

วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้
The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health



วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้
ผ่านการรับรองคุณภาพ TCI กลุ่มที่ 1 (พ.ศ.2563-2567)
ISSN 2408-1051 (Print)
ISSN 2651-2270 (Online)



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



วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2566

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความทางวิชาการของคณะอาจารย์ บุคลากร เครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและวิทยาลัยการสาธารณสุขภาคใต้ (SC-Net) ในด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ
2. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความทางวิชาการ ของบุคลากรทางการแพทย์ นักวิชาการ ผู้ปฏิบัติงานในศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนศิษย์เก่า และผู้สนใจ ในด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ
3. เพื่อสร้างเครือข่ายทางวิชาการทั้งในเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและวิทยาลัยการสาธารณสุขภาคใต้ และสถาบันวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง
4. เพื่อตอบสนองพันธกิจหลักในการสร้างองค์ความรู้และการเผยแพร่ผลงานวิชาการ และงานวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลและวิทยาลัยการสาธารณสุข ในเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและวิทยาลัยการสาธารณสุขภาคใต้ (SC-Net)

สำนักงาน

กองบรรณาธิการวารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

64 ถนนรามวิถี ตำบลบ่อยาง

อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา 90000

โทร. 0-7431-1890 ต่อ 623 โทรสาร 0-7431-2562

<http://bcnsk.ac.th> E-mail: sc.net.journal@gmail.com

วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้

The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health

ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2566

ที่ปรึกษา	กองบรรณาธิการ	
ศาสตราจารย์พิเศษ ดร.นพ.วิชัย เทียนถาวร ศาสตราจารย์ พญ.วนิดา ชื่นกองแก้ว อาจารย์ ดร.ศุภพร เพชรเรียง อาจารย์ประไพพิศ สิงห์สม อาจารย์สุทัศน์ เหมทานนท์ อาจารย์ไพบุลย์ ขาวสวนศรีเจริญ อาจารย์สุนทร ปราบเขต	ศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย รองศาสตราจารย์ ดร.กุลลาภ รัตนสังธรรม รองศาสตราจารย์ ดร.สุจิตรา จรจิตร รองศาสตราจารย์ ดร.ยาใจ สิทธิมงคล รองศาสตราจารย์ ดร.สุภาพ อารีเอื้อ รองศาสตราจารย์ ดร.สงวน ลือเกียรติบัณฑิต รองศาสตราจารย์ ดร.สุรชาติ ณ หนองคาย รองศาสตราจารย์ ดร.โยธิน แสงดี รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์ รองศาสตราจารย์ ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมล์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พงษ์เทพ สุธีระวุฒิ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พูนสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์	มหาวิทยาลัยคริสเตียน ประธานกรรมการหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา สำนักโครงการปริญญาเอก มหาวิทยาลัยมหิดล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล สถาบันวิจัยประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ สถาบันการจัดการสุภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก English Language Editor วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
บรรณาธิการ	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พญ.ดร.อรุณวรรณ หล้าอุบล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณมล สิงห์ตง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาจันต์ สงทับ อาจารย์ ดร.นงษา สิงห์วีธรรม Mr.Patrick Wauters	
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	อาจารย์ ดร.อดิธยาน์ ศรีเกษตริณ อาจารย์ ดร.รุ่งนภา จันทรา อาจารย์ ดร.รณยานิกิต พลศึก อาจารย์ ดร.มาริสรา สุวรรณราช อาจารย์ ดร.ณัฐ วอลเตอร์ อาจารย์ ดร.พยงค์ เทพอักษร อาจารย์ ดร.ปริญญ ชัยกองเกียรติ อาจารย์ ดร.ปาริฉัตร อุทัยพันธ์	
กองจัดการ	นางสาวกมลวรรณ จันทร์เพน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา	
กำหนดออก	ปีละ 3 ฉบับ ดังนี้ ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม	
เจ้าของ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา	

วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ เป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์อย่างน้อยจำนวน 2 ท่าน ต่อบทความ และบทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ ที่เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการหรือเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและวิทยาลัยการสาธารณสุขภาคใต้ ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

บทบรรณาธิการวารสาร

สวัสดี

สมาชิกวารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ทุกท่าน วารสารฯ ได้ดำเนินการปรับปรุงการตรวจพิจารณาบทความจากผู้เชี่ยวชาญ (Peer Review) เป็น 3 คน ต่อ 1 บทความ ทำให้ขั้นตอนการทำงานของวารสารมากขึ้น แต่เพื่อคุณภาพของบทความและการนำไปใช้ประโยชน์ ในการขอตำแหน่งทางวิชาการสำหรับอาจารย์ในมหาวิทยาลัยตามที่ ก.พ.อ. กำหนด ความเข้มข้น และคุณภาพ ของงานก็ยิ่งเพิ่มขึ้น

เพื่อคุณภาพของวารสารทางวารสารฯ ยังคงทำงานกันอย่างเข้มข้นเพื่อคัดสรรผลงานที่มีคุณภาพเข้า ตีพิมพ์ในวารสารทั้งการรับผ่านระบบ Thai jo การจัดอบรมการเขียนบทความทางวิชาการเพื่อชี้แนะแนว ทางการเขียนที่ถูกต้อง การใช้สถิติที่ถูกต้อง ตลอดจนผลงานจากนักศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษา เพื่อการพัฒนาศักยภาพทางวิชาการให้กับนักวิชาการด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพต่อไป



(ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ)

บรรณาธิการ

วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้

สารบัญ

บทความวิจัย :

- e252352 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับเด็กวัยหัดเดินในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก.....1
Factors Related to Caregiver-Toddler Interaction in Child Development Centers
กานต์รวี คำซึ้ง, พิมพ์พรรณ กลั่นกลิ่น, อุษณีย์ จินตะเวช
- e252574 ความคิดเห็นของผู้ใช้กัญชา เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และบุหรี่ ในจังหวัดเพชรบูรณ์.....13
Opinions of Drug Abusers towards Cannabis, Alcohol and Tobacco in Phetchabun Province
ไพฑูรย์ สอนทน, นฤมล จันทร์มา
- e248693 ผลโปรแกรมการจัดการอบรมของกลุ่มงานต่อการส่งเสริมคุณค่าในตนเองสำหรับนักเรียนระดับชั้น มัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนราชประชานุเคราะห์ ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้.....26
The Effect of a Growth Group Training on Self-Esteem of 9th Grade Students in 3 Southern Provinces Boarding Schools
ณิชากร ศีลาภรณ์, บุญโรม สุวรรณพาหุ, จิระวัฒน์ ต้นสกุล, พวงสร้อย วรกุล
- e249899 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทศนคติ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมกับความตั้งใจในการบริจาคน้ำนมให้ธนาคารนมแม่ของมารดา.....40
Relationship among Knowledge, Attitudes, Subjective Norms, Perceived Behavioral Control, and Mother's Intention to Donate Breast Milk
สุภาลัย แสงสิงห์, พิสมัย วัฒนสิทธิ์
- e248522 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดและวิธีการจัดการความเครียดจากการปฏิบัติงานที่บ้านของบุคลากรมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัส COVID-19.....55
Work From Home during the COVID-19 Pandemic: Factors Affecting Stress Level and Stress Management among Rajamangala University of Technology Thanyaburi Personnel
อนุสรณ์ แนนอุดร, พัชรภรณ์ ไซยสังข์, ยชญ์วินทร์ จรบุรณย์, รัชพร ศรีเดช, ประภาส ธนะ
- e249318 ทศนคติและพฤติกรรมต่อความหลากหลายทางเพศของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง.....67
Attitudes and Behaviors towards Sexual Diversity among Rajabhat University Students in Lampang
ชลธิชา อินปัน, กฤติญา บุญสิงห์, โยธิกา ดาวงค์, ชิสัพพัชร์ ชูทอง
- e259255 รูปแบบการดูแลมารดาตกเลือดหลังคลอดแบบองค์รวมตึกพิเศษสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลยะลา.....80
Mothers with Postpartum Hemorrhage: A New Holistic Care Model from Obstetrics and Gynecology Ward of Yala Hospital
ธิดาสิณี สุวรรณอำภา, นวรัตน์ ไชยมพู

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย :

- e257912 การพัฒนาแอปพลิเคชัน PNU SALT TALKING สำหรับผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูง.....94
Development of PNU SALT TALKING Application for Adults with Hypertension
พัชรราตรี ทองเนื่อง, พุรชาน บิชา, อัญญภัคสร ใจสมคม, นูรดีนี ดือเระ, สุภาวดี อติชัยศักดิ์,
กฤตธนา อติชัยศักดิ์
- e257521 การพัฒนาโปรแกรมกลุ่มการดูแลแบบเกื้อกูลบนพื้นฐานของวัฒนธรรมไทยสำหรับผู้สูงอายุสมอง
เสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ.....104
*Development of a Thai Culturally - Based Mutual Support Group Program for
Supporting the Elders with Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia*
นพรัตน์ ไชยขำนิ, สมสุข สมมะลวน, วันดี สุทธิรังษี, ก สิ้นศักดิ์ สุวรรณโชติ, วิภาวรรณ ชะอุ่ม
เพ็ญสุขสันต์, ภาวดี เหมทานนท์
- e251737 อิทธิพลของพฤติกรรมผู้นำแบบแลกเปลี่ยนกับสมาชิกของหัวหน้าหอผู้ป่วย และพฤติกรรมการ
สร้างนวัตกรรมในการทำงานต่อผลการปฏิบัติงานระดับบุคคล ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพใน
โรงพยาบาลชุมชน.....120
*The Influence of Leadership Style on Working Performance and Innovative
Behaviors among Nurses in Community Public Hospitals*
สุรางค์ วิมลธาดา, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, กรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร
- e252738 ปัจจัยทำนายการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง.....136
Factors Predicting Self-Management among Older Persons with Hypertension
สุกฤติยา ชาสุวรรณ, เดชา ทำดี, ศิริรัตน์ ปานอุทัย
- e256334 โมเดลสมการโครงสร้างปัจจัยที่ส่งผลต่อทักษะทางปัญญาของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร
บัณฑิต เครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลภาคใต้ สถาบันพระบรมราชชนก.....153
*Structural Equation Modeling of Factors Affecting Intellectual Skills of Students
in the Bachelor of Nursing Science Programs of the Southern Nursing College
Network Under Praboromarajchanok Institute*
ทรงฤทธิ์ ทองมีขวัญ, วัน เดชพิชัย, รพีพรรณ สุวรรณณัฐโชติ
- e259834 การวิเคราะห์ต้นทุนการจัดบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข
ในช่วงก่อนการระบาดและระหว่างการระบาดโรคโควิด 19 ปีงบประมาณ 2562-2564.....170
*A Compared Cost Analysis for Health Care Services in Tambon Health Promotion
Hospitals Before and During the COVID-19 Pandemic Period Fiscal Year 2019-2021*
ดวงรัตน์ โพธิ์, นกษา สิงห์วีระธรรม, อรวิภา โรจนานิโมกษ์, วิน เตชะเคหะกิจ, อำพล บุญเพียร

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย :

- e256517 ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจของผู้ดูแล....182
Health Literacy and Caring for Children with Congenital Heart Disease after Cardiac Surgery of Caregivers
กฤติกา อินทรณรงค์, พิมพาภรณ์ กลั่นกลั่น, เนตรทอง นามพรม

บทความวิชาการ :

- e251703 การใช้สถานการณ์จำลองเหมือนจริงเพื่อพัฒนาการคิดเชิงวิพากษ์ในนักศึกษาพยาบาล.....196
The Use of Human Patient Simulation (HPS) as a Teaching Tool to Increase the Development of Critical Thinking among Nursing Students
ณัฐวดี สุริยะ, ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์
- e255269 แนวทางการดูแลเท้าผู้ป่วยโรคเบาหวานในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19.....203
A Guideline for Diabetes Foot Care during the COVID-19 Pandemic
บรรณพวรรณ หิรัญเคราะห์, ชยพล ศิรินิยมชัย

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับเด็กวัยหัดเดิน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

Factors Related to Caregiver-Toddler Interaction in Child Development Centers

กานต์รวี คำช้าง^{1*}, พิมพากรณ์ กลั่นกลิ่น², อุษณีย์ จินตะเวช²

Karnrawee Khamchang^{1*}, Pimpaporn Klunklin², Usanee Jintrawet²

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข^{1*},
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่²

Boromarajonani College of Nursing, Chiangmai. Faculty of Nursing, Praboromarajchanok
Institute, Ministry of Public Health^{1*}, Faculty of Nursing, Chiang Mai University²

(Received: October 8, 2021; Revised: September 2, 2022; Accepted: November 22, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับเด็กวัยหัดเดิน และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านผู้ดูแลกับการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับเด็กวัยหัดเดินในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 85 ราย โดยใช้กรอบแนวคิดปฏิสัมพันธ์ของบาร์นาร์ด ใช้วิธีสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบสอบถามการมีปฏิสัมพันธ์กับเด็กวัยหัดเดินของผู้ดูแล ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .750 และ 3) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับเด็กวัยหัดเดินของผู้ดูแล ได้ค่าคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 เท่ากับ .729 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติพิชเชอร์แอกแซค และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน ผลการวิจัยพบว่า

1. การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับเด็กวัยหัดเดินอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 70.59) พิจารณารายด้านพบว่า 3 ใน 4 ด้าน มีปฏิสัมพันธ์อยู่ในระดับมาก ได้แก่ ด้านความไวต่อการรับรู้สัญญาณของเด็ก (ร้อยละ 92.94) ด้านการส่งเสริมพัฒนาการด้านสังคมและอารมณ์ (ร้อยละ 65.88) และด้านการส่งเสริมพัฒนาการด้านสติปัญญา (ร้อยละ 63.53) ส่วนด้านการบรรเทาความไม่สุขสบายของเด็กมีปฏิสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 50.59)

2. ประสพการณ์การดูแลเด็กวัยหัดเดินของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับเด็กวัยหัดเดินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนประสพการณ์อบรมเกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับเด็กวัยหัดเดิน และความรู้เกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับเด็กวัยหัดเดิน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับเด็กวัยหัดเดินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.239, .270$) ตามลำดับ

ผลการวิจัยในครั้งนี้ทำให้ได้ข้อมูลพื้นฐานของการมีปฏิสัมพันธ์กับเด็กวัยหัดเดินของผู้ดูแล และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งพยาบาลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาผู้ดูแล อาจใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความรู้จากการอบรมเกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับเด็กวัยหัดเดิน เพื่อเพิ่มคุณภาพปฏิสัมพันธ์นำไปสู่การส่งเสริมพัฒนาการเด็กอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับเด็กวัยหัดเดิน, ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก, ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: karnrawee@bcnc.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 087-3000406)



Abstract

This descriptive research aimed to study the interaction between caregivers and toddlers and determine, using Barnard's Interaction framework, the correlation between personal factors and caregiver-toddler interaction in Chiangmai province. The sample of 85 toddler caregivers were recruited by using multistage random sampling. The research instruments included: 1) a general information questionnaire, as well as 2) a caregiver-toddler interaction questionnaire (with a cronbach's alpha score of 0.75) and 3) the rating scale of knowledge of caregiver-toddler interaction KR-20 (with a cronbach's alpha score of 0.729). General information was analyzed using descriptive statistics and the variables correlation was analyzed using Fisher's exact test as well as Spearman's rank correlation coefficient. The results showed that:

1. The total mean scores of the interaction between caregivers and toddlers was at a high level (70.59%). Considering each dimension, it was found that 3 out of 4 dimensions of the interaction were at a high level, namely sensitivity to cues (92.94%), social-emotional growth fostering (65.88%), and cognitive growth fostering (63.53%). However, alleviation of distress was at a moderate level (50.59%).

2. Toddler care experience of caregiver had a statistically significant with the caregiver-toddler interaction significance at the 0.01 level. Training experience regarding interaction and knowledge of interactions with toddlers had a statistically significant positive correlation with the significance level of 0.05 ($r=.239$, $.270$, respectively).

The results of this study provide preliminary information about the interaction between caregivers and toddlers, and related factors. Nurses or related agencies involved with the development of caregivers can use this information to promote caregiver knowledge through training programs on their interaction with toddlers.

Keyword: Caregiver-Toddler Interaction, Child Development, Related Factors

บทนำ

เด็กวัยหัดเดิน ถือเป็นช่วงสำคัญของการพัฒนาบุคคล เป็นวัยรากฐานของชีวิตและมีการพัฒนาของระบบประสาทและสมองอย่างรวดเร็ว มีการเจริญเติบโตและมีพัฒนาการต่อเนื่องมาจากวัยทารก (Rodgers, 2017) จากรายงานสถานการณ์พัฒนาการของเด็กปฐมวัยในไทย ปี พ.ศ. 2560 พบว่า เด็กไทยมีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 78.4 และมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า (Suspected Delayed Development) ร้อยละ 21.6 (National Institute of Child Development, 2017) ซึ่งยังไม่บรรลุเป้าหมายตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560-2564 ว่า เด็กไทยมีพัฒนาการสมวัยไม่ต่ำกว่าร้อยละ 85 (Office of the National Economic and Social Development Council, 2017) และเมื่อแยกรายด้านพบว่า เด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากที่สุดคือ ด้านการเข้าใจภาษา (Receptive Language) พบมากในช่วงอายุ 18 เดือน และ 30 เดือน ซึ่งเป็นช่วงวัยหัดเดิน ร้อยละ 24.50 และ 22.38 ตามลำดับ (National Institute of Child Development, 2017) นอกจากนี้ การศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยในจังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างปี พ.ศ. 2560-2563 เด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 19.98, 24.20, 26.81 และ 27.42 ตามลำดับ (National Environmental Health Information System [NEHIS], 2020) ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เด็กจึงควรได้รับการส่งเสริมพัฒนาการที่เหมาะสม เนื่องจากพัฒนาการล่าช้า อาจมีผลต่อการพัฒนาความสามารถของเด็กด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม ภาษาและสติปัญญา และความพร้อมในการเข้าสู่ช่วงวัยต่อไป

การปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการ เป็นช่วงเวลาที่ทำให้ผู้ดูแลกับเด็กวัยหัดเดินมีพฤติกรรมโต้ตอบซึ่งกันและกัน เป็นช่วงของการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับเด็กวัยหัดเดิน มีความสำคัญต่อพัฒนาการเด็ก โดยเฉพาะพัฒนาการ สติปัญญา จิตอารมณ์ และสังคมของเด็ก (Sumner & Spietz, 1994) การสื่อสารกันทั้งการใช้คำพูดและท่าทาง เป็นการมีปฏิสัมพันธ์โต้ตอบกันของผู้ดูแลกับเด็ก ช่วยให้เกิดการพัฒนาด้านภาษา เด็กเกิดการรับรู้รูปแบบการสนทนาและโครงสร้างประโยค เกิดการพัฒนาความคิดและเหตุผล (Semple-McBean, 2016) เกิดการพัฒนาด้านสังคมอารมณ์ การควบคุมตนเองและมีพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง (Mortensen & Barnett, 2015) ทำให้เด็กเข้าใจในกฎระเบียบหรือข้อตกลงอย่างง่าย ช่วยส่งเสริมทักษะการเรียนรู้และพัฒนาการทางสติปัญญา (Jeon, Peterson, & DeCoster, 2013) อีกทั้งมีผลต่ออัตมโนทัศน์ทางสังคมของเด็ก ซึ่งมีผลต่อความมั่นใจและความเชื่อมั่นในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น นอกจากนี้การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับผู้ดูแลที่มีคุณภาพ ยังช่วยให้เด็กได้รับการดูแลและป้องกันปัญหาทางสุขภาพอย่างเหมาะสม ในทางกลับกัน หากผู้ดูแลและเด็กมีปฏิสัมพันธ์ที่ไม่มีคุณภาพ อาจทำให้เด็กได้รับการตอบสนองไม่เหมาะสมหรือถูกละเลย เด็กจึงต้องการเรียกร้องความสนใจจากผู้ดูแล อาจเกิดปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ ต่อต่อต้าน ไม่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม ก้าวร้าว เกรงใจและนำไปสู่การเกิดพัฒนาการไม่สมวัยได้ (Liu, Fan, Hou, Wu, Yin, Wen, et al, 2018)

จากสภาพเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงในปัจจุบัน บิดามารดาส่วนใหญ่ต้องทำงานนอกบ้านเพื่อหารายได้เลี้ยงครอบครัว (Pattanapongthon & Keawkhaengkhan, 2018) จึงนิยมนำเด็กปฐมวัยเข้ารับการดูแลที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเวลากลางวันมากขึ้น ผู้ดูแลในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจึงมีหน้าที่ในการดูแลเด็กรวมถึงถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ที่เป็นประโยชน์ในการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กในทุกด้าน (Department of Local Administration, 2018) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับเด็ก วัยหัดเดินในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก พบว่า ในชั้นเรียนปฐมวัย การสอนเป็นกลุ่มใหญ่ อาจทำให้เด็กบางคนถูกเพิกเฉยหรือถูกละเลยเนื่องจากผู้ดูแลไม่สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับเด็กทุกคนได้อย่างทั่วถึง (Booren Downer, & Vitiello, 2012) มีการกระตุ้นและสนับสนุนการเกิดปฏิสัมพันธ์น้อย ขาดการเล่น การกอดหรือสัมผัสเด็ก (Watcharaach, Kanchanaudom & Wankrathok, 2011) ทำให้เด็กรู้สึกขาดความอบอุ่น ไม่ปลอดภัย และเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรม ผู้ดูแลมักพูดซ้ำหรือใช้คำสั่งเพื่อให้เด็กปฏิบัติตาม ซึ่งอาจทำให้เด็กวัยหัดเดินรู้สึกเครียดและส่งผลกระทบต่อประสบการณ์เรียนรู้ของเด็ก (Hallam, Fouts, Bargreen & Perkins, 2016) การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับเด็กขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยทั้งด้านเด็ก ด้านผู้ดูแลและด้านสิ่งแวดล้อม (Barnard, 1978) ที่ทำให้เกิดรูปแบบปฏิสัมพันธ์ที่มีคุณภาพหรือไม่มีคุณภาพ โดยผู้วิจัยได้เลือกศึกษาปัจจัยด้านผู้ดูแล เนื่องจากผู้ดูแลมีบทบาทหลักในการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนแก่เด็ก ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมเพื่อส่งเสริมพัฒนาการที่สามารถเกิดขึ้นได้ในขณะที่ผู้ดูแลสอนให้เด็กปฏิบัติกิจกรรม ทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ที่มีคุณภาพได้

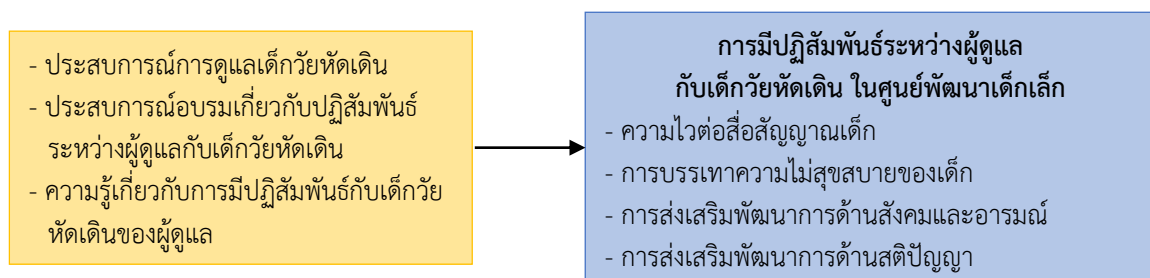
อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า การศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับเด็ก วัยหัดเดินในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีค่อนข้างจำกัดและใช้แนวคิดในการศึกษาการมีปฏิสัมพันธ์ที่แตกต่างกัน โดยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นบิดามารดาในบริบทการเลี้ยงดู แต่ยังไม่พบการศึกษาการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับเด็กวัยหัดเดินในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับเด็กวัยหัดเดินในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยปัจจัยที่เลือกศึกษา ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ดูแล ประกอบด้วยประสบการณ์การดูแลเด็กวัยหัดเดิน ประสบการณ์อบรมเกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับเด็กวัยหัดเดิน และความรู้เกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับเด็กวัยหัดเดิน ซึ่งเป็นปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็กที่สามารถพัฒนาได้ ผลจากการศึกษานี้จะทำให้ได้ข้อมูลเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาผู้ดูแลและการส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับเด็กวัยหัดเดิน เพื่อให้มีพัฒนาการสมวัย เติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพเพื่อพัฒนาประเทศชาติต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับเด็กวัยหัดเดินขณะส่งเสริมพัฒนาการ ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กภายใต้การกำกับดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดเชียงใหม่
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กภายใต้การกำกับดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดเชียงใหม่ ได้แก่ ประสบการณ์การดูแลเด็กวัยหัดเดิน ประสบการณ์อบรมเกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับเด็กวัยหัดเดิน และความรู้เกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับเด็กวัยหัดเดิน กับปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับเด็กวัยหัดเดิน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้แนวคิดปฏิสัมพันธ์ของบาร์นาร์ด (Barnard, 1978) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับเด็กวัยหัดเดิน กล่าวคือ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับเด็กวัยหัดเดิน เป็นการแสดงพฤติกรรมโต้ตอบอย่างสอดคล้องซึ่งกันและกัน โดยผู้ดูแลต้องมีคุณลักษณะ ประกอบด้วย 1) มีความไวของต่อการรับรู้สื่อสัญญาณเด็ก 2) สามารถบรรเทาความไม่สุขสบายของเด็กได้อย่างเหมาะสม 3) มีการส่งเสริมพัฒนาการด้านสังคมและอารมณ์ของเด็ก และ 4) มีการส่งเสริมพัฒนาการด้านสติปัญญา ซึ่งผู้ดูแลสามารถมีปฏิสัมพันธ์กับเด็กวัยหัดเดินในขณะสอนให้เด็กปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการ โดยวงจรการสอน ประกอบด้วย การกระตุ้น การสอน การปฏิบัติกิจกรรม และการให้ข้อมูลย้อนกลับ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับเด็กวัยหัดเดิน อาจมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ 1) ประสบการณ์การดูแลเด็กวัยหัดเดิน 2) ประสบการณ์อบรมเกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับเด็กวัยหัดเดิน และ 3) ความรู้เกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับเด็กวัยหัดเดิน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้อาจทำให้เกิดการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับเด็กวัยหัดเดินในระดับที่แตกต่างกัน ดังอธิบายได้ตามภาพ



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Correlational Descriptive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ดูแลเด็กวัยหัดเดินอายุ 1-3 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กภายใต้การกำกับดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดเชียงใหม่

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลเด็กวัยหัดเดินอายุ 1-3 ปีในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กภายใต้การกำกับดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 85 คน ได้จากการเปิดตารางประมาณค่าการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power Analysis) กำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญที่ .05 อำนาจการทดสอบ (Level of Power) ที่ .80 และกำหนดขนาดอิทธิพลของตัวแปรที่ .30 ซึ่งเป็นค่าความสัมพันธ์ในระดับปานกลางที่ใช้ในงานวิจัยกรณีที่ไม่มีการศึกษามาก่อน (Polit, 2010) จากนั้นใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage Random Sampling) โดยการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ (Simple Random Sampling without Replacement)

ในระดับอำเภอโดยกำหนดเกณฑ์ที่ร้อยละ 25 ของจำนวนอำเภอในจังหวัดเชียงใหม่ เป็นตัวแทนของจังหวัดเชียงใหม่ ได้จำนวน 6 อำเภอ จากนั้นเลือกศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจาก 6 อำเภอ แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยใช้อัตราส่วนของผู้ดูแลต่อเด็กวัยหัดเดินอายุ 1-3 ปี ที่มีสัดส่วนใกล้เคียงกัน (1: 10) ได้จำนวนศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจำนวน 18 ศูนย์ และเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลเด็กวัยหัดเดินตามจำนวน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามปลายปิด ชนิดสำรวจรายการ (Check List) และชนิดเติมคำ ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การดูแลเด็กวัยหัดเดิน และประสบการณ์อบรมเกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับเด็กวัยหัดเดิน

2. แบบสอบถามการมีปฏิสัมพันธ์กับเด็กวัยหัดเดินของผู้ดูแล ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นตามแนวคิดปฏิสัมพันธ์ของบาร์นาร์ด (Barnard, 1978) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 34 ข้อ มีคะแนน 34-170 คะแนน แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ความไวต่อการรับรู้สัญญาณเด็ก จำนวน 9 ข้อ การบรรเทาความไม่สุขสบายของเด็ก จำนวน 6 ข้อ การส่งเสริมพัฒนาการด้านสังคมและอารมณ์ จำนวน 7 ข้อ และการส่งเสริมพัฒนาการด้านสติปัญญาผ่านวงจรการสอนประกอบด้วย การกระตุ้น การสอน การปฏิบัติกิจกรรม และการให้ข้อมูลย้อนกลับ จำนวน 12 ข้อ โดยมีทั้งข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 30 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบจำนวน 4 ข้อ และกำหนดลักษณะการตอบคำถามโดยใช้มาตราวัดแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) 5 อันดับ แปลผลคะแนนโดยใช้เกณฑ์ 3 ระดับ ได้แก่ ระดับน้อย (34.00 – 79.33 คะแนน) ระดับปานกลาง (79.34 – 124.67 คะแนน) และระดับมาก (124.68 – 170 คะแนน)

3. แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับเด็กวัยหัดเดินของผู้ดูแล ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดปฏิสัมพันธ์ของบาร์นาร์ด (Barnard, 1978) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยเป็นข้อคำถามแบบปรนัย 3 ตัวเลือก ตอบถูก 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน ทั้งหมด 20 ข้อ ประกอบด้วย ความไวต่อการรับรู้สัญญาณเด็ก จำนวน 5 ข้อ การบรรเทาความไม่สุขสบายของเด็ก จำนวน 4 ข้อ การส่งเสริมพัฒนาการด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม จำนวน 4 ข้อ การส่งเสริมพัฒนาการด้านสติปัญญา จำนวน 4 ข้อ และวงจรการสอน จำนวน 2 ข้อ แปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับขึ้นคะแนนแบบเกณฑ์อ้างอิงของ Bloom, Hastings & Madaus (1971) ได้แก่ ระดับต่ำ (0-11 คะแนน) ระดับปานกลาง (12-15 คะแนน) และระดับสูง (16-20 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการมีปฏิสัมพันธ์กับเด็กวัยหัดเดินของผู้ดูแลและแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับเด็กวัยหัดเดินของผู้ดูแล ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน (Lynn, 1986) ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญทางพัฒนาการและการมีปฏิสัมพันธ์กับเด็ก 3 ท่าน พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญทางพัฒนาการและการมีปฏิสัมพันธ์กับเด็ก 2 ท่าน แพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านพัฒนาการและการมีปฏิสัมพันธ์กับเด็ก จำนวน 1 ท่าน ซึ่งค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ของแบบสอบถามการมีปฏิสัมพันธ์กับเด็กวัยหัดเดินของผู้ดูแลมีค่าเท่ากับ .96 และค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับเด็กวัยหัดเดินของผู้ดูแลมีค่าเท่ากับ .97 นำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย จากนั้นนำแบบสอบถามการมีปฏิสัมพันธ์กับเด็กวัยหัดเดินของผู้ดูแล มาคำนวณหาความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น .750 และนำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับเด็กวัยหัดเดินของผู้ดูแล มาคำนวณหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20) ได้ค่าความเชื่อมั่น .729

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. จัดทำหนังสือไปยังผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เป็นต้นสังกัดของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตทำการศึกษารวมถึงเก็บข้อมูลการวิจัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในสังกัด

2. เมื่อได้รับอนุญาตจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละแห่งเรียบร้อยแล้ว จึงเข้าพบหัวหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแต่ละแห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยเข้าพบผู้ดูแลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย ได้แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ของการวิจัย พร้อมแจ้งการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง
4. ทำการเก็บข้อมูลโดยมอบชุดแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งบรรจุในซองเอกสารแบบหีบห่อที่ไม่มีการระบุตัวตนของกลุ่มตัวอย่างบนซองเอกสาร
5. หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลจนครบ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการใช้วิธีการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์อบรมเกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับเด็กวัยหัดเดิน กับปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับเด็กวัยหัดเดิน โดยใช้สถิติฟิชเชอร์เอ็กแซคต์ (Fisher Exact test)
3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การดูแลเด็กวัยหัดเดินของผู้ดูแล และความรู้เกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับเด็กวัยหัดเดินของผู้ดูแล กับปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับเด็กวัยหัดเดิน ใช้การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation Coefficient) มีระดับของความสัมพันธ์ ดังนี้

ค่า r 0 ถึง 0.3 หรือ 0 ถึง -0.3	มีความสัมพันธ์ทางบวกหรือทางลบระดับต่ำ
ค่า r 0.3 ถึง 0.7 หรือ -0.3 ถึง -0.7	มีความสัมพันธ์ทางบวกหรือทางลบระดับปานกลาง
ค่า r 0.7 ถึง 1 หรือ -0.7 ถึง -1	มีความสัมพันธ์ทางบวกหรือทางลบในระดับสูง

ทั้งนี้ ก่อนการวิเคราะห์ ผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) เพื่อหาหลักการแจกแจงข้อมูลโดยใช้ Kolmogorov-Smirnov One Sample test พบว่า ข้อมูลประสบการณ์การดูแลเด็กวัยหัดเดิน และความรู้เกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับเด็กวัยหัดเดินของผู้ดูแล มีค่า $p=0.013$ และ <0.001 ตามลำดับ ดังนั้น สรุปได้ว่าลักษณะของข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ รหัสโครงการ: 2562 – EXP095 ลงวันที่ 28 พฤศจิกายน 2562

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตามข้อมูลทั่วไป ($n=85$)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน ($n = 85$)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	1	1.18
หญิง	84	98.82
อายุ		
21-30 ปี	21	24.71
31-40 ปี	24	28.24

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n = 85)	ร้อยละ
41-50 ปี	23	27.06
ตั้งแต่ 51 ปี ขึ้นไป	17	20.00
(M=39.84, SD=10.179, Range=22-59 ปี)		
ระดับการศึกษา		
มัธยมศึกษาปีที่ 3	1	1.18
มัธยมศึกษาปีที่ 6 / ปวช.	14	16.47
อนุปริญญา / ปวส.	4	4.71
ปริญญาตรี	55	64.71
ปริญญาโท	11	12.94
ประสบการณ์การดูแลเด็กวัยหัดเดิน		
≤ 5 ปี	41	48.24
6-10 ปี	20	23.53
11-20 ปี	19	22.35
ตั้งแต่ 21 ปี ขึ้นไป	5	5.88
(M=8.73, SD=8.152, Range=1-40 ปี)		
ประสบการณ์อบรมเกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับเด็กวัยหัดเดิน		
ไม่เคย	46	54.12
เคย	39	45.88

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 98.82 ช่วงอายุของผู้ดูแลที่มีจำนวนมากที่สุด คือ อายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 28.24 ผู้ดูแลส่วนมากมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 64.71 มีประสบการณ์ดูแลเด็กวัยหัดเดินน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 48.24 และไม่เคยมีประสบการณ์อบรมเกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับเด็กวัยหัดเดิน ร้อยละ 54.12

2. การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กกับเด็กวัยหัดเดิน ในการส่งเสริมพัฒนาการ

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการมีปฏิสัมพันธ์กับเด็กวัยหัดเดินของผู้ดูแลจำแนกโดยรวม และรายด้าน (n=85)

การมีปฏิสัมพันธ์กับเด็กวัยหัดเดินของผู้ดูแล	ระดับ		
	น้อย จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	มาก จำนวน (ร้อยละ)
โดยรวม	0	25 (29.41)	60 (70.59)
ด้านความไวต่อการรับรู้สัญญาณของเด็ก	0	6 (7.06)	79 (92.94)
ด้านการบรรเทาความไม่สุขสบายของเด็ก	1 (1.18)	43 (50.59)	41 (48.24)
ด้านการส่งเสริมพัฒนาการด้านสังคมและอารมณ์	0	29 (34.12)	56 (65.88)
ด้านการส่งเสริมพัฒนาการด้านสติปัญญา	0	31 (36.47)	54 (63.53)

จากตาราง 2 พบว่า การมีปฏิสัมพันธ์กับเด็กวัยหัดเดินของผู้ดูแลโดยรวมอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 70.59) เมื่อแยกรายด้าน พบว่า 3 ใน 4 ด้าน มีระดับปฏิสัมพันธ์อยู่ในระดับมาก ได้แก่ ด้านความไวต่อการรับรู้สัญญาณของเด็ก (ร้อยละ 92.94) ด้านการส่งเสริมพัฒนาการด้านสังคมและอารมณ์ (ร้อยละ 65.88) และด้านการส่งเสริมพัฒนาการด้านสติปัญญา (ร้อยละ 63.53) สำหรับด้านที่มีระดับปฏิสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านการบรรเทาความไม่สุขสบายของเด็ก (ร้อยละ 50.59)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ได้แก่ ประสบการณ์การดูแลเด็กวัยหัดเดิน ประสบการณ์อบรมเกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับเด็กวัยหัดเดิน และความรู้เกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับเด็กวัยหัดเดิน กับปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับเด็กวัยหัดเดิน

ตาราง 3 ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์อบรมเกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับเด็กวัยหัดเดิน กับการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับเด็กวัยหัดเดิน ($n=85$)

ประสบการณ์อบรมเกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแล กับเด็กวัยหัดเดิน	การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่าง ผู้ดูแลกับเด็กวัยหัดเดิน		<i>p-value</i> (Fisher Exact test)
	ระดับปานกลาง	ระดับมาก	
ไม่เคย	23 (27.06)	23 (27.06)	20.469/<.001
เคย	2 (2.35)	37 (43.53)	

จากตาราง 3 พบว่า ประสบการณ์อบรมเกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับเด็กวัยหัดเดิน มีความสัมพันธ์กับปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับเด็กวัยหัดเดิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตาราง 4 ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การดูแลเด็กวัยหัดเดิน และความรู้เกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับเด็กวัยหัดเดิน กับการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับเด็กวัยหัดเดิน ($n=85$)

ปัจจัย	การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับเด็กวัยหัดเดิน		
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (<i>r</i>)	<i>p-value</i>	ระดับความสัมพันธ์
ประสบการณ์การดูแลเด็กวัยหัดเดิน	.239	.028	ต่ำ
ความรู้เกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับเด็กวัยหัดเดิน	.270	.012	ต่ำ

จากตาราง 4 พบว่า ประสบการณ์การดูแลเด็กวัยหัดเดินกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับเด็กวัยหัดเดิน มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.239$) และความรู้เกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับเด็กวัยหัดเดินกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับเด็กวัยหัดเดิน มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.270$)

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยเห็นได้ว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของการมีปฏิสัมพันธ์กับเด็กวัยหัดเดินอยู่ในระดับมาก ตามแนวคิดปฏิสัมพันธ์ของบาร์นาร์ด ระดับการศึกษาและความรู้เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการมีปฏิสัมพันธ์ที่มีคุณภาพ เนื่องจากระดับการศึกษาของผู้ดูแลของการศึกษารุ่นนี้ ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี อีกทั้งยังมีผู้ดูแลที่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับพัฒนาการและการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัย โดยระดับการศึกษาและการอบรมเกี่ยวกับการดูแลและพัฒนาเด็กปฐมวัย ถูกกำหนดให้เป็นคุณสมบัติหลักของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (Department of Local Administration, 2018) โดยหลักสูตรการศึกษาและการอบรมนั้น มีเนื้อหาเกี่ยวกับพัฒนาการเด็กปฐมวัย จิตวิทยาเด็กปฐมวัย หลักการและวิธีการสื่อสารกับเด็กปฐมวัย เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ความสามารถในการ

พัฒนาเด็กอย่างมีคุณภาพ (Faculty of Education Chiang Mai Rajabhat University, 2019; Raks Thai Foundation, 2018; National Institute of Child Development, 2017) แม้เนื้อหาหลักสูตรและการอบรมดังกล่าวไม่ใช่ความรู้เกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับเด็กโดยตรง แต่มีเนื้อหาสอดคล้องตามแนวคิดปฏิสัมพันธ์ของบาร์นาร์ด จึงเป็นการสนับสนุนให้ผู้ดูแลเกิดความรู้ความเข้าใจเด็ก มีความไวต่อการรับรู้ข้อสัญญาณ มีการตอบสนองต่อสัญญาณของเด็กอย่างเหมาะสม รวมถึงสามารถส่งเสริมพัฒนาการด้านสังคม อารมณ์ และสติปัญญา

ประสบการณ์อบรมเกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับเด็กวัยหัดเดิน มีความสัมพันธ์กับปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับเด็กวัยหัดเดินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตามแนวคิดปฏิสัมพันธ์ของบาร์นาร์ด (Barnard, 1978) ผู้ดูแลที่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับเด็กวัยหัดเดิน สามารถส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจพฤติกรรม การแสดงออกของเด็กและตอบสนองความต้องการของเด็กได้อย่างเหมาะสม โดยผู้ดูแลที่ได้รับการอบรมการมีปฏิสัมพันธ์ จะทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจและแสดงการมีปฏิสัมพันธ์ที่มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น (Hamre, Pianta, Burchinal, Field, LoCasale-Crouch, Downer et al., 2012) อีกทั้งผลของการได้รับการอบรมยังทำให้ผู้ดูแลได้รับการพัฒนาทักษะที่สำคัญในการมีปฏิสัมพันธ์กับเด็ก 6 ทักษะ ได้แก่ ความไวต่อการตอบสนองต่อเด็ก การเคารพในตัวตนของเด็ก การนำเข้าสู่ประเด็นและการควบคุมพฤติกรรม การสื่อสารด้วยคำพูด การกระตุ้นพัฒนาการเด็ก และการส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์เชิงบวกกับเพื่อน (Helmerhorst, Riksen-Walraven, Fukkink, Tavecchio, & Deynoot-Schaub, 2017) ดังนั้น จึงควรสนับสนุนให้ผู้ดูแลได้รับการฝึกอบรมการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับเด็ก เนื่องจากสามารถพัฒนาทักษะของผู้ดูแลสู่การมีปฏิสัมพันธ์กับเด็กอย่างมีคุณภาพได้ในระยะเวลาสั้น

ประสบการณ์การดูแลเด็กวัยหัดเดินมีความสัมพันธ์ทางบวกกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับเด็กวัยหัดเดินในระดับต่ำ ตามแนวคิดปฏิสัมพันธ์ของบาร์นาร์ด (Barnard, 1978) ประสบการณ์การดูแลเด็กวัยหัดเดินเป็นหนึ่งในปัจจัยด้านผู้ดูแล โดยผู้ที่มีประสบการณ์มาก่อนจะมีทักษะในการดูแลเด็ก เข้าใจการแสดงออกของเด็ก และตอบสนองต่อพฤติกรรมของเด็กได้อย่างเหมาะสม เพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมกับเด็กได้มากกว่าผู้ที่มีประสบการณ์น้อย สอดคล้องกับการศึกษา ผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ดูแลเด็กมากกว่าสามารถส่งเสริมพัฒนาการทางอารมณ์ได้ดีกว่าผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ดูแลเด็กน้อย เนื่องจากสามารถเข้าใจพฤติกรรมของเด็กและมีการควบคุมอารมณ์ได้ดีกว่า (Partee, Hamre, & Williford, 2020) และประสบการณ์ในการดูแลเด็ก ช่วยให้เพิ่มความสามารถของผู้ดูแลในการปลอบโยนเด็ก (Castle, Williamson, Young, Stubblefield, Laurin, & Pearce, 2016) ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมั่นใจและเป็นการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแล ดังนั้นจึงควรสนับสนุนให้ผู้ดูแลได้รับประสบการณ์ในการดูแลเด็กวัยหัดเดิน เพื่อนำไปสู่การพัฒนาปฏิสัมพันธ์ที่มีคุณภาพระหว่างผู้ดูแลกับเด็กวัยหัดเดิน

ความรู้เกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับเด็กวัยหัดเดิน มีความสัมพันธ์กับปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับเด็กวัยหัดเดินในระดับต่ำ ความรู้เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ดูแลรับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมที่แสดงออกของเด็กและสามารถตอบสนองต่อพฤติกรรมนั้นได้อย่างเหมาะสม และเกิดรูปแบบปฏิสัมพันธ์ที่มีคุณภาพ (Barnard, 1978) เนื่องจากจากผู้ดูแลจบการศึกษาในระดับปริญญาตรีและได้รับการอบรม ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้เข้าใจพฤติกรรมของเด็ก มีความไวต่อการรับรู้ สัญญาณของเด็ก ตอบสนองต่อพฤติกรรมของเด็กได้อย่างเหมาะสม อีกทั้งยังมีเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการทั้งด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญา ซึ่งเป็นคุณลักษณะหนึ่งของผู้ดูแลในการเกิดปฏิสัมพันธ์ที่มีคุณภาพ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผู้ดูแลที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์ จะทำให้ผู้ดูแลแสดงการมีปฏิสัมพันธ์ที่มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น (Hamre, Pianta, Burchinal, Field, LoCasale-Crouch, Downer et al, 2012) เช่นเดียวกับการที่ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับเด็กอย่างมีคุณภาพมากขึ้น มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการจัดการเรียนการสอนโดยให้เด็กเป็นศูนย์กลาง (Hu, Fan, Yang & Neitzel, 2017) เนื่องจากผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับวิธีการโต้ตอบกับเด็กอย่างเหมาะสม สามารถวางแผนจัดการเรียนรู้รวมถึงวางแผนการมีปฏิสัมพันธ์กับเด็กได้อย่างเหมาะสม ดังนั้น จึงควรส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้รับความรู้เกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับเด็กวัยหัดเดินที่มีคุณภาพ เพื่อพัฒนาการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับเด็กวัยหัดเดิน ถึงแม้ว่าผู้ดูแลมีปฏิสัมพันธ์ที่มีคุณภาพกับเด็กวัยหัดเดินอยู่ในระดับมาก แต่ยังมีด้านที่ผู้ดูแลควรได้รับการพัฒนามากที่สุด คือ การบรรเทาความไม่สุขสบายของเด็ก ผู้ดูแลบางรายยังต้องการให้เด็กปฏิบัติกิจกรรมต่อไปแม้ว่าเด็กแสดงสัญญาณที่ไม่ต้องการมีปฏิสัมพันธ์ ทำให้เด็ก

ปฏิเสศการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแลและนำไปสู่การมีพัฒนาการไม่สมวัย ดังนั้น จึงควรสนับสนุนให้ผู้ดูแลเกิดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับสื่อสัญญาณของเด็ก รวมถึงการตอบสนองต่อความต้องการของเด็กอย่างเหมาะสม เพื่อให้เกิดปฏิสัมพันธ์ที่มีคุณภาพระหว่างผู้ดูแลกับเด็กวัยหัดเดิน นำไปสู่การมีพัฒนาการที่สมวัยต่อไป

ทั้งนี้ งานวิจัยนี้มีข้อจำกัดในงานวิจัย เนื่องจากเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการมีปฏิสัมพันธ์ของผู้ดูแลในงานวิจัยนี้ ใช้รูปแบบการรายงานพฤติกรรม (Self-Report) รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี ซึ่งอาจส่งผลต่อการรายงานพฤติกรรมปฏิสัมพันธ์

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ในการจัดอบรมเพื่อพัฒนาผู้ดูแลในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ควรมีการจัดอบรมเกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับเด็กวัยหัดเดิน โดยให้ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับความไวต่อการรับรู้สัญญาณของเด็ก การบรรเทาความไม่สบายของเด็ก การส่งเสริมพัฒนาการด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญา เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความรู้ความเข้าใจ สามารถตอบสนองต่อเด็กได้อย่างเหมาะสมและเกิดปฏิสัมพันธ์ที่มีคุณภาพ

2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรสนับสนุนให้ผู้ดูแลในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์ที่มีคุณภาพกับเด็กวัยหัดเดิน เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความรู้ความเข้าใจและสามารถนำความรู้ไปใช้ในการมีปฏิสัมพันธ์กับเด็กวัยหัดเดินได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีปฏิสัมพันธ์กับเด็กวัยหัดเดินในบริบทของผู้ดูแลอื่น เช่น บิดา มารดา หรือปู่ ย่า ตา ยาย เป็นต้น

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยด้านอื่นที่เกี่ยวข้องกับการมีปฏิสัมพันธ์กับเด็กวัยหัดเดิน ได้แก่ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านเด็ก

3. ควรมีการศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับเด็กวัยหัดเดินในกิจกรรมอื่น ๆ เช่น การทำกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหาร การเล่น เป็นต้น

References

- Barnard, K. E. (1978). *Nursing Child Assessment and Training: Learning Resource Manual*. Seattle, WA: University of Washington.
- Bloom, B. S., Hastings, T. J. & Madaus, G. F. (1971). *Hand Book on Formative and Summative Evaluation of Student Learning*. New York: McGraw-Hill Book Company Inc.
- Booren, L. M., Downer, J. T. & Vitiello, V. E. (2012). Observations of Children's Interactions with Teachers, Peers, and Tasks Across Preschool Classroom Activity settings. *Early Education & Development*, 23(4), 517-538.
- Castle, S., Williamson, A. C., Young, E., Stubblefield, J., Laurin, D., & Pearce, N. (2016). Teacher-Child Interactions in Early Head Start Classrooms: Associations with Teacher Characteristics. *Early Education and Development*, 27(2), 259-274.
- Department of Local Administration. (2018). *National Standard for Early Childhood Care, Development and Education Thailand 2018*. Retrieved April 10, 2019 from <https://apps.hpc.go.th/dl/web/upFile/2018/07-5007-20180720064946/a75c3b0526ee280c468bfb1111bcf53a.pdf> (in Thai)

- Faculty of Education Chiang Mai Rajabhat University. (2019). *Bachelor of Education Program in Early Childhood Education (Revised 2019)*. Retrieved January 15, 2021 from [http://www.qa.cmru.ac.th/web/curriculum/2562/BEduEarlyChildhood\(4\)62.pdf](http://www.qa.cmru.ac.th/web/curriculum/2562/BEduEarlyChildhood(4)62.pdf) (in Thai)
- Hallam, R. A., Fouts, H. N., Bargreen, K. N., & Perkins, K. (2016). Teacher–Child Interactions During Mealtimes: Observations of Toddlers in High Subsidy Child Care Settings. *Early Childhood Education Journal*, 44(1), 51-59.
- Hamre, B. K., Pianta, R. C., Burchinal, M., Field, S., LoCasale-Crouch, J., Downer, J. T., et al. (2012). A Course on Effective Teacher-Child Interactions: Effects on Teacher Beliefs, Knowledge, and Observed Practice. *American Educational Research Journal*, 49(1), 88-123.
- Helmerhorst, K. O., Riksen-Walraven, J. M. A., Fukkink, R. G., Tavecchio, L. W., & Deynoot-Schaub, M. J. G. (2017). Effects of the Caregiver Interaction Profile Training on Caregiver–Child Interactions in Dutch Child Care Centers: A Randomized Controlled Trial. *Child & Youth Care Forum*, 46(3), 413-436. Doi: 10.1007/s10566-016-9383-9
- Hu, B. Y., Fan, X., Yang, Y. & Neitzel, J. (2017). Chinese Preschool Teachers' Knowledge and Practice of Teacher-Child Interactions: The Mediating Role of Teachers' Beliefs about Children. *Teaching and Teacher Education*, 63, 137-147.
- Jeon, H. J., Peterson, C. A., & DeCoster, J. (2013). Parent–Child Interaction, Task-Oriented Regulation, and Cognitive Development in Toddlers Facing Developmental Risks. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 34(6), 257-267.
- Lynn, M. R. (1986). Determination and Quantification of Content Validity. *Nursing Research*, 35(6), 382-385.
- Liu, L., Fan, L., Hou, X. Y., Wu, C. A., Yin, X. N., Wen, G. M., et al. (2018). Family Childcare Types and Conduct Problem Behaviors in Young Children: The Mediation Role of Caregiver-Child Interaction. *Frontiers in Pediatrics*, 6, 217. Doi: 10.3389/fped.2018.00217
- Mortensen, J. A., & Barnett, M. A. (2015). Teacher–Child Interactions in Infant/Toddler Child Care and Socioemotional Development. *Early Education and Development*, 26(2), 209-229. Doi: 10.1080/10409289.2015.985878
- National Environmental Health Information System [NEHIS]. (2020). *Percentage of Children Aged 0-5 years Screened for Suspected Developmental Delays in Health District*. Retrieved December 26, 2020 from <https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/delaydspm/index?year=2020> (In Thai)
- National Institute of Child Development. (2017). *Annual Report of National Institute of Child Development in 2017* (1sted). Bangkok: Sam Charoen Panich. (In Thai)
- Office of the National Economic and Social Development Council. (2017). *The National Economic and Social Development Plan; The Twelfth Plan (2017-2021)*. Retrieved December 24, 2018 from https://www.nesdc.go.th/ewt_dl_link.php?nid=6422 (In Thai)
- Partee, A. M., Hamre, B. K. & Williford, A. P. (2020). Examining the Role of Preschool Classrooms' Behavioral Composition as a Predictor of the Quality of Teacher–Child Interactions. *Early Education and Development*, 31(6), 873-891.
- Pattanapongthong, J. & Keawkhaengkhan, W. (2018). *Factors Effecting to Child Development in Thailand in 2017*. Nonthaburi: Ministry of Public Health. (In Thai)

- Polit, D. F. (2010). *Statistics and Data Analysis for Nursing Research* (2nd ed.). New Jersey: Pearson.
- Raks Thai Foundation. (2018). *"The Manual for ECD Teachers and Caregivers in Implementing The Parenting Program and Providing Counselling Services for Parents of Children Aged 2-5 years.* (1st ed). Bangkok: Y.K.H. Graphic & Press. (In Thai)
- Rodgers, C. C. (2017). Health Promotion of the Toddler and Family. In M. J. Hockenberry, D. Wilson, & C. C. Rodgers (Eds.), *Wong's Essentials of Pediatric Nursing* (10th ed., pp.354-362). St.Louis, Missouri: Elsevier.
- Semple-McBean, M. A. (2016). *Caregiver-Child Interactions: Effects of Professional Development on Practice in Guyana* (Doctoral thesis, Institute of Education, UCL, London). Retrieved December 24, 2018 from <http://discovery.ucl.ac.uk/1517840/13/M%20SempleMcBean%20Thesis%205%20August%202016%20clean%20copy.pdf.%20REDACTED.pdf>
- Sumner, G. & Spietz, A. (1994). *NCAST Caregiver/Parent-Child Interaction Teaching manual*. Seattle: NCAST Publications, University of Washington, School of Nursing.
- Watcharaach, J., Kanchanaudom, P. & Wankrathok, S. (2011). Health Promoting Behaviors of the Child Care Providers for Preschool Children in the Child Development Center, Chon Buri Province. *The Public Health Journal of Burapha University*, 6(2), 108-118. (In Thai)

ความคิดเห็นของผู้ใช้กัญชา เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และบุหรี่ ในจังหวัดเพชรบูรณ์ Opinions of Drug Abusers towards Cannabis, Alcohol and Tobacco in Phetchabun Province

ไพฑูรย์ สอนทน¹, นฤมล จันทร์มา^{1*}
Paithoon Sonthon¹, Narumon Janma^{1*}
มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์^{1*}
Phetchaboon Rajabhat University^{1*}

(Received: October 20, 2021; Revised: October 6, 2022; Accepted: November 22, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคิดเห็นของการใช้กัญชา การใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ จากผู้เข้ารับการบำบัดในจังหวัดเพชรบูรณ์ ปี 2563 จำนวน 982 คน ได้แก่ ผู้เสพยาจำนวน 328 คน เครื่องดื่มแอลกอฮอล์จำนวน 327 คน บุหรี่ จำนวน 327 คน ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ คือแบบสำรวจและแบบสัมภาษณ์ผลกระทบของผู้เสพยา เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และบุหรี่ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ได้เท่ากับ .87, .84 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Kruskal-Wallis test ผลการวิจัยพบว่า

ผลกระทบด้านสุขภาพมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (p -value <0.001) โดยผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีค่าเฉลี่ย DALYs (35.51 ปี) มากกว่าผู้สูบบุหรี่ (8.70 ปี) และผู้เสพยา (0.5 ปี) ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ผู้เสพยามีค่าใช้จ่ายมากที่สุดโดยรวม (M =76,814.66 บาท, SD =76950.31) มากกว่าผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (M =12,009.55 บาท, SD =13183.94) และผู้สูบบุหรี่ (M =491.33 บาท, SD =547.17) ผลกระทบด้านสังคม ผู้สูบบุหรี่มีค่าเฉลี่ยโดยรวม (M =45.95, SD =14.70) มากกว่าผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (M =43.02, SD =13.93) และผู้เสพยา (M =31.15, SD =10.09)

ข้อค้นพบการใช้กัญชามีผลกระทบด้านสุขภาพและด้านสังคม น้อยกว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และบุหรี่ แต่มีผลกระทบด้านเศรษฐกิจมากกว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรื่อดังนั้นการกำหนดนโยบาย มาตรการควบคุมและแก้ไขปัญหาสุขภาพ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และบุหรี่ ที่สอดคล้องกับผลกระทบที่เกิดขึ้นจริงจะเป็นการแก้ไขปัญหาที่มีประสิทธิภาพอย่างยิ่ง

คำสำคัญ: กัญชา, เครื่องดื่มแอลกอฮอล์, บุหรี่, จังหวัดเพชรบูรณ์

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: narumon.jan@pcru.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 092-5391926)



Abstract

This cross-sectional descriptive study aimed to compare the opinions toward cannabis, alcohol, and cigarette use among drug users who had received addiction treatment in Phetchabun province. The sample was 982 drug users, including 328 cannabis users, 327 alcohol drinkers, 327 cigarettes smokers. Simple random sampling was applied. The research tools were a questionnaire and a semi-structured interview questionnaire. Reliability of the questionnaires were determined using Cronbach's alpha coefficient and obtained the values of .87 and .84, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and Kruskal-Wallis test.

The results showed that health impacts caused by using different substances were significantly different ($p\text{-value} < 0.001$). In terms of disability-adjusted life years (DALYs), alcohol drinkers, cigarette smokers, and cannabis users had an average of 35.51 years, 8.70 years, and 0.5 years, respectively. The cost of marijuana had the highest economic impact ($M=76,814.66$ Thai baht, $SD=76,950.31$), followed by alcohol ($M=12,009.55$ Thai baht, $SD=13,183.94$) and cigarettes ($M=491.33$ Thai baht, $SD=547.17$). The average social impact was the highest on cigarette smokers ($M=45.95$, $SD=14.70$), followed by alcohol drinkers ($M=43.02$, $SD=13.93$), and cannabis users ($M=31.15$, $SD=10.09$).

Per findings, cannabis use had less effects on health and social aspect than alcohol and tobacco use. However, it had more economical effects. Therefore, policy formulation, enforcement, and correction measures on substance use should be done accordingly.

Keywords: Cannabis, Alcohol, Cigarettes, Phetchabun Province

บทนำ

ยาเสพติดเป็นภัยต่อสังคมโลก สำนักงานสหประชาชาติว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรม (United Nations Office on Drug and Crime: UNODC) รายงานว่าใน 5 ปีที่ผ่านมา พบว่าประชากรโลกที่มีอายุ 15-64 ปี สารเสพติดที่ใช้มากที่สุด คือ กัญชา ซึ่งเป็นพืชเสพติดที่มีการแพร่ระบาดมากที่สุดและยังคงมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ในปี 2013 มีประชากรผู้เสพยาเสพติดทั้งกัญชาแห้ง และผลิตภัณฑ์จากกัญชา 224 ล้านคน หรือร้อยละ 4.5 ของประชากร (United Nations Office on Drugs and Crime, 2013)

ส่วนสิ่งเสพติดถูกกฎหมายเช่น เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าทั่วโลกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 2,000 ล้านคน หรือ 1 ใน 3 ของประชากรโลก เฉลี่ยแล้วดื่มคนละ 6.13 ลิตรต่อปี (World Health Statistics, 2020) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อให้เกิดผลกระทบทางสุขภาพเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดการะโรคและความบาดเจ็บเป็นสาเหตุของความเจ็บป่วยกว่า 60 โรค การะโรคที่มีสัดส่วนสูงที่สุดจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์คือปัญหาสุขภาพจิตซึ่งมีขนาดมากกว่าการบาดเจ็บและโรคตับแข็งผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตก็มักดื่มแอลกอฮอล์ในลักษณะการดื่มหนักและการดื่มเป็นประจำ เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเสียชีวิตอันดับที่ 3 (Bundhamcharoen, Aungkulanon, Makka, & Shibuya, 2016) มากกว่าการสูบบุหรี่ พบว่า ทั่วโลกมีผู้สูบบุหรี่ประมาณ 1,300 ล้านคน จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันมีมากกว่า 15,000 ล้านมวน โดยกว่าครึ่งหนึ่งหรือร้อยละ 54.5 ของผู้สูบบุหรี่ทั้งหมด อยู่ในเอเชีย รองลงมาคือแอฟริกา (World Health Statistics, 2020) องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่า การสูบบุหรี่จะทำให้มีผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นจาก 5.4 ล้านคนจากปี 2547 เป็น 8.3 ล้านคนในปี 2573 ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 10 ของผู้เสียชีวิตทั่วโลกทำให้เกิดการตายสูงเป็นอันดับที่ 2 รองจากความดันโลหิตสูงทำให้เกิดการะโรคเป็นอันดับ 4 รองจากเด็กน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ความดันโลหิตสูงและเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย (Lopez, Mathers, Ezzati, Jamison, & Murray, 2006)

กัญชาถูกบรรจุในบัญชีตำรายาแพทย์แผนไทยหลายฉบับและการเกิดปรากฏการณ์ของผลกระทบทางลบจากกัญชาอาจจะไม่ชัดเจนและไม่มากพอ ที่เป็นเหตุสนับสนุนให้ผู้ที่ใช้กัญชาเข้ารับการบำบัดรักษาน้อยกว่ายาเสพติดชนิดอื่นๆ (Office of the Narcotics Control Commission Ministry of Justice, 2018) ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงทางนโยบายและกฎหมายเกี่ยวกับกัญชาที่สำคัญในช่วงปี พ.ศ. 2562-2565 ปัจจุบันมีหลักฐานชัดเจนว่ากัญชามีสาร cannabinoids ที่เป็นประโยชน์ในการรักษาทางการแพทย์ในฐานะยาของแพทย์แผนตะวันตกมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1839 และแพทย์ได้นำมาใช้เป็นทางเลือกในการบำบัดรักษาโรคต่าง ๆ (Joy, & Mack, 2000) สำหรับผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ที่ได้รับการรับรองจากองค์การอาหารและยาให้จำหน่ายได้ มีเพียงยาที่ใช้ลดอาการปวดเกร็งกล้ามเนื้อ และลดอาการคลื่นไส้อาเจียนจากการได้รับเคมีบำบัดในปลายปีพ.ศ. 2561 ได้มีการเคลื่อนไหวให้แก้ไขกฎหมายยาเสพติดเพื่ออนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ได้ จนกระทั่งเมื่อเดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 จึงได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 อนุญาตให้มีการใช้กัญชาทางการแพทย์ได้ ทำให้เกิดการนำกัญชามาใช้อย่างกว้างขวาง โดยเผยแพร่ข้อความทางอินเทอร์เน็ตว่ากัญชาเป็นยาวิเศษสามารถ รักษาได้ทุกโรค ทำให้เกิดการใช้กัญชาในหมู่ประชาชนเพิ่มขึ้นอย่างมาก โดยส่วนใหญ่ใช้เพื่อนันทนาการ และใช้บำบัดรักษาอาการเจ็บป่วยตนเองในหมู่ประชาชนอย่างกว้างขวาง ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ทั้งในรูปแบบสารสกัดโดยการควบคุมของแพทย์ในสถานพยาบาล สมุนไพรทั้งสูตรดั้งเดิมและสูตรที่คิดค้นใหม่ ผลิตภัณฑ์กัญชาแปรรูปทั้ง ชนิดที่ถูกกฎหมายและไม่ถูกกฎหมาย (Kanato, Leyatikul, & Wonguppa, 2020) ทั้งนี้ส่วนช่อดอกของต้นกัญชาและเมล็ดกัญชา ยังคงถือเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 5 มีบทลงโทษตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522

ในต่างประเทศมีการใช้ประโยชน์จากกัญชาในทางการแพทย์ พร้อมมีกฎหมายและข้อบังคับ มีความแตกต่างกันอย่างมากระหว่างประเทศ ในเรื่องวัตถุดิบกัญชา สมุนไพร สารสกัดจากกัญชา และยาจาก cannabinoids ทั้งสำนักงานยายุโรป (EMA : European Medical Agency) และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาของสหรัฐอเมริกา (USFDA) ไม่อนุมัติการใช้กัญชาจากสมุนไพร หรือสารสกัดของกัญชา องค์การอาหารและยาจำนวน 23 ประเทศ ในยุโรปและแคนาดาได้อนุมัติยาจาก cannabinoids หลายชนิด อย่างไรก็ตามมีเพียงสี่ประเทศเท่านั้นที่อนุญาตให้ใช้กัญชาจากสมุนไพรอย่างเต็มที่ ได้แก่ แคนาดา เยอรมัน อิสราเอล และเนเธอร์แลนด์ร่วมกับกว่าร้อยละ 50 ของรัฐในประเทศสหรัฐอเมริกา ในยุโรปห้ามการใช้กัญชาในรูปแบบสมุนไพร ในขณะที่มียาที่เป็นสารสกัดจาก cannabinoids ขึ้นทะเบียนและอนุญาตให้ขายได้ในหลายประเทศ (Abuhasira, Shbiro, & Landschaft, 2018) และมีการขึ้นทะเบียนตำรับผลิตภัณฑ์กัญชา 2 รายการ และมีการจดสิทธิบัตรสาร cannabinoids อย่างน้อย 3 รายการ (Kiatying-Angsulee, 2018) ส่วนในประเทศแคนาดา มีระเบียบว่าด้วยการเข้าถึงกัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ ซึ่งมีผลบังคับใช้เมื่อ 24 สิงหาคม 2559 (Rujanathamrong, 2016) ในวันที่ 17 ตุลาคม 2561 แคนาดาเป็นประเทศที่สองในโลกที่อนุญาตให้ใช้กัญชาอย่างถูกกฎหมาย ประเทศอิสราเอลเป็นประเทศในทวีปเอเชียและเป็นประเทศแรกของโลกที่พบสารสกัด THC และ CBD และได้ชื่อว่าเป็นเมืองแห่งการวิจัยกัญชาของโลก (Kedsomboon, 2018) ประเทศเยอรมันเป็นประเทศในทวีปยุโรปที่มีความก้าวหน้าในการใช้กัญชาทางการแพทย์

ทั้งกัญชา เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และบุหรี่ยังส่งผลกระทบในวงกว้าง การใช้กัญชาก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพระยะสั้นที่ชัดเจน คือ อาการมึนเมา การรับรู้และพฤติกรรมผิดปกติขนาดของผลกระทบขึ้นอยู่กับปริมาณที่ใช้ วิธีการใช้และการให้คุณค่าและทัศนคติของผู้ใช้กัญชา (Brand, Classen, McNary, & Zaveri, 2009) การทบทวนทางระบาดวิทยาพบว่าไม่มีรายงานการตายจากการใช้กัญชาเกินขนาด (Calabria, Degenhardt, Hall, & Lynskey, 2010) หลักฐานเกี่ยวกับประเด็นระบบไหลเวียนโลหิต รวมไปถึงการสูบกัญชากับโรคถุงลมโป่งพอง และมะเร็งปอดส่วนใหญ่ยังเป็นระดับกรณีศึกษา (case reports) และยังไม่เป็นที่แน่ชัด (Joshi, Ponnana, Penmetsa, Nallari, Valluri, & Gaddam, 2014) การใช้กัญชาระยะยาวเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตเภท 2.90 เท่า ผู้ใช้กัญชาเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้ามากกว่าผู้ไม่ได้ใช้ประมาณร้อยละ 17 และความเสี่ยงนี้เพิ่มมากขึ้นเป็นร้อยละ 62.00 (Ferguson, Eckard, Epperson, Long, Smith, Huston et al, 2015)

จากข้อมูลสะท้อนให้เกิดประเด็นทางวิชาการเกี่ยวกับผลกระทบของกัญชา แอลกอฮอล์ และบุหรี่ ว่าระหว่างกัญชา แอลกอฮอล์ บุหรี่ อะไรเกิดผลกระทบมากกว่ากันอย่างไรซึ่งการศึกษาในลักษณะนี้ยังไม่มีในประเทศไทย

จึงเป็นเหตุผลสำคัญในการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบผลกระทบจากการใช้ยาทั้ง 3 นี้ ต่อยอดองค์ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดที่ถูกกฎหมายและผิดกฎหมายโดยศึกษาผลกระทบในพื้นที่จังหวัดเพชรบูรณ์ ที่มีภูเขาล้อมรอบอยู่ในพื้นที่ภาคเหนือตอนล่าง ระหว่างพื้นแนวเขาที่มีการลักลอบปลูกและขนย้ายกัญชาเช่น ในวันที่ 15 ตุลาคม 2561 สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติดภาคที่ 6 จับกุมผู้ลักลอบขนย้ายกัญชาอัดแท่ง จำนวน 50 กิโลกรัม จากอำเภอชนแดน จังหวัดเพชรบูรณ์ (Office of the Narcotics Control Commission Ministry of Justice, 2018) และเป็นพื้นที่ในการศึกษาความเป็นไปได้ต่อยอดนโยบายลดทอนความผิดทางอาญาและผลกระทบของกัญชา ของสำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ดังนั้นการศึกษาค้นคว้าความคิดเห็นของผู้ใช้กัญชา เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ ในจังหวัดเพชรบูรณ์ มีผลการสูญเสียปีสุขภาวะอย่างไร จึงศึกษาข้อมูลที่ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดเพชรบูรณ์ ณ กองร้อยอาสาสมัครกษัตริย์แดนที่ 1 ซึ่งเป็นพื้นที่เฝ้าต่อการเข้าถึงผู้ใช้สารต่อการชี้วัดความสูญเสียด้านสุขภาพ (DALYs) การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (YLL) และการสูญเสียคุณภาพชีวิตจากความเจ็บป่วย (YLD) โดยการวัดปีที่สูญเสียสุขภาพมีหน่วยนับเป็นปี เป็นการวัดสถานะสุขภาพแบบองค์รวม อันจะเป็นประโยชน์ในการวางแผนการจัดการกับปัญหาได้ตรงกับขนาดของปัญหาตามบริบทของจังหวัดเพชรบูรณ์ เพื่อต่อยอดองค์ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดที่ถูกกฎหมายและผิดกฎหมายต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

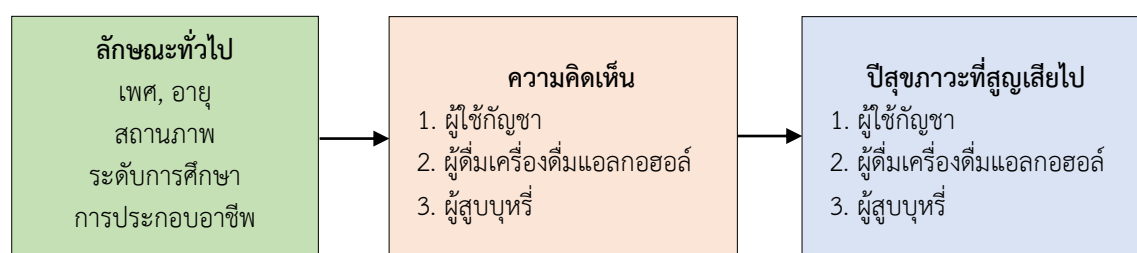
เพื่อศึกษาค้นคว้าความคิดเห็นของการใช้กัญชา การใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ในจังหวัดเพชรบูรณ์ มีปีสุขภาวะที่สูญเสียไปอย่างไร

สมมุติฐานวิจัย

ความคิดเห็นการใช้กัญชา เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการใช้บุหรี่ในจังหวัดเพชรบูรณ์ มีปีสุขภาวะที่สูญเสียไปแตกต่างกันอย่างไร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาค้นคว้าความคิดเห็นจากผู้ใช้กัญชา ผู้ใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และผู้สูบบุหรี่ ในจังหวัดเพชรบูรณ์ โดยเปรียบเทียบปีสุขภาวะที่สูญเสียไป ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดดัชนีปีสุขภาวะที่ปรับด้วยความบกพร่องทางสุขภาพ (Lopez, Mathers, Ezzati, Jamison, & Murray, 2006) (ดังภาพที่ 1)



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีรายชื่อเข้ารับการรักษาที่ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดเพชรบูรณ์ ณ กองร้อยอาสาสมัครกษัตริย์แดนที่ 1 จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 1,200 คน

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. เป็นคนไทยที่มีชื่ออยู่ในฐานข้อมูลทะเบียนราษฎรในชุมชนที่กำหนดของจังหวัดเพชรบูรณ์ ในปี 2563 เป็นผู้ที่มีรายชื่อเข้ารับการบำบัดรักษา แอลกอฮอล์ และบุหรี่ย ในปีงบประมาณ 2563-2564
2. อาสาสมัคร สมัครใจและลงนามการให้ความยินยอมในเอกสารการยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
3. อายุอาสาสมัครที่จะรับเข้าร่วมการศึกษามีอายุระหว่าง 20-65 ปี บริบูรณ์

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

1. ผู้ที่ไม่ได้อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดเพชรบูรณ์ในช่วงการเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เสพยาเสพติด เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และบุหรี่ย ที่เข้ารับการบำบัดที่ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดเพชรบูรณ์ ณ กองร้อยอาสาสมัครที่ 1 จังหวัดเพชรบูรณ์ในปี 2563 การสุ่มกลุ่มตัวอย่างจะทำการสุ่มแบบ Multi-Stages Sampling รวมจำนวนตัวอย่างทั้งสิ้น 982 คน ภายใต้ระดับความเชื่อมั่น 95% และความคลาดเคลื่อน $\pm$ ไม่เกินร้อยละ 15 ของค่าเฉลี่ย Design Effect 6.7 (ขนาดตัวอย่างนี้กำหนดภายใต้ขอบเขตคลาดเคลื่อนและระดับความเชื่อมั่น โดยพิจารณาค่าเฉลี่ยของขนาดเครือข่ายทางสังคมประชากรเป็นหลัก จากการทำ Pilot Study ได้ค่าขนาดเครือข่าย 300 โดยมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 275) สำหรับค่า Design Effect นำมาปรับโดยอาศัยจากโครงการที่มีลักษณะเดียวกัน (มานพ คณะโต, 2554) ได้จำนวน Sample Size แต่ละกลุ่มดังนี้ ผู้เสพยาเสพติดจำนวน 328 คน เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 327 คน และ บุหรี่ย จำนวน 327 คน ที่เข้ารับการบำบัด คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรประมาณค่าสัดส่วน กรณีทราบประชากร ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 491.29 คน แต่เนื่องจากงานวิจัยนี้มีการสุ่มตัวอย่างแบบ Multi-Stage Random Sampling เพื่อปรับอิทธิพลของความคลาดเคลื่อนจากการสุ่มจึงพิจารณาด้วย Design Effect มากกว่า 1 งานวิจัยนี้คูณด้วย 2 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงเท่ากับ $491.29 \times 2 = 982$ คน ในงานวิจัยเก็บข้อมูลมาได้ 982 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลซึ่งเก็บข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ซึ่งประกอบไปด้วยรายการทั้งหมดจำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัสสาวะที่สูญเสียไปและผลกระทบด้านเศรษฐกิจ สังคมจากการใช้ยาเสพติด ของจักรสันต์ เลยหยุด (Chaksan, 2014) โดยปรับให้เหมาะสมและสอดคล้องกับผลกระทบของการใช้ยาเสพติด เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่ย และหาค่าความน่าเชื่อถือก่อนนำไปใช้จริงกับกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งประกอบไปด้วยรายการทั้งหมดจำนวน 18 ข้อ แบบสอบถามปัสสาวะที่สูญเสียไป เป็นการวัดสถานะสุขภาพของประชากรแบบองค์รวมที่วัดภาวะการสูญเสียด้านสุขภาพหรือช่องว่างสุขภาพ (Health Gap) ที่ประกอบด้วยจำนวนปีที่สูญเสียไปจากการตายก่อนวัยอันควร (YLL) รวมกับจำนวนปีที่ชีวิตอยู่กับความบกพร่องทางสุขภาพหรือความพิการ (YLD) (Lopez, Mathers, Ezzati, Jamison, & Murray, 2006) มีสูตรการคำนวณดังนี้

ดัชนีปัสสาวะที่ปรับด้วยความบกพร่องทางสุขภาพ (Disability-Adjusted Life Years-DALYs) เป็นการวัดสถานะสุขภาพของประชากรแบบองค์รวมที่วัดภาวะการสูญเสียด้านสุขภาพหรือช่องว่างสุขภาพ (Health gap) ที่ประกอบด้วยจำนวนปีที่สูญเสียไปจากการตายก่อนวัยอันควร (YLL) รวมกับจำนวนปีที่ชีวิตอยู่กับความบกพร่องทางสุขภาพหรือความพิการ (YLD) (Lopez, Mathers, Ezzati, Jamison, & Murray, 2006)

$$DALY = YLL + YLD$$

จำนวนปีที่สูญเสียไปก่อนวัยอันควร (Year of Life Lost-YLL) หรือการตายก่อนเวลาอันควร (Premature death) เป็นองค์ประกอบหนึ่งของดัชนีวัดภาวะโรคด้านการตายเป็นการวัดที่อยู่บนพื้นฐานของเวลาของชีวิตที่หายไปจากการตายก่อนเวลาอันสมควรสูตรการคำนวณคือ

$$YLL = N \times L$$

โดยที่ N แทน จำนวนตาย

L แทนอายุขัย/คาดเฉลี่ยรายอายุ (Age-Specific Life Expectancy)

องค์ประกอบสำคัญในการคาดประมาณจำนวนปีที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Years of Life Lost Due to Disability-YLD) ได้แก่อุบัติการณ์การเกิดโรคหรือความผิดปกติ (Disability Incidence) ระยะเวลาที่มีภาวะบกพร่องทางสุขภาพนั้น ๆ (Disability Duration) ค่าถ่วงน้ำหนักความพิการ (Disability Weight) และอายุที่เริ่มมีภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Age at Onset) โดยสูตรพื้นฐานของ YLD คือ

$$YLD = I \times L \times DW$$

โดยที่ I แทนอุบัติการณ์ของโรคหรือความผิดปกติ

L แทนระยะเวลาเฉลี่ยของภาวะบกพร่องทางสุขภาพ

DW แทนค่าถ่วงน้ำหนักความพิการ

จำนวนปีที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Year Ofx Lost Due to Disabilitiy-YLD) เป็นการประมาณค่าจำนวนปีที่สูญเสียไป จากการเจ็บป่วยหรือความพิการ ข้อมูลสำคัญที่จะนำมาใช้ในการคำนวณ YLD ได้แก่อุบัติการณ์การเกิดโรคและความผิดปกติ (Disability Incidence) ระยะเวลาที่มีภาวะบกพร่องทางสุขภาพนั้น ๆ (Disability Duration) อายุที่เริ่มมีภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Age at Onset) และการกระจายของระดับความรุนแรงของโรค หรือความผิดปกติ (Disability by Severity Class)

Disability- Adjusted Life Years (DALYs) มีหน่วยนับเป็นปี จัดเป็นการวัดสถานะสุขภาพของประชากรแบบองค์รวมที่วัดภาวะการสูญเสียด้านสุขภาพหรือช่องว่างสุขภาพ (Health Gap) โดยแสดงถึงจำนวนปีที่สูญเสียไปจากการตายก่อนวัยอันควร (YLL) รวมกับจำนวนปีที่มีชีวิตอยู่ด้วยความบกพร่องทางสุขภาพ (YLD) ซึ่งเป็นความพยายามที่จะสะท้อนปัญหาทั้งการป่วยพิการและการตายออกมาเป็นหน่วยวัดเดียวกันจึงมีประโยชน์อย่างยิ่งในเปรียบเทียบภาระทางสุขภาพในมิติของโรคต่าง ๆ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ความตรง (Validity) ในการวิจัยนี้ใช้ ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยใช้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน ประกอบด้วย 1) แพทย์ผู้มีส่วนประกอบในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด จำนวน 1 คน 2) พยาบาลวิชาชีพผู้มีส่วนประกอบในการพยาบาลผู้ติดยาและสารเสพติด จำนวน 1 คน 3) นักวิจัย ผู้มีส่วนประกอบทำเครื่องมือวัดผลกระทบจากการใช้ยาเสพติด จำนวน 1 คน 4) อาจารย์ผู้สอนการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในมหาวิทยาลัย จำนวน 1 คน และ 5) นักวิชาการผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาไทย จำนวน 1 คน ได้ค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม (IOC) สูงกว่า 0.5 ทุกข้อ

2. ความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยทำการทดสอบเครื่องมือกลุ่มเป้าหมาย กลุ่มผู้ใช้กัญชา เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และบุหรี่ ที่โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ จำนวน 30 คน ประชาชนจังหวัดเพชรบูรณ์ ที่ไม่ได้อยู่ในพื้นที่ชุมชนตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่า แบบสัมภาษณ์ผลกระทบด้านสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่นแอลฟาเท่ากับ .87 และ .84 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 22 กันยายน 2563-25 กรกฎาคม 2564 ซึ่งมีขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลไปยังศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดเพชรบูรณ์ ณ กองร้อยอาสาสมัครรักษาดินแดนที่ 1 จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยมีการอธิบายรายละเอียดโครงการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์

2. ผู้วิจัยขออนุญาตเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง พร้อมกับสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้

3. ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดโครงการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และให้เวลาในการตัดสินใจกับกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยจะขอให้ลงนามในเอกสารยินยอม เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย กรณีที่อ่านหนังสือไม่ออก เขียนไม่ได้ ผู้วิจัยจะอธิบายรายละเอียดของแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจเพื่อไม่ให้เกิดปัญหาในการทำแบบสอบถาม

4. ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อดำเนินการแจกแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วยแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามปีสุขภาวะที่สูญเสียไป

5. เมื่อผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของการตอบแบบสอบถาม ก่อนนำมาวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยส่งแบบสอบถามไปจำนวน 1,200 ชุด ได้คืนมา 982 ชุด คิดเป็นร้อยละ 81.83

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบผลกระทบด้านร่างกาย ของการใช้กัญชา การใช้เครื่องตีแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ ข้อมูลแจกแจงไม่ปกติจึงใช้สถิติวิธีทดสอบของ Kruskal-Wallis test เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่มที่เป็นอิสระกันและข้อมูลมีมาตราวัดเป็นแบบอันดับ

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ในเครือข่ายภูมิภาคมหาวิทยาลัยนเรศวร แบบคณะกรรมการเติมชุด รหัสโครงการ COA No. 052/2020 ใบรับรองเลขที่ NU-RREC/265 ลงวันที่ 4 พฤศจิกายน 2563

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ตาราง 1 จำนวน และร้อยละ คุณลักษณะทั่วไปของผู้ใช้กัญชา เครื่องตีแอลกอฮอล์ บุหรี่จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ

ลักษณะทั่วไป	ผู้ใช้กัญชา (n=328)		ผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (n=327)		ผู้สูบบุหรี่ (n=327)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	310	94.51	305	93.27	297	90.83
หญิง	18	5.49	22	6.73	30	9.17
อายุ						
น้อยกว่า 20 ปี	5	1.52	0	0.00	0	0.00
20-29 ปี	35	10.67	26	9.09	35	10.7
30-39 ปี	25	7.62	24	8.30	33	11.09
40-49	143	43.60	102	35.66	113	34.17
50-59	110	33.54	132	46.15	141	43.12
60 ปีขึ้นไป	10	3.05	2	0.80	3	0.92
อายุเฉลี่ย (Min-Max)	M=43.51, SD=10.19 19-60 ปี		M=43.33, SD=10.01 20-60 ปี		M=40.08, SD=9.83 18-60 ปี	
สถานภาพสมรส						
โสด	29	8.84	41	12.54	42	12.84
สมรส	274	83.54	264	80.73	283	86.54
หย่าและแยกกันอยู่	25	7.62	22	6.73	2	0.62
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	71	21.65	260	79.51	182	55.66

ตาราง 1 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	ผู้ใช้กัญชา (n=328)		ผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (n=327)		ผู้สูบบุหรี่ (n=327)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มัธยมศึกษา	257	78.35	67	20.49	135	41.28
อนุปริญญา	0	0	0	0	10	3.06
การประกอบอาชีพ						
รับจ้างค่าแรงรายวัน	212	64.63	90	27.52	100	30.58
ค้าขายธุรกิจส่วนตัว	16	4.88	57	17.43	32	9.79
เกษตร	100	30.49	180	55.05	195	59.63

จากตาราง 1 พบว่าผู้ใช้กัญชาที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ทั้งหมด 328 คน คิดเป็นร้อยละ 100 เป็นเพศชาย 310 คน คิดเป็นร้อยละ 94.51 เพศหญิง 18 คน คิดเป็นร้อยละ 5.49 โดยมีสถานภาพสมรสมากที่สุด จำนวน 274 คน คิดเป็นร้อยละ 83.54 โสด 29 คน คิดเป็นร้อยละ 8.84 หย่า 25 คน คิดเป็นร้อยละ 7.62 ตามลำดับ การศึกษาระดับมัธยมศึกษามากที่สุด 257 คน คิดเป็นร้อยละ 78.35 รองลงมาคือระดับประถมศึกษาจำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 21.65 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างค่าแรงรายวัน จำนวน 212 คน คิดเป็นร้อยละ 64.63 รองลงมาคืออาชีพเกษตรกรจำนวน 100 คน คิดเป็นร้อยละ 30.49 และอาชีพค้าขาย ธุรกิจส่วนตัวจำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 4.88 ตามลำดับ มีอายุน้อยที่สุด 19 ปี มากที่สุด 60 ปี มีค่าเฉลี่ยอายุ ($M=43.51$, $SD=10.19$)

กลุ่มตัวอย่างผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งหมด 327 คน คิดเป็นร้อยละ 100 เป็นเพศชายทั้งหมด โดยมีสถานภาพสมรสมากที่สุด จำนวน 264 คน คิดเป็นร้อยละ 80.73 โสด 41 คนคิดเป็นร้อยละ 12.54 หย่าและแยกกันอยู่มีจำนวนเท่ากัน คือ 22 คน คิดเป็นร้อยละ 6.73 การศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด จำนวน 260 คน คิดเป็นร้อยละ 79.51 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา จำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 20.49 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรจำนวน 180 คน คิดเป็นร้อยละ 55.05 รองลงมาคืออาชีพรับจ้างค่าแรงรายวัน จำนวน 90 คน คิดเป็นร้อยละ 27.52 และอาชีพค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว จำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 17.43 ตามลำดับ มีอายุน้อยที่สุด 20 ปี มากที่สุด 60 ปี มีค่าเฉลี่ยอายุ ($M=43.33$, $SD=10.01$)

กลุ่มตัวอย่างผู้สูบบุหรี่ทั้งหมด 327 คน คิดเป็นร้อยละ 100 เป็นเพศชายจำนวน 297 คน คิดเป็นร้อยละ 90.83 เพศหญิง 30 คน คิดเป็นร้อยละ 9.17 โดยมีสถานภาพสมรสมากที่สุด จำนวน 283 คน คิดเป็นร้อยละ 86.54 รองลงมาคือโสด 42 คน คิดเป็นร้อยละ 12.84 ระดับการศึกษามากที่สุดคือ ประถมศึกษาจำนวน 182 คน คิดเป็นร้อยละ 55.66 รองลงมาคือมัธยมศึกษา 135 คน คิดเป็นร้อยละ 41.28 ประกอบอาชีพเกษตรกรจำนวน 195 คน คิดเป็นร้อยละ 59.63 รองลงมาคือรับจ้างค่าแรงรายวันจำนวน 100 คน คิดเป็นร้อยละ 30.58 ค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว 32 คน คิดเป็นร้อยละ 9.79 ตามลำดับ มีอายุน้อยที่สุด 18 ปี มากที่สุด 60 ปี มีค่าเฉลี่ยอายุ ($M=40.08$, $SD=9.83$)

2. ผลกระทบด้านสุขภาพการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย DALYs ของผู้เสพยาสูบ ผู้สูบบุหรี่ และผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ตาราง 2 ผลกระทบด้านสุขภาพการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย DALYs ของผู้เสพยาสูบ ผู้สูบบุหรี่ และผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย DALYs	SD	Mean Rank	Chi-Square	df	p-value
ผู้เสพยาสูบ	0.5	0.03	27.33	110.53	2	<0.001
ผู้สูบบุหรี่	8.70	9.75	63.93			
ผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	35.51	5.20	112.73			

จากตาราง 2 พบว่าการศึกษาผลกระทบด้านสุขภาพของการใช้กัญชา การใช้เครื่องตีมแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ในครั้งนี้ พบว่า

1. ปีสุขภาวะที่สูญเสียไปจากการตีมเครื่องตีมแอลกอฮอล์ มากที่สุดเท่ากับ 35.51 ปี รองลงมาคือการสูบบุหรี่ 8.70 ปี น้อยที่สุดคือการใช้กัญชาปีสุขภาวะที่สูญเสียไป เท่ากับ 0.5 ปี
2. การสูญเสียคุณภาพชีวิตจากความเจ็บป่วยหรือความพิการ (Years of Life Lost due to Disability: YLD) ของการตีมเครื่องตีมแอลกอฮอล์มีมากที่สุด เท่ากับ 26.02 ปี ต่อคน รองลงมาคือผู้สูบบุหรี่เท่ากับ 5.70 ปี และผู้ใช้กัญชาน้อยที่สุดเท่ากับ 2.50 ปี
3. ส่วนการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (Years of Life Lost: YLL) พบว่า การสูบบุหรี่มีมากที่สุดเท่ากับ 97.50 ปี รองลงมาคือการตีมเครื่องตีมแอลกอฮอล์ เท่ากับ 36.95 ปี ไม่พบการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากการใช้กัญชา

ตาราง 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย DALYs จำแนกจับคู่ระหว่างผู้เสพกัญชา ผู้สูบบุหรี่และผู้ตีมเครื่องตีมแอลกอฮอล์

ตัวแปร	M (DALYs)	Mann-Whitney U	Z	p-value
ผู้เสพกัญชา	27.33	195.00	-6.87	<0.001
ผู้สูบบุหรี่				
ผู้เสพกัญชา	27.33	0.00	-8.35	<0.001
ผู้ตีมเครื่องตีมแอลกอฮอล์	68.00			
ผู้สูบบุหรี่	23.27	12.00	-8.09	<0.001
ผู้ตีมเครื่องตีมแอลกอฮอล์	67.73			

จากตาราง 3 พบว่าการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย DALYs แต่ละคู่ ระหว่างผู้เสพกัญชา ผู้สูบบุหรี่ และผู้ตีมเครื่องตีมแอลกอฮอล์ด้วยสถิติ Mann-Whitney U พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยผู้ที่ตีมเครื่องตีมแอลกอฮอล์ มีค่าเฉลี่ย DALYs สูงที่สุดคือ 35.51 ปี รองลงมาคือผู้สูบบุหรี่ 8.70 ปี และผู้เสพกัญชาต่ำที่สุด 0.5 ปี รายละเอียด ดังตาราง 2 เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย DALYs จำแนกเป็นคู่ระหว่างผู้เสพกัญชา กับผู้สูบบุหรี่ผู้เสพกัญชากับผู้ตีมเครื่องตีมแอลกอฮอล์ และ ผู้สูบบุหรี่และผู้ตีมเครื่องตีมแอลกอฮอล์ ด้วยสถิติ Mann-Whitney Test พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยผู้สูบบุหรี่มีค่าเฉลี่ย DALYs 63.67 ปี สูงกว่าผู้เสพกัญชา 27.33 ปี ผู้ตีมเครื่องตีมแอลกอฮอล์มีค่าเฉลี่ย DALYs 68.00 ปี และ 67.73 ปี สูงกว่าผู้เสพกัญชาคือ 27.33 ปี และผู้สูบบุหรี่ 23.27 ปี ตามลำดับ

ตาราง 4 จำนวน ร้อยละและค่าเฉลี่ย การรับรู้การมีโรคประจำตัว การเกิดโรคประจำตัว และสุขภาพโดยรวมของผู้ใช้กัญชาเครื่องตีมแอลกอฮอล์ และบุหรี่

โรคประจำตัว	ผู้ใช้กัญชา (n=328)		ผู้ตีมเครื่องตีมแอลกอฮอล์ (n=327)		ผู้สูบบุหรี่ (n=327)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มีโรคประจำตัว						
มี	30	9.15	103	31.50	175	53.52
ไม่มี	298	90.85	224	68.50	152	46.48
การเกิดโรคประจำตัว						
เกิดก่อน	3	10.00	18	17.48	18	10.29
เกิดหลังใช้	27	90.00	85	82.52	157	89.71
การรับรู้สุขภาพแข็งแรงดี	M= 89.77, SD=4.57		M= 66.00, SD=4.03		M=76.22, SD=4.23	

จากตาราง 4 พบว่าการเปรียบเทียบผลกระทบด้านสุขภาพจากการใช้กัญชา เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และบุหรี่ ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย กลุ่มผู้ใช้กัญชา จำนวน 328 ราย ระบุว่าตนเองมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงไม่เจ็บป่วย มีโรคประจำตัวเพียง 30 ราย ซึ่งเกิดก่อนการใช้กัญชา คือโรคเบาหวาน 28 ราย โรคลมชัก 2 ราย ไม่พบการงานตนเองที่ป่วยจากการใช้ยาเสพติด พวกเขาทั้งหมดรับรู้ว่าคุณภาพของตนเองแข็งแรงดีโดยรวมในปัจจุบัน เฉลี่ย ($M=89.77$, $SD=4.57$) กลุ่มผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 327 ราย ระบุว่าตนเองมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 224 ราย มีโรคประจำตัว 103 ราย ซึ่งเกิดก่อนการใช้แอลกอฮอล์ คือโรคพิษสุราเรื้อรัง 25 ราย โรคเบาหวาน 24 ราย และโรคลมชัก 3 ราย ไม่พบการงานตนเองที่ป่วยจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พวกเขาทั้งหมดรับรู้ว่าคุณภาพของตนเองแข็งแรงดีโดยรวมในปัจจุบัน เฉลี่ย ($M=66.00$, $SD=4.03$) กลุ่มผู้สูบบุหรี่ จำนวน 327 ราย ระบุว่าตนเองมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 152 ราย มีโรคประจำตัว 175 ราย ซึ่งเกิดก่อนการใช้บุหรี่ คือ โรคเบาหวาน 64 ราย โรคลมชัก 3 ราย ไม่พบการงานตนเองที่ป่วยจากการใช้บุหรี่ พวกเขาทั้งหมดรับรู้ว่าคุณภาพของตนเองแข็งแรงดีโดยรวมในปัจจุบัน เฉลี่ย ($M=76.22$, $SD=4.23$)

ตาราง 5 การสูญเสียคุณภาพชีวิตจากความเจ็บป่วย และปีสุขภาวะที่สูญเสียไป (รายงานค่าจำนวนปีรวม)

ตัวแปร	การสูญเสียคุณภาพชีวิตจากความเจ็บป่วย (Years of Life Lost due to Disability : YLD)	ปีสุขภาวะที่สูญเสียไป Disability- Adjusted Life Years (DALYs)	ค่าเฉลี่ย DALYs
ผู้เสพกัญชา	0.033	27.33	0.5
ผู้สูบบุหรี่	0.099	23.27	8.70
ผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	1.017	67.73	35.51

จากตาราง 5 พบว่าปีสุขภาวะที่สูญเสียไปจากการใช้ยาเสพติดในกลุ่มผู้ใช้กัญชา จำนวน 50 คน พบว่าโดยรวมการสูญเสียคุณภาพชีวิตจากความเจ็บป่วย 0.033 ปี เฉลี่ยปีสุขภาวะที่สูญเสียไปคนละ 0.5 ปี ไม่พบการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากการใช้กัญชา ปีสุขภาวะที่สูญเสียไปจากการสูบบุหรี่ในกลุ่มผู้สูบบุหรี่ จำนวน 50 คน พบว่าโดยรวมการสูญเสียคุณภาพชีวิตจากความเจ็บป่วย 0.099 ปี เฉลี่ยปีสุขภาวะที่สูญเสียไปคนละ 8.70 ปี และปีสุขภาวะที่สูญเสียไปจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 50 คน พบว่าโดยรวมการสูญเสียคุณภาพชีวิตจากความเจ็บป่วย 1.017 ปี เฉลี่ยปีสุขภาวะที่สูญเสียไปคนละ 35.51 ปี

อภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า การใช้กัญชาได้รับผลกระทบด้านสุขภาพน้อยกว่าการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ โดยการศึกษาพบว่าปีสุขภาวะที่สูญเสียไปจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มากที่สุดเท่ากับ 35.51 ปี รองลงมา คือการสูบบุหรี่ 8.70 ปี น้อยที่สุดคือการใช้กัญชาปีสุขภาวะที่สูญเสียไป เท่ากับ 0.5 ปี สอดคล้องกับการรายงานข้อมูลสถานการณ์ปัญหาเสพติดของกลุ่มแรงงาน (Kanato, Leyatikul, & Wonguppa, 2020) ว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีผลกระทบต่อ Disability Adjusted Life Years (DALY) อย่างมาก ร้อยละ 4 ของผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เสียชีวิตหรือพิการทุพพลภาพ ซึ่งมากกว่ายาเสพติดอื่นถึง 5 เท่า และสอดคล้องกับการศึกษาของ Ezzati (2006) พบว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีผลต่อการเกิด ภาระโรคทั้งเฉียบพลันและโรคเรื้อรังมากถึง 60 โรคเป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับ 7 ของการสูญเสียปีสุขภาวะทั่วโลก (Lopez, Mathers, Ezzati, Jamison, & Murray, 2006)

จากการศึกษาข้างนี้พบว่าการสูบบุหรี่มีผลกระทบด้านสุขภาพ โดยมีปีสุขภาวะที่สูญเสียไป 8.70 ปี มากกว่าการใช้กัญชา ที่ 0.5 ปี สอดคล้องกับการรายงานในประเทศไทยว่า การสูบบุหรี่ทำให้เกิดภาระโรคสูงเป็นอันดับ 2 รองจากปัจจัยเสี่ยงจากการดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตจากโรคที่เนื่องมาจากการสูบบุหรี่ เช่น โรคมะเร็งปอด โรคหัวใจ และโรคถุงลมโป่งพอง ฯลฯ จำนวนผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้น จาก 45,136 คนต่อปี (2004) เป็น 50,710 คนต่อปี (2009) โดยเฉลี่ยผู้ชาย 1 ใน 6 และผู้หญิง 1 ใน 25 คน เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ (Budney,

Roffman, Stephens, & Walker, 2007) โดยในการศึกษานี้ไม่พบว่าการใช้กัญชาทำให้มีการเจ็บป่วยโดยตรงจากการใช้กัญชา แต่เหตุที่ต้องเข้ารับการรักษาการติดกัญชาเนื่องจากกัญชาเป็นสิ่งผิดกฎหมายของไทย รัฐบาลให้นิยาม คนเสพยาติดคือ “ผู้ป่วย” ที่ต้องได้รับการบำบัดรักษา เมื่อกลุ่มผู้ใช้กัญชาถูกจับดำเนินคดีในฐานะผู้เสพยาเสพติดผิดกฎหมาย จึงได้เข้ารับการรักษาในรูปแบบที่ทางภาครัฐจัดให้ตามนโยบายของรัฐบาล ปิสุภภาวะที่สูญเสียไปจึงเกิดจากการเข้ารับบำบัดรักษาจากวิธีการบำบัดแบบควบคุมตัว เพราะวิธีควบคุมบำบัดมี ปิสุภภาวะที่สูญเสียไป สูงกว่าวิธีการบำบัดรักษาด้วยวิธีอื่น เนื่องจากการให้การบำบัดรักษาด้วยวิธีการทางกฎหมาย ซึ่งการใช้ยาเสพติดมีความสัมพันธ์กับปัญหาอาชญากรรมสังคม และเศรษฐกิจของผู้ใช้ยาเสพติดและสังคม (Lopez, Mathers, Ezzati, Jamison, & Murray, 2006)

การบริโภคแอลกอฮอล์ บุหรี่ และกัญชามีโอกาสใช้สารสามชนิดนี้ร่วมกันในวันเดียวกัน การใช้แอลกอฮอล์ร่วมกับบุหรี่ยังมีแรงจูงใจใช้ยาเสพติดตัวอื่นมีผลกระทบต่อระบบประสาท ทำนายความสัมพันธ์ระหว่างการใช้แอลกอฮอล์ บุหรี่ใช้ร่วมกับกัญชาในผู้ชายมีมากกว่าผู้หญิงเป็น 3 เท่า (Le Foll, Forget, Aubin, & Goldberg, 2008; Maldonado, Valverde, & Berrendero, 2006; Roche, Ray, Yardley, & King, 2016) การใช้ยาเสพติดก่อให้เกิดผลกระทบ ไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะผู้เสพ ครอบครัว คนรอบข้าง สังคม ชุมชนและประเทศ เท่านั้น (Sharkey, Darmani, & Parker, 2014) แต่ต่างล้วนมีส่วนแบกรับภาระจากผลกระทบไม่ว่าจะเป็นภาระ โรค ภาระของครอบครัวชุมชน ที่ต้องมาเยียวยาบำบัดรักษา สูญเสียค่าใช้จ่ายทางด้านเศรษฐกิจ สูญเสียงบประมาณ และเกิดอาชญากรรมรวมถึงอุบัติเหตุ โดยเฉพาะปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดภาวะบกพร่องทางสุขภาพของประชากรเพศชายถึงร้อยละ 22.30

การสูบกัญชามีผลกระทบระยะสั้นจะแสดงออกอย่างชัดเจนภายในไม่กี่วินาที โดยปกติจะอยู่นาน 1-3 ชั่วโมง ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคลและสายพันธุ์ของกัญชาที่ใช้สูบ (Ashton, 2001) การเสพกัญชาโดยวิธีการกินจะออกฤทธิ์ช้ากว่าการสูบ 30 นาที ถึง 2 ชั่วโมง แต่จะอยู่ในร่างกายนานเพราะมีการดูดซึมอย่างช้าๆ อย่างต่อเนื่อง ทำให้เห็นผลกระทบที่สังเกตเห็นได้ชัดเจนคือการพัฒนาไปสู่ความทนต่อ Cannabinoids และใช้ซ้ำ (Ashton, 2001) ผลกระทบทางจิตใจของการใช้กัญชาที่มีความแตกต่างกันแต่ละบุคคล วิธีการใช้หรือการเสพ ซึ่งเมื่อ THC เข้าสู่กระแสเลือดและไปถึงสมองจะจับกับตัวรับ Cannabinoid ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทต่างๆ โดยเฉพาะ Dopamine และ Norepinephrine สารสื่อประสาทเหล่านี้จะเกี่ยวข้องกับผลกระทบที่เกิดขึ้น เช่น ทำให้เกิดความรู้สึกลอยลาง ลดความตื่นตัว อารมณ์ขึ้นสูงสนุกสนาน และเกิดความรู้สึกลอยลาง อารมณ์บางอย่างอาจรวมถึงการรับรู้ที่ผิดปกติเพื่อฝืนความคิดที่เป็นนามธรรมหรือความคิดเชิงปรัชญาและความคิดสร้างสรรค์จะหยุดชะงัก รายงานการศึกษาต่างๆ ไปจะพบว่า ความวิตกกังวลเป็นผลข้างเคียงมากที่สุดของการสูบกัญชา ระหว่าง 20-30% ของผู้ใช้กัญชาเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจ ผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์เฉียบพลันของกัญชา เป็นผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์ที่บดบังของการใช้กัญชาเป็นครั้งแรกหลังจากใช้ทำให้เกิดวิตกกังวล และความหวาดกลัว (Hall, & Pacula, 2003) ผลกระทบต่อสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ของการใช้กัญชาเรื้อรังหมายถึง การใช้กัญชาเป็นประจำทุกวัน หรือเกือบทุกวัน การติดกัญชา (Cannabis Dependence) เป็นการติดยาเสพติดที่พบมากที่สุดรองจากการติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ในการสำรวจสุขภาพจิตในสังคมที่พัฒนาแล้ว มีความเสี่ยงในการติดกัญชาประมาณ 9 % ในกลุ่มที่เคยใช้ยาเสพติด ซึ่งเพิ่มเป็น 1 ใน 6 ของกลุ่มที่เริ่มต้นใช้กัญชาในวัยรุ่น และระหว่าง 1 ใน 3 และ 1 ใน 2 ของกลุ่มที่ใช้กัญชาเป็นประจำทุกวัน (Ashton, 2005)

งานวิจัยนี้มีข้อจำกัด คือมีการวิเคราะห์เฉพาะจังหวัดเพชรบูรณ์ คำนวณและวิเคราะห์ค่าน้ำหนักภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Disability Weights) และอายุคาดเฉลี่ย (Life Expectancy) ยังอ้างอิงใช้การศึกษาจากต่างประเทศ ซึ่งอาจไม่สะท้อนปิสุภภาวะที่สูญเสียไปจากการใช้ยาเสพติดที่แท้จริงตามบริบทปัญหาและพฤติกรรมการใช้กัญชาบุหรี่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาเสพติดอื่นๆ ของคนไทย รวมทั้งมีความลำเอียงในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง เช่น ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และเข้ารับการรักษาจะมีอาการหนักมากแต่ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่ไม่ได้เข้ารับการรักษาและไม่มีอาการหนัก ตลอดจนงานวิจัยนี้ศึกษาเฉพาะในผู้ที่เข้ารับการรักษาเท่านั้น จึงอาจจะสรุปผลกระทบผิดเพราะทำนายคนที่มีความเสี่ยงเท่านั้น ซึ่งไม่ใช่ผลกระทบต่อผู้เสพในภาพรวม

การนำผลการวิจัยไปใช้

การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าความคิดเห็น กลุ่มผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผู้สูบบุหรี่เป็นกลุ่มที่ได้รับผลกระทบด้านสุขภาพเกิดภาวะโรคที่มีค่าเฉลี่ยปีสุขภาวะที่สูญเสียไปมากกว่าผู้ใช้กัญชา ดังนั้นกระบวนการดำเนินงานชุมชนหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดทั้งผู้ติดกัญชา แอลกอฮอล์ และติดสูบบุหรี่ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ การออกกำลังกาย กิจกรรมเสริมแรง ให้คำปรึกษาเมื่อมีข้อสงสัย ดูแลให้ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. เนื่องจากการวิจัยนี้ทำการศึกษาเฉพาะผู้ใช้กัญชาที่มีรายชื่อในระบบรายงานการติดตามเสพยาเสพติดของทางภาครัฐ เข้าถึงบริการจากการตรวจจับทางกฎหมายทำให้ขนาดและลักษณะของกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างจำกัด ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปอาจจะศึกษาในประชากรผู้ใช้กัญชาที่อยู่นอกระบบของภาครัฐ หรือเพิ่มขนาดตัวอย่างและพื้นที่ในการศึกษา เป็นต้น

2. การศึกษานี้เก็บรวบรวมข้อมูลที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ของผู้ใช้กัญชา เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในการศึกษาครั้งต่อไปควรพิจารณาการตรวจสอบข้อมูลผลกระทบที่เกิดขึ้น จากบุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่นเก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลในกรณีของ ผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เกิดอุบัติเหตุ จากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายโรงพยาบาลเรียกเก็บที่ที่ต้องจ่ายจริง จะได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและสะท้อนปัญหาได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

References

- Abuhasira, R., Shbiro, L. & Landschaft, Y. (2018). Medical Use of Cannabis and Cannabinoids Containing Products-Regulations in Europe and North America. *Eur J of Intern Med*, 49, 2-6.
- Ashton, C. H. (2001). Pharmacology and Effects of Cannabis: a Brief Review. *The British Journal of Psychiatry*, 178(2), 101-106.
- Ashton, W. (2005). Cannabinoids in Bipolar Affective Disorder: a Review and Discussion of Their Therapeutic Potential. *Journal of Psychopharmacology*, 19(3), 293-300.
- Brand, B. L., Classen, C. C., McNary, S. W. & Zaveri, P. (2009). A Review of Dissociative Disorders Treatment Studies. *J Nerv Ment Dis*, 197(9), 646-54.
- Budney, A. J., Roffman, R., Stephens, R. S., & Walker, D. (2007). Marijuana Dependence and Its Treatment. *Addict Sci Clin Pract*, 4(1), 4-16.
- Bundhamcharoen, K., Aungkulanon, S., Makka, N. & Shibuya, K. (2016). Economic Burden from Smoking-Related Diseases in Thailand. *Tob Control*, 25, 532-537. (in Thai)
- Calabria, B., Degenhardt, L., Hall, W. & Lynskey, M. (2010). Does Cannabis Use Increase The Risk of Death? Systematic Review of Epidemiological Evidence on Adverse Effects of Cannabis Use. *Drug Alcohol Rev (Review)*, 29(3), 318-330.
- Ferguson, L., Eckard, L., Epperson, W. B., Long, L. P., Smith, D., Huston, C., et al. (2015). Influenza D virus infection in Mississippi beef cattle. *Virology*, 486, 28-34.
- Hall, W. D., & Pacula, R. L. (2003). *Cannabis Use and Dependence: Public Health and Public Policy*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Joshi, L., Ponnana, M., Penmetsa, S. R., Nallari, P., Valluri, V., & Gaddam, S. (2014). Serum Vitamin D Levels and VDR Polymorphisms (Bsm1 and FokI) in Patients and Their Household Contacts Susceptible to Tuberculosis. *Scand. J. Immunol*, 79, 113-119.

