



วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ

Journal of Health and Health Management ISSN 2408-1396 (Print)
ISSN 2730-2512 (Online)

ปีที่ 7 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2564

วารสารกลุ่ม 1 การรับรองคุณภาพจาก TCI
สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

Vol. 7 No. 2 July-December 2021

บทความวิชาการ:

- การดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระยะคลอดและระยะหลังคลอดทันที: ชุติมา ปัญญาพินิจบุตร, ชัชวาล วงศ์สารี, สมบูรณ์ บุญยเกียรติ, แก้วตะวัน ศิริลักษณ์านันท์, ธนินต์นิภา ภักศุขนิธิวัฒน์, วลัยนารี พรมลา
- การสังเคราะห์งานวิจัยเชิงทดลองและกึ่งทดลอง ชัชวาล วงศ์สารี, สุระพรรณ พนมฤทธิ์, สายสมร เฉลยภักดิ์, วลัยนารี พรมลา, ธนินต์นิภา ภักศุขนิธิวัฒน์, สุทธิธารัตน์ เจริญพงศ์

บทความวิจัย:

- การศึกษาคุณภาพชีวิตนักศึกษา วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ มาลีวัล เลิศสาครศิริ, จุรีย์ นฤมิตเลิศ
- ภาวะสุขภาพของเด็กวัยเรียนระดับประถมศึกษาเขตสาทร กรุงเทพมหานคร สุปรานี น้อยท้ว, สุวรรณ ละออปกิณ, เข็มรงค์ นาคเทศ
- ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะของอาสาสมัครประจำครอบครัว จังหวัดสุโขทัย ยุทธนา แยกกาย, มุขลินท์ แปงศิริ
- การเปรียบเทียบผลการตอบสนองกันที่ของระบบหัวใจและหลอดเลือด ดวงฤดี สุวิวัฒน์ศิริกุล, สุกัญญา กริอินทอง, สุภาพร หม้อเฒ, วรพจน์ มีมีษ์, โสมนัส พวงจิตร
- ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม สมพร ชินโนรส, พิฑูล เชื้อนคำ, พรทิพย์ จันทรน้อย
- ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสของแรงงานข้ามชาติ เอกลักษณ์ พิภพสุข, ภัฏษริย์ พิณนา, อนงค์นุช สารจันทร์, นันทวัน สุวรรณรูป, อรพรรณ ไทสิงห์
- ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและจิตวิทยาเชิงบวกต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมอญ เป็ญศรี หงษ์พานิช
- The Effects of the Community-Based Lifestyle Intervention Program on the Prevention of Type 2 Diabetes Mellitus Among Pre-Diabetic Elderly People at Khlong Lat Phrao Community อนุศักดิ์ กุลประสูติกมล, ปุณณิตต์ กุลประสูติกมล
- ผลของโปรแกรมการดูแลร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อพฤติกรรมการเรียนรู้ สุมาลี กาใจ, วราทิพย์ แก่นการ, ช็องริตน์ สุพรรณพงษ์
- ศึกษาแนวทางพัฒนาருนวดต้นแบบ ตำรับวัดโพธิ์ หลังยุคโควิด-19 พวงทิพย์ ชัยพิบาลสุฤกษ์, อุไรวรรณ อมรมนิมิต, อากาภรณ์ ไพธิ์กระจำ, ปิณฑนิภา ไพธิ์วเขตวิทย, รุ่งลักษณ์ รอดขำ
- การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของแบบประเมินความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ ธนวัฒน์ รอมสุข, ลักษณ์วิรุฬห์ โชติศิริ, ชัชวาล วงศ์สารี, วลัยนารี พรมลา
- อิทธิพลของความรู้และการรับรู้ความเสี่ยงที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด -19 ของนักศึกษาพยาบาล อังคนา เรือนก้อน, สุวรรณ สร้อยสงฆ์, กิณฑิรา เพ็ญทอง, นันทวรรณ ธิ์พงศ์
- ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยและพฤติกรรมปรับตัวในการเรียนออนไลน์กับผลสัมฤทธิ์ ขวัญเรือน กำวีฑู, ชัยสิทธิ์ กันศึก, ระวี ติชชุกร, ชนิภา มีททวงกูร
- ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ดวงเดือน ศาสตรภักดิ์, จิราภรณ์ โทษภักดิ์, สุวัลลี แฉ่มศาสตร์, สุริยวรรณ ภูริปัญญาคุณ
- การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง ตามมาตรฐานการบริการ วาสนา รุ่งโรจน์วัฒนา, จันทนา อาจสันเทียะ



วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ

Journal of Health and Health Management

ISSN 2408-1396 (Print)

ISSN 2730-2512 (Online)



เจ้าของ :

วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ที่ปรึกษา :

ศ.กิตติคุณ ดร.นพ.จิตร สิทธิอมร เซอร์ ดร.สมศรี สุเมธ
 เซอร์มาร์การิตา กิจเจริญ เซอร์คริสตอฟ เกกษนันท์
 รศ.ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย

บรรณาธิการ :

ผศ.ดร.แก้วตะวัน ศิริลักษณ์นันท์

บรรณาธิการประจำฉบับ :

ผศ.ดร.พรรณวดี สมกิตติกานนท์
 อาจารย์ ดร.อุษา ครุครรชิต

กองบรรณาธิการ :

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ศ.ดร.วารุณี พองแก้ว
 ศ.ดร.ดาราวรรณ ต๊ะปินตา
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย รศ.ดร.โสรัช โพธิ์แก้ว
 ศ.ดร.จิตอนงค์ ก้าวสิกกรรม
 มหาวิทยาลัยขอนแก่น รศ.ดร.พินิจฐา พานิชชาวิกุล
 มหาวิทยาลัยบูรพา รศ.ดร.สุวรรณมา จันทร์ประเสริฐ
 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช รศ.ดร.สรารุช สุธรรมมาสา
 ศ.ดร.บุญทิพย์ สิทธิรังสี
 รศ.ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล
 รศ.ดร.ศรีศักดิ์ สุนทรไชย
 รศ.ดร.วรางคณา จันทร์คง
 รศ.สุดาว เลิศวิสุทธิไพบูลย์
 ผศ.ดร.อารยา ประเสริฐชัย
 ผศ.ดร.สิริรัตน์ สุวณิชย์เจริญ
 ศ.ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย

มหาวิทยาลัยคริสเตียน

ผู้จัดการ :

ผศ.ศุภวรรณ ธนภาพรังสรรค์

การติดต่อ:

วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เลขที่ 19 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา
 เขตสาทร กรุงเทพมหานคร 10120
 โทรศัพท์ 0-2675-5304-12
 โทรสาร 0-2675-5313
<http://jhsm.slc.ac.th/> หรือที่ <https://tci-thaijo.org/index.php/slc>

วัตถุประสงค์และขอบเขต :

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการ งานสร้างสรรค์ และนวัตกรรมทางด้านสุขภาพและการจัดการสุขภาพ โดยเฉพาะทางด้านการพยาบาล กายภาพบำบัด จิตวิทยา และการสาธารณสุข
2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการสื่อสารข้อมูลและข้อคิดเห็นต่างๆ ทางด้านวิชาการในด้านสุขภาพและการจัดการสุขภาพ

กำหนดการพิมพ์เผยแพร่ :

ปีละ 2 ฉบับ

- มกราคม-มิถุนายน
- กรกฎาคม-ธันวาคม

มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

มหาวิทยาลัยมหิดล

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ

วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

อ.ดร.ชัชวาล วงศ์สาริ

ศ.ดร.พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ

รศ.นพ.พิทยา จารุพูนผล

รศ.ดร.ประยูร พองสถิตกุล

รศ.ดร.ปัญญารัตน์ ลาภวงค์วัฒนา

ผศ.ดร.พัชราพร เกิดมงคล

รศ.ดร.วงเดือน บันดี

ดร.ชัตติยา รัตนติลล

รศ.ดร.ดวงเดือน ศาสตร์ภัทร

ร.ศ.ดร.มาลีวัล เลิศสาครศิริ

ผศ.ดร.สุวรรณมา อนุสันติ

ผศ.ดร.ผกาวัลี พุ่มสุทัศน์

ดร.อุษา ครุครรชิต

ผศ.ดร.พรรณวิภา บรรณเกียรติ

● บทความทุกเรื่องที่ดีพิมพ์วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ ได้รับการพิจารณาจากสำนัก กองจากผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 ท่าน/บทความ

● ความคิดเห็น ข้อความ ภาพ และตารางประกอบในบทความที่ดีพิมพ์ในวารสารนี้เป็นของผู้เขียน และถือเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียนแต่เพียงผู้เดียว ซึ่งบรรณาธิการกองบรรณาธิการวารสารฯ และวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยกับสิ่งเหล่านั้น และไม่มีส่วนรับผิดชอบแต่อย่างใด

สารบัญ

หน้า

บทบรรณาธิการ

บทความวิชาการ

การดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระยะคลอดและระยะหลังคลอดทันที: 1
จากหลักฐานเชิงประจักษ์สู่การปฏิบัติการผดุงครรภ์บนคลินิก

