ OSCE อาจารย์ให้ข้อเสนอแนะแก่นักศึกษา นักศึกษาสามารถนำข้อเสนอแนะที่ได้จากอาจารย์ไปปรับปรุง ก่อนขึ้นฝึกภาคปฏิบัติ และนักศึกษามีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ว่าหากเป็นไปได้ต้องการให้ผู้ช่วยมาตรฐานในสถานที่สามารถ จัดหาได้ เช่น การตรวจครรภ์ หรือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้

การประเมินทักษะปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ OSCE เป็นวิธีการประเมินผลที่ดีวิธีหนึ่งของการศึกษาภาคปฏิบัติ จึงควรนำมาใช้ประเมินนักศึกษาในรายวิชาการพยาบาล เพื่อประเมินทักษะปฏิบัติการพยาบาลหรือวัดความรู้รอบยอด ของนักศึกษาในการเลื่อนชั้นปีหรือสำเร็จการศึกษา นอกจากนี้ ควรจัดให้มีการประเมินทักษะปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ OSCE ก่อนขึ้นฝึกภาคปฏิบัติ เป็นการเตรียมความพร้อมก่อน ฝึกภาคปฏิบัติและสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติงานของ นักศึกษา ในการประเมินทักษะปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ OSCE ควรวิเคราะห์ความสามารถนักศึกษาเพื่อกำหนด ทักษะที่ประเมิน สร้างสถานการณ์จำลองที่สอดคล้องกับ ทักษะที่กำหนด ทบทวนแบบประเมินให้ทันสมัย กำหนด สถานที่สอบที่เหมาะสม ทำความเข้าใจทีมผู้สอน เจ้าหน้าที่ และนักศึกษา แล้วดำเนินการสอบตามที่กำหนดโดยแบ่งเป็น สถานีย่อยอย่างน้อย 2 สถานี เพื่อให้เพียงพอต่อจำนวน นักศึกษา สำหรับสถานการณ์จำลองบางสถานการณ์หาก เป็นไปได้ถ้าจัดเป็นผู้ช่วยมาตรฐานจะทำให้ นักศึกษาเกิดการ เรียนรู้เพิ่มมากขึ้น

บทสรุป

OSCE เป็นเครื่องมือการประเมินที่สามารถสะท้อน ทักษะของนักศึกษาได้ดี สามารถประเมินทักษะปฏิบัติการ พยาบาลได้จริง จำแนกความสามารถในการปฏิบัติของ นักศึกษาได้ดี ดังนั้น ในการเรียนการสอนทางการพยาบาล ควรนำการประเมินทักษะการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ OSCE มาใช้ประเมินทักษะนักศึกษา เพื่อพัฒนาทักษะที่จำเป็น ของนักศึกษาให้มีผลลัพธ์การเรียนรู้ตามขั้นปีที่กำหนดตาม หลักสูตร มีสมรรถนะตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดม ศึกษาแห่งชาติ มีทักษะปฏิบัติการพยาบาล มีการตัดสินใจ ทางคลินิกที่ถูกต้องเหมาะสมตามมาตรฐานการเรียนรู้ และ ให้การพยาบาลที่มีคุณภาพต่อไปในอนาคต

References

1. Ministry of Education. The Announcement of Thai Qualifications Framework for Higher Education in Nursing B.E. 2560, Government Gazette; 2017. (in Thai)
2. Inkaew T, Pakanta I. Objective Structured Clinical Examination (OSCE): Application in nursing practicum. Journal of Nursing and Health Sciences 2017;11(3):1-7. (in Thai)
3. Hosseini SA, Fatehi N, Eslamaian J, Zamani M. Reviewing the nursing students' view toward OSCE test. Iran J Nurs Midwifery Res 2011;16(4):318-20.
4. Praboromarajchanok Institute for Health Workforce Development. A Guideline of clinical skills assessment with objective structured clinical examination (OSCE) of the Bachelor of Nursing Program Nursing College under the Praboromarajchanok Institute. Nonthaburi: Yutharin Printing; 2016. (in Thai)
5. Zayyan M. Objective structured clinical examination: the assessment of choice. Oman Med J 2011;26(4):219-22.
6. ElDarir SA, Abd el Hamid NA. Objective structured clinical evaluation (OSCE) versus traditional clinical students achievement at maternity nursing: a comparative approach. IOSR-JDMS 2013;4(3):63-8.
7. Katowa-Mukwato P, Mwape L, Kabinga-Makukula M, Mweemba P, Maimbolwa MC. Implementation of objective structured clinical examination for assessing nursing students' clinical competencies: lessons and implications. Creative Education 2013; 4 (10A): 48-53.
8. Ekthamasuth C, Taweasuk P, Chojjoho R. The development of objective-structured clinical examination instrument in Maternal and Newborn Nursing and Midwifery Practicum II. Journal of Boromarajanani College of Nursing, Bangkok 2017;33(3):27-37. (in Thai)
9. Lohapaiboonkul N, Palakarn B. The effects of an objective structured clinical examinations (OSCEs) test to evaluate the knowledge and clinical skills in basic medical treatment and perceive of preceptors from community of the clinical skills of nursing students. Nursing Journal of the Ministry of Public Health 2014;23(3):24-34. (in Thai)

บทความวิชาการ

การสร้างพลังการคิดเชิงบวกเพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเด็กวิกฤต ของนักศึกษาพยาบาล Generation Z

Empowerment of Positive Thinking to Develop the Ability to Caring of Critically Ill Children for Generation Z Nursing Students.

Received: Jan 23, 2020

Revised: Feb 24, 2020

Accepted: Feb 28, 2020

ปุณณภา ศรีสมบุรณ์ พย.ม. (Punnapa Srisomboon, M.S.N.)¹วรินญา อาจธรรม พย.ม. (Warinya Attham, M.S.N.)³สุดารัตน์ วันงามวิเศษ พย.ม. (Sudarat Wanngamwiset, M.S.N.)⁴ณัฐปณธ์ เพียรธัญญกรรม พย.บ. (Natthapan Phianthanyakam, B.S.N.)²

บทคัดย่อ

พลังการคิดเชิงบวกเป็นพื้นฐานของการสร้างสติปัญญาให้คนเราเกิดการแก้ปัญหาและการตัดสินใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นจุดเริ่มต้นของการคิดริเริ่มสร้างสรรค์ค้นคว้าหาแนวทางที่ส่งผลในทางที่สร้างสรรค์และเกิดประโยชน์สุข บุคคลที่มีพลังด้านบวกเป็นบุคคลที่มีพลังและมีศักยภาพต่อการพัฒนาเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีกว่า เป็นการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันและต่อยอดศักยภาพการเรียนรู้เพื่อเป็นเกราะป้องกันความเสี่ยงและปัญหาการจัดกิจกรรมการสอนทางคลินิกทางการพยาบาลเด็กวิกฤตโดยเสริมสร้างพลังการคิดเชิงบวกให้นักศึกษาจึงเป็นเรื่องที่สำคัญเพื่อส่งเสริมให้นักศึกษามีผลลัพธ์การฝึกปฏิบัติงานที่ดีและมีความสุข จากประสบการณ์การสอนในคลินิก เด็กผู้ป่วยเด็กวิกฤต นักศึกษาพยาบาลจำนวน 8 คน ให้ข้อมูลความรู้สีก่อนฝึกประสบการณ์ว่า “รู้สึกกลัวมาก ไม่มั่นใจในตนเอง ไม่คุ้นเคยกับการดูแลเด็กที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ รู้สึกกดดันและตื่นเต้นที่จะได้ดูแลเด็กที่มีอาการวิกฤต” และเมื่อนำแนวทางการสอนในคลินิกโดยใช้พลังการคิดบวกไปใช้พบว่า ประสบการณ์ที่นักศึกษาได้รับคือ “ได้อิสระในการฝึกปฏิบัติงาน ได้เห็นตัวอย่างการทำงานเป็นทีมที่ดี ได้ความรู้และประสบการณ์ที่ดี มีความรู้สึก ดีใจ ยืนยัน มีความสุข ไม่กดดัน เชื่อมั่นในอาจารย์และเชื่อมั่นในตัวเอง ประทับใจ ภูมิใจ และรักในการเรียนวิชาการพยาบาลเด็ก” ซึ่งผลลัพธ์ดังกล่าวจะสอดคล้องกับมาตรฐานการอุดมศึกษาที่ได้บัณฑิตพยาบาลที่พึงประสงค์ ส่งผลให้ผู้ใช้นบัณฑิตมีความพึงพอใจ นักศึกษามีผลลัพธ์ที่ดี มีความสามารถ ในการดูแลผู้ป่วยเด็กวิกฤต