- Joy, J., & Mack, A. (2000). *Marijuana as Medicine?: The Science Beyond the Controversy*. Washington, D.C.: National Academies Press.
- Kanato, M., Leyatikul, P., & Wonguppa, R. (2020). Impacts of Medical Cannabis Law in Thailand. *ONCB Journal*, 36(2), 27-36.
- Kedsomboon, P. (2018). Cannabis and Kratom Research in Cancer Treatment. *Ya-Wiphak*, 36, 13-15.
- Kiatying-Angsulee, N. (2018). Kratom and Cannabis are the Country's Pharmaceutical Security. *Ya-Wiphak*, 36, 3-8.
- Le Foll, B., Forget, B., Aubin, H. J., & Goldberg, S. R. (2008). Blocking Cannabinoid CB1 Receptors for the Treatment of Nicotine Dependence: Insights from Pre-Clinical and Clinical Studies. *Addict Biol*, 13(2), 239-252.
- Lopez, A. D., Mathers, C. D., Ezzati, M., Jamison, D. T., & Murray, C. J. L. (Eds). (2006). *Global Burden of Disease and Risk Factors*. Washington, D.C.: World Bank and Oxford University Press.
- Maldonado, R., Valverde, O. & Berrendero, F. (2006). Involvement of the Endocannabinoid System in Drug Addiction. *Trends Neurosci*, 29, 225-232.
- Office of the Narcotics Control Commission Ministry of Justice. (2018). *Thailand Narcotics Control Annual Report 2018*. Office of the Narcotics Control Board Ministry of Justice. Retrieved May 3, 2022 from <https://www.oncb.go.th/>
- Roche, D. J. O., Ray, L. A., Yardley, M. M., & King, A. C. (2016). Current Insights Into the Mechanisms and Development of Treatments for Heavy-Drinking Cigarette Smokers. *Current addiction Reports*, 3(1), 125-137.
- Rujanathamrong, P. (2016). *Proceedings of Management of Lrathom and Marijuana for Medicine and Health, and Social Security*. 2016 Sep 27; Bangkok, Thailand. Bangkok: Publisher Unknown.
- Sharkey, K. A., Darmani, N. A. & Parker, L. A. (2014). Regulation of Nausea and Vomiting by Cannabinoids and the Endocannabinoid System. *Eur J Pharmacol*, 722, 134-146.
- United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC]. (2013). *World Drug Report 2013*. Geneva: UNODC.
- World Health Statistics. (2020). *Monitoring Health for the SDGs, Sustainable Development Goals*. Geneva: World Health Organization.

ผลโปรแกรมการจัดการอบรมของกลุ่มงอกงามต่อการส่งเสริมคุณค่าในตนเอง
สำหรับนักเรียนระดับชั้น มัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนราชประชานุเคราะห์
ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้

The Effect of a Growth Group Training on Self-Esteem of 9th Grade
Students in 3 Southern Provinces Boarding Schools

นิชากร ศีลาภรณ์^{1*}, บุญโรม สุวรรณพาหุ², จิระวัฒน์ ตันสกุล², พวงสร้อย วรกุล²
Nichakorn Silaporn^{1*}, Bunrome Suwanphahu², Jirawat Tansakul², Puangsor Worakul²
นักศึกษาปริญญาโท คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์^{1*}, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์²
Master student, Faculty of Education, Prince of Songkla University^{1*}, Prince of Songkla University²

(Received: April 6, 2021; Revised: November 2, 2022; Accepted: November 29, 2022)

บทคัดย่อ

งานวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่มวัดซ้ำนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบการเห็นคุณค่าในตนเองของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ก่อนและหลังของกลุ่มงอกงาม 2) เปรียบเทียบการเห็นคุณค่าในตนเองของนักเรียนที่เข้าร่วมกลุ่มงอกงามกับกลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมปกติของโรงเรียน 3) เปรียบเทียบการเห็นคุณค่าในตนเองของนักเรียนใน 3 ช่วงเวลา ได้แก่ ระยะเวลาก่อนทดลอง ระยะเวลาหลังทดลอง และระยะติดตามผล กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนระดับชั้น มัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนราชประชานุเคราะห์ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ จำนวน 48 คนโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย จากเปอร์เซ็นต์ไทม์ที่ 25 ลงมาโดยการแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเองที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเองฉบับนักเรียนของ Coopersmith Self-Esteem Inventory-School Form มีค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.96 และโปรแกรมกลุ่มงอกงาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ Dependent t-test, Independent t-test และวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ 2 มิติ ผลการวิจัย พบว่า

1. ค่าเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองระยะก่อนทดลองและหลังทดลองของนักเรียนที่เข้าร่วมกลุ่มงอกงาม พบว่า ค่าเฉลี่ยในระยะหลังทดลองสูงกว่าระยะก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

2. ค่าเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองในระยะก่อนทดลองระหว่างนักเรียนที่เข้าร่วมกลุ่มงอกงามและนักเรียนเข้าร่วมกิจกรรมปกติของโรงเรียนไม่แตกต่างกัน และค่าเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองระยะหลังทดลอง พบว่า นักเรียนที่เข้าร่วมกลุ่มงอกงามมีค่าเฉลี่ยสูงกว่านักเรียนเข้าร่วมกิจกรรมปกติของโรงเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

3. ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มตัวอย่างกับช่วงเวลา 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเวลาก่อนทดลอง ระยะเวลาหลังทดลอง และระยะติดตามผลมีอิทธิพลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ควรนำโปรแกรมกลุ่มงอกงามไปใช้ในการศึกษาเชิงจิตวิทยาเกี่ยวกับการพัฒนามนุษย์ในมิติต่าง ๆ เช่น การมองโลกบวก การเสริมสร้างภาวะผู้นำ เป็นต้น

คำสำคัญ: กลุ่มงอกงามประเภทกลุ่มอบรม, การเห็นคุณค่าในตนเอง, โรงเรียนราชประชานุเคราะห์ จังหวัดชายแดนภาคใต้

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: klineangle111@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 081-8964152)



Abstract

This quasi-experimental research with a two-group pretest-posttest design was carried out to investigate and promote self-esteem of grade 9 students in boarding schools under the royal patronage in 3 southern border provinces. The research objectives were to: 1) compare self-esteem of students before and after joining a growth group training program of twelve 90-minute sessions; 2) compare self-esteem of students between the students who participated in the growth group training program and those who attended regular school activities; and 3) compare the students' self-esteem in pre- and post-group and follow-up periods of the experimental and control groups. The sample was 48 students in grade 9, attending boarding schools under the royal patronage in 3 southern border provinces. Simple random sampling was used from the 25th percentile downwards. There were 12 students in the experimental group and 12 into the control group, for a total of 24 students. The research instruments were the self-esteem measure questionnaire, adapted from the student edition of the Coopersmith Self-Esteem Inventory - School Form, as well as the growth group program. Both yielded an alpha Cronbach coefficient of 0.96. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, paired t-test, independent t-test, and ANOVA. The results showed as follows.

1. After the students joined the growth training program, the mean of their self-esteem was significantly higher than before participating in the training program ($p < .001$).

2. In the pre-trial period, the mean of self-esteem among experimental and control groups was not different ($p > .05$). In the post-trial period, the mean of self-esteem among experimental and control groups was significantly different ($p < .001$).

3. In the experimental group, the mean scores for students' self-esteem were significantly different ($p < .01$) between the pre-trial, the post-test and the follow-up periods. There was a statistical significant influence on the self-esteem score at the .001 level.

In conclusion, the growth group training program should be used in psychological studies on human development in various dimensions such as positive thinking, and the promotion of leadership etc.

Keywords: Growth Group, Training Program, Self-Esteem, Boarding School, Royal Patronage, Southernmost Provinces

บทนำ

สภาพสังคมในปัจจุบันที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งด้านกายภาพ เศรษฐกิจ และสังคมเมือง ได้ส่งผลกระทบต่อวัยรุ่นไทยที่รุนแรงและซับซ้อนมากขึ้น (Pongpomma, 2017) ทำให้วัยรุ่นมีคุณภาพชีวิตต่ำและดำเนินชีวิตได้อย่างยากลำบาก Department of Mental Health (2561) เผยว่า “เด็กวัยรุ่นด้อยโอกาสที่อายุต่ำกว่า 18 ปี ในสังคมไทย ร้อยละ 80 เป็นเด็กยากจน” (Ekathikhomkit, 2022) ซึ่งขาดโอกาสที่จะได้รับการศึกษาในระบบ ขาดการดูแลที่เหมาะสม ถูกปล่อยปละละเลย มีชีวิตอยู่เพียงลำพัง หรือถูกเพิกเฉย ไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม จนกลายเป็น “วัยรุ่นด้อยโอกาส” (Amornwich, 2014 as cite in Saisuwan, 2020) การขาดโอกาสทำให้เสี่ยงต่อการหลงผิด เช่น การติดยาเสพติด ติดเชื้อเอดส์ ตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร เป็นต้น เพราะวัยรุ่นเป็นวัยที่อยู่ในช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อซึ่งเป็นช่วงเวลาสำคัญที่จะพัฒนาความรู้และทักษะชีวิต (Bussabokkaew, 2018) ตลอดจนต้องตัดสินใจในการใช้ชีวิตต่อไปจึงจำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่ ให้คำแนะนำ รวมถึงความรัก ความเข้าใจ เพื่อเป็นการสร้าง

สุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจซึ่งจะลดปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่น และเพิ่มการมีทักษะชีวิตที่เหมาะสม เตรียมความพร้อมก้าวสู่การทำงานต่อไป(Department of Mental Health, 2018)

ผู้วิจัยสนใจที่ศึกษาผลโปรแกรมการจัดการอบรมของกลุ่มonganแก่นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ณ โรงเรียนราชประชานุเคราะห์ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ซึ่งเป็นผู้ขาดโอกาสทางการศึกษา ครอบคลุมประสบปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาพ่อแม่หย่าร้าง บ้างก็กำพร้า และ ขาดเสาหลักในชีวิต (Rajaprajanugroh Foundation Under Royal Patronage, 2022) ปัญหาดังกล่าวส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตในด้านต่าง ๆ เช่น รู้สึกว่าตนขาดความรัก ความอบอุ่น ขาดความเชื่อมั่น รู้สึกด้อยค่าและไม่มีที่ยืนในสังคม ซึ่งความรู้สึกด้านลบเหล่านี้จะเป็นแนวโน้มไปสู่การมีพฤติกรรมก้าวร้าว ประพฤติตนไม่เหมาะสมได้และเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาศักยภาพในการดำรงชีวิตประจำวัน (Saijun, 2013) ทั้งนี้ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมกลุ่มonganซึ่งพัฒนามาจากทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง ตามแนวคิด 3 stages of change ของ Lewin แบ่งเป็น 3 ชั้น ประกอบด้วยกิจกรรม 12 ครั้ง ได้แก่ 1) ชั้นละลาย (กิจกรรมที่ 1-3) เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้สมาชิกรู้จักตนเอง กล่าวตรวจสอบและสามารถตระหนักต่อตัวเองจนเกิดความเข้าใจว่า ต้องการอะไร มีเป้าหมายอย่างไรในชีวิตรวมถึงรับรู้ ข้อดี-ข้อผิดพลาดและพร้อมที่จะปรับปรุงให้ดีขึ้น 2) ชั้นเปลี่ยนแปลง (กิจกรรมที่ 4-8) ช่วยส่งเสริมให้สมาชิกมีความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกว่าตนเองเท่าเทียมกับผู้อื่น มีความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจผู้อื่น กิจกรรมต่างๆกระตุ้นให้สมาชิกเกิดมุมมองใหม่ มองโลกในด้านบวก มีความรู้สึกความภาคภูมิใจในตนเอง มีความกล้าแสดงความคิดเห็น กล้าลองผิดลองถูก รู้จักปรับปรุงแก้ไขข้อผิดพลาดและสามารถยอมรับสิ่งใหม่ ๆ ได้เสมอตลอดจนมีความพร้อมที่จะแสดงออกต่อสังคมมากขึ้น และ 3) ชั้นรักษาคูณภาพ (กิจกรรมที่ 9 -12) เป็นแนวทางให้สมาชิกรู้จักวางแผนชีวิตและคิดว่าเป้าหมายของตนคืออะไรจนกระทั่งสามารถหาแนวทางที่เหมาะสมให้กับตนเองรวมถึงมีพลังใจให้ลุกขึ้นมาต่อสู้ เอาชนะปัญหาและในที่สุดก็สามารถพิชิตหัวใจตัวเองเพื่อก้าวต่อไปในวันข้างหน้า จากการประมวล ศึกษาและค้นคว้างานวิจัยพบว่ามีงานวิจัยภายในประเทศ อาทิ Amornsingh (2019) ได้พบว่า โปรแกรมสนับสนุนการมีผลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของนักเรียนชั้นประถมศึกษาที่มีปัญหาครอบครัวแตกแยก Tonpaibool (2022) ได้พบว่ากลุ่มจิตวิทยาพัฒนาตนและการปรึกษาแนวพุทธมีอิทธิพลต่อสุขภาวะทางจิตของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ และ Komanee (2018) ได้พบว่ากลุ่มสัมพันธ์สามารถพัฒนาความมีระเบียบวินัยของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายโรงเรียนสาธิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร (ฝ่ายมัธยม) ได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้ยังพบงานวิจัยในต่างประเทศ ได้แก่ Andresen (2018) ได้ศึกษากระบวนการกลุ่มonganส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการประเมินพลังแห่งชัยชนะในตนเอง Dinh (2020) และ Rosidi, Sutoyo & Purwanto (2018) พบว่า การให้การปรึกษากลุ่มนั้นสามารถพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญ จึงเห็นว่า กลุ่มonganและกลุ่มพัฒนาตนในรูปแบบต่าง ๆ เปรียบเสมือนเครื่องมือที่ช่วยยกระดับความคิด ความรู้สึก และส่งเสริมให้นักเรียนรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองได้เป็นอย่างดีรวมถึงเป็นแรงกระตุ้นให้สมาชิกสามารถลดพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ รวมถึงมีภูมิคุ้มกันทางจิตใจที่สามารถตั้งรับและเผชิญทุกสิ่งทั้งดีและร้ายได้อย่างมีสติเพื่อความองงามในชีวิตต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

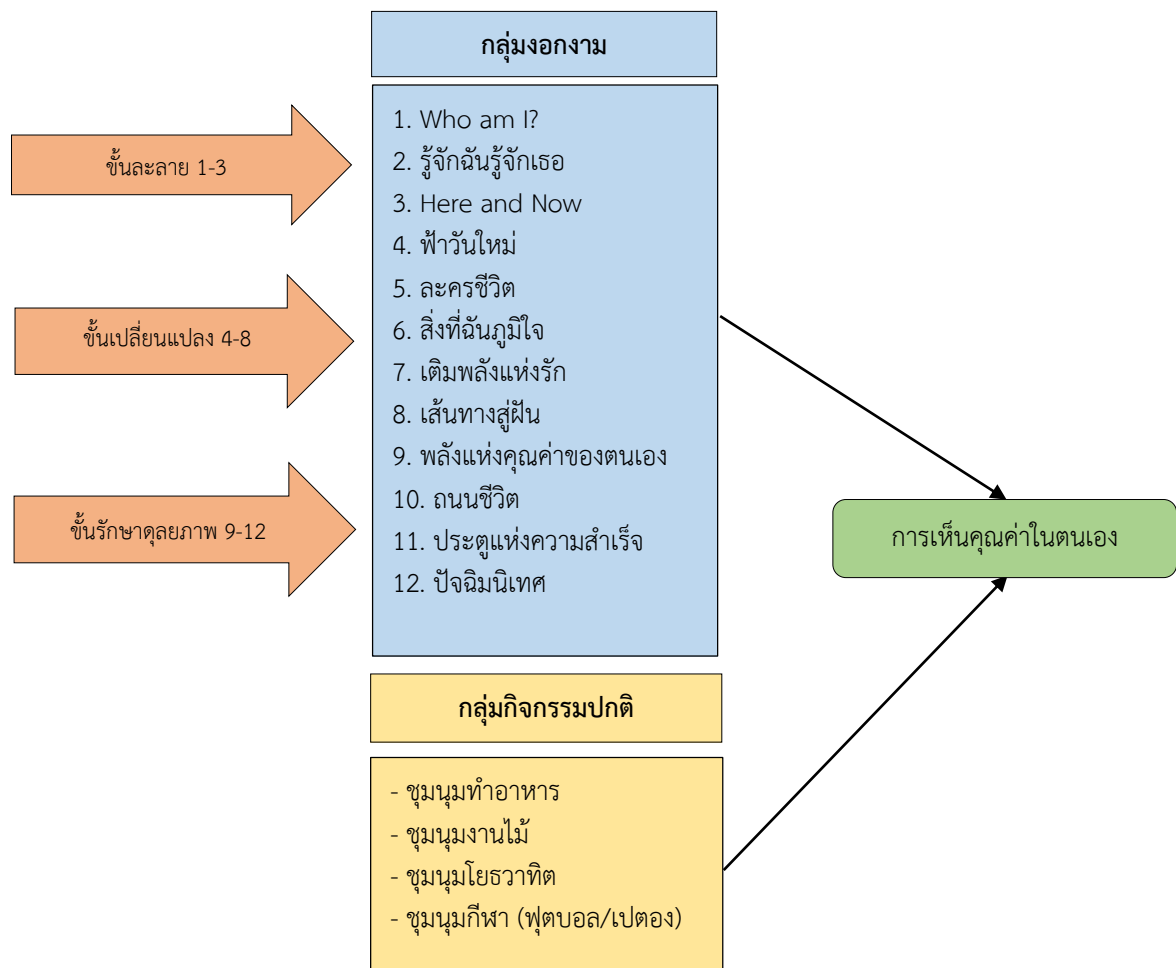
1. เพื่อเปรียบเทียบการเห็นคุณค่าในตนเองของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ก่อนและหลังเข้าร่วมกลุ่มongan
2. เพื่อเปรียบเทียบการเห็นคุณค่าในตนเองของนักเรียนที่เข้าร่วมกลุ่มonganกับกลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมปกติของโรงเรียน
3. เพื่อเปรียบเทียบการเห็นคุณค่าในตนเองของนักเรียนใน 3 ช่วงเวลา ได้แก่ ระยะเวลาทดลอง ระยะเวลาหลังทดลองและระยะติดตามผล

สมมติฐานวิจัย

1. หลังทดลองนักเรียนที่เข้าร่วมกลุ่มงอกงามมีค่าเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่าระยะก่อนทดลอง
2. นักเรียนที่เข้าร่วมกลุ่มงอกงามมีค่าเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองของกลุ่มงอกงามสูงกว่านักเรียนที่ได้รับกิจกรรมปกติของโรงเรียนกว่านักเรียนที่ได้รับกิจกรรมปกติของโรงเรียน
3. นักเรียนที่เข้าร่วมกลุ่มงอกงามและกลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมปกติของโรงเรียนมีค่าเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองใน 3 ช่วงเวลาแตกต่างกัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้กระบวนการกลุ่มงอกงามเพื่อปรับเจตคติและความรู้สึกเห็นคุณค่าที่มีในตนเองเพื่อเป็นพลังใจในการดำเนินชีวิตของเด็กด้อยโอกาส โดยกลุ่มงอกงาม ประกอบด้วย 12 กิจกรรมซึ่งผสมผสานกับกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมนุษย์ให้สอดคล้องกับพฤติกรรมของบุคคล (3 Stages Model of Change) ของ Lewin (1947) ได้แก่ 1.ขั้นเริ่มละลาย (Unfreezing) 2.ขั้นเปลี่ยนแปลง (Changing) 3.ขั้นรักษาคุณภาพ (Refreezing) ดังนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบ 2 กลุ่มวัดซ้ำ (Two Group Pretest-Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2563 ของโรงเรียนราชประชานุเคราะห์ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ จำนวน 280 คน และในการศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงใช้เกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่างที่เลือกเข้าศึกษา (Inclusion Criteria) ดังนี้

1. เป็นผู้ที่มีภาวะสมบูรณ์ทางร่างกายและจิตใจและได้รับการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญแล้วว่าไม่มีภาวะปกติ
2. เป็นผู้ที่มีความสนใจและได้รับคำยินยอมจากบิดามารดา ผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรม เป็นลายลักษณ์อักษร สำหรับ นักเรียน อายุ 13-18 ปี
3. ได้คะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ที่ 25
4. เข้าใจกติกากลุ่มและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้โดยตลอดระยะเวลาโดยไม่ติดภารกิจอื่น ๆ ยกเว้น บางกรณี เช่น ป่วยกะทันหัน บิดามารดา ผู้ปกครอง หรือผู้แทนโดยชอบธรรมต้องการยุติการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม
5. สามารถสื่อสาร ฟัง พูด อ่านและเขียนภาษาไทยได้เป็นอย่างดี

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนราชประชานุเคราะห์ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้แก่ โรงเรียนราชประชานุเคราะห์ 39 จังหวัดนราธิวาส และโรงเรียนราชประชานุเคราะห์ 41 จังหวัดยะลา จำนวน 48 คน ดังนี้

1. ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับสลากเพื่อเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มศึกษานำร่อง กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ดังนี้ 1) กลุ่มศึกษานำร่อง ได้แก่ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนราชประชานุเคราะห์ 40 จังหวัดปัตตานี 2) กลุ่มทดลอง ได้แก่ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนราชประชานุเคราะห์ 41 จังหวัดยะลา 3) กลุ่มควบคุม ได้แก่ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนราชประชานุเคราะห์ 39 จังหวัดนราธิวาส จากนั้นผู้วิจัยได้เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยให้นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนราชประชานุเคราะห์ 39 จังหวัดนราธิวาส และ 41 จังหวัดยะลา จำนวน 148 คน ตอบมาตรวัดการเห็นคุณค่าในตนเองและสุ่มจากเปอร์เซ็นต์ที่ 25 ได้ทั้งหมด 48 คน ตามรูปแบบของกลุ่มด้านจิตวิทยากำหนดการทำกลุ่มควรมีสมาชิกกลุ่มจำนวน 8 -12 คน (Yalom, 1995 as cite in Boran, 2016) แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 24 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 24 คน ส่วนกลุ่มศึกษานำร่องผู้วิจัยขออาสาสมัคร จำนวน 12 คน เพื่อทำการทดลองใช้โปรแกรมกลุ่มและมาตรวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง

2. ผู้วิจัยได้กำหนดแบ่งกลุ่มทดลองออกเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 12 คน โดยใช้วิธีการจับคู่ (Matching) เพื่อคัดเลือกนักเรียนเข้ากลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 และใช้วิธีเดียวกันเพื่อคัดเลือกนักเรียนเข้ากลุ่มควบคุม ที่ 1 และ 2 ต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมกลุ่มงอกงามเพื่อส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง ผู้วิจัยได้ศึกษาและพัฒนาโปรแกรมกลุ่มการฝึกอบรม (Training Group) เพื่อพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองแก่นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนราชประชานุเคราะห์ ประกอบด้วยจำนวน 12 กิจกรรม ได้แก่ 1) Who am I? 2) รู้จักฉันรู้จักเธอ 3) Here and Now 4) ฟาวันใหม่ 5) ละครชีวิต 6) สิ่งที่ฉันภูมิใจ 7) เติมพลังแห่งรัก 8) เส้นทางสู่ฝัน 9) พลังแห่งคุณค่าของตนเอง 10) ถนนชีวิต 11) ประตู่แห่งความสำเร็จ และ 12) ปัจฉิมนิเทศ ซึ่งเป็นรูปแบบจำลองกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมนุษย์ให้สอดคล้องกับพฤติกรรมของบุคคล 3 Stages Model of Change (Lewin, 1947)

2. แบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเองเป็นเครื่องมือเพื่อคัดเลือกนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ในการเข้าร่วมกลุ่มงอกงามเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ มีข้อกระทงด้านบวก จำนวน 23 ข้อกระทง และด้านลบ 27 ข้อกระทง รวมทั้งสิ้น 50 ข้อ มีค่าความเที่ยงโดยวิธีการหาค่าความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency) ด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ทั้งฉบับเท่ากับ .96

ระดับที่ 1 มีค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.49 หมายถึง การเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับต่ำมากที่สุด

ระดับที่ 2 มีค่าเฉลี่ย 1.50 - 2.49 หมายถึง การเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับต่ำ

ระดับที่ 3 มีค่าเฉลี่ย 2.50 - 3.49 หมายถึง การเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

ระดับที่ 4 มีค่าเฉลี่ย 3.50 - 4.49 หมายถึง การเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับสูง

ระดับที่ 5 มีค่าเฉลี่ย 4.50 - 5.00 หมายถึง การเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับสูงมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. โปรแกรมกลุ่มงอกงามเพื่อส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง ประกอบด้วย กิจกรรม 12 ครั้ง จำนวน 18 ชั่วโมง โดยผู้วิจัยศึกษาแนวคิด ทฤษฎีหลักการ บทบาทของผู้นำกลุ่ม และสมาชิกและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมให้สอดคล้องและเหมาะสมกับการพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองจากนั้นจึงนำกระบวนการกลุ่มงอกงามเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และผู้ทรงคุณวุฒิด้านจิตวิทยา จำนวน 3 คน ซึ่งเป็นการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตวิทยาการศึกษาและอาจารย์ที่ปรึกษา ทุกข้อมีความสอดคล้องเหมาะสม ต่อจากนั้นนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มศึกษานำร่อง (Pilot Study) จำนวน 12 คน ได้แก่ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนราชประชานุเคราะห์จังหวัดปัตตานี เพื่อความเป็นไปได้ในใช้โปรแกรมเพื่อตรวจสอบข้อบกพร่องและแก้ไขก่อนจะนำไปใช้กับกลุ่มทดลอง พบว่า หลังจากที้นักเรียนเข้าร่วมกลุ่มงอกงาม มีค่าเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกลุ่มงอกงาม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = -4.53, p < .001$)

2. แบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง ผู้วิจัยนำแบบวัดเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยา 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) แล้วจึงหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อกระทงกับวัตถุประสงค์ (The Index of Item Objective Congruence) มีค่าดัชนี IOC ตั้งแต่ 0.80 - 1.00 ซึ่งผ่านเกณฑ์ทุกข้อ จำนวน 50 ข้อ จากนั้นได้ปรับปรุงข้อกระทงตามข้อเสนอแนะจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยา 5 ท่าน แล้วจึงทดสอบประสิทธิภาพของแบบวัด ด้วยการหาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination Power of The Item) ของข้อกระทงที่เป็นแบบ Rating Scale โดยมีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.30 - 0.78 ต่อจากนั้นจึงนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับนักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 ในโรงเรียนราชประชานุเคราะห์ 43 จังหวัดสงขลา จำนวน 65 คน ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ทั้งฉบับ เท่ากับ 0.87 เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ข้อบกพร่องและปรับปรุงแก้ไข จึงพัฒนาแบบวัดด้วยการทดลองใช้ (Try Out) อีกครั้งกับนักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 ในโรงเรียนศึกษาสงเคราะห์นราธิวาส จำนวน 62 คน ได้ค่าความเที่ยงทั้งฉบับเท่ากับ 0.96 จากนั้นนำไปใช้กับกลุ่มศึกษานำร่อง (Pilot Study) ก่อนจะนำไปใช้กับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงเรียนราชประชานุเคราะห์ 39 จังหวัดนราธิวาส โรงเรียนราชประชานุเคราะห์ 40 จังหวัดปัตตานี และโรงเรียนราชประชานุเคราะห์ 41 จังหวัดยะลา เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อศึกษาวิจัยและขอใช้สถานที่ในการทำกิจกรรมกลุ่มงอกงามกับนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ดังนี้

ขั้นก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยยื่นขอจริยธรรมการวิจัยและทดลองในมนุษย์และทำการขอเอกสารจากภาควิชาจิตวิทยา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี ต่อจากนั้นนำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลยื่นต่อผู้บริหารโรงเรียนราชประชานุเคราะห์ ทั้ง 3 แห่ง เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3

2. ก่อนดำเนินการทดลองผู้วิจัยทำการติดต่อ นัดพบนักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนราชประชานุเคราะห์ จำนวนทั้งสิ้น 148 คน เพื่อแนะนำตัว นำเสนอโครงการวิจัยและอธิบายเป้าหมายของโครงการให้นักเรียนเกิดความเข้าใจ พร้อมทั้งชี้แจง นวัตกรรม วัน เวลาและสถานที่ โดยประสานงานกับครูแนะแนวเพื่อขอความร่วมมือในการนัดหมายนักเรียนโดยให้นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ทุกคนตอบแบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเองและสุ่มจากผู้ที่ได้คะแนนตั้งแต่เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 ลงมา จำนวน 48 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 24 คน หลังจากนั้น 1 สัปดาห์จึงเริ่มทำการทดลอง

ขั้นทดลอง

1. กลุ่มศึกษานำร่อง ผู้วิจัยดำเนินการทดลองกับกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 12 คน โดยดำเนินการกระบวนการในภาคเช้า - บ่าย จำนวน 6 กิจกรรม ๆ ละ 90 นาที เป็นระยะเวลา 2 วัน รวมทั้งสิ้น 12 กิจกรรม 18 ชั่วโมง

2. กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยจะดำเนินการทดลองโดยกลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม จำนวน 24 คน ที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มออกกำลังกายเพื่อส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเองโดยใช้ระยะเวลาในการศึกษาวิจัย 1 เดือน ดังนี้ 1) กลุ่มทดลอง 1 คือ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนราชประชานุเคราะห์ 41 จังหวัดยะลา จำนวน 12 คน ในวันเสาร์ ภาคเช้า - ป้าย โดยดำเนินกระบวนการ 4 กิจกรรม ๆ ละ 90 นาที เป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ รวมทั้งสิ้น 12 กิจกรรม 18 ชั่วโมง ณ หอประชุมโรงเรียนราชประชานุเคราะห์ 41 จังหวัดยะลา 2) กลุ่มทดลอง 2 คือ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนราชประชานุเคราะห์ 41 จังหวัดยะลา จำนวน 12 คน ในวันอาทิตย์ ภาคเช้า - ป้าย โดยดำเนินกระบวนการ 4 กิจกรรม ๆ ละ 90 นาที เป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ รวมทั้งสิ้น 12 กิจกรรม 18 ชั่วโมง ณ หอประชุมโรงเรียนราชประชานุเคราะห์ 41 จังหวัดยะลา

3. กลุ่มควบคุม คือ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนราชประชานุเคราะห์ 39 จังหวัดนราธิวาส จำนวน 24 คน ที่ได้รับกิจกรรมปกติของโรงเรียนและผู้วิจัยได้ให้ตอบแบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเองในระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลองและระยะติดตามผลในวัน และเวลาเดียวกันกับกลุ่มทดลอง

ขั้นหลังการทดลอง

เมื่อสิ้นสุดการทดลอง ผู้วิจัยนำแบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง หลังการทดลองกับกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มออกกำลังกายและกลุ่มกิจกรรมปกติในทันที หลังจากนั้น 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยติดตามผลการวิจัย (Follow Up) โดยวัดการเห็นคุณค่าในตนเองซ้ำอีกครั้ง แต่ถ้าหากพบว่าผลคะแนนของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนต่ำกว่า 2.50 ซึ่งถือว่าอยู่ในเกณฑ์ที่ต่ำมาก ผู้วิจัยจะนัดหมายเป็นรายบุคคลเพื่อเข้าสู่กระบวนการให้การปรึกษา (Counseling) เป็นรายกรณี

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานโดยการหาความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) และวิเคราะห์ระดับการเห็นคุณค่าในตนเองโดยการหาค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบการเห็นคุณค่าในตนเองก่อนและหลังเข้าร่วมกลุ่มออกกำลังกายโดยใช้สถิติ Dependent t-test
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบการเห็นคุณค่าในตนเองของนักเรียนที่เข้าร่วมกลุ่มออกกำลังกายกับกลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมปกติของโรงเรียนโดยใช้สถิติ Independent t-test
4. วิเคราะห์ความแปรปรวน ใน 3 ช่วงเวลา ได้แก่ ระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผล โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ 2 มิติ (Two-Way Repeated Measures)

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยได้พึงตระหนักและปฏิบัติตามจรรยาบรรณวิจัยโดยผ่านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์ เลขที่โครงการ REC NUMBER : psu.pn.2-012/63 ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างยังไม่บรรลุนิติภาวะ ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์กลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตนเองและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิจัยวิธีวิจัย ประโยชน์ที่เกิดขึ้นอย่างละเอียดและอธิบายให้เข้าใจว่าการวิจัยครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจและได้รับคำยินยอมจากบิดามารดา ผู้ปกครอง หรือ ผู้แทนโดยชอบธรรมให้เข้าร่วมวิจัย กลุ่มตัวอย่างที่มีความยินดียินดีสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยเมื่อใดก็ได้และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้หากพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีปัญหา อาทิ ความเครียด ไม่สบายใจ หรือ รู้สึกไม่ดีต่อกระบวนการกลุ่ม ผู้วิจัยจะให้ความช่วยเหลือโดยการปรึกษา (Counseling) เป็นรายบุคคล และ ข้อมูลที่ได้รับจากการวิจัยครั้งนี้จะเก็บเป็นความลับ โดยผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาวิจัยเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากที่สุด ร้อยละ 85.40 และเพศชาย ร้อยละ 14.60 มีอายุระหว่าง 15-17 ปี มากที่สุด ร้อยละ 89.60 รองลงมา อายุ 12-14 ปี ร้อยละ 8.30 และ อายุ 18 ปี ร้อยละ 2.10 ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 97.90 และศาสนาพุทธ ร้อยละ 2.10 สถานะครอบครัว มีบิดา

มารดาอยู่ด้วยกันมากที่สุด ร้อยละ 52.10 รองลงมา มีบิดา มารดาหย่าร้าง ร้อยละ 33.30 มีบิดา มารดาเสียชีวิต ร้อยละ 8.30 และ บิดามารดาแยกกันอยู่ ร้อยละ 6.30 ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่ครอบครัวมีฐานะยากจน มากที่สุด ร้อยละ 97.90 และ ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ร้อยละ 2.10

2. ระดับการเห็นคุณค่าในตนเองของกลุ่มตัวอย่าง (n= 48) ใน 3 ช่วงเวลา

ตาราง 1 ผลการวิเคราะห์ระดับการเห็นคุณค่าในตนเองของกลุ่มตัวอย่าง (n= 48) ใน 3 ช่วงเวลา

การเห็นคุณค่าในตนเอง	กลุ่มตัวอย่าง (48 คน)	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ติดตามผล	
		M	SD	M	SD	M	SD
ภาพรวม	ทดลอง (24 คน)	2.24	0.11	4.49	0.19	4.18	0.55
	ควบคุม (24 คน)	2.24	0.21	2.98	0.17	2.87	0.08
	รวม (48 คน)	2.24	0.16	3.73	0.78	3.53	0.77
ด้านตนเองโดยทั่วไป	ทดลอง (24 คน)	2.29	0.16	4.54	0.18	4.12	0.60
	ควบคุม (24 คน)	2.28	0.26	2.93	0.27	2.75	0.10
	รวม (48 คน)	2.29	0.21	3.73	0.84	3.44	0.81
ด้านสังคมและกลุ่มเพื่อน	ทดลอง (24 คน)	2.31	0.22	4.38	0.32	4.21	0.54
	ควบคุม (24 คน)	2.11	0.21	2.88	0.26	2.61	0.17
	รวม (48 คน)	2.21	0.24	3.63	0.81	3.41	0.90
ด้านครอบครัว	ทดลอง (24 คน)	2.13	0.28	4.48	0.33	4.44	0.55
	ควบคุม (24 คน)	2.09	0.32	3.32	0.27	3.39	0.16
	รวม (48 คน)	2.11	0.30	3.90	0.66	3.91	0.67
ด้านการเรียน	ทดลอง (24 คน)	2.12	0.23	4.44	0.28	4.10	0.68
	ควบคุม (24 คน)	2.41	0.33	2.96	0.40	2.97	0.16
	รวม (48 คน)	2.27	0.32	3.70	0.82	3.54	0.75

จากตาราง 1 กลุ่มตัวอย่างมีระดับการเห็นคุณค่าในตนเอง ดังนี้ 1.ในระยะก่อนทดลองโดยภาพรวม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ ($M=2.24$, $SD=0.16$) เมื่อวิเคราะห์เป็นรายด้าน พบว่า ด้านตนเองโดยทั่วไป ด้านการเรียน ด้านสังคมและกลุ่มเพื่อน และด้านครอบครัวอยู่ในระดับต่ำเช่นกัน ($M=2.29$, $SD=0.21$; $M=2.27$, $SD=0.32$; $M=2.21$, $SD=0.24$; $M=2.11$, $SD=0.30$) ตามลำดับ 2.ระยะหลังทดลองโดยภาพรวม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($M=3.73$, $SD=0.78$) เมื่อวิเคราะห์เป็นรายด้าน พบว่า ด้านครอบครัวอยู่ในระดับสูง รองลงมา ได้แก่ ด้านตนเอง โดยทั่วไป ด้านการเรียน และด้านสังคมและกลุ่มเพื่อน ($M=3.90$, $SD=0.66$; $M=3.73$, $SD=0.84$; $M=3.70$, $SD=0.82$; $M=3.63$, $SD=0.81$) ตามลำดับ 3.ระยะติดตามผลโดยภาพรวม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($M=3.53$, $SD=0.77$) เมื่อวิเคราะห์เป็นรายด้าน พบว่า ด้านครอบครัวมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง รองลงมา ได้แก่ ด้านการเรียน ด้านตนเอง โดยทั่วไป และด้านสังคมและกลุ่มเพื่อน ($M=3.91$, $SD=0.67$; $M=3.54$, $SD=.75$; $M=3.44$, $SD=0.81$; $M=3.41$, $SD=0.90$) ตามลำดับ

3. เปรียบเทียบการเห็นคุณค่าในตนเองของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ก่อนและหลังเข้าร่วมกลุ่ม อกองาม

ตาราง 2 เปรียบเทียบการเห็นคุณค่าในตนเองของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนราชประชานุเคราะห์ใน สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ก่อนและหลังของกลุ่มทดลองโดยการทดสอบ Paired – sample t-test

การทดสอบก่อน-หลัง	N	M	SD	t	df	P-value (1 tailed)
ก่อนการทดลอง	24	2.24	.11	- 41.77*	23.00	<.001
หลังการทดลอง	24	4.49	.19			< .001

จากตาราง 2 พบว่า หลังจากนักเรียนเข้าร่วมกลุ่มงอกงามแล้ว มีค่าเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองสูงขึ้นกว่า ก่อนเข้าร่วมกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t=-41.77, p<.001$)

4. เปรียบเทียบการเห็นคุณค่าในตนเองของนักเรียนที่เข้าร่วมกลุ่มงอกงามกับกลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมปกติของโรงเรียน

ตาราง 3 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบการเห็นคุณค่าในตนเองของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนราชประชานุเคราะห์ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ก่อนและหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้การทดสอบค่า Independent sample t-test

การทดสอบก่อนทดลอง	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>P-value</i> (1 tailed)
กลุ่มทดลอง	24	2.24	.11	- .05	35.52	.480
กลุ่มควบคุม	24	2.24	.21			
* <i>p</i> >.05						
การทดสอบหลังทดลอง	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>P-value</i> (1 tailed)
กลุ่มทดลอง	24	4.49	.19	28.20	46.00	<.001
กลุ่มควบคุม	24	2.98	.17			

* $p<.01$

จากตาราง 3 พบว่า เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองก่อนเข้าร่วมกลุ่มงอกงามระหว่างนักเรียนที่เข้าร่วมกลุ่มงอกงามและนักเรียนเข้าร่วมกิจกรรมปกติของโรงเรียนไม่แตกต่างกันและเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยหลังจากทดลองแล้ว พบว่า นักเรียนที่เข้าร่วมกลุ่มงอกงาม มีค่าเฉลี่ยสูงกว่านักเรียนเข้าร่วมกิจกรรมปกติของโรงเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t=28.20, p<.001$)

5. เพื่อเปรียบเทียบการเห็นคุณค่าในตนเองของนักเรียนใน 3 ช่วงเวลา ได้แก่ ระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลองและระยะติดตามผล

ตาราง 4 การเปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่โดยใช้วิธี Bonferroni

ช่วงเวลา	Mean Difference(I-J)	Std.Error	P-value
ก่อนทดลอง - หลังทดลอง	-1.490*	.037	<.001
ติดตามผล	-1.282*	.063	<.001
หลังทดลอง - ก่อนทดลอง	1.490*	.037	<.001
ติดตามผล	.208*	.052	<.001
ติดตามผล - ก่อนทดลอง	1.282*	.063	<.001
หลังทดลอง	-.208*	.052	<.001

* $p<.01$

จากตาราง 4 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ พบว่า ค่าเฉลี่ยในการวัดการเห็นคุณค่าในตนเองระยะก่อนทดลองและระยะหลังทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ระยะก่อนทดลองและระยะติดตามผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และระยะหลังทดลองและระยะติดตามผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตาราง 5 การวิเคราะห์ปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างกับช่วงเวลาที่มีการเห็นคุณค่าในตนเอง

Source		Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	P- value
เวลา*กลุ่ม	Sphericity Assumed	16.212	2	8.106	125.860	<.001
	Greenhouse-Geisser	16.212	1.521	10.662	125.860	
	Huynh-Feldt	16.212	1.596	10.158	125.860	<.001
	Lower-Bound	16.212	1.000	16.212	125.860	<.001
Error (เวลา)	Sphericity Assumed	5.925	92.000	.064		
	Greenhouse-Geisser	5.925	69.946	.085		
	Huynh-Feldt	5.925	73.414	.081		
	Lower-Bound	5.925	46.000	.129		

จากตาราง 5 ผลการทดสอบปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มตัวอย่างกับช่วงเวลา พบว่า ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มตัวอย่างกับช่วงเวลามีอิทธิพลต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (Huynh-Feldt: SS = 16.212 - 5.925, df = 1.596 - 73.414, MS = 10.158 - .081, F = 125.860, $p < .001$)

อภิปรายผล

1. เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองในระยะก่อนและหลังเข้ากลุ่มองกามของนักเรียนที่เข้าร่วมกลุ่มองกาม พบว่า หลังการเข้าร่วมกลุ่ม มีค่าเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้ อันเนื่องมาจากรูปแบบโปรแกรมกลุ่มองกามประกอบด้วย 3 ขั้นตอน (3 Stages Model of Change, Lewin, 1947) ไว้ ดังนี้ ขั้นที่ 1 ขั้นละลาย (Unfreezing) เป็นขั้นตอนเกี่ยวกับการละลายความคิด ความรู้สึกด้านลบส่งเสริมการตระหนักรู้และเข้าใจตนเองมากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ Haertel (2016) พบว่า การมีสติ (Mindfulness) เพิ่มขึ้นก็จะส่งผลให้การเห็นคุณค่าในตนเองสูง รวมถึงการมองโลกบวก ปรับเปลี่ยนความคิดและความรู้สึกใหม่ในด้านบวก ขั้นที่ 2 ขั้นเปลี่ยนแปลง (Changing) สมาชิกกลุ่มเกิดความรู้สึกไว้วางใจซึ่งกันและกัน รู้สึกว่าตนเองปลอดภัยจนเชื่อมั่นและมีความกล้าที่จะเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวออกมาในขณะเดียวกันก็พร้อมเปิดใจที่จะรับฟังข้อมูลของผู้อื่น กล้าถ่ายทอดความคิดเห็น สนทนาและกล้าแลกเปลี่ยน รวมถึงเปิดใจรับฟังข้อเสนอแนะของกลุ่ม ดังเช่น สมาชิกกลุ่ม (จิตต์) กล่าวว่า “เมื่อก่อนหนูเป็นคนไม่กล้าแสดงออกเลย ขี้อายและไม่ชอบทำกิจกรรมร่วมกับคนอื่น กลัวจะผิดพลาด แต่หลังจากที่ได้เข้าร่วมกลุ่ม หนูรู้สึกมีความสุข สนุก แล้วไม่รู้สึกอาย หรือ กลัวเหมือนแต่ก่อนเลยคะ” สมาชิกได้พัฒนาทักษะทางสังคม รู้ว่าต้องช่วยกันแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าและมีความอดทนอดกลั้น เปลี่ยนแปลงมุมมอง ความคิด เกิดพลัง มีความรู้สึกดีต่อตนเอง ผู้คนรอบข้างและสภาพแวดล้อมต่าง ๆ สอดคล้องกับ Anusic & Schimmack (2016) กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือบุคลิกภาพและทัศนคติ เป็นตัวแปรสำคัญที่ส่งผลให้บุคคลเห็นคุณค่าของตนเองและสุขภาวะที่ดี ขั้นที่ 3 ขั้นรักษาคุณภาพ (Refreezing) สมาชิกเริ่มเกิดความเชื่อใหม่ รู้สึกมั่นใจในตนเอง มองผู้คนและทุกสิ่งรอบตัวอย่างเป็นมิตร มีเป้าหมายของชีวิตและเกิดความคิดริเริ่มที่จะพัฒนาตนเองเพื่อวันข้างหน้าจนสามารถทำหลาย ๆ สิ่งให้สำเร็จได้ ดังเช่น สมาชิกกลุ่ม (ลูกเปิด) กล่าวว่า “เมื่อก่อนเคยคิดว่าเป็นคนไม่เก่ง เรียนหนังสือไม่ดี ทำอะไรก็ล้มเหลว แต่ตอนนี้หนูรู้แล้วว่าที่จริงหนูก็สามารถเรียนหนังสือ หรือ ทำอะไรได้ไม่แพ้คนอื่น” จะเห็นว่ากระบวนการกลุ่มได้ช่วยให้สมาชิกมีสภาวะจิตใจที่เข้มแข็งขึ้น รู้สึกรักและเคารพตนเองมากขึ้น มีพลังใจเพื่อค้นหาเป้าหมาย สอดคล้องกับ Barron (2016) พบว่า บุคคลที่เห็นคุณค่าในตนเองต่ำมักส่งผลต่อสภาพจิตใจและร่างกาย และงานวิจัยของ Kunakornviroon (2013) พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการเผชิญและฝ่าฟันอุปสรรคของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 แสดงให้เห็นว่า การเห็นคุณค่าในตนเองเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เมื่อเจอปัญหาจะทำให้บุคคลไตร่ตรอง รู้สึกถึงความสำคัญและ

เป็นที่ยอมรับของผู้อื่นโดยรับรู้ว่าคุณมีความสามารถ มีความรับผิดชอบสูง มีเชื่อมั่นในตนเอง ในการกระทำสิ่งต่าง ๆ ให้ประสบความสำเร็จ ประคับประคองสภาวะกายและจิตใจให้สมบูรณ์เพื่อให้ชีวิตนั้นงอกงาม

2. เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองระหว่างนักเรียนที่เข้าร่วมกลุ่มงอกงามกับนักเรียนเข้าร่วมกิจกรรมปกติของโรงเรียน ในระยะก่อนทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยของนักเรียนทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกัน และเมื่อเปรียบเทียบในระยะหลังทดลอง พบว่า นักเรียนที่เข้าร่วมกลุ่มงอกงาม มีค่าเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่านักเรียนเข้าร่วมกิจกรรมปกติของโรงเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t=28.20, p=.000$) ทั้งนี้เนื่องจากกระบวนการกลุ่มได้ปรับเปลี่ยนแนวคิดซึ่งส่งเสริมและพัฒนาความรู้สึก จิตใจ เพื่อยกระดับการเห็นคุณค่าในตนเองทำให้สมาชิกได้พัฒนาตนเอง รู้จักตระหนักในตนเอง มีความเห็นอกเห็นใจผู้อื่นซึ่งทักษะทางสังคมเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้สมาชิกมีความเชื่อมั่น เปิดเผยตนเองจนรู้สึกว่าคุณค่าในตนเองนั้นมีคุณค่า (Clinebell, 1977) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Wiangnak & Taephant (2020) ที่ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ทางจิตใจของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นหลังการเข้าร่วมกลุ่มพัฒนาตนร่วมกับการทำสวน พบว่า ความสัมพันธ์อันงอกงามระหว่างความสัมพันธ์กับคนรอบตัวนั้นเกิดจากความสบายใจในการเปิดเผยตนเองของผู้ให้ข้อมูล การได้เข้าใจเพื่อนอย่างแท้จริง อีกทั้งยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Ligkachai (2012) และ Amornsingh (2019) ได้ศึกษาโปรแกรมการพัฒนาคุณค่าในตนเอง พบว่า หลังจากนักเรียนเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มแล้วมีค่าเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองก่อนเข้าร่วมกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 เนื่องจากสมาชิกมีการเรียนรู้ ร่วมกันแลกเปลี่ยนและแสดงความคิดเห็นอันเป็นประโยชน์ต่อสมาชิกรวมถึงบรรยากาศที่เป็นกันเองของกลุ่มทำให้สมาชิกกล้าเปิดใจ คุยปรึกษาได้อย่างอิสระและสบายใจ นอกจากนี้ Dinh (2020) ได้กล่าวว่า การให้การปรึกษากลุ่มสามารถพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองของเด็ก ๆ ได้อย่างมีนัยสำคัญ รวมถึงกลุ่มงอกงามฯ เป็นแรงกระตุ้นต่อบุคคลให้เกิดความรู้สึกที่ดีทั้งต่อตนเอง ผู้อื่นและทุกมิติเพื่อเป็นพลังใจในการดำรงชีวิตให้งดงามและมีประสิทธิภาพ

3. กระบวนการกลุ่มส่งผลให้นักเรียนที่เข้าร่วมกลุ่มงอกงาม มีค่าเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองแต่ละช่วงเวลากันแตกต่างกันโดยในระยะก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ ($M=2.24, SD=0.11$) แต่ในระยะหลังทดลองและระยะติดตามผลค่าเฉลี่ยสูงกว่าระยะก่อนทดลอง ($M=4.49, SD=0.19; M=4.18, SD=0.55$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมกลุ่มมีความคงทนต่อภาวะความรู้สึกเห็นคุณค่าของตัวเองโดยกิจกรรมต่าง ๆ ช่วยกระตุ้นให้สมาชิกเกิดการตระหนักต่อตนเอง รู้จักและทำความเข้าใจ อย่างเช่น กิจกรรม Here and Now เป็นขั้นตอนการละลายความรู้สึกและความคิดที่ไม่ดีต่อตนเองและอคติต่อคนรอบข้าง รูปแบบกิจกรรมช่วยกระตุ้นให้สมาชิกได้อยู่ในสภาวะปัจจุบัน ไม่คิดถึงอดีตที่ผ่านมา มีจิตใจที่แน่วแน่ ตั้งมั่น พร้อมทั้งรู้จักและเข้าใจตนเอง ตลอดจนปรับเปลี่ยนมุมมอง ความคิด เจตคติที่ดีและรู้สึกว่าตนเองนั้นมีคุณค่า และกิจกรรม สิ่งที่ดีณภูมิใจ เป็นกิจกรรมที่ช่วยปลูกพลังใจให้เกิดการเปลี่ยนแปลง สมาชิกมีความภูมิใจในสิ่งที่ตนเป็น รู้จักดีชอบชีวิต มีความตระหนัก ต่อหน้าที่ของตนเอง ตลอดจนมีความกล้าแสดงความคิดเห็น กล้าทำและกล้าเผชิญ สอดคล้องกับ Rosidi, Sutoyo & Purwanto (2018) ได้ศึกษาประสิทธิภาพของการให้การปรึกษากลุ่มแบบเผชิญความจริงเพื่อยกระดับการเห็นคุณค่าในตนเองของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษา พบว่า กระบวนการให้การปรึกษากลุ่มแบบเผชิญความจริงได้ช่วยพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองของนักเรียนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และยังพบว่า Colakkadioglu & Celik (2016) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มอบรมทักษะการตัดสินใจที่ส่งผลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองและรูปแบบการตัดสินใจอย่างมีนัยสำคัญ รวมถึงกิจกรรม เติมพลังแห่งรัก ก็สามารถทำให้สมาชิกมีเจตคติที่ดีต่อตนเองและผู้อื่น เปิดใจจะยอมรับผู้อื่นและสิ่งแวดล้อม รวมถึงรู้จักแบ่งปัน เอื้อเฟื้อต่อผู้อื่น สอดคล้องกับ Andresen (2018) พบว่า กลุ่มงอกงามได้พัฒนาให้ตัวอย่ที่มีทักษะการเห็นอกเห็นใจผู้อื่น การมองโลกในแง่ดีและมีความเข้าใจในตนเองมากขึ้น รวมถึงมีทักษะสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีสัมพันธภาพที่ดีอย่างมีนัยสำคัญ กิจกรรม พลังแห่งคุณค่าของตนเอง เป็นขั้นรักษาคุณภาพซึ่งได้ส่งเสริมให้สมาชิกรู้สึกรัก ศรัทธาและเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น อีกทั้งมีจิตใจที่มั่นคงและไม่หวั่นไหวต่อสิ่งยั่วยู่ที่ส่อไปในทางที่ผิด ตลอดจนสามารถดูแล ปกป้องตนเองและรู้จักเอาตัวรอดในสังคมยุคปัจจุบันได้ สอดคล้องกับ การศึกษาของงานวิจัยของ Rungsang (2017) ศึกษาผลของกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่ถูกข่มเหงรังแกทางโลกไซเบอร์ พบว่า หลังจากทีนักเรียนได้เข้าร่วมกลุ่มมีคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองในระยะหลังทดลองและระยะ

ติดตามผลสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกลุ่มซึ่งแสดงให้เห็นว่ากระบวนการกลุ่มได้ส่งเสริมให้สมาชิกกล้าคิด กล้าปฏิบัติ เรียนรู้ที่จะหาแนวทางแก้ไขปัญหารวมถึงมีความเข้าใจต่อการอยู่ร่วมกันในสังคม รู้จักความสามัคคีและเอื้อเฟื้อแบ่งปันต่อผู้อื่น นอกจากนี้ในกิจกรรม ละครชีวิต ยังได้สนับสนุนให้สมาชิกตระหนักถึงความรักของพ่อแม่และเข้าใจเหตุผลที่ไม่สามารถดูแลบุตรได้เหมือนกับวัยรุ่นทั่วไป ซึ่งได้พบงานศึกษาวิจัยของ Tancharoen & Sanjamsai (2020) ที่ได้ศึกษาผลการใช้กระบวนการกลุ่มแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับการเห็นคุณค่าในตนเองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และเมื่อเปรียบเทียบระดับการเห็นคุณค่าในตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับการเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 จากผลการวิจัย สะท้อนให้เห็นว่ากระบวนการกลุ่มแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวสามารถยกระดับการเห็นคุณค่าในตนเองของเด็ก ๆ ได้เป็นอย่างดี ส่วนค่าเฉลี่ยของนักเรียนที่ไม่ได้เข้าร่วมกลุ่มองกาม ในระยะหลังทดลอง

ในขณะที่นักเรียนที่เข้าร่วมกิจกรรมปกติของโรงเรียน ได้แก่ ชุมนุมทำอาหาร ชุมนุมงานไม้ ชุมนุมโยธา ทิต ชุมนุมกีฬา (ฟุตบอล / เปตอง) นั้นยังมีค่าเฉลี่ยในระยะหลังทดลองและระยะติดตามผลอยู่ในระดับปานกลาง ($M=2.98, SD=0.17$; $M=2.87, SD=0.08$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมกลุ่มองกามมีประสิทธิภาพต่อการยกระดับและพัฒนาสุขภาวะทางจิตใจของนักเรียนกลุ่มนี้ได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับ Tonpailbool (2019) พบว่า กลุ่มจิตวิทยาพัฒนาตนและการปรึกษาแนวพุทธส่งผลให้นักศึกษาที่เข้าร่วมกลุ่มมีสุขภาวะจิตสูงขึ้นและได้พัฒนาตนเองทั้งด้านความคิด ด้านความรู้สึกละและการแสดงออกได้อย่างเหมาะสมและเป็นสุขและในที่สุดเกิดการเห็นคุณค่าในตนเองและผู้อื่น

ดังนั้น โปรแกรมกลุ่มองกามเป็นเครื่องมือทางจิตวิทยาที่เสริมสร้างและพัฒนาคนุชย์จากภายในตามมิติแห่งตนเพื่อให้เกิดศักยภาพและสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยตนเองอย่างยั่งยืนบนพื้นฐานของการใช้เหตุผลในการตัดสินใจและแก้ไขปัญหาเพื่อการดำรงชีวิตอย่างมีความสุข

การนำผลการวิจัยไปใช้

การนำผลการวิจัยไปใช้ ควรสนับสนุนให้มีการจัดโปรแกรมกลุ่มองกามให้กับนักเรียนเพิ่มมากขึ้น นอกเหนือจากกิจกรรมต่าง ๆ ของโรงเรียนโดยอาจจะปรับเป็นรูปแบบค่ายพัฒนาศักยภาพในช่วงปิดภาคเรียนฤดูร้อนหรือกิจกรรมชุมนุมซึ่งกิจกรรมของกลุ่มองกามได้เอื้อให้นักเรียนมีสภาวะจิตใจที่เข้มแข็งขึ้นและสามารถดำเนินชีวิตปกติได้อย่างเต็มภาคภูมิและงดงาม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำโปรแกรมกลุ่มองกามไปใช้ในการศึกษาเชิงจิตวิทยาเกี่ยวกับการพัฒนาคนุชย์ในมิติต่าง ๆ เช่น การมองโลกบวก การเสริมสร้างภาวะผู้นำ ทักษะทางสังคม การมีระเบียบวินัย เป็นต้น
2. ควรศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง ได้แก่ รูปแบบการเลี้ยงดู ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในระดับครอบครัวและสังคม

References

- Amornsingh, S. (2019). Effects of Recreation Program on Self - esteem of Grade 5 - 6 Broken-Family Students. *Journal of Health, Physical Education and Recreation*, 45(2), 182-196. (in Thai)
- Andresen, R. M. (2018). *Personal Growth Group-Evaluation for Victories of the Heart (VOTH)- Men's Group*. Psy.D. Thesis, The Chicago School of Professional Psychology.

- Anusic, I. & Schimmack, U. (2016). Stability and Change of Personality Traits, Self-Esteem, and Well-Being: Introducing the Meta - Analytic Stability and Change Model of Retest Correlations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 110(5), 766-781.
- Barron, A. (2016). *An Art Therapy Approach to Increase The Self-Esteem of Latina Pre-Adolescent Girls Using Narrative Therapy*. A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Arts in Marriage and Family Therapy Notre Dame de Namur University.
- Boran, S. (2016). *The Effects of Supportive Group Psychotherapy on Perceived Self-Efficacy and Intention to Drug Abstinence among Adolescents with Amphetamine Addiction*. A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirement for the Master of Nursing Science Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Burapha University. (in Thai)
- Bussabokkaew, N. (2018). Project-Based Learning and Life Skills of High School Students: A Case Study of a Welfare Education School. *Kasem Bundit Journal*, 19, 1-13. (in Thai)
- Clinebell, H. (1977). *Growth Groups*. Religion Online. Retrieved October 25, 2019 from <https://www.religion-online.org/book/growth-groups/>.
- Colakkadioglu, O., & Celik, B. (2016). The Effect of Decision-Making Skill Training Programs on Self-Esteem and Decision-Making Styles. *Eurasian Journal of Educational Research*, 65, 259-276.
- Dinh, C. (2020). *A Person-Centered Expressive Arts and Relational-Cultural Therapy Group to Increase Self- Esteem*. A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirement for the Master of Arts Degree in Education, Saint Mary's College of California.
- Ekathikhomkit, N. (2022). Factors Predicting Anxiety in Thai Disadvantaged Adolescents in A Province in The North Region. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 36(2), 77-96. (in Thai)
- Haertel, R. (2016). *The Relationship Between Fragile Self-Esteem, Mindfulness, and Hostile Attribution style*. A Dissertation submitted to the Graduate Faculty in Educational Psychology in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctor of Philosophy, The City University of New York.
- Komanee, S. (2018). The Development of Discipline of Senior High School Students of Srinakharinwirot University, Prasarnmit Demonstration School (Secondary) through Group Dynamics. *Journal of Education Research, Faculty of Education, Srina Kharinwirot University*, 13(1), 152-168. (in Thai)
- Kunakornviroon, V. (2013). *Optimism and Self-Esteem in Predicting Adversity Quotient of Personnel in Autonomous Universities*. A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirement for the Master of Industrial and Organizational Psychology, King Mongkut's University of Technology North Bangkok. (in Thai)
- Lewin, K. (1947). *Lewin's 3-Stage Model of Change: Unfreezing, Changing & Refreezing*. Retrieved November 11, 2019 from <https://study.com/academy/lesson/lewins-3-stage-model-of-changeunfreezing-changing-refreezing.html>.

- Ligkachai, S. (2012). *The Effect of Developing Program on Self-Esteem of Matthayomsuksa 1-3 Students of Loysaianusorn School in Lat phrao District Bangkok*. A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of The Requirement for the Master of Education Degree in Guidance and Counseling Psychology, Srinakharinwirot University. (in Thai)
- Pongpumma, L. (2017). *Problems of adolescents in Thai society. Knowledge Boromarajonani Chon Buri*. Retrieved September 20, 2022 from [http:// 164.115.41.60](http://164.115.41.60). (in Thai)
- Rajaprajanugroh Foundation Under Royal Patronage. (2022). *Annual Report 2020*. Retrieved October 25, 2019 from <https://www.rajk.org/news-all/annual-report.html>.
- Rosidi, R., Sutoyo, A. & Purwanto, E. (2018). Effectiveness of Reality Therapy Group Counseling to Increase The Self-Esteem of Students. *Jurnal BimbinganKonseling*, 7(1). Retrieved October 25, 2019 from <https://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/jubk/article/view/21582>.
- Rungsaung, P. (2017). *The Effect of Group Counseling on Self-Esteem of Middle-School Victims of Cyberbullying*. A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirement for the Master of Arts Program in Psychology, Chulalongkorn University. (in Thai)
- Saijun, K. (2013). *Innovation Model of Enhancing Developmental Capabilities in Underprivileged Children*. A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirement for the Doctor of Philosophy in Administration of Innovation Development, Nakhon Si Thammarat Rajabhat University. (in Thai)
- Saisuwan, W. (2020). Relationships Between Family Functioning, Sense of Belonging, Perceived Stress and Resilience in Thai Disadvantaged Adolescents in A Province in The Northern Region. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 34(1), 61-85. (in Thai)
- Tancharoen, A. & Sanjamsai, S. (2020). The Effect of the Family Participation Group Process on Self Esteem of Children with Learning Disabilities. *Thai Journal of Clinical Psychology*, 51(2), 13-27. (in Thai)
- Tonpaibool, C. (2019). Effects of the Buddhist Personal Growth and Counseling Group on Psychological Well-Being of Sisaket Rajabhat University Students. *Sisaket Rajabhat University Journal*, 13(1), 126-135. (in Thai)
- Wiangnak, P. & Taephant, N. (2020). Psychological Experience of Junior High School Students with Increased Self-Esteem After Participating in Personal Growth Group with Gardening. *Journal of MCU Humanities Review*, 6(1), 1-17. (in Thai)

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคิด บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมกับความตั้งใจในการบริจาคน้ำนมให้ธนาคารนมแม่ของมารดา
Relationship among Knowledge, Attitudes, Subjective Norms, Perceived Behavioral Control, and Mother's Intention to Donate Breast Milk

สุภาลัย แสงสิงห์¹, พิสมัย วัฒนสิทธิ์^{1*}

Supalai Saengsing¹, Pissamai Wattanasit^{1*}

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์^{1*}

Faculty of Nursing, Prince of Songkla University^{1*}

(Received: May 29, 2021; Revised: November 20, 2022; Accepted: November 29, 2022)

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงบรรยายเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคิดต่อการบริจาคน้ำนมให้ธนาคารนมแม่ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม กับความตั้งใจในการบริจาคน้ำนมให้ธนาคารนมแม่ของมารดาที่มารดาหลังคลอดที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้จำนวน 255 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการบริจาคน้ำนมให้ธนาคารนมแม่ และแบบสอบถามทัศนคติ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมและความตั้งใจในการบริจาคน้ำนมให้ธนาคารนมแม่ ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามแต่ละชุดเท่ากับ 1.0 ตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการบริจาคน้ำนมให้ธนาคารนมแม่โดยวิธีคูเดอร์ริชาร์ดสัน (KR-20) ได้ค่า .71 และหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามทัศนคติ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม และความตั้งใจในการบริจาคน้ำนมให้ธนาคารนมแม่ ได้เท่ากับ .95 ด้านทัศนคติต่อการบริจาคน้ำนมให้ธนาคารนมแม่ ด้านบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงในการบริจาคน้ำนมให้ธนาคารนมแม่ และด้านการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการบริจาคน้ำนมให้ธนาคารนมแม่ เท่ากับ .80, .94 และ .90 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน ผลการวิจัยพบว่า

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 54 มีความรู้เกี่ยวกับการบริจาคน้ำนมให้ธนาคารนมแม่อยู่ในระดับปานกลาง มีทัศนคติด้านบวกต่อการบริจาคน้ำนมให้ธนาคารนมแม่ ($M=32.50$, $SD=5.40$) มีคะแนนเฉลี่ยของบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงอยู่ในระดับสูง ($M=33.16$, $SD=9.01$) มีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการบริจาคน้ำนมให้ธนาคารนมแม่อยู่ในระดับปานกลาง ($M=35.27$, $SD=8.16$) และร้อยละ 72 มีความตั้งใจในการบริจาคน้ำนมให้ธนาคารนมแม่อยู่ในระดับสูง โดยความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการบริจาคน้ำนมให้ธนาคารนมแม่ ($r_s=.08$, $p=.22$) ทัศนคติ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความตั้งใจในการบริจาคน้ำนมให้ธนาคารนมแม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s=.47$, $p<.01$; $r_s=.49$, $p<.01$ และ $r_s=.42$, $p<.01$ ตามลำดับ)

ผลการศึกษานี้ สามารถนำไปส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดที่มีปริมาณน้ำนมมากเกินความต้องการของบุตรมีความตั้งใจในการบริจาคน้ำนมให้ธนาคารนมแม่เพิ่มมากขึ้น โดยการเสริมสร้างให้มารดามีทัศนคติด้านบวกรับรู้บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงและรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการบริจาคน้ำนมให้ธนาคารนมแม่มากขึ้น

คำสำคัญ: ความรู้, ทักษะคิด, บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง, การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม, ความตั้งใจในการบริจาคน้ำนมให้ธนาคารนมแม่

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: pissamai.w@psu.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 086-9624427)



Abstract

This descriptive study aimed to examine the relationships among knowledge, attitude, subjective norms, perceived behavioral control, and intention to donate breast milk to the human milk bank. A purposive sample of 255 postpartum women were recruited at a hospital in Southern Thailand between August and November 2020. Data were collected using a questionnaire including: 1) knowledge regarding breast milk donation, 2) attitude towards breast milk donation, 3) subjective norms, 4) perceived behavioral control, and 5) intention to donate breast milk to the Human Milk Bank in Southern Thailand. Content validity of the questionnaire was examined by experts, obtaining a value of 1.0. In terms of knowledge regarding breast milk donation, the reliability of the questionnaire was tested using Kuder Richardson (KR-20), yielding a value of .71. The attitudes, subjective norms, perceived behavioral control, and intention to donate breast milk to the Human Milk Bank questionnaire were tested with Cronbach's alpha coefficient, yielding a value of .95, knowledge regarding breast milk donation, attitude towards breast milk donation, subjective norms and perceived behavioral control yielding a value of .80, .94 and .90 respectively. Data were analysed using descriptive statistics, and Spearman's rank correlation.

The results showed that 54% of subjects had a moderate level of knowledge regarding breast milk donation. Subjects had a positive attitude towards breast milk donation to the human milk bank ($M=32.50$, $SD=5.40$). The mean score for subjective norm was a high level ($M=33.16$, $SD=9.01$). The mean score for perceived behavioral control to donate breast milk to the human milk bank was at a moderate level ($M=35.27$, $SD=8.16$). Seventy-two percent of subjects had a high level of intention to donate breast milk to the human milk bank. Knowledge regarding breast milk donation had no significant correlation with the intention to donate breast milk to the Human Milk Bank ($r_s=.08$, $p=.22$). Attitudes, subjective norms, and perceived behavioral control had a moderate significant positive correlation with the intention to donate breast milk to the human milk bank ($r_s=.47$; $r_s=.49$ and $r_s=.42$, $p<.01$ respectively).

The results of this study can be used to enhance the intention to donate breast milk to the human milk bank among postpartum women who have excess milk supply by promoting a positive attitude, increasing subjective norm, and perceived behavioral control.

Keywords: Knowledge, Attitude, Subjective Norm, Perceived Behavioral Control, Intention to Donate Breast Milk, Human Milk Bank

บทนำ

องค์การอนามัยโลกแนะนำและรณรงค์ให้ทารกได้กินนมแม่ภายใน 1 ชั่วโมงหลังเกิด และกินนมแม่อย่างเดียวโดยไม่ได้รับน้ำหรือของเหลวอื่น (Exclusive Breastfeeding) จนถึงอายุ 6 เดือน (World Health Organization, 2020) ผลการศึกษายืนยันว่านมแม่มีประโยชน์มากต่อทารกแรกเกิดที่ป่วยระยะวิกฤต โดยช่วยลดอุบัติการณ์และความรุนแรงของภาวะลำไส้เน่า การติดเชื้อในกระแสเลือดระยะหลัง โรคปอดเรื้อรัง จอประสาทตาผิดปกติ ลดการกลับมารักษาซ้ำ และลดปัญหาพัฒนาการทางระบบประสาทในวัยทารกและวัยเด็ก (Meier, Patel, & Esquerra-Zwiers, 2017) นอกจากนี้ยังพบว่าทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับนมแม่มีอัตราการเกิดภาวะลำไส้เน่าต่ำกว่าสามารถให้นมได้เต็มตามความต้องการเร็วกว่า และมีระยะเวลาในการได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำสั้นกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับนมผสม (Cortez, Makker, Kraemer, Neu, Sharma, & Hudak, 2018)

จากการสำรวจในปี พ.ศ. 2562 มีทารกไทยเพียงร้อยละ 34 ได้กินนมแม่ภายใน 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และร้อยละ 14 ได้กินนมแม่อย่างเดียวนในช่วง 6 เดือนแรกของชีวิต และมีทารกเพียงร้อยละ 15 ที่ได้กินนมแม่ต่อเนื่องถึง 2 ปี (National Statistical Office, & United Nation Children's Fund, 2020) สำหรับอัตราการได้รับนมแม่ในทารกแรกเกิดที่เข้ารับการรักษานในหออภิบาลทารกแรกเกิดแห่งหนึ่ง ระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนมิถุนายน 2561 พบว่ามีทารกแรกเกิดเพียงร้อยละ 9 ที่ได้รับนมแม่อย่างเดียวนในช่วง 72 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนธันวาคม 2561 พบว่ามีทารกแรกเกิดเพียงร้อยละ 24 ที่ได้รับน้ำนมแม่อย่างเดียวนภายใน 72 ชั่วโมงแรกหลังคลอด (Songklanagarind Hospital. Neonatal Intensive Care Unit, 2018) ซึ่งเป็นอัตราที่ค่อนข้างต่ำ ถึงแม้จะมีการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกป่วยและนำแนวคิดบันได 10 ขั้น เพื่อส่งเสริมและคุ้มครองการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกป่วยจากประเทศสหรัฐอเมริกา มาปรับใช้ในเชิงนโยบายมาหลายปี การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกป่วยมีอัตราต่ำอาจมาจากหลายปัจจัย เช่น การให้คุณค่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความยากในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่เกิดจากมารดามีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด มีความเครียด ความวิตกกังวล และขาดทักษะที่ทำให้มีน้ำนมเพียงพอ (Khaonark, Kala, & Chatchawet, 2020)

ในอดีตทารกแรกเกิดป่วยที่ไม่ได้รับนมแม่ของตนเองหรือได้รับเพียงพอกับความต้องการจะได้รับนมผสมแทน แต่พบว่าการได้รับนมผสมทำให้ทารกเกิดก่อนกำหนดมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะลำไส้เน่ามากกว่าทารกที่ได้รับนมแม่ (Canizo Vazquez, Salas Garcia, Izquierdo Renau, & Iglesias-Platas, 2019; Quigley & McGuire, 2018) ซึ่งองค์การอนามัยโลกสนับสนุนให้ใช้น้ำนมจากธนาคารนมแม่ (Pasteurized Human Donor Milk) ในทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม รายที่ไม่ได้รับนมแม่ของตนเองหรือได้รับไม่เพียงพอ มาตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2554 (World Health Organization, 2011)

ธนาคารนมแม่แห่งแรกของโลกตั้งขึ้นปี พ.ศ. 2452 ในกรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย ปัจจุบันมีประมาณ 600 แห่งทั่วโลก (Haiden & Ziegler, 2016) ประเทศไทยมีการจัดตั้งธนาคารนมแม่ครั้งแรกเมื่อ ปี พ.ศ. 2555 (Mahidol University. Faculty of Medicine Siriraj Hospital, 2019) ปัจจุบันมี 3 แห่ง ทำหน้าที่รับบริจาค จัดเก็บ และเตรียมน้ำนมที่ผ่านมาตรฐานสำหรับใช้ในทารกแรกเกิดป่วยที่ไม่ได้รับนมแม่ของตนเองหรือได้รับไม่เพียงพอ โดยไม่แสวงหากำไร (Mahidol University. Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, 2014; Mahidol University. Faculty of Medicine Siriraj Hospital, 2019; Prince of Songkla University. Faculty of Medicine, 2018) อย่างไรก็ตามการดำเนินงานของธนาคารนมแม่ยังเป็นเรื่องใหม่ในประเทศไทย มีการรับรู้การดำเนินงานของธนาคารนมแม่อยู่ในวงจำกัด และยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริจacksonน้ำนมให้ธนาคารนมแม่ ทั้งคุณลักษณะส่วนบุคคล ความเชื่อ และการรับรู้ของบุคคลต่อการบริจacksonน้ำนม ในสหรัฐอเมริกามีการศึกษา พบว่าผู้บริจacksonน้ำนมมีอายุเฉลี่ย 30.8 ปี ส่วนใหญ่มีรายได้ครอบครัวมากกว่า 70,000 เหรียญต่อปี จบการศึกษาระดับวิทยาลัย และทำงานนอกบ้าน เริ่มบริจacksonตั้งแต่ 14 วันหลังคลอด (Wambach, Bateson, Matheny, & Easter-Brown, 2019) คล้ายกับผู้บริจacksonในประเทศจีนที่ผู้บริจacksonมีอายุเฉลี่ย 29.4 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับวิทยาลัย และคลอดครบกำหนด (Liu, Han, Wei, Zheng, Zhang, Chen et al., 2019) เหตุผลในการบริจacksonน้ำนม คือ มีน้ำนมมากเกินไปความต้องการของบุตร (Doshmangir, Naghshi, & Khabiri, 2019; Dos Santos, Serva, & Caminha, 2017) และต้องการช่วยเหลือเด็กคนอื่นหรือต้องการทำประโยชน์โดยไม่หวังสิ่งตอบแทนหรือต้องการช่วยเหลือผู้อื่น (Candelaria, Spatz, & Giordano, 2018; Doshmangir, Naghshi, & Khabiri, 2019)

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในผู้ที่มิประสบการณั้บริจacksonน้ำนมให้ธนาคารนมแม่โดยใช้ทฤษฎีพฤติกรรมที่มีการวางแผนเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้เกี่ยวกับการบริจacksonน้ำนมให้ธนาคารนมแม่จากหลายแหล่ง เช่น เครือข่ายสนับสนุนทางสังคม บุคลากรด้านสุขภาพ การสืบค้นด้วยตนเอง และเป็นบุคลากรด้านสุขภาพ เหตุผลและแรงจูงใจในการบริจacksonน้ำนมให้ธนาคารนมแม่ คือ เป็นการแก้ปัญหาที่มีน้ำนมมากเกินไปความต้องการของบุตรและการทำประโยชน์ต่อผู้อื่น การบริจacksonน้ำนมมีประโยชน์ทั้งต่อผู้บริจacksonและผู้อื่น และร้อยละ 40 ระบุว่า ไม่มีอุปสรรคต่อการบริจacksonน้ำนมทั้งในแง่ของค่าใช้จ่าย การเดินทาง การตรวจคัดกรองก่อนเริ่มบริจackson และบุตรยังได้รับนมแม่เพียงพอกับความต้องการ มีการรับรู้ความสามารถในการบริจacksonน้ำนมในแง่ที่ว่าตนเองมีสุขภาพดี บุตรเจริญเติบโตดี

รวมทั้งมีความมั่นใจจากการควบคุมคุณภาพของธนาคารนมแม่ สำหรับการรับรู้บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงกลุ่มตัวอย่างระบุว่า ได้รับการสนับสนุนการบริจาดน้ำนมจากสามี สมาชิกในครอบครัว และเพื่อน ๆ ในรูปแบบของการให้กำลังใจ การกล่าวชมเชย ช่วยเตรียมอุปกรณ์ที่ใช้ในการปั๊มน้ำนม ช่วยบรรจุและแช่น้ำนม และช่วยดูแลทารกในช่วงปั๊มน้ำนม (Wambach, Bateson, Matheny, & Easter-Brown, 2019) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงในการบริจาดน้ำนมให้ธนาคารนมแม่ พบว่าร้อยละ 14.3 ของผู้ที่มาบริจาดน้ำนมได้รับการแนะนำจากเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ (Virano, Coscia, Tonetto, Perathoner, Bertino, Gardois et al., 2017) และพบว่า การได้รับการส่งเสริมจากเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และได้รับการสนับสนุนให้บริจาดน้ำนมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการบริจาดน้ำนมให้ธนาคารนมแม่ (De Meneses, Oliveira, & Boccolini, 2017)

ประเทศไทยยังมีข้อจำกัดในการเข้าถึงสตรีที่มีประสบการณ์ในการบริจาดน้ำนมให้ธนาคารนมแม่ ซึ่งการศึกษาในกลุ่มสตรีที่ยังไม่เคยบริจาดน้ำนมในต่างประเทศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่รู้จักธนาคารนมแม่และรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานของธนาคารนมแม่ยังมีจำนวนไม่มาก (Karadag, Ozdemir, Karatas, Ozer, & Dogan, 2015) และกลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งต้องการได้รับความรู้เกี่ยวกับธนาคารนมแม่และขั้นตอนการบริจาดน้ำนม (Eksioğlu, Yesil, & Turfan, 2015; Virano et al., 2017) สำหรับความคิดเห็นต่อการบริจาดน้ำนมให้ธนาคารนมแม่พบว่า มีทั้งผู้ที่ต้องการบริจาดและผู้ที่ไม่ต้องการบริจาด โดยกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการบริจาดน้ำนมให้ธนาคารนมแม่ในเคนยามีร้อยละ 79 (Kimani-Murage, Wanjohi, Kamande, Macharia, Mwaniki, Zerfu et al., 2019) และในอิตาลีมีร้อยละ 56 (Virano et al., 2017) โดยมีเหตุผลในการจะบริจาดน้ำนมให้ธนาคารนมแม่คล้ายกับกลุ่มที่มีประสบการณ์บริจาดน้ำนมให้ธนาคารนมแม่ ส่วนเหตุผลของผู้ที่ไม่ต้องการบริจาดน้ำนมมีหลากหลาย โดยเหตุผลหลัก คือ ร้อยละ 76.8 เชื่อว่าถ้าทารกได้รับน้ำนมจากแม่คนเดียวจะเป็นพี่น้องกันหรือเป็นเครือญาติกัน และไม่สามารถแต่งงานกันได้ (milk kinship) (Ergin & Uzun, 2018) และร้อยละ 23.6 เชื่อว่ามีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ (Senol & Aslan, 2017) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จัดเป็นทัศนคติต่อการบริจาดน้ำนมให้ธนาคารนมแม่ทั้งด้านบวกและด้านลบ นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการบริจาดน้ำนมให้ธนาคารนมแม่ ประกอบด้วย ความไม่สะดวกในการปั๊มน้ำนม (Perrin, Goodell, Fogleman, Pettus, Bodenheimer, & Palmquist, 2016) ไม่มีที่รับบริจาดนมแม่หรือไม่มีธนาคารนมแม่ที่อยู่ใกล้ (Doshmangir, Naghshi, & Khabiri, 2019) กระบวนการบริจาดน้ำนมมีหลายขั้นตอนและใช้เวลานาน (Doshmangir, Naghshi, & Khabiri, 2019; Perrin et al., 2016) และความลำบากในการขนส่งน้ำนมมาให้ธนาคารนมแม่ (Dos Santos et al., 2017) ซึ่งการศึกษาของ Grunert (2018) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ว่าการบริจาดน้ำนมเป็นเรื่องง่ายมีความตั้งใจที่จะบริจาดน้ำนมให้ธนาคารนมแม่สูงขึ้นด้วย ($OR=2.305$, 95% $CI=1.942$, 2.737)

จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบข้อมูลว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับการบริจาดน้ำนมให้ธนาคารนมแม่ในประเทศไทย และเป็นเรื่องยากที่จะเข้าถึงกลุ่มที่บริจาดน้ำนมให้ธนาคารนมแม่เนื่องจากไม่มีการเปิดเผยตัวตนผู้บริจาด ดังนั้นการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริจาดน้ำนมให้ธนาคารนมแม่ในผู้บริจาดโดยตรง จึงเป็นเรื่องยากเช่นกัน แต่จากข้อเสนอของทฤษฎีพฤติกรรมที่มีการวางแผน ระบุว่า ความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมเป็นปัจจัยหลักที่กำหนดพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล กล่าวคือ ถ้าบุคคลมีความตั้งใจกระทำพฤติกรรมสูงก็มีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมนั้นสูงเช่นกัน (Ajzen, 1991) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาเกี่ยวกับความตั้งใจในการบริจาดน้ำนมให้ธนาคารนมแม่ที่สนับสนุนทฤษฎีดังกล่าว (Grunert, 2018; Wambach, Bateson, Matheny, & Easter-Brown, 2019) การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความตั้งใจในการบริจาดน้ำนมให้ธนาคารนมแม่ตามทฤษฎีของ Ajzen (1991) จะทำให้เข้าใจเกี่ยวกับความตั้งใจในการใช้น้ำนมจากธนาคารนมแม่มากยิ่งขึ้น รวมทั้งได้ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับความรู้ ทัศนคติ บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการบริจาดน้ำนมให้ธนาคารนมแม่ สามารถนำไปใช้ส่งเสริมให้มารดาและสมาชิกในครอบครัวตระหนักถึงความสำคัญของการบริจาดน้ำนมให้ธนาคารนมแม่

วัตถุประสงค์วิจัย

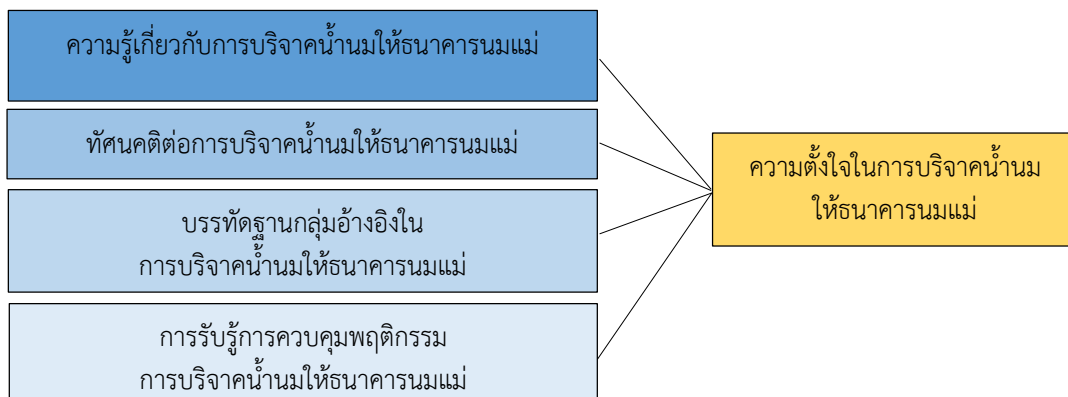
1. เพื่อศึกษาระดับของความรู้ ทักษะคิด บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม และความตั้งใจในการบริจาดน้ำนมให้ธนาคารนมแม่ของมารดา
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคิด บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม กับความตั้งใจในการบริจาดน้ำนมให้ธนาคารนมแม่ของมารดา

สมมติฐานวิจัย

ความรู้ ทักษะคิด บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจของมารดาในการบริจาดน้ำนมให้ธนาคารนมแม่

กรอบแนวคิดการวิจัย

ทฤษฎีพฤติกรรมที่มีการวางแผน (Theory of Planned Behavior) (Ajzen, 1991) ระบุว่า บุคคลจะกระทำพฤติกรรมสำเร็จต้องมีความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมเป็นตัวกำหนด โดยปัจจัยทำนายความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมของบุคคล ประกอบด้วย 1) ทักษะคิดต่อพฤติกรรม (Attitude Toward Behaviors) เป็นความรู้สึกต่อการกระทำพฤติกรรมทั้งทางบวกและทางลบ โดยบุคคลที่มีทัศนคติทางบวกต่อพฤติกรรมจะมีความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมสูง 2) บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง (Subjective Norms) เป็นการรับรู้ความต้องการของคนที่มีความสำคัญกับบุคคลว่าต้องการหรือไม่ต้องการให้กระทำพฤติกรรม ถ้าบุคคลมีการรับรู้บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงสูงหรือรับรู้ว่าคุณที่มีความสำคัญกับตนเองต้องการให้กระทำพฤติกรรม บุคคลก็จะมี ความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมสูง และ 3) การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม (Perceived Behavioral Control) เป็นการรับรู้ว่าการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ เป็นเรื่องง่ายหรือยาก ซึ่งบุคคลที่มีการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมสูงจะมีความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมสูงตามมา (Ajzen, 1991) ผู้วิจัยจึงนำผลการทบทวนวรรณกรรมและปัจจัยที่กำหนดความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมมาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคิด บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม กับความตั้งใจในการบริจาดน้ำนมให้ธนาคารนมแม่ของมารดา จากที่กล่าวมาข้างต้น สามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังแสดงในภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงสหสัมพันธ์ (Descriptive Correlational Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ มารดาที่มาตรวจหลังคลอดตามแพทย์นัดครั้งแรกที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาที่มาตรวจหลังคลอดตามแพทย์นัดครั้งแรกที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ จำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของยามานะ (Thato, 2018) จากจำนวนมารดาที่มาตรวจหลังคลอดตามนัดในเวลาราชการ ในช่วง ปี พ.ศ. 2562 มีจำนวน 634 ราย ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 245 ราย และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 255 คน สำหรับเผื่อไว้ในกรณีที่ข้อมูลไม่สมบูรณ์ ซึ่งงานวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบตัดขวาง ซึ่งส่วนใหญ่มีอัตราการไม่ครบถ้วนของข้อมูลไม่เกินร้อยละ 5 (Wattanasit, & Kautrakool, 2017) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้ 1) มีอายุมากกว่า 18 ปี 2) เลี้ยงลูกด้วยนมแม่และไม่ใช้นมผสมในการเลี้ยงลูก 3) ไม่มีข้อห้ามในการบริจาดน้ำนม ได้แก่ ผลเล็ดขณะตั้งครรภ์เป็นปกติทุกรายการ ไม่เคยเปลี่ยนถ่ายอวัยวะ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มเหล้า ไม่เคยสัก ไม่เคยเจาะหู หรือได้รับเลือดภายใน 1 ปี 4) ไม่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต โดยดูจากเวชระเบียนผู้ป่วย 5) ไม่ได้รับยาที่สามารถแพร่ผ่านน้ำนม ได้แก่ ยาเคมีบำบัด ยาเสพติด สารกัมมันตรังสี ริงส์ไอโอดีน-131 สารนิโคติน โดยดูจากเวชระเบียนผู้ป่วย (medical record) และจากการซักประวัติ และ 6) สามารถสื่อสารโดยการพูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ เข้าใจ กลุ่มตัวอย่างจะถูกคัดออกถ้ามีอาการผิดปกติขณะตอบแบบสอบถาม เช่น เป็นลม เหนื่อยหอบ ความดันโลหิตสูง เป็นต้น ซึ่งการศึกษานี้ไม่มีกลุ่มตัวอย่างถูกคัดออกจากการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยคำถามแบบเติมคำในช่องว่างและคำถามแบบมีข้อคำตอบให้เลือก จำนวน 24 ข้อ ได้แก่ อายุ อายุครรภ์ขณะคลอด จำนวนครั้งของการมาฝากครรภ์ จำนวนบุตรที่มีชีวิต อายุบุตรคนล่าสุด สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษาสูงสุดของตนเองและสามี อาชีพหลักของตนเองและสามี รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ และลักษณะครอบครัว เป็นต้น

2. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการบริจาดน้ำนมให้ทารกแรกเกิด ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ โดยให้เลือกตอบว่า ถูก ผิด หรือไม่ทราบ ถ้าตอบคำถามถูกให้ 1 คะแนน ถ้าตอบคำถามผิดหรือไม่ทราบให้ 0 คะแนน การแปลผลใช้คะแนนรวมและแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Bloom (1971) ได้แก่ คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60.00 (0.00-7.79 คะแนน) หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ คะแนนร้อยละ 60.00-79.99 (7.80-10.39 คะแนน) หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนร้อยละ 80.00 ขึ้นไป (10.40-13.00 คะแนน) หมายถึง มีความรู้ในระดับสูง

3. แบบสอบถามทัศนคติ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม และความตั้งใจในการบริจาดน้ำนมให้ทารกแรกเกิดของมารดา ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากทฤษฎีพฤติกรรมที่มีการวางแผน (Ajzen, 1991) และการทบทวนวรรณกรรม มีข้อคำถามทั้งหมด 28 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ (Likert Scale) ตั้งแต่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนนโดยมีการกลับคะแนน (Reverse Score) สำหรับข้อคำถามที่เป็นข้อความเชิงลบหรือข้อความที่รับรู้อุปสรรค การแปลผลใช้คะแนนรวมและแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยการหาอันตรายภาคขึ้น (Tato, 2018) แบบสอบถามแบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่

3.1 ทัศนคติต่อการบริจาดน้ำนมให้ทารกแรกเกิด จำนวน 8 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 3 ข้อ และเชิงลบ 5 ข้อ แปลผลโดยคะแนนเฉลี่ย 8.00-18.66 หมายถึง มีทัศนคติด้านลบ คะแนนเฉลี่ย 18.67-29.33 หมายถึง มีทัศนคติเป็นกลาง และคะแนนเฉลี่ย 29.34-40.00 หมายถึง มีทัศนคติด้านบวก

3.2 บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงในการบริจาดน้ำนมให้ทารกแรกเกิด จำนวน 9 ข้อ แปลผลโดยคะแนนเฉลี่ย 9.00-21.00 หมายถึง มีการรับรู้บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงอยู่ในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 21.01-33.00 หมายถึง มีการรับรู้บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 33.01-45.00 หมายถึง การรับรู้บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงอยู่ในระดับสูง

3.3 การรับรู้การควบคุมการบริจาดน้ำนมให้ทารกแรกเกิด จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถในการบริจาดน้ำนม 4 ข้อ และการรับรู้อุปสรรคในการบริจาดน้ำนม 6 ข้อ แปลผลโดยคะแนนเฉลี่ย 10.00-23.33 หมายถึง มีการรับรู้การควบคุมการบริจาดน้ำนมให้ทารกแรกเกิด อยู่ในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 23.34-36.67 หมายถึง มีการรับรู้การควบคุมการบริจาดน้ำนมให้ทารกแรกเกิด อยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 36.68-50.00 หมายถึง การรับรู้การควบคุมการบริจาดน้ำนมให้ทารกแรกเกิด อยู่ในระดับสูง

3.4 ความตั้งใจในการบริจาค่น้ำนมให้ธนาคารนมแม่ของมารดา จำนวน 1 ข้อ แปรผลโดย คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หมายถึง มีความตั้งใจในการบริจาค่น้ำนมให้ธนาคารนมแม่อยู่ในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.66 หมายถึง มีความตั้งใจในการบริจาค่น้ำนมให้ธนาคารนมแม่อยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 3.67 – 5.00 หมายถึง มีความตั้งใจในการบริจาค่น้ำนมให้ธนาคารนมแม่อยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการบริจาค่น้ำนมให้ธนาคารนมแม่และแบบสอบถามทัศนคติ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม กับความตั้งใจในการบริจาค่น้ำนมให้ธนาคารนมแม่ของมารดาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย กุมารแพทย์ด้านทารกแรกเกิดและเชี่ยวชาญด้านธนาคารนมแม่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านทารกแรกเกิด และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านนมแม่ ได้ค่าดัชนีความตรง (Scale-Content Validity Index) ของแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ 1 และ 1 ตามลำดับ

ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามทั้ง 2 ชุด โดยนำไปทดลองใช้กับมารดาที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน คำนวณหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการบริจาค่น้ำนมให้ธนาคารนมแม่ด้วยวิธีคูเดอร์ริชาร์ดสัน (KR-20) ได้ค่า .71 และแบบสอบถามทัศนคติ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม และความตั้งใจในการบริจาค่น้ำนมให้ธนาคารนมแม่ของมารดาด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงรวมทั้งฉบับเท่ากับ .95 ด้านทัศนคติต่อการบริจาค่น้ำนมให้ธนาคารนมแม่ ด้านบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงในการบริจาค่น้ำนมให้ธนาคารนมแม่ และด้านการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการบริจาค่น้ำนมให้ธนาคารนมแม่ เท่ากับ .80, .94 และ .90 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเชิญชวนกลุ่มตัวอย่างและเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ระหว่างเดือนสิงหาคม ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2563 ที่คลินิกสูติกรรมและคลินิกนรีเวช โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ โดยพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกเป็นผู้คัดเลือกมารดาที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ขออนุญาตให้ผู้วิจัยเข้าพบเพื่อชี้แจงโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และเชิญชวนเข้าร่วมในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนตอบแบบสอบถามและใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 10-15 นาทีต่อราย การศึกษาครั้งนี้ได้แบบสอบถามกลับมาครบตามจำนวนที่แจกทั้งหมด 255 ชุด และไม่มีผู้ปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยสถิติเชิงพรรณนา
2. วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทัศนคติ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม และแบ่งระดับของตัวแปรที่ศึกษาโดยใช้คะแนนรวมตามเกณฑ์ที่กำหนด
3. วิเคราะห์ความถี่และร้อยละตามเกณฑ์การแบ่งระดับของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการบริจาค่น้ำนมให้ธนาคารนมแม่และความตั้งใจในการบริจาค่น้ำนมให้ธนาคารนมแม่ของมารดา
4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม กับความตั้งใจในการบริจาค่น้ำนมให้ธนาคารนมแม่ของมารดา โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's Rank Correlation) กำหนดนัยสำคัญที่ .05 เนื่องจากคะแนนความรู้เกี่ยวกับการบริจาค่น้ำนมให้ธนาคารนมแม่และความตั้งใจในการบริจาค่น้ำนมให้ธนาคารนมแม่มีการกระจายที่ไม่เป็นโค้งปกติ โดยพิจารณาจากค่าคะแนนมาตรฐาน (Z-value) ของความเบ้ (Skewness) และความโด่ง (Kurtosis) ซึ่งต้องอยู่ระหว่าง - 3.29 ถึง + 3.29 จึงจะถือว่ามี การกระจายแบบโค้งปกติ (Kim, 2013) แบ่งระดับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) โดยใช้เกณฑ์ $r=0$ หมายถึง ไม่มีความสัมพันธ์กัน $r=.10-.29$ หมายถึง มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ $r=.30-.70$ หมายถึง มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง และ $r>.70$ หมายถึง มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง (Thato, 2018)

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ได้รับการรับรองและพิจารณาจากสำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสถานที่ดำเนินการวิจัยตามรหัสหนังสือรับรองเลขที่ Ref no. wBdU-NBq7-palo-niUm ลงวันที่ 21 กรกฎาคม พ.ศ. 2563

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่า มารดามีอายุเฉลี่ย 32.43 ปี ($SD=4.80$) ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ (ร้อยละ 96.08) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 77.25) อาศัยอยู่ในครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 78.40) และจบการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป (ร้อยละ 75.69) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพที่มีรายได้ มีเพียงร้อยละ 15.29 เป็นแม่บ้าน มารดามีรายได้ครอบครัวอยู่ในช่วง 15,000 – 30,000 บาทต่อเดือน ($Mdn=30,000$, $IQR=20,000$) ร้อยละ 83.14 มีอายุครรภ์ขณะคลอดอยู่ในช่วง 37-40 สัปดาห์ ($Mdn=38$, $IQR=2$) ร้อยละ 82.35 มีการฝากครรภ์อย่างน้อย 5 ครั้ง ($M=8.18$, $SD=3.73$) ร้อยละ 54.90 มีบุตรคนเดียว ร้อยละ 91.76 มีบุตรคนล่าสุดอายุ 30-60 วัน ทุกคนมีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายในครอบครัว ร้อยละ 82.35 ไม่ต้องลาคลอดหรือสามารถลาคลอดได้มากกว่า 60 วัน ร้อยละ 59.61 ไม่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ร้อยละ 43.53 ตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมอย่างน้อย 6 เดือน และร้อยละ 25.10 ยังไม่แน่ใจว่าจะให้นมแม่ไปเรื่อย ๆ มีเพียงร้อยละ 19.61 ที่ตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ร่วมกับนมผสม ร้อยละ 86.67 ให้นมแม่แก่ลูกอย่างน้อย 6 ครั้งต่อวัน ทุกคนมีปริมาณน้ำนมเพียงพอให้ลูกกิน และร้อยละ 36.86 มีน้ำนมมากเกินไปจนต้องการของลูก ทุกคนไม่เคยบริจacksonน้ำนมให้ธนาคารนมแม่ ร้อยละ 2.75 เคยบริจacksonน้ำนมแบบไม่เป็นทางการ ร้อยละ 32.16 เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับธนาคารนมแม่ โดยส่วนใหญ่ได้รับผ่านทางเฟสบุ๊ก รายการโทรทัศน์ ป้ายประชาสัมพันธ์ ตามลำดับ ร้อยละ 3.92 รู้จักคนที่บริจacksonน้ำนมให้ธนาคารนมแม่ และร้อยละ 2.35 มีลูกที่เคยได้รับน้ำนมบริจackson โดยร้อยละ 1.57 เคยได้รับน้ำนมจากธนาคารนมแม่

2. ระดับของความรู้ ทักษะคิด บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม และความตั้งใจของมารดาในการบริจacksonน้ำนมให้ธนาคารนมแม่

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับของความรู้และความตั้งใจในการบริจacksonน้ำนมให้ธนาคารนมแม่ของมารดา ($n = 255$)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้เกี่ยวกับการบริจacksonน้ำนมให้ธนาคารนมแม่		
ระดับสูง (10.4-13.0 คะแนน)	33	12.94
ระดับปานกลาง (7.8-10.3 คะแนน)	139	54.51
ระดับต่ำ (0.0-7.7 คะแนน)	83	32.55
ความตั้งใจในการบริจacksonน้ำนมให้ธนาคารนมแม่ของมารดา		
ระดับสูง (3.67-5.00 คะแนน)	184	72.16
ระดับปานกลาง (2.34-3.66 คะแนน)	60	23.53
ระดับต่ำ (1.00-2.33 คะแนน)	11	4.31

ผลการศึกษาพบว่า มารดาส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการบริจacksonน้ำนมให้ธนาคารนมแม่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 54.51) รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 32.55) และมีความตั้งใจในการบริจacksonน้ำนมให้ธนาคารนมแม่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 72.16) (ตาราง 1)

ตาราง 2 คะแนนต่ำสุด-สูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของทัศนคติ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการบริจาดน้ำนมให้ธนาคารนมแม่ของมารดา (n = 255)

คะแนน	Min	Max	M	SD	ระดับ/ด้าน
ทัศนคติต่อการบริจาดน้ำนมให้ธนาคารนมแม่	19	40	32.50	5.40	ด้านบวก
บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงในการบริจาดน้ำนมให้ธนาคารนมแม่	11	45	33.16	9.01	สูง
การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการบริจาดน้ำนมให้ธนาคารนมแม่	12	50	35.27	8.16	ปานกลาง

กลุ่มตัวอย่างทัศนคติด้านบวกต่อการบริจาดน้ำนมให้ธนาคารนมแม่ ($M=32.50$, $SD=5.40$) มีการรับรู้บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงอยู่ในระดับสูง ($M=33.16$, $SD=9.01$) โดยรับรู้ว่าคุณค่าการด้านสุขภาพต้องการให้บริจาดน้ำนมให้ธนาคารนมแม่มากที่สุด ($M=4.02$, $SD=1.09$) รองลงมาคือ สามี ($M=3.81$, $SD=1.26$) และพ่อแม่ตนเอง ($M=3.75$, $SD=1.25$) ซึ่งเท่ากับเพื่อน/เพื่อนร่วมงาน ($M=3.75$, $SD=1.21$) และมีการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการบริจาดน้ำนมให้ธนาคารนมแม่อยู่ในระดับปานกลาง ($M=35.27$, $SD=8.16$) (ตาราง 2)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการบริจาดน้ำนมให้ธนาคารนมแม่ ทัศนคติต่อการบริจาดน้ำนมให้ธนาคารนมแม่ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงในการบริจาดน้ำนมให้ธนาคารนมแม่ การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการบริจาดน้ำนมให้ธนาคารนมแม่ กับความตั้งใจในการบริจาดน้ำนมให้ธนาคารนมแม่ของมารดา

ตาราง 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมนและระดับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม กับความตั้งใจในการบริจาดน้ำนมให้ธนาคารนมแม่ของมารดา (n = 255)

ตัวแปร	ความตั้งใจในการบริจาดน้ำนมให้ธนาคารนมแม่ (r_s)	ระดับความสัมพันธ์
1. ความรู้เกี่ยวกับการบริจาดน้ำนมให้ธนาคารนมแม่	.08 ^{ns}	ไม่มีความสัมพันธ์
2. ทัศนคติต่อการบริจาดน้ำนมให้ธนาคารนมแม่	.47 ^{**}	ปานกลาง
3. บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงในการบริจาดน้ำนมให้ธนาคารนมแม่	.49 ^{**}	ปานกลาง
4. การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการบริจาดน้ำนมให้ธนาคารนมแม่	.42 ^{**}	ปานกลาง

หมายเหตุ ** $p < .01$, ns = Non-Significance

ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการบริจาดน้ำนมให้ธนาคารนมแม่ไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการบริจาดน้ำนมให้ธนาคารนมแม่ของมารดา ($r_s=.08$, $p=.22$) ทัศนคติต่อการบริจาดน้ำนมให้ธนาคารนมแม่ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงในการบริจาดน้ำนมให้ธนาคารนมแม่ และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการบริจาดน้ำนมให้ธนาคารนมแม่ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความตั้งใจในการบริจาดน้ำนมให้ธนาคารนมแม่ของมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s=.47$, $p<.01$; $r_s=.49$, $p<.01$; และ $r_s=.42$, $p<.01$ ตามลำดับ) (ตาราง 3)

อภิปรายผล

1. ความรู้เกี่ยวกับการบริจาดน้ำนมให้ธนาคารนมแม่ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 54.51) มีความรู้เกี่ยวกับการบริจาดน้ำนมให้ธนาคารนมแม่อยู่ในระดับปานกลาง มีเพียงร้อยละ 12.94 ที่มีความรู้ที่อยู่ในระดับสูง ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากมีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 32.16 เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับธนาคารนมแม่ และข้อมูลการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับธนาคารนมแม่ส่วนใหญ่มีรายละเอียดเกี่ยวกับการรับบริจาดน้ำนมและการใช้น้ำนมจากธนาคารนมแม่ไม่มากนัก ใกล้เคียงกับการศึกษาในประเทศจีนที่พบว่า มารดาร้อยละ 29.23 ตอบคำถามเกี่ยวกับการบริจาดน้ำนมให้ธนาคารนมแม่ได้ถูกต้อง (Huang, Han, & Fan, 2021) ซึ่งทั้งสองประเทศมีการก่อตั้งธนาคารนมแม่ได้ไม่นาน แตกต่างจากการศึกษาในประเทศตุรกีที่พบว่า หญิงที่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพครอบครัวในประเทศตุรกีและเคยคลอดบุตรมาไม่เกิน 5 ปี ร้อยละ 62.50 เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับธนาคารนมแม่ (Ergin & Uzun, 2018) และ

ผลการศึกษาของ Kadioglu, Avciapar, & Sahin (2019) ที่พบว่ามารดาหลังคลอดร้อยละ 62.80 มีความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนในการบริจาดน้ำนมให้ทารกแรกเกิด ทั้งนี้เนื่องจากตุรกีเป็นประเทศที่มีธนาคารนมแม่มากที่สุดในโลก (Wambach, Bateson, Matheny, & Easter-Brown, 2019) ทำให้ประชากรรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับธนาคารนมแม่มากกว่าประเทศอื่น ๆ และการศึกษาของ Mankar, & Mourya (2018) ที่มารดาหลังคลอดในประเทศอินเดียร้อยละ 55.00 มีความรู้เกี่ยวกับธนาคารนมแม่อยู่ในระดับดี และร้อยละ 6.00 มีความรู้อยู่ในระดับดีมาก ซึ่งอินเดียมีธนาคารนมแม่เกือบ 80 แห่ง (Bhasin, Nangia, & Goel, 2020)

2. ทักษะต่อการบริจาดน้ำนมให้ทารกแรกเกิด กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติด้านบวกต่อการบริจาดน้ำนมให้ทารกแรกเกิด ($M=32.50$, $SD=5.40$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการศึกษาครั้งนี้จากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน และเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ร่วมกับอาหารตามวัยจนครบอายุ 2 ปี ซึ่งสะท้อนว่ามารดาได้รับคุณค่าและประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และย่อมมีความรู้สึกที่ดีต่อการบริจาดน้ำนมให้ทารกแรกเกิดเนื่องจากจะช่วยให้ทารกป่วยได้รับน้ำนมแม่ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Grunert (2018) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติเกี่ยวกับการบริจาดน้ำนมให้ทารกแรกเกิดในแง่ของธนาคารนมแม่มีความสำคัญอยู่ในระดับสูง ($M=6.4$, $SD=0.8$) และใกล้เคียงกับการศึกษาของ Zhang, Jun-Yan, Xin-Wen, Yu-Lei, Sharon, & Yan-Qiong (2020) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 81.3 มีทัศนคติที่ดีต่อการบริจาดน้ำนมให้ทารกแรกเกิด และการศึกษาของ Pal, Soontarapornchai, Noble, & Hand (2019) พบว่าร้อยละ 63 ของมารดามีทัศนคติที่ดีต่อการบริจาดน้ำนมให้ทารกแรกเกิด

3. บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงในการบริจาดน้ำนมให้ทารกแรกเกิด กลุ่มตัวอย่างมีบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงในการบริจาดน้ำนมให้ทารกแรกเกิดอยู่ในระดับสูง ($M=33.16$, $SD=9.01$) โดยกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าคุณค่าด้านสุขภาพต้องการให้บริจาดน้ำนมให้ทารกแรกเกิดมากที่สุด ($M=4.02$, $SD=1.09$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลมารดาหลังคลอดส่วนใหญ่ได้รับการดูแล ให้กำลังใจและได้รับการส่งเสริมให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากบุคลากรด้านสุขภาพ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างที่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับธนาคารนมแม่ส่วนใหญ่ระบุแหล่งข้อมูลที่มาจากบุคลากรด้านสุขภาพเป็นผู้จัดทำหรือให้ข้อมูล จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้หรือมีความเชื่อว่าถ้าตนเองมีน้ำนมมากเกินไปความต้องการของบุตร บุคลากรทางด้านสุขภาพน่าจะต้องการให้บริจาดน้ำนมให้ทารกแรกเกิด เพราะจะเป็นประโยชน์ต่อเด็กคนอื่น นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งรับรู้ว่ามีเพื่อน/เพื่อนร่วมงาน และสมาชิกในครอบครัว/ญาติต้องการให้บริจาดน้ำนมให้ทารกแรกเกิด คล้ายคลึงกับการศึกษาของ Grunert (2018) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนคิดว่าธนาคารนมแม่มีความสำคัญอยู่ในระดับสูง

4. การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการบริจาดน้ำนมให้ทารกแรกเกิด กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการบริจาดน้ำนมให้ทารกแรกเกิดอยู่ในระดับปานกลาง ($M=35.27$, $SD=8.16$) บ่งชี้ว่าการบริจาดน้ำนมให้ทารกแรกเกิดไม่ใช่เรื่องง่าย ไม่ได้ขึ้นอยู่กับมารดาเท่านั้นแต่ขึ้นอยู่กับบุคคลและปัจจัยอื่นด้วย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่งมีรายได้ครอบครัวเฉลี่ย 15,000-30,000 บาทต่อเดือน ซึ่งถือว่าไม่สูงมาก ในขณะที่การบริจาดน้ำนมให้ทารกแรกเกิดต้องมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจากปกติ เช่น ค่าเดินทาง ค่าถุงเก็บน้ำนม เป็นต้น นอกจากนี้มารดามากกว่าครึ่งหนึ่งไม่เคยมีประสบการณ์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มาก่อน ซึ่งอาจจะเกิดความไม่มั่นใจในความสามารถของตนที่จะบริจาดน้ำนมให้ทารกแรกเกิด เนื่องจากกระบวนการบริจาดน้ำนมมีหลายขั้นตอนและต้องใช้เวลาในการบีบเก็บน้ำนม รวมทั้งการขนส่งน้ำนมไปยังธนาคารนมแม่ ซึ่งการศึกษาในต่างประเทศพบว่า ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการบริจาดน้ำนมให้ทารกแรกเกิด ประกอบด้วย ความไม่สะดวกในการบีบเก็บน้ำนม ไม่มีที่รับบริจาดนมแม่หรือไม่มีธนาคารนมแม่ที่อยู่ใกล้ กระบวนการบริจาดน้ำนมมีหลายขั้นตอนและใช้เวลานาน (Doshmangir, Naghshi, & Khabiri, 2019) และความลำบากในการขนส่งน้ำนมมาให้ทารกแรกเกิด (Dos Santos et al., 2017) อย่างไรก็ตามการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการบริจาดน้ำนมให้ทารกแรกเกิดในกลุ่มมารดาที่ยังไม่เคยบริจาดน้ำนมให้ทารกแรกเกิดครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างที่เคยบริจาดน้ำนมให้ทารกแรกเกิดที่ระบุว่า การ