Caring for Pregnant Women Infected with Coronavirus 2019 during
Labor Period and Immediate Postpartum: From Evidences to Clinical Midwife Practice

ชุติมา ปัญญาพินิจนุกร, ชัชวาล วงศ์สารี, สมบูรณ์ บุญยเกียรติ, แก้วตะวัน ศิริลักษณ์นันท์,
ธันต์นิภา ภัคคุชณีวิวัฒน์, วลัยนารี พรมลา

การสังเคราะห์งานวิจัยเชิงทดลองและกึ่งทดลองสำหรับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน..... 16

A Research Synthesis of Quasi and Experimental Studies for Thai Elderly Health Promotion at Currently

ชัชวาล วงศ์สารี, สุระพรรณ พนมฤทธิ์, สายสมร เฉลยกิตติ, วลัยนารี พรมลา, ธันต์นิภา ภัคคุชณีวิวัฒน์,
สุทธิชาร์ตน์ เจริญพงศ์

บทความวิจัย

การศึกษาคุณภาพชีวิตนักศึกษา วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ 30

The Study of Quality of Life of Students in Saint Louis College

มาลีวัล เลิศสาครศิริ, จุรีย์ นฤมิตเลิศ

ภาวะสุขภาพของเด็กวัยเรียนระดับประถมศึกษาเขตสาทร กรุงเทพมหานคร 47

Health Status of the Primary School-age Children, Sathorn District, Bangkok

สุปราณี น้อยตั้ง, สุวรรณิ ละออปักษิณ, ชัยณรงค์ นาคเทศ

ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะของอาสาสมัครประจำครอบครัว จังหวัดสุโขทัย 65

Factors Affecting the Work Competency of the Family Volunteers in Sukhothai Province

ยุทธนา แยกคาย, มุจลินท์ แปงศิริ

การเปรียบเทียบผลการตอบสนองทันทีของระบบหัวใจและหลอดเลือดระหว่างการออกกำลังกาย 78

แบบช่วงความหนักสลับเบาและแบบต่อเนื่องความหนักปานกลางในผู้หญิงอ้วน

Comparisons of Acute Cardiovascular Response Between High Intensity Interval Exercise
and Moderate Intensity Continuous Exercise in Obese Females

ดวงฤดี สุวิวัฒน์ศิริกุล, สุกัญญา กรีอินทอง, สุภาพร หมื่อแล, วรพจน์ มีพีชน์, โสมนัส พวงจิตร

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 93

Factors Predicting Malnutrition in Hemodialysis Patients

สมพร ชินโนรส, พิกุล เชื้อนคำ, พรทิพย์ จันทร์น้อม

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมาในเขตกรุงเทพมหานคร.. 101

Factors Influencing Tuberculosis Preventive Behavior Among Myanmar Migrant Workers in Bangkok

เอกลักษณ์ ฟ้าสุข, ภัฏชรีย์ พัฒนา, อนงค์นุช สารจันทร์, นันทวัน สุวรรณรูป, อรพรรณ โตสิงห์

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและจิตวิทยาเชิงบวกต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมอญ 115

Relationship between Personal Factors and Positive Psychology

on Health Literacy among the Elderly People of the Mon Tribe in Thailand

เพ็ญศรี หงษ์พานิช

The Effects of the Community-Based Lifestyle Intervention Program on the Prevention of Type 2 129 Diabetes Mellitus Among Pre-Diabetic Elderly People at Khlong Lat Phrao Community ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตโดยชุมชนเป็นฐานเพื่อป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเบาหวานบริเวณชุมชนริมคลองลาดพร้าว อะเคื้อ กุลประสูติติติก, ปุณณัตต์ กุลประสูติติติก	
ผลของโปรแกรมการดูแลร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อพฤติกรรมการเรียนรู้ 143 และสุขภาพของเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้	
The Effects of Multidisciplinary Collaborative Care Program on Learning Behavior and Health of Children with Learning disabilities สุมาลี ถาใจ, วราทิพย์ แก่นการ, ช้องรัตน์ สุบรรณพงษ์	
ศึกษาแนวทางพัฒนาครูנדต้นแบบ ตำรับวัดโพธิ์ หลังยุคโควิด-19 154	
Study of Guideline for the Development of Role Model Instructor, Wat Pho Massage Discipline, Post COVID-19 Era พวงทิพย์ ชัยพิบาลสถิตย์, อุไรวรรณ อมรมนิมิตร, อาภาภรณ์ โพธิ์กระจ่าง, ปณิติกา โปธิเวชเทวัญ, รุ่งลักษณ์ รอดขำ	
การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของแบบประเมินความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี 168 และแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการช่วยเหลือบุหรีของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	
Confirm Factor Analysis of Cognitive in Cigarette Scale and Smoking Cessation Assistance Behavior Scale of Village Health Volunteers ธนวัฒน์ รวมสุก, ลักษณ์วิรุฬห์ โชติศิริ, ชัชวาล วงศ์สารี, วลัยนารี พรมลา	
อิทธิพลของความรู้และการรับรู้ความเสี่ยงที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด -19 183 ของนักศึกษาพยาบาล	
The Influence of Knowledge and Risk Perception on Preventive Behaviour regarding COVID-19 Outbreak among Nursing Students อังคณา เรือนก้อน, สุวรรณีย์ สร้อยสงค์, ภัณฑิรา เฟื่องทอง, นันทวรรณ อีรพงศ์	
ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยและพฤติกรรมปรับตัวในการเรียนออนไลน์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน 196 ของนักศึกษาพยาบาล ในมหาวิทยาลัย เอกชนแห่งหนึ่ง	
Relationship between Factors and adaptive behaviors for online learning and learning achievement of nursing students in a private university ขวัญเรือน ก้าววิตุ, ชัยสิทธิ์ ทั่นศึก, ระซี ดิษฐจร, ชนิดา มัททวงกูร	
ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 212	
Factors Affecting the Quality of Life in Elderly ดวงเดือน ศาสตรภัทร, จิราภรณ์ โภชกปรีภรณ์, สุวัลลี แยมศาสตร์, สุรีย์วรรณ ภูริปัญญาคุณ	
การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง ตามมาตรฐานการบริการ 224 ด้านสุขภาพขององค์การอนามัยโลก	
Continuing Care in Community of Older Adults with Chronic Illness, Following the Service Healthcare Standard of WHO Framework วาสนา รุ่งโรจน์วัฒนา, จินตนา อาจสันเทียะ	

บทบรรณาธิการ

บรรณาธิการและวารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ ขอส่งท้ายปีเก่า 2564 ด้วยความภาคภูมิใจ ความสำเร็จที่ผ่านมาของทีมงานในการพัฒนาวารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพให้มีคุณภาพต่อเนื่อง จนผ่านการรับรองคุณภาพเข้าสู่ฐานข้อมูลศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี กลุ่มที่ 1 (TCI Tier 1) ระหว่างปี ค.ศ. 2021-2024 บรรณาธิการและคณะทำงานขอขอบพระคุณท่านผู้บริหารวิทยาลัย เซนต์หลุยส์ที่มิโนโยบาย สนับสนุนงบประมาณและเอื้ออำนวยให้คณะทำงานสามารถขับเคลื่อนวารสารเข้าสู่ฐานข้อมูลศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี กลุ่มที่ 1 ได้สำเร็จในการขอประเมินครั้งแรก ขอขอบคุณกองบรรณาธิการและผู้ทรงคุณวุฒิประจำกองวารสารตลอดจนผู้แต่งบทความทุกท่านที่มุ่งมั่น แก้อิสระงานวิชาการอย่างเข้มข้น ทำให้ทุกบทความผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพตามเกณฑ์รับรองของศูนย์ ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทยกำหนด

อนึ่งวารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพก่อกำเนิดมาจากดำริของ เซอร์ ดร.สมศรี สุขเมธ อธิการบดี วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ที่เล็งเห็นความสำคัญของการสร้างสรรค์และการเผยแพร่งานวิชาการที่มีคุณภาพต่อสาธารณชน ในศาสตร์การพยาบาล กายภาพบำบัด จิตวิทยา และการสาธารณสุข เพื่อรองรับการเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ ของคณาจารย์ นักวิชาการ ผู้ปฏิบัติงานในวิชาชีพ และนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์และ สถาบันการศึกษาอื่น ใน พ.ศ. 2556 จึงได้มีการจัดตั้งคณะทำงานวารสารโดย รองศาสตราจารย์ ดร. พรทิพย์ เกษุรานนท์ ได้รับการแต่งตั้งให้เป็นบรรณาธิการคนแรก ซึ่งรูปแบบการดำเนินงานของวารสารสุขภาพกับการจัดการ สุขภาพ ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารวิทยาลัยเซนต์หลุยส์และสภาวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ตามลำดับ หลังจากนั้นจึงได้ดำเนินการขอจดทะเบียนการพิมพ์และการขอเลขมาตรฐานสากลประจำวารสาร ณ หอสมุดแห่งชาติ ได้รับการอนุมัติจากหอสมุดแห่งชาติในวันที่ 9 ธันวาคม 2557 และในปลายปีเดียวกันได้เผยแพร่วารสารสุขภาพ กับการจัดการสุขภาพฉบับปฐมฤกษ์ โดยบรรณาธิการและกองบรรณาธิการในขณะนั้นได้พยายามพัฒนาคุณภาพ วารสารให้เป็นไปตามมาตรฐานตามเกณฑ์คุณภาพของวารสารระดับชาติของสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา จึงทำให้วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพได้รับการยอมรับจากสภาวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ให้เผยแพร่ผลงานสำหรับ การของตำแหน่งทางวิชาการได้ ตามประกาศวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ที่ ๘๓๐๐๐/ ๕๒ ในเรื่องดังกล่าว ลงวันที่ 13 กรกฎาคม 2558 และที่ประชุมคณะกรรมการตำแหน่งทางวิชาการของคณาจารย์สถาบันอุดมศึกษา เอกชนรับทราบ ตามหนังสือสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษาลงวันที่ 17 ธันวาคม 2558 อย่างไรก็ตามทิศทางการ พัฒนาวารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพยังมุ่งไปสู่การรับรองคุณภาพเข้าสู่ฐานข้อมูลศูนย์ดัชนีการอ้างอิง วารสารไทย สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

พ.ศ. 2561 คณะกรรมการบริหารวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ได้แต่งตั้งให้ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. แก้วตะวัน ศิริลักษณ์นันท์ เป็นบรรณาธิการและทีมกองบรรณาธิการเพิ่มเติม เพื่อสานต่อเจตนารมณ์พัฒนาวารสารเข้า สู่ฐานข้อมูลศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทยให้สำเร็จ เนื่องด้วยการสนับสนุนที่ดีจากวิทยาลัยเซนต์หลุยส์และ ความเข้มแข็งของทีมกองบรรณาธิการและผู้ทรงคุณวุฒิในการพัฒนาคุณภาพบทความอย่างต่อเนื่องทำให้วารสาร สุขภาพกับการจัดการสุขภาพ ผ่านการรับรองคุณภาพเข้าสู่ฐานข้อมูลศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย สาขา วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี กลุ่มที่ 1 (TCI Tier 1) ระหว่างปี ค.ศ. 2021-2024

ความสำเร็จของวารสารฯ ในครั้งนี้ เกิดจากความร่วมมือร่วมใจกันอย่างดีของสภาวิทยาลัย เซนต์หลุยส์ ผู้บริหาร คณาจารย์ บุคลากรของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ กองบรรณาธิการทุกท่านที่เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้งภายในและภายนอก ที่ให้เกียรติเป็นผู้ประเมินบทความ เป็นบรรณาธิการประจำฉบับ และช่วยหาบทความในการตีพิมพ์ กองบรรณาธิการวารสารฯ ขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่งที่ทุกท่านได้ให้ความอนุเคราะห์ในการช่วยเหลือ ที่ทำให้เกิดการสร้างสรรค์และการเผยแพร่งานวิชาการที่มีคุณภาพที่จับต้องได้และเกิดประโยชน์ในวงวิชาการด้าน สุขภาพและสาธารณสุขเป็นอย่างดี โดยเฉพาะวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ที่ให้ทุนสนับสนุนในการจัดทำวารสารด้วยดี เสมอมา เซอร์ ดร.สมศรี สุเมธ อติตอธการบดี วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ที่เป็นผู้คิดริเริ่มและให้การสนับสนุนอย่างเต็มที่ เพื่อให้เกิดวารสารฉบับนี้ ศาสตราจารย์กิตติคุณ ดร. นายแพทย์จิตร สิทธิอมร อติตอธการบดีฯ ที่สานต่องานนี้ และให้คำแนะนำในการจัดทำวารสารพร้อมกับมอบทุนส่วนตัวในการส่งเสริมและสนับสนุนแก่คณาจารย์ในการ สร้างสรรค์งานวิชาการเพื่อตีพิมพ์ในวารสารนี้อย่างต่อเนื่องเป็นอย่างดี เซอร์หทัยทิพย์ กิจเจริญ อธิการบดี คนปัจจุบัน ที่สานต่องานนี้จนนำวารสารเข้าสู่ฐานข้อมูล TCI และผ่านการประเมินเข้าสู่กลุ่มที่ 1 ได้ในครั้งแรก

บรรณาธิการจึงขอขอบพระคุณผู้ที่มีส่วนในความสำเร็จตามที่กล่าวในข้างต้น อย่างไรก็ตามวารสารนี้ ไม่ได้สำเร็จจากการทำงานของบรรณาธิการเพียงคนเดียว หากแต่ทางวารสารมีทีมหรือคณะทำงานที่เข้มแข็ง ที่ให้ความร่วมมือร่วมใจของผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้เกียรติช่วยเขียนบทความและหาบทความในช่วงเริ่มก่อตั้งวารสารด้วยความ ยากลำบาก ช่วยเป็นบรรณาธิการประจำฉบับในบทความเฉพาะสาขาวิชา ประเมินคุณภาพบทความ ให้คำแนะนำ และกำลังใจในการจัดทำวารสารด้วยใจที่มุ่งมั่นให้เป็นวารสารที่มีคุณภาพติดตามเกณฑ์คุณภาพของวารสารระดับชาติ และตามเกณฑ์ของ TCI ได้สำเร็จ ในโอกาสส่งท้ายปี 2564 นี้ บรรณาธิการขอขอบพระคุณทีมกองบรรณาธิการ อาทิ ศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย สิ่งช่างชัย ศาสตราจารย์ ดร.ดาราวรรณ ต๊ะปินตา ศาสตราจารย์ ดร.ศิริพร จิรวัดน์กุล ศาสตราจารย์ ดร.พิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ รองศาสตราจารย์สุดาว เลิศวิสุทธิไพบูลย์ รองศาสตราจารย์ ดร.ศรีศักดิ์ สุนทรไชย รองศาสตราจารย์ ดร. ช่อทิพย์ บรมธนรัตน์ รองศาสตราจารย์ ดร. อารยา ประเสริฐชัย รองศาสตราจารย์ ดร. วรางคณา จันทร์คง รองศาสตราจารย์ ดร.วงเดือน ปันติ รองศาสตราจารย์สรารุช สุธรรมาสา รองศาสตราจารย์ ดร.ดวงเดือน ศาสตราจารย์ ดร.รุ่งทิวา วัจนะฐิติ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นवलลอ ธวินชัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ผกาภิ ทุมสุทัศน์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิตอนงค์ ก้าวกสิกรรม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สิริรัตน์ สุวณิชย์เจริญ และผู้ทรงคุณวุฒิอีกหลายท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการช่วยเหลือ เป็นอย่างดีและขอภัยเป็นอย่างยิ่งที่ไม่สามารถกล่าวนามได้ทั้งหมด ไว้ ณ ที่นี้ บรรณาธิการขออำนาจสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ท่านเคารพนับถือโปรดอำนวยการให้ท่านมีสุขภาพพลานามัยที่สมบูรณ์แข็งแรง ปราศจากภัยและมีความโชคดี ตลอดปี พ.ศ. 2565 “สวัสดิ์ปีใหม่”

วารสารฉบับนี้ กองบรรณาธิการยังคงคัดเลือกเรื่องราวความรู้อันน่าสนใจที่น่าเสนอผ่านบทความ วิชาการและบทความวิจัยที่มีเนื้อหาหลากหลายมายังผู้อ่านทุกท่าน บทความในวารสารฉบับนี้มีจำนวน 17 เรื่อง รวบรวมความรู้ด้านการพยาบาล จิตวิทยา กายภาพบำบัด การศึกษาและ การสาธารณสุข ประกอบด้วยบทความ วิชาการจำนวน 2 เรื่องนำเสนอเกี่ยวกับ การดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระยะคลอดและ ระยะ หลังคลอดทันทีจากหลักฐานเชิงประจักษ์สู่การปฏิบัติการผดุงครรภ์บนคลินิก และการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงทดลอง และกึ่งทดลอง สำหรับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไทยในปัจจุบันและบทความวิจัยจำนวน 15 เรื่อง