คำสำคัญ: การคิดเชิงบวก, การดูแลผู้ป่วยเด็กวิกฤต, นักศึกษาพยาบาล

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี Email: punnapakob@gmail.com

^{2,3,4}พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการสอน), วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี

Email: ²phianthanyakam@gmail.com, ³warinya.attham@gmail.com, ⁴wanngamwiset.s@gmail.com

Boromarajonani College of Nursing Changwat Nonthaburi, Thailand

Abstract

Power of positive thinking is fundamental for strengthening human intelligence towards effective problem-solving and decision-making strategies. It is the beginning of creative thinking and is ability to seek for creative solutions leading to positive outcomes. A person with positive thinking has power and development capability to better changes. This enhances the ability to protect and extends the ability to learn to prevent risks and problems. In this regard, designing clinical nursing training for pediatric patients in intensive care by focusing on strengthening positive thinking ability for students is important because it serves as a tool to enhance the students' performances and happiness. From teaching experiences in pediatric intensive care unit (PICU), 8 nursing students expressed their pre-training feeling of "fear, lack of self-confidence, unfamiliarity of caring for ventilated pediatric patients, and being stressed and excited to take care of pediatric patients in intensive care unit." This is consistent with the study of clinical experiences of nursing students who took care of pediatric patients in intensive care unit. Nursing students expressed feeling of high fear and stress. They are Generation Z students that embrace characteristics of being: highly independent; fast in thinking, acting, and improving; highly confident; and being able to access and use technology and the internet. They are able to apply positive thinking strategies to clinical instructions. Hence, students experienced "freedom in practicing, a chance to see an example of good teamwork, knowledge and good experiences as well as feelings of gladness, warm-heartedness, happiness, lack of stress, confidence in teachers and themselves, good impression, pride, and passion in studying pediatric nursing." The outcome meets the standard of higher education in achieving desired characteristics of nursing graduates resulting in satisfaction, good performance, and competency in taking care of pediatric patients in intensive care unit.

Keywords: positive thinking, critical care in children, nursing student

บทนำ

พลังการคิดเชิงบวกเป็นพื้นฐานของการสร้างสรรค์ปัญญาให้คนเราเกิดการแก้ปัญหาและการตัดสินใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นจุดเริ่มต้นของการคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ค้นคว้าหาแนวทางที่ส่งผลในทางที่สร้างสรรค์และเกิดประโยชน์สุข¹ บุคคลที่มีพลังคิดบวกจะเป็นบุคคลที่เปี่ยมไปด้วยพลังความคิดสร้างสรรค์ มีความเข้มแข็งมั่นคงในจิตใจ สามารถฝ่าฟันก้าวข้ามวิกฤตของชีวิต มีความมุ่งมั่น และปฏิบัติงานได้สำเร็จ ดังนั้น การใช้พลังคิดเชิงบวกจึงสำคัญต่อการพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเด็กวิกฤตของนักศึกษาพยาบาล Generation Z เนื่องจากนักศึกษามีความ

หนักใจ วิตกกังวล กลัว และไม่สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับข้อมูลบางอย่างได้ตามที่พ่อแม่เด็กคาดหวัง ซึ่งความคาดหวังของผู้รับบริการทางสุขภาพ บางกิจกรรมนักศึกษาไม่มั่นใจและไม่เชื่อมั่นในความสามารถของตนในการดูแลผู้ป่วย สะท้อนให้เห็นว่านักศึกษา มีความหนักใจ วิตกกังวล และกลัว ซึ่ง เป็นทัศนคติในทางลบ จึงทำให้เกิดความรู้สึกในทางลบได้² ซึ่งผลกระทบต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้นักศึกษาฝึกปฏิบัติงานได้ไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพและนักศึกษาก็ไม่มีความสุข ดังนั้น การนำพลังคิดเชิงบวกมาพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเด็กวิกฤตกับนักศึกษา จะส่งผลให้นักศึกษามีพลังความสามารถที่เข้มแข็ง

ขจัดความกลัว ความเครียด และอคติต่อการปฏิบัติการพยาบาล เกิดการตระหนักรู้ และเข้าใจตนเอง นำไปสู่ความเข้าใจ และเห็นใจผู้ป่วย เกิดความสุขจากกระบวนการเรียนรู้เชิงบวก มองเห็นคุณค่า และเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจต่อวิชาชีพพยาบาล แต่ทั้งนี้อาจารย์ผู้สอนบนคลินิกเป็นบุคคลสำคัญที่จะเสริมพลังคิดบวกให้กับนักศึกษาพยาบาล Generation Z เพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเด็กวิกฤตได้ ซึ่งบทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวทางการสร้างพลังคิดบวกให้กับนักศึกษาพยาบาลและผลลัพธ์จากกรณีศึกษาในการนำแนวทางสอนในคลินิกโดยนำพลังการคิดบวกไปใช้ โดยจะกล่าวถึงประเด็นสำคัญเกี่ยวกับแนวคิดสร้างพลังการคิดเชิงบวกเพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเด็กวิกฤตของนักศึกษาพยาบาล Generation Z ประกอบไปด้วยแนวคิดคุณลักษณะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กวิกฤต และคุณลักษณะของนักศึกษาพยาบาล Generation Z ประสบการณ์และความต้องการของนักศึกษาขณะฝึกปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วยวิกฤตว่าเป็นอย่างไร เพื่อจะได้พัฒนานักศึกษาให้ได้ตามคุณลักษณะนั้น นอกจากนี้อาจารย์พยาบาลผู้สอนบนคลินิกควรมีความรู้ความเข้าใจในจริยธรรมของอาจารย์พยาบาลในการสอนบนคลินิก นำไปสู่การสอนในคลินิกโดยการสร้างพลังคิดบวกและทราบแนวทางการใช้พลังการคิดเชิงบวกในการสอนบนคลินิกในการดูแลผู้ป่วยเด็กวิกฤตของนักศึกษาพยาบาล Generation รายละเอียดดังนี้

1. คุณลักษณะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กวิกฤต

พยาบาลที่จะสามารถดูแลผู้ป่วยเด็กวิกฤตได้ดีต้องมีคุณลักษณะคือ เก่ง หมายถึง มีสมรรถนะเฉพาะทางด้านความรู้และทักษะที่จำเป็นในการเป็นพยาบาลเด็กวิกฤตได้แก่ ทักษะการตัดสินใจ การคิดอย่างมีวิจารณญาณ การใช้เครื่องมือ การทำหัตถการ การบริหารจัดการ การสื่อสาร มีความรักหรือทัศนคติที่ดีต่อเด็ก มีความละเอียดรอบคอบ ปฏิบัติการพยาบาลอย่างนุ่มนวล ช่างสังเกต เข้าใจธรรมชาติของเด็ก ใส่ใจในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว³ การพัฒนาความสามารถดังกล่าวจึงควรเตรียมพร้อมตั้งแต่การเป็นนักศึกษาพยาบาลเพื่อให้ นักศึกษามีความพร้อมที่จะดูแลผู้ป่วยเด็กวิกฤตหลังจากจบการศึกษาไปได้อย่างมีคุณภาพ⁴