บริจาดน้ำนมเป็นเรื่องง่าย และร้อยละ 40 ระบุว่าไม่มีอุปสรรคใด ๆ ต่อการบริจาดน้ำนม (Wambach, Bateson, Matheny, & Easter-Brown, 2019)

5. ความตั้งใจในการบริจาดน้ำนมให้ธนาคารนมแม่ของมารดา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 72.2) มีความตั้งใจในการบริจาดน้ำนมให้ธนาคารนมแม่อยู่ในระดับสูงหากมีน้ำนมมากเกินไปความต้องการของลูก ทั้งนี้เนื่องจากมารดาทุกคนจะได้รับการปลูกฝังให้เห็นประโยชน์และความสำคัญของนมแม่ต่อทารกที่มีมากกว่านมผสม ดังนั้นหากตนเองมีน้ำนมมากเกินไปความต้องการจึงต้องการบริจาดให้ทารกคนอื่นมากกว่าการทิ้งโดยไม่เกิดประโยชน์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า หญิงหลังคลอดบริจาดน้ำนมให้ธนาคารนมแม่เพราะความรู้สึกเสียตายน้ำนมหากต้องทิ้ง รวมทั้งความรู้สึกพึงพอใจที่ได้ช่วยเหลือทารกคนอื่นที่ไม่ใช่ลูกของตนเอง (Doshmangir, Naghshi, & Khabiri, 2019) ซึ่งผลการศึกษครั้งนี้คล้ายกับการศึกษาที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความตั้งใจบริจาดน้ำนมให้ธนาคารนมแม่ (Eksioglu et al., 2015; Yilmaz, Aykut, Sahin, Ongan, Balci, Gun, et al., 2018) อย่างไรก็ตามผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Ergin & Uzun (2018) ที่พบว่ามารดาหลังคลอดไม่เกิน 5 ปี อายุ 15- 49 ปี เพียงร้อยละ 19.1 ยินดีที่จะบริจาดน้ำนมให้ธนาคารนมแม่ ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะการศึกษาดังกล่าวกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เชื่อว่าการบริจาดน้ำนมขัดกับหลักความเชื่อทางศาสนา

6. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการบริจาดน้ำนมให้ธนาคารนมแม่กับความตั้งใจในการบริจาดน้ำนมให้ธนาคารนมแม่ของมารดา ผลการวิจัยพบว่า ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการบริจาดน้ำนมให้ธนาคารนมแม่ ($r_s=.08, p>.05$) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับปานกลางถึงต่ำแต่มีความตั้งใจในการบริจาดน้ำนมให้ธนาคารนมแม่สูง ทั้งนี้ความรู้อาจไม่เกี่ยวข้องกับความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมเสมอไป โดยเฉพาะถ้าพฤติกรรมที่ตั้งใจจะกระทำเป็นพฤติกรรมเพื่อผู้อื่น ซึ่งบุคคลอาจไม่มีความรู้แต่ถ้ารับรู้ว่าการกระทำดังกล่าวเป็นเรื่องที่ดีหรือเหมาะสมบุคคลก็จะกระทำพฤติกรรมดังกล่าว มีการศึกษาสนับสนุนว่าความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับการกระทำพฤติกรรม (Mayae, Wiroompanich, & Wattanasit, 2020) ซึ่งผลการศึกษครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาของ Zhang, Jun-Yan, Xin-Wen, Yu-Lei, Sharon, & Yan-Qiong (2020) ที่พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการกระทำหรือพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบริจาดน้ำนมให้ธนาคารนมแม่ ($r=.369, p<.001$)

7. ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการบริจาดน้ำนมให้ธนาคารนมแม่กับความตั้งใจในการบริจาดน้ำนมให้ธนาคารนมแม่ของมารดา ผลการวิจัยพบว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความตั้งใจในการบริจาดน้ำนมให้ธนาคารนมแม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s=.47, p<.01$) สอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมที่มีการวางแผนที่จะระบุว่า บุคคลที่มีทัศนคติที่ดีต่อการกระทำพฤติกรรมจะมีความตั้งใจสูงที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น (Ajzen, 1991) โดยผลการศึกษครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Grunert (2018) ที่พบว่าทัศนคติมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการบริจาดน้ำนมให้ธนาคารนมแม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) และการศึกษาของ Zhang, Jun-Yan, Xin-Wen, Yu-Lei, Sharon, & Yan-Qiong (2020) ที่พบว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการกระทำที่เกี่ยวข้องกับการบริจาดน้ำนมให้ธนาคารนมแม่ ($r=.66, p<.001$)

8. ความสัมพันธ์ระหว่างบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงในการบริจาดน้ำนมให้ธนาคารนมแม่กับความตั้งใจในการบริจาดน้ำนมให้ธนาคารนมแม่ของมารดา ผลการวิจัยพบว่า บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความตั้งใจในการบริจาดน้ำนมให้ธนาคารนมแม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s=.49, p<.01$) ทั้งนี้บุคคลที่รับรู้ว่าคุณที่มีความสำคัญกับตนเองต้องการให้กระทำพฤติกรรมนั้นหรือเห็นว่าการกระทำพฤติกรรมนั้นเป็นเรื่องที่ดีจะมีความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมดังกล่าว (Ajzen, 1991) ดังนั้นมารดาที่รับรู้บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงในการบริจาดน้ำนมให้ธนาคารนมแม่ ย่อมมีความตั้งใจในการบริจาดน้ำนมให้ธนาคารนมแม่เช่นกัน ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Grunert (2018) ที่พบว่าบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงมีความสัมพันธ์กับการบริจาดน้ำนมให้ธนาคารนมแม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) และคล้ายกับการศึกษาในประเทศบราซิล ที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนให้บริจาดน้ำนมให้ธนาคารนมแม่ของบุคลากรด้านสุขภาพมีผลต่อการบริจาดน้ำนมของมารดา ($APR = 7.06$) (De Meneses, Oliveira, & Boccolini, 2017)

9. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการบริจาดน้ำนมให้ธนาคารนมแม่กับความตั้งใจของมารดาในการบริจาดน้ำนมให้ธนาคารนมแม่ ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความตั้งใจในการบริจาดน้ำนมให้ธนาคารนมแม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .42, p < .01$) การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมเป็นการรับรู้ความสามารถในการกระทำพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยสนับสนุน การมีโอกาศ หรือทรัพยากรในการควบคุมพฤติกรรมนั้น การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมทำให้เกิดความมุ่งมั่นที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นให้สำเร็จ (Ajzen, 1991) ดังนั้นมารดาที่รับรู้ว่าคุณเองมีความสามารถที่จะบริจาดน้ำนมให้ธนาคารนมแม่สูง ย่อมมีความตั้งใจสูงในการบริจาดน้ำนมให้ธนาคารนมแม่ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Grunert (2018) ที่พบว่า การรับรู้ว่าการบริจาดน้ำนมให้ธนาคารนมแม่เป็นเรื่องง่ายสามารถทำนายความตั้งใจในการบริจาดน้ำนมให้ธนาคารนมแม่ได้ และคล้ายกับการศึกษาที่พบว่า การมีข้อสงสัยหรือรับรู้ว่าการบริจาดน้ำนมให้ธนาคารนมแม่มีความยากลำบากมีความสัมพันธ์ทางลบกับการบริจาดน้ำนมให้ธนาคารนมแม่ ($CPR = .234, p < .05$) (De Meneses, Oliveira, & Boccolini, 2017)

ข้อจำกัดในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้เป็นมารดาที่มาตรวจหลังคลอดตามแพทย์นัดครั้งแรก ในช่วงระยะเวลาไม่เกิน 3 เดือน โดยส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ผลการศึกษาจึงอาจไม่สามารถอ้างอิงไปยังมารดาหลังคลอดในช่วงระยะเวลาอื่น ๆ และมารดาที่นับถือศาสนาอื่น ๆ ซึ่งอาจมีความแตกต่างในพฤติกรรม สังคม และหลักความเชื่อของแต่ละศาสนาได้

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลสามารถนำผลการศึกษานี้เกี่ยวกับความรู้ ทักษะคิด บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมครั้งนี้ไปเป็นข้อมูลในการส่งเสริมความตั้งใจในการบริจาดน้ำนมให้ธนาคารนมแม่ของมารดาหลังคลอดที่มีปริมาณน้ำนมมากเกินความต้องการของบุตร
2. พยาบาลควรส่งเสริมและการประชาสัมพันธ์ด้านข้อมูลเกี่ยวกับการบริจาดน้ำนมให้ธนาคารนมแม่ให้ครอบคลุมมากขึ้น เนื่องจากผลการศึกษาพบว่า เกินครึ่งของกลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับธนาคารนมแม่

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างมารดาหลังคลอดในช่วงอายุหลังคลอดอื่น ๆ เช่น หลังคลอดมากกว่า 3 เดือน เป็นต้น ที่ยังคงเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว เพื่อศึกษาว่าช่วงอายุหลังคลอดที่แตกต่างกันมีผลต่อความตั้งใจในการบริจาดน้ำนมให้ธนาคารนมแม่หรือไม่
2. ควรมีการศึกษาความตั้งใจในการบริจาดน้ำนมให้ธนาคารนมแม่ในโรงพยาบาลอื่น ๆ ที่ยังไม่มีธนาคารนมแม่ เพื่อสามารถนำผลการศึกษานี้ไปอ้างอิงในประชากรที่ครอบคลุมมากขึ้น
3. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทำนายโดยศึกษาว่าปัจจัยใดสามารถทำนายความตั้งใจในการบริจาดน้ำนมให้ธนาคารนมแม่ของมารดามากที่สุด เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาโปรแกรมในการส่งเสริมความตั้งใจในการบริจาดน้ำนมของมารดาต่อไป

References

- Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211. doi:10.1016/0749-5978(91)90020-T
- Bhasin, M., Nangia, S., & Goel, S. (2020). Role of Human Milk Banks Amid COVID 19: Perspective from a Milk bank in India. *International Breastfeeding Journal*, 15, 104, 1-6.
<https://doi.org/10.1186/s13006-020-00346-0>

- Bloom, B. S. (1971). *Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning*. New York: McGraw-Hill.
- Candelaria, L. M., Spatz, D. L. & Giordano, N. (2018). Experience of Women Who Donated Human Milk. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 47(4), 556-563. doi:10.1016/j.jogn.2017.12.007
- Canizo Vazquez, D., Salas Garcia, S., Izquierdo Renau, M., & Iglesias-Platas, I. (2019). Availability of Donor Milk for Very Preterm Infants Decreased the Risk of Necrotizing Enterocolitis Without Adversely Impacting Growth or Rates of Breastfeeding. *Nutrients*, 11(8), 1895. <https://doi.org/10.3390/nu11081895>
- Cortez, J., Makker, K., Kraemer, D. F., Neu, J., Sharma, R. & Hudak, M. L. (2018). Maternal Milk Feedings Reduce Sepsis, Necrotizing Enterocolitis and Improve Outcomes of Premature Infants. *Journal of Perinatology*, 38(1), 71-74. doi:10.1038/jp.2017.149
- De Meneses, T. M. X., de Oliveira, M. I. C., & Boccolini, C. S. (2017). Prevalence and Factors Associated with Breast Milk Donation in Banks That Receive Human Milk in Primary Health Care Units. *Journal de Pediatric*, 93(4), 382-388. doi:10.1016/j.jp.2016.09.004
- Dos Santos, J. A. B., Serva, V. M. S. B., & Caminha, M. F. C. (2017). Reasons for Human Milk Donation According to Different Per Capita Income. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 17(2), 307-315. doi:10.1590/1806-93042017000200006
- Doshmangir, L., Naghshi, M. & Khabiri, R. (2019). Factors Influencing Donations to Human Milk Bank: A Systematic Review of Facilitators and Barriers. *Breastfeeding Medicine*, 14, 298-306. doi:10.1089/bfm.2019.0002
- Eksioglu, A., Yesil, Y. & Turfan, E. C. (2015). Mothers' Views of Milk Banking: Sample of İzmir. Turkish. *Archives of Pediatrics*, 50(2), 83-89. doi:10.5152/tpa.2015.2406
- Ergin, A. & Uzun, S. U. (2018). Turkish Women's Knowledge, Attitudes, and Behaviors on Wet-Nursing, Milk Sharing and Human Milk Banking. *Journal of Maternal and Child Health*, 22(4), 454-460. doi:10.1007/s10995-018-2433-1
- Grunert, D. (2018). *Decision Making Surrounding Human Milk Donation: Attitudes, Subjective Norms and Barriers*. Master of Science in Nursing, Vancouver, Canada. Retrieved January 15, 2020 from <https://open.library.ubc.ca/media/stream/pdf/24/1.0365593/4>
- Haiden, N. & Ziegler, E. E. (2016). Human Milk Banking. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 69(2), 7-15. doi:10.1159/000452821
- Huang, C., Han, W. & Fan, Y. (2021). Knowledge and Attitude on Donation of Breast Milk in Hospitalized Mothers. *Gac Sanit*, 35(3), 213-215. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.09.013>
- Kadioglu, M., Avciapar, D. & Sahin, N. H. (2019). Turkish Women's Attitudes and Views Regarding Human Milk Banking. *Clinical Practice*, 16(2), 1069-1076. doi:10.4172/clinical-practice.1000449
- Karadag, A., Ozdemir, R., Karatas, M., Ozer, A. & Dogan, D. G. (2015). Human Milk Banking and Milk Kinship: Perspectives of Religious Officers in a Muslim Country. *Journal of Perinatology*, 35(2), 137-141. doi:10.1038/jp.2014.177

- Khaonark, R., Kala, S. & Chatchawet, W. (2020). Perception in Breastfeeding of Postpartum Mothers with Newborns Hospitalized in Neonatal Intensive Care Unit. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 40(1), 30-44.
- Kim, H. Y. (2013). Statistical Notes for Clinical Researchers: Assessing Normal Distribution (2) Using Skewness and Kurtosis. *Restorative Dentistry & Endodontics*, 38(1), 52-54.
doi:10.5395/rde.2013.38.1.52
- Kimani-Murage, E. W., Wanjohi, M. N., Kamande, E. W., Macharia, T. N., Mwaniki, E., Zerfu, T., et al. (2019). Perceptions and Acceptability of Donating and Use of Donated Human Milk and Human Milk Banking in Nairobi, Kenya. *Maternal & Child Nutrition*, 15(4), 1-11.
doi:10.1111/mcn.12842
- Liu, X. H., Han, S. P., Wei, Q. F., Zheng, F. Y., Zhang, T. Chen, H.-M., et al. (2019). The Data and Characteristics of the Human Milk Banks in Mainland China. *World Journal of Pediatrics*, 15(2), 190-197.
- Mahidol University. Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital. (2014). *Ramathibodi Human Milk Bank*. Retrieved January 10, 2020 from <https://www.medmahidol.ac.th/th/news/announcements/09122014-1734-th>. (in Thai)
- Mahidol University. Faculty of Medicine Siriraj Hospital. (2019). Siriraj Human Milk Bank. Retrieved January 10, 2020 from <https://www.si.mahidol.ac.th/th/division/sirirajmilkbank/> (in Thai)
- Mankar, A. & Mourya, A. (2018). Knowledge and Attitude Regarding Human Milk Banking among Postnatal Mothers in Selected Hospitals. *International Journal of Science and Research*, 7(10), 352-356. doi:1021275/ART20191766
- Mayae, H., Wiroonpanich, W. & Wattanasit, P. (2020). Relationship Between Knowledge and Attitude, and Pain Management of Nurses in Pediatric Intensive Care Units, Southern Part of Thailand. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 7(3), 47-57. (in Thai)
- Meier, P., Patel, A. & Esquerra-Zwiers, A. (2017). Donor Human Milk Update: Evidence, Mechanisms, and Priorities for Research and Practice. *Journal of Pediatrics*, 180, 15-21.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2016.09.027>.
- National Statistical Office, & United Nation Children's Fund. (2020). *Thailand Multiple Indicator Cluster Survey 2019 survey findings report August 2020*. Retrieved January 10, 2020 from <https://www.unicef.org/thailand/media/5146/file/Multiple%20Indicator%20Cluster%20Survey%202019.pdf> (in Thai)
- Pal, A., Soontarapornchai, K., Noble, L. & Hand, I. (2019). Attitudes Towards Donor Breast Milk in an Inner City Population. *International Journal of Pediatrics*, 2019(2), 1-4,
doi:10.1155/2019/3847283
- Perrin, M. T., Goodell, L. S., Fogleman, A., Pettus, H., Bodenheimer, A. L. & Palmquist, A. E. (2016). Expanding the Supply of Pasteurized Donor Milk: Understanding why Peer-to-Peer Milk Sharers in the United States do Not Donate to Milk Banks. *Journal of Human Lactation*, 32(2), 229-237. doi:10.1177/0890334415627024

- Prince of Songkla University. Faculty of Medicine. (2018). *History of Department of Pediatrics*. Retrieved January 10, 2020 from <https://peddepartpsu.wixsite.com/pediatricpsu/blank-1> (in Thai)
- Quigley, M. & McGuire, W. (2018). Formula Versus Donor Breast Milk for Feeding Preterm or Low Birth Weight Infants. *Cochrane Database Systematic Review*, 6, 1-2. doi:10.1002/14651858.CD002971.pub4
- Senol, D. K. & Aslan, E. (2017). Women's Opinions about Human Milk Donation and Human Milk Banking. *Biomedical Research*, 28(15), 6866-6871.
- Songklanagarind Hospital. Neonatal Intensive Care Unit. (2018). *Patient Registration: Breastfeeding Data*. Songkhla: Neonatal Intensive Care Unit Songklanagarind Hospital. (in Thai)
- Tato, R. (2018). *Nursing Research: Concepts to Application*. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House. (in Thai)
- Virano, R., Coscia, A., Tonetto, P., Perathoner, C., Bertino, E., Gardois, P. & Moro, G. E. (2017). Human Milk Donation in Northern Italy: Barriers, Facilitators and Information Sources. *World Journal of Research and Review*, 4(5), 64-70.
- Wambach, K., Bateson, T., Matheny, P. & Easter-Brown, K. (2019). A Descriptive Study of the Attitudes, Perceptions, and Experiences of Human Milk Donation. *Advances in Neonatal Care*, 19(6), 441-451. doi:10.1097/ANC.0000000000000659
- Wattanasit, P. & Kautrakool, A. (2017). The Relationship Between Anthropometric Indices and Hypertension in Thai Adolescents. *Songklanagarind Journal Nursing*, 37(3), 1-10. from file:///C:/Users/ASUS/Downloads/100456-Article%20Text-252534-1-10-20170930.pdf (in Thai)
- World Health Organization. (2011). *Guidelines on Optimal Feeding of Low Birthweight Infants in Low-and Middle-Income Countries*. WHO Document Production Services. Geneva: Switzerland. Retrieved May 1, 2021 from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85670/9789241548366_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua=1
- World Health Organization. (2020). *Infant and Young Child Feeding*. Retrieved May 1, 2021 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>.
- Yilmaz, M., Aykut, M., Sahin, H., Ongan, D., Balci, E., Gun, I., et al. (2018). Knowledge, Attitude, and Practices about Wet-Nursing and Human Milk Bank in Kayseri, Turkey. *Erciyes Medical Journal*, 40(4), 204-209. doi:10.5152/etd.2018.18080
- Zhang, N., Jun-Yan, L., Xin-Wen, L., Yu-Lei, J., Sharon, R., & Yan-Qiong, O. (2020). Factors Associated with Postpartum Women's Knowledge, Attitude and Practice Regarding Human Milk Banks and Milk Donation: A Cross-Sectional Survey. *Midwifery*, 91, 102837. doi:10.1016/j.midw.2020.102837

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดและวิธีการจัดการความเครียดจากการปฏิบัติงานที่บ้านของบุคลากรมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัส COVID-19

Work From Home during the COVID-19 Pandemic: Factors Affecting Stress Level and Stress Management among Rajamangala University of Technology Thanyaburi Personnel

อนุสรณ์ แน่นอุดร^{1*}, พัทธราภรณ์ ไชยสังข์¹, ยศธรวิวัฒน์ จรบุรุษ¹, รัชพร ศรีเดช¹, ประภาส ธนะ²
Anusorn Nanudorn^{1*}, Phatcharaphan Chaiyasung¹, Yodrawin Jornburom¹,
Rutshaporn Sridet¹, Prapas Tana²

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี¹, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี²
Faculty of Nursing Rajamangala University of Technology Thanyaburi¹, Boromarajonani College of Nursing Saraburi²

(Received: March 30, 2021; Revised: December 20, 2022; Accepted: January 4, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพหุภาคีนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเครียด วิธีการจัดการความเครียด ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดและประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานที่บ้านของบุคลากรมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรีในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 กลุ่มตัวอย่างคือบุคลากรมหาวิทยาลัยทั้งสายวิชาการ และสายสนับสนุน จำนวน 787 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความเครียด แบบประเมินการเผชิญความเครียด แบบสอบถามภูมิหลังส่วนบุคคลในการปฏิบัติงานที่บ้าน แบบสอบถามด้านบุคลิกภาพ 5 องค์ประกอบ แบบวัดสุขภาพจิตคนไทย แบบสอบถามการยอมรับเปลี่ยนแปลงที่ต้องปฏิบัติงานที่บ้าน แบบสอบถามสภาพแวดล้อมทั่วไปสำหรับการปฏิบัติงานที่บ้าน แบบสอบถามสภาพแวดล้อมทั่วไปสำหรับการปฏิบัติงานที่บ้าน และแบบสอบถามเกี่ยวกับประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานที่บ้าน ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคได้เท่ากับ .96, .97, .93, .92, .84, .81, .95, .91 และ .97 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M=45.80$, $SD=15.89$) มีการเผชิญความเครียดโดยรวมในระดับปานกลาง ($M=2.05$, $SD=0.76$)

2. ปัจจัย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ตำแหน่งงาน บุคลิกภาพ และการยอมรับเปลี่ยนแปลงที่ต้องปฏิบัติงานที่บ้าน มีความสัมพันธ์กับความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับที่ระดับ .05, .01 และ .001

ผู้บริหารสถานศึกษาควรมีการจัดโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และแบบจัดการกับอารมณ์ กับบุคลากรโดยต้องคำนึงถึงปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยภายนอก เพื่อเพิ่มความสุขกับการทำงานอันจะส่งผลให้ผลผลิตขององค์กร ทั้งในด้านลักษณะงาน บุคลากร และสภาพแวดล้อมที่ดีขึ้น ซึ่งส่งผลโดยตรงและอ้อมต่อการดำเนินงานขององค์กรมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: ความเครียด, ไวรัสโควิด-19, การปฏิบัติงานที่บ้าน

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Anusorn_n@rmutt.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 094-2517688)



Abstract

This predictive research aimed to study factors affecting stress level, stress management, and productivity in working from home during the COVID-19 Pandemic. Seven hundred eighty-seven personnel who worked at Rajamangala University of Technology in Thanyaburi (RMUTT) participated in the study. Questionnaires comprised: 1) stress level, 2) stress management, 3) demographic information of RMUTT personnel, 4) personality of RMUTT personnel, 5) happiness indicator, 6) adaptation to working from home, 7) working environment support, 8) environment for working from home, and 9) productivity in work-from-home during the COVID-19 Pandemic. The Cronbach's alpha coefficient of research tools were .96, .97, .93, .92, .84, .81, .95, .91, and .97, respectively. In addition, descriptive statistics and Stepwise Multiple Regression analysis were used so to analyze data.

The results showed that the level of stress of RMUTT personnel was at a high level ($M = 45.80$, $SD = 15.89$), while the level of stress management was at a moderate level ($M = 2.05$, $SD = 0.76$). Furthermore, there was a significant correlation between sex, age, marital status, work position, personality, adaptation to working from home, and stress level ($p < .05$, .01, .001).

Therefore, school administrators should provide a problem-solving program and emotional management support for personnel. To increase workforce happiness, personal and external factors should be considered, in regards of factors such as productivity, and better environment.

Keywords: Stress, Stress Management, COVID-19, Work from Home, Productivity

บทนำ

จากสถานการณ์วิกฤตที่เกิดจากภัยระดับโลกของไวรัส COVID-19 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้การระบาดของโรคนี้เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ “Public Health Emergency of International Concern; PHEIC (World Health Organization, 2020) ประเทศไทยพบผู้ป่วยติดเชื้อไวรัส COVID-19 ในประเทศครั้งแรกเมื่อวันที่ 12 มกราคม 2563 (Department of Disease Control, 2020) และมีแนวโน้มความรุนแรงของการพบผู้ติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น จากการขาดข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์และถูกต้อง ที่ช่วยให้ประชาชนปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อในช่วงการแพร่ระบาดของโรค จนในช่วงเดือนมีนาคม 2563 ที่ประชุมคณะรัฐมนตรีจึงได้กำหนดมาตรการและข้อสั่งการเพื่อแก้ไขสถานการณ์ที่อาจทวีความรุนแรงขึ้น โดยหนึ่งในมาตรการสำคัญคือ การให้หน่วยงานต่างปฏิบัติงานที่บ้านตามความเหมาะสม (Royal Thai Government, 2020) ซึ่งการปฏิบัติงานที่บ้านนี้ จะช่วยให้คนส่วนใหญ่รักษาระยะห่างกับสังคม (Social Distancing) โดยสามารถลดการพบปะพูดคุย หรือรวมตัวอยู่ในพื้นที่แออัด ซึ่งเป็นวิธีที่จะช่วยลดการแพร่ระบาดของโรคไวรัส COVID-19

การปฏิบัติงานที่บ้าน (Work From Home: WFH) กลายเป็นปรากฏการณ์การทำงานรูปแบบใหม่และเป็นคำตอบของหลายองค์กรในประเทศไทย (Sadangharn, 2020; Chaleoykitti, Artsanthia & Daodee, 2020) ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐหรือเอกชน ในการช่วยลดสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัส COVID-19 โดยการทำงานผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศที่พัฒนาจนทำให้ผู้คนสามารถติดต่อสื่อสารกันได้อย่างสะดวก รวดเร็ว ผ่านทางอุปกรณ์ต่างๆ ซึ่งช่วยให้การทำงานที่บ้านสะดวกยิ่งขึ้นแต่การเปลี่ยนบ้านให้เป็นที่ทำงาน อันเนื่องมาจากสถานการณ์ไวรัส COVID-19 ผลกระทบที่ตามมาจากการปฏิบัติงานที่บ้าน (Work From Home) อาทิเช่น อาการปวดที่ร้าวไปทั่วร่างกาย คอ บ่า ไหล่ หลัง ด้วยเหตุที่ว่าไม่ใช่ทุกบ้าน ที่พร้อมจะปรับให้เป็นที่ทำงานได้ ความพร้อมของอุปกรณ์การเชื่อมต่อเพื่อติดต่อสื่อสาร และโปรแกรมต่างๆ เช่น Microsoft Teams, Zoom, Line ที่ใช้ก็ต้องเรียนรู้ในการใช้งานเพิ่ม และประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานส่งผลให้เกิดความเครียดได้ (Sundae, 2020)

ความเครียด (Stress) ภาวะของอารมณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ถูกสิ่งกระตุ้นความเครียด (Stressor) สิ่งคุกคามซึ่งอาจจะเป็นสถานการณ์ เหตุการณ์ เงื่อนไขหรือข้อเรียกร้องที่กดดันให้บุคคลต้องปรับตัวเพื่อ ระวังความเครียด (Tangkittipaporn, 2016) โดยความเครียดเป็นภาวะตอบสนองของร่างกายหรือจิตใจต่อสิ่งที่มา คุกคามแล้วทำให้เกิดภาวะความไม่สมดุลขึ้นโดยแสดงออกทั้งด้านร่างกาย จิตใจและความคิด ซึ่งเป็นผลมาจากการที่ บุคคลรับรู้ หรือประเมินสิ่งที่ผ่าน เข้ามาใน ประสบการณ์ของตนว่าเป็นสิ่งที่คุกคามร่างกายและ จิตใจ ทำให้เกิดการ ดึงกลไกการป้องกันตนเองมาใช้ เพื่อทำให้ความรู้สึกถูกกดดันหรือความเครียด เหล่านั้นคลายลง และกลับเข้าสู่ภาวะ สมดุลอีกครั้งหนึ่ง (Lazarus & Folkman, 1984)

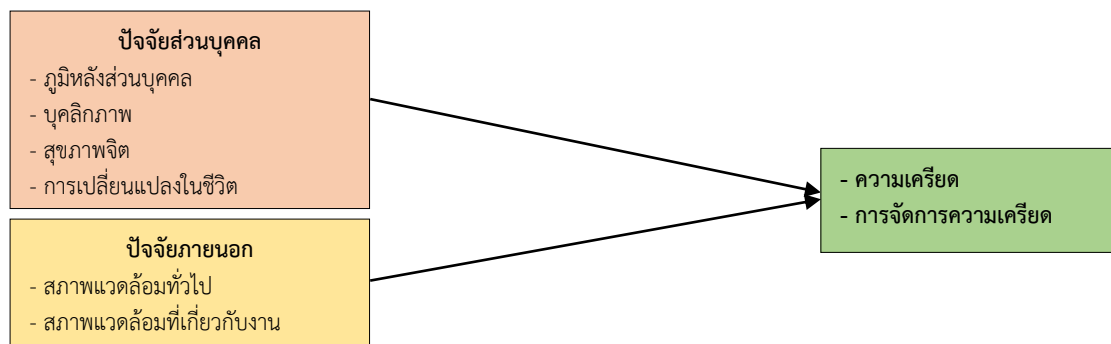
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี เป็นสถานการศึกษาที่ตอบรับนโยบาย การเว้นระยะห่างทางสังคม (Social Distancing Promotion) โดยเน้นให้บุคลากรในมหาวิทยาลัยปฏิบัติงานที่บ้าน (Work From Home) ซึ่งเป็น วิธีที่จะช่วยลดการแพร่ระบาดของโรคไวรัส COVID-19 ส่งผลให้บุคลากรหลายๆ คน ที่ไม่เคยมีประสบการณ์อาจต้อง ปรับตัวรับกับสถานการณ์จนเกิดเป็นความเครียดขึ้นโดยไม่รู้ตัว ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่อยู่ในมหาวิทยาลัยจึง มีความสนใจในปัญหาด้านจิตใจของบุคลากรโดยเฉพาะความเครียดและวิธีการจัดการความเครียดจากการปฏิบัติงาน ที่บ้านของบุคลากร ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัส COVID-19 เพื่อศึกษาความเครียด วิธีการจัดการ ความเครียด จากการปฏิบัติงานที่บ้านของบุคลากร ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัส COVID-19 ของ บุคลากรมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี และศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดโดยศึกษาจากปัจจัยส่วน บุคคล เพื่อให้สามารถใช้วิธีการบรรเทาปัญหาทางสุขภาพจิต (Mental Health Relief) ที่อาจจะเกิดตามมาหลังผ่าน ภาวะวิกฤติของการแพร่ระบาดของไวรัส COVID-19 ได้

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความเครียด และวิธีการจัดการความเครียด จากการปฏิบัติงานที่บ้านของบุคลากร มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความเครียดจากการปฏิบัติงานที่บ้านของบุคลากร มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดทฤษฎีของลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ปัจจัยที่ก่อให้เกิด ความเครียดแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มคือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วยภูมิหลังส่วนบุคคล บุคลิกภาพ สุขภาพจิต และ การเปลี่ยนแปลงในชีวิต และ 2) ปัจจัยภายนอกที่ส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตและเป็นต้นเหตุของความเครียด ประกอบด้วยสภาพแวดล้อมทั่วไปและสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับงาน โดยบุคคลจะประเมินว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจะ เครียดหรือไม่เครียดขึ้นอยู่กับการประเมินความสมดุลระหว่างความต้องการ (Demand) กับแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ (Resource) ของบุคคลนั้น ส่วนการเผชิญกับความเครียด (Coping) เป็นความพยายามทั้งการกระทำและความนึกคิด ที่จะจัดการกับความเครียด



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) แบบการศึกษาเชิงพยากรณ์ (Predictive Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรได้แก่ บุคลากรมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี ประกอบด้วย ข้าราชการ พนักงานมหาวิทยาลัย พนักงานราชการ ลูกจ้างชั่วคราวและลูกจ้างประจำ ข้อมูล ณ วันที่ 1 เมษายน 2563 จำนวนทั้งสิ้น 2,129 คน

กลุ่มตัวอย่างได้แก่ บุคลากรมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี ประกอบด้วย ข้าราชการ พนักงานมหาวิทยาลัย พนักงานราชการ ลูกจ้างชั่วคราวและลูกจ้างประจำ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power ซึ่งเลือก Test Family เป็น F Tests หลังจากนั้น เลือก Statistical Test เป็น Linear Multiple Regression และ เลือก Type of Power Analysis เป็น A Priori: Compute Required Sample Size, Given α , Power, and Effect Size ใส่พารามิเตอร์ จำนวน 6 ตัว Effect Size f^2 0.02 ในการกำหนดขนาดของตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power Analysis and Sample Size) ได้กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) (Cohen, 1977) ในการวิเคราะห์เพื่อให้มีอำนาจทดสอบ .80 (Power of Test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 688 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มร้อยละ 15 เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล ตามสูตร $n_{adjusted} = n / (1 - \text{สัดส่วนที่คาดว่าจะไม่สมบูรณ์})$ (Wittes, 2002) ได้เท่ากับ $688 / (1 - 0.15) = 810$ เนื่องจากสถานการณ์ การแพร่ระบาดของไวรัส COVID-19 ที่มีนโยบายให้เว้นระยะห่างทางสังคม (Social Distancing) ผู้วิจัยจัดเก็บข้อมูลทางออนไลน์ ผ่านแบบสอบถามออนไลน์ (Google Form) ซึ่งได้ข้อมูลกลับมาไม่สมบูรณ์บางส่วน มีสมบูรณ์ครบถ้วนจำนวน 787 คน คิดเป็นร้อยละ 97.16

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน อายุในการปฏิบัติงาน รายได้ มีคำถามรวม 7 ข้อ
2. แบบประเมินความเครียด ของ Lazarus & Folkman (1984) และ ปรับจาก Chanchula & Chamnan (2016) เป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในระยะเวลา 1 เดือน มีอยู่ 3 สถานการณ์ ด้านสถานที่ ด้านกฎระเบียบ และกิจกรรมด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล แบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีจำนวนคำถามรวม 20 ข้อ
3. แบบประเมินการเผชิญความเครียด ของ Lazarus & Folkman (1984) และ ปรับจาก Chanchula & Chamnan (2016) แบบประเมินแบ่งออกเป็น 2 ด้าน ประกอบด้วย คือ 1) ด้านการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไข ปัญหา และ 2) ด้านการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับ อารมณ์ ให้คะแนนตามความบ่อยครั้งของการเผชิญความเครียด แบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีจำนวนคำถามรวม 27 ข้อ
4. แบบสอบถามภูมิหลังส่วนบุคคลในการปฏิบัติงานที่บ้าน โดยผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้น เป็นข้อคำถามถึงภูมิหลังของการปฏิบัติงานที่บ้าน แบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีจำนวนคำถามรวม 7 ข้อ
5. แบบสอบถามด้านบุคลิกภาพ 5 องค์ประกอบ (Big Five) ผู้วิจัยได้ทบทวนจากวรรณกรรมและประยุกต์ใช้แบบสอบถามของ Sripa (2012) ประกอบด้วยแบบเปิดเผย แบบประนีประนอม แบบยึดมั่นในหลักการ แบบมั่นคงทางอารมณ์ และเปิดใจสู่การเรียนรู้ แบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีจำนวนคำถามรวม 17 ข้อ
6. แบบวัดสุขภาพจิตคนไทย แบบสั้น (TMHI-15) ของ Mongkol, Huttapanom, Chetchotisakd, Chalookul, Punyoyai, & Suvanashiep, (2001) เป็นการสอบถามเกี่ยวกับประสบการณ์หรือความรู้สึกในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบันตัวอย่างข้อคำถาม แบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ มีจำนวนคำถามรวม 15 ข้อ

7. แบบสอบถามการยอมรับเปลี่ยนแปลงที่ต้องปฏิบัติงานที่บ้าน ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบสอบถามพฤติกรรม การปรับตัวด้านการทำงานของ Sukuna (2016) แบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีจำนวน คำถามรวม 8 ข้อ

8. แบบสอบถามสภาพแวดล้อมทั่วไปสำหรับ Work From Home ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบสอบถามปัจจัยที่ อิทธิพลต่อการใช้ระบบการทำงานทางไกลบนพื้นฐานของทฤษฎีการยอมรับเทคโนโลยีของ Thitichotpanitch (2016) ประกอบด้วย 5 ด้าน ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ในการใช้ (Perceived Usefulness) ปัจจัยด้านนโยบาย องค์กร (Corporate Policy) ปัจจัยด้านความเข้ากันได้ (Compatibility) ปัจจัยบรรทัดฐานที่ทำงาน (Work Social Structure) ปัจจัยด้านความเข้ากันได้ (Compatibility) และปัจจัยด้านเทคโนโลยีที่เอื้ออำนวยต่อการ ใช้ (Technology Facilitating Conditions) แบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีจำนวนคำถาม รวม 18 ข้อ

9. แบบสอบถามสภาพแวดล้อมที่บ้าน สำหรับ Work From Home ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบสอบถามปัจจัยที่ อิทธิพลต่อการใช้ระบบการทำงานทางไกลบนพื้นฐานของทฤษฎีการยอมรับเทคโนโลยีของ Thitichotpanitch (2016) ข้อประกอบด้วย 2 ด้าน ปัจจัยบรรทัดฐานที่บ้าน (Home Social Structure) ปัจจัยด้านทรัพยากรที่ เอื้ออำนวยต่อการ ใช้ (Resource Facilitating Conditions) แบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีจำนวนคำถามรวม 6 ข้อ

10. แบบสอบถามเกี่ยวกับประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานที่บ้านผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบสอบถามประสิทธิภาพใน การปฏิบัติงานของ Maichan (2016) แบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีจำนวนคำถามรวม 15 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ในด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของแบบสอบถามภูมิหลังส่วนบุคคลในการปฏิบัติงานที่บ้าน แบบสอบถามด้านบุคลิกภาพ 5 องค์ประกอบ แบบสอบถามการยอมรับเปลี่ยนแปลงที่ต้องปฏิบัติงานที่บ้าน แบบสอบถามสภาพแวดล้อมทั่วไปสำหรับ Work From Home และแบบสอบถามสภาพแวดล้อมที่บ้าน สำหรับ Work From Home ผู้วิจัยใช้วิธีตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน โดยทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และความเข้าใจในภาษา ซึ่งได้กำหนดกำหนดค่า CVI (Content Validity Index) เท่ากับ .80 ขึ้นไป ได้ผลพิจารณาเท่ากับ .91 หลังจากนั้นได้นำแบบสอบถามทั้งหมดไปทดลองใช้ (Try Out) กับบุคลากรที่มีความ ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย โดยหาความเที่ยง ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของแบบประเมินความเครียดได้เท่ากับ .96 แบบประเมินการเผชิญความเครียดได้เท่ากับ .97 แบบสอบถามภูมิหลังส่วนบุคคลในการปฏิบัติงานที่บ้านได้เท่ากับ .93 แบบสอบถามด้านบุคลิกภาพ 5 องค์ประกอบ ได้เท่ากับ .92 แบบวัดสุขภาพจิตคนไทยได้เท่ากับ .84 แบบสอบถามการยอมรับเปลี่ยนแปลงที่ต้องปฏิบัติงานที่บ้าน เท่ากับ .81 แบบสอบถามสภาพแวดล้อมทั่วไปสำหรับ Work From Home ได้เท่ากับ .95 แบบสอบถาม สภาพแวดล้อมที่บ้าน สำหรับ Work From Home ได้เท่ากับ .91 และ แบบสอบถามเกี่ยวกับประสิทธิภาพในการ ปฏิบัติงานที่บ้านได้เท่ากับ .97

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัส COVID-19 ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บข้อมูลทางออนไลน์ (Online) ผ่านทาง Google form ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage Sampling) กลุ่ม ตัวอย่างจะได้รับลิงค์ (Link) เพื่อเข้าสู่กระบวนการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย โดยการตอบแบบสอบถามจะ ใช้ระยะเวลา ประมาณ 15 – 20 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ระดับความเครียด วิธีการจัดการความเครียด ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัย ภายนอก โดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายให้เห็นถึงลักษณะของกลุ่ม ตัวอย่าง โดยคณะผู้วิจัยมีการทดสอบด้วย Chi-Square test: Goodness of Fit test เป็นการทดสอบว่ามีรูปแบบ

การแจกแจงของชุดข้อมูลหรือไม่ ผลการทดสอบพบว่า มีการแจกแจงแบบปกติ ($M= 5.44$, $SD= 2.01$) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.5

2. วิเคราะห์ปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอก ที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการปฏิบัติงานที่บ้านของบุคลากรมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) โดยผู้วิจัยได้แปลงตัวแปรทำนายที่เป็นตัวแปรเชิงกลุ่มเป็นตัวแปรต่อเนื่องเรียบร้อยแล้วก่อนการวิเคราะห์ความสัมพันธ์

3. วิเคราะห์ตัวแปรทำนายความเครียดจากการปฏิบัติงานที่บ้านของบุคลากรมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) คณะผู้วิจัยตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างตัวแปรทำนายกับตัวแปรตาม พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงเส้นอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.004-0.179 และความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนายด้วยตนเอง พบว่ามีความสัมพันธ์กันไม่เกิน 0.75 หมายความว่าไม่มี Multicollinearity จากนั้นเมื่อได้สมการทำนายความเครียด แล้วผู้วิจัยตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Hair, 2010) ได้แก่ ความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระกันด้วยตัวสถิติทดสอบ Durbin-Watson ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนคงที่ด้วยกราฟความคลาดเคลื่อนกับค่าทำนาย และความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงเป็นปกติด้วยตัวสถิติทดสอบ Kolmogorov-Smirnov

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยเคารพศักดิ์ศรีและพิทักษ์สิทธิความเป็นมนุษย์ของกลุ่มตัวอย่างและทำการขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี ให้การรับรองในวันที่ 7 พฤษภาคม 2563 เอกสารหมายเลข EC 2-001/2563 และจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี ให้การรับรองในวันที่ 16 กรกฎาคม 2563 หมายเลขใบรับรอง RMUTT_REC No. Full 15/63 ผู้วิจัยได้ทำการชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัยให้แก่กลุ่มตัวอย่างผ่านทางรูปแบบเอกสารออนไลน์ (Google Form)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป จากการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.58 อายุมากที่สุดระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 34.94 มากที่สุดสถานภาพโสดร้อยละ 52.60 ระดับการศึกษามากที่สุดปริญญาตรี ร้อยละ 42.82 ตำแหน่งงานพนักงานมหาวิทยาลัยสายสนับสนุน ร้อยละ 32.52 อายุการปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัย 1-10 ปี ร้อยละ 55.65 และรายได้ต่อเดือนมากที่สุดอยู่ช่วง 25,001-35,000 บาท ร้อยละ 34.43 ผลการวิจัยสรุปตามวัตถุประสงค์ดังนี้

2. ระดับความเครียด และวิธีการจัดการความเครียด จากการปฏิบัติงานที่บ้านของบุคลากร มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ ระดับความเครียด และวิธีการจัดการความเครียด ของบุคลากรมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี (n=787 คน)

ข้อความ	M	SD	การแปลผล
ระดับคะแนนความเครียดโดยรวม	45.80	15.89	ปานกลาง
ระดับการจัดการกับเผชิญความเครียดโดยรวม	2.05	0.76	ปานกลาง

จากตาราง 1 พบว่า บุคลากรมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี มีค่าเฉลี่ยความเครียดจากการปฏิบัติงานที่บ้านโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M=45.80$, $SD=15.89$) ส่วนวิธีการจัดการความเครียดจากการปฏิบัติงานที่บ้านโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M=2.05$, $SD=0.76$)

ตาราง 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่างๆ กับความเครียดของบุคลากรมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี (n = 787 คน)

ปัจจัย	ความเครียด	
	r	p-value
ปัจจัยภายใน		
1. ภูมิหลังส่วนบุคคล		
เพศหญิง	.088	.013*
สถานภาพสมรสคู่	-.105	.003**
อายุ 21-30 ปี	.091	.010*
อายุ 31-40 ปี	.105	.003**
อายุ 41-50 ปี	-.086	.016*
อายุ 51-60 ปี	-.118	.001**
อายุ 60 ปี ขึ้นไป	-.079	.026*
รับราชการสายสนับสนุน	-.099	.006**
ตำแหน่งอื่น ๆ (ลูกจ้างประจำ 9, ลูกจ้างชั่วคราว 161)	.139	<.001***
การยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่ต้องปฏิบัติงานที่บ้าน	-.145	<.001***
2. บุคลิกภาพ	-.179	<.001***
3. สุขภาพจิต	0.420	0.639
4. การเปลี่ยนแปลงในชีวิต	0.457	0.630
ปัจจัยภายนอก		
สภาพแวดล้อมทั่วไป	0.260	0.604
สภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับงาน	0.421	0.811

*p-value .05 **p-value .01 ***p-value .001

จากตาราง 2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับความเครียด พบว่า ภูมิหลังส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส อายุ ตำแหน่งปฏิบัติงานและบุคลิกภาพมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับระดับความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์มากที่สุด คือ บุคลิกภาพ ($r = -.179$) รองลงมาคือ ตำแหน่งปฏิบัติงานในตำแหน่งอื่นๆ ซึ่งได้แก่ ลูกจ้างประจำและลูกจ้างชั่วคราว ($r = .139$) ส่วนปัจจัยภายนอก ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียด

2. ปัจจัยทำนายความเครียดจากการปฏิบัติงานที่บ้านของบุคลากร มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยภายนอก

ตาราง 3 ปัจจัยทำนายความเครียดของบุคลากรมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี (n = 787 คน)

ตัวแปรทำนาย	b	Beta	t	p-value
บุคลิกภาพ	-0.248	-0.138	-3.648	<.001
ตำแหน่งอื่น ๆ	4.654	0.121	3.228	0.001
อายุ 31-40 ปี	-16.352	-0.491	-1.867	0.062
อายุ 21-30 ปี	6.481	0.136	3.550	<.001
รับราชการสายสนับสนุน	-6.931	-0.103	-2.970	0.003
สถานภาพสมรสคู่	-2.990	-0.093	-2.618	0.009
เพศหญิง	2.889	0.086	2.484	0.013
ระดับการศึกษาปริญญาโท	2.516	0.076	2.123	0.034

ตาราง 3 (ต่อ)

ตัวแปรทำนาย	b	Beta	t	p-value
อายุ 60 ปี ขึ้นไป	-31.284	-0.241	-3.211	0.001
อายุ 51-60 ปี	-24.348	-0.519	-2.766	0.006
อายุ 41-50 ปี	-20.089	-0.610	-2.380	0.018
การยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่ต้องปฏิบัติงานที่บ้าน	-0.255	-0.078	-2.035	0.042
Constant a = 85.306	$R^2 = 0.129$			
Adjust R square = 0.114	F = 8.792			

จากตาราง 3 อำนาจการทำนายปัจจัยต่าง ๆ ต่อความเครียดของบุคลากรมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี พบว่าในการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน เมื่อทดสอบตัวทำนายความเครียดพบว่าตัวแปร (ปัจจัย) ที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่สมการตามลำดับ คือ 1) บุคลิกภาพ 2) ตำแหน่งอื่น ๆ 3) อายุ 31-40 ปี 4) อายุ 21-30 ปี 5) รับราชการสายสนับสนุน 6) สถานภาพสมรสคู่ 7) เพศหญิง 8) ระดับการศึกษาปริญญาโท 9) อายุ 60 ปี ขึ้นไป 10) อายุ 51-60 ปี 11) อายุ 41-50 ปี และ 12) การยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่ต้องปฏิบัติงานที่บ้าน โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย (R^2) เท่ากับ 0.129 ตัวแปร (ปัจจัย) ทั้ง 12 ตัวสามารถร่วมกันทำนายความเครียดได้ร้อยละ 12.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, .01 และ .001 ทั้งนี้จากตาราง 3 ผู้วิจัยจึงนำมาสร้างสมการทำนายในรูปคะแนนดิบได้ดังนี้

$$Y (\text{ความเครียด}) = 85.306 - 0.248 (\text{บุคลิกภาพ}) + 4.654 (\text{ตำแหน่งอื่นๆ}) - 16.352 (\text{อายุ 31-40 ปี}) + 6.481 (\text{อายุ 21-30 ปี}) - 6.913 (\text{รับราชการสายสนับสนุน}) - 2.990 (\text{สถานภาพสมรสคู่}) + 2.889 (\text{เพศหญิง}) + 2.516 (\text{ระดับการศึกษาปริญญาโท}) - 31.284 (\text{อายุมากกว่า 60 ปี}) - 24.348 (\text{อายุ 51-60 ปี}) - 20.809 (\text{อายุ 41-50 ปี}) - 0.255 (\text{การยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่ต้องปฏิบัติงานที่บ้าน})$$

สมการในรูปของคะแนนมาตรฐานดังนี้

$$Z (\text{ความเครียด}) = -0.138 (\text{บุคลิกภาพ}) + 0.121 (\text{ตำแหน่งอื่นๆ}) - 0.491 (\text{อายุ 31-40 ปี}) + 0.136 (\text{อายุ 21-30 ปี}) - 0.103 (\text{รับราชการสายสนับสนุน}) - 0.093 (\text{สถานภาพสมรสคู่}) + 0.086 (\text{เพศหญิง}) + 0.076 (\text{ระดับการศึกษาปริญญาโท}) - 0.241 (\text{อายุมากกว่า 60 ปี}) - 0.519 (\text{อายุ 51-60 ปี}) - 0.610 (\text{อายุ 41-50 ปี}) - 0.078 (\text{การยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่ต้องปฏิบัติงานที่บ้าน})$$

อภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่าความเครียดของบุคลากรมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี ส่วนมากมีความเครียดระดับปานกลาง ร้อยละ 40.80 เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัส COVID-19 ที่เริ่มมีการแพร่ระบาดในช่วงต้นปี 2563 ซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่และประชาชนส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ความเข้าใจในการป้องกัน อีกทั้งมาตรการการให้บุคลากรปฏิบัติงานที่บ้านอย่างเร่งด่วน ส่งผลให้บุคลากรมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรีเกิดความเครียดในส่วนของการปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติงาน การเรียนรู้ในการใช้อุปกรณ์เพื่อตอบสนองต่อการปฏิบัติงานที่บ้านไม่ว่าจะเป็นส่วนสำนักงานของสายสนับสนุน หรือการจัดการเรียนการสอนของสายวิชาการ ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจของ Department of Mental Health (2020) ที่สำรวจความสุขของครอบครัวไทยในช่วงการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 54.13 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Bane, Aurangabadkar & Karajgi (2021) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความเครียดจากการปฏิบัติงานที่บ้านอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรงร้อยละ 41.10 การเผชิญความเครียดโดยรวมของบุคลากรมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรีอยู่ในระดับมาก ($M=3.34$, $SD=1.12$) โดยพบว่า การทำความเข้าใจในกฎระเบียบ มีค่าเฉลี่ยสูงสุดของการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ($M=2.50$, $SD=1.03$) และมีค่าเฉลี่ยการเผชิญปัญหาแบบจัดการกับอารมณ์สูงที่สุดในประเด็นการมีปัญหาไม่สบายใจ จะตั้งสติ และให้กำลังใจตนเอง ($M=2.52$, $SD=1.04$)

เนื่องจากมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี เป็นสถานศึกษาภาครัฐส่งผลให้บุคลากรมีความเข้าใจในกฎระเบียบการบริหารราชการ รวมถึงสามารถปฏิบัติตามนโยบายของหน่วยงานภาครัฐได้เป็นอย่างดี มีเป้าหมายในการทำงานที่ชัดเจน รวมไปถึงสิ่งสนับสนุนต่างๆที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานที่บ้านส่งผลให้บุคลากรเกิดการยอมรับและให้กำลังใจตนเองและเพื่อนร่วมงานในการปรับเปลี่ยนวิธีการทำงานเพื่อมุ่งสู่การพัฒนาองค์กรต่อไป (Unlamai, Thermtiptaweekul & Chienwattanasook, 2016; Premdech, 2016)

ปัจจัยทำนายความเครียดของบุคลากรมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรีที่ปฏิบัติงานที่บ้านในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 พบว่า เพศ สถานภาพสมรสคู่ ช่วงอายุ 21 – 30 ปี และ 31 - 40 ปี ตำแหน่งการรับราชการสายสนับสนุน บุคลิกภาพ และการยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่ต้องปฏิบัติงานที่บ้าน โดยปัจจัยทั้งหมดสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความเครียด วิธีการจัดการความเครียดในปฏิบัติงานที่บ้านของบุคลากรมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรีในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 ได้ร้อยละ 12.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2=.129, p=.05$)

เพศ เป็นปัจจัยทำนายที่มีอิทธิพลของการเกิดความเครียด วิธีการจัดการความเครียดในปฏิบัติงานที่บ้านของบุคลากรมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 กล่าวคือ บุคลากรมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรีเพศหญิงมีโอกาสเกิดความเครียดสูงถึง 0.86 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Beta=0.086, p=.05$) เนื่องจาก ด้วยบทบาททางสังคมของเพศหญิงที่จะต้องรับผิดชอบทั้งภาระในบ้านและนอกบ้านโดยเฉพาะในสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัส COVID-19 ที่สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ต้องปฏิบัติงานหรือเรียนที่บ้านส่งผลให้เพศหญิงมีความเครียดจากการที่ต้องรับภาระที่เพิ่มมากขึ้น (Kaewanuchit & Phothong, 2015) สอดคล้องกับการศึกษาของ Evanoff, Strickland, Dale, Hayibor, Page, Duncan, et al. (2020) พบว่า เพศหญิงจะมีความเครียดในการจากปฏิบัติงานที่บ้านในช่วงการแพร่ระบาดของไวรัส COVID-19 เป็น 0.96-1.40 เท่าของเพศชาย

สถานภาพสมรสคู่ เป็นปัจจัยทำนายที่มีอิทธิพลของการเกิดความเครียด วิธีการจัดการความเครียดในปฏิบัติงานที่บ้านของบุคลากร มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 กล่าวคือ บุคลากร มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรีที่สถานภาพสมรสคู่ มีโอกาสเกิดความเครียดสูงถึง 0.93 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับโสด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Beta=-0.093, p=.01$) เนื่องจากการมีคู่สมรสคอยให้คำปรึกษา และช่วยประคับประคองซึ่งกันทำให้บุคลากรที่มีสถานภาพสมรสมีความเครียดที่ลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรสหม้าย มีความเครียดเป็น 1-50 เท่าของสถานภาพสมรสคู่ (Yeshaw & Mossie, 2017)

ช่วงอายุ 21-30 ปี และ 31-40 ปี เป็นปัจจัยทำนายที่มีอิทธิพลของการเกิดความเครียด วิธีการจัดการความเครียดในการปฏิบัติงานที่บ้านของบุคลากร มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 กล่าวคือบุคลากร มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรีที่ช่วงอายุ 21-30 ปี มีโอกาสเกิดความเครียดสูงถึง 1.36 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับช่วงอายุ 31-40 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Beta=0.136, p=.001$) เนื่องจากประสบการณ์ในการทำงาน บุคลากรที่มีประสบการณ์ทำงานที่น้อยอาจยังไม่สามารถตัดสินใจในการทำงานได้ไม่ดีเท่ากับบุคลากรที่มีประสบการณ์ทำงานที่มากกว่า (Premdech, 2016; Pachchanee, 2014)

ตำแหน่งการรับราชการสายสนับสนุน เป็นปัจจัยทำนายที่มีอิทธิพลของการเกิดความเครียด วิธีการจัดการความเครียดในการปฏิบัติงานที่บ้านของบุคลากร มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 กล่าวคือ บุคลากร มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรีที่มีตำแหน่งการรับราชการสายสนับสนุน มีโอกาสเกิดความเครียดสูงถึง 1.3 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับตำแหน่งการรับราชการสายวิชาการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Beta=-0.103, p=.001$) เนื่องจาก ความมั่นคงของการจ้างงาน รวมถึงสวัสดิการต่างๆ ของลูกจ้างชั่วคราวนั้นได้รับสิทธิที่น้อยกว่า บุคลากรในตำแหน่งอื่น ๆ อาทิเช่น การเลื่อนขั้นเงินเดือน สวัสดิการบุตร รวมไปถึงการต่อสัญญาการจ้างซึ่งเป็นการจ้างงานแบบชั่วคราวในระยะเวลา 1 ปี ทำให้บุคลากรในตำแหน่งนี้เกิดความเครียดในเรื่องความไม่มั่นคงในงานที่ทำ

บุคลิกภาพ เป็นปัจจัยทำนายที่มีอิทธิพลของการเกิดความเครียด วิธีการจัดการความเครียดในปฏิบัติงานที่บ้านของบุคลากร มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 กล่าวคือ บุคลากร มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรีที่มีบุคลิกภาพแบบมีความรับผิดชอบในงานที่ได้รับมอบหมาย มีโอกาสเกิดความเครียดสูงถึง 1.38 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับบุคลิกภาพแบบชอบช่วยเหลือคนอื่นแบบเต็มใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Beta=-0.138, p=.001$) เนื่องจากบุคลิกภาพของบุคคลนั้นเป็นตัวบ่งบอกถึงความสามารถในการแก้ปัญหาได้มากน้อยเพียงใด ถ้าบุคคลมีความหวั่นไหวง่ายก็จะมีแนวโน้มต่อการเกิดความเครียดได้มาก (Areekit & Klinhom, 2019)

การยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่ต้องปฏิบัติงานที่บ้าน ซึ่งเป็นปัจจัยภายนอก เป็นปัจจัยทำนายที่มีอิทธิพลของการเกิดความเครียด วิธีการจัดการความเครียดในปฏิบัติงานที่บ้านของบุคลากร มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 กล่าวคือ บุคลากร มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรีที่มีการยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่ต้องปฏิบัติงานที่บ้านตามนโยบายขององค์กรได้อย่างเหมาะสม มีโอกาสเกิดความเครียดสูงถึง 0.78 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับสถาบันที่มีการนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาใช้พัฒนาการปฏิบัติงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Beta=-0.078, p=.001$) เนื่องจากหากบุคลากรสามารถยอมรับนโยบายของมหาวิทยาลัยในการเปลี่ยนแปลงวิธีการทำงานจากในมหาวิทยาลัย เป็นที่บ้านเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของไวรัส COVID-19 ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขด้านสาธารณสุขของประเทศ และผลประโยชน์ของส่วนรวม ทำให้บุคลากรในมหาวิทยาลัยยินดีที่จะปฏิบัติตามและนำไปสู่การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตทั้งในการทำงาน และการใช้ชีวิตประจำวัน (Naowan & Eamprasert, 2020)

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ฝ่ายบุคลากรของมหาวิทยาลัยร่วมกับคณะพยาบาลศาสตร์ออกแบบโปรแกรมการลดความเครียดและการจัดการความเครียดจากการปฏิบัติงานที่บ้าน ซึ่งสอดคล้องกับบุคลิกภาพ ตำแหน่งหน้าที่การทำงานตามสายงาน ช่วงอายุ เพศ และการศึกษาของบุคลากร มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี
2. ฝ่ายบุคลากรของมหาวิทยาลัยร่วมกับคณะพยาบาลศาสตร์ออกแบบโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการลดความเครียดและแนวทางการจัดการความเครียดด้วยตนเองเป็นช่วง ๆ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากร มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี

ข้อเสนอแนะในการวิจัยในครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาการใช้โปรแกรมการจัดการความเครียดของบุคลากรในแต่ละหน่วยงานเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตได้

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจาก มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี

References

- Areekit, P. & Klinhom, J. (2019). A Synthesis of Research on Stress Management in Thai People. *Christian University Journal*, 25(2), 15-26. (in Thai).
- Bane, J. V., Aurangabadkar, S. & Karajgi, A. (2021). Physical and Selfperceived Occupational Stress Associated with Work from Home Situation in Teachers During the COVID-19 Pandemic. *Int Health Sci Res*, 11(2), 117-124.
- Chaleoykitti, S., Artsanthia, J. & Daodee, M. S. (2020). The Effect of COVID-19 Disease: Teaching and Learning in Nursing. *Journal of Health and Nursing Research*, 36(2), 255-262. (in Thai).

- Chanchula, A. & Chamnan, C. (2016). *Stress and Coping of Male Patients Receiving Treatment During the Rehabilitation Phase at Thanyaraksongkhla Hospital. Research report*, Thanyaraksongkhla Hospital Songkhla. (in Thai).
- Cohen, J. (1977). *Statistical Power for the Behavioral Sciences*. 2nd ed. New York: Academic Press
- Department of Disease Control. (2020). *Novwl Coronavirus 2019 Pneumonia Situation by Emergency Operation Center*. Internet. Retrieved Apr 7, 2020 from <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/situation/situation-no9-120163.pdf>. (in Thai).
- Department of mental Health. (2020). *The Happiness of Thai Families During the COVID- 19 Outbreak*. Internet. Retrieved Dec 20, 2020 from <https://www.dmh.go.th/covid19/news2/view.asp?id=9>. (in Thai).
- Evanoff, B. A., Strickland, J. R., Dale, A. M., Hayibor, L., Page, E., Duncan, J. G., et al. (2020). Work-Related and Personal Factors Associated With Mental Well-Being During the COVID-19 Response: Survey of Health Care and Other Workers. *Journal of Medical Internet Research*, 22(8), e21366. <https://doi.org/10.2196/21366>
- Hair, J. F. (2010). *Multivariate Data Analysis: A Global Perspective*. Upper Saddle River, N.J: Pearson Education.
- Kaewanuchit, C. & Phothong, A. (2015). A Study of Causal Relationship pf Occupational Stress Among Female Academic University Employees. *J Public Health*, 45(1), 58-70.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Psychological Stress and The Coping Process*. New York: Springer Publishing Company.
- Maichan, A. (2016). *The Factors Affecting Performance Efficiency among Employees in Machine Installed Production Line, Songkhla Province. A Thesis for Master of Business Administration in International Business Faculty of Business Administration, Prince of Songkla University*. (in Thai).
- Mongkol, A., Huttapanom, W., Chetchotisakd, P., Chalookul, W., Punyoyai, L. & Suvanashiep, S. (2001). The Study to Develop Thai Mental Health Indicator. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 46(3), 209-225. (in Thai).
- Naowan, W. & Eamprasert, A. (2020). Stress Management and Related Factors of Work Life Quality Management. *Journal of Management Science Review*, 22(1), 223-232. (in Thai).
- Pachchanee, N. (2014). *Stress on the Work Performance of the Support Staff Yala Rajaphat University. A Independent Study for Master of Art in Social Development Graduate School*. Yala Rajaphat University. (in Thai).
- Premdecha, K. (2016). *Relationship among Work Environment Factor, Stress Management and Stress Level of University Employees A Thesis for Master of Business Administration in General Management Faculty of Business Administration*. Rajamangala University of Technology Thanyaburi. (in Thai).
- Royal Thai Government. (2020). *Cabinet Meeting Synopsis on March 17, 2020*. Internet. Retrieved Apr 7, 2020 from <http://www.thaigov.go.th/new/contents/details/27410>. (in Thai).
- Sadangharn, P. (2020). Work from Home Adaptation of Employees in the Eastern Economic Corridor During the Covid-19 Crisis. *Burapha Journal of Business Management*, 9(2), 14-33. (in Thai).

- Sripan, P. (2012). *Relation Between Big Five Personality and Operational Effectiveness of Retail Credit and Collection Department of Tisco Bank Public Company Limited. A Thesis for Master of Business Administration in Management Faculty of Business Administration, Srinakharinwirot University.* (in Thai).
- Sundae, A. (2020). *How to Prevent Back Pain While You Work from Home.* Internet. Retrieved Apr 7, 2020 from <https://techsauce.co/tech-and-biz/how-to-prevent-back-pain-while-you-work-from-home#>. (in Thai).
- Sukuna, K. (2016). *Work Adjustment Behavior of Small and Medium Enterprises of Workers in Pathum Thani Province after ASEAN Economic Community Integration. A Thesis for Master of Business Administration in International Business Faculty of Business Administration. Rajamangala University of Technology Thanyaburi.* (in Thai).
- Tangkittipaporn, J. (2016). *Personality Psychology & Health Behavior.* Bangkok: Chulalongkorn University Press. (in Thai).
- Thitichotpanitch, C. (2016). *Factors Affecting Adoption in Telework of Employee Case Study: Private Company in Bangkok. A Thesis for Master of Business Administration Business Faculty of Business Administration, Thammasat University.* (in Thai).
- Unlamai, N., Thermtiptaweekul, K. & Chienwattanasook, K. (2016). Stress Management in the Workplace to Maximize Employee Efficiency. *Journal of Management Science Nakhon Pathom Rajabhat University*, 5(1), 104-117. (in Thai).
- Wittes, J. (2002). Sample Size Calculations for Randomized Controlled Trials. *Epidemiologic Reviews*, 24(1), 39-53.
- World Health Organization. (2020). *2019-Ncov Outbreak is an Emergency of International Concern.* Internet. Retrieved Apr 7, 2020 from <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/international-health-regulations/news/news/2020/2/2019-ncov-outbreak-is-an-emergency-of-international-concern>.
- Yeshaw, Y. & Mossie, A. (2016). Depression, Anxiety, Stress, and Their Associated Factors among Jimma University Staff, Jimma, Southwest Ethiopia, 2016: a Cross-Sectional Study. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 13, 2803–2812.
<https://doi.org/10.2147/NDT.S150444>

ทัศนคติและพฤติกรรมต่อความหลากหลายทางเพศ
ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง
Attitudes and Behaviors towards Sexual Diversity
among Rajabhat University Students in Lampang

ชลธิชา อินปัน¹, กฤติญา บุญสิงห์¹, โยธิกา ตาววงศ์¹, ชิสัพพัชร์ ชูทอง^{1*}
Chonticha Inpan¹, Krittiya Boonsing¹, Yotika Tawong¹, Chisapath Choothong^{1*}
สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง^{1*}
Community Public Health, Faculty of Science, Lampang Rajabhat University^{1*}

(Received: May 8, 2021; Revised: December 27, 2022; Accepted: January 9, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทัศนคติต่อความหลากหลายทางเพศและความเท่าเทียมทางเพศ พฤติกรรมต่อความหลากหลายทางเพศ และหาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อความหลากหลายและความเท่าเทียมทางเพศกับพฤติกรรมต่อความหลากหลายทางเพศ กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง จำนวน 392 คน สุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้สำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ทัศนคติที่มีต่อความหลากหลายทางเพศ 3) พฤติกรรมที่มีต่อความหลากหลายทางเพศ และส่วนที่ 4) ทัศนคติต่อความเท่าเทียมทางเพศ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .74, .88 และ .76 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบไคสแควร์ และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน ผลการวิจัยพบว่า

1. นักศึกษาส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อความหลากหลายทางเพศในระดับมาก ($M=35.69$, $SD=5.57$) มีทัศนคติเห็นด้วยต่อความเท่าเทียมทางเพศในระดับมาก ($M=34.56$, $SD=4.89$) และพฤติกรรมต่อความหลากหลายทางเพศในระดับปานกลาง ($M=32.84$, $SD=5.50$)

2. อายุ ชั้นปี รายได้ ลักษณะการพักอาศัย อัตลักษณ์ทางเพศ การมีเพศสัมพันธ์ใน 1 เดือนที่ผ่านมา มีความสัมพันธ์ต่อทัศนคติกับความหลากหลายทางเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในขณะที่ ทัศนคติต่อความหลากหลายและความเท่าเทียมทางเพศ มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมต่อความหลากหลายทางเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ .5 ($r_s=0.17$, 0.18)

มหาวิทยาลัยควรมีนโยบายในการส่งเสริมการยอมรับกลุ่มนักศึกษาที่มีความหลากหลายทางเพศ ด้านสิทธิและความเท่าเทียมเพิ่มมากขึ้น ยอมรับกลุ่มบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศ ควรมีสื่อเกี่ยวกับการรณรงค์ให้ความรู้ในเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่สอดคล้องกับรสนิยมทางเพศของนักศึกษาอย่างปลอดภัย เพื่อการอยู่ร่วมกันในสังคมอย่างปกติสุข

คำสำคัญ: ความหลากหลายทางเพศ, ทัศนคติ, นักศึกษามหาวิทยาลัย, ความเท่าเทียมทางเพศ, ลำปาง

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding email: cc_chisapath@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 093-5169366)



Abstract

This cross-sectional survey research aimed to study attitudes towards sexual diversity, attitudes towards gender equality, and behavior towards sexual diversity, as well as to assess the correlations between attitudes towards sexual diversity, attitudes towards gender equality, and behaviors towards sexual diversity. The sample was 392 students from Lampang Rajabhat University, selected by multistage sampling. Research instrument was a questionnaire divided in four parts: general information, attitudes towards sexual diversity, attitudes towards sexual equality, and behaviors towards sexual diversity. Questionnaire sections yielded Cronbach's alpha coefficients reliability scores of 0.74, 0.88 and 0.76, respectively. Data were analyzed by descriptive statistics such as frequency, percentage, mean, and standard deviation. Correlations were tested by Chi-square and Spearman's rank correlation.

The results showed that most of students (52.6%) had attitudes towards sexual diversity at a high level ($M=35.69$, $SD=5.57$). Attitude towards gender equality (46.2%) was also at a high level ($M=34.56$, $SD=4.89$), while behavior towards sexual diversity was mostly (52.3%) at a moderate level ($M=32.84$, $SD=5.50$). After testing, the correlation factors (age, year of study, income, type of residence, sexual identity, and having sex in the last month) were significantly associated with attitudes towards sexual diversity. Both attitudes towards sexual diversity and attitudes towards gender equality were significantly associated with behaviors towards sexual diversity at the 0.01 level ($r's=0.17$, 0.18).

Therefore, university should have a policy to promote the acceptance of LGBTQ student groups, advocating for more human rights and equality, so to promote an LGBTQ friendly atmosphere in the university. Media of prevention of sexual transmitted diseases in a specific group like LGBT are also recommended. Future study should have in-depth interviews with the LGBTQ student group members for more information and concern.

Keywords: Sexual Diversity, LGBTQ, Attitudes, University Students, Gender Equality, Lampang

บทนำ

พฤติกรรมรักร่วมเพศเป็นสิ่งที่มาตั้งแต่สมัยอียิปต์โบราณจากหลักฐานการขุดค้นพบของนักโบราณคดี ที่พบหลุมศพของชายคู่หนึ่งถูกฝังอยู่หลุมฝังศพเดียวกัน และยังมีภาพจารึกมากมายที่แสดงให้เห็นถึงการใช้ชีวิตคู่ของทั้งสอง (Subhanetto, Varinto & Panyarattanakorn, 2020) ในปีคริสต์ศักราช 1869 KároliMária Kertbeny นักข่าวชาวฮังการีได้บัญญัติศัพท์คำว่า Homosexual หรือ Homosexuality ต่อมาในปีคริสต์ศักราช 1924 ได้ก่อตั้ง Society for Human Rights ซึ่งเป็นองค์กรสิทธิเกย์แห่งแรกในสหรัฐอเมริกา ในปีคริสต์ศักราช 1973 สมาคมจิตเวชศาสตร์สหรัฐอเมริกา (American Psychiatric Association) ได้ยกเลิก คำว่า "รักร่วมเพศ" ออกจากคู่มือการวินิจฉัยและสถิติ สำหรับความผิดปกติทางจิต (DSM) และประกาศว่า การรักร่วมเพศไม่ใช่โรคทางจิตเวชอีกต่อไป (Drescher, 2015) จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมรักร่วมเพศ หรือ homosexual นั้นมีประวัติศาสตร์ที่ยาวนานและนำมาสู่ความหลากหลายทางเพศในปัจจุบัน กลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศสภาพหรือเพศวิถี (Sexual Diversity) ต่างไปจากเพศกำเนิดของตนนั้นเรียกว่า กลุ่ม LGBT ประกอบด้วย Lesbian, Gay, Bisexual และ Transgender (Wijitwatcharak, Panyaruno & Santirungroj, 2019) ปัจจุบันจำนวนประชากรกลุ่ม LGBT ทั่วโลกมีอยู่ 483 ล้านคน จาก 7.4 พันล้านคนทั่วโลก คิดเป็น 6.53 % อยู่ในเอเชีย 288 ล้านคนหรือ 60 % ของกลุ่มประชากร LGBT ทั้งหมด โดยประเทศจีนมี

กลุ่ม LGBT สูงสุดถึง 85 ล้านคน ตามด้วยอินเดีย 80 ล้านคน ญี่ปุ่น 8 ล้านคน และไทย 4 ล้านคน (LGBT Capital, 2019)

ผู้มีความหลากหลายทางเพศในประเทศไทยปรากฏให้เห็นเด่นชัดขึ้นด้วยการเปลี่ยนผ่านทางโครงสร้างสังคมค่อย ๆ ทำลายอคติตามขนบธรรมเนียมความเชื่อดั้งเดิมของสังคมที่มีมุมมองว่าชายจริงต้องคู่กับหญิงแท้ ปัจจุบันสังคมยอมรับการมีตัวตนของกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศมากขึ้น โดยเฉพาะกระแสตอบรับของชนรุ่นใหม่ที่รับรู้เข้าใจ และยอมรับผู้มีความหลากหลายทางเพศว่ามีความเท่าเทียมเฉกเช่นชายจริงหญิงแท้ (Saengmanee-jeeranandacha & Politics, 2019) องค์การสหประชาชาติได้กำหนด ปฏิญญาสากลว่าด้วย สิทธิมนุษยชน (The Universal Declaration of Human Rights) ที่กล่าวถึงสิทธิขั้นพื้นฐานที่มนุษย์เกิดมาพร้อมกับความเท่าเทียมกันในแง่ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และสิทธิเพื่อดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี โดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างในเรื่องเชื้อชาติ สีผิว เพศ อายุ ภาษา ศาสนา สถานภาพทางกาย และสุขภาพ รวมทั้งความเชื่อทางการเมืองหรือความเชื่ออื่น ๆ ที่ขึ้นกับพื้นฐานทางสังคม (Office of the National Human Rights Commission of Thailand, 2014) ไม่ว่าเพศใดก็มีสิทธิเสรีภาพที่จะแสดงออกได้และได้รับสิทธิพื้นฐานและความเท่าเทียมทางด้านศักดิ์ศรี

การมีความหลากหลายทางเพศในประเทศไทยยังคงต้องเผชิญปัญหาการเลือกปฏิบัติและความรุนแรงในรูปแบบต่าง ๆ กลุ่มคนหลากหลายทางเพศในประเทศไทยยังประสบปัญหาการถูกกีดกัน การถูกเลือกปฏิบัติทั้งในสถานการศึกษาและในสถานที่ทำงาน LGBT ไม่สามารถเข้าถึงบริการต่าง ๆ ของรัฐได้อย่างเต็มที่ทั้งทางด้านสาธารณสุข สวัสดิการสังคม และการเข้าถึงกระบวนการยุติธรรม LGBT ยังต้องเผชิญการถูกเหยียดหยาม การล้อเลียนรังแกว่าเป็นบุคคล “ผิดปกติ” หรือ “เบี่ยงเบนทางเพศ”(United Nations Development Programme, 2014) บรรยากาศภายในองค์กรทำให้พนักงานกลุ่ม LGBT ไม่สามารถแสดงอัตลักษณ์ทางเพศของตนเองได้อย่างเปิดเผย เนื่องจากกังวลที่จะถูกไล่ออกจากองค์กร หรือจะถูกปฏิเสธอัตลักษณ์ทางเพศจากเพื่อนร่วมงานหากเปิดเผยตัวตนออกไปทำให้เกิดความกดดันในการทำงาน ตลอดจนเผชิญกับทัศนคติและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมจากเพื่อนร่วมงาน เช่น การนินทา หรือสาดสาและน้ำเสียงที่เยือกเย็น (Visesprapa, Wongbangpo, Niyomsin, & Krisri, 2020) แต่หากบรรยากาศภายในองค์กรที่แสดงออกถึงการให้เกียรติ การแสดงออกอย่างสุภาพ การได้รับการยอมรับและสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงานหรือหัวหน้า รวมถึงบรรยากาศที่เปิดกว้างให้ความเป็นมิตร มีความอิสระในการเปิดเผยตัวตน ทำให้รู้สึกว่าอัตลักษณ์ความเป็น LGBT ไม่ใช่ปัญหาของการทำงานนั้น ทำให้พนักงานสำนักงานกลุ่ม LGBT เกิดความพึงพอใจในงาน (Krisri, & Patmanee, 2019)

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยพบปัจจัยทัศนคติหรือพฤติกรรมต่อความหลากหลายทางเพศปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับการพฤติกรรมความหลากหลายทางเพศ ดังนั้นผู้วิจัยเห็นความสำคัญของทัศนคติต่อความเท่าเทียมทางเพศ และมีจุดมุ่งหมายเพื่อสร้างความตระหนักเกี่ยวกับทัศนคติต่อความหลากหลายทางเพศในกลุ่มนักศึกษา จึงสนใจทำการศึกษาความหลากหลายและความเท่าเทียมทางเพศ พฤติกรรมต่อความหลากหลายทางเพศของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี เพื่อเป็นแนวทางในการสนับสนุนความเท่าเทียม สิทธิ เสรีภาพของกลุ่มนักศึกษาที่มีความหลากหลายทางเพศ

วัตถุประสงค์วิจัย

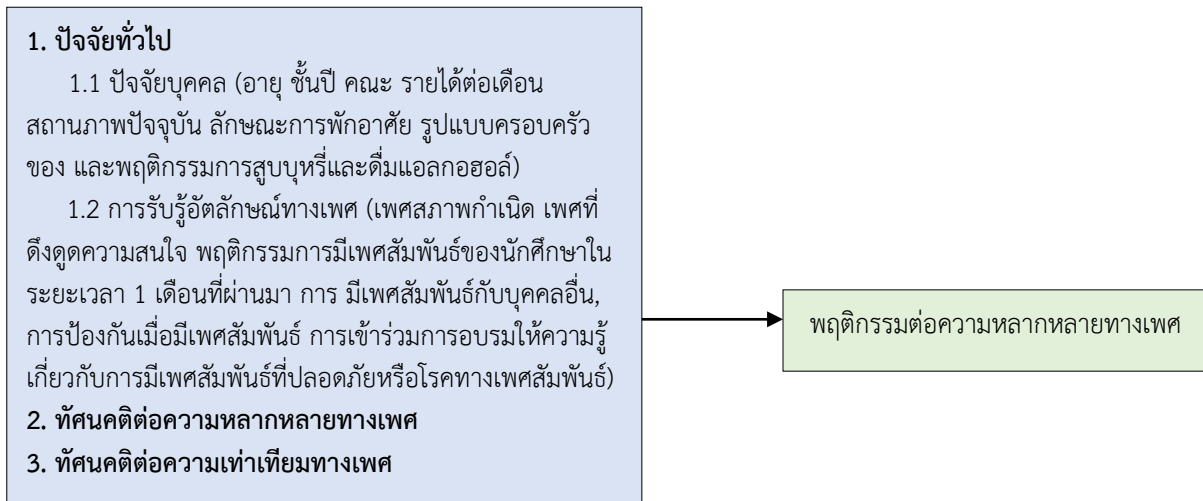
1. ทัศนคติต่อความหลากหลาย เท่าเทียมทางเพศ และพฤติกรรมต่อความหลากหลายทางเพศของนักศึกษา
2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั่วไปและทัศนคติต่อความหลากหลายทางเพศของนักศึกษา
3. ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติกับความหลากหลายและความเท่าเทียมทางเพศกับพฤติกรรมต่อความหลากหลายทางเพศของนักศึกษา

สมมติฐานวิจัย

1. ปัจจัยทั่วไป ได้แก่ อายุ ชั้นปี คณะ รายได้ต่อเดือน สถานภาพปัจจุบัน ลักษณะการพักอาศัย รูปแบบครอบครัวของ พฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อความหลากหลายทางเพศของ นักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี
2. ทัศนคติต่อความหลากหลายทางเพศ ความเท่าเทียมทางเพศ มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมต่อความ หลากหลายทางเพศของนักศึกษา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษาตามแนวคิดเพศวิถีที่มีความสัมพันธ์กับเพศสรีระ (Sex) และเพศสถานะ (Gender) ในแง่ของการอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางกายภาพชีวภาพ หรือลักษณะทางร่างกายที่เป็นธรรมชาติซึ่งปรากฏให้เห็นภายนอกความหมายของเพศวิถีที่ใช้กันในทางมานุษยวิทยา เพศวิถีเป็นเรื่องของวัฒนธรรมมากกว่าประเด็นเรื่องชีววิทยามีคุณสมบัติเหมือนเพศสถานะกล่าวคือมีความหลากหลายและลื่นไหลเป็นผลผลิตของประวัติศาสตร์ สังคม เศรษฐกิจและการเมือง (Thaweessit, 2007) อัตลักษณ์ทางเพศที่ปรากฏอยู่ในตัวคนเป็นสิ่งที่ไม่มีเอกภาพ ดังนั้นอัตลักษณ์ ชาย หญิง เกย์ เลสเบี้ยน กะเทย และคนข้ามเพศ ล้วนแต่เป็นอัตลักษณ์ที่ไม่มีแก่นแท้แน่นอนมีลักษณะที่เปลี่ยนแปลงไปตามความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างตัวตนกับสังคม (Duangwiset, 2020) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกปัจจัยที่ศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรมโดยตัวแปรประกอบด้วย 1) ปัจจัยทั่วไป ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ ชั้นปี คณะ รายได้ต่อเดือน สถานภาพปัจจุบัน ลักษณะการพักอาศัย รูปแบบครอบครัวของ พฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์) และการรับรู้อัตลักษณ์ทางเพศ (เพศสภาพกำเนิด เพศที่ดึงดูดความสนใจ พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของนักศึกษาในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา การมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ และการเข้าร่วมการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยหรือโรคทางเพศสัมพันธ์ 2) ทัศนคติต่อความเท่าเทียมทางเพศ และ 3) ทัศนคติต่อความเท่าเทียมทางเพศ ส่วนตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมต่อความหลากหลายทางเพศ ดังแสดงในภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Survey-Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี 3,287 จำนวน 392 คน เป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1 2 และ 3 จำนวน โดยมีนักศึกษาชั้นปีที่ 1 จำนวน 1,158 คน ชั้นปีที่ 2 จำนวน 965 คน และชั้นปีที่ 3 จำนวน 1,164 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี ชั้นปีที่ 1 2 และ 3 โดยมีการกำหนดกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของทาโร ยามาเน่ (Taro Yamane) จะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 356 คน และผู้วิจัยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันข้อมูลที่อาจไม่สมบูรณ์ ดังนั้นจึงได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 392 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Sampling) ประกอบด้วยวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างการสุ่มแบบโควตา (Quota Sampling) เป็น 2 กลุ่มตามสัดส่วน 60 : 40 ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างที่มีเพศสภาพ (Gender Role) ตรงกับเพศสรีระ (Biological Sex) โดยมีการเลือกแบบบังเอิญ (Accidental Selection) จำนวน 236 คน และกลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลายทางเพศ (LGBT) มีการเลือกแบบลูกโซ่หรือบอกต่อ (Snowball Sampling) จำนวน 156 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม (Questionnaire) ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 16 ข้อ โดยลักษณะเป็นข้อคำถามเลือกตอบ ได้แก่ อายุ ชั้นปี คณะรายได้ต่อเดือน สถานภาพ ลักษณะการพักอาศัย ประวัติการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพศสภาพ กำหนด เพศสภาพที่คิดว่าตนเป็น เพศที่ดึงดูดความสนใจ ประวัติการมีเพศสัมพันธ์ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา เพศของคู่นอน การป้องกัน การเข้าร่วมอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย และรูปแบบครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามทัศนคติ พฤติกรรมต่อความหลากหลายทางเพศ และทัศนคติต่อความเท่าเทียมทางเพศ ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ลักษณะของคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ (Likert Scale) โดยมีลักษณะเป็นคำถามแบบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว จากจากเห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 5 คะแนน ถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 1 คะแนน ประกอบด้วย แบบสอบถามทัศนคติต่อความหลากหลายทางเพศ จำนวน 10 ข้อ พฤติกรรมความหลากหลายทางเพศ จำนวน 10 ข้อ และทัศนคติต่อความเท่าเทียมทางเพศจำนวน 10 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) ของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน โดยเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพและสาธารณสุข ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index=CVI) เท่ากับ .80 ตรวจสอบความเที่ยงตรง ครบคลุมในเนื้อหา ตลอดจนความถูกต้องเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือโดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้นำแบบสอบถามไปทดสอบ (Try Out) กับนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่เป็นกลุ่มประชากรที่ใกล้เคียงกับประชากรที่ใช้ในการศึกษา จำนวน 30 คน ค่าความเชื่อมั่นทัศนคติที่มีต่อความหลากหลายทางเพศ เท่ากับ .74 ทัศนคติต่อความเท่าเทียมทางเพศ เท่ากับ .76 และพฤติกรรมที่มีต่อความหลากหลายทางเพศ เท่ากับ .88

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยประสานงานขอหนังสือจากมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัยและขอการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยบรมราชชนนีนครลำปาง
2. หลังจากรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยเริ่มเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามครั้งเดียวแต่แบ่งกลุ่มในการเก็บแบบสอบถาม 2 กลุ่ม ตามสัดส่วน 60:40 ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างที่มีเพศสภาพที่ตรงกับเพศกำเนิด (Straight) และกลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลายทางเพศ (LGBT)
3. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ เนื่องจากสถานการณ์ Covid-19 จึงปรับเปลี่ยนเป็นรูปแบบออนไลน์ โดยการส่งแบบสอบถามในรูปแบบ Google Form ในลักษณะ QR Code/ Link

ผ่านทาง Applications ต่าง ๆ ใน Social Media โดยให้ส่งต่อภายในกลุ่มที่มีความหลากหลายและกลุ่มเพศสภาพตรงกับเพศกำเนิด มีการจัดเก็บข้อมูลโดยไม่ระบุชื่อผู้เข้าร่วมวิจัยในแบบสอบถาม ใช้ตัวอักษรภาษาอังกฤษ และตัวเลขแทนกลุ่มตัวอย่างไว้เป็นรหัสโค้ดของแบบสอบถาม ไฟล์แบบสอบถามออนไลน์จะถูกลบออกจากระบบออนไลน์หลังเสร็จสิ้นการวิจัยภายในระยะเวลา 1 ปี มีการตรวจความสมบูรณ์ครบถ้วนเพื่อเตรียมการบันทึก และวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. หาความสัมพันธ์ของทัศนคติต่อความหลากหลาย ความเท่าเทียมทางเพศ และพฤติกรรมต่อความหลากหลายทางเพศ โดยการวิเคราะห์แบบอ้างอิง (Inference Statistic) ได้แก่ ค่าไคสแควร์ (Chi-Square) และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's Rank Correlation หรือ Spearman' rho) โดยใช้เกณฑ์ระดับความสัมพันธ์ดังนี้ (Kanhachan, Chapanya, Nuansing, 2010)

ค่าสหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0.00	ถือว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน
ค่าสหสัมพันธ์ (r) 0.01 - 0.30	ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ
ค่าสหสัมพันธ์ (r) 0.31 - 0.70	ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง
ค่าสหสัมพันธ์ (r) 0.70 - 1.00	ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับสูง

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข หมายเลข 005/64 ลงวันที่ 3 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 213 คน คิดเป็นร้อยละ 54.34 อายุ 20 ปี จำนวน 115 คน ร้อยละ 29.33 ศึกษาอยู่ในระดับชั้นปีที่ 1 ร้อยละ 36.73 โดยศึกษาอยู่คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์คิดเป็นร้อยละ 22.96 นักศึกษามีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 47.19 สถานภาพของนักศึกษามีสถานะโสดคิดเป็นร้อยละ 54.08 โดยลักษณะการพักอาศัยของนักศึกษาพบว่าอยู่คนเดียวคิดเป็นร้อยละ 56.38 รูปแบบของครอบครัวของนักศึกษาเป็นครอบครัวเดี่ยวคิดเป็นร้อยละ 53.06 ด้านพฤติกรรมส่วนบุคคล เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า นักศึกษาที่ไม่สูบบุหรี่คิดเป็นร้อยละ 76.53 แต่มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์คิดเป็นร้อยละ 63.26

2. การรับรู้อัตลักษณ์ทางเพศ

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้ อัตลักษณ์ทางเพศของกลุ่มตัวอย่าง (n = 392)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศสภาพที่ผู้คิดว่าเป็น		
เพศตรงกับเพศสภาพกำเนิด	236	60.20
ไม่แน่ใจในเพศสภาพของตนเอง	15	3.83
เลสเบี้ยน	37	9.44
เกย์	50	12.75
ไบเซชวล	19	4.85

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ทอม	24	6.12
กระเทย	11	2.81
เพศที่ดึงดูดความสนใจ		
เฉพาะเพศหญิง	157	40.05
เฉพาะเพศชาย	167	42.60
ทั้งเพศชายและเพศหญิง	53	13.52
ไม่แน่ใจ	13	3.32
ไม่รู้สึกรู้สึกดึงดูดจากเพศไหนเลย	2	0.51
การมีเพศใน 1 เดือนที่ผ่านมา		
ไม่มีเพศสัมพันธ์	258	65.82
มีเพศสัมพันธ์	134	34.18
มีเพศสัมพันธ์กับเพศตรงข้าม (เพศสรีระ)		
ชายมีเพศสัมพันธ์กับหญิง หญิงมีเพศสัมพันธ์กับชาย	95	24.23
มีเพศสัมพันธ์กับเพศเดียวกัน (เพศสรีระ)		
ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย	22	5.61
หญิงมีเพศสัมพันธ์กับหญิง	17	4.34
การป้องกันเมื่อมีเพศสัมพันธ์		
ไม่มีการป้องกัน	14	3.57
ป้องกันบางครั้ง	40	10.20
ป้องกันทุกครั้ง	80	20.41
ไม่มีเพศสัมพันธ์	258	65.82
การเข้าร่วมการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย		
ไม่เคย	43	10.97
เคย	349	89.03

จากตาราง 1 พบว่านักศึกษาส่วนใหญ่มีเพศสภาพตรงเพศกำเนิดคิดเป็นร้อยละ 60.20 รองลงมามีเพศสภาพไม่ตรงกับเพศกำเนิด หรือคิดว่าตนเองมีความหลากหลายทางเพศ (โดยประกอบด้วย เกย์ ร้อยละ 12.75 เลสเบี้ยน ร้อยละ 9.44 ทอมคิดเป็นร้อยละ 6.12 ไม่แน่ใจเพศสภาพของตนเองคิดเป็นร้อยละ 3.83 กระเทयर้อยละ 2.81 โดยนักศึกษาส่วนใหญ่มีความดึงดูดทางเพศต่อเพศชายคิดเป็นร้อยละ 42.60 พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของนักศึกษาในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีเพศสัมพันธ์คิดเป็นร้อยละ 65.8 มีเพศสัมพันธ์กับเพศตรงข้าม (เพศสรีระ) ได้แก่ ชายมีเพศสัมพันธ์กับหญิง หญิงมีเพศสัมพันธ์กับชายคิดเป็นร้อยละ 23.47 มีเพศสัมพันธ์กับเพศเดียวกัน (เพศสรีระ) คิดเป็นร้อยละ 10.71 ได้แก่ ชายมีเพศสัมพันธ์กับชายคิดเป็นร้อยละ 5.61 การป้องกันเมื่อมีเพศสัมพันธ์ นักศึกษาส่วนใหญ่ป้องกันทุกครั้งคิดเป็นร้อยละ 20.41 ด้านการเข้าร่วมอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคทางเพศสัมพันธ์พบว่านักศึกษาเคยอบรมคิดเป็นร้อยละ 89.03

3. ทักษะชีวิตที่มีต่อความหลากหลายทางเพศ ความเท่าเทียมทางเพศ และพฤติกรรมต่อความหลากหลายทางเพศ

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของทัศนคติต่อความหลากหลายทางเพศ ทัศนคติต่อความเท่าเทียมทางเพศ และพฤติกรรมต่อความหลากหลายทางเพศของกลุ่มตัวอย่าง (n = 392)

ปัจจัย	M	SD	ระดับ
ทัศนคติต่อความหลากหลายทางเพศ	35.69	5.57	มาก
ทัศนคติต่อความเท่าเทียมทางเพศ	34.56	4.89	มาก
พฤติกรรมต่อความหลากหลายทางเพศ	32.84	5.50	ปานกลาง

ตาราง 2 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อความหลากหลายทางเพศในระดับมาก ($M=35.69$, $SD=5.57$) ทัศนคติเห็นด้วยต่อความเท่าเทียมทางเพศในระดับมาก ($M=34.56$, $SD=4.89$) และพฤติกรรมต่อความหลากหลายทางเพศในระดับปานกลาง ($M=32.84$, $SD=5.50$)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้อัตลักษณ์ทางเพศกับทัศนคติที่มีต่อความหลากหลายทางเพศ

ตาราง 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อัตลักษณ์ทางเพศกับทัศนคติที่มีต่อความหลากหลายทางเพศ (n = 392)

ปัจจัย	ทัศนคติต่อความหลากหลายทางเพศ					χ^2	p-value
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ปานกลาง	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง		
อายุ						22.75	0.004
19 ปี	4 (3.48)	65 (56.52)	31 (26.96)	13 (11.30)	2 (1.74)		
20 ปี	8 (5.52)	79 (54.48)	45 (31.03)	11 (7.59)	2 (1.38)		
> 20 ปี	24 (18.18)	62 (46.97)	38 (28.79)	7 (5.30)	1 (0.76)		
ชั้นปี						24.89	0.002
ชั้นปีที่ 1	5 (3.47)	79 (54.86)	44 (30.56)	13 (9.03)	3 (2.08)		
ชั้นปีที่ 2	8 (6.40)	67 (53.60)	35 (28)	13 (10.40)	2 (1.60)		
ชั้นปีที่ 3	23 (18.68)	60 (48.79)	35 (28.45)	5 (4.07)	0 (0.00)		
รายได้						26.62	0.001
< 3,000 บาท	17 (21.25)	40 (50)	16 (20)	6 (7.50)	1 (1.25)		
3,001-5,000 บาท	10 (7.87)	75 (59.06)	35 (27.56)	7 (5.51)	0 (0.00)		
> 5000 บาท	9 (4.86)	91 (49.19)	63 (34.05)	18 (9.73)	4 (2.16)		
การพักอาศัย						12.04	0.017
อยู่คนเดียว	17 (7.69)	132 (59.73)	57 (25.79)	12 (5.43)	3 (1.36)		
อยู่หลายคน	19 (11.11)	74 (43.28)	57 (33.33)	19 (11.11)	2 (1.17)		

จากตาราง 3 ทดสอบความสัมพันธ์โดยสถิติค่าไคสแควร์ พบว่า อายุ ชั้นปี และรายได้ มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อความหลากหลายทางเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ในขณะที่ลักษณะการพักอาศัยมีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อความหลากหลายทางเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตาราง 4 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อัตลักษณ์ทางเพศกับทัศนคติที่มีต่อความหลากหลายทางเพศ (n=392)

ปัจจัย	ทัศนคติต่อความหลากหลายทางเพศ					χ^2	p-value
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ปานกลาง	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง		
อัตลักษณ์ทางเพศ						11.15	.025
เพศสภาพตรงกับเพศกำเนิด	29 (11.74)	133 (53.85)	60 (24.29)	21 (8.50)	4 (1.62)		
กลุ่มหลากหลายทางเพศ	7 (4.83)	73 (50.34)	54 (37.24)	10 (6.90)	1 (0.69)		
การมีเพศสัมพันธ์ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา						14.43	.006
ไม่มีเพศสัมพันธ์	16 (6.19)	146 (56.37)	78 (30.11)	15 (5.79)	4 (1.54)		
มีเพศสัมพันธ์	20 (15.04)	60 (45.11)	36 (27.07)	16 (12.03)	1 (0.75)		

จากตาราง 4 ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อัตลักษณ์ทางเพศกับทัศนคติต่อความหลากหลายทางเพศ โดยสถิติค่าไคสแควร์ พบว่า การรับรู้อัตลักษณ์ทางเพศมีความสัมพันธ์ต่อทัศนคติกับความหลากหลายทางเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การมีเพศสัมพันธ์ของนักศึกษาในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อความหลากหลายทางเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01

5. ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อความหลากหลายทางเพศและความเท่าเทียมทางเพศกับพฤติกรรมต่อความหลากหลายทางเพศ

ตาราง 5 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อความหลากหลายทางเพศและความเท่าเทียมทางเพศกับพฤติกรรมต่อความหลากหลายทางเพศ (n=392)

ปัจจัย	พฤติกรรมต่อความหลากหลายทางเพศ	
	r_s	p-value
ทัศนคติต่อความหลากหลายทางเพศ	0.17**	<.001
ทัศนคติต่อความเท่าเทียมทางเพศ	0.18**	<.001

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

r_s = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's Rank Correlation Coefficient)

จากตาราง 5 พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อความหลากหลายทางเพศและทัศนคติต่อความเท่าเทียมทางเพศมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมต่อความหลากหลายทางเพศ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.17 และ 0.18 ตามลำดับ

อภิปรายผล

ทัศนคติต่อความหลากหลายและความเท่าเทียมทางเพศพบว่านักศึกษาส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อความหลากหลายทางเพศในระดับมาก แสดงให้เห็นว่านักศึกษามีการยอมรับกลุ่มที่มีความหลากหลายทางเพศและมีทัศนคติต่อความเท่าเทียมทางเพศอยู่ในระดับมากคือไม่เห็นด้วยต่อการคุกคามทางเพศในกลุ่ม LGBT สอดคล้องกับงานวิจัย เรื่อง ทัศนคติของนักศึกษาในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งต่อเพศภาวะในสังคมไทยที่ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่านักศึกษาส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยกับความไม่เท่าเทียมทางเพศภาวะ เป็นการสนับสนุนว่าเพศภาวะเป็นการประกอบสร้างทางสังคมสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามบริบทสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป (Rungreangkulkij, Kotnara, Kaewjanta, & Kabkumba, 2017)

พฤติกรรมต่อความหลากหลายทางเพศอยู่ในระดับปานกลางซึ่งเป็นผลจากนักศึกษาแต่ละบุคคลมีพฤติกรรมต่อความหลากหลายทางเพศแตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมการใช้คำพูดหรือกิริยาที่แสดงให้เห็นถึงบริบทในการสื่อถึงบุคลิก ท่าทาง แต่ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเชิงบวกต่อความหลากหลายทางเพศ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยเรื่อง ค่านิยมต่อพฤติกรรมทางเพศของนักศึกษาปริญญาตรีสถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง ซึ่งพบว่านักศึกษาที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีค่านิยมต่อพฤติกรรมทางเพศอยู่ในระดับปานกลาง จะเห็นได้ว่าการศึกษาในวัยที่ต่างกัน จะมีเจตคติต่อพฤติกรรมทางเพศที่แตกต่างกัน (Phumsawan, 2001)

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั่วไปกับทัศนคติที่มีต่อความหลากหลายทางเพศ ซึ่งพบว่า 1) อายุ มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อความหลากหลายทางเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นักศึกษาที่มีอายุมากกว่าจะมีทัศนคติที่เห็นด้วยอย่างยิ่งต่อความหลากหลายทางเพศ มากกว่านักศึกษาที่มีอายุต่ำกว่า แสดงให้เห็นว่า อายุที่มากขึ้นส่งผลต่อการยอมรับต่อความหลากหลายทางเพศ สอดคล้องกับการศึกษาของ Woodford, Silverschanz, Scherrer, Swank, & Raiz, (2012) ที่พบว่า อายุของนักศึกษามีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับทัศนคติต่อความหลากหลายทางเพศ

ชั้นปีมีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อความหลากหลายทางเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นักศึกษาที่ศึกษาอยู่ในชั้นปีที่สูงกว่า จะมีทัศนคติยอมรับต่อความหลากหลายทางเพศได้มากกว่า นักศึกษาที่ศึกษาอยู่ในระดับชั้นต่ำกว่า ดังผลการวิจัยที่พบว่านักศึกษาชั้นปีที่ 3 มีทัศนคติต่อความหลากหลายทางเพศในทิศทางบวกมากกว่านักศึกษาชั้นปีที่ 1 และสอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องการสำรวจทัศนคติของนักศึกษาวิทยาลัยที่มีต่อประชากร LGBT พบว่าปีการศึกษามีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนค่านิยมหลักในสังคมเกิดการเปลี่ยนแปลงทางอุดมการณ์ที่อาจเกิดขึ้นกับทัศนคติที่มีต่อประชากรความหลากหลายทางเพศ เช่น เลสเบียน เกย์ กะเทย และคนข้ามเพศ (LGBT) (Holland, Matthews, & Schott, 2013)

รายได้มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อความหลากหลายทางเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 คือรายได้ในแต่ละเดือนของนักศึกษาบ่งบอกถึงรายได้ของครอบครัวที่ต่างกัน ระดับเศรษฐกิจของครอบครัวที่ต่างกัน กรณีที่ครอบครัวมีสภาพทางเศรษฐกิจและสังคมสูง ทางครอบครัวมักกดดันและตั้งความหวังต่อบุตรหลานให้รักษาชื่อเสียง เกียรติยศ หากมีบุตรหลานที่มีความหลากหลายทางเพศถือว่าเป็นเรื่องที่น่าอับอาย ส่งผลให้พ่อแม่ถ่ายทอดค่านิยมและเจตคติที่ไม่เห็นด้วยต่อความหลากหลายทางเพศไปสู่บุตรหลานในครอบครัว ซึ่งมีลักษณะเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาของ Saranonmeteekul (2012) ที่พบว่ารายได้ของครอบครัวที่ต่างกัน บ่งบอกถึงระดับเศรษฐกิจของครอบครัวนั้น ๆ ด้วย กรณีที่ครอบครัวมีสภาพทางเศรษฐกิจและสังคมสูง พ่อแม่จะถ่ายทอดค่านิยมและเจตคติในการใช้ของดีที่ราคาแพงให้แก่ลูก ปลุกฝังความคิดที่ว่าของดีมักมีราคาแพง ของราคาถูกคือของที่ไม่มีความเหมาะสมกับทัศนคติต่อความหลากหลายทางเพศในลักษณะที่ตัดสินว่าคนที่มีความหลากหลายทางเพศทำให้ลูกซึ่งไม่ได้รับการปลุกฝังที่ดีมากพอเข้าใจผิดเพราะเห็นตัวอย่างอยู่เป็นประจำ

ลักษณะที่อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อความหลากหลายทางเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 คือ นักศึกษาที่อาศัยอยู่คนเดียว จะทัศนคติยอมรับต่อความหลากหลายทางเพศได้มากกว่านักศึกษาที่อาศัยอยู่หลายคน เช่น อาศัยอยู่กับครอบครัว อาศัยอยู่กับเพื่อน ทัศนคติของคนในครอบครัวหรือกลุ่มเพื่อนส่งผลต่อทัศนคติในการยอมรับต่อความหลากหลายทางเพศของนักศึกษา ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาของ Champhol &

Navachinda (1991) ที่พบว่าครอบครัวมีผลต่อระดับคุณภาพชีวิต อิทธิพลของเพื่อนมีผลต่อความคิด และคุณภาพชีวิตเนื่องจากวัยรุ่นจะยอมรับพวกพ้องยิ่งกว่าปัจจัยใด

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อัตลักษณ์ทางเพศกับทัศนคติที่มีต่อความหลากหลายทางเพศ พบว่า การรับรู้อัตลักษณ์ทางเพศมีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อความหลากหลายทางเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การมีเพศสัมพันธ์ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมามีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อความหลากหลายทางเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แต่ในการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ศึกษาปัจจัยในด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความหลากหลายทางเพศ นักศึกษาที่มีความรู้ และความเข้าใจในความหลากหลายทางเพศอาจมีผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อัตลักษณ์ทางเพศกับทัศนคติที่มีต่อความหลากหลายทางเพศ

ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อความหลากหลายทางเพศและทัศนคติต่อความเท่าเทียมทางเพศกับพฤติกรรมต่อความหลากหลาย พบว่าทัศนคติต่อความหลากหลายทางเพศและความเท่าเทียมทางเพศมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมต่อความหลากหลายทางเพศในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.17 และ 0.18 ตามลำดับ สอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องการยอมรับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานของคนไทย ซึ่งมีการยอมรับพฤติกรรมทางเพศได้มากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้ามีคนในครอบครัวหรือคนใกล้ชิด แสดงพฤติกรรมทางเพศจะยิ่งมีการยอมรับได้มากขึ้นกว่าการที่ไม่มีคนใกล้ชิดแสดงพฤติกรรมทางเพศ เพราะว่าเป็นเรื่องใกล้ตัว เกิดความเคยชินเป็นเรื่องธรรมชาติอีกทั้งอยู่ด้วยแล้วไม่ได้เป็นสิ่งที่เสียหายอะไรและเข้าใจในพฤติกรรมของเขา จึงทำให้มีการยอมรับได้มากขึ้น และปัจจุบันนี้บรรทัดฐานเรื่องการยอมรับพฤติกรรมทางเพศของสังคมไทยเปลี่ยนไป คนทั่วไปมีการยอมรับพฤติกรรมทางเพศเพิ่มมากขึ้น นอกจากคนในครอบครัวแล้วยังมีการพบเจอคนในสังคมแสดงพฤติกรรมทางเพศเพิ่มมากขึ้นและเริ่มมองเห็นว่าพฤติกรรมทางเพศที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องธรรมดา (Srisot & Isarabhakdi, 2016)

การนำผลการวิจัยไปใช้

มหาวิทยาลัยควรมีนโยบายในการส่งเสริมการยอมรับกลุ่มนักศึกษาที่มีความหลากหลายทางเพศ ด้านสิทธิและความเท่าเทียมเพิ่มมากขึ้น ควรมีสื่อเกี่ยวกับการรณรงค์ให้ความรู้ในเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่สอดคล้องกับรสนิยมทางเพศของนักศึกษาอย่างปลอดภัย ห่างไกลจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ไม่เพียงแต่ในกลุ่มหญิงชาย แต่ครอบคลุมไปถึงกลุ่มนักศึกษาที่มีความหลากหลายทางเพศ (LGBT)

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มนักศึกษาที่มีความหลากหลายทางเพศ เพื่อได้ทราบถึงข้อมูล ปัญหาที่เข้าถึงกลุ่มนักศึกษาที่มีความหลากหลายมากยิ่งขึ้น เนื่องจากการศึกษาเรื่องความหลากหลายทางเพศเป็นการศึกษาที่ลื่นไหล (Dynamic) อยู่ตลอดเวลา
2. ควรใช้เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์เชิงลึกเฉพาะเจาะจงหรือแยกระหว่างกลุ่มที่เพศตรงกับเพศกำเนิด แยกจากกลุ่มที่มีความหลากหลายทางเพศ

References

- Champhol, A. & Navachinda, A. (1991). "Proceedings of the 29th Kasetsart University Annual Conference: Environment, Science, Agro-Industry, Home Economics, Engineering, Economics, Social Sciences, Humanities and Education" Social Environment and Early Adolescents' Quality of Life. (pp.533-543). Bangkok: Kasetsart University/Ministry of Agriculture and Cooperatives/ Ministry of Science and Technology. (in Thai)

- Drescher, J. (2015). Out of DSM: Depathologizing Homosexuality. *Behavioral Sciences*, 5(4), 565-575. doi: 10.3390/bs5040565
- Duangwises, N. (2020). The Concept of Gender and Sexual Diversity in Sciences and Social Sciences Paradigms. *Academic Journal of Humanities and Social Sciences Burapha University*, 28(3), 312-333. (in Thai)
- Holland, L., Matthews, T. & Schott, M. (2013). That's So Gay!" Exploring College Students Attitudes Toward the LGBT Population. *Journal of Homosexuality*, 60(4), 575-595.
- Kanhachan, W., Chapanya, Y. & Nuansing, T. (2010). Initial Research. The Relationship Between Instructional Leadership of Teachers and Student Quality in Schools under Roi-Et Primary Educational Service Area Office 2. *Journal of Roi Et Rajabhat University*, 12(1), 194-201. (in Thai)
- Krisri, T. & Patmanee, P. (2019). Organizational Climate and Job Satisfaction of Office Workers with Various Gender Identities in Bangkok Metropolitan Region. *Journal of Business Administration and Social Sciences Ramkhamhaeng University*, 2(3), 74-80. (in Thai)
- LGBT Capital. (2019). *Deploying the Power of LGBT Household Wealth*. Retrieved May 8, 2021 from <http://www.lgbt-capital.com/>
- Office of the National Human Rights Commission of Thailand. (2014). *Universal Declaration of Human Rights*. Bangkok: Amnesty international Thailand. (in Thai)
- Phumsawan, R. (2001). *Value in Sexual Behavior of Undergraduate Students at King Mongkuuts Institute of Technology Ladkrabang [Master Thesis]*. Bangkok: Srinakharinwirot University. (in Thai)
- Rungreangkulkij, S., Kotnara, I., Kaewjanta, N. & Kabkumba, C. (2017). University Students' Attitude Towards Gender in Thai Society. *J. of Soc Sci & Hum*, 43(2), 84-114. (in Thai)
- Saengmaneejeeranandacha, T. & Politics, A. (2019). Equality of the LGBT to Marriage and Child Legalization in Thailand: in the Viewpoint of Scholars and Social Activist. *Journal of Humanities and Social Sciences*, 5(2), 4-6. (in Thai)
- Saranonmeteekul, S., Wanngam, N., & Prarawong, S. (2012). The Comparison of Sexual Value and Factors Related between Students School of Health Science and Faculty of Management Science in Chiang Rai Rajabhat University. *KKU Journal for Public Health Research*, 5(1), 91-101. (in Thai)
- Srisot, M. & Isarabhakdi, P. (2016). Acceptance of Premarital Sex of Thai People. *Phranakorn Rajabhat Research Journal (Humanities and Social Sciences)*, 11(2), 137-144. (in Thai)
- Subhanetto, K., Varinto, W. & Panyarattanakorn. (2020). Homosexuality: An Analysis Based on Buddhist Ethics Guidelines. *Journal of Multidisciplinary in Humanities and Social Sciences*, 3(1), 92-103. (in Thai)
- Thaweesit, S. (2007). Women, Men and Sexuality: Gender Studies in Anthropology. *Journal of Social Sciences and Humanities*, 19(1), 312-349. (in Thai)
- United Nations Development Programme. (2014). *Being LGBT in Asia: Thailand Country Report*. Bangkok. (in Thai)

- Visesprapa, P., Wongbangpo, P., Niyomsin, S. & Krisri, T. (2020). Exploratory Factor Analysis of Organizational Climate of Office Workers with Various Gender Identities in Bangkok and Metropolis Region. *Journal of Management Science Udon Thani Rajabhat University*, 2(3), 1-6. (in Thai)
- Wijitwatchararak, K., Panyaruno, A. & Santirungroj, S. (2019). Social Movement of a Group of Sexual Diversity in Thailand. *Journal of MCU Nakhondhat*, 6(8), 3759-3771. (in Thai)
- Woodford, M., Silverschanz P., Scherrer K., Swank, E. & Raiz L. (2012). Predictors of Heterosexual College Students' Attitudes Toward LGBT People. *Journal of LGBT Youth*, 9(4), 297-320. (in Thai)
- Yamane. (1967). *Taro Statistic: An Introductory Analysis*. New York: Harper & row.