มีบทความน่าสนใจ ได้แก่ การศึกษาคุณภาพชีวิตนักศึกษาวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ภาวะสุขภาพของเด็กวัยเรียนระดับประถมศึกษาเขตสาทร กรุงเทพมหานคร ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสของแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมาในเขตกรุงเทพมหานคร ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะของอาสาสมัครประจำครอบครัว จังหวัดสุโขทัย การเปรียบเทียบผลการตอบสนองทันทีของระบบหัวใจและหลอดเลือดระหว่างการออกกำลังกายแบบช่วงความหนักสลับเบาและแบบต่อเนื่องความหนักปานกลางในผู้หญิงอ้วน ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การวิเคราะห์ห้องค์ประกอบเชิงยีนยีนของแบบประเมินความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่และแบบประเมินพฤติกรรม การช่วยเหลือบุหรืของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อิทธิพลของความรู้และการรับรู้ความเสี่ยงที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด -19 ของนักศึกษาพยาบาล ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยและพฤติกรรมการปรับตัวในการเรียนออนไลน์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ของนักศึกษาพยาบาล ในมหาวิทยาลัย เอกชนแห่งหนึ่ง ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและจิตวิทยาเชิงบวกต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมอญ The effects of the community-based lifestyle intervention program on the prevention of Type 2 Diabetes Mellitus among pre-diabetic elderly people at Khlong Lat Phrao community ผลของโปรแกรมการดูแลร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อพฤติกรรมการเรียนรู้และสุขภาวะของเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ ศึกษาแนวทางพัฒนาครุณวดต้นแบบ ตำรับวัดโพธิ์ หลังยุคโควิด-19 การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่องตามมาตรฐานการบริการด้านสุขภาพขององค์การอนามัยโลก

ในนามของกองบรรณาธิการวารสารสุขภาพและการจัดการสุขภาพ ขอขอบพระคุณท่านผู้ทรงคุณวุฒิเป็นอย่างสูง ที่ให้ความกรุณาอนุเคราะห์การอ่าน ประเมินบทความและให้คำแนะนำซึ่งช่วยผลักดันให้การจัดทำวารสารมีคุณภาพเป็นไปตามเกณฑ์คุณภาพวารสารวิชาการระดับชาติ พร้อมกันนี้ขอขอบคุณผู้เขียนบทความทุกท่านที่ให้ความสนใจส่งบทความมาตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารฉบับนี้ และให้ความร่วมมือรังสรรค์งานบทความเป็นอย่างดี กองบรรณาธิการขอเชิญชวนนักวิชาการ นักวิจัย อาจารย์ และผู้สนใจทั่วไปได้ร่วมส่งบทความเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในฉบับต่อ ๆ ไป โดยสามารถเตรียมต้นฉบับตามรูปแบบการตีพิมพ์ของวารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพจากทำวารสารฉบับนี้แล้วจัดส่งบทความออนไลน์ผ่านระบบ Online Submission ของวารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ ได้ตามที่อยู่ลิงก์ : <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/slc> และในวาระนี้ คณะผู้จัดทำวารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพคาดหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ผู้อ่านทุกท่านจะได้รับความรู้ที่หลากหลายจากการอ่านวารสารฉบับนี้ และขออ้อมรับข้อเสนอแนะและคำติชมทั้งปวงเพื่อการปรับปรุงคุณภาพของวารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพให้มีคุณค่าและมีมาตรฐานยิ่ง ๆ ขึ้นไป

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แก้วตะวัน ศิริลักษณ์นันท์
บรรณาธิการ

การดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระยะคลอด
และระยะหลังคลอดทันที: จากหลักฐานเชิงประจักษ์สู่การปฏิบัติการผดุงครรภ์บนคลินิก
Caring for Pregnant Women Infected with COVID19: TOWARDS
DEVELOPING HEALTH GUIDELINES FOR MIDWIVES IN THAILAND

ชุตติมา ปัญญาพิณินุญกูร,ปร.ด., Chutima Panyapinijngoon, Ph.D.^{*1}

ชัชวาล วงศ์สารี, ปร.ด.,¹ Chutchavarn Wongsaree, Ph.D.^{**1}

สมบุญ บุญเกียรติ, พย.ม. Somboon Boonyakiat, MN.S,^{***1}

แก้วตะวัน ลักษณ์านันท์, ปร.ด. Kaewtawan Sirilukkanana, Ph.D.²

ธันต์นิภา ภักศุขนิธิวัฒน์, พย.ม., Thanannipha Phaksuknithiwat, MN.S.³

วลัยนารี พรหมลา, ปร.ด., Walainaree Promla, Ph.D.⁴

^{*1}คณบดี, ^{**1}อาจารย์, ^{***1}ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต กรุงเทพมหานคร

^{*1}Dean, ^{**1}Instructor, ^{***1}Assistant professor, Faculty of Nursing, Kasem Bundit University, Bangkok

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ กรุงเทพมหานคร

²Assistant professor, Faculty of Nursing, Saint Louis College, Bangkok

³คณบดี, ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น บุรีรัมย์

³Dean, Assistant professor, Faculty of Nursing, Western University, Buriram

⁴รองคณบดีฝ่ายวิจัย, ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพทุมธานี

⁴Deputy Dean for Research, Assistant professor, Faculty of Nursing, Pathumthani University

****Corresponding Author Email: Chutchavarn.won@kbu.ac.th**

Received: October 2, 2021

Revised: November 16, 2021

Accepted: November 30, 2021

บทคัดย่อ

ปัจจุบันมีสตรีตั้งครรภ์ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่มมากขึ้นและสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อมักมีอาการขาดออกซิเจนและมีอาการรุนแรงกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ติดเชื้อ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาระหว่างตั้งครรภ์ที่มดลูกขยายใหญ่ไปเบียดพื้นที่ปอด ทำให้การขยายตัวและแลกเปลี่ยนแก๊สไม่มีประสิทธิภาพ อีกทั้งมีการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยการแข็งตัวของเลือด เมื่อติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงถูกกระตุ้นเกิดการเกาะกลุ่มกันเป็นลิ่มเลือดได้ง่าย จึงเป็นเหตุให้สตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์มีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าคนปกติ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า

การดูแลสตรีตั้งครรภ์ในระยะคลอดและระยะหลังคลอดที่มีลักษณะเฉพาะที่ผู้ประกอบวิชาชีพต้องดูแลให้สอดคล้องกับแนวปฏิบัติ อย่างไรก็ตามแนวปฏิบัติในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อยังมีความหลากหลายและพัฒนาขึ้นจากหลายองค์การยังไม่ชัดเจนในบทบาทของผดุงครรภ์ ผู้เขียนจึงทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์และเรียบเรียงใหม่เพื่อให้ผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์นำไปเป็นแนวทางดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระยะคลอดระยะหลังคลอด การดูแลทารกแรกเกิด และการให้นมทารกหลังคลอดต่อไป

คำสำคัญ: สตรีตั้งครรภ์ ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระยะคลอด ระยะหลังคลอด หลักฐานเชิงประจักษ์

Abstract

Pregnant women who are infected with COVID19 tend to manifest symptoms of hypoxia. Such symptoms are more severe compared to those of uninfected pregnant women. Due to physiological changes during pregnancy in which the enlarged uterus squeezes the lung space, the expansion and gas exchange with the body becomes inefficient. It is also observed that during COVID19 infections, changes in blood coagulation occurs. COVID19 apparently provokes blood to easily clot. This is why pregnant women and their fetuses have a higher mortality rate than normal pregnant women. Various literatures argue that caring of a pregnant woman during labor and immediately postpartum periods has certain characteristics that practitioners must take care of in accordance within health guidelines. However, such guidelines are so numerous, diverse and vague that even the role of midwives remains unclear. To address this gap, this paper therefore reviews and compiles various evidences in existing literatures in the care of pregnant women infected with COVID19 in the hope of coming up with better guidelines the practicing midwives in Thailand.

Keywords: pregnant women infected COVID-19, labor period and postpartum care, evidences

บทนำ

ปัจจุบันทั่วโลกยังการระบาดของโรคโควิด 19 อย่างต่อเนื่อง จากรายงานขององค์การอนามัยโลก ณ วันที่ 24 กันยายน พ.ศ. 2564 พบว่า ทั่วโลกมีผู้ป่วยติดเชื้อโควิดสะสม จำนวน 230,418,451 คน เป็นผู้ป่วยใหม่ที่ติดเชื้อในรอบ 24 ชั่วโมง จำนวน 483,898 คน และมีผู้เสียชีวิตสะสม จำนวน 4,724,876 คน เป็นผู้เสียชีวิตในรอบ 24 ชั่วโมง จำนวน 8,225 คน โดยประเทศไทย มีผู้ป่วยสะสมจัดอยู่ในอันดับที่ 29 ของโลก คือมีจำนวน

1,537,310 คน ยังมีผู้ป่วยใหม่ที่ติดเชื้อในรอบ 24 ชั่วโมง จำนวน 12,697 คน และมีผู้เสียชีวิตสะสม จำนวน 16,016 คน เป็นผู้เสียชีวิตในรอบ 24 ชั่วโมง จำนวน 132 คน (World Health Organization., 2021) ทั้งนี้ สตรีตั้งครรภ์เป็นประชากรอีกกลุ่มหนึ่งที่ติดเชื้อแล้วมีอาการรุนแรงและมีอัตราการตายสูงกว่าคนทั่วไป (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2563) จากรายงานการวิเคราะห์สถานการณ์การตายมารดาและ