คุณลักษณะของนักศึกษาพยาบาล Generation Z

สังคมไทยมีประชากรรุ่นใหม่ที่กำลังเติบโตเข้าสู่วัยแรงงาน นั่นคือ Generation Z หรือประชากรที่เกิดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2538 เป็นต้นมา⁵ โดยประชากรเจนเนอเรชั่นซี (Generation Z) เป็นคนที่เกิดมาพร้อมความก้าวหน้าของเทคโนโลยีการสื่อสาร เป็นคนเปิดกว้างทางความคิดและวัฒนธรรม ยอมรับความแตกต่างของสีผิว ศาสนา วัฒนธรรมประเพณี เพราะโลกอินเทอร์เน็ตทำให้สามารถติดต่อกับเพื่อนต่างชาติได้ง่ายขึ้น อย่างไรก็ตาม คนรุ่นนี้มักเป็นคนที่ทำเพื่อตัวเองก่อน เรียกร้องสิทธิของตัวเอง ชอบอิสระเสรี มีความเป็นตัวของตัวเองสูง มีแนวโน้มเป็นมนุษย์หลายงานที่มีความอดทนต่ำ ไม่รอคอย ตอบสนองต่อความรวดเร็วของโลกได้อย่างทันทีและหาความรู้ผ่านเทคโนโลยีได้ทุกที่⁶ แต่ผลก็คือเด็กจะติดโลกออนไลน์ ทำให้มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพลดลง และมีทักษะการสื่อสารด้วยคำพูดน้อยลง

นอกจากนี้ ลักษณะผู้เรียนในยุค Generation Z ยังแบ่งออกเป็น 4 ประเภทได้ดังนี้⁷

1. Activist's คือ บุคคลที่ชอบแสวงหาประสบการณ์ใหม่ๆให้ตนเอง ชอบใช้การระดมสมองเพื่อแก้ไขปัญหา เมื่อสามารถแก้ปัญหาหนึ่งได้ก็จะหาปัญหาใหม่ที่มีความท้าทายมากยิ่งขึ้นในการแก้ไข สามารถเปิดใจยอมรับแนวคิดใหม่ๆได้ดี

2. Reflectors คือ บุคคลที่ค่อนข้างคิดมาก ระมัดระวังในทุกการกระทำ คนเหล่านี้นักจะคิดถึงความเป็นไปได้ในทุกแง่มุมก่อนที่จะลงมือทำ

3. Theorist's คือ บุคคลที่ชอบประยุกต์ใช้ประสบการณ์ของตนเองออกมาเป็นหลักปฏิบัติใหม่ๆโดยจะวิเคราะห์หลักการเหล่านั้นอย่างดีและไม่ใช้ความรู้สึกส่วนตัวในการกระทำใดๆ

4. Pragmatist's คือ บุคคลที่เน้นการปฏิบัติเป็นหลัก ชอบคิดสร้างสรรค์แนวทางปฏิบัติใหม่ๆ ทันทีทันใด

ดังนั้น อาจารย์พยาบาลจึงต้องเข้าใจธรรมชาติของนักศึกษา Generation Z และจัดกิจกรรมการเรียนการสอนทางคลินิกให้เหมาะสม โดยเฉพาะการใช้เทคโนโลยีในการค้นหาข้อมูลวิชาการมาประกอบการฝึกปฏิบัติ นอกจากนี้ Generation Z จะชอบการสอนที่ให้นักศึกษาคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical thinking) และให้แก้ปัญหา (problem

solving) มากกว่าการท่องจำ จึงควรจัดกิจกรรมการคิดวิเคราะห์กรณีศึกษา การทำ mapping case เพื่อให้นักศึกษาได้ใช้ทักษะการคิดวิเคราะห์ ทำให้มีความรู้และเข้าใจมากขึ้น แต่กิจกรรมไม่ควรใช้เวลานาน อาจจัดให้มีการพักระหว่างการสอน เพราะนักศึกษาจะมีระยะเวลาในการสนใจสั้น⁶ และควรจัดกิจกรรมที่หลากหลาย เพื่อให้เกิดความท้าทายและสนุกมากขึ้น ตั้งคำถามให้ชวนคิด โดยใช้คำว่า How & Why ให้นักศึกษาได้ลงมือทำกิจกรรมด้วยตนเองแล้วใช้วิธี Reflection เพื่อให้นักศึกษาได้เป็นเจ้าของการเรียนรู้ ทำให้เกิดความภาคภูมิใจ ผู้สอนควรเลือกวิธีการสอนและกระตุ้นการเรียนรู้ของผู้เรียนอย่างเข้าใจลักษณะของผู้เรียนแต่ละคน หลักในการปฏิบัติต่อผู้เรียนควรปฏิบัติโดย 1) ไม่ให้ใช้สมองไปกับการท่องจำ 2) ให้สร้างสรรค์แนวความคิดใหม่ๆหรือแนวทางแก้ปัญหาใหม่ ๆ 3) ไม่ตั้งคำถามแก่ผู้เรียนมากเกินไป โดยเฉพาะคำถามที่มีคำตอบตายตัว 4) กระตุ้นให้ผู้เรียนได้ตั้งคำถามของตัวเองเพื่อหาคำตอบในสถานการณ์ที่กำลังปฏิบัติ 5) ให้เทคนิคการค้นคว้า การสืบค้นข้อมูลที่เป็นประโยชน์ อย่างในการแสวงหาข้อมูลทางคลินิกอย่างต่อเนื่อง 6) มอบหมายงานเอกสารในรูปแบบการคิดวิเคราะห์โดย กำหนดเวลาแบบยืดหยุ่นและให้ปรับปรุงงานจนกว่าจะถูกต้องตามหลักการ 7) กำหนดให้มีการทบทวนการเรียนรู้ที่ได้ปฏิบัติพร้อมทดสอบความรู้นั้นด้วยวิธี oral test อย่างต่อเนื่องและให้การชี้แนะอย่างตรงประเด็น 8) หากมอบหมายงานเอกสารแบบกลุ่ม ต้องให้สมาชิกในกลุ่มเป็นผู้ร่วมประเมินรายบุคคลในการมีส่วนร่วมของสมาชิกในการทำงาน 9) ใช้เทคโนโลยีและสารสนเทศที่ใกล้ตัวผู้เรียนมาใช้ให้เกิดประโยชน์ในการมีส่วนร่วมต่อการศึกษาล่าเรียนของผู้เรียนช่วงอายุนี้นี้ทุกรูปแบบ⁷ และผู้สอนต้องให้ความรัก กำลังใจ ให้รางวัลเมื่อทำงานสำเร็จ การมอบหมายชิ้นงานที่ท้าทาย ไม่น่าเบื่อ กิจกรรมการเรียนการสอนที่สร้างความสนใจ เช่น ส่งงานที่ผู้สอนสามารถร่วมตรวจได้ โดยที่ผู้สอนมีหน้าที่เข้าไปให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะได้ทันที จะทำให้เกิดการเรียนรู้ได้เร็วขึ้น ดังนั้นผู้สอนจึงต้องมีการปรับตัวหรือเข้าใจนักศึกษาพยาบาล Generation Z ให้ลึกซึ้งและมีการคิดค้นนวัตกรรม หรือพัฒนาวิธีการสอนและรูปแบบการสอนใหม่ๆซึ่งผู้สอนไม่ควรใช้การบรรยายในการสอนแต่เพียงอย่างเดียว และควรมีการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านต่างๆ เช่น ด้านเทคโนโลยีทางการศึกษา ด้านนวัตกรรมทางการศึกษา

เป็นต้น ในการมีส่วนร่วมในการจัดการเรียนการสอน เพื่อให้ผู้สอนมีทักษะทางเทคโนโลยีใหม่ๆเพื่อเป็นประโยชน์ในการพัฒนารูปแบบ การจัดการเรียนการสอนที่สอดคล้องกับคุณลักษณะของนักศึกษาพยาบาล Generation Z ต่อไป⁸

2. ประสบการณ์และความต้องการของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ขณะฝึกปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วยวิกฤต

จากการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กรายบุคคลแบบองค์รวม ในหอผู้ป่วยวิกฤตของนักศึกษาชั้นปีที่ 3 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พบประเด็นประสบการณ์ที่ได้รับได้แก่ 1) ความรู้สึกในทางบวก ได้แก่ ดีใจ ภูมิใจ สุขใจ ได้รับความไว้วางใจ มีคุณค่า และความรู้สึกในทางลบ ได้แก่ ความรู้สึกกลัวและเครียด 2) พ่อแม่มีความรักใคร่ผูกพันต่อเด็ก และมีความวิตกกังวล ส่วนเด็กรับรู้สิ่งแวดล้อม ร้องหาพ่อแม่ 3) การพยาบาลรายบุคคลแบบองค์รวม ได้แก่ การดูแลสุขวิทยา ดูดเสมหะ ทำแผล ให้ยา น้ำ และอาหาร พุดคุย เป็นเพื่อนเล่น และให้การดูแลพ่อแม่ของเด็กโดยสร้างปฏิสัมพันธ์ ให้ความช่วยเหลือ และให้ข้อมูลต่างๆ ที่พ่อแม่ต้องการทราบและต้องการให้ช่วยเหลือ ได้แก่ สภาพอาการ การดูแล รักษา ผลการตรวจต่างๆ อุปกรณ์เครื่องมือต่างๆ และระยะเวลาในการรักษา 4) ไม่มั่นใจในการให้การช่วยเหลือและให้คำตอบแก่พ่อแม่เด็กได้ 5) การแก้ไขปัญหโดยขอความช่วยเหลือจากอาจารย์นศ พยาบาล พี่เลี้ยง และค้นคว้าความรู้เพิ่มเติม 6) พ่อแม่ของเด็กมีความรู้สึกและตอบสนองต่อนักศึกษา ได้แก่ ดีใจ สุขใจ ไว้วางใจ ชอบคุณ ยิ้มแย้ม และเป็นญาติมิตร จะเห็นได้ว่าประสบการณ์ของนักศึกษาพยาบาลในการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยวิกฤตนั้นหากได้รับการดูแลที่ดีก็จะส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลมีความสุขในการทำงานและมีความมั่นใจในด้านจิตใจ จากคำกล่าวที่ว่า “จิตเป็นนายกายเป็นบ่าว” เมื่อจิตดีแล้วอย่างอื่นก็จะดีตามมาด้วย รวมไปถึงผลสำเร็จจากการทำงานโดยจิตที่เปี่ยมไปด้วยพลัง ซึ่งสำคัญยิ่งในวิชาชีพพยาบาลที่ต้องให้บริการผู้ที่เจ็บป่วยทั้งกายและใจให้ได้รับการเยียวยา พยาบาลผู้ดูแลจำเป็นต้องมีพลังใจที่เป็นบวกเพื่อให้สามารถส่งพลังไปให้ผู้ป่วยและบุคคลอื่นได้ ท่ามกลางสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่เป็นมิตร ดังนั้นนอกจากอาจารย์พยาบาลจะสอนนักศึกษาให้มีความเก่งเฉพาะทาง มีความละเอียดรอบคอบ ช่างสังเกต มีใจรักในการ

ดูแลผู้ป่วยเด็กวิกฤตแล้ว นักศึกษาพยาบาลที่ฝึกประสบการณ์ ในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตควรได้รับการดูแลในด้านจิตใจเพื่อเสริมพลังในการดูแลผู้ป่วยเด็กวิกฤตเช่นกัน

การขึ้นฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต มีปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการฝึกปฏิบัติงานและทัศนคติต่อวิชาชีพของนักศึกษา เช่น สถานที่ฝึกปฏิบัติงาน การฝึกทักษะปฏิบัติการพยาบาล เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ต่าง ๆ ที่ยากและซับซ้อน ผู้ป่วย บุคลากรในทีมสุขภาพ รวมไปถึงครอบครัวและญาติของผู้ป่วยเด็ก จากการศึกษาความต้องการของนักศึกษาพยาบาลขณะฝึกปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วยวิกฤตพบว่า นักศึกษามีความต้องการในด้านทักษะปฏิบัติการพยาบาล⁹ ได้แก่

1. ต้องการความรู้ในการดูแลและการใช้เครื่องช่วยหายใจ การอ่านและแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง เนื่องจากในหอผู้ป่วยวิกฤตผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้เครื่องช่วยหายใจ มีการบันทึกติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างต่อเนื่องเพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยตลอดเวลา และมีการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง ซึ่งเป็นทักษะที่กำหนดให้นักศึกษาต้องฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยวิกฤต

2. ต้องการการชี้แนะและสนับสนุนในการฝึกทักษะปฏิบัติงานจากอาจารย์นัศ อาจารย์พี่เลี้ยง และพยาบาลประจำการ โดยนักศึกษาต้องการผู้ที่มีสัมพันธภาพที่ดี มีความยิ้มแย้มแจ่มใส เข้าใจ เห็นใจ ให้ความรู้ ให้การดูแลแบบเอื้ออาทร เพื่อให้เกิดความกล้าแสดงออกทางด้านความคิด กล้าปฏิบัติทักษะทางการพยาบาล กล้าถามและขอคำแนะนำในการปฏิบัติงาน ส่งผลให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้ที่ดี

3. ต้องการให้อาจารย์นัศ อาจารย์พี่เลี้ยงพยาบาลประจำการ มีความยุติธรรมในการประเมินผลการฝึกปฏิบัติงาน โดยในการประเมินผลต้องไม่เปรียบเทียบผลการปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาลประจำการ และไม่ประเมินโดยใช้ความรู้สึกส่วนบุคคล

จริยธรรมของอาจารย์พยาบาลในการสอนบนคลินิก

อาจารย์พยาบาลควรมีจริยธรรมในการสอนบนคลินิก¹⁰ ดังนี้

1. ด้านการทำประโยชน์ คือ การให้ความรู้กับนักศึกษาด้วยวิธีการต่าง ๆ ที่จะส่งผลดีต่อพัฒนาการทางสติ

ปัญญาของนักศึกษา รวมทั้งการอบรมบ่มเพาะ ให้นักศึกษาเป็นคนดีของสังคม และเป็นพยาบาลที่ดีในอนาคต มีการเตรียมเนื้อหา และวิธีการสอนที่ถูกต้อง ทันสมัย และเหมาะสมกับนักศึกษา

2. การสอนโดยมีสมรรถนะที่สำคัญ คือ สมรรถนะในเนื้อหาที่สอน สมรรถนะทางคลินิก สมรรถนะด้านการสอน และถ่ายทอดความรู้ และสมรรถนะทางวัฒนธรรม อาจารย์มีเจตคติที่ดีต่อนักศึกษา ต่อวิชาชีพ และสถาบันการศึกษา ซึ่งจะส่งผลให้นักศึกษาเกิดความภาคภูมิใจและมีเจตคติที่ดีต่อวิชาชีพการพยาบาลและสถาบันการศึกษาของตน เข้าใจความแตกต่างทางวัฒนธรรมของนักศึกษาและปฏิบัติต่อนักศึกษาต่างวัฒนธรรมอย่างเท่าเทียม

3. จากการเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยี และองค์ความรู้ทางคลินิกอย่างไม่หยุดนิ่ง กิจกรรมการพยาบาลหลายๆ อย่างที่เคยปฏิบัติในอดีตจึงแตกต่างจากปัจจุบัน อาจารย์ผู้สอนในคลินิกจึงต้องมีการพัฒนาทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

4. เป็นแบบอย่างหรือต้นแบบของการเป็นพยาบาลที่ดี ทั้งความคิด คำพูด และการกระทำ ตัวอย่างเช่น การมาทำงานตรงเวลาและการพูดย้ำความสำคัญของการตรงต่อเวลานักศึกษา คำพูดและการกระทำของอาจารย์ที่สุภาพ อ่อนโยน ให้เกียรตินักศึกษาและผู้ป่วย การยึดจรรยาบรรณวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย จะทำให้นักศึกษาซึมซับสิ่งเหล่านี้ และนำไปเป็นแบบอย่างในการปฏิบัติ เป็นต้น