รูปแบบการดูแลมารดาตกเลือดหลังคลอดแบบองค์รวม ตึกพิเศษสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลยะลา

Mothers with Postpartum Hemorrhage: A New Holistic Care Model from Obstetrics and Gynecology Ward of Yala Hospital

จิตาสินี สุวรรณอำภา¹, นวรัตน์ ไชยมภู^{2*}

Thidasinee Suwanumpa¹, Navarat Waichompu^{2*}

โรงพยาบาลยะลา จังหวัดยะลา¹, คณะศึกษาศาสตร์และศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยหาดใหญ่^{2*}

Yala Hospital, Yala Province¹, Faculty of Education and Liberal Arts, Hatyai University^{2*}

(Received: October 11, 2022; Revised: December 22, 2022; Accepted: January 10, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาการดูแลมารดาตกเลือดหลังคลอดแบบองค์รวม 2) เพื่อสร้างรูปแบบการดูแลมารดาตกเลือดหลังคลอดแบบองค์รวม และ 3) เพื่อประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบการดูแลมารดาตกเลือดหลังคลอดแบบองค์รวม ตึกพิเศษสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลศูนย์ยะลา แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน 1) ศึกษาการดูแลมารดาตกเลือดหลังคลอดแบบองค์รวม โดยการทบทวนสถิติการตกเลือดหลังคลอด สภาพและแนวทางการดูแลมารดาตกเลือดหลังคลอด กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพ ตึกพิเศษสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลศูนย์ยะลา จำนวน 12 คน เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถามปลายเปิด ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน หาค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาได้ระหว่าง 0.67-1.00 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติค่าร้อยละ 2) ขั้นตอนการสร้างรูปแบบฯ โดยการนำข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 มาร่างรูปแบบ และ 3) ขั้นตอนการประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบ โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 8 คน เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถามความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบ ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน หาค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่าระหว่าง 0.67-1.00 วิเคราะห์โดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ย ผลการวิจัยพบว่า

1. แนวทางในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดแบบองค์รวมในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด พบว่า มีแนวทางและไม่ครอบคลุมแบบองค์รวม ร้อยละ 75 แนวทางที่ใช้สามารถป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 58.33 การดูแลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดมีมิติด้านร่างกาย ร้อยละ 100 มิติด้านจิตใจ ร้อยละ 100 มิติด้านจิตสังคม ร้อยละ 58.33 และมิติด้านจิตวิญญาณ ร้อยละ 91.67

2. รูปแบบการดูแลมารดาตกเลือดหลังคลอดแบบองค์รวม ตึกพิเศษสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลศูนย์ยะลา คือ PPSS Model

3. ผลการประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของ PPSS Model พบว่า ส่วนใหญ่มีความเหมาะสมและเป็นไปได้ในการนำไปใช้ อยู่ในระดับมาก

หน่วยงานสามารถนำ PPSS Model เป็นแนวทางในการออกแบบการประเมินมารดาตกเลือดหลังคลอดเพื่อดูแลให้ครอบคลุมแบบองค์รวม และใช้เป็นมาตรฐานเดียวกันของหน่วยงานเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุดต่อมารดาตกเลือดหลังคลอด

คำสำคัญ: การพยาบาลแบบองค์รวม, ตกเลือดหลังคลอด, สูตินรีเวชกรรม

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: navaratying@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 081-1895944)



Abstract

This research and development aimed to: 1) study the holistic care of postpartum hemorrhage mothers, 2) establish a holistic postpartum hemorrhage care model; and 3) assess the appropriateness and feasibility of applying such new postpartum hemorrhage care model at the Obstetrics and Gynecology ward of Yala Hospital. The research was divided in 3 steps. First step was to study the holistic care of postpartum hemorrhage mothers by reviewing the postpartum hemorrhage prevalence and the current situation regarding the postnatal care of mothers. The sample was 12 professional nurses in Obstetrics and Gynecology ward at Yala Hospital. The tool used was an open-ended questionnaire. Its content validity was checked by 3 experts, obtaining a CVI between 0.67-1.00. Data were analyzed by descriptive statistics. Second step was the process of creating a new model by using the data obtained from step 1. Third step was the feasibility assessment step of the model by 8 experts. The tool used was a questionnaire on the suitability and feasibility of the model. Content validity was checked by 3 experts by determining the content validity index, getting a value between 0.67- 1.00. It was analyzed by descriptive statistics such as percentage and mean. The results showed the following.

1. Guidelines for the prevention of holistic postpartum hemorrhage after 2 hours postpartum found that 75% of the guideline was not comprehensive. Almost 60 percent (58.33%) of the guideline use could prevent postpartum hemorrhage. The percentage of care to prevent postpartum hemorrhage in terms of physical dimension (P), psychological dimension (P), psychosocial dimension (P), and spiritual dimension (S) were 100, 100, 58.33, and 91.67, respectively.

2. The holistic care model for mothers with postpartum hemorrhage at Obstetrics and Gynecology ward, Yala Hospital is the PPPS Model.

3. The PPPS Model was appropriate and feasible to use at the high level.

The organization can use the PPPS Model as a guideline for designing a maternal postpartum hemorrhagic assessment for comprehensive and holistic care. It can be used as a standard care of the hospital to achieve the highest efficient care for mothers with postpartum hemorrhage.

Keywords: Holistic Care, Postpartum Hemorrhage, Obstetrics and Gynecology, Yala Province

บทนำ

การตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่พบได้บ่อยและเป็นสาเหตุการตายของมารดาทั่วโลกมากที่สุด พบถึงร้อยละ 27.1 โดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนาซึ่งพบอัตราการตายของมารดาสูงถึง 230 ต่อการเกิดมีชีพแสนราย ในขณะที่ประเทศที่พัฒนาแล้วพบ 16 ต่อการเกิดมีชีพแสนราย โดยนิยามของภาวะตกเลือดหลังคลอด หมายถึง การเสียเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 500 มิลลิลิตร จากกระบวนการคลอดปกติและมากกว่าหรือเท่ากับ 1,000 มิลลิลิตร จากการผ่าตัดคลอด รวมถึงการวินิจฉัยจากความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงที่ลดลงมากกว่าร้อยละ 10 ก่อนคลอด และจากอาการแสดงถึงการช็อกจากการเสียเลือด ซึ่งภาวะตกเลือดหลังคลอดทำให้เกิดการสูญเสียเลือดปริมาณมากส่งผลให้เซลล์ต่างๆ ในร่างกายขาดออกซิเจนและเสียสมดุล โดยเฉพาะสมองส่วนไฮโปทาลามัส และต่อมใต้สมองที่ส่งผลต่อฮอร์โมนสำคัญในระยะหลังคลอด ถ้าได้รับการรักษาที่ล่าช้าจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ได้แก่ Sheehan's Syndrome โลหิตจางรุนแรง ช็อก ทุพพลภาพ และเสียชีวิตได้ (WHO, 2012; Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guideline, 2012) สามารถแบ่งตามระยะเวลาของการตกเลือดได้ 2 ชนิด ได้แก่ การตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกและการตกเลือดหลังคลอดในระยะหลัง โดยการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก

(Primary or Early Postpartum Hemorrhage) หมายถึง การตกเลือดที่เกิดขึ้นตั้งแต่หลังคลอดทันทีจนถึง 24 ชั่วโมงหลังคลอด และการตกเลือดหลังคลอดในระยะหลัง (Secondary or Late Postpartum Hemorrhage) หมายถึง การตกเลือดที่เกิดขึ้นในระยะ 24 ชั่วโมงจนถึง 12 สัปดาห์หลังคลอด (Murray & McKinney, 2014) การตกเลือดหลังคลอดส่งผลกระทบต่อมารดาหลังคลอดทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ และพบว่าภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลังการตกเลือดในระยะ 3-6 เดือน ได้แก่ การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลในระยะ 1-3 เดือนหลังคลอด ร้อยละ 3.6 การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ร้อยละ 1.74 และการเกิดไตวายเฉียบพลัน ร้อยละ 0.33 ด้านจิตใจ พบภาวะซึมเศร้าหลังคลอดร้อยละ 13 และภาวะเครียดที่เกิดขึ้นภายหลังประสบเหตุการณ์รุนแรงในชีวิต (Post-Traumatic Stress Disorder) ร้อยละ 3 (Carroll, Daly, Begley, 2016) นอกจากนี้ยังพบว่าการตกเลือดหลังคลอดส่งผลให้เกิดภาวะโศกเศร้าในระยะยาว และมีผลเสียต่อการตั้งครรภ์และการคลอดในครั้งต่อไปคือมีโอกาสเกิดการตกเลือดหลังคลอดในการคลอดครั้งต่อไปได้ (Tort, Rozenberg, Traoré, Fournier & Dumont, 2015)

สาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดที่สำคัญและพบได้บ่อยมี 4 สาเหตุหลัก (4Ts) ได้แก่ 1) Tone คือ มดลูกหดตัวไม่ดี (Uterine Atony) 2) Trauma คือ การฉีกขาดของช่องทางคลอด (Laceration of the Genital Tract) 3) Tissue คือ การมีเศษรก/เนื้อเยื่อหรือรกค้าง และ 4) Thrombin คือ ความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด (The Royal Thai College of Obstetricians and Gynecologists, 2015) สาเหตุเหล่านี้มีปัจจัยเสี่ยงที่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้และไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ ดังนั้นในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดจึงมีความสำคัญทุกระยะของการตั้งครรภ์ โดยเฉพาะในระยะคลอด ซึ่งตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก WHO (2012) ให้ปฏิบัติด้วยการจัดการในระยะที่ 3 ของการคลอดโดยเร็ว เรียกว่า Active Management of the Third Stage of Labor (AMTSL) ร่วมกับการทำคลอดรกแบบ Controlled Cord Traction เพื่อช่วยลดเวลาและการเสียเลือดในระยะที่ 3 ของการคลอด ซึ่งการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดทั้งในระยะแรกและระยะหลังเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลแผนกคลอดและหลังคลอด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะหลังคลอด (Late Postpartum Hemorrhage) ซึ่งเป็นภาวะที่ไม่ควรให้เกิดเนื่องจากเป็นระยะที่มารดาหลังคลอดผ่านพ้นภาวะวิกฤตในระยะ 24 ชั่วโมงหลังคลอดมาแล้ว

ดังนั้น การดูแลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดจึงเป็นความท้าทายของพยาบาลโดยคำนึงถึง ความครอบคลุมแบบองค์รวม เนื่องจากสุขภาพแบบองค์รวมเป็นภาวะของการดำรงชีวิตที่มีความสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ สอดคล้องกับ Ventegodt, Kandel, Ervin & Merrick (2016) ที่กล่าวว่า การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมเป็นการดูแลผู้ป่วยที่สมบูรณ์หรือทั้งหมดซึ่งพิจารณาถึงความต้องการทางกายภาพ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณของบุคคล เป็นการการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยและผลของความเจ็บป่วยที่มีต่อความสามารถในการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง

ปัจจุบันการดูแลแบบองค์รวมเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดอาจเป็นสิ่งที่ถูกมองข้าม เนื่องจากมุ่งเน้นเฉพาะการดูแลมิติร่างกาย ซึ่งเป็นอาการแสดงที่เห็นได้ชัดและอาจนำไปสู่การเสียชีวิตของมารดาหลังคลอด โดยลืมนึกว่ามิติร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ของมนุษย์เป็นสิ่งที่เชื่อมโยงไม่สามารถแยกกันได้ ซึ่งการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (holistic Health Care) เป็นแนวคิดระหว่างองค์รวม (Holism) มาจากภาษากรีกคำว่า “Holos” หมายถึง ความสมบูรณ์ทั้งหมด (Wholeness) มีลักษณะเป็นเอกภาพไม่แบ่งแยก (Panyawong & Pruksunan, 2012) เป็นกระบวนการทัศน์ของการมองโลกและการมองชีวิตว่าทุกสิ่งทุกอย่างมีความสัมพันธ์กันไม่สามารถแยกออกเป็นส่วนๆ ไม่แยกกายกับจิต เป็นการสะท้อนการดำเนินชีวิตอย่างมีสติ ทำให้อยู่อย่างเป็นสุขด้วยการรู้จักเลือกวิธีการดำเนินชีวิตที่สอดคล้องทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ดังนั้นการดูแลที่ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ จึงมีความสำคัญและจำเป็นในการนำมาใช้ในการดูแลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อมารดาหลังคลอดและครอบครัวต่อไป สอดคล้องกับแนวคิดของ Siriphan (2014) ที่กล่าวว่าวิชาชีพพยาบาลเป็นการปฏิบัติเพื่อตอบสนองต่อธรรมชาติของบุคคลที่มีความแตกต่างกันในด้านค่านิยม ความเชื่อ และรูปแบบในการดำรงชีวิตที่แตกต่างกัน

โรงพยาบาลศูนย์ยะลาเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ดูแลผู้ป่วยคลอดภายในจังหวัดและรับส่งต่อจากโรงพยาบาลเครือข่ายจำนวน 6 โรงพยาบาล จากสถิติ 3 ปี ย้อนหลัง 2562-2564 พบภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะหลังคลอด 2 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 0.89, 0.87 และ 0.50 ตามลำดับ ซึ่งน้อยกว่าร้อยละ 1 ตามเกณฑ์ของทีมนดูแล

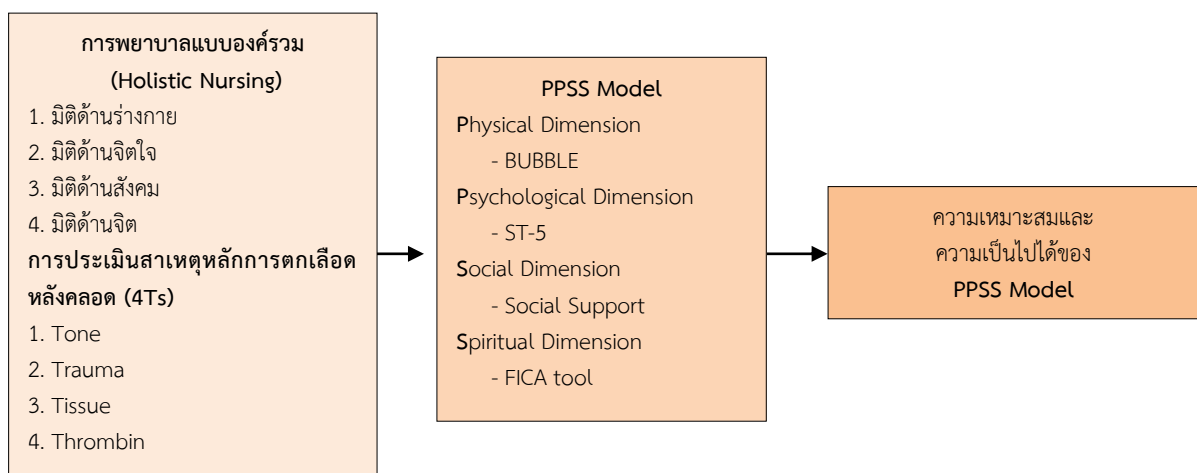
และพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยสูติกรรม โรงพยาบาลศูนย์ยะลา (Patient Care Team :PCT) แม้ว่าสถิติการตกเลือดหลังคลอดของตึกพิเศษสูตินรีเวชกรรมมีอัตราที่ต่ำกว่าเกณฑ์ก็ตาม เพื่อเป็นการพัฒนาการดูแลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นและเพื่อความปลอดภัยแบบองค์รวมนั้น ผู้วิจัยได้ศึกษา รูปแบบการดูแลมารดาตกเลือดหลังคลอดแบบองค์รวม ตึกพิเศษสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลยะลา ภายใต้แนวคิดที่เชื่อว่าเป็นการดูแลที่ครอบคลุมธรรมชาติของมนุษย์จะช่วยให้มารดาหลังคลอดมีความพึงพอใจและลดปริมาณการเสียเลือดจากภาวะตกเลือดหลังคลอดได้ โดยผลการวิจัยสามารถใช้เป็นแนวทางในการออกแบบการดูแลมารดาตกเลือดหลังคลอดแบบองค์รวม เช่น แบบการประเมินแรกรับ แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ที่ครอบคลุมองค์รวม 4 มิติ เพื่อใช้เป็นแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกันในการดูแลมารดาตกเลือดหลังคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถขยายรูปแบบให้กับเครือข่ายของโรงพยาบาลศูนย์ยะลาต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาการดูแลมารดาตกเลือดหลังคลอดแบบองค์รวม ตึกพิเศษสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลยะลา
2. เพื่อสร้างรูปแบบการดูแลมารดาตกเลือดหลังคลอดแบบองค์รวม ตึกพิเศษสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลยะลา
3. เพื่อประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของ PPSS Model ตึกพิเศษสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลยะลา

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยศึกษาแนวคิดหลักการดูแลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดเพื่อใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย กรอบแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic Nursing) ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดที่ครอบคลุมธรรมชาติภาวะสุขภาพของบุคคลที่แสดงถึงความสัมพันธ์ขององค์ประกอบหลักของบุคคลในมิติต่างๆ ประกอบด้วย มิติด้านร่างกาย มิติด้านจิตใจ มิติด้านสังคม และมิติด้านจิตวิญญาณ ร่วมกับแนวคิดการประเมินสาเหตุหลักการตกเลือดหลังคลอดของ (The Royal Thai College of Obstetricians and Gynecologists, 2015) ตาม 4 สาเหตุหลัก (4Ts) ประกอบด้วย 1) Tone คือ มดลูกหดตัวไม่ดี (Uterine atony) 2) Trauma คือ การฉีกขาดของช่องทางคลอด (Laceration of the genital tract) 3) Tissue คือ การมีเศษรก/เนื้อเยื่อหรือ รกค้าง และ 4) Thrombin คือ การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ทั้งนี้การประเมินสาเหตุหลักตาม (4Ts) (ภาพ 1)



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการวิจัย 3 ขั้นตอน โดยประยุกต์ใช้ตามขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและพัฒนาของ Bua Son (2022) ตามรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาการดูแลมารดาตกเลือดหลังคลอดแบบองค์รวม ตึกพิเศษสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลยะลา แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ทบทวนสถิติอัตราการตกเลือดหลังคลอดและแนวทางการดูแลมารดาตกเลือดหลังคลอดแบบองค์รวม ตึกพิเศษสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลยะลา โดยการทบทวนสถิติย้อนหลัง 3 ปี (2560-2562) ของอัตราการตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด

ระยะที่ 2 ศึกษาประสบการณ์และแนวทางการดูแลมารดาตกเลือดหลังคลอดแบบองค์รวมในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด ตึกพิเศษสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลยะลา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานตึกพิเศษสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลยะลา จำนวน 14 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานตึกพิเศษสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลยะลา จำนวน 12 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในช่วงเดือนสิงหาคม 2565 และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออก คือ พยาบาลวิชาชีพที่ไม่ได้ปฏิบัติงานในช่วงเดือนสิงหาคม 2565 และไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามประสบการณ์และแนวทางการดูแลมารดาตกเลือดหลังคลอดแบบองค์รวมในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ อายุ และอายุการทำงานด้านสูติกรรม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการดูแลมารดาตกเลือดหลังคลอดแบบองค์รวม ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิด (Open-Ended Questions) เกี่ยวกับประสบการณ์และแนวทางการดูแลมารดาตกเลือดหลังคลอดแบบองค์รวม จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ 1) หน่วยงานของท่านมีแนวทางในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดแบบองค์รวมในระยะหลัง 2 ชั่วโมงหลังคลอดหรือไม่ 2) ท่านคิดว่าแนวทางที่ใช้อยู่มีความครอบคลุมแบบองค์รวมหรือไม่ 3) ท่านคิดว่าแนวทางที่ใช้อยู่สามารถป้องกันการตกเลือดหลังคลอดแบบองค์รวมในระยะหลัง 2 ชั่วโมงหลังคลอด ได้หรือไม่ 4) ท่านให้การดูแลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะหลัง 2 ชั่วโมงหลังคลอดมิติด้านร่างกาย หรือไม่อย่างไร 5) ท่านให้การดูแลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะหลัง 2 ชั่วโมงหลังคลอดมิติด้านจิตใจ หรือไม่อย่างไร 6) ท่านให้การดูแลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะหลัง 2 ชั่วโมงหลังคลอดมิติด้านจิตสังคม หรือไม่อย่างไร 7) ท่านให้การดูแลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะหลัง 2 ชั่วโมงหลังคลอดมิติด้านจิตวิญญาณ หรือไม่อย่างไร และ 8) ท่านมีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับรูปแบบ/แนวทางการดูแลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดแบบองค์รวมในระยะหลัง 2 ชั่วโมงหลังคลอดอย่างไร

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสูติกรรม 1 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสูติกรรม 1 คน และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัย 1 คน ด้วยการหาค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence: IOC) โดยกำหนดค่าดัชนีที่ยอมรับได้ที่ .05 ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.67-1.00

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างวิจัยเพื่อขอจริยธรรมจากโรงพยาบาลยะลา จากนั้นผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และการพิทักษ์สิทธิแก่กลุ่มตัวอย่าง แล้วแจกแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นจึงเก็บรวบรวมแบบสอบถามนำมาวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อยกร่างรูปแบบต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย
2. ข้อมูลประสบการณ์และแนวทางการดูแลมารดาตกเลือดหลังคลอดแบบองค์รวมในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน และค่าร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ขั้นตอนที่ 2 สร้างรูปแบบการดูแลมารดาตกเลือดหลังคลอดแบบองค์รวมในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด
ตึกพิเศษสูติรีเวชกรรม โรงพยาบาลยะลา

ผู้วิจัยนำข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 มาร่างรูปแบบดูแลมารดาตกเลือดหลังคลอดแบบองค์รวมในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด ตึกพิเศษสูติรีเวชกรรม โรงพยาบาลยะลา โดยเชื่อมโยงกับกรอบแนวคิดด้านเนื้อหาที่นำมาใช้ในการวิจัย แล้วทำการยกร่างรูปแบบประเภท Semantic Model ตามแนวคิดของ Keeves (1988) ซึ่งเป็นรูปแบบที่ใช้ภาษาเป็นสื่อในการบรรยายหรืออธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษาด้วยภาษา แผนภูมิหรือรูปภาพ เพื่อให้เห็นโครงสร้างทางความคิด องค์ประกอบ และความสัมพันธ์ขององค์ประกอบในปรากฏการณ์นั้นๆ รวมทั้งการสร้างรูปแบบที่ดีตามแนวคิดของ Khaemmanee (2013) ที่กล่าวว่า รูปแบบต้องเป็นแนวทางที่นำไปสู่การทำนายผลที่ตามมา (Prediction) ซึ่งสามารถพิสูจน์และทดสอบได้เชิงประจักษ์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการระดมสมอง (Brainstorm) พยาบาลวิชาชีพประจำตึกพิเศษสูติรีเวชกรรม จำนวน 12 คน เพื่อสร้างรูปแบบให้ครอบคลุมการดูแลองค์รวม หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้จากการระดมสมองมาวิเคราะห์โดยการจัดประเด็น (Content Analysis) ให้ครอบคลุมรูปแบบการดูแลมารดาตกเลือดหลังคลอดแบบองค์รวม

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของ PPSS Model

ผู้วิจัยนำ PPSS Model ที่ได้จากขั้นตอนที่ 2 มาประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญ เพื่อพิจารณาความเหมาะสมและความเป็นไปได้ว่ามีความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ หรือสมควรที่จะเพิ่มเติมประเด็นอะไรบ้าง เพื่อให้ได้รูปแบบที่มีความสมบูรณ์ ถูกต้อง ผู้เชี่ยวชาญประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสูติกรรม 2 คน หัวหน้างานสูติกรรม 2 คน พยาบาลปฏิบัติการงานสูติกรรม 3 คน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสูติกรรม 1 คน รวมจำนวน 8 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของ PPSS Model เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนการประเมินรูปแบบที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นข้อคำถาม Rating scale 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ โดยมีระดับคะแนน 1 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด คะแนน 2 หมายถึง เห็นด้วยน้อย คะแนน 3 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง คะแนน 4 หมายถึง เห็นด้วยมาก และ คะแนน 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด และใช้เกณฑ์การแปลผลตามเกณฑ์พิสัย 3 ระดับ ดังนี้

3.68 – 5.00 หมายถึง รูปแบบฯ มีความเหมาะสมและความเป็นไปได้ อยู่ในระดับมาก

2.34 – 3.67 หมายถึง รูปแบบฯ มีความเหมาะสมและความเป็นไปได้ อยู่ในระดับปานกลาง

1.00 – 2.33 หมายถึง รูปแบบฯ มีความเหมาะสมและความเป็นไปได้ อยู่ในระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

นำแบบประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของ PPSS Model ที่สร้างขึ้นหาความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity) ด้วยการหาค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Index of Item Objective Congruence: IOC) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสูติกรรม 1 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสูติกรรม 1 คน และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัย 1 คน โดยกำหนดค่าดัชนีที่ยอมรับได้ที่ .05 ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.67-1.00 หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ภาพรวมได้เท่ากับ .945

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยกำหนดผู้ทรงคุณวุฒิในการประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของ PPSS Model ตึกพิเศษสูติรีเวชกรรม โรงพยาบาลยะลา และส่งแบบประเมินด้วยตนเอง โดยใช้แบบประเมินที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม หลังจากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยนำโครงการวิจัยเพื่อขอการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลยะลา หมายเลขรับรอง 21/2565 ลงวันที่ 14 กันยายน 2565

ผลการวิจัย

1. สภาพการณ์การดูแลมารดาตกเลือดหลังคลอดแบบองค์รวม ตึกพิเศษสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลยะลา

ตาราง 1 แสดงจำนวนและร้อยละมารดาตกเลือดหลังคลอด ตึกพิเศษสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลยะลา

ปีงบประมาณ	จำนวน	ร้อยละ
2562	7	0.52
2563	2	0.13
2564	3	0.17

จากตาราง 1 อัตราการตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด ตึกพิเศษสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลยะลา พบว่า ปี 2562 มีอัตราการตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด ร้อยละ 0.52 ปี 2563 ร้อยละ 0.13 และ ปี 2564 ร้อยละ 0.17

ตาราง 2 แสดงจำนวน และร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล (n=12)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
25-30 ปี	1	8.33
31-40 ปี	3	25.00
41-50 ปี	8	66.67
อายุการทำงานในตึกพิเศษสูตินรีเวชกรรม		
Novice (น้อยกว่า 1 ปี)	3	25.00
Advance Beginner (1-2 ปี)	1	8.33
Expert (มากกว่า 5 ปี)	8	66.67

จากตาราง 2 พบว่า พยาบาลวิชาชีพ ตึกพิเศษสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลยะลา ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 66.67 รองลงมาคือ 31-40 ปี ร้อยละ 25.00 และ 25-30 ปี ร้อยละ 8.33 ส่วนอายุการทำงานในตึกพิเศษสูตินรีเวชกรรม ส่วนใหญ่ มากกว่า 5 ปี ร้อยละ 66.67 รองลงมา คือ น้อยกว่า 1 ปี ร้อยละ 25.00 และ 1-2 ปี ร้อยละ 8.33

ตาราง 3 จำนวน และร้อยละประสบการณ์การดูแลมารดาตกเลือดหลังคลอดแบบองค์รวมในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด (n=12)

ประสบการณ์การดูแล	จำนวน	ร้อยละ
1. หน่วยงานมีแนวทางในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดแบบองค์รวม (ด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ) ในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด		
มี	9	75.00
ไม่แน่ใจ	3	25.00
2. แนวทางที่ใช้อยู่มีความครอบคลุมแบบองค์รวมหรือไม่ (ด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ)		
ครอบคลุม	3	25.00
ไม่ครอบคลุม	9	75.00

ตาราง 3 (ต่อ)

ประสบการณ์การดูแล	จำนวน	ร้อยละ
3. แนวทางที่ใช้อยู่สามารถป้องกันการตกเลือดหลังคลอดแบบองค์รวมในระยะหลัง 2 ชั่วโมงหลังคลอด ได้หรือไม่		
ได้	7	58.33
ไม่แน่ใจ	5	41.67
4. การดูแลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะหลัง 2 ชั่วโมงหลังคลอดมีมิติ ด้านร่างกาย		
ไม่ให้การดูแล	0	0
ให้การดูแล	12	100
5. การดูแลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะหลัง 2 ชั่วโมงหลังคลอดมีมิติ ด้านจิตใจ		
ไม่ให้การดูแล	0	0
ให้การดูแล	12	100
6. การดูแลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะหลัง 2 ชั่วโมงหลังคลอดมีมิติ ด้านจิตสังคม		
ไม่ให้การดูแล	7	58.33
ให้การดูแล	5	41.67
7. การดูแลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะหลัง 2 ชั่วโมงหลังคลอดมีมิติ ด้านจิตวิญญาณ		
ไม่ให้การดูแล	1	8.33
ให้การดูแล	11	91.67

จากตาราง 3 ประสบการณ์การดูแลมารดาตกเลือดหลังคลอดแบบองค์รวมในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด พบว่า ด้านมีแนวทางในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดแบบองค์รวม (ด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ) ในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด พบว่า ส่วนใหญ่มีแนวทาง ร้อยละ 75 และ ไม่แน่ใจ ร้อยละ 25

ด้านแนวทางที่ใช้อยู่มีความครอบคลุมแบบองค์รวมหรือไม่ (ด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ) พบว่า แนวทางที่ใช้อยู่ไม่ครอบคลุมแบบองค์รวม ร้อยละ 75 และครอบคลุม ร้อยละ 25

ด้านแนวทางที่ใช้อยู่สามารถป้องกันการตกเลือดหลังคลอดแบบองค์รวมในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด ได้หรือไม่ พบว่า แนวทางที่ใช้อยู่สามารถป้องกันการตกเลือดได้ ร้อยละ 58.33 และไม่แน่ใจ ร้อยละ 41.67

ด้านการดูแลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอดมีมิติด้านร่างกาย พบว่า ให้การดูแลมิติด้านร่างกาย ร้อยละ 100

ด้านการดูแลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอดมีมิติด้านจิตใจ ให้การดูแลมิติด้านจิตใจ ร้อยละ 100

ด้านการดูแลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอดมีมิติด้านจิตสังคม พบว่า ส่วนใหญ่ให้การดูแล ร้อยละ 58.33 และไม่ให้การดูแล ร้อยละ 41.67

ด้านการดูแลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอดมีมิติด้านจิตวิญญาณ พบว่า ส่วนใหญ่ให้การดูแล ร้อยละ 91.67 และไม่ให้การดูแล ร้อยละ 8.33

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพประสบการณ์และแนวทางการดูแลมารดาตกเลือดหลังคลอดแบบองค์รวมในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด

ด้านแนวทางที่ใช้อยู่สามารถป้องกันการตกเลือดหลังคลอดแบบองค์รวมในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด ได้หรือไม่ ยังพบว่าร้อยละ 41.67 ไม่แน่ใจว่าแนวทางที่ปฏิบัติจะสามารถป้องกันการตกเลือดหลังคลอดแบบองค์รวมได้หรือไม่ เนื่องจากสภาพร่างกายของมารดาหลังคลอดที่ยังอ่อนล้า อ่อนเพลีย จากการสูญเสียพลังงานจากการคลอด

“สภาพร่างกายที่อ่อนเพลียต้องการพักผ่อน ทำให้มารดาหลังคลอดยังไม่พร้อมที่จะรับฟังข้อมูลอาจต้องใช้เวลาน้อย 5-6 ชั่วโมงเพื่อให้ร่างกายได้พักผ่อน”

ด้านการดูแลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด มิติด้านร่างกาย พบว่า ให้การดูแลมิติด้านร่างกาย ร้อยละ 100 เนื่องจาก ด็กพิเศษสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลศูนย์ยะลา มีแนวทางการดูแลด้านร่างกายเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดด้านร่างกาย แต่อาจไม่เป็นมาตรฐานเดียวกันว่าจะเริ่มจากการประเมินอะไร

“การประเมินระดับยอคมดลูก การหดรัดตัวของมดลูก การประเมินกระเพาะปัสสาวะและการกระตุ้นให้ปัสสาวะเองใน 6 ชั่วโมง รวมทั้งการประเมินเลือดออกทางช่องคลอด” “ใช้หลัก BUBBLEHEE ในการประเมิน” “ประเมินสภาพทั่วไป ประเมินสัญญาณชีพ ประเมินการหดรัดตัวของมดลูก ประเมินการปวดมดลูก ประเมินกระเพาะปัสสาวะ ประเมินแผลฝีเย็บ ให้ความรู้เรื่องการคลึงมดลูก การดูแลฝีเย็บ การสังเกตน้ำคาวปลา การปฏิบัติตัวหลังคลอด กระตุ้นให้ทารกดูดนมมารดา” “ดูแลการหดรัดตัวของมดลูก ระดับยอคมดลูก คาดคะเนปริมาณเลือดทางช่องคลอด วัดสัญญาณชีพ ดูแลสารน้ำตามแผนการรักษา บันทึกสารน้ำเข้าออก” “ประเมินการหดรัดตัวของมดลูก ประเมิน Bleeding Per Vaginal ประเมินสัญญาณชีพ ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะช็อก ประเมินค่า Hematocrit ในรายที่มี Blood Loss มากกว่า 700 ซีซี ในการคลอดปกติ และ 1,000 ซีซี ในการผ่าตัดคลอด” จะเห็นได้ว่าการดูแลด้านร่างกายมีความหลากหลายไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน

ด้านการดูแลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอดมิติด้านจิตใจ ให้การดูแลมิติด้านจิตใจ ร้อยละ 100 พบว่า มีแนวทางในการดูแลมิติด้านจิตใจ แต่อาจไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน

“การให้ความรู้เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของภาวะตกเลือดหลังคลอด เปิดโอกาสให้มารดาหลังคลอดซักถามข้อสงสัย ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลเนื่องจากมารดาหลังคลอดจะมีความกังวล” “มีความเครียด การเลี้ยงดูบุตร” “มีการประเมินด้านจิตใจ” “ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลมารดาและทารก” “ประเมินอาการวิตกกังวล ประเมินการนอนหลับ ประเมินการดูแลเอาใจใส่ทารก” “อธิบายแนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด” “ให้กำลังใจในการดูแลตนเอง” “ให้คำแนะนำเพื่อลดความกังวลเพื่อลดอาการนอนไม่หลับ” จะเห็นได้ว่า มีการดูแลด้านจิตใจที่หลากหลายภายใต้การมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อลดความวิตกกังวลต่างๆ ของมารดาหลังคลอด แต่ไม่มีแนวทางหรือแบบประเมินด้านจิตใจที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน

ด้านการดูแลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอดมิติด้านจิตสังคม พบว่า ให้การดูแลด้านจิตสังคม ร้อยละ 58.33 โดยข้อมูลส่วนใหญ่ไม่ครอบคลุมและไม่สอดคล้องกับการดูแลด้านจิตสังคม

“การให้คำแนะนำเพื่อให้มารดาอยากใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข” “อธิบายญาติให้ส่วนร่วมในการดูแลและเฝ้าระวังอาการแสดงของภาวะตกเลือดหลังคลอด” “ประเมินสัมพันธภาพระหว่างมารดากับทารก” “ประเมินสัมพันธภาพระหว่างมารดาและญาติ” “ส่งเสริมสนับสนุนความสามารถในการแสดงบทบาทมารดา” จะเห็นได้ว่าการดูแลด้านจิตสังคมยังไม่ครอบคลุมและไม่มีแนวทางที่เป็นมาตรฐานเดียวกันในหน่วยงาน

ด้านการดูแลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอดมิติด้านจิตวิญญาณ พบว่า ให้การดูแล ร้อยละ 91.67 โดยส่วนใหญ่ให้การดูแลในมารดาที่มีความวิตกกังวล มีความเครียด

“ให้การดูแลเฉพาะรายในมารดาที่มีความวิตกกังวลที่เชื่อว่าตัวเองทำสิ่งไม่ดีพระเจ้าจึงลงโทษให้เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ให้การดูแลโดยการพูดคุยให้กำลังใจ ให้เข้าใจความเป็นจริง ความเชื่อมั่น การศรัทธาตามหลักศาสนา” “ส่งเสริมให้มารดาเข้าใจการมีคุณค่าในตัวเองและปฏิบัติศาสนกิจตามความเชื่อ โดยเชื่อว่าพระเจ้าเป็นผู้กำหนด” “พูดคุยให้กำลังใจมารดาที่มีความเครียด อธิบายให้เข้าใจแนวทางการพยาบาลควบคู่กับหลักความเชื่อมั่นในหลักคำสอนของศาสนา” “พูดคุยให้กำลังใจ ส่งเสริมให้เห็นคุณค่าในตนเอง” “อธิบายและส่งเสริมให้มารดาสามารถ

ปฏิบัติตามหลักศาสนาที่ไม่ขัดต่อการรักษาพยาบาล” เห็นได้ว่าการดูแลด้านจิตวิญญาณแต่อาจยังไม่ครอบคลุมและไม่มีเครื่องมือหรือแนวทางที่เป็นมาตรฐานเดียวกันในหน่วยงาน

2. รูปแบบการดูแลมารดาตกเลือดหลังคลอดแบบองค์รวม ด็กพิเศษสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลยะลา พบว่ารูปแบบการดูแลมารดาตกเลือดหลังคลอดแบบองค์รวมที่ได้จากการสังเคราะห์และเชื่อมโยงกับแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องคือ PPSS Model ประกอบด้วย 4 มิติของการดูแลแบบองค์รวม ซึ่งเป็นแบบประเมินมารดาตกเลือดหลังคลอดแบบองค์รวมเพื่อนำมาตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลให้การวางแผนการพยาบาลที่ครอบคลุมแบบองค์รวมต่อไป ตามรายละเอียดดังนี้

2.1 มิติด้านร่างกาย (Physical Dimension) โดยใช้แนวคิดการประเมินด้านร่างกายเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดตามหลัก คือ BUBBLE (Pillitteri, 2014) ประกอบด้วย

2.1.1 Body Condition คือ สภาพทั่วไปของมารดาหลังคลอด

2.1.2 Uterus คือ ระดับยอดมดลูกและการหดตัวของมดลูก ร่วมกันหลัก (4Ts) เพื่อประเมินสาเหตุของการตกเลือดหลังคลอด ประกอบด้วย 1) Tone คือ มดลูกหดตัวไม่ดี (Uterine Atony) 2) Trauma คือ การฉีกขาดของช่องทางคลอด (Laceration of the Genital Tract) 3) Tissue คือ การมีเศษรก/เนื้อเยื่อหรือ รกค้าง และ 4) Thrombin คือ การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ เนื่องจาก 4Ts เป็นการประเมินเพื่อหาสาเหตุและส่งเสริมการหดตัวของมดลูก

2.1.3 Breast คือ การประเมินลักษณะของเต้านม หัวนม และการไหลของน้ำนม ร่วมกับการประเมินการประเมินการให้นมลูก LATCH Score เนื่องจากการให้ลูกดูดนมเป็นการส่งเสริมการหดตัวของมดลูก ประกอบด้วย 1) L = Latch คือ การอมหัวนม และลานนม 2) A = Audible swallowing คือ การได้ยินเสียง กลืนน้ำนม 3) T = Type of nipple คือ ลักษณะหัวนมของแม่ 4) C = Comfort Breast and Nipple คือ รู้สึกสบายเต้านม และหัวนม และ 5) H = Hold คือ ทำอุ้มลูกหรือจัดท่าลูกขณะให้นม

2.1.4 Bladder คือ การประเมินกระเพาะปัสสาวะ ค้นหา Bladder full

2.1.5 Lochia คือ ประเมินลักษณะ และปริมาณของเลือดหรือน้ำคาวปลา

2.1.6 Episiotomy คือ ประเมินบริเวณช่องทางคลอดและแผลฝีเย็บ โดยใช้ REEDA Scale ประกอบด้วย Redness ประเมินลักษณะแดงอักเสบ Edema ประเมินลักษณะบวม Ecchymosis ประเมินรอยช้ำหรือจ้ำเลือด Discharge ประเมินมีเลือด น้ำเหลืองหรือหนอง Approximate ประเมินขอบแผลฝีเย็บเรียบขีดติดกันดี

2.2 มิติด้านจิตใจ (Psychological Dimension) โดยประยุกต์ใช้แบบประเมินความเครียด (ST-5) ของ Department of Mental Health, Ministry of Public Health (2015) จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย 1) ภาวะตกเลือดหลังคลอดส่งผลต่อการนอนไม่หลับ 2) การไม่มีสมาธิ 3) กระวนกระวายใจ 4) รู้สึกเบื่อ และ 5) ไม่อยากพูดคุยกับใคร

2.3 มิติด้านสังคม (Social Dimension) โดยประยุกต์ใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) 4 ด้าน ตามแนวคิดของ House (1981) แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ประกอบด้วย

2.3.1 การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) โดยการเข้าใจและยอมรับการแสดงบทบาทของมารดาที่สืบเนื่องจากภาวะตกเลือดหลังคลอด

2.3.2 การสนับสนุนในการให้การประเมินผล (Appraisal Support) โดยการให้ข้อมูลย้อนกลับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะตกเลือดหลังคลอดทำให้เกิดความมั่นใจ

2.3.3 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) โดยการให้คำแนะนำ คำปรึกษา การให้ข้อเท็จจริง เกี่ยวกับภาวะตกเลือดหลังคลอดที่มารดากำลังเผชิญ

2.3.4 การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Instrumental Support) โดยการแนะนำเกี่ยวกับสิทธิการรักษาช่องทางการประสานงาน

2.4 มิติด้านจิตวิญญาณ (Spiritual dimension) โดยประยุกต์ใช้แบบประเมินจิตวิญญาณ FICA Tool ของ Borneman, Ferrell & Puchalski (2010) ประกอบด้วย

2.4.1 F: Faith ความเชื่อหรือสิ่งที่สำคัญต่อการมีชีวิตอยู่ของมารดาหลังคลอดในการเผชิญหรือดูแลตนเองในภาวะตกเลือดหลังคลอด

2.4.2 I: Importance ความเชื่อดังกล่าวมีความสำคัญต่อมารดาหลังคลอดในการเผชิญหรือดูแลตนเองในภาวะตกเลือดหลังคลอด

2.4.3 C: Community ศาสนาที่มารดาหลังคลอดนับถือมีความหมายในการเผชิญหรือดูแลตนเองในภาวะตกเลือดหลังคลอด

2.4.4 A: Address มารดาหลังคลอดต้องการให้ทีมที่ดูแลปฏิบัติต่อตนเองในการเผชิญหรือดูแลตนเองในภาวะตกเลือดหลังคลอด

ผู้วิจัยนำเสนอรูปแบบการดูแลมารดาตกเลือดหลังคลอดแบบองค์รวม ดึงพิเศษสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลยะลา PPSS model (ดังภาพ 2)



ภาพ 2 แสดง PPSS Model

3. ผลการประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของ PPSS Model

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับ ความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของ PPSS Model (n=8)

ความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของ PPSS Model	M	SD	ระดับ
1. รูปแบบมีความเหมาะสมกับสภาพปัญหาที่จะแก้ไข	5.00	0.00	มาก
2. มีความครอบคลุมการดูแลแบบองค์รวม	4.80	0.42	มาก
3. รายละเอียดของรูปแบบเข้าใจง่าย	4.80	0.42	มาก
4. เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน	4.80	0.42	มาก
5. เกิดประโยชน์ในการดูแลมารดาตกเลือดหลังคลอดแบบองค์รวม	4.80	0.42	มาก
6. สามารถพัฒนาการดูแลมารดาตกเลือดหลังคลอดของหน่วยงาน	4.80	0.42	มาก
7. รูปแบบเรียงตามขั้นตอนไม่ยุ่งยากหรือซับซ้อน	4.80	0.42	มาก
8. เพิ่มมาตรฐานการดูแลมารดาตกเลือดหลังคลอด	4.80	0.42	มาก
9. มีความน่าเชื่อถือในการนำไปปฏิบัติ	4.80	0.42	มาก
10. สามารถนำไปต่อยอดในการออกแบบประเมินการดูแลมารดาตกเลือดหลังคลอดแบบองค์รวม	4.80	0.42	มาก
ภาพรวม	4.82	0.63	มาก

จากตาราง 4 ผลการประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของ PPSS Model ภาพรวม พบว่า มีความเหมาะสมและความเป็นไปได้อยู่ในระดับมาก ($M=4.82$, $SD=0.63$) พิจารณารายข้อพบว่า รูปแบบมีความเหมาะสมกับสภาพปัญหาที่จะแก้ไข มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($M=5.00$, $SD=0.00$) ส่วนข้อที่ 2-10 มีค่าเฉลี่ยเท่ากันทุกข้อ ($M=4.80$, $SD=0.42$)

อภิปรายผล

รูปแบบการดูแลมารดาตกเลือดหลังคลอดแบบองค์รวม ดึงพิเศสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลยะลา ที่ได้จากการวิจัยนี้ คือ PPSS Model ที่เกิดจากข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ได้จากประสบการณ์และแนวทางในการดูแลมารดาตกเลือดหลังคลอดที่ใช้ในปัจจุบัน ซึ่งยังไม่มีแบบครอบคลุมแบบองค์รวม ซึ่งประกอบด้วย 4 มิติของการดูแลแบบองค์รวม ได้แก่ มิติด้านร่างกาย (Physical Dimension) ซึ่งใช้แนวความคิดการประเมินด้านร่างกายเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดตามหลัก คือ BUBBLE มิติด้านจิตใจ (Psychological Dimension) โดยใช้แบบประเมินความเครียด (ST-5) มิติด้านสังคม (Social dimension) ใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) และมิติด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Dimension) ใช้แบบประเมินจิตวิญญาณ FICA tool ซึ่งเป็นการพยาบาลที่ครอบคลุมแบบองค์รวมในการดูแลมารดาตกเลือดหลังคลอดซึ่งการดูแลมิติร่างกายมีความสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Maneechan & Jamnam (2017) ที่พบว่าความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกพบในกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<.05$ ส่วนการดูแลแบบองค์รวมเป็นสิ่งสำคัญและควรปลูกฝังในตัวตนของพยาบาลซึ่งอาจเริ่มตั้งแต่เป็นนักศึกษาพยาบาลเพื่อสร้างความตระหนักในการดูแลแบบองค์รวม เห็นได้จากผลการวิจัยของ Soowit, Panasakulkan, Pongsathonviboon & Lhaosupab (2018) ที่ศึกษารูปแบบการเรียนรู้โดยเน้นการพยาบาลแบบองค์รวมเพื่อส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองอย่างเป็นองค์รวม ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) การเห็นคุณค่าการเรียนรู้ 2) การใช้ผังโน้ตทัศน์ 3) การเรียนรู้โดยเน้นประสบการณ์ 4) การคิดไตร่ตรองและสะท้อนความรู้สึก (Reflection) และ 5) การให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้เรียนอย่างเหมาะสม (Give Feedback) โดยนักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองอย่างเป็นองค์รวม ก่อนการใช้รูปแบบการเรียนรู้ มีค่าเท่ากับ 3.12 อยู่ในระดับปานกลาง และหลังการใช้รูปแบบการเรียนรู้ มีค่าเท่ากับ 4.64 อยู่ในระดับมากที่สุด และสามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองอย่างเป็นองค์รวมได้มากกว่าก่อนได้รับการจัดการเรียนรู้อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ด้านผลการประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของ PPSS Model พบว่า ส่วนใหญ่มีความเหมาะสมและเป็นไปได้ในการนำไปใช้ อยู่ในระดับมาก เนื่องจากดึงพิเศสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลยะลา ยังไม่มีรูปแบบการดูแลมารดาตกเลือดหลังคลอดที่ครอบคลุมแบบองค์รวม ซึ่งผลจากการวิจัยช่วยให้มองเห็นภาพรวมของการดูแลที่ขาดหายไปและสามารถเติมเต็มให้ครอบคลุมภายใต้ข้อมูลภาพรวมที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งช่วยให้พยาบาลรับรู้และเข้าใจการดูแลที่ครอบคลุมแบบองค์รวม สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของ Jasemi, Valizadeh, Zamanzadeh & Keogh (2017) การดูแลแบบองค์รวมในการพยาบาลเป็นปรัชญาที่ขึ้นจากการดูแลที่ผู้ป่วยควรได้รับซึ่งเกิดจากแนวคิดของมนุษย์นิยมและองค์รวม โดยแนวคิดของการดูแลแบบองค์รวมจะช่วยให้เข้าใจความหมายของการดูแลแบบองค์รวมที่ช่วยส่งเสริมให้นักศึกษาด้านการพยาบาลรวมการดูแลแบบองค์รวมไว้ในหลักสูตรการพยาบาลและอำนวยความสะดวกในการจัดหาในทางปฏิบัติ ด้านข้อจำกัดจากการวิจัย คือ ยังไม่สามารถนำ PPSS Model มาทดลองใช้เนื่องด้วยช่วงสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 ทางตึกพิเศษสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลยะลา ได้งดรับมารดาหลังคลอดมารับผู้ป่วยโรคโควิด-19 ตามนโยบาย และเมื่อสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 มีแนวโน้มดีขึ้น ทางตึกพิเศษสูตินรีเวชกรรม ก็กลับมารับมารดาหลังคลอดตามปกติแต่ยังไม่มีมารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดเข้ารับบริการ

การนำผลการวิจัยไปใช้

PPSS Model เป็นรูปแบบที่ได้จากข้อมูลเชิงประจักษ์ในภาพรวมของการดูแลมารดาตกเลือดหลังคลอด ของ ตึกพิเศษสูติเวชกรรม โรงพยาบาลยะลา ที่นำมาเชื่อมโยงกับแนวทางการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดร่วมกับ แนวคิดการดูแลแบบองค์รวม ดังนั้น หน่วยงานสามารถนำ PPSS Model เป็นแนวทางในการออกแบบการประเมิน มารดาตกเลือดหลังคลอดเพื่อดูแลให้ครอบคลุมแบบองค์รวม และใช้เป็นมาตรฐานเดียวกันของหน่วยงานเพื่อให้เกิด ประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุดต่อมารดาตกเลือดหลังคลอด

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรนำ PPSS Model ที่นำมาออกแบบเชิงปฏิบัติและทดลองใช้และทำการประเมินเพื่อพัฒนาให้มีความ เหมาะสมกับบริบทที่เปลี่ยนแปลง

References

- Borneman, T., Ferrell, B. & Puchalski, C. M. (2010). Evaluation of the FICA Tool for Spiritual Assessment. *Journal Pain Symptom Manage*, 40(2), 163-173.
- Bua Son, R. (2022). *Research and Development of Educational Innovations*. (6th ed). Chulalongkorn University Press. Bangkok. (in Thai).
- Carroll, M., Daly, D. & Begley, C. M. (2016). The Prevalence of Women's Emotional and Physical Health Problems Following a Postpartum Haemorrhage: a Systematic Review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1), 1-11.
- Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2015). *Guidelines for Using Mental Health Tools for for Public Health Personnel in Community Hospitals (Chronic Disease Clinic)*. Agricultural Cooperative Society of Thailand Co., Ltd. Printing House. (in Thai).
- House, J. S. (1981). *Work Stress and Social Support*. Reading, MA: Addison-Wesley. Jasemi M, Valizadeh L, Zamanzadeh V, & Keogh B. (2017). A Concept Analysis of Holistic Care by Hybrid Model. *Indian J Palliat Care*, 23(1), 71-80.
- Keeves, P. J. (1988). *Educational Research, Methodology and Measurement: An International Handbook*. Oxford: Pergamon Press.
- Khaemmanee, T. (2013). *Teaching Style A Variety of Choices*. (8th ed). Bangkok: Chulalongkorn University.
- Maneechan, N. & Jamnam, U. (2017). Effectiveness of Implementing Clinical Nursing Practice Guidelines for Prevention of Early Postpartum Hemorrhage at Ratchaburi Hospital. *Regional Medical Journal* 11, 31(1), 143-155. (In Thai).
- Murray, S. S. & McKinney, E. S. (2014). *Pain Management During Childbirth in Foundation of Maternal-Newborn and Women's Health Nursing*. (6th ed). United States of America: Saunders Elsevier.
- Panyawong, K. & Pruksunan, P. (2012). *Documentation for Learning about Health Care Holistic*. Faculty of Arts Community Health Management Program Learning Institute for All. (In Thai).
- Pillitteri, A. (2014). *Maternal & Child Health Nursing, Care of the Child Bearing & Childrearing Family*. (7th ed). Lippincott: Williams, & Wilkins, p.1289.

- Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guidelines Program. (2012). *Primary Postpartum Hemorrhage. Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guideline*. Retrieved July 20, 2022 from www.health.qld.gov.au/qcg.
- Siriphan, S. (2014). *Nursing Mothers After Childbirth with Cultural Differences*. Narathiwat: Narathiwat Printing House. (in Thai).
- Soowit, B., Panasakulkan, S., Pongsathonviboon, K. & Lhaosupab, N. (2018). Effects of Using Learning Model for Promoting the Holistic Palliative careamong Nursing Students, Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 19(1), 210-220.
- Soowit, B., Panasakulkan, S., Pongsathonviboon, K. & Lhaosupab, N. (2018). Effects of Using Learning Model for Promoting the Holistic Palliative Careamong Nursing Students, Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 19(1), 210-220.
- The Royal Thai College of Obstetricians and Gynecologists. (2015). *Guidelines for Medical Practice of the Royal College of Obstetricians and Gynecologists: Care and Treatment of Postpartum Hemorrhage Constrict*. Retrieved July 12, 2022, From <http://inspection.anamai.moph.go.th/uploads/docs/g1/> (in Thai).
- Tort, J., Rozenberg, P., Traoré, M., Fournier, P. & Dumont, A. (2015). Factors Associated with Postpartum Hemorrhage Maternal Death in Referral Hospitals in Senegal and Mali: Across Sectional Epidemiological Survey. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(235), 1-9.
- Ventegodt, S., Kandel, I., Ervin, D. & Merrick, J. (2016). *Concepts of Holistic Care*. Retrieved July 10, 2022, from: 10.1007/978-3-319-18096-0_148.
- World Health Organization (WHO). (2012). *WHO Recommendations for the Prevention and Treatment of Postpartum Hemorrhage*. Geneva: WHO. Retrieved July 10, 2022, from http://www.who.int/iris/bitstream/10665/75411/1/9789241548502_eng.pdf WHO

การพัฒนาแอปพลิเคชัน PNU SALT TALKING สำหรับผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูง Development of PNU SALT TALKING Application for Adults with Hypertension

พัชราวดี ทองเนื่อง^{1*}, ฟุรซาน บินซา¹, อัญญภัคสร ใจสมคม¹, นูร์ดีนี ดือเระ¹,
สุภาวดี อติชัยศักดิ์¹, กฤตธนา อติชัยศักดิ์²
Patcharawadee Tongnuang^{1*}, Fursan Binsa¹, Anyapaksorn Jaisomkom¹,
Nurdeeneeh Dereh¹, Supavadee Adisaisakda¹, Kritтана Adisaisakda²
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราวุธนครินทร์^{1*},
คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราวุธนครินทร์²
Faculty of Nursing, Princess of Naradhiwas University^{1*},
Faculty of Engineering, Princess of Naradhiwas University²

(Received: August 1, 2022; Revised: December 28, 2022; Accepted: January 10, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินคุณภาพของแอปพลิเคชัน PNU SALT TALKING สำหรับผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการออกแบบสื่อตามกรอบโมเดลแอดดี (ADDIE Model) ซึ่งเป็นกระบวนการในการพัฒนาเนื้อหาการเรียนรู้ที่แบ่งออกเป็น 5 ขั้นตอน คือ 1) การวิเคราะห์ เป็นการค้นหา อธิบาย กำหนดจุดมุ่งหมาย หรือเนื้อหาของสื่อ 2) การออกแบบ ออกแบบองค์ประกอบต่าง ๆ ของสื่อ 3) การพัฒนาสื่อ ตามที่ออกแบบไว้ 4) การนำไปใช้ และ 5) การประเมินผล จากนั้นตรวจสอบคุณภาพของแอปพลิเคชัน โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และผู้ทดลองใช้งานที่เป็นประชากรผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงจำนวน 10 ท่าน ด้วยแบบประเมินคุณภาพแอปพลิเคชันทางสุขภาพของไทย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษาพบว่า

1. แอปพลิเคชัน PNU SALT TALKING สำหรับผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงที่สร้างและพัฒนาขึ้นเพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 5 หน้าต่างหลัก 13 หน้าต่างย่อย ได้แก่ หน้าต่างการเข้าสู่แอปพลิเคชัน หน้าต่างแรก หน้าต่างบันทึกการบริโภคเกลือโซเดียมในแต่ละวัน หน้าต่างบันทึกสุขภาพ และหน้าต่างข้อมูลส่วนบุคคล

2. แอปพลิเคชันผ่านการประเมินคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และผู้ทดลองใช้งานที่เป็นผู้ใหญ่ที่มีโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 10 ท่าน ซึ่งผลการประเมินจากทั้งสองกลุ่มพบว่าภาพรวมของแอปพลิเคชัน มีคุณภาพอยู่ในระดับดี

ดังนั้น แอปพลิเคชัน PNU SALT TALKING มีคุณภาพในระดับดีที่จะนำไปใช้เพื่อการช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคเกลือโซเดียมด้วยตนเองในผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงและประชาชนทั่วไป

คำสำคัญ: แอปพลิเคชัน, การลดการบริโภคโซเดียม, ผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูง

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: patcharawadee.t@pnu.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 073-709030)



Abstract

This research and development study aimed to develop and evaluate the quality of a new PNU SALT TALKING application for adult with hypertension. The conceptual framework was based on the ADDIE five-steps model: 1) analysis, 2) design, 3) development, 4) implementation, and 5) evaluation. The quality of application was tested by three experts. Ten hypertensive adults also evaluated the tool using the Thai mobile health apps rating scale. Data analysis was performed, using descriptive statistic.

The results showed that the PNU Salt Talking application for adult with hypertension was effective to educate about sodium consumption in adults with hypertension. The application was divided in five main screens display and thirteen sub-screen displays, such as login or registration page, home page, food recording page, health assessment page, and profile (personal) page.

It has a good quality level for helping hypertensive adults and other people to modify their salt consumption behavior by themselves.

Keywords: Application, Low Sodium Consumption, Adult with Hypertension

บทนำ

ความดันโลหิตสูง (Hypertension; HTN or HT) เป็นโรคเรื้อรังที่อาศัยการรักษาในระยะยาว หนึ่งในวิธีการรักษาที่สำคัญของการป้องกันและรักษาความดันโลหิตสูงคือจำกัดการบริโภคเกลือโซเดียมจำกัดไม่เกินวันละ 2 กรัม และหากเข้มงวดในการจำกัดเกลือโซเดียมในปริมาณไม่เกิน 1.5 กรัมต่อวันจะช่วยลดระดับความดันโลหิตได้ (Thai Hypertension Society, 2019) สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของคณะกรรมการนโยบายการลดการบริโภคเกลือและโซเดียมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อระดับชาติที่ตั้งเป้าหมายให้คนไทยลดการบริโภคโซเดียมลงร้อยละ 30 ภายในปี 2568 ซึ่งจากสถานการณ์ปัจจุบันพบว่าคนไทยบริโภคโซเดียมสูงถึง 4,351.7 มิลลิกรัมต่อวัน (Thai Ministry of Public Health, 2019) โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงอยู่ก่อนแล้วพบว่ายังคงไม่สามารถจำกัดการบริโภคเกลือโซเดียมให้เป็นไปตามค่าที่แนะนำได้การศึกษาของ Maneetup & Daenseekaew (2017) พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในจังหวัดขอนแก่นยังคงบริโภคเกลือเกินถึงร้อยละ 72.50 การบริโภคเกลือโซเดียมเกินสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตที่สูงขึ้น ดังนั้นการบริโภคเกลือโซเดียมยังเป็นปัญหาสำคัญสำหรับการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

จังหวัดนราธิวาส เป็นจังหวัดหนึ่งของชายแดนใต้ที่มีความหลากหลายหลายของประชากรและวัฒนธรรม การบริโภคอาหารพบว่าชาวนราธิวาสส่วนใหญ่นิยมรับประทานข้าวเจ้าเป็นหลัก กับข้าวแต่ละมื้อมักเป็นอาหารประเภทที่มีน้ำแกงและที่ขาดไม่ได้คือน้ำพริกหรือน้ำบูดู (Wattanayon, 2014) ที่มีส่วนประกอบของเกลือโซเดียมสูง นอกจากนี้ยังมีอาหารท้องถิ่นที่มีรสชาติเค็มและเกลือโซเดียมสูงอื่น ๆ เช่น ซุปกระดุกหรือหางวู้ เนื้อเค็ม น้ำพริกเกลือ ปลาเค็ม ข้าวเกรียบปลาทอด (กือโป๊ะ) เป็นต้น ด้วยวัฒนธรรมการกินในท้องถิ่นที่ยังคงบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูง จึงส่งผลให้ยังคงพบผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่เป็นจำนวนมาก สอดคล้องกับสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงของประชากรจังหวัดนราธิวาสปีงบประมาณ 2564 ที่พบว่าผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงราว 74,703 คน โดยสูงเป็นลำดับที่ 2 ของ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเหล่านี้สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์เพียงร้อยละ 38.66 เท่านั้น (Thai Ministry of Public Health, 2021) และจากการศึกษาของ Tongnuang, Hajichearong, Wayu, Bing, Hajisaaree, Kabae, et al. (2019) พบว่า ประชากรวัยผู้ใหญ่ของจังหวัดนราธิวาสมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการจำกัดโซเดียมในอาหารอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น สถานการณ์เหล่านี้จึงสะท้อนให้เห็นว่าการควบคุมหรือป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดนราธิวาสยังเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญที่ต้องแก้ไขเร่งด่วนเพื่อช่วยลดผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูง

ทั้งต่อตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว และคนรอบข้าง รวมถึงรัฐบาลที่ต้องแบกรับค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยจากโรคที่สามารถควบคุมหรือป้องกันได้

เนื่องจากโลกทุกวันนี้มีข้อมูลข่าวสารและองค์ความรู้ด้านสุขภาพเป็นจำนวนมากโดยเฉพาะในสังคมออนไลน์ (Social media) การสื่อสารผ่านโทรศัพท์มือถือและอุปกรณ์เคลื่อนที่จึงเป็นช่องทางหนึ่งที่ทำให้บุคคลเข้าถึงข้อมูลและองค์ความรู้ที่ถูกต้องได้ง่าย ทันสมัย และสะดวก (Kaedumkoeng, 2018) การศึกษาวิจัยทางสุขภาพในยุค 4.0 ได้มีการพัฒนานวัตกรรมต่าง ๆ ที่ผสมผสานเทคโนโลยีทางสุขภาพมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคต่าง ๆ มากขึ้น สำหรับในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงนั้นเทคโนโลยีสุขภาพที่ถูกนำมาใช้ในการปรับพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตเป็นส่วนใหญ่ คือ แอปพลิเคชันบนอุปกรณ์เคลื่อนที่ (Mobile Application) ยกตัวอย่างเช่น Mobile Application “อาหารลดความดัน” ของ Samranbua & Thamcharoentrakul (2021) เป็นแอปพลิเคชันที่มุ่งให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารรูปแบบ DASH สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงหรือแอปพลิเคชัน “รู้ทันภัยความดันสูง” ของ Thajang, Panyathorn, Loonprom, Kensila, Khomphanpol, Jeenklun, et al. (2020) ที่ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยก่อโรค ภาวะแทรกซ้อน และการรักษาต่าง ๆ เป็นต้น สำหรับแอปพลิเคชันที่มุ่งปรับเปลี่ยนการบริโภคเกลือโซเดียมสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงนั้นพบว่ายังมีการศึกษาและพัฒนาค่อนข้างน้อย พบเพียงการประยุกต์ใช้แอปพลิเคชันไลน์ (LINE) ในการให้ความรู้และติดตามวิธีการลดโซเดียมและการรับประทานอาหารรูปแบบ DASH ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ศึกษาโดย Lerdmongkhonterakool, Bunyaphatkun, & Chitsomkasem (2021) หรือการศึกษาและพัฒนาแอปพลิเคชันฮักไต (HUG TAI Application) สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ของ Saedkong, Potchana, Wayo, & Klungklang (2020) โดยแอปพลิเคชันช่วยให้ผู้ใช้งานสามารถประเมินสุขภาพตนเองเบื้องต้น คำนวณปริมาณเกลือที่ได้รับในแต่ละวัน และให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง

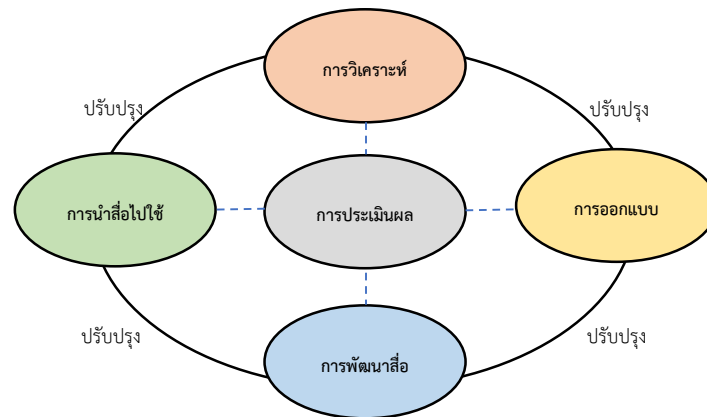
ดังนั้น แอปพลิเคชันในการให้ข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจึงยังเป็นสิ่งจำเป็นในการศึกษาและพัฒนา เนื่องจากเป็นการเพิ่มช่องทางในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่เกี่ยวข้องได้ตลอดเวลาและเพิ่มความต่อเนื่องในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยได้ ผู้วิจัยจึงพัฒนาแอปพลิเคชันลดการบริโภคเกลือโซเดียม PNU SALT TALKING เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้ความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญในการลดการบริโภคเกลือโซเดียม การคำนวณปริมาณเกลือโซเดียมในแต่ละวัน และวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมที่เหมาะสม รวมถึงการประเมินตนเองเบื้องต้น ซึ่งจะนำไปสู่ความสำเร็จในควบคุมระดับความดันโลหิตและป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ได้อีกทางหนึ่ง

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อพัฒนาแอปพลิเคชัน PNU SALT TALKING สำหรับผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูง
2. เพื่อประเมินคุณภาพของแอปพลิเคชัน PNU SALT TALKING สำหรับผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาและพัฒนาแอปพลิเคชัน PNU SALT TALKING ใช้แนวคิดการออกแบบสื่อตามกรอบโมเดลแอดดี (ADDIE Model) ซึ่งเป็นกระบวนการในการพัฒนาเนื้อหาการเรียนรู้อย่างเป็นขั้นตอน 5 ขั้นตอน คือ 1) การวิเคราะห์ (Analysis) เป็นการค้นหา อธิบาย กำหนดจุดมุ่งหมายหรือเนื้อหาของสื่อ 2) การออกแบบ (Design) องค์ประกอบต่าง ๆ ของสื่อ 3) การพัฒนาสื่อ (Development) ตามที่ออกแบบไว้ 4) การนำไปใช้ (Implementation) และ 5) การประเมินผล (Evaluation) (Branch, 2009 cited in Nichols Hess & Greer, 2016)



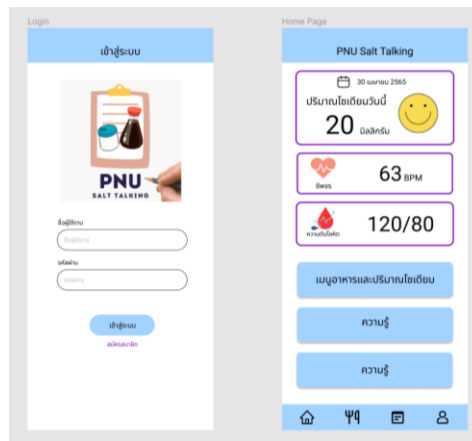
ภาพ 1 กรอบแนวคิดการศึกษาใช้กรอบโมเดลแอตตี (ADDIE Model)

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ประยุกต์ตามแนวคิดการพัฒนาสื่อตามกรอบโมเดลแอตตี (ADDIE Model) ซึ่งมีกระบวนการ 5 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ ดำเนินการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์การบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ความสำคัญในการบริโภคเกลือโซเดียมที่เหมาะสมในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง รายการอาหารที่มีส่วนประกอบของเกลือโซเดียม และความรู้ความเข้าใจในการเลือกบริโภคอาหารที่มีปริมาณเกลือโซเดียมอย่างเหมาะสม รวมทั้งรูปแบบของสื่อต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเกลือโซเดียมที่มีอยู่เดิม และสำหรับบริบทจังหวัดนครราชสีมา การบริโภคอาหารของประชาชนในพื้นที่ผสมผสานเข้ากับวิถีชีวิตอย่างกลมกลืน อาหารท้องถิ่นแสดงความเป็นเอกลักษณ์และมีส่วนประกอบของอาหารและเครื่องปรุงรสที่แตกต่างจากพื้นที่อื่นๆ ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับข้อมูลรายการอาหารท้องถิ่นชายแดนใต้ที่เป็นที่นิยมบริโภคของประชากรในพื้นที่จากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ด้วย จากการวิเคราะห์จึงได้ประเด็นในการพัฒนาสื่อ ได้แก่ 1) การขาดความรู้ความเข้าใจในการคำนวณปริมาณเกลือโซเดียมและการเลือกบริโภคอาหารในแต่ละวันทำให้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตของตนเองให้เป็นไปตามเป้าหมาย และอาจนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ 2) เนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเกลือโซเดียมตามสื่อที่ปรากฏปัจจุบันอาจยังไม่สอดคล้องบริบทหรือวิถีชีวิตของคนในท้องถิ่น เช่น ยังไม่ปรากฏข้อมูลของเกลือโซเดียมในรายการอาหารท้องถิ่นที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ 3) ยังไม่พบเครื่องมือที่ช่วยคำนวณปริมาณเกลือโซเดียมจากการรับประทานอาหารแต่ละมื้อ

ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบสื่อ จากผลการวิเคราะห์ในขั้นตอนที่ 1 ทำให้ได้ประเด็นการออกแบบพัฒนาสื่อแอปพลิเคชัน PNU SALT TALKING ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการกำหนดเนื้อหาของสื่อ (Storyboard) เป็น 4 ประเด็น คือ 1) ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ที่มีโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ความสำคัญในการบริโภคเกลือโซเดียมที่เหมาะสมในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง การคำนวณปริมาณเกลือโซเดียม แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคเกลือโซเดียมให้เหมาะสม รายการอาหารที่มีปริมาณเกลือโซเดียมในระดับต่าง ๆ และการวัดระดับความดันโลหิตด้วยตนเอง 2) การประเมินพฤติกรรมบริโภคเกลือโซเดียม 3) การคำนวณปริมาณเกลือโซเดียมจากการรับประทานอาหารในแต่ละวันด้วยตนเอง 4) การประเมินระดับความดันโลหิต จากนั้นประสานผู้เชี่ยวชาญทางด้านการสร้างและพัฒนาแอปพลิเคชันบนอุปกรณ์เคลื่อนที่เพื่อร่วมกันออกแบบและจัดทำ template ของ mobile application บนเว็บไซต์ <http://www.figma.com/> โดยกำหนดผังงาน ออกแบบจอภาพ กำหนดขนาด สี และรูปแบบของตัวอักษรในจอแสดงภาพ



ภาพ 2 ตัวอย่าง Template จอภาพหน้าต่างเข้าสู่แอปพลิเคชันและจอภาพหน้าต่างแรก

ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนาสื่อ แอปพลิเคชันฯ ถูกพัฒนาเพื่อมุ่งหวังการลดการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ใหญ่ที่มีโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นเตรียมการพัฒนาเนื้อหาของสื่อ โดยจัดทำเนื้อหาและส่งไปยังผู้ทรงวุฒิที่เกี่ยวข้องโรคความดันโลหิตสูงและโภชนาบำบัดในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และนำมาคำนวณค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity, CVI) ได้เท่ากับ 1 และดำเนินการเตรียมภาพที่เกี่ยวข้องจากการดำเนินการถ่ายภาพด้วยตนเอง เลือกใช้ภาพที่อนุญาตให้ใช้ฟรี และขออนุญาตใช้ภาพบางรายการจากเจ้าของภาพ 2) ขั้นตอนการพัฒนาสื่อ ผู้วิจัยประสานผู้เชี่ยวชาญทางด้านการสร้างและพัฒนาแอปพลิเคชันบนอุปกรณ์เคลื่อนที่เพื่อจัดทำ mobile application สำหรับดาวน์โหลดและติดตั้งโปรแกรมลงในอุปกรณ์เคลื่อนที่ที่ใช้ระบบปฏิบัติการ Android และ iOS

ขั้นตอนที่ 4 การนำไปใช้ ผู้วิจัยดำเนินการทดลองใช้แอปพลิเคชัน PNU SALT TALKING และพิจารณาปรับแก้ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญทางด้านการสร้างและพัฒนาแอปพลิเคชันบนอุปกรณ์เคลื่อนที่ ในประเด็นการออกแบบธีมของแอปพลิเคชันที่เหมาะสมกับผู้ใช้งาน การประมวลผลข้อมูล การแสดงผลหน้าจอแอปพลิเคชัน และการเข้าสู่ระบบใช้งาน (log in) จากนั้นดำเนินการประเมินคุณภาพของแอปพลิเคชัน PNU Salt Talking ผ่านแบบประเมินคุณภาพแอปพลิเคชันทางสุขภาพของไทย (Thai Mobile Health Apps Rating Scale; THARS) ของ Hongsanun & Insuk (2019) ที่มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (I-CVI) เท่ากับ 0.9 ซึ่งผ่านการพัฒนาจนเป็นที่ยอมรับและอนุญาตให้ใช้ได้โดยอิสระ แบบประเมินนี้เป็นการสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพ ความเหมาะสม และความปลอดภัยในการใช้งานแอปพลิเคชัน มีข้อคำถามจำนวน 38 ข้อ ลักษณะตัวเลือกตอบ ได้แก่ ใช่ (1 คะแนน) ไม่ใช่ หรือไม่แน่ใจ (0 คะแนน) หากมีคะแนนตั้งแต่ 26 คะแนนขึ้นไปถือว่าแอปพลิเคชันอยู่ในระดับคุณภาพดี หากคะแนนน้อยกว่า 13 คะแนนถือว่าแอปพลิเคชันมีคุณภาพอยู่ในระดับต่ำ การประเมินคุณภาพฯ เพื่อพัฒนาแก้ไขแอปพลิเคชันโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญการพัฒนาแอปพลิเคชันทางสุขภาพ และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญโรคความดันโลหิตสูง จากนั้นนำผลการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิสู่การแก้ไขและพัฒนาแอปพลิเคชันให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น และดำเนินการประเมินคุณภาพโดยผู้ทดลองใช้งานที่เป็นประชากรผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงจำนวน 10 ท่าน

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผล ผลจากการประเมินเพื่อพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพของแอปพลิเคชัน ได้แก่ 1) เพิ่มขนาดตัวอักษรให้มีขนาดใหญ่ขึ้น หรืออาจเพิ่มฟังก์ชันให้สามารถขยายหรือย่อขนาดของภาพหรือตัวอักษรได้ 2) ในหมวดเนื้อหาความรู้ปรับการนำเสนอข้อความให้อยู่ในรูปแบบของอินโฟกราฟิก (infographic) เพื่อความน่าสนใจและเข้าใจได้ง่ายขึ้น 3) การบันทึกรายการอาหารและปริมาณอาหารในแต่ละมื้อยังไม่เสถียร ให้แก้ไขรูปแบบหรือปรับลดบางปุ่มออก เพื่อให้ง่ายขึ้นในการบันทึกข้อมูล 4) อาจเพิ่มข้อมูลเสียงในรูปแบบของภาษามลายูถิ่นเพื่อให้เหมาะกับบริบทและดึงดูดความสนใจในการใช้งานสำหรับคนในพื้นที่ 5) ให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับนโยบายความปลอดภัยของข้อมูลแก่ผู้ใช้งาน

จริยธรรมวิจัย

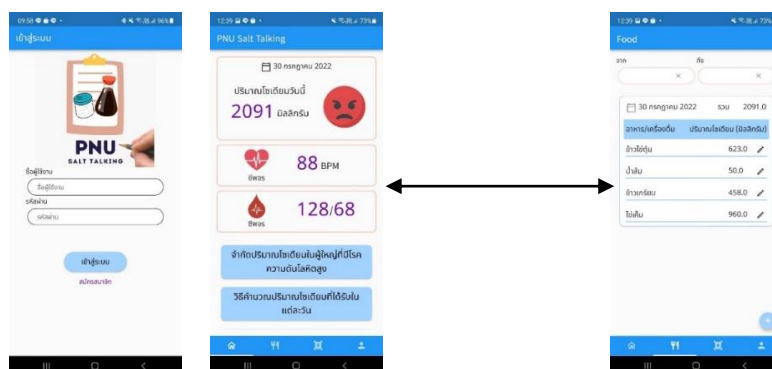
การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งในโครงการวิจัยเรื่อง ผลของแอปพลิเคชัน PNU SALT TALKING ร่วมกับโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมและระดับความดันโลหิตของผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูง จังหวัดนราธิวาส ที่ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส รหัสโครงการวิจัย 14/2565 ให้การรับรอง ณ วันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2565

ผลการวิจัย

1. แอปพลิเคชัน PNU SALT TALKING สำหรับผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 5 หน้าต่างหลัก และ 13 หน้าต่างย่อย แสดงในตาราง 1 และภาพ 3

ตาราง 1 แสดงรายละเอียดจอภาพของแอปพลิเคชัน PNU SALT TALKING สำหรับผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูง

ที่	รายละเอียดหน้าต่างหลัก	จำนวนหน้าต่างย่อย
1	หน้าต่างการเข้าสู่แอปพลิเคชัน (Log in/Registration)	2
2	หน้าต่างแรก (Home)	6
3	หน้าต่างบันทึกการบริโภคเกลือโซเดียมในแต่ละวัน (Food)	2
4	หน้าต่างบันทึกสุขภาพ (Health Recording)	2
5	หน้าต่างข้อมูลส่วนบุคคล (Profile)	1



ภาพ 3 ตัวอย่างหน้าต่างในแอปพลิเคชัน

2. การประเมินคุณภาพของแอปพลิเคชัน PNU SALT TALKING สำหรับผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูง

ตาราง 2 แสดงคะแนนและระดับของคุณภาพของแอปพลิเคชัน PNU SALT TALKING สำหรับผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูง จากผู้ทรงคุณวุฒิ

คุณภาพของแอปพลิเคชัน	คะแนนรวมที่เป็นไปได้	M	SD	ระดับคุณภาพ
ด้านคุณภาพทั่วไปโดยรวม	0 - 29	22	1.50	ดี
ด้านการประเมินความเสี่ยงในการใช้งานของผู้ใช้	0 - 9	4.66	0.47	ปานกลาง
ภาพรวม	0 - 38	26.66	1.70	ดี

ตาราง 3 คะแนนและระดับของคุณภาพของแอปพลิเคชัน PNU SALT TALKING สำหรับผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูง จากกลุ่มผู้ทดลองใช้งาน

คุณภาพของแอปพลิเคชัน	คะแนนรวมที่เป็นไปได้	M	SD	ระดับคุณภาพ
ด้านคุณภาพทั่วไปโดยรวม	0 - 29	23.5	1.03	ดี
ด้านการประเมินความเสี่ยงในการใช้งานของผู้ใช้	0 - 9	4.9	0.37	ปานกลาง
ภาพรวม	0 - 38	28.4	0.94	ดี

จากตาราง 2 พบว่า ภาพรวมแอปพลิเคชันฯ มีคุณภาพอยู่ในระดับดี ($M=26.66$, $SD=1.70$) และผลการประเมินในกลุ่มผู้ทดลองใช้งานพบว่า ภาพรวมแอปพลิเคชันฯ มีคุณภาพอยู่ในระดับดี ($M=28.4$, $SD=0.94$) (ตาราง 3)

อภิปรายผล

จากวัตถุประสงค์การศึกษาที่ 1 เพื่อพัฒนาแอปพลิเคชัน PNU SALT TALKING สำหรับผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูง แอปพลิเคชัน PNU SALT TALKING สำหรับผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูง ถูกพัฒนาด้วยกรอบแนวคิดการพัฒนาสื่อตามโมเดลแอตตี โดยมีกระบวนการ 5 ขั้นตอน ได้แก่ การวิเคราะห์วรรณกรรม สถานการณ์ และประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ใหญ่ที่มีความดันโลหิตสูงและบริบทที่เกี่ยวข้องกับประชากรในพื้นที่จังหวัดนราธิวาสเพื่อให้ได้ประเด็นในการพัฒนาแอปพลิเคชัน จากนั้นนำสู่ขั้นตอนการออกแบบและพัฒนาสื่อแอปพลิเคชันร่วมกับผู้เชี่ยวชาญทางด้านการสร้างและพัฒนาแอปพลิเคชันบนอุปกรณ์เคลื่อนที่ สำหรับองค์ประกอบของแอปพลิเคชัน PNU SALT TALKING สำหรับผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงประกอบด้วย 5 หน้าต่างหลัก และ 13 หน้าต่างย่อยที่ช่วยให้ผู้ใช้งานศึกษาและทำความเข้าใจเกี่ยวกับ 1) ความสำคัญจำเป็นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคเกลือโซเดียมที่เหมาะสมกับระดับความดันโลหิตสูง และวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมถึงแสดงปริมาณของโซเดียมจากตัวอย่างรายการอาหารแต่ละประเภท ไม่ว่าจะเป็นอาหารจานเดียว เครื่องปรุงรส ขนม เครื่องดื่ม หรืออาหารท้องถิ่นชายแดนใต้ 2) การประเมินตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมบริโภคเกลือโซเดียมด้วยตนเองที่ผู้ใช้งานสามารถตรวจสอบพฤติกรรมของตนเองได้ โดยระบบจะประมวลผลและให้คำแนะนำตามระดับของพฤติกรรม 3) การเฝ้าระวังและติดตามปริมาณโซเดียมจากการรับประทานอาหารในแต่ละมื้อที่ผู้ใช้งานสามารถเลือกบันทึกรายการอาหารและปริมาณที่รับประทานในแต่ละมื้อด้วยตนเอง ซึ่งระบบจะประมวลผลและแสดงผลปริมาณของโซเดียมให้ผู้ใช้งานรับทราบในทันที โดยผู้ใช้งานสามารถบันทึกได้ทุกมื้อและทุกวันอย่างต่อเนื่อง 4) แอปพลิเคชันยังมีการพัฒนาเป็นระบบ 2 สองภาษา โดยรูปแบบตัวอักษรสำหรับการอ่านเป็นภาษาไทยและใช้เสียงบรรยายเป็นภาษามลายูถิ่น เพื่อช่วยอำนวยความสะดวกให้กับผู้ใช้งานในพื้นที่ได้เข้าถึงและใช้งานได้มากขึ้น องค์ประกอบของแอปพลิเคชันฯ ดังกล่าวสอดคล้องกับผลการทบทวนอย่างเป็นระบบของ Ali, Luo, Li, Liu, Tang, & Zhang (2019) เกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีทางสุขภาพบนอุปกรณ์เคลื่อนที่ (Mobile Health; mHealth) ที่มีจุดประสงค์เพื่อลดการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ใช้นั้น ลักษณะของแอปพลิเคชันที่พบมีดังนี้ 1) ใช้การส่งข้อความสั้น (SMS) หรือร่วมกับสื่อสนทนาออนไลน์เพื่อกระตุ้นเตือนผู้ใช้งานในการเฝ้าระวังพฤติกรรม 2) สามารถตอบสนองแบบทันทีทันใด (Interactive Mobile Phone Apps) 3) สามารถสแกนฉลากโภชนาการของสินค้าเพื่อตรวจสอบส่วนประกอบของโซเดียมผ่านแอปพลิเคชัน 4) เนื้อหาของแอปพลิเคชันมุ่งสร้างความตระหนักรู้และการให้ความรู้เกี่ยวกับการลดการบริโภคโซเดียม รวมถึงการให้คำแนะนำในการบริโภคอาหารจากผู้เชี่ยวชาญหรือกลยุทธ์วิธีการลดโซเดียมที่เหมาะสมกับผู้ใช้งานโดยตรง หรือให้ความรู้ในการจัดการโรคหรือการติดตามภาวะโภชนาการของตนเองด้วยการบันทึกข้อมูลปริมาณและชนิดของอาหารแต่ละมื้อ หรือถ่ายรูปอาหารส่งเข้าสู่ระบบ 5) มีการใช้สื่อเสียงและสื่อวีดิทัศน์ และ 6) ผู้ใช้งานสามารถติดตามพฤติกรรมของตนเองผ่านการใช้งานแอปพลิเคชันฯ ได้

นอกจากนี้ สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การศึกษาที่ 2 เพื่อประเมินคุณภาพของแอปพลิเคชัน PNU SALT TALKING สำหรับผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูง โดยผู้ทรงคุณวุฒิดำเนินการประเมินคุณภาพแอปพลิเคชันเพื่อ

พัฒนา และประเมินการใช้งานโดยผู้ทดลองใช้งานที่เป็นผู้ใหญ่วัยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ในขั้นการประเมินแอปพลิเคชันพบว่า คุณภาพของแอปพลิเคชันฯ ในภาพรวมอยู่ในระดับดี ทั้งจากการประเมินคุณภาพของผู้ทรงคุณวุฒิและผู้ทดลองใช้งาน ผลการศึกษารั้งนี้เป็นการสนับสนุนว่าการออกแบบและพัฒนาสื่อโดยใช้กระบวนการที่เป็นขั้นตอนชัดเจนตามโมเดลแอตตี้จะทำให้สื่อได้รับการพัฒนามีคุณภาพที่ดี เช่นเดียวกับผลการประเมินคุณภาพของสื่อเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง ของ Khunpol (2022) ที่พัฒนาตามโมเดลแอตตี้ มีคุณภาพในภาพรวมอยู่ในระดับดี หรือการศึกษาของ Aydin & Gursoy (2022) ที่พัฒนาแอปพลิเคชันบนอุปกรณ์เคลื่อนที่สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมตามกระบวนการโมเดลแอตตี้ที่สนับสนุนว่าโมเดลแอตตี้เป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยให้บุคลากรวิชาชีพสุขภาพที่อาจไม่มีประสบการณ์หรือความเชี่ยวชาญในด้านเทคโนโลยีสามารถออกแบบสื่อเพื่อให้ความรู้ทางสุขภาพ หรือกำกับติดตามผู้ป่วยได้อย่างเป็นระบบหรือขั้นตอนมากขึ้น และแอปพลิเคชันบนอุปกรณ์เคลื่อนที่จะเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้ผู้ป่วยจัดการกับปัญหาสุขภาพของตนเองได้อีกทางหนึ่งด้วย อย่างไรก็ตาม แอปพลิเคชันฯ นี้ยังมีจุดที่ต้องพัฒนาเพิ่มเติมในเรื่องของการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงในการใช้งาน โดยมีการแจ้งนโยบายความเป็นส่วนตัวและการเก็บรักษาข้อมูลของผู้ใช้งานเพื่อเพิ่มความมั่นใจในการใช้งานมากขึ้นต่อไป

การนำผลการวิจัยไปใช้

แอปพลิเคชัน PNU SALT TALKING สำหรับผู้ใหญ่วัยโรคความดันโลหิตสูง สามารถนำไปใช้งานได้โดยผู้ใช้งานสามารถใช้แอปพลิเคชันฯ นี้ในการเรียนรู้และทำความเข้าใจเกี่ยวกับการลดการบริโภคเกลือโซเดียมด้วยตนเองได้ แอปพลิเคชันฯ จะช่วยให้ผู้ใช้งานเข้าใจถึงความสำคัญในการบริโภคเกลือโซเดียมในโรคความดันโลหิตสูง และยังช่วยแสดงข้อมูลปริมาณของเกลือโซเดียมที่ได้รับเข้าสู่ร่างกายผ่านการบันทึกรายการอาหารที่รับประทานเข้าไปในแต่ละมื้อ ซึ่งแอปพลิเคชันฯ จะประมวลผลและแสดงผลข้อมูลเพื่อแจ้งเตือนผู้ใช้งาน หากได้รับปริมาณเกลือโซเดียมเข้าสู่ร่างกายมากเกินไป และหากผู้ใช้งานมีการใช้งานอย่างต่อเนื่อง จะเป็นเครื่องมือหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ใช้งานที่มีโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตของตนเองได้ดียิ่งขึ้นอีกทางหนึ่ง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษารั้งต่อไปสามารถนำแอปพลิเคชัน PNU SALT TALKING สำหรับผู้ใหญ่วัยโรคความดันโลหิตสูงไปใช้ในการศึกษาประสิทธิภาพของแอปพลิเคชัน ฯ ต่อการลดหรือควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ที่มีโรคความดันโลหิตสูงหรือศึกษาในผู้ป่วยอื่น ๆ ที่สัมพันธ์กับการบริโภคเกลือโซเดียม เช่น โรคไต โรคหัวใจ เป็นต้น และการพัฒนาแอปพลิเคชันเพิ่มเติมในประเด็นของการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงในการใช้งาน โดยมีการแจ้งนโยบายความเป็นส่วนตัวและการเก็บรักษาข้อมูลของผู้ใช้งาน

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษารั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) ประจำปีงบประมาณ 2565

References

- Ali, S. H., Luo, R., Li, Y., Liu, X., Tang, C., Zhang, P. (2019). Application of Mobile Health Technologies Aimed at Salt Reduction: Systematic Review. *JMIR mHealth and uHealth*, 7(4), e13250.

- Aydin, A., & Gursay, A. (2022). *Mobile app for Breast Cancer Patients: Development Process Using the ADDIE models (Step 1)*. Research Square. Retrieved July 27, 2022 from <https://assets.researchsquare.com/files/rs-1406933/v1/9362a1e3-4471-449f-af44-cd526643166f.pdf?c=1646239548>.
- Hongsanun, W., & Insuk, S. (2019). Development of the Thai Mobile Health Apps Rating Scale (THARS). *Thai Journal of Pharmacy Practice*, 11(1), 181-193. (in Thai).
- Kaeodumkoeng, K. (2018). *Health Literacy: Access Understand and Application*. (2nd eds.). Nonthaburi: Amarin Book Center Company Limited. (in Thai).
- Khunpol, S. (2022). The Design and Development of Media for Educating on Depression in the Elderly Ages at Pa Phayom District, Phatthalung Province. *Journal of Mass Communication Technology, RMUTP*, 7(1), 21-32. (in Thai).
- Lerdmongkhonterakool, C., Bunyaphatkun, P. & Chitsomkasem, A. (2021). The Effects of Low Sodium, DASH Dietary Pattern Education and Applying Theory of Planned Behavior on Blood Pressure Reduction in Hypertension Patients. *Vajira Nursing Journal*, 23(1), 31-45. (in Thai).
- Maneetup, K. & Daenseekaew, S. (2017). Situation of Salt Intake among People with Hypertension in Thangkhung Subdistrict, Waengnoi District, Khonkaen Province. *Journal of Nursing and Health Care*, 35(4: October - December), 140-149. (in Thai).
- Nichols Hess, A. K. & Greer, K. (2016). Designing for Engagement: Using the ADDIE Model to Integrate High-Impact Practices Into an Online Information Literacy Course. *Communications in Information Literacy*, 10(2), 264-282.
- Saedkong, P., Potchana, R., Wayo, W. & Klungklang, R. (2020). Effects of Using Hug Tai Application on Health Literacy among Patients with Diabetes Type 2, Hypertension, and Chronic Kidney Disease Stage 3 at Wat Nong Weang Pra-Aramluang Primary Care Unit in Khon Kaen. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 7(3), 195-206. (in Thai).
- Samranbua, A. & Thamcharoentrakul, B. (2021). The Effects of Relieving Hypertension Diet Application on Health Belief among Patients with Hypertension. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 32(1), 228-242. (in Thai).
- Thai Hypertension Society. (2019). *2019 Thai Guidelines on the Treatment of Hypertension*. Bangkok: Huanam Printing. (in Thai).
- Thai Ministry of Public Health. (2019). *Guidelines for the Operation of Low Sodium Diet in Hospital*. Retrieved November 10, 2021 from [http://www.thaincd.com/document/file/download/paper-manual/Bookโรงพยาบาลเค็มน้อยอร่อย\(3\)ตี.pdf](http://www.thaincd.com/document/file/download/paper-manual/Bookโรงพยาบาลเค็มน้อยอร่อย(3)ตี.pdf). (in Thai).
- Thai Ministry of Public Health. (2021). *Number of Hypertensive Patients in Narathiwat Province 2021*. Retrieved July 20, 2022 from https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report_kpi.php?flag_kpi_level=9&flag_kpi_year=2022&source=pformatted/format1.php&id=2e3813337b6b5377c2f68affe247d5f9. (in Thai).
- Thajang, S., Panyathorn, K., Loonprom, N., Kensila, U., Khomhanpol, P., Jeenklun, K., et al. (2020). Effects of Using Media Application on Prevention of Complications for Knowledge on Patients with Hypertension. *Udon Thani Rajabhat University Journal of Sciences and Technology*, 8(2), 89-104. (in Thai).

- Tongnuang, P., Hajichearong, R., Wayu, W., Bing, A., Hajisaaree, A., Kabae, A., et al. (2019). Preventive Behaviors for Hypertension among Adults in Narathiwat Province. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 11(2), 49-61. (in Thai).
- Wattanayon, S. (2014). Six Local Foods Local Eating to Asean. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 1(1), 34 – 44. (in Thai).

การพัฒนาโปรแกรมกลุ่มการดูแลแบบเกื้อกูลบนพื้นฐานของวัฒนธรรมไทย สำหรับผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ Development of a Thai Culturally - Based Mutual Support Group Program for Supporting the Elders with Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia

นพรัตน์ ไชยขำ¹, สมสุข สมมะลวน², วันดี สุทธิรังษี³, ก สิ้นศักดิ์ สุวรรณโชติ²,
วิภาวรรณ ชะอุ่ม เพ็ญสุขสันต์⁴, ภาวดี เหมทานนท์^{5*}

Nopparat Chaichumni¹, Somsook Sommaluan², Wandee Suttharagsri³,
K Sinsak Suvanchot², Wipawan Chaoum Pensuksan⁴, Pawadee Hamtanon^{5*}
สำนักพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์¹, โรงพยาบาลสวนสราญรมย์², มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์³,
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ สุราษฎร์ธานี⁴, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ^{5*}
Faculty of Nursing, Walailuk University¹, Suansaranrom Hospital², Prince of Songkla University³,
Faculty of Nursing, Suratthani Rajabhat University⁴, Faculty of Nursing, Thaksin University^{5*}

(Received: July 12, 2022; Revised: December 28, 2022; Accepted: January 10, 2023)

บทคัดย่อ

งานวิจัยและพัฒนานี้เพื่อพัฒนาโปรแกรมกลุ่มการดูแลแบบเกื้อกูลบนพื้นฐานของวัฒนธรรมไทยสำหรับผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ มี 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาความต้องการในการดูแลของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาทางพฤติกรรมและจิตใจ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุสมองเสื่อม ๓ และผู้ดูแลหลัก 5 ครอบครัว ผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม 12 คน เก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ระยะที่ 2 พัฒนาโปรแกรมกลุ่มการดูแลแบบเกื้อกูลบนพื้นฐานของวัฒนธรรมไทยสำหรับผู้สูงอายุสมองเสื่อม ๓ และระยะที่ 3 ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม ๓ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุสมองเสื่อม ๓ และผู้ดูแล จำนวน 64 ครอบครัว สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 32 ครอบครัว เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบวัดคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติ Paired t-test และ Independent t-test ผลการวิจัย พบว่า

1. ความต้องการในการดูแลของผู้สูงอายุสมองเสื่อม ประกอบด้วย 1) การส่งเสริมทักษะการดูแลตนเอง 2) การส่งเสริมการจัดการอารมณ์/ความเครียด 3) การส่งเสริมทักษะการสร้างสัมพันธ์ทางสังคม และ 4) การสนับสนุนส่งเสริมให้มีการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการเยียวยา
2. โปรแกรมกลุ่มการดูแลแบบเกื้อกูลบนพื้นฐานของวัฒนธรรมไทยสำหรับผู้สูงอายุสมองเสื่อม ๓ ประกอบด้วย 7 กิจกรรม ๓ ละ 60 - 90 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 2-3 กิจกรรม รวม 3 สัปดาห์ ดังนี้ 1) สัมพันธภาพและการฟื้นฟูความทรงจำ 2) ความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 3) การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการดำเนินชีวิต 4) การบริหารกายจิต 5) การจัดการปัญหาพฤติกรรมและจิตใจในผู้สูงอายุสมองเสื่อม 6) สติเพื่อการสื่อสารและการเข้าสังคม และ 7) การประยุกต์ความรู้และทักษะการดำเนินชีวิตตามวัฒนธรรมไทย

3. ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ๓ เดือน พบว่า กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ($t=3.139$; $p=.002$) และค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมภายในกลุ่มทดลอง ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ๓ เดือน สูงกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ๓ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t=5.888$; $p<.001$)

การเสริมสร้างคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาทางพฤติกรรมและจิตใจ ควรเป็นการบำบัดแบบกลุ่มที่มีทั้งผู้ดูแลและผู้สูงอายุร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และสอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้สูงอายุสมองเสื่อม ๓

คำสำคัญ: การดูแลแบบเกื้อกูล, วัฒนธรรมไทย, ผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: pawadee.h@tsu.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 093-5781938)

วิจัยเรื่องนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ



Abstract

This research mainly consisted in the development of a mutual support group program, based on Thai culture, for supporting the elders with behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD). The development was divided in 3 phases. The first phase was to study the caring needs of elders with BPSD. Samples were selected by purposive sampling, for a group of 5 elders with BPSD and their family caregivers as well as 12 experts in dementia care. Data were collected by focus groups and analyzed by content analysis. The second phase was to develop a mutual support group program for the elders with BPSD, based on Thai culture. The third phase was to examine the effectiveness of the program on the quality of life the elders with BPSD. Thirty-two elders with BPSD and their family caregivers were randomly assigned to experiment and control groups so to compare the level of quality of life, which was measured by a quality of life questionnaire. Data were analyzed by paired t-test and Independent t-test. The results showed as follows.

1. Caring needs of the elders with BPSD consisted of: 1) enhancing their self-care skills, 2) encouraging emotional/stress management, 3) supporting social relationship skills, and 4) improving environmental management.

2. Thai culturally-based mutual support group program for supporting the elders with BPSD consisted of 7 activities of 60-90 minutes each, once a week, 2-3 activities each time, for a total of 3 weeks, as follows: 1) relationships and memory rehabilitation, 2) knowledge of disorder and activities of daily of life, 3) environmental management for lifestyle, 4) physical and mental exercises, 5) BPSD management in elderly with dementia, 6) mindfulness for communication and socialization, and 7) the application of knowledge and skills for lifestyle in Thai culture.

3. After 1 month participating in the program, the mean score of overall quality of life in experimental group was statistically significantly higher than control groups at .01 ($t=3.139$; $p=.002$). The mean score of overall quality of life in the experimental group after 1 month participating in the program was statistically significantly higher than before participating the program at .001 ($t=5.888$; $p<.001$).

Enhancing the quality of life for elders with BPSD should consider a group therapy that both caregivers and elders with BPSD are mutually sharing experiences. The program should be consistent relevant to the culture of the elders with dementia.