ทารก ข้อมูล ณ วันที่ 7 สิงหาคม 2564 ในประเทศไทย พบว่า มีสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด 19 สะสมจำนวน 1,801 คน มีผู้เสียชีวิตสะสมจำนวน 31 ราย (ร้อยละ 1.72) และมีทารกเสียชีวิตสะสมรวม 20 ราย (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2564) จากการศึกษาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการตายของมารดาและทารกแรกเกิดในสตรีมีครรภ์ที่มีและไม่มีการติดเชื้อ COVID-19 ของสถาบันวิจัย 43 สถาบัน ที่เก็บรวบรวมข้อมูลใน 18 ประเทศ กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์จำนวน 2,130 คน ในจำนวนนี้ติดเชื้อโควิด 19 จำนวน 706 คน (ร้อยละ 33.14) พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด 19 มีอัตราการตายสูงถึง 22.26 เท่าเมื่อเทียบกับหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ติดเชื้อ (Villar, et al, 2021) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะสตรีตั้งครรภ์มีปัจจัยเสี่ยงหลายประการที่ร่วมกันทำให้เกิดการติดเชื้อรุนแรงจนนำมาสู่การเสียชีวิตของมารดาและทารกในที่สุด

สตรีตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในหลายด้านต่อเนื่องเมื่ออายุครรภ์ 20 สัปดาห์ขึ้นไปมดลูกจะเริ่มขยายใหญ่มากขึ้นจนเบียดกระบังลมทำให้ปอดขยายตัวได้ไม่เต็มที่ส่งผลให้พื้นที่ปริมาตรการแลกเปลี่ยนแก๊สจะลดลงและเกิดภาวะเลือดเป็นกรด ร่างกายจะปรับสมดุลด้วยต่างจากการเผาผลาญ ทำให้เกิดการลดต่ำลงของระดับคาร์บอนไดออกไซด์และระดับของไบคาร์บอนเนตในกระแสเลือด โดยภาพรวมสตรีตั้งครรภ์ช่วงอายุครรภ์นี้จะมีปัญหาความดันโลหิตลดลง แน่นอึดอัดในทรวงอก หายใจไม่เต็มอิมจะมีอาการมากขึ้นเมื่อนอนราบและหายใจเร็วขึ้น (ซัซวาล วงศ์สารี และธันันต์นิภา ภัคคุชนิริวัฒน์, 2559) บ่อยครั้งที่หายใจสั้นและถี่เพื่อเพิ่มความเพียงพอของออกซิเจน อีกทั้งกล้ามเนื้อ เอ็น ข้อต่อต่างๆของร่างกายหญิงตั้งครรภ์มีการยืดขยายมากขึ้น ส่งผลให้เกิดอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ (Soma-Pillay, Nelson-Piercy, Tolppanen, & Mebazaa, 2016)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการติดเชื้อ

โควิด 19 ในสตรีตั้งครรภ์ พบว่า หลังการติดเชื้อสตรีตั้งครรภ์ ร้อยละ 40 - 73 จะไม่มีอาการแสดงของการติดเชื้อ (Luo, Yao, Xia, Cheng, & Chen, 2021; Allotey et al, 2020) ส่วนสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการแสดงจะปรากฏอาการหลังได้รับเชื้อ 7 - 14 วัน โดยอาการแบ่งเป็นระดับเล็กน้อย อาทิ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ หายใจถี่ตื้นหรือหายใจติดขัด อ่อนเพลีย ไอแห้งๆตาแดง ผื่นขึ้นตามตัวและถ่ายเหลว (Elshafeey et al, 2020) ซึ่งอาการจะใกล้เคียงกับการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาปกติของสตรีตั้งครรภ์จึงแยกออกจากอาการของสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อได้ยาก ทำให้หญิงตั้งครรภ์ประเมินตนเองได้ยากและมาพบแพทย์เมื่อเชื้อลงปอดลงและมีอาการรุนแรงเกิดขึ้นแล้ว อาการส่วนใหญ่ที่นำสตรีตั้งครรภ์มาพบแพทย์ ได้แก่ ไข้สูง เจ็บคอมากและหายใจหอบเหนื่อย ปอดอักเสบรุนแรง เป็นต้น (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2563; Elshafeey et al, 2020) ทั้งนี้ใช้กับไอเป็นอาการที่พบบ่อยที่สุดในสตรีตั้งครรภ์ แต่สตรีตั้งครรภ์มักมาพบแพทย์เมื่อมีไข้สูง หอบเหนื่อย ซึ่งเป็นอาการของเชื้อที่ลงปอดและรุนแรงมากแล้ว ซึ่งสตรีตั้งครรภ์กลุ่มนี้จึงมีอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้น (Villar, et al, 2021) การเสียชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่พบตามสื่อต่างๆทำให้คนในสังคมเกิดความหวาดหวั่นเป็นอย่างมาก และหญิงตั้งครรภ์ที่รับรู้ข่าวสารจะตระหนักกลัวไม่กล้าออกจากบ้าน ไม่กล้ารับประทานอาหารจากนอกบ้าน บางรายมีความเครียดระดับสูงจนนอนไม่หลับรับประทานอาหารได้น้อย เป็นต้น ส่งผลให้บางรายเกิดการขาดสารอาหาร ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยคลอดก่อนกำหนดตามมา ในรายที่ติดเชื้อและรักษาตัวในโรงพยาบาลจะถูกแยกกักตัวให้อยู่ลำพังทำให้เกิดภาวะเหงาและขาดพลังอำนาจ ขาดกำลังใจต่อการเผชิญกับเหตุการณ์ในการคลอด (Sahin, & Kabakci, 2021) ดังนั้นกระบวนการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด 19 ต้องมีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสม โดยยึด

ความปลอดภัยทั้งสตรีตั้งครรภ์และทีมสุขภาพที่ให้การดูแลเป้าหมายสำคัญ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับมุมมองของผดุงครรภ์ที่ให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด 19 พบประเด็นปัญหาในการบริการสตรีตั้งครรภ์ติดเชื้อโควิด 19 ดังนี้ มีการแยกส่วนงานและแยกผดุงครรภ์เพื่อการดูแลสตรีตั้งครรภ์ติดเชื้อโควิด 19 โดยเฉพาะทำให้อัตรากำลังใจไม่เพียงพอ ผดุงครรภ์ขาดข้อมูลในการปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ติดเชื้อโควิดและขาดทักษะการจัดการบนคลินิก ต้องปรับบทบาทการผดุงครรภ์ให้สอดคล้องกับการดูแลสตรีตั้งครรภ์ติดเชื้อโควิด 19 ภาระงานมากขึ้นและต้องทำงานบนความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากผู้ป่วย (González-Timoneda, A., Hernández, Moya, & Blazquez, 2021) และที่สำคัญคือผดุงครรภ์ที่ปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ในระยะรอคลอดและระยะคลอดยังไม่มีความรู้ปฏิบัติที่ชัดเจนเนื่องจากก่อนหน้านี้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชัดเจนยังค้นหาได้น้อย (Freitas-Jesus, Rodrigues, & Surita, 2020) แต่ในปัจจุบันพบว่าหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสตรีตั้งครรภ์ในระยะรอคลอดและระยะคลอดมีจำนวนมากขึ้น อย่างไรก็ตามยังไม่พบการเรียบเรียงและนำใช้หลักฐานเชิงประจักษ์สู่การปฏิบัติการผดุงครรภ์บนคลินิกตามบทบาทของผดุงครรภ์ ผู้เขียนจึงได้ทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์และเขียนบทความนี้ขึ้นเพื่อให้ผดุงครรภ์ได้ทำความเข้าใจในหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องและนำความรู้และทักษะจากบทความนี้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ติดเชื้อโควิด 19 ให้เกิดความปลอดภัยต่อไป

พยาธิสภาพของสตรีตั้งครรภ์ติดเชื้อโควิด 19 และแนวทางการรักษา

เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ เชื้อโควิด 19 สามารถแพร่กระจายได้อย่างรวดเร็วผ่านอากาศและการ