5. สร้างบรรยากาศหรือสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ จากการศึกษพบว่า ปฏิสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษา กับอาจารย์ผู้นัศทางคลินิกเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อความสำเร็จในการเรียนรู้ทางคลินิกของนักศึกษา¹¹ อาจารย์จึงต้องสร้างหรือส่งเสริมให้เกิดบรรยากาศหรือสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลให้นักศึกษาสามารถเรียนรู้ได้ดี เป็นบรรยากาศแบบเอื้ออาทร อันประกอบด้วยความเห็นอกเห็นใจ (compassion) การมีความรู้ความสามารถ (competence) ความไว้วางใจ (confidence) การมีจิตสำนึกทางจริยธรรม (conscience) และความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร (commitment) การแสดงสีหน้า ท่าทางของอาจารย์ที่สอนด้วยความเต็มใจ ตั้งใจ มีสีหน้ายิ้มแย้ม ยึดหยุ่นตามความต้องการของนักศึกษาอย่างเหมาะสม

การสอน ชี้นำหรือตักเตือนนักศึกษาที่กระทำผิดด้วยใจที่เมตตาและให้ออกาสนักศึกษาในการปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องหรือผิดพลาด สำหรับนักศึกษาที่มีความตั้งใจในการเรียน มีความรับผิดชอบ ตรงต่อเวลา ปฏิบัติตามกฎระเบียบ หรือดูแลผู้ป่วยด้วยความใส่ใจ อาจารย์จะต้องหาโอกาสแสดงความชื่นชมหรือให้รางวัล เพื่อสร้างความภาคภูมิใจให้กับนักศึกษา และสร้างแรงบันดาลใจให้กับผู้อื่น การตรวจรายงานของนักศึกษา อาจารย์ควรให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในจุดที่บกพร่อง ไม่เพียงแต่เขียนเครื่องหมายคำถามหรือบอกผิดโดยไม่ชี้แนะและพยายามหาสิ่งที่นักศึกษาทำได้ดี และเขียนข้อความชื่นชมในจุดที่นักศึกษาทำได้ดี สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นการสร้างบรรยากาศที่ทำให้นักศึกษามีความสุข และกระตือรือร้นในการเรียนรู้ การปฏิบัติตนของอาจารย์ด้วยความเป็นกัลยาณมิตรดังกล่าว จึงเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการเรียนรู้ของนักศึกษา

3. การสอนบนคลินิกโดยการสร้างพลังการคิดเชิงบวก

การคิดเชิงบวกเป็นการคิดที่สามารถวิเคราะห์หาส่วนดีของคน สิ่งของ และงาน แล้วมาประสมประสานกันเพื่อให้งานตามภารกิจสามารถบรรลุเป้าประสงค์ได้โดยอยู่บนพื้นฐานของ ความศรัทธา ให้เกียรติ และการมีส่วนร่วม¹² การพัฒนาเชิงบวกในการจัดการเรียนรู้ทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีคือ ขจัดความกลัวและอคติต่อการปฏิบัติการพยาบาล เกิดการตระหนักรู้ และเข้าใจตนเอง นำไปสู่ความเข้าใจและเห็นใจผู้ป่วย เกิดความสุขจากกระบวนการเรียนรู้เชิงบวก มองเห็นคุณค่า และเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจต่อวิชาชีพพยาบาล¹¹

คุณค่าของการคิดเชิงบวก

1. **ด้านร่างกาย** ระบบไหลเวียนโลหิตปกติ ลดความเสี่ยงในการเป็นโรคเกี่ยวกับระบบไหลเวียนเลือด เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคความดันโลหิตสูง มีไขมันดี (HDL) มากกว่าไขมันเลว (LDL) มีระบบภูมิคุ้มกันโรคที่ดีขึ้น ทำให้ร่างกายแข็งแรง ไม่เจ็บป่วยง่าย และไม่ต้องรับประทานอาหารเสริมหรือยาใด ๆ¹¹

2. **ด้านจิตใจ** การคิดเชิงบวกช่วยสร้างสุข ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีเสน่ห์ในตนเอง มีคนรักคนเอ็นดู ให้ออกาสในการสื่อสารและการทำงาน ทำให้เกิดสภาพคล่องในการ

ทำงานได้เป็นอย่างดี¹² ก่อให้เกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ มีอารมณ์ผ่องใส สร้างบรรยากาศและความสุขให้กับตนเองและผู้อื่นได้

3. **ด้านสังคม** การคิดเชิงบวกช่วยสร้างแรงบันดาลใจในการทำงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ เป็นกระบวนการคิดที่ให้ออกาสคนทำงานอย่างอิสระ สามารถมองวิกฤตให้เป็นโอกาสได้ด้วยการมองปัญหาอย่างเข้าใจ แก้ปัญหาทางได้อย่างมีคุณค่า และช่วยสร้างมิตรภาพในการปฏิบัติงาน¹² คนที่คิดเชิงบวกจะมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นได้ดี สามารถเผชิญและแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ดี มีสติในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างมีเหตุผล ไม่รีบร้อนตัดสินปัญหาที่อยู่ตรงหน้า และไม่คิดฟุ้งซ่านเติมแต่งปัญหาให้ใหญ่โตขึ้น จึงสามารถค้นพบทางออกของปัญหาได้อย่างง่ายดาย¹¹

หลักการคิดเชิงบวก เปรียบเสมือนบันได 5 ขั้น¹³ ดังนี้

บันไดขั้นที่ 1 มองตัวเองว่าดี คือ การที่คนเราจะมองโลกหรือมองคนอื่นในแง่ดีได้ ต้องมาจากพื้นฐานที่มองและเชื่อว่าตัวเองดีเสียก่อน ขั้นตอนเพื่อการมองตัวเองว่าดี คือ หาข้อดีของตนเอง มองตนเองอย่างถ่อมตัวเพื่อให้เกิดความพอใจในตัวเอง รักตัวเอง แต่ไม่ใช่เพื่อชมหรือคุยกับคนอื่น การถ่อมตัวจึงเป็นคุณสมบัติหนึ่งที่พึงมีควบคู่กับการมองข้อดีของตนเอง สำรวจจุดอ่อนของตนเองเพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไข และเพิ่มความดี

บันไดขั้นที่ 2 มองคนอื่นว่าดี การอยู่ร่วมกันโดยเลือกมองและใช้ประโยชน์จากความคิดที่ดีที่ผู้อื่นมีอยู่ จะช่วยทำให้มีความคิดด้านบวกมากขึ้น

บันไดขั้นที่ 3 มองสิ่งที่เหลืออยู่ ไม่ใช่สิ่งที่ขาดหาย ฝึกมองความทุกข์หรือปัญหานั้นเป็นเรื่องธรรมดา เพราะสิ่งที่เกิดขึ้นไปแล้วย่อมกลับไปแก้ไขไม่ได้แต่สามารถนำวิกฤตหรือปัญหานั้นมาพิจารณาว่ามีข้อดีอะไรแฝงอยู่หรือจะใช้ประโยชน์จากปัญหานั้นได้อย่างไรบ้าง

บันไดขั้นที่ 4 หมั่นบอกตัวเอง ความคิดเป็นต้นทุนและบ่อเกิดของการกระทำ ดังนั้น จึงจำเป็นต้องทำให้ความคิดดี ๆ อยู่กับตัวเราตลอดเวลา เช่น บอกตัวเองว่าเป็นคนเก่ง ทุกครั้งที่ทำอะไรสำเร็จ แม้จะเป็นเพียงความสำเร็จเล็กน้อย บอกตัวเองว่าเพื่อนร่วมงานก็เป็นคนดีคนหนึ่งแม้เขาจะมีข้อบกพร่องอีกหลายอย่างก็ตาม

บันไดขั้นที่ 5 ใช้ประโยชน์จากคำว่าขอบคุณ เมื่อต้องพบเจอเรื่องราวที่ย่ำแย่แล้วกล่าวคำว่าขอบคุณ เพราะนั่นคือบททดสอบที่ดีของการมีชีวิตที่เข้มแข็ง หากมีคนว่ากล่าวหรือตำหนิ แทนที่จะได้ตอบ การกล่าวคำว่าขอบคุณจะช่วยลดทอนความรุนแรงลงได้เกือบทั้งหมด และยังทำให้บุคคลนั้นแปลกใจจนอาจกลับไปพิจารณาพฤติกรรมของตัวเองได้โดยที่ตัวเราไม่ต้องพูดอะไร

