



Journal of Health and Nursing Research วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล

ปีที่ 38 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2565 Vol.38 No.2 May - August 2022

ISSN 2697-5041 (Online)

ISSN 2730-1893 (Print)

บทความวิชาการ

การออกแบบโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ:
กระบวนการวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
จักรกฤษณ์ พลาราม มาสรีน ศุภลักษณ์ สุพรรณิการ์ เกียรติราตรี

การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะต่อมลูกหมากโต
ยมนา ชนะนิล ณัฐนันท์ คำพิริยะพงศ์

บทความวิจัย

ยุทธศาสตร์การบูรณาการงานพัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดเลย
ตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ
กมลเนตร ใต้ชำนาญ พรหมล ระหาญอน จุลดิษฐ์ อุปายา วชิราภรณ์ สังข์ทอง

การวิจัยและพัฒนาแบบการสอนโดยใช้การเรียนรู้แบบทีมเป็นฐาน
และระบบการเรียนรู้เชิงวิชาชีพเพื่อเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหา
ทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล
กรองทอง ออมสิน พันธ์ วัฒนชัย

ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลข่าวสาร สร้างแรงจูงใจ และพัฒนาทักษะ
เพื่อป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่นหญิง
กัญญ์กุลณัฏฐ์ รามศิริ พรหมภา ทอมสินธุ์ รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน
ของอาสาสมัครกู้ชีพเขตกรุงเทพมหานคร
เกศวดี ดาวภักดิ์ แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ

ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนสูง
ในผู้ป่วยโรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์ในพื้นที่ที่มีไอโอดีนเพียงพอ
จุฑาทิพย์ โพธิ์สุวรรณ ยวดี รอดจากภัย ปาจารย์ อับดุลลาฮาซิม อลิสร่า วงษ์สุทธิเลิศ

การยอมรับการใช้เทคโนโลยี เว็บไซต์ และเครือข่ายสังคมออนไลน์
ต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของมารดาวัยรุ่น
เจตินา แสงสว่าง ปาชาชาติ ซูประดิษฐ์ วินดา วงศ์มนัรณ

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
ของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
ชญาภรณ์ เอกธรรมสุทธิ์ ปัญญาชาติ ทองแก้ว นันธิดา วัฒย์มัทรา สุวรรณโท

ปัจจัยทำนายหลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ใช้บริการ
ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางขุน 2 อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี
จิตนันท์ อ้วนล้ำ ศุภรัตน์ แป้นโพธิ์กลาง

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมควบคุมการบริโภค
เกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว
ดาวเรือง ยางศรี ระพีผล

ประสบการณ์การดูแลตนเองเพื่อบรรเทาอาการไม่สบายจากโรคติดเชื้อไวรัส
โคโรนา 2019 ในผู้ที่เคยเข้าค่ายสุขภาพแพทยวิถีธรรม
ธนวันต์ ศรีอมรรตกุล เกษร สุวิทย์ศิริ สมพร จิตรนพพร

ผลการใช้โปรแกรมการพัฒนานักเรียนต้นแบบทางไกลโควิด-19
ระดับประถมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น
อิตารัตน์ เลิศวิทยกุล ไคลิษฐ์ นามขำ เสาวลักษณ์ ศรีตาเกษ

ความสามารถในการคิดของนักศึกษาพยาบาล:
การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ
ปริณภัทร นิธินันท์วัน เจียมใจ ศรีชัยรัตน์ มลุษัฒาณี ข้างษ์

ผลของโปรแกรมการทำสวนครัว เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต
บนพื้นฐานความต้องการของผู้สูงอายุ
พิทักษ์พงศ์ ปันดี นิภาพร อภิสิทธิ์วิสาสนา ประภาส ธนะ
กมลพร ไตรจินดา คัชชัญญากร สองจิตติธนา ธนิตา มาลา

การพัฒนาแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง
ที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน จังหวัดจันทบุรี
พุดธิพร พงศ์นันทกุลกิจ สุทธิพร มูลศาสตร์ ปราการ ถมยงกูร

การรับรู้ การป้องกัน และการจัดการต่อการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์
ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์
รัตติกร เมืองนาง ฤทัยรัตน์ ชิตมงคล ยุพาภรณ์ ไตรพรวงศ์
สุเมธมา แก้วมา เจียมใจ ศรีชัยรัตน์กุล

ปัจจัยทำนายการบริโภคโซเดียมในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะก่อนบำบัดทดแทนไต
ลัญญาภา ดีไมล์ อรวรรณ ศรียุคศุทธ จงจิต เสนหา

ความรู้และความตระหนักในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของนักศึกษาพยาบาล
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพมหานคร
วางคนา อุดมทรัพย์ ปริณภัทร นิธินันท์วัน จันทร์เพ็ญ นิลวัชรเมธี

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
ร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ
ศิริพร ชุนฉาย นพณัฐ จำปาเทศ กมลทิพย์ ชลัธธรรมเนียม
รัชนี นามจันทร์ภา อภิรัตน์ อำภามณี

ปัจจัยทำนายความผิดปกติหลังเกิดความเครียดที่สะท้อนใจ
ของมารดาหลังคลอดที่มารับบริการที่โรงพยาบาลราชวิถี
สุภัทสรดา โคมินทร์ เอกชัย โคววิสาวัช มาลี เกื้อนพกุล วรัญญา แสงพิทักษ์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการกักตุนอาหารในสถานการณ์การระบาดของ
โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ระลอกสามของประชาชน
ชุมชนกึ่งเมืองและชุมชนชนบท จังหวัดขอนแก่น
เสาวลักษณ์ ศรีตาเกษ เทพไทย โชติชัย อาทิตย์ จัตรีชัยรัตน์
อิสริย์ ปัดภัย อ้อยทิพย์ บัวจันทร์

ผลของการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์
ในนักศึกษาพยาบาลศาสตร์: วิชาการรักษาโรคเบื้องต้น
อรนุช ซูศรี ศรีสุตา วงศ์วิเศษกุล ณัฐพร โจางาม

ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดตามแนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึก
สมาธิบำบัดต่อความเครียดในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ที่เรียนวิชาการสร้างเสริม
สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
อันธิมา สายบุญศรี ศิริพร นันทเสนีย์ อริยา ดีประเสริฐ

ผลของโปรแกรมควบคุมภาวะแทรกซ้อน ต่อพฤติกรรมและผลลัพธ์ทางคลินิก
ในผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตาระยะที่ยังไม่สร้างหลอดเลือดใหม่
อำภา จิตกุล จิราภรณ์ ธรรมบุตร ณัฐพัชร์ บัวบุญ



Journal of Health and Nursing Research วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล

ISSN 2697-5041 (Online)

ISSN 2730-1893 (Print)

ปีที่ 38 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2565

Vol. 38 No. 2 May – August 2022

บรรณาธิการ	ดร.ขวัญตา บุญวาศ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครสวรรค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	ดร.กุลธิดา พานิชกุล	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครสวรรค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย
	อ.ศศิวิมล บุณยะเรช	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครสวรรค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย
กองบรรณาธิการ		
ศ. เกียรติคุณ ดร.พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ		คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ประเทศไทย นายกสมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ ประเทศไทย สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ประเทศไทย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราวุธวิทยาลัย ประเทศไทย คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ประเทศไทย กรรมการบริหารวิทยาลัยการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นสูง แห่งประเทศไทย สมากรพยาบาล ประเทศไทย
Prof. Dr. Henrik Eriksson		Department of Health Sciences, The Swedish Red Cross University College and Department of Health Sciences, University West, Sweden
Prof. Dr. Hsing-Mei Chen		Department of Nursing, College of Medicine National Cheng Kung University, Taiwan
ดร.ศุภกรใจ เจริญสุข		วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครสวรรค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย
ดร.ณัฐวรรณ คำแสน		วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครสวรรค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย
ผศ.ดร.นันทกา สวัสดิพิทักษ์		สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย ประเทศไทย
ผศ.ดร.สมรภาพ บรรหารักษ์		คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ประเทศไทย
ผศ.ดร.ดวงเนตร ธรรมกุล		คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต ประเทศไทย
ดร.พนารัตน์ วิศวรเทพนิมิตร		วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครสวรรค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย
ดร.ปฐมภรณ์ ทองเต็ม		วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครสวรรค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย
ดร.ปัญญาดี ทองแก้ว		วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครสวรรค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย

สำนักงาน: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครสวรรค์
2/1 ถนนพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
โทรศัพท์ 0-2354-8241 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

เจ้าของ: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครสวรรค์

ฝ่ายจัดการวารสาร

อาจารย์ศศิวิมล บุณยะเรช
นางสาวสุวิมล อินทร์วิเศษ
นางสาวรุ่งกานดา ภูมิรา

พิมพ์ที่: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โทร. 02-218-3549-50 โทรสาร. 02-215-3612
cuprint@hotmail.com



Journal of Health and Nursing Research

ISSN 2697-5041 (Online)

ISSN 2730-1893 (Print)

Editor	Dr. Kwanta Boonvas	Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, Thailand
Assistant Editors	Dr. Kultida Panidchakul	Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, Thailand
	Sasiwimon Booranarek	Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, Thailand
Editorial team	Professor Emeritus Dr. Pimpan Silapasuan	Faculty of Public Health, Mahidol University, Thailand
	Assoc. Prof. Dr. Somjai Puttapitukpol	Department of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University, Thailand
	Assoc. Prof. Dr. Siriphun Siriphun	Faculty of Nursing, Narathiwat Rajanagarindra University, Thailand
	Asst. Prof. Dr. Laiad Chaemchan	Faculty of Nursing, St. Louis College, Thailand
	Asst. Prof. Dr. Wongchan Petpichetchian	The College of Advanced Practice Nurse and Midwife of Thailand
	Prof. Dr. Henrik Eriksson	Thailand Nursing and Midwifery Council, Thailand
	Prof. Dr. Hsing-Mei Chen	Department of Health Sciences, University West, Sweden
	Dr. Sukjai Charoensuk	Department of Nursing, College of Medicine, National Cheng Kung University, Taiwan
	Dr. Natawan Khumsaen	Boromarajonani College of Nursing, Chonburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, Thailand
	Asst. Prof. Dr. Nantaga Sawasdiapanich	Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi, , Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, Thailand
	Asst. Prof. Dr. Samoraphop Banharak	Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing, Thailand
	Asst. Prof. Dr. Doungetre Thummakul	Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Thailand
	Dr. Panarut Wisawatapnimit	Faculty of Nursing, Suan Dusit University
	Dr. Pathamaporn Thongterm	Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, Thailand
	Dr. Panyawadee Thongkaew	Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, Thailand

Office: Boromarajonani College of Nursing, Bangkok
2/1 Phayathai Road, Ratchathewi, Bangkok 10400 Thailand
Tel. 66-2-354-8241 Ext. 3405
Fax. 66-2-2354-8251
E-mail: journalbcn@bcn.ac.th
<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok>

Objectives:

1. To disseminate research articles and academic articles on nursing and related sciences.
2. To be a medium for exchanging knowledge and experiences in nursing, education and related sciences.
3. To be a source of academic presentations for health personnel.

The publication of 3 issues /year

Issue 1 January - April
Issue 2 May - August
Issue 3 September - December

Owner: Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Thailand

Journal Management Department

Sasiwimon Booranarek
Suwinan Inwised
Rungkanda Phummara

Publisher

Chulalongkorn University Press
Tel. 66-2-218-3549, 66-2-218-3549-50
Fax. 66-2-215-3612
cuprint@hotmail.com

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิประเมินคัดกรองคุณภาพบทความวิจัยและวิชาการ
Journal of Health and Nursing Research
วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล

ปีที่ 38 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2565 Vol. 38 No. 2 May – August 2022

ISSN 2697-5041 (Online)

ISSN 2730-1893 (Print)

1. รศ.ดร.กัญญาดา ประจุศิลป์	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
2. รศ.ดร.จินตนา อาจสันเทียะ	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
3. รศ.ดร.ภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
4. รศ.ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล	ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
5. รศ.ดร.สุทธิพร มูลศาสตร์	สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
6. รศ.ดร.อาภาพร เพ่าวัฒนา	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
7. ผศ.ดร.จิราวรรณ กล่อมเมฆ	คณะพยาบาลศาสตร์มีซัน มหาวิทยาลัยนานาชาติเอเชีย-แปซิฟิก
8. ผศ.ดร.นันทกา สวัสดิพานิช	สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
9. ผศ.ดร.ดวงเนตร ธรรมกุล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
10. ผศ.ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
11. พันเอกหญิง ผศ.ดร.ปราณี อ่อนศรี	สำนักงานปฏิบัติการกิจรักษาความมั่นคงภายในกองทัพบก
12. ผศ.ดร.พิมสุภาว จันทนะโสตร์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม
13. ผศ.ดร.รัชนิกร อุปเสน	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
14. ผศ.ดร.รุ่งลาวัลย์ เอี่ยมกุลกิจ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม
15. ผศ.ดร.วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชิย	กรรมการบริหารวิทยาลัยการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นสูงแห่งประเทศไทย สภาการพยาบาล ประเทศไทย นักวิชาการอิสระ
16. ผศ.ดร.วรรณวดี ฌัก	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
17. ผศ.ดร.วรรณภา พาหุพัฒนกร	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
18. ผศ.ดร.วิรินทร์ กิตติพิชัย	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
19. ผศ.ดร.ศุภาพิชญ์ มณีสาคร โพน โบรมันน์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
20. ผศ.ดร.ศรีสุดา วงศ์พิเศษกุล	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
21. ผศ.ดร.สมนึก สกุลหงส์ไสภณ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
22. ผศ.ดร.สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
23. ผศ.ดร.อนนท์ วิสุทธิ์ธนานันท์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ
24. ดร.กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรชา	คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
25. ดร.ณัฐฐิดา เพชรประไพ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี
26. ดร.ทัศนีย์ สุนทร	วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
27. ดร.นงนภัทร รุ่งเนย	คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
28. พ.ต.หญิง ดร.นภาเพ็ญ จันทขัมมา	สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
29. ดร.นุสรา ประเสริฐศรี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
30. ดร.เบญญาภา พรหมพุก	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

31. ดร.พรเลิศ ชุ่มชัย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
32. ดร.พัชรีย์ ใจการุณ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
33. ดร.อุเบศร์ แสงสว่าง	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
34. ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา	วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
35. ดร.ยุพาภรณ์ ตรีไพรวงศ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
36. ดร.ยุพาวรรณ ทองตะนูนาม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
37. ดร.รัตติกร เหมือนนาคอน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
38. ดร.สุดคณิง ฤทธิ์ฤชัย	วิทยาลัยนักรบริหารสาธารณสุข
39. ดร.สุทธิดา พงษ์พันธ์งาม	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
40. ดร.สุภารัตน์ พิสัยพันธุ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
41. ดร.อรรวรรณ แผนคง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
42. ดร.อัญญา จุลศิริ	วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
43. ดร.อัศนี วันชัย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
44. ดร.อุไร นิโรธนันท์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี

สารบัญ
ปีที่ 38 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2565

บทความวิชาการ

การออกแบบโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ: กระบวนการวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม	1
จักรกฤษณ์ พลราชม มาสรีน ศุภลักษณ์ สุพรรณิการ์ เกียรติธาดรี	
การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะต่อมลูกหมากโต	11
ยมนา ชนะนิล ญัฐนันท์ คำพิริยะพงศ์	

บทความวิจัย

ยุทธศาสตร์การบูรณาการงานพัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดเลย ตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ	24
กมลเนตร ไข่ชำนาญ พรกมล ระหาญนอก จุลดิษฐ์ อุปฮาด วชิราภรณ์ สังข์ทอง	
การวิจัยและพัฒนารูปแบบการสอนโดยใช้การเรียนรู้แบบทีมเป็นฐานและระบบการเรียนรู้เชิงวิชาชีพเพื่อ	35
เสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล	
กรองทอง ออมสิน พันธ์ วัฒนชัย	
ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลข่าวสาร สร้างแรงจูงใจ และพัฒนาทักษะเพื่อป้องกันการดื่มเครื่องดื่ม	48
แอลกอฮอล์ในวัยรุ่นหญิง	
กัญญกุลณัช งามศิริ พรนภา หอมสินธุ์ รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของอาสาสมัครกู้ชีพเขตกรุงเทพมหานคร	59
เกศวดี ดาวภักศรี แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ	
ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนสูงในผู้ป่วยโรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษ	73
ชนิดเกรฟส์ในพื้นที่ที่มีไอโอดีนเพียงพอ	
จุฑาทิพย์ โพธิ์สุวรรณ ยุวดี รอดจากภัย ปาจริย์ อับดุลลาฮาซิม อลิสร่า วงษ์สุทธิเลิศ	
การยอมรับการใช้เทคโนโลยี เว็บไซต์ และเครือข่ายสังคมออนไลน์ ต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของมารดาวัยรุ่น	84
เจตินภา แสงสว่าง ปาริชาติ ชูประดิษฐ์ วณิดา วงศ์มณีวรรณ	
ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษาพยาบาล	97
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก	
ชญาภรณ์ เอกธรรมสุทธิ์ ปัญญาวิดี ทองแก้ว นันธิดา วดียม ภัทรา สุวรรณโท	
ปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ใช้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ	111
ตำบลบางพูน 2 อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี	
ฐิตินันท์ อ้วนล่า สุภรัตน์ แป้นโพธิ์กลาง	
ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมความคุ้มครองการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว	123
ดาวเรือง ยางศรี ระพีณ ผลสุข	
ประสบการณ์การดูแลตนเองเพื่อบรรเทาอาการไม่สบายจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้เคย	136
เข้าค่ายสุขภาพแพทย์วิถีธรรม	
ธนวันต์ ศรีอมรรัตนกุล เกษร สุวิริยะศิริ สมพร จิตรัตนพร	
ผลการใช้โปรแกรมการพัฒนานักเรียนต้นแบบห่างไกลโควิด-19 ระดับประถมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนแห่งหนึ่งใน	150
จังหวัดขอนแก่น	
ธิดารัตน์ เลิศวิทยากุล ไศภิชฐ์ นามขำ เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ	

สารบัญ
ปีที่ 38 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2565

ความสามารถในการคิดของนักศึกษาพยาบาล: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ	162
ปวิณภัทร นิธิตันติวัฒน์ เจียมใจ ศรีชัยรัตนกุล มณูชพาณี ขำวงษ์	
ผลของโปรแกรมการทำฝักสวนครัว เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตบนพื้นฐานความต้องการของผู้สูงอายุ	175
พิทักษ์พงศ์ ปันตะ นิภาพร อภิลิทธิวาสนา ประภาส ธนะ กมลพร ไตรจินดา	
คัชชญากร สองรัฐธินา ธนิตา มาลา	
การพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน จังหวัดจันทบุรี	187
พุทธิพร พงศ์นันท์กุลกิจ สุทธิพร มูลศาสตร์ ปราการ ฌมยางกูร	
การรับรู้ การป้องกัน และการจัดการต่อการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์	198
รัตติกร เมืองนาง ฤทัยรัตน์ ชิตมงคล ยุพาภรณ์ ตีรไพรวงศ์ สมัทธนา แก้วมา เจียมใจ ศรีชัยรัตนกุล	
ปัจจัยทำนายการบริโภคโซเดียมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนบำบัดทดแทนไต	210
ลฎาภา ดีไมล์ อรวมน ศรียุคตศุทธ จงจิต เสน่หา	
ความรู้และความตระหนักในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ	224
วรางคณา อุดมทรัพย์ ปวิณภัทร นิธิตันติวัฒน์ จันทรเพ็ญ นิลวัชรมณี	
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. ของผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง	234
อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ	
ศิริพร ชุนฉาย นพณัฐ จำปาเทศ กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม รัชนิ นามจันทร์ อภิรัตน์ อำภามณี	
ปัจจัยทำนายความผิดปกติหลังเกิดความเครียดที่สะท้อนใจของมารดาหลังคลอดที่มารับบริการที่โรงพยาบาลราชวิถี	246
สุภัทสรดา โคมินทร์ เอกชัย ไคววีสารัช มาลี เกื้อนพกุล วรัญญา แสงพิทักษ์	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการกักตุนอาหารในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อ	259
ไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ระลอกสามของประชาชนชุมชนกึ่งเมืองและชุมชนชนบท จังหวัดขอนแก่น	
เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ เทพไทย โชติชัย อาทิตย์ ฉัตรชัยพลรัตน์ อีสริย์ ปดภัย อ้อยทิพย์ บัวจันทร์	
ผลของการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ในนักศึกษาพยาบาลศาสตร์: วิชาการรักษาโรคเบื้องต้น	270
อรนุช ชูศรี ศรีสุดา วงศ์วิเศษกุล ญัฐพี ใจงาม	
ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดตามแนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกสมาธิบำบัดต่อความเครียด	281
ในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ที่เรียนวิชาการสร้างเสริมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์	
มหาวิทยาลัยสวนดุสิต	
อันธิมา สายบุญศรี ศิริพร นันทเสนีย์ อริยา ดีประเสริฐ	
ผลของโปรแกรมควบคุมภาวะแทรกซ้อน ต่อพฤติกรรมและผลลัพธ์ทางคลินิก ในผู้เป็นเบาหวานขึ้นจอประสาทตา	293
ระยะที่ยังไม่สร้างหลอดเลือดใหม่	
อำภา จิตกุล จีราภรณ์ ธรรมบุตร ญัฐพัชร์ บัวบุญ	

Content

Volume 38 Number 2 May – August 2022

Articles

Designing Program for Health Behavior Modification: Intervention Mapping	1
Chakkrit Ponrachom Masarin Sukolpuk Suphannika Guiedthatree	
Nursing Care of the Elderly with Benign Prostatic Hyperplasia	11
Yommana Chananin Nattanun Kumpiriyapong	

Research Articles

Strategies for Integrating Early Childhood Development in Loei Province According to National Standard for Early Childhood Care	24
Kamolnet Faichamnan Pornkamon Rahannok Junladit Obpahat Wachiraporn Sungtong	
Research and Development of Instructional Model using Team-based Learning, with the use of Professional Learning Community enhancing Nursing Students' Problem-solving Skills in Nursing	35
Krongthong Aomsin Patcharee Watthanachai	
Effects of an Information-Motivation-Behavioral Skills Program for Alcohol Drinking Prevention among Female Adolescents	48
Kankunlanad Ramsiri Pornnapa Homsin Rungrat Srisuriyawet	
Factors Related to Safety Behavior of First Responders in Bangkok	59
Ketwadee Dawpaksri Ann Jirapongsuwan	
Effects of Behavioral Modification Program on High-Iodine Food Consumption among Patients with Graves' Disease in Iodine-Sufficient Area	73
Juthathip Posuwan Yuvadee Rodjarkpai Pajaree Abdullakasim Alisara Wongsuttilert	
Acceptance Usage of a Technology, Website and Social Networks in Health Promoting Behaviors among Adolescent Mothers	84
Juadnapa Sangsawang Parichat Chupradit Wanida Wongmuneeworn	
Factors Predicting Preventive Behaviours from Coronavirus 2019 of Nursing Students of Nursing Faculty, Praboromarajchanok Institute	97
Chayaporn Ekthamasuth Punyawadee Thongkaew Nunthida Wadyim Pattra Suwannato	
Predictive Factors of Resilience among Elderly with Non-Communicable Disease in Bang Phun 2 of Tambon Health Promoting Hospital, Muang Pathum Thani District, Pathum Thani Province	111
Thitinan Ounlam Suparat Panpoklang	
The Effect of Self-Management Program on Sodium Consumption Restriction Behavior among Hearth Failure Patients	123
Daoruang Yangsri Rapin Polsook	
Self-care Experience to Relieve Uncomfortable Symptoms of COVID-19 in Informant who Joined the Health Buddhist Dhamma Medicine Camp	136
Tanavan Sriamonruttanakul Kesorn Suvithayasiri Somporn Jitruttanaporn	

Content

Volume 38 Number 2 May – August 2022

The Effects of Using a Program of Student's Development Model for Students against from Covid-19 virus, Upper Primary School Level, A School in Khon Kaen Province Thidaratana Lertwittayakul Sophit Namkham Saowaluk Seedakat	150
The Thinking Ability of Nursing Students: A Systematic Review Paveenapat Nithitantiwat Jeamjai Srichairattanakul Monpanee Khamwong	162
Effectiveness of Home Grown Vegetable Program for Improve Quality of Life Based on Elderly Needs Pitakpong Panta Nipaporn Apisitwasana Prapas Tana Kamonphon Trichinda Khatchayakorn Songthithithana Tanida Mala	175
The Development of a Suicide Prevention Model in Depression Risk Groups in the Community, Chanthaburi Province Puttiporn Pongnantakunkij Sutteeporn Moolsart Prakarn Thomyangkoon	187
Perception, Prevention and Coping Strategies for Cyberbullying among Nursing Students Rattikorn Mueannadon Ruetairat Chidmongkol Yupaporn Tirapriwong Sumuttana Kaewma Jeamjai Srichairattanakul	198
Factors Predicting Sodium Consumption in Patients with Predialysis Chronic Kidney Disease Ladapha Demile Aurawamon Sriyuktasuth Chongjit Saneha	210
Knowledge and Awareness in Immunization Promotion among Nursing Students, Boromarajonani College of Nursing, Bangkok Warangkana Udomsapaya Paweenapat Nithitantiwat Chanpen Ninwatcharamanee	224
Health Literacy and Health Behavior 3E.2S. among Patients with Diabetes and Hypertension in Bang Phi District, Samut Prakan Province Siriporn Chunchai Nopphanath Chumpathat Kamontip Khungtumneum Rachanee Namjuntra Apirat Amphamani	234
Factors predict Post-Traumatic Stress Disorder of Postpartum Mother in Rajavithi Hospital Soopussara Komindr Ekachai Kovavisarach Malee Geounoppakul Waralya Sangpitak	246
Factor Associated with Food-stockpiling Behaviors in the 3 rd COVID-19 Spreading-wave among Populations in Semi-urban and Rural Khon Kaen Saowaluk Seedaket Tepthai Chotchai Artit Chutchaipolrut Issaree Padphai Aoitip Buajun	259
Effects of Problem-Based Teaching Model through Electronic Media in Nursing Students: Primary Medical Care Course Orranuch Chusri Sresuda Wongwisukul Natrapee Jaingam	270
The Effects of Group Cognitive Behavioral Therapy Program combined with Meditation on Stress among the Third Year Nursing Students Studying in Mental Health Promotion and Psychiatric Nursing Subject (Course) at Faculty of Nursing, Suan Dusit University Unticha Saiboonsri Siriporn Nantasenee Ariya Deeprasert	281
The Effects of a Complication Control Program on The Behaviors and Clinical Outcomes of Non- Proliferative Diabetic Retinopathy Patients Ampa Jitkui Jeeraporn Kummabutr Natthapat Buaboon	293

บทบรรณาธิการวารสาร

สวัสดีท่านสมาชิกและผู้อ่านทุกท่าน วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล ซึ่งดำเนินการจัดทำโดยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร (วพภ.) มาอย่างต่อเนื่อง เผยแพร่ปีละ 3 ฉบับ โดยฉบับนี้เป็นปีที่ 38 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม - สิงหาคม) 2565 วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล ทำหน้าที่เป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ผลงานวิชาการของผู้นิพนธ์ในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพจากหลากหลายสถาบัน เพื่อช่วยให้ผู้อ่านทุกท่านได้เพิ่มพูนความรู้และมุมมองต่าง ๆ ในการนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนางานสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพได้ เนื้อหาในเล่มนี้ประกอบด้วย บทความวิชาการ และบทความวิจัย จำนวน 25 เรื่อง แบ่งเป็นบทความวิชาการ 2 เรื่อง ได้แก่ เรื่อง การออกแบบโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ: กระบวนการวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะต่อมลูกหมากโต นอกจากนี้ ยังมีบทความวิจัยอีก 23 เรื่อง มีเนื้อหาเกี่ยวกับโรคต่าง ๆ ได้แก่ โรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์ โรคไตเรื้อรัง ภาวะหัวใจล้มเหลว โรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง การดูแลภาวะสุขภาพจิต และการพัฒนาการจัดการเรียนการสอน โดยทำการศึกษาครอบคลุมในกลุ่มตัวอย่างวัยเด็ก วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน ผู้สูงอายุ นักศึกษาพยาบาล หญิงหลังคลอด รวมทั้งประชากรในชุมชน และยังมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ในประเด็นต่าง ๆ เช่น พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ในนักศึกษาพยาบาล และนักเรียนระดับประถมศึกษาตอนปลาย พฤติกรรมการกักตุนอาหารของประชาชน และประสบการณ์การดูแลตนเองเพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบายจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ทั้งนี้ผู้สนใจสามารถเข้าถึงข้อมูลเพื่อการสืบค้น และนำผลงานไปใช้ให้เกิดประโยชน์และสามารถอ้างอิงทางวิชาการจากวารสารบนฐานข้อมูลใน website <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok>

กองบรรณาธิการวารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล ขอขอบพระคุณสมาชิกและผู้อ่านทุกท่าน ตลอดจนผู้นิพนธ์บทความและผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ช่วยกลั่นกรองบทความ และกรุณาให้ข้อเสนอแนะต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์กับผู้นิพนธ์และกองบรรณาธิการในการช่วยพัฒนาคุณภาพของวารสารให้มีมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง แล้วพบกันใหม่ในฉบับต่อไป

ดร. ขวัญตา บุญวาศ
บรรณาธิการ

บทความวิชาการ

การออกแบบโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ:
กระบวนการวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

Designing Program for Health Behavior Modification: Intervention Mapping

Received: Apr 30, 2021
Revised: Jul 7, 2021
Accepted: Jul 13, 2021

จักรกฤษณ์ พลราชม ปร.ด. (Chakkrit Ponrachom, Ph.D.)¹
มาสริน สุกุลปักข์ ปร.ด. (Masarin Sukolpuk, Ph.D.)²
สุพรรณิการ์ เกียรติธาดรี ส.ม. (Suphannika Guidedthatree, M.P.H.)³

บทคัดย่อ

บทนำ: การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพนั้นขึ้นอยู่กับความถูกต้องของข้อมูลเชิงประจักษ์ร่วมกับทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์อย่างเป็นระบบและมีความเป็นตรรกะ

วัตถุประสงค์: เพื่อนำเสนอแนวคิดและการประยุกต์ใช้กระบวนการวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Intervention Mapping: IM) ในการวางแผนการออกแบบโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ประเด็นสำคัญ: กระบวนการวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Intervention Mapping: IM) เป็นแบบจำลองเกี่ยวกับหลักตรรกะของการวางแผนและออกแบบโปรแกรม และหลักนิเวศวิทยาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยอธิบายถึงปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมทุกระดับ โดยมีการดำเนินการทั้งหมด 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินความต้องการจำเป็นหรือการวิเคราะห์ปัญหา 2) การออกแบบตารางสัมพันธ์เพื่อกำหนดวัตถุประสงค์ในการเปลี่ยนแปลงปัจจัยเชิงสาเหตุ 3) การกำหนดทฤษฎี กระบวนการและกลยุทธ์ในการประยุกต์ใช้ 4) การออกแบบโปรแกรม 5) การกำหนดแผนงานการดำเนินการเพื่อการพัฒนาย่างยั่งยืน และ 6) การสร้างแผนการประเมินผล กระบวนการวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ประยุกต์ใช้เพื่อการส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษาในต่างประเทศอย่างหลากหลาย ซึ่งโปรแกรมที่วางแผนและออกแบบด้วยแบบจำลองนั้นเกิดประสิทธิภาพ

สรุป: ดังนั้นนักสุขภาพและนักส่งเสริมสุขภาพสามารถใช้แบบจำลองนี้ในการวางแผนและออกแบบโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนหรือกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับโปรแกรมนั้นมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์และนำมาสู่การมีสุขภาพที่ดีต่อไป

ข้อเสนอแนะ: แบบจำลองที่นำเสนอสามารถนำไปพัฒนาภายใต้กระบวนการวิจัยให้ประยุกต์ใช้ในการออกแบบโปรแกรมทางการส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษา

คำสำคัญ: กระบวนการวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม, การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ, การออกแบบโปรแกรม

¹ Corresponding author อาจารย์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, E-mail: feduckp@ku.ac.th

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก, E-mail: masarin.sukolpuk@gmail.com

³ แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาหลวง ตำบลจันทร์เพ็ญ อำเภอเต่างอย จังหวัดสกลนคร, E-mail: mayji_21@hotmail.com

¹ Faculty of Education, Kasetsart University, Bangkok, Thailand

² Boromarajonani College of Nursing Nonthaburi, Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute, Nonthaburi, Thailand

³ Ban Na Luang Sub-District Health Promoting Hospital, Chan Phen Sub-District, Tao-Ngoi District, Sakon Nakhon, Thailand

Abstract

Introduction: To implement effective health behavior change interventions, the vital process is to systematically and logically integrate evidence-based health behavior change and behavioral theory into the interventions.

Objective: This scholarly article aimed to propose a concept and apply the Intervention Mapping (IM) in planning and designing a health behavior modification program.

Key issue: IM is a protocol based on a logical plan and design, and ecological approach involving the consideration of causal factors of behavioral change at all levels. It encompasses six fundamental steps including: 1) conducting a need assessment or problem analysis, 2) creating matrices of change to define objectives based on the determinants, 3) selecting theory-based intervention methods and practical strategies, 4) program development, 5) generating an adoption and implementation plan, and 6) generating an evaluation plan. By completing all these six steps, a blueprint for implementing health promotion program is used. The IM has been successfully applied to develop various health promotion and education interventions in many countries.

Conclusions: Therefore, health educator and promoter can use this model to plan and design health behavior modification program. People or targeted groups participating in the program would achieve desirable health behaviors and then leading to healthy life.

Implications: The proposed model can be further developed under research process or applied in health promotion and health education program.

Keywords: Intervention Mapping, health behavior modification, program design

บทนำ

สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ทำให้วิถีชีวิตของคนไทยเปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้ประชาชนมีความเสี่ยงต่อสุขภาพมากขึ้น ปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทยมีแนวโน้มเป็นปัญหาต่าง ๆ มากมาย ซึ่งส่วนใหญ่มาจากพฤติกรรมการใช้ชีวิตและปัจจัยแวดล้อมทางสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพ¹ หากปล่อยไว้เฉยๆ ก็จะต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาที่นาน และมีการลงทุนทั้งบุคลากรทางการแพทย์และเครื่องมือในการรักษาสูง ตลอดจนงบประมาณในการรักษาพยาบาลสูงมาก อีกทั้งปัญหาสุขภาพของประชาชนยังส่งผลกระทบต่อพัฒนาประเทศเป็นอย่างยิ่ง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจึงเป็นการดำเนินงานแก้ไขสุขภาพ

สุขภาพที่ได้ผลอย่างยั่งยืน โดยต้องแก้ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยการปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพพื้นฐานให้มีการปฏิบัติอย่าง เป็นสุขนิสัย และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดโรคต่าง ๆ ด้วยการสาธารณสุขเชิงรุก เน้นการส่งเสริมและป้องกันโรค โดย นำกระบวนการทางการส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษามาเป็น กลวิธีในการแก้ปัญหา

กระบวนการทางการส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษา เป็นกระบวนการจัดการเรียนรู้ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ปัจจัยภายในตัวบุคคล ร่วมกับกระบวนการที่เอื้ออำนวยให้ ประชาชนสามารถเพิ่มความสามารถในการควบคุมและ ปรับปรุงสุขภาพของตนเอง² โดยการจะเข้าถึงสภาวะที่สมบูรณ์ ทั้งกาย จิต และสังคมนั้น บุคคลหรือกลุ่มบุคคลต้องสามารถ

ระบุถึงสิ่งที่ต้องการบรรลุและบรรลุในสิ่งที่ต้องการได้ รวมถึงสามารถปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมหรือสามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไปได้³ ซึ่งกระบวนการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ จึงมุ่งเน้นในการออกแบบโปรแกรมสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพ และเป็นที่น่าสังเกตว่าโปรแกรมหรือการดำเนินงานสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ มักมีพื้นฐานจากความเข้าใจที่ชัดเจนในด้านพฤติกรรมสุขภาพเป้าหมาย บริบท ของสิ่งแวดล้อม รวมทั้งการวางแผน กลยุทธ์ ตลอดจนการประเมินผล ซึ่งทั้งหมดเป็นเรื่องเกี่ยวข้องกับทฤษฎีหรือแบบจำลอง⁴ โดยพบว่ากรอบการออกแบบโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต้องอาศัยการบูรณาการทฤษฎีทางสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ร่วมกับหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นสำคัญเพื่อนำมาใช้ในการออกแบบโปรแกรมดังกล่าว⁵ แบบจำลองในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ (Model of Intervention Development) ที่มีความเป็นตรรกะและสอดคล้องกับปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่มีปัจจัยเชิงสาเหตุเป็นสหปัจจัย (Multi-factors) จึงเป็นสิ่งสำคัญที่นักสุขภาพและนักส่งเสริมสุขภาพต้องนำไปใช้ในการออกแบบโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ⁶

บทความนี้มุ่งนำเสนอกระบวนการวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Intervention Mapping: IM) ซึ่งเป็นแบบจำลองการบูรณาการทฤษฎีและหลักฐานเชิงประจักษ์ในการออกแบบโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพและสุขภาพ เพื่อเป็นทางเลือกให้แก่กวีวิจัยและนักวิชาการเลือกใช้ในการออกแบบโปรแกรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจากการทบทวนบทความวิชาการ/บทความวิจัยในต่างประเทศ พบว่ามีการประยุกต์ใช้ IM กับกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่าง ๆ เช่น การป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน⁷ พฤติกรรม การป้องกันแสงแดด⁸ การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และการตั้งครรภ์⁹ การส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูก¹⁰ การส่งเสริมการรับประทานผักและผลไม้¹¹ การลดพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์¹² และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคเบาหวาน¹³ ซึ่งพบว่าประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าว ดังนั้นนักวิจัยและนักวิชาการที่เกี่ยวข้องสามารถนำองค์ความรู้จากบทความนี้ไปใช้ประโยชน์เพื่อวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้แก่บุคคล กลุ่มคน และสังคมให้มีประสิทธิภาพต่อไปได้

กระบวนการวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

กระบวนการวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมถูกพัฒนาขึ้นเพื่อให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีประสิทธิภาพและประสิทธิภาพโดยเริ่มจากโครงการ Cystic Fibrosis Family Education Program ที่มุ่งเน้นให้ครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยโรคซิสติกไฟโบรซิส ตลอดจนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว โดยการปฏิสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ให้บริการ ร่วมกับการสังเคราะห์โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในประเทศสหรัฐอเมริกาและเนเธอร์แลนด์ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1991-2000 จนกลายเป็นแบบจำลองฉบับแรกในปี ค.ศ. 2001 ที่อธิบายถึงกระบวนการประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ ร่วมกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการออกแบบโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพและสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ¹⁴ โดย IM มีกระบวนการที่เป็นระบบในการพัฒนาการออกแบบโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่มีจุดสำคัญคือการประยุกต์ใช้แนวคิด ทฤษฎี ร่วมกับการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในการวางแผน และหลังจากเสร็จสิ้นในการวางแผนแล้วจะได้แม่แบบในการดำเนินการ (Blueprint) ซึ่ง IM มีกระบวนการใน 6 ขั้นตอน¹⁵ ดังนี้

1. การประเมินความต้องการจำเป็นหรือการวิเคราะห์ปัญหา
2. การออกแบบตารางสัมพันธเพื่อกำหนดวัตถุประสงค์ในการเปลี่ยนแปลงปัจจัยเชิงสาเหตุ
3. การกำหนดทฤษฎี กระบวนการ และกลยุทธ์ในการประยุกต์ใช้
4. การออกแบบโปรแกรม
5. การกำหนดแผนงานการดำเนินการเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน
6. การสร้างแผนการประเมินผล

โดยกระบวนการที่กล่าวมาข้างต้นจำเป็นที่จะต้องใช้เทคนิคในการได้มาซึ่งข้อมูลเพื่อนำเข้าสู่กระบวนการต่าง ๆ ที่หลากหลาย อาทิเช่น การระดมสมอง การทบทวนวรรณกรรม หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งข้อมูลปฐมภูมิ ข้อมูลทุติยภูมิ เป็นต้น¹⁵ โดยรายละเอียดแต่ละขั้นตอนมีดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความต้องการจำเป็นหรือการวิเคราะห์ปัญหา

ในขั้นตอนนี้ นักสุขภาพหรือนักส่งเสริมสุขภาพ

จำเป็นจะต้องทำการค้นหาความต้องการหรือปัญหาที่ต้องการแก้ไขร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อให้ได้มาซึ่งปัญหาที่ต้องการที่จะแก้ไขพร้อมทั้งปัจจัยเชิงสาเหตุที่มาจากปัจจัยทางด้านพฤติกรรมและปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม โดยมีการดำเนินการดังนี้

1. จัดตั้งกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อใช้ในการวางแผนและการออกแบบโปรแกรม
2. ดำเนินการประเมินความต้องการซึ่งอาจจะใช้ PRECEDE Framework¹⁶ เพื่อให้ได้มาซึ่งสาเหตุของปัญหาที่ต้องการแก้ไข และปัญหาดังกล่าวนั้นจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต
3. ทำการวิเคราะห์ปัญหาที่ต้องการแก้ไขกับความสามารถของชุมชน หรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่จะร่วมดำเนินการในการแก้ไขปัญหานี้
4. ทำการเชื่อมโยงปัญหาที่ต้องการแก้ไข ความสามารถของชุมชนหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย กับเป้าหมายที่ต้องการทำให้เกิดขึ้นในโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งหมายถึงปัจจัยเชิงสาเหตุของปัญหานี้

ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบตารางสัมพันธ์เพื่อกำหนดวัตถุประสงค์ในการเปลี่ยนแปลงปัจจัยเชิงสาเหตุ

ในขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนของการกำหนดเป้าหมายที่ต้องการเปลี่ยนแปลง ซึ่งหากการวิเคราะห์ในขั้นตอนที่ 1 พบปัจจัยเชิงสาเหตุเป็นสหปัจจัย (Multi factors) จำเป็นจะต้องออกแบบตารางสัมพันธ์เพื่อระบุเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ทั้งปัจจัยภายในบุคคลและปัจจัยภายนอกตัวบุคคลที่ต้องการให้เปลี่ยน โดยมีการดำเนินการ ดังนี้

1. กำหนดเป้าหมายที่คาดว่าจะเปลี่ยนแปลงทั้งที่เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม
2. กำหนดวัตถุประสงค์ในการดำเนินการเพื่อการปรับเปลี่ยนทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม
3. คัดเลือกปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ และผลกระทบกับปัญหาที่ต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลง
4. สร้างตารางสัมพันธ์ระหว่างวัตถุประสงค์กับปัจจัยเชิงสาเหตุที่ต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับบุคคล ระดับระหว่างบุคคล ระดับองค์กร ระดับชุมชน หรือระดับสังคม

ขั้นตอนที่ 3 การกำหนดทฤษฎี กระบวนการ และกลยุทธ์ในการประยุกต์ใช้

ในขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนของการกำหนดทฤษฎี วิธีการและกลยุทธ์ ที่จะใช้ในการดำเนินการปรับเปลี่ยนจากที่กำหนดไว้ในขั้นตอนที่ 2 โดยมีการดำเนินการ ดังนี้

1. ทบทวนแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องในการปรับเปลี่ยนปัจจัยเชิงสาเหตุที่ได้จากขั้นตอนที่ 2 โดยพิจารณาถึงบริบทที่ใกล้เคียงกัน อาทิ ปัญหา กลุ่มเป้าหมายหรือบริบทของสังคมและวัฒนธรรม เพื่อคัดเลือกทฤษฎี วิธีการและกลยุทธ์ที่จะนำมาประยุกต์ใช้
2. คัดเลือกแนวคิดทฤษฎี วิธีการและกลยุทธ์ที่ประสบความสำเร็จและคาดว่าจะการนำมาประยุกต์ใช้จะประสบความสำเร็จตามข้อมูลที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์
3. เลือกทฤษฎีที่จะนำมาประยุกต์ใช้
4. เลือกวิธีการและกลยุทธ์ที่สอดคล้องกับปัญหากลุ่มเป้าหมาย บริบทของสังคมและวัฒนธรรมเพื่อจะทำให้เกิดสิ่งที่กำหนดไว้ในขั้นตอนที่ 2
5. ดำเนินการตรวจสอบว่าวิธีการและกลยุทธ์ที่เลือกใช้ให้สอดคล้องกับทฤษฎีและวัตถุประสงค์ที่ต้องการให้เกิดขึ้น โดยพิจารณาจากประสิทธิภาพการดำเนินการที่ใช้วิธีการและกลยุทธ์ที่ผ่านมา

ขั้นตอนที่ 4 การออกแบบโปรแกรม

ในขั้นตอนนี้ 4 นี้ เป็นการกำหนดขอบเขต ลำดับองค์ประกอบ วัสดุอุปกรณ์และข้อกำหนดแนวทางการดำเนินงานของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษา โดยมีการดำเนินการ ดังนี้

1. ขอรับคำปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับโปรแกรมที่ต้องการจะพัฒนาขึ้น เพื่อนำข้อมูลดังกล่าวเป็นพื้นฐานในการออกแบบ
2. ร่างโปรแกรมโดยการกำหนดขอบเขตของเนื้อหา ลำดับของเนื้อหา รูปแบบของโปรแกรมและวัสดุอุปกรณ์ ทั้งนี้ต้องดำเนินการตามสิ่งที่ได้ตรวจสอบมาในขั้นตอนที่ 3
3. ทบทวน ออกแบบและจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ที่จะใช้ในการดำเนินการตามโปรแกรม
4. ทดลองใช้วัสดุอุปกรณ์ที่ได้ออกแบบและจัดเตรียมเอาไว้เพื่อตรวจสอบและพัฒนาเพิ่มเติมพร้อมทั้งระบุลงในตาราง โดยการกำหนดช่วงเวลาเพื่อให้เห็นลำดับของกิจกรรม

ระบุเนื้อหาและขอบเขต ระบุกิจกรรมที่ใช้ในการดำเนินการ พร้อมทั้งวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการดำเนินการ

ขั้นตอนที่ 5 การกำหนดแผนงานการดำเนินการ เพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน

ในขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่ทำให้โปรแกรมที่ได้พัฒนาขึ้นได้รับการยอมรับและให้ดำเนินการ พร้อมทั้งการวางแผนเพื่อการดำเนินการ (ซึ่งควรพิจารณาการวางแผนเพื่อให้เกิดความยั่งยืนเกิดขึ้นด้วย) โดยในกระบวนการนี้เป็นการทบทวนตั้งแต่ขั้นตอนที่ 2 ถึง 4 เพื่อยืนยันสิ่งที่ได้วางแผน เพื่อให้ได้แม่แบบที่พร้อมในการดำเนินการ โดยมีการดำเนินการ ดังนี้

1. กำหนดผู้ใช้และสมรรถนะของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น
2. ระบุวัตถุประสงค์ในการดำเนินการที่เฉพาะเจาะจงในการทำให้โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นได้รับการยอมรับให้ดำเนินการ มีการดำเนินการ และทำให้โปรแกรมเกิดความยั่งยืน
3. ระบุปัจจัยที่จะทำให้โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นได้รับการยอมรับให้ดำเนินการ มีการดำเนินการ และทำให้โปรแกรมเกิดความยั่งยืน เพื่อใช้ในการจัดทำตารางสัมพันธ์
4. เลือกวิธีการและกลยุทธ์ ที่พร้อมจะดำเนินการ ให้โปรแกรมที่ได้รับการพัฒนาได้รับการยอมรับให้ดำเนินการ มีการดำเนินการ และทำให้โปรแกรมเกิดความยั่งยืน

ขั้นตอนที่ 6 การวางแผนการประเมิน

ในขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนในการออกแบบการประเมินผลของโปรแกรมทางส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษาที่ได้ออกแบบเอาไว้ ซึ่งตั้งแต่ขั้นตอนที่ 1 จนถึงขั้นตอนที่ 6 นักสุขศึกษาหรือนักส่งเสริมสุขภาพจะได้แม่แบบในการดำเนินการเพื่อพร้อมในการดำเนินการ โดยในขั้นตอนนี้มีการดำเนินการ ดังนี้

1. ออกแบบการประเมินตามแบบจำลองตรรกะ (Logic model)
2. ออกแบบเครื่องมือในการวัดและประเมินผลตามสิ่งที่นักสุขศึกษาหรือนักส่งเสริมสุขภาพต้องการประเมินผล อาทิเช่น ประเมินกระบวนการดำเนินการ ประเมินปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรม ประเมินพฤติกรรม และการประเมินผลกระทบของการพัฒนาพฤติกรรม

จากที่กล่าวมาแล้วข้างต้น IM เป็นกรอบแนวทางเพื่อการวางแผน การดำเนินการ และการประเมินผลโปรแกรมการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งจะต้องตัดสินใจตามแนวคิด ทฤษฎีร่วมกับข้อมูลเชิงประจักษ์เพื่อให้ได้โปรแกรมที่มีประสิทธิภาพ แต่อย่างไรก็ดีความสำเร็จของการนำโปรแกรมไปใช้นั้นอาจจะไม่ได้มาจากการมีแม่แบบในการดำเนินการที่ดีเพียงอย่างเดียว แต่อาจจะรวมกับการมีส่วนร่วมและการให้ความร่วมมือจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหรือกลุ่มเป้าหมาย¹⁶

ตัวอย่างการประยุกต์ใช้กระบวนการวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

การวิจัยเรื่อง “การประยุกต์ใช้กระบวนการวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล”¹⁷ โดยได้ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความต้องการจำเป็นหรือการวิเคราะห์ปัญหา โดยขั้นตอนนี้คณะผู้วิจัยได้นำการวิจัยที่พบว่า ปัจจัยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สามารถทำนายพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของ อสม.ได้ มาเป็นปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นปัจจัยเชิงสาเหตุภายในตัวบุคคล

ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบตารางสัมพันธ์เพื่อกำหนดวัตถุประสงค์ในการเปลี่ยนแปลงปัจจัยเชิงสาเหตุ ดำเนินการโดยนำองค์ประกอบของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งได้แก่ (1) การผ่อนคลายทางอารมณ์ (emotional relief) (2) ความกดดันจากสังคม (social pressure) และ (3) โอกาสในการดื่ม (opportunistic of drinking) ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ อสม. มีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นำมากำหนดวัตถุประสงค์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ดังตารางที่ 1

ขั้นตอนที่ 3 การกำหนดทฤษฎี กระบวนการ และกลยุทธ์ในการประยุกต์ใช้ ดำเนินการทบทวนทฤษฎีกระบวนการ และกลยุทธ์เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ ได้แก่ ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) ด้วยกระบวนการและกลยุทธ์ที่หลากหลาย ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมระหว่างการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับองค์ประกอบของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

Performance Objective (PO)	องค์ประกอบของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์		
	การผ่อนคลายทางอารมณ์	ความกดดันจากสังคม	โอกาสในการดื่ม
PO1 พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	(1) มีความสามารถปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานการณ์เกี่ยวกับความต้องการผ่อนคลายทางอารมณ์ โดยเฉพาะเมื่อรู้สึกโกรธ หรือเบื่อหน่าย	(2) มีความสามารถปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานการณ์เกี่ยวกับความกดดันจากสังคมโดยเฉพาะในงานสังสรรค์ เมื่อออกไปรับประทานอาหารนอกบ้านหรือเมื่อมีคนเสนอให้ดื่ม	(3) มีความสามารถปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานการณ์เกี่ยวกับโอกาสในการดื่ม โดยเฉพาะขณะที่รอเพื่อนอยู่คนเดียว หรือหลังจากการรวมกลุ่ม

ตารางที่ 2 การกำหนดแนวคิด ทฤษฎี และวิธีการหรือกลยุทธ์ในการปรับเปลี่ยนวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

วัตถุประสงค์	วิธีการหรือกลยุทธ์	ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
(1) มีความสามารถปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานการณ์เกี่ยวกับความต้องการผ่อนคลายทางอารมณ์ โดยเฉพาะเมื่อรู้สึกโกรธ หรือเบื่อหน่าย	การตั้งเป้าหมายเพื่อประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การนำเสนอตัวแบบสัญลักษณ์ การเรียนรู้แบบกลุ่ม การระดมสมอง การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม	Self-Efficacy Theory Active Participation
(2) มีความสามารถปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานการณ์เกี่ยวกับความกดดันจากสังคมโดยเฉพาะในงานสังสรรค์เมื่อออกไปรับประทานอาหารนอกบ้านหรือเมื่อมีคนเสนอให้ดื่ม	การนำเสนอตัวแบบจริง การใช้คำพูดชักจูง การเรียนรู้แบบกลุ่ม การระดมสมอง การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การแสดงบทบาทสมมติ	Self-Efficacy Theory Active Participation
(3) มีความสามารถปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานการณ์เกี่ยวกับโอกาสในการดื่ม โดยเฉพาะขณะที่รอเพื่อนอยู่คนเดียวหรือหลังจากการรวมกลุ่ม	การใช้คำพูดชักจูง การใช้สถานการณ์จำลองเพื่อกระตุ้นอารมณ์ การเรียนรู้แบบกลุ่ม การระดมสมอง การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม	Self-Efficacy Theory Active Participation

ตารางที่ 3 โครงสร้างของกิจกรรมการเรียนรู้ตามโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของ อสม. สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

แผน กิจกรรม การเรียนรู้	ชื่อกิจกรรม การเรียนรู้	สาระการเรียนรู้	กระบวนการเรียนรู้	ผลการเรียนรู้ที่คาดหวัง	ระยะ เวลา
1	จะโกรธ- จะหน่าย ไม่ จำเป็นต้องใช้ แอลกอฮอล์	1. แนวทางการผ่อนคลาย ทางอารมณ์โดยไม่พึ่ง แอลกอฮอล์ 2. ทักษะความสามารถ ปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ในสถานการณ์ที่ รู้สึกโกรธ หรือเบื่อหน่าย	1. การตั้งเป้าหมายเพื่อ ประสบการณ์ที่ประสบ ความสำเร็จ 2. การนำเสนอตัวแบบ สัญลักษณ์ (symbolic modeling) จากวิดีโอทัศน์ 3. กิจกรรมกลุ่มเพื่อฝึกทักษะ 4. การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น	การรับรู้ความสามารถของ ตนเองในการปฏิเสธการดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน สถานการณ์การผ่อนคลาย ทางอารมณ์	1 ชั่วโมง
2	สังสรรค์สุขใจ ห่างไกล แอลกอฮอล์	1. ทักษะการสื่อสารเพื่อ จัดการความกดดันจากสังคม 2. ทักษะความสามารถ ปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ในสถานการณ์ งานเลี้ยงสังสรรค์ เมื่อออกไป รับประทานอาหารนอกบ้าน หรือเมื่อมีคนเสนอให้ดื่ม	1. การนำเสนอตัวแบบจริง (live modeling) จาก อสม. ที่เลิกดื่มแอลกอฮอล์ 2. การใช้คำพูดชักจูง 3. กิจกรรมกลุ่มเพื่อฝึกทักษะ 4. การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น	การรับรู้ความสามารถของ ตนเองในการปฏิเสธการดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน สถานการณ์ความกดดัน จากสังคม	1 ชั่วโมง
3	คนเดียวเหงา ๆ ไม่ต้องเหล้าก็ได้ นะ	1. แนวปฏิบัติการจัดการ โอกาสในการดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ 2. ทักษะความสามารถ ปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ในสถานการณ์ ที่มีโอกาสในการดื่ม โดยเฉพาะขณะที่รอเพื่อนอยู่ คนเดียว หรือหลังจากการ รวมกลุ่ม	1. การใช้คำพูดชักจูง 2. การใช้สถานการณ์จำลองเพื่อ กระตุ้นอารมณ์ 3. กิจกรรมกลุ่มเพื่อฝึกทักษะ 4. การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น	การรับรู้ความสามารถของ ตนเองในการปฏิเสธการดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน สถานการณ์ที่มีโอกาส ในการดื่ม	1 ชั่วโมง
4	มาสัญญากันจะ งดและลด แอลกอฮอล์	1. แนวทางการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการดื่ม แอลกอฮอล์ของ อสม. 2. การประเมินผลและการ นำเสนอผลงาน	1. การตรวจสอบเป้าหมายเพื่อ ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ 2. กิจกรรมกลุ่มและการแลก เปลี่ยนความคิดเห็น 3. การทำสัญญากับตนเอง	การรับรู้ความสามารถของ ตนเองในการปฏิเสธการดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน 3 สถานการณ์ และพฤติกรรม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	1 ชั่วโมง

ขั้นตอนที่ 4: การออกแบบโปรแกรม โดยการนำกลยุทธ์ในการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง ได้แก่ ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (mastery experience) การนำเสนอตัวแบบ (modeling) การใช้คำพูดชักจูง (verbal persuasion) และการกระตุ้นอารมณ์ (emotional arousal) เข้าสู่การดำเนินการร่างโปรแกรมฯ โดยพัฒนาและออกแบบเป็นแผนการจัดการเรียนรู้ เพื่อใช้ในการบูรณาการเข้ากับกิจกรรมโรงเรียน อสม. ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล โดยมีแผนการจัดการเรียนรู้ทั้งหมด 4 แผนการจัดการเรียนรู้ ที่มุ่งให้เกิดการเรียนรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผ่านกระบวนการคิดด้วยเทคนิคที่หลากหลาย ซึ่งสอดคล้องกับบริบทของ อสม. โดยกิจกรรมการเรียนรู้เน้นมุ่งพัฒนาทักษะการเรียนรู้เป็นกลุ่ม ประกอบด้วย กระบวนการ 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นนำเข้าสู่กิจกรรม ขั้นดำเนินการกิจกรรม และขั้นสรุปกิจกรรม ดังตารางที่ 3

ขั้นตอนที่ 5 การกำหนดแผนงานการดำเนินการเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน เพื่อให้การดำเนินการเป็นรูปธรรมและเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ และสามารถบูรณาการเข้ากับกิจกรรมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล จึงได้วางแผนการดำเนินการ โดยได้พัฒนาโปรแกรมฯ ซึ่งประกอบด้วย องค์ประกอบที่มีความเหมาะสมและเป็นไปได้ ได้แก่ 1) ความสำคัญของปัญหา 2) วัตถุประสงค์ 3) หน่วยงานที่ดำเนินการ 4) บุคลากรและบทบาท 5) กระบวนการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 6) การประเมินผล

IM ขั้นตอนที่ 6: การสร้างแผนการประเมินผลดำเนินการวางแผนในการประเมินผลเพื่อใช้ในการทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้น ซึ่งผลการพัฒนาคุณภาพของโปรแกรมฯ โดยผู้เชี่ยวชาญ พบว่า ด้านภาพรวมของโปรแกรมฯ อยู่ในระดับดีมาก และเมื่อพิจารณาคุณภาพรายด้านได้แก่ คุณภาพในด้านความถูกต้อง (Accuracy standard) ด้านความเป็นประโยชน์ (Utility standard) ด้านความเหมาะสม (Appropriateness standard) ด้านความเป็นไปได้

(Feasibility standard) และด้านความเป็นปervasiveness (Generalizability standard) พบว่า ทุกด้านมีคุณภาพอยู่ในระดับดีมากเช่นกัน

บทสรุป

การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพซึ่งมุ่งเน้นทั้งการปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ความสำคัญจึงอยู่ที่การออกแบบโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพและสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ ซึ่งการวางแผนการออกแบบโปรแกรมที่ดีเพื่อให้ได้แม่แบบที่ดีที่พร้อมในการดำเนินการนั้นเป็นสิ่งที่สำคัญ กระบวนการวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจึงเป็นแบบจำลองที่มุ่งเน้นการประยุกต์ใช้แนวคิดและทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ ร่วมกับข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่คำนึงถึงผลกระทบ ที่ทำลายให้นักศึกษาหรือนักส่งเสริมสุขภาพเลือกใช้เพื่อนำไปประยุกต์กับการวางแผนและออกแบบโปรแกรมเพื่อให้ได้โปรแกรมที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ประชาชนหรือกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับโปรแกรมนั้นมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์และนำมาสู่การมีสุขภาพที่ดีต่อไป

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้

พยาบาล บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และนักศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพสามารถนำกระบวนการวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เป็นแนวทางในการออกแบบโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพหรือโปรแกรมทางการส่งเสริมสุขภาพและสุขภาพไปใช้ในการดำเนินการเพื่อให้ได้แม่แบบในการดำเนินการ พร้อมกันนี้ยังสามารถนำแนวทางที่นำเสนอไปพัฒนาภายใต้กระบวนการวิจัยในการออกแบบโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ต่อไป

References

1. Thai Health Promotion Foundation. Thai watch 2021: Focus on the Thai health 2021. Bangkok: Thai Health Promotion Foundation; 2020. (in Thai)
2. Green LW, Kreuter MW. Health promotion and planning: An educational and ecological approach. 3rd ed. Mountain View, CA : Mayfield; 1999.
3. World Health Organization. Milestones in health promotion statements from global conferences. Geneva : World Health Organization; 2009.
4. Tansakol S. Theory of behavioral science: Operational guidelines for health education and promotion. Thai Journal of Health Education 2007; 30(105):1-15. (in Thai)
5. Kok G, Schaalma H, Ruiter RAC, Empelen PV, Brug J. Intervention mapping : A protocol for applying health psychology theory to prevention programmes. J Health Psychol 2004; 9(1):85-98.
6. Fernandez ME, ten Hoor GA, van Lieshout S, Rodriguez SA, Beidas RS, Parcel G, et al. Implementation mapping : Using intervention mapping to develop implementation strategies. Front Public Health 2019; 7:158. doi: 10.3389/fpubh.2019.00158(2019)
7. Kwak L, Kremers SPJ, Werkman A, Visscher TLS, van Baak MA, Brug J. The NHF-NRG in balance-project: the application of intervention mapping in the development, implementation and evaluation of weight gain prevention at the worksite. Obes Rev 2006; 8:347-61.
8. Tripp MK, Herrmann NB, Parcel GS, Chamberlain RM, Gritz ER. Sun protection is fun! a skin cancer prevention program for preschools. J Sch Health 2000; 70:395-401.
9. Tortelo SR, Markham CM, Parcel GS, Peters RJ, Escobar-Chaves SL, Basen-Engquist K, et al. Using intervention mapping to adapt an effective HIV, sexually transmitted disease, and pregnancy prevention program for high-risk minority youth. Health Promot Pract 2005; 6:286-98.
10. Fernandez MA, Gonzales A, Tortolero-Luna G, Partida S, Bartholomew LK. Using intervention mapping to develop a breast and cervical cancer screening program for Hispanic farmworkers: Cultivando La Salud. Health Promot Pract 2005; 6:394-404.
11. Reinaerts E, De Nooijer J, De Vries NK. Using Intervention Mapping for systematic development of two school-based interventions aimed at increasing children's fruit and vegetable intake. Health Educ Monogr 2008; 108:301-20.
12. Voogt CV, Poelen EAP, Kleinjan M, Aemmers LACJ, Engels RCME. The development of a web based brief alcohol intervention in reducing heavy drinking among college students: an intervention mapping approach. Health Promot Int 2003; 29(4):669-79
13. Hadjiconstantinou M, Schreder S, Brough C, Northern A, Stribling B, Khunti K, et al. Using intervention mapping to develop a digital self-management program for people with type 2 Diabetes: Tutorial on MyDESMOND. J Med Internet Re 2020; 22(5):e17316.

14. Bartholomew LK, Parcel G, Kok GS, Gottlieb N. Intervention mapping: Designing theory- and evidence-based health promotion programs. Mountain View, CA: Mayfield; 2001.
15. Bartholomew LK, Parcel G, Kok GS, Gottlieb N. Planning health promotion program: An intervention mapping approach. 2nd ed. John Wiley & Sons; 2006.
16. Green LW, Kreuter MW. Health program planning: An educational and ecological approach. 4th ed. New York: McGraw Hill; 2005.
17. Guiedthatree S, Ponrachom C. The application of intervention mapping in developing an alcohol consumption behavior modification program among Village Health Volunteer for a Sub-District Health Promoting Hospital. *Journal of Safety and Health* 2021; 14(2):74-88. (in Thai)

บทความวิชาการ

การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะต่อมลูกหมากโต

Nursing Care of the Elderly with Benign Prostatic Hyperplasia

Received: Dec 14, 2020

Revised: May 20, 2021

Accepted: Jun 16 2022

ยมนา ชนะนิล พย.ม. (Yommana Chananin, M.N.S.)¹ณัฐนันท์ คำพิริยะพงศ์ พย.ม. (Nattanun Kumpiriyapong, M.N.S.)²

บทคัดย่อ

บทนำ: ภาวะต่อมลูกหมากโตเป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุชายจากการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพของต่อมลูกหมาก จนก่อให้เกิดปัญหาของการขับถ่ายปัสสาวะและเพิ่มความรุนแรงของโรคเรื้อรังที่ผู้สูงอายุเป็นอยู่เดิม ผลจากการปัสสาวะบ่อยรบกวนการนอนหลับ การทำกิจวัตรประจำวัน ตลอดจนทำให้จิตใจและอารมณ์เปลี่ยนแปลง ก่อเกิดความวิตกกังวลกระทั่งสูญเสียความเชื่อมั่นในตนเอง การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลลดลง ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระยะยาว

วัตถุประสงค์: เพื่อนำเสนอแนวทางการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะต่อมลูกหมากโต ช่วยผู้สูงอายุให้สามารถปรับตัวกับภาวะเจ็บป่วย ดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ

ประเด็นสำคัญ: บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะต่อมลูกหมากโต ประกอบด้วยการประเมินภาวะต่อมลูกหมากโต การจัดการอาการและปัญหาที่เกิดจากภาวะต่อมลูกหมากโต การส่งเสริมการขับถ่ายปัสสาวะ และการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมาก

สรุป: หลักสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะต่อมลูกหมากโต เพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบายจากการมีปริมาณปัสสาวะคั่งค้าง และภาวะแทรกซ้อนจากการถ่ายปัสสาวะผิดปกติ

ข้อเสนอแนะ: พยาบาลควรค้นหาสาเหตุปัญหาการถ่ายปัสสาวะผิดปกติ ตรวจสอบประเมินอย่างทันท่วงที และเลือกวิธีการรักษาพยาบาลสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะต่อมลูกหมากโต โดยเน้นเรื่องการดูแลตนเองเพื่อลดความรุนแรงของอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ แนะนำการดูแลตนเองในระยะยาวครอบคลุมการจัดการทางการรักษา

คำสำคัญ: ต่อมลูกหมากโต การส่งเสริมการขับถ่ายปัสสาวะ

¹Corresponding author, อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี E-mail: yommana.c@ubu.ac.th

²อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี E-mail: nattanun.k@ubu.ac.th
Faculty of Nursing, Ubonratchathani University, Ubonratchathani, Thailand

Abstract

Introduction: Benign Prostatic Hyperplasia (BPH) is a common health issue found in the male elderly from the conversion of the prostatic condition leading to urinary issues and deteriorating the condition of already occurring chronic diseases. The repetition of urination disturbs sleep, daily routines, and causes the instability of mental states and emotions. Additionally, it prompts anxiety and decreases self-confidence, social interaction, and affects living and long-term quality of life (QOL).

Objectives: To propose nursing care of the elderly with BPH in which allows them to adjust to disease conditions and regain QOL.

Key issues: The role of nursing care of the elderly with BPH consists of the evaluation of the prostatic states, the management of symptoms and problematic issues found in prostatic hyperplasia, the promotion of urination, and the care of elderly undergone prostatic surgery.

Conclusions: The key principles of nursing care of the elderly with BPH were to alleviate the symptoms caused by the congested urine, and lessen complications from abnormal urination.

Implications: Nurses should investigate causes of abnormal urination, promptly evaluate, select appropriate treatment related to health issue, and educate patients about BPH focusing on long-term self-care to alleviate the symptoms of abnormal urination in which covers the treatment.

Keywords: benign prostatic hyperplasia, promoting urinary excretion

บทนำ

ปัจจุบันพบว่าสถิติของการเกิดภาวะต่อมลูกหมากโตเพิ่มขึ้นทั้งในยุโรป อเมริกา และเอเชีย เนื่องจากมีปัจจัยเสี่ยงที่เพิ่มขึ้น รวมทั้งการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุ มีการศึกษาพบว่า ผู้ชายที่มีอายุมากขึ้นจะมีความเสี่ยงของการเกิดต่อมลูกหมากโตเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งขนาดของต่อมลูกหมากจะโตขึ้นได้ถึงร้อยละ 2.0-2.5 ต่อปีตามอายุที่เพิ่มขึ้นในผู้ชายที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป โดยภาวะต่อมลูกหมากโตพบได้ร้อยละ 8-80 ในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 40 ถึง 90 ปี¹ และร้อยละ 70 จะเริ่มมีอาการของต่อมลูกหมากโตเมื่ออายุ 60 ปีขึ้นไป² สาเหตุของต่อมลูกหมากโตจนเกิดปัญหาของการขับถ่ายปัสสาวะผิดปกติยังไม่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อว่าเกิดจากความไม่สมดุลของฮอร์โมนเพศ กล่าวคือต่อมลูกหมากซึ่งทำหน้าที่ในการผลิตฮอร์โมน testosterone และฮอร์โมน estrogen ในเพศชายเมื่ออายุมากขึ้นฮอร์โมน testosterone จะลดลงขณะที่ฮอร์โมน estrogen และฮอร์โมน dihydrotestosterone: DHT เพิ่มขึ้น³ จากการเปลี่ยนแปลง

ของเอ็นไซม์ 5-alpha reductase ภายในเซลล์ของต่อมลูกหมากที่เพิ่มขึ้น จะเปลี่ยนฮอร์โมน testosterone เป็นฮอร์โมน DHT ซึ่งทำหน้าที่ในการพัฒนาการเจริญเติบโตของต่อมลูกหมาก ทำให้เซลล์ต่อมลูกหมากเกิดการขยายตัวอุดตันท่อทางเดินปัสสาวะบริเวณต่อมลูกหมาก กล้ามเนื้อเรียบของท่อปัสสาวะบริเวณต่อมลูกหมากและกระเพาะปัสสาวะตึงตัวไวต่อการบีบตัวมากขึ้น จึงทำให้การขับถ่ายปัสสาวะของทางเดินปัสสาวะส่วนล่างผิดปกติ⁴ รวมทั้งสาเหตุปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ได้แก่^{1,5} 1) พันธุกรรม พบว่าภาวะต่อมลูกหมากโตมักพบในบุคคลที่มีบิดา ญาติพี่น้อง หรือบุคคลในครอบครัวเป็นโรคต่อมลูกหมากโต 2) โรคประจำตัวที่เกิดจากความผิดปกติของต่อมไทรอยด์ และภาวะ metabolic syndrome เช่น โรคอ้วน โรคเบาหวาน ซึ่งในสภาวะที่ระดับน้ำตาลในเลือดไม่คงที่ จะเกิดการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน insulin growth factor: IGF ตลอดเวลาเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดภาวะต่อมลูกหมากโต 3) วิธีการดำเนินชีวิต มีการศึกษาพบว่า การรับประทานอาหาร

จำพวกเนื้อแดง ไขมัน นม ผลิตภัณฑ์นม ธัญพืช ขนมอบแห้ง สัตว์ปีก และแป้ง เพิ่มความเสี่ยงของภาวะต่อมลูกหมากโต ขณะที่อาหารประเภทผัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งผักที่มีสารแคโรทีนอยด์ ผลไม้ กรดไขมันไม่อิ่มตัว กรดไลโนเลอิก วิตามินเอ และวิตามินดี ช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะต่อมลูกหมากโต อาหารที่มีแร่ธาตุสังกะสีส่งผลดีต่อการควบคุมอาการของต่อมลูกหมากโต⁶ และการออกกำลังกายในระดับปานกลางอย่างต่อเนื่องช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะต่อมลูกหมากโตได้ถึงร้อยละ 25⁷

ภาวะต่อมลูกหมากโตเป็นสาเหตุให้เกิดอาการปัสสาวะลำบาก (dysuria) เกิดการขยายตัวของกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะ (hypertrophy of detrusor muscle) ทำให้การควบคุมการไหลของปัสสาวะผิดปกติ ปัสสาวะทันทัน ปัสสาวะไม่อยู่ ในระยะยาวส่งผลต่อประสิทธิภาพการบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะ นำไปสู่การคั่งค้างของน้ำปัสสาวะก่อให้เกิดนิ่วในไตได้⁸ ทำให้การทำงานของไตเสื่อมลงส่งผลให้ไตวายได้ในที่สุด รวมทั้งเพิ่มความเสี่ยงของการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ⁹ อาจนำไปสู่การติดเชื้อในกระแสเลือดและมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ นอกจากนี้ภาวะต่อมลูกหมากโตยังทำให้ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เช่น พักผ่อนไม่เพียงพอ ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 27.1 จากการปัสสาวะบ่อยในเวลากลางคืน ข้อจำกัดในเรื่องการเดินทางพบได้ร้อยละ 32.5² จากความวิตกกังวลเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะระหว่างเดินทางซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตเป็นอย่างมาก ภาวะต่อมลูกหมากโตส่งผลกระทบต่อสภาวะทางอารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุ จากการปัสสาวะบ่อยที่ไม่สามารถควบคุมได้และอาการปวดขณะปัสสาวะ ก่อให้เกิดความเครียด วิตกกังวล นอนไม่หลับ ตลอดจนกระทบต่อการทำกิจวัตรประจำวัน

ผลกระทบด้านสังคมพบว่า การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลลดลง เกิดความอาย สูญเสียความเชื่อมั่นในตนเองและยังผลให้การปฏิบัติกิจกรรมทางเพศลดลงด้วย¹⁰ ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ จากการรักษาที่ต้องใช้ระยะเวลานานเนื่องจากเป็นโรคเรื้อรัง ยามีราคาค่อนข้างแพง และหากการรักษาด้วยยาไม่ได้ผลจำเป็นต้องใช้การรักษาด้วยการผ่าตัด ค่าใช้จ่ายเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ หากผู้สูงอายุไม่ได้รับการประเมินตรวจวินิจฉัยเบื้องต้นและไม่ได้อ

รับคำแนะนำในการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง จะนำมาซึ่งความรุนแรงของโรคและปัญหาที่ซับซ้อน พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะต่อมลูกหมากโต ทั้งในด้านการประเมินภาวะต่อมลูกหมากโต การจัดการอาการและปัญหาที่เกิดจากภาวะต่อมลูกหมากโต การส่งเสริมการขับถ่ายปัสสาวะ รวมทั้งการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมาก บทบาทนี้จึงเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะต่อมลูกหมากโตซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวในการดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ

การประเมินภาวะต่อมลูกหมากโต^{11,12}

การประเมินภาวะต่อมลูกหมากโตมีความสำคัญซึ่งจะช่วยให้ทราบถึงระดับความรุนแรงของอาการ และสามารถจัดการกับอาการ ลดผลกระทบที่จะตามมาได้ วิธีการประเมินมีดังนี้

1. การซักประวัติเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่เป็นสาเหตุของภาวะต่อมลูกหมากโต ได้แก่ อายุ พันธุกรรม โรคประจำตัว และวิถีการดำเนินชีวิต
2. การซักประวัติลักษณะอาการและอาการแสดง ความผิดปกติของการขับถ่ายปัสสาวะ ซึ่งจากการโตขึ้นของต่อมลูกหมากที่อยู่ล้อมรอบท่อปัสสาวะ กดเบียดท่อปัสสาวะให้แคบลงทำให้เกิดอาการ ดังนี้¹³
 - 2.1 อาการระคายเคืองทางเดินปัสสาวะ (irritative symptoms) ทำให้เกิดอาการปัสสาวะบ่อย อาการปัสสาวะเร่งรีบ (urgency) ต้องรีบไปปัสสาวะเมื่อรู้สึกปวดโดยไม่สามารถปฏิเสธหรือเลื่อนการปัสสาวะครั้งนั้นได้ อาจมีปัญหาปัสสาวะเล็ดราดร่วมด้วยได้ (urge urinary incontinence) และอาการตื่นมาปัสสาวะตอนกลางคืน (nocturia) ซึ่งขณะนอนหลับต้องตื่นมาปัสสาวะมากกว่า 2 ครั้งต่อคืน
 - 2.2 อาการอุดกั้นทางเดินปัสสาวะ (obstructive symptoms) ทำให้เกิดอาการดังนี้
 - 1) ปัสสาวะไม่พุ่ง ลำปัสสาวะเล็กลง
 - 2) ปัสสาวะออกช้า (urinary hesitancy) ต้องใช้เวลาสักพักปัสสาวะถึงจะออก ซึ่งโดยปกติปัสสาวะจะออกทันทีภายหลังกลัมนั้นหรือกระเพาะปัสสาวะคลายตัว
 - 3) ปัสสาวะสะดุด (intermittency) หรือขาดเป็นช่วง ๆ
 - 4) ปัสสาวะหยด (post void dribbling) หลังการถ่ายปัสสาวะเสร็จมีปัสสาวะหยดออกมาซึ่งเกิดจากปัสสาวะที่ค้างอยู่ในท่อปัสสาวะ
 - 5) ออกแรงเบ่งปัสสาวะ (straining) ใช้แรงดัน

จากช่องท้องในการขับปัสสาวะ 6) ปัสสาวะค้าง (incomplete emptying) เป็นอาการปัสสาวะไม่สุดเหมือนมีปัสสาวะค้าง อยู่ในกระเพาะปัสสาวะภายหลังการถ่ายปัสสาวะ และประเมินระดับความรุนแรงความผิดปกติของการขับถ่ายปัสสาวะโดยใช้แบบประเมิน International Prostate Symptom Score (IPSS), American Urological Association Symptom Index: AUA Symptom index หรือแบบประเมินชนิดรูปภาพ Visual Prostate Symptom Score (VPSS) ปัจจุบันมีการพัฒนา application I-PSS Assessment ซึ่งง่ายต่อการประเมิน

3. การตรวจทางทวารหนัก (digital rectal examination) โดยใช้นิ้วสอดเข้าไปในทวารหนัก และตรวจคลำประเมินขนาดของต่อมลูกหมาก

4. การติดตามผลการตรวจพิเศษ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผลการตรวจปัสสาวะ เพื่อค้นหาการอักเสบติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ผลการทดสอบเพื่อวัดอัตราการไหลของปัสสาวะ (uroflowmetry) และปริมาณปัสสาวะที่ออกมารวมทั้งการวัดปริมาณปัสสาวะที่ค้างอยู่ในกระเพาะปัสสาวะเพื่อประเมินความรุนแรงและติดตามการรักษา ผลการตรวจพิเศษส่องกล้องผ่านทางท่อปัสสาวะ¹¹ เพื่อประเมินขนาดของต่อมลูกหมากและการกดเบียด ท่อปัสสาวะ ผลการตรวจอัลตราซาวด์และการตรวจวินิจฉัยอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เช่น การตรวจคัดกรองวินิจฉัยแยกโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก การตรวจเลือดเพื่อหาค่า PSA (prostatic specific antigen) โปรตีนเฉพาะที่สร้างจากเซลล์เยื่อบุผิวของต่อมลูกหมากซึ่งเป็นสารบ่งชี้ (tumor marker) จำเพาะในการตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมาก

พยาบาลควรให้คำแนะนำการเตรียมตรวจดังนี้¹⁴ 1) แนะนำให้งดยาที่มีผลต่อต่อมลูกหมากเนื่องจากผลของยาอาจทำให้ค่า PSA เปลี่ยนแปลงไม่ตรงตามความเป็นจริง ได้แก่ กลุ่มยาต้านฮอร์โมนเพศ เช่น flutamide, nilutamide ฯลฯ กลุ่มยายับยั้งการโตของต่อมลูกหมาก เช่น finasteride, dutasteride, saw palmetto 2) แนะนำให้งดกิจกรรมทางเพศหรือไม่ให้มีการหลั่งอสุจิก่อนการเจาะเลือดตรวจหาค่า PSA เป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 48 ชั่วโมง และ 3) แนะนำให้งดกิจกรรมที่กระทบกระเทือนต่อต่อมลูกหมากอย่างน้อย

48 ชั่วโมง เช่น การขี่จักรยานวิบากข้ามภูเขา การขี่จักรยานยนต์ข้ามเครื่องกีดขวาง การแข่งจักรยานยนต์ข้ามประเทศ การขี่ม้าเพื่อการเดินทาง เป็นต้น หากมีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะควรอย่างน้อย 6 สัปดาห์หลังการรักษาการติดเชื้อหายแล้ว การตรวจหาค่า PSA ไม่จำเป็นต้องงดน้ำงดอาหาร ซึ่งเกณฑ์ปกติของค่า PSA ที่ได้รับการยอมรับ มีความสัมพันธ์กับอายุของผู้ป่วยดังนี้^{14,15}

ผู้ชายอายุน้อยกว่า 50 ปี ค่าปกติของ PSA คือ น้อยกว่า 2.5 ng/mL

ผู้ชายอายุ 50-59 ปี ค่าปกติของ PSA คือ น้อยกว่า 3.5 ng/mL

ผู้ชายอายุ 60-69 ปี ค่าปกติของ PSA คือ น้อยกว่า 4.5 ng/mL

ผู้ชายอายุมากกว่า 70 ปี ค่าปกติของ PSA คือ น้อยกว่า 6.5 ng/mL

จากวิธีการประเมินข้างต้นควรเลือกให้เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุแต่ละราย ซึ่งภาวะต่อมลูกหมากโตแบ่งตามระดับความรุนแรงของอาการได้ดังนี้¹⁶

ระยะที่ 1 ไม่มีการอุดตันของทางเดินปัสสาวะ และยังไม่มีอาการแสดง

ระยะที่ 2 ไม่มีการอุดตันของทางเดินปัสสาวะ แต่มีอาการแสดงโดยทั่วไปรักษาด้วยยาตามอาการ

ระยะที่ 3 มีการอุดตันของทางเดินปัสสาวะมีอาการแสดงซึ่งต้องให้ยา 5-alpha reductase inhibitor หรือ ทำการผ่าตัด

ระยะที่ 4 มีการอุดตันของทางเดินปัสสาวะและมีภาวะแทรกซ้อนจากการคั่งค้างของปัสสาวะ เกิดนิ่ว ปัสสาวะมีเลือดปน ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด

การรักษาภาวะต่อมลูกหมากโต

การรักษาภาวะต่อมลูกหมากโตขึ้นกับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย หากมีอาการเพียงเล็กน้อย อาจใช้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น หลีกเลี่ยงการดื่มน้ำมากเกินไป โดยเฉพาะช่วงเวลาก่อนเข้านอน งดการดื่มชา กาแฟ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมให้มีอาการปัสสาวะบ่อยได้ หลีกเลี่ยงการกลั้นปัสสาวะเป็นเวลานาน ๆ และดูแล

ตนเอง ไม่ให้เกิดอาการท้องผูก เอาใจใส่สุขภาพของตนเอง ไปรับการตรวจตามนัดหากมีอาการผิดปกติให้รีบพบแพทย์ทันที กรณีที่มีอาการแสดงของโรค ยาที่ใช้ในการรักษาภาวะต่อมลูกหมากโตประกอบด้วย^{2,17} 1) ยากล่อมกล้ามเนื้อเรียบในต่อมลูกหมาก (alpha-blockers) ทำให้กล้ามเนื้อเรียบบริเวณต่อมลูกหมาก และกระเพาะปัสสาวะคลายตัวลง ลดอาการหดเกร็งกล้ามเนื้อที่บีบรัดท่อปัสสาวะ ช่วยให้สามารถปัสสาวะได้ดีขึ้น 2) ยา 5-alpha reductase inhibitor ที่ออกฤทธิ์ยับยั้งฮอร์โมน DHT จะช่วยลดขนาดต่อมของลูกหมากใช้ในรายที่ต่อมลูกหมากมีขนาดโตมาก 3) ยากลุ่ม antimuscarinic ควบคุมการบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะ เพื่อรักษาภาวะกระเพาะปัสสาวะบีบตัวไวเกิน (overactive bladder) โดยคลายกล่อมเนื้อของกระเพาะปัสสาวะช่วยลดอาการปัสสาวะบ่อย ซึ่งแพทย์จะเป็นผู้พิจารณาให้ยาตามความเหมาะสม การรักษาด้วยการผ่าตัด ขึ้นอยู่กับข้อบ่งชี้ดังต่อไปนี้¹³ ได้แก่ ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา ปัสสาวะไม่ออก ปัสสาวะเป็นเลือด ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะซ้ำซาก เกิดนิ่วในกระเพาะปัสสาวะ เกิดภาวะ ไตวาย การผ่าตัดในปัจจุบันที่ใช้รักษาภาวะต่อมลูกหมากโตคือ^{2,13} การผ่าตัดส่องกล้องผ่านทางท่อปัสสาวะ (trans urethral resection of prostate: TURP) เพื่อตัดต่อมลูกหมากออกเป็นชิ้นเล็ก ๆ และตัดเอาเนื้อต่อมลูกหมากที่มีการกดเบียดท่อปัสสาวะออก ใน 3-4 วันแรกจำเป็นต้องใส่สายสวนปัสสาวะเพื่อให้กระเพาะปัสสาวะได้พัก ผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นภายใน 2-4 สัปดาห์ กรณีที่ต่อมลูกหมาก มีขนาดใหญ่มาก อาจจำเป็นต้องใช้วิธีการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการสูญเสียเลือด ทั้งนี้ในรายที่มีข้อจำกัด ในการผ่าตัดจะใช้วิธีการรักษาด้วยการใช้คลื่นความร้อน เช่น ไมโครเวฟ (Transurethral microwave therapy: TUMT) คลื่นวิทยุ หรือเลเซอร์ ผ่านเข้าไปที่ต่อมลูกหมากเพื่อทำให้ต่อมลูกหมากฝ่อและเล็กลง

การจัดการอาการและปัญหาที่เกิดจากภาวะต่อมลูกหมากโต

สภาพปัญหาของผู้สูงอายุต่อมลูกหมากโต แตกต่างกันไปตามความรุนแรงของโรคทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย อาการและอาการแสดงที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุที่มี

ปัญหาต่อมลูกหมากโตผู้เขียนได้แปลและเรียบเรียงจากเอกสารของ Doenges, Moorhouse and Geissler-Murr (2002)¹⁸; Lewis, Dirksen, Heitkemper and Bucher (2014)¹⁹ และ Linton (2012)²⁰ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเอกสารงานวิชาการที่เกี่ยวข้อง โดยนำเสนอการพยาบาลการจัดการอาการและปัญหาที่เกิดจากภาวะต่อมลูกหมากโตในผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาตามอาการ และผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด

การพยาบาลผู้สูงอายุต่อมลูกหมากโตที่ได้รับการรักษาตามอาการ

ภาวะต่อมลูกหมากโตหากมีอาการเพียงเล็กน้อย จะได้รับการรักษาตามอาการหรือสภาพปัญหา แตกต่างกันไปตามความรุนแรงของโรค ปัญหาที่พบ ได้แก่ ขาดความรู้ในการดูแลตนเอง อาการปัสสาวะลำบากหรือคั่งค้าง และอาการปวดเฉียบพลัน รายละเอียดการพยาบาลเพื่อการจัดการอาการและปัญหาที่เกิดจากภาวะต่อมลูกหมากโต มีดังนี้

1. ขาดความรู้ในการดูแลตนเอง (Knowledge deficit) สาเหตุเกิดจากการรับรู้ข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง ประสบการณ์เดิม ความวิตกกังวล ลักษณะที่แสดงออก มีข้อสงสัย ข้อขัดข้อง แสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น เป้าหมายของการพยาบาล เพื่อให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคและ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น บอกถึงความสัมพันธ์ของอาการ เข้าใจในความต้องการการรักษา การดำเนินชีวิตประจำวันและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ถูกต้อง ตลอดจนมีส่วนร่วมในการรักษา

ให้การพยาบาลดังนี้ 1) อธิบายเกี่ยวกับกระบวนการของโรคตามความคาดหวังของผู้ป่วยเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานให้ผู้ป่วยสามารถเลือกวิธีการรักษา 2) ส่งเสริมการให้ข้อมูลลดความกลัวและความรู้สึกกังวล ช่วยให้คลายความกังวลฟื้นฟูสภาพด้านจิตใจ 3) ให้ข้อมูลว่าไม่ได้ติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อาจจะเป็นความกลัวที่ไม่กล้าพูด 4) สอบถามข้อมูลการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรและอาหารเสริมร่วมรักษา เพื่อป้องกันและลดระดับความรุนแรงผลข้างเคียงของยา 5) แนะนำการรับประทานอาหารที่เหมาะสมดังนี้²¹

5.1) แนะนำให้บริโภคผักและผลไม้เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะผักผลไม้ที่อุดมไปด้วยเบต้าแคโรทีน (carotene)

ลูทีน (lutein) ซีแซนทีน (zeaxanthin) และวิตามินซี (vitamin C) ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดต่อมลูกหมากโต พบได้ใน แครอท ผักขม มันเทศ บร็อคโคลี่ กระหล่ำปลี ข้าวโพด ส้ม เมล่อน และกีว และผักจำพวก หัวหอม กระเทียม เป็นต้น

5.2) จำกัดหรือหลีกเลี่ยงผลิตภัณฑ์จากสัตว์และน้ำมันพืช โดยเฉพาะเนื้อวัวและผลิตภัณฑ์จากนมวัว เนื่องจากเสี่ยงต่อการเกิดภาวะต่อมลูกหมากโต ควรรับประทานอาหารและผลิตภัณฑ์จากถั่วเหลืองให้มากขึ้น ซึ่งในถั่วเหลืองพบสาร Isoflavones ที่มีส่วนช่วยยับยั้ง 5-alpha reductase และ aromatase ช่วยลดการเพิ่มขึ้นของเอสโตรเจน ลดการโตของต่อมลูกหมาก

5.3) แนะนำให้หลีกเลี่ยงอาหารรสเผ็ด เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน ชา กาแฟ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งอาจทำให้เกิดการระคายเคืองต่อมลูกหมากโต ก่อให้เกิดการขยายกระเพาะปัสสาวะ และสูญเสียความตึงตัวของกระเพาะปัสสาวะ เกิดปัสสาวะคั่งค้าง

5.4) ลดการบริโภคอาหารกลุ่มให้พลังงาน ทั้งนี้การบริโภคอาหารที่ให้พลังงานสูงมีความเสี่ยงต่อการเกิดต่อมลูกหมากโตได้ถึงร้อยละ 50 และเพิ่มความรุนแรงของอาการผิดปกติในระบบทางเดินปัสสาวะ ถึงร้อยละ 70

6) ประเมินความกังวลทางเพศ ในภาวะต่อมลูกหมากอักเสบเฉียบพลันควรหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์เนื่องจากกิจกรรมทางเพศ อาจเพิ่มความเจ็บปวดเฉียบพลัน ปัญหาทางเพศที่พบบ่อย²² ได้แก่ อวัยวะเพศไม่แข็งตัว (Erectile Dysfunction-ED) การหลั่งเร็ว (Ejaculation problems) ความต้องการทางเพศลดลง ปัญหาเหล่านี้เกิดจากตัวโรคและภาวะข้างเคียงของการรักษา เช่น การได้รับยาในกลุ่ม 5-alpha reductase inhibitors ที่ลดขนาดของต่อมลูกหมากทำให้อวัยวะเพศไม่แข็งตัวและความต้องการทางเพศลดลง และผลข้างเคียงการรักษาด้วยการผ่าตัด TURP อาจทำให้เกิดการหลั่งเร็ว อวัยวะเพศไม่แข็งตัว เป็นต้น แนะนำการมีเพศสัมพันธ์ที่เหมาะสมกับภาวะเจ็บป่วย แต่ไม่จำเป็นต้องงดการมีเพศสัมพันธ์ 7) สร้างความตระหนักให้เห็นความสำคัญของการมาพบแพทย์ตามนัด อย่างน้อย 6 เดือน ถึง 1 ปี รวมทั้งการตรวจทางทวารหนัก การตรวจระบบทางเดินปัสสาวะเพื่อติดตามการกำเริบของโรค การติดเชื้อและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

2. อาการปัสสาวะลำบากหรือคั่งค้าง (Urinary retention) เกิดจากการอุดตันของท่อทางเดินปัสสาวะจากการกดเบียดของต่อมลูกหมากโต กล้ามเนื้อเรียบของกระเพาะปัสสาวะไม่สามารถปรับขนาดเข้าได้ ประสิทธิภาพการหดตัวของกระเพาะปัสสาวะลดลง จึงแสดงอาการปัสสาวะบ่อย กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ปัสสาวะคั่ง เป้าหมายของการพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบายจากอาการแน่นท้องจากปริมาณปัสสาวะคั่งกระเพาะปัสสาวะ โดยภายหลังการถ่ายปัสสาวะปัสสาวะคั่งน้อยกว่า 50 มิลลิลิตร ไม่มีปัสสาวะคั่งค้างหรือปัสสาวะลำบาก

ให้การพยาบาลดังต่อไปนี้ 1) ส่งเสริมกระตุ้นให้ผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะทุก 2-4 ชั่วโมง และลงบันทึกปริมาณปัสสาวะเพื่อสังเกตการคั่งค้างของปริมาณปัสสาวะ 2) ชักประวัติเกี่ยวกับอาการปัสสาวะเล็ด (stress incontinence) ขณะไอ จาม หัวเราะ ตื่นเต้น ตกใจ เพื่อประเมินการกดเบียดของกระเพาะปัสสาวะ และเกิดแรงดันในช่องท้องเพิ่มมากขึ้น จนกระทั่งทำให้ปัสสาวะเล็ด 3) สังเกตลักษณะการไหลของปัสสาวะ ลำและการพุ่งของปัสสาวะ รวมทั้งการออกแรงเบ่ง เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของการอุดตัน และบันทึกระยะเวลาที่ใช้ในการถ่ายปัสสาวะแต่ละครั้ง 4) เคาะและคลำบริเวณเหนือหัวหน่าวเพื่อประเมินความโป่งตึงของกระเพาะปัสสาวะ 5) กระตุ้นให้ดื่มน้ำมากกว่า 3,000 มิลลิลิตรต่อวัน อาจต้องพิจารณาเฉพาะรายบุคคลตามข้อจำกัดร่วมด้วย ซึ่งการเพิ่มน้ำในระบบช่วยขจัดตะกอนและแบคทีเรียในไต กระเพาะปัสสาวะ ท่อไต ช่วยบรรเทาอาการโป่งตึงของกระเพาะปัสสาวะ ตลอดจนฟื้นฟูสภาพของระบบทางเดินปัสสาวะ 6) ติดตามประเมินวัดสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด ประเมินภาวะความดันโลหิตสูง อาการบวม น้ำ กระบวนการคิดเปลี่ยนแปลง ชั่งน้ำหนักทุกวัน บันทึกสารน้ำเข้าออกอย่างถูกต้อง เพื่อประเมินการสูญเสียหน้าที่ของไต ในการกำจัดของเหลว และการสะสมของเสียที่เป็นพิษต่อร่างกาย อาจทำให้เกิดภาวะ renal shutdown 7) ประเมินอาการแสดงของภาวะ post obstructive diuresis ได้แก่ ปัสสาวะออกมาก ความดันโลหิตต่ำ ภาวะขาดน้ำอย่างรุนแรง สูญเสียสมดุลอิเล็กโทรไลต์ 8) แนะนำให้นั่งแช่น้ำอุ่น (sitz bath) ตามข้อบ่งชี้เพื่อส่งเสริมให้ผ่อนคลายกล้ามเนื้อลดอาการบวมและความสุขสบาย 9) ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา ได้แก่

(1) ยา กลุ่ม alpha-adrenergic antagonists ช่วยรักษาภาวะอุดตันการไหลออกของปัสสาวะ ซึ่งผลข้างเคียงของยาอาจมีความเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ เช่น อวัยวะเพศไม่สามารถแข็งตัวหรือไม่นานพอจนเป็นที่พึงพอใจ ความรู้สึกทางเพศลดลง ปริมาณของน้ำอสุจิลดลง

(2) ยา antispasmodics บรรเทาอาการบีบรัดตัวของกระเพาะปัสสาวะ

(3) ยา rectal suppositories ใช้เหน็บยาถูกดูดซึมผ่านเยื่อบุกระเพาะปัสสาวะเข้าไปในเนื้อเยื่อ ช่วยผ่อนคลายกล้ามเนื้อและบรรเทาอาการหดเกร็ง

(4) ยา antibiotics and antibacterials ให้อาการติดเชื้อในกรณีที่มีการติดเชื้อ

10) ดูแลสวนปัสสาวะที่คั่งค้างออก หรือคาสายสวนปัสสาวะตามบ่งชี้ เพื่อช่วยบรรเทาอาการและป้องกันอาการปัสสาวะคั่งค้าง อาจใช้ Coudé catheter เพื่อให้ปลายโด้งสามารถผ่านท่อปัสสาวะได้ และระวังการกดเบียดกระเพาะปัสสาวะมากขึ้น ทำด้วยความระมัดระวัง สังเกตสัญญาณของอาการข้างเคียง เช่น ปัสสาวะเป็นเลือด ซึ่งเกิดจากการแตกของหลอดเลือดในเยื่อบุของกระเพาะปัสสาวะจาก over distended และอาการเป็นลมหมดสติ จากการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติมากเกินไป กรณีใส่สายสวนคาปัสสาวะ ตรวจสอบสายสวนปัสสาวะทุก 15 นาที ใน 2-3 ชั่วโมงแรกเพื่อประเมินลักษณะและสีของปัสสาวะ ดูแลสายสวนปัสสาวะให้มีการระบายเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ปัสสาวะต้องมีสีใสหรือเป็นสีจางลง และดูแลทำความสะอาดสายสวนคาปัสสาวะเพื่อลดความเสี่ยงและป้องกันการติดเชื้อ 11) ส่งเสริมการขับถ่ายปัสสาวะ ซึ่งหลักการส่งเสริมการขับถ่ายปัสสาวะในผู้สูงอายุที่มีภาวะต่อมลูกหมากโตมีดังนี้²³

(1) การให้ความรู้ให้เกิดความเข้าใจ เชื้อฉันทและร่วมมือในการดูแลรักษามีความสำคัญ ควรให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้และทักษะที่เพียงพอในการจัดการอาการขับถ่ายปัสสาวะด้วยตนเอง (self management) โดยการให้ความรู้อย่างครอบคลุมเกี่ยวกับโครงสร้างสรีรวิทยา พยาธิสภาพของการเกิดโรค การรักษา ภาวะแทรกซ้อนของโรคและการรักษา ตลอดจนการปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิต โดยสร้างความเชื่อมั่นในการปฏิบัติด้วยการสนับสนุนให้สามารถจัดการอาการขับถ่ายปัสสาวะที่ผิดปกติได้ด้วยตนเอง

มีการฝึกทักษะเป็นระยะๆ ให้เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (perceived self-efficacy)²⁴ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการอาการขับถ่ายปัสสาวะผิดปกติด้วยตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

(2) การปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิต (lifestyle modifications)²³ ได้แก่ การปรับสภาพการดื่มน้ำ และเครื่องดื่มต่างๆ การจัดบันทึกการดื่มน้ำ และการขับถ่ายปัสสาวะ เลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม งดสูบบุหรี่ การมีกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายที่เหมาะสม ทั้งนี้การสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะบุคคลในครอบครัวมีส่วนสำคัญในการช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการดูแลตนเองได้ การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมสะดวกต่อการขับถ่ายปัสสาวะ เช่น จัดเตียงนอนหรือบริเวณที่ผู้สูงอายุอยู่ให้ใกล้กับห้องน้ำ มีราวให้จับตามทางเดินไปห้องน้ำและไม่มีสิ่งกีดขวาง เป็นต้น

(3) การจัดการด้านพฤติกรรม (behavioural intervention)²³ ได้แก่ การฝึกกระเพาะปัสสาวะ (bladder retraining) จะช่วยให้ผู้สูงอายุถ่ายปัสสาวะในเวลาที่เหมาะสม การฝึกถ่ายปัสสาวะซ้ำ (double voiding) ทำหลังการถ่ายปัสสาวะเสร็จ 2-5 นาที โดยถ่ายปัสสาวะซ้ำอีกครั้ง ทำในรายที่มีภาวะมีอาการอุดตันของต่อมลูกหมากและกระเพาะปัสสาวะไวเกินกว่าปกติ การบีบรัดท่อปัสสาวะ (urethral milking) ใช้เฉพาะที่มีอาการถ่ายปัสสาวะเป็นหยดหลังถ่ายปัสสาวะเสร็จ (post-micturition dribble) โดยการขมิบก้ามเนื้อ พื้นเชิงกรานตอนถ่ายปัสสาวะเสร็จแรงๆ ทันทีแล้วใช้มือบีบรัดลำกล้องออกจากตัว 1 ครั้ง และการฝึกขมิบก้ามเนื้ออู้งเชิงกราน (kegel exercise)²⁵ ซึ่งเป็นการออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้ออู้งเชิงกราน ในผู้ป่วยที่มีภาวะต่อมลูกหมากโตและเกิดการบีบตัวไวกว่าปกติของกระเพาะปัสสาวะ (overactive bladder : OAB) จะช่วยให้เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อรอบๆ กระเพาะปัสสาวะ เพิ่มความสามารถในการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ ก่อนการบริหารให้ผู้สูงอายุทราบและทำความเข้าใจกับกล้ามเนื้อของอู้งเชิงกรานก่อน โดยแนะนำว่าในการขับถ่ายปัสสาวะแต่ละครั้งขณะที่เริ่มถ่ายปัสสาวะไปสักพักให้ผู้สูงอายุกลั้นไว้สักครู่ และเพ่งสมาธิไปยังกล้ามเนื้อที่ขึงเบ่งปัสสาวะนั้นคือการทำงานของกล้ามเนื้ออู้งเชิงกราน การบริหารท่าขณะกระเพาะปัสสาวะว่าง โดยเริ่มจากท่านอนให้ผู้สูงอายุ

นอนลงบนพื้นนอเ้าแยกขาออกจากกัน ขมิบกกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานเป็นเวลา 3 วินาทีแล้วคลายเป็นเวลา 3 วินาที ทำซ้ำ 3 ครั้ง ให้แน่ใจว่าบริหารถูกต้อง การเริ่มฝึกครั้งแรกๆ แนะนำให้สอดนิ้วเข้าไปทางทวารหนักและลองขมิบกกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนัก การปฏิบัติที่ถูกต้องจะพบว่า องคชาตหดสั้นเข้า จากนั้นจึงทำในท่านั่งและยืนตามลำดับ ทำการบริหารเช่นเดียวกับท่านอน คือขมิบกกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานเป็นเวลา 3 วินาทีแล้วคลายเป็นเวลา 3 วินาที ทำซ้ำ 3 ครั้งในแต่ละท่า ทั้งนี้การบริหารจะเกิดประโยชน์สูงสุดหากทำเป็นประจำ ยังช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหัวใจและช่วยปรับสมดุลของฮอร์โมน ยับยั้งการเกิดภาวะต่อมลูกหมากโต การส่งเสริมการขับถ่ายปัสสาวะควรเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้แลกเปลี่ยนบอกเล่าประสบการณ์ ความสำเร็จในการดูแลตนเองร่วมกัน และให้ข้อคิดเห็น สร้างแรงจูงใจในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการอาการกลั้นปัสสาวะได้อยู่ได้²⁶

3. อาการปวดเฉียบพลัน (Acute pain) อาการปวดเฉียบพลันเกิดจากการระคายเคืองของเยื่อบุกระเพาะปัสสาวะ จากโป่งตึง การติดเชื้อ ซึ่งต้องประเมินจากลักษณะของอาการปวด (bladder/rectal spasm) อาการปวดที่จำเพาะลงไปเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของ muscle tone ผู้ป่วยอาจมีอาการแสดงทางสีหน้า หรือมีอาการกระสับกระส่าย เป้าหมายของการพยาบาล เพื่อบรรเทาหรือควบคุมอาการปวด ให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและสามารถนอนหลับพักผ่อนได้อย่างเพียงพอ

ให้การพยาบาลดังต่อไปนี้ 1) ประเมินอาการปวดระดับความรุนแรง ระยะเวลา และตำแหน่ง เพื่อเป็นข้อมูลใช้วิธีการเลือกดูแลให้เกิดประสิทธิภาพในการบรรเทาอาการปวด 2) ดูแลใส่สายสวนคาปัสสาวะเพื่อระบายปัสสาวะตามข้อบ่งชี้ การระบายปัสสาวะจะช่วยลดความตึงเครียดกระเพาะปัสสาวะและภาวะ irritability ติดพลาสติกตรึงสายสวนคาปัสสาวะที่หน้าขาหรือหน้าท้องป้องกันการดึงรั้ง และการระคายเคืองบริเวณองคชาต 3) แนะนำให้พักผ่อนบนเตียง (bed rest) ตามข้อบ่งชี้ ซึ่งมีความจำเป็นในระหว่างการรักษาภาวะวิกฤต และกระตุ้นให้ลุกเร็วที่สุด (early ambulation) เพื่อช่วยฟื้นฟูให้กลับสู่ภาวะปกติ และบรรเทาอาการปวดเสียด (colicky pain) 4) ดูแลความสุขสบาย เช่น การนวดหลัง การทำกิจกรรมที่ผ่อนคลาย และการออกกำลังกาย การหายใจ

อย่างลึก (deep-breathing exercise) กิจกรรมนันทนา ส่งเสริมการผ่อนคลาย ทำกิจกรรมตามความสนใจ เพื่อให้สามารถเผชิญกับภาวะเจ็บปวดได้ 5) ดูแลให้นั่งแช่น้ำอุ่นส่งเสริมการผ่อนคลายของกล้ามเนื้อ 6) ให้คำแนะนำในการนวดต่อมลูกหมากโต (prostatic massage) เพื่อช่วยลดการคั่งค้างและการอักเสบ ป้องกันภาวะติดเชื้อ 7) ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา ได้แก่ ยากลุ่ม Narcotics : meperidine (Demerol) เพื่อบรรเทาอาการปวดอย่างรุนแรงให้เกิดผ่อนคลายทั้งร่างกายและจิตใจ และยา Antibacterials : methenamine hippurate (Hiprex) ช่วยลดแบคทีเรียที่อยู่ในระบบทางเดินปัสสาวะ Antispasmodics and bladder sedatives: flavoxate (Urispas), oxybutynin (Ditropan) บรรเทาภาวะ bladder irritability

การพยาบาลผู้สูงอายุต่อมลูกหมากโตที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด

ผู้สูงอายุในรายที่ต่อมลูกหมากมีขนาดโตมาก ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา ปัสสาวะไม่ออก ปัสสาวะเป็นเลือด ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะซ้ำซาก เกิดนิ่วในกระเพาะปัสสาวะ เกิดภาวะไตวาย แพทย์จะพิจารณาการรักษาด้วยการผ่าตัด การผ่าตัดรักษาที่มาตรฐานและเป็นที่ยอมรับมากที่สุดคือ Transurethral Incision of the prostate (TUIP) เหมาะสำหรับต่อมลูกหมากที่มีขนาดไม่เกิน 30 กรัม เป็นการผ่าตัดที่ง่าย และใช้ระยะเวลาการผ่าตัดสั้น การทำ TURP ไม่เหมาะสมในรายที่ต่อมลูกหมากมีขนาดใหญ่มาก และมีภาวะแทรกซ้อน เช่น มีนิ่วร่วมด้วยจะใช้วิธีการผ่าตัดเปิด (open prostatectomy) ได้แก่ การผ่าตัดผ่านทางผิวหนังบริเวณอวัยวะและทวารหนัก (perineal prostatectomy) ผ่าตัดผ่านทางหน้าท้องและตัดเอาต่อมลูกหมากออก (retropubic prostatectomy หรือ suprapubic prostatectomy) ปัจจุบันมีการผ่าตัดแบบการผ่าตัดส่องกล้อง (Minimally Invasive Surgery: MIS) ทำให้แผลมีขนาดเล็ก เกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่า TURP โดยเฉพาะเรื่อง ภาวะเลือดออกและการเกิด TURP syndrome การพยาบาลผู้สูงอายุต่อมลูกหมากโตที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด มีดังนี้

1. ความกลัวและความวิตกกังวล (Fear and anxiety) ความกลัวและความวิตกกังวลเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพทั้งจากการรักษา การผ่าตัด

กังวลใจ กลัวสูญเสียสมรรถนะทางเพศ รวมถึงการกลัวการเป็นมะเร็ง ความเครียดที่เพิ่มขึ้นจากความเข้าใจการรับรู้ที่ไม่ถูกต้อง และความกลัวต่อผลกระทบที่จะเกิดขึ้นเป้าหมายของการพยาบาล เพื่อลดความวิตกกังวลและให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ความกลัวลดลงและสามารถจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม

ให้การพยาบาลดังนี้ 1) สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย แสดงถึงความเข้าใจและเห็นใจเต็มใจที่จะช่วยเหลือเห็นความสำคัญของปัญหา 2) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษา การตรวจพิเศษ ภาวะแทรกซ้อนของการรักษา เช่น การใส่สายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะเป็นเลือด การระคายเคืองกระเพาะปัสสาวะ ตระหนักถึงความสำคัญของการให้ข้อมูลกับผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจวัตถุประสงค์ของการรักษาและลดความกังวล สร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง เช่น ความกลัวเกี่ยวกับโรคมะเร็ง อย่างไรก็ตามควรระวังการให้ข้อมูลที่อาจเพิ่มความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วย 3) สร้างทัศนคติที่ดีให้กับผู้ป่วย ปกป้องรักษาความลับของผู้ป่วยให้เกิดการยอมรับและลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย 4) พุดคุยให้คลายความวิตกกังวล เปิดโอกาสให้ซักถาม ตอบคำถาม ชี้แจงความเข้าใจผิด และช่วยหาวิธีการแก้ปัญหา 5) ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับสถานการณ์ เสริมสร้างความไว้วางใจในการดูแลผู้ป่วยและการให้ข้อมูล

2. ภาวะเสียสมดุลของสารน้ำ (Fluid volume deficit) ปัญหาการเสียสมดุลสารน้ำ และอิเล็กโทรลัยต์ในร่างกาย มีสาเหตุมาจากการระบายของน้ำออกอย่างรวดเร็ว รวมทั้งหากได้มีการทำงานผิดปกติร่วมด้วย และในกรณีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด TURP อาจเกิดกลุ่มอาการที่เรียกว่า TURP syndrome ได้แก่ ความดันเลือดสูง หัวใจเต้นช้า คลื่นไส้อาเจียน ปวดศีรษะ วิงเวียนและหัวใจเต้นผิดจังหวะ หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทัน่วงทีจะทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะความดันเลือดต่ำ ขาดออกซิเจนและหัวใจอาจหยุดเต้นได้ อาการเหล่านี้มีสาเหตุมาจากภาวะสารน้ำเป็นพิษ (water intoxication) ซึ่งการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านการส่องกล้องต้องใช้สารน้ำในการชะล้างเลือดและชิ้นเนื้อเพื่อช่วยให้ภาพชัดเจน การดูดซึมน้ำสำหรับชะล้างเข้าสู่ร่างกายส่งผลทำให้เกิดภาวะโซเดียมในเลือดต่ำและอาจก่อให้เกิดภาวะเม็ดเลือดแดงแตกได้²⁷ เป้าหมายของการพยาบาล เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสมดุล

น้ำและสารอิเล็กโทรลัยต์ในร่างกาย

ให้การพยาบาลดังนี้ 1) ติดตามประเมินปริมาณปัสสาวะที่ออกซึ่งหากปัสสาวะออกมากผิดปกติจะทำให้เกิดการสูญเสียน้ำในร่างกายอย่างรวดเร็ว และการดูดกลับของโซเดียมในท่อไตลดลง 2) ส่งเสริมให้ดื่มน้ำทางปากทดแทนตามข้อจำกัดของอาการทางไต 3) ติดตามประเมินความดันโลหิต ชีพจร ภาวะช็อค capillary refill time เยื่อช่องปาก เพื่อประเมินและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะ hypovolemic 4) ดูแลให้จำกัดกิจกรรมบนเตียง และจัดท่าศีรษะสูงเพื่อลดการทำงานของหัวใจ ส่งเสริมให้เกิดภาวะสมดุลในระบบไหลเวียนเลือด 5) ติดตามผลการตรวจระดับ electrolyte ในร่างกายโดยเฉพาะระดับของโซเดียม ซึ่งจากการดึงน้ำจาก extracellular spaces อาจทำให้เกิดการสูญเสียโซเดียมออกมามากทำให้เกิดภาวะโซเดียมต่ำ 6) ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ hypertonic saline เพื่อทดแทนสารน้ำที่สูญเสียไปและป้องกันภาวะโซเดียมต่ำ

3. การอุดกั้นการไหลของปัสสาวะ (Urinary obstruction) สาเหตุจากการเกิดลิ่มเลือดอุดตัน การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากออก (prostatectomy) ในระยะแรกของการผ่าตัดที่สำคัญ คือ การสวนล้างกระเพาะปัสสาวะแบบต่อเนื่อง continuous bladder irrigation (CBI)²⁸ เป้าหมายของการพยาบาล เพื่อป้องกันไม่ให้ลิ่มเลือดอุดกั้นการไหลของปัสสาวะ หากการพยาบาลไม่มีประสิทธิภาพจะส่งผลให้ต้องคาสายสวนปัสสาวะและการทำ CBI นานขึ้น เกิดภาวะแทรกซ้อนติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ต้องรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น

ให้การพยาบาลดังนี้ 1) ดูแลสายสวนปัสสาวะไม่ให้ดึงรั้ง ติดพลาสติกบริเวณหน้าท้องหรือต้นขา ดูแลผู้ป่วยให้อยู่ในท่าเหยียดขาอย่างน้อย 12 ซม. ไม่งอขาและตรึงสายสวนปัสสาวะ 24 ซม. ขณะพลิกตะแคงตัว ผู้ป่วยไม่งอขาและดูแลสายสวนไม่ให้เลื่อนหลุด ประเมินตำแหน่งทุก 2 ชม. 2) ใช้สารน้ำ Normal saline หรือสารละลายที่กำหนดเท่านั้นในการชะล้างกระเพาะปัสสาวะเพื่อป้องกันการเกิดพิษจากน้ำ (water intoxication) ปรับอัตราการไหล CBI ใช้อัตราการหยดประมาณ 60-100 ml/hr หรือปรับตามแผนการรักษาของแพทย์ ดูแลให้สารน้ำไหลได้สะดวกอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา หากปัสสาวะมีสีแดงหรือมีลิ่มเลือดจำเป็นต้องเพิ่ม

อัตราเร็วของการไหล 3) หมั่นบีบรูตคัลลิ่งสายยางเพื่อป้องกันการอุดตันของสายยางจากลิ่มเลือดที่ออกมาทางสายสวน ปัสสาวะ หากสายสวนปัสสาวะอุดตันให้ปิด CBI และล้างสายสวนด้วยน้ำเกลือ (NSS) 30 ถึง 50 มล. และรายงานแพทย์ทราบหากเกิดการอุดตัน 4) ประเมินภาวะเลือดออกจากลักษณะปัสสาวะที่ระบายออกทุก 1-2 ชั่วโมง โดยปกติปัสสาวะจะมีสีแดงจางลงเรื่อยๆจนใส 5) ประเมินอาการ TUR-P syndrome หรือภาวะ hyponatremia อย่างรุนแรงจากภาวะสารถน้ำเป็นพิษที่เกิดจากการดูดซึมของกระเพาะปัสสาวะมากเกินไปในระหว่างการผ่าตัด ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการ หัวใจเต้นช้า ความดันโลหิตสูง กระสับกระส่าย ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน สับสน ไม่รู้สึกตัว หายใจเร็ว 6) ดูแลหน้าปัสสาวะทุกครั้งที่สามารถเปลี่ยนแต่ละขวดหมด (1 cycle) เพื่อลดการเพิ่มและล้นถุงที่จะทำให้เพิ่มแรงดันย้อนกลับ ส่งผลต่อการไหลของสารละลายพร้อมบันทึก จำนวน สี ลักษณะน้ำเข้า-ออกทันที คาสายสวนปัสสาวะตามแผนการรักษาของแพทย์จนแน่ใจว่าเลือดหยุดจึงหยุดการทำ CBI และถอดสายสวนปัสสาวะ 7) อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงระยะเวลาการใส่สายสวนปัสสาวะและความจำเป็นในการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะ ซึ่งการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะใช้เวลา 1-2 วัน และคาสายสวนปัสสาวะไว้ 2-3 วัน โดยใน 12 ชั่วโมงแรก แพทย์จะปิดฟลัสเตอร์ยึดสายสวนปัสสาวะไว้ที่ขาข้างซ้ายให้ลูกโป่งที่ปลายสายสวนกดลงบริเวณบาดแผลที่ทำการผ่าตัด เพื่อช่วยหยุดเลือด ห้ามดึงหรือแกะฟลัสเตอร์ออกเอง อาจรู้สึก ปวดตึง ไม่สุขสบาย หรืออยากถ่ายอุจจาระได้จากแรงกดของลูกโป่งร่วมกับสังเกตเห็นเศษเนื้อเยื่อเลือดออกมากับปัสสาวะ แนะนำให้ดื่มน้ำวันละ 3 ลิตร หากไม่มีข้อจำกัดเพื่อให้อาการและเลือดที่ค้างในกระเพาะปัสสาวะถูกล้างออกมาและป้องกันการติดเชื้อ

นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากพยาบาลควรให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง ได้แก่ แนะนำการบริหารกล้ามเนื้อพีเอ็บ เพื่อให้กล้ามเนื้อพีเอ็บและหูรูดแข็งแรง แนะนำให้หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารรสเผ็ดจัด หลีกเลี่ยงการดื่มชา กาแฟและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แนะนำให้หลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมที่เพิ่มแรงดันในช่องท้อง¹³ เช่น การเบ่งถ่าย การยกหรือแบก

ของหนัก การเดินขึ้นลงบันได การนั่งรถ การกระแทก ข้อนรถหรือปั่นจักรยาน เป็นต้น เพราะจะทำให้มีการฉีกขาดและมีเลือดออกจากบริเวณแผลที่ติดต่อกับลูกหมาก เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 4-6 สัปดาห์งดการมีเพศสัมพันธ์อย่างน้อย 4 สัปดาห์ เพราะเป็นการเพิ่มแรงดันในช่องท้อง แนะนำให้ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 3 ลิตร แนะนำ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ โดยเฉพาะอาหารที่มีกากใย เช่น ผักและผลไม้ เพื่อป้องกันภาวะท้องผูก ซึ่งจากการศึกษาพฤติกรรม การบริโภคอาหารครบ 5 หมู่อย่างสม่ำเสมอในผู้สูงอายุมีเพียงร้อยละ 17.1²⁹ ในผู้สูงอายุอาจต้องแนะนำให้ผู้ดูแลที่อยู่ใกล้ชิดเป็นผู้ดูแลให้แก่อายุอย่างเหมาะสม และควรคำนึงถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคในผู้สูงอายุด้วย ไม่ว่าจะเป็นวิถีชีวิต วัฒนธรรมท้องถิ่น หรือกระทั่งพิธีกรรมในชุมชน³⁰ แนะนำการรับประทานยา การพบแพทย์ตามนัดเพื่อติดตามอาการหลังผ่าตัด และการสังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่ควรมาพบแพทย์ก่อนนัด ได้แก่ ปัสสาวะมีสีแดงเพิ่มขึ้น ปัสสาวะไม่ออก มีไข้หนาวสั่น ปวดบริเวณท้องน้อย ปัสสาวะขุ่น ปัสสาวะแสบขัด อาจมีการติดเชื้อ รวมทั้งการหาแหล่งสนับสนุนทางด้านสุขภาพเข้าไปช่วยเหลือ ส่งเสริมการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และสร้างเสริมศักยภาพให้ผู้สูงอายุในการดูแลตนเอง

บทสรุป

ปัญหาของผู้สูงอายุต่อมลูกหมากโตมีความรุนแรงแตกต่างกันออกไป อาการและอาการแสดงที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมาจากการปัสสาวะลำบาก ปัสสาวะค้างคั่ง ซึ่งการขาดความรู้ในการดูแลตนเองจะทำให้ทวีความรุนแรงของโรคมากยิ่งขึ้น การดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาต่อมลูกหมากโต การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อการดูแลตนเองจึงมีความสำคัญ หลักสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะต่อมลูกหมากโต คือการบรรเทาอาการไม่สุขสบายจากการมีปริมาณปัสสาวะค้าง อาการปวด และภาวะแทรกซ้อนจากการถ่ายปัสสาวะผิดปกติ ในรายที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดการดูแลภาวะจิตใจมีความสำคัญอย่างมาก ผู้สูงอายุอาจเกิดความกลัวและความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด หรือกระทั่งกลัวไม่ฟื้นกลับมาตาย และภายหลังการผ่าตัด

ในผู้สูงอายุจะเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายจึงควรเฝ้าระวัง หลังการผ่าตัด ได้แก่ ภาวะเสียสมดุลของสารน้ำ การอุดตัน การไหลของปัสสาวะจากลิ่มเลือด เป็นต้น รวมทั้งคำแนะนำ การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดเพื่อให้สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง ซึ่งในผู้สูงอายุจำเป็นต้องให้เวลาในการเรียนรู้ และข้อปฏิบัติบางอย่างควรแนะนำญาติหรือผู้ดูแลร่วมด้วยเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้

พยาบาลควรร่วมค้นหาสาเหตุปัญหาการถ่ายปัสสาวะ ผิดปกติ การตรวจวินิจฉัยอย่างทันท่วงที และเลือกวิธีการ รักษาพยาบาลตรงตามสาเหตุ ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะต่อม ลูกหมากโต โดยเน้นเรื่องการดูแลตนเองเพื่อลดความรุนแรง ของอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ แนะนำการดูแล

ตนเองในระยะยาวครอบคลุมการจัดการทางการแพทย์ (medical management) เช่น การรับประทานยา การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การจัดการกับบทบาท (role management) การคงไว้หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับภาวการณ์เจ็บป่วย และการจัดการกับสภาวะทางอารมณ์ (emotional management) เช่น อารมณ์โกรธ กลัว ซึมเศร้า และความเครียดที่เป็นผลจากความเจ็บป่วย ซึ่งพยาบาลต้องสร้างเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการกับอารมณ์ เหล่านี้ได้ด้วยตนเอง ขณะเดียวกันควรสร้างเสริมพลัง อำนาจผู้สูงอายุให้มีความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะปฏิบัติตัว ในการดูแลตนเอง รับรู้และคาดหวังในความสามารถของตนเอง สามารถปฏิบัติตนในการดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ จะทำให้ ผู้สูงอายุสามารถดำเนินกิจกรรมในสังคมได้อย่างมีความสุข ก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี

References

1. Lim KB. Epidemiology of clinical benign prostatic hyperplasia. Asian J Urol 2017;4(3): 148–51.
2. Public Health Commission of the National Legislative Assembly. Health problems in holistic nursing care for the elderly. [internet]. 2018 [cited 2020 July 30]. Available from: <https://www.senate.go.th/assets/portals/28/fileups/146/files/รายงานปัญหาด้านสุขภาพ.pdf>. (in Thai)
3. Parsons JK, Palazzi-Churas K, Bergstrom J, Barrett-Connor E. Prospective study of serum dihydrotestosterone and subsequent risk of benign prostatic hyperplasia in community dwelling men: The rancho bernardo study. J Urol 2010;184(3):1040-4.
4. Madersbacher S, Sampson N, Culig Z. Pathophysiology of benign prostatic hyperplasia and benign prostatic enlargement: A mini-review. Gerontology 2019;65(5):458-64.
5. Patel ND, Parsons JK. Epidemiology and etiology of benign prostatic hyperplasia and bladder outlet obstruction. Indian J Urol 2014;30(2):170-6.
6. Das K, Buchholz N. Benign prostate hyperplasia and nutrition. Clin Nutr ESPEN 2019;33:5-11.
7. Parsons JK, Sarma AV, McVary K, Wei JT. Obesity and benign prostatic hyperplasia: Clinical connections, emerging etiological paradigms and future directions. J Urol 2013;189 (1 Suppl):S102-6.
8. Shah HN. Benign prostate hyperplasia and bladder stones: An Update. Curr Bladder Dysfunct Rep 2013;8(3):250–60.
9. Speakman MJ, Cheng X. Management of the complications of BPH/BOO. Indian J Urol 2014;30(2): 208–13.

10. Yim PWC, Wang W, Jiang Y, Zakir HAS , Toh PC, Lopez V, et al. Health-related quality of life, psychological well-being, and sexual function in patients with benign prostatic hyperplasia after prostatic surgery. *Appl Nurs Res* 2015;28(4):274-80.
11. Wareing M. Physical examination and history taking skills in a prostate clinic. *Br J Nurs* 2003;12(3): 169-75.
12. Parsons K, Barry MJ, Dahm P, Gandhi MC, Kaplan SA, Kohler TS, Lerner LB, Roehrborn CG, Stoffel JT, Welliver C, Wilt TJ, McVary KT. Benign prostatic hyperplasia: surgical management of benign prostatic hyperplasia/Lower urinary tract symptoms. American Urological Association. [internet]. 2020 [cited 2020 May 22]. Available from: [https://www.auanet.org/guidelines/benign-prostatic-hyperplasia-\(bph\)-guideline](https://www.auanet.org/guidelines/benign-prostatic-hyperplasia-(bph)-guideline)
13. Anutrakulchai W. Benign prostatic hyperplasia. Sriphat Medical Center Faculty of Medicine Chiang Mai University. [internet]. n.p. [cited 2020 July 17]. Available from: <http://sriphat.med.cmu.ac.th/th/knowledge-120>. (in Thai)
14. MedThai.PSA : Prostate specific antigen. [internet]. 2018 [cited 2020 July 17]. Available from: <https://medthai.com/%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%95%E0%B8%A3%E0%B8%A7%E0%B8%88-psa/>. (in Thai)
15. Ellsworth PI. PSA Test: Prostate specific antigen. [internet]. 2019 [cited 2020 July 17]. Available from: https://www.medicinenet.com/prostate_specific_antigen/article.htm
16. Foo KT. Pathophysiology of clinical benign prostatic hyperplasia. *Asian J Urol* 2017;4(3): 152-7.
17. Manov JJ, Mohan PP, Kava B, Bhatia S. Benign Prostatic Hyperplasia: A Brief Overview of Pathogenesis, Diagnosis, and Current State of Therapy. *Tech Vasc Interv Radiol* 2020 Sep;23(3):100687.
18. Doenges ME, Moorhouse MF, Geissler-Murr A. Nursing care plans: Guidelines for individualizing patient care. 6th ed. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2002.
19. Lewis S, Dirksen SR, Heitkemper M, Bucher L. Medical –surgical nursing: assessment and management of clinical problems. 9th ed. Missouri: Mosby Elsevier; 2014.
20. Linton A. Introduction to medical-surgical nursing . 5th ed. Missouri: Saunders Elsevier; 2012.
21. Barnard ND. (editor). Benign prostatic hyperplasia in Nutrition Guide for Clinicians, 3rd ed., Physicians Committee for Responsible Medicine. [internet]. 2018 [cited 2020 Aug 18]. Available from: http://nutritionguide.pcrm.org/nutritionguide/view/Nutrition_Guide_for_Clinicians_/1342049/all/Benign_Prostatic_Hyperplasia.
22. The Sexual Dysfunction Association. Sex and the prostate [internet]. UK: Pfizer; 2008. [cited 2020 Aug 18]. Available from: <https://sexualadviceassociation.co.uk/wp-content/uploads/2016/02/Sex-and-the-Prostate.pdf>
23. Pangpungkeaw P. Development of clinical practice guidelines for promoting urination among elders with benign prostatic hyperplasia, urology care unit, Ratchaburi Hospital. [Dissertation]. Chiang mai: Chiang mai university; 2011. (in Thai)

24. Klinklom S, Panuthai S, Nanasilp P. Self-management behaviors and related factors among older persons with benign prostatic hyperplasia. *Nursing Journal* 2017;44(3):52-64. (in Thai)
25. Godman H. Exercises for Men with Prostate Problems or an Overactive Bladder. Medically reviewed by University of Illinois. [internet]. 2017 [cited 2020 July 17]. Available from: <https://www.healthline.com/health/overactive-bladder-exercises-men#exercise>.
26. Nakchaui P. Urinary Incontinence in elderly. *RTA Med J* 2016;69(1): 39-44. (in Thai)
27. Kumwilaisak K, Chaimanakarn S, Chasombat M. The changes of plasma sodium level during transurethral resection of prostate procedure by using sterile water irrigation. *Thai J Anesthesiol* 2016;42(1):42-52. (in Thai)
28. Sandos B. The Development of Clinical Nursing Practice Guideline for Continuous Bladder Irrigation in Patient undergoing Transurethral Resection Prostatectomy using Evidenced Based Practice. *Maharakham Hospital Journal* 2016;13(1):72-87. (in Thai)
29. DeMille A, Suratsawadee J, et al. Physical health status and dietary intake behaviors of elderly people in Makokkrangsum. *Rajhatavi, Bangkok. JHNR [Internet]*. 1 [cited 2021 May17];26(3). Available from: <https://he01.tcihaijo.org/index.php/bcnbangkok/article/view/4791>
30. Jaita S. Factors related to local food consumption of the elderly in elderly in urban area. *JHNR* 2015;31(2):1-8.

บทความวิจัย

**ยุทธศาสตร์การบูรณาการงานพัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดเลย
ตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ**
**Strategies for Integrating Early Childhood Development
in Loei Province According to National Standard for Early Childhood Care**

Received: Oct 15, 2021
Revised: Nov 30, 2021
Accepted: Dec 28, 2021

กมลเนตร ไร่ชำนาญ ปร.ด. (Kamolnet Faichamnan, Ph.D)¹

พรกมล ระหาญนอก ปร.ด. (Pornkamon Rahannok, Ph.D)²

จุลดิษฐ์ อุปฮาด ปร.ด. (Junladit Obpahat, Ph.D)³

วชิราภรณ์ สังข์ทอง ค.ด. (Wachiraporn Sungtong, Ph.D)⁴

บทคัดย่อ

บทนำ: การพัฒนาเด็กปฐมวัยเป็นรากฐานสำคัญที่มีผลต่อคุณภาพของคนตลอดชีวิตและเป็นการลงทุนที่คุ้มค่าที่สุดใน การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ของประเทศ

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อพัฒนายุทธศาสตร์การบูรณาการงานพัฒนาเด็กปฐมวัยจังหวัดเลย ตามมาตรฐานสถาน พัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ

ระเบียบวิธีวิจัย: เป็นการวิจัยและพัฒนา กลุ่มเป้าหมาย คือ คณะอนุกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับ จังหวัด ผู้รับผิดชอบงานเด็กปฐมวัยจากทุกกระทรวงที่เกี่ยวข้อง ครู/พี่เลี้ยง สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยในจังหวัดเลย ใช้การ ศึกษาเชิงวิเคราะห์เอกสาร การสัมภาษณ์เชิงลึก การประชุมระดมความคิดเห็น และการประเมินยุทธศาสตร์ตามแนวคิด CIPP Model การประเมินความเป็นไปได้ของยุทธศาสตร์ การประเมินความพึงพอใจ และการประเมินมาตรฐานสถานพัฒนา เด็กปฐมวัยแห่งชาติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา และวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงบรรยาย ร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย: พบว่า จังหวัดเลยมีปัญหาด้านการบูรณาการความร่วมมือที่ยังไม่เป็นรูปธรรมและต่อเนื่องของ 4 กระทรวงหลัก และไม่มียุทธศาสตร์การบูรณาการงานพัฒนาเด็กปฐมวัยตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ ผลการพัฒนายุทธศาสตร์ 4 ประเด็นยุทธศาสตร์ ดังนี้ 1) การพัฒนาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยจังหวัดเลย เสมือนบ้านหลังที่ สอง น่าย่าน น่าย่าน ให้มีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน 2) การพัฒนาครู/ผู้ดูแลเด็ก ให้มีศักยภาพในการดูแล จัดประสบการณ์ การเรียนรู้ และการเล่นเพื่อพัฒนาเด็กปฐมวัย 3) การพัฒนาเด็กปฐมวัยให้มีการเจริญเติบโตและการพัฒนาการสมวัย และ 4) การพัฒนาภาคีเครือข่ายให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาเด็กปฐมวัย ผลการประเมินยุทธศาสตร์มีความเป็นไปได้ระดับมากถึงมากที่สุดทุกประเด็น มีระดับความพึงพอใจมากที่สุดทุกประเด็น กิจกรรมโครงการมีเป้าหมายและวัตถุประสงค์สอดคล้อง กับการแก้ปัญหา และการกิจของ 4 กระทรวงหลัก สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยต้นแบบมีคุณภาพระดับดีมาก 9 แห่ง ระดับดี 5 แห่ง จากทั้งหมด 14 แห่ง

ได้รับทุนสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยราชภัฏเลย

¹ Corresponding author พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย E-mail: aomam_kamolnet@hotmail.com

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อาจารย์หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขายุทธศาสตร์การพัฒนากุมารเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย E-mail: pornkamon6556@gmail.com

³ รองศาสตราจารย์ อาจารย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย E-mail: junladit@hotmail.com

⁴ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อาจารย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย E-mail: sangthongva@gmail.com

Loei Rajabhat University, Loei, Thailand

สรุปผล: ยุทธศาสตร์การบูรณาการงานพัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดเลย ตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ มีความเป็นไปได้และเป็นประโยชน์ในการพัฒนาเด็กปฐมวัยจังหวัดเลย

ข้อเสนอแนะ: คณะอนุกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด ควรกำหนดการขับเคลื่อนการพัฒนาเด็กปฐมวัย เป็นวาระการพัฒนาของจังหวัด ภายใต้กรอบการบูรณาการความร่วมมือกลุ่มเด็กปฐมวัย 4 กระบวนหลัก และนำยุทธศาสตร์ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ ไปใช้เป็นแนวทางในการขับเคลื่อนการพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด ให้เป็นรูปธรรม

คำสำคัญ : ยุทธศาสตร์ การบูรณาการ งานพัฒนาเด็กปฐมวัย มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ

Abstract

Introduction: Early childhood development is a cornerstone which affects quality of people throughout their lives and it is the most cost-effective investment in human resource development in the country.

Research objectives: To develop strategies for integrating early childhood development in Loei province according to the National Standard for Early Childhood Care.

Research methodology: This study was a research and development. Target group consisted of a sub-committee for the promotion of early childhood development at the provincial level, persons responsible for early childhood from all relevant ministries, permanent secretary / head of educational division, local administration organization, teachers from early childhood development centers in Loei province. Data were collected using documented analytical studies, in-depth interview, brainstorming meetings, strategy assessment based on the CIPP Model, the strategy feasibility assessment, satisfaction assessment, and the National Early Childhood Development Center Standards Assessment. Data were analyzed using content analysis, and descriptive statistics, including percentage, frequency, mean, and standard deviation.

Results: Results showed that Loei Province had problems regarding lack of integration of continued and concreted cooperation among the 4 main ministries. Also, there was no strategy for integrating early childhood development according to the standards of the National Early Childhood Development Center. According to such standards, results of the development of early childhood development strategies consisted of 4 strategic issues as follows: 1) Development of Early Childhood Development Centers to be as a second home, nice to live, and nice to study to meet quality standards; 2) Teacher/child care worker development was essential for providing effective care, organizing learning experiences and playing for early childhood development, 3) Developing early childhood children for proper growth and development, and 4) Developing network partners to participate in early childhood development. Results of strategic assessment showed that there were high to the highest

likelihood on all issues. Also, level of satisfaction were at the most satisfied level in every aspect. Project activities had goals and objectives relevant to the solutions and missions of the 4 main ministries. Regarding the quality of model early childhood development centers, 9 out of 14 centers were reported at a very good level, and 5 were reported at a good level.

Conclusions: According to the National Standard for Early Childhood Care, strategies for integrating early childhood development in Loei province are possible and useful to development of early childhood in Loei province.

Implications: Subcommittee on the Promotion of Early Childhood Development at Provincial Level should determine and drive the early childhood development to be in the provincial development agenda under the framework of the integration of early childhood using the cooperation with 4 main ministries. The strategies derived from this study should be used as a guideline to concretely drive early childhood development at the provincial level.