Keyword: Mutual Support, Thai Culture, Elders with BPSD

บทนำ

ในปัจจุบันพบว่าทั่วโลกมีผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมประมาณ 55 ล้านคน และคาดว่าจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นมากกว่า 139 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2050 (World Health Organization, 2021) มีการคาดการณ์ว่าจะมีผู้ป่วยสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นราว 9.9 ล้านคนต่อปี (World Health Organization, 2017) ส่งผลให้ภาวะสมองเสื่อมกลายเป็นปัญหาหลักด้านสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจอย่างมหาศาล ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่มีการดำเนินโรคแบบเสื่อมลงเรื่อย ๆ ส่งผลต่อการรู้คิดและความสามารถในการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันที่ลดลง โดยเฉพาะปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: BPSD) เช่น อาการกระสับกระส่าย (Agitation) ก้าวร้าว (Aggression), การตะโกนร้องซ้ำๆ (Calling Out Repeatedly) การนอนหลับแปรปรวน (Sleep Disturbance) อาการเดินไปเดินมาแบบไร้จุดหมาย (Wandering)

และ เฉยเมย (Apathy) พบได้มากกว่า ร้อยละ 90 ของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมตลอดการเจ็บป่วย ส่งผลกระทบทางลบต่อสุขภาพทั้งของผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยเฉพาะความรู้สึกเป็นภาระและความเครียดในผู้ดูแล (Sopina, Sorensen, Beyer, Hasselbalch, & Waldemar, 2017; Pijl-Zieber, Awosoga, Spenceley, Hagen, Hall, & Lapins, 2018) นอกจากนี้ยังพบว่าความผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นปัจจัยทำนายการเข้ารับการรักษาในสถานบำบัด (Chapman, Tremont, Malloy, & Spitznagel, 2020) รวมทั้งมีความสัมพันธ์กับการลดลงของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อม (Feast, Orrell, Charlesworth, Melunsky, Poland, & Moniz-Cook, 2016)

การบำบัดปัญหาทางพฤติกรรมและจิตใจในผู้สูงอายุสมองเสื่อมมักใช้กลุ่มยาทางจิตเวช แต่มักพบอาการข้างเคียงจากยาก่อนข้างมาก เช่น ง่วงนอนในเวลากลางวัน น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ยาบางชนิดมีผลต่อระบบการไหลเวียนและหลอดเลือดสมอง และอาจทำให้เสียชีวิตได้หากใช้ในปริมาณหรือชนิดที่ไม่เหมาะสม จากการศึกษาของ Ting-Jung Hsu และคณะ (Hsu, Tsai, Hwang, Chen, & Chen, 2017) ให้ข้อเสนอแนะว่าควรศึกษาเพิ่มเติมในการบำบัดผู้ป่วยสมองเสื่อมแบบไม่ใช้ยา เนื่องจากพบว่าผลดีในการรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อมในระยะยาว และลดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาทางจิตเวช ซึ่งจะต้องมีการศึกษาพัฒนารูปแบบโปรแกรมที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล ดังนั้นการพัฒนารูปแบบการบำบัดโดยไม่ใช้ยาจึงเป็นสิ่งที่สำคัญหากมีการพัฒนาและบูรณาการให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยจะก่อประสิทธิภาพในการลดความรุนแรงของ BPSD และส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น รวมทั้งลดภาระการดูแลได้ โดยควรใช้เป็นทางเลือกแรกก่อนการเลือกใช้ยา (Baharudin, Din, Subramaniam, & Razali, 2019) ซึ่งในปัจจุบันพบว่ามีหลากหลาย เช่น การออกกำลังกาย (Exercise Therapy) ดนตรีบำบัด (Music Therapy) สุนัขบำบัด (Aromatherapy) การบำบัดด้วยสัตว์ (Pet Therapy) การบำบัดด้วยแสงสว่าง (Bright Light Therapy) การบำบัดโดยการกระตุ้นประสาทความรู้สึก (Multisensory Therapy) การบำบัดด้วยการรับรู้ตามความจริง (Reality Orientation) การระลึกความทรงจำดี ๆ ในอดีต (Reminiscence Therapy)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าโปรแกรมจิตสังคมบำบัดที่ใช้ในการบำบัดผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิต เช่น การศึกษาของเชนและนอร์แมน (Chien & Norman, 2009) พบว่า กลุ่มการดูแลแบบเกื้อกูลมีประสิทธิผลสูงสุดต่อการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเมื่อเปรียบเทียบกับให้การดูแลสุขภาพจิตศึกษาและโปรแกรมทางจิตสังคมอื่นๆ นอกจากนั้น แม็คลีโอด เอลลอยท์ และบราวน์ (Macleod, Elliott & Brown, 2011) ได้กล่าวถึงลักษณะการจัดกลุ่มการดูแลแบบเกื้อกูล (Mutual support groups) เพื่อให้ผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีสถานการณ์คล้ายคลึงกัน มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกันและกัน ทั้งด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย การรักษา การดูแล การจัดการกับอารมณ์ความเครียด การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และวิธีการแก้ปัญหา ซึ่งการบำบัดดังกล่าวพัฒนาจากทฤษฎีและแนวปฏิบัติของสังคมตะวันตกยังไม่ได้ปรับเนื้อหากิจกรรมให้สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตกับผู้สูงอายุไทยที่มีสังคมและวัฒนธรรมที่มีหลากหลายทั้งความเชื่อและค่านิยม ซึ่งไทยส่วนใหญ่เป็นคนมีเมตตา มีน้ำใจช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน มักอยู่รวมกันเป็นกลุ่ม นับถือผู้สูงวัย มีนิสัยเกรงใจ กตัญญูทวดเที ตอบแทนผู้มีพระคุณ และดำเนินชีวิตโดยใช้ศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ โดยทุกศาสนาทั้งพุทธ อิสลาม และคริสต์สอนให้ทุกคนทำดี เชื่อในการทำดีได้ดี จึงพบว่าศาสนามีอิทธิพลสำคัญต่อการดำเนินชีวิต การตัดสินใจ การแก้ปัญหา การจัดการอารมณ์และความเครียด รวมทั้งการสื่อสาร ส่งผลให้ผู้สูงอายุไทยมีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Chaichumni, 2014) ดังนั้นผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมร่วมกับปัญหาพฤติกรรมอารมณ์และจิตใจ โดยการใช้กลุ่มการดูแลแบบเกื้อกูลร่วมกับแนวคิดการดูแลแบบองค์รวมตามแนวคิดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก รวมทั้งการใช้ค่านิยม ความเชื่อ ตามวิถีชีวิตในสังคมไทย เพื่อให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมและผู้ดูแลสามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เรียนรู้ เข้าใจสภาพปัญหา และมีแนวทางการแก้ไขปัญหามาที่เหมาะสมส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ๖ และผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาความต้องการในการดูแลของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ
2. เพื่อพัฒนาโปรแกรมกลุ่มการดูแลแบบเกื้อกูลบนพื้นฐานของวัฒนธรรมไทยสำหรับผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ
3. เพื่อเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ในระยะก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการดูแลแบบเกื้อกูลของ Chien, Norman, & Thompson (2006) ที่เน้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ที่คล้ายคลึงกันและช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน โดยบูรณาการร่วมกับแนวคิดคุณภาพชีวิตที่ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อมขององค์การอนามัยโลก และค่านิยม ความเชื่อตามสังคมวัฒนธรรมไทย ได้แก่ การมีจิตเมตตา มีน้ำใจช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน การอยู่รวมกลุ่มกัน การดำเนินชีวิตโดยใช้ศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ เชื่อในการทำความดีได้ดี มีความเกรงใจ นับถือผู้สูงอายุ การหลีกเลี่ยงการขัดแย้งและวิวาทวิวาทวิวาท ทำให้เกิดการดำเนินชีวิตของบุคคลที่ดีดี พุดดี ทำดี อันส่งผลให้บุคคลหรือผู้ปฏิบัติสามารถดำเนินชีวิตที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีมีการดำเนินชีวิตที่มีความสุข ร่วมกับการดูแลแบบเกื้อกูลตามหลักการของ Galinsky & Schopler (1995) 6 ประการ ดังนี้ 1) การเปิดเผยข้อมูลด้วยความไว้วางใจ 2) กระบวนการอภิปรายเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้วยเหตุและผล 3) การกระตุ้นให้เกิดกระบวนการอภิปรายในกลุ่มเกี่ยวกับเรื่องที่มีความยุ่งยากใจของสมาชิกกลุ่ม 4) การส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกร่วมกันในปัญหาที่คล้ายๆกัน ซึ่งเปรียบได้กับการลงเรือลำเดียวกันและร่วมกันเรียนรู้แนวทางจัดการกับปัญหาในชีวิต 5) การกระตุ้นให้เกิดการช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกันในกลุ่มสมาชิก และ 6) การจัดโอกาสให้เกิดการแก้ปัญหาของแต่ละบุคคล ผ่านกระบวนการกลุ่ม ของ Wilson (1995) ประกอบด้วยกระบวนการ 5 ขั้นตอน คือ 1) ระยะเวลาสร้างสัญญาใจหรือสร้างสัมพันธ์ภาพและความหวัง 2) ระยะเวลาต้องการการดูแลด้านจิตใจ 3) ระยะเวลาต้องการการแก้ปัญหาด้านสังคมจิตใจ 4) ระยะเวลาทำความเข้าใจใหม่มาประยุกต์ใช้ และ 5) ระยะเวลาสิ้นสุดกระบวนการกลุ่ม ทั้งนี้กลุ่มการดูแลแบบเกื้อกูล (Mutual Support Group) เป็นกระบวนการที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ได้มีโอกาสร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลตนเองที่มีสถานการณ์ใกล้เคียงกันหรือเหมือนกันทำให้เกิดความรู้สึกร่วมกัน เข้าใจและเห็นใจซึ่งกันและกัน เกิดความเอื้ออาทรและช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความเข้าใจและเกิดทักษะการดูแลตนเองและมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Chien & Norman, 2009) โดยผ่านกระบวนการเรียนรู้ตามแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ (Social Learning Theory) ของ แบนดูรา (Bandura, 1976) ที่สมาชิกในกลุ่มการดูแลแบบเกื้อกูลสามารถเรียนรู้และเข้าใจถึงสถานการณ์การเป็นอยู่ร่วมกับครอบครัว การดูแลตนเอง รวมทั้งและการฝึกทักษะทางสังคมใหม่จากสมาชิกคนอื่นๆด้วยหลักการ 3 องค์ประกอบ คือ มีวิธีการแลกเปลี่ยนหรือการสอนที่ชัดเจน ให้แรงเสริมที่เหมาะสม และการทำตัวอย่างหรือรูปแบบที่เหมาะสมกับสถานการณ์นั้น ๆ โดยจัดกลุ่มฝึกปฏิบัติทักษะทางสังคมต่าง ๆ เช่น ทักษะการจัดการกับอารมณ์ความเครียด ทักษะการแก้ปัญหา การเข้าสังคม และการสื่อสาร

**โปรแกรมกลุ่มการดูแลแบบเกื้อกูลบนพื้นฐานของวัฒนธรรมไทย
สำหรับผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ**

1. สัมพันธภาพและความทรงจำ
2. ความรู้เรื่องโรคและการฝึกทักษะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
3. การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการดำเนินชีวิต
4. การบริหารกายจิต
5. การจัดการกับปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจ
6. สติเพื่อการสื่อสารและการเข้าสังคม
7. การประยุกต์ความรู้และทักษะการดำเนินชีวิตตามวัฒนธรรมไทย

คุณภาพชีวิต

ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการวิจัย 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ในระยะเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลในเชิงเชิงคุณภาพ โดยวิธีการดำเนินการ ดังนี้

ประชากรและผู้ให้ข้อมูล

ประชากร ประกอบด้วย จิตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักสังคมสงเคราะห์ และผู้เชี่ยวชาญด้านวัฒนธรรมไทย และผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ และญาติผู้ดูแล ที่พาผู้สูงอายุสมองเสื่อม เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ โดยผู้ให้ข้อมูลมีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย

1. ทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ และทีมผู้ดูแลในเครือข่าย จำนวน 12 คน ประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 คน อาจารย์พยาบาลสาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช จำนวน 2 คน พยาบาลจิตเวช จำนวน 3 คน นักจิตวิทยา 1 คน นักสังคมสงเคราะห์ 1 คน พยาบาลจากเครือข่าย จำนวน 3 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านวัฒนธรรมไทย จำนวน 1 คน

2. ผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ จำนวน 5 คน และผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ จำนวน 5 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามวัตถุประสงค์ ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย แนวคำถาม ดังนี้

1. ผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ จะต้องดูแลและทำกิจวัตรประจำวันอย่างไร เพื่อให้สามารถทำหน้าที่ตามบทบาททางสังคมและดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีและสอดคล้องกับวัฒนธรรมไทย (ความเชื่อ ค่านิยมและวิถีชีวิต)

2. การดูแลแบบเกื้อกูลบนพื้นฐานของวัฒนธรรมไทย ควรมีลักษณะและรูปแบบอย่างไร

3. มีประเด็นสำคัญของลักษณะของวัฒนธรรมไทยใดบ้างที่ควรบูรณาการในแต่ละขั้นตอนของโปรแกรมการดูแลแบบเกื้อกูลบนพื้นฐานของวัฒนธรรมไทย

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างให้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน พยาบาลวิชาชีพและพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง 2 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และความชัดเจนของภาษา และได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะที่ได้รับจากผู้ทรงคุณวุฒิ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ผู้ให้ข้อมูล โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) ผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหา BPSD จำนวน 5 คน และผู้ดูแล จำนวน 5 คน 2) กลุ่มทีมสหวิชาชีพ จำนวน 12 คน ในแต่ละกลุ่มใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพและการตีความข้อมูลเชิงคุณภาพ ตามขั้นตอน ดังนี้ การบันทึกข้อมูล (Field notes) การให้รหัสข้อมูล (Coding) และการวิเคราะห์ ตีความ และให้ความหมายข้อมูล (Analysis and interpretation) (Yoddanan-Attigg & Tangchonlatip, 2009)

การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ด้วยวิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) คือ การนำผลการวิเคราะห์ไปให้พยาบาลจิตเวชที่ปฏิบัติงานในคลินิกจิตเวชผู้สูงอายุอ่านและแสดงความคิดเห็น และนำเสนอผลการวิจัยให้ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มี BPSD และผู้ดูแล ฟังและให้ทำการวิจารณ์ความถูกต้องเหมาะสม เพื่อเป็นการตรวจสอบว่านักวิจัยมีการตีความและให้ข้อสรุปได้ตรงตามทัศนะของผู้ให้ข้อมูล (Phothisita, 2011)

ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมกลุ่มการดูแลแบบเกื้อกูลบนพื้นฐานของวัฒนธรรมไทยสำหรับผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม แนวคิดทฤษฎี และเอกสารทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง นำมาร่างโปรแกรม ฯ ประกอบด้วย 7 กิจกรรม

2. ผู้วิจัยนำโปรแกรมที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการบำบัดดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมและผู้เชี่ยวชาญด้านวัฒนธรรมไทย จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ 2 ท่าน อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน พยาบาลวิชาชีพและพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง 3 ท่าน โดยผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะให้ปรับเนื้อหาของการฝึกทักษะการดูแลตนเองเฉพาะทักษะที่สำคัญและจำเป็นอย่างได้แก่ ทักษะการกินอาหาร การเคลื่อนไหว การเข้าห้องน้ำ และการออกกำลังกาย ส่วนทักษะอื่นให้เพิ่มเติมตามสภาพปัญหาที่พบขณะทำการทดลอง และข้อเสนอแนะโดยรวมให้เขียนกิจกรรมในโปรแกรมให้เห็นเป็นรูปธรรม เป็นขั้นตอน ที่ง่ายและไม่ซับซ้อน สามารถปฏิบัติได้จริง สามารถทำซ้ำได้หลังเข้าร่วมโปรแกรม หลังจากนั้นทีมผู้วิจัยนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะมาพิจารณาปรับแก้ตามผู้ทรงคุณวุฒิ

3. การทดลองใช้โปรแกรมกลุ่มการดูแลแบบเกื้อกูลบนพื้นฐานของวัฒนธรรมไทยสำหรับผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ผู้วิจัยนำโปรแกรมฉบับร่างไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ณ คลินิกจิตเวชสูงอายุ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 5 ครอบครัว เพื่อดูความครอบคลุม ความชัดเจน และสามารถใช้ได้ตามสถานการณ์จริง โดยผู้สูงอายุสมองเสื่อมฯ โดยผู้ดูแลเสนอแนะในเรื่องการใช้ภาษาที่เป็นทางการในบางคำ ทำให้ต้องถามเพื่อให้เปลี่ยนภาษาให้ง่ายและชัดเจน และระหว่างการทำกิจกรรมผู้สูงอายุฯ มีอาการง่วงนอน หงุดหงิด ควรปรับโดยการมีกิจกรรมนันทนาการสำหรับผู้สูงอายุฯ เคยทำมาคั่นกิจกรรมเป็นช่วงๆ ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาปรับในโปรแกรมฯ

ระยะที่ 3 การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมกลุ่มการดูแลแบบเกื้อกูลบนพื้นฐานของวัฒนธรรมไทยสำหรับผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ การศึกษาในระยะนี้เป็นการศึกษาทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ฯ (Pre-Posttest Control Group Design) โดยมีขั้นตอนดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ซึ่งมารับบริการแบบผู้ป่วยนอก ในช่วงเดือนตุลาคม ถึงเดือนธันวาคม 2561 ณ คลินิกจิตเวชสูงอายุ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ และโรงพยาบาลศิริรัฐ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจซึ่งมารับบริการแบบผู้ป่วยนอก ณ คลินิกจิตเวชสูงอายุ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ และโรงพยาบาลศิริรัฐ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ในช่วงเดือนตุลาคม ถึงเดือนธันวาคม 2561 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

1. ผู้สูงอายุ ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ (ตามเกณฑ์ ICD-10) ว่าเป็นสมองเสื่อม (F00-F04)
2. มีผลประเมินปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ด้วยแบบประเมิน Neuropsychiatric Inventory Questionnaire Thai Version (NPI - Q Thai) มีอาการอย่างน้อย 1 อาการ
3. มีคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน (ADL) ได้ 5 คะแนนขึ้นไป
4. สามารถติดต่อสื่อสารได้ด้วยการพูดและการได้ยิน
5. เข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

ส่วนเกณฑ์คัดออก คือ มีโรคประจำตัวรุนแรงที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมได้

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากผลงานวิจัยที่ผ่านมา เรื่องผลของกลุ่มการดูแลแบบเกื้อกูลสำหรับครอบครัวของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มีเชื้อชาติจีน ของ Chien, Chan, & Thompson, 2006; Chien & Norman, 2009) ได้ค่าเฉลี่ยในกลุ่มทดลอง=49.30, $SD=14.40$ และได้ค่าเฉลี่ยในกลุ่มควบคุม = 42.50, $SD=16.00$ ได้ค่า Effect Size .70 นำไปหาค่ากลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางของ Cohen (1988) โดยกำหนดให้มีอำนาจทดสอบที่ 80% ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ = .05 ได้ขนาดของกลุ่มที่ต้องการในแต่ละกลุ่มคือ 26 คน (Bernard, 2000) รวม 52 คน เพื่อป้องกันการ Drop Out ของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างจำนวนร้อยละ 20 รวมเป็น 64 คน ผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย ผู้วิจัยคัดเลือกผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมตามหลักเกณฑ์ข้างต้นจากทะเบียนผู้ป่วยที่คลินิกผู้สูงอายุทั้งหมดมาจับฉลาก ให้เข้ากลุ่มทดลอง จำนวน 32 คนและกลุ่มควบคุมจำนวน 32 คน ตั้งแต่เดือนตุลาคม ถึงเดือนธันวาคม 2561

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ทดลอง คือ โปรแกรมกลุ่มการดูแลแบบเกื้อกูลบนพื้นฐานของวัฒนธรรมไทย
2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน อาการของผู้สูงอายุสมองเสื่อม

2.2 แบบวัดคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยศึกษาแนวคิดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ 26 ตัวชี้วัด (World Health Organization Quality of Life Assessment instrument: WHOQOL-BREF-THAI) ฉบับภาษาไทยโดย Mahatnirunkul, Tantipiwattanakul, Wongsuwan & Prommanajirangkul (1998) ได้พัฒนาให้เหมาะสมกับคนไทย โดยผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ เช่นเดียวกับแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ 26 ตัวชี้วัด แต่มีการปรับการให้นิยามในแต่ละองค์ประกอบ ข้อคำถาม ตามข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มและการทบทวนวรรณกรรม เพื่อให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 7 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ 2 ท่าน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุสมองเสื่อม 1 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงด้านผู้สูงอายุสมองเสื่อม 1 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการด้านสมองเสื่อมในชุมชน 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลด้านผู้สูงอายุสมองเสื่อม 2 ท่าน ได้คำตัดสินความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ เท่ากับ .89 ภายหลังผู้วิจัยปรับปรุงข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้นำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุสมองเสื่อม จำนวน 30 คน ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ณ คลินิกจิตเวชผู้สูงอายุ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ และหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .90 ได้ข้อคำถาม 38 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ 1) ด้านร่างกาย 9 ข้อ 2) ด้านจิตใจและอารมณ์ 14 ข้อ 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม 7 ข้อ และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม 8 ข้อ ที่ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ มากที่สุด ให้ค่า 4 คะแนน มาก ให้ค่า 3 คะแนน น้อย ให้ค่า 2 คะแนน และน้อยที่สุด ให้ค่า 1 คะแนน และผู้วิจัยแปลค่าคะแนนของแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตโดยใช้การเทียบค่าคะแนนกับแบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อ 26 ข้อ ขององค์การอนามัยโลก

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการวิจัยในระยะนี้ ผู้วิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนการทดลอง ระดมทุนการทดลอง และระยะประเมินผลการทดลอง

1. ขั้นตอนการทดลอง มีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

1.1 จัดทำแผนการดำเนินการทดลอง โดยประสานกับโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ และโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ เพื่อขออนุญาตทำการทดลองและเก็บข้อมูล ณ คลินิกจิตเวชสูงอายุ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ และโรงพยาบาลศิริรัฐ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

1.2 เตรียมผู้ช่วยวิจัยเพื่อทำกลุ่มตามโปรแกรมกลุ่มการดูแลแบบเกื้อกูลบนพื้นฐานของวัฒนธรรมไทย สำหรับผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ จำนวน 1 คน ที่จบการศึกษาปริญญาโททางการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวชและหลักสูตรเฉพาะทางจิตเวชสูงอายุ และผ่านการฝึกอบรมการใช้โปรแกรมกับทีมผู้วิจัย

1.3 เตรียมผู้เก็บข้อมูลจำนวน 2 คน ที่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มีประสบการณ์การปฏิบัติงานอย่างน้อย 5 ปี และผ่านการฝึกทักษะการเก็บข้อมูลจากทีมผู้วิจัย

1.4 เลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด จากสมุดทะเบียนผู้ป่วยร่วมกับพยาบาลวิชาชีพในคลินิกจิตเวชสูงอายุ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจในวัตถุประสงค์ วิธดำเนินการวิจัย และมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย พร้อมกับนัดกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมตามวัน เวลา ที่กำหนด และทำการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนได้รับโปรแกรม

2. ขั้นตอนการทดลอง

2.1 ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มโดยการจับฉลาก ได้กลุ่มทดลองจำนวน 32 คน และกลุ่มควบคุม 32 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ที่มารักษาแบบผู้ป่วยนอก เดือนเดือนตุลาคม ถึง ธันวาคม 2561

2.2 ดำเนินการทดลองใช้โปรแกรมกลุ่มการดูแลแบบเกื้อกูลบนพื้นฐานของวัฒนธรรมไทย ในกลุ่มทดลอง โดยแบ่งกลุ่มการทดลองออกเป็น 5 กลุ่มๆ ละ 6 - 7 คน เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม 7 กิจกรรมๆ ละ 60 - 90 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 2 - 3 กิจกรรม รวม 3 สัปดาห์ ซึ่งขั้นตอนการดำเนินการของแต่ละกิจกรรม คือ การทบทวนการบ้าน 10 นาที การผ่อนคลาย 5 นาที กิจกรรมหลักตามประเด็น 50 นาที การสะท้อนแก่สมาชิก 15 นาที การมอบหมายการบ้าน 5 นาที และข้อซักถามและการประเมินผลจากสมาชิกกลุ่ม 5 นาที รวม 90 นาที

กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติตามกิจกรรมการดูแลของคลินิกจิตเวชสูงอายุ ได้แก่ การให้สุขภาพจิตศึกษา ซึ่งเนื้อหาประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องโรค การรักษาด้วยยา การมาตรวจตามนัด และการรักษาต่อเนื่องในชุมชน

3. ขั้นสิ้นสุดการทดลอง

ภายหลังเสร็จสิ้นการทดลอง 1 เดือน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะได้รับการประเมินด้วย แบบประเมินคุณภาพชีวิต โดยนัดมาติดตามต่อเนื่อง ณ คลินิกจิตเวชสูงอายุ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ และแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริรัฐ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ

2. คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจก่อนและหลังการทดลอง 1 เดือน ทั้งของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมนำมาหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจก่อนและหลังการทดลอง 1 เดือน มีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ Shapiro-Wilk Test พบว่า กลุ่มทดลอง มีค่ามากกว่า .05 ทั้งในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 1 เดือน (Sig. เท่ากับ .651, และ .146) ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า มีค่ามากกว่า .05 ทั้งในระยะ ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง 1 เดือน (Sig. เท่ากับ .785 และ .431) แสดงให้เห็นว่า ข้อมูลค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีการแจกแจงแบบปกติ ดังนั้น จึงสามารถนำข้อมูลมา

วิเคราะห์ โดยใช้สถิติ Paired t - test สำหรับการวิเคราะห์ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม 1 เดือน ในกลุ่มทดลอง และให้สถิติ Independent t-test ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยเรื่องนี้ได้รับอนุมัติในการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมในคน ของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ เลขที่ SSR REC 19/2560 ลงวันที่ 29 ธันวาคม 2560 และต่ออายุครั้งที่ 1 ลงวันที่ 29 ธันวาคม 2561

ผลการวิจัย

1. ความต้องการในการดูแลของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ผลการวิเคราะห์และตีความข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า ความต้องการในการดูแลประกอบด้วย

1.1 ต้องการการส่งเสริมทักษะการดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวันและการสนับสนุนผู้ดูแลและผู้ป่วยให้สามารถจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 การส่งเสริมการจัดการอารมณ์/ความเครียดที่มีประสิทธิภาพแก่ผู้สูงอายุสมองเสื่อมและผู้ดูแลโดยคำนึงถึงความเชื่อและค่านิยมส่วนบุคคล

1.3 การส่งเสริมทักษะการสร้างสัมพันธภาพทางสังคมให้กับผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ และผู้ดูแล โดยเฉพาะบุคคลในครอบครัวและเพื่อน

1.4 การสนับสนุนส่งเสริมให้มีการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการเยียวยา ได้แก่ แหล่งสนับสนุนด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาทางการแพทย์ การจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน แหล่งสนับสนุนในชุมชน ระบบการดูแลด้านสุขภาพ

2. การพัฒนาโปรแกรมกลุ่มการดูแลแบบเกื้อกูลบนพื้นฐานของวัฒนธรรมไทยสำหรับผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ

ผู้วิจัยนำผลการวิจัยในระยะที่ 1 มาพัฒนาโปรแกรม ฯ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ผ่านการตรวจคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.86 และทดลองใช้กับผู้สูงอายุสมองเสื่อม ฯ และผู้ดูแล จำนวน 3 ครอบครัว ได้โปรแกรมกลุ่มการดูแลแบบเกื้อกูลบนพื้นฐานของวัฒนธรรมไทยสำหรับผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ประกอบด้วย 7 กิจกรรม โดยแต่ละกิจกรรม มีขั้นตอน คือ 1) ระยะเวลาสร้างสัญญาใจหรือสร้างสัมพันธภาพและความหวัง 2) ระยะเวลาความต้องการการดูแลด้านจิตใจ 3) ระยะเวลาความต้องการการแก้ปัญหาด้านสังคมจิตใจ 4) ระยะเวลานำความรู้ใหม่มาประยุกต์ใช้ และ 5) ระยะเวลาสิ้นสุดกระบวนการกลุ่ม ดังตาราง 1

ตาราง 1 กิจกรรม วัตถุประสงค์ และกิจกรรมย่อยของโปรแกรมกลุ่มการดูแลแบบเกื้อกูลบนพื้นฐานของวัฒนธรรมไทยสำหรับผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ

ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	กิจกรรมย่อย
1. สัมพันธภาพและการฟื้นฟูความทรงจำ	1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพ 2. เพื่อแนะนำโปรแกรม ฯ 3. เพื่อฝึกทักษะการฟื้นฟูความทรงจำ	1. การปฐมนิเทศโปรแกรม 2. การฝึกทักษะการสร้างสัมพันธภาพ 3. กิจกรรมการกระตุ้นความจำ
2. ความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	1. เพื่อให้ความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อม 2. เพื่อฝึกทักษะการดูแลกิจวัตรประจำวัน	1. ความรู้เรื่องโรค/โรคร่วม/การรักษา 2. การฝึกทักษะการดูแลกิจวัตรประจำวัน

ตาราง 1 (ต่อ)

ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	กิจกรรมย่อย
3. การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการดำเนินชีวิต	1. เพื่อให้ความรู้ความเข้าใจในการจัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้การดำเนินชีวิตมีความสุขและความปลอดภัยตามวิถีไทย 2. เพื่อฝึกทักษะการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายในการดำเนินชีวิตที่มีประสิทธิภาพตามแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง 3. เพื่อส่งเสริมความสามารถในการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม	1. การปรับสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน 2. การฝึกทักษะการจัดการค่าใช้จ่าย 3. การช่วยเหลือซึ่งกันและกันในสังคม
4. บริหารกายจิต	1. เพื่อให้ความรู้และฝึกทักษะในการบริหารร่างกายตามวิถีไทย 2. เพื่อให้ความรู้และฝึกทักษะในการบริหารสมอง	1. การทำกิจกรรมที่ชอบตามวิถีชีวิต 2. การบริหารสมองและร่างกาย
5. การจัดการปัญหาพฤติกรรมและจิตใจในผู้สูงอายุสมองเสื่อม	1. เพื่อให้ความรู้เรื่องอารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมที่มีปัญหากระทบต่อการดำรงชีวิต และการจัดการที่เหมาะสม 2. เพื่อฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์/ความรู้สึกที่เกิดจากปัญหาของภาวะสมองเสื่อมที่มีประสิทธิภาพโดยใช้สติบำบัด	1. การจัดการอาการ BPSD/ความคิด/อารมณ์/ความรู้สึก 2. การเสริมสร้างความภาคภูมิใจ/การมีคุณค่า
6. สติเพื่อการสื่อสารและการเข้าสังคม	1. เพื่อให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพบนพื้นฐานของวัฒนธรรมไทย 2. เพื่อฝึกทักษะการสื่อสารที่สอดคล้องและเหมาะสมตามวิถีการดำเนินชีวิตภายใต้สังคมวัฒนธรรมไทย	1. การสื่อสารด้วยสติ 2. การสื่อสารในครอบครัวและทางสังคม
7. การประยุกต์ความรู้และทักษะการดำเนินชีวิตตามวัฒนธรรมไทย	1. เพื่อทบทวนทักษะการเรียนรู้ที่ผ่านมา 2. เพื่อเสริมสร้างพลังใจและความมั่นใจของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจและผู้ดูแล 3. เพื่อประเมินความสามารถในการนำความรู้และทักษะไปประยุกต์ใช้กับตนเองและครอบครัว	1.การทบทวนและสรุปทักษะต่าง ๆ สู่การประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตตามวิถีชีวิตและความเชื่อของแต่ละบุคคล 2. การประเมินผล

3. ประสิทธิภาพของโปรแกรมกลุ่มการดูแลแบบเกื้อกูลบนพื้นฐานของวัฒนธรรมไทยต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ

3.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 81.25) อายุ 71 – 80 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 37.5) โดยอายุมากที่สุด 90 ปี น้อยสุด 60 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ประถมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 71.88) ส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพ (ร้อยละ 71.88) มีอาการกังวลมากที่สุด (ร้อยละ 59.38) รองลงมาคืออาการหงุดหงิด (ร้อยละ 46.88) ส่วนควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 65.63) อายุ 81 – 90 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 43.75) โดยอายุมากที่สุด 93 ปี น้อยสุด 67 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ประถมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 56.25) ส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพ (ร้อยละ 84.38) มีอาการกังวลเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 53.13) รองลงมาคืออาการหงุดหงิด (ร้อยละ 40.63)

3.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ

3.2.1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจในระยะหลังการทดลอง 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตาราง 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะหลังการทดลอง 1 เดือน โดยใช้สถิติ Independent t-test (n = 64)

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อมหลังการทดลอง 1 เดือน	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	df	p-value
	M	SD	M	SD			
ด้านร่างกาย	25.94	2.94	24.06	2.68	2.903	62	.003
ด้านจิตใจและอารมณ์	41.28	4.71	39.09	3.83	2.038	62	.023
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	21.41	1.97	19.53	2.83	3.080	62	.002
ด้านสิ่งแวดล้อม	25.13	1.16	24.28	2.02	2.050	62	.023
โดยรวม	113.75	7.78	106.94	9.50	3.139	62	.002

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ระยะหลังการทดลอง 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตโดยรวม ด้านร่างกาย ด้านจิตใจและอารมณ์ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t=3.139, p=.002$; $t=2.903, p=.003$; $t=2.038, p=.023$; $t=3.080, p=.002$; และ $t=2.050, p=.023$ ตามลำดับ) ดังตาราง 2

2.2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการทดลอง กับระยะหลังการทดลอง 1 เดือน

ตาราง 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 1 เดือน โดยใช้สถิติ Paired t-test (n = 32)

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อม กลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	df	p-value
	M	SD	M	SD			
ด้านร่างกาย	23.78	3.81	25.94	2.49	3.345	31	.001
ด้านจิตใจและอารมณ์	36.91	4.48	41.28	4.71	5.033	31	<.001
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	19.03	2.86	21.41	1.97	4.626	31	.001
ด้านสิ่งแวดล้อม	23.06	2.73	25.13	1.16	4.160	31	<.001
โดยรวม	102.78	10.90	113.75	7.78	5.888	31	.001

จากตาราง 3 พบว่า กลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตในระยะหลังการทดลอง 1 เดือน สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .001 ทั้งโดยรวม ด้านร่างกาย ด้านจิตใจและอารมณ์ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ($t=5.888, p=.001$; $t=3.345, p=.001$; $t=5.033, p=.000$; และ $t=4.626, p=.001$ $t=4.160, p=.000$ ตามลำดับ)

อภิปรายผล

1. การศึกษาความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ผู้ดูแลมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ในหลาย ๆ ด้าน อาทิ การดูแลเรื่องการรับประทานยา ความปลอดภัย กิจกรรมประจำวันต่าง ๆ ที่สำคัญคือพฤติกรรมและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ก่อให้เกิดปัญหาของสัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุสมองเสื่อม ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวได้ (Quinn, Clare, & Woods, 2015) ซึ่งการส่งเสริมคุณภาพของสัมพันธภาพเป็นสิ่งสำคัญที่กำหนดคุณภาพชีวิตและสุขภาวะของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล จะเห็นได้ว่าการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหายังยากนี้เป็นการดูแลที่ทำหาย อาจก่อให้เกิดภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าได้ รวมไปถึงอาจนำไปสู่ความคิดที่จะทำร้ายตัวเอง (O'Dwyer, Moyle, Zimmer-Gembeck, & De Leo, 2016) ดังนั้นการที่ผู้ดูแลและผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีทักษะการจัดการอารมณ์หรือความเครียดที่มีประสิทธิภาพจะ

ช่วยป้องกันการเกิดผลทางลบในเรื่องอารมณ์ได้ นอกจากนี้ผู้ดูแลมีความต้องการให้มีสนับสนุนส่งเสริมการจัดสิ่งแวดล้อม การสนับสนุนจากระบบสุขภาพ เพราะสามารถยืดเวลาในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kerpershoek, de Vugt, Wolfs, Woods, Jelley, Orrell, et. al. (2018) ที่กล่าวว่า ผู้ป่วยสมองเสื่อมมีความต้องการการดูแล 2 เท่า ทั้งนี้การดูแลควรเน้นไปที่การบำบัดเพื่อสนับสนุนคุณภาพชีวิต

2. การพัฒนาโปรแกรมกลุ่มการดูแลแบบเกื้อกูลบนพื้นฐานของวัฒนธรรมไทยต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ผลการพัฒนาโปรแกรม ๗ ตามขั้นตอนได้ทั้งหมด 7 กิจกรรมที่มีลักษณะของการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคม และพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ โดยใช้วิธีการที่หลากหลายทั้งการให้ความรู้ เน้นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การฝึกทักษะ รวมไปถึงการอธิบายถึงการเรียนรู้ที่ได้ที่มีกระบวนการอย่างชัดเจน ส่งผลให้ผู้ดูแลและผู้สูงอายุสมองเสื่อม ๗ ที่เข้าร่วมกิจกรรมทำให้มีความเหมาะสมที่จะนำไปประยุกต์ใช้ในระบบการดูแลทางสุขภาพ และด้วยกิจกรรมตามโปรแกรม ๗ มีลักษณะของการบูรณาการการบำบัดที่ไม่ใช่ยาที่หลากหลายรูปแบบเหมาะสมกับผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีอาการ BPSD ซึ่งเป็นอาการที่สาเหตุทั้งจากประสาทชีววิทยาของผู้สูงอายุเอง รวมไปถึงปัจจัยด้านผู้ดูแลและสิ่งแวดล้อม ซึ่งการที่โปรแกรมมีการฝึกทักษะการสื่อสารเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสร้างสัมพันธภาพทางสังคม ทั้งนี้การมีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม จะทำให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อม ๗ รับรู้ถึงชีวิตที่มีความหมาย รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และนำมาซึ่งคุณภาพชีวิต (Adlbrecht, Bartholomeyczik, Hildebrandt, & Mayer, 2021) ดังนั้นโปรแกรมการบำบัดที่มีความหลากหลายและมีขั้นตอนที่ไม่ซับซ้อน เรียนรู้ได้ง่ายทั้งผู้ดูแลและผู้สูงอายุไปพร้อม ๆ กัน มีความเหมาะสมกับการไปใช้ในการจัดการกับ BPSD ได้

3. ผลของโปรแกรม ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจในผู้สูงอายุสมองเสื่อมเป็นปัญหาที่สำคัญ เพราะทำให้การดำเนินโรคแย่ลงได้เร็วขึ้น และก่อให้เกิดภาระแก่ผู้ดูแล และส่งผลต่อค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นในระบบสุขภาพ ซึ่งการบำบัดแบบไม่ใชยานี้มีความเหมาะสมและสามารถป้องกันและจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Gitlin, Piersol, Hodgson, Marx, Roth, Johnson, et al, 2016) โดยการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้เข้าร่วมกลุ่มตามโปรแกรม ๗ พบว่า มีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมในระยะหลังการทดลอง 1 เดือน สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการบำบัดตามปกติ กล่าวได้ว่ากิจกรรมต่าง ๆ ในโปรแกรมที่มีลักษณะของการบูรณาการรูปแบบการบำบัดที่ไม่ใช่ยาที่หลากหลายนั้นสามารถจัดการกับอาการปัญหาพฤติกรรมและจิตใจได้ ส่งผลให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรม ทั้งนี้ด้วยกิจกรรมในโปรแกรม ๗ ที่มีความครอบคลุมทั้งกิจกรรมทางกาย จิตใจ และสังคม จึงมีส่วนในการช่วยเสริมสร้างคุณภาพการดูแลในระยะยาว (Barreto, Demougeot, Pillard, Lapeyre-Mestre, & Rolland, 2015) ได้ สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ กล่าวคือ กิจกรรมการบริหารกาย ที่มีประโยชน์ในเชิงป้องกันและจัดการภาวะสมองเสื่อม ทั้งการช่วยเสริมสร้างความสามารถในการทำหน้าที่ (Forbes, Forbes, Blake, Thiessen, & Forbes, 2015) ซึ่งเป็นปัจจัยของการดำเนินโรค ช่วยจัดการภาวะ BPSD ชะลอการลดลงของความสามารถในการทำหน้าที่และช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต (Feast, Orrell, Charlesworth, Melunsky, Poland, & Moniz-Cook, 2016; Braun, Trivedi, Dickinson, Hamilton, Goodman, Gage, et al, 2019) อีกทั้งผู้ดูแลที่เข้าร่วมกิจกรรมพร้อมกับผู้สูงอายุสมองเสื่อม ๗ ได้รับความรู้ถึงประโยชน์ของการบริหารกาย ได้ทดลองปฏิบัติ และจากการติดตาม ผู้ดูแลและผู้สูงอายุได้นำการบริหารกายไปใช้ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรม

การที่ผู้ดูแลได้เรียนรู้ เข้าใจถึงความหมาย และวิธีการจัดการกับพฤติกรรมและอารมณ์ต่าง ๆ ที่ผู้สูงอายุสมองเสื่อม ๗ แสดงออกได้อย่างถูกต้อง และสามารถสื่อสารตอบสนองความต้องการในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้เหมาะสม และมีสติรู้ทันในอารมณ์ของตนเอง สามารถลดอาการ BPSD ได้ สอดคล้องกับ ลิวิงสตัน และคณะ (Livingston, Johnston, Katona, Paton, & Lyketsos, 2005) กล่าวว่าการบำบัดที่มีหลายองค์ประกอบที่บำบัดแบบรายรอบครัว หรือแบบกลุ่มนั้นมีประสิทธิภาพอย่างมาก ถ้านั้นที่สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด การให้ข้อมูลทั้งที่เกี่ยวกับโรคและการช่วยเหลือ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการจัดการกับปัญหาที่

เกิดขึ้นตามบริบทของวัฒนธรรมของตนเอง โดยเฉพาะการบำบัดแบบกลุ่มที่เพิ่มการอบรมเทคนิคการจัดการกับพฤติกรรมของผู้สูงอายุสมองเสื่อม ๑ สามารถช่วยลดความรู้สึกละอายใจในผู้ดูแล และสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตได้ รวมทั้งช่วยยืดเวลาในการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลของผู้ป่วยสมองเสื่อม ๑ (Schoenmakers, Buntinx, & DeLepeleire, 2010)

แม้ว่า BPSD มีความเกี่ยวข้องกับระดับความบกพร่องทางการรู้คิด แต่กลับพบว่าปฏิสัมพันธ์กันระหว่างผู้สูงอายุสมองเสื่อม ๑ กับสิ่งแวดล้อม เป็นสาเหตุที่ค่อนข้างซับซ้อน (Gitlin, Piersol, Hodgson, Marx, Roth, Johnson, et al, 2016) การบำบัดจึงควรให้ความสำคัญกับสิ่งแวดล้อมด้วย ดังนั้นการมีกิจกรรมการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการดำเนินชีวิตเป็นองค์ประกอบหนึ่งของโปรแกรม ๑ เป็นสิ่งที่เหมาะสมในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อม ๑ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ นอกจากนี้การประยุกต์กิจกรรมต่าง ๆ ในโปรแกรม ให้สอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรม การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อม ๑ ทั้งจากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลภายในกลุ่มของสมาชิกกลุ่มที่คำนึงถึงการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อม ๑ ที่ผ่านมา ผ่านกิจกรรมการระลึกความทรงจำ เช่น ประเพณีต่าง ๆ สุภาพศรัทธา คำพังเพย กิจกรรมทางศาสนา รวมไปถึงกิจกรรมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหารที่อยู่บนพื้นฐานของวัฒนธรรม ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้จะส่งผลต่ออารมณ์ ความทรงจำ และส่งเสริมความเป็นอยู่อย่างมีความสุข (Douglass, Keddle, Brooker, & Surr, 2010)

การนำผลการวิจัยไปใช้

โปรแกรมกลุ่มการดูแลแบบเกื้อกูลบนพื้นฐานของวัฒนธรรมไทยสำหรับผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจนี้ เหมาะสำหรับผู้สูงอายุสมองเสื่อมระดับน้อยถึงปานกลาง ที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจร่วมด้วย ทั้งนี้รูปแบบการบำบัดควรจะเป็นแบบกลุ่มจำนวนประมาณ 3-5 ครอบครัวเพื่อที่จะได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน และแต่ละครอบครัวควรมีทั้งผู้ดูแลหลักและผู้สูงอายุสมองเสื่อม ๑ เข้าร่วมกิจกรรมด้วยกันในทุกกิจกรรม เพราะจะมีการฝึกทักษะการดูแลและเน้นในทักษะเฉพาะที่เป็นปัญหาของการดูแล ให้ผู้ดูแลมีความพร้อมที่จะนำไปใช้ที่บ้านที่สำคัญพยาบาลหรือบุคลากรทางสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องที่จะนำโปรแกรมนี้ไปใช้ จะต้องมีการอบรมการใช้โปรแกรม ๑ และมีการประเมินระดับความรุนแรง ของอาการ BPSD ที่เกิดขึ้น และการเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลที่เข้ามารับการเรียนรู้พร้อมกับผู้สูงอายุสมองเสื่อม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการพัฒนากิจกรรมการบำบัดอาการ BPSD เฉพาะแต่ละอาการ หรือเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับอาการสมองเสื่อมระดับเดียวกัน ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยสมองเสื่อมแต่ละคนจะมีอาการที่แตกต่างกัน ระดับความรุนแรงแตกต่างกัน อีกทั้งควรเพิ่มวิธีการบำบัดที่หลากหลายมากขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมและผู้ดูแลได้มีโอกาสเลือก เช่น ดนตรีบำบัด สุนัขบำบัด เป็นต้น และควรนำองค์ความรู้ที่ได้จากการทำวิจัยในครั้งนี้ไปใช้ในการเรียนการสอนทางพยาบาลเพื่อการเตรียมความพร้อมสำหรับการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมต่อไป

References

- Adlbrecht, L., Bartholomeyczik, S., Hildebrandt, C. & Mayer, H. (2021). Social Interactions of Persons with Dementia Living in Special Care Units in Long-Term Care: A Mixed-Methods Systematic Review. *Dementia*, 20(3), 967-984. <http://doi: 10.1177/1471301220919937>.
- Baharudin, A. D., Din, N. C., Subramaniam, P. & Razali, R. (2019). The Associations Between Behavioral Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) and Coping Strategy, Burden of Care and Personality Style among Low-Income Caregivers of Patients with Dementia. *BMC Public Health*, 19(Suppl 4), 447. <http://doi.org/10.1186/s12889-019-6868-0>.

- Bandura, A. (1976). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Barreto, P. D, Demougeot, L., Pillard, F., Lapeyre-Mestre, M. & Rolland, Y. (2015). Exercise Training for Managing Behavioral and Psychological Symptoms in People with Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Ageing Research Reviews*, 24, 274–285. <http://doi: 10.1016/j.arr.2015.09.001>
- Bernard, H. (2000). *Social Research Methods: Qualitative and Quantitative Approaches* Sage, Thousand Oaks.
- Braun, A., Trivedi, D. P., Dickinson, A. Hamilton, L., Goodman, C., Gage, H., et al. (2019). Managing Behavioural and Psychological Symptoms in Community Dwelling Older People with Dementia: A Systematic Review of Qualitative Studies. *Dementia*, 18(7–8), 2950–2970. <http://doi: 10.1177/1471301218762856>.
- Chaichumni, N. (2014). *The Effect of a Thai Culturally-Based Mutual Support Program on Social Functioning of Persons with Schizophrenia*. (Unpublished Doctoral Dissertation). Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand. (in Thai)
- Chapman, K. R., Tremont, G., Malloy, P. & Spitznagel, M. B. (2020). The Role of Sexual Disinhibition to Predict Caregiver Burden and Desire to Institutionalize among Family Dementia Caregivers. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 33(1), 42–51. <http://doi: 10.1177/0891988719856688>
- Chien, W. T., Norman, I. & Thompson, D. R. (2006). Perceived Benefits and Difficulties Experienced in a Mutual Support Group for Family Carers of People with Schizophrenia. *Qualitative Health Research*, 16(7), 962-981.
- Chien, W. T. & Norman, I. (2009). The Effectiveness and Active Ingredients of Mutual Support Groups for Family Caregivers of People with Psychotic Disorders: A literature Review. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 1604-1623. <http://doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.04.003>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Douglass, C., Keddle, A., Brooker, D. & Surr, C. (2010). Cross-Cultural Comparison of the Perceptions and Experiences of Dementia Care Mapping "Mappers" in the United States and the United Kingdom. *Journal of Aging and Health*, 22(5), 567-588. <http://doi:10.1177/0898264310362541>
- Feast, A., Orrell, M., Charlesworth, G, Melunsky, N., Poland, F. & Moniz-Cook, E. (2016). Behavioural and Psychological Symptoms in Dementia and the Challenges for Family Carers: Systematic Review. *The British Journal of Psychiatry*, 208, 429–434. <http://doi: 10.1192/bjp.bp.114.153684>
- Forbes, D., Forbes, S. C, Blake, C. M., Thiessen, E. J. & Forbes, S. (2015). Exercise Programs for People with Dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4), CD006489. <http://doi: 10.1002/14651858.CD006489.pub4>.
- Galinsky, M. J. & Schopler, J. H. (1995). *Support Groups: Current Perspectives on Theory and Practice*. New York, NY: Harworth Press.

- Gitlin, L. N., Piersol, C. V., Hodgson, N., Marx, K., Roth, D. L., Johnson, D., et al. (2016). Reducing Neuropsychiatric Symptoms in Persons with Dementia and Associated Burden in Family Caregivers using Tailored Activities: Design and Methods of a Randomized Clinical Trial. *Contemp Clin Trials*, 49, 92–102. <http://doi: 10.1016/j.cct.2016.06.006>.
- Hsu, T. J., Tsai, H. T., Hwang, A. C., Chen, L. Y. & Chen, L. K. (2017). Predictors of Non-Pharmacological Intervention Effect on Cognitive Function and Behavioral and Psychological Symptoms of Older People with Dementia. *Geriatrics & Gerontology International*, 17(Suppl 1), 28-35. <http://doi: 10.1111/ggi.13037>. PMID: 28436192.
- Kerpershoek, L., de Vugt, M., Wolfs, C., Woods, B., Jolley, H., Orrell, M., et al. (2018). Needs and Quality of Life of People with Middle-Stage Dementia and Their Family Carers from the European Act if Care Study. When Informal Care Alone May Not Suffice. *Aging & Mental Health*, 22(7), 897-902. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1390732>.
- Livingston, G., Johnston, K., Katona, C., Paton, J. & Lyketsos, C. G. (2005). Systematic Review of Psychological Approaches to the Management of Neuropsychiatric Symptoms of Dementia. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1996–2021.
- Macleod, S. H., Elliott, L. & Brown, R. (2011). What Support can Community Mental Health Nurses Deliver to Carers of People Diagnosed with Schizophrenia? Findings from a Review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 48(2011) 100–120. <http://doi: 10.1016/j.ijnurstu.2010.09.005>
- Mahatnirunkul, S., Tantipiwattanaskul, W., Wongsuwan, K., & Prommanajirangkul, W. (1998). Comparison of the WHOQOL-100 and the WHOQOL-BREF (26items). *Journal of Mental Health Thailand*, 5, 4-15. (In Thai)
- O'Dwyer, S. T., Moyle, W., Zimmer-Gembeck, M. & De Leo, D. (2016). Suicidal Ideation in Family Carers of People with Dementia. *Aging and Mental Health*, 20(2), 222-230. <http://doi: 10.1080/13607863.2015.1063109>.
- Pijl-Zieber, E. M., Awosoga, O., Spenceley, S., Hagen, B., Hall, B. & Lapins, J. (2018). Caring in the Wake of the Rising Tide: Moral Distress in Residential Nursing Care of People Living with Dementia. *Dementia*, 0(0), 1–22. <http://doi: 10.1177/1471301216645214>
- Phothisita, C. (2011). *The Science and Art of Quality Study*. (5th ed.). Bangkok: Amarin Print and Blushing. (In Thai)
- Quinn, C., Clare, L. & Woods, R. T. (2015). Balancing Needs: The Role of Motivations, Meanings and Relationship Dynamics in the Experience of Informal Caregivers of People with Dementia. *Dementia*, 14(2), 220-237. <http://doi. org/10.1177/1471301213495863>
- Schoenmakers, B., Buntinx, F. & DeLepeleire, J. (2010). Supporting the Dementia Family Caregiver: The Effect of Home Care Intervention on General Well-Being. *Aging and Mental Health*, 14, 44–56. <http://doi: 10.1080/13607860902845533>.
- Sopina, E., Sorensen, J., Beyer, N., Hasselbalch, S. G. & Waldemar, G. (2017). Cost Effectiveness of a Randomized Trial of Physical Activity in Alzheimer's Disease: A Secondary Analysis Exploring Patient and Proxy-Reported Health-Related Quality of Life Measures in Denmark. *BMJ Open*, 7(6), e015217. <http://doi: 10.1136/ bmjopen-2016-015217>.

- Yoddanan-Attigg, B. & Tangchonlatip, K. (2009). *Qualitative Data Analysis: Recording Information, Interpreting and Finding Meaning*. Bangkok: Chino. (In Thai)
- Wilson, J. (1995). *How to Work with Self-Help Group: Guidelines for Professionals' Arena*. Alder Shot, Hants: United State of Kingdom, England.
- World Health Organization. (2017). *Global Action Plan on the Public Health Response to Dementia 2017 – 2025, WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland*. Retrieved September 25, 2021, from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259615/9789241513487-eng.pdf>
- World Health Organization. (2021). *Dementia: Fact Sheet*. Retrieved September 25, 2021, from <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/dementia>.

อิทธิพลของพฤติกรรมผู้นำแบบแลกเปลี่ยนกับสมาชิกของหัวหน้าหอผู้ป่วย
และพฤติกรรมการสร้างนวัตกรรมในการทำงานต่อผลการปฏิบัติงานระดับบุคคล
ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน

The Influences of Leader Member Exchange Behaviors of Head
Nurses and Innovative Work Behaviors on Individual Work
Performance as Perceived by Professional Nurses in Community Hospitals

สุรางค์ วิมลธาดา¹, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย^{1*}, กรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร¹

Surang Wimonthada¹, Pechnoy Singchangchai^{1*}, Kannikar Chatdokmaiprai¹

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน^{1*}

Nursing College Christian University of Thailand^{1*}

(Received: September 7, 2021; Revised: September 2, 2022; Accepted: January 18, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปริมาณ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ ความสัมพันธ์ และวิเคราะห์เส้นทางอิทธิพลของพฤติกรรมผู้นำแบบแลกเปลี่ยนกับสมาชิกของหัวหน้าหอผู้ป่วย พฤติกรรมการสร้างนวัตกรรมในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพต่อผลการปฏิบัติงานระดับบุคคล ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 312 ราย ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสอบถามมี 3 ส่วน คือ พฤติกรรมผู้นำแบบแลกเปลี่ยนกับสมาชิก พฤติกรรมการสร้างนวัตกรรมในการทำงาน และผลการปฏิบัติงานระดับบุคคล ผ่านตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .84, .88, และ .84 ตามลำดับ และตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน พบว่า มีความสอดคล้องตามเกณฑ์สถิติ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .96, .95, และ .92 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติการวิเคราะห์อิทธิพลเส้นทาง ผลการวิจัย พบว่า

ผลการปฏิบัติงานระดับบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ อยู่ในระดับมาก ($M=3.73$, $SD=0.36$) และโมเดลเส้นทางตามสมมติฐานการวิจัยมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์แบบอิมตัว ($\chi^2=0.00$, $df=0$, $RMSEA=0.000$, $p\text{-value}=1.00$) โดยผลการปฏิบัติงานระดับบุคคลได้รับอิทธิพลทางตรงจากพฤติกรรมการสร้างนวัตกรรมในการทำงาน ($\beta=0.54$, $p<0.05$) และพฤติกรรมผู้นำแบบแลกเปลี่ยนกับสมาชิกของหัวหน้าหอผู้ป่วย ($\beta=0.06$, $p<0.05$) พฤติกรรมผู้นำแบบแลกเปลี่ยนกับสมาชิกมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการสร้างนวัตกรรมในการทำงาน ($\beta=0.30$, $p<0.05$) และพฤติกรรมผู้นำแบบแลกเปลี่ยนกับสมาชิกมีอิทธิพลทางอ้อมต่อผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพโดยส่งผ่านพฤติกรรมการสร้างนวัตกรรมการทำงาน ($IE=0.162$) และตัวแปรทุกตัวร่วมกันทำนายความแปรปรวนของผลการปฏิบัติงานระดับบุคคลของพยาบาลวิชาชีพได้ร้อยละ 46 ($R^2=0.46$)

ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่า ในยุคแห่งการเปลี่ยนแปลง ผู้บริหารจำเป็นต้องมีการสร้างพฤติกรรมเกี่ยวกับนวัตกรรมในการทำงานหรือใช้เทคนิคการบริหารคนเก่งด้านนวัตกรรม เพื่อให้ได้ผลการปฏิบัติงานระดับบุคคล ในองค์กรพยาบาลบรรลุเป้าหมายดังที่กำหนดไว้

คำสำคัญ: ผลการปฏิบัติงานระดับบุคคล, พฤติกรรมผู้นำแบบแลกเปลี่ยนกับสมาชิกของหัวหน้าหอผู้ป่วย, พฤติกรรมการสร้างนวัตกรรมในการทำงาน, การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ, โรงพยาบาลชุมชน

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: pechnoys@christian.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 089-8797469)



Abstract

The objectives of this quantitative research were to investigate levels of perception of individual work performance, and to analyze a path model of influences of leader-member exchange behaviors of head nurses, and innovative work behaviors of professional nurses on individual work performance, as perceived by professional nurses in community public hospitals. The subjects were 312 professional ward nurses recruited through multi-stage sampling. The research instrument was a 5-point rating scale questionnaire consisting of 3 parts: leader-member exchange behaviors, innovative work behaviors, and individual work performance. The content validity was tested by 5 experts, yielding values of 0.84, 0.88, and 0.84, respectively. The construct validity, tested with confirmatory factor analysis, was consistent, while the Cronbach's alpha reliability coefficients were 0.96, 0.95, and 0.92, respectively. The data were analyzed with descriptive statistics and path analysis.

The study results showed that individual work performance of professional nurses was at a high level ($M = 3.73$, $SD = 0.36$), and the model path of the research hypothesis was consistent with empirical data saturation ($\chi^2=0.00$, $df=0$, $RMSEA=0.000$, $p\text{-value}=1.00$). Individual work performance had direct effect on innovative work behaviors ($\beta=0.54$, $p<0.05$) and leader-member exchange behaviors with head nurses ($\beta=0.06$, $p<0.05$). Leader-member exchange behaviors had direct effect on innovative work behaviors ($\beta=0.30$, $p<0.05$), and had indirect effect on performance of professional nurses through innovative working behaviors ($f^2=0.162$). All variables together could predict the variance of individual work performance of professional nurses at 46 % ($R^2=0.46$).

The research results indicate that individual work performance in nursing organizations requires administrators to initiate work innovative behaviors among nurses or implement talent management strategy to achieve target individual work performance in the changing world.

Keywords: Individual Work Performance, Leader Member Exchange Behaviors of Head Nurses, Innovative Work Behaviors, Perceived by Professional Nurses, Community Hospitals

บทนำ

สภาพการณ์ในปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้องค์กรต่าง ๆ ต้องมีการปรับเปลี่ยนการทำงานและพัฒนาองค์กรเพื่อให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลง ดังนั้น การประเมินผลการปฏิบัติงานระดับบุคคล เป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้สมาชิกในองค์กรเข้าใจบทบาทของตนเอง ส่งผลต่อการบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กร (McCarthy & Garavan, 2001) ผู้นำองค์กรทุกระดับมีหน้าที่บริหารจัดการองค์กร โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การควบคุม (Controlling) ซึ่งเป็นกระบวนการตรวจสอบและติดตามผลงาน เพื่อให้มั่นใจว่าผลการปฏิบัติงานของพนักงานเป็นไปตามแผนงานที่ได้ตั้งไว้ (Marquis & Huston, 2017) การที่จะทำให้องค์กรสามารถบรรลุเป้าหมายตามวิสัยทัศน์ พันธกิจ องค์กรได้นั้น จึงจำเป็นต้องมีการประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากร ซึ่งผลการปฏิบัติงานมีหลายแนวคิด แต่ปัจจุบันแนวคิดผลการปฏิบัติงานระดับบุคคลมีการขยายความรู้มากขึ้น แนวคิดของคูปแมนส์ และคณะ (Koopmans, Bernaards, Hildebrandt, Schaufeli, Der Vet & Van Der Beek, 2011) ระบุว่า ผลการปฏิบัติงานระดับบุคคล เกิดจากพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติงานของบุคลากรในองค์กร ประกอบด้วย ผลการปฏิบัติงานทั้งหมด 4 ด้าน คือ ผลการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ ผลการปฏิบัติงานนอกเหนือหน้าที่ พฤติกรรมการปรับตัวในการปฏิบัติงาน และพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติงานที่มีผลกระทบต่อหน่วยงาน ต่างจากจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบการศึกษาเกี่ยวกับผลการ

ปฏิบัติงานระดับบุคคลเพียง 2 ด้าน (Joo, 2012; Berdicchia, 2015; Saboor, Mukhtar & Sadiq, 2015; Sepdiningtyas & Santoso, 2017) ซึ่งแนวคิดของคูปแมนส์และคณะ (Koopmans, Bernaards, Hildebrandt, Schaufeli, Der Vet & Van Der Beek, 2011) เสนอแนะว่า การบริหารการเปลี่ยนแปลงจำเป็นต้องวัดผลการปฏิบัติงานระดับบุคคลให้ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน โดยเฉพาะในเรื่องพฤติกรรมการปรับตัว ในการปฏิบัติงานและพฤติกรรมการปฏิบัติงานที่มีผลกระทบต่อสมาชิกและองค์กร

โครงสร้างการบริหารงานของโรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข องค์กรพยาบาลเป็นองค์กรหนึ่งใน 12 กลุ่มงาน มีภารกิจหลักให้บริการพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง ผู้บริหารองค์กรมีหน้าที่กำหนดตัวชี้วัดสำคัญที่สะท้อนผลลัพธ์การบริหารองค์กร การบริหารทรัพยากร กระบวนการให้บริการ ระบบการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล เพื่อให้บรรลุเป้าหมายองค์กรและผลลัพธ์การบริการพยาบาล (Nursing Division, 2018) หัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้บริหารระดับต้น มีหน้าที่บริหารจัดการหอผู้ป่วย เพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ของโรงพยาบาลและกลุ่มการพยาบาล นอกจากนี้ยังมีหน้าที่บังคับบัญชา ตรวจสอบ ควบคุม การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทุกระดับให้ปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบ พร้อมทั้งเชื่อมโยงนโยบายจากองค์กรลงสู่การปฏิบัติ การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ เป็นการปฏิบัติงานที่เป็นการกระทำต่อมนุษย์ เกี่ยวกับการดูแลและช่วยเหลือเมื่อมีการเจ็บป่วย ส่งผลโดยตรงต่อความปลอดภัยของชีวิตผู้ป่วย ครอบคลุมการปฏิบัติงานด้านการปฏิบัติการพยาบาล การวางแผน การประสานงาน และการบริการ (Nursing Division of Ministry of Public Health Thailand, 2018) ซึ่งคณะกรรมการกลุ่มการพยาบาล จะเป็นผู้ประเมินผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ภายใต้แนวคิดสมรรถนะของสำนักงานข้าราชการพลเรือน เพื่อการเลื่อนขั้นเงินเดือนปีละ 2 ครั้ง โดยประเมินจาก 2 องค์ประกอบ คือ ผลสัมฤทธิ์ของงาน ซึ่งก็คือ ผลการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ และพฤติกรรมการปฏิบัติราชการ ซึ่งก็คือ ผลการปฏิบัติงานนอกเหนือหน้าที่ การปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งเป็นพื้นที่ห่างไกล มีลักษณะการปฏิบัติงานที่มีความหลากหลาย ภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด และวัฒนธรรมท้องถิ่นที่แตกต่างกันไป การประเมินผลการปฏิบัติงานยังขาดการประเมินผลการปฏิบัติงานด้านพฤติกรรมการปรับตัว ในการปฏิบัติงานและพฤติกรรมการปฏิบัติงานที่ส่งผลกระทบต่อหน่วยงาน มีประเด็นคำถามคือ ผลการปฏิบัติงานส่วนใหญ่เป็นการรายงานผลการปฏิบัติงานในภาพรวมและเป็นผลการปฏิบัติงานทางคลินิก มีจุดอ่อนในการนำมาใช้ในการพัฒนาบุคลากรเป็นรายบุคคลที่สอดคล้องกับการพัฒนาบุคลากร จึงจำเป็นต้องขยายการศึกษาในมิติวัดผลผลการปฏิบัติงานระดับบุคคล เพื่อให้สอดคล้องกับการปฏิบัติงานในปัจจุบัน ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงระบบงาน บทบาทในการทำงานในสภาพแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา จึงน่าจะมีการวัดผลการปฏิบัติงานระดับบุคคลในด้านพฤติกรรมการปรับตัวในการปฏิบัติงาน และพฤติกรรมการปฏิบัติงานที่ส่งผลกระทบต่อหน่วยงาน เนื่องจากบางพฤติกรรม เป็นพฤติกรรมการปฏิบัติงานที่เป็นอันตรายต่อความผาสุกขององค์กร ก่อให้เกิดความเสียหายต่อผลประโยชน์อันชอบธรรมของสมาชิกและองค์กร (Koopmans, Bernaards, Hildebrandt, Schaufeli, Der Vet & Van Der Beek, 2011)

จากการทบทวนรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อผลการปฏิบัติงานระดับบุคคลขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ได้แก่ ภาวะผู้นำแบบแลกเปลี่ยนกับสมาชิก (Sepdiningtyas & Santoso, 2017) และพฤติกรรมการสร้างนวัตกรรมในการทำงาน (Xerri, 2012; Sawangwan, 2014) นอกจากนี้ ยังพบว่า ภาวะผู้นำแบบแลกเปลี่ยนกับสมาชิกส่งผลต่อผลการปฏิบัติงานเป็นรายบุคคล (Liden & Maslyn, 1998) และภาวะผู้นำแบบแลกเปลี่ยนกับสมาชิกส่งผลต่อพฤติกรรมการสร้างนวัตกรรมในการทำงาน (Scott & Bruce, 1994; Sanders, Moorkamp, Torka, Groeneveld & Groeneveld, 2010) ส่วนใหญ่พบการศึกษาในองค์กรภาคธุรกิจและภาคการศึกษา ในบริบทของพยาบาล มีการศึกษาจำนวนน้อย และยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการสร้างนวัตกรรมในการทำงานกับผลการปฏิบัติงานระดับบุคคลในบริบทพยาบาล จากประเด็นดังกล่าว ยังขาดการวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมผู้นำแบบแลกเปลี่ยนกับสมาชิกของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพและพฤติกรรมการสร้างนวัตกรรมในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ กับผลการปฏิบัติงานระดับบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลชุมชนมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์หรือไม่ โดยเฉพาะบริบทพยาบาลไทย ในโรงพยาบาลชุมชนที่มีบริบทสอดคล้องกับการมีผู้บริหารที่มีภาวะผู้นำแบบแลกเปลี่ยนกับสมาชิก และสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงในยุค

ไทยแลนด์ 4.0 เพื่อให้บุคลากรพยาบาลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านนวัตกรรมกรรมในการทำงาน และยังขาดการศึกษาความสัมพันธ์ของทั้ง 3 ตัวแปรนี้ในบริบทองค์กรสุขภาพ และแนวคิดในต่างประเทศเสนอว่า ผลการปฏิบัติงานระดับบุคคล ประกอบด้วย ผลการปฏิบัติงาน 4 ด้าน จึงเห็นประเด็นเรื่องขยายแนวคิดเรื่องผลการปฏิบัติงานระดับบุคคล จึงต้องมีการขยายองค์ความรู้ให้ชัดเจน ถึงความสัมพันธ์ของภาวะผู้นำแบบแลกเปลี่ยนกับสมาชิกกับผลการปฏิบัติงานระดับบุคคล ผ่านตัวแปรส่งผ่านพฤติกรรมสร้างนวัตกรรมในการทำงาน

หัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมผู้นำแบบแลกเปลี่ยนกับสมาชิก การแลกเปลี่ยนสัมพันธภาพในการทำงานระหว่างหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพ แนวคิดนี้มีประโยชน์ต่อการบริหารงานของผู้บริหารระดับต้น เนื่องจากพฤติกรรมผู้นำแบบแลกเปลี่ยนกับสมาชิก มีลักษณะสร้างความชอบพอ ความจงรักภักดี การร่วมกันสร้างผลงาน และการนับถือความเป็นมืออาชีพร่วมกัน (Liden & Maslyn, 1998) ซึ่งการสร้างสัมพันธภาพอาจสะท้อนได้จาก ความพึงพอใจของสมาชิกที่ได้ร่วมงานกับผู้นำ ความเต็มใจในการทำงานร่วมกัน หรือปริมาณงานที่ทั้งสองฝ่ายทุ่มเทให้กันร่วมกัน ส่งผลให้การปฏิบัติงานบรรลุตามเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้ร่วมกัน และส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการสร้างนวัตกรรมในการทำงาน (Xerri, 2012; Sawangwan, 2014) และผลการปฏิบัติงานระดับบุคคล (Sepdiningtyas & Santoso, 2017) ซึ่งพฤติกรรมการสร้างนวัตกรรมในการทำงาน เป็นการแสดงออกหรือการกระทำของบุคคลที่มีการคิดริเริ่มสิ่งใหม่ และมีการนำความคิดใหม่หรือวิธีการใหม่นั้นลงสู่การปฏิบัติจริงอย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งบุคคลจะแสดงพฤติกรรม โดยเริ่มจากการสำรวจค้นหาความคิด การก่อเกิดความคิด การทำความเข้าใจให้เป็นที่ยอมรับ และการนำความคิดลงสู่การปฏิบัติจริง (De Jong & Den Hartong, 2010) โดยพฤติกรรมสร้างนวัตกรรมในการทำงานนี้มีความสำคัญและส่งผลดีต่อทั้งตัวบุคคลและองค์กร (Chen, Lam, & Zhong, 2012; Kim, 2015; Alsughayia, 2017) และยังเป็นปัจจัยสำคัญที่นำสู่ความสำเร็จและคงไว้ซึ่งความได้เปรียบในการแข่งขันขององค์กร (Momeni, Ebrahimipour & Ajirloo, 2014)

จากความสำคัญและเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาโมเดลเส้นทางอิทธิพลของพฤติกรรมผู้นำแบบแลกเปลี่ยนกับสมาชิก พฤติกรรมการสร้างนวัตกรรมในการทำงานต่อผลการปฏิบัติงานระดับบุคคล ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน เพื่อนำองค์ความรู้ใหม่ที่ได้ไปใช้ในการกำหนดสมรรถนะของผู้บริหารระดับต้นและพยาบาลวิชาชีพ ใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินผลการปฏิบัติงานระดับบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ และเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อช่วยเตรียมและพัฒนาพยาบาลวิชาชีพใหม่ที่จะไปประจำการ ในโรงพยาบาลชุมชน เพื่อพัฒนาผลการปฏิบัติงานระดับบุคคลและผลการปฏิบัติงานที่ดีขององค์กรต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมผู้นำแบบแลกเปลี่ยนกับสมาชิกของหัวหน้าหอผู้ป่วย พฤติกรรมการสร้างนวัตกรรมในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพและผลการปฏิบัติงานระดับบุคคลของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมผู้นำแบบแลกเปลี่ยนกับสมาชิกของหัวหน้าหอผู้ป่วย พฤติกรรมการสร้างนวัตกรรมในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพกับผลการปฏิบัติงานระดับบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ
3. เพื่อวิเคราะห์เส้นทางอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมของพฤติกรรมผู้นำแบบแลกเปลี่ยนกับสมาชิกของหัวหน้าหอผู้ป่วย ต่อผลการปฏิบัติงานระดับบุคคลของพยาบาลวิชาชีพและความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

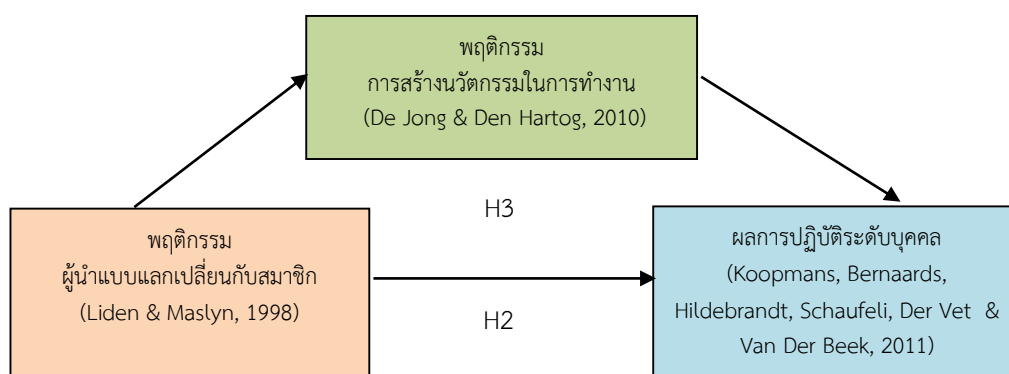
สมมติฐานวิจัย

1. โมเดลเส้นทางอิทธิพลระหว่างพฤติกรรมผู้นำแบบแลกเปลี่ยนกับสมาชิกของหัวหน้าหอผู้ป่วย พฤติกรรมการสร้างนวัตกรรมในการทำงานและผลการปฏิบัติงานระดับบุคคลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์
2. พฤติกรรมผู้นำแบบแลกเปลี่ยนกับสมาชิกของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพมีอิทธิพลทางตรงต่อผลการปฏิบัติงานระดับบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ

3. พฤติกรรมผู้นำแบบแลกเปลี่ยนกับสมาชิกของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพมีอิทธิพลทางอ้อมต่อผลการปฏิบัติงานระดับบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ โดยส่งผ่านพฤติกรรมการสร้างนวัตกรรมในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ สืบเคราะห์ขึ้นจากผลการวิจัยและการทบทวนอย่างเป็นระบบเรื่องผลการปฏิบัติงานระดับบุคคล ตามแนวคิดของคูปแมนส์ และคณะ (Koopmans, Bernaards, Hildebrandt, Schaufeli, Der Vet & Van Der Beek, 2011) ทฤษฎีภาวะผู้นำแบบแลกเปลี่ยนกับสมาชิก ของไลเดนและมาสลิน (Liden & Maslyn, 1998) แนวคิดพฤติกรรมการสร้างนวัตกรรมในการทำงานของ เดอจอง และ เดนฮาร์ทอง (De Jong & Den Hartog, 2010) และจากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ภาวะผู้นำแบบแลกเปลี่ยนกับสมาชิกมีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อผลการปฏิบัติงานระดับบุคคล (Joo, 2012; Berdicchia, 2015; Saboor, Mukhtar & Sadiq, 2015) ภาวะผู้นำแบบแลกเปลี่ยนกับสมาชิกมีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อพฤติกรรมการสร้างนวัตกรรมในการทำงาน (Xerri, 2012; Schermuly, Meyer & Dammer, 2013; Stoffers, Van Der Heijden, & Schrijver, 2019) และพฤติกรรมการสร้างนวัตกรรมในการทำงานมีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อผลการปฏิบัติงานระดับบุคคล (Dorner, 2012; Middelkoop, 2016; Nasir, Suryani, Zuhra, Armi & Mahdani, 2018) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้สังเคราะห์เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาเส้นทางความสัมพันธ์และอิทธิพลของพฤติกรรมผู้นำแบบแลกเปลี่ยนกับสมาชิกของหัวหน้าหอผู้ป่วย พฤติกรรมการสร้างนวัตกรรมในการทำงานต่อผลการปฏิบัติงานระดับบุคคล ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในประเทศไทยดังภาพ 1



H1: โมเดลเส้นทางอิทธิพลตัวแปรที่ศึกษามีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research Design) ในลักษณะการศึกษาวเคราะห์ (Analytical Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศไทย จำนวน 690 แห่ง จำนวน 9,660 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยใน ที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้น 1 มีประสบการณ์การปฏิบัติงานอย่างน้อย 1 ปี คำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ คอแครน (Cochran, 1977) กำหนดความคลาดเคลื่อนที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 ได้กลุ่มตัวอย่าง 384 ราย จาก

โรงพยาบาลชุมชนจำนวน 31 แห่ง และมีการคำนวณจำนวนตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหาย ร้อยละ 10 (Gupta, 2016) รวมเป็นตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 426 ราย สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน ใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งกลุ่มโรงพยาบาลตามภูมิภาคของประเทศไทย 6 ภูมิภาค สุ่มจังหวัดตามสัดส่วนจังหวัดในแต่ละภูมิภาค สุ่มรายชื่อโรงพยาบาลชุมชนตามจังหวัดแบบง่ายโดยการจับสลากแบบไม่ใส่คืน และสุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดจนครบจำนวนตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถาม 4 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานกับหัวหน้าคนปัจจุบัน ประสบการณ์การอบรมหรือการพัฒนาบุคลากรด้านนวัตกรรม / การวิจัย / R2R การสร้างนวัตกรรมในการทำงานในหน่วยงานปัจจุบัน และประสบการณ์การอบรมชี้แจงเกี่ยวกับผลการปฏิบัติงาน จำนวนข้อคำถาม 8 ข้อ

2. แบบสอบถามพฤติกรรมผู้นำแบบแลกเปลี่ยนกับสมาชิกของหัวหน้าหอผู้ป่วยในตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยปรับปรุงพัฒนาจากแบบสอบถาม Multidimensional Measure of LMX (LMX-MDM) ของไลเดน และมาสลิน (Liden & Maslyn, 1998) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาปรับปรุงโดยใช้วิธีการแปลย้อนกลับและทดสอบทางเดียว (Back-translation with monolingual test) (Brislin, 1970) ประกอบด้วย ความชอบพอหัวหน้าหอผู้ป่วย ความจงรักภักดีต่อหัวหน้าหอผู้ป่วย การร่วมกันสร้างผลงานกับหัวหน้าหอผู้ป่วย การนับถือความเป็นมืออาชีพของหัวหน้าหอผู้ป่วย จำนวนข้อคำถาม 17 ข้อ

3. แบบสอบถามพฤติกรรมการสร้างนวัตกรรมในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยปรับปรุงพัฒนาจากแบบสอบถาม Measuring Innovative Work Behavior Scale ของเดอร์จงและเดนฮาร์ตอง (De Jong & Den Hartong, 2010) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาปรับปรุงโดยใช้วิธีการแปลย้อนกลับและทดสอบทางเดียว (Back-translation with monolingual test) (Brislin, 1970) ประกอบด้วย พฤติกรรมการสำรวจค้นหาความคิด พฤติกรรมการก่อเกิดความคิด พฤติกรรมการทำให้ความคิดเป็นที่ยอมรับ พฤติกรรมนำความคิดลงสู่การปฏิบัติ จำนวนข้อคำถาม 17 ข้อ

4. แบบสอบถามผลการปฏิบัติงานระดับบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยปรับปรุงพัฒนาจากแบบสอบถาม Individual Work Performance Questionnaire (IWPO) ของคูปแมนส์และคณะ (Koopmans, Bernaards, Hildebrandt, Schaufeli, Der Vet & Van Der Beek, 2011, 2014) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาปรับปรุงโดยใช้วิธีการแปลย้อนกลับและทดสอบทางเดียว (Back-Translation With Monolingual Test) (Brislin, 1970) ประกอบด้วย ผลการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ ผลการปฏิบัติงานนอกเหนือหน้าที่ พฤติกรรมการปรับตัวในการปฏิบัติงาน และพฤติกรรมการทำงานที่มีผลกระทบต่อหน่วยงาน จำนวนข้อคำถาม 34 ข้อ

กำหนดเกณฑ์มาตรฐานระดับคะแนนการรับรู้ แบ่งออกเป็น 5 ระดับ จากการรับรู้มากที่สุด ให้ 5 คะแนน ถึงการรับรู้最少ให้ 1 คะแนน (Waltz, Strickland & Lenz, 2017)

การแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมผู้นำแบบแลกเปลี่ยนกับสมาชิก/พฤติกรรมการสร้างนวัตกรรมในการทำงาน/ผลการปฏิบัติงานระดับบุคคล ตามแนวคิดของตามแนวคิดของเบสและคาน (Best & Kahn, 2014) ดังนี้ ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.51 – 5.00 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้สูงสุดในระดับมากที่สุด ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้สูงสุดในระดับมาก ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้สูงสุดในระดับปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้สูงสุดในระดับน้อย และ ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้สูงสุดในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของแบบสอบถามทั้ง 3 ส่วน ประกอบด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมผู้นำแบบแลกเปลี่ยนกับสมาชิกของหัวหน้าหอผู้ป่วยในตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ แบบสอบถามพฤติกรรมการสร้างนวัตกรรมในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ และ แบบสอบถามผลการปฏิบัติงานระดับบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารการพยาบาลและพัฒนาเครื่องมือวิจัยด้านการบริหาร จำนวน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารการพยาบาลและการพัฒนาเครื่องมือวิจัยเรื่องพฤติกรรมการสร้างนวัตกรรมในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 1

ท่าน หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนที่มีความรู้และประสบการณ์ในการบริหารองค์การพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเกี่ยวกับผลการปฏิบัติงานระดับบุคคล จำนวน 1 ท่าน มีค่า CVI เท่ากับ .84, .88, และ .84 ตามลำดับ และนำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยในที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และวิเคราะห์ ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้สูตรค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราก ได้เท่ากับ .96, .95 และ .92 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ขอหนังสืออนุมัติเก็บข้อมูลจากมหาวิทยาลัยคริสเตียน ส่งหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชุมชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งแนบเอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยคริสเตียน เมื่อได้รับความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจึงติดต่อประสานงานกับหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล จำนวน 31 โรงพยาบาล ทางโทรศัพท์ เพื่อแนะนำตัวเองและชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและวิธีการสุ่มตัวอย่าง และขออนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัยตลอดจนวิธีการเก็บรวบรวมแบบสอบถามกลับคืน ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้เวลา 5 สัปดาห์ ในช่วงระหว่างวันที่ 19 ตุลาคม ถึงวันที่ 23 พฤศจิกายน 2563 แบบสอบถามที่ส่งให้ ใส่ซองแยกแต่ละคน เมื่อตอบแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้วให้ใส่ซองปิดผนึกด้วยตนเองก่อนส่งคืนผู้วิจัยทางไปรษณีย์ด่วนพิเศษ ได้รับแบบสอบถามคืน 416 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 95.77 ข้อมูลมีความสมบูรณ์สามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้ 312 ฉบับ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีของแฮร์ แบ็ค บาบิน และแอนเดอร์สัน (Hair, 2014) ที่ระบุว่า การหาอิทธิพลเส้นทางควรมีก่อนกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 300 ตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ระดับพฤติกรรมผู้นำแบบแลกเปลี่ยนกับสมาชิกของหัวหน้าหอผู้ป่วย พฤติกรรมการสร้างนวัตกรรมในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพและผลการปฏิบัติงานระดับบุคคลของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน โดยใช้สถิติสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมผู้นำแบบแลกเปลี่ยนกับสมาชิกของหัวหน้าหอผู้ป่วย พฤติกรรมการสร้างนวัตกรรมในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพกับผลการปฏิบัติงานระดับบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้สถิติการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation)
4. วิเคราะห์เส้นทางอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมของพฤติกรรมผู้นำแบบแลกเปลี่ยนกับสมาชิกของหัวหน้าหอผู้ป่วย ต่อผลการปฏิบัติงานระดับบุคคลของพยาบาลวิชาชีพและความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์โดยใช้สถิติวิเคราะห์อิทธิพลเส้นทางด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป LISREL ค่าสถิติที่ใช้ตรวจสอบและแสดงว่ามีความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลสมมติฐานการวิจัยกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ประกอบด้วย $p\text{-value} > .05$; $\chi^2 / df < 3.0$; $GFI > .90$; $AGFI > .90$; $CFI > .90$; $SRMR < .08$ และ $RMSEA < 0.8$ (Hair, Black, Babin & Anderson, 2014)

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยคริสเตียน เลขที่ น. 16/2562 รับรองเมื่อวันที่ 21 กรกฎาคม พ.ศ. 2563 กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงเรื่องการพิทักษ์สิทธิ์และวัตถุประสงค์การวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร และลงนามให้คำยินยอมในการตอบแบบสอบถาม มีระบบการรักษาความลับของข้อมูลและการนำเสนอ วิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดในภาพรวม

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 95.70) อายุเฉลี่ย 37.06 ปี การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 97.60) โดยมีระยะเวลาการปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างเฉลี่ย 11.68 ปี ระยะเวลาการปฏิบัติงานกับหัวหน้างานคนปัจจุบันโดยเฉลี่ย 7.95 ปี ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ด้านการฝึกอบรมหรือการได้รับการพัฒนาบุคลากรด้านนวัตกรรมการวิจัย R2R (ร้อยละ 65.60) ไม่เคยมีประสบการณ์การสร้างนวัตกรรมในการทำงานหน่วยงานปัจจุบัน (ร้อยละ 55.80) และไม่เคยได้รับการอบรมชี้แจงเกี่ยวกับการประเมินผลการปฏิบัติงาน (ร้อยละ 53.80)

2. ระดับพฤติกรรมผู้นำแบบแลกเปลี่ยนกับสมาชิกของหัวหน้าหอผู้ป่วย พฤติกรรมการสร้างนวัตกรรมในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพและผลการปฏิบัติงานระดับบุคคลของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน อยู่ในระดับมาก ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ผลค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรด้านพฤติกรรมผู้นำแบบแลกเปลี่ยนกับสมาชิกของหัวหน้าหอผู้ป่วยใน พฤติกรรมการสร้างนวัตกรรมในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ และผลการปฏิบัติงานระดับบุคคลของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยใน (n = 312 คน)

ตัวแปร	คะแนน		ระดับการรับรู้
	M	SD	
พฤติกรรมผู้นำแบบแลกเปลี่ยนกับสมาชิก	3.78	.59	มาก
พฤติกรรมการสร้างนวัตกรรมในการทำงาน	3.52	.46	มาก
ผลการปฏิบัติงานระดับบุคคล	3.73	.36	มาก

จากตาราง 1 พบว่า ค่าระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมผู้นำแบบแลกเปลี่ยนกับสมาชิก พฤติกรรมการสร้างนวัตกรรมในการทำงาน และผลการปฏิบัติงานระดับบุคคล อยู่ในระดับมาก ($M=3.78$, $SD=0.59$; $M=3.52$, $SD=.46$; $M=3.73$, $SD=.36$ ตามลำดับ)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมผู้นำแบบแลกเปลี่ยนกับสมาชิกของหัวหน้าหอผู้ป่วย พฤติกรรมการสร้างนวัตกรรมในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพกับผลการปฏิบัติงานระดับบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ เป็นความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลาง ดังแสดงในตาราง 2

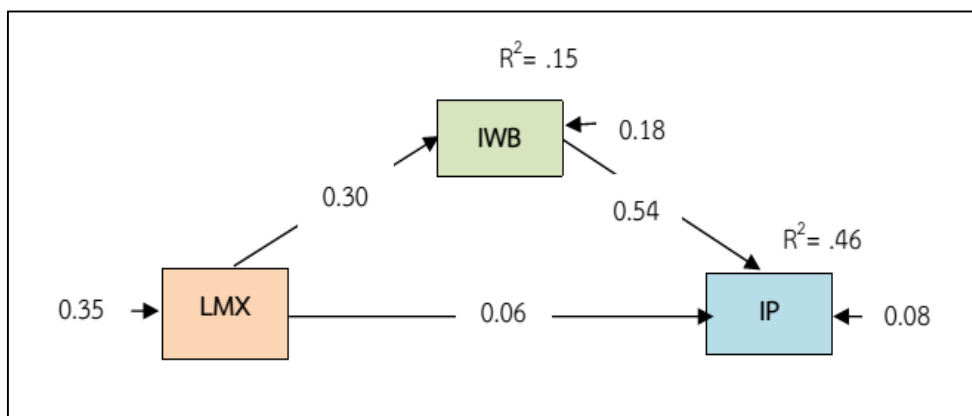
ตาราง 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพฤติกรรมผู้นำแบบแลกเปลี่ยนกับสมาชิก พฤติกรรมการสร้างนวัตกรรมในการทำงานและผลการปฏิบัติงานระดับบุคคล (n=312)

ตัวแปร	LMX	IWB	IP
พฤติกรรมผู้นำแบบแลกเปลี่ยนกับสมาชิก (LMX)	1		
พฤติกรรมการสร้างนวัตกรรมในการทำงาน (IWB)	.389**	1	
ผลการปฏิบัติงานระดับบุคคล (IP)	.310**	.618**	1

จากตาราง 2 พบว่า พฤติกรรมผู้นำแบบแลกเปลี่ยนกับสมาชิกมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการสร้างนวัตกรรมในการทำงานและผลการปฏิบัติงานระดับบุคคลของพยาบาลวิชาชีพในระดับปานกลาง ($r=0.389$, $r=0.310$, $p<0.05$ ตามลำดับ) และพฤติกรรมการสร้างนวัตกรรมในการทำงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับผลการปฏิบัติงานระดับบุคคลในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r=0.618$, $p<0.05$) ซึ่งค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร มีค่าน้อยกว่า 0.85 ไม่เกิดภาวะพหุร่วมเชิงเส้น (Multicollinearity) (Hair, Black, Babin & Anderson, 2014)

4. วิเคราะห์เส้นทางอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมของพฤติกรรมผู้นำแบบแลกเปลี่ยนกับสมาชิกของหัวหน้าหอผู้ป่วย ต่อผลการปฏิบัติงานระดับบุคคลของพยาบาลวิชาชีพและความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ก่อนทำการวิเคราะห์เส้นเส้นทางอิทธิพล ได้มีการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น ผลการตรวจสอบ พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติและเป็นความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระไม่มีปัญหาความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น (Multicollinearity) ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรพยากรณ์ทุกตัวมีค่าคงที่ (Homoscedasticity) และขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 300 ตัวอย่าง (Joreskog & Sabom, 2012; Mumro, 2001; Singchangchai, 2005) ข้อมูลที่ได้เป็นไปตามเกณฑ์ข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์เส้นทางอิทธิพล



ภาพ 2 โมเดลเส้นทางตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อผลการปฏิบัติงานระดับบุคคลของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

จากภาพ 2 ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องของโมเดลเส้นทางตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อผลการปฏิบัติงานระดับบุคคลของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า รูปแบบที่สร้างขึ้นตามทฤษฎีมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์แบบอิ่มตัวที่สมบูรณ์ (The Model is Saturated, the Fit is Perfect) (Joreskog & Sorbom, 2012) ค่าสถิติผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด (p -value = 1.0000, Chi-Square = 0.00, df = 0, RMSEA = 0.000) ซึ่งเป็นโมเดลระบุพอดี (Just-identification model) เป็นโมเดลจำเพาะที่มีจำนวนสมการที่คำนวณเท่ากับจำนวนพารามิเตอร์ที่ไม่ทราบค่าในโมเดล และจะสามารถประมาณค่าพารามิเตอร์ได้เพียงค่าเดียว สำหรับพารามิเตอร์ที่ไม่ทราบค่าแต่ละตัว (ค่าองศาอิสระเป็นศูนย์) (Schumacker & Lomax, 2010)

ตาราง 3 ผลการวิเคราะห์ขนาดอิทธิพลตัวแปรที่มีอิทธิพลกับผลการปฏิบัติงานระดับบุคคลของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชุมชน ($n = 312$)

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์เส้นทาง (β)		
	DE	IE	TE
H1: โมเดลเส้นทางอิทธิพลตามสมมติฐานมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์			
H2: LMX $\rightarrow$ IP	.06	-	.06
H3: LMX $\rightarrow$ IWB $\rightarrow$ IP	.06	.162	.222

$p < 0.05$

LMX หมายถึง พฤติกรรมผู้นำแบบแลกเปลี่ยนกับสมาชิก

IP หมายถึง ผลการปฏิบัติงานระดับบุคคล

IE (Indirect Effect) หมายถึง อิทธิพลทางอ้อม

IWB หมายถึง พฤติกรรมการสร้างนวัตกรรมในการทำงาน

DE (Direct Effect) หมายถึง อิทธิพลทางตรง

TE (Total Effect) หมายถึง อิทธิพลโดยรวม

จากตาราง 3 ผลการวิเคราะห์ขนาดอิทธิพลเส้นทางของตัวแปรที่ส่งผลต่อผลการปฏิบัติงานระดับบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า พฤติกรรมผู้นำแบบแลกเปลี่ยนกับสมาชิกของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการสร้างนวัตกรรมในการทำงานและผลการปฏิบัติงานระดับบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ ($\beta=0.30$, $\beta=0.06$, $p<.05$ ตามลำดับ) พฤติกรรมการสร้างนวัตกรรมในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพมีอิทธิพลทางตรงต่อผลการปฏิบัติงานระดับบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ ($\beta=0.54$, $p<.05$) และพฤติกรรมการผู้นำแบบแลกเปลี่ยนกับสมาชิกของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ มีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อผลการปฏิบัติงานระดับบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ โดยส่งผ่านพฤติกรรมการสร้างนวัตกรรมในการทำงาน ($DE=0.06$, $IE=0.16$, $TE=0.22$ ตามลำดับ)

จากภาพ 2 และตาราง 3 โมเดลเส้นทางอิทธิพลของตัวแปรปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลการปฏิบัติงานระดับบุคคลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ได้จากการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชุมชนสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และสามารถตอบสมมติฐานการวิจัยได้ทุกสมมติฐาน

อภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

พฤติกรรมการผู้นำแบบแลกเปลี่ยนกับสมาชิกของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อยู่ในระดับมาก ($M=3.78$, $SD=.59$) อภิปรายได้ตามทฤษฎีภาวะผู้นำแบบแลกเปลี่ยนกับสมาชิกของไลเดนและมาสลิน (Liden & Maslyn, 1998) ที่ระบุว่า การแลกเปลี่ยนสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกับสมาชิก เป็นการที่ผู้นำใช้รูปแบบต่าง ๆ ในการสื่อสารกับผู้ตามหรือผู้ใต้บังคับบัญชาแต่ละคนในองค์กร เพื่อพัฒนาความสัมพันธ์ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ โดยมีวัตถุประสงค์ร่วมกันเพื่อการปฏิบัติงานเพื่อองค์กร จำแนกได้ 4 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมสร้างความชอบพอ ความจงรักภักดี การร่วมกันสร้างผลงาน และการนับถือความเป็นมืออาชีพของหัวหน้าหอผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างรับรู้ ว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยใช้รูปแบบต่าง ๆ ในการสื่อสารและพัฒนาความสัมพันธ์กับพยาบาลวิชาชีพ เพื่อการปฏิบัติงานเพื่อประโยชน์ขององค์กร หัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้บริหารระดับต้น มีหน้าที่รับผิดชอบการบริหารพยาบาลระดับหอผู้ป่วย ลักษณะงานที่ปฏิบัติครอบคลุมงานทั้งหมด 4 ด้าน คือ ด้านการปฏิบัติการพยาบาล การวางแผน การประสานงาน และการบริการ จากผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าพยาบาลวิชาชีพ มีการรับรู้เกี่ยวกับสัมพันธภาพของตนกับหัวหน้าหอผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก เป็นความรู้สึกประทับใจ ใกล้ชิดที่ได้ร่วมกันทำงาน มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันกับหัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีความสามารถและเป็นแบบอย่างที่ดี ในการประกอบวิชาชีพ ทำให้พยาบาลวิชาชีพเต็มใจและตั้งใจที่จะทำงานให้บรรลุเป้าหมายของหอผู้ป่วยใน

พฤติกรรมการสร้างนวัตกรรมในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ มีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อยู่ในระดับมาก ($M=3.52$, $SD=.46$) อภิปรายได้ตามแนวคิดของเดอร์จงและเดนฮาร์ตอง (De Jong & Den Hartong, 2010) ที่ระบุว่า พฤติกรรมการสร้างนวัตกรรมในการทำงาน เป็นพฤติกรรมของบุคคลที่มีจุดมุ่งหมายโดยตรงให้เกิดการริเริ่มสิ่งใหม่ และการนำความคิดใหม่ที่เป็นประโยชน์ต่อการผลิตสินค้า บริการ และกระบวนการทำงานใหม่อย่างมีเป้าหมาย จำแนกได้ 4 ด้าน ได้แก่ การสำรวจค้นหาความคิด การก่อเกิดความคิด การทำความคิดให้เป็นที่ยอมรับ และการนำความคิดสู่การปฏิบัติ ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า พยาบาลวิชาชีพรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมของตนเองว่ามีการคิดริเริ่มสร้างสรรค์สิ่งใหม่ ๆ ศึกษาวิธีการใหม่ มีการผสมผสานแนวคิดที่มีอยู่เดิมและแนวคิดใหม่ มีการผลักดันแนวความคิดหรือวิธีการใหม่ที่มีประโยชน์เกี่ยวกับงานที่ตนได้รับมอบหมายให้กับผู้ร่วมงานในหน่วยงาน ซึ่งการปฏิบัติงานในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา กองการพยาบาลได้ให้ความสำคัญกับนวัตกรรม ซึ่งยุทธศาสตร์ที่ 5 กำหนดให้มีการส่งเสริมการพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาล เพื่อยกระดับคุณภาพการพยาบาลให้สอดคล้องกับความต้องการในยุคไทยแลนด์ 4.0 (Nursing Division, Ministry of Public Health, 2018) หัวหน้าหอผู้ป่วยควรมีการสื่อสารถึงนโยบายด้านนวัตกรรม การสนับสนุนด้านความคิดสร้างสรรค์สร้างบรรยากาศการทำงานให้สามารถสานต่อความคิดใหม่ ๆ ที่เกิดขึ้น สร้างบรรยากาศการทำงานให้เห็นความสำคัญของความแตกต่าง ไม่กลัวการเผยแพร่ผลงานที่แตกต่าง เพื่อให้

พยาบาลรู้สึกว่าการสร้างนวัตกรรมไม่ได้เป็นสิ่งที่ยากหรือเป็นสิ่งที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ นอกจากนี้ หัวหน้าหอผู้ป่วยควรสนับสนุนให้มีการฝึกอบรมด้านการพัฒนานวัตกรรม เพื่อนำมาปรับใช้ในการทำงานหอผู้ป่วยใน

ผลการปฏิบัติงานระดับบุคคลอยู่ในระดับมาก ($M=3.72$, $SD=.35$) อภิปรายได้ตามแนวคิดของคูปแมนส์ และคณะ (Koopmans, Bernaards, Hildebrandt, Schaufeli, Der Vet & Van Der Beek, 2011) ที่ระบุว่า ผลการปฏิบัติงานระดับบุคคล เป็นพฤติกรรมหรือการกระทำที่เป็นประโยชน์และมีคุณค่า และสัมพันธ์กับเป้าหมายขององค์กร จำแนกได้ 4 ด้าน ได้แก่ ผลการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ ผลการปฏิบัติงานตามนอกเหนือหน้าที่ พฤติกรรมการปรับตัวในการปฏิบัติงานและพฤติกรรมการทำงานที่มีผลกระทบต่อหน่วยงาน ผลการศึกษาค้นคว้านี้แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับผลการปฏิบัติงานระดับบุคคลเป็นอย่างดี โดยให้ความสำคัญกับผลการปฏิบัติงานระดับบุคคลด้านพฤติกรรมการทำงานที่มีผลกระทบต่อหน่วยงาน มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในอันดับสูงสุดของทั้งสี่ด้าน ($M=3.89$, $SD=.57$) ซึ่งพฤติกรรมการทำงานที่มีผลกระทบต่อหน่วยงาน เป็นพฤติกรรมการทำงานที่ส่งผลต่อความผาสุก และประโยชน์อันชอบธรรมของผู้ร่วมงานและองค์กร สัมพันธภาพที่ดีระหว่างหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพที่มีความใกล้ชิดกัน ช่วยเหลือกันทำงาน และหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นแบบอย่างที่ดีในความเป็นมืออาชีพ ส่งผลให้พยาบาลพยาบาลวิชาชีพรับรู้ว่าการปฏิบัติงานที่มีผลกระทบต่อหน่วยงานเป็นพฤติกรรมที่ไม่ควรปฏิบัติ ส่วนผลการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ ($M=3.77$, $SD=.49$) พยาบาลวิชาชีพรับรู้ว่าเป็นความสามารถในการปฏิบัติงานตามหน้าที่เฉพาะของตนได้ครบถ้วนทั้งคุณภาพและปริมาณ ซึ่งงานการพยาบาลเป็นการปฏิบัติกับชีวิตและสุขภาพของมนุษย์ทุกวัย โดยการบูรณาการศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง การประสานการทำงาน และร่วมทำงานกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้เกิดคุณภาพบริการที่ดีที่สุด นอกจากนี้ การปฏิบัติงานของพยาบาลชุมชนยังต้องยึดหลักการปฏิบัติงานของการเป็นข้าราชการพลเรือนที่ดี ที่ระบุว่า การปฏิบัติหน้าที่ให้ดีที่สุดด้วยการมุ่งผลสัมฤทธิ์ การบริการที่ดี ต้องมีการสั่งสมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ มีความตั้งใจร่วมทำงานกับผู้อื่น นอกจากนี้ พฤติกรรมการปรับตัวในการปฏิบัติงาน มีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อยู่ในระดับมาก ($M=3.63$, $SD=.42$) พยาบาลวิชาชีพรับรู้ว่าเป็นความสามารถในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงระบบงาน หรือการเปลี่ยนแปลงบทบาทการทำงานในสภาพแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลง เพื่อตอบสนองต่อความต้องการทั้งหน้าที่ เหตุการณ์ สถานการณ์หรือข้อจำกัดทางสภาพแวดล้อมใหม่ ด้วยวิธีการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งอยู่ในพื้นที่ห่างไกล การปฏิบัติงานที่มีความหลากหลาย ต้องมีการประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ ในชุมชน ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด บุคลากรที่มีจำนวนไม่มากพอ และวัฒนธรรมท้องถิ่นที่แตกต่างกันไป ส่งผลต่อการปฏิบัติหน้าที่เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพและตอบสนองความต้องการทางด้านสุขภาพของประชาชน ที่มีความรุนแรงและซับซ้อนมากขึ้น หัวหน้าหอผู้ป่วยคอยช่วยเหลือแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการทำงาน เป็นที่ปรึกษาที่ดี มีทักษะและความสามารถในการปฏิบัติงานสูง จึงช่วยส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพ สามารถปรับตัวในการปฏิบัติงานในสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ไม่สามารถคาดเดาได้ และผลการปฏิบัติงานระดับบุคคลด้านผลการปฏิบัติงานนอกเหนือหน้าที่ ($M=3.55$, $SD=.45$) พยาบาลวิชาชีพรับรู้ว่าเป็นพฤติกรรมการทำงานที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือองค์กร สังคม สภาพแวดล้อมทางด้านจิตใจ นอกเหนือจากการปฏิบัติงานตามหน้าที่ปกติ เพื่อช่วยให้องค์กรมีประสิทธิภาพ อภิปรายได้ว่า นอกจากพยาบาลวิชาชีพจะต้องปฏิบัติงานตามขอบเขตหน้าที่หลักของการพยาบาลแล้วนั้น การปฏิบัติงานในชุมชนนั้น ยังมีงานบริการสังคม ชุมชน ในพื้นที่อีกด้วย ซึ่งงานเหล่านี้อาจไม่ได้กำหนดผู้รับผิดชอบเฉพาะ เช่น งานบริการออกหน่วยสาธารณสุขเคลื่อนที่ งานออกหน่วยช่วยเหลือเพื่อบรรเทาทุกข์ประชาชนตามสถานการณ์บ้านเมืองหรือตามสถานการณ์โรคอุบัติใหม่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน จึงอาสาช่วยเหลือแก้ไขปัญหาหน้างานด้วยความเต็มใจ กระตือรือร้น มีส่วนร่วมในการทำงานเชิงรุก และสามารถทำงานพิเศษที่ได้รับมอบหมายได้อย่างท้าทาย

การอภิปรายผลการวิเคราะห์เส้นทางอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมของพฤติกรรมผู้นำแบบแลกเปลี่ยนกับสมาชิกของหัวหน้าหอผู้ป่วย ต่อผลการปฏิบัติงานระดับบุคคลของพยาบาลวิชาชีพและความสอดคล้องกับข้อมูล เชิงประจักษ์

สมมติฐานที่ 1 โมเดลเส้นทางอิทธิพลระหว่างพฤติกรรมผู้นำแบบแลกเปลี่ยนกับสมาชิกของหัวหน้าหอผู้ป่วย พฤติกรรมสร้างนวัตกรรมการทำงานและผลการปฏิบัติงานระดับบุคคลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพที่สังเคราะห์ขึ้นจากแนวคิด ทฤษฎี และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ได้จาก

การรับรู้จากพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ($\chi^2=0.00$, $df=0$, $RMSEA=0.000$, $p\text{-value}=1.0000$) โดยโมเดลสามารถอธิบายความแปรปรวนของผลการปฏิบัติงานระดับบุคคลได้ร้อยละ 46 ($R^2=0.46$) ซึ่งหมายความว่า พฤติกรรมผู้นำแบบแลกเปลี่ยนกับสมาชิกตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ร่วมกับ พฤติกรรมการสร้างนวัตกรรมในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ สามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของผลการปฏิบัติงานระดับบุคคลของพยาบาลวิชาชีพได้ร้อยละ 46 จากข้อค้นพบนี้ แสดงให้เห็นว่า ยังมีตัวแปรอื่นอีกร้อยละ 54 ที่นอกเหนือจากพฤติกรรมผู้นำแบบแลกเปลี่ยนกับสมาชิกและพฤติกรรมการสร้างนวัตกรรมในการทำงาน ที่สามารถทำนายความแปรปรวนผลการปฏิบัติงานระดับบุคคลของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้เช่นกัน

สมมติฐานที่ 2 พฤติกรรมผู้นำแบบแลกเปลี่ยนกับสมาชิกของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ มีอิทธิพลทางตรงต่อผลการปฏิบัติงานระดับบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ ($\beta=0.06$, $p<.05$) อภิปรายได้ว่า หัวหน้าหอผู้ป่วย เป็นผู้บริหารระดับต้นและเป็นผู้บังคับบัญชาโดยตรงของพยาบาลวิชาชีพ มีหน้าที่รับผิดชอบ การบริหารการพยาบาลระดับหน่วยงาน เพื่อให้การบรรลุวัตถุประสงค์ของกลุ่มการพยาบาลและโรงพยาบาล นอกจากนี้หัวหน้าหอผู้ป่วยยังมีหน้าที่บังคับบัญชา ตรวจสอบ ควบคุมการปฏิบัติงาน และเป็นผู้ที่เชื่อมโยงนโยบายต่าง ๆ เพื่อให้การบริการพยาบาลที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง หัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมผู้นำแบบแลกเปลี่ยนกับสมาชิก มีปฏิสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดกัน ทำให้หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพ มีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้สึนึกคิดของกันและกัน รวมถึงเจตคติในการทำงาน บุคคลที่อยู่ในวิชาชีพเดียวกันมีโอกาสที่จะมีเจตคติและค่านิยมด้านวิชาชีพเป็นไปในทิศทางเดียวกัน (Taylor, Peplau & Sears, 1997) บุคคลที่มีความคล้ายคลึงกัน ยอมรับกัน เชื่อมั่นและไว้วางใจกัน นำไปสู่การเกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกัน นอกจากนี้ หัวหน้าหอผู้ป่วยยังมีบทบาทที่สำคัญด้านการสร้างผลงาน จากการศึกษาของซัลลิแวน (Sullivan, 1988) พบว่า ปัจจัยหนึ่งส่งผลต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ คือ การใช้ภาษาจูงใจจากหัวหน้าหอผู้ป่วย ซัลลิแวน (Sullivan, 1988) เสนอว่า การใช้ภาษาจูงใจ จะทำให้ผู้ตามรู้สึกมีคุณค่า มีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงาน สามารถปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมายองค์กรในที่สุด (Mayfield, Mayfield & Kopf, 1998) จากข้อค้นพบการศึกษา พบว่า ค่าอิทธิพลของพฤติกรรมผู้นำแบบแลกเปลี่ยนกับสมาชิกของหัวหน้าหอผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพกับผลการปฏิบัติงานระดับบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ ต่ำกว่าการศึกษาของแซฟฟินีนิงส์ไธส์และซานโตโซ (Sepdiningtyas & Santoso, 2017) ที่ศึกษาผู้นำแบบแลกเปลี่ยนกับสมาชิกมีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อผลการปฏิบัติงานระดับบุคคลของพยาบาล ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ประเทศอินโดนีเซีย ($\beta=0.513$, $p<0.01$) อาจเนื่องจากบริบทการทำงานของพยาบาลที่แตกต่างกันในแต่ละประเทศ

สมมติฐานที่ 3 พฤติกรรมผู้นำแบบแลกเปลี่ยนกับสมาชิกของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ มีอิทธิพลทางอ้อมต่อผลการปฏิบัติงานระดับบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ โดยส่งผ่านพฤติกรรมการสร้างนวัตกรรมในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ($DE=0.06$, $IE=0.162$, $TE=0.222$, $p<.05$ ตามลำดับ) อภิปรายได้ว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมผู้นำแบบแลกเปลี่ยนกับสมาชิกจะมีอิทธิพลต่อพยาบาลวิชาชีพ หากผู้นำกับสมาชิกที่มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง ผู้นำนั้นจะสนับสนุนให้สมาชิกรู้สึกมีอิสระในการทำงาน ช่วยให้สมาชิกพร้อมต่อการคิดค้นนวัตกรรมใหม่ให้กับหน่วยงาน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดพฤติกรรมการสร้างนวัตกรรมในการทำงานของเดอร์จง และเดนฮาร์ตอง (De Jong & Den Hartog, 2010) ที่ระบุว่า พฤติกรรมสร้างนวัตกรรมในการทำงานเป็นความสามารถส่วนบุคคลที่เป็นประโยชน์ต่อองค์กร ช่วยให้พนักงานมีการพัฒนาผลการปฏิบัติงานได้ดีขึ้น และเป็นปัจจัยสำคัญที่จะสร้างความสำเร็จขององค์กรและคงไว้ซึ่งความได้เปรียบในการแข่งขัน (Momeni, Ebrahimpour & Ajirloo, 2014; Nasir, Suryani, Zuhra, Armi & Mahdani, 2018) จากข้อค้นพบการศึกษารั้งนี้ พบว่า ค่าอิทธิพลระหว่างพฤติกรรมผู้นำแบบแลกเปลี่ยนกับสมาชิกของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพกับผลการปฏิบัติงานระดับบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ ($\beta=0.06$, $p<.05$) ต่ำกว่าค่าอิทธิพลรวมระหว่างพฤติกรรมผู้นำแบบแลกเปลี่ยนกับสมาชิกของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพกับผลการปฏิบัติงานระดับบุคคลของพยาบาลวิชาชีพโดยส่งผ่านพฤติกรรมการสร้างนวัตกรรมในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ($\beta=0.22$, $p<.05$) จะเห็นได้ว่า นอกจากหัวหน้าหอผู้ป่วยที่มี

ความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดแบบคนในกลุ่มกับพยาบาลวิชาชีพแล้วนั้น ยังมีปัจจัยที่ส่งผลต่อผลการปฏิบัติงานระดับบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ คือ พฤติกรรมการสร้างนวัตกรรมในการทำงาน ซึ่งต้องได้รับการสนับสนุนที่ดีจากผู้นำในองค์กรสุขภาพ (Sawangwan, 2014; Xerri, 2012) ซึ่งพฤติกรรมนี้ถือเป็นสิ่งที่เป็นประโยชน์ และส่งผลต่อผลการปฏิบัติงานส่วนบุคคลและผลการดำเนินงานขององค์กร (De Jong & Den Hartog, 2007; Dörner, 2012; Middelkoop, 2016; Nasir, Suryani, Zuhra, Armi & Mahdani, 2018) และจากการศึกษาของนิตลีแมน ระบุว่า พยาบาลวิชาชีพ เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในระบบการดูแลสุขภาพ พฤติกรรมการสร้างนวัตกรรมในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ มีความจำเป็นต่อการพัฒนาคุณภาพการบริการในระบบการดูแลสุขภาพ (Needleman, Buerhaus, Mattke, Stewart & Zelevinsky, 2002) ดังนั้น หัวหน้าหอผู้ป่วย ควรได้มีการเปิดโอกาสการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประเด็นต่าง ๆ ที่พบจากการทำงาน เพื่อนำมาพัฒนาวิธีการทำงานใหม่ ๆ สนับสนุนแนวคิดใหม่ของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานประจำวันอย่างต่อเนื่อง เพื่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลของหอผู้ป่วย

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. หัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมผู้นำแบบแลกเปลี่ยนกับสมาชิก พยาบาลวิชาชีพรับรู้ได้จากการแลกเปลี่ยนสัมพันธภาพระหว่างหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพ เพื่อสร้างความชอบพอ ซึ่งเป็นความรู้สึกที่ดีต่อกันระหว่างผู้นำกับสมาชิก เกิดเป็นความจงรักภักดี ให้การช่วยเหลือและปกป้องซึ่งกันและกันในด้านต่าง ๆ ร่วมกันสร้างผลงานเพื่อเป้าหมายของหน่วยงานและองค์กร และหัวหน้าหอผู้ป่วยยังมีบทบาทสำคัญในการกระตุ้นให้พยาบาลวิชาชีพ ได้มีการสร้างสรรค์สิ่งใหม่ ๆ ซึ่งแสดงออกโดยพฤติกรรมการสร้างนวัตกรรมในการทำงาน เมื่อหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพมีปฏิสัมพันธ์กันใกล้ชิดมากขึ้น ด้วยความใกล้ชิดทำให้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการปฏิบัติงาน ทำให้เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน เกิดความนับถือความเป็นมืออาชีพของหัวหน้าหอผู้ป่วย ที่หัวหน้าหอผู้ป่วยแสดงออกถึงการนำความรู้ ทักษะและความสามารถในการด้านต่าง ๆ มาใช้ในการบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้งานบรรลุตามเป้าหมาย ส่งผลให้สมาชิกทีมเกิดพฤติกรรมการสร้างนวัตกรรมในการทำงาน ซึ่งพฤติกรรมนี้มีความสำคัญต่อการบริหารจัดการระบบสุขภาพ โดยเริ่มจากการมองหาโอกาสที่จะสร้างการเปลี่ยนแปลง การพัฒนากระบวนการทำงาน ปรับปรุง แก้ไขสิ่งต่าง ๆ อย่างเหมาะสม ทำให้เกิดรูปแบบการทำงานที่แตกต่างจากเดิม ส่งผลดีต่อผลการปฏิบัติงานระดับบุคคล และผลการดำเนินงานในภาพรวมขององค์กร

2. ผู้บริหารการพยาบาลควรกำหนดนโยบายด้านการพัฒนานวัตกรรมในหน่วยงานให้ชัดเจน ส่งเสริมสนับสนุน ให้พยาบาลวิชาชีพเข้าร่วมรับการอบรมด้านการพัฒนานวัตกรรม การวิจัย หรือการทำวิจัยจากงานประจำ เพื่อเป็นการกระตุ้นและสร้างแรงจูงใจให้เกิดการสร้างสรรค์แนวคิดวิธีการทำงานใหม่ ๆ หรือผลงานใหม่ เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ให้เข้ากับบริบทการทำงานเพื่อผลการปฏิบัติงานที่ดีให้กับองค์กร นอกจากนี้ การจัดเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้ผู้ร่วมงานเห็นความสำคัญของการพัฒนางาน จัดประกวดผลงานด้านนวัตกรรม ให้รางวัลสำหรับผู้สร้างผลงาน เพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดความชัดเจนให้ได้รับการยอมรับการพัฒนานวัตกรรมและนำมาปรับใช้ในองค์กรอย่างเป็นรูปธรรม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรได้นำเครื่องมือวัดผลการปฏิบัติงานระดับบุคคล ทั้ง 4 ด้าน นำไปทดสอบความตรงเชิงโครงสร้างซ้ำ ควรมีการวิจัยและพัฒนาในบริบทโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ เพื่อให้ได้เครื่องมือที่มีความตรงเชิงโครงสร้างและมีมาตรฐาน

2. ศึกษาโมเดลสมการเชิงโครงสร้างของทั้ง 3 ตัวแปร ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่าควรมีการศึกษาทั้งในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย และกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ของทั้งสองกลุ่มตัวอย่าง ให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ทางด้านการบริหารอันจะเป็นประโยชน์ต่อวิชาชีพและองค์กรพยาบาลต่อไป

References

- Berdicchia, D. (2015). *The Relationship Between LMX and Performance: the Mediating Role of Role Breadth Self Efficacy and Crafting Challenging Job Demands. Electronic Journal of Management, 1, 1-28.*
- Best, J. W. & Kahn, J. V. (2014). *Research in Education*, Eight Editions. New York: Allyn and Bacon [http://ww2.odu.edu/~jritz/attachments/reined.pdf]
- Brislin, R. W. (1970). Back-Translation for Cross-Cultural Research. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 1*(3), 185-216.
- Chen, Z., Lam, W. & Zhong, J. A. (2012). Effects of Perceptions on LMX and Work Performance: Effects of Supervisors' Perception of Subordinates' Emotional Intelligence and Subordinates' Perception of Trust in the Supervisor on LMX and, Consequently, Performance. *Asia Pacific Journal Management, 29*, 597-616.
- Cochran, W. G. (1977). *Sampling Techniques*. 3rd Edition. Printed in the United States of America, 1-448.
- De Jong, & Den Hartog, D. N. (2010). Measuring Innovative Work Behavior. *Creative and Innovation Management, 19*(1), 23-36.
- De Jong, J. P. J. & Den Hartog, D. N. (2007). How Leaders Influence Employees' Innovative Behavior. *European Journal of Innovation Management, 10*(1), 41-64.
- Dorner, N. (2012). *Innovative Work Behavior: The role of Employee Expectation and Effects on Job Performance* (Doctor of Philosophy Dissertation). University of St. Gallen, School of Management, Economics, Law, Social Science and International Affairs.
- Gupta, K. K., Attri, J. P., Singh, A., Kaur, H. & Kaur, G. (2016). Basic Concepts for Sample Size Calculation: Critical Step for Any Clinical Trials. *Saudi Journal of Anaesthesia, 10*, 328-331.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J. & Anderson, R. E. (2014). *Multivariate Data Analysis: Global Perspective*. 7th Edition. United States of America: Pearson Education, 54-59.
- Joo, B. K. (2012). Leader-Member Exchange Quality and In-Role Job Performance: The Moderating Role of Learning Organization Culture. *Journal of Leadership & Organizational Studies, 19*(1), 25-34.
- Joreskog, K. G. & Sorbom, D. (2012). *LISREL 9.1: LISREL Syntax Guide*. Chicago: Scientific Software International.
- Kim, D. W. (2015). The Structural Linkages Between Leader-Member Exchange and Extra Role Behaviors with Self-leadership as a Mediator in the Healthcare Organizations. *Health and Social Welfare Review, 35*(1), 243-274.
- Koopmans, L., Bernaards, C. M., Hildebrandt, V. H., Schaufeli, W. B., Der Vet, H. C. W. & Van Der Beek, A. J. (2011). Conceptual Frameworks of Individual Work Performance A Systematic Review. *Journal of Environmental Medicine, 53*(8), 586-866.
- Koopmans, L., Bernaards, C. M., Hildebrandt, V. H., Van Buuren, S., Van Der Beek, A. J., Der Vet, H. C. W. (2014). Improving the Individual Work Performance Questionnaire Using Rasch Analysis. *Journal of Applied Measurement, 15*(2), 123-149.