อยู่ใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อ ทำให้สตรีตั้งครรภ์จึงติดเชื้อเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการติดเชื้อในสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อส่วนใหญ่ร้อยละ 40-73 จะไม่ปรากฏอาการ (Luo, Yao, Xia, Cheng, & Chen, 2021; Allotey et al, 2020) อย่างไรก็ตามในรายที่ปรากฏอาการจะพบว่าอาการไอและไข้เป็นอาการที่พบบ่อยที่สุด ส่วนใหญ่จะปรากฏอาการหลังได้รับเชื้อ 7-9 วัน และส่วนใหญ่มักมาโรงพยาบาลด้วยอาการไข้ หายใจเหนื่อย และปวดกล้ามเนื้อ เป็นอาการที่พบบ่อยที่สุด (Allotey et al, 2020) พยาธิสภาพของโรคโควิด 19 ในสตรีตั้งครรภ์แบ่งออกเป็น 2 ประเด็น 1) พยาธิสภาพต่อสตรีตั้งครรภ์ กล่าวคือ เมื่อสตรีตั้งครรภ์ได้รับเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เข้าไปในร่างกายระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายจะไปกระตุ้นระบบคอมพลีเมนต์จึงมีผลให้หลังเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลออกมากระตุ้นการหลังฮิสตามีนจากแมสเซลล์และหลังไซโตไคน์จากเม็ดเลือดขาวโมโนไซด์ ทั้งนี้โปรตีนของไวรัสโคโรนา 2019 จะเข้าจับเอนไซม์ที่เปลี่ยนตัวรับแองจิโอเทนซิน 2 (ACE-2) ซึ่งมีอยู่ในปอด หัวใจ ไต และทางเดินอาหารอย่างรวดเร็ว ดังนั้นสตรีตั้งครรภ์ที่เชื้อลงปอดจะมีอาการปอดอักเสบอย่างรุนแรง หากรักษาไม่ทันเวลาเชื้อจะทำลายเนื้อปอดอย่างรวดเร็วจนเซลล์ปอดตายเป็นวงกว้างและมีการเกาะกลุ่มกันเป็นก้อนของเม็ดเลือดขาวที่ติดเชื้อจนกลายเป็นลิ่มเลือดอุดตันตามหลอดเลือด ไตสมอง ลำไส้และปอด จึงมีอาการระบบทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลันและเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว (Rothan, & Byrareddy, 2020) กระบวนการติดเชื้อทำให้จำนวนเม็ดเลือดขาวโดยรวมลดลงแต่จะพบเม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซต์สูง (lymphopenia) และมี C-reactive protein สูงขึ้น (Allotey et al, 2020) ส่วนเกล็ดเลือดจะลดลงต่อเนื่อง (Thrombocytopenia) จากภาวะลิ่มเลือดแพร่กระจายทั่วหลอดเลือด (Disseminated intravascular coagulation :DIC) (Luo, Yao, Xia, Cheng, & Chen, 2021) และ 2) พยาธิสภาพต่อรก

และทารก ผลจากการกระตุ้นระบบคอมพลิเมนต์ในสตรีตั้งครรภ์ส่งผลให้เกิดลิ่มเลือดอุดตันตามหลอดเลือดทั่วร่างกายของสตรีและมีการอุดตันหลอดเลือดที่สายสะดือที่ไปเลี้ยงทารกด้วย ส่งผลให้ทารกตายในครรภ์และเกิดภาวะลิ่มเลือดแพร่กระจายทั่วหลอดเลือดที่นำมาสู่การเสียชีวิตของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ (Mulvey, Magro, Ma, Nuovo, & Baergen, 2020)

โดยทั่วไปการติดเชื้อในสตรีตั้งครรภ์อาการส่วนใหญ่จะคล้ายคลึงกับคนปกติที่ติดเชื้อโควิด 19 เพื่อให้ง่ายต่อการทำความเข้าใจบทความนี้จึงจำแนกสตรีตั้งครรภ์ติดเชื้อโควิด 19 ออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มที่ไม่มีอาการ เป็นสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อแล้วแต่ไม่มีอาการปรากฏให้เห็นซึ่งพบได้บ่อยในสตรีตั้งครรภ์ กลุ่มนี้แม้จะตรวจพบว่าติดเชื้อก็ไม่จำเป็นต้องรับประทานยาต้านไวรัส และให้คลอดเองได้หรือทำคลอดด้วยสูติศาสตร์หัตถการตามข้อบ่งชี้ได้ (กรมควบคุมโรค, 2564) 2) กลุ่มที่มีอาการเล็กน้อย อาทิ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ หายใจถี่ขึ้นหรือหายใจตื้นแต่ไม่มีปอดอักเสบ อ่อนเพลีย จมูกไม่ได้กลิ่น สูญเสียการรับรส ปวดศีรษะ ไอแห้งๆ ตาแดง ผื่นขึ้นตามตัว และถ่ายเหลว (Elshafeey et al, 2020) รักษาตามอาการ อาจให้ยา Favipiravir ตามข้อบ่งชี้ (กรมควบคุมโรค, 2564) สามารถให้คลอดเองหรือทำคลอดด้วยสูติศาสตร์หัตถการหรือผ่าตัดคลอดได้โดยพิจารณาตามข้อบ่งชี้ทางสูติศาสตร์ (ประกาศกรมการแพทย์, 2564) ข้อสังเกตอาการแสดงของสตรีตั้งครรภ์ในกลุ่มที่มีอาการเล็กน้อยซึ่งอาการที่ปรากฏมีความใกล้เคียงกับการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาปกติของสตรีตั้งครรภ์จึงแยกออกจากอาการของสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อได้ยาก ทำให้สตรีตั้งครรภ์ประเมินตนเองได้ยากและมาพบแพทย์เมื่อเชื้อลงปอดลงปอดแล้ว 3) กลุ่มที่มีอาการเล็กน้อยแต่มีปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ อาทิ สตรีตั้งครรภ์อายุมากกว่า 35 ปี ดัชนีมวลกายสูง > 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร

มีโรคร่วมเช่นเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง หรือมีภาวะครรภ์เป็นพิษ เป็นต้น ปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้จะสนับสนุนให้การดำเนินของโรครุนแรงมากขึ้น (Allotey et al, 2020) ให้รักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ตามอาการโดยอาจให้ยา Favipiravir และให้ยาปฏิชีวนะตามข้อบ่งชี้ ทั้งนี้การให้ยา Corticosteroids กระตุ้นสารเคลือบปอดทารกในครรภ์ในรายที่มีความจำเป็นเมื่อต้องให้คลอดในช่วงอายุครรภ์น้อยกว่า 32 สัปดาห์ (กรมควบคุมโรค, 2564) และ 4) กลุ่มมีอาการรุนแรง ซึ่งสตรีตั้งครรภ์จะมีไข้สูง ปอดอักเสบรุนแรง หายใจหอบเหนื่อยมาก และขาดออกซิเจนจากหายใจล้มเหลวเฉียบพลันรุนแรง (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2563; IShafeey et al, 2020) ให้รักษาด้วยการให้ยา Favipiravir และ/หรืออาจให้ Lopinavir/Ritonavir และให้ Corticosteroid ร่วมด้วย ในรายที่ขาดออกซิเจนจากหายใจล้มเหลวเฉียบพลันรุนแรงให้ใส่ท่อช่วยหายใจนอนรักษาในแผนกผู้ป่วยหนักและให้ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (ประกาศกรมการแพทย์, 2564) จากที่กล่าวมาข้างต้นสตรีตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและกายวิภาคทำให้การติดเชื้อไม่แสดงอาการอย่างตรงไปตรงมาจึงเป็นกลุ่มที่มีความซับซ้อนทางอาการ วิธีการติดตามดูแลรักษา อีกทั้งมีหลายปัจจัยที่กระตุ้นให้สตรีกลุ่มนี้เกิดการดำเนินของโรคที่รวดเร็ว ทำให้สตรีตั้งครรภ์มีความเสี่ยงสูงและเสียชีวิตในระยะคลอดบุตรได้ (Hammad, Al Beloushi, Ahmed, & Konje, 2021)

ความสัมพันธ์ระหว่างการติดเชื้อโควิด 19 กับการตั้งครรภ์และทารกในครรภ์

ผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของวิลล่าและคณะ (Villar, et al, 2021) อัลโลเตย์และคณะ (Allotey et al, 2020) พบหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด 19 จำนวน 65,382 ราย ผลการศึกษาอธิบายว่าการติดเชื้อโควิด 19 ก่อให้เกิดความรุนแรงจนอาการโคม่าถึงร้อยละ

10 ของสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อและทำให้สตรีตั้งครรภ์เสียชีวิตได้ 22.26 เท่าเมื่อเทียบกับสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ติดเชื้อ ทั้งนี้กระบวนการเชื้อโควิดที่ทำให้สตรีขาดออกซิเจนนั้น จะเหนี่ยวนำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดภาวะเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอดระหว่างตั้งครรภ์และตกเลือดหลังคลอด ได้สูงขึ้น กระตุ้นให้เกิดความดันโลหิตสูง ชักและบางรายเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรง (HELLP syndrome) การติดเชื้อทำให้ระดับฮีโมโกลบินลดลงอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในสตรีอายุครรภ์มากกว่า 27 สัปดาห์ขึ้นไป กระตุ้นให้เกิดถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนดและเกิดการคลอดก่อนกำหนดตามมา ในรายที่อาการรุนแรงมักพบอาการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน และมีภาวะแทรกซ้อนอื่น อาทิ การติดเชื้อในกระแสเลือด ช็อกและอวัยวะล้มเหลวในหลายระบบแบบเฉียบพลัน ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้สตรีเสียชีวิตขณะคลอดบุตร