Keywords: strategy, Integration, early childhood development, National Standard for Early Childhood Care

บทนำ

นานาชาติต่างให้ความสำคัญกับการพัฒนาเด็กปฐมวัย เพราะเด็กเป็นวัยเริ่มต้นของชีวิต เป็นช่วงวัยที่พัฒนาการด้านต่าง ๆ เป็นไปอย่างรวดเร็วที่สุดและเป็นรากฐานที่สำคัญสำหรับพัฒนาการในช่วงวัยต่อไป ดังคำกล่าวของ ศ.ดร.เจมส์ เจ เอกแมน นักเศรษฐศาสตร์รางวัลโนเบล ปี พ.ศ. 2542 กล่าวว่า “การลงทุนพัฒนาเด็กปฐมวัยเป็นการลงทุนที่คุ้มค่า ให้ผลตอบแทนแก่สังคมที่ดีที่สุดในระยะยาว”¹ ดังนั้น การพัฒนาเด็กปฐมวัยจึงเป็นรากฐานสำคัญที่มีผลต่อคุณภาพของคนตลอดชีวิตและเป็นการลงทุนที่คุ้มค่าที่สุดในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ของประเทศ

ประเทศไทยมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องในการสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาเด็กปฐมวัย ได้แก่ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 และแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ได้วางกรอบทิศทาง การขับเคลื่อนให้ประเทศไทยก้าวสู่ออนาคตที่พึงประสงค์ในปี พ.ศ. 2579 เพื่อบรรลุวิสัยทัศน์ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง 6 ด้าน หัวใจสำคัญหนึ่งในหกด้าน คือ การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคนให้มีคุณภาพ เป็นกำลังสำคัญในการพัฒนา

ประเทศ^{1,2} ปัจจุบันประเทศไทยมีเด็กปฐมวัยตั้งแต่แรกเกิดถึงอายุ 6 ปี มีพัฒนาการไม่สมวัยและภาวะทุพโภชนาการเป็นจำนวนมาก จากการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยกรมอนามัยด้วยแบบคัดกรองพัฒนาการ Denver II (Denver Developmental Screening Test II) จำนวน 6 ครั้ง เริ่มจาก ปี พ.ศ. 2542, 2547, 2550, 2553, 2557 และ 2560 พบเด็กปฐมวัยพัฒนาการไม่สมวัย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ร้อยละ 28.3, 28.0, 32.33, 29.71, 28 และ 32.5 ตามลำดับ พัฒนาการเด็กสมวัยของเด็กปฐมวัยไทยมีอัตราต่ำกว่าสถิติองค์การอนามัยโลกที่พบร้อยละ 80-85 ของเด็กปฐมวัยทั่วโลก³

จากการคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยจังหวัดเลย โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ด้วยคู่มือ ฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM) และรายงานด้านเด็กปฐมวัยจังหวัดเลย ปี พ.ศ. 2560-2562⁴ พบเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 6.52, 8.59 และ 17.05 ตามลำดับ เด็กปฐมวัยมีภาวะพอม ร้อยละ 7.75, 7.39 และ 7.74 ตามลำดับ (เกณฑ์เป้าหมายไม่ควรเกินร้อยละ 5) มีภาวะเตี้ย ร้อยละ 8.63, 13.69 และ 25.79 ตามลำดับ (เกณฑ์เป้าหมายไม่ควรเกินร้อยละ 10) มีภาวะอ้วน ร้อยละ

3.07, 10.32 และ 14.14 (เกณฑ์เป้าหมายไม่ควรเกินร้อยละ 10) เด็กมีความสูงตีสมส่วน ร้อยละ 49.15, 37.32 และ 48.43 (เกณฑ์เป้าหมายควรมากกว่าร้อยละ 60) ทารกแรกเกิดมีภาวะพร่องสารไอโอดีน ร้อยละ 14, 13.27 และ 16.36 ตามลำดับ (เกณฑ์เป้าหมายไม่ควรเกินร้อยละ 3) ซึ่งเด็กที่ขาดสารไอโอดีนจะมีระดับสติปัญญาต่ำกว่าเด็กที่ไม่ขาดสารไอโอดีน 6.9-10.2 จุด⁵ นอกจากนี้ในปี พ.ศ. 2563 จังหวัดเลยยังพบว่าทารกแรกเกิดถึงอายุ 1 ปี มีภาวะซีด ร้อยละ 25.93 ซึ่งเด็กที่มีภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็ก ถึงแม้ได้รับการรักษาแต่ก็ไม่สามารถช่วยให้ความสามารถทางสติปัญญากลับมาได้ดังเดิม⁶ จากข้อมูลดังที่กล่าวมา แสดงถึงภาวะทุพโภชนาการ และปัญหาพัฒนาการของเด็กปฐมวัย จังหวัดเลย ที่จะมีส่วนต่อการเรียนรู้และสติปัญญาของเด็ก นับเป็นวิกฤติร้ายแรงต่อการพัฒนาคุณภาพทรัพยากรมนุษย์ ประกอบกับสภาพสังคมปัจจุบันที่บิดามารดาและผู้ปกครองส่วนใหญ่มีความจำเป็นต้องพาเด็กปฐมวัยไปรับบริการการดูแลและพัฒนาในรูปแบบต่าง ๆ ที่มีคุณภาพแตกต่างกันมาก ระหว่างกลุ่มที่มีโอกาสกับกลุ่มด้อยโอกาส¹ ดังนั้น การพัฒนาคุณภาพของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย และการพัฒนาเด็กปฐมวัยให้เหมาะสมกับพัฒนาการของเด็ก จึงเป็นความจำเป็นเร่งด่วนทั้งจากมุมมองของการพัฒนาคุณภาพมนุษย์และการปฏิรูปการศึกษา ก่อนที่จะช้าเกินไป

ยุทธศาสตร์ เป็นแนวทางหรือวิธีการในการปฏิบัติให้สัมฤทธิ์ผลตามเป้าประสงค์ขององค์กร แผนยุทธศาสตร์ที่ดีนั้น จะต้องถูกกำหนดขึ้นตามวิสัยทัศน์ขององค์กร อันเป็นผลผลิตทางความคิดร่วมกันของสมาชิกในองค์กรที่ได้ทำงานร่วมกัน โดยวิสัยทัศน์นี้จะเป็นความคิดเห็นพ้องต้องกันว่าเป็นจุดหมายปลายทางที่องค์กรประสงค์จะไปให้ถึง⁷ จังหวัดเลย ยังไม่มียุทธศาสตร์การบูรณาการงานพัฒนาเด็กปฐมวัย ตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ ซึ่งการพัฒนาเด็กปฐมวัยนั้น เป็นภารกิจที่ยากลำบาก ทำหายและมีหลายปัจจัยที่เป็นอุปสรรค จำเป็นที่ 4 กระทรวงหลัก ประกอบด้วย กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงสาธารณสุข และทุกภาคส่วนที่ทำงานเกี่ยวข้องกับเด็กปฐมวัย ต้องผนึกกำลังพัฒนายุทธศาสตร์การบูรณาการงานพัฒนาเด็กปฐมวัย เพื่อใช้เป็นกลไกในการขับเคลื่อนการพัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดเลย

จากข้อมูลและเหตุผลดังกล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยพร้อมภาคีที่เกี่ยวข้อง จึงมีความเห็นร่วมกันว่าจำเป็นต้องพัฒนายุทธศาสตร์การบูรณาการงานพัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดเลย ตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ ผลจากการพัฒนาจะได้ยุทธศาสตร์การบูรณาการงานพัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดเลย ตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ ซึ่งสามารถใช้เป็นแนวทางในการกำหนดทิศทางการพัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดเลย ให้มีคุณภาพนำไปสู่การสร้างรากฐานที่แข็งแรงของพลเมืองคุณภาพต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดที่ใช้เป็นฐานในการวิจัย คือ 1) แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนายุทธศาสตร์ กระบวนการจัดทำยุทธศาสตร์ การศึกษาปัญหา ความต้องการในการพัฒนาด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ที่มีบทบาทในการดำเนินงานด้านเด็กปฐมวัย การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายในและภายนอกองค์กร วิเคราะห์จุดอ่อน จุดแข็ง โอกาส ภาวะคุกคาม ด้วย SWOT analysis เพื่อจัดทำยุทธศาสตร์ กำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ ประเด็นยุทธศาสตร์ เป้าประสงค์ และกลยุทธ์ ในการพัฒนาเด็กปฐมวัย 2) นำแนวคิดการมีส่วนร่วมมาใช้ในการศึกษาปัญหา ความต้องการในการพัฒนา ร่วมกับพิจารณาเลือกโครงการ ดำเนินกิจกรรม และการประเมินผลการใช้แผนยุทธศาสตร์ 3) นำแนวคิดการบูรณาการ มาใช้ในการดำเนินงานด้านเด็กปฐมวัยร่วมกับ 4 กระทรวงหลัก แบบไม่แยกส่วน ใช้บุคลากรและงบประมาณร่วมกันในการดำเนินงานพัฒนาเด็กปฐมวัยตามแผนยุทธศาสตร์ที่พัฒนาขึ้น 4) นำแนวคิดเกี่ยวกับการเจริญเติบโต พัฒนาการและการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัย เป็นพื้นฐานในการจัดกิจกรรมพัฒนาเด็กปฐมวัยที่ต้องสอดคล้องกับพัฒนาการและการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัย 5) นำมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ มาเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาเด็กและสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยให้ได้มาตรฐาน ประกอบด้วย การบริหารจัดการสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย การดูแลและจัดประสบการณ์การเรียนรู้ การเล่นเพื่อพัฒนาเด็กปฐมวัย และด้านคุณภาพเด็กปฐมวัย 6) นำแนวคิดการประเมินผลยุทธศาสตร์ มาใช้เพื่อประเมินความเป็นไปได้ของยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย ด้านอรรถประโยชน์ (Utility Standard) ด้านความเหมาะสม (Suitability) ด้านความ

เป็นไปได้ (Feasibility) ด้านการยอมรับได้ (Acceptability) และประเมินความพึงพอใจต่อยุทธศาสตร์ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 7) ใช้แนวคิดและโมเดลชิปของสตัฟเฟิลบีมในการประเมินโครงการ (Stufflebeam's CIPP Model)⁸ เป็นการประเมินสถานะแวดล้อม (Context evaluation) ซึ่งประเมินเกี่ยวกับหลักการและเหตุผลของโครงการ วัตถุประสงค์ เป้าหมาย รวมทั้งพันธกิจของหน่วยงานที่รับผิดชอบโครงการ การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input evaluation) เป็นการประเมินความเหมาะสมเพียงพอของทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินโครงการ ได้แก่ งบประมาณ บุคลากร วัสดุอุปกรณ์ เวลา เทคโนโลยี และวิธีการจัดการ การประเมินกระบวนการ (Process evaluation) ได้แก่ การประเมินเกี่ยวกับการดำเนินงานตามแผนและช่วงเวลาที่กำหนด การจัดกิจกรรมครบถ้วนตามแผน และการประเมินผลผลิต (Product evaluation) เป็นการประเมินเกี่ยวกับผลที่เกิดขึ้น หลังจากได้ดำเนินโครงการแล้ว เมื่อเปรียบเทียบผลผลิตกับวัตถุประสงค์ โครงการจะแสดงถึงประสิทธิผลของการดำเนินโครงการ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป: เพื่อพัฒนายุทธศาสตร์การบูรณาการงานพัฒนาเด็กปฐมวัยจังหวัดเลย ตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ
2. วัตถุประสงค์เฉพาะ
 - 2.1 เพื่อศึกษาปัญหาในการบูรณาการงานพัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดเลย
 - 2.2 เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนายุทธศาสตร์การบูรณาการงานพัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดเลย ตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ
 - 2.3 เพื่อศึกษาผลการนำแผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติและประเมินผลการใช้แผนยุทธศาสตร์

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา แบ่งการวิจัยเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาปัญหาในการบูรณาการงานพัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดเลย ใช้การศึกษาเชิงวิเคราะห์เอกสาร (Documentary Analysis) และการสัมภาษณ์เชิงลึก

(In-depth interview) ผู้วิจัยเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเจาะจง ซึ่งเป็นผู้มีความรู้ ความเชี่ยวชาญด้านการดูแลพัฒนาเด็กปฐมวัย และเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ประกอบด้วย รองผู้ว่าราชการจังหวัดเลย นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเลย พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเลย ศึกษาธิการจังหวัดเลย ท้องถิ่นจังหวัดเลย ผู้รับผิดชอบงานเด็กปฐมวัยจาก 4 กระทรวง นายกเทศมนตรี นายกองค์การบริหารส่วนตำบล หรือ ปลัด หัวหน้ากองการศึกษา และครู/พี่เลี้ยง สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยในจังหวัดเลยจำนวน 10 คน

ระยะที่ 2 การพัฒนายุทธศาสตร์การบูรณาการงานพัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดเลย ตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ ใช้วิธีการจัดเวทีการประชุมระดมความคิดเห็นแบบมีส่วนร่วม ผู้วิจัยเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเจาะจง ซึ่งเป็นผู้มีความรู้ ความเชี่ยวชาญด้านการดูแลพัฒนาเด็กปฐมวัย และเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ประกอบด้วย คณะอนุกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด ผู้แทนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย ผู้แทนสำนักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเลย ผู้แทนศึกษาธิการจังหวัดเลย ผู้แทนสำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดเลย ผู้แทนสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาเลย ผู้แทนสำนักงานสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานจังหวัดเลย ผู้แทนสำนักงานแรงงานจังหวัดเลย ผู้แทนศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดเลย ผู้แทนบ้านพักเด็กและครอบครัวจังหวัดเลย ครู/พี่เลี้ยง สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ในจังหวัดเลย จำนวน 30 คน

ระยะที่ 3 การนำแผนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ ในกระบวนการนี้เน้นการมีส่วนร่วม โดยการนำแผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ ด้วยกระบวนการ PDCA ดำเนินโครงการที่ผ่านการคัดเลือกตามการพิจารณาของคณะอนุกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด ผู้รับผิดชอบงานด้านเด็กปฐมวัยจาก 4 กระทรวงหลัก ในแต่ละประเด็นยุทธศาสตร์ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย โดยดำเนินกิจกรรมในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยทุกอำเภอของจังหวัดเลย จำนวน 14 อำเภอ ๆ ละ 1 แห่ง ใช้การลงมือปฏิบัติจริง (Action learning) และการสังเกตอย่างมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรม เป็นเวลา 4 เดือน

ระยะที่ 4 การประเมินผลการนำแผนยุทธศาสตร์ไปปฏิบัติ กลุ่มเป้าหมายในการประเมินความเป็นไปได้ของยุทธศาสตร์และความพึงพอใจต่อยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย คณะอนุกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด ผู้แทนจาก 4 กระทรวงหลัก และครู/พี่เลี้ยงสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1) ประเด็นสัมภาษณ์เชิงลึก 2) ประเด็นประชุมระดมความคิดเห็น 3) แบบประเมินความเป็นไปได้ของยุทธศาสตร์ 4) แบบประเมินความพึงพอใจต่อยุทธศาสตร์ 5) แบบสรุปการประเมินยุทธศาสตร์ตามแนวคิด CIPP Model 6) แบบบันทึกการประเมินมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ

ผู้วิจัยสร้างข้อคำถามในเครื่องมือที่ 1- 2 และนำข้อคำถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน พิจารณาเพื่อหาคอบคลุมเรื่องที่ต้องการศึกษา มีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) แบบประเมินที่ 3-5 ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญด้านเด็กปฐมวัย 3 ท่าน จากสังกัดกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงสาธารณสุข โดยผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบโครงสร้างและความครอบคลุมคำถาม ความสอดคล้อง (IOC) มากกว่า 0.50 ทุกข้อ ส่วนเครื่องมือที่ 6 ผู้วิจัยนำแบบประเมินที่สร้างขึ้นโดยคณะจัดทำมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติมาใช้

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย เลขที่ ECLOEI63022

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ดำเนินการตามขั้นตอนการวิจัย ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2564 เป็นเวลา 6 เดือน โดยเริ่มจากการศึกษาปัญหาการบูรณาการงานพัฒนาเด็กปฐมวัยจังหวัดเลย ใช้การศึกษาเชิงวิเคราะห์เอกสาร และการสัมภาษณ์เชิงลึก การพัฒนายุทธศาสตร์ ใช้วิธีการจัดเวทีการประชุมระดมความคิดเห็นแบบมีส่วนร่วม การนำยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ กระบวนการนี้เน้นการมีส่วนร่วมโดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ และการประเมินผลการใช้ยุทธศาสตร์เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา อธิบาย ตีความ สร้างข้อสรุปจากการสัมภาษณ์เจาะลึก และจากการประชุมระดมความคิดเห็นแบบมีส่วนร่วม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ประกอบด้วย ร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. ผลการวิจัยปัญหาในการบูรณาการงานพัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดเลย ประกอบด้วย

1.1 จังหวัดเลย มีแนวโน้มการเกิดของทารก ลดลง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558-2562 มีจำนวนเด็กเกิด 6,171 5,968 6,094 5,698 และ 5,258 คน ตามลำดับ

1.2 จังหวัดเลย พบเด็กปฐมวัยที่สงสัยพัฒนาการล่าช้าเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 8.59 ในปีงบประมาณ 2561 ร้อยละ 17.05 ในปีงบประมาณ 2562 เป็นร้อยละ 21.97 ในปีงบประมาณ 2563 แต่เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือ TEDA4I (Thai Early Developmental Assessment for Intervention: คู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ) ร้อยละ 35.15 ซึ่งต่ำกว่าภาพรวมของประเทศ 56.80 ทำให้เด็กขาดโอกาสในการกระตุ้นพัฒนาการให้สมวัย ซึ่งเกณฑ์ของประเทศไทยกำหนดว่าเด็กที่พัฒนาการล่าช้าต้องได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือ TEDA4I ร้อยละ 100

1.3 เด็กปฐมวัยจังหวัดเลย มีปัญหาโภชนาการ มีเด็กที่มีความสูงตีสัดส่วนต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่ประเทศกำหนด และยังมีภาวะเตี้ย ผอม เกินเกณฑ์เป้าหมายของประเทศ เด็กที่มีความสูงตีสัดส่วน ร้อยละ 47.10 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายของประเทศ คือร้อยละ 60

1.4 จังหวัดเลย มีปัญหาด้านการบูรณาการความร่วมมือที่ยังไม่เป็นรูปธรรมและต่อเนื่องของ 4 กระทรวงหลัก แต่ละกระทรวงดำเนินงานตามแผนงาน โครงการของตน ไม่ได้นำกิจกรรมมาบูรณาการและดำเนินการร่วมกัน จังหวัดเลย ยังไม่มีการชี้แจงผู้เกี่ยวข้องให้เข้าใจและประเมินตนเองเพื่อพัฒนาตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ ฉบับ พ.ศ. 2562 และยังไม่มียุทธศาสตร์การบูรณาการงานพัฒนาเด็กปฐมวัยตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ

2. ผลการพัฒนาศาสตร์การบูรณาการงานพัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดเลย ตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ

ผลการพัฒนาได้กำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ ประเด็นยุทธศาสตร์ แผนงาน โครงการ/กิจกรรม ซึ่งยุทธศาสตร์ประกอบด้วย **ยุทธศาสตร์ที่ 1** การพัฒนาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยจังหวัดเลย เสมือนบ้านหลังที่สอง น่ายุ น่ายเรียน ให้มีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน ดำเนินโครงการพัฒนาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยต้นแบบ “เด็กเมืองเลย กินดี เล่นได้ สูงใหญ่ IQ ดี” **ยุทธศาสตร์ที่ 2** การพัฒนาครู/ผู้ดูแลเด็ก ให้มีศักยภาพในการดูแล จัดประสบการณ์การเรียนรู้ และการเล่นเพื่อพัฒนาเด็กปฐมวัย มีกิจกรรมดังนี้ 1) โครงการพัฒนาความรู้และทักษะครู/ผู้ดูแลเด็กในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยคู่มือ DSPM (Developmental Surveillance and Promotion Manual) กิจกรรมนี้ผู้วิจัยได้ลงพื้นที่ทุกอำเภอ เพื่อจัดอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาครู/ผู้ดูแลเด็กและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้มีศักยภาพในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้วย DSPM และให้ครู/ผู้ดูแลเด็ก กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้มีการประสานงาน ค้นข้อมูล การติดตาม กระตุ้นพัฒนาการในเด็กที่สงสัยล่าช้าร่วมกัน 2) โครงการส่งเสริมและเฝ้าระวังภาวะโภชนาการเด็กให้เหมาะสมกับวัย กิจกรรมประกอบด้วย การให้ความรู้ครู/ผู้ดูแลเด็กเกี่ยวกับการส่งเสริมโภชนาการในเด็กปฐมวัย และการดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน การพัฒนาระบบข้อมูลด้านโภชนาการ เพื่อให้ครู/ผู้ดูแลเด็ก และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถบันทึกข้อมูลภาวะโภชนาการ พัฒนาการ สามารถประเมินติดตามภาวะโภชนาการและพัฒนาการเด็กปฐมวัยได้เป็นรายบุคคล และสะดวกในการรายงานข้อมูล โดยนำระบบข้อมูลสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย (สพด.) จังหวัดเลย มาใช้ ซึ่งเป็นโปรแกรมการบันทึกที่กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพและกลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย พัฒนาขึ้น 3) โครงการอบรมพัฒนาศักยภาพผู้อำนวยการเล่น (Play Worker) ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย กิจกรรมประกอบด้วย การอบรมครู/ผู้ดูแลเด็ก สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยต้นแบบ ทุกอำเภอ อำเภอละ 1 แห่ง จำนวน 14 แห่ง อย่างน้อยแห่งละ 1 คน เกี่ยวกับการพัฒนาทักษะผู้อำนวยการเล่น (Play Worker) เด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก **ยุทธศาสตร์ที่ 3** การพัฒนาเด็กปฐมวัยให้มีการ

เจริญเติบโตและพัฒนาศักยภาพ ดำเนินโครงการพัฒนาความรู้และทักษะบุคลากรด้านอนามัยแม่และเด็ก ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยคู่มือ DSPM และส่งเสริม เฝ้าระวังภาวะโภชนาการเด็กให้เหมาะสมกับวัย **ยุทธศาสตร์ที่ 4** การพัฒนาภาคีเครือข่ายให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาเด็กปฐมวัย ดำเนินโครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของอปท./ชุมชน ในการพัฒนาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ด้วยงบกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

3. ผลการนำแผนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติและประเมินผลการใช้ยุทธศาสตร์

3.1 ผลการประเมินความเป็นไปได้ของยุทธศาสตร์การบูรณาการงานพัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดเลย ตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ พบว่า ระดับการประเมินความเป็นไปได้ของยุทธศาสตร์การบูรณาการงานพัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดเลย ตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ ด้าน 1) ด้านอรรถประโยชน์ (Utility Standard) 2) ด้านความเหมาะสม (Suitability) 3) ด้านความเป็นไปได้ (Feasibility) และ 4) ด้านการยอมรับได้ (Acceptability) มีความเป็นไปได้ในระดับมากถึงมากที่สุดทุกประเด็นยุทธศาสตร์

3.2 ผลการประเมินความพึงพอใจต่อยุทธศาสตร์การบูรณาการงานพัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดเลย ตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ พบว่า ระดับความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้เกี่ยวข้องในการพัฒนาเด็กปฐมวัย มีความพึงพอใจมากที่สุดทุกประเด็น

3.3 ผลการประเมินยุทธศาสตร์ตาม CIPP Model และผลที่ได้รับจากการนำแผนยุทธศาสตร์การบูรณาการงานพัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดเลย ตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติไปสู่การปฏิบัติ ประกอบด้วย ครู/ผู้ดูแลเด็กและผู้บริหารสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย มีความรู้ความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญในการพัฒนาเด็กปฐมวัย และพัฒนาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยให้ได้มาตรฐานได้สื่อโปสเตอร์ด้านโภชนาการ และคู่มือแนวทางการดำเนินโครงการพัฒนาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยต้นแบบ “เด็กเมืองเลย กินดี เล่นได้ สูงใหญ่ IQ ดี” ได้คู่มือผู้อำนวยการเล่น (Play worker) เด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก ได้คู่มือเล่นเปลี่ยนโลกสำหรับสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ได้นวัตกรรมใหม่ คือ โปรแกรมระบบ

ข้อมูลสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย (สพด.) จังหวัดเลย ตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ และคู่มือการใช้โปรแกรม ได้ร่างโครงการสำหรับจัดทำแผนและโครงการพัฒนาการเด็กปฐมวัยในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย โดยใช้งบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยต้นแบบ ได้รับการอนุมัติงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เพื่อพัฒนาเด็กและสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย เกิดเครือข่ายผู้เกี่ยวข้องในการพัฒนาเด็กปฐมวัย และพัฒนาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด และระดับเขตสุขภาพ มีกลุ่มไลน์ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานพัฒนาเด็กปฐมวัย การประสานบูรณาการงานระหว่าง 4 กระทรวง

3.4 ผลการประเมินตนเองของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยต้นแบบตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ พบว่า ค่าเฉลี่ยร้อยละของการประเมินตนเองของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยต้นแบบตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติภาพรวม ค่าเฉลี่ยร้อยละของมาตรฐานด้านที่ 2 ครู/ผู้ดูแลเด็กให้การดูแล และจัดประสบการณ์การเรียนรู้และการเล่นเพื่อพัฒนาเด็กปฐมวัย มีค่ามากที่สุด ร้อยละ 90.31 รองลงมา คือมาตรฐานด้านที่ 1 การบริหารจัดการสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ร้อยละ 88.23 มาตรฐานด้านที่ 3 คุณภาพของเด็กปฐมวัย สำหรับเด็กอายุ 3 ปี-อายุ 6 ปี (ก่อนเข้าประถมศึกษาปีที่ 1) ร้อยละ 77.37 และมาตรฐานด้านที่ 3ก คุณภาพของเด็กปฐมวัย สำหรับเด็กแรกเกิด-อายุ 2 ปี ร้อยละ 76.72 ตามลำดับ สรุปผลการประเมินตนเองของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยต้นแบบตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ จำแนกตามอำเภอและมาตรฐาน พบว่า สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยต้นแบบมีคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 80 ขึ้นไป และไม่มีจำนวนข้อที่ต้องปรับปรุง ระดับคุณภาพ A ดีมาก จำนวน 9 แห่ง สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยต้นแบบมีคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 60 ขึ้นไป และมีจำนวนข้อที่ต้องปรับปรุง 1-7 ข้อ ระดับคุณภาพ B จำนวน 5 แห่ง

อภิปรายผล

1. ผลการวิจัย พบว่า 1) จังหวัดเลย มีแนวโน้มการเกิดของทารกคลอด สอดคล้องกับสำนักอนามัยเจริญพันธุ์ กรมอนามัย⁹ พบว่า การเกิดมีจำนวนน้อยลง ที่เกี่ยวข้องกับ

ปัจจัยต่าง ๆ อาทิ ประชากรวัยแรงงานมีแนวโน้มใช้ชีวิตอยู่เป็นโสดมากขึ้น แต่งงานช้าลง ชะลอการมีบุตร มีบุตรจำนวนน้อยเพียงหนึ่งหรือสองคนหรือไม่มีบุตรเลย ซึ่งนอกจากปัญหาจำนวนการเกิดแล้ว ยังประสบกับปัญหาคุณภาพการเกิดและการเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัยด้วย โดยอาจกล่าวได้ว่าประเทศไทยกำลังเผชิญปัญหาเด็กเกิดน้อย ด้อยคุณภาพ สิ่งที่มาคือ คนวัยทำงานลดน้อยลง จนไม่เพียงพอ ส่งผลให้อัตราการเติบโตของจีดีพีลดลงต้องพึ่งพาแรงงานข้ามชาติมากขึ้น¹⁰ 2) จังหวัดเลย พบเด็กปฐมวัยที่เสี่ยงพัฒนาการล่าช้าเพิ่มขึ้นร้อยละ 21.97 ในปีงบประมาณ 2563 แต่เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือ TEDA4I ร้อยละ 35.15¹¹ ศึกษาผลของโปรแกรม TEDA4I ในเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้าในจังหวัดกาญจนบุรี พบว่า TEDA4I ช่วยให้เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า มีพัฒนาการดีขึ้น ร้อยละ 51.70 ดังนั้น จังหวัดเลย ต้องเร่งรัดการดำเนินการติดตามเด็กพัฒนาการล่าช้าให้ได้รับการดูแล กระตุ้นพัฒนาการให้มีพัฒนาการที่สมวัย หรือได้รับการดูแลส่งต่อการรักษาในลำดับที่สูงขึ้น 3) เด็กปฐมวัยจังหวัดเลย มีปัญหาโภชนาการ มีเด็กที่มีความสูงตมส่วนต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่ประเทศกำหนด และยังมีภาวะเตี้ย ผอม เกินเกณฑ์เป้าหมายของประเทศ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข¹² ชี้ว่าโภชนาการของเด็กมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย ภาวะโภชนาการที่ดีเป็นรากฐานสำคัญของการมีสุขภาพดีตลอดชีวิต โดยเฉพาะช่วงที่มีการเจริญเติบโตตั้งแต่ในครรภ์มารดาจนถึงเด็กอายุ 5 ปี ดังนั้น จังหวัดเลย จึงต้องส่งเสริมให้เด็กปฐมวัยได้รับอาหารที่เหมาะสมตามวัย จัดบริการให้เด็กได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก และมีการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการ สุขภาพช่องปากและพัฒนาการ พัฒนฐานข้อมูลและโปรแกรมการบันทึกข้อมูลสุขภาพเด็กปฐมวัย เพื่อเฝ้าระวังและติดตามการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพร่วมกันระหว่าง 4 กระทรวงหลัก 4) จังหวัดเลย มีปัญหาด้านการบูรณาการความร่วมมือที่ยังไม่เป็นรูปธรรม และต่อเนื่องของ 4 กระทรวงหลัก แต่ละกระทรวงดำเนินงานตามแผนงาน โครงการของตน ไม่ได้นำกิจกรรมมาบูรณาการและดำเนินการร่วมกัน จำเป็นที่ 4 กระทรวงหลัก และทุกภาคส่วนที่ทำงานเกี่ยวข้องกับเด็กปฐมวัย ต้องผนึกกำลังจัดทำยุทธศาสตร์เพื่อการพัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดเลย ตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ

2. ยุทธศาสตร์การบูรณาการงานพัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดเลย ตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ ตามความร่วมมือของ 4 กระทรวงหลัก ที่ได้นำได้มาจากความคิดเห็นของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่าย ซึ่งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์และนโยบายที่เกี่ยวข้องด้านเด็กปฐมวัย ได้แก่ **รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560** มาตรา 54 วรรคสอง กำหนดว่า รัฐต้องดำเนินการให้เด็กเล็กได้รับการดูแลและพัฒนา ก่อนเข้ารับการศึกษา เพื่อพัฒนาร่างกาย จิตใจ วินัย อารมณ์ สังคม และสติปัญญาให้สมกับวัย โดยส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคเอกชนเข้ามีส่วนร่วมในการดำเนินการด้วย¹³ **ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579)** ในยุทธศาสตร์การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ กำหนดให้มีการพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต โดยมุ่งเน้นการพัฒนาคนเชิงคุณภาพในทุกช่วงวัย เพื่อสร้างทรัพยากรมนุษย์ที่มีศักยภาพ ทั้งนี้ในช่วงเด็กปฐมวัย เน้นการส่งเสริมการให้สารอาหารที่จำเป็นต่อสมองเด็ก และให้มีการลงทุนเพื่อการพัฒนาเด็กปฐมวัยให้มีพัฒนาการที่สมวัยในทุกด้าน¹⁴ **แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560-2564** มีจุดเน้นการพัฒนาคนที่สำคัญ ที่เกี่ยวกับเด็กปฐมวัย คือ การพัฒนากลุ่มเด็กปฐมวัยให้มีสุขภาพกายและใจที่ดี มีทักษะทางสมอง ทักษะการเรียนรู้ ทักษะชีวิตและทักษะทางสังคม เพื่อให้เติบโตอย่างมีคุณภาพ พระราชบัญญัติการพัฒนาเด็กปฐมวัย พ.ศ. 2562¹⁵ ตามมาตรา 23 เกี่ยวกับการผลิตครูหรือพัฒนาครูด้านการพัฒนาเด็กปฐมวัย ให้สถาบันอุดมศึกษาจัดให้มีการเรียนการสอนเพื่อเสริมสร้างจิตวิญญาณของความเป็นครู และความสามารถในการจัดการเรียนการสอนเพื่อดูแลและพัฒนาเด็กปฐมวัยตามหลักการและปรัชญาของการพัฒนาเด็กปฐมวัย และให้หน่วยงานที่ทำหน้าที่พัฒนาผู้ดูแลเด็กปฐมวัยจัดการเรียนการสอนเพื่อเสริมสร้างจิตวิญญาณของความเป็นผู้ดูแลเด็ก และความสามารถในการดูแลเด็กปฐมวัยตามหลักการพัฒนาเด็กปฐมวัย

3. ผลการประเมินความเป็นไปได้ของยุทธศาสตร์และความพึงพอใจต่อยุทธศาสตร์การบูรณาการงานพัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดเลย ตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ อยู่ระดับมาก ถึงมากที่สุดทุกประเด็น อาจสืบเนื่องจากการในการศึกษาครั้งนี้ นำแนวคิดการมีส่วนร่วมมาใช้ โดยเปิด

โอกาสให้ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลเด็กปฐมวัย เข้ามามีบทบาทหรือมีส่วนร่วมในการค้นหาสภาพปัญหา ความต้องการในการพัฒนาเด็กและสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ร่วมพิจารณากำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ ประเด็นยุทธศาสตร์ กลยุทธ์/แนวทางการพัฒนา เลือกโครงการ/กิจกรรม และมีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการ/กิจกรรม รวมถึงการประเมินผลการใช้แผนยุทธศาสตร์ สอดคล้องกับแนวคิดของ ถวิลวดี บุรีกุล¹⁶ ได้กล่าวว่า กระบวนการซึ่งประชาชนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้มีโอกาสแสดงทัศนะ และเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ที่มีผลต่อชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชน รวมถึงการนำความคิดเห็นไปประกอบการพิจารณากำหนดนโยบายและตัดสินใจ เป็นการสร้างฉันทามติและทำให้ง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ และมีความสอดคล้องกับการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับยุทธศาสตร์ที่ผ่านมา ซึ่งประมวลได้ว่า การกำหนดยุทธศาสตร์ต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย นอกจากนั้นจำเป็นต้องมีการประเมินความเป็นไปได้ ประเมินผลการปฏิบัติงานตามยุทธศาสตร์ เพื่อนำผลที่ได้มาปรับปรุงพัฒนา¹⁷⁻²⁵

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

คณะอนุกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กปฐมวัย ระดับจังหวัด ควรนำยุทธศาสตร์ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการขับเคลื่อนการพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับจังหวัดให้เป็นรูปธรรม และควรกำหนดการขับเคลื่อนการพัฒนาเด็กปฐมวัย เป็นวาระการพัฒนาของจังหวัด ภายใต้กรอบการบูรณาการความร่วมมือกลุ่มเด็กปฐมวัย 4 กระทรวงหลัก

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรศึกษา ติดตามผลการนำยุทธศาสตร์การบูรณาการงานพัฒนาเด็กปฐมวัยสู่การปฏิบัติในระยะยาว พร้อมทั้งบอกเล่าถึงปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานของหน่วยงาน รวมถึงปัจจัยแห่งความสำเร็จในการนำยุทธศาสตร์การบูรณาการงานพัฒนาเด็กปฐมวัยสู่การปฏิบัติอย่างทั่วถึงและยั่งยืน

2. ควรมีการวิจัยต่อยอดเกี่ยวกับการวิจัยและพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมและแก้ไขปัญหาคัดพัฒนาการล่าช้า และแก้ไขปัญหาคัดที่มีภาวะทุพโภชนาการแบบครบวงจร

References

1. Office of the Education Council. National Standard for Early Childhood Care, Development and Education Thailand. Bangkok: Early Childhood Education Development Group Bureau of Educational Standards and Learning Development, Office of the Education Council Secretariat Ministry of Education; 2019. (in Thai)
2. Ministry of Public Health. Strategic Plan, Ministry of Public Health Fiscal Year 2019 under the 20-year National Strategic Plan (Public Health). Nonthaburi: Strategy and Planning Division Ministry of Public Health; 2019. (in Thai)
3. Ministry of Public Health. The Study of Factors Affecting the Development of Thai Early Childhood Children No. 6 2017. Nonthaburi: CG Tool Co., Ltd; 2018. (in Thai)
4. Ministry of Public Health. Health data center [Internet]. 2020 [cited 2020 January 10]. Available from www.lo.moph.go.th
5. Bougma K, Abound F E, Harding K B, Marquis G S. Iodine and Mental Development of children 5 years Old and Under: A Systematic Review and Meta-Analysis [Internet]. 2013 [cited 2020 May 14]. Available from <https://www.mdpi.com/2072-6643/5/4/1384>
6. Wang B, Zhan S, Gong T Lee L. Iron therapy for improving physical and intellectual development in children under the age of three who are anemic due to a lack of iron [Internet]. 2013. [cited 2020 May 14]. Available from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23744449/>
7. Buriphakdi C, editor. Community Research Course. Nonthaburi: S.R. Printing Factory Mass Products; 2002. (in Thai)
8. Stufflebeam, D. L., Madam, C. F., Kellaghan, T. (eds.). The CIPP model for evaluation in Evaluation model. [Internet]. 2000. [cited 2020 June 16]. Available from <https://avys.omu.edu.tr/app/public/ismailgelen>
9. Ministry of Public Health. Action plans under development policies and strategies National Reproductive Health No. 2 (2017-2026) on Promote quality birth and growth. Bangkok: Cooperative rally Agriculture of Thailand Co., Ltd; 2017. (in Thai)
10. Sitthisamarn S. Babies are born less, need to increase quality, not quantity [Internet]. 2021 [cited 2021 June 12]. Available from <https://mgronline.com/qol/detail/9640000015703>. (in Thai)
11. Kumraksa N., Deangsuk R., Chantayotha T. Effect of TEDA4I on child development of children with delay development in Kanchanaburi Province. Rajanukul Institute Journal 2018, 33(1):19-29. (in Thai)
12. Ministry of Public Health. The situation of early childhood development in Thailand. Chonburi: Bangsaen printing; 2015. (in Thai)
13. Office of the Secretariat of the House of Representatives. Education provisions under the Constitution of the Kingdom of Thailand 2017 [Internet]. 2019 [cited 2020 May 12]. Available from https://library2.parliament.go.th/ejournal/content_af/2561/mar2561-3.pdf. (in Thai)

14. Ministry of Public Health. Five-year national nutrition action plan 2019-2023 [Internet]. 2019 [cited 2020 January 10]. Available from <http://bit.ly/2ITYuwh>. (in Thai)
15. “Early Child Development Act, B.E. 2562”. (30 April 2019). Government Gazette. Volume 136, chapter 56a, pages 5-16. (in Thai)
16. Burikul T. Participation Concepts, theories and processes. Bangkok: Phra Nakhon Commercial Company Limited; 2005. (in Thai)
17. Chosoongnoen N., Worakitkasemsakul S., Chidmongkol R., Ruamkid W. The development of experiential learning management strategy emphasizing on inquiry to enhance reasoning thinking and knowledge acquisition abilities of preschool children. Graduate study journal. 2013; 10(51): 53-66. (in Thai)
18. Suksaen B., Saenphot K., Naen Udon P., Pengchan T. Development Strategies of Management system for Early Childhood Center Under Local Administrative Organization. Journal of Graduate Studies, Humanities social science. 2014; 3(1): 27-46. (in Thai)
19. Sankwan C., Yavirat P. The Strategies for Administration and Management of Small-Size Education Institutions in Future Scenario (B.E. 2556 -2565) In the Upper Northern part of Thailand Under the Office of Basic Education Commission. Ratchaphruek Journal. 2014; 12(2): 45-53. (in Thai)
20. Sitthithanakarn K. Development Strategies for Administrators in Basic Education Institutions for Education Management to ASEAN Community. Suthiparithat. 2016; 30(95):176-85. (in Thai)
21. Suthon C. Strategies to Promote Learning of School Children in Loei Primary Education Office Area 3 by Integrating the Life insurance Business in Loei Province [doctoral’s dissertation]. Loei: Loei Rajabhat University; 2018. (in Thai)
22. Pornthip C. The Development Strategies of Lao Women’s in Lao People’s Democratic Republic [doctoral’s dissertation]. Loei: Loei Rajabhat University; 2018. (in Thai)
23. Wedsaphong W. Strategy for economic development in Sai Fong City Vientiane Lao People’s Democratic Republic [doctoral’s dissertation]. Loei: Loei Rajabhat University; 2018. (in Thai)
24. Amornthaweesin A. The development of strategy for quality of life of the aging in Loei province [doctoral’s dissertation]. Loei: Loei Rajabhat University; 2018. (in Thai)
25. Sopa K., Wetcha P. Development of strategies for educational quality assurance of kindergarten schools, Pa hung sub-district administration, Chiangrai province. Journal of Graduate School. 2021; 18(81): 53-61. (in Thai)

บทความวิจัย

การวิจัยและพัฒนารูปแบบการสอนโดยใช้การเรียนรู้แบบทีมเป็นฐาน และระบบการเรียนรู้เชิงวิชาชีพเพื่อเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาล ของนักศึกษาพยาบาล

Research and Development of Instructional Model using Team-based Learning,
with the use of Professional Learning Community
enhancing Nursing Students' Problem-solving Skills in Nursing

Received: Feb 28, 2022

Revised: Apr 3, 2022

Accepted: Jun 8, 2022

กรรทอง ออมสิน พย.ม. (Krongthong Aomsin, M.N.S.)¹

พัชรวิ วัฒนชัย พย.ม. (Patcharee Watthanachai, M.N.S.)²

บทคัดย่อ

บทนำ: การจัดการเรียนรู้เพื่อผลิตพยาบาลควรเป็นแบบเชิงรุกเพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ที่แท้จริง นำไปสู่ความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลได้ในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการสอนเพื่อเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลสำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์

ระเบียบวิธีวิจัย: เป็นการวิจัยและพัฒนา 3 ระยะตามแนวคิดชุมชนการเรียนรู้เชิงวิชาชีพและการจัดการเรียนรู้แบบทีมเป็นฐาน ประกอบด้วย 1) วิเคราะห์สถานการณ์ 2) พัฒนาและดำเนินการทดลอง และ 3) ประเมินรูปแบบ เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง คือ อาจารย์พยาบาลเด็ก 3 คน และนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ 161 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสังเกตและแบบบันทึกผลการจัดการเรียนการสอน แนวคำถามสนทนากลุ่มแบบประเมินผลการจัดการเรียนการสอน แผนการจัดการเรียนรู้แบบทดสอบผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ แบบประเมินความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอน แบบทดสอบทักษะการแก้ปัญหา วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงบรรยาย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาอย่างง่าย และสถิติการทดสอบ Paired t-test

ผลการวิจัย: 1.รูปแบบการสอนฯ มี 4 องค์ประกอบ คือ 1) แนวคิดสำคัญ 2) วัตถุประสงค์ 3) กระบวนการเรียนการสอน และ 4) การประเมินผล 2.ผลของการใช้รูปแบบการสอนฯ พบว่า ผู้เรียนมีทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลหลังการใช้รูปแบบการสอนฯ ดีวก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-13.05$, $p<.000$) และมีความพึงพอใจต่อการเรียนรู้ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.39$, $SD = .62$)

ได้รับทุนสนับสนุนจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ

^{1,2}วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

¹Corresponding author E-mail: Krongthong.a@bcn.ac.th

²E-mail: Patcharee.w@bcn.ac.th

Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute, Ministry of Public Health, Bangkok, Thailand.

สรุปผล: รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถช่วยให้นักศึกษามีทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ: รูปแบบการสอนนี้เหมาะกับการจัดการเรียนการสอนในชั้นเรียนและบรรยากาศส่งเสริมต่อการเรียนรู้แบบกลุ่ม

คำสำคัญ: รูปแบบการสอน ชุมชนการเรียนรู้เชิงวิชาชีพ การเรียนรู้แบบทีมเป็นฐาน ทักษะการแก้ปัญหา

Abstract

Introduction: Learning management to produce nurses should be an active learning management for students to achieve real learning. This will lead to the ability to solve nursing problems in the future.

Research objectives: This study aimed to develop and evaluate the instructional model to enhance nursing students' problem-solving skills in nursing.

Research methodology: The study used a research and development (R&D) design. Based on a professional learning community and team-based learning, there were 3 steps including: 1) situational analysis, 2) development and implementation, and 3) evaluation of the instructional model. A purposive sampling method was used to select participants including 3 pediatric nursing instructors and 161 third-year nursing students, Boromajonani College of Nursing Bangkok. Data were collected using a teaching and learning observation; learning outcome form; focus group interview guide for data collection tools; lesson plan of instructional model for enhancing nursing students' problem-solving skills in nursing for prototype tool; and test of problem-solving skills in nursing; and achievement assessment test for outcome measuring tools. Data were analyzed using descriptive statistics, content analysis and paired t-test.

Results: Findings were as follows. The instructional model using team-based learning and professional learning community on nursing students' problem-solving skills in nursing included 4 components including 1) key concepts, 2) objectives, 3) teaching and learning process, and 4) evaluation. The effects of using instructional model showed that at follow-up, nursing students' problem-solving skill score was statistically significantly higher than at baseline ($t=-13.05$, $p<.001$). Moreover, nursing students' satisfaction score on instructional model was at a high level ($\bar{X} = 4.39$, $SD = .62$).

Conclusions: The instructional model can enhance nursing students' problem-solving skills in nursing.

Implications: The instructional model is appropriate for classroom teaching and it helps promote a supportive atmosphere for group learning.

Keywords: Instructional model, Professional learning community, Team-based learning, Problem-solving skill.

บทนำ

สังคมปัจจุบันเปลี่ยนแปลงจากอดีตอย่างรวดเร็วส่งผลกระทบต่อคนทุกภาคส่วน การจัดการศึกษาเป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนาคุณภาพและนำคนไปสู่การพัฒนาประเทศชาติ แนวทางการจัดการศึกษาในพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ¹ 2542 จึงมุ่งเน้นให้ความสำคัญแก่ผู้เรียนมากขึ้น เพราะเชื่อว่าเป็นแนวทางการพัฒนาให้ผู้เรียนได้เกิดกระบวนการเรียนรู้รอบด้าน สถาบันการศึกษาจำเป็นต้องปฏิรูปการศึกษาเพื่อพัฒนาคนไทยให้มีคุณลักษณะอันพึงประสงค์พร้อมรับต่อการเปลี่ยนแปลงแห่งยุคศตวรรษที่ 21

การจัดการศึกษาทางการพยาบาลมีจุดมุ่งหมายเพื่อผลิตพยาบาลที่สามารถให้การพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพและตอบสนองความต้องการของสังคมที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ในปัจจุบันปัญหาสุขภาพมีแนวโน้มซับซ้อนมากขึ้น จึงต้องการพยาบาลที่มีความสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถคิดวิเคราะห์ตัดสินใจและแก้ไขปัญหาได้เหมาะสมกับสถานการณ์ และเรียนรู้กับการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา

จากผลการสำรวจเกี่ยวกับสมรรถนะด้านทักษะการคิดวิเคราะห์ของนักเรียนนักศึกษา พบว่าควรมีการพัฒนาทักษะทางด้านการคิดวิเคราะห์เป็นลำดับแรก² ทักษะการคิดวิเคราะห์ของนักศึกษาพยาบาล มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง³ สอดคล้องกับผลการสอบของนักศึกษาพยาบาลในหมวดที่เกี่ยวข้องกับวิชาทางการพยาบาล และผลการสอบรวบยอดของสถาบันพระบรมราชชนกในปี 2560 ที่พบว่านักศึกษาจำนวนมาก สอบไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด เนื่องจากข้อสอบส่วนใหญ่ไม่ได้เน้นการวัดความรู้เพียงอย่างเดียว แต่เน้นให้นักศึกษาสามารถคิดวิเคราะห์และต้องแก้ไขปัญหาตามโจทย์สถานการณ์ได้

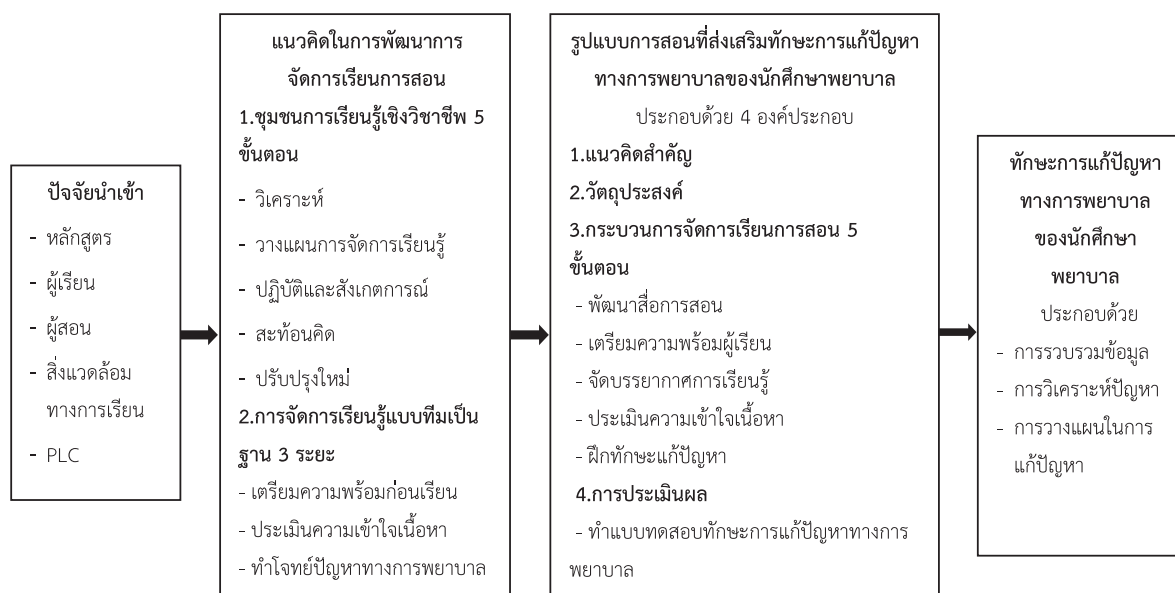
การจัดการเรียนการสอนโดยใช้การเรียนรู้แบบทีมเป็นฐาน (Team-Based Learning) จากแนวคิดของ Michaelsen เป็นรูปแบบการสอนที่ช่วยในการสร้างเสริมความรู้ของนักศึกษาและเกิดทักษะต่างๆ ทั้งการคิดวิเคราะห์ และการทำงานร่วมกันเป็นทีม⁴ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) การเตรียมตัว โดยเตรียมความรู้ อ่านหนังสือก่อนเข้าชั้นเรียน 2) การประเมินความพร้อม ด้วยการทดสอบรายบุคคลและการทดสอบรายกลุ่ม และ 3) การประยุกต์ใช้ความรู้ เป็น

รูปแบบการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญและมีการเปิดโอกาสให้ผู้เรียนแสดงความคิดเห็นทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม ฝึกบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบตนเองและกลุ่ม และฝึกการคิดอย่างมีเหตุผล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาทางการแพทย์ที่ต้องการพัฒนาความคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษา นอกจากนี้วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร มีการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมทักษะการคิดโดยใช้กระบวนการเรียนรู้ผ่านชุมชนการเรียนรู้เชิงวิชาชีพ⁵ (Professional Learning Community: PLC) โดยเป็นการร่วมทำและร่วมเรียนรู้ร่วมกันระหว่างอาจารย์ และผู้บริหาร เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ไปสู่คุณภาพการจัดการเรียนรู้ เน้นให้ผู้เรียนมีประสิทธิผลการเรียนที่ดี สมาชิกในชุมชนมีความสุขในการทำงาน เพราะมีผู้ที่มีประสบการณ์ในด้านต่าง ๆ มาช่วยให้ข้อเสนอแนะ หรือชี้แนะมุมมองเพิ่มเติมเพื่อให้เกิดรูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

เพื่อให้นักศึกษาได้รับการพัฒนาทักษะด้านกระบวนการคิดให้มากขึ้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการสอนโดยใช้การเรียนรู้แบบทีมเป็นฐาน ร่วมกับการใช้กระบวนการเรียนรู้ผ่านชุมชนการเรียนรู้เชิงวิชาชีพเพื่อเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลสำหรับนักศึกษาพยาบาลเพื่อนำร่องในการพัฒนารูปแบบการสอนที่ช่วยพัฒนาทักษะกระบวนการคิดของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

งานวิจัยนี้ ผู้วิจัยใช้รูปแบบขั้นตอนของการวิจัยและพัฒนา 3 ระยะ คือ ศึกษาสภาพการณ์ การพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบ และการประเมินผลการใช้รูปแบบ โดยมีการวิเคราะห์ปัจจัยนำเข้า (Input) และพัฒนารูปแบบการสอนด้วยแนวคิดชุมชนการเรียนรู้เชิงวิชาชีพ 5 ขั้นตอน คือ วิเคราะห์ (analyze) วางแผนการจัดการเรียนรู้ (plan) ปฏิบัติและสังเกตการณ์ (do and see) สะท้อนความคิด (reflect) และปรับปรุงใหม่ (Redesign) และใช้รูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบทีมเป็นฐาน นำไปสู่รูปแบบการสอนที่ส่งเสริมทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาล ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการพัฒนาารูปแบบการสอนเพื่อส่งเสริมทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลสำหรับนักศึกษาพยาบาล

วัตถุประสงค์งานวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการสอนเพื่อเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลสำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร
2. เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการสอนเพื่อเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลสำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร
3. เพื่อประเมินความพึงพอใจของนักศึกษาต่อการใช้รูปแบบการสอนเพื่อเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลสำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร

สมมติฐานการวิจัย

1. ทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร หลังการใช้รูปแบบการสอนดีกว่าก่อนการใช้รูปแบบการสอนเพื่อเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
2. ความพึงพอใจของนักศึกษาต่อการใช้รูปแบบการสอนเพื่อเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลสำหรับ

นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร อยู่ในระดับมากขึ้นไป

ระเบียบวิธีวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยใช้การเรียนรู้แบบทีมเป็นฐานร่วมกับชุมชนการเรียนรู้เชิงวิชาชีพเพื่อเสริมสร้างทักษะในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล วัดผลก่อนและหลังการเรียนรู้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อาจารย์พยาบาลเด็ก 7 คน และ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2561 จำนวน 161 คน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ อาจารย์พยาบาลเด็ก ประกอบด้วย หัวหน้าภาควิชาฯ 1 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการเรียนการสอนและเนื้อหา 1 คน และผู้ประสานงานรายวิชา 1 คน รวมเป็น 3 คน ในการเป็นชุมชนแห่งการเรียนรู้เชิงวิชาชีพ และ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 ห้อง A จำนวน 85 คน เป็นกลุ่มตัวอย่างในระหว่างการสร้างและพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอน และห้อง B จำนวน 76 คน เป็นกลุ่มตัวอย่าง

ระยะประเมินผลรูปแบบการสอน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เพื่อความเหมาะสมตามเนื้อหาการเรียนรู้และระยะตามขั้นตอนการศึกษาวิจัยและพัฒนา ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีความยินดีและสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง⁴⁻⁶ และพัฒนาร่วมกับชุมชนการเรียนรู้เชิงวิชาชีพ จำนวน 3 คน ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหา จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการวัดและประเมินผล จำนวน 1 คน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านวิธีการจัดการเรียนการสอน จำนวน 1 คน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา เพื่อประเมินค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence; IOC) และหาค่าความเชื่อมั่นโดยการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสังเกตการจัดการเรียนการสอน

ลักษณะคำถามแบบปลายเปิดเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอน จำนวน 4 ข้อหลัก คือ สิ่งที่ตีที่สุดในการจัดการเรียนการสอน สิ่งที่พบเห็นในกระบวนการเรียนการสอน กิจกรรมที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดการเรียนการสอน และการจัดการเรียนรู้เหมาะสมหรือไม่ มีค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC เท่ากับ 1

1.2 แบบบันทึกผลการจัดการเรียนการสอน

ลักษณะคำถามแบบปลายเปิด 4 ข้อ เกี่ยวกับ เหตุการณ์การจัดการเรียนการสอน ความรู้สึกต่อเหตุการณ์การเรียนการสอน เหตุใดจึงรู้สึกเช่นนั้น และแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขการจัดการเรียนการสอนครั้งต่อไป มีค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC เท่ากับ 1

1.3 แนวคำถามการสนทนากลุ่มสำหรับอาจารย์ ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ประเด็น เช่นเดียวกับ แบบสังเกตการจัดการเรียนการสอน

1.4 แบบประเมินผลการจัดการเรียนการสอน ลักษณะคำถามแบบปลายเปิด จำนวน 5 ข้อ คือ ความรู้สึกต่อรูปแบบการสอน กิจกรรมการเรียนการสอนส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้หรือไม่ อย่างไร กิจกรรมการเรียนการสอน

ส่งเสริมทักษะการแก้ปัญหาหรือไม่ สิ่งที่ชอบหรือไม่ชอบในการเรียนการสอนครั้งนี้ และ สิ่งที่ต้องปรับปรุงและพัฒนาและควรปรับอย่างไร มีค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC เท่ากับ 0.90

1.5 แนวคำถามการสนทนากลุ่มสำหรับนักศึกษา ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ เช่นเดียวกับ แบบประเมินผลการจัดการเรียนการสอน

2. เครื่องมือต้นแบบรูปแบบการสอนเพื่อเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล ได้แก่ แผนการจัดการเรียนรู้ เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาระบบทางเดินหายใจ ซึ่งแนวทางการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนใช้ขั้นตอนของการเรียนรู้ด้วยทีมเป็นฐาน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC เท่ากับ 0.95

3. เครื่องมือวัดผลลัพธ์

3.1 แบบทดสอบชุดที่ 1 ลักษณะคำถามเป็น โจทย์สถานการณ์ให้นักศึกษาได้ใช้ความคิดวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำมาแก้ปัญหาทางการพยาบาล ระดับคำถามอยู่ในระดับประยุกต์ใช้ และวิเคราะห์ ตามแนวคิดของ Bloom คำตอบเป็นแบบ 4 ตัวเลือก จำนวน 18 ข้อ มีค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC เท่ากับ 0.78, KR-20 เท่ากับ 0.32 เนื่องจากการศึกษาครั้งแรกซึ่งจะต้องมีการพัฒนาต่อไป

3.2 แบบทดสอบชุดที่ 2 เป็นแบบทดสอบคู่ขนานกับแบบทดสอบชุดที่ 1 ระดับคำถามอยู่ในระดับรูจำ 1 ข้อ เข้าใจ 1 ข้อ ประยุกต์ใช้ 6 ข้อ และวิเคราะห์ 2 ข้อ ตามแนวคิดของ Bloom คำตอบเป็นแบบ 4 ตัวเลือก จำนวน 10 ข้อ มีค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC เท่ากับ 1, KR-20 เท่ากับ 0.69

3.3 แบบประเมินความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการเรียนรู้แบบทีมเป็นฐาน ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ จำนวน 17 ข้อ มีค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC เท่ากับ 0.82, ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของครอนบาค เท่ากับ 0.88

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกองทัพ เลขที่ 2561-01 วันที่รับรอง 4 ตุลาคม 2561 โดยก่อนเริ่มดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและสิทธิในการปฏิเสธ รวมถึงการถอนตัวจากการเป็นกลุ่มตัวอย่างโดยไม่

เกิดผลใดๆ ต่อผู้ให้ข้อมูล และข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวมไม่เปิดเผยข้อมูลเป็นรายบุคคล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยให้ข้อมูลชี้แจงกับกลุ่มตัวอย่างถึงวัตถุประสงค์ รูปแบบการดำเนินการและผลลัพธ์ที่ได้จากการวิจัย และเปิดโอกาสให้อาสาสมัครวิจัย ตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งงานวิจัยดำเนินการในภาคการเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2561 มีขั้นตอนการดำเนินการ 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพการณ์การจัดการเรียนการสอน

ผู้สอนศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ คอ.2, 3 และ 5 วิชาพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ ผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษา ผลการสอบในรายวิชาพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพ 3 ผลสอบรวบยอดของสถาบันพระบรมราชชนก และนำข้อมูลเสนอต่อชุมชนการเรียนรู้เชิงวิชาชีพ จำนวน 3 คน เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับสภาพการณ์การจัดการเรียนการสอน ประเด็นปัญหาการจัดการเรียนการสอน และนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะมาออกแบบรูปแบบการสอน

ระยะที่ 2 การสร้างและพัฒนา รูปแบบการจัดการเรียนการสอน

1. การออกแบบ (Design) จากการทบทวนวรรณกรรมและการขอคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมทักษะกระบวนการคิด การจัดการเรียนรู้แบบทีมเป็นฐาน แล้วระดมสมองผู้สอน เพื่อนำคิดและชุมชนการเรียนรู้เชิงวิชาชีพ เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมทักษะการแก้ปัญหาโดยใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบทีมเป็นฐาน หลังจากได้รูปแบบการจัดการเรียนรู้ ผู้วิจัยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คนตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุง จนได้ต้นแบบของแผนการจัดการเรียนรู้

2. การพัฒนา (Development) ผู้วิจัยนำรูปแบบการจัดการเรียนรู้ที่ได้ไปทดลองใช้ ภาคการศึกษาที่ 2/2561 กับนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ ชั้นปี 3A จำนวน 85 คน มีชุมชนการเรียนรู้ 3 คน สังเกตการ

สอนโดยใช้แบบสังเกตการจัดการเรียนการสอน หลังเสร็จสิ้นการเรียนการสอน ผู้สอนทำการบันทึกผลการสอนตามแบบบันทึกการจัดการเรียนการสอน และผู้วิจัยให้ผู้เรียนและชุมชนแห่งการเรียนรู้ สนทนากลุ่มเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอน โดยใช้แนวคำถามการสนทนากลุ่มที่สร้างขึ้น โดยแยกการสนทนาระหว่างผู้เรียนจำนวน 10 คน และชุมชนแห่งการเรียนรู้ จำนวน 3 คน แล้วนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงพัฒนาเป็นรูปแบบการสอนที่สมบูรณ์

ระยะที่ 3 ประเมินผลรูปแบบการสอน

1. การนำไปใช้ (Implementation) ผู้วิจัยนำรูปแบบการสอนที่พัฒนาจนสมบูรณ์ ไปใช้สอนในภาคการศึกษาที่ 2/2561 กับนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ ชั้นปี 3B จำนวน 76 คน แบ่งกิจกรรมการเรียนการสอนออกเป็น 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 ใช้เวลา 1 ชั่วโมง ครั้งที่ 2 ใช้เวลา 2 ชั่วโมง กิจกรรมใช้ขั้นตอนของการเรียนรู้แบบทีมเป็นฐาน 3 ขั้นตอนคือ 1) การเตรียมตัวก่อนเข้าชั้นเรียน 2) การประเมินความพร้อม (ความเข้าใจในเนื้อหา) และ 3) การประยุกต์ใช้ความรู้โดยการฝึกทำโจทย์ปัญหาทางคลินิก ดังแผนภาพที่ 2

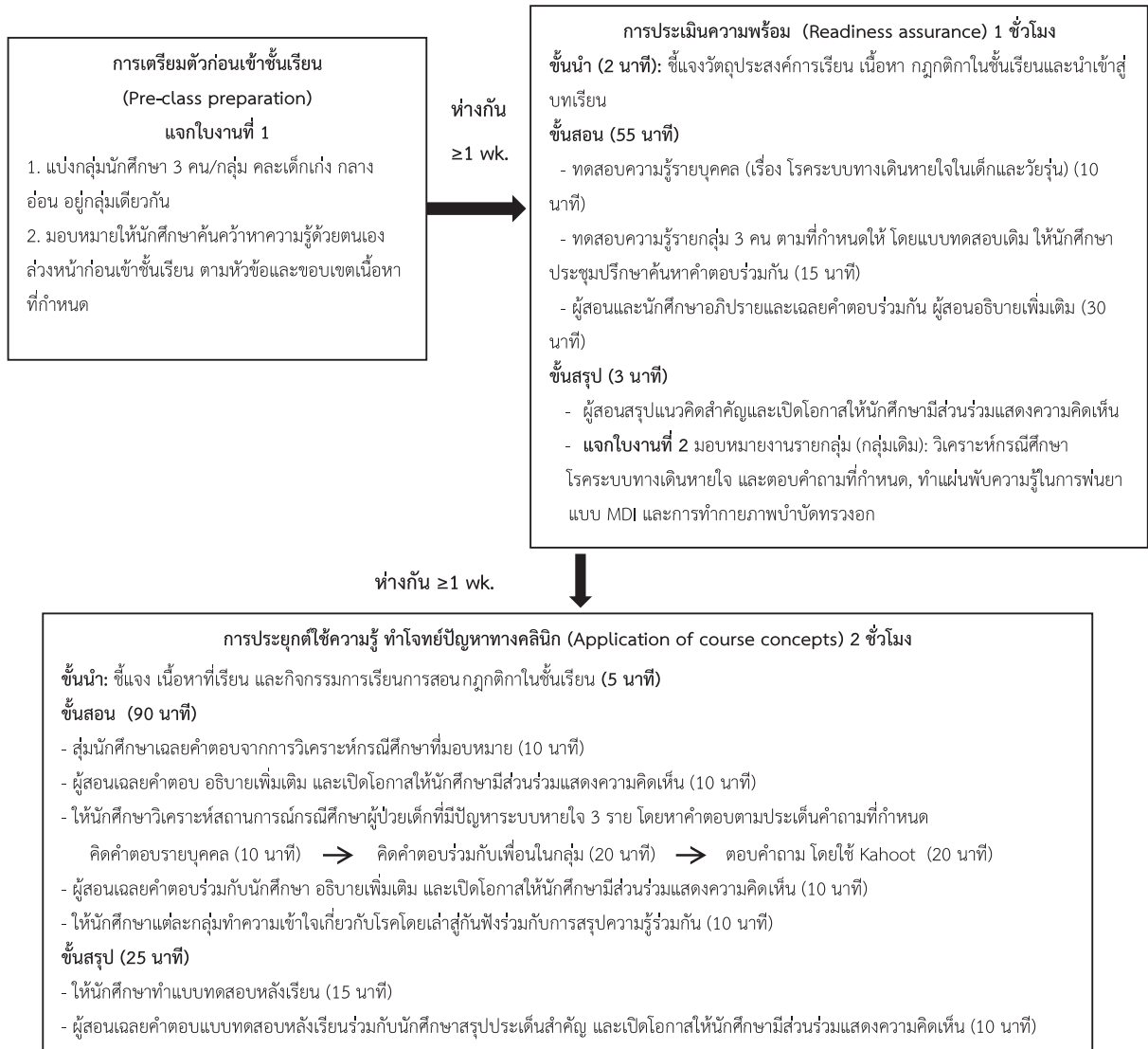
2. การประเมินผล (Evaluation) ผู้วิจัยวัดทักษะการแก้ปัญหาของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3B จำนวน 76 คน ด้วยแบบทดสอบทักษะการแก้ปัญหา ก่อนทดลองใช้รูปแบบการสอน 1 สัปดาห์ และภายหลังสิ้นสุดการทดลองใช้รูปแบบการสอน 1 สัปดาห์ พร้อมกับทำแบบประเมินความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอน และเมื่อสิ้นสุดการจัดการเรียนการสอนทั้งหมดของรายวิชาพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 3 ทำการทดสอบผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ของนักศึกษาตามแบบทดสอบที่กำหนดไว้

การวิเคราะห์ข้อมูลวิจัย

1. วิเคราะห์คะแนนความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนของนักศึกษาโดยหาค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

2. วิเคราะห์คะแนนทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาระบบทางเดินหายใจ ก่อนและหลังเรียนของนักศึกษาชั้นปีที่ 3 B โดย Paired t-test

3. วิเคราะห์ผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ในส่วนการพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาระบบทางเดินหายใจ โดยหาความถี่



แผนภาพที่ 2 แสดงรูปแบบการสอนเพื่อเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาล

ค่าเฉลี่ย และร้อยละ

4. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากความคิดเห็นของอาจารย์และนักศึกษาพยาบาลต่อการจัดการเรียนการสอนจากแบบสอบถามปลายเปิดโดยหาคำร้อยละ วิเคราะห์เนื้อหาอย่างง่าย (Content analysis) และการสนทนากลุ่มโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหาอย่างง่าย (Content analysis)

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และเสนอผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. รูปแบบการสอนเพื่อเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลสำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ

รูปแบบการสอน ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ 1) แนวคิดสำคัญ 2) วัตถุประสงค์ 3) กระบวนการเรียนการสอน และ 4) การประเมินผล โดยในองค์ประกอบที่ 3 กระบวนการเรียนการสอน มี 5 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นที่ 1 การพัฒนาสื่อการสอน ขั้นที่ 2 การเตรียมความพร้อมผู้เรียน ประกอบด้วย การจัดกลุ่มย่อยโดยการคละผู้เรียนที่เก่ง กลาง อ่อน ให้อยู่ในกลุ่มเดียวกัน การให้ศึกษาดูด้วยตนเอง ขั้นที่ 3

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสอวัดทักษะการแก้ปัญหาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาาระบบทางเดินหายใจ ก่อนและหลังการเรียนรู้ (N=76)

Test	Total score	$\bar{X}$	SD	df	t-test
ก่อนการเรียนรู้	18	9.91	2.35	75	-13.05 *
หลังการเรียนรู้	18	13.78	1.41		

* p < .000

การจัดบรรยากาศการเรียนรู้ ประกอบด้วย สภาพห้องเรียน เหมาะสมกับการทำกิจกรรม อุปกรณ์สื่อโสตที่พร้อมต่อการใช้งาน ขั้นที่ 4 การประเมินความเข้าใจในเนื้อหาที่นักศึกษาได้ศึกษามา ประกอบด้วย การทดสอบก่อนเรียนแบบรายบุคคล และรายกลุ่ม ขั้นที่ 5 ฝึกทักษะการแก้ปัญหา ประกอบด้วย การให้วิเคราะห์กรณีศึกษา

2. ผลการใช้รูปแบบการสอนเพื่อเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลสำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนิ กรุงเทพมหานคร

2.1 คะแนนสอวัดทักษะการแก้ปัญหาเกี่ยวกับการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาาระบบทางเดินหายใจ

คะแนนสอวัดทักษะการแก้ปัญหาเกี่ยวกับการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาาระบบทางเดินหายใจ ของนักศึกษาภายหลังการเรียนรู้ ($\bar{X}$ = 13.78, SD = 1.41) มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนเรียน ($\bar{X}$ = 9.91, SD = 2.35) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p < .000 (t (75) = -13.05 ดังแสดงในตารางที่ 1

2.2 ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนหัวข้อการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาาระบบทางเดินหายใจ ของนักศึกษาพยาบาล

ประเมินโดยแบบทดสอบผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้เรื่องการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาาระบบทางเดินหายใจ คะแนนเต็ม 10 คะแนน พบว่า จำนวนนักศึกษาที่สอบผ่านร้อยละ 60 เท่ากับ 65 คน คิดเป็นร้อยละ 85.50 โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนน $\bar{X}$ = 7.79, SD= 1.16 และ จำนวนนักศึกษาที่สอบไม่ผ่านเท่ากับ 11 คน คิดเป็นร้อยละ 14.50 โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนน $\bar{X}$ = 4.45, SD = 0.69

3. ความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการสอนเพื่อเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลสำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนิ

กรุงเทพ

ผลจากการที่นักศึกษาตอบแบบประเมินความพึงพอใจ พบว่า ความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.39, SD = .62) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านบรรยากาศการเรียนการสอน มีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือ ด้านวิธีสอนและ กิจกรรมการเรียนการสอน และน้อยที่สุดคือด้านผู้เรียน ดังแสดงในตารางที่ 2

ผลที่ได้จากการสนทนากลุ่มกับชุมชนแห่งการเรียนรู้ 3 คน สะท้อนมุมมองต่อการจัดการเรียนการสอน ได้ 5 ประเด็น คือ 1) จุดเด่นของการจัดการเรียนการสอน คือ มอบหมายงานล่วงหน้า มีแบบฝึกหัด แบบทดสอบ กรณีศึกษาให้ฝึกหาคำตอบ ผู้สอนเดินสังเกตพฤติกรรมผู้เรียน ผู้สอนสรุปประเด็นสำคัญ 2) พฤติกรรมผู้เรียน มีความกระตือรือร้นในการเรียนและการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น 3) สิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดการเรียนการสอน เช่น ขนาดของห้องเรียน อุปกรณ์สื่อโสตฯขัดข้อง สัญญาณอินเทอร์เน็ตไม่ทั่วถึง การไม่เตรียมความพร้อมก่อนเข้าเรียนจะทำกิจกรรมที่คิดคนเดียวได้ช้า 4) ความเหมาะสมของกิจกรรม เช่น การจัดกลุ่มคณะเด็กเก่งกลาง อ่อน มาอยู่ด้วยกันทำให้เพื่อนช่วยเพื่อนได้มาก กิจกรรมสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และผลลัพธ์การเรียนรู้ และ 5) กิจกรรมมีความหลากหลายและส่งเสริมกระบวนการคิด

ผลที่ได้จากการสนทนากลุ่มกับนักศึกษาพยาบาลจำนวน 10 คน สะท้อนมุมมองต่อการจัดการเรียนการสอน ได้ 5 ประเด็น คือ 1) มีความชอบต่อรูปแบบการสอน เพราะสนุก เรียนเข้าใจ กระตือรือร้นและตื่นตัวในการเรียน 2) กิจกรรมช่วยให้เกิดการเรียนรู้ 3) กิจกรรมช่วยให้เกิดทักษะการแก้ปัญหาจากการวิเคราะห์กรณีศึกษา 4) สิ่งที่ชอบหรือประทับใจ คือการเฉลยคำตอบทันที การเรียนเป็นกลุ่มกับเพื่อนทำให้ไม่กดดัน และการเล่นเกม Kahoot 5) สิ่งที่ควร

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความพึงพอใจของนักศึกษาต่อการจัดการเรียนการสอน (n=76)

ความพึงพอใจ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ด้านผู้เรียน	4.33	.65	มาก
1. ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเนื้อหามากขึ้น	4.11	.72	มาก
2. ผู้เรียนเกิดการแสวงหาความรู้ด้วยตนเอง	4.32	.70	มาก
3. ผู้เรียนมีความตื่นตัวตลอดการเรียนการสอน	4.28	.67	มาก
4. มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกับเพื่อน	4.62	.49	มากที่สุด
5. ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้บทบาทและการทำงานเป็นทีม	4.41	.66	มาก
6. การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ในหัวข้อนี้ทำให้ท่านมีความสุขในการเรียนรู้	4.24	.65	มาก
ด้านวิธีสอนและกิจกรรมการเรียนการสอน	4.40	.59	มาก
1. ลำดับขั้นตอนของการสอนชัดเจน	4.11	.68	มาก
2. กิจกรรมการเรียนการสอนส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน	4.45	.64	มาก
3. กิจกรรมการเรียนการสอนส่งเสริมกระบวนการคิด	4.47	.53	มาก
4. กิจกรรมการเรียนการสอนส่งเสริมให้เกิดทักษะการแก้ปัญหา	4.11	.64	มาก
5. กิจกรรมการเรียนการสอนกระตุ้นให้ผู้เรียนมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน	4.55	.53	มากที่สุด
6. กิจกรรมการเรียนการสอนส่งเสริมความรับผิดชอบของผู้เรียน	4.62	.52	มากที่สุด
7. มีกิจกรรมการเรียนการสอนส่งเสริมการค้นคว้าและแสวงหาความรู้อย่างต่อเนื่อง	4.42	.59	มาก
8. กิจกรรมการเรียนการสอนส่งเสริมทักษะความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อน ผู้สอน	4.49	.62	มาก
ด้านบรรยากาศการเรียนการสอน	4.50	.64	มาก
1. บรรยากาศในการเรียนไม่เคร่งเครียด	4.47	.74	มาก
2. มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับเพื่อนในกลุ่มระหว่างการเรียนการสอน	4.57	.57	มากที่สุด
3. มีความสุขในการเรียนรู้	4.45	.62	มาก
ค่าเฉลี่ยโดยรวม	4.39	.62	มาก

ปรับปรุง คือ เพิ่มเวลาในการทำกรณีศึกษา เว้นระยะห่างกับการเรียนครั้งถัดไปเพื่อให้เตรียมความพร้อมก่อนเรียนได้ดี จำนวนคนในกลุ่มควรมากกว่า 3 คนเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นที่หลากหลาย เอกสารประกอบการสอนควรมีเนื้อหาละเอียด และห้องเรียนควรมีขนาดเหมาะสมกับการทำกลุ่ม

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยรูปแบบการสอนเพื่อเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลสำหรับนักศึกษาพยาบาล ในครั้งนี้เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

1. ทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนิ กรุงเทพมหานคร ภายหลังการใช้รูปแบบการสอนดีกว่าก่อนการใช้รูปแบบการสอนเพื่อเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาล อธิบายเหตุผลได้ว่า เป็นเพราะผู้เรียนได้รับการจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ กิจกรรมการเรียนรู้หลากหลาย กระตุ้นผู้เรียนให้เกิดการเรียนรู้ มีชุมชนการเรียนรู้ที่เป็นผู้บริหารและมีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญ มาช่วยออกแบบการเรียนการสอน มองปัญหาและอุปสรรคต่อการจัดการเรียนการสอนที่อาจจะเกิดขึ้นด้วยการวิเคราะห์ปัจจัยนำเข้า ทำให้มีการวางแผนป้องกันไม่ให้เกิดปัญหานั้นเกิดขึ้นหรือเกิด

ขึ้นน้อยที่สุด ส่งเสริมให้กระบวนการจัดการเรียนการสอนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น นักศึกษามีทักษะสะท้อนคิดสูงขึ้น⁷

นอกจากนี้การใช้ทีมเป็นฐานในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เป็นการจัดประสบการณ์ให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ด้วยการสร้างองค์ความรู้ด้วยตนเอง⁸ อาจารย์เป็นเพียงผู้อำนวยความสะดวกชี้แนะ เพื่อให้เข้าถึงความรู้ได้อย่างรวดเร็วและกว้างขวาง แล้วนำความรู้ที่ได้มาแลกเปลี่ยนกับเพื่อนในห้องเรียน⁹ ทำให้ความรู้และทักษะทางการพยาบาลเพิ่มขึ้น¹⁰⁻¹¹ ซึ่งงานวิจัยนี้ผู้สอนได้มอบหมายให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ด้วยตนเองก่อนเข้าชั้นเรียน โดยให้ไปงานศึกษาค้นคว้าตามหัวข้อที่กำหนด เพื่อให้ผู้เรียนไม่หลงประเด็นและพร้อมที่จะเรียนรู้มากขึ้น และนำความรู้จากการสืบค้นมาร่วมอภิปรายในกลุ่ม ส่งเสริมให้ผู้เรียนมีความรับผิดชอบและกระตือรือร้นในการเรียนมากขึ้น¹² สอดคล้องกับผลการสนทนากลุ่มของผู้เรียนที่สะท้อนว่าการมอบหมายงานล่วงหน้าเป็นการช่วยกระตุ้นให้ตนเองมีความกระตือรือร้นมากขึ้น

เมื่อเข้าสู่ระยะการเรียนการสอนในชั้นเรียน ผู้สอนให้ผู้เรียนทำแบบทดสอบความรู้ก่อนเรียนด้วยตนเอง ผู้เรียนได้ใช้องค์ความรู้และประสบการณ์ของตนในการคิดพิจารณาคำตอบ หลังจากนั้นให้ผู้เรียนแต่ละคนเข้ากลุ่มร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นประสบการณ์กับเพื่อน เพื่อทำความเข้าใจอภิปรายหาข้อสรุป ทำให้ผู้เรียนได้เรียนรู้เห็นมุมมองความคิดประสบการณ์ของเพื่อนที่แตกต่างจากของตนเอง จนนำมาสู่บทสรุปคำตอบที่มาจากการร่วมคิดและวิเคราะห์ภายในกลุ่ม ทำให้มีความเข้าใจเนื้อหามากยิ่งขึ้น ดังที่ผู้เรียนได้สะท้อนไว้ในการสนทนากลุ่มว่า “การเรียนแบบนี้เป็นการเรียนที่ช่วยกันเพิ่มเติมเสริมความรู้ซึ่งกันและกัน ” “ มีเพื่อนช่วยคิด ในบางจุดที่เราไม่เข้าใจเพื่อนสามารถอธิบายได้ ทำให้เข้าใจมากขึ้น ” “ กรณีคำตอบไม่ตรงกัน ก็จะมีการเสนอ พูดแนวคิดว่าคิดเห็นร่วมกัน ” ซึ่งตามพีระมิดแห่งการเรียนรู้¹³ กล่าวว่า การจัดประสบการณ์ให้ผู้เรียนมีบทบาทในการแสวงหาข้อมูลความรู้ มีปฏิสัมพันธ์ มีการร่วมอภิปราย จะทำให้ผู้เรียนมีผลการเรียนรู้ถึงร้อยละ 70 หลังจากนั้นผู้สอนเฉลย ให้ข้อมูลเพิ่มเติมในประเด็นที่กลุ่มอภิปรายแล้วมีข้อขัดแย้ง หรือไม่ครอบคลุมและเสริมแรงกลุ่มที่มีกระบวนการเรียนรู้เหมาะสม ทำให้ผู้เรียนเข้าใจมากขึ้น ได้ทราบจุดที่ควรพัฒนาของตนเอง ทำให้แก้ไข

ปรับปรุงตนเองได้ทันที ดังที่ผู้เรียนสะท้อนว่า “ รู้จุดบกพร่องของตนเอง สามารถแก้ไขได้ทันที ” “ ชอบการที่นำข้อสอบมาเฉลยแล้วอธิบายคำตอบ ทำให้เข้าใจมากขึ้น ทำให้รู้ว่าไม่เข้าใจตรงไหน ”

ในระยะของการทำโจทย์ปัญหาทางคลินิก ผู้เรียนได้ฝึกคิดวิเคราะห์และหาคำตอบตามประเด็นคำถามในสถานการณ์กรณีศึกษา 3 ราย จำนวน 3 รอบ คือ ก่อนเรียนโดยคิดวิเคราะห์เป็นกลุ่มและนำเสนอ ขณะอยู่ในชั้นเรียนอีก 2 รอบ โดยกรณีศึกษาในแต่ละรอบเป็นโรคเดียวกันแต่สถานการณ์แตกต่างกันไป ซึ่งการคิดวิเคราะห์ในชั้นเรียน ผู้เรียนต้องคิดคำตอบด้วยตนเองก่อน แล้วค่อยรวมกลุ่มอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน ซึ่งในการฝึกวิเคราะห์กรณีศึกษาบ่อยๆ ผู้เรียนประเมินว่า ทำให้เกิดการเรียนรู้และเข้าใจมากขึ้น ทั้งจากการนำเสนอ การแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นภายในกลุ่มและอาจารย์เฉลยคำตอบ ดังที่ผู้เรียนสะท้อนว่า “ การได้ออกมานำเสนอทำให้เรารู้กันมากขึ้น ” “ การทำ case ช่วยให้เราเห็นภาพและเข้าใจมากยิ่งขึ้น ” “ การทำ case ทำให้เกิดทักษะการแก้ปัญหาในการวินิจฉัยโรคจากข้อมูลของ case และให้การพยาบาลแต่ละโรคได้ ” “ การทำ case มาก่อนล่วงหน้าทำให้เกิดการแก้ปัญหาด้วยตัวเอง เพราะได้ลองทำ case มาก่อน ” “ การเรียนแบบนี้ ช่วยให้เกิดทักษะการแก้ปัญหาได้ เช่น เมื่อเห็นถึงสถานการณ์ปัญหาของผู้ป่วยทำให้เห็นปัญหาชัดเจนขึ้น ทำให้ได้มีทักษะในการแก้ปัญหาได้ ” ซึ่งตามพีระมิดแห่งการเรียนรู้กล่าวว่า การจำลองสถานการณ์ การฝึกปฏิบัติ การนำเสนอ ผู้เรียนจะมีผลการเรียนรู้ถึงร้อยละ 90

การส่งเสริมให้ผู้เรียนมีการอภิปรายแลกเปลี่ยนความรู้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นสิ่งสำคัญที่ส่งเสริมให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ จึงต้องมีการจัดองค์ประกอบต่าง ๆ ให้เหมาะสมด้วย¹⁴ ในกรวิจัยนี้ได้พยายามจัดสภาพแวดล้อมในห้องเรียนที่เอื้อต่อการเรียนรู้ให้มากที่สุด เช่น เลือกห้องเรียนที่มีอากาศถ่ายเท มีพื้นที่เพียงพอกับการทำกลุ่ม อุปกรณ์สื่อโสตมีเพียงพอและพร้อมต่อการใช้งาน มีการมอบหมายให้ผู้เรียนมีการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าเรียนด้วยการศึกษาค้นคว้าความรู้ตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้ และขอบเขตเนื้อหาที่กำหนดเพื่อมีความรู้พื้นฐานที่จะนำมาใช้ในการอภิปรายแลกเปลี่ยนกับเพื่อนในกลุ่ม มีการมอบหมายกรณีศึกษาผู้ป่วยให้ฝึกการคิด วิเคราะห์ล่วงหน้าก่อนเข้าชั้นเรียน ช่วยส่งเสริมให้

ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ ดังผู้เรียนสะท้อนว่า “รู้สึกต้องตื่นตัวตลอด โดยเฉพาะก่อนเรียนที่ต้องเตรียมความพร้อม” “การเรียนรู้แบบนี้ทำให้เรามีการเตรียมความรู้เพิ่มขึ้น และได้ทบทวนเกี่ยวกับโรค ทำให้มีความรู้เพิ่มมากขึ้น เข้าใจมากขึ้น”

2. ความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการสอนเพื่อเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลสำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.39$, $SD = .62$) เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า หัวข้อของลำดับขั้นตอนของการสอนชัดเจน และกิจกรรมการเรียนการสอนส่งเสริมให้เกิดทักษะการแก้ปัญหา มีค่าเฉลี่ยเท่ากันและน้อยกว่าข้อรายการอื่น ($\bar{X} = 4.11$, $SD = .68$ และ $.64$) ตามลำดับ เกิดจากเอกสารประกอบการสอนมีการเรียงลำดับไม่ตรงกับเนื้อหาที่สอนทำให้นักศึกษาต้องพลิกเอกสารไปมา ส่วนการมอบหมายงานควรเว้นระยะห่างกับการเรียนในครั้งถัดไปเพื่อให้สามารถทำงานได้ครอบคลุมมากขึ้น และนักศึกษาบางส่วนไม่ชอบกิจกรรมที่ต้องมีการคิดหาคำตอบคนเดียว แต่ชอบกิจกรรมร่วมกับเพื่อนมากกว่า สอดคล้องกับความพึงพอใจข้อที่มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกับเพื่อน ที่มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจสูงที่สุด ($\bar{X} = 4.62$, $SD = .49$) ในส่วนอื่นๆ ของผลการศึกษาสามารถอธิบายแยกประเด็นตามผลการสนทนากลุ่ม ที่ทำให้นักศึกษามีความพึงพอใจได้ 5 ประเด็น ดังนี้

1. กิจกรรมการเรียนการสอนมีความหลากหลาย ทำให้ผู้เรียนรู้สึกชอบ สนุก และตื่นตัวตลอดเวลา ดังผู้เรียนสะท้อนว่า “รู้สึกกระตือรือร้นกว่าการนั่งฟังบรรยายเฉยๆ” “ชอบการเรียนรู้แบบนี้ ได้มีความกระตือรือร้นตลอดเวลา มีสมาธิอยู่กับการเรียนการสอน” “รู้สึกสนุก การเรียนที่ไม่น่าเบื่อช่วยให้เข้าใจมากยิ่งขึ้น”

2. การเข้ากลุ่มอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน ทำให้รู้สึกสนุก เหมือนไม่ได้เรียนคนเดียว ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ดังผู้เรียนสะท้อนว่า “รู้สึกที่ได้เรียนในรูปแบบนี้ ได้เรียนร่วมกับเพื่อนๆ ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว” “รู้สึกสนุกดี เพราะได้มีส่วนร่วม กับเพื่อนในกลุ่ม”

3. การฝึกวิเคราะห์กรณีศึกษา ช่วยกระตุ้นผู้เรียนให้มีความตื่นตัว เข้าใจเนื้อหาและเห็นภาพมากยิ่งขึ้น ดังผู้เรียนสะท้อนว่า “เข้าใจเนื้อหามากขึ้น ทำให้เห็นภาพมากขึ้น เข้าใจง่าย” “รู้สึกสนุกและรู้สึก Active ตลอดเวลาที่เรียน

เพราะเรียนจาก case ทำให้เข้าใจง่ายขึ้น น่าเรียนมากกว่าทฤษฎี” “ชอบการทำ case ทำให้เข้าใจง่าย สามารถจำได้ดีขึ้น และกระตุ้นให้อ่านหนังสือ”

4. การเล่นเกม Kahoot ทำให้ตื่นเต้น กระตือรือร้นมากขึ้น เป็นการทวนความรู้เพราะมีการเฉลยคำตอบให้ทันที ดังผู้เรียนสะท้อนว่า “ชอบที่อาจารย์มีการย้ำความรู้ให้นักศึกษามีการเล่นเกมนับคำถาม Kahoot และมีการเฉลยคำตอบทุกครั้ง” “ชอบการทำแบบฝึกหัดหลังเรียนโดยใช้ Kahoot และทำให้ตื่นเต้นและใช้เวลาในการอ่านโจทย์และตอบอย่างรวดเร็ว” “การทำ case หลังตอบคำถามผ่าน Kahoot ทำให้เรากระตือรือร้นมากในการเล่นเกมน” “มีการเล่นเกม Kahoot ได้ทบทวนความรู้”

5. การเฉลยคำตอบทันทีภายหลังการทำแบบทดสอบต่างๆ ทำให้ทราบจุดบกพร่องของตนเอง สามารถแก้ไขได้ทันที ดังผู้เรียนสะท้อนว่า “รู้จุดบกพร่องของตนเอง สามารถแก้ไขได้ทันที” “ชอบการที่นำข้อสอบมาเฉลย แล้วอธิบายคำตอบ ทำให้เข้าใจมากขึ้น ทำให้รู้ที่ไม่เข้าใจตรงไหน” ซึ่งจากผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่นำการเรียนรู้แบบทีมเป็นฐานไปใช้ในการจัดการเรียนการสอน แล้วพบว่าผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ที่ดี มีเจตคติเชิงบวกต่อการเรียนรู้กระตือรือร้น¹⁵ และมีความพึงพอใจต่อการเรียนรู้อยู่ในระดับสูง¹⁶

ดังนั้น การนำแนวคิดชุมชนการเรียนรู้เชิงวิชาชีพพร้อมกับแนวคิดการเรียนรู้แบบทีมเป็นฐาน มาใช้ในการพัฒนารูปแบบการสอนที่ส่งเสริมทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล สามารถทำให้นักศึกษาพยาบาลมีทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลดีกว่าก่อนการใช้รูปแบบการสอน รูปแบบการสอนนี้น่าจะเป็นทางเลือกหนึ่งที่สามารถนำมาจัดการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญได้

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. ข้อจำกัดเรื่องระยะเวลา ทำให้มีการทดลองใช้รูปแบบการสอนเพียงครั้งเดียวแล้วนำไปประเมินผล ทำให้อาจได้รูปแบบการสอนที่ยังไม่สมบูรณ์มากนัก

2. ข้อจำกัดเรื่องการจัดสภาพห้องเรียนที่เหมาะสมต่อการเรียนรู้ หากห้องเรียนมีขนาดเล็กจะทำให้การเคลื่อนย้ายเก้าอี้ไม่สะดวกขณะเข้ากลุ่ม และเวลาผู้เรียนอภิปรายกลุ่มอาจมีเสียงดังรบกวนกัน ทำให้บรรยากาศในการเรียนรู้ลดลง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สามารถนำรูปแบบการสอนนี้ไปเป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนได้ในสถานการณ์ที่ผู้สอนและผู้เรียนสามารถเข้าเรียนในชั้นเรียนได้ตามปกติ (Onsite) และควรเลือกห้องเรียนที่มีขนาดใหญ่เพื่อสะดวกในการทำกลุ่มพื้นที่ในการเรียนมีความแรงของสัญญาณอินเทอร์เน็ตเพียงพอต่อจำนวนผู้เรียน

2. ควรเว้นระยะห่างระหว่างการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนในครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 เพื่อให้นักศึกษาได้มีการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าเรียนมากขึ้น

3. ผู้บริหารหรือหัวหน้าหน่วยงานมีส่วนในการ

ส่งเสริมให้การใช้รูปแบบการสอนนี้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ด้วยการสนับสนุนปัจจัยเสริมด้านบรรยากาศการเรียนรู้ที่เหมาะสมต่อการเรียนรู้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยในอนาคต

ควรมีการวิจัยและพัฒนาารูปแบบการสอนโดยใช้การเรียนรู้แบบทีมเป็นฐานร่วมกับการใช้กระบวนการเรียนรู้ผ่านชุมชนการเรียนรู้เชิงวิชาชีพเพื่อเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลสำหรับนักศึกษาพยาบาล ในหัวข้อการเรียนรู้อื่น เพื่อเป็นการประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการสอนได้ดียิ่งขึ้น

References

1. Office of the National Education Commission. The National Education Act B.E. 2542, amendments. 2nd ed. B.E. 2545, and amendments B.E.2553. Bangkok: Prikwhan Graphic; 2010. (in Thai)
2. Suan Dusit Poll. (2021). Thai children in the viewpoint of Thai people. (internet). Available from: <https://www.ryt9.com/s/sdp/3197148>. (in Thai).
3. Sutinee Soakeaw. Factors Affecting to Analytical thinking of nursing students Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani Rajabhat University. Journal of Srivanalai Vijai 2018;8(2):39-49. (in Thai)
4. Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang. (2015). Good practice: Team Based Learning: TBL. (internet). Available from: <http://www.bcnlp.ac.th/document/strategy/KM/2558/Team%20Based%20Learning.pdf>. (in Thai)
5. Dejaku P, Yindeesuk P. 7C Skills of Instructor 4.0. Bangkok: Chulalongkorn University; 2017. (in Thai).
6. Srisa-ard B, (2560). Preliminary research. 10th ed. Bangkok: Suveeriyasan. (in Thai).
7. Prombuasri P., Swangwatanasade O., Anucha C., Klayhiran W., Likitpongwit B. & Srinon R. The Integrated Education Model of Professional Learning Community, Coaching, Reflection and Power Question of the Nursing Colleges, Praboromarajchanok Institute. Nursing Journal of The Ministry of Public Health 2017;27(1):60–72. (in Thai)
8. Panich V. (2012). The Way to Reinforce Learning for Students in the 21st Century. Sodsri-Saridwong Foundation. (in Thai)
9. Office of the Higher Education Commission. OHEC; Develop students to Thailand 4.0. Higher Education Journal 2016;43(462):11-3. (in Thai)

10. Yaisoon S, Rattanaiboon P, Chankao C. Effects of Team-Based Learning on Knowledge and Perceived Learning Outcomes in Antenatal Care of Nursing Students. Thai Red Cross Nursing Journal 2016;9(2):73-87. (in Thai)
11. Jamkrajang T, Khumtaveeporn P. Effect of Team - based learning in basic nursing skill practicum on nursing care skill for patient with medication injection in the Second-year nursing students. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2016;17(2):194-200. (in Thai)
12. Wutti R, Sittiwong S, Srigrang J. The Effects of Term Based Learning to Enhance Learning Outcome Under Thai Qualifications Framework for Higher Education and Self-direction in Adult Learning of Students Nurses. Nursing public health and education Journal 2016;17(3):69-80. (in Thai)
13. Dale, Edgar. (1969). Audio - Visual Methods in Teaching. 3rd ed. New York: the Dryden press.
14. Thaipisuttikul I. Facilitation in Team-Based Learning. Siriraj Medical Bulletin 2016;9(2):75-83. (in Thai)
15. Boonvas K, Kosolchuenvijit J, Wannasuntad S, Tirapaiwong Y. Development of Active Learning through Professional Learning Community Model for Nurse Educators. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok 2019;35(1):290-302. (in Thai)
16. Ucharattana P, Sukkapattanasrikul S, Maipimai W. Comparison of Learning Achievement of Nursing Students between Using Lecture and Team-Based Learning: A Pilot Study. Journal of Nursing Science 2015;33(1):48-54. (in Thai)

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลข่าวสาร สร้างแรงจูงใจ และพัฒนาทักษะ เพื่อป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่นหญิง

Effects of an Information-Motivation-Behavioral Skills Program for Alcohol Drinking Prevention among Female Adolescents

Received: May 19, 2021

Revised: Jun 15, 2021

Accepted: Jul 6, 2021

กัญญ์กุลณัช รามศิริ พย.ม. (Kankunlanad Ramsiri, M.N.S.)¹

พรณภา หอมสินธุ์ ปร.ด. (Pornnapa Homsin, Ph.D.)²

รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ ปร.ด. (Rungrat Srisuriyawet, Ph.D.)³

บทคัดย่อ

บทนำ: การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่นหญิงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และส่งผลกระทบต่อหลายด้านตามมา ทั้งสุขภาพกาย จิตใจ และสังคม

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลข่าวสาร สร้างแรงจูงใจ และพัฒนาทักษะเพื่อป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่นหญิง

ระเบียบวิธีวิจัย: การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดผลสามช่วงเวลา คือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนหญิงที่กำลังศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 แบ่งเป็น กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมซึ่งพัฒนาขึ้นตามแนวคิด Information-Motivation-Behavioral skill (IMB Model) จำนวน 4 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ เก็บข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถาม ด้วยตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน t-test และ Repeated measure ANOVA

ผลการวิจัย: พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทักษะการหลีกเลี่ยง การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และความตั้งใจ ในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หลังการทดลองและระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปผล: ผลของการให้ข้อมูลที่เฉพาะเจาะจง และการสร้างแรงจูงใจที่ฝังรากลึกพอ ร่วมกับการได้รับการพัฒนาทักษะที่ ตรงกับความต้องการ ทำให้วัยรุ่นหญิงมีความรู้ ทักษะการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความตั้งใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น

ได้รับทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์จากศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

¹พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ภาควิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

E-mail: kankunlanad1988@gmail.com

²Corresponding author รองศาสตราจารย์ ดร. ภาควิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

E-mail: phomsin09@gmail.com

³รองศาสตราจารย์ ดร. ภาควิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา E-mail: rungrat@buu.ac.th

Department of Community Nursing, Faculty of Nursing, Burapha University, Chonburi, Thailand

ข้อเสนอแนะ: ผลการศึกษาเป็นแนวทางแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องในการนำไปประยุกต์ใช้เพื่อป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีประสิทธิภาพของวัยรุ่นหญิงไทยต่อไป

คำสำคัญ: แนวคิดการให้ข้อมูลข่าวสารสร้างแรงจูงใจและพัฒนาทักษะ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ วัยรุ่นหญิง

Abstract

Introduction: The number of alcohol drinking among female adolescents trends to increase and there are a number of affects, including physical, mental, and social.

Research objectives: This study aimed to examine the effects of an Information-Motivation-Behavioral skill (IMB Model) on alcohol drinking prevention among female adolescents.

Research methodology: This study used a quasi-experimental design with nonequivalent control group pre-test post-test and followed up for 4 weeks. Sample consisted of female students in grade 9 of middle school. Then, 30 participants were assigned to the experimental group and 30 to the control group. The experimental group received a program based on an IMB Model. The intervention procedures were conducted once a week for 4 weeks. Data were collected using a set of self-administered questionnaires. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, t-test, and repeated measure ANOVA.

Result: Among the participants in the experimental group, knowledge of drinking, drinking refusal attitudes, perceived drinking refusal self-efficacy, and drinking refusal intention were found to be significantly improved between baseline, post-test, and four-week follow-up ($p = .01$). At follow-up, between-group significant differences of knowledge of drinking, drinking refusal attitudes, perceived drinking refusal self-efficacy, and drinking refusal intention were found ($p = .05$)

Conclusion: Providing the specific information, embedded motivation, and skill development that meet the needs could increase knowledge of drinking, drinking refusal attitudes, perceived drinking refusal self-efficacy, and drinking refusal intention for female adolescents.

Implications: Study results could be a guideline for stakeholders by applying this program for female adolescents to help them avoid alcohol abuse.

Keywords: Information-motivation-behavioral skill model, alcohol drinking, female adolescent

บทนำ

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ถือเป็นปัญหาสำคัญระดับโลก พบว่า เยาวชนอายุ 15-19 ปี ทั่วโลกเป็นนักดื่มร้อยละ 26.5 ซึ่งคิดเป็น 1 ใน 4 ของจำนวนเยาวชนทั้งหมด¹ ประเทศไทยก็เช่นเดียวกัน จากผลการสำรวจพฤติกรรมการดื่มสุราของเยาวชนในปี พ.ศ. 2559 พบว่ากลุ่มเยาวชน อายุ 15-19 ปี สัดส่วนนักดื่มปัจจุบันเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 17.5 ในปี พ.ศ. 2550 เป็นร้อยละ 25.6 ในปี พ.ศ. 2559 ซึ่งในภาพรวมเยาวชนหญิงมีแนวโน้มที่จะเป็นนักดื่มสูงขึ้น โดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 13.1 ในปี พ.ศ. 2550 เป็นร้อยละ 24.1 ในปี พ.ศ. 2559 ซึ่งเป็นการเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 11.0 ในระยะเวลาเพียง 9 ปี เพิ่มขึ้นร้อยละ 1.1 ต่อปี² การที่วัยรุ่นมีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อให้เกิดผลกระทบหลายด้านตามมา โดยมีผลต่อพัฒนาการทางสมอง ทำให้สมาธิ ความจำลดลงส่งผลต่อปัญหาด้านการเรียน ด้านสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า นำไปสู่การทำร้ายตนเอง เพิ่มความเสี่ยงในการติดแอลกอฮอล์เมื่ออายุมากขึ้น และยังส่งผลให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ เช่น การใช้สารเสพติด การทะเลาะวิวาท การเกิดอุบัติเหตุ และการได้รับบาดเจ็บ ที่สำคัญในวัยรุ่นหญิงส่งผลให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ส่งผลให้เกิดการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ กระทรวงสาธารณสุขตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 จึงได้กำหนดยุทธศาสตร์เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพคนไทย โดยในกลุ่มเด็กวัยรุ่นให้มุ่งเน้นการเตรียมเยาวชนให้มีความพร้อมทั้งทางด้านจิตใจ ทักษะชีวิต และความรู้พื้นฐานโดยผลักดันให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการพัฒนาเยาวชนให้ห่างไกลจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาเสพติด⁴

การศึกษาเกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเยาวชนหญิงมีจำนวนจำกัดมาก และพบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิเสธการดื่ม การถูกชักชวนให้ดื่ม และทัศนคติต่อการดื่มเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเยาวชนหญิง⁵⁻⁷ แนวคิดการให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ (IMB Model) เป็นแนวคิดที่ใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่ง Fisher และ Fisher เชื่อว่าการที่บุคคลจะเริ่มเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมขึ้นอยู่กับ การให้ข้อมูลข่าวสาร สร้างแรงจูงใจ และ

พัฒนาทักษะที่ตรงกับความต้องการ โดยมีกระบวนการก่อนทำกิจกรรม คือการค้นหาข้อมูล เพื่อค้นหาความจริงว่ากลุ่มเป้าหมายมีระดับความรู้ แรงจูงใจ ทักษะและพฤติกรรมป้องกันโรคอย่างไร ซึ่งนำไปสู่การจัดกิจกรรม คือ 1) การให้ข้อมูลข่าวสาร (Information) เป็นการให้ความรู้ในส่วนที่ขาดที่เฉพาะเจาะจงกับปัญหาของกลุ่มเป้าหมาย จะทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง 2) การสร้างแรงจูงใจ (Motivation) ทั้งแรงจูงใจส่วนบุคคลและแรงจูงใจทางสังคม เพื่อให้เกิดแรงจูงใจที่ฝังรากลึกพอ ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนให้บุคคลมีทัศนคติที่ดี จะนำไปสู่การเพิ่มศักยภาพในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และ 3) การพัฒนาทักษะที่ตรงกับความต้องการ (Behavior skills) ที่จะช่วยให้บุคคลเกิดความมั่นใจและประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และหลังทำกิจกรรมต้องมีการประเมินความรู้ แรงจูงใจ ทักษะและพฤติกรรมการป้องกันโรค⁸

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า มีการพัฒนาโปรแกรมที่ใช้การให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะจำนวนไม่มากในกลุ่มวัยรุ่น โดยส่วนใหญ่พบว่าเป็นโปรแกรมเพื่อการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การติดเชื้อ HIV การป้องกันโรคเอดส์ และการรับมือการบุกรุกทางไซเบอร์และการกลั่นแกล้งทางอินเทอร์เน็ต ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมต่าง ๆ ดังกล่าวสามารถปรับเปลี่ยนการรับรู้ ทัศนคติ ความตั้งใจ และพฤติกรรมของวัยรุ่นไปในทางที่เหมาะสมได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่อย่างไรก็ตามโปรแกรมดังกล่าวไม่ได้มีการนำกระบวนการทั้งหมดตั้งแต่ขั้นการค้นหาข้อมูล ขึ้นดำเนินการจัดกิจกรรม และขั้นประเมินผลมาใช้ อีกทั้งยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์⁹⁻¹³

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์ใช้แนวคิด IMB Model ทั้ง 3 ขั้นตอนเริ่มตั้งแต่ 1) ขั้นตอนการค้นหาข้อมูล (Elicitation) 2) ขั้นตอนการจัดกิจกรรม (Intervention) และ 3) ขั้นตอนการประเมินผล (Evaluation) ในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมให้เกิดความรู้เกี่ยวกับการดื่ม ทัศนคติที่ดีต่อการหลีกเลี่ยงการดื่ม การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิเสธการดื่ม ตลอดจนมีความตั้งใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งย่อมส่งผลโดยตรงต่อการกระทำพฤติกรรมต่อไป

เนื่องจากความตั้งใจที่จะบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นตัวทำนายพฤติกรรมได้ดีที่สุดเพราะเป็นความพร้อมที่นำไปสู่การปฏิบัติ¹⁴ ผลการศึกษาจะเป็นประโยชน์แก่บุคลากรสาธารณสุข ครู และผู้ที่เกี่ยวข้องในการนำไปประยุกต์ใช้เพื่อป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีประสิทธิภาพของวัยรุ่นหญิงไทยต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการให้ข้อมูลข่าวสาร สร้างแรงจูงใจ และพัฒนาทักษะเพื่อป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่นหญิง ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิด IMB Model ของ Fisher และ Fisher⁸ ทั้ง 3 ขั้นตอน เริ่มต้นตั้งแต่ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาข้อมูล ศึกษาแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยการจัดประชุมกลุ่มย่อย ระดมสมองเพื่อค้นหาว่าวัยรุ่นหญิงมีความเข้าใจในสถานการณ์ ความรู้ แรงจูงใจ ทักษะพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างไร ขั้นตอนที่ 2 การจัดกิจกรรม โดยการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความรู้ แรงจูงใจ และพัฒนาทักษะที่มีความเฉพาะเจาะจงในส่วนที่กลุ่มเป้าหมายยังขาด ดังนี้ 1) การให้ข้อมูลข่าวสาร โดยการให้ความรู้เรื่องเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ สถานการณ์ ส่วนประกอบ การออกฤทธิ์ สาเหตุ ผลกระทบ การป้องกันการดื่ม และกฎหมายเกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 2) การสร้างแรงจูงใจ ทั้ง 2 ระดับ คือ 2.1) แรงจูงใจส่วนบุคคล (Personal motivation) โดยการเสริมสร้างทัศนคติที่ดีต่อการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ 2.2) แรงจูงใจทางสังคม (Social motivation) โดยการเสริมสร้างแรงจูงใจจากการมีส่วนร่วมของเพื่อนต่อการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และจากศิลปิน-ดาราวัยรุ่นที่มีชื่อเสียง พุดจูงใจ เชิญชวนให้ไม่ดื่ม และ 3) การพัฒนาทักษะ โดยฝึกปฏิบัติทักษะที่ตรงกับความต้องการ เพื่อการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นำไปสู่ตัวแปรตามซึ่งเป็นขั้นตอนที่ 3 การประเมินผล โดยประเมินความรู้ ทักษะ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความตั้งใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หลังทำกิจกรรม กระบวนการดังกล่าวจะส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนความรู้ ทักษะ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ตลอดจนความตั้งใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นหญิง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทักษะคิดต่อการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และความตั้งใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์

2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทักษะคิดต่อการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และความตั้งใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์

สมมติฐานการวิจัย

1. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทักษะคิดต่อการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และความตั้งใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลอง

2. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทักษะคิดต่อการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และความตั้งใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลสามช่วงเวลา คือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จทันที และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนหญิงที่

กำลังศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ปีการศึกษา 2563 ในโรงเรียนมัธยมศึกษา อำเภอสครีราชะ สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 18 กระทรวงศึกษาธิการ จังหวัดชลบุรี 2 แห่งที่มีบริบทและสิ่งแวดล้อมใกล้เคียงกัน ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้ค่าขนาดอิทธิพลของผลงานวิจัยที่ทดลองของงานวิจัยที่ผ่านมา¹⁵ มากำหนดขนาดตัวอย่างจากตารางสำเร็จรูป (Power table)¹⁶ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 25 คนต่อกลุ่ม แต่เพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการทดลอง ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 20¹⁷ ได้กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 คน รวม 60 คน โดยมีเกณฑ์ที่กำหนดในการเข้าร่วมการศึกษา (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยกเว้นการทดลองดื่ม 1 แก้วหรือ 1 กระป๋องเท่านั้น 2) ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ทำให้มีข้อจำกัดในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ 3) ไม่มีปัญหาด้านการเรียนรู้ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายแบบการจับสลากแบบไม่ใส่คืน โดย 1) สุ่มเลือกโรงเรียนมา 2 โรงเรียน ได้โรงเรียนแห่งที่ 1 เป็นกลุ่มทดลองและโรงเรียนแห่งที่ 2 เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ 2) โรงเรียนแห่งที่ 1 และโรงเรียนแห่งที่ 2 สุ่มเลือกห้องเรียนมาโรงเรียนละ 2 ห้อง นักเรียนทั้งหมดทำแบบคัดกรองการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 3) สุ่มนักเรียนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด กลุ่มตัวอย่างหากมีจำนวนไม่เพียงพอตามที่ได้คำนวณไว้ ทำการสุ่มเลือกเพิ่มที่ละหนึ่งห้องจนกว่าจะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างครบตามที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการให้ข้อมูลข่าวสาร สร้างแรงจูงใจ และพัฒนาทักษะเพื่อป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่นหญิง เป็นการปฏิบัติกิจกรรมอย่างมีแบบแผน 4 ครั้ง ๆ ละ 50 นาที 4 สัปดาห์ เพื่อส่งเสริมความรู้ ทักษะ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความตั้งใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นหญิง ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิด IMB Model ของ Fisher และ Fisher⁸ ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาข้อมูล เพื่อค้นหาว่าวัยรุ่นหญิงมีความเข้าใจในสถานการณ์ ความรู้ แรงจูงใจ ทักษะพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างไร ขั้นตอนที่ 2 การจัดกิจกรรมโดยการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความรู้ แรงจูงใจ และพัฒนา

ทักษะที่มีความเฉพาะเจาะจงในส่วนที่กลุ่มเป้าหมายยังขาด ดังนี้ 1) การให้ข้อมูลข่าวสาร 2) การสร้างแรงจูงใจ 2 ระดับ คือ 2.1) แรงจูงใจส่วนบุคคล และ 2.2) แรงจูงใจทางสังคม และ 3) การพัฒนาทักษะ

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ อายุ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ที่พักอาศัยในปัจจุบัน ค่าใช้จ่ายที่ได้รับต่อวัน และสถานภาพของครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง จำนวน 18 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติต่อการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็นว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยต่อการไม่ดื่ม ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองตามแนวคิดของ Webber¹⁸ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ 1) ด้านความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) 2) ด้านความรู้สึก (Affective) และ 3) ด้านปฏิบัติ (Behavioral) ทั้งหมดจำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความมั่นใจของตนเองในการปฏิเสธการดื่มในสถานการณ์ต่าง ๆ วัดโดยแบบสอบถามของ Young และคณะ¹⁹ โดยมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.93 จำนวน 14 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความตั้งใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นแบบประเมินเจตนาที่จะไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้นในระยะเวลา 1 ปี 5 ปีข้างหน้า และเมื่อมีเพื่อนสนิทชวนให้ดื่ม โดยปรับจากแบบวัดของ Ford และคณะ²⁰ โดยมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.91 จำนวน 3 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง ได้แก่ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และแบบสอบถามทัศนคติต่อการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.80 และ 1.00 ตามลำดับ สำหรับแบบสอบถามการรับรู้ความ

สามารถของตนเองในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และแบบสอบถามความตั้งใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ผ่านการพัฒนามาแล้วจึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และจากนั้นตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยการนำแบบสอบถามความรู้ ทักษะคิด การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความตั้งใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ไปทดลองใช้กับนักเรียนหญิงที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน และคำนวณค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามได้เท่ากับ .82, .88, .91 และ .85 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา รหัสจริยธรรมที่ G-HS 073/2563 วันที่ได้รับการรับรองจริยธรรม วันที่ 27 ตุลาคม 2563 และก่อนเข้าร่วมโปรแกรมผู้วิจัยได้รับความยินยอมทั้งจากกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครอง เป็นลายลักษณ์อักษร การเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจ สามารถปฏิเสธที่จะตอบแบบสอบถามหรือถอนตัวออกจากการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อนิสัยประการใด ๆ และไม่จำเป็นต้องบอกเหตุผล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มทดลอง

1. ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการเขตพื้นที่การศึกษา เขตที่ 18 จังหวัดชลบุรี และผู้อำนวยการโรงเรียน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตทำการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองโดยใช้แบบสอบถาม โดยกลุ่มตัวอย่างกำหนดรหัส (Code) ประจำตัวของตนเอง ให้กลุ่มตัวอย่างนั่งทำแบบสอบถามในห้องเรียน

2. ดำเนินการตามโปรแกรมที่คำนึงถึงความปลอดภัยจากเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 โดยการจัดกิจกรรมทั้งในชั้นเรียน (ครั้งที่ 1-2) ที่คำนึงถึงการเว้นระยะห่างทางสังคม และสวมหน้ากากอนามัย และการจัดกิจกรรมผ่านออนไลน์ ผ่านโปรแกรม Line Group (ครั้งที่ 3-4) มีกระบวนการ ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) การค้นหาข้อมูล จัดกิจกรรม “แลกเปลี่ยน เรียนรู้” เป็นการจัดกิจกรรมในชั้นเรียน 50 นาที แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่ม ๆ ละ

10 คน ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยนำประชุมย่อยให้กลุ่มตัวอย่างได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นในประเด็นต่าง ๆ เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อประเมินความรู้ แรงจูงใจ และทักษะที่ตรงกับความต้องการในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

กิจกรรมครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) จัดกิจกรรม “เหล้าอยากเล่า” เป็นการจัดกิจกรรมในชั้นเรียน 50 นาที ผู้วิจัยให้ข้อมูลความรู้เรื่องเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ สถานการณ์ส่วนประกอบ การออกฤทธิ์ สาเหตุ ผลกระทบ การป้องกันการดื่ม และกฎหมายเกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยการบรรยายประกอบวีดิทัศน์

กิจกรรมครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3) “พลังแห่งแรงจูงใจ” เป็นการจัดกิจกรรมออนไลน์ผ่าน Line Group 50 นาที เป็นการสร้างแรงจูงใจส่วนบุคคล โดยการเสริมสร้างทัศนคติในการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ให้กลุ่มตัวอย่างดูวีดิทัศน์ข่าวเกี่ยวกับผลกระทบที่ตามมาจากการดื่ม และให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความรู้สึก มุมมอง ความคิด ร่วมกันแลกเปลี่ยนถึงผลกระทบที่เกิดขึ้น และการเสริมสร้างแรงจูงใจทางสังคมจากการมีส่วนร่วมของเพื่อนโดยการให้เพื่อนที่มีทักษะในการพูด นำเสนอวิธีการหลีกเลี่ยงการดื่ม และพูดโน้มน้าวให้วัยรุ่นหญิงเกิดแรงจูงใจและมีทัศนคติที่ดีต่อการหลีกเลี่ยงการดื่ม ต่อจากนั้นให้ชมวีดิทัศน์ข่าวศิลปิน-ดาราวัยรุ่นที่มีชื่อเสียงร่วมรณรงค์ เชิญชวน “ลด ละ เลิก เหล้า” และสร้างพันธะสัญญาใจ โดยให้กลุ่มตัวอย่างเขียนคำมั่นสัญญาเป็นข้อความสะท้อนถึงความมุ่งมั่นที่จะไม่ยุ่งเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และนำรูปหัวใจมาประกอบรวมกันเป็นอัลบั้มของ Line Group

กิจกรรมครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 4) “ทำเป็น ทำได้ ห่างไกลแอลกอฮอล์” เป็นการจัดกิจกรรมออนไลน์แบ่งเป็น Line Group ห้องย่อยจำนวน 3 ห้อง ๆ ละ 10 คน ผู้วิจัยจัดกิจกรรมครั้งละ 1 ห้อง ห้องละ 50 นาที เพื่อพัฒนาทักษะที่ตรงกับความต้องการเพื่อการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยผู้วิจัยบรรยายและสาธิตหลักการในการเสริมสร้างทักษะที่จำเป็นต่าง ๆ ได้แก่ ทักษะปฏิเสธ ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการจัดการความเครียด ด้วยสื่อการสอนและวีดิทัศน์ และให้กลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติทักษะต่าง ๆ โดยการสาธิตย้อนกลับผ่านการแสดงบทบาทสมมติในสถานการณ์ต่าง ๆ

ที่ถูกเพื่อนชักชวนให้ดื่ม โดยการจับคู่กัน ผลัดกันชักชวนและปฏิเสธการดื่ม โดยแต่ละคู่คิดสร้างสรรค์สถานการณ์ต่าง ๆ ที่ถูกกดดันให้ดื่มและใช้ทักษะต่าง ๆ ในการหลีกเลี่ยงการดื่มจนประสบความสำเร็จ และนำเสนอกลุ่มที่ละคู่ จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการฝึกทักษะและใช้ทักษะต่าง ๆ

3. ขึ้นประเมินผล เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองเสร็จทันที และภายหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 8) โดยใช้แบบสอบถามชุดเดียวกับก่อนการทดลอง

กลุ่มเปรียบเทียบ ได้รับการเรียนการสอนตามปกติ และมีขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมดังนี้

1. เข้าพบกลุ่มเปรียบเทียบเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย

2. เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองโดยใช้แบบสอบถาม โดยกลุ่มตัวอย่างมีรหัส (Code) ประจำตัวของตัวเอง เช่นเดียวกันกับกลุ่มทดลอง

3. เก็บรวบรวมข้อมูลในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 โดยให้กลุ่มเปรียบเทียบทำแบบสอบถามเช่นเดียวกับก่อนการทดลอง

4. หลังสิ้นสุดการวิจัยไม่เกิน 1 เดือนจัดกิจกรรมตามโปรแกรมให้กับกลุ่มเปรียบเทียบผ่านระบบออนไลน์ตามความสมัครใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลการเปรียบเทียบใช้สถิติอ้างอิง ได้แก่ t-test และ Repeated measure ANOVA

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีอายุ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ที่พักอาศัยในปัจจุบัน ค่าใช้จ่ายที่ได้รับต่อวัน และสถานภาพของครอบครัวไม่แตกต่างกันโดยในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 14.8 มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนมากกว่า 3 ร้อยละ 76.7 ($\bar{X} = 3.4$, $SD = 0.48$) และ 86.7 ($\bar{X} = 3.3$, $SD = 0.42$) ตามลำดับ พักอาศัยอยู่กับ

บิดาและมารดาร้อยละ 70.0 และ 56.7 ตามลำดับ มีค่าใช้จ่ายที่ได้รับต่อวันอยู่ในช่วง 51-100 บาท คิดเป็นร้อยละ 63.3 ($\bar{X} = 70.7$, $SD = 22.11$) และร้อยละ 70.0 ($\bar{X} = 73.7$, $SD = 22.05$) ตามลำดับ และสถานภาพของครอบครัวส่วนใหญ่มีบิดามารดาอยู่ร่วมกันร้อยละ 66.7 และ 60.0 ตามลำดับ

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทักษะต่อการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และความตั้งใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบและภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในระลอกก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

ผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มโดยไม่คำนึงถึงเวลา พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความตั้งใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$, $< .01$, $< .05$ และ $< .05$ ตามลำดับ) และเมื่อพิจารณาอิทธิพลร่วมระหว่างกลุ่มกับเวลา (Group*Time interaction) ก็มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แสดงว่าโปรแกรมมีผลต่อตัวแปรตามแตกต่างกัน นั่นคือเมื่อเวลาผ่านไปกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความตั้งใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความตั้งใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในแต่ละช่วงเวลาภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความตั้งใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากการวัดทั้ง 3 ช่วงเวลาแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ ($p < .001$) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความตั้งใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากการวัดทั้ง 3 ช่วงเวลาไม่แตกต่างกัน และมีคะแนนเฉลี่ยทักษะแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ ($p < .001$)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความตั้งใจในการไม่
 ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม
 ผล ด้วยสถิติ Repeated measure ANOVA (n = 60)

ตัวแปร	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F
ความรู้เกี่ยวกับการดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์	ระหว่างกลุ่ม				
	กลุ่ม (Group)	170.14	1	170.14	11.68**
	ความคลาดเคลื่อน	845.26	58	14.57	
	ภายในกลุ่ม				
	เวลา (Time)	75.01	2	37.51	13.97
	กลุ่มและเวลา (Group*Time)	104.14	2	52.07	19.39***
ทัศนคติต่อการหลีกเลี่ยงการ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	ระหว่างกลุ่ม				
	กลุ่ม (Group)	785.42	1	785.42	8.71a**
	ความคลาดเคลื่อน	5231.36	58	90.20	
	ภายในกลุ่ม				
	เวลา (Time)	26.18	1.74	15.05	.81
	กลุ่มและเวลา (Group*Time)	771.24	1.74	443.46	23.78a***
การรับรู้ความสามารถของ ตนเองในการปฏิเสธการดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์	ระหว่างกลุ่ม				
	กลุ่ม (Group)	888.89	1	888.89	5.99a*
	ความคลาดเคลื่อน	8609.56	58	148.44	
	ภายในกลุ่ม				
	เวลา (Time)	227.41	1.69	134.22	7.41
	กลุ่มและเวลา (Group*Time)	458.01	1.69	270.31	14.93a***
ความตั้งใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์	ระหว่างกลุ่ม				
	กลุ่ม (Group)	69.69	1	69.69	5.48*
	ความคลาดเคลื่อน	738.29	58	12.73	
	ภายในกลุ่ม				
	เวลา (Time)	40.71	2	20.36	14.98
	กลุ่มและเวลา (Group*Time)	40.31	2	20.16	14.83***
	ความคลาดเคลื่อน	157.64	116	2.72	

SS = Sum Squares; df = degree of freedom; MS = Mean Square

a = Greenhouse-Geisser correction was used to reduce type I error (ความแปรปรวนไม่เป็น compound symmetry)

* p < .05, ** p < .01, *** p < .001

อภิปรายผลการวิจัย

1. ความรู้เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) พบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงสถานการณ์การดื่ม เข้าใจว่าสาเหตุของการดื่มมาจากหลายปัจจัยทั้งจากตนเองและจากสิ่งแวดล้อม และรับทราบถึงผลกระทบจากการดื่มโดยทั่วไป แต่ยังขาดความรู้ถึงผลกระทบทางด้านร่างกายที่เกิดจากกลไกการออกฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ และไม่มีความรู้เกี่ยวกับกฎหมายการดื่ม จากผลการประเมินที่ได้นำไปสู่การจัดกิจกรรมโดยให้ความรู้เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งจากผลการวิเคราะห์แบบสอบถามเป็นรายข้อพบว่า มีความรู้เกี่ยวกับการดื่มโดยตอบถูกต้องร้อยละ 70 ถึงร้อยละ 96.7 จำนวน 12 ข้อ จาก 18 ข้อ อย่างไรก็ตาม วิทยุรณรงค์ยังมีความเข้าใจไม่ค่อยถูกต้องเกี่ยวกับช่วงอายุที่ห้ามจำหน่ายสุรา ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดขณะขับขี ผลกระทบของแอลกอฮอล์ต่อการเจริญเติบโต และการออกฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{9-11,21}

2. ทักษะต่อการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะต่อการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) พบว่าส่วนใหญ่รับรู้ในแง่บวกของการไม่ดื่มและรับรู้ในแง่ลบต่อการดื่ม แต่ยังมีความคิดเห็นว่าการไม่ดื่มเป็นข้อจำกัดต่อการใช้ชีวิต และนำผลจากการประเมินที่ได้ไปสู่การจัดกิจกรรมการเสริมสร้างแรงจูงใจทั้งแรงจูงใจส่วนบุคคลและแรงจูงใจทางสังคม การสร้างแรงจูงใจส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างตระหนักและรับรู้ถึงผลลัพธ์ที่แตกต่างระหว่างการดื่มและไม่ดื่ม การวิเคราะห์แบบสอบถามเป็นรายข้อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ถึงผลกระทบต่าง ๆ จากการดื่มทั้งด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านความรู้สึก และด้านปฏิบัติ อีกทั้งเมื่อเปิดโอกาสให้แต่ละคนได้แลกเปลี่ยนเรื่องราวต่าง ๆ จากประสบการณ์ตรงของตนเอง มีข้อความที่สะท้อนให้เห็นถึงความตระหนักถึงผลเสียจากการดื่มและเกิดแรงจูงใจที่จะไม่ดื่ม กระบวนการสร้างแรงจูงใจทางสังคม

โดยให้เรียนรู้จากเพื่อน และศิลปิน-ดารา และการสร้างพันธมิตรสัญญาใจ พบว่าข้อความที่กลุ่มตัวอย่างเขียนสะท้อนให้เห็นถึงการรับรู้ว่ามีพ่อแม่ เพื่อน และศิลปินที่ตนชื่นชอบไม่เห็นด้วยกับการดื่ม เกิดความมุ่งมั่นที่จะไม่ดื่ม และทำให้เกิดการกระตุ้นเตือนเป้าหมายที่ตนตั้งไว้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{9-11,21}

3. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยจากการจัดกิจกรรมค้นหาข้อมูลพบว่าทักษะสำคัญที่กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการและช่วยให้สามารถหลีกเลี่ยงการดื่มได้สำเร็จ คือ ทักษะการปฏิเสธ การตัดสินใจ และการจัดการความเครียด นำผลจากการประเมินที่ได้ไปสู่การจัดกิจกรรมโดยการฝึกปฏิบัติทักษะดังกล่าว ด้วยการสาธิตและสาธิตย้อนกลับผ่านการแสดงบทบาทสมมติในสถานการณ์ต่าง ๆ ทำให้กลุ่มตัวอย่างกล้าแสดงออกและมีความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติมากขึ้น อีกทั้งการได้นำไปใช้ในสถานการณ์จริงในชีวิตประจำวัน ทำให้วิทยุรณรงค์มีทักษะต่าง ๆ ดังกล่าวเกิดความมั่นใจในตนเองที่จะหลีกเลี่ยงการดื่มได้สำเร็จตามมา และจากการวิเคราะห์รายข้อ พบข้อมูลที่น่าสนใจคือ ความมั่นใจจะมีมากในสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับตนเอง โดยจะยังคงไม่ดื่มแม้ว่าจะกำลังโกรธ รู้สึกหงุดหงิดไม่พอใจ กังวลใจ รู้สึกท้อแท้ เมื่ออยู่ตามลำพัง แต่ถ้าหากสถานการณ์ดังกล่าวเกี่ยวข้องกับบุคคลอื่นด้วยเช่น เมื่ออยู่กับเพื่อนที่กำลังดื่ม ผลของความสำเร็จหรือชัยชนะ มีคนคอยสนับสนุนให้ดื่ม อยู่กับแฟนที่กำลังดื่ม ความมั่นใจในการหลีกเลี่ยงการดื่มจะลดน้อยลง สะท้อนให้เห็นถึงอิทธิพลของเพื่อนและสังคมที่มีต่อวิทยุรณรงค์ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{9-11,21}

4. ความตั้งใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เนื่องจากการให้ข้อมูลที่ตรงกับความต้องการทำให้เกิดความรู้เกี่ยวกับการดื่มที่เฉพาะ

เจาะจงสำหรับวัยรุ่นหญิงและการสร้างแรงจูงใจที่ฝังรากลึกพอในการหลีกเลี่ยงการดื่มร่วมกับการได้รับการพัฒนาทักษะสำคัญที่ตรงกับความต้องการในการหลีกเลี่ยงการดื่มทำให้วัยรุ่นหญิงมีความตั้งใจในการไม่ดื่ม ซึ่งย่อมส่งผลโดยตรงต่อการกระทำพฤติกรรมต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{8,14,21}

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

เนื่องจากการศึกษาพบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองในระยะติดตามผลคะแนนเฉลี่ยต่าง ๆ มีแนวโน้มคงที่หรือลดลง การนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในโรงเรียน จึง

ควรมีการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่องและมีการกระตุ้นเตือนเป็นระยะ ๆ นอกจากนี้ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องสามารถนำกิจกรรมนี้ไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงอื่น และควรศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นกลุ่มอื่น ๆ

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

การพัฒนาโปรแกรมที่มีการนำสื่อออนไลน์รูปแบบต่าง ๆ เข้ามาใช้อย่างหลากหลายเพิ่มขึ้นอาจจะทำให้ได้รูปแบบโปรแกรมที่มีความสอดคล้องเหมาะสมกับบริบทของวัยรุ่นยุควิถีชีวิตใหม่มากขึ้น

References

1. World Health Organization (WHO). Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization; 2018.
2. Usaha J, Wijitkhunakorn P, Saengam D, Phrphetkaew N, Chaengo U, Thaikla K, et al. Facts and Figures: Alcohol in Thailand. Bangkok: Center of Alcohol Studies; 2016. (in Thai).
3. Thamarangsi T. Situation of alcohol consumption and its impacts in Thailand 2013. Bangkok: The Graphico Systems; 2013. (in Thai).
4. Ministry of Public Health Strategy and Planning Division. Twenty-year national strategic plan of public health. Bangkok: Ministry of Public Health; 2018. (in Thai).
5. Hemachayat A, Yodnil S. Factors related to alcohol drinking among female high school student in Amphur Khowkitchakoot Chanthaburi Province. Journal of Education and Social Development 2012;8(1):115-28. (in Thai).
6. Thammawimut A, Phasunon P. Influences of attitude, subjective norm, controlled behavior, and extraversion personality toward alcohol drinking behavior of female students in Western Area Rajabhat Universities. Journal of Educational Silpakorn University 2016;9(1):1533-48. (in Thai).
7. Homsin P, Srisuriyawet R. (2010). Beliefs patterns and factors related to alcohol drinking stages among Thai youths in Eastern Region. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University 2010;5(2):28-39. (in Thai).
8. Fisher JD, Fisher WA. Changing AIDS risk behavior. Psychological Bulletin 1992;111:455-74.
9. Suwalak N, Tansakul S, Thirawiwat M, Kaewdamkeng K. Effects of an Information-Motivation-Behavioral skills program for preventing sexual intercourse among tenth grade students. Thai Journal of Health Education 2019;42(1):29-42. (in Thai).
10. Kingmala C, Rawivorakul T, Phowattana A. Effect of a pregnancy prevention program for female adolescents. Journal of Health and Nursing Research 2015;31(3):25-34. (in Thai).

11. Nuntachan N, Ketpiban N, Wisetkul N. Effect of information provision, motivation, and skill development on antiretroviral adherence among youths living with HIV. *Nursing Journal* 2015;42(3): 72-83. (in Thai).
12. Popovac M, Fine P. An intervention using the Information-Motivation-Behavioral Skills Model: Tackling cyberaggression and cyberbullying in South African adolescents. *Reducing Cyberbullying in Schools* 2018; 225-44.
13. Daly P, Pace T, Berg J, Menon U, Szalacha LA. A mindful eating intervention: A theory-guided randomized anti-obesity feasibility study with adolescent Latino females. *Complementary Therapies in Medicine* 2016;28:22-8.
14. Fisher JD, Fisher WA. The Information-Motivation-Behavioral skills Model of HIV prevention behavior. New York: Jossey-Bass; 2009.
15. Funkachorn A. Effect of self-efficacy enhancement on perceived self-efficacy, outcome expectancy and alcohol drinking refusal late secondary school students in BoThong District, Chonburi Province. [Master's thesis]. Chonburi: Burapha University; 2016. (in Thai).
16. Tato R. Nursing research: Concept of application. 4th ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2018. (in Thai).
17. Lemeshow S, Hosmer D, Kler J, Lwanga S. Adequacy of sample size in health studies. Chichester: John Wiley & Son; 1992.
18. Webber AL. Social psychology. New York: Harper Perennial; 1992.
19. Young R, Hasking PA, Oei TPS, Loveday W. Validation of the drinking refusal self-efficacy questionnaire revised in an adolescent sample (DRSEQ-RA). *Journal of Addictive Behaviors* 2007;32:862-8.
20. Ford KH, Diamond PM, Kelder SH, Sterling KL, McAlister AL. Validation of scales measuring attitudes, self-efficacy, and intention related to smoking among middle school students. *Psychology of Addictive Behaviors* 2009;23(2):271-78.
21. Espada JP, Orgilés M, Morales A, Ballester R, Huedo-Medina TB. Effectiveness of a school HIV/AIDS prevention program for Spanish adolescents. *AIDS Education and Prevention* 2012;24(6): 500-13.

บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของ อาสาสมัครกู้ชีพเขตกรุงเทพมหานคร Factors Related to Safety Behavior of First Responders in Bangkok

Received: Apr 10, 2021
Revised: Jan 2, 2022
Accepted: Mar 9, 2022

เกศวดี ดาวภักศรี พย.ม. (Ketwadee Dawpaksri, M.N.S.)¹
แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ ปร.ด. (Ann Jirapongsuwan, Ph.D.)²

บทคัดย่อ

บทนำ: การทำงานอาสาสมัครกู้ชีพเป็นงานที่มีความเสี่ยงต่ออันตรายที่เกิดจากการทำงาน การมีพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานที่ดีจะช่วยป้องกันโรคและการบาดเจ็บจากการทำงานได้

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของอาสาสมัครกู้ชีพในเขตกรุงเทพมหานคร

ระเบียบวิธีวิจัย: การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครกู้ชีพในเขตกรุงเทพมหานคร อายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 250 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ผ่านการตรวจสอบคุณภาพมีความเชื่อมั่น 0.94-0.98 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์โดยใช้สถิติโลจิสติกส์และการถดถอยโลจิสติกส์ (Binary logistic regression analysis)

สรุปผล: การขึ้นทะเบียนกับมูลนิธิกู้ชีพ ความรู้และทัศนคติด้านความปลอดภัยในการทำงาน การจัดให้มีอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล การจัดให้มีสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยในการทำงาน แรงสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนร่วมงาน หัวหน้างาน และแรงสนับสนุนจากมูลนิธิกู้ชีพ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของอาสาสมัครกู้ชีพ

ข้อเสนอแนะ: ผลการวิจัยชี้ให้เห็นความสำคัญของการให้ความรู้และทัศนคติที่ดีด้านความปลอดภัยในการทำงาน การขึ้นทะเบียน ปัจจัยเอื้อด้านอุปกรณ์ สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย และแรงสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน หัวหน้า มูลนิธิกู้ชีพ ส่งเสริมพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของอาสาสมัครกู้ชีพ

คำสำคัญ: พฤติกรรมความปลอดภัย อาสาสมัครกู้ชีพ

¹ นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: muui26nu@gmail.com

² Corresponding author รองศาสตราจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: ann.jir@mahidol.ac.th

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

Abstract

Introduction: First responders are at risk of their work. Safety behaviors during work are important to prevent illness and injuries from their work.

Research objectives: This study aimed to examine factors related to the safety behaviors among first responders in Bangkok.

Research methodology: This study used a descriptive cross-sectional design. A sample consisted of 250 first responders aged 18 years and over. Data were collected using a set of questionnaires developed by the researchers. Reliability coefficients ranged from 0.94 to 0.98. Data were analyzed using descriptive statistics (frequency distribution, percentage mean, and standard deviation), and inferential statistics (Chi-square test, and Binary logistic regression analysis).

Conclusions: Registration with rescue foundation, knowledge about safety behaviors, attitude towards safety behaviors, protective equipment support, safety work environment support, family support, peer support, supervisor support, and rescue foundation support were the factors that related to safety behaviors among Bangkok first responder workers.

Implication: Findings from this study indicated the importance of knowledge and attitude towards safety behaviors, registration with rescue foundation, protective equipment support, safety environment, family support, peer support, supervisor support, and rescue foundation support to first responders' safety behaviors.

Keywords: safety behavior, first responder

บทนำ

ระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย (Emergency Medical System) ได้มีการพัฒนาเพื่อบริหารจัดการและดูแลประชาชนที่มีปัญหาสุขภาพอย่างเร่งด่วน โดยมีหน่วยงานคือ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ) เป็นผู้ควบคุมจัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินในปี พ.ศ. 2551 เพื่อเป็นองค์กรรับผิดชอบการบริหารจัดการประสานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชนให้เข้ามา มีบทบาทในการบริหารจัดการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน¹ อาสาสมัครกู้ชีพเป็นอาชีพหนึ่งที่มีความสำคัญในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง ผู้ที่มีบทบาทให้บริการประชาชนในด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยหรือผู้บาดเจ็บ มีลักษณะการปฏิบัติ

งานที่แตกต่างจากบุคลากรสาธารณสุขด้านอื่น เช่น แพทย์ พยาบาล คือ เป็นหน่วยงานแรกๆ ที่เข้าถึงตัวผู้ป่วย² ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยหรือผู้บาดเจ็บ ณ จุดเกิดเหตุ และประสานนำผู้ป่วยส่งต่อโรงพยาบาล ช่วยลดภาระงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินแก่สถานพยาบาลในท้องถิ่น³

ลักษณะการปฏิบัติงานอาสาสมัครกู้ชีพเป็นงานที่มีความเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพ เนื่องจากมีการทำงานเป็นระบบกะ ปฏิบัติงานเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน ออกปฏิบัติงานในพื้นที่เกิดเหตุจริง ให้การช่วยเหลือเบื้องต้นก่อนนำส่งโรงพยาบาล มีโอกาสสัมผัสสารคัดหลั่งจากผู้ป่วยส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ⁴เสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บหรือได้รับอุบัติเหตุ เช่น เข็มทิ่มตำ เศษแก้วหรือกระจกบาด⁵ เกิด

อุบัติเหตุซ้ำซ้อนขณะให้การช่วยเหลือผู้ป่วยบนท้องถนนจากการขับขี่ด้วยความเร็วหรือปฏิบัติงานในเวลากลางคืน⁶ จากลักษณะงานดังกล่าวมาข้างต้น หากอาสาสมัครกู้ชีพมีพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการทำงานที่ไม่เหมาะสมย่อมส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทำให้เกิดความเจ็บป่วยตามมา⁷ จากการศึกษางานวิจัยประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินได้รับอุบัติเหตุเข็มทิ่มตำและสัมผัสเลือดขณะปฏิบัติงานร้อยละ 17 เนื่องจากไม่ได้ใส่ถุงมือ⁸ สำหรับการศึกษาในประเทศไทยจากการศึกษาอาสาสมัครกู้ชีพเบื้องต้นในพื้นที่สาธารณสุขเขต 5 จังหวัดสมุทรปราการ พบว่ามีความชุกของการเกิดอุบัติเหตุเข็มทิ่มตำหรือของมีคมบาดร้อยละ 39.50 หรือเฉลี่ย 0.4 ครั้ง/คน/3 เดือน เนื่องจากไม่ใส่ถุงมือ ไม่สวมหมวกกอนามัย และแว่นตาขณะทำงานพบถึงร้อยละ 77.90⁹ และการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นจังหวัดอ่างทอง พบว่ามีความชุกของการใช้อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้ออยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 53.10 เนื่องจากการปฏิบัติงานที่เร่งรีบส่งผลให้ไม่ได้สวมอุปกรณ์ป้องกันตนเอง¹⁰ ดังนั้นการสร้างเสริมความปลอดภัยที่ตัวบุคลากรในด้านพฤติกรรม การป้องกันตนเอง การให้ความรู้ และทัศนคติในด้านความปลอดภัยที่ดีจึงมีความสำคัญต่อการปฏิบัติงานของบุคลากร

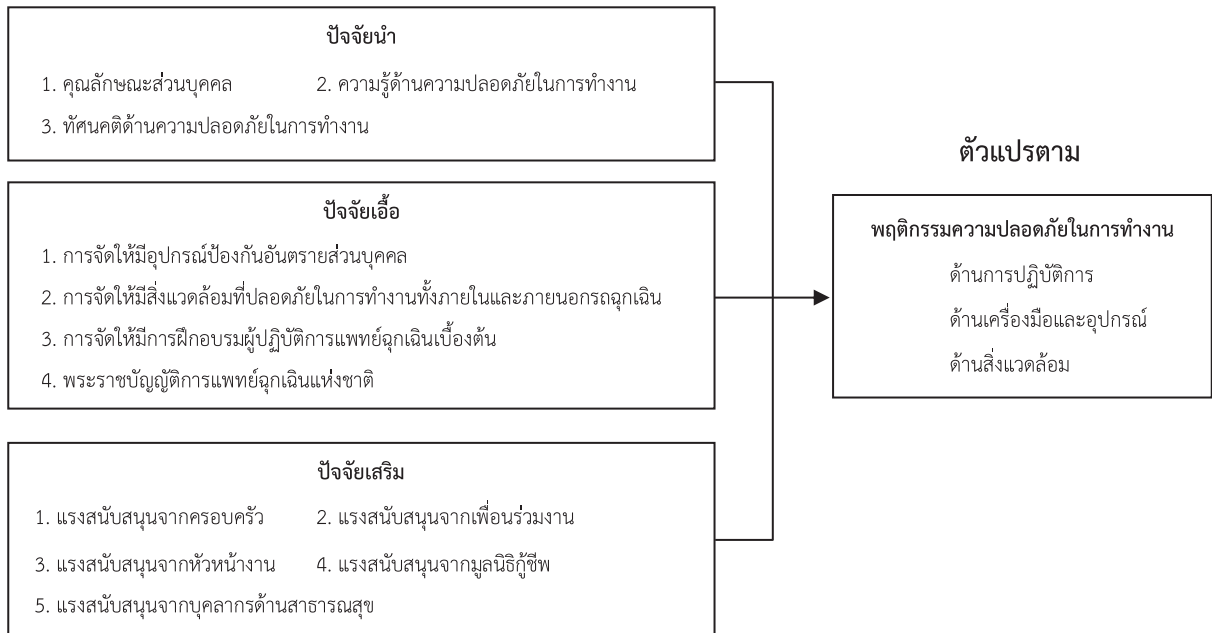
พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน หมายถึง การประพฤติปฏิบัติ การกระทำ หรือสภาพการทำงานซึ่งปลอดภัยจากเหตุอันจะทำให้เกิดการประสบอันตราย การเจ็บป่วย อันเนื่องมาจากการทำงานต่อผู้ปฏิบัติงานเนื่องจากการทำงาน¹¹ โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คือ การปฏิบัติงานของคน เครื่องมือ หรืออุปกรณ์ และสิ่งแวดล้อม หากบุคคลมีพฤติกรรมปฏิบัติงานที่ไม่ปลอดภัยส่งผลให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุขณะปฏิบัติงาน มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ เกิดความเจ็บป่วยหรือพิการ ดังนั้นการสร้างเสริมพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานที่ตัวบุคคลในด้านการให้ความรู้ การอบรม การสร้างทัศนคติที่ดีด้านความปลอดภัยจึงมีความสำคัญ รวมถึงการจัดให้มีอุปกรณ์ป้องกันอันตราย การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย และแหล่งสนับสนุน¹²

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสาธารณสุข มีความตระหนักและเห็นความสำคัญในเรื่องพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของเจ้าหน้าที่อาสาสมัครกู้ชีพที่มีความเสี่ยงจากการปฏิบัติงาน เพื่อไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยหรือได้รับบาดเจ็บ และมีความปลอดภัยจากสิ่งแวดล้อมที่คุกคามสุขภาพ จึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครกู้ชีพกรุงเทพมหานคร โดยประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE - PROCEED Model ของ Green และ Kreuter¹³ โดยการประยุกต์แนวคิด PRECEDE Model เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครกู้ชีพ ค้นหาปัญหาและเป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาการป้องกันปัญหาสุขภาพ สิ่งคุกคามทางสุขภาพ นำไปสู่การสร้างเสริมพฤติกรรมความปลอดภัยในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่อาสาสมัครกู้ชีพ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ประยุกต์ใช้ตามแนวคิดและทฤษฎี PRECEDE - PROCEED framework ของ Green และ Kreuter¹³ ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ในขั้นตอนที่ 4 การวินิจฉัยทางการศึกษา (education diagnosis) เป็นการวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมหรือปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในกระบวนการสุศึกษาที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จำแนกออกได้เป็น 3 ลักษณะ คือ ปัจจัยนำ (predisposing factors) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ปัจจัยเอื้อ (enabling factors) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญอย่างหนึ่งที่จะสนับสนุนการสร้างเสริมพฤติกรรม และปัจจัยเสริม (reinforcing factors) เป็นการได้รับแรงสนับสนุนในการสร้างพฤติกรรมที่ถูกต้อง ปัจจัยเหล่านี้เป็นแนวทางในการวินิจฉัยปัญหา การประเมินหาสาเหตุของพฤติกรรม หรือปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม และนำสิ่งที่พบจากการวินิจฉัยและการประเมินว่าเกิดปัจจัยใดบ้างแล้วนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์และวางแผนสุศึกษาต่อไป สามารถสรุปกรอบแนวคิดของการวิจัย ดังแผนภูมิที่ 1

ตัวแปรอิสระ



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของอาสาสมัครกู้ชีพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของอาสาสมัครกู้ชีพในเขตกรุงเทพมหานคร

สมมติฐาน

ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของอาสาสมัครกู้ชีพ

ระเบียบวิธีการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive study) แบบภาคตัดขวาง (cross-sectional design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ได้แก่ อาสาสมัครกู้ชีพที่ปฏิบัติงานในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์กู้ชีพพเนทร โรงพยาบาลราชวิถี โดยกลุ่มตัวอย่างมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) เป็นอาสาสมัครกู้ชีพที่ปฏิบัติงานในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์กู้ชีพพเนทร โรงพยาบาลราชวิถี 2) มีประสบการณ์ปฏิบัติงานอาสาสมัครกู้ชีพ 6 เดือนขึ้นไป 3) มีประสบการณ์ออกปฏิบัติ

งานกู้ชีพ 3 ครั้ง/เดือน 4) เป็นอาสาสมัครกู้ชีพทั้งที่ได้รับการขึ้นทะเบียนและไม่ได้รับการขึ้นทะเบียนสังกัดมูลนิธิกู้ชีพแต่มีจิตอาสาละเวลาส่วนตนมาปฏิบัติงาน 5) สมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม เกณฑ์การคัดออก คือ 1) อายุต่ำกว่า 18 ปี 2) ขอยกเลิกขณะตอบแบบสอบถาม

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากอาสาสมัครกู้ชีพในกรุงเทพมหานครนอกจากจะสังกัดกับมูลนิธิใหญ่ ได้แก่ มูลนิธิป่อเต็กตึ๊งและมูลนิธิร่วมกตัญญู ที่มีการบันทึกฐานข้อมูลอาสาสมัครกู้ชีพของตนเองอย่างเป็นระบบแล้ว ยังมีอาสาสมัครกู้ชีพของภาคประชาชน และของมูลนิธิอื่น ๆ ที่ไม่มีการบันทึกฐานข้อมูลอย่างเป็นระบบ ทำให้ไม่สามารถรู้จำนวนที่แท้จริงของอาสาสมัครกู้ชีพในส่วนนี้ได้ จึงใช้สูตรในการคำนวณในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ สูตรไม่ทราบขนาดตัวอย่างของ Cochran¹⁴

$$\text{สูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง } n = \frac{P(1-P)Z^2}{d^2}$$

เมื่อ n แทนขนาดของตัวอย่าง P แทนสัดส่วนของประชากรที่ผู้วิจัยสุ่ม จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาของ Sukheerut¹⁰ เท่ากับ 0.63 Z แทนระดับความเชื่อมั่นที่ผู้วิจัยกำหนดไว้โดย Z มีค่าเท่ากับ 1.96 ที่ระดับนัยสำคัญ .05 และที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และ d แทน

สัดส่วนความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เกิดขึ้นได้มีค่าเท่ากับ 0.05 ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% เมื่อนำมาคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 226 คน เพื่อเป็นการชดเชยกรณีกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยจึงได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 10 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวน 250 คน

วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง อาสาสมัครกู้ชีพที่ปฏิบัติงานภายใต้พื้นที่ความรับผิดชอบของศูนย์กู้ชีพบนเรนทรโรงพยาบาลราชวิถี แบ่งโซนการออกปฏิบัติงานตามพื้นที่สถานีตำรวจ 9 สถานี คือ สน.พญาไท สน.ดินแดง สน.ห้วยขวาง สน.โชคชัย สน.มักกะสัน สน.บางซื่อ สน.พหลโยธิน สน.สุทธิสาร และ สน.วังทองหลาง การวิจัยครั้งนี้แบ่งพื้นที่การเก็บข้อมูลอาสาสมัครกู้ชีพตามสถานีตำรวจทั้ง 9 สถานี ใช้การสุ่มตัวอย่างดังนี้ **ขั้นตอนที่ 1 การสุ่มแบบแบ่งชั้น** แบ่งพื้นที่การปฏิบัติงานออกเป็น 9 โซน ตามพื้นที่รับผิดชอบของสถานีตำรวจ สน.1-สน.9 และแบ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่า ๆ กัน คือ พื้นที่ละ 28 คน ซึ่งเกิดจากการนำจำนวนกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครกู้ชีพที่ต้องตอบข้อมูลแบบสอบถามทั้งหมด คือ 250 คน หารด้วย 9 คือ พื้นที่รับผิดชอบของอาสาสมัครกู้ชีพตามสถานีตำรวจ **ขั้นตอนที่ 2 การสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญหรือตามความสะดวก** ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยลงไปในพื้นที่ที่เป็นจุดจอดของอาสาสมัครกู้ชีพที่อยู่เวรปฏิบัติงานในขณะนั้น โดยสอบถามจุดจอดจากศูนย์กู้ชีพบนเรนทรโรงพยาบาลราชวิถี เมื่อพบอาสาสมัครกู้ชีพขณะอยู่เวรปฏิบัติงานตามพื้นที่ในช่วงเวลานั้น ๆ ผู้วิจัยจึงนำแบบสอบถามให้อาสาสมัครกู้ชีพตอบหรือพบอาสาสมัครกู้ชีพนำผู้ป่วยมาส่งที่โรงพยาบาลซึ่งอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามให้อาสาสมัครกู้ชีพตอบ การเก็บข้อมูลแบบสอบถามต้องไม่ส่งผลกระทบต่อการทำงานของอาสาสมัครกู้ชีพ

เครื่องมือในการวิจัย

ส่วนที่ 1 ปัจจัยนำ 1) **ลักษณะส่วนบุคคล** เช่น อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การขึ้นทะเบียนกับมูลนิธิกู้ชีพ การฝึกอบรมผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น ประสบการณ์ทำงานอาสาสมัครกู้ชีพ เป็นต้น เป็นข้อคำถามแบบมีตัวเลือกให้เลือกตอบและเติมข้อความ จำนวน 17 ข้อ 2) **ความรู้ด้านความปลอดภัยในการทำงานอาสาสมัครกู้ชีพ** ลักษณะคำตอบเป็นระดับการวัดข้อมูลแบบนามบัญญัติ มี

2 ระดับ คือ ถูก หรือ ผิด จำนวน 5 ข้อ ให้เลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก ตอบถูกให้คะแนน เท่ากับ 1 ตอบผิดให้คะแนนเท่ากับ 0 มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0-5 การแปลผลจากคะแนนโดยรวมพิจารณาตามเกณฑ์ของบลูม แบ่งเป็น 2 ระดับ ดังนี้ คะแนนต่ำกว่า 80% (1-3 คะแนน) หมายถึง มีความรู้ด้านความปลอดภัยในการทำงานอาสาสมัครกู้ชีพในระดับน้อย มีคะแนนมากกว่า 80% (4-5 คะแนน) หมายถึง มีความรู้ด้านความปลอดภัยในการทำงานอาสาสมัครกู้ชีพในระดับสูง 3) **ทัศนคติด้านความปลอดภัยในการทำงานอาสาสมัครกู้ชีพ** ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า มี 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 4 เห็นด้วย เท่ากับ 3 ไม่เห็นด้วย เท่ากับ 2 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 1 และให้คะแนนตรงข้ามข้อความที่เป็นลบ จำนวน 7 ข้อ ให้เลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก มีช่วงคะแนนระหว่าง 19-28 คะแนน การแปลผลคะแนนรวมแบ่งอันตรายภาคชั้น 3 ระดับ ดังนี้ มีทัศนคติด้านความปลอดภัยในการทำงานอยู่ในระดับต่ำ (19-22 คะแนน) ระดับปานกลาง (22.01-25 คะแนน) และระดับสูง (25.01-28 คะแนน) (CVI = 1, Cronbach's alpha coefficient = 0.86)

ส่วนที่ 2 ปัจจัยเอื้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า มี 3 ระดับ คือ ใช่ เท่ากับ 3 ไม่แน่ใจ เท่ากับ 2 ไม่ใช่ เท่ากับ 1 และให้คะแนนตรงข้ามข้อความที่เป็นลบ จำนวน 10 ข้อ ให้เลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก (CVI = 1, Cronbach's alpha coefficient = 0.92) แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) **การจัดให้มีอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล** มีช่วงคะแนนระหว่าง 3-9 คะแนน การแปลผลคะแนนรวมแบ่งอันตรายภาคชั้น 2 ระดับ ดังนี้ จัดให้มีอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลอยู่ในระดับต่ำ (3-5 คะแนน) ระดับปานกลาง (5.01-7 คะแนน) และระดับสูง (7.01-9 คะแนน) 2) **การจัดให้มีสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยในการทำงานทั้งภายในและภายนอกรถฉุกเฉิน** มีช่วงคะแนนระหว่าง 3-9 คะแนน การแปลผลคะแนนรวมแบ่งอันตรายภาคชั้น 2 ระดับ ดังนี้ การจัดให้มีสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยในการทำงานทั้งภายในและภายนอกรถฉุกเฉินอยู่ในระดับต่ำ (3-5 คะแนน) ระดับปานกลาง (5.01-7 คะแนน) และระดับสูง (7.01-9 คะแนน) 3) **การจัดให้มีการฝึกอบรมผู้ปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน** มีช่วงคะแนนระหว่าง 3-6 คะแนน การแปลผลคะแนน

รวมแบ่งอันตรายภาคชั้น 1 ระดับ ดังนี้ การจัดให้มีการฝึกอบรมผู้ปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับต่ำ (3-4 คะแนน) ระดับปานกลาง (4.01-5 คะแนน) และระดับสูง (5.01-6 คะแนน)

4) พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ มีช่วงคะแนนระหว่าง 3-6 คะแนน การแปลผลคะแนนรวมแบ่งอันตรายภาคชั้น 1 ระดับ ดังนี้ การจัดให้มีการฝึกอบรมผู้ปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับต่ำ (3-4 คะแนน) ระดับปานกลาง (4.01-5 คะแนน) และระดับสูง (5.01-6 คะแนน)

ส่วนที่ 3 ปัจจัยเสริม ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ต (Likert scale) มี 5 ระดับ คือ จริงที่สุด เท่ากับ 4 จริง เท่ากับ 3 ไม่จริง เท่ากับ 2 ไม่จริงเลย เท่ากับ 1 และให้คะแนนตรงข้ามข้อความที่เป็นลบ จำนวน 10 ข้อ ให้เลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก (CVI = 1, Cronbach's alpha coefficient = 0.85) แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ **1) แรงสนับสนุนจากครอบครัว** มีช่วงคะแนนระหว่าง 2-8 คะแนน การแปลผลคะแนนรวมแบ่งอันตรายภาคชั้น 2 ระดับ ดังนี้ ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับต่ำ (2-4 คะแนน) ระดับปานกลาง (4.01-6 คะแนน) และระดับสูง (6.01-8 คะแนน) **2) แรงสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน** มีช่วงคะแนนระหว่าง 2-8 คะแนน การแปลผลคะแนนรวมแบ่งอันตรายภาคชั้น 2 ระดับ ดังนี้ ได้รับแรงสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงานอยู่ในระดับต่ำ (2-4 คะแนน) ระดับปานกลาง (4.01-6 คะแนน) และระดับสูง (6.01-8 คะแนน) **3) แรงสนับสนุนจากหัวหน้างาน** มีช่วงคะแนนระหว่าง 2-8 คะแนน การแปลผลคะแนนรวมแบ่งอันตรายภาคชั้น 2 ระดับ ดังนี้ ได้รับแรงสนับสนุนจากหัวหน้างานอยู่ในระดับต่ำ (2-4 คะแนน) ระดับปานกลาง (4.01-6 คะแนน) และระดับสูง (6.01-8 คะแนน) **4) แรงสนับสนุนจากมูลนิธิวิชาชีพ** มีช่วงคะแนนระหว่าง 2-8 คะแนน การแปลผลคะแนนรวมแบ่งอันตรายภาคชั้น 2 ระดับ ดังนี้ ได้รับแรงสนับสนุนจากมูลนิธิวิชาชีพอยู่ในระดับต่ำ (2-4 คะแนน) ระดับปานกลาง (4.01-6 คะแนน) และระดับสูง (6.01-8 คะแนน) **5) แรงสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข** มีช่วงคะแนนระหว่าง 2-8 คะแนน การแปลผลคะแนนรวมแบ่งอันตรายภาคชั้น 2 ระดับ ดังนี้ ได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขอยู่ในระดับต่ำ (2-4 คะแนน) ระดับปานกลาง (4.01-6 คะแนน) และระดับสูง (6.01-8 คะแนน)

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของอาสาสมัครกู้ชีพ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง เท่ากับ 4 ปฏิบัติบ่อยครั้ง เท่ากับ 3 ปฏิบัติบางครั้ง เท่ากับ 2 ไม่ปฏิบัติเลย เท่ากับ 1 และให้คะแนนตรงข้ามข้อความที่เป็นลบ จำนวน 10 ข้อ มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 25-40 คะแนน การแปลผลคะแนนรวมแบ่งอันตรายภาคชั้น 5 ระดับ ดังนี้ มีพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานอยู่ในระดับต่ำ (25-30 คะแนน) ระดับปานกลาง (30.01-35 คะแนน) และระดับสูง (35.01-40 คะแนน) (CVI = 1, Cronbach's alpha coefficient = 0.92) โดยแบ่งพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของอาสาสมัครกู้ชีพเป็น 3 ด้าน ได้แก่ **1) พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานด้านการปฏิบัติงาน** มีช่วงคะแนนระหว่าง 4-16 คะแนน การแปลผลคะแนนรวมแบ่งอันตรายภาคชั้น 4 ระดับ ดังนี้ มีพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานด้านการปฏิบัติงานอยู่ในระดับต่ำ (4-8 คะแนน) ระดับปานกลาง (8.01-12 คะแนน) และระดับสูง (12.01-16 คะแนน) **2) พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานด้านเครื่องมือและอุปกรณ์** มีช่วงคะแนนระหว่าง 3-12 คะแนน การแปลผลคะแนนรวมแบ่งอันตรายภาคชั้น 3 ระดับ ดังนี้ มีพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานด้านเครื่องมือและอุปกรณ์อยู่ในระดับต่ำ (3-6 คะแนน) ระดับปานกลาง (6.01-9 คะแนน) และระดับสูง (9.01-12 คะแนน) **4) พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานด้านสิ่งแวดล้อม** มีช่วงคะแนนระหว่าง 3-12 คะแนน การแปลผลคะแนนรวมแบ่งอันตรายภาคชั้น 3 ระดับ ดังนี้ มีพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับต่ำ (3-6 คะแนน) ระดับปานกลาง (6.01-9 คะแนน) และระดับสูง (9.01-12 คะแนน)

การตรวจสอบเครื่องมือ

เครื่องมือได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน และด้านสถิติ ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.98 และทดสอบหาความเชื่อมั่น (reliability) โดยนำเครื่องมือไปทดสอบใช้ (try out) กับกลุ่มอาสาสมัครกู้ชีพในเขตพื้นที่จังหวัดนนทบุรี จำนวน 30 คน และไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น

โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.94

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ MUPH 2019-125 เมื่อได้รับหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยขอความยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่าง แจ้งรับทราบสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ การรักษาความลับของข้อมูลไม่มีการเปิดเผยชื่อและข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัย นำเสนอข้อมูลในภาพรวมเฉพาะเชิงวิชาการ และเมื่อการวิเคราะห์ข้อมูลสิ้นสุดลง แบบสอบถาม (กระดาษ) จะถูกทำลายด้วยเครื่องทำลายเอกสาร

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเลือกผู้ช่วยวิจัย ได้แก่ เจ้าหน้าที่เวชกิจฉุกเฉินที่ปฏิบัติงานประจำในศูนย์กู้ชีพบนรถพยาบาลราชวิถี จำนวน 5 ท่าน ซึ่งมีประสบการณ์การปฏิบัติงานเวชกิจฉุกเฉินตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป ได้รับการฝึกอบรมผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินในระดับ Emergency Medical Technician Basic (EMT-B) ขึ้นไป ทราบพื้นที่และจุดประจำการของอาสาสมัครกู้ชีพ โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงให้ผู้ช่วยวิจัยทราบวัตถุประสงค์ ลักษณะกลุ่มเป้าหมาย รายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ก่อนเริ่มการวิจัย

2. ดำเนินการขอหนังสือรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อขอรับการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

3. ผู้วิจัยลงพื้นที่เพื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยได้อธิบายกระบวนการและขั้นตอนกับผู้เข้าร่วมวิจัยอย่างชัดเจน จากนั้นให้ลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากผู้เข้าร่วมวิจัยสมัครใจและยินยอมเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามลักษณะเป็นข้อคำถามปลายปิดแบบมีตัวเลือกให้เลือกตอบ

4. นำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของข้อมูลแล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามพร้อมทั้งนำมาตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ลงรหัสข้อมูล แล้วนำมาประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ โดยใช้โปรแกรม SPSS (Statistic Package for the Social Science) ซึ่งแบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. สถิติพรรณนา ใช้ในการพรรณนาคุณลักษณะส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ สิ่งแวดล้อมในการทำงาน และพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน โดยใช้สถิติแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน และค่าพิสัย

2. สถิติวิเคราะห์ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square Test : χ^2 - test) และใช้สถิติวิเคราะห์ Binary logistic regression analysis นำเสนอค่า Adjusted Odds Ratio พร้อมด้วยช่วงความเชื่อมั่นที่ 95% และ $p < .05$

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ปัจจัยนำ

คุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 74.40 อายุระหว่าง 18-30 ปีมากที่สุด ร้อยละ 58 มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายและประกาศนียบัตรวิชาชีพมากที่สุด ร้อยละ 30 รองลงมา เป็นอนุปริญญาและประกาศนียบัตรชั้นสูง ร้อยละ 25.30 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 84.40 มีประสบการณ์ทำงานอาสาสมัครกู้ชีพอยู่ในช่วง 1-10 ปีมากที่สุด ร้อยละ 90 มีงานประจำทำ ร้อยละ 65.60 และมีรายได้อยู่ในช่วง 10,000-20,000 บาท/เดือน ร้อยละ 50.30 อาสาสมัครกู้ชีพส่วนใหญ่ขึ้นทะเบียนกับมูลนิธิกู้ชีพ ร้อยละ 54.40 ปฏิบัติงานเป็นระบบกะ ร้อยละ 99.20 โดยจะออกปฏิบัติงานเมื่อพร้อมหรือสะดวกนอกเวลาทำงานประจำ ร้อยละ 99.20 จำนวนผู้ป่วยหรือผู้บาดเจ็บที่ทำให้การช่วยเหลือโดยเฉลี่ย 10 รายต่อเดือนมากที่สุด ร้อยละ 52.40 อาสาสมัครกู้ชีพส่วนใหญ่ผ่านการฝึกอบรมเวชกิจฉุกเฉิน ร้อยละ 74 โดยได้รับการฝึกอบรม First Responder (FR) มากที่สุด (ร้อยละ 57.80) รองลงมา เป็นฝึกอบรม Emergency Medical Technician Basic

(EMTB) ร้อยละ 35.70 ไม่พบว่ามีประสบการณ์เจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับการทำงานอาสาสมัครกู้ชีพ ร้อยละ 92.80 ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 70.40 ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 57.20 และไม่ใช่ยาและสารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ร้อยละ 99.20

ความรู้ด้านความปลอดภัยในการทำงานอาสาสมัครกู้ชีพ พบว่า อาสาสมัครกู้ชีพส่วนใหญ่มีความรู้ด้านความปลอดภัยในการทำงานอยู่ในระดับสูงร้อยละ 84.40 และพบอยู่ในระดับต่ำเพียงร้อยละ 15.60 โดยคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านความปลอดภัยในการทำงานอาสาสมัครกู้ชีพอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.76$, $SD = 0.62$)

ทัศนคติด้านความปลอดภัยในการทำงานอาสาสมัครกู้ชีพ พบว่า อาสาสมัครกู้ชีพมีทัศนคติด้านความปลอดภัยในการทำงานอยู่ในระดับสูงและระดับปานกลางใกล้เคียงกัน ร้อยละ 39.20 และ ร้อยละ 37.60 ตามลำดับ และพบทัศนคติด้านความปลอดภัยในการทำงานอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 23.20 โดยคะแนนเฉลี่ยทัศนคติด้านความปลอดภัยในการทำงานอาสาสมัครกู้ชีพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 24.41$, $SD = 2.89$)

ส่วนที่ 2 ปัจจัยเอื้อ

การจัดให้มีอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล พบว่า อาสาสมัครกู้ชีพส่วนใหญ่ได้รับการจัดให้มีอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลเมื่อออกปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 64.80 รองลงมาเป็นระดับปานกลางร้อยละ 28 และพบในระดับต่ำเพียงร้อยละ 7.20 โดยคะแนนเฉลี่ยการจัดให้มีอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลของอาสาสมัครกู้ชีพอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 7.60$, $SD = 1.57$)

การจัดให้มีสิ่งแวดลอมที่ปลอดภัยในการทำงานทั้งภายในและภายนอกรถฉุกเฉิน พบว่า อาสาสมัครกู้ชีพส่วนใหญ่ได้รับการจัดให้มีสิ่งแวดลอมที่ปลอดภัยในการทำงานอยู่ในระดับสูงร้อยละ 87.60 และระดับปานกลางร้อยละ 12.40 โดยคะแนนเฉลี่ยการจัดให้มีสิ่งแวดลอมที่ปลอดภัยในการทำงานทั้งภายในและภายนอกรถฉุกเฉินอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 8.57$, $SD = 1.10$)

การจัดให้มีการฝึกอบรมผู้ปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า อาสาสมัครกู้ชีพส่วนใหญ่ได้รับการจัดให้มีการฝึกอบรมผู้ปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับสูงร้อยละ 72.40 โดยแหล่งฝึกอบรมสถานพยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ และ

มูลนิธิกู้ชีพ ช่วง 6 เดือนที่ผ่านมากลุ่มตัวอย่างได้รับการฝึกอบรมผู้ปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินถึงร้อยละ 74 ได้แก่ Emergency Medical Responder (EMR) ร้อยละ 57.80 Emergency Medical Technician Basic (EMT-B) ร้อยละ 35.70 และ Emergency Medical Technician Intermediate (EMT-I) ร้อยละ 2.20 โดยคะแนนเฉลี่ยการจัดให้มีการฝึกอบรมผู้ปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 5.52$, $SD = 1.00$)

พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ พบว่า อาสาสมัครกู้ชีพส่วนใหญ่ได้รับปัจจัยเอื้อจากพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับสูงร้อยละ 72.80 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 27.20 โดยคะแนนเฉลี่ยปัจจัยเอื้อด้านพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 5.54$, $SD = 0.93$)

ส่วนที่ 3 ปัจจัยเสริม

แรงสนับสนุนจากครอบครัว พบว่า อาสาสมัครกู้ชีพส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 75.60 รองลงมาเป็นระดับปานกลางร้อยละ 12.80 และระดับต่ำร้อยละ 11.60 ตามลำดับ ซึ่งครอบครัวให้การสนับสนุน (ร้อยละ 87.40) และภูมิใจ (ร้อยละ 87.60) ที่กลุ่มตัวอย่างทำงานเพื่อสังคม โดยคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 7.04$, $SD = 1.48$)

แรงสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน พบว่า อาสาสมัครกู้ชีพส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงานอยู่ในระดับสูงร้อยละ 78 และระดับปานกลางร้อยละ 22 ซึ่งเพื่อนร่วมงานจะให้คำแนะนำ (ร้อยละ 98.80) และเป็นตัวอย่างที่ดีในการปฏิบัติงาน (ร้อยละ 98.40) โดยคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงานอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 7.38$, $SD = 0.91$)

แรงสนับสนุนจากหัวหน้างาน พบว่า อาสาสมัครกู้ชีพส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากหัวหน้างานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 66 และระดับปานกลางร้อยละ 34 โดยคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนจากหัวหน้างานอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 7.08$, $SD = 1.06$)

แรงสนับสนุนจากมูลนิธิกู้ชีพ พบว่า อาสาสมัครกู้ชีพได้รับแรงสนับสนุนจากมูลนิธิกู้ชีพอยู่ในระดับต่ำและปานกลางใกล้เคียงกัน ร้อยละ 39.60 และร้อยละ 36.40 ตามลำดับ พบในระดับสูงร้อยละ 24 ซึ่งพบว่ามูลนิธิกู้ชีพมีการจัดงานหรือมอบรางวัลแก่ผู้ปฏิบัติงานอาสาสมัครกู้ชีพ

ร้อยละ 66.40 และสนับสนุนให้มีการตรวจสอบสุขภาพประจำปี ร้อยละ 36.40 โดยคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนจากมูลนิธิกู้ชีพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 5.22$, $SD = 1.67$)

แรงสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข พบว่าอาสาสมัครกู้ชีพส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 48.80 รองลงมาเป็นระดับสูงร้อยละ 36.80 และระดับต่ำร้อยละ 14.40 ซึ่งบุคลากรสาธารณสุขสนับสนุนในด้านการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการแพทย์ฉุกเฉินให้กับอาสาสมัครกู้ชีพ โดยคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 5.24$, $SD = 1.43$)

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของอาสาสมัครกู้ชีพ

พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของอาสาสมัครกู้ชีพ พบว่าอาสาสมัครกู้ชีพมีพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานอยู่ในระดับสูงร้อยละ 58 รองลงมาคือพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานอยู่ในระดับปานกลางและระดับต่ำร้อยละ 34.80 ร้อยละ 7.20 ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน ได้แก่ ด้านการปฏิบัติงานพบว่าอาสาสมัครกู้ชีพส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการทำงานอยู่ในระดับดี ร้อยละ

84.40 ด้านเครื่องมือและอุปกรณ์พบว่าอยู่ในระดับดี ร้อยละ 66.40 ส่วนด้านสิ่งแวดล้อมพบว่าส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 76 และอยู่ในระดับดี ร้อยละ 14.4 ตามลำดับ โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของอาสาสมัครกู้ชีพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 33.63$, $SD = 3.74$)

ส่วนที่ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานอาสาสมัครกู้ชีพ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานอาสาสมัครกู้ชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) **ปัจจัยนำ** ได้แก่ การขึ้นทะเบียนมูลนิธิกู้ชีพ ความรู้ด้านความปลอดภัยในการทำงานอาสาสมัครกู้ชีพ และทัศนคติด้านความปลอดภัยในการทำงานอาสาสมัครกู้ชีพ **ปัจจัยเอื้อ** ได้แก่ การจัดให้มีอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลและการจัดให้มีสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยในการทำงานภายใน/ภายนอกฉุกเฉิน **ปัจจัยเสริม** ได้แก่ แรงสนับสนุนจากครอบครัว แรงสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน แรงสนับสนุนจากหัวหน้างาน และแรงสนับสนุนจากมูลนิธิกู้ชีพ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของอาสาสมัครกู้ชีพ (n=250)

	พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน					
ปัจจัย	จำนวน(%)	ดี	ปรับปรุง	OR	95%CI	p-value
ปัจจัยนำ						
การขึ้นทะเบียนมูลนิธิกู้ชีพ						
ขึ้นทะเบียน	136(54.40)	90(66.20)	46(33.80)	2.10	1.25-3.50	.004*
ไม่ได้ขึ้นทะเบียน	114(45.60)	55(48.20)	59(51.80)	1.00		
ความรู้ด้านความปลอดภัยในการทำงานอาสาสมัครกู้ชีพ						
ดี	211(84.40)	129(61.1)	82(38.9)	2.26	1.12-4.53	.019*
ปานกลาง	39(15.60)	16(41.0)	23(59.0)	1.00		
ทัศนคติด้านความปลอดภัยในการทำงานอาสาสมัครกู้ชีพ						
ดี	98(39.20)	76(77.60)	22(22.40)	6.56	3.19-13.48	< .001*
ปานกลาง	94(37.60)	49(52.10)	45(47.9)	2.06	1.05-4.06	
น้อย	58(23.20)	20(34.50)	38(65.5)	1.00		

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของอาสาสมัครกู้ชีพ (n=250) (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน(%)	พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน			95%CI	p-value
		ดี	ปรับปรุง	OR		
ปัจจัยเอื้อ						
การจัดให้มีอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล						
สูง	162(64.80)	118(72.80)	44(27.20)	9.38	2.93-30.05	< .001*
ปานกลาง	70(28)	23(32.90)	47(67.10)	1.71	0.50-5.80	
ต่ำ	18(7.20)	4(22.20)	14(77.8)	1.00		
การจัดให้มีสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยในการทำงานภายใน/ภายนอกรถฉุกเฉิน						
สูง	219(87.60)	134(61.2)	85(38.8)	2.86	1.30-6.28	.007*
ปานกลาง	31(12.40)	11(35.5)	20(64.5)	1.00		
การอบรมผู้ปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน						
สูง	181(72.40)	111(61.30)	70(38.70)	1.63	0.93-2.85	.084
ปานกลาง	69(27.60)	34(49.30)	35(50.70)	1.00		
กฎหมายการแพทย์ฉุกเฉิน						
สูง	182(72.80)	105(57.7)	77(42.3)	0.95	0.54-1.68	.872
ปานกลาง	68(27.20)	40(58.8)	28(41.2)	1.00		
ปัจจัยเสริม						
แรงสนับสนุนจากครอบครัว						
สูง	189(75.60)	124(65.60)	65(34.40)	9.15	3.33-25.12	< .001*
ปานกลาง	32(12.80)	16(50)	16(50)	4.80	1.46-15.72	
ต่ำ	29(11.60)	5(17.20)	24(82.80)	1.00		
แรงสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน						
สูง	195(78)	124(63.60)	71(36.40)	2.82	1.52-5.24	< .001*
ปานกลาง	55(22)	21(38.20)	34(61.80)	1.00		
แรงสนับสนุนจากหัวหน้างาน						
สูง	165(66)	110(66.70)	55(33.30)	2.85	1.66-4.90	< .001*
ปานกลาง	85(34)	35(41.20)	50(58.80)	1.00		
แรงสนับสนุนจากมูลนิธิกู้ชีพ						
สูง	60(24)	46(76.70)	14(23.30)	2.97	1.45-6.08	.004*
ปานกลาง	91(36.40)	47(51.60)	44(48.40)	0.96	0.54-1.70	
ต่ำ	99(39.60)	52(52.50)	47(47.50)	1.00		
แรงสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข						
ต่ำ	36 (36.80)	24(66.70)	12(33.30)	1.12	0.50-2.52	.078
ปานกลาง	122(48.80)	62(50.80)	60(49.20)	0.57	0.33-1.00	
สูง	92 (14.40)	59(64.10)	33(35.60)	1.00		

*p-value < .05

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของอาสาสมัครกู้ชีพในเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างจำนวน 250 คน ตามคุณสมบัติที่กำหนด ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัยดังนี้

พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของอาสาสมัครกู้ชีพ พบว่า อาสาสมัครกู้ชีพส่วนใหญ่มีพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับสูง และเมื่อแยกพฤติกรรมรายด้าน ได้แก่ ด้านการปฏิบัติงาน พบว่าส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับดี โดยมีการพักผ่อนอย่างเพียงพอก่อนออกปฏิบัติงาน ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ไม่หยอกล้อกันในระหว่างปฏิบัติงาน สวมอุปกรณ์ป้องกันอันตราย เช่น ถุงมือ หน้ากากอนามัย และแว่นตา ตามลักษณะงานทุกครั้ง ด้านเครื่องมือและอุปกรณ์ พบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับดี มีการตรวจสอบสภาพความพร้อมของรถฉุกเฉิน ตรวจสอบเครื่องมือและอุปกรณ์ให้มีความพร้อมและเพียงพอต่อการใช้งานก่อนออกปฏิบัติงานทุกครั้ง และด้านสิ่งแวดล้อม พบว่ามีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีการเลือกจุดจอดประจำการที่ปลอดภัยไม่กีดขวางช่องทางจราจร ประเมินความเสี่ยงและสถานการณ์ก่อนเข้าให้การช่วยเหลือผู้ป่วยหรือผู้บาดเจ็บทุกครั้ง

ปัจจัยนำ พบว่า การขึ้นทะเบียนกับมูลนิธิกู้ชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value}$ เท่ากับ .004 โดยพบว่าอาสาสมัครกู้ชีพที่ขึ้นทะเบียนกับมูลนิธิกู้ชีพมีความเป็นไปได้ที่จะมีพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานที่มากกว่าไม่ได้ขึ้นทะเบียน 2.10 เท่า เนื่องจากมูลนิธิกู้ชีพจะให้การช่วยเหลือและสนับสนุนการทำงานของอาสาสมัครกู้ชีพ เช่น จัดหารถฉุกเฉิน อุปกรณ์ในการทำงาน จัดให้มีการฝึกอบรม ช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหา ส่งผลให้การขึ้นทะเบียนกับมูลนิธิกู้ชีพจึงมีความสำคัญกับอาสาสมัครกู้ชีพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Sukheerut¹⁰ พบว่าผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นที่ได้รับการขึ้นทะเบียนกับมูลนิธิมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน ความรู้ด้านความปลอดภัยในการทำงาน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการ

ทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value}$ เท่ากับ .019 โดยพบว่าอาสาสมัครกู้ชีพที่มีความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงานในระดับดีมีความเป็นไปได้ที่จะมีพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานที่มากกว่าระดับปานกลาง 2.26 เท่า เนื่องจากอาสาสมัครกู้ชีพได้รับการฝึกอบรมก่อนเข้าปฏิบัติงาน ทำให้มีความรู้เกี่ยวกับการทำงานและการป้องกันอันตรายที่เกิดจากการทำงานกู้ชีพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Chumnanborirak และ Srikaew¹⁵ พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์กับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครกู้ชีพ องค์การบริหารส่วนตำบลวังแสง และทัศนคติด้านความปลอดภัยในการทำงาน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value}$ < .001 โดยพบว่าอาสาสมัครกู้ชีพที่มีทัศนคติเกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงานในระดับดีมีความเป็นไปได้ที่จะมีพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานที่มากกว่าระดับปานกลาง 6.56 เท่า และมากกว่าระดับต่ำ 2.06 เท่า อาสาสมัครกู้ชีพคือกลุ่มบุคคลที่มีจิตอาสาสละเวลาส่วนตัวออกมาปฏิบัติงานโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน ความเสียสละนี้เกิดจากบุคคลมีทัศนคติที่ดีต่อการทำงานอาสาสมัครกู้ชีพ การมีทัศนคติที่ดีต่องานส่งผลต่อพฤติกรรมการทำงานให้ดีขึ้นไปด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Boonbumroe¹² พบว่าทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย จังหวัดนครราชสีมา

ปัจจัยเอื้อ พบว่า การจัดให้มีอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value}$ < .001 โดยพบว่าอาสาสมัครกู้ชีพที่ได้รับการจัดให้มีอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลในระดับสูงมีความเป็นไปได้ที่จะมีพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานที่มากกว่าระดับปานกลาง 9.38 เท่า และมากกว่าระดับต่ำ 1.71 เท่า อาสาสมัครกู้ชีพทำงานภายใต้การดูแลของมูลนิธิซึ่งสนับสนุนจัดหาอุปกรณ์ในการทำงานให้ นอกจากนี้ยังมีสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนที่เข้ามาสนับสนุน เมื่อได้รับสิ่งเอื้ออำนวยในการทำงานเป็นอย่างดี จึงทำให้อาสาสมัครกู้ชีพมีความพร้อมและปลอดภัยในการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Jodsuntea และคณะ¹⁶ พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมด้านวัสดุอุปกรณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน

อาสาสมัครกู้ชีพ จังหวัดชลบุรี การจัดให้มีสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยในการทำงานภายในและภายนอกรถฉุกเฉิน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < .007$ โดยพบว่าอาสาสมัครกู้ชีพที่ได้รับการจัดให้มีสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยในการทำงานภายในและภายนอกรถฉุกเฉินในระดับสูงมีความเป็นไปได้ที่จะมีพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานอาสาสมัครกู้ชีพที่ดีมากกว่าระดับปานกลาง 2.86 เท่า สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินมีกฎหมายบังคับให้รถฉุกเฉินที่นำมาใช้ต้องมีมาตรฐานตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินกำหนดเพื่อป้องกันอุบัติเหตุและความสูญเสียที่อาจส่งผลให้เกิดความเจ็บป่วย พิการหรือเสียชีวิตจากการปฏิบัติงานได้ เช่น รถฉุกเฉินมีแสงสว่างเพียงพอเมื่อปฏิบัติงานในเวลากลางคืน มีช่องระบายอากาศ มีพื้นที่จัดเก็บอุปกรณ์ให้เป็นระเบียบ ปลอดภัย และสะดวกต่อการใช้งาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Thummakul และคณะ¹⁷ พบว่าการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยในการทำงานช่วยให้การทำงานเกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้น

ปัจจัยเสริม พบว่า **แรงสนับสนุนจากครอบครัว** มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < .001$ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้พบว่าอาสาสมัครกู้ชีพที่ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวในระดับสูงมีความเป็นไปได้ที่จะมีพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานอาสาสมัครกู้ชีพที่ดีเมื่อเทียบกับอาสาสมัครกู้ชีพที่ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวในระดับต่ำ 9.15 เท่า และมากกว่าระดับปานกลาง 4.80 เท่า การได้รับแรงสนับสนุน การยอมรับและกำลังใจจากครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญ ทำให้อาสาสมัครกู้ชีพไม่มีความกังวลเมื่อออกปฏิบัติงานและภูมิใจที่เป็นตัวแทนของครอบครัวทำงานเพื่อสังคม เพื่อนร่วมงานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < .001$ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้พบว่าอาสาสมัครกู้ชีพที่ได้รับแรงสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงานในระดับสูงมีความเป็นไปได้ที่จะมีพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานอาสาสมัครกู้ชีพที่ดีเมื่อเทียบกับอาสาสมัครกู้ชีพที่ได้รับแรงสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงานในระดับปานกลาง 4.80 เท่า เนื่องจากการทำงานของอาสาสมัครกู้ชีพจะทำงานเป็นทีม เช่น คนขับรถ คนประสานวิทยุ คนปฐมพยาบาล ผู้ป่วย เมื่อออกปฏิบัติงานทุกคนจะช่วยเหลือและสนับสนุน

ซึ่งกันและกัน หัวหน้างาน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < .001$ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้พบว่าอาสาสมัครกู้ชีพที่ได้รับแรงสนับสนุนจากหัวหน้างานในระดับสูงมีความเป็นไปได้ที่จะมีพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานอาสาสมัครกู้ชีพที่ดีเมื่อเทียบกับอาสาสมัครกู้ชีพที่ได้รับแรงสนับสนุนจากหัวหน้างานในระดับปานกลาง 2.85 เท่า การทำงานอาสาสมัครกู้ชีพจะมีหัวหน้าทีมคอยสั่งการและดูแลการทำงานของลูกทีมเป็นที่ปรึกษาและช่วยแก้ไขเมื่อมีปัญหา คอยดักเตือนเมื่อลูกทีมมีการปฏิบัติงานที่ไม่ปลอดภัยและให้กำลังใจเมื่อปฏิบัติดี และ **มูลนิธิกู้ชีพ** มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < .004$ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้พบว่าอาสาสมัครกู้ชีพที่ได้รับแรงสนับสนุนจากมูลนิธิกู้ชีพในระดับสูงมีความเป็นไปได้ที่จะมีพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานอาสาสมัครกู้ชีพที่ดีเมื่อเทียบกับอาสาสมัครกู้ชีพที่ได้รับแรงสนับสนุนจากมูลนิธิกู้ชีพในระดับปานกลาง 2.97 เท่า และมากกว่าระดับต่ำ 0.96 เท่า อาสาสมัครกู้ชีพทำงานภายใต้ความดูแลของมูลนิธิ เช่น มูลนิธิปอเต็กตึ๊ง มูลนิธิร่วมกตัญญู ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ช่วยเหลือและสนับสนุนการทำงานของอาสาสมัครกู้ชีพ เช่น จัดหารถฉุกเฉิน จัดหาอุปกรณ์ในการทำงานให้ได้อย่างเพียงพอ จัดให้มีการฝึกอบรมเวชกิจฉุกเฉิน เป็นที่ปรึกษาหรือหน่วยงานรองรับเมื่อเกิดปัญหา ทำงานช่วยเหลือกันแบบพี่น้อง การสนับสนุนช่วยเหลือที่ดีจากมูลนิธิจึงทำให้อาสาสมัครกู้ชีพมีความมั่นใจเมื่อออกปฏิบัติงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Jodsuntea และคณะ¹⁶ พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อนร่วมงาน หัวหน้างาน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานอาสาสมัครกู้ชีพ จังหวัดชลบุรี

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านบริหาร

1. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินและกระทรวงสาธารณสุข ควรมีนโยบายเพิ่มในด้านการติดตามพฤติกรรมและประเมินความเสี่ยงในการทำงานของอาสาสมัครกู้ชีพจากการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอทุกปี รวมถึงสนับสนุนข้อมูล ข่าวสาร และการฝึกอบรมเวชกิจฉุกเฉินที่จำเป็นในการทำงานให้กับอาสาสมัครกู้ชีพฟรี มีการทบทวนและ

วางแผนมาตรการป้องกันความเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอเพื่อปรับปรุงมาตรการป้องกันให้ดียิ่งขึ้น

2. มูลนิธิกู้ชีพ ควรมีนโยบายการขึ้นทะเบียนให้กับอาสาสมัครกู้ชีพทุกท่านที่เข้ามาปฏิบัติงานในองค์กรทำให้ง่ายต่อการควบคุมและดูแล สนับสนุนให้อาสาสมัครกู้ชีพภายในองค์กรได้รับสวัสดิการ เช่น ค่าตอบแทน การตรวจสุขภาพ ประจำปี สิทธิการรักษา เพื่อสร้างแรงจูงใจในการทำงาน

ด้านบริการ

1. ควรพัฒนาแนวทางสนับสนุนให้กลุ่มอาสาสมัครกู้ชีพสามารถเข้าถึงบริการทางสุขภาพได้อย่างง่ายและอำนวยความสะดวกให้ เช่น ตรวจสุขภาพประจำปี ฉีดวัคซีน การรักษาเมื่อเจ็บป่วย รวมถึงการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร รวมถึงจัดการฝึกอบรมที่จำเป็นเกี่ยวกับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน และมีการประเมินติดตามอย่างสม่ำเสมอเพื่อนำมาปรับปรุงวางแผนมาตรการป้องกันให้ดียิ่งขึ้น

2. มูลนิธิกู้ชีพ ควรส่งเสริมการเข้าถึงปัจจัยเอื้อต่อการทำงานต่าง ๆ เช่น จัดเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ในการทำงานให้เพียงพอต่อการใช้งาน มีประสิทธิภาพ และสามารถเข้าถึงได้ง่าย เพื่อความสะดวกและสร้างพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานให้กับอาสาสมัครกู้ชีพ และควรมีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเพื่อนร่วมงานและหัวหน้าทีมกู้ชีพ โดยให้มีการกระตุ้นเตือนซึ่งกันและกัน เพื่อให้ตระหนักถึงอันตรายของสิ่งคุกคามสุขภาพจากพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานที่ไม่เหมาะสม

ด้านวิชาการ

ควรมีการพัฒนาแนวทางหรือเครื่องมือประเมินและติดตามพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของอาสาสมัครกู้ชีพ เพื่อนำมาวางแผนมาตรการป้องกันและจัดการเรียนการสอน การฝึกอบรมที่เหมาะสมให้กับอาสาสมัครกู้ชีพให้ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาเปรียบเทียบระยะยาวถึงการเปลี่ยนแปลงสถิติการเกิดโรคและอุบัติเหตุจากการทำงานของอาสาสมัครกู้ชีพ เพื่อใช้วางแผนส่งเสริมพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานให้เหมาะสมและยั่งยืนต่อไป

2. ควรทำการศึกษาวิจัยเชิงทดลองเกี่ยวกับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานสำหรับอาสาสมัครกู้ชีพ โดยทำการเรียนรู้ร่วมกันกับอาสาสมัครกู้ชีพเพื่อให้เกิดความตระหนักของอันตรายจากสิ่งคุกคามทางสุขภาพจากการทำงานอาสาสมัครกู้ชีพ

3. ควรมีการศึกษาหาปัจจัยอื่น ๆ เพื่อสามารถเพิ่มการอธิบายการปฏิบัติพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานและสุขภาพของอาสาสมัครกู้ชีพ เช่น การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความเสี่ยงจากการปฏิบัติพฤติกรรมในการทำงาน เป็นต้น

References

1. Google. National institute for emergency medicine [Internet].2020 [Cited 2020 January 2]. Available from: <https://www.niems.go.th/1/Ebook/Detail/492?group=16>
2. Yeeheng U, Rawiworrakul T. Bystander cardio-pulmonary resuscitation practice among out of hospital cardiac arrest: Rajavithi hospital's narenthorn emergency medical service center. Journal of public health 2018;48(2):269-727.
3. Google. Information Technology for Emergency Medical System [Internet].2020 [Cited 2020 Feb 19]. Available from: https://ws.niems.go.th/items_front/index.aspx
4. Rogers, B. Health hazards in nursing and health care: An overview. American Journal of Infection Control, 1997;25(3), 248-61.

5. Habib H, Khan E, Aziz A. Prevalence and factors associated with needle stick injuries among registered nurses in public sector tertiary care hospitals of Pakistan. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health* 2011;3(2):124-30.
6. Google. Accident prevention network [Internet]. 2018 [Cited 2018 Feb 19]. Available from: <http://www.accident.or.th>
7. Somboon P. Stress and associated factors among rumkatanyu rescue worker in Bangkok [Mental health thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2009. (in Thai)
8. Harris SA & Nicolai LA. Occupational exposures in emergency medical service providers and knowledge of and compliance with universal precautions. *American Journal Infection Control* 2010;38:94-86.
9. Luksamijarulkul P, Noppakunwong M, Auemaneekul N. Prevalence and factors associated with needle stick and/or sharp injury during working among medical first responders. *The Public Health Journal of Burapha University* 2016; 11(1): 14-21. (in Thai).
10. Sukheerut S. Relationship between health belief model and work related infection prevention behavior first responders Angthong province. [Public health nursing thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2011. (in Thai).
11. Department of Labour Protection and Welfare. Situation of Occupational Safety and Health in Thailand 2019. Bangkok: Ministry of Labour. (in Thai).
12. Boonbumroe S. Work safety of nurse in Maharat nakhonratchasima hospital Nakonratchasima. *The journal of boromrajonani college of nursing, Nakhonratchasima* 2014; 20(2): 82-92. (in Thai).
13. Green LW, Kreuter MW. Health program planning an educational and ecological approach. New York: Quebecor world fairfield. 2005; 528-36.
14. Vanichbuncha K. *Journal of Statistics*. 2nd ed. Bangkok. Chulalongkorn University; 2006. (in Thai).
15. Chumnanborirak P, Srikaew S. Development of knowledge and skills of emergency medical services among volunteer rescuers at Wungsang subdistrict administration organization, Mahasarakham province. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health* 2015; 24(3): 132-142. (in Thai).
16. Jodsuntea J, Maharachpong N, Rodjapuy Y. Safety behaviors of emergency medical responder working in Chonburi. *Journal of the Department of Medical Service* 2020;45(2):120-26. (in Thai).
17. Thummakul D, Siriphan S, Srisuwan P, Working well-being promotion of professional nurse: lessons learned from the inspiration project. *Journal of Health and Nursing Research* 2019; 35(1):36-47. (in Thai).

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนสูงในผู้ป่วยโรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์ในพื้นที่ที่มีไอโอดีนเพียงพอ

Effects of Behavioral Modification Program on High-Iodine Food Consumption among Patients with Graves' Disease in Iodine-Sufficient Area

จุฑาทิพย์ โพธิ์สุวรรณ วท.ม. (Juthathip Posuwan, M.Sc.)¹ยุวดี รอดจากภัย ส.ด. (Yuvadee Rodjarkpai, Dr.P.H.)²ปาจริย์ อับดุลลาคาซิม ป.ด. (Pajaree Abdullakasim, Ph.D.)³อลิสรา วงษ์สุทธิเลิศ พ.บ. (Alisara Wongsuttitert, M.D.)⁴

Received: Jun 24, 2021
Revised: Aug 3, 2021
Accepted: Jun 14, 2022

บทคัดย่อ

บทนำ: อุบัติการณ์การเกิดโรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์ในพื้นที่ที่มีไอโอดีนเพียงพอ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การให้ความรู้และคำแนะนำในการบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนสูงจึงมีความสำคัญ

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนสูงที่ประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy) ในผู้ป่วยโรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์ในพื้นที่ที่มีไอโอดีนเพียงพอ

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ เป็นการวัดผลก่อนและหลังการทดลอง ในผู้ป่วยโรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา ระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือนเมษายน 2564 จากการสุ่มแบบเจาะจงและมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนสูงเป็นประจำ (≥ 3 ครั้งต่อสัปดาห์) จำนวน 30 คน ได้รับสื่อการเรียนรู้ตามโปรแกรมฯ รูปแบบออนไลน์ เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม และแบบประเมินความถี่พฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนสูง ที่มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .81 และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ paired t-test

ผลการวิจัย: ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนสูงพบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์ และอาหารที่มีไอโอดีนสูง การรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ของกลุ่มตัวอย่างมีค่าสูงขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นอกจากนี้ ยังพบว่า ค่าเฉลี่ยความถี่พฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนสูงของผู้ป่วยมีค่าลดลง หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

สรุปผล: ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนสูงประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง สามารถเพิ่มความรู้และช่วยให้พฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนสูงของผู้ป่วยดีขึ้นได้

ข้อเสนอแนะ: ควรมีการประยุกต์ใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนสูง ช่วยเสริมสร้างสุขภาพของผู้ป่วยโรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีไอโอดีนเพียงพอ เพื่อให้มีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนสูงดีขึ้น

คำสำคัญ: อาหารที่มีไอโอดีนสูง โรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์ พื้นที่ที่มีไอโอดีนเพียงพอ

ได้รับทุนจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

¹ นักศึกษาหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา E-mail: juthathip@scphc.ac.th

² Corresponding author รองศาสตราจารย์ ดร. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา E-mail: yuvadee@go.buu.ac.th

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา E-mail: pajaree@go.buu.ac.th

⁴ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา E-mail: alisara@go.buu.ac.th

¹ Sirindhorn College of Public Health Chonburi Province, Chonburi, Thailand

²⁻⁴ Faculty of Public Health, Burapha University, Chonburi, Thailand

Abstract

Introduction: The incidence of Graves' disease in iodine-sufficient areas is an escalating trend. It is essential, therefore, to educate and advise patients with Graves' disease about consumption of high-iodine foods.

Research objectives: To examine the effects of a behavioral modification program on high-iodine food consumption based on a self-efficacy theory among patients with Graves' disease in iodine-sufficient areas.

Research methodology: This quasi-experimental study with a pre- and post-test design, was conducted in 30 patients with Graves' disease. The participants were purposively recruited from the Thyroid Clinic at Burapha Hospital from March to April 2021 and had high frequency of high-iodine food consumption (≥ 3 times per week). These patients were provided with online learning media for 4 weeks. Data were collected using a questionnaire and a frequency assessment of iodine-rich food consumption, with a reliability of Cronbach's alpha coefficient of .81. Data were analyzed using paired t-test.

Results: Results showed that at follow-up, patients with Graves' disease had significantly higher knowledge about Graves' disease and high-iodine foods, greater self-efficacy, and higher self-expectations than at baseline ($p < .05$). Moreover, the mean consumption frequency of high-iodine food items among participants was significantly decreased at follow-up ($p < .001$).

Conclusion: These findings suggest that the behavioral modification program on high-iodine food consumption based on self-efficacy theory in this study can improve knowledge and reduce high-iodine food consumption among patients with Graves' disease.

Implications for practice: This program should be applied to patients with Graves' disease, particularly those in iodine-sufficient areas, to improve high-iodine food consumption behavior and health promotion.

Keywords: high-iodine foods, Graves' disease, iodine-sufficient areas

บทนำ

โรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์หรือโรคเกรฟส์ (Graves' disease) จัดเป็นกลุ่มโรคภูมิคุ้มกันตนเอง (Autoimmune disease) และเป็นโรคที่พบได้มากที่สุดของภาวะต่อมไทรอยด์เป็นพิษ (Hyperthyroidism) โดยสาเหตุเกิดจากปัจจัยหลายอย่างร่วมกัน ที่สำคัญคือ การสูญเสียภาวะภูมิคุ้มกันตนเอง ทำให้ร่างกายมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อภูมิคุ้มกันของร่างกายผิดปกติ ส่งผลให้เกิดการกระตุ้นการสร้างไทรอยด์ฮอร์โมนมากเกินไปจนความจำเป็นของร่างกาย และกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ (Sympathetic nervous system) ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเผาผลาญพลังงานผิดปกติ เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยน้ำหนักลด ซิพจรเต้นเร็ว หงุดหงิดง่าย เหงื่อออกง่าย ใจสั่น มือสั่น และวิตกกังวล¹ ซึ่งหากไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องและทันทั่วถึง จะทำให้มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต่าง ๆ เช่น โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ กล้ามเนื้อส่วนต้นเป็นอัมพาตชั่วคราว และอาจเสียชีวิตจากกล้ามเนื้อหัวใจวายหรือภาวะไทรอยด์เป็นพิษวิกฤตได้

ปัจจุบัน อุบัติการณ์การเกิดโรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์มีจำนวนสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในประชากรกลุ่มวัยทำงาน ซึ่งปัญหาดังกล่าวยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพแรงงานของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในจังหวัดชลบุรี ซึ่งเป็นเขตพื้นที่เศรษฐกิจและอุตสาหกรรมภาคตะวันออก (Eastern Economic Corridor, EEC) จึงอาจเป็นสาเหตุให้มีจำนวนผู้ป่วยโรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษเพิ่มสูงขึ้นจากรายงานของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ พบว่า ผู้ป่วยโรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษในภาคตะวันออกมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2553 มีจำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้น 5,726 คน ต่อประชากร 100,000 คน และเพิ่มขึ้นเป็น 7,436 คนต่อประชากร 100,000 คนภายในปี พ.ศ. 2558²

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า นอกจากปัจจัยด้านพันธุกรรมและความผิดปกติของต่อมไทรอยด์แล้ว ความเครียด การสูบบุหรี่ และการมีพฤติกรรมบริโภคไอโอดีนสูง ส่งผลต่อการเกิดโรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์เช่นกัน³ โดยพบว่า ผู้ที่บริโภคไอโอดีนปริมาณมากมีระดับไทรอยด์ฮอร์โมนในเลือดเพิ่มสูงขึ้นและมีภาวะต่อมไทรอยด์ทำงานผิดปกติเพิ่มขึ้นด้วย^{4,5} นอกจากนี้ จากการวิจัยสำรวจเปรียบเทียบทางระบาดวิทยาของการเกิดโรคต่อม

ไทรอยด์เป็นพิษพบว่า พื้นที่ที่ประชากรได้รับปริมาณไอโอดีนสูงจากการบริโภคอาหารและผลิตภัณฑ์ที่มีการเสริมไอโอดีน มีสัดส่วนของการเกิดโรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษ และความผิดปกติของระดับไอโอดีนในปัสสาวะและไทรอยด์ฮอร์โมนในเลือดที่สูงกว่าพื้นที่ที่ขาดไอโอดีน⁶ แสดงให้เห็นว่า พื้นที่อาศัยของประชากรที่อุดมไปด้วยไอโอดีน อาจเป็นปัจจัยสำคัญที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์ได้ ซึ่งแหล่งของอาหารที่มีไอโอดีนสูง (High-iodine foods) ได้แก่ อาหารทะเล สาหร่ายทะเล อาหารสำเร็จรูป และผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนต่าง ๆ⁶ ซึ่งพบมากในจังหวัดชลบุรี เนื่องจากเป็นพื้นที่ติดชายฝั่งทะเล และเป็นแหล่งส่งออกอาหารทะเลที่สำคัญของประเทศ จากรายงานสถานการณ์ระดับไอโอดีนในปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์ระดับพื้นที่ในภาคตะวันออก ปี พ.ศ.2554 ถึง พ.ศ.2556 พบว่า หญิงตั้งครรภ์ในจังหวัดระยอง ปราจีนบุรี และสระแก้วเริ่มมีแนวโน้มการขาดสารไอโอดีน ในขณะที่หญิงตั้งครรภ์ในจังหวัดชลบุรีมีปริมาณของไอโอดีนอยู่ในระดับมากเกินพอ (Median urinary iodine concentration, UIC>150 µg/L)⁷ ซึ่งให้เห็นว่า จังหวัดชลบุรีจัดเป็นพื้นที่ที่มีไอโอดีนเพียงพอ ควรให้ความสนใจและเฝ้าระวังเกี่ยวกับโรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์

จากการวิจัยขั้นต้นในปีพ.ศ. 2563 (Preliminary study) ได้ทำการสำรวจและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนสูงกับโรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์ ในพื้นที่จังหวัดชลบุรี โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยโรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์ กับกลุ่มควบคุมที่เป็นประชากรที่มีสุขภาพดี จำนวน 400 คนพบว่า ความรู้และพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนสูงมีความสัมพันธ์กับโรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์ โดยผู้ป่วยมีความรู้เรื่องอาหารที่มีไอโอดีนสูงน้อยกว่า และมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนสูง โดยเฉพาะหมวดอาหารหมักดอง อาหารสำเร็จรูปและกึ่งสำเร็จรูปแบบกึ่ง และเครื่องปรุงรสเสริมไอโอดีน บ่อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p<.05$)⁸ อย่างไรก็ตาม การดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยโรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์ ในปัจจุบันยังขาดกระบวนการให้สุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพด้านพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนสูง ซึ่งอาจมีส่วนช่วยในการลด

ความเสี่ยงและชะลอความรุนแรงของโรคได้ โดยรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ต้องสามารถพัฒนาองค์ความรู้และทักษะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล ตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy theory) ที่อธิบายไว้ว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โรคและอันตรายต่อสุขภาพ การรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เป็นตัวผลักดันในผู้ป่วยเกิดการรับรู้และตอบสนองต่อการปฏิบัติ⁹ หากผู้ป่วยมีการรับรู้ความสามารถตนเอง อาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการบริโภคได้ถูกต้องและช่วยจัดการสุขภาพตนเองได้ดีขึ้น ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนสูง โดยประยุกต์แนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง ร่วมกับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยก่อนหน้านี้ในรูปแบบสื่อการเรียนรู้ออนไลน์ ทั้งแบบโปสเตอร์ให้ความรู้ (Infographic) และคลิปวิดีโอผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (Line application) ซึ่งเป็นกระบวนการเรียนรู้ผ่านสื่อเทคโนโลยีสารสนเทศ ที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้และบริหารจัดการ

ตนเองได้ตลอดเวลา ตอบสนองการดำเนินงานวิจัยด้านสาธารณสุขในยุคโควิด-19 เพื่อแก้ไขปัญหาและเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์ต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดตามหลักทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองของ Bandura⁹ โดยให้ศึกษาผ่านสื่อการเรียนรู้ออนไลน์ที่เน้นการประสบความสำเร็จจากประสบการณ์ของตนเอง (Mastery experiences) การใช้บุคคลต้นแบบ (Modeling) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) และการกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional arousal) ประกอบด้วย 4 บทเรียน และประเมินผลตามหลักการของทฤษฎี ประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรค การรับรู้ความสามารถตนเอง การคาดหวังในผลลัพธ์ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนสูงของผู้ป่วยโรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์

โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนสูงรูปแบบออนไลน์ ประกอบด้วย

- บทเรียนที่ 1 “ตั้งเป้าชีวิต พิชิตไทรอยด์”
- ให้ความรู้ และตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- บทเรียนที่ 2 “ไอโอดีน ไอโอดี (IO ดี)”
- เสริมทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมและเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- บทเรียนที่ 3 “ห่างกันไว้ ไอโอดีนสูงๆ”
- เสริมทักษะในการตัดสินใจเลือกผลิตภัณฑ์ที่เหมาะสม และเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเอง
- บทเรียนที่ 4 “ฉันทำได้ (Yes I Can)”
- เรียนรู้ความสำเร็จของบุคคลต้นแบบที่เป็นผู้ป่วยโรคเกรฟส์ และกระตุ้นกระบวนการด้านอารมณ์เพื่อสร้างความมั่นใจ

- ความรู้เรื่องโรคไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์
- ความรู้เรื่องอาหารที่มีไอโอดีนสูง
- การรับรู้ความสามารถตนเอง
- ความคาดหวังในผลลัพธ์
- พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนสูง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์ ความรู้เรื่องอาหารที่มีไอโอดีนสูง การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนสูงของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

หลังการทดลองเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์ ความรู้เรื่องอาหารที่มีไอโอดีนสูง การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์สูงขึ้น และมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนสูงลดลงกว่าก่อนการทดลอง

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัย Quasi-experimental research (One group, pre- post test design) เปรียบเทียบผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนสูงที่ประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองรูปแบบออนไลน์ ในผู้ป่วยโรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์ในพื้นที่ที่มีไอโอดีนเพียงพอ ก่อนและหลังการทดลอง ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับสื่อการเรียนรู้แบบโปสเตอร์ให้ความรู้ (Infographic) และคลิปวิดีโอจำนวนทั้งสิ้น 4 บทเรียนผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (Line application) เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์ที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์ที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี ระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือนเมษายน 2564 จำนวน 30 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติเกณฑ์การคัดเลือก คือ ผู้ที่มีอายุระหว่าง 18-60 ปีและได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์โดยแพทย์ มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนสูงเป็นประจำ

(≥3 ครั้งต่อสัปดาห์) สามารถใช้เครื่องมือสื่อสารได้ และลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดเกณฑ์การคัดออก คือ เป็นผู้ที่ไม่เข้าร่วมการวิจัยไม่ครบสมบูรณ์ และผู้ที่ขอยุติการวิจัย

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power version 3.1.9.4 กำหนดให้ Power $(1-\beta)=0.8$, $\alpha=0.05$ ระดับความเชื่อมั่น 95% และขนาดอิทธิพล (Effect Size) เท่ากับ 0.5 ซึ่งพิจารณาค่าพื้นฐานการประมาณขนาดอิทธิพลระดับกลาง จากสูตร $d = \mu_1 - \mu_2 / \sigma$ และกำหนดประเภทของการทดสอบสมมติฐานแบบทางเดียว (One tailed) จากการคำนวณได้ขนาดตัวอย่าง 27 คน และทำการปรับเพิ่มร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง เป็นจำนวนทั้งสิ้น 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนสูงที่ประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองรูปแบบออนไลน์ ซึ่งพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพ ร่วมกับเนื้อหาด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนสูงสำหรับผู้ป่วยโรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์ โดยโปรแกรมฯ ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย สื่อการเรียนรู้ออนไลน์ทั้งแบบโปสเตอร์ให้ความรู้ (Infographic) และคลิปวิดีโอจำนวนทั้งสิ้น 4 บทเรียน แต่ละบทเรียนใช้ระยะเวลาประมาณ 15-20 นาที ระยะเวลาห่างกัน 1 สัปดาห์

บทเรียนที่ 1 “ตั้งเป้าชีวิต พิชิตไทรอยด์” เป็นสื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์ อาการผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนของโรค และการตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนสูง

บทเรียนที่ 2 “ไอโอดีน ไอโอดีน (IO ดี)” เป็นสื่อการเรียนรู้เกี่ยวกับไอโอดีน ชนิด และประเภทของอาหารที่มีไอโอดีนสูง ปริมาณที่เหมาะสม และเทคนิคการอ่านฉลากอาหารเพื่อเป็นการเสริมสร้างความรู้และสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

บทเรียนที่ 3 “ห่างกันไว้ ไอโอดีนสูงๆ” เป็นสื่อการเรียนรู้เกี่ยวกับเครื่องปรุงรสต่างๆ ที่เสริมไอโอดีน และตัวอย่างผลิตภัณฑ์ที่มีการเสริมไอโอดีนในปัจจุบัน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะในการตัดสินใจและเลือกผลิตภัณฑ์ที่เหมาะสม

บทเรียนที่ 4 “ฉันทำได้ (Yes I Can)” เป็นสื่อการเรียนรู้ที่เสริมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ โดยนำเสนอคลิปวิดีโอความสำเร็จ

ของบุคคลต้นแบบที่เป็นผู้ป่วยโรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษ ชนิดเกรฟส์ที่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนสูง เน้นคำพูดชักจูงและสร้างแรงจูงใจ เพื่อกระตุ้นกระบวนการด้านอารมณ์และเสริมสร้างความมั่นใจในตนเอง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และการวิจัยขั้นต้น (Preliminary study)⁸ ประกอบด้วย 6 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ การประกอบอาชีพ ระบบการทำงาน (Shift work) การนอนหลับพักผ่อนน้อยกว่า 4 ชั่วโมงต่อวัน ประวัติโรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษในครอบครัว ความวิตกกังวล และการสูบบุหรี่ จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์ ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้เบื้องต้นของโรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษ ปัจจัยสาเหตุ อาการ ผลกระทบและการรักษา จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้เรื่องอาหารที่มีไอโอดีนสูง ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องผลิตภัณฑ์อาหารที่มีการเสริมไอโอดีน จำนวน 10 ข้อ

แบบสอบถามส่วนที่ 2 และ 3 เป็นแบบเลือกตอบ ใช่ หรือไม่ใช่ ให้ค่าคะแนนคำตอบที่ถูกต้องเท่ากับ 1 และ คำตอบที่ผิดเท่ากับ 0 คะแนนเต็ม 10 คะแนน แปลผลคะแนน เป็น 3 ระดับตามทฤษฎีของ Bloom¹⁰ คือ มีความรู้ระดับมาก (8-10 คะแนน) มีความรู้ระดับปานกลาง (5-7 คะแนน) และ มีความรู้ระดับน้อย (0-4 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเอง ต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนสูง จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนสูง จำนวน 10 ข้อ

แบบสอบถามส่วนที่ 4 และ 5 มีลักษณะแบบประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนเต็ม 50 คะแนน แปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับคือ ระดับสูง (36.7-50.0 คะแนน) ระดับปานกลาง (23.4-36.6 คะแนน) และระดับต่ำ (10.0-23.3 คะแนน)

ส่วนที่ 6 แบบประเมินความถี่พฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนสูงที่มีความจำเพาะจำนวน 11 หมวด ย้อนหลัง 1 สัปดาห์ โดยใช้การเลือกตอบตามความถี่ที่ปฏิบัติ ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติ คือ ไม่ได้บริโภครายการอาหารนั้น ๆ ตลอด 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ปฏิบัติน้อย คือ บริโภค 1-2 วัน/ครั้ง ต่อสัปดาห์ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง คือ บริโภค 3-4 วัน/ครั้ง ต่อสัปดาห์ ปฏิบัติเป็นประจำ คือ บริโภค 5-6 วัน/ครั้ง ต่อสัปดาห์ ปฏิบัติทุกวัน คือ บริโภคทุกวัน คะแนนเต็ม 55 คะแนน แปลผลคะแนนเป็น 2 ระดับคือ มีพฤติกรรมบริโภคเป็นประจำ (33.0-55.0 คะแนน) และมีพฤติกรรมบริโภคน้อย (11.0-32.9 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ โดยสื่อการเรียนรู้ออนไลน์ ทั้งแบบโปสเตอร์ให้ความรู้ (Infographic) และคลิปวิดีโอ จำนวนทั้งสิ้น 4 บทเรียนในโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนสูงผ่านการตรวจสอบเนื้อหา ตามวัตถุประสงค์ และปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์ด้านสุขศึกษา อาจารย์ด้านโภชนาการ และนักกำหนดอาหารวิชาชีพ และทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์แพทย์ เฉพาะทาง อาจารย์ด้านสุขศึกษา อาจารย์ด้านโภชนาการ และนักกำหนดอาหารวิชาชีพ และนำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาด้วยค่าวิเคราะห์ความสอดคล้องข้อคำถามกับ จุดประสงค์การวิจัย (Item objective congruence Index: IOC) ได้ค่าเท่ากับ .95 หลังจากแก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญแล้ว จึงทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษ ชนิดเกรฟส์ เท่ากับ .80 ส่วนที่ 3 ความรู้เรื่องอาหารที่มีไอโอดีนสูง เท่ากับ .67 ส่วนที่ 4 การรับรู้ความสามารถตนเอง เท่ากับ .83 ส่วนที่ 5 ความคาดหวังในผลลัพธ์ เท่ากับ .92 ส่วนที่ 6 พฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนสูง เท่ากับ .68 โดยค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ .81

ผู้วิจัยสรุปได้ว่า เครื่องมือที่ได้สร้างและพัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมในการดำเนินการวิจัยต่อไป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ตามเอกสารรับรองเลขที่ G-HS 080/2563 เมื่อวันที่ 29 ตุลาคม 2563 โดยก่อนที่ผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการทดลอง การเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ รวมถึงสิทธิในการขอยุติการเข้าร่วมการวิจัย ตลอดจนการปกปิดข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และการนำเสนอผลในภาพรวมตามข้อเท็จจริงทุกประการโดยไม่มีความลำเอียง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ผู้วิจัยประสานขอความร่วมมือจากแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา และชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับแก่กลุ่มตัวอย่างก่อนลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (Pretest) กับกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าการวิจัยด้วยแบบสอบถาม ใช้เวลาประมาณ 20 นาที แล้วจึงทำการบันทึกหมายเลขโทรศัพท์และ ID Line ของกลุ่มตัวอย่าง ทำการทดสอบการสื่อสารและส่งคลิปวิดีโอผ่านแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อเตรียมเข้าสู่กระบวนการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามโปรแกรมฯ และติดตามกลุ่มตัวอย่างภายหลังให้สื่อการเรียนรู้แต่ละบทเรียน สัปดาห์ละหนึ่งครั้ง เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ และเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังการทดลอง (Posttest) ด้วยแบบสอบถามรูปแบบออนไลน์ (Google form) สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สะดวกตอบแบบสอบถามออนไลน์ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ โดยตลอดระยะเวลาดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถทบทวนบทเรียน และสื่อสารกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ภายหลังเก็บรวบรวมข้อมูล ทำการบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมด้วยวิธี double entry โดยบันทึกข้อมูลตามคู่มือรหัสที่กำหนดไว้ ตรวจสอบความถูกต้องของการบันทึกข้อมูลก่อนวิเคราะห์ผล ทั้งนี้

ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย จำนวนและร้อยละ และวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์ ความรู้เรื่องอาหารที่มีไอโอดีนสูง การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และความถี่พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนสูง ก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Paired t-test มีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นด้วยสถิติ Kolmogorov Smirnov-test ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์ จำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 73.3 และมีอายุเฉลี่ย 38.60 ± 12.57 ปี โดยส่วนใหญ่อายุต่ำกว่า 30 ปี ร้อยละ 40.0 รองลงมาคืออายุ 41-50 ปี และอายุ 51-60 ปี ร้อยละ 26.7 และ 23.3 ตามลำดับ ซึ่งมีประวัติบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษร้อยละ 23.3 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างหรืออาชีพอิสระ ร้อยละ 36.7 มีผู้ที่ทำงานเป็นกะ (Shift work) ร้อยละ 86.7 โดยมีชั่วโมงการปฏิบัติงานเฉลี่ย 49.20 ± 16.23 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ มีผู้นอนหลับพักผ่อนน้อยกว่า 4 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 23.3 มีความวิตกกังวลในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 40.0 และมีผู้ที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ 1 คน ซึ่งสูบบุหรี่เฉลี่ยวันละ 20 มวน

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนสูงต่อความรู้เรื่องโรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษ และความรู้เรื่องอาหารที่มีไอโอดีนสูงของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ภายหลังได้รับสื่อการเรียนรู้ครบ 4 บทเรียนตามโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์ และอาหารที่มีไอโอดีนสูงเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยพบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์ และอาหารที่มี

ไอโอดีนสูงอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 9.13$, $SD. = 1.46$ และ $\bar{X} = 9.60$, $SD. = 1.13$ คะแนน ตามลำดับ) (ตารางที่ 1)

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนสูงต่อการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่าง

มีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนสูงอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 42.00$, $SD. = 5.11$ และ $\bar{X} = 40.16$, $SD. = 6.12$ คะแนน ตามลำดับ) ซึ่งมีค่าสูงขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์ ความรู้เรื่องอาหารที่มีไอโอดีนสูง การรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลอง ($n=30$)

	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Mean Difference	t	p-value
	$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	SD.			
ความรู้เรื่องโรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์	7.53	2.50	9.13	1.46	1.6	-3.06	.005
ความรู้เรื่องอาหารที่มีไอโอดีนสูง	7.13	2.13	9.60	1.13	2.5	-5.28	<.001
การรับรู้ความสามารถตนเอง	33.23	7.01	42.00	5.11	8.8	-5.45	<.001
ความคาดหวังในผลลัพธ์	37.17	8.71	40.16	6.12	3.0	-2.41	.02

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนสูงต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนสูงของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความถี่พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนสูงน้อยลง เมื่อเปรียบ

เทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\bar{X} = 2.30$, $SD. = 5.44$ และ $\bar{X} = 38.07$, $SD. = 3.93$, $p < .001$) โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนสูงน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ในทุกหมวดอาหาร (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนสูงของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามหมวดอาหาร ก่อนและหลังการทดลอง ($n=30$)

หมวดอาหาร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		d	t	p
	$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	SD.			
1. อาหารสำเร็จรูป และกึ่งสำเร็จรูป	3.33	1.06	1.80	0.89	-1.53	6.18	<.001
2. อาหารหมักดอง	3.47	1.04	1.93	0.69	-1.53	6.56	<.001
3. ขนมเค้กและเบเกอรี่	3.37	1.10	2.13	1.14	-1.23	4.24	<.001
4. เครื่องปรุงรสเสริมไอโอดีน	4.37	0.89	3.23	1.52	-1.13	3.65	.001
5. ผักที่มีไอโอดีนสูง	3.53	0.90	1.70	0.84	-1.83	8.75	<.001
6. ผลไม้ที่มีไอโอดีนสูง	3.50	0.94	1.70	0.75	-2.10	8.53	<.001
7. อาหารทะเล ทั้งสด และแห้ง	3.30	1.02	2.00	0.98	-1.30	4.93	<.001
8. ไข่ไก่ ไข่เป็ด (ทั้งฟอง)	3.80	1.00	2.77	0.90	-0.73	2.79	.009
9. นมวัวและผลิตภัณฑ์นม	3.13	1.20	2.07	1.17	-1.07	3.35	.002
10. น้ำมันตับปลา	2.60	1.40	1.23	0.82	-1.37	4.65	<.001
11. อาหารและผลิตภัณฑ์ที่มีการเสริมไอโอดีน	3.67	1.37	1.73	1.14	-1.93	5.59	<.001
พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนสูงภาพรวม	38.07	3.94	22.30	5.44	-1.43	14.22	<.001

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยโรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์ มีความรู้เรื่องโรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์ และความรู้เรื่องอาหารที่มีไอโอดีนสูงเพิ่มขึ้น หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนสูงที่ประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถตนเอง เป็นเวลา 4 สัปดาห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งผลที่เกิดขึ้นเนื่องมาจาก ผู้ป่วยได้รับสื่อการเรียนรู้ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับโรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์ และอาหารที่มีไอโอดีนสูง ประกอบกับรูปแบบการสื่อสารที่น่าสนใจ ซึ่งเน้นนำเสนอการจำแนกหมวดอาหารพร้อมยกตัวอย่างประกอบ ร่วมกับเทคนิคในการอ่านฉลากอาหารที่มีไอโอดีนทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเข้าใจ และให้ความสนใจศึกษาสื่อการเรียนรู้ตลอดระยะเวลาการทดลอง จากผลการสำรวจความรู้เรื่องไอโอดีน และการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนในครัวเรือน ที่ผ่านมาพบว่า ครอบครัวปรุงอาหารกินเองส่วนมากวันละ 1 ครั้ง โดยส่วนใหญ่ใช้น้ำปลาและเกลือเสริมไอโอดีน และมีความรู้เรื่องไอโอดีนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และยังพบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับปริมาณเกลือที่ใช้ในการปรุงอาหารด้วย¹¹ ดังนั้น การให้ความรู้เกี่ยวกับไอโอดีนและอาหารที่มีไอโอดีนสูง จึงมีความจำเป็น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์ที่มีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนสูง

เมื่อวิเคราะห์ผลของโปรแกรมฯ ต่อการเรียนรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ของกลุ่มตัวอย่างพบว่า หลังจากได้รับสื่อการเรียนรู้ครบ 4 บทเรียน กลุ่มตัวอย่างมีการเรียนรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์อยู่ในระดับสูง (36.67-50.00 คะแนน) และมีค่าสูงขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งเป็นผลมาจาก เนื้อหาของสื่อการเรียนรู้ในโปรแกรมฯ ที่เน้นเสริมสร้างการเรียนรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนสูงตามแนวคิดทฤษฎีของ Bandura⁹ โดยใช้รูปแบบการเรียนรู้ที่หลากหลาย ได้แก่ การเรียนรู้จากบุคคลต้นแบบที่ประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การบรรยายด้วยคำพูดและการสร้างแรงจูงใจ ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจ และมีการเรียนรู้ความสามารถ

ของตนเองเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถของตนเอง สามารถเพิ่มการเรียนรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตนและช่วยให้พฤติกรรมบริโภคอาหารดีขึ้นได้ ผ่านการเรียนรู้ความสำเร็จจากบุคคลต้นแบบ การใช้คำพูดชักจูง และการพูดกระตุ้นทางอารมณ์¹² นอกจากนี้การให้สื่อศึกษา ร่วมกับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านช่องทางการสื่อสารออนไลน์ ยังช่วยให้เกิดการเรียนรู้และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารได้¹³

นอกจากนี้ การวิจัยครั้งนี้ยังพบว่า ค่าเฉลี่ยความถี่พฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนสูงของกลุ่มตัวอย่างภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนสูงน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ในทุกหมวดอาหาร ซึ่งผลที่เกิดขึ้นมีสาเหตุมาจากการมีความรู้เรื่องอาหารที่มีไอโอดีนสูงเพิ่มสูงขึ้น โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ทราบถึงผลิตภัณฑ์ที่มีการเสริมไอโอดีน และรู้วิธีการอ่านฉลากอาหารที่มีไอโอดีนส่งผลให้สามารถหลีกเลี่ยงและลดการบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนสูงได้ การมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนสูงน้อยลง หรือบริโภคไอโอดีนในปริมาณที่เหมาะสมอาจช่วยลดการทำงานของต่อมไทรอยด์ในผู้ป่วยได้ ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ Polumbryk และคณะ¹⁴ ที่พบว่า ระดับฮอร์โมนไทรอยด์ในเลือด (Serum free thyroxine level) และระดับไอโอดีนในปัสสาวะ (Urine iodine level) ของกลุ่มตัวอย่างลดลง หลังจากลดการบริโภคอาหารแปรรูปเป็นเวลา 10 วัน และจากการวิจัยของ Pearce¹⁵ รายงานว่า การจำกัดปริมาณการบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนสูงช่วยลดระดับไอโอดีนในปัสสาวะและช่วยให้ระดับไทรอยด์ฮอร์โมนในเลือดของผู้ป่วยโรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์มีแนวโน้มที่ดีขึ้น

การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดที่ค้นพบ ได้แก่ การดำเนินการวิจัยรูปแบบออนไลน์ทำให้ไม่สามารถสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ และไม่มีระบบบันทึกข้อมูลพฤติกรรมบริโภคอาหารประจำวัน (Food record) ซึ่งทำได้ยาก จึงอาจส่งผลให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามตาม social desirable หรือตอบตามที่ควรจะเป็นได้ อย่างไรก็ตามจากผลการวิจัยครั้งนี้

แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนสูงที่ประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองรูปแบบออนไลน์ สามารถเพิ่มความรู้เรื่องโรคและอาหารที่มีไอโอดีนสูง การรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ของผู้ป่วยโรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์ได้ ทั้งยังช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนสูงดีขึ้นด้วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ควรนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนสูงของผู้ป่วยโรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์ โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีไอโอดีนเพียงพอ โดยเน้นกระบวนการเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับอาหารที่มีไอโอดีนสูง การรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อแก้ไขปัญหาการมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนสูงในกลุ่มผู้ป่วยโรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์

2. หน่วยงานรัฐและเอกชน สามารถนำผลการศึกษาไปใช้ในเชิงวิชาการ ร่วมกับบริบทของชุมชนเพื่อสร้างความเข้มแข็งของชุมชน (Strength community action) หรือขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ (Build public health policy) ในการพัฒนาสิ่งแวดล้อมในชุมชน ให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ตัวอย่างเช่น สร้างมาตรการในการจำหน่ายอาหารที่มีไอโอดีนสูงในชุมชน การผลิตสื่อประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับอาหารที่มีไอโอดีนสูง รวมไปถึงจัดกิจกรรมควบคุมการบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนสูง เพื่อลดปัจจัยกระตุ้นการทำงานของต่อมไทรอยด์ และส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนสูงของผู้ป่วยโรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์ต่อภาวะไทรอยด์ ได้แก่ ระดับไทรอยด์ฮอร์โมน และไอโอดีนในปัสสาวะของผู้ป่วยโดยเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม เพื่อให้เห็นผลชัดเจนของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนสูงต่อโรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษชนิดเกรฟส์ต่อไป

References

1. De Leo S, Lee SY, Braverman LE. Hyperthyroidism. Lancet 2016;388(10047):906-18.
2. Ministry of Public Health. Public health statistics A.D. 2015. Nonthaburi: Strategy and planning division; 2015. (in Thai).
3. Aghini Lombardi F, Fiore E, Tonacchera M, Antonangeli L, Rago T, Frigeri M, et al. The effect of voluntary iodine prophylaxis in a small rural community: the Pescopagano survey 15 years later. J Clin Endocrinol Metab 2013;98(3):1031-9.
4. Lou X, Wang X, Wang Z, Mao G, Zhu W, Wang Y, et al. The Effect of Iodine Status on the Risk of Thyroid Nodules: A Cross-Sectional Study in Zhejiang, China. Int J Endocrinol 2020:1-8
5. Du Y, Gao Y, Meng F, Liu S, Fan Z, Wu J, et al. Iodine deficiency and excess coexist in china and induce thyroid dysfunction and disease: a cross-sectional study. PLoS One. 2014;9(11):111937.
6. Ershow AG, Skeaff SA, Merkel JM, Pehrsson PR. Development of databases on iodine in foods and dietary supplements. Nutrients 2018;10(1):100.
7. Bureau of Nutrition, Ministry of Public Health. Report of iodine deficiency disorders prevention and control programme May 2018 to June 2020. Bangkok: Samcharoen Phanich; 2020. (in Thai).

8. Posuwan J, Rodjarkpai Y, Abdullakasim P, Siri Wong S, Aticharoenkul T, Wongsuttitert A. Comparison of knowledge and behavior of high-iodine food consumption among patients with Graves' disease and healthy adults in iodine-sufficient area. *Ramathibodi Medical Journal* 2021; 44(2):1-10.
9. Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. New York: W.H. Freeman & Company; 1997.
10. Bloom B, Engelhart M, Furst E, Hill W, Krathwohl D. Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals. Handbook I: Cognitive domain. New York and Toronto: Longmans, Green; 1956.
11. Panprapa A, Yovapue S, Chiratiti C, Siriliang B. Consumption of Iodized salt at household level of people at Klongmadua Sub-District, Kratumban District, Smutsakorn Province. Faculty of Public Health Bangkokthonburi University 2014:1-11. (in Thai).
12. Saotong T, Pichayapinyo P, Lagampan S. Effects of behavior change on glycemic control in type 2 diabetes patients with uncontrolled blood sugar. *Journal of Health and Nursing Research* 2020;36(3):19-32. (in Thai).
13. Tantiekkarat S. The Effects of health literacy and social support promotion program among overweight primary school students, Khlong Luang District, Pathumthani Province. *Journal of Health and Nursing Research* 2020;36(2):50-61. (in Thai).
14. Polumbryk M, Kravchenko V, Pasichnyi V, Omelchenko C, Pachitskaya I. The effect of intake of sausages fortified with β -CD-I2 complex on iodine status and thyroid function: a preliminary study. *J Trace Elem Med Biol* 2019; 51:159-63.
15. Pearce EN. A low-iodine diet during Methimazole treatment worsens graves' disease outcomes. *Clin Thyroidol*. 2018;30(2):66-8.

บทความวิจัย

การยอมรับการใช้เทคโนโลยี เว็บไซต์ และเครือข่ายสังคมออนไลน์ ต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของมารดาวัยรุ่น Acceptance Usage of a Technology, Website and Social Networks in Health Promoting Behaviors among Adolescent Mother

Received: May 5, 2021
Revised: May 27, 2021
Accepted: Dec 30, 2021

เจตินภา แสงสว่าง พย.ม. (Juadnapa Sangsawang, M.N.S.)¹
ปาริชาติ ชูประดิษฐ์ ปร.ด. (Parichat Chupradit, Ph.D.)²
วนิดา วงศ์มณีวรรณ รป.ม. (Wanida Wongmuneeworn, M.P.A.)³

บทคัดย่อ

บทนำ: พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระยะหลังคลอดมีความสำคัญต่อมารดาวัยรุ่น การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมจะส่งผลให้มารดาวัยรุ่นมีสุขภาพดี

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความง่ายในการใช้งาน และการรับรู้ประโยชน์ในการใช้งานเว็บไซต์และเครือข่ายสังคมออนไลน์ต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของมารดาวัยรุ่น

ระเบียบวิธีวิจัย: กลุ่มตัวอย่างคือ มารดาวัยรุ่นที่มีอายุ 13-19 ปี ในระยะหลังคลอด 6-8 สัปดาห์ ที่มารับการตรวจหลังคลอดในคลินิกนรีเวชกรรมวางแผนครอบครัว และที่นำบุตรมาตรวจสุขภาพและฉีดวัคซีนในคลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลหาดใหญ่และโรงพยาบาลสงขลา ระหว่างเดือนสิงหาคม ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2563 จำนวน 102 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามที่ประเมินใน 3 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนำมาจากแบบประเมินที่ เจตินภา แสงสว่าง บังอร ศุภวิทย์พัฒนา และพรรณพิไล ศรีอาภรณ์ สร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดของเพนเดอร์และคณะ และการทบทวนวรรณกรรม แบบประเมินการรับรู้ความง่ายและแบบประเมินการรับรู้ประโยชน์ในการใช้งานของเว็บไซต์และเครือข่ายสังคมออนไลน์ต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่พัฒนาและสร้างขึ้นในการวิจัยนี้ จากกรอบแนวคิดของเดวิสและการทบทวนวรรณกรรม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัย: 1. มารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 95.10) มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับมากและมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 174.30 (SD = 14.38) 2. มารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 96.10) มีการรับรู้ความง่ายในการใช้งานเว็บไซต์และเครือข่ายสังคมออนไลน์ต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับมากและมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 23.91 (SD = 2.33) 3. มารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 97.10) มีการรับรู้ประโยชน์ในการใช้งานเว็บไซต์และเครือข่ายสังคมออนไลน์ต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับมากและมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 24 (SD = 1.98) 4. การรับรู้ความง่ายในการใช้งานและการรับรู้ประโยชน์ในการใช้งานเว็บไซต์และเครือข่ายสังคมออนไลน์ต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกระด้างกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของมารดาวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .594$, $r = .645$, $p < .01$) ตามลำดับ

¹Corresponding author อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา
E-mail: juadnapasangsawang@gmail.com

²อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา E-mail: pchupradit@hotmail.com

³พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ห้องคลอด โรงพยาบาลหาดใหญ่ E-mail: jwanida2002@gmail.com

^{1,2}Department of Newborn, Maternal, and Obstetric Nursing, Borommarajonani College of Nursing, Songkhla, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, Thailand

³Hatyai Hospital, Songkhla, Thailand

สรุปผล: ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมสุขภาพของมารดาวัยรุ่นและเป็นข้อมูลสำหรับการวิจัยในลำดับต่อไป เพื่อได้แนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของมารดาวัยรุ่น

ข้อเสนอแนะ: ควรศึกษาหาปัจจัยอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในมารดาวัยรุ่น

คำสำคัญ: มารดาวัยรุ่น พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความง่าย การรับรู้ประโยชน์ เว็บไซต์และเครือข่ายสังคมออนไลน์

Abstract

Introduction: Health-promoting behavior during postpartum period is important for adolescent mothers. Healthy behavior results in good health among adolescent mothers.

Research objectives: The purpose of this descriptive correlation study was to explore the relationships among perceived ease of use and benefits of using website, social networks regarding health-promoting behavior, and adolescent mothers' health-promoting behavior.

Research methodology: Participants were 102 adolescent mothers aged 13-19 years. They were recruited during 6th – 8th weeks of their post-partum period. All participants had accessed health services at the Gynecology Family Planning clinic, and brought their babies for vaccination at the Well Baby clinic in Hatyai Hospital, and Songkhla Hospital between August to September 2020. A questionnaire assessed 3 dimensions as the following. Health-promoting behavior, developed by Juadnapa Sangsawang and colleagues, was guided by Pender's Health Promotion Theory. Perceived ease of use, and perceived usefulness through website and social networks in health promotion were guided by Davis's Theory. Descriptive statistics, and Pearson's product moment correlation coefficient were used to analyze data.

Results: 1. The majority (95.10%) of adolescent mothers had a high level of health-promoting behavior with a total mean score of 174.30 (SD = 14.38). 2. The majority (96.10%) of adolescent mothers had a high level of perceived ease of internet use through website and social networks in health-promoting behaviors with a total mean score of 23.91 (SD = 2.33). 3. The majority (97.10%) of adolescent mothers had a high level of perceived benefits of internet use through website and social networks in health-promoting behaviors with a total mean score of 24 (SD = 1.98). 4. Perceived ease of use, and perceived usefulness of internet use through website and social networks in health-promoting behaviors positively significantly associated with health-promoting behavior among adolescent mothers ($r = .594$, $r = .645$, $p < .01$, respectively).

Conclusions: Findings from this study can be used as empirical data to promote healthy behavior among adolescent mothers and for further study to promote healthy behavior for adolescent mothers.

Implications: Other factors related to health-promoting behavior among adolescent mothers should be investigated.

Keywords: adolescent mothers, health-promoting behaviors, perceived ease of internet use, perceived benefits of internet use, website and social networks

บทนำ

การตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่นมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และเป็นปัญหาสังคมในระดับประเทศที่เกิดขึ้นทั่วโลก มากกว่าร้อยละ 90 อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา¹ อัตราการคลอดบุตรต่อประชากรวัยเดียวกัน 1,000 คนของวัยรุ่นไทยสูงกว่าประเทศในภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก กลุ่มอายุ 10-14 ปี มีอัตราการคลอดเพิ่มขึ้นจาก 1.1 ในปี พ.ศ. 2551 เป็น 1.8 ในปี พ.ศ. 2555 กลุ่มอายุ 15-19 ปี มีอัตราการคลอดบุตรสูงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 50.1 ในปี พ.ศ. 2551 เป็น 53.8 ต่อประชากรวัยเดียวกัน 1,000 คน พบว่าเป็นอัตราการคลอดในวัยรุ่นสูงที่สุดในภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิกในปี พ.ศ. 2555 ในขณะที่สถิติอัตราการคลอดบุตรต่อประชากรวัยเดียวกัน 1,000 คน ของวัยรุ่นในประเทศต่าง ๆ ส่วนใหญ่ในภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิกมีค่าเฉลี่ยที่ 35 รายต่อ 1,000 คน จากรายงานสถิติของสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข อธิบายได้ว่าสถานการณ์ด้านประชากรในประเทศไทยยังคงน่าเป็นห่วง โดยเฉพาะปัญหาการเกิดที่ด้อยคุณภาพ อันเป็นผลสืบเนื่องมาจากการท้องไม่พร้อม โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น จากสถิติ พ.ศ. 2562 พบว่า อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี เท่ากับ 31.3 คน ต่อ 1,000 คน มีแนวโน้มลดลงจากระยะประมาณ 10 ปีที่ผ่านมา แต่อัตราการคลอดในหญิงวัยรุ่นยังไม่บรรลุเป้าหมายของประเทศไทยที่ตั้งไว้ให้มีแม่วัยรุ่นไม่มากกว่า 25 คน ต่อ 1,000 ประชากรวัยรุ่นหญิงอายุระหว่าง 15-19 ปี ภายในปี พ.ศ. 2569² ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อประชากรในแง่ของการพัฒนาประเทศ³ เพราะมารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่จะขาดความพร้อมในการดูแลสุขภาพของตนเองทั้งในระหว่างตั้งครรภ์และหลังคลอดส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของมารดาวัยรุ่นและทารก การเปลี่ยนแปลงจากสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์จนกลายเป็นมารดาวัยรุ่นก่อให้เกิดปัญหาในระยะหลังคลอดตามมา ทำให้มีความต้องการการดูแลทางด้านร่างกายและจิตใจมากขึ้น⁴ จากการทบทวนวรรณกรรมเรื่องความรู้และพฤติกรรม การดูแลตนเองและการดูแลบุตรของมารดาหลังคลอดด้วยรุ่น⁵ พบว่ามารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง เพราะมารดาวัยรุ่นที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตั้งครรภ์ครั้งแรก ขาดประสบการณ์ในการดูแลตนเองหลังคลอด การที่มารดาวัยรุ่นไม่สามารถดูแลตนเอง

ได้ดีเท่าที่ควรเป็นสาเหตุสำคัญก่อให้เกิดการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิต⁶ มารดาวัยรุ่นต้องเผชิญกับการมีภาวะแทรกซ้อนทางร่างกายตามมาในระยะหลังคลอดมากกว่ามารดาวัยรุ่นผู้ใหญ่ ได้แก่ ภาวะโลหิตจาง การติดเชื้อที่แผลฝีเย็บ และยังมีความขัดแย้งในบทบาทมารดาซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดความเครียด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงเวลา 6-8 สัปดาห์แรก ซึ่งถือว่าเป็นระยะสำคัญที่อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดได้ง่าย⁷ จึงเห็นได้ว่ามารดาวัยรุ่นควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมในระยะหลังคลอด เพนเดอร์ เมอร์ตอจ และพาร์สันส์⁸ กำหนดทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของบุคคลไว้ 6 ด้าน คือ 1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) การเคลื่อนไหวร่างกาย 3) โภชนาการ 4) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 5) การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และ 6) การจัดการความเครียด ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะเกิดขึ้นได้ต้องมาจากปัจจัยต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มารดาวัยรุ่นในระยะหลังคลอดจึงต้องการคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลและส่งเสริมสุขภาพของตนเองและบุตร⁹

ปัจจุบันเทคโนโลยีได้ถูกนำมาใช้และเข้ามามีบทบาทในการให้คำแนะนำและหาความรู้เพื่อการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น⁹ เนื่องจากเว็บไซต์และเครือข่ายสังคมออนไลน์ถูกสร้างและพัฒนาขึ้นเพื่อการหาความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเอง¹⁰ กระบวนการหาความรู้ด้วยตนเองต้องใช้ได้ทุกที่ทุกเวลา บุคคลสามารถใช้งานเว็บไซต์และเครือข่ายสังคมออนไลน์เพื่อค้นคว้าหาข้อมูลในแขนงความรู้ต่าง ๆ ซึ่งมีหลากหลายรูปแบบทั้งที่เป็นภาพเคลื่อนไหว โดยที่บุคคลอื่นสามารถเข้ามาแสดงความเห็นและสนทนาโต้ตอบได้ ทำให้บุคคลเกิดการรับรู้และมีพฤติกรรมตามความรู้ที่ตนเองสนใจได้¹¹ นอกจากนี้เว็บไซต์และเครือข่ายสังคมออนไลน์มีความง่ายต่อการใช้งานและเข้าถึงกลุ่มคนหลากหลายวัย¹² เห็นได้จากการศึกษาของสำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ (องค์การมหาชน) (สพธอ.) หรือ เอ็ดตา (ETDA) จากผลการสำรวจเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2558 ตามเจนเนอเรชัน: Gen X Gen Y Gen Z and Baby Boomer พบว่า ผู้ที่ใช้งานเทคโนโลยีเว็บไซต์และเครือข่ายสังคมออนไลน์มากที่สุดเป็นกลุ่มคนที่อยู่ในวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ (อายุ 15-34 ปี)¹³ ซึ่งเว็บไซต์และเครือข่ายสังคมออนไลน์อาจเป็นเครื่องมือที่ช่วยสนับสนุน

การหาความรู้เพื่อการส่งเสริมสุขภาพให้กับวัยรุ่นได้ แบบจำลองการยอมรับเทคโนโลยี (Technology Acceptance Model : TAM)¹⁴ อธิบายการยอมรับเทคโนโลยีของผู้ใช้งานและนำมาใช้เป็นแบบแผนในการตัดสินใจในการพยากรณ์การยอมรับด้านเทคโนโลยีต่อการใช้ประโยชน์เพื่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งในที่นี้จะกล่าวถึงการยอมรับเทคโนโลยีให้เห็นถึงสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ด้านเทคโนโลยีของแต่ละบุคคลว่ามีปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้งาน ซึ่งประกอบด้วย 2 ปัจจัย ดังนี้ 1) การรับรู้ความง่ายในการใช้งาน (perceived ease of use) คือ ระดับความเชื่อมั่นว่าการทำงานนั้นไม่จำเป็นต้องใช้ความพยายามในการใช้งาน ความง่ายในการใช้จะเป็นตัวกำหนดการรับรู้ถึงความสำเร็จที่จะได้รับว่าตรงกับที่ต้องการหรือไม่ 2) การรับรู้ประโยชน์การใช้งาน (perceived usefulness of use) คือ ระดับความเชื่อมั่นว่าจะสามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและส่งผลดีกับการทำงาน ความมีประโยชน์จะเป็นตัวกำหนดการรับรู้ว่าเทคโนโลยีจะมีส่วนช่วยในการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของเขาได้อย่างไร จากการศึกษาการประยุกต์ใช้สื่อสังคมออนไลน์ในการส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา พบว่า พยาบาลสามารถประยุกต์ใช้สื่อสังคมออนไลน์ในการส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในทุกขั้นตอนตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ต่อเนื่องจนถึงระยะคลอดและหลังคลอด¹⁵ โดยสามารถประยุกต์ใช้สื่อสังคมออนไลน์ได้หลายรูปแบบ ทั้งประเภทเครื่องมือและการประยุกต์ใช้งานที่หลากหลาย ตามความเหมาะสมของบริบท¹⁶ สื่อสังคมออนไลน์บางสื่อมีความสามารถและให้บริการใช้มากกว่าหนึ่งอย่าง Facebook เป็นทั้งเครือข่ายสังคมออนไลน์และสามารถแบ่งปันรูปภาพและภาพเคลื่อนไหวด้วย¹⁷ ซึ่งในการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในประเทศไทย พบว่านิยมใช้เป็นเครือข่ายสังคมออนไลน์สามารถสื่อสารได้สองทาง¹⁸ จากการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของ Social Care Network Model¹⁹ ในการดูแลตนเองและบุตรของมารดาหลังคลอด โดยใช้สื่อสังคมออนไลน์สนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร โดยเผยแพร่บทเรียนทำให้มารดาหลังคลอดสามารถดูซ้ำได้หลายครั้ง หากมีข้อสงสัยก็สามารถใช้ช่องทางการสื่อสารออนไลน์ รวมทั้งการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันระหว่างมารดาหลังคลอดเมื่อเกิดปัญหาสามารถใช้ช่องทางนี้ในการให้กำลังใจซึ่งกันและกันได้ จึงแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของสื่อสังคมออนไลน์

ในการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารได้เป็นอย่างดี

จากการศึกษาข้างต้นยังไม่ได้ทำการศึกษาในประเด็นการยอมรับการใช้เทคโนโลยี เว็บไซต์ และเครือข่ายสังคมออนไลน์ต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของมารดาวัยรุ่น แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาดังกล่าวเป็นแนวทางที่ดีในการใช้เทคโนโลยี เว็บไซต์ และเครือข่ายสังคมออนไลน์ต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของมารดาวัยรุ่น เนื่องจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์สามารถติดตามและให้การดูแลอย่างต่อเนื่องทุกที่ทุกเวลาตามความเหมาะสมและตามความต้องการของผู้รับบริการ²⁰ การใช้เทคโนโลยี เว็บไซต์ และเครือข่ายสังคมออนไลน์ต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีได้ในหลาย ๆ รูปแบบไปพร้อมกัน²¹ แต่อย่างไรก็ตามไม่ว่าจะใช้สื่อสังคมออนไลน์รูปแบบใดการอธิบายเหตุผลของการเข้าถึงเทคโนโลยี เว็บไซต์ และเครือข่ายสังคมออนไลน์แต่ละรูปแบบต้องเปิดโอกาสให้มารดาวัยรุ่นสมัครใจเลือกด้วยตนเองว่าจะเข้าถึงสื่อสังคมออนไลน์รูปแบบใดที่จะทำให้ตนเองเข้าถึงสื่อสังคมออนไลน์ได้²² ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาแบบจำลองการยอมรับเทคโนโลยี ซึ่งอธิบายการยอมรับเทคโนโลยีของผู้ใช้งานและนำมาใช้เป็นแบบแผนในการตัดสินใจในการพยากรณ์การยอมรับด้านเทคโนโลยีต่อการใช้ประโยชน์เพื่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยผู้วิจัยเลือกปัจจัยที่สำคัญในแบบจำลองการยอมรับเทคโนโลยี คือ การรับรู้ความง่ายในการใช้งานและการรับรู้ประโยชน์การใช้งานเทคโนโลยี ซึ่งจะเป็นประโยชน์สำหรับมารดาวัยรุ่นในระยะหลังคลอดในการส่งเสริมให้มารดาวัยรุ่นในระยะหลังคลอดตระหนักถึงความสำคัญของการใช้เว็บไซต์และเครือข่ายสังคมออนไลน์ เพื่อหาความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพของตนเองต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความง่ายในการใช้งาน และการรับรู้ประโยชน์ในการใช้งานเว็บไซต์และเครือข่ายสังคมออนไลน์ต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของมารดาวัยรุ่น
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความง่ายในการใช้งาน และการรับรู้ประโยชน์ในการใช้งานเว็บไซต์และเครือข่ายสังคมออนไลน์ต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของมารดาวัยรุ่น

คำถามการวิจัย

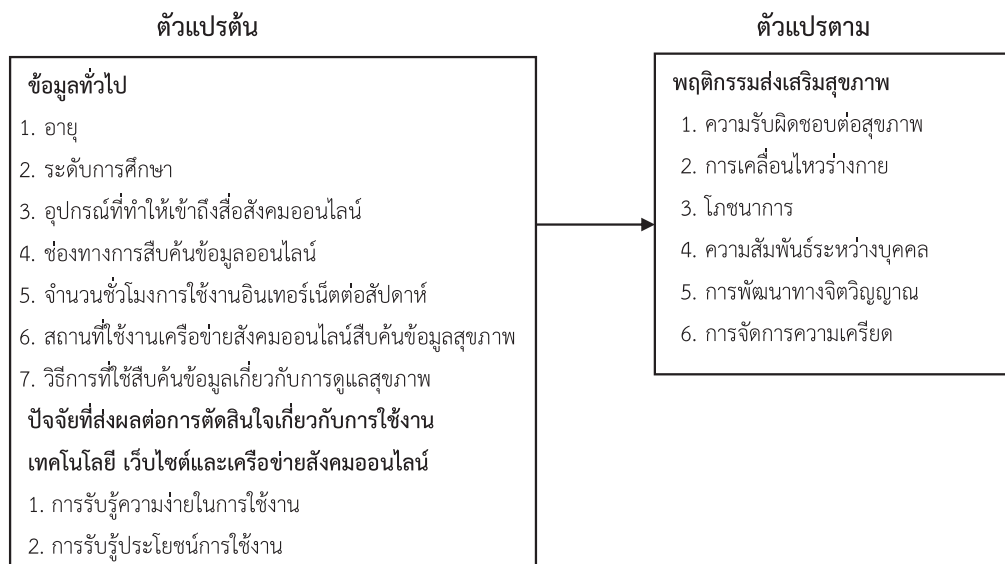
1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความง่ายในการใช้งาน และการรับรู้ประโยชน์ในการใช้งานเว็บไซต์และเครือข่ายสังคมออนไลน์ต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของมารดาวัยรุ่นเป็นอย่างไร

2. การรับรู้ความง่ายในการใช้งาน และการรับรู้ประโยชน์ในการใช้งานเว็บไซต์และเครือข่ายสังคมออนไลน์ต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของมารดาวัยรุ่นหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาเรื่องการยอมรับการใช้เทคโนโลยีเว็บไซต์และเครือข่ายสังคมออนไลน์ต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของมารดาวัยรุ่น โดยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นการกระทำที่นำไปสู่การปรับภาวะสุขภาพให้มีสุขภาพะทางสุขภาพที่ดี ประกอบด้วยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ⁶ 6 ด้าน คือ 1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) การเคลื่อนไหวร่างกาย 3) โภชนาการ 4) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 5) การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และ 6) การจัดการความเครียด ซึ่งมีเว็บไซต์และเครือข่ายสังคมออนไลน์เป็นเครื่องมือที่ช่วยสนับสนุนการหาความรู้เพื่อการส่งเสริมการมีพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพในยุคศตวรรษที่ 21 การรับรู้และเรียนรู้ด้วยตนเองจากเทคโนโลยีแบบจำลองการยอมรับเทคโนโลยี (Technology Acceptance

Model : TAM)¹⁴ นั้นได้อธิบายการยอมรับเทคโนโลยีของผู้ใช้งานและนำมาใช้เป็นแบบแผนในการตัดสินใจในการพยากรณ์การยอมรับด้านเทคโนโลยีต่อการใช้ประโยชน์เพื่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ในที่นี้จะกล่าวถึงการยอมรับเทคโนโลยีให้เห็นถึงสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ด้านเทคโนโลยีของแต่ละบุคคลว่ามีปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้งาน ซึ่งประกอบด้วย 2 ปัจจัย ดังนี้ 1) การรับรู้ความง่ายในการใช้งาน คือ ระดับความเชื่อมั่นว่าการทำงานนั้นไม่จำเป็นต้องใช้ความพยายามในการใช้งาน ความง่ายในการใช้จะเป็นตัวกำหนดการรับรู้ถึงความสำเร็จที่จะได้รับว่าตรงกับที่ต้องการหรือไม่ 2) การรับรู้ประโยชน์การใช้งาน คือระดับความเชื่อมั่นว่าการทำงานจะสามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและส่งผลดีกับการทำงาน ความมีประโยชน์จะเป็นตัวกำหนดการรับรู้ว่าคุณเทคโนโลยีจะมีผลช่วยในการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของเขาได้อย่างไรบ้าง ดังนั้นคาดว่าหากมารดาวัยรุ่นมีการรับรู้ความง่ายในการใช้งาน และการรับรู้ประโยชน์ในการใช้งานเว็บไซต์และเครือข่ายสังคมออนไลน์ต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพน้อย มารดาวัยรุ่นน่าจะมีความเสี่ยงที่จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพน้อย ในทางตรงกันข้ามหากมารดาวัยรุ่นมีการรับรู้ความง่ายในการใช้งาน และการรับรู้ประโยชน์ในการใช้งานเว็บไซต์และเครือข่ายสังคมออนไลน์ต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมาก มารดาวัยรุ่นน่าจะมีความเสี่ยงที่จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับมาก แสดงดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปและปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้งานเทคโนโลยี เว็บไซต์และเครือข่ายสังคมออนไลน์ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการวิจัย มีรายละเอียดดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ มารดาวัยรุ่นที่มีบุตรคนแรกหลังคลอด 6-8 สัปดาห์ ที่มารับการตรวจหลังคลอดในคลินิกนรีเวชกรรมวางแผนครอบครัว และที่นำบุตรมาตรวจสุขภาพและฉีดวัคซีนในคลินิกสุขภาพเด็กดีโรงพยาบาลหาดใหญ่ และโรงพยาบาลสงขลา

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาวัยรุ่นที่มีบุตรคนแรกหลังคลอด 6-8 สัปดาห์ ที่มารับการตรวจหลังคลอดในคลินิกนรีเวชกรรมวางแผนครอบครัว และที่นำบุตรมาตรวจสุขภาพและฉีดวัคซีนในคลินิกสุขภาพเด็กดีโรงพยาบาลหาดใหญ่ และโรงพยาบาลสงขลา โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ ดังนี้ 1) อายุอยู่ระหว่าง 13-19 ปี 2) เป็นการคลอดปกติ 3) ไม่มีโรคหรือภาวะแทรกซ้อนใด ๆ ทั้งมารดาและทารก 4) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ และ 5) ยินยอมและให้ความร่วมมือในการวิจัย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีเปิดตารางประมาณกลุ่มตัวอย่างตามอำนาจการทดสอบ (power analysis)²³ โดยกำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับ .05 ให้อำนาจการทดสอบ (level of power) .80 และการประมาณค่าขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปร (effect size) .30 เป็นค่าความสัมพันธ์ระดับปานกลาง ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 85 ราย เพื่อให้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแทนของประชากรที่ดีและป้องกันการได้ข้อมูลไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 102 ราย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม-เดือนกันยายน พ.ศ. 2563

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม (questionnaire) ซึ่งสร้างขึ้นตามวัตถุประสงค์การศึกษา โดยแบบสอบถามมีโครงสร้างดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของมารดาวัยรุ่น ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อุปกรณ์ที่ทำให้เข้าถึงสื่อสังคม

ออนไลน์ ช่องทางการสืบค้นข้อมูลออนไลน์ จำนวนชั่วโมงการใช้งานอินเทอร์เน็ตต่อสัปดาห์ สถานที่ใช้งานเครือข่ายสังคมออนไลน์สืบค้นข้อมูลสุขภาพ และวิธีการที่ใช้สืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ สถิติที่ใช้ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics analysis) ผู้วิจัยใช้การแจกแจงความถี่ (frequency) และร้อยละ (percentage)

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนำมาจากแบบประเมินที่ เจตินา แสงสว่าง บังอร ศุภวิทิพัฒนา และพรรณพิไล ศรีอาภรณ์ สร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดของเพนเดอร์และคณะ และการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย⁸

1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) การเคลื่อนไหวร่างกาย 3) โภชนาการ 4) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 5) การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และ 6) การจัดการความเครียด รวมข้อคำถามทั้งหมดโดยแบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมี 38 ข้อ ลักษณะของคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน 1-5 คะแนน 1 คะแนน หมายถึง มารดาวัยรุ่นไม่ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเลย 2 คะแนน หมายถึง มารดาวัยรุ่นปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนาน ๆ ครั้ง 3 คะแนน หมายถึง มารดาวัยรุ่นปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพบ้างเป็นบางครั้ง 4 คะแนน หมายถึง มารดาวัยรุ่นปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพบ่อยครั้ง และ 5 คะแนน หมายถึง มารดาวัยรุ่นปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นประจำ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการรับรู้ความง่ายและแบบประเมินการรับรู้ประโยชน์ในการใช้งานของเว็บไซต์และเครือข่ายสังคมออนไลน์ต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ¹² ประกอบด้วย 1) การรับรู้ความง่ายในการใช้งานของเว็บไซต์และเครือข่ายสังคมออนไลน์ 5 ข้อ และ 2) การรับรู้ประโยชน์ในการใช้งานของเว็บไซต์และเครือข่ายสังคมออนไลน์ต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 5 ข้อ ลักษณะของคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน 1-5 คะแนน การรับรู้ความง่ายในการใช้งานของเว็บไซต์และเครือข่ายสังคมออนไลน์ 5 ข้อ 1 คะแนน หมายถึง มารดาวัยรุ่นมีการรับรู้ความง่ายน้อยที่สุด 2 คะแนน หมายถึง มารดาวัยรุ่นมีการรับรู้ความง่ายน้อย 3 คะแนน หมายถึง มารดาวัยรุ่นมีการรับรู้ความง่ายปานกลาง 4 คะแนน หมายถึง มารดาวัยรุ่นมีการรับรู้ความง่ายมาก และ 5 คะแนน หมายถึง มารดา

วิจัยด้านการรับรู้ความง่ายมากที่สุด ในส่วนของการรับรู้ประโยชน์ในการใช้งานของเว็บไซต์และเครือข่ายสังคมออนไลน์ต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 5 ข้อ 1 คะแนน หมายถึง มารดาวิจัยด้านการรับรู้ประโยชน์น้อยที่สุด 2 คะแนน หมายถึง มารดาวิจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ปานกลาง 4 คะแนน หมายถึง มารดาวิจัยด้านการรับรู้ประโยชน์มาก และ 5 คะแนน หมายถึง มารดาวิจัยด้านการรับรู้ประโยชน์มากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบประเมินการรับรู้ความง่ายและแบบประเมินการรับรู้ประโยชน์ในการใช้งานของเว็บไซต์และเครือข่ายสังคมออนไลน์ต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไปหาความตรงตามเนื้อหา ตลอดจนความชัดเจนและความเหมาะสมของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลมารดาหลังคลอด 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลมารดาวิจัย 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญด้านเครื่องมือวิจัย 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .85 และ .86 ตามลำดับ ส่วนแบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยไม่ได้มีการดัดแปลงเครื่องมือใด ๆ ในการนำมาใช้ศึกษาครั้งนี้ซึ่งได้มีการคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา²³ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .85 ซึ่งเป็นที่ยอมรับได้จึงไม่ได้นำแบบสอบถามมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือในการวิจัยนี้อีกครั้ง จากนั้นผู้วิจัยนำแบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แบบประเมินการรับรู้ความง่ายและแบบประเมินการรับรู้ประโยชน์ในการใช้งานของเว็บไซต์และเครือข่ายสังคมออนไลน์ต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ไปทดลองใช้กับมารดาวิจัยที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้มาหาความเที่ยง ได้ค่าความเที่ยง .91 .94 และ .95 ตามลำดับ ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองระหว่างเดือนสิงหาคม-กันยายน พ.ศ. 2563 ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา โรงพยาบาลหาดใหญ่ และโรงพยาบาลสงขลา

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรม ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา เลขที่

รหัส BCNSK 3/2563 รับรองตั้งแต่วันที่ 16 เดือนธันวาคม พ.ศ. 2562-17 เดือนธันวาคม พ.ศ.2563 โรงพยาบาลสงขลา เลขที่รหัส SKH IRB 2020-Edu-ON3-0614 รับรองตั้งแต่วันที่ 25 เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2563 และโรงพยาบาลหาดใหญ่ เลขที่รหัส 87/2563 โดยมีกำหนดระยะเวลา 1 ปี นับตั้งแต่เริ่มเก็บข้อมูล การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้คำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิประโยชน์ ความยุติธรรม และความถูกต้อง โดยมีการขออนุญาตเข้าทำการศึกษาในพื้นที่จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ภายหลังได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยผู้วิจัยดำเนินการขอความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างโดยให้มารดาวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจในการเข้าร่วมวิจัยซึ่งไม่มีการบังคับใด ๆ และมีเอกสารยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษรโดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจของตนเอง ภายหลังจากที่ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์รวมทั้งอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงการเก็บข้อมูลว่าแบบสอบถามดังกล่าวเป็นข้อคำถามทั่วไป ไม่มีผลกระทบต่อกิจใจและไม่มีการเก็บหรือเกิดอันตรายใด ๆ ต่อร่างกายของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างถือเป็นความลับใช้รหัสแทนชื่อจริง การวิเคราะห์และการนำข้อมูลไปอภิปรายหรือตีพิมพ์เพื่อเผยแพร่จะทำในภาพรวมเท่านั้น ข้อมูลที่ได้จะใช้ประโยชน์ทางวิชาการ ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปีภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว การยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยไม่มีผลต่อการได้รับการดูแลทั้งทางตรงและทางอ้อม เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยผู้วิจัยจึงดำเนินการรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเสนอโครงการเพื่อรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรมก่อนดำเนินโครงการ
2. ผู้วิจัยไปที่คลินิกนรีเวชกรรม วางแผนครอบครัว และคลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลหาดใหญ่และโรงพยาบาลสงขลา เพื่อสำรวจและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้โดยขอข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่างจากทางคลินิก เกี่ยวกับคุณสมบัติและวันนัดที่กลุ่มตัวอย่างเดินทางมาตรวจรักษาที่คลินิก
3. ผู้วิจัยแนะนำตัวเองต่อผู้ที่มารับบริการในคลินิกนรีเวชกรรม วางแผนครอบครัว และคลินิกสุขภาพเด็กดี

โรงพยาบาลหาดใหญ่และโรงพยาบาลสงขลาเกี่ยวกับแบบสอบถามมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความง่ายในการใช้งาน และการรับรู้ประโยชน์ในการใช้งานเว็บไซต์และเครือข่ายสังคมออนไลน์ต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของมารดาวัยรุ่น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยจัดให้กลุ่มตัวอย่างนั่งตอบแบบสอบถามและเก็บแบบสอบถามกลับคืน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่ได้เดินทางมาคลินิกทุกวัน จะมาตามวันที่หมอนัด ผู้ตอบแบบสอบถามจึงสะดวกในการที่จะให้ผู้วิจัยเก็บแบบสอบถามกลับคืนได้เลย

4. หลังจากได้รับแบบสอบถามคืน ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความครบถ้วนของคำตอบ เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างครบ 102 ราย ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา โดยทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์โคลโมโกรอฟ-สไมร์นอฟ (Kolmogorov-Sminov test) พบว่าการแจกแจงของข้อมูลเป็นโค้งปกติ ดังนั้นจึงวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product Correlation Coefficient) ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา ในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์และกำหนดระดับความสัมพันธ์ตามแนวคิดของ Cohen²⁴ ดังนี้ $r = .01-.29$ หมายความว่า มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ $r = .30-.49$ หมายความว่า มีความสัมพันธ์กันในระดับ

ปานกลาง และ $r = .50-1$ หมายความว่า มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 18-19 ปี คิดเป็นร้อยละ 62.80 มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 63.70 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 99 มีอุปกรณ์ที่เข้าถึงการใช้งานเว็บไซต์และเครือข่ายสังคมออนไลน์เป็นสมาร์ทโฟน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 50 มี google เป็นเว็บไซต์และเครือข่ายสังคมออนไลน์ที่ใช้ในการสืบค้นข้อมูล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 51 มีจำนวนชั่วโมงการใช้งานอินเทอร์เน็ตต่อสัปดาห์น้อยกว่า 5 ชั่วโมง สถานที่ที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้งานเว็บไซต์และเครือข่ายสังคมออนไลน์ในการสืบค้นข้อมูล คือ บ้าน คิดเป็นร้อยละ 99 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีวิธีที่ใช้สืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของมารดาวัยรุ่นเป็นการอ่านข้อมูลทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 84.90

2. จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับมาก และมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวม 174.30 (SD = 14.38)

3. ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม ($n = 102$) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 95.10

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	ค่าคะแนนต่ำสุด	ค่าคะแนนสูงสุด	$\bar{X}$	SD	ระดับคะแนน
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	22.00	40.00	37.53	3.02	มาก
ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย	9.00	25.00	20.13	2.93	มาก
ด้านโภชนาการ	22.00	35.00	32.18	3.29	มาก
ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	16.00	35.00	32.52	3.55	มาก
ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ	9.00	25.00	23.33	2.81	มาก
ด้านการจัดการความเครียด	18.00	30.00	28.62	2.62	มาก
รวม	118.00	190.00	174.30	14.38	มาก

4. กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการรับรู้ความง่ายในการใช้งานเว็บไซต์และเครือข่ายสังคมออนไลน์ต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของมารดาวัยรุ่น โดยรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าคะแนนเท่ากับ 23.91 และการรับรู้ประโยชน์ในการใช้งานเว็บไซต์และเครือข่ายสังคมออนไลน์ต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของมารดาวัยรุ่น โดยรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าคะแนนเท่ากับ 24

5. จากตารางที่ 2 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับคะแนนการรับรู้ความง่ายในการใช้งานเว็บไซต์และเครือข่ายสังคมออนไลน์ต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 96.10 และการรับรู้ประโยชน์ในการใช้งานเว็บไซต์และเครือข่ายสังคมออนไลน์ต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 97.10

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับคะแนนการรับรู้ความง่ายในการใช้งานเว็บไซต์และเครือข่ายสังคมออนไลน์ต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของมารดาวัยรุ่น (n = 102)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้ความง่ายในการใช้งานเว็บไซต์และเครือข่ายสังคมออนไลน์ต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ		
มาก	98	96.10
ปานกลาง	4	3.90
น้อย	0	0
การรับรู้ประโยชน์ในการใช้งานเว็บไซต์และเครือข่ายสังคมออนไลน์ต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ		
มาก	99	97.10
ปานกลาง	3	2.90
น้อย	0	0

6. การทดสอบสมมติฐาน
ผู้วิจัยได้ทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์โคลโมโกรอฟ-สไมร์นอฟ (Kolmogorov-Sminov test) พบว่า การแจกแจงของข้อมูลเป็นโค้งปกติ ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความง่ายในการใช้งาน และการรับรู้ประโยชน์ในการใช้งานเว็บไซต์และเครือข่ายสังคมออนไลน์ต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์

กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของมารดาวัยรุ่นกันในระดับสูง และมีค่า sig. เท่ากับ .000 หมายความว่า การรับรู้ความง่ายในการใช้งาน และการรับรู้ประโยชน์ในการใช้งานเว็บไซต์และเครือข่ายสังคมออนไลน์ต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของมารดาวัยรุ่น อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความง่ายในการใช้งาน และการรับรู้ประโยชน์ในการใช้งานเว็บไซต์และเครือข่ายสังคมออนไลน์ต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของมารดาวัยรุ่น

การรับรู้	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ		แปลผล
	r	Sig.	
การรับรู้ความง่ายในการใช้งาน	.594	.000*	สูง
การรับรู้ประโยชน์ในการใช้งาน	.645	.000*	สูง

*อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

ด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากที่สุด รองลงมาด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านโภชนาการด้านการจัดการความเครียด ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณและด้านการเคลื่อนไหวร่างกายตามลำดับ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านแล้วพบว่า ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพมารดาวัยรุ่นมีพฤติกรรมให้ความสำคัญในเรื่องการทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกทุกครั้งหลังขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ โดยล้างจากด้านหน้าไปด้านหลัง และไม่ลงแช่ในอ่างอาบน้ำและลำคลอง ซึ่งเป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมในระยะหลังคลอดที่มารดาหลังคลอดควรปฏิบัติ³ การศึกษาเกี่ยวกับการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์เพื่อส่งเสริมสุขภาวะประชาชนในชนบท: กรณีศึกษา ประเทศไทย²⁴ พบว่าใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์เพื่อส่งเสริมสุขภาวะประชาชนด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย พบว่า มารดาวัยรุ่นมีพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการทำงานหนักหรือการยกของหนักมากที่สุด เนื่องจากมารดาวัยรุ่นในระยะหลังคลอดช่วง 6-8 สัปดาห์ ที่ร่างกายอยู่ในช่วงระยะยังไม่สมบูรณ์แข็งแรงเต็มที่โดยเฉพาะมดลูกที่แผลอาจยังไม่หายดี การยกของหนักจะทำให้เกิดอันตรายต่อมดลูกและหลังได้มาก ด้านโภชนาการ พบว่า มารดาวัยรุ่นมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารหมักดอง อาหารรสจัด และเผ็ดจัด และหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และคาเฟอีน เช่น ยาตองเหล้า เหล้า เบียร์ ชา กาแฟ น้ำอัดลม เนื่องจากระยะหลังคลอดเป็นช่วงระยะเวลาที่พักผ่อนร่างกายและการให้นมบุตร อาหารการกินจึงเป็นสิ่งที่มารดาให้ความสำคัญมากอีกด้านหนึ่ง เพราะการรับประทานอาหารที่แสดงเข้าไปนอกจากจะส่งผลกระทบต่อตัวมารดาเอง และยังส่งผลกระทบต่อบุตรด้วย³ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล พบว่า มารดาวัยรุ่นมีพฤติกรรมให้ความสำคัญต่อการแสดงความรักความห่วงใยต่อบุตร และบุคคลอื่นในครอบครัว โดยการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันในครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดบุตรคนแรก¹⁷ พบว่า

การดำเนินชีวิตของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดบุตรคนแรก มีวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป โดยการสร้างสมดุลชีวิต และการวางแผนอนาคต เปลี่ยนกิจวัตรประจำวันเพื่ออนาคต และผ่อนคลายความเครียดด้วยการสร้างปฏิสัมพันธ์กับเพื่อน และด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ พบว่า มารดาวัยรุ่นมีพฤติกรรมแสวงหาวิธีที่จะทำให้ตัวเองมีความสุขจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการใช้งานเครือข่ายสังคมออนไลน์เพื่อการดูแลสุขภาพและสร้างความบันเทิง อยู่ในระดับมากที่สุด

การรับรู้ความง่ายในการใช้งานเว็บไซต์และเครือข่ายสังคมออนไลน์ต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของมารดาวัยรุ่น

การรับรู้ความง่ายในการใช้งานเว็บไซต์และเครือข่ายสังคมออนไลน์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความง่ายในการใช้งานเว็บไซต์และเครือข่ายสังคมออนไลน์ต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของมารดาวัยรุ่นตรงกันอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อแล้วพบว่า มารดาวัยรุ่นมีการรับรู้ความง่ายเกี่ยวกับวิธีการใช้งานเว็บไซต์และเครือข่ายสังคมออนไลน์เกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพ เป็นเพราะมารดาวัยรุ่นมีความสามารถในการใช้งานเว็บไซต์และเครือข่ายสังคมออนไลน์เพื่อค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพได้ โดยเข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน และรู้วิธีการใช้งานหรือการเข้าถึงเว็บไซต์และเครือข่ายสังคมออนไลน์เกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพได้ตลอดเวลาและรวดเร็ว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์เพื่อส่งเสริมสุขภาวะประชาชนในชนบท: กรณีศึกษา ประเทศไทย²⁵ พบว่าประสบการณ์ในการใช้งานเครือข่ายสังคมออนไลน์ของกลุ่มตัวอย่าง ช่วยส่งเสริมการรับรู้ถึงการใช้งานครึ่งง่ายของการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์เพื่อส่งเสริมสุขภาวะประชาชน และการสนับสนุนขององค์กรต่าง ๆ มีอิทธิพลของสังคมและการรับรู้การใช้งานเครือข่ายสังคมออนไลน์ที่ง่าย อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น จังหวัดเพชรบุรี²¹ พบว่าแรงสนับสนุนทางเครือข่ายสังคมออนไลน์ ช่วยพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นทั้งก่อนตั้งครรภ์และหลังตั้งครรภ์ ส่งเสริมความรู้ในการปฏิบัติตนขณะตั้งครรภ์ การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพตนเองขณะตั้งครรภ์

และความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพขณะตั้งครรภ์ได้โดยง่าย

การรับรู้ประโยชน์ในการใช้งานเว็บไซต์และเครือข่ายสังคมออนไลน์ต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของมารดาวัยรุ่น

การรับรู้ประโยชน์ในการใช้งานเว็บไซต์และเครือข่ายสังคมออนไลน์ พบว่า มารดาวัยรุ่นมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ในการใช้งานเว็บไซต์และเครือข่ายสังคมออนไลน์ต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก อาจเป็นเพราะมารดาวัยรุ่นรับรู้ประโยชน์ในการใช้งานเว็บไซต์และเครือข่ายสังคมออนไลน์ที่หลากหลาย ทำให้มีความรู้ในการดูแลสุขภาพในระยะหลังคลอดได้ดีขึ้น มีข้อมูลสำหรับส่งเสริมสุขภาพในระยะหลังคลอดที่มีเนื้อหาเข้าใจง่ายสามารถนำมาปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้ ทำให้ได้แลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลสุขภาพหลังคลอดกับผู้อื่น และการสืบค้นข้อมูลด้านสุขภาพผ่านสื่อเว็บไซต์และเครือข่ายสังคมออนไลน์ใช้เวลาไม่มาก สามารถนำข้อมูลไปปรับใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองได้²¹ และรูปแบบและความทันสมัยของเว็บไซต์และเครือข่ายสังคมออนไลน์ทำให้น่าสนใจในการหาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในระยะหลังคลอด เพราะสามารถค้นหาข้อมูลในแขนงความรู้ต่าง ๆ หลากหลายรูปแบบ เช่น ภาพเคลื่อนไหว หรือบุคคลอื่นสามารถเข้ามาแสดงความเห็น สนทนาโต้ตอบที่มีประโยชน์ต่อตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์²² พบว่าการได้รับประโยชน์จากการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ ส่งผลต่อทัศนคติ ความเป็นส่วนตัว และความปลอดภัยของข้อมูล ทำให้เกิดพฤติกรรมการใช้เครือข่าย

สังคมออนไลน์ อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์เพื่อส่งเสริมสุขภาพประชาชน ในชนบท: กรณีศึกษา ประเทศไทย²⁰ พบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์มีผลต่อพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ และความตั้งใจในการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ ในการใช้หาข้อมูลเพื่อส่งเสริมสุขภาพของประชาชน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยครั้งนี้ แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์การรับรู้ความง่ายในการใช้งาน และการรับรู้ประโยชน์ในการใช้งานเว็บไซต์และเครือข่ายสังคมออนไลน์ต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของมารดาวัยรุ่น ซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานต่อการผลิตสื่อและกำหนดช่องทางให้ความรู้การส่งเสริมสุขภาพในสื่อสังคมออนไลน์ต่าง ๆ ของมารดาวัยรุ่นได้ ทั้งนี้ต้องระมัดระวังการเผยแพร่ข้อมูลออกสู่สาธารณชนจึงต้องมีการพิจารณาและตรวจสอบข้อมูลที่เผยแพร่ว่าตั้งอยู่บนหลักวิชาการและหลักฐานเชิงประจักษ์ มิใช่ข้อมูลจากความรู้สึกหรืออคติของตน

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรศึกษาหาปัจจัยอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในมารดาวัยรุ่น และควรศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในมารดาวัยรุ่นที่มีภาวะแทรกซ้อน ต่อการใช้สื่อสังคมออนไลน์เป็นสื่อกลางในการสร้างการรับรู้ ส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อนำไปสู่พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีมากขึ้น

References

1. Sukrat B, Okascharoen C, Rattanasiri S, Aekplakorn W, Arunakul J, Saejeng K, et al. Estimation of the adolescent pregnancy rate in Thailand 2008–2013: an application of capture-recapture method. BMC Pregnancy and Childbirth 2020;20(1):71.
2. Department of Health, Ministry of Public Health. Statistics of the birth of adolescent mothers in Thailand [Internet]. 2022 [cited 2022 June 7]. Available from: <https://rh.anamai.moph.go.th/th/adolescent-mothers-birth-statistics/3674#wow-book/>

3. Kaeo-dum-koeng K. Health literacy [internet]. 2021 [cited 2021 May 2]. Available from: [https://hpc13.anamai.moph.go.th/download/HLO/1%20HL%2010%20Principals%20\[10June2019\]%20print.pdf](https://hpc13.anamai.moph.go.th/download/HLO/1%20HL%2010%20Principals%20[10June2019]%20print.pdf)
4. Adams L. Health promotion for adolescent mothers. In: Story M, Stang J, editor. Nutrition and the pregnant adolescent a practical reference guide. Minnesota: Center for leadership, education, and training in maternal and child nutrition; 2012. p. 213-220.
5. Jodnok A, Hornboonherm P, Kaownakai J, J ordnork K, Ketjirachot R. Knowledge and behavior in postpartum self-care and child care among teenage mothers at post partum ward at Mahasarakham hospital. Science Technology and Engineering Journal 2013; Special edition:548-556. (in Thai).
6. Aikvanich J. The self - esteem, perception of health promotion benefits, and health promotion behaviors of postpartum mothers in Muang district, Phuket province. Graduate school, Phuket Rajabhat University 2007;120.
7. Tulman L, Fawcett J. Return of functional ability after childbirth, Nursing Research 1988;37(2): 77-81.
8. Pender N J, Murdaugh C L, Parsons M A. Health promotion in nursing practice. 6th ed. New Jersey: Prentice-Hall; 2011.
9. Sarreira de Oliveira P, Néné M. Nursing care needs in the postpartum period of adolescent mothers: Systematic review. Journal of Nursing UFPE Online 2014;8(11):3953-3961.
10. Corbett M, Meyer J H. The adolescent and pregnancy. Boston: Blackwell Scientific Publications; 1987.
11. Wannaphapha T. Social media with education. Journal of Education, Mahasarakham University 2017; 11(1):20. (in Thai).
12. Pithiwatchotikul N. Mobile technology acceptance, social media marketing, and online consumer behavior affecting online products' purchase intention through application of customers in Bangkok. Graduate School, Bangkok University 2017;1-140.
13. Electronic Transactions Development Agency. The use of social networks for health care [Internet]. 2019 [cited 2019 Oct 28]. Available from: <https://www.eta.or.th/>.
14. Davis F D. Perceived usefulness, perceived ease of use, and user acceptance of information technology. MIS Quarterly 1989;13(3):319-340.
15. House, J. S. The nature of social support in M.A. Reading. Work stress and social support. Addison-Wesley; 1981.
16. Williamson, A. Social media guidelines for parliaments [Internet]. 2013 [cited 2022 June 7]. Available from: <http://archive.ipu.org/PDF/publications /SMG2013EN.pdf>.
17. Datareportal. DIGITAL 2020: THAILAND [Internet]. 2020 [cited 2022 7June 7]. Available from: <https://datareportal.com/reports/ digital-2020-thailand; 2020>.

18. Thongmullek T, Vichitthamaros P. The Study of factors affecting acceptance and use of social network of people in Thailand. *The Journal of Social Communication Innovation* 2017;2(10): 114-124. (in Thai).
19. Rakjing, P., Rotrat, W., Engchuan, W., & Raksanam, B. Effectiveness of social care network model on self-care and infant care of postpartum mothers in Sikao hospital Trang province. *Thai Journal of Public Health and Health Sciences* 2018;2(3):69-7. (In Thai).
20. Khoonphet C. Lifestyles of first-time adolescent mothers [master's thesis]. Songkla: Prince of Songkla University; 2014.
21. Rungsiriwattanakit T. The Development of model to promoting self-care behaviors of adolescence pregnancy [master' thesis]. Phetchaburi: Krirk university; 2018.
22. Kruaysawat N. Factors affecting the behavior of online social networks. *Journal of Information Science* 2010;28(3):81-88. (in Thai).
23. Polit D F, Lake E. *Statistics and data analysis for nursing research*. Boston: Pearson; 2010.
24. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2nd ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 1988.
25. Chutimasakul W, Pathumwan M. Using social networks to promote welfare of rural people: A case study of Thailand. In: *The 5th National and International Graduate Study Conference "Creative Education: Intellectual Capital toward ASEAN"*; 2015 Jul 16-17; Bangkok, Thailand. Graduate school, Silpakorn University; 2015.

บทความวิจัย

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
ของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
Factors Predicting Preventive Behaviours from Coronavirus 2019
of Nursing Students of Nursing Faculty, Praboromarajchanok Institute

Received: Feb 7, 2022
Revised: May 19, 2022
Accepted: Jun 8, 2022

ชญาภรณ์ เอกธรรมสุทธิ ค.ด. (Chayaporn Ekthamasuth, Ph.D.)¹

ปัญญาวดี ทองแก้ว ปร.ด. (Punyawadee Thongkaew, Ph.D.)²

นันทิดา วัตย์ม พย.ม. (Nunthida Wadyim, MN.S.)³

ภัทรา สุวรรณโท พย.ม. (Pattrra Suwannato, MN.S.)⁴

บทคัดย่อ

บทนำ: สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลกระทบต่อสุขภาพนักศึกษาพยาบาลที่ต้องอยู่รวมกันในหอพักและฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย หากนักศึกษาขาดความรู้ ความเข้าใจ ไม่ตระหนักถึงความสำคัญในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่น ก็จะทำให้เกิดผลกระทบตามมาทั้งในด้านสุขภาพและการพัฒนาวิชาชีพ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

ระเบียบวิธีวิจัย: เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง แบบภาคตัดขวาง (cross-sectional analytical study) โดยใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Baker และคณะ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1-4 ที่กำลังศึกษาในปีการศึกษา 2564 ของวิทยาลัยพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก 7 แห่ง จำนวน 565 คน โดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ต่อการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในรูป google form วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและสเปียร์แมน และสถิติถดถอยเชิงพหุแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษาพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ที่ตั้งของวิทยาลัย ระดับความรู้ การรับรู้ภาวะสุขภาพทั้ง 6 ด้าน โดยระดับความรู้และภูมิสำเนาร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษาพยาบาลได้ร้อยละ 9.70 และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษาพยาบาลได้ร้อยละ 38 ($R^2 = .380$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$)

ได้รับทุนสนับสนุนจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพมหานคร

¹Corresponding author พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) รองผู้อำนวยการฝ่ายวิชาการ E-mail: chayaporn.e@bcn.ac.th

²พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ E-mail: punyawadee.t@bcn.ac.th

^{3,4}พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการสอน) E-mail: ³nunthida.w@bcn.ac.th, ⁴pattrra.s@bcn.ac.th

^{1,4}ภาควิชาการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพมหานคร คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

^{1,4}Department of Midwifery and Neonatal Nursing, Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Bangkok, Thailand

สรุปผล: การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้หรือไม่ ขึ้นอยู่กับบุคคลนั้นจะมี การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคของตนเองมากน้อยเพียงใด

ข้อเสนอแนะ: ผลการวิจัยสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการสร้างโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลมีความมั่นใจและรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้รับบริการต่อไป

คำสำคัญ: พฤติกรรมการป้องกันตนเอง โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นักศึกษาพยาบาล

Abstract

Introduction: The Coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic has affected nursing students' health residing together in the dormitory and learning clinical nursing practice in the same hospital or clinical setting. Therefore, if these students lack of knowledge, unawareness, and misunderstand the appropriate infection control of the pandemic, their health and continuing professional development will be affected.

Research objective: The study aimed to examine factors influencing COVID-19 preventive behaviors among nursing students in faculty of nursing, Praboromarajchanok Institute.

Methodology: This study employed a cross-sectional analytical approach. The modified Health Belief Model (HBM) proposed by Baker and colleagues was used as a framework of the study. Participants were 565 nursing students from seven Borommarajonani colleges of nursing, faculty of nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, Thailand. They were the first-, second-, third- and fourth- year nursing students during the academic year of 2021. A stratified random sampling method was used to recruit the participants. Data were collected using a Google survey tool and shared it via a social networking site (Line application). Statistical Package for the Social Sciences (SPSS version 23.0) was used to analyze data. Descriptive statistics, Pearson's correlation, Spearman rank correlation coefficients, and Stepwise Multiple Logistic Regression were performed to describe the variables.

Results: Factors significantly related to COVID-19 preventive behaviors among nursing students were nursing college location, level of perceived knowledge, and all 6 constructs of health perception ($p < .05$). Moreover, level of knowledge and hometown location together significantly explained 9.70% ($p < .05$) of the variance of COVID-19 preventive behaviors. Also, self-efficacy significantly explained 38% ($R^2 = .38$, $p < .05$) of the variance of COVID-19 preventive behaviors among nursing students.

Conclusions: Engaging in the preventive health behavior of each individual depends on level of his or her self-efficacy in preventive behaviors.

Implications: The results of the study provide the empirical data for healthcare professions to develop health literacy effective campaigns to maximize self-efficacy in COVID-19 preventive behavior and would be applied to educate patients and clients.

Keywords: preventive behavior, coronavirus 2019, nursing students

บทนำ

ปัญหาการแพร่ระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ ซึ่งเป็นโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (Novel Coronavirus 2019) องค์การอนามัยโลก ได้ประกาศชื่ออย่างเป็นทางการว่า Coronavirus Disease 2019 หรือ Covid-19 (โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019)¹ สำหรับประเทศไทยชื่อที่ใช้คือ “โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โรคโควิด 19” ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ 3)² การแพร่ระบาดของโรคดังกล่าวส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน เศรษฐกิจ สังคม การศึกษา และที่สำคัญคือ ระบบสาธารณสุขที่ต้องรองรับการเจ็บป่วยของประชาชนเพิ่มมากขึ้น ซึ่งตามธรรมชาติของเชื้อไวรัสจะมีการเปลี่ยนแปลงและกลายพันธุ์อยู่ตลอดเวลาเพื่อการอยู่รอด ซึ่งจะส่งผลให้เชื้อมีความรุนแรงมากขึ้น ทางภาครัฐได้พยายามหามาตรการป้องกันและหยุดการแพร่การกระจายของเชื้อ มีการประเมินสถานการณ์และปรับการป้องกัน ควบคุมอยู่ตลอดเวลา เช่น การให้ประชาชนอยู่ในบ้าน ปิดสถานศึกษา สถานบันเทิง การจำกัดเวลาการออกนอกเคหสถาน การฉีดวัคซีนให้กับประชาชน เป็นต้น รวมทั้งการณรงค์ให้ประชาชนเกิดความร่วมมือในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เริ่มจากการให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการแพร่กระจายของเชื้อ การป้องกันตนเอง ดังนั้นทุกภาคส่วนต้องร่วมมือกันในการควบคุม ป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อเพิ่มขึ้น³

คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข มีหน้าที่ผลิตนักศึกษาพยาบาล ที่มีวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดกระจายอยู่ทั่วทุกภูมิภาคของประเทศไทย จำนวน 30 แห่ง นักศึกษาพยาบาล ส่วนใหญ่ต้องพักอาศัยอยู่ร่วมกันในหอพัก เนื่องจากต้องขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วย มีการฝึกงานเป็นช่วงเวลาทั้ง เข้า บ่าย และดึก มีโอกาสได้ดูแลและสัมผัสผู้ป่วย ดังนั้น หากนักศึกษาขาดความรู้ ความเข้าใจ ไม่ตระหนักถึงความสำคัญในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่น ก็จะเกิดผลกระทบตามมาทั้งในด้านสุขภาพและการพัฒนาวิชาชีพ กล่าวคือ หากภาวะติดเชื้อที่เกิดขึ้นมีความรุนแรง อาจทำให้เกิดการเจ็บป่วยรุนแรง ต้องใช้เวลาในการพักรักษา

ตัว ขาดการเรียนรู้ และอาจรุนแรงถึงชีวิต นั้นหมายถึงวิชาชีพพยาบาลจะขาดพยาบาล ที่มีหน้าที่ดูแล และให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและผู้รับบริการในอนาคต ซึ่งการที่จะให้การช่วยเหลือผู้อื่นได้ นักศึกษาพยาบาลจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจ และรับรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้อง จากการศึกษาของ Adli และคณะ⁴ เกี่ยวกับความรู้ ทักษะและการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษาแพทย์ระดับปริญญาตรีในอินโดนีเซีย พบว่า มีนักศึกษาร้อยละ 51.50 มีทักษะที่ดีและการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นักศึกษาร้อยละ 29.80 มีความรู้เพียงพอ โดยความรู้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับทัศนคติและการปฏิบัติ ($p=0.074$ และ $p=0.054$ ตามลำดับ) และการรับรู้ด้านการรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความรู้ ทักษะ และ/หรือการปฏิบัติต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นอกจากนี้ ชาวประชาสัมพันธ์ของสถาบันสุขภาพและรัฐบาล ตลอดจนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพถือเป็นแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่น่าเชื่อถือที่สุด ซึ่งผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Tsai และคณะ⁵ ที่ทำการศึกษาความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของนักศึกษาพยาบาลที่ประเทศไต้หวัน จำนวน 361 คน โดยการใช้ HBM ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้ภาวะสุขภาพทั้ง 6 ด้าน สามารถทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของนักศึกษาได้ร้อยละ 58.10 ($R^2 = 0.581$, $F = 29.775$, $p < .001$)

จะเห็นได้ว่า การรับรู้ของบุคคลเป็นปัจจัยสำคัญในการทำให้นักศึกษานั้นแสดงพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรม ซึ่ง Becker⁶ กล่าวว่า การรับรู้ของบุคคลเป็นปัจจัยบ่งชี้พฤติกรรม โดยบุคคลจะปฏิบัติหรือกระทำในสิ่งที่ตนเองพอใจหรือคิดว่าสิ่งนั้นก่อให้เกิดผลดีต่อตนเอง และพยายามหลีกเลี่ยงการปฏิบัติที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยบุคคลจะแสดงพฤติกรรม การป้องกันไม่ให้เกิดโรคนั้น จากการศึกษาของ Bunthan และคณะ⁷ เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ร่วมกับนักศึกษาพยาบาล พบว่า ผู้สูงอายุไทย

มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับดี ($M=2.18$, $SD=.50$) ส่วนปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ร่วมกับนักศึกษาพยาบาล ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ ปัจจัยการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ ปัจจัยการรับรู้ความสามารถของตนเอง ปัจจัยอิทธิพลระหว่างบุคคล และปัจจัยอิทธิพลจากสถานการณ์ และสามารถทำนายได้ร้อยละ 30.4 ($R^2 = 0.304$, $p < .001$) นอกจากนี้จากการศึกษาของ Glomjai และคณะ⁸ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และพฤติกรรมในการป้องกันตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .327$, $p < .001$) จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในเรื่องของการรับรู้ภาวะสุขภาพนั้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการปฏิบัติตัวของบุคคลทั้งในด้านของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดโรคต่าง ๆ โดยเฉพาะโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีการระบาดและส่งผลกระทบในวงกว้างอยู่ในเวลานี้ จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรม เอกสาร และงานวารสารต่าง ๆ พบว่ายังไม่มีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลในการทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ซึ่งถือได้ว่าเป็นกำลังสำคัญด้านสุขภาพของประเทศไทยในอนาคต ดังนั้นผู้วิจัยและคณะจึงสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษาพยาบาลดังกล่าว การศึกษารั้งนี้ ผู้วิจัยและคณะใช้กรอบแนวคิดที่พัฒนามาจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อ มาเป็นแนวทางในการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อนำผลการวิจัยมาวางแผนแนวทางการ

ปฏิบัติป้องกัน รวมทั้งการให้ความรู้ที่ถูกต้องแก่นักศึกษาพยาบาลที่จะสำเร็จเป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่เป็นกำลังสำคัญในการดูแลสุขภาพประชาชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรค ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
3. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก จากปัจจัยร่วม ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Becker⁶ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาปัจจัยต่าง ๆ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

2. ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคสามารถร่วมทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนกได้

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษารั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง แบบภาคตัดขวาง (cross-sectional analytical study)

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ปีที่ 1-4 กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการคำนวณ สุ่มกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G* Power analysis version 3.1.9.7 ใช้ F tests สำหรับ Test family และกำหนด Statistical test เป็น Linear multiple regression: Fixed model, R² deviation from zero กำหนด Type of power analysis เป็น A priori: Compute required sample size – give α , power, and effect size โดยกำหนด Input parameters คือ ความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญที่ .05 อำนาจการทดสอบเท่ากับ .95 และอิทธิพลของขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ได้มาจากการวิจัยที่ใกล้เคียงกัน ได้ค่า R² = .248 นำมาคำนวณหาค่า effect size f² = 0.3297 และมีตัวแปรทำนาย 14 ตัวแปร ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คือ 96 คน

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการศึกษากลุ่มตัวอย่าง 4 ชั้นปี ดังนั้น ขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด เท่ากับ 384 คน (96 คน X 4 ชั้นปี) และเพื่อให้จำนวนตัวอย่างเป็นไปตามที่กำหนด เนื่องจากแบบสอบถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบกลับอาจไม่สมบูรณ์ หรือไม่ตอบ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า อัตราการตอบกลับทางออนไลน์ ของการทำวิจัยที่ใช้แบบสอบถามอยู่ที่ร้อยละ 20-47⁹ ผู้วิจัยจึงได้กำหนดเก็บตัวอย่างเพิ่มขึ้นร้อยละ 47 ดังนั้น ขนาดของตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ เท่ากับ 565 คน

การวิจัยครั้งนี้ใช้สมการถดถอยในการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อหาความสัมพันธ์และอำนาจการทำนาย ขนาดของตัวอย่าง เท่ากับ 162 คน คำนวณโดยใช้สูตรของ Green¹⁰ คือ $n > 50 + 8m$ เพื่อป้องกันการไม่สมบูรณ์และไม่ตอบกลับของการสำรวจทางออนไลน์ ขนาดกลุ่มตัวอย่างควรมีจำนวนอย่างน้อย $(162 + (162 \times 0.47)) = 238.14$ ประมาณ 240 คน จะเห็นได้ว่า ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยจะดำเนินการศึกษา จำนวน 565 คน จึงเพียงพอในการเป็นตัวแทนที่ดีของประชากร ในการหาความสัมพันธ์และอำนาจการทำนาย จากนั้น ใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling) ดังนี้ 1) กำหนดภูมิภาคที่ตั้งของวิทยาลัยพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ที่กำหนดโดยสถาบันพระบรมราชชนก 2) เลือกวิทยาลัยที่เป็นตัวแทนของแต่ละภูมิภาค โดยการสุ่มอย่างง่าย ด้วยการจับฉลาก 3) คำนวณสัดส่วนของนักศึกษาแต่ละชั้นปีตามจำนวนประชากร เพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างจากแต่ละชั้นปีของแต่ละวิทยาลัยในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน และ 4) สุ่มกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของแต่ละชั้นปีในแต่ละวิทยาลัย โดยใช้การสุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบ เช่น กลุ่มตัวอย่างที่มีเลขที่ลงท้ายด้วยเลข 1 11 21 31 41 เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามจัดทำเป็น google form แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับเพศ ชั้นปีที่กำลังศึกษา ภูมิลำเนาที่ตั้งของวิทยาลัย การตรวจโควิด-19 ประวัติการติดเชื้อของบุคคลใกล้ชิด แหล่งข้อมูลข่าวสาร ระดับความรู้ และการได้รับวัคซีน ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ
2. แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพต่อ

การติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 พัฒนาและดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ Singweratham และคณะ¹¹ มีลักษณะมาตรวัดแบบ Likert scale 4 ระดับ (4 คะแนนหมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไปจนถึง 1 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) โดยให้ความหมายระดับการรับรู้ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.25-4.00 คะแนน หมายถึง การรับรู้ อยู่ในระดับดีมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.24 คะแนน หมายถึง การรับรู้ อยู่ในระดับดี

คะแนนเฉลี่ย 1.75-2.49 คะแนน หมายถึง การรับรู้ อยู่ในระดับพอใช้

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.74 คะแนน หมายถึง การรับรู้ อยู่ในระดับน้อย

3. แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดัดแปลงมาจาก Glomjai และคณะ⁸ และจากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัย โดยวัด 2 ด้าน ประกอบด้วย 1) พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และ 2) การสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีลักษณะมาตรวัดแบบ Likert scale 4 ระดับ (4 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ ไปจนถึง 1 คะแนน หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติ) โดยให้ความหมายระดับพฤติกรรม ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.25-4.00 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคและการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.24 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคและการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี

คะแนนเฉลี่ย 1.75-2.49 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคและการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.74 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคและการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

แบบสอบถามทั้ง 3 ส่วนได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่

1) ผู้เชี่ยวชาญด้านการติดเชื้อ 2) อาจารย์พยาบาล และ 3) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมสุขภาพ ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้ง 3 ส่วน อยู่ในระดับดี-ดีเยี่ยม (CVI = .90-1.00) และตรวจสอบความเที่ยง โดยนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาล จำนวน 30 คน ที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) ของแบบสอบถามส่วนที่ 2-3 เท่ากับ .94 โดยการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในแต่ละด้านค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .81-.85 ส่วนพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ค่า Cronbach's Alpha = .94

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ดำเนินการเมื่อได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครสุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก รหัสโครงการ T-EC-Exp-06/64 รหัสการรับรองจริยธรรม (COA) ที่ BCNB-2564-04 ลงวันที่ 6 สิงหาคม 2564 โดยผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลเสนอต่อคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อผู้เกี่ยวข้องเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และส่งแบบสอบถามที่มีลักษณะเป็น google form ประกอบด้วย คำชี้แจง วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและการแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง โดยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านคำชี้แจงในส่วนหน้าของแบบสอบถามเมื่อทำความเข้าใจเรียบร้อยแล้วให้กดเลือกยินยอมหรือไม่ยินยอม หากเลือกไม่ยินยอม กลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากระบบการทำแบบสอบถามได้ทันที โดยไม่มีการบันทึกข้อมูลใดๆ และหากกดยินยอม ให้ดำเนินการตอบแบบสอบถามต่อไปแบบสอบถามแต่ละฉบับที่ไม่ต้องกรอก ชื่อ-นามสกุล และรหัสนักศึกษาโดยแบบสอบถามที่ส่งกลับมายังผู้วิจัยจะถูกระบุด้วยรหัสที่ผู้วิจัยกำหนด และข้อมูลจะถูกทำลายภายใน 1 ปีภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติในการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้วผู้วิจัยได้ประสานครูประจำชั้นแต่ละวิทยาลัย เพื่อส่งรหัสนักศึกษาที่ผู้วิจัยได้สุ่มเลือกไว้ พร้อมคิวอาร์โค้ด (QR code)

แบบสอบถามที่มีลักษณะเป็น google form ประกอบด้วย คำชี้แจง วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและการแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และให้ครูประจำชั้นส่งต่อ QR code ให้แก่นักศึกษาที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยอธิบายวิธีทำแบบสอบถามและนัดหมายวันที่ครบกำหนด การเก็บข้อมูลเพื่อติดตามการเก็บข้อมูล เมื่อได้รับการส่งกลับแบบสอบถามผ่านทางออนไลน์ ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลและรวบรวมข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามในรูป google form ให้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 565 คน ได้รับการตอบกลับมาจำนวน 290 คน คิดเป็นร้อยละ 51.32 หลังจากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล และนำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยายในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล และการรับรู้ต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 6 ด้าน กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันสำหรับข้อมูลที่เป็นมาตราอันตรภาคหรืออัตราส่วนและใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมนสำหรับข้อมูลมาตราจัดอันดับ และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยการคำนวณหาความสัมพันธ์พหุคูณ ระหว่างตัวแปรต้นทั้งหมด ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลและการรับรู้ภาวะสุขภาพทั้ง 6 ด้าน กับตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้สถิติถดถอยเชิงพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) และสร้างสมการทำนาย

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยสรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 290 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 267 คน (ร้อยละ 92.10) เป็นนักศึกษาพยาบาลตั้งแต่ชั้นปีที่ 1-3 มีจำนวนใกล้เคียงกัน คือ 81, 79 และ 81 คนตามลำดับ (ร้อยละ 27.90, 27.20 และ 27.90 ตามลำดับ) ส่วนนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 มีจำนวนน้อยที่สุด คือ 49 คน (ร้อยละ 16.90) ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่

ที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 141 คน (ร้อยละ 48.60) ที่ตั้งของวิทยาลัยส่วนใหญ่ตั้งอยู่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 98 คน (ร้อยละ 33.80) นักศึกษาส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจหาการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โควิด-19 จำนวน 207 คน (ร้อยละ 71.40) และเคยตรวจหาการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 79 คน (ร้อยละ 27.20) ในจำนวนนี้ ตรวจพบว่า มีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 3 คน (ร้อยละ 1.00) เมื่อสอบถามในเรื่องประวัติการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคคลใกล้ชิดของนักศึกษาพบว่า มีนักศึกษาจำนวน 20 คน (ร้อยละ 6.90) ที่ตอบว่าบุคคลใกล้ชิดมีประวัติการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่นักศึกษาได้รับส่วนใหญ่มาจาก สื่อออนไลน์ ได้แก่ Twitter Facebook และ Line application จำนวน 284 คน (ร้อยละ 97.90) นักศึกษาส่วนใหญ่คิดว่าตนเองมีความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับดี จำนวน 202 คน (ร้อยละ 69.70) นักศึกษาส่วนใหญ่ได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 2 เข็ม จำนวน 175 คน (ร้อยละ 60.30) ส่วนนักศึกษาที่ยังไม่เคยได้รับวัคซีนมีจำนวน 24 คน (ร้อยละ 8.30)

พฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เท่ากับ 3.41 อยู่ในระดับดีมาก โดยพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ทำการวัด 2 ด้าน ประกอบด้วย 1) พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อ

ไวรัสโคโรนา 2019 และ 2) การสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เมื่อแยกรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้ออยู่ในระดับดีมาก มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.58 คะแนน ($\bar{X} = 3.58$, $SD = 0.39$) และมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการติดเชื้ออยู่ในระดับดี มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.23 คะแนน ($\bar{X} = 3.23$, $SD = 0.50$) รายละเอียดตารางที่ 1 โดยพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ฉันทันหน้ากากอนามัยทุกครั้งที่อยู่ในสถานที่ที่มีคนแออัด มีคะแนนเฉลี่ย 3.87 คะแนน ($\bar{X} = 3.87$, $SD = 0.34$) อยู่ในระดับดีมาก ส่วนพฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยที่น้อยที่สุด ได้แก่ ฉันทันหน้ากากอนามัยที่ใช้แล้ว ใส่ของปิดสนิท หรือใส่ถุงแล้วรัดปากถุงให้แน่นก่อนทิ้ง ($\bar{X} = 3.17$, $SD = 0.96$)

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการรับรู้ภาวะสุขภาพ 6 ด้านกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

ด้านปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ที่ตั้งของวิทยาลัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับต่ำมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และระดับความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ส่วนปัจจัยด้านข้อมูลทั่วไปอื่น ได้แก่ เพศ ชั้นปีที่กำลังศึกษา ภูมิลำเนา การตรวจโควิด-19 ประวัติการติดเชื้อของบุคคลใกล้ชิด แหล่งข้อมูล และการได้รับวัคซีนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และแยกรายด้านการป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อและด้านการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการติดเชื้อ (N=290)

พฤติกรรม	$\bar{X}$	SD	ระดับการปฏิบัติ
พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	3.41	0.40	ดีมาก
1. พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อ	3.58	0.39	ดีมาก
2. การสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการติดเชื้อ	3.23	0.50	ดี

การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังตารางที่ 2

ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพทั้ง 6 ด้าน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ($r = .66, p < .05$) ส่วน 5 ด้านที่เหลือมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำและต่ำมาก ดังตารางที่ 3

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบวิธีการคัดเลือกตัวแปรอิสระเข้าสู่สมการ (Stepwise multiple regression analysis)

การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 โดยทำการศึกษาด้วยการทดสอบสมมติฐานจำนวน 2 ข้อ โดยสถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐานคือการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ด้วยการเลือกตัวแปรอิสระ

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านข้อมูลทั่วไปและพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (N=290)

ปัจจัยด้านข้อมูลทั่วไป	พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019		
	r	P-value	ระดับความสัมพันธ์
เพศ	-.029	.619	ไม่มีความสัมพันธ์
ชั้นปีที่กำลังศึกษา	.075	.202	ไม่มีความสัมพันธ์
ภูมิลำเนา	.001	.993	ไม่มีความสัมพันธ์
ที่ตั้งของวิทยาลัย	.139	.018	ต่ำมาก
การตรวจโควิด-19	.043	.467	ไม่มีความสัมพันธ์
ประวัติการติดเชื้อของบุคคลใกล้ชิด	.032	.588	ไม่มีความสัมพันธ์
แหล่งข้อมูล	-.036	.542	ไม่มีความสัมพันธ์
ระดับความรู้	.358	.000	ต่ำ
การได้รับวัคซีน	.014	.814	ไม่มีความสัมพันธ์

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (N=290)

ปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ	พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019		
	r	P-value	ระดับความสัมพันธ์
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อโรค	.320	.000	ต่ำ
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	.382	.000	ต่ำ
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค	.452	.000	ต่ำ
การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค	.283	.000	ต่ำมาก
การรับรู้ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค	.378	.000	ต่ำ
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติ...	.660	.000	ปานกลาง

เข้าสมการถดถอยแบบ Stepwise ใช้ระดับความเชื่อมั่น 95% ดังนั้น จะปฏิเสธสมมติฐานหลัก (H_0) ก็ต่อเมื่อ $p < .05$ โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนนี้ ถูกเลือกมาใช้เพื่อค้นหาปัจจัยที่เป็นตัวพยากรณ์ที่ดีในการทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 ของนักศึกษาพยาบาลและ ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น โดยพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่สามารถทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 ของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ได้แก่ ระดับความรู้และภูมิปัญญา โดยทั้งสองปัจจัยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมของนักศึกษาพยาบาลได้ ($\beta = .294$, $S.E. = .051$ และ $\beta = .123$, $S.E. = .022$ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ร้อยละ 31.10 ดังตารางที่ 4

โดยสามารถสร้างสมการทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 ของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ดังนี้

สมการพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนดิบ

$$\hat{Y} = 2.285 + .269 (X1) + .048 (X2)$$

$\hat{Y}$ หมายถึง พฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อโคโรนา

2019

ตารางที่ 4 แสดงค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคล (b) ค่าคงที่ และคะแนนมาตรฐาน (beta) ของสมการถดถอยพหุคูณที่ใช้ในการทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 โดยวิธีการคัดเลือกตัวแปรอิสระเข้าสู่สมการ ด้วยวิธี Stepwise multiple regression analysis (N=290)

ตัวแปรทำนาย	B	Std.Error	β	t	p-value
ค่าคงที่ (Constant)	2.285	.173		13.222	.000
ระดับความรู้	.269	.051	.294	5.227	.000
ภูมิปัญญา	.048	.022	.123	2.186	.030

R = .311 $R^2 = .097$ F= 4.780

X1 หมายถึง ระดับความรู้

X2 หมายถึง ภูมิปัญญา

สมการพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน

$$\hat{Z} = .294 (X1) + .123(X2)$$

ส่วนปัจจัยการรับรู้ด้านภาวะสุขภาพทั้ง 6 ด้าน พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค สามารถทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 ของนักศึกษาพยาบาลได้ ($\beta = .617$, $S.E. = .042$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ร้อยละ 38.00 ดังตารางที่ 5 โดยสามารถสร้างสมการทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 ของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ดังนี้

สมการพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนดิบ

$$\hat{Y} = 1.546 + .564 (X3)$$

$\hat{Y}$ หมายถึง พฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อโคโรนา

2019

X3 หมายถึง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค

สมการพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน

$$\hat{Y} = .617 (X3)$$

ตารางที่ 5 แสดงค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรทำนายการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคในรูปของคะแนนดิบ (b) ค่าคงที่ และคะแนนมาตรฐาน (beta) ของสมการถดถอยพหุคูณที่ใช้ในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 โดยวิธีการคัดเลือกตัวแปรอิสระเข้าสู่สมการ ด้วยวิธี Stepwise multiple regression analysis (N=290)

ตัวแปรทำนาย	B	Std.Error	β	t	p-value
ค่าคงที่ (Constant)	1.546	.154		10.026	.000
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค	.564	.042	.617	13.298	.000

R = .617 R² = .380 F = 176.848

จากผลการวิเคราะห์ข้างต้น สรุปได้ว่า ตัวแปรด้านปัจจัยส่วนบุคคลที่ถูกนำเข้าสู่สมการถดถอยพหุคูณ คือ ระดับความรู้และภูมิสำเนา โดยทั้งสองตัวแปรมีผลให้ค่าอำนาจการทำนายเท่ากับ 9.7 นั่นคือระดับความรู้และภูมิสำเนาของนักศึกษาพยาบาลสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 ได้ร้อยละ 9.70 ส่วนปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ ตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค เป็นตัวแปรเดียวที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 ของนักศึกษาพยาบาลได้ โดยสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 ได้ร้อยละ 38.00 ส่วนตัวแปรที่เหลือไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 ของนักศึกษาพยาบาลได้

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคลและการรับรู้สุขภาพ 6 ด้าน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 ของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

จากผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 ของนักศึกษาพยาบาล ได้แก่ ที่ตั้งของวิทยาลัย และระดับความรู้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากนักศึกษาที่อยู่ในแต่ละภูมิภาคมีวัฒนธรรม

ในการประพฤติปฏิบัติที่ต่างกัน ความเชื่อและวัฒนธรรมซึ่งอาจมีผลต่อการปฏิบัติ นักศึกษาที่อยู่ในเขตที่ตั้งที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะมีการปฏิบัติที่เคร่งครัดและระมัดระวังเป็นพิเศษ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา Singweratham และคณะ¹¹ พบว่า ท้นตานิบาลที่มีสถานทำงานต่างกันมีการรับรู้ของหน่วยงานต่อการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยท้นตานิบาลที่ปฏิบัติงานใน รพศ./รพท./รพช. มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สูงกว่าท้นตานิบาลที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้จะทำให้ข้อมูลในการดูแลตนเอง มีการแสวงหาข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย ซึ่งจากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า แหล่งข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ที่นักศึกษาได้รับส่วนใหญ่มาจาก สื่อออนไลน์ ได้แก่ Twitter Facebook และ Line application จำนวน 284 คน (ร้อยละ 97.9) นักศึกษาส่วนใหญ่คิดว่าตนเองมีความรู้เกี่ยวกับโควิด-19 อยู่ในระดับดี จำนวน 202 คน (ร้อยละ 69.7) และสอดคล้องกับ Poonaklom¹² ที่พบว่า การได้รับสื่อข้อมูลต่าง ๆ สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มผู้ใหญ่ได้ ($\beta=.410$, $p<.001$) โดยสังคมในปัจจุบันมีการติดต่อสื่อสารระหว่างกันได้ง่ายและสะดวกรวดเร็ว ทำให้การกระจายข่าวสารหรือสื่อความรู้ต่างๆ สามารถทำได้ง่ายและทั่วถึงในกลุ่มคนทุกเพศทุกวัย เมื่อบุคคลได้รับข่าวสารเกี่ยวกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีความรุนแรงและแพร่ระบาดไปทั่วโลก รวมไปถึงมีการแพร่ระบาดในประเทศไทย

ทำให้บุคคลให้ความสนใจถึงสถานการณ์ความรุนแรงและตระหนักที่จะปฏิบัติเพื่อป้องกันตนเองไม่ให้ได้รับเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นอกจากนี้ นักศึกษาพยาบาลอยู่ในแวดวงสุขภาพ จึงทำให้เข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อดูแลสุขภาพ รวมทั้งมีการพัฒนาความรู้ การทำความเข้าใจในบริบทด้านสุขภาพนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเจตคติและแรงจูงใจในการปฏิบัติ การที่นักศึกษามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ วิธีการป้องกัน อาการของโรค รวบรวมลักษณะการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะมีการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่มขึ้น ดังการศึกษาของ Puengching และ Punthasri¹³ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการโรคติดต่อในนักเรียนจำอาภาศพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรคติดต่อในนักเรียนจำอาภาศ

ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรค ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ($r = .66, p < .05$) ส่วน 5 ด้านที่เหลือมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำและต่ำมาก ซึ่งจากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่าการที่นักศึกษาแต่ละบุคคลรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดโรค ก็จะพยายามหลีกเลี่ยงหรือลดปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรค ซึ่งสอดคล้องกับ Waeputeh Kanchanapoom และ Tansakul¹⁴ พบว่า ความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ทักษะคติในการป้องกันตัวเองจากโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการโรคไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r=0.361, r=0.496, r=0.325$ และ $r = 0.546$ ตามลำดับ) และ Singweratham และคณะ¹¹ พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการปฏิบัติงานและการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับ

มากที่สุด และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

2. ปัจจัยส่วนบุคคลและการรับรู้ภาวะสุขภาพ 6 ด้าน สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนกได้

จากผลการวิจัย พบว่า ระดับความรู้ ภูมิสำเนา และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคสามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 ของนักศึกษาพยาบาลได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยระดับความรู้และภูมิสำเนาของนักศึกษาสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมได้ ร้อยละ 9.70 ส่วนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 ได้ ร้อยละ 38.00 อธิบายได้ว่าหากนักศึกษามีการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคของตนเอง จะช่วยทำให้นักศึกษาปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ ซึ่งสอดคล้องกับหลายงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019^{8,11,13} และจากผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพด้านอื่น ๆ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคไม่เป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ซึ่งไม่สอดคล้องกับ Bunthan และคณะ⁷ ที่พบว่า ปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ ($\beta = .200, p = .011$) ปัจจัยการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ ($\beta = -.189, p = .002$) ปัจจัยการรับรู้ความสามารถของตนเอง ($\beta = .313, p = .000$) สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 61.20 ($R^2 = .612, \text{Adjusted } R^2 = .595, p = .000$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการที่นักศึกษารับรู้ประโยชน์ ความรุนแรงก็จริง แต่หากมองว่าการปฏิบัตินั้นจะเกิดอุปสรรคหรือไม่สามารถปฏิบัติ จึงทำให้ไม่ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ดังผลการวิจัยครั้งนี้จะเห็นว่า การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมิ

ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับต่ำมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.283$, $p<.05$) ซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นความเชื่อหรือการรับรู้ของปัจเจกบุคคลที่มีผลโดยตรงกับการปฏิบัติตนตามคำแนะนำเพื่อป้องกันโรคที่แตกต่างกัน โดยบุคคลจะป้องกันตนเองต่อเมื่อรับรู้ว่าสิ่งเหล่านั้นจะส่งผลต่อตนเอง ซึ่งจากการเก็บข้อมูลเป็นช่วงเวลาที่นักศึกษาได้รับวัคซีนเป็นส่วนใหญ่และนักศึกษาส่วนใหญ่พักอาศัยในหอพักซึ่งมีการตรวจคัดกรองโรคโควิด 19 เป็นระยะ อีกทั้งวัยของนักศึกษาเป็นวัยรุ่นถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ยังมีความอยากรู้อยากลอง และไม่เชื่อสิ่งใดง่าย ๆ บางคนมองเป็นเรื่องท้าทาย ทำให้ขาดความใส่ใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง ถึงแม้จะมีการรับรู้ข้อมูลมากก็ตาม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ระดับความรู้ของนักศึกษาในเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษา ดังนั้นควรนำความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไปประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนการสอนโดยบรรจุเป็นเนื้อหาสาระใหม่ที่ทันสมัยในหลักสูตรในการดูแล

2. ผลการวิจัยที่ได้ไปเป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอน ซึ่งแนะนำให้นักศึกษาตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติตนเพื่อดูแลสุขภาพตนเองเพื่อการป้องกันโรค รวมทั้งเป็นแบบอย่างที่ดีทางด้านสุขภาพ

3. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษา ดังนั้นการส่งเสริมความสามารถของนักศึกษาเป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารสถาบันในการวางแผนการบริหารสิ่งแวดล้อม หอพักอาศัย และการจัดสรรงบประมาณเพื่อการดูแลสุขภาพนักศึกษาในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อต่าง ๆ

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

จากการศึกษาวิจัยสามารถนำมาเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยในเรื่องอื่น ๆ ในอนาคต ดังนี้

1. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของนักศึกษาในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโดยการส่งเสริมให้นักศึกษามีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค
2. โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพการเป็นผู้นำด้านสุขภาพเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองและผู้อื่น

References

1. World Health Organization. What is a coronavirus? 2020c [Internet]. 2021[cited 2021 April 10]. Available from: <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/q-a-coronaviruses>
2. Ministry of Health. Notification of the Ministry of Public Health [Internet]. 2019 [cited 2022 April 18]. Available from: http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2563/E/048/T_0001.PDF
3. Department of Disease Control. Covid-19 [Internet]. 2021 [cited 2021 May 18]. Available from: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/im_commands.php. (in Thai)
4. Adli I, Widyahening IS, Lazarus G, Phowira J, Azzahra L, Ariffandi B, et al. Knowledge, attitude, and practice related to the COVID-19 pandemic among undergraduate medical students in Indonesia: a nationwide cross-sectional study. medRxiv 2021. <https://doi.org/10.1101/2021.07.05.21260021>

5. Tsai, Fu-Ju, Hu, Yih-Jin, Chen, Cheng-Yu, Tseng, Chie-Chien, Yeh, Gwo-Liang, Cheng, Jin-Fong. Using the health belief model to explore nursing students' relationships between COVID-19 knowledge, health beliefs, cues to action, self-efficacy, and behavioral intention: A cross-sectional survey study. *Medicine* 2021; 100: 11 (e25210).
6. Becker MH. The Health Belief Model and Personal Health Behavior. *Health Education Monographs* 1974; 2: 324- 508. Available from [http://dx.doi.org/ 10.1177/10901981 7400200407](http://dx.doi.org/10.1177/109019817400200407).
7. Bunthan W, Soynahk C, Whaikit P, Akaratanapol P, Soysang V, Kompayak J. Factor influencing to health promotion behavior for Coronavirus disease 2019 (COVID-19) prevention of older adults. *Journal of the Police Nurses* 2020; 12(2):323-337 (In Thai)
8. Glomjai T, Kaewjiboon J, Chachvarat T. Knowledge and behavior of people regarding self-care prevention from Novel Coronavirus 2019 (COVID-19). *Journal of Nursing, Public Health, and Education* 2020; 21(2),29-39. (in Thai).
9. Nulty DD. The adequacy of response rates to online and paper surveys: what can be done? *Assessment & Evaluation in Higher Education* 2008; 33(3), 301-14.
10. Green SB. How many subjects does it take to do a regression analysis? *Multivariate Behavioral Research* 1991; 26(3), 499-510.
11. Singweratham N. Thaopan WW, Nawsuwan K, Pohboon C, Surirak S. Perception and preventive behaviors on the coronavirus disease-2019 (COVID-19) among dental nurses under the Ministry of Public Health. *Journal of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute* 2020; 14(2): 104-115. (in Thai)
12. Poonaklom P, Rungram V, Abthaison P, & Piralam B. (2020). Factors Associated with Preventive Behaviors towards Coronavirus Disease (COVID-19) among Adults in Kalasin Province, Thailand. *OSIR*, 13(3), 78-89. (in Thai)
13. Puengching T. Punthasri P. Factors related to prevention behavior for communicable disease in the air technical students. *Royal Thai Air Force Medical Gazette* 2019; 65(3): 1-11. (in Thai)
14. Waeputeh N, Kanchanapoom K, Tansakul K. Prevention behaviors of Coronavirus disease 2019 of Songkhla Rajabhat University students. *Journal of Council of Community Public Health* 2021; 3(2): 31-39. (in Thai)

บทความวิจัย

ปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ใช้บริการ
ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางพูน 2 อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี
Predictive Factors of Resilience among Elderly with Non-Communicable Disease
in Bang Phun 2 of Tambon Health Promoting Hospital,
Muang Pathum Thani District, Pathum Thani Province

Received: May 3, 2021
Revised: Nov 11, 2021
Accepted: Nov 18, 2021

ฐิตินันท์ อ้วนล้ำ พย.ม. (Thitinan Ounlam, M.N.S.)¹
ศุภรัตน์ แป้นโพธิ์กลาง พย.ม. (Suparat Panpoklang, M.N.S.)²

บทคัดย่อ

บทนำ: ผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจะประสบปัญหาเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนทั้งด้านร่างกายและจิตใจ หากได้รับการสนับสนุนให้มีพลังสุขภาพจิตที่ดี จะส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวต่อภาวะการเจ็บป่วยและสถานการณ์ที่ยากลำบากในชีวิตได้ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพลังสุขภาพจิตจึงมีความสำคัญ

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนาย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ใช้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางพูน 2 จังหวัดปทุมธานี จำนวน 150 คน คัดเลือกโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเผชิญปัญหา ขวัญและกำลังใจ และพลังสุขภาพจิต มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .83, .98, .93, .98, .91 และ .98 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย: พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูง ($M = 160.73$, $SD = 18.17$) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การมีขวัญและกำลังใจ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ และความเพียงพอของรายได้ สามารถร่วมทำนายพลังสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 73.30 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .733$, $P < .01$)

สรุปผล: การส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมสามารถเพิ่มพลังสุขภาพจิตให้กับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้

ข้อเสนอแนะ: พยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพควรมีผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนากิจกรรม เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีพลังสุขภาพจิตที่ดี

คำสำคัญ: ปัจจัยทำนาย พลังสุขภาพจิต ผู้สูงอายุ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัย มหาวิทยาลัยรังสิต

¹ Corresponding author อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต, E-mail: jiraporn.o@rsu.ac.th

² อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต, E-mail: suparat.p@rsu.ac.th

School of Nursing, Rangsit University, Pathumthani, Thailand.

Abstract

Introduction: Physiological and psychological difficulties are common among the elderly with non-communicable diseases (NCDs). If they are helped to develop resilience, their ability to adjust themselves to the disease and stressful environment will improve. Resilience-related factors are obviously crucial for elderly with NCDs.

Research objectives: This study aimed to determine predictive factors of resilience among elderly with NCDs. **Research methodology:** This study used a predictive correlational design. Sample consisted of 150 elders living with NCDs at the Bang Phun 2 of Tambon health promoting hospital, Pathum Thani province. A simple random sampling technique was used to recruit participants. Research instruments included a demographic questionnaire, perceived health status, social support, activities of daily living (ADL), coping scale, morale, and resilience. Cronbach's alpha values were .83, .98, .93, .98, .91 and .98, respectively. Descriptive statistics, and stepwise multiple regression analysis were used to analyze data.

Results: Results indicated that mean resilience score was at a high level ($M = 160.73$, $SD = 18.17$). ADL, morale, social support, perceived health status, and adequacy of income together explained 73.3% of the variance in resilience ($R^2 = .733$, $p < .01$).

Conclusions: The results showed the improvement of ADL, perceived health status, and social support. And all of them contributed to resilience building in elderly with NCDs. **Implications:** Nurses and other healthcare providers should utilize these findings to develop an intervention or a program to promote resilience among elderly with NCDs.

Keywords: predictive factors, resilience, elderly, non-communicable diseases

บทนำ

ในศตวรรษนี้การสูงวัยของประชากรเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก ซึ่งเป็นผลมาจากอัตราการเกิดที่ลดลง และผู้คนมีอายุยืนยาวขึ้น สำหรับประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2564 ด้วยสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศหรือเป็นสังคมที่มีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปเกินกว่าร้อยละ 14 ของประชากรทั้งหมด และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด ในปี พ.ศ. 2578¹ นอกจากจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นแล้ว ผู้สูงอายุยังในช่วงวัยที่มีพัฒนาการในทางเสื่อมถอยตามวัยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เมื่ออายุเพิ่มขึ้นผู้สูงอายุจะมีการเจ็บป่วยมากขึ้น โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบบ่อยและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไขมันในเลือดสูง¹ ซึ่งโรคเหล่านี้เป็นโรคที่รักษาไม่หายต้องใช้เวลาในการดูแลรักษายาวนานไปจนตลอดชีวิตผู้สูงอายุและมีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการกลุ่มโรคเฉพาะในผู้สูงอายุ (geriatric syndromes) เพิ่มขึ้น เช่น กระบวนการรู้คิดผิดปกติ ภาวะซึมเศร้า และความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง² เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีกระบวนการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมถอยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม แต่เมื่อเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทำให้ผู้สูงอายุต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตต่อการเจ็บป่วยของตนและแผนการรักษา โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่เมื่อเจ็บป่วยแล้วมักช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง ไม่สามารถทำงานได้อย่างเดิม ทำให้รายได้ลดน้อยลง บทบาททางสังคมลดลง ต้องพึ่งพิงผู้อื่นมากขึ้น เกิดความรู้สึกท้อแท้และไร้ค่ามากขึ้น การเปลี่ยนแปลงที่เสื่อมลงเหล่านี้มักส่งผลให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิต เกิดภาวะเครียด ความวิตกกังวล ซึมเศร้า นอนไม่หลับ ภาวะสมองเสื่อมได้ บั่นทอนคุณภาพชีวิตและมีผลกระทบต่อพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ³⁻⁴ ซึ่งเป็นพลังแห่งชีวิตที่ช่วยให้ผู้สูงอายุชนะอุปสรรคและเหตุการณ์วิกฤติต่างๆ ในชีวิตไปได้ ไม่ว่าจะเป็นภาวะเจ็บป่วยที่ร้ายแรงหรือโรคเรื้อรังที่กำลังเผชิญอยู่

พลังสุขภาพจิต เป็นความสามารถเฉพาะตัวของบุคคลที่แสดงออกซึ่งพฤติกรรมของการยอมรับต่อสิ่งที่เกิดขึ้นสามารถรับมือกับสถานการณ์ที่ไม่คาดฝัน พลิกวิกฤติให้เป็น

โอกาส ผ่านฟันฝ่าปัญหาอุปสรรคไปได้ เป็นความสำเร็จในการปรับตัวเมื่อต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงหรือในสถานการณ์ที่ยากลำบาก และดำเนินชีวิตต่อไปให้มีความสุข⁵⁻⁶ โดยใช้จุดแข็งภายในที่เป็นความสามารถของตนเองร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในการพัฒนาตนเอง ผู้สูงอายุที่มีพลังสุขภาพจิตที่ดีจะเป็นผู้ที่จัดการกับผลกระทบของการเปลี่ยนแปลง และมีการปรับตัวให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้ด้วยความรู้สึกพึงพอใจ มีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แม้จะต้องเผชิญกับความสูญเสียที่ทำให้เกิดความยากลำบากในการดำเนินชีวิตก็ตาม⁷

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีนักวิชาการได้นำแนวคิดพลังสุขภาพจิตไปประยุกต์ใช้ในการศึกษาหลากหลายกลุ่มอายุ สำหรับแนวคิดพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุพบว่าแนวคิดของ Wagnild และ Young⁵ ได้รับการยอมรับและถูกนำไปประยุกต์ใช้มากที่สุด ซึ่งอธิบายไว้ว่า พลังสุขภาพจิตเป็นคุณลักษณะเฉพาะของบุคคลในด้านบวกที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีการปรับตัวและบรรเทาผลกระทบจากภาวะเครียดและฟื้นฟูภาวะสมดุลของร่างกายเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาหรือความยากลำบากในชีวิต ประกอบด้วยคุณลักษณะ 5 ประการ คือ 1) การมีจิตใจที่สงบและมั่นคง 2) การมีความเพียรและอดทน 3) การเชื่อมั่นในตนเอง 4) การรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต และ 5) การสามารถดำรงอยู่ได้ด้วยตนเอง และจากการศึกษาผลงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การรับรู้ภาวะสุขภาพ⁸⁻¹⁰ การสนับสนุนทางสังคม^{8,10-12} ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน^{9,13} การเผชิญปัญหา¹⁴ ความเพียงพอของรายได้^{8,13} และการมีขวัญและกำลังใจ^{5,8}

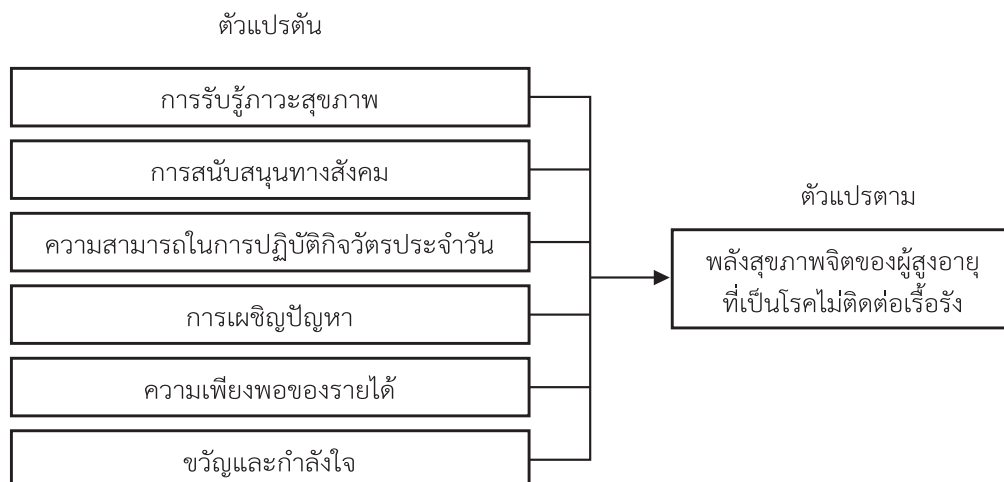
จะเห็นได้ว่ามีหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และจากการศึกษาเกี่ยวกับพลังสุขภาพจิตในประเทศไทย พบว่าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มเด็กนักเรียน นักศึกษา วัยรุ่น นักกีฬา ผู้ติดยาเสพติดและศึกษาเพื่อหาปัจจัยสัมพันธ์ที่ช่วยส่งเสริมให้เป็นผู้มีพลังสุขภาพจิตในกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนเพียงเท่านั้น แต่ยังไม่พบว่ามีการศึกษาปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทยที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งถือว่าเป็นผู้สูงอายุอีกกลุ่มหนึ่งที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์วิกฤตหรือความยากลำบากในชีวิตที่ต้องอาศัยพลังสุขภาพจิตที่ตนเองมีในการผ่านพ้นปัญหาอุปสรรคหรือความเจ็บป่วยเรื้อรังของตนเอง ดังนั้น ผู้วิจัยจึง

สนใจศึกษาปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเลือกศึกษาในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางพูน 2 อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุของ Wagnild และ Young⁵ ปัจจัยที่นำมาศึกษา ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเผชิญปัญหา ความเพียงพอของรายได้ และการมีขวัญและกำลังใจ ซึ่งผลจากการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลหรือโปรแกรมการพยาบาลที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้สามารถปรับตัวกับภาวะเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเผชิญปัญหา ความเพียงพอของรายได้ และการมีขวัญและกำลังใจ

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิงที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และขึ้นทะเบียนรับการรักษาและมาใช้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางพูน 2 อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างจากประชากร โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) คือ 1) ไม่เป็นผู้พิการหรือทุพพลภาพ และไม่เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง 2) มีการรับรู้วัน เวลา สถานที่ ปกติ ไม่มีปัญหาทางสมองหรือความจำเสื่อม 3) สามารถพูด อ่าน เขียน ภาษาไทยได้เข้าใจ 4) ไม่มีปัญหาสุขภาพหรือความผิดปกติทางกายหรือทางจิตที่เป็นอุปสรรคในการให้ข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ และ 5) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (exclusion criteria) คือ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนอนพักรักษาตัวด้วยโรคอื่นๆ ในโรงพยาบาลในช่วงเวลาทำการเก็บข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ใช้การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G* Power เพื่อหาปัจจัยทำนายสำหรับตัวแปรต้น 6 ตัวแปร ที่คำนึงถึง Type I และ Type II errors โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติ (level of significance) .05 ค่าอำนาจการทดสอบ (power of test) .95 และค่าขนาดอิทธิพลขนาดกลาง (effect size) .15¹⁵ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 146 คน และได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 รวมเป็นจำนวน 161 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) ด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน (simple without replacement) จนครบตามจำนวนที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ แหล่งที่มาของรายได้หลัก ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว และระยะเวลาที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

2. แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ ผู้วิจัยใช้แบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพของ Teerajetgoon¹⁶ ที่สร้างตามแบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพของ Speake และคณะ¹⁷ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .92¹⁶ ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ข้อ คือ 1) การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต 2) การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน และ 3) การรับรู้ภาวะสุขภาพเมื่อเปรียบเทียบกับผู้อื่น โดยมีลักษณะการวัดแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ คือ ดีมาก/ดีมาก ดี/ดีกว่า ปานกลาง/เท่ากัน และไม่ดี/แย่กว่า การแปลผลแบ่งเป็น 4 ระดับ รับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดี (3-4 คะแนน) รับรู้ภาวะสุขภาพระดับปานกลาง (5-7 คะแนน) รับรู้ภาวะสุขภาพระดับดี (8-10 คะแนน) และรับรู้ภาวะสุขภาพระดับดีมาก (11-12 คะแนน)

3. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของ Wangnum¹⁸ ซึ่งพัฒนามาจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ House¹⁹ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .81¹⁸ ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ 2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร 3) การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ การเงิน/แรงงาน และ 4) การสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบ มีข้อคำถาม 17 ข้อ โดยมีลักษณะการวัดแบบมาตรประมาณ

ค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ไม่แน่ใจ/เฉยๆ เล็กน้อย และไม่เลย การแปลผลแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม (17.0-25.5 คะแนน) ระดับเล็กน้อย (25.6-42.5 คะแนน) ระดับปานกลาง (42.6-60.5 คะแนน) ระดับมาก (60.6-75.5 คะแนน) และระดับมากที่สุด (75.6-85.0 คะแนน)

4. แบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้วิจัยใช้แบบประเมินกิจวัตรประจำวันของสถาบันประสาทวิทยา ซึ่งแปลมาจากแบบประเมินกิจวัตรประจำวันของบาร์เธลินเดก (Barthel ADL index)²⁰ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .92 ประกอบด้วย 10 กิจกรรม คือ 1) การรับประทานอาหาร 2) การขึ้นลงจากเตียง 3) การล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม 4) การเข้าห้องน้ำ 5) การอาบน้ำ 6) การเคลื่อนไหว นั่ง ยืน เดิน 7) การขึ้นบันได 8) การแต่งตัว 9) การขับถ่าย อุจจาระ และ 10) การขับถ่ายปัสสาวะ ซึ่งแต่ละกิจกรรมมีคะแนนเต็มต่างกันตามความยากง่ายของการทำกิจกรรม คะแนนประเมินมี 4 ระดับคือ 0, 5, 10 และ 15 คะแนน มีคะแนนเต็มเท่ากับ 100 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ปฏิบัติไม่ได้เลย (น้อยกว่า 20 คะแนน) ปฏิบัติได้เล็กน้อย (25-45 คะแนน) ปฏิบัติได้ปานกลาง (50-70 คะแนน) ปฏิบัติได้มาก (75-90 คะแนน) และปฏิบัติได้ด้วยตนเองทั้งหมด (91-100 คะแนน)

5. แบบสอบถามการเผชิญปัญหา ผู้วิจัยใช้แบบวัดการเผชิญปัญหาของ Mingkwan²¹ ซึ่งแปลมาจากแบบวัดการเผชิญปัญหา (coping scale) ของ Jalowiec²² มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .86²¹ มีข้อคำถาม 36 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้านคือ 1) การเผชิญหน้ากับปัญหา เป็นข้อความเชิงบวก 13 ข้อ 2) การจัดการกับอารมณ์ เป็นข้อความเชิงลบ 9 ข้อ และ 3) การเผชิญปัญหาทางอ้อม เป็นข้อความเชิงบวก 14 ข้อ โดยมีลักษณะการวัดแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คือ เกือบทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆ ครั้ง และไม่เคย โดยข้อความเชิงบวกให้คะแนน 5-1 คะแนน ข้อความเชิงลบให้คะแนน 1-5 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (น้อยกว่า 85 คะแนน) ระดับปานกลาง (85-133 คะแนน) และระดับสูง (134-180 คะแนน)

6. แบบสอบถามการมีขวัญและกำลังใจ ผู้วิจัยใช้แบบวัดความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุของ Chaithong²³ ที่สร้างตามแบบวัดขวัญและกำลังใจของศูนย์ผู้สูงอายุฟิลาเดลเฟีย

(The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale) ฉบับปรับปรุงของ Lawton²⁴ มีความเที่ยงเท่ากับ .93²³ มีข้อคำถาม 17 ข้อ แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ คือ 1) การปราศจากความเดือร้อนและความทุกข์ใจ เป็นข้อความเชิงลบ 6 ข้อ 2) การมีทัศนคติที่ดีต่อการเป็นผู้สูงอายุ เป็นข้อความเชิงบวก 5 ข้อ และ 3) การปราศจากความเหงาและว้าเหว่ เป็นข้อความเชิงบวก 2 ข้อ และข้อความเชิงลบ 4 ข้อ โดยมีลักษณะการวัดแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ คือ ตลอดเวลา บ่อยๆ นานๆ ครั้ง และไม่เคยเลย โดยข้อความเชิงบวกให้คะแนน 4-1 คะแนน ข้อความเชิงลบให้คะแนน 1-4 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (น้อยกว่า 50.0 คะแนน) ระดับปานกลาง (50.0-60.9 คะแนน) และระดับสูง (61-68 คะแนน)

7. แบบสอบถามพลังสุขภาพจิต ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความยืดหยุ่นของ Choowattanapakorn และคณะ²⁵ ซึ่งแปลมาจากแบบประเมินพลังสุขภาพจิตของ Wagnild และ Young⁵ ค่าความเที่ยงเท่ากับ .92²⁵ มีข้อคำถาม 25 ข้อ แบ่งเป็น 5 องค์ประกอบ คือ 1) การมีจิตใจที่สงบและมั่นคง 2) การมีความเพียรและอดทน 3) การเชื่อมั่นในตนเอง 4) การรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต และ 5) การสามารถดำรงอยู่ได้ด้วยตนเอง มีลักษณะของการวัดแบบมาตรประมาณค่า 7 ระดับ ให้คะแนนจาก 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 7 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (น้อยกว่า 121 คะแนน) ระดับปานกลาง (121-146 คะแนน) และระดับสูง (147-175 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามทุกแบบสอบถามที่ใช้ในงานวิจัยนี้เป็นเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาแล้ว ผู้วิจัยได้นำแบบวัดดังกล่าวมาใช้โดยไม่ไดดัดแปลงใด ๆ จึงไม่นำมาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาอีก แต่ได้นำไปตรวจสอบความเที่ยง โดยนำแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเผชิญปัญหา มีขวัญและกำลังใจ และพลังสุขภาพจิต ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน วิเคราะห์ความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .83, .98, .93, .98, .91 และ .98 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยรังสิต เลขที่ COA. NO. RSUERB2020-084 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางขุน 2 อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการชี้แจงรายละเอียดสำคัญของกรวิจัย แจ้งสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธ การเข้าร่วมการวิจัย และสามารถยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ได้โดยไม่มีผลต่อการรักษา ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอข้อมูลในภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและยินยอมให้ความร่วมมือแล้ว ได้ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยรังสิต และได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดปทุมธานีแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางขุน 2 อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี เพื่อให้ข้อมูลรายละเอียดการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยประสานงานกับพยาบาลที่รับผิดชอบงานคลินิกโรคเรื้อรัง เพื่อขอรายชื่อผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มารับบริการในคลินิกตามนัด เพื่อสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดไว้

2. เตรียมผู้ช่วยวิจัย 3 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ มีประสบการณ์ทำงานอย่างน้อย 5 ปี โดยผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย ลักษณะเครื่องมือ ขั้นตอน วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล แล้วทดลองใช้แบบสอบถามกับผู้สูงอายุในคลินิกโรคเรื้อรังที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 5 ราย เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกับผู้วิจัย แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน (inter-rater reliability) ได้เท่ากับร้อยละ 86.71 ถือว่ามีความเชื่อถือได้

3. ก่อนการเก็บข้อมูลผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยคัดกรองคุณสมบัติเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ อธิบายรายละเอียดการวิจัยตามเอกสารชี้แจง และขอความร่วมมือในการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

4. กรณีกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาเรื่องสายตาไม่สามารถอ่านแบบสัมภาษณ์ได้ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้อ่านข้อคำถามและข้อคำตอบให้กลุ่มตัวอย่างฟังทีละข้อ พร้อมบันทึกคำตอบลงในแบบสัมภาษณ์ ใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที โดยใช้ช่วงเวลาขณะรอพบแพทย์หรือรอรับยา ในการสอบถามจะไม่รบกวนในช่วงเวลาที่กลุ่มตัวอย่างเข้าพบแพทย์ หากกลุ่มตัวอย่างรู้สึกกังวลหรือไม่สบายใจกับบางข้อคำถาม มีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้และสามารถยุติการตอบแบบสอบถามได้ทุกขณะ ไม่จำเป็นต้องตอบแบบสอบถามครบทุกข้อ

5. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยรวบรวมแบบสอบถามมาตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของข้อมูล และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและคะแนนพลังสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ปัจจัยร่วมทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยสถิติการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis) ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์ และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ได้แก่ การแจกแจงแบบปกติ (normality) ความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (linearity) ค่าความแปรปรวนคงที่ (homoscedasticity) ความไม่สัมพันธ์กันเองระหว่างตัวแปรอิสระ (multicollinearity) และไม่เกิดปัญหาความคลาดเคลื่อนมีความสัมพันธ์ (autocorrelation)

ผลการวิจัย

ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการสอบถามข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 161 คน ได้รับข้อมูลที่สมบูรณ์ 150 คน คิดเป็นร้อยละ 93.17 โดยกลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 60-89 ปี ($M = 68.33$, $SD = 7.96$) อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี) มากที่สุด (ร้อยละ 62.00) มากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 66.00) เป็นเพศหญิง มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 64.67) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 74.67) ปัจจุบันยังคงประกอบอาชีพ (ร้อยละ 60.67) แหล่งที่มาของรายได้หลักมาจากการประกอบอาชีพ (ร้อยละ

51.33) มีความเพียงพอของรายได้ (ร้อยละ 76.00) 1 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 34.00) รองลงมาคือโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 31.33) โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 10.00) ตามลำดับ มีระยะเวลาที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระหว่าง 1-20 ปี ($M = 6.96$, $SD = 4.77$) โดยอยู่ในช่วง 1-5 ปี (ร้อยละ 51.33) รองลงมาคือ 6-10 ปี (ร้อยละ 30.00)

ระดับพลังสุขภาพจิตและระดับปัจจัยทำนายของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูง ($M = 160.73$, $SD = 18.17$) การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี ($M = 9.08$, $SD = 1.35$) การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก ($M = 74.82$, $SD = 9.45$) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองทั้งหมด ($M = 92.90$, $SD = 6.84$) การเผชิญปัญหาอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 131.11$, $SD = 10.07$) และการมีขวัญและกำลังใจอยู่ในระดับต่ำ ($M = 38.59$, $SD = 2.47$) (ตารางที่ 1 และ 2)

ปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

เมื่อชุดข้อมูลเป็นไปตามเงื่อนไขข้อตกลงเบื้องต้นที่กำหนด ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis) โดยใช้วิธีวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis) มีลำดับขั้นที่ทำการเลือกตัวแปรเข้าสู่สมการอยู่ 5 ขั้น โดยลำดับขั้นสุดท้ายมีตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าสู่สมการ 5 ตัวแปร ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (X_1) การมีขวัญและกำลังใจ (X_2) การสนับสนุนทางสังคม (X_3) ความเพียงพอของรายได้ (X_4) และการรับรู้ภาวะสุขภาพ (X_5) สามารถร่วมทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ ร้อยละ 73.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($R^2 = .733$) โดยพบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นตัวแปรที่ร่วมทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้มากที่สุด ($\beta = .448$, $p < .01$) รองลงมาคือการมีขวัญและกำลังใจ ($\beta = -.358$, $p < .01$) การสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .246$, $p < .01$) การรับรู้ภาวะสุขภาพ ($\beta = .165$, $p < .01$) และความเพียงพอของรายได้ ($\beta = -.155$, $p < .01$) ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำแนกตามระดับของพลังสุขภาพจิต (n=150)

ระดับของพลังสุขภาพจิต	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ (น้อยกว่า 121 คะแนน)	10	6.67
ปานกลาง (121 - 146 คะแนน)	13	8.67
สูง (147 - 175 คะแนน)	127	84.67

(M= 160.73, SD= 18.17, ระดับสูง)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเผชิญปัญหา และการมีขวัญและกำลังใจของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (n=150)

ตัวแปร	Range		Mean	SD	ระดับ
	Actual	Possible			
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	5 - 12	3 - 12	9.08	1.35	ดี
การสนับสนุนทางสังคม	43 - 85	17 - 85	74.82	9.45	มาก
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	60 - 95	0 - 100	92.90	6.84	ได้ทั้งหมด
การเผชิญปัญหา	104 - 144	36 - 180	131.11	10.07	ปานกลาง
การมีขวัญและกำลังใจ	32 - 49	17 - 68	38.59	2.47	ต่ำ

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์หาคู่ระหว่างความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การมีขวัญและกำลังใจ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ และความเพียงพอของรายได้ กับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (n=150)

ตัวทำนาย	b	SE	β	t	P-value
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (X_1)	.540	.056	.448	9.650	.000**
การมีขวัญและกำลังใจ (X_2)	-.641	.110	-.358	-5.846	.000**
การสนับสนุนทางสังคม (X_3)	.242	.051	.246	4.711	.000**
การรับรู้ภาวะสุขภาพ (X_4)	.227	.078	.165	2.927	.004**
ความเพียงพอของรายได้ (X_5)	-.200	.065	-.155	-3.103	.002**
Constant (a)	-.760	.436	-	-1.745	.043*

R = .856, R² = .733, R² adj = .724, Sig of F = <.01, *P<.05, **P<.01

อภิปรายผลการวิจัย

1. ระดับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูง ($M = 160.73$, $SD = 18.17$) และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 84.67) มีพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูง อธิบายได้ว่าการที่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูงนั้นอาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 62.00) อยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี) มากที่สุด ซึ่งถือว่าเป็นช่วงอายุที่มีความเสื่อมของโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกายยังเกิดขึ้นไม่มาก และยังคงสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด ทำให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจในตนเองต่อการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ พึ่งตนเองได้ รู้สึกมีคุณค่าในชีวิต สามารถปรับตัวได้ดีต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่างๆ เป็นอย่างดี นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจของรายได้ (ร้อยละ 76.00) ซึ่งมาจากการประกอบอาชีพ (ร้อยละ 51.33) การอาศัยอยู่กับครอบครัวที่มีบุตรหลานให้การดูแล มีคู่สมรสอยู่เคียงข้างให้กำลังใจ (ร้อยละ 64.67) ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดพลังสุขภาพจิตของ Wagnild and Young⁵ ในด้านการมีความเชื่อมั่นในตนเอง การรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต การสามารถดำรงอยู่ได้ด้วยตนเอง และการมีความเพียรและอดทนในการดำเนินชีวิต จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพลังสุขภาพจิตในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Chunsorn⁹ พบว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูง ($M = 147.16$, $SD = 12.32$)

2. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การมีขวัญและกำลังใจ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ และความพึงพอใจของรายได้ สามารถร่วมทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ร้อยละ 73.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($R^2 = .733$) สามารถอธิบายผลได้ดังนี้

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นตัวแปรที่ร่วมทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้มากที่สุด ($\beta = .448$, $p < .01$) อธิบายได้ว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ช่วยเพิ่มระดับความสามารถในการทำ

หน้าที่ของร่างกาย เกิดความมั่นใจในตนเองต่อการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ช่วยลดระดับความเครียด ลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล สามารถพึ่งตนเองได้ มีความพึงพอใจในชีวิต และดำรงชีวิตด้วยตนเองต่อไปได้ ส่งผลให้พลังสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Chunsorn⁹ พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องสามารถร่วมกันทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้ร้อยละ 43.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .279$, $p < .01$)

การมีขวัญและกำลังใจ เป็นตัวแปรที่ร่วมทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ ($\beta = -.358$, $p < .01$) อธิบายได้ว่า การมีขวัญและกำลังใจเป็นความรู้สึกของบุคคลเกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิตตนเอง ความเป็นอยู่และสิ่งแวดล้อม ตลอดจนการยอมรับในสิ่งที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีขวัญและกำลังใจจะเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตดี มองโลกในแง่ดี สามารถยอมรับสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นได้ ยินดีที่จะต่อสู้เพื่อเอาชนะอุปสรรคต่างๆ ตลอดจนมีความรู้สึกว่าการดำรงชีวิตอยู่เป็นสิ่งที่มีความค่า²⁴

การสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวแปรที่ร่วมทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ ($\beta = .246$, $p < .01$) อธิบายได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสนับสนุนภายนอกที่ช่วยส่งเสริมพลังสุขภาพจิตและปกป้องบุคคลจากสถานการณ์ที่ยากลำบาก⁶ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต้องเผชิญกับโรคที่เป็นอยู่ไปตลอดชีวิต การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและสังคม ให้ความรักความผูกพัน จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจและรู้สึกปลอดภัยในการปฏิบัติตามแผนการรักษา ส่งผลให้มีพลังสุขภาพจิตดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Chunsorn⁹ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้ร้อยละ 43.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .393$, $p < .01$)

การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นตัวแปรที่ร่วมทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ ($\beta = .165$, $p < .01$) อธิบายได้ว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นความรู้สึก

นึกคิด เข้าใจ และแสดงออกต่อภาวะสุขภาพของตนเองที่เกิดขึ้นในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต รวมถึงการให้ความสำคัญในสุขภาพ ดังนั้น หากผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี เข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ และตระหนักถึงการมีสุขภาพที่ดี เกิดพลังและแรงจูงใจที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษา ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีพลังสุขภาพจิตที่ดี มีจิตใจเข้มแข็ง ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Chunsorn⁹ พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพสามารถร่วมกันทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้ร้อยละ 43.6 ($\beta = .319, p < .01$)

ความพึงพอใจของรายได้ เป็นตัวแปรที่ร่วมทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ ($\beta = -.155, p < .01$) อธิบายได้ว่า ความพึงพอใจของรายได้ถือเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญทั้งต่อการดำรงชีวิต และการส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และผลการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่มีความพึงพอใจของรายได้ (ร้อยละ 76.00) ซึ่งมาจากการประกอบอาชีพ (ร้อยละ 51.33) การอาศัยอยู่กับครอบครัวที่มีบุตรหลานให้การดูแล มีคู่สมรสอยู่เคียงข้างให้กำลังใจ (ร้อยละ 64.67) สอดคล้องกับการศึกษาของ Chunsorn⁹ พบว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวานส่วนใหญ่มีความพึงพอใจของรายได้ (ร้อยละ 78.7) ผู้สูงอายุสามารถตอบสนองต่อความจำเป็นพื้นฐานของชีวิตและเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพที่ต้องการ พึ่งพาตนเองได้ ไม่เป็นภาระบุคคลอื่น ซึ่งส่งผลต่อความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกมีคุณค่าในชีวิต²³

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลหรือบุคลากรในทีมสุขภาพ สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบกิจกรรมที่ช่วยสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเน้นความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การมีขวัญและกำลังใจ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ และความพึงพอใจของรายได้ เพื่อให้ปรับตัวกับภาวะเจ็บป่วยได้เหมาะสมและมีคุณภาพชีวิตที่ดีแม้มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง

2. คณาจารย์ สามารถนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ประกอบการเรียนการสอนนักศึกษาพยาบาล เพื่อให้นักศึกษาเกิดความตระหนักถึงความสำคัญของปัจจัยที่ส่งผลต่อพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน เพื่อใช้ในการวางแผนการพยาบาลและเป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าต่อไป

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางด้านจิตวิญญาณ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความหลากหลาย สามารถนำไปใช้ในการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนอย่างครอบคลุมและตรงตามบริบท

2. ควรมีการศึกษาโปรแกรมหรือกิจกรรมการพยาบาลที่สร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีพลังสุขภาพจิตระดับต่ำ

References

1. Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute (TGRI). Situation of the thai elderly 2018. Nakhon Pathom: Printery; 2019. (in Thai)
2. Lu FP, Lin KP, Kuo HK. Diabetes and the risk of multi-system aging phenotypes: A systemic review and meta-analysis. PLoS One 2009;4(1):1-12.
3. Trivedi RB, Bosworth HB, Jackson GL. Resilience in chronic illness. In: Barbara R, Lisa PG, Karen AR, editors. Resilience in aging. New York: Springer; 2011. p. 181-97.
4. Yoowattana J, Toonsiri C, Homsin P. Factors predicting self-care among elderly with chronic disease in Chaibadan district, Lopburi province. JFONUBUU 2017;25(2):69-81. (In Thai)
5. Wagnild GM, Young HM. Development and psychometric evaluation of the resilience scale. JNM 1993;1(2):165-78.
6. Grotberg EH. Resilience for today: Gaining strength from adversity. Westport: Praeger; 2003.
7. MacLeod S, Musich S, Hawkins K, Alsgaard K, Wicker ER. The impact of resilience among older adults. Geriatr Nurs 2016;37(4):266-72.
8. Parayat C, Kangchai W, Somanusorn S. Predictive factors of resilience among elderly. JFONUBUU 2016;24(2):97-106. (in Thai)
9. Chunsorn N, Kangchai W, Rattanajarana S. Predictive factors of resilience among elderly with diabetes. Journal of Nursing and Health Sciences 2018;12(2):12-24. (in Thai)
10. Jermthaisong S, Dallas JC, Hengudomsub P. Predictive factors on resilience among older adults with depression Bang Nam Piao district, Chachoengsao province. VNJ 2019;21(2):51-66. (in Thai)
11. Limwatthanathawonkun I, Jullamate P, Piphatvanitcha N. Factors related to resilience among elderly cancer patients receiving chemotherapy. JNSU 2019;20(38):24-36. (in Thai)
12. Sornkla K, Kangchai W, Rattanayarana S. Predictive factors of resilience among elderly living in home for the aged. JHNR 2019;35(2):163-73. (in Thai)
13. Chayakul K, Ponkratok P. Factors related to resilience quotient among elderly with chronic disease in rural area of Nakhon Ratchasima province. SCNJ 2020;7(2):127-37. (in Thai)
14. Stewart DE, Yuen T. A systematic review of resilience in the physically ill. Psychosomatics 2011;52(3):199-209.
15. Sanitlou N, Saspet W, Napaarak Y. Sample size calculate using G*Power program. J of Suvarnabhumi Tech 2019;5(1): 496-507. (in Thai)
16. Teerajetgoon S. The relationship between concept of health, perceived health status and health promotion behaviors of elderly people in rural areas at Trakanphutphon district, Ubon Ratchathani province [master's thesis]. Khon Kaen: Khon Kaen University; 1996. (in Thai).
17. Speake DL, Cowart ME, Pellet K. Health perceptions and lifestyles of the elderly. RINAH 1989;12(2): 93-100.

18. Wangnum K. Factors related to self care ability in older adult cancer patients undergoing chemotherapy treatment [master's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2007. (in Thai).
19. House JS. Work stress and social support. New Jersey: Prentice Hall; 1981.
20. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Med J* 1965;14: 61-5.
21. Mingkwan P. Stress and coping in the elderly stroke patients [master's thesis]. Chang Mai: Chang Mai University; 1999. (in Thai).
22. Jalowiec A. Confirmatory factor analysis of the Jalowiec coping scale. In: Waltz CF, Strickland OL, editors. *Measurements of nursing outcomes: Measuring client outcomes*. New York: Springer; 1988.
23. Chaithong N. Care and life satisfaction of elderly in Khien Sa district, Surat Thani province [master's thesis]. Khon Kaen: Khon Kaen University; 1999. (in Thai).
24. Lawton MP. The Philadelphia geriatric center morale: A revision. *J Gerontol Nurs* 1975;30(1):85-9.
25. Choowattanapakorn T, Alex L, Lundman B, Norberg A, Nygren B. Resilience among women and men aged 60 years and over in Sweden and in Thailand. *Nursing and Health Sciences* 2010;12(3):329-35.

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

The Effect of Self-Management Program on Sodium Consumption Restriction Behaviors among Heart Failure Patients

Received: Jun 7, 2021
Revised: Oct 4, 2021
Accepted: Oct 15, 2021

ดาวเรือง ยางศรี พย.ม. (Daoruang Yangsri, M.N.S.)¹
ระพีณ ผลสุข พย.ด. (Rapin Polsook, Ph.D.)²

บทคัดย่อ

บทนำ: ภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญของระบบสาธารณสุขและมีอัตราการเสียชีวิตสูงทั่วโลก นอกจากนี้ยังพบว่ามีอัตราการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวรายใหม่สูงขึ้นทุกปี

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Lorig and Holman

ระเบียบวิธีวิจัย: งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวทั้งเพศชายและหญิงอายุระหว่าง 30-59 ปี ได้รับการตรวจวินิจฉัยและการรักษาจากแพทย์อย่างน้อย 6 เดือน ซึ่งมีระดับ NYHA Class I-III ที่มารับบริการคลินิกหัวใจล้มเหลว แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 48 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 24 คน โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติในขณะที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ผ่านกระบวนการฝึกทักษะการจัดการตนเองที่จำเป็น 6 ขั้นตอนเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Kolmogorov-Smirnov Test, Independent t-test และ Paired t-test

ผลการวิจัย: พบว่าหลังการทดลองพฤติกรรมการควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สรุปผล: โปรแกรมการจัดการตนเองที่พัฒนาขึ้นจากแนวคิดของ Lorig and Holman ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวไปในทางที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ: หน่วยงานด้านสาธารณสุขสามารถนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน การกำเริบของโรค และส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น

คำสำคัญ: การจัดการตนเอง, ภาวะหัวใจล้มเหลว, พฤติกรรมการควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียม

¹ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย E-mail: tuksiga_dao@yahoo.com

² Corresponding author ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย E-mail: rapin.p@chula.ac.th

^{1,2} Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand.

Abstract

Introduction: Heart failure is a chronic disease and a major cause of mortality in a public healthcare system worldwide. Moreover, the evidences indicate the rising of new heart failure patients annually.

Objectives: This study aimed to examine the effect of self-management program on sodium consumption restriction behaviors among heart failure patients.

Methodology: The quasi-experimental study used a two group pre-test post-test design. Sample included 48 heart failure male and female patients aged 30-59 years. They have been diagnosed and treated by the physicians for at least 6 months with a NYHA Class I-III. They were recruited from a heart failure clinic of the outpatient department, the General Police Hospital. Then, 24 participants were assigned to an experimental group and 24 to a comparison group. The control group received conventional care while the experimental group attended the four weeks of self-management program, which included 6 steps of core self-management skills. Data were collected using demographic characteristic and sodium consumption questionnaire. Findings were analyzed using percentage, mean, standard deviation, Kolmogorov-Smirnov test, independent sample t-test, and paired sample t-test.

Results: Results revealed that in the experimental group, mean scores of sodium consumption restriction behaviors among heart failure patients were significantly higher than the comparison group ($p < .05$). At follow-up, mean score of the experimental group was statistically significantly higher than at base line mean score ($p < .05$).

Conclusions: Self-management program developed from the concept of Lorig and Holman has resulted in a positive change in sodium consumption restriction behaviors among heart failure patients.

Implications: Health care sectors can apply this program to care for heart failure patients to prevent complications and disease relapse, and promote better quality of life.

Keywords: self-management, heart failure, sodium consumption restriction behaviors.

บทนำ

ภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีอัตราการเสียชีวิตสูง และเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งในประเทศแถบตะวันตก ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 6.2 ล้านคน¹ และพบว่า มีผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวรายใหม่เพิ่มขึ้นเป็น 670,000 รายต่อปี และร้อยละ 50 เสียชีวิตภายในระยะเวลา 5 ปี² จากรายงานอุบัติการณ์ในประเทศไทย ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประเทศ โดยพบว่าประชากรไทยเสียชีวิตจากภาวะหัวใจล้มเหลว 17,118 รายต่อปี³ ในปัจจุบันยังไม่มีวิธีการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวให้หายขาดได้ แนวทางการดูแลผู้ป่วยจึงเน้นที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับพยาธิสภาพ เช่น การจำกัดน้ำ การชั่งน้ำหนักตัว การออกกำลังกายอย่างเหมาะสม การรับประทานยาตามแผนการรักษา การตรวจตามนัด และพฤติกรรมควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียม⁴⁻⁸ ถึงแม้ว่าจะมีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับพยาธิสภาพของโรค เพื่อป้องกันการกลับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ลดภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวให้ดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมได้⁹ และวัฒนธรรมในการรับประทานอาหารพบว่าส่วนใหญ่มักใส่เครื่องปรุงรสเพื่อให้รสชาติอาหารดีขึ้น เช่น เกลือ น้ำปลา น้ำปลาร้า เป็นต้น¹⁰ ซึ่งพบว่า มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 20 เท่านั้นที่สามารถควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมได้ ส่วนใหญ่แม้จะทราบว่าต้องมีการจำกัดปริมาณการบริโภคเกลือโซเดียมในอาหารแต่ก็ไม่สามารถปฏิบัติได้เนื่องจากไม่ได้เป็นผู้ปรุงอาหารเองและต้องรับประทานอาหารที่ปรุงแบบเดียวกันกับคนอื่น ๆ ในครอบครัว¹¹ นอกจากนี้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวร้อยละ 82 มีการบริโภคเกลือโซเดียมเกินค่ามาตรฐานที่นักโภชนาการกำหนด 2-3 กรัมต่อวัน⁶ โดยพฤติกรรมที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้น้อยที่สุด คือ การจดบันทึกรายการอาหารและปริมาณเกลือโซเดียมที่บริโภคในแต่ละวัน และการอ่านฉลากโภชนาการเพื่อดูปริมาณเกลือโซเดียมในอาหาร¹² ซึ่งการรับประทานอาหารที่มีส่วนผสมของเกลือ

โซเดียมจะส่งผลให้เกิดการกำเริบของภาวะหัวใจล้มเหลวได้ ทั้งนี้การส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมอย่างเหมาะสมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นแนวทางในการรักษาแบบไม่ใช้ยาที่ส่งผลต่อการป้องกันการคั่งของน้ำ ทำให้ผู้ป่วยไม่มีอาการบวม เหนื่อยหอบ มีน้ำคั่งในปอดและอวัยวะภายใน ซึ่งเป็นอาการที่บ่งชี้การกำเริบของโรค หากผู้ป่วยไม่สามารถปรับพฤติกรรมในการบริโภคเกลือโซเดียมได้ในปริมาณที่เหมาะสมจะส่งผลให้เกิดอาการกำเริบของโรค กล่าวคือจะมีการหลั่งสาร atrial natriuretic peptide (ANP) ซึ่งสารนี้ทำหน้าที่คล้ายการยับยั้งฤทธิ์ของ rennin aldosterone และ anti-diuretic hormone ซึ่ง anti-diuretic hormone นี้จะหลั่งมากขึ้น ส่งผลให้มีการยืดขยายของกล้ามเนื้อหัวใจเตรียมกับ baroreceptor และมี angiotensin II ในกระแสเลือด ซึ่งฮอร์โมนนี้มีฤทธิ์เก็บกักน้ำและเกลือโซเดียม จะส่งผลให้เกิดการคั่งของสารน้ำในหลอดเลือดเพิ่มมากขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจต้องมีการปรับตัวทำให้เพิ่มการทำงานของหัวใจ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการบวม เหนื่อยหอบ ส่งผลให้เกิดการกำเริบของโรค เป็นสาเหตุของการกลับมารักษาซ้ำภายในระยะเวลา 30 วัน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสูงถึงร้อยละ 10¹³ โดยอาการที่พบบ่อยได้แก่ อาการบวม หายใจเหนื่อยหอบ เนื่องจากการคั่งของสารน้ำและเกลือโซเดียมในร่างกายและปอด¹⁴ ซึ่งแนวทางในการดูแลดังกล่าวข้างต้นมีความจำเป็นและความสำคัญกับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อป้องกันอาการกำเริบของโรคและชะลอการดำเนินของโรค จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทยพบว่ามีการศึกษาโปรแกรมการให้ความรู้และให้การพยาบาลที่มุ่งเน้นเพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และพบว่าการจัดการตนเองที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น การศึกษาของ Darlene Welsh¹⁵ พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองมีการบริโภคเกลือโซเดียมน้อยลงเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Henriette Philipson⁴ ที่พบว่ากลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีการควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมมีภาวะกลับกำเริบของโรคน้อยลงเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแล

ตามปกติ และในประเทศไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรม การควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจ ล้มเหลว เช่น การศึกษาของจันทร์จิรา เกียรติสีสกุล¹⁶ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกัน การคั่งของน้ำและโซเดียมแบ่งเป็น 4 ด้านย่อย พบคะแนน ด้านการควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมในอาหารต่ำสุด ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของจันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์¹⁷ ที่พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนรายด้านของการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่มี ภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมลดปริมาณ การบริโภคเกลือโซเดียมในอาหารต่ำสุด รองลงไปคือด้าน การมีความรู้ที่ถูกต้องในการจัดการอาการที่เกิดขึ้น และด้าน การขอคำแนะนำจากทีมสุขภาพตามลำดับ และจากการศึกษา ของพวงเพ็ชร สมทรัพย์สิน⁹ ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการ ตนเองโดยไม่ใช้ยาในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยแบ่ง เป็น 3 ด้านย่อย พบว่าด้านพฤติกรรมป้องกันภาวะ แทรกซ้อนมีคะแนนต่ำสุด รองลงมาคือด้านการออกกำลังกาย และพฤติกรรมบริโภคเกลือโซเดียม นอกจากนี้ ยังพบว่าการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความ สามารถในการควบคุมการกำเริบของโรคในผู้ป่วยที่มีภาวะ หัวใจล้มเหลว¹⁸ ซึ่งการศึกษาเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรม การควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมเป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วย ภาวะหัวใจล้มเหลวปฏิบัติได้น้อย ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับ การดูแล และแก้ไขอย่างจริงจัง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน แต่จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรม การบริโภคอาหารในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวก่อนข้างน้อย โดยมีการศึกษาในลักษณะเชิงความสัมพันธ์ ส่วนการศึกษา โปรแกรมจะเป็นโปรแกรมที่จัดกระทำเกี่ยวกับพฤติกรรม การบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งเป็นการ ศึกษาพฤติกรรมบริโภคอาหารโดยทั่วไป ซึ่งยังไม่ ครอบคลุมและลงรายละเอียดในส่วนของพฤติกรรมบริโภค เกลือโซเดียม ส่วนการพยาบาลตามปกติ คือ การให้ความรู้ เรื่องการดูแลตนเอง สังเกตและประเมินภาวะน้ำเกิน การออก กำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การมาตรวจตามนัด และการรับประทานอาหารซึ่งการที่ผู้ป่วย ภาวะหัวใจล้มเหลว มีพฤติกรรมในการบริโภคเกลือโซเดียมได้ อย่างถูกต้องและเหมาะสม มีความสำคัญต่อการลดอาการ กำเริบของภาวะหัวใจล้มเหลว ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และ

ส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษา โปรแกรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมบริโภคเกลือ โซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วย ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีความรู้ ความเข้าใจในการจัดการ ตนเองที่ดี อันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการ บริโภคเกลือโซเดียมได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

การศึกษารั้วนี้ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัดการ ตนเองของ Lorig and Holman¹⁹ เป็นแนวทางในการพัฒนา โปรแกรม ซึ่งแนวคิดนี้เป็นการเรียนรู้แบบใช้ปัญหาเป็นฐาน โดยการจัดการกับปัญหาเป็นวิธีการหลักในการพัฒนาทักษะที่ จะนำมาใช้ในการจัดการตนเอง โดยการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมี ความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อตอบสนองต่อโรคและผลกระทบจากแผนการรักษา ซึ่ง บุคคลต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา การปฏิบัติตัวที่ เหมาะสม ร่วมกับการสอนให้ผู้ป่วยเกิดทักษะพื้นฐานในการ จัดการตนเองผ่านกระบวนการ 6 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การแก้ไข้ปัญหา (Problem solving) คือการเรียนรู้และฝึก ทักษะการแก้ไข้ปัญหา 2) การตัดสินใจ (Decision making) คือการเรียนรู้และฝึกทักษะการตัดสินใจ 3) การใช้แหล่งข้อมูล (Utilize resources) คือการเรียนรู้ที่จะใช้แหล่งข้อมูลที่มีให้ เกิดประโยชน์สูงสุด 4) การเป็นหุ้นส่วนทางสุขภาพ (Forming of a patient/health care provider partnership) คือการ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมกับทีมสุขภาพ 5) การลงมือปฏิบัติ (Taking action) คือ กระบวนการวางแผนและลงมือปฏิบัติ ตามแผน และ 6) การเลือกปฏิบัติด้วยตนเอง (Self-tailoring) คือ กระบวนการประเมินผลการปฏิบัติและปรับแนวทางการ ปฏิบัติให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยการจัดการตนเอง ต้องกระทำร่วมกับบุคลากรด้านสุขภาพ เน้นการจัดการกับ ปัญหาที่ผู้ป่วยตระหนักเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเอง มี การฝึกทักษะที่จำเป็นและพัฒนาความสามารถเพื่อปรับ เปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเอง 3 ด้าน (Three self-management tasks) คือ 1) การจัดการด้านการรักษา (Medical management) ได้แก่ การมาตรวจตามนัด การ รับประทานยาที่เหมาะสมกับโรค การออกกำลังกาย การ จัดการอาการที่เป็นภาวะแทรกซ้อนจากโรค และการสื่อสาร กับบุคลากรด้านสุขภาพ 2) การจัดการด้านบทบาท (Role management) ได้แก่ บทบาทการเป็นผู้ป่วย และบทบาท

ทางสังคมและ 3) การจัดการด้านอารมณ์ (Emotional management) ได้แก่ การจัดการกับความเครียด การจัดการกับความวิตกกังวล และความรู้สึกไม่แน่นอน ที่จะนำไปสู่การควบคุมโรค ลดภาวะแทรกซ้อน ลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ดีขึ้น ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ เพราะการจัดการตนเองจะประสบความสำเร็จได้นั้น ควรเริ่มจากการหวังผลระยะสั้นก่อนแล้วค่อยขยายระยะเวลา ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จและมีกำลังใจในการจัดการตนเอง เมื่อผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีการจัดการตนเองที่ดีแล้วจะส่งเสริมให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการบริโภคเกลือโซเดียมได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการที่ผู้ป่วยจะมีความสามารถในการปฏิบัติงานประสบผลสำเร็จได้นั้น ผู้ป่วยจะต้องมีทั้งความรู้ และมีทักษะในการจัดการตนเองที่ดี ทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในตนเองหรือเกิดสมรรถนะแห่งตนว่าสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้¹⁹ ซึ่งการประเมินผลหลังจากการลงมือปฏิบัติ มีวัตถุประสงค์เพื่อการปรับปรุงแก้ไขกิจกรรมให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งจะนำไปสู่การจัดการตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเหมาะสม ดังนั้นโปรแกรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวผ่านกระบวนการข้างต้น คือ การที่ผู้ป่วยได้รับความรู้และการสนับสนุนให้เกิดทักษะการจัดการตนเองทั้ง 6 ขั้นตอน จะทำให้ผู้ป่วยประสบผลสำเร็จในการมีพฤติกรรมควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมได้ ส่งผลให้ลดอาการกำเริบของโรค ลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น²⁰

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ส่วนกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตำรวจ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวทั้งเพศชายและหญิงอายุระหว่าง 30-59 ปี ได้รับการตรวจวินิจฉัยและการรักษาจากแพทย์อย่างน้อย 6 เดือน มีระดับ NYHA Class I-III²¹ และเข้ารับบริการตรวจรักษาที่คลินิกหัวใจล้มเหลวแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตำรวจ

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างน้อย 6 เดือน และมีระดับ Functional heart classification อยู่ใน Class I-III ไม่มีข้อจำกัดด้านการสื่อสาร การได้ยิน การมองเห็น และสามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้ ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกรุ่นตัวอย่างออก ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมที่ทำให้มีอาการเหนื่อยง่ายโดยไม่ได้เกิดจากภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น หายใจลำบาก เจ็บแน่นหน้าอก

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยการเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (Statistical Power Table) กำหนดอำนาจในการทดสอบ (Power of test) ที่ 80% ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมา ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) 0.5 ($X_{\text{ทดลอง}}$)

= 54.59, SD 3.65; $\bar{X}_{\text{ควบคุม}} = 37.59$, SD 9.01)²² และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 44 คน และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล²³ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 48 คน

วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบตามสะดวกตามคุณสมบัติที่กำหนด ใช้วิธีการจับคู่ (matched pairs) ให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่มีคุณสมบัติเหมือนกันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุดในด้านเพศ อายุ ระดับ Functional heart classification เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจจะมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้และควบคุมทั้งสองกลุ่มให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันมากที่สุดในด้านเพศ อายุ และระดับความรุนแรงของโรค โดยมีการจัดกลุ่มตัวอย่าง 24 รายแรกเข้ากลุ่มควบคุม เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของสิ่งทดลอง หลังจากนั้นจึงจัดกลุ่มตัวอย่าง 24 รายหลังเข้ากลุ่มทดลอง รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 48 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล โดยผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้น โดยข้อมูลส่วนนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง มีลักษณะแบบเลือกตอบและเติมคำตอบ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระดับความรุนแรงของโรค

1.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมการบริโภคโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ Albert Nancy²⁴ ซึ่งเป็นแบบประเมินพฤติกรรมการควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งพัฒนาจากแนวคิด Common Sense Model of Illness Representation framework²⁵ ที่ใช้ประเมินพฤติกรรมการควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และแบบสอบถาม The Low Sodium Eating Behaviors Scale จากทั้งหมด 29 ข้อ โดยแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมมีจำนวน 17 ข้อ คือข้อที่ 13-29 เป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ นำไปทดสอบใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 104 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค .95 เกณฑ์การให้คะแนน ข้อคำถาม 17 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ คือ

น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด แต่ละข้อมีเกณฑ์ในการให้คะแนน 1-5 โดยแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 18-36 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 37-54 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 55-72 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา นำแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ตลอดจนการให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจล้มเหลว จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านโรคหัวใจล้มเหลว จำนวน 2 คน พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านโรคหัวใจล้มเหลว จำนวน 2 คน หลังจากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบ แก้ไข และการให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) และใช้เกณฑ์ค่า $CVI \geq .80$ ²⁶ โดยคำนวณค่า CVI จากการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคำนิยามหรือกรอบทฤษฎี ผลการคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเท่ากับ .87

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวนำไปทดลองใช้จริงกับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีคุณสมบัติเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย นำข้อมูลที่ได้ไปทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือพบว่ามีความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .85

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเอง (Self-management) ของ Lorig and Holman¹⁹ โดยมีรายละเอียดกิจกรรมตามขั้นตอนดังต่อไปนี้ ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว แนวทางการรักษา การจัดการกับอาการ และแนวทางการบริโภคเกลือโซเดียมร่วมกับการฝึกทักษะการจัดการตนเอง

6 ขั้นตอนคือ 1) การแก้ไขปัญหา (Problem solving) โดยการจัดกิจกรรมฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาพื้นฐานให้กับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยเริ่มต้นจาก ผู้วิจัยพูดชักจูงให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของพฤติกรรมกรรมการบริโภคเกลือโซเดียม และมีการพูดกระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหา สาเหตุและอุปสรรคของปัญหา รวมทั้งแนวทางการแก้ไขปัญหาและเลือกเป้าหมายที่ต้องการ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และพัฒนาทักษะการแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ 2) การตัดสินใจ (Decision making) ในขั้นตอนนี้ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำและฝึกทักษะการตัดสินใจอย่างเป็นระบบ โดยการจำลองสถานการณ์เสมือนจริงให้ผู้ป่วยได้ฝึกแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทาง วิธีการแก้ปัญหา เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่เลือกไว้ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม 3) การใช้แหล่งข้อมูล (Utilize resources) โดยผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยร่วมเสนอเกี่ยวกับการใช้แหล่งข้อมูลที่เคยกระทำที่ผ่านมา ปัญหาและอุปสรรคที่พบ โดยผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำแหล่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งขั้นตอนในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อการประยุกต์ใช้แหล่งข้อมูลที่มีให้เป็นประโยชน์สูงสุด 4) การเป็นหุ้นส่วนทางสุขภาพ (Forming of a patient/health care provider partnership) ในขั้นตอนนี้จะเน้นให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวตระหนักถึงความสำคัญของภาวะสุขภาพตนเอง และการเป็นหุ้นส่วนทางสุขภาพร่วมกับทีมสุขภาพ โดยผู้วิจัยจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติงานเกี่ยวกับอาการของโรคที่เป็นอยู่และตัดสินใจร่วมกับทีมสุขภาพเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและทีมสุขภาพมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เกิดความไว้วางใจ 5) การลงมือปฏิบัติ (Taking action) คือ ขั้นตอนการลงมือปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ พร้อมบันทึกความรู้สึกความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ โดยการปฏิบัติควรเริ่มจากการหวังผลระยะสั้นก่อนแล้วค่อยขยายระยะเวลา ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยประสบผลสำเร็จและมีกำลังใจในการจัดการตนเองเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การปฏิบัติจนประสบผลสำเร็จได้ผู้ป่วยจะต้องมีความเชื่อมั่นในตนเองหรือเกิดสมรรถนะแห่งตนว่าสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ โดยในขั้นตอนนี้จะมีการประเมินความมั่นใจของผู้ป่วยก่อนการลงมือปฏิบัติตามแผน และ 6) การเลือกปฏิบัติด้วยตนเอง (Self-tailoring) ซึ่งเป็น

ขั้นตอนของการประเมินผลการปฏิบัติ โดยการนำข้อมูลที่ได้จากการบันทึกขณะลงมือปฏิบัติแล้วเกิดปัญหา อุปสรรคข้อคำถาม มาวิเคราะห์

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมารวบรวมทั้งหนังสือต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรม ไปตรวจสอบความตรงถูกต้องตามเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษา กิจกรรมที่จัด ตลอดจนการให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจล้มเหลว จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านโรคหัวใจล้มเหลว จำนวน 2 คน และพยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านโรคหัวใจล้มเหลว จำนวน 2 คน ดำเนินการแก้ไขโปรแกรมการจัดการตนเอง ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน หลังจากผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน และได้รับการปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมตามข้อเสนอแนะเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้มีการทดลองใช้โปรแกรมการจัดการตนเองจริงกับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีคุณสมบัติเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ราย ซึ่งได้มีการปรับปรุงแก้ไขตามปัญหาที่พบจริงจากการนำไปทดลองใช้ ได้ผลความสอดคล้องกับการปฏิบัติกิจกรรมคิดเป็นร้อยละ 100

ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง แบบสอบถามการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว (Self-management of heart failure questionnaire) ที่ผู้วิจัยประยุกต์ใช้จากแบบสอบถามการจัดการตนเองของจิรารัตน์ หนชัย²⁷ ที่พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดของลอริคและโฮลแมน¹⁹ โดยเป็นแบบสอบถามจำนวนทั้งหมด 32 ข้อคำถาม มีความเที่ยงของเครื่องมือ (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .80 โดยผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบสอบถามดังกล่าวร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเลือกข้อคำถามที่มีความเกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองในการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 18 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) แต่ละข้อมีมาตรวัด 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ไม่ปฏิบัติเลย (1 คะแนน) ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง (2 คะแนน) ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง (3 คะแนน) และ ปฏิบัติเป็นประจำทุกครั้ง (4 คะแนน) โดยแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ได้แก่ การจัดการตนเองอยู่ใน

ระดับต่ำ 18-36 คะแนน ระดับปานกลาง 37-54 คะแนน และ การจัดการตนเองระดับสูง 55-72 คะแนน

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) นำแบบสอบถามการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ตลอด จนการให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจล้มเหลว จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้าน โรคหัวใจล้มเหลว จำนวน 2 คน และพยาบาลผู้มีความ เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านโรคหัวใจล้มเหลว จำนวน 2 คน นำ แบบประเมินการจัดการตนเอง ที่ผ่านการตรวจสอบ แก้ไข และการให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน มาคำนวณ หาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) และใช้เกณฑ์ค่า $CVI \geq .80^{26}$ โดยคำนวณค่า CVI จากการพิจารณาความสอดคล้อง ระหว่างข้อคำถามกับคำนิยามหรือกรอบทฤษฎี โดยกำหนด ระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ²⁸ ดังนั้นผลการ คำนวณได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามการ จัดการตนเองในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเท่ากับ .87

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) นำแบบสอบถามการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่มีภาวะ หัวใจล้มเหลว นำไปทดลองใช้จริงกับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจ ล้มเหลวที่มีคุณสมบัติเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย และนำข้อมูลที่ได้ไปทดสอบค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .85 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้²⁹

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณา จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลตำรวจ รหัสโครงการ Sq060118/63 ลงวันที่ 26 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 ผู้วิจัย ประสานงานกับหัวหน้ากลุ่มงานพยาบาล หัวหน้าแผนก ผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหัวใจเพื่อแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ ของการวิจัย แผนการดำเนินการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย รายละเอียดเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการ เก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และการพิทักษ์ สิทธิของผู้ป่วย เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัยและขอ อนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากได้รับการยินยอมจากกลุ่ม ตัวอย่าง ผู้วิจัยจัดให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติเหมือนกัน ใน

ด้าน เพศ และระดับความรุนแรงของโรค ซึ่งเป็นตัวแปรที่มีผล ต่อพฤติกรรมกรบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจ ล้มเหลว โดยจัดกลุ่มตัวอย่าง 24 คนแรกเข้ากลุ่มควบคุมก่อน แล้วจึงจัดกลุ่มตัวอย่าง 24 คนหลังเข้ากลุ่มทดลอง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้คำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของ ผู้เข้าร่วมวิจัย ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนของการทำวิจัยใน คนจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาล ตำรวจโดยก่อนเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลตำรวจ เพื่อพิจารณาอนุมัติ ภายหลังจากที่ได้รับการอนุมัติหนังสือให้ เก็บข้อมูล รหัสโครงการ Sq060118/63 ลงวันที่ 26 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บข้อมูล พิทักษ์สิทธิของผู้เข้า ร่วมวิจัย โดยรายละเอียดในใบพิทักษ์สิทธิมีองค์ประกอบดังนี้

1. ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจะแนะนำตนเอง กับผู้เข้าร่วมวิจัย ชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยโดย สั้นๆ
2. การขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจ และสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทุก เวลา หากต้องการยกเลิกก่อนการสิ้นสุดการวิจัยและจะไม่ส่ง ผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาลของผู้เข้าร่วมวิจัย
3. ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถซักถามข้อสงสัยก่อนตัดสินใจ เข้าร่วมการวิจัย หากผู้ร่วมวิจัยต้องการทราบรายละเอียด ของผลการวิจัย ผู้วิจัยยินดีให้รายละเอียดตามที่ต้องการ ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถแสดงความคิดเห็นหรือชี้แจงกับผู้วิจัยได้ ถ้าผู้เข้าร่วมวิจัยยินดีเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลง นามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมวิจัยและเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล
4. ข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากผู้เข้าร่วมวิจัยจะถูกเก็บเป็น ความลับ โดยผู้วิจัยใช้รหัสแทนชื่อจริงในผู้ร่วมวิจัยแต่ละราย การนำเสนอข้อมูลเป็นการนำเสนอโดยภาพรวมของกลุ่ม ประชากร

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในกลุ่มทดลองผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 1 (pre-test) ก่อนเริ่มโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 1 และเก็บข้อมูล ครั้งที่ 2 (post-test) เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 5 โดย ให้กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบตอบแบบสัมภาษณ์จาก

ผู้วิจัย ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามปกติ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (pre-test) ในสัปดาห์ที่ 1 ภายหลังผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และทำการนัดหมายเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 2 (post-test) ในสัปดาห์ที่ 5

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของทั้งสองกลุ่ม วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบใช้สถิติ Independent Sample t-test และวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนภายในกลุ่มทดลองใช้สถิติ Paired Sample t-test กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนใช้สถิติทดสอบสมมติฐานด้วยการตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูลทุกตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ได้ทำการศึกษาวิจัยครั้งนี้มีลักษณะคล้ายคลึง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N=48)

พฤติกรรมการควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียม	$\bar{X}$	SD	df	Paired t-test	p-value
กลุ่มทดลอง (n=24)					
หลังการทดลอง	66.29	11.13	23	11.66	.000
ก่อนการทดลอง	46.42	6.37			
กลุ่มควบคุม (n=24)					
หลังการทดลอง	46.54	2.85	23	2.39	.025
ก่อนการทดลอง	45.08	3.52			

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวหลังการทดลอง ($\bar{X}$ =66.29; SD=11.13) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X}$ =46.42; SD = 6.37) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจ

ล้มเหลวในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในเรื่องเพศ อายุ ระดับการศึกษา และระดับความรุนแรงของโรค โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายจำนวน 34 คน (ร้อยละ 70.8) กลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ระหว่าง 55-59 ปี จำนวน 19 คน (ร้อยละ 39.5) กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษามากที่สุดจำนวน 15 คน (ร้อยละ 31.1) รองลงมาคือระดับประถมศึกษาจำนวน 13 คน (ร้อยละ 27.1) และระดับปริญญาตรี จำนวน 12 คน (ร้อยละ 25) ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ จำนวน 28 คน (ร้อยละ 58.3) รองลงมาคือสถานภาพโสด จำนวน 12 คน (ร้อยละ 25) เกือบหนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 1,5000 บาท จำนวน 21 คน (ร้อยละ 43.8) รองลงมาคือมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 15,000-30,000 บาท จำนวน 14 คน (ร้อยละ 29.2) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ใน class 2 จำนวน 18 คน (ร้อยละ 37.5) รองลงมาคือ class 1 จำนวน 16 คน (ร้อยละ 33.3) และ class 3 จำนวน 14 คน (ร้อยละ 29.2) ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ล้มเหลวหลังการทดลอง ($\bar{X}$ =46.54; SD=2.85) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X}$ =45.08; SD = 3.52) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง (N=48)

พฤติกรรมการควบคุม การบริโภคเกลือโซเดียม	$\bar{X}$	SD	df	Independent t-test	p-value
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง (n=24)	46.42	6.37	46	.89	.375
กลุ่มควบคุม (n=24)	45.08	3.52			
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง (n=24)	66.09	11.34	46	7.27	.000
กลุ่มควบคุม (n=24)	47.52	5.63			

จากตารางที่ 2 ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวของกลุ่มทดลอง ($\bar{X}$ = 46.42, SD = 6.37) และกลุ่มควบคุม ($\bar{X}$ = 45.08; SD = 3.52) ก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ส่วนหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ($\bar{X}$ = 66.09, SD = 11.34) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X}$ = 47.52; SD = 5.63) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

อภิปรายผล

1. ภายหลังการทดลองผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมการจัดการตนเองเป็นโปรแกรมที่พัฒนามาจากแนวคิดการจัดการตนเองของ Loring และ Holman¹⁹ มาประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมร่วมกับการศึกษาดำรงคู่มือการดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรังแบบบูรณาการ (Comprehensive Heart Failure Management Program)³⁰ และทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง²² เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีพฤติกรรมการควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งแนวคิดนี้เป็นการเรียนรู้แบบใช้ปัญหาเป็นฐาน โดยการจัดการกับปัญหาเป็นวิธีการหลักในการพัฒนาทักษะที่จะนำมาใช้ในการจัดการตนเอง โดยการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองต่อโรคและผลกระทบจากแผนการรักษา ซึ่งบุคคลต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา

การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมร่วมกับการสอนให้ผู้ป่วยเกิดทักษะพื้นฐานในการจัดการตนเองผ่านกระบวนการ 6 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การแก้ไขปัญหา (Problem solving) คือการเรียนรู้และฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา 2) การตัดสินใจ (Decision making) คือการเรียนรู้และฝึกทักษะการตัดสินใจ 3) การใช้แหล่งข้อมูล (Utilize resources) คือการเรียนรู้ที่จะใช้แหล่งข้อมูลที่มีให้เกิดประโยชน์สูงสุด 4) การเป็นหุ้นส่วนทางสุขภาพ (Forming of a patient/health care provider partnership) คือการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมกับทีมสุขภาพ 5) การลงมือปฏิบัติ (Taking action) คือกระบวนการวางแผนและลงมือปฏิบัติตามแผน และ 6) การเลือกปฏิบัติด้วยตนเอง (Self-tailoring) คือกระบวนการประเมินผลการปฏิบัติและปรับแนวทางการปฏิบัติให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยการจัดการตนเองต้องกระทำร่วมกับบุคลากรด้านสุขภาพ เน้นการจัดการกับปัญหาที่ผู้ป่วยตระหนักเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเอง มีการฝึกทักษะที่จำเป็นและพัฒนาความสามารถเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการตนเอง 3 ด้าน (three self-management tasks) คือ 1) การจัดการด้านการรักษา (medical management) ได้แก่ การมาตรวจตามนัด การรับประทานยาที่เหมาะสมกับโรค การออกกำลังกาย การจัดการอาการที่เป็นภาวะแทรกซ้อนจากโรค และการสื่อสารกับบุคลากรด้านสุขภาพ 2) การจัดการด้านบทบาท (role management) ได้แก่ บทบาทการเป็นผู้ป่วย และบทบาททางสังคม และ 3) การจัดการด้านอารมณ์ (emotional management) ได้แก่ การจัดการกับความเครียด การจัดการกับความวิตกกังวล และความรู้สึกไม่แน่นอน ที่จะนำไปสู่การควบคุมโรค ลดภาวะ

แทรกซ้อน ลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ดีขึ้น

2. ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวกลุ่มทดลองที่ได้รับการโปรแกรมการจัดการตนเอง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรม การบริโภคเกลือโซเดียมสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจากผู้วิจัยมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมและพัฒนากิจการตนเองให้กับกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Lorig and Holman¹⁹ ผู้ป่วยจะสามารถจัดการตนเองได้โดยผู้ป่วยจะต้องมีทักษะต่างๆ ในกระบวนการจัดการตนเอง 6 ขั้นตอน โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจล้มเหลว แนวทางในการดูแลตนเองที่บ้าน และความรู้เกี่ยวกับการควบคุมบริโภคเกลือโซเดียม ผ่านสื่อการเรียนรู้ ได้แก่ แผนการสอน คู่มือสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว วัสดุทัศนประกอบการเรียนรู้ มีการพูดโน้มน้าวเพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียม มีการชี้ให้เห็นข้อดีและข้อเสียอย่างชัดเจน นอกจากนี้ยังมีขั้นตอนการโทรศัพท์เพื่อติดตามที่บ้าน เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้สอบถามข้อสงสัย อีกทั้งผู้วิจัยมีการให้คำแนะนำชี้แนะแนวทาง และพูดคุยให้กำลังใจกับผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดกระบวนการเรียนรู้ อันนำไปสู่พฤติกรรมจัดการตนเองทางด้านสุขภาพที่ดี จากการสังเกตและติดตามประเมินผล พบว่ากลุ่มทดลองมีความสนใจในกิจกรรมโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติได้ไม่ยาก และอยู่ในระยะเวลาที่เหมาะสม กิจกรรมมีความหลากหลายในแต่ละสัปดาห์ และกลุ่มตัวอย่างเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่สามารถประเมินได้อย่างชัดเจนจากแบบสอบถามพฤติกรรม การควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียม อีกทั้งจากการประเมินผลโดยการสอบถามและเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองบอกว่าจะมีความมั่นใจในการจัดการตนเอง และสามารถควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมได้ดีขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง ในส่วนของกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการแผนกผู้ป่วยนอก ได้รับความรู้และคำแนะนำสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวโดยทั่วๆ ไป ยังไม่มีกระบวนการ หรือขั้นตอนการเน้นย้ำในส่วนของการควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมอย่างชัดเจน ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดความรู้และไม่ให้ความสำคัญเกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมเท่าที่ควร ส่งผลให้ผู้ป่วย

ต้องกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านและการดำเนินชีวิตประจำวันในสังคม ทำให้พฤติกรรมจัดการตนเองเกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมไม่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ไม่เหมาะสมกับสภาวะโรคที่เป็น ส่งผลให้ผู้ประเมินค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติมีระดับต่ำกว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการโปรแกรมการจัดการตนเอง

สรุป โปรแกรมการจัดการตนเองที่พัฒนาขึ้นจากแนวคิดของ Loring และ Holman ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวไปในทางที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การจัดโปรแกรมการให้ความรู้และให้การพยาบาลที่มุ่งเน้นเพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่าการจัดการตนเองที่ดีมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว จะเห็นได้ชัดเจนว่าแนวคิดการจัดการตนเองถูกนำมาประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมหรือโปรแกรมในการดูแลผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องการการดูแลที่มีความซับซ้อนและมีความต่อเนื่องที่บ้าน ดังนั้นการจัดการตนเองจึงเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่มีแนวโน้มให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการจัดการตนเองในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้เหมาะสมตามสภาวะสุขภาพจากการกระทำ ความสามารถ กระบวนการและกลยุทธ์ของบุคคลในการจัดการตนเองเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตน และหากทีมสุขภาพเป็นผู้ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง กระตุ้นให้ผู้ป่วยยอมรับและปฏิบัติตามแผนการรักษา จะช่วยพัฒนาความสามารถให้กับผู้ป่วย และเสริมแรงให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง อันจะนำไปสู่ความสามารถในการจัดการตนเองและพัฒนาไปสู่พฤติกรรมที่ดีทางสุขภาพ ซึ่งพยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการจัดการตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีและคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาและประยุกต์ใช้เทคโนโลยีและโซเซียลมีเดียในโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่ออำนวยความสะดวกและเป็นการนำแหล่งประโยชน์มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสม

References

1. American Heart Association. Heart Disease and Stroke Statistics 2019 Update A report from the American Heart Association [internet]. 2019 [cited 2019 July 17]. Available from: <http://www.American Heart Association.org>.
2. Centers for Disease Control and Prevention. National center for heart failure statistics in the United State [internet]. 2019 [cited 2019 Aug 10]. Available from: <http://www.American Heart Association.org>.
3. Ministry of Public Health. Annual report of non commicable diseases [Internet]. 2016 [cited 2016 Mar 19]. Available from: <http://www.thaincd.com>. (in Thai).
4. Philipson H. Salt and fluid restriction is effective in patients with chronic heart failure. *European Journal of Heart Failure* 2013;15(11):1304-10.
5. Bentley B. Factors related to nonadherence to low sodium diet recommendations in heart failure patients. *European Journal of Heart Failure* 2005;4(4):331-6.
6. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, Butler J, Casey D, Colvin MM, et al. 2017 ACC/AHA/HFSA Focused Update of the 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Failure Society of America. *Circulation* 2017; 136(6): e137-e161.
7. Baliga R, Haas G. Management of heart failure Volume 1: Medical. London: Springer; 2015.
8. Heart failure society of America. How to follow a low-sodium diet [Internet]. 2013 [cited 2019 Mar 19]. Available from: <http://www.hfsa.org>.
9. Somsubsin P, Tumnong C. Effect of self-management program on self-management behaviours in patient with congestive heart failure. *Journal of Nurses Association of Thailand, North-Eastern Division* 2012;30(4):88-94. (in Thai).
10. Srikong P, Ua-Kit N. Selected Factors Related to Self-management on Dietary Control Among Heart Failure Patients in Lower Northeast Region. *Kuakarun Journal of Nursing*. 2013;18(1):52-66. (in Thai).
11. Suwanno J, Petsirasarn R, Prasearttha P, Chanpradi A, Saisu W. Self-care among patients with chronic heart failure. *Thai Journal of Nursing Council* 2008;23(1):35-47. (in Thai).
12. Komcheab J. Relationships among knowledge, perceived barriers, perceived benefit, social support, self efficacy and sodium consumption behaviors in heart failure patiens [master's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2013. (in Thai).
13. Chamberlain R, Sond J, Mahendraraj K, Lau C, Siracuse B. Determing 30-day readmission risk for heart failure patients; the Readmission After Heart Failure scale. *International journal of general medicine*. 2018;11(1):127-41.
14. Srisuk N. Factors associated with health-related quality of life in patients with chronic heart failure [master's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2008. (in Thai).

15. Welsh D, Lennie TA, Marcinek R, Biddle MJ, Abshire D, Bentley B, et al. Low-sodium diet self-management intervention in heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2013;12(1): 87-95.
16. Kiatseesakul J, Momkong S, Pankakdee O. The effect of a supportive educational program on knowledge self-care behaviour, and the level of severity of heart failure. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing* 2008;19(2):23-39.(in Thai).
17. Rerkluenrit J, Wonnabong S. Development of a self-care program for heart failure patient in Nakhonnayok province; a participatory action research project. *Thai Journal of Nursing Council* 2014;29(4):64-78. (in Thai).
18. Ritklar L, Wattana C, Kitipawong P. Effects of Self-management Program on self-management behaviours, dyspnea, activities of daily living, and quality of life among patients with congestive heart failure. *Nursing Journal* 2012;39(1):64-76. (in Thai).
19. Lorig KR, Holman HR. Self-management education history definition outcomes and mechanisms. *Annals of behavioral medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine* 2003;26(1):1-7.
20. Wattana C. Self-management Support Strategies for Promotion Disease Control. *Journal of Phrapokklao Nursing College* 2015;26(1):117-27. (in Thai).
21. American Heart Association. Definition and Classes of Heart Failure. [internet]. 2019 [cited 2019 July 17]. Available from: <http://www.American Heart Association.org>.
22. Kongpibarn S. The effect of self-management program on eating behaviors of persons with heart failure [master's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2015. (in Thai).
23. Burns N, Grove SK. The practice of nurse research: appraisal, synthesis, and generation of evidence. 7th ed. St. Louis: Elsevier Saunders; 2013.
24. Albert NM. Predictor of perceived diet self-efficacy in patient with heart failure. [internet]. 2005.[cited 2019 July 17]. Available from: http://rave.ohiolink.edu/etdc/view?acc_num=kent1120753474
25. Leventhal H, Meyer D, Nerenz D. The Common Sense Representation of Illness Danger. New York: Pergamon Press; 1980.
26. Polit D, Hungler B. *Nursing Research: Principle and Method*. Philadelphia: Lippincott Company; 1999.
27. Honchai T, Soivong P, Lukkahatai N. Effects of a self-management behavior and symptom distress among breast cancer patients receiving chemotherapy. *Nursing Journal* 2013;40(1):14-22. (in Thai).
28. Hambleton RK, Swaminathan H, Algina J, Coulson DB. Criterion-Referenced Testing and Measurement: A Review of Technical Issues and Developments. *Review of Educational Research* 1978;48(1):1-47.
29. Polit DE, Beck CT. *Essentials of Nursing Research*. 9th ed. Philadelphia. : Lippincott Williams & Wilkins; 2017.
30. Karnjanawanit R. Comprehensive heart failure management program. [master's thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2015. (in Thai).

บทความวิจัย

ประสบการณ์การดูแลตนเองเพื่อบรรเทาอาการไม่สบายจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ที่เคยเข้าค่ายสุขภาพแพทย์วิถีธรรม

Self-care Experience to Relieve Uncomfortable Symptoms

of COVID-19 in Informant who Joined

the Health Buddhist Dhamma Medicine Camp

Received: Apr 19, 2022

Revised: Jul 2, 2022

Accepted: Jul 12, 2022

ธนวันต์ ศรีอมรรัตตนกุล, วท.ด. (Tanavan Sriamornruttanakul, Ph.D.)¹เกษร สุวิทยะศิริ, ศศ.ม. (Kesorn Suvithayasiri, M.A.)²สมพร จิตรัตนพร พร.ม. (Somporn Jitruttanaporn, M.A.)³

บทคัดย่อ

บทนำ: เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แนวโน้มเพิ่มขึ้น ดังนั้น ประสบการณ์การดูแลตนเองที่สามารถบรรเทาอาการของโรคได้นั้น จึงเป็นสิ่งสำคัญ

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเองเพื่อบรรเทาอาการไม่สบายจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ที่เคยเข้าค่ายสุขภาพแพทย์วิถีธรรม

ระเบียบวิธีวิจัย: เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกด้วยคำถามปลายเปิด พร้อมทั้งบันทึกเทปและบันทึกภาคสนามผ่านโปรแกรม ZOOM ในผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เคยเข้าค่ายสุขภาพแพทย์วิถีธรรม จำนวน 12 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของงานวิจัยตามแนวทางของลินคอร์นและคูบา

ผลการวิจัย : พบว่า ประสบการณ์ที่เกี่ยวกับการบรรเทาอาการไม่สบายจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบ่งเป็น 3 ประเด็นหลัก ประกอบด้วย การดูแลด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านความสัมพันธ์ในสังคม ที่เน้นการใช้หลักการแพทย์วิถีธรรม โดยมีจุดเด่น คือ ใช้พืชผัก สมุนไพร และวัสดุอุปกรณ์ได้ง่ายในท้องถิ่น ประกอบกับพบว่าไม่มีผลข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์ในกลุ่มผู้ให้ข้อมูล

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้: เป็นแนวทางในการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการใช้หลักการแพทย์วิถีธรรมในด้านภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย และการใช้สมุนไพรไทยเพื่อส่งเสริมป้องกันและบรรเทาอาการไม่สบายจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อไป

คำสำคัญ: การดูแลตนเอง โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แพทย์วิถีธรรม วิจัยเชิงคุณภาพ

¹Corresponding author อาจารย์สาขาการแพทย์แผนไทย คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี E-mail: tanavan.s@ptu.ac.th.

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ E-mail: kesorn.s@bcn.ac.th

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาแพทย์แผนไทย คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี E-mail: Somporn@ptu.ac.th

^{1,3}Department of Thai Traditional Medicine, Faculty of Allied Health Sciences, Pathum Thani University, Pathum Thani Thailand

²Boromarajonani College of Nursing, Faculty of Nursing, Praboromarachonok Institute, Bangkok, Thailand

Abstract

Introduction: Trend of the coronavirus disease of 2019 (COVID-19) epidemic is increasing. Therefore, self-care experience which helps relieve the symptoms of disease is important.

Research objectives: to describe self-care experience to relieve symptoms of the COVID-19 among patients attended the Buddhist Dhamma medicine camp.

Research methodology: This was a qualitative study. Participants were 12 patients with the COVID-19 attended the Buddhist Dhamma medicine camp. Data were collected using in-depth interview with an open-ended question. Tape recorder and field note via ZOOM program were used. Content analysis method was used to analyze data. Trustworthiness was established following the guidelines of the Lincoln and Cuba.

Results: Experiences related to relieving the discomfort associated with the COVID-19 were divided into 3 main themes, including physical, mental, and social care which focus on the usage of Buddhist Dhamma medicine. The highlight is the usage of vegetables, herbs, and materials which are simply available in local area. Moreover, there were no side-effects or adverse reactions among the participants.

Implications for practice: The findings of this study provide a guideline for further study regarding the usage of Buddhist Dhamma medicine to relieve discomfort caused by the COVID-19.

Keywords: Self-care, Coronavirus disease 2019, Buddhist Dhamma medicine, Qualitative research

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคอุบัติใหม่ เริ่มมีรายงานเดือนธันวาคม ค.ศ. 2019 ในประเทศจีนเป็นครั้งแรก ช่วงแรกเรียกชื่อว่าโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (2019-nCoV)¹ ต่อมาเดือนกุมภาพันธ์ ค.ศ. 2020 องค์การอนามัยโลกได้บัญญัติศัพท์สำหรับโรคนี้ขึ้นมาใหม่เป็น โรคโควิด-19 หรือ COVID-19 จากรายงานของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งยุโรป เมื่อวันที่ 8 เมษายน 2563 ทั่วโลกมีผู้ติดเชื้อ 1,391,890 ราย และมีผู้เสียชีวิต 81,478 ราย แม้ว่าจำนวนผู้ติดเชื้อจะแตกต่างกัน แต่อัตราเสียชีวิตเท่ากัน คือ ร้อยละ 5.85² นับเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก รวมทั้งในประเทศไทย ทำให้เตียงรองรับผู้ป่วยล้น ไม่สามารถรับผู้ป่วยเข้าสู่การรักษาได้อย่างครอบคลุม แม้ทุกหน่วยงานจะช่วยแก้ไข

ปัญหาโดยการเร่งขยายเตียงรองรับผู้ป่วย แต่ก็ยังไม่เพียงพอ เนื่องจากการแพร่ระบาดของโรคอย่างรวดเร็ว

ค่ายสุขภาพแพทย์วิถีธรรม สวนป่านาบุญ 1 อำเภอตอนตลิ่ง จังหวัดมุกดาหาร เป็นศูนย์เรียนรู้สุขภาพพึ่งตนเองตามแนวเศรษฐกิจพอเพียง จัดให้มีการอบรมการดูแลสุขภาพตนเองตามหลักการแพทย์วิถีธรรมที่เป็นการผสมผสานองค์ความรู้ด้านภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก รวมทั้งเน้นถึงการพึ่งพาตนเองตามแนวเศรษฐกิจพอเพียง ซึ่งประกอบไปด้วยหลักการสร้างสมดุลของร่างกายใน 3 ด้าน คือ 1) ด้านการขับสารพิษออกจากกาย 2) ด้านการสร้างระบบภูมิคุ้มกันให้แข็งแรง และ 3) ด้านการสร้างสมดุลกายจิต สังคม สิ่งแวดล้อม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้ และทักษะในการดูแลสุขภาพตนเองไป

พร้อม ๆ กับการศึกษาวิจัย พัฒนานองค์ความรู้มาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ ทางค่ายฯ ยังจัดระบบและทำบันทึกสุขภาพของผู้เข้าค่ายทั้งก่อนและหลังจากอบรมในแต่ละรุ่น เพื่อเป็นข้อมูลในการปรับปรุงและพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพพร้อมกับการติดตามสุขภาพของผู้เข้ารับการอบรมอย่างต่อเนื่อง ทั้งยังมีการสร้างเครือข่ายกับหน่วยบริการสุขภาพหลายแห่ง รวมทั้งจัดให้มีการอบรมทีมบุคลากรและอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านเพื่อนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการดูแลตนเองและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยหรือประชาชนที่ตนรับผิดชอบ โดยเน้นการผสมผสานการดูแลสุขภาพพร้อมกับการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบันในผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ ซึ่งพบว่าได้ผลดี มากกว่า 14 ปี ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา ยังไม่พบถึงการศึกษาและการนำหลักการแพทย์วิถีธรรมไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเลย และจากการรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563-2564 พบว่า ผู้เข้าค่ายได้นำความรู้ดังกล่าวไปปฏิบัติและเมื่อติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แล้ว จะมีอาการไม่รุนแรงแต่อย่างไรก็ตาม จากการติดตามผู้ที่ผ่านการอบรมดังกล่าวพบจำนวน 12 ราย ที่มีอาการอยู่ในระดับสีเขียวและสีเหลืองทุกรายไม่เปลี่ยนไปอยู่ในระดับสีแดง หายป่วยแล้ว และไม่มีภาวะอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อ³

ด้วยเหตุผลดังกล่าว ประกอบกับความไม่แน่นอนของช่วงระยะเวลาการรอเตียงและการที่ผู้ติดเชื้อต้องดูแลตนเองอยู่ที่บ้าน และเพื่อสนับสนุนนโยบายการแยกกักตัวที่บ้านร่วมกับการส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกในการดูแลสุขภาพและเพื่อให้ได้ความรู้ที่จะสามารถนำไปใช้ในการอบรมและให้คำแนะนำผู้ป่วยโรคติดเชื้อของค่ายสุขภาพแพทย์วิถีธรรม รวมทั้งสามารถขยายเครือข่ายความรู้สู่ชุมชน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงวิธีการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่สามารถบรรเทาอาการไม่สบาย เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลตนเองเบื้องต้นก่อนส่งโรงพยาบาลต่อไป

คำถามการวิจัย

ประสบการณ์การดูแลตนเองในการบรรเทาอาการไม่สบายจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้เคยเข้าค่ายสุขภาพแพทย์วิถีธรรมเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาถึงประสบการณ์การดูแลตนเองในการบรรเทาอาการไม่สบายจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้เคยเข้าค่ายสุขภาพแพทย์วิถีธรรม

ขอบเขตของการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ กำหนดขอบเขตการศึกษาด้านเนื้อหา คือ วิธีการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาอาการไม่สบายในช่วงที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้หลักการแพทย์วิถีธรรม ด้านผู้ให้ข้อมูล คือผู้ที่ผ่านการเข้าค่ายสุขภาพแพทย์วิถีธรรม ได้รับการยืนยันว่าเป็นโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และหายป่วยก่อนเดือนตุลาคม 2564 ด้านระยะเวลาเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน ตุลาคม ถึง พฤศจิกายน 2564

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ แบบปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด (Purposive sampling) จำนวน 12 ราย โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการยืนยันว่าเป็นโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และหายจากโรคแล้ว 2) ผ่านการเข้าค่ายสุขภาพแพทย์วิถีธรรม 3) ดูแลตนเองที่บ้านโดยไม่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล 4) สามารถสื่อสารให้ข้อมูลได้ด้วยตนเองผ่านทางโปรแกรม ZOOM 5) ไม่มีปัญหาด้านความจำ และ 6) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออก คือ ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการจนสิ้นสุดโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

คือ ตัวผู้วิจัย และเครื่องมือประกอบการวิจัย คือ เครื่องบันทึกภาพและเสียง แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแนวคำถามในการสัมภาษณ์ ประกอบด้วยแนวคำถามหลัก ได้แก่ ลักษณะอาการไม่สบาย พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาอาการไม่สบายจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ราย ได้แก่ แพทย์แผนไทย แพทย์ทางเลือก และแพทย์แผนปัจจุบัน ผ่านการทดลองใช้กับผู้ที่มิคุ้นสมบัติใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ราย เพื่อทดสอบความครอบคลุม ชัดเจน ความเข้าใจในคำถาม

ปฏิกิริยาของผู้ให้ข้อมูล และพัฒนาทักษะการสัมภาษณ์ เจาะลึกของผู้วิจัยรวมทั้งการปรับแนวคำถามให้เหมาะสม ก่อนนำไปใช้จริง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ หมายเลขโครงการวิจัย KLS.REC 46/2564 ลงวันที่ 8 ตุลาคม 2564 ผู้ให้ข้อมูลได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา และการบันทึกเทปขณะทำการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิปฏิเสธไม่เข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาและเมื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัยแล้วผู้วิจัยจะแสดงความยินยอม โดยการลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมที่ผู้วิจัยส่งให้พร้อมส่งกลับมายังผู้วิจัยทางไปรษณีย์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ประสานงานกับเครือข่ายจิตอาสาแพทย์วิถีธรรม ร่วมกับประชาสัมพันธ์ผู้มีความสนใจเข้าร่วมโครงการ พร้อมนัดหมายเพื่อทำการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกเป็นรายบุคคล แบบหน้าต่อหน้ารายละเอียด 3-5 ครั้ง ๆ ละ 30-45 นาที ผ่านทางโปรแกรม ZOOM ตามแนวคำถามที่สร้างขึ้น ระหว่างการสัมภาษณ์จับประเด็นสำคัญของข้อมูล จัดบันทึกสรุป พร้อมบันทึกเทปสัมภาษณ์ทั้งภาพและเสียง โดยมีกำหนดหมายเวลาตามความสะดวกและความพร้อมของผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย ในขณะที่เก็บข้อมูลจะตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อม ๆ กับการเก็บข้อมูล สรุปประเด็นการสัมภาษณ์ก่อนจบการสัมภาษณ์ทุกครั้งและติดต่อกลับไปยังผู้ให้ข้อมูลกรณีมีข้อสงสัยก่อนที่จะสัมภาษณ์ในครั้งต่อไป จนไม่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้น ได้ข้อมูลที่มีความอึดตัว จึงยุติการสัมภาษณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ศาสนา ระดับการศึกษา สถานที่อยู่อาศัย อาชีพ รายได้ และประวัติโรคประจำตัว วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ความถี่ และร้อยละ

2. ข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลตนเองในการบรรเทาอาการไม่สุขสบายจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ใช้วิธีวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาของ Yoddumnern-Attig และ Tangchonlatip⁴ โดยเริ่มจากการฟังข้อมูลจากการบันทึก อ่านบทสนทนาเพื่อจับใจความสำคัญเกี่ยวกับ

ประเด็นที่ศึกษาหาความเชื่อมโยงและความสัมพันธ์ของประเด็นที่ศึกษานำมาสร้างเป็นเนื้อเรื่องที่เป็นสาระหลักตอบสิ่งที่ศึกษา

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล

โดยวิธีของ Lincoln และ Guba⁵ คือ การเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์สามารถบรรยายรายละเอียดของประสบการณ์นั้นได้ ซึ่งเป็นการประกันว่าคำบรรยายสามารถสะท้อนจากความเป็นจริงของประสบการณ์ที่ศึกษา มีการนำเสนอคำบรรยายของประสบการณ์ที่มากและลึกพอ เพื่อนำผลที่ได้ไปอ้างอิงกับบริบทที่คล้ายคลึงกัน ร่วมกับการแยกกันวิเคราะห์ข้อมูลในเบื้องต้น และสามารถติดตามการตัดสินใจเห็นด้วยกับผลที่ได้ในการศึกษาโดยไม่มีข้อขัดแย้งของผู้วิจัย ร่วมกับการเขียนบันทึกกิจกรรมและความคิดเห็นที่เกี่ยวกับสิ่งที่ศึกษาเพื่อให้ผู้ร่วมวิจัยตรวจสอบได้ โดยยืนยันความน่าเชื่อถือของข้อค้นพบ โดยการตรวจสอบแบบสามเส้า (Data triangulation) ได้แก่ การตรวจสอบข้อมูลที่ได้จากแบบสัมภาษณ์ในเวลาที่แตกต่างกัน และตรวจสอบบันทึกข้อมูลการป่วยและจากบันทึกภาคสนาม การวิเคราะห์ข้อมูลโดยผู้วิจัย 3 คน (Investigation triangulation) และการตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล (Member checking)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ผู้ให้ข้อมูล อายุอยู่ในช่วง 39-73 ปี (อายุเฉลี่ย 61.70 ปี) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 9 ราย (ร้อยละ 75) มีสถานภาพสมรสคู่ 8 ราย (ร้อยละ 66.66) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี 6 ราย (ร้อยละ 50.00) อาศัยอยู่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 4 ราย (ร้อยละ 33.33) และภาคกลาง 4 ราย (ร้อยละ 33.33) เกษียณอายุราชการ 4 ราย (ร้อยละ 33.33) มีรายได้อยู่ในช่วง 15,000-20,000 บาท 4 ราย (ร้อยละ 33.33) และมีสุขภาพแข็งแรง 8 ราย (ร้อยละ 66.66) ยังไม่ได้รับวัคซีน 12 ราย (ร้อยละ 100.00)

2. ข้อมูลเกี่ยวกับโรค

2.1 ด้านสาเหตุ และระยะเวลาที่สัมผัสเชื้อจนถึงแสดงอาการ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสัมผัสกับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยติดจากคนในครอบครัว 4 ราย จากการเดินทาง 3 ราย จากเพื่อนร่วมงาน 2 ราย และไม่ชัดเจนว่าติดจากที่ใด หรือใครเป็นผู้นำเชื้อมาให้ 2 ราย โดยก่อน

ติดเชื้พบว่า ทั้ง 12 ราย ทำงานหนัก และไม่ได้ใช้หลักการแพทย์วิถีธรรมดูแลตนเองร่วมกับมีโรคประจำตัว 2 ราย ส่วนในด้านระยะเวลาที่สัมผัสเชื้อจนถึงแสดงอาการ พบว่าระยะเวลาที่ทั้ง 11 ราย เริ่มสัมผัสเชื้อจนถึงแสดงอาการ คือ 5 วัน 7 วัน และ 12 วัน จำนวน 5 ราย 4 ราย และ 2 ราย ตามลำดับ

2.2 ด้านอาการไม่สุขสบายและช่วงเวลาบรรเทาอาการ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลทุกรายจะมีอาการตัวร้อน มีไข้ ปวดเมื่อยร่างกาย ในขณะที่ 1 ราย มีภาวะแทรกซ้อนในช่วงที่ป่วยเพิ่มขึ้น คือ ภูมิแพ้คัดจมูกหายใจไม่ออก ส่วนในด้านช่วงเวลาบรรเทาอาการ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลที่มีอาการไม่สุขสบาย ตั้งแต่วันแรกจนหายจากอาการดังกล่าว อยู่ในช่วง 28 วัน 4 ราย อยู่ในช่วง 21 วัน 3 ราย อยู่ในช่วง 9-10 วัน 2 ราย อยู่ในช่วง 7 วัน 2 ราย และอยู่ในช่วง 5 วัน 1 ราย โดยพบว่า มีอาการมากในช่วงแรกของระยะเวลาที่ป่วย 5 ราย และช่วงกลางของระยะเวลาที่ป่วย 5 ราย และมีอาการเป็น ๆ หาย ๆ เหมือนช่วงแรกที่มีอาการ คือ เจ็บคอ เสมหะเหนียวข้น ตีขึ้น 3-5 วัน แล้วก็มีอาการอีกเป็นเวลา 21 สัปดาห์ จำนวน 2 ราย

3. ประสบการณ์ดูแลตนเองเพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบายจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากผลการวิเคราะห์ แบ่งเป็น 3 ประเด็นหลัก ดังนี้

3.1 การดูแลตนเองด้านร่างกาย ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนให้เห็นถึงวิธีการดูแลตนเองด้านร่างกายใน 3 ระยะ ดังนี้

3.1.1 การดูแลตนเองด้านร่างกายในระยะก่อนป่วย พบว่า ผู้ให้ข้อมูล 10 ราย ไม่ได้ดูแลตนเองตามหลักการแพทย์วิถีธรรมตามที่ได้มีการเรียนรู้มา เนื่องจากมีร่างกายแข็งแรง มีภาระหน้าที่ที่ต้องทำและคิดว่าถ้ามีอาการป่วย จึงค่อยใช้วิธีการบรรเทาอาการดังกล่าว ดังคำกล่าวตัวอย่างของผู้ให้ข้อมูล “...ก่อนป่วยหรือ ไม่ได้พัก ลุยทำงานแต่แรกก็แข็งแรงดีนะ เลยไม่ได้เอาที่เรียนมาใช้ คิดว่าถ้าไม่สบายถึงจะใช้เพื่อขับพิษ เพราะเคยใช้ได้ผลดี” (ช 65 ปี) มีผู้ให้ข้อมูลเพียง 2 ราย ที่มีโรคประจำตัวและมีอาการไม่สุขสบายจากโรค จึงนำวิธีดังกล่าวมาใช้ในช่วงก่อนป่วยเพื่อบรรเทาอาการของโรคประจำตัว โดยผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคกระเพาะอาหารอักเสบจะใช้การกดจุดลมปราณร่วมกับการรับประทานอาหารประเภทพืชสวนครัวและปรุงรสจืด และ

ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งจะใช้การสวนล้างจมูกร่วมกับการกดจุดลมปราณเป็นประจำ ดังคำกล่าวตัวอย่างของผู้ให้ข้อมูล “...เมื่อก่อนปวดท้องมากกินยากี่ตีขึ้น ยาหมดก็ปวดอีกเป็น ๆ หาย ๆ ทรมาณ หลังเข้าค่ายและเปลี่ยนมากินพืชจืดสบายกว่ากดจุดแขนขาได้ 2 เดือน ความดันก็ปกติกับหายปวดท้องเลย ตอนนี้ได้กินยากระเพาะกับความดันมา 5 ปี” (ญ 51 ปี) “...เป็นภูมิแพ้ ทรมาณมากกว่า 10 ปี สวนล้างจมูกตีขึ้น อยู่กับมันได้ เลยใช้มาตลอด” (ญ 58 ปี)

3.1.2 การดูแลตนเองด้านร่างกายในระยะขณะป่วย พบว่า ผู้ให้ข้อมูลทุกราย มีการประเมินสภาวะของร่างกายก่อนแล้วจึงทดลองใช้วิธีการต่าง ๆ เพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบาย ถ้าไม่ดีขึ้น จะปรับเปลี่ยนไปตามสภาวะของร่างกายในขณะนั้น โดยวิธีการต่าง ๆ เพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบายด้านร่างกาย 4 ประเด็น ดังนี้

3.1.2.1 การดื่มน้ำและการรับประทานอาหาร สมุนไพร โดยพบว่าผู้ให้ข้อมูล 8 ราย รับประทานอาหารน้ำชาผสมเกลือและพืชผักธัญพืชปั่น เมื่อมีอาการเจ็บคอกลืนลำบาก ผู้ให้ข้อมูล 7 ราย ใช้วิธีการดื่มน้ำสมุนไพร คือน้ำย่านาง เพื่อบรรเทาอาการไข้ 3 ราย จิบน้ำมะนาว เพื่อบรรเทาอาการเจ็บระคายคอ และ 2 ราย ดื่มน้ำขิงเพื่อบรรเทาอาการเบื่ออาหาร นอกจากนี้ ยังพบผู้ให้ข้อมูล 1 ราย ที่ดื่มน้ำขิง แล้วเจ็บคอมากขึ้น จึงเปลี่ยนมาดื่มน้ำย่านางแล้วอาการดีขึ้นเป็นลำดับ ดังคำกล่าวตัวอย่างของผู้ให้ข้อมูล “...ดื่มน้ำย่านาง ดื่มน้ำขิง หากมีไข้ ส่วนข้ออื่น ๆ หากทำได้ก็จะปรับไปตามสภาวะร่างกาย และจิบน้ำย่านางระหว่างวัน ส่วนอาหารหากไม่เอากิน กลืนลำบากจะใช้วิธีดื่มน้ำชาผสมเกลือและพืชผักธัญพืชปั่น เพื่อจะได้มีพลังสู้กับโรค” (ช 72 ปี) “...ทดลองกินน้ำขิง มันร้อนนะ เจ็บคอเหมือนเดิม เลยเปลี่ยนไปกินของเย็น ๆ กินได้แต่ข้าวต้ม ดื่มน้ำย่านาง รู้สึกเย็นคอและอาการดีขึ้นเป็นลำดับ” (ญ 59 ปี)

3.1.2.2 การกัวชา กดจุดลมปราณ และฤๅษีดัดตน พบว่า ผู้ให้ข้อมูล 10 ราย ใช้วิธีกัวชาด้วยตนเองที่บ้านช่วยบรรเทาอาการปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามร่างกาย อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ผู้ให้ข้อมูล 6 ราย ใช้วิธีการกดจุดลมปราณช่วยบรรเทาอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย ผู้ให้ข้อมูล 1 ราย ใช้ฤๅษีดัดตนท่าแก้โรคในอก บรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อน้อยเพลีย ดังคำกล่าวตัวอย่างของผู้ให้ข้อมูล “...เวลา

ปวดหัว ใช้ผ้าชุบน้ำเช็ดที่หัว ระบายพิษร้อนที่หัว โอเคเลย” (ญ 58 ปี) “...กดจุดลมปราณแขนขาคอบ่าไหล่ ปวดเมื่อย เบาขึ้นเป็นลำดับ จนหายดี” (ช 72 ปี) “...กดจุดลมปราณ กัวซาที่คอบ่าไหล่ ปวดเมื่อยดีขึ้นมาก” (ญ 42 ปี) “..เหนื่อย ใจสั่น เพลีย พอทำฤชิตัดตนทำนองหายผายปอดทำให้มี แรงและอาการเหนื่อย ใจสั่น เพลียดีขึ้น ทำทุกวัน” (ญ 51 ปี)

3.1.2.3 การสูตรมไอน้ำสมุนไพร การกลั้วคอ และการสวนล้างจมูก พบว่า ผู้ให้ข้อมูล 10 ราย ใช้วิธีบรรเทา อาการคัดจมูกด้วยการสูตรมไอน้ำสมุนไพร (หอมแดง ตะไคร้ กระเพรา มะนาว มะกรูด จิง ต้มในน้ำร้อนใส่ภาชนะ ใช้ ผ้าคลุมบริเวณหน้าและศีรษะ) ลดอาการเจ็บคอด้วยการ กลั้วคอ และลดน้ำมูกด้วยการสวนล้างจมูกด้วยน้ำเกลือ ดังคำกล่าวตัวอย่างของผู้ให้ข้อมูล “...ล้างจมูกด้วยน้ำเกลือ มียาพ่นจมูกละลายเสมหะขับเสมหะได้ดีแต่สลับก็เลยเปลี่ยน มาใช้น้ำเกลือหยอดที่จมูกลดอาการแสบจมูก เจ็บคอ ก็อม น้ำเกลือ วันละสี่เวลา ตั้งแต่ตื่นนอน อม 15 นาที ค่อยบ้วน ออก” (ญ 58 ปี) “...สวนล้างโพรงจมูก กลั้วคอ ล้างปาก โลงเลย” (ช 72 ปี) “...หลังรมไอน้ำสมุนไพร รู้สึกหายใจโล่งดี และหลังกลั้วคอ ระคายคอคันคอลดลง โอลดลง ทำต่อเนื่อง ทุกครั้งที่ไอ หรือระคายคอ พอเจ็บคอก็ทำอีก อาการเหล่านี้ จะทุเลาได้มากและหายไป” (ญ 42 ปี)

3.1.2.4 การรับประทานยาฟ้าทะลายโจร และ ยาจันทลีลา ผู้ให้ข้อมูล 6 ราย ใช้วิธีรับประทานยาฟ้าทะลาย โจรเพื่อบรรเทาอาการไอเจ็บคอ ผู้ให้ข้อมูล 5 ราย ใช้เพื่อ บรรเทาอาการไข้ โดยรับประทาน 1 วัน จำนวน 3 ราย รับประทาน 2 วัน จำนวน 2 ราย และรับประทาน 3 วัน จำนวน 1 ราย ร่วมกับการจิบน้ำมะนาวอุ่น ๆ และพบ 1 ราย รับประทานจันทลีลาผง 1 กรัม ละลายน้ำดื่มสุกดื่มทุก 6 ชม. เพื่อลดไข้ พบว่า มีอาการดีขึ้นเป็นลำดับ ดังคำกล่าวตัวอย่าง ของผู้ให้ข้อมูล “...กินฟ้าทะลายโจร 4 เม็ด 4 เวลา 3 วัน ติดต่อกัน ร่วมกับกัวซาหัวคอบ่าไหล่ และสวนล้างจมูก ที่เจ็บคอ มาก ๆ หายเลย” (ญ 58 ปี) “...กินฟ้าทะลายโจร 2 เม็ด ครั้งเดียว ก็ดีขึ้นมาก ไม่ได้กินยาอื่นเลย” (ญ 59 ปี) “...ใช้ชัน วัดได้ 40 หน้ากัวมินเวียน กินจันทลีลาผง 1 กรัม ทุก 6 ชม. ละลายน้ำร้อนกิน แค่ 2 ครั้ง ไข้ลด เบาตัว” (ญ 51 ปี) ดังตาราง 1

3.1.3 การดูแลตนเองด้านร่างกายในระยะหลังป่วย

พบว่า ผู้ให้ข้อมูลทุกราย ยังคงใช้วิธีการดูแลตนเอง ทางกาย ในด้านการดื่มน้ำและการรับประทานอาหารสมุนไพร การกัวซา แต่ลดความถี่ในการปฏิบัติ ซึ่งในระยะที่ป่วยทุกราย จะปฏิบัติทุกครั้งที่มีอาการในทุกวัน ในระยะที่หายป่วย พบว่า ปฏิบัติสัปดาห์ละ 2 ครั้ง จำนวน 2 ราย ปฏิบัติเดือนละ 2 ครั้ง จำนวน 4 ราย ปฏิบัติเดือนละ 1 ครั้ง จำนวน 6 ราย และพบ ทุกรายไม่ได้เน้นการปฏิบัติทางด้านจิตใจและด้านสังคม เนื่องจากหายป่วยแล้วไม่มีความกังวลเกี่ยวกับโรคและมีความ เชื่อมมั่นในตนเอง เนื่องจากมีประสบการณ์ที่ทำให้ตนผ่านพ้น โรคนี้และกลับมามีสุขภาพแข็งแรงได้ ดังคำกล่าวตัวอย่างผู้ให้ ข้อมูล “...คนข้างบ้านตายแต่เรารอด พอฟื้นตัวดีแล้ว ก็ทำ ต่ออะ แต่ไม่ได้ทำทุกอย่างเหมือนตอนป่วย จะดื่มน้ำยาบางกับ เน้นกินผัก เคี้ยวไม่ไหวก็ปั่น กับกัวซาประมาณอาทิตย์ละ 2 ครั้ง งดเนื้อสัตว์มัน” (ญ 61 ปี) “...อ้อ พอหายก็ไม่ค่อยได้ติดต่อกับญาติมิตรเลย แคไลน์ทักนาน ๆ ครั้ง เพราะมันใจว่าดูแลตัว เองได้แล้ว” (ญ 39 ปี)

3.2 การดูแลตนเองด้านจิตใจ ผู้ให้ข้อมูล

สะท้อนให้เห็นถึงการดูแลตนเองด้านจิตใจจากความทุกข์ที่ต้อง เผชิญกับโรค 4 ประเด็นย่อย ดังนี้

3.2.1 ฝึกหายใจผ่านคลายเป็นระยะ พบว่า ผู้ให้ข้อมูล 3 ราย เมื่อรู้ว่าป่วยจะรู้สึกกลัวกังวลเกี่ยวกับโรค และดีขึ้นเมื่อใช้เทคนิคการหายใจเข้าออกยาว ๆ เป็นระยะ ๆ ดังคำกล่าวตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล “...บอกตรง ๆ กลัวมาก ก็มีคน ตายเยอะ แต่ก็ตั้งสติกับลมหายใจ หายใจเข้าออกยาว ๆ ลึก ๆ ช่วยไม่ให้กังวลจนเกินไป” (ญ 47 ปี) “...พอรู้ว่าเป็น ตกใจ ไม่มีสติ เครียดกังวล คิดแต่เรื่องนี้ แต่พอหายใจเข้าออกยาว ๆ ลึก ๆ ก็ดีขึ้น พอคิดถึงมันอีก ก็รับหายใจเข้าออกยาว ๆ ลึก ๆ เฮ้อ...มันช่วยให้ผ่อนคลายมากนะ ” (ญ 58 ปี)

3.2.2 ทบทวนธรรมเป็นประจำ ผู้ให้ข้อมูล 1 ราย ใช้วิธีทบทวนธรรม ทำให้ความรู้สึกโกรธคนที่เอาเชื่อมาให้ลด ลง และทุกรายสามารถผ่านพ้นไปได้ด้วยบททบทวนธรรม ดังคำกล่าวตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล “...ต้องประคองใจ เปิดบท ทบทวนธรรมฟังตลอด แล้วก็ดีขึ้นตามลำดับ” (ช 72 ปี) “...กลัวนะ โรคนี้ ใครก็กลัว แต่ใช้บททบทวนธรรมที่ว่า สิ่งที่เราได้รับคือสิ่งที่เราทำมา รับแล้วจะได้หมดไป คิดว่า มันเป็น วิบากเรา เราก็ไม่ทุกข์” (ญ 58 ปี) “...ตอนแรกที่รู้ว่าเป็น โกรธมาก โหมโชนเอาเชื่อมาให้ กังวล กลัว แต่พอมีสติเพราะ ใช้บททบทวนธรรม ทุกข์เลยน้อยลงและผ่านมาได้” (ญ 58 ปี)

ตาราง 1 ประสิทธิภาพตนเองเพื่อทราบการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพ

[illegible]

- หมายถึง ไม่มีการ, ทุกรายจนถึงตัวของมัน/ทอด และกักตัวในช่วงที่มีการ

3.2.3 ใช้เทคนิคการทำใจให้หายโรคเร็ว พบว่า ผู้ให้ข้อมูลทุกรายใช้ธรรมชาติประคองใจ ไม่ให้หวั่นไหว กลัวโรคกลัวตาย ดังคำกล่าวตัวอย่างของผู้ให้ข้อมูล “...จริง ๆ แล้ว โควิดไม่ต้องไปดูแล ที่ต้องดูแลคือใจไม่ให้กลัว กายก็จะแข็งแรง ให้อ่านเวทนาว่ามีส่วนร่างกายส่วนไหนที่ไม่สุขสบาย ต้องพึ่งตนเอง และท่องในใจว่า อย่ากลัวตาย อย่ากลัวโรค อย่าเร่งผล และอย่ากังวล” (ญ 58 ปี) “...ใครไม่เป็นไม่รู้ยอมรับว่าจิตหวั่นไหวกลัว แต่พอคิดถึงคำที่ว่า อย่ากลัวตาย อย่ากลัวโรค อย่าเร่งผล และอย่ากังวล มันช่วยประคองใจได้นะ รู้สึกดีและมีกำลังใจต่อสู้กับโรค” (ญ 39 ปี)

3.2.4 การไม่ยึดติดกับชีวิต พบว่า ผู้ให้ข้อมูลทุกราย เชื่อมมั่นในคำสอนของพระพุทธศาสนา โดยการมีสติอยู่กับปัจจุบัน การเพิ่มศีล ท้ายที่สุดของการไม่ยึดติดกับชีวิตที่ไม่ทุกข์ การตั้งสัจจะว่าถึงแม้จะมีชีวิตหรือเสียชีวิต ก็ตั้งใจทำดีต่อไปไม่ว่าโลกนี้หรือโลกหน้าก็ตาม ดังคำกล่าวตัวอย่างของผู้ให้ข้อมูล “...ตอนนั้นมีสติ เตรียมใจแล้ว ไม่ยึดสังขารแล้ว เคยได้ยินว่า เวลาไฟไหม้หัว จะดับอะไรก่อน คำตอบ ดับทุกข์ ใจตนเองก่อน แล้วค่อยจัดการกับไฟ ช่วงแรกโกรธ พอคิดได้ก็ไม่ติดใจใคร ตั้งสติหาเหตุให้เจอตามหลักอริยสัจ 4 เพื่อจะได้แก้ที่เหตุแล้วแก้ดับที่เหตุก็จบ” (ญ 58 ปี) “...ถึงตอนนั้นแล้ว คิดว่าอยู่ก็ทำดีต่อ ถ้าตายก็ขอไปทำดีต่อ พอใจเริ่มเย็นแล้ว เหลือหลับไปคิดว่าตัวเองคงจะตายแล้ว อ้าวกลับตื่นมา มีแรงมากขึ้น ความทุกข์หายฉับพลัน” (ช 72 ปี)

3.3 การดูแลตนเองด้านความสัมพันธ์ในสังคม
ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนให้เห็นการดูแลตนเองด้านความสัมพันธ์ในสังคม 2 ประเด็นย่อย ดังนี้

3.3.1 การขอความช่วยเหลือจากคนในครอบครัว และหมู่มิตร พบว่า ผู้ให้ข้อมูลทุกรายจะรู้สึกกลัว กังวลน้อยลง และมีกำลังใจ มั่นใจที่จะสู้กับโรคได้เป็นอย่างดี เนื่องจากมีบุคคลในครอบครัวและหมู่มิตรรอบข้างคอยสนับสนุน ช่วยเหลือทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สิ่งของ และข้อมูลที่เกี่ยวข้องโรค ดังคำกล่าวตัวอย่างของผู้ให้ข้อมูล “...ป่วยแล้ว หดหู่ ต้องการเพื่อน คว่าโทรศัพท์ โทรรัวเลย ใครรับโทรศัพท์ แสดงว่าคนนั้นจะเป็นโค้ชช่วยเราในเรื่องสมุนไพร ขอคำแนะนำจากพี่จิตอาสาเขามีประสบการณ์ช่วยเหลือคนติดเชื้อ หลังจากนั้นเริ่มปฏิบัติการต่อสู้กับคุณโควิดเลย” (ญ 58 ปี) “...การมีเพื่อน มีมิตรดีคอยให้ข้อมูล ให้กำลังใจ ญาติพี่น้องทุกคน

รักและเป็นห่วง ช่วยส่งของจำเป็นให้ในช่วงกักตัว ทำให้มั่นใจมากขึ้นที่จะรักษาตัวเองเพื่อต่อสู้กับโรคนี้” (ญ 51 ปี) “...โรคนี้เป็นโรคใหม่ วงการแพทย์ก็ยังไม่ศึกษาอยู่เลย โรงพยาบาลก็รับไม่ไหว เราดูแลตัวเองได้ก็ทำไปก่อน หมู่มิตรก็เยอะ คอยให้คำปรึกษาผ่านทางช่องทางไลน์ตลอด กำลังใจล้วนเหลือจริงๆ” (ญ 61 ปี)

3.3.2 การกักตัวเอง และรีบแจ้งสังคมคนรอบข้าง พบว่า ผู้ให้ข้อมูลทุกรายจะกักตัวเองอยู่เพียงในบ้าน และแจ้งถึงการป่วยให้สังคมและชุมชนที่ตนอาศัยได้รับทราบ รวมทั้งปฏิบัติตามหลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ดังคำกล่าวตัวอย่างของผู้ให้ข้อมูล “...ป่วยแล้ว ต้องระวังการหยิบจับสิ่งของในบ้าน มันแพร่เชื้อง่ายมาก ต้องใส่แมส หมั่นล้างมือ และมีแอลกอฮอล์พกติดตัว” (ญ 58 ปี) “...พอรู้ผลว่าเป็นโรคนี้ จะหยุดการติดต่อแบบเจอหน้า กักตัวครบ 14 วัน โชคดีมีไลน์กลุ่มก็เลยบอก timeline ให้คนที่สัมผัสเรา รู้ และรีบแจ้ง อสม. เค้าก็จะคอยโทรถามอาการเราตลอด ส่งเสบียงอาหารให้ กลัวเราอด” (ญ 51 ปี)

การอภิปรายผล

1. การดูแลตนเองด้านร่างกาย พบว่า ผู้ให้ข้อมูลทุกรายมีการดูแลตนเอง โดยมีการประเมินสภาวะของร่างกายก่อนแล้วจึงทดลองใช้วิธีการต่าง ๆ เพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบาย ถ้าไม่ดีขึ้น จะปรับเปลี่ยนไปตามสภาวะของร่างกายในขณะนั้น โดยจะใช้วิธีการต่าง ๆ เพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบาย ดังนี้

1.1 การดื่มน้ำและการรับประทานอาหาร
สมุนไพร พบว่า ผู้ให้ข้อมูล 7 ราย ใช้วิธีการดื่มน้ำสมุนไพร คือน้ำย่านาง เพื่อบรรเทาอาการไข้ ผู้ให้ข้อมูล 3 ราย จิบน้ำมะนาว เพื่อบรรเทาอาการเจ็บระคายคอ และ 2 ราย ดื่มน้ำขิง เพื่อบรรเทาอาการเบื่ออาหาร นอกจากนี้ยังพบผู้ให้ข้อมูล 1 ราย ที่ดื่มน้ำขิง แล้วเจ็บคอมากขึ้น จึงเปลี่ยนมาดื่มน้ำย่านางแล้วอาการดีขึ้นเป็นลำดับ เนื่องจากย่านาง เป็นน้ำสมุนไพรที่มีฤทธิ์เย็นช่วยลดความร้อนในร่างกาย โดยผลการศึกษาพบมีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาว่าฤทธิ์ลดไข้ได้⁶ ประกอบกับไม่พบความเป็นพิษของสารสกัด 50% เอทานอลจากใบย่านาง⁷ โดยรากย่านางเป็นหนึ่งในส่วนประกอบของตำรับยาเบญจโลกวิเชียร ซึ่งเป็นตำรับยาแก้ไข้ที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศใช้ในบัญชียาจากสมุนไพร⁸ ในขณะที่น้ำมะนาว เป็นสมุนไพร

ที่มีการใช้ตามองค์ความรู้ดั้งเดิมเช่นกัน ที่ช่วยบรรเทาอาการจากเสมหะถึงแม้ไม่สามารถทำลายเชื้อได้ แต่ช่วยให้เชื้อโรคไม่สามารถฝังเข้าไปในเซลล์ของทางเดินหายใจและปอดได้⁹ เช่นเดียวกับน้ำจิง ซึ่งมีสรรพคุณช่วยขับลม สารในน้ำมันหอมระเหยช่วยกระตุ้นการบีบตัวของกระเพาะอาหารและลำไส้ แก้อาการคลื่นไส้อาเจียน แก้อาการแน่นท้อง¹⁰ โดยผลการศึกษาของ Ahkam และคณะ¹¹ พบว่า จิงมีสารที่มีแนวโน้มต้านเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ นอกจากนี้ยังพบมุมมองและประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลว่า การรับประทานอาหารที่เน้นอาหารปั่นพีชผัก ธัญพืช ข้าวต้มใส่เกลือ ร่วมกับการงดเนื้อสัตว์และผลิตภัณฑ์จากสัตว์ช่วยบรรเทาอาการไม่สุขสบายจากโรคได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kim และคณะ¹² ที่สนับสนุนการรับประทานอาหารพีชผัก พบว่า รูปแบบการรับประทานอาหารจากพืชมีความสัมพันธ์กับการลดความรุนแรงและระยะเวลาของการเจ็บป่วยของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เมื่อเทียบกับการรับประทานอาหารเนื้อสัตว์

1.2 การกัวชา กดจุดลมปราณ และฤาษีตัดตน

พบว่า ผู้ให้ข้อมูล 10 ราย ใช้วิธีกัวชาด้วยตนเองที่บ้านช่วยบรรเทาอาการปวดศีรษะปวดเมื่อยตามร่างกาย อ่อนเพลียไม่มีแรง ผู้ให้ข้อมูล 1 ราย ใช้บรรเทาอาการปวดเมื่อย นอกจากนี้ยังพบผู้ให้ข้อมูล 6 ราย ใช้วิธีการกดจุดลมปราณช่วยบรรเทาอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย และผู้ให้ข้อมูล 1 ราย ใช้ฤาษีตัดตนทำแก้มโรคในอกช่วยบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อเหนียวเหนียว ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการวิจัย 2 เรื่องที่ศึกษาถึงผลพันทิด้วยวิธีกัวชาต่อการบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อ พบว่าการกัวชาบริเวณคอและบ่าสามารถลดอาการปวด และเพิ่มระบบไหลเวียนเลือดส่วนปลายได้เป็นอย่างดี^{13,14} ซึ่งวิธีนี้เป็น การปรับสมดุลทางกาย ช่วยระบายพิษทางกายตามหลักการแพทย์วิถีธรรมของ Klachachon¹⁵ เทคนิคนี้เป็นวิธีการรักษาโรคของจีนที่ช่วยล้างพิษในร่างกาย เพิ่มพลังชีวิต ด้านการอักเสบ สามารถบรรเทาอาการปวดได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Rattanachon¹⁶ ที่ศึกษาถึงการกดจุดเส้นลมปราณแขนต่ออาการปวดคอบ่าไหล่ของผู้เข้าค่ายสุขภาพแพทย์วิถีธรรม พบว่า หลังการกดจุดเส้นลมปราณที่แขนระดับความปวดคอบ่าไหล่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับ Pobkeeree และ Thapthim¹⁷ ที่พบว่า หลังกดจุดลมปราณ ผู้เข้าค่ายสุขภาพตามแนวการแพทย์วิถีธรรม

มีสุขภาพดีขึ้นเป็นลำดับ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Leelanuntakul และคณะ¹⁸ ที่พบว่า การทำฤาษีตัดตนแก้มโรคในอกช่วยเพิ่มความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด และลดความเหนียวล้าอ่อนเพลียได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

1.3 การสูตรมไอน้ำสมุนไพร การกลั้วคอ และการสวนล้างจมูก

พบว่า ผู้ให้ข้อมูล 10 ราย ใช้วิธีบรรเทาอาการคัดจมูกด้วยการสูตรมไอน้ำสมุนไพร (หอมแดง ตะไคร้ กระเพรา มะนาว มะกรูด จิง ต้มในน้ำร้อนใส่ภาชนะ ใช้ผ้าคลุมบริเวณหน้าและศีรษะ) ลดอาการเจ็บคอด้วยการกลั้วคอ และลดน้ำมูกด้วยการสวนล้างจมูกด้วยน้ำเกลือ สอดคล้องกับศูนย์หลักฐานเชิงประจักษ์ด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร¹⁰ ที่ว่าการสูตรมไอน้ำสมุนไพร โดยการหายใจเข้าและออกซ้ำๆ ในที่มีอาการคัดจมูก ไอระเหยของสมุนไพรจะบรรเทาอาการคัดจมูก ช่วยขับเสมหะและน้ำมูกออกได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้การใช้น้ำเกลือที่มีความเข้มข้น ร้อยละ 0.9 ล้างน้ำมูกออกจากโพรงจมูก ยังช่วยบรรเทาอาการไม่สุขสบายจากอาการคัดจมูก หายใจไม่ออก มีน้ำมูก มีเสมหะ ได้อีก เนื่องจากการสวนล้างจมูก ทำให้โพรงจมูกมีความชุ่มชื้น เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของซิเลียที่มีหน้าที่ป้องกันไม่ให้เกิดการคั่งของน้ำมูกในโพรงจมูก^{19,20} สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยไซนัสอักเสบที่สวนล้างจมูกด้วยน้ำเกลือ มีอาการคัดจมูก น้ำมูกไหล อาการคันคอดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²¹

1.4 การรับประทานยาฟ้าทะลายโจรและยาจันทลีลา

ผู้ให้ข้อมูล 6 ราย ใช้วิธีรับประทานยาฟ้าทะลายโจรเพื่อบรรเทาอาการไอเจ็บคอ ผู้ให้ข้อมูล 5 ราย ใช้เพื่อบรรเทาอาการไข้ โดยรับประทาน 1 วัน จำนวน 3 ราย รับประทาน 2 วัน จำนวน 2 ราย และรับประทาน 3 วัน จำนวน 1 ราย ร่วมกับการจิบน้ำมะนาวอุ่นๆ และพบ 1 ราย รับประทานจันทลีลา บดผง 1 กรัม ละลายน้ำต้มสุกดื่มทุก 6 ชม. เมื่อมีไข้ โดยพบว่า มีอาการดีขึ้นเป็นลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับสารเอนโดกราไฟไลด์ในฟ้าทะลายโจร เพื่อบรรเทาอาการติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันในผู้ใหญ่และเด็ก โดยการทบทวนวรรณกรรมและการวิเคราะห์เมตา พบว่า กลุ่มที่ได้รับยาฟ้าทะลายโจรอย่างเดียว มีส่วนช่วยรักษาอาการของโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจ เช่น อาการไอและเจ็บคอได้ดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับยาหลอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังมีผลลดความถี่ ความรุนแรง

ของอาการต่างๆ เช่น อาการไอ เจ็บคอ ปวด ไข้ ได้ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาตามอาการ²² สอดคล้องกับการศึกษาถึงประสิทธิผลและความปลอดภัยของสารสกัดฟ้าทะลายโจรต่อการรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีอาการรุนแรงน้อย ในการศึกษาที่ไม่พบรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ฟ้าทะลายโจรอัดแคปซูลขนาดมาตรฐาน 60 มิลลิกรัมต่อวัน แต่พบรายงานในรายที่มีการใช้ยาฟ้าทะลายโจรผงอัดแคปซูลในขนาดสูง 180 มิลลิกรัมต่อวัน และพบรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเพิ่มสูงขึ้นในกลุ่มที่ใช้ยาทะลายโจรสกัด ทั้งขนาด 60 และ 180 มิลลิกรัมต่อวัน จนเป็นสาเหตุให้อาสาสมัคร 2 ราย มีอาการหอบเหนื่อย แน่นหน้าอก ต้องออกจากการศึกษา งานวิจัยนี้ใช้ค่า VAS ซึ่งเป็นค่าที่ให้อาสาสมัครทุกรายใช้ประเมินความรุนแรงในอาการของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยตนเอง ทั้ง 10 อาการ ได้แก่ อาการไข้ เจ็บคอ น้ำมูก ความรุนแรงในการไอ ความถี่ในการไอ ปวดศีรษะ การได้รับกลิ่นผิดปกติ การรับรู้รสผิดปกติ อาการปวดกล้ามเนื้อ และถ่ายเหลว ผลการติดตามอาการของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มอาสาสมัครแต่ละกลุ่ม ก่อนและหลังใช้ยาฟ้าทะลายโจร พบว่า อาสาสมัครจะเริ่มมีอาการดีขึ้น จนไม่พบอาการแสดงตั้งแต่วันที่เข้าร่วมการศึกษา โดยในกลุ่มที่ได้รับฟ้าทะลายโจรผงอัดแคปซูล 60 มิลลิกรัมต่อวัน จะไม่พบอาการแสดงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตั้งแต่วันที่ 6 และในกลุ่มที่ได้รับฟ้าทะลายโจรรูปแบบอื่นๆ จะไม่พบอาการแสดงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตั้งแต่วันที่ 7 ของการเข้าร่วมในการศึกษา ในขณะที่กลุ่มควบคุม พบว่ามีอาการดีขึ้น จนไม่พบอาการแสดง มีเพียงร้อยละ 53.9²³ ซึ่งกลุ่มผู้ให้ข้อมูลในงานวิจัยนี้ รับประทานฟ้าทะลายโจรอัดแคปซูลในการบรรเทาอาการไข้ ไอ เจ็บคอ ในปริมาณน้อยกว่า 60 มิลลิกรัมต่อวัน จำนวน 5 ราย และ 64 มิลลิกรัมต่อวัน จำนวน 1 ราย โดยรับประทานเพียง 1-3 วันเท่านั้น นอกจากนี้ยังพบยาจันทลีลาที่ช่วยลดไข้ได้ดีในผู้ให้ข้อมูล โดยเป็นยาแผนโบราณที่จัดอยู่ในกลุ่มยาแก้ไข้ที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศใช้ตามองค์ความรู้ดั้งเดิมในบัญชียาหลักแห่งชาติ ที่ประกอบด้วยสมุนไพรหลัก 8 ชนิด ได้แก่ โกงฐสอ โกงฐเขมา โกงฐจุฬาลัมพา จันทน์ขาวหรือจันทน์ขมด จันทน์แดง กระดอม บอระเพ็ด และปลาไหลเผือก สอดคล้องกับการศึกษาในคนสุขภาพดี โดยพบว่ายาจันทลีลาสามารถใช้ลดไข้ได้

โดยไม่มีผลต่อการเกาะกลุ่มและจำนวนเกล็ดเลือด²⁴ จากข้อมูลการศึกษาวิจัยจะเห็นว่า ยาฟ้าทะลายโจรและยาจันทลีลามีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาตามสรรพคุณ และมีความปลอดภัยสูง จึงไม่พบอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในกลุ่มผู้ให้ข้อมูล

2. การดูแลตนเองด้านจิตใจ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลเมื่อรู้ว่าป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในช่วงแรกจะรู้สึกกลัวและกังวลเกี่ยวกับโรค แต่ก็สามารถผ่านพ้นไปได้ โดยการดูแลตนเองด้านจิตใจ ประกอบด้วย การฝึกหายใจผ่อนคลายเป็นระยะ มีการทบทวนธรรมเป็นประจำ ใช้เทคนิคการทำใจให้หายโรคเร็ว และการไม่ยึดติดกับชีวิต ซึ่งวิธีการดังกล่าวทำให้รู้สึกผ่อนคลาย โดยความรู้สึกนี้จะช่วยกระตุ้นให้ร่างกายหลั่งสาร เอ็นโดฟิน ทำให้ระบบการทำงานของเซลล์ดีขึ้น นอกจากนี้ยังสร้างเม็ดเลือดขาวให้แข็งแรง หากจิตใจห่อเหี่ยวทุกข์ใจ ร่างกายจะหลั่งอะดรีนาลินหรือสารความทุกข์ ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันทำงานได้ไม่ดี^{21,25} สอดคล้องกับ Klachachon²⁶ ที่กล่าวว่า เมื่อไม่ทุกข์ใจ ชีวิตก็จะไม่เสียพลังไปผลักดันทุกข์ออก พลังนั้นก็จะกลับมาทั้งหมด ทำให้ร่างกายแข็งแรง สลายโรคและผลักดันโรคออกไปได้ดี นอกจากนี้การมีสติอยู่กับปัจจุบัน ประคองใจ ไม่ให้หวั่นไหว ไม่วิตกกังวล ไม่กลัวโรค และไม่กลัวตาย¹⁵ การพิจารณาไตรลักษณ์ที่ถูกตรง คือ ตั้งสติมาปฏิบัติ โดยพิจารณาความจริงดังกล่าวซ้ำ ๆ ในขณะที่จับอาการและความคิดของกิเลสได้ จะทำให้ละหน่ายคลายจากกิเลส ซึ่งผลของหมั่นฝึกจิตวิญญานอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาหนึ่งย่อมส่งผลให้ผู้นั้นเกิดศรัทธาในเรื่องบาปและบุญที่จะถูกบันทึกเก็บไว้ในจิต ทำให้ผู้นั้นยอมรับและเชื่อมั่นในเรื่องกฎแห่งกรรม²⁷ เพราะการปฏิบัติดังกล่าว จะส่งผลให้จิตมีพลังงานด้านบวกที่สามารถรู้เท่าทันความกลัวต่อโรคภัย และเมื่อมีจิตที่เข้มแข็งก็สามารถเยียวยาสุขภาพกายภายนอกได้ ซึ่งพิสูจน์ให้เห็นแล้วว่า แนวทางปฏิบัตินี้ช่วยในการบำบัดโรคได้ทั้งทางกายและทางใจ ช่วยให้จิตอยู่กับปัจจุบัน สามารถทิ้งความนึกคิด ทำให้รู้สึกเบากายและใจ เพราะการหยุดความคิดช่วยบำบัดโรคต่าง ๆ ได้²⁸ และสอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องจิตอาสาแพทย์วิถีพุทธเพื่อมวลมนุษยชาติที่พบภาพรวมของผู้ที่ใช้การแพทย์วิถีธรรมในการดูแลสุขภาพ ร้อยละ 90.41 มีอาการดีขึ้นจากโรคเรื้อรังต่าง ๆ¹⁷

3. การดูแลตนเองด้านความสัมพันธ์ในสังคม พบว่า ประกอบด้วย การขอความช่วยเหลือจากคนในครอบครัว

และหมุ่มิตร และการกักตัวเองริบแจ้งสังคมคนรอบข้าง โดยการขอความช่วยเหลือจากคนในครอบครัวและหมุ่มิตรเป็นสิ่งสำคัญ เป็นแรงสนับสนุนที่เหนียวแน่นทำให้ปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างเต็มที่จากการได้รับการสนับสนุนทั้งด้านวัสดุสิ่งของ ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและวิธีการปฏิบัติตนต่าง ๆ และ การกักตัวเอง ริบแจ้งสังคมคนอยู่รอบข้างถือว่าเป็นความรับผิดชอบต่อสังคม การแสดงออกถึงความห่วงใยผู้อื่น ทำให้ไม่รับเชื้อเพิ่มและไม่แพร่เชื้อให้ผู้อื่น และเป็นแรงเหนียวแน่นให้กำลังใจ มั่นใจที่จะสู้กับโรคได้เป็นอย่างดีเนื่องจากมีบุคคลรอบข้างคอยสนับสนุนช่วยเหลือทั้งด้านจิตใจ สิ่งของวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ในการดูแลตนเอง และข้อมูลเกี่ยวกับโรค สอดคล้องกับ Klachachon¹⁵ ที่กล่าวถึงการสนับสนุนกับหมุ่มิตรดี สังคม สิ่งแวดล้อมดี และลดกิเลสช่วยเหลือผู้อื่นไปพร้อมกับการลดกิเลสของตน เป็นสูตรแห่งการรักษาโรคที่เร็วและแรงที่สุดในโลก¹⁸ ซึ่ง 1 ในวิธีการ 5 ข้อ ในการแก้ปัญหาทุกปัญหาในโลก คือ คบและเคารพมิตรดี²⁵ ที่จะนำพาให้สามารถฝ่าวิกฤตหรืออุปสรรคของโรคนั้น ๆ ไปได้ และสอดคล้อง Palang และ Nunuan²⁹ ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ที่ต้องเผชิญในขณะที่เจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุป วิธีการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบายจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในมุมมองตามประสบการณ์ของผู้เคยเข้าค่ายสุขภาพแพทย์วิถีธรรม ประกอบด้วย 3 ประเด็นหลัก ดังนี้ 1) การดูแลด้านร่างกาย ได้แก่ การดื่มน้ำ และการรับประทานอาหารสมุนไพร การกัวชากดจุดลมปราณและฤๅษีดัดตน การสูตรสมุนไพรรักษาโรค การกลั้วคอ การสวนล้างจมูก การรับประทานฟ้าทะลายโจรและยาจันทลีลา 2) การดูแลตนเองด้านจิตใจ ได้แก่ การฝึกหายใจผ่อนคลายเป็นระยะ การทบทวนธรรมเป็นประจำ การใช้เทคนิคการทำใจให้หายโรคเร็ว การไม่ยึดติดกับชีวิต และ 3) การดูแลตนเองด้านความสัมพันธ์ในสังคม ได้แก่ การขอความช่วยเหลือจากคนใน

ครอบครัวและหมุ่มิตร และการกักตัวเองริบแจ้งสังคมคนรอบข้าง

ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัยในครั้งนี้

1. กระทรวงสาธารณสุข ควรสนับสนุนให้เขตสุขภาพพัฒนาระบบเฝ้าระวังและส่งต่อผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รวมทั้งประชาสัมพันธ์ถึงประโยชน์และเพิ่มการเข้าถึงการใช้หลักการแพทย์วิถีธรรมให้กับกลุ่มผู้ติดเชื้อเพื่อลดความรุนแรงของโรค เพื่อการพึ่งพาตนเองของผู้ติดเชื้อในเบื้องต้นก่อนส่งโรงพยาบาล

2. สถานบริการสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรส่งเสริมชุมชนปลูกพืชผักสมุนไพรที่นำมาปรุงเป็นอาหารให้มากขึ้น ลดการใช้สารเคมี เน้นใช้อาหารเป็นยา รวมทั้งประชาสัมพันธ์วิธีการใช้และสรรพคุณ เพื่อเอื้อต่อการเข้าถึงได้ง่ายและราคาถูก เป็นการพึ่งพาทางสุขภาพตามแนวเศรษฐกิจพอเพียง

3. บุคลากรทางการแพทย์แผนไทยและบุคลากรด้านสาธารณสุข ควรศึกษา วิจัย อนุรักษ์และต่อยอดภูมิปัญญาไทยในการใช้สมุนไพร ผักพื้นบ้าน อาหารพื้นเมือง รวมทั้งยาไทยและนำข้อมูลที่ได้มาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนให้คำแนะนำการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่อยู่ในความรับผิดชอบต่อ โดยสร้างเครือข่ายพลังของชุมชนในลักษณะของสังคมออนไลน์ให้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะในงานวิจัยครั้งต่อไป

เพื่อศึกษาถึงประสบการณ์ดังกล่าวให้ชัดเจนขึ้น ในงานวิจัยครั้งต่อไป จึงควรศึกษาในประเด็นรูปแบบและลักษณะการใช้วิธีบำบัดที่เฉพาะเจาะจงในแต่ละวิธี เพิ่มกลุ่มประชากรในแต่ละพื้นที่ รวมทั้งศึกษาผลที่ได้ ผลข้างเคียง และอาการไม่พึงประสงค์ในแต่ละวิธีต่อไป เพื่อให้ผลการศึกษามีอ้างอิงไปยังประชากรและนำไปใช้ได้กว้างขวางมากขึ้น

References

1. Lake, M. A. What we know so far: COVID-19 current clinical knowledge and research. *Clinical Medicine* 2020; 20(2): 124-7.
2. European Centre for Disease Prevention and Control. Rapid risk assessment: Novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: increased transmission in the EU/EEA and the UK-sixth update. [Internet].2020 [cited 2021 August 20]; Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/en>
3. Buddhist Dhamma medicine volunteer. Report of health assessment records. Buddhist Dhamma medicine camp in Mukdahan Province. Vijjaram Institute; 2021. (in thai)
4. Yoddumnern-Attig B and Tangchonlatip K. Qualitative analysis: data management, interpretive and finding meaning. Nakhon Prathom: Institute for Population and Social Research; 2009. (in thai)
5. Lincoln and Guba. *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, CA: Sage; 1985.
6. Pavanand K, Webster HK, Yongvanitchit K, Dechatiwongse T. Antimalarial activity of *Tiliacora triandra* Diels against *Plasmodium falciparum* in vitro. *Phytotherapy Research* 1989; 3(5): 215-7.
7. Herbal Information Office Faculty of Pharmacy Mahidol University. Yanang food as medicine[Internet].2021 [cited 2021 August 20]; Available from: <https://pharmacy.mahidol.ac.th/th/knowledge/article/34>.(in thai)
8. Announcement of the National Drug System Development Board: National list of essential drugs B.E. 2561, announced on January 4, 2018, announced in the Government Gazette dated 19 January 2018 [Internet]. 2018 [cited 2022 June 4]; Available from http://ndi.fda.moph.go.th/drug_national/drugs. (in thai)
9. Siriwanarangsarn P. Doctors point out that lemon is beneficial for health, but can't be used to treat COVID-19. [Internet].2020 [cited 2021 August 1]; Available from: <https://workpointtoday.com/lime-covid-19/>. (in thai)
10. Evidence-Based Center for Thai Traditional Medicine and Herbs Pharmaceutical Group and Thai Traditional and Alternative Medicine Work Group, Chaophya Abhaibhubejhr Hospital, Prachinburi Province. Health care manual for people in the epidemic situation of COVID-19, wave 3 with the science of Thai traditional medicine and herbs; 2021. (in thai).
11. Ahkam, Ahmad Hafidul., Hermanto, Feri Eko., Alamsyah Adzral., Aliyyah, Iva Himmatul., dan Fatchiyah, Fatchiyah. Virtual Prediction of Antiviral Potential of Ginger (*Zingiber officinale*) Bioactive Compounds Against PoSpike and MPro of SARS-CoV2 Protein. *Journal of Biological Researches*; 2020; 25(2): 52-7.
12. H Kim, C M Rebholz, Hegde S, LaFiura C, Raghavan M, Lloyd J F, Cheng S and S B Seidelmann. Plant-based diets, pescatarian diets and COVID-19 severity: a population-based case-control study in six countries. *MBJ journal*. 2021: 1-10.

13. Saenlee K, Eungpinichpong W, Chatchawan U. Effects of Guasa therapy for reducing neck and shoulder pain associated with myofascial trigger point in computer users. *J Med Tech Phy The*; 2014; 26(2): 169-79. (in thai)
14. Podduang R, Chandang A, Phiwsree O. The effect of Royal Thai Massage with Guassa technique in chronic neck pain. [Bachelor Degree of Thai Traditional Medicine]. Ubon Ratchathani: Ubon Ratchathani Rajabhat University; 2016. (in thai)
15. Klachachon J. Noble precepts to cure disease. Samut Sakhon: good print; 2018. (in thai)
16. Rattanachon M. Effects of the application of arm meridian acupressure techniques on neck and shoulder pain among participants in Vithi Dhamma medical camp: Naboon 2, Cha-uat District, Nakhon Si Thammarat Province. (Master's Thesis). Surin: Surin Rajabhat University; 2017. (in thai)
17. Pobkeeree V, Thapthim P. Evaluation of utilizing Buddhism alternative medicine. *J Thai Trad Alt Med* 2019; 17(2): 280-90. (in thai)
18. Leelanuntakul W, Saman N, Isasawin S, Obsoonthorn S, Nampuen S. The results of the Contorted hermit on blood pressure, heart rate Cardiopulmonary function in the elderly with primary hypertension. *Thammasat Medical Journal*, 2019; 19(2): 334-47. (in thai)
19. Asanasen P. Sinusitis important or not in the care of asthmatic patients. *clinic* 2016; 32(8): 802-935. (in Thai)
20. Bennett WD, Wu J, Fuller F, Balcazaret JR, Zeman KL, Duckworth H, et al. Duration of action of hypertonic saline on mucociliary clearance in the normal lung. *J Appl Physiol* 2015; 118: 1483-90.
21. Wang YH, Yang CP, Ku MS, Sun HL, Lue KH. Efficacy of nasal irrigation in the treatment of acute sinusitis in children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2009; 73(12): 1696-701.
22. Xiao-Yang Hu, Ruo-Han Wu, Martin Logue, et al. *Andrographis paniculata* (Chuan Xin Lian) for symptomatic relief of acute respiratory tract infections in adults and children: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE* 2017; 12(8): e0181780. doi: 10.1371/journal.pone.0181780.
23. Ratanarak D, Khemphet R, Poolwiwattanakul U, Nimitwilai S, Laotrakul O and Srimanee P. Efficacy and safety of *Andrographis paniculata* extract in co-treatment of COVID-19 patients with mild symptoms. Nakhon Pathom Hospital. *Journal of Medicine District 4-5*. 2021; 40(2):269-82.
24. Itthipanichpong R, Lupreechaset A, Chotewuttakorn S, et al. Effect of Ayurved Siriraj herbal recipe Chantaleela on platelet aggregation. *J Med Assoc Thai*. 2010; 93(1):115-22.
25. Aranyapongpaisan D. NK Cell (Natural Killer Cell). Library of Kasetsart University. [internet]. 2020. [cited 2021 August 11]. Available from <https://www.lib.ku.ac.th/eng/.index.php/covid-19/1054-nkcell>. (in thai)
26. Klachachon J. Self-reliance health manual: Pathologist through the COVID-19 crisis. Chiang Mai. Good Print; 2021. (in thai)

27. Vipassanathura institute. Benefit Vipassana Meditation. Project practice Vipassana meditation for people. [internet]. 2020. [cited 2021 December 10]. Available from <https://www.vipassanathai.org/main.php?url=about1&code=about20>. (in thai)
28. Phrakruwirojkanchanaket and Phragrusirikanchanabhiraksa. Vipassana meditation adding psychic power to the disaster of COVID-19: lessons from the Dalai Lama. Journal of Arts Management 2020; 4(2): 409-18. (in thai)
29. Palang C, Nunuan P. Social support and adaptation of cancer patients receiving services at the National Cancer Institute: case study research. Thai Cancer Journal 2020; 40(2): 62-75. (in thai)

บทความวิจัย

ผลการใช้โปรแกรมการพัฒนานักเรียนต้นแบบห่างไกลโควิด-19
ระดับประถมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น
The Effects of Using a Program of Student's Development Model
for Students against from Covid-19 virus,
Upper Primary School Level, A School in Khon Kaen Province

Received: Aug 13, 2021

Revised: Nov 11, 2021

Accepted: Mar 9, 2022

ธิดารัตน์ เลิศวิทยากุล ปร.ด. (Thidaratana Lertwittayakul, Ph.D.)¹โสภิษฐ์ นามขำ พย.ม. (Sophit Namkham, M.N.S.)²เสาวลักษณ์ ศรีตาเกษ ส.ด. (Saowaluk Seedakat, Dr.P.H.)³

บทคัดย่อ

บทนำ: โปรแกรมการพัฒนานักเรียนต้นแบบห่างไกลโควิด-19 ประกอบด้วยความรู้เรื่องไวรัสโควิด-19 และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 ทักษะการล้างมือ การสวมและถอดหน้ากากอนามัยที่ถูกต้อง และคุณลักษณะนักเรียนต้นแบบห่างไกลโควิด-19 เพื่อพัฒนานักเรียนเป็นต้นแบบให้เพื่อน ครอบครัว ในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ และลดความรุนแรง ที่มีผลกระทบต่อด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ และการศึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมการพัฒนานักเรียนต้นแบบห่างไกลโควิด-19 ระดับประถมศึกษาตอนปลาย

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักเรียนระดับประถมศึกษาตอนปลาย 36 คน โรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบแบ่งชั้นและสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการพัฒนานักเรียนต้นแบบเด็กไทยห่างไกลโควิด-19 แบบทดสอบความรู้เรื่องไวรัสโควิด-19 และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 แบบประเมินทักษะการล้างมือ การสวมและถอดหน้ากากอนามัยที่ถูกต้อง และแบบประเมินคุณลักษณะนักเรียนห่างไกลเชื้อโควิด-19 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test

ผลการวิจัย: นักเรียนต้นแบบห่างไกลโควิด-19 1) มีความรู้เรื่องไวรัสโควิด-19 และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 หลังการใช้โปรแกรม ($\bar{X} = 14.78$, $SD = 1.10$) สูงกว่าก่อนอบรม ($\bar{X} = 10.33$, $SD = 1.43$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($t = -20.558$) 2) มีทักษะการสวมและถอดหน้ากากอนามัยและการล้างมือที่ถูกต้องหลังการใช้โปรแกรม ระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 5.83$, $SD = 0.38$) 3) คุณลักษณะนักเรียนห่างไกลเชื้อโควิด-19 หลังการอบรม ระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 34.00$, $SD = 1.45$)

¹ Corresponding author ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเซีย
E-mail: thidaratana@cas.ac.th

² อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเซีย E-mail: sophit@cas.ac.th

³ อาจารย์ประจำวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น E-mail: saowaluk@scphkk.ac.th

^{1,2} Faculty of Nursing, College of Asian Scholars, Khon Kaen, Thailand.

³ Sirindhorn College of Public Health Khon kaen, Khon Kaen, Thailand.

สรุปผล: โปรแกรมการพัฒนานักเรียนต้นแบบห่างไกลโควิด-19 ที่พัฒนาขึ้น สามารถพัฒนานักเรียนต้นแบบห่างไกลโควิด-19 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ: ควรขยายการพัฒนานักเรียนให้มีคุณลักษณะห่างไกลโควิด-19 ให้ครอบคลุมทุกช่วงชั้นเรียน เพื่อให้มีความรู้ ปฏิบัติตนให้ถูกต้องตามมาตรฐาน และสร้างคุณลักษณะในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: นักเรียนต้นแบบ ระดับประถมศึกษาตอนปลาย โปรแกรมการพัฒนานักเรียนต้นแบบ ห่างไกลเชื้อโควิด-19

Abstract

Introduction: A program of student model development against the coronavirus disease of 2019 (COVID-19) contains: knowledge related to the COVID-19 and prevention of the COVID-19 spreading, hand washing skill, wearing and removing masks correctly, and the attribute of model students against the COVID-19 to develop students as role models for friends and family to protect themselves from infection, and effectively reduce violence that impacts health, society, economy, and education.

Research objectives: The study aimed to investigate the effects of using a program of student model development against the COVID-19, at upper primary school level in a school in Khon Kaen Province.

Methods: This was a quasi-experimental study. Participants included 36 students in an upper primary school in Khon Kaen Province. The stratified, and simple random sampling methods were used.

Instruments were program for developing student model against the COVID-19 (IOC=1.00), knowledge on the COVID-19 and prevention of a spread of COVID-19 ($p=.48$, $r=0.35$), skill assessment form for hand washing, wearing and removing mask (IOC = 0.67-1.00, $\alpha = 0.87$), and attribute assessment form against the COVID-19 (IOC=0.67-1.00, $\alpha=0.91$). These instruments were shown to be reliable and valid. Data were analyzed using descriptive statistics including mean, standard deviation, and paired samples T-test.

Results: The results indicated that student model against the COVID -19 reported: 1) At follow-up, knowledge level and prevention of the COVID-19 spreading ($\bar{X}=14.78$, $SD=1.10$) was significantly higher than at baseline ($\bar{X}=10.33$, $SD=1.43$, $p<0.05$, $t=-20.558$); 2) At follow-up, skill level in wearing and removing the mask and washing hands properly was at the highest level ($\bar{X}= 5.83$, $SD=0.38$); 3) At follow-up, attribute of students against the COVID-19 was at the highest level ($\bar{X}= 34.00$, $SD=1.45$)

Conclusions: The results of the study support that the program of student model development against the COVID-19 can effectively develop student model against the COVID-19.

Implications: Student development should be expanded to have characteristics that against the COVID-19. It should cover all classrooms to gain knowledge, correctly practice based on the standard, and create the attribute to effectively prevent the COVID-19 spreading.

Keywords: Student Model, Upper Primary School, Student

บทนำ

สถานการณ์ปัจจุบันปัญหาเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 เป็นปัญหาสำคัญของสาธารณสุข โดยพบการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (Covid-19) ครั้งแรกที่เมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน โดยกระทรวงสาธารณสุขไทยประกาศให้โรคไวรัสโคโรนาเป็น "โรคติดต่ออันตราย" ที่ต้องเฝ้าระวัง ปัญหาการระบาดของโรคไวรัสโคโรนาปัจจุบันมีความรุนแรง และเป็นวงกว้างขนาดใหญ่ ทั้งทวีปเอเชีย อเมริกา และยุโรป โดยประเทศที่มีการติดเชื้อสูงสุด ได้แก่ ประเทศจีน เกาหลีใต้ สิงคโปร์ ฮองกง สหรัฐ ไต้หวัน มาเลเซีย อิตาลี ออสเตรเลีย อิหร่าน เยอรมนี เวียดนาม และฝรั่งเศส เป็นต้น และมียอดผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นและทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งส่งผลกระทบให้เกิดภาวะเจ็บป่วยตั้งแต่รุนแรงน้อยจนกระทั่งเสียชีวิตในที่สุด¹ ปัจจุบันการระบาดยังแพร่กระจายไปทั่วโลก มีจำนวนผู้ติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ที่ได้รับการยืนยัน ข้อมูล ณ วันที่ 28 ตุลาคม 2564 จำนวน 246,724,884 คน จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ (New Cases) จำนวน 466,550 คน จำนวนผู้เสียชีวิต (Deaths) 5,003,934 คน รักษาหาย (Recoveries) จำนวน 22,3515,804 คน และ สำหรับประเทศไทย มีจำนวนผู้ติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ที่ได้รับการยืนยัน จำนวน 1,884,968 คน จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่จำนวน 9,658 คน จำนวนผู้เสียชีวิต 19,006 คน รักษาหาย 1,766,823 คน² แสดงให้เห็นว่าการแพร่กระจายเชื้อยังคงเพิ่มขึ้น ถึงแม้ว่าจะมีแนวโน้มลดลงอย่างช้าๆ เพราะทุกประเทศกำลังเร่งให้ประชาชนได้รับวัคซีน เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันโรค จากสภาพการระบาดของโรคมีผลกระทบอย่างรุนแรงไปทั่วโลกและมีผลด้านการล่มสลายของระบบเศรษฐกิจ การศึกษา ครอบครัวยุคและสังคมอย่างมาก และส่งผลให้ระบบสุขภาพเกิดความขาดแคลนทรัพยากรทั้งบุคลากรด้านสาธารณสุข ยา เวชภัณฑ์ เครื่องช่วยหายใจ ระบบการรับเข้ารักษาพยาบาล

สถานการณ์การติดเชื้อโควิด-19 ที่กำลังคุกคามภาวะสุขภาพของประชากร ซึ่งเป็นปัญหาที่เกิดผลกระทบร้ายแรงทั้งระยะสั้นและระยะยาว โดยเฉพาะมีผลต่อสุขภาพโดยตรงต่อระบบทางเดินหายใจทั้งภาวะเฉียบพลัน และเรื้อรัง เกิดการเสียชีวิตในกลุ่มเสี่ยง ส่งผลกระทบด้านเศรษฐกิจอย่างรุนแรงจากนโยบายปิดประเทศ ทำให้การส่งออกชะงัก เกิดภาวะตกงานอย่างมากมาย ส่งผลให้มีผู้ว่างงานในปี 2563 จำนวน

2.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 6.78 % รวม 4 ไตรมาส จะเห็นว่าสถิติการว่างงานเมื่อเทียบกับช่วงไตรมาสเดียวกันจาก พ.ศ. 2562 มีอัตราการว่างงานเพิ่มขึ้นอย่างมาก³ นอกจากนั้นผลกระทบต่อนักศึกษามีความรุนแรงเช่นกัน โดยสถานศึกษาหลายแห่งทุกระดับต้องหยุดการเรียนการสอน ส่งผลให้นักเรียนนักศึกษา ต้องปรับตัวเองอย่างมากในการเรียนออนไลน์ 100% ส่งผลต่อสภาพจิตใจของนักเรียนในการเรียนออนไลน์ เช่น การเรียนไม่รู้เรื่อง ขาดการปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนและสังคมเป็นอย่างมาก

จากการระบาดทั่วโลก มีการรณรงค์ให้ประชาชนได้รับภูมิคุ้มกันโรค ที่เรียกว่า การให้วัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ถึงแม้ว่าจะฉีดวัคซีน แต่ยังคงต้องปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติ MDHTT ต่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา ของกรมควบคุมโรค ซึ่งความหมายของ MDHTT ได้แก่ M : Mask Wearing สวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยตลอดเวลา D : Social Distancing เว้นระยะห่าง 1-2 เมตร เลี่ยงการอยู่ในที่แออัด H : Hand Washing ล้างมือบ่อยๆ ด้วยน้ำและสบู่ หรือเจลแอลกอฮอล์ T : Testing การตรวจวัดอุณหภูมิและตรวจหาเชื้อโควิด 19 ในกรณีที่มีอาการเข้าข่าย T: Thai Cha Na สแกนไทยชนะก่อนเข้า-ออกสถานที่สาธารณะทุกครั้ง เพื่อให้มีข้อมูลในการประสานงานได้ง่ายขึ้น⁴ ซึ่งมาตรการเหล่านี้ได้ถูกนำมาใช้ควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในสถานศึกษาอย่างเคร่งครัด

การรู้เท่าทันด้านสุขภาพจึงเป็นความรู้ที่มีความสำคัญสำหรับมนุษย์ทุกช่วงวัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งช่วงวัยเด็กเป็นกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อง่ายเนื่องจากภูมิคุ้มกันในร่างกายยังเจริญไม่เต็มที่ โดยเฉพาะเด็กวัยเรียนช่วงอายุ 6-12 ปี ถือเป็นทรัพยากรที่สำคัญและมีค่าอย่างยิ่งสำหรับประเทศ และเป็นช่วงที่เด็กเรียนรู้ได้ทุกด้าน ความสามารถที่เพิ่มขึ้นทุกอย่างจะกระตุ้นการทำงานและพัฒนาการของสมองช่วงนี้เป็นช่วงที่เด็กใช้เวลาอยู่ในโรงเรียนเป็นส่วนใหญ่ ต้องปรับตัวทั้งด้านการเรียน กฎระเบียบและปรับตัวให้เข้ากับครูและเพื่อน เด็กจะพัฒนาความสามารถอย่างรวดเร็วทั้งร่างกาย จิตใจ ความคิด การใช้ภาษาและการแก้ปัญหา โดยนำความรู้ที่ได้มาปรับใช้จนมีความมั่นใจในตนเอง มีพื้นฐานมั่นคงและสามารถดำเนินชีวิตในโรงเรียนได้อย่างมีความสุขและสบายใจ แต่ถ้าพัฒนาการในวัยนี้หยุดชะงักหรือมีปัญหาที่

ไม่ได้รับการช่วยเหลือ จะส่งผลต่อการเข้าระยะวัยรุ่นและกลายเป็นปัญหาสะสมเรื้อรังต่อไปในอนาคต ปัจจุบันสภาพโครงสร้างของครอบครัวและสังคมไทย แนวทางการดำรงชีวิต รวมถึงวิวัฒนาการและความเจริญในด้านต่างๆ ได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก และส่งผลกระทบต่อสุขภาพ พัฒนาการและการเรียนรู้ของเด็กวัยเรียนทั้งเชิงบวกและเชิงลบ⁵ จากความสำคัญของปัญหานี้ผู้วิจัยได้มองเห็นความสำคัญและมีความจำเป็นที่ต้องให้ความรู้และการปฏิบัติตนที่ถูกต้องในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ Covid-19 โดยพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องไวรัสโควิด-19 และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 โดยใช้โครงการเป็นฐานการเรียนรู้สำหรับนักเรียนโรงเรียนแห่งหนึ่ง จังหวัดขอนแก่น ระดับประถมศึกษาตอนปลาย โดยจัดฐานการเรียนรู้ 3 ฐาน ได้แก่ ฐานที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับเชื้อโควิด-19 และความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 ฐานที่ 2 การล้างมือ การสวมและถอดหน้ากากอนามัยอย่างถูกวิธี และฐานที่ 3 การประเมินคุณลักษณะนักเรียนห่างไกลโควิด-19 ผู้วิจัยได้นำเอาทฤษฎีการเรียนรู้โดยเน้นการลงมือทำ การลงมือปฏิบัติจริง ซึ่งผู้เรียนได้กระทำสิ่งต่างๆด้วยตนเอง ผ่านการปฏิบัติการจริงฝึกในสภาพสิ่งแวดล้อมจริง ฝึกคิดและลงมือทำสิ่งต่างๆ ด้วยตนเอง เป็นรูปแบบการจัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมที่ดีด้านการป้องกันสุขภาพ และสามารถเป็นต้นแบบให้กับเพื่อน ครอบครัว และตระหนักผู้รับผิดชอบต่อสังคม

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินผลการใช้โปรแกรมการพัฒนานักเรียนต้นแบบห่างไกลโควิด-19 ระดับประถมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น ดังนี้

1. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ไวรัสโควิด-19 และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการพัฒนานักเรียนต้นแบบห่างไกลโควิด-19 ระดับประถมศึกษาตอนปลาย
2. ประเมินทักษะการล้างมือและการสวมและถอดหน้ากากอนามัยที่ถูกต้อง ระหว่างการใช้โปรแกรมการพัฒนานักเรียนต้นแบบห่างไกลโควิด-19 ระดับประถมศึกษาตอนปลาย
3. ประเมินค่าเฉลี่ยคุณลักษณะเด็กไทยห่างไกล

โควิด-19 หลังการใช้โปรแกรมการพัฒนานักเรียนต้นแบบห่างไกลโควิด-19 ระดับประถมศึกษาตอนปลาย

สมมติฐานการวิจัย

โปรแกรมการพัฒนานักเรียนต้นแบบห่างไกลโควิด-19 มีผลต่อความรู้ ทักษะและคุณลักษณะเด็กไทยห่างไกลโควิด-19

1. คะแนนเฉลี่ยความรู้ไวรัสโควิด-19 และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 ของนักเรียนระดับประถมศึกษาตอนปลาย หลังการใช้โปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ
2. คะแนนเฉลี่ยทักษะการล้างมือ การสวมและถอดหน้ากากอนามัยที่ถูกต้อง ระหว่างการใช้โปรแกรมฯ อยู่ในระดับดี
3. คุณลักษณะเด็กไทยห่างไกลโควิด-19 หลังการใช้โปรแกรมฯ อยู่ในระดับมาก

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลาย (ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6) โรงเรียนมณีนุสสรณ์ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 162 คน

1. การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้เกณฑ์คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง 15-30% ของจำนวนประชากรหลักร้อยละของบุญชม ศรีสะอาด (2543)⁶ ดังนี้

$$\text{ขนาดกลุ่มตัวอย่าง} = 162 \times 15/100 = 24.30 \text{ คน}$$

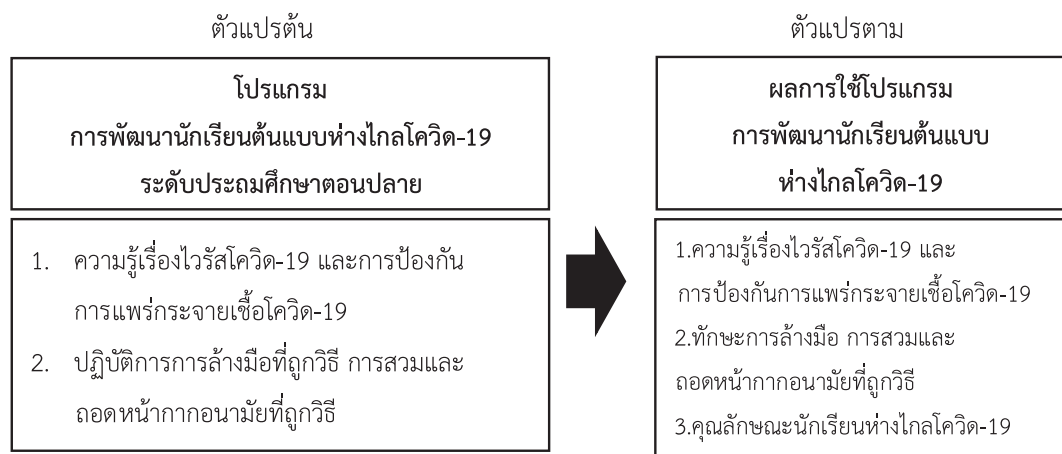
$$\text{ขนาดกลุ่มตัวอย่าง} = 162 \times 30/100 = 48.60 \text{ คน}$$

$$\text{ผู้วิจัยตัดสินใจ ใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง } 24.30 + 48.60/2 = 72.90/2 = 36.45 = 36 \text{ คน}$$

2. ขั้นตอนของการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง (Sampling) ดังนี้

ขั้นที่ 1 สุ่มแบบแบ่งชั้น โดยการแบ่งกลุ่มนักเรียนตามช่วงชั้นเรียน ที่นักเรียนเรียนอยู่ ได้แก่ ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 จากนั้นสุ่มห้องเรียนชั้นละ 1 ห้องเรียน โดยกำหนดสัดส่วน 1:3 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างชั้นละ 12 คน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีการกระจายกัน

กรอบแนวคิดการวิจัย



ขั้นที่ 2 สุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยนำรายชื่อของนักเรียนในชั้นเรียนที่สุ่มได้ จับฉลากแบบไม่ใส่กลับ ได้ชั้นละ 12 คน รวมทั้งสิ้น 36 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1. โปรแกรมการพัฒนานักเรียนต้นแบบห่างไกลโควิด-19 ระดับประถมศึกษาตอนปลาย ประกอบด้วย ความรู้เรื่องไวรัสโควิด-19 และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 การปฏิบัติการล้างมือ การสวมและถอดหน้ากากอนามัยที่ถูวิธี และคุณลักษณะนักเรียนห่างไกลโควิด-19

2. แบบทดสอบความรู้เรื่องไวรัสโควิด-19 และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 จำนวน 20 ข้อ แบบ 4 ตัวเลือก ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน ครอบคลุมเนื้อหาความรู้เรื่องเชื้อไวรัสโควิด-19 จำนวน 5 ข้อ อาการและอาการแสดง จำนวน 5 ข้อ การแพร่กระจายเชื้อ จำนวน 5 ข้อ และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ จำนวน 5 ข้อ มีค่าคะแนน 0-20 คะแนน

3. แบบประเมินทักษะการล้างมือ การสวมและถอดหน้ากากอนามัยที่ถูวิธี แบบรูบริค 3 ระดับ น้อย ปานกลาง และมาก ดังตารางที่ 1

เกณฑ์แปลผล ค่าคะแนน ดังนี้ 1.00-1.50 คือ พอใช้ 1.51-2.50 คือ ดี 2.51-3.00 คือ ดีมาก

ตารางที่ 1 เกณฑ์คะแนนรูบริค การประเมินทักษะการสวมและถอดหน้ากากอนามัยและการล้างมือที่ถูวิธี

เกณฑ์	ระดับคุณภาพ		
	3 มาก	2 ปานกลาง	1 น้อย
1. ทักษะการล้างมือ 7 ขั้นตอน	นักเรียนสามารถล้างมือได้ถูวิธีทุกขั้นตอน ทั้ง 7 ขั้นตอน	นักเรียนสามารถล้างมือได้ถูวิธี แต่ข้ามขั้นตอนอย่างน้อย 1 ขั้นตอน	นักเรียนสามารถล้างมือไม่ถูวิธี และข้ามขั้นตอนอย่างน้อย 2 ขั้นตอน
2. ทักษะการสวมและทิ้งหน้ากากอนามัย	นักเรียนสามารถสวมและทิ้งหน้ากากอนามัยได้ถูกต้องทั้ง 2 ขั้นตอน	นักเรียนสามารถสวมและทิ้งหน้ากากอนามัยได้ถูกต้องอย่างน้อย 1 ขั้นตอน	นักเรียนไม่สามารถสวมและทิ้งหน้ากากอนามัยได้ถูกต้องทุกขั้นตอน

4. แบบประเมินคุณลักษณะนักเรียนห่างไกลโควิด-19 ข้อสอบเป็นแบบสถานการณ์ 4 ตัวเลือก จำนวน 10 ข้อ คะแนนอยู่ระหว่าง 1-4 (คะแนนรวม 40 คะแนน) โดย ตัวเลือกที่ได้ 4 คะแนน คือ แสดงคุณลักษณะที่เหมาะสมระดับมากที่สุด ตัวเลือกที่ได้ 3 คะแนน คือ แสดงคุณลักษณะที่เหมาะสมระดับมาก ตัวเลือกที่ได้ 2 คะแนน คือ แสดงคุณลักษณะที่เหมาะสมระดับพอใช้ ตัวเลือกที่ได้ 1 คะแนน คือ แสดงคุณลักษณะที่เหมาะสมระดับน้อย โดยแบ่งช่วงคะแนนรวมดังนี้

0-10 คะแนน หมายถึงตัวเลือกนั้น มีคุณลักษณะที่เหมาะสมระดับ น้อย

11-20 คะแนน หมายถึงตัวเลือกนั้น มีคุณลักษณะที่เหมาะสมระดับ พอใช้

21-30 คะแนน หมายถึงตัวเลือกนั้น มีคุณลักษณะที่เหมาะสมระดับ มาก

31-40 คะแนน หมายถึงตัวเลือกนั้น มีคุณลักษณะที่เหมาะสมระดับ มากที่สุด

ลักษณะคำถามเป็นสถานการณ์ในการเลือกปฏิบัติ หรือตัดสินใจอย่างเหมาะสมในสถานการณ์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ความตรงของเครื่องมือ (Validity) ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของโปรแกรมด้านความรู้และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 ที่ผู้วิจัยสังเคราะห์ขึ้น โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านเป็นอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านวิทยาการระบาด 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 1 ท่าน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านหลักสูตรและการจัดการเรียนการสอน 1 ท่าน ทำการตรวจสอบและนำมาคำนวณค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ที่มีค่าสอดคล้องระหว่างความรู้กับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหา (Index of Item Objective Congruence: IOC) ได้ค่าเท่ากับ 1.00

2. แบบทดสอบความรู้เรื่องไวรัสโควิด-19 และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความยากง่ายและค่าอำนาจจำแนก ได้ค่าความยากง่าย (p) เท่ากับ 0.48 และค่าอำนาจจำแนก (r) เท่ากับ 0.35

3. แบบประเมินทักษะการล้างมือ การสวมและถอดหน้ากากอนามัยที่ถูกต้อง ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงเนื้อหา

(IOC) เท่ากับ 0.67-1.00 ค่าความเที่ยงได้ทำการหาด้วยค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.87

4. แบบประเมินคุณลักษณะนักเรียนห่างไกลโควิด-19 ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 0.67-1.00 ค่าความเที่ยงได้ทำการหาด้วยค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.91

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากคณะพยาบาลศาสตร์ ถึงผู้อำนวยการโรงเรียน และหนังสือขออนุญาตผู้ปกครองในการเข้าร่วมอบรมในโปรแกรมการพัฒนานักเรียนต้นแบบห่างไกลโควิด-19 ระดับประถมศึกษาตอนปลาย

2. ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้น โดยจัดเป็นฐานการเรียนรู้ 3 ฐานการเรียนรู้ จัดกลุ่มนักเรียนตามชั้นเรียน กลุ่มละ 12 คน จำนวน 3 กลุ่ม หมุนเวียนเข้าอบรมในแต่ละฐานการเรียนรู้ ใช้เวลาทั้งสิ้น 2 ชั่วโมง 15 นาที ดังนี้

ฐานที่ 1 ฐานความรู้เรื่องไวรัสโควิด-19 และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 ใช้เวลา 45 นาที

ฐานที่ 2 ฐานปฏิบัติการการล้างมือ การสวมและถอดหน้ากากอนามัยที่ถูกต้อง ใช้เวลา 45 นาที

ฐานที่ 3 ฐานประเมินคุณลักษณะนักเรียนห่างไกลโควิด-19 ใช้เวลา 45 นาที

3. ผู้วิจัยดำเนินการทดสอบความรู้ก่อนและหลังอบรม และประเมินทักษะการล้างมือ การสวมและถอดหน้ากากอนามัยที่ถูกต้อง ระหว่างการอบรม และประเมินคุณลักษณะเด็กไทยห่างไกลโควิด-19 หลังการอบรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การทดสอบความรู้ก่อนและหลังการอบรม ใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ paired t-test

2. ประเมินทักษะการล้างมือ การสวมและถอดหน้ากากอนามัยที่ถูกต้อง ใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. การประเมินคุณลักษณะนักเรียนห่างไกลโควิด-19

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการควบคุมด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ขอนแก่น รหัส SCPHKKIRB63083 เมื่อวันที่ 17 สิงหาคม พ.ศ. 2563 ผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลจาก คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย
2. ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยและขอความร่วมมือจากผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างในการให้ข้อมูลที่ตรงตามความเป็นจริง
3. ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเก็บไว้เป็นความลับ เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลเสร็จสมบูรณ์
4. กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ตลอดเวลา

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักเรียนระดับประถมศึกษา

ตอนปลาย จำนวน 36 คน พบว่า นักเรียนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 22 คน (61.11%) รองลงมาเป็นเพศชาย จำนวน 14 คน (38.89%) แบ่งเป็นระดับชั้นเท่าๆ กัน ดังนี้ ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 12 คน ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 จำนวน 12 คน ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 12 คน ดังตารางที่ 2

2. ผลความรู้การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 ของนักเรียนต้นแบบระดับประถมศึกษาตอนปลาย

พบว่ามีความรู้หลังการอบรม ($\bar{X} = 14.78$, $SD = 1.10$) สูงกว่าก่อนอบรม ($\bar{X} = 10.33$, $SD = 1.43$) แสดงว่านักเรียนมีความรู้เรื่องไวรัสโควิด-19 และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 หลังอบรมโปรแกรมการพัฒนานักเรียนต้นแบบห่างไกลโควิด-19 ระดับประถมศึกษาตอนปลาย สูงกว่าก่อนอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ดังตารางที่ 3

3. ผลการประเมินทักษะการล้างมือ การสวมและถอดหน้ากากอนามัยที่ถูกต้อง

คะแนนเฉลี่ยทักษะการล้างมือ การสวมและถอดหน้ากากอนามัยที่ถูกต้อง พบว่า นักเรียนสามารถปฏิบัติตามวิธีการล้างมือที่ถูกต้อง และการสวมและทิ้งหน้ากากอนามัยได้ถูกต้อง ภาพ

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ ระดับชั้น

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ	ชาย	14	61.11
	หญิง	22	38.89
2. ระดับชั้น	ป.4	12	33.33
	ป.5	12	33.33
	ป.6	12	33.33

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ไวรัสโควิด-19 และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 ของนักเรียนต้นแบบระดับประถมศึกษาตอนปลาย (n=36)

ความรู้	$\bar{X}$	SD	t	df	p-value
ก่อนอบรม	10.33	1.43	-20.558	35	.000
หลังอบรม	14.78	1.10		35	

p-value < 0.05

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ยทักษะการล้างมือ การสวมและถอดหน้ากากอนามัยที่ถูกต้อง

ทักษะ	$\bar{X}$	SD	แปลผล
การล้างมือที่ถูกต้อง (คะแนนเต็ม 3)	2.92	0.28	ดีมาก
การสวมและถอดหน้ากากอนามัยได้ถูกต้อง (คะแนนเต็ม 3)	2.89	0.32	ดีมาก
ภาพรวม (คะแนนเต็ม 6)	5.81	0.03	ดีมาก

ตารางที่ 5 คะแนนเฉลี่ยทักษะการล้างมือ การสวมและถอดหน้ากากอนามัยที่ถูกต้อง จำแนกตามระดับชั้นเรียน

ระดับชั้น ประถมศึกษา	n	ทักษะ		แปลผล	ทักษะ		แปลผล
		การล้างมือที่ถูกรวิธี			การสวมและถอดหน้ากาก อนามัยที่ถูกรวิธี		
		$\bar{X}$	SD		$\bar{X}$	SD	
ปีที่ 4	12	3.00	0.00	ดีมาก	2.92	0.29	ดีมาก
ปีที่ 5	12	2.92	0.29	ดีมาก	2.92	0.29	ดีมาก
ปีที่ 6	12	2.83	0.39	ดีมาก	2.83	0.39	ดีมาก
โดยรวม	36	2.92	0.28	ดีมาก	2.89	0.32	ดีมาก

รวมระดับดีมาก ($\bar{X} = 5.83$, $SD = 0.38$) จากคะแนนเต็ม 6 คะแนน ดังตารางที่ 4

หากจำแนกทักษะการล้างมือ การสวมและถอดหน้ากากอนามัยที่ถูกต้อง ตามระดับชั้นพบว่า นักเรียนระดับชั้นปีที่ 4 มีคะแนนเฉลี่ยด้านทักษะการล้างมือสูงสุด ($\bar{X} = 3.00$, $SD = 0.00$) รองลงมา คือนักเรียนระดับชั้นปีที่ 5 ($\bar{X} = 2.92$, $SD = 0.29$) และ 6 ($\bar{X} = 2.83$, $SD = 0.39$) ตามลำดับ ส่วนทักษะการสวมและถอดหน้ากากอนามัย พบว่า นักเรียนระดับชั้นปีที่ 4 และ 5 มีคะแนนเฉลี่ยด้านทักษะการสวมและถอดหน้ากากอนามัยสูงสุด ($\bar{X} = 2.92$, $SD = 0.29$) รองลงมาคือนักเรียนระดับชั้นปีที่ 6 ($\bar{X} = 2.83$, $SD = 0.39$) ดังตารางที่ 5

จากตารางที่ 5 แสดงให้เห็นว่านักเรียนมีทักษะในการล้างมือ การสวมและถอดหน้ากากอนามัยที่ถูกต้องระดับดีมาก ซึ่งสามารถนำไปปฏิบัติในชีวิตจริงและป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโควิด-19 ได้

4. ผลประเมินคุณลักษณะนักเรียนทางไกลโควิด-19 ระดับนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย

พบว่า หลังการอบรมโปรแกรมการพัฒนานักเรียนต้นแบบทางไกลโควิด-19 กลุ่มตัวอย่างมีคุณลักษณะเด็กไทยทางไกลโควิด-19 ระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 33.64$, $SD = 1.46$) จากคะแนนเต็ม 40 คะแนน ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 คุณลักษณะเด็กไทยท่ามกลางโควิด-19 ระดับนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย

คะแนน (จากคะแนนเต็ม 40 คะแนน)	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
32	7	19.44	
33	9	25.00	
34	4	11.11	
35	9	25.00	
36	7	19.44	
	$\bar{X}$	SD	แปลผล
คุณลักษณะนักเรียนท่ามกลางโควิด-19	34.00	1.45	มากที่สุด

อภิปรายผล

การวิจัยเรื่องผลการใช้โปรแกรมการพัฒนานักเรียนต้นแบบท่ามกลางโควิด-19 ระดับประถมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. การให้ความรู้ไวรัสโควิด-19 และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 หลังอบรมสูงกว่าก่อนเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 อภิปรายผลได้ว่า การจัดการเรียนรู้ในแต่ละฐานการเรียนรู้ มีกิจกรรมที่หลากหลาย เช่น สันทนาการ การเล่นเกม ให้ความรู้ การสาธิต การปฏิบัติจริง ซึ่งผู้เรียนได้หมุนเวียนเปลี่ยนบรรยากาศการเรียนรู้ไปที่ละฐานจนครบทั้ง 3 ฐาน โดยนักเรียนจะถูกแบ่งเป็นกลุ่มย่อย สอดคล้องกับหลักการรูปแบบการเรียนรู้เชิงรุก (Active Learning) ที่ Skinner; Goss; & Berntein 7 ได้กล่าวไว้ว่าเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมและมีบทบาทในการเรียนรู้ของตนเองมากกว่าการรับความรู้มาใช้โดยเป็นผู้รับเพียงฝ่ายเดียว การที่ผู้เรียนได้กระทำการสิ่งต่างๆ ได้ด้วยตนเองและการนำไปสู่การคิดเกี่ยวกับสิ่งที่ตนกำลังกระทำอยู่นั้นเป็นการเรียนรู้ที่มีคุณค่า ทำทลายความรู้ความสามารถและความสนใจของผู้เรียน และสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการสอนสุขศึกษาที่มีต่อความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ เรื่องสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ ของนักเรียนชั้นประถมศึกษา โรงเรียนชุมชนวัดเขี้ยวโอสถ จังหวัดนครนายก พบว่า โปรแกรมการสอนสุขศึกษา

ด้วยหนังสือนิทานสามารถส่งเสริมให้นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 มีความรู้และพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ดังนั้นการจัดโปรแกรมอบรมแก่นักเรียน ต้องมีการจัดกิจกรรมแบบผสมผสานทั้งความรู้ และการปฏิบัติจริง⁸

2. ทักษะการปฏิบัติกำกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 ระดับมากที่สุด อภิปรายผลได้ว่า โปรแกรมเชิงปฏิบัติการที่ดำเนินการให้ความรู้แก่นักเรียน ได้เน้นการลงมือปฏิบัติจริง ดังที่ John Dewey ได้มีแนวคิด “Learning by doing” “หรือการเรียนรู้โดยการปฏิบัติจริง”⁹ เป็นแนวคิดเรื่องการปรับตัว ที่ตระหนักเรื่อง “การปรับตัว” ให้เหมาะสมกับสิ่งแวดล้อมเป็นเรื่องสำคัญและจะต้องนำไปใช้เป็นแนวคิดของการจัดการศึกษา หรือเป็นแก่นแห่งการศึกษา มนุษย์ต้องเผชิญกับปัญหา จึงต้องฝึกให้มนุษย์แก้ปัญหา เพื่อให้เกิดการเรียนรู้จากการกระทำ ฝึกปฏิบัติ ฝึกคิด ฝึกลงมือทำ ฝึกทักษะกระบวนการต่างๆ ประสบการณ์ที่มนุษย์พบหรือเผชิญ ซึ่งประสบการณ์หรือทักษะที่ให้นักเรียนปฏิบัติประกอบด้วย การล้างมือที่ถูกวิธี 7 ขั้นตอน และการสวมและทิ้งหน้ากากอนามัยที่ถูกต้อง การฝึกทักษะนี้สอดคล้องกับแนวปฏิบัติของสถานศึกษาในการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 ที่เน้นความสำคัญด้านการเตรียมความพร้อมก่อนการเปิดโรงเรียน โดยมีมาตรการควบคุมหลักในมิติการดำเนินงานเพื่อความปลอดภัยจากการลดการแพร่เชื้อโรค 6 ข้อปฏิบัติในสถานศึกษาได้แก่ คัดกรองวัดไข้ สวมหน้ากากอนามัย ล้างมือ เว้น

ระยะห่าง ทำความสะอาด และ ลดแออัด¹⁰

3. คุณลักษณะเด็กไทยห่างไกลโควิด-19 กลุ่มตัวอย่างมีคุณลักษณะเด็กไทยห่างไกลโควิด-19 ระดับมากที่สุด อภิปรายผลได้ว่าการพัฒนานักเรียนต้นแบบโดยการให้โปรแกรมความรู้ ทักษะการปฏิบัติแล้ว นักเรียนต้องแสดงคุณลักษณะที่แสดงถึงการห่างไกลการติดเชื้อได้ รวมถึงต้องสามารถปฏิบัติตนเองได้อย่างถูกต้อง นำไปบอกครอบครัวได้ และมีความตระหนักรู้รับผิดชอบต่อสังคม สอดคล้องกับคุณลักษณะอันพึงประสงค์ของผู้นำนักเรียนระดับประถมศึกษา ในศตวรรษที่ 21 จากการศึกษาคุณลักษณะอันพึงประสงค์ของผู้นำนักเรียนระดับประถมศึกษาในศตวรรษที่ 21 ของสถานศึกษาเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล¹¹ ควรประกอบด้วยการรู้จักตนเองของผู้นำนักเรียน (Self – Awareness) จากการวิจัยครั้งนี้ นักเรียนได้ทำแบบประเมินคุณลักษณะแบบสถานการณ์ให้ผู้เรียนได้ตัดสินใจแสดงพฤติกรรม ที่แสดงถึงคุณลักษณะต้นแบบการห่างไกลโควิด-19 ดังเช่น เมื่อนักเรียนเดินออกจากบ้านแล้วนึกได้ว่าตนเองลืมสวมใส่หน้ากากอนามัย นักเรียนจะอย่างไร ถ้าเพื่อนชวนนักเรียนไปเที่ยวในพื้นที่เสี่ยงนักเรียนจะอย่างไร หรือ ถ้านักเรียนมีอาการไข้ ไอ เจ็บคอ นักเรียนจะปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้านอย่างไร เป็นต้น ซึ่งเป็นคำถามที่เกิดจากการได้รับความรู้ และปฏิบัติให้เกิดทักษะที่เหมาะสมและถูกต้อง สอดคล้องกับทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ด้านทักษะการใช้ชีวิต ได้แก่ สามารถแสวงหาความรู้ นำตนเองในการเรียนรู้ได้ มีความมั่นใจในตัวเอง กระตือรือร้นในความรู้ เป็นผู้ผลิต มุ่งความเป็นเลิศ สามารถดำรงชีวิตด้วยความรับผิดชอบต่อตนเองและผู้อื่น เป็นพลเมืองที่ดี รู้และเคารพกติกา มีระเบียบวินัย คำนึงถึงสังคม คิดถึงภาพรวมโลก มีคุณธรรม ยึดมั่นในสันติธรรม มีความเป็นไทย เข้าใจความหลายหลายทางวัฒนธรรม และแบ่งปันประสบการณ์ เป็นต้น¹²

จะเห็นได้ว่าการเรียนรู้ของนักเรียนระดับประถมศึกษาตอนปลาย ในโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นสามารถพัฒนาการเรียนรู้ของนักเรียนระดับประถมศึกษาตอนปลายที่เป็นวัยเรียนตามระดับการเรียนรู้ทุกด้านได้แก่ ความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ และการสร้างคุณลักษณะผู้เรียนที่ห่างไกลโควิด-19 ซึ่งในฐานการเรียนรู้ได้จัดกิจกรรมที่กระตุ้นการเรียนรู้ของผู้เรียน

สอดคล้องกิจกรรมพัฒนาการด้านร่างกาย โดยเด็กวัย 9-12 ปี จะมีความกระตือรือร้นและมีพลังในการเคลื่อนไหวร่างกายเป็นอย่างมาก เด็กวัยนี้มีความสามารถในการใช้สายตาประสานกับการทำงานของมือ มีพัฒนาการด้านอารมณ์จิตใจและด้านสังคมถือเป็นจุดเด่นของเด็กวัยนี้กล่าวคือ การยึดตัวเองเป็นศูนย์กลาง (Egocentric) ในเด็กวัยนี้ จะเริ่มลดน้อยลงอย่างเห็นได้ชัด สามารถรับรู้และเข้าใจความรู้สึก ความคิดเห็นความคาดหวัง รวมไปถึงมุมมองของผู้อื่นได้มากขึ้น และพัฒนาการด้านสติปัญญา พบว่าเด็กวัยประถมศึกษาตอนต้นมีความสามารถในการคิดที่ลึกซึ้ง ละเอียดอ่อน และเป็นเหตุเป็นผลมากขึ้น เด็กวัยนี้สามารถคิดหลายๆ เรื่องได้ในเวลาเดียวกัน รวมถึงการตั้งคำถามที่ลึกซึ้ง¹³ ส่วนพัฒนาการด้านอารมณ์และสังคม เด็กวัยนี้มีความต้องการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ จากประสบการณ์ของตนเอง และของคนรอบข้าง ชอบซักถาม ชอบแข่งขันและแสดงออก เพื่อให้ได้รับความสนใจและยอมรับจากครอบครัว เพื่อน และครู เด็กจะอ่อนไหวกับความรู้สึกสำเร็จหรือล้มเหลว Erikson เรียกพัฒนาการด้านจิตสังคมสำหรับเด็กวัยนี้ว่าเป็นช่วง industry vs. inferiority นั่นคือเมื่อเด็กรู้สึกว่าเขาเองมีความสามารถ มีความสำเร็จ เด็กจะมีความภาคภูมิใจในตนเอง มีความมุ่งมั่นพยายามที่จะเรียนต่อไป นำไปสู่การมีบุคลิกที่มั่นคง สร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ดี ในทางตรงกันข้าม หากเด็กรู้สึกล้มเหลว ไม่มีความสามารถ เด็กจะท้อแท้และรู้สึกด้อย มีผลต่อภาพลักษณ์ของตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่ปัญหาพฤติกรรมในภายหลัง ดังนั้นหากผู้สอนสามารถจัดโปรแกรมการเรียนรู้ที่กระตุ้นและส่งเสริมการเรียนรู้ นักเรียนระดับประถมศึกษาตอนปลายสามารถนำความรู้สู่การปฏิบัติได้จริง และสามารถสร้างภาวะผู้นำ เพื่อนำไปสู่ความเป็นต้นแบบให้ผู้อื่นปฏิบัติตามได้อย่างภูมิใจ¹⁴ ดังที่ ผลการศึกษาของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมโภชนาการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 จังหวัดนนทบุรี¹⁵ ซึ่งผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมที่หลากหลายประกอบด้วย การสร้างเสริมความรู้โดยการบรรยายประกอบสไลด์และสื่อวีดิทัศน์ การทำกิจกรรมกลุ่ม การนำเสนอและการอภิปรายกลุ่ม การฝึกปฏิบัติการเลือกอาหารเพื่อสุขภาพ การประกอบอาหาร การแสดงบทบาทสมมติ การเรียนรู้จากตัวแบบจริงและตัวแบบสัญลักษณ์ สามารถปรับพฤติกรรมโภชนาการบริโภคอาหารของนักเรียนได้

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปขยายผลให้นักเรียนเกิดคุณลักษณะนักเรียนห่างไกลโควิด-19 ที่เกิดคุณค่าต่อสังคมได้ โดยการปรับเนื้อหาที่มีความรู้เกี่ยวกับ ลักษณะของการเกิดโรค และการแพร่กระจายเชื้อมากขึ้น แบบประเมินผลที่สอดคล้องกับช่วงชั้นเรียนที่สูงขึ้น เช่น ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น และตอนปลาย ที่มีภาวะผู้นำมากขึ้นสามารถเป็นผู้นำและต้นแบบรุ่นน้องในโรงเรียนได้
2. โปรแกรมการพัฒนาให้นักเรียนต้นแบบเด็กไทยห่างไกลโควิด-19 ระดับประถมศึกษาตอนปลาย นี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับสถานศึกษาที่มีบริบทใกล้เคียง ในช่วงชั้นเดียวกัน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาผลการติดตามการทำงานของนักเรียนต้นแบบ ในการนำไปปฏิบัติตนเอง การให้คำแนะนำเพื่อน และครอบครัวในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 ได้ตามมาตรฐานการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
2. ศึกษาพฤติกรรมการติดเชื้อ หลังจากได้รับการสอนในโปรแกรมการพัฒนานักเรียนต้นแบบห่างไกลโควิด-19 ระดับประถมศึกษาตอนปลาย หรือในโรงเรียนอื่นๆ
3. ศึกษาการนำไปใช้ในครอบครัวและการเป็นต้นแบบให้กับผู้อื่นในสังคม

References

1. Sirikut, P. Situation of the disease and disease guidelines 2019 Novel Coronavirus Disease (COVID-19). Queen Sirikit National Institute of Child Health. [Internet]. 2019 [cited 2021 October 8]; Available from <https://www.pidst.or.th/A878.html>. (in Thai).
2. WHO. (2021). Coronavirus disease (COVID-19). [Internet]. 2019 [cited 2021 October 31]; Available from <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>.
3. NSO Interactive Dashboard. (2021). labor structure. [Internet]. 2019 [cited 2021 October 31]; Available from <http://ittdashboard.nso.go.th/>.
4. Department of Disease Control. Coronavirus disease situation report 2019. [Internet]. 2019 [cited 2021 June 8]; Available from <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/index.php>. (in Thai).
5. Royal College of Pediatricians of Thailand Pediatrician Association of Thailand. Guide for parents to disseminate knowledge on child care and development of school children aged 6-12 years. Bangkok: n.d. (in Thai).
6. Srisaet B. Preliminary research. Bangkok: Suwiriyan; 2000.
7. Skinner; Goss; & Berntein. (1996). Instructor's Resource Manual for Psychology: Implementing Active Learning in Classroom. Retrieved April 30, 2021 from <http://s.psych/uiuc.edu/active.html>.
8. Songsaigath S, Kosuwin R, Srimee P, Chanthamud S, Yungyun K, Twatchmetanant K. The Effect of Health Educational Program on knowledge and Health Behaviors of Ten National Health Recommendations among Primary School Students in Wat Chiao Osot Community School, Nakhon Nayok Province. Journal of Health and Nursing Research 2021;37(1):206-17.(in Thai).
9. Dewey, J. Philosophy, Education, and Reflective Thinking. In Thomas O. Buford Toward a Philosophy of Education; 1969.

10. Department of Health, Ministry of Public Health. A practical manual for educational institutions in the prevention of transmission. outbreak of COVID-19. Nonthaburi: Q Advertising Company Limited; 2020. (in Thai).
11. Thanakitphakin, N. Leadership Characteristics Development of Primary School Student Leadership in the 21ST Century of Bangkok and Metropolitan region.Educational Leadership and Human Resource Development, ChiangMai Rajabhat University; 2018. (in Thai).
12. Panich, W. Way of creating learning for disciple in the 21st century. Bangkok: Tathata Publication Company Limited; 2012. (in Thai).
13. Saifah, Y. Developmentally Appropriate Practice in Thai Primary Grade Classrooms: From Theory to Practice. Journal of Education studied 2012;39(2):120-9. (in Thai).
14. Ruengdaranon, N. (Editor). Text book of Child Development and Behavior. Bangkok: Holistic Publishing; 2008.
15. Srinark A, Sompopcharoen M, Aimyong N, Therawiwat M. Effects of Health Promotion Program for Healthy Eating Behavior of Grade 4 Students in Nonthaburi Province. Journal of Health and Nursing Research 2021;37(2):237-50. (in Thai).

บทความวิจัย

ความสามารถในการคิดของนักศึกษาพยาบาล: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

The Thinking Ability of Nursing Students: A Systematic Review

Received: Mar 4, 2022

Revised: May 13, 2022

Accepted: Jun 8, 2022

ปวีณภัทร นิธิตันติวัฒน์ ปร.ด. (Paveenapat Nithitantiwat, Ph.D)¹เจียมใจ ศรีชัยรัตนกุล ส.ด. (Jeamjai Srichairattanakul, Dr.PH)²มณูชพัฒน์ ขำวงษ์ พย.ม. (Monpanee Khamwong, M.S.N)³

บทคัดย่อ

บทนำ: การคิดมีความจำเป็นสำหรับนักศึกษาพยาบาลในการพัฒนาด้านร่างกาย จิตใจ และสติปัญญา เพื่อคุณภาพของงาน ได้แก่ การคิดอย่างสร้างสรรค์ การคิดอย่างมีวิจารณญาณ การคิดเชิงระบบ และการคิดวิเคราะห์

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อสังเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับความสามารถในการคิดของนักศึกษาพยาบาลไทย และสังเคราะห์วิธีการสอนที่ส่งเสริมความสามารถในการคิดของนักศึกษาพยาบาล

ระเบียบวิธีวิจัย: เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากงานวิจัยเชิงทดลอง กึ่งทดลอง และการวิจัยและพัฒนา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552-2562 โดยใช้แนวทางการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ PRISMA และ JBI สืบค้นจากฐานข้อมูลจาก Clinical-key, Google scholar, Thailis, Thai journal online และ Thailand journal citation index center เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบคัดกรองงานวิจัย แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยและแบบบันทึกการสกัดข้อมูล คัดเลือกงานวิจัยโดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้วิจัย วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนาและสรุปเชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย: พบว่า มีงานวิจัยจำนวน 11 เรื่อง ที่ผ่านการพิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เมื่อพิจารณาวิเคราะห์รูปแบบ ความสามารถในการคิดของนักศึกษาพยาบาล พบว่า มีทั้งหมด 4 รูปแบบ ได้แก่ การคิดอย่างมีวิจารณญาณ การคิดวิเคราะห์ การคิดสร้างสรรค์ และการคิดเชิงระบบ และตัวอย่างวิธีการที่ส่งเสริมการคิดอย่างมีวิจารณญาณ เช่น วิธีการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลัก การสอนแบบใช้การกำกับตนเอง เป็นต้น วิธีการที่ส่งเสริมการคิดวิเคราะห์ เช่น การใช้คำถามกระตุ้น การสะท้อนคิด เป็นต้น วิธีการที่ส่งเสริมการคิดสร้างสรรค์ เช่น การเรียนรู้จากประสบการณ์ การใช้กรณีศึกษา เป็นต้น และวิธีการที่ส่งเสริมการคิดเชิงระบบ ได้แก่ การใช้กรณีศึกษา และการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลัก

สรุปผล: รูปแบบที่ส่งเสริมการคิดแบบต่าง ๆ สามารถนำไปพัฒนาการเรียนการสอนได้ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ: ผู้สอนสามารถนำตัวอย่างวิธีการสอนแบบต่าง ๆ ไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ มีการวัดและส่งเสริมการคิดในนักศึกษาแต่ละชั้นปีเพื่อพัฒนาคุณภาพบัณฑิตที่ดี

คำสำคัญ: ความสามารถในการคิด การทบทวนวรรณกรรม นักศึกษาพยาบาล

ได้รับทุนจาก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพมหานคร

¹ Corresponding author พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพมหานคร คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข E-mail: paveenapat.n@bcn.ac.th

^{2,3} พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพมหานคร คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

²E-mail: jeamjai.s@bcn.ac.th ³E-mail: monpanee.k@bcn.ac.th

Boromarajonani College of Nursing Bangkok, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, Bangkok, Thailand

Abstract

Introduction: Nursing students need to be able to think to develop physical, mental, and intellectual skills for their practice quality including creative thinking, critical thinking, systematic thinking, and analytical thinking.

Research objectives: To synthesize knowledge regarding thinking ability of Thai nursing students and to synthesize methods to promote thinking ability of nursing students.

Methods: This systematic review concerning thinking ability of nursing students was conducted to identify gap in the literature. Experimental studies, quasi-experimental studies, and research and development were included in a review. A comprehensive search of five databases (Clinical-key, Google scholar, ThaiLIS, Thai journal online (ThaiJO), and Thailand journal citation index center [TCI]) were conducted. The PRISMA guideline was used throughout the review process. The JBI was employed as a framework. The instruments were a research screening form, a critical appraisal form, and a data extraction form. Studies published from 2009 to 2019 were included to the review by researchers. Descriptive statistics and content analysis were performed to analyze data.

Findings: Result showed that 11 studies reached the standard criteria. Regarding the thinking abilities of nursing students, there were four models, including critical thinking, analytical thinking, creative thinking, and systematic thinking. Also, methods to promote critical thinking were: problem-based learning (PBL), and self-regulated learning. Method to promote analytical thinking was using questions to prompt reflective thinking. Methods to promote creative thinking were learning by using experience, and case-based learning. Methods to promote systematic thinking were case-based learning, and PBL.

Conclusion: Instructional models or learning activities which promote various types of thinking could be used to improve teaching and learning.

Recommendations: Instructors would be able to use these teaching methods both in classroom and practice in addition to thinking measurement and thinking encouragement of nursing students each year for better graduate's quality.

Keywords: thinking ability, systematic review, nursing student

บทนำ

การพัฒนาคุณภาพของประชาชนในประเทศให้มีคุณภาพนั้น ควรพัฒนาดังแต่เยาว์วัย ซึ่งองค์ประกอบที่สำคัญของการพัฒนาเยาวชนไทยให้มีคุณภาพ คือ การมีความสามารถในการคิด¹ สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) ซึ่งว่าด้วยเรื่องการเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์ ซึ่งชี้ให้เห็นความจำเป็นในการพัฒนาคุณภาพคนในสังคมไทยให้มีความพร้อมทั้งร่างกาย สติปัญญา และจิตใจ สามารถแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้ ตลอดจนต้องมีความสามารถในการคิดวิเคราะห์ คิดอย่างมีเหตุผล พิจารณาเรื่องราวต่าง ๆ สามารถแก้ปัญหาได้เป็นอย่างดี

นโยบายการศึกษาของไทยได้เห็นความสำคัญในการคิดของผู้เรียนตั้งแต่ระดับพื้นฐาน นั่นคือ ผู้เรียนจะต้องมีความสามารถในการคิดวิเคราะห์ คิดสังเคราะห์ คิดสร้างสรรค์ และคิดอย่างมีวิจารณญาณ² การจัดการศึกษาในศตวรรษที่ 21 มุ่งเน้นต้องการบัณฑิตที่มีความรู้ความสามารถด้านการคิด อาทิ ทักษะการคิดการแก้ปัญหา คิดอย่างเชิงวิเคราะห์ คิดอย่างเป็นระบบ ตลอดจนต้องการให้ผู้เรียนมีคุณลักษณะใฝ่รู้ สามารถคิดวิเคราะห์วิจารณ์ และคิดแก้ปัญหาด้วยตนเอง สามารถปฏิบัติงานและดำรงชีวิตร่วมกับผู้อื่นได้ ซึ่งทักษะการเรียนรู้โดยเฉพาะทักษะการคิดจึงมีความจำเป็นสำหรับนักศึกษาพยาบาล เพราะเป็นอาชีพที่ต้องใช้ความสามารถในการช่วยเหลือแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วย ดังนั้นนักศึกษาพยาบาลจึงควรมีความพร้อมในการเข้าสู่โลกปัจจุบันที่มีความซับซ้อนยิ่งขึ้นและควรมีความสามารถหรือทักษะกระบวนการคิดขั้นสูง ซึ่งประกอบไปด้วย การคิดอย่างสร้างสรรค์ การคิดอย่างมีวิจารณญาณ การคิดวิเคราะห์และการคิดแก้ปัญหาเพื่อการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพ³ นอกจากนี้ ในส่วนของวิชาชีพพยาบาลจะต้องอาศัยศิลปะในการประยุกต์องค์ความรู้เพื่อปฏิบัติต่อบุคคลอย่างถูกต้องเหมาะสม และการที่จะดูแลผู้รับบริการได้เป็นอย่างดีนั้น จำเป็นต้องอาศัยความสามารถในการคิดวิเคราะห์ สังเคราะห์และการตัดสินใจอย่างเหมาะสม การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลจึงจำเป็นต้องใช้กลวิธีที่ส่งเสริมการเรียนรู้และสามารถพัฒนากระบวนการคิดของนักศึกษาพยาบาลเพื่อให้สามารถนำการคิดดังกล่าวมาใช้ในวิชาชีพได้เป็นอย่างดียิ่งขึ้น⁴

อย่างไรก็ตาม การคิดอย่างมีวิจารณญาณ เป็น การคิดขั้นสูงที่ต้องใช้ทักษะด้านปัญญา เช่น ทักษะการใช้เหตุผล และผล ทักษะการแยกแยะข้อคิดเห็นจากหลากหลายมุมมอง ทักษะการตั้งคำถามและสมมติฐาน ทักษะในการหาวิธีแก้ไข ปัญหา ซึ่งคนที่มีความคิดวิจารณ์ต้องเป็นคนที่มีความรู้ มีทักษะในการใช้เหตุผล มีความสามารถในการตั้งประเด็นคำถามและพิจารณาข้อเท็จจริงหลายแง่มุม พร้อมทั้งสามารถรับความเปลี่ยนแปลงและความไม่แน่นอนที่เกิดขึ้นได้ ส่วน การคิดวิเคราะห์ ต้องมีลักษณะการคิดวิเคราะห์ แยกแยะ ความดีความงาม ความเหมาะสมถูกต้อง ความเป็นประโยชน์ และมีประโยชน์ให้มากยิ่งขึ้น ทักษะการคิดวิเคราะห์เป็น การคิดขั้นสูงซึ่งเป็นความสามารถในการจำแนกองค์ประกอบของสิ่งต่าง ๆ⁶ ในขณะที่ความคิดสร้างสรรค์นั้นเป็นความคิด อย่างเป็นระบบ มีจุดหมายเฉพาะเจาะจงมุ่งพัฒนาให้บรรลุ ผลลัพธ์ในการเรียนรู้ เป็นการเตรียมผู้เรียนเข้าสู่สังคมการเรียนรู้⁷ และการเกิดกระบวนการแก้ปัญหาที่บุคคลต้องฝึก ใช้การคิดในการแก้ปัญหา มีการปรับตัว ตั้งความรู้และ ประสบการณ์เดิมมาเทียบเคียงกับประสบการณ์ใหม่เพื่อให้เกิด การเรียนรู้ขึ้น⁸

ดังนั้น การที่จะพัฒนาผู้เรียนให้เกิดความสามารถ ในการคิดได้นั้น โดยเฉพาะวิชาชีพพยาบาล จำเป็นต้องมีการ ปฏิรูปกระบวนการจัดการเรียนการสอนให้สามารถผลิตบัณฑิต ที่มีคุณภาพ ตอบสนองความต้องการของสังคมปัจจุบัน ผู้วิจัย จึงสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาความสามารถในการคิดของ นักศึกษาพยาบาล จากการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทย มีการศึกษาวิจัยส่งเสริมความสามารถในการคิดของนักศึกษา พยาบาลที่หลากหลายและแตกต่างกัน แต่ยังไม่เคยมีการ ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ทางคณะผู้วิจัย จึงตระหนัก และเห็นความสำคัญดังกล่าว จึงได้มีการทบทวนวรรณกรรม อย่างมีระบบ เพื่อที่จะนำความรู้จากการศึกษาครั้งนี้ไปพัฒนา กระบวนการคิดของนักศึกษาพยาบาลให้เป็นบัณฑิตที่มี คุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อสังเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับความสามารถในการคิดของนักศึกษาพยาบาล
2. เพื่อสังเคราะห์วิธีการสอนที่ส่งเสริมความสามารถในการคิดของนักศึกษาพยาบาล

กรอบแนวคิด

การทำวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการโดยกำหนดหัวข้อวิจัย กำหนดวัตถุประสงค์ กำหนดเกณฑ์คัดเลือก สืบค้นงานวิจัย ประเมินคุณภาพงานวิจัย สกัดข้อมูล วิเคราะห์และสังเคราะห์ และนำเสนอผลการทบทวน ในการศึกษาการวิจัยครั้งนี้ได้ใช้ แนวคิดการทบทวนวรรณกรรมของ PRISMA⁹ และ JBI¹⁰

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้ทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์ ความสามารถในการคิดของนักศึกษาพยาบาล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้สำหรับการศึกษาทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบในครั้งนี้ คือ รายงานการวิจัย การศึกษาอิสระ หรือวิทยานิพนธ์ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสามารถในการคิดของนักศึกษาพยาบาล หรือการใช้รูปแบบ/กิจกรรมการเรียนการสอนที่ส่งเสริมการคิดของนักศึกษาพยาบาล โดยมีเกณฑ์ในการคัดกรองรายงานการวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนดตามหลักของ PICO รวมทั้งรูปแบบการศึกษา (type of study) รูปแบบการตีพิมพ์เผยแพร่ (type of publication) และปีที่พิมพ์ (year of publication) โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นรายงานการวิจัยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ เป็นรายงานการศึกษาในประชากร หรือกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษาพยาบาลไทย เป็นงานวิจัยที่ศึกษาการจัดกิจกรรมการส่งเสริมการคิดของนักศึกษาพยาบาลเป็นตัวแปรต้น มีศึกษาการคิดของนักศึกษาพยาบาลเป็นตัวแปรตาม เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) ที่มีการออกแบบโดยมีกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง และมีการสุ่มตัวอย่างเข้ารับการทดลอง (RCT) และการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ที่มีกลุ่มควบคุม มีกลุ่มทดลอง และการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ที่มีความสมบูรณ์ในการวิจัยทุกขั้นตอน และมีการรายงานค่าสถิติที่จำเป็นเพียงพอสำหรับการวิเคราะห์ทางสถิติ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เป็นรูปแบบการตีพิมพ์เผยแพร่ เป็นรายงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์และไม่ได้ตีพิมพ์ทั้งที่เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษและปีที่พิมพ์

เป็นรายงานวิจัยที่เริ่มตีพิมพ์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 ถึง พ.ศ. 2562 (ค.ศ. 2009 ถึง ค.ศ. 2019)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.1 แบบคัดกรองงานวิจัย (Research screening form) โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นตามเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัยปฐมภูมิ ได้แก่ รายงานการวิจัยที่ศึกษาในประชากรหรือกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษาพยาบาล มีการจัดรูปแบบ/กิจกรรมการเรียนการสอนที่ส่งเสริมการคิดของนักศึกษาพยาบาลเป็นตัวแปรต้น มีการคิดของนักศึกษาพยาบาลเป็นตัวแปรตาม

1.2 แบบประเมินคุณภาพงานวิจัย (Critical appraisal form) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินคุณภาพงานวิจัยเชิงทดลอง กึ่งทดลอง และเชิงพรรณนา เกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัยของงานวิจัยที่นำมาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ โดยใช้แบบประเมินคุณภาพการวิจัย สร้างและพัฒนาโดยสถาบันวิจัยโจนนาบริกส์

1.3 แบบบันทึกผลการสกัดข้อมูล (Data extraction form) ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการลงบันทึกข้อมูลงานวิจัยที่คัดเลือกมาเพื่อทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบที่พัฒนาโดยสถาบันวิจัยโจนนา บริกส์ เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากงานวิจัย ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของงานวิจัย ได้แก่ ผู้ทำวิจัย ชื่อวารสาร ปีที่พิมพ์เผยแพร่ รูปแบบการวิจัย ลักษณะและจำนวนกลุ่มตัวอย่าง และระยะเวลาในการทำวิจัย

ตอนที่ 2 เนื้อหาสาระของงานวิจัย ได้แก่ แนวคิด/ทฤษฎีที่ใช้ในการทำวิจัย รูปแบบ/กิจกรรมการเรียนการสอนที่ส่งเสริมการคิดของนักศึกษาพยาบาล การวัดผลลัพธ์ (ชนิดของการคิดที่ได้รับการพัฒนาความหมายของการคิดที่ได้รับการพัฒนา แนวคิดที่ใช้ในการพัฒนาเครื่องมือวัดการคิด) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คุณภาพของเครื่องมือ (โดยเฉพาะเครื่องมือที่ใช้ในการวัดการคิด) ผลการศึกษา และข้อเสนอแนะของผู้ทำวิจัย

การควบคุมคุณภาพของเครื่องมือ

การควบคุมคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ทำได้

โดยทดสอบความเห็นตรงกันของผู้บันทึก 1 ท่าน ได้แก่ ผู้วิจัยและผู้ทรงคุณวุฒิด้านการศึกษากายการพยาบาล 1 ท่าน โดยมีการนำแบบคัดกรองงานวิจัย แบบประเมินคุณภาพงานวิจัย และแบบบันทึกการสกัดข้อมูล รวมจำนวน 1 ชุด ไปทดลองรวบรวมข้อมูลจากรายงานการวิจัยจำนวน 3 เรื่อง หลังจากนั้นนำผลการบันทึกมาเปรียบเทียบเพื่อหาความสอดคล้องตรงกันของการบันทึก (Internal agreement) มากกว่าร้อยละ 80 ถ้าพบความแตกต่างจะพิจารณาหาข้อบกพร่องเพื่อปรับปรุงจนกว่าจะได้รับความเห็นที่ตรงกันก่อนนำไปใช้จริง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมวิจัยจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ รหัส 2562-14 วันที่ได้รับอนุมัติ คือ 10 พฤษภาคม 2562 – 31 ธันวาคม 2563

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย การกำหนดวัตถุประสงค์ และคำถามการวิจัย การกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย การสืบค้นรายงานวิจัย การคัดเลือกงานวิจัย การประเมินคุณภาพงานวิจัย การสกัดข้อมูล การวิเคราะห์และการสังเคราะห์ข้อมูล

การรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รายงานวิจัยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอน คือ คัดเลือกงานวิจัยโดยใช้แบบคัดกรองงานวิจัย ซึ่งมีการตรวจสอบการคัดเลือกจากผู้ทรงคุณวุฒิที่อ่านและประเมินงานวิจัยแยกกับผู้วิจัยโดยคัดเลือกงานวิจัยที่ตรงตามเกณฑ์การคัดเลือก 100% อ่านรายงานวิจัยรอบที่หนึ่ง เพื่อประเมินคุณภาพของรายงาน

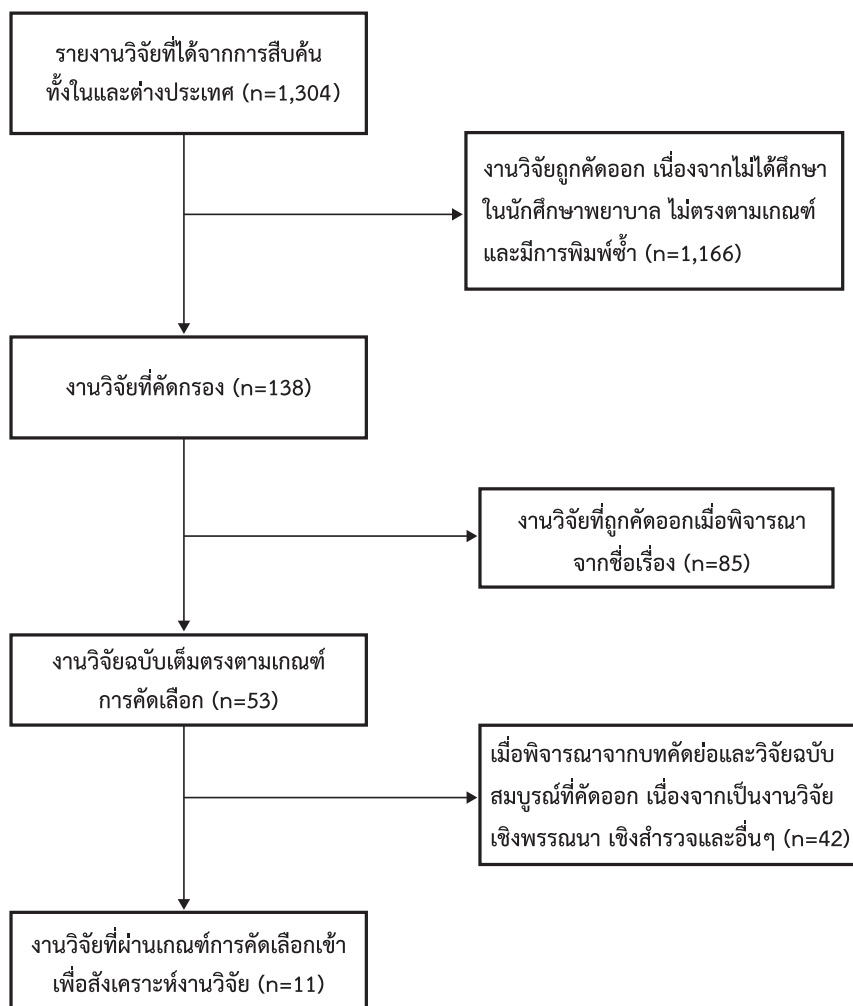
วิจัย ตามรายงานในแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย ร่วมกับ ผู้ทรงคุณวุฒิที่ประเมินแยกกับผู้วิจัย โดยมีการทำความเข้าใจในกรณีที่ความคิดเห็นไม่ตรงกัน อ่านรายงานการวิจัยรอบที่สองเป็นการอ่านอย่างละเอียด เพื่อสกัดข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์ของการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบครั้งนี้ และบันทึกลงในแบบบันทึกผลการสกัดข้อมูล และตรวจสอบความตรงของการบันทึกข้อมูลโดยการตรวจสอบกับการบันทึกโดยมีการตรวจสอบกับผู้ทรงคุณวุฒิโดยอ่านและประเมินงานวิจัยแยกกันกับผู้ร่วมวิจัย หากพบว่าการบันทึกที่ไม่ตรงกันจะมีการปรึกษารื้อกันและหาข้อตกลงร่วมกันในการลงบันทึก

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของงานวิจัยโดยสถิติพรรณนาใช้จำนวนและร้อยละ และวิเคราะห์ความสามารถในการคิดของนักศึกษาพยาบาล โดยการใช้การวิเคราะห์สรุปเชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย

จากฐานข้อมูลที่กำหนด พบรายงานวิจัย จำนวน 1,304 เรื่อง มีรายงานวิจัยที่ถูกคัดออก 1,166 เรื่อง เนื่องจากไม่ได้ศึกษาในนักศึกษาพยาบาล ไม่ตรงตามเกณฑ์และมีการตีพิมพ์ซ้ำ เมื่อพิจารณาจากชื่อเรื่อง มีจำนวน 85 เรื่อง ถูกคัดออก และเมื่อพิจารณาจากบทคัดย่อและรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ มีจำนวน 42 เรื่อง ถูกคัดออก เนื่องจากเป็นวิจัยเชิงพรรณนา เชิงสำรวจและอื่น ๆ จนได้งานวิจัยที่ตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกทั้งหมด 11 เรื่อง ดังแสดงในภาพประกอบที่ 1



ภาพประกอบที่ 1 ขั้นตอนการคัดเลือกงานวิจัยเข้าสู่การทบทวน

จากการสังเคราะห์งานวิจัยทั้ง 11 เรื่อง พบว่า เป็นงานวิจัยและพัฒนา จำนวน 4 เรื่อง (ร้อยละ 36.36) และงานวิจัยกึ่งทดลอง จำนวน 7 เรื่อง (ร้อยละ 63.67) ผลการประเมินคุณภาพงานวิจัยทั้ง 11 เรื่อง อยู่ในระดับ 2 และงานวิจัยมีกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์รวม 649 คน

ผลการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบครั้งนี้สามารถ

สรุปวิธีการสอนที่ส่งเสริมความสามารถในการคิดของนักศึกษาพยาบาล ได้แก่ การเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลัก การเรียนการสอนโดยการกำกับตนเอง การเรียนการสอนโดยใช้ผังมโนทัศน์ (Mapping) การใช้หลักการสะท้อนคิด การใช้สื่อการสอนผ่านทางอินเทอร์เน็ต การใช้กรณีศึกษา การใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง (Simulation) และการเรียนการสอนแบบอภิปรายกลุ่ม ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตัวอย่างวิธีการสอนที่ส่งเสริมความสามารถในการคิดของนักศึกษาพยาบาล

ผู้วิจัย	วิธีวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการพัฒนา การคิด	ผลการพัฒนา การคิด	ระดับคุณภาพ งานวิจัย (JBI)
1. สุระพรรณ พนมฤทธิ์ และคณะ, 2554 ¹¹	การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) / กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 2 เข้ากลุ่มควบคุม 37 คน กลุ่มทดลอง 4 กลุ่ม ๆ ละ 30 คน รวมจำนวน 157 คน	จัดนักศึกษาเข้ากลุ่มตามรูปแบบการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักและโดยการกำกับตนเอง แบ่งตามระดับแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์สูงและต่ำ อย่างละ 2 กลุ่ม ๆ ละ 30 คน	- นักศึกษากลุ่มที่เรียนโดยวิธีสอนแบบใช้ปัญหาเป็นหลัก และกลุ่มที่เรียนโดยใช้การกำกับตนเองมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน สูงกว่า นักศึกษากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 - นักศึกษากลุ่มทดลองทั้ง 4 กลุ่มมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ทัศนคติ และการคิด วิจัยรณญาณสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05	ระดับ 2
2. บุญทิศา สุวิทย์ และคณะ, 2557 ¹²	การวิจัยและพัฒนา (Research and Development)/กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 15 คน กลุ่มทดลอง 15 คน รวม 30 คน	ผู้วิจัยพัฒนาแผนการจัดการเรียนรู้ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ 1) การบริหารสมอง 2) การเห็นคุณค่าการเรียนรู้ 3) การใช้ผังมโนทัศน์ 4) การเรียนรู้ โดยเน้นประสบการณ์ 5) การคิดไตร่ตรอง สะท้อนความรู้สึก และ 6) การให้ข้อมูลย้อนกลับ	- ความสุขในการเรียนรู้ และ การคิดอย่างมีวิจารณญาณของกลุ่มทดลองหลังได้รับการจัดการเรียนรู้สูงกว่าก่อน ได้รับการจัดการเรียนรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001	ระดับ 2
3. ศักดา ขำคม, 2558 ¹³	การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังทดลอง (One group pre and posttest quasi-experimental design)/ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 จำนวนทั้งสิ้น 48 คน	สื่อการสอนอัจฉริยะฯ (SEMC) คือ สื่อการสอนที่ผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดทฤษฎีการสร้างความรู้ด้วยตนเอง (Cognitive Constructivism) โดยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ด้วยการทำกิจกรรมด้วยตนเองผ่านสื่อการสอน ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1. นำเสนอปัญหา 2. ศึกษาปัญหา 3. วิเคราะห์ปัญหา 4. สร้างความรู้ 5. ประเมินผล	นักศึกษาพยาบาล หลังได้เข้าร่วมโปรแกรมระบบการสร้างสื่อการสอนอัจฉริยะ มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเพิ่มขึ้นจำนวนร้อยละ 62.5-85.4 และมีทักษะการคิดแบบมีวิจารณญาณเพิ่มขึ้นจำนวนร้อยละ 50 โดยมีค่า 95% CI ของค่าเฉลี่ยของผลต่างของผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนอยู่ระหว่าง 0.675-4.045 และของทักษะการคิดแบบมีวิจารณญาณอยู่ระหว่าง 0.035-5.798	ระดับ 2

ตารางที่ 1 ตัวอย่างวิธีการสอนที่ส่งเสริมความสามารถในการคิดของนักศึกษาพยาบาล (ต่อ)

ผู้วิจัย	วิธีวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการพัฒนา การคิด	ผลการพัฒนา การคิด	ระดับคุณภาพ งานวิจัย (JBI)
4. วรราชชล พิเชียรวิไล, 2561 ¹⁴	การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่ม เดียววัดก่อนและหลังการ ทดลอง (Quasi Experimental Research)/นักศึกษา พยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 จำนวน 30 คน	การจัดการเรียนการสอนวิชา ปฏิบัติการพยาบาลฯเป็นการ กำหนดเนื้อหากิจกรรมการ เรียนการสอนตามแนวคิด ทฤษฎีคอนสตรัคติวิสต์และนำ แผนผังความคิดมาใช้ โดยใช้ กรณีศึกษาเป็นแบบทดสอบ หลังเรียน	นักศึกษามีค่าเฉลี่ยของ คะแนนสอบหลังการจัดการ เรียนการสอนมากกว่าก่อน การจัดการเรียนการสอน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.01	ระดับ 2
5. ดวงใจ พรหมพยัคฆ์ และคณะ, 2562 ¹⁵	การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi- experimental research) โดยใช้แบบแผนการทดลอง แบบ 2 กลุ่มวัดก่อนหลังการ ทดลอง (Two-group pretest-posttest design)/ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 จำนวน 31 คน แบ่ง เป็นกลุ่ม ควบคุม จำนวน 15 คน กลุ่ม ทดลอง จำนวน 16 คน	ประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการ เรียนรู้โดยใช้สถานการณ์ จำลองเสมือนจริงมาประยุกต์ การออกแบบการเรียนรู้ โดยใช้ สถานการณ์จำลองเสมือน จริง ประกอบ ด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การให้ความสนใจกับ สิ่งที่เกิด ขึ้น 2) การตีความ ทำความเข้าใจว่าทำอะไร 3) การตอบสนองโดยการตัดสินใจ ที่เหมาะสม และ 4) การสะท้อน การเรียนรู้เพื่อการพัฒนา และในขั้นตอนที่ 4) ผู้วิจัยได้ ใช้รูปแบบการสะท้อนคิด ของกิบส์ (Gibbs's reflective cycle) 6 ขั้นตอน (Gibbs, 1998)	-ค่าเฉลี่ยของคะแนน พฤติกรรมการสะท้อนคิดของ กลุ่มทดลอง หลังการเรียน (M = 44.69, SD = 1.15) สูง กว่าก่อนเรียน (M = 39.13, SD = 1.63) อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ (t (15)= 7.86, p < .01, 95% CI [-7.06, -4.05])) -ค่าเฉลี่ยของคะแนนความ สามารถในการตัดสินใจทาง คลินิกของกลุ่มทดลองหลัง การเรียน (M = 26.75, SD = 4.34) สูงกว่าก่อนเรียน (M = 16.46, SD = 1.95) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t (15)= -9.10, p < .01, 95%CI [-7.84, -1.98])	ระดับ 2

ตารางที่ 1 ตัวอย่างวิธีการสอนที่ส่งเสริมความสามารถในการคิดของนักศึกษาพยาบาล (ต่อ)

ผู้วิจัย	วิธีวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการพัฒนา การคิด	ผลการพัฒนา การคิด	ระดับคุณภาพ งานวิจัย (JBI)
6. กัญญาพัชญ์ จาอ้าย และคณะ, 2562 ¹⁶	การวิจัยกึ่งทดลอง/ แบ่งเป็น กลุ่มควบคุม 29 คน และกลุ่ม ทดลอง 29 คน รวม 58 คน	การจัดการเรียนการสอนโดย ใช้กรณีศึกษา 4 ขั้นตอน คือ 1) กำหนดประเด็นปัญหา 2) วิเคราะห์ปัจจัยย่อย 3) หาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยย่อย 4) เขียนวงจรปัญหาของกรณี ศึกษา	กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับการจัดการเรียน การสอนโดยใช้กรณีศึกษา มีคะแนนเฉลี่ยความคิดเชิง ระบบไม่มีความแตกต่างกัน แต่ภายหลังการสอนโดย กรณีศึกษาคะแนน เฉลี่ยความคิดเชิงระบบสูง กว่าก่อนได้รับการสอนโดยใช้ กรณีศึกษา	ระดับ 2
7. จิรภัค สุวรรณเจริญ, 2562 ⁷	การวิจัยและพัฒนา (Research and Development)/ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 จำนวน 30 คน	รูปแบบที่ส่งเสริมความคิด สร้างสรรค์มี 5 ขั้นตอน คือ 1) กระตุ้นความสนใจ 2) ตั้งปัญหาและแบ่งกลุ่ม ตามความสนใจ 3) ค้นคว้าและคิด 4) นำเสนอ 5) ประเมินผล	- หลังทดลองใช้รูปแบบแบบ กลุ่มเดี่ยววัดก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยทักษะ ความคิดสร้างสรรค์รายด้าน ทุกด้านสูงกว่าก่อนการ ทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ ระดับ .01 - ผลการประเมินประสิทธิภาพ ของรูปแบบ พบว่า รูปแบบมี ประสิทธิภาพเป็นไปตามเกณฑ์ ที่กำหนดคือ E1 /E2 เท่ากับ 81.34/82.57	ระดับ 2

สรุปผลการวิจัย

ผลการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบครั้งนี้พบว่า มีงานวิจัย 7 เรื่องที่อธิบายถึงวิธีการสอนที่ส่งเสริมความคิดอย่างมีวิจารณญาณของผู้เรียน กล่าวคือ ในงานวิจัยของ Panomrit, et al.¹¹ ได้จัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักซึ่งมีนักศึกษาทั้งหมด 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มแรงจูงใจไม่สัมพันธ์สูงและต่ำ กลุ่มละ 30 คน รวมเป็น จำนวน 60 คน ดำเนินการเรียนเป็นกลุ่มย่อย จำนวน 6 กลุ่ม ๆ ละ 10 คน ในขณะที่งานวิจัยของ Soowit, et al.¹² ได้จัดการเรียนรู้ขึ้นโดยมี 6 ขั้นตอน คือ 1) จัดให้มีการบริหารสมองโดยกระตุ้นให้สมองตื่นตัว 2) พุดคุยแลกเปลี่ยนเพื่อให้ผู้เรียนเห็นคุณค่าของการเรียนรู้ 3) อภิปรายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน 4) กระตุ้น

ให้ผู้เรียนมีการติดต่อสื่อสารซึ่งกันและกัน 5) เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้คิดไตร่ตรองสะท้อนคิด 6) อภิปรายร่วมกันและให้ข้อมูลย้อนกลับที่เหมาะสม เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Arpaichiraratana, & Attharos¹⁷ พบว่า การใช้กลยุทธ์โดยใช้วิธีการอภิปรายกลุ่มจะช่วยให้ผู้เรียนมีการแลกเปลี่ยนกันมากขึ้นและวิธีการนี้จะเป็นรูปแบบการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Chidnayee, & Kaewurai¹⁸ ที่ได้จัดกิจกรรมการเรียนการสอนเพื่อฝึกหัดทางปัญหาและวิจารณ์โดยมีการจัดกิจกรรม 5 ขั้นตอน คือ เตรียมความพร้อม สร้างแรงจูงใจ สร้างความรู้ ไตร่ตรอง รู้ตัวตน และสำรวจเรียนรู้สิ่งใหม่ นอกจากนี้ งานวิจัยของ Khorphon, et al.¹⁹ กับ งานวิจัยของ Kittiboonthawan,

et al.²⁰ ได้นำวิธีการสอนแบบสะท้อนคิดมาใช้ในการจัดการเรียนการสอน โดยนำแนวคิดของ Gibbs มาใช้ในการเรียนการสอน และ Khumkom¹³ ได้ใช้สื่อการสอนอัจฉริยะฯ (SEMC) คือ สื่อการสอนที่ผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดทฤษฎีการสร้างความรู้ด้วยตนเอง (Cognitive Constructivism) โดยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ด้วยการทำกิจกรรมด้วยตนเองผ่านสื่อการสอน นอกจากนี้มีงานวิจัยจำนวน 2 เรื่อง ได้อธิบายถึงวิธีการส่งเสริมการคิดวิเคราะห์ กล่าวคือ งานวิจัยของ Pichianwilai¹⁴ ได้จัดการเรียนการสอนวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น โดยกำหนดเนื้อหากิจกรรมการเรียนการสอนตามแนวคิดทฤษฎีคอนสตรัคติวิสต์และนำแผนผังความคิดมาใช้ จากการศึกษาจากกรณีศึกษาและมีการทดสอบหลังเรียนเสร็จ ซึ่งนักศึกษามีค่าเฉลี่ยของคะแนนสอบหลังการจัดการเรียนการสอนมากกว่าก่อนการจัดการเรียนการสอน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และงานวิจัยของ Phormpayak, et al.²¹ ได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงมาประยุกต์การออกแบบการเรียนรู้ โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ 1) การให้ความสนใจกับสิ่งที่เกิดขึ้น 2) การตีความทำความเข้าใจว่าทำอะไร 3) การตอบสนองโดยการตัดสินใจที่เหมาะสม และ 4) การสะท้อนการเรียนรู้เพื่อการพัฒนา และในขั้นตอนที่ 4) ผู้วิจัยได้ใช้รูปแบบการสะท้อนคิดของกิบส์ (Gibbs's reflective cycle) 6 ขั้นตอน (Gibbs, 1998)

สำหรับวิธีการส่งเสริมการคิดเชิงระบบและการคิดสร้างสรรค์ในนักศึกษาพยาบาล จากการทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้ พบว่า มีงานวิจัยอยู่ 2 เรื่อง ได้กล่าวถึงวิธีการส่งเสริมความสามารถในการคิดดังกล่าว โดยงานวิจัยของ Chaeye, et al.¹⁶ ได้มีการใช้การจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาในคลินิก ซึ่งเป็นรูปแบบการเรียนรู้ ที่เรียกว่า Problem-based learning (PBL) หรือเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐานตามแนวคิดของ constructivism และการประยุกต์ใช้แนวคิดของฟริฟจ็อบ คอปรา (Frifjob capra) มาเป็นแนวคิดในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เพื่อให้นักศึกษาฝึกคิดวิเคราะห์ เชิงระบบ และฝึกคิดแก้ปัญหา โดยคาดหวังให้เกิดประโยชน์สูงสุดในทักษะการคิดเชิงระบบ มี 4 ขั้นตอนคือ กำหนดประเด็นปัญหา วิเคราะห์ปัจจัยย่อยโดยใช้ผังความคิด หาความสัมพันธ์ของปัจจัยย่อย เขียนเชื่อมโยงปัญหา สะท้อนปัญหา

และงานวิจัยของจิรภัค สุวรรณเจริญ ได้สรุปรูปแบบการเรียนรู้ที่ส่งเสริมการคิดสร้างสรรค์ กล่าวคือ กิจกรรมประกอบด้วยการกำหนดจุดประสงค์การเรียนรู้ในเรื่องนั้น ๆ และวัดประเมินผลผู้เรียนโดยการทำแบบทดสอบท้ายบทเรียนและหลังเรียน

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาความรู้เกี่ยวกับการคิดของนักศึกษาพยาบาลโดยการจัดการเรียนการสอนเพื่อส่งเสริมการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล ควรประกอบไปด้วย 5 ขั้นตอน คือ การนำเสนอปัญหาโดยใช้คำถามกระตุ้น การใช้วิธี flipped classroom มุ่งหาคำตอบ การวิเคราะห์ปัญหา การสร้างความรู้โดยการนำเสนอและการประเมินผลโดยการทดสอบหลังเรียน¹³ การใช้คำถามและข้อสอบก่อนการเรียนการสอนจะเป็นการกระตุ้นและพัฒนาความคิดอย่างมีวิจารณญาณและทักษะการแก้ปัญหาได้เป็นอย่างดีในนักศึกษาพยาบาล¹⁸ การใช้หลักการเรียนการสอนโดยใช้การสะท้อนคิดจะส่งผลทำให้นักศึกษาพยาบาลมีความคิดอย่างมีวิจารณญาณได้สูงขึ้น¹⁹ และการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงจะช่วยในการพัฒนาพฤติกรรมและการสะท้อนคิดและความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกได้ดียิ่งขึ้น¹⁵ และการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลมีสมรรถนะการสะท้อนคิดจะช่วยให้นักศึกษาพยาบาลมีการคิดอย่างมีวิจารณญาณที่ดีในอนาคต²²

สำหรับวิธีการที่ส่งเสริมการคิด ควรนำเทคนิค การใช้ชุดกิจกรรม อันประกอบด้วย คำชี้แจง จุดประสงค์ เวลา เนื้อหาสาระ กิจกรรมการเรียนการสอนและการประเมินผล มาปรับใช้ในการทำให้ผู้เรียนเกิดทักษะการคิดวิเคราะห์ได้ดียิ่งขึ้น²³ การพัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์ของนักศึกษาพยาบาล ควรประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ การเตรียมความพร้อมสำหรับการเรียนรู้ การเรียนรู้และฝึกปฏิบัติ การสะท้อนคิด การสร้างความรู้และการประเมินผล²⁴ และการนำแนวคิดทฤษฎีคอนสตรัคติวิสต์และผังความคิดมาใช้ในการใช้กรณีศึกษา และมีการทดสอบหลังเรียน จะช่วยทำให้นักศึกษามีความสามารถทางการคิดวิเคราะห์ที่ดีขึ้น¹⁴ และจากงานวิจัยของ Punsomreung, et al.²⁵ ได้พบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ทักษะการตัดสินใจทางคลินิกนักศึกษา ก่อนและหลังสิ้นสุดการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษาและการใช้สถานการณ์จำลอง

เสมือนจริงในภาพรวมพบว่ามี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ตามแนวคิดการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ รูปแบบการสอนในคลินิกจากการใช้วิจัยเป็นฐาน ได้แก่ การระบุสถานการณ์ ตั้งคำถาม สืบค้น ประเมินความตรงของหลักฐาน การตัดสินใจนำไปใช้ในการสร้างสรรค์นวัตกรรมและการตรวจสอบหรือประเมินผลการนำไปใช้ที่มีประสิทธิภาพจะส่งเสริมความสามารถในการสร้างสรรค์นวัตกรรมทางการพยาบาล²⁶

นอกจากนี้วิธีการส่งเสริมการคิดในการพัฒนาการคิดอย่างเป็นระบบ การใช้กรณีศึกษาจะช่วยส่งเสริมและพัฒนาการคิดเชิงระบบให้กับนักศึกษาพยาบาล¹⁶ ซึ่งการเรียนรู้จะใช้รูปแบบการเรียนการสอนที่เรียกว่า Problem-based learning (PBL) หรือเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐานตามแนวคิดของ constructivism และการประยุกต์ใช้แนวคิดของ ฟรีพ็อบ คอปรา (Frifjob capra) มาเป็นแนวคิดในการพัฒนาการคิดวิเคราะห์ เชิงระบบและแก้ปัญหาให้กับนักศึกษาพยาบาล โดยผู้เรียนต้องปฏิบัติ 4 ขั้นตอน คือ การกำหนดประเด็นปัญหา วิเคราะห์ปัจจัยย่อย ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยย่อย ความเชื่อมโยง และการเขียนวงจรปัญหาของกรณี

ศึกษา และนักศึกษาจะมีความสามารถในการคิดอย่างเป็นระบบ คิดสร้างสรรค์ คิดอย่างมีวิจารณญาณ คิดวิเคราะห์ และคิดแก้ปัญหาได้ ดังนั้นควรได้รับการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐาน²⁷

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. รูปแบบการสอนที่ศึกษาจากการวิจัยครั้งนี้ ที่ควรนำมาใช้และมีประสิทธิภาพ ได้แก่ การคิดอย่างมีวิจารณญาณ การคิดวิเคราะห์ การคิดสร้างสรรค์ และการคิดเชิงระบบ และกิจกรรมการเรียนรู้ที่แนะนำ คือ การสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลัก การสอนแบบใช้การกำกับตนเอง การใช้คำถามกระตุ้น การสะท้อนคิด การเรียนรู้จากประสบการณ์ และการใช้กรณีศึกษา

2. ในการทำกิจกรรมเพื่อพัฒนาและเสริมสร้างความคิดในนักศึกษาพยาบาล ผู้สอนควรกำหนดกิจกรรมและขั้นตอนปฏิบัติเพื่อส่งเสริมให้นักศึกษามีทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ การคิดสร้างสรรค์ การคิดเชิงระบบ และการคิดวิเคราะห์อย่างชัดเจน

References

1. Susaorat P. Thinking Development. 8th ed. Bangkok: 9119 Technic Printing; 2013. (in Thai)
2. Office of the Basic Education Commission. Approach to decentralization of administration and education management, Board of Education Area Office and Educational Institutions under the Ministerial Regulations, Decentralization of administration and management of education 2007. Bangkok 2007. (in Thai)
3. Dhabdhimsri V, Huengwattanakul P. Assessment of thinking process skills of nursing students in the 21st century: Solo Taxonomy. Journal of Health and Nursing Research 2017; 33(2): 169-178. (in Thai)
4. Na Nakorn P, Jamjuree D, Junhavat D, Boonprakob M. The study of learning management through reflection for developing a critical thinking process in nursing students. Rama Nurse Journal 2016, 22(2): 206-221. (in Thai)
5. Kwangsawad T. Teaching critical thinking. Ratchaphruek Journal 2018; 16(3): 1-9. (in Thai)
6. Aksornkan S. The study of the analytical thinking ability of the students in faculty of education, Surattthani Rajabhat University. Ratchaphruek Journal 2019; 17(2): 24-32. (in Thai)

7. Suwanjaroen J. Development learning Model enhancing creative thinking of nursing students in Boromarajonani College of Nursing Suratthani. Journal of Health Research and innovation 2019; 2(1): 37-47. (in Thai)
8. Ekthamasuth C, Suvithayasiri K. Cognitive constructivism through problem solving thinking skill. Journal of Boromarajonani College of Nursing Bangkok 2017; 33(1): 177-183. (in Thai)
9. Moher D, Shamseer L, Clarke M, Ghersi D, Liberati A, Petticrew M, et al. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. Systematic review 2015; 4:1:1-9.
10. The Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grade of Recommendation Working Party. Supporting document for the Joanna Briggs Institute levels of evidence and grades of recommendation. (Internet January 2014) (Cited 1/6/2021) from <http://joannabriggs.org/jbiapproach.html#tabbednav=Levels-of-Evidence>
11. Panomrit S, Turner K, Charoensuk S, Wisawatapnimit P, Kaewjiboon J, Aanchaipatana N. Development of Teaching-Learning Models based on Problem Based Learning and Self-Reflective Approaches to Foster Critical Thinking and Self Efficacy Competences of Nursing Students. Journal of Nursing and Education 2011; 4(2): 108-123. (in Thai)
12. Soowit B, Kamwicha P, Muksiritipanun B. A development of the Happiness Learning Instructional Model in Adult Nursing Practicum II for Promoting Learning Happiness and Critical Thinking among Nursing Students, Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2014; 15(2): 242-251. (in Thai)
13. Khumkorn S. Effect of using smart educational media creator (SEMC) on learning achievement of nursing practicum of mental health and psychiatric and critical thinking among nursing students. Journal of nursing and education 2015; 8(4): 126-139. (in Thai)
14. Pichianwilai W. The effect of constructivist instructional strategies on critical thinking abilities of nursing students. Suranaree J. Soc Sci 2018; 12(1): 37-47. (in Thai)
15. Phormpayak D, Rattana-Umpa J, Rungkavat V. The effects of using simulation based learning and reflective thinking skill promoting on nursing students' reflective thinking behavior and clinical decision-making abilities. The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima 2019; 25(2): 57-71. (in Thai)
16. Chaeye K, Somsap Y, Nuntakwang C, Phanvatr A . Effects of case study learning on systemic thinking skill of McCormick nursing students in maternal-child nursing and midwifery practicum 2 subject. Journal of nurses association of Thailand Northern office 2019; 25(1): 23-35. (in Thai)
17. Arpaichiraratana C, Attharos T. Effect of small group discussion on critical thinking, self-directed learning, satisfaction on the learning of nursing student of The Thai Red Cross College of Nursing. Journal of The Thai Red Cross Nursing 2012; 5(1): 19-31. (in Thai)

18. Chidnayee S, Kaewurai W. The development of an instructional model based on cognitive apprenticeships to enhance critical thinking in nursing process abilities for nursing students. *Journal of Education Naresuan University* 2018; 20(4):191-205. (in Thai)
19. Khorphon S, Pankeaw J, Sarobol T, Choopun K, Chomchan S, Boonlue N. Promoting of critical thinking skills in nursing students through reflective thinking. *Nursing Journal* 2019; 46(1): 87-101. (in Thai)
20. Kittiboonthawal, Sondee K, Korjedee P, Singraphai P. The effect of Reflective Teaching on Critical Thinking Ability and Humanize Nursing Care of Nursing Students. *Journal of Education Silpakorn University* 2021; 17(2): 163-171. (in Thai)
21. Phormpayak D, Sattayawong W, Rattana-Umpa J, Hamtanon P, Rungkavat V. The effect of using simulation based learning and reflective thinking skill promotion on nursing students' reflective thinking behavior and clinical decision-making abilities. *The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima* 2019; 25(2): 57-71. (in Thai)
22. Suvithayasiri K, Wadyim N, Techamuanwaiwit S, Padklang S. The effects of project based-learning to create innovation for developing of reflective thinking ability of nursing students 2020; 36(3): 164-177. (in Thai)
23. Boonkusol T, Intawat J. The effects of learning techniques using the activity package for anatomy and physiology subjects to enhance the analytical thinking ability and satisfaction of nursing students. *The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima* 2017, 23(1): 85-96. (in Thai)
24. Chantra R, Thanaroj S, Rattanamanee K, Untaja P. The development and teaching model based on knowledge creation theory of principles and techniques in nursing to develop the analytical thinking skills of nursing students *Boromarajonani College of nursing Suratthani* 2021; (2): 212-220. (in Thai)
25. Punsomreung T, Kanhadilok S, Prasertsri R, Inchaithep S. Effects of case-based learning and simulation-based learning on students' perceptions of clinical judgment and students' clinical judgment. *Journal of Nursing and Education* 2021; 14(1): 14-32. (in Thai)
26. Vibulchai N, Anekwit N, Taiwong A, Saenchan M, Bundittharwon K. Development of a clinical instructional model using a research-based approach to enhance the ability in creating nursing innovation for nursing students. *Journal Nursing and Education* 2020; 13(2): 77-92. (in Thai)
27. Klangkan S, khemapech S, Homdee R, Lertteeragul T, Wetcharungsri P. The effect of problem-based learning management on intellectual skills learning outcomes of police nursing students in adult nursing 1 course 2020; 12(2): 431-437. (in Thai)

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการทำผักสวนครัว
เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตบนพื้นฐานความต้องการของผู้สูงอายุ
Effectiveness of Home Grown Vegetable Program for improve Quality
of life based on Elderly Needs

Received: Feb 8, 2022
Revised: Apr 10, 2022
Accepted: Apr 19, 2022

พิทักษ์พงศ์ ปันตะ,ส.ด. (Pitakpong Panta, Ph.D. P.H.)¹

นิภาพร อภิสิตवासนา, ส.ด. (Nipaporn Apisitwasana, Ph.D.P.H.)²

ประภาส ธนะ, พย.ม. (Prapas Tana, M.N.S.)³

กมลพร ไตรจินดา, รป.ม. (Kamonphon Trichinda, M.P.A.)⁴

คัชชญากร สองฐิติธนา, รป.บ. (Khatchayakorn Songthitithana, B.P.A.)⁴

ธนิดา มาลา, นศ.บ. (Tanida Mala, B.A.)⁴

บทคัดย่อ

บทนำ: ปัจจุบันผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวขึ้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลงจากปัจจัยหลายประการ การทำสวนครัวถือเป็นกิจกรรมที่ช่วยรักษาและฟื้นฟูร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุในชุมชนได้

วัตถุประสงค์: เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการทำผักสวนครัวในการพัฒนาคุณภาพชีวิตบนพื้นฐานความต้องการของผู้สูงอายุ

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยเปรียบเทียบสองกลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัด 2 ครั้ง ก่อนเริ่มกิจกรรม สัปดาห์ที่ 8 หลังการทำการกิจกรรมเสร็จสิ้น กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้ที่มีอายุระหว่าง 60-80 ปี ที่อาศัยอยู่ในอำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน จำนวน 108 คน ผู้วิจัยสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เพื่อคัดเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 54 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการทำผักสวนครัว (Home grown vegetable, HGV.) ส่วนกลุ่มควบคุมจะใช้ชีวิตตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและแบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อ ชุดภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา, independent sample t-test

ผลการวิจัย: ค่าคะแนนระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหลังสิ้นสุดโปรแกรม พบว่า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.282, p\text{-value} < 0.001$) โดยกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของระดับคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 96.04, 91.33) เมื่อนำกลุ่มทดลองมาเปรียบเทียบกับคุณภาพชีวิตรายด้าน พบว่า หลังสิ้นสุดโปรแกรมระดับคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นทั้ง 4 ด้าน

ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

¹อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา จ.พะเยา E-mail: Pitakpong@gmail.com

²Corresponding author พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกองทัพภาคที่ 3 จังหวัดสุราษฎร์ธานี E-mail: nipaporn.o@bcn.ac.th

³พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข E-mail: prapas@bcns.ac.th

⁴องค์การบริหารส่วนตำบลพระพุทธบาท อ.เชียงกลาง จ.น่าน

Phraphutthabatchiangkhan Subdistrict administrative organization, Chiangkhan District, Nan Province

สรุปผล: โปรแกรมการทำผักสวนครัวมีประสิทธิผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนให้ดีขึ้นได้

ข้อเสนอแนะ: องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรผลักดันให้มีการนำกิจกรรมในโปรแกรมทำสวนผักไปเป็นนโยบายของชุมชนในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตลอดจนนำไปขยายผลใช้กับกลุ่มอื่น ๆ ต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมผักสวนครัว, คุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุ

Abstract

Introduction: Nowadays, the elderly are noted for their longevity, resulting in a decrease of quality of life (QOL) of the elderly. This would attribute to many factors. Gardening is an activity which would heal and rejuvenate their physical and mental states of the elderly in the community.

Research objectives: To examine the effectiveness of Home Grown Vegetable program for changing QOL among elderly based on their needs.

Research methodology: This quasi-experimental study used a two-group pretest and posttest design and were measured 2 times at baseline, and follow-up at the 8th week after intervention completed. Participants consisted of 108 elderly people aged 60-80 years old living in Chiang Klang District, Nan Province. A purposive sampling method was used to recruit the participants. Moreover, 54 participants were assigned to an intervention group and 54 to a control group. The intervention group received eight weeks of a Home Grown Vegetable intervention, whereas the control group lived with their daily routine. Data were collected using a personal information interview form, and QOL was assessed using WHOQOL-BREF-THAI. Data were analyzed using descriptive statistics, and independent sample t-test.

Results: The findings revealed that at follow-up, between-group significant difference of QOL was found ($t = 3.282$, $p\text{-value} < 0.001$). Also, the intervention group had a higher mean score of QOL than the control group (96.04%, 91.33%, respectively). To compare each dimension of QOL in the intervention group at follow-up, it was found that the QOL score increased in all 4 dimensions.

Conclusions: The Home Grown Vegetable (HGV) program was effective in improving the QOL of the elderly in the community.

Implications: The local government organization should promote the implementation of HGV program activities. This should be scaling up to be a community policy to promote QOL among the elderly. Expansion of the implementation of HGV to other groups is recommended.

Keywords: Home Grown Vegetable, Quality of life, Elderly

บทนำ

ปัจจุบันทั่วโลกมีผู้สูงอายุทั้งสิ้นประมาณ 700 ล้านคน ซึ่งเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนา และคาดการณ์ว่าภายในปี 2050 จะมีจำนวนผู้สูงอายุถึง 2,000 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 20 ของประชากรทั่วโลก¹ ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศอาเซียนที่ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในปี 2017 จากประชากรจำนวน 65.50 ล้านคน เป็นผู้สูงอายุถึง 11.30 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 17.10 ซึ่งใกล้จะกลายเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” โดยคาดการณ์ว่าอีก 20 ปีข้างหน้าจะมีจำนวนของผู้สูงอายุเพิ่มเป็น 20 ล้านคน คิดเป็น 1 ใน 3 ของประชากรทั้งหมด² ผู้สูงอายุเป็นวัยแห่งความเสื่อมถอยมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทั้งเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตจากการศึกษาของ Hongthong และคณะ³ พบว่า ผู้สูงอายุ 2 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในชนบทจะมีค่าคะแนนของคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ และยังมีรายได้ลดลงไม่เพียงพอต่อการดูแลตนเอง จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง เนื่องจากมีการออกกำลังกายลดลง มีการเลือกรับประทานอาหารหรือมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม จากการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพปากและฟัน นอกจากนี้ผู้สูงอายุบางรายอาจมีการแยกตัวไปอยู่เพียงลำพัง ตลอดจนการไม่เข้าร่วมทำกิจกรรมกับสังคม⁴ ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้งสิ้น²

จังหวัดน่านเป็นจังหวัดหนึ่งทางภาคเหนือของประเทศไทยที่มีแนวโน้มของการมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นจากการสำรวจของสำนักงานพัฒนาชุมชนจังหวัดน่าน⁵ พบว่าประชากรที่อาศัยอยู่จริงในจังหวัดน่านทั้งหมด 339,333 คน เป็นผู้สูงอายุทั้งสิ้น 78,878 คน คิดเป็นร้อยละ 23.25 มีอัตราการพึ่งพิงผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 18⁶ อำเภอยางชุมน้อยเป็นอำเภอหนึ่งที่ตั้งอยู่ในจังหวัดน่าน ที่ประสบปัญหาเกี่ยวกับการเพิ่มของจำนวนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว อำเภอยางชุมน้อยประกอบด้วย 6 ตำบล โดยตำบลที่มีจำนวนผู้สูงอายุสูงสุด มี 2 ตำบล คือ ตำบลพระพุทธรูปยางชุมน้อย และตำบลยางชุมน้อย ซึ่งกำลังเข้าสู่ระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์จากประชากรที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จำนวนทั้งสิ้น 6,723 คน มี

ผู้สูงอายุถึง 1,079 คน คิดเป็นร้อยละ 16.04 ของจำนวนประชากรทั้งหมด และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในอนาคต⁵ การเข้าไปพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจึงมีความจำเป็นควรมีเครื่องมือหรือกิจกรรมที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนในชุมชน

การศึกษาค้นคว้าวิจัยได้นำแนวคิด Horticultural therapy และ Community gardens^{7,8} มาใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน ทั้งนี้ “การทำสวน (Gardening)” เป็นกิจกรรมหนึ่งที่นิยมทั้งต่างประเทศและในประเทศ ผู้สูงอายุมักจะใช้เวลาว่างในการทำสวนผักในบ้าน ถือว่าเป็นการออกกำลังกายอย่างหนึ่ง จากการมีการเคลื่อนไหวออกแรงทำให้ร่างกายแข็งแรง และยังส่งเสริมให้ผู้ทำกิจกรรมได้มีการสัมผัสกับธรรมชาติอันนำไปสู่การลดความวิตกกังวล ลดความเครียดและลดภาวะซึมเศร้าได้ อันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น⁹ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Candace, A-S. และ Alice, C CTRS¹⁰ ที่พบว่า การทำสวนก่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างกัน ทำให้เกิดความภาคภูมิใจและความรู้ใหม่ ๆ ทั้งเรื่องสมุนไพร ผัก ผลไม้ที่มีอยู่ในชุมชน และยังได้มีการส่งเสริมให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ในการออกแบบสวนภายในบริเวณบ้านของตนเองให้สวยงาม นอกจากนี้การทำสวนผักยังช่วยในการสร้างรายได้ในครัวเรือนให้มากขึ้นจากการนำพืช ผัก ผลไม้ไปขาย ตลอดจนสามารถนำมาแบ่งปันให้กันทำให้ผู้สูงอายุได้มีปฏิสัมพันธ์กับคนในชุมชน ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment benefits) พบว่า การทำผักสวนครัวในบ้านทำให้ผู้อยู่อาศัยมีสิ่งแวดล้อมที่ดี ทำให้จิตใจดีขึ้น การนำพืชผักที่ปลูกบริเวณบ้านมาบริโภคทำให้ปลอดภัยจากเคมีอีกด้วย¹¹ จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย พบว่า การทำผักสวนครัวมาใช้เป็นเครื่องมือพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุยังไม่แพร่หลาย ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมผักสวนครัว (Home Grown Vegetable: HGV) มาใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทั้งด้านสุขภาพทางกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อม โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนบนพื้นฐานความต้องการของผู้สูงอายุได้มีการนำความรู้ หรือประสบการณ์มาใช้ในการเลือกพืช ผัก ผลไม้และสมุนไพรที่มีอยู่ในชุมชนมาปลูกภายในบริเวณบ้านของตนเอง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการทำผักสวนครัวต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตบนพื้นฐานความต้องการของผู้สูงอายุ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของการทำพืชสวนบำบัด (Horticultural therapy) ที่ได้ทำการศึกษาในประเทศญี่ปุ่น⁷ และการทำสวนชุมชน (Community gardens) ของ Victoria E. และคณะ⁸ มาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมทำสวนผัก (Home grown vegetable) โดยประยุกต์ใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยทำการวัด 2 ครั้ง ก่อนการทดลอง และสัปดาห์ที่ 8 หลังการทำการกิจกรรมเสร็จสิ้น

ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ใช้โปรแกรม G-Power ในการคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดค่า $\alpha = 0.05$, Effect size = .05 และ Power of test 0.80¹² ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 102 และผู้วิจัยคำนวณเพิ่มอีกร้อยละ 5 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จนได้จำนวนทั้งสิ้น 108 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 54 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) ผู้ที่มีอายุครบ 60-80 ปี 2) อาศัยอยู่ในเขตตำบลพระพุทธรบาทและตำบลเชียงคาน อำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน ไม่น้อยกว่า 1 ปี 3) สมัครใจเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่าง 4) มีพื้นที่บริเวณบ้านเพียงพอต่อการทำสวนครัว 5) ไม่มีประวัติการแพ้พืชหรือสารเคมีใด ๆ ส่วนเกณฑ์การคัดออก มีดังนี้ 1) เป็นผู้ที่มิปัญหาการสื่อสาร เช่น หูตึง 2) เป็นผู้ที่มีความพิการและมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว 3) ย้ายไปอยู่สถานที่อื่นระหว่างการวิจัย 4) ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมมากกว่า 2 ครั้งขึ้นไป

การศึกษานี้เลือกพื้นที่ในการศึกษาแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยเลือกพื้นที่ที่มีอัตราของจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นมากกว่าพื้นที่อื่น มีความสนใจและพร้อมให้ความร่วมมือในการทำผักสวนครัว กลุ่มตัวอย่างที่ผ่านคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก ผู้วิจัยได้สุ่มอย่างง่ายเพื่อจัดเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองสุ่มได้ตำบลพระพุทธรบาทเชียงคาน จะได้รับโปรแกรมทำผักสวนครัว ส่วนกลุ่มควบคุมสุ่มได้ตำบลเชียงคาน จะใช้ชีวิตตามปกติ และหากครอบครัวใดมีจำนวนผู้สูงอายุอาศัยอยู่มากกว่า 1 คน ผู้วิจัยจะใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายจากรายชื่อสมาชิกในครอบครัว โดยสุ่มมาเพียง 1 คน เพื่อใช้เป็นตัวแทนในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้การสัมภาษณ์ (Face to Face interview) โดยเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 2 ส่วนด้วยกัน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การมีโรคประจำตัว อาชีพ ระดับรายได้ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การทำกิจกรรมยามว่าง ประโยชน์ของการปลูกผักและการสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน เป็นคำถามปลายเปิดและปลายปิด

ส่วนที่ 2 แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ดัดแปลงมาจากเครื่องวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชื่อย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL_BREF_THAI) ซึ่งแปลและปรับปรุงโดย Mahatnirunkul และคณะ¹³ ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 26 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ ด้านสุขภาพกาย จำนวน 7 ข้อ ด้านจิตใจ จำนวน 6 ข้อ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม จำนวน 3 ข้อ ด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 8 ข้อ และอีก 2 ข้อ เป็นตัวชี้วัดในหมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ของ ลิเคิร์ท (Likert's Scale) 5 อันดับ คือ มากที่สุด ถึง ไม่เลย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ คำถามเชิงบวก (Positive Statement) ให้คะแนน 5-1 ตามลำดับ ส่วน คำถามเชิงลบ (Negative Statement) ให้คะแนน 1-5 คะแนน ตามลำดับ เกณฑ์การแบ่งคะแนนระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ระดับต่ำ มีคะแนน 26-60

คะแนน ระดับปานกลาง มีคะแนน 61-95 คะแนน และคะแนน ระดับสูง มีคะแนน 96-130 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ในการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตของ องค์การอนามัยโลก ชุดย่อ ฉบับภาษาไทย ของ Mahat-nirunkul และคณะ¹³ ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยนำเครื่องชี้วัดคุณภาพ ชีวิตขององค์การอนามัยโลกมาปรับเป็น ชุดย่อ ฉบับภาษาไทย โดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษาแล้วนำไปทดสอบกับคนที่มีความรู้ พื้นฐาน แตกต่างกันไป มาปรับปรุงข้อที่เป็นปัญหาแล้วทดสอบซ้ำ 3 รอบ ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.84 ค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.65

ขั้นตอนดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมทำผักสวนครัว (Home Grown vegetable)

กลุ่มทดลอง

กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมผักสวนครัว (Home Grown vegetable) ที่ประยุกต์จากแนวคิดของการทำพืชสวน บำบัด (Horticultural therapy)⁷ และการทำสวนชุมชน (Community gardens) ของ Victoria และคณะ⁸ มาใช้เป็น เครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยมีขั้นตอนทั้งหมด 5 ขั้นตอนด้วยกัน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การประเมิน (Assessment) จะเน้น การประเมินความต้องการของกลุ่มตัวอย่างว่าต้องการเลือก ปลูกพืช ผัก ผลไม้ สมุนไพรหรือดอกไม้ ที่มีอยู่ในท้องถิ่น ชนิดใดบ้าง เน้นพืชที่ดูแลง่ายไม่ยุ่งยาก สามารถมาทำเป็น อาหาร จัดสภาพแวดล้อมบริเวณบ้านให้เกิดความสวยงามและ นำมาแปรรูปเป็นผลิตภัณฑ์ได้โดยประเมินประสบการณ์ในการทำสวนหรือการปลูกพืชต่าง ๆ ของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติม นอกจากนี้จะมีการประเมินระดับคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้านของ

กลุ่มตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมด้วย

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดเป้าหมาย (setting goals)

กลุ่มตัวอย่างมีการกำหนดเป้าหมายร่วมกันว่าจะมีแนวทางใน การพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเองให้บรรลุเป้าหมายได้อย่างไร เพื่อที่จะให้สุขภาพด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพ ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมให้ดีขึ้น สามารถดำรงชีวิต อยู่ในชุมชนอย่างมีความสุขตามวิถีชีวิตของชุมชน

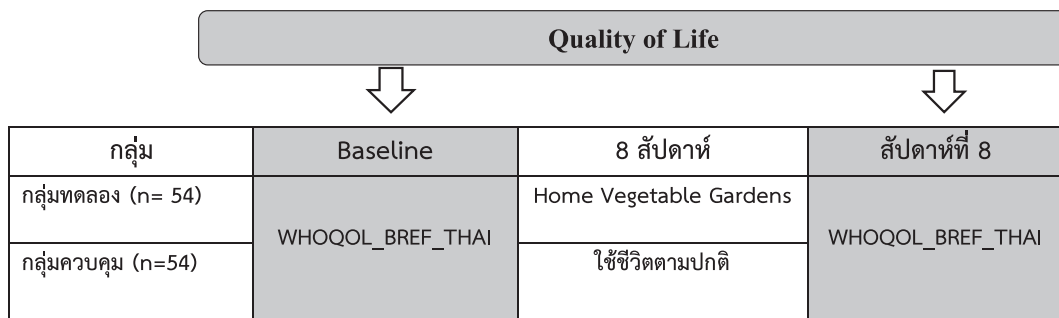
ขั้นตอนที่ 3 การวางแผนการปฏิบัติ (Planning of Home Grown Vegetable) เป็นการวางแผนการทำงาน ร่วมกันว่ามีแนวทางในการทำอะไรให้มีคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น มีการให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการทำผักสวนครัวที่ จะช่วยในการพัฒนาคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อม พร้อมเปิดโอกาสให้เกิด การแลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกัน

ขั้นที่ 4 การลงมือปฏิบัติ (Practice of Home grown vegetable) เป็นขั้นตอนการลงมือการทำสวนครัว ภายในบริเวณบ้านของตนเอง โดยเลือกปลูกผักที่ตนเองชอบ ได้ตามความสมัครใจ

ขั้นตอนที่ 5 การติดตามประเมินผล (Evaluation of goal) เป็นการติดตามผลหลังการปลูกผักสวนครัวว่าบรรลุ ตามเป้าหมายที่วางไว้หรือไม่โดยติดตามประเมินระดับคุณภาพ ชีวิต (WHOQOL_BREF_THAI) หลังสิ้นสุดโปรแกรมสัปดาห์ที่ 8 อีกครั้ง

กลุ่มควบคุม

กลุ่มควบคุมใช้ชีวิตตามปกติ จะได้รับการประเมิน คุณภาพชีวิตก่อนและหลังการศึกษาตามระยะเวลาเดียวกับ กลุ่มทดลอง อย่างไรก็ตามหลังเสร็จสิ้นโครงการวิจัยนี้แล้ว ผู้วิจัยก็ได้มอบพืช ผัก ผลไม้ สมุนไพรให้กลุ่มควบคุมได้ไปทำ ผักสวนครัวเหมือนกับกลุ่มทดลองเช่นกัน



ภาพที่ 1 รูปแบบการวิจัยและผังของการให้โปรแกรมทำผักสวนครัว

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยอธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัยระยะเวลาที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ลักษณะของแบบสัมภาษณ์ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม ทั้งนี้ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างและครอบครัว ในการศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการตรวจสอบจริยธรรมของความเป็นมนุษย์ภายใต้โครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่นและสถาบันการศึกษาของสำนักกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ จากมหาวิทยาลัยพะเยา เลขที่ 2/078/62 วันที่รับรอง 29 มกราคม 2563 ทั้งนี้ผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลหลังเผยแพร่ผลการวิจัยแล้ว 1 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน และผู้เกี่ยวข้องเพื่อขอเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมการวิจัย และระยะเวลาดำเนินการวิจัยก่อนเริ่มโครงการ พร้อมแจกคู่มือให้ มีการให้ความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูล การลงนามในใบยินยอมตนเป็นอาสาสมัครวิจัย รวมทั้งมีการให้ข้อมูลเพิ่มเติมให้แก่กลุ่มตัวอย่างหากมีข้อสงสัยระหว่างสัมภาษณ์ เมื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้ ผู้วิจัยจะนำข้อมูลมาวิเคราะห์ สรุปข้อมูล ดำเนินการอภิปรายและจัดทำเป็นรายงานวิจัย ทั้งนี้ผู้ช่วยวิจัย มีบทบาทในการช่วยเตรียมวัสดุอุปกรณ์ในการจัดอบรมและช่วยเหลือในการรวบรวมข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์ ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการอบรมผู้ช่วยวิจัยในเบื้องต้น โดยกิจกรรมในโปรแกรมสวนผักทั้งหมดผู้วิจัยเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการถ่ายทอดเพียงคนเดียว

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลทำโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้ สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ข้อมูลด้านบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด สถิติวิเคราะห์ (Analytical Statistics) ได้แก่ การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทุกตัว โดยใช้สถิติ Chi-square, Fisher Exact test ที่ความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนเริ่มกิจกรรม หลังจากให้โปรแกรมทำผักสวนครัว และติดตามผลสัปดาห์ที่ 8 หลังเสร็จสิ้นกิจกรรม โดยใช้ Independent sample t-test

ผลการวิจัย

ด้านปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 108 คน เป็นกลุ่มทดลอง 54 คน และกลุ่มควบคุม 54 คน เมื่อนำมาเปรียบเทียบทุกด้าน พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ระดับคุณภาพชีวิต

จากการศึกษา พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ร้อยละ 92.59 และร้อยละ 81.48 ตามลำดับ หลังการได้รับโปรแกรมผักสวนครัว พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ลดลงเหลือร้อยละ 51.85 และมีระดับคุณภาพชีวิตสูงขึ้น ร้อยละ 48.15 ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง เพิ่มขึ้นเล็กน้อย เป็นร้อยละ 85.18 และมีคะแนนในระดับสูงลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับ 8 สัปดาห์ที่ผ่านมา ร้อยละ 14.82 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N = 108)

ระดับคุณภาพชีวิต	ก่อนได้รับโปรแกรม				หลังได้รับโปรแกรม			
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับปานกลาง (56-88 คะแนน)	50	92.59	44	81.48	28	51.85	46	85.18
ระดับสูง (89-120 คะแนน)	4	7.41	10	18.52	26	48.15	8	14.82

ก่อนได้รับโปรแกรมผักสวนครัวคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน หลังจากได้รับโปรแกรมผักสวนครัว พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการ

ได้รับโปรแกรม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตรายด้านหลังการได้รับโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ทั้ง 4 ด้าน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตหลังได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกรายด้าน (N = 108)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=54)				กลุ่มควบคุม (n=54)				p-value
	$\bar{X}$	SD	Min	Max	$\bar{X}$	SD	Min	max	
Total Quality of life (TQOL)	96.04	9.62	78	120	91.33	4.28	80	101	.001
ด้านร่างกาย	24.76	3.20	16	32	23.24	2.46	8	29	.007
ด้านจิตใจ	22.59	3.52	16	30	21.30	1.76	17	25	.017
ด้านสังคม	11.02	2.06	5	15	10.33	1.33	8	12	.043
ด้านสิ่งแวดล้อม	30.63	2.77	25	37	29.31	1.68	25	30	.004

ผลของโปรแกรมผักสวนครัว (Home grown vegetable) หลังได้รับโปรแกรมผักสวนครัวของกลุ่มทดลอง พบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลอง

และกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=3.28, p < 0.01$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม (N = 108)

ตัวแปร		$\bar{X}$	SD	Unpaired t-test	P Value
ก่อนได้รับโปรแกรม	กลุ่มทดลอง	88.59	6.10	$t = .890$	.376
	กลุ่มควบคุม	89.61	6.43		
หลังได้รับโปรแกรม	กลุ่มทดลอง	96.04	9.62	$t = 3.282$	.000
	กลุ่มควบคุม	91.33	4.28		

อภิปรายผลการวิจัย

ประสิทธิผลของสวนผักต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จำแนกรายด้าน

1. ด้านสุขภาพทางกาย

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการอบรมโปรแกรมผักสวนครัว มีค่าคะแนนด้านสุขภาพทางกายก่อนและหลังการอบรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนด้านสุขภาพทางกายเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม และยังพบว่าในช่วงที่มีกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับประโยชน์การทำผักสวนครัวต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทางกาย จากการทำสวนเป็นกิจกรรมยามว่างที่ทำแล้วช่วยให้ร่างกายแข็งแรง นอนหลับสบาย เพราะถือว่าการออกกำลังกายไปในตัว ซึ่งสอดคล้องกับจากการศึกษาของ Nieman¹⁴ ที่พบว่าการทำสวน มีผลต่อสุขภาพทางกายทำให้สุขภาพแข็งแรงและยังเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ทำสวนได้มีการออกกำลังกายแบบการเคลื่อนไหวออกแรงเพิ่มมากขึ้น ซึ่งถ้าหากมีการออกกำลังกายในแต่ละครั้งมากกว่า 30 นาที โดยทำกิจกรรมทำสวน 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ จนรู้สึกว่ามีเหงื่อออกหรือมีชีพจรเปลี่ยนแปลงจะทำให้ร่างกายแข็งแรงขึ้นได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่าการทำสวนจะเป็นตัวช่วยในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน ลดระดับไขมันได้ รวมทั้งยังสามารถช่วยในการควบคุมและลดน้ำหนักได้¹⁵

นอกจากนี้ยังพบว่าทำผักสวนครัวมีส่วนช่วยให้ชุมชนได้มีแหล่งผลิตอาหารสดเกิดขึ้น ทำให้สมาชิกในครอบครัวและในชุมชนได้บริโภคพืช ผัก หรือสมุนไพรที่ปลอดภัยและเป็นตัวกระตุ้นให้ทำผักสวนครัวหรือคนในชุมชนได้หันมาบริโภคผักเพิ่มมากขึ้น และไม่ต้องไปซื้อพืชผัก ผลไม้หรือสมุนไพรในตลาดเพราะช่วงนี้มีภาระของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 อาจมีปนเปื้อนเชื้อโรคได้¹⁰ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Paulo Nova และคณะ¹⁶ ที่พบว่าการทำผักสวนครัวมีประโยชน์หลายอย่างและเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมสุขภาพทั้งพฤติกรรมการออกกำลังกายและพฤติกรรมบริโภค จนทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ในส่วนพืชผักที่นำมาปลูกเน้นเป็นพืชผัก ผลสมุนไพรที่มีอยู่ในชุมชน เช่น ผักกาดขาว ดอกไม้ กลัวยและกระเพรา จะเห็นได้ว่าสิ่งที่นำมาปลูกควรมีความเหมาะสมกับความต้องการของคนใน

ชุมชนเป็นสำคัญ ด้วยจะทำให้สุขภาพร่างกายแข็งแรงเพราะการทำสวนถือว่าการออกกำลังกายตามวิถีชีวิต เป็นผลทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้¹⁷

2. ด้านจิตใจ

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าของคะแนนคุณภาพชีวิตในด้านจิตใจมากกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 โดยในกลุ่มทดลองช่วงที่มีกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับประโยชน์การทำผักสวนครัวต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ พบว่า กิจกรรมดังกล่าวมีส่วนช่วยให้ลดภาวะเครียด รู้สึกมีความสุขได้สัมผัสกับธรรมชาติ น้ำ เสียงนกและได้เห็นพืช ผัก ผลไม้หรือสมุนไพรที่ปลูกเจริญเติบโตจนสามารถนำมาใช้มาบริโภคเป็นอาหารภายในครัวเรือนและใช้เป็นยาสมุนไพรรักษาโรค ส่งผลทำให้ประหยัดค่าใช้จ่าย นอกจากนี้ในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ทำให้มีรายได้ลดลงประกอบกับรู้สึกเครียดกับการเริ่มระบาดของโรคทำให้วิถีชีวิตเปลี่ยนไป การออกนอกบ้านไม่สะดวกต้องอยู่แต่ภายในบ้าน ไม่รู้จะทำอะไร การทำผักสวนครัวจึงช่วยคลายเครียด ทำให้ได้แลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์ที่ผ่านมาและได้แบ่งปันผลผลิตให้กับคนอื่น ๆ รวมทั้งยังสามารถนำมาขายสร้างรายได้ให้กับตนเองได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่าการทำสวนมีส่วนช่วยให้ลดภาวะเครียด ทำให้จิตใจดี เมื่อสัมผัสกับธรรมชาติ ทำให้เกิดความภาคภูมิใจและรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าในสังคมทำให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น¹⁸ นอกจากนี้การทำผักสวนครัวยังช่วยรักษาโรค Dementia ทำให้คนที่ป่วยโรคนี้อาการดีขึ้น¹⁹ และกิจกรรมการทำสวนยังมีประโยชน์ทั้งด้านเศรษฐกิจเป็นการส่งเสริมเศรษฐกิจภายในครัวเรือนได้บริโภคอาหารปลอดภัยและมี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Andrew และคณะ²⁰ ที่พบว่า การทำพืชสวนบำบัด (Horticultural therapy) มีส่วนช่วยลดภาวะความวิตกกังวล และลดความเครียด ในกลุ่มที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตได้

3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 โดยในระหว่างที่ทำกิจกรรมได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประโยชน์ของการทำผักสวนครัวต่อคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพ

ทางสังคม พบว่า การทำผักสวนครัวช่วยทำให้ปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ มากขึ้น ส่งเสริมให้ครอบครัวได้ทำกิจกรรมร่วมกัน มีการถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการผลิตพันธุ์ การเก็บรักษาและการขยายพันธุ์ให้กับบุตรหลานของตนเอง และผู้สนใจในชุมชนที่ต้องการเรียนรู้ โดยอาศัยภูมิปัญญาพื้นบ้านมาถ่ายทอดทำให้รู้สึกว่าคุณค่าที่มีคนมาขอคำแนะนำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Noelle²¹ ที่พบว่า การทำสวนเป็นกิจกรรมส่งเสริมบุคคลได้มีการปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลเพิ่มมากขึ้น ลดการแยกตัวจากสังคม ในกลุ่มคนที่ติดบ้าน สามารถเป็นตัวกระตุ้นให้เข้ามามีส่วนร่วมกับกิจกรรมต่าง ๆ มากขึ้น รวมทั้งยังเป็นการเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคมให้กับกลุ่มผู้สูงอายุ²² ดังนั้นหน่วยงานท้องถิ่นจึงควรสนับสนุนและส่งเสริม พร้อมทั้งผลักดันให้มีการนำโปรแกรมทำผักสวนครัวไปเป็นนโยบายที่กำหนดให้มีการปฏิบัติในชุมชน⁸

4. ด้านสิ่งแวดล้อม

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมสูงกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 โดยในช่วงที่ทำการกิจกรรมกลุ่มทดลองได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงประโยชน์ของการทำผักสวนครัวช่วยทำให้บ้านเรือนน่าอยู่ ดูสวยงาม ร่มรื่น ช่วยลดฝุ่น PM2.5 และลดภาวะโลกร้อน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Victoria⁸ ที่พบว่า การทำสวนชุมชนช่วยพัฒนาสิ่งแวดล้อมทางสังคม (Social Environment) และอนามัยสิ่งแวดล้อม (Environment Health) ซึ่งมีผลต่อสุขภาพของคนในชุมชน รวมทั้งยังเป็นการช่วยทำให้สภาพแวดล้อมในชุมชนสวยงาม สามารถพัฒนาเป็นแหล่งท่องเที่ยว เป็นแหล่งผลิตอาหารมั่นคงปลอดภัยและเป็นสถานที่ออกกำลังกายให้กับคนในชุมชน เช่น การปั่นจักรยาน การเดิน การวิ่งรอบ ๆ สวนชุมชน เป็นต้น และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Marion และคณะ²³ ที่พบว่าการทำสวนมีผลต่อด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคม (Social Environment) และอนามัยสิ่งแวดล้อม (Environment Health) เช่นกัน จะเห็นได้ว่าการทำสวนเป็นตัวกระตุ้นให้แต่ละคนได้ออกมาทำกิจกรรมกลางแจ้ง ได้สัมผัสกับธรรมชาติ ได้สูดอากาศบริสุทธิ์ ได้มีการออกกำลังกาย มีการพบปะผู้คน ซึ่งจะทำให้บุคคลนั้นมีสุขภาพและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น²⁴

คุณภาพชีวิตโดยรวม

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมผักสวนครัว พบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตไม่มีความแตกต่างกัน ($t = 0.890, p\text{-value}.376$) อย่างไรก็ตาม หลังการได้รับโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.282, p\text{-value} < 0.01$) จะเห็นได้ว่าการทำสวนผักมีส่วนช่วยทำให้มีการพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยรวมเพิ่มขึ้น โดยกลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าการทำสวนผักช่วยป้องกันโรค ทำให้ร่างกายแข็งแรง ลดความรุนแรงของโรคและเป็นเครื่องมือในการสร้างเสริมสุขภาพให้คนในชุมชนได้²⁵ เพราะการทำสวนผักถือว่าเป็นการออกกำลังกายวิธีหนึ่งที่มีการเคลื่อนไหวแบบออกแรง (Physical Activity)²⁶ รวมทั้งยังทำให้ได้บริโภคพืชผัก ผลไม้และสมุนไพรที่มีอยู่ในชุมชนที่ปลอดภัยและยังสามารถนำไปขายสร้างรายได้ให้กับครอบครัวหรือแบ่งปันให้คนในชุมชนและยังสามารถนำมาตกแต่งบริเวณบ้านให้เกิดความสวยงามได้อีกด้วย⁸ นอกจากนี้ การแลกเปลี่ยนเมล็ดพันธุ์พืชผักที่มีอยู่ในชุมชน ทำให้เกิดเป็นธนาคารเมล็ดพันธุ์ขึ้นในชุมชน มีการแบ่งปันซึ่งกันและกัน มีการสอนถ่ายทอดภูมิปัญญาชุมชนในการเพาะเมล็ดหรือการขยายพันธุ์ ทำให้รู้สึกตนเองมีคุณค่าและภาคภูมิใจในความสำเร็จของการทำสวน รวมทั้งยังได้มีการได้ทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัวเพิ่มมากขึ้น ทำให้ช่วยลดการแยกตัวจากสังคม²⁷ นอกจากนี้ยังมีการขยายพืชผัก ผลไม้ หรือสมุนไพรพันธุ์ดั้งเดิมให้คงอยู่ให้แก่ลูกหลาน ได้มีการปลูกไว้บริโภคภายในครัวเรือน อันนำไปสู่ความรู้สึกว่าตนเองมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น²⁸ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษางานวิจัยก่อนหน้านี้ที่พบว่ากลุ่มที่ทำสวนแล้วจะช่วยให้ร่างกายแข็งแรง ลดความรุนแรงของโรคเรื้อรังได้ ทั้งโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ระดับไขมันในกระแสเลือด ลดภาวะเครียด ภาวะซึมเศร้า ลดน้ำหนัก และภาวะสมองเสื่อมได้²⁹ นอกจากนี้ยังเป็นการกระตุ้นให้คนได้มีการออกกำลังกายและหันมาบริโภคพืชผักมากขึ้น รวมทั้งยังเป็นการลดรายจ่ายในการซื้อวัตถุดิบมาปรุงอาหารทำให้ประหยัดค่าใช้จ่ายภายในครัวเรือนได้²⁹ จะเห็นได้ว่าการทำผักสวนครัวมีส่วนช่วยในการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ผู้ที่ได้ทำกิจกรรม ในการทำผักสวนครัวถือว่าเป็นกิจกรรมหนึ่งที่ควรส่งเสริมเนื่องจากคนในชุมชนส่วนใหญ่

ประกอบอาชีพเกษตรกรรม จึงมีความรู้ มีภูมิปัญญา สามารถนำมาประยุกต์ใช้เป็นเครื่องมือในการส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนได้เป็นอย่างดี

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยครั้งนี้ หน่วยงานปกครองท้องถิ่น เช่น องค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลได้บรรจุเนื้อหาเกี่ยวกับการทำผักสวนครัวไว้ในหลักสูตรของโรงเรียนผู้สูงอายุ รวมทั้งการจัดตลาดชุมชนและระบบออนไลน์เพื่อรองรับการขายผลิตภัณฑ์ที่ได้จากโครงการเป็นการเพิ่มรายได้ครัวเรือนอีกด้วย ทั้งนี้กิจกรรมในโปรแกรมทำผักสวนครัวสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตรวมทั้งเป็นการส่งเสริมสุขภาพทางกาย สุขภาพทางจิตใจ ส่งเสริมการสร้างสัมพันธภาพทางสังคมและจิตสภาวะแวดล้อม

ให้เหมาะสม ส่งผลพลอยได้ไปสู่การสร้างรายได้ชุมชน สร้างอาชีพ ได้บริโภค ผัก ผลไม้หรือสมุนไพรที่ปลอดภัยพิชิตเป็นโปรแกรมที่ควรนำไปใช้ขยายต่อไปในชุมชนอื่น ๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยในอนาคต

สำหรับการศึกษาค้างต่อไปควรมีการศึกษาเปรียบเทียบกับโปรแกรมดนตรีบำบัด หรือโปรแกรมนันทนาการรูปแบบอื่น ๆ มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้สูงอายุหรือศึกษาในประชากรกลุ่มเปราะบางกลุ่มอื่น ๆ เช่น กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง หรือผู้ป่วยที่ติดบ้านและติดสังคมเปรียบเทียบกันเพื่อดูประสิทธิภาพของโปรแกรมผักสวนครัว

References

1. United Nation Ageing. International Day of Older Persons. [Internet]. 2018 [cited 2022 Jan 10]. Available from: <https://www.un.org/en/global-issues/ageing>.
2. Siriphanich B. Situation of The Thai Elderly. Foundation of Thai Gerontology Research and development Institute (TGRI). Institute for Population and Social Research, Mahidol University. [Internet]. 2019 [cited 2022 Jan 10]; Available from: https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1610945020-322_0.pdf. (in Thai).
3. Hongthong D, Somrongthong R, R Ward P., Factors Influencing the Quality of Life (QoL) Among Thai Older People in a Rural Area of Thailand. Iranian Journal of Public Health. [Internet]. 2015 [cited 2022 Jan 10]; 44(4): 479-85. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26056666/>.
4. Arterburn, D.E., P.K. Crane, and S.D. Sullivan. The coming epidemic of obesity in elderly Americans. J. Amer. Geriatr. Soc. 2004; 52: 1907-12.
5. Nan Provincial Community Development Office. Report on the quality of life of people in Nan Province Information for basic need 2018. (in Thai).
6. Statistical office Nan. Nan Province Situation Analysis Report 2019. [Internet]. [cited 2022 Feb]. Available from: https://www.osthailand.nic.go.th/masterplan_area/userfiles/file%20Download/Report%20Analysis%20Province. (in Thai).
7. Masahiro T. Horticultural therapy in Japan -History, Education, Character, Assessment. University of Hyogo. JAPAN, JAD June 2019;2.

8. Victoria, E. Melody, Oliver. El-Shadan, T. The development of a model of community garden benefits to wellbeing. Elsevier. Preventive Medicine Reports 2016;(3):348-52.
9. Robert, M. and Tim, H. Hanstad. Small home garden plots and sustainable livelihoods for the poor. Research Gate. 2004.
10. Candace, A-S. and Alice, C CTRS. Why Do Older Adults Garden? ResearchGate.2005.
11. Dilrukshi, H. Russell, F. and Karim, M. Home gardens: a promising approach to enhance household food security and wellbeing. Agriculture & Food Security 2013; 2: 8. Available from: <http://www.agricultureandfoodsecurity.com/content/2/1/8>
12. Jacob, C. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences Secon Edition Department of Psychology New York University, New York.1988.
13. Mahatnirunkul S,Tantipiwattanaskul S., Pumpaisalchai W, Wongsuwan K, Prommanajirangkul W.Comparison of the WHOQOL-100 and the WHOQOL-BREF (26 items). Journal of Mental Health Thailand.1998;5:4-15.(in Thai).
14. Nieman, D.C.. Exercise testing and prescription – A health related approach.
15. Loan, V. and Vicki, B. The Effect of Community Gardens on Neighboring Property Values. REAL ESTATE ECONOMICS. in SSRN Electronic Journal January 2007; DOI: 10.2139/ssrn.889113. 2007;36(2):241–83.
16. Paulo, N. Benedita, C. lisabete, P. and Margarida, S.. Growing Health and Quality of Life: Benefits of Urban Organic Community Gardens. Journal of Nutritional Health & Food Science. March 2018;6(1):1-7.DOI: 10.15226/jnhfs.2018.001124.
17. Mark, B. & Andrew,C. (2004).Home, the Culture of Nature and Meanings of Gardens in Late Modernity. Housing Studies,19(1):000–000.
18. M.R. Rao and B.R. Rajeswa Rao.Tropical Homegardens: A Time-tested Example of Sustainable Agroforestry, Springer. Printed in the Nettlelands.2006:205-32.
19. Wakefield, S.Yeudall, F. Taron, C. Reynolds, J. and Skinner, A. Growing urban health: Community gardening in South-East Toronto. Health Promotion International, 2007;22(2):92-101.
20. Andrew, M. Michael, K. and Ide, M.. Horticultural Therapy Program for People with Mental Illness: A Mixed-Method Evaluation. International. Journal of Environmental Research and Public Health 2020;17:711.DOI:10.3390/ijerph17030711.
21. Noelle, C. Community Gardening, Motivation and Health Benefits. Technological University Dublin.2011.
22. Theresa, L. Barbara, M. and Nancy, A. Positive aging benefits of home and community gardening activities: Older adults report enhanced self-esteem, productive endeavours, social engagement and exercise. SAGE Open Medicine. 2020; 8:1.

23. Marion, T. Ashby, S. Marlene, P.Chantal, S. Caroline, M. Jill, L. and Nicole, D..Impact of community gardening on lifestyles' sustainability: quantitative & qualitative evaluation of a natural experiment. Research Square.2020.
24. Daisuke, M.. Relationship between Community or Home Gardening and Health of the Elderly: A Web-Based Cross-Sectional Survey in Japan. *International Journal Environment Research and Public Health*. 2019 Apr 17;16(8):1389. DOI:10.3390/ijerph16081389.
25. Agnes, E. van den, B. and Mariëtte, H.G.C.. Gardening promotes Neuroendocrine and Affective Restoration from Stress. *The journal of health Psychology*. 2010 [Internet].[cited 2022 Jan 10]; Available from: DOI:10.1177/1359105310365577.
26. Michelle, H. Alison, B. Michael, H. and Michell, M.. What is the evidence for the impact of gardens and gardening on health and well-being: a scoping review and evidence-based logic model to guide healthcare strategy decision making on the use of gardening approaches as a social prescription.BMJ. Open access. 2020.
27. Mark, B. D. Taral, S. Jonna, G.D, Pamela, F. M. Sandra, L. Jack, C. Amara S. C. Mary, H. and Kye Y. K.. What Is the Evidence to Support the Use of Therapeutic Gardens for the Elderly. *Korean Neuropsychiatric Association. International Psychiatry Investigation*. doi: 10.4306/pi.2012.9.2.100. Source: PubMed. 2012.
28. Donna W, Allen G. Being Grounded: Benefits of Gardening for Older Adults in Low-Income Housing. *Journal of Housing for the elderly*,2013;27:28-104.
29. Hiroharu, K. Kiichiro, T. Minoru, Y. Hyuntae, P. Hiroyasu, O. Takuya, et al. Effectiveness of horticultural therapy: a systematic review of randomized controlled trials. *Complementary Therapies in Medicine*, 2014;22(5):930-43.

บทความวิจัย

การพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตาย
ในกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน จังหวัดจันทบุรี
The Development of a Suicide Prevention Model
in Depression Risk Groups in the Community, Chanthaburi Province

Received: May 6, 2021
Revised: Jul 14, 2021
Accepted: Jul 23, 2021

พุทธิพร พงศ์นันท์กุลกิจ พย.ม. (Puttiporn Pongnantakunkij, M.N.S)¹
สุทธิพร มุลศาสตร์ ส.ด. (Sutteepon Moolsart, Dr.P.H)²
ปราการ ฅมยางกูร (Prakarn Thomyangkoon, M.D)³

บทคัดย่อ

บทนำ: ภาวะซึมเศร้า การคิดฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทย ผู้ป่วย ครอบครัว ทุกภาคส่วนควรมีส่วนร่วมในการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อ 1) ศึกษาปัญหาความต้องการดูแลกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้าและคิดฆ่าตัวตาย 2) พัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตาย 3) ประเมินความเหมาะสมของกิจกรรมความพร้อมของชุมชนต่อการดำเนินงานตามรูปแบบฯ

ระเบียบวิธีวิจัย: ระยะที่ 1 ปัญหาความต้องการดูแลกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้าและคิดฆ่าตัวตายในชุมชน กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและคิดฆ่าตัวตาย จำนวน 10 คน ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่างที่พัฒนารูปแบบประกอบด้วย ผู้ให้บริการสุขภาพ แก่นนำชุมชน ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 19 คน นำทฤษฎีสามขั้นตอนคอนสเก็และเมย์ประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบ ระยะที่ 3 ประเมินความเหมาะสมของกิจกรรม ความพร้อมของชุมชน กลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการสุขภาพ แก่นนำชุมชน จำนวน 67 คน วิเคราะห์ข้อมูลปริมาณสถิติพรรณนา ข้อมูลคุณภาพวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย: พบว่า 1) กลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้าและคิดฆ่าตัวตาย มีปัญหาสุขภาพร่างกาย การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ความผิดหวัง และปัญหาเศรษฐกิจ ความต้องการช่วยเหลือ ร่างกาย จิตใจ สังคม และการเข้าถึงบริการสุขภาพ 2) รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายฯ (1) การคัดกรองความคิดฆ่าตัวตายในบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า (2) การป้องกันการพัฒนาความคิดฆ่าตัวตายโดยป้องกันความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ การสร้างสัมพันธ์ภายในครอบครัว การป้องกันสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการฆ่าตัวตาย 3) บุคลากรสาธารณสุข แก่นนำชุมชน มีความคิดเห็นต่อรูปแบบเหมาะสมระดับมาก

สรุปผลการวิจัย: ชุมชน บุคลากรสาธารณสุขมีความพร้อมต่อการดำเนินการตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาระดับมาก

ข้อเสนอแนะ: ศึกษาการทำโปรแกรมการป้องกันการฆ่าตัวตาย

คำสำคัญ: รูปแบบ การป้องกัน การฆ่าตัวตาย ภาวะซึมเศร้า ชุมชน

¹ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แผนกวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, E-mail: aeiputtiporn29@gmail.com

² รองศาสตราจารย์ ดร. ประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช E-mail: sutteepon@yahoo.com

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรม สาขาจิตเวช โรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพฯ E-mail: karn249@hotmail.com

¹ Student of Master of Nursing Science Program in Community Health Nurse Practitioner, School of Nursing, Sukhothai Thammatirat Open University, Bangkok Thailand.

² Corresponding author: Associate Professor Doctor of School of Nursing, Sukhothai Thammatirat Open University, Bangkok Thailand.

³ Assistant Professor, Medical Doctor of Psychiatry, Rajavithi Hospital, Bangkok Thailand.

Abstract

Introduction: Depression and suicidal thoughts are important health problems in Thailand. Patients, families, and all relevant sectors should cooperate to prevent suicide attributed to depression in risk groups.

Research Objectives: This study aimed to: 1) investigate the problems and needs of care in risk groups with depression and suicidal thoughts, 2) develop a suicide prevention model in the community for the risk group of depression, and 3) evaluate the appropriateness of activities and community readiness for implementation of the suicide prevention model in the community for risk group of depression.

Research methodology: In phase 1, this phase aimed to investigate problems and needs of care in risk group of depression with suicidal thoughts in the community. Participants were 10 depressed and suicidal patients. In phase 2, this phase aimed to develop a suicide prevention model for risk group of depression. Nineteen participants were healthcare providers, community leaders, individuals with depression. The three-step theory (3ST) proposed by Klonsky and May was used to guide model development. In phase 3, this phase aimed to assess the appropriateness of activities and community readiness for implementation of the suicide prevention model. Participants were 67 healthcare providers, and community leaders. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics. Qualitative data were analyzed using content analysis.

Results: Findings were as follows. 1) The problems of risk groups with depression and suicidal thoughts were physical health, loss of a loved one, disappointment, and economic problems. The needs were physical, mental, and social needs, and healthcare accessibility. 2) The suicide prevention model included (1) screening for suicidal thoughts in depressed individuals; and (2) prevention of suicidal thought development by preventing feelings of discouragement and despair, strengthening emotional resilience, building family relationships, and preventing environments conducive to suicide. 3) Public health personnel and community leaders reported that the model was appropriate at a high level.

Conclusions: Community and healthcare providers are very ready for the implementation of suicide prevention model in the community for risk group of depression.

Implications: There should be further study to develop the suicide prevention program.

Keywords: Model, Prevention, Suicide, Depression, Community

บทนำ

ภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาของคนทั่วโลก เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย จากรายงานสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าพบว่า เป็นปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย โดยพ.ศ. 2530 ภาวะซึมเศร้าของประชากรทั่วโลกอยู่ที่ 322 ล้านคน และเพิ่มเป็น 350 ล้านคนใน พ.ศ. 2563¹ เนื่องจากสังคมในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว และภาวะเศรษฐกิจที่มีการชะลอตัวอย่างรุนแรงในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตทำให้เกิดความเครียด ความกดดันเกิดเป็นภาวะซึมเศร้าและการคิดฆ่าตัวตาย ประเทศไทยมีผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าประมาณ 2.9 ล้านคน² จากรายงานสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรถึงร้อยละ 70 ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ารุนแรงมักจบชีวิตด้วยการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่าคนทั่วไปถึง 20 เท่า³ ประเทศไทยพบอัตราการฆ่าตัวตายตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561-2563 เท่ากับ 6.03, 6.32 และ 6.64 ตามลำดับ⁴ จังหวัดจันทบุรีมีอัตราการฆ่าตัวตายอยู่ลำดับที่ 8 ของประเทศ ถึง 10.04 ต่อแสนประชากร และมีอัตราการฆ่าตัวตายเป็นลำดับที่ 1 ของเขตสุขภาพที่ 6⁵ ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019⁶ ผลกระทบนี้ทำให้มีคนฆ่าตัวตายสูงขึ้นร้อยละ 7.35 ต่อแสนประชากร พบมากในกลุ่มวัยทำงานที่ตกงาน ว่างาน และประสบปัญหาด้านการเงิน

การดำเนินงานสุขภาพจิตเพื่อลดปัญหาการเกิดภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย จังหวัดจันทบุรีดำเนินงานตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันทั้งเชิงรุกและเชิงรับ รวมถึงการสร้างเสริมสุขภาพจิตที่สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตแบบใหม่ “New Normal” ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยมีนโยบายเรื่องการคัดกรองสุขภาพจิตในกลุ่มประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปประจำปี⁷ การประชุมชี้แจงงานสุขภาพจิตร่วมกับผู้นำชุมชนในพื้นที่ที่ผ่านมาพบว่ายังขาดความร่วมมือจากหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องและบุคลากรทางด้านสาธารณสุขรวมถึงผู้นำชุมชนไม่มีแนวทางการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในการป้องกันภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย ซึ่งการที่จะป้องกันภาวะซึมเศร้าและ

การคิดฆ่าตัวตายควรเริ่มจากต้นเหตุของปัญหา ตัวบุคคล ครอบครัว ไปจนถึงการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ดังนั้นการพัฒนากระบวนการโดยอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในพื้นที่จึงเป็นสิ่งสำคัญ

ประเทศไทย มีการศึกษาถึงการป้องกันและช่วยเหลือบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าและคิดฆ่าตัวตาย ได้แก่ การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตายโดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน การใช้องค์ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า การเสริมสร้างพลังโดยมีกิจกรรมค่ายเยาวชนใจดีใจผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า⁸ และการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชนต่อความหวัง การเชื่อมโยงกับสังคม ภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าที่พัฒนาขึ้นตามกระบวนการแนวคิดสามขั้นตอน ด้วยการเยี่ยมบ้านและการอบรมเชิงปฏิบัติการ หลังการเข้าร่วมโปรแกรมดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05⁹

การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาการป้องกันการฆ่าตัวตายศึกษาในโรงพยาบาลเป็นส่วนมาก การบูรณาการงานสุขภาพจิตในระดับชุมชนยังมีไม่มากนัก ดังนั้นการศึกษาวิจัยในครั้งนี้จึงได้นำแนวคิดทฤษฎีสามขั้นตอน (Three-step theory) คอนสกีและเมย์¹⁰ มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายของบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า โดยนำมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบฯ เชื่อว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ในการส่งเสริม ผู้ป่วย ครอบครัว และญาติ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชนในเขตพื้นที่จังหวัดจันทบุรี โดยผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการการช่วยเหลือของกลุ่มเสี่ยง ฯ ในจังหวัดจันทบุรี
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง ฯ จังหวัดจันทบุรี
3. เพื่อประเมินความเหมาะสมของกิจกรรมและความพร้อมของชุมชนต่อการดำเนินงานตามรูปแบบ ฯ จังหวัดจันทบุรีที่พัฒนาขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Research and development) ประยุกต์แนวคิดทฤษฎีสามขั้นตอน (Three-step-theory) การพัฒนาความคิดฆ่าตัวตาย ขั้นตอน ที่ 1 ความคิดฆ่าตัวตายเริ่มจากการที่ผู้ป่วยมีความเจ็บปวด ลึ้นหวัง และเริ่มคิดถึงการจบชีวิตของตนเองนำไปสู่ขั้นตอนที่ 2 ความคิดฆ่าตัวตายรุนแรงขึ้นในระดับปานกลางหรือมาก ขั้นตอนนี้ความคิดฆ่าตัวตายจะมีมากขึ้นเมื่อผู้ป่วยรู้สึกวุ่นวาย อยู่โดดเดี่ยว นำไปสู่ขั้นตอนที่ 3 ระดับความคิดฆ่าตัวตายมีความรุนแรงนำไปสู่ความพยายามฆ่าตัวตาย การฆ่าตัวตายเกิดขึ้นจากอุปนิสัย ประสบการณ์ที่ผ่านมา และการปฏิบัติ เมื่อมีปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการฆ่าตัวตาย แสดงในภาพที่ 1

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

แบ่งตามขั้นตอนของการวิจัย ออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้
ระยะที่ 1 การศึกษาปัญหาและความต้องการ

การช่วยเหลือของกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้าและคิดฆ่าตัวตาย โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interviewing) กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและคิดฆ่าตัวตาย โดยมีรายละเอียดดังนี้

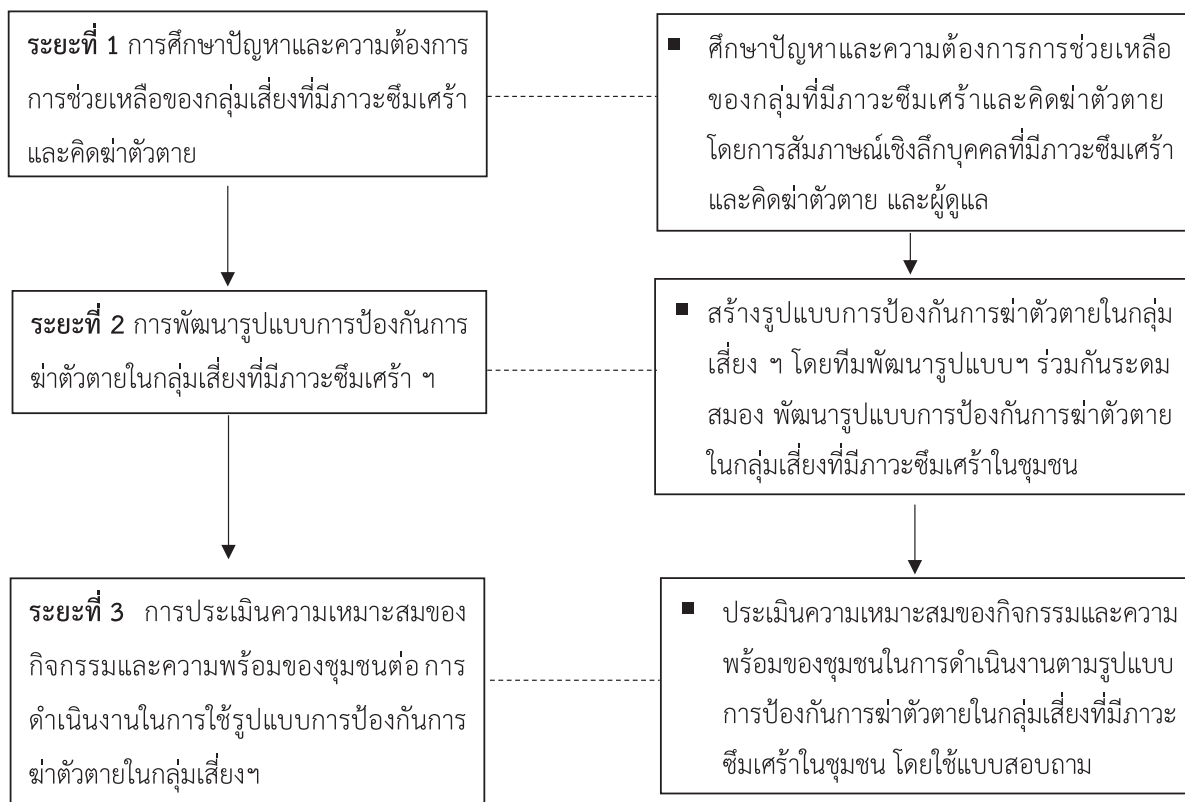
ประชากร เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและคิดฆ่าตัวตาย ในจังหวัดจันทบุรี จำนวน 195 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งถูกคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 10 คน

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน

ประชากร เป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในการดูแลกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้าและคิดฆ่าตัวตาย ในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี รวมจำนวน 250 คน

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 1) บุคลากรสาธารณสุข ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

นักจิตวิทยา พยาบาลวิชาชีพ 2) แกนนำชุมชน อสม. กลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้าและคิดฆ่าตัวตาย และผู้ดูแล ในเขตพื้นที่จังหวัดจันทบุรี ซึ่งถูกคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) รวมจำนวน 19 คน

ระยะที่ 3 การประเมินความเหมาะสมของกิจกรรมและความพร้อมของชุมชนต่อการดำเนินงานตามรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน

ประชากร แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) บุคลากรสาธารณสุข คือ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข นักจิตวิทยา ที่ปฏิบัติงานในการดูแลกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้าและคิดฆ่าตัวตาย จำนวน 640 คน และ 2) แกนนำชุมชน ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน อสม. สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล และผู้ดูแลกลุ่มเสี่ยงฯ จำนวน 1,590 คน ในเขตพื้นที่จังหวัดจันทบุรี จำนวน 2,230 คน

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในการดูแลกลุ่มเสี่ยงฯ ซึ่งถูกคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 23 คน 2) แกนนำชุมชนในเขตพื้นที่ที่มีกลุ่มเสี่ยงภาวะซึมเศร้าและคิดฆ่าตัวตาย จังหวัดจันทบุรี จำนวน 44 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งตามระยะการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาปัญหาและความต้องการความช่วยเหลือของกลุ่มเสี่ยงฯ เครื่องมือเป็นแนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนครอบครัวและผู้ดูแล ส่วนที่ 3 ความต้องการการช่วยเหลือ และส่วนที่ 4 แบบสังเกตสิ่งแวดล้อมภายในบ้านและภายนอกบ้านของกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้าและคิดฆ่าตัวตาย

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงฯ เครื่องมือเป็นแนวคำถาม ในการระดมสมองสำหรับทีมในการพัฒนารูปแบบ ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีสามขั้นตอน

ระยะที่ 3 การประเมินความเหมาะสมของกิจกรรมและความพร้อมของชุมชนต่อการดำเนินงานตามรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงฯ เครื่องมือเป็น

แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากกิจกรรมในรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชนที่ได้พัฒนาขึ้น

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์เชิงลึก แนวทางระดมสมอง และแบบสอบถามความเหมาะสมของกิจกรรมและความพร้อมต่อการดำเนินงานตามรูปแบบที่สร้างขึ้น เสนออาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และนำไปใช้สัมภาษณ์เชิงลึก ใช้ระดมสมอง และสอบถามกับกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาและออกเอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี เลขที่ (CTIREC 091/63) ก่อนทำการเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้ชี้แจงข้อมูลแก่ผู้ให้ข้อมูลถึงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนในการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งขออนุญาตบันทึกเทปและจดบันทึก ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลลงลายมือชื่อให้คำยินยอมในแบบฟอร์มการให้คำยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (consent form)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ในส่วนของปัญหาและความต้องการการช่วยเหลือของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและคิดฆ่าตัวตายโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยแต่ละราย จำนวน 10 คน ผู้วิจัยนำมอดเทปและทำการลงรหัสจัดกลุ่มเนื้อหาของข้อมูลและเรียบเรียงเนื้อหาข้อมูล สอดคล้องกับแนวทางการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) ส่วนบทสนทนากลุ่มของทีมพัฒนารูปแบบ ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยนำข้อมูลมาจัดเรียงให้สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีสามขั้นตอน (Three-step-theory)

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้าและคิดฆ่าตัวตาย ผู้ดูแล และบุคลากรสาธารณสุข ความเหมาะสมของกิจกรรมและความพร้อมของชุมชนต่อการดำเนินการตามรูปแบบฯ วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ปัญหาและความต้องการการช่วยเหลือของกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้าและคิดฆ่าตัวตาย ผลการศึกษาพบประเด็นสำคัญอธิบายตามทฤษฎีสามขั้นตอน ดังนี้

1.1) ปัญหาของกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้าและคิดฆ่าตัวตาย

ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาความคิดฆ่าตัวตาย กลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้าและคิดฆ่าตัวตาย มีปัญหาที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย ได้แก่ 1) ปัญหาสุขภาพร่างกาย/ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น 2) การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก 3) ปัญหาในเรื่องความรักความผิวดหวัง และ 4) ปัญหาด้านเศรษฐกิจ ส่วนใหญ่กลุ่มเสี่ยงจะมีปัญหามากกว่า 2 ด้าน โดยที่กลุ่มเสี่ยงที่มีปัญหาทั้งสามด้าน เป็นกลุ่มที่มีความคิดฆ่าตัวตายและได้ลงมือกระทำ

ขั้นตอนที่ 2 ความคิดฆ่าตัวตายมีความรุนแรงขึ้นในระดับปานกลางหรือมาก ในขั้นตอนนี้กลุ่มเสี่ยงมีปัญหาที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย ได้แก่ 1) ด้านสัมพันธภาพในครอบครัวพบว่าสัมพันธภาพของสมาชิกภายในครอบครัวในด้านการดูแลกันและกัน การแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นในชีวิต หรือในเวลาที่ไม่สบายหรือเจ็บป่วย มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ส่วนในด้านความรักใคร่ปรองดอง สามัคคีกัน ด้านความสนใจในเรื่องความเป็นอยู่และการช่วยเหลือกัน การทำงานภายในหรือนอกบ้าน มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง 2) การที่กลุ่มเสี่ยงรู้สึกว่าตนเองไม่มีเป้าหมายในชีวิตเป็นกลุ่มเสี่ยง ๆ ที่ลงมือกระทำในการฆ่าตัวตาย จำนวน 2 คน

ขั้นตอนที่ 3 ระดับความคิดฆ่าตัวตายมีความรุนแรงมากจนนำไปสู่ความพยายามฆ่าตัวตาย กลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้าและคิดฆ่าตัวตาย มีคุณลักษณะที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย ดังนี้ 1) อุปนิสัย (Dispositional capacity) โดยพบว่าส่วนใหญ่กลุ่มเสี่ยงมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีความคิดฆ่าตัวตายและลงมือกระทำ จำนวน 4 คน และไม่ลงมือกระทำ จำนวน 1 คน อารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงง่ายมีลักษณะโกรธหรือเครียดง่ายแม้มีเหตุการณ์เล็กน้อยเกิดขึ้น ดังคำอธิบาย “การเล่น Facebook บางครั้งเห็นเพื่อนโพสต์ข้อความที่ไม่พึงพอใจ จะเกิดความหงุดหงิด โกรธ หรือร้องไห้ คิดว่าเพื่อนว่าตนเอง” (หญิง, 39 ปี) 2) ประสบการณ์ที่ผ่านมา (Acquired capacity) เป็นประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมาที่มีเรื่องที่ไม่ดีเกิดขึ้น

มาจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การทะเลาะ การถูกทำร้ายร่างกาย รวมถึงการมีสุขภาพที่ไม่ดี จำนวน 5 คน มาจากเรื่องสุขภาพที่ไม่ดีมากที่สุด นอกจากมีโรคเรื้อรังแล้ว จำนวน 2 คน มีปัญหาเกี่ยวกับสัมพันธภาพภายในครอบครัวจากการทิ้งหวงของสามี/ภรรยา และอีกจำนวน 3 คน ผ่านช่วงชีวิตที่นับเป็นเรื่องราว ได้แก่ บิดาหรือมารดาเสียชีวิต การเสียชีวิตของบุตรและสามีหรือภรรยา 3) การปฏิบัติ (Practical capacity) สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการฆ่าตัวตาย โดยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการฆ่าตัวตายได้ง่าย ส่วนใหญ่ (จำนวน 4 คน) ลงมือกระทำการฆ่าตัวตายโดยใช้สารเคมี เช่น ยาแก้แพ้ ยาแก้ปวด ยารักษาโรคประจำตัว เป็นต้น ดังคำบอกเล่า “ทานยาแก้แพ้ 40 เม็ด มีอายุในบ้าน” (หญิง, 38 ปี) “กินยา เวเลียม อยากให้หลับไปเฉย ๆ” (หญิง, 62 ปี)

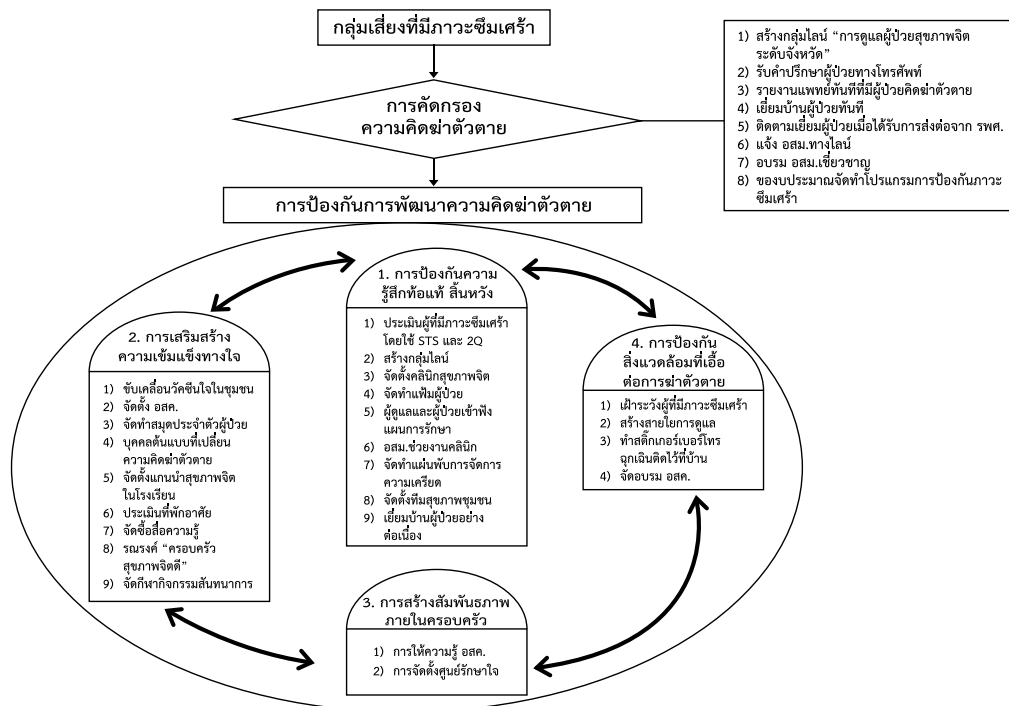
1.2) ความต้องการการช่วยเหลือของกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้าและคิดฆ่าตัวตาย ข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า กลุ่มเสี่ยงต้องการความช่วยเหลือ ดังนี้ 1) ความช่วยเหลือด้านสุขภาพกาย ต้องการความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพของแต่ละโรคเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน 2) ความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต ต้องการให้มีการจัดบริการเมื่อเกิดภาวะเครียดหรือมีช่องทางอะไรช่วยได้เมื่อเกิดปัญหา 3) ความช่วยเหลือด้านสุขภาพสังคม ต้องการบริการสุขภาพทางสังคมและการเข้าถึงบริการสุขภาพ 4) ความช่วยเหลือด้านการบริการสุขภาพ ต้องการการดูแลจากเจ้าหน้าที่เหมือนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 5) ความช่วยเหลือด้านการดูแลจากคนรอบข้าง ต้องการการดูแลจากบุคคลใกล้ชิดและการยอมรับฟังความคิดเห็น

ส่วนที่ 2 รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน

รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชนแสดงดังภาพที่ 1

ส่วนที่ 3 ความเหมาะสมของกิจกรรมและความพร้อมของชุมชนต่อการดำเนินการตามรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน

3.1 ความเหมาะสมของกิจกรรมในการดำเนินการตามรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตาย พบว่า บุคลากรทางด้านสาธารณสุข แกนนำชุมชน และอาสาสมัครครอบครัว มีความคิดเห็นต่อความเหมาะสมของกิจกรรมต่อการดำเนินงาน



ภาพที่ 1 รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน

ตามรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตาย ๑ อยู่ในระดับมาก ส่วนอสม. มีความคิดเห็นต่อความเหมาะสมของกิจกรรมต่อการดำเนินงานตามรูปแบบ ๑ อยู่ในระดับมากที่สุด แต่โดยภาพรวมการดำเนินการตามรูปแบบ ๑ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.44 ($SD = 0.53$) อยู่ในระดับมาก

3.2 ความพร้อมของชุมชนต่อการดำเนินการตามรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตาย ๑

3.2.1 บุคลากรสำนักงานสาธารณสุขและโรงพยาบาลพระปกเกล้า องค์การบริหารส่วนตำบล พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิต แกนนำชุมชนและครอบครัว มีความคิดเห็นต่อความพร้อมในการดำเนินงานตามรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตาย ๑ อยู่ในระดับมากทุกกลุ่ม โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.87 ($SD = 0.68$), 4.08 ($SD = 0.79$), 3.77 ($SD = 0.59$), และ 4.32 ($SD = 0.59$) ตามลำดับ

3.2.2 อสม. มีความคิดเห็นต่อความพร้อมในการดำเนินงานตามรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน อยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.57$, $SD = 0.49$)

การอภิปรายผล

1. ปัญหาและความต้องการการช่วยเหลือของกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้าและคิดฆ่าตัวตายในชุมชน

ผลการศึกษาที่พบปัญหาที่นำไปสู่การฆ่าตัวตายทั้งปัญหาสุขภาพร่างกาย การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ปัญหาในเรื่องความรัก ความผิดหวัง และปัญหาด้านเศรษฐกิจจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยระหว่างเข้ารับการบำบัดรักษาทางจิตเวช พบว่า ปัจจัยเสี่ยงสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จ ได้แก่ การมีโรคประจำตัว เช่น มะเร็งในทุกอวัยวะ ภาวะซึมเศร้า และปัญหาเศรษฐกิจ เช่น ปัญหาการเงิน ปัญหาความสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิด เช่น ต้องการการเอาใจใส่ ความผิดหวังในความรัก¹¹ และการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคุกคามภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและการทำร้ายตนเองในผู้สูงอายุ ได้แก่ การมีโรคประจำตัวเรื้อรัง ความพิการ ความซับซ้อนของชีวิต การสูญเสีย เป็นจุดเริ่มต้นของภาวะซึมเศร้า¹⁵

การศึกษาปัญหาดังกล่าวจึงทำให้กลุ่มเสี่ยง ๑ มีความต้องการการช่วยเหลือ ดังนี้ 1) ความช่วยเหลือด้านสุขภาพ

กาย จากการที่กลุ่มเสี่ยง ๖ มีโรคประจำตัวที่เป็นโรคเรื้อรัง ที่มากกว่า 2 โรค 2) ความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตใจ 3) ความช่วยเหลือด้านสุขภาพสังคม 4) ความช่วยเหลือด้านการบริการสุขภาพ 5) ความช่วยเหลือด้านการดูแลจากครอบครัว การศึกษาเชิงคุณภาพที่ศึกษาปัญหาของผู้ป่วยจากแบบสอบถามออนไลน์ โดยผลการศึกษาพบว่าความต้องการของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า คือ ความต้องการในการจัดการกับปัญหาที่ต้องเผชิญ ความต้องการเข้าถึงแหล่งข้อมูลและผู้เชี่ยวชาญ ตอบคำถามออนไลน์ที่มีคุณภาพให้การดูแลแบบองค์รวมจึงจะทำให้กลุ่มเสี่ยงผ่านพ้นวิกฤต¹³ นอกจากนี้การศึกษารายงานการวิจัยการสอบถามจากแพทย์ที่มีความชำนาญด้านสุขภาพจิตเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่าไม่มีโอกาสหรือไม่ได้พูดความคับข้องใจปัญหาของตนเอง เพราะมีความรู้สึก “เขาคงไม่สนใจ” “ไม่อยากรบกวนเขา” ในช่วงภาวะวิกฤต¹⁷

1. รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน ที่พัฒนาขึ้นในเรื่องต่อไปนี้

1.1 การคัดกรองความคิดฆ่าตัวตายในบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าและมีความคิดฆ่าตัวตาย

โดยการสร้างกลุ่มไลน์ “การดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิต” ระดับจังหวัดรับคำปรึกษาผู้ป่วยแบบเร่งด่วนทางโทรศัพท์และรายงานแพทย์ หลังจากนั้นจึงลงเยี่ยมบ้านทันทีหรือติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังได้รับการส่งต่อมาจาก รพศ และแจ้ง อสม. ทางไลน์ รวมทั้งการเสนอโครงการอบรม อสม. เชี่ยวชาญดำเนินการอบรมโดยเสนอของบ ๖ จัดทำโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้า การค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงตั้งแต่ระยะเริ่มแรก โดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในโปรแกรมป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าลดลงเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง⁹ และการศึกษาการป้องกันความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่ได้จากการประเมิน โดยผลของการศึกษาพบว่าสามารถลดอัตราการฆ่าตัวตายที่เพิ่มสูงขึ้น โดยเชื่อว่าการมีแผนเชิงรุก การประเมินผู้ที่มีความเสี่ยงและการติดตามกลุ่มเสี่ยง จะช่วยลดความเสี่ยงต่อบุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายได้¹⁵

2.2 การป้องกันการพัฒนาความคิดฆ่าตัวตาย

2.2.1 การป้องกันความรู้สึกท้อแท้และสิ้นหวัง

มีความสำคัญ ดังการพัฒนาารูปแบบเพื่อป้องกันความรู้สึก

ท้อแท้และสิ้นหวังที่ได้ใช้รูปแบบ PARSARN Model โดยมีหลักการของรูปแบบ คือ “เสริมสร้างและใช้ความรู้รวมถึงทักษะของผู้ดูแล การกระตุ้นจิตใจเพื่อให้ได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยและบุคคลอื่นเพื่อป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง” ประกอบด้วย 7 กิจกรรม คือ 1) การสร้างมุมมองเชิงบวกจากการดูแล 2) กล้าเปิดใจ หูตาไวช่วยเหลือชีวิตไว้ได้ทันการณ์ 3) เสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจและสร้างความรู้สึกรักคุณค่าแก่ผู้ป่วย 4) สนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดผลกระทบต่อการร่างกายและจิตใจ 5) สร้างแผนความปลอดภัยป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายร่วมกันระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยด้วยความตระหนัก 6) ตอบสนองต่อแผนความปลอดภัยป้องกันการพยายามฆ่าตัวตาย 7) สร้างเครือข่ายสายสัมพันธ์เพื่อเกื้อหนุนเสริมเฝ้าระวังป้องกันการพยายามฆ่าตัวตาย¹⁶

2.2.2 การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ

โดยมีรูปแบบที่ได้จากการพัฒนารูปแบบ ๖ การมีกิจกรรมธรรมบَابัดเพื่อสร้างความเข้มแข็งทางด้านจิตใจ โดยมีกิจกรรมนันทนาการ การฝึกสมาธิ และการสร้างการเรียนรู้เพื่อให้เกิดการตัดสินใจและการแก้ไขปัญหา⁸ และการศึกษาในเรื่องผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย พบว่าหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจลดลงกว่าก่อนทดลองและน้อยกว่าผู้ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05¹⁷

2.2.3 การเสริมสร้างสัมพันธภาพภายใน

ครอบครัว

จากการศึกษาพบว่าครอบครัวมีส่วนเสริมสร้างมนุษยสัมพันธ์ให้เกิดขึ้นกับบุคคล สมาชิกในครอบครัวมีความรักความเข้าใจซึ่งกันและกัน จะส่งผลให้ครอบครัวมีความสุข แต่ถ้าสมาชิกในครอบครัวทะเลาะวิวาท มีความขัดแย้ง ส่งผลให้บุคคลในครอบครัวมีภาวะซึมเศร้าและคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งพบว่าสัมพันธภาพภายในครอบครัวของกลุ่มเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นรูปแบบการเสริมสร้างสัมพันธภาพภายในครอบครัวควรทำโดยให้ความรู้แก่อาสาสมัครครอบครัวของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและมีความคิดฆ่าตัวตายและจัดตั้งศูนย์รักษาใจภายในวัด ใช้กิจกรรมการสร้างแรงจูงใจ การฝึกคิดเชิงบวก เรื่องปัญหาครอบครัวต้องเปิดใจคุยกันและหาคนที่ปรึกษา ไม่เก็บไว้คนเดียว ได้ปรับความเข้าใจกันอย่างเปิดเผยโดย

ทำให้สัมพันธภาพในครอบครัวเป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้น¹⁸

2.2.4 การป้องกันสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการฆ่าตัวตาย สิ่งในกลุ่มเสี่ยง ๓ นามานี้เมื่อมีความคิดในการฆ่าตัวตายมาจากสารเคมีซึ่งเป็นสิ่งรอบตัวที่อยู่ภายในบ้าน เช่น ยาสามัญประจำบ้าน ยาโรคเรื้อรัง หรืออาวุธ รูปแบบการป้องกันสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการฆ่าตัวตาย ทำโดยจัดตั้ง อสม. ให้เป็นสายใยการดูแล จัดทำสติ๊กเกอร์เบอร์โทรฉุกเฉินติดบ้าน และจัดอบรมให้ความรู้แก่ อสม. ถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคุกคามภาวะซึมเศร้าอาวุธที่อยู่รอบข้าง คือ ปืนสามารถที่จะหยิบมาทำร้ายตนเองได้ทันที¹⁵ ดังนั้นการจะป้องกันกลุ่มเสี่ยง ๓ มาจากการเฝ้าระวังผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ๓ สอดคล้องกับการศึกษาที่ได้จากการประเมินสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การให้คำแนะนำผู้ดูแลในขณะเยี่ยมบ้านตามโปรแกรมป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน⁹

3. การประเมินความเหมาะสมของกิจกรรมและความพร้อมของชุมชนต่อการดำเนินงานตามรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน

ความเหมาะสมของกิจกรรม ผลการศึกษาพบว่าบุคลากรทางด้านสาธารณสุขและผู้นำชุมชนมีความคิดเห็นต่อความเหมาะสมของกิจกรรมในการพัฒนารูปแบบ ๓ อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาารายด้านของกิจกรรมที่มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด ได้แก่ การอบรม อสม. เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต ให้ความรู้แก่อาสาสมัครครอบครัว (อสค.) และให้เป็นจิตอาสาร่วมกับสังเกตสัมพันธภาพภายในครอบครัวและเพื่อนบ้าน ให้บริการช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ๓ ในคลินิกสุขภาพจิต ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่ขาดนัด รวมทั้งให้ผู้ดูแลผู้ป่วย หรือญาติมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา โดยการกิจหลักของ อสม. จะมีความรับผิดชอบต่อนพื้นที่ที่ได้รับมอบหมาย โดยการเข้าถึง สื่อสาร ให้การส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมและป้องกัน โดยการแนะนำให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน และพัฒนาคุณภาพชีวิตของชุมชนซึ่งเป็นภารกิจและหัวใจในการทำงานของอสม.

ในการประเมินความเหมาะสมรายด้านของกิจกรรมพบว่าข้อที่มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุดไม่ถึงมากที่สุด ได้แก่ ข้อที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลพระปกเกล้า องค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้นำชุมชน กำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน และ

อาสาสมัครครอบครัว (อสค.) โดยเฉพาะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผู้ประเมินความเหมาะสมไม่แน่ใจว่าจะสามารถดำเนินการได้หรือไม่ จึงทำให้ประเมินความเหมาะสมในระดับมาก การเก็บข้อมูลเป็นช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ดังนั้น การรับรู้ถึงความสำคัญของการดำเนินงานตามกิจกรรมในรูปแบบ ๓ อาจถูกมองว่ายังไม่จำเป็นมากนักเมื่อเปรียบเทียบกับกิจกรรมที่ต้องอาศัยความเร่งด่วนในการแก้ไขปัญหาต่อการแพร่ระบาดก่อน

ความพร้อมของชุมชน เมื่อประเมินถึงความพร้อมของชุมชนต่อการดำเนินการตามรูปแบบ ๓ ในกลุ่มสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลพระปกเกล้า องค์การบริหารส่วนตำบล และพยาบาลวิชาชีพ พบว่า มีความพร้อมต่อการดำเนินงานอยู่ในระดับมาก อาจเป็นเพราะในช่วงที่เก็บข้อมูลการบริหารงานที่สำคัญจะเป็นในส่วนของงานควบคุมโรคที่ต้องเตรียมพร้อมกับการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ดังกล่าว ข้อที่ถูกประเมินว่ามีความพร้อมในระดับปานกลาง ได้แก่ การนำบุคคลต้นแบบที่เคยฆ่าตัวตายมาแล้วมาให้ข้อคิดและแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับเพื่อนในคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งผู้ประเมินบุคคลนั้นต้องมีความพร้อมต่อการรักษาและสภาพจิตใจที่คงที่ไม่อ่อนไหวต่อผลกระทบ ทำให้การหาบุคคลต้นแบบมีความเป็นไปได้ค่อนข้างยาก ประกอบกับความไม่แน่ใจในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นว่าจะดีเหมือนกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นหรือไม่

การประเมินความพร้อมของแกนนำชุมชนและครอบครัวต่อการดำเนินงานตามรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตาย ๓ พบว่าอยู่ในระดับมาก เนื่องจากแกนนำชุมชนและครอบครัวประกอบไปด้วยผู้นำชุมชน กำนัน หรือผู้ใหญ่บ้านที่เป็นส่วนหนึ่งขององค์การบริหารส่วนตำบลที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน จัดตั้งศูนย์รักษาใจภายในวัด จัดอบรมให้ความรู้แก่อาสาสมัครครอบครัวของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและมีความคิดฆ่าตัวตายในเรื่องสุขภาพจิตและการจัดยาอย่างถูกต้องและให้อาสาสมัครครอบครัว (อสค.) เฝ้าระวังผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและมีความคิดฆ่าตัวตายนั่น เป็นภาระหน้าที่ที่พอจะทำได้ในระดับมากยังไม่มั่นใจในบทบาทหน้าที่ที่จะเกิดขึ้น

อย่างไรก็ตาม อสม.ประเมินความพร้อมต่อการดำเนินงานอยู่ในระดับมากที่สุด เนื่องจากอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นกลุ่มคนที่มีความเสี่ยงต่อการทำกิจกรรมโดยมีความพร้อมต่อการดำเนินงานมากที่สุด ในเรื่องการเยี่ยมบ้าน การประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและมีความคิดฆ่าตัวตาย โดยใช้แบบประเมินความเครียด ST5 และแบบคัดกรอง ภาวะซึมเศร้า 2Q ร่วมกับสังเกตสัมพันธภาพ ภายในครอบครัวและเพื่อนบ้าน ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่ขาดนัด ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้เป็นกิจกรรมที่ อสม. ทำอยู่เป็นประจำตามบทบาท อย่างไรก็ตาม ความพร้อมต่อการดำเนินงานในบทบาทที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรอื่น เช่น การช่วยเหลือผู้ป่วย ในคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช การเยี่ยมบ้านโดยมีพยาบาลวิชาชีพเวชปฏิบัติในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นพี่เลี้ยง เป็นต้น อสม. ประเมินถึงความพร้อมในระดับมากเท่านั้น ซึ่งอาจเป็นเพราะยังไม่แน่ใจในกิจกรรมและบทบาทดังกล่าว เพราะยังไม่เคยดำเนินงาน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง ๆ เหมาะสมกับบริบทของอำเภอเมืองจันทบุรี จังหวัดจันทบุรี หากพื้นที่ในจังหวัดจันทบุรีนำไปใช้อาจต้องพิจารณาถึงความต้องการของผู้ให้บริการ กับพื้นที่ที่คล้ายคลึงกันหรือมีกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้าและคิดฆ่าตัวตายสูง

1.2 รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน สามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่นที่เสี่ยงต่อการมีความคิดฆ่าตัวตาย เช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผู้ป่วยโรคเอดส์ เป็นต้น

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยในอนาคต

การศึกษารุ่นนี้เป็นการออกแบบรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง ๆ ควรมีการศึกษถึงผลของการนำรูปแบบไปใช้ในการดำเนินงาน โดยศึกษาในรูปแบบโปรแกรม และทำวิจัยต่อยอดติดตามในระยะยาว

References

1. World Health Organization. (2020). *Suicide*. Retrieved From <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.
2. World Health Organization. (2019). *Depression around the world*. Retrieved From http://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf. (2019). *Suicide*. Retrieved From <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.
3. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2564). *Coronavirus disease 2019 (COVID-19)*. Retrieved from <https://ddc.moph.go.th/>
4. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2019). *What to know about suicide*. Retrieved from thaipsychiatry.wordpress.com/2019/04/22.
5. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2564). Report the number of suicides in Thailand. Retrieved from <https://www.dmh.go.th/report/suicide/>
6. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2563). *Directional framework for mental health development And the strategic plan of the Department of Mental Health during the 11 th National Economic and Social Development Plan (2555-2559)* (Edition 2). Nonthaburi.
7. Department of Health, Ministry of Public Health. (2554). *Cause of death in working age*. Retrieved from <https://anamai.moph.go.th/th attempters> (Master's Thesis Not published). Chulalongkorn University, Bangkok.

8. Supaporn Junsam, Renukar Thongkhamrod and Kotchapong Sarakan. (2559). The Development of a Community Participatory Model in Preventing Suicide of Yasothon Province (Master's Thesis Not published). Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi.
9. Teerapong Thonghima, Sutteeporn Moolsart and Prakarn Thomyangkoon. (2562). The Effectiveness of a Suicide Prevention Program in Elderly with Depression in a Community. *Journal of Nursing, Public Health, and Education*, 20(2), 105-118.
10. Klonsky, E. D., & May, A. M. (2015). The three-step theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the "Ideation-to-Action" Framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8(2), 114-129
11. Anuphong Khamma. (2556). Risk Factors Associated with Suicide : A Case-Control Study in Sukhothai Province, 58(1), 3-16.
12. Phyllis, P., Christen, W. & Nashville, T. N. (2016). Triple threaten among the elderly: Depression, suicide risk, and handguns. *Journal of Emergency Nursing*, 42(1), 14-18
13. Barney, L., J., Griffiths, K. M., and Banfield, M., A. (2011). Explicit and implicit information needs of people with depression: a qualitative investigation of problems reported on an online depression support forum. *BMC Psychiatry*, 11(88), 1-11
14. Manote Lotrakul. (2014). Suicide Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital Mahidol University. Retrieved from; <https://med.mahidol.ac.th>.
15. Schatten, H. T., Gaudiano, B. A., Primack, J. M., Arias, S. A., Arney, M. F., Mille, r L. W., Epstein-Lubow G., Weinstock, L. M. (2021). Monitoring, Assessing, and Responding to Suicide Risk in Clinical Research. *The National Center for Biotechnology Information*. 129(1), 64-69.
16. Siwaporn Mahathamnuchock. (2019). An attempted Suicide prevention model for chronic illness patients, in Lamphun Province. Thesis Dr.P.H. in Public Health Program, Naresuan University, Phitsanulok.
17. Kannikar Phongto. (2555). Effect of the Resilience enhancement program on suicidal ideation in suicidal attempter. (Master's Thesis Not published). Chulalongkorn University, Bangkok.
18. Pavena noppasod and Rungsiman suntornchaiya. (2015). The Effect of Hope Enhancement Program with Family Participation on Depression of Older Persons with Major Depressive Disorders. *Journal of The Police Nurse*, 7(1), 83-94.
19. Report on the situation of the number of suicides in Chanthaburi Province. (2564). Department of Mental Health, Ministry public health, 2563. Retrieved from https://www.dmh.go.th/report/suicide/stat_province.asp
20. Brodsky, B. S., Spruch-feiner, A., and Stanley, B. (2018). The Zero Suicide Model: Applying Evidence-Based Suicide model Prevention Practices to clinical Care. *New York State Psychiatric Institute*, New York, NY, United States.

บทความวิจัย

การรับรู้ การป้องกัน และการจัดการต่อการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์

Perception, Prevention and Coping Strategies for Cyberbullying among Nursing Students

Received: Jan 29, 2022

Revised: Mar 21, 2022

Accepted: Mar 23, 2022

รัตติกร เมืองนาง ปร.ด. (Rattikorn Muangnang, Ph.D.)¹ฤทัยรัตน์ ชิดมงคล ค.ด. (Ruetairat Chidmongkol, Ph.D.)²ยุพาภรณ์ ตีรไพรวงศ์ ปร.ด. (Yupaporn Tirapriwong, Ph.D.)³สุมัทธนา แก้วมา พย.ม. (Sumuttana Kaewma, M.N.S.)⁴เจียมใจ ศรีชัยรัตนกุล ส.ด. (Jeamjai Srichairattanakul, Dr.PH.)⁵

บทคัดย่อ

บทนำ: ในยุคดิจิทัลการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์สามารถทำได้ทุกที่และไม่จำกัดเวลา ส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ที่ตกเป็นเหยื่อ และอาจจละรุนแรงจนถึงขั้นทำร้ายตนเองได้

วัตถุประสงค์การวิจัย: การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ การป้องกัน และการจัดการต่อการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์

ระเบียบวิธีวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง จำนวน 246 คน โดยวิธีการสุ่มอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ รวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ และ 2) แบบสอบถามการรับรู้ การป้องกัน และการจัดการต่อการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.85 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์เพื่อติดต่อสื่อสารมากที่สุด ร้อยละ 92.68 โดยเครือข่ายสังคมออนไลน์ที่ใช้มากที่สุด คือ Facebook ร้อยละ 85.37 และใช้เวลาอยู่กับเครือข่ายสังคมออนไลน์ในแต่ละวันมากกว่า 4 ชั่วโมง ร้อยละ 58.13 กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ การป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ และมีการจัดการต่อการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ โดยภาพรวมในแต่ละด้านอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.68$, $SD=0.52$; $\bar{X}=4.11$, $SD=0.62$ และ $\bar{X}=3.83$, $SD=0.70$ ตามลำดับ)

¹ Corresponding author พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข E-mail: noko24psy@hotmail.com

^{2,4} พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข E-mail: rchidkol@gmail.com² E-mail: yupapom@bcnu.ac.th³ E-mail: sumuttana.k@bcnu.ac.th

⁵ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข E-mail: jeamjai.s@bcn.ac.th

¹⁴ Boromarajonani College of Nursing Udon thani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, Udon Thani Thailand.

⁵ Boromarajonani College of Nursing Bangkok, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, Bangkok, Thailand.

สรุปผล: นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์เพื่อติดต่อสื่อสารผ่านทาง Facebook มากที่สุด และมีการรับรู้เกี่ยวกับการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ การป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ และการจัดการต่อการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์อยู่ในระดับมาก

ข้อเสนอแนะ: ผลการศึกษานี้นำไปเป็นข้อมูลในการเสริมสร้างความรู้ที่ถูกต้องสำหรับนักศึกษาพยาบาลเกี่ยวกับพฤติกรรมและการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์และวิธีการรับมือเมื่อถูกกลั่นแกล้งได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: การรับรู้ การป้องกัน การจัดการ การกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ นักศึกษาพยาบาล

Abstract

Introduction: In a digital society, cyberbullying can happen at anywhere and at any time. It can negatively impact the physical, mental, emotional, and social health of the cybervictims, which may lead to self-harm.

Research objectives: This survey aimed to examine nursing students' perception of, prevention of, and coping strategies for victims of cyberbullying.

Research methodology: Sample consisted of 246 nursing students in a nursing college. They were recruited using a stratified random sampling technique between February and March 2020. Instruments included: 1) demographic information and social networking behaviors questionnaire, and 2) perception, prevention and coping strategies for victims of cyberbullying questionnaire. Reliability using Cronbach's alpha yielded a coefficient of 0.85. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, and standard deviation (S.D.).

Results: As online application for social networking, Facebook was the most frequently used (85.37%). More than half of respondents (58.13%) spent more than 4 hours per day on social media. Nearly all respondents (92.68%) reported that their main reason for using social media was for social connection. Overall scores of perception of cyberbullying, prevention of cyberbullying, and coping strategies for victims of cyberbullying were at a high level ($\bar{X}$ =3.68, SD=0.52; $\bar{X}$ =4.11, SD=0.62; and $\bar{X}$ =3.83, SD=0.70, respectively).

Conclusions: The majority of nursing students spent many hours a day on social net-working site (Facebook). Their perception of, prevention of, and coping strategies for victims of cyberbullying were at a high level.

Implications: Results of this study can be used to enhance accurate knowledge regarding cyberbullying behavior and to promote effectiveness of cyberbullying coping strategies among nursing students.

Keywords: perception, prevention, coping strategies, cyberbullying, nursing students

บทนำ

ปัจจุบันเครือข่ายสังคมออนไลน์เข้ามามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมและกระบวนการนึกคิดในวิถีชีวิตของกลุ่มคนในสังคมทุกเพศทุกวัยภายในระยะเวลาอันรวดเร็ว และพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์มีการเปลี่ยนแปลงไป ประเทศไทยมีการก้าวเข้าสู่ยุคดิจิทัลเต็มรูปแบบมากขึ้น จากการสำรวจการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือนในช่วงไตรมาส 3 (เดือนกรกฎาคม ถึงเดือนกันยายน) ปี พ.ศ. 2564 พบว่า ประเทศไทยมีผู้ใช้อินเทอร์เน็ตเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 52.9 ในปี พ.ศ. 2560 เป็นร้อยละ 83.8 ในปี พ.ศ. 2564 โดยจากผลการสำรวจการใช้อินเทอร์เน็ตในกลุ่มอายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2560 ถึง พ.ศ. 2564 พบว่าทุกกลุ่มอายุมีแนวโน้มใช้อินเทอร์เน็ตสูงขึ้น ซึ่งในปี พ.ศ. 2564 กลุ่มอายุ 15-24 ปี มีการใช้อินเทอร์เน็ตที่สูงที่สุด ร้อยละ 99.0 รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 25-34 ปี ร้อยละ 98.5 นักศึกษาในระดับอุดมศึกษาเป็นกลุ่มที่ใช้อินเทอร์เน็ตที่สูงที่สุดคือ ร้อยละ 98.8¹ ซึ่งกิจกรรมที่ใช้อินเทอร์เน็ตส่วนใหญ่ ได้แก่ Facebook, Twitter, LINE, Instagram ร้อยละ 92.0² และการที่เยาวชนใช้เวลาในเครือข่ายสังคมออนไลน์มากขึ้นทำให้มีโอกาที่จะเกี่ยวข้องกับการเป็นผู้กลั่นแกล้งหรือถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ได้สูงขึ้นเช่นกัน สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทยที่พบว่ากลุ่มเยาวชนมีปัญหาการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์มากที่สุด³

การกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ หมายถึง การข่มขู่ ล้อเลียน กลั่นแกล้ง ทำให้ผู้อื่นเกิดความเจ็บปวด ผ่านช่องทางเครือข่ายสังคมออนไลน์⁴ ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์มีในรูปแบบต่าง ๆ ได้แก่ 1) การทะเลาะกันผ่านทางข้อความ โดยใช้ภาษาที่รุนแรงหรือหยาบคาย 2) การเผยแพร่ข้อมูลเท็จจนทำให้ผู้อื่นได้รับความเสียหาย อับอาย หรือกลายเป็นตัวตลก 3) การลบ การบล็อก โดยสร้างความเกลียดชังและอคติผ่านข้อความ หรือกิจกรรมกลุ่มออนไลน์ 4) การนำข้อมูลส่วนตัวหรือความลับของผู้อื่นไปเผยแพร่ 5) การแอบอ้างชื่อ หรือตัวตนของผู้อื่น 6) การสร้างบัญชีใช้งานปลอมเพื่อรังแกผู้อื่น 7) การขโมยอัตลักษณ์ทางออนไลน์ของผู้อื่นแล้วนำมาใช้งานเพื่อหลอกลวง หรือทำลายชื่อเสียง 8) การก่อกวน คุกคาม ข่มขู่ผู้อื่นซ้ำ ๆ หลายครั้ง⁵ การกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์มีผล

กระทบต่อผู้ถูกกลั่นแกล้ง ทำให้ไม่มีสมาธิในการเรียน รู้สึกโกรธ แยกตัวจากสังคม⁶ ก่อให้เกิดความเดือดร้อนรำคาญด้วยเนื้อหาข้อมูลที่กระทบต่อจิตใจ อาจส่งผลอันตรายต่อชีวิตและจากการศึกษาในต่างประเทศ พบว่า เยาวชนที่เป็นเหยื่อจากการถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์มีความวิตกกังวลและมีภาวะซึมเศร้า มีความเสี่ยงต่อความคิดทำร้ายตนเองพยายามทำร้ายตนเอง และฆ่าตัวตายสำเร็จ^{7,8} นอกจากนี้ยังมีผลกระทบต่อบุคคลที่กลั่นแกล้ง โดยผู้ที่กลั่นแกล้งผู้อื่นอาจจะรู้สึกผิด หรืออาจจะเสพติดความรุนแรงจนกลายเป็นอาชญากรในอนาคต⁹

การป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ที่ดีที่สุดคือตัวของเยาวชน โดยเยาวชนต้องเรียนรู้และทำความเข้าใจเกี่ยวกับมารยาทของการใช้สื่อสังคมออนไลน์ เช่น Facebook, Twitter, Line, Youtube, E-mail และสื่อออนไลน์อื่น ๆ เพื่อป้องกันปัญหาและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น การป้องกันการกลั่นแกล้งสามารถทำได้หลายรูปแบบ ได้แก่ 1) การสร้างความตระหนักรู้ 2) คิดก่อนโพสต์ 3) ให้ความสำคัญกับภาษาที่ใช้ 4) ข้อมูลส่วนตัวควรเป็นเรื่องส่วนตัว 5) การจำกัดเวลาในการใช้สื่อสังคมออนไลน์¹⁰ เยาวชนไทยมีวิธีการเผชิญปัญหาเมื่อถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์แบ่งออกเป็น 2 แบบ ได้แก่ 1) การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการปัญหา และ 2) การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการอารมณ์ และมีแนวทางในการรับมือกับปัญหาเมื่อถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์แบ่งเป็น 5 แนวทางหลัก ได้แก่ 1) การเผชิญหน้า 2) การจัดการทางด้านเทคนิค 3) การหลีกเลี่ยง 4) การเบี่ยงเบนความสนใจ 5) การแสวงหาแรงสนับสนุนทางสังคม¹¹ เยาวชนบางส่วนมองว่าการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์เป็นเรื่องปกติธรรมดา และเมื่อถูกกลั่นแกล้งจะจัดการปัญหานี้ด้วยตัวเอง ไม่ปรึกษาผู้ปกครอง¹² ส่วนใหญ่จะเก็บเงียบไว้คนเดียว ลบหรือบล็อก หรือใช้การตอบโต้หรือกลั่นแกล้งกลับทันทีที่โดนกลั่นแกล้ง หรือหาวิธีการพูดคุยเพื่อเจรจาต่อรอง บางคนอาจใช้วิธีการอดทน การหยุดหรือเลิกใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์นั้น¹³

จากการศึกษาที่ผ่านมาถึงแม้จะมีการศึกษาเกี่ยวกับประเด็นการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์จำนวนมากในกลุ่มเยาวชนซึ่งส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา แต่การศึกษาการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ในประเทศไทยยังมีจำนวนน้อย^{14,15} ทั้งที่เป็น

กลุ่มนักศึกษาในระดับอุดมศึกษาที่มีสถิติการใช้อินเทอร์เน็ตสูงที่สุด และโดยเฉพาะในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่มีการปรับการเรียนการสอนออนไลน์ทำให้นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ใช้เทคโนโลยีในการสื่อสารผ่านเครือข่ายสังคมออนไลน์เพื่อการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารเพิ่มขึ้น ซึ่งนักศึกษาพยาบาลศาสตร์เป็นบุคคลที่ต้องให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน หากกลุ่มเยาวชนดังกล่าวนี้ไม่มีมุมมองหรือมีการรับรู้เกี่ยวกับการกั้นกัณท์บนโลกออนไลน์ที่ไม่ถูกต้อง ไม่รู้จักการป้องกัน และการจัดการเมื่อถูกกั้นกัณท์บนโลกออนไลน์ อาจเกิดผลกระทบที่ทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพกายและสุขภาพจิต จนส่งผลต่อการให้บริการดูแลสุขภาพกับผู้ป่วยบริการและภาพลักษณ์ของพยาบาลในเชิงลบได้ ดังนั้น การศึกษาการรับรู้ การป้องกัน และการจัดการต่อการกั้นกัณท์บนโลกออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์จึงมีความสำคัญ เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยไปช่วยในการส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลได้ตระหนักถึงผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นจากการกั้นกัณท์บนโลกออนไลน์ แนวทางป้องกันการกั้นกัณท์บนโลกออนไลน์ และการแก้ไขปัญหาเมื่อถูกกั้นกัณท์บนโลกออนไลน์ได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับการกั้นกัณท์บนโลกออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์
2. เพื่อศึกษาการป้องกันการกั้นกัณท์บนโลกออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์
3. เพื่อศึกษาการจัดการต่อการกั้นกัณท์บนโลกออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1-4 ที่ลงทะเบียนเรียนในปีการศึกษา 2562 ของสถาบันการศึกษาแห่งหนึ่ง จำนวนทั้งหมด 623 คน ซึ่งมีช่วงอายุระหว่าง 18-28 ปี

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นครั้งนี้มีลักษณะคล้ายกับประชากรที่ศึกษา ได้มาโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (stratified random sampling) ซึ่งได้ทำการสุ่มตัวอย่างโดยการแบ่งกลุ่มนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ออกเป็นกลุ่มย่อยโดยแยกตามความแตกต่างของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์แต่ละชั้นปี เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีการกระจายตามความแตกต่างของระดับชั้น¹⁶ หลังจากนั้นทำการสุ่มโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์แต่ละชั้นปี และนำกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่ได้มารวมกัน จะทำให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการทั้งหมด

จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้มาจากการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Yamane ที่ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่ม .05 และคำนวณตามสัดส่วนของขนาดประชากรแต่ละชั้นปี เพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมที่ยอมรับได้¹⁷ จำนวน 246 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ อายุ 18 ปีขึ้นไป กำลังศึกษาในวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ที่มีความเข้าใจและสามารถตอบแบบสอบถามออนไลน์ผ่าน Google form ได้

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (exclusion criteria) คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในช่วงเวลาที่กำหนด และ/หรือ ตอบแบบสอบถามไม่ครบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม (questionnaire) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง^{12-13,18} จำนวน 1 ชุด จำนวน 37 ข้อดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ชั้นปี และพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ ได้แก่ เครือข่ายสังคมออนไลน์ที่ใช้บ่อยมากที่สุด ระยะเวลาที่ใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ในแต่ละวัน ค่าบริการอินเทอร์เน็ตรายเดือน และวัตถุประสงค์ในการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ การป้องกัน และการจัดการต่อการกั้นกัณท์บนโลกออนไลน์ จำนวน 30 ข้อ (reliability = 0.85) แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

2.1) แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ ซึ่งเป็นแบบสอบถามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ตามความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เป็น การกลั่นแกล้งหรือการถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ จำนวน 10 ข้อ ข้อคำถามด้านบวกจำนวน 7 ข้อ ข้อคำถามด้านลบ จำนวน 3 ข้อ (reliability = 0.77) แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการนินทา หรือด่าทอผู้อื่น 2) ด้านการหมิ่นประมาทผู้อื่น 3) ด้านการแอบอ้างชื่อผู้อื่นในด้านลบ 4) ด้านการนำ ความลับที่เป็นข้อมูลส่วนตัวของผู้อื่นไปเปิดเผย 5) ด้านการลบ หรือบล็อกผู้อื่นที่ไม่ชอบออกจากกลุ่มบนเครือข่ายสังคม ออนไลน์

2.2) แบบสอบถามการป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ จำนวน 10 ข้อ ข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด (reliability = 0.90) แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการสร้าง ความตระหนักในการสื่อสาร 2) ด้านการใช้ความคิดและการพิจารณาข้อผิดพลาด 3) ด้านการไม่เปิดเผย ข้อมูลส่วนตัว 4) ด้านการจำกัดเวลาในการใช้พื้นที่ออนไลน์ 5) ด้านการจัดการกับอารมณ์ตนเอง

2.3) แบบสอบถามการจัดการต่อการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ จำนวน 10 ข้อ ข้อคำถามด้านบวก จำนวน 8 ข้อ ข้อคำถามด้านลบ จำนวน 2 ข้อ (reliability = 0.71) แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการจัดการกับตนเอง 2) ด้านการจัดการกับเทคโนโลยี 3) ด้านการจัดการกับผู้กลั่น แกล้ง 4) ด้านการจัดการโดยการปรึกษาขอความช่วยเหลือ

การแปลผล

การรับรู้เกี่ยวกับการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ และการจัดการต่อการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ มีมาตรวัดแบบ 5 ระดับ ดังนี้ 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง 4 หมายถึง เห็นด้วย 3 หมายถึง ไม่แน่ใจ 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

การป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์มีมาตรวัดแบบ 5 ระดับ ดังนี้ 5 หมายถึง ปฏิบัติทุกครั้ง 4 หมายถึง ปฏิบัติบ่อยครั้ง 3 หมายถึง ปฏิบัติบางครั้ง 2 หมายถึง ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง 1 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติ โดยมีเกณฑ์การแปล ผลตามคะแนนเฉลี่ย แบ่งเป็นระดับ ดังนี้ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามจากการทบทวนวรรณกรรม ที่เกี่ยวข้องแล้วนำไปหาความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสาร จำนวน 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลสุขภาพ จิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ด้านเนื้อหา (content validity) ภาษา และปรับปรุงโครงสร้าง (construct validity) ของแบบสอบถามให้ครอบคลุมมากขึ้น ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ให้ตรงกับแนวความคิดในการวิจัย ที่ต้องการวัด โดยการใช้ดัชนี Item objective congruence (IOC) ได้ค่าเท่ากับ 0.81

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไข แล้วไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ที่มีลักษณะ คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และตรวจหาค่า ความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสอบถามทั้งฉบับ คือ แบบสอบถามการรับรู้ การป้องกัน และการจัดการต่อการ กลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ และแยกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับการกลั่นแกล้งบนโลก ออนไลน์ 2) แบบสอบถามการป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลก ออนไลน์ และ 3) แบบสอบถามการจัดการต่อการกลั่นแกล้ง บนโลกออนไลน์ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น ทั้งฉบับเท่ากับ 0.85 และ 0.77, 0.90, 0.71 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการ พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลที่มี การเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย เลขที่รับรอง IRB 411/032 ลงวันที่ 6 มกราคม พ.ศ. 2563 หลังจากได้รับการรับรอง จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยจึงประสานกับประธานชั้นปีเพื่อเข้าพบนักศึกษาแต่ ละชั้นปีในห้องเรียนและดำเนินการชี้แจงเกี่ยวกับโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ของการศึกษา ประโยชน์ของโครงการวิจัย วิธีการเข้าร่วมวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง การตอบแบบสอบถาม ออนไลน์ และการถอนตัวจากการวิจัย การเข้าร่วมวิจัยเป็น การเข้าร่วมโดยสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้า ร่วมโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลต่อผู้วิจัย ซึ่งการถอนตัวของกลุ่ม

ตัวอย่างจะไม่สูญเสียผลประโยชน์ใด ๆ ทั้งสิ้น ไม่ว่าจะเป็นผลการเรียนที่ผ่านมาหรือในอนาคต และการเก็บข้อมูลจะเป็นแบบออนไลน์ โดยกลุ่มตัวอย่างจะให้ข้อมูลผ่านทาง Google form ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับโดยใช้รหัสแทน และผลการวิเคราะห์ที่ได้สรุปออกมาเป็นภาพรวมเพื่อใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาเท่านั้น การเข้าร่วมโครงการวิจัยของกลุ่มตัวอย่างเป็นการสมัครใจซึ่งกลุ่มตัวอย่างไม่รับค่าตอบแทนหรือของที่ระลึกจากผู้วิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยประสานกับประธานชั้นปีเพื่อเข้าชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัย การเข้าร่วมโครงการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งการตอบแบบสอบถามออนไลน์ผ่านทาง Google form แก่นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ในห้องเรียนของนักศึกษาแต่ละชั้นปี

2. นักศึกษาที่ประสงค์จะเข้าร่วมโครงการวิจัยลงชื่อและแจ้งเบอร์อีเมลกับประธานชั้นปี ประธานชั้นปีรวบรวมรายชื่อผู้ที่อาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัยเพื่อลดการเกิดอำนาจที่เหนือกว่า (Power imbalance) ระหว่างผู้วิจัยซึ่งเป็นอาจารย์กับนักศึกษาที่จะเป็นอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย

3. เมื่อได้รายชื่ออาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบจำนวนอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัยตามที่กำหนดไว้ในแต่ละชั้นปี ซึ่งมีอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัยทุกชั้นปีมากกว่าที่กำหนด จำนวน 15 คน ผู้วิจัยจึงมีการคัดออกโดยการสุ่มแบบไม่แทนเพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ในแต่ละชั้นปี และแจ้งผลต่อประธานชั้นปีเพื่อแจ้งให้เพื่อนทราบต่อไป

4. ผู้วิจัยติดต่อกับอาสาสมัครตามรายชื่อเพื่อให้อาสาสมัครลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

5. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยส่งแบบสอบถามออนไลน์ใช้ Google form เข้าในอีเมลของกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ เพื่อวิเคราะห์หาค่าสถิติ ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ วิเคราะห์โดยหาค่าความถี่ และร้อยละ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ การป้องกัน และการจัดการต่อการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ วิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.09 มีอายุ 20-22 ปี มากที่สุด ร้อยละ 72.76 รองลงมาคือ ช่วงอายุ 18-19 ปี ร้อยละ 16.67 จำแนกตามชั้นปี พบว่า นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2 และ ชั้นปีที่ 3 มีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 30.08 รองลงมาคือนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 ร้อยละ 20.73

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์มากที่สุด คือ Facebook ร้อยละ 85.37 รองลงมา คือ Instagram ร้อยละ 82.11 ใช้เวลากับเครือข่ายสังคมออนไลน์ในแต่ละวันมากที่สุด คือ มากกว่า 4 ชั่วโมง ร้อยละ 58.13 รองลงมา 3-4 ชั่วโมง ร้อยละ 30.89 ส่วนใหญ่เสียค่าบริการอินเทอร์เน็ต 300-499 บาท/เดือน ร้อยละ 35.37 รองลงมาคือ ค่าบริการอินเทอร์เน็ต มากกว่า 500 บาท/เดือน ร้อยละ 25.20 มีวัตถุประสงค์ในการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์เพื่อการสื่อสารมากที่สุด 92.68 รองลงมาคือ สืบค้นข้อมูลและความบันเทิง ร้อยละ 91.46

ส่วนที่ 2 การรับรู้ การป้องกัน และการจัดการต่อการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ มีการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด 3 ด้าน ดังแสดงในตารางที่ 1-3

2.1 การรับรู้เกี่ยวกับการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.68$, $SD=0.52$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับการ

กลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ระดับมาก จำนวน 3 ด้าน ได้แก่

- 1) ด้านการแอบอ้างชื่อผู้อื่นในด้านลบ ($\bar{X}=4.18$, $S.D.=0.80$)
- 2) ด้านการหมิ่นประมาทผู้อื่น ($\bar{X}=4.14$, $SD=0.79$) และ
- 3) ด้านการนำความลับที่เป็นข้อมูลส่วนตัวของผู้อื่นไปเปิดเผย ($\bar{X}=3.75$, $SD=0.78$) อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 2 ด้าน

ได้แก่ 1) ด้านการลบหรือบล็อกผู้อื่นที่ไม่ชอบออกจากกลุ่มบนเครือข่ายสังคมออนไลน์ ($\bar{X}=3.02$, $SD=1.28$) และ 2) ด้านการนิทา คำทอผู้อื่น ($\bar{X}=3.29$, $SD=1.17$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้เกี่ยวกับการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ของกลุ่มตัวอย่าง (N=246) จำแนกตามรายด้าน

การรับรู้เกี่ยวกับการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD)	ระดับ การรับรู้
1. ด้านการนิทา หรือคำทอผู้อื่น	3.29	1.17	ปานกลาง
2. ด้านการหมิ่นประมาทผู้อื่น	4.14	0.79	มาก
3. ด้านการแอบอ้างชื่อผู้อื่นในด้านลบ	4.18	0.80	มาก
4. ด้านการนำความลับของผู้อื่นไปเปิดเผย	3.75	0.78	มาก
5. ด้านการลบหรือบล็อกผู้อื่นที่ไม่ชอบออกจากกลุ่ม	3.02	1.28	ปานกลาง
รวม	3.68	0.52	มาก

2.2 การป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์

กลุ่มตัวอย่างมีการป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.11$, $SD=0.62$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ระดับมากที่สุด จำนวน 1 ด้าน คือ ด้านการใช้ความคิดและการพิจารณาก่อนโพสต์ข้อความ

($\bar{X}=4.23$, $SD=0.68$) อยู่ในระดับมาก จำนวน 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการสร้างความตระหนักในการสื่อสาร ($\bar{X}=4.17$, $SD=0.67$) 2) ด้านการไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนตัว ($\bar{X}=4.15$, $SD=0.73$) 3) ด้านการจัดการกับอารมณ์ตนเอง ($\bar{X}=4.13$, $SD=0.72$) และ 4) ด้านการจำกัดเวลาในการใช้พื้นที่ออนไลน์ ($\bar{X}=3.89$, $SD=0.86$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ของกลุ่มตัวอย่าง (N=246) จำแนกตามรายด้าน

การป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD)	ระดับ พฤติกรรม
1. ด้านการสร้างความตระหนักในการสื่อสาร	4.17	0.67	มาก
2. ด้านการใช้ความคิดและการพิจารณาก่อนโพสต์ข้อความ	4.23	0.68	มากที่สุด
3. ด้านการไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนตัว	4.15	0.73	มาก
4. ด้านการจำกัดเวลาในการใช้พื้นที่ออนไลน์	3.89	0.86	มาก
5. ด้านการจัดการกับอารมณ์ตนเอง	4.13	0.72	มาก
รวม	4.11	0.62	มาก

2.3 การจัดการต่อการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์

กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการต่อการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.83$, $SD=0.70$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการต่อการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ระดับมาก จำนวน 3 ด้าน ได้แก่

- 1) ด้านการจัดการกับเทคโนโลยี ($\bar{X}=4.15$, $SD=0.98$)

- 2) ด้านการจัดการโดยการปรึกษาขอความช่วยเหลือ ($\bar{X}=4.00$, $SD=0.88$)
- 3) ด้านการจัดการกับผู้กลั่นแกล้ง ($\bar{X}=3.86$, $SD=0.96$) และอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 1 ด้าน คือ ด้านการจัดการกับตนเอง ($\bar{X}=3.30$, $SD=0.67$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการจัดการต่อการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ของกลุ่มตัวอย่าง (N=246) จำแนกตามรายด้าน

การจัดการต่อการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD)	ระดับ การจัดการ
1. ด้านการจัดการกับตนเอง	3.30	0.67	ปานกลาง
2. ด้านการจัดการกับเทคโนโลยี	4.15	0.98	มาก
3. ด้านการจัดการกับผู้กลั่นแกล้ง	3.86	0.96	มาก
4. ด้านการจัดการโดยการปรึกษาขอความช่วยเหลือ	4.00	0.88	มาก
รวม	3.83	0.70	มาก

อภิปรายผลการวิจัย

1. การรับรู้เกี่ยวกับการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์

จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.68$, $SD=0.52$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัส Covid-19 ที่มีมาตรการในการปิดสถานศึกษาทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการเรียนและการทำกิจกรรมต่าง ๆ ผ่านช่องทางออนไลน์มากขึ้น มีการใช้เวลาในเครือข่ายสังคมออนไลน์มากกว่า 4 ชั่วโมงต่อวัน โดยมีวัตถุประสงค์ของการใช้เวลาในเครือข่ายสังคมออนไลน์ที่นอกเหนือจากการสืบค้นข้อมูลแล้วยังใช้เพื่อการติดต่อสื่อสารมากที่สุด ซึ่งอาจจะเป็นการเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการข้องเกี่ยวและรับรู้เกี่ยวกับการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ โดยกลุ่มตัวอย่างใช้การสื่อสารผ่าน Facebook มากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ Dounget¹⁹ ที่ศึกษาเกี่ยวกับการคุกคามทางสื่อออนไลน์ต่อนักศึกษาระดับอุดมศึกษาในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า Facebook เป็นสื่อออนไลน์ที่นักศึกษานิยมใช้มากที่สุดเพื่อใช้ติดตามเหตุการณ์ต่างๆ

ของเพื่อน ใช้สนทนากับเพื่อน โพสต์รูป คลิปวิดีโอหรือสตอรี่ รวมทั้งเป็นช่องทางที่ใช้ในการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์มากที่สุด และยังสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า วัยรุ่นในประเทศกรีซและฟิลิปปินส์ใช้ Facebook เป็นแพลตฟอร์มเครือข่ายสังคมออนไลน์มากที่สุด^{20,21} และ Facebook เป็นช่องทางการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์มากที่สุด^{9,15} อีกทั้งการรังแกหรือกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์สามารถทำได้ง่ายในการสื่อสารบนโลกออนไลน์ เพราะการสื่อสารเครือข่ายออนไลน์เป็นพื้นที่สาธารณะที่ผู้คนทุกพื้นที่ที่สามารถสื่อสารกันแบบสองทางโดยการพิมพ์ข้อความ หรือโพสต์ภาพหรือเผยแพร่คลิปวิดีโอ ทำได้อย่างทันที และตลอดเวลา โดยไม่มีข้อจำกัดของเวลาและพื้นที่²² จึงเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถรับรู้และเข้าถึงการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ได้ง่าย นอกจากนี้ ทศนคติของวัยรุ่นที่ไม่ถูกต้องอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่สำคัญที่ทำให้มีการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ได้ เพราะวัยรุ่นมีความคิดคะนองและมองว่าการรังแกผ่านโลกออนไลน์เป็นการเล่นที่เพื่อนทำต่อเพื่อน²³ และรูปแบบการกลั่นแกล้ง

บนพื้นที่สาธารณะออนไลน์ ส่วนใหญ่เป็นรูปแบบหยอกล้อ²⁴ ผลการศึกษาในครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ ที่พบว่า นักศึกษามีการรับรู้เกี่ยวกับการกลั่นแกล้งบนสังคมออนไลน์ในระดับปานกลาง โดยนักศึกษามีการรับรู้การถูกกลั่นแกล้งบนสังคมออนไลน์ส่งผลต่อปัญหาสุขภาพกาย สุขภาพจิต และปัญหากับบุคคลในครอบครัวและคนรอบข้าง¹⁵

การศึกษานี้พบว่า ด้านการนิเทศ หรือคำต่อผู้อื่นมีคะแนนเฉลี่ยในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาในรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างบางส่วนรับรู้ว่าการส่งข้อความเกี่ยวกับการนิเทศต่อกันไปเรื่อย ๆ ในช่องทางการสนทนาส่วนตัวไม่เป็นการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ เพราะไม่ได้นำออกมาโพสต์เป็นสาธารณะ และการส่งข้อความหรือโพสต์ นิเทศ คำต่อผู้อื่นบนโลกออนไลน์โดยไม่ได้รับขออนุญาตของบุคคลนั้นแต่สามารถรับรู้ได้ในสังคมนั้น ๆ ซึ่งหมายความว่ากลุ่มตัวอย่างบางส่วนยังไม่เข้าใจความหมายที่ถูกต้องของการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Sirisomrutai เกี่ยวกับการรับรู้การกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ในกลุ่มตัวอย่าง Generation Y ที่มีอายุ 17-36 ปี พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 32.0 ไม่ทราบความหมายของพฤติกรรมการกลั่นแกล้งบนโลกโซเชียล²⁵ ซึ่งการที่บุคคลที่ใช้สื่อออนไลน์ขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่เกิดการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์มากขึ้นอีกทั้งวิธีการที่กลุ่มตัวอย่างช่วยกันแชร์และส่งข้อความต่อ ๆ กันทำให้เกิดเป็นวงจรการกลั่นแกล้งอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นลักษณะพฤติกรรมการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ทางอ้อม (indirect cyberbullying)²⁶ และนอกจากนี้ยังพบว่า ด้านการลบหรือบล็อกผู้อื่นที่ไม่ชอบบอกรายการกลุ่มบนเครือข่ายสังคมออนไลน์มีคะแนนเฉลี่ยในระดับปานกลาง นั่นคือกลุ่มตัวอย่างบางส่วนเข้าใจตลาดเคลื่อนจากความเห็นจริงว่าการลบหรือบล็อกผู้อื่นที่ไม่ชอบบอกรายการกลุ่มบนเครือข่ายสังคมออนไลน์ไม่ใช่การกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Surat พบว่า วัยรุ่นที่มีทัศนคติที่ไม่ถูกต้องที่มองว่าการแสดงออกถึงความไม่ชอบสามารถทำได้โดยอิสระในสังคมออนไลน์ซึ่งเป็นพื้นที่สาธารณะ และทุกคนสามารถทำได้ ไม่ใช่ความผิดที่ร้ายแรง²³ และอาจเป็นไปได้ว่าการลบหรือบล็อกผู้อื่นที่ไม่

ชอบบอกรายการกลุ่มเป็นการระบายความรู้สึก เช่นเดียวกับการศึกษาการรับรู้ของเยาวชนต่อการรังแกในพื้นที่ไซเบอร์ในภาคกลาง โดยเยาวชนมองว่าเครือข่ายสังคมออนไลน์เป็นพื้นที่ในการระบายอารมณ์ ความรู้สึกที่ไม่สามารถทำได้ในโลกความเป็นจริง และเครือข่ายสังคมออนไลน์ทำให้เยาวชนรู้สึกสะดวกและปลอดภัยในการใช้ในลักษณะการแสดงความคิดเห็นดูถูกหรือตำหนิผู้อื่นได้ง่าย อีกทั้งความเป็นนิรนามของพื้นที่ในเครือข่ายสังคมออนไลน์ที่ทำให้เยาวชนมีความกล้าในการส่งข้อความรุกรานผู้อื่นได้อย่างสาธารณะโดยไม่ต้องเปิดเผยตัวตนที่แท้จริง¹²

2. การป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.11$, $SD = 0.62$) โดยมีวิธีการป้องกันในด้านการใช้ความคิดและการพิจารณาก่อนโพสต์ข้อความซึ่งเป็นวิธีการที่นักศึกษาพยาบาลศาสตร์เลือกใช้ในการป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์มากที่สุด ทั้งนี้อาจจะเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยที่มีความคิดเป็นเหตุผลซึ่งเป็นขั้นสูงสุดของการพัฒนากระบวนการคิดตามแนวคิดของพัฒนาการทางสติปัญญาของ Piaget²⁷ นั่นคือกลุ่มตัวอย่างในช่วงวัยนี้มีความสามารถในการเรียนรู้จากประสบการณ์และจัดระบบความคิดและนำไปสู่การแก้ปัญหาได้ และจากการที่กลุ่มตัวอย่างใช้เวลาในการไตร่ตรองก่อนที่จะแสดงความคิดเห็นและแชร์เรื่องราวของตนเองและผู้อื่นบนโลกออนไลน์ และคิดอย่างรอบคอบก่อนการส่งข้อความหรือรูปภาพที่อาจส่งผลกระทบต่อบุคคลอื่นก่อนเสมอ เพราะรับรู้ว่าการไปแสดงความคิดเห็นล้อเลียนบนโพสต์ของเพื่อนเป็นการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์เป็นการหมิ่นประมาทผู้อื่น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Charoenwanit¹⁸ ที่พบว่า การโพสต์ข้อมูลส่วนตัวที่ไม่เหมาะสมกับสถานที่นำมาซึ่งปัญหาที่ร้ายแรงต่อตนเอง นอกจากนี้ในการศึกษานี้ยังพบว่า การสร้างความตระหนักในการสื่อสารเป็นประเด็นที่นักศึกษาพยาบาลศาสตร์เลือกใช้ในการป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ในระดับมาก ซึ่งอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีการคำนึงถึงสิ่งที่ต้องการสื่อสารและการใช้ภาษาที่ถูกต้องบนโลกออนไลน์มากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ Surat²³ ที่พบว่าเยาวชนสะท้อนประสบการณ์รณรงค์ผ่านโลกออนไลน์คือ การคิดให้รอบคอบก่อนตัดสินใจโพสต์ข้อความหยาดคาย

ล้อเลียน ข้อความที่เสี่ยงต่อการกระทำความรู้สึกของคนอื่น และข้อความออนไลน์ที่เสี่ยงต่อการรังแก ป้องกันความเสี่ยงต่อการรังแกบนโลกออนไลน์ในอนาคต ไม่ส่งต่อหรือโพสต์รูปภาพหรือวิดีโอของผู้อื่นหากไม่ได้รับอนุญาตจากเจ้าของรูปภาพหรือวิดีโอ นั้น และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Samoh และคณะ¹² ที่พบว่าการแอบอ้างชื่อ หรือตัวตนของผู้อื่นเพื่อให้ร้าย รวมไปถึงการสร้างกลุ่มขึ้นมาเพื่อโจมตีบุคคลอื่นทำให้เกิดความเสียหายและสร้างความรำคาญขึ้น

3. การจัดการต่อการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับการจัดการต่อการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.83$, $SD=0.70$) โดยด้านการจัดการกับเทคโนโลยีโดยการเก็บบันทึกหลักฐานบนหน้าจอ มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือการปรึกษาขอความช่วยเหลือ ซึ่งลักษณะการจัดการปัญหาทั้ง 2 แบบนี้เป็นไปตามแนวคิดของ Lazarus และ Folkman²⁸ ที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาโดยการแก้ปัญหา (problem-focused coping) ซึ่งเป็นการมุ่งแก้ไขปัญหาที่เป็นสาเหตุ เลือกวิธีการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมหลาย ๆ วิธี ค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม การศึกษาค้นคว้ากลุ่มตัวอย่างมีการขอคำปรึกษาจากเพื่อน เมื่อพบว่าตนเองถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Samoh และคณะ¹² ที่พบว่าเยาวชนมีการจัดการโดยการปรึกษากับเพื่อนในวัยเดียวกันเมื่อเกิดปัญหาการถูกรังแก เพราะทำให้รู้สึกสบายใจและพูดภาษาเดียวกันมากกว่าการปรึกษาผู้ปกครอง ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Sittichai และ Tudkuea¹³ ที่พบว่า เยาวชนในเขตสามชายแดนใต้ที่ตกเป็นเหยื่อของการถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ ส่วนใหญ่จะเก็บเงียบไว้คนเดียว ต่อมาใช้วิธีการหลบหรือลี้ภัยตอบโต้หรือรังแกกลับทันทีในแบบที่โดนกลั่นแกล้ง วิธีการพูดคุย เพื่อเจรจาต่อรอง วิธีการอดทน วิธีการหยุดหรือเลิกใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์นั้นวิธีการที่เยาวชนไม่เลือกใช้ คือ การปรึกษาพ่อแม่ หรือญาติพี่น้อง นอกจากนี้การวิเคราะห์รายด้านยังพบว่าด้านการจัดการตนเองต่อการ

กลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยในภาพรวมต่ำสุด เมื่อพิจารณารายชื่อพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังมีการใช้วิธีการตำหนิตนเองและแยกตัวอยู่คนเดียวเมื่อถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Inthanon และ Sermsinsiri²⁹ พบว่า การถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ทำให้เยาวชนรู้สึกอับอาย เสียใจ และส่งผลต่อความสัมพันธ์กับเพื่อน จนทำให้ผู้ถูกกลั่นแกล้งต้องหลีกเลี่ยงจากสังคม ซึ่งเป็นการเผชิญปัญหาโดยมุ่งเน้นที่อารมณ์ (emotional-focused coping) เป็นการบรรเทาความไม่สบายใจเพื่อรักษาสมาคมให้สภาวะความกดดันลดลง²⁸

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

คณาจารย์ในสถาบันการศึกษาควรนำผลการวิจัยไปใช้ 1) ส่งเสริมความฉลาดทางดิจิทัลให้แก่นักศึกษาโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ การปลูกจิตสำนึกของการมีมารยาทในการใช้สื่อดิจิทัลและเคารพในสิทธิของบุคคลอื่น รวมทั้งส่งเสริมทักษะการใช้สื่อดิจิทัลอย่างเหมาะสมและปลอดภัยให้กับนักศึกษา และ 2) การจัดระบบการให้คำปรึกษาและช่วยเหลือแก่นักศึกษาที่ตกเป็นเหยื่อของการถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจเพื่อศึกษาการรับรู้ การป้องกันและการจัดการต่อการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ตามการรับรู้และความคิดเห็นของนักศึกษา ซึ่งข้อมูลที่ได้เป็นข้อมูลเชิงปริมาณที่เป็นข้อมูลพื้นฐานทำให้ทราบเกี่ยวกับสถานการณ์การรับรู้เกี่ยวกับการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ของนักศึกษา อย่างไรก็ตามการที่จะป้องกันและจัดการเมื่อถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ควรจะมีการพัฒนาโปรแกรมที่ช่วยส่งเสริมให้นักศึกษาได้เรียนรู้อย่างถูกต้องเกี่ยวกับพฤติกรรมและการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์และฝึกปฏิบัติกับการรับมือการถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์อย่างเป็นรูปธรรม

References

1. National Statistical Office, Ministry of Digital Economy and Society. The 2021 (Quarter 3) Household survey on the use of information and communication technology (internet). 2021 (cited 2022 January 12). Available from: <http://www.nso.go.th>
2. National Statistical Office, Ministry of Digital Economy and Society. The 2020 Household Survey on the Use of Information and Communication Technology (internet). 2021 (cited 2022 January 4). Available from: <http://www.nso.go.th>
3. Archaphet N. Cyberbullying: aggressive misbehavior and innovation for solution. *The Journal of Social Communication Innovation* 2017;5(1):101-06. (In Thai).
4. ETDA. Cyberbullying (Internet). 2019 (cited 2022 March 14). Available from: <https://www.etcha.or.th/th/Knowledge-Sharing/Cyberbullying-in-IFBL.aspx>
5. Nopphalai K. Legal issues to deploy to the case cyber-bullying though social network (Thesis). Bangkok: Bangkok University; 2017. (In Thai).
6. Bharati M, Chalise DG, Bhandari S, Gautam P, Ambu KC, Regmi K, Adhikari B. Experience of cyberbullying among Nursing Students. *Journal of Karnali Academy of Health Sciences* 2021; 4(1):1-8.
7. Bauman S, Toomey RB, Walker JL. Associations among bullying, cyberbullying, and suicide in high school students. *Journal of Adolescence* 2013;36(2):341-50.
8. Campbell M, Spears B, Slee P, Butler D, Kift S. Victims' perceptions of traditional and cyberbullying, and the psychosocial correlates of their victimisation. *Emotional & Behavioural Difficulties* 2012;17(3/4):389-401.
9. Chanpradab J. Cyberbullying. *NCD Security Review* 2020;3:1-27. (In Thai).
10. Akbar J, Huang TW, Anwar F. The development of cyberbullying scale to investigate bullies among adolescents. *Proceedings of the International Conference on Humanities Sciences and Education ICHE*; 2014 March 24-25; Kuala Lumpur, Malaysia.
11. Chailaisathaporn S, Prasertsin U, Techataweewan W. Experiences and guidelines of coping in young Thai victims of cyberbullying. *Journal of Research and Curriculum Development* 2017;7(2):215-34. (In Thai).
12. Samoh N, Boonmongkon P, Ojanen TT, Samakkeekarom T, Guadamuz TE. Youth perceptions on cyberbullying. *Journal of Behavioral Science for Development* 2013; 6(1):351-64. (In Thai).
13. Sittichai R, Tudkuea T. Cyberbullying behavior among youth in the three southern border provinces, Thailand. *Academic Services Journal* 2017;28(1):86-99. (In Thai).
14. Paowiriya H, Boonnate N, Chaisena Dallas J, Suppaseemanont W. Cyberbullying behavior and cybervictimization among nursing students. *Nursing Journal* 2021;48(1):159-73. (In Thai).

15. Chopsiang L, Srisoem C, Boonchawee P, Thongprasan J, Srichat N. Perception and self-management for online social media bullying of nursing students in Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthipasong. *Journal of Health Science in Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthipasong* 2021;5(1):22-33. (In Thai).
16. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2017.
17. Yamane T. *Statistics: An introductory analysis*. 3rd ed. New York: Harper and Row; 1973.
18. Charoenwanit S. Cyber Bullying: impacts and preventions in adolescents. *Thai Journal of Science and Technology* 2017;25(4):639-48. (In Thai).
19. Dounget, B. *Cyberbullying of higher education students in Chiang Mai (Thesis)*. Chiang Mai: Maejo University; 2016. (In Thai).
20. Athanasiades C, Kamariotis H, Psalti A, Baldry AC, Sorrentino A. Internet use and cyberbullying among adolescent students in Greece. *Hellenic Journal of Psychology* 2015;12(1),14-39.
21. Witkus SG. *Cyber bullying among Filipino adolescents (Thesis)*. (Internet). 2012 (cited 2021 July 21). Available from: https://scholarspace.manoa.hawaii.edu/bitstream/10125/100793/1/Witkus_Shella_r.pdf
22. Santawee K. Social network: The new trend of public sphere and civil society. *The journal of social communication innovation* 2014;2(2):19-35. (In Thai).
23. Surat P. Causes and effects related with cyber bullying: A case study of cybervictim Thai youths. *Journal of Suvarnabhumi Institute of Technology* 2018;4(1):260-73. (In Thai).
24. Daopradub P, Worakullattanee K. Types and audience engagement of online cyberbullying. *Journal of Communication and Management NIDA* 2018;4(3):63-78. (In Thai).
25. Sirisomrutai C. *Perception, attitude, and behaviour intention (Thesis)*. Bangkok: Bangkok University; 2018. (In Thai).
26. Langos C. Cyberbullying: The challenge to define. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking* 2012;15(6): 285-89.
27. Lall GR, Lall BM. *Ways children learn*. Illinois: Charles C. Thomas Publishers; 1983.
28. Lazarus RS, Folkman S. *Stress: appraisal and coping*. New York: Springer Publishing; 1984.
29. Inthanon S, Sermsinsiri P. The study of how youth can protect themselves from cyberbullying. Paper presented at second UTCC Academic Day. 2018 June 2: University of the Thai Chamber of Commerce; 1396-1406. (In Thai).

บทความวิจัย

ปัจจัยทำนายการบริโภคโซเดียมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนบำบัดทดแทนไต

Factors Predicting Sodium Consumption in Patients with Predialysis Chronic Kidney Disease

Received: Apr 25, 2022

Revised: May 23, 2022

Accepted: Jun 2, 2022

ลดาภา ดีไมล์ พย.ม. (Ladapha Demile, M.N.S.)¹อรวมน ศรียุกตศุทธ D.S.N. (Aurawamon Sriyuktasuth, D.S.N.)²จงจิต เสน่หา Ph.D. (Chongjit Saneha, Ph.D.)³

บทคัดย่อ

บทนำ: อุบัติการณ์โรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการบริโภคโซเดียมเกินปริมาณที่แนะนำ และยังไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย แนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพมีความสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนำไปสู่การชะลอความเสื่อมของไต

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยที่ศึกษาต่อการบริโภคโซเดียม รวมถึงศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคโซเดียมต่อการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนบำบัดทดแทนไต

ระเบียบวิธีวิจัย: การศึกษครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง อายุ 18 ปีขึ้นไป และยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตที่ได้รับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก ห้องตรวจเฉพาะโรคอายุรกรรม (โรคไต) จำนวน 118 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ แบบบันทึกการบริโภคอาหารย้อนหลัง 24 ชั่วโมง และเครื่องวัดความดันโลหิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติถดถอยพหุคูณ และสถิติไค-สแควร์

ผลการวิจัย: ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการบริโภคโซเดียม การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการลดการบริโภคโซเดียมสามารถร่วมกันทำนายการบริโภคโซเดียมของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 11.2 ($R^2 = .112$, $F_{(6,111)} = 2.324$, $p = .038$) โดยพบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายการบริโภคโซเดียม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการลดการบริโภคโซเดียม ($\beta = -.306$, $p = .001$) รวมถึงการบริโภคโซเดียมไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนบำบัดทดแทนไต

สรุปผล: ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนบำบัดทดแทนไตที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงมีแนวโน้มบริโภคโซเดียมลดลง

¹ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: Ladapha.dem@gmail.com

² Corresponding author รองศาสตราจารย์ ดร. อรวมน ศรียุกตศุทธ ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: aurawamon.sri@mahidol.edu

^{2,3} รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: chongchit.san@mahidol.edu

^{1,2,3} Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand

ข้อเสนอแนะ: จากผลการศึกษาปัจจัยทำนาย พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพอื่นควรให้ความสำคัญ และส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการบริโภคโซเดียมที่เหมาะสมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนบำบัดทดแทนไต อีกทั้งควรมีการติดตามประเมินการบริโภคโซเดียม และการควบคุมความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องในระยะยาว

คำสำคัญ: โรคไตเรื้อรังระยะก่อนบำบัดทดแทนไต แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การบริโภคโซเดียม การควบคุมความดันโลหิต

Abstract

Introduction: The incidence of chronic kidney disease (CKD) increases worldwide, including Thailand. Most patients consume sodium more than the recommended amount and still cannot control blood pressure (BP) as targeted. Health Beliefs Model (HBM) is essential in modifying health behaviors leading to slow kidney disease progression.

Research objectives: This study aimed to examine the predictive power of studied factors on sodium consumption. In addition, the study aimed to investigate a relationship between sodium consumption and BP control in patients with pre-dialysis CKD.

Research methodology: This study was a correlational predictive study. HBM and literature review were used as a conceptual framework of the study. Participants were: 118 patients with pre-dialysis CKD; 18 years and above; and treated at the outpatient department of medical (Nephrology Clinic), Rajavithi Hospital. Data were collected using questionnaires, including a demographic data questionnaire, knowledge of sodium consumption questionnaire, HBM questionnaire, a 24-hour dietary recalled record form, and a sphygmomanometer. Data were analyzed using descriptive statistics, multiple regression analysis, and Chi-square test.

Results: Knowledge of sodium consumption, perceived susceptibility and perceived severity of hypertension, perceived benefits, perceived barriers, and perceived self-efficacy for reducing sodium consumption together significantly explained 11.2% of the variance in sodium consumption ($R^2 = .112$, $F_{(6,111)} = 2.324$, $p = .038$). Self-efficacy for reducing sodium consumption was the only significant predictor ($\beta = -.306$, $p = .001$) of sodium consumption. Moreover, sodium consumption was not associated with BP control in patients with pre-dialysis CKD.

Conclusions: Patients with pre-dialysis CKD who had a high level of self-efficacy were likely to decrease sodium consumption.

Implications for practice: Based on the results of predictive factors in this study, nurses and other healthcare providers should pay attention to and promote self-efficacy in providing nursing care to promote proper sodium consumption in patients with pre-dialysis CKD. Moreover, sodium consumption and BP control should be monitored continuously.

Keywords: Pre-dialysis Chronic Kidney Disease, Health Belief Model, Sodium Consumption, Blood Pressure Control

บทนำ

โรคไตเรื้อรังเป็นหนึ่งในภาวะแทรกซ้อนของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สาเหตุสำคัญของการเกิดโรคไตเรื้อรังคือเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ปัจจุบันจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลให้อัตราการเกิดโรคไตเรื้อรังเพิ่มสูงขึ้นทุกปี¹ โรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่มีความสำคัญทางด้านสาธารณสุขเนื่องจากมีความสัมพันธ์กับการสูญเสียสุขภาพ ค่าใช้จ่ายทางด้านสาธารณสุขที่เพิ่มสูงขึ้น อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย² ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญในการชะลอความเสื่อมของไตเพื่อลดภาระการเจ็บป่วย ค่าใช้จ่ายทางด้านสาธารณสุข และการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

ความดันโลหิตสูงนอกจากเป็นสาเหตุสำคัญต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังแล้ว ยังเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และรุนแรงมากขึ้นตามอัตราการกรองของไตที่ลดลง หากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย อาจส่งผลให้ไตเสื่อมสภาพเร็วขึ้น จนเข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายและต้องรับการบำบัดทดแทนไต รวมถึงเสี่ยงต่อการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด³ การชะลอความเสื่อมของไตโดยการควบคุมความดันโลหิตจึงมีความสำคัญต่อการป้องกันการเข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย และลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด อย่างไรก็ตามก็ตีพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนบำบัดทดแทนไตส่วนใหญ่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย⁴⁻⁵

จากหลักฐานเชิงประจักษ์แสดงให้เห็นว่าการบริโภคโซเดียมมีผลต่อความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนบำบัดทดแทนไต⁶ ตามที่ KDIGO⁷ แนะนำปริมาณโซเดียมที่เหมาะสมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนบำบัดทดแทนไตคือน้อยกว่า 90 mmol หรือน้อยกว่า 2 กรัมต่อวัน แต่พบว่าผู้ป่วยไม่สามารถบริโภคโซเดียมได้ในปริมาณที่เหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาการศึกษาการบริโภคโซเดียม และปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการบริโภคโซเดียมในกลุ่มบุคคลสุขภาพดี และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น สำหรับการศึกษาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่พบการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และเป็นการศึกษาในต่างประเทศ การศึกษาในประเทศไทย โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนบำบัดทดแทนไตมีจำกัด

พบเพียงการศึกษาเชิงความสัมพันธ์ระหว่างความถี่ และปริมาณการบริโภคโซเดียม ต่อระดับการทำงานของไตในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 2-3⁸ อีกทั้งผลการศึกษาที่ผ่านมามีความไม่สอดคล้องกัน และบางปัจจัยไม่พบการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวในประเทศไทย

นอกจากนี้การประเมินการบริโภคโซเดียมในการศึกษาที่ผ่านมามีความหลากหลายทั้งพฤติกรรม และปริมาณโซเดียมที่รับประทาน อย่างไรก็ตามการประเมินพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมมีข้อจำกัด ไม่สามารถระบุปริมาณโซเดียมที่บริโภคจริงได้ ส่วนการประเมินปริมาณโซเดียมโดยการเก็บปัสสาวะ 24 ชั่วโมง มีความยุ่งยาก ไม่สะดวก และพบการเก็บปัสสาวะใน 24 ชั่วโมงไม่สำเร็จถึงร้อยละ 23.9⁹ รวมทั้งในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังประสิทธิภาพการทำงานของไตที่ลดลงอาจส่งผลต่อปริมาณโซเดียมที่ขับออกมาทางปัสสาวะ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจศึกษาการบริโภคโซเดียมของกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณปริมาณการบริโภคโซเดียมเป็นกรัมต่อวันจากอาหารที่รับประทานภายใน 24 ชั่วโมง ด้วยโปรแกรม INMUCAL¹⁰ เพื่อประเมินปริมาณโซเดียมที่ผู้ป่วยบริโภคจริงแทนการประเมินจากการรายงานพฤติกรรมบริโภคจากผู้ป่วยเอง เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิจัยให้มากขึ้น และศึกษาปัจจัยทำนาย ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคโซเดียม การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการลดการบริโภคโซเดียมต่อการบริโภคโซเดียม รวมถึงศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคโซเดียมกับการควบคุมความดันโลหิต เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจนำไปสู่การประเมินปัญหา วางแผนการพยาบาล และออกแบบโปรแกรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการบริโภคโซเดียมที่เหมาะสม อันจะส่งผลต่อการควบคุมความดันโลหิตเพื่อชะลอความเสื่อมของไตและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของความรู้เกี่ยวกับการบริโภคโซเดียม การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการลดการ

บริโภคโซเดียม ต่อการบริโภคโซเดียมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
ระยะก่อนบำบัดทดแทนไต

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภค
โซเดียม และการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
ระยะก่อนบำบัดทดแทนไต

สมมติฐานการวิจัย

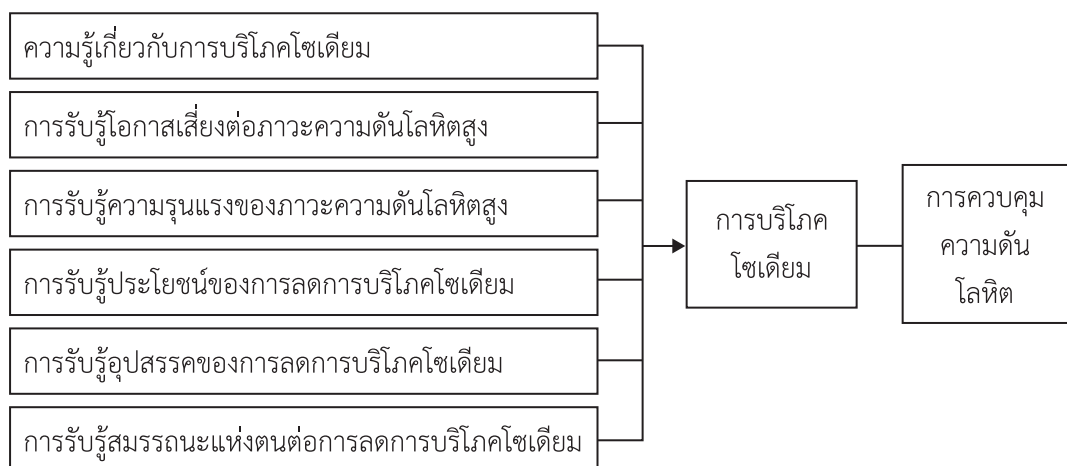
1. ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคโซเดียม การรับรู้
โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ความรุนแรงของภาวะความดันโลหิต
สูง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้สมรรถนะ
แห่งตนต่อการลดการบริโภคโซเดียม สามารถร่วมกันทำนาย
การบริโภคโซเดียมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนบำบัด
ทดแทนไตได้

2. การบริโภคโซเดียมมีความสัมพันธ์กับการควบคุม
ความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนบำบัดทดแทนไต

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการ
ทบทวนวรรณกรรมเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้

โดย Rosenstock¹¹ กล่าวว่า เมื่อบุคคลเกิดความกลัว และ
รับรู้ภาวะคุกคามที่เกิดขึ้นย่อมปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อ
ป้องกันโรคหรือปัญหาสุขภาพ โดยคำนึงถึงประโยชน์ที่ได้รับ
อันประกอบด้วย 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยง เป็นความเชื่อว่าคุณ
มีโอกาสเกิดโรคหรือปัญหาสุขภาพนั้น ๆ 2) การรับรู้ความ
รุนแรง เป็นความเชื่อว่าคุณอาจได้รับความรุนแรงจากปัญหา
สุขภาพในด้านการเจ็บป่วย พิกการ เสียชีวิต 3) การรับรู้
ประโยชน์ เป็นความเชื่อว่าคุณจะทำตามคำแนะนำเป็น
สิ่งที่มีประโยชน์ ลดความเสี่ยง และความรุนแรงของปัญหา
สุขภาพได้ 4) การรับรู้ต่ออุปสรรค เป็นความเชื่อว่าการกระทำ
ตามคำแนะนำเป็นสิ่งที่ยุ่งยาก เสียค่าใช้จ่าย และกระทำไดยาก
ทำให้หลีกเลี่ยงหรือไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ และ 5) การรับรู้
สมรรถนะแห่งตน เป็นความเชื่อในความสามารถของตน
ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม รวมถึงปัจจัยร่วม ได้แก่
ความรู้ ซึ่งมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล
นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การบริโภค
โซเดียมส่งผลต่อระดับความดันโลหิตทั้งในกลุ่มบุคคลสุขภาพ
ดี และในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น รวมถึงกลุ่มผู้ป่วยโรคไต
เรื้อรังระยะก่อนบำบัดทดแทนไต^{6,12} ดังแสดงในแผนภูมิ



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlational predictive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ ตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 และยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต

กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบสะดวก (convenience sample) จากกลุ่มประชากรที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ห้องตรวจเฉพาะโรคอายุรกรรม (โรคไต) โรงพยาบาลราชวิถี จังหวัดกรุงเทพมหานคร ตามคุณลักษณะดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) 1) ได้รับการวินิจฉัยโรคไตเรื้อรังมาแล้วอย่างน้อย 3 เดือน 2) อัตราการกรองของไต (GFR) ต่ำกว่า 60 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร 3) มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้ 4) รับประทานยาลดความดันโลหิต และ ไม่มีการปรับเปลี่ยนยารักษาความดันโลหิตสูงในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) 1) ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคทางจิตเวช 2) ได้รับอาหารทางสายยาง 3) รับประทานอาหารที่ผู้อื่นจัดหาให้โดยไม่ได้เป็นผู้ปรุงหรือเลือกซื้ออาหารด้วยตนเอง 4) มีความผิดปกติด้านการรับรู้ (Cognitive impairment) โดยผู้ป่วยที่มีอัตราการกรองของไตต่ำกว่า 15 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร หรืออายุ 60 ปีขึ้นไป ไม่ผ่านการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม โดยแบบประเมินความรู้ความเข้าใจจิตคืออก (ฉบับภาษาไทย) โดยได้คะแนนน้อยกว่า 9 คะแนน

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ด้วยโปรแกรม G*Power version 3.1.9.4 โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of Test) เท่ากับ .90 จากการทบทวนงานวิจัยที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน มีค่า R^2 เท่ากับ .136 นำมาคำนวณขนาดอิทธิพล (effect size) ได้เท่ากับ .157¹³ การศึกษาครั้งนี้มีตัวแปรอิสระ 6 ตัวแปร ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 118 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบประเมินความรู้ความเข้าใจจิตคืออก (ฉบับภาษาไทย) ใช้ในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมพัฒนา โดย Brodaty และคณะ แปลเป็นภาษาไทย โดย Griffiths

และคณะ¹⁴ แบบสอบถามมีจำนวน 6 ข้อ คะแนนรวม น้อยกว่า 9 คะแนน แสดงว่า ผู้ป่วยมีความผิดปกติด้านการรับรู้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วนคือ 1) สำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย ลักษณะแบบสอบถามเป็นคำถามชนิดเลือกตอบและเติมคำตอบในช่องว่าง จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ประวัติการได้ความรู้ค่าเป้าหมาย ความดันโลหิตและการบริโภคโซเดียม 2) สำหรับผู้วิจัย เป็นแบบบันทึกข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยของผู้เข้าร่วมการวิจัยที่รวบรวมจากแฟ้มประวัติ 3) สำหรับผู้วิจัย เป็นแบบบันทึกระดับความดันโลหิตของผู้เข้าร่วมการวิจัยจากแฟ้มประวัติครั้งล่าสุด รวมถึงบันทึกระดับความดันโลหิตของผู้เข้าร่วมวิจัยในวันเก็บข้อมูล การแปลผลการควบคุมความดันโลหิตใช้เกณฑ์ของ American College of Cardiology/American Heart Association³ คือ ความดันโลหิตน้อยกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท หมายถึง กลุ่มตัวอย่างสามารถควบคุมความดันโลหิตได้

2. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับอาหารที่มีโซเดียมของ Boonsiri และคณะ¹⁵ จำนวน 16 ข้อ ให้เลือกตอบ ใช่/ไม่ใช่/ไม่แน่ใจ แปลผลจากคะแนนรวม แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มดังนี้ คะแนนรวม 0-7 คะแนน หมายถึง มีความรู้ น้อย 8-12 คะแนน หมายถึง มีความรู้ปานกลาง 13-16 คะแนน หมายถึง มีความรู้มาก

3. แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามของงานวิจัยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 5 หัวข้อ จำนวน 34 ข้อ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงจำนวน 4 ข้อ การรับรู้ความรุนแรงจำนวน 5 ข้อ การรับรู้ประโยชน์จำนวน 7 ข้อ การรับรู้อุปสรรคจำนวน 6 ข้อ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจำนวน 12 ข้อ ลักษณะการตอบ 5 ระดับ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีการไล่ระดับต่อเนื่องกันไป

3.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูง

ดัดแปลงจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Luemongkol และ Ruaisungnoen¹⁶ การแปลผลตามระดับคะแนนรวม แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คะแนนรวม 4-9 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในระดับต่ำ 10-15 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในระดับปานกลาง 16-20 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในระดับสูง

3.2 การรับรู้ความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูง

ดัดแปลงจากแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพของ ปิยรัตน์ ชลสินธุ์ และคณะ¹⁷ แปลผลตามระดับคะแนนรวม แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คะแนนรวม 5-11 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความรุนแรงในระดับต่ำ 12-18 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความรุนแรงในระดับปานกลาง 19-25 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความรุนแรงในระดับสูง

3.3 การรับรู้ประโยชน์ของการลดการบริโภคโซเดียม

ดัดแปลงจากแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของ Komcheab และ Jitpanya¹⁸ การแปลผลตามระดับคะแนนรวม แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คะแนนรวม 7-16 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ประโยชน์ในระดับต่ำ 17-26 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ประโยชน์ในระดับปานกลาง 27-35 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ประโยชน์ในระดับสูง

3.4 การรับรู้อุปสรรคของการลดการบริโภคโซเดียม

ดัดแปลงจากแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของ Komcheab และ Jitpanya¹⁸ การแปลผลตามระดับคะแนนรวม แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คะแนนรวม 6-14 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้อุปสรรคในระดับต่ำ 15-23 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้อุปสรรคในระดับปานกลาง 24-30 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้อุปสรรคในระดับสูง

3.5 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการลดการบริโภค

โซเดียม ดัดแปลงจากแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ จริญญา คมเจียบ และ ชนกวพร จิตปัญญา¹⁸ การแปลผลตามระดับคะแนนรวม แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คะแนนรวม 12-28 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับต่ำ 29-45 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับปานกลาง 46-60 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับสูง

4. แบบบันทึกการบริโภคอาหารย้อนหลัง 24 ชั่วโมง

ใช้แบบบันทึกการบริโภคอาหารย้อนหลัง 24 ชั่วโมงเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกการบริโภคอาหารและนำข้อมูลมาวิเคราะห์ปริมาณโซเดียมจากอาหารด้วยโปรแกรม INMUCAL¹⁰ โดยผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามของ ชัยมัยพร นิยมจิตร และคณะ⁸ ลักษณะแบบสอบถามเป็นคำถามชนิดเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง การแปลผลเป็นมิลลิกรัมของโซเดียมที่บริโภคต่อวัน

5. เครื่องวัดความดันโลหิต

เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดอัตโนมัติ (Automatic blood pressure measurement device) ยี่ห้อ iHealth รุ่น wireless blood pressure monitor BP5

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม และแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และนำแบบสอบถามข้างต้นมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยแบบสอบถามความรู้ได้เท่ากับ .96 และแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ 5 หัวข้อ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนได้เท่ากับ 1, .93, .88, 1 และ .96 ตามลำดับ จากนั้นนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนบำบัดทดแทนไตที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยแบบสอบถามความรู้ใช้วิธีของคูเดอร์ – ริชาร์ดสัน 20 (KR - 20) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .67 และแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพได้แก่การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82, 0.85, 0.83, 0.62 และ 0.90 ตามลำดับ และเมื่อ นำแบบสอบถามไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 118 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้ เท่ากับ 0.66 และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเท่ากับ 0.78, 0.90, 0.91, 0.74 และ 0.91 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ดำเนินการเมื่อได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล (COA No. IRB-NS2020/565.2605) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลราชวิถี (รหัสโครงการวิจัย 63134 เอกสารเลขที่ 158/2563)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการที่แผนกผู้ป่วยนอก ห้องตรวจเฉพาะโรคอายุรกรรม (โรคไต) โดยผู้วิจัยดำเนินการวัดความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่างตามมาตรฐานของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย¹⁹ พร้อมทั้งแจ้งระดับความดันให้ผู้ป่วยทราบ หลังจากวัดความดันโลหิตเรียบร้อยแล้วผู้วิจัยอธิบายถึงความหมายของคำว่า ไช้เตียม และเรื่องอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงวิธีการตอบแบบสอบถามอย่างละเอียดจนผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าใจก่อนลงมือทำ และให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง จำนวน 4 ชุด รวมทั้งสิ้น 71 ข้อ ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 40-45 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลจากแฟ้มประวัติ ข้อมูลความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การบริโภคโซเดียม และการควบคุมความดันโลหิต โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทำนายต่อการบริโภคโซเดียม โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation) และวิเคราะห์อำนาจการทำนายใช้การวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุคูณ (Multiple linear regression) แบบใส่

ข้อมูลพร้อมกันในขั้นตอนเดียว รวมถึงวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคโซเดียมต่อการควบคุมความดันโลหิตโดยใช้สถิติ ไค – สแควร์ (Chi - Square) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 33-94 ปี เฉลี่ย 66.14 ปี (SD = 12.66) เป็นเพศชายร้อยละ 54.2 จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 32.2) มีอัตราการกรองของไตเฉลี่ย 37.14 มล./นาที/1.73 ตร.ม. (SD = 15.92) มีระดับความรุนแรงของโรคไตเรื้อรังอยู่ในระยะที่ 3a มากที่สุด (ร้อยละ 43.2) มีจำนวนโรคร่วม 3 โรคขึ้นไป (ร้อยละ 46.6) รับประทานความดันโลหิตตั้งแต่ 2 กลุ่มต่อวันขึ้นไป (ร้อยละ 58.5) และมีระดับน้ำตาลสะสมน้อยกว่าร้อยละ 7 เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 78)

ปัจจัยทำนายที่ศึกษา

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการบริโภคโซเดียมเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (M = 11.5, SD = 2.72) มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูงในระดับปานกลางค่อนข้างสูง (M = 15.54, SD = 1.98) และมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงในระดับสูง (M = 20.22, SD = 2.60) เช่นเดียวกับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการลดการบริโภคโซเดียม (M = 28.63, SD = 2.87) ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการลดการบริโภคโซเดียมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยในระดับปานกลาง (M = 21.03, SD = 3.71) เช่นเดียวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการลดการบริโภคโซเดียม (M = 43.96, SD = 6.59) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับคะแนนปัจจัยทำนายที่ศึกษา (N = 118)

ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ	ระดับความรู้/การรับรู้			คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	น้อย/ต่ำ n (%)	ปานกลาง n (%)	มาก/ สูง n (%)		
ความรู้	12 (10.2)	64 (54.2)	42 (35.6)	11.5	2.72
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	0 (0)	50 (42.4)	68 (57.6)	15.54	1.98
การรับรู้ความรุนแรง	1 (0.8)	22 (18.6)	95 (80.6)	20.22	2.60
การรับรู้ประโยชน์	0 (0)	11 (9.3)	107 (90.7)	28.63	2.87
การรับรู้อุปสรรค	9 (7.6)	76 (64.4)	33 (28.0)	21.03	3.71
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	4 (3.4)	61 (51.7)	53 (44.9)	43.96	6.59

ข้อมูลการบริโภคโซเดียม กลุ่มตัวอย่างมีการบริโภคโซเดียมเฉลี่ย 1,720.09 มิลลิกรัมต่อวัน (SD = 1,405.96) ต่ำสุดเท่ากับ 186.06 มิลลิกรัมต่อวัน และสูงสุดเท่ากับ 8,841.43 มิลลิกรัมต่อวัน โดยมีการบริโภคโซเดียมตามปริมาณที่ KDIGO⁷ แนะนำ จำนวน 82 ราย (ร้อยละ 69.5) และมีการบริโภคโซเดียมมากกว่าปริมาณที่แนะนำ จำนวน 36 ราย (ร้อยละ 30.5)

การควบคุมความดันโลหิต กลุ่มตัวอย่างมีค่าความดันซิสโตลิกเฉลี่ย 139.16 มิลลิเมตรปรอท (SD = 15.95)

ส่วนใหญ่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามค่าเป้าหมายคือน้อยกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท จำนวน 83 ราย (ร้อยละ 70.3)

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทำนายต่อการบริโภคโซเดียมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนบำบัดทดแทนไต พบว่ามีเพียงการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการลดการบริโภคโซเดียมเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคโซเดียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.294$, $p = .001$) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทำนายต่อการบริโภคโซเดียมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนบำบัดทดแทนไต

ตัวแปรที่ศึกษา	1	2	3	4	5	6	7
1. ความรู้	1						
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยง	.225*	1					
3. การรับรู้ความรุนแรง	.310*	.658*	1				
4. การรับรู้ประโยชน์	.256*	.388*	.471*	1			
5. การรับรู้อุปสรรค	.098	.292*	.101	.339*	1		
6. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	-.031	-.135	-.185*	.046	-.059	1	
7. การบริโภคโซเดียม	.094	.087	.069	.105	.120	-.294**	1

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

ผลการวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุคูณระหว่างปัจจัยทำนายต่อการบริโภคโซเดียมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนบำบัดทดแทนไต ตัวแปรอิสระทั้งหมดสามารถร่วมกันทำนายการบริโภคโซเดียมของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 11.2

($R^2 = .112$, $F_{(6,111)} = 2.324$, $p = .038$) โดยปัจจัยที่ร่วมทำนายการบริโภคโซเดียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ($\beta = -.306$, $p = .001$) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุคูณของปัจจัยทำนายต่อการบริโภคโซเดียมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนบำบัดทดแทนไต

ตัวแปรที่ศึกษา	B	SEB	Beta	t	p-value
ค่าคงที่	7.760	.944		8.217	< .001
ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคโซเดียม	.020	.027	.071	.751	.455
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	.010	.049	.025	.203	.840
การรับรู้ความรุนแรง	-.025	.040	-.084	-.633	.528
การรับรู้ประโยชน์	.030	.030	.111	1.009	.315
การรับรู้อุปสรรค	.012	.021	.058	.583	.561
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	-.036	.011	-.306	-3.301	.001

$R = .334$, $R^2 = .112$, $\text{adj. } R^2 = .064$, $df = 6, 111$, $F = 2.324$, $p = .038$

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคโซเดียม กับการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนบำบัดทดแทนไต พบว่าการบริโภคโซเดียมไม่มี

ความสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนบำบัดทดแทนไต ($p = .463$) รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคโซเดียมกับการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนบำบัดทดแทนไต

การบริโภคโซเดียม	การควบคุมความดันโลหิต		χ^2	p-value
	ควบคุมได้ n (%)	ควบคุมไม่ได้ n (%)		
≤ 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน	26 (22.0)	56 (47.5)	.539	.463
> 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน	9 (7.6)	27 (22.9)		

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการลดการบริโภคโซเดียมมีความสัมพันธ์ในทิศทางลบกับการบริโภคโซเดียมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนบำบัดทดแทนไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.294$, $p = .001$) และเป็นปัจจัยหลักที่สามารถทำนายการบริโภคโซเดียมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนบำบัดทดแทนไตอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($\beta = -.306$, $p = .001$) อธิบายได้ว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมและจัดการกับพฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียมได้ จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 44.9 มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับสูง รวมถึงกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 69.5) สามารถควบคุมการบริโภคโซเดียมได้ตามปริมาณที่แนะนำ สอดคล้องกับการศึกษาของ

Clark-Cutia และคณะ²⁰ ในกลุ่มผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนบำบัดทดแทนไต²¹ พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่สูงขึ้น ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มบริโภคโซเดียมลดลง

การศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูงไม่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคโซเดียม ($r = .087$, $p = .348$) และไม่มีอำนาจทำนายการบริโภคโซเดียม ($\beta = .025$, $p = .528$) อธิบายได้ว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูงที่มากกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น รวมถึงการไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้ได้ตามเป้าหมาย ไม่อาจส่งผลให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคโซเดียมได้ ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูงในระดับปานกลางค่อนข้างสูง ($M = 15.54$, $SD = 1.98$) โดยกลุ่มตัวอย่างทุกรายได้รับการรักษาโดยรับประทานยาลดความดันโลหิตตั้งแต่ 1 กลุ่มขึ้นไป อาจเชื่อว่ายาลดความดันโลหิตสามารถช่วยควบคุมระดับความดันโลหิตของตนเองได้ จึงมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูงลดลง อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 24.5 ขาดการรับรู้ความเสี่ยงจากโรคไตเรื้อรังที่ส่งผลต่อการเกิดความดันโลหิตสูง รวมถึงควบคุมความดันโลหิตได้ยาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Chen และคณะ²² ในประชากรประเทศจีนที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไปในเขตชนบท พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความเสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูงลดลง เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ไม่แสดงอาการทันทีทันใด ต้องใช้ระยะเวลาในการแสดงอาการทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคน้อยลง อย่างไรก็ดี การรับรู้โอกาสเสี่ยงมีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกระดับปานกลางต่อการรับรู้ความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูง ($r = .658$, $p = .000$) แสดงถึงการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่สูง อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรง และภาวะคุกคามของความดันโลหิตสูงต่อผลกระทบทางสุขภาพสูงขึ้น

การรับรู้ความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงไม่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคโซเดียม ($r = .069$, $p = .455$) และไม่มีอำนาจทำนายการบริโภคโซเดียม ($\beta = -.025$, $p = .528$) การรับรู้ความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงที่ส่งผลกระทบต่อการเสื่อมสภาพของไต การเข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย และต้องเข้ารับการบำบัดทดแทนไต รวมถึง

เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคทางหลอดเลือดสมอง และการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ไม่อาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมอย่างเหมาะสม ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เข้ารับการตรวจรักษาที่คลินิกอย่างสม่ำเสมอ และทุกรายได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต ทำให้กลุ่มตัวอย่างแม้มีการรับรู้ความรุนแรงในระดับสูง ($M = 20.22$, $SD = 2.60$) แต่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 30.5 ยังคงมีการบริโภคโซเดียมเกินปริมาณที่แนะนำ และไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงการบริโภคโซเดียม อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาจไม่เคยมีประสบการณ์หรือได้รับผลกระทบรุนแรงจากภาวะความดันโลหิตสูง รวมถึงผลกระทบรุนแรงต่อความเสื่อมของไต เนื่องจากการดำเนินของโรคไตเรื้อรังค่อยเป็นค่อยไปใช้ระยะเวลานาน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Chen และคณะ²² พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงไม่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคโซเดียมในกลุ่มตัวอย่างชาวจีนที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ทั้งในกลุ่มที่อาศัยในเขตเมืองและเขตชนบท ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวมีสุขภาพแข็งแรง จึงทำให้มีการรับรู้ความรุนแรงลดลง อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่บริโภคโซเดียมเกินปริมาณที่แนะนำ นอกจากนี้แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงต่อภาวะความดันโลหิตสูงในการศึกษานี้มีจำนวนข้อคำถามน้อยทำให้ความหลากหลายของคะแนนมีน้อย อาจส่งผลให้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองในการศึกษาครั้งนี้

การศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการลดการบริโภคโซเดียมไม่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคโซเดียม ($r = .105$, $p = .258$) และไม่มีอำนาจทำนายการบริโภคโซเดียม ($\beta = .111$, $p = .315$) อธิบายได้ว่า การรับรู้ประโยชน์ในการช่วยป้องกันและควบคุมความดันโลหิตสูง รวมถึงทำให้หัวใจของกลุ่มตัวอย่างทำงานได้ดีขึ้น ไม่อาจส่งผลต่อการบริโภคโซเดียม ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของการลดการบริโภคโซเดียมในระดับสูง ($M = 28.63$, $SD = 2.87$) อาจเนื่องมาจากการได้รับความรู้จากแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ แต่กลุ่มตัวอย่างอาจยังไม่สามารถรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงของร่างกายจากผลของการลดการบริโภคโซเดียม เช่น ช่วยให้อาการหัวใจทำงานได้ดีขึ้น ช่วยให้ระบบไหลเวียนเลือดดีขึ้น อาการ

บวมลดลง เป็นต้น รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างอาจไม่เคยได้รับผลกระทบจากภาวะความดันโลหิตสูงที่คุกคามต่อภาวะสุขภาพของตนเองจนทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการลดการบริโภคโซเดียมแตกต่างจากการศึกษาของ Walsh และ Lehane²³ ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการศึกษาของ Chung และคณะ²⁴ ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการลดการบริโภคโซเดียมมีความสัมพันธ์กับการบริโภคโซเดียม เนื่องจากเมื่อกลุ่มตัวอย่างลดการบริโภคโซเดียมสามารถรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงของร่างกายได้อย่างชัดเจน

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การรับรู้อุปสรรคของการลดการบริโภคโซเดียมไม่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคโซเดียม ($r = .120, p = .197$) และไม่มีอำนาจทำนายการบริโภคโซเดียม ($\beta = .058, p = .561$) อภิปรายได้ว่า การรับรู้อุปสรรคในการลดการบริโภคโซเดียม ไม่อาจส่งผลต่อการบริโภคโซเดียม อาจเนื่องมาจากการศึกษารั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 64.4) มีการรับรู้อุปสรรคในการลดการบริโภคโซเดียมในระดับปานกลาง ($M = 21.03, SD = 3.71$) โดยกลุ่มตัวอย่างยังคงคำนึงถึงรสชาติของอาหาร และความคุ้นชินกับวัฒนธรรมการบริโภค โดยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80.5) ระบุว่ารสชาติไม่อร่อย และร้อยละ 72.9 ระบุว่าหาซื้อยาก ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างไม่ได้มีการรับรู้อุปสรรคในการลดการบริโภคในระดับสูงมากจนทำให้ไม่สามารถลดการบริโภคโซเดียมได้ แต่กลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งยังคงบริโภคโซเดียมเกินปริมาณที่แนะนำ หรือไม่เปลี่ยนแปลงการบริโภคโซเดียม สอดคล้องกับการศึกษาของ Clark-Cutaja และคณะ²⁰ ในกลุ่มผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่า รสชาติของอาหาร รวมถึงบริบททางสังคม และวัฒนธรรมมีผลอย่างยิ่งต่อพฤติกรรมการบริโภคของผู้ป่วย

ปัจจัยร่วม ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคโซเดียม ไม่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคโซเดียม ($r = .094, p = .309$) และไม่มีอำนาจทำนายการบริโภคโซเดียม ($\beta = .020, p = .561$) อธิบายได้ว่า ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคโซเดียมเพื่อประกอบการตัดสินใจเลือกอาหารหรือผลิตภัณฑ์ที่มีปริมาณโซเดียมต่ำ ไม่อาจส่งผลต่อการบริโภคโซเดียมได้ ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษารั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการบริโภคโซเดียมในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 11.5,$

$SD = 2.72$) แสดงถึงกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังขาดความรู้เกี่ยวกับการบริโภคโซเดียม ทำให้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 30.5 มีการบริโภคโซเดียมเกินปริมาณที่แนะนำ สอดคล้องกับการศึกษาของ Land และคณะ²⁵ ในกลุ่มประชากรชาวออสเตรเลียพบว่าประชากรส่วนใหญ่ยังขาดความรู้เกี่ยวกับการบริโภคโซเดียม จึงส่งผลให้มีการบริโภคโซเดียมเกินปริมาณที่แนะนำ ต่อวัน อย่างไรก็ตามการศึกษานี้พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์ในทางบวกต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยง ($r = .225, p = .014$) และการรับรู้ความรุนแรง ($r = .310, p = .001$) รวมถึงการรับรู้ประโยชน์ ($r = .256, p = .005$) อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้มาก มีการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ประโยชน์เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ อย่างไรก็ตามความสัมพันธ์นี้อาจไม่มากพอที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงการบริโภคโซเดียมได้ อีกทั้งปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้อุปสรรค ไม่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคโซเดียมดังที่ได้กล่าวมาแล้ว

นอกจากนี้พบว่าการบริโภคโซเดียมไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนบำบัดทดแทนไต ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้รับยาลดความดันโลหิต จึงอาจไม่เห็นการเปลี่ยนแปลงของระดับความดันซิสโตลิกที่ลดลงจากการบริโภคโซเดียมชัดเจน รวมถึงอาจเป็นไปได้ว่าระดับความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่างขึ้นอยู่กับปัจจัยในหลายประการ เช่น ปัจจัยด้านอายุ ค่าดัชนีมวลกาย ระดับไตรกลีเซอไรด์ ระดับไขมัน HDL-c เพศ และการดื่มแอลกอฮอล์²⁶ อย่างไรก็ตามผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Yoon และคณะ²⁷ ในกลุ่มตัวอย่างโรคความดันโลหิตสูง ประเทศเกาหลีใต้พบว่าการบริโภคโซเดียมในปริมาณที่แตกต่างกันตั้งแต่ 1,560-5,020 มิลลิกรัมต่อวัน ไม่มีความสัมพันธ์กับค่าความดันซิสโตลิกของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการวิจัยพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการลดการบริโภคโซเดียมสามารถทำนายการบริโภคโซเดียมของกลุ่มตัวอย่างได้ ดังนั้นควรให้ความสำคัญและส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อนำไปสู่การบริโภคโซเดียมในปริมาณที่เหมาะสม รวมถึงส่งเสริมการควบคุมความดัน

โลหิตได้ตามเป้าหมายเพื่อชะลอความเสื่อมของไตและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนบำบัดทดแทนไต

2. บุคลากรสุขภาพควรให้ความสำคัญการตั้งเป้าหมายในการควบคุมการบริโภคโซเดียม และการอ่านฉลากโภชนาการเพื่อส่งเสริมการบริโภคในปริมาณที่เหมาะสม รวมถึงตั้งเป้าหมายการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนบำบัดทดแทนไต

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรมีการศึกษาตัวแปรอื่นที่มีผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตเพิ่มเติม และควรมีการเพิ่มขนาดของกลุ่ม

ตัวอย่าง สถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อประโยชน์ในการอ้างอิงไปยังประชากรนอกเหนือปัจจัยจากการบริโภคโซเดียม

2. เนื่องจากการศึกษารั้งนี้ เป็นแบบ cross-sectional study การศึกษารั้งต่อไปควรมีการประเมินติดตามการบริโภคโซเดียม รวมถึงการควบคุมความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องในระยะยาว โดยการวัดความดันโลหิตที่บ้านด้วยตนเอง รวมถึงการบันทึกรายละเอียดของรายการอาหาร เพื่อให้สามารถประเมินการบริโภค รวมถึงการควบคุมความดันโลหิตได้ชัดเจนมากขึ้น เพื่อประโยชน์ในการวางแผนจัดโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคโซเดียม และควบคุมความดันโลหิตที่มีประสิทธิภาพแก่ผู้ป่วยต่อไป

References

1. Xie Y, Bowe B, Mokdad AH, Xian H, Yan Y, Li T, et al. Analysis of the global burden of disease study highlights the global, regional, and national trends of chronic kidney disease epidemiology from 1990 to 2016. *Kidney International*. 2018;94(3):567-81.
2. Bikbov B, Purcell CA, Levey AS, Smith M, Abdoli A, Abebe M, et al. Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990–2017: A systematic analysis for the global burden of disease study 2017. *The Lancet*. 2020;395(10225):709-33.
3. Arnett DK, Blumenthal RS, Albert MA, Buroker AB, Goldberger ZD, Hahn EJ, et al. 2019 ACC/AHA guideline on the primary prevention of cardiovascular disease: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association task force on clinical practice guidelines. *Journal of the American College of Cardiology*. 2019;74(10):177-232.
4. Zhang W, Shi W, Liu Z, Gu Y, Chen Q, Yuan W, et al. A nationwide cross-sectional survey on prevalence, management, and pharmacoepidemiology patterns on hypertension in Chinese patients with chronic kidney disease. *Scientific Reports*. 2016;6(1):1-10.
5. Schneider MP, Hilgers KF, Schmid M, Hubner S, Nadal J, Seitz D, et al. Blood pressure control in chronic kidney disease: A cross-sectional analysis from the German chronic kidney disease (GCKD) study. *PloS ONE*. 2018;13(8):1-17.
6. Garofalo C, Borrelli S, Provenzano M, De Stefano T, Vita C, Chiodini P, et al. Dietary salt restriction in chronic kidney disease: A meta-analysis of randomized clinical trials. *Nutrients*. 2018;10(6):1-15.
7. Levin A, Stevens PE, Bilous RW, Coresh J, Francisco AL, Jong PE, et al. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD workgroup. KDIGO 2012 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney International Supplements*. 2013;3(1):1-150.

8. Niyomchit C, Aekwarangkoon S, Noonil N, Jantasuwon R. Relationship between sodium consumption behavior and kidney function in diabetes patients with chronic kidney disease. *Songklanagarind Journal of Nursing*. 2019;39(3):103-14. (in Thai).
9. Wang Y, Yu F, Bao Y, Zhang L, Wang H. Factors impacting sodium restriction in patients with chronic kidney disease: A cohort study from a Chinese center. *International Urology and Nephrology*. 2016;48(5):745-9.
10. Institute of Nutrition, Mahidol University. INMUCAL-Nutrients V.4.0. Nakhon Pathom 2018. (in Thai).
11. Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly*. 1988;15(2):175-83.
12. Stamler J, Chan Q, Daviglus ML, Dyer AR, Horn L, Garside DB, et al. Relation of dietary sodium (salt) to blood pressure and its possible modulation by other dietary factors: The INTERMAP study. *Hypertension*. 2018;71(4):631-7.
13. Kamran A, Azadbakht L, Sharifirad G, Mahaki B, Sharghi A. Sodium intake, dietary knowledge, and illness perceptions of controlled and uncontrolled rural hypertensive patients. *International Journal of Hypertension*. 2014; 2014:1-7.
14. Griffiths J, Putthinoi S, Pongsaksri M. The general practitioner assessment of cognition; GPCOG (Thai Version): Validity and reliability: Faculty of Associated Medical Sciences, Chiang Mai University; 2013. (in Thai).
15. Boonsiri C, Piaseu N, Putwatana P, Kantachavesiri S. Effects of program promoting food consumption for sodium reduction on knowledge and urinary sodium in nursing students. *Thai Journal of Nursing Council*. 2017;32(3):104-19. (in Thai).
16. Luemongkol K, Ruaisungnoen W. Factors associated with salt restriction among patients with heart failure. *Journal of Nursing and Health Care*. 2017;35(2):98-110. (in Thai).
17. Chonsin P, Kaveevivitchai C, Neelapaichi N, Piaseu N. Impact of a blood pressure regulating program on health beliefs, health behaviour, amount of sodium intake and hypertension levels in community members with hypertension. *Thai Journal of Nursing Council*. 2016;31(4):63-75. (in Thai).
18. Komcheab J, Jitpanya C. Relationships among knowledge, perceived barriers, perceived benefit, social support, self-efficacy, and sodium consumption behaviors in heart failure patients [dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2013. (in Thai).
19. Thai Hypertension Society. Thai hypertension society: Guidelines in the treatment of hypertension 2019. Nonthaburi: Think Beyond Book; 2019. (in Thai).
20. Clark-Cutaja MN, Ren D, Hoffman LA, Burke LE, Sevvick MA. Adherence to hemodialysis dietary sodium recommendations: Influence of patient characteristics, self-efficacy, and perceived barriers. *Journal of Renal Nutrition*. 2014;24(2):92-9.

21. Meuleman Y, Hoekstra T, Dekker FW, Boog P, Dijk S. Perceived sodium reduction barriers among patients with chronic kidney disease: Which barriers are important and which patients experience barriers. *International Journal of Behavioral Medicine*. 2018;25(1):93-102.
22. Chen J, Liao Y, Li Z, Tian Y, Yang S, He C, et al. Determinants of salt restriction spoon using behavior in China: Application of the Health Belief Model. *PLoS ONE*. 2013;8(12):1-9.
23. Walsh E, Lehane E. An exploration of the relationship between adherence with dietary sodium restrictions and health beliefs regarding these restrictions in Irish patients receiving hemodialysis for end-stage renal disease. *Journal of Clinical Nursing*. 2011;20(3-4):331-40.
24. Chung ML, Park L, Frazier SK, Lennie TA. Long-term adherence to low sodium diet in patients with heart failure. *Western Journal of Nursing Research*. 2017;39(4):553-67.
25. Land MA, Webster J, Christoforou A, Praveen D, Jeffery P, Chalmers J, et al. Salt intake was assessed by 24 h urinary sodium excretion in a random and opportunistic sample in Australia. *British Medical Journal*. 2014;4(1):1-7.
26. Ito T, Takeda M, Hamano T, Kijima T, Yamasaki M, Isomura M, et al. Effect of salt intake on blood pressure in patients receiving antihypertensive therapy: Shimane coHER Study. *European Journal of Internal Medicine*. 2016; 28:70-3.
27. Yoon CY, Noh J, Lee J, Kee YK, Seo C, Lee M, et al. High and low sodium intakes are associated with incident chronic kidney disease in patients with normal renal function and hypertension. *Kidney International*. 2018;93(4):921-31.

บทความวิจัย

ความรู้และความตระหนักในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
ของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ
Knowledge and Awareness in Immunization Promotion
among Nursing Students, Boromarajonani College of Nursing, Bangkok

Received: Mar 24, 2022
Revised: May 3, 2022
Accepted: Jun 8, 2022

วารางคณา อุดมทรัพย์ วท.ม. (Warangkana Udomsapaya, M.Sc.)¹
ปวีณภัทร นิธิตันติวัฒน์ Ph.D. (Paweenapat Nithitantiwat, Ph.D.)²
จันทร์เพ็ญ นิลวัชรmani ปร.ด. (Chanpen Ninwatcharamanee, Ph.D.)³

บทคัดย่อ

บทนำ: การมีความรู้และความตระหนักในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคสำหรับบุคลากรสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลสามารถลดโอกาสเสี่ยงต่อการรับหรือแพร่เชื้อโรคขณะฝึกปฏิบัติงานในคลินิกและขณะปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้รับบริการ

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคสำหรับบุคลากรสุขภาพ และเปรียบเทียบความรู้และความตระหนักของนักศึกษาชั้นปีที่ 1-4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ

ระเบียบวิธีวิจัย: เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1-4 ปีการศึกษา 2561 จำนวน 552 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความรู้และความตระหนักในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .72 และ .73 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบความแปรปรวนทางเดียว

ผลการวิจัย: พบว่า 1) คะแนนเฉลี่ยความรู้ในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของนักศึกษาชั้นปีที่ 4 อยู่ในระดับดี ($\mu = 18.17$, $\sigma = 2.45$) ส่วนนักศึกษาชั้นปีอื่นมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง 2) ความตระหนักในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของนักศึกษาชั้นปีที่ 3 และ 4 อยู่ในระดับดีมาก ($\mu = 4.51$, $\sigma = .44$ และ $\mu = 4.82$, $\sigma = .34$ ตามลำดับ) ส่วนของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 และ 2 อยู่ในระดับดี 3) การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และความตระหนักในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระหว่างชั้นปีพบว่านักศึกษาชั้นปีที่ 4 มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าทุกชั้นปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

สรุปผล: การศึกษานี้แสดงถึงการมีความรู้ในระดับปานกลางของนักศึกษาชั้นปีที่ 1-3 เกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคสำหรับบุคลากรสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ: ผู้บริหารสถาบันการศึกษา ควรส่งเสริมให้อาจารย์ นำแนวปฏิบัติการให้วัคซีนในบุคลากร บุคลากรกับการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติในทุกรายวิชาทางการพยาบาล เพื่อให้ นักศึกษามีความรู้และความตระหนักในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเพิ่มมากขึ้น

คำสำคัญ : ความรู้ ความตระหนัก ภูมิคุ้มกันโรค นักศึกษาพยาบาล

ได้รับทุนจาก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ

¹ Corresponding author พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข E-mail: warangkana.u@bcn.ac.th

^{2,3} พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

²E-mail: paweenapat.n@bcn.ac.th, ³E-mail: chanpen.n@bcn.ac.th

Boromarajonani College of Nursing Bangkok, Faculty of Nursing, Prabormarajchanok Institute, Ministry of Public Health, Bangkok, Thailand

Abstract

Introduction: Among nursing students, knowledge and awareness in immunization for healthcare personnel can decrease risks of contracting or spreading diseases in nursing practicum and nursing practice to clients.

Research objectives: To examine level of knowledge and awareness of getting vaccine to enhance immunization for health personnel, and to compare knowledge and awareness of getting vaccine among the 1st-the 4th year nursing students of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok.

Research methodology: This survey research conducted in the sample of the 1st-the 4th year nursing students. Participants were 552 nursing students enrolled in the 2561 BE academic year. Data were collected using a set of knowledge and awareness of immunization questionnaires. The reliability of the knowledge and awareness of immunization questionnaires were .72, and .73, respectively. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation (SD.), and one-way analysis of variance (one-way ANOVA).

Results: Finding revealed that mean score of knowledge on immunization of the 4th year nursing students was at a good level ($\mu = 18.17$, $\sigma = 2.45$), whereas the 1st-the 3rd year were at a moderate level. Moreover, mean score of awareness on immunization of the 3rd and 4th year nursing students was at a very good level ($\mu = 4.51$, $\sigma = .44$ และ $\mu = 4.82$, $\sigma = .34$, respectively), whereas the 1st and the 2nd year were at a high level. Additionally, comparison of knowledge and awareness in immunization across years in nursing program showed that the 4th year nursing students had significantly higher mean scores than nursing students in other years ($p < 0.001$).

Conclusions: This study revealed that the 1st-the 3rd year nursing students possessed knowledge at a moderate level regarding immunization for healthcare workers.

Implications: The administrators of educational institute should encourage instructors to integrate immunization guideline for health personnel to learning both theory and practicum related to nursing field. This would make nursing students to gain more knowledge and high awareness pertaining to immunization promotion.

Keywords: knowledge, awareness, immunization, nursing students

บทนำ

บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขนับเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อและเกิดการเจ็บป่วยขณะปฏิบัติให้การดูแลผู้ป่วยหรือขณะทำหัตถการ อาจรับเชื้อจากผู้ป่วยโดยตรง หรือจากเครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์ที่ใช้กับผู้ป่วย โดยเชื้อโรคสามารถเข้าสู่ร่างกายทางผิวหนังที่มีบาดแผล รอยถลอก หรือจากถูกของมีคมทิ่มตำหรือบาด จากการศึกษาทั้งในต่างประเทศและในประเทศพบว่า พยาบาลเป็นบุคลากรที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุถูกของมีคมทิ่มตำหรือบาด และสัมผัสเลือดผู้ป่วยมากที่สุด ร้อยละ 30-55¹⁻² และภายหลังการสัมผัสเชื้อจะทำให้เกิดการเจ็บป่วยหรือเป็นพาหะแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้ป่วยอื่น ผู้ร่วมงาน หรือผู้ใกล้ชิด รวมทั้งบุคคลในครอบครัว

การศึกษาการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน ในบุคลากรของโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิในประเทศไทย ระหว่างปี พ.ศ. 2550-2552³ พบว่ามีบุคลากรของโรงพยาบาลป่วยและมีการระบาดของโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน ได้แก่ ไข้หวัดใหญ่ โรคไวรัสตับอักเสบบี โรคหัด โรคหัดเยอรมัน ไขสกุส และคอตีบ โดยในแต่ละปีจำนวนผู้ป่วยของทุกโรคนั้นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

จากข้อมูลที่พบบุคลากรสาธารณสุขมีการติดเชื้อเป็นปัญหาสำคัญในการป้องกันและควบคุมโรค⁴ ในประเทศไทย ได้แต่งตั้งคณะกรรมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคภายใต้คณะกรรมการวัคซีนแห่งชาติ ได้กำหนดวัคซีนที่จำเป็นต้องให้แก่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ได้แก่ วัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ วัคซีนรวมป้องกันโรคหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน วัคซีนป้องกันโรคอีสุกอีใส นอกจากวัคซีนทั้ง 4 ชนิดนี้แล้ว บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขควรได้รับวัคซีนที่มีความจำเป็นรองลงมา ได้แก่ วัคซีนรวมป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยัก (dT) หรือวัคซีนรวมป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรนชนิดไรเซลล์สำหรับผู้ใหญ่ (dTap) นอกจากนั้นเกณฑ์การประเมินและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล การขอการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation)⁶ ให้โรงพยาบาลแต่ละแห่งมีมาตรการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในบุคลากรทางสาธารณสุข รวมทั้งมีมาตรการดูแลสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคสำหรับทีมสุขภาพสาขาต่าง ๆ ที่ฝึกปฏิบัติงานในโรงพยาบาล

นอกจากแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล หรือบุคลากรต่าง ๆ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแล้ว นักศึกษาพยาบาลก็เป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และเกิดอุบัติเหตุเข็มและของมีคมทิ่มตำสูงถึงร้อยละ 33-39.5^{2,7,8} เนื่องจากนักศึกษาพยาบาลเป็นบุคลากรที่อยู่ในระยะฝึกหัด ยังขาดทักษะและความชำนาญในการปฏิบัติ จึงเกิดการเจ็บป่วยหรือเป็นพาหะแพร่เชื้อไปสู่ผู้ป่วย ครอบครัว หรือเพื่อนร่วมงาน และส่งผลกระทบต่อการศึกษาจากการหยุดพักการเรียนเพื่อรับการรักษาและควบคุมการระบาด

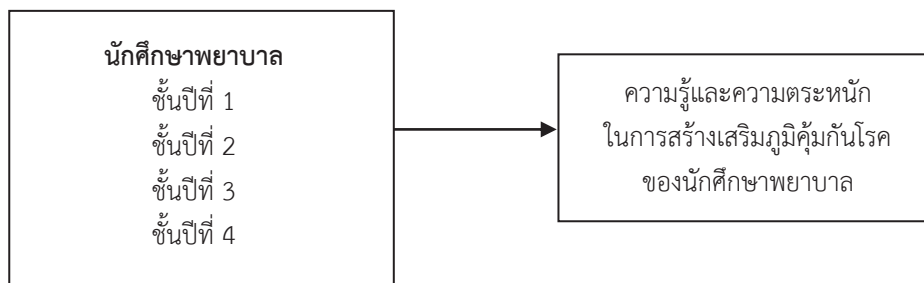
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ ได้ให้ความสำคัญต่อการดูแลด้านสุขภาพของนักศึกษา มีการจัดโครงการตรวจสุขภาพนักศึกษาเป็นประจำทุกปี และมีการดำเนินงานที่สอดคล้องกับแนวนโยบายการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กำหนดแนวทางการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคสำหรับนักศึกษาพยาบาล จัดให้มีการสำรวจประวัติการรับวัคซีน และให้คำแนะนำการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ได้แก่ วัคซีนไวรัสตับอักเสบบี ไขสกุส โรคหัด คางทูม และหัดเยอรมัน คอตีบ-บาดทะยัก และวัคซีนไข้หวัดใหญ่ นอกจากนั้นมีการตรวจสอบการรับวัคซีนของนักศึกษาพยาบาลให้ครบถ้วนก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติงานในโรงพยาบาล วิทยาลัยเป็นสถานศึกษาที่ผลิตบัณฑิตพยาบาลที่มีสมรรถนะในการปฏิบัติพยาบาล ซึ่งสมรรถนะด้านการป้องกันโรคเป็นหนึ่งในสมรรถนะที่สำคัญที่นักศึกษาควรได้รับการพัฒนาตั้งแต่ขณะศึกษาในสถานศึกษา ผู้วิจัยจึงสนใจถึงการศึกษาความรู้และความตระหนักในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ เพื่อนำผลไปใช้ในการวางแผนการส่งเสริมความรู้และความตระหนักของนักศึกษาพยาบาล ในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่มีประสิทธิภาพต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey study) ศึกษาความรู้และความตระหนักในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้และความตระหนักในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของนักศึกษาพยาบาล



2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้และความตระหนัก นักศึกษาพยาบาลในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของนักศึกษาพยาบาลในแต่ละชั้นปี

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ความรู้และความตระหนักในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของนักศึกษาพยาบาลทุกชั้นปี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ และเปรียบเทียบความรู้และความตระหนักในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ระหว่างนักศึกษาพยาบาลแต่ละชั้นปี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ ปีการศึกษา 2561 จำนวน 598 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ ปีการศึกษา 2561 จำนวน 552 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แบบสอบถามความรู้และความตระหนักในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของนักศึกษาพยาบาล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แบบสอบถามแบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับชั้นปี ลักษณะเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ

ตอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของนักศึกษาพยาบาล ประกอบไปด้วยข้อคำถามให้เลือกตอบแบบ 2 ตัวเลือกตอบถูกหรือผิด มีจำนวน 20 ข้อ การให้ค่าคะแนนเป็น 1 และ 0 การให้คะแนนแปลความหมายของ

คะแนนพิจารณาตามเกณฑ์ การแบ่งระดับคะแนนแบบเกณฑ์อ้างอิงตามหลักการ Learning for Mastery ของ Bloom (2001)⁹ เป็น 3 ระดับ ดังนี้ ดี (16 คะแนนขึ้นไป), ปานกลาง (12-15 คะแนน), น้อย (ต่ำกว่า 12 คะแนน)

ตอนที่ 3 ความตระหนักในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของนักศึกษาพยาบาล เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ ในการให้ค่าระดับคะแนนน้อยที่สุดถึงมากที่สุดเป็น 1-5 และจะกลับค่าคะแนนสำหรับข้อคำถามเชิงลบ เกณฑ์ในการแปลความหมายคะแนนเฉลี่ยจากแบบสอบถาม ดังนี้ มาก (4.51-5.00), ดี (3.51-4.50), ปานกลาง (2.51-3.50), น้อย (1.51-2.50), น้อยที่สุด (1.00-1.50)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แบบสอบถามสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ให้มีความถูกต้องครอบคลุมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.66-1.0 นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลในสถาบันอื่นที่มีลักษณะใกล้เคียงกันจำนวน 30 คน ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของนักศึกษาพยาบาล โดยใช้สูตรของ Kuder-Richardson (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .72 และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้านความตระหนักเกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของนักศึกษาพยาบาล มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .73

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง งานวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ รหัสการรับรองจริยธรรม (COA.No.): 2561-04 ลงวันที่ 4 ตุลาคม 2561 โดยก่อนเริ่ม

ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและสิทธิในการปฏิเสธ รวมถึงการถอนตัวจากการเป็นกลุ่มตัวอย่างโดยไม่เกิดผลใด ๆ ต่อผู้ให้ข้อมูล และข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูลวิจัย ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และรายงานผลเป็นค่าสถิติ มีขั้นตอนดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การวิเคราะห์ข้อมูลคะแนนความรู้ในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของนักศึกษาพยาบาล โดยวิเคราะห์หาค่าแจกแจงความถี่และร้อยละ
3. การวิเคราะห์ระดับความตระหนักในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของนักศึกษาพยาบาล โดยวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย (μ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (σ)
4. เปรียบเทียบระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้และระดับคะแนนความตระหนักของนักศึกษาพยาบาลในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค จำแนกรายชั้นปี โดยการทดสอบความแปรปรวนทางเดียว (one-way analysis of variance)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ ชั้นปีที่ 1-4 ปีการศึกษา 2561 จำนวน 589 คน มีผู้ตอบแบบสอบถามและมีความสมบูรณ์ของแบบสอบถามจำนวน 552 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 93.72 นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 95.29 อายุระหว่าง 19-22 ปี โดยเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1 จำนวน 139 คน คิดเป็นร้อยละ 25.18 ชั้นปีที่ 2 จำนวน 113 คน คิดเป็นร้อยละ 20.48 ชั้นปีที่ 3 จำนวน 158 คน คิดเป็นร้อยละ 28.26 และชั้นปีที่ 4 จำนวน 142 คน คิดเป็นร้อยละ 25.72

2. ความรู้ในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของนักศึกษาพยาบาล

ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับวัคซีนป้องกันโรคของนักศึกษาพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างจากข้อคำถาม 20 ข้อ พบว่า นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ($= 18.17$, $\sigma = 2.45$) ส่วนนักศึกษาชั้นปีที่ 1, 2

และ 3 มีคะแนนเฉลี่ยความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ($= 14.53$, $\sigma = 1.79$, $= 15.82$, $\sigma = 1.74$, $= 15.84$, $\sigma = 1.96$) ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาจากค่าร้อยละของนักศึกษารายชั้นปี พบว่า กลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ส่วนใหญ่ร้อยละ 52.5 มีค่าคะแนนระดับความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของนักศึกษาพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2, 3 และ 4 เมื่อพิจารณาค่าคะแนนระดับความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของนักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีระดับดี ร้อยละ 62.0, 59.5 และ 80.3 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

3. ความตระหนักในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของนักศึกษาพยาบาล ผลการวิเคราะห์ความตระหนักในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 และ 4 พบว่ามีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก ($\mu = 4.51$, $\sigma = .44$ และ $\mu = 4.82$, $\sigma = .34$ ตามลำดับ) ส่วนความตระหนักในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 และ 2 พบว่าอยู่ในระดับดี ($\mu = 4.14$, $\sigma = .51$ และ $\mu = 4.45$, $\sigma = .38$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 2

การวิเคราะห์ความตระหนักในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของนักศึกษาพยาบาล พบว่าข้อที่นักศึกษาทุกชั้นปีมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การให้ภูมิคุ้มกันโรคแก่นักศึกษาพยาบาล เป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่สัมผัสผู้ป่วยโดยตรง เป็นการลดภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ทำให้ไม่เจ็บป่วยและขาดการฝึกปฏิบัติงาน ($\mu = 4.79$, $\sigma = .46$) รองลงมา ได้แก่ การบันทึกประวัติการได้รับวัคซีนของนักศึกษาพยาบาล เป็นสิ่งสำคัญและจำเป็น ($\mu = 4.77$, $\sigma = .52$) และการสร้างพฤติกรรมอนามัย การดูแลรักษาร่างกายให้แข็งแรง ร่วมกับได้รับการฉีดวัคซีน สามารถสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคได้ ($\mu = 4.73$, $\sigma = .54$) ส่วนข้อที่มีค่าคะแนนความตระหนักเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ นักศึกษาควรได้รับวัคซีนไขหวัดใหญ่เป็นประจำทุกปี ($\mu = 4.05$, $\sigma = 1.15$)

4. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และความตระหนักในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของนักศึกษาชั้นปีที่ 1, 2, 3 และ 4

4.1 ความรู้การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

คะแนนเฉลี่ยความรู้การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของนักศึกษาพยาบาลแต่ละชั้นปี จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (N = 552)

ชั้นปี ระดับความรู้	ชั้นปีที่ 1 จำนวน (ร้อยละ)	ชั้นปีที่ 2 จำนวน (ร้อยละ)	ชั้นปีที่ 3 จำนวน (ร้อยละ)	ชั้นปีที่ 4 จำนวน (ร้อยละ)
ระดับความรู้น้อย (ต่ำกว่า 12 คะแนน)	21 (15.1)	6 (5.3)	8 (5.1)	1 (0.7)
ระดับความรู้ปานกลาง (12 - 15 คะแนน)	73 (52.5)	37 (32.7)	56 (35.4)	27 (19.0)
ระดับความรู้ดี (16 -20 คะแนน)	45 (32.4)	70 (62.0)	94 (59.5)	114 (80.3)
ค่าเฉลี่ย	14.53	15.82	15.84	18.17
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	$\sigma = 1.79$	$\sigma = 1.74$	$\sigma = 1.96$	$\sigma = 2.45$

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความตระหนักในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของนักศึกษาพยาบาล (N = 552 คน)

ระดับชั้นปี	ค่าเฉลี่ย $\bar{x}$	แปลผล
นักศึกษาชั้นปีที่ 1	4.14 ± 0.51	มีความตระหนักดี
นักศึกษาชั้นปีที่ 2	4.45 ± 0.38	มีความตระหนักดี
นักศึกษาชั้นปีที่ 3	4.51 ± 0.44	มีความตระหนักดีมาก
นักศึกษาชั้นปีที่ 4	4.82 ± 0.34	มีความตระหนักดีมาก
รวม	4.49 ± 0.49	มีความตระหนักดี

ของนักศึกษาพยาบาลแต่ละชั้นปีมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=79.995$, $df = 3$, $p < 0.001$) โดยนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้แตกต่างจากนักศึกษาพยาบาลชั้นปีอื่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 แต่นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 และชั้นปีที่ 3 มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 3

4.2 ความตระหนักในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

คะแนนเฉลี่ยความตระหนักในการสร้างเสริม

ภูมิคุ้มกันโรคของนักศึกษาพยาบาลแต่ละชั้นปีมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=59.441$, $df = 3$, $p < 0.001$) โดยนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 มีค่าเฉลี่ยคะแนนความตระหนักแตกต่างจากนักศึกษาพยาบาลชั้นปีอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 และชั้นปีที่ 3 ค่าเฉลี่ยคะแนนความตระหนักไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และความตระหนักในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1, 2, 3 และ 4 (N = 552)

ตัวแปร	ความแตกต่าง ของค่าเฉลี่ย	SD Error	p-value (one-tailed)
ความรู้การสร้างภูมิคุ้มกันโรค			
ชั้นปีที่ 1-ชั้นปีที่ 2	-1.295*	.258	<.000
ชั้นปีที่ 1-ชั้นปีที่ 3	-1.317*	.235	<.000
ชั้นปีที่ 1-ชั้นปีที่ 4	-.3648*	.241	<.001
ชั้นปีที่ 2-ชั้นปีที่ 3	-.022	.251	1.000
ชั้นปีที่ 2-ชั้นปีที่ 4	-2.354*	.256	<.001
ชั้นปีที่ 3-ชั้นปีที่ 4	-2.332*	.233	<.001
F = 79.995, df = 3, p< 0.001			
ความตระหนักในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค			
ชั้นปีที่ 1-ชั้นปีที่ 2	-3.066*	.546	<.001
ชั้นปีที่ 1-ชั้นปีที่ 3	-3.681*	.499	<.001
ชั้นปีที่ 1-ชั้นปีที่ 4	-6.790*	.510	<.001
ชั้นปีที่ 2-ชั้นปีที่ 3	-.616	.532	.719
ชั้นปีที่ 2-ชั้นปีที่ 4	-3.725*	.542	<.001
ชั้นปีที่ 3-ชั้นปีที่ 4	-3.109*	.495	<.001
F=59.441, df = 3, p< 0.001			

^a p-value<0.05

^b Scheffe method

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์คะแนนความรู้ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 และ 4 ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ วิธีการป้องกันการติดเชื้อที่ได้ผลดีที่สุดคือ การล้างมือและการสวมถุงมือ และล้างมือบ่อยๆ ในขณะที่ผู้ป่วยสามารถป้องกันการติดเชื้อได้ อาจเนื่องจากนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 และ 4 ได้ผ่านการเรียนการสอนเนื้อหาเกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคจากวิชาต่างๆ เช่น วิชาเภสัชวิทยา วิชาหลักและเทคนิคทางการพยาบาล วิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ และมีการฝึกปฏิบัติในหอผู้ป่วยมาแล้ว ทำให้มีประสบการณ์ขณะปฏิบัติงานเกิดความรู้อย่างชัดเจนถึงความสำคัญของการสร้างเสริม

ภูมิคุ้มกันโรคในการป้องกันการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้ป่วย ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ Udomlack และคณะ¹⁰ พบว่าความรู้และความตระหนักในการป้องกันการติดเชื้อในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 มีความตระหนักอยู่ในระดับดี แต่นักศึกษาพยาบาลชั้นปีอื่น ๆ อยู่ในระดับพอใช้ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมปัญญาของ Bandura¹¹ ที่กล่าวว่า การเรียนรู้ส่วนใหญ่เกิดขึ้นจากการสังเกตตัวต้นแบบ การที่นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 และ 4 ที่ผ่านการขึ้นฝึกภาคปฏิบัติในสถานพยาบาลต่าง ๆ ได้เห็นการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการพยาบาลทำให้มีความรู้ความเข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญของการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

สำหรับข้อคำถามประเมินความรู้ที่นักศึกษาทุกชั้นปีตอบไม่ถูกต้อง คือผู้ที่ได้รับการฉีดวัคซีน ถ้ามีอาการไอน้ำมูก มีไข้ต่ำ ๆ ควรดองการฉีดวัคซีนทุกชนิดโดยเลื่อนไปจนกว่าจะมีอาการปกติ แต่ตามหลักการทั่วไปในการให้วัคซีนของสถาบันวัคซีนแห่งชาติ (องค์การมหาชน) ปีพ.ศ. 2561¹² ได้ให้หลักการว่าผู้ที่เจ็บป่วยเล็กน้อย เช่น เป็นหวัด ไอ มีไข้ต่ำ ๆ สามารถรับวัคซีนได้ ผู้ที่กำลังมีไข้สูงควรเลื่อนการรับวัคซีนออกไปจนกว่าจะหายไข้ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 สามารถตอบถูกต้อง ร้อยละ 67.7 แสดงว่านักศึกษามีความรู้เรื่องหลักการและข้อห้ามให้วัคซีน ในกรณีที่เกิดรองก่อนรับวัคซีน หากพบปัญหาสุขภาพหรือมีการเจ็บป่วยเล็กน้อยหรือแม้จะรับประทานยาปฏิชีวนะอยู่สามารถให้วัคซีนได้เนื่องจากถ้าเลื่อนออกไปอาจทำให้มีผลเสีย ทำให้ไม่มีภูมิคุ้มกันโรค และเสี่ยงเจ็บป่วยจากการติดเชื้อได้

นอกจากนี้ยังพบข้อคำถามที่นักศึกษาส่วนใหญ่ตอบไม่ถูกต้อง คือ นักศึกษาพยาบาลที่มีประวัติการได้รับวัคซีนไวรัสตับอักเสบบี 3 เข็ม ในช่วงขวบปีแรก ถือว่ามีภูมิคุ้มกันเพียงพอแล้วในการขึ้นฝึกปฏิบัติงาน โดยเฉพาะนักศึกษาชั้นปีที่ 2 และ 3 อาจเพราะนักศึกษาเข้าใจว่าตนเองได้รับวัคซีนไวรัสตับอักเสบบีเมื่อแรกเกิดครบแล้ว ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดให้สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคตับอักเสบบีแก่ทารกแรกเกิดทุกคนทั่วประเทศตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535¹³ จึงคิดว่าตนเองได้รับวัคซีนครบแล้วน่าจะมีภาวะภูมิคุ้มกันเพียงพอในการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี แต่จากผลการศึกษาของ Poovorawan และคณะ¹⁴ ที่ได้ติดตามผลของการให้วัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบี และตรวจวัดภูมิคุ้มกันโรคในผู้ที่ได้รับวัคซีนครบในขวบปีแรกมาเป็นเวลา 16-19 ปี พบว่าระดับภูมิคุ้มกันไวรัสตับอักเสบบีที่ป้องกันโรคได้ (มากกว่า 10 mIU/mL) มีเพียง 1 ใน 4 เท่านั้น ดังนั้น นักศึกษาพยาบาลจึงควรได้รับการตรวจระดับภูมิคุ้มกันไวรัสตับอักเสบบี (Anti-HBc) และกรณีถ้าผลการตรวจเป็นลบควรให้ฉีดวัคซีนกระตุ้น และตรวจเลือดหา Anti HBs IgG หลังฉีด 1-2 เดือน ถ้ามีระดับภูมิคุ้มกันตั้งแต่ 10 mIU/mL ไม่ต้องฉีดเข็มที่สองและสาม หากมีระดับภูมิคุ้มกันต่ำกว่า 10 mIU/mL แนะนำให้ฉีดวัคซีนต่อจนครบ 3 เข็ม และตรวจเลือดหา Anti HBs IgG หลังฉีด 1-2 เดือน ถ้าระดับภูมิคุ้มกันยังน้อยกว่า 10 mIU/mL ให้บันทึกผลไว้ว่าเป็น non-responder และแนะนำให้ Hepatitis B

immune globulin (HBIG) หากมีการสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงหรือผู้ป่วยตับอักเสบบี¹⁵

นอกจากนี้ข้อคำถามที่ได้ผลคะแนนความรู้น้อย คือ การปฏิบัติตัวเมื่อมีอุบัติเหตุเข็มตำ โดยนักศึกษาคิดว่าเมื่อได้รับอุบัติเหตุแล้วให้ล้างมือและสังเกตอาการด้วยตนเอง หากมีอาการผิดปกติจึงมาพบแพทย์ เป็นการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาอุบัติการณ์อุบัติเหตุเข็มตำของกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา¹⁶ พบว่า ร้อยละ 51.10 เมื่อได้เกิดอุบัติเหตุสัมผัสสารคัดหลั่ง หรือได้รับบาดเจ็บโดนของมีคม ที่สัมผัสสารคัดหลั่งขณะปฏิบัติงานจะไม่ได้รายงานให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทราบภายหลังจากการเกิดอุบัติเหตุ เพราะคิดว่าเป็นการได้รับบาดเจ็บเพียงเล็กน้อย รู้สึกลำบากใจกังวลกับสิ่งยุ่งยากที่จะตามมา นอกจากนี้ยังไม่ต้องการให้ผู้อื่นเห็นว่าตนเองมีทักษะไม่ดี กังวลว่าจะมีผลกระทบต่อคะแนนการฝึกภาคปฏิบัติ และขาดการชื่นชม การที่นักศึกษาพยาบาลในชั้นปีที่ 2 และ 3 ยังมีคะแนนความรู้ในข้อนี้ต่ำ ทำให้มีผลต่อการปฏิบัติตนภายหลังอุบัติเหตุถูกเข็มหรือของมีคมที่เปื้อนเลือดหรือสารคัดหลั่งของผู้ป่วยตำหรือบาด จึงควรมีการเตรียมความพร้อมของนักศึกษาโดยให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติตนเมื่อเกิดอุบัติเหตุจากเข็มตำหรือของมีคมบาด และเน้นย้ำให้นักศึกษานึกถึงอันตรายของอุบัติเหตุ อาจจัดทำเป็นคู่มือปฏิบัติในการป้องกันการได้รับอุบัติเหตุจากเข็มตำ ของมีคมบาดและถูกสารคัดหลั่ง วิธีการปฏิบัติตนเมื่อได้รับอุบัติเหตุ โดยควรให้มีการปฐมนิเทศนักศึกษาในทุกรายวิชาทุกครั้งก่อนฝึกปฏิบัติงาน

จากผลคะแนนด้านความรู้ของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1-3 อยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น ควรมีการวางแผนการจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้เรื่องภูมิคุ้มกันอย่างต่อเนื่อง

ด้านความตระหนักเกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคพบว่า ข้อที่นักศึกษาพยาบาลทุกชั้นปีมีความตระหนักสูงสุด คือ การให้ภูมิคุ้มกันโรคแก่นักศึกษาพยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่สัมผัสผู้ป่วยโดยตรง เป็นการลดภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ทำให้ไม่เจ็บป่วยและขาดการฝึกปฏิบัติงาน และข้อที่มีคะแนนสูงรองลงมา คือ การเสริมสร้างพฤติกรรมอนามัย การดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง ร่วมกับการได้รับการฉีดวัคซีน สามารถสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคได้ แสดงให้เห็นว่า นักศึกษาพยาบาลทุกชั้นปีมีความตระหนักและเห็นความสำคัญ

ของการส่งเสริมภูมิคุ้มกันโรค นอกจากนี้พบว่าข้อที่นักศึกษามีคะแนนความตระหนักสูง คือ การบันทึกประวัติการได้รับวัคซีนของนักศึกษาพยาบาลเป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็น เนื่องจากทางวิทยาลัย ได้มีการตรวจสอบบันทึกประวัติการได้รับวัคซีนของนักศึกษา ก่อนขึ้นปฏิบัติงานเป็นประจำทุกปี นักศึกษาพยาบาลทุกคนต้องได้รับวัคซีนครบถ้วน จึงสามารถขึ้นฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยได้ ทำให้นักศึกษาตระหนักถึงความสำคัญของสมุดบันทึกวัคซีน เพราะกรณีที่มีสมุดบันทึกวัคซีนสูญหายทำให้ไม่มีหลักฐานการได้รับภูมิคุ้มกันโรค รวมทั้งไม่ทราบกำหนดการรับวัคซีนในครั้งต่อไปอาจทำให้ได้รับวัคซีนไม่ครบถ้วน

ความตระหนักเกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด เหมือนกันทุกชั้นปี คือนักศึกษาควรได้รับการฉีดวัคซีน ถึงแม้มีค่าใช้จ่ายที่สูง เพราะสามารถลดอาการเจ็บป่วยของโรครวมทั้งป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไปให้แก่ผู้อื่นได้ การที่นักศึกษาที่มีความตระหนักในเรื่องนี้อาจเนื่องจากปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับวัคซีน เพราะราคาวัดขึ้นค่อนข้างสูง ทำให้ภาระเรื่องค่าใช้จ่ายวัคซีนนี้เป็นปัญหาสำหรับนักศึกษาในกลุ่มที่มีเศรษฐกิจต่ำ

ความตระหนักที่ค่าเฉลี่ยน้อยรองลงมา คือการได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่จำเป็นต้องได้รับเป็นประจำทุกปี นักศึกษาอาจกังวลเรื่องอาการแพ้วัคซีน และไม่มีประสบการณ์ในการรับวัคซีน ทั้งนี้พบว่านักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 มีค่าคะแนนเฉลี่ยความตระหนักมากที่สุด รองลงมาคือนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3, 2 และชั้นปีที่ 1 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ Tanavikrakoont และคณะ¹⁷ พบว่าปัจจัยเรื่องอายุมีความสัมพันธ์กับการยอมรับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ พบว่ากลุ่มอายุที่เพิ่มขึ้นมีประสบการณ์มากขึ้นจึงเห็นความสำคัญในการรับวัคซีนเพื่อป้องกันโรค

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และความตระหนักในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของนักศึกษาพยาบาลแต่ละชั้นปี พบว่านักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และความตระหนักแตกต่างจากนักศึกษาพยาบาลชั้นปีอื่น สอดคล้องกับการศึกษาของ Kanchanaudom

และคณะ¹⁸ พบว่าชั้นปีการศึกษามีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ได้ผ่านการเรียนการสอนที่หลากหลายร่วมกับมีประสบการณ์ในการฝึกปฏิบัติการในคลินิกมากกว่านักศึกษาชั้นปีอื่น ทำให้มีความรู้ความตระหนักในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคสูงกว่าส่วนนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 และชั้นปีที่ 3 มีความรู้และความตระหนักในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องจากนักศึกษาพยาบาลในชั้นปีที่ 2 ได้รับการจัดการเรียนการสอนด้านทฤษฎีมากกว่าปฏิบัติ การฝึกปฏิบัติการพยาบาลยังไม่ซับซ้อน ส่วนนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ใช้ทักษะในการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาผู้ป่วยน้อยกว่านักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 รวมทั้งประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยน้อยกว่า และไม่หลากหลาย ซึ่งนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ที่ได้เรียนทฤษฎีและฝึกปฏิบัติวิชาการรักษาพยาบาลขั้นต้น จึงทำให้นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 มีคะแนนความรู้และความตระหนักไม่สูงเท่านักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการบูรณาการเรื่องการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคและการป้องกันโรคในกิจกรรมการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติในทุกรายวิชาทางการพยาบาล
2. ควรจัดกลยุทธ์การเรียนการสอนหรือโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะของนักศึกษาพยาบาลด้านสร้างเสริมภูมิคุ้มกันและการป้องกันโรค ซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาล

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. การศึกษาการพัฒนาโปรแกรมหรือรูปแบบการสร้างทัศนคติในการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคและการป้องกันโรคของนักศึกษาพยาบาล
2. การศึกษาติดตามความรู้และความตระหนักในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของบัณฑิตใหม่ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ

References

1. Khuri-Bulos NA, Toukan A, Mahafzah A, Adham M, Al-Faori I, Abu Khader I, Abu Rumeileh ZI. Epidemiology of needlestick and sharp injuries at a university hospital in a developing country: A 3-year prospective study at the Jordan University Hospital, 1993 through 1995. *Am J Infect Control* 1997;25(4):322-9.
2. Setthamas M, Sawaengdee K, Theerawit T, Tangcharoensathien V, Thinkhamrop B, Chaichaya N and Thinkhamrop W. Incidence and risk factors of needle stick and sharp injuries among registered nurses in Thailand. *J Pub Health Dev* 2018;16(1):17-28. (in Thai).
3. Unahalekhaka A. Vaccine preventable diseases among hospital personnel in Thailand. *Nursing Journal* [Internet]. 2013 [cited 2018 April 20];90-96. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/19086/16789> (in Thai).
4. Hamborsky J, Kroger A, Wolfe C, editor. *Epidemiology and prevention of vaccine-preventable diseases*. 13th ed. Washington, DC: Centers for Disease Control and Prevention; 2015.
5. Bureau of General Communicable Diseases. Department of Disease Control. Recommendations of immunization among healthcare workers. Under the Advisory subcommittee on Immunization the year 2011. (in Thai).
6. The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). *Hospital and Healthcare Standards*. 4th ed. Nonthaburi: The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization), 2018. (in Thai).
7. Prasertsri N, Teeyapan W, Charoennukul A, Bootsri W, Wisetchoonhasilp A. Knowledge and prevention of needlestick sharp injuries in nursing students. *J of Nursing, Public Health, and Education* 2019;Jan-April:160-71. (in Thai).
8. Loulergue P, Launay O. Vaccinations among medical and nursing students: coverage and opportunities. *J vaccine* 2014;27;32(38):4855-9.
9. Anderson LW, Krathwohl DR. *A taxonomy for learning, teaching, and assessing: A revision of Bloom's taxonomy of educational objectives*. New York: Longman; 2001.
10. Udomlack S, Pinitchan A, Aung Myo N, Thaveepuk P, Langlak C. Vaccination, knowledge and awareness to prevent hepatitis B infection among nursing students of Boromarajonani College of Nursing, Chainat. *Nursing J of the Ministry of Public Health* 2014;24(1):92-104. (in Thai).
11. Bandura A. Social cognitive theory in cultural context. *Journal of Applied Psychology: An International Review* 2002;51:269-290.
12. National Vaccine Institute (Public Organization), Thailand. *The course of workshop for Immunization Health care worker the year 2018*. Nonthaburi: Amarin printing and Publishing; 2018. (in Thai).

13. Chokephaibulkit K, Lapphra K, Mekmullika J, Nakboonnum T, Tangsatapornpong A. editors. Textbook of vaccine and immunization 2013. Bangkok: Suan Sunundha Rajbhat University; 2013. (in Thai).
14. Poovorawan Y, Chongsrisawat V, Theamboonlers A, Theamboonlers A, Bock HL, Leyssen M, Jacquet JM. Persistence of antibodies and immune memory to hepatitis B vaccine 20 years after primary vaccination of Thailand. *Vaccine* [Internet]. 2010 [cited 2019 Aug 10]; 28:730-6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3495725/>
15. Posuwan N, Wanlapakorn N, Sa-Nguanmoo P, Wasitthankasem R, Vichaiwattana P, Poovorawan Y, et al. The success of a universal hepatitis B immunization program as part Thailand's EPI after 22 Year' Implementation. *PLoS One*. 2016 Mar 3;11:e0150499. doi:10.1371/ journal.pone.0150499.eCollection 2016. PMID:26938736.
16. Boonmee P, Fukfon K, Prompao P. Incidence of needlestick and sharps injuries and blood and body fluid exposures in nursing students of Boromarajonani College Nursing Phayao. *J of Nursing and Education* 2013;6 (2):125-36. (in Thai).
17. Tanavikrankoon M, Suwannapong N, Tipayamongkholkul M, Howteerakul N. Acceptance of seasonal influenza vaccination among medical personnel in a super tertiary care hospital, Bangkok. *Vajira Nursing Journal* 2015;17(2):15-29. (in Thai).
18. Kanchanaudom P, Charoensuk S, Watcharaach J, Wankrathok S, Sribout S. The relationship between systematic thinking, critical thinking and clinical judgment of nursing students, Boromarajonani College of Nursing, Chon Buri. *J of Health Science Research* 2021;15(2): 76-87. (in Thai).

บทความวิจัย

ความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส.
ของผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง
อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ

Health Literacy and Health Behavior 3E.2S. among Patients
with Diabetes and Hypertension in Bang Phi District, Samut Prakan Province

Received: Apr 28, 2021

Revised: Jun 1, 2021

Accepted: Jun 8, 2021

ศิริพร ชุนฉาย พย. (Siriporn Chunchai, M.N.S.)¹

นพณัฐ จำปาเทศ ปร.ด (Nopphanath Chumpathat, Ph.D.)²

กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม ปร.ด (Kamontip Khungtumneum, Ph.D.)³

รัชณี นามจันทรา พย.ด (Rachanee Namjuntra, Ph.D.)⁴

อภิรัตน์ อำภามณี พย.บ. (Apirat Amphamani, B.N.S.)⁵

บทคัดย่อ

บทนำ: ผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยเฉพาะการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด แนวทางหนึ่งที่สำคัญคือความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. เหมาะสมจะช่วยป้องกันความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อน

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ

ระเบียบวิธีวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 150 ราย ได้มาจากการสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพตามพฤติกรรม 3อ.2ส. และพฤติกรรม 3อ.2ส. ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุงปี พ.ศ. 2561 มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ระหว่าง .723-.870 วิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน Spearman's Rho correlation

ผลการวิจัย: ความรู้ด้านสุขภาพตามพฤติกรรม 3อ.2ส. โดยรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 56.0 และความรู้ด้านสุขภาพรายด้านพบว่าความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพอยู่ในระดับถูกต้องที่สุด ร้อยละ 45.3 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 65.3, 51.3, 70.7 และ 78.0 ตามลำดับ ส่วนการสื่อสารสุขภาพ อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 56.0 สำหรับพฤติกรรม

¹ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาเวชปฏิบัติชุมชน) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ E-mail: sereechun@gmail.com

² Corresponding author, อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ E-mail: nophc@hotmail.com

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ E-mail: kkamontip1@gmail.com

⁴ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต E-mail: rachunee.n@ruse.ac.th

⁵ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางโหลง E-mail: club@windowslive.com

^{1,2,3} Huachiew Cholemprakiet University, Samut Prakan, Thailand

⁴ Rang sit University, Rang sit, Pathum Thani, Thailand

⁵ Bang Chalong Sub-district Health Promoting Hospital, Samut Prakan, Thailand

สุขภาพตาม 3อ.2ส. อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 49.3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3อ.2ส. โดยรวม การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ ด้านการจัดการตนเอง และด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .263, p = .001, r = .227, p = .005, r = .233, p = .004, r = .242, p = .003, r = .292, p < .001$ ตามลำดับ) ส่วนด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ และการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .158, p = .054, r = -.060, p = .464$ ตามลำดับ)

สรุปผล: ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการดูแลหรือโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้ความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง และการตัดสินใจเลือกการปฏิบัติที่ถูกต้อง

ข้อเสนอแนะ: บุคลากรด้านสุขภาพ ควรให้ผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง มีช่องทางหลากหลายในการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง และการตัดสินใจเลือกการปฏิบัติที่ถูกต้อง เพื่อให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก เพื่อจะได้นำไปสู่การมีพฤติกรรมที่ดีมากขึ้น

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. โรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง

Abstract

Introduction: Among patients with Diabetes and Hypertension, there are risks of complications, especially cardiovascular disease. One important approach to manage the risks is health literacy and health behavior 3E. 2S. which will help prevent the risk of complications.

Research objectives: This correlational descriptive study aimed to investigate health literacy, and health behavior (3E. 2S.) among patients with diabetes and hypertension in Bang Phi district, Samut Prakan Province.

Research methodology: A cluster sampling method was used to recruit 150 patients with diabetes and hypertension treated at Bang Chalong Sub-district Health Promoting Hospital, Bang Phi District, Samut Prakan Province. Instruments consisted of the Thai CV risk score program assessing cardiovascular risk, and the 3E.2S. health literacy, and healthy behaviors questionnaire with a reliability range of .72-.87. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, Spearman's Rho correlation.

Results: The overall 3E.2S. health literacy was at a good level (56% 3E.2S.). Regarding each skill of health literacy, it was found that cognition level was at the most accurate (45.3%). Accurate to information and health services, self-management, media literacy, decisions-making to take the right action skill were at a very good level (65.3%, 70.7%, and 78.0%, respectively), while health communication skill was at a fair level (56%). There were statistically significantly positive relationships between the overall 3E.2S. health literacy, access to information and health service, health

communication, self-management, and decision-making to take the right action skill and the 3E.2S.health behavior ($r = .263, p = .001$; $r = .227, p = .005$; $r = .233, p = .004$; $r = .242, p = .003$; $r = .292, p < .001$; respectively). Knowledge and understanding of health, and media literacy were not statistically significantly correlated to the 3E.2S.health behavior ($r = .158, p = .054$; $r = -.060, p = .464$; respectively).

Conclusions: Results of this study can be used as preliminary data for developing implementation of health behavior modification programs or interventions to facilitate behavioral change using health literacy, particularly in access to information and health services, communication skills, self-management, and decision-making skills.

Implications: Healthcare providers should help patients with diabetic and hypertension to have venues to health information and health services, health communication, self-management, and decision-making to take the right action leading to better health behavior.

Keywords: health literacy, health behavior, diabetes with hypertension

บทนำ

โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงนับว่าเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก International Diabetes Federal [IDF] (2017) มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลก 425 ล้านคน และจะเพิ่มจำนวนขึ้นเป็น 2 เท่า ในปี ค.ศ. 2030 สำหรับประเทศไทย พบผู้ป่วยเบาหวาน 4.8 ล้านคน คาดว่าจะมีผู้เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน 3.2 ล้านคน¹ ส่วนโรคความดันโลหิตสูงพบเกือบ 1 พันล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2025 จะพบผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นถึง 1.56 พันล้านคน สำหรับในประเทศไทยคาดว่าจะมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเป็น 13 ล้านคน² มีการศึกษาในต่างประเทศ พบว่าโรคเบาหวานจะมีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วยมากกว่าบุคคลทั่วไป 3 เท่า³ ขณะที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สามารถเกิดโรคเบาหวานร่วมด้วยมากกว่าบุคคลทั่วไปประมาณ 3 เท่าเช่นกัน⁴ และการศึกษาในประเทศไทยพบร้อยละ 32 ของผู้ป่วยเบาหวานจะมีความดันโลหิตสูงร่วมด้วย⁵ เนื่องจากทั้ง 2 โรคส่งผลต่อความเสียหายของผนังหลอดเลือดใหญ่และเล็ก ทำให้หลอดเลือดเกิดความ

ผิดปกติ ได้แก่ Atherosclerosis, Endothelial dysfunction, Vascular Inflammation, Vascular fibrosis, Arterial remodeling มีการยืดหยุ่นลดน้อยลง⁶ นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วยจึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมากถึงร้อยละ 75⁷ ซึ่งในปัจจุบันมีการเสนอแนวปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นแนวปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับบุคคลทั่วไปเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรวมทั้งเป็นพฤติกรรมที่ช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ไขมัน และความดันโลหิตสูง ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เพราะการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพดีส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพดีตามไปด้วย และเรื่องของความรอบรู้ด้านสุขภาพกำลังได้รับความสนใจและถูกกำหนดให้เป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข⁸ โดยกองสุขศึกษาได้กำหนดองค์ประกอบในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและส่งเสริมการปรับเปลี่ยนหรือพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้องเหมาะสม

พฤติกรรมสุขภาพ คือ พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับพอใช้ซึ่งไม่เพียงพอต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืนและการนำไปสู่การมีสุขภาวะต่อไป ดังตัวอย่างการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ หากมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอมีโอกาสน้อยที่จะมีพฤติกรรมเสี่ยง ซึ่งการมีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ได้แก่ การหยุดสูบบุหรี่และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ลดอาหารไขมัน อาหารที่มีเกลือโซเดียม และอาหารมีรสหวานหรือน้ำตาลสูง เพิ่มผักสดและผลไม้ การจัดการความเครียด ออกกำลังกาย รวมทั้งควบคุมน้ำหนักตัว⁹ จากการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาของ Deepae, Khungtumneam และ Chumpathat¹⁰ ที่ศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง อำเภอเมืองจังหวัดฉะเชิงเทรา 95 ราย พบว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยรวมอยู่ในระดับดี

ความรู้ด้านสุขภาพ มีองค์ประกอบทั้งหมด 6 ด้าน คือ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ สื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง รู้เท่าทันสื่อและการตัดสินใจ เพื่อนำไปใช้ในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย จัดการอารมณ์ การไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เรื่องของความรู้ด้านสุขภาพ มีการศึกษาในกลุ่มคนหลายกลุ่ม ดังการศึกษาในประชาชนวัยทำงานของ Bawornthip, Aungwattana¹¹ ที่ศึกษาสถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนวัยทำงาน ตำบลยางนึ่ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูงมาก

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ พบอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวาน ในปี พ.ศ. 2563 จำนวน 7,063 คน เพิ่มขึ้นจาก พ.ศ. 2562 จำนวน 345 คน ส่วนความดันโลหิตสูง ในปี พ.ศ. 2563 จำนวน

14,053 คน ซึ่งเพิ่มจาก พ.ศ. 2562 จำนวน 309 คน¹² ถึงแม้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการทำงานเชิงรุก เน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค ส่งเสริมให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. แต่ยังไม่พบอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จากข้อมูลเบื้องต้นจะเห็นว่าปัญหาโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสำคัญและส่งผลกระทบต่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ดังนั้น ความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่ดีในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย อาจจะช่วยให้กลุ่มผู้ป่วยดังกล่าว มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจเรื่องความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. โรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง เพื่อนำผลการศึกษาไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการดูแลหรือโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้ทักษะทั้ง 6 ด้านของความรู้ด้านสุขภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพตามพฤติกรรม 3อ.2ส. และพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิด ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ฉบับปรับปรุง (2561) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. ในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ

สมมติฐานการวิจัย

ความรู้ด้านสุขภาพตามพฤติกรรม 3อ.2ส. มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง

ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามพฤติกรรม 3อ.2ส. (6 ด้าน)

1. ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ
2. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ
3. การสื่อสารสุขภาพ
4. การจัดการตนเอง
5. รู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ
6. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง

พฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส.

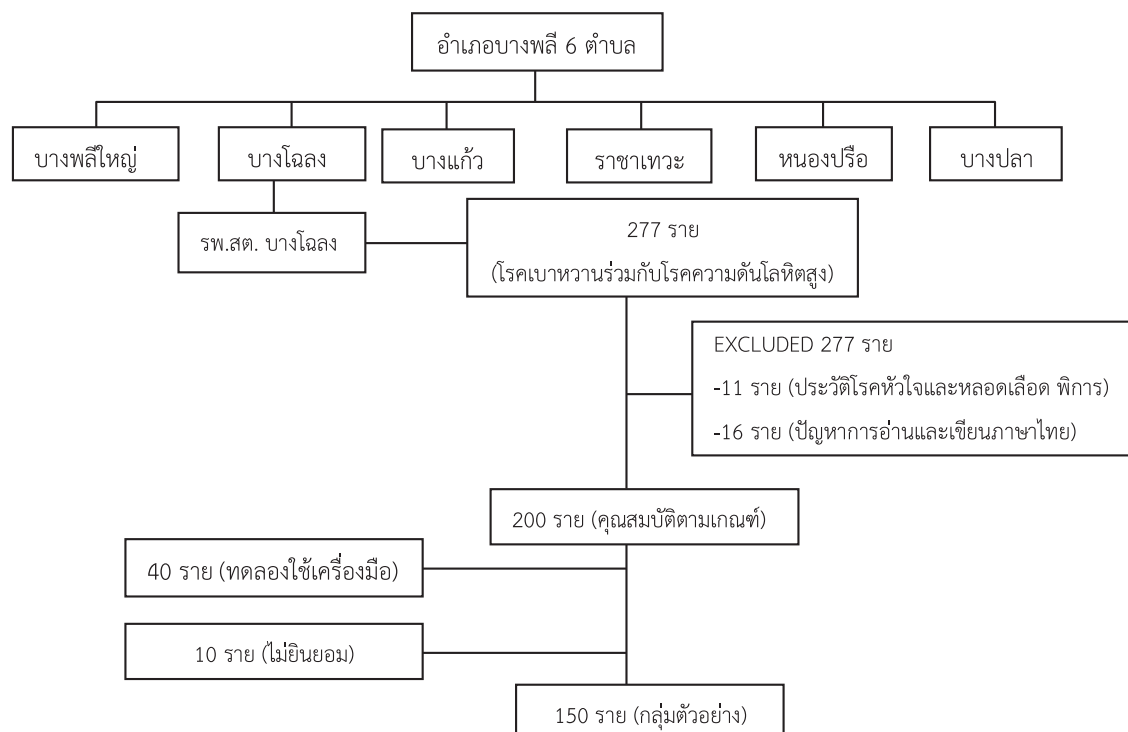
แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย**ระเบียบวิธีวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) แบบ cross –sectional analytical study

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือผู้ป่วยโรคเบาหวาน ร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) บางโหลง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ 227 คน คำนวณจากโปรแกรม G* Power 3.1.9.4 ผู้วิจัยกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) = 0.5 ค่าความคลาดเคลื่อน (α error) = 0.05 และอำนาจทดสอบ ($1-\beta$ error) = 0.8 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 128 ราย และผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 15 สำหรับข้อมูลที่ยังมีความคลาดเคลื่อน ดังนั้น จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน

150 ราย โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster sampling) โดยกำหนดให้ทุกตำบลในอำเภอบางพลีเป็น Cluster และสุ่มเลือกโดยการจับฉลาก 1 ตำบล ซึ่งตำบลนี้มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางโหลง จากนั้นจึงเก็บข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง ผู้วิจัยกำหนดคุณสมบัติการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) เป็นผู้ที่มีมารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางโหลงอย่างต่อเนื่อง 2) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ดี 3) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมในการศึกษา โดยมีเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ติดเตียงหรือพิการที่มีภาวะจำกัดในการเคลื่อนไหวหรือการออกกำลังกาย 2) มีผู้ที่มีประวัติโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมองหรือมีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันที่ไม่สามารถมีพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ได้



แผนภูมิที่ 2 ขั้นตอนการได้มาของกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. ของคนไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุงปี 2561 ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข มาประยุกต์ใช้ มี 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลที่ใช้ในการประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด การสูบบุหรี่ในปัจจุบัน ความดันโลหิตซิสโตลิก ความดันโลหิตไดแอสโตลิก น้ำตาลในเลือด (Fasting plasma glucose) น้ำตาลสะสม (HbA1C) คอเลสเตอรอล (HDL-C, LDL-C, Total-C) ไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride)

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพตามพฤติกรรม 3อ.2ส. และพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. โดยใช้แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2561 รวม 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพตามพฤติกรรม 3อ.2ส. เป็นการประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาหารที่ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับประทานผัก การออกกำลังกาย การจัดการด้านอารมณ์ผลกระทบเกี่ยวกับการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จำนวน 6 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบถูก ผิด มี 4 ตัวเลือก โดยลักษณะคำตอบถูก ได้ 1 คะแนน ผิดได้ 0 คะแนน

ตอนที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเองและรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศ ตามพฤติกรรม 3อ.2ส จำนวน 10 ข้อ (ข้อ 3 เป็นข้อคำถามเชิงลบ) เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยวัดความถี่ในการปฏิบัติและการให้คะแนนข้อคำถามเชิงบวก มีดังนี้ ไม่ได้ปฏิบัติ ได้ 1 คะแนน นานๆ ครั้งได้ 2 คะแนน บางครั้ง 3 คะแนน บ่อยครั้ง 4 คะแนน ทุกครั้ง 5 คะแนน ส่วนข้อคำถามเชิงลบ มีดังนี้ ไม่ได้ปฏิบัติ ได้ 5 คะแนน นานๆ ครั้งได้ 4 คะแนน บางครั้ง 3 คะแนน บ่อยครั้ง 2 คะแนน ทุกครั้ง 1 คะแนน

ตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตาม พทศ. 30.2ส. จำนวน 3 ข้อ เป็นข้อคำถามที่มีตัวเลือก 4 ตัวเลือก และให้เลือกตัวเลือกที่เป็นการปฏิบัติที่ถูกต้องตาม 30.2ส. มากที่สุดจะได้ 4 คะแนน และตัวเลือกอีก 3 ตัวเลือก เป็นการปฏิบัติที่ถูกต้องตาม 30.2ส. ลดลง โดยให้คะแนนเป็น 3, 2, 1 ตามลำดับ

ตอนที่ 4 พฤติกรรมสุขภาพ 30.2ส. จำนวน 6 ข้อ (ข้อ 5 และ 6 เป็นข้อคำถามเชิงลบ) เป็นแบบมาตราส่วน ประมาณค่า 5 ระดับ โดยวัดความถี่ในการปฏิบัติและมีการให้ คะแนน ข้อคำถามเชิงบวก มีดังนี้ ไม่ได้ปฏิบัติ 1 คะแนน ปฏิบัติ 1-2 วัน/สัปดาห์ 2 คะแนน ปฏิบัติ 3 วัน/สัปดาห์ 3 คะแนน ปฏิบัติ 4-5 วัน/สัปดาห์ 4 คะแนน ปฏิบัติ 6-7 วัน/สัปดาห์ 5 คะแนน ส่วนข้อคำถามเชิงลบ มีดังนี้ ไม่ได้ปฏิบัติ 5 คะแนน ปฏิบัติ 1-2 วัน/สัปดาห์ 4 คะแนน ปฏิบัติ 3 วัน/สัปดาห์ 3 คะแนน ปฏิบัติ 4-5 วัน/สัปดาห์ 2 คะแนน ปฏิบัติ 6-7 วัน/สัปดาห์ 1 คะแนน

ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) แบบ ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ตาม 30.2ส. ของคนไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุงปี 2561 ของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวง สาธารณสุข ในการศึกษาครั้งนี้ ได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วย โรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงที่ รพ.สต.บางโกล้ง จำนวน 40 คน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ และ วิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบประเมินด้วยสูตรของ Kuder and Richardson (KR20) และ Cronbach's Alpha แบบ ประเมินความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพตามพทศ. 30.2ส. เท่ากับ 0.762 แบบประเมินอีก 5 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล และบริการสุขภาพตามพทศ. 30.2ส. สื่อสารสุขภาพตาม พทศ. 30.2ส. การจัดการตนเองตามพทศ. 30.2ส. รู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศตามพทศ. 30.2ส. การตัดสินใจ เลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามพทศ. 30.2ส. ตรวจสอบความ เชื่อมั่น โดยสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าของแบบประเมินความรอบรู้ด้าน สุขภาพตามพทศ. 30.2ส. เท่ากับ .790, .870, .751, .867, .762 ตามลำดับ และแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ 30.2ส. เท่ากับ 0.723

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ (เลขที่ อ.987/2563 ลงวันที่ 9 กันยายน 2563) และขออนุญาตในการเก็บรวบรวม ข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บางโกล้ง โดยในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้มีการแนะนำตัว ชี้แจงการเข้าร่วมวิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัยและชี้แจงกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์สามารถเข้าร่วม ในการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวจากการเข้าร่วม การวิจัยได้ตลอดเวลา โดยที่ไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรับ บริการของกลุ่มตัวอย่าง ในเก็บข้อมูลใช้เวลาในการเก็บข้อมูล รายละ 20-30 นาที ข้อมูลที่เก็บจะเป็นความลับและนำเสนอ ผลการวิจัยในภาพรวม และนำไปใช้ประโยชน์ในทางวิชาการ เท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย การแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อ อธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและปัจจัยที่ทำการ ศึกษาและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพตาม พทศ. 30.2ส. กับพฤติกรรมสุขภาพ 30.2ส. ใช้การทดสอบ ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน Spearman's Rho correlation เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ (Non-normal distribution)¹³

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.3 อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 66.0 รองลงมาคือ อายุระหว่าง 51-59 ปี ร้อยละ 24.7 อายุที่พบน้อยที่สุด คือ น้อยกว่า 40 ปี ร้อยละ 1.3 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 73.3 ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 90.7 การควบคุมระดับความ ดันโลหิต ไตรกลีเซอไรด์ โคเลสเตอรอล และน้ำตาลในเลือด พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าความดันโลหิตตัวซิสโตลิก และ ไดแอสโตลิกสูงกว่าปกติ ร้อยละ 37.3 และ 3.3 ตามลำดับ ไตรกลีเซอไรด์ โคเลสเตอรอลรวม และแอลดีแอลโคเลสเตอรอล สูงกว่าปกติ ร้อยละ 41.3, 51.3 และ 48.0 ตามลำดับ และ เอชดีแอลโคเลสเตอรอลต่ำกว่าปกติ ร้อยละ 40.7 ระดับน้ำตาล ในเลือดและระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) สูงกว่าปกติ ร้อยละ 59.3 และ 42.3

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพตามพฤติกรรม 3อ.2ส.โดยภาพรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 56.00 และเมื่อแบ่งเป็นรายด้านพบว่าด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 45.3 ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ด้านการสื่อสารสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ ด้านจัดการตนเองอยู่ในระดับดีมาก ด้านการรู้เท่าทันสื่ออยู่ในระดับดีมาก ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องอยู่ในระดับดีมาก และส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. ในระดับดีมาก ร้อยละ 49.3

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามพฤติกรรม 3อ.2ส. กับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม 3อ.2ส. อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์รายด้าน พบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการสื่อสารสุขภาพ ด้านการจัดการตนเอง และด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง สัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพตามพฤติกรรม 3อ.2ส. (n = 150)

ความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพ	ระดับความรอบรู้และพฤติกรรม			
	ไม่ดี n (%)	พอใช้ n (%)	ดี n (%)	ดีมาก n (%)
ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	4(2.7)	20(13.3)	84(56.0)	42(28.0)
1) ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ	18(12.2)	64(42.6)	0	68(45.3)
2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	3(2.0)	19(12.7)	30(20.0)	98(65.3)
3) การสื่อสารสุขภาพ	9(6.0)	84(56.0)	30(20.0)	27(18.0)
4) การจัดการตนเอง	9(6.1)	26(17.3)	38(25.3)	77(51.3)
5) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	5(3.3)	13(8.7)	26(17.3)	106(70.7)
6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	8(5.3)	8(5.3)	17(11.4)	117(78.0)
พฤติกรรมสุขภาพ	1(0.7)	19(12.7)	56(37.3)	74(49.3)

อภิปรายผลการวิจัย

1. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามพฤติกรรม 3อ.2ส. โดยรวมสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 ($r = .263$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แสดงว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามไปด้วย โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงระดับความรู้ทักษะส่วนบุคคลและความมั่นใจในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพของตนเอง เพื่อพัฒนาสุขภาพทั้งของตนเองและชุมชนความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็น

สิ่งสำคัญในการเสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพและสามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อทำให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ได้แก่ การศึกษาของ Suka, Odajima, Okamoto, Sumitani, Igarashi และ Ishikawa¹⁴ ศึกษาชาวญี่ปุ่นที่มีอายุ 20-64 ปี พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ Norasing และ Thanomphan¹⁵ ศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้และโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Chumpathat, Kangchai และ

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพตามพฤติกรรม 3อ.2ส. กับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. (N = 150) โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's Rho correlation)

ความรู้ด้านสุขภาพตามพฤติกรรม 3อ.2ส.	พฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. (Median = 23.0, Q1-Q3= 22.0 – 25.0)	
	r_s	p-value
ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม (Median =52.0, Q1-Q3= 49.0–55.0)	.263	.001*
1. ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ (Median = 4.0, Q1-Q3= 4.0–5.0)	.158	.054
2. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (Median =8.0, Q1-Q3= 7.0-8.0)	.227	.005*
3. การสื่อสารสุขภาพ (Median = 10.0, Q1-Q3= 9.0–10.0)	.233	.004*
4. การจัดการตนเอง (Median = 12.0, Q1-Q3= 11.0–13.0)	.242	.003*
5. การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ (Median = 8.0, Q1-Q3= 7.0–10.0)	-.060	.464
6. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง (Median = 10.0, Q1-Q3= 10.0–11.0)	.292	.001*

* Significant at p-value < 0.05

Rattanajarana¹⁶ ที่พบความรู้ทางสุขภาพของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ในอำเภอบางพลี สมุทรปราการ (ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในองค์ประกอบของภาวะเมตาบอลิกซินโดรม)

2. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพตามพฤติกรรม 3อ.2ส. รายด้านกับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. พบความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ($r = .227, p = .005, r = .233, p = .004, r = .242, p = .003, r = .292, p < .001$ ตามลำดับ) ส่วนด้านความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ และการรู้เท่าทันสื่อสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ

3อ.2ส. อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .158, p = .054, r = -.060, p = .464$ ตามลำดับ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Paibulsiri¹⁷ ที่ศึกษาในผู้บริหารภาครัฐจังหวัดพระนครศรีอยุธยาพบว่าความรู้ด้านสุขภาพตามพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ด้านการเข้าถึงข้อมูล ด้านการสื่อสาร ด้านการจัดการตนเอง และด้านการตัดสินใจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการศึกษาของ Koson , Ubonkan, Limvijitwong และ Sirikaew¹⁸ ที่ศึกษาประชากรวัยทำงานอายุ 15-59 ปี พบว่าสอดคล้องกับการศึกษานี้ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสาร และการจัดการตนเอง ซึ่งในการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 80 มีความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ในระดับดีและดีมาก จึงทำให้ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกัน ส่วนด้านความรู้ ความเข้าใจและการสื่อสาร

สุขภาพของกลุ่มตัวอย่างมีเพียง ร้อยละ 38.0-45.3 ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดีและดีมากจึงทำให้ไม่สอดคล้องกับพฤติกรรมสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วยจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดควรมีการติดตามประเมินความเสี่ยงเป็นระยะ ๆ และมีความจำเป็นที่ต้องได้รับการจัดการการดูแลเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อลดระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

2. จากผลการวิจัยที่พบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้น จึงสามารถนำ

ผลการวิจัยนี้ไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการดูแลหรือโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้ทักษะทั้ง 6 ด้านของความรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพทักษะการสื่อสารการจัดการตนเองและทักษะการตัดสินใจซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นโรคที่มักเกิดร่วมกัน

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรศึกษาเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกลุ่มอื่นหรือพื้นที่อื่นต่อไป

References

1. Division of Non-Communicable Disease, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. World Diabetes Day 2019 [Internet]. 2019 [cited 2021 Feb 17] Available from: <https://drive.google.com/file/d/17Au73KLx1tukhJ6>. (in Thai)
2. Phanmung N, Yuloetlop A, Latthi S. World Hypertension Day 2019 [Internet]. 2019 [cited 2021 Feb 14] Available from: http://110.164.147.155/kmhealth_new/Document/blood/knowledge/14.pdf (in Thai)
3. Sowers JR. Diabetes mellitus and vascular disease. Hypertension. 2013; 61(5):943-947. DOI: 10.1161/HYPERTENSION.AHA.111.00612.
4. Tsimihodimos V, Gonzalez-Villapando C, Meirs JB, Ferrannini E. Hypertension and Diabetes mellitus: Copredication and time trajectories. Hypertension. 2018; 71(3):422-8. DOI:10.1161/HYPERTENSION.AHA.117.10546
5. Tiptaradol S, Aekplakron W. Prevalence, awareness, treatment and control of coexistence of diabetes and hypertension in Thai population. Int J Hypertens. 2012; 2012:386-453. DOI:10.1155/2012/386453
6. Petrie JR, Guzik TJ, Touyz RM. Diabetes, Hypertension, and cardiovascular disease: Clinical insights and vascular mechanisms. Can J Cardiol. 2018; 34(5):575-584. DOI:10.1016/j.cjca.2017.12.005
7. Shah A, Afzal M. Prevalence of diabetes and hypertension and association with various risk factors among different Muslim populations of Manipur, India. J Diabetes Metab Disord. 2013;12(52):1-10. DOI:10.1186/2251-6581-12-52
8. Health Education Division, Department of health service support, Ministry of Public Health. Enhancing and assessing health literacy and health behaviors Children and youth aged 7-14 years

- and people aged 15 years and over, updated version 2018 [Internet]. 2018 [cited 2021 Feb 14] Available from: <https://www.govesite.com/uploads/20190315161535CpzlnTs/store/202011121106257gyZ8MR.pdf>. (in Thai)
9. Division of Non-Communicable Disease, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Assessment of cardiovascular risk among patients with diabetes and hypertension [Internet]. 2018 [cited 2021 Feb 14] Available from: <http://e-lib.ddc.moph.go.th/pdf/material%20224/material%20224.pdf> (in Thai)
 10. Deepae P, Khungtumneam K, Chumpathat N. Factors related to health-promoting behaviors for cardiovascular disease prevention among diabetes with hypertension patients in Muang District, Chachoengsao Province. *Journal of Health and Nursing Research* 2019 Dec.2;35(3):46-59. (in Thai)
 11. Bawornthip P, Aungwattana S. Situation of health literacy among the working people in YangNeeng Subdistrict, Saraphi District, Chiang Mai Province. *Journal of Health and Nursing Research* 2021 Aug.13; 37(2):170-81. (in Thai)
 12. Samutprakarn Provincial Public Health Office. Annual report 2019 [Internet]. 2019 [cited 2021 Feb 18] Available from: https://drive.google.com/drive/folders/14Ah6X-bTJAa40oNR8t9aGAA-GCHn_jk0a (in Thai)
 13. Akoglu H. User's guide to correlation coefficients. *Turk J Emerg Med*. 2018; 18 (3):91-93. DOI: 10.1016/j.tjem.2018.08.001
 14. Suka M, Odajima T, Okamoto M, et al. Relationship between health literacy, health information access, health behavior, and health status in Japanese people. *Patient Educ Couns*. 2015; 98(5): 660-668. DOI:10.1016/j.pec.2015.02.013
 15. Norasing M. Health literacy and health behavior in patients with uncontrolled blood sugar level or blood pressure: A case study of Nakornping Hospital, Chang Mai. *Journal of Nakornping Hospital* 2019 Apr.9; 10(1):35-50. (in Thai)
 16. Chumpathat N, Kangchai W, Rattanajarana S. Factors related to preventive behaviors regarding coronary artery disease among elderly with metabolic syndrome. *HCU Journal of Health Science* 2018 Dec.21; 22(43-44):114-29. (in Thai)
 17. Paibulsiri P. Health literacy and health behaviors 3E 2S of public sector executives, Phra Nakhon Si Ayutthaya province. *Journal of Preventive Medicine Association of Thailand* 2018 Jun.1; 8(1): 97-107. (in Thai)
 18. Koson N, Ubonkan P, Limvijitwong C, Sirikaew N. The working-age group's health literacy and health behavior 3E 2S for health management village: A case study of Baan Wanghin, Thungyai District, Nakhon Si Thammarat Province [Internet]. 2019 [cited 2021 Feb 19] Available from: <http://ird.skru.ac.th/RMS/file/AYDFH.pdf> (in Thai)

บทความวิจัย

ปัจจัยทำนายความผิดปกติหลังเกิดความเครียดที่สะท้อนใจของมารดาหลังคลอด
ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลราชวิถีFactors predict Post-Traumatic Stress Disorder of Postpartum Mother
in Rajavithi Hospital

Received: Dec 21, 2021

Revised: Mar 08, 2022

Accepted: May 3, 2022

สุกัสนรา โคมินทร์ พยม. (Soopussara Komindr, M.N.S)¹เอกชัย โควาริสารช พบ. (Ekachai Kovavisarach, M.D.)²มาลี เกื้อนพกุล ปร.ด. (Malee Geounoppakul, Ph.D.)³วรัญญา แสงพิทักษ์ ปร.ด. (Waralya Sangpitak, Ph.D.)⁴

บทคัดย่อ

บทนำ: PTSD เป็นภาวะผิดปกติทางจิต มีสาเหตุจากการที่ต้องตกอยู่ในภาวะกดดันรุนแรงเกินกว่าปกติ เช่น การถูกคุกคามชีวิต ความเจ็บปวด ส่งผลให้เกิดความรู้สึก กลัว หรือหมดพลังในการแก้ปัญหา

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อหาปัจจัยทำนาย PTSD ของมารดาหลังคลอดในช่วง 4-6 สัปดาห์

ระเบียบวิธีวิจัย: เป็นการเก็บข้อมูลไปข้างหน้าในระยะยาวในกลุ่มมารดาหลังคลอด ที่แผนกหลังคลอดสามัญ 2 ตึก ของโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 500 ราย ระหว่างมิถุนายน 2560 ถึง ธันวาคม 2561 โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมิน PTSD ของมารดาหลังคลอดซึ่งดัดแปลงมาจากแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (2Q, 9Q) 2 ครั้ง เก็บข้อมูลในระยะ 48-72 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และใช้โทรศัพท์ติดตามซักถามในช่วง 4-6 สัปดาห์หลังคลอด วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติจำนวนร้อยละ และค่าเฉลี่ย ส่วนปัจจัยทำนาย PTSD ของมารดาหลังคลอดใช้สถิติถดถอยด้วยวิธีสเตปไวท์

ผลการวิจัย: พบว่า มี 4 ปัจจัยที่ส่งผลให้มารดาหลังคลอดเกิดภาวะ PTSD ในระยะ 4-6 สัปดาห์หลัง คือ 1) การมีประวัติเคยถูกทำร้ายด้านจิตใจช่วง 4-6 สัปดาห์ก่อนคลอด 2) ภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอดก่อนมารดากลับบ้าน 3) การวางแผนการตั้งครรภ์ และ 4) การมีประวัติเคยบาดเจ็บด้านร่างกายในช่วง 4-6 สัปดาห์ก่อนคลอด ตามลำดับ ซึ่งสามารถร่วมกันทำนาย PTSD ของมารดาหลังคลอดได้ ร้อยละ 13.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

สรุปผล: การวางแผนการตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติเคยถูกทำร้ายด้านจิตใจ และเคยบาดเจ็บด้านร่างกาย ในช่วง 4-6 สัปดาห์ก่อนคลอด และมารดาหลังคลอดมีภาวะซึมเศร้าในช่วง 2-3 วันแรกหลังคลอด ทำนายว่ามารดาหลังคลอดเกิดภาวะ PTSD

ข้อเสนอแนะ: ควรใช้แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า เพื่อเฝ้าติดตามภาวะซึมเศร้า และ PTSD เพื่อลดความสูญเสีย ที่อาจเกิดขึ้นจากภาวะมารดาไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง

คำสำคัญ : ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ความเครียดที่สะท้อนใจของมารดาหลังคลอด

ได้รับทุนสนับสนุนจากสมาคมเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ (ไทย)

¹Corresponding author พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร E-mail: soopussara.p@bcn.ac.th

²รองศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม E-mail: Kekachai1@gmail.com

³อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี E-mail: Nart.geo54@gmail.com

⁴อาจารย์วิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร E-mail: waralya.s@bcn.ac.th

^{1,4}Boromrajonani College of Nursing, Bangkok, Faculty of Nursing Praboromrajchanok Institute, Ministry of Public Health, Bangkok, Thailand.

²Associate Professor, School of Medicine, Siam University, Bangkok, Thailand.

³Faculty of Nursing, Rajamangala University of Technology Thanyaburi, Pathum Thani, Thailand.

Abstract

Introduction: Post-traumatic stress disorder (PTSD) in postpartum mothers is a psychiatric disorder. The causes are from crisis or pressures that is greater than normal such as life-threatening and pain, resulting in fears or powerlessness in problem solving.

Research Objectives: This study aimed to investigate factors predicting PTSD among postpartum mothers at 4-6 weeks. Research Method: This study employed a prospective and longitudinal design. A total of 500 postpartum mothers were recruited from two postpartum units at Rajavithi Hospital from June 2017 to December 2018. The PTSD questionnaire was used to collect data. This questionnaire was adapted from the Depression Inventory developed by the Department of Mental Health, Thailand (2Q, 9Q). A set of questionnaires were used to collect data by interviewing the mothers twice. First, each mother was asked in the period of 48-72 hours after delivery to explore the received treatment and care during labor and general data, perceptions of intrapartum care, and the presence of trauma symptoms before mother discharge. Second, an interview was conducted with mothers using telephone 4 weeks after birth for postpartum depression screening. Demographic data and incidence of PTSD were analyzed using descriptive statistics (percentage, mean) Stepwise multiple regression analysis was used to determine which independent variables were predictors of PTSD in postpartum mothers.

Results: Four factors significantly predicted PTSD in postpartum mothers at 4-6 weeks including: 1) having a history of being psychologically abused during 4-6 weeks before child birth; 2) postpartum depression score before discharge; 3) family planning; and 4) having a history of bodily injury during 4-6 weeks before child birth. These four factors together explained 13.4% (Adj. $R^2 = 0.134$; $p < 0.001$) of the variance in PTSD.

Conclusion: The findings of this study show that family planning, a history of being psychologically abused, and a history of bodily injury during 4-6 weeks before child birth, and postpartum depression score before discharge are crucial factors predicting PTSD among postpartum mothers. Implications: To monitor depression and PTSD among pregnant women and postpartum mothers, the depression screening (2Q, 9Q) should be used to reduce the potential loss of mothers who cannot resolve problems by themselves.

Keywords: Postpartum depression, Post Traumatic Stress Disorder, Postpartum mother

บทนำ

ความผิดปกติของความเครียดหลังการคลอดบุตร (childbirth-related post-traumatic stress disorder) เป็นความผิดปกติทางจิตใจที่สามารถพัฒนาได้ในมารดาที่เพิ่งคลอด อาการของโรคไม่แตกต่างจากความผิดปกติหลังเกิดความเครียดที่สะท้อนใจ post-traumatic stress disorder (PTSD) ของมารดาหลังคลอด มีสาเหตุหลายประการเพราะทำให้ผู้คลอดเกิดบาดแผลทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งการคลอดก่อนกำหนด ความเจ็บปวดจากการคลอดบุตร การขาดการสนับสนุนหรือกลยุทธ์การรับมือที่ไม่เพียงพอในการจัดการกับความเจ็บปวดเป็นสถานการณ์ที่อาจทำให้เกิดบาดแผลทางจิตใจ รวมทั้งการที่มารดาหรือทารกเกือบเสียชีวิต การตกเลือดอย่างหนักและการผ่าตัดฉุกเฉิน นอกจากนี้ สิ่งที่มีความสัมพันธ์กับภาวะ PTSD ได้แก่ 1) ภาวะแทรกซ้อนทางการแพทย์ในช่วงก่อนคลอด ระหว่างหรือหลังคลอด เช่น ภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบฉุกเฉิน การใช้หัตถการช่วยคลอด การตัดแผลฝีเย็บ ความเจ็บปวดอย่างรุนแรงระหว่างคลอด 2) ปัจจัยทางจิตสังคมและอื่น ๆ เช่น การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ สถานะทางสังคมและรายได้น้อย มีประวัติปัญหาสุขภาพจิต และความเครียดอื่น ๆ ในชีวิต ซึ่งอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะ PTSD หลังการคลอดบุตรตามปกติ (ไม่รวมการตายหรือภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ) ร้อยละ 2.8-5.6 ในช่วง 6 สัปดาห์หลังคลอด อัตราลดลงเหลือร้อยละ 1.5 ในช่วง 6 เดือน¹

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าในช่วงหลังคลอดมารดามีภาวะอารมณ์เปลี่ยนแปลงผิดปกติ ร้อยละ 85 มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 10-15 และมีภาวะจิตเภท ร้อยละ 0.1-22 นอกจากนี้ พบว่ามี PTSD เรื้อรังถึง 6 เดือนหลังคลอด ร้อยละ 1.5² หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง ได้รับความเจ็บปวดต่าง ๆ หญิงตั้งครรภ์ที่สูญเสียบุตร จะพบอาการ PTSD 1 เดือนหลังคลอด^{3,4} มารดาหลังคลอดที่มีอาการโรคซึมเศร้าในช่วง 1 เดือนหลังคลอดจะมีภาวะ PTSD 7 ใน 12 คน ซึ่งมีการทับซ้อนที่คล้ายกันระหว่างอาการโรคซึมเศร้ากับ PTSD⁴ ขณะที่มารดาที่คลอดทารกแบบตายคลอดจะมีอาการของ PTSD คงอยู่ถึง 1 ปี⁵ นอกจากนี้ ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดภาวะ PTSD ของมารดาหลังคลอด ได้แก่ มารดากลุ่มที่รู้สึกอ่อนแอขาดข้อมูล มีความเจ็บปวด มีทัศนคติไม่ดีต่อผู้ให้บริการ

ขาดความเข้าใจ⁶ ชนิดของการคลอด จำนวนครั้งการคลอด ความกลัวและอยากหลีกเลี่ยง และความตื่นตระหนก ซึ่งมีความสัมพันธ์กันระหว่างการบาดเจ็บขณะมีเพศสัมพันธ์ต่อชนิดการคลอด สามารถบ่งชี้ PTSD ร้อยละ 60⁷ และยังพบในกลุ่มตั้งครรภ์เสี่ยงสูง^{4,8} เช่น การคลอดก่อนกำหนด และทารกตายคลอด มารดาที่มีรายได้น้อย⁹ และมารดา-บิดาที่มีบุตรคนแรก¹⁰ จากการศึกษาการทำนายภาวะความเครียดที่สะท้อนใจและอาการซึมเศร้าในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ช่วงอายุ 13-19 ปี พบว่า มากกว่าร้อยละ 30 ในมารดาที่มีประสบการณ์เครียดและอาการซึมเศร้าเล็กน้อย อาการส่วนใหญ่ลดลงจึงไม่สามารถทำนายอาการในเดือนที่ 3 แต่ยังพบว่าอาการที่พบในเดือนที่ 3 สามารถทำนายอาการที่เกิดในเดือนที่ 6 และ 9 ได้¹¹

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (postpartum depression) หรือโรคซึมเศร้าหลังคลอด เป็นโรคทางอารมณ์อย่างหนึ่งที่สัมพันธ์กับการคลอดบุตร ซึ่งอาจพบได้ทั้งในฝ่ายชายและฝ่ายหญิง อาการสำคัญ เช่น มีอารมณ์เศร้าอย่างมาก รู้สึกไม่มีเรี่ยวแรง วิดกกังวล ร้องไห้บ่อย หงุดหงิด การนอนผิดปกติ (เช่น นอนไม่หลับ หรือนอนมากเกินไป) การกินผิดปกติ (เช่น กินไม่ลง หรือกินไม่หยุด) เป็นต้น^{12,13} ส่วนภาวะ PTSD มีอาการช็อกทางจิตใจ เจ็บเบบง ขาดการตอบสนอง สับสน อารมณ์เฉยชา มักเกิดในวันแรก ๆ อาการตกใจและหวาดกลัว วิดกกังวลง่าย คิดถึงเหตุการณ์นั้นซ้ำ ๆ หวาดกลัวสิ่งเร้าที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ และหลีกเลี่ยงไม่กล้าเผชิญกับสิ่งเร้านั้น ๆ ซึ่งอาการ PTSD สามารถพบร่วมกับอาการซึมเศร้าจากการสูญเสีย พฤติกรรมถดถอย และอาการซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย อาการซึมเศร้าอาจเกิดต่อเนื่องมาจากเหตุการณ์ในสัปดาห์แรกหรือเริ่มเกิดขึ้นภายหลัง¹⁴ อย่างไรก็ตาม การรักษาอาการ PTSD และภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ใช้ยา antidepressants กลุ่ม SSRIs (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors)^{14,15} นอกจากนี้ การเกิดภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 5.6 พบว่าการเกิด PTSD และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงบวกในระยะ 1 เดือนหลังคลอด ส่วนใหญ่เกิดจากปัจจัยเดียวกัน⁴

จากการศึกษาเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตใจหลังเกิดเหตุการณ์ร้ายแรงในแผนกสูติกรรมและแผนกนรีเวช จำนวน 500 ราย พบว่ารู้สึกกดดันอย่างหนัก มากกว่า 100 ราย

และมีความผิดปกติทางจิตใจหลังเกิดเหตุการณ์ร้ายแรง 30 ราย มารดาในกลุ่มนี้รู้สึกอ่อนแรง ขาดข้อมูล มีความเจ็บปวด มีทัศนคติไม่ดีต่อผู้ให้บริการ ขาดความเข้าใจ⁶ และการศึกษาปัจจัยทำนาย PTSD ในมารดาหลังคลอดที่คลอดปกติ โดยประเมินภายใน 72 ชม.หลังคลอด และ 6 สัปดาห์หลังคลอด พบว่ามารดามี PTSD ร้อยละ 3 ซึ่งอาการแสดงดังกล่าวสามารถทำนายเกี่ยวกับภาวะเครียด และวิตกกังวลได้⁶ ในกรณีที่มารดามีประสบการณ์ที่ไม่ดีส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเพิ่มขึ้น และเกิดความผิดปกติทางจิตใจภายหลังการเผชิญความเครียดจากการคลอดบุตร เกิดความกลัวที่จะตั้งครรภ์ครั้งต่อไป และไม่ต้องการมีบุตรอีก¹⁷

การสำรวจความชุกของการถูกทำร้ายในหญิงตั้งครรภ์ปัจจัยเสี่ยง การปฏิบัติตัวในระยะตั้งครรภ์ และผลทางจิตสังคม ของหน่วยฝากครรภ์ รพ.ศิริราช พบว่าหญิงตั้งครรภ์เคยถูกทำร้ายอย่างน้อย 1 ครั้งในชีวิต ร้อยละ 25 ถูกทำร้ายในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา ร้อยละ 14.2 ถูกทำร้ายขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 4 และพบว่าถูกทำร้ายทางกาย จิตใจ และทางเพศ ร้อยละ 14.7, 9.8 และ 9.3 ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่ถูกทำร้ายจากสามี และญาติผู้หญิง ร้อยละ 92.5 และ 17.5 ตามลำดับ¹⁸ การคัดกรองความรุนแรงในสตรีตั้งครรภ์ทุกรายที่มาฝากครรภ์ โดยการซักประวัติสามารถช่วยวินิจฉัยได้ ร้อยละ 65-70 ซึ่งพบว่าหญิงตั้งครรภ์ถูกระทำรุนแรงทางร่างกาย ร้อยละ 12 และถูกระทำทางด้านจิตใจจากคู่ชีวิต ร้อยละ 23 มีผลเสียต่อสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์¹⁹

ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิด PTSD ดังกล่าวไว้เบื้องต้น ผลกระทบต่อประสบการณ์คลอดมีความเกี่ยวข้องกับลักษณะสังคม วิถีชีวิตความเป็นอยู่ วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม ผลการศึกษาในต่างประเทศ อาจมีผลกระทบที่แตกต่างกันกับบริบทของประเทศไทย ดังนั้นการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ควรมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยทำนายที่จะส่งผลกระทบต่อความผิดปกติที่เกิดหลังความเครียดที่สะเทือนใจ (PTSD) ผลที่ได้จากการศึกษาจะได้เป็นข้อมูลพื้นฐาน และนำมาใช้เป็นแนวทางในการให้การดูแลมารดาหลังคลอดให้มีประสิทธิภาพจะช่วยลดอุบัติการณ์ความผิดปกติที่เกิดหลังความเครียดที่สะเทือนใจได้

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาปัจจัยทำนาย PTSD ของมารดาหลังคลอดใช้กรอบแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรม โดยพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ PTSD ของมารดาหลังคลอด ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการคลอด และปัจจัยด้านสุขภาพจิตของมารดาในระยะหลังคลอด (48-72 ชม.แรกหลังคลอด) เลือกศึกษาปัจจัยดังกล่าวมีรายละเอียดดังนี้ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุของมารดา^{7,11} อาชีพของมารดา^{1,11} การวางแผนการตั้งครรภ์¹ การมีคนที่ให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดความเครียด¹ การมีประวัติเคยถูกทำร้ายด้านจิตใจในช่วง 4-6 สัปดาห์ก่อนคลอด^{1,11} และมีประวัติเคยบาดเจ็บด้านร่างกายในช่วง 4-6 สัปดาห์ก่อนคลอด^{3,4,7} 2) ปัจจัยด้านการคลอด ได้แก่ การมีแผลมีเย็บ^{1,7} ความปวดในระยะรอคลอดและหลังคลอด^{1,6} วิธีการคลอด^{1,7} และปัจจัยด้านสุขภาพจิตของมารดาในระยะหลังคลอด (48-72 ชม.แรกหลังคลอด) ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด^{2,7,11} (48-72 ชม.แรกหลังคลอด) ซึ่งปัจจัยดังกล่าวจะสามารถทำนาย PTSD ของมารดาหลังคลอดได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาภาวะความผิดปกติหลังเกิดความเครียดที่สะเทือนใจของมารดาหลังคลอดที่มาใช้บริการที่ รพ.ราชวิถี
- 2) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความผิดปกติหลังเกิดความเครียดที่สะเทือนใจของมารดาหลังคลอดที่มาใช้บริการที่ รพ.ราชวิถี

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคล (อายุ อายุครรภ์ การวางแผนการตั้งครรภ์ จำนวนครั้งของการคลอด ความเจ็บป่วยขณะตั้งครรภ์ การมีคนให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดความเครียด เคยถูกทำร้ายร่างกายในช่วง 4-6 สัปดาห์ก่อนคลอด และเคยถูกทำร้ายจิตใจในช่วง 4-6 สัปดาห์ก่อนคลอด) ปัจจัยด้านข้อมูลการคลอด (วิธีการคลอด ระดับความปวดขณะรอคลอด ความรู้สึกขณะรอคลอด ความรู้สึกขณะเบ่งคลอด ความรู้สึกในระยะรอคลอด และระดับความปวดใน 24 ชม. แรกหลังคลอด) สามารถร่วมกันทำนาย PTSD ของมารดาหลังคลอดได้

นิยามศัพท์

มารดาหลังคลอด หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการคลอดทางช่องคลอด และผ่าคลอดทางหน้าท้องในโรงพยาบาลราชวิถี และพักฟื้นที่แผนกหลังคลอด จนกระทั่งถึงระยะ 6 สัปดาห์หลังคลอด

ความผิดปกติหลังเกิดความเครียดที่สะท้อนใจของมารดาหลังคลอด หมายถึง มารดาหลังคลอดที่มีความรู้สึกหดหู่ เศร้า ท้อแท้สิ้นหวัง ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้ หลับยากหรือหลับ ๆ ตื่น ๆ หรือ หลับมากไป เหนื่อยง่าย ไม่ค่อยมีแรง เบื่ออาหารหรือกินมากไป รู้สึกไม่ติดกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลวหรือทำให้ครอบครัวผิดหวัง สมาธิไม่ดี พูดซ้ำหรือทำอะไรซ้ำจนคนอื่นสังเกตได้ หรือกระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าตนเองตายไปคงจะดี

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาไปข้างหน้า โดยวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Prospective study of predictive correlational research) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการเกิด PTSD ของมารดาหลังคลอด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาหลังคลอดที่มารับบริการที่หน่วยงานห้องคลอด โดยคลอดทางช่องคลอดและผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และพักฟื้นในตึกหลังคลอดโรงพยาบาลราชวิถี ในช่วงเดือนมิถุนายน 2560 – ธันวาคม 2561 คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากสูตร Lwanga and Lemeshow, 1991²⁰ จากการคำนวณต้องใช้กลุ่มตัวอย่างประมาณ 385 ราย อย่างไรก็ตาม การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวเป็นการหาขนาดตัวอย่างเมื่อต้องการศึกษาตัวแปรเพียงตัวแปรเดียว แต่การศึกษครั้งนี้มีหลายตัวแปร ซึ่งสามารถกำหนดขนาดกลุ่มย่อยได้ตัวแปรละอย่างน้อย 50 ราย ในการวิจัยนี้มีตัวแปรต้น 10 ตัวแปร ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้จึงเก็บกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 500 ราย²¹

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของ รพ.ราชวิถี รหัส 021/2560 เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว ผู้วิจัย

ทำเอกสารชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการศึกษาและการเก็บรวบรวมข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ (ในช่วง 2-3 วันหลังคลอด) การเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจและในระหว่างการศึกษา กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาตามความต้องการโดยไม่มีผลกระทบต่อการดูแลรักษาใด ๆ ข้อมูลทุกอย่างถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ ผลการวิจัยนำเสนอเป็นภาพรวม และใช้เพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

มี 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคล คือ อายุ อายุครรภ์ อาชีพ จำนวนครั้งของการคลอด การวางแผนการตั้งครรภ์ ประวัติเคยถูกทำร้ายร่างกาย การมีคนให้การช่วยเหลือเมื่อเกิดความเครียด และประวัติเคยถูกทำร้ายจิตใจในช่วง 4-6 สัปดาห์ก่อนคลอด

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการคลอด คือ วิธีการคลอด แผลฝีเย็บ ระดับความปวดขณะรอคลอด ความรู้สึกขณะรอคลอด ขณะเบ่งคลอด ระยะรกคลอด และระดับความปวดใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด (0-10 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) และแบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9Q ของกรมสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย การแปลผลแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า คือ 1) ถ้าคำตอบ “ไม่มี” ทั้ง 2 ข้อคำถาม หมายถึง ปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้า 2) ถ้าตอบว่า “มี” เพียงข้อเดียวหรือทั้ง 2 ข้อ (มีอาการใด ๆ ในข้อคำถาม) หมายถึง เป็นผู้มีความเสี่ยง หรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ให้ประเมินด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9Q ต่อไป ซึ่งแบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) เป็นแบบประเมินความรุนแรงอาการโรคซึมเศร้า ถ้าได้คะแนนมากกว่า 7 คะแนน แสดงว่ามีภาวะโรคซึมเศร้า²²

ส่วนที่ 4 คำถามปลายเปิด เช่น “ใครช่วยดูแลท่านและบุตรเมื่อกลับบ้าน”

โดยการเก็บข้อมูลในระยะ 48-72 ชั่วโมงหลังคลอด ใช้เครื่องมือส่วนที่ 1 2 และ 3 ในการเก็บข้อมูลในระยะ 4-6 สัปดาห์หลังคลอดด้วยการโทรศัพท์สอบถามข้อมูลใช้แบบสอบถามในส่วนที่ 3 และ 4

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบประเมินความผิดปกติหลังเกิดความเครียดที่สะท้อนใจของมารดาหลังคลอด ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลมารดา ทารก และผดุงครรภ์ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาล จำนวน 2 ท่าน พยาบาลฝ่ายปฏิบัติการ จำนวน 1 ท่าน หลังจากนั้นผู้วิจัยแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ และนำไปทดลองใช้กับมารดาหลังคลอดที่แผนกหลังคลอดโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 30 ราย วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค²¹ ได้เท่ากับ .85

ขั้นตอนและวิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเตรียมแบบสอบถามเพื่อการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างคือมารดาหลังคลอด โดยก่อนทำการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้แจ้งสิทธิการเข้าร่วมหรือปฏิเสธการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างทุกครั้ง ให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1) เก็บข้อมูลทั่วไป ปัจจัยข้อมูลการคลอด และแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) จากมารดาหลังคลอดในตึกหลังคลอดรพ.ราชวิถี จำนวน 500 ราย ในระยะ 48-72 ชม.แรกหลังคลอด ถ้ามีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้าคัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q) มีอย่างน้อย 1 อาการ ให้คัดกรองด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า (9Q)

2) โทรศัพท์ติดตามมารดาหลังคลอด ใน ระยะ 4-6 สัปดาห์หลังคลอด โดยคัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q) มีอย่างน้อย 1 อาการ ให้คัดกรองด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) และคำถามปลายเปิด เพื่อศึกษาหาปัจจัยทำนายการเกิดความผิดปกติหลังเกิดความเครียดที่สะท้อนใจของมารดาหลังคลอด

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ การแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความผิดปกติที่เกิดหลังความเครียดที่สะท้อนใจของมารดาหลังคลอด ด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (logistic regression) ด้วยวิธีสเตปไวก์

ผลการวิจัย

การเก็บข้อมูลในมารดาหลังคลอดก่อนกลับบ้าน มีกลุ่มตัวอย่าง 500 ราย แต่ในระยะหลังคลอด 4-6 สัปดาห์ไม่สามารถติดต่อได้หลังคลอด 9 ราย เหลือกลุ่มตัวอย่าง 491 ราย ดังนี้

1) มารดาหลังคลอด มีด้านข้อมูลทั่วไป (ในช่วง 48-72 ชม.แรกหลังคลอด) มารดาส่วนใหญ่มีอายุ 21-35 ปี ร้อยละ 74 ส่วนน้อยเป็นมารดาวัยรุ่น (อายุ ≤ 20 ปี) ร้อยละ 12.2 คลอดครบกำหนด ร้อยละ 62.2 รองลงมาอายุครรภ์ 34-36 สัปดาห์ ร้อยละ 20.4 ไม่มีการวางแผนการตั้งครรภ์ ร้อยละ 55.5 มารดาส่วนใหญ่เป็นครรภ์หลัง ร้อยละ 52 ไม่มีความเจ็บป่วยขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 71.8 ไม่มีใครให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดความเครียด ร้อยละ 63.3 ไม่มีประวัติเคยได้รับบาดเจ็บทางด้านร่างกาย ร้อยละ 97.2 ไม่มีประวัติเคยถูกทำร้ายจิตใจ ร้อยละ 96.2 ส่วนข้อมูลการคลอด ได้แก่ มารดาส่วนใหญ่เบ่งคลอดด้วยตนเองทางช่องคลอด ร้อยละ 64 รองลงมาผ่าคลอดทางหน้าท้อง ร้อยละ 35 มีระดับความเจ็บปวดในระยะรอคอยคลอดในระดับ 7-10 คะแนน ซึ่งเป็นระดับที่ควรได้รับยาแก้ปวด ร้อยละ 55.6 มีความรู้สึกทุกข์ทรมานในระยะรอคอยคลอด ร้อยละ 37.6 มารดาส่วนใหญ่มีความรู้สึกเจ็บแต่ทนได้ขณะเบ่งคลอด ร้อยละ 48.8 ความรู้สึกของมารดาในระยะรอคอยคลอดอยู่ในระดับรู้สึกเจ็บ ร้อยละ 41.2 ประเด็นระดับความปวดใน 24 ชม.แรกหลังคลอด มารดาส่วนใหญ่มีความเจ็บปวดในระดับ 4-6 คะแนน ร้อยละ 36.4 ข้อมูลการมีผู้ช่วยเหลือดูทารกหลังคลอดเมื่อกลับบ้าน (ในช่วง 4-6 สัปดาห์หลังคลอด) ส่วนใหญ่ไม่ทราบข้อมูล ร้อยละ 82.9 รองลงมาสามีเป็นผู้ช่วยเหลือดูทารก ร้อยละ 14 เพื่อนช่วยเหลือดูบุตร ร้อยละ 1.8 และมีมารดาหรือบิดาช่วยเหลือดูบุตร ร้อยละ 1 ตามลำดับ

2) ข้อมูลของผู้รับบริการในระยะ 48-72 ชม.แรกหลังคลอด ก่อนมารดากลับบ้าน พบว่า มี 4 ปัจจัยที่ส่งผลให้มารดาหลังคลอดเกิดภาวะซึมเศร้า ตัวแปรที่สามารถทำนายได้โดยเรียงจากมากที่สุดไปหาน้อยสุด 1) การมีคนคอยให้การช่วยเหลือเมื่อเกิดความเครียด 2) คือระดับความปวดในระยะหลังคลอด 3) การมีประวัติเคยถูกทำร้ายด้านจิตใจในช่วง

4-6 สัปดาห์ก่อนคลอด 4) ช่วงอายุของมารดาหลังคลอด 5) การมีแผลฝีเย็บ และ 6) อาชีพของหญิงตั้งครรภ์ ตามลำดับ ซึ่งสามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอดได้ ร้อยละ 20.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)²³ ส่วนในระยะ 4-6 สัปดาห์หลังคลอด ดังตารางที่ 1 ดังนี้

จากตาราง 1 มารดาหลังคลอดมีคะแนนภาวะซึมเศร้าโดยภาวะซึมเศร้าในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.988 (SD=0.189) มารดาหลังคลอดส่วนใหญ่ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย ร้อยละ 98 มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง ร้อยละ 0.2 และมีเพียงบางส่วนไม่สามารถติดต่อได้ร้อยละ 1.8

จากตารางที่ 2 พบว่า รูปแบบที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์

สหสัมพันธ์พหุคูณมีค่า .367 และกำลังสองของค่าสหสัมพันธ์พหุคูณมีค่า .134 แสดงว่าตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 4 ตัว ร่วมกันพยากรณ์ความผิดปกติหลังเกิดความเครียดที่สะท้อนใจของมารดาหลังคลอดได้ร้อยละ 13.4 ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของการพยากรณ์มีค่า 1.14

สัญลักษณ์ X_1 คือ เคยถูกทำร้ายจิตใจ 4-6 สัปดาห์ก่อนคลอด

X_2 คือ คะแนนซึมเศร้าในระยะ 48-72 ชม.

แรกหลังคลอด

X_3 คือ การวางแผนการตั้งครรภ์

X_4 คือ เคยบาดเจ็บด้านร่างกาย 4-6

สัปดาห์ก่อนคลอด

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของคะแนนซึมเศร้าในระยะ 4-6 สัปดาห์หลังคลอด (n=500)

ระดับภาวะซึมเศร้า	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย (<7 คะแนน)	490	98
มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับรุนแรง (>19 คะแนน)	1	0.2
ไม่สามารถติดต่อได้	9	1.8

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์สหสัมพันธ์พหุคูณกำลังสองของค่าสหสัมพันธ์พหุคูณกำลังสองของค่าสหสัมพันธ์พหุคูณที่ปรับแก้ และค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน

model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.282 ^a	.079	.078	1.16897
2	.340 ^b	.116	.112	1.14695
3	.354 ^c	.125	.120	1.14188
4	.367 ^d	.134	.127	1.13698

a. Predictors: (constant) X_1

b. Predictors: (constant) X_1 , X_2

c. Predictors: (constant) X_1 , X_2 , X_3

d. Predictors: (constant) X_1 , X_2 , X_3 , X_4

ตารางที่ 3 ความแปรปรวนที่ได้จากการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

	Source of Variation	SS	df	MS	F	Sig
1	Regression	57.880	1	57.880	42.357*	.000 ^b
	Residual	670.951	491	1.366		
	Total	728.832	492			
2	Regression	84.241	2	42.120	32.019*	.000 ^c
	Residual	644.591	490	1.315		
	Total	728.832	492			
3	Regression	91.234	3	30.411	23.324*	.000 ^d
	Residual	637.597	489	1.304		
	Total	728.832	492			
4	Regression	97.981	4	24.495	18.949*	.000 ^e
	Residual	630.850	488	1.293		
	Total	728.832	492			

* มีระดับนัยสำคัญที่ระดับ .001

ตารางที่ 4 ปัจจัยทำนายความผิดปกติหลังเกิดความเครียดที่สะท้อนใจของมารดาหลังคลอดโดยเก็บข้อมูลหลังคลอด 4-6 สัปดาห์ (n=491)

ปัจจัยทำนาย	สมการที่ 1			สมการที่ 2			สมการที่ 3			สมการที่ 4		
	β	SE _{β}	b	β	SE _{β}	b	β	SE _{β}	b	β	SE _{β}	b
เคยถูกทำร้ายจิตใจ 4-6 สัปดาห์ก่อนคลอด (X ₁)	.282**	.270	1.757	.238**	.272	1.482	.238**	.271	1.481	.268**	.282	1.672
คะแนนซึมเศร้า (X ₂)				.195**	.020	.088	.198**	.020	.090	.199**	.020	.0990
การวางแผนการตั้งครรภ์ (X ₃)							.098*	.095	.220	.099*	.095	.221
เคยบาดเจ็บด้านร่างกาย 4-6 สัปดาห์ก่อนคลอด (X ₄)										.101*	.319	-.729
ค่าคงที่ (constant)			-1.609			-1.478			-1.784			-1.250
ค่าอำนาจในการพยากรณ์ (R ²)			.079			.116			.125			.134

หมายเหตุ * p < .05, **p < .001

จากตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อทดสอบนัยสำคัญของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ พบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แสดงว่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเกณฑ์และตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 4 ตัว มีความสัมพันธ์กันเชิงเส้นตรง ซึ่งสามารถนำไปสร้างเป็นสมการต่อไปได้

จากตารางที่ 4 พบว่า ในการสร้างสมการ ผู้วิจัยได้จัดลำดับการนำตัวแปรที่ต้องการศึกษาเข้าสู่สมการทำนาย ตามกรอบแนวคิดการวิจัย พบว่าตัวแปรพยากรณ์ที่ดีที่สุดที่ส่งผลต่อความผิดปกติหลังเกิดความเครียดที่สะท้อนใจของมารดาหลังคลอดในระยะหลังคลอดที่ระดับ .001 จำนวน 4 ตัวแปร ได้แก่ การมีประวัติเคยถูกทำร้ายด้านจิตใจช่วง 4-6 สัปดาห์ก่อนคลอด (X_1) ภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอดก่อนมารดากลับบ้าน (X_2) การวางแผนการตั้งครรภ์ (X_3) และการมีประวัติเคยบาดเจ็บด้านร่างกายในช่วง 4-6 สัปดาห์ก่อนคลอด (X_4) สามารถทำนายความผิดปกติหลังเกิดความเครียดที่สะท้อนใจของมารดาหลังคลอดได้ ร้อยละ 13.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สามารถเขียนเป็นสมการได้ดังนี้

สมการพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนดิบ

$$\hat{Y} = -1.250 + 1.672(X_1) + .090(X_2) + .221(X_3) - .729(X_4)$$

สมการพยากรณ์ในรูปแบบมาตรฐาน

$$\hat{Z} = .268(Z_1) + .199(Z_2) + .099(Z_3) + .319(Z_4)$$

การอภิปรายผล

1) ภาวะ PTSD ของมารดาหลังคลอดที่มารับบริการที่ รพ.ราชวิถี ในระยะ 4-6 สัปดาห์หลังคลอด พบว่า มีคะแนนภาวะซึมเศร้าในภาพรวม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.988 (SD=0.189) ส่วนใหญ่ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย ร้อยละ 99.8 มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับรุนแรง ร้อยละ 0.2 ถึงแม้ว่าในระยะ 4-6 สัปดาห์หลังคลอด มีภาวะโรคซึมเศร้าระดับรุนแรงจำนวนน้อยมาก แต่จากการสอบถามมารดาหลังคลอด 6 สัปดาห์ “ใครช่วยดูแลท่านและบุตรเมื่อกลับบ้าน” มารดาบอกว่า เป็นครั้งแรกหลัง บุตรคนแรกสามีเก่าเลี้ยงดู บุตรคนปัจจุบันมารดาเลี้ยงเองและเป็นบุตรคนแรกของสามีคนปัจจุบัน มารดามีความเครียดมากเพราะต้องเลี้ยงบุตรคนเดียว สามีทำงานนอกบ้าน มารดามีความรู้สึกอ่อนเปลี้ย พักผ่อนไม่เพียงพอ นอนหลับไม่สนิท ร้องไห้ไม่มี

สาเหตุ รู้สึกเบื่อหน่าย หดหู่ ท้อแท้ ขาดกำลังใจ และมีความรู้สึกอยากฆ่าตัวตาย หลังจากพูดคุยกับพยาบาลที่โทรติดตาม มีการแนะนำให้มาพบแพทย์ และมีการเปิดใจคุยกับสามี เรื่องการเลี้ยงดูบุตร มีการตัดสินใจร่วมกันโดยนำบุตรไปให้แม่ของสามีช่วยเลี้ยงดูมารดากลับไปทำงานและติดตามเยี่ยมลูกทุกวันหยุดสุดสัปดาห์ ตัดสินใจเลี้ยงลูกด้วยนมผสม มารดาอาการทุเลาลง สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายเกี่ยวกับ PTSD และภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด พบว่ามารดาหลังคลอด ร้อยละ 1.3 จะมีอาการของภาวะ PTSD หลังคลอด ปัจจัยที่สำคัญ ได้แก่ การมีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ ความกลัวการคลอดอย่างรุนแรง และมีภาวะเครียดมาก่อนในระยะใกล้คลอด ส่งผลให้เกิดภาวะความผิดปกติหลังเกิดความเครียดที่สะท้อนใจและภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอดร้อยละ 5.6⁴ และจากการสัมภาษณ์มารดาที่มีอาการของ PTSD ของมารดาหลังคลอดภายใน 48 ชม.หลังคลอด จำนวน 4 ราย พบว่า ภาวะ PTSD มีความสัมพันธ์กับการคลอด บางรายมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าทั้ง 4 ราย มีความผิดปกติหลังเกิดความเครียดที่สะท้อนใจแบบถาวรส่วนเรื่องการมีปัญหาร้องไห้สัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาและทารก มีจำนวน 2 ราย²⁴

จะเห็นว่ามารดาหลังคลอดส่วนใหญ่ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย ทั้งนี้เป็นเพราะว่าทาง รพ.ราชวิถี ได้จัดคลินิกนมแม่ที่มีการติดตามเยี่ยมมารดาหลังคลอดเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นระยะ ส่งผลให้มารดาหลังคลอดมีคนคอยให้คำปรึกษาและให้กำลังใจ มารดาทารกมีความผูกพันกันจึงช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ สอดคล้องกับการศึกษาการรับรู้ความสามารถ อารมณ์ และผลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาครั้งแรก พบว่ามารดาที่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาได้ดีในช่วง 2 วันแรกคลอด มีอาการซึมเศร้าหลังคลอดน้อยมากเมื่อหลังคลอด 6 เดือน²⁵ และพบว่ามารดาที่หยุดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียว 4 เดือนหลังคลอดมีภาวะซึมเศร้าในระดับสูง²⁶ แต่ในการศึกษาอื่น ๆ พบว่ามารดามีอาการซึมเศร้าก่อนที่จะหยุดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียว ซึ่งยังไม่ชัดเจนว่าการเข้าสู่ภาวะซึมเศร้าจะขึ้นอยู่กับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่⁷ อย่างไรก็ตาม การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ช่วยป้องกันภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเพราะว่าช่วยส่งเสริม

การหลังฮอร์โมนโปรแลคตินหลังคลอด ลดการเปลี่ยนแปลงฮอร์โมนที่เกิดจากความเครียด ลดแรงกระแทกจากแรงกดดันเพิ่มความผูกพันและพฤติกรรมการเล่นบุตร^{8,9}

2) ปัจจัยการมีประวัติเคยถูกทำร้ายด้านจิตใจช่วง 4-6 สัปดาห์ก่อนคลอด ภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอดก่อนมารดากลับบ้าน การวางแผนการตั้งครรภ์ และการมีประวัติเคยบาดเจ็บด้านร่างกายในช่วง 4-6 สัปดาห์ก่อนคลอดสามารถทำนาย PTSD ของมารดาหลังคลอดได้ ร้อยละ 13.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ในการเกิดภาวะ PTSD หลังคลอดพบว่า มารดาหลังคลอด 1 เดือน มีภาวะ PTSD ร้อยละ 1.3 สิ่งที่สำคัญคือหญิงตั้งครรภ์มีภาวะซึมเศร้าในระยะแรกของการตั้งครรภ์ มีการกลั่นแกล้งอย่างรุนแรง มีภาวะเครียดที่ส่งผลต่อจิตใจในระยะท้ายของการตั้งครรภ์ นอกจากนี้ อุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าร้อยละ 5.6 พบว่า การเกิด PTSD และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงบวกในระยะ 1 เดือนหลังคลอดส่วนใหญ่เกิดจากปัจจัยเดียวกัน⁴ ภาวะสุขภาพจิตมารดาหลังคลอดเป็นภาวะวิกฤตในเรื่องการสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวระหว่างมารดาและทารกแรกเกิด ซึ่งสรุปได้ดังนี้

การมีประวัติเคยถูกทำร้ายด้านจิตใจช่วง 4-6 สัปดาห์ก่อนคลอด เนื่องจากความรุนแรงทางกาย ทางเพศ และทางจิตใจในระยะตั้งครรภ์เป็นตัวทำนายความเครียดได้ร้อยละ 52 ($p < 0.05$)²⁷ สอดคล้องกับการศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการและอาการแสดง PTSD หรือมีอาการทางคลินิกของภาวะซึมเศร้า เมื่อติดตามหลังคลอดพบว่า ในระยะ 6 สัปดาห์มีอาการ PTSD อย่างเต็มรูปแบบ ร้อยละ 2.8 และในระยะ 6 เดือนมีอาการลดลงเหลือร้อยละ 1.5² สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับความชุกและปัจจัยทำนายอาการ PTSD ของมารดาหลังคลอดปกติ พบว่ามีอาการบุกรุกใจ หกลึก และสิ่งเร้าอารมณ์มากเกินไป ร้อยละ 3 การรับรู้การสนับสนุนช่วยเหลือจากสามีและทีมบุคลากรอยู่ในระดับต่ำ การถูกตำหนิและความสามารถในการควบคุมตนเองในระยะคลอดต่ำ มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์คลอดกับอาการแสดงความเครียดที่สะท้อนใจ ปัจจัยเสี่ยงส่วนบุคคล เช่น มีปัญหาสุขภาพจิตมาก่อน มีนิสัยขี้กังวล มีความสัมพันธ์กับอาการแสดงดังกล่าวสามารถทำนายว่าจะเกิดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า¹⁶

คะแนนภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอดก่อนมารดากลับบ้าน (ในช่วง 48-72 ชม.หลังคลอด) ความเครียดเพิ่มความเสี่ยงเกิดภาวะซึมเศร้า และส่งผลให้เกิดภาวะ PTSD แต่ไม่ได้เกิดทุกคน ซึ่งผู้วิจัยแนะนำว่าภาวะซึมเศร้ามีปัจจัยพื้นฐานที่เหมือนกัน หรือมีช่องโหว่ที่อาจเกิดความผิดพลาดในการแยกระหว่างภาวะ PTSD และภาวะซึมเศร้า มีมารดาหลังคลอด 7 คน ใน 12 คน มีภาวะซึมเศร้า ในระยะ 1 เดือนหลังคลอด มีอาการลักษณะเดียวกัน และพบว่ามีความสัมพันธ์ระดับ 0.63 สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์คลอดเลวร้าย จะส่งผลให้มีอาการและอาการแสดงถึง PTSD ของมารดาหลังคลอด ภายใน 48 ชม.หลังคลอด มีทั้งอาการซึมเศร้าเล็กน้อย หรือภาวะซึมเศร้าชนิดรุนแรง เมื่อเกิดอาการและอาการแสดงแต่ไม่ได้รับการแก้ไข อาการก็จะยังอยู่อย่างน้อยเป็นระยะ 1 ปี มีการหลีกเลี่ยงที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับทารกมารดาหลังคลอด ร้อยละ 1²⁴

การวางแผนการตั้งครรภ์ เมื่อเกิดการตั้งครรภ์โดยไม่ได้วางแผนส่งผลให้เกิดปัญหาภายในครอบครัวเนื่องจากการตั้งครรภ์ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนในร่างกาย ขณะเดียวกันหญิงต้องรับผิดชอบงานทั้งในบ้านและนอกบ้านมากขึ้นเมื่อมีบุตร จึงเป็นเหตุให้เกิดความชุกในการเกิดโรคซึมเศร้าได้ถึง ร้อยละ 72.3²⁸ เนื่องจากการคลอดส่งผลกระทบทำร้ายจิตใจ เกิดอาการที่แสดงถึงความผิดปกติหลังเกิดความเครียดที่สะท้อนใจของมารดาหลังคลอด ภายใน 48 ชม.หลังคลอด มีทั้งอาการซึมเศร้าเล็กน้อย หรือภาวะซึมเศร้าชนิดรุนแรง²⁴

การมีประวัติเคยบาดเจ็บด้านร่างกายในช่วง 4-6 สัปดาห์ก่อนคลอด ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า ความรุนแรงทางกาย ทางเพศ และทางจิตใจในระยะตั้งครรภ์เป็นตัวทำนายความเครียดได้ร้อยละ 52 ($p < 0.05$)²⁷ สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการคลอดและอาการบาดเจ็บแบบเฉียบพลันของหญิงตั้งครรภ์ ในช่วง 4-6 สัปดาห์หลังคลอด พบว่า ร้อยละ 33 มีข้อบ่งชี้มีการบาดเจ็บจากการคลอด จะมีการความผิดปกติหลังเกิดความเครียดที่สะท้อนใจ อย่างน้อย 3 อาการ ร้อยละ 5.6 เกิดอาการ PTSD แบบเฉียบพลัน²⁹

อายุของมารดาหลังคลอด ซึ่งมารดาส่วนใหญ่ ร้อยละ 74 มีอายุ 21-35 ปี มีวุฒิภาวะทางอารมณ์จัดการกับความเครียดได้ดี และร้อยละ 12.2 เป็นมารดาวัยรุ่น อายุ ≤ 20 ปี

จากการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นมารดาวัยรุ่นน้อยถึงส่งผลให้ประเด็นอายุของมารดาหลังคลอดไม่สามารถทำนาย PTSD ของมารดาหลังคลอดได้ การศึกษาของ Anderson และ Connolly ที่พบว่า มากกว่าร้อยละ 30 ของมารดาที่มีประสบการณ์เครียด และอาการซึมเศร้าเล็กน้อย อาการส่วนใหญ่ลดลงจึงไม่สามารถทำนายอาการในเดือนที่ 3 แต่ยังคงพบว่าอาการที่พบในเดือนที่ 3 สามารถทำนายอาการที่เกิดขึ้นในเดือนที่ 6 และ 9 ได้¹¹

อาชีพของมารดาหลังคลอด มารดาส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 40.1 แสดงให้เห็นว่ารายได้ของมารดาอาจไม่เพียงพอ และยังมีค่าใช้จ่ายที่ต้องเลี้ยงดูทารกเพิ่มขึ้น ซึ่งหากรายได้ไม่เพียงพอส่งผลต่อการเกิดภาวะ PTSD¹¹ ในการศึกษาครั้งนี้มารดาส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่จึงมีฐานะทางอารมณ์และจัดการกับความเครียดได้ดี จึงไม่พบว่าอาชีพของมารดาจะส่งผลต่อภาวะ PTSD

การมีคนให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดความเครียด มารดาส่วนใหญ่ไม่มีคนให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดความเครียดในระยะตั้งครรภ์ ร้อยละ 63.3 แต่คลินิกันแม่ของรพ.ราชวิถี มีการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมมารดาหลังคลอดเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นระยะ ๆ ส่งผลให้มารดาหลังคลอดมีคณอยให้คำปรึกษาและให้กำลังใจ จึงช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้

การมีแผลฝีเย็บหลังคลอดแผลฝีเย็บสมานกันดีเมื่อ 2-3 สัปดาห์หลังคลอด จะเริ่มมีรอยหยักเย็บของคลอดประมาณ 3-4 สัปดาห์หลังคลอด และเริ่มมีเพศสัมพันธ์ได้ผลจากที่คลินิกันแม่ รพ.ราชวิถี มีการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมมารดาหลังคลอดเป็นระยะ ๆ ประกอบกับความสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยาในช่วง 4 สัปดาห์หลังคลอดเริ่มกลับมา จึงทำให้มารดาหลังคลอดมีความผ่อนคลาย³⁰ จึงส่งผลให้ประเด็นแผลฝีเย็บของมารดาหลังคลอดไม่สามารถทำนายภาวะ PTSD ของมารดาหลังคลอดได้

ความปวดในระยะรอคลอดและหลังคลอด จากแผนการรักษาของรพ.ราชวิถี แพทย์มีการพิจารณาให้ยาแก้ปวดในระยะคลอดและหลังคลอด ตามความจำเป็นของผู้คลอดเป็นรายกรณี ดังนั้น ผู้รับบริการจึงได้รับการดูแลเพื่อ

ลดความเจ็บปวดดังกล่าว ส่งผลให้ประเด็นความปวดในระยะรอคลอดและหลังคลอดของมารดาหลังคลอดไม่สามารถทำนายภาวะ PTSD ของมารดาหลังคลอดได้

วิธีการคลอด มารดาส่วนใหญ่แบ่งคลอดด้วยตนเองทางช่องคลอด ร้อยละ 64 ผ่าคลอดทางหน้าท้อง ร้อยละ 35 จากการศึกษานี้ของ Ayer พบว่าวิธีการคลอด คือ การช่วยคลอดและการผ่าคลอดทางหน้าท้อง และการคลอดครั้งแรกมีความสัมพันธ์กับภาวะ PTSD ของมารดาหลังคลอดอย่างมาก ร้อยละ 64⁷ การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้เก็บรายละเอียดเชิงลึกถึงสาเหตุของการผ่าคลอดทางหน้าท้อง เพราะมีทั้งการผ่าคลอดทางหน้าท้องแบบวางแผนล่วงหน้าและผ่าคลอดทางหน้าท้องแบบฉุกเฉิน หากมีการผ่าคลอดทางหน้าท้องแบบฉุกเฉินแสดงว่ามารดาหรือทารกมีภาวะแทรกซ้อนระหว่างคลอดในการศึกษาครั้งนี้ประเด็นวิธีการคลอดจึงไม่สามารถทำนายภาวะ PTSD ของมารดาหลังคลอดได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลแผนกฝากครรภ์ ห้องคลอด และหลังคลอดควรตระหนักถึงความสำคัญในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าและ PTSD ของมารดาหลังคลอด โดยเฉพาะในช่วงไตรมาสสุดท้าย ก่อนเข้าสู่ระยะคลอดเป็นช่วงที่หญิงตั้งครรภ์ มีความเครียดและกลัวการคลอด สมาชิกในครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ควรให้การดูแลอย่างใกล้ชิด พยาบาลผดุงครรภ์ควรใช้แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q, 9Q) โดยเฉพาะในรายที่ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ การมีประวัติเคยถูกทำร้ายด้านร่างกายและจิตใจช่วง 4-6 สัปดาห์ก่อนคลอด และมีภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอดก่อนมารดากลับบ้าน เพื่อลดความสูญเสียที่อาจเกิดขึ้นจากภาวะมารดาไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยในอนาคต

ควรมีการศึกษาการเฝ้าระวัง หรือติดตามกลุ่มมารดาหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้า ภาวะเครียด หรือ PTSD ของมารดาหลังคลอดในระยะยาวอย่างน้อย 6 เดือน-1 ปีหลังคลอดเพื่อหาแนวทางการป้องกันการสูญเสียมารดาและทารกหลังคลอด

References

1. Wikipedia. Childbirth-related post-traumatic stress disorder [Internet]. 2021 [cited 2021 December 12] Available from https://en.wikipedia.org/wiki/Childbirth-related_post-traumatic_stress_disorder.
2. Ayers S, & Pickering AD. Do Women Get Posttraumatic Stress Disorder as a Result of Childbirth? A Prospective Study of Incidence. Wiley Online Library 2001;28(2):111-8.
3. Engelhard IM, Hout MAD, Kindt M. The relationship between neuroticism, Pretraumatic stress, and posttraumatic stress: a prospective study. Personality and Individual Differences 2003;35(2):381-8.
4. Soderquest J, Wijma B, Thorbert G, Wijma K. Risk factors in pregnancy for post-traumatic stress and depress after childbirth. BJOG: An International Journal of Obstetric & Gynaecology 2009;116(5): 672-80.
5. Turton P, Hughes P, Evans CD, Fainman D. Incidence, correlates and predictors of posttraumatic stress disorder in the pregnancy after stillbirth. The British Journal of Psychiatry 2001;178(6):556-60.
6. Menage J. Post-traumatic stress disorder in women who have undergone obstetric and/or gynaecological procedures: A consecutive series of 30 case of PTSD. Journal of Reproductive and infant psychology 2007;1(4):221-8.
7. Susana A, Harrisb R, Sawyera A, Parfitta Y, Ford E. Posttraumatic stress disorder after childbirth: Analysis of symptom presentation and sampling. Journal of Affective Disorders 2009;119(1-3): 200-4.
8. Ayers S, McKenzie-McHarg K, Slade P. Post-traumatic stress disorder after Birth. Journal of Reproductive and Infant Psychology 2015;33(3):215-8.
9. Curtis MA, Corman H, Noonan K, Reichman NE. Maternal depression as a risk factor family homelessness. American Journal of Public Health 2014;104(9):1664-70.
10. Sriarporn P, Suntornlinsiri N, Juntratit K, Deeluea J, Nunchai J, Khaiokham P. Factors Related to Postpartum Depression among First Time Mothers and Father. Nursing Journal 2015;42(3):37-50. (in Thai)
11. Anderson CA, Connolly JP. Predicting posttraumatic stress and depression symptoms among adolescents in the extended postpartum period. Heliyon 2018;4(11):1-21.
12. National Institute of Mental Health. Postpartum Depression Facts [Internet]. 2017 [cited 2018, May 15] Available from <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression>
13. Paulson JF. Focusing on depression in expectant and new fathers: prenatal and postpartum depression not limited to mothers. Psychiatric Times 2010;27(2): 48.
14. Ketman P. Post-traumatic Stress Disorder [Internet]. 2007 [cited 2016 November 7] Available from <http://www.psyclin.co.th> (in Thai)
15. Prechon K. Postpartum Depression: Prevention and Care. Thai red Cross Nursing Journal 2016;9(2): 24-35. (in Thai)

16. Czarnocka J, Slade P. Prevalence and predictors of posttraumatic stress symptoms following childbirth. *British Journal of Clinical Psychology* 2000;39(1):35-51.
17. Bryanton J, Gagnon AJ, Johnston C, Hatem M. Predictors of woman's perceptions of the childbirth experience. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 2008; 37:24-34.
18. Schub T, Waish K. Postpartum Depress: Assessment and Screening. EBSCO. Pravikoff D. (Ed.) [Internet]. 2016 [cited 2016 November 1] Available from <http://web.b.ebscohost.com>
19. Nootnart T, Lahukarn B, Sopha N. Domestic Violence Against Pregnant Women. *Journal of Social Science and Buddhistic Anthropology* 2021;6(8):1-13. (in Thai)
20. Lwanga SK, Lemeshow S. Sample Size determination in health studies: A practice manual. Geneva: World Health Organization; 1991. p. 25-42.
21. Vanichbuncha K, Vanichbuncha T. Using SPSS for Windows to analyze the data, 27 Edition, Bangkok: Samlad. 2015;157-61. (in Thai)
22. Department of Mental Health, Thailand. Questionnaire of Depression [Internet]. 2016 [cited 2017 from April 10] Available from <https://www.dmh.go.th/test> (In Thai)
23. Pumek S, Kovavisarach E, Keanoppakun M, Sangpitak W. Factors Predicting Depression of Postpartum Mother in Rajavithi Hospital. *Journal of Health and Nursing Research* 2019;35(3):158-70. (in Thai)
24. Ballard CG, Staley AK, Brockington IF. Post-traumatic Stress Disorder (PTSD) after Childbirth. *British Journal of Psychiatry* 1995;166: 525-8.
25. Henshaw EJ, Fried R, Siskind E, Newhouse L, Cooper M. Breastfeeding self-efficacy, mood, and breastfeeding outcomes among primiparous women. *Journal of Human Lactation* 2015;31(3): 511-8.
26. Schiebel DA., Levy G. Breastfeeding and Postpartum Depression. Pravikoff D.(ed.). *Nursing Practice & Skill*. Cinahl Information systems, a division of EBSCO Information Services. 2018.
27. Thananowan N, Hakularb P, Ronggluen P. Prevalence of Intimate Partner Violence in Pregnancy Women, Risk Factors, Health Practice during Pregnancy and Psychosocial. *Thai Journal of Nursing Council* 2006;21(2):31-46. (in Thai)
28. Junthip Y. Factors related to depressed patients in urban areas Chiangmai province. *Lanna Public Health Journal* 2017;13(2):10-6. (in Thai)
29. Creedy DK, Shochet IM, Horsfall J. Childbirth and the Development of Acute Trauma Symptoms. Incidence and Contributing Factor Birth. 2000;27:104-11.
30. Lowdermilk DL, Perry SE, Cashion K, Alden KR, Olshansky E. Postpartum. *Maternity & Women's Health Care*. St. Louis, Missouri: Elsevier; 2020. p. 417-60.

บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการกักตุนอาหารในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ระลอกสาม
ของประชาชนชุมชนกึ่งเมืองและชุมชนชนบท จังหวัดขอนแก่น
Factor Associated with Food-stockpiling Behaviors in the 3rd COVID-19
Spreading-wave among Populations in Semi-urban and Rural Khon Kaen

Received: Jun 11, 2021
Revised: Mar 11, 2022
Accepted: May 9, 2022

เสาวลักษณ์ ศรีตาเกษ ส.ด. (Saowaluk Seedaket, Dr.P.H.)¹
เทพไทย โชติชัย ปร.ด. (Tepthai Chotchai, Ph.D)²
อาทิตย์ ฉัตรชัยพลรัตน์ ปร.ด. (Artit Chutchaipolrut, Ph.D)³
อิสริย์ ปัดภัย ส.ด. (Issaree Padphai, Dr.P.H.)⁴
อ้อยทิพย์ บัวจันทร์ พย.ม. (Aoitip Buajun, M.N.S.)⁵

บทคัดย่อ

บทนำ: โรค COVID-19 เกิดการระบาดระลอกสาม ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตโดยเฉพาะพฤติกรรมการกักตุนอาหารของประชาชนในสถานการณ์ดังกล่าว

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาพฤติกรรมการกักตุนอาหารและศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการกักตุนอาหารในสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ระลอกสาม

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนตัวแทนครัวเรือน 1 คนที่มีอายุ 18-60 ปี ในชุมชนกึ่งเมืองและชุมชนชนบท จังหวัดขอนแก่น สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอนและสุ่มแบบง่ายโดยการจับสลาก ได้กลุ่มตัวอย่าง 292 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สถิติ Chi-square test และ Multiple logistic regression ที่ช่วงความเชื่อมั่น 95%

ผลการวิจัย: พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการกักตุนอาหาร ร้อยละ 36.30 โดยชุมชนกึ่งเมืองมีโอกาในการเกิดพฤติกรรมการกักตุนอาหารเป็น 3.92 เท่าของชุมชนชนบท (OR = 3.92, 95%CI of OR = 2.35 ถึง 6.54, $p < .001$) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการกักตุนอาหารในสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ระลอกสาม ได้แก่ อายุมากกว่า 45 ปี (OR_{adj} 2.85, $p < .001$, 95%CI [1.48, 3.31]) รายได้ครอบครัวต่อเดือนมากกว่า 15,000 บาท (OR_{adj} 2.14, $p < .001$, 95%CI [1.03, 3.26]) และจำนวนสมาชิกในครอบครัวมากกว่า 3 คน (OR_{adj} 2.12, $p = 0.010$, 95%CI [1.02, 3.22]) เมื่อเปรียบเทียบกับปัจจัยจำนวนสมาชิกในครอบครัวไม่เกิน 3 คน

สรุปผล: ควรมีการเตรียมความพร้อมและเผยแพร่ความรู้ให้กับประชาชนเกี่ยวกับการเลือกซื้ออาหารที่มีคุณภาพ

คำสำคัญ: โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พฤติกรรมการกักตุนอาหาร

¹ผู้อำนวยการ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น E-mail: ooyja_ommy@hotmail.com

²Corresponding author วิทยาจารย์ชำนาญการพิเศษ E-mail: tepthai@sphkk.ac.th

³คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย วิทยาลัยบัณฑิตเอเซีย จังหวัดขอนแก่น E-mail: artit@cas.ac.th

⁴พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ E-mail: kaogrand@hotmail.com

⁵ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ, E-mail: Aoitipbuajun@gmail.com

^{1,2,4} Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen Province, Faculty of Public Health and Allied Health Science, Praboromarajchanok Institute, Thailand

³ College of Asian Scholars, Khon Kaen Province, Thailand

⁵ Rajabhat Chaiyaphum University, Chaiyaphum Province, Thailand

Abstract

Introduction: COVID-19 pandemic during the 3rd spreading wave had changed population's lifestyle, particularly food-stockpiling behaviors.

Research objectives: This study aimed to examine food-stockpiling behaviors and factor associated with those behaviors during the 3rd COVID-19 spreading wave.

Research methodology: This study used a cross-sectional design. Participants included household-representatives aged 18-60 years who were residing in semi-urban and rural area of Khon Kaen province. And 292 participants were recruited using a multi-stage random sampling method, and a simple random sampling method. Data were collected using questionnaires. Data were then analyzed using descriptive statistics, Chi-square test, and multiple logistic regression analysis with a 95% confidence interval (95% CI).

Results: The results revealed that 36.30% of the participants had food-stockpiling behaviors, particularly in semi-urban area and it was 3.92 times as high as the rural area (OR = 3.92, 95% CI of OR = 2.35 to 6.54, $p < 0.001$). Factors associated with the food-stockpiling behaviors included age over 45 years (OR_{adj} 2.85, $p < 0.001$, 95%CI [1.48, 3.31]), monthly income above 15,000 Baht (OR_{adj} 2.14, $p < 0.001$, 95%CI [1.03, 3.26]), and having more than 3 family members (OR_{adj} 2.12, $p = 0.010$, 95%CI [1.02, 3.22]), when compared to the counterparts.

Conclusions: Findings suggested that there should be a preparation and knowledge sharing to population regarding quality food selection.

Keywords: COVID-19, Food-stockpiling behaviors

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ได้แพร่กระจายอย่างรวดเร็วไปยังประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก ทำให้องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้ประกาศภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพเมื่อวันที่ 11 มีนาคม พ.ศ. 2563 และเรียกร้องให้ประเทศต่าง ๆ วางแผน เตรียมการ และดำเนินการตามมาตรการต่าง ๆ เพื่อเตรียมรับมือ¹ ซึ่งองค์การอนามัยโลกระบุว่าภาวะระบาดครั้งนี้ไม่ใช่วิกฤตทางด้านสาธารณสุขอย่างเดียว แต่เป็นวิกฤตที่จะกระทบทุกภาคส่วน โดยโรคนี้มีอัตราการเสียชีวิตจากโรคประมาณร้อยละ 4.60² โดยอาการที่พบบ่อยที่สุดของโรคนี้คือ มีไข้ มีอาการอ่อนเพลีย ไอแห้ง ปวดเมื่อย คัดจมูก น้ำมูกไหล เจ็บคอ หรือท้องเสีย โดยอาการเหล่านี้มักจะไม่รุนแรง แต่มีรายงานว่าประมาณ 1 ใน 6 ของคนที่ป่วยจะมีการ

ป่วยหนักและหายใจลำบาก โดยเฉพาะผู้สูงอายุและผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน โรคหัวใจ ดังนั้นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกคนควรมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาในครั้งนี้ ในส่วนของประเทศไทย พบว่ามีผู้ติดเชื้อที่ยืนยันแล้วทั้งสิ้น 2,811 ราย เสียชีวิตรวม 48 ราย รักษาหาย 2,108 ราย⁴ จังหวัดขอนแก่นเป็นจังหวัดหนึ่งที่มีจำนวนผู้ป่วย COVID-19 มาตั้งแต่การระบาดระลอกที่หนึ่ง จนปัจจุบันที่มีการระบาดระลอกที่สาม พบว่า มีผู้ป่วยเกิดขึ้นเช่นเดียวกับพื้นที่อื่น ๆ จากข้อมูลสถานการณ์ของผู้ป่วยในจังหวัดขอนแก่น ณ วันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2564 พบผู้ป่วยติดเชื้อสะสม 316 ราย โดยเป็นรายใหม่ 2 ราย และกำลังรับการรักษาในโรงพยาบาล 29 ราย⁵

การระบาดของโรค COVID-19 ที่เกิดขึ้นได้สร้างความตื่นตระหนกและวิตกกังวลให้กับคนทั่วโลกในประเทศไทย รวมถึงในจังหวัดขอนแก่นด้วย เช่น การกลัว

ติดเชื้อ ความกังวลจากมาตรการปิดประเทศ (lock down)⁴ แม้ว่าในปัจจุบันจะมีการให้บริการวัคซีนป้องกัน COVID-19 แล้วก็ตาม ยังพบว่ามีความเสี่ยงที่ไม่ต้องการฉีดมากถึงร้อยละ 13.31 ต้องการฉีดและพร้อมฉีดได้เลย ร้อยละ 20.70 และต้องการฉีดแต่ขอรอข้อมูลข้างเคียงก่อน ร้อยละ 65.99 โดยในส่วนเรื่องวัคซีนยังมีความวิตกกังวลอยู่เช่นเดิม ได้แก่ ผลข้างเคียงของวัคซีน ร้อยละ 82.71 ประสิทธิภาพของวัคซีน ร้อยละ 71.96 ความเพียงพอของวัคซีนสำหรับประชาชนทุกคน ร้อยละ 54.67 ราคาต่อเข็มของวัคซีนกรณีประชาชนต้องจ่าย ร้อยละ 44.17 และยี่ห้อของวัคซีนในประเทศไทยสั่งซื้อ ร้อยละ 38.60⁶ และปัญหาการระบาดของโรคนี้อาจส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันในด้านอาหารสำหรับการบริโภค เนื่องจากความพยายามที่จะลดการแพร่กระจายของการติดเชื้อและข้อจำกัดด้านการขนส่งและลอจิสติกส์อื่น ๆ ที่จำกัดการกระจายของสินค้าในการอุปโภคและบริโภค รวมทั้งปัญหาการปิดโรงงานต่าง ๆ การขาดแคลนแรงงานในภาคอุตสาหกรรมการผลิต⁷ ทำให้ประชาชนเกิดความไม่แน่ใจเรื่องการขาดแคลนอาหาร อันเนื่องมาจากมาตรการปิดจังหวัดหรือปิดประเทศบางส่วน ที่ถูกนำมาใช้ในระบอบภาค เช่น การปิดโรงเรียน มหาวิทยาลัย สถานที่ทำงาน ร้านค้า และร้านอาหารที่ไม่จำเป็น การจัดกิจกรรมสันตนาการทำงานสังสรรค์ต่าง ๆ รวมทั้งข้อจำกัดด้านการเดินทาง ซึ่งมาตรการเหล่านี้ก่อให้เกิดปัญหาและอุปสรรคในการกระจายอาหารและข้อจำกัดในการเข้าถึงอาหารสำหรับบริโภคได้ โดยเฉพาะในหมู่บ้านที่ตั้งอยู่ในเขตกึ่งเมืองและชนบทที่ได้รับผลกระทบมาก ซึ่งผลกระทบจากปัญหาการระบาดของ COVID-19 ระลอกสามนี้ เป็นอุปสรรคต่อการใช้จ่ายของผู้บริโภคในด้านอาหารเป็นอย่างมาก ส่งผลให้ประชาชนบางส่วนเกิดความหวุ่นวิตกเรื่องสถานการณ์ของโรคต่อไปในข้าง

หน้า จนทำให้หลายคนเริ่มออกมาซื้ออาหารเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะในช่วงการระบาดที่มีปรากฏการณ์ที่ประชาชนไปต่อคิวซื้อข้าวสาร อาหารแห้ง และน้ำยาฆ่าเชื้อในซูเปอร์มาร์เก็ต โดยระบุเหตุผลที่ต้องกักตุนเนื่องจากไม่ทราบว่าจะสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ในอนาคตจะเป็นอย่างไร จึงต้องดูแลตัวเองและสมาชิกในครอบครัวซึ่งเป็นการเตรียมรับเท่านั้น ซึ่งจากข้อมูลการศึกษาที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาเพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานส่วนนี้สำหรับกรวางแผนด้านการบริโภคของประชาชน ในสถานการณ์การระบาดของโรคนี้ ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาพฤติกรรมการกักตุนอาหารและศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการกักตุนอาหารในสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ระลอกสาม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการกักตุนอาหารในสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ระลอกสามของประชาชนชุมชนกึ่งเมืองและชุมชนชนบท จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการกักตุนอาหารในสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ระลอกสาม ของประชาชนชุมชนกึ่งเมืองและชุมชนชนบท จังหวัดขอนแก่น

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงและพฤติกรรมป้องกันโรคของแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพของ Janz และ Becker⁹ มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการกักตุนอาหารในสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ระลอกสาม ดังภาพที่ 1

คุณลักษณะส่วนบุคคล

เพศ อายุ สถานภาพ ที่อยู่ อาชีพปัจจุบัน รายได้ ครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว

พฤติกรรมป้องกันตนเองให้ปลอดภัย

จากการระบาดของโรค COVID-19 ระลอกสาม การรับรู้ความเสี่ยงของการระบาด

พฤติกรรมการกักตุนอาหารในสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ระลอกสาม

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยด้านเพศ อายุ สถานภาพ ที่อยู่ อาชีพ ปัจจุบัน รายได้ครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการกักตุนอาหารในสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ระลอกสาม ของประชาชน ชุมชนกึ่งเมืองและชุมชนชนบท จังหวัดขอนแก่น

2. ปัจจัยการรับรู้ความเสี่ยงการระบาดและปัจจัย พฤติกรรมการป้องกันตนเองให้ปลอดภัยจากการระบาดของโรค COVID-19 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการกักตุนอาหาร ในสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ระลอกสาม ของประชาชนชุมชนกึ่งเมืองและชุมชนชนบท จังหวัดขอนแก่น

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้ใช้รูปแบบการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ประชาชนที่เป็นตัวแทนครัวเรือนๆ ละ 1 คน ที่มีอายุ 18-60 ปี ในชุมชนกึ่งเมืองและชุมชนชนบท จังหวัดขอนแก่น รวมทั้งสิ้น 269,589 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชาชนที่เป็นตัวแทนครัวเรือนๆ ละ 1 คน ที่มีอายุ 18-60 ปี ในชุมชนกึ่งเมืองและชุมชนชนบท จังหวัดขอนแก่น คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power 3.1.9.210 โดยกำหนดขนาดอิทธิพลระดับปานกลางเท่ากับ 0.10 ที่ระดับนัยสำคัญ .05 ค่าอำนาจทดสอบ เท่ากับ 0.95 ได้ขนาดตัวอย่าง 252 คน โดยผู้วิจัยเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 20 รวมขนาดตัวอย่างจำนวน 292 คน

การสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multistage random sampling) ดังนี้ โดยขั้นที่ 1 สุ่มแบบง่ายโดยการจับสลากเลือกอำเภอ 2 อำเภอในจังหวัดขอนแก่น ขั้นที่ 2 ในแต่ละอำเภอเลือก 1 ตำบล และขั้นที่ 3 ในแต่ละตำบลเลือกมา 1 หมู่บ้าน โดยหมู่บ้านที่เลือกมาจะมีลักษณะของชุมชนกึ่งเมือง 1 หมู่บ้านและชุมชนชนบท 1 หมู่บ้าน ซึ่งมีบริบทที่ศึกษาแตกต่างกันที่ผู้วิจัยคาดว่าข้อมูลด้านการเข้าถึงแหล่งอาหาร ร้านค้า มีความแตกต่างกัน จากนั้นในแต่ละหมู่บ้านดำเนินการสุ่มแบบง่ายโดยการจับสลาก

จากเลขที่บ้านและเลือกตัวแทนครัวเรือนๆ ละ 1 คน ที่มีอายุ 18-60 ปี โดยชุมชนกึ่งเมืองและชุมชนชนบทมีกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 146 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้าคือ อายุ 18-60 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มหลักในการจัดหาอาหารจากแหล่งอาหาร ร้านค้า เข้ามาในครัวเรือน โดยอาศัยอยู่ในหมู่บ้านนั้นมาไม่น้อยกว่า 1 ปี และสามารถสื่อสารได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดและตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วยเนื้อหา 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ข้อคำถามเป็นแบบปลายเปิดและปลายปิด จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ที่อยู่ (หมู่บ้านเขตชุมชนกึ่งเมือง หมู่บ้านเขตชนบท) อาชีพ ปัจจุบัน รายได้ครอบครัวต่อเดือน (บาท) จำนวนสมาชิกในครอบครัว (คน)

ส่วนที่ 2 ปัจจัยพฤติกรรมการป้องกันตนเองให้ปลอดภัยจากการระบาดของโรค COVID-19 ระลอกสาม ประกอบด้วยพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรค COVID-19 ในระยะเวลา 14 วัน จำนวน 12 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ แต่ละข้อมีคำตอบให้เลือกตอบ 3 ระดับ คือ 1 (ไม่ปฏิบัติเลย) 2 (ปฏิบัติเป็นครั้งคราว) 3 (ปฏิบัติประจำ) ผู้วิจัยนำมาจัดเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่ม ตามแนวคิดของ Wongrata¹¹ ดังนี้ ต่ำ (1.00-1.66) ปานกลาง (1.67-2.33) ตี (2.34-3.00)

ส่วนที่ 3 ปัจจัยการรับรู้ความเสี่ยงการระบาดของโรค COVID-19 ระลอกสาม ประกอบด้วยการรับรู้แนวโน้มนการรับรู้ภัยร้าย และการรับรู้การควบคุมได้ จำนวน 14 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า แบ่งเป็น 5 ระดับ แต่ละข้อมีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับ คือ 1 (เห็นด้วยน้อยที่สุด) 2 (เห็นด้วยน้อย) 3 (เห็นด้วยปานกลาง) 4 (เห็นด้วยมาก) และ 5 (เห็นด้วยมากที่สุด) ผู้วิจัยนำมาจัดเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่ม ตามแนวคิดของ Wongrata¹¹ ดังนี้ ต่ำ (1.00-2.33) ปานกลาง (2.34-3.66) ตี (3.67-5.00)

ส่วนที่ 4 ข้อมูลพฤติกรรมการกักตุนอาหาร ในสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ระลอกสาม ข้อคำถามเป็นแบบปลายเปิดและปลายปิด จำนวน 10 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การสร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. นำเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และพิจารณาสำนวนภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข แล้วผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไข โดยพบว่าค่า IOC เท่ากับ 0.67-1.00

2. นำเครื่องมือที่ได้ไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ และนำมาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (reliability) ในส่วนของข้อมูลพฤติกรรมการป้องกันตนเอง และการรับรู้ความเสี่ยงการระบาด ด้วยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยมีค่าเท่ากับ 0.82 และ 0.84 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปมาประมวลผลและวิเคราะห์ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมการป้องกันตนเองให้ปลอดภัยจาก COVID-19 การรับรู้ความเสี่ยง และพฤติกรรมการกักตุนอาหาร ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

2. เปรียบเทียบค่าสัดส่วนพฤติกรรมการกักตุนอาหารระหว่างชุมชนกึ่งเมืองและชุมชนชนบท โดยใช้สถิติ Chi-square test และนำเสนอผลการวิเคราะห์ด้วยร้อยละ ค่า OR ที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระที่ศึกษากับตัวแปรตาม โดยใช้สถิติ Multiple logistic regression และนำเสนอผลการวิเคราะห์ด้วยค่า adjusted odd ratio ที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เลขที่ HE 6420018

ลงวันที่ 21 เมษายน พ.ศ. 2564 โดยในการเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้มีการนัดหมายกลุ่มตัวอย่าง การแนะนำตัว ชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการวิจัย โดยชี้แจงสิทธิที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมในการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลใด ๆ ต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยใช้หลักการเว้นระยะห่างทางสังคม (social distancing) และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ภายหลังจากชี้แจงจนเข้าใจแล้ว ผู้วิจัยได้มอบแบบสอบถามไว้ให้กลุ่มตัวอย่างตอบ และนัดวันในการไปรับแบบสอบถามคืนด้วยตัวของนักวิจัยเอง และชี้แจงให้ทราบว่าสำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่างที่ทำการวิจัย โดยมีการใช้รหัสแทนชื่อผู้ตอบ โดยผู้วิจัยจะเสนอผลการวิจัยในภาพรวมและนำมาใช้เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการศึกษาการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.47 มีอายุเฉลี่ย 42.62 ± 5.81 ปี สถานภาพแต่งงาน และโสด ร้อยละ 40.75 และ 28.77 ตามลำดับ มีพื้นที่อาศัยอยู่ในเขตชุมชนกึ่งเมืองและชุมชนชนบทเท่ากัน ร้อยละ 50 ส่วนใหญ่มีอาชีพเป็นผู้ใช้แรงงาน (รับจ้างทั่วไป กรรมกร) ร้อยละ 28.08 รองลงมาเป็นเกษตรกร ร้อยละ 24.66 โดยมีผู้ที่ไม่ได้ทำงาน และเพิ่งถูกเลิกจ้างงาน ร้อยละ 14.38 รายได้ของครอบครัวเฉลี่ย $14,025.51 \pm 2,018$ บาทต่อเดือน จำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 5.04 ± 2.19 คน

กลุ่มตัวอย่างชุมชนกึ่งเมืองและชุมชนชนบท ชุมชนละ 146 คน รวม 292 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการกักตุนอาหาร ร้อยละ 36.30 เมื่อเปรียบเทียบค่าสัดส่วนพฤติกรรมการกักตุนอาหารระหว่างประชาชนชุมชนกึ่งเมืองและชุมชนชนบท พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยร้อยละ 25.68 ของครัวเรือนในชุมชนกึ่งเมืองมีพฤติกรรมการกักตุนอาหาร และพบร้อยละ 10.62 ของครัวเรือนในชุมชนชนบทที่มีพฤติกรรมการกักตุนอาหาร โดยชุมชนกึ่งเมืองมีโอกาสในการเกิดพฤติกรรมการกักตุนอาหารเป็น 3.92 เท่าของชุมชนชนบท ($OR = 3.92, 95\%CI$ of $OR = 2.35$ ถึง 6.54) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบพฤติกรรมการกักตุนอาหารในสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ระลอกสาม ระหว่างประชาชนชุมชนกึ่งเมืองและชุมชนชนบท (n=292)

ตัวแปร	การกักตุนอาหาร				OR	95%CI of OR	P
	ใช่		ไม่ใช่				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ชุมชนกึ่งเมือง	75	25.68	71	24.32	3.92	2.35, 6.54	<.001
ชุมชนชนบท	31	10.62	115	39.38			
รวม	106	36.30	186	63.70			

พฤติกรรมการกักตุนอาหารในสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ระลอกสาม จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างทั้งชุมชนกึ่งเมืองและชุมชนชนบท ที่มีพฤติกรรมการกักตุนอาหาร จำนวน 106 คน พบว่า เหตุผลในการกักตุนอาหาร ได้แก่ กลัวภาวะขาดแคลนอาหาร ร้อยละ 77.36 ซื้ออาหารมาเพื่อกักตุนเฉลี่ยนาน 8.42 ± 3.49 วัน ค่าใช้จ่ายในการซื้ออาหารเพื่อกักตุนต่อครั้งเฉลี่ย $1,070.15 \pm 105.60$ บาท ส่วนใหญ่ซื้ออาหารและสิ่งจำเป็นสำหรับกักตุนมาจากซูเปอร์มาร์เก็ต ร้อยละ 77.36 ประเภตสินค้าที่ซื้อเพื่อกักตุน

ส่วนใหญ่ได้แก่ เนื้อหมู เนื้อวัว ปลา ไก่ ไข่ ร้อยละ 97.17 โดยกลุ่มตัวอย่างที่กักตุนอาหารมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภค ร้อยละ 48.11 ประเภตสินค้าที่บริโภคมากขึ้น ได้แก่ เนื้อหมู เนื้อวัว ปลา ไก่ ไข่ ร้อยละ 72.64 ประเภตสินค้าที่บริโภคน้อยลง ได้แก่ ขนมขบเคี้ยว ร้อยละ 67.92 โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการนำอาหารที่เหลือจากมื้อที่ผ่านมาไปปรุงเพื่อรับประทานอีกครั้ง โดยปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 41.51 และเป็นบางครั้ง ร้อยละ 35.85 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 พฤติกรรมการกักตุนอาหารในสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ระลอกสาม (n=106)

พฤติกรรม	จำนวน	ร้อยละ
เหตุผลในการกักตุนอาหาร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
กลัวภาวะขาดแคลนอาหาร	82	77.36
ลดการออกไปนอกบ้าน/ที่พัก	74	69.81
เพื่อความสะดวก	53	50.00
กลัวราคาอาหารเพิ่มขึ้น	48	45.28
ระยะเวลาที่กักตุนอาหาร (วัน)		
ไม่เกิน 7 วัน	24	22.64
มากกว่า 7 วัน	82	49.06
$\bar{X} \pm SD$ Min : Max (8.42 ± 3.49 , 5 : 14)		
ค่าใช้จ่ายในการซื้ออาหารเพื่อกักตุนต่อครั้ง (บาท)		
ไม่เกิน 1,000 บาท	15	14.15
มากกว่า 1,000 บาท	91	85.85
$\bar{X} \pm SD$ Min : Max ($1,070.15 \pm 105.60$, 350 : 2,500)		

ตารางที่ 2 พฤติกรรมการกักตุนอาหารในสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ระลอกสาม (n=106) (ต่อ)

พฤติกรรม	จำนวน	ร้อยละ
สถานที่ซื้ออาหารและสิ่งจำเป็น (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ซูเปอร์มาร์เก็ต	82	77.36
ร้านสะดวกซื้อ	45	42.45
ตลาดเปิดท้าย/คลองถม/โรงฟ้า	42	39.62
ร้านขายของชำในหมู่บ้าน	39	36.79
ประเภทสินค้าที่ซื้อเพื่อกักตุน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
เนื้อหมู เนื้อวัว ปลา ไก่ ไข่	103	97.17
อาหารทะเล	72	67.92
อาหารแปรรูป	64	60.38
ผลไม้	63	59.43
อาหารกระป๋อง	54	50.94
ผัก	54	50.94
อาหารกึ่งสำเร็จรูป	48	49.06
อาหารแช่แข็ง	47	44.34
กาแฟ น้ำอัดลม น้ำผลไม้	45	42.45
เครื่องปรุงรส	42	39.62
ขนมขบเคี้ยว	39	36.79
การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภค		
ใช่	51	48.11
ไม่ใช่	55	51.89
ประเภทสินค้า 5 อันดับแรกที่บริโภคมากขึ้น		
เนื้อหมู เนื้อวัว ปลา ไก่ ไข่	77	72.64
อาหารแปรรูป	69	65.09
อาหารทะเล	67	63.21
ผัก	52	49.06
อาหารกึ่งสำเร็จรูป	43	40.57
ประเภทสินค้า 5 อันดับแรกที่บริโภคน้อยลง		
ขนมขบเคี้ยว	72	67.92
กาแฟ น้ำอัดลม น้ำผลไม้	64	60.38
อาหารแช่แข็ง	58	54.72
อาหารกระป๋อง	53	50.00
ผลไม้	44	41.51
การนำอาหารเหลือจากมือที่ผ่านมาปรุงเพื่อรับประทานอีกครั้ง		
ไม่ปฏิบัติเลย	24	22.64
เป็นครั้งคราว	38	35.85
ประจำ	44	41.51

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองให้ปลอดภัยจาก COVID-19 พบว่า อยู่ในระดับดี ร้อยละ 63.01 รองลงมา ระดับปานกลาง และระดับต่ำ ร้อยละ 28.43 และ 8.56 ตามลำดับ สำหรับการรับรู้ความเสี่ยงอยู่ในระดับดี ร้อยละ 51.71 รองลงมา ระดับปานกลางและระดับต่ำ ร้อยละ 32.19 และ 16.10 ตามลำดับ

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การกักตุนอาหารในสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ระลอกสาม พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม

การกักตุนอาหารในสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ระลอกสาม ได้แก่ อายุมากกว่า 45 ปี (OR_{adj} 2.85, $p < .001$, 95%CI [1.48, 3.31]) เมื่อเปรียบเทียบกับอายุไม่เกิน 45 ปี รายได้ครอบครัวต่อเดือนมากกว่า 15,000 บาท (OR_{adj} 2.14, $p < .001$, 95%CI [1.03, 3.26]) เมื่อเปรียบเทียบกับรายได้ครอบครัวต่อเดือนไม่เกิน 15,000 บาท และจำนวนสมาชิกในครอบครัวมากกว่า 3 คน (OR_{adj} 2.12, $p = 0.010$, 95%CI [1.02, 3.22]) เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนสมาชิกในครอบครัวไม่เกิน 3 คน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการกักตุนอาหารในสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ระลอกสาม (n=292)

ปัจจัย	จำนวน	% มีการกักตุนอาหาร	Crude OR	OR Adj.	95% CI	p
อายุ						< .001*
ไม่เกิน 45 ปี	79	21.23	1.00	1.00		
มากกว่า 45 ปี	213	51.37	3.92	2.85	1.48, 3.31	
รายได้ครอบครัวต่อเดือน (บาท)						< .001*
ไม่เกิน 15,000 บาท	51	21.57	1.00	1.00		
มากกว่า 15,000 บาท	241	39.42	2.36	2.14	1.03, 3.26	
จำนวนสมาชิกในครอบครัว (คน)						.010*
ไม่เกิน 3 คน	43	20.93	1.00	1.00		
มากกว่า 3 คน	249	38.96	2.41	2.12	1.02, 3.22	

*ที่ระดับนัยสำคัญ .05

อภิปรายผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการกักตุนอาหาร ร้อยละ 36.30 โดยประชาชนในชุมชนกิ่งเมืองมีการกักตุนอาหารมากกว่าชุมชนชนบท สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Nam และคณะ¹² พบว่าครัวเรือนที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองหรือใกล้ตลาด มีแนวโน้มที่จะกักตุนอาหารมากกว่าครัวเรือนที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทหรือห่างไกลจากตลาด ซึ่งจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ใน

ปัจจุบัน ทำให้มีผู้เสียชีวิตหลายแสนคนทั่วโลก ด้วยเหตุนี้ กิจกรรมทางด้านเศรษฐกิจและสังคมหลายอย่างจึงถูกระงับ ประชาชนในประเทศจึงต้องจำกัดการเดินทางของตนเองและการกักกัน การระบาดใหญ่นี้ได้ส่งผลกระทบต่อผู้บริโภคอย่างมาก และผลักดันให้บุคคลและครัวเรือนเข้าสู่ภาวะตื่นตระหนกในการซื้ออาหารสำหรับการบริโภค⁷

ด้านพฤติกรรมการกักตุนอาหาร พบว่า เหตุผลในการกักตุนอาหาร ได้แก่ กลัวภาวะขาดแคลนอาหาร ลดการออกไปนอกบ้าน/ที่พัก และเพื่อความสะดวก ใกล้เคียงกับผลการศึกษาในเยอรมันที่ระบุว่าเหตุผลในการกักตุนคือ เพื่อลด

ความถี่ในการซื้อของ ทศนคติ ความกังวลเกี่ยวกับอนาคต¹³ และผลการศึกษาที่ระบุถึงการซื้ออาหารมาเพื่อกักตุนเฉลี่ยนาน 8.42 ± 3.49 วัน ใกล้เคียงกับงานวิจัยในจีนที่ระบุว่าหลังการระบาดมีปริมาณการสำรองอาหารเป็น 7.37 วัน จากก่อนการระบาดมีการสำรอง 3.37 วัน¹⁴

จากผลการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่ซื้ออาหาร และสิ่งจำเป็นสำหรับกักตุนมาจากซูเปอร์มาร์เก็ต ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาในตุรกี ที่พบว่าผู้บริโภคส่วนใหญ่ซื้ออาหารจากร้านค้าลดราคาและร้านขายของชำในท้องถิ่น¹⁵ ประเภทสินค้าที่ซื้อเพื่อกักตุนส่วนใหญ่ได้แก่ เนื้อหมู เนื้อวัว ปลา ไก่ ไข่ ประเภทสินค้าที่บริโภคมากขึ้น ได้แก่ เนื้อหมู เนื้อวัว ปลา ไก่ ไข่ และอาหารแปรรูป ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาในเดนมาร์ก เยอรมัน และสโลวีเนีย ที่พบว่าอาหารที่บริโภคมากขึ้น ได้แก่ อาหารแช่แข็ง อาหารกระป๋อง และอาหารที่มีอายุการเก็บรักษานาน สำหรับประเภทสินค้าที่บริโภคน้อยลง ได้แก่ ขนมขบเคี้ยว กาแฟ น้ำอัดลม น้ำผลไม้ รวมทั้งมีการรับประทานขนมปัง เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลิตภัณฑ์จากนมลดลง¹⁵ และการศึกษาของ Hassen, Bilali และ Allahyari¹⁷ ที่พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงที่เป็นในรูปแบบของการซื้ออาหารด้วยการซื้อของแบบออนไลน์ที่เพิ่มขึ้น ซึ่งอภิปรายผลการวิจัยได้ว่าพฤติกรรมการรับประทานอาหารของคนไทยมีการเปลี่ยนแปลงไปสู่การรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพเพิ่มขึ้นเนื่องจากความกังวลด้านความปลอดภัยของอาหาร ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่สอดคล้องกับสถานการณ์การระบาดของโรค และประหยัดค่าใช้จ่ายในครัวเรือน แต่ที่พบว่าทุกผลการศึกษาพบพฤติกรรมการกักตุนอาหารในช่วงที่มีการระบาดของโรคเหมือนกัน เพียงแต่ประเภทอาหารหรือสินค้าที่กักตุนแตกต่างกัน

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการกักตุนอาหาร ได้แก่ อายุ รายได้ครอบครัวต่อเดือน และจำนวนสมาชิกในครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Nam และคณะ¹² ที่พบว่าขนาดครัวเรือนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับแนวโน้มที่ครัวเรือนจะกักตุนอาหาร และการศึกษาของ Lehberger, Kleih และ Sparke¹³ ที่พบว่าผู้บริโภคที่มีรายได้สูงมีแนวโน้มที่จะกักตุนอาหารในปริมาณที่มากขึ้น ทั้งนี้การศึกษาของ Nam และคณะ¹² และการศึกษาของ Wang และคณะ¹⁴ ยังพบว่าระดับการศึกษาและเพศ

ส่งผลต่อการกักตุนอาหารด้วย^{12,14} และการศึกษาของ Biraglia และ Brizi¹⁸ ที่ระบุว่าพฤติกรรมการกักตุนอาหารขึ้นอยู่กับความจำเป็นที่รู้ว่าที่บ้านมีอาหารเพียงพอหรือไม่ทำให้ซื้ออาหารมากกว่าปกติ เพศ และสถานที่อยู่ของแต่ละคน อย่างไรก็ตามโอกาสในการกักตุนอาหารของครอบครัวจะลดลงเมื่อสมาชิกได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการแพร่ระบาดจากแหล่งที่เป็นทางการ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอาหารที่ดีต่อสุขภาพ และพฤติกรรมของประชาชนในการลดการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง^{11,19,20} รวมทั้งแนวนโยบายของรัฐบาลในการสร้างความมั่นใจให้กับประชาชนว่าจะไม่มีการขาดแคลนอาหารในช่วงการระบาดของโรคและสามารถหยุดการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ได้ จะเป็นอีกเหตุผลหนึ่งที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการกักตุนอาหารของประชาชน และส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองให้ปลอดภัยจาก COVID-19 ซึ่งพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี²¹ ซึ่งอภิปรายผลการวิจัยได้ว่าพฤติกรรมการกักตุนอาหารขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องและศักยภาพของครัวเรือนในการจัดซื้ออาหารและการคำนึงถึงความจำเป็นในการกักตุนอาหาร และยังพบว่าความเชื่อมั่นกับนโยบายของประเทศและการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการระบาดของโรค

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การศึกษานี้ ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการกักตุนอาหาร ร้อยละ 36.30 พฤติกรรมปฏิบัติตนให้ปลอดภัยจาก COVID-19 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ด้านปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการกักตุนอาหารในสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ระลอกสาม ได้แก่ อายุ รายได้ครอบครัวต่อเดือน และจำนวนสมาชิกในครอบครัว ดังนั้นควรมีการเตรียมความพร้อมและเผยแพร่ความรู้ให้กับประชาชนเกี่ยวกับการเลือกซื้ออาหารที่มีคุณภาพ อาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพเนื่องจากพบว่าการกักตุนอาหารที่หลากหลายประเภทและสะสมไว้นานหลายวัน โดยเน้นในกลุ่มอายุที่มากกว่า 45 ปี กลุ่มที่มีรายได้มากและในครอบครัวที่มีสมาชิกหลายคนและควรมีการสร้างความรู้ความตระหนักในการส่งเสริมพฤติกรรมการปฏิบัติตนให้ปลอดภัยจากโรค COVID-19 เช่น การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ การปรับตัวให้ทันกับสถานการณ์การระบาดของโรค และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันตนเองจากโรค COVID-19 แบบปกติใหม่

ทั้งนี้จากข้อมูลการกักตุนอาหารที่มีสัดส่วนค่อนข้างมากและประเภทของอาหารบางชนิดที่มีการกักตุนมากขึ้น ซึ่งคาดว่าจะส่งผลต่อจำนวนอาหารที่เป็นของเสียหรือขยะเพิ่มมากขึ้นได้ ซึ่งสมาชิกในครอบครัว ชุมชน และองค์กรที่เกี่ยวข้องจะต้องร่วมกันพิจารณาและหาแนวทาง มาตรการในการแก้ไขปัญหาที่จะเกิดขึ้นต่อไปในอนาคต

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

จากผลการวิจัยครั้งนี้จึงควรมีการศึกษาต่อยอดประเด็นแนวทางการแก้ไขการเพิ่มขึ้นของขยะจากอาหารเสีย (food waste) ของแต่ละครัวเรือนที่มีการกักตุนอาหาร

รูปแบบการบริโภคอาหารสำหรับกลุ่มอาหารหลักในช่วงการระบาดของโรค COVID-19 ว่าเป็นอย่างไร รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการซื้ออาหาร การศึกษาการเปลี่ยนการบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพ และความกังวลด้านความปลอดภัยของอาหาร รวมถึงประเด็นการส่งเสริมให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมที่อาจส่งผลให้เกิดกลุ่มโรค NCD (Non-Communicable Disease) โดยเฉพาะประชาชนกลุ่มเสี่ยง chronic disease ในช่วงการระบาดของโรคโควิด -19 ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะมีประโยชน์ต่อผู้บริโภคและการวางแผนงานสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

References

1. World Health Organization. 2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV): Strategic preparedness and response plan [Internet]. 2019 [Cited 2020 Mar 13]. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/coronavirus/srp-04022020.pdf?sfvrsn=7ff55ec0_4&download=true.
2. World Health Organization. Surveillance case definitions for human infection with novel coronavirus (nCoV): interim guidance v1 [Internet]. 2020 [Cited 2020 Apr 16]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330376>.
3. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-2019), situation reports [Internet]. 2020 [Cited 2020 Apr 16]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports/>.
4. Ministry of Public Health. The situation of Corona virus in Thailand [Internet]. 2020 [Cited 2020 Apr 16]. Available from: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/ind_world.php. (in Thai)
5. Khon Kaen Provincial Health Office. The situation of Coronavirus 2019 in Khon Kaen [Internet]. 2021 [Cited 2021 Apr 1]. Available from: <http://covid19.kkpho.go.th/situation/>. (in Thai)
6. Suan Dusit University. Suan Dusit Poll: The standard stand up for the people. Concerns about the COVID-19 vaccine among Thai people [Internet]. 2021 [Cited 2021 Apr 1]. Available from: <https://thestandard.co/thailand-coronavirus-vaccine-anxiety/>
7. Galanakis CM. The food systems in the era of the coronavirus (COVID-19) pandemic crisis. *Foods* 2020;9:543.
8. Guarascio F. Coronavirus Border Curbs Disrupt EU Food Supplies: Industry [Internet]. 2021 [Cited 2021 Jan 21]. Available from: <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-eu-food/coronavirus-border-curbs-disrupt-eu-food-supplies-industry-idUKKBN2161OQ>.

9. Janz NK, Becker MH. The health belief model: A decade later. *Health Education Quarterly* 1968;11(1): 1-47.
10. Faul F. G*Power version 3.1.9.2. [Internet]. 2018 [Cited 2018 Mar 6]. Available from: <https://www.psycho.uni-duesseldorf.de/abteilungen/aap/gpower3/>.
11. Wongrata C. Techniques for using statistics for research. 12th ed. Nontaburi: Thainiramitkij Info graphic; 2010. (in Thai).
12. Nam VH, Luu HN, Anh NTT, Nguyen TA, Doan HQ. Household Stockpiling in response to the Covid-19 pandemic: empirical evidence from Vietnam [Internet]. 2021 [Cited 2021 Apr 1]. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07360932.2021.1904431>
13. Lehberger M, Kleih AK, Sparke K. Panic buying in times of coronavirus (COVID-19): Extending the theory of planned behavior to understand the stockpiling of nonperishable food in Germany [Internet]. 2021 [Cited 2021 Apr 1]. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2021.105118>
14. Wang E, An N, Gao Z, Kiprop E, Geng X. Consumer food stockpiling behavior and willingness to pay for food reserves in COVID-19. *Food Security* 2020;12:739-47.
15. Guney OI, Sangun L. How COVID-19 affects individuals' food consumption behaviour: a consumer survey on attitudes and habits in Turkey [Internet]. 2021 [Cited 2021 Apr 1]. Available from: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/BFJ-10-2020-0949/full/html>
16. Jansseb M, Chang BP, Hristov H, Pravst I, Profeta A, Millard J. Changes in food consumption during the COVID-19 pandemic: Analysis of consumer survey data from the first lockdown period in Denmark, Germany, and Slovenia. *Frontiers in Nutrition* 2021;8(1-20).
17. Hassen TB, Bilali HE, Allahyari MS. Sustainability 2020 [Internet]. 2021 [Cited 2021 Apr 1]. Available from: <https://www.mdpi.com/journal/sustainability>
18. Biraglia A, Brizi A. "Do I Have Enough Food?" How need for cognitive closure and gender impact stockpiling and food waste during the COVID-19 pandemic: A cross-national study in India and the United States of America [Internet]. 2021 [Cited 2021 Apr 1]. Available from: <https://eprints.whiterose.ac.uk/165837/>
19. Natsit P, Junprasert S, Krungkraipetch. Factors influencing fruit and vegetable consumption among grade 6 primary school students in Bangkok metropolitan. *Journal of Health and Nursing Research* 2019;35(2):44-56. (in Thai).
20. Srikan P, Thatan S, Srichanpan W, Pinsakul C. Relationship between Knowledge, self-care agency, sodium reduction behavior and urinary sodium level of students and employees of the Boromarajonnani College of Nursing Phayao. *Journal of Health and Nursing Research* 2020;34(3): 21-33. (in Thai).
21. Coleman P, Dhaif F, Oyeboode O. Food shortages, stockpiling and panic buying ahead of Brexit as reported by the British media: a mixed methods content analysis [Internet]. 2021 [Cited 2021 Apr 1]. Available from: <https://osf.io/preprints/socarxiv/vfqhn/>

บทความวิจัย

ผลของการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์
ในนักศึกษาพยาบาลศาสตร์: วิชาการรักษาโรคเบื้องต้น
Effects of Problem-Based Teaching Model through Electronic Media in
Nursing Students: Primary Medical Care Course

Received: May 13, 2021

Revised: Feb 24, 2022

Accepted: Mar 3, 2022

อรนุช ชูศรี ป.ด. (Orranuch Chusri, Ph.D.Nursing)¹ศรีสุดา วงศ์วิเศษกุล ค.ด. (Sresuda Wongwisukul, Ph.D.)²ณัฐรพี ใจงาม วทม. (Natrapee Jaingam,)³

บทคัดย่อ

บทนำ : การเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานเป็นวิธีการจัดการเรียนการสอนที่ทำให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ด้วยตนเอง และได้พัฒนาการคิดเชิงวิเคราะห์

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาผลของการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ที่มีผลต่อความสามารถด้านการคิดวิเคราะห์และความคิดเห็นของนักศึกษาต่อการเรียนการสอนผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ในรายวิชาการรักษาโรคเบื้องต้นของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งเชิงทดลอง โดยใช้รูปแบบกลุ่มเดียว ทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest Posttest Design) กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต ที่ลงทะเบียนเรียนวิชาการรักษาโรคเบื้องต้น ปีการศึกษา 2563 จำนวน 85 คน เรียนออนไลน์เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบวัดความสามารถด้านการคิดวิเคราะห์และแบบสอบถามความคิดเห็นของนักศึกษาเกี่ยวกับการเรียนการสอนผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบแพร์ที (Paired t-test)

ผลการวิจัย: 1. ภายหลังการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์มีคะแนนเฉลี่ยของความสามารถด้านการคิดวิเคราะห์สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -20.01, p = .00$) 2. นักศึกษามีความคิดเห็นต่อกิจกรรมการสอนผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์จากสถานการณ์ที่กำหนดให้กระตุ้นให้นักศึกษาใช้ความรู้เดิมหรือที่เคยเรียนมาในระดับมาก ($\text{mean} = 4.69, \text{SD} = 0.59$)

สรุปผลการวิจัย: ผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ สามารถเพิ่มความสามารถด้านการคิดวิเคราะห์ในนักศึกษาพยาบาลได้

ข้อเสนอแนะ: การจัดการเรียนรู้สำหรับการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐาน ประกอบด้วยกิจกรรมการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนาการเรียนรู้การคิดอย่างมีวิจารณญาณ ซึ่งนำไปสู่การเรียนรู้ตลอดชีวิต

คำสำคัญ: สื่ออิเล็กทรอนิกส์ การเรียนโดยใช้ปัญหาเป็นฐาน นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ การคิดวิเคราะห์

Abstract

Introduction: Problem-based learning (PBL) is a teaching method which allows learners to self-directed learning and develop critical thinking.

Research objectives: The study aimed to examine the effects of problem-based learning model using electronic media on the ability of analytical thinking and opinion among the 3rd year nursing students.

Research methodology: This quasi-experimental study used a one-group pretest and posttest design. Eighty-five nursing students from Faculty of Nursing Suan Dusit University participated in the study. All of them registered in Primary Medical Care (PMC) course. Students studied via the Internet for six weeks. Research instruments were the ability of analytical thinking test and questionnaire regarding opinions in the usage of electronic media-based teaching model. Data were analyzed using descriptive statistics, and T-test.

Results: 1. At follow-up, mean score of the ability of analytical thinking score was significantly higher than baseline ($t = -20.01, p = .00$). 2. The students' opinion towards teaching activities using electronic media, in which the situations given to encourage students to use their existing knowledge, was at a high level (mean= 4.69, SD = 0.59)

Conclusions: The results of the study showed that a problem-based learning model using electronic media can enhance the ability of analytical thinking in nursing students.

Implications: The learning management for PBL consisted of continuous learning activities to improve critical thinking leading to lifelong learning.

Keywords: electronic media, problem-based learning, nursing students, analytical thinking,

บทนำ

วิชาการรักษาโรคเบื้องต้นสำหรับนักศึกษาพยาบาล มีจุดมุ่งหมายรายวิชาเพื่อให้นักศึกษามีความรู้ ความเข้าใจในหลักการและวิธีการรักษาโรคเบื้องต้นตามขอบเขตของกฎหมายและจริยธรรมที่ควบคุมการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ โดยใช้กระบวนการประเมินสุขภาพ การซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อการวินิจฉัยแยกโรค ด้านอายุรกรรมและ ศัลยกรรม ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข หลักการรักษา ด้วยยาและการทำหัตถการทางศัลยกรรม เบื้องต้น การคัดกรอง และการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาที่เหมาะสม ประกอบกับ แผนการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2560-2579¹ มุ่งพัฒนาผู้เรียน

ทุกคนให้มีคุณลักษณะและทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 เช่น ทักษะด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณและทักษะในการแก้ปัญหา (critical thinking and problem solving) เพื่อให้ นักศึกษาพยาบาลสามารถประยุกต์ใช้ความรู้ที่ได้จากห้องเรียน ไปสู่การปฏิบัติในคลินิกได้ สำเร็จไปเป็นผู้ที่ทำงานโดยใช้ ความรู้ (knowledge worker) และเป็นผู้ที่พร้อมเรียนรู้ (learning person) ผู้สอนจึงต้องสร้างกระบวนการเรียนรู้ พัฒนาผู้เรียน การเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานเป็นวิธีการจัดการเรียนการสอนที่ทำให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ด้วยตนเอง และได้พัฒนากระบวนการคิดซึ่งสอดคล้องกับทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21²

การเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐาน (Problem-Based

Learning: PBL) เป็นการจัดการเรียนการสอน เชิงรุก (active learning) ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญอีกวิธีหนึ่งโดยมุ่งให้นักศึกษามีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนรู้ มีการจัดการเรียนการสอนเป็นกลุ่มย่อยจากโจทย์ปัญหาสถานการณ์ (scenario) ที่ใช้เป็นตัวกระตุ้นให้นักศึกษาร่วมกันคิด วิเคราะห์ และตั้งวัตถุประสงค์การเรียนรู้ด้วยตนเอง³ อาจารย์ประจำกลุ่มเป็นผู้คอยให้คำปรึกษา สนับสนุน ชี้แนวทาง และเอื้ออำนวยความสะดวกให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้ทั้งทางด้านเนื้อหาสาระและการพัฒนาทักษะ การสืบค้นข้อมูล การคิดวิเคราะห์ การรับฟัง การโต้แย้งอย่างมีเหตุผล การแก้ปัญหา การเป็นผู้นำ การสื่อสารข้อมูลที่เหมาะสม⁴ และมีศักยภาพในการเรียนรู้จากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย⁵ ด้วยการขึ้นนำตนเอง ซึ่งจะมีส่วนช่วยให้เกิดการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และทักษะในการแก้ปัญหา (critical thinking and problem solving) ได้เป็นอย่างดี แต่อย่างไรก็ตามก็ยังมีข้อจำกัดคือ ต้องใช้บุคลากรหรือผู้สอนจำนวนมากเพื่อให้ได้สัดส่วนกับผู้เรียน (1:8-10 คน) จึงต้องมีการบริหารจัดการที่ดี ซึ่งต้องมีการประสานงานและร่วมมือกันอย่างดีระหว่างภาควิชาและเวลาที่ใช้ รวมทั้งการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โควิด 19 (COVID-19) ส่งผลให้เกิดวิถีการดำเนินชีวิตแบบใหม่ (new normal) และในด้านการจัดการศึกษาแบบปกติใหม่ ที่สถาบันการศึกษาจะต้องนำรูปแบบการจัดการเรียนการสอนแบบออนไลน์มาใช้ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการเรียนการสอนเพื่อให้นักศึกษาทุกคนสามารถเข้าถึงการศึกษาออนไลน์ได้อย่างมีคุณภาพ ครูผู้สอนต้องมีการจัดให้มีระบบการควบคุมดูแลการจัดการเรียนการสอนให้เป็นไปตามมาตรฐาน

ปัจจุบันนี้เทคโนโลยีต่าง ๆ ได้มีการพัฒนาให้มีประสิทธิภาพมากในการสื่อสาร เช่น เว็บไซต์และแอปพลิเคชันต่าง ๆ บนอินเทอร์เน็ต คอมพิวเตอร์ หรือโปรแกรมสำเร็จรูปประเภทต่าง ๆ ซึ่งรวมทั้งรูปแบบการเรียนการสอนก็ได้รับการพัฒนาไปอย่างมากเช่นกัน ทั้งในด้านเทคนิคการสอน วิธีการสอน รูปแบบต่าง ๆ ที่ใช้ในการเรียนการสอนเพื่อก้าวทันยุคดิจิทัล สื่อการเรียนรู้ที่ทันสมัยซึ่งผู้เรียนสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้โดยตรง ในการศึกษาค้นคว้าให้เกิดความต่อเนื่องของการศึกษาเรียนรู้ด้วยตนเอง การใช้ Microsoft Team เป็นระบบหนึ่งที่เกิดขึ้นมาเพื่อการจัดการเรียนการสอนที่สามารถครอบคลุมกิจกรรมต่าง ๆ ที่พบในการดำเนินชั้นเรียน

ได้แก่ การจัดการและแจกเอกสาร การจัดการแผนการสอน การประกาศข่าวสาร การจัดการการบ้านและงานที่ได้รับมอบหมาย ฯลฯ ในขณะที่ผู้สอนเองสามารถตรวจงานที่มอบหมาย พร้อมให้ข้อเสนอแนะแบบเรียลไทม์ได้ ส่งเสริมการเรียนรู้แบบทำงานร่วมกันได้ทุกที่ทุกเวลา และทุกรูปแบบของเทคโนโลยีที่สามารถเชื่อมต่อระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ต⁶ ซึ่งน่าจะช่วยในการบริหารจัดการที่ดีในเรื่องอัตรากำลังและเวลาที่ใช้ รวมทั้งรักษามาตรการวันระยะทางทางสังคม

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต มีการจัดการเรียนการสอนที่เน้นการเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง จึงพัฒนาการเรียนการสอนในวิชาการรักษาโรคเบื้องต้นสำหรับนักศึกษาพยาบาลที่แต่เดิมมีการเรียนการสอนแบบบรรยายให้ความรู้ก่อน แล้วจึงให้วิเคราะห์โจทย์ปัญหา (lecture based learning) และจากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเรียนรู้และการคิดอย่างมีวิจารณญาณในการศึกษา 2562 ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1-4 จำนวน 250 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 20 ปี ส่วนใหญ่มีเกรดเฉลี่ยระหว่าง 3.00-3.50 มีทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณอยู่ในระดับปานกลางโดยเฉพาะในนักศึกษาชั้นปีที่ 2 จำนวน 118 คน เข้าร่วมการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จำนวน 72 คน มีค่ามัธยฐาน 213 คะแนน (พิสัยควอไทล์ 26) มีรูปแบบการเรียนแบบฟังพาและแบบอิสระ สรุปได้ว่าการเรียนการสอนด้วยการอภิปรายกลุ่ม แลกเปลี่ยนความคิด และการทำงานเป็นกลุ่มจะพัฒนาการคิดอย่างมีวิจารณญาณสำหรับนักศึกษาพยาบาลได้⁷ จึงศึกษานำร่องโดยการจัดการเรียนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานในกลุ่มโรคไข้ ไอ สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2562 จำนวน 48 คน ใช้เวลา 2 สัปดาห์ ๆ ละ 2 ชั่วโมง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนผลการเรียนรู้ด้านความสามารถในการคิดวิเคราะห์โดยภาพรวม ภายหลังการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐาน (mean = 19.92, SD = 2.05) สูงกว่าก่อนการทดลอง (mean = 15.92, SD = 2.18) ดังนั้นเพื่อเป็นการพัฒนาให้นักศึกษามีทักษะการคิดวิเคราะห์ที่นอกเหนือจากได้ความรู้แล้วยังได้วิธีหาความรู้และการใช้ความรู้แก้ปัญหา ผู้วิจัยในฐานะอาจารย์ผู้สอนจึงได้จัดทำโครงการวิจัยในชั้นเรียนเรื่อง การเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ประกอบด้วย MS Team, Zoom และระบบสารสนเทศของมหาวิทยาลัยที่มีต่อความ

สามารถในการคิดวิเคราะห์ ในรายวิชาการรักษาโรคเบื้องต้น ของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยสวนดุสิต เพื่อจะช่วย ในการเสริมสร้างความสามารถในการคิดวิเคราะห์ของนักศึกษา รวมทั้งปลูกฝังทักษะการทำงานเป็นทีม อีกทั้งยังช่วยส่งเสริม ให้นักศึกษาประยุกต์ใช้ทักษะและเชื่อมโยงองค์ความรู้นำไป ปฏิบัติการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพและการแก้ปัญหาใน อนาคตได้เป็นอย่างดี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ ปัญหาเป็นฐานผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ที่มีต่อความสามารถใน การคิดวิเคราะห์ ในรายวิชาการรักษาโรคเบื้องต้นของนักศึกษา พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

กรอบแนวคิดในการวิจัย

แนวคิดการจัดการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐาน ของ Norman และ Schmidt^๑ เน้นการเรียนรู้แบบ กลุ่มย่อย (small group) โดยใช้โจทย์สถานการณ์เป็น เครื่องมือในการอภิปรายโดยนำความรู้เดิมที่มีอยู่และ ต่อยอดความรู้ใหม่ที่เฉพาะเจาะจง ขั้นตอนการเรียนรู้มี 7 ขั้นตอนคือ การอธิบายคำศัพท์ยากหรือข้อความที่ไม่เข้าใจ (clarifying unfamiliar terms) การระบุปัญหา (problem definition) การระดมสมอง (brainstorm) การวิเคราะห์ ปัญหา (analyzing the problem) การสร้างประเด็นการ เรียนรู้ (formulating learning issues) การค้นคว้าหาความรู้

ด้วยการชี้นำตนเอง (self-directed learning) และการนำเสนอ ข้อมูลที่ศึกษาต่อกลุ่ม (reporting) นักศึกษาต้องมีส่วนร่วม ในกลุ่มย่อยของตนเอง ทำงานเป็นทีม และมีความรับผิดชอบ ต่อตนเองและกลุ่มด้วยความมุ่งมั่น ท่ามกลางการเรียนรู้ การใช้ปัญหาเป็นฐานจะช่วยเสริมสร้างทักษะทางปัญญา ทักษะการวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และการใช้ เทคโนโลยีสารสนเทศ จะส่งผลให้เกิดการเรียนรู้เชิงรุกในกลุ่ม นักศึกษาพยาบาลได้ ดังแผนภาพที่ 1

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งเชิงทดลอง โดยใช้ รูปแบบกลุ่มเดียว ทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest Posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง: ประชากร เป็นนักศึกษา พยาบาลศาสตร์ที่ลงทะเบียนเรียน ในรายวิชาการรักษาโรค เบื้องต้น ในปีการศึกษา 2563 จำนวน 118 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชากรทั้งหมด

เกณฑ์การยุติเข้าร่วมโครงการ (discontinuation criteria) นักศึกษาที่ขาดเรียนมากกว่าร้อยละ 20 หรือไม่ สามารถทำแบบประเมินความสามารถในการคิดวิเคราะห์ (pre-post test) ได้ครบทั้ง 3 สถานการณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. เอกสารประกอบการสอน ประกอบด้วยแนวทาง

การสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานในวิชาปฏิบัติการรักษาโรคเบื้องต้น
(สถานการณ์ที่ 1,2,3)

กลุ่มย่อย ครั้งที่ 1(Online)

1. การอธิบายคำศัพท์ยากหรือข้อความที่ไม่เข้าใจ
(Clarifying Unfamiliar Terms)
2. การระบุปัญหา (Problem Definition)
3. การระดมสมอง (Brainstorm)
4. การวิเคราะห์ปัญหา (Analyzing the Problem)
5. การสร้างประเด็นการเรียนรู้ (Formulating Learning Issues)
6. การค้นคว้าหาความรู้ด้วยการชี้นำตนเอง (Self-directed Learning)

กลุ่มย่อย ครั้งที่ 2(Online)

7. การนำเสนอข้อมูลที่ศึกษาต่อกลุ่ม (Reporting)

ความสามารถในการคิด
วิเคราะห์

การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง ตามโจทย์สถานการณ์ เรื่องที่ 1 กลุ่มโรคที่ทำให้เกิดการไข้ ไอ เวียนศีรษะ เจ็บหน้าอก เรื่องที่ 2 กลุ่มโรคที่ทำให้เกิดการปวด บวม ท้องเสีย และ คีซ่าน เรื่องที่ 3 กลุ่มโรคที่ทำให้เกิดการตามัว ตาแดง ปวดตา คอโต และหูด โดยผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ ด้านการรักษาโรคเบื้องต้น 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ ด้านการวัดและประเมินผล 2 ท่าน นำมาหาค่าดัชนีความ ตรงเชิงเนื้อหา (Item – Objective Congruence : IOC) เท่ากับ 0.79 โดยร่วมกับการใช้คำถามปลายเปิดที่พัฒนา โดย Thongmeekhaun, Kitrunroj และ Chunpradub¹⁰ จำนวน 7 ข้อ มีคำถาม คือ 1) ผู้ป่วยรายนี้น่าจะเป็นโรคอะไร ได้บ้าง เพราะเหตุใด 2) ท่านจะซักประวัติการเจ็บป่วย ผู้ป่วยรายนี้อย่างไรบ้าง เพราะเหตุใด 3) ท่านจะตรวจร่างกาย ผู้ป่วยรายนี้ในเรื่องใดบ้าง เพราะเหตุใด 4) ท่านจะวินิจฉัย แยกโรคใดในผู้ป่วยรายนี้ เพราะเหตุใด 5) ท่านจะตรวจ ทางห้องปฏิบัติการเรื่องใดบ้าง เพราะเหตุใด 6) ท่านจะวินิจฉัย โรคผู้ป่วยรายนี้เป็นโรคใด เพราะเหตุใด และ 7) ท่านให้ การรักษาและการพยาบาลผู้ป่วยรายนี้อย่างไร เพราะเหตุใด

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ และ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน

2. แบบวัดความสามารถในการคิดวิเคราะห์ เป็นแบบทดสอบคู่ขนานกัน สำหรับวัดผลก่อนเรียน (จำนวน 30 ข้อ) และหลังเรียน (จำนวน 30 ข้อ) ซึ่งแต่ละสถานการณ์ มี 10 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามจากโจทย์สถานการณ์ให้ วิเคราะห์ ข้อคำถามพัฒนามาจาก Thongmeekhaun, Kitrunroj และ Chunpradub¹⁰ เพื่อวัดผลการเรียนรู้ ระดับรู้-จำ จำนวน 12 ข้อ เข้าใจ จำนวน 26 ข้อ และการ นำไปใช้ จำนวน 22 ข้อ เป็นลักษณะเลือกตอบ 4 ตัวเลือก ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน และนำมาวิเคราะห์ หาค่าความเที่ยงโดยค่า KR20 เท่ากับ 0.72-0.80⁹ การศึกษา ครั้งนี้มีค่า KR20 ทั้งฉบับเท่ากับ 0.85 การแปลผลคิดเป็น ร้อยละ และแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 50 เท่ากับ ต่ำ ร้อยละ 51-59 เท่ากับ ปานกลาง และมากกว่า ร้อยละ 60 เท่ากับ สูง

3. แบบสอบถามความคิดเห็นของนักศึกษาต่อ

การจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานประกอบด้วย

1) โจทย์ปัญหากระตุ้นให้นักศึกษาใช้ความรู้เดิมหรือที่เคยเรียน มา 2) โจทย์ปัญหาช่วยนำไปสู่การตั้งวัตถุประสงค์การเรียนรู้ ตามวัตถุประสงค์ของบทเรียน 3) โจทย์ปัญหามีประเด็นที่ กระตุ้นให้กลุ่มอภิปรายและแสดงความคิดเห็น 4) การมี ปฏิสัมพันธ์แบบเผชิญหน้าผ่านการ conference/meeting ได้แก่ Meeting, Video Conference, Whiteboard, Presentation และ 5) ส่งเสริมทักษะความร่วมมือทางสังคม มีมาตรการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (rating scale) โดยมีเกณฑ์การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบดังนี้ 5 หมายถึง ดีมาก 4 หมายถึง ดี 3 หมายถึง ปานกลาง 2 หมายถึง พอใช้ 1 หมายถึง ควรปรับปรุง ได้ค่า IOC = 0.85⁹ การแปลผลแบ่งเป็น 4 ระดับ จากคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ คะแนน เฉลี่ยมากกว่าเท่ากับ 4.50 เท่ากับ ระดับมากที่สุด คะแนน เฉลี่ย 3.50-4.49 เท่ากับ ระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 เท่ากับ ระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่า 2.5 เท่ากับ ระดับน้อย การศึกษาครั้งนี้มีค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์ของแอลฟา (Cronbach's alpha) ของ ครอนบาค เท่ากับ 0.89

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการขออนุญาตการทำวิจัยในมนุษย์ ผ่าน คณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัย สอนดุสิต เลขที่ SDU-RDI2021-001 วันที่ออกเอกสาร 1 มีนาคม พ.ศ. 2564 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลพร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบสิทธิ ของกลุ่มตัวอย่างในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถือเป็นความ ลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการใช้การเรียนการสอนผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ที่พัฒนาขึ้น ใน <http://wbsc.dusit.ac.th> และ <https://teams.microsoft.com/>

1. ปฐมนิเทศผู้เรียนแจ้งวัตถุประสงค์ในการจัดการ เรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐานผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ให้ กลุ่มตัวอย่างรับทราบและเข้าร่วมในการศึกษาในวิชาการรักษา โรคเบื้องต้น ผู้เรียนฝึกปฏิบัติและทดลองใช้เครื่องมือจากคู่มือ

การใช้งานการเรียนการสอนออนไลน์ เป็นเครื่องมือสำหรับการติดต่อสื่อสารผ่าน MS Team ที่มีฟังก์ชันของการทำงาน เช่น การสนทนา (conversation) การโทรด้วยเสียง (call) การโทรด้วยภาพและเสียง (video call) การแชร์ไฟล์นำเสนอ หรือหน้าจอ การนัดหมายการประชุม (meeting) การจัดการ files, การมอบหมายงาน (assignments) และฟังก์ชันการทำงานต่าง ๆ ของ Office 365 ที่รวมมาให้ใช้งาน ผู้เรียนทั้งหมด 118 คน แบ่งเป็น 2 ห้อง แต่ละห้องแบ่งกลุ่มผู้เรียน เป็น 5 กลุ่ม โดยจัดตามเลขที่ กลุ่มละ 10-12 คน ต่อ อาจารย์ 1 คน

2. ดำเนินการตามขั้นตอน การเรียนการสอนแบบ PBL มีทั้งหมด 7 ขั้นตอน (online) ในสัปดาห์แรก จำนวน 2 ชั่วโมง โดยจะเริ่มการเรียนการสอน PBL ในขั้นตอนที่ 1-5 ให้นักศึกษาแต่ละกลุ่มทำความเข้าใจคำศัพท์ และข้อความของปัญหาให้ชัดเจน ระบุปัญหาหรือข้อมูลสำคัญ ระดมสมองช่วยกันคิด วิเคราะห์ปัญหาจากกรณีศึกษา และกำหนดวัตถุประสงค์การเรียนรู้ โดยผู้สอนเฝ้าสังเกตการณ์การทำงานภายในกลุ่ม แล้วให้ผู้เรียน กลับไปศึกษาเรียนรู้ด้วยตนเอง เพื่อบรรยายงานผลในขั้นตอนที่ 7 ซึ่งเป็นขั้นตอนสุดท้าย ในสัปดาห์ที่ 2 ของคาบเรียนต่อไป จำนวน 2 ชั่วโมง

3. วัดความสามารถในการคิดวิเคราะห์จากสถานการณ์ตามที่กำหนด คำถามในการถามพัฒนามาจาก Thongmeekhaun, Kitrungrroj และ Chunpradub¹⁰ ผู้สอนเป็นผู้นำเข้าแบบวัดฯ และประเมินผลในระบบทั้งสารสนเทศของมหาวิทยาลัย (WBSC) MS Team ให้ผู้เรียนทำแบบวัดความสามารถด้านการคิดวิเคราะห์เพื่อประเมินผลการเตรียมความรู้ก่อนเรียน (MS Form) ใช้เวลา 10 นาที ในระยะเวลา

ก่อนเริ่ม

4. เมื่อสิ้นสุดการเรียนการสอนในแต่ละสถานการณ์ ผู้สอนเป็นผู้ประเมินกระบวนการกลุ่ม จำนวน 3 สถานการณ์ รวม 6 ครั้ง

5. เมื่อสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรม วัดความสามารถในการคิดวิเคราะห์เพื่อประเมินผลหลังเรียน (MS Form) ใช้เวลา 10 นาที หลังสิ้นสุดชั่วโมงเรียน

6. ผู้สอนนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ แล้วสรุปสาระสำคัญ (wrap up) 2 ชั่วโมง

การวิเคราะห์ข้อมูล: วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและเปรียบเทียบความสามารถในการคิดวิเคราะห์ด้วย paired t-test

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 118 คน หลังสิ้นสุดโครงการวิจัยเหลือกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 85 คน เนื่องจากไม่สามารถทำแบบวัดความสามารถด้านการคิดวิเคราะห์ในระยีก่อน-หลังการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐานผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ครบทั้ง 3 สถานการณ์ (ร้อยละ 72) จากตารางที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 90.59 อายุระหว่าง 19-21 ปี ร้อยละ 90.59 มีระดับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (GPA) ระดับดี (GPA=3.00-3.5) ร้อยละ 70.59

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง อายุ (n=85)

เพศ	จำนวน	ร้อยละ		จำนวน	ร้อยละ
ชาย	8	9.41	หญิง	77	90.59
อายุ mean=20.25, SD=1.8					
อายุ 19-21 ปี	77	90.59	อายุ >21 ปี	8	9.41
ระดับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (GPA)					
GPA < 3.00	17	20	GPA 3.00-3.5	60	70.59
GPA > 3.5	8	9.41			

ส่วนที่ 2 คะแนนความสามารถด้านการคิดวิเคราะห์ในรายวิชาการรักษาโรคเบื้องต้น

ผลจากการวิจัยพบว่าภายในกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความสามารถด้านการคิดวิเคราะห์ ในสถานการณ์ที่ 1 ก่อนการทดลองเท่ากับ 4.64 (SD = 1.12) หลังการทดลองมีเท่ากับ 5.94 (SD = 0.93) สถานการณ์ที่ 2 ก่อนการทดลองเท่ากับ 4.46 (SD = 0.98) หลังการทดลองเท่ากับ 6.74 (SD = 1.63) สถานการณ์ที่ 3 ก่อนการทดลองเท่ากับ 4.43 (SD = 1.14) หลังการทดลองเท่ากับ 7.39 (SD = 1.04) เมื่อพิจารณาเฉพาะข้อสอบด้านการนำไปใช้พบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 5.68 (SD = 1.36) หลังการทดลองเท่ากับ 7.76 (SD = 1.20) ดังตารางที่ 2

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความสามารถด้านการคิดวิเคราะห์ โดยรวมก่อนการทดลองผ่านเกณฑ์ที่กำหนดใน

ระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 50) จำนวน 53 คน คิดเป็นร้อยละ 62.40 ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดระดับสูง (มากกว่าร้อยละ 60) จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 2.40 และพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับคะแนนผ่านเกณฑ์ที่กำหนดระดับสูง (มากกว่าร้อยละ 60) ถึงร้อยละ 89.40

การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความสามารถด้านการคิดวิเคราะห์ในรายวิชาการรักษาโรคเบื้องต้น

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถด้านการคิดวิเคราะห์ในรายวิชาการรักษาโรคเบื้องต้นในระยะก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติแพร์ทีเทส (Paired t-test) จากตารางที่ 4 ผลการวิจัยพบว่า สถานการณ์ 1 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถด้านการคิดวิเคราะห์หลังการ

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความสามารถด้านการคิดวิเคราะห์ในรายวิชาการรักษาโรคเบื้องต้น ในระยะก่อนและหลังการทดลอง (n=85)

	ก่อนทดลอง				หลังทดลอง			
	possible range	actual range	mean	SD	possible range	actual range	mean	SD
สถานการณ์ 1	0-10	2-7	4.64	1.12	0-10	4-9	5.94	0.93
สถานการณ์ 2	0-10	2-7	4.46	0.98	0-10	6-9	6.74	1.63
สถานการณ์ 3	0-10	3-8	4.43	1.14	0-10	5-10	7.39	1.04
รวม	0-30	9-19	13.54	2.08	0-30	16-24	20.07	2.06
การนำไปใช้	0-10	3-8	5.68	1.36	0-10	5-10	7.76	1.20

ตารางที่ 3 จำนวนนักศึกษาจำแนกตามระดับคะแนนความสามารถด้านการคิดวิเคราะห์โดยรวม (n=85)

ระดับคะแนน	Pre-Test (30 คะแนน)		Post-Test (30 คะแนน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (<ร้อยละ 50)	53	62.40	-	-
ระดับปานกลาง (ร้อยละ 50-59)	30	35.30	9	10.60
ระดับสูง (>ร้อยละ 60)	2	2.40	76	89.40
รวม	85	100	85	100

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถด้านการคิดวิเคราะห์ในระยะก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test (n = 85)

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		mean different	t	df	p-value
	mean	SD	mean	SD				
สถานการณ์ที่ 1	4.64	1.12	5.94	0.93	-1.29	-8.03	84	.00
สถานการณ์ที่ 2	4.46	0.98	6.74	1.63	-2.28	-11.38	84	.00
สถานการณ์ที่ 3	4.43	1.14	7.39	1.04	-2.96	-16.12	84	.00
รวม	13.54	2.08	20.07	2.06	-6.54	-20.01	84	.00

ทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยมีค่าเฉลี่ยหลังการทดลองเท่ากับ 5.94 (mean different = -1.29) สถานการณ์ 2 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลอง 6.74 (mean different = -2.28) สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สถานการณ์ 3 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลอง 7.39 (mean different = -2.96) สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ค่าเฉลี่ยโดยรวมหลังการทดลอง 20.07 (mean different = -6.54)

ด้านความคิดเห็นของนักศึกษาต่อสถานการณ์ในการเรียนการสอน พบว่าสถานการณ์สามารถกระตุ้นให้นักศึกษาใช้ความรู้เดิมหรือที่เคยเรียนมามีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 4.69 (SD = 0.59) และมีปฏิสัมพันธ์แบบเผชิญหน้าผ่านการ conference/meeting ได้แก่ Whiteboard, Presentation มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.64 (SD = 0.61) และสถานการณ์ที่กำหนดให้ มีประเด็นที่กระตุ้นให้กลุ่มอภิปรายและแสดงความคิดเห็นมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.56 (SD = 0.59)

อภิปรายผล

นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 ส่วนใหญ่ เพศ หญิง (ร้อยละ 90.59) มีอายุ 19-21 ปี (ร้อยละ 90.59) มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (GPA = 3.00-3.5) ในระดับดี (ร้อยละ 70.59) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการคิดวิเคราะห์ในสถานการณ์ โดยรวมพบว่าหลังเรียน (mean = 20.07, SD = 2.06) มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนเรียน (mean = 13.54, SD = 2.08) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($p < .05$) อธิบายได้ว่า การเรียนรู้แบบกลุ่มย่อย โดยใช้โจทย์สถานการณ์ร่วมกับคำถามปลายเปิด เป็นเครื่องมือในการอภิปราย โดยนำความรู้เดิมด้านการพยาบาลที่มีอยู่และต่อยอดความรู้ใหม่ที่เฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์ที่กำหนดด้วย 7 ขั้นตอนของ PBL⁸ บนเครือข่ายที่สามารถมีปฏิสัมพันธ์ทางการเรียนระหว่างผู้เรียน เนื้อหา และผู้สอนมีผลต่อความสนใจของผู้เรียนที่ต้องการศึกษาล่วงหน้าตามแนวทางการศึกษาด้วยตนเองในเอกสารประกอบการสอน มีความสามารถในการใช้เทคโนโลยีใหม่ ๆ ในการสืบค้นข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ เช่น ฐานข้อมูลต่าง ๆ ที่มหาวิทยาลัยจัดให้บริการ รวมทั้งหนังสือที่เข้าอ่านออนไลน์ได้ และจาก web site ต่าง ๆ ที่ในกลุ่มของผู้เรียนได้มีการแบ่งหน้าที่ ความรับผิดชอบในประเด็นที่ต้องค้นคว้าและนำข้อมูลที่ได้พร้อมหลักฐานอ้างอิง มาเรียนรู้ร่วมกันในกลุ่มเพื่อนมากกว่าจากครูเพียงอย่างเดียว ผู้เรียนต้องรับผิดชอบในการแสวงหาความรู้ที่มีความเข้าใจสมบูรณ์ยิ่งขึ้น⁴ ผู้สอนเป็นผู้ให้คำปรึกษา เตรียมสิ่งแวดล้อมให้มีความเหมาะสมในการเรียนรู้และกระตุ้นให้มีการอภิปรายเพื่อเกิดการเรียนรู้ร่วมกัน¹¹ ช่วยให้ผู้เรียนค้นคว้าหาความรู้ได้อย่างมีหลักการและเหตุผล และการมีส่วนร่วมในกระบวนการกลุ่มและการสนทนาออนไลน์ก็สามารถส่งเสริมการคิดวิเคราะห์ได้เป็นอย่างดี¹²⁻¹³ กลยุทธ์ PBL มีประสิทธิภาพมากขึ้นได้จากการใช้เครื่องมือออนไลน์ (Whiteboard ห้อง Meeting ห้อง Video Conference และห้อง Presentation) โดยผู้เรียนเป็นผู้ลงมือปฏิบัติในกิจกรรมการเรียนการสอนต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง มีการแก้ปัญหา มีความรับผิดชอบ นำเสนองานที่ได้รับมอบหมายจากกลุ่ม ผู้สอนต้องประเมินเมื่อสิ้นสุดการเรียนการสอนทุกครั้งโดยเฉพาะกระบวนการกลุ่ม (group processing)

จะทำให้ผู้เรียนมีความกระตือรือร้นในการเรียนและที่สำคัญ การเรียนผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ มีความสะดวกและเหมาะสมกับบุคคลที่อยู่คนละที่กัน เช่นเดียวกับที่ Plachai และ Phengpinyo¹⁴ พัฒนาสื่อบทเรียนออนไลน์ mobile learning ที่ทำให้ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนสูงขึ้น สอดคล้องกับ Suttisakda¹⁵ ที่ใช้บทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอน ส่วน Hussin และคณะ¹⁶ พบว่า PBL ในการเรียนการสอนออนไลน์เป็นกลยุทธ์การสอนที่ดีในการเสริมสร้างทักษะ การคิดวิเคราะห์ของผู้เรียนรวมถึงการใช้สภาพแวดล้อม การเรียนรู้เสมือนจริง นอกจากนี้ยังพบว่าลดช่องว่างในช่องทางการสื่อสารระหว่างผู้เรียนและผู้สอนลง เนื่องจากการเป็น สื่อสารที่ง่ายและไม่เป็นทางการ¹⁷ จึงกล่าวได้ว่าสภาพแวดล้อม ของการเรียนออนไลน์มีอิทธิพลในเชิงบวกต่อการเรียนรู้¹⁸ นอกจากนี้ Swart¹³ ศึกษาเปรียบเทียบกับ การเรียนในชั้นเรียนก็พบว่า มีการพัฒนาการคิดวิเคราะห์จากการใช้เทคโนโลยี ต่าง ๆ ในการสืบค้นข้อมูลต่าง ๆ ด้วยตนเอง ใช้เหตุผลในการคิด วิเคราะห์และตัดสินใจเลือกแนวทางในการแก้ไขปัญหาจาก สถานการณ์ที่กำหนดให้เชื่อมโยงกับความรู้เดิมที่มีอยู่¹⁹ กับความรู้ใหม่ที่ได้รับจากแหล่งเรียนรู้ที่มีอยู่หลากหลายจาก อินเทอร์เน็ตผ่านสมาร์ตโฟน คอมพิวเตอร์ ที่ทุกคนมีในครอบ ครองและนำมาสนับสนุนการตัดสินใจที่เหมาะสมกับสถานการณ์ และบริบททางสุขภาพ ทำให้เกิดทักษะการเรียนรู้ตลอดชีวิต (life-long learning) พัฒนาความสามารถในการทำงานเป็น ทีม มีการเตรียมการที่ดีขึ้นสำหรับกระบวนการกลุ่ม²⁰ รวมทั้ง การตั้งคำถามในการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐานมีอิทธิพลต่อ การคิดอย่างมีวิจารณญาณและประสิทธิผลในการเรียนรู้ใน ระดับสูง²¹ รวมทั้งปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สอนและผู้เรียน²² อย่างไรก็ตามไม่มีผลต่อคะแนนความรู้ด้านเนื้อหา แต่มีผล อย่างมากในการเพิ่มทักษะการคิดวิเคราะห์²³ และผู้เรียนมี ความพึงพอใจ เพราะ pocket pc มีความสามารถในการบันทึก และการอ้างอิงตามความเหมาะสมอย่างดี ไม่ต้องเสียเวลา นอกจากนี้ก็มีข้อจำกัดของค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการใช้อินเทอร์เน็ต และอุปกรณ์สื่อสาร

ความคิดเห็นของนักศึกษาต่อทั้ง 3 สถานการณ์ ในรูปแบบการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐาน ผ่านสื่อ อิเล็กทรอนิกส์ พบว่ากระตุ้นให้นักศึกษาใช้ความรู้เดิมหรือที่เคย เรียนมา มีประเด็นที่กระตุ้นให้กลุ่มอภิปรายและแสดงความคิดเห็น สถานการณ์ที่น่าสนใจและน่าติดตาม นอกจากนี้นักศึกษามี

ความเห็นว่าได้พัฒนาทักษะทางปัญญาจากการได้ฝึกการคิด วิเคราะห์ในการวินิจฉัยโรค ตั้งแต่ในรายวิชาการประเมินภาวะ สุขภาพ เชื่อมโยงไปยังการใช้อย่างสมเหตุผลในการรักษา เบื้องต้น รวมไปถึง คำแนะนำต่าง ๆ สำหรับผู้ป่วยและครอบครัว การจัดกิจกรรมการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลักมีประโยชน์ ทำให้มีความรู้ละเอียดและลึกมากขึ้น เกิดความรู้ใหม่และช่วย กระตุ้นการเรียนรู้ที่ดีมาก²⁴ จากผลการวิจัยดังกล่าวการเรียนรู้ ที่ผู้เรียนสามารถเรียนรู้สืบค้นวิชาความรู้ต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง โดยไม่มีขีดจำกัด เรื่องระยะทาง เวลา และสถานที่อีกทั้งยัง สนองตอบต่อศักยภาพและความสามารถของผู้เรียนได้เป็น อย่างดีช่วยเพิ่มประสิทธิภาพทางการเรียนการสอนและสื่อ อิเล็กทรอนิกส์บนเครือข่ายข้อมูล มีการปรับปรุง ตลอดเวลาจึง มีความทันสมัย

การนำผลการวิจัยไปใช้ในการเรียนการสอน

1. ควรมีการส่งเสริมให้มีการสอนโดยใช้ปัญหาเป็น ฐานผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์โดยปรับปรุงหรือประยุกต์รูปแบบให้ เหมาะสมกับเนื้อหาในรายวิชาอื่น ๆ เช่น การพยาบาลผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุ หรือการพยาบาลมารดา ทารก และมีการเตรียม ความพร้อมของทักษะที่ผู้สอนและผู้เรียนจะต้องมีการรู้เท่าทัน เทคโนโลยี (technology literacy)

2. ควรพัฒนาระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ตและระบบ บริหารการศึกษาที่ต้องมีการจัดการเว็บไซต์ให้มีความเสถียรใน การใช้งานและมีความหลากหลายของหนังสือออนไลน์ทั้งภาษา ไทยและภาษาอังกฤษเพื่ออำนวยความสะดวกในการสืบค้น ข้อมูล

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรมีการใช้รูปแบบการวิจัยการสอนโดยใช้ ปัญหาเป็นฐานผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์แบบมีกลุ่มควบคุม

2. ควรมีการศึกษารูปแบบการสอนของผู้สอน รูปแบบการเรียนรู้ของผู้เรียนเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนา รูปแบบการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานได้อย่างเป็น ระบบ

3. ควรมีการศึกษผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนออนไลน์ โดยวิธีการสอนอื่น ๆ อาทิเช่น การเรียนโดยใช้เกมเป็นฐาน การเรียนแบบโครงงาน เป็นต้น

References

1. Office of the Education Council. National education plan 2017-2036 [Internet]. 2018 [cited 2021 Mar 27]. Available from: <http://www.onec.go.th/1540-file.pdf>.
2. Panich V. Building professional learning for the 21st century skills. Bangkok: Tathata Publication; 2012. (In Thai)
3. Savery JR. Overview of problem-based learning: Definitions and distinctions. The Interdisciplinary Journal of Problem-based Learning 2006;1(1): 8-20.
4. Ates O, Eryilmaz A. Factors affecting performance of tutors during problem-based learning implementations. Procedia-Social and Behavioral Sciences 2010;2(2):2325-9.
5. William SM., Beattie HJ. Problem based learning in clinical setting – A systematic review. Nursing Education Today 2008; 28: 146-154.
6. Phongphaew N, Jiamsanguanwong A, editors. Usability evaluation on learning management system. International Conference on Applied Human Factors and Ergonomics. Springer; 2017.
7. Chusri O, Jaingam N, Marapen R, Wongwisetkul S, Jermrod P, Chonmasuk J. The relationships between learning styles, critical thinking disposition and academic achievement in nursing students. NJPH 2021;30(2):105-115.
8. Norman GR., Schmidt HG. Effectiveness of problem-based learning curricula: theory, practice and paper darts. Medical Education 2000; 34:721–728.
9. Chusri O, Jaingam N, Marapen R, Wongwisetkul S, Jermrod P, Chonmasuk J. The effects of teaching model of problem-based learning on analytical thinking ability in 3rd year nursing students: Suan Dusit University 2020. (Non Publication)
10. Thongmeekhaun T, Kitrungraj T, Chunpradub P. The Effect of seminar teaching method on learning achievement of participants of the Nursing Specialty in Nurse Practitioner (Primary Medical Care) Program for the topic of the primary medical care of patients with dyspnea syndrome. Nursing Journal of The Ministry of Public Health 2016; 25(3):132-143.
11. Race P, Brown S, Smith B. 500 tips on assessment. 2nd ed. London: Routledge; 2005.
12. Rusdi SH, Umar IN. Students' levels of critical thinking, supportive behaviors and types of questions in an online forum learning environment. Procedia-Social and Behavioral Sciences 2015;197:1752-8.
13. Swart R. Critical thinking instruction and technology enhanced learning from the student perspective: A mixed methods research study. Nurse Education in Practice 2017; 23:30-9.
14. Plachai W, & Phengpinyo W. The development online lessons mobile learning using problem-based learning with collaborative learning techniques about website programming for grade 12 students of SRIPRACHAN "METHIPRAMUK" school. Journal for social sciences research 2019;10(1):186-200.

15. Suttisakda N. The comparison of academic achievements for a subject on webpage writing by Prathom 6 students with the use of Computer-Assisted Instruction and Regular Learning. HAT YAI university 2010; 368-79. (in Thai).
16. Hussin W, Harun J, Shukor NA. Problem based learning to enhance students critical thinking skill via online tools. *Asian Social Science* 2019;15(1):14-23.
17. Phungsuk R, Viriyavejakul C, Ratanaolarn T. Development of a problem-based learning model via a virtual learning environment. *Kasetsart Journal of Social Sciences* 2017;38(3):297-306.
18. Gündüz AY, Alemdag E, Yasar S, Erdem M. Design of a Problem-Based online learning environment and evaluation of its effectiveness. *Turkish Online Journal of Educational Technology-TOJET* 2016;15(3):49-57.
19. Sirisupluxana P. Teaching nursing students to develop critical thinking skills. *The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima* 2013;19(2):5-19. (In Thai)
20. Clark CM, Ahten SM, Macy R. Using problem-based learning scenarios to prepare nursing students to address incivility. *Clinical Simulation in Nursing* 2013;9(3):e75-e83.
21. Merisier S, Larue C, Boyer L. How does questioning influence nursing students' clinical reasoning in problem-based learning? A scoping review. *Nurse education today* 2018;65:108-15.
22. Choi H. A problem-based learning trial on the Internet involving undergraduate nursing students. *J Nurs Educ* 2003;42(8):359-63.
23. Şendağ S, Odabaşı HF. Effects of an online problem-based learning course on content knowledge acquisition and critical thinking skills. *Computers & Education* 2009;53(1):132-41.
24. Dhabdhimsri V, Naiyapatana O. Enhancing thinking process skills in adults nursing using problem-based learning. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok* 2017;33(1): 104-114. (in Thai)

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดตามแนวความคิดการปรับความคิดและพฤติกรรม
ร่วมกับการฝึกสมาธิบำบัดต่อความเครียดในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3
ที่เรียนวิชาการสร้างเสริมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

The Effects of Group Cognitive Behavioral Therapy Program combined with
Meditation on Stress among the Third Year Nursing Students Studying in
Mental Health Promotion and Psychiatric Nursing Subject (Course)
at Faculty of Nursing, Suan Dusit University

Received: Feb 28, 2020

Revised: May 20, 2020

Accepted: Jun 8, 2020

อันธิมา สายบุญศรี พย.ม. (Unticha Saiboonsri, M.N.S.)¹

ศิริพร นันทเสนีย์ พย.ม. (Siriporn Nantasenee, M.N.S.)²

อริยา ดีประเสริฐ พย.ม. (Ariya Deeprasert, M.N.S.)³

บทคัดย่อ

บทนำ: การจัดการความเครียดที่เหมาะสมของนักศึกษาพยาบาลจะช่วยส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลมีสุขภาพจิตที่ดี สามารถปรับตัวกับการเรียนรู้และการใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุข

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดตามแนวความคิดการปรับความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกสมาธิบำบัดต่อความเครียดในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ชนิดกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2562 จำนวน 42 คน ที่ลงทะเบียนเรียนวิชาการสร้างเสริมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ 1) โปรแกรมกลุ่มบำบัดตามแนวความคิดการปรับความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกสมาธิบำบัด 6 สัปดาห์ 2) แบบประเมินความเครียดของโรงพยาบาลสวนปรุง (SPST-20) เก็บรวบรวมข้อมูล 20 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความเครียดของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ paired sample t-test

ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

¹Corresponding author, อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต, E-mail: unticha055@gmail.com

²อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต, E-mail: siriporn_nan@dusit.ac.th

³อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต, E-mail: deeariya@gmail.com

Faculty of Nursing, Suan Dusit University, Bangkok, Thailand

ผลการวิจัย: คะแนนความเครียดของกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกสมาธิบำบัด ก่อนเข้ารับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ย 57.06 ± 13.36 หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ทันที มีค่าเฉลี่ย 53.44 ± 12.80 และหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ เดือนที่ 3 มีค่าเฉลี่ย 40.60 ± 11.45 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความเครียดของกลุ่มตัวอย่างทางสถิติ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดหลังเข้ารับโปรแกรมฯ เดือนที่ 3 ต่ำกว่าก่อนเข้ารับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สรุปผล: โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกสมาธิบำบัด ช่วยลดความเครียดของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ที่เรียนวิชาการสร้างเสริมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชได้

ข้อเสนอแนะ: โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกสมาธิบำบัด เป็นวิธีหนึ่งที่เหมาะสมในการจัดการความเครียดของนักศึกษาพยาบาล และสามารถนำไปปรับใช้ในรายวิชาอื่น ๆ ได้

คำสำคัญ: ความเครียด การบำบัดตามแนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรม สมาธิบำบัด SKT 1

Abstract

Introduction: The optimal strategies of stress management among nursing students will improve their mental health as well as enhance adaptive skills to promote happiness related to learning and living.

Research objectives: To examine the effects of Group Cognitive Behavioral Therapy Program combined with Meditation on stress among the third year nursing students studying in Mental Health Promotion and Psychiatric nursing subject (course) at Faculty of Nursing, Suan Dusit University.

Research methodology: This study employed a one-group pretest–posttest quasi-experimental design. Sample was the third-year nursing students, Faculty of Nursing, Suan Dusit University on second-Semester of Academic Year 2019. A simple random sampling method was used to recruit 42 nursing students who enrolled in Mental Health Promotion and Psychiatric nursing subject (course) into the study. Two experimental tools were used as the following. The first was a group therapy program based on the concepts of cognitive behavioral modification and meditation therapy. This consisted of 6 treatment sessions. The second was Stress Assessment Form of Suan-Prung Hospital (SPST-20). Data were collected over 20 weeks. Personal data were analyzed using descriptive statistics. In the experimental group, differences in stress scores at baseline and follow-up were analyzed using paired sample t-test.

Results: At follow-up, average stress score before admission to the cognitive behavioral program with immediate meditation therapy for nursing was 57.06 ± 13.36 . An average stress score after entering program immediately was 53.44 ± 12.80 . And after third month of the program, average stress score was 40.60 ± 11.45 . Comparing the differences of stress scores among the participants,

the results showed that the average stress scores at 3 month follow-up were statistically significant lower than at baseline ($p < .05$).

Conclusions: Cognitive Behavioral Therapy Program combined with Meditation decreases stress among the third year nursing students studying in Mental Health Promotion and Psychiatric nursing subject (course).

Implications: Cognitive Behavioral Therapy Program combined with Meditation is a suitable method to manage stress and can be applied to other courses.

Keywords: stress, cognitive behavioral therapy, meditation technique SKT

บทนำ

ความเครียดเป็นปฏิกิริยาของร่างกายที่เกิดขึ้นเมื่อมีภาวะกดดันจากสิ่งเร้าภายในและภายนอกมากระทบ ส่งผลให้ร่างกายเกิดปฏิกิริยาตอบโต้ เมื่อเกิดความเครียดขึ้น จะเกิดการเปลี่ยนแปลงที่ทำให้ร่างกายต้องปรับตัวเพื่อต่อต้านการคุกคามนั้น ความเครียดเป็นลักษณะของปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่เน้นความเครียดทางจิตใจ (psychological stress)¹ เป็นความสัมพันธ์โดยเฉพาะระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่ได้รับการประเมินโดยบุคคลว่ามากระทบหรือมีจำนวนมากกว่าทรัพยากรที่เขามีอยู่ และจะทำให้เกิดอันตรายต่อความเป็นอยู่ที่ดี²

การจัดการเรียนการสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยสวนดุสิต เป็นการเรียนการสอนที่ประกอบด้วย การเรียนภาคทฤษฎี ภาคทดลอง และภาคปฏิบัติ จากการเรียนที่เข้มข้นและมีการฝึกปฏิบัติงานท่ามกลางความกดดันและความหวังจากครอบครัวและบุคคลอื่น นักศึกษาพยาบาลจึงต้องมีความรับผิดชอบสูงทั้งต่อตนเองและบุคคลอื่น ส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลมีความเครียดมากกว่านักศึกษาสาขาอื่น ๆ³ สำหรับสาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต จัดการเรียนการสอนในรายวิชาการสร้างเสริมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชให้นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ซึ่งเป็นการเรียนการสอนแบบ Active learning ประกอบด้วยกิจกรรมการ

เรียนรู้ที่หลากหลาย โดยผู้เรียนต้องวิเคราะห์และนำเสนอกรณีศึกษา อภิปราย แลกเปลี่ยนเรียนรู้แสดงข้อคิดเห็น และสรุปองค์ความรู้ที่ได้รับในท้ายชั่วโมง รวมถึงการวัดผลสัมฤทธิ์ด้วยการสอบ

การเรียนการสอนแบบ Active learning นักศึกษาพยาบาลต้องศึกษาเนื้อหาและเตรียมกิจกรรมการเรียนรู้ก่อนเข้าชั้นเรียน ซึ่งต้องใช้เวลามากจนส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน และทำให้เกิดความเหนื่อยล้าและรู้สึกรู้ว่าเป็นวิชาที่ย่างยากจนไม่ยอมเรียนรู้ จึงส่งผลให้เกิดความเครียด ซึ่งระดับความรุนแรงของความเครียดที่เกิดขึ้นในนักศึกษาพยาบาลไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับความสามารถในการปรับตัวของแต่ละคนต่อความเครียดที่เกิดขึ้น³ เมื่อเกิดความเครียดส่งผลให้ร่างกายและจิตใจขาดความสมดุลและก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย ถ้าระดับความเครียดที่เพิ่มขึ้นหรือมีความเครียดอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน อาจส่งผลต่อการเปลี่ยนทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้ประสิทธิภาพในการเรียนลดต่ำลง⁴ โดยเฉพาะผู้ที่มีความเครียดระดับสูงและเครียดเป็นเวลานาน จะส่งผลต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตได้^{5,6} และพบว่านักศึกษาพยาบาลที่มีความเครียดสูง จะขาดแรงจูงใจในการทำกิจกรรมต่างๆ ทั้งด้านการเรียนและการใช้ชีวิต มีความบกพร่องในการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ และบกพร่องด้านการตัดสินใจ แยกตัวออกจากสังคม ไม่สนใจในการเรียน ขาดความรับผิดชอบ และส่งผลให้ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนลดลง

และพบว่าบางรายนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้^{7,8} ดังนั้น ความเครียดจากการศึกษาวิชาชีพพยาบาลจึงเป็นสาเหตุสำคัญที่ส่งผลให้เกิดความล้มเหลวหรือการลาออกจากการศึกษา³

การจัดการความเครียดมี 2 รูปแบบ คือ การจัดการความเครียดที่มุ่งแก้ไขปัญห และการจัดการความเครียดที่มุ่งเน้นอารมณ์¹ การจัดการความเครียดด้านมุ่งแก้ไขปัญห เป็นกลวิธีที่นักศึกษาพยาบาลใช้กระบวนการทางปัญญาในการประเมินสถานการณ์และจัดการกับสถานการณ์ที่มาคุกคาม มีการแสดงออกทั้งในรูปของการกระทำหรือความคิด โดยพยายามคิดค้นวิธีการเพื่อควบคุมสถานการณ์ หรือการค้นหาวิธีการต่าง ๆ เพื่อแก้ไขปัญห เช่น การค้นหาสาเหตุของปัญหา การแสวงหาข้อมูลต่าง ๆ ในการแก้ไขปัญห พยายามมองปัญหาอย่างรอบคอบ การขอคำปรึกษาจากบุคคลอื่น หรือผู้ที่ม่ีประสบการณ์ เป็นต้น ส่วนการจัดการความเครียดที่มุ่งเน้นอารมณ์ เป็นการจัดการกับอารมณ์ตึงเครียด โดยปรับเปลี่ยนอารมณ์และความรู้สึกเครียด เป็นการหาแนวทางบรรเทาความเครียดที่เกิดขึ้น ซึ่งการแสดงออกทั้งในรูปของการกระทำ หรือความคิดของนักศึกษาพยาบาลที่แก้ไขปัญห ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น หรือลดอารมณ์ตึงเครียดและความรู้สึกต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ด้วยการพยายามเปลี่ยนการรับรู้ต่อปัญหาที่เกิดขึ้น หรือหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ได้แก่ พุดปลอบใจตนเอง พุดคุยกับเพื่อนเพื่อระบายอารมณ์หรือความรู้สึก วิดกกังวล หงุดหงิด โทษผู้อื่น เป็นต้น² เมื่อนักศึกษาพยาบาลจัดการความเครียดในลักษณะที่รู้ตัวและอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง จะส่งเสริมให้มีการจัดการที่ดี ช่วยปรับอารมณ์ สามารถเผชิญหน้ากับปัญหาและการวางแผนแก้ปัญหา ซึ่งเป็นวิธีการที่ช่วยลดความกดดันจากสถานการณ์ที่เข้ามากระทบและจากตัวเอง และเป็นวิธีการกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจที่จะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนกระบวนการคิด⁴

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า แนวทางการปฏิบัติในการจัดการความเครียดมีหลายวิธี เช่น การฝึกการหายใจ การฝึกสมาธิ การพักผ่อน การออกกำลังกาย และการลดความตึงเครียดทางจิตใจ³ รวมถึงการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral Therapy)⁹ ที่สามารถนำไปปฏิบัติเพื่อลดความเครียดได้ ซึ่งการปรับความคิดและพฤติกรรมเป็นจิตบำบัด (psychotherapy) ชนิดหนึ่งที่มีการบำบัดด้วยการปรับเปลี่ยนความคิด (cognitive)

และพฤติกรรม (behavioral) โดยมีลักษณะเน้นที่ปัจจุบัน และเจาะจงปัญหาที่ชัดเจน มีการกำหนดเป้าหมายในการบำบัดอย่างเป็นรูปธรรมและเน้นความร่วมมือของผู้รับการบำบัดเพื่อนำไปสู่การฝึกฝนทักษะในการจัดการกับปัญหาของตนเองให้ได้ดียิ่งขึ้น การบำบัดชนิดนี้มีประโยชน์และมีประสิทธิภาพในการรักษาโรคทางจิตเวชหลายโรค เช่น โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล เครียด หรือภาวะตื่นกลัว เป็นต้น ซึ่งจะสามารถช่วยผู้ที่มีภาวะเครียด วิตกกังวล และซึมเศร้าได้ โดยให้บุคคลนั้นสำรวจระบบความคิดของตนเองว่ามีความคิดแง่ลบหรือไม่ พร้อมทั้งพิสูจน์สมมติฐานของความคิดนั้นอย่างเป็นเหตุเป็นผล^{9,10} และจากการศึกษาพบว่ามีการนำสมาธิบำบัดร่วมรักษาคความผิดปกติที่สัมพันธ์กับความเครียด^{11,12} จะทำให้จิตใจสงบ ผ่อนคลาย ลดอารมณ์เครียด วิตกกังวลได้ ส่งผลให้ร่างกายได้รับการพักผ่อนไปด้วย ซึ่งการปฏิบัติสมาธิสามารถลดอาการวิตกกังวลจากการที่ลดความตื่นตัวของระบบประสาทซิมพาเทติก ช่วยลดความขัดแย้งภายในจิตใจ จึงช่วยให้ความกังวลต่อสิ่งต่าง ๆ ลดลงได้¹¹ ส่วนสมาธิบำบัด SKT¹² เป็นการกำหนดลมหายใจเข้าออกและจิตใจจดจ่ออยู่กับลมหายใจเข้าออกนั้น ทำให้ระดับของกรดแลคติก (Lactic acid) และระดับคอร์ติซอล (Cortical) ในเลือดลดลง จึงทำให้จิตใจสงบ ผ่อนคลาย สามารถลดความเครียดและช่วยให้สุขภาพร่างกายดีขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมการนำสมาธิบำบัด SKT มาศึกษาในนักศึกษาพยาบาล พบว่าการฝึกสมาธิโดยบูรณาการสติปัญญา 4 กับ SKT 1 มีผลต่อการพัฒนาความสามารถทางสมอง ช่วยฝึกทักษะการคิดวิเคราะห์อย่างมีเหตุผล สร้างเสริมความตระหนักรู้ในตนเอง อันเป็นลักษณะพึงประสงค์ของการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21¹³

คณะผู้วิจัยจึงได้นำโปรแกรมกลุ่มบำบัดตามแนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกสมาธิบำบัดที่ได้พัฒนาขึ้น โดยการบำบัดตามแนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรม เป็นการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน และเป็นปัญหาที่ชัดเจน มีการกำหนดเป้าหมายร่วมกันระหว่างคณะผู้วิจัยและนักศึกษาพยาบาลในการบำบัดอย่างเป็นรูปธรรม เมื่อนำมาใช้ร่วมกับการทำสมาธิบำบัด SKT 1 ซึ่งเป็นวิธีหนึ่งที่ช่วยให้จิตใจสงบ ผ่อนคลาย คณะผู้วิจัยเชื่อว่าทั้งสองวิธีนี้จะช่วยให้นักศึกษาพยาบาลสามารถผ่อนคลายความเครียดในการเรียนวิชาการสร้างเสริมสุขภาพจิตและการพยาบาล

จิตเวชได้ และส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลมีความตระหนักรู้ในตนเอง สามารถเผชิญปัญหาและสถานการณ์ต่าง ๆ ได้เหมาะสม ทำให้นักศึกษาพยาบาลมีสุขภาพจิตที่ดี ปรับตัวกับการใช้ชีวิตและการเรียนรู้ได้อย่างมีความสุขมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของนักศึกษาพยาบาลก่อนเข้ารับโปรแกรมกลุ่มบำบัดตามแนวความคิดการปรับความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกสมาธิบำบัด และหลังสิ้นสุดการเข้ารับโปรแกรมฯ ทันทันที

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดของนักศึกษาพยาบาลก่อนเข้ารับโปรแกรมกลุ่มบำบัดตามแนวความคิดการปรับความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกสมาธิบำบัด หลังสิ้นสุดการเข้ารับโปรแกรมฯ ทันทันที และหลังสิ้นสุดการเข้ารับโปรแกรมฯ ในเดือนที่ 3 ซึ่งเป็นระยะติดตามผล

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของนักศึกษาพยาบาลภายหลังเข้ารับโปรแกรมกลุ่มบำบัดตามแนวความคิดการปรับความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกสมาธิบำบัดทันที ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของนักศึกษาพยาบาล ก่อนเข้ารับโปรแกรมฯ

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของนักศึกษาพยาบาลภายหลังเข้ารับโปรแกรมกลุ่มบำบัดตามแนวความคิดการปรับความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกสมาธิบำบัด ในเดือนที่ 3 ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของนักศึกษาพยาบาล ก่อนเข้ารับโปรแกรมฯ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรม (CBT)⁹ ซึ่งเป็นการทำจิตบำบัด (psychotherapy) ด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบำบัดมีลักษณะมุ่งเน้นที่ปัญหาปัจจุบัน มีการกำหนดเป้าหมายในการบำบัดอย่างเป็นรูปธรรม เน้นความร่วมมือของผู้รับการบำบัด เพื่อนำไปสู่การฝึกฝนทักษะในการจัดการกับปัญหาของตนเองให้ได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งถ้าความคิदनนั้นบิดเบือนไปจากความเป็นจริง โดยมีความคิดแง่ลบที่เกิดขึ้นมากเกินไปและไม่สมเหตุสมผลกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น การบำบัดจะช่วยให้บุคคลนั้นสามารถพัฒนาระบบความคิดใหม่ในเชิงที่สร้างสรรค์ขึ้น และปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ให้เป็นบวกหรือมีความสมเหตุสมผลมากขึ้น เพื่อนำไปสู่การเผชิญปัญหาที่เหมาะสม ส่วนการทำสมาธิบำบัด SKT¹² เป็นการกำหนดลมหายใจเข้าออกและจิตใจจดจ่ออยู่กับลมหายใจเข้าออกนั้น ทำให้จิตใจสงบ ผ่อนคลาย เมื่อบุคคลฝึกฝนสมาธิบำบัด

โปรแกรมกลุ่มบำบัดตามแนวความคิดการปรับความคิดและพฤติกรรม ร่วมกับการฝึกสมาธิบำบัด

ครั้งที่ 1 การแนะนำโปรแกรมฯ การฝึกสมาธิบำบัด SKT 1

ครั้งที่ 2 ฝึกสมาธิบำบัดฯ เรียนรู้แบบแผนความคิดด้านลบที่เป็นสาเหตุของการเกิด
ความเครียด

ครั้งที่ 3 ฝึกสมาธิบำบัดฯ ฝึกประเมิน ตั้งปัญหา สังเกตความคิด อารมณ์ และ
พฤติกรรมจากความเครียดที่เกิดขึ้น

ครั้งที่ 4 ฝึกสมาธิบำบัดฯ ฝึกเผชิญปัญหา และฝึกการปรับความคิดเชิงบวก

ครั้งที่ 5 ฝึกสมาธิบำบัดฯ ฝึกการปรับความคิดเชิงบวก และปัญหาอุปสรรคในการฝึก
ปรับความคิดและการฝึกสมาธิ

ครั้งที่ 6 ฝึกสมาธิบำบัดฯ ทบทวนประเด็นปัญหา วิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรค และ
แนวทางการนำไปใช้ประโยชน์

คะแนน
ความเครียดของ
นักศึกษาพยาบาล

รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

SKT 1 ร่วมกับมีการฝึกปรับความคิดและปรับพฤติกรรม จะส่งผลให้ร่างกายผ่อนคลายและจิตใจสงบ จนเกิดทักษะการปรับเปลี่ยนความคิดให้มีเหตุผลและเหมาะสมมากขึ้น ทำให้สามารถจัดการกับปัญหาได้ดียิ่งขึ้น จึงส่งผลให้ความเครียดลดลงและช่วยให้สุขภาพร่างกายและจิตใจดีขึ้น

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ชนิดกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาล ศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต ชั้นปีที่ 3 ที่ลงทะเบียนเรียน วิชาการสร้างเสริมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2562 จำนวน 48 คน โดยผู้วิจัยสอบถาม ความสนใจของนักศึกษาในการเข้าร่วมโครงการก่อนสุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาล ศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต ชั้นปีที่ 3 ที่ลงทะเบียนเรียน วิชาการสร้างเสริมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2562 กำหนดขนาดตัวอย่าง จากตารางสำเร็จรูป¹⁴ และใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยวิธีการจับสลากจากประชากรทั้งหมด ได้กลุ่มตัวอย่าง 42 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

- นักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต ชั้นปีที่ 3 ที่ลงทะเบียนเรียน วิชาการสร้างเสริมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2562

- สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ ไม่ครบทุกครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมกลุ่มบำบัดตามแนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกสมาธิบำบัด ซึ่งคณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จากการศึกษาทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียด และการจัดการความเครียดของนักศึกษาพยาบาล โดยคณะ

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการบำบัดและการให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม¹⁵ มาปรับใช้ร่วมกับการฝึกสมาธิบำบัด SKT 1 ประกอบด้วยสาระสำคัญเกี่ยวกับเทคนิคการบำบัดตามแนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรม โดยฝึกวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคฝึกการปรับความคิดเชิงบวกจากสถานการณ์ทั่วไป และการนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง ร่วมกับเทคนิคการฝึกสมาธิบำบัด SKT 1 โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาล จำนวน 3 คน พิจารณาความถูกต้องของเนื้อหา ความเหมาะสมของการใช้ภาษา หลังจากผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยนำเครื่องมือมาปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.76-1.00

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความเครียดของโรงพยาบาลสวนปรุง (SPST-20)¹⁶ คณะผู้วิจัยจึงนำมาใช้ประเมินความเครียดของนักศึกษา โดยนักศึกษ้อ่านคำถามแล้วทบทวนดูว่า ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา มีเหตุการณ์ในข้อใดเกิดขึ้นบ้าง แล้วให้ประเมินว่า มีความรู้สึกอย่างไรต่อเหตุการณ์นั้น การให้คะแนนของแบบประเมิน เป็นมาตราส่วนประเมินค่า โดยให้คะแนนเป็น 1,2,3,4,5 มีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ รวม 100 คะแนน มีเกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับ คือ ไม่รู้สึกเครียด ให้ 1 คะแนน รู้สึกเครียดเล็กน้อย ให้ 2 คะแนน รู้สึกเครียดปานกลาง ให้ 3 คะแนน รู้สึกเครียดมาก ให้ 4 คะแนน ไปจนถึงรู้สึกเครียดมากที่สุด ให้ 5 คะแนน ถ้าไม่ตอบ ให้ 0 คะแนน

การแปลผลแบ่งระดับความเครียดออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้ คะแนน 0-24 คะแนน หมายถึง เครียดน้อย คะแนน 25-42 คะแนน หมายถึง เครียดปานกลาง คะแนน 43-62 คะแนน หมายถึง เครียดสูง และคะแนน 63 คะแนนขึ้นไป หมายถึง เครียดรุนแรง¹⁶

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองโครงการวิจัย โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยสวนดุสิต กรุงเทพฯ เอกสารรับรองเลขที่ SDU-RDI 2019-091 และมีการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยตลอดระยะเวลาดำเนินการวิจัย การเข้าร่วมวิจัยเป็นการสมัครใจของนักศึกษาพยาบาลและไม่มีผลต่อการประเมินผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน นักศึกษากลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการ

ปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย หลังจากนั้นให้นักศึกษากลุ่มตัวอย่าง ลงนามในเอกสารยินยอม ซึ่งเป็นเอกสารของสถาบันวิจัย และพัฒนา มหาวิทยาลัยสวนดุสิต ส่วนการเก็บรวบรวมข้อมูล วิจัย คณะผู้วิจัยใช้รหัสเฉพาะสำหรับการวิจัย มีการเก็บข้อมูล ที่ได้จากการวิจัยเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

วิธีดำเนินการวิจัย

คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลัง โครงการวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต และคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต โดยมีอาจารย์ที่ปรึกษาเป็นผู้ชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัยแก่นักศึกษา พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต ชั้นปีที่ 3 ที่ลงทะเบียนเรียนวิชาการสร้างเสริมสุขภาพจิตและการ พยาบาลจิตเวช ภาควิชาการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2562 จำนวน 48 คน ซึ่งมีนักศึกษาสนใจสมัครเข้าร่วมโครงการทั้งหมด คณะผู้วิจัยได้ชี้แจงเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เมื่อได้กลุ่ม ตัวอย่าง จำนวน 42 คน ทำการเก็บข้อมูลจากนักศึกษากลุ่ม ตัวอย่าง ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2563 ถึงเดือนมิถุนายน 2563

เพื่อพิทักษ์สิทธิและให้นักศึกษาทุกคนได้เรียนรู้วิธีการจัดการความเครียดของตนเอง คณะผู้วิจัยขออนุญาตกลุ่ม ตัวอย่างให้นักศึกษา 6 คน ที่ไม่ได้รับการคัดเลือกเป็นกลุ่ม ตัวอย่าง เข้าสังเกตการณ์และร่วมฝึกปฏิบัติตามโปรแกรมฯ จนสิ้นสุดการทดลอง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. นักศึกษากลุ่มตัวอย่าง ทำแบบประเมินความ เครียดโรงพยาบาลสวนปรุง (SPST - 20) จำนวน 20 ข้อคำถาม
2. คณะผู้วิจัยเริ่มโปรแกรมกลุ่มบำบัดตามแนวคิด การปรับความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกสมาธิบำบัด โดยทบทวนความรู้เรื่องความเครียดและการจัดการ ความเครียดก่อน อธิบายแนวความคิดการปรับความคิดและ พฤติกรรม และหลักการฝึกสมาธิบำบัด SKT 1 หลังจากนั้นให้ นักศึกษาทุกคนฝึกสมาธิบำบัด SKT 1 โดยมีทีมผู้วิจัยนำ นักศึกษาทดลองฝึก จนนักศึกษาสามารถฝึกด้วยตนเองได้ จากนั้นเริ่มการทดลอง โดยคณะผู้วิจัยนัดพบกับกลุ่มตัวอย่าง 6 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 60 นาที ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมครั้งที่ 1 อธิบายขั้นตอน โปรแกรมกลุ่มบำบัดตามแนวความคิดการปรับความคิดและ พฤติกรรมร่วมกับการฝึกสมาธิบำบัด แล้วให้นักศึกษาทุกคน ฝึกสมาธิบำบัด SKT 1

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมครั้งที่ 2 ฝึกสมาธิบำบัด SKT 1 เป็นเวลา 20 นาที และอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมการแสดงออก แบบแผน ความคิดด้านลบที่เป็นสาเหตุของการเกิดความเครียด สรุปการ สนทนาและให้ข้อมูลย้อนกลับแก่นักศึกษาและคณะผู้วิจัย

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมครั้งที่ 3 ฝึกสมาธิบำบัด SKT 1 เป็นเวลา 20 นาที และฝึกประเมิน วิเคราะห์ สาเหตุ ปัญหา และอุปสรรคที่พบในชีวิตประจำวัน โดยตั้งปัญหาและฝึก สังเกตความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมจากความเครียดที่เกิดขึ้น แล้วตรวจสอบ มอบหมายให้นักศึกษาสังเกตปัญหาที่เกิด จากความเชื่อมโยงของความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระ ของตนเองมา 1 เรื่อง สุดท้ายสรุปการสนทนาและให้ข้อมูล ย้อนกลับแก่นักศึกษาและคณะผู้วิจัย

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมครั้งที่ 4 ฝึกสมาธิบำบัด SKT 1 เป็นเวลา 20 นาที นักศึกษานำปัญหาที่ได้จากการสังเกต ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระของตนเอง มาเรียนรู้ ฝึกเผชิญปัญหา และฝึกการปรับความคิดเชิงบวก สรุปการ สนทนาและให้ข้อมูลย้อนกลับแก่นักศึกษาและคณะผู้วิจัย

สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมครั้งที่ 5 ฝึกสมาธิบำบัด SKT 1 เป็นเวลา 20 นาที ฝึกการปรับความคิดเชิงบวกและประเมิน ทักษะของการแก้ไขปัญหา และปัญหาอุปสรรคในการฝึกปรับ ความคิดและการฝึกสมาธิ สรุปการสนทนาและให้ข้อมูลย้อน กลับแก่นักศึกษาและคณะผู้วิจัย

สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรมครั้งที่ 6 ฝึกสมาธิบำบัด SKT 1 เป็นเวลา 20 นาที และฝึกการปรับความคิดเชิงบวกจาก สถานการณ์ทั่วไป ทบทวนถึงประเด็นปัญหา วิเคราะห์ปัญหา และอุปสรรค และแนวทางการนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ได้จริง แล้วให้นักศึกษากลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความเครียด โรงพยาบาลสวนปรุง (SPST - 20) จำนวน 20 ข้อคำถาม อีกครั้ง เป็นการประเมินความเครียดหลังสิ้นสุดทดลองทันที

3. หลังจากนั้นมอบหมายให้นักศึกษาฝึกวิเคราะห์ ปัญหาและอุปสรรค ฝึกการปรับความคิดเชิงบวก และฝึกสมาธิ บำบัด SKT 1 โดยปฏิบัติวันละ 3 รอบ หลังอาหารเช้า เย็น

และก่อนนอน ครั้งละ 30 นาที ต่อไปเรื่อย ๆ อย่างสม่ำเสมอ เป็นระยะเวลา 3 เดือน ระหว่างนี้ถ้านักศึกษาที่มีข้อสงสัย สามารถสอบถามคณะผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

4. เมื่อสิ้นสุดการทดลอง 3 เดือน ให้นักศึกษาทำแบบสอบถามประเมินความเครียดโรงพยาบาลสวนปรุง (SPST - 20) จำนวน 20 ข้อ อีกครั้ง เป็นการประเมินความเครียดหลังทดลอง ระยะติดตามผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดของนักศึกษา ก่อนเข้ารับโปรแกรมกลุ่มบำบัดตามแนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกสมาธิบำบัด หลังสิ้นสุดการเข้ารับโปรแกรมฯทันที และระยะติดตามผลภายหลังสิ้นสุดการเข้ารับโปรแกรมฯ เดือนที่ 3 โดยใช้สถิติ paired sample t-test

ผลการวิจัย

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของนักศึกษา ก่อนเข้ารับโปรแกรมกลุ่มบำบัดตามแนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกสมาธิบำบัด หลังสิ้นสุดการเข้ารับโปรแกรมฯทันที และระยะติดตามผลภายหลังสิ้นสุดการเข้ารับโปรแกรมฯ เดือนที่ 3

จากตารางที่ 1 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียด

ของนักศึกษาพยาบาลที่เข้ารับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกสมาธิบำบัด ก่อนการเข้ารับโปรแกรมฯ เท่ากับ 57.06 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 13.36) ซึ่งเป็นค่าคะแนนความเครียดอยู่ในระดับสูง หลังเข้ารับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 53.44 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.80) ซึ่งเป็นค่าคะแนนความเครียดอยู่ในระดับสูงเช่นกัน เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดของนักศึกษา หลังสิ้นสุดการเข้ารับโปรแกรมฯ ทันที กับค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดก่อนเข้ารับโปรแกรมฯ โดยใช้สถิติ paired sample t-test พบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างจากก่อนเข้ารับโปรแกรมฯ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ($p=.171$)

ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของนักศึกษาพยาบาลที่เข้ารับโปรแกรมฯ หลังการทดลอง 3 เดือน เท่ากับ 40.60 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.45) ซึ่งเป็นค่าคะแนนความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของนักศึกษาพยาบาล ในระยะติดตามผลภายหลังสิ้นสุดการเข้ารับโปรแกรมฯ หลังการทดลอง 3 เดือน กับค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดก่อนเข้ารับโปรแกรมฯ โดยใช้สถิติ paired sample t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของนักศึกษาพยาบาลหลังเข้ารับโปรแกรมฯ เดือนที่ 3 ต่ำกว่าก่อนเข้ารับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($p=.035$)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังเข้ารับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกสมาธิบำบัด ทันที และระยะติดตามผลภายหลังสิ้นสุดการเข้ารับโปรแกรมฯ เดือนที่ 3 ($n=42$)

โปรแกรมฯ	คะแนนเฉลี่ยความเครียดของนักศึกษาพยาบาล			
	$\bar{X} \pm SD$	t	df	p-value
1 ก่อนการทดลอง	57.06±13.36	1.391	41	.171
หลังการทดลองทันที	53.44±12.80			
2 ก่อนการทดลอง	57.06±13.36	2.171	41	.035*
หลังการทดลอง 3 เดือน	40.60±11.45			
3 หลังการทดลองทันที	53.44±12.80	1.001	41	.322
หลังการทดลอง 3 เดือน	40.60±11.45			

* $p < .05$

อภิปรายผลการวิจัย

1. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดของนักศึกษา ก่อนเข้ารับโปรแกรมกลุ่มบำบัดตามแนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกสมาธิบำบัด และหลังสิ้นสุดการเข้ารับโปรแกรมฯ ทันที

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดหลังเข้ารับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกสมาธิบำบัดทันทีของนักศึกษาพยาบาล มีค่าคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกับก่อนเข้ารับโปรแกรมฯ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ($p=.171$) เมื่อวิเคราะห์สาเหตุพบว่า สาเหตุของความเครียดในการเรียนวิชาการสร้างเสริมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช ซึ่งเป็นการเรียนการสอนแบบ Active Learning ที่ต้องใช้เวลาในการทำความเข้าใจบทเรียนและเตรียมกิจกรรมการเรียนรู้ก่อนเข้าชั้นเรียน และเนื้อหาวิชาที่เรียนมีความยากซับซ้อน และมีความเป็นนามธรรมสูง ทำให้ไม่เข้าใจเนื้อหาและมองไม่เห็นภาพ นักศึกษาต้องใช้เวลาและความพยายามอย่างมากในการเรียนรู้ ส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลมีความเครียดในระดับสูง สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา⁷ ซึ่งการศึกษานี้พบว่าภาวะความเครียดของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา มีสาเหตุมาจากการเรียนการสอนและเป็นความเครียดที่อยู่ในระดับมาก

เมื่อนักศึกษาพยาบาลได้รับการฝึกปรับความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกสมาธิบำบัด เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ซึ่งโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม มีเป้าหมายที่สำคัญอยู่สองระดับ คือ ระดับแรกช่วยลดความเครียด (Stress) ช่วยให้เกิดทักษะในการประเมินและเปลี่ยนแปลงกระบวนการนึกคิดที่ไม่เหมาะสม และในระดับที่สองของโปรแกรมฯ เป็นการช่วยให้นักศึกษาพยาบาลเกิดความเข้าใจในสาระสำคัญของความคิดที่เป็นจุดอ่อน และเป็นการส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลตระหนักว่า เป็นความคิดไม่สมเหตุสมผล เช่น การเรียนการสอนแบบ Active Learning ที่ต้องวิเคราะห์และนำเสนอกรณีศึกษา อภิปราย แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทำให้นักศึกษาพยาบาลต้องใช้เวลาในการทำความเข้าใจและเตรียมความพร้อม ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า รู้สึกถูกกดดัน จึงส่งผลต่อปฏิกิริยาความเครียดที่เกิดขึ้น ซึ่งระดับที่สองของโปรแกรมฯ จะช่วยเปลี่ยนเป็นความคิดที่สมเหตุสมผลขึ้นและเข้าใจสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงว่า การเรียน

การสอนแบบ Active Learning จะช่วยให้นักศึกษาพยาบาลเข้าใจเนื้อหาในรายวิชาอย่างลึกซึ้งและส่งผลสัมฤทธิ์ต่อการเรียนรู้ เมื่อนักศึกษาพยาบาลสามารถพัฒนาระบบความคิดใหม่ในเชิงที่สร้างสรรค์ขึ้น และปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ให้เป็นบวกและมีความสมเหตุสมผลมากขึ้น พร้อมทั้งเมื่อฝึกร่วมกับการทำสมาธิบำบัด SKT 1 โดยการฝึกลมหายใจเข้าออก จิตใจจดจ่ออยู่กับลมหายใจ ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย มีสมาธิมากขึ้น มีความตั้งใจในการเรียนรู้มากขึ้น¹² ระดับความเครียดที่มีอยู่เริ่มลดลง ขณะเดียวกันช่วงเวลาที่ทำการศึกษาวิจัยในเดือนมีนาคม 2563 ได้เกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งทุกคนต้องปรับตัวและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวันที่แตกต่างกันที่เคยเป็นมา หรือที่เรียกว่าวิถีชีวิตใหม่ (new normal) ซึ่งต้องมีการปรับความคิด พฤติกรรม และวิถีการทำงานที่มีความยืดหยุ่นมากขึ้น ที่เรียกว่าวิถีการทำงาน “work from home” รวมถึงภาคการศึกษาต้องปรับรูปแบบการเรียนการสอนให้เหมาะสม ส่งผลให้มหาวิทยาลัย อาจารย์ และนักศึกษาต้องใช้ในการเรียนการสอนเป็นระบบออนไลน์ทั้งหมด จึงทำให้นักศึกษาพยาบาลต้องปรับตัวกับวิธีการเรียนระบบออนไลน์และต้องเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต และการใช้ชีวิตประจำวันที่แตกต่างกันจากเดิม ส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลกลับมามีความเครียดเพิ่มขึ้นอีก

นอกจากความเครียดเกี่ยวกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 แล้วนักศึกษาพยาบาลยังมีความเครียดเรื่องการเรียนระบบออนไลน์ เมื่อนักศึกษาพยาบาลไปค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ พบว่านักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่า “การปรับเปลี่ยนรูปแบบการเรียนการสอนแบบกะทันหัน ทำให้ปรับตัวไม่ทัน และแบ่งเวลาไม่ถูก” “เครียดและเบื่อกับการเรียนออนไลน์เพราะงานเยอะและไม่ค่อยสะดวกต่อการเรียน” “เครียด กังวล กลัวทำไม่ทัน เพราะงานเยอะกว่าเรียนในชั้นเรียนปกติ” “เรียนออนไลน์ กลัวสัญญาณอินเทอร์เน็ตไม่ดี ทำให้เรียนไม่ทัน” จากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งเป็นภาวะคุกคามที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน ทำให้นักศึกษาพยาบาลต้องปรับตัวกับรูปแบบการเรียนการสอนของวิชาการสร้างเสริมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช ที่เปลี่ยนเป็นการเรียนแบบออนไลน์ ส่งผลต่อความยากลำบากในการเรียนรู้ จึงทำให้ความเครียดของนักศึกษาพยาบาลยังคงสูงอยู่ แม้ว่าจะยังคงฝึกฝนการปรับความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกสมาธิบำบัดอยู่ก็ตาม

2. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดของนักศึกษาพยาบาลก่อนเข้ารับโปรแกรมกลุ่มบำบัดตามแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกสมาธิบำบัด และหลังสิ้นสุดการเข้ารับโปรแกรมฯ ในเดือนที่ 3 ซึ่งเป็นระยะติดตามผล

ผลการวิจัยที่พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของนักศึกษาพยาบาล ในระยะติดตามผลภายหลังสิ้นสุดการเข้ารับโปรแกรมฯ หลังการทดลอง 3 เดือน ต่ำกว่าก่อนเข้ารับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($p=.035$) อธิบายได้ว่า ทั้งนี้เมื่อนักศึกษาพยาบาลนำโปรแกรมฯ มาฝึกฝนต่ออีกเป็นเวลา 3 เดือนอย่างต่อเนื่อง นักศึกษาได้ฝึกประเมินสาเหตุ ตรวจสอบและฝึกปรับความคิดใหม่ที่สมเหตุสมผลอย่างสม่ำเสมอ การปรับเปลี่ยนความคิดในทางสร้างสรรค์และสอดคล้องกับความเป็นจริงมากขึ้น จึงมีส่วนส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลมีการปรับเปลี่ยนมุมมองจากทางลบมาเป็นทางบวกเพิ่มขึ้น และมีวิธีคิดที่สอดคล้องกับความเป็นจริงมากขึ้น⁹ ยอมรับความจริงมากขึ้น นักศึกษาพยาบาลให้ข้อมูลว่า “การเรียนวิชาการสร้างเสริมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช แม้จะเป็นวิชาที่ซับซ้อน เข้าใจยาก และมีความเป็นนามธรรมสูง แต่เมื่อเข้าใจ สามารถนำไปปรับใช้กับตนเองและผู้รับบริการได้” “อาจารย์ประจำวิชา เปิดโอกาสให้สอบถามได้ตลอดเวลา เมื่อเรียนไม่เข้าใจ ทำให้เรียนเข้าใจมากขึ้น” “การเรียนแบบออนไลน์ มีการบันทึกการเรียนการสอนไว้เมื่อไม่เข้าใจ สามารถย้อนกลับไปทบทวนใหม่ได้” เมื่อนำไปฝึกร่วมกับการฝึกสมาธิบำบัด ทำให้นักศึกษารู้สึกผ่อนคลายตระหนักรู้ในตนเองมากขึ้น¹³ นักศึกษาพยาบาลบอกว่า “มีสมาธิมากขึ้น ทำให้มีความสนใจและตั้งใจมากขึ้น ทำให้เข้าใจวิชาที่เรียนมากขึ้น” “รู้สึกดีขึ้น สบายใจมากขึ้น” สอดคล้องกับผลการศึกษาเกี่ยวกับการฝึกสมาธิของ Tanupabrungrun และ Lertsakornsiri¹⁷ ที่พบว่า การฝึกสมาธิโดยบูรณาการสติปัญญา 4 กับเอสเคที 1 มีผลต่อการพัฒนาความสามารถทางสมองและสร้างเสริมความตระหนักรู้ในตนเอง สำหรับสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19

ที่กำลังเผชิญ นักศึกษาพยาบาลมีการปรับความคิดเกี่ยวกับสถานการณ์นี้ในทางที่สร้างสรรค์มากขึ้น นักศึกษาพยาบาลให้ข้อมูลว่า “เราต้องกักตัวอยู่แต่ในบ้าน และรักษาความสะอาดเพื่อจะได้ปลอดภัยจากการติดเชื้อ” “เราต้องไม่ตื่นตระหนกและติดตามรับฟังข่าวสาร หาความรู้เรื่องโรคอยู่เสมอ เพื่อจะได้เข้าใจในโรคได้ถูกต้อง” “เราต้องดูแลตัวเองให้ดีที่สุด ล้างมือบ่อย ๆ และหลีกเลี่ยงสถานที่ที่มีคนเยอะ ๆ จะได้ปลอดภัย” จากเหตุผลดังกล่าว จึงส่งผลให้ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดลดลง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Rakmaneewong และคณะ¹⁰ ที่พบว่านิสิตพยาบาลที่ได้รับการทำกลุ่มบำบัดตามโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกอานาปานสติ มีความวิตกกังวลลดลง และผลการศึกษาของ Tantalanutkul และ Wongsawat³ พบว่า การทำสมาธิด้วยการกำหนดลมหายใจ โดยกำหนดให้จิตใจจดจ่ออยู่กับลมหายใจเข้าออกเท่านั้น เมื่อจิตใจแน่วแน่ จะช่วยจัดความเครียด ความวิตกกังวล ช่วยให้สุขภาพร่างกายดีขึ้น และช่วยส่งเสริมให้เกิดการรับรู้ข้อมูลทางบวกเพิ่มขึ้น จึงส่งผลให้ความเครียดลดลง นอกจากนี้ ผลการศึกษาของผู้วิจัยยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Thiammok และ Apisitwasana¹⁸ ที่พบว่ารูปแบบวิธีการจัดการเรียนการสอนและสภาพแวดล้อมในการเรียนมีผลต่อความสุขในการเรียน เมื่อสรุปผลการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นหลังการบำบัดด้วยโปรแกรมกลุ่มบำบัดตามแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกสมาธิบำบัด พบว่านักศึกษาเกิดการเรียนรู้ในการปรับความคิดที่ยืดหยุ่นและเป็นความคิดเชิงสร้างสรรค์มากขึ้น¹⁰ นักศึกษาให้ข้อมูลว่า “ครั้งแรกที่เริ่มฝึกทำสมาธิ รู้สึกเหนื่อยและเบื่อ เพราะตอนนั้นรู้สึกต้องทำฝืนใจทำ แต่พอได้ฝึกปฏิบัติจนครบตามโปรแกรมฯ ทำให้รู้สึกผ่อนคลายลง จิตใจเบาสบายมากขึ้นและมีสมาธิเพิ่มขึ้น” ดังนั้น การให้ความสำคัญกับการจัดการความเครียด จะสามารถช่วยให้นักศึกษาพยาบาลมีแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม ช่วยลดความเครียด ส่งผลให้มีความสุขในการเรียนมากขึ้น และนำไปสู่การเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการจัดการเรียนการสอน อาจารย์ผู้สอนนำผลการวิจัยไปใช้ในการปรับกิจกรรมการเรียนการสอนที่เหมาะสม เพื่อลดผลกระทบต่อความเครียดของนักศึกษาพยาบาลในรายวิชาอื่น ๆ

2. อาจารย์ผู้สอนวิชาการสร้างเสริมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มีระบบเฝ้าระวังการเกิดความเครียดและระบบการให้ความช่วยเหลือทันที เมื่อพบว่านักศึกษาพยาบาลเกิดความเครียด เพื่อช่วยเหลือและส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี

ข้อเสนอแนะในการวิจัยในอนาคต

1. ควรศึกษาในรูปแบบวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม เปรียบเทียบก่อนและหลัง เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมกลุ่มบำบัดตามแนวความคิดการปรับความคิดและพฤติกรรม ร่วมกับការฝึกสมาธิบำบัด

2. ควรมีการนำโปรแกรมนี้ไปศึกษาวิจัย ปรับปรุงและพัฒนาต่อเนื่องและปรับเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมการเรียนการสอน เพื่อลดผลกระทบต่อความเครียดในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล

References

1. Folkman S, Lazarus R. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer Publishing Company;1984.
2. Phraibueng D. Stress and Coping in Older Adults with Diabetes: Case Study. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok 2020;36(2):286-98. (in Thai).
3. Tantalankul S, Wongsawat P. Stress and stress management in nursing students. Uttaradit Journal 2017; 9(1): 81-92. (in Thai).
4. Saetan C, Kampun S. Stress and coping strategies of nursing students in clinical practice preparation of maternal and child health nursing and midwifery. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok 2014;30(3):54-63. (in Thai).
5. Sattayatham C, Chansuk P, Chareonsuk S. Psychiatric nursing and mental health. Bangkok: Academic Welfare Program Royal Institute of Thailand; 2013. p. 121-33. (in Thai).
6. Sitthimongkol Y, Kaesornsamut P, Vongsirimas N. Psychiatric nursing (2nd edition). In: Pornchaikate A, editors. Bangkok: Scanart Publishing; 2016. p. 4-6. (in Thai).
7. Wichairam N, Sirikanchanas V. Nursing students' stress condition. Chulalongkorn Journal 2017;4(2):107-16. (in Thai).
8. Khantakhuam N. Stress and related-factors of the first year undergraduate students of Chulalongkorn University [Master of Science Program in Mental Health Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2015. (in Thai).
9. Beck AT. Cognitive Therapy: Basics and beyond. New York: Guilford; 1995.
10. Rakmanee Wong Y, Pansuwan K, Danyuthasilpe C, Pothimas N. Effects of group cognitive behavioral therapy program combining with breathing meditation on nursing students' anxiety. Phitsanulok: Naresuan University; 2011. (in Thai).
11. Kritsanaprakornkit T, Hrongbutsri S, Krissanarakornkit P. Meditation therapy in psychiatric and mental health. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2009. p. 132-3. (in Thai).

12. Triamchaisri SK. Meditation for health. Bangkok: Punyachon Publishing; 2011. p.56-69. (in Thai).
13. Tanupabrunsun S, Lertsakornsiri M. The Effects of Meditation Practice Approaches by Integrating Satipatthana 4 and SKT1 on Mental Ability, Self-awareness and Academic Achievement of Nursing Students. *Songklanagarind Journal of Nursing, Songkla* 2016;36(4):13-8. (in Thai).
14. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement* 1970;30(3):607-10.
15. Thapinta D, Kulachai S, Skulphan S, Srimongkontaratorn G, Boonyasiwapong S, Sukjit P. The effect of cognitive behavior therapy multi-channel program for declining depression. *The Journal of Psychiatric nursing and mental health* 2013;27(3) 1-15. (in Thai).
16. Mahutnirankul S, Phumpisan W, Tapanya P. Research report on the construction of Suanprung stress test. Chiang Mai: Suanprung Hospital; 1997. (in Thai).
17. Tanupabrunsun S, Lertsakornsiri M. The Effects of Meditation Practice Approaches by Integrating Satipatthana 4 and SKT 1 on Mental Ability, Self-awareness and Academic Achievement of Nursing Students. *Songklanagarind Journal of Nursing, Songkhla* 2016;36(4): 13-28. (in Thai).
18. Thiammok M, Apisitwasana N. Effectiveness of World Café Instructional Model on Learning Achievement and Happiness in Learning of Nursing Students. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok* 2020;36(2): 243-54. (in Thai).

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมควบคุมภาวะแทรกซ้อน ต่อพฤติกรรมและผลลัพธ์ทางคลินิก ในผู้เป็นเบาหวานขึ้นจอประสาทตาระยะที่ยังไม่สร้างหลอดเลือดใหม่

The Effects of a Complication Control Program on The Behaviors and Clinical Outcomes of Non- Proliferative Diabetic Retinopathy Patients

Received: Jun 22, 2021

Revised: Oct 9, 2021

Accepted: Jul 14, 2022

อำภา จิตกุญ พย.ม. (Ampa Jitkui, M.N.S)¹จิราภรณ์ กรรมบุตร ปร.ด. (Jeeraporn Kummabutr, Ph.D)²ณัฐพัชร บัวบุญ ปร.ด. (Natthapat Buaboon, Ph.D)³

บทคัดย่อ

บทนำ: ภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา เป็นการเปลี่ยนแปลงของเส้นเลือดฝอยในจอประสาทตา ซึ่งเกิดจากภาวะที่มีน้ำตาลในเลือดสูงทำให้จอประสาทตาบวมขาดออกซิเจน หากปล่อยไว้จะมีเลือดออกในจอประสาทตาและวันตาอาจทำให้จอประสาทตาลอกซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญทำให้สูญเสียการมองเห็นและตาบอดได้

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมควบคุมภาวะแทรกซ้อน ต่อพฤติกรรมและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้เป็นเบาหวานขึ้นจอประสาทตาชนิด NPDR

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่างคือผู้เป็นเบาหวานชนิด NPDR แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 26 คน และกลุ่มควบคุม 26 คน ระยะเวลาดำเนินการทั้งสิ้น 24 สัปดาห์ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมควบคุมภาวะแทรกซ้อนที่ผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ แบบประเมินพฤติกรรมควบคุมภาวะแทรกซ้อน และโปรแกรมควบคุมภาวะแทรกซ้อน วิเคราะห์ข้อมูลด้วย สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ pair t-test และสถิติ MANOVA

ผลการวิจัย: หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมควบคุมภาวะแทรกซ้อน สูงกว่าก่อนทดลองค่าระดับน้ำตาลในเลือดสะสมลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และระดับความรุนแรงที่หลอดเลือดจอประสาทตาไม่พบมีการสร้างหลอดเลือดใหม่เพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามผลเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมควบคุมภาวะแทรกซ้อน กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ค่าระดับน้ำตาลในเลือดสะสม ลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่ระดับความรุนแรงที่หลอดเลือดจอประสาทตาของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่พบมีการเปลี่ยนแปลง

¹นักศึกษาลัทธิสหเวชศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ E-mail: ampajitkui@gmail.com

²Corresponding author ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, E-mail: Jeeraporn.k@nurse.tu.ac.th

³อาจารย์ ดร.สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัวและผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, E-mail: natthapat@nurse.tu.th

Faculty of Nursing, Thammasat University Rangsit Campus, Pathumthani, Thailand.

สรุป: โปรแกรมควบคุมภาวะแทรกซ้อน ที่ส่งเสริมการรับรู้ร่วมกับการชักนำสู่การปฏิบัติอย่างถูกต้องเหมาะสม สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและจัดการผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้เป็นเบาหวานชนิด NPDR

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้: ควรจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการรับรู้อย่างถูกต้องเหมาะสมร่วมกับการชักนำสู่การปฏิบัติจากบุคลากรสาธารณสุขในผู้เป็นเบาหวานชนิด NPDR ควรเพิ่มระยะเวลาในการศึกษาเพื่อติดตามความคงอยู่ของพฤติกรรม และการลดลงของระดับน้ำตาลในเลือดสะสมเพื่อติดตามระดับความรุนแรงที่หลอดเลือดจอประสาทตาระยะยาว

คำสำคัญ: โปรแกรมควบคุมภาวะแทรกซ้อน พฤติกรรม ผลลัพธ์ทางคลินิก ผู้เป็นเบาหวานขึ้นจอประสาทตาระยะที่ยังไม่สร้างหลอดเลือดใหม่ (ชนิด NPDR)

Abstract

Introduction: Diabetic retinopathy is a change in microangiopathy caused by high blood sugar level. If it remains negligently untreated, there would be the chance of ischemic retina complication, vitreous hemorrhage, and retinal traction detachment (RTD) caused of visual loss and blindness.

Research objectives: To investigate the effects of a complication control program on the behaviors and clinical outcomes of non-proliferative diabetic retinopathy (NPDR) patients.

Research methodology: This quasi-experimental study used a two-group pretest and posttest design. Moreover, 26 participants were randomly assigned to an experimental group and 26 to a control group. For a period of 24-weeks, the experimental group received a complication control program guided by a health belief model. Instruments consisted of two parts, including the complication control behavior assessment, and the complication control program. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, and MANOVA.

Results: The results of the study showed that at follow-up, mean score of the behavior in the experimental group was significantly higher than at baseline ($p < .05$). Furthermore, at follow-up, the HbA1c level was significantly lower than at baseline ($p < .05$). And diabetic retinopathy severity did not increase at follow-up. Regarding between-group difference at follow-up, mean score of behavior in the experimental group was significantly higher than the control group ($p < .05$). The HbA1c levels of the experimental group were significantly lower than the control group ($p < .05$). However, the severity of diabetic retinopathy of both groups did not change.

Conclusion: The findings suggest that a program focusing on perceptions and cues to action can help to appropriately modify behaviors and improve clinical outcomes among NPDR patients.

Implications: Activities should be implemented to promote correct perceptions and cues to action by healthcare providers of NPDR patients. The study duration should be increased to follow up behavior sustainability and HbA1c levels to monitor long term severity of diabetic retinopathy.

Keywords: complication control program; behavior; clinical outcomes; non-proliferative diabetic retinopathy patients (NPDR)

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทั่วโลก จากรายงานสุขภาพทั่วโลกของสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ ในปี ค.ศ. 2017 พบผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 425 ล้านคน และในปี 2045 คาดว่าจะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 629 ล้านคน (World Health Organization)¹ สำหรับประเทศไทย พบผู้ป่วยโรคเบาหวาน พ.ศ. 2558-2561 ร้อยละ 6.60, 6.64, 7.08 และ 7.41 เพิ่มขึ้นตามลำดับ²

ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสะสมสูงมากกว่า 7 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานตามมา ได้แก่ ภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของเส้นเลือดขนาดเล็กที่จอประสาทตา หากปล่อยไว้จะมีเลือดออกในจอประสาทตาและวันตา อาจทำให้จอประสาทตาลอกและตาบอดได้^{3,4} อุบัติการณ์การเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา จากข้อมูลของสภาจักษุวิทยาระหว่างประเทศ ในปี 2017 พบผู้เป็นเบาหวานขึ้นจอประสาทตาร้อยละ 34.6⁴ สำหรับประเทศไทย พบผู้ป่วยที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ช่วงปี พ.ศ. 2556-2558 ร้อยละ 16.00, 21.75, และ 23.30 เพิ่มขึ้นตามลำดับ ทั้งนี้สาเหตุมาจากการปฏิบัติพฤติกรรมในการรับประทานอาหารไม่เหมาะสม การไม่ออกกำลังกาย และการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ⁵

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสมให้น้อยกว่า 7 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ จะช่วยป้องกันการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา และสามารถชะลอความรุนแรงของภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาได้ นอกจากนี้ยังสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาไม่ให้เข้าสู่ระยะลุกลาม และลดการบวมของจุดชัดภาพได้^{4,6} ดังนั้นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา มีหลักสำคัญซึ่งทำได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยาตามแผนการรักษา⁶ และยังพบว่าปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและการรับรู้ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมภาวะแทรกซ้อนจากภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในผู้ป่วยเบาหวานมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอ

ประสาทตา พบว่า ผู้ป่วยรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม แต่ยังมีอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมโดยให้เหตุผลว่าออกกำลังกายบ้างแต่ปฏิบัติไม่สม่ำเสมอ ไม่เพียงพอเนื่องจากมีความเหนื่อยล้าจากการทำงาน ด้านการเลือกรับประทานส่วนใหญ่รับประทานอาหารประเภทแกงกะทิ และอาหารทอด รวมไปถึงอาหารแปงสูงและไขมันมากเนื่องจากความเคยชินในรสชาติ ด้านการใช้ยาและฉีดยาไม่สม่ำเสมอและต่อเนื่อง โดยลืมรับประทานยาหลังอาหารมื้อเย็นเนื่องจากติดภารกิจหรือเมื่อทำกิจกรรมที่เร่งรีบ มีการหยุดยาและปรับยาเองเนื่องจากคิดว่าตนเองไม่มีอาการผิดปกติจากโรคเบาหวาน^{7,8,9} ส่วนการรับรู้ถึงความรุนแรงของภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาไม่มากพอ ไม่ชัดเจน ทั้งนี้เนื่องจากภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในระยะเริ่มต้นไม่พบความผิดปกติด้านการมองเห็น อาการค่อยเป็นค่อยไป ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานไม่รับรู้ถึงความรุนแรงหรืออันตรายของโรค จึงไม่ได้ตระหนักถึงความสำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสม^{7,10} นอกจากนี้ยังพบว่า การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยาตามแผนการรักษาในผู้ป่วยเบาหวานมีผลทางบวกต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นการตัดสินใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา⁹ และยังพบว่า การส่งเสริมโดยการชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมทั้งภายในและภายนอก เช่น การรับรู้อาการเจ็บป่วย การเตือนให้ปฏิบัติพฤติกรรมจากบุคลากรทางการแพทย์ บุคคลในครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา^{11,12}

ดังนั้นจึงได้มีการจัดรูปแบบต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยการส่งเสริมการรับรู้ การให้ความรู้ การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง และมีการกระตุ้นเตือนพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน รวมทั้งภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาดีขึ้น และระดับน้ำตาลในเลือดสะสมลดลง^{13,14} สำหรับการดูแลผู้ป่วยภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาได้มีการส่งเสริมให้ความรู้ร่วมกับการจัดการตนเองโดยการสนับสนุนให้ความรู้เป็นรายกลุ่ม ฝึกปฏิบัติจริง การกำกับติดตาม

การส่งเสริมสุขภาพ และการจัดการรายการนี้^{15,16,17} แต่ยังไม่พบการศึกษาในผู้ป่วยภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาโดยใช้รูปแบบการส่งเสริมการรับรู้ตามแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการควบคุมภาวะแทรกซ้อนจากภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา จึงมุ่งศึกษาในผู้เป็นเบาหวานชนิด NPDR ซึ่งเป็นระยะเริ่มต้นโดยสร้างโปรแกรมตามตัวแปรที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อการปรับเปลี่ยนความเชื่อ การรับรู้และมีการติดตามเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมควบคุมภาวะแทรกซ้อน โดยการสร้างการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค สร้างการรับรู้ประโยชน์ของการเลือกบริโภคอาหารการออกกำลังกาย และการใช้ยาตามแผนการรักษาด้วยตนเอง สร้างการรับรู้ถึงผลเสียจากระดับน้ำตาลในเลือดสะสมที่เกินเกณฑ์ และส่งเสริมการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม นอกจากนี้ยังมีสิ่งชักนำ ได้แก่ สิ่งชักนำภายในคือ อาการและความรุนแรงของโรคที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ สิ่งชักนำภายนอก คือ การกระตุ้นเตือน ร่วมกับการสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้เป็นเบาหวานชนิด NPDR ปฏิบัติพฤติกรรมด้วยตนเองระยะยาวจนก่อเกิดเป็นกิจวัตรประจำวัน สามารถควบคุมภาวะแทรกซ้อนจากภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะนำไปสู่การดำรงชีวิตที่มีคุณภาพที่ดีต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น

โปรแกรมควบคุมภาวะแทรกซ้อน
1. ส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา
2. ส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา
3. ส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา
4. ส่งเสริมการรับรู้อุปสรรคของการควบคุมภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา
5. ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองของการควบคุมภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา
6. การชักนำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของการควบคุมภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา

ตัวแปรตาม

1. พฤติกรรมควบคุมภาวะแทรกซ้อน
- การรับประทานอาหาร
- การออกกำลังกาย
- การใช้ยาตามแผนการรักษา
2. ผลลัพธ์ทางคลินิก
- ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม
- ระดับความรุนแรงที่หลอดเลือดจอประสาทตา

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้เป็นเบาหวานชนิด NPDR ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมควบคุมภาวะแทรกซ้อน

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมและผลลัพธ์ทางคลินิกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมควบคุมภาวะแทรกซ้อน

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังการทดลองโปรแกรมควบคุมภาวะแทรกซ้อน ผู้เป็นเบาหวานชนิด NPDR กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยาตามแผนการรักษา สูงกว่า ก่อนทดลอง และผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดสะสมไม่สูงขึ้น

2. ภายหลังการทดลองโปรแกรมควบคุมภาวะแทรกซ้อน ผู้เป็นเบาหวานชนิด NPDR มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยาตามแผนการรักษา ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

3. ภายหลังการทดลองโปรแกรมควบคุมภาวะแทรกซ้อน ผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดสะสมในผู้เป็นเบาหวานชนิด NPDR กลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ชนิดศึกษาแบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest – posttest two groups design) เก็บข้อมูลในระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2563 ถึง 31 สิงหาคม 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจักษุแพทย์เป็นเบาหวานชนิด NPDR ที่มารับบริการและติดตามการรักษาคลินิกจอประสาทตาที่ห้องตรวจจักษุของโรงพยาบาลวชิรพยาบาลมหาวิทยาลัยนวมินทราชินา

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้เป็นเบาหวานชนิด NPDR ที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) สูงมากกว่า 7 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์มากกว่า 1 ครั้ง และมีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ถึง 70 ปี ได้รับการรักษาด้วยยาเกินหนึ่งปี เพศชายและหญิง และได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวานชนิด NPDR อย่างน้อย 6 เดือน ไม่มีปัญหาในการสื่อสาร สามารถพูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ดี กรณีที่ผู้เป็นเบาหวานชนิด NPDR อายุ 60 ปีขึ้นไป ต้องได้รับการทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้น ด้วยแบบทดสอบ MMSE-T ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ที่มารับบริการคลินิกจอประสาทตาที่ห้องตรวจจักษุของโรงพยาบาลวชิรพยาบาลมหาวิทยาลัยนวมินทราชินา ช่วงเวลาที่ดำเนินการวิจัยระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2563 ถึง 31 สิงหาคม 2563 ส่วนผู้เป็นเบาหวานชนิด NPDR ที่ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้อย่างต่อเนื่อง และมีปรับเปลี่ยนยาเบาหวาน การฝังเข็ม การใช้ยาสมุนไพรเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดอย่างใดอย่างหนึ่ง จะคัดเลือกรับออกจากงานวิจัย

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) จากการคำนวณระดับอิทธิพลสำหรับการทดสอบโดยนำค่าเฉลี่ยก่อนและหลัง และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน จากการศึกษาของ Aree¹⁴ เรื่องผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา เมื่อนำมาคำนวณได้ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 8.13 ซึ่งเป็นค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ ดังนั้น ผู้วิจัยได้พิจารณาใช้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ใน

การวิเคราะห์ด้วยสถิติ t-test เท่ากับ 0.50 และค่าอำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.80 โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 เพื่อใช้ในการคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวนกลุ่มละ 26 ราย และเพื่อป้องกันการสูญหาย ผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มร้อยละ 20 เป็นกลุ่มทดลอง 31 ราย กลุ่มควบคุม 31 ราย รวมทั้งหมด 62 ราย แต่เนื่องจากสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ทำให้กลุ่มตัวอย่างน้อยลงเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้ถูกเลื่อนนัดติดตามการรักษา เมื่อสิ้นสุดการวิจัยทำให้เหลือกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 ราย รวมทั้งสิ้น 52 ราย

การสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Purposive sampling) จากเวชระเบียนผู้เป็นเบาหวานที่มารับบริการห้องตรวจจักษุ ผู้เป็นเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้เป็นเบาหวานชนิด NPDR จากจักษุแพทย์ไม่เกิน 6 เดือน โดยมีผลระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) สูงมากกว่า 7 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์มากกว่า 1 ครั้ง และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ของกลุ่มตัวอย่าง

2. ทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยคัดเลือกจากผู้เป็นเบาหวานที่เป็นผู้เป็นเบาหวานชนิด NPDR ที่ยินยอมเข้าร่วมในการทดลอง โดยจะต้องผ่านเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนด เพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 31 คน รวมทั้งหมด 62 คน โดยกำหนดให้ 31 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุม และ 31 คนหลังเป็นกลุ่มทดลอง จากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีลักษณะคล้ายคลึงกันและเพื่อลดตัวแปรภายนอกที่อาจมีผลต่อตัวแปรตาม ที่อาจเกิดขึ้นจึงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกันด้วยวิธีจับคู่ (Pair matching) โดยให้ อายุ เพศ และระดับน้ำตาลในเลือดสะสม ใกล้เคียงกัน เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมให้แล้วเสร็จ หลังจากนั้นทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองภายหลัง ทำหนังสือยินยอมเพื่อเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. เครื่องมือใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบประเมินพฤติกรรมควบคุมภาวะแทรกซ้อนของผู้เป็นเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในระยะที่ยังไม่สร้างหลอดเลือดใหม่ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย รอบเอว ความดันโลหิต สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัวอื่น ๆ โดยเครื่องมือสร้างจากผู้วิจัย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลโรคเบาหวานและการตรวจจอประสาทตา ได้แก่ ระยะเวลาป่วยด้วยโรคเบาหวาน ระยะเวลาที่พบภาวะแทรกซ้อนทางจอประสาทตา ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม ผลการตรวจตาจากจักษุแพทย์ครั้งสุดท้าย ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ จากโรคเบาหวาน โดยเครื่องมือสร้างจากผู้วิจัย

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมควบคุมภาวะแทรกซ้อน ประกอบด้วยข้อคำถาม 25 ข้อ ประกอบด้วย พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร 10 ข้อ อยู่ในช่วง 1-5 คะแนน พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย 5 ข้อ อยู่ในช่วง 1-4 คะแนน และพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษา 10 ข้อ อยู่ในช่วง 1-5 คะแนน

2. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง

โปรแกรมควบคุมภาวะแทรกซ้อนในผู้เป็นเบาหวานชนิด NPDR ผู้วิจัยได้สร้างโปรแกรมนี้นี้ ประกอบด้วยการจัดกิจกรรม 3 ครั้ง ใช้ระยะเวลา 24 สัปดาห์ มีรายละเอียด ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 จัดกิจกรรมครั้งที่ 1 ใช้เวลาดำเนินการวิจัย 90 นาที โดยกิจกรรมประกอบด้วย

1. กิจกรรมส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ผ่านสื่อรูปภาพและวีดิทัศน์ พร้อมทั้งแจ้งระดับน้ำตาลในเลือดสะสมของผู้เป็นเบาหวานชนิด NPDR แต่ละราย และอธิบายถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในผู้เป็นเบาหวาน

2. กิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ผ่านสื่อวีดิทัศน์ ผ่านภาพถ่ายจอประสาทตาแต่ละระดับ เปรียบเทียบภาพถ่ายจอประสาทตาของตนเองและภาพถ่ายปกติ นอกจากนี้มีการจำลองสถานการณ์เรื่อง การสูญเสียด้านการมองเห็นที่จะเกิดขึ้นใน

อนาคต (ลองหลับตาเดิน) รวมทั้งอภิปรายกลุ่มร่วมกันพูดถึงผลเสียและผลกระทบต่อนองถ้าระดับความรุนแรงที่หลุดเลือดจอประสาทตาเพิ่มขึ้น

3. กิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา โดยอธิบายถึงประโยชน์ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยาตามแผนการรักษา ผ่านสื่อวีดิทัศน์ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

4. กิจกรรมส่งเสริมการรับรู้อุปสรรคของการควบคุมภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา โดยใช้กระบวนการกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกัน พร้อมทั้งช่วยกันหาแนวทางการจัดการอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นในแต่ละราย เสนอแนวทางในการจัดการอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นเมื่อต้องปฏิบัติพฤติกรรมต่อที่บ้าน

5. กิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองของการควบคุมภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา โดยการฝึกทักษะเลือกเมนูอาหาร การบริโภคอาหาร การจัดจานอาหาร (2:1:1) และมีการมอบจานอาหารเพื่อเป็นสัญลักษณ์ชัดเจนเพื่อนำไปจัดจานอาหารต่อที่บ้าน ฝึกการออกกำลังกายด้วยวิธีการเดิน ใช้วิธีถามตอบทบทวนการใช้ยาร่วมกัน มีการฝึกบันทึกสมุดการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยาตามแผนการรักษา และมอบคู่มือปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมภาวะแทรกซ้อนเพื่อนำไปใช้ต่อที่บ้าน

- คู่มือปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมภาวะแทรกซ้อนในผู้เป็นเบาหวานชนิด NPDR เป็นคู่มือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยมีรูปภาพที่ใช้ในการสื่อสารชัดเจน เนื้อหาข้อความเข้าใจง่าย ประกอบด้วยเนื้อหาเรื่องภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ระดับความรุนแรงของภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา อาการและอาการแสดงการเปลี่ยนแปลงด้านการมองเห็น พฤติกรรมควบคุมภาวะแทรกซ้อนการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยาตามแผนการรักษา เพื่อให้ผู้เป็นเบาหวานชนิด NPDR นำกลับไปศึกษาและปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมภาวะแทรกซ้อนต่อที่บ้าน

- สมุดบันทึกพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยาตามแผนการรักษา เป็นสมุดบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีวัตถุประสงค์เพื่อกำกับติดตาม

กระตุ้นเตือน และบันทึกความถี่ ชนิด และปริมาณของ พฤติกรรมที่กำหนดในผู้เป็นเบาหวานขึ้นจอประสาทตาชนิด NPDR โดยให้บันทึกพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร แต่ละมื้อ บันทึกพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายในแต่ละวัน และบันทึกการใช้ยาตามแผนการรักษา โดยให้บันทึกอย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 ครั้ง

สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 ติดตามและกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์ ใช้เวลา 10-20 นาทีกระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยาตามแผนการรักษาที่บ้าน และพูดคุยให้กำลังใจ

สัปดาห์ที่ 12 จัดกิจกรรมครั้งที่ 2 ใช้เวลาดำเนินการวิจัย 90 นาที โดยกิจกรรมประกอบด้วย

1. กิจกรรมทบทวนความรุนแรงของภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา โดยให้ดูวิดีโอเรื่อง “ความรุนแรงของภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา แนวทางการดูแลรักษา”

2. กิจกรรมประเมินการเปลี่ยนแปลงด้านการมองเห็นด้วยตนเอง โดยให้แต่ละรายบอกในช่วง 12 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีเครื่องมือการผิดปกติทางด้านการมองเห็นบ้าง เช่น ตามัวลง สายตาไม่คงที่ เห็นหยากไย่ลอยไปมา เป็นต้น เพื่อให้รับรู้สภาวะโรคของตนเอง

3. กิจกรรมวิเคราะห์พฤติกรรมควบคุมภาวะแทรกซ้อน ให้ผู้เป็นเบาหวานชนิด NPDR แต่ละรายนำเสนอบันทึก พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยาตามแผนการรักษา มาให้ผู้วิจัยวิเคราะห์และพูดคุยเป็นรายบุคคลถึงการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมภาวะแทรกซ้อนที่ผ่านมา

4. อภิปรายกลุ่ม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยาตามแผนการรักษา ร่วมกันถึงประสบการณ์ที่ปฏิบัติแล้วประสบผลสำเร็จ และประสบการณ์ที่เป็นปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างร่วมโปรแกรม 12 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยให้สมาชิกในกลุ่มที่ปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมภาวะแทรกซ้อนได้นำเสนอประสบการณ์ของตนเอง และสมาชิกที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมได้ให้นำเสนอปัญหา หรืออุปสรรคที่เกิดขึ้น วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคร่วมกัน พร้อมหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน บอกวิธีการที่จะจัดการกับอุปสรรคที่เกิดขึ้น

สัปดาห์ที่ 16 และสัปดาห์ที่ 20 ติดตามและกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์ ใช้เวลา 10-20 นาทีกระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยาตามแผนการรักษาที่บ้าน และใช้คำพูดโน้มน้าว ชักจูงให้กำลังใจ

สัปดาห์ที่ 24 จัดกิจกรรมครั้งที่ 3 ใช้เวลาดำเนินการวิจัย 30 นาที ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และเก็บรวบรวมข้อมูลค่าระดับน้ำตาลในเลือดสะสม ระดับความรุนแรงที่หลุดเลือดจอประสาทตา ที่บันทึกในเวชระเบียน

ส่วนกลุ่มควบคุมเก็บข้อมูลก่อนทดลองในสัปดาห์ที่ 1 และติดตามประเมินผลในสัปดาห์ที่ 24 เมื่อสิ้นสุดการศึกษาจะได้รับการสอนเนื้อหาเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องและครอบคลุมของเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และตรงตามแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ รวมทั้งภาษาและรูปแบบการเขียน ภายหลังการตรวจสอบได้นำมาปรับแก้ไขเนื้อหาให้เหมาะสมและชัดเจนยิ่งขึ้น นำไปทดลองใช้ (Tryout) กับผู้เป็นเบาหวานขึ้นจอประสาทตาชนิด NPDR ที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 30 คน โดยคำนวณดัชนีความตรงของเนื้อหาได้เท่ากับ .96 และวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่า .84

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติให้การรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เลขที่ 168/2562 รหัสโครงการวิจัย 146/2562 เมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2562 และได้รับการอนุมัติให้การรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริพยาบาล เลขที่โครงการ 174/62 เมื่อวันที่ 23 ธันวาคม 2562

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ระยะเตรียมการ

- 1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือจากคณบดี คณะพยาบาล ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์

เครื่องมือ และใบอนุญาตความเห็นชอบในการดำเนินการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมในคนชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ถึงคณะบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

1.2 เมื่อได้รับอนุมัติจากคณะบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าห้องตรวจจักษุที่จะทำการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อแนะนำตัว ซึ่งแจ้งรายละเอียดการวิจัย วัตถุประสงค์ ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือและขั้นตอนการดำเนินการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

1.3 ผู้วิจัยสำรวจผู้เป็นเบาหวานชนิด NPDR และวางแผนคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด

1.4 สถานที่ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ ห้องเรียนภาควิชาจักษุ ไม่มีเสียงดังรบกวน

2. ระยะดำเนินการวิจัย

2.1 ผู้วิจัยขอความร่วมมือและประสานงานกับหัวหน้าห้องตรวจจักษุ ในการเข้าถึงข้อมูลทะเบียนประวัติผู้ป่วย แผนกจักษุ เพื่อเป็นการเก็บข้อมูลและบันทึกข้อมูลตามลำดับ โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

2.2 ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ของโครงการ ประโยชน์และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย การเก็บข้อมูลเป็นความลับ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย รายละเอียดการดำเนินกิจกรรม การพิทักษ์กลุ่มตัวอย่าง ขอความร่วมมือในการทำวิจัย และลงนามยินยอมการเข้าร่วมวิจัยก่อนดำเนินการรวบรวมข้อมูล และกลุ่มตัวอย่างที่อายุมากกว่า 60 ปี ทำการทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้น กรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถทำแบบสอบถามด้วยตนเองได้ ผู้วิจัยช่วยอ่านข้อคำถามแล้วให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเลือกตอบด้วยตนเอง

2.3 เมื่อได้กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยดำเนินการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละกลุ่มตัวอย่างโดยเก็บกลุ่มควบคุมจนครบตามที่กำหนด หลังจากนั้นจึงทำการเก็บข้อมูลกลุ่มทดลอง

2.4 ผู้วิจัยจัดกิจกรรมตามโปรแกรมควบคุม

ภาวะแทรกซ้อน สำหรับกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมโดยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูปสำหรับวิเคราะห์ทางสถิติ SPSS

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมควบคุมภาวะแทรกซ้อนและระดับน้ำตาลในเลือดสะสมภายในกลุ่ม ด้วยสถิติ paired t-test ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ MANOVA โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติดังนี้ ตัวแปรตามมีการกระจายข้อมูลเป็นโค้งปกติ ข้อมูลที่ใช้ศึกษาครั้งนี้เป็นอิสระต่อกัน และจากการทดสอบความแปรปรวนของตัวแปรตาม พบว่า ตัวแปรตามไม่มีความแตกต่างกัน

3. เปรียบเทียบความแตกต่างระดับความรุนแรงที่หลอดเลือดจอประสาทตา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้ร้อยละ

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง เพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 57.70 มีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 62.90 ปี (SD=8.02) ดัชนีมวลกายเฉลี่ยอยู่ที่ 26.43 กก./ม.² (SD=3.42) รอบเอวเพศหญิงเฉลี่ย 80.60 เซนติเมตร (SD=6.73) รอบเอวเพศชายเฉลี่ย 87.83 เซนติเมตร (SD=9.43) ระดับความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 130-139/85-89 มม.ปรอท คิดเป็นร้อยละ 50.00 สถานภาพคู่คิดเป็นร้อยละ 80.76 ระดับการศึกษาประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 65.40 ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 61.54 ระยะเวลาที่แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 10.10 ปี (SD=3.90) ระยะเวลาที่พบภาวะแทรกซ้อนทางจอประสาทตาหลังจากวินิจฉัยครั้งแรก ระยะเวลาเฉลี่ย 4.04 เดือน (SD=1.24) โรคประจำตัวอื่น ๆ ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ นอกจากโรคเบาหวาน ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 42.40 ระดับน้ำตาลในเลือดสะสมเฉลี่ยอยู่ที่ 7.53 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ (SD=0.46) และระดับความรุนแรงของภาวะ

แทรกซ้อนทางจอตตาระดับ Mild NPDR คิดเป็นร้อยละ 65.40

ผู้ป่วยกลุ่มควบคุม เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 61.54 มีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 60.60 ปี (SD=9.36) ดัชนีมวลกายเฉลี่ยอยู่ที่ 25.78 กก./ม.² (SD=3.79) รอบเอวเพศหญิงเฉลี่ย 79.50 เซนติเมตร (SD=6.20) รอบเอวเพศชายเฉลี่ย 90.40 เซนติเมตร (SD=6.40) ระดับความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 130-139/85-89 มม.ปรอท คิดเป็นร้อยละ 42.30 สถานภาพคู่คิดเป็นร้อยละ 76.92 ระดับการศึกษาประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 57.70 ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 46.20 ระยะเวลาที่แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 9.90 ปี (SD=3.80) ระยะเวลาที่พบภาวะแทรกซ้อนทางจอตตาระดับ Mild NPDR หลังจากวินิจฉัยครั้งแรกเฉลี่ย 4.30 เดือน (SD=1.47) โรคประจำตัวอื่น ๆ ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ นอกจากโรคเบาหวาน ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 46.15 ระดับน้ำตาลในเลือดสะสมเฉลี่ยอยู่ที่ 7.64 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ (SD=0.46) และระดับความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนทางจอตตาระดับ Mild NPDR คิดเป็นร้อยละ 53.84

2. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมและผลลัพธ์ทางคลินิกในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมควบคุมภาวะแทรกซ้อน

ภายหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหาร (M=34.5, SD=3.00) สูงกว่าก่อนการทดลอง (M=26.21, SD=3.84) การออกกำลังกาย (M=11.12, SD=1.35) สูงกว่าก่อนการทดลอง (M=8.92,

SD=3.01) การใช้ยาตามแผนการรักษา (M=47.27, SD=1.63) สูงกว่าก่อนทดลอง (M=42.19, SD=3.86) และระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (M=7.04, SD=0.51) ลดลงกว่าก่อนทดลอง (M=7.61, SD=0.46) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 1 และระดับความรุนแรงที่หลุดเลือดจอตตาระดับของผู้เป็นเบาหวานชนิด NPDR หลังได้รับโปรแกรมควบคุมภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มทดลอง พบว่า ระดับความรุนแรงที่หลุดเลือดจอตตาระดับไม่เพิ่มขึ้น จากระดับ NPDR เป็นระดับ PDR

3. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมและผลลัพธ์ทางคลินิกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรมควบคุมภาวะแทรกซ้อน

ภายหลังการทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยาตามแผนการรักษา ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F=89.672$, $df=1$, $p<.001$; $F=6.328$, $df=1$, $p=.015$; $F=94.906$, $df=1$, $p<.001$) ตามลำดับ อีกทั้งระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F=19.858$, $df=1$, $p<.001$) ดังตารางที่ 2 และจากผลการตรวจด้วยเครื่องถ่ายภาพจอตตาระดับ ได้รับ การวินิจฉัยจากจักษุแพทย์ พบว่า ระดับความรุนแรงของหลุดเลือดที่จอตตาระดับของผู้เป็นเบาหวานชนิด NPDR ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมระดับความรุนแรงที่หลุดเลือดจอตตาระดับไม่เพิ่มขึ้น จากระดับ NPDR เป็นระดับ PDR

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมและระดับน้ำตาลในเลือดสะสมในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมควบคุมภาวะแทรกซ้อน (N=26)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		paired t-test	p-value
	M	SD	M	SD		
1. พฤติกรรมควบคุมภาวะแทรกซ้อน						
- การรับประทานอาหาร	26.15	3.84	34.50	3.00	13.96	<.001
- การออกกำลังกาย	8.92	3.01	11.12	1.35	5.13	<.001
- การใช้ยาตามแผนการรักษา	42.19	3.86	47.27	1.63	7.88	<.001
2. ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม	7.61	0.46	7.04	0.51	5.07	<.001

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุคูณเพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมและระดับน้ำตาลในเลือดสะสม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมควบคุมภาวะแทรกซ้อน (N=52)

แหล่ง	ตัวแปรตาม	SS	df	MS	F	p-value
ความแปรปรวน						
ระหว่างกลุ่ม	การรับประทานอาหาร	1098.481	1	1098.481	89.672	.000
	การออกกำลังกาย	48.077	1	48.077	6.328	.015
	การใช้ยาตามแผนการรักษา	474.019	1	474.019	94.906	.000
	ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม	6.603	1	6.603	19.858	.000
ความคลาดเคลื่อน	การรับประทานอาหาร	612.500	50	12.250		
	การออกกำลังกาย	379.846	50	7.597		
	การใช้ยาตามแผนการรักษา	249.731	50	4.995		
	ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม	16.626	50	.333		
รวม	การรับประทานอาหาร	48451.000	52			
	การออกกำลังกาย	7964.000	52			
	การใช้ยาตามแผนการรักษา	102543.000	52			
	ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม	2875.339	52			

อภิปรายผล

ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยาตามแผนการรักษาของกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง และระดับน้ำตาลในเลือดสะสมของกลุ่มทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และระดับความรุนแรงที่ลดลงเหลือจ่อประสาทหลังการทดลองของกลุ่มทดลองไม่เพิ่มขึ้นจากระดับ NPDR เป็นระดับ PDR นอกจากนี้ยังพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยาตามแผนการรักษาของกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ดีตามระดับความรุนแรงที่ลดลงเหลือจ่อประสาททั้งสองกลุ่มไม่เพิ่มขึ้นจากระดับ NPDR เป็นระดับ PDR สามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มทดลองได้รับการปรับเปลี่ยนความเชื่อ การรับรู้และการติดตามเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมควบคุมภาวะแทรกซ้อน ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความเชื่อแบบแผนด้านสุขภาพ จะเห็นว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใด ๆ

ต้องเกิดจากความเชื่อและการรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ปัญหาภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพ ทั้งนี้เป็นผลมาจากกิจกรรมประกอบด้วย การส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคโดยเฉพาะภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา บรรยายผ่านสื่อวีดิทัศน์ที่อธิบายพยาธิสภาพและกลไกการเกิดโรค การส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมภาวะแทรกซ้อน โดยการบรรยายกลุ่มและกิจกรรมถามตอบ การส่งเสริมการรับรู้อุปสรรคผ่านกระบวนการกลุ่มและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกัน พร้อมทั้งช่วยกันหาแนวทางการจัดการอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นในแต่ละราย การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองผ่านกิจกรรมการสาธิตและฝึกทักษะการเลือกบริโภค นำเสนอตัวแบบ ร่วมกับการชักนำสู่การปฏิบัติได้แก่ การชักนำภายในให้รับรู้อาการของโรคหรือการเจ็บป่วย ปัจจุบัน การชักนำภายนอกโดยการกระตุ้นเตือน ติดตามจากผู้วิจัย ส่วนกลุ่มควบคุมระดับความรุนแรงที่ลดลงเหลือจ่อประสาทตาไม่เพิ่มขึ้นเนื่องจากการประเมินระดับความรุนแรงจะต้องมีการติดตามการตรวจตาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอระยะยาวตามแนวทางการคัดกรองผู้เป็นเบาหวานชนิด NPDR

คือมีการติดตามทุก 6-12 เดือน เพื่อประเมินระดับความรุนแรง และนัดติดตามการรักษาอย่างถูกต้องเหมาะสมต่อไป

จากการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความเชื่อทางสุขภาพ ดังกล่าวข้างต้น ทั้ง 5 ปัจจัย ตามแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ Rosenstock และคณะ¹⁸ ส่งผลให้กลุ่มทดลองปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารเหมาะสมตามความต้องการของร่างกาย มีการออกกำลังกายที่มีระดับความแรง (Intensity) ความถี่ (Frequency) และระยะเวลา (Time) ที่เหมาะสม และรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ทางคลินิก ทั้งทางด้านการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1C) และการชะลอการเกิดเส้นเลือดงอกใหม่ที่ผิดปกติที่จอประสาทตา (Neovascularization) ซึ่งการที่กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมดังกล่าวส่งผลทำให้ชะลอการสร้างเส้นเลือดขนาดเล็กที่จอประสาทตาที่เกิดจากการหลังสารกระตุ้นให้มีหลอดเลือดงอกใหม่ที่อ่อนแอ ซึ่งเปราะและแตกง่าย มีผลทำให้มีเลือดออกในน้ำวุ้นตา (Vitreous hemorrhage) และมีพังผืด จนในที่สุดจะเกิดจอประสาทตาหลุดลอกเกิดการดึงรั้งของจอประสาทตา (Traction retinal detachment) ทำให้ผู้ป่วยตาบอด โดยอธิบายตามบริบทของการศึกษาวิจัยของ Somjai, Teppagone, Nirachon¹⁹ และ Wisut, Suthisa, Suwattana, Supsiri, Budsaya, Juntima²⁰ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรค การรับรู้ต่ออุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการจัดการความเครียด ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงต่อการเป็นหรือเกิดโรคด้วยการปฏิบัติตามเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่เป็นความเชื่อของบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาของ Duangduan, Worraphol, Warakorn¹⁴ ที่ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้เป็นเบาหวาน พบว่า ผู้เป็นเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม และสูงกว่า

กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และยังสามารถคล้อยกับการศึกษาของ Panomporn, Sutham²¹ และ Surakri, Araya, Sarodh²² ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่ประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในผู้เป็นเบาหวาน ร่วมการสนับสนุนติดตาม การกระตุ้นเตือนพบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาและการพบแพทย์ การจัดการความเครียด สูงขึ้นกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีกว่าก่อนทดลองและกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ทั้งนี้จากการใช้โปรแกรมควบคุมภาวะแทรกซ้อนในผู้เป็นเบาหวานชนิด NPDR ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าระดับความรุนแรงของหลอดเลือดที่จอประสาทตาทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมต่างไม่เพิ่มขึ้นจากระดับ NPDR เป็นระดับ PDR ดังนั้นควรมีการติดตามประเมินผลระดับความรุนแรงหลอดเลือดที่จอประสาทตาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอระยะยาวนานเป็นเวลา 1 ปี โดยประเมินได้จากภาพถ่ายจอประสาทตาและวินิจฉัยจากจักษุแพทย์ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของโปรแกรมให้ดีขึ้น และเป็นการติดตามผลการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดที่จอประสาทตาที่ชัดเจน เพื่อผู้ป่วยจะได้รับการติดตามการรักษาอย่างถูกต้องเหมาะสมส่งผลให้ชะลอระดับความรุนแรงของภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาจากระดับ NPDR เป็นระดับ PDR ซึ่งจะช่วยป้องกันตาบอดจากโรคเบาหวานในอนาคต

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้

พยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ควรนำโปรแกรมควบคุมภาวะแทรกซ้อนไปใช้ในการให้ความรู้และส่งเสริมการรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรงของภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างถูกต้องเหมาะสม และส่งเสริมการรับรู้อุปสรรคของตนเอง รวมถึงการพูดคุยชักนำกระตุ้นเตือนการปฏิบัติพฤติกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจปฏิบัติพฤติกรรมต่อเนื่องสม่ำเสมอต่อไป

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

การศึกษาครั้งนี้ได้มีการศึกษาถึงผลของโปรแกรมควบคุมภาวะแทรกซ้อน ในเป็นเบาหวานชนิด NPDR ดังนั้น การศึกษาต่อไปอาจนำโปรแกรมนี้ไปพัฒนาหรือปรับเปลี่ยน การดูแลให้เหมาะสมในผู้ป่วยในโรคเรื้อรังอื่น รวมถึงผู้เป็นเบาหวานชนิด PDR ควรมีการศึกษาโปรแกรมควบคุมภาวะ

แทรกซ้อนโดยนำครอบครัวมามีส่วนร่วมเนื่องจากผู้เป็นเบาหวานชนิด NPDR ต้องได้รับการติดตามรักษาอย่างต่อเนื่อง ระยะเวลาสั้น ครอบครัวหรือชุมชน และควรมีการศึกษาต่อเนื่องระยะยาว 1 ปี เพื่อติดตามผลระดับความรุนแรงที่ลดลง เลือดจางประสาทตาที่เปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน

References

1. World Health Organization [WHO]. Global report on diabetes. [Internet]. 2016. [cited 2018, February 9]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204871/1/9789241565257_eng.pdf.
2. Office of The Permanent Secretary Ministry of Public Health. Indicators report [internet]. 2019 [cited 2019 August 6]. Available from: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/> (in Thai)
3. Waruttaporn C. Ocular complications from diabetes mellitus. Journal of Medicine and Health Sciences. 2016; 23(2): 36-45. (in Thai)
4. International Council of Ophthalmology [IDF] . Guidelines for diabetic eye care. 2014.
5. Division of non-communicable Diseases, Department of Disease Control. Guidelines diabetic retinopathy. Nonthaburi: Sahakornthai. 2015. (in Thai)
6. Diabetes Association of Thailand under The Patronage of Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn. Guidelines for diabetes mellitus 2017. Bangkok: Aroonprinting. 2017. (in Thai)
7. Petcharat C, Benjamat C, Ladda S, Maneerat H, Umaphon Chatwirote. Perceived health and behavioral health of diabetes patients who received services in hospital health Bueng Bua. Wachirabarami District Pichit Province. The 4th National Conference Kamphaengphet Rajabhat University 2017: 1082-87. (in Thai).
8. Arunya J, Chommanard W, Supaporn N. Comparison of diabetes patients health promotion behaviors between patients with no diabetes retinopathy and mild non-proliferative diabetic retinopathy. Journal of Nursing and Health Sciences 2016;10(3): 86-95. (in Thai)
9. Kingkarn S, Rungrawee N. Factor related to health promoting behaviors of type 2 diabetes patients with insulin and oral agent therapy. Journal of The Police Nurse 2014; 6(1):102-12. (in Thai)
10. Suwat K. Factors related to blood glucose level among patients with diabetes mellitus type II in responsible area of Tombon health promoting hospital Ban Yang Luang Nuea, Kut Chik subdistrict, Mueang District, Nongbua Lamphu Province. The 1st National Conference Ubonrachathani Thailand 2016: 65-75. (in Thai)

11. Ratchanee P. Factors effecting to prevention of complication diabetic mellitus among diabetic mellitus type 2 at public health center 2, division of public health and environment, Nakhonsawan municipality. Journal of Health Science and Community Public Health 2018; 1(2):86-101. (in Thai)
12. Chutima S, Jariyawat K, Pornsiri P. A study of health belief model and the risk of type 2 diabetes in working muslim populations. Journal of Royal Thai Army Nurses 2018;19:267-77. (in Thai)
13. Pornpimol P, Krajaang T, Wanlapa S. Effect of self-monitoring health behavior program to non-insulin dependent diabetes mellitus of the risk group in Tan Neang Sub-District health promotion, Sawang Daen Din District, SakonNakhon. Journal of Sakon Nakhon Hospital 2015;18(3): 52-62. (in Thai)
14. Duangduan H, Worraphol W, Warakorn K. The effects of an applied health belief model program on self-care behaviors of diabetic patients in meung-pai sub-district health promotion hospital zone. Phranakhon Rajabhat Research Journal 2016;11(1):36-51. (in Thai)
15. Kritsana D, Jariyawat K, Napaporn K. Effects of educative supportive nursing system on self-care behaviors fasting plasma glucose and level of diabetic retinopathy in type 2 diabetes mellitus patients. Thammasat Thai Journal of Ophthalmology 2016;34-53. (in Thai)
16. Tasranporn P, Songsamon Y, Sukunya W. Effects of a case management program on self-care behaviors and diabetic retinopathy clinical signs among elderly with diabetic retinopathy in quality elderly clinic. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2018;19: 110-18. (in Thai)
17. Patcharaporn K, Kwanjai A, Pornthip R. Effect of a case management program for older people with diabetic retinopathy. Journal of Public Health Nursing 2017;31(2)1-10. (in Thai)
18. Rosenstock M, Strecher J, Becker H. Social learning theory and the health belief model. health education quarterly 1988; 15(2): 175-83.
19. Somjai J, Teppagone P, Nirachon C. Factor related to self-care behavior for prevention of diabetes mellitus and hypertension among population groups at risk. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health 2016;3(1):110-28. (in Thai)
20. Wisut N, Suthisa S, Suwattana K, Supsiri S, Budsaya D, Juntima N. Predictive factors of self-health care among patients with type 2 diabetes in sapphaya district, chainat province. Journal of Kanchanaburi Rajabhat University 2019;8(2):200-12. (in Thai)
21. Panomporn K, Sutham N, Chokchi M, Supachai P, Korraavan Y. Health promotion program with family participation among uncontrolled type 2 diabetic elderly. Thai Journal of Health Education 2020;43(2):119-33. (in Thai)
22. Surakri H, Araya P, Sarodh P. On self-care behavior for preventing diabetes among the group at risk of diabetes in vibhawadi district suratthani province. Journal of graduate research. 2015;7(1):101-14. (in Thai)

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ

2/1 ถนนพญาไท แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์ 0-2534-8241 ต่อ 3405

e-mail: journalbcn@bcn.ac.th

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