- Liden C. R. & Maslyn, J. M. (1998). Multi-Dimensionality of Leader-Member Exchange: An Empirical Assessment through Scale Development. *Journal of Management*, 24, 40-72.
- Marquis B. L. & Huston C. J. (2017). *Leadership Role and Management Function in Nursing: Theory and Application*. Ninth Edition. Philadelphia, PA: Lippincott, William, & Wilkins.
- Mayfield, R. J., Mayfield, R. M. & Kopf, J. (1998). The Effect of Leader Motivating Language on Subordinate Performance and Satisfaction. *Human resource management*, 37(2), 235-248.
- McCarthy A. M. & Garavan, T. N. (2001). 360° Feedback Process: Performance, Improvement And Employee Career Development. *Journal of European Industrial Training*, 25(1), 5-32.
- Middelkoop, C. (2016). *How Does Innovative Work Behavior of Employee Effect Their Individual Job Performance*. Master thesis BA: HRM. University of Twente.
- Momeni, M., Ebrahimpour, H. & Ajirloo, M. B. (2014). The Effect of Employees' Self-Efficacy on Innovative Work Behavior at Social Security Organization Employees in Ardabil Province. *Kuwait Chapter of Arabian Journal of Business and Management Review*, 33(2536), 1-4.
- Munro, B. H. (2001). *Statistical Methods for Health Care Research* (4nded.). Philadelphia, PA: Lippincott.
- Nasir, H., Suryani, I., Zuhra, S. E., Armi, S. & Mahdani. (2018). How Intrinsic Motivation and Innovative Work Behavior Affect Job Performance. *Advances in Social Science, Educational and Humanities Research*, 292, 606-612.
- Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M. & Zelevinsky, K. (2002). Nurse-Staffing Levels and the Quality of Care in Hospitals. *New England Journal of Medicine*, 346(22), 1715-1722.
- Nursing Division of Ministry of Public Health Thailand. (2018). *Nursing Role of Professional Nurse*. <http://www.nursing.go.th/?lang=Nursing+Role+of+Professional+Nurse.pdf>. (in Thai)
- Nursing Division, Ministry of Public Health. (2018). *National Strategy of Nursing Service, 2017-2021 According to the National Strategy of Public Health 2018-2037*. Nonthaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)
- Saboor, A., Mukhtar, M. & Sadiq, M. K. (2015). LMX as a Predictor of Performance Behaviour: Empirical Evidence from Life Insurance Sector of Pakistan. *Journal of Human Resource Management*, 3(1), 1-5.
- Sanders, K., Moorkamp, M., Torka, N., Groeneveld, S. & Groeneveld, C. (2010). How to Support Innovative Behaviour? The Role of LMX and Satisfaction with HR Practices, *Technology and Investment*, 1, 59-68.
- Sawangwan, P. (2014). Head Nurse-Staff Nurse Exchange, Structural Empowerment and Innovative Behavior of Professional Nurses in Regional Hospitals. *Nursing Journal*, 41(1), 158-168. (in Thai).
- Schermuly, C. C., Meyer, B. & Dammer, L. (2013). Leader-Member Exchange and Innovative Work Behavior: The Mediating Role of Psychological Empowerment. *Journal of Personal Psychology*, 12(3), 132-142.
- Schumacker, R. E. & Lomax, R. G. (2010). *A Beginner's Guide to Structural Equation Modeling*. 3rd Edition. New York: Routledge
- Scott S. G. & Bruce, R. A. (1994). Determinants of Innovative Work Behavior: a Path Model of Individual Innovation in The Workplace. *Academy of Management Journal*, 38, 1442-1465.

- Sepdiningtyas, S. & Santoso, C. B. (2017). The Influence of Leader-Member Exchange on Individual Performance: The Roles of Work Engagement as a Mediating Variable and Co-Workers Support as a Moderating Variable. *Review of Integrative Business and Economics Research*, 6(4), 285-305.
- Singchangchai, P. (2005). *Principles and Using Multivariate Statistics Analysis for Nursing Research*. Songkhla: Charnmuang Publisher.
- Stoffers J., Van der Heijden B. & Schrijver, I. (2019). Towards a Sustainable Model of Innovative Work Behaviors' Enhancement: The Mediating Role of Employability. *Sustainability*, 12(159), 1-25.
- Sullivan, J. J. (1988). Three Role of Language in Motivation Theory. *The Academic Management Review*, 13(1), 104-115.
- Taylor, S. E., Peplau, L. A. & Sears, D. O. (1997). *Social Psychology (9th ed.)*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Waltz, C. F., Strickland, O. L. & Lenz, E. R. (2017). *Measurement in Nursing and Health Research (5th ed.)*. New York: Springer.
- Xerri M. J. (2012). Workplace Relationships and the Innovative Behaviour of Nursing Employees: A Social Exchange Perspective. *Asia Pacific Journal Human Resources*, 51(1), 103-123.

ปัจจัยทำนายการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง Factors Predicting Self-Management among Older Persons with Hypertension

สุกฤติยา ชาสวรรณ^{1*}, เดชา ทำดี², ศิริรัตน์ ปานอุทัย²

Krittiya Chasuwan^{1*}, Decha Tamdee², Sirirat Panuthai²

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี^{1*}, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่²
Boromarajonani College of Nursing, Suratthani^{1*}, Faculty of Nursing, Chiang Mai University²

(Received: October 30, 2021; Revised: September 7, 2022; Accepted: January 18, 2023)

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดการตนเอง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม และเพื่อศึกษา ปัจจัยที่สามารถทำนายการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ความรอบรู้ด้าน สุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคความ ดันโลหิตสูง จำนวน 196 ราย ที่เข้ามารับการรักษา ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4 แห่งใน อำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่ายตามสัดส่วน ระหว่างเดือนเมษายนถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2564 เครื่องมือที่ใช้วิจัย ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ ข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดพฤติกรรมการจัดการตนเอง แบบสัมภาษณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบบ วัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโรคความดัน โลหิตสูง ซึ่งเครื่องมือทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และนำไปทดสอบความ เชื่อมั่นกับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงแล้ว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการ วิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทาง สังคม ในระดับสูง
2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายการจัดการตนเองของ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้ ร้อยละ 69.60 โดยการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายการ จัดการตนเองได้สูงสุด ($\beta = .516, p < .001$) รองลงมาเป็นการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ($\beta = .386, p < .001$) และความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($\beta = .156, p = .003$)

ผลของการวิจัยสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางด้านสุขภาพในการ วางแผนส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงได้ แล้วควรมีการศึกษาใน บริบทที่แตกต่างกัน หรือ ทำการศึกษาเพิ่มเติมกับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีลักษณะแตกต่างกัน เช่น ใน กลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยเพียงลำพัง เป็นต้น

คำสำคัญ: การจัดการตนเอง, ปัจจัยทำนายการจัดการตนเอง, ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

*ผู้ทำการติดต่อ (Corresponding e-mail: krittiya@bcnsurat.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 089-4732459)



Abstract

This predictive correlational research aimed to study self-management, health literacy, perceived self-efficacy, and social support among older persons with hypertension, and to explore if any of these factors could predict self-management among older persons with hypertension. The participants were 196 older persons with hypertension who received treatment at four Health Promoting Hospitals in Kanchanadit District of Surat Thani. The participants were selected during April to June, 2021, using proportional random sampling. The research tools were an interview form on personal information, a questionnaire on self-management, an interview form on health literacy, a questionnaire on perceived self-efficacy, and a questionnaire on social support of older persons with hypertension. All the tools were examined for content validity and reliability. The data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis.

The results showed that the sample group had high levels of self-management, perceived self-efficacy, and social support. The sample group also had a medium level of health literacy. Health literacy, perceived self-efficacy, and social support, could together predict self-management for older persons with hypertension at 69.60%. The most predictive factor was social support ($\beta = .516, p < .001$), followed by perceived self-efficacy ($\beta = .386, p < .001$), and health literacy ($\beta = .156, p = .003$).

The results of this study can be used to develop activities to promote health literacy, perceived self-efficacy, and social support that might enhance self-management for older persons with hypertension then should be studies in different contexts or older persons with different characteristics, in particular, the elderly who live alone.

Keywords: Self-Management, Factors Predicting Self-Management, Older Persons with Hypertension

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขทั่วโลก โดยเป็นสาเหตุหลักของการเจ็บป่วยและการเสียชีวิต ในปี พ.ศ. 2558 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นจำนวนมาก ประมาณ 1.13 พันล้านคน เพิ่มขึ้นจาก 594 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2518 (Zhou, Bentham, Cesare, Bixby, Danaei, & Cisneros et al., 2017) จากการสำรวจสภาวะสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ข้อมูลสถิติของโรคเรื้อรังในวัยผู้สูงอายุ พ.ศ. 2556 - 2557 มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 41.7 และเพิ่มสูงขึ้นร้อยละ 45.4 ในปี พ.ศ. 2560 - 2561 แล้วยังพบว่า เป็นผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 74.5 (Ostchega, Fryar, Nwankwo, & Nguyen, 2020) สำหรับสถานการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 - 2563 (Aekplakorn, 2019) พบว่า อัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 54.7 เพิ่มขึ้นกว่าเดิม ร้อยละ 53.2 จากการสำรวจสุขภาพฯ ครั้งที่ 5 เมื่อ พ.ศ. 2557 (Aekplakorn, 2016) และในปี พ.ศ. 2561 ประเทศสหรัฐอเมริกา พบอัตราการตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นสาเหตุหลักการเสียชีวิตของประชากรมากกว่า 494,873 คน และจากรายงานสถิติสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2560 - 2562 พบว่า อัตราการตายของโรคความดันโลหิตสูงในผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 71.1, 70.0 และ 73.6 ของประชากรที่เสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด (Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, 2018, 2019, 2020) โดยเป้าหมายหลักของการรักษาโรคความดันโลหิตสูงนั้นเพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง จึงต้องมีการรักษาอย่างต่อเนื่อง และประเมินผลการรักษาเป็นระยะ ๆ (Flack & Adekola, 2020) ร่วมกับการรักษาแบบใช้ยา การปรับเปลี่ยนวิถีดำเนินชีวิต และการได้รับความร่วมมือในการรักษาจากผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งการที่จะ

ปฏิบัติตามแผนการรักษาได้นั้นขึ้นอยู่กับความสามารถในการจัดการตนเองของแต่ละบุคคล หากผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองให้เหมาะสมกับแผนการรักษาก็จะส่งผลดีต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต และการดำเนินของโรคเรื้อรัง (Khantamoon & Daenseekeaw, 2017)

การจัดการตนเอง (Self-Management) เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในการจัดการควบคุมระดับความดันโลหิตด้วยตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และรักษาไว้ของการมีสุขภาพที่ดีร่วมกับภาวะเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ ประกอบด้วย 1) การจัดการด้านการรักษา (Medical Management) คือ การจัดการพฤติกรรมของตนเองให้สอดคล้องกับการรักษาโรคเรื้อรัง โดยบุคคลจะต้องมีการกำหนดการรักษา ร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ วางแผนและปรับเปลี่ยนวิถีดำเนินชีวิตหรือพฤติกรรมให้สอดคล้องกับแบบแผนการรักษา 2) การจัดการด้านบทบาท (Role Management) คือ การเปลี่ยนแปลงและสร้างพฤติกรรมหรือบทบาทใหม่ที่มีความเหมาะสมกับภาวะเจ็บป่วยของตนเอง และผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงต้องรับรู้และยอมรับการเจ็บป่วยเรื้อรัง สามารถรักษาและควบคุมได้ เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตแล้วสามารถกำหนดเป้าหมายในการลดระดับความดันโลหิตร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ นำไปสู่การควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย และ 3) การจัดการด้านอารมณ์ (Emotional Management) คือ การเรียนรู้การจัดการกับความโกรธ ความกลัว ความผิดหวัง หรือ ความเครียด ซึ่งพบได้ทั่วไปกับผู้ที่มามีภาวะเรื้อรังของโรค เนื่องจากโรคเรื้อรังหากเป็นแล้วผู้ป่วยจะต้องอยู่ร่วมกับโรคนั้น และจะต้องดูแลตนเองไปตลอดชีวิต เมื่อต้องเผชิญอยู่อาจส่งผลทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล หรือ ซึมเศร้าได้ (Lorig & Holman, 2003)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า หากผู้สูงอายุไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต และจัดการตนเองในด้านต่าง ๆ ได้ อาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรังที่อันตรายถึงชีวิต เช่น ภาวะหัวใจวายและกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหรือเรื้อรัง หัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะแทรกซ้อนจากหลอดเลือดแดงตีบแคบหรือตัน หลอดเลือดในสมองแตก เกิดอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือ หลอดเลือดแดงภายในไตตีบ ซึ่งอาจจะส่งผลรุนแรงมากถึงขั้นไตวายเรื้อรัง (Ferri, Ferri, & Desideri, 2017) ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงควรเกิดการจัดการตนเองอย่างเหมาะสม เพื่อให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่เกณฑ์ปกติตามเป้าหมายของการรักษา อย่างไรก็ตามการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงย่อมแตกต่างกันไปแล้วแต่บริบท หรือ ปัจจัยต่าง ๆ ในแต่ละบุคคล จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเอง ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เป็นทักษะทางปัญญาและสังคมที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเกิดความเข้าใจ เข้าถึง และนำไปปรับใช้สำหรับการปฏิบัติพฤติกรรมทางสุขภาพ เพื่อให้เกิดการมีสุขภาพที่ดี (Nutbeam, 2000) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived Self-Efficacy) เป็นการรับรู้หรือตัดสินใจเมื่อกระทำหรือตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการกระทำสิ่งนั้น ๆ ซึ่งในแต่ละบุคคลจะมีความสามารถที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับแหล่งการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนที่เคยได้รับ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่จะกระทำต่อการจัดการตนเองในด้านต่าง ๆ การที่ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองได้จะต้องได้รับการสนับสนุนแหล่งการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตน ผู้สูงอายุจะต้องมีความรับผิดชอบตนเอง และทักษะในการปฏิบัติที่มีความเหมาะสมและถูกต้องครอบคลุมในทุกด้าน จะส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างต่อเนื่อง และส่งผลต่อการจัดการตนเอง (Bandura, 1977) และการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ โดยผลของการได้รับการสนับสนุนทางสังคม จะทำให้บุคคลสามารถตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ เพื่อให้บุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคมจึงมีความสำคัญต่อการจัดการตนเอง และควบคุมโรคในผู้ป่วยเรื้อรัง (House, 1987)

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจำเป็นที่จะต้องมีการจัดการตนเองที่ดี เพื่อให้สามารถควบคุมโรค และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นได้ ทั้งนี้การจัดการตนเองนั้นย่อมต้องอาศัยปัจจัยส่งเสริมหลาย ๆ ด้านประกอบกัน ไม่สามารถใช้เพียงปัจจัยด้านใดด้านหนึ่งเท่านั้น จากการทบทวนวรรณกรรมที่

ผ่านมาพบการศึกษาปัจจัยทำนายการจัดการตนเองของความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน หรือ การสนับสนุนทางสังคมอยู่บ้างแต่เป็นการศึกษาแยกเฉพาะตัวแปรใดตัวแปรหนึ่ง หรือ ทำการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ โรคเรื้อรังอื่น ๆ หรือ กลุ่มผู้ป่วยไม่เจาะจงในวัยสูงอายุโดยตรง จึงอาจไม่สามารถนำมาอธิบายในบริบทของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงได้ อีกทั้งงานวิจัยของต่างประเทศพบการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองอยู่บ้าง แต่บริบทการศึกษาในต่างประเทศอาจมีความแตกต่างจากผู้สูงอายุในประเทศไทย ดังนั้นการศึกษาปัจจัยทำนายการจัดการตนเอง คือ ความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม จึงมีความสำคัญ เพื่อให้สามารถนำข้อมูลจากการศึกษาไปปรับใช้สำหรับวางแผนดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ในฐานะที่นักวิจัย เป็นพยาบาลวิชาชีพแล้วรับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุ จึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยทำนายเกี่ยวกับการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยเน้นตัวแปรความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งข้อมูลจากการศึกษาในครั้งนี้คาดว่าจะนำไปสู่การออกแบบโปรแกรมสำหรับการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการตนเองได้ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และโรคเรื้อรังอื่น ๆ เกิดพฤติกรรมจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมโรคเรื้อรังของตนเองต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาการจัดการตนเอง ความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Lorig & Holman (2003) ร่วมกับการทบทวนเอกสารทางวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งการศึกษารั้งนี้เป็นการศึกษาการจัดการตนเอง และปัจจัยการทำนายการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นการกระทำหรือการปฏิบัติเพื่อเสริมสร้างสุขภาพให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับโรคเรื้อรังด้วยการจัดการควบคุมโรค ซึ่งผู้ป่วยและบุคลากรทางด้านสุขภาพจะต้องมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ และต้องมีการจัดการตนเองที่ดีไปตลอดชีวิต ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ 1) การจัดการตนเองด้านการรักษา เช่น การจัดการด้านการรับประทานยาตามแผนการรักษาของโรค การมาตรวจตามนัด หรือ การปฏิบัติตัวในการควบคุมโรค 2) การจัดการด้านบทบาท เช่น การปรับบทบาทในการดำเนินชีวิต การออกไปทำกิจกรรมทางสังคม การไปทำงาน ซึ่งเป็นการจัดการเพื่อดำรงซึ่งการดำเนินชีวิตตามปกติ และ 3) การจัดการด้านอารมณ์ เช่น การจัดการด้านความเครียดที่เกิดขึ้นของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เช่น ความเครียด วิตกกังวล หรือ ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมแล้วพบว่า การมีความรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงจะช่วยให้บุคคลสามารถปฏิบัติตัว และให้ความสำคัญต่อการจัดการตนเอง เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แล้วยังพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังส่งผลให้เกิดพฤติกรรมจัดการตนเองทั้งด้านการรับรู้และเข้าใจโรค ความร่วมมือในการรับประทานยา และการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางด้านสุขภาพ ยิ่งหากบุคคลนั้นมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนดีอาจทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแลตนเองให้สอดคล้องกับโรค สามารถควบคุมอาการ และภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรังที่อาจเกิดขึ้นได้ นำไปสู่การเกิดพฤติกรรมจัดการตนเองทั้งด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา การปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ และการจัดการด้านอารมณ์ของตนเองได้อย่างเหมาะสมร่วมกับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลรอบข้าง ซึ่งในวัยผู้สูงอายุนั้นศักยภาพของการดูแลตนเองจะมีการเสื่อมถอยลง ดังนั้นผู้สูงอายุจึงมีความจำเป็นที่จะได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรส บุตร หลาน หรือ ญาติพี่น้อง รวมไปถึงบุคลากรทางด้านสุขภาพ ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุจะยังสามารถดูแลตนเองได้ แต่ช่วงเวลาที่เจ็บป่วยก็ต้องพึ่งพาบุคคลภายในครอบครัวจึงจะทำให้

ผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจสำหรับการจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งปัจจัยภายนอกต่าง ๆ ทั้งความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมล้วนเป็นตัวแปรที่ส่งผลทำให้เกิดการจัดการที่ดี

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlational Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปแล้วได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิงที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลายวาส ท่าอุแท คลองสระ และช้างขวา อำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จะต้องได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงไม่ต่ำกว่า 6 เดือน และได้รับการรักษาด้วยยาลดระดับความดันโลหิต มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ทำการประเมินโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) ของ Department of Medical Services, Ministry of Public Health (2014) จำนวน 10 ข้อ ต้องได้ 12 คะแนนขึ้นไป มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ทำการประเมินโดยใช้แบบประเมินสติปัญญาการรู้คิดฉบับสั้น (The Short Portable Mental Status Questionnaire, SPMSQ) ของ ไฟฟ์เฟอร์ (Pfeiffer, 1975) ฉบับภาษาไทย ของ Chiangmai Provincial Public Health Office (2018) จำนวน 10 ข้อ ต้องได้ 8 คะแนนขึ้นไป สามารถทำความเข้าใจแล้วสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power Analysis) กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power) ที่ .80 และขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปร (Effect Size) คำนวณจากกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกันได้ค่า $R^2 = .232$ แล้วนำมาคำนวณหา Effect Size ด้วยโปรแกรม G*Power ได้ขนาดความสัมพันธ์ตัวแปร หรือ Effect Size f 2 ที่ .056 ใช้ Test Family เลือก F-test : Statistical test แล้วเลือก Linear Multiple Regression : Fix Model, R^2 Deviation from Zero กำหนดค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และ Power = .80 ตัวแปรอิสระ (Number of Predictors) 3 ตัวแปร (Cohen, 1977) คำนวณได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด เท่ากับ 196 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ทำการกำหนดแหล่งเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้กลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่อาศัยอยู่จังหวัดสุราษฎร์ธานีแล้วสุ่มเลือก 1 อำเภอ จาก 19 อำเภอของจังหวัดสุราษฎร์ธานี ด้วยการเลือกจับฉลาก 1 อำเภอ คือ อำเภอกาญจนดิษฐ์ หลังจากนั้นทำการสุ่มโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 18 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ด้วยการสุ่มเลือกแบบแบ่งตามภูมิศาสตร์ ได้แก่ พื้นที่ทางทิศเหนือ พื้นที่ทางทิศตะวันออก พื้นที่ทางทิศใต้ และพื้นที่ทางทิศตะวันตก ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) หลังจากนั้นทำการจับฉลากเลือกพื้นที่ละ 1 โรงพยาบาล พื้นที่ทางทิศเหนือ คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลายวาส พื้นที่ทางทิศตะวันออก คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าอุแท พื้นที่ทางทิศใต้ คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองสระ และพื้นที่ทางทิศตะวันตก คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลช้างขวา แล้วทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยใช้การสุ่มแบบสัดส่วน (Proportion Random Sampling) ตามสัดส่วนของจำนวนประชากรผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในแต่ละแห่งแล้วจึงได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลายวาส 60 ราย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าอุแท 40 ราย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองสระ 46 ราย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลช้างขวา 50 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่นำมาใช้สำหรับการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย แบบประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) ของ Department of Medical Services, Ministry of Public Health (2014) จำนวน 10 ข้อ และแบบประเมินสติปัญญาการรู้คิดฉบับสั้น (the short portable mental status questionnaire, SPMSQ) ของไฟฟ์เฟอร์ (Pfeiffer, 1975) ฉบับภาษาไทย ของ Chiangmai Provincial Public Health Office (2018) จำนวน 10 ข้อ

2. เครื่องมือที่นำมาใช้สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน แหล่งรายได้ ความเพียงพอของรายได้ จำนวนสมาชิกภายในครอบครัว ลักษณะการอยู่อาศัย และบุคคลหลักที่มีหน้าที่ดูแล และข้อมูลความเจ็บป่วย ได้แก่ ระยะเวลาที่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ระดับความดันโลหิตวันที่สัมภาษณ์ ระดับความดันโลหิตย้อนหลัง 3 ครั้ง วิธีการควบคุมความดันโลหิตในปัจจุบัน ประเภทยาลดความดันโลหิตที่รับประทาน และโรคประจำตัวร่วมอื่น ๆ

ส่วนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งพัฒนาโดย Thatsaeng, Lasuka, & Khampolsiri (2012) จากแนวคิดของ Lorig & Holman (2003) โดยทำการขออนุญาตนำเครื่องมือมาใช้แล้ว มีจำนวนข้อคำถาม 26 ข้อ ได้แก่ ด้านการออกกำลังกาย 5 ข้อ ด้านการรับประทานอาหาร และการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง 7 ข้อ ด้านการรับประทานยา 7 ข้อ ด้านการจัดการอารมณ์ 3 ข้อ และด้านการประสานความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพ และการตรวจตามนัด 4 ข้อ ยกตัวอย่างข้อคำถาม เช่น ท่านออกกำลังกาย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ขึ้นไป เป็นต้น ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 26 - 104 คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับของช่วงคะแนนตามเกณฑ์กำหนดของแบบวัดพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยพิจารณาค่าคะแนนรวม คือ 26 - 104 คะแนน โดยใช้เกณฑ์ค่าคะแนนสูงสุดและต่ำสุด แบ่งออกเป็น 3 ระดับ (Best, 1977) คือ 26 - 52 หมายถึง มีพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองระดับต่ำ 53 - 79 หมายถึง มีพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองระดับปานกลาง และ 80 - 104 หมายถึง มีพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้แบบสัมภาษณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของ Noppakraw, Chintanawat, & Khampolsiri (2020) ทำการแปลมาจากแบบสัมภาษณ์ของ Ishikawa, Takeuchi, & Yano (2008) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดของ Nutbeam (2003) โดยเปลี่ยนคำว่าโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นโรคความดันโลหิตสูง แล้วยังคงจำนวนข้อคำถามเดิมไว้ทุกประการ โดยทำการขออนุญาตนำเครื่องมือมาใช้แล้ว มีจำนวนข้อคำถาม 14 ข้อ ยกตัวอย่างข้อคำถาม เช่น ท่านพบว่าข้อความมีขนาดเล็กเกินไป ไม่เหมาะแก่การอ่าน เป็นต้น ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่เคย นาน ๆ ครั้ง บางครั้ง และบ่อยครั้ง คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 14 - 56 คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับของช่วงคะแนนตามเกณฑ์กำหนดของแบบสัมภาษณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้เกณฑ์ค่าคะแนนสูงสุดและต่ำสุด แบ่งออกเป็น 3 ระดับ (Best, 1977) คือ 14.00 - 28.00 หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ 28.01 - 42.00 หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปานกลาง และ 42.01 - 56.00 หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งพัฒนาโดย Thatsaeng, Lasuka, & Khampolsiri (2012) จากแนวคิดของ Bandura (1977) โดยทำการขออนุญาตนำเครื่องมือมาใช้แล้ว มีจำนวนข้อคำถาม 10 ข้อ ยกตัวอย่างข้อคำถาม เช่น ท่านมีความเชื่อมั่นว่า ท่านสามารถควบคุมการรับประทานอาหารของท่านได้ แม้ว่าท่านจะรับประทานกับผู้อื่น เป็นต้น ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 10 ระดับ โดยประเมินจากความมั่นใจในความสามารถของการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง แล้วทำการแปลผลคะแนนออกมาเป็นรายข้อตามต้นฉบับของแบบวัด คือ คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน แสดงว่า มีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน และคะแนนน้อยกว่า 7 คะแนน แสดงว่า ไม่มีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งพัฒนาโดย Khрутmuang, Panuthai, & Lasuka (2005) จากแนวคิดของ House (1981) โดยทำการขออนุญาตนำเครื่องมือมาใช้แล้ว มีจำนวนข้อคำถาม 16 ข้อ ยกตัวอย่างข้อคำถาม เช่น ท่านได้รับความรัก และการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลใกล้ชิดในยามเจ็บป่วย เป็นต้น ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่เป็นจริง เป็นจริงเล็กน้อย เป็นจริงส่วนมาก และเป็นจริงมากที่สุด คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 16 - 64 คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับของช่วงคะแนน

ตามเกณฑ์กำหนดของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้เกณฑ์ค่าคะแนนสูงสุดและต่ำสุด แบ่งออกเป็น 3 ระดับ (Best, 1977) คือ 16.0 - 32.0 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ 32.1 - 48.0 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง และ 48.1 - 64.0 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) สำหรับแบบวัดพฤติกรรมการจัดการตนเอง แบบสัมภาษณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว โดยมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบวัด (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ .81, .78, .79 และ .95 ตามลำดับ การศึกษาในครั้งนี้จะไม่ทำการปรับเปลี่ยนโครงสร้างเนื้อหาใด ๆ จึงไม่ทำการทดสอบซ้ำ และการหาความเชื่อมั่น (Reliability) จากการนำแบบสอบถามทั้งหมดไปทดสอบหาความเชื่อมั่นกับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับบริการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในอำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี แล้วมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย และคำนวณหาความเชื่อมั่นแบบความสอดคล้องภายในของเครื่องมือ (Internal Consistency) โดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) (Cronbach, 1951) ซึ่งค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดพฤติกรรมการจัดการตนเอง แบบสัมภาษณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ .87, .86, .82 และ .81 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยในครั้งนี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่แล้ว หลังจากนั้นทำหนังสือผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และเสนอต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 4 แห่งของอำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล สำนักรายชื่อของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และนัดหมายวันเวลาเก็บข้อมูล จากนั้นทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติเกณฑ์คัดเข้าของผู้มารับบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 4 แห่ง เมื่อพบกลุ่มตัวอย่าง กล่าวแนะนำตัว และพูดคุยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ และประโยชน์ของการวิจัย โดยถามความสมัครใจจากผู้เข้าร่วมการวิจัย และแจ้งให้ทราบว่า การดำเนินการวิจัยไม่เป็นการให้บริการทางสาธารณสุข ท่านจะไม่สูญเสียประโยชน์ หากไม่เข้าร่วมโครงการวิจัย จากนั้นให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามยินยอมในการทำวิจัย ซึ่งเป็นไปตามความสมัครใจของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง สามารถปฏิเสธการให้ข้อมูลได้หากไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ เพื่อพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง แล้วทำการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างเบื้องต้นจากการประเมินโดยใช้แบบประเมินสติปัญญาการรู้คิดฉบับสั้น (The Short Portable Mental Status Questionnaire, SPMSQ) และแบบประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) แล้วจะต้องได้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด หากกลุ่มตัวอย่างไม่ผ่านเกณฑ์ประเมินให้ยกเลิกกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล และกล่าวคำขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้ หากกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลความเจ็บป่วย แล้วประเมินด้วยแบบวัดพฤติกรรมการจัดการตนเอง แบบสัมภาษณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเอง และแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงตามลำดับ โดยผู้วิจัยเป็นผู้อ่านข้อคำถาม และไม่มีการอธิบายเพิ่มเติม ระหว่างที่เก็บรวบรวมข้อมูลมีการพักเป็นช่วง ๆ เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีอาการเหนื่อยล้า หากไม่มีอาการเหนื่อยหรืออ่อนเพลียแล้วจึงทำแบบสอบถามต่อในกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้จะทำการวิจัยในสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัว และภายในตัวอาคารของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 4 แห่ง มีที่พักและศาลาอเนกประสงค์ครบทุกแห่ง โดยข้อมูลจากการสัมภาษณ์จะเก็บเป็นความลับ ไม่เปิดเผยข้อมูลเป็นรายบุคคล แล้วทำการนำเสนอ และเผยแพร่ข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเชิงวิชาการเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลความเจ็บป่วย ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการตนเอง และปัจจัยทำนายการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสามารถในการทำนายการจัดการตนเองของความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม โดยใช้สถิติการถดถอยแบบเป็นขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) เนื่องจากจะเห็นว่าตัวแปรอิสระแต่ละตัวส่งผลต่อตัวแปรตามมากน้อยเพียงใดเรียงลำดับ แล้วทำการทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบว่า ข้อมูลการจัดการตนเอง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม มีค่า Asymp Sig (2-Tailed) เท่ากับ .140, .131, .154 และ .145 ตามลำดับ แสดงว่า ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นแบบโค้งปกติ (Normality) และทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระทุกตัว โดยพิจารณาจากค่า Tolerance พบว่า ค่าปกติสูงกว่า .2 แสดงว่า ไม่มีความสัมพันธ์กันภายในกลุ่มตัวแปรอิสระ (Autocorrelation) และความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อน โดยการทำ Scatter Plot ของค่าที่ทำนายได้จากสมการถดถอย (Regression Standardized Predicted Value) และค่าความคลาดเคลื่อน (Regression Standardized Residual) แล้วทำการทดสอบการแจกแจงของค่าความคลาดเคลื่อน พบว่า มีการแจกแจงปกติ หรือ Normal Probability Plot

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เอกสารเลขที่ 027/2021 ลงวันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2564 และได้รับอนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี และด้วยสถานการณ์ของประเทศไทยในปัจจุบันได้เกิดการแพร่ระบาดของโรคเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงได้ทำการป้องกันการแพร่ระบาด โดยจัดเตรียมอุปกรณ์สำหรับตรวจวัดอุณหภูมิร่างกาย จัดเตรียมแอลกอฮอล์ หรือ แอลกอฮอล์เจลอย่างน้อย 70% ไว้บริการ และดูแลให้ทางผู้เข้าร่วมการวิจัย สวมหน้ากากอนามัยอย่างถูกต้อง และต้องมีการเว้นระยะห่างอย่างน้อย 2 เมตร ซึ่งเป็นการป้องกันการติดเชื้อ และแพร่ระบาดของโรคเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างเคร่งครัด

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลความเจ็บป่วย

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลความเจ็บป่วย (n = 196)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	54	27.55
หญิง	142	72.45
อายุ (ปี) ($M=68.33$, $SD=6.41$, $Range=60-90$)		
60 - 69	119	60.72
70 - 79	58	29.59
80 - 89	18	9.18
≥ 90	1	0.51
สถานภาพสมรส		
คู่	143	72.96
หม้าย	33	16.84

ตาราง 1 (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
โสด	12	6.12
หย่าร้าง	8	4.08
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	132	67.35
ประถมศึกษา	34	17.35
มัธยมศึกษา	21	10.71
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	9	4.59
อาชีพปัจจุบัน		
เกษตรกรกรรม	128	65.31
ค้าขาย	55	28.06
ข้าราชการบำนาญ	8	4.08
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	5	2.55
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน (บาท)		
<i>(M=10,219.39, SD=8,815.72, Range=2,500-50,000)</i>		
≤ 10,000	22	11.23
10,001 - 20,000	158	80.61
20,001 - 30,000	9	4.59
30,001 - 40,000	3	1.53
> 40,000	4	2.04
แหล่งรายได้ *		
การประกอบอาชีพ	183	93.37
บุตร/หลาน	103	52.55
ค่าเช่า/ดอกเบี้ย	32	16.33
บำนาญ/บำนาญ	13	6.63
ญาติพี่น้อง	8	4.08
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ มีเหลือเก็บ	43	21.94
เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ	46	23.47
ไม่เพียงพอ แต่ไม่มีหนี้สิน	65	33.16
ไม่เพียงพอ และมีหนี้สิน	42	21.43
ลักษณะการอยู่อาศัย		
อยู่กับคู่สมรส	143	72.96
อยู่กับบุตร	36	18.37
อยู่กับหลาน	12	6.12
อยู่กับบุคคลอื่น ๆ	5	2.55
ผู้ดูแลหลัก		
บุตร	96	48.98
คู่สมรส	47	23.98
ญาติพี่น้อง	42	21.43
หลาน	11	5.61

ตาราง 1 (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ปี)		
(M=20.91, SD=6.11, Range=1-32)		
1 - 5	35	17.86
6 - 10	51	26.02
11 - 15	66	33.67
15 - 20	39	19.90
> 20	5	2.55
การควบคุมความดันโลหิต		
ควบคุมความดันโลหิตได้	129	65.82
ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้	67	34.18
วิธีการควบคุมระดับความดันโลหิตในปัจจุบัน		
รับประทานยา	68	34.69
ปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต และรับประทานยา	128	65.31
ประเภทยาลดความดันโลหิตที่รับประทาน *		
ยาขับปัสสาวะ	36	18.37
ยาด้านแคลเซียม	64	32.65
ยายับยั้งการทำงานของเอนไซม์แองจิโอเทนซิน คอนเวอร์ติง	72	36.73
ยาที่ออกฤทธิ์จับกับแองจิโอเทนซินรีเซพเตอร์	88	44.90
โรคประจำตัวร่วมอื่น ๆ *		
ไม่มี	113	57.65
โรคเบาหวาน	74	37.76
โรคไขมันในเลือดสูง	50	25.51
โรคหลอดเลือดสมอง	33	16.84
โรคหัวใจ	12	6.12
โรคไตวายเรื้อรัง	8	4.08

หมายเหตุ * ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ามารับการรักษา ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลายวาส ท่าอุแท คลองสระ และช้างขวา อำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 196 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างประมาณ 2 ใน 3 เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 72.45 ส่วนมากมีอายุระหว่าง 60 - 69 ปี ร้อยละ 60.72 มีอายุเฉลี่ย 68.33 ปี (SD=6.41) กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 72.79 และไม่เคยเรียนหนังสือ ร้อยละ 67.34 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 65.30 โดยรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 80.61 เกือบทั้งหมดมีแหล่งรายได้จากการประกอบอาชีพด้วยตนเอง ร้อยละ 93.36 แต่รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนยังไม่เพียงพอต่อความต้องการ ร้อยละ 33.16 เกือบทั้งหมดอาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 72.95 และ 1 ใน 4 มีจำนวนสมาชิกภายในครอบครัว 4 คน ร้อยละ 28.57 ซึ่งบุคคลหลักที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยคือ บุตร ร้อยละ 48.97 ระยะเวลาที่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 20.91 ปี (SD=6.11) โดยส่วนมากอยู่ช่วงระยะเวลา 11 - 15 ปี ร้อยละ 33.67 กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ร้อยละ 65.82 โดยมีการควบคุมระดับความดันโลหิตควบคู่กับวิธีการรับประทานยาควบคุมระดับความดันโลหิต ร้อยละ 65.30 ซึ่งจะรับประทานยาปิดกั้นแคลเซียมมากที่สุด ร้อยละ 78.57 รองลงมาคือ ยาปิดกั้นการทำงานของ

ของแองจิโอเทนซิน รีเซพเตอร์ ร้อยละ 44.38 ตามลำดับ โรคประจำตัวร่วมอื่น ๆ จะเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 37.75 รองลงมาคือ โรคไขมันในเลือดสูง และโรคหลอดเลือดสมองคิดเป็นร้อยละ 25.51 และร้อยละ 16.83 ตามลำดับ

2. ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการตนเอง และปัจจัยทำนายการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 2 คะแนนแบบสอบถาม ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการจัดการตนเอง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง (n = 196)

ตัวแปร	ระดับต่ำ		ระดับปานกลาง		ระดับสูง		M	SD	ระดับ
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
การจัดการตนเอง	0	0.00	0	0.00	196	100.00	94.82	4.95	สูง
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	0	0.00	105	53.57	91	46.43	41.87	5.09	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคม	0	0.00	36	18.37	160	81.63	51.99	5.51	สูง

จากตาราง 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการจัดการตนเองต่ำสุด 86 คะแนน สูงสุด 103 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองเท่ากับ 94.82 ($SD=4.95$) อยู่ระดับสูง เมื่อจำแนกระดับการจัดการตนเองตามเกณฑ์ 3 ระดับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีการจัดการตนเองอยู่ระดับสูง ร้อยละ 100 และข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยทำนายการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำสุด 30 คะแนน สูงสุด 50 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเท่ากับ 41.87 ($SD=5.09$) อยู่ระดับปานกลาง แล้วหากจำแนกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพตามเกณฑ์ 3 ระดับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 53.57 และระดับสูง ร้อยละ 46.43 และกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมต่ำสุด 40 คะแนน สูงสุด 60 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 51.99 ($SD=5.51$) อยู่ระดับสูง โดยสามารถจำแนกระดับการสนับสนุนทางสังคมตามเกณฑ์ 3 ระดับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ระดับสูง ร้อยละ 81.63 และระดับปานกลาง ร้อยละ 18.37

ตาราง 3 คะแนนแบบสอบถาม ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของกลุ่มตัวอย่าง (n = 196)

ตัวแปร	ช่วงคะแนน (ต่ำสุด – สูงสุด)	M	SD	ระดับ	จำนวนคน (ร้อยละ)
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	69.00 – 90.00	80.81	5.16	สูง	-
ไม่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตน	-	-	-	-	4 (2.04)
มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตน	-	-	-	-	192 (97.96)

จากตาราง 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำสุด 69 คะแนน สูงสุด 90 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเท่ากับ 80.81 ($SD=5.16$) อยู่ระดับสูง เมื่อพิจารณาระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามเกณฑ์ประเมิน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน ร้อยละ 97.96 และไม่มีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน ร้อยละ 2.04

3. ความสามารถในการทำนายการจัดการตนเอง

ตาราง 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบ (b) และในรูปคะแนนมาตรฐาน (β) ค่าคงที่ และค่าความคาดเคลื่อนมาตรฐานในการทำนายการจัดการตนเอง

ตัวแปรอิสระ	b	Std. Error	Beta
ความรู้ด้านสุขภาพ (X1)	.151	.050	.156*
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (X2)	.371	.048	.386**
การสนับสนุนทางสังคม (X3)	.464	.039	.516**
a (Constant)	34.369	2.118	
R = .834		Adjusted R Square = .691	F = 9.324
R Square = .696		Std. Error Square = 2.753	

* $p = .003$, ** $p < .001$

จากตาราง 4 พบว่า ผลการวิเคราะห์อำนาจปัจจัยทำนายการจัดการตนเอง พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในระดับสูง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเป็น .834 สามารถร่วมกันทำนายการจัดการตนเองได้ ร้อยละ 69.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แล้วมีความคาดเคลื่อนมาตรฐานในการทำนาย เท่ากับ +2.753 เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์การถดถอยของตัวทำนาย พบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายการจัดการตนเองได้มากที่สุด โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบ และค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน (b , β) เป็น .464 กับ .516 ($p < .001$) รองลงมาเป็น การรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่สามารถทำนายการจัดการตนเองได้ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบ และค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน (b , β) เป็น .371 กับ .386 ($p < .001$) และความรู้ด้านสุขภาพสามารถทำนายการจัดการตนเองได้ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบ และค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน (b , β) เป็น .151 กับ .156 ($p = .003$) ดังนั้นผลการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถนำมาสร้างสมการพยากรณ์ ในรูปสมการคะแนนดิบได้ ดังนี้

การจัดการตนเอง = $34.369 + .151$ (ความรู้ด้านสุขภาพ) + $.371$ (การรับรู้สมรรถนะแห่งตน) + $.464$ (การสนับสนุนทางสังคม)

จะเห็นได้ว่า เมื่อนำตัวแปรอิสระทั้ง 3 ตัวแปรเข้าสู่สมการพยากรณ์แล้วจะได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) = .834 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยหรืออำนาจการพยากรณ์ที่ปรับแล้ว (Adjusted R Square) = .691 หรือสามารถพยากรณ์ ร้อยละ 69.10

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlational Design) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 196 ราย ผลการศึกษากฎการวิจัยตามวัตถุประสงค์วิจัย และคำถามการวิจัย ดังนี้

1. การจัดการตนเอง ความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเป็นอย่างไร

จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองเท่ากับ 94.82 ($SD=4.95$) อยู่ระดับสูง โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีการจัดการตนเองอยู่ระดับดี แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถดูแลตัวเอง และทำกิจกรรมต่าง ๆ ในการดำรงชีวิตประจำวัน ส่งผลให้เกิดสุขภาพที่ดี สามารถจัดการตนเองเพื่อชะลอความรุนแรงของโรค ภาวะแทรกซ้อนของโรค และสามารถดำเนินชีวิตร่วมกับโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ สอดคล้องกับการศึกษาของ Aramsin, Kerdkul, Jarujit, & Prachanno (2018) ที่ทำการศึกษาพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี พบว่า พฤติกรรมจัดการตนเองอยู่ระดับดี และจากการศึกษาของ

Pham, Truong, Jullamate, & Piphatvanitcha (2016) ที่ทำการศึกษาปัจจัยพฤติกรรมทำนุบำรุงการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดโหวง ประเทศเวียดนาม พบว่า พฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ระดับดีสำหรับการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเอง คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเท่ากับ 41.87 ($SD=5.09$) อยู่ระดับปานกลาง โดยกลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 53.57 และระดับสูง ร้อยละ 46.43 แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีทักษะในการทำความเข้าใจ และการดำรงชีวิตประจำวัน สามารถเข้าถึงข้อมูล และแยกแยะรูปแบบการสื่อสารต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี เลือกใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อนำไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพ และประมวลผลความน่าเชื่อถือของข้อมูลต่าง ๆ ก่อนนำมาปรับใช้ (Luo, Patil, Cummings, Bell, Wu, & Adams, 2020) สอดคล้องกับการศึกษาของ Shi, Li, Wang, Wang, Liu, & Shi et al. (2017) ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในประเทศจีน พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูงจะมีความสามารถในการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ ($p<.001$) และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองที่นำมาทำการศึกษาในครั้งนี้ คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเท่ากับ 80.81 ($SD=5.16$) อยู่ระดับสูง โดยกลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน ร้อยละ 97.96 และไม่มีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน ร้อยละ 2.04 แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ และความสามารถในการตัดสินใจสำหรับการกระทำสิ่งต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Grembowski, Patrick, Diehr, Durham, Beresford, & Hecht et al., 1993) สอดคล้องกับการศึกษาของ Ding, Li, Su, Yuan, & Lin (2018) ที่ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในมณฑลกว่างตุง ประเทศจีน พบว่า ร้อยละ 80.2 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ระดับสูง อีกทั้งปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองอีกปัจจัยหนึ่ง คือ การสนับสนุนทางสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 51.99 ($SD=5.51$) อยู่ระดับสูง โดยกลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ระดับสูง ร้อยละ 81.63 และระดับ ปานกลาง ร้อยละ 18.37 แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุน และตอบสนองต่อความต้องการต่าง ๆ จากสมาชิกในครอบครัว หรือ บุคคลที่ดูแลหลัก ทำให้สามารถจัดการตนเอง และจัดการกับความเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม (Al-Dwaikat, Chlebowy, Hall, Crawford, & Yankeelov, 2020) สอดคล้องกับการศึกษาของ Aramsin, Kerdkul, Jarujit, & Prachanno (2018) ที่ทำการศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ระดับดี และจากการศึกษาของ Nawsuwan, Singhasem & Yimyearn (2016) ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจในการทำนุบำรุงของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแล้วเข้ารับการรักษาในคลินิกเบาหวานความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสิงหนคร จังหวัดสงขลา พบว่า หากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีแรงสนับสนุนทางสังคมที่มากพอจะทำให้สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ และจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงหรือไม่ อย่างไร

จากการวิเคราะห์การถดถอยแบบเป็นขั้นตอน เพื่อหาอำนาจของการทำนายปัจจัยการจัดการตนเองของ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จากผลการศึกษา พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายการจัดการตนเองได้ ร้อยละ 69.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ตาราง 1) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงจะช่วยส่งผลให้บุคคลสามารถปฏิบัติตัว และตระหนักถึงความสำคัญของการจัดการตนเอง เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง ซึ่งพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการจัดการตนเองทั้งด้านการรับรู้ การเข้าใจโรค ความร่วมมือในการรับประทานยา และการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางด้านสุขภาพ (Aaby, Friis, Christensen, Rowlands, & Maindal, 2017) สอดคล้องกับการศึกษาของ Jandeeakaewsakul, Watthayu, & Suwonnaroop (2018) ที่ทำการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถทำนายการจัดการตนเองได้

($\beta=.285, p<.001$) และจากการศึกษาของ Geboers, Winter, Spoorenberg, Wynia, & Reijneveld (2016) ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพสามารถทำนายการจัดการตนเองได้ ($\beta=.34, p<.001$) ดังนั้นความรู้ด้านสุขภาพยังเป็นสิ่งที่จำเป็นต่อการจัดการตนเอง และส่งผลต่อการดูแลตนเองที่ดี หากผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ระดับดีก็จะส่งผลต่อการดูแลตนเองที่ดี (Luo, Patil, Cummings, Bell, Wu, & Adams, 2020) อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับดีจะทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแลตนเองที่เหมาะสมกับโรค การจัดการตนเองเพื่อให้อาการของโรคเรื้อรังทั้งด้านการปฏิบัติตามการรักษา การปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ และการจัดการด้านอารมณ์ของตนเอง ทำให้เกิดการจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ding, Li, Su, Yuan, & Lin (2018) ที่ทำการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในมณฑลกว่างตง ประเทศจีน พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถทำนายการจัดการตนเองได้ ($\beta=.954, p<.001$) หากผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีระดับของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนดีก็จะทำให้การจัดการตนเองดี แล้วหากกลุ่มตัวอย่างยังได้รับการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งครอบครัวมีส่วนช่วยเหลือในด้านการให้กำลังใจ สนับสนุน รวมทั้งการให้ข้อมูลข่าวสาร และการมีปฏิสัมพันธ์กัน ทำให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจในการจัดการตนเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Jandeekaewsakul, Watthayu, & Suwonnaroop (2018) ที่ทำการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้มากที่สุด ($\beta=.368, p<.001$) และจากการศึกษาของ Zhang, Qiu, Zheng, Zang, & Zhao (2020) ที่ทำการศึกษาความเป็นอยู่ที่ดี การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ประเทศจีน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายการจัดการตนเองได้ ($\beta=.16, p<.01$) โดยเมื่อผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี และเพียงพอจะส่งผลให้เกิดการจัดการตนเองที่ดี สอดคล้องกับแผนการรักษา ทำให้ควบคุมระดับความดันโลหิต และการดำเนินของโรคได้ (Al-Dwaikat, Chlebowy, Hall, Crawford, & Yankeelov, 2020) ซึ่งหากผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้รับการส่งเสริมให้เกิดความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมที่ทำให้เกิดการจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมโรคเรื้อรังของตนเองต่อไป

การนำผลการวิจัยไปปรับใช้

1. ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางด้านสุขภาพในการวางแผนส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ส่งผลต่อการเกิดสุขภาวะที่ดี และสามารถอยู่ร่วมกับโรคเรื้อรังได้อย่างยั่งยืน
2. สามารถนำผลการวิจัยไปปรับใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาโปรแกรมเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในบริบทที่แตกต่างกัน หรือ ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีลักษณะแตกต่างกัน เช่น กลุ่มผู้สูงอายุอาศัยอยู่เพียงลำพัง เนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับคู่สมรส ครอบครัว หรือ มีผู้ดูแลหลักมีความรู้ด้านสุขภาพ ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจึงทำให้เกิดการจัดการตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง แต่หากทำการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่เพียงลำพัง อาจเกิดการจัดการตนเองไม่ดีมากนักอันเนื่องมาจากปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อการจัดการตนเอง
2. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง แล้วควรศึกษาต่อเนื่องถึงประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองที่พัฒนาขึ้นโดยการดำเนินการของปัจจัย

อิทธิพลต่าง ๆ ที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

References

- Aaby, A., Friis, K., Christensen, B., Rowlands, G. & Maindal, H. T. (2017). Health Literacy is Associated with Health Behaviour and Self-Reported Health: A Large Population-Based Study in Individuals with Cardiovascular Disease. *European Journal of Prevention Cardiology*, 24(17), 1880-1888.
- Aekplakorn, W. (Ed.) (2016). *Thai National Health Examination Survey V Study Group*. Nonthaburi: Aksorn Graphic and Design. (in Thai)
- Aekplakorn, W. (Ed.) (2019). *Thai National Health Examination Survey VI Study Group*. Nonthaburi: Aksorn Graphic and Design. (in Thai)
- Al-Dwaikat, T. N., Chlebowy, D. O., Hall, L. A., Crawford, T. N. & Yankeelov, P. A. (2020). Self-Management as a Mediator of the Relationship Between Social Support Dimensions and Health Outcomes of African American Adults with Type 2 Diabetes. *Western Journal of Nursing Research*, 42(7), 485-494.
- Aramsin, R., Kerdikul, P., Jarujit, S. & Prachanno, W. (2018). Self-Management Behaviors among Patients with Hypertension in Mueang District, Chanthaburi Province. *Journal of Phrapokklao Nursing College*, 29(1), 68-77. (in Thai)
- Bandura, A. (1977). Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Best, J. W. (1977). *Research in Education: 3rd ed.* New Jersey: Prentice Hall.
- Chiangmai Provincial Public Health Office. (2018). *Guidelines for Geriatric Assessment*. Retrieved from https://www.chiangmaihealth.go.th/cmpho_web/main_section.php?info_id=4197 (in Thai)
- Cohen, J. (1977). *Statistical Power for the Behavioral Sciences*. New York: Academic Press.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient Alpha and the Internal Structure of Tests. *Psychometrika Journal*, 16(3), 297-334.
- Department of Medical Services, Ministry of Public Health. (2014). *Guidelines for Geriatric Assessment*. Nonthaburi: The War Veterans Organization. (in Thai)
- Ding, W., Li, T., Su, Q., Yuan, M. & Lin, A. (2018). Integrating Factors Associated with Hypertensive Patients' Self-Management Using Structural Equation Modeling: A Cross-Sectional Study in Guangdong, China. *Patient Preference and Adherence*, 12, 2169-2178.
- Flack, J. M. & Adekola, B. (2020). Blood Pressure and the New ACC/AHA Hypertension Guidelines. *Trends in Cardiovascular Medicine*, 30(3), 160-164.
- Ferri, C., Ferri, L. & Desideri, G. (2017). Management of Hypertension in the Elderly and Frail Elderly. *High Blood Pressure and Cardiovascular Prevention*, 24(1), 1-11.
- Geboers, B., Winter, A. F., Spoorenberg, S. L., Wynia, K. & Reijneveld, S. A. (2016). The Association Between Health Literacy and Self-Management Abilities in Adults Aged 75 and Older, and its Moderators. *Quality of Life Research*, 25(11), 2869-2877.
- Grembowski, D., Patrick, D., Diehr, P., Durham, M., Beresford, S. & Hecht, J. (1993). Self-Efficacy and Health Behavior among Older Adults. *Journal of Health and Social Behavior*, 34(2), 89-104.

- House, J. S. (1981). *Work Stress and Social Support*. Michigan: Addison-Wesley.
- House, J. S. (1987). Social Support and Social Structure. *Sociological Forum*, 2(1), 135-146.
- Ishikawa, H., Takeuchi, T. & Yano, E. (2008). Measuring Functional, Communicative, and Critical Health Literacy among Diabetic Patients. *Diabetes Care*, 31(5), 874-879.
- Jandeeakaewsakul, P., Watthayu, N. & Suwonnaroop, N. (2018). Factors Predicting Self-Management Behavior among Patients with Uncontrolled Essential Hypertension. *Journal of Nursing Science*, 36(1), 31-43. (in Thai)
- Khantamoon, R. & Daenseekeaw, S. (2017). Self-Management among People with Uncontrolled Hypertension. *Journal of Nursing and Health Care*, 35(2), 89-97. (in Thai)
- Khurutmuang, W., Panuthai, S. & Lasuka, D. (2005). Factors Predicting Health Promoting Behaviors among the Elderly with Hypertension. *Nursing Journal*, 32(4), 53-68. (in Thai)
- Lorig, K. R. & Holman, H. R. (2003). Self-Management Education: History, Definition, Outcome, and Mechanisms. *The Society of Behavioral Medicine*, 26(1), 1-7.
- Luo, H., Patil, S. P., Cummings, D. M., Bell, R. A., Wu, Q. & Adams, A. D. (2020). Health Literacy, Self-Management Activities, and Glycemic Control among Adults with Type 2 Diabetes: A Path Analysis. *Journal of Public Health Management and Practice*, 26(3), 280-286.
- Nawsuwan, K., Singhasem, P. & Yimyearn, Y. (2016). Relationship and the Predictive Power of Social Support on the Practice of Hypertensive Patients. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal*, 8(1), 1-13. (in Thai)
- Noppakraw, J., Chintanawat, R. & Khampolsiri, T. (2020). Health Literacy and Self-Management in Older Persons with Type 2 Diabetes Mellitus. *Nursing Journal*, 47(2), 251-261. (in Thai)
- Nutbeam, D. (2000). Health Literacy as a Public Health Goal : a Challenge for Contemporary Health Education and Communication Strategies Into The 21st Century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.
- Nutbeam, D. (2003). How Does Evidence Influence Public Health Policy? Tackling Health Inequalities in England. *Health Promotion Journal of Australia*, 14(3), 154-158.
- Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (2018). *Public Health Statistics 2017*. Retrieved from https://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistics60.pdf (in Thai)
- Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (2019). *Public Health Statistics 2018*. Retrieved from https://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistic%2061.pdf (in Thai)
- Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (2020). *Public Health Statistics 2019*. Retrieved from https://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistic62.pdf (in Thai)
- Ostchega, Y., Fryar, C. D., Nwankwo, T. & Nguyen, D. T. (2020). Hypertension Prevalence among Adults Aged 18 and Over: United States, 2017 - 2018. *NCHS Data Brief*, 364, 1-8.
- Pfeiffer, E. (1975). A Short Portable Mental Status Questionnaire for the Assessment of Organic Brain Deficit in Elderly Patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 23(10), 433-441.
- Pham, V., Truong, P. V., Jullamate, P. & Piphatvanitcha, N. (2016). Factors Related to Self-Management Behaviours in Hypertensive Older Adults in Haiduong Province, Vietnam. *Journal of Nursing and Health Science*, 10(3), 56-64.

- Shi, D., Li, J., Wang, Y., Wang, S., Liu, K. & Chen, X. (2017). Association Between Health Literacy and Hypertension Management in a Chinese Community: A Retrospective Cohort Study. *Internal and Emergency Medicine*, 12, 765-776.
- Thatsaeng, B., Lasuka, D. & Khampolsiri, T. (2012). Effects of a Self-Management Supporting program on Self-Management Behaviors and Blood Pressure among Elderly with Hypertension. *Nursing Journal*, 39(4), 124-136. (in Thai)
- Zhang, X., Qiu, C., Zheng, Y., Zang, X. & Zhao, Y. (2020). Self-Management among Elderly Patients with Hypertension and its Association with Individual and Social Environmental Factors in China. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 35(1), 45-53.
- Zhou, B., Bentham, J., Cesare, M., Bixby, H., Danaei, G. & Cisneros, J. Z. (2017). Worldwide Trends in Blood Pressure from 1975 to 2015: A Pooled Analysis of 1479 Population-Based Measurement Studies with 19.1 Million Participants. *The Lancet*, 389(10064), 37-55.

โมเดลสมการโครงสร้างปัจจัยที่ส่งผลต่อทักษะทางปัญญา
ของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลภาคใต้
สถาบันพระบรมราชชนก

Structural Equation Modeling of Factors Affecting Intellectual Skills of
Students in the Bachelor of Nursing Science Programs of the Southern
Nursing College Network Under Praboromarajchanok Institute

ทรงฤทธิ์ ทองมีขวัญ^{1*}, วัน เดชพิชัย², รพีพรรณ สุวรรณนัฐโชติ²

Trongrit Thongmeekhaun^{1*}, Wan Dechpichai², Rapeepun Suwannatachote²

นักศึกษาปริญญาเอก คณะศึกษาศาสตร์และศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยหาดใหญ่^{1*},

คณะศึกษาศาสตร์และศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยหาดใหญ่²

Doctoral Student Faculty of Education and Liberal Arts Hatyai University^{1*},

Faculty of Education and Liberal Arts Hatyai University²

(Received: May 5, 2022; Revised: January 11, 2023; Accepted: January 18, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปริมาณนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างโมเดลสมการโครงสร้างปัจจัยที่ส่งผลต่อทักษะทางปัญญาของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลภาคใต้ สถาบันพระบรมราชชนก กับข้อมูลเชิงประจักษ์ และศึกษาโมเดลสมการโครงสร้างปัจจัยที่ส่งผลต่อทักษะทางปัญญาของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลภาคใต้ สถาบันพระบรมราชชนก มีการดำเนินการ 2 ระยะ คือ การสร้างโมเดลสมการโครงสร้าง และการตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างสมการโครงสร้างปัจจัยที่ส่งผลต่อทักษะทางปัญญา กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2564 จำนวน 440 คน สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามปัจจัยที่ส่งผลต่อทักษะทางปัญญาของนักศึกษา ตรวจสอบความเชื่อมั่น โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของเครื่องมือแต่ละตัวแปร ได้ค่าระหว่าง .91-.96 วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าสถิติเชิงพรรณนา ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และสถิติ SEM ผลการวิจัยพบว่า

โมเดลตามสมมติฐานมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยค่า Chi-Square = 188.52, df = 160, $p = .06$, Relative Chi-Square = 1.18, GFI = .96, NFI = .98, TLI = .99, CFI = .99, RMSEA = .02 และ RMR = .01 ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ของทักษะทางปัญญา เท่ากับ .80 แสดงว่า ตัวแปรทั้งหมดร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของทักษะทางปัญญาของนักศึกษา ได้ร้อยละ 80 ตัวแปรที่มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อทักษะทางปัญญาของนักศึกษา คือ การจัดการเรียนการสอน ที่มีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมเชิงบวกคือ ด้านผู้เรียน และที่มีอิทธิพลทางอ้อมเชิงบวกคือ สิ่งแวดล้อมการเรียนการสอน ผู้สอน และครอบครัว ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อทักษะทางปัญญาสูงสุดคือ สิ่งแวดล้อมการเรียนการสอน รองลงมาคือ ผู้เรียน และการจัดการเรียนการสอน โดยมีขนาดอิทธิพลรวมเท่ากับ .66, .54, และ .50 ตามลำดับ

ดังนั้น สถาบันควรกำหนดเป็นนโยบายและแนวทางที่ชัดเจนในการพัฒนาปัจจัยด้านผู้เรียน ด้านการจัดการเรียนการสอน ด้านครอบครัว ด้านสิ่งแวดล้อมการเรียนการสอน และด้านผู้สอน เพื่อส่งเสริมให้นักศึกษามีทักษะทางปัญญาสูงขึ้น

คำสำคัญ: โมเดลสมการโครงสร้าง, ทักษะทางปัญญา, นักศึกษาพยาบาล

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: trongrit2514@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 081-2771234)



Abstract

This descriptive research aimed to test the congruence between empirical data and a structural equation model supposingly affecting the intellectual skills of nursing science students. Study was conducted in the Southern Network of Nursing Colleges under Praboromarajanok Institute. The research had two phases: creating a structural equation model, and testing the congruences between the structural equations of factors affecting intellectual skills. The subjects were 440 fourth-year nursing students in the academic year 2021, selected using multi-stage sampling. The instrument was a Likert-scale questionnaire. The Cronbach alpha coefficient of each aspect of the instrument was between .91-.96. The data were analyzed using descriptive statistics and Pearson correlation coefficient, and the Structural Equation Modeling (SEM).

The results revealed that the model was in congruence with the empirical data (chi-square square=188.52, $df=160$, $p=.06$, Relative Chi-Square=1.18, GFI=.96, NFI=.98, TLI=.99, CFI=.99, RMSEA=.02, and RMR=.01). The predictor coefficient of intellectual skills was .80, and the variable with a direct positive influence was teaching and learning management. The variable with direct and indirect influences was the learners, and the variables with indirect positive influence were the teaching and learning environments, teachers, and family. The variable with the highest influence on intellectual skills was the teaching and learning environments, followed by learners and teaching and learning management with the total effect sizes of .66, .54, and .50, respectively.

Therefore, in order to promote students' intellectual skills, the development should be focused on the factors of learners, teaching and learning management, family, learning and teaching environments, and teachers.

Keywords: Structural Equation Model, Intellectual Skills, Nursing Students

บทนำ

ปัจจุบันสังคมและสิ่งแวดล้อมมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว เทคโนโลยีมีความก้าวหน้าแบบก้าวกระโดด มีการผสมผสานและมีความหลากหลายทางเชื้อชาติ เผ่าพันธุ์ และวัฒนธรรม การเข้าสู่ยุคประชากรสูงอายุ การเกิดโรคอุบัติใหม่ เป็นต้น ซึ่งสิ่งต่างๆ เหล่านี้ ส่งผลให้ภาวะสุขภาพของผู้รับบริการมีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้น ดังนั้นทักษะที่จำเป็นในด้านการเรียนรู้และการทำงานในยุคแห่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ต้องประกอบด้วย 1) ทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรมที่เน้นกระบวนการคิด 2) ทักษะด้านสารสนเทศ สื่อ และเทคโนโลยี และ 3) ทักษะชีวิตและการทำงาน (Panich, 2015) ที่เน้นความสามารถในการปรับตัว มีความสัมพันธ์กับทักษะการคิดขั้นสูง ซึ่งเป็นพื้นฐานของทักษะทางปัญญา (Sujiva, 2016) ดังนั้นการส่งเสริมการเรียนรู้ในปัจจุบันจำเป็นต้องส่งเสริมทักษะทางปัญญาที่เป็นกระบวนการคิด และบูรณาการทั้งกับทักษะทางเทคโนโลยีสารสนเทศ และทักษะชีวิต เพื่อให้เกิดศักยภาพในการคิด การแก้ปัญหา และการปรับตัวในสถานการณ์ปัจจุบัน ทั้งนี้ทักษะทางปัญญานับว่าเป็นคุณลักษณะสำคัญที่จะช่วยให้พยาบาลสามารถให้การดูแลสุขภาพผู้รับบริการได้มีคุณภาพมากที่สุด เพราะทักษะทางปัญญา เป็นกระบวนการทางสมองที่เป็นคุณลักษณะพื้นฐานที่สำคัญต่อกระบวนการคิดที่ส่งผลไปสู่ทักษะและศักยภาพของบุคคล เป็นเครื่องมือสำคัญที่ทำให้พยาบาลเหล่านั้น เลือกใช้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือ บูรณาการความรู้กับการปฏิบัติและประสบการณ์ ระบูปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ ตัดสินใจ แก้ปัญหา โดยประยุกต์ความรู้ แนวคิด หลักการ ทฤษฎี และกระบวนการต่างๆ มาใช้ในการคิดวิเคราะห์ แก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ซับซ้อน และอุปสรรคใหม่ๆ ที่ไม่เคยพบหรือคาดคิดมาก่อนได้อย่างเหมาะสม (Ministry of Education, 2009; Chidnayee, 2017) ซึ่งตามประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง มาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2560 กำหนดให้

ผู้เรียนระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ ต้องมีมาตรฐานผลการเรียนรู้ด้านทักษะทางปัญญา ได้แก่ 1) สามารถสืบค้นข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย วิเคราะห์และเลือกใช้อ้างอิงเพื่อพัฒนาความรู้และแก้ไขปัญหาอย่างสร้างสรรค์ 2) สามารถคิดอย่างเป็นระบบ คิดสร้างสรรค์ คิดอย่างมีวิจารณญาณ เพื่อหาแนวทางใหม่ในการแก้ปัญหาการปฏิบัติงาน และบอกถึงผลกระทบจากการแก้ไขปัญหาได้ และ 3) สามารถใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ ทางกายวิทย์ และนวัตกรรมในการแก้ปัญหาและการศึกษาปัญหาทางสุขภาพ (Ministry of Education, 2017) โดยทักษะทางปัญญาเป็นมาตรฐานผลการเรียนรู้ที่สำคัญในการพัฒนาผู้เรียนให้บรรลุมาตรฐานการอุดมศึกษา ด้านผลลัพธ์ผู้เรียน ได้แก่ 1) เป็นบุคคลที่มีความรู้ความสามารถ และความรอบรู้ด้านต่างๆ ในการสร้างสัมมาอาชีวะ ความมั่นคงและคุณภาพชีวิตของตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคม มีทักษะการเรียนรู้ตลอดชีวิตโดยเป็นผู้มีคุณธรรม ความเพียร มุ่งมั่น มานะ บากบั่น และยึดมั่นในจรรยาบรรณวิชาชีพ 2) เป็นผู้ร่วมสร้างสรรค์นวัตกรรม มีทักษะศตวรรษที่ 21 มีความสามารถในการบูรณาการศาสตร์ต่างๆ เพื่อพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาสังคม มีคุณลักษณะความเป็นผู้ประกอบการรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของสังคมและของโลก สามารถสร้างโอกาสและเพิ่มมูลค่าให้กับตนเอง ชุมชน สังคม และประเทศ และ 3) เป็นพลเมืองที่เข้มแข็ง มีความกล้าหาญทางจริยธรรม ยึดมั่นในความถูกต้องรู้คุณค่าและรักษาความเป็นไทย ร่วมมือร่วมพลังเพื่อสร้างสรรค์การพัฒนาและเสริมสร้างสันติสุขอย่างยั่งยืนทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน สังคม และประชาคมโลก (Ministry of Education, 2018) ซึ่งแนวทางสู่ความสำเร็จในการพัฒนาทักษะทางปัญญาของนักศึกษาพยาบาลนั้น ต้องพัฒนาความคิดรวบยอด รวมทั้งหลักการทางทฤษฎีและการฝึกปฏิบัติ การวิเคราะห์สถานการณ์และแก้ไขปัญหาต่างๆ เป็นลำดับขั้นตอน ตามแผนที่วางไว้ และต้องมีการฝึกปฏิบัติในหลายๆ สถานการณ์ในปัจจุบันและหลายๆ สถานการณ์ที่คาดว่าจะได้เจอในอนาคต เพื่อเรียนรู้และนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาใหม่ๆ ที่ไม่คาดคิดมาก่อนตามความเหมาะสม (Ministry of Education, 2009) แต่ด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 ซึ่งส่งผลกระทบและสร้างความตื่นกลัวให้แก่ผู้คน จนกลายเป็นวิกฤติการณ์ที่ส่งผลกระทบและสร้างความเสียหายต่อทุกระบบ ระบบการจัดการศึกษาจึงต้องมีการปรับตัวและปรับเปลี่ยนรูปแบบการเรียนรู้จาก “ออฟไลน์” มาเป็น “ออนไลน์” จากการฝึกปฏิบัติใน “สถานการณ์จริง” มาเป็น “สถานการณ์จำลอง” หรือมีการผสมผสานระหว่างกัน ซึ่งอาจส่งผลต่อผลลัพธ์การเรียนรู้ที่ดีของผู้เรียน โดยเฉพาะในด้านทักษะทางปัญญา ซึ่งเป็นผลลัพธ์การเรียนรู้ที่สำคัญที่จะพัฒนาศักยภาพผู้เรียนให้เป็นบุคคลแห่งศตวรรษที่ 21

เครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลภาคใต้ สถาบันพระบรมราชชนก ได้ตระหนักและเห็นความสำคัญของการพัฒนาทักษะทางปัญญา โดยที่ผ่านมาได้นำแนวทางตามประกาศคณะกรรมการการอุดมศึกษา เรื่อง แนวทางการปฏิบัติตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2552 และ 2560 ดังกล่าวสู่การปฏิบัติ เช่น การออกแบบการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ จัดหาสื่อการสอนที่มีประสิทธิภาพ จัดสิ่งแวดล้อมและสร้างบรรยากาศในการเรียนการสอน เป็นต้น ตลอดจนมีการติดตาม ปรับปรุง ประเมินผล และพัฒนาปัจจัยที่มีผลในการส่งเสริมให้ทักษะทางปัญญาของผู้เรียนดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านผู้เรียน 2) ปัจจัยด้านผู้สอน 3) ปัจจัยด้านการจัดการเรียนการสอน 4) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมการเรียนการสอน และ 5) ปัจจัยด้านครอบครัว (Yimyuan, 2004; Balsiri, 2010; Chantra, Thongphet, & Sarakshetrin, 2016; Soakeaw, 2018; Pirom, & Lila, 2011; Jongphattarasup, & Meesup, 2015; Parichat, Nopparat, & Pawanrat, 2019) แต่จากการติดตามและประเมินผลบัณฑิตที่พึงประสงค์ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติจากผู้บัณฑิตของวิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคใต้พบว่า มาตรฐานผลการเรียนรู้ด้านทักษะทางปัญญาของบัณฑิตยังมีคะแนนค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับมาตรฐานผลการเรียนรู้ด้านอื่นๆ (Boromarajonani College of Nursing Trang, 2021; Boromarajonani College of Nursing Nakhon Si Thammarat, 2021; Boromarajonani College of Nursing Yala, 2021; Boromarajonani College of Nursing Suratthani, 2021; Boromarajonani College of Nursing Songkhla, 2021) ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพการให้บริการ การยอมรับบัณฑิต จากผู้รับบริการ เพื่อนร่วมงาน และผู้บังคับบัญชา รวมทั้งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบัณฑิตประกอบกับปัจจุบันมีสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้การจัดการเรียนรู้ต้องปรับเปลี่ยนตามยุค “ชีวิตวิถีใหม่” เช่น การเพิ่มระยะห่างระหว่างกันในสังคม ทำให้การเรียนรู้ภาคทฤษฎีทั้งผู้เรียนและผู้สอนไม่สามารถมาเรียนในห้องเรียนปกติได้ตลอดเวลาทั้งหมด ต้องเปลี่ยน

รูปแบบการเรียนรู้จาก “ออฟไลน์” มาเป็น “ออนไลน์” และผสมผสานในบางช่วงเวลา ส่วนการเรียนรู้ภาคปฏิบัติซึ่งตามปกติต้องจัดในสถานบริการสุขภาพและในชุมชนต่าง ๆ แต่เนื่องจากผู้เรียนมีความเสี่ยงสูงต่อการได้รับเชื้อโรคโควิด-19 จึงต้องผสมผสานทั้งวิธีการสอนแบบการใช้สถานการณ์จำลอง และวิธีการสอนแบบการใช้สถานการณ์จริง ซึ่งมีเงื่อนไขที่ต้องปฏิบัติแตกต่างไปจากสิ่งเดิม ๆ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วดังกล่าว ทั้งผู้สอน ผู้เรียน และส่วนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ต้องปรับตัว เปลี่ยนแปลง เพื่อให้กระบวนการในการจัดการเรียนรู้ที่สามารถพัฒนาผู้เรียนให้มีมาตรฐานผลการเรียนรู้ในทุกๆ ด้าน โดยเฉพาะด้านทักษะทางปัญญา บรรลุตามเป้าหมายของหลักสูตรและความคาดหวังของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อค้นหาผลการวิจัยหรือแนวปฏิบัติที่สามารถนำมาแก้ไขปัญหาดังที่กล่าว พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่มุ่งศึกษาทักษะทางปัญญาที่เป็นทักษะย่อยๆ และเป็นการศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาทั่วไป ไม่พบการศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาเฉพาะทางด้านสุขภาพ ดังเช่นสถาบันพระบรมราชชนก ซึ่งมีความเฉพาะและมีบริบทที่แตกต่างจากสถาบันการศึกษาอื่นๆ รวมทั้งเป็นการศึกษาในสถานการณ์ปกติ ยังไม่พบการศึกษาในสถานการณ์ที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งเกิดการเปลี่ยนแปลงของการจัดการเรียนรู้หลายๆ ประการ (Maneenil, 2009; Luenkaew, 2013; Jongphattarasup, & Meesup, 2015; Lungarat, 2017) ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาเพื่อหาโมเดลสมการโครงสร้างปัจจัยที่ส่งผลต่อทักษะทางปัญญาของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ทั้งในส่วนของผู้เรียนที่เป็นตัวแปรสังเกตได้และปัจจัยที่เป็นตัวแปรแฝงทั้งภายในและภายนอก เพื่อให้ได้โมเดลสมการโครงสร้างที่เหมาะสม สามารถนำไปออกแบบเป็นแนวทางในการส่งเสริมและพัฒนาการจัดการเรียนรู้ที่ช่วยในการส่งเสริมทักษะทางปัญญาของบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติให้สูงขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป โดยเลือกพื้นที่ในการศึกษาคือ เครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลภาคใต้ สถาบันพระบรมราชชนก เพราะมีลักษณะหลักสูตรและบริบททุกด้านที่คล้ายคลึงกัน และเลือกนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2564 เป็นกลุ่มเป้าหมายในการศึกษา เนื่องจากเป็นนักศึกษาที่ผ่านการจัดการเรียนรู้อย่างครบถ้วนตามหลักสูตร ซึ่งเหมาะสมสำหรับการประเมินตามตัวแปรการวิจัยที่ได้ออกแบบไว้ และสามารถนำผลการวิจัยที่ได้ไปพัฒนานักศึกษารุ่นต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างโมเดลสมการโครงสร้างปัจจัยที่ส่งผลต่อทักษะทางปัญญาของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลภาคใต้ สถาบันพระบรมราชชนก กับข้อมูลเชิงประจักษ์
2. เพื่อศึกษาโมเดลสมการโครงสร้างปัจจัยที่ส่งผลต่อทักษะทางปัญญาของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลภาคใต้ สถาบันพระบรมราชชนก

สมมติฐานวิจัย

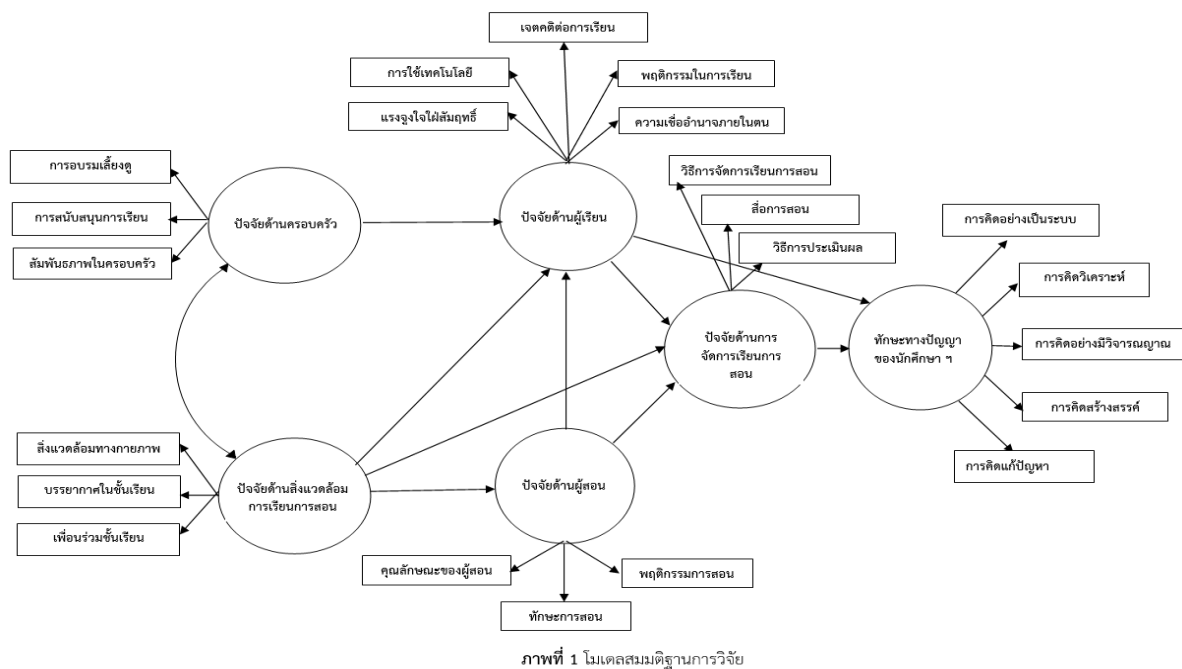
1. โมเดลสมการโครงสร้างปัจจัยที่ส่งผลต่อทักษะทางปัญญาของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลภาคใต้ สถาบันพระบรมราชชนก มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์
2. ตัวแปรด้านการจัดการเรียนการสอน มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อทักษะทางปัญญาของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลภาคใต้ สถาบันพระบรมราชชนก
3. ตัวแปรด้านผู้เรียน มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกและอิทธิพลทางอ้อมเชิงบวกต่อทักษะทางปัญญาของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลภาคใต้ สถาบันพระบรมราชชนก โดยส่งผ่านตัวแปรด้านการจัดการเรียนการสอน
4. ตัวแปรด้านผู้สอน มีอิทธิพลทางอ้อมเชิงบวกต่อทักษะทางปัญญาของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลภาคใต้ สถาบันพระบรมราชชนก โดยส่งผ่านตัวแปรด้านการจัดการเรียนการสอน และด้านผู้เรียน

5. ตัวแปรด้านสิ่งแวดล้อมการจัดการเรียนการสอน มีอิทธิพลทางอ้อมเชิงบวกต่อทักษะทางปัญญาของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลภาคใต้ สถาบันพระบรมราชชนก โดยส่งผ่านตัวแปรด้านผู้สอน ผู้เรียน และการจัดการเรียนการสอน

6. ตัวแปรด้านครอบครัว มีอิทธิพลทางอ้อมเชิงบวกต่อทักษะทางปัญญาของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลภาคใต้ สถาบันพระบรมราชชนก โดยส่งผ่านตัวแปรด้านผู้เรียน และการจัดการเรียนการสอน

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยจัดทำกรอบแนวคิดตามที่ได้ทบทวนจากทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับทักษะทางปัญญา ได้แก่ ทฤษฎีการเรียนรู้กลุ่มปัญญานิยม แนวคิดบริบททางการสอนและการศึกษา และวรรณกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้ข้อสรุปว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อทักษะทางปัญญา ได้แก่ 1) ด้านผู้เรียน 2) ด้านผู้สอน 3) ด้านการจัดการเรียนการสอน 4) ด้านสิ่งแวดล้อมการเรียนการสอน และ 5) ด้านครอบครัว (Khammani, 2007; Yimyuan, 2004; Balsiri, 2010; Soakeaw, 2018) โดยเป็นปัจจัยที่มีผลต่อทักษะทางปัญญาของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร ซึ่งวัดได้จากทักษะการคิดขั้นสูง ได้แก่ 1) การคิดอย่างเป็นระบบ 2) การคิดวิเคราะห์ 3) การคิดอย่างมีวิจารณญาณ 4) การคิดสร้างสรรค์ และ 5) การคิดแก้ปัญหา (Anderson & Krathwohl, 2001; Punturat, 2013; Panich, 2015; Ministry of Education, 2009) มาสร้างเป็นโมเดลสมมติฐานการวิจัยครั้งนี้



ภาพที่ 1 โมเดลสมมติฐานการวิจัย

ภาพ 1 โมเดลสมมติฐานการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) โดยการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง (Structural Equation Modeling Analysis: SEM)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2564 เครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลภาคใต้ จำนวน 5 วิทยาลัย ได้แก่ 1) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษฏร์ธานี จำนวน 157 คน

2) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช จำนวน 91 คน 3) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง จำนวน 100 คน 4) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา จำนวน 78 คน และ 5) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา จำนวน 97 คน รวมทั้งหมด 523 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2564 เครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลภาคใต้ 5 วิทยาลัยดังกล่าว กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามหลักการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติโมเดลสมการโครงสร้าง จำนวน 20 เท่าของตัวแปรสังเกตได้ (Angsuchoti, Wijitwanna, & Pinyopanuwat, 2008) ซึ่งการวิจัยนี้มีตัวแปรสังเกตได้ จำนวน 22 ตัวแปร ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จึงเท่ากับ 440 คน ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น โดยใช้วิทยาลัยพยาบาลทั้ง 5 วิทยาลัย เป็นตัวแบ่งชั้นและใช้จำนวนประชากรเป็นเกณฑ์ในการกำหนดสัดส่วนจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละวิทยาลัย ดังนี้ 1) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี จำนวน 132 คน 2) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช จำนวน 77 คน 3) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง จำนวน 84 คน 4) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา จำนวน 66 คน และ 5) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา จำนวน 81 คน แล้วจึงสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามปัจจัยที่ส่งผลต่อทักษะทางปัญญาของนักศึกษา ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนจากทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับทักษะทางปัญญา ได้แก่ ทฤษฎีการเรียนรู้กลุ่มปัญญานิยม แนวคิดบริบททางด้านการสอนและการศึกษา และวรรณกรรมอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็น 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของนักศึกษา ประกอบด้วย สถานที่ศึกษา รหัสประจำตัวนักศึกษา เพศ อายุ และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (เกรดเฉลี่ย) ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบ Check List และให้เติมคำ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อทักษะทางปัญญาของนักศึกษา มี 5 ตอน ประกอบด้วย ตอนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยด้านผู้เรียน มี 5 ด้าน จำนวน 36 ข้อ ตอนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยด้านผู้สอน มี 3 ด้าน จำนวน 20 ข้อ ตอนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยด้านการจัดการเรียนการสอน มี 3 ด้าน จำนวน 22 ข้อ ตอนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมการเรียนการสอน มี 3 ด้าน จำนวน 12 ข้อ และตอนที่ 5 แบบสอบถามปัจจัยด้านครอบครัว มี 3 ด้าน จำนวน 12 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตรวัดแบบ Likert Scale ลักษณะข้อคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่

5 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับระดับความเป็นจริง/การปฏิบัติมากที่สุด

4 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับระดับความเป็นจริง/การปฏิบัติมาก

3 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับระดับความเป็นจริง/การปฏิบัติปานกลาง

2 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับระดับความเป็นจริง/การปฏิบัติน้อย

1 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับระดับความเป็นจริง/การปฏิบัติน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับทักษะทางปัญญาของนักศึกษา มี 5 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านการคิดอย่างเป็นระบบ จำนวน 10 ข้อ 2) ด้านการคิดวิเคราะห์ จำนวน 6 ข้อ 3) ด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณ จำนวน 8 ข้อ 4) ด้านการคิดสร้างสรรค์ จำนวน 8 ข้อ และ 5) ด้านการคิดแก้ปัญหา จำนวน 10 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตรวัดแบบ Likert Scale ลักษณะข้อคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 5 หมายถึง เป็นจริง/การปฏิบัติมากที่สุด ถึง 1 หมายถึง ความเป็นจริง/การปฏิบัติน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของข้อคำถามรายข้อ (Item-Level CVI: I-CVI) และค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือทั้งชุด (Scale-Level CVA: S-CVI) ตั้งแต่ 0.80-1.00 แล้วนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลภาคใต้ สถาบันพระบรมราชชนก จำนวน 30 คน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างการวิจัย นำมาคำนวณหาความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคแบบสอบถามแต่ละตัวแปร ได้ค่าตั้งแต่ .91-.96

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยส่งหนังสือจากหลักสูตรศึกษาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล พร้อมแบบสอบถามถึงผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลทั้ง 5 แห่ง เพื่อขออนุญาต และชี้แจงผู้ช่วยวิจัยผ่านช่องทางประชุมออนไลน์ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง การเก็บข้อมูลวิจัย และการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้การเก็บข้อมูลวิจัยเป็นไปอย่างถูกต้อง เมื่อเก็บข้อมูลวิจัยเสร็จแล้ว จึงจัดส่งแบบสอบถามคืนกลับผู้วิจัย ผู้วิจัยตรวจสอบจำนวนแบบสอบถามที่ได้รับคืน จำนวน 440 ชุด มีความถูกต้องสมบูรณ์ทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100 จึงนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและค่าสถิติการวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ โดยการทดสอบค่าความเบ้ และค่าความโด่ง พบว่า ค่าความเบ้ อยู่ระหว่าง -0.02 ถึง -0.36 และค่าความโด่ง อยู่ระหว่าง -0.27 ถึง -1.07 ซึ่งมีค่าอยู่ในช่วงระหว่าง -2.00 ถึง 3.50 แสดงว่า การแจกแจงของข้อมูลไม่ผิดปกติเกินไป (Lei & Lomax, 2005)
2. ตรวจสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ทั้ง 22 ตัวแปร ปรากฏว่ามีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ทางบวกทุกคู่ และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ อยู่ช่วงระหว่าง .28-.83 ซึ่งมีค่าน้อยกว่า 0.90 แสดงว่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้มีค่าไม่สูงมาก จะไม่เกิดปัญหา Multicollinearity (Hair, Black, Babin & Anderson, 2010)
3. วิเคราะห์ความสอดคล้องของโมเดลสมการโครงสร้างที่พัฒนาขึ้นกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยใช้การวิเคราะห์แบบสองขั้นตอน ได้แก่ วิเคราะห์โมเดลการวัดโดยใช้วิธีการวิเคราะห์หอคัมภ์ประกอบเชิงยืนยัน และวิเคราะห์โมเดลโครงสร้าง (Suksawang, 2014)

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ 1/2565

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 419 คน คิดเป็นร้อยละ 95.23 มีอายุระหว่าง 22-23 ปี จำนวน 401 คน คิดเป็นร้อยละ 91.14 และมีเกรดเฉลี่ยระหว่าง 3.01-3.51 มากที่สุด จำนวน 288 คิดเป็นร้อยละ 65.45
2. ผลการศึกษาโมเดลสมการโครงสร้างปัจจัยที่ส่งผลต่อทักษะทางปัญญาของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลภาคใต้ สถาบันพระบรมราชชนก ดังนี้
 - 2.1 ตัวแปรแฝงด้านครอบครัว พบว่า กลุ่มตัวอย่างประเมินตามความเป็นจริง/การปฏิบัติด้านครอบครัว อยู่ในระดับมากที่สุด ($M=4.52$, $SD=0.42$) โดยตัวแปรสัมพันธภาพในครอบครัว มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ($M=4.53$, $SD=0.47$) รองลงมา คือ ตัวแปรการอบรมเลี้ยงดู ($M=4.51$, $SD=0.46$) และตัวแปรการสนับสนุนการเรียนรู้ ($M=4.51$, $SD=0.47$)
 - 2.2 ตัวแปรแฝงด้านผู้สอน พบว่า กลุ่มตัวอย่างประเมินตามความเป็นจริง/การปฏิบัติด้านผู้สอน อยู่ในระดับมาก ($M=4.42$, $SD=0.39$) โดยตัวแปรคุณลักษณะของผู้สอน มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ($M=4.47$, $SD=0.46$) รองลงมา คือ ตัวแปรทักษะการสอน ($M=4.41$, $SD=0.44$) และตัวแปรพฤติกรรมกรรมการสอน ($M=4.39$, $SD=0.43$)
 - 2.3 กลุ่มตัวแปรแฝงด้านผู้เรียน พบว่า กลุ่มตัวอย่างประเมินตามความเป็นจริง/การปฏิบัติด้านผู้เรียน อยู่ในระดับมาก ($M=4.39$, $SD=0.35$) โดยตัวแปรความเชื่ออำนาจภายในตน มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ($M=4.62$, $SD=0.42$)

รองลงมา คือ ตัวแปรเจตคติต่อการเรียน ($M=4.44$, $SD=0.43$) ตัวแปรแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ ($M=4.43$, $SD=0.41$) ตัวแปรการใช้เทคโนโลยี ($M=4.33$, $SD=0.47$) และตัวแปรพฤติกรรมในการเรียน ($M=4.27$, $SD=0.43$)

2.4 ตัวแปรแฝงด้านสิ่งแวดล้อมการเรียนการสอน พบว่า กลุ่มตัวอย่างประเมินตามความเป็นจริง/การปฏิบัติด้านสิ่งแวดล้อมการเรียนการสอน อยู่ในระดับมาก ($M=4.36$, $SD=0.45$) โดยตัวแปรเพื่อนร่วมชั้นเรียน มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M=4.43$, $SD=0.46$) รองลงมา คือ ตัวแปรบรรยากาศในชั้นเรียน ($M=4.42$, $SD=0.48$) และตัวแปรสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ($M=4.22$, $SD=0.59$)

2.5 ตัวแปรแฝงด้านการจัดการเรียนการสอน พบว่า กลุ่มตัวอย่างประเมินตามความเป็นจริง/การปฏิบัติ ด้านการจัดการเรียนการสอน อยู่ในระดับมาก ($M=4.35$, $SD=0.41$) โดยตัวแปรวิธีการจัดการเรียนการสอน มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M=4.38$, $SD=0.43$) รองลงมา คือ ตัวแปรวิธีการประเมินผล ($M=4.36$, $SD=0.46$) และตัวแปรสื่อการสอน ($M=4.31$, $SD=0.47$)

2.6 ตัวแปรแฝงด้านทักษะทางปัญญา พบว่า กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามความเป็นจริงเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ อยู่ในระดับมาก ($M=4.33$, $SD=0.39$) โดยตัวแปรการคิดอย่างเป็นระบบ การคิดแก้ปัญหา และการคิดอย่างมีวิจารณญาณ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M=4.35$, $SD=0.43$, $M=4.35$, $SD=0.44$, $M=4.35$, $SD=0.47$ ตามลำดับ) รองลงมา คือ ตัวแปรการคิดวิเคราะห์ ($M=4.34$, $SD=0.44$) และตัวแปรการคิดสร้างสรรค์ ($M=4.30$, $SD=0.46$)

3. ความสอดคล้องระหว่างโมเดลสมการโครงสร้างปัจจัยที่ส่งผลต่อทักษะทางปัญญาของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลภาคใต้ สถาบันพระบรมราชชนก กับข้อมูลเชิงประจักษ์ ดังนี้

3.1 องค์ประกอบเชิงยืนยันโมเดลการวัดของตัวแปรแฝง 6 ตัวแปร ได้แก่ ด้านครอบครัว ด้านสิ่งแวดล้อมการเรียนการสอน ด้านผู้เรียน ด้านการจัดการเรียนการสอน ด้านผู้สอน และทักษะทางปัญญา เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยได้ค่า Chi-Square, df, Relative Chi-Square, p-value, GFI, NFI, CFI, RMSEA, RMR ตามเกณฑ์ คำนวณหาค่าประกอบแต่ละเส้นมีค่าแตกต่างจาก 0 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทุกตัว

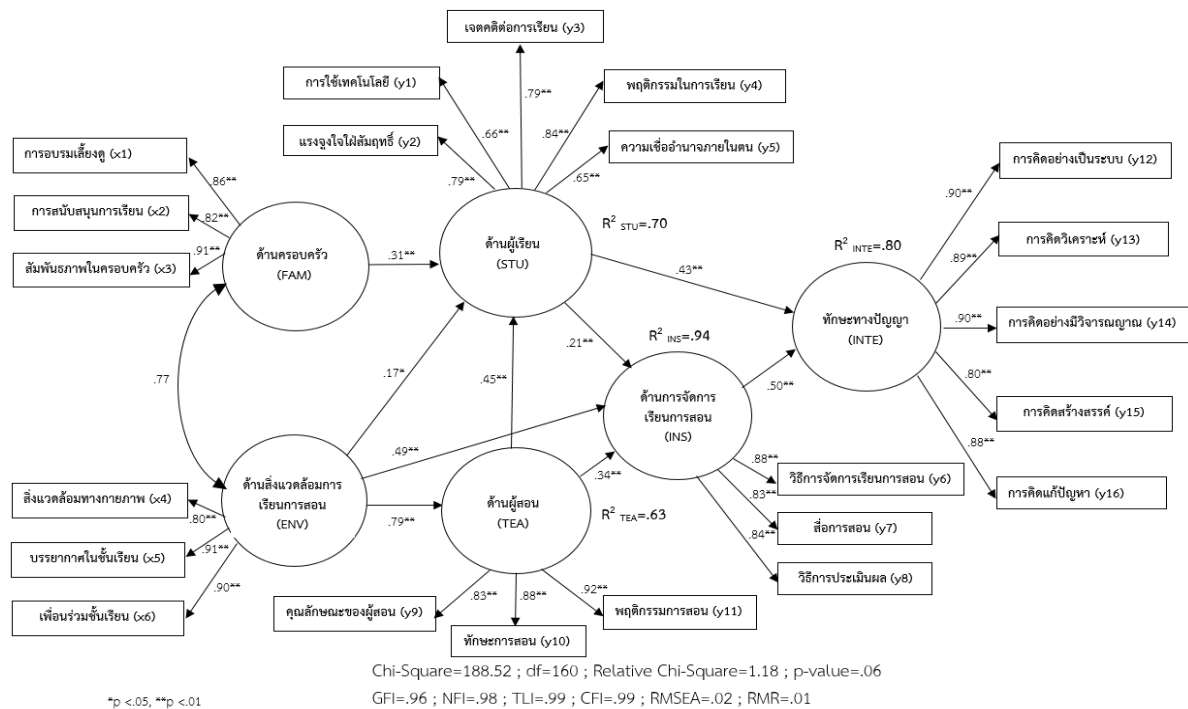
3.2 โมเดลสมการโครงสร้างปัจจัยที่ส่งผลต่อทักษะทางปัญญาของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลภาคใต้ สถาบันพระบรมราชชนก ที่พัฒนาขึ้น มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีค่า Chi-Square=188.52, df=160, $p=.06$, Relative Chi-Square=1.18, GFI=.96, NFI=.98, TLI=.99, CFI=.99, RMSEA=.02 และ RMR=.01 (Suksawang, 2014; Schumacker & Lomax, 2016) ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังตาราง 1

ตาราง 1 ค่าสถิติความสอดคล้องของโมเดลสมมติฐานการวิจัยภายหลังการปรับโมเดลครั้งสุดท้าย

ค่าดัชนี	เกณฑ์ที่ใช้พิจารณา	ค่าสถิติของโมเดลสมมติฐาน	ผลการตรวจสอบ
Chi-Square	>.05	.06	ผ่านเกณฑ์
Relative Chi-Square	<2	1.18	ผ่านเกณฑ์
GFI	>.95	.96	ผ่านเกณฑ์
NFI	>.95	.98	ผ่านเกณฑ์
TLI	>.95	.99	ผ่านเกณฑ์
CFI	>.95	.99	ผ่านเกณฑ์
RMSEA	<.05	.02	ผ่านเกณฑ์
RMR	<.05	.01	ผ่านเกณฑ์

ผลการวิจัยพบว่า คำนวณหาค่าประกอบและค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลแต่ละเส้นมีค่าแตกต่างจาก 0 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ 0.05 โดยพิจารณาพบค่า Critical Ratio (C.R.) มากกว่า 1.96 คือ มีค่าตั้งแต่ 2.13-28.67 มีความสมเหตุสมผลของขนาดและทิศทางของค่าพารามิเตอร์ที่คำนวณได้ โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกทักษะ

ทางปัญญาของนักศึกษา คือ การจัดการเรียนการสอน ปัจจัยที่มีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมเชิงบวก คือ ด้านผู้เรียน และปัจจัยที่มีอิทธิพลทางอ้อมเชิงบวก คือ สิ่งแวดล้อมการเรียนการสอน ผู้สอน และครอบครัว ซึ่งทั้ง 5 ปัจจัยสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของทักษะทางปัญญาของนักศึกษา ได้ร้อยละ 80 ดังแสดงในภาพ 2 และตาราง 2



ภาพ 2 โมเดลสมการโครงสร้างปัจจัยที่ส่งผลต่อทักษะทางปัญญาของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
เครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลภาคใต้ สถาบันพระบรมราชชนก

ตาราง 2 ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของโมเดลสมการโครงสร้างปัจจัยที่ส่งผลต่อทักษะทางปัญญาของนักศึกษา หลักสูตร
พยาบาลศาสตรบัณฑิต เครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลภาคใต้ สถาบันพระบรมราชชนก

ตัวแปรผล	ผู้สอน			ผู้เรียน			การจัดการเรียนการสอน			ทักษะทางปัญญา		
ตัวแปรสาเหตุ	TE	IE	DE	TE	IE	DE	TE	IE	DE	TE	IE	DE
สิ่งแวดล้อมการเรียนการสอน	.79**	-	.79**	.53*	.36*	.17*	.87**	.38**	.49**	.66**	.66**	-
ครอบครัว	-	-	-	.31**	-	.31**	.07**	.07**	-	.17**	.17**	-
ผู้สอน	-	-	-	.45**	-	.45**	.44**	.10**	.34**	.41**	.41**	-
ผู้เรียน	-	-	-	-	-	-	.21**	-	.21**	.54**	.11**	.43**
การจัดการเรียนการสอน	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.50**	-	.50**
สัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R^2)	.63			.70			.94			.80		
ดัชนีความสอดคล้องของโมเดล	Chi-Square=188.52, df=160, p=0.06, Relative Chi-Square=1.18, GFI=.96, NFI=.98, TLI=.99, CFI=.99, RMSEA=.02, RMR=.01											

เมื่อพิจารณาตัวแปรที่ส่งผลต่อทักษะทางปัญญา พบว่า

ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อทักษะทางปัญญาสูงสุดคือ ด้านสิ่งแวดล้อมการเรียนการสอน โดยมีขนาดอิทธิพลรวมเท่ากับ .66 รองลงมาคือ ด้านผู้เรียน ด้านการจัดการเรียนการสอน ด้านผู้สอน และด้านครอบครัว โดยมีขนาดอิทธิพลรวม เท่ากับ .54, .50, .41 และ .17 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาเส้นทางอิทธิพล พบว่า

ปัจจัยด้านการจัดการเรียนการสอนมีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อทักษะทางปัญญา โดยมีขนาดอิทธิพลทางตรง เท่ากับ .50

ปัจจัยด้านผู้เรียนมีอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมเชิงบวกต่อทักษะทางปัญญา ผ่านด้านการจัดการเรียนการสอน โดยมีขนาดอิทธิพลทางตรง เท่ากับ .43 และขนาดอิทธิพลทางอ้อม เท่ากับ .11

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมการเรียนการสอนมีอิทธิพลทางอ้อมเชิงบวกต่อทักษะทางปัญญา ผ่านด้านผู้เรียน ผู้สอน และการจัดการเรียนการสอน โดยมีขนาดอิทธิพลทางอ้อม เท่ากับ .66

ปัจจัยด้านผู้สอนมีอิทธิพลทางอ้อมเชิงบวกต่อทักษะทางปัญญา ผ่านด้านผู้เรียน และด้านการจัดการเรียนการสอน โดยมีขนาดอิทธิพลทางอ้อม เท่ากับ .41

ปัจจัยด้านครอบครัวมีอิทธิพลทางอ้อมเชิงบวกต่อทักษะทางปัญญาผ่านด้านผู้เรียน และการจัดการเรียนการสอน โดยมีขนาดอิทธิพลทางอ้อม เท่ากับ .17

อภิปรายผล

1. โมเดลสมการโครงสร้างปัจจัยที่ส่งผลต่อทักษะทางปัญญาของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลภาคใต้ สถาบันพระบรมราชชนก ที่พัฒนาขึ้น พบว่า มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ อธิบายได้ว่า ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาภายใต้ทฤษฎีการเรียนรู้กลุ่มปัญญานิยม ซึ่งเชื่อว่าการเรียนรู้เป็นกระบวนการทางความคิดที่เกิดจากการสะสมข้อมูล การสร้างความหมาย และความสัมพันธ์ของข้อมูล รวมทั้งการดึงข้อมูลออกมาใช้ในการกระทำและการแก้ปัญหาต่างๆ ซึ่งมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น บุคคล สิ่งเร้า กระบวนการรู้คิด เป็นต้น (Chularut, 2021) ผสมผสานกับแนวคิดบริบททางด้านการสอนและการศึกษา ที่เรียกว่า ระบบไมโคร ซึ่งเป็นบริบททางการเรียนการสอนระดับห้องเรียนที่มีความสำคัญมากที่สุดต่อกระบวนการเรียนรู้ของผู้เรียน (Khammani, 2007) และวรรณกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างละเอียด เป็นขั้นตอน ทำให้ได้ตัวแปรแฝง ตัวแปรสังเกตได้ และการเชื่อมโยงการมีอิทธิพลของแต่ละตัวแปรแฝงได้อย่างเหมาะสม ดังผลการวิจัยที่พบว่า ตัวแปรแฝงทั้ง 6 ตัว ได้แก่ ด้านครอบครัว ด้านสิ่งแวดล้อมการเรียนการสอน ด้านผู้เรียน ด้านการจัดการเรียนการสอน ด้านผู้สอน และด้านทักษะทางปัญญา มีตัวแปรสังเกตได้เป็นตัวแทนหรือเป็นองค์ประกอบของตัวแปรที่เหมาะสม โดยพิจารณาจากผลการตรวจสอบตัวแปรโมเดลการวัด ซึ่งมีน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปร อยู่ช่วงระหว่าง .64-.95 ประกอบกับผู้วิจัยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเวลาที่เหมาะสม คือ ช่วงที่กลุ่มตัวอย่างได้ผ่านการเรียนการสอนใกล้จบตามหลักสูตร และได้อธิบายความสำคัญของการให้ข้อมูลที่เป็นจริงและประโยชน์ที่ได้จากการวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่าง จึงทำให้ได้ข้อมูลการวิจัยที่สมบูรณ์ นอกจากนี้การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่มากเพียงพอ การสุ่มตัวอย่างที่เหมาะสม และการวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิจัย ทำให้โมเดลสมการโครงสร้างที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ Channongsuang (2014) เรื่อง โมเดลสมการโครงสร้างพระระดับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชาวิทยาศาสตร์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขต 27 ที่อธิบายว่า โมเดลการวัดพระระดับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชาวิทยาศาสตร์มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในระดับสูง เนื่องจากสาเหตุ ได้แก่ 1) ที่มาของการกำหนดกรอบแนวคิดการวิจัย 2) วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล 3) การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง และ 4) วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบวิธีวิจัย

2. ปัจจัยด้านการจัดการเรียนการสอนมีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อทักษะทางปัญญา โดยมีขนาดอิทธิพลทางตรง เท่ากับ .50 อธิบายได้ว่า การเรียนรู้ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านปัญญาหรือทักษะการคิด ด้านอารมณ์ และด้านทักษะทางกาย มิได้แยกออกจากกันโดยเด็ดขาด แต่มีความเหลื่อมซ้อนกัน ดังนั้นในการพัฒนากระบวนการเรียนรู้ทั้ง 3 ด้าน สิ่งสำคัญที่ผู้สอนจะต้องคำนึงถึงเพื่อให้ผู้เรียนเกิดผลลัพธ์การเรียนรู้ที่ครอบคลุมการเรียนรู้ทั้ง 3 ด้าน คือ การออกแบบหลักสูตรจัดการเรียนการสอน และการวัดผลประเมินผล (Bloom, 1956) โดยการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คัดสรรปัจจัยด้านการจัดการเรียนการสอนที่สำคัญ ได้แก่ วิธีการจัดการเรียนการสอน สื่อการสอน และวิธีการประเมินผล (Khammani, 2007;

Dansompudsa, 2012; Sakulnuy, 2012) ซึ่งจากผลการตรวจสอบตัวแปรในโมเดลการวัด พบว่า ทั้ง 3 ตัวแปร เป็นองค์ประกอบที่มีความเหมาะสม โดยมีน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปร อยู่ช่วงระหว่าง .81-.88 นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างได้ประเมินว่าปัจจัยด้านการจัดการเรียนการสอนซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อทักษะทางปัญญา มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ปัจจัยด้านการจัดการเรียนการสอนของการวิจัยนี้จึงมีอิทธิพลต่อทักษะทางปัญญา สอดคล้องกับการวิจัยของ Balsiri (2010) ได้สังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการคิดวิจารณ์ญาณ ในระหว่างปี พ.ศ. 2532-2550 ได้ข้อสรุปว่า ปัจจัยด้านการเรียนการสอนมีความสัมพันธ์กับทักษะการคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณ โดยวิธีการสอนแบบบูรณาการมีอิทธิพลต่อการคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณสูงที่สุด การวิจัยของ Yimyuan (2004) ได้สังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการคิดวิจารณ์ญาณ ในระหว่างปี พ.ศ. 2525-2546 พบว่า ปัจจัยด้านการเรียนการสอน ได้แก่ วิธีการจัดการเรียนการสอน สื่อการสอน และวิธีการประเมินผล เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อทักษะการคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณ และการวิจัยของ Choyyok, Thongied, Phanwichatkul, & Eamchunprathip (2022) เรื่อง ผลของการสอนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณ, การปฏิบัติทักษะทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลัน พบว่า นักศึกษาพยาบาลที่ได้รับการสอนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง มีความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณหลังการสอนสูงกว่าก่อนการสอน