การติดเชื้อโควิด 19 นอกจากจะส่งผลให้เกิดลิ้มเลือดอุดตันหลอดเลือดที่สายสื่อที่ไปเลี้ยงทารก (Mulvey, Magro, Ma, Nuovo, & Baergen, 2020) ที่ส่งผลให้อัตราการตายปริกำเนิดและอัตราการตายของทารกหลังคลอดสูงขึ้น ทั้งนี้ผลของการติดเชื้อโควิด 19 ของสตรีตั้งครรภ์ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อทารกหลังคลอด ดังนี้ มีอาการขาดออกซิเจนเฉียบพลันและเรื้อรัง หายใจหอบ คะแนนการประเมินสภาพทารกแรกเกิดผิดปกติ (Abnormal APGAR score) (Villar et al, 2021; Allotey et al, 2020) เกล็ดเลือดต่ำ เม็ดเลือดขาวต่ำ การทำงานของตับผิดปกติ หัวใจเต้นเร็ว อาเจียน และมีลมในช่องเยื่อหุ้มปอด (Hammad, Al Beloushi, Ahmed, & Konje, 2021) ปัจจัยเหล่านี้จะสนับสนุนให้ทารกติดเชื้อในกระแสเลือดและเกิดภาวะหายใจล้มเหลว

เฉียบพลันอันนำมาสู่การเสียชีวิตของทารกในที่สุด จึงวิเคราะห์ว่าสตรีตั้งครรภ์ติดเชื้อโควิด 19 มีความต้องการให้การจัดบริการทางการพยาบาลและสาธารณสุข ดังนี้ พื้นที่เฉพาะในการดูแลสตรีติดเชื้อที่สามารถทำคลอดได้ในที่เดียวกัน การดูแลใกล้ชิดในห้องคลอด ห้องคลอดและแผนกผู้ป่วยหนัก ต้องการเครื่องช่วยหายใจและเครื่องพยุงการทำงานของหัวใจในกรณีอาการรุนแรง ต้องการยาปฏิชีวนะในกรณีติดเชื้อแทรกซ้อน ต้องการการบำบัดด้วยออกซิเจนแรงดันสูงและออกซิเจนชนิดอื่นต่อเนื่อง ต้องการทีมสุขภาพที่เชี่ยวชาญเฉพาะด้านในการทำงานร่วมกัน

หลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับการดูแลหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อโควิด 19

เนื่องจากการระบาดของโรคโควิด 19 เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วทำให้องค์ความรู้ที่เกิดจากการศึกษาวิจัยยังมีจำนวนไม่มาก ดังนั้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำมาวิเคราะห์และประยุกต์ใช้ในบทความนี้ส่วนใหญ่จะเป็นความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่ปรากฏในรูปแบบประกาศและแนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ติดเชื้อโควิด 19 ของสมาคมและองค์กรต่างๆ เป็นต้น ซึ่งถือว่าเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีระดับคุณภาพตามเกณฑ์ประเมินของสถาบัน The Joanna Briggs Institute. (2014) ที่แบ่งระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ออกเป็น 5 ระดับ คือ ระดับที่ 1 เป็นวิจัยเชิงทดลอง ถึงระดับที่ 5 เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพและความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ (JBI, 2014) สรุปรายละเอียดของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสตรีตั้งครรภ์ในระยะคลอดและระยะหลังคลอด (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ชนิดของกิจกรรม ระดับและรายละเอียดของหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโคโรนา 19

ชนิดของกิจกรรม	ระดับ	รายละเอียดของหลักฐานเชิงประจักษ์
1. การป้องกันการติดเชื้อของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์	5a	1.1 การจัดพื้นที่สำหรับการเผื่อคลอและการคลอเน้นความปลอดภัย โดยต้องการออกแบบสิ่งแวดล้อมต้องลดการแพร่กระจายเชื้อ แยกอุปกรณ์สำหรับใช้กับสตรีตั้งครรภ์ติดเชื้อโคโรนา 19 และหากจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ร่วมกับผู้คลอปกติให้ทำความสะอาดด้วยน้ำยาตามชนิดของอุปกรณ์ทุกครั้ง ทั้งนี้ให้จัดพื้นที่เตียงคลอห่างกันอย่างน้อย 1 เมตรหากพื้นที่มีจำกัดให้สร้างฉากกั้นระหว่างเตียง (กรมการแพทย์, 2563)
	5a	1.2 บุคลากรที่ต้องร่วมดูแลสตรีตั้งครรภ์ติดเชื้อโคโรนา 19 ได้แก่ สูติแพทย์ อายุรแพทย์โรคติดเชื้อ อายุรแพทย์ที่เชี่ยวชาญบำบัดวิกฤต วิสัญญีแพทย์ กุมารแพทย์และพยาบาลระดับชำนาญการขึ้นไป (เทียบกับพยาบาลระดับ 4 ในโรงพยาบาลเอกชน) และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง โดยบุคลากรต้องได้รับการคัดกรองความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการซักประวัติและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยบุคลากรที่ไม่ติดเชื้อเท่านั้นที่จะได้รับอนุญาตให้ร่วมทีมสหสาขาวิชาชีพ (กรมการแพทย์, 2563)
	5a	1.3 บุคลากรที่เข้าให้บริการโดยตรงต่อสตรีตั้งครรภ์ติดเชื้อโคโรนา 19 ในห้องรอคลอดต้องสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้ออย่างเต็มรูปแบบ ได้แก่ เสื้อกาวน์ หน้ากาก N95 แวนตาและถุงมือ (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2563)
	5b	1.4 บุคลากรที่เข้าให้บริการโดยตรงต่อสตรีตั้งครรภ์ติดเชื้อโคโรนา 19 ในห้องคลอดและห้องผ่าตัดคลอดต้องจำกัดจำนวนอย่างเคร่งครัดและต้องสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้ออย่างเต็มรูปแบบ ได้แก่ เสื้อกาวน์ หน้ากาก N95 แวนตา หน้ากากแบบครอบทั้งใบหน้า ถุงมือ และรองเท้าบูท ทั้งนี้บุคลากรปฏิบัติงานต่อเนื่องในพื้นที่ปิดเหล่านี้ได้ไม่เกิน 4 ชั่วโมง (Palatnik, & McIntosh, 2020)
	5a	1.5 ถอดถุงมือที่ชำรุดออก ล้างมือและสวมถุงมือคู่มือใหม่แทน เมื่อเสร็จสิ้นหัตถการให้ถอดถุงมือ เสื้อกาวน์ หน้ากากแบบครอบทั้งใบหน้า แวนตาและหน้ากาก N95 ทั้งลงในถังขยะที่มีฝาปิดมิดชิด ทั้งนี้การถอดอุปกรณ์เหล่านี้ต้องไม่สัมผัสพื้นที่ด้านนอกของอุปกรณ์และต้องล้างมือด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อทุกครั้ง (Australian government, 2020; Ryan, Purandare, McAuliffe, Hod, & Purandare, 2020)

ชนิดของกิจกรรม	ระดับ	รายละเอียดของหลักฐานเชิงประจักษ์
	5a	1.6 ต้องทำความสะอาดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อทันทีที่มีการสัมผัสหรือปนเปื้อน สารคัดหลั่งจากสตรีตั้งครรภ์และทำความสะอาดพื้น อุปกรณ์ทางการแพทย์ ม่าน ประตูหน้าต่าง ห้องน้ำ และจุดต่างๆในห้องรอคลอดและห้องคลอดอย่างสม่ำเสมอ ทั้งนี้ต้องกำจัดขยะตามมาตรฐานการควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาลอย่างเคร่งครัด (กรมการแพทย์, 2563)
2. การซักประวัติ และตรวจคัดกรอง การติดเชื้อโควิดใน สตรีตั้งครรภ์	5a	2.1 สตรีตั้งครรภ์ที่มาด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอดต้องได้รับการคัดกรองการติดเชื้อโควิด 19 ด้วยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ประเมินอาการ หากเข้าเกณฑ์ การสอบสวนโรค (Person under investigation: PUI) ให้ตรวจด้วย RT-PCR ในรายที่มีอาการไข้ เจ็บคอ หายใจติดขัด น้ำมูก ตาแดง ถ่ายเหลว ให้รับไว้ใน โรงพยาบาล (กรมการแพทย์, 2563)
3. การป้องกันการ แพร่ กระจายเชื้อ จากสตรีตั้งครรภ์ ติดเชื้อโควิด 19	5a	3.1 การรับไว้ในโรงพยาบาล ต้องให้สตรีตั้งครรภ์สวมหน้ากากอนามัยแยกช่อง ทางเฉพาะในการเคลื่อนย้ายไปยังจุดต่างๆในโรงพยาบาลและจำกัดบริเวณอย่าง ชัดเจน (กรมการแพทย์, 2563)
	5a	3.2 แยกสตรีตั้งครรภ์นอนในห้องแรงดันลบ กรณีผลการตรวจ RT-PCR ได้ผล ลบให้ตรวจซ้ำอีกใน 24 ชั่วโมงและติดตามอาการผ่านระบบออนไลน์ ถ้าอาการ แย่ลงให้ตรวจ RT-PCR ซ้ำและให้การดูแลรักษาอย่างใกล้ชิด (กรมการแพทย์, 2563; Ryan, Purandare, McAuliffe, Hod, & Purandare, 2020)
	4a,5a	4.1 ให้สตรีตั้งครรภ์นอนรอคลอดในห้องแรงดันลบหรือถ้าอยู่ห้องปกติให้สวม หน้ากากอนามัยจนกว่าจะย้ายเข้าห้องคลอด และติดตามประเมินสัญญาณชีพ และติดตามค่าระดับออกซิเจนในเลือดโดยเกณฑ์เป้าหมายควรมากกว่าร้อยละ 94 (พัชรินทร์ เงินทอง, 2564) ทั้งนี้หากค่าระดับออกซิเจนในเลือดต่ำกว่า เกณฑ์พิจารณา ให้ออกซิเจนชนิด nasal cannula ไม่ควรใช้ชนิด face mask หรือ face mask with mask เนื่องจากจะทำให้เชื้อแพร่กระจาย หากอาการ แย่ลงให้พิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจโดยแพทย์ที่ชำนาญ (กรมการแพทย์, 2563)
4. การดูแลสตรีตั้ง ครรภ์ติดเชื้อ โควิด 19 ในระยะ รอคลอด (ระยะ เจ็บครรภ์คลอด)	5a	4.2 ให้ตรวจความสมบูรณ์ของเลือด การแข็งตัวของเลือด การทำงานของตับ และไต ติดตามอาการที่แย่งและตรวจแก๊สในเลือดหรือตรวจรายการอื่นตาม ความจำเป็นและให้เอกซเรย์ทรวงอกซึ่งสามารถทำได้โดยใช้ abdominal shield ป้องกันทารกในครรภ์ (กรมการแพทย์, 2563)

ชนิดของกิจกรรม	ระดับ	รายละเอียดของหลักฐานเชิงประจักษ์
	4a,5a	4.3 ติดตามภาวะขาดน้ำและให้สารน้ำ ให้ยาต้านเชื้อโควิด ยาปฏิชีวนะ ยาลดไข้ และยาแก้ท้องเสีย โดยควรหลีกเลี่ยงการให้สารน้ำที่มากกว่าความต้องการและบันทึกปริมาณน้ำเข้าและน้ำออกต่อเนื่อง (พัชรินทร์ เงินทอง, 2564; กรมการแพทย์, 2563; Ryan, Purandare, McAuliffe, Hod, & Purandare, 2020)
	5a	4.5 ย้ายสตรีตั้งครรภ์เข้ารักษาในแผนกผู้ป่วยหนักเมื่อพบอาการมากกว่า 1 ข้อ ดังนี้ (1) ความดันซิสโตลิกต่ำกว่า 100 มิลลิเมตรปรอท (2) หายใจเร็วกว่า 22 ครั้ง/นาที และ (3) กลาสโกว่า โครมา สกอร์ต่ำกว่า 15 คะแนน (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2563)
	5a	4.4 นอนตะแคงซ้าย และติดเครื่องติดตามการทำงานของหัวใจของทารกในครรภ์ต่อเนื่อง (กรมการแพทย์, 2563) ทั้งนี้อาจต้องอัลตราซาวด์เป็นระยะๆ เพื่อประเมินทารกในครรภ์ร่วมด้วย (Ryan, Purandare, McAuliffe, Hod, & Purandare, 2020)
	5a,4a	4.6 ดูแลสตรีและทารกในครรภ์ในระยะเจ็บครรภ์คลอดตามมาตรฐานการดูแลสตรีเจ็บครรภ์คลอด (กรมการแพทย์, 2563) และต้องให้การดูแลแบบองค์รวม เน้นการให้กำลังใจและการสนับสนุนทางจิตใจ จิตวิญญาณ (พัชรินทร์ เงินทอง, 2564)
	5a	5.1 การพิจารณาเวลาคลอดให้คำนึงถึงอายุครรภ์ สภาวะสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และสุขภาพของทารกในครรภ์ (กรมการแพทย์, 2563)
	5a	5.2 กรณีที่อายุครรภ์น้อยกว่า 32 สัปดาห์พิจารณาให้ Corticosteroid เพื่อกระตุ้นสารเคลือบปอดและการทำงานของปอด แต่ในกรณีที่จำเป็นต้องคลอดไม่ควรชะลอการคลอด เพื่อรอให้ได้รับ Corticosteroid ครบโดส (กรมการแพทย์, 2563; ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2563; Pavlidis et al, 2021)
5. การพิจารณาเวลาคลอด		5.3 วิธีคลอดพิจารณาตามความเหมาะสมและข้อตกลงของแต่ละโรงพยาบาล โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของทั้งผู้ป่วยบุคลากรและข้อจำกัดด้านทรัพยากร
การให้ยาเร่งคลอด	5a	5.3.1 สามารถคลอดทางช่องคลอดได้ตามปกติกรณีที่ไม่มีข้อบ่งชี้ที่รุนแรงและสามารถใช้เข็มและเครื่องดูดสุญญากาศในการช่วยคลอดได้เพื่อลดระยะที่สองของการคลอดให้สั้นลง และดูแลตามมาตรฐานการดูแลสตรีตั้งครรภ์ขณะคลอดบุตร (กรมการแพทย์, 2563) ทั้งนี้การคลอดให้ใช้ท่าคลอดปกติแต่ให้ยกศีรษะสูงจะช่วยเพิ่มการไหลเวียนของโลหิตและออกซิเจน (พัชรินทร์ เงินทอง, 2564)
การเลือกวิธีการคลอดและการยุติ		
การตั้งครรภ์ในสตรี		
ตั้งครรภ์ติดเชื้อ		
โควิด 19		หลักฐานเชิงประจักษ์ส่วนใหญ่เสนอให้ผ่าตัดคลอด (พัชรินทร์ เงินทอง, 2564; Ryan, Purandare, McAuliffe, Hod, & Purandare, 2020) และให้ผ่าตัดในท้องแรงดันลบ (ถ้ามี) (กรมการแพทย์, 2563)

ชนิดของกิจกรรม	ระดับ	รายละเอียดของหลักฐานเชิงประจักษ์
		<p>5.3.2 การผ่าตัดคลอดเป็นวิธีที่ดีที่สุดที่ให้ความปลอดภัยและลดอัตราการเสียชีวิตจากการคลอดได้มากที่สุด (Ryan, Purandare, McAuliffe, Hod, & Purandare, 2020) กรณีอายุครรภ์มากกว่า 24 สัปดาห์แนะนำวิธีผ่าตัดคลอด (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2563)</p> <p>5.3.3 ควรผ่าตัดคลอดทันทีเมื่อพิจารณาว่าสตรีตั้งครรภ์มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด อวัยวะเกิดการล้มเหลวเฉียบพลัน การคลอดไม่ก้าวหน้า หรือเห็นว่าทารกในครรภ์เกิดภาวะขาดออกซิเจนขณะคลอด (กรมการแพทย์, 2563)</p> <p>5.3.4 การทำให้สลบด้วยวิธีการฉีดยาระงับความรู้สึกเข้าช่องน้ำไขสันหลัง (spinal block) และการฉีดยาสลบเข้าช่องชั้นเหนือดูรา (Epidural block) เป็นวิธีระงับความเจ็บปวดที่ดีที่สุดหากต้องผ่าตัดคลอด (Ryan, Purandare, McAuliffe, Hod, & Purandare, 2020) ให้หลีกเลี่ยงการทำให้สลบทั้งตัวผ่านท่อช่วยหายใจ (General anesthesia) เพราะการใส่ท่อช่วยหายใจจะมีความเสี่ยงต่อบุคลากรสูงกว่า เนื่องจากเกิดการกระจายของละอองฝอย (กรมการแพทย์, 2563)</p>
	5a	<p>5.4 ยุติการตั้งครรภ์ตามข้อบ่งชี้ด้านสูติศาสตร์หรือกรณีที่จะเป็นประโยชน์ต่อการกู้ชีพมารดา (กรมการแพทย์, 2563; Ryan, Purandare, McAuliffe, Hod, & Purandare, 2020)</p>
	5a	<p>5.5 สามารถชะลอการตัดสายสะดือได้ (Pavlidis et al, 2021) ยกเว้นสตรีที่คลอดมีภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด อวัยวะล้มเหลวเฉียบพลัน หรือทารกขาดออกซิเจนขณะคลอดให้รีบตัดสายสะดือและให้การดูแลต่อเนื่องตามมาตรฐานการดูแลทารกแรกเกิด (Favre, Pomar, Qi, Nielsen-Saines, Musso, & Baud, 2020)</p>
	5a	<p>5.6 กรณีทารกที่แท้งหรือเสียชีวิตระหว่างคลอดหรือเสียชีวิตหลังคลอด ให้ส่งรกและน้ำคร่ำหรือศพทารกตรวจหาเชื้อไวรัสแล้วกำจัดแบบตัวอย่างติดเชื้อ (กรมการแพทย์, 2563)</p>
	5a	<p>5.7 ทำความสะอาดห้องคลอดและห้องผ่าตัดคลอดและอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องทันทีหลังใช้ห้องเสร็จ (กรมการแพทย์, 2563)</p>
6. การดูแลมารดาติดเชื้อโควิด 19 หลังคลอดบุตรและทารกแรกเกิด	5a	<p>6.1 ให้มารดานอนรักษาตัวในห้องแรงดันลบ สามารถให้ทารกนอนในห้องเดียวกันