



วารสารพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยสยาม

ปีที่ 26 ฉบับที่ 50 มกราคม - มิถุนายน 2568

ISSN 3088-1137 (Online)

Vol.26 No.50 January - June 2025

JOURNAL OF NURSING,
SIAM UNIVERSITY



JOURNAL OF NURSING, SIAM UNIVERSITY EDITORIAL

FACULTY OF NURSING, SIAM UNIVERSITY

E-MAIL: JSIAMNS@SIAM.EDU

38 PETCHKASEM ROAD, BANG-WA, PHASI-CHAROEN DISTRICT, BANGKOK. 10160

บทบรรณาธิการ

สวัสดีค่ะท่านผู้อ่านวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยามที่รักทุกท่าน

เจอกันอีกครั้งกับ วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม ฉบับนี้เป็นปีที่ 26 ฉบับที่ 50 (มกราคม-มิถุนายน 2568) นะคะ กองบรรณาธิการขอขอบพระคุณทุกท่านที่ได้ให้ความสนใจวารสารของเรา รวมทั้งให้ความเชื่อมั่นในคุณภาพของวารสารฉบับนี้ ไว้วางใจส่งบทความมาลงพิมพ์กันมากมายนะคะ

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม ฉบับนี้มีเนื้อหาสาระที่หลากหลาย ประกอบด้วยบทความวิจัยและบทความวิชาการ จำนวนทั้งสิ้น 8 เรื่อง ซึ่งเป็นบทความวิจัยที่น่าสนใจ เริ่มจาก เรื่องที่ 1 เป็นบทความ เรื่อง “ผลการใช้รูปแบบเกณฑ์การคัดแยกเร่งด่วนฉบับพัฒนา ต่อความแม่นยำการคัดแยกและระยะเวลา รอคอยของผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครพิงค์” เรื่องที่ 2 “ปัจจัยทำนายความรอบรู้ การควบคุมป้องกันโรคโคโรนาไวรัส (โควิด-19) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตตำบลน้ำร้อน อำเภอเมือง จังหวัดตาก” เรื่องที่ 3 เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการให้ความรู้ด้านสุขภาพและให้คำปรึกษาด้านสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเดียนท์สำหรับผู้ปกครองในการดูแลเด็กวัยเรียน” เรื่องที่ 4 เรื่อง “ผลการให้การสนับสนุนด้านข้อมูลต่อความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์แรกทีผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง” เรื่องที่ 5 “อิทธิพลของการรับรู้คุณค่าการอบรมเลี้ยงดูของบุพการีต่อการตั้งใจที่จะเรียนรู้ การปรับตัว และการจัดการเวลาและกิจกรรมนอกห้องเรียนอย่างมีประสิทธิภาพของวัยรุ่นตอนปลาย” เรื่องที่ 6 “การจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจากโรคโควิด 19 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล” และเรื่องที่ 7 “ผลของโปรแกรมการสร้างพลังสำหรับผู้ดูแลต่อภาระการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชน”

นอกจากนี้ยังมีบทความวิชาการที่น่าสนใจ จำนวน 1 เรื่อง ได้แก่ “การพัฒนาทักษะทางการพยาบาล ด้วยการเรียนรู้ผ่านเกม”

กองบรรณาธิการขอขอบพระคุณท่านผู้เขียนบทความทุกท่านที่ให้เกียรติส่งบทความมาลงตีพิมพ์ รวมทั้งท่านผู้อ่านที่ให้ความสำคัญกับการอ่านและการอ้างอิงวารสารของเรา และขอเชิญชวนท่านที่มีผลงานวิจัยหรือมีบทความวิชาการที่ประสงค์จะลงพิมพ์ในวารสารทางวิชาการกรุณาจัดพิมพ์บทความตาม “คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์” หรือติดต่อให้คำแนะนำและตีพิมพ์สามารถส่งมาได้ที่ jsiamns@siam.edu แล้วพบกันใหม่ฉบับหน้า สวัสดีค่ะ



บรรณาธิการ



วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ความรู้วิชาการด้านสุขภาพ
2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ ข่าวสาร ความคิดเห็น และประสบการณ์ด้านการพยาบาลและการศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
3. เพื่อเสริมสร้างสัมพันธภาพอันดีระหว่างผู้ร่วมวิชาชีพ สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

กำหนดออกวารสาร ทุก 6 เดือน (ปีละ 2 ฉบับ) มกราคม – มิถุนายน, กรกฎาคม – ธันวาคม

สำนักงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม

38 ถนนเพชรเกษม ภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร 10160

โทร 0-2457-0068 ต่อ 5203, 5216 โทรสาร 0-2457-0068 ต่อ 5216

อีเมล jsiamns@siam.edu

ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรทิพา ส่องศิริ

มหาวิทยาลัยสยาม

บรรณาธิการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภัทรพร อรัณยภาค

มหาวิทยาลัยสยาม

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จรัสดาว เรโนลด์

มหาวิทยาลัยสยาม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วารุณี เพ็ชร

มหาวิทยาลัยสยาม

กองบรรณาธิการ

กองบรรณาธิการภายนอกมหาวิทยาลัย

- | | |
|--|---|
| 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กำไลรัตน์ เย็นสุจิตร์ | เจ้าหน้าที่บ้านาญ สภาภาษาไทย |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประภาพร จินนุกุยา | สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา |
| 3. อาจารย์นาถสุดา โชติวัฒนากุลชัย | สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา |
| 4. อาจารย์เนตดา วงศ์ทองมานะ | สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา |
| 5. นาวาตรีหญิง ดร.ยุวดี วงษ์แสง | วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ |
| 6. เรือเอกหญิง ดร.นิษา วงษ์ชาญ | มหาวิทยาลัยนวมินทราชิรา |
| 7. ดร.ทิวาภรณ์ เฉลิมพิชัย | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 8. ดร.ปทุมทิพย์ อดุลวัฒน์ศิริ | มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ |
| 9. อาจารย์พัชรี รัศมีแจ่ม | มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ |
| 10. ดร.อนันต์ตรี สมิตินราเศรษฐ์ | วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ เจ้าฟ้าจุฬาภรณ์ |
| 11. ดร.ไพรินทร์ นิชาโชติสุขัญญ์ | วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ เจ้าฟ้าจุฬาภรณ์ |
| 12. ดร.นิชาภา พัฒนวิชกุล | มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย |

กองบรรณาธิการภายในมหาวิทยาลัย

- | | |
|---|-----------------|
| 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศนิกันต์ ศรีมณี | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เรือเอกหญิง ดร.วิภาณันท์ ม่วงสกุล | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 3. ดร.สุวรรณา เชียงขุนทด | มหาวิทยาลัยสยาม |

ฝ่ายจัดการทั่วไป

- | | |
|--|-----------------|
| 1. พันจ่าเอก ดร.ภูมเดชฯ ชาญเบญจพิภู | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมฤดี ชื่นกิตติยานนท์ | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 3. ดร.วรารณ คัมภีร์ | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 4. ดร.ณิคมล ขวัญเมือง | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 5. ดร.สุจิตราภรณ์ ทับครอง | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 6. อาจารย์ขวัญเรือน กำวิตุ | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 7. อาจารย์ธัญลักษณ์วดี ก้อนทองถม | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 8. อาจารย์ณฤมล อังศิริศักดิ์ | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 9. อาจารย์รัฐกานต์ ข้าเขียว | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 10. อาจารย์รัตนภรณ์ นิवासานนท์ | มหาวิทยาลัยสยาม |

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาบทความวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม

- | | |
|--|-------------------------------|
| 1. ศาสตราจารย์ ดร.วีณา จีระแพทย์ | จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 2. ศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ สิริธรรังศรี | มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช |
| 3. รองศาสตราจารย์ ดร.ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 4. รองศาสตราจารย์ ดร.ปรางทิพย์ ฉายพุทธ | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 5. รองศาสตราจารย์ ดร.อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์ | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 6. รองศาสตราจารย์ พัสมณท์ คุ่มทวีพร | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 7. รองศาสตราจารย์ พ.ต.อ.หญิง ดร.ทิพย์ขัมพร เกษโกมล | วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ |
| 8. รองศาสตราจารย์ ดร.บำเพ็ญจิต แสงชาติ | มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 9. รองศาสตราจารย์ ดร.สมพร กันทรดุษฎี เติร์มชัยศรี | มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา |
| 10. รองศาสตราจารย์ ดร.สุลี ทองวิเชียร | มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี |
| 11. รองศาสตราจารย์ ดร.อังคินันท์ อินทรกำแหง | มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 12. รองศาสตราจารย์ ดร.อังศรา ประเสริฐสิน | มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 13. รองศาสตราจารย์ ดร.นวัสนันท์ วงศ์ประสิทธิ์ | มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์ |



- | | |
|---|--|
| 14. รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ์ เดียววิศเรศ | มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี |
| 15. รองศาสตราจารย์ พรศิริ พันธสี | มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ |
| 16. รองศาสตราจารย์ เยาวเรศ สมทรัพย์ | มหาวิทยาลัยพายัพ |
| 17. รองศาสตราจารย์ นพ. เอกชัย โคววิสารัช | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 18. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 19. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์ | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 20. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ผจงจิต ไกรถาวร | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 21. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฤดี ปุ่บบางกะดี | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 22. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงเดือน รัตนะมงคลกุล | มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 23. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วาริ์ กังใจ | มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 24. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุขศิริ ประสมสุข | มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี |
| 25. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พล.ร.ต.หญิง ดร.สุภัทรา เอื้อวงศ์ | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 26. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรทิพา ส่องศิริ | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 27. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จรัสดาว เรโนลด์ | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 28. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุสารี ประคินกิจ | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 29. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนิดา มัททวงกูร | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 30. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนี นามจันทรา | มหาวิทยาลัยรังสิต |
| 31. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประภาพร จินันทุยา | สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา |
| 32. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ตรีณัฐ พุ่มมณี | มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ |
| 33. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นาวาโทหญิง วัชรพร เขยสุวรรณ | วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ |
| 34. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศิริพร พูลรักษ์ | มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ |
| 35. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กาญจนา สุทธิเนียม | มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา |
| 36. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พินันท์ วิศาลสกุลวงษ์ | มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช |
| 37. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญอรุณ ปรีดีติติก | จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 38. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรฤดี นิธิรัตน์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา |
| 39. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ลดาวัลย์ พันธุ์พาณิชย์ | มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 40. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณจิรี มณีแสง | มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น |
| 41. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มุกข์ดา ผดุงยาม | มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี |
| 42. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พุทธรธรรม ชูเชิด | นักวิจัยอิสระ |
| 43. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ จิตต์ระพี บุณศักดิ์ | มหาวิทยาลัยมหิดล |



44. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พิมพ์กา ปัญญาใหญ่
45. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กฤตกา ธรรมรัตน์กุล
46. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิลาวัลย์ ไทรโรจน์รุ่ง
47. ผู้ช่วยศาสตราจารย์วารุณี เพ็โร
48. ดร.ไพรินทร์ นิชาโชติสฤษฎ์
49. นาวาเอกหญิง ดร. ธนพร แยมสุตา
50. นาวาตรีหญิง ดร.ยุวดี วงษ์แสง
51. นาวาโทหญิง ดร.พุทชชาติ เจริญศิริวิไล
52. ดร.จิตรลดา พิริยศาสน์
53. ดร.ชรินทร์ ขวัญเนตร
54. ดร.จารุณี สรภุช
55. ดร.สุวรรณา เชียงขุนทด
56. ดร.ปรียธิดา ชลศึกเสนีย์
57. ดร.จวีร์วรรณ มณีแสง
58. ดร.ปทุมทิพย์ อุดุลวัฒนศิริ
59. ดร.รัชดา พ่วงประสงค์
60. ดร.พิมสิริ ภูศิริ
61. ดร.วารินทร์ จิตติถาวร
62. ดร.สิดานันท์ ศรีใจวงศ์
63. ดร.จิรพรรณ โพธิ์ทอง
64. ดร.หทัยรัตน์ บุญยพรรณพงศ์
65. ดร.สุมลา พรหมมา
66. ดร.สุลีมาศ อังศุเกียรติถาวร

มหาวิทยาลัยพายัพ
สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
มหาวิทยาลัยสยาม
วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ เจ้าฟ้าจุฬาภรณ
สภากาชาด
วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ
วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
มหาวิทยาลัยสยาม
มหาวิทยาลัยสยาม
มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท
โรงพยาบาลบางปะกง
นักวิจัยอิสระ

สารบัญ

หน้า

บทความวิจัย

ผลการใช้รูปแบบเกณฑ์การคัดแยกแรงดันฉบับพัฒนา ต่อความแม่นยำการคัดแยกและระยะเวลา รอคอยของผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครพิงค์ ประกายแก้ว กานต์ณวงศ์ และรุ่งฤดี วงศ์ชุม	1
ปัจจัยทำนายความรอบรู้ การควบคุมป้องกันโรคโคโรนาไวรัส (โควิด-19) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตตำบลน้ำร้อน อำเภอเมือง จังหวัดตาก เมธี สุทธิศิลป์ และสิริวิมล เกิดศรี	12
การพัฒนารูปแบบการให้ความรู้ด้านสุขภาพและให้คำปรึกษาด้านสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ออฟฟิเชียลแอดเดสสำหรับผู้ปกครองในการดูแลเด็กวัยเรียน กมลวรรณ สุวรรณ วิฑูรย์ คงผล และสาธิตาน มากชูชิต	27
ผลการให้การสนับสนุนด้านข้อมูลต่อความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์แรกทีผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง อรุณี ศรีสุยง และวิไลลักษณ์ เผือกพันธ์	40
อิทธิพลของการรับรู้คุณค่าการอบรมเลี้ยงดูของบุพการีต่อการตั้งใจที่จะเรียนรู้ การปรับตัว และการจัดการเวลาและกิจกรรมนอกห้องเรียนอย่างมีประสิทธิภาพของวัยรุ่นตอนปลาย นภิสสร ธีระเนตร และนันทิยา ปรีชาเสถียร	51
การจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจากโรคโควิด 19 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กุณิสรา เฟื่องมะนะกุล และสุกฤตา ตะการีย์	64
ผลของโปรแกรมการสร้างพลังสำหรับผู้ดูแลต่อภาระการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชน ศุภกฤต จิงพิภานิชกุล และเพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์	76
บทความวิชาการ	
การพัฒนาทักษะทางการพยาบาล ด้วยการเรียนรู้ผ่านเกม ธัญลักษณ์วดี ก้อนทองถม	88

ผลการใช้รูปแบบเกณฑ์การคัดแยกแรงด้นฉบับพัฒนา ต่อความแม่นยำการคัดแยก และระยะเวลารอคอยของผู้ป่วย แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครพิงค์

Received: February 13, 2025

Revised: April 24, 2025

Accepts: May 27, 2025

ประกายแก้ว กานต์ดวงศ์¹ (พย.บ)

รุ่งฤดี วงศ์ชุม²(ปร.ด.)

บทคัดย่อ

การคัดแยกผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพจะนำไปสู่การจัดลำดับความรุนแรงที่ถูกต้อง ส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความแม่นยำการคัดกรอง และระยะเวลารอคอยของผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มที่ใช้รูปแบบเกณฑ์การคัดแยกแรงด้นฉบับพัฒนากับกลุ่มที่ใช้รูปแบบเกณฑ์การคัดแยกแรงด้นปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มาใช้บริการ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครพิงค์ จำนวน 112 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มที่ใช้รูปแบบเกณฑ์การคัดแยกแรงด้นปกติ จำนวน 56 คน กลุ่มที่ใช้รูปแบบเกณฑ์การคัดแยกแรงด้นฉบับพัฒนา จำนวน 56 คน เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย แบบบันทึกความแม่นยำของการคัดแยก แบบบันทึกระยะเวลารอคอย และคู่มือการใช้เกณฑ์การคัดแยกแรงด้นฉบับพัฒนา ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยหาความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่า CVI = 1 และหาความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .79 และค่าการทดสอบซ้ำ เท่ากับ .56 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย และสถิติอ้างอิง ได้แก่ Chi-square, และ Independent t-test

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มที่ใช้รูปแบบเกณฑ์การคัดแยกแรงด้นฉบับพัฒนา มีความแม่นยำในการคัดกรองมากกว่ากลุ่มที่ใช้รูปแบบเกณฑ์การคัดแยกแรงด้นปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยน้อยกว่ากลุ่มที่ใช้รูปแบบเกณฑ์การคัดแยกแรงด้นปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ดังนั้น รูปแบบเกณฑ์การคัดแยกแรงด้นฉบับพัฒนาควรนำไปใช้ในการคัดแยกผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือได้ทันเวลา ปลอดภัย และได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ การคัดแยกแรงด้น, ความแม่นยำการคัดแยก, ระยะเวลารอคอย

The Effect of Using the MOPH ED Triage Model with Update Version on the Accuracy of Triage and the Waiting Time of the Patients in Emergency Department, Nakornping Hospital

Prakaykaew Kannawong¹ (B.N.S)

Rungrudee Wongchum²(Ph.D.)

Abstract

The effectiveness of the MOPH ED Triage is important to identify the severity level categorization of patients. This quasi-experimental research aimed to compare the accuracy of triage decision of nurses and the waiting time the patient between using the MOPH ED Triage model and using the MOPH ED Triage model with updated version. The samples consisted of 112 patients receiving services at the emergency room selected by purposive sampling; 56 patients by using the MOPH ED Triage model, and 56 patients of using the MOPH ED Triage model with update version. Research tools included questionnaires; demographic, assessment forms for the accuracy of the triage decision form, the waiting time of the patient's record, and guidelines for patient triage using the MOPH ED Triage with update version. All instruments were tested for validity by experts which was 1.00. The Cronbach alpha coefficient of the questionnaire was .79 and the test-retest was .56. The data were analyzed by descriptive statistics and inferential statistics, including Chi-square test, and the independent t-test.

The results revealed that after using the MOPH ED Triage model with updated version, the accuracy of triage decisions of nurses was significantly higher than using the MOPH ED Triage model at the level .05, whereas the waiting time for emergency patients was significantly less than the MOPH ED Triage model at the level .01.

Therefore, the MOPH ED Triage model with updated version should be applied to identify the patient triage practices in emergency and accident departments in order to treat the most extraordinary symptoms as fast as necessary and to ensure patient safety and provide quality services.

Keywords: the MOPH ED Triage, the accuracy of triage, the waiting time

¹Registered nurse, professional level, Emergency Department, Nakornping Hospital, Thailand

²Assistant Professor Dr, McCormick Faculty of Nursing, Thailand

Corresponding author: wongchum@hotmail.com

ความเป็นมาและความสำคัญ

จากสถานการณ์ที่มีความต้องการทางการแพทย์มีปริมาณมากขึ้น โดยสำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข รายงานว่า ในแต่ละปีมีผู้มารับบริการ ที่ห้องฉุกเฉินประมาณ 35 ล้านครั้ง/ปี คิดเป็นสถิติการใช้บริการห้องฉุกเฉินเท่ากับ 458 คน : 1,000 ประชากร ซึ่งสูงกว่าประเทศสหรัฐอเมริกา (421 คน : 1000 ประชากร) ออสเตรเลีย (331 คน : 1000 ประชากร) และอังกฤษ (412 คน : 1000 ประชากร) ประกอบกับปริมาณทรัพยากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีอย่างจำกัด ทำให้เกิดความแออัด (Overcrowding) กระทบต่อคุณภาพการดูแลโดยรวม เพิ่มอัตราการเกิดความพิการและการเสียชีวิต เกิดข้อผิดพลาดในการดูแล การรักษาใช้ระยะเวลาพักรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น มีค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น และเกิดความไม่พึงพอใจในการบริการ (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) [เรียกต่อไปว่า กพส.] กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจร ซึ่งถือเป็นหนึ่งในแผนงานที่สำคัญภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปีของกระทรวงสาธารณสุขด้านบริการเป็นเลิศ (Service excellence) โดยมีเป้าหมาย เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ ลดอัตราการเสียชีวิตและทุพพลภาพ และมีระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน (Emergency Care System: ECS) ที่มีมาตรฐาน ทั้งนี้การพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (ER: Emergency Room คุณภาพ) เป็นจุดเน้นที่สำคัญของการพัฒนาระบบ ECS มีมาตรการในการดำเนินงาน 3 เรื่อง คือ 1) ลดความแออัดห้องฉุกเฉิน (ER Crowding) 2) จัดมาตรฐานคุณภาพและบริการห้องฉุกเฉิน และ 3) พัฒนาบุคลากร (กพส., 2561)

การลดความแออัดห้องฉุกเฉินเป็นกระบวนการแก้ไขปัญหาในภาพรวมสามารถทำได้หลายวิธี โดยเฉพาะการใช้กระบวนการคัดแยก (Triage) ซึ่งถือว่าเป็นกระบวนการที่สำคัญมาก เพื่อให้ทรัพยากรทางการแพทย์ที่มีอยู่ถูกใช้กับบุคคลที่ควรได้รับการช่วยเหลือได้ทันเวลา

เพื่อลดการเสียชีวิต ลดความรุนแรงของโรค ลดความไม่พอใจ และลดการร้องเรียน โดยนโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขและนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งเน้น ER คุณภาพ ER Safety ได้กำหนดเรื่อง การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉินคลาตเคลื่อนเป็นมาตรฐานสำคัญ และจำเป็นต้องความปลอดภัยของผู้ป่วยและคุณภาพบริการ ที่ส่งผลกระทบต่อผู้รับบริการที่สะท้อนสู่สังคมในปัจจุบัน

โรงพยาบาลนครพิงค์เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่ให้บริการดูแลประชาชนเขตบริการสุขภาพล้านนา 1 ครอบคลุมประชาชนทั้งในจังหวัดเชียงใหม่ ลำพูน และแม่ฮ่องสอน โดยหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นส่วนหนึ่งของการให้บริการในด้านหน้าของโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ที่ให้บริการผู้ป่วยทั้งอุบัติเหตุและฉุกเฉินให้ได้รับความรวดเร็ว ถูกต้อง และปลอดภัยตลอด 24 ชั่วโมง จากการจัดเก็บข้อมูล พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยมารับบริการทั้งหมดในปีงบประมาณ 2563-2565 จำนวน 50,042 ราย 42,063 ราย และ 43,168 ราย ตามลำดับ (กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลนครพิงค์, 2565) ในการจัดบริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลนครพิงค์จะเริ่มตั้งแต่การคัดแยกผู้ป่วย ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของกิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญ การคัดแยกมีความสำคัญอย่างยิ่งในผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การคัดแยกที่มีประสิทธิภาพจะต้องมีรูปแบบเกณฑ์การคัดแยกที่ดี มีคุณภาพครบถ้วน และครอบคลุม (พจนา มิตรเปรียญ , 2561)

งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครพิงค์ได้มีการดำเนินงานจัดการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้แนวคิดการคัดแยกของกระทรวงสาธารณสุข (MOPH ED Triage) มาตั้งแต่ปีพุทธศักราช 2562 มาจนถึงปัจจุบัน จากการรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน (กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลนครพิงค์, 2565) เกี่ยวกับปัญหาการคัดแยกผู้ป่วย พบข้อผิดพลาดในการคัดแยกผู้ป่วยในปีงบประมาณ 2563-2565 คือ อัตราการคัดแยกสูงเกินระดับเร่งด่วน (Over Triage) 6, 3.6, และ 3.8 ตามลำดับ

อัตราการคัดแยกต่ำกว่าระดับเร่งด่วน (Under Triage) 2.7, 3, และ 3.7 ตามลำดับ และจากการทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยระหว่างผู้ป่วยอยู่ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่า มีผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงจากการคัดแยกเดิมเมื่อแรกรับ (Level up) โดยมีอาการทรุดลง จำนวน 101 ราย เกิดข้อร้องเรียนด้านการรักษาพยาบาล จำนวน 12 ราย จากการที่คัดแยกผิดประเภท (กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลนครพิงค์, 2565) ซึ่งส่งผลต่อการบรรลุเป้าหมายการเป็น ER คุณภาพของโรงพยาบาล ซึ่งจากการทบทวนปัญหาเกี่ยวกับการคัดแยกผู้ป่วย พบว่า มีสาเหตุมาจากเกณฑ์การคัดแยกที่ไม่ละเอียดชัดเจนมากเพียงพอที่พยาบาลจะตัดสินใจระบุประเภทให้ผู้ป่วยที่มารับบริการ แม้ว่าจะมีคู่มือการคัดแยก แต่เนื้อหาในคู่มือนั้นระบุการจำแนกอย่างกว้าง ๆ ดังนั้นการตัดสินใจระดับความรุนแรงของอาการจึงขึ้นกับประสบการณ์และดุลยพินิจของพยาบาลแต่ละคน ส่งผลให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการคัดแยกผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบเกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วย พบว่า การมีรูปแบบเกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพที่สามารถคัดแยกผู้ป่วยออกเป็นกลุ่มตามระดับความรุนแรงได้อย่างรวดเร็ว และแม่นยำ เหมาะสมกับบริบทในแต่ละโรงพยาบาล (สุคนธ์จิต อุปันนชัย และอารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2560) ทั้งนี้ยังไม่มีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลการพัฒนารูปแบบเกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครพิงค์

ดังนั้นคณะผู้วิจัยในฐานะพยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครพิงค์ จึงมีความสนใจนำรูปแบบเกณฑ์การคัดแยกเร่งด่วนฉบับพัฒนาที่ถูกพัฒนาขึ้นโดยวัชรภรณ์ โต๊ะทอง (2565) มาศึกษาประสิทธิผลในบริบทของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลนครพิงค์ เพื่อพัฒนาประสิทธิภาพและคุณภาพการบริการของงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินให้เกิดประสิทธิผลที่ดีต่อผู้มารับบริการ

วัตถุประสงค์การวิจัย

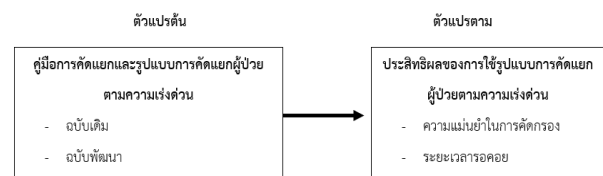
1. เพื่อเปรียบเทียบความแม่นยำการคัดกรอง ระหว่างกลุ่มที่ใช้รูปแบบเกณฑ์การคัดแยกเร่งด่วนฉบับพัฒนากับกลุ่มที่ใช้รูปแบบเกณฑ์การคัดแยกเร่งด่วนปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลารอคอยของผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มที่ใช้รูปแบบเกณฑ์การคัดแยกเร่งด่วนฉบับพัฒนากับกลุ่มที่ใช้รูปแบบเกณฑ์การคัดแยกเร่งด่วนปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ความถูกต้องแม่นยำของการคัดแยก ของกลุ่มที่ใช้รูปแบบเกณฑ์การคัดแยกเร่งด่วนฉบับพัฒนามีดีกว่ากลุ่มที่ใช้รูปแบบเกณฑ์การคัดแยกเร่งด่วนปกติ
2. ระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยของกลุ่มที่ใช้รูปแบบเกณฑ์การคัดแยกเร่งด่วนฉบับพัฒนาต่ำกว่ากลุ่มที่ใช้รูปแบบเกณฑ์การคัดแยกเร่งด่วนปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำรูปแบบการคัดแยกโดยใช้เกณฑ์การคัดแยกเร่งด่วน MOPH ED Triage Guideline ของกระทรวงสาธารณสุขที่ถูกพัฒนาขึ้นโดยวัชรภรณ์ โต๊ะทอง (2565) โดยเปรียบเทียบความแม่นยำของการคัดแยกจากเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นจากแนวคิดของสำนักวิชาการแพทย์ กพส. (2561) ตั้งแต่แรกรับทั้งการประเมินลักษณะ (Acuity) และทรัพยากร (Resources) และเปรียบเทียบระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยอ้างอิงจากมาตรฐานของออสเตรเลีย (The Department of Health and Aged Care, Australian Government, 2024) โดยเทียบกับเกณฑ์ปกติที่ใช้อยู่ดังแสดงในกรอบแนวคิดดังนี้



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัตถุประสงค์หลังการทดลอง (Post-test control group designs) เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบเกณฑ์การคัดแยกเร่งด่วนฉบับพัฒนาต่อความแม่นยำการคัดแยก ระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครพิงค์ ในระหว่างเดือนธันวาคม 2566 ถึง พฤษภาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มาใช้บริการ ที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครพิงค์ ที่มารับบริการในระหว่างเดือนธันวาคม 2566 ถึง พฤษภาคม 2567

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มาใช้บริการแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครพิงค์ จำนวน 112 คน โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เฉพาะผู้ป่วยที่มารับบริการในระหว่างเดือนธันวาคม 2566 ถึง พฤษภาคม 2567 แบ่งตามระดับความรุนแรงฉุกเฉิน 5 ระดับ นำมาคำนวณโดยใช้แอปพลิเคชัน G*power version 3.1.9.4 Two group independent t-test โดยกำหนดค่า Alpha error = 0.05, Power = 0.80, Effect size 0.5 โดยอ้างอิงข้อมูลจากงานวิจัยของวัชรภรณ์ โต๊ะทอง (2565) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 51 คน เพื่อป้องกันการสูญหายและข้อมูลไม่ครบถ้วน จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 รวมเป็น 56 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 56 คน กลุ่มทดลอง 56 คน ทั้งนี้ผู้วิจัยจะจับคู่ให้กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะใกล้เคียงกัน (Match pair) ในส่วนของอายุ กลุ่มโรค และระดับความรุนแรงฉุกเฉิน ผู้วิจัยจะทำการศึกษาในกลุ่มควบคุม จนครบ 56 ราย เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูล ที่อาจทำให้ผลการวิจัยมีความคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง หลังจากนั้นจึงเริ่มศึกษาในกลุ่มทดลอง

เกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยทุกรายที่มาใช้บริการที่แผนก

อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครพิงค์ อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วย Level 1 ที่ไม่มีญาติสายตรง ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง ที่มีการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนไม่ครบถ้วน ผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนเข้ารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้ป่วยขอถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัย หรือผู้ป่วยที่อยู่ไม่ครบกระบวนการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. เครื่องมือการรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ และระดับความรุนแรงฉุกเฉิน

1.2 แบบบันทึกความแม่นยำของการคัดแยก ผู้วิจัยนำมาจากงานวิจัยของวัชรภรณ์ โต๊ะทอง (2565) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดของสำนักวิชาการแพทย์ กพส. (2561) ตั้งแต่แรกเริ่ม ทั้งการประเมินลักษณะ (Acuity) และทรัพยากร (Resources) โดยแบ่งความแม่นยำ เป็น 3 ระดับ ได้แก่ ต่ำเกิน ถูกต้อง/แม่นยำ และ สูงเกิน

1.3 แบบบันทึกระยะเวลารอคอย ผู้วิจัยนำมาจากงานวิจัยของวัชรภรณ์ โต๊ะทอง (2565) ซึ่งพัฒนาจากแนวคิดของวิทยาลัยแถบออสเตรเลียสำหรับ การแพทย์ ฉุกเฉิน (Australasian College for Emergency Medicine, 2023) ลักษณะแบบบันทึก ระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยเป็นช่องว่างให้เติมเวลาที่ผู้ป่วยมารับบริการ และเวลาที่พบแพทย์แล้วนำมาคิด ส่วนต่างของเวลาเป็นระยะเวลารอคอย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

2.1 รูปแบบเกณฑ์การคัดแยกเร่งด่วนฉบับพัฒนา หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งผู้วิจัยนำมาจากงานวิจัยของวัชรภรณ์ โต๊ะทอง (2565) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดของการคัดแยกตามความเร่งด่วนของ MOPH ED Triage ของสำนักวิชาการแพทย์ กพส. (2561) โดยได้รวบรวมข้อมูล ประเมินอาการ อาการแสดงของผู้ป่วย จากคำบอกเล่าของผู้ป่วย ญาติหรือผู้นำส่ง จากการวัด



สัญญาณชีพ จากการวัดระดับความเจ็บปวด และจากการสังเกต โดยพยาบาลทำการประเมินและสังเกตอาการแสดงของผู้ป่วยอย่างรวดเร็วเพื่อระบุความเร่งด่วน โดยผู้ป่วยทุกรายจะถูกประเมินด้วยการประเมินลักษณะ (Acuity) เพื่อคัดแยกเป็นผู้ป่วยเร่งด่วนระดับ 1 หรือระดับ 2 และเมื่อผู้ป่วยไม่เข้าเกณฑ์ในระดับ 1 หรือระดับ 2 ผู้ป่วยจะถูกประเมินการใช้ทรัพยากรเพื่อคัดแยกเป็นระดับ 3, 4 หรือ 5 ในลำดับต่อไป มาปรับให้เข้ากับบริบทของแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครพิงค์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของรูปแบบเกณฑ์การคัดแยกเร่งด่วนฉบับพัฒนา แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่พัฒนามาแล้ว กับ ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์เฉพาะทางด้านอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 2 คน พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 1 คน เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหา ได้ค่า CVI = 1 จากนั้นนำไปปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ ก่อนที่จะนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง

การหาความเชื่อมั่น (Reliability)

นำแบบบันทึกไปทดลองใช้กับกลุ่มที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำมาคำนวณหาความเชื่อมั่นของแบบบันทึกความแม่นยำของการคัดแยก โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .79 ส่วนแบบบันทึกระยะเวลารอคอยของผู้ป่วย นำไปทดสอบ หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ test-retest ได้ค่าความสัมพันธ์ เท่ากับ .56

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำโครงร่างเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลนครพิงค์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย วิธีการดำเนินการศึกษา ประโยชน์ที่จะได้รับ ความเสี่ยง การรักษาความลับ และการนำผลการวิจัยมาใช้ในการพัฒนา

รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วย โดยใช้รูปแบบเกณฑ์การคัดแยกเร่งด่วนฉบับพัฒนา ในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครพิงค์ และผ่านการรับรองจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลนครพิงค์ เมื่อวันที่ 27 พฤศจิกายน 2566 เลขที่โครงการวิจัย Ethic NKP No. 172/66 หลังจากนั้น ก่อนเก็บข้อมูลทุกครั้ง ผู้วิจัยได้แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ให้กลุ่มตัวอย่างทราบพร้อมทั้งชี้แจงว่าการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ การออกจากงานวิจัยสามารถกระทำได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ การนำเสนอจะนำเสนอเป็นภาพรวม

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพิงค์และผ่านพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลนครพิงค์แล้ว คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะเตรียมการ

คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความแม่นยำในการคัดแยกและระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยตามเกณฑ์คัดแยกเร่งด่วนรูปแบบปกติ รวม 56 คน แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครพิงค์ ในเดือนธันวาคม 2566 - มกราคม 2567

2. ระยะทดลอง

คณะผู้วิจัยดำเนินการให้พยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครพิงค์ ใช้รูปแบบเกณฑ์การคัดแยกเร่งด่วนฉบับพัฒนา และปฏิบัติตามคู่มือการคัดแยกผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่พัฒนามาแล้ว ในเดือนกุมภาพันธ์ - มีนาคม 2567

3. ระยะประเมินผลการทดลอง

คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลความแม่นยำในการคัดแยก และระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยหลังใช้รูปแบบเกณฑ์การคัดแยกเร่งด่วนฉบับพัฒนา รวม

56 คน แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครพิงค์ ในเดือนเมษายน-พฤษภาคม 2567 หลังจากนั้นนำข้อมูล มาวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ทางสถิติโดยนำคะแนนที่ได้จากการรวบรวมข้อมูลมา คำนวณหาค่าสถิติ ดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ
2. เพื่อเปรียบเทียบความแม่นยำการคัดกรอง ระหว่างกลุ่มที่ใช้รูปแบบเกณฑ์การคัดแยกแรงดันฉบับ พัฒนาและกลุ่มที่ใช้รูปแบบเกณฑ์การคัดแยกแรงดัน ปกติ ด้วยสถิติ Chi-square test

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลารอคอยของ ผู้ป่วยกลุ่มที่ใช้รูปแบบเกณฑ์การคัดแยกแรงดันฉบับ พัฒนากับกลุ่มที่ใช้รูปแบบเกณฑ์การคัดแยกแรงดันปกติ โดยใช้ค่าสถิติทดสอบ independent t-test เนื่องจากการกระจายของข้อมูลเป็นปกติ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มที่ใช้รูปแบบปกติ และกลุ่มที่ใช้รูปแบบพัฒนา ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 53.6 และ 51.8 ตามลำดับ มีอายุต่ำสุด 18 ปี สูงสุด 87 ปี ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 47.37 ปี และมีระดับความรุนแรง อุณหภูมิอยู่ใน Level 3 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของ ข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มที่ใช้รูปแบบปกติ และกลุ่มที่ใช้ รูปแบบพัฒนา พบว่า ไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่ม

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มที่ใช้รูปแบบปกติ จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มที่ใช้รูปแบบพัฒนา จำนวน (ร้อยละ)	p-value
เพศ			
ชาย	30 (53.60)	29 (51.80)	.850
หญิง	26 (46.40)	27 (48.20)	
อายุ (ต่ำสุด 18 ปี สูงสุด 87 ปี Mean = 47.37 ปี)			
ต่ำกว่า 31 ปี	17 (30.40)	10 (17.90)	.386
31 – 40 ปี	11 (19.60)	14 (25.00)	
41 – 50 ปี	3 (5.40)	6 (10.70)	
51 – 60 ปี	11 (19.60)	8 (14.30)	
61 ปีขึ้นไป	14 (25.00)	18 (32.10)	
ระดับความรุนแรงอุณหภูมิ			
Level 1	7 (12.40)	14 (25.00)	.903
Level 2	16 (28.60)	11 (19.60)	
Level 3	28 (50.00)	27 (48.20)	
Level 4	2 (3.60)	2 (3.60)	
Level 5	3 (5.40)	2 (3.60)	



ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความแม่นยำในการคัดแยกระหว่างกลุ่มที่ใช้รูปแบบเกณฑ์การคัดแยกร่งด้วนฉบับพัฒนา และกลุ่มที่ใช้รูปแบบเกณฑ์การคัดแยกร่งด้วนปกติ

เมื่อเปรียบเทียบความแม่นยำในการคัดแยกระหว่างกลุ่มที่ใช้รูปแบบเกณฑ์การคัดแยกร่งด้วนฉบับพัฒนา และกลุ่มที่ใช้รูปแบบเกณฑ์การคัดแยกร่งด้วนปกติ

พัฒนา และกลุ่มที่ใช้รูปแบบเกณฑ์การคัดแยกร่งด้วนปกติ พบว่า กลุ่มที่ใช้รูปแบบเกณฑ์การคัดแยกร่งด้วนฉบับพัฒนา มีความแม่นยำในการคัดกรองมากกว่ากลุ่มที่ใช้รูปแบบเกณฑ์การคัดแยกร่งด้วนปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแม่นยำในการคัดแยกระหว่างกลุ่มที่ใช้รูปแบบเกณฑ์การคัดแยกร่งด้วนฉบับพัฒนา และกลุ่มที่ใช้รูปแบบเกณฑ์การคัดแยกร่งด้วนปกติ

กลุ่มตัวอย่าง	ความแม่นยำในการคัดแยก		p-value
	ไม่ถูกต้อง/ไม่แม่นยำ จำนวน (ร้อยละ)	ถูกต้อง/แม่นยำ จำนวน (ร้อยละ)	
กลุ่มที่ใช้รูปแบบปกติ	10 (17.9%)	46 (82.1%)	.039*
กลุ่มที่ใช้รูปแบบพัฒนา	3 (5.4%)	53 (94.6%)	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบระยะเวลารอคอยระหว่างกลุ่มที่ใช้รูปแบบเกณฑ์การคัดแยกร่งด้วนฉบับพัฒนา และกลุ่มที่ใช้รูปแบบเกณฑ์การคัดแยกร่งด้วนปกติ

เมื่อเปรียบเทียบระยะเวลารอคอยระหว่างกลุ่มที่ใช้รูปแบบเกณฑ์การคัดแยกร่งด้วนฉบับพัฒนา และกลุ่มที่ใช้รูปแบบเกณฑ์การคัดแยกร่งด้วนปกติ พบว่า ผู้ป่วย Level 3 และ 4 กลุ่มที่ใช้รูปแบบเกณฑ์การคัดแยก

ร่งด้วนฉบับพัฒนา มีระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยน้อยกว่ากลุ่มที่ใช้รูปแบบเกณฑ์การคัดแยกร่งด้วนปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนผู้ป่วยระดับ 1, 2 และ 5 มีระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน แต่พบว่า กลุ่มที่ใช้รูปแบบเกณฑ์การคัดแยกร่งด้วนฉบับพัฒนา มีระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยน้อยกว่ากลุ่มที่ใช้รูปแบบเกณฑ์การคัดแยกร่งด้วนปกติ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระยะเวลารอคอยระหว่างกลุ่มที่ใช้รูปแบบเกณฑ์การคัดแยกร่งด้วนฉบับพัฒนา และกลุ่มที่ใช้รูปแบบเกณฑ์การคัดแยกร่งด้วนปกติจำแนกตามระดับความรุนแรงฉุกเฉิน

ระดับความรุนแรงฉุกเฉิน	เกณฑ์มาตรฐาน ออสเตรเลีย (นาท)	กลุ่มที่ใช้รูปแบบปกติ Mean (S.D.)	กลุ่มที่ใช้รูปแบบพัฒนา Mean (S.D.)	p-value
Level 1	0	1.86(4.91)	0.67(1.76)	.407
Level 2	10	35.06(32.43)	20.45(21.57)	.204
Level 3	30	28.96(18.58)	20.19(12.11)	.044*
Level 4	60	86.50(4.95)	47.00(4.24)	.013*
Level 5	120	53.33(23.71)	16(2.83)	.126