3. ปัจจัยด้านผู้เรียน มีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมเชิงบวกต่อทักษะทางปัญญาผ่านด้านการจัดการเรียนการสอน โดยมีขนาดอิทธิพลรวม เท่ากับ .54 อธิบายได้ว่า การเรียนรู้จะเกิดขึ้นจากกระบวนการค้นพบด้วยตนเองของผู้เรียนเป็นสำคัญ โดยแบ่งเป็น 3 ชั้น ได้แก่ 1) การเรียนรู้จากการกระทำ 2) การเรียนรู้จากการคิด และ 3) การเรียนรู้สัญลักษณ์และนามธรรม ซึ่งมีแรงจูงใจภายในของผู้เรียน เป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะช่วยให้ผู้เรียนประสบผลสำเร็จในการเรียนรู้ (Bruner, as cited in Khammani, 2007) โดยการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คัดสรรปัจจัยด้านผู้เรียนที่สำคัญ ได้แก่ การใช้เทคโนโลยี แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ เจตคติต่อการเรียน พฤติกรรมในการเรียน และความเชื่ออำนาจภายในตน (Khammani, 2007; Jantalard, 2015; Wutthisiripun, 2014) ซึ่งจากผลการตรวจสอบตัวแปรในโมเดลการวัด พบว่า ทั้ง 5 ตัวแปร เป็นองค์ประกอบที่มีความเหมาะสม โดยมีน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปร อยู่ช่วงระหว่าง .64-.84 นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างได้ประเมินว่าปัจจัยด้านผู้เรียนซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อทักษะทางปัญญา มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ปัจจัยด้านผู้เรียนของการวิจัยนี้จึงมีอิทธิพลต่อทักษะทางปัญญา สอดคล้องกับการวิจัยของ Ministry of Education (2012) เรื่อง การพัฒนาคุณลักษณะผู้เรียนยุคใหม่เพื่อรองรับการปฏิรูปการศึกษาในทศวรรษที่สองด้วยการบูรณาการไอซีทีในการจัดการเรียนรู้ด้วยโครงการ พบว่า ผู้เรียนที่มีความสามารถในการใช้เทคโนโลยี สามารถพัฒนาการคิดทั้งการคิดวิเคราะห์ การคิดสังเคราะห์ การคิดสร้างสรรค์ การคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณ การคิดเป็นระบบ และการคิดแก้ปัญหาได้ดีขึ้น การวิจัยของ Maneenil (2009) เรื่อง ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อการคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณของนักเรียนที่มีรูปแบบการเรียนแตกต่างกัน พบว่า ปัจจัยด้านผู้เรียน ได้แก่ แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ มีอิทธิพลทางตรงในทิศทางบวกต่อการคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณ เจตคติต่อการเรียน มีอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมในทิศทางบวกต่อการคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณ และพฤติกรรมในการเรียน มีอิทธิพลทางอ้อมในทิศทางบวกต่อการคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณ และการวิจัยของ Jongphattarasup, & Meesup (2015) เรื่อง โมเดลเชิงสาเหตุของความสามารถการคิดวิเคราะห์ของนักเรียน ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาพิษณุโลก เขต 1 พบว่า ปัจจัยด้านผู้เรียน ได้แก่ แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ มีอิทธิพลทางตรงในทิศทางบวกต่อความสามารถในการคิดวิเคราะห์ และความเชื่ออำนาจภายในตน มีอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมในทิศทางบวกต่อความสามารถในการคิดวิเคราะห์ผ่านตัวแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการวิจัยของ Krasaesom (2007) เรื่อง รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อการคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ในสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาศรีสะเกษ เขต 1 พบว่า ปัจจัยด้านผู้เรียน ได้แก่ พฤติกรรมสนใจการเรียน ส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมในทิศทางบวกต่อการคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณของนักเรียน

4. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมการเรียนการสอนมีอิทธิพลทางอ้อมเชิงบวกต่อทักษะทางปัญญา ผ่านด้านผู้เรียนผู้สอน และการจัดการเรียนการสอน โดยมีขนาดอิทธิพลรวม เท่ากับ .66 อธิบายได้ว่า การเรียนรู้เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ในสถานการณ์นั้นๆ ประกอบด้วย สิ่งแวดล้อมทาง

กายภาพ และสิ่งแวดล้อมทางจิตวิทยา มีผลต่อพฤติกรรมการเรียนรู้ ทำให้ผู้เรียนมีเป้าหมาย มีความต้องการที่จะกระทำ ไปถึงจุดหมายปลายทางที่ตนเองต้องการ เกิดพลังทางบวก และเกิดประสิทธิภาพในการเรียนรู้ด้านต่างๆ ของ ผู้เรียน (Lewin, as cited in Khammani, 2007) โดยการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คัดสรรปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมการเรียน การสอน ซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ที่สำคัญ ได้แก่ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ บรรยากาศในชั้นเรียน และ เพื่อนร่วมชั้นเรียน (Khammani, 2007; Phongpinyo, 2013; Maneenil, 2009; Sangkard, 2007; Moonsadang, 2007) ซึ่งจากผลการตรวจสอบตัวแปรในโมเดลการวัด พบว่า ทั้ง 3 ตัวแปร เป็นองค์ประกอบที่มีความเหมาะสม โดยมี น้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปร อยู่ช่วงระหว่าง .64-.93 นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างได้ประเมินว่าปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม การเรียนการสอนซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อทักษะทางปัญญา มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมการเรียน การสอนของการวิจัยนี้จึงมีอิทธิพลต่อทักษะทางปัญญา สอดคล้องกับการวิจัยของ Luenkaew (2013) เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการคิดเชิงระบบของนักเรียนระดับการศึกษาขั้นพื้นฐานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ซึ่ง พบว่า ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมการเรียนการสอน ได้แก่ ลักษณะทางกายภาพของโรงเรียน เป็นตัวแปรพยากรณ์ที่มี อิทธิพลทางตรงและทางอ้อมต่อการคิดเชิงระบบของนักเรียน และบรรยากาศในชั้นเรียน คือ สัมพันธภาพระหว่าง นักเรียนกับเพื่อน และระหว่างนักเรียนกับครู เป็นตัวแปรพยากรณ์ที่มีอิทธิพลรวมต่อการคิดเชิงระบบของนักเรียน และการวิจัยของ Maneenil (2009) เรื่อง ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักเรียนที่มี รูปแบบการเรียนแตกต่างกัน พบว่า ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมการเรียนการสอน ได้แก่ บรรยากาศในชั้นเรียน เป็นตัวแปร ที่มีอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมต่อการคิดอย่างมีวิจารณญาณ

5. ปัจจัยด้านผู้สอนมีอิทธิพลทางอ้อมเชิงบวกต่อทักษะทางปัญญาผ่านด้านผู้เรียน และด้านการจัดการเรียน การสอน โดยมีขนาดอิทธิพลรวม เท่ากับ .41 อธิบายได้ว่า การเรียนรู้เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ในสถานการณ์นั้นๆ จะมีผลต่อพฤติกรรมการเรียนรู้ ทำให้ผู้เรียนมีเป้าหมายและมีความต้องการที่จะกระทำ ไปถึงจุดหมายปลายทางที่ตนเองต้องการ เกิดพลังทางบวกและเกิดประสิทธิภาพในการเรียนรู้ ด้านต่างๆ (Lewin, as cited in Khammani, 2007) โดยผู้สอนถือเป็นสิ่งแวดล้อมหนึ่ง ซึ่งมีส่วนสำคัญต่อการเรียนรู้ ของผู้เรียน จะต้องับบุคลิกภาพและพฤติกรรมให้เป็นທີ່ประทับใจของผู้เรียนเพื่อให้เข้าไปอยู่ในความสนใจหรืออวกาศ ชีวิต (Life Space) ของผู้เรียน ทำให้การเรียนรู้มีประสิทธิภาพมากขึ้น (Phatphon, n.d) โดยการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ คัดสรรปัจจัยด้านผู้สอนที่สำคัญ ได้แก่ คุณลักษณะของผู้สอน ทักษะการสอน และพฤติกรรมการสอน (Khammani, 2007; Malee, 2009; Pongmalee, 2007) ซึ่งจากผลการตรวจสอบตัวแปรในโมเดลการวัด พบว่า ทั้ง 3 ตัวแปร เป็น องค์ประกอบที่มีความเหมาะสม โดยมีน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปร อยู่ช่วงระหว่าง .78-.92 นอกจากนี้กลุ่ม ตัวอย่างได้ประเมินว่าปัจจัยด้านผู้สอนซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อทักษะทางปัญญา มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ปัจจัย ด้านผู้สอนของการวิจัยนี้จึงมีอิทธิพลต่อทักษะทางปัญญา สอดคล้องกับการวิจัยของ Balsiri (2010) ได้สังเคราะห์ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการคิดวิเคราะห์ ในระหว่างปี พ.ศ. 2532-2550 พบว่า ปัจจัยด้านผู้สอน ได้แก่ คุณลักษณะ ผู้สอน มีอิทธิพลต่อการคิดอย่างมีวิจารณญาณสูงที่สุด การวิจัยของ Luenkaew (2013) เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ การคิดเชิงระบบของนักเรียนระดับการศึกษาขั้นพื้นฐานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน พบว่า ปัจจัยด้านผู้สอน ได้แก่ ทักษะการสอน เป็นตัวแปรพยากรณ์ที่มีอิทธิพลทางตรงต่อการคิดเชิงระบบของนักเรียน และการวิจัยของ Buakao (2010) เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 สังกัด สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาศรีสะเกษ เขต 3 พบว่า ปัจจัยด้านผู้สอน ได้แก่ พฤติกรรมการสอน เป็นตัวแปรที่มี อิทธิพลทางตรงและทางอ้อมต่อการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักเรียน การวิจัยของ Lungarat (2017) เรื่อง โมเดล ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุปัจจัยที่ส่งผลต่อความคิดสร้างสรรค์ทางศิลปะของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 จังหวัดระยอง พบว่า ปัจจัยด้านผู้สอน ได้แก่ พฤติกรรมการสอน เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลทางอ้อมต่อความคิดสร้างสรรค์ทางศิลปะ ของนักเรียน

6. ปัจจัยด้านครอบครัว มีอิทธิพลทางอ้อมเชิงบวกต่อทักษะทางปัญญาผ่านด้านผู้เรียน และการจัดการเรียน การสอน โดยมีขนาดอิทธิพลรวม เท่ากับ .17 อธิบายได้ว่า มนุษย์ทุกคนเกิดมาพร้อมที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม และธรรมชาติตลอดเวลา โดยการลงมือกระทำ การจัดระบบ และการปรับตัว ให้สอดคล้องกับสิ่งแวดล้อมรอบตัว เกิด

การดูดซับ การปรับแต่ง และเกิดความสมดุล เมื่อเกิดความสมดุลแล้วการเรียนรู้จึงเกิดขึ้น (Piagetl, as cited in Khammani, 2007) จะเห็นได้ว่า สิ่งแวดล้อมรอบตัวมีความสำคัญต่อกระบวนการการเรียนรู้ทางสติปัญญาดังกล่าว โดยเฉพาะครอบครัว ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งแวดล้อมที่อยู่ใกล้ชิดและมีอิทธิพลกับสมาชิกทุกคนในครอบครัว มีบทบาทสำคัญในหลายๆ ด้าน ในการสนับสนุนและส่งเสริมให้กระบวนการทางสติปัญญาของผู้เรียนให้เป็นไปอย่างเหมาะสม (Khammani, 2007) โดยการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คัดสรรปัจจัยด้านครอบครัวที่สำคัญ ได้แก่ การอบรมเลี้ยงดู การสนับสนุนการเรียนรู้ และสัมพันธภาพในครอบครัว (Khammani, 2007; Thipkumporn, Pattanathaburt, & Noosorn, 2020; Lungarat, 2017) ซึ่งจากผลการตรวจสอบตัวแปรในโมเดลการวัด พบว่า ทั้ง 3 ตัวแปร เป็นองค์ประกอบที่มีความเหมาะสม โดยมีน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปร อยู่ช่วงระหว่าง .78-.95 นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างได้ประเมินว่าปัจจัยด้านครอบครัวซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อทักษะทางปัญญา มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ปัจจัยด้านครอบครัวของการวิจัยนี้จึงมีอิทธิพลต่อทักษะทางปัญญา สอดคล้องการวิจัยของ Thanapud, Langka, & Charoensuk (2014) เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความคิดสร้างสรรค์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3: การวิเคราะห์เส้นทางแบบกลุ่มพหุ พบว่า ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ การอบรมเลี้ยงดู การสนับสนุนของผู้ปกครอง ส่งอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมต่อความคิดสร้างสรรค์ผ่านการเข้าร่วมกิจกรรม การวิจัยของ Lungarat (2017) เรื่อง โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุปัจจัยที่ส่งผลต่อความคิดสร้างสรรค์ทางศิลปะของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 จังหวัดระยอง พบว่า ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ การสนับสนุนการเรียนรู้จากผู้ปกครอง เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลทางอ้อมต่อความคิดสร้างสรรค์ทางศิลปะของนักเรียน และการวิจัยของ Luenkaew (2013) เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการคิดเชิงระบบของนักเรียนระดับการศึกษาขั้นพื้นฐานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน พบว่า ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างนักเรียนกับผู้ปกครอง เป็นตัวแปรพยากรณ์ที่มีอิทธิพลรวมต่อการคิดเชิงระบบของนักเรียน

การนำผลการวิจัยไปใช้

เครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลภาคใต้แต่ละวิทยาลัย เครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลอื่นๆ ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก และสถาบันการศึกษาอื่นๆ สามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้ ไปดำเนินการพัฒนาผู้เรียน ดังนี้

1.1 ข้อเสนอแนะในเชิงนโยบาย

1.1.1 สถาบันพระบรมราชชนก พิจารณาในการนำผลการวิจัยไปเป็นนโยบายให้คณะพยาบาลศาสตร์ รวมทั้งคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ ในการบริหารการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านต่างๆ เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมเชิงนโยบายในการพัฒนาทักษะทางปัญญาของนักศึกษาให้สูงขึ้น โดยการกำหนดเป็นวิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมาย ของสถาบันอย่างชัดเจน

1.1.2 คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก และสถาบันการศึกษาอื่นๆ พิจารณาในการนำผลการวิจัยไปกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมาย ของคณะอย่างชัดเจน และนำไปสู่การออกแบบการจัดการเรียนการสอน การปรับปรุงและพัฒนาหลักสูตร เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมทักษะทางปัญญาของนักศึกษาให้สูงขึ้น

1.2 ข้อเสนอแนะในเชิงปฏิบัติ

1.2.1 การพัฒนาด้านการจัดการเรียนการสอน จัดกิจกรรมในการพัฒนา เช่น จัดหาและเตรียมสื่อการสอนที่มีประสิทธิภาพ พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่และผู้สอนในการผลิตและใช้สื่อภาพ มัลติมีเดีย เอกสารการสอน การจัดซื้อและเตรียมหุ่นจำลอง ผู้ป่วยจำลอง เครื่องมือ อุปกรณ์ที่ใช้ในการสอนแบบใช้สถานการณ์จำลอง ที่เหมาะสมและมีคุณภาพดี ให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเลือกหรือตัดสินใจเรียนรู้ในเนื้อหาสาระที่สนใจและเป็นประโยชน์ต่อตัวผู้เรียน เป็นต้น

1.2.2 การพัฒนาด้านผู้เรียน จัดกิจกรรมในการพัฒนา เช่น การหาทริคเพื่อให้ผู้เรียนอ่านเนื้อหาสาระบทเรียนก่อนและหลังการเรียน การพัฒนาผู้เรียนในการใช้เทคโนโลยีในการเรียนในช่วงกิจกรรมเตรียมความพร้อม โดยเฉพาะการใช้คอมพิวเตอร์หรือเทคโนโลยีในการวิเคราะห์หรือประมวลผลข้อมูลต่างๆ การจัดกิจกรรมส่งเสริมเจตคติที่ดีต่อการเรียน การจัดกิจกรรมในการเสริมสร้างความเชื่อมั่นต่อตนเอง การจัดกิจกรรมในการสร้างแรงจูงใจในการเรียน/การทำงาน เป็นต้น

1.2.3 การพัฒนาด้านสิ่งแวดล้อมการเรียนการสอน จัดกิจกรรมในการพัฒนา เช่น จัดสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ที่เพียงพอ เหมาะสม พร้อมใช้ และตามความต้องการของผู้เรียน โดยเฉพาะเครื่องคอมพิวเตอร์ เครื่องฉายอินเตอร์เน็ต ที่เพียงพอ พร้อมใช้ คุณภาพดี และทันสมัย การจัดสภาพแวดล้อมที่เกิดความสุขสบายและปลอดภัย จัดกิจกรรมที่ส่งเสริมมิตรภาพระหว่างเพื่อนๆ และผู้เรียนกับผู้สอน การส่งเสริมการทำงานเป็นกลุ่ม เป็นต้น

1.2.4 การพัฒนาด้านผู้สอน จัดกิจกรรมในการพัฒนา เช่น ส่งเสริมให้ผู้สอนวิเคราะห์ผู้เรียนและพัฒนาผู้เรียนตามประเด็นที่บกพร่อง การพัฒนาศักยภาพผู้สอนในการสอนแบบออนไลน์ การสอนในสถานการณ์จำลอง การใช้สื่อ/เทคโนโลยีที่ทันสมัย การนำนวัตกรรม/การวิจัยที่ช่วยในการพัฒนาผู้เรียน การสอนที่ให้นักศึกษาเรียนรู้จากประสบการณ์จริงหรือเสมือนจริง เป็นต้น

1.2.5 การพัฒนาด้านครอบครัว พิจารณาจัดกิจกรรมในการพัฒนา เช่น การสื่อสารกับผู้ปกครองในการกระตุ้นและติดตามการเรียนและผลการเรียน การสนับสนุนการเรียน การสร้างความเข้มแข็งและศักยภาพของผู้เรียน การสื่อสารเชิงบวกในครอบครัว เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการขยายการวิจัย โดยนำโมเดลจากการวิจัยนี้ ไปดำเนินการวิจัยกับนักศึกษาของวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกทั้งหมด เพื่อให้ได้โมเดลที่เป็นภาพรวมของคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการนำไปใช้เชิงนโยบายได้ดียิ่งขึ้น

2. ควรมีการศึกษาวิจัยและการพัฒนา (Research and Development) โดยการนำผลวิจัยครั้งนี้ ไปศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบในการพัฒนาทักษะทางปัญญาของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลภาคใต้ สถาบันพระบรมราชชนก ซึ่งจะทำให้ได้งานวิจัยที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ และสามารถแก้ไขปัญหาเรื่องทักษะทางปัญญาของนักศึกษาดังกล่าวได้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

References

- Anderson, L. W. & Krathwohl, D. R. (2001). *A Taxonomy for Learning, Teaching, and Assessing: A Revision of Bloom's Taxonomy of Educational Objectives*. New York: Addison Wesley Longman. Retrieved May 5, 2020 from <http://wiwatmee.blogspot.com/2012/09/blooms-revised-taxonomy-in-2001.html>
- Angsuchoti, S., Wijitwanna, S. & Pinyopanuwat, R. (2008). *Analytical Statistics for Social and Behavioral Science Research: LISREL Programming Techniques*. Bangkok: Mission Media. (In Thai)
- Balsiri, N. (2010). *Factors Affecting Critical of Undergraduate Studentes: An Application of the Multilevel Growth Mixture Model*. A Dissertation for the Degree of Doctor of Philosophy Program in Education Research, Chulalongkorn University. (In Thai)
- Bloom, B. S. (1956). *Taxonomy of Educational Objectives. Vol. 1: Cognitive Domain*. New York: McKay.
- Boromarajonani College of Nursing Nakhon Si Thammarat. (2021). *Self-Assessment Report: SAR, Academic Year 2020*. Nakhon Si Thammarat: Boromarajonani College of Nursing. (In Thai)
- Boromarajonani College of Nursing Suratthani. (2021). *Self-Assessment Report: SAR, Academic Year 2020*. Suratthani: Boromarajonani College of Nursing. (In Thai)
- Boromarajonani College of Nursing Songkhla. (2021). *Self-Assessment Report: SAR, Academic Year 2020*. Songkhla: Boromarajonani College of Nursing. (In Thai)

- Boromarajonani College of Nursing Trang. (2021). *Self-Assessment Report: SAR ACADEMIC YEAR 2020*. Trang: Boromarajonani College of Nursing. (In Thai)
- Boromarajonani College of Nursing Yala. (2021). *Self-Assessment Report: SAR, Academic Year 2020*. Yala: Boromarajonani College of Nursing. (In Thai)
- Buakao, S. (2010). *The Factors Influencing Critical Thinking of Matthayomsueksa 1 Students Under the Office of Si Sa Ket Educational Service Area Zone 3*. A Thesis for Master of Education Program in Educational Research, Mahasarakham University. (In Thai)
- Channongsuang, D. (2014). A Structural Equation Model of Multi-Level Factors Influencing A science Achievement of Ninth-Grade Students Under the Secondary Educational Service Area 27. *Journal of Education Rajabhat Maha Sarakham University*, 12(1), 126-140. (In Thai)
- Chantra, R., Thongphet, P. & Sarakshetrin, A. (2016). Factors Related the Ideal Characteristics of Thai Graduates According to Thailand Qualification Framework for Higher Education (TQF: HEd) the Nursing Student of Boromarajonani College of Nursing, Surat Thani. *Journal of Nursing and Education*, 9(4), 90-101. (In Thai)
- Chidnayee, S. (2017). Cognitive Apprenticeship: Instructional Model to Construct Knowledge. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal*, 9(2), 128-139. (In Thai)
- Choyyok, S., Thongied, K., Phanwichatkul, T. & Eamchunprathip, S. (2022). The Effects of Using Simulation-Based Learning on Critical Thinking Skills and Nursing Practice Skills in Caring for Patients with Acute Upper Gastrointestinal Bleeding among Nursing Students. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 9(2), 93-107. (In Thai)
- Chularut, P. (2021). *Cognitive Psychology*. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House (In Thai)
- Dansompudsa, S. (2012). *The Multilevel Structural Equation Model Factors Influencing to Analytical Thinking of Mattayomsuksa 4 students*. A Thesis for Master of Education Program in Educational Research, Mahasarakham University. (In Thai)
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J. & Anderson, R. E. (2010). *Multivariate Data Analysis a Global Perspective* (7th Ed.). New Jersey: Prentice Hall.
- Jantalard, S. (2015). *Development of Learning Activity Model through Camping Procedures for Technology Competency for Grade 6 Students*. Doctor of Philosophy Thesis in Computer Educational, Rajabhat Mahasarakham University. (In Thai)
- Jongphattarasup, K. & Meesup, P. (2015). *A Causal Model of Analytical Thinking Abilities of Prathomsuksa 6 Under the Office of Phitsanuloke 6 Educational Service Area Zone 1*. The Report Following the Conference, Academic Symposium Presenting Nation and International Research, Network of Northern Rajabhat University, the 15th, July, 23, 2015, Nakhon Sawan Rajabhat University, p. 39-50. (In Thai)
- Khammani, T. (2007). *Pedagogical Sciences: Knowledge for effective Organization of Learning Process* (14th Edition). Bangkok: Darn Sutha Press Company Limited. (In Thai)
- Krasaesom, P. (2007). *The Causal Relationship Model Influencing Critical Thinking of Prathomsueksa 4 Students Under the Office of Sri Sa ket Educational Service Area 1*. A Thesis for Master of Education Program in Educational Research, Mahasarakham University. (In Thai)

- Lei, M. & Lomax, R. G. (2005). The Effect of Varying Degrees of Nonnormality in Structural Equation Modeling. *Structural Equation Modeling A Multidisciplinary Journal*, 12(1), 1-27.
- Luenkaew, K. (2013). *Factors Influencing the Systematic Thinking of Basic Education Students in the Upper Northeastern Region*. A Thesis for Doctor of Philosophy (Educational Research), Ramkhamhaeng University. (In Thai)
- Lungarat, C. (2017). *The Causal Model of Art's Creative Thinking of Mattayomsueksa Three Students in Rayong*. A Thesis for Master of Science Program in Educational Research, Evaluation and Statistics, Burapha University. (In Thai)
- Malee, C. (2009). *The Relationships between Teaching Behaviors, Learning Behaviors, Some Primary Mental-abilities, and Critical Thinking Ability, and Learning Achievement in the Mathematics Learning Strand of Mattayomsueksa 5 Students in Changwat Si Sa Ket*. A Thesis for Master of Education Program in Educational Research, Mahasarakham University. (In Thai)
- Maneenil, S. (2009). *Causal Factors Influencing Critical Thinking of Students in Different Learning Styles*. A Thesis for Master of Education Program in Educational Research. Mahasarakham University. (In Thai)
- Ministry of Education. (2009). *Announcement on Undergraduate Qualification Standards Nursing 2009*. Bangkok: Ministry. (In Thai)
- Ministry of Education. (2012). *Development of New Learner Characteristics to Support Education Reform in the Second Decode by Integrating ICT in Project-Based Learning Management*. Bangkok: Prikwarn Graphic Co.Ltd. (In Thai)
- Ministry of Education. (2017). *Announcement on Undergraduate Qualification Standards Nursing 2017*. Bangkok: Ministry. (In Thai)
- Ministry of Education. (2018). *Announcement of the Ministry of Education on Higher Education Standards 2018*. Bangkok: Ministry. (In Thai)
- Moonsadang, S. (2007). A Study of the Study Habits of Fourth Level Students of The Demonstration School at Ramkhamhaeng University. *Ramkhamhaeng Research Journal*, 10(1), 71-82. (In Thai)
- Panich, V. (2015). Teacher Skills for Thai Students in the 21st Century. *Journal of Learning Innovations*, 1(2), 1-14. (In Thai)
- Parichat, B., Nopparat, T., & Pawanrat, B. (2019). The Study of Factors Effected to the Creative Thinking of Bachelor's Degree Students from the Faculty of Engineering. *MBU Education Journal: Faculty of Education Mahamakut Buddhist University*, 7(1), 214-254. (In Thai)
- Phatphon, M. (n.d.). *Cognitive Learning Theory*. Bangkok: Srinakharinwirot University. (In Thai)
- Phongpinyo, R. (2013). *Learning Environment Enhancement in Phongpinyo Technological College, Khon Kaen Thailand: Participatory Action Research*. Doctor of Philosophy Thesis in Educational Administration, Graduate School, Khon Kaen University. (In Thai)
- Pirom, B. & Lila, S. (2011). Causal Factors Influencing Analytical Thinking Ability of Matthayomsueksa 1 students under the Office of Si Sa Ket Educational Service Area 1. *Nakhon Phanom University Journal*, 1(1), 63-70. (In Thai)

- Pongmalee, J. (2007). *A Study of the Relation between the Behavior of Teacher and the Critical Thinking Abilities of Prathomsuksa 6 students of Nakornratchasima Education Service Area 6*. Master of Education degree in Educational Administration. Srinakharinwirot University. (In Thai)
- Punturat, S. (2013). *The Development of Intellectual Skills Assessment Model for Students Teacher*. A Thesis for Doctor of Philosophy in Educational Measurement and Evaluation, Graduate School, Khon Kaen University. (In Thai)
- Sakulnuy, W. (2012). *Factors Affecting of the Instructional Media as Perceived by Teachers in Nonthaburi Non-Formal Education Center*. Research Report of Rajapruk University. Nonthaburi. (In Thai)
- Schumacker, R. E. & Lomax, R. G. (2016). *A Beginner's Guide to Structural Equation Modeling*. (3rd Edition). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Soakeaw, S. (2018). Factors Affecting to Analytical Thinking of Nursing Students Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani Rajabhat University. *Journal of Srivanalai Vijai*, 8(2), 39-49. (In Thai)
- Sujiva, S. (2016). *Cognitive Skills of Upper Primary School Students: A Tentative Model and An Online Test*. Bangkok: National Institute of Educational Testing Service (Public Organization). (In Thai)
- Suksawang, P. (2014). The Basics of Structural Equation Modeling. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 6(2), 136-145. (In Thai)
- Thanapud, M., Langka, W. & Charoensuk, O. (2014). Factors Influencing the Creativity of Grade Nine Students: A Multiple Group Path Analysis. *Research Methodology & Cognitive Science Journal*, 12(1), 88-98. (In Thai)
- Thipkumporn, O., Pattanathaburt, P. & Noosorn, N. (2020). Factors Affecting the Emotional Intelligence among High School Students, Muang District Phitsanulok Province. *Thai Journal of Health Education*, 41(1), 61-73. (In Thai)
- Wutthisiripun, C. (2014). *The Causal Factors Affecting Life Skills of Mathayomsuksa 3 Students in Secondary Education Service Area Office 2*. A Thesis for Master of Industrial Education. Industrial Education (Research and Evaluation in Education), King Mongkut's Institute of Technology Ladkrabang. (In Thai)
- Yimyuan, W. (2004). *A Meta-Analysis of Factors Related to Critical Thinking*. A Dissertation for the Doctor of Philosophy Program in Education Research, Chulalongkorn University. (In Thai)

การวิเคราะห์ต้นทุนการจัดบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในช่วงก่อนการระบาดและระหว่างการระบาดโรคโควิด 19
ปีงบประมาณ 2562-2564

A Compared Cost Analysis for Health Care Services in Tambon
Health Promotion Hospitals Before and During the COVID-19
Pandemic Period Fiscal Year 2019-2021

ดวงรัตน์ โพธิ์¹, นกชา สิงห์วีระธรรม^{2*}, อรวิภา โรจนานิโมกษ์³, วิน เตชะเคหกิจ⁴, อำพล บุญเพียร⁵
Tuangrat Phodha¹, Noppcha Singweratham², Onwipa Rochanathimoke³,
Win Techakehakit⁴, Aumpol Bunpean⁵

ศูนย์สารสนเทศทางยาและคุ้มครองผู้บริโภค คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์¹,
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่^{2*}, คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี³, โรงพยาบาลลำปาง⁴,
วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก คณะสาธารณสุขศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก⁵,
Drug Information and Consumer Protection Center, Faculty of Pharmacy,
ThammasatUniversity¹, Faculty of Public Health, Chiang Mai University^{2*},
Faculty of Medicine, Bangkok Thonburi University³, Lampang Hospital⁴,
Kanchanabhishek Institute of Medical and Public Health Technology, Faculty of Public Health
and Allied Health Sciences, Prabormarajchanok Institute⁵

(Received: November 10, 2022; Revised: January 11, 2023; Accepted: January 19, 2023)

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้วัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบต้นทุนบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ระหว่างสถานการณ์ปกติและในช่วงสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด 19 และต้นทุนรายกิจกรรมบริการที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด 19 ศึกษาต้นทุนทางบัญชีในมุมมองของผู้ให้บริการ กลุ่มตัวอย่างเป็น รพ.สต. 36 แห่ง ใน 6 ภูมิภาคทั่วประเทศ ศึกษาข้อมูลต้นทุนปีงบประมาณ 2562 เป็นต้นทุนในช่วงสถานการณ์ปกติ และต้นทุนในปีงบประมาณ 2563-2564 เป็นต้นทุนในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด 19 เก็บข้อมูลจากเงินในงบประมาณและนอกงบประมาณ ประกอบด้วย ค่าแรง ค่าวัสดุ และค่าครุภัณฑ์ รายงานผลเป็นต้นทุนรวมและต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรม นำเสนอข้อมูลเป็นจำนวน ร้อยละ และค่ามัธยฐาน ผลการวิจัยพบว่า

ต้นทุนรวม รพ.สต. สูงขึ้นทุกปี โดยในปี 2562 มีค่ามัธยฐาน 4,061,557 บาท ปี 2563 มีค่ามัธยฐาน 4,078,242 บาทและ ปี 2564 มีค่ามัธยฐาน 4,308,141 บาท สัดส่วนค่าแรงมากที่สุด ระหว่างร้อยละ 66.16 – 68.87 ต้นทุนต่อหน่วยรายกิจกรรมการให้บริการใน รพ.สต. ในปี 2562, 2563 และ 2564 งานกิจกรรมรักษาพยาบาลมีค่ามัธยฐานต้นทุนต่อหน่วยเท่ากับ 116 บาท, 113 บาท และ 128 บาท ตามลำดับ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีค่ามัธยฐานต้นทุนต่อหน่วยเท่ากับ 139 บาท, 114 บาท และ 120 บาท ตามลำดับ กิจกรรมควบคุมโรค มีค่ามัธยฐานต้นทุนต่อหน่วยเท่ากับ 3,228 บาท, 2,673 บาท และ 2,890 บาท ตามลำดับ ต้นทุนกิจกรรมบริการที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด 19 กิจกรรม กิจกรรมการคัดกรองใน รพ.สต. และในชุมชน ด้วยวิธี RT-PCR มีค่ามัธยฐานต้นทุนต่ำสุดอยู่ระหว่าง 163-202 บาท และกิจกรรมการสอบสวนโรค มีค่ามัธยฐานต้นทุนสูงสุดอยู่ระหว่าง 1,003-2,001 บาท

การทราบต้นทุนและทรัพยากรที่ใช้ไปในสถานการณ์ปกติและสถานการณ์ระบาดของโรคอุบัติใหม่ เป็นประโยชน์ต่อผู้ให้บริการในการบริหารจัดการทรัพยากร อีกทั้งยังเป็นประโยชน์ต่อผู้ซื้อบริการเพื่อเป็นพื้นฐานในการจ่ายค่าตอบแทนการให้บริการ

คำสำคัญ: การวิเคราะห์ต้นทุน, โรคโควิด 19, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: noppcha@hotmail.com โทรศัพท์ 061-5513399)



Abstract

This study aimed to estimate and compare the unit costs of health care services before and over Covid-19 pandemic period in Tambon Health Promoting Hospitals. The activity-based costing (ABC) of Covid 19 activities are also presented. This study estimated the accounting costs per unit under the providers' perspective, based on the empirical costing approach. Thirty-six Tambon Health Promoting Public Hospitals were randomly selected, from 6 regions of Thailand. Labor, material, and financial costs were collected for the fiscal year 2019, so to represent a normal period. Whereas the fiscal years 2020 and 2021 were collected to represent the variations due to Covid-19 pandemic. The results were presented in both total costs and unit costs for each activity.

The results showed that, from fiscal year 2019 to fiscal year 2021, the median total cost for each Tambon Health Promoting Hospital increased by 4,061,557 Thai Baht (THB), 4,078,242 THB, and 4,308,141 THB, respectively. While from fiscal year 2020 to fiscal year 2021, it increased by 4,078,242 THB. When dividing all costs into three categories, the study showed the labor costs accounted for the majority of total cost ranging from 66.16% to 66.86%. During that same period, in terms of ABC, it was found that the median cost for a treatment service was at 116 THB, 113 THB, and 128 THB, respectively. The health promotion activities presented at 139 THB, 114 THB, and 120 THB, respectively. Moreover, the ABC of disease control activities shown at 3,228 THB, 2,673 THB, and 2,890 THB, respectively. The ABC of screening for Covid-19 by using RT-PCR presented the lowest median cost, between 163 - 202 THB. By contrast, disease investigation activities showed the highest median cost, between 1,003 - 2,001 THB.

Although it is not significant in term of variation from one year to another, knowing the costs and resources used between normal and emerging disease outbreak situations is beneficial to service providers in resource management. It is also beneficial to payer in order to estimate the service reimbursement.

Keyword: Cost Analysis, Covid-19, Tambon Health Promoting Hospitals

บทนำ

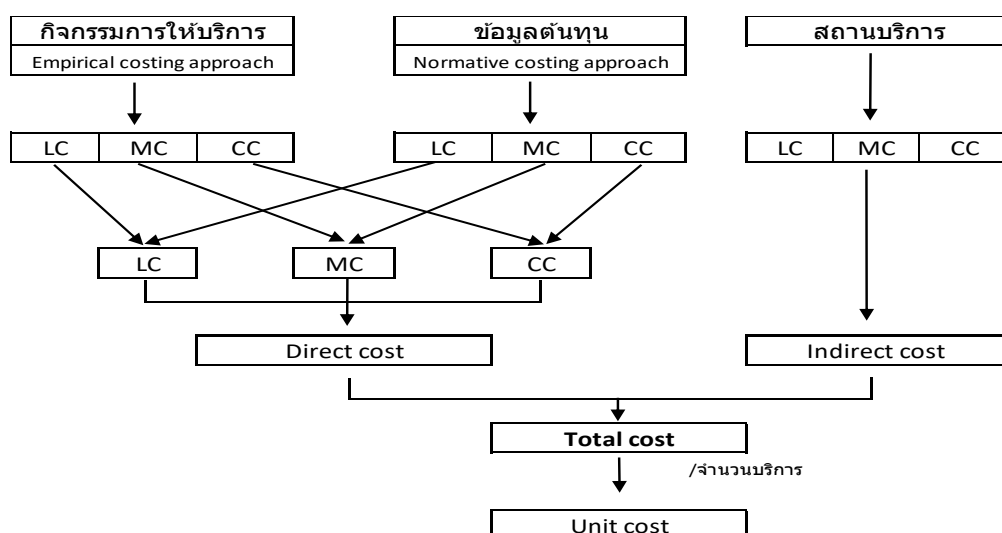
จากการรายงานพบเชื้อไวรัสอุบัติใหม่โคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ในเมืองอู่ฮั่น ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีนในช่วงปลายปี พ.ศ. 2562 เป็นเชื้อโคโรนาสายพันธุ์ที่ก่อโรคในคนโดยวันที่ 30 มกราคม พ.ศ. 2563 (Zhou, Cao, Wang, Huang, Zheng, et al, 2020) องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) ได้ประกาศให้การระบาดของโรคดังกล่าวเป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern : PHEIC) (World Health Organization, 2020) ประเทศไทยได้มีราชกิจจานุเบกษา ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ในวันที่ 26 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 (Ministry of Public Health1, 2020) ที่ส่งผลกระทบต่อรูปแบบการจัดบริการทั้งในและนอกสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ โดยต้องมีการปรับรูปแบบการจัดบริการทางการแพทย์วิถีใหม่ (New Normal Medical Services) (Lum, Liu, Archuleta, Somanni, Bagdasarian, Koh, et al, 2020) เน้นให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ผู้ให้บริการ การรักษาระยะห่างลดความแออัดในสถานบริการ และ ลดความเหลื่อมล้ำ (Ministry of Public Health2. 2020) ดังนั้นจึงส่งผลต่อการเข้าถึงบริการในสถานบริการสาธารณสุข

ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นฐานสำคัญของระบบบริการสุขภาพ เป็นบริการด่านหน้า หากระบบบริการปฐมภูมิมีความเข้มแข็ง ประชาชนจะสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างเท่าเทียมและลดความแออัดในโรงพยาบาล (Reich, Harris, Ikegami, Maeda, Cashin, Araujo, et al, 2016) โดยมีเป้าหมายการดูแลสุขภาพเน้นให้ประชาชนมีสุขภาพดีทั้งสุขภาพกายและสุขภาพใจ รวมทั้งการสร้างความเป็นธรรมทางด้านสุขภาพโดยเน้นการพัฒนาสุขภาพ การป้องกันโรค และการรักษาพยาบาลรวมถึงการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย (World Health Organization, 2018) ในช่วงการระบาดโรคโควิด 19 ทุกหน่วยบริการทางด้านสุขภาพต้องจัดบริการการแพทย์วิถีใหม่รวมถึงในระดับปฐมภูมิที่มีบทบาทหลักในการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในระดับชุมชน กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดบทบาทการให้บริการในช่วงการระบาดโรคโควิด 19 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ตามความเหมาะสมกับศักยภาพและจำนวนบุคลากร ประกอบไปด้วย คัดกรองในรพ.สต. และในชุมชน ด้วยวิธี RT-PCR การสอบสวนโรค การกักกันในสถานที่ควบคุมเป็นที่พักอาศัย (Home Quarantine) การกักตัวที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคโควิด 19 (Home Isolation) การฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 และ การช่วยหน่วยงานอื่นๆ (Ministry of Public Health2, 2020) เพื่อทำให้เกิดการเข้าถึงบริการและลดความแออัดในโรงพยาบาลที่ให้บริการผู้ป่วยโรคโควิด 19

ระบบบริการปฐมภูมิเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพและสิ้นเปลืองทรัพยากรน้อยที่สุด ต้นทุนต่อหน่วยการบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญที่ใช้ในการประมาณการงบประมาณที่หน่วยบริการปฐมภูมิ จำเป็นต้องได้รับในการดำเนินการ ที่ผ่านมามีการศึกษาต้นทุนต่อหน่วย รพ.สต. ที่เน้นในกิจกรรมการให้บริการทั่วไปตามบทบาทหน้าที่ของ รพ.สต. (Wongsin, Wannasri, Thamwanna, Pongpatrachai, Chiangchaisakulthai, & Sakunphanit, 2016; Chiangchaisakulthai, Wongsin, Tisayathakorn, Suppradist, & Samiphuk, 2019; Techakehakij, Singweratham, Wongyai, & Nawsuwan, 2020) งานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามชุดสิทธิประโยชน์ (Riewpaiboon, Keawcharoen, Budsungnoen, Singweratham, Wongpun, & Techachakhaikit, 2018; Techakehakij, Singweratham, & Wongphan, 2018) รวมถึงต้นทุนการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแพทย์แผนไทย (Chanjaruporn, Riewpaiboon, Singweratham, Bunpean, Sawatwipachai, & Khunboonchan, 2021; Singweratham, Khunboonchan, & Nawsuwan. Atitdid, 2021) ทั้งนี้ในการจัดบริการช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 ต้องใช้ทรัพยากรประกอบกับจำนวนผู้มารับบริการปกติลดน้อยลง จึงส่งผลกระทบต่อต้นทุนการจัดบริการ (Choosen, Singweratham, Nawsuwan, Phodha, & Bunpean, 2022) แต่ยังไม่มีการศึกษาต้นทุนหน่วยบริการปฐมภูมิในช่วงของการระบาดโรคโควิด 19 ที่เป็นโรคอุบัติใหม่ที่ต้องมีการปรับรูปแบบการจัดบริการแบบการแพทย์วิถีใหม่ซึ่งส่งผลกระทบต่อทรัพยากรในการบริหารจัดการ ดังนั้นการศึกษารายนี้ต้องการเปรียบเทียบต้นทุนรวมและต้นทุนรายกิจกรรมการจัดบริการใน รพ.สต. ทั้งช่วงปกติและช่วงของการระบาดของโรคโควิด 19 รวมถึงต้นทุนรายกิจกรรมการจัดบริการโรคโควิด 19 ในบทบาทหน้าที่ของ รพ.สต. ปีงบประมาณ 2562 - 2564 เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญในการนำไปใช้ประกอบการพิจารณาประมาณ ที่สอดคล้องและครอบคลุมต้นทุนที่เกิดขึ้น ซึ่งจะสามารถใช้เป็นแนวทางในการจัดบริการให้เกิดความเหมาะสมให้กับประชาชนในโอกาสต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบการศึกษาต้นทุนรายกิจกรรม (Activities Based Costing : ABC) มีความสำคัญกับผลลัพธ์ (Outcome) ของกิจกรรม 1) ศึกษากิจกรรมจากข้อมูลการให้บริการการปฏิบัติงานจริง (Empirical Costing Approach) 2) ข้อมูลต้นทุนอิงแนวทางการปฏิบัติ (Normative Costing Data) เพื่อทราบต้นทุนที่ใช้ในการดำเนินในแต่ละกิจกรรม 3) คำนวณต้นทุนทางตรง (Direct Cost) ประกอบด้วยค่าแรง (Labor Cost: LC) ค่าวัสดุ (Material Cost: MC) และ ค่าครุภัณฑ์ (Capital Cost : CC) ของแต่ละกิจกรรม 4) ข้อมูลต้นทุนทางอ้อม (Indirect Cost) จากสถานบริการ 5) หาต้นทุนรวม (Total Cost) และ 6) หาต้นทุนต่อหน่วย (Unit Cost) รายกิจกรรม ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์ต้นทุนรายกิจกรรม (Activities Based Costing : ABC) ข้อมูลการใช้ทรัพยากรในการจัดบริการสุขภาพของรพ.สต. ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 - 2564 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2561 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2564) วิเคราะห์ต้นทุนทางบัญชีในมุมมองของผู้ให้บริการ (Provider Perspective) (Drummond, Sculpher, & Torrance, 2005; Shepard, Hodgkin, & Anthony, 2000) ที่อิงวิธีการพื้นฐานจากแนวทางการคำนวณต้นทุนผลผลิตของงานบริการสาธารณะของกรมบัญชีกลาง (Office of Public Accounting Standards, 2014) ตามคู่มือการศึกษาต้นทุนหน่วยบริการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (Health Insurance Group, 2013)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรได้แก่ รพ.สต. สังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่จัดบริการด้านการรักษา เสริมสุขภาพและบริการที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด 19

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือก รพ.สต. จาก 6 ภูมิภาค โดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ภูมิภาคละ 1 จังหวัด ประกอบด้วย เชียงใหม่ ตาก นนทบุรี ชลบุรี นครราชสีมา และสงขลา และสุ่มอย่างง่ายคัดเลือกจังหวัดละ 2 อำเภอและคัดเลือก รพ.สต. แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) พื้นที่ละ 3 แห่ง กระจายตามขนาด รพ.สต. ประกอบด้วย ขนาดเล็ก (S) ขนาดกลาง (M) และขนาดใหญ่ (L) รวมเป็น 36 แห่ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์กิจกรรมงานบริการด้านการรักษา ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในงานปกติ และกิจกรรมบริการที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด 19 เพื่อสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานจากการปฏิบัติงานจริง (Empirical Costing Approach) เปรียบเทียบกับช่วงสถานการณ์ปกติในช่วงปีงบประมาณ 2562 และในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 ปีงบประมาณ 2563-2564 โดยสอบถามข้อมูลรายละเอียดดังตาราง 1 เพื่อใช้ในการกระจายต้นทุน ค่าแรง (Labor Cost: LC) ค่าวัสดุ (Material Cost: MC) และค่าครุภัณฑ์ (Capital Cost: CC) ลงไปในแต่ละกิจกรรมการให้บริการ

ตาราง 1 ข้อมูลสัมภาษณ์การปฏิบัติงานจริงของกิจกรรมบริการ

หัวข้อ	รายละเอียด
จำนวนครั้งของการบริการ	จำนวนการให้บริการในรอบปีงบประมาณที่ทำการศึกษา
บุคลากร	- จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานในแต่ละกิจกรรม - ระยะเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติงานต่อกิจกรรม

ตาราง 1 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
วัสดุ	- จำนวนวัสดุสิ้นเปลืองที่ใช้ในแต่ละกิจกรรม - ระยะเวลาที่ใช้ในแต่ละกิจกรรม
ครุภัณฑ์	- ขนาดพื้นที่ที่ใช้จริง - ระยะเวลาที่ใช้จริงแต่ละกิจกรรม

2. แบบบันทึกข้อมูลต้นทุนแยกตามหน่วยต้นทุน (Cost Center) การให้บริการใน รพ.สต. (Riewpaiboon, 2018) เช่น งานบริหารทั่วไป งานรายทุกประเภท งานรักษาพยาบาล งานส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และงานบริการที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด 19 โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลต้นทุนโปรแกรมการวิเคราะห์ต้นทุนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ จากการศึกษาต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรมบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้านการแพทย์แผนไทย ในสถานบริการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2562 (Singweratham, Khunboonchan, Nawsuwan, & Atitdid, 2021) เพื่อเก็บข้อมูลต้นทุนทางตรง (Direct Cost) และทางอ้อม (Indirect Cost) ประกอบด้วยค่าแรง (LC) ค่าวัสดุ (MC) และค่าครุภัณฑ์ (CC)

ทั้งนี้เครื่องมือผ่านการตรวจสอบโดยหาค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษาด้านทุน ผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดบริการใน รพ.สต. และผู้เชี่ยวชาญการจัดบริการโรคโควิด 19 จำนวน 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence : IOC) ระหว่าง .67-1.00

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นที่ 1 สร้างแบบเก็บบันทึกข้อมูลจากการปฏิบัติงานจริงของกิจกรรมการให้บริการจัดบริการด้านการรักษาเสริมสุขภาพและบริการที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด 19

ขั้นที่ 2 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อชี้แจงโครงการและแบบบันทึกข้อมูลให้กับผู้ปฏิบัติงานใน รพ.สต. และผู้ช่วยนักวิจัยในการเก็บข้อมูล

ขั้นที่ 3 เก็บข้อมูลจากการปฏิบัติงานจริงของกิจกรรมการให้บริการจัดบริการด้านการรักษา เสริมสุขภาพและบริการที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด 19

ขั้นที่ 4 เก็บข้อมูลต้นทุนตามแบบการเก็บข้อมูลต้นทุนอิงแนวมาตรฐานและตามกิจกรรม

ขั้นที่ 5 ทีมผู้วิจัยตรวจสอบการเก็บข้อมูลและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล หากพบข้อผิดพลาดดำเนินการตรวจสอบกับสถานบริการ

ขั้นที่ 6 วิเคราะห์ข้อมูลต้นทุนกิจกรรม

ขั้นที่ 7 สรุปและรวบรวมรายงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป Excel 2010 โดยใช้สถิติ จำนวน ร้อยละ และการวัดแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลาง โดยมีรายละเอียดการคำนวณดังนี้

1. การคำนวณต้นทุนทางตรงรายกิจกรรม

1.1 การคำนวณต้นทุนค่าแรงต่อกิจกรรม (Labor Cost Per Activities) ได้นำจำนวนบุคลากรคูณกับเวลาที่ใช้ทั้งหมด จากนั้นนำผลรวมภาระงานที่ได้ไปหารข้อมูลต้นทุนค่าแรงซึ่งจะได้ต้นทุนต่อหน่วยต่อหน้าที่ในการปฏิบัติงาน

1.2 การคำนวณต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลืองต่อกิจกรรม (Material Cost Per Activities) ใช้วัสดุหรือเวชภัณฑ์ที่เป็นยาและไม่ใช่ว่าที่ใช้ในแต่ละกิจกรรม เช่น สำลี แอลกอฮอล์ และชุดอุปกรณ์อื่นๆ ในการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้รวมชุดตรวจ RT-PCR และวัคซีนโรคโควิด 19

1.3 การคำนวณต้นทุนค่าครุภัณฑ์ต่อกิจกรรม (Capital Cost Per Activities) ข้อมูลพื้นที่ (Space) และเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติงานแต่ละกิจกรรม (Time of PP Activity) เพื่อให้ได้ผลรวมของเวลาการใช้ต่อพื้นที่ของแต่ละกิจกรรมเพื่อกระจายต้นทุน

1.4 การคำนวณต้นทุนทางตรงต่อครั้งตามรายการกิจกรรม (Direct Cost Per Activity) คำนวณจากการนำต้นทุนค่าแรง ค่าวัสดุ (วัสดุย่อยและวัสดุรวม) และค่าครุภัณฑ์ของแต่ละกิจกรรม ของการให้บริการกิจกรรม หารด้วยจำนวนการรับบริการ (Visiting Number: VN)

$$\text{ต้นทุนทางตรงต่อครั้งแยกตามรายการกิจกรรม} = \frac{LC + (MC\text{ย่อย} + MC\text{รวม}) + CC}{\text{จำนวนครั้งของการรับบริการ}}$$

2. คำนวณต้นทุนทางอ้อมหมายถึงต้นทุนที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับการจัดบริการตามรายการกิจกรรมโดยตรง เช่น ต้นทุนค่าแรงในการบริหารจัดการ ต้นทุนค่าวัสดุของหน่วยงานรวม และต้นทุนค่าครุภัณฑ์อื่น คำนวณโดยการหาสัดส่วนของต้นทุนทางอ้อมแยกตาม LC, MC และ CC ต่อต้นทุนทางตรง หลังจากนั้นนำสัดส่วนที่ได้ไปคูณด้วยต้นทุนทางตรงทั้งหมด

3. คำนวณต้นทุนต่อหน่วยจัดบริการด้านการรักษา เสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และบริการที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด 19 ตามรายการกิจกรรม

ผลการวิจัย

1. ต้นทุนรวมการจัดบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ต้นทุนรวมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในปี 2562 พบว่า มีค่าต่ำสุด 803,936 บาท และมีค่าสูงสุด 14,565,916 บาท และมีค่ามัธยฐาน 4,061,557 ปี 2563 พบว่า มีค่าต่ำสุด 823,485 บาท และมีค่าสูงสุด 14,157,452 บาท และมีค่ามัธยฐาน 4,078,242 บาท ปี 2564 พบว่า มีค่าต่ำสุด 875,495 บาท และมีค่าสูงสุด 15,531,509 บาท และมีค่ามัธยฐาน 4,308,141 บาท รายละเอียดดังตาราง 2

ตาราง 2 ต้นทุนรวมแยกตามปีงบประมาณ

ต้นทุนรวม	ก่อนการระบาด	ระหว่างการระบาด	
	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
ค่าต่ำสุด (Minimum)	803,936	823,485	875,495
ค่าสูงสุด (Maximum)	14,565,916	14,157,452	15,531,509
ค่ามัธยฐาน (Median)	4,061,557	4,078,242	4,308,141

สัดส่วนต้นทุนค่าแรง ค่าวัสดุและค่าครุภัณฑ์ พบว่า ทุกปีมีสัดส่วนค่าแรงมากที่สุด ระหว่างร้อยละ 66.16-68.87 รองลงมาสัดส่วนค่าวัสดุ ระหว่างร้อยละ 24.07-27.44 และน้อยที่สุด ระหว่างร้อยละ 6.40-9.06 หากพิจารณาสัดส่วนปี 2564 พบว่ามีสัดส่วนค่าวัสดุเพิ่มจากปีก่อน ๆ เป็นร้อยละ 27.44

ตาราง 3 ต้นทุนรวมแยกตามปีงบประมาณ

ต้นทุนรวม	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
ค่าแรง			
ค่าต่ำสุด (Minimum)	132,688	120,746	106,063
ค่าสูงสุด (Maximum)	653,270	605,094	626,683
ค่ามัธยฐาน (Median)	283,465	258,151	272,144

ตาราง 3 (ต่อ)

ต้นทุนรวม	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
ร้อยละ (Percentage)	66.87	68.48	66.16
ค่าวัสดุ			
ค่าต่ำสุด (Minimum)	59,026	54,225	60,770
ค่าสูงสุด (Maximum)	388,288	347,487	392,589
ค่ามัธยฐาน (Median)	102,043	92,719	112,876
ร้อยละ (Percentage)	24.07	24.60	27.44
ค่าครุภัณฑ์			
ค่าต่ำสุด (Minimum)	21,350	18,013	14,521
ค่าสูงสุด (Maximum)	133,646	106,342	105,993
ค่ามัธยฐาน (Median)	38,416	26,086	26,321
ร้อยละ (Percentage)	9.06	6.92	6.40

2. ต้นทุนต่อหน่วยรายกิจกรรมการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ต้นทุนต่อหน่วยรายกิจกรรมในปี 2562, 2563 และ 2564 พบว่า งานกิจกรรมรักษาพยาบาลมีค่ามัธยฐานต้นทุนต่อหน่วยเท่ากับ 116 บาท, 113 บาท และ 128 บาท ตามลำดับ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ มีค่ามัธยฐานต้นทุนต่อหน่วยเท่ากับ 225 บาท, 192 บาท และ 207 บาทตามลำดับ กิจกรรมทันตกรรม มีค่ามัธยฐานต้นทุนต่อหน่วยเท่ากับ 204 บาท, 134 บาท และ 155 บาท ตามลำดับ กิจกรรมกายภาพบำบัดมีค่ามัธยฐานต้นทุนต่อหน่วยเท่ากับ 359 บาท, 724 บาท และ 1,086 บาท ตามลำดับ กิจกรรมการแพทย์แผนไทย มีค่ามัธยฐานต้นทุนต่อหน่วยเท่ากับ 165 บาท, 143 บาท และ 141 บาท ตามลำดับ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีค่ามัธยฐานต้นทุนต่อหน่วยเท่ากับ 139 บาท, 114 บาท และ 120 บาท ตามลำดับ กิจกรรมเยี่ยมบ้าน มีค่ามัธยฐานต้นทุนต่อหน่วยเท่ากับ 455 บาท, 498 บาท และ 423 บาท ตามลำดับ กิจกรรมโครงการ มีค่ามัธยฐานต้นทุนต่อหน่วยเท่ากับ 73,712 บาท, 59,545 บาท และ 67,114 บาท ตามลำดับ กิจกรรมควบคุมโรค มีค่ามัธยฐานต้นทุนต่อหน่วยเท่ากับ 3,228 บาท, 2,673 บาท และ 2,890 บาท ตามลำดับ กิจกรรมโรคโควิด-19 มีค่ามัธยฐานต้นทุนต่อหน่วย เท่ากับ 0.00 บาท, 3,035 บาท และ 379 บาท ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตาราง 4 ต้นทุนต่อรายกิจกรรมการจัดบริการแยกตามปีงบประมาณ

กิจกรรมการจัดบริการ	ต้นทุนรวม (บาท)			ต้นทุนต่อหน่วย (บาท)		
	ก่อนการระบาด	ระหว่างการระบาด		ก่อนการระบาด	ระหว่างการระบาด	
		ปี 2562	ปี 2563		ปี 2562	ปี 2563
1. งานบริหารงานทั่วไป (n)	(36)	(36)	(36)			
ค่าต่ำสุด (Minimum)	242,406	242,937	242,408	-	-	-
ค่าสูงสุด (Maximum)	2,773,696	2,435,854	2,371,208	-	-	-
ค่ามัธยฐาน (Median)	938,792	896,326	906,153	-	-	-
2. งานรายงานทุกประเภท (n)	(36)	(36)	(36)			
ค่าต่ำสุด (Minimum)	43,868	39,711	33,612	-	-	-
ค่าสูงสุด (Maximum)	854,293	1,050,183	832,400	-	-	-
ค่ามัธยฐาน (Median)	307,758	283,966	315,880	-	-	-
3. งานรักษาพยาบาล	(36)	(36)	(36)	(36)	(36)	(36)
ค่าต่ำสุด (Minimum)	330,629	283,030	283,103	48	45	52

ตาราง 4 (ต่อ)

กิจกรรมการจัดบริการ	ต้นทุนรวม (บาท)			ต้นทุนต่อหน่วย (บาท)		
	ก่อนการระบาด	ระหว่างกาารระบาด		ก่อนการระบาด	ระหว่างกาารระบาด	
	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
ค่าสูงสุด (Maximum)	8,098,839	8,802,257	9,752,936	351	385	282
ค่ามัธยฐาน (Median)	1,686,579	1,635,556	1,456,702	116	113	128
4. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (n)	(36)	(36)	(36)	(36)	(36)	(36)
ค่าต่ำสุด (Minimum)	37,244	20,037	15,514	29	29	34
ค่าสูงสุด (Maximum)	676,749	717,346	552,862	961	1,040	1,086
ค่ามัธยฐาน (Median)	220,652	198,454	183,424	225	192	207
5. งานทันตกรรม (n)	(29)	(28)	(27)	(29)	(28)	(27)
ค่าต่ำสุด (Minimum)	40,808	45,582	31,756	22	23	27
ค่าสูงสุด (Maximum)	1,031,490	645,644	492,767	2,483	2,304	9,571
ค่ามัธยฐาน (Median)	375,869	296,920	248,210	204	134	155
6. งานกายภาพบำบัด (n)	(8)	(7)	(7)	(8)	(7)	(7)
ค่าต่ำสุด (Minimum)	2,441	12,014	26,886	25	29	175
ค่าสูงสุด (Maximum)	472,158	506,806	448,337	9,290	10,031	8,562
ค่ามัธยฐาน (Median)	162,817	247,889	261,972	359	724	1,086
7. งานแพทย์แผนไทย (n)	(34)	(34)	(34)	(34)	(34)	(34)
ค่าต่ำสุด (Minimum)	25,836	24,986	20,092	10	24	33
ค่าสูงสุด (Maximum)	1,674,717	1,349,145	1,525,307	1,033	1,165	1,614
ค่ามัธยฐาน (Median)	231,156	228,334	222,901	165	143	141
8. งานส่งเสริมสุขภาพ (n)	(36)	(36)	(36)	(36)	(36)	(36)
ค่าต่ำสุด (Minimum)	147,575	112,777	90,406	9	10	16
ค่าสูงสุด (Maximum)	2,096,714	1,635,299	1,243,297	1,094	1,205	854
ค่ามัธยฐาน (Median)	501,449	539,197	404,292	139	114	120
9. งานเยี่ยมบ้าน (n)	(36)	(36)	(36)	(36)	(36)	(36)
ค่าต่ำสุด (Minimum)	31,465	34,937	45,941	54	33	29
ค่าสูงสุด (Maximum)	976,733	1,016,609	850,340	2,707	2,586	8,243
ค่ามัธยฐาน (Median)	270,399	224,014	233,985	455	498	423
10. โครงการอื่นๆ (n)	(28)	(26)	(28)	(28)	(26)	(28)
ค่าต่ำสุด (Minimum)	91,977	59,856	11,997	4,853	16,667	11,997
ค่าสูงสุด (Maximum)	1,805,061	993,251	1,374,505	287,048	437,626	413,604
ค่ามัธยฐาน (Median)	454,783	263,744	259,291	73,712	59,545	67,114
11. งานควบคุมโรค (n)	(36)	(34)	(35)	(36)	(34)	(35)
ค่าต่ำสุด (Minimum)	331,858	42,599	19,581	6,034	270	67
ค่าสูงสุด (Maximum)	72,898	684,484	821,151	252	18,384	30,764
ค่ามัธยฐาน (Median)	290,660	188,828	209,630	3,228	2,673	2,890
12. งานโรคโควิด 19 (n)		(34)	(36)		(34)	(36)
ค่าต่ำสุด (Minimum)	-	83,244	246,857	-	77	54
ค่าสูงสุด (Maximum)	-	1,705,885	3,586,850	-	20,811	33,384
ค่ามัธยฐาน (Median)	-	567,680	1,035,914	-	3,035	379

ตาราง 4 เปรียบเทียบต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรมบริการโรคโควิด 19 ปี 2563 และ 2564 พบว่า คัดกรองใน รพ.สต. และในชุมชน ด้วยวิธี RT-PCR ค่ามัธยฐานต้นทุนอยู่ระหว่าง 163 - 202 บาท กิจกรรมการสอบสวนโรค มีค่ามัธยฐานต้นทุนอยู่ระหว่าง 1,003-2,001 บาท กิจกรรมการกักกันในสถานที่ควบคุมเป็นที่พักอาศัย มีค่ามัธยฐานต้นทุนอยู่ระหว่าง 337-1,120 บาท กิจกรรมการกักตัวที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคโควิด 19 มีค่ามัธยฐานต้นทุนอยู่ระหว่าง 955-4,122 บาท กิจกรรมฉีดวัคซีน ในพื้นที่รพ.สต. ติดเตียง สูงอายุ ค่ามัธยฐานต้นทุนอยู่ระหว่าง 131-197 บาท กิจกรรมการให้ความรู้ชุมชนมีค่ามัธยฐานต้นทุนเท่ากับ 1,031 บาท

ตาราง 4 ต้นทุนต่อรายกิจกรรมการจัดบริการโรคโควิด 19 แยกตามปีงบประมาณ

กิจกรรมบริการโรคโควิด - 19	ต้นทุนรวม(บาท)		ต้นทุนต่อหน่วย (บาท)	
	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2563	ปี 2564
คัดกรองใน รพ.สต. และในชุมชน ด้วยวิธี RT-PCR (n)	(2)	(25)	(2)	(25)
ค่าต่ำสุด (Minimum)	109,384	25,275	49	22
ค่าสูงสุด (Maximum)	291,337	1,284,978	229	4,143
ค่ามัธยฐาน (Median)	255,052	133,868	163	202
สอบสวนโรค (n)	(14)	(31)	(14)	(31)
ค่าต่ำสุด (Minimum)	7,120	7,294	46	42
ค่าสูงสุด (Maximum)	367,874	801,690	10,219	17,457
ค่ามัธยฐาน (Median)	144,747	147,836	2,001	1,003
การกักกันในสถานที่ควบคุมเป็นที่พักอาศัย (n)	(7)	(22)	(7)	(22)
ค่าต่ำสุด (Minimum)	33,157	19,153	63	38
ค่าสูงสุด (Maximum)	959,896	362,864	2,054	13,862
ค่ามัธยฐาน (Median)	86,104	87,038	1,120	337
การกักตัวที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคโควิด 19 (n)	(2)	(16)	(2)	(16)
ค่าต่ำสุด (Minimum)	16,197	4,985	73	80
ค่าสูงสุด (Maximum)	36,410	225,950	8,098	15,489
ค่ามัธยฐาน (Median)	34,402	79,798	4,122	955
ฉีดวัคซีน ในพื้นที่รพ.สต. ติดเตียง สูงอายุ (n)	(2)	(29)	(2)	(29)
ค่าต่ำสุด (Minimum)	31,304	5,012	93	24
ค่าสูงสุด (Maximum)	78,859	1,149,468	209	2,506
ค่ามัธยฐาน (Median)	59,125	125,770	197	131
ให้ความรู้ชุมชน (n)	(4)	(1)	(4)	(1)
ค่าต่ำสุด (Minimum)	31,865	52,830	228	1,124
ค่าสูงสุด (Maximum)	54,521	52,830	1,604	1,124
ค่ามัธยฐาน (Median)	50,327	-	1,031	-
ช่วยงานหน่วยงานอื่น (n)	(34)	(32)		
ค่าต่ำสุด (Minimum)	9,069	11,430	-	-
ค่าสูงสุด (Maximum)	1,029,964	1,396,198	-	-
ค่ามัธยฐาน (Median)	257,279	183,654	-	-

อภิปรายผล

ต้นทุนรวมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ปี 2562 มีค่ามัธยฐาน 4,061,557 บาท ปี 2563 มีค่ามัธยฐาน 4,078,242 บาท ปี 2564 มีค่ามัธยฐาน 4,308,141 บาท จะเห็นได้ว่าต้นทุนรวมของการจัดบริการสูงขึ้น

ทั้งนี้เนื่องจากสถานการณ์โรคระบาดโควิด 19 แต่หากพิจารณาในแต่ละปี จะเห็นได้ว่าต้นทุนรวมมีค่าต่ำสุดและค่าสูงสุดต่างกันมาก เช่นในปี 2562 มีค่าต่ำสุด 803,936 บาท และมีค่าสูงสุด 14,565,916 บาท เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างของการศึกษารั้งนี้ประกอบไปด้วย รพ.สต. ที่กระจายตามขนาดใหญ่ ขนาดกลาง และขนาดเล็ก ส่งผลให้โครงสร้างต้นทุน ค่าแรง ค่าวัสดุ และค่าครุภัณฑ์ รวมถึงรูปแบบการให้บริการ จำนวนผู้รับบริการ และศักยภาพของการจัดบริการแตกต่างกัน ดังนั้นในการศึกษารั้งนี้จึงเลือกรายงานต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรมเป็นค่ามัธยฐาน (*Median*) แทนค่าเฉลี่ย (*Mean*) เนื่องจากการรายงานการหาแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลางด้วยค่ามัธยฐานนั้น ตัวเลขที่มีค่าสูงสุด และตัวเลขที่มีค่าต่ำสุดจะไม่ถูกนำมาคำนวณในการรายงานค่ามัธยฐาน (Kirkwood, & Sterne, 2003) หากนำเสนอเป็นค่าเฉลี่ยอาจจะทำให้ตัวเลขที่มีค่าสูงสุดและค่าต่ำสุดถูกนำมาคำนวณด้วย อาจส่งผลให้ได้ตัวเลขค่าเฉลี่ยที่ไม่สะท้อนความเป็นจริง คล้ายกับการศึกษาต้นทุนรายกิจกรรมการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคใน รพ.สต. จำนวนทั้งสิ้น 82 กิจกรรม (Techakehakij, Singweratham, & Wongphan, 2018; Riewpaiboon, Kheawcharoen, Batsungnoen, Wongphan, Techakehakij, Singweratham, & Phodha, 2018) และ การศึกษาต้นทุนการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้านการแพทย์แผนไทย (Chanjaruporn, Riewpaiboon, Singweratham, Bunpean, Sawatwipachai, & Khunboonchan, 2021; Singweratham, Khunboonchan, & Nawsuwan, Atitdid, 2021) ที่มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เป็น รพ.สต. จำนวนมาก จึงเป็นข้อดีที่ให้สะท้อนถึงความแตกต่างของรูปแบบและทรัพยากรในการจัดบริการ

การศึกษารั้งนี้มีการเปรียบเทียบต้นทุนรวมต่อกิจกรรมและต้นทุนต่อหน่วยระหว่างช่วงสถานการณ์ปกติในช่วงปี พ.ศ. 2562 และในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 รายกิจกรรมการจัดบริการใน รพ.สต. ในปี 2563 และ 2564 หากพิจารณาต้นทุนรวมงานรักษาพยาบาลที่มีค่ามัธยฐานต้นทุนอยู่ระหว่าง 1,346,397-1,566,215 บาท และมีมัธยฐานต้นทุนต่อหน่วยอยู่ระหว่าง 55-77 บาทต่อครั้ง สอดคล้องกับการศึกษาใน รพ.สต. ที่จังหวัดกำแพงเพชรที่มีต้นทุนรวมอยู่ระหว่าง 1,030,636-3,068,833 บาท และมีต้นทุนต่อหน่วยการตรวจรักษาผู้ป่วยโรคทั่วไปโดยไม่ใช้แพทย์อยู่ระหว่าง 73 - 77 บาทต่อครั้ง (Techakehakij, Singweratham, Wongyai, & Nawsuwan, 2020) จะเห็นได้ว่าต้นทุนทั้ง 2 ช่วงไม่แตกต่างกันถึงแม้ว่าจำนวนผู้รับบริการรักษาโรคทั่วไปในช่วงโควิดจะมีจำนวนน้อยกว่าปกติ แต่บุคลากรที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. ก็ต้องปฏิบัติงานลักษณะเดิมอีกทั้งยังต้องปฏิบัติงานในภาระกิจการป้องกันการระบาดของโรคโควิด 19 ดังนั้นจึงทำให้ต้นทุนของ รพ.สต. ถูกกระจายไปยังกิจกรรมอื่น ๆ จึงส่งผลให้ไม่แตกต่างจากเดิม ต่างจากการบริการทันตสาธารณสุขในสถานบริการก่อนและระหว่างการระบาดของโรคโควิด 19 ที่ส่งผลกระทบต่อผลกระทบต่อด้านการจัดบริการ (Choosen, Singweratham, Nawsuwan, Phodha, & Bunpean, 2022) เนื่องจากการให้บริการทันตกรรมเป็นการจัดบริการเฉพาะและมีผลต่อการมีผลต่อการฟุ้งกระจายของละอองฝอยที่จะทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อโรคได้ง่ายจึงส่งผลต่อจำนวนผู้รับบริการ

ต้นทุนกิจกรรมบริการที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด 19 พบว่ามัธยฐานต้นทุนต่ำที่สุดคือกิจกรรมฉีดวัคซีน ในพื้นที่ รพ.สต. ติดเตียง สูงอายุ มีค่ามัธยฐานต้นทุนระหว่าง 131-197 บาท ส่วนมัธยฐานต้นทุนสูงที่สุด คือ กิจกรรมการสอบสวนโรค มีค่ามัธยฐานต้นทุนอยู่ระหว่าง 1,003-2,001 บาท ทั้งนี้เนื่องจากการสอบสวนโรคเป็นกิจกรรมที่ใช้เวลานานเมื่อเปรียบเทียบกับกิจกรรมอื่น ๆ ส่งผลให้ต้นทุนค่าแรงถูกกระจายไปสู่กิจกรรมค่อนข้างมาก (Riewpaiboon, 2018) ประกอบกับการสอบสวนโรคมีจำนวนผู้รับบริการน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับทำให้ความรู้ คัดกรองใน รพ.สต. และในชุมชน ด้วยวิธี RT-PCR ดังนั้นจึงส่งผลต่อต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรมในการจัดบริการที่สูง อีกทั้งการศึกษารั้งนี้ไม่ได้รวมราคาชุดตรวจ RT-PCR และราคาวัคซีนโรคโควิด 19 ในการให้บริการจึงส่งผลให้ต้นทุนการคัดกรองด้วยวิธี RT-PCR และการฉีดวัคซีนแทนที่จะมีค่าสูงกับแสดงต้นทุนไม่สูงมาก จะเห็นได้ว่า รพ.สต. เป็นหน่วยบริการในระดับปฐมภูมิแต่ในช่วงการระบาดโรคโควิด 19 รพ.สต. ต้องปรับบทบาทการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโควิด 19 มากขึ้น แต่ในขณะเดียวกันก็ต้องให้บริการในบทบาทด้านการรักษาพยาบาล ส่งเสริม ควบคุมและป้องกันโรค รวมถึงการฟื้นฟูสภาพ ตามภาระกิจเดิมอยู่ (Ministry of Public Health2, 2020) ดังนั้นหากทราบต้นทุนของการจัดบริการในแต่ละกิจกรรมแล้วจะส่งผลต่อการบริหารจัดการทรัพยากรให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้นในอนาคต

ข้อจำกัดในการวิจัยครั้งนี้ ใช้มุมมองการศึกษาของผู้ให้บริการเท่านั้น อาจจะทำให้ต้นทุนของการศึกษารั้งนี้ โดยเฉพาะต้นทุนโรคโควิด 19 น้อยกว่าความเป็นจริง เนื่องจากบางกิจกรรมต้องร่วมปฏิบัติกับหน่วยงานอื่น ๆ รวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุข อีกทั้งส่วนของต้นทุนชุดตรวจ RT-PCR และ วัคซีน การศึกษารั้งนี้ไม่ได้รวมเข้ามาในการคำนวณของการศึกษารั้งนี้

การนำผลการวิจัยไปใช้

การเปรียบเทียบต้นทุนการจัดบริการ 3 ปีงบประมาณ ร่วมกับการเปรียบเทียบช่วงสถานการณ์ปกติในช่วงปี พ.ศ. 2562 และในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 ช่วงปี พ.ศ. 2563 และ 2564 เป็นประโยชน์ต่อการจัดสรรงบประมาณทั้งในส่วนของผู้ให้บริการเองที่จะได้ทราบต้นทุนและทรัพยากรที่ใช้ไปในสถานการณ์ปกติและสถานการณ์ระบาดของโรคอุบัติใหม่ของการจัดบริการ อีกทั้งยังเป็นประโยชน์ต่อผู้ซื้อบริการเพื่อพิจารณาข้อมูลต้นทุนเป็นพยานพื้นฐานในการจ่ายเงินค่าตอบแทนการจัดบริการในกิจกรรมดังกล่าว

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาผลกระทบทางงบประมาณในอนาคตข้างหน้า เพื่อเป็นการคาดการณ์ทรัพยากรและงบประมาณในกรณีเกิดเหตุการณ์ระบาดของโรคอุบัติใหม่
2. ควรศึกษาด้านต้นทุนการจัดบริการให้ครบทุกมุมมองเพื่อทราบถึงต้นทุนที่แท้จริงของการจัดบริการ เพื่อเป็นการคำนวณต้นทุนให้ครบทุกมิติและจะได้เป็นประโยชน์ในการบริหารจัดการต้นทุนในอนาคตต่อไป

References

- Chanjaruporn, F., Riewpaiboon, A., Singweratham, N., Bunpean, A., Sawatwipachai, B. & Khunboonchan, T. (2021). Unit Cost Analysis of Thai Traditional Medicine Service Activities for Health Promotion and Disease Prevention. *The Southern Colleague Network Journal of Nursing and Public Health*, 8(1), 11-26. (in Thai)
- Chiangchaisakulthai, K., Wongsin U., Tisayathaikorn, K., Suppradist, W. & Samiphuk, N., (2019). Unit Cost of Services in Primary Care Cluster. *Journal of Health Care System Research*, 13(2), 175-187. (In Thai)
- Choosen, N., Singweratham, N., Nawsuwan, K., Phodha, T. & Bunpean, A., (2022). Unit Cost and Budget Impact on Dental Service Before and Over COVID-19 Outbreak, Phanomphrai, Roi Et Province. *Journal of Health Science Research*, 16(1), 76-87. (In Thai)
- Drummond, M. F., Sculpher, M. J., Torrance, G. W., O'Brien, B. J. & Stoddart, G. L. (2005). *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programme*. 3rd Edition. Oxford: Oxford University Press.
- Health Insurance Group. (2013). *A Handbook on Unit Cost Analysis of Health Care Service*. Bangkok: The Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (in Thai)
- Kirkwood, R. B. & Sterne, C. A. J. (n.d.) (2003). *Essential Medical Statistics*. Second edition. Fabulous Printers Pte Ltd.
- Lum, B. X., Liu, E. H., Archuleta, S., Somanni, J., Bagdasarian, N., Koh, C. K., et al. (2020). Establishing a New Normal for Hospital Care: A Whole of Hospital Approach to Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *Clinical Infectious Disease*, 73(e), 3136-3143.

- Ministry of Public Health1. (2020). *Archives COVID - 19 Join Forces Unite Through the Crisis*. Bangkok, The War Veterans Organization of Thailand Under Royal Patronage of His Majesty the King Printing; (in Thai)
- Ministry of Public Health2. (2020). *Guidelien on New Normal Medical Services*. Samutsakhon. Born to be Publishing CO.LTD. (in Thai)
- Office of Public Accounting Standards. (2014). *A Guide for Unit Cost Calculation of Public Services for Fiscal Year 2557 B.E*. Bangkok: The Comptroller General's Department. (in Thai)
- Phodha, T., Techakehakij, W., Singweratham, N., Thavorn, K, Rochanathimoke, O. & Wongphan T. A. (2020). *Costing and Exploratory Study of New Normal Medical Services in Post COVID-19 Outbreak in Thailand*. Nonthaburi: Office of the Permanent Secretary. (in Thai)
- Reich, M. R, Harris, J., Ikegami, N., Maeda, A., Cashin, C., Araujo, E. C., et al. (2016). Moving Towards Universal Health Coverage: Lessons from 11 Country Studies. *Health Policy*, 387, 811-16.
- Riewpaiboon, A. (2018). *Cost Analysis in Health Systems*. Bangkok: Saksopa. (in Thai)
- Riewpaiboon, A., Keawcharoen, O., Budsungnoen, P., Singweratham, N., Wongpun, T. & Techachakhaikit, W. (2018). *Cost Analysis of Health Promotion and Disease Prevention Services*. Faculty of Pharmacy, Mahidol University. (in Thai)
- Riewpaiboon, A., Kheawcharoen, O., Batsungnoen, P., Wongphan, T., Techakehakij, W., Singweratham, N. et al. (2018). *Cost Analysis of Health Promotion and Disease Prevention Services*. Bangkok: Faculty of Pharmacy, Mahidol University. (in Thai)
- Shepard, D. S., Hodgkin, D. & Anthony, Y. E. (2000). *Analysis of Hospital Costs: a Manual for Managers*. Geneva: The World Health Organization.
- Singweratham, N., Khunboonchan, T., Nawsuwan., K. & Atitdid, P. (2021). Unit Cost of Thai Traditional Medicine Service Activities for Health Promotion and Disease Prevention in Health Care Provider Under Ministry of Public Health, 2018 Fiscal Year. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 13(3), 89-107. (in Thai)
- Techakehakij, W., Singweratham, N., & Wongphan, T. (2018). *Unit Cost and Bugget Impact of Compulsory Programs for Health Promotion and Disease Prevention in Thailand*. Bangkok: Aksorn graphic and design. (in Thai)
- Techakehakij, W., Singweratham, N., Wongyai, D. & Nawsuwan, K., (2020). Unit Cost of Primary Care Units: A Case Study in Kamphaeng Phet, Fiscal Year 2018. *Journal of Safety and Health*, 13(2), 192-204. (in Thai)
- Wongsin, U., Wannasri, A., Thamwanna, P., Pongpattrachai, D., Chiangchaisakulthai, K. & Sakunphanit, T. (2016). Estimate Unit Cost Per Capita of Services Provided at CUP Network Level. *Journal of Health Care System Research*, 10(2), 207-302. (in Thai)
- World Health Organization. (2018). *Primary Health Care at Forty: Reflections from South-East Asia*. New Delhi: World Health Organization Regional Office for South-East Asia.
- World Health Organization. (2020). *Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report-71*. Geneva: World Health Organization.

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด หลังผ่าตัดหัวใจของผู้ดูแล

Health Literacy and Caring for Children with Congenital Heart Disease after Cardiac Surgery of Caregivers

กฤติกา อินทรณรงค์^{1*}, พิมพ์พรรณ กลั่นกลิ่น², เนตรทอง นามพร²

Kritika Intaranarong¹, Pimpaporn Klunklin², Nethong Namprom²

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก^{1*},
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่²

Boromarajonani College of Nursing, Songkhla, Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute^{1*},
Faculty of Nursing, Chiang Mai University²

(Received: May 23, 2022; Revised: January 16, 2023; Accepted: January 19, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์นี้ เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ การดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ และความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจของผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักของเด็กอายุระหว่าง 1-6 ปีที่เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ไม่มีอาการเขี้ยวชนิด VSD, ASD และ AVSD หลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดชนิด VSD Closure, ASD Closure และ AVSD Surgical Repair ที่มาติดตามการรักษาตามนัดในช่วง 3 เดือนแรกหลังผ่าตัดหัวใจ ณ คลินิกเด็กโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิจำนวน 5 แห่ง จำนวน 85 ราย รวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2563 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2564 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป 2) แบบสอบถามการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจของผู้ดูแล และ 3) แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .99 และ .88 ตามลำดับ และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81 และ .87 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจอยู่ในระดับสูง ($M=103.25$, $SD=15.31$)
2. ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ มีการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M=125.22$, $SD=14.32$)
3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.678$, $p<.001$)

ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน เพื่อให้เด็กได้รับการดูแลอย่างถูกต้องและเหมาะสม

คำสำคัญ: การดูแลเด็ก, เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ, ผู้ดูแล, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: kritika-fon2009@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 084-9994247)



Abstract

The health literacy of caregivers is an important factor in ensuring appropriate care for children with congenital heart disease after cardiac surgery. This correlational descriptive research aimed to investigate health literacy and caring know-how among caregivers of children with congenital heart disease after cardiac surgery, and the relationships between health literacy and quality of care among caregivers of children with congenital heart disease after cardiac surgery. Samples were 85 primary caregivers of 1 – 6 year-old children from the Pediatric Heart Disease Clinics of Outpatient Departments in five tertiary hospitals who had followed up within three months of an operation, namely VSD closure, ASD closure, and AVSD surgical repair types of cardiac surgery. Data were collected from June 2020 to April 2021. Instruments for data collection consisted of: 1) the demographic data of caregivers and children with congenital heart disease record form, 2) the caregivers' caring for children with congenital heart disease after cardiac surgery questionnaire, and 3) the caregivers' health literacy assessment form regarding caring for children with congenital heart disease after cardiac surgery. The caregivers' caring scale and the caregivers' health literacy scale were developed by the researcher, based on literature review. The content validity index (CVI) of both instruments were .99 and .88, while reliability were at the .81 and .87 levels, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman's rank correlation coefficient. The study results showed as follows.

1. The caregivers of children with congenital heart disease after cardiac surgery had a high level of health literacy in regard to taking care of children with congenital heart disease after cardiac surgery ($M=103.25$, $SD=15.31$).

2. The caregivers of children with congenital heart disease after cardiac surgery had a high level of overall caring for children with congenital heart disease after cardiac surgery ($M=125.22$, $SD=14.32$).

3. Health literacy was moderately positively correlated with caring for children with congenital heart disease after cardiac surgery among caregivers at a .05 level of significance ($r=.678$, $p<.001$).

The results of this study provide basic information for nurses to plan for promoting health literacy among caregivers of children with congenital heart disease after cardiac surgery when they return home in order to provide appropriate care for children.

Keywords: Children with Congenital Heart Disease After Cardiac Surgery, Caring for Children, Caregivers, Health Literacy

บทนำ

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (Congenital Heart Disease [CHD]) เป็นโรคหัวใจที่พบได้บ่อยที่สุดในเด็ก อุบัติการณ์ของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในทารกแรกเกิดทั่วโลกพบร้อยละ 0.8 - 1.2 (Wu, He, & Shao, 2020) ในทวีปอเมริกาเหนือ ทวีปยุโรป และทวีปเอเชียพบอุบัติการณ์โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดประมาณ 6.9 8.2 และ 9.3 รายต่อทารกแรกเกิดมีชีวิต 1,000 รายตามลำดับ (American Heart Association [AHA], 2019) สำหรับในประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดประมาณ 8 - 10 รายต่อทารกแรกเกิดมีชีวิต 1,000 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.8 - 1.0 ของทารกแรกเกิดทั้งหมด (Strategy and Planning Division, 2016) โดยมีอัตราการเกิดโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่มีอาการเขียวมากกว่าชนิดมีอาการเขียว โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่มีอาการเขียวที่พบบ่อย ได้แก่

VSD, ASD และ PDA (AHA, 2019) เมื่อตรวจพบความผิดปกติของหัวใจ เช่น มีอาการเหนื่อยง่าย หัวใจเต้นผิดปกติ มีภาวะน้ำเกิน เป็นต้น จะส่งผลให้เกิดภาวะหัวใจวายและกระทบต่อภาวะสุขภาพของเด็กได้ เด็กจะต้องได้รับการรักษาด้วยยา การผ่าตัด หรือการใส่สายสวนหัวใจ (Mitmat, 2017) เพื่อให้การทำงานของหัวใจและระบบไหลเวียนเลือดทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น รวมทั้งป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ โดยการผ่าตัดหัวใจเป็นหนึ่งในวิธีที่นิยมใช้รักษาโรคหัวใจ

การผ่าตัดหัวใจเป็นการรักษาที่สำคัญสำหรับเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โดยเด็กมากกว่าร้อยละ 82 จะได้รับการผ่าตัดในช่วงอายุไม่เกิน 6 ปี (The Society of Thoracic Surgeons, 2017) เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่มีอาการเขียวส่วนใหญ่จะเป็นการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (Open Heart Surgery) ได้แก่ VSD closure, ASD closure ตามลำดับ ซึ่งส่วนใหญ่จะได้รับการผ่าตัดในช่วงอายุ 3 - 6 ปี (Sayasathid, 2018) และภายหลังการผ่าตัดหัวใจเด็กต้องได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยหนักประมาณ 1 - 3 วัน และได้รับการรักษาต่อในหอผู้ป่วยพักฟื้นประมาณ 5 - 10 วัน หากอาการของเด็กคงที่และไม่พบความผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด แพทย์จึงอนุญาตให้จำหน่ายเด็กออกจากโรงพยาบาลได้ และนัดติดตามผลการรักษาหลังออกจากโรงพยาบาล (Pediatric Cardiac Surgery Foundation, 2014) อย่างไรก็ตาม เด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจมีโอกาสเสียชีวิตและเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนจากระบบทางเดินหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด การติดเชื้อ เป็นต้น (Kogon, Oster, Wallace, Chiswell, Hill, Cox et al., 2019) ซึ่งทำให้เด็กมีปัญหาสุขภาพและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของเด็ก

การดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจขณะอยู่ที่บ้านเป็นบทบาทหน้าที่สำคัญของผู้ดูแล โดยเฉพาะในช่วง 3 เดือนแรกหลังผ่าตัดหัวใจที่จะต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด (Laonanitcharoen, 2018) เพื่อให้เด็กฟื้นฟูสภาพร่างกายและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัดหัวใจ เช่น การสมานของกระดูกหน้าอกยังไม่สมบูรณ์ มีความเหนื่อยง่ายได้ง่าย มีภาวะช็อค ภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำมีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ เป็นต้น (Children's Hospital of The King's Daughters, 2018) จากการทบทวนวรรณกรรม การดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดขณะกลับไปอยู่ที่บ้านมี 6 ด้าน ได้แก่ 1) การดูแลแผลผ่าตัดให้สะอาด ไม่ให้แผลอักเสบ 2) การทำกิจกรรมประจำวันตามความสามารถของเด็ก งดกิจกรรมที่ใช้แรงมากเกินไป และให้เด็กนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ 3) การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และมีสัดส่วนที่เหมาะสม จำกัดอาหารรสเค็ม และชั่งน้ำหนักเด็กอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง 4) การสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ทันที เช่น หายใจเหนื่อย ออกนํมมือเท้าบวม แผลอักเสบ เป็นต้น 5) การรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างถูกต้อง ทั้งขนาดยาที่ให้ เวลารับประทานยา และสังเกตอาการข้างเคียงของยา และ 6) การมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ แม้ว่าเด็กจะไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ ถ้าเด็กมีอาการผิดปกติต้องพาเด็กมาพบแพทย์ทันทีไม่ต้องรอให้ถึงวันนัด การดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอย่างถูกต้องและต่อเนื่องจะช่วยลดอัตราป่วยด้วยภาวะแทรกซ้อนที่ต้องเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้ และช่วยส่งเสริมให้เด็กมีภาวะสุขภาพที่ดีตามศักยภาพ อย่างไรก็ตาม พบว่าผู้ดูแลยังให้การดูแลเด็กหลังผ่าตัดหัวใจบางด้านไม่ถูกต้อง เช่น การให้เด็กรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง อาหารสำเร็จรูป ขนมขบเคี้ยว (Srichantarant & Thampanichawat, 2018) ไม่สามารถประเมินอาการผิดปกติที่มีความเสี่ยงต่อชีวิตเด็กขณะอยู่ที่บ้านได้ ทำให้เด็กได้รับการดูแลอย่างไม่ทันทั่วถึง (Tregay, Brown, Crowe, Bull, Knowles, Smith et al., 2016) และการดูแลที่เด็กได้รับยังไม่ครอบคลุมทั้ง 6 ด้าน ทั้งนี้ยังมีอีกหลายปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจของผู้ดูแล

การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ พบว่า ปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพ ความสัมพันธ์กับเด็ก ระยะเวลาในการดูแลเด็ก อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว (Srichantarant & Thampanichawat, 2018) ประสบการณ์ การดูแลเด็ก แหล่งข้อมูลที่ได้รับ (Srikotr, Jintrawet, & Mesukko, 2018) และความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Wicha, Jintrawet, & Lamchang, 2021) และปัจจัยด้านเด็ก ได้แก่ อายุ การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาการเจ็บป่วย ชนิดการผ่าตัด (Payjapoh, Kongsaktrakul, & Arj-Ong Vallibhakara, 2017) การดูแลรักษาและภาวะแทรกซ้อนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน (Saopeng, Jintrawet, &

Chotibang, 2019) มีความเกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า ความรู้และประสบการณ์ของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ ส่วนความรู้ด้านสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล พบว่า มีการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลของบิดามารดาในการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดก่อนผ่าตัดหัวใจ ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน แต่ยังไม่พบการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ซึ่งอาจมีความสัมพันธ์กับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

ความรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิดของ Nutbeam (2008) ให้นิยามว่า “เป็นความสามารถในการใช้ทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี” โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Functional Literacy Level) ความรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ (Interactive Literacy Level) และความรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ (Critical Literacy Level) ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ได้แก่ 1) ความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน เป็นทักษะพื้นฐานในการฟัง พูด อ่าน เขียน เพื่อการเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ สามารถค้นคว้าหาข้อมูลจากสื่อต่างๆ เช่น หนังสือ แผ่นพับ สื่อออนไลน์ บุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น และมีการรับรู้และจดจำข้อมูลจนเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจได้ 2) ความรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ เป็นการสื่อสารเพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลสุขภาพเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ โดยการพูดคุย บอกเล่า หรือซักถามข้อมูลกับบุคลากรด้านสุขภาพและผู้รู้ รวมทั้งสามารถอธิบายเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจให้ผู้อื่นเข้าใจได้ 3) ความรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ เป็นการรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศ จากการตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลและนำมาใช้ในการคิดวิเคราะห์ผลดีผลเสียก่อนที่จะตัดสินใจเลือกปฏิบัติหรือหลีกเลี่ยง เพื่อให้การดูแลสุขภาพเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้อย่างเหมาะสม จากการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาของ Wicha, Jintrawet, & Lamchan (2021) เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลของบิดามารดาในการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดก่อนผ่าตัดหัวใจ พบว่า บิดามารดามีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดก่อนผ่าตัดหัวใจในระดับปานกลาง ($r=.39, p<.01$) การศึกษาของ Baskaradoss, AlThunayan, Alessa, Alobaidy, Alwakeel, Alshubaiki et al. (2019) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพฟันเด็กของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพสูงจะให้การดูแลสุขภาพฟันของเด็กได้ดีกว่าผู้ที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำ จึงส่งผลให้เด็กมีสุขภาพฟันที่ดี และการศึกษาของ Bridges, Parthasarathy, Wong, Yiu, Au, & McGrath (2014) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ดูแลกับภาวะสุขภาพช่องปากของเด็ก พบว่า ความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ดูแลกับภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กมีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง ($r=.52, p<.001$) ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมา เป็นการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในช่วงก่อนผ่าตัดหัวใจและยังไม่ครอบคลุมการดูแลทั้ง 6 ด้าน และเป็นการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานในผู้ดูแลเด็กโรคอื่นๆ ที่ไม่ใช่โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ จึงไม่สามารถนำมาใช้อธิบายความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจของผู้ดูแลได้ ถ้าผู้ดูแลมีความรู้ด้านสุขภาพที่ดีก็จะส่งผลให้การดูแลเด็กไม่มีประสิทธิภาพ และอาจเกิดความเจ็บป่วยจากภาวะแทรกซ้อนของโรคได้

การนำแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพในแต่ละระดับไปใช้ในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กมีทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมในการเข้าถึงข้อมูลและบริการที่เหมาะสม สามารถสื่อสารทำความเข้าใจ และพิจารณาตรวจสอบข้อมูลให้ถูกต้องก่อนที่จะตัดสินใจเลือกปฏิบัติ เพื่อให้การดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจ

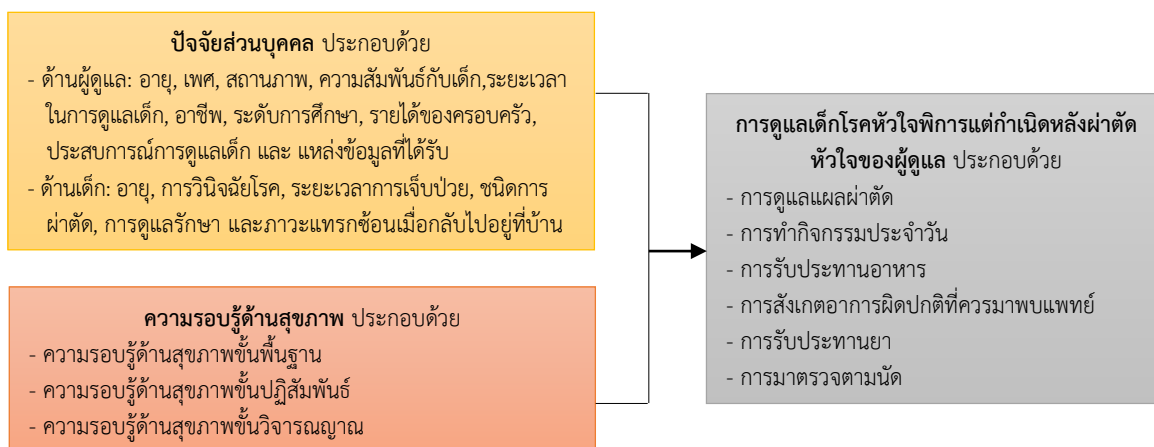
ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจของผู้ดูแล ซึ่งหากผู้ดูแลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดี และให้การดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้เหมาะสม อาจช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดหัวใจและส่งเสริมให้เด็กมีสุขภาพที่ดีขึ้นได้ นอกจากนี้ การศึกษาครั้งนี้จะทำให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลและการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจของผู้ดูแลเพื่อนำไปวางแผนการดูแลเด็กหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ
2. เพื่อศึกษาการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจของผู้ดูแลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจของผู้ดูแลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรมการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจของผู้ดูแลร่วมกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม (Nutbeam, 2008) มาใช้ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจของผู้ดูแล การดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่มีอาการเขียวหลังผ่าตัดหัวใจเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านในระยะ 3 เดือนแรก เป็นการปฏิบัติของผู้ดูแล ประกอบด้วย การดูแลแผลผ่าตัด การทำกิจกรรมประจำวัน การรับประทานอาหาร การสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ การรับประทานยา และการมาตรวจตามนัด เพื่อให้เด็กฟื้นฟูสภาพร่างกายและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัดหัวใจ โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นความสามารถในการใช้ทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (functional literacy level) ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลและบริการ และมีความรู้และความเข้าใจ 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ (interactive literacy level) ประกอบด้วย ทักษะการสื่อสาร และ 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ (critical literacy level) ประกอบด้วย การรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ซึ่งการที่ผู้ดูแลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีอาจจะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational Research) ระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2563 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ ผู้ดูแลหลักของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่มีอาการเขียว ได้แก่ VSD, ASD และ AVSD หลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดชนิด VSD Closure, ASD Closure และ AVSD Surgical Repair ที่มีอายุระหว่าง 1-6 ปี โดยมาตามนัดเพื่อติดตามการรักษาในช่วง 3 เดือนแรกหลังผ่าตัดหัวใจ ที่คลินิกเด็กโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตติยภูมิในภาคใต้

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่มีอาการเขียว ได้แก่ VSD, ASD และ AVSD หลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดชนิด VSD Closure, ASD Closure และ AVSD Surgical Repair ที่มีอายุระหว่าง 1-6 ปี โดยมาตามนัดเพื่อติดตามการรักษาในช่วง 3 เดือนแรกหลังผ่าตัดหัวใจ ที่คลินิกเด็กโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในภาคใต้ จำนวน 5 แห่ง โดยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติดังนี้

1. มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
2. มีระยะเวลาในการดูแลเด็กอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ก่อนผ่าตัดหัวใจจนกระทั่งกลับไปอยู่ที่บ้านไม่ต่ำกว่า 3 เดือน
3. ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ไม่มีโรคร่วม เช่น โรคทางระบบประสาท และ/หรือไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่รุนแรง เช่น ภาวะปอดแฟบ ปอดอักเสบรุนแรง ภาวะเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ และ/หรือไม่มีโรคที่เกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรม เช่น ดาวน์ซินโดรม เป็นต้น
4. สามารถฟัง พูด อ่านและเขียนภาษาไทยได้
5. ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางประมาณค่าวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power Analysis) โดยกำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ (Significant Level) ที่ .05 อำนาจการทดสอบ (Level of Power) ที่ระดับ .80 และการประมาณค่าขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปร (Effect Size) ที่ .30 ซึ่งเป็นค่าความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 85 ราย เพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีสัดส่วนเดียวกัน จึงใช้สูตรคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วน (Proportional Sampling) ของจำนวนเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่มีอาการเขียวหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษาจากจำนวนประชากรทั้งหมด (Polit & Beck, 2021)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถาม 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่มีอาการเขียว

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่มีอาการเขียว

ชุดที่ 2 แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของนัทบีม (Nutbeam, 2008) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็น 3 ระดับ รวมทั้งหมดจำนวน 27 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ (Likert scale) โดยกำหนดการให้คะแนน ตั้งแต่ 1-5 คะแนน ได้แก่ การปฏิบัติตรงกับความเป็นจริงน้อยที่สุด น้อย ปานกลางมาก และมากที่สุด ตามลำดับ การแปลผลคะแนนได้จากการคำนวณหาอันตรภาคชั้น โดยใช้ค่าพิสัยที่คำนวณได้จากคะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุด แล้วนำผลลัพธ์ที่ได้มาหาค่าคะแนนเพื่อแบ่งระดับคะแนนเป็น 3 ช่วงเท่าๆ กัน (Burns & Grove, 2020) โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ สูง ปานกลาง ต่ำ ดังนี้

ค่าคะแนน 100.00 – 135.00 หมายถึง ผู้ดูแลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง

ค่าคะแนน 64.00 – 99.99 หมายถึง ผู้ดูแลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง

ค่าคะแนน 27.00 – 63.99 หมายถึง ผู้ดูแลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจของผู้ดูแล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยคำถาม 6 ด้าน รวมทั้งหมดจำนวน 41 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ (Likert Scale) โดยกำหนดการให้คะแนน ตั้งแต่ 0-4 คะแนน ได้แก่ ไม่มีเหตุการณ์ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติทุกครั้ง ตามลำดับ ข้อคำถามที่ระบุ ไม่มีเหตุการณ์ (0 คะแนน) จะไม่นำมาคำนวณคะแนนร่วมกับข้อคำถามอื่นๆ การแปลผลคะแนนได้จากการคำนวณหาอันตรภาคชั้น โดยใช้ค่าพิสัยที่คำนวณได้จากคะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุด แล้วนำผลลัพธ์ที่ได้มาหาค่าคะแนนเพื่อแบ่งระดับคะแนนเป็น 3 ช่วงเท่าๆ กัน (Burns & Grove, 2020) โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ สูง ปานกลาง ต่ำ ดังนี้

ค่าคะแนน 124.00 - 164.00 หมายถึง ผู้ดูแลมีการดูแลเด็กหลังผ่าตัดหัวใจในระดับสูง

ค่าคะแนน 83.00 - 123.99 หมายถึง ผู้ดูแลมีการดูแลเด็กหลังผ่าตัดหัวใจในระดับปานกลาง

ค่าคะแนน 41.00 - 82.99 หมายถึง ผู้ดูแลมีการดูแลเด็กหลังผ่าตัดหัวใจในระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมไปหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ อาจารย์พยาบาล พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญเรื่องความรู้ด้านสุขภาพ เป็นผู้พิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของแบบสอบถามการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจของผู้ดูแล และแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจเท่ากับ .99 และ .88 ตามลำดับ จากนั้นหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดสอบกับกลุ่มผู้ดูแลที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย และนำแบบสอบถามการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจของผู้ดูแล และแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ มาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .81 และ .87 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

- ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลโดยมีขั้นตอนดังนี้
1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลระดับตติยภูมิทั้ง 5 แห่ง เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัย เมื่อผู้วิจัยได้รับหนังสืออนุมัติให้เก็บข้อมูลวิจัยแล้ว จึงเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าคลินิกเด็กโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลตติยภูมิทั้ง 5 แห่ง เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย
 2. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลที่คลินิกเด็กโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 1 แห่ง และมีผู้ช่วยวิจัยโรงพยาบาลละ 1 ท่าน รวมจำนวน 4 ท่าน เก็บข้อมูลวิจัยในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 4 แห่ง เนื่องจากต้องรวบรวมข้อมูลในช่วงเวลาเดียวกัน จึงทำให้ผู้วิจัยไม่สามารถรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองได้ โดยผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกผู้ช่วยวิจัยตามคุณสมบัติ ดังนี้ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาและมีประสบการณ์ในการทำวิจัย 2) ผ่านการอบรมจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และ 3) สนใจเป็น ผู้ช่วยวิจัย
 3. เตรียมผู้ช่วยวิจัยเพื่อรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยอธิบายให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าใจเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง การเซ็นยินยอมเข้าร่วมวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การทำความเข้าใจในข้อคำถามการวิจัย การตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม และการจัดเก็บใบยินยอมและแบบสอบถาม พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัยซักถามในประเด็นที่สงสัย และให้ผู้ช่วยวิจัยทดลองใช้แบบสอบถามกับผู้ที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้เกิดความเข้าใจและทักษะในการเก็บข้อมูลวิจัย จากนั้นจึงมอบเอกสารการวิจัยและแบบสอบถามในการเก็บข้อมูลวิจัยให้แก่ผู้ช่วยวิจัย
 4. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยสำรวจรายชื่อของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่มีอาการเขียว และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด จากนั้นจึงเข้าพบกลุ่มตัวอย่างตามวันและเวลาทำการของคลินิกเด็กโรคหัวใจในแต่ละโรงพยาบาล แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างโดยแจ้งสิทธิสำหรับการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างได้อ่านและทำความเข้าใจเอกสารชี้แจง

โครงการวิจัยสำหรับอาสาสมัคร โดยให้อิสระในการตัดสินใจเพื่อเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

5. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยชี้แจงวิธีการตอบแบบสอบถามเป็นรายบุคคล ซึ่งมีแบบสอบถามจำนวน 3 ชุด ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจของผู้ดูแล และแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ และให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้อ่านและตอบแบบสอบถามทั้งหมดด้วยตนเอง ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที

6. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยรับแบบสอบถามคืนจากกลุ่มตัวอย่างโดยให้ใส่ในกล่องที่เตรียมไว้ จากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลทั้งหมด หากแบบสอบถามชุดใดที่ไม่สมบูรณ์จะถูกคัดออก เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลได้ครบ 85 รายตามที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนานำมาแจกแจงความถี่ แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพและการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจของผู้ดูแล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนานำมาแจกแจงความถี่ แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจของผู้ดูแล ทำการทดสอบการแจกแจงของข้อมูลโดยใช้สถิติโคลโมโกรอฟสมิโนฟ (Kolmogorov-Smirnov Test) พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งไม่ปกติ เลือกใช้สถิตินอนพาราเมตริก สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation Coefficient) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และนำมาพิจารณาระดับความสัมพันธ์ของตัวแปรจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation Coefficient) (Polit & Beck, 2021)

$r = \pm 1.00$	หมายความว่า	ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันอย่างสมบูรณ์
$r = > \pm .70$	หมายความว่า	ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันในระดับสูง
$r = \pm .30$ ถึง $\pm .70$	หมายความว่า	ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง
$r = < \pm .30$	หมายความว่า	ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ
$r = 0$	หมายความว่า	ตัวแปรไม่มีความสัมพันธ์กัน

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่ เลขที่ 2562 – 110 Study Code: 2562-EXP071 วันที่ 20 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2562

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ

ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ จำนวน 85 ราย พบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 98.82 มีอายุระหว่าง 20 - 40 ปี ร้อยละ 89.41 เป็นมารดาของเด็ก ร้อยละ 96.47 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 82.35 ให้การดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเป็นเวลา 1 - 2 ปี ร้อยละ 48.23 มีอาชีพประกอบธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย ร้อยละ 37.65 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 50.58 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัว 10,001 - 15,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 30.59 ซึ่งไม่เพียงพอต่อรายจ่าย ร้อยละ 64.70 ผู้ดูแลเด็กทุกคนไม่มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจคนอื่น ๆ มาก่อน และทุกคนได้รับความรู้ในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจจากแพทย์ รองลงมาคือพยาบาล ร้อยละ 92.94 และสื่ออินเทอร์เน็ต/เฟซบุ๊ก/ยูทูบ ร้อยละ 58.82

1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ

เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ จำนวน 85 ราย พบว่า เป็นเพศชาย ร้อยละ 54.12 มีอายุระหว่าง 1 – 2 ปี ร้อยละ 47.06 ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิด VSD ร้อยละ 82.35 ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดครั้งแรกเมื่อแรกเกิด ร้อยละ 36.47 มีระยะ เวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยโรคจนถึงวันผ่าตัดอยู่ในช่วงระหว่าง 1 - 2 ปี ร้อยละ 49.40 ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดชนิดเย็บปิดรูรั่วที่ผนังหัวใจห้องล่าง ร้อยละ 82.35 ระยะเวลาตั้งแต่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลหลังผ่าตัดจนถึงปัจจุบันอยู่ในช่วง 30-60 วัน ร้อยละ 69.40 เด็กทุกคนมีารับประทานต่ที่บ้านและทุกคนได้รับยาขับปัสสาวะ รองลงมาคือยาลาน็อกซิน (Lanoxin) ร้อยละ 69.41 เด็กมีภาวะแทรกซ้อนภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ร้อยละ 60.00 เป็นจำนวน 1 ครั้ง ร้อยละ 74.51 โดยมีอาการไข้/ไอ/มีน้ำมูก ร้อยละ 82.35 รองลงมาคือ ปอดอักเสบชนิดไม่รุนแรง ร้อยละ 43.14 และไม่ต้องนอนพักรักษาการเจ็บป่วยในโรงพยาบาล ร้อยละ 50.98

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ (n = 85)

ข้อมูล	M	SD	ระดับ
ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน	41.32	7.00	สูง
ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการ	18.90	3.16	สูง
ด้านความรู้และความเข้าใจ	22.42	4.10	สูง
ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์	23.17	3.38	สูง
ด้านการสื่อสาร	23.17	3.38	สูง
ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ	38.82	5.49	สูง
ด้านการรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศ	21.48	3.94	สูง
ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ	17.34	1.95	สูง
ภาพรวม	103.25	15.31	สูง

จากตาราง 1 พบว่า ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ จำนวน 85 ราย มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M=103.25$, $SD=15.31$) เมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านสุขภาพในแต่ละขั้นพบว่าอยู่ในระดับสูง ดังนี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ($M=41.32$, $SD=7.00$) ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ ($M=23.17$, $SD=3.38$) และความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ ($M=38.82$, $SD=5.49$)

3. การดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจของผู้ดูแล

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจของผู้ดูแล (n=85)

ข้อมูล	M	SD	ระดับ
การดูแลแผลผ่าตัด	18.55	2.49	สูง
การทำกิจกรรมประจำวัน	18.38	2.34	สูง
การรับประทานอาหาร	33.75	4.55	สูง
การสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์	10.14	1.65	สูง
การรับประทานยา	31.75	5.29	สูง
การมาตรวจตามนัด	12.76	2.14	สูง
ภาพรวม	125.22	14.32	สูง

จากตาราง 2 พบว่า ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ จำนวน 85 ราย มีการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M=125.22$, $SD=14.32$) เมื่อพิจารณาการดูแลในแต่ละ

ด้านพบว่าอยู่ในระดับสูง ดังนี้ ด้านการดูแลแผลผ่าตัด ($M=18.55$, $SD=2.49$) ด้านการทำกิจกรรมประจำวัน ($M=18.38$, $SD=2.34$) ด้านการรับประทานอาหาร ($M=33.75$, $SD=4.55$) ด้านการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ ($M=10.14$, $SD=1.65$) ด้านการรับประทานยา ($M=31.75$, $SD=5.29$) และด้านการมาตรวจตามนัด ($M=12.76$, $SD=2.14$)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจของผู้ดูแล

ตาราง 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจของผู้ดูแล

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
ความรู้ด้านสุขภาพกับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจของผู้ดูแล	.678**	<.001

จากตาราง 3 พบว่า ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ จำนวน 85 ราย พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพกับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.678$, $p<.001$)