เทคนิคการสร้างความคิดเชิงบวกในการทำงาน¹²

1. การสร้างความคิดบวกให้กับตนเองในชีวิตประจำวันของคนเรานั้นไม่สามารถเลือกสภาพแวดล้อมบรรยากาศและอารมณ์จากรอบข้างได้ อาจจะมีทั้งสุข ทุกข์ พอใจ ไม่พอใจปะปนกันไป สิ่งที่เราจะทำได้คือ การจัดการกับความคิดนั้นให้อยู่ในความพร้อมที่จะทำได้ที่สุด นั่นคือจะต้องตัดสิ่งที่ไม่ดีออกไปให้ได้ โดยการสร้างพลังใจให้ตนเอง รู้จักว่าจะอยู่อย่างไรจึงจะมีความสุข มีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง เปิดใจสร้างความเข้าใจ สร้างความเชื่อใจและมั่นใจที่จะทำงานนั้น ๆ ให้สำเร็จ ซึ่งพฤติกรรมเชิงบวกของบุคคลสามารถอธิบายได้ด้วย 3 ทฤษฎีดังนี้¹² 1) ทฤษฎีความพึงพอใจในงาน (Job characteristic model) คือการทำงานให้ดีดี ต้องเปิดใจรับงานก่อนว่างานมีความท้าทาย น่าทำงาน สร้างคุณค่าให้ชีวิต 2) ทฤษฎีการตั้งเป้าหมายที่ท้าทาย (Goal setting organization) คนที่ตั้งเป้าหมายมักจะทำงานได้ดีกว่าคนไม่มีเป้าหมาย และ 3) ทฤษฎีองค์กรพฤติกรรมเชิงบวก (Positive organization behavior –POB) ซึ่งเป็นองค์กรที่ประกอบด้วย คนในองค์กรต้องมั่นใจในตัวเอง มีความหวังในการพัฒนาสู่สิ่งที่ดีกว่า ต้องมีความอดทน และสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้

2. การสร้างความคิดเชิงบวกต่อสังคมได้แก่ องค์กรเพื่อนร่วมงาน และผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ โดยสร้างแรงบันดาลใจจากความคิดเชิงบวกด้วยการ เรียนรู้คน เรียนรู้งานไปพร้อม ๆ กัน

4. แนวทางการใช้พลังการคิดเชิงบวกในการสอนบนคลินิกในการดูแลผู้ป่วยเด็กวิกฤตของนักศึกษาพยาบาล Generation Z

การฝึกปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยเด็กวิกฤตเป็นประสบการณ์ที่ทำให้ให้นักศึกษามีความรู้สึกกังวล กลัว เครียด กัดดัน ไม่มั่นใจ จากสาเหตุหลายประการ เช่น การขาด

ความรู้และประสบการณ์ การปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมใหม่ ๆ ทั้งสถานที่ อุปกรณ์ บุคลากร รวมไปถึงผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งสภาพปัญหาของผู้ป่วยเด็กแตกต่างจากผู้ใหญ่ทั้งความวิกฤตด้านร่างกาย ผลกระทบของครอบครัว พ่อแม่ผู้ดูแล รวมไปถึงการใช้เทคโนโลยีในการดูแลที่ทันสมัยและซับซ้อนมากขึ้น การสร้างพลังการคิดเชิงบวกจึงเป็นแนวทางที่จะช่วยลดผลกระทบด้านจิตใจของนักศึกษา และสร้างบรรยากาศที่ดีในการเรียนรู้ ส่งผลให้เกิดทักษะที่ดีในการพยาบาล โดยมีแนวทางการใช้พลังการคิดเชิงบวกด้วยการสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการเรียนรู้ในการสอนบนคลินิكدังนี้

1. ขั้นตอนการปฐมนิเทศ อาจารย์ควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์นักศึกษาจะต้องได้ กิจกรรมที่นักศึกษาจะต้องทำ บรรยากาศและสิ่งแวดล้อมที่จะต้องสัมผัส ด้วยเนื้อหาที่ครอบคลุม มีขอบเขตที่ชัดเจน ใช้คำพูดที่เป็นบวกเพื่อสร้างแรงบันดาลใจให้กับนักศึกษาในการฝึกประสบการณ์ พูดให้ความเชื่อมั่นว่านักศึกษาสามารถทำได้ ให้พลังอำนาจในการทำหน้าที่เสมือนเป็นบุคลากรคนหนึ่งขององค์กร เสมือนเพื่อนร่วมงานแต่อยู่ภายใต้การดูแลของอาจารย์นิเทศ นักศึกษาสามารถทำกิจกรรมได้แต่ต้องให้มีอาจารย์ดูแลทุกครั้งเมื่อต้องทำหัตถการที่มีความเสี่ยง กรณีการใช้เทคโนโลยีโทรศัพท์มือถือควรทำข้อตกลงกับนักศึกษาให้ชัดเจน อาจารย์ควรให้โอกาสในการใช้โทรศัพท์มือถือเพื่อการเข้าถึงข้อมูลเนื้อหาวิชาการในอินเทอร์เน็ตมาประกอบการเรียนทางคลินิก แต่ต้องอยู่ในสถานการณ์และเวลาที่เหมาะสม ไม่ควรใช้มือถือต่อหน้าผู้รับบริการหรือบุคลากรที่ร่วมงานเพราะเป็นภาพลักษณ์ที่ไม่ดี อาจทำให้นักศึกษาอื่นมองในแง่ลบหรือส่งผลถึงการร้องเรียนพฤติกรรมบริการที่ไม่เหมาะสมได้ จึงควรแนะนำการใช้ในสถานที่ที่เหมาะสม เช่น ห้องประชุม ห้องพัก เป็นต้น

2. การ Coaching ด้วยการให้อิสระในการฝึกปฏิบัติงานโดยชี้แจงขอบเขตงานที่ชัดเจน ชี้แนะกิจกรรมที่อาจารย์ต้องดูอย่างใกล้ชิดเพื่อไม่ให้เกิดความเสี่ยงต่อผู้ป่วยและตัวนักศึกษาเอง บางกิจกรรมที่นักศึกษาเคยมีประสบการณ์ปฏิบัติได้คล่อง และไม่มีความเสี่ยงมากควรสังเกตอยู่ห่าง ๆ เพื่อให้นักศึกษาไม่ตื่นเต้น และใช้ศักยภาพของตนเองในการปฏิบัติอย่างเต็มที่ หากมีการกระทำผิดควรชี้แนะหรือตักเตือนนักศึกษาด้วยใจที่เมตตาและให้โอกาสนักศึกษาในการปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องหรือผิดพลาด หากนักศึกษาทำ

หน้าที่ได้ดี หากโอกาสกล่าวชื่นชมเพื่อให้นักศึกษาเกิดความภาคภูมิใจ การตรวจรายงานของนักศึกษา อาจารย์ควรให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในจุดที่บกพร่อง หากเขียนเครื่องหมายคำถามหรือบอกว่าผิด ควรชี้แนะสิ่งที่ถูก และพยายามหาสิ่งที่นักศึกษาทำได้ดี และเขียนข้อความชื่นชมในจุดที่นักศึกษาทำได้ดี เช่น “วิเคราะห์ได้ครอบคลุม ตรงประเด็น” หรือ “ค้นคว้าได้ดี” กระบวนการติดตามสนับสนุน (coaching) ด้วยการปลดปล่อยศักยภาพของบุคคลให้สามารถพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของตนเองจนสุดความสามารถ ช่วยให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ (learning) มากกว่าการสอน (teaching)¹¹

3. การสอนข้างเคียง โดยลงมือทำกิจกรรมร่วมกับนักศึกษา (do/experience) ในบรรยากาศแบบเอื้ออาทร แสดงความเข้าใจ ไว้วางใจ เห็นอกเห็นใจต่อนักศึกษา ซึ่งแต่ละคนมีการเรียนรู้ที่แตกต่างกัน นักศึกษาที่เรียนรู้ซ้ำอาจารย์ต้องใช้เวลาในการคิดและตัดสินใจ มีสีหน้าที่ยิ้มแย้มและเป็นมิตร ยึดหยุ่นตามความต้องการของนักศึกษาอย่างเหมาะสม การดูอาจจะทำให้นักศึกษาเครียด กระบวนการคิดไม่เกิดการสร้างสรรค์ และบรรยากาศในการเรียนไม่ดี การมุ่งเน้นความสำคัญด้านความรู้และทักษะการปฏิบัติการพยาบาลเป็นหลัก จะส่งผลให้การจัดการเรียนรู้มีลักษณะของการสอบสวนความรู้ กตสัน ไม่เป็นมิตร การประเมินผลการศึกษาด้วยพัฒนาการมากกว่าความรู้จะเป็นรางวัลทางจิตใจที่ช่วยให้นักศึกษาสามารถมองเห็นคุณค่าและเกิดความภาคภูมิใจในวิชาชีพพยาบาล¹¹

4. การใช้เทคนิค reflection การใช้สะท้อนกลับ เป็นการที่จะปรับเปลี่ยนความคิด ทศนคติและเรียนรู้ตามผู้เรียนที่มีช่วงอายุที่แตกต่างกันโดยเน้นหลักปฏิบัติการสะท้อนกลับบนคลินิกให้สอดคล้องกับนิสิตพยาบาลในช่วงอายุ Generations Z มากที่สุดนั้น ก่อให้เกิดการเรียนรู้ที่ดีทั้งผู้สอนและผู้เรียน โดยมีแนวทางการสะท้อนกลับที่ใช้ปฏิบัติได้ผลจริงดังนี้⁷

4.1 การสะท้อนกลับเน้นการอธิบายการกระทำของนิสิต โดยไม่ตัดสิน ไม่บ่นว่า ผู้สะท้อนควรทำตัวเป็นกระจก มีใช่เป็นคนในกระจก ดังนั้นสิ่งที่สะท้อนออกมาจะต้อง มุ่งที่พฤติกรรมที่กระทำ มีใช่ตัวบุคคลที่ทำไม่ถูกต้อง

4.2 การสะท้อนกลับต้องทำในเวลาที่เหมาะสม

โดยควรสะท้อนกลับการกระทำนั้นทันทีที่สามารถทำได้แต่ไม่ควรทำในที่สาธารณะและไม่ควรทำให้ผู้รับ feedback ต้องอับอาย พึงระลึกไว้ว่าการให้ข้อสะท้อนกลับนี้ทำเพื่อปรับปรุงการกระทำเท่านั้น อย่างไรก็ตาม หากเป็นข้อผิดพลาดที่ร้ายแรง ผู้สอนจำเป็นต้องเข้าไปแทรกแซงการปฏิบัติของผู้เรียนทันทีและค่อยอธิบายเหตุผลประกอบภายหลัง

4.3 การทำการสะท้อนกลับในการปฏิบัติ นั้น ต้องมีความกระชับในเนื้อหาอาศัยทักษะที่จะสะท้อนกลับโดยไม่ยืดเยื้อ และไม่ซ้ำซาก สิ่งที่สำคัญที่สุดของผู้ที่ให้ข้อสะท้อนกลับจำเป็นต้องให้ข้อสะท้อนกลับอย่างถูกวิธี มีฉะนั้นอาจเกิดแรงต้านจากผู้เรียน ทำให้ผลการสะท้อนกลับขาดประสิทธิภาพ แนวทางการลดการต่อต้านจากผู้เรียนที่ผู้สอนพึงปฏิบัติในการสะท้อนกลับทำได้ดังนี้ 1) เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้พูดและรับฟังอย่างตั้งใจ 2) เปิดโอกาสให้ผู้เรียนสะท้อนการกระทำของตนเองให้มากที่สุดก่อนให้ข้อสะท้อนกลับ 3) กระตุ้นให้ผู้เรียนกล้าที่จะประเมินตนเอง 4) เน้นให้ผู้เรียนเห็นเป้าหมายร่วมกัน โดยมุ่งไปสู่การเพิ่มประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก 5) การให้ผลสะท้อนกลับควรวางอยู่บนพื้นฐานของความเชื่อตรงและห่วงใย ควรเป็นสิ่งที่ผู้สะท้อนกลับได้ประสบพบเห็นจากผู้เรียนจริง 6) หยุดการสะท้อนและเปิดใจกว้างรับฟังเหตุผลพร้อมความรู้สึก เมื่อผู้รับข้อสะท้อนไม่ยอมรับหรือยกเลิกการให้ข้อสะท้อนกลับนั้นเมื่อผู้รับฟังการสะท้อนกลับนั้นไม่พร้อมที่จะฟัง

5. การฝึกทักษะการวิเคราะห์ โดยใช้กิจกรรม mind mapping เป็นกิจกรรมที่ช่วยฝึกการคิดเชื่อมโยงสามารถถ่ายทอดออกมาเป็นความคิดรวบยอด ช่วยให้นักศึกษาได้ฝึกการคิดแบบมีวิจารณ์ญาณและตัดสินใจแก้ปัญหาทางการพยาบาลได้ดี อีกทั้งยังช่วยให้วิเคราะห์และสังเคราะห์อย่างเป็นระบบ สามารถจัดกลุ่มข้อมูลที่ซับซ้อนของผู้ป่วย เชื่อมโยงปัญหา กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนและให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสม เป็นองค์รวมและมีประสิทธิภาพ บทบาทของอาจารย์จึงมีความสำคัญที่จะช่วยสนับสนุนให้เกิดทักษะเหล่านี้ โดยการเป็นผู้ช่วยชี้แนะ เป็นที่ปรึกษา สร้างแรงบันดาลใจ เป็น model ที่ดีในการคิดวิเคราะห์ คอยให้กำลังใจและชื่นชมหากนักศึกษามีความคิดเชื่อมโยงได้ดี

5. ผลลัพธ์จากการนิเทศศึกษาในการนำแนวทางสอนในคลินิก โดยใช้พลังการคิดบวกไปใช้

จากประสบการณ์ของผู้เขียนที่ได้นำแนวทางการสอนในคลินิกโดยใช้พลังการคิดบวกไปใช้กับการสอนนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 ในวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 3 จำนวน 8 คน นักศึกษาได้ให้ข้อมูลสะท้อนกลับประสบการณ์และความรู้สึกที่ได้จากการฝึกประสบการณ์ดังนี้

ประสบการณ์ที่นักศึกษาได้รับ

ได้อิสระในการฝึกปฏิบัติงาน

“อาจารย์นิเทศให้อิสระในการฝึกปฏิบัติงาน ไม่ควบคุม แต่คอยชี้แนวทางและสร้างพลังในการฝึกงาน ทำให้นักศึกษาได้คิดวิเคราะห์เรียบเรียงบริหารการทำงานของตัวเอง ได้ อาจารย์ร่วมปฏิบัติงานไปพร้อมกับนักศึกษา ทำไปด้วยสอนไปด้วยบางครั้งคอยอยู่ห่างๆทำให้นักศึกษามีความมั่นใจในการปฏิบัติงาน”

“ได้ทำหัตถการด้วยตนเอง โดยอาจารย์จะให้อิสระในการทำและคอยอยู่ห่างๆ”

ได้เห็นตัวอย่างการทำงานเป็นทีมที่ดี

“ได้เห็นบรรยากาศการทำงานเป็นทีม การประสานงานกันเวลาเกิดภาวะวิกฤตกับผู้ป่วย”

“ได้สังเกตการทำ CPR การแบ่งหน้าที่กันในทีม”

ได้ความรู้และประสบการณ์ที่ดี

“บุคลากรทีมสุขภาพทั้งแพทย์และพยาบาลให้คำแนะนำและสอนทางคลินิกดีมากได้เรียนรู้จากประสบการณ์มากกว่าในทฤษฎี”

“ได้ความรู้มาก ๆ ตั้งแต่ขึ้นวอร์ดมา ได้แลกเปลี่ยนความรู้กับเพื่อนๆอยู่ตลอดจากการ Conference ได้เตรียมความรู้ก่อนขึ้นวอร์ดอย่างหนักเพราะรู้ว่าอาจารย์จะถามลึก”

“ได้ดูแลเด็กที่ On ventilator ได้ทำทุกอย่าง suction ฟันยา feed นม mouth care เช็ดตัว ดูแลการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ”

“ได้ฝึกงานในสิ่งแวดล้อมที่ดี ทั้งเพื่อนวอร์ด อาจารย์นิเทศวอร์ด ระบบบริหาร บุคลากร พยาบาลและแพทย์ที่วอร์ดรวมทั้งสถานที่และสิ่งแวดล้อมอื่นๆที่เอื้ออำนวยต่อการฝึกงานที่ได้เรียนรู้”

การสะท้อนความรู้สึกของนักศึกษา

ดีใจ อุ่นใจ มีความสุข ไม่กดดัน

“ดีใจมาก ความกังวลหายไป ความสุขเข้ามาแทนที่ เป็นวอร์ดที่ฝึกงานแล้วมีความสุขมาก บรรยากาศเอื้อต่อการเรียนรู้มาก ไม่มีความกดดัน ประทับใจทั้งอาจารย์นิเทศที่พยาบาลและแพทย์ประจำตัว”

“ได้ทำลายกำแพงของตัวเองต่อการดูแลเด็ก วิกฤตคือ ความกังวลและความกลัว”

“มีความสุขแต่ใจหายที่จะไม่ได้ดูแลน้องอีก คิดถึงน้อง อยากรู้ว่าน้องหายดีหรือยัง”

“แม้ว่าจะฝึกหนักแต่มีความสุข อยากขึ้นวอร์ดทุกวัน โรงพยาบาลไกลแค่ไหนก็จะยินดีตื่นแต่เช้าเพื่อไปฝึกงาน อยากดูแลผู้ป่วย อยากเห็นเขามีความสุข”

เชื่อมั่นในอาจารย์และเชื่อมั่นในตัวเอง

“อุ่นใจที่ได้ขึ้นวอร์ดกับอาจารย์ เชื่อมั่นในตัวอาจารย์ทั้งความรู้และประสบการณ์ อาจารย์ใจเย็นมาก ไม่เคยโกรธ หรือดุเลย ทำให้นักศึกษากล้าเข้าหา กล้าถาม สนุกกับการขึ้นวอร์ด สนุกกับการดูแลเด็ก มีความสุขอยากขึ้นวอร์ดทุกวัน”

“รู้สึกมั่นใจในการปฏิบัติงานมากขึ้น เข้าใจเรื่องเครื่องช่วยหายใจและโรคที่เป็น”

“ทำให้รู้ว่าตัวเองต้องปรับปรุงตัวเองเรื่องอะไร”

ประทับใจ

“ประทับใจที่พยาบาลเป็นตัวอย่างที่ดีในการทำงาน คอยสอนและพาทำ”

“ประทับใจกุมารแพทย์ใจดีมาก คอยสอนนักศึกษาเกี่ยวกับการตรวจร่างกายเด็ก การประเมินการเจาะหลังและการอ่าน EKG”

“ประทับใจอาจารย์นิเทศ รักทุกอย่างที่เป็นอาจารย์”

“ประทับใจมาก ๆ ที่ได้ฝึกงานในสิ่งแวดล้อมที่ดี ทั้งเพื่อนวอร์ด อาจารย์นิเทศวอร์ด ระบบบริหาร บุคลากร พยาบาลและแพทย์ที่วอร์ดรวมทั้งสถานที่และสิ่งแวดล้อมอื่นๆที่เอื้ออำนวยต่อการฝึกงานที่ได้เรียนรู้และมีความสุข”

ภูมิใจและรักในการเรียนวิชาการพยาบาลเด็ก

“ภูมิใจมากที่สามารถดูแลน้องจนอาการดีขึ้น ตั้งแต่ใส่เครื่องช่วยหายใจ จนสามารถถอดเครื่องช่วยหายใจสามารถหายใจได้เอง”

“การฝึกครั้งนี้ทำให้รักในวิชาพยาบาลเด็ก และวัยรุ่นมากขึ้น เพราะคิดเสมอว่ายาก แต่ตอนนี้หนูมีความสุข รู้สึกดีและหนูทำได้”

“ภูมิใจที่ได้ทำกิจกรรมเองทุกอย่างอาจารย์ให้อิสระในการทำงานเหมือนจบไปแล้วรู้สึกดีมากเลยค่ะ”

บทสรุป

การสร้างพลังการคิดเชิงบวกมาเป็นแนวทางในการพัฒนาความสามารถในการดูแลเด็กวิกฤตของนักศึกษา

พยาบาลนั้น สามารถนำมาใช้เพื่อให้เกิดผลลัพธ์สมรรถนะของนักศึกษาอย่างแท้จริง นอกจากนักศึกษาจะได้รับความรู้และประสบการณ์ทางการพยาบาลที่หลากหลายแล้ว นักศึกษายังได้เรียนรู้ตัวอย่างการทำงานเป็นทีมจากสหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาล ได้เรียนรู้บรรยากาศการทำงานที่มีความสุข ได้เห็นตัวอย่างที่ดีในการทำงานทั้งต่อผู้ร่วมงานและผู้ป่วยกับครอบครัว ส่งผลให้นักศึกษามีทัศนคติต่อวิชาชีพที่ดี รักในวิชาชีพและมีความสุขในการทำงาน พร้อมทั้งจะพัฒนาตนเองเพื่อให้เป็นพยาบาลที่ดีและมีคุณภาพต่อไป

References

1. Kaewsringam N. Positive thinking. Teacher Journal 2004;1(2):76-8. (in Thai)
2. Apichutboonchock S. Student nurses' experiences of individually nursing care and holistic care in pediatric intensive care unit of students in third year of baccalaureate nursing program. Vajira Medical Journal 2014;58(3):33-41 (in Thai)
3. Khamnongsit I, Ratchukul S. Experiences of being pediatric intensive care nurses. Journal of Nursing Science Chulalongkorn University 2016;28(1):127-38 (in Thai)
4. Kaewwchien S. Role of nurses in pediatric critical care. (Internet). 2017 (cited 2018 October 20); Available from, http://thaipedlung.org/topic/demo/25_Role_Nurdemo.pdf.
5. Gray R, Pattaravanich U, Lucktong A, Sangkla J. Quality of life among employed population by generations. Bangkok. 2016.
6. Chicca J, Shellenbarger T. Connecting with generation z: approaches in nursing education. Teaching and Learning in Nursing 2018;13:180 –84
7. Wongsaree C. Generation z clinical teaching in adult nursing practicum course for generation z collegian. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok [Internet]. 1May2015 [cited 22 Oct.2018]; 31(2): 130-4. Available from: <https://www.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok/article/view/47641> (In Thai)
8. Phothidara Y. Nursing education management: for student generation y. Journal of Nursing Science and Health [Internet]. 8Mar.2012 [cited 22Oct.2018]; 34(2):61-9. Available from: <https://www.tci-thaijo.org/index.php/nah/article/view/761> (in Thai)
9. Rachapakdee P. The needs of nursing students during practice in the intensive care unit. (Internet). 2017 (cited 2018 October 20); Available from <http://jes.rtu.ac.th/rtunc2017/pdf/Oral%20Presentation> (in Thai)

10. Chaowalit A, Nasae T. Ethics of teaching in baccalaureate nursing program. *Songklanagarind Journal of Nursing*. 2016;36(3):261-270 (in Thai)
11. Aekwarangkoon S, Toorerat U. The integration process of experiential learning, coaching and positive development for developing the competency and pride in the profession of nursing Students. *Kuakarun Journal of Nursing* 2013;20(2):5-15 (in Thai)
12. Deesrikaew S. Positive thinking. (Internet). 2014 (cited 2018 October 20); Available from, <http://kidlifeplus.blogspot.com/014/02/1-20-1-40-60-42-2550-23.html> (In Thai)
13. Pinchaleaw D. Mental health promotion with positive thinking. *Journal of Police Nurse* 2016;8(2): 223-30 (in Thai)