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ดังนี้

1. ความถูกต้องแม่นยำของการคัดแยกของกลุ่มที่ใช้รูปแบบเกณฑ์การคัดแยกเร่งด่วนฉบับพัฒนาดีกว่ากลุ่มที่ใช้รูปแบบเกณฑ์การคัดแยกเร่งด่วนปกติ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มที่ใช้รูปแบบเกณฑ์การคัดแยกเร่งด่วนฉบับพัฒนามีความแม่นยำในการคัดกรองมากกว่ากลุ่มที่ใช้รูปแบบเกณฑ์การคัดแยกเร่งด่วนปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อาจเนื่องมาจากการพัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้รูปแบบเกณฑ์การคัดแยกเร่งด่วนฉบับพัฒนา ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครพิงค์ เป็นแนวทางการคัดแยกผู้ป่วยที่แตกต่างจากรูปแบบเดิมที่ใช้ ซึ่งรูปแบบเดิมจะใช้เกณฑ์การคัดแยกตาม MOPH ED Triage ที่ กพส. จัดทำขึ้นสำหรับทุกโรงพยาบาล และบุคลากรที่ทำหน้าที่ในการคัดแยกต้องได้รับการฝึกอบรมเป็นอย่างดี ทำให้มีข้อผิดพลาดในการคัดแยก และไม่เหมาะกับบริบทของโรงพยาบาล ทั้งนี้รูปแบบเกณฑ์การคัดแยกเร่งด่วนฉบับพัฒนาขึ้นเป็นรูปแบบที่ประยุกต์มาจากแนวทางการคัดแยกโดยใช้ดัชนีความรุนแรงของผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ฉบับที่ 4 (The Emergency Severity Index Version 4) ตามแนวคิดของ Gilboy et al. (2005) และ MOPH ED Triage สำนักวิชาการ กพส. (2561) โดยแบ่งประเภทผู้ป่วยที่มาใช้บริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินไว้ 5 ประเภท คือ Level 1 ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต Level 2 ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน Level 3 ผู้ป่วยเร่งด่วน Level 4 ผู้ป่วยไม่รุนแรง และ Level 5 ผู้ป่วยทั่วไป เป็นการเน้นการคัดแยกผู้ป่วยที่มีภาวะคุกคามชีวิต หรือมีความเสี่ยงที่ต้องการดูแลเร่งด่วน ร่วมกับการคำนึงถึงแนวโน้มทรัพยากรที่จะต้องใช้ ซึ่งการคัดแยกโดยใช้รูปแบบเกณฑ์การคัดแยกเร่งด่วนฉบับพัฒนา เป็นเครื่องมือที่ใช้ง่าย มีรายละเอียดของเกณฑ์ต่าง ๆ อย่างชัดเจน ทำให้โอกาสการมีความเห็นตรงกันสูง และมีความถูกต้อง ใช้ระยะเวลาในการคัดแยกสั้น ขั้นตอนการปฏิบัติมีจุดแข็งที่

มีความเรียบง่ายในการใช้งาน และมีความสามารถในการลดการใช้ความรู้สึของผู้คัดกรองได้ จึงส่งผลให้เกิดความแม่นยำในการคัดแยกของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของวัชรภรณ์ โต๊ะทอง (2565) ที่ศึกษาประสิทธิภาพการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วย โดยใช้เกณฑ์การคัดกรองเร่งด่วน พบว่า ความแม่นยำของการคัดกรองหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 งานวิจัยของอรรธรณ ฤทธิ์อินทรากร และคณะ (2561) เรื่องการพัฒนาระบบการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ที่พบว่าช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินภาวะสุขภาพเพื่อคัดแยกผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและแม่นยำมากขึ้น ทำให้ระยะเวลารอพบแพทย์และระยะเวลาอยู่ในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินลดลง และงานวิจัยของพรสวรรค์ พิมพ์ละมาศ (2564) เรื่องการพัฒนารูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน ที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลลำปลายมาศ พบว่า การคัดแยกผู้ป่วยมีความถูกต้องแม่นยำมากขึ้น

2. ระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยกลุ่มที่ใช้รูปแบบเกณฑ์การคัดแยกเร่งด่วนฉบับพัฒนาต่ำกว่ากลุ่มที่ใช้รูปแบบเกณฑ์การคัดแยกเร่งด่วนปกติ ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วย Level 3 และ 4 กลุ่มที่ใช้รูปแบบเกณฑ์การคัดแยกเร่งด่วนฉบับพัฒนามีระยะเวลาคอยของผู้ป่วยน้อยกว่ากลุ่มที่ใช้รูปแบบเกณฑ์การคัดแยกเร่งด่วนปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนผู้ป่วยระดับ 1, 2 และ 5 มีระยะเวลาคอยของผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน แต่พบว่า กลุ่มที่ใช้รูปแบบเกณฑ์การคัดแยกเร่งด่วนฉบับพัฒนามีระยะเวลาคอยของผู้ป่วยน้อยกว่ากลุ่มที่ใช้รูปแบบเกณฑ์การคัดแยกเร่งด่วนปกติ อาจเป็นไปได้ว่ารูปแบบเกณฑ์การคัดแยกเร่งด่วนฉบับพัฒนาขึ้นนี้เหมาะสมกับการนำมาใช้ในบริบทของโรงพยาบาลนครพิงค์ เป็นเครื่องมือที่ใช้ง่าย มีรายละเอียดของเกณฑ์ต่างๆ อย่างชัดเจน ลดการใช้ความรู้สึของผู้คัดกรอง ใช้ระยะเวลาในการคัดแยกสั้นจึงทำให้พยาบาลสามารถคัดกรองได้อย่างรวดเร็ว สอดคล้องกับการศึกษาของ



อรรถพร ฤทธิ์อินทรานุกร และคณะ (2561) ที่ศึกษาเรื่อง การพัฒนาระบบการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังใช้ระบบการคัดแยกผู้ป่วยได้รับการประเมิน ภาวะสุขภาพเพื่อคัดแยกผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ทำให้ ระยะเวลารอพบแพทย์และระยะเวลาอยู่ในห้องอุบัติเหตุ ฉุกเฉินลดลง

อย่างไรก็ตามผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยฉุกเฉิน วิกฤต (Level 1) และผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (Level 2) มี ระยะเวลาารอคอยมากกว่าระยะเวลาารอคอยของผู้ป่วย ตามเกณฑ์มาตรฐานของออสเตรเลีย อาจเนื่องมาจาก โรงพยาบาลนครพิงค์เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ ให้บริการดูแลประชาชนทั้งในจังหวัดเชียงใหม่ ลำพูน และแม่ฮ่องสอน ทำให้ในแต่ละเวรมีผู้ป่วยแต่ละระดับ ของความเร่งด่วนเข้ามารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับแพทย์ผู้ดูแลอาจจะให้การรักษากับผู้ป่วยรายอื่น อยู่ จึงทำให้การเข้าไปดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต และ ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนมีระยะเวลามากกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ของออสเตรเลียได้ สอดคล้องการศึกษาของวัชรภรณ์ โต๊ะทอง (2565) พบว่า หลังการใช้รูปแบบการคัดกรอง ผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์การคัดกรองความเร่งด่วน ระยะเวลา รอคอยของผู้ป่วย ผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรง มากกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ผู้ป่วยบาดเจ็บเล็กน้อย ผู้ป่วย ทั่วไปน้อยกว่าเกณฑ์มาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยครั้งนี้ สะท้อนให้เห็นถึงการนำ รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์การคัดแยกเร่งด่วน ฉบับพัฒนาสามารถลดระยะเวลาารอคอยของผู้ป่วย และ ทำให้การคัดกรองมีความแม่นยำมากขึ้น จึงเห็นควรนำ รูปแบบการคัดแยกดังกล่าวไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้ ควรมีการจัดอบรมฟื้นฟูความรู้ตามรูปแบบ เกณฑ์การคัดแยกเร่งด่วนฉบับพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

เพื่อให้พยาบาลจุดคัดแยก สามารถคัดแยกผู้ป่วยให้ เป็นไปในทิศทางเดียวกันและเป็นมาตรฐานเดียวกัน

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับสาเหตุในการคัดแยก ผู้ป่วย Level 1 และ 2 ที่มีระยะเวลาารอคอยนานกว่า เกณฑ์มาตรฐาน

2. พัฒนารูปแบบการคัดแยกสำหรับผู้ป่วย Level 1 และ 2 เพื่อให้ระยะเวลาารอคอยเป็นไปตาม เกณฑ์มาตรฐาน

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *MOPH ED TRIAGE (พิมพ์ครั้งที่ 2). สำนักวิชาการแพทย์.*
- กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลนครพิงค์. (2565). *รายงาน สถิติกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่. โรงพยาบาลนคร พิงค์.*
- พจนา มิตรเปรียญ. (2561). *การพัฒนาเครื่องมือการคัดแยก ผู้ป่วย โรงพยาบาลกทรา. โรงพยาบาลกทรา.*
http://203.157.229.18/ptvichakarn61/uploads/41193_030220180530230845_pdf
- พรสวรรค์ พิมพ์ละมาศ. (2564). *การพัฒนารูปแบบการคัดกรอง ผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน ที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลลำปลายมาศ. วารสารวิชาการสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 5(10), 35-43.*
- วัชรภรณ์ โต๊ะทอง. (2565). *ประสิทธิผลการใช้รูปแบบการคัด กรองผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์การคัดกรองเร่งด่วนต่อ ระยะเวลาารอคอยของผู้ป่วย ความแม่นยำการคัดกรอง และการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลคัดกรอง งาน อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเพชรบูรณ์. วารสารการ พยาบาลสุขภาพและสาธารณสุข, 1(2), 1-11.*
- สุนทรจิต อุปนันชัย และอารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2560). *ผลของ การใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรง ฉุกเฉินต่อระยะเวลาารอคอยของผู้ป่วยและการปฏิบัติ บทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพ แผนกอุบัติเหตุและ ฉุกเฉิน โรงพยาบาลกลาง. วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุง ประชารักษ์, 13(2), 90-101.*



อรรณพ ฤทธิอินทรากร, วรุณี ขาวทอง, ปาริณท์ คงสมบูรณ์,
และสมศรี เขียวอ่อน. (2561). การพัฒนาระบบการคัด
แยกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชา
รักษ์. *วารสารกรมการแพทย์*, 43(2), 146–151.

Australasian College for Emergency Medicine. (2023).

*Guidelines on the implementation of the
Australasian triage scale in emergency
departments.*

[https://acem.org.au/getmedia/51dc74f7-9ff0-42ce-872a-](https://acem.org.au/getmedia/51dc74f7-9ff0-42ce-872a-0437f3db640a/G24_04_Guidelines_on_Implementation_of_ATS_Jul-16.aspx)

[0437f3db640a/G24_04_Guidelines_on_Impleme
ntation_of_ATS_Jul-16.aspx](https://acem.org.au/getmedia/51dc74f7-9ff0-42ce-872a-0437f3db640a/G24_04_Guidelines_on_Implementation_of_ATS_Jul-16.aspx)

Gilboy, N., Tanabe, P., Travers, D. A., Rosenau, A. M., &
Eitel, D. R. (2005). *Emergency severity index,
version 4: Implementation handbook*. Rockville,
MD: Agency for Healthcare Research and
Quality.

The Department of Health and Aged Care, Australian
Government. (2024). *Emergency Triage
Education Kit*.

[https://www.health.gov.au/resources/collections
/emergency-triage-education-kit](https://www.health.gov.au/resources/collections/emergency-triage-education-kit)



ปัจจัยทำนายความรอบรู้ การควบคุมป้องกันโรคโคโรนาไวรัส (โควิด-19) ของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านในเขตตำบลน้ำร้อน อำเภอเมือง จังหวัดตาก

Received: February 10, 2025

Revised: May 7, 2025

Accepts: May 14, 2025

เมธี สุทธิศิลป์^{1*}, สิริวิมล เกิดศรี^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังการระบาดของโรคโควิด-19 กลุ่มตัวอย่างคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เขตตำบลน้ำร้อน อำเภอเมือง จังหวัดตาก ซึ่งศึกษาประชากรทั้งหมดจำนวน 410 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการถดถอยพหุคูณเชิงเส้น

ผลการศึกษาพบว่า อสม. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองในระดับดีมาก ร้อยละ 85.12 และ 80.24 ตามลำดับ โดยปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 จำแนกรายด้านคือ ด้านความรู้ความเข้าใจ มีปัจจัยเดียวคือการใช้สื่อสังคมออนไลน์โดยทำนายได้ร้อยละ 2.54 ด้านการเข้าถึงข้อมูลมี 3 ปัจจัย คือ เขตที่อยู่อาศัย การเข้าร่วมกิจกรรมเชิงรุกในชุมชน และการเรียนรู้จากการสังเกตต้นแบบ ร่วมทำนายได้ร้อยละ 17.92 ด้านการรู้เท่าทันสื่อมี 4 ปัจจัย คือรายได้ การรับรู้การบริการสุขภาพเชิงรุกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การเข้าร่วมกิจกรรมเชิงรุก และการเรียนรู้จากการสังเกตต้นแบบ ร่วมทำนายได้ร้อยละ 22.45 ด้านการจัดการตนเองมี 3 ปัจจัย คือรายได้ การเข้าร่วมกิจกรรมเชิงรุก และการเรียนรู้จากการสังเกตต้นแบบ ร่วมทำนายได้ร้อยละ 12.73 และด้านการสื่อสารซักถามโต้ตอบมี 4 ปัจจัย คือรายได้ การรับรู้การบริการสุขภาพเชิงรุก การเข้าร่วมกิจกรรมเชิงรุก และการเรียนรู้จากการสังเกตต้นแบบ ร่วมทำนายได้ร้อยละ 18.40 ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการจัดการตนเอง การเข้าถึงข้อมูลและการตัดสินใจเลือกปฏิบัติรวมถึงปัจจัยเขตที่อยู่อาศัย ร่วมทำนายได้ถึงร้อยละ 40.90

ข้อเสนอแนะ พัฒนาส่งเสริมให้ อสม. เข้าร่วมกิจกรรมเชิงรุกในชุมชนให้มากขึ้น เช่นกิจกรรมการค้นหากลุ่มเสี่ยง การคัดกรองโรคเชิงรุกเป็นต้น เนื่องจากมีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูล ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ด้านการจัดการตนเอง และด้านการสื่อสารซักถามโต้ตอบ

คำสำคัญ : ความรอบรู้, โรคโคโรนาไวรัส, การควบคุมป้องกันโรค, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

¹ อาจารย์ คณะสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น, Thailand

Corresponding Author: mayvet_2006@hotmail.com



Factors Predicting Knowledge, Prevention and Control of Coronavirus Disease (COVID-19) among Village Health Volunteers in Nam Ruem Subdistrict, Mueang District, Tak Province.

Mathee Sootthasil^{1*}, Siriwimon Koedsri^{1*}

Abstract

This research aimed to study factors affecting health literacy and self-protective behavior for surveillance operations of coronavirus infection diseases. Sample size was Village Health Volunteers (VHVs) in Namrum subdistrict, Mueang district, Tak province, which studied a population of 410 people. The newly developed questionnaire was used. Data analysis was conducted using descriptive statistics and multiple linear regression analysis.

The results of the study revealed that the VHVs had a very good level of both health literacy of covid-19 (85.12%) and self-protective behaviors (80.24%). The factors that significantly affected health literacy at the .05 level, classified by aspect, were knowledge and understanding, with only one factor, social media use, predicting 2.54 percent. Three factors could be predicted for access to information to a degree of 17.92 percent were: area of residence, participation in community proactive activities, and learning from model observation. Four factors could be predicted for media literacy to a degree of 22.45 percent were: income, perceptions of proactive health services by health care workers, participation in community proactive activities, and learning from model observation. Three factors could be predicted for self-management to a degree of 12.73% were: income, participation in community proactive activities, and learning from model observation. Four factors could be predicted for communication questioning and interaction to a degree of 18.40% were: income, perceptions of proactive health services by health care workers, participation in community proactive activities, and learning from model observation. Factors that significantly influenced self-protective behavior at the .05 level included health literacy, self-management, access to information and decision-making, as well as residential area factors, which together predicted 40.90 percent.

The results of suggestions for development encourage volunteers to participate in more proactive activities in the community, such as activities to search for risk groups. proactive disease screening, etc. because it affects health literacy information access Media Literacy self-management and communication, questioning and answering.

Key Words: knowledge, Coronavirus disease, disease control, village health volunteers

¹Lecturer, Faculty of Allied Health Sciences Northern College, Thailand

Corresponding Author: mayvet_2006@hotmail.com



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากสถานการณ์การระบาดของโรคโคโรนาไวรัส 2019 (Coronavirus Disease 2019) หรือ โควิด - 19 (COVID-19) ตั้งแต่ปลายปี 2562 ได้สร้างผลกระทบทั้งด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจต่อประชากรโลกอย่างกว้างขวางจนกระทั่งองค์การอนามัยโลกหรือ World Health Organization (WHO) ประกาศให้โรคโควิด-19 เป็นโรคระบาดครั้งใหญ่ทั่วโลก หรือ Pandemic (World Health Organization, 2020) สำหรับประเทศไทยได้มีประกาศในราชกิจจานุเบกษา ประกาศให้โรคโควิด-19 เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 (กระทรวงสาธารณสุข, 2563a) เพื่อใช้มาตรการทางกฎหมายในการควบคุมการระบาดของโรคในประเทศ การดำเนินงานควบคุมโรคในช่วงการระบาดภายในประเทศ รัฐบาลได้กำหนดมาตรการขอความร่วมมือให้ประชาชนปรับพฤติกรรมความเป็นอยู่ใหม่ โดยการให้ความสำคัญกับการเว้นระยะห่างทางสังคม งดกิจกรรมทางสังคม เน้นใส่หน้ากากอนามัยเมื่อออกจากบ้าน ล้างมือบ่อย ๆ มีการกำหนดมาตรการสำหรับประชาชนที่เดินทางจากพื้นที่เสี่ยง ต้องมีการเฝ้าระวังอาการด้วยการกักตัวเองอยู่บ้าน (Home quarantine) และต้องมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรืออาสาสมัครสาธารณสุขคอยติดตามอาการอย่างสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคและป้องกันการระบาดของโรคโควิด-19 ในชุมชน การเฝ้าระวังการระบาดของโรคโควิด-19 ในชุมชน บุคลากรที่มีบทบาทอย่างมาก และถือเป็นกำลังสำคัญของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดำเนินงานเชิงรุกในชุมชน คืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือที่เรียกกันว่า อสม. ซึ่งปัจจุบันมีจำนวนมากกว่า 1,090,000 คนทั่ว

ประเทศ (ระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2563) บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เห็นได้ชัด คือเป็นผู้นำการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้านหรือชุมชน เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในชุมชน และมีหน้าที่แก้ข่าวร้าย กระจายข่าวดี ชี้บริการ ประสานงาน สาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน และดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดี ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เป็นความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ประเมินการปฏิบัติและจัดการตนเองรวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชนเพื่อสุขภาพที่ดีโดยความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีหลากหลายมิติที่เป็นองค์ประกอบ ไม่ใช่แค่เพียงการรู้หนังสือเพียงอย่างเดียว แต่รวมถึงความเข้าใจข้อมูลทักษะการเข้าถึงข้อมูล ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ทักษะการสื่อสาร การตัดสินใจและจัดการตนเอง รวมถึงการบอกต่อคนอื่น ๆ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2560) สำหรับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในครั้งนี้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้มีบทบาทในการเฝ้าระวังการระบาดของโรคโควิด-19 ได้แก่การร่วมมือกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ทั้งผู้ที่เดินทางมาจากต่างประเทศและพื้นที่เสี่ยง หรือผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มเสี่ยงระหว่างการกักตัว เฝ้าระวังบ้านค้นหากลุ่มเสี่ยง ปฏิบัติงานจุดคัดกรองของชุมชน รวมถึงการณรงค์ให้ความรู้ และแพร่กระจายข่าวสารในการป้องกันตนเองสำหรับประชาชนให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อโควิด-19 (กระทรวงสาธารณสุข, 2563b)



จังหวัดตากได้ดำเนินการตามมาตรการของรัฐบาล โดยกำหนดมาตรการในการเฝ้าระวังป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ครอบคลุมในทุกพื้นที่ทั้งการตั้งด่านคัดกรองผู้ที่เดินทางเข้ามาหรือเดินทางผ่านมายังจังหวัดตาก และการเฝ้าระวังเชิงรุกในชุมชนโดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นกำลังหลักในการดำเนินงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำให้ต้องมีการจัดกำลังอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปฏิบัติหน้าที่เฝ้าระวังการระบาดของโรคโควิด-19 ในชุมชน ซึ่งจากการสอบถามเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ควบคุมการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเบื้องต้นถึงการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการป้องกันตนเองในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังการระบาดของโรคโควิด-19 พบว่ามีข้อจำกัดในการประชุมชี้แจงความรู้เนื่องจากต้องมีการเว้นระยะห่างทางสังคม การงดกิจกรรมการประชุมต่าง ๆ ทำได้เพียงการสื่อสารผ่านระบบแอปพลิเคชัน ระบบสื่อสังคมออนไลน์ การสื่อสารผ่านโทรศัพท์และการชี้แจงเบื้องต้น จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขก่อนลงปฏิบัติงานเท่านั้น ทั้งนี้เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานชุมชนและมีความรู้พื้นฐานอยู่บ้างแล้ว เห็นได้จากรายงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก เรื่องผลการเฝ้าระวังสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานและพฤติกรรมดูแลสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ซึ่งผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านถึงร้อยละ 52.5 ผลการศึกษาพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามมีความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานอยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 99.3) และพฤติกรรมดูแล

สุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 97.9) (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก, 2564)

สำหรับการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพ จึงจำเป็นต้องพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง โดยกองสุศึกษากรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2561) ได้เสนอแนวคิดให้พัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพจากปัจจัยพื้นฐานที่อยู่ภายในตัวบุคคลและปัจจัยภายนอกที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีการศึกษาถึงปัจจัยภายนอกที่มีความเกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพ เช่น การรับรู้การบริการสาธารณสุข การเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ด้านสุขภาพ แรงเสริมจากบุคคลอื่น การเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบ การใช้สื่อสังคมออนไลน์ เขตที่อาศัย เป็นต้น การศึกษายังพบว่าถึงความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในประเด็นโรคติดต่อยังมีค่อนข้างน้อยในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเมื่อเทียบกับการศึกษาในประเด็นของกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยเฉพาะในประเด็นของโรคติดต่ออันตรายหรือโรคติดต่ออุบัติใหม่อย่างเช่นโรคโควิด-19 ที่กำลังระบาดอยู่

ดังนั้นการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการนำไปพัฒนาศักยภาพเพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสามารถในการรับมือกับสถานการณ์โรคโควิด-19 ที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา โดยมุ่งเน้นการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้การควบคุมป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตตำบลน้ำร้อน



อำเภอเมือง จังหวัดตาก ข้อมูลจากการวิจัยนี้ยังเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และในการเตรียมความพร้อมรับมือกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ โรคติดต่ออุบัติซ้ำและภัยสุขภาพอื่น ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคตต่อไปได้

วัตถุประสงค์การวิจัย (Research Objective)

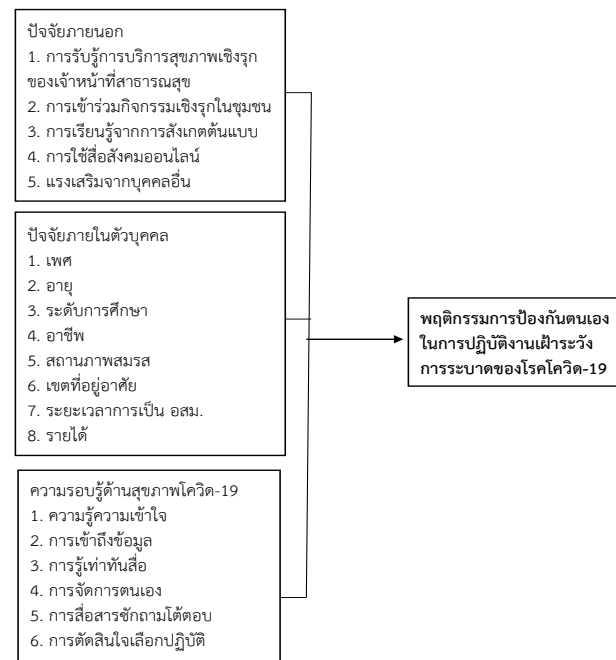
1. เพื่อศึกษาปัจจัยภายในที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองของโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตตำบลน้ำร้อน อำเภอเมือง จังหวัดตาก
2. เพื่อศึกษาปัจจัยภายนอกที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองของโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตตำบลน้ำร้อน อำเภอเมือง จังหวัดตาก
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังการระบาดของโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตตำบลน้ำร้อน อำเภอเมือง จังหวัดตาก

สมมติฐานการวิจัย (Research Hypothesis)

1. ปัจจัยส่วนบุคคลมีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตตำบลน้ำร้อน อำเภอเมือง จังหวัดตากในระดับที่ดี
2. ปัจจัยภายใน ปัจจัยภายนอก และปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพ มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตตำบลน้ำร้อน อำเภอเมือง จังหวัดตากในระดับที่ดี

กรอบแนวคิด

การวิจัยเรื่องปัจจัยทำนายความรอบรู้ การควบคุมป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตตำบลน้ำร้อน อำเภอเมือง จังหวัดตากมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย (Research Methods)

การวิจัยเรื่องปัจจัยทำนายความรอบรู้ การควบคุมป้องกันโรคโคโรนาไวรัส (โควิด-19) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตตำบลน้ำร้อน อำเภอเมือง จังหวัดตาก ใช้วิธีการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 410 คน จากหมู่บ้านทั้งหมด 11 หมู่บ้าน ในเขตตำบลน้ำร้อน อำเภอเมือง จังหวัดตาก กลุ่มตัวอย่าง คืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 410 คน โดยศึกษา



ทุกกลุ่มตัวอย่างเนื่องจากในตำบลน้ำร้อนมีประชาชนในพื้นที่ไปทำงานต่างประเทศเป็นจำนวนมาก

เครื่องมือการวิจัย เป็นแบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ข้อมูลด้านปัจจัยภายในตัวบุคคล ตอนที่ 2 ข้อมูลด้านปัจจัยภายนอก ได้แก่ การรับรู้การบริการสุขภาพเชิงรุกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การเข้าร่วมกิจกรรมเชิงรุกในชุมชน การบริการสุขภาพเชิงรุกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การเรียนรู้จากการสังเกตต้นแบบ การใช้สื่อสังคมออนไลน์ และแรงเสริมจากบุคคลอื่น ลักษณะคำถามจะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตอนที่ 3 แบบทดสอบความรู้ด้านสุขภาพโรคโควิด-19 มีจำนวน 6 ด้าน ใช้ระดับในการวัดข้อมูลแบบอันตรายภาค ตอนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังการระบาดของโรคโควิด-19 ในชุมชน

การตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย การทดสอบความเที่ยงตรงนำแบบสอบถามไปขอความอนุเคราะห์ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือวิจัยจำนวน 3 ท่าน โดยวิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ในการพิจารณาความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญจากการหาค่า IOC ในทุกข้อคำถามนั้นมีค่าเท่ากับ 1.00 คะแนน การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) เครื่องมือการวิจัยที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงและแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในตำบลใกล้เคียงจำนวน 30 คน โดยจะวิเคราะห์หาความยากง่าย ค่าอำนาจจำแนกและความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้านปัจจัยภายในตัวบุคคลได้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค

เท่ากับ 0.77 ด้านปัจจัยภายนอกได้สัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.80 ด้านความเชื่อด้านสุขภาพได้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.89 ด้านความรู้ด้านสุขภาพโรคโควิด-19 ได้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.80 และสัมประสิทธิ์รวมเท่ากับ 0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

1) ประสานงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตตำบลน้ำร้อน อำเภอเมือง จังหวัดตาก เพื่อขอข้อมูลประกอบการทำวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์และประสานนัดวันขอเก็บข้อมูลในพื้นที่ 2) ประสานขอความร่วมมือผู้รับผิดชอบงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของแต่ละหน่วยบริการสาธารณสุขในตำบลน้ำร้อน อำเภอเมือง จังหวัดตาก เพื่อเป็นผู้ช่วยผู้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่ 3) กำหนดวันเก็บข้อมูลในวันที่ประชุมประจำเดือนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของแต่ละหน่วยบริการสาธารณสุขผู้วิจัยแนะนำตัวเองและชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัยและใช้แบบสอบถามเก็บรวบรวมข้อมูลตามจำนวนกลุ่มเป้าหมายให้ครบ 4) ช่วงระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ 2566 ถึงเดือนมีนาคม 2566 5) นำข้อมูลไปวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์โดยวิธีการทางสถิติ สรุป และอภิปรายผลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ .05 โดยรายละเอียดในการวิเคราะห์ดังนี้

1) ข้อมูล ด้านปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยภายนอก ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังการระบาดของโรคโควิด-19 ใช้สถิติเชิงพรรณนา ในการแจกแจงความถี่



ร้อยละ ค่าเฉลี่ยกับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน
ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด

2) การวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการปฏิบัติ งานเฝ้าระวังการระบาดของโรคโควิด-19 ใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Linear Regression Analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยตระหนักและให้ความสำคัญถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างทุกขั้นตอนในการวิจัย โดยเริ่มจากการขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ซึ่งได้ผ่านการรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยนอร์ทเทิร์น เอกสารรับรองเลขที่ NTC888-019 วันที่รับรองวันที่ 5 มีนาคม พ.ศ.2566

ผลการวิจัย (Research Results)

1. ด้านปัจจัยภายในตัวบุคคลจากการวิจัยพบว่า ปัจจัยภายในตัวบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง อสม. ในเขตตำบลน้ำร้อน อำเภอเมือง จังหวัดตาก ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 78.05 มากกว่าร้อยละ 90 มีอายุ 35 ขึ้นไป ครึ่งหนึ่งจบประถมศึกษาร้อยละ 50 อาชีพส่วนใหญ่เป็นเกษตรกรร้อยละ 62.44 สถานภาพการสมรสส่วนใหญ่อยู่เป็นคู่ร้อยละ 82.68 ที่อยู่อาศัยส่วนใหญ่อยู่ในเขตองค์กรบริหารส่วนตำบล ร้อยละ 66.10 ระยะเวลาการเป็น อสม. เฉลี่ย 13.14 ปี และมากกว่าครึ่งร้อยละ 52.20 มีรายได้เฉลี่ยน้อยกว่ารายได้เฉลี่ยขั้นต่ำของประชากรเขตอำเภอเมือง จังหวัดตาก ด้านปัจจัยภายนอก พบว่าส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะด้านการรับรู้บริการเชิงรุกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร้อยละ 95.12 และด้านการเข้าร่วมกิจกรรม

เชิงรุกในชุมชนร้อยละ 87.80 สำหรับด้านการได้รับแรงเสริมบุคคลอื่นและด้านการเรียนรู้จากการสังเกตต้นแบบพบว่าส่วนใหญ่เลือกตอบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากที่สุด ร้อยละ 80.73 และ 80.00 ตามลำดับ ส่วนด้านการใช้สื่อสังคมออนไลน์ส่วนใหญ่เข้าถึงไลน์และเฟซบุ๊กมากที่สุดร้อยละ 91.22 และ 84.15 ตามลำดับ โดยมีการใช้สื่อสังคมออนไลน์ติดตามข้อมูลโรคโควิด-19 ไม่ต่ำกว่า 3 ชม.ต่อวัน ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า อสม. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในภาพรวมอยู่ในระดับดีมากร้อยละ 85.12 โดยเฉพาะคะแนนด้านการจัดการตนเองที่มีมากที่สุดร้อยละ 91.95 รองลงมาคือ ด้านการเข้าถึงข้อมูลร้อยละ 89.02 ด้านการสื่อสารซักถามโต้ตอบร้อยละ 87.07 ด้านการรู้เท่าทันสื่อร้อยละ 86.10 และด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติร้อยละ 79.02 ส่วนด้านความรู้ความเข้าใจเป็นเพียงด้านเดียวที่ อสม. ได้คะแนนรวมน้อยที่สุดร้อยละ 48.05 ส่วนด้านพฤติกรรมการป้องกันตนเอง พบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมป้องกันตนเองในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังการระบาดของโรคโควิด-19 ภาพรวมอยู่ใน ระดับดีมากร้อยละ 80.24 โดยเฉพาะการสวมหน้ากากปิดปากปิดจมูกเป็นประจำร้อยละ 90.98 รองลงมาคือการอาบน้ำทำความสะอาดร่างกายทันทีเมื่อเสร็จสิ้นภารกิจออกชุมชนในแต่ละวัน ร้อยละ 75.39 การรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ พักผ่อนเพียงพอร้อยละ 66.59 การล้างมือที่ถูกต้องด้วยเจลแอลกอฮอล์ร้อยละ 64.88 การเว้นระยะห่างเมื่อต้องพบปะกับบุคคลอื่น ร้อยละ 62.93 การทิ้งหน้ากากอนามัยที่ถูกต้องร้อยละ 60.98 และการล้างมือที่ถูกต้องด้วยสบู่และน้ำร้อยละ 50.49 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของ อสม. จำแนกตามปัจจัยภายในบุคคล (n = 410)

ปัจจัยภายในตัวบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	90	21.95
หญิง	320	78.05
2. กลุ่มอายุจำแนกช่วงอายุ (ปี)		
ต่ำกว่า 30	10	2.44
30 – 34	15	3.66
35 – 39	42	10.24
40 – 44	61	14.88
45 – 49	88	21.46
50 – 54	83	20.24
55 – 59	56	13.67
60 ขึ้นไป	55	13.41
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	48.64 (9.43)	
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด)	49 (20, 78)	
3. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	205	50.00
สูงกว่าประถมศึกษา	205	50.00
4. อาชีพหลัก		
เกษตรกร	256	62.44
รับจ้างทั่วไป	73	17.81
ค้าขาย	55	13.41
อาชีพอิสระ	26	6.34
5. สถานภาพสมรส		
คู่	339	82.68
โสด	71	17.32
6. ระยะเวลาการเป็น อสม. จำแนกช่วงระยะเวลา (ปี)		
2-5	93	22.68
6-10	97	23.66
11-15	76	18.54
16-20	76	18.54
มากกว่า 20	68	16.58

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของ อสม. จำแนกตามปัจจัยภายในบุคคล (n = 410) (ต่อ)

ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	13.14 (8.43)	
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด, ค่าสูงสุด)	12 (2, 41)	
7. รายได้เฉลี่ยต่อปี (บาท)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 50,000	214	52.20
50,001 ขึ้นไป	196	47.80

ปัจจัยภายนอก แยกตามรายด้าน พบว่าด้านการรับรู้การบริการสุขภาพเชิงรุกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับมากถึงร้อยละ 95.12 ด้านการเข้าร่วมกิจกรรมเชิงรุกในชุมชนพบว่า อสม. ส่วนใหญ่เข้าร่วมกิจกรรมเชิงรุกในชุมชนระดับมากถึงร้อยละ 87.80 ด้านการเรียนรู้จากการสังเกตต้นแบบ พบว่า อสม. มีการเรียนรู้

จากการสังเกตต้นแบบอยู่ในระดับมากถึงร้อยละ 82.92 ส่วนด้านการใช้สื่อสังคมออนไลน์ พบว่า อสม. ส่วนใหญ่ใช้สื่อสังคมออนไลน์อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 68.54 และด้านการได้รับแรงเสริมจากบุคคลอื่น พบว่าระดับมากถึงร้อยละ 62.68 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของอสม. จำแนกตามปัจจัยภายนอก (n = 410)

ปัจจัยภายนอก	ระดับคะแนนข้อมูลปัจจัยภายนอก		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. การรับรู้การบริการสุขภาพเชิงรุกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	390 (95.12)	20 (4.88)	0 (0)
2. การเข้าร่วมกิจกรรมเชิงรุกในชุมชน	360 (87.80)	50 (12.20)	0 (0)
3. การเรียนรู้จากการสังเกตต้นแบบ	340 (82.92)	53 (12.93)	17 (4.15)
4. การใช้สื่อสังคมออนไลน์	21 (5.12)	281 (68.54)	108 (26.34)
5. การได้รับแรงเสริมจากบุคคลอื่น	257 (62.68)	133 (32.44)	20 (4.88)

2. ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพโรค โควิด-19 พบว่าในภาพรวมไม่มีปัจจัยใดที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ แต่เมื่อจำแนกรายด้านพบปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ความเข้าใจ คือการใช้สื่อสังคมออนไลน์ $B = 0.032$ โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของคะแนนความรู้ความเข้าใจได้ร้อยละ 2.5 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงข้อมูลได้แก่

เขตที่อยู่อาศัยเขต อบต. $B = 0.415$ การเข้าร่วมกิจกรรมเชิงรุกในชุมชน $B = 0.233$ และการเรียนรู้จากการสังเกตต้นแบบ $B = 0.041$ โดยสามารถร่วมอธิบายความแปรปรวนของคะแนนการเข้าถึงข้อมูลได้ร้อยละ 17.9 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ปัจจัยที่มีผลต่อการรู้เท่าทันสื่อได้แก่ปัจจัยด้านรายได้ $\leq 50,000$ บาท/ปี $B = -0.360$ การรับรู้การบริการสุขภาพเชิงรุกของ



เจ้าหน้าที่สาธารณสุข $B = 0.122$ การเข้าร่วมกิจกรรมเชิงรุกในชุมชน $B = 0.205$ และการเรียนรู้จากการสังเกตต้นแบบ $B = 0.046$ โดยสามารถร่วมอธิบายความแปรปรวนของคะแนนการรู้เท่าทันสื่อได้ ร้อยละ 22.5 มีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคโควิด-19 ได้แก่ปัจจัยด้านรายได้ $\leq 50,000$ บาท/ปี $B = -0.485$ การเข้าร่วมกิจกรรมเชิงรุกในชุมชน $B = 0.243$ และการเรียนรู้จากการสังเกตต้นแบบ $B = 0.141$ โดยสามารถร่วมอธิบายความแปรปรวนของคะแนนการจัดการตนเองได้ร้อยละ 12.7 มีนัยสำคัญทาง

สถิติที่ระดับ .05 และปัจจัยที่มีผลต่อการสื่อสารชักถามโต้ตอบได้แก่ปัจจัยด้านรายได้ $\leq 50,000$ บาท/ปี $B = -0.445$ การรับรู้การบริการสุขภาพเชิงรุกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข $B = 0.139$ การเข้าร่วมกิจกรรมเชิงรุกในชุมชน $B = 0.168$ และการเรียนรู้จากการสังเกตต้นแบบ $B = 0.043$ โดยสามารถร่วมอธิบายความแปรปรวนของคะแนนการสื่อสารชักถามโต้ตอบได้ร้อยละ 18.4 มีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ส่วนด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติพบว่าไม่มีปัจจัยใดที่สามารถทำนาย ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติได้ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคโควิด-19 ($n = 410$)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์ แสดงความสัมพันธ์				
	B	Std.	β	t	sig
ความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคโควิด-19 ภาพรวม	51.869	46.051-57.688		17.525	< .001*
รายได้ ($\leq 50,000$ บาท/ปี)	-2.129	(-3.361) - (-0.897)	-0.149	-3.397	.001*
การเข้าร่วมกิจกรรมเชิงรุกในชุมชน	0.863	0.590-1.136	0.325	6.210	< .001*
การเรียนรู้จากการสังเกตต้นแบบ	0.442	0.214-0.670	0.262	3.807	< .001*
การรับรู้การบริการสุขภาพเชิงรุกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	0.356	0.029-0.683	0.110	2.143	.033*
แรงเสริมจากบุคคลอื่น	-0.306	(-0.589) - (-0.022)	-0.147	-2.120	.035*
ความรู้ความเข้าใจ	2.714	2.324-3.103		13.700	< .001*

*p-Value < .05

3. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังการระบาดของโรคโควิด-19 พบว่ามีปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการจัดการตนเอง $B = 0.931$ ด้านการเข้าถึงข้อมูล $B = 0.628$ ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ $B = 0.286$

และปัจจัยด้านเขตที่อยู่อาศัย อบต. $B = 1.168$ โดยปัจจัยข้างต้นสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันตนเองได้ถึงร้อยละ 40.90 มีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 4



ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์ การถดถอยปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังการระบาดของโรคโควิด-19 (n = 410)

ตัวแปรต้น	ค่าสัมประสิทธิ์ แสดงความสัมพันธ์				
	B	Std.	β	t	sig
ค่าคงที่ (Constant)	13.420	9.42 - 17.42		6.598	< .001*
เขตที่อยู่อาศัย (อบต.)	1.168	0.41 - 1.93	0.117	3.013	.003*
การเข้าถึงข้อมูล	0.628	0.37 - 0.88	0.229	4.830	< .001*
การจัดการตนเอง	0.931	0.73 - 1.14	0.418	8.896	< .001*
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ	0.286	0.07 - 0.50	0.103	2.618	.009*

อภิปรายผล

1. ปัจจัยภายในตัวบุคคลจากผลการวิจัย พบว่า อสม. ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ซึ่งอยู่ในช่วงวัยทำงาน ระดับการศึกษาร้อยละ 50 จบประถมศึกษา มีระยะเวลาการเป็น อสม. ส่วนใหญ่มากกว่า 10 ปี โดยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขต อบต. ถึงร้อยละ 66.10 จากผลการวิจัยที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากประชาชนเพศชายส่วนใหญ่มิได้สนใจในการมาเป็น อสม. เพราะต้องออกบ้านทำงานหารายได้เพื่อจุนเจือครอบครัว ทำให้ อสม. ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง ผลการวิจัยสอดคล้องกับรายงานข้อมูลของกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน (2565) ข้อมูลพื้นฐานของ อสม. ในภาพรวมในระดับประเทศพบว่า อสม. ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากถึงร้อยละ 77.58 ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 31 ปี สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด และมีระยะเวลาการเป็น อสม. ส่วนใหญ่อยู่ที่ 11 - 20 ปี สอดคล้องการศึกษาของนรลักษณ์ เอื้อกิจ และลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี (2562) พบว่าปัจจัยภายนอก อสม. ส่วนใหญ่มีคะแนนด้านปัจจัยภายนอกแต่ละปัจจัยย่อยอยู่ในระดับมากโดยมากที่สุดคือด้านการรับรู้บริการเชิงรุกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร้อยละ 95.12 รองลงมาคือด้านการเข้าร่วม

กิจกรรมเชิงรุกในชุมชนร้อยละ 87.80 สำหรับด้านการได้รับแรงเสริมบุคคลอื่น และด้านการเรียนรู้จากการสังเกตต้นแบบ พบว่าส่วนใหญ่เลือกตอบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากที่สุดร้อยละ 80.73 และ 80.00 ตามลำดับ ส่วนด้านการใช้สื่อสังคมออนไลน์ส่วนใหญ่เข้าถึงไลน์และเฟซบุ๊กมากที่สุดร้อยละ 91.22 และ 84.15 ตามลำดับ ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า อสม. ได้เข้าร่วมการดำเนินงานเชิงรุกในชุมชนร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 อย่างเข้มข้นตามบทบาทที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ว่าให้ อสม. มีหน้าที่ในการเฝ้าระวังการระบาดของโรคโควิด-19 ในชุมชนออกปฏิบัติหน้าที่ในชุมชนร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อดูแลให้ความรู้ ความเข้าใจและแนะนำข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 แก่ประชาชนที่ถูกต้องเหมาะสม ดังการศึกษาของอารีย์ แร่ทอง (2562) ศึกษาเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กรณีศึกษาตำบลหินตก อำเภอร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช ผลการศึกษาพบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ในระดับพอใช้เพียงพอต่อการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ. 2ส. แต่เมื่อจำแนกเป็นรายด้านแล้วยังพบว่าในด้านความรู้ความเข้าใจเป็นเพียงด้านเดียวที่



อสม. ได้คะแนนในระดับดีมากน้อยที่สุดร้อยละ 48.05 โดยเฉพาะในเรื่องของการลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19 ที่พบว่ามีเพียงร้อยละ 53.17 เท่านั้นที่ตอบถูก และเรื่องของการจำแนกความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19 ก็พบว่า อสม. ส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ความเข้าใจมากถึงร้อยละ 53.41 นักสาธารณสุข จึงควรให้ความสำคัญที่จะพัฒนาศักยภาพ อสม. ในด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวอย่างเร่งด่วน พฤติกรรมการป้องกันตนเองในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังการระบาดของโรคโควิด-19 จากผลการวิจัยที่พบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 80.24 สอดคล้องกับรายงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก (2565) ที่พบว่าประชาชนมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับดีมากเช่นกัน

2. ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคโควิด-19 ในภาพรวมพบว่าไม่มีปัจจัยใดที่สามารถร่วมอธิบายความแปรปรวนของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพได้โดยตรงเนื่องจากผลการวิเคราะห์พบค่าความคาดเคลื่อนไม่เป็นอิสระต่อกัน $Durbin-Watson = 1.475$ จากการวิเคราะห์พบตัวแปรที่มีปัญหา Multicollinearity ($r = 0.772$) จำนวน 1 ตัวแปร คือแรงเสริมจากบุคคลอื่น จึงตัดออกจากการวิเคราะห์ ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพจำแนกรายด้านพบว่ามีความสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ปัจจัยที่มีผลต่อด้านความรู้ความเข้าใจ คือการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ซึ่งสามารถทำนายคะแนนความรู้ความเข้าใจได้ร้อยละ 2.5 ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงข้อมูล ได้แก่ เขตที่อยู่อาศัย การเข้าร่วมกิจกรรมเชิงรุกในชุมชนและการเรียนรู้จากการสังเกตต้นแบบ โดยสามารถร่วมทำนายคะแนนการเข้าถึงข้อมูล

ได้ร้อยละ 17.9 ปัจจัยที่มีผลต่อการรู้เท่าทันสื่อ ได้แก่ ปัจจัยด้านรายได้การรับรู้การบริการสุขภาพเชิงรุกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขการเข้าร่วมกิจกรรมเชิงรุกในชุมชน และการเรียนรู้จากการสังเกตต้นแบบ โดยสามารถร่วมทำนายคะแนนการรู้เท่าทันสื่อได้ร้อยละ 22.5 ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการตนเอง ได้แก่ ปัจจัยด้านรายได้การเข้าร่วมกิจกรรมเชิงรุกในชุมชน และการเรียนรู้จากการสังเกตต้นแบบ โดยสามารถร่วมทำนายคะแนนการจัดการตนเองได้ร้อยละ 12.7 และปัจจัยที่มีผลต่อการสื่อสารซักถามโต้ตอบ ได้แก่ ปัจจัย ด้านรายได้ การรับรู้การบริการสุขภาพเชิงรุกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขการเข้าร่วมกิจกรรมเชิงรุกในชุมชน และการเรียนรู้จากการสังเกตต้นแบบโดยสามารถร่วมทำนายคะแนนการสื่อสารซักถามโต้ตอบได้ร้อยละ 18.4 ส่วนความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติพบค่าคาดเคลื่อนไม่เป็นอิสระต่อกัน $Durbin-Watson < 1.5$ จึงไม่สามารถทำนายได้ความรอบรู้ด้านสุขภาพได้ ทั้งนี้การตัดสินใจเลือกปฏิบัติของ อสม. อาจมีสาเหตุเนื่องจาก อสม. มีความรู้ความเข้าใจโรคโควิด-19 ค่อนข้างน้อยเห็นได้จากคะแนนความรู้ความเข้าใจที่พบว่าได้คะแนนในระดับดีมากน้อยที่สุดเพียงร้อยละ 48.05 เท่านั้น รวมทั้งลักษณะการปฏิบัติงานหรือบทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังการระบาดของโรคโควิด-19 ของ อสม. ไม่ได้อยู่ในฐานะที่จะสามารถตัดสินใจอย่างอิสระได้เนื่องจากโรคโควิด-19 เป็นโรคติดต่ออันตรายอุบัติใหม่ซึ่งการตัดสินใจในการดำเนินงานอยู่ภายใต้การควบคุมกำกับของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขการตัดสินใจบางประเด็น จึงอาจอยู่นอกเหนือบทบาทหน้าที่ของ อสม. ซึ่งอยู่ในฐานะของผู้ปฏิบัติงานภายใต้คำสั่งการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้าน



สุขภาพเมื่อจำแนกรายปัจจัยมีดังนี้ การใช้สื่อสังคมออนไลน์ พบว่ามีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพเพียงด้านเดียว คือด้านความรู้ความเข้าใจ สอดคล้องกับการศึกษาของภมร ตรุณ และประกันชัย ไกรรัตน์ (2562) ศึกษาเรื่องปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนจังหวัดบึงกาฬ ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อระดับพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การจัดการตนเอง การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การตัดสินใจ และเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ ปัจจัยทั้ง 6 องค์ประกอบสามารถร่วมกันทำนายระดับพฤติกรรมสุขภาพได้ร้อยละ 27.3

3. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเอง ในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังการระบาดของโรคโควิด-19 จากผลการวิเคราะห์ปัจจัยภายนอกซึ่งได้แก่ การรับรู้การบริการสุขภาพเชิงรุกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การเข้าร่วมกิจกรรมเชิงรุกในชุมชนและการเรียนรู้จากการสังเกตต้นแบบ และปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจพบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติในการทำนายปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเอง ส่วนปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพด้านการรู้เท่าทันสื่อ การสื่อสาร ชักถามโต้ตอบพบว่าไม่มีปัญหา Multicollinearity $r = 0.724, 0.747$ ตามลำดับ จึงตัดออกจากการวิเคราะห์ ส่วนผลการวิจัยที่พบปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองได้แก่ ความรู้ด้านสุขภาพด้านการจัดการตนเอง ด้านการเข้าถึงข้อมูล ด้านการตัดสินใจ เลือกปฏิบัติและปัจจัยด้านเขตที่อยู่อาศัยโดยปัจจัยดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองเมื่อจำแนกรายปัจจัยมี

ดังนี้ การจัดการตนเองเป็นทักษะความรู้ด้านสุขภาพ ในการจัดการพฤติกรรมตนเอง เพื่อปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติตนให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง จึงมีผลต่อพฤติกรรมโดยตรง จากผลการวิเคราะห์พบว่า อสม. ที่มีวิธีการจัดการตนเองที่ปฏิบัติค่อยข้างบ่อยและเป็นประจำ คือการประเมินสุขภาพและอาการเจ็บป่วยของตนเอง ก่อนออกไปปฏิบัติหน้าที่เสมอร้อยละ 94.15 มีการวางแผนการปฏิบัติงานร้อยละ 95.12 สามารถปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้ได้อย่างเหมาะสมร้อยละ 91.46 และมีการทบทวนการปฏิบัติตนเพื่อให้มีพฤติกรรมป้องกันตนเองที่ถูกต้องร้อยละ 94.78 โดยรวมพบว่า อสม. ที่คะแนนการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นจะส่งผลต่อคะแนนพฤติกรรมการป้องกันตนเองที่เพิ่มขึ้นด้วย $B = 0.931$ ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของธนะวัฒน์ รวมสุข และคณะ (2563) ที่ศึกษาถึงปัจจัยทำนายพฤติกรรม กรณีพฤติกรรมช่วยเหลือเกื้อกูลของ อสม. ในจังหวัดสมุทรสงคราม โดยพบว่าการจัดการตนเองเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมช่วยเหลือเกื้อกูลได้ $B = 0.335$ สอดคล้องกับการศึกษาของภมร ตรุณ และประกันชัย ไกรรัตน์ (2562) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนจังหวัดบึงกาฬ พบว่าการจัดการตนเองมีอิทธิพลต่อระดับพฤติกรรมสุขภาพ $B = 0.486$

ข้อเสนอแนะจากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

1. พัฒนาส่งเสริมทักษะการใช้สื่อออนไลน์ในการค้นหาข้อมูลที่ต้องการ เนื่องจากมีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจ
2. พัฒนาส่งเสริมให้ อสม. เข้าร่วมกิจกรรมเชิงรุกในชุมชนให้มากขึ้น เช่น กิจกรรมการค้นหากลุ่ม



เสี่ยง การคัดกรองโรคเชิงรุกเป็นต้น เนื่องจากมีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูล ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ด้านการจัดการตนเอง และด้านการสื่อสารชักถามโต้ตอบ

3. นักสาธารณสุขควรประชาสัมพันธ์ให้ อสม. ได้รับรู้การบริการสุขภาพเชิงรุกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เนื่องจากการรับรู้การบริการสุขภาพเชิงรุกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการรู้เท่าทันสื่อและด้านการสื่อสารชักถามโต้ตอบ อีกทั้งยังเป็นปัจจัยที่กระตุ้นการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของประชาชน เช่น การประชาสัมพันธ์ข้อมูลสุขภาพผ่านระบบสื่อออนไลน์ในช่องทางต่าง ๆ เป็นต้น

4. แม้ว่าการศึกษาในครั้งนี้โดยภาพรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองของ อสม. จะอยู่ในระดับที่ดีมาก แต่หากขาดการส่งต่อข้อมูลถึงประชาชนแล้วนั้นการดำเนินงานในชุมชนก็เป็นไปค่อนข้างยาก จึงเสนอแนะให้นักสาธารณสุขนำผลการศึกษาไปพัฒนาสร้างกิจกรรมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพให้กับ อสม. และพัฒนาทักษะให้ อสม. สามารถส่งต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมถึงประชาชนในการดูแลตนเองครอบครัวและชุมชนอย่างครอบคลุมทุกมิติต่อไป

ข้อค้นพบจากการวิจัยครั้งนี้

1. การวิจัยค้นพบปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองของ อสม. โดยควรพัฒนาศักยภาพให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการจัดการตนเองการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่น่าเชื่อถือและพัฒนาทักษะด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่เหมาะสมต่อการกิจหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในชุมชน เพราะมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมการ

ป้องกันตนเองทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้ อสม. มีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมมากขึ้น ได้แก่ การใช้มือสัมผัสใบหน้าปาก จมูกของตนเองโดยที่ยังไม่ได้ล้างมือการดึงหน้ากากลงมาไว้ ใต้คางและการสัมผัสกับกลุ่มเสี่ยงโดยจับมือหรือพูดคุยใกล้ชิดกันไม่เว้นระยะห่าง

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1. เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ศึกษาเฉพาะกลุ่ม อสม. เท่านั้นแต่ในทางปฏิบัติจริงพบว่าในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 มีหน่วยงานหลาย ๆ หน่วยงานเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการเฝ้าระวังการระบาดของโรคโควิด-19 อาทิ ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ฝ่ายปกครอง ฝ่ายทหาร องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และชมรมจิตอาสาต่าง ๆ เป็นต้น จึงควรศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเหล่านี้ด้วยเพื่อนำข้อมูลไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคระบาดในอนาคตต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2563a, 5 มีนาคม). เรื่อง *ท้องที่นอกราชอาณาจักรที่เป็นเขตติดโรคติดต่ออันตรายกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19))* พ.ศ. 2563 ราชกิจจานุเบกษา, 137(ตอนพิเศษ 52 ง), 13-14.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2563b, 6 มีนาคม). ขอความร่วมมือสนับสนุนการณรงค์ “อสม. เคาะประตูบ้านต้านโควิด-19”. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2560). *การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจากอสม. สู่อสม.* (พิมพ์ครั้งที่ 1). โอ-วิทย์ (ประเทศไทย).



กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2561). *การ*

เสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ ด้านสุขภาพและ

พฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเด็กและเยาวชน

(อายุ 7 - 14 ปี) กลุ่มประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป.

(ฉบับปรับปรุง ปี 2561).

กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการ

สุขภาพ. (2565, 6 พฤษภาคม). แนวทางเวชปฏิบัติการ

วินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล

กรณีผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข.

<https://covid19.dms.go.th/>

ธนวัฒน์ รวมสุข, อารยา ทิพย์วงศ์ และพรพรรณ วรสีหะ. (2563).

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการช่วยเหลือกันหรือของ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัด

สมุทรสงคราม. *วารสารพยาบาล*, 69(1), 10-18.

นรลักษณ์ เอื้อกิจ และลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี. (2562). การ

ประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE MODEL ในการส่งเสริมสุขภาพ.

วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย, 12(1),

38-48.

ภมร ดรณ และประกนชัย ไกรรัตน์. (2562). ปัจจัยความรอบรู้

ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของ

ประชาชนจังหวัดบึงกาฬ. *วารสารวิชาการกรม*

สนับสนุนบริการสุขภาพ, 15(3), 49-59.

ระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน กองสนับสนุน

สุขภาพภาคประชาชน. (2563). *แนวทางการ*

ดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระดับจังหวัด.

นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก. (2564). *รายงานผลการเฝ้า*

ระวังสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน

และพฤติกรรมดูแลสุขภาพในการป้องกันโรค

โควิด-19 ของประชาชน ครั้งที่ 1. ข้อมูลระหว่างวันที่

7-15 เมษายน 2563.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก. (2565). *รายงานผลการเฝ้า*

ระวังสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน

และพฤติกรรมดูแลสุขภาพในการป้องกันโรค

โควิด-19 ของประชาชน ครั้งที่ 3. ข้อมูลระหว่างวันที่

2-19 พฤษภาคม 2565.

อารีย์ แร่ทอง. (2562). ศึกษาเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพและ

พฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุข

ประจำหมู่บ้าน กรณีศึกษาตำบลหินตก อำเภอร่อนพิบูลย์

จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์*, 12(2), 50-60.

World Health Organization, Thailand. (2020). *The*

situation reports on COVID-19. Retrieved from

[https://www.who.int/thailand/news/detail/14-](https://www.who.int/thailand/news/detail/14-10-2020-Thailand-IAR-COVID19)

[10-2020-Thailand-IAR- COVID19](https://www.who.int/thailand/news/detail/14-10-2020-Thailand-IAR-COVID19)



การพัฒนาารูปแบบการให้ความรู้ด้านสุขภาพและให้คำปรึกษาด้านสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคาน์ท์สำหรับผู้ปกครองในการดูแลเด็กวัยเรียน

Received: February 10, 2025

Revised: June 13, 2025

Accepts: June 16, 2025

กมลวรรณ สุวรรณ¹ (พย.ม.),

วิฑูรย์ คงผล² (ค.อ.ม.)

สาธิมาน มากชูชิต¹ (พย.ม.)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาที่มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการให้ความรู้และให้คำปรึกษาด้านสุขภาพผ่านแอปพลิเคชัน LINE Official Account สำหรับผู้ปกครองในการดูแลเด็กวัยเรียน และเปรียบเทียบความมั่นใจของผู้ปกครองในการดูแลบุตรหลาน รวมถึงศึกษาความพึงพอใจของผู้ปกครองและพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้น มีการดำเนินการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) วิเคราะห์ปัญหา 2) ออกแบบและพัฒนารูปแบบ 3) ทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนา กับกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ปกครอง 27 คน และพยาบาลวิชาชีพ 5 คน และ 4) ประเมินผลการใช้รูปแบบที่พัฒนา เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่แบบประเมินความมั่นใจของผู้ปกครอง และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ปกครองและพยาบาลวิชาชีพ ผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหา 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา .86 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .86 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบทีแบบจับคู่

ผลการวิจัยพบว่า 1) รูปแบบการให้ความรู้ด้านสุขภาพและให้คำปรึกษาด้านสุขภาพผ่านแอปพลิเคชัน LINE OA ชื่อบัญชี "การดูแลเด็กวัยเรียน" มีการนำเสนอความรู้ผ่านภาพอินโฟกราฟิกส์และเปิดช่องทางให้ซักถามข้อสงสัยผ่านทางกล่องข้อความ 2) ภายหลังการใช้ แอปพลิเคชัน LINE OA ผู้ปกครองมีความมั่นใจในการดูแลเด็กวัยเรียนสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 9.93, p < 0.001$) และความพึงพอใจของผู้ปกครองเด็กวัยเรียนและพยาบาลวิชาชีพ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.40, S.D. = 0.54; M = 4.54, S.D. = 0.51$ ตามลำดับ) ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า บุคลากรด้านสุขภาพที่มีหน้าที่ให้การดูแลเด็กวัยเรียนควรนำแอปพลิเคชัน LINE OA มาใช้ในการให้ความรู้และคำปรึกษาด้านสุขภาพ เนื่องจากเป็นอีกช่องทางที่สะดวก ง่าย ทันยุคสมัย และผู้ปกครองสามารถเข้าไปเรียนรู้ซ้ำได้ด้วยตนเองตลอดเวลาเมื่อต้องการ

คำสำคัญ : ความรู้ด้านสุขภาพ, คำปรึกษาด้านสุขภาพ, แอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคาน์ท์, การดูแลเด็กวัยเรียน

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก, Thailand

² อาจารย์ คณะครุศาสตร์อุตสาหกรรมและเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย, Thailand

Corresponding author: e-mail: satiman@bcnyala.ac.th



Development of Health Education and Health Counseling Model Using LINE Official Account Application for Parents in Caring for School-Aged Children

Kamonwan Suwan¹ (M.N.S),
Witoon Kongphon² (M.S.Ind.Ed.)
Satiman Makchuchit¹ (M.N.S)

Abstract

This research and development aimed to develop a health education and counseling model via LINE Official Account application for parents in school-aged child care. It also sought to compare parents' confidence in caring for their children before and after using the developed model, and to study the satisfaction of both parents and professional nurses with the developed model. The study was conducted in four phases: 1) problem analysis, 2) model design and development 3) model implementation with a sample group of 27 parents and 5 professional nurses, and 4) evaluation of the developed model. The research instruments included a parental self-efficacy assessment form and a satisfaction assessment form for parents and professional nurses. These instruments were validated for content quality by three experts, yielding a Content Validity Index of .86 and a Cronbach's alpha coefficient of .86. Data were analyzed using descriptive statistics and paired sample t-tests.

The results revealed that 1) the health knowledge and counseling model via the LINE OA application, named "School-Aged Children Care," presented knowledge through infographics and provided a channel for inquiries via a message box. 2) Following the implementation of the model, parents exhibited a statistically significant increase in their confidence in caring for school-aged children ($t = 9.93$, $p < 0.001$), and the overall satisfaction was high for both parents ($M = 4.40$, $S.D. = 0.54$) and professional nurses ($M = 4.54$, $S.D. = 0.51$). These findings suggest healthcare professionals should use LINE OA for health education and counseling, as it's an accessible, straightforward, and modern platform enabling parents to review information independently.

KEYWORDS: Health Education, Health Counseling, LINE Official Account Application, Caring for school-aged children

¹Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing Yala, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand

²Lecturer, Faculty of Industrial Education and Technology, Rajamangala University of Technology Srivijaya, Thailand
Corresponding author: e-mail: satiman@bcnyala.ac.th

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การศึกษาสถานการณ์ภาวะสุขภาพเด็กนักเรียนในประเทศไทยชี้ให้เห็นถึงพฤติกรรมเสี่ยงที่น่ากังวล ได้แก่ การบริโภคอาหารขยะ การขาดการออกกำลังกาย และใช้เวลาหน้าจอมากเกินไป ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่ปัญหาสุขภาพทางกาย เช่น ภาวะน้ำหนักเกิน โรคอ้วน และโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง นอกจากนี้ ยังพบความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตที่น่าวิตกกังวลในกลุ่มเด็กนักเรียน เช่น โรคสมาธิสั้นและภาวะออทิสติก ซึ่งส่งผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อการเรียนรู้และพัฒนาการของเด็ก (เนติ ภูประสม, 2565) สอดคล้องกับผลการตรวจสุขภาพนักเรียนของสำนักสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเทศบาลนครยะลา (2566) ที่ดูแลรับผิดชอบโรงเรียนในสังกัดเทศบาลนครยะลา จำนวน 6 โรงเรียน ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2566 พบว่านักเรียนมีอัตราการเกิดโรคอ้วนสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน นอกจากนี้ ยังพบปัญหาสุขภาพอื่น ๆ เช่น โรคผิวหนัง โรคระบบทางเดินหายใจ และปัญหาสุขอนามัยส่วนบุคคล ซึ่งปัญหาเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและผลการเรียนของนักเรียน ดังนั้นการเตรียมความพร้อมผู้ปกครองให้มีความรู้ในการดูแลเด็กในวัยเรียนจึงเป็นการวางรากฐานสุขภาพให้มีประสิทธิภาพในระยะยาว ยิ่งไปกว่านั้น การสร้างความมั่นใจในการดูแลเด็กวัยเรียนให้กับผู้ปกครองจะส่งผลให้ผู้ปกครองสามารถปฏิบัติตามการดูแลเด็กวัยเรียนได้อย่างเต็มศักยภาพ สามารถเผชิญกับปัญหาในการเลี้ยงดูบุตร และเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง อย่างไรก็ตาม แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) ของแบนดูรา (Bandura, 1997) อธิบายว่าเพียงแค่มีความรู้ความสามารถอาจไม่เพียงพอ หากบุคคลนั้นขาดความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง การสร้างความมั่นใจให้กับผู้ปกครองจึงเป็นการส่งเสริมความสามารถในการดูแลบุตรได้อย่างต่อเนื่องและทันสถานการณ์ การสนับสนุนข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่ผู้ปกครองต้องการ สามารถส่งเสริมความเชื่อมั่นว่าตนสามารถให้การดูแลบุตรได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การให้ความรู้และคำปรึกษาด้านสุขภาพผ่านช่องทางออนไลน์มีศักยภาพสูงในการช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นในศักยภาพตนเอง (Self-efficacy) ของผู้ดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้แพลตฟอร์มยอดนิยมอย่าง ไลน์แอปพลิเคชัน (LINE application), แอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอคเคานท์ (LINE Official Account application) และแอปพลิเคชันบนแอนดรอยด์ (Android application) (กิตติยา สังขศรีสมบัติ และคณะ, 2565; วนิสา หะยิเชะและคณะ, 2564; สุนทกัญจน์ ลากกิตติเจริญชัย, 2563) ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอคเคานท์ (LINE Office Account: LINE OA) เพื่อเป็นช่องทางในการสื่อสาร ซึ่งเป็นช่องทางที่เหมาะสมในการสื่อสารได้อย่างรวดเร็ว โดยคุณสมบัติแพลตฟอร์มของแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอคเคานท์สามารถประยุกต์ใช้งานในการสร้างเนื้อหาต่าง ๆ ลงไปได้ รวมถึงสามารถส่งข้อความ รูปภาพ และวิดีโอ และสามารถถ่ายทอดให้ผู้ติดตามได้ง่าย โดยเนื้อหาจะแจ้งเตือนบนแอปพลิเคชันไลน์เหมือนเวลาได้รับข้อความจากเพื่อนด้วยการกดส่งข้อความที่ต้องการครั้งเดียวสามารถส่งถึงกลุ่มเป้าหมายได้ทุกคน (LINE for Business, 2566) ในปัจจุบันรูปแบบการให้คำปรึกษามีทั้งแบบออฟไลน์และออนไลน์ การให้คำปรึกษาแบบออนไลน์สามารถนำมาใช้ทดแทนการให้คำปรึกษาแบบออฟไลน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยรูปแบบออนไลน์นั้นสามารถลดข้อจำกัดแบบออฟไลน์ได้ เช่น ความสะดวกในการนัดหมายรับบริการ โดยไม่ต้องรอคิวนาน ลดระยะเวลาการเดินทาง รวมถึงทุกคนที่อยู่ห่างไกลสามารถเข้าถึงบริการได้ นอกจากนี้ในบุคคลที่มีปัญหาไม่สบายใจ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ความคับข้องใจ หากสามารถเข้าถึงบริการด้วยวิธีดังกล่าวได้อย่างรวดเร็ว จะช่วยให้ยับยั้งหรือลดระดับความรุนแรงไปสู่ภาวะวิกฤตได้ (วรารัณดา โสมะนันท์ และคณะ, 2564) อีกทั้งการให้คำปรึกษาแบบออนไลน์สามารถปกปิดตัวตนของผู้รับบริการ ผู้อื่นไม่สามารถเห็นผู้รับบริการระหว่างที่ต้อง



เดินทางไปสถานที่ให้คำปรึกษาได้ จากการวิจัยเปรียบเทียบรูปแบบการให้การปรึกษาแบบออนไลน์ และแบบออฟไลน์แก่เด็กและวัยรุ่นที่ไม่ต้องการเปิดเผยตัวตน อายุระหว่าง 12 ถึง 24 ปี จำนวน 502 คน (Chan-Olmsted & Wang, 2020) พบว่าการให้การปรึกษาแบบออนไลน์มีข้อดีมากกว่าแบบออฟไลน์ ในการช่วยเหลือด้านจิตใจให้บุคคลมีความรู้สึกปลอดภัยซึ่งเป็นประโยชน์ในการสร้างสัมพันธภาพอันดี ในการให้คำปรึกษา

อย่างไรก็ตามจากการสัมภาษณ์ผู้ปกครองและสังเกตการปฏิบัติงานของพยาบาลระหว่างทำกิจกรรมอนามัยโรงเรียนในโรงเรียนสังกัดเทศบาลนครยะลา อ.เมืองยะลา จ.ยะลา พบว่าการให้ความรู้กับผู้ปกครอง โดยส่วนใหญ่จะเป็นการให้ความรู้ด้วยการให้ดูวิดีโอ บรรยายปากเปล่าโดยคุณครูอนามัยโรงเรียนและพยาบาล ภายหลังการดูวิดีโอและฟังบรรยาย พบว่าผู้ปกครองบางท่านไม่สามารถจดจำวิธีการปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง และความรู้ที่ได้รับนั้นบางอย่างไม่ตรงตามสิ่งที่สงสัยเมื่อต้องกลับไปดูแลบุตรที่บ้าน ส่งผลให้ผู้ปกครองขาดความมั่นใจ และมีความกังวลในการดูแลบุตรวัยเรียน เช่น ปัญหาภาวะทุพโภชนาการ ฟันผุ ภาวะโลหิตจาง ภาวะซึมเศร้า ผลการเรียนรู้ต่ำ ภาวะติดจอ เป็นต้น อีกทั้งผู้ปกครองต้องการให้มีช่องทางในการให้คำปรึกษาในการดูแลบุตรวัยเรียนแบบทันเวลา เพื่อสร้างความมั่นใจในการดูแลบุตร หากเกิดสถานการณ์ที่ผู้ปกครองไม่มั่นใจว่าจะเป็นอันตรายต่อบุตรหรือไม่ จากสภาพปัญหาและความต้องการดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนารูปแบบการให้ความรู้และคำปรึกษาด้านสุขภาพผ่าน แอปพลิเคชันไลน์ ออฟฟิเชียลแอคเคานท์สำหรับผู้ปกครองในการดูแลเด็กวัยเรียน โดยมุ่งหวังที่จะส่งเสริมให้ผู้ปกครองมีความพร้อมทั้งด้านความรู้ด้านสุขภาพ และความมั่นใจในความสามารถในการดูแลบุตรวัยเรียนอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับบทบาทของพยาบาลในการให้ความรู้ สนับสนุน และเป็นที่ปรึกษาแก่ผู้ปกครองในการดูแลพัฒนาการและสุขภาพของเด็กวัยเรียนอย่างองค์รวม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการให้ความรู้และคำปรึกษาด้านสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอคเคานท์สำหรับผู้ปกครองในการดูแลเด็กวัยเรียน
2. เพื่อเปรียบเทียบความมั่นใจในความสามารถในการดูแลเด็กวัยเรียนของผู้ปกครองก่อนและหลังการใช้รูปแบบที่พัฒนา
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ปกครองและพยาบาลวิชาชีพในการใช้งานรูปแบบที่พัฒนา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอคเคานท์ ชื่อบัญชี "การดูแลเด็กวัยเรียน" ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยส่งฉบับร่าง ให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบคุณภาพ โดยทำการปรับปรุงแก้ไขจนผู้เชี่ยวชาญเห็นว่ารูปแบบดังกล่าวมีความเหมาะสมในการใช้งาน จากนั้นผู้วิจัยรวบรวมเนื้อหาการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กวัยเรียนสำหรับผู้ปกครองในรูปแบบภาพ อินโฟกราฟิกส์ และนำเนื้อหาไปตรวจสอบคุณภาพ โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน มีการปรับปรุง แก้ไขตามข้อเสนอแนะ โดยได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (Item-Objective Congruence: IOC) 1.00 จากนั้นไปทดลองใช้ (Try out) ผู้ปกครองเด็กวัยเรียนจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ทั้งฉบับมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89
2. แบบสอบถามความมั่นใจในความสามารถในการดูแลเด็กวัยเรียนของผู้ปกครอง ซึ่งผู้วิจัยปรับปรุงและพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม มีจำนวน 10 ข้อ
3. แบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้แอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอคเคานท์ในการดูแลเด็กวัยเรียน ซึ่งผู้วิจัยปรับปรุงและพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม มีจำนวน 7 ข้อ

แบบสอบถามข้อที่ 2 และ 3 มีการให้คะแนนเป็นแบบ Likert scale มี 5 ระดับ 5 คะแนน ได้แก่

ระดับมากที่สุด 5 คะแนน มาก 4 คะแนน ปานกลาง 3 คะแนน น้อย 2 คะแนน และน้อยที่สุด 1 คะแนน ใช้เกณฑ์ในการจำแนกความมั่นใจ/ความพึงพอใจตามค่าเฉลี่ยที่คำนวณได้ ดังนี้ 4.50 - 5.00 ระดับมากที่สุด 3.50 - 4.49 ระดับมาก 2.50 - 3.49 ระดับปานกลาง 1.50 - 2.49 ระดับน้อย และ 1.00 - 1.49 ระดับน้อยที่สุด นำไปหาความตรงของเครื่องมือวิจัย (Validity) ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน โดยได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index) เท่ากับ .86 และหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .86

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development; R&D) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นการวิเคราะห์สภาพและประเมินความต้องการ (Analysis and need assessment: R1) ประชุมปรึกษาหารือ และสนทนากลุ่มร่วมกับครุอนามัยโรงเรียน และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์อย่างน้อย 5 ปี โดยมีการทบทวนวิธีการปฏิบัติในปัจจุบันจากมุมมองของผู้ปฏิบัติงาน และสำรวจปัญหาและความต้องการของผู้ปกครองเด็กวัยเรียนที่ยินยอมเข้าร่วมวิจัยโดยการสัมภาษณ์รายบุคคล ในเรื่องการรับบริการด้านการได้รับความรู้ด้านสุขภาพและให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจากพยาบาลในการดูแลเด็กวัยเรียน โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ปัญหาแต่ละด้านในแต่ละมิติ และสรุปปัญหาที่สำคัญที่ต้องได้รับการพัฒนา

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นการออกแบบและพัฒนา
รูปแบบ (Design and development: D1) นำผลการศึกษาจากขั้นตอนที่ 1 และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการกำหนดการพัฒนาารูปแบบ การให้

ความรู้และคำปรึกษาด้านสุขภาพสำหรับผู้ปกครองในการดูแลเด็กวัยเรียน เป็นแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอคเคานท์ ชื่อบัญชี "การดูแลเด็กวัยเรียน" โดยนำแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอคเคานท์ (ร่าง) ให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบคุณภาพ และทำการปรับปรุงแก้ไขจนผู้เชี่ยวชาญเห็นว่ารูปแบบดังกล่าวมีความเหมาะสมในการใช้งาน จากนั้นผู้วิจัยรวบรวมเนื้อหาการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กวัยเรียนสำหรับผู้ปกครองในรูปแบบภาพอินโฟกราฟิกส์ ประกอบด้วยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมสุขบัญญัติแห่งชาติ การเสริมสร้างความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional Quotient ; EQ) การดูแลสุขภาพช่องปาก การออกกำลังกาย การป้องกัน การเกิดอุบัติเหตุต่าง ๆ เช่น อุบัติเหตุทางถนน การสำลักอาหาร ไฟฟ้าดูด/ช็อต อุบัติเหตุจากเครื่องเล่นเด็ก อุบัติเหตุจากการเล่นกีฬา การตกน้ำ/จมน้ำ เป็นต้น การดูแลเกี่ยวกับการไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ เช่น โรคอ้วน โรคหัวใจ โรคหัด โรคพิษสุนัขบ้า โรคอุจจาระร่วง โรคอาหารเป็นพิษ โรคติดต่อทางเดินหายใจ โรคตาแดง โรคไข้เลือดออก โรคมือเท้าปาก โรคผิวหนังต่าง ๆ เป็นต้น และดูแลเกี่ยวกับเพศศึกษา และนำเนื้อหาไปตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน มีการปรับปรุงแก้ไขตามข้อ เสนอแนะ แล้วจึงนำภาพอินโฟกราฟิกส์เข้าสู่ระบบในแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอคเคานท์

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นการทดลองใช้ในสถานการณ์จริง (Implementation: R2) นำรูปแบบการให้ความรู้และคำปรึกษาด้านสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอคเคานท์ที่พัฒนาจากขั้นตอนที่ 2 ไปใช้กับผู้ปกครองเด็กวัยเรียนที่บุตรกำลังศึกษาอยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 - 6 ดำเนินการประเมินความมั่นใจของผู้ปกครองในการดูแลเด็กวัยเรียน ในวันปฐมนิเทศก่อนเปิดภาคเรียน ก่อนให้บริการรูปแบบการให้ความรู้และคำปรึกษาด้านสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอคเคานท์ และมีพยาบาลวิชาชีพเข้ามาเป็นทีมแอดมินในแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอคเคานท์



โดยเปิดให้ผู้ปกครองสามารถเข้าถึงแอปพลิเคชันไลน์ ออฟฟิเชียลแอดเดสจาก QR code และเพิ่มเพื่อนในวันที่ผู้ปกครองมาปฐมนิเทศ ในวันเปิดภาคเรียนของแต่ละโรงเรียน โดยพยาบาลอนามัยโรงเรียนและครูอนามัยโรงเรียนจะเป็นผู้อธิบายวิธีการใช้งานแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเดส หลังจากนั้นจะมีการดำเนินการดังนี้

3.1 จะมีการส่งข้อความให้ความรู้เรื่องการดูแลเด็กวัยเรียน แต่ละหัวข้อในรูปแบบภาพอินโฟกราฟิกส์ เป็นเรื่อง ๆ ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเดส ข้อบัญญัติ "การดูแลเด็กวัยเรียน" วันละ 2 ครั้ง ช่วงเช้า เวลา 09.00 น. และช่วงเย็น เวลา 18.00 น.

3.2 เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการดูแลเด็กวัยเรียนทางกล่องข้อความตลอด 24 ชั่วโมง โดยจะมีแอดมิน คือพยาบาลอนามัยโรงเรียน/ผู้วิจัย ตอบคำถามทันที และในแต่ละวันจะมีการตรวจสอบข้อคำถามอีกครั้งเพื่อป้องกันการตกหล่นของความต้องการคำปรึกษาของผู้รับบริการ โดยรับผิดชอบตอบคำถามในช่วงเวลา 07.00 - 21.00 น.

3.3 ติดตามเยี่ยมผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเดสในกรณีผู้ปกครองที่ต้องได้รับการดูแลเป็นกรณีเฉพาะ หลังจากการให้คำแนะนำไปแล้ว 1 สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นการประเมินผลรูปแบบ (Evaluation: D2) หลังจากใช้บริการแล้วในสัปดาห์ที่ 4 ประเมินผลการใช้งานรูปแบบการให้ความรู้และคำปรึกษาด้านสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเดสสำหรับผู้ปกครองในการดูแลเด็กวัยเรียน โดยประเมินความมั่นใจของผู้ปกครอง ความพึงพอใจหลังจากใช้งานรูปแบบ ๆ ของผู้ปกครอง และพยาบาลวิชาชีพดำเนินการโดยส่งแบบสอบถามให้ผู้ปกครองผ่านช่องทางแชทของแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเดส ส่วนของพยาบาลที่เป็นแอดมินทำแบบสอบถามในรูปแบบออนไลน์ ใช้เวลาทำแบบสอบถามประมาณ 10 นาที

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประกอบด้วย 1) ครูอนามัยโรงเรียน 2) พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์อย่างน้อย 5 ปี และ 3) ผู้ปกครองเด็กวัยเรียนที่บุตรกำลังศึกษาอยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 - 6

กลุ่มตัวอย่าง กำหนดตามขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นการวิเคราะห์สภาพและประเมินความต้องการ (Analysis and need assessment: R1) ประกอบด้วย 1) ครูอนามัยโรงเรียน จำนวน 3 คน 2) พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์อย่างน้อย 5 ปี จำนวน 2 คน และ 3) ผู้ปกครองเด็กวัยเรียนที่ยินยอมเข้าร่วมวิจัย จำนวน 5 คน รวมทั้งสิ้น 10 คน เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกและมุมมองที่หลากหลายจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลัก โดยคำนึงถึงความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลเชิงคุณภาพและข้อจำกัดของทรัพยากร

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นการทดลองใช้ในสถานการณ์จริง (Implementation: R2)

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นการประเมินผลรูปแบบ (Evaluation: D2) ประกอบด้วย 1) ผู้ปกครองเด็กวัยเรียนที่บุตรกำลังศึกษาอยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 - 6 โดยคำนวณหาขนาดตัวอย่างจากการคำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power analysis ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.50 กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 27 ราย กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) จากโรงเรียนทั้งหมด 6 โรงเรียน จากนั้นจึงสุ่มเลือกผู้ปกครองจากแต่ละโรงเรียนโดยวิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ในจำนวนที่เท่ากัน เพื่อให้ได้ผู้ปกครองจำนวนรวมตามที่คำนวณไว้ โดยกำหนดเกณฑ์คัดเข้าดังนี้ 1) สามารถเขียน อ่านหนังสือได้ 2) มีความสามารถในการใช้โทรศัพท์มือถือและมีโทรศัพท์มือถือ และ 3) ยินยอมเข้าร่วมวิจัย เกณฑ์คัดออก ดังนี้ 1) ผู้ปกครองเปลี่ยนใจไม่ยินยอมเข้าร่วมวิจัย และ

2) พยาบาลวิชาชีพจำนวน 5 คน เข้ามาเป็นทีมแอดมินในแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคานท์

การพิทักษ์สิทธิ์และการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านกระบวนการพิจารณารับรองการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา รหัสจริยธรรมวิจัย SCPHYLIRB-2566/229 ลงวันที่ 9 ตุลาคม 2566 โดยมีการชี้แจงข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่างให้ทราบก่อนการตัดสินใจ และให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมอย่างสมัครใจ ลงลายมือชื่อในเอกสารแสดงความยินยอมก่อนตอบแบบสอบถาม และชี้แจงในส่วนของข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่างนั้น จะถือเป็นความลับโดยจะเปิดเผยข้อมูลเฉพาะที่เป็นกรณีวิเคราะห์ในภาพรวม และนำมาใช้ในเชิงวิชาการเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้
1) ข้อมูลทั่วไป ความพึงพอใจ วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายให้เห็นถึงลักษณะของข้อมูล 2) ข้อมูลความมั่นใจของผู้ปกครอง มีการทดสอบการกระจายของข้อมูลโดยใช้ค่าจำนวน (ความถี่) Kolmogorov-Smirnov test พบว่า ข้อมูลมีการกระจายเป็นโค้งปกติ จึงได้ทำการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของความมั่นใจ ก่อนและหลังการทดลองด้วย Paired Sample t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .001

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์สภาพและประเมินความต้องการของผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลเด็กวัยเรียน 3 กลุ่ม พบว่า 1) ครูอนามัยโรงเรียน ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 57.1) มีความมั่นใจในการให้คำปรึกษาต่อผู้ปกครอง เมื่อนักเรียนมีปัญหา อยู่ในระดับปานกลาง เรื่องที่มีความ

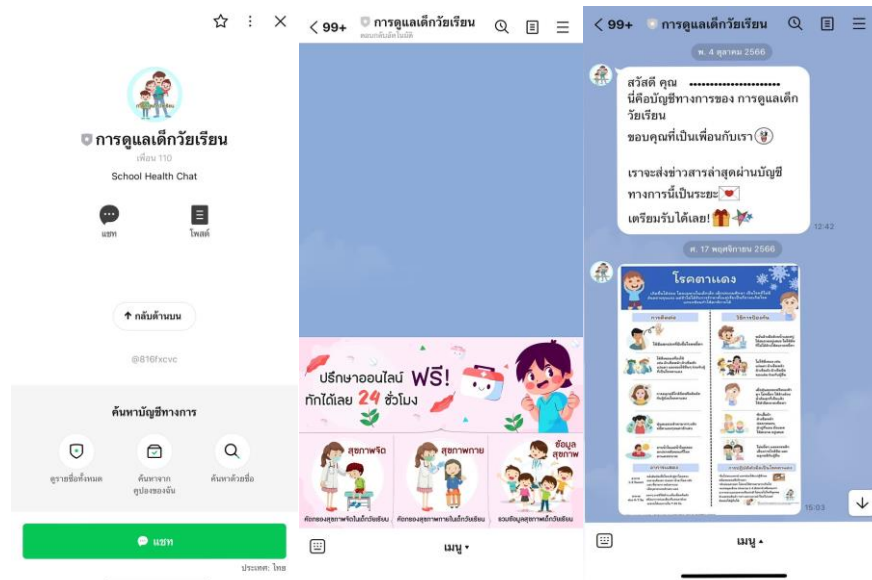
มั่นใจน้อยมากในการให้คำปรึกษา คือ ความฉลาดทางอารมณ์(EQ) วัคซีนในช่วงวัยเรียน และการใช้ยาเมื่อนักเรียนเกิดความเจ็บป่วย ตามลำดับ 2) พยาบาลวิชาชีพให้ข้อมูลว่าการนัดหมายเพื่อให้คำปรึกษาอาจต้องใช้ระยะเวลานาน และผู้ปกครองไม่สะดวกมาพบพยาบาลในสถานบริการ บางประเด็นปัญหาผู้ปกครองไม่กล้าสอบถามเนื่องจากสถานที่ให้บริการไม่มีความเป็นส่วนตัว และ 3) ผู้ปกครองเด็กวัยเรียน ไม่สะดวกในการเข้ารับบริการที่หน่วยบริการ เพราะต้องรอคิวนาน การเดินทางไม่สะดวก รู้สึกอายเมื่อต้องไปขอรับคำปรึกษาที่หน่วยบริการ ไม่สามารถจดจำวิธีการปฏิบัติจากการแนะนำของพยาบาลได้ทั้งหมด และโดยส่วนใหญ่ผู้ปกครองต้องการคำปรึกษาเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากมากที่สุด รองลงมาคือเรื่องการบริโภคอาหาร ความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) พฤติกรรมสุขบัญญัติ และเรื่องการดูแลเด็กเมื่อเจ็บป่วย

2. รูปแบบการให้ความรู้และคำปรึกษาด้านสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคานท์สำหรับผู้ปกครองในการดูแลเด็กวัยเรียน

รูปแบบการให้ความรู้และคำปรึกษาด้านสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคานท์ ชื่อบัญชี "การดูแลเด็กวัยเรียน" ประกอบด้วยความรู้ในการดูแลเด็กวัยเรียนตามแนวทางการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเด็กวัยเรียนและเยาวชน เกี่ยวกับพฤติกรรมบริโภคอาหาร พฤติกรรมสุขบัญญัติแห่งชาติ การเสริมสร้างความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) การดูแลสุขภาพช่องปาก การออกกำลังกาย การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุต่าง ๆ เช่น อุบัติเหตุทางถนน การสำลักอาหาร ไฟฟ้าดูด/ช็อต อุบัติเหตุจากเครื่องเล่นเด็ก อุบัติเหตุจากการเล่นกีฬา การตกน้ำ/จมน้ำ เป็นต้น การดูแลเกี่ยวกับการไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ เช่น โรคอีสุกอีใส โรคหัด โรคพิษสุนัขบ้า โรคอุจจาระร่วง โรคอาหารเป็นพิษ โรคติดต่อทางเดินหายใจ โรคตาแดง โรคไข้เลือดออก โรคมือเท้าปาก โรคผิวหนังต่าง ๆ เป็นต้น และดูแลเกี่ยวกับเพศศึกษาในรูปแบบ

ภาพอินโฟกราฟิกส์และสามารถเข้าไปทบทวนความรู้ซ้ำได้ตลอดเวลาที่เมนู “ข้อมูลสุขภาพ” มีการเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการดูแลเด็กวัยเรียนผ่านทางกล่องข้อความตลอด 24 ชั่วโมง ผ่านเมนู “ปรึกษา

ออนไลน์ ฟรี! ทักได้เลย 24 ชั่วโมง” มีการติดตามเยี่ยมผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคานท์หลังจากการให้คำแนะนำไปแล้ว 1 สัปดาห์ ผ่านช่องข้อความส่วนบุคคล รายละเอียดดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงตัวอย่าง แอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคานท์ ชื่อบัญชี "การดูแลเด็กวัยเรียน"

3. ผลของการให้ความรู้และคำปรึกษาด้านสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคานท์สำหรับผู้ปกครองในการดูแลเด็กวัยเรียน

3.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

1) ผู้ปกครองเด็กวัยเรียน จำนวน 27 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นมารดาร้อยละ 96.30 อายุ 31 - 40 ปี ร้อยละ 63.00 การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 40.70 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 48.10 มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กวัยเรียน 6 - 10 ปี ร้อยละ 63.00 เด็กวัยเรียนที่อยู่ในความดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 66.67 กำลังศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ร้อยละ 25.90 และ

2) พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 5 คน พบว่า ทั้งหมดเป็นเพศหญิง การศึกษาระดับปริญญาตรี ส่วนใหญ่อายุ 41 - 50 ปี ร้อยละ 60.00 ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กวัยเรียน 5 - 10 ปี ร้อยละ 60.00

3.2 ค่าเฉลี่ยของความมั่นใจหลังการใช้รูปแบบการให้ความรู้และคำปรึกษาด้านสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคานท์สำหรับผู้ปกครองในการดูแลเด็กวัยเรียน ($M = 4.38$, $S.D. = 0.30$) สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบ ($M = 3.47$, $S.D. = 0.38$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 9.93$, $p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 1



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความมั่นใจ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการให้ความรู้และคำปรึกษาด้านสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ออฟฟิเชียลแอดเดสส์สำหรับผู้ปกครองในการดูแลเด็กวัยเรียนด้วยสถิติที่คู่ Paired t-test (N = 27)

	ก่อน		ระดับ	หลัง		ระดับ	t	Df
	M	S.D.		M	S.D.			
ความมั่นใจของผู้ปกครอง	3.47	0.38	ปานกลาง	4.38	0.30	มาก	9.93*	26

* p<0.001

ตารางที่ 2 ระดับความพึงพอใจในการใช้แอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเดสส์ในการดูแลเด็กวัยเรียนของกลุ่มตัวอย่าง

ความพึงพอใจ	ผู้ปกครองเด็กวัยเรียน (N = 27)			พยาบาลวิชาชีพ (N = 5)		
	M	S.D.	ระดับ	M	S.D.	ระดับ
1. ความน่าเชื่อถือของข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ	4.44	0.58	มาก	4.60	0.55	มากที่สุด
2. การประหยัดเวลาในการต้องไปรับบริการที่สถานบริการทางสาธารณสุข	4.44	0.51	มาก	4.60	0.55	มากที่สุด
3. ความสะดวกสบายสามารถใช้บริการได้ทุกที่ ทุกเวลา	4.48	0.51	มาก	4.60	0.55	มากที่สุด
4. การบริการที่รวดเร็ว	4.48	0.51	มาก	4.60	0.55	มากที่สุด
5. ขั้นตอนการใช้งานที่ง่าย และไม่ยุ่งยาก	4.41	0.57	มาก	4.60	0.55	มากที่สุด
6. มาตรฐานความปลอดภัยของระบบบริการ	4.30	0.54	มาก	4.40	0.55	มาก
7. มาตรฐานระบบการรักษาความลับข้อมูลส่วนบุคคล	4.26	0.59	มาก	4.40	0.55	มาก
โดยรวม	4.40	0.54	มาก	4.54	0.51	มากที่สุด



3.3 ความพึงพอใจในการใช้แอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคานท์ในการดูแลเด็กวัยเรียนของผู้ปกครองเด็กวัยเรียนจำนวน 27 คน พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.40$, $S.D. = 0.54$) พยาบาลวิชาชีพจำนวน 5 คน พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.54$, $S.D. = 0.51$) ดังแสดงในตารางที่ 2

การอภิปรายผล

1. การพัฒนารูปแบบการให้ความรู้และคำปรึกษาด้านสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคานท์สำหรับผู้ปกครองในการดูแลเด็กวัยเรียน ชื่อบัญชี "การดูแลเด็กวัยเรียน" ประกอบด้วยการให้ความรู้ในการดูแลเด็กวัยเรียนเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมสุขบัญญัติแห่งชาติ การเสริมสร้างความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) การดูแลสุขภาพช่องปาก การออกกำลังกาย การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ ต่าง ๆ เช่น อุบัติเหตุทางถนน การสำลักอาหาร ไฟฟ้าดูด/ช็อต อุบัติเหตุจากเครื่องเล่นเด็ก อุบัติเหตุจากการเล่นกีฬา การตกน้ำ/จมน้ำ เป็นต้น การดูแลเกี่ยวกับการไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ เช่น โรคอีสุกอีใส โรคหัด โรคพิษสุนัขบ้า โรคอุจจาระร่วง โรคอาหารเป็นพิษ โรคติดต่อทางเดินหายใจ โรคตาแดง โรคไข้เลือดออก โรคมือเท้าปาก โรคผิวหนังต่าง ๆ เป็นต้น และดูแลเกี่ยวกับเพศศึกษา ในรูปแบบภาพอินโฟกราฟิกส์ และสามารถเข้าไปทบทวนความรู้ซ้ำได้ตลอดเวลาที่เมนู "ข้อมูลสุขภาพ" สามารถคัดกรองสุขภาพจิตและ สุขภาพกายของบุตรได้ด้วยตนเองจากเมนู "สุขภาพจิต" และ "สุขภาพกาย"

2. ผลของการใช้แอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคานท์ในการดูแลเด็กวัยเรียน พบว่า ผู้ปกครองมีความมั่นใจในการดูแลบุตรเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งเป็นผลที่สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนารูปแบบการให้ความรู้และให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคานท์ สำหรับมารดา

ในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด (กิตติยา สังขศรีสมบัติ และคณะ, 2565) และยังพบผลลัพธ์ที่คล้ายคลึงกันในการศึกษาโปรแกรมให้คำปรึกษาผ่านไลน์แอปพลิเคชันต่อความเชื่อมั่นในศักยภาพตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง (สุนนกาญจน์ ลากิตติเจริญชัย, 2563) รวมถึงการศึกษาของสมศรี ใจดี (2560) พบว่าการใช้แอปพลิเคชันให้ข้อมูลสุขภาพช่วยเพิ่มความมั่นใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ปัจจัยที่ส่งผลต่อความมั่นใจที่เพิ่มขึ้นนี้อาจเนื่องมาจากรูปแบบการให้ความรู้ด้านสุขภาพและให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคานท์สำหรับผู้ปกครองในการดูแลเด็กวัยเรียนที่พัฒนาขึ้นนี้เป็นรูปแบบที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย สะดวก ไม่ซับซ้อน และสามารถสแกน QR code ผ่านโทรศัพท์มือถือได้ทุกระบบ ซึ่งมีความเหมาะสมกับยุคดิจิทัล ความสะดวกในการเข้าถึงนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Golan et al. (2022) ซึ่งพบว่าการใช้เทคโนโลยีบนมือถือเป็นส่วนเสริมโปรแกรมสุขภาพในโรงเรียนมีผลในเชิงบวก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของการเข้าถึงและนำไปใช้ได้จริงของผู้ปกครอง อีกทั้งเนื้อหาการให้ความรู้มีความทันสมัย กระชับ เข้าใจง่าย และมีการใช้สื่อที่เป็นรูปภาพประกอบชัดเจน ซึ่งทั้งหมดนี้สามารถเพิ่มความมั่นใจในการดูแลเด็กวัยเรียนให้กับผู้ปกครองได้ นอกจากนี้ การที่ผู้ปกครองสามารถซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการดูแลเด็กวัยเรียนทางกล่องข้อความได้ตลอด 24 ชั่วโมง โดยมีแอดมินคือพยาบาลอนามัยโรงเรียน/ผู้วิจัยตอบคำถามทันที มีการติดตามเยี่ยมผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคานท์ในกรณีผู้ปกครองที่ต้องการได้รับการดูแลเป็นกรณีเฉพาะหลังจากการให้คำแนะนำไปแล้ว 1 สัปดาห์ รวมถึงการออกแบบให้ผู้ปกครองสามารถเข้าไปทบทวนความรู้ซ้ำได้ตลอดเวลาที่เมนู "ข้อมูลสุขภาพ" ซึ่งกลไกเหล่านี้ช่วยเสริมสร้างความรู้สึการได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ส่งผลต่อการเพิ่มความมั่นใจของผู้ปกครอง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Yam-Ubon & Thongseiratch (2023) ที่พบว่า โปรแกรมให้คำปรึกษาผ่านแอป LINE ช่วยเพิ่มการ

มีส่วนร่วมของผู้ปกครอง และได้รับการยอมรับในแง่ความสะดวก ความเข้าใจง่าย และความสามารถในการเข้าถึงซ้ำ ทำให้ผู้ปกครองมีความมั่นใจมากขึ้นในการเลี้ยงดูบุตร

ในส่วน ของ ความพึงพอใจในการใช้แอปพลิเคชันไลน์ ออฟฟิเชียลแอดเคานท์ในการดูแลเด็กวัยเรียนของผู้ปกครอง โดยรวมอยู่ในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลของการให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันแอนดรอยด์ในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตามวิถีมุสลิม (วนิสา หะยีเซะ และคณะ, 2564) ที่พบความพึงพอใจในระดับสูงเช่นกัน ความพึงพอใจนี้อาจเนื่องมาจากความรู้ที่ ผู้ปกครองได้รับผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ออฟฟิเชียลแอดเคานท์มีเนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับการดูแลเด็กวัยเรียนในทุกมิติและตรงตามความต้องการ จึงทำให้ผู้ปกครองเกิดความพึงพอใจ และสามารถนำไปใช้ในการดูแลบุตรได้จริง รวมถึงความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย สะดวก และไม่ซับซ้อน การที่ผู้ปกครองมีความรู้ในการดูแลเด็กในวัยเรียน ย่อมเป็นการสร้างความมั่นใจในการดูแลเด็กวัยเรียนให้กับผู้ปกครอง ส่งผลให้ผู้ปกครองสามารถดูแลเด็กวัยเรียนได้อย่างเต็มศักยภาพ สามารถเผชิญกับปัญหาระหว่างการเลี้ยงดูบุตรและเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง อย่างไรก็ตาม การมีความรู้เพียงอย่างเดียวไม่อาจประสบความสำเร็จได้หากผู้ปกครองนั้นไม่มีความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองว่าสามารถใช้ความสามารถนั้นได้ การสร้างความมั่นใจให้กับผู้ปกครองย่อมเป็นการส่งเสริมความสามารถในการดูแลบุตรอย่างต่อเนื่องและทันสถานการณ์ การสนับสนุนข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่ผู้ปกครองต้องการสามารถส่งเสริมความเชื่อมั่นว่าตนสามารถให้การดูแลบุตรได้อย่างถูกต้องเหมาะสม (Bandura, 1997) ซึ่งแนวคิดนี้สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาแบบการให้ความรู้และให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคานท์สำหรับมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด (กิตติยา สังขศรีสมบัติ และคณะ, 2565) ที่พบว่าหลังใช้รูปแบบการให้ความรู้และให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์

ออฟฟิเชียลแอดเคานท์ มารดามีความมั่นใจมากกว่า ก่อนใช้รูปแบบการให้ความรู้และให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคานท์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และยังสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาผ่านไลน์แอปพลิเคชันที่มีต่อความเครียดและความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง (สุนทราภรณ์ ลาภกิตติเจริญชัย, 2563) ที่แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมให้คำปรึกษาผ่านไลน์สามารถลดความเครียดและเพิ่มความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองของผู้ดูแลได้

ส่วนความพึงพอใจในการใช้แอปพลิเคชันไลน์ ออฟฟิเชียลแอดเคานท์ในการดูแลเด็กวัยเรียนของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาแบบการให้ความรู้และให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ออฟฟิเชียลแอดเคานท์สำหรับมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด (กิตติยา สังขศรีสมบัติ และคณะ, 2565) ที่พบว่าค่าเฉลี่ยความพึงพอใจระดับสูงสุดคือ ความสะดวก ไม่ซับซ้อนในการเข้าใช้งานการให้คำปรึกษาในช่องทางแชทส่วนตัวแอมาร์ดา และยังสอดคล้องกับการศึกษาผลของการให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตามวิถีมุสลิม (วนิสา หะยีเซะ และคณะ, 2564) ที่พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจระดับมากซึ่งเป็นระดับสูงสุด ความพึงพอใจในระดับสูงนี้อาจเนื่องมาจากแอปพลิเคชันที่พัฒนาขึ้นมามีความง่าย สะดวก ไม่ยุ่งยาก ซับซ้อนต่อการใช้งาน และอาจเกิดจากรูปแบบการให้ความรู้และคำปรึกษาด้านสุขภาพผ่าน แอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคานท์สำหรับผู้ปกครองในการดูแลเด็กวัยเรียนที่พัฒนาขึ้นนี้ เป็นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นตามความต้องการอย่างแท้จริงทั้งจากผู้ปกครองและพยาบาลวิชาชีพ



ข้อเสนอแนะ

1. ควรพัฒนารูปแบบการให้ความรู้และคำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเดสกันที่ไปยังกลุ่มผู้รับบริการอื่น ๆ เพื่อเสริมสร้างประสิทธิภาพในการดูแลตนเองและเพิ่มความมั่นใจในการจัดการสุขภาพของตนเอง

2. ควรมีการปรับปรุงเนื้อหาและภาษาที่นำเสนอผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเดสกันให้สอดคล้องกับบริบททางภาษาและวัฒนธรรมของประชาชนในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้ โดยเน้นการใช้ภาษามลายู เพื่อให้ข้อมูลมีความเข้าใจง่ายและเข้าถึงได้จริง

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงต่อกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ได้เสียสละเวลาอันมีค่าและให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้ จนทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- กิตติยา สังข์ศรีสมบัติ, ชรินทร์พร มะชะรา, มนัสนันท์ พรหมศรี และนิรันดร์ ฝานิจ. (2565). การพัฒนารูปแบบการให้ความรู้และให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเดสกัน สำหรับมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 16(2), 623–641.
- เนติ ภูประสม. (2565). *สถานการณ์ภาวะสุขภาพนักเรียนในประเทศไทย พ.ศ. 2564*. (รายงานการวิจัย). สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย.
- วนิดา หะยีเซะ, นุจรี ไชยมงคล, อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์ และมยุรี ยิปาโล๊ะ. (2564). การพัฒนาแอปพลิเคชันบนแอนดรอยด์: ผลของการให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตามวิถีสลิม. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 13(1), 39–55.

- วรางคณา โสมะนันท์, คาลอส บุญสุภา และพลอยไพลิน กมลนาวัน. (2564). การให้บริการการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบออนไลน์ : มิติใหม่ของการให้บริการปรึกษาเชิงจิตวิทยา. *วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์*, 15(1), 247–260.
- สมศรี ใจดี. (2560). *ผลของการใช้แอปพลิเคชันให้ข้อมูลสุขภาพต่อความมั่นใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิตศึกษาที่ไม่มีการตีพิมพ์)*. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สำนักสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเทศบาลนครยะลา. (2566). *ผลการตรวจสุขภาพนักเรียน ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2566*. [รายงาน].
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *แนวทางการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเด็กวัยเรียนและเยาวชน*. https://hp.anamai.moph.go.th/web-upload/4xceb3b571ddb70741ad132d75876bc41d/tinymce/OPDC/OPDC2565-F/IDC1_14/opdc_2565_idc1-14_11.pdf
- สมนกกาญจน์ ลามกิตติเจริญชัย. (2563). ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาผ่านไลน์ออฟฟิเชียลแอดเดสกันที่มีต่อความเครียดและความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง. *วารสารกรมการแพทย์*, 45(3), 42–50.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W.H. Freeman.
- Chan-Olmsted, S., & Wang, R. (2020). Understanding podcast users: Consumption motives and behaviors. *New Media & Society*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/1461444820963776>
- Golan, M., Benifla, S., Samo, A., Alon, N., & Mozeikov, M. (2022). Feasibility and effect of adding a concurrent parental component to a school-based wellness program using two modes of mobile-based technology – mixed methods evaluation of RCT. *BMC Public Health*, 22(1), Article 297. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-12581-7>



LINE for Business. (2566). *LINE Official Account*.

<https://lineforbusiness.com/th/service/line-oa-features>

Yam-Ubon, U. & Thongseiratch, T. (2023). *Using a design thinking approach to develop a social media-based parenting program for parents of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Mixed methods study. JMIR Pediatrics and Parenting*, 6(1), e48201.

<https://doi.org/10.2196/48201>



ผลการให้การสนับสนุนด้านข้อมูลต่อความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์แรกที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

Received: December 9, 2024

Revised: March 18, 2025

Accepts: March 28, 2025

อรุณี ศรีสุยั้ง (พยม)¹

วิไลลักษณ์ เผือกพันธ์ (พยม)¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลต่อการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ระหว่างหญิงตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับการให้การสนับสนุนด้านข้อมูลและหญิงตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 78 ราย เป็นหญิงตั้งครรภ์กลุ่มควบคุมจำนวน 39 ราย และหญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองจำนวน 39 ราย อายุ 20 - 34 ปี ตั้งครรภ์ปกติ อายุครรภ์ 37-42 สัปดาห์ ตั้งครรภ์ครั้งแรก เครื่องมือประกอบด้วย แบบประเมินความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง 20 ข้อ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ค่าความเที่ยงคุณภาพเครื่องมือสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .85 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบความต่างของระดับความวิตกกังวลต่อการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องก่อนและหลังภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มด้วย t-test

ผลการวิจัยพบว่า หญิงตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับการให้การสนับสนุนด้านข้อมูลมีระดับความวิตกกังวลต่อการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องลดลงหลังได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดคลอด โดยคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ทั้ง 2 กลุ่ม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ผลการศึกษานี้ให้ข้อเสนอแนะว่าควรส่งเสริมสนับสนุนด้านข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแก่หญิงตั้งครรภ์ก่อนการผ่าตัดเพื่อลดความวิตกกังวล

คำสำคัญ: ความวิตกกังวล, การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง, การสนับสนุนด้านข้อมูล, หญิงตั้งครรภ์แรก

¹อาจารย์, วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก, Thailand

Corresponding author: wilailak@smnc.ac.th



The Effect of Informational Support on Anxiety among Primigravida with Caesarean Section

Arunee Srisuying (M.NS)¹

Wilailak Phuakphan (M.NS)¹

Abstract

This quasi-experimental study aimed to compare the levels of anxiety related to the cesarean section between primigravida who received informational support and those who received standard nursing care. The sample consisted of 78 primigravida divided into a control group (39 participants) and an experimental group (39 participants). Participants were aged between 20-34 years, had normal pregnancies of 37 - 42 weeks, and were experiencing their first pregnancy. The research instruments included (1) a 20-item maternal anxiety assessment scale for cesarean section and (2) a personal information recording form. The reliability of the instruments was tested using Cronbach's alpha coefficient, yielding a value of .85. Data was analyzed using descriptive statistics and t-tests to compare anxiety levels before and after the intervention, both within and between groups.

The findings revealed that primigravida who received informational support had reduced anxiety levels after receiving information about the cesarean section. The mean anxiety scores between the two groups showed a statistically significant difference at the .001 level. The study suggests that providing informational support regarding cesarean sections before surgery can help reduce anxiety among pregnant women.

Keywords: Anxiety, Caesarean section, Informational support, Primigravida

¹Lecturer, Srimahasarakham Nursing College, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand
Corresponding author: wilailak@smnc.ac.th

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การคลอดเป็นปรากฏการณ์ตามธรรมชาติ ถึงแม้ว่าระยะเวลาที่ใช้ในการคลอดจะเกิดขึ้นในช่วงเวลาสั้นๆ แต่การคลอดมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจของหญิงตั้งครรภ์ การคลอดมีทั้งการคลอดปกติ และการคลอดผิดปกติ (มาลีวัล เลิศสาครศิริ, 2565) ความกลัวการคลอดเกิดขึ้นบ่อยที่สุดอันเป็นผลมาจากการประสบการณ์การคลอดที่ผ่านมา หญิงตั้งครรภ์บางคนวางแผนการผ่าตัดคลอดโดยอาศัยความกลัวที่ฝังรากลึกตั้งแต่วัยรุ่นตอนต้น (Eide et al., 2019)

การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแล้วแต่ทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความวิตกกังวล โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นหญิงตั้งครรภ์แรกๆที่ไม่มีประสบการณ์การผ่าตัดหรือดมยาสลบมาก่อน (Fentie et al., 2022) ซึ่งหญิงตั้งครรภ์แรกๆจะรับรู้ว่าการคลอดเป็นเหตุการณ์ที่น่ากลัว ทำให้หญิงตั้งครรภ์ทุกๆไตรมาส และทำให้เกิดความกลัวต่อการคลอด กลัวต่อสิ่งที่ไม่รู้ กลัวว่าทารกในครรภ์อาจจะได้รับอันตรายจากการคลอด กลัวความเจ็บปวดจากการคลอด และทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความกลัวความยากลำบากของการคลอด จึงทำให้หญิงตั้งครรภ์แต่ละคนที่เข้าสู่ระยะคลอดเกิดวงจรต่อเนื่องเชื่อมโยง ความกลัว ความตึงเครียด และความเจ็บปวด (Fear-tension - pain cycle) (Dick-Read, 1984) จากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษาที่ให้การสนับสนุนทางข้อมูลเพื่อลดความวิตกกังวลในการผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลมหาสารคาม

ประเทศไทยมีอัตราการผ่าคลอดโดยรวมในช่วงปี พ.ศ. 2559 ถึง พ.ศ. 2564 ประมาณ 35% ซึ่งสูงกว่าอัตราการผ่าคลอดที่องค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) แนะนำที่ 10% - 15% (ภิขารีย์ กรุณาจารย์ และคณะ, 2565) อุบัติการณ์การผ่าตัดคลอดในประเทศไทยจากปี 2562 - 2565 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 37.38, 37.73, 38.63 และเพิ่มเป็นร้อยละ 38.80 ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2565)

เช่นเดียวกับการคลอดในโรงพยาบาลมหาสารคาม ในปี 2560-2564 พบอุบัติการณ์การคลอดผิดปกติมากกว่าการคลอดปกติ โดยมีการคลอดผิดปกติร้อยละ 56.2, 69.7, 61.01, 59.0 และ 61.11 ตามลำดับ เป็นการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องร้อยละ 49.87, 54.32, 55.64, 55.25 และ 58.64 ตามลำดับ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบฉุกเฉิน โดยมีสาเหตุจากดำเนินการคลอดล่าช้าจากภาวะศีรษะทารกไม่สัมพันธ์กับช่องเชิงกรานของหญิงตั้งครรภ์มากที่สุด (โรงพยาบาลมหาสารคาม, 2565) ในการวิจัยครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์แรกที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบวางแผนไว้ล่วงหน้า ซึ่งจากการศึกษาของ กนกวรรณ เขียวมนตรี และคณะ (2564) พบว่า มี 3 ปัจจัยที่ทำให้เลือกการผ่าตัดคลอด ได้แก่ ความกลัวการคลอด ทักษะคิดต่อการคลอด และการรับรู้ ความเสี่ยงของการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องสามารถร่วมทำนายการตัดสินใจเลือกผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในครรภ์แรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยทำนายได้ ร้อยละ 48 (Nagelkerke $R^2 = .48$, $p < .05$) และทำนายได้ถูกต้อง ร้อยละ 78.50 (Overall percentage = 78.50)

การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเป็นภาวะวิกฤติของหญิงตั้งครรภ์ซึ่งพยาบาลที่ให้การดูแลในระยะคลอดมีเวลาจำกัดในการเตรียมหญิงตั้งครรภ์ให้พร้อมสำหรับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง พยาบาลส่วนใหญ่จึงเน้นการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายมากกว่าความพร้อมด้านจิตใจของหญิงตั้งครรภ์ และหญิงตั้งครรภ์ที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง หญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องครั้งแรกมีระดับความวิตกกังวลสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่เคยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องอย่างมีนัยสำคัญ คะแนนของแบบวัดความวิตกกังวลของสปิลเบอร์เกอร์ ชื่อ The State - Trait Anxiety Inventory (STAI - State) และ Visual Analogue Scale ซึ่งเป็นการวัดโดยใช้เส้นตรงยาว 10 เซนติเมตร ให้ปลาย

ข้างหนึ่งแทนค่าด้วยเลข 0 หมายถึง ไม่ปวด ปลายอีกข้างหนึ่งแทนค่าด้วยเลข 10 หมายถึง ปวดรุนแรงมากที่สุด พบระดับความวิตกกังวลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเข้ารับการรักษา ($p = .006$ และ $p < .001$ ตามลำดับ) (Schaal et al., 2020) จากการศึกษาของ Akildiz et al. (2017) พบว่า คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยาระงับความรู้สึกผ่านช่องไขสันหลังสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พยาบาลควรพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการคลอดแก่หญิงตั้งครรภ์แรกเพื่อลดความกลัวการคลอด มีทัศนคติต่อการคลอดในเชิงบวก และเพิ่มการรับรู้ ความเสี่ยงของการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ถูกต้อง เนื่องจากประเทศไทยมีอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี ถึงแม้ว่าจะมีการรณรงค์ให้เลือกวิธีการคลอดทางช่องคลอดก็ตาม (กนกวรรณ เขียวมนตรี และคณะ, 2564)

พยาบาลประจำห้องคลอด ซึ่งเป็นทีมสุขภาพที่ให้การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์เพื่อการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจของหญิงตั้งครรภ์ ควรให้การสนับสนุนระดับประคองหญิงตั้งครรภ์ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง มีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งหญิงตั้งครรภ์มีความต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดคลอด จากการศึกษาที่ผ่านมาพบเพียงการสนับสนุนทางสังคมต่อความกลัวการคลอดบุตรในหญิงตั้งครรภ์แรกที่คลอดทางช่องคลอด (นิตยา พรหมกันทา และคณะ, 2563) ยังไม่มีวิจัยการให้การสนับสนุนด้านข้อมูลในหญิงตั้งครรภ์ที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ดังนั้น พยาบาลควรมีการประเมินความวิตกกังวลต่อการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เพื่อให้การสนับสนุนด้านข้อมูล ความรู้และคำแนะนำสำหรับหญิงตั้งครรภ์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด

ปีที่ 26 ฉบับที่ 50 มกราคม - มิถุนายน 2568

คลอดทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความเชื่อมั่น และทำให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกปลอดภัยในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง จึงเป็นประเด็นนำสู่การศึกษาผลของการให้การสนับสนุนด้านข้อมูลของ House (1981) ต่อความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์แรกที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องโดยใช้แนวคิดทฤษฎีเชื่อมโยง ความกลัว ความตึงเครียด และความเจ็บปวด (Fear – tension – pain cycle) (Dick-Read, 1984) ในครั้งนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลต่อการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ระหว่างหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มที่ได้รับการให้การสนับสนุนด้านข้อมูล และหญิงตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว โรคประจำตัวและประวัติการเจ็บป่วย อายุครรภ์ปัจจุบัน การรับประทานกระตุ้นการคลอด ระยะเวลาการแตกของถุงน้ำคร่ำ
2. แบบประเมินความวิตกกังวล เป็นแบบประเมินความวิตกกังวลของ Spielberger (1977) ฉวี เบาทรวง (2526) ดัดแปลงและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย ใช้สำหรับประเมินความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด ประกอบด้วยคำถาม 22 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเกิร์ต (Likert scale) 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 ถึง 4 เมื่อนำแบบวัดนี้ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรก จำนวน 70 ราย คำนวณหาค่าความเที่ยงด้วยวิธีสัมประสิทธิ์

แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .76 ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงและเรียบเรียงสำหรับประเมินความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอด ประกอบด้วยคำถาม 20 ข้อ เนื่องจากข้อคำถาม 2 ข้อมีความใกล้เคียงกัน เพื่อให้ผู้ตอบแบบสอบถามตอบคำถามได้อย่างชัดเจน

3. โปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนด้านข้อมูลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางข้อมูลของ House (1981) เกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ได้แก่ ข้อมูลเรื่องการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ข้อมูลการดมยาสลบ ข้อมูลการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกาย ข้อมูลการเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจ ข้อมูลการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ข้อมูลการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ข้อมูลการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ ซึ่งแตกต่างจากการพยาบาลแบบปกติของหญิงตั้งครรภ์ที่มาผ่าตัดคลอด โดยพยาบาลจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอด และให้เซ็นใบยินยอมในการผ่าตัดคลอด แนะนำให้งดน้ำงดอาหาร 6 - 8 ชั่วโมง ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การทำความสะอาดร่างกาย ส่งเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการ แต่ในกลุ่มทดลองจะได้ดูวิดีโอที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเป็นเวลา 10 นาที หลังจากนั้น 30 นาที จึงให้ทำแบบสอบถามหลังได้รับโปรแกรม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 3 ท่าน และอาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน มีค่า IOC (Index of Item Objective Congruence) เท่ากับ .77 และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน ที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาได้ค่าความเที่ยงโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .85

วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ยื่นขอจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลมหาสารคาม
2. ทำหนังสือแนะนำตัวจากวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม เพื่อขออนุญาตทำวิจัย ทดสอบเครื่องมือวิจัย และรวบรวมข้อมูลที่ตึกห้องคลอด
3. เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลได้ ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าตึกห้องคลอดเพื่อขอความร่วมมือในการทดสอบเครื่องมือวิจัย และรวบรวมข้อมูล
4. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลที่ตึกห้องคลอด โดยตรวจสอบคุณสมบัติของหญิงตั้งครรภ์ตามเกณฑ์คุณสมบัติกลุ่มตัวอย่าง จดชื่อหญิงตั้งครรภ์แล้วเข้าพบหญิงตั้งครรภ์ เพื่อแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามโดยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง
5. ถ้าหญิงตั้งครรภ์เข้าใจและยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยให้หญิงตั้งครรภ์ลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยอธิบายวิธีตอบแบบประเมินให้ทราบ ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และอธิบายให้ทราบว่าหญิงตั้งครรภ์จะได้รับแบบประเมินและทำการตอบแบบประเมินด้วยตนเองคือ แบบประเมินความวิตกกังวล โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะทำแบบประเมินก่อนได้รับการพยาบาล ในขณะที่รอไปผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ซึ่งกลุ่มทดลองจะได้ดูวิดีโอที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเป็นเวลา 10 นาที หลังจากนั้น 30 นาที จึงให้ทำแบบประเมินหลังได้รับโปรแกรม ส่วนกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ 30 นาที ก็ให้ทำแบบประเมินความวิตกกังวล

6. ภายหลังหญิงตั้งครรภ์ตอบแบบประเมินเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบการตอบแบบประเมินของหญิงตั้งครรภ์ว่าครบถ้วนสมบูรณ์หรือไม่ หากไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยนำแบบประเมินไปให้หญิงตั้งครรภ์ตอบซ้ำจนกว่าจะครบถ้วนสมบูรณ์ ซึ่งเป็นไปตามข้อกำหนดที่ระบุไว้ในการขอจริยธรรมการวิจัย และเมื่อหญิงตั้งครรภ์ตอบแบบประเมินเสร็จสิ้น ผู้วิจัยจะกล่าวขอบคุณที่ให้ความร่วมมือพร้อมมอบของที่ระลึก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรการคำนวณ G^*power โดยใช้ค่า Effect size = 0.75, Power = 0.95 และระดับความมีนัยสำคัญ = .05 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 78 ราย เป็นหญิงตั้งครรภ์กลุ่มควบคุมจำนวน 39 ราย และหญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองจำนวน 39 ราย

การเก็บข้อมูล กลุ่มควบคุมคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์และเก็บข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายน - กรกฎาคม หลังจากนั้นจึงเก็บข้อมูลกลุ่มทดลองในช่วงเดือนสิงหาคม - กันยายน

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

- อายุ 20 - 34 ปี ตั้งครรภ์ปกติ อายุครรภ์ 37 - 42 สัปดาห์
- ไม่เคยผ่านการคลอดและได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบไม่ฉุกเฉินเป็นครั้งแรก
- สื่อสารด้วยภาษาไทยรู้เรื่อง มีการรับรู้ปกติ มีความสนใจและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

- ขอดอนตัวหรือไม่สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย
- ตอบแบบสอบถามที่สำคัญไม่ครบ
- มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นขณะรอไปห้องผ่าตัด
- ระหว่างรอไปห้องผ่าตัดปากมดลูกเปิดหมดและได้ย้ายเข้าห้องคลอด

การพิทักษ์สิทธิ์และการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลมหาสารคาม เลขที่ MSKH_REC 66-02-062 ก่อนการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผู้วิจัยได้สอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งสิทธิในการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลคำตอบจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับอย่างเคร่งครัดโดยผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้จะไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ผู้ทำวิจัยจะเผยแพร่แนะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม และนำไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการปฏิเสธการเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษา ผู้วิจัยขอความร่วมมือและขอคำยินยอมในการตอบแบบสอบถามจากผู้เข้าร่วมวิจัยทุกราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติเชิงพรรณนาด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการตั้งครรภ์โดยใช้ความถี่ ร้อยละ และทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ ทดสอบไคสแควร์ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ t - test
2. ระดับคะแนนความวิตกกังวลในระยะคลอดของมารดาโดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลในระยะคลอดระหว่างหญิงตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูล และหญิงตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติด้วยสถิติ t - test วิเคราะห์ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ผลการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

การเปรียบเทียบลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่ม
ตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive

statistics) พบว่าการศึกษา อาชีพ และรายได้ของหญิง
ตั้งครรภ์ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่าง
มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 78)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 39)		กลุ่มควบคุม (n = 39)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)				
20-25	4	10.26	16	41.03
26-30	22	56.41	11	28.20
31-35	13	33.33	12	30.77
สถานภาพสมรส				
สมรส	39	100	39	100
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	1	2.56	1	2.56
มัธยมศึกษา	27	69.23	24	61.54
อนุปริญญา	0	0	3	7.69
ปริญญาตรีขึ้นไป	11	28.21	11	28.21
อาชีพ				
เกษตรกรรม	2	5.13	4	10.30
รับจ้าง	18	46.15	19	48.70
รับราชการ/พนักงานของรัฐ	7	17.95	4	10.30
อื่นๆ	12	30.77	12	30.80
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว (บาท)				
> 10,000	5	12.83	8	20.51
10,001-20,000	20	51.28	18	46.15
20,001-30,000	9	23.07	9	23.07
> 30,000	5	12.82	4	10.27
โรคประจำตัวและประวัติการเจ็บป่วย				
มี	9	23.08	11	28.21
ไม่มี	30	76.92	28	71.79
อายุครรภ์				
37 สัปดาห์	12	30.77	11	28.21
38 สัปดาห์	17	43.59	15	38.46
39 สัปดาห์	9	23.08	8	20.51
40 สัปดาห์	1	2.56	3	7.69
41 สัปดาห์	0	0	2	5.13
การได้รับยากระตุ้นการคลอด				
ไม่มี	39	100	39	100
การแตกของถุงน้ำคร่ำ				
ไม่มี	39	100	39	100

ความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์แรกทีผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

ระดับความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์แรกทีผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องก่อนให้การสนับสนุนด้านข้อมูล กลุ่มทดลองก่อนที่จะได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนด้านข้อมูล ส่วนใหญ่ร้อยละ 48.72 มีความวิตกกังวลต่อการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องอยู่ในระดับเล็กน้อย กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ ส่วนใหญ่ร้อยละ 56.41 มีคะแนนความวิตกกังวลต่อการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องอยู่ในระดับปานกลาง

ระดับความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์แรกทีผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องหลังให้การสนับสนุนด้านข้อมูล กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดคลอด ส่วนใหญ่ร้อยละ 87.18 มีความวิตกกังวลในระยะคลอดอยู่ในระดับเล็กน้อย กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ ส่วนใหญ่ร้อยละ 56.41 มีคะแนนความวิตกกังวลในระยะคลอดอยู่ในระดับเล็กน้อย ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์แรกทีผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูล (n = 78)

กลุ่ม	จำนวน	ระดับความวิตกกังวล ร้อยละ	ระดับ
กลุ่มทดลอง (n = 39)			
ก่อนให้การสนับสนุนด้านข้อมูล	19	48.72	เล็กน้อย
	15	38.46	ปานกลาง
	5	12.82	รุนแรง
หลังให้การสนับสนุนด้านข้อมูล	34	87.18	เล็กน้อย
	5	12.82	ปานกลาง
กลุ่มควบคุม (n = 39)			
ก่อนให้การสนับสนุนด้านข้อมูล	22	56.41	ปานกลาง
	17	43.59	เล็กน้อย
หลังให้การสนับสนุนด้านข้อมูล	22	56.41	เล็กน้อย
	17	43.59	ปานกลาง

การเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องกลุ่มทดลองที่ได้รับ การพยาบาลแบบสนับสนุนด้านข้อมูล และกลุ่มควบคุม ที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ ความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์แรกทีได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในระยะคลอด ระหว่าง กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบให้ข้อมูล เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลในระยะคลอด โดยใช้สถิติ Independent t - test พบว่า ก่อนเข้าร่วมการทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน ($p = .402$) (ตาราง

ที่ 3) และพบว่าภายหลังการเข้าร่วมการทดลองหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

1. ความวิตกกังวลของกลุ่มทดลอง ก่อนได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนด้านข้อมูล 44.38 เป็นความวิตกกังวลระดับเล็กน้อย หลังได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนด้านข้อมูล มีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลเท่ากับ 34.03 เป็นความวิตกกังวลระดับเล็กน้อย



2. ความวิตกกังวลของกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนด้านข้อมูล 42.41 เป็นความวิตกกังวลระดับเล็กน้อย หลังได้รับการพยาบาลแบบ

สนับสนุนด้านข้อมูล มีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลเท่ากับ 40.36 เป็นความวิตกกังวลระดับเล็กน้อย

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความวิตกกังวลในระยะคลอดของหญิงตั้งครรภ์แรกที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบให้ข้อมูล และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ

หญิงตั้งครรภ์ที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		Mean difference	T	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.			
ความวิตกกังวลก่อนให้การสนับสนุนด้านข้อมูล	44.38	12.108	42.41	8.178	-1.97	22.892	.402
ความวิตกกังวลหลังให้การสนับสนุนด้านข้อมูล	34.03	6.293	40.36	7.235	6.33	33.765	<.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยเรื่องผลการให้การสนับสนุนด้านข้อมูลต่อความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์แรกที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเป็นวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลต่อการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ระหว่างหญิงตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับการให้การสนับสนุนด้านข้อมูล ใช้แนวคิดทฤษฎีการให้การสนับสนุนด้านข้อมูลของ House (1981) ต่อความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์แรกที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

ผลการวิจัยพบว่า หญิงตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับการให้การสนับสนุนด้านข้อมูลมีระดับความวิตกกังวลต่อการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องลดลง โดยคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ทั้ง 2 กลุ่ม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ผลการศึกษานี้ให้ข้อเสนอแนะว่าควรส่งเสริมสนับสนุนด้านข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแก่ผู้คลอดก่อนการผ่าตัดเพื่อลดความวิตกกังวล

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

หญิงตั้งครรภ์แรกที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุน

ด้านข้อมูล และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ มีคุณลักษณะทั่วไป ทั้งด้านอายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส อายุครรภ์ ของหญิงตั้งครรภ์ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

ระดับความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง พบว่า หลังทดลองมีความวิตกกังวลโดยรวมลดลง ทั้งนี้ เนื่องจากภาวะที่เกิดจากการคาดคะเนหรือการประเมินสิ่งเร้าของบุคคล มีผลทำให้เกิดความไม่สบายใจ กลัวการเกิดอันตรายจากสิ่งคุกคามทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยความกังวลที่พบ ได้แก่ ความวิตกกังวลต่อหัตถการการรักษาที่ไม่คุ้นเคย ความเจ็บปวดระหว่างทำหัตถการ ความทุกข์ทรมานหลังการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และวิตกกังวลเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล จึงพบเห็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดของหญิงตั้งครรภ์หลายรูปแบบ สอดคล้องกับการศึกษาของกรรณิการ์ สะสิสุวรรณ และรัชฎาภรณ์ จันทสุวรรณ (2563) ได้ศึกษาผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องครั้งแรกโดยใช้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะส่วนผ่านช่องไขสันหลัง ผลการวิจัยพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้องครั้ง

แรกที่ได้รับข้อมูลทั้งแบบปกติและแบบมีแบบแผนมีความวิตกกังวลแฝง ความวิตกกังวลขณะเผชิญและระดับความวิตกกังวลลดลงจากก่อนให้ข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ระดับความวิตกกังวล

ผลการศึกษาพบว่าความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลอง ก่อนที่รับการพยาบาลแบบสนับสนุนด้านข้อมูลมีระดับความวิตกกังวลระดับเล็กน้อย หลังได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนด้านข้อมูลมีระดับคะแนนลดลง ซึ่งระดับความวิตกกังวลจะลดลงหากได้รับการสนับสนุนข้อมูลในการเตรียมความพร้อมเพื่อการผ่าตัด สอดคล้องกับการศึกษาของ สายทอง ชัยวงศ์ และคณะ (2563) บทบาทของพยาบาลในการเตรียมความพร้อมเพื่อการผ่าตัดช่องท้องมี 5 ด้านคือ 1) การเตรียมด้านร่างกาย ได้แก่ การซักประวัติ การเตรียมร่างกายเพื่อการผ่าตัด 2) การเตรียมด้านจิตใจและอารมณ์ ได้แก่ การพูดคุยสร้างสัมพันธภาพเพื่อลดความวิตกกังวล การให้กำลังใจและความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วย วิธีการจัดการกับความวิตกกังวล 3) การสอนการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัด ได้แก่ การให้คำแนะนำวิธีการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด สถานการณ์ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ และอธิบายเกี่ยวกับวิธีการจัดการกับเหตุการณ์ปัญหาที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม การช่วยฟื้นฟูสภาพและวิธีการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัด 4) การเตรียมครอบครัว ได้แก่ การให้ความรู้ให้กับครอบครัวของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเตรียมการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด และ 5) การเตรียมเอกสารที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การเตรียมเอกสารผลตรวจต่าง ๆ ทางห้องปฏิบัติการ และใบยินยอมรับการรักษา ช่วยลดระดับความวิตกกังวลลงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของสุตารักษ์ ประสารและคณะ (2564) โดยผู้คลอดที่ได้รับการโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องในระยะตั้งครรภ์ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารจากพยาบาลวิชาชีพด้วยการให้ข้อมูลเพื่อการเตรียมตัวคลอดตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์มี

ความรู้ ทักษะการปฏิบัติตัวได้ดีกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ด้วยการทำให้ตัดวงจรความกลัวออกไปได้สามารถลดความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์แรกได้

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาเรื่องผลการให้การสนับสนุนด้านข้อมูลต่อความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์แรก ที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง พบว่าหญิงตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลมีระดับความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นจึง ควรศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่ต้องได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบภาวะฉุกเฉินซึ่งพบว่ามีจำนวนที่เพิ่มขึ้นในปัจจุบันและหญิงตั้งครรภ์ที่ต้องได้รับการผ่าตัดคลอดครั้งที่ 2 โดยให้โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในไตรมาสที่ 3

เอกสารอ้างอิง

กนกวรรณ เขียวมนตรี, โสเพ็ญ ชูนวล, และศศิกันต์ กาละ.

(2564). ปัจจัยทำนายการตัดสินใจเลือกผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในหญิงตั้งครรภ์แรก. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 31(1), 96-109.

กรณิการ์ สะสิสุวรรณ, และรัชฎาภรณ์ จันทสุวรรณ์. (2563).

ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องครั้งแรกโดยใช้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะส่วนผ่านช่องไขสันหลัง:

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครศรีธรรมราช.

<https://www.vachiraphuket.go.th/articles/research>

กระทรวงสาธารณสุข. (2565). การผ่าท้องคลอด (Cesarean Section Rate). กรมอนามัย.

<https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/cesareansection/index?year=2021>

- ฉวี เบาทรวง. (2526). ผลของการให้คำแนะนำในการปฏิบัติ
ตัวอย่างมีแบบแผนและการสัมผัสต่อการลดความวิตกกังวลและการเผชิญภาวะเครียดในระยะคลอด
[วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต,
มหาวิทยาลัยมหิดล].
- นิตยา พรหมกันทา, ฉวี เบาทรวง, และนันทพร แสนศิริพันธ์.
(2563). ผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อความกลัวการ
คลอดบุตรในผู้คลอดครั้งแรก. *พยาบาลสาร*, 47(3),
40–49.
- ภิขารีย์ กรุณยาวงศ์, วรณฤดี อีสรานูวัฒน์ชัย, ภิเศก ลุมพิกานนท์, พิชณน์ ชันติพงษ์, และชัยยศ คุณานุสนธิ์. (2565). แนวโน้มการผ่าคลอดในไทย เพิ่มสูง: ถึงเวลาต้องพูดคุยอย่างจริงจังแล้วหรือไม่. *โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ*, 10(139), 1–4.
<https://www.hitap.net/documents/184063>
- มาลีวัล เลิศสาครศิริ. (2565). การพยาบาลสตรีในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด. *จามจุรีโปรดักส์*.
- โรงพยาบาลมหาสารคาม. (2565). รายงานสถิติแผนกสูติ
นรีเวชกรรม. มหาสารคาม: โรงพยาบาลศูนย์
มหาสารคาม.
- สายทอง ชัยวงศ์, กล้าเผชิญ โชคบำรุง, และศรีนรัตน์ จันทพิมพ์.
(2563). ความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัด
ช่องท้องและบทบาทของพยาบาลในการเตรียมความ
พร้อมผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัดในโรงพยาบาลแขวง
บอริคำไซ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว.
วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 38(3), 176–
185.
- สุदारักษ์ ประสาร, สุพิศ ศิริอรุณรัตน์, และตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี.
(2564). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่าง
ต่อเนื่องต่อความกลัวการคลอดและผลลัพธ์ของการคลอด
ของผู้คลอดครั้งแรก. *วารสารพยาบาลกระทรวง
สาธารณสุข*, 31(1), 148–160.
- Akildiz, M., Aksoy, Y., Kaydu, A., Kacar, C. K., Sahin, O.
F., & Yildirim, Z. B. (2017). Effect of Anaesthesia
Method on Preoperative Anxiety Level in
Elective Caesarean Section Surgeries. *Turkish
Journal of Anaesthesiology and Reanimation*,
45(1), 36–40.
<https://doi.org/10.5152/TJAR.2017.93753>
- Dick-Read, G. (1984). *Childbirth without fear: The
original approach to natural childbirth*. Harper
& Row.
- Eide, K. T., Morken, N., & Baerøe, K. (2019). Maternal
reasons for requesting planned cesarean section
in Norway: A qualitative study. *BMC Pregnancy
and Childbirth*, 19(102), 1–10.
- Fentie, Y., Yetneberk, T., & Gelaw, M. (2022).
Preoperative anxiety and its associated factors
among women undergoing elective caesarean
delivery: A cross-sectional study. *BMC
Pregnancy and Childbirth*, 22(648), 1–7.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*.
Addison-Wesley.
- Schaal, N. K., Fehm, T., Wolf, O. T., Gielen, P.,
Hagenbeck, C., Heil, M., Fleisch, M., & Hepp, P.
(2020). Comparing the course of anxiety in
women receiving their first or repeated
caesarean section: A prospective cohort study.
Women and Birth, 33(3), 280–285.
- Spielberger, C. D. (1977). *Cross-cultural anxiety*.
Hemisphere McGraw-Hill



อิทธิพลของการรับรู้คุณค่าการอบรมเลี้ยงดูของบุพการีต่อการตั้งใจที่จะเรียนรู้ การปรับตัว และการจัดการเวลาและกิจกรรมนอกห้องเรียนอย่างมีประสิทธิภาพของวัยรุ่นตอนปลาย

Received: March 10, 2025

Revised: June 30, 2025

Accepts: June 9, 2025

นภิสสร ธีระเนตร¹ (พย.ม.)

นันทิยา ปรีชาเสถียร² (พย.ม.)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้คุณค่าการอบรมเลี้ยงดูของบุพการีกับความตั้งใจในการเรียนรู้ การปรับตัว และการจัดการเวลาและกิจกรรมนอกห้องเรียนอย่างมีประสิทธิภาพของวัยรุ่นตอนปลาย กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ จำนวน 55 คน ได้มาโดยวิธีการสุ่มแบบเจาะจง (purposive sampling) เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่น การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติถดถอยพหุคูณ (Multivariate Multiple Regression)

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้คุณค่าการเลี้ยงดูมีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญต่อ

1. ความตั้งใจในการเรียนรู้ ($R^2 = .431, p < .001$)
2. การปรับตัว ($R^2 = .343, p < .001$)
3. การจัดการเวลาและกิจกรรมนอกห้องเรียนอย่างมีประสิทธิภาพ ($R^2 = .153, p = .003$)

สรุปได้ว่า การรับรู้คุณค่าจากการอบรมเลี้ยงดูมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาพฤติกรรมการเรียนรู้และการใช้ชีวิตของวัยรุ่นตอนปลาย โดยเฉพาะในบริบทของนักศึกษาพยาบาลที่อยู่ในช่วงเปลี่ยนผ่านสู่การเป็นวิชาชีพ ควรมีการส่งเสริมรูปแบบการเลี้ยงดูที่เน้นความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างบุพการีกับบุตร เพื่อเสริมสร้างทักษะชีวิตอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: การรับรู้คุณค่าการอบรมเลี้ยงดูของบุพการี, การตั้งใจที่จะเรียนรู้, การปรับตัว, การจัดการเวลาและกิจกรรมนอกห้องเรียนอย่างมีประสิทธิภาพ

¹ อาจารย์ประจำวิทยาลัยพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต, Thailand

² หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ, Thailand

Corresponding Authors: Nuntiya.pr@northbkk.ac.th



Influence of Perceived Value of Parental Upbringing on Learning Motivation, Adaptation, and Effective Time and Extracurricular Activity Management of Late Adolescents

Napissara Dhiranathara¹ (M.N.S.)

Nuntiya Preechastien^{*2} (M.N.S.)

Abstract

This research aims to study the relationship between parental perceived value of upbringing and the intention to learn, adaptation, and effective time and extracurricular activity management among late adolescents. The sample consists of 55 first-year nursing students from North Bangkok University, obtained through purposive sampling. The instrument used was a questionnaire that has been validated for reliability and credibility. Data analysis employed Multivariate Multiple Regression.

The research findings indicate that the perceived value of upbringing significantly influences:

1. Intention to learn ($R^2 = .431$, $p < .001$)
2. Adaptation ($R^2 = .343$, $p < .001$)
3. Effective time and extracurricular activity management ($R^2 = .153$, $p = .003$)

In summary, the perceived value from upbringing plays a crucial role in developing learning behaviors and life skills among late adolescents, particularly in the context of nursing students transitioning into their professional roles. It is recommended to promote nurturing styles that emphasize positive relationships between parents and children to foster sustainable life skills.

KEYWORDS: Parental upbringing values, learning motivation, adaptability, effective time and extracurricular activity management

¹ Instructor at College of Nursing, Dhurakij Pundit University, Thailand

² Head of the Department of Pediatric and Adolescent Nursing, Faculty of Nursing, North Bangkok University, Thailand
Corresponding Authors: Nuntiya.pr@northbkk.ac.th

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัยรุ่นตอนปลาย (อายุ 17-20 ปี) เป็นช่วงวัยที่ร่างกายเจริญเติบโตใกล้สมบูรณ์ และมีพัฒนาการทางอารมณ์ที่เสถียรขึ้น สามารถควบคุมอารมณ์และจัดการความเครียดได้ดีขึ้น (สุวรรณี สร้อยสงค์ และคณะ, 2567) วัยนี้ยังคงค้นหาตัวตนและเป้าหมายในชีวิตอย่างจริงจัง พร้อมกับสร้างความสัมพันธ์ที่ลึกซึ้งกับผู้อื่น และต้องปรับตัวกับบทบาทใหม่ เช่น การเป็นนักศึกษา ซึ่งต้องการความเป็นอิสระในการตัดสินใจมากขึ้น (Aaltonen, 2013) พัฒนาการทางความคิดก้าวหน้าไปสู่การคิดวิเคราะห์เชิงนามธรรมและการวางแผนระยะยาว ช่วยให้ตั้งเป้าหมายชีวิตได้ชัดเจน ทั้งด้านการศึกษา อาชีพ และการสร้างครอบครัว (Van Iersel et al., 2016) การสนับสนุนจากครอบครัวและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมจะช่วยให้วัยรุ่นตอนปลายพัฒนาตนเองได้อย่างเต็มศักยภาพ และก้าวสู่ความเป็นผู้ใหญ่ได้อย่างมั่นคง (วนัญญา แก้วแก้วปาน, 2560) นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพต้องเผชิญกับความท้าทายในการปรับตัวเมื่อเข้าสู่สภาพแวดล้อมใหม่ โดยเฉพาะการจัดการกิจกรรมนอกห้องเรียนท่ามกลางสังคมเมืองที่คับคั่ง ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญในช่วงเริ่มต้นการศึกษา (ปิยพงศ์ สอนลบ และคณะ, 2567) ในปีการศึกษา 2564-2566 มีนักศึกษาที่ไม่สามารถปรับตัวได้จนต้องลาออกปีละ 2-3 คน หรือบางคนต้องลาพักการศึกษาตามมา ในอีกมุมของนักศึกษาส่วนใหญ่ที่สามารถผ่านพ้นความยากลำบากนี้ได้ด้วยการสนับสนุนจากรุ่นพี่ อาจารย์ และผู้ปกครอง (McDermott-Levy, 2011; Cheung et al., 2016) การอบรมเลี้ยงดูและการสนับสนุนทางอารมณ์จากครอบครัวมีคุณค่าอย่างมากในการสร้างพลังใจให้นักศึกษา ช่วยให้มีความแข็งแกร่งในการตั้งใจเรียนและปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ (เกศรา เสนงาม และคณะ, 2556; Degrande et al., 2018) กระบวนการอบรมเลี้ยงดูของบุพการีจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้นักศึกษาพยาบาลสามารถรับมือกับภาระงานทั้งด้านวิชาการและการ

ปฏิบัติงานในสถานการณ์จริงได้ ดีขึ้น (Cheung et al., 2016; McDermott-Levy, 2011) อย่างไรก็ตาม นักศึกษาบางส่วนอาจเผชิญกับปัญหาทางจิตใจ เช่น ความเครียดและภาวะซึมเศร้า ซึ่งส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้และการใช้ชีวิตในมหาวิทยาลัย (สุวรรณี สร้อยสงค์ และคณะ, 2567) การสนับสนุนที่เหมาะสมจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อช่วยให้นักศึกษาผ่านพ้นช่วงวิกฤตนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการอบรมเลี้ยงดูของบุพการีมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาทักษะการเรียนรู้และการปรับตัวของวัยรุ่น โดยเฉพาะในสภาพแวดล้อมใหม่ที่ต้องเผชิญกับความท้าทายต่าง ๆ (สุรางค์ ไคว์ตระกูล, 2550) การสนับสนุนทางอารมณ์และการสื่อสารอย่างต่อเนื่องจากครอบครัวช่วยเสริมสร้างความมั่นใจและความมุ่งมั่นในการเรียนรู้ของวัยรุ่น (Vygotsky, 1978) การตั้งใจที่จะเรียนรู้เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จทางการศึกษา โดยเฉพาะในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลที่ต้องเผชิญกับภาระงานทั้งด้านทฤษฎีและการปฏิบัติ ซึ่งจำเป็นต้องมีการวางแผนและการเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การมีส่วนร่วมในการเรียนรู้เชิงรุกและการจัดกิจกรรมที่กระตุ้นให้นักศึกษาใช้ทักษะในการคิดและทำงานร่วมกันสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการเรียนรู้ได้ (Fredricks et al., 2004) การปรับตัวเป็นกระบวนการสำคัญที่ช่วยให้วัยรุ่นรับมือกับความเปลี่ยนแปลงและความท้าทายในสภาพแวดล้อมใหม่ โดยได้รับอิทธิพลจากประสบการณ์และการสนับสนุนจากครอบครัว (Roy, 2009; Bandura, 1977) การจัดการเวลาอย่างมีประสิทธิภาพเป็นทักษะที่จำเป็นสำหรับนักศึกษาพยาบาล โดยเฉพาะเมื่อต้องจัดสมดุลระหว่างการเรียนและการปฏิบัติงาน (Zimmerman, 2000) การเรียนรู้ที่เน้นการปฏิบัติจริงและการมีส่วนร่วมจะช่วยเตรียมความพร้อมให้นักศึกษาพยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สุวรรณี สร้อยสงค์ และคณะ, 2567) ดังนั้น การสนับสนุนจากครอบครัวและสถาบันการศึกษาจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้นักศึกษา



พยาบาลสามารถปรับตัว เรียนรู้ และจัดการเวลาได้อย่างมีประสิทธิภาพ พร้อมก้าวสู่ความเป็นมืออาชีพได้อย่างมั่นคง (ปิยพงศ์ สอนลบ และคณะ, 2567)

วัยรุ่นตอนปลาย (อายุ 17–20 ปี) เป็นช่วงเปลี่ยนผ่านสำคัญที่เยาวชนต้องปรับตัวทางด้านอารมณ์ สังคม และการเรียนรู้ เพื่อเตรียมพร้อมสู่ผู้ใหญ่ โดยเฉพาะในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลที่ต้องเผชิญกับภาระงานทั้งทฤษฎีและปฏิบัติ รวมถึงการใช้ชีวิตในสภาพแวดล้อมใหม่ซึ่งอาจนำไปสู่ความเครียดหรือภาวะปรับตัวไม่ได้ การสนับสนุนจากครอบครัว โดยเฉพาะการอบรมเลี้ยงดูเชิงบวก มีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างแรงจูงใจ การเรียนรู้ การปรับตัว และทักษะการจัดการเวลาของนักศึกษา ซึ่งเป็นทักษะจำเป็นสำหรับการฝึกปฏิบัติงานวิชาชีพในอนาคต การเข้าใจอิทธิพลของการรับรู้คุณค่าจากการอบรมเลี้ยงดูจึงมีความสำคัญอย่างมาก เพื่อออกแบบนโยบายและกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการที่เหมาะสมให้กับนักศึกษาพยาบาลในช่วงเปลี่ยนผ่านชีวิต

ดังนั้นการศึกษาอิทธิพลของการรับรู้คุณค่าการอบรมเลี้ยงดูของบุพการีต่อการตั้งใจที่จะเรียนรู้ การปรับตัว และการจัดการเวลาและกิจกรรมนอกห้องเรียนอย่างมีประสิทธิภาพของวัยรุ่นตอนปลาย โดยเฉพาะในกลุ่มนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ จึงมีความสำคัญเนื่องจากวัยรุ่นตอนปลายเป็นช่วงวัยที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม อารมณ์ และความคิดอย่างมาก เมื่อต้องย้ายจากบ้านเกิดมาสู่สภาพแวดล้อมใหม่ในมหาวิทยาลัย ซึ่งต้องปรับตัวทั้งด้านการเรียนและการใช้ชีวิต การศึกษานี้จึงมุ่งวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรดังกล่าว เพื่อนำไปสู่การออกแบบนโยบายและกิจกรรมที่สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของนักศึกษาพยาบาลให้สามารถปรับตัวและเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพสืบไป

คำถามการวิจัย

1. การรับรู้คุณค่าการอบรมเลี้ยงดูของบุพการี การตั้งใจที่จะเรียนรู้ การปรับตัว การจัดการเวลาและกิจกรรมนอกห้องเรียนอย่างมีประสิทธิภาพของวัยรุ่นตอนปลายอยู่ในระดับใด
2. การรับรู้คุณค่าการอบรมเลี้ยงดูของบุพการีมีอิทธิพลต่อการตั้งใจที่จะเรียนรู้ การปรับตัว การจัดการเวลาและกิจกรรมนอกห้องเรียนอย่างมีประสิทธิภาพของวัยรุ่นตอนปลายเป็นอย่างไร

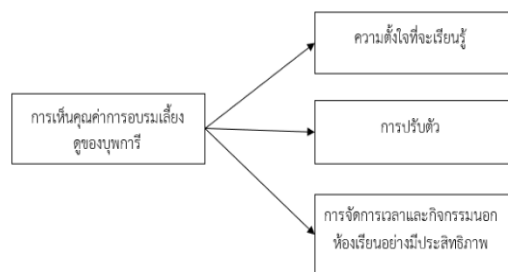
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้คุณค่าการอบรมเลี้ยงดูของบุพการี การตั้งใจที่จะเรียนรู้ การปรับตัว การจัดการเวลาและกิจกรรมนอกห้องเรียนอย่างมีประสิทธิภาพของวัยรุ่นตอนปลาย
2. เพื่อศึกษาอิทธิพลของการรับรู้คุณค่าการอบรมเลี้ยงดูของบุพการีต่อการตั้งใจที่จะเรียนรู้ การปรับตัว การจัดการเวลาและกิจกรรมนอกห้องเรียนอย่างมีประสิทธิภาพของวัยรุ่นตอนปลาย

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยนี้มุ่งศึกษาอิทธิพลของการรับรู้คุณค่าการอบรมเลี้ยงดูของบุพการีต่อการตั้งใจที่จะเรียนรู้ การปรับตัว การจัดการเวลาและกิจกรรมนอกห้องเรียนอย่างมีประสิทธิภาพของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ โดยอ้างอิงแนวคิดการอบรมเลี้ยงดูและการสนับสนุนทางอารมณ์จากครอบครัว (สุรางค์ โค้วตระกูล, 2550) และการสอนแบบ Scaffolding ของ Vygotsky ที่เน้นบทบาทของครอบครัวในการส่งเสริมการเรียนรู้ (Vygotsky, 1978) การตั้งใจที่จะเรียนรู้อธิบายผ่านแนวคิดการเรียนรู้เชิงรุก (Active Learning) ของ Bonwell & Eison (1991) และ Fredricks et al. (2004) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนการสอนเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จทางการศึกษา (Fredricks et al., 2004)

ส่วนการปรับตัวอธิบายผ่านทฤษฎีการปรับตัวของ Roy (2009) และแนวคิดการเรียนรู้ผ่านการสังเกตและทฤษฎีของ Bandura (1977) ให้ความสำคัญกับพฤติกรรมเกิดจากการสังเกตแบบอย่างจากบุคคลใกล้ชิด การรับรู้คุณค่าการอบรมเลี้ยงดูของบุพการีส่งผลต่อการปรับตัวของวัยรุ่น ที่กล่าวถึงบทบาทของ การเรียนรู้ผ่านการสังเกตและการสนับสนุนจากครอบครัวซึ่งช่วยพัฒนาพฤติกรรมการเรียนรู้ของวัยรุ่น และทฤษฎี Self-Efficacy ของ Zimmerman (2000) ที่ให้ความสำคัญกับความมั่นใจในตนเองและทักษะการควบคุมตนเองเป็นพื้นฐานของการเรียนรู้ การรับรู้คุณค่าการเลี้ยงดูส่งผลต่อความตั้งใจในการเรียนรู้ และการจัดการเวลา ซึ่งให้เห็นว่าความมั่นใจในตนเองซึ่งเกิดจากพื้นฐานการเลี้ยงดูที่มีคุณภาพ ช่วยส่งเสริมการวางแผน การเรียนรู้และการควบคุมตนเอง การวิจัยนี้จะวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม ตามภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 5 ส่วน ได้แก่ (1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (2) แบบสอบถามการรับรู้คุณค่าการอบรมเลี้ยงดูของบุพการี (3) แบบสอบถามความตั้งใจที่จะเรียนรู้ (4) แบบสอบถามการปรับตัว และ (5) แบบสอบถามการจัดการเวลาและกิจกรรมนอกห้องเรียนอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งแต่ละฉบับได้รับการพัฒนาโดยอ้างอิงจากแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง และผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content

Validity) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน รวมทั้งการทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ก่อนนำไปใช้จริง โดยกำหนดระดับการตอบแบบสอบถามเป็นมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ “1 = เห็นด้วยน้อยที่สุด” ถึง “5 = เห็นด้วยมากที่สุด”

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ใช้เก็บข้อมูลประชากรศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ การกักเงินเพื่อการศึกษา และจำนวนเงินที่ใช้จ่ายต่อเดือน ซึ่งข้อมูลเหล่านี้ช่วยให้สามารถวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการเรียนรู้และการปรับตัวของวัยรุ่นตอนปลายได้อย่างครอบคลุม

2. แบบสอบถามการรับรู้คุณค่าการอบรมเลี้ยงดูของบุพการี ประกอบด้วย 10 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนทางอารมณ์ (4 ข้อ) การเปิดโอกาสและการสนับสนุน (3 ข้อ) และการทำกิจกรรมร่วมกันและการสอนจากความผิดพลาด (3 ข้อ) แบบสอบถามฉบับนี้ได้รับการพัฒนาจากการประยุกต์แนวคิดเกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและการสอนแบบ Scaffolding ของ Vygotsky (1978) และบทบาทของครอบครัวในการส่งเสริมเด็กตามแนวคิดของสุรางค์ ไคว์ตระกูล (2550) แบบสอบถามนี้ได้รับการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยมีค่า I-CVI เท่ากับ 0.85 และ S-CVI เท่ากับ 0.92 และมีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.87 แสดงถึงความสม่ำเสมอในการวัดของเครื่องมือ

3. แบบสอบถามความตั้งใจที่จะเรียนรู้ของวัยรุ่นตอนปลาย ประกอบด้วย 10 ข้อ ครอบคลุม 3 ด้าน ได้แก่ การเข้าเรียนและการมีส่วนร่วมในห้องเรียน (4 ข้อ) การติดตามและบันทึกเนื้อหาการเรียน (3 ข้อ) และการใช้เทคโนโลยีเพื่อการเรียนรู้ (3 ข้อ) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดและทฤษฎีต่าง ๆ เช่น การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนการสอน การเรียนรู้ด้วยตนเอง การใช้เทคโนโลยีเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเรียนรู้ และการเรียนรู้เชิงรุก (Bonwell & Eison, 1991; Fredricks et al., 2004; Knowles,



1975; Kirkwood & Price, 2014) แบบสอบถามนี้มีค่า I-CVI เท่ากับ 0.88 และ S-CVI เท่ากับ 0.93 มีค่า Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.89 ซึ่งแสดงถึงความเชื่อมั่นที่สูงของเครื่องมือ

4. แบบสอบถามการปรับตัวของวัยรุ่นตอนปลาย ประกอบด้วย 34 ข้อ แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ การปรับตัวในการเรียนรู้ (8 ข้อ) การปรับตัวทางอารมณ์ (7 ข้อ) การปรับตัวด้านสังคม (10 ข้อ) การจัดการชีวิตประจำวัน (5 ข้อ) และการปรับตัวเพื่อการพัฒนาตนเอง (4 ข้อ) แบบสอบถามนี้พัฒนาบนพื้นฐานของทฤษฎีการปรับตัวของ Roy (2009) ผสมผสานกับแนวคิดจาก Bandura (1977) และ Seligman (2011) เพื่อให้ครอบคลุมทุกด้านที่เกี่ยวข้องกับวัยรุ่นตอนปลายที่ใช้ชีวิตเป็นนักศึกษา แบบสอบถามนี้มีค่า I-CVI เท่ากับ 0.86 และ S-CVI เท่ากับ 0.91 มีค่า Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.88 ซึ่งแสดงถึงความคงทนและความแม่นยำในการวัด

5. แบบสอบถามการจัดการเวลาและกิจกรรมนอกห้องเรียนอย่างมีประสิทธิภาพของวัยรุ่นตอนปลาย ประกอบด้วย 10 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การวางแผนและการจัดการเวลา (3 ข้อ) การจัดสภาพแวดล้อมและสถานที่เรียนรู้ (3 ข้อ) และการเข้าร่วมและสนับสนุนกิจกรรมนอกห้องเรียน (4 ข้อ) แบบสอบถามนี้ได้รับการพัฒนาโดยอ้างอิงแนวคิดการควบคุมตนเอง การมีส่วนร่วม และการเรียนรู้เชิงรุก จากงานวิจัยของ Zimmerman (2000), Fredricks et al. (2004) และ Casey & Wilson (2015) แบบสอบถามนี้มี

ค่า I-CVI เท่ากับ 0.84 และ S-CVI เท่ากับ 0.90 มีค่า Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.86 ซึ่งแสดงถึงความเชื่อมั่นในการวัดที่ดี

เกณฑ์การแปลผลค่าระดับคะแนนเฉลี่ย (Best & Kaln, 2014) ดังนี้ 5.00-4.45 หมายถึง ผลคะแนนอยู่ในระดับมากที่สุด 4.44-3.45 หมายถึง ผลคะแนนอยู่ในระดับมาก 3.44 - 2.25 หมายถึง ผลคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง .244-1.45 หมายถึง ผลคะแนนอยู่ในระดับน้อย และ 1.44-1.00 หมายถึง ผลคะแนนอยู่ในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยได้ส่งแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน โดยเป็นอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 2 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 1 ท่าน เพื่อประเมินความตรงของภาษา สำนวนและความถูกต้องในการใช้ภาษา จากนั้นผู้วิจัยได้ทำการปรับแก้ตามข้อเสนอแนะก่อนที่จะนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่คล้ายคลึงกับตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย ค่าคุณภาพของเครื่องมือวิจัยผ่านเกณฑ์ยอมรับทุกข้อ คือ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยต้องผ่านเกณฑ์ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา $I-CVI \geq 0.78$ และ $S-CVI \geq 0.90$ และ Cronbach's Alpha ≥ 0.70 (Polit & Beck, 2006), ค่า HCI ≥ 0.85 (Henseler, Ringle, & Sarstedt, 2015) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

แบบสอบถาม	จำนวน (ข้อ)	ค่าความตรงเชิง เนื้อหา		ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha)
		I-CVI	S-CVI	
1. การรับรู้คุณค่าการอบรมเลี้ยงดูของบุพการี	10	0.85	0.92	0.87
2. การตั้งใจที่จะเรียนรู้	10	0.88	0.93	0.89
3. การปรับตัว	34	0.86	0.91	0.88
4. การจัดการเวลาและกิจกรรมนอกห้องเรียนอย่างมีประสิทธิภาพ	10	0.84	0.90	0.86

การดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาคั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงอิทธิพลของการรับรู้คุณค่าการอบรมเลี้ยงดูของบุพการีของเด็กวัยรุ่นต่อการตั้งใจที่จะเรียนรู้ของเด็กวัยรุ่น กับ การปรับตัวของเด็กวัยรุ่นตอนปลายและการจัดการเวลาและกิจกรรมนอกห้องเรียนอย่างมีประสิทธิภาพ

ประชากร เป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ ที่ลงทะเบียนเรียนในภาคการศึกษาที่ 2/2567 รวมจำนวน 68 คน ทั้งนี้เป็นผู้ที่อายุน้อยกว่า 21 ปี 63 คน

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ จำนวน 55 คน โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากตารางของ Krejcie & Morgan (1970) ซึ่งระบุว่ากรณีประชากรประมาณ 60-65 คน ควรมีกกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 52 คน การเลือกใช้ตารางนี้มีความเหมาะสม เนื่องจากผู้วิจัยไม่สามารถประเมินอัตราการเกิดลักษณะที่สนใจศึกษาจากวรรณกรรมได้ชัดเจน จึงใช้วิธีการเจาะจง (Purposive sampling) โดยเลือกจากกลุ่มเป้าหมายที่ตรงกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยที่มีคุณลักษณะตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัย ทั้งในด้านอายุ ระดับชั้นปี และสาขาวิชาชีพ ซึ่งช่วยให้ผลการวิจัยมีความแม่นยำและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการออกแบบกิจกรรมสนับสนุนพฤติกรรมการเรียนรู้และการปรับตัวของนักศึกษาพยาบาลในอนาคตได้อย่างตรงจุด

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาการทำวิจัยในมนุษย์ เลขที่ NS03/2568 ลงวันที่ 6 มกราคม 2568 ตัวอย่างได้รับการอธิบายวัตถุประสงค์ ผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการเซ็นยินยอมทุกราย ผลการวิจัยประมวลเสนอในภาพรวม เก็บไฟล์ข้อมูล/เอกสารบันทึกที่เกี่ยวข้องในพื้นที่เป็นพื้นที่รักษาความลับ และนำเสนอ

ผลการวิจัยในภาพรวมไม่เชื่อมโยงระบุข้อความที่สับสนถึงผู้ให้ข้อมูลได้ และจะทำลายเอกสาร หลักฐานทุกชิ้นด้วยวิธีที่เหมาะสมเมื่อรายงานการวิจัยตีพิมพ์เผยแพร่เสร็จ ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลทุกคนจำเป็นต้องเซ็นยินยอมมีส่วนร่วมในการทำวิจัยและตระหนักในวัตถุประสงค์การวิจัยร่วมกัน

การเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

ผู้วิจัยเข้าหากกลุ่มตัวอย่างด้วยการจับสลากตามเลขที่ของนักศึกษา ด้วยการจับออก 8 คน ที่เหลือเก็บข้อมูลทั้งหมดรวม 55 คน เก็บข้อมูลในช่วงวันที่ 8-9 มกราคม 2568 ผ่านแบบสอบถามออนไลน์ แพลตฟอร์ม <https://docs.google.com/form> ข้อมูลผ่านการบรรณาธิกรทุกฉบับคิดเป็นร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเสนอเป็นความถี่และร้อยละ ตัวแปรที่ใช้ศึกษาระดับคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์อิทธิพลด้วยสถิติ Multivariate Multiple regression ผลการทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลด้วย Shapiro - Wilk Test และ Q - Q Plot พบว่าข้อมูลมีการกระจายตัวเป็นปกติอย่างมีนัยสำคัญ ($p \text{ value} > 0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการกระจายตัวแบบปกติใช้สถิติ Multiple Regression ได้ และการไม่มีคอเลลิเนียริตี้ ($VIF < 10$) และความแปรปรวนคงที่ (Homoscedasticity) พบว่าข้อมูลทั้งหมดผ่านเกณฑ์การวิเคราะห์ได้อย่างสมบูรณ์

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 50 คน ร้อยละ 90.91 อายุเฉลี่ย 19.62 ปี ($S.D. = 1.32$) ภูมิลำเนาเงินรัฐบาลเพื่อการศึกษา 46 คน ร้อยละ 83.64 ค่าครองชีพที่ต้องจ่ายเฉลี่ย 9,059 บาท/เดือน ($S.D. = 6942$, $Max. = 40,000$, $Min = 3,500$)



ตารางที่ 2 ระดับคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้คุณค่าการอบรมเลี้ยงดูของบุพการี การตั้งใจที่จะเรียนรู้ การปรับตัวและการจัดการเวลาและกิจกรรมนอกห้องเรียนอย่างมีประสิทธิภาพของเด็กวัยรุ่นตอนปลาย (n = 55 คน)

ตัวแปร	Mean	S.D.	การแปลผล
1. การรับรู้คุณค่าการอบรมเลี้ยงดูของบุพการี	3.63	.62	ระดับมาก
2. การตั้งใจที่จะเรียนรู้	4.45	.54	ระดับมาก
3. การปรับตัว	4.32	.58	ระดับมาก
4. การจัดการเวลาและกิจกรรมนอกห้องเรียนอย่างมีประสิทธิภาพ	4.23	.55	ระดับมาก

จากตารางที่ 2 แสดงการรับรู้คุณค่าการอบรมเลี้ยงดูของบุพการี มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.63 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ที่ 0.62 แสดงว่าโดยเฉลี่ยแล้ว เด็กวัยรุ่นตอนปลายมีการรับรู้คุณค่าการอบรมเลี้ยงดูของบุพการีในระดับปานกลางถึงดี โดยมีค่าความแปรปรวนไม่สูงมากนัก ซึ่งหมายความว่าคะแนนการเห็นคุณค่าการอบรมเลี้ยงดูของเด็กวัยรุ่นส่วนใหญ่กระจายใกล้เคียงกับค่าเฉลี่ย การตั้งใจที่จะเรียนรู้ มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.45 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ที่ 0.54 แสดงว่าเด็กวัยรุ่นตอนปลายมีการตั้งใจที่จะเรียนรู้ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกับระดับดีมาก และค่าความแปรปรวนค่อนข้างต่ำ ซึ่งหมายความว่าคะแนนการตั้งใจที่จะเรียนรู้ของเด็กวัยรุ่นส่วนใหญ่กระจายใกล้เคียงกับค่าเฉลี่ย การ

ปรับตัวมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.32 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ที่ 0.58 แสดงว่าเด็กวัยรุ่นตอนปลายมีการปรับตัวในระดับสูง โดยมีค่าความแปรปรวนปานกลาง ซึ่งหมายความว่าคะแนนการปรับตัวของเด็กวัยรุ่นส่วนใหญ่กระจายใกล้เคียงกับค่าเฉลี่ย การจัดการเวลาและกิจกรรมนอกห้องเรียนอย่างมีประสิทธิภาพ มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.23 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ที่ 0.55 แสดงว่าเด็กวัยรุ่นตอนปลายมีการจัดการเวลาและกิจกรรมนอกห้องเรียนอย่างมีประสิทธิภาพในระดับสูง โดยมีค่าความแปรปรวนค่อนข้างต่ำ ซึ่งหมายความว่าคะแนนการจัดการเวลาของเด็กวัยรุ่นส่วนใหญ่กระจายใกล้เคียงกับค่าเฉลี่ย

ตารางที่ 3 ตารางเมตริกส์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการรับรู้คุณค่าการอบรมเลี้ยงดูของบุพการี การตั้งใจที่จะเรียนรู้ การปรับตัวและการจัดการเวลาและกิจกรรมนอกห้องเรียนอย่างมีประสิทธิภาพของเด็กวัยรุ่นตอนปลาย (n = 55 คน)

ตัวแปร	1	2	3	4
1. การรับรู้คุณค่าการอบรมเลี้ยงดูของบุพการี	1.00			
2. การตั้งใจที่จะเรียนรู้	0.85	1.00		
3. การปรับตัว	0.78	0.89	1.00	
4. การจัดการเวลาและกิจกรรมนอกห้องเรียนอย่างมีประสิทธิภาพ	0.72	0.81	0.83	1.00

จากตาราง 3 พบว่า ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ มีค่าเป็นบวกและมีความสำคัญทางสถิติทั้งหมด ซึ่งบ่งชี้ว่าตัวแปรเหล่านี้มีความสัมพันธ์กันในทิศทางเดียวกัน โดยการรับรู้คุณค่าการอบรมเลี้ยงดูของบุพการีกับการตั้งใจที่จะเรียนรู้มีค่าสหสัมพันธ์เท่ากับ

0.85 ซึ่งอยู่ในระดับสูง นอกจากนี้ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างการปรับตัวกับ การตั้งใจที่จะเรียนรู้ มีค่าเท่ากับ 0.89 ซึ่งอยู่ในระดับสูงที่สุด วัยรุ่นตอนปลายคนที่มีความตั้งใจในการเรียนรู้นี้จะมีความสามารถในการปรับตัวที่ดี ส่วนค่าสหสัมพันธ์ระหว่างการจัดการเวลาและกิจกรรมนอก

ห้องเรียนอย่างมีประสิทธิภาพกับตัวแปรอื่น ๆ ก็มีค่าสูงด้วย เช่น 0.72 กับ การรับรู้คุณค่าการอบรมเลี้ยงดูของบุพการี และ 0.81 กับ การตั้งใจที่จะเรียนรู้ และ 0.83 กับ การปรับตัว ซึ่งบ่งชี้ว่าความสามารถในการจัดการเวลา

และกิจกรรมนอกห้องเรียนอย่างมีประสิทธิภาพสูงช่วยสนับสนุนการรับรู้คุณค่าการอบรมเลี้ยงดูของบุพการี การตั้งใจที่จะเรียนรู้ การปรับตัวของเด็กวัยรุ่นตอนปลายเช่นกัน

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multivariate Multiple Regression) ระหว่างการรับรู้คุณค่าการเลี้ยงดูของบุพการีกับความตั้งใจที่จะเรียนรู้ การปรับตัว และการจัดการเวลาและกิจกรรมนอกห้องเรียนของวัยรุ่นตอนปลาย ($n = 55$ คน)

ตัวแปรตาม	β	Intercept	R^2	p-value
Y1: ตั้งใจเรียนรู้	0.717	0.673	0.431	0
Y2: การปรับตัว	0.744	1.239	0.343	0
Y3: จัดการเวลา	0.391	2.026	0.153	0.003

จากตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multivariate Multiple Regression) แสดงให้เห็นว่า การรับรู้คุณค่าการเลี้ยงดูของบุพการีมีอิทธิพลต่อทั้งความตั้งใจในการเรียนรู้ ($R^2 = .431$, $p < .001$), ความสามารถในการปรับตัว ($R^2 = .343$, $p < .001$), และการจัดการเวลาและกิจกรรมนอกห้องเรียนอย่างมีประสิทธิภาพ ($R^2 = .153$, $p = .003$) ของวัยรุ่นตอนปลาย โดยค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย (β) ทุกค่าแสดงความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผลการวิจัย

ตัวอย่างผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 90.91 โดยมีอายุเฉลี่ย 19.62 ปี ($S.D. = 1.32$) ในกลุ่มตัวอย่างนี้มีนักศึกษาจำนวน 46 คน (ร้อยละ 83.64) ที่กู้ยืมเงินกองทุนเงินให้กู้ยืมเพื่อการศึกษา (กยศ.) สำหรับค่าครองชีพของนักศึกษา พบว่ามีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 9,059 บาทต่อเดือน ($S.D. = 6,942$, สูงสุด = 40,000, ต่ำสุด = 3,500) บริบทของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพฯ พบว่าสถานะทางการเงินและความจำเป็นในการใช้จ่ายของนักศึกษา

มีความหลากหลาย เช่น บางคนจำเป็นต้องจ่ายเงินเพิ่มสำหรับการเรียนเสริมด้านภาษาอังกฤษ หรือค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา นอกจากนี้มหาวิทยาลัยกำหนดให้นักศึกษาชั้นปีที่ 1 พักอาศัยในหอพักของมหาวิทยาลัย ซึ่งส่งผลต่อการจัดการค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันของนักศึกษา

1. ผลการวิจัยที่กล่าวถึงมีการแสดงค่าเฉลี่ยของปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาของเด็กวัยรุ่นตอนปลาย เช่น การอบรมเลี้ยงดู การตั้งใจที่จะเรียนรู้ การปรับตัว และการจัดการเวลาและกิจกรรมนอกห้องเรียน โดยที่ค่าสูงของแต่ละปัจจัยสามารถอธิบายได้ดังนี้ ระดับคุณค่าการอบรมเลี้ยงดูของบุพการีระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 3.63) ค่าเฉลี่ยที่ 3.63 แสดงให้เห็นว่าการอบรมเลี้ยงดูของบุพการีมีผลกระทบต่อการพัฒนาของเด็กวัยรุ่นตอนปลายในทางบวก ซึ่งผลกระทบนี้อาจจะเป็นการส่งเสริมการเข้าใจและมีความรับผิดชอบในตัวเองในทางที่ดี โดยบุพการีมีส่วนช่วยในการสร้างพื้นฐานที่ดีในชีวิตเด็กวัยรุ่น การศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Zimmerman (2000) ที่กล่าวว่า Self-efficacy: An essential motive to learn โดยมีข้อความสำคัญในงานวิจัยที่กล่าวว่า การสนับสนุนและการส่งเสริมจาก



ผู้ปกครองหรือบุพการีสามารถเพิ่มความมั่นใจในตนเอง (Self-efficacy) ของวัยรุ่น และมีผลต่อพฤติกรรมการเรียนรู้ของพวกเขาได้อย่างมาก นอกจากนี้บุพการียังมีบทบาทสำคัญในการสร้างความมั่นคงทางอารมณ์และเสริมสร้างทักษะการเผชิญปัญหาที่ช่วยให้เด็กวัยรุ่นสามารถรับมือกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ดีขึ้น การตั้งใจที่จะเรียนรู้ระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 4.45) อธิบายว่าเด็กวัยรุ่นตอนปลายมีความตั้งใจที่จะเรียนรู้สูง ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาและการเตรียมความพร้อมสำหรับอนาคต การที่มีความตั้งใจในการเรียนรู้สูงสามารถช่วยให้เด็กวัยรุ่นสามารถปรับตัวและจัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ดียิ่งขึ้น การศึกษาในประเด็นนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Cheung et al. (2016) ซึ่งกล่าวถึงบทบาทของ การตั้งใจเรียนรู้ (Self-esteem) ในการปรับตัวและการเผชิญปัญหาของนักศึกษาพยาบาล โดยอ้างว่า การมีความมั่นใจในตัวเองและการตั้งใจที่จะเรียนรู้เป็นปัจจัยที่สำคัญในการพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาของนักศึกษา และการจัดการกับความท้าทายในชีวิตได้ดีขึ้น

การปรับตัวของเด็กวัยรุ่นตอนปลายอยู่ในระดับสูง (ระดับค่าเฉลี่ย 4.32) แสดงให้เห็นว่าเด็กในช่วงวัยนี้สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในชีวิตได้อย่างดีและมีประสิทธิภาพ การปรับตัวที่ดีช่วยให้สามารถเผชิญกับความท้าทายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ บริบทของนักศึกษาพยาบาลที่ต้องเผชิญกับแรงกดดันทั้งด้านวิชาการ หลายด้านไปพร้อมกันความสามารถในการรับรู้คุณค่าจากบุพการีไม่เพียงแต่ช่วยให้เกิดความตั้งใจเรียน แต่ยังเป็นพลังภายในที่ส่งเสริมการปรับตัวทางอารมณ์และสังคม ตลอดจนการบริหารเวลา ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งในผู้เรียนหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ การจัดการเวลาแม้มีค่า R^2 น้อยที่สุดใน 3 ตัวแปร แต่ยังมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าการเลี้ยงดูที่ดีมีผลในทางอ้อมที่อาจขยายผลผ่านความตั้งใจและการปรับตัวก่อนจะส่งผลต่อพฤติกรรมจัดการเวลาในที่สุด

ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับทฤษฎีของ Bandura (1977) ที่ให้ความสำคัญกับพฤติกรรมเกิดจาก

การสังเกตแบบอย่างจากบุคคลใกล้ชิด การรับรู้คุณค่าการอบรมเลี้ยงดูของบุพการีส่งผลต่อการปรับตัวของวัยรุ่น ที่กล่าวถึงบทบาทของการเรียนรู้ผ่านการสังเกตและการสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งช่วยพัฒนาพฤติกรรมการเรียนรู้ของวัยรุ่น และทฤษฎี Self-Efficacy ของ Zimmerman (2000) ที่ให้ความสำคัญกับความมั่นใจในตนเองและทักษะการควบคุมตนเองเป็นพื้นฐานของการเรียนรู้ การรับรู้คุณค่าการเลี้ยงดูส่งผลต่อความตั้งใจในการเรียนรู้ และการจัดการเวลา ซึ่งให้เห็นว่าความมั่นใจในตนเองซึ่งเกิดจากพื้นฐานการเลี้ยงดูที่มีคุณภาพ ช่วยส่งเสริมการวางแผน การเรียนรู้ และการควบคุมตนเอง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Cheung et al. (2016) และ McDermott-Levy (2011) ที่พบว่า การสนับสนุนทางอารมณ์และสัมพันธภาพในครอบครัว ส่งผลต่อความสามารถในการจัดการกับชีวิตในมหาวิทยาลัยอย่างมั่นคง ผลการวิจัยสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของ Bandura ที่ชี้ให้เห็นว่า ประสบการณ์ทางสังคมและแบบอย่างจากครอบครัว (โดยเฉพาะบุพการี) มีผลต่อการพัฒนาพฤติกรรมปรับตัวของวัยรุ่นตอนปลาย ดังนั้นผลการวิจัยสนับสนุนทฤษฎีของ Zimmerman ที่เสนอว่า ความมั่นใจในตนเอง (Self-efficacy) และการควบคุมตนเอง (Self-regulation) เป็นผลจากประสบการณ์ทางสังคมที่ดี โดยเฉพาะจากครอบครัว ซึ่งส่งเสริมให้เยาวชนสามารถจัดการชีวิตและเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การจัดการเวลาและกิจกรรมนอกห้องเรียนอย่างมีประสิทธิภาพอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 4.23) ซึ่งสะท้อนว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถบริหารเวลาได้อย่างเหมาะสม ทั้งในการเรียน การพักผ่อน และการทำกิจกรรมเสริมทักษะอื่น ๆ การจัดการเวลาที่มีประสิทธิภาพถือเป็นทักษะสำคัญในช่วงวัยรุ่นตอนปลาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลที่มีภาระงานมาก ทั้งทางทฤษฎีและปฏิบัติ ดังนั้นการสามารถแบ่งเวลาอย่างสมดุลจะช่วยลดความเครียดและเพิ่มความพร้อมในการเผชิญกับภาระหน้าที่ต่าง ๆ ได้อย่างมั่นใจ

ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับงานของ Zimmerman (2000) ซึ่งระบุว่า การจัดการเวลาและการควบคุมตนเอง เป็นองค์ประกอบสำคัญของความสามารถในการเรียนรู้ด้วยตนเอง (Self-regulated learning) โดยเฉพาะในนักศึกษาระดับอุดมศึกษา การจัดสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ที่เหมาะสมและการมีวินัยในการใช้เวลา จะช่วยให้ผู้เรียนสามารถพัฒนาตนเองได้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ ยังตรงกับแนวคิด การเรียนรู้เชิงรุก (Active learning) ของ Fredricks et al. (2004) ที่เน้นว่าผู้เรียนซึ่งสามารถจัดการกิจกรรมของตนเองได้ดี มักมีแนวโน้มที่จะมีส่วนร่วมในการเรียนรู้มากขึ้น และประสบความสำเร็จทางวิชาการ สูงกว่า อย่างไรก็ตาม แม้ผลการวิจัยแสดงระดับค่าเฉลี่ยที่สูง แต่การวิเคราะห์ถดถอยพบว่าอิทธิพลของการรับรู้คุณค่าการเลี้ยงดูต่อการจัดการเวลา ($R^2 = .153$) มีค่าต่ำกว่าเมื่อเทียบกับความตั้งใจในการเรียนรู้ ($R^2 = .431$) และการปรับตัว ($R^2 = .343$) สะท้อนให้เห็นว่าการจัดการเวลานั้นอาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยอื่นร่วมด้วย เช่น บุคลิกภาพ การฝึกฝนส่วนตัว หรือการได้รับคำแนะนำจากครูและเพื่อน ดังนั้น ผู้ปกครองและสถาบันการศึกษา ควรส่งเสริมทั้งทักษะการรับรู้คุณค่าตนเองและความสามารถในการวางแผนเวลา เพื่อเตรียมความพร้อมให้เยาวชนสามารถจัดการชีวิตตนเองได้ดีเมื่อเผชิญกับบริบทจริงในสังคม

2. การรับรู้คุณค่าการอบรมเลี้ยงดูของบุพการีมีอิทธิพลต่อการตั้งใจที่จะเรียนรู้ของเด็กวัยรุ่นตอนปลาย ร้อยละ 43.1, ต่อการปรับตัว ร้อยละ 34.3 และต่อการจัดการเวลาและกิจกรรมนอกห้องเรียนอย่างมีประสิทธิภาพ ร้อยละ 15.3 ($R^2 = .431, .343$ และ $.153$ ตามลำดับ, $p < .01$) ซึ่งสะท้อนว่า การรับรู้คุณค่าจากการอบรมเลี้ยงดูมีผลสำคัญต่อพฤติกรรมของวัยรุ่น โดยเฉพาะด้านการเรียนรู้และการใช้ชีวิต

การรับรู้คุณค่าการอบรมเลี้ยงดูจากบุพการีมีอิทธิพลในหลายด้าน เนื่องจากพฤติกรรมและทัศนคติของเด็กวัยรุ่นส่วนใหญ่มักได้รับอิทธิพลจากครอบครัว โดยเฉพาะการอบรมสั่งสอนให้เห็นถึงความสำคัญของ

การเรียนรู้ การแบ่งเวลา และการมีวินัยในการใช้ชีวิตประจำวัน สิ่งเหล่านี้ช่วยส่งเสริมพฤติกรรมเชิงบวกทั้งด้านการเรียนรู้ การปรับตัวในสถานศึกษา และการพัฒนาทักษะทางสังคมสำหรับนักศึกษาพยาบาลกลุ่มนี้ ซึ่งอยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนปลายและอยู่ในระบบที่ส่งเสริมการฝึกฝนอย่างมืออาชีพตั้งแต่ปีหนึ่งเทอมแรก ยังได้รับการปลูกฝังจากครอบครัวที่ให้ความสำคัญกับการศึกษา และชีวิตที่มีคุณค่า ยังมีแนวโน้มจะพัฒนาไปเป็นผู้เรียนรู้ที่มีจุดมุ่งหมาย มีความตั้งใจ และปรับตัวได้ดีภายใต้สถานการณ์ความท้าทาย

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของ Bandura (1977) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการเรียนรู้ผ่านการสังเกตและแบบอย่างจากบุคคลใกล้ชิด เช่น บุพการี มีผลต่อพฤติกรรมและทัศนคติของเด็กอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ยังสัมพันธ์กับ ทฤษฎีการปรับตัวของ Roy (2009) ซึ่งอธิบายว่าการปรับตัวเป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยทั้งประสบการณ์และการสนับสนุนจากบริบทแวดล้อม โดยเฉพาะครอบครัว

กล่าวโดยสรุป งานวิจัยนี้ยืนยันว่าบุพการีมีบทบาทสำคัญในการสร้างรากฐานให้กับเด็กวัยรุ่น ไม่เพียงแต่ด้านการเรียนรู้ แต่รวมถึงทักษะการใช้ชีวิต การควบคุมตนเอง และความสามารถในการจัดการตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อจำกัดหนึ่งของงานวิจัย

กลุ่มตัวอย่างจำกัดเฉพาะนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 จากมหาวิทยาลัยเพียงแห่งเดียว ซึ่งอาจไม่สะท้อนความหลากหลายของประสบการณ์ชีวิตและบริบททางสังคมของนักศึกษาพยาบาลในภาพรวม ดังนั้น จึงควรขยายกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยอนาคตให้ครอบคลุมหลากหลายสถาบัน และพิจารณากลุ่มนักศึกษาต่างชั้นปี เพื่อให้ได้ข้อค้นพบที่สามารถสรุปในระดับกว้างมากขึ้น



ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยชี้ว่าการรับรู้คุณค่าการอบรมเลี้ยงดูจากบุพการีส่งผลต่อพฤติกรรมเชิงบวกของวัยรุ่น โดยเฉพาะการตั้งใจเรียนรู้ การปรับตัว และการจัดการเวลาอย่างมีประสิทธิภาพ จึงควรส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างบุพการีกับบุตรหลานผ่านกิจกรรมสร้างเสริมพฤติกรรมการเรียนรู้ ผลวิจัยนี้สามารถประยุกต์ใช้ในการพัฒนาศักยภาพนักศึกษาพยาบาล โดยเฉพาะในบริบทของการวางแผนกิจกรรมส่งเสริมทักษะชีวิตในระดับมหาวิทยาลัย

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในอนาคต

2.1 เนื่องจากการศึกษานี้ดำเนินการกับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 จากมหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ เพียงแห่งเดียว จึงควรขยายขอบเขตการวิจัยไปยังมหาวิทยาลัยอื่น ๆ เพื่อเปรียบเทียบผลกระทบของการรับรู้คุณค่าการอบรมเลี้ยงดูในกลุ่มที่มีภูมิหลังและประสบการณ์ชีวิตที่หลากหลาย

2.2 ควรดำเนินการวิจัยแบบติดตามผลในระยะยาว (Longitudinal Study) เพื่อศึกษาผลกระทบของการรับรู้คุณค่าการเลี้ยงดูจากบุพการีต่อการพัฒนาทักษะด้านต่าง ๆ ของนักศึกษาพยาบาลในแต่ละปีการศึกษา การศึกษาปัจจัยอื่นที่อาจส่งผลต่อการจัดการเวลา เช่น บุคลิกภาพ หรือสภาพแวดล้อมทางการศึกษา และในช่วงเปลี่ยนผ่านของชีวิตการเรียน เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

- เกศรา เสนงาม, นงนภัส วิสุทธิ, และศศิพันธ์ ศุภมนตรี. (2556). ผลการฝึกปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นต่อนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3. *ศูนย์สนับสนุนและพัฒนาการเรียนการสอน มหาวิทยาลัยรังสิต*.
- ปิยพงศ์ สอนลบ, สุวรรณ ศรีอยสงค์, สุภาณี คลังฤทธิ์ สมพรเทียนขาว, นันทวรรณ อีรพงศ์, และฉันทนา โสวัตร. (2567). อิทธิพลของการเผชิญปัญหาและความเข้มแข็งทางใจต่อความเครียดของนักศึกษาพยาบาลที่ฝึกวิชาปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 32(1), 38-48.
- วณัญญา แก้วแก้วปาน. (2560). สัมพันธภาพครอบครัวกับปัญหาการกระทำผิดในวัยรุ่น. *Veridian E-Journal ฉบับภาษาไทย, สาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะ มหาวิทยาลัยศิลปากร*. 10(1), 361-371.
- สุรางค์ ไคว้ตระกูล. (2550). *จิตวิทยาการศึกษา*. (พิมพ์ครั้งที่ 7). โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวรรณ ศรีอยสงค์, สุภาณี คลังฤทธิ์, ปิยพงศ์ สอนลบ, จินดาวรรณ เจริญศรี, นันทวรรณ อีรพงศ์ และขวัญสุรีย์ อภิจันทร์เมธากุล (2567). ผลการใช้กิจกรรมจิตตปัญญาศึกษาเพื่อลดความเครียดและส่งเสริมการเผชิญปัญหาของนักศึกษาพยาบาลในวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 32(2), 52-65.
- Aaltonen, S. (2013). 'Trying to push things through': Forms and bounds of agency in transitions of school-age young people. *Journal of Youth Studies*, 16(3), 375-390
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Prentice Hall.
- Best, J. W., & Kahn, J. V. (2014). *Research in education* (10th ed). Pearson Education.
- Bonwell, C. C., & Eison, J. A. (1991). *Active learning: Creating excitement in the classroom*. ASHE-ERIC Higher Education Reports.
- Casey, A. M., & Wilson, J. L. (2015). *Nursing education in the United States: Challenges and opportunities*. Springer Publishing Company.



- Cheung, R., Au, A., & Ngai, F. (2016). Self-esteem and adaptation in nursing students: A longitudinal study. *Journal of Nursing Education*, 55(10), 583–588.
- Degrande, T., Verschaffel, L., & Van Dooren, W. (2018). Beyond additive and multiplicative reasoning abilities: How preference enters the picture. *European Journal of Psychology of Education*, 33(4), 559–576.
- Fredricks, J. A., Blumenfeld, P. C., & Paris, A. H. (2004). School engagement: Potential of the concept, state of the evidence. *Review of Educational Research*, 74(1), 59–109.
- Henseler, J., Ringle, C. M., & Sarstedt, M. (2015). A new criterion for assessing discriminant validity in variance-based structural equation modeling. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 43(1), 115–135.
- Kirkwood, A., & Price, L. (2014). *Technology-enhanced learning: The next generation*. Routledge.
- Knowles, M. S. (1975). *Self-directed learning: A guide for learners and teachers*. Association for Supervision and Curriculum Development.
- Krejcie, R.V., & D.W. Morgan. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607–610.
- McDermott-Levy, R. (2011). *Caring science, mindful practice: Nursing the self, nursing the world*. Jones & Bartlett Learning.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2006). *Nursing research: Principles and methods* (7th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Roy, C. (2009). *The Roy adaptation model: Nursing theory in practice*. Springer Publishing Company.
- Seligman, M. E. P. (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. Simon & Schuster.
- Van Iersel, M., Hermens, R. P., & Hulscher, M. E. J. L. (2016). Competency-based education in undergraduate medical education: A systematic review from the Netherlands. *Perspectives on Medical Education*, 5(4), 218–227.
- Vygotsky, L. S. (1978). *Mind in society: The development of higher psychological processes*. Harvard University Press.
- Zimmerman, B. J. (2000). Self-efficacy: An essential motive to learn. *Contemporary Educational Psychology*, 25(1), 82–90.



การจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจากโรคโควิด 19 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

Received: January 20, 2025

Revised: June 16, 2025

Accepts: June 18, 2025

กุลิสรา เพื่องมะนะกุล¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
สุกฤตา ตะการีย์²(พย.ม.),

บทคัดย่อ

ปัจจุบันการแพร่ระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) เป็นการแพร่กระจายอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยที่มีภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจากโรคโควิด 19 โดยมากเป็นผู้สูงอายุ การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจากโรคโควิด 19 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยประยุกต์แนวคิดการจัดการตนเอง Self-Management ของเครียร์ โดยนำมาประยุกต์ใช้ในทางการพยาบาลให้เข้ากับบริบทของผู้สูงอายุ เก็บข้อมูลเดือนพฤศจิกายน 2565 - เมษายน 2567 การสัมภาษณ์ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ รายได้ต่อเดือน การพักอาศัย โรคประจำตัว 2) ประเมินการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ 3) สอบถามการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ 4) ประเมินการติดตามอาการผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจากโรคโควิด 19 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างอายุ 60 ปีขึ้นไปแบบเจาะจง จำนวน 30 ท่าน ติดตามอาการหลังจำหน่ายกลับบ้าน 2 ครั้ง สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 ติดตามอาการ 3 เดือน และสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 ติดตามอาการ 6 เดือน ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูล 1) ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) เก็บข้อมูลนำมาวิเคราะห์ตามกรอบแนวคิด ซึ่งการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจากโรคโควิด 19 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสามารถจัดการตนเองได้ดี

ผลการวิจัยพบว่า การจัดการตนเองตามแนวคิด Self-Management ที่ได้นำมาประยุกต์ใช้ให้การพยาบาลดูแลผู้สูงอายุหลังจากที่ติดเชื้อไวรัสโควิด 2019 ลงปอดหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เมื่อกลับไปอยู่บ้านสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างมีคุณภาพ และลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนในระยะยาวได้

คำสำคัญ: การจัดการตนเอง, ผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจากโรคโควิด 19

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาล โรงพยาบาลสามพราน), Thailand

²อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม, Thailand

²Corresponding author: Sukritakaree@gmail.com



Self-management of Elderly with COVID-19 Pneumonia after Discharge from the Hospital.

Kulitsara Fuangmanakul¹(RN, Senior Professional Level)

Sukrita Takaree²(M.N.S.)

Abstract

The current outbreak of the coronavirus (COVID-19) is spreading rapidly. Most patients with COVID-19 Pneumonia are elderly. This Qualitative research studies aimed to study the Self-management of elderly with COVID-19 pneumonia after discharge from the hospital by applying the concept of self-management from Creer in nursing to the context of the elderly. Data was collected from November 2022 to April 2024. The interview consisted of 1) questionnaire on personal data such as gender, age, education level, status, occupation, monthly income, residence, and underlying diseases. 2) Assessment of self-management of the elderly. 3) Inquiry into self-management of the elderly. 4) Assessment of follow-up of symptoms of elderly with COVID-19 Pneumonia after discharge from the hospital. A specific sample of 30 people aged 60 years and over was selected. Symptoms were followed up twice after discharge: the first interview was for 3 months, and the second interview was for 6 months. The researcher analyzed the data: 1) General data using descriptive statistics, percentages, means, and standard deviations; 2) Data was collected and analyzed according to the conceptual framework. Self-management of elderly with COVID-19 Pneumonia after discharge from the hospital was good.

The results showed that: The concept of Self-Management has been applied to nursing care for the Self-management of elderly with COVID-19 Pneumonia after discharge from the hospital. When returning home, they can live their daily lives with quality and reduce the risk of long-term complications.

KEYWORDS: Self-management, Elderly with COVID-19 Pneumonia.

¹Registered Nurse, Senior Professional Level (Nursing Department, Sampran Hospital), Thailand

²Faculty of Nursing, Siam University, Thailand

²Corresponding author: Sukritatakaree@gmail.com



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากการศึกษาบทความและงานวิจัย ผู้วิจัยพบว่า ประชากรผู้สูงอายุเป็นวัยที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) ได้ง่ายที่สุด ถึงจะมีสุขภาพที่แข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัวมาก่อนก็ตาม เนื่องจากร่างกายมีความเสื่อม และระบบภูมิคุ้มกันโรคลดลงตามอายุขัย การติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) อาจจะทำให้เสี่ยงเสียชีวิตสูง อิทธิพล ดวงจินดาและคณะ (2564) กล่าวถึงในผู้สูงอายุนั้นมีการรับรู้ความสามารถของการดูแลตนเองได้ในระดับปานกลาง และการป้องกันโควิด-19 ยังอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ดังนั้นจึงควรส่งเสริมกิจกรรมให้ผู้สูงอายุมีการจัดการตนเองให้ดียิ่งขึ้น ในผู้ป่วยที่ติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) จะมีอาการระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ มีไข้ ไอ มีน้ำมูก หายใจถี่ และหายใจลำบาก อาจมีอาการทางระบบอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น จมูกไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่รับรส มีผื่น ตาแดง และถ่ายเหลว ในกรณีที่อาการรุนแรงมาก อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดบวม การรักษาจะมีการรักษาแบบประคับประคอง รักษาตามอาการ เพื่อบรรเทาอาการป่วย และการให้ยาต้านไวรัสในรายที่มีอาการมาก การจัดการตนเองในวัยสูงอายุ เพื่อที่จะดูแลตนเองหลังเกิดภาวะแทรกซ้อนปอดอักเสบติดเชื้อจากโรคโควิด 19 เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน อาจจะไม่ดีเท่าวัยหนุ่มสาว (บรรลุ ศิริพานิช และสมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2563) ตรวจสอบข้อมูลจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 ราชบุรี พบจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID - 19) ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2565 – 15 พฤษภาคม 2565 จำนวน 254,851 ราย ในจังหวัดนครปฐมจำนวน 44,552 ราย (กรมควบคุมโรค, 2564) ในกลุ่มผู้สูงอายุในโรงพยาบาลสามพราน พบจำนวน 2,279 ราย ที่ได้รับเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) และมีการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลสามพราน และมีภาวะแทรกซ้อนเป็นปอดบวมจำนวน 57 ราย (รายงานสถิติจากโรงพยาบาลสามพราน, 2565)

ผู้วิจัยเห็นความสำคัญการจัดการตนเองในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจากโรคโควิด 19 เมื่อ

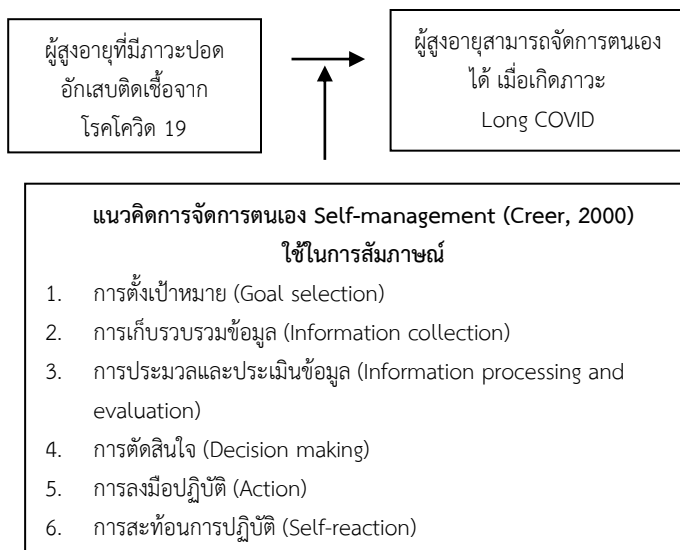
กลับไปอยู่ที่บ้าน ซึ่งผู้สูงอายุเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติที่ระบบทางเดินหายใจ ส่งผลให้เกิดขีดจำกัดในการดำเนินชีวิตในผู้ป่วยสูงอายุ ผู้วิจัยจึงได้นำแนวทางการจัดการตนเอง Self-management (Creer, 2000 อ้างถึงใน สุพัตรา สิทธิวัง, 2560) มาประยุกต์ใช้ในทางการพยาบาล เพื่อดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจากโรคโควิด 19 เป็นการให้การพยาบาลที่มุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุได้ดำเนินชีวิตได้ปกติที่ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจากโรคโควิด 19 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

กรอบแนวคิดของการวิจัย

กรอบแนวคิดของการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดการจัดการตนเอง Self-management (Creer, 2000 อ้างถึงใน สุพัตรา สิทธิวัง, 2560) มาใช้ในการพยาบาลให้เข้ากับบริบทของผู้สูงอายุ เพื่อบ่งชี้ให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจากโรคโควิด 19 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สามารถดำเนินชีวิตได้ปกติที่ดียิ่งขึ้น



ผู้วิจัยนำเครื่องมือการสัมภาษณ์ ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจากโรคโควิด 19 แบบสอบถามการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจากโรคโควิด 19 และแบบประเมินการติดตามอาการผู้ป่วยผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจากโรคโควิด 19 ปรีกษาทรงคุณวุฒิ พิจารณาเนื้อหาและความครอบคลุม ตรวจสอบแก้ไข ภาษาที่ใช้ นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความสอดคล้องต่อวัตถุประสงค์ ความชัดเจนและความเหมาะสมของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ มีค่าดัชนีความตรงด้านเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ 0.80 ทำการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Tryout) กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน หลังจากนั้นทดสอบความเชื่อมั่นของแบบวัดโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม 0.90

เก็บข้อมูลโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ ซึ่งแบ่งหัวข้อการสัมภาษณ์ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจากโรคโควิด 19 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ รายได้ต่อเดือนประเมินค่าใช้จ่าย การพักอาศัยอยู่กับใคร และมีโรคประจำตัวหรือไม่ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ และเติมคำ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจากโรคโควิด 19 เป็นการประเมินว่าผู้ป่วยได้มีการจัดการตนเองอย่างไร ขณะอยู่ที่บ้านซึ่งประกอบด้วย 1) เมื่อมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก เป็น ๆ หาย ๆ ท่านจะไปพบแพทย์ 2) ท่าน

หลีกเลี่ยงอาหารหวาน อาหารที่มีไขมันสูง กะทิ และไข่แดง 3) ท่านเลือกรับประทานอาหารที่มีไขมันน้อย เช่น ปลา ผัก ผลไม้ และอาหารที่มีกากมาก ๆ เช่น รำข้าว ข้าวโพด ข้าวสาลี เป็นต้น 4) ท่านหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ และการอยู่ใกล้ผู้ที่สูบบุหรี่ เพราะในบุหรี่มีสารนิโคติน และสารอื่น ๆ ที่จะทำอันตรายต่อผนังปอดด้านในของหลอดเลือด การสูบบุหรี่ ยังทำให้หลอดเลือดหัวใจหดตัว เป็นการลดปริมาณเลือดที่จะไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ 5) ท่านสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ เพื่อประเมินว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจากโรคโควิด 19 สามารถจัดการตนเองได้ดีหรือไม่

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจากโรคโควิด 19 คำถามประกอบด้วย การสอบถามการจัดการตนเองได้ตามคำแนะนำ หรือมีการตัดสินใจปฏิบัติตามการตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้วิจัยบ่อยครั้งเพียงใด

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการติดตามอาการผู้ป่วยผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจากโรคโควิด 19 โดยสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัวพร้อมกับการบันทึกเสียง บทสนทนาและจดบันทึก เพื่อนำมาใช้ถอดบทความสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ระยะก่อนดำเนินการ

1.1 ผู้วิจัยขอหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลทำงานวิจัยจากจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม และนำเสนอถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล และหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสามพราน เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล

1.2 ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยกับผู้อำนวยการโรงพยาบาล และหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล ในการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2565 - เมษายน พ.ศ. 2567



1.3 ติดตามผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบ ติดเชื้อจากโรคโควิด 19 หลังจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาลที่มีอายุ 60 ปี ไม่มีปัญหาในการสื่อสาร สามารถสื่อสารได้เข้าใจ จำนวน 30 ท่าน

2. ระยะการดำเนินการวิจัย

2.1 ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุที่มี ภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจากโรคโควิด 19 หลังจำหน่าย ออกจากโรงพยาบาล ที่มีอายุ 60 ปี ที่พักรักษาใน โรงพยาบาลสามพรานจากเวชระเบียน

2.2 เข้าสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ตามเวลานัดหมาย โดยใช้เวลาสัมภาษณ์ต่อคนไม่เกิน 15 - 30 นาที ใช้วิธีการจดบันทึก เพื่อนำมาใช้ถอดความสำหรับการ วิเคราะห์ข้อมูล

2.3 ผู้วิจัยเข้าสวัสดิ์ และกล่าวทักทายผู้ถูก สัมภาษณ์ และขณะสัมภาษณ์ ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบ ประเมินการจัดการตนเอง จำนวน 5 ข้อ เกี่ยวกับการ ปฏิบัติ หรือไม่ปฏิบัติ ในการจัดการตนเอง เช่น ผู้วิจัยได้ สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเมื่อมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก เป็น ๆ หาย ๆ ปฏิบัติตนอย่างไร ผู้ถูกสัมภาษณ์ได้พูดเล่า เรื่องตามความเป็นจริงที่เกิดขึ้น และเปิดโอกาสให้ผู้ถูก สัมภาษณ์ ซักถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ตลอดเวลา เป็นการ พูดคุยอย่างเป็นกันเอง และผู้ถูกสัมภาษณ์อนุญาตให้มี การจดบันทึกได้ตลอดการสนทนา

2.4 กลุ่มตัวอย่างตอบการจัดการตนเองของ ผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจากโรคโควิด 19 ของแบบสอบถามส่วนที่ 3 ผู้วิจัยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ในการปฏิบัติตนตามคำแนะนำบ่อยครั้งเพียงใดขณะอยู่ ที่บ้าน แล้วประมวลและประเมินข้อมูลที่ถูกสัมภาษณ์ได้ เล่าอย่างอิสระ ผู้วิจัยได้ทำการพูดคุยสะท้อนวิธีการ ปฏิบัติตนของผู้ถูกวิจัย หลังจากรับฟังการเล่าเหตุการณ์ จนจบในแต่ละครั้งที่สนทนา

2.5 ผู้วิจัยทำการประเมินติดตามอาการผู้ป่วย ผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจากโรคโควิด 19

ด้วยโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผู้สูงอายุที่มีภาวะ ปอดอักเสบติดเชื้อจากโรคโควิด 19 ที่มีปัญหาทางระบบ ทางเดินหายใจและการนอนหลับ เป็นระยะเวลา 6 เดือน ติดตาม 2 ครั้ง โดยการสัมภาษณ์ครั้งที่ 1 จะติดตาม อาการหลังจำหน่ายกลับบ้าน 3 เดือน การสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 ติดตามอาการหลังจำหน่ายกลับบ้าน 6 เดือน และ ทุกครั้งจะมีการสอบถามถึงอาการที่พบบ่อยมี 6 ระบบ ดังนี้ ระบบประสาท ระบบทางจิตใจ ระบบหัวใจและ หลอดเลือด ระบบทางเดินหายใจ ระบบผิวหนัง และ อาการผิดปกติทั่วไป ได้แก่ อ่อนเพลีย ปวดเมื่อย กล้ามเนื้อ ปวดตามข้อ

2.2.1 หลังจากสัมภาษณ์เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัย แสดงความขอบคุณ พร้อมกับมอบของที่ระลึกให้ผู้ถูก สัมภาษณ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะปอด ออักเสบติดเชื้อจากโรคโควิด 19 ที่รับการรักษา ในโรงพยาบาลสามพราน อาศัยในสถานที่แออัด มีกลุ่ม แรงงานต่างด้าวอาศัยร่วมในชุมชน และเป็นพื้นที่เสี่ยงต่อ การสัมผัสโรคโควิด 19 จำนวน 30 ท่าน โดยมีเกณฑ์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusive criteria) ดังนี้

1. เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจาก โรคโควิด 19 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ที่มีอายุ 60 ปี
2. ไม่มีปัญหาในการสื่อสาร สามารถสื่อสารได้ เข้าใจ อ่านออก เขียนได้
3. ยินยอมให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย สามารถร่วมการวิจัยได้ครบทุกขั้นตอนของการ ดำเนินการวิจัยที่กำหนดไว้

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusive criteria)

1. อายุไม่ถึง 60 ปีขึ้นไป

2. มีปัญหาในการสื่อสาร ไม่สามารถสื่อสารได้
เข้าใจ อ่านออก เขียนได้

3. ไม่ยินยอมให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย

การพิทักษ์สิทธิและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยนำเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม (หมายเลขหนังสือรับรอง 37/2565 วันที่รับรอง 24 พฤศจิกายน 2565)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ทั้งหมด แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ใช้เครื่องมือที่สร้างกรอบในการวิเคราะห์เนื้อหาจากแนวคิดการจัดการตนเอง Self-management (Creer, 2000 อ้างใน สุพัตรา สิทธิวัง, 2560) และงานวิจัยรวมถึงตำราที่เกี่ยวข้องมาเพื่อใช้เป็นแนวทางในการสร้างประเด็นคำถามสำหรับการสัมภาษณ์

ผลการวิจัย

ผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจากโรคโควิด 19 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 30 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 63.30 อายุส่วนมากอยู่ในช่วง 60 – 70 ปี จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 56.67 ระดับการศึกษาส่วนมากจบระดับประถมศึกษา จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 60.00 สถานภาพส่วนมากเป็นหม้าย จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 46.70 การประกอบอาชีพส่วนมากเป็นผู้สูงอายุไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 18 คน

คิดเป็นร้อยละ 60.00 รายได้ต่อเดือนส่วนมากไม่มีรายได้จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 56.67 การพักอาศัยส่วนมากอยู่กับบุคคลในครอบครัว จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 86.70 และส่วนมากมีโรคประจำตัว จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 76.70

จำแนกตามการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจากโรคโควิด 19

1. เมื่อมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก เป็น ๆ หาย ๆ ท่านจะไปพบแพทย์ จากการสัมภาษณ์ส่วนมากเมื่อมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก เป็น ๆ หาย ๆ ผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจากโรคโควิด 19 มีความกลัวการกลับมาป่วยซ้ำจึงไปพบแพทย์ทันที จำนวน 26 คนคิด เป็นร้อยละ 86.70 โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่บอกว่า “ตอนเจ็บหน้าอกก็ไปโรงหมอเลย” และ “หมอบอกถ้ามีอาการเหมือนในสมุด ก็รีบไปหาหมอนะ”
2. ท่านหลีกเลี่ยงอาหารหวาน อาหารที่มีไขมันสูง กะทิ และไข่แดง จากการสัมภาษณ์ส่วนมากหลีกเลี่ยงอาหารหวาน อาหารที่มีไขมันสูง กะทิ และไข่แดง ผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจากโรคโควิด 19 มีความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพหากรับประทานอาหารมัน ๆ จะไม่ดีต่อสุขภาพ จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 76.70 โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่บอกว่า “ทำกินเอง ไม่ซื้อเขากินหรอก มันใส่กะทิเยอะหมอบอกไม่ให้กิน” และ “กินตามหมอบอกแหละ หมอว่าไถ่ ยายว่าตาม กลัวตายก่อนใช้ตั้ง”
3. ท่านเลือกรับประทานอาหารที่มีไขมันน้อย เช่น ปลา ผัก ผลไม้ และอาหารที่มีกากมาก ๆ เช่น รำข้าว ข้าวโพด ข้าวสาลี เป็นต้น จากการสัมภาษณ์ส่วนมากรับประทานอาหารที่มีไขมันน้อย เช่น ปลา ผัก ผลไม้ และอาหารที่มีกากมาก ๆ ผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจากโรคโควิด 19 มีความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพหากรับประทานอาหาร



ที่มีไขมันน้อยทำให้มีสุขภาพที่ดีขึ้นจำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 83.30 โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่บอกว่า “เออ เออ กินปลาเนี่ย ปลาต้ม ปลาทอดไม่กินอยู่แล้ว หมอไม่ต้องห่วง” และเกิดจากแรงผลักดันของบุตรหลาน “ลูกมันทำตามทีหมอบอก ไม่ให้ยายกินอะไรที่มัน ๆ”

4. ท่านหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และการอยู่ใกล้ผู้ที่สูบบุหรี่ เพราะในบุหรี่มีสารนิโคตินและสารอื่น ๆ ที่จะทำอันตรายต่อผนังบุด้านในของหลอดเลือด การสูบบุหรี่ยังทำให้หลอดเลือดหัวใจหดตัว เป็นการลดปริมาณเลือดที่จะไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ จากการสัมภาษณ์ส่วนมากผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจากโรคโควิด 19 กลัวสุขภาพไม่แข็งแรง อาการจะยิ่งทรุดลง จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 80 โดยผู้สูงอายุบอกว่า “ไม่เอา ปอดไม่ดีอยู่ ไปอยู่ใกล้ ๆ ไม่ได้” และ “ไม่เอา ไม่ให้สูบ ค่าน้ำมัน มันก็ไปนะ”
5. ท่านสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ จากการสัมภาษณ์ส่วนมากผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจากโรคโควิด 19 ไป รพ.สต. ตรวจวัดความดัน ซื้อเครื่องวัดความดัน และยืมเครื่องวัดความดัน วัดความดันตามที่พูดคุย จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 86.70 โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่บอกว่า “หลานวัดให้ มันบอกปกติ นี่ ๆ จดใส่กระดาษา” และ “ยายมีเครื่อง ยายวัดตอนมีนหัวเตี่ยววัดทุกวันให้นะหมอ”

จากการสัมภาษณ์ ส่วนมากผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจากโรคโควิด 19 สามารถดำเนินชีวิตได้ปกติดียิ่งขึ้น ตามกรอบแนวคิดการจัดการตนเอง ซึ่งการจัดการตนเองทำให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ดีขึ้น โดยเชื่อว่าบุคคลสามารถเรียนรู้และจัดการพฤติกรรมของตนเองได้ดี

ความสามารถในการจัดการตนเองตามคำแนะนำ หรือการตัดสินใจปฏิบัติตามการตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้วิจัย

จากการสัมภาษณ์ พบว่าผู้ป่วยผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจากโรคโควิด 19 เข้ารับการดูแลรักษาในโรงพยาบาลสามพรานเป็นระยะ 6 - 10 วัน จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 60.00 ส่วนมากได้รับออกซิเจนทางจมูก (Nasal cannula) จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 46.70 และใช้เครื่องช่วยหายใจจากทีมแพทย์จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.30 ผู้ป่วยผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจากโรคโควิด 19 ไม่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดแบบขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 86.70 และได้รับการฝึกหายใจ (Breathing exercise) จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 13.30

หลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจากโรคโควิด 19 มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยออกกำลังกายตามแบบการจัดการตนเองตามคำแนะนำ หรือการตัดสินใจปฏิบัติตามการตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้วิจัย ดังนี้

- มีการฝึกหายใจ (Breathing exercise) จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 13.30
- มีการบริหารปอดด้วยเครื่อง Triflow จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.30
- ไม่ได้ออกกำลังกายจำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 83.30

ผู้ป่วยผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจากโรคโควิด 19 เคยรับวัคซีนป้องกันโควิด 19 จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 83.30 ได้รับวัคซีนชนิดแอสตราเซนเนกา (AstraZeneca) จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 46.70 ผู้ป่วยผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจากโรคโควิด 19 ไม่ทราบว่าสามารถรับวัคซีนโควิด 19 ได้หลังจากที่เป็นโควิด 19 ในระยะ 1 - 3 เดือน จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 83.30

ผลการสัมภาษณ์ในการติดตามและการจัดการตนเองตามคำแนะนำ หรือการตัดสินใจปฏิบัติตามการตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้วิจัย ทำให้พฤติกรรมผู้ป่วยผู้สูงอายุมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น และสามารถจัดการตนเองในการรับรู้วัคซีนได้ตามคำแนะนำ

จำแนกตามอาการผู้ป่วยผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจากโรคโควิด 19 ด้วยโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจากโรคโควิด 19 ที่มีปัญหาทางระบบระบบต่าง ๆ ในร่างกาย

- **ติดตามอาการ 3 เดือน** ผู้ป่วยผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจากโรคโควิด 19 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1

เมื่อติดตามอาการหลังจำหน่ายกลับบ้าน 3 เดือน พบว่า มีปัญหาทางระบบต่าง ๆ ในร่างกาย โดยมีอาการทั่วไปมากที่สุด มีอาการอ่อนเพลีย ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดตามข้อ จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 66.70 ไม่มีอาการทางระบบประสาท ไม่มีอาการอ่อนแรงเฉพาะที่เฉียบพลัน ปวดศีรษะ มึนศีรษะ หงุดหงิด กล้ามเนื้อสั่น หัวใจและหลอดเลือด ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก ใจสั่น จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 76.70

- **ติดตามอาการ 6 เดือน** ผู้ป่วยผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจากโรคโควิด 19 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2

เมื่อติดตามอาการหลังจำหน่ายกลับบ้าน 6 เดือน พบว่า ไม่มีอาการทางระบบประสาท ไม่มีอาการอ่อนแรงเฉพาะที่เฉียบพลัน ปวดศีรษะ มึนศีรษะ หงุดหงิด กล้ามเนื้อสั่น ด้านจิตใจ ไม่มีอาการนอนไม่หลับ วิตกกังวล ซึมเศร้า และอาการผิดปกติทั่วไป ไม่มีอาการอ่อนเพลีย ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดตามข้อ จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 93.30

ผลการสัมภาษณ์ในการติดตามอาการ 3 เดือน และ 6 เดือน ผู้ป่วยผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจากโรคโควิด 19 สามารถเรียนรู้การจัดการพฤติกรรมของตนเองได้ติดตามกรอบแนวคิดการจัดการตนเอง Self-management (Creer, 2000 อ้างถึงใน สุพัตรา สิริวิ้ง, 2560) ดังนี้ 1) การตั้งเป้าหมาย (Goal selection) 2) การเก็บรวบรวมข้อมูล (Information collection) 3) การประมวลและประเมินข้อมูล (Information processing and evaluation) 4) การตัดสินใจ (Decision making) 5) การลงมือปฏิบัติ (Action) และ 6) การสะท้อนการปฏิบัติ (Self-reaction)

ตารางที่ 1 แสดงการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจากโรคโควิด 19 ติดตามอาการ 3 เดือน และ 6 เดือน (n = 30)

ข้อความ	$\bar{x}$	S.D.	t	p-value
การติดตามอาการ 3 เดือน				
ระบบประสาท	1.77	.430	22.494	.000*
ระบบทางจิตใจ	1.53	.507	16.551	.000*
ระบบหัวใจและหลอดเลือด	1.77	.430	22.494	.000*
ระบบทางเดินหายใจ	1.37	.490	15.272	.000*
ระบบผิวหนัง	1.53	.507	16.551	.000*
อาการผิดปกติทั่วไป	1.33	.479	15.232	.000*
การติดตามอาการ 6 เดือน				
ระบบประสาท	1.93	.254	41.738	.000*
ระบบทางจิตใจ	1.93	.254	41.738	.000*
ระบบหัวใจและหลอดเลือด	1.90	.305	34.106	.000*



ตารางที่ 1 แสดงการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจากโรคโควิด 19 ติดตามอาการ 3 เดือน และ 6 เดือน (n = 30) (ต่อ)

ข้อความ	$\bar{x}$	S.D.	t	p-value
ระบบทางเดินหายใจ	1.73	.450	21.108	.000*
ระบบผิวหนัง	1.90	.305	34.106	.000*
อาการผิดปกติทั่วไป	1.93	.254	41.738	.000*
การติดตามอาการ				
3 เดือน	1.55	.248	34.209	.000*
6 เดือน	1.89	.141	73.533	.000*

*p-value < 0.05

จากตารางที่ 1 การสัมภาษณ์ติดตามอาการผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจากโรคโควิด 19 ที่มีปัญหาทางระบบต่าง ๆ ในร่างกายโดยติดตาม 2 ครั้ง โดยมีการสัมภาษณ์ครั้งที่ 1 ติดตามอาการหลังจำหน่ายกลับบ้าน 3 เดือน และสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 ติดตามอาการหลังจำหน่ายกลับบ้าน 6 เดือน พบว่า การจัดการตนเองที่ได้นำมาประยุกต์ใช้ให้การพยาบาลดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจากโรคโควิด 19 เมื่อกลับไปอยู่บ้านสามารถดูแลตนเองได้ดีอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การอภิปรายผล

การพยาบาลการจัดการตนเองในผู้สูงอายุติดเชื้อไวรัสโควิด 2019 ลงปอดหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเมื่อกลับไปอยู่บ้านสามารถดูแลตนเองได้ดีดังนี้

การประเมินการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจากโรคโควิด 19

จากการประเมินการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจากโรคโควิด 19 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถดูแลตนเองได้ดี โดยเฉพาะเมื่อมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกเป็น ๆ หาย ๆ พบว่าร้อยละ 86.70 ของผู้สูงอายุเลือกที่จะไปพบแพทย์ทันที ในด้านพฤติกรรมบริโภค ผู้สูงอายุมีการหลีกเลี่ยงอาหารหวาน อาหารที่มีไขมันสูง เช่น กะทิ และไข่แดง ได้ใน

ระดับดี คิดเป็นร้อยละ 76.70 ขณะเดียวกัน พบว่า ร้อยละ 80 ของกลุ่มตัวอย่างสามารถหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และการอยู่ใกล้ผู้ที่สูบบุหรี่ได้ดี ข้อเท็จจริงที่ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และไม่มีประวัติการสูบบุหรี่ ซึ่งสอดคล้องกับอรรถวรรณ แผนคง (2553) กล่าวถึงการพยาบาลผู้สูงอายุนั้น สิ่งสำคัญต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ และทราบถึงสาเหตุของโรค ในการดูแลผู้สูงอายุควรอยู่บนพื้นฐานของความเข้าใจในการเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ รวมถึงการตระหนักถึงโรคประจำตัวที่มักพบมากกว่าหนึ่งโรคในผู้สูงอายุ ซึ่งส่งผลต่อสภาพร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ทั้งในระดับบุคคลและระดับประเทศ ดังนั้นการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ การป้องกันการเสื่อมถอย การรักษาเมื่อเจ็บป่วย และการฟื้นฟูสมรรถภาพ จึงเป็นแนวทางสำคัญในการช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ และสามารถช่วยเหลือตนเองได้อย่างเหมาะสม

การจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจากโรคโควิด 19

จากการรวบรวมข้อมูลการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจากโรคโควิด 19 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลพบว่า ส่วนมากเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลสามพรานเป็นระยะเวลาประมาณ 6 – 10 วัน โดยมีจำนวนผู้เข้ารับการรักษาททั้งสิ้น 18 คน คิดเป็นร้อยละ 60 ของกลุ่มตัวอย่าง

ทั้งหมด โดยส่วนมากได้รับออกซิเจนทางจมูก (Nasal cannula) และมีบางรายที่จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจจากทีมแพทย์ ในการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล พบว่าผู้สูงอายุจำนวนมากไม่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในช่วงเวลาดังกล่าว และมีเพียงบางรายที่ได้รับการฝึกหายใจ (Breathing exercise) หรือบริหารปอดด้วยเครื่องมือช่วย เช่น Triflow โดยสัดส่วนของผู้ที่มีพฤติกรรมด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดยังอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ เมื่อพิจารณาด้านการออกกำลังกาย พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ หลังหายจากโรค โดยมีเพียงบางส่วนที่มีการฝึกหายใจ ร่วมกับการเคลื่อนไหวร่างกาย ซึ่งอาจสะท้อนถึงข้อจำกัดด้านสุขภาพ ความรู้ หรือความเข้าใจเกี่ยวกับการฟื้นฟูตนเองหลังการเจ็บป่วย ในด้านการรับวัคซีน พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เคยได้รับวัคซีนป้องกันโควิด 19 มาก่อน โดยวัคซีนที่ได้รับมากที่สุดคือแอสตราเซนเนกา อย่างไรก็ตาม พบว่าหลายคนยังขาดความรู้เกี่ยวกับช่วงเวลาที่เหมาะสมในการรับวัคซีนเข็มกระตุ้นหลังการติดเชื้อ ซึ่งอาจส่งผลต่อการวางแผนดูแลสุขภาพในระยะชด้อย วัฒน์ (2558) ได้กล่าวไว้ว่าการสนับสนุนการจัดการตนเอง เป็นการดูแลและส่งเสริมให้ผู้เป็นโรคเรื้อรังและครอบครัวเกิดความเข้าใจในบทบาทของตนเองเกี่ยวกับการจัดการความเจ็บป่วยการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแล และการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเน้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีบทบาทในการดูแลตนเอง ทั้งด้านการตัดสินใจ การวางแผน และการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม กระบวนการดังกล่าวประกอบด้วย การตั้งเป้าหมาย การรวบรวมและประเมินข้อมูล การตัดสินใจ และการสะท้อนผลการปฏิบัติ ซึ่งล้วนมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนมุมมองและพฤติกรรมเพื่อการฟื้นฟูสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ การส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ และแรงสนับสนุนจากระบบบริการสุขภาพจึงเป็นปัจจัยสำคัญ ที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการตนเองได้อย่าง

เหมาะสม และมีคุณภาพชีวิตที่ดีหลังการเจ็บป่วยจากโรคโควิด 19

อาการผู้ป่วยผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจากโรคโควิด 19 ด้วยโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจากโรคโควิด 19 ที่มีปัญหาทางระบบต่างๆในร่างกายติดตามอาการ 3 เดือน และ 6 เดือน

จากการติดตามอาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจากโรคโควิด 19 ภายหลังจำหน่ายกลับบ้านเป็นระยะเวลา 3 เดือน พบว่าผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยยังคงมีอาการผิดปกติทางระบบต่าง ๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะอาการผิดปกติทั่วไป เช่น อาการอ่อนเพลีย ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ และปวดตามข้อ ซึ่งปรากฏให้เห็นอย่างชัดเจนในผู้สูงอายุส่วนใหญ่ อย่างไรก็ตาม ในระยะเวลาดังกล่าว ยังไม่พบอาการที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาท เช่น อาการอ่อนแรงเฉียบพลัน ปวดศีรษะ มึนศีรษะ ความจำถดถอย หรือกล้ามเนื้อสั่น รวมถึงไม่มีอาการผิดปกติทางระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น เจ็บหน้าอกหรือใจสั่น เมื่อเวลาผ่านไปจนถึงการติดตามอาการในเดือนที่ 6 หลังกลับบ้าน พบว่า ผู้ป่วยผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีอาการผิดปกติในระบบประสาท ระบบจิตใจ หรือระบบทั่วไปอีกต่อไป ไม่พบอาการอ่อนแรงเฉียบพลัน อาการหลงลืม หรืออาการวิตกกังวล ซึมเศร้า และนอนไม่หลับ อีกทั้งอาการอ่อนเพลียหรือปวดเมื่อยกล้ามเนื้อที่เคยพบในช่วง 3 เดือนแรกก็ลดลงอย่างเห็นได้ชัด ซึ่งแสดงให้เห็นถึงแนวโน้มของการฟื้นตัวที่ดีขึ้นในระยะยาว ลักษณะดังกล่าวสะท้อนถึงความสามารถในการฟื้นฟูร่างกายของผู้สูงอายุ รวมถึงการดูแลตนเองที่อาจเกิดจากการได้รับคำแนะนำหรือแนวทางการดูแลที่เหมาะสม ภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยสอดคล้องกับอนุสร การะเกษและคณะ (2566) 1. บริบทโรงพยาบาลชุมชน พบว่ารูปแบบการจัดการตนเองส่งผลให้พฤติกรรม การจัดการตนเอง สภาวะการทำหน้าที่ภายหลังการติดเชื้อ COVID-19 ดีขึ้น ซึ่งการสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถจัดการสุขภาพตนเองได้อย่างเป็นระบบ จะส่งผลให้



พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพดีขึ้น และลดความเสี่ยงในการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายหลังจากจำหน่ายกลับบ้าน การจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพจึงเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุฟื้นคืนสมรรถภาพร่างกาย และจิตใจได้ดีขึ้น และสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีคุณภาพมากยิ่งขึ้นหลังจากการติดเชื้อโควิด 19

การวิเคราะห์การจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจากโรคโควิด 19 ติดตามอาการ 3 เดือน และ 6 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาโดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พบว่า ผู้สูงอายุสามารถจัดการตนเองได้ดีตามแนวคิด Self-Management ของ Creer (2000) ซึ่งครอบคลุมการดูแลตนเองด้านร่างกาย อารมณ์ และการปฏิบัติตามแผนการรักษา ซึ่งการติดตามอาการจำนวน 2 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 ภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลครบ 3 เดือน และครั้งที่ 2 ครบ 6 เดือน พบแนวโน้มว่าผู้สูงอายุมีความสามารถในการจัดการตนเองดีขึ้นเมื่ออยู่บ้าน และสามารถฟื้นตัวได้อย่างเหมาะสม ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับสุทัศน์า ลิขิตกุลธนพร และคณะ (2565) ที่พบว่า การมีระบบสนับสนุนการจัดการตนเองสามารถส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ และลดความรุนแรงของอาการลงเหลือภายหลังการติดเชื้อโควิด 19 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการวิเคราะห์บ่งชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการส่งเสริมการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่องในผู้สูงอายุหลังติดเชื้อ เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างมีคุณภาพ และลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจากโรคโควิด 19 อย่างชัดเจนและเป็นขั้นตอนมากขึ้น
2. ควรให้ความรู้ในการปฏิบัติตนเมื่อผู้ป่วยผู้สูงอายุกลับไปอยู่ที่บ้าน

กิตติกรรมประกาศ

วิจัยฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาของนายแพทย์ทินกร ชื่นชม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสามพราน และหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสามพราน ที่ให้ความกรุณาอนุญาตให้เก็บข้อมูล ค่าปรึกษาคำแนะนำ ชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ให้ความช่วยเหลือตลอดเวลา และกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรทิพา ส่องศิริ คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม ที่ได้ให้ความกรุณาอนุญาตและเอื้อเพื่อให้อาจารย์สุกฤตา ตะการีย์ เข้าร่วมทำวิจัยกับข้าพเจ้า รวมถึงเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล และผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจากโรคโควิด 19 ทุกท่าน ผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค . (2564). การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). <https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard/>
- ชดช้อย วัฒนธนะ. (2558). การสนับสนุนการจัดการตนเอง: กลยุทธ์ในการส่งเสริมการควบคุมโรค. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 26(1), 117-127.
- บรรลุ ศิริพานิช และสมศักดิ์ ชุณหรัศมิ. (2563). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2562*. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.).
- โรงพยาบาลสามพราน. (2565). รายงานสถิติจากโรงพยาบาลสามพราน. (2565). [เอกสารราชการไม่ได้ตีพิมพ์].
- สุทัศน์า ลิขิตกุลธนพร, บุญเดือน วัฒนกุล และรสนา เลิศรุ่งชัยสกุล. (2565). พัฒนารูปแบบสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมในการจัดการสุขภาพตนเองในภาวะอาการลงเหลือของผู้ป่วยโควิด 19 หลังรักษาหาย. *วารสารกรมการแพทย์*, 47(3), 104 - 112.
- สุพัตรา สิทธิวิง, ศิวพร อึ้งวัฒนา, และเดชา ทำดี. (2560). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมและระดับความดันโลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. *พยาบาลสาร*, 47(2), 85 - 97.



อรรณพ แผนคง. (2553). การพยาบาลผู้สูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่ 2). บริษัท ธนาเพรส จำกัด.

อนุสร ภาระเกษ, วรรณชาติ ตาเลิศ, เกตุรินทร์ บุญคล้าย และ พิสมัย ประสมศรี. (2566). พัฒนารูปแบบการจัดการตนเองในกลุ่มอาการ Long COVID – 19 ในผู้รับบริการหลังการติดเชื้อ COVID – 19 คลินิกโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน: บริบทโรงพยาบาลชุมชน. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 20(3), 34-19.

อิทธิพล ดวงจินดา, ขวณพิศ ศิริไพบุลย์ และศรีสุรางค์ เคหะนาค. (2564). การรับรู้ความสามารถของการดูแลตนเองและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 14(4). 111-126.



ผลของโปรแกรมการสร้างพลังสำหรับผู้ดูแลต่อการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชน

Received: May 13, 2025

Revised: June 19, 2025

Accepts: June 22, 2025

ศุภกฤต จิ่งพิภานิชกุล (พย.ม)¹เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ (พย.ด)²

บทคัดย่อ

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ใช้รูปแบบการศึกษาสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบ 1) ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างพลังสำหรับผู้ดูแล และ 2) ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างพลังสำหรับผู้ดูแล กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัว ที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชน ซึ่งมีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ จำนวน 50 คน จากนั้นได้รับการจับคู่ด้วยระยะเวลาในการดูแล แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการสร้างพลังสำหรับผู้ดูแล แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบคุณภาพ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.88 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที่ผลการวิจัยที่สำคัญ สรุปได้ดังนี้ 1) ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชน หลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างพลังสำหรับผู้ดูแล น้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างพลังสำหรับผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2) ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชน ที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างพลังสำหรับผู้ดูแล น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: โปรแกรมการสร้างพลังสำหรับผู้ดูแล, ภาระการดูแล, ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชน

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, Thailand

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, Thailand

Corresponding author: Supphakrit888@gmail.com, dnayus@yahoo.com



The effect of Powerful Tools for Caregivers Program on Caregiving Burden of Persons with Schizophrenia in Community

Supphakrit Chuenghipanichchakul (M.N.S)

Pennapa Dangdomyouth (Ph.D)

Abstract

This study is quasi-experimental research with two groups pretest-posttest design. This research purposed to compare: 1) Caregivers burden of persons with schizophrenia in community before and after received the powerful tools for caregiver program, and 2) Caregivers burden of persons with schizophrenia in community who received the powerful tools for caregiver program and those who received regular nursing care. The samples consisted of 50 caregivers of persons with schizophrenia in community according to inclusion criteria. The caregivers were matched pair by patient care's period and then randomly assigned into experimental group and control group, 25 subjects in each group. The research instruments consisted of the powerful tools for caregiver program, and the caregiver burden scale. All the research instruments were tested by 5 professional experts. The Cronbach's alpha coefficient reliability was .88, data were analyzed using mean, standard deviation, and t-test statistics. The results and conclusion revealed the following: 1) Caregivers burden of persons with schizophrenia in community after received the program was significantly lower than that before ($p < 0.05$). 2) Caregivers burden of persons with schizophrenia in community who received the program were significantly lower than those who received regular nursing care ($p < 0.05$).

KEYWORDS: The powerful tools for caregivers program, Caregiving burden, Persons with schizophrenia in community

¹Registered nurse, Professional level, Bureau of Elderly Health, Department of Health, Ministry of Public Health, Thailand

²Asst. Prof. Dr., Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Thailand

Corresponding author: Supphakrit888@gmail.com, dnayus@yahoo.com



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่รุนแรงและเรื้อรัง สาเหตุยังไม่มีข้อสรุปที่แน่ชัดเพียงพอว่าเกิดจากสาเหตุใด อาการสำคัญที่พบได้บ่อยคือ การรู้คิดบกพร่อง (Cognitive impairment) ซึ่งสามารถพบได้สูงถึงร้อยละ 89.34 (Goonathilake et al., 2022) จากการศึกษาทางระบาดวิทยาขององค์การอนามัยโลกพบว่าอุบัติการณ์ของโรคจิตเภท ส่งผลกระทบต่อผู้คนประมาณ 24 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 0.32 ของประชากรทั่วโลก (World Health Organization, 2022) ในประเทศไทย พบว่ามีสถิติการเจ็บป่วยเป็นอันดับ 1 และสูงติดอันดับ 1 ใน 3 ของโรคทางจิตเวช โดยมีจำนวนผู้ป่วยทั่วประเทศ 314,250 ราย (กรมสุขภาพจิต, 2565) พบว่ามีความชุกของผู้ป่วยโรคจิตเภทรายใหม่เท่ากับร้อยละ 0.65 และคิดอัตราผู้ป่วยจิตเภทรายใหม่ 37.11 ต่อแสนประชากร (Health Data Center: HDC) ในปี 2563 ถึง 2566 พบว่าผู้ที่เป็โรคจิตเภทเข้าถึงบริการคิดเป็นร้อยละ 96.24, 102.3, 107.9 และ 105.9 ตามลำดับและพบว่า ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้าถึงบริการในเขตสุขภาพที่ 5 ปีงบประมาณ 2567 ร้อยละ 79.07 (Health Data Center: HDC, 2567) สอดคล้องกับรายงานผลการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ของโรงพยาบาลนภลัย จังหวัดสมุทรสงคราม พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการที่คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก ในระหว่างปี 2565 - 2567 จำนวน 169 ราย 171 ราย และ 176 ราย ตามลำดับซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มชัดเจน (โรงพยาบาลนภลัย, 2567)

นโยบายกรมสุขภาพจิตในปัจจุบันได้สนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการดูแลจากครอบครัว และชุมชน โดยมุ่งเน้นให้ดูแลเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบรุนแรง และให้มีระยะเวลาการพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลให้น้อยที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตในชุมชน ไม่ก่อเหตุความรุนแรงต่อตนเอง ครอบครัวและสังคม มีคุณภาพชีวิตที่ดี (กรมสุขภาพจิต, 2559) ซึ่งเมื่อผู้ป่วยอาการสงบลง ครอบครัวจะมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ส่งผลให้การใช้ชีวิตประจำวัน และการปฏิบัติตัว

ของผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงไป ทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดและวิตกกังวลเนื่องจากความเจ็บป่วยเรื้อรัง เกิดความเหนื่อยหน่าย และความอ่อนล้าทางอารมณ์ โดยพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีความรู้สึกรู้สึกเป็นภาระร้อยละ 70 มีความรู้สึกรู้สึกเป็นภาระระดับปานกลาง ร้อยละ 32.5 และมีความรู้สึกรู้สึกเป็นภาระระดับมาก ร้อยละ 28.8 (ไชยตุ้มไชยศิวามงคล, 2565) ซึ่งมีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และการให้การดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล (ประเทืองละออสุวรรณ และนภา จิรัฐจินตนา, 2561)

ภาระการดูแล หมายถึง การรับรู้ถึงความรู้สึกที่แสดงถึงความยากลำบาก ความหนักใจ ความกดดัน ความเดือดร้อนของผู้ดูแล ซึ่งเป็นผลมาจากความรับผิดชอบในการดูแล โดยแบ่งภาระออกเป็น 2 มิติ คือ 1) ภาระเชิงปรนัย (Objective burden) เป็นการรับรู้ถึงความรู้สึกของตนที่มีความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน และถือเป็นภาระ (Burden) รู้สึกกดดัน ที่ทำให้นักงใจเพราะมีความยากลำบาก และภาระดังกล่าวส่งผลกระทบกับการใช้เวลาในการทำงาน และการทำกิจกรรมส่วนตัว การเข้าสังคมและความสัมพันธ์ในครอบครัว รวมทั้งการเกิดปัญหาสุขภาพตามมา และ 2) ภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) เป็นความคิด ทศนคติ ประสบการณ์ทางอารมณ์ด้านลบ เช่น เครียด โกรธ รู้สึกผิด ซึมเศร้า (Montgomery, et al., 1985)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาระการดูแล จากการศึกษาของ Provencher (1996) พบว่าภาระของผู้ดูแลที่พบบ่อยที่สุดคือ ปัญหาทางด้านอารมณ์ของผู้ดูแลร้อยละ 88 ครอบคลุมการทำงานของผู้ดูแลร้อยละ 84 สัมพันธภาพในครอบครัวที่ตึงเครียดร้อยละ 84 การรบกวนชีวิตทั่ว ๆ ไปของผู้ดูแลร้อยละ 83 ความกดดันที่ส่งผลให้ต้องออกจากบ้านชั่วคราวร้อยละ 54 และมีปัญหาทางการเงินร้อยละ 56 รวมทั้งมีปัญหาทางด้านร่างกายร้อยละ 59 สอดคล้องกับการศึกษาของอัศววัฒน์ เพ็ญพวงภักดิ์ (2561) พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาระการดูแล ($\beta = -.24, p < .05$) ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีจะช่วย

ให้กระบวนการดูแลรู้สึกพึงพอใจต่อบทบาทการดูแลมากขึ้นและสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ทำให้สมาชิกขาดความรักขาดการดูแลเอาใจใส่ ทำให้เกิดภาระในการดูแลเพิ่มขึ้น ทักษะการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาระการดูแล ($\beta = -442$, $p < .001$) ถ้าผู้ดูแลที่มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะทำให้ผู้ดูแลรู้สึกดีต่อการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ทำให้มีการรับรู้ภาระการดูแลลดลง (เสาวนีย์ คงนิรันดร์ และคณะ, 2561) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาระการดูแล ($\beta = -418$, $p < .001$) ผู้ดูแลที่ต้องเผชิญกับความยากลำบากในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท หากรับรู้ว่าตนเองมีแหล่งประโยชน์ที่สามารถจัดการกับปัญหาได้ก็จะมีความรู้สึบดีถึงเครียดและภาระการดูแลลดลง (เสาวนีย์ คงนิรันดร์ และคณะ, 2561) ความรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคจิตเภท ($p < 0.05$) ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทจะทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกเป็นภาระน้อยกว่าผู้ดูแลที่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท (Yazici et al., 2016) และระยะเวลาในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาระการดูแล ($r = 0.242$, $p < 0.021$) ระยะเวลาในการดูแลของผู้ดูแลที่ยาวนาน จะมีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลมากกว่าผู้ดูแลที่มีระยะเวลาในการดูแลที่สั้น (Koujalgi & Nayak, 2016) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าการจัดการทำเพื่อลดภาระการดูแลของผู้ดูแลของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เช่น ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลต่อภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (วันทนีย์ ล้ำเลิศ และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, 2561) ประสิทธิภาพของการให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรคจิตเภทต่อภาระของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Thimmajja & Rathinasamy, 2019) โปรแกรมกิจกรรมทางกายต่อภาระการดูแล และอาการซึมเศร้าของผู้ดูแลในครอบครัวที่มีภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท (Bademli et al., 2023) โปรแกรมสนับสนุนสุขภาพจิตศึกษาต่อความรู้ ความเห็นอกเห็นใจสภาวะทางอารมณ์ และภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Aly Hamed et al., 2023) โปรแกรมการสนับสนุนทาง

สังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุมชน (จรัสพร หอมจันทร์ดี และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, 2562) โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (สรินดา น้อยสุข และพิมพ์พิมล เรืองฤทธิ์, 2564) และโปรแกรมการสร้างพลังต่อภาระการดูแลของคู่สมรส (Savundranayagam et al., 2011) ซึ่งพบว่ารูปแบบของโปรแกรมที่ผ่านมาได้ผลดีและสามารถลดภาระการดูแลของผู้ดูแลได้ แต่หากมีการสร้างพลังให้กับผู้ดูแล ซึ่งเป็นพลังที่แสดงถึงความสามารถของบุคคลในการเผชิญกับสถานการณ์วิกฤตหรือความยากลำบากให้สามารถปรับตัวและฟื้นตัวกลับสู่ภาวะปกติ ซึ่งเป็นพลังที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท (จุฬาลักษณ์ นิลอาธิ และเนาวรัตน์ สิงห์สนั่น, 2564) รวมทั้งการวางแผนการดูแลตนเองของผู้ดูแล ทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม ก็จะช่วยส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ภาระการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทลดลง จะเพิ่มความสามารถให้กับผู้ดูแลในด้านการจัดการกับอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดจากการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้ดียิ่งขึ้น

จากการศึกษาของ Savundranayagam et al. (2011) พบว่า การใช้โปรแกรมการสร้างพลังความสามารถ (Powerful Tools for Caregivers : PTC) ตามรูปแบบของ Schmall et al. (2000) จะช่วยให้ผู้ดูแลมีความเครียดและภาระการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตลดลงเนื่องจากโปรแกรมหากล่าว จะส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลในการทำบทบาทการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิต และบทบาทการดูแลตนเอง รวมทั้งการวางแผนการดูแลตนเองในแต่ละสัปดาห์ ส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ภาระการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตลดลงโดยมีการนำรูปแบบของ Schmall et al. (2000) ซึ่งเป็นรูปแบบการสนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านซึ่งมีการบูรณาการแนวคิดสุขภาพจิตศึกษา ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนแรกเป็นรูปแบบของกลุ่มสนับสนุนสุขภาพจิตศึกษา ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การให้ความรู้ในเรื่องโรค อาการ การจัดการกับอาการของโรค และแนวทางในการดูแล 2) วิธีการเผชิญปัญหาโดยมุ่งเน้นการ



จัดการอารมณ์มุ่งเน้นการเผชิญกับปัญหาที่เหมาะสมและสามารถจัดการกับอารมณ์ที่เกิดจากการดูแล 3) วิธีการเผชิญปัญหาโดยการแก้ไขปัญหา เพื่อสนับสนุนทักษะการจัดการและแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพและ 4) การสนับสนุนในด้านของรู้จักนำข้อมูลหรือแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาใช้ในการจัดการกับปัญหาโดยเฉพาะการสนับสนุนด้านอารมณ์ เป็นการยกย่องเห็นคุณค่า ให้กำลังใจ สอบถาม รับฟังความรู้สึก และส่วนที่สองเป็นส่วนประกอบในการจัดการโรคเรื้อรังด้วยตนเอง ซึ่งจะช่วยเพิ่มพลังการดูแลสำหรับผู้ดูแล ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ 1) การฝึกทักษะ 2) การมีความรู้สึกลบที่มีต่อการดูแลผู้ป่วย 3) ทักษะทางบวก และ 4) การสร้างแรงจูงใจ จากผลการศึกษาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างพลังสำหรับผู้ดูแลต่อการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชน เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการช่วยลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและเป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ที่จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้ดูแลและผู้ที่เป็นโรคจิตเภทต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างพลังสำหรับผู้ดูแล
2. เพื่อเปรียบเทียบภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างพลังสำหรับผู้ดูแล กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและพัฒนาจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

คือ โปรแกรมการสร้างพลังสำหรับผู้ดูแลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองตามรูปแบบของ Schmall et al. (2000) ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ 1. การสร้างสัมพันธภาพให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและทักษะในการดูแลตนเองของผู้ดูแล 2. การส่งเสริมทัศนคติทางบวกและทักษะในการจัดการกับอารมณ์ทางลบของผู้ดูแล 3. เทคนิคการเผชิญและการจัดการปัญหา และ 4. ส่งเสริมและสนับสนุนผู้ดูแลให้มีพลังและทัศนคติในทางบวก โดยผู้วิจัยใช้กระบวนการกลุ่มในการดำเนินการ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ใช้เวลาสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที ติดต่อกันทุกสัปดาห์ เป็นเวลา 4 สัปดาห์

ส่วนที่ 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นแบบบันทึกเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตามแนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ซึ่งได้ปรับปรุงโดย วันทนีย์ ลำเลิศ และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ (2561) ซึ่งประกอบด้วยแบบวัดภาระ 2 มิติ ได้แก่ ภาระเชิงปรนัยและภาระเชิงอัตนัย มีข้อคำถามรวม 24 ข้อ ดังนี้ ภาระเชิงปรนัย (Objective burden) ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ เป็นข้อคำถามทางลบ ภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ ซึ่งเป็นข้อความทางบวก 1 ข้อ เป็นข้อความทางลบ 11 ข้อ โดยให้ผู้ดูแลตอบข้อคำถามในแต่ละข้อให้ตรงตามประสบการณ์ และความรู้สึกนึกคิดของผู้ดูแลเองที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทว่ามากน้อยเพียงใด ซึ่งแบบวัดนี้มีลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด หาค่าความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของ

เครื่องมือโดยรวมเท่ากับ 0.88 และแยกเป็นรายมิติ คือ ภาระเชิงอัตนัยและภาระเชิงปรนัย ได้ค่าความเที่ยงของ เครื่องมือเท่ากับ 0.81 และ 0.94

เครื่องมือที่ใช้กับการทดลอง

แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นเครื่องมือที่ดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์ความรู้ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ดูแลและสมาชิก ในครอบครัวจิตเภทของดลฤดี ทับทิม (2552) ซึ่งใช้ แนวคิดของ Lefley (1987) ประกอบด้วยข้อคำถาม 32 ข้อ แบ่งตามเนื้อหา ดังนี้ 1) ความหมายของโรค จิตเภท 2) อาการของโรคจิตเภท 3) สาเหตุของโรค จิตเภท 4) การดำเนินโรค 5) การรักษาโรคจิตเภท 6) การดูแลผู้ป่วยจิตเภท 7) ความรุนแรงของโรค และ โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้ เลือกรับตอบ 1 คำตอบ หากค่าความเชื่อมั่นด้วยค่า สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เครื่องมือเท่ากับ .87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อน และหลังการทดลอง (Two groups pretest - posttest design) ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการทดลองผู้วิจัยเตรียมความรู้ โดยการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร งานวิจัยต่าง ๆ และฝึกทักษะการทำกลุ่มผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และกลุ่ม ผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภท สร้างแผนการดำเนินกิจกรรม เตรียมเครื่องมือ ขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ขอความ ร่วมมือในการดำเนินการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูล ในคลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนภากาศ และคลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระ พุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม คัดเลือกกลุ่ม ตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด การพิทักษ์สิทธิ์ ของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยจับฉลากได้โรงพยาบาล นภากาศเป็นกลุ่มทดลอง และโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธ

เลิศหล้าเป็นกลุ่มควบคุม จากนั้นจับคู่ (Matched-pair) ด้วยระยะเวลาในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทของผู้ดูแล เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มี คุณสมบัติที่เหมือนกันเป็นคู่ ๆ รวมจำนวนทั้งสิ้น 25 คู่ โดยมีความแตกต่างไม่เกิน 1 ปี

ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัย จำนวน 2 คนในการ ดำเนินการวิจัยโดยมีคุณสมบัติดังนี้ จบการศึกษาในระดับ ปริญญาโท ด้านการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต และมี ประสบการณ์ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โดยมีหน้าที่ ในการเก็บข้อมูลในการทำวิจัย และทำหน้าที่เป็นผู้ช่วย ผู้นำกลุ่ม

2. ขั้นตอนการทดลอง กลุ่มควบคุมได้รับการ พยาบาลตามปกติจากคลินิกจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้าที่มีขึ้นเพื่อให้บริการ กับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และผู้ดูแลผู้ที่เป็น โรคจิตเภท ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและ การใช้ยาต้านอาการทางจิตรายกลุ่ม การให้คำแนะนำ ตามปัญหาที่พบเป็นรายบุคคล สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และ ระบบการติดตามดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ต่อเนื่องที่บ้าน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสร้างพลังสำหรับผู้ดูแล โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลในพื้นที่ 3 แห่งในความรับผิดชอบของโรงพยาบาล นภากาศ เพื่ออำนวยความสะดวกให้กับกลุ่มตัวอย่าง ไม่ต้องเดินทางเข้ามาที่โรงพยาบาลนภากาศ ได้แบ่ง ออกเป็น 3 กลุ่มย่อย ดังนี้ กลุ่มที่ 1 จำนวน 9 คน จัดที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนมะโนรา กลุ่มที่ 2 จำนวน 8 คน จัดที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้าน ปราโมทย์ และกลุ่มที่ 3 จำนวน 8 คน จัดที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลบางสะแก ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที จนครบ 4 กิจกรรม เป็น ระยะเวลา 4 สัปดาห์ต่อเนื่องกัน ภายหลังเสร็จสิ้น กิจกรรมที่ 4 ดำเนินการกำกับการทดลองทันทีด้วยแบบ วัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งผู้ดูแลทั้งหมด ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 60 โดยมีคะแนน 24 คะแนนขึ้นไป อยู่ในเกณฑ์คะแนนระดับค่อนข้างสูงขึ้นไป



3. ขึ้นประเมินผลการทดลองผู้วิจัยประเมินภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในสัปดาห์ที่ 5 ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก ICD - 10 (F 20.0 - F20.9) ที่ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชนที่มารับบริการจากโรงพยาบาล จังหวัดสมุทรสงคราม

กลุ่มตัวอย่าง เป็นบุคคลในครอบครัวเดียวกันกับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก ICD - 10 (F 20.0 - F20.9) ที่มีความสัมพันธ์เป็น บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้อง บุตรหลาน หรือญาติของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เพียงคนเดียวคนหนึ่งที่ให้การช่วยเหลือผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ในการดำรงชีวิตประจำวันโดยตรง อย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องมากกว่า 1 ปีขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนค่าจ้างหรือรางวัลใด ๆ ที่ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลนภลัย และโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ดูแลเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) ดังนี้

1. มีอายุในวัยผู้ใหญ่ 20 ปี ขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. มีคะแนนภาระการดูแล ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.50 - 3.49) ขึ้นไป
3. สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้
4. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria) มีโรคประจำตัวทางกาย และทางจิตที่รุนแรง ไม่สามารถร่วมโปรแกรมได้

การพิทักษ์สิทธิ์และการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยในครั้งนี้ ได้ขอความเห็นชอบและผ่านการอนุมัติให้ดำเนินโครงการวิจัย โดยคณะกรรมการการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม และได้

ผ่านการรับรองเลขที่โครงการวิจัย COA NO 10/2568 วันที่รับรอง 27 กุมภาพันธ์ 2568 วันที่หมดอายุ 26 กุมภาพันธ์ 2569 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอน วิธีการ ระยะเวลา และประโยชน์ที่ได้รับ อธิบายถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยเมื่อใดก็ได้ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเป็นความลับผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น จากนั้นสอบถามถึงความสมัครใจหากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ และดำเนินการเป็นลำดับขั้นตอน ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์ โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ยและร้อยละ
2. เปรียบเทียบคะแนนภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภททั้งกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างพลังสำหรับผู้ดูแล โดยหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และสถิติทดสอบที (Paired t - test)
3. เปรียบเทียบคะแนนภาระการดูแลของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างพลังสำหรับผู้ดูแลกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และสถิติทดสอบที (Independent t - test)
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

1. ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชนภายหลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม



อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 1

2. ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชน กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม ฯ ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาล ตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาวะการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างพลังสำหรับผู้ดูแลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n =25)

ภาวะการดูแลผู้ที่เป็นโรค โดยรวม	คะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแล			df	t	p-value
	Mean	S.D	ระดับ			
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	3.01	.34	ปานกลาง	24	-20.01	0.00*
หลังการทดลอง	1.63	.13	น้อย			
กลุ่มควบคุม						
ก่อนการทดลอง	3.28	.26	ปานกลาง	24	-10.27	0.00*
หลังการทดลอง	2.54	.29	ปานกลาง			

*p-value<0.05

จากตารางที่ 1 พบว่าในกลุ่มทดลองภาวะการดูแลหลังได้รับโปรแกรมการสร้างพลังสำหรับผู้ดูแล ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสร้างพลังสำหรับผู้ดูแลทางสถิติที่ระดับ < 0.05 (t = -20.01

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n =50)

กลุ่ม	คะแนนภาวะการดูแล									
	ก่อนการทดลอง					หลังการทดลอง				
	Mean	SD	ระดับ	df	t	Mean	SD	ระดับ	df	t
กลุ่มทดลอง	3.01	.34	ปานกลาง	48	-3.10	1.63	.13	น้อย	48	-13.84*
กลุ่มควบคุม	3.28	.26	ปานกลาง			2.54	.29	ปานกลาง		

* p-value<0.05

จากตารางที่ 2 พบว่าภายหลังการทดลองภาวะการดูแลกลุ่มที่ได้รับการสร้างพลังสำหรับผู้ดูแลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (t = -15.33)

การอภิปรายผล

ผลการเปรียบเทียบคะแนนภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทภายหลังได้รับโปรแกรม

การสร้างพลังสำหรับผู้ดูแลต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสร้างพลังสำหรับผู้ดูแลเนื่องจากการดำเนินกิจกรรมกลุ่มของ โปรแกรมการสร้างพลังสำหรับผู้ดูแลเป็น



กระบวนการที่มีรูปแบบชัดเจน และเป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพในการเรียนการสอน โดยช่วยให้สมาชิกกลุ่มได้แสดงความรู้สึก ความคิดเห็น ความรู้และปัญหาต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์แก่สมาชิกภายในกลุ่ม เป็นการให้โอกาสในการเรียนรู้ระหว่างสมาชิกกลุ่มด้วยกันและมีการช่วยเหลือกันภายในกลุ่มในการค้นหาปัญหาและแนวทางการแก้ไขที่เกิดจากความเจ็บป่วยของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และการดูแลตนเองของผู้ดูแล ส่งผลให้การรับรู้การดูแลของผู้ดูแลลดลงทั้งภาระเชิงประนัยและอัตรนัยสอดคล้องกับการศึกษาของ ขนิษฐา สุขทอง (2555) ที่พบว่า การใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม สามารถลดภาระการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลได้ และในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทนั้น โดยเฉพาะโปรแกรมมีกิจกรรมที่ครอบคลุมในเรื่องการสร้างสัมพันธ์ภาพ การให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดูแลตนเองของผู้ดูแล การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท การจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพ การจัดการกับความรู้สึกที่เกิดจากการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและการได้รับความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม รวมทั้งการวางแผนการดูแลตนเองในแต่ละสัปดาห์ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลได้มีการดูแลตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ช่วยให้ผู้ดูแลมีความเป็นอิสระและมีเวลาเป็นส่วนตัวในการตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองในแง่มุมอื่น ๆ ในชีวิต

ภายหลังการวิจัยพบว่าคะแนนภาระการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างพลังสำหรับผู้ดูแลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าในแต่ละกิจกรรมของโปรแกรมการสร้างพลังสำหรับผู้ดูแลจะส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดพลังในการดูแล ทำให้สามารถดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและดูแลตนเองได้ประสบผลสำเร็จอย่างต่อเนื่อง (Bandura, 1997) เป็นพลังที่แสดงถึงความสามารถของบุคคลในการเผชิญกับ

สถานการณ์วิกฤตหรือความยากลำบาก ให้สามารถปรับตัวและฟื้นตัวกลับสู่ภาวะปกติ เป็นพลังที่มีความสำคัญสำหรับผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท (จุฬาลักษณ์ นิลอาธิ และเนาวรัตน์ สิงห์สนั่น, 2564) ส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ภาระการดูแลผู้ป่วยลดลงทั้งภาระเชิงประนัยและภาระเชิงอัตรนัย (ขนิษฐา สุขทอง, 2555; นพรัตน์ ไชยชำนาญ, 2544, Montgomery et al., 1985; Savundranayagam et al., 2011) สอดคล้องกับการศึกษาของ Chan et al. (2009) ที่พบว่า การใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและการดูแลตนเองเพิ่มสูงขึ้นมีการรับรู้ภาระการดูแลลดลง และมีระดับของการรับรู้ความพึงพอใจจากการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มสูงขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ Savundranayagam et al. (2011) ที่พบว่าการใช้โปรแกรมการสร้างพลังความสามารถ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเครียดและภาระการดูแลลดลง จึงสรุปได้ว่า โปรแกรมการสร้างพลังสำหรับผู้ดูแลมีผลทำให้ภาระการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชนลดลง

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการจัดกิจกรรมการพยาบาลที่ช่วยให้ผู้ดูแลรับรู้ภาระการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทลดลง
2. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบบริการพยาบาล โดยเน้นการช่วยเหลือผู้ดูแลให้มีความสามารถในการดูแลตัวเอง

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

- 1.1 พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช สามารถนำโปรแกรมการสร้างพลังสำหรับผู้ดูแลไปใช้ในการดำเนินกิจกรรมการพยาบาลเพื่อลดภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

1.2 การนำโปรแกรมการสร้างพลังสำหรับผู้ดูแลไปใช้ พยาบาลจะต้องเป็นบุคคลที่มีความรู้พื้นฐานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคจิตเภทกระบวนการกลุ่มในการให้สุขภาพจิตศึกษา และมีทักษะในการทำกลุ่มในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช รวมทั้งควรมีประสบการณ์ในการเป็นผู้นำกลุ่ม เพื่อให้สามารถดำเนินการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ในกลุ่มให้มีประสิทธิภาพ สมาชิกมีส่วนร่วมในกลุ่มและมีปฏิสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพ อันเป็นผลลัพธ์ที่จะส่งผลต่อผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ด้านการศึกษา

ควรมีการเพิ่มเติมเนื้อหาในหลักสูตรวิชาเรียนให้มีความครอบคลุมตามสภาพของปัญหา และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการเป็นผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการประเมินปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนการวางแผนการพยาบาลในการให้ความช่วยเหลือผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ได้ถ่ายทอดวิชาความรู้เป็นแรงผลักดันให้เกิดความสำเร็จ ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลนภลัย ผู้อำนวยการ รพ.สต. ดอนมะโนรา รพ.สต. บ้านปราโมทย์ และ รพ.สต. บางสะแก ที่ให้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง เจ้าหน้าที่ทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2559). แผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิตในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) และนโยบายกรมสุขภาพจิต ประจำปี 2560-2561. นนทบุรี: กองแผนยุทธศาสตร์ กรมสุขภาพจิต
- ชนิษฐา สุขทอง. (2555). ผลของสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่มต่อภาระและการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและ จิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จุฬาลักษณ์ นิลอาธิ และเนาวรัตน์ สิงห์สนั่น. (2564) บทบาทของพยาบาลจิตเวชชุมชนเพื่อเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*, 22 (43), 103-113
- จรัสพร หอมจันทร์ดี และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์. (2562). โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุมชน. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 11(2), 433-443.
- ไชยต์มัย ไชยศิวงมกล. (2565). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกละอายใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 7(4), 102-113.
- ดลฤดี ทับทิม. (2552). การศึกษาการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภทในชุมชน อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นพรัตน์ ไชยขำนิ. (2544). ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมต่อภาระและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.



- ประเทือง ละออสุวรรณ และนภา จิรัฐจินตนา. (2561). ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการเยี่ยมบ้านเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา*, 12(2), 37–47.
- โรงพยาบาลนภาลัย. (2567). รายงานประจำปี โรงพยาบาลนภาลัย. สมุทรสงคราม.
- วันทนีย์ ลำเลิศ และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์. (2561). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลต่อภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 32(3), 104–117.
- สรินดา น้อยสุข และพิมพ์พิมล เรืองฤทธิ์ (2564). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาระการดูแลของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารกองการพยาบาล*, 48(2), 30–41.
- เสาวนีย์ คงนรินทร์, ดวงใจ วัฒนสินธุ์ และชนิดดา แนนเพชร. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 32(3), 118–132.
- อัศววัฒน์ เพียวพวงกวัด. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มาใช้บริการ โรงพยาบาลหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 12(28), 072–084.
- Aly Hamed, S., Ahmed Mohamed Ismail, M., Abd Elaziem Mohamed, A., & Mohammed Mahmoud Abu Salem, E. (2023). Effect of Educational Supportive Program on Knowledge, Emotional Empathy, and Burden of Schizophrenic Patients' Caregivers. *Egyptian Journal of Health Care*, 14(4), 135–150.
- Bandura, A. W., Sebastian. (1997). Self-efficacy. Cambridge University Press Cambridge.
- Bademli, K., Lök, N., & Lök, S. (2023). The Effect of a Physical Activity Intervention on Burden and Depressive Symptoms in Depressed Family Caregivers of Patients with Schizophrenia: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Physical Activity and Health*, 20(12), 1109–1115.
- Chan, S. W., Yip, B., Tso, S., Cheng, B. S., & Tam, W. (2009). Evaluation of a psychoeducation program for Chinese clients with schizophrenia and their family caregivers. *Patient Education and Counseling*, 75(1), 67–76. DOI: 10.1016/j.pec.2008.08.028
- Goonathilake, P., Ediriweera, D., Ruban, R., & Isuru, A. (2022). Prevalence and correlates of cognitive impairment in schizophrenia: a cross-sectional study from a teaching hospital southern Sri Lanka. *BMC Psychiatry*, 22(1), 716.
- Health Data Center: HDC. (2567). ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเภท. <https://hdc.moph.go.th/udn/public/standard-report-detail/7b13c6fcfb0be636fc5cce071e49a71a>.
- Koujalgi, S. R., & Nayak, R. B. (2016). Factors associated with family burden in schizophrenia. *Indian Journal of Health Sciences and Biomedical Research kleu*, 9(3), 273–278.
- Lefley, H. P. (1987). Aging parents as caregivers of mentally ill adult children: An emerging social problem. *Psychiatric Services*, 38(10), 1063–1070.
- Montgomery, R. J., Gonyea, J. G., & Hooyman, N. R. (1985). Caregiving and the experience of subjective and objective burden. *Family Relations: An Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies*, 34(1), 19–26. <https://doi.org/10.2307/583753>
- Provencher, H. L. (1996). Objective burden among primary caregiver of persons with chronic schizophrenia. *Psychiatric and Mental Health Nursing*, 3(3), 181–187 DOI: 10.1111/j.1365-2850.1996.tb00085.x
- Schmall, V. L, Clcland, M., & Sturdevant, M. (2000). The caregiver help book (use in the powerful tools for caregiving). Oregon, Oregon Gerontological Association: Legacy Health System.



Savundranayagam, M. Y., Montgomery, R. J., Kosloski, K., & Little T. D. (2011). Impact of a psychoeducational program on three types of caregiver burden among spouses. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(4), 388–396. doi: 10.1002/gps.2538.

Thimmajja, S. G., & Rathinasamy, E. V. L. (2019). Effectiveness of psycho-education on knowledge regarding schizophrenia and caregivers' burden among caregivers of patients with schizophrenia—a randomized controlled trial. *Family Medicine & Primary Care Review* 21(2), 104–111. DOI:10.5114/fmpcr.2019.84552

World Health Organization. (2022). Schizophrenia. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>

Yazici, E., Karabulut, Ü., Yıldız, M., Tekeş, S. B., Eda, İ., Çakır, U., Boşgelmez, Ş., & Turgut, C. (2016). Burden on caregivers of patients with schizophrenia and related factors. *Nöro Psikiyatri Arşivi*, 53(2), 96–101. doi: 10.5152/npa.2015.9963.



การพัฒนาทักษะทางการพยาบาล ด้วยการเรียนรู้ผ่านเกม*

Received: January 17, 2025

Revised: April 8, 2025

Accepts: May 25, 2025

ธัญลักษณ์วดี ก้อนทองถม (พย.ม.)**

บทคัดย่อ

การเรียนรู้แบบใช้เกมเป็นฐาน (Game-Based Learning: GBL) กำลังได้รับความสนใจในฐานะเครื่องมือการเรียนการสอนที่มีศักยภาพสูง โดยเฉพาะในสาขาการศึกษาพยาบาล ซึ่งต้องการพัฒนาทั้งความรู้เชิงทฤษฎีและทักษะการปฏิบัติ GBL ช่วยเสริมสร้างทักษะสำคัญ เช่น การคิดวิเคราะห์ การตัดสินใจ และการทำงานร่วมกัน ผ่านกระบวนการที่เน้นสถานการณ์จำลองแบบ Challenge-Response-Feedback ซึ่งทำให้นักศึกษาได้ฝึกฝนในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย ไม่เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยและยังให้ผลตอบกลับในทันทีเพื่อสนับสนุนการเรียนรู้และการพัฒนาทักษะ

อย่างไรก็ตาม GBL ยังมีข้อจำกัด เช่น ความไม่สมจริงในบางสถานการณ์ ทักษะด้านมนุษยสัมพันธ์ที่ยังต้องการการฝึกในสถานการณ์จริง และต้นทุนการพัฒนาที่สูง บทความนี้จึงเสนอแนวทางการใช้ GBL ร่วมกับรูปแบบการเรียนรู้แบบผสมผสาน (Blended Learning) เพื่อเสริมสร้างการเรียนรู้ที่ครอบคลุมยิ่งขึ้น ทั้งในด้านทักษะปฏิบัติและการพัฒนาศักยภาพในบริบทจริง ดังนั้น หากมีการออกแบบและการสนับสนุนการใช้ GBL อย่างเหมาะสม แนวทางนี้จะช่วยยกระดับความพร้อมและประสิทธิภาพของนักศึกษาพยาบาลสำหรับการปฏิบัติงานในสถานการณ์จริงได้อย่างมั่นใจและมีประสิทธิผล

คำสำคัญ: การเรียนรู้แบบใช้เกมเป็นฐาน, การศึกษาพยาบาล, การเรียนรู้แบบผสมผสาน

* บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของรายวิชา วร.711 นวัตกรรมและเทคโนโลยีการเรียนรู้ โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เสมอกาญจน์ โสภณ หิรัญรักษ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรัณวิชญ์ พรหมสาขา ณ สกลนคร เป็นผู้สอนในหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการการเรียนรู้ คณะวิทยาการการเรียนรู้และศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

** นักศึกษาหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการการเรียนรู้ คณะวิทยาการการเรียนรู้และศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และอาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม, Thailand

** Corresponding author: Thanyalakwadee.kon@siam.edu

Level Up Nursing Skills through Game-Based Learning

Thanyalakwadee Konthongtom (M.N.S.)

Abstract

Game-Based Learning (GBL) is gaining attention as a highly effective teaching tool, particularly in nursing education, which requires the development of both theoretical knowledge and practical skills. GBL enhances essential competencies such as critical thinking, decision-making, and teamwork through a Challenge-Response-Feedback process. The approach offers immediate feedback for improving the development of skills and knowledge while helping students to participate in simulated scenarios in a safe environment without risks associated with real patients.

However, GBL has limitations, such as expensive costs for development, the requirement for interpersonal skills training in real-life situations, and a lack of realism in some circumstances. This article suggests integrating GBL with blended learning methods to develop an improved educational framework that includes contextual awareness and the development of practical skills. With an appropriate structure and support, GBL could significantly improve nursing students' efficiency and awareness, giving them the self-assurance and skills they require for effective clinical practice.

Keywords: Game-Based Learning, nursing education, blended learning

* This article is part of the course LSE711: Innovation and Learning Technologies, taught by Assistant Professor Dr. Samoekans Sophonhiranrak and Assistant Professor Dr. Sarunwit Promsaka Na Sakonnakron in the Doctor of Philosophy program in Learning Sciences, Faculty of Learning Sciences and Education, Thammasat University.

** Ph.D. students in the Learning Sciences program, Faculty of Learning Sciences and Education, Thammasat University, and lecturers in Faculty of Nursing, Siam University, Thailand.

** Corresponding author: Thanyalakwadee.kon@siam.edu

ความเป็นมาและความสำคัญ

ปัจจุบัน เทคโนโลยีเข้ามามีบทบาทสำคัญในชีวิตและการศึกษามากขึ้น โดยเฉพาะในการส่งเสริมประสิทธิภาพการเรียนรู้ในสาขาวิชาต่างๆ หนึ่งในเทคโนโลยีที่ได้รับความนิยมคือ Game-Based Learning (GBL) ซึ่งเป็นการเรียนรู้โดยใช้เกมเป็นฐาน เพื่อกระตุ้นความสนใจและเพิ่มประสิทธิภาพของการศึกษาผ่านรูปแบบที่แตกต่างและน่าเรียนรู้มากขึ้น

การใช้ GBL ในการศึกษาทางการแพทย์ถือเป็นเครื่องมือสำคัญ ที่ช่วยในการพัฒนาทักษะของนักศึกษาพยาบาล โดยเฉพาะทักษะทางการแพทย์ ทักษะการตัดสินใจ และการทำงานเป็นทีม จากการวิจัยของ Plass, Homer, and Kinzer (2015) ที่กล่าวถึงโมเดลการเรียนรู้ผ่านเกมพบว่า Challenge-Response-Feedback เป็นกระบวนการสำคัญที่ช่วยให้นักศึกษาพยาบาลได้ฝึกทักษะในสถานการณ์ที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริง โดยสามารถจำลองสถานการณ์ต่าง ๆ เช่น การดูแลผู้ป่วยในสถานะฉุกเฉิน หรือผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต ซึ่งนักศึกษาสามารถฝึกปฏิบัติและทดลองการพยาบาลด้วยวิธีการต่าง ๆ ที่ไม่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยจริง และการได้รับผลตอบรับ (Feedback) ทันทีจากเกมจะช่วยให้การเรียนรู้มีประสิทธิภาพและทำให้เข้าใจสถานการณ์ได้ดียิ่งขึ้น และสามารถพัฒนาทักษะทางการแพทย์ได้อย่างต่อเนื่องและมั่นใจ

การเรียนรู้แบบผสมผสาน (Blended Learning) เป็นการรวมระหว่างการเรียนรู้ผ่านเทคโนโลยีและการเรียนในห้องเรียนแบบดั้งเดิม ซึ่งสามารถช่วยเสริมสร้างประสิทธิภาพในการเรียนรู้ได้อย่างครบถ้วน การผสมผสาน GBL เข้ากับ การเรียนรู้แบบผสมผสาน (Blended Learning) จะช่วยเสริมสร้างการเรียนรู้ที่ครอบคลุมมากขึ้น ทั้งในด้านทักษะการปฏิบัติที่เกิดจากการฝึกในสถานการณ์จำลองและการพัฒนาศักยภาพในบริบทจริง นอกจากนี้ การใช้ GBL ในการเรียนรู้แบบผสมผสานยังช่วยให้นักศึกษาสามารถเรียนรู้ทักษะที่จำเป็นได้อย่างมีประสิทธิภาพในสภาพแวดล้อมที่

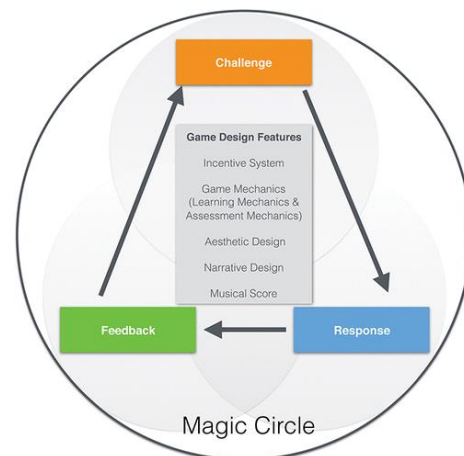
ปลอดภัย และสามารถประยุกต์ใช้ความรู้ที่ได้จากเกมไปสู่การปฏิบัติในสถานการณ์จริงได้

แม้ว่า GBL จะได้รับการยอมรับและพิสูจน์ถึงประสิทธิภาพในหลายด้าน แต่ก็ยังมีข้อจำกัดในเรื่องความไม่สมจริงของเกมในบางสถานการณ์ และเกมไม่สามารถพัฒนาทักษะด้านมนุษยสัมพันธ์ได้ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งในวิชาชีพการพยาบาล ดังนั้น การบูรณาการ GBL เข้ากับการเรียนรู้แบบเดิมที่ต้องอาศัยประสบการณ์จริงในการปฏิบัติการพยาบาลจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อพัฒนาทักษะพยาบาลให้ครอบคลุมทุกด้าน

บทความนี้จะพิจารณาบทบาทของ GBL ในการพัฒนาทักษะพยาบาล โดยการวิเคราะห์ข้อดี ข้อจำกัด และความท้าทายในการนำ GBL มาใช้ในการศึกษาพยาบาล พร้อมทั้งเสนอแนวทางการบูรณาการ GBL กับการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง เพื่อยกระดับการศึกษาทางการแพทย์ในยุคดิจิทัล

ทำไม GBL ถึงสำคัญสำหรับการศึกษาทางการแพทย์

ในยุคดิจิทัลที่เทคโนโลยีมีบทบาทสำคัญในทุกด้านของชีวิต การศึกษาทางการแพทย์ก็ได้รับประโยชน์จากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีนี้เช่นกัน โดยเฉพาะการใช้ GBL เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพและการมีส่วนร่วมที่มากขึ้น โดยจะอธิบายรายละเอียดตามภาพ ดังต่อไปนี้



ภาพที่ 1: โมเดลของการเรียนรู้โดยใช้เกมเป็นฐาน

(Plass et al., 2015)

จากภาพแสดงให้เห็นว่า GBL ทำงานผ่านวงจรการเรียนรู้ 3 ขั้นตอนที่สำคัญ ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการออกแบบเกม เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ในการพัฒนาทักษะทางการพยาบาล ดังนี้

1) Challenge (ความท้าทาย) การใช้เกมจำลองสถานการณ์ใน GBL ช่วยส่งเสริมทักษะการวิเคราะห์และการตัดสินใจของนักศึกษา เช่น การพยาบาลผู้ป่วยในห้องฉุกเฉินหรือการดูแลผู้ป่วยใส่ท่อระบายทรวงอก จากงานของปาริชาติ วงศ์ก้อม และคณะ (2566) พบว่า GBL จะช่วยเพิ่มความรู้ ความชำนาญ และเพิ่มความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2) Response (การตอบสนอง) นักศึกษาจะได้ฝึกตัดสินใจในสถานการณ์จำลอง เช่น การจัดการกับสภาพจิตใจของผู้ประสบภัยหรือการประเมินผู้บาดเจ็บจากภัยพิบัติ ซึ่งจำลองสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ผู้เรียนต้องตอบสนองอย่างรวดเร็วและถูกต้อง เกมนี้ช่วยพัฒนาทักษะการตัดสินใจในสถานการณ์ที่ต้องการการตอบสนองทันที ซึ่งช่วยให้นักศึกษาปรับปรุงทักษะการตอบสนองได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Ma et al., 2021)

3) Feedback (ผลตอบกลับ) GBL มีการให้ผลตอบกลับทันทีเกี่ยวกับการกระทำของผู้เรียน ตัวอย่างเช่น เกม BAM (Burn Assessment Mission game) ใช้ฝึกการประเมินผู้บาดเจ็บจากไฟไหม้ โดยในเกมจะให้ข้อมูลว่าการตัดสินใจของผู้เล่นเหมาะสมหรือไม่ และได้รับ Feedback ทันทีเกี่ยวกับการตัดสินใจเพื่อช่วยปรับปรุงทักษะการประเมินและการตัดสินใจ (Nasirzade et al., 2024) การให้ Feedback ที่ชัดเจนช่วยให้นักศึกษาพัฒนาและเรียนรู้จากข้อผิดพลาดโดยไม่เสี่ยงต่อผลกระทบในสถานการณ์จริง

นอกจากนี้ ยังมี Magic Circle (พื้นที่ปลอดภัย) โดยการสร้าง “พื้นที่ปลอดภัย” ใน GBL จะช่วยให้นักศึกษาพยาบาลสามารถทดลองให้การพยาบาลและแก้ไขข้อผิดพลาด พร้อมทั้งฝึกซ้ำในสภาพแวดล้อมที่ไม่มีแรงกดดัน ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการพัฒนาทักษะ

ทางการพยาบาลขั้นสูง เช่น การตั้งค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์หรือการพยาบาลผู้ป่วยในภาวะวิกฤต (Plass et al., 2015; Foronda et al., 2020)

สรุปได้ว่า GBL พัฒนาทักษะทางการพยาบาลหลายด้าน เช่น ทักษะการปฏิบัติ การตัดสินใจ และการทำงานเป็นทีม โดยการผสมผสาน Blended Learning ซึ่งรวม GBL และการเรียนในห้องเรียนแบบดั้งเดิม ช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ทั้งทฤษฎีและการปฏิบัติจริง Blended Learning ช่วยให้นักศึกษาฝึกในสภาพแวดล้อมปลอดภัยผ่านเกมจำลองสถานการณ์และนำทักษะไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น GBL จึงเป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนาทักษะพยาบาล โดยสร้างพื้นที่ฝึกที่ปลอดภัยและสนับสนุนการเรียนรู้ผ่าน Challenge-Response-Feedback หากได้รับการสนับสนุนจากรัฐ จะทำให้ GBL และ Blended Learning จะยกระดับการศึกษาทางการพยาบาลในประเทศไทยอย่างมีประสิทธิภาพ

Game-Based Learning ช่วย “Level Up” ทักษะพยาบาลได้จริงหรือไม่?

การเรียนรู้แบบใช้เกมเป็นฐาน (Game-Based Learning: GBL) เป็นเครื่องมือการเรียนรู้ที่มีศักยภาพ โดยเฉพาะในวิชาชีพการพยาบาลที่ต้องการทั้งความรู้ทางทฤษฎีและการปฏิบัติที่แม่นยำ หลักฐานสนับสนุนจากงานวิจัยหลายเรื่องยืนยันว่า GBL ช่วยพัฒนาทักษะของนักศึกษาพยาบาลในบางด้าน แต่อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดและข้อท้าทายของ GBL ก็ยังมีอยู่มากมายจนทำให้เกิดคำถามว่าการเรียนรู้รูปแบบนี้สามารถ “Level Up” ทักษะพยาบาลได้จริงหรือไม่

1) Game-Based Learning สามารถ “Level Up” ทักษะพยาบาลได้จริง Game-Based Learning (GBL) ได้รับการยืนยันจากงานวิจัยหลายชิ้นว่าเป็นวิธีการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพสำหรับการพัฒนาทักษะในวิชาชีพการพยาบาล โดยมีความสามารถในการพัฒนาทักษะทางการพยาบาลได้ ดังนี้



1.1) เพิ่มความเข้าใจและความมั่นใจในเนื้อหามากขึ้น จากงานวิจัยของ จุฑามาศ ทองประดับ และคณะ (2565) พบว่าการเรียนรู้ผ่านเกมช่วยให้นักศึกษาสามารถจดจำคำศัพท์ภาษาอังกฤษเกี่ยวกับ จิตเวชได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งถือเป็นทักษะที่มีความสำคัญในการสื่อสารกับบุคลากรในทีมสุขภาพ สอดคล้องกับปาริชาติ วงศ์ก้อมและคณะ (2566) ที่พบว่า GBL ช่วยเพิ่มความรู้และทักษะปฏิบัติทางการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อระบายทรวงอก และยังเพิ่มความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติของนักศึกษาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

1.2) พัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์และการตัดสินใจ GBL ช่วยส่งเสริมการคิดวิเคราะห์และการตัดสินใจในสถานการณ์ฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับ Ma et al. (2021) ที่กล่าวว่า การใช้เกมจำลองสถานการณ์ช่วยพัฒนาทักษะการตอบสนองในสถานการณ์วิกฤต และช่วยให้นักศึกษาเตรียมพร้อมในการตัดสินใจอย่างรวดเร็วและแม่นยำเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่ซับซ้อน เช่น การประเมินและการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บจากภัยพิบัติ และ Cheng et al. (2018) ยังเน้นย้ำว่า การฝึกผ่านเกมจำลองในสถานการณ์วิกฤต เช่น ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นจะช่วยให้นักศึกษาพัฒนาทักษะทางการพยาบาลได้อย่างรวดเร็วและแม่นยำ

1.3) สร้างการเรียนรู้ที่ปลอดภัยและผลตอบรับทันที GBL ช่วยให้นักศึกษาฝึกฝนในสภาพแวดล้อมจำลองที่ปลอดภัย และสามารถลองผิดลองถูกได้โดยไม่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยจริง (Ozdemir & Dinc, 2022) การมี Feedback ทันทีในระหว่างการฝึก เช่น การแจ้งผลลัพธ์หรือข้อผิดพลาดทันทีในเกมช่วยให้นักศึกษาปรับปรุงแนวทางการพยาบาลได้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ งานของ Havola et al. (2020) ยังสนับสนุนเรื่องนี้ว่า ผลตอบรับในเกมจะช่วยเพิ่มความมั่นใจและความเข้าใจในทักษะที่ซับซ้อนได้มากขึ้น

1.4) การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและส่งเสริมการทำงานเป็นทีม การเล่นเกมเป็นทีมช่วยพัฒนาทักษะการ

สื่อสารและการประสานงานระหว่างนักศึกษา (Cheng et al., 2018) ซึ่งเป็นทักษะสำคัญในวิชาชีพการพยาบาล นอกจากนี้ GBL ยังช่วยเพิ่มความสนุกและการมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ นักศึกษาจึงมีแรงจูงใจและกระตือรือร้นมากขึ้น Plass et al. (2015) ระบุว่า การเรียนรู้รูปแบบนี้ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางการเรียนรู้ที่ยั่งยืน

จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่กล่าวมาทั้งหมดสรุปได้ว่า GBL เป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพสำหรับการพัฒนาทักษะทางการพยาบาล โดยจะช่วยเสริมสร้างความมั่นใจ เพิ่มความรู้ และเตรียมความพร้อมให้นักศึกษาสามารถเผชิญกับสถานการณ์จริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2) ข้อจำกัดของ Game-Based Learning ที่ยังไม่สามารถ “Level Up” ทักษะพยาบาลได้อย่างสมบูรณ์ แม้ว่า GBL จะเป็นเครื่องมือการเรียนรู้จะมีประสิทธิภาพในการพัฒนาทักษะทางการพยาบาล แต่ก็ยังมีข้อจำกัดบางประการที่ทำให้ GBL ไม่สามารถ “Level Up” ทักษะของนักศึกษาพยาบาลได้อย่างสมบูรณ์ ดังนี้

2.1) ความไม่สมจริงของสถานการณ์ในเกม แม้ว่า GBL จะช่วยให้นักศึกษาได้ฝึกในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย แต่ข้อจำกัดสำคัญก็คือ ความไม่สมจริงของสถานการณ์ในเกม โดย Nasirzade et al. (2024) กล่าวว่าเกมให้การฝึกในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย ซึ่งอาจไม่สามารถจำลองสภาพความเครียดหรือความวิตกกังวลที่นักศึกษาพยาบาลเผชิญในสถานการณ์จริงได้อย่างครบถ้วน นอกจากนี้ สถานการณ์บางอย่าง เช่น การให้การพยาบาลในผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต หรือการตัดสินใจในสถานการณ์ที่ซับซ้อนที่นักศึกษาต้องเผชิญในสถานการณ์จริง ซึ่งเกมอาจไม่สามารถจำลองได้

2.2) ข้อจำกัดในการพัฒนาทักษะด้านมนุษยสัมพันธ์ GBL ไม่สามารถพัฒนาทักษะด้านมนุษยสัมพันธ์ได้อย่างเต็มที่ ซึ่งทักษะนี้สำคัญมากในวิชาชีพการพยาบาล ได้แก่ การสร้างความไว้วางใจกับผู้ป่วย การ

ดูแลด้านจิตใจ หรือการสื่อสารกับครอบครัวผู้ป่วย ซึ่งการพัฒนาทักษะนี้ต้องใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลการศึกษาของ Verkuyl et al. (2017) พบว่า การฝึกปฏิบัติในโรงพยาบาลให้ประสบการณ์เชิงลึกในการสร้างสัมพันธภาพที่การจำลองในเกมไม่สามารถทำได้

2.3) ผลลัพธ์ที่ยั่งยืนและการวัดผลที่ยาก การใช้ GBL อาจสร้างผลลัพธ์ที่ดีในระยะสั้น แต่ยังไม่มีหลักฐานงานวิจัยที่ยืนยันว่า ผลการเรียนรู้จะยังคงอยู่ในระยะยาว Ozdemir and Dinc (2022) พบว่าความรู้และทักษะที่นักศึกษาได้รับจากการใช้ GBL อาจลดลงเมื่อเวลาผ่านไป นอกจากนี้ GBL ยังไม่มีหลักฐานที่ชัดเจนว่าทักษะที่พัฒนาขึ้นในเกมสามารถนำไปปรับใช้ในบริบทการทำงานจริงได้ดีหรือไม่

2.4) ต้นทุนที่สูงและข้อจำกัดด้านทรัพยากร เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาเกมต่าง ๆ ตัวอย่างเช่น เกมที่ใช้เทคโนโลยีเสมือนจริง (Virtual Reality) ที่ต้องใช้ต้นทุนในการผลิตสูงมาก ทำให้เป็นอุปสรรคสำหรับสถาบันการศึกษาที่มีงบประมาณจำกัด Choosang et al. (2023) ระบุว่าสถานศึกษาหลายแห่งในประเทศไทยยังคงประสบปัญหาด้านทรัพยากรเทคโนโลยี เช่น การขาดแคลนอุปกรณ์ที่รองรับการใช้งาน GBL

2.5) การออกแบบเกมที่ไม่สอดคล้องกับบริบททางการพยาบาล บางครั้งเกมที่ออกแบบมาอาจเน้นความสนุกสนานมากเกินไป ขาดความเชื่อมโยงกับเป้าหมายทางการศึกษาทางการพยาบาล Choosang et al. (2023) ยังพบว่า ผู้เรียนบางคนอาจไม่ชอบหรือไม่ถนัดการเรียนรู้ผ่านเกม ส่งผลให้ประสิทธิภาพของการเรียนรู้ลดลง

แม้ว่า GBL จะมีศักยภาพในการเสริมสร้างความรู้และทักษะบางประการของนักศึกษาพยาบาล เช่น การคิดวิเคราะห์และการตัดสินใจ แต่ข้อจำกัดต่าง ๆ ทำให้ GBL ยังไม่สามารถพัฒนาทักษะทางการพยาบาลได้อย่างสมบูรณ์ ดังนั้น การนำ GBL มาใช้ในการศึกษาทางการพยาบาลจึงควรเป็นเพียงส่วนเสริมของการเรียนการสอนแบบเดิมที่เน้นการฝึกปฏิบัติจริงในโรงพยาบาล ซึ่งยังคงมี

บทบาทสำคัญในการเตรียมความพร้อมของนักศึกษาพยาบาลสำหรับการทำงานในสถานการณ์จริง

กรณีศึกษา: การเรียนรู้ผ่านเกมเพื่อฝึกทักษะพยาบาล

GBL ช่วยเสริมทักษะของนักศึกษาพยาบาลผ่านการฝึกในสถานการณ์จำลอง ซึ่งช่วยพัฒนาการตอบสนองและการตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพ ตัวอย่างเกมที่ช่วยฝึกทักษะพยาบาล มีดังนี้

1) เกม BAM เป็นเกมจำลองสถานการณ์ ที่ใช้ฝึกการประเมินผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากไฟไหม้ โดยผู้เล่นจะได้รับภาพและวิดีโอของผู้ป่วยที่มีอาการแตกต่างกัน และต้องตอบคำถามภายในเวลาที่กำหนดเพื่อฝึกทักษะการประเมินอย่างแม่นยำ โดย Nasirzade et al. (2024) พบว่า เกมนี้ช่วยพัฒนาความรู้และทักษะของนักศึกษาพยาบาลดีกว่าการเรียนรู้ผ่านการบรรยาย เพราะการใช้สถานการณ์จำลองทำให้ผู้เรียนสามารถลองผิดลองถูกได้อย่างปลอดภัย

2) เกมฝึก CPR (Cardiopulmonary resuscitation) เกมนี้ออกแบบมาเพื่อฝึกกวดหน้าอกให้มีประสิทธิภาพ โดยการให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) ทันที Cheng, et al. (2018) ระบุว่าเกมนี้ช่วยให้ผู้เรียนพัฒนาทักษะการกวดหน้าอกอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้เล่นมีการปรับปรุงต่อการตอบสนองในภาวะวิกฤตผ่านการฝึกซ้ำ ๆ เกมนี้จึงช่วยให้การกวดหน้าอก เพื่อช่วยชีวิตมีความแม่นยำและถูกต้องมากขึ้น

3) เกมทบทวนคำศัพท์ทางการแพทย์ เกมนี้อยู่ในรูปแบบของเกมตอบคำถามที่ช่วยให้นักศึกษาเรียนรู้คำศัพท์เฉพาะทางด้านการแพทย์ จูฑามาศ ทองประดับ และคณะ (2565) พบว่า การใช้เกมนี้ทำให้นักศึกษาสามารถจำคำศัพท์ได้ดีขึ้น ช่วยเสริมความเข้าใจและความพร้อมในการใช้คำศัพท์ในสถานการณ์จริง

4) เกมฝึกทักษะร่วมกัน เกมนี้ออกแบบมาเพื่อให้ผู้เล่นทำงานเป็นทีมในการแก้ไขสถานการณ์ที่เร่งด่วนและฉุกเฉิน Verkuyl et al. (2017) พบว่าเกมจำลองนี้ช่วยพัฒนาทักษะการทำงานเป็นทีมและการ



สื่อสารระหว่างนักศึกษาที่เล่น ในสถานการณ์ที่ต้องมีการตัดสินใจอย่างรวดเร็วและประสานงานกัน

นอกจากตัวอย่างเกมที่ได้กล่าวถึงก่อนหน้านี้ ยังมีงานวิจัยที่เปรียบเทียบผลการเรียนรู้แบบเดิมกับ GBL โดย Nasirzade et al. (2024) พบว่า กลุ่มที่เรียนรู้ผ่านเกมมีคะแนนที่สูงกว่าในการประเมินทั้งความรู้และทักษะ เนื่องจาก GBL ช่วยเพิ่มแรงจูงใจและมอบประสบการณ์ที่ใกล้เคียงกับสถานการณ์จริง ข้อดีสำคัญของ GBL คือการช่วยให้นักศึกษาได้ฝึกทักษะที่ซับซ้อนในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย อีกทั้งงานวิจัยของ Foronda et al. (2020) ยังยืนยันว่า GBL พัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์และเพิ่มความพร้อมสำหรับสถานการณ์จริง

จากงานวิจัยที่กล่าวมาข้างต้น ชี้ให้เห็นว่า GBL เป็นแนวทางที่สำคัญในการพัฒนาทักษะทางการพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น โดยการบูรณาการ GBL กับการฝึกในสถานการณ์จำลองที่สมจริงถือเป็นก้าวสำคัญในการเตรียมความพร้อมให้กับนักศึกษาพยาบาลที่จะขึ้นฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยต่อไป

ข้อสำคัญที่ไม่ควรมองข้ามในการใช้ GBL

ถึงแม้ GBL จะมีข้อดีมากมายแต่ก็ยังมีข้อจำกัดเช่นกัน นอกจากนี้การพัฒนาเกมที่มีคุณภาพสูงยังต้องใช้งบประมาณและทรัพยากรจำนวนมาก อย่างไรก็ตามก็ยังมีข้อสำคัญที่ไม่ควรมองข้ามในการใช้ GBL เพื่อพัฒนาทักษะทางการพยาบาลในยุคดิจิทัล ดังนี้

1) ถ้า GBL สามารถช่วยพัฒนาทักษะทางการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำไมจึงยังไม่ถูกนำมาใช้ในการฝึกทักษะพยาบาลในทุกสถาบัน

2) การเรียนรู้ในสภาพแวดล้อมจริงสำคัญ แค่ไหนในการพัฒนาทักษะทางการพยาบาลที่ซับซ้อน เช่น การสื่อสารกับผู้ป่วย หรือการจัดการกับสถานการณ์วิกฤตในหอผู้ป่วย

3) การบูรณาการ GBL กับการฝึกปฏิบัติในหอผู้ป่วยจริงจะช่วยเตรียมความพร้อมให้นักศึกษาพยาบาลดีขึ้นในด้านใดบ้าง

ประเด็นสำคัญเหล่านี้สะท้อนถึงความท้าทายที่เกิดขึ้นในการนำ GBL มาใช้ในการศึกษาทางการพยาบาลอย่างเต็มรูปแบบ รวมถึงข้อพิจารณาในการบูรณาการ GBL กับการฝึกในสภาพแวดล้อมจริง เพื่อให้การเรียนการสอนสามารถตอบสนองต่อความต้องการในการพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามการฝึกปฏิบัติในหอผู้ป่วยจริง ยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ไม่ควรมองข้ามในการพัฒนาทักษะที่ซับซ้อนของนักศึกษาพยาบาล เนื่องจากทักษะที่จำเป็นในการพยาบาลบางอย่างไม่สามารถจำลองได้ในเกม

แนวทางการนำ GBL มาใช้ในการศึกษาพยาบาลไทย

การศึกษาพยาบาลในปัจจุบันต้องปรับตัวให้สอดคล้องกับการพัฒนาของเทคโนโลยีในยุคดิจิทัล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการเรียนรู้และพัฒนาทักษะทางการพยาบาล โดยขอเสนอแนวทางในการนำ GBL มาใช้ในการศึกษาทางการพยาบาล ดังนี้

1) การใช้ GBL เสริมการบรรยาย การสอนแบบบรรยายยังคงมีความสำคัญในการให้ความรู้เบื้องต้น แต่การนำ GBL เข้ามาเป็นส่วนเสริม เช่น การใช้เกมตอบคำถามออนไลน์ (Kahoot!) จะช่วยกระตุ้นความสนใจของนักศึกษาและเพิ่มการมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ได้ โดยการตอบคำถามจะช่วยทบทวน และ เน้นย้ำเนื้อหาที่สำคัญ ช่วยเพิ่มการจดจำได้มากขึ้น

2) การใช้ GBL ในการพัฒนาทักษะการพยาบาล การฝึกทักษะทางการพยาบาลในสภาพแวดล้อมจำลองผ่านเกมนั้น ช่วยในการเตรียมนักศึกษาก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติจริงในหอผู้ป่วยได้ งานวิจัยปาริชาติ วงศ์ก้อม และคณะ (2566) พบว่า GBL ช่วยให้นักศึกษาพัฒนาความมั่นใจและทักษะในการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์จริงได้ดีขึ้น โดยสามารถเรียนรู้จากข้อผิดพลาดในสภาพแวดล้อมที่ไม่มีความเสี่ยง

3) การใช้ GBL ในการประเมินผลการเรียนรู้ การประเมินผลการเรียนรู้ผ่านเกมจำลองสถานการณ์ ตัวอย่างเช่น การตัดสินใจในสถานการณ์ฉุกเฉินจะช่วย

พัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์และการตัดสินใจได้ดีขึ้น และการที่นักศึกษาได้รับ Feedback ทันทีจากผลการตัดสินใจนั้น จะช่วยให้นักศึกษาสามารถพัฒนาทักษะการตัดสินใจในสถานการณ์จริงได้มากขึ้น

4) พัฒนาแพลตฟอร์มและโครงสร้างพื้นฐาน

การที่จะนำ GBL มาบูรณาการกับการเรียนการสอนแบบเดิมนั้น ในประเทศไทยจำเป็นต้องลงทุนในโครงสร้างพื้นฐานและเทคโนโลยีที่เหมาะสมมากขึ้น สถาบันการศึกษาควรพัฒนาทรัพยากรและจัดฝึกอบรมให้กับผู้สอน เพื่อการใช้งาน GBL อย่างมีประสิทธิภาพในการพัฒนาทักษะทางการพยาบาล

5) การพัฒนาอาจารย์ในการสอนด้วย GBL

การพัฒนาอาจารย์สำคัญในการส่งเสริมการเรียนรู้ผ่าน GBL โดยอาจารย์ควรได้รับการฝึกอบรม ดังนี้

- การออกแบบ Scenario ออกแบบสถานการณ์จำลองที่สมจริง เพื่อฝึกทักษะในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย
- การออกแบบการเรียนการสอน โดยเลือกเกมที่เชื่อมโยงผลการเรียนรู้กับเนื้อหาการเรียน
- การสร้างเครื่องมือประเมินผล พัฒนาเครื่องมือประเมินทักษะการคิดวิเคราะห์ และการตัดสินใจ
- บทบาทของอาจารย์ เป็นผู้แนะนำและให้คำปรึกษา ช่วยให้นักศึกษาใช้ความรู้จากเกมในสถานการณ์จริง

6) การเรียนแบบ Blended Learning

GBL ไม่ควรถูกใช้เพื่อแทนที่การเรียนการสอนรูปแบบเดิม แต่ควรออกแบบให้เกิดความสมดุลกับการบรรยายและการฝึกปฏิบัติในหอผู้ป่วย เช่น การใช้ Flipped Classroom บูรณาการกับ GBL โดยให้ผู้เรียนเล่นเกมบอร์ดแบบทีม ซึ่งก่อนเข้าเรียนอาจจะมีการให้ผู้เรียนเตรียมความเข้าใจในเรื่องที่จะเล่นเพื่อเป็นความรู้พื้นฐาน และในห้องเรียนก็จัดให้มีการเล่นเกมที่จำลอง

สถานการณ์ในการพยาบาลผู้ป่วย เป็นต้น เพื่อพัฒนาทักษะทางการพยาบาลที่สำคัญ

บทสรุป

การใช้ GBL ในการพัฒนาทักษะพยาบาลในยุคดิจิทัลได้รับการพิสูจน์ว่าเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาทักษะทางการพยาบาล โดยเฉพาะทักษะการตัดสินใจทางการแพทย์ ทักษะการคิดวิเคราะห์ และการทำงานร่วมกันเป็นทีม โดยการเรียนรู้ผ่านเกมจะสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยให้นักศึกษาได้ทดลองปฏิบัติในสถานการณ์ต่าง ๆ โดยไม่มีความเสี่ยงต่อผู้ป่วยจริง

การใช้เกมช่วยให้นักศึกษามีโอกาสได้รับ Feedback ทันที ซึ่งช่วยเพิ่มความเข้าใจและความมั่นใจในการตัดสินใจ และนักศึกษาจะสามารถปรับปรุงทักษะและเรียนรู้จากข้อผิดพลาดในสภาพแวดล้อมที่ไม่ก่อให้เกิดผลกระทบที่รุนแรง การบูรณาการ GBL เข้ากับการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริงจะช่วยเสริมสร้างทักษะการพยาบาลได้ครบทุกด้าน

อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่า GBL จะช่วยพัฒนาทักษะทางการพยาบาลบางด้านได้ดี แต่ยังมีข้อจำกัดในการจำลองสถานการณ์ โดยเฉพาะทักษะด้านมนุษยสัมพันธ์และการทำงานร่วมกับทีมสุขภาพ การใช้ GBL ควรนำมาบูรณาการกับการสอนวิธีการอื่นๆ และการฝึกปฏิบัติในหอผู้ป่วยจริง เพื่อเสริมทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้องและปลอดภัยต่อผู้รับบริการ โดยรวมแล้ว GBL เป็นเครื่องมือที่มีศักยภาพสูงในการพัฒนาการศึกษาทางการพยาบาล เนื่องจากช่วยให้นักศึกษาพยาบาลได้รับประสบการณ์การเรียนรู้ที่สนุกและมีประสิทธิภาพ พร้อมทั้งเตรียมตัวสำหรับการทำงานในสภาพแวดล้อมจริงที่เต็มไปด้วยความท้าทาย



เอกสารอ้างอิง

- จุฬามาศ ทองประดับ, สุจรรยา โลหาชีวะ, และลิขิต ปรียานนท์. (2565). ผลของการเรียนรู้โดยใช้เกมเป็นฐานต่อความรู้ของนักศึกษาพยาบาล เกี่ยวกับคำศัพท์ภาษาอังกฤษด้านจิตเวช. *วารสารสภาการพยาบาล*, 37(4), 111–124. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJONC/article/view/257405>
- ปาริชาติ วงศ์ก้อม, บุษบา สมใจวงษ์, สุชุมาล หอมวิเศษวงศา, วิภาวดี โพธิ์โสภะ, อรวี ช่างเรือง, วาสนา รวยสูงเนิน, ดลวิวัฒน์ แสนโสม, มะลิวรรณ ศิลารัตน์, และ นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์. (2566). ผลของการจัดการเรียนรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อระบายทรวงอก โดยใช้เกมเป็นฐานต่อความรู้ ทักษะและความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารสภาการพยาบาล*, 38(04), 358–372. <https://doi.org/10.60099/jtnmc.v38i04.265587>
- Cheng, A., Nadkarni, V. M., Mancini, M. B., Hunt, E. A., Sinz, E. H., Merchant, R. M., Donoghue, A., Duff, J. P., Eppich, W., Auerbach, M., Bigham, B. L., Blewer, A. L., Chan, P. S., & Bhanji, F. (2018). Resuscitation Education Science: Educational Strategies to Improve Outcomes from Cardiac Arrest: A Scientific Statement from the American Heart Association. *Circulation*, 138(6). <https://doi.org/10.1161/cir.0000000000000583>
- Choosang, S., Chai-ngam, N., & Pongkiatchai, R. (2023). Instructional design: Under the concept of game-based learning for nursing education. *Journal of Food Health and Bioenvironmental Science*, 16(1), 60–70. <https://li01.tci-thaijo.org/index.php/sdust/article/view/260656>
- Nasirzade, A., Deldar, K., Froutan, R., & Shakeri, M.T. (2024). Comparison of the effects of burn assessment mission game with feedback lecture on nursing students' knowledge and skills in the burn patients' assessment: a randomized clinical trial. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12911-024-02558-4>
- Foronda, C. L., Fernandez-Burgos, M., Nadeau, C., Kelley, C. N., & Henry, M. N. (2020). Virtual Simulation in Nursing Education. *Simulation in Healthcare: The Journal of the Society for Simulation in Healthcare*, 15(1), 46–54. <https://doi.org/10.1097/sih.0000000000000411>
- Havola, S., Koivisto, J.-M., Mäkinen, H., & Haavisto, E. (2020). Game Elements and Instruments for Assessing Nursing Students' Experiences in Learning Clinical Reasoning by Using Simulation Games: An Integrative Review. *Clinical Simulation in Nursing*, 46, 1–14. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2020.04.003>
- Ozdemir, E. K., & Dinc, L. (2022). Game-based learning in undergraduate nursing education: A systematic review of mixed-method studies. *Nurse Education in Practice*, 62, 103375. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2022.103375>
- Ma, D., Shi, Y., Zhang, G., & Zhang, J. (2021). Does theme game-based teaching promote better learning about disaster nursing than scenario simulation: A randomized controlled trial. *Nurse Education Today*, 103, 104923. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.104923>
- Plass, J. L., Homer, B. D., & Kinzer, C. K. (2015). Foundations of game-based learning. *Educational Psychologist*, 50(4), 258–283. <https://doi.org/10.1080/00461520.2015.1122533>
- Verkuyl, M., Romaniuk, D., Attack, L., & Mastrilli, P. (2017). Virtual Gaming Simulation for Nursing Education: An Experiment. *Clinical Simulation in Nursing*, 13(5), 238–244. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2017.02.004>