อภิปรายผล

1. ผู้ดูแลมีความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจอยู่ในระดับสูง ($M=103.25$, $SD=15.31$) (ตาราง 1) อธิบายได้ว่า ผู้ดูแลมีความสามารถในการใช้ทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมในการเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ สามารถสื่อสารและทำความเข้าใจข้อมูลได้เป็นอย่างดี และสามารถประเมินความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลก่อนที่จะตัดสินใจเลือกปฏิบัติกรดูแลเด็กหลังผ่าตัดหัวใจที่เป็นประโยชน์และส่งผลดีต่อสุขภาพของเด็ก ถึงแม้ว่าผู้ดูแลทุกคนไม่มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจมาก่อน แต่มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กก่อนได้รับการผ่าตัดหัวใจมากกว่า 1 ปี จึงทำให้ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลเด็กหลังผ่าตัดหัวใจได้ดี รวมทั้งการได้รับข้อมูลความรู้และประสบการณ์ในช่วงหลังผ่าตัดหัวใจขณะอยู่ในโรงพยาบาลจากแพทย์และพยาบาล เพื่อเตรียมจำหน่ายให้เด็กได้กลับไปพักฟื้นที่บ้าน และได้รับความรู้ในช่วงที่พาเด็กมาพบแพทย์ตามนัด (Mitmat, 2017) ร่วมกับการแสวงหาความรู้เพิ่มเติมของผู้ดูแลทั้งจากบุคคลและสื่อต่างๆ จึงส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาความรู้ด้านสุขภาพในแต่ละชั้นพบว่าอยู่ในระดับสูง ดังนี้ ความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ($M=41.32$, $SD=7.00$) ความรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ ($M=23.17$, $SD=3.38$) และความรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ ($M=38.82$, $SD=5.49$) อธิบายได้ว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาปริญญาตรี จึงมีความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูล รู้วิธีในการค้นหาข้อมูลและการใช้อุปกรณ์สืบค้นจากสื่อต่างๆ ด้วยตนเองได้เป็นอย่างดี ทั้งจากคู่มือหนังสือ แผ่นพับและสื่อออนไลน์ เป็นต้น การพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลกับแพทย์และพยาบาลซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญที่ให้การรักษาและติดตามอาการของเด็กหลังผ่าตัดหัวใจ จะช่วยให้ผู้ดูแลได้รับข้อมูลที่ชัดเจนและสามารถซักถามหรือบอกเล่าข้อมูลต่างๆ ของเด็กหลังผ่าตัดหัวใจให้แพทย์และพยาบาลรับทราบได้ทันที เพื่อที่จะวางแผนร่วมกันในการดูแลเด็กได้อย่างเหมาะสม (Gandhi, Kenzik, Thompson, DeWalt, Revicki, Shenkman et al., 2013) ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความรู้และความเข้าใจในการดูแลเด็กหลังผ่าตัดหัวใจขณะอยู่ที่บ้านในระดับสูง นอกจากนี้ ผู้ดูแลมีการนำข้อมูลต่างๆ ที่ได้รับมาพิจารณาตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือก่อนที่จะตัดสินใจเชื่อหรือปฏิบัติตาม ซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่จะเลือกปฏิบัติตามคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งมีความน่าเชื่อถือมากกว่าข้อมูลจากสื่อออนไลน์ รวมทั้งมีประสบการณ์ในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดทั้งช่วงก่อนและหลังผ่าตัดหัวใจ จึงมีความรู้ความเข้าใจรวมทั้งประสบการณ์ในการคิดพิจารณาเปรียบเทียบข้อมูลต่างๆ และเลือกปฏิบัติในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจได้อย่างเหมาะสม

2. การดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจของผู้ดูแลโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M=125.22$, $SD=14.32$) (ตาราง 2) อธิบายได้ว่า ผู้ดูแลเด็กมีการปฏิบัติในการดูแลช่วยเหลือเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจขณะกลับไปอยู่ที่บ้านได้เป็นอย่างดี เพื่อส่งเสริมให้เด็กฟื้นฟูสภาพร่างกายและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัดหัวใจ โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องให้การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องและยาวนาน (Adelman, Tmanova, Delgado, Dion, & Lachs, 2014) ทำให้ผู้ดูแลมีประสบการณ์และทักษะการดูแลเด็กทั้งในช่วงก่อนผ่าตัดหัวใจและหลังผ่าตัดหัวใจขณะอยู่ในโรงพยาบาล จากผลการศึกษาการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจของผู้ดูแล พบว่า อยู่ในระดับสูงทั้ง 6 ด้าน โดยด้านการดูแลแผลผ่าตัด ($M=18.55$, $SD=2.49$) อธิบายได้ว่า ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเด็กจะได้รับการตัดไหม ซึ่งแผลจะแห้งและติดสนิทกันดี ทำให้ผู้ดูแลสามารถดูแลแผลขณะกลับไปอยู่บ้านได้ง่ายขึ้น ร่วมกับผู้ดูแลจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลแผลเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ได้แก่ การสังเกตลักษณะแผล ระวังระวังไม่ให้แผลเปียกน้ำ ป้องกันการกระทบกระเทือนแผล เป็นต้น ทำให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลแผลหลังผ่าตัดได้ดี ด้านการทำกิจกรรมประจำวัน ($M=18.38$, $SD=2.34$) อธิบายได้ว่า ภายหลังจากการผ่าตัดหัวใจและได้รับการจำหน่ายให้กลับไปอยู่ที่บ้าน ผู้ดูแลรับรู้ว่ามีอาการดีขึ้นจึงให้เด็กทำกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งกระตุ้นพัฒนาการของเด็กตามความเหมาะสม หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ต้องใช้แรงมากเกินไป รวมทั้งการให้เด็กได้นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายและการทำงานของหัวใจ (Gaskin, Barron, & Daniels, 2016) จึงเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ค่อนข้างน้อย แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลมีความเอาใจใส่และให้การดูแลเด็กขณะทำกิจกรรมประจำวันเป็นอย่างดี ด้านการรับประทานอาหาร ($M=33.75$, $SD=4.55$) อธิบายได้ว่า ผู้ดูแลได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ จึงให้เด็กได้รับประทานอาหารอย่างเหมาะสม เพราะอาหารเป็นปัจจัยสำคัญในการฟื้นฟูสภาพร่างกายและประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ถ้าหากรับประทานอาหารไม่เหมาะสมก็จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ (Callé, Furtado, Manso, Fonseca, Dessotte, & Carvalho, 2021) อย่างไรก็ตาม ผู้ดูแลบางส่วนยังคงดูแลด้านการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม เช่น ไม่ได้ให้เด็กรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูงเป็นประจำ ไม่ได้เตรียมเครื่องปรุงที่ไม่มีรสเค็ม เช่น มะนาว น้ำตาล ให้เด็กเติมเองหรือเติมให้เมื่อเด็กร้องขอ อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ จึงไม่สามารถจัดหาอาหารที่มีธาตุเหล็กสูงให้เด็กรับประทานได้บ่อยครั้ง ประกอบกับเด็กส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัย 1 -2 ปี จะรับประทานอาหารที่ผู้ดูแลเตรียมให้ ไม่ได้มีความต้องการในการปรุงแต่งรสชาติอาหารเพิ่มเติมเหมือนกับเด็กโตหรือผู้ใหญ่

นอกจากนี้ พบว่า ด้านการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ ($M=10.14$, $SD=1.65$) อธิบายได้ว่า ผู้ดูแลได้รับความรู้จากบุคลากรทางการแพทย์ร่วมกับประสบการณ์ในการดูแลเด็กทั้งในช่วงก่อนและหลังผ่าตัดหัวใจ จึงทำให้ผู้ดูแลสามารถเฝ้าระวังสังเกตอาการผิดปกติของเด็กหลังผ่าตัดหัวใจได้อย่างเหมาะสม (Ni, Lv, Ding, & Yao, 2019) ซึ่งภาวะแทรกซ้อนส่วนใหญ่ คือ มีไข้ ไอ มีน้ำมูก รongลงมาคือ ภาวะปอดอักเสบที่ไม่รุนแรง เนื่องจากเด็กมีภูมิคุ้มกันของร่างกายที่ต่ำ ประกอบกับภายหลังการผ่าตัดในช่วง 3 เดือนแรก เด็กยังมีร่างกายที่อ่อนแอและประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจยังไม่สมบูรณ์ จึงทำให้เด็กมีโอกาสเกิดอาการผิดปกติได้แม้ว่าจะได้รับการผ่าตัดไปแล้ว (Children's Hospital of The King's Daughters, 2018) ด้านการรับประทานยา ($M=31.75$, $SD=5.29$) อธิบายได้ว่า ผู้ดูแลได้ปฏิบัติเกี่ยวกับการให้เด็กรับประทานยาอย่างเหมาะสม ทั้งการอ่านฉลากยาก่อนทุกครั้ง ตวงยาด้วยช้อนตวงตามปริมาณที่ถูกต้อง ไม่หยดยาเอง เป็นต้น ซึ่งมียาที่ต้องรับประทานต่อที่บ้าน ได้แก่ ยาขับปัสสาวะ ยาต้านอกซิน ยาแก้ปวดลดไข้ และยาฆ่าเชื้อ คิดเป็นร้อยละ 100, 69.4, 31.8 และ 20 ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ที่ให้อาสาสมัครเด็กจะไม่ได้นับอัตราการเต้นของหัวใจเด็กก่อนให้ยา อาจเกิดจากผู้ดูแลไม่ได้รับการสอนในการนับอัตราการเต้นของหัวใจของเด็กก่อนให้ยา หรือได้รับคำแนะนำแล้วแต่การนับอัตราการเต้นของหัวใจในเด็กค่อนข้างกระทำไ้ยากกว่าในผู้ใหญ่ จึงทำให้ผู้ดูแลไม่ได้นับอัตราการเต้นของหัวใจก่อนให้อาสาสมัครเด็ก อาจส่งผลให้เกิดอาการหัวใจเต้นช้าลง หัวใจเต้นผิดจังหวะ ซึ่งเป็นอาการข้างเคียงที่อันตรายจากการได้รับยาได้ และด้านการมาตรวจตามนัด ($M=12.76$, $SD=2.14$) อธิบายได้ว่า ผู้ดูแลเห็นความสำคัญของการพาเด็กมาตรวจตามนัด เพื่อให้แพทย์ทำการตรวจสุขภาพของเด็ก และวางแผนการรักษาในการปรับเพิ่มหรือลดปริมาณยาต่างๆ ให้

สอดคล้องกับภาวะสุขภาพของเด็ก ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะพาเด็กไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง และไม่ได้พาเด็กไปพบแพทย์ทันทีที่เด็กมีไข้ ไอ มีน้ำมูก ซึ่งเป็นอาการที่ไม่รุนแรง จึงให้การดูแลต่อที่บ้านและไปพบแพทย์ตามวันทีนัดหมายไว้

3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.678, p<.001$) (ตาราง 3) อธิบายได้ว่า ผู้ดูแลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีจะมีความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพได้ดี มีความรู้ความเข้าใจและทักษะต่างๆ ในการค้นหาข้อมูล เพื่อที่จะสามารถให้การดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจของผู้ดูแลในระดับ ปานกลาง อาจจะเกิดจากผู้ดูแลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในแต่ละขั้นและให้การดูแลเด็กหลังผ่าตัดหัวใจในแต่ละด้านที่แตกต่าง กัน แม้ว่าในภาพรวมผู้ดูแลจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและให้การดูแลเด็กหลังผ่าตัดหัวใจในระดับสูง แต่พบว่าในบาง ทักษะผู้ดูแลบางส่วนยังมีการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพของเด็กหลังผ่าตัดหัวใจที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะในด้านการ รับประทานยาที่ไม่ได้นับอัตราการเต้นของหัวใจของเด็กก่อนให้ยาลาน็อกซิน การสังเกตอาการข้างเคียงหลังให้ยา เป็นต้น ซึ่งอาจเกิดจากขาดความตระหนักในการดูแลเนื่องจากรับรู้ว่ามีอาการดีขึ้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง จึงให้ การดูแลที่ใกล้เคียงกับเด็กปกติทั่วไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wicha, Jintrawet, & Lamchang (2021) เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลของบิดามารดาในการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็ก โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดก่อนผ่าตัดหัวใจ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลของบิดามารดาในการ ป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดก่อนผ่าตัดหัวใจมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปาน กลาง ($r=.39, p<.01$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Bridges, Parthasarathy, Wong, Yiu, Au, & McGrath (2014) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ดูแลกับภาวะสุขภาพช่องปากของเด็ก พบว่า ความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ดูแลกับภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กมีความสัมพันธ์กันในระดับ ปานกลาง ($r=.52, p<.001$) ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจของ ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวก นั่นคือ ผู้ดูแลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากก็จะส่งผลให้มีการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการ แต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจที่ดี ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นจึงมีความสำคัญ ที่จะช่วยให้ ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้ถูกต้องและมี ประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล สามารถนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยมาใช้เป็นแนวทางในการดูแลเด็กโรคหัวใจ พิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจของผู้ดูแลทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ การดูแลแผลผ่าตัด การทำกิจกรรมประจำวัน การ รับประทานอาหาร การสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ การรับประทานยา และการมาตรวจตามนัด ซึ่งจะ ช่วยให้ผู้ดูแลมีความรอบรู้ในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน โดยวางแผน จำหน่ายตั้งแต่ช่วงก่อนและหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น เตรียมผู้ดูแลเกี่ยวกับการให้ยา การนับชีพจร การสังเกตอาการผิดปกติหลังได้รับยา เป็นต้น นอกจากนี้ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเป็นแนวทางในการประเมินและ ส่งเสริมความรู้ในส่วนที่ขาดของผู้ดูแลเมื่อมีการมาตรวจตามนัดเพื่อติดตามการรักษาในช่วง 3 เดือนแรกหลังผ่าตัด หัวใจ

2. ด้านการศึกษา สามารถนำข้อมูลพื้นฐานที่ได้จากการวิจัย ไปเป็นเนื้อหาประกอบการจัดการเรียนการสอน เกี่ยวกับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านและการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความรอบ รู้ด้านสุขภาพ

3. ด้านการวิจัย สามารถนำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อพัฒนางานวิจัยที่เป็นรูปแบบการสอน/สื่อสาร ของบุคลากรสุขภาพที่ให้กับผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง ขั้นพื้นฐาน ขั้นปฏิสัมพันธ์ และขั้นวิจารณ์ญาณ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจของผู้ดูแล จึงควรศึกษาปัจจัยทำนายการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจของผู้ดูแล รูปแบบ/โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ

References

- Adelman, R. D., Tmanova, L. L., Delgado, D., Dion, S. & Lachs, M. S. (2014). Caregiver Burden: A Clinical Review. *Journal of the American Medical Association*, 311(10), 1052-1060.
- American Heart Association. (2019). *2019 Heart Disease & Stroke Statistical Update Fact Sheet Congenital Cardiovascular Defects*. Retrieved November 20, 2021 from https://professional.heart.org/idc/groups/ahamh-public/@wcm/@sop/@smd/documents/downloadable/ucm_503417.pdf.
- Baskaradoss, J. K., AlThunayan, M. F., Alessa, J. A., Alobaidy, S. S., Alwakeel, R. S., Alshubaiki, A. H., et al. (2019). Relationship Between Caregivers' Oral Health Literacy and Their Child's Caries Experience. *Community Dental Health*, 36, 1-7.
- Bridges, S. M., Parthasarathy, D. S., Wong, H. M., Yiu, C. K. Y., Au, T. K., & McGrath, C. P. J. (2014). The Relationship Between Caregiver Functional Oral Health Literacy and Child Oral Health Status. *Patient Education and Counseling*, 94(3), 411-416. doi:10.1016/j.pec.2013.10.018.
- Burns, N. & Grove, S. K. (2020). *The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence* (9th ed.). St. Louis, Missouri: Saunders Elsevier.
- Callé, A., Furtado, M. C. C., Manso, P. H., Fonseca, L. M. M., Dessotte, C. A. M. & Carvalho, B. M. (2021). Going Home After a Child's Cardiac Surgery: Education for Safe Care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(Suppl. 4), e20201163. doi:10.1590/0034-7167-2020-1163.
- Children's Hospital of The King's Daughters. (2018). *Cardiothoracic Surgery, Home Care Instruction*. Retrieved March 15, 2019 from <http://www.chkd.org/Patients-and-Families/Health-Library/Way-to-Grow/Cardiothoracic-Surgery,-Home-Care-Instructions-following>.
- Gandhi, P. K., Kenzik, K. M., Thompson, L. A., DeWalt, D. A., Revicki, D. A., Shenkman, E. A., et al. (2013). Exploring Factors Influencing Asthma Control and Asthma-Specific Health-Related Quality of Life among Children. *Respiratory Research*, 14(1), 1-10.
- Gaskin, K. L., Barron, D. J. & Daniels, A. (2016). Parents' Preparedness for Their Infants' Discharge Following First-Stage Cardiac Surgery: Development of a Parental Early Warning Tool. *Cardiology in the Young*, 26(7), 1414-1424. doi:10.1017/S1047951116001062.
- Kogon, B. E., Oster, M. E., Wallace, A., Chiswell, K., Hill, K. D., Cox, M. L., et al (2019). Readmission Following Pediatric Cardiothoracic Surgery: An Analysis of the Society of Thoracic Surgeons Database. *The Annals of Thoracic Surgery*, 107(6), 1816-1823.
- Laonanitcharoen, P. (2018). Nursing Care of Children Undergoing Congenital Heart Surgery. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 19, 12-21. (in Thai).
- Mitmat, C. (2017). *Factors Related to Readiness for Hospital Discharge Among Caregivers of Children with Congenital Heart Disease After Cardiac Surgery*. Master of Nursing Science Thesis, Pediatric Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University. (in Thai).

- Ni, Z. H., Lv, H. T., Ding, S. & Yao, W. Y. (2019). Home Care Experience and Nursing Needs of Caregivers of Children Undergoing Congenital Heart Disease Operations: A Qualitative Descriptive Study. *Public Library of Science One*, 14(3), e0213154. doi:10.1371/journal.pone.0213154.
- Nutbeam, D. (2008). The Evolving Concept of Health Literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078.
- Payjapoh, C., Kongsaktrakul, C. & Arj-Ong Vallibhakara, S. (2017). Predicting Factors of Care Behaviors among Caregivers of Newborns Up to 5 Years Old After Open Heart Surgery. *Journal of Nursing Science & Health*, 40(4), 134-141. (in Thai).
- Pediatric Cardiac Surgery Foundation. (2014). *Caring for Pediatric Patients Undergoing Heart Surgery*. Retrieved October 3, 2018 from <http://www.pcsf.org/Knowledge/KnowledgeDetail/15> (in Thai).
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2021). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (11th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Saopeng, Y., Jintrawet, U. & Chotibang, J. (2019). Factors Related to Caregiver Burden of Children with Congenital Heart Disease After Open Heart Surgery. *Nursing Journal*, 46(4), 13-24. (in Thai)
- Sayasathid, J. (2018). *Common Cardiac Surgery*. (2nd ed.). Phitsanulok: Naresuan University Publishing House. (in Thai).
- Srichantarant, A. & Thampanichawat, W. (2018). Mothers' Experience of Having Their Children Undergoing Cardiac Surgery: A Qualitative Study. *Thai Journal of Nursing Council*, 33(1) 74-88. (in Thai).
- Srikotr, A., Jintrawet, U. & Mesukko, J. (2018). Factors Predicting Care Behaviors of Caregivers to Prevent Respiratory Infection in Children with Congenital Heart Disease. *Nursing Journal*, 45(4), 14-25. (in Thai).
- Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health. (2016). *Public Health Statistics A.D.2016*. Retrieved February 10, 2019 from http://planning.anamai.moph.go.th/download/D_DataMarts/Stat/health_strategy2559.pdf. (in Thai).
- The Society of Thoracic Surgeons. (2017). *Cardiac Surgery Database*. Retrieved February 3, 2019 from https://www.sts.org/sites/default/files/documents/Congenital-STSExecSummary_Children_1.pdf.
- Tregay, J., Brown, K. L., Crowe, S., Bull, C., Knowles, R. L., Smith, L., et al. (2016). Signs of Deterioration in Infants Discharged Home Following Congenital Heart Surgery in the First Year of Life: A Qualitative Study. *Archives of Disease in Childhood*, 101(10), 902-908.
- Wicha, K., Jintrawet, U. & Lamchang, S. (2021). Health Literacy and Care Behaviors of Parents in Preventing Respiratory Infection in Children with Congenital Heart Disease Prior to Cardiac Surgery. *Nursing Journal*, 48(2), 193-205. (in Thai).
- Wu, W., He, J. & Shao, X. (2020). Incidence and Mortality Trend of Congenital Heart Disease at the Global, Regional, and National Level, 1990-2017. *Medicine*, 99(23), 1-8.

การใช้สถานการณ์จำลองเหมือนจริงเพื่อพัฒนาการคิดเชิงวิพากษ์ในนักศึกษาพยาบาล

The Use of Human Patient Simulation (HPS) as a Teaching Tool to Increase the Development of Critical Thinking among Nursing Students

ณัฐวุฒิ สุริยะ^{1*}, ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์¹

Natthawut Suriya^{1*}, Phadoongsit Chumnaborirak¹

วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข^{1*}
Srimahasarakham Nursing College, Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute Ministry of Public Health^{1*}

(Received: September 6, 2021; Revised: September 23, 2022; Accepted: November 22, 2022)

บทคัดย่อ

การใช้สถานการณ์จำลองเหมือนจริง (Human Patient Simulation: HPS) สามารถเพิ่มทักษะการคิดเชิงวิพากษ์ในนักศึกษาพยาบาล ซึ่งทักษะนี้เป็นสิ่งที่จำเป็นส่งเสริมให้ผู้เรียนสามารถเชื่อมโยงความคิดระหว่างความรู้ภาคทฤษฎีกับการปฏิบัติที่เสมือนอยู่ในสถานการณ์จริง และสามารถที่จะให้การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล HPS ได้ถูกนำมาใช้ในการจัดการเรียนการสอน สามารถช่วยให้ผู้เรียนมีความมั่นใจและมีทักษะในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จริงและสามารถที่จะจัดการกับปัญหาที่เผชิญหน้าได้อย่างถูกต้อง ผู้เรียนสามารถฝึกประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโดยใช้สถานการณ์จำลองเหมือนจริงจากกรณีศึกษาผู้ป่วยที่หลากหลาย ซึ่งการเรียนรู้จะช่วยให้ผู้เรียนให้ความสำคัญในการให้การพยาบาลผู้ป่วย และสามารถเพิ่มความมั่นใจในการดูแล การเรียนรู้ด้วยวิธีนี้มีประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับนักศึกษาพยาบาล เนื่องจากทำให้นักศึกษาเกิดการพัฒนาทักษะในการตัดสินใจด้านการคิดเชิงวิพากษ์ทางคลินิกต่อไป

คำสำคัญ: การคิดเชิงวิพากษ์, นักศึกษาพยาบาล, การใช้สถานการณ์จำลองเหมือนจริง

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding email: natthawut@smnc.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 063-1725460)



Abstract

This academic article aims to explore the existing evidence on the barriers and enablers of using human patient simulation (HPS) in undergraduate nursing education, so to increase critical thinking capacities among nursing students. Critical thinking competency is essential for providing effective and efficient care on a day-to-day basis. HPS could be integrated into the curriculum and not used as a stand-alone intervention. HPS is the supplementary clinical instruction that allows an opportunity for nursing students to care for patients with a wide variety of symptoms through highly structured, problem-centered teaching scenarios. It is also beneficial for nursing students that could be better to focus on patient care without harm to patients resulting in enhancing student confidence. In conclusion, the HPS is a meaningful method to encourage critical thinking skills in the clinical practice of nursing students.

Keywords: Critical Thinking, Human Patient Simulation, Nursing Students

Introduction

Human Patient Simulation (HPS) is one of the strategies in teaching and learning that has been used to develop critical skills in the nursing school (Aebbersold, 2016). A well-designed simulation in curriculum has ability to draw upon multiple intelligences and is learner-centered whereas traditional education is relied on heavily on linguistic intelligence and rote memorization. The HPS has ability to formulate realistic case scenarios which are appropriate to meet the instructors' educational goals. The simulation could create a good learning environment that leads to enhance knowledge, skills, safety, and confidence. Many studies were reported that using HPS is beneficial for nursing students to develop clinical judgement skills for nursing practice. Likewise, a systemic review explores the effectiveness of HPS in teaching clinical reasoning skills in undergraduate nursing students. The results showed that nursing students were improved acquisition and critical thinking (Palombo, 2018). HPS could enhance student's satisfaction with the learning outcomes. In addition, Powell-Laney, Keen & Hall (2012) pointed out that HPS is the supplementary clinical instruction that allows an opportunity for nursing students to care for patients with a wide variety of symptoms through highly structured, problem-centered teaching scenarios. It is beneficial for nursing students because HPS could be better learning method to focus on patient care without harm to patient resulting in enhancing student confidence (Brysewicz & Amod, 2019). Therefore, the HPS is meaningful method to encourage critical thinking skills in clinical practice of nursing students.

In Thailand, several nursing schools have been adopted the HPS as a teaching as learning tool in nursing curriculum to ensure that nursing students will be enhanced critical thinking. This is consistent with the core competency of register nurse which is published by Nursing and Midwife Council in Thailand. The second aspect highlighted that nurses should have the potential to use critical thinking in order to care for patient (Aebbersold, 2016). Therefore, it is clear that critical thinking is an important issue that the policy in the country attempts to adopt in nursing schools in order to promote nursing students to think critically within the learning process.

Using HPS in nursing curricular is based on adult learning theory which has positive influence on self-directed learning because adult learners have to demonstrate self-responsibility in learning

process as well as the situation can affect the learners as active participant in the learning process (Bahri, 2021). Regarding to andragogy theory, Lewis & Bryan (2021) stated that adult learners had independent self-concept which can direct their own learning. The self-directed learning is essential component in learning process to act as a vehicle for nursing students to develop independent learning skills and a commitment to life-long learning (Gantt, Overton, Avery, Swanson, & Elhammoumi 2018). Students have the opportunity to exercise clinical decision making, even make mistakes, and then benefit from immediate feedback from faculty in a safe environment. In the actual clinical setting students cannot be permitted this much autonomy as human life is at stake (Al-Ghareeb & Cooper, 2016). HPS offers a unique opportunity for student to manage complex real-life emergencies; promotes reflection by allowing student to reflect or review their roles, decisions and skills; allows student midwives to learn from their own experiences and encourages student midwives to try out what they learnt in a real-life situation (Shin, Park & Kim, 2015).

It is notable that facilitators or educators are the key component to foster the process of the HPS to reach the learning outcomes. Understanding the facilitators to incorporating, HPS will enhance high technology approaches in curricula and produce positive educational outcomes (Schrant, Archer & Long, 2018). In patient simulation, the learners may have a relevant experience which can be used to promote equality and diversity of them. The role of facilitator is to assess the knowledge, experience and understanding of each learner in order to build upon their current ability. The facilitator should be aware of the unique personal knowledge of the learners and be ready to reinforce or discourage behaviour as appropriate. The responsibility of learners is to remember a similar situation and think of what the strategies how to handle it effectively. This process helps the facilitator to prepare and utilise their abilities to engage within the learning process.

It is related to the constructivist approach which underpinning the situation that the learners can bring their own experience and set to the situation. In addition, the learners study in a small group during the situation which had an opportunity to create social interaction with other including teachers and learners. This can form the basis of social constructivism theory. Conversely, behaviourist learning has a positive and more effective in the development of psychomotor skills and factual knowledge (Humphrey, 2013). Moreover, the orientation of the situation before participating in the situation is needed to meet the success of the situation. Clearly, the relationship between educators and learners is also significant in learning process. Humphrey (2013) pointed out that the educator behaviour could affect students' behaviour which in turn affect to the student achievement. Motivation in the learners is important. The educator should support the learners during learning process as an active learner. This is because it can enhance motivation through practice. In addition, the educator should provide and support simulation learning environment that allows the learners rooted in a familiar environment that could enhance the learners' ability gaining knowledge. Implementation of mastery learning can be logistically challenging as it requires flexibility in both educator time and simulation space and equipment. Multiple scenario simulations are effective in improving BN students' confidence and competence related to critical care practice with an enjoyable experience for students.

Utilizing Human Patient Simulators (HPS) in Nursing Education

HPS is ‘a tool to teach students about complex clinical situations using lifelike examples to increase critical thinking in nursing field. HPS is an effective method to develop critical thinking in nursing students. It is challenging for educator to student performance. Traditionally, the evaluation on student performance is likely done by educator using a pre-determined- determinate. The learners should be reflected on their performances as well as their progress in mastering skills or achieving their learning objectives (Burgener, 2017).

Assessment the developing critical thinking in nursing student is essential process. The use of HPS in creating the learning instruction, it could help the learners in increasing their self-confidence and nursing skills, the learners also can manage and deal with the problems facing correctly (Dieckmann, Patterson, Lahlou, Mesman, Nyström, & Krage, 2018). Furthermore, nursing students have opportunities to practice nursing care by using HPS from various scenarios. Regarding learning from HPS, it helps the nursing students focus on the nursing care. This is because HPS can help nursing students to develop their decision-making that relates to the critical thinking at the clinic (Eyikara & Baykar, 2017).

Feedback should be focused on both positive and negative because the learners need to know and make sense of the correct experience and what areas for improvement. Peer review is needed to provide additional assessment in the HPS. It helps the learner to review and critique their own and other student’s actions and behaviours. This peer review also has positive influence on reflection based upon their experience and they can integrate the new cognitive learning into the situation. If learners involved in evaluation process, it would be positive impact on diverse educators and data gathering method. Videotaping is necessary in complex simulation to record for debriefing purposes (Eyikara & Baykar, 2017). From the writer’s experience, nursing students would be provided realistic case scenarios what would allow them to make mistake and then reinforced them to focus on problem-solving. In addition HPS has a potential to create the sense of effectiveness, in relation to enabling the learners to face consequence, empathy, critical thinking decision- making and offer students a realistic representation of an actual event.

Both peer and self-evaluation are necessary to reinforce nursing students to focus on their learning their objective in clinical setting. They can also identify their own weakness and strength in performance as they compared with other students. In addition, the role of educator is to create a supportive and trusting environment in order to facilitate and support the process of evaluations leading to eliminate bias of peer evaluation (Kelly, Berragan, Husebø, & Orr, 2016). For example, educator should create specific guidelines and information with regard to the benefit of peer education and then educate the learners how to observe, make judgement and provide balance feedback. Therefore, it would be competencies of evaluation when include teacher, self and peer evaluation as a part of formative assessment to evaluate clinical competent. It is important to recognise that using several strategies to evaluate student performances in the HPS in order to maximise the reliability and validity of student peer evaluation.

It is clearly evident that HPS is an effective educational tool to facilitate learning in nursing student in order to enhance critical thinking, improve patient outcome and safety. There are enablers which may increase the use of such technology, including training through simulation workshops,

conferences, observation, hands-on practice, and mentor feedback. Although the HPS is an effective method in teaching and learning for nurse education programmes. It is necessary for the faculty to consider individuals, their experiences and their environments in order to achieve these improvements. In addition, reflection on nursing student is essential to the simulation process because it allows an opportunity to view on their performance as well as discussing it with the educator.

Barriers to use of simulation-based education

Barriers to simulation relate specifically to the complex technologies inherent in high-fidelity HPS approaches. Strategic approaches that support up-skilling and provide dedicated technological support may overcome these barriers (Al-Ghareeb & Cooper, 2016). The adoption of technology into teaching is complex and involves considerable time commitment, competence development and past experience. Further, the integration of sophisticated high-fidelity HPS into nursing curricula can be daunting for both faculty and programmes due to the steep learning curve, complex operational requirements and high-costs. There are some difficulties with effective assessment in the clinical practice. Traditional assessment was relied on direct observation and personal judgement which could create biased and subjective. Peer review seems to lack of objectivity, for example, the learner may overestimate on their mark, in particular, when they compete with encounter student. Peer assessment is correlation to self-evaluation scores and it is significantly higher than educator score. The possible explanations are that they are hesitant to provide a negative evaluation to others. These are because associated with friendship bonds, perception of criticism as socially uncomfortable, fear of harming their peer's grade and concern about disrupting collegiality.

The importance of Critical thinking in Nursing Education

It is acknowledged that nurses are important professionals to take care of patients. The use of critical thinking had a pivotal role in nursing situation in day-to-day responsibilities which are essential for providing effective and efficient care. Critical thinking is 'a dimension of nursing intelligence that is necessary for using in nursing care'. It is ability to integrate knowledge from all disciplines into the critical situation and can deal with the problems accurately. It is significant to early introduce and instruct the concept of critical thinking in student nurses which can adopt through practices and experiences. In addition, the nurse educator is also important factor that influences directly on nursing education by making the opportunity for nursing students to develop their skills. However, there are some factors that may affect successful situation. It is important to recognise that a lack of time and training in the simulation is difficult to integrate the simulation into learning method. Therefore, the role of educator is to facilitate nursing student in learning process. The educators should focus more on the process of learning in practice and less in the content being taught. Students are able to utilize the HPS lab to become comfortable with physical exam skills, procedural skills and communication skills before attempting them in a true clinical environment (Schantz, Archer & Long, 2018).

Conclusion

It would not be correct to rely on HPS in nursing education program. Other teaching methods are also important to combine in order to facilitate clinical skills and promote critical thinking. More evidence-based research is desperately needed to ascertain reliable approaches to promote critical thinking in nursing students. Therefore, although nursing program has several teaching methods to increase critical thinking, it is needed to continue in order to improve in this area. Contemporary teaching and learning approaches are likely to inadequate facilitating, resulting in less the development of critical skills. Therefore, it is challenging for educator to find out insufficient clinical experiences to act as the catalyst that enables nursing students for such practice demands.

References

- Aebersold, M. (2016). The History of Simulation and Its Impact on the Future. *AACN Advanced Critical Care*, 27(1), 56-61.
- Al-Ghareeb, A. Z., & Cooper, S. J. (2016). Barriers and Enablers to the Use of High-Fidelity Patient Simulation Manikins in nurse Education: an Integrative Review. *Nurse Education Today*, 36, 281-286.
- Bahri. (2021). *The Current Use of Human Patient Simulation Manikins in Saudi Arabian Nursing Schools: A Sequential Exploratory Study*. ProQuest Dissertations Publishing.
- Brysiewicz, & Amod, H. B. (2019). Promoting Experiential Learning Through the Use of High-Fidelity Human Patient Simulators in Midwifery: a Qualitative Study. *Curationis (Pretoria)*, 42(1), 1-7.
- Burgener, A. M. (2017). Enhancing Communication to Improve Patient Safety and to Increase Patient Satisfaction. *The Health Care Manager*, 36(3), 238-243.
- Dieckmann, P., Patterson, M., Lahlou, S., Mesman, J., Nyström, P., & Krage, R. (2018). Variation and Adaptation: Learning from Success in Patient Safety-Oriented Simulation Training. *Advances in Simulation*, 2(1), 1-14.
- Eyikara, E., & Baykara, Z. G. (2017). The Importance of Simulation in Nursing Education. *World Journal on Educational Technology: Current Issues*, 9(1), 2-7.
- Gantt, Overton, S. H., Avery, J., Swanson, M. & Elhammoumi, C. V. (2018). Comparison of Debriefing Methods and Learning Outcomes in Human Patient Simulation. *Clinical Simulation in Nursing*, 17, 7–13. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2017.11.012>.
- Humphreys, M. (2013) Developing an Educational Framework for the Teaching of Simulation Within Nurse education. *Open Journal of Nursing*, 3, 363-371. doi: 10.4236/ojn.2013.34049.
- Lewis, N., & Bryan, V. (2021). Andragogy and Teaching Techniques to Enhance Adult Learners' Experience. *Journal of Nursing Education and Practice*, 11(11), 31-40.
- M. A., Berragan, E., Husebø, S. E., & Orr, F. (2016). Simulation in Nursing Education- International Perspectives and Contemporary Scope of Practice. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(3), 312-321.
- Powell-Laney, S., Keen, C. & Hall, K. (2012). The Use of Human Patient Simulators to Enhance Clinical Decision-Making of Nursing Students. *Education for Health*, 25(1), 11-15.

- Schrant, B. L., Archer, L. L., & Long, R. (2018). Human Patient Simulation as a Teaching Tool. *Missouri Medicine*, 115(1), 71-74.
- Shin, S., Park, J. H., & Kim, J. H. (2015). Effectiveness of Patient Simulation in Nursing Education: Meta-Analysis. *Nurse Education Today*, 35(1), 176-182.

แนวทางการดูแลเท้าผู้ป่วยโรคเบาหวานในสถานการณ์การระบาดของ ของโรคติดเชื้อโควิด 19 A Guideline for Diabetes Foot Care during the COVID-19 Pandemic

บรรณทวรรณ หิรัญเคราะห์^{1*}, ชยพล ศิรินิยมชัย²

Buntawan Hirunkhro^{1*}, Chayaphon Siriniyomchai²

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีราช สถาบันพระบรมราชชนก^{1*}, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรัตนบัณฑิต²
Boromarajonani college of Nursing Chakiraj, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute^{1*},
Faculty of Nursing, Rattana Bundit University (RBAC)²

(Received: March 11, 2022; Revised: November 30, 2022; Accepted: January 18, 2023)

บทคัดย่อ

ในภาวะการณ์การระบาดของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่แนววิถีชีวิตใหม่ที่มีการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน การระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 ที่รุนแรงของโรคจากเชื้อไวรัสที่มีการแพร่ระบาดได้ง่าย ติดต่อทางระบบทางเดินหายใจและลุกลามไปทั่ว ส่งผลต่อสุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจของประชากรทั่วโลก และยังส่งผลทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือเท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานมีความเสี่ยงสูงในการเกิดแผลที่เท้าและอาจนำไปสู่การถูกตัดนิ้วเท้า เท้าหรือขาในที่สุด นอกจากนี้จะยังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยตรง คือ ด้านจิตใจและกระทบกับครอบครัว/ผู้ดูแล ทำให้ครอบครัวมีการดูแลเพิ่มมากขึ้น บทความฉบับนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคโควิด 19 แนวทางการดูแลเท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโควิด19 เพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้าผู้ป่วยโรคเบาหวาน การป้องกันภาวะแทรกซ้อนรวมทั้งการจัดการแผลที่เท้า เพื่อลดการถูกตัดเท้า ช่วยลดอัตราการเสียชีวิตและแนวทางในการจัดบริการดูแลเท้าผู้ป่วยโรคเบาหวานให้แก่บุคลากรทางสุขภาพเพื่อให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และช่วยลดรายจ่ายงบประมาณของประเทศในการดูแลรักษา ตลอดจนดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ: แนวทางการดูแล, โรคติดเชื้อโควิด-19, เท้าผู้ป่วยเบาหวาน, โรคเบาหวาน, โรคปลายประสาทเสื่อมจากเบาหวาน

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding email: Buntawan@ckr.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 081-5945659)



Abstract

The epidemic of COVID-19 has provoked lifestyle changes among diabetes mellitus patients. Therefore, it has an impact on the socio-economic and healthcare structure of the global population. For instance, the severity of the COVID-19 epidemic has resulted in high mortality of diabetes mellitus patients from diabetes complications. It particularly affected foot care among diabetes mellitus patients, who have a higher risk of ulceration that can lead to amputation of toes and foot. This article aimed to provide knowledge about COVID-19, in relation with diabetes and foot care. It presents guidelines to prevent diabetes foot ulcers. A new care guideline to prevent complication and manage foot ulcers, so to reduce amputation and mortality among diabetes mellitus patients. This guideline for health care professional in clinical service for diabetes foot care patients can maintain their quality of life. It can also reduce the cost of medical treatment.

Keywords: Care Guideline, COVID- 19 Disease, Diabetic Foot Ulcers (DFU), Diabetes Mellitus (DM), Diabetic Peripheral Neuropathy (DPN)

บทนำ

จากสถานการณ์การแพร่กระจายของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus Disease 2019, COVID-19) ที่สูงมากขึ้นทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย ได้ส่งผลกระทบต่อทุกภาคส่วนทั้งเศรษฐกิจสังคมและการใช้ชีวิตประจำวันของประชาชน การระบาดยังคงขยายวงกว้างและทวีความรุนแรงของโรค ส่งผลให้มียอดผู้เสียชีวิตจำนวนมาก ทำให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมา โดยมีรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO, 2020) รายงานว่าผู้ติดเชื้อโควิด 19 ทั่วโลกระหว่างวันที่ 31 ธันวาคม 2564 ถึง 7 มกราคม 2565 มีจำนวนผู้ติดเชื้อ 11,244,199 ราย เฉลี่ยพบผู้ติดเชื้อวันละ 187,033 ราย และรายงานจำนวนประเทศที่มีรายงานผู้ติดเชื้อสายพันธุ์โอมิครอน จำนวน 141 ประเทศ สำหรับในประเทศไทย รายงานของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขพบจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ 5,775 ราย สะสมรวม 2,245,250 คน เสียชีวิตสะสม 21,780 คน คิดเป็น (0.97%) (Department of Disease Control, 2022; World Health Organization, 2022) โรคติดเชื้อโควิด 19 ผู้ป่วยจะมีอาการ ระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ มีไข้ ไอ มีน้ำมูก หายใจถี่และหายใจลำบาก อาจมีอาการทางระบบอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น จมูกไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่รับรส ผื่น ตาแดง และท้องเสีย เป็นต้น ในกรณีที่อาการรุนแรงมาก อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดอักเสบ ไตวาย และอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ (WHO, 2022) จากสถานการณ์การติดเชื้อโควิด19 ดังกล่าวทำให้ประเทศไทยใช้มาตรการเพื่อให้ลดการแพร่กระจายของการติดเชื้อโควิด 19 ในหลายวิธีการ ตัวอย่างเช่น มาตรการการตรวจคัดกรอง แยกกัก กักกันหรือคุมไว้เพื่อสังเกตเพื่อการเฝ้าระวังป้องกันการแพร่กระจาย การติดเชื้อโควิด19 มาตรการควบคุมสถานศึกษา แหล่งบันเทิง โดยให้มีการปฏิบัติงานที่บ้าน (Work from Home) การคัดกรองผู้เดินทางเข้า/ออกประเทศ และการกักกันตัวกลุ่มเสี่ยงไม่น้อยกว่า 14 วัน และการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก มาตรการที่ถือเป็นการปฏิบัติตนในวิถีชีวิตประจำวันคือ DHMT การเว้นระยะห่างอย่างน้อย 1 เมตร (Social Distancing) การหมั่นล้างมือ (Hand Washing) การใส่หน้ากาก (Mask) การตรวจเช็คอุณหภูมิ (Temperature) จนได้ถือเป็นวิถีชีวิตใหม่ที่เรียกว่า New Normal (Chidnayee, 2021)

เบาหวาน (Diabetes Mellitus: DM)เป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติของเมตาบอลิซึม เป็นหนึ่งในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases, NCDs) และเป็นโรคที่สำคัญพบได้ทั่วโลก โดยสมาคมเบาหวานนานาชาติประมาณการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2588 จะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นประมาณ 700 ล้านคนทั่วโลก (International Diabetes Federation, 2019) โรคเบาหวานจึงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก สมาพันธ์เบาหวานโลกรายงานว่า ทั่วโลกมีผู้เป็นเบาหวานจำนวน 463 ล้านคน โดยร้อยละ 60 ของประชากรเบาหวานอยู่ในแถบเอเชีย (International Diabetes Federation, 2019; Ramachandran, Snehalatha, Shetty & Nanditha,

2012) สำหรับในประเทศไทย โรคเบาหวานพบมากในผู้สูงอายุ อุบัติการณ์การเกิดโรคเบาหวาน 4.4 ล้านคน ในผู้ใหญ่ ร้อยละ 6.4 และจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 10.5-19 ในผู้สูงอายุ และมีจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวาน ของประเทศไทย คิดเป็นอัตราตาย 17.83 ต่อแสนประชากร และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี (Division of Non Communicable Diseases, 2020) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมักเกิดภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้เป็นภาระ ด้านงบประมาณในการดูแลรักษาเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี หรือประมาณ 16,133.33 บาทต่อคน และมีคุณภาพชีวิตลดลงหรือเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (Phasok, 2017; Siriniyomchai, 2020) ยิ่งในสภาวะการระบาดของ โรคโควิด 19 ผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสดิตเชื้อได้ง่าย เกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ และและมีอัตราการตายมากกว่าผู้ป่วย โรคอื่นๆ ที่ไม่ใช่จากโรคเบาหวานประมาณ 2-3 เท่า จากการศึกษพบว่าผู้ป่วยเบาหวานเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด 19 เพิ่มขึ้นร้อยละ 14 (Faghir-Gangi, Moameri, Abdolmohamadi & Nematollahi, 2020) และมีการศึกษาที่พบว่า นอกจากภาวะสูงอายุแล้ว ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) ซึ่งเป็นสาเหตุการติดเชื้อโควิด 19 ที่มีโรคอื่นร่วมด้วย จะมีอาการแสดงที่รุนแรงและมีความเสี่ยงต่ออัตราการ เสียชีวิตสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้มีโรคร่วมด้วย โดยโรคที่พบร่วมซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตมากที่สุด คือโรคความดันโลหิตสูง รองลงมาคือโรคเบาหวาน และโรคเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจจุดเด่นเรื่องดังตามลำดับและจากผลการศึกษาแบบ วิเคราะห์ห่อหุ้ม (meta-analysis) ซึ่งวิเคราะห์รวบรวมข้อมูลจากผลการศึกษาทางคลินิกจำนวน 14 การศึกษา มี ผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 จำนวน 29,909 คน และมีผู้เสียชีวิตจากติดเชื้อโควิด 19 จำนวน 1,445 คน พบว่าผู้ป่วย ติด เชื้อโควิด 19 ที่เป็นโรคเบาหวานร่วมด้วย มีความเสี่ยงการเสียชีวิตมากกว่าคนปกติมากกว่า 2 เท่า (Parohan, Yaghoubi, Seraji, Javanbakht, Sarraf, Djalali, 2021) เมื่อมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงจะทำให้ไวรัสเข้าสู่เซลล์ได้ ง่ายขึ้นเนื่องจาก ACE2 และไวรัสต้องการกลูโคสเพื่อใช้ในการทำงาน (Brufsky, 2020)

ภาวะแทรกซ้อนต่อระบบหลอดเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ทำให้เกิดภาวะไตวาย กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ตาบอด โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมีแผลและเป็นแผลเรื้อรังที่เท้าเกิดโรคปลายประสาทอักเสบจากโรคเบาหวาน (Diabetic Peripheral Neuropathy: DPN) มีอาการชาที่เท้า อาจลุกลามถึงต้องตัดเท้าหรือขาจากการที่ไม่สามารถ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเบาหวานทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน ทั้งทางร่างกายและจิตใจ คุณภาพชีวิตลดลงหรือเสียชีวิต นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน สังคม (American Diabetes Association: ADA 2019) ผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นกลุ่มเปราะบางที่มีความเสี่ยงสูงที่จะได้รับ ผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 และจากการที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงผิดปกติ เป็นเวลานานจะส่งผลทำให้เกิดผนังหลอดเลือดแดงเสื่อม ขาดความยืดหยุ่นและฉีกขาดง่ายร่วมกับมีภาวะ ปลายประสาทที่ขาเสื่อมทำให้เกิดการสูญเสียการรับรู้สัมผัสที่เท้า เกิดอาการชาบริเวณปลายเท้า ทำให้ไม่สามารถ รับความรู้สึกเจ็บปวด (Loss of Protective Sensation) ร่วมกับมีแรงกดทับที่ฝ่าเท้าเพิ่มมากขึ้น จนเกิดหนังแข็ง (Callus) และเกิดแผลที่เท้าหนังแข็งไม่รู้สึกเจ็บเมื่อมีแผลเล็กน้อยเกิดขึ้นที่เท้าจนเกิดแผลลุกลามติดเชื้อในที่สุด (Hirunkhro, Dussaruk, Poko, Siriniyomchai, & Kitiyanun, 2021) จากการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าของผู้ป่วย โรคเบาหวานถือเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญภาวะหนึ่งที่เกิดขึ้นได้มาก ดังนั้นพยาบาลและบุคลากรทางสาธารณสุข เป็นบุคคลที่มีความสำคัญในทุกระดับตั้งแต่ปฐมภูมิ ทติยภูมิ ตติยภูมิ โดยเฉพาะผู้ที่ทำงานในชุมชน จึงควรให้ความ สนใจดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มนี้เป็นพิเศษในระยะที่มีการแพร่ระบาดของติดเชื้อโควิด 19

ดังนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ที่บุคลากรทางสาธารณสุขจะต้องศึกษาให้เข้าใจถึงภาวะติดเชื้อโควิด 19 ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน บทความนี้จะนำเสนอข้อมูลเนื้อหาของโรคโควิด 19 ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานกับภาวะติดเชื้อโควิด 19 แนวทางการดูแลเท้าผู้ป่วยเบาหวานด้วยตนเองในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 และแนวทาง การจัดบริการการดูแลเท้าผู้ป่วยเบาหวานในสถานบริการสุขภาพ เพื่อจะได้วางแผนการดูแลและป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อโควิด 19 ได้อย่างเหมาะสมโดยเฉพาะในช่วงเวลาที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ โควิด 19 ยุค New Normal ให้มีประสิทธิภาพต่อไป

ผู้ป่วยเบาหวานกับภาวะติดเชื้อโควิด 19

ผู้ป่วยโรคเบาหวาน จัดอยู่ในกลุ่ม 608 ซึ่งได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 7 กลุ่มโรค ได้แก่ โรคทางเดินหายใจ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคอ้วน โรคเมะเร็ง โรคเบาหวาน และกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่อาจเกิดอาการรุนแรงหรือเสียชีวิต (Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2021) จากสถานการณ์การระบาดของการติดเชื้อโควิด 19 มีผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคเบาหวานคือ มีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย โดยมีรายงานวิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงกว่าคนทั่วไป จากภาวะภูมิคุ้มกันของร่างกายที่ทำงานผิดปกติโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนแล้วและไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ปกติได้โดยมีผลทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อโรคโควิด 19 อย่างรุนแรงหรือเสียชีวิตได้ (Singh, Gupta, Ghosh, Misra, 2020) และมีการศึกษาที่สอดคล้องกันว่า นอกจากภาวะสูงอายุแล้ว ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) ซึ่งเป็นสาเหตุการติดเชื้อโควิด 19 ที่มีโรคอื่นร่วมด้วย จะมีอาการแสดงที่รุนแรงและมีความเสี่ยงต่ออัตราการเสียชีวิตสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้มีโรคร่วมด้วย โดยโรคที่พบร่วมเป็นสาเหตุการเสียชีวิตมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง รองลงมาคือโรคเบาหวาน และโรคเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจอุดตัน เรื้อรังตามลำดับและจากผลการศึกษาระบบวิเคราะห้ภูมิ (Meta-Analysis) ซึ่งวิเคราะห์รวบรวมข้อมูลจากผลการศึกษากายวิภาคศาสตร์จำนวน 14 การศึกษา มีผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 จำนวน 29,909 คน และมีผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อ โควิด 19 จำนวน 1,445 คน พบว่าผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 ที่เป็นโรคเบาหวานร่วมด้วย มีความเสี่ยงการเสียชีวิตมากกว่าคนปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมากกว่า 2 เท่า ($OR=2.41$, 95%CI: 1.05–5.51, $p=0.037$) (Parohan, Yaghoubi, Seraji, Javanbakht, Sarraf, Djalali, 2021)

โรคเบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงต่อการติดเชื้อโควิด 19 และส่งผลทำให้อัตราการตายเพิ่มสูงขึ้น จากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงซึ่งเมื่อเชื้อโควิด 19 เข้าสู่ร่างกาย เชื้อจะเข้าสู่เซลล์ได้ง่ายขึ้นเนื่องจากเชื้อโควิด 19 ต้องการกลูโคสเพื่อใช้ในการทำงาน (Brufsky, 2020) เชื้อไวรัส SARS-CoV-2 สามารถจับและเข้าสู่เซลล์ได้ง่ายขึ้นเพราะที่ผิวเซลล์ปอดของผู้ป่วยเบาหวานจะมีการเพิ่มการแสดงออกของรีเซปเตอร์ชนิด angiotensin converting enzyme 2 (ACE2 Receptor) และเอนไซม์ที่เกี่ยวข้องในการแยก spike (S)-protein ของเชื้อออกเป็น S1 และ S2 ซึ่งจำเป็นในการจับกับ ACE2 รีเซปเตอร์ชนิดมากขึ้น ส่งผลทำให้เชื้อไวรัสเข้าสู่เซลล์ได้มากขึ้นระดับน้ำตาลในเลือดสูงจะทำให้ร่างกายมีประสิทธิภาพในการกำจัดเชื้อไวรัสลดลงในร่างกายผู้ป่วยเบาหวานจะมีความไวต่อการเกิดกระบวนการอักเสบมากกว่าปกติ (Hyperinflammation) นอกจากนี้การทำงานของระบบภูมิคุ้มกันจะลดลง ทำให้กระบวนการจัดการกับกระบวนการอักเสบที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสด้วยประสิทธิภาพลง (Chee, Tan & Yeoh, 2020) เช่นเดียวกับการศึกษาของ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยเบาหวานในสถานการณ์ยุคของการระบาดของการติดเชื้อโควิด 19 ส่วนใหญ่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี ควรพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยคำนึงถึงปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลและพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของตนเองร่วมด้วยและให้ข้อเสนอแนะว่าควรปรับแนวทางการให้บริการผู้ป่วยสถานการณ์พิเศษ (โควิด19) โดยนาระดับ HbA1c มาใช้พิจารณาประเมินในการแบ่งระดับผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 (Nalin, 2021) เช่นเดียวกับข้อเสนอแนะของ (Papachristou, Stamatiou, Stoian & Papanas, 2021) ที่กล่าวว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงมีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อโรคโควิด 19 สูง นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่าปัจจัยทำนายการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าจากเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานที่สำคัญได้แก่ ระยะเวลาการเป็นเบาหวานที่นานจะส่งผลต่อการเสื่อมของปลายประสาทที่เท้าเพิ่มมากขึ้น ส่วนการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีจะช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าได้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองโดยเฉพาะการดูแลเท้าที่ดีจะช่วยป้องกันการเกิดแผลที่เท้าได้ และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดที่เพิ่มสูงขึ้นมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าจากเบาหวานมากขึ้นตามด้วย (Wisetsing, Krainuwat & Koshakri, 2019)

แนวทางการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานสถานการณ์พิเศษ (โควิด 19) ที่คลินิกเบาหวาน ปรับจากแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560 (Guideline Diabetes Care, 2018) และมาตรการการบริหารจัดการการให้บริการ

ในโรงพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติด้านสาธารณสุข เพื่อการจัดการภาวะระบาดของโรคโควิด 19 (Diabetes Association of Thailand Under the Patronage of Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn, 2018; Department of Medical Sciences Ministry of Public Health, 2022) แบ่งกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานเป็น 3 กลุ่ม คือ

1. ควบคุมโรคได้ดี เป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถดูแลตนเองได้ดี มีระดับ HbA1c น้อยกว่า 7% และระดับ FBS น้อยกว่า 130 mg/dL

2. กลุ่มควบคุมโรคพอใช้ เป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ดูแลตนเองได้ปานกลาง มีระดับ HbA1C ระหว่าง 7.0-8.0% ระดับ FBS 130-159 mg/dL ไม่มีโรคแทรกซ้อนทางตา ไต เท้า

3. กลุ่มควบคุมโรคไม่ดี เป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มีระดับ HbA1c มากกว่า 8.0% ระดับ FBS มากกว่า 180 mg/dL และมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง โดยกลุ่มควบคุมโรคได้ดีและกลุ่มควบคุมโรคพอใช้ได้ จะพบพยาบาล ชักประวัติ สังเกตอาการ พบเภสัชกรรับยาได้เลยไม่ต้องพบแพทย์ สำหรับกลุ่มควบคุมโรคไม่ดี พบแพทย์เพื่อตรวจประเมิน รักษาตามขั้นตอนเดิม

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงที่จำเป็นต้องได้รับการประเมินภาวะสุขภาพ การตรวจรักษา และการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดเชื้อโควิด 19 อันจะเป็นปัจจัยที่จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและอาจเสียชีวิตได้ ในบริบทของประเทศไทยซึ่งมีความแตกต่างทางด้านภูมิศาสตร์ ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีพื้นที่กว้างลักษณะเป็นชุมชนอยู่มาก โรงพยาบาลในประเทศไทยแบ่งเป็น 3 ระดับได้แก่ ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ โรงพยาบาลระดับปฐมภูมิหรือโรงพยาบาลในชุมชนจะมีจำนวนมากที่สุด (Hirunkhro, Dussaruk, Poko & Jerayingmongko, 2021)

ดังนั้นระดับขีดความสามารถในการบริหารจัดการกับโรคเบาหวานและโรคโควิด 19 มีการปรับเปลี่ยนหลายรูปแบบการให้บริการแก่ประชาชนในช่วงการระบาดของโควิด 19 การศึกษาวิจัยของณัฐดนัย สดคมขำ และบรรณทวรรณ หิรัญเคราะห์ (Sodkomkam & Hirunkhro, 2022) เกี่ยวกับรูปแบบที่มีประสิทธิภาพในการจัดการกับสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ระดับชุมชน ผลการศึกษาพบว่าภาวะระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ส่งผลกระทบต่อระบบการให้บริการสุขภาพและจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนระบบการให้บริการในสถานพยาบาลเพื่อลดการแพร่ระบาดของโรคโดยเฉพาะการติดเชื้อ เป็นเรื่องที่ท้าทายอย่างยิ่ง ที่ภาครัฐจะต้องมีการวางแผนการดำเนินงาน ทั้งด้านการจัดระบบบริการสุขภาพต่าง ๆ ในการบริหารจัดการระดับชุมชนมีการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operation Center-EOC) คณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อระดับอำเภอ และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ซึ่งสามารถเชื่อมต่อบริการสุขภาพชุมชนกับระบบบริการสุขภาพในพื้นที่อำเภอ และสามารถประสานความร่วมมือกับองค์กรภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคีเครือข่ายอื่น ๆ ได้เป็นอย่างดี การทำงานประสานงานทำให้มีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในพื้นที่ที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ ตลอดจนสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนมีสุขภาวะทางกาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืนได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ (Hirunkhro, 2017) ที่กล่าวว่าการทำงานในระดับชุมชนเพื่อให้เกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพที่ดี คนในชุมชนควรรับรู้ถึงระดับปัญหาและร่วมแรงร่วมใจกันผลักดันการแก้ปัญหาถึงจะเกิดผลสัมฤทธิ์ที่ดี และการศึกษาของ (Chunrum, Chaichana, Ruangdej & Sreechroen, 2016) ที่พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ของจังหวัดนครราชสีมา โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขา และอสม. ใช้หลัก (5.อ.2.ส.) พบว่าผู้ป่วยมีการดูแลสุขภาพตนเองดีขึ้น เช่นเดียวกับ และสแตฟฟอร์ด (Stafford, 2020) กล่าวว่าในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ควรทำงานร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ

แนวทางการดูแลเท้าผู้ป่วยเบาหวานด้วยตนเองในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19

จากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 มีผลทำให้ผู้ป่วยเบาหวานต้องดูแลเท้าของตนเองด้วยตนเองอย่างรอบคอบโดยการใช้หลักการและมีแนวทางดังนี้ (Institute of Medical Research and Technology Assessment, 2015; Urbančić-Rovan, 2022)

สำหรับการปฏิบัติตนทั่วไปควรระมัดระวังเป็นพิเศษ ปฏิบัติตนตามในวิถีชีวิตประจำวันคือ DHMT แล้ว ควรเคร่งครัดและหลีกเลี่ยงการติดเชื้อเป็นสิ่งสำคัญ คือ เว้นระยะห่างทางสังคมร่วมกับการสวมใส่หน้ากากอนามัยเป็นประจำ โดยการล้างมือสม่ำเสมอ หลีกเลี่ยงการใช้มือสัมผัสบริเวณใบหน้า ควรล้างมือและทำให้มือแห้งสะอาดก่อนสัมผัสใบหน้า ทำความสะอาดวัตถุหรือบริเวณที่ถูกสัมผัสบ่อยๆ เวลาไอหรือจามควรนำต้นแขนหรือข้อพับแขนมาปิดบริเวณปากและจมูก ไม่ควรใช้มือปิดเนื่องจากมืออาจไปสัมผัสวัตถุสิ่งของอื่นจะเพิ่มความเสี่ยงในการแพร่เชื้อ ควรหลีกเลี่ยงการติดต่อกับผู้ป่วยที่มีอาการเสี่ยงต่อติดเชื้อโควิด 19 เช่น ผู้ที่มีอาการไอหรือจาม คัดจมูก นอกจากนี้ควรแนะนำหรือพูดคุยกับคนในครอบครัวถึงการป้องกันหรือหลีกเลี่ยงการติดเชื้อ เช่น ควรหลีกเลี่ยงการเดินทางด้วยรถโดยสารที่แออัด ควรหลีกเลี่ยงการไปเที่ยว หรือควรหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่มีผู้คนชุมนุมกันจำนวนมาก ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่เกณฑ์ที่ควบคุมได้ คือระดับน้ำตาลสะสมหรือค่าฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1C) หรือเอวันซี A1C ต้องไม่มากกว่าหรือเท่ากับ 6.5% (American Diabetes Association (ADA), 2017) (Fasting Blood Sugar—FBS) หากพบว่า มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 126 มก./ดล. แสดงว่าระดับน้ำตาลสูงกว่าปกติ (Sirinyomchai, 2020) หากมีอาการไข้สูง ไอ จาม หรือหายใจลำบาก ควรรีบไปพบแพทย์ หากมีเสมหะร่วมด้วยบ่งบอกว่าการติดเชื้อควรได้รับการรักษาอย่างทันที เมื่อมีการติดเชื้อในร่างกายจะมีการระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นและทำให้ร่างกายขาดน้ำจึงควรดื่มน้ำอย่างเพียงพอประเมินดูว่ายารักษาเบาหวานมีเพียงพอหรือไม่ หากต้องถูกกักตัวอยู่บ้านเป็นเวลา 1-2 สัปดาห์ เตรียมอาหารโดยเฉพาะประเภทน้ำตาลอย่างเพียงพอ สำหรับการแก้ไขภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้ทันเวลาที่ถ้ารู้สึกตัวเองมีอาการหรือสงสัยจะป่วย ให้พักผ่อนอยู่บ้าน และโทรศัพท์เพื่อขอคำแนะนำได้ที่กรมควบคุมโรค หมายเลขโทรศัพท์ 1422 หรือสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ หมายเลขโทรศัพท์ 1669 หากมีการติดเชื้ออาการหนัก ควรโทรศัพท์เพื่อขอคำแนะนำวิธีการไปพบแพทย์ได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ 1422 หรือ 1669 (Diabetes Association of Thailand under the Patronage of Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn, 2018)

สำหรับแนวทางการดูแลเท้าผู้ป่วยเบาหวานด้วยตนเองโดยการแบ่งตามกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าตามแนวทางแนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า 2558 (Atri, Kocherlakota, & Dasgupta, 2020; Institute of Medical Research and Technology Assessment, 2015) ร่วมกับการพิจารณาแบ่งระดับของแผลเบาหวานซึ่งมี 4 ระดับ (Subrata, 2019) ดังนี้

- ระดับ 0 ไม่มีอาการของแผลเปื่อย
- ระดับ 1 มีแผลเกิดขึ้นแต่ไม่มีอาการอักเสบ
- ระดับ 2 แผลลึกจนเห็นเส้นเอ็นและกระดูก
- ระดับ 3 แผลมีการลุกลามในบริเวณกว้าง และมีฝีเกิดขึ้น

กลุ่ม	แนวทางการดูแลเท้าด้วยตนเอง
กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำ เป็นกลุ่มที่ไม่มีประวัติแผลที่เท้า หรือถูกตัดเท้า ผิวหนังและรูปเท้าปกติผลการประเมินการรับรู้สีกที่เท้าปกติ ซิฟงที่เท้าปกติ	1. ตรวจสอบเท้าทุกวันเพื่อดูว่ามีจุดแดง บวมร้อน ตาปลาหนังแข็งตุ่มพอง และเล็บมีปัญหาหรือไม่ถ้ามีควรปรึกษาสถานบริการสุขภาพที่ไปใช้บริการเพื่อนัดหมายวันที่ไปใช้บริการ 2. เช็ดเท้าให้แห้งทุกครั้ง ภายหลังจากการอาบน้ำโดยเฉพาะบริเวณง่ามนิ้วเท้า 3. ทาโลชั่นทุกวัน ภายหลังจากการทำความสะอาดเท้าแล้วโดยทาโลชั่นตั้งแต่เช้าถึงปลายเท้าโดยหลีกเลี่ยงบริเวณง่ามนิ้วเท้า หลีกเลี่ยงการแช่ด้วยน้ำร้อน

กลุ่ม	แนวทางการดูแลตัวเอง
	4. ดัดเล็บควรตัดตรง เสมอปลายนิ้วอย่าตัดเล็บโค้งเข้ามุกเล็บหรือตัดเล็บลึกเกินไป หากเกิดเล็บขบเล็บม้วน เล็บหนา และผิดปกติควรปรึกษาสถานบริการสุขภาพที่ไปใช้บริการเพื่อนัดหมายวันที่ไปใช้บริการ 5. ควรสวมใส่ถุงเท้าในเวลากลางคืนเพื่อป้องกันการขาดเลือดจากอากาศเย็น 6. ควรสวมใส่รองเท้าที่เหมาะสมที่หุ้มเท้าได้ทั้งหมด เช่น รองเท้าผ้าใบกีฬา 7. ออกกำลังกายเท้าโดยการขยับข้อเท้าขึ้นลง เพื่อเพิ่มการไหลเวียนเลือด 8. ควรงดสูบบุหรี่ และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด และความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม 9. เมื่อมีแผลที่เท้า ถ้ามีแผลที่ใหญ่และอักเสบควรปรึกษาสถานบริการสุขภาพที่ไปใช้บริการเพื่อนัดหมายวันที่ไปใช้บริการ
กลุ่มที่มีความเสี่ยงปานกลาง เป็นกลุ่มที่ไม่มีประวัติแผลที่เท้า หรือถูกตัดเท้า ผิวน้ำและรูปเท้าปกติ ผลการประเมินการรับรู้ความรู้สึกที่เท้าผิดปกติหรือซีฟงที่เท้าเบา	1. ดูแลเท้าด้วยตนเองเช่นเดียวกับกลุ่มมีความเสี่ยงต่ำ 2. ใช้อุปกรณ์เสริมรองเท้าที่พยุงสันเท้า และฝ่าเท้า เพิ่มเติมหรือรองเท้าที่เหมาะสมกับรูปร่างเท้าที่มีลักษณะเป็นแบบหัวปิด หรือมีสายรัดข้อเท้าเพื่อป้องกันรองเท้าหลุดขณะเดิน 3. ตรวจเท้าด้วยตนเองหรือผู้ดูแลช่วยตรวจเท้าให้อย่างละเอียดทุกวัน
กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง มีประวัติมีแผลที่เท้าหรือถูกตัดอวัยวะ หรือมีการรับรู้ความรู้สึกที่เท้าผิดปกติ ตั้งแต่ 1 จุดขึ้นไป/คำชี้แจงที่เท้าเบาลง ร่วมกับพบเท้าผิดปกติ เคลื่อนไหวเท้าไม่คล่อง	1. ดูแลเท้าด้วยตนเองเช่นเดียวกับกลุ่มมีความเสี่ยงปานกลาง 2. ควรปรึกษาแพทย์เพื่อรับการตรวจเท้าพิเศษตามรูปเท้าที่เปลี่ยนไป 3. ตรวจเท้าด้วยตนเองหรือผู้ดูแลช่วยตรวจเท้าให้อย่างละเอียดทุกวัน

แนวทางการจัดบริการการดูแลเท้าผู้ป่วยเบาหวานในสถานบริการสุขภาพ

สำหรับสถานบริการสุขภาพ พบว่า ในระยะของการแพร่ระบาดเชื้อโควิด 19 มีการปรับบริการลดการให้บริการในรูปแบบพบหน้ากันระหว่างผู้ให้กับผู้รับบริการ โดยจะจัดให้บริการเฉพาะที่มีความจำเป็นตามมาตรการควบคุมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและลดการติดเชื้อ เน้นการเว้นระยะห่างทางสังคม และการลดความแออัดในการให้บริการ และสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่งคือ การได้รับวัคซีน ซึ่งวัคซีนโควิด จะสามารถช่วยลดความรุนแรงของการติดเชื้อและลดอัตราการเสียชีวิตได้ (Boontawe, 2022; Trakultaweek, 2021) ซึ่งจากผลการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ของวัคซีนโควิด 19 และความรุนแรงของการเจ็บป่วยโรคโควิด 19 โรงพยาบาลชัยภูมิ ปี 2564-2565 ของชญาณณ์วรรณโกและอรุณรัตน์ สุธนงบัว (Vannako, & Sunongbua, 2022) พบว่าการได้รับวัคซีนโควิด 19 และความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด 19 มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังพบว่ากลุ่มผู้ป่วยโควิด 19 ที่เสียชีวิตและกลุ่มที่มีอาการรุนแรง(กลุ่มสีแดง) เป็นผู้สูงอายุ และมีโรคประจำตัว ซึ่งส่วนใหญ่ไม่ได้รับวัคซีนหรือได้รับวัคซีนไม่ครบ ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานอยู่ในกลุ่ม 608 ด้วย ดังนั้นบุคลากรทางสุขภาพควรกระตุ้นและประชาสัมพันธ์กระตุ้นผู้ป่วยกลุ่ม 608 มารับวัคซีนโควิดให้ครบ และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สามารถนำมาเป็นแนวทางในการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานในการดูแลเท้า โดยจำแนกตามกลุ่มต่าง ๆ ดังนี้ (Khumsaen, 2021, Pathomphon, Santi, Dao, Yongyuth & Jureeporn, 2020)

1. แนวทางการจัดบริการดูแลเท้าผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มที่ไม่มีการติดเชื้อโควิด 19 โดยยึดหลักการเว้นระยะห่างทางสังคมร่วมกับการสวมใส่หน้ากากอนามัย ได้แก่

1.1 การให้บริการการดูแลเท้าผู้ป่วยเบาหวานเฉพาะกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดแผลที่เท้า เพื่อรับการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าและติดตามผลระดับน้ำตาลในเลือดว่าอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้หรือไม่ หรือต้องพบแพทย์เฉพาะทางในการดูแลเท้าเพื่อตรวจเท้าพิเศษเฉพาะเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน พร้อมทั้งทบทวนการดูแลเท้าให้กับผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มเสี่ยงสูงนี้

1.2 การให้บริการเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าเกิดขึ้นแล้ว โดยการประเมินแผลและเลือกวัสดุในการทำแผลที่เหมาะสมกับแผลที่เท้า

1.3 การให้บริการสุขภาพทางไกลในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำและกลุ่มที่มีความเสี่ยงปานกลางต่อการเกิดแผลที่เท้าโดยการให้คำปรึกษาและแนะนำเมื่อผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อนที่เท้าเกิดขึ้น และควรนัดมาประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าที่สถานบริการสุขภาพเมื่อสภาวะการระบาดของเชื้อโควิด 19 ลดลงหรือไม่เกิดการแพร่ระบาดซ้ำอีกโดยอาจใช้ช่องทางการติดต่อทางโทรศัพท์ หรือผู้คุยผ่าน Application ต่างๆ เช่น Line VDO call, Messenger, Meet, Zoom เป็นต้น และผลการศึกษาปัจจัยทำนายการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าจากเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานที่สำคัญได้แก่ระยะเวลาการเป็นเบาหวานที่นานจะส่งผลต่อการเสื่อมของปลายประสาทที่เท้าเพิ่มมากขึ้น ส่วนการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีจะช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าได้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเอง โดยเฉพาะการดูแลเท้าที่ดีจะช่วยป้องกันการเกิดแผลที่เท้าได้ และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดที่เพิ่มสูงขึ้นมีโอกาสรุนแรงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าจากเบาหวานมากขึ้นตามด้วย(Wisetsing, Krainuwat, Koshakri, 2019) แต่จากการศึกษาวิจัยของณัฐวรรณ คำแสน (Khumsaen, 2021) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในจังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 445 คน มีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 ในระดับมาก และมีพฤติกรรมสวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกจากบ้าน ร้อยละ 99.80

2. แนวทางการจัดบริการดูแลเท้าผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มที่สงสัยว่าติดเชื้อโควิด 19

ส่วนใหญ่ลักษณะของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มนี้จะมีประวัติเดินทาง หรือมาจาก หรืออาศัยในพื้นที่เกิดการติดเชื้อโควิด 19 ได้สัมผัสหรืออยู่ร่วมกับผู้ป่วยที่ได้รับการยืนยันว่าติดเชื้อโควิด 19 หรือไปยังสถานที่ที่มีกิจกรรมการรวมกลุ่มคนที่มีการรายงานผู้ป่วยที่ได้รับการยืนยันว่าติดเชื้อโควิด 19 แล้ว และเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นผู้สัมผัสเสี่ยงสูง ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มนี้จะได้รับการส่งตัวไปแยกกักกันตัวเป็นระยะเวลา 14 วันในห้องแยกเพื่อเก็บตัวอย่างเชื้อโควิด 19 ส่งตรวจเพื่อยืนยันการติดเชื้อโควิด 19 สามารถจัดบริการการดูแลเท้าให้กับผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มนี้ดังนี้

2.1 กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำและกลุ่มที่มีความเสี่ยงปานกลางต่อการเกิดแผลที่เท้าเมื่ออยู่ในสถานที่กักกัน การจัดการที่ควรให้ได้แก่ เน้นการดูแลเท้าด้วยและการสังเกตเฝ้าติดตามอาการติดเชื้อโควิด 19 ของตนเองอย่างใกล้ชิด ได้แก่ การวัดไข้ การสังเกตอาการไอหรืออาการหายใจหอบเหนื่อยมากขึ้น รวมทั้งการเจาะเลือดติดตามผลระดับน้ำตาลในเลือด การวัดความดันโลหิตด้วยตนเอง การรับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือดหรือยาฉีดอินซูลินด้วยตนเอง การเลือกรับประทานอาหารที่มีค่าดัชนีน้ำตาลต่ำ รับประทานอาหารประเภทผักให้มากขึ้น เน้นผักผลไม้ 5 สี เช่น คะน้า ตำลึง ผักบุ้ง ผักกาดขาวแตงกวา แครอท ผักปวยเล้ง เพราะในผักมีวิตามิน เช่น คะน้าให้วิตามินเอ ผักกาดขาว ให้สารอาหารหลายชนิด เช่น กรดอะมิโน โปรตีน คาร์โบไฮเดรต เส้นใย แคโรทีน วิตามินบี วิตามินซี ธาตุแคลเซียม ธาตุฟอสฟอรัส ธาตุเหล็ก ผักปวยเล้ง มีทั้งธาตุเหล็กบำรุงเลือด แคลเซียมบำรุงกระดูก โพแทสเซียมที่ช่วยควบคุมการเต้นของหัวใจ และความดันเลือด มีวิตามินซี วิตามินบี 2 ช่วยในการเจริญเติบโต บำรุงเล็บ ผิวหนัง ผม (Campbell, 2017) และการมีกิจกรรมทางกายให้สมดุลกับระดับน้ำตาลในเลือด พร้อมทั้งดูแลเท้าด้วยตนเองทุกวัน ตามแนวทางการดูแลเท้าที่ได้รับคำแนะนำ ตามกลุ่มเสี่ยง หากผู้ป่วยเบาหวานทำไม่ได้หรือลืมกิจกรรมในการดูแลเท้า อาจต้องให้บริการดูแลเท้าทางไกลด้วยการสอนสาธิต และสาธิตย้อนกลับ ทั้งนี้รวมถึงการจัดทำเว็บไซต์ ชูวิดีโอต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานเรียนรู้ด้วยตนเองควรเน้นการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อลดความเครียดและผ่อนคลาย โดยการให้บริการทางโทรศัพท์ หรือให้คำปรึกษาออนไลน์และควรเตรียมชุดทำแผลพร้อมอุปกรณ์ในการทำแผลให้พร้อมในสถานที่กักกันเพื่อช่วยลดการติดเชื้อและป้องกันแผลลุกลามได้

2.2 กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดแผลที่เท้า เมื่ออยู่ในสถานที่กักกันการให้บริการที่ควรให้ เช่นเดียวกับกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำและกลุ่มที่มีความเสี่ยงปานกลางต่อการเกิดแผลที่เท้า แต่ต้องเน้นย้ำการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้เกณฑ์ที่ควบคุม รับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือดหรือยาฉีดอินซูลินด้วยตนเองให้ขนาดและเวลาและต้องสวมรองเท้าที่เหมาะสมตลอดเวลาเพื่อลดแรงกดที่กระทำต่อฝ่าเท้า พร้อมทั้งให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ หรือให้คำปรึกษาออนไลน์และควรเตรียมชุดทำแผลพร้อมอุปกรณ์ในการทำแผลให้พร้อมในสถานที่กักกันเพื่อช่วยลดการติดเชื้อและป้องกันแผลลุกลามได้

3. แนวทางการจัดบริการดูแลเท้าผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มที่มีการติดเชื้อโควิด 19 สามารถจัดการบริการตามกลุ่มอาการและความรุนแรงได้ดังนี้

3.1 กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มที่ไม่มีอาการหรือมีอาการเล็กน้อยกลายเป็นหวัด มีไข้ ไอ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อจมูกไม่ได้กลิ่น ไม่มีอาการหายใจลำบากหรือหายใจสั้น และรูปร่างทรงอังกังคงปกติ และมีผลการตรวจมีเชื้อโควิด 19 กลุ่มนี้จะรับไว้รักษาในโรงพยาบาลในหอผู้ป่วยแยกโรค ควรเน้นการให้บริการทางไกลผ่านทางออนไลน์ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยเบาหวานเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะมีอาการรุนแรงมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่โรคร่วม ดังนั้นต้องมีการเตรียมการส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานไปรับการรักษาในระดับที่มีศักยภาพมากกว่า เช่น โรงพยาบาลในเครือข่ายเดียวกับ ระดับปฐมภูมิและระดับตติยภูมิ เพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการใส่ท่อหลอดลมคอหรือเครื่องช่วยหรือเครื่องออกซิเจนช่วยหายใจแบบไม่ต้องใส่ท่อหลอดลมคอชนิดการให้ออกซิเจน แบบ High-Flow Oxygen System ไว้ตลอดเวลาหากพบว่ามีอาการทางระบบทางเดินหายใจหรือการติดเชื้อที่รุนแรงขึ้น

การดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มนี้จะเน้นการทำความสะอาดเท้าและเช็ดเท้าให้แห้ง หมั่นตรวจเท้าทุกวัน ควรสวมรองเท้าที่เหมาะสมหรือถุงเท้าตลอดเวลา เพื่อป้องกันการเกิดแผลขณะอยู่ในโรงพยาบาลงดอาหารรสหวาน ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างเคร่งครัดดื่มน้ำหรือ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ควบคุมระดับไขมันในเลือด ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ให้สูงจนเกินไป อีกทั้งยังต้องควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในระดับปกติ รวมถึงระมัดระวังไม่ให้เกิดแผล ล้างมือ/เท้าให้สะอาดทุกวัน พยายามให้มือ/เท้าแห้ง และมีความชุ่มชื้นอยู่เสมอ ตัดเล็บมือ/เท้าอย่างสม่ำเสมอ อย่าปล่อยให้ยาวหรือตัดสั้นจนเกินไป ดูแลมือ/เท้าให้มีสุขภาพดีอยู่เสมอ โดยประเมินเท้าเท้า สีผิว อุณหภูมิ สวมรองเท้าที่พอดีกับเท้า หรือผู้ให้บริการสามารถตรวจประเมินเท้าด้วยอุปกรณ์ทดสอบความรู้สึกที่ฝ่าเท้า (Monofilament) เพื่อประเมินการรับรู้ความรู้สึกของระบบประสาท (Hirunkhro, Dussaruk, Poko, Siriniyomchai & Kitiyanun, 2021)

3.2 กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการปานกลาง จนถึงรุนแรง ที่มีปัญหาระบบทางเดินหายใจ ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มนี้มีความเสี่ยงสูงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายจากโรคเบาหวานเพราะการทำงานของภูมิคุ้มกันร่างกายลดลงเสี่ยงต่อการติดเชื้อต่างๆเพิ่มมากขึ้น ทำให้อาจเสียชีวิตได้ส่วนใหญ่จะถูกรับไว้รักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตของโรงพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับระบบต่างๆ ในร่างกาย

ส่วนการดูแลเท้าในส่วนนี้จะเน้นการเพิ่มการไหลเวียนเลือดมาเลี้ยงที่เท้าให้เพียงพอ โดยการประเมินชีพจรที่เท้า Posterior Tibial Artery และ Dorsalis Pedis Artery มีการไหลเวียนดีหรือไม่ ควรใส่ถุงเท้าตลอดเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลเพราะอากาศในโรงพยาบาลจะเย็นกว่าภายนอก ส่งผลทำให้หลอดเลือดที่เท้าตีบ ส่งผลให้การไหลเวียนของเลือดลดลง อาจเกิดภาวะเนื้อเยื่อที่เท้าขาดเลือดได้ทำให้เกิดแผลที่เท้าที่เรียกว่า Ischemic Ulcers ส่งผลให้ถูกตัดเท้าได้ในอนาคต

จากประสบการณ์ของคณะผู้เขียนแนวทางการดูแลเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 จะเน้นการให้บริการสุขภาพทางไกลโดยใช้โทรศัพท์ ซึ่งคล้ายกับการให้บริการในต่างประเทศที่นิยมปรับเปลี่ยนไปใช้เทคโนโลยีในการติดต่อสื่อสาร (Telehealth-Driven Approach) (Atri, Kocherlakota, & Dasgupta, 2020) เป็นรูปแบบหนึ่งของ Tele Communication โดยคณะผู้เขียนนิยมใช้แอปพลิเคชันไลน์ (Line) ในการสื่อสาร ซึ่งสะดวกที่สุด ซึ่งผู้ป่วยโรคเบาหวานและครอบครัวส่วนใหญ่ มีโทรศัพท์และมีแอปพลิเคชันนี้ ไว้ติดต่อกับสื่อสารระหว่างกันได้ง่าย ทั้งการพิมพ์ การโทรศัพท์ การวิดีโอคอล ให้เห็นถึงอาการ สภาพแผล แผลที่เท้าเริ่มต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การช่วยเหลือติดตามแผลเรื้อรัง การให้คำแนะนำและแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า เช่น อาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และมีการตั้งกลุ่มไลน์ผู้ป่วยเบาหวานเพื่อติดตามและให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเบาหวานในแต่ละกลุ่มเสี่ยงในการดูแลเท้าด้วยตนเอง ส่วนในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงและมีเริ่มมีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่รุนแรง หรือมีอาการเหมือนโรคโควิด 19 จะรีบประสานงานเพื่อส่งต่อหรือนำส่งโรงพยาบาลในเครือข่ายที่มีศักยภาพมากกว่า และติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด การดำเนินงานเช่นนี้ เป็นการใส่ใจดูแล ให้ความจริงใจในการทำงานในบทบาทของผู้ให้บริการทางสุขภาพอย่างใกล้ชิดในระดับครอบครัว/ชุมชน ทำให้เกิดผลดีในวงกว้าง คือ แก้อาการเฉพาะหน้าได้ถูกจุด ลดปัญหาต่าง ๆ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ช่วยเพิ่มระดับความพึงพอใจ ดำรงรักษาไว้ซึ่งคุณภาพชีวิต

ของผู้ป่วยเองและครอบครัวด้วย ลดภาระการดูแล ลดผลกระทบต่อจิตใจ ลดค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นจากการต้องดูแล แผลที่เท้าหรือการถูกตัดเท้า/ตัดขา ซึ่งการทำงานรูปแบบนี้สอดคล้องกับการปฏิบัติในต่างประเทศที่ดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานช่วงสถานการณ์โควิด 19 (Stafford, 2020) และยังเป็นผลงานของแพทย์/พยาบาลในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายภาครัฐได้จำนวนมาก ลดรายจ่ายงบประมาณของประเทศในการดูแลรักษา

สรุป

จากสถานการณ์ความรุนแรงของการระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 ทำให้การดูแลเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานได้รับผลกระทบโดยตรงต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเป็นแบบ New Normal ต้องดูแลตนเองอย่างเคร่งครัดมากขึ้นนอกจากการปฏิบัติตามนโยบายแล้ว ผู้ป่วยโรคเบาหวานยังต้องมีความรู้ในเรื่องโรคติดเชื้อโควิด 19 เน้นการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนตาม DHMT แล้ว ต้องตรวจประเมินเท้าเป็นประจำ และทำความสะอาดเท้าเป็นพิเศษ ญาติ/ผู้ดูแลควรตรวจเท้าให้อย่างละเอียดทุกวัน และควรทราบเบอร์โทรศัพท์/สายด่วนต่างๆ ที่ช่วยเหลือ/ให้คำแนะนำได้โดยรวดเร็ว หรือเริ่มมีอาการของโรคโควิด 19 หรือมีอาการเบาหวาน/แผลที่หนักขึ้น และสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่งคือ การได้รับวัคซีนซึ่งวัคซีนโควิด จะสามารถช่วยลดความรุนแรงของการติดเชื้อและลดอัตราการเสียชีวิตได้ นอกจากนี้บุคลากรทางสุขภาพหรือเจ้าหน้าที่ของรัฐต่างๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทำงานให้บริการกับประชาชน ควรมีความรู้เรื่องโรคโควิด 19 จากสถานการณ์โรคระบาดโควิด 19 นี้ตั้งแต่การระบาดปี พ.ศ. 2562 หน่วยงานของภาครัฐและเอกชน มีการตื่นตัวมีการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ และมีศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ศบค.) สังกัดกระทรวงมหาดไทยที่รายงานข่าวสถานการณ์เกี่ยวกับโรคทุกวัน และทุกกระทรวง ทบวง กรม หน่วยงานภาครัฐของประเทศ มีการปรับเปลี่ยนนโยบายต่างๆ เพื่อตอบสนองนโยบายของภาครัฐและให้การช่วยเหลือประชาชนในการระบาดของโรคโควิด 19 นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขยังมีนโยบายให้มีการปรับเปลี่ยนของสถานบริการสุขภาพแต่ละแห่ง และในโรงพยาบาลต่างๆ ทุกระดับมีการปรับบทบาทในการลดบริการสุขภาพแบบพบหน้ากันระหว่างผู้ให้กับผู้รับบริการ ลดระยะเวลารอคอย จึงมีการพัฒนาระบบการดูแลโดยเน้นการให้บริการสุขภาพทางไกลโดยใช้โทรศัพท์ หรือแอปพลิเคชันต่างๆ หรือที่นิยมคือแอปพลิเคชันไลน์ โดยมีการตั้งกลุ่มไลน์ผู้ป่วยเบาหวานเพื่อติดตามและให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเบาหวานในแต่ละกลุ่มเสี่ยงในการดูแลเท้าด้วยตนเองเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นบทความนี้เป็นารรวบรวมความรู้และเสนอแนวทางการดูแลเท้าผู้ป่วยเบาหวานในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 ในปัจจุบัน เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดแผลที่เท้าซึ่งจะนำไปสู่การถูกตัดเท้าในที่สุด และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าผู้อ่าน โดยเฉพาะบุคลากรทางสุขภาพจะมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโควิด 19 เพิ่มมากขึ้น ช่วยกันรณรงค์ให้ประชาชนในประเทศรับวัคซีนโควิดและวัคซีนเข็มกระตุ้นให้มากขึ้น และนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่เน้นการจัดการด้านการดูแลเท้า

References

- Atri, A., Kocherlakota, C. M. & Dasgupta, R. (2020). *Managing Diabetic Foot in Times of COVID-19: Time to Put the Best 'Foot' Forward*. *Int J Diabetes Dev Ctries*, 40(3), 321-328. doi: 10.1007/s13410-020-00866-9. Epub 2020 Sep 1. PMID: 32904959; PMCID: PMC7461755. Retrieved November, 8, 2022 from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32904959/>
- American Diabetes Association (ADA). (2019). *Classification and Diagnosis of Diabetes*. *Diabetes Care*, 40(Suppl 1), S11-S24. Retrieved Feb 8, 2022 from: <https://doi.org/10.2337/dc17-S005>
- Brufsky, A. (2020). Hypocerglymia, Hydroxychloroquine, and the COVID-19 Pandemic. *Journal of Medical Virology*, 92(7), 770-775.

- Boontawee, C. (2022). Factors Affecting Decision to Vaccinate Booster Shots of the Coronavirus (COVID-19) among the Personnel of Nursing Department Police General Hospital. *Journal of Research for Health Improvement and Quality of Life*, 2(2), 49-60. (in Thai)
- Campbell, A. P. (2017). *DASH Eating Plan: An Eating Pattern for Diabetes Management*. *Diabetes Spectrum: a Publication of the American Diabetes Association*, 30(2), 76-81. Retrieved Feb 8, 2022 from: <https://doi.org/10.2337/ds16-0084>
- Chunrum, K., Chaichana, B., Ruangdej, K. & Sreechroen, C. (2016). Self-Care of Patients with Type 2 Diabetes Mellitus: Development of Model Integration with AIC Technique (Sukhirin Hospital). *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 3(3), 179-193. (in Thai)
- Chee, Y. J., Tan, S. K. & Yeoh, E. (2022). Dissecting the Interaction Between COVID-19 and Diabetesmellitus. *Journal of diabetes investigation*, 11(5), 1104-14.
- Department of Disease Control. (2022). *Coronavirus Disease Situation Report 2022*. Retrieved Feb 8, 2022 from: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/situation/situation-no491-080564.pdf>
- Department of Medical Sciences Ministry of Public Health. (2022). *COVID-19*. Retrieved February 1, 2022, from <https://www3.dmsc.moph.go.th/>
- Diabetes Association of Thailand Under the Patronage of Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn. (2018). *Clinical Practice Guideline for Diabetes 2014*. Bangkok: Diabetes Association of Thailand Under The Patronage of Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn. Retrieved March 19, 2022, from <https://www.dmthai.org/index.php/knowledge/healthcare-providers/cpg/435-guideline-diabetes-care-2018>
- Division of Non Communicable Diseases. (2020). *Non-Communicable Diseases (NCDs)*. Retrieved March 19, 2022, from <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents.php?tid=32&gid=1-020>
- Faghri-Gangi, M., Moameri, H., Abdolmohamadi, N. & Nematollahi, S. H. (2020). The Prevalence of Type 2 Diabetes in Patients with COVID 19: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Via Medica*, 9(5), 271-278.
- Hirunkhro, B. (2017). Development of a Service System by Participation of the Community and Multidisciplinary Team Through the Home-Based Rehabilitation Nursing Program for Patients with Stroke. *Nakhon Phanom University Journal Humanities & Social sciences*, 2017(Special), 36-45. (in Thai)
- Hirunkhro, B., Dussaruk, D., Poko, S., Siriniyomchai, C. & Kitiyanun, C. (2021). Foot Care: The Problems That Should Not be Overlooked among Diabetic Elders in Community. *EAU Heritage Journal Science and Technology*, 15(1), 46-61. (in Thai)
- Hirunkhro, B., Dussaruk, D., Poko, S. & Jerayingmongko, P. (2021). Diabetic Ulcers: Care and Promote Wound Healing. *EAU Heritage Journal Science and Technology*, 15(3), 41-56. (in Thai)

- Institute of Medical Research and Technology Assessment. (2015). *Guidelines for Screening and Treating Foot Complications in Diabetic*. Retrieved March 19, 2022, from <https://www.rihes.cmu.ac.th/news/wp-content/uploads/2017/07/07.3-Unlocking-The-Shoe-Issue-for-Diabetic-Patients-in-Chiang-Mai-%E0%B9%80%E0%B8%97%E0%B9%89%E0%B8%B2.pdf>
- International Diabetes Federation. (2019). *About Diabetes*. Retrieved March 19, 2022, from <https://www.idf.org/aboutdiabetes/what-is-diabetes>.
- Khumsaen, N. (2021). Knowledge, Attitudes and Prevention Behaviors of COVID-19 among People Living in Amphoe U-Thong, Supananburi Province. *Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province*, 4(1), 33-48. (in Thai)
- Papachristou, S., Stamatiou, I., Stoian, A. P. & Papanas, N. (2021). New-Onset Diabetes in COVID-19: Time to Frame its Fearful Symmetry. *Diabetes Therapy*, 12(2), 461–464. Retrieved March 19, 2022, from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33367980/>
- Parohan, M., Yaghoubi, S., Seraji, A., Javanbakht, M. H., Sarraf, P. & Djalali, M. (2021). Risk Factors for Mortality in Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Infection: a Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. *Aging Male*, 23(5), 1416-24. (in Thai)
- Pathomphon, S., Santi, L., Dao, S., Yongyuth, W. & Jureeporn, K. (2020). *Handbook of Integrated, People-Centered Health Services in New Normal Diabetic & Hypertensive Clinic (for Healthcare Workers)*. Bangkok. Printing Business Office Veterans Relief Organization Under Royal Patronage.
- Phasok, A. (2017). Nursing Care of Wound Bed in Diabetic Foot Ulcers Intergrated with Maggot Therapy: Case Study. *The Journal of Boromarajonani college of Nursing Nakhonratchasima*, 23(2), 80-93. (in Thai)
- Ramachandran, A., Snehalatha, C., Shetty, A. S. & Nanditha, A. (2012). Trends in Prevalence of Diabetes in Asian Countries. *World Journal of Diabetes*, 3(6), 110–117. Retrieved March 19, 2022, from <https://doi.org/10.4239/wjd.v3.i6.110>
- Singh, K., Gupta, R., Ghosh, A. & Misra, A. (2020). *Diabetes in COVID-19: Prevalence, Pathophysiology, Prognosis and Practical Considerations*. Retrieved March 19, 2022, from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32298981/>
- Siriniyomchai, C. (2020). *Management of Diabetic Foot: Art and Science of Nursing*. Bangkok: Sahamit Pattana Printing (1992) Co., LTD. (in Thai)
- Sodkomkam, N. & Hirunkhro, B. (2022). A Model Management during Epidemic of Coronavirus 2019 (COVID-19) in Community Level among Samut Songkhram Province. *Heritage Journal Science and Technology*, 16(3) (in Thai)
- Stafford, M. (2020). Delivering Diabetes Foot Care During the COVID-19 Restrictions. *Diabetes & Primary Care*, 22(4), 69-71.
- Trakultaweek, P. (2021). Factor of Influence COVID-19 Vaccine Intent and Vaccine's Concerns among Hospital Staff. *Journal of Research and Health Innovation Development*, 3(1) 47-57. (in Thai)

- Urbančič-Rovan, V. (2022). Diabetic Foot Care Before and During the COVID-19 Epidemic: What Really Matters?. *Diabetes Care*, 44(2), e27-e28. doi: 10.2337/dc20-2650. Epub 2020 Dec 7. PMID: 33288651; PMCID: PMC7818319. Retrieved November, 8, 2022 from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33288651/>
- Vannako, P. & Sunongbua, A. (2022). Associations Between COVID-19 Vaccine and Severity of COVID-19; Chaiyaphum Hospital: 2021-2022. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, 15(36), 129-142. Retrieved November, 8, 2022 from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/article/view/259357/177261>
- Wisetsing, S., Krainuwat, K. & Koshakri, R. (2019). Prevalence and Factors Predicting Diabetic Foot among Type 2 Diabetes Mellitus Patients in Public Health Centers, Bangkok Metropolitan. *Royal Thai Navy Medical Journal*, 47(3), 641-58. (in Thai)
- World Health Organization. (2020). *Infection Prevention and Control During Health Care When COVID-19 is Suspected: Interim Guidance*.
- World Health Organization. (2022). *Weekly Operational Update on COVID-19*. Retrieved March 19, 2022, from <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-operational-update-on-covid-19---1-march-2022>

คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับ วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้

กองบรรณาธิการ วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ ขอเชิญสมาชิก และ ผู้สนใจทุกท่านร่วมส่งบทความวิชาการ และบทความวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ด้านการสอน การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อตีพิมพ์ เผยแพร่ทั้งนี้ผลงานที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่นเมื่อได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์ผู้เขียนจะต้องสมัครเป็นสมาชิกของวารสาร ฯ

ชนิดของเรื่องที่จะตีพิมพ์

1. บทความวิชาการด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
2. บทความวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ถ้าเป็นวิทยานิพนธ์ต้องมีหนังสือรับรอง และ ลงนามทั้งอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และนิสิตผู้ทำวิทยานิพนธ์
3. บทความปริทัศน์ บทความพิเศษ และปกิณกะ

การเตรียมต้นฉบับบทความ

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป MS Word 97/03 for Windows ขนาด 15 แบบอักษรใช้ TH SarabunPSK (ในตารางขนาด 14) พิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 ระยะขอบกระดาษ ด้านบน-ล่าง, ซ้าย-ขวา 2.54 cm. จำนวน 12 หน้า (ไม่รวมรายการอ้างอิง) และ **รายการอ้างอิงต้องไม่เกิน 40 รายการ รวมรายการอ้างอิง ไม่เกิน 15 หน้า**
2. ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวหนาไว้หน้าแรกตรงกลาง ขนาดอักษร 17
3. ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 14 (หนา) อยู่ใต้ชื่อเรื่อง ให้ระบุ ตัวเลขเป็นตัวยกท้าย และสถานที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 12 (หนา) ให้ระบุตัวเลขเป็นเลขยกท้ายให้ตรง กับชื่อผู้นิพนธ์ ทั้งนี้เฉพาะผู้วิจัยหลักเพิ่มเบอร์โทรศัพท์ และ e-mail ในส่วนล่างสุด
4. มีบทคัดย่อภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 1 หน้าต่อบทคัดย่อ
5. กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ (จำนวน 3 – 5 คำ)
6. การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดอักษร 16 (หนา)
7. การเรียงหัวข้อ หัวข้อย่อยให้ย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดอักษร 15 (หนา)
8. การใช้ตัวเลขคำย่อ และวงเล็บควรใช้เลขอารบิกทั้งหมดใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น การวงเล็บภาษาอังกฤษ ควรใช้ Capital Letters เช่น Student Centered Learning
9. การกำหนดเลขหัวข้อ หัวข้อใหญ่ให้ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อย่อยใช้หัวข้อหมายเลขระบบทศนิยม หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2.5 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า

3 ซม. หัวข้อย่อถัดมาให้อยู่หน้า 2 ซม. หลังจากนั้นถัดมาหัวข้อละ 0.5 เซนติเมตร และใช้ “-” แทนการกำกับแทนตัวเลข เช่น

1.

1.1

1.1.1

1.1.1.1

1)

1.1)

-

10. ตารางและภาพประกอบ ให้ระบุชื่อตารางไว้เหนือตารางแต่ละตารางและระบุชื่อภาพแต่ละภาพไว้ใต้ภาพนั้น ๆ เว้นบรรทัดเหนือชื่อตาราง และเหนือรูปภาพ 1 บรรทัด และเว้นใต้ตาราง และใต้ชื่อภาพ 1 บรรทัด และจัดเรียงตามลำดับหรือหมายเลขที่อ้างถึงในบทความ คำบรรยายประกอบ ตารางหรือภาพประกอบควรสั้นและชัดเจน ภาพถ่ายให้ใช้ภาพขาวดำหรือสีก็ได้ ภาพต้องเป็นภาพที่มีความคมชัด ส่วนภาพเขียนลายเส้นต้องชัดเจน มีขนาดที่เหมาะสม กรณีคัดลอกตารางหรือภาพมาจากที่อื่น ให้ระบุแหล่งที่มาใต้ตารางและภาพประกอบนั้น ๆ ด้วย

11. บทความวิจัย ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

- บทคัดย่อ (ภาษาไทย)
- บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)
- บทนำ
- วัตถุประสงค์วิจัย
- สมมติฐานวิจัย (ถ้ามี)
- กรอบแนวคิดการวิจัย
- ระเบียบวิธีวิจัย
 - ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
 - เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
 - การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
 - การเก็บรวบรวมข้อมูล
 - การวิเคราะห์ข้อมูล
- จริยธรรมวิจัย
- ผลการวิจัย
- อภิปรายผล
- การนำผลการวิจัยไปใช้
- ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป
- References

บทความวิจัย (ภาษาอังกฤษ) ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

- Abstract (in Thai)
- Abstract
- Introduction
- Objectives
- Hypotheses (if available)
- Conceptual Framework
- Methods
- Population and Sample
- Research Instrument
- Validity and Reliability of the Research Instrument
- Data Collection
- Data Analysis
- Ethical Consideration/Informed Consent
- Results
- Discussion
- Implication of the Results
- Recommendation for Further Study
- References

12. บทความวิชาการ ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

- บทคัดย่อ
- Abstract
- บทนำ
- เนื้อเรื่อง (แสดงสาระสำคัญที่ต้องที่ต่อการนำเสนอตามลำดับ)
- สรุป
- ข้อเสนอแนะ
- References

บทความวิชาการ (ภาษาอังกฤษ) ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

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

13. การเตรียมเอกสารอ้างอิง ให้ใช้ระบบอ้างอิงแบบ APA Formatted References, 5th Edition โดย ศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ <https://www.wooster.edu/psychology/apa-crib.html>.

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงในเนื้อหา

ใช้ระบบนาม- ปี (Name – year system) ชื่อผู้แต่งภาษาไทยให้แปลเป็นภาษาอังกฤษและผู้แต่งภาษาอังกฤษ ให้เขียนเฉพาะนามสกุล ทุกคน ถ้ามามากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก ตามด้วย et al., ดังตัวอย่าง

(Nawsuwan, 2015)

(Nawsuwan, Chotibun, & Singsri, 2015)

(Nawsuwan, Chotibun, Singsri, Singhasem, Suwannaraj, Janpes et al, 2015)

การคัดลอกข้อความ ใช้ระบบนาม-ปี และข้อความที่คัดลอกมาอยู่ในเครื่องหมาย “.....” กรณีชื่อผู้แต่งภาษาไทย ให้แปลเป็นภาษาอังกฤษเช่น

Bandura (1991) ให้นิยามว่า “จริยธรรมคือ กฎสำหรับการประเมินพฤติกรรม”...

“พยาบาลจึงจะต้องเป็นนักคิด และมีการประเมินอย่างต่อเนื่องเพื่อแก้ความสงสัยที่เกิดขึ้นตลอดเวลา” (Kunaviktikul, 2007)

สอดคล้องกับการศึกษาของ Nawsuwan (2017)

การอ้างอิงท้ายบทความ

1. บทความทั่วไป ชื่อผู้แต่งภาษาไทยและผู้แต่งภาษาอังกฤษ ใส่ชื่อสกุลผู้ร่วมงานทุกคน ถ้าไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อทั้ง 6 คน หากมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรกตามด้วยคำว่า “et al.” สำหรับบทความหนังสือหรือเอกสาร ที่เป็นภาษาไทย ให้แปลเป็นภาษาอังกฤษทั้งข้อความ และให้วงเล็บ (in thai) ดังตัวอย่าง

Nawsuwan, K., Chotibun, P. & Singsri, T. (2015). *Identity of Nursing Students in*

Boromarajonani College of Nursing, Songkhla. Songkhla: Boromarajonani College of Nursing, Songkhla. (in Thai)

Fraenkel, R. J., Wallen, E. N. & Hyun, H. H. (2012). *How to Design and Evaluate Research in Education.* (8th ed.). New York: McGraw-Hill.

2. ผู้เขียนเป็นกลุ่มหน่วยงาน

Praboromarajchanok Institute of Heath Workforce Development. (2013). *Collection of Academic Performance in Humanized Service Mind.* Nontaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)

3. การอ้างอิงเฉพาะบทในหนังสือ

Waite, J. (2011). "Information and Documentation. In Potter, A. P., Perry, G. A., Stockert, A. P. & Hall, A." Basic Nursing Challenge. (pp. 142-164). Missouri: Mosby/Elsevier.

4. การอ้างอิงเอกสารจากอินเทอร์เน็ต

Heubecke, E. (2008). *The New Face of Nursing: Expanding Patient Advocacy with Leadership, Creativity, and Vision*. Johns Hopkins Nursing Magazine. Retrieved November 3, 2013 from <https://magazine.nursing.jhu.edu/>.

5. การอ้างอิงจากวารสาร

Sheiham, A. (2006). Dental Caries Affects Body Weight, Growth and Quality of Life in Pre-School Children. *British Dental Journal*, 201(10), 625-626.

6. วิทยานิพนธ์

Nawsuwan, K. (2015). *Indicators Development of Nursing Students's Identities in Nursing Colleges, Ministry of Public Health*. A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirement for the Doctor of Education Degree in Educational Administration Faculty of Education and Liberal Arts, Hatyai University. (in Thai).

การส่งบทความ

ให้ส่งทางระบบออนไลน์มาที่ วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ ผ่านเว็บไซต์ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet> หรือ <https://www.tci-thaijo.org/> โดยระบุชื่อ ที่อยู่ เบอร์โทร ของผู้พิมพ์ (Corresponding) เพื่อวารสารฯ ติดต่อกลับ

วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ มีกำหนดออก 3 ฉบับต่อปี คือ ฉบับที่ 1 (มกราคม – เมษายน) ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม – สิงหาคม) ฉบับที่ 3 (กันยายน – ธันวาคม)

รายการตรวจสอบก่อนส่งบทความ

1. บทความนี้ยังไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาเพื่อตีพิมพ์ในวารสารอื่น
2. หากเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หรือปริญญานิพนธ์ต้องผ่านการเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิจัย
3. บทความจะต้องพิมพ์ภายใต้รูปแบบตามที่วารสารกำหนดอย่างเคร่งครัด
4. บทความที่ออกหนังสือรับรองการตีพิมพ์ก่อนมีการเผยแพร่จะต้องแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงวุฒิ หรือกองบรรณาธิการก่อนจึงจะถือว่าหนังสือรับรองการตีพิมพ์จะสมบูรณ์ หากไม่แก้ไขจะถือสิทธิ์ว่าไม่สมบูรณ์ไม่สามารถนำไปใช้ประโยชน์เพื่อการใด ๆ ทั้งสิ้น

เกณฑ์การพิจารณาคุณภาพของบทความ

1. บทความต้องผ่านการกลั่นกรองและการประเมินคุณภาพจากกองบรรณาธิการเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ และวารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ เป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหา บทความเพื่อลงตีพิมพ์จำนวน 3 ท่านต่อบทความ โดยผู้พิจารณาบทความ (Peer - review) จะไม่ทราบชื่อผู้แต่งและผู้แต่งจะไม่ทราบชื่อผู้พิจารณาเช่นกัน (Double blind) และบทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ที่เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการหรือเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย
2. บทความต้องได้รับการยอมรับการตีพิมพ์จากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน จึงจะได้รับการตีพิมพ์ หากผู้ทรงคุณวุฒิท่านใดท่านหนึ่งปฏิเสธการตีพิมพ์ (Reject) ถือว่าบทความนั้นปฏิเสธการตีพิมพ์
3. บทความต้องจัดพิมพ์ตามรูปแบบที่วารสารกำหนด
4. ผู้เขียนต้องส่งต้นฉบับวารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ ด้วยระบบออนไลน์
5. วารสารสงวนสิทธิ์ที่จะเรียบเรียง และอาจจะปรับปรุงการนำเสนอบทความตามความเหมาะสม และความคิดเห็นของผู้เขียน
6. ผู้เขียนต้องชำระการตีพิมพ์บทความ
 - 6.2 ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน
 - บทความภาษาไทย จำนวน 5,000 บาท
 - บทความภาษาอังกฤษ จำนวน 6,000 บาท

2.54 សង្ខ.

หากมีภาพกรอบแนวคิด ให้ใส่ชื่อภาพไว้กึ่งกลางใต้ภาพ เช่น



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

(enter ขนาด 15)

ระเบียบวิธีวิจัย (ขนาด 16 หนา)

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

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

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา) หาก
มีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ข.....

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

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

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

(enter ขนาด 15)

จริยธรรมวิจัย (ขนาด 16 หนา)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาด 15 ไม่หนา.....

(enter ขนาด 15)

ผลการวิจัย (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ
หน้า ข

1. ข้อมูลทั่วไป

(enter ขนาด 15)

ตาราง 1ชื่อตาราง..... (ตาราง 1 ขนาด 15 หน้า, ชื่อตาราง ขนาด 15 ไม่หน้า)
ภายในตารางขนาด 14 หัวข้อ (หน้า) เนื้อหา (ไม่หน้า)

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

ที่มา: (ถ้ามี)

2. หัวข้อตอบตามวัตถุประสงค์การวิจัย

(enter ขนาด 15)

ตาราง 2ชื่อตาราง..... (ตาราง 1 ขนาด 15 หน้า, ชื่อตาราง ขนาด 15 ไม่หน้า)
ภายในตารางขนาด 14 หัวข้อ (หน้า) เนื้อหา (ไม่หน้า)

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

(enter ขนาด 15)

อธิบายตาราง (เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หน้า) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ข

.....

(enter ขนาด 15)

อภิปรายผล (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หน้า) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ข

.....

(enter ขนาด 15)

การนำผลการวิจัยไปใช้ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หน้า) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ข

.....

(enter ขนาด 15)

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หน้า) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ข

.....

(enter ขนาด 15)

References (ขนาด 16 หน้า)

เอกสารอ้างอิงให้ย่อหน้าในบรรทัดที่ 2 และถัดไป (1.25 ซม.) และการอ้างอิงต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งบทความ และการอ้างอิงต้องมีใน references และ บทความ เช่น

Nawsuwan, K., Chotibun, P., & Singsri, T. (2015). *Identity of Nursing Students in Boromarajonani College of Nursing, Songkhla*. Songkhla: Boromarajonani College of Nursing, Songkhla. (in Thai)

สามารถศึกษาการอ้างอิงได้ตามรายละเอียดข้างต้น

2.54 សង្ខ.

(enter ขนาด 15)

References (ขนาด 16 หน้า)

เอกสารอ้างอิงให้ย่อหน้าในบรรทัดที่ 2 (1.25 ซม.) และการอ้างอิงต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งบทความ มี
ใน references และ บทความ เช่น

Nawsuwan, K., Chotibun, P., & Singsri, T. (2015). *Identity of Nursing Students in Boromarajonani
College of Nursing, Songkhla*. Songkhla: Boromarajonani College of Nursing, Songkhla. (in
Thai)

สามารถศึกษาการอ้างอิงได้ตามรายละเอียดข้างต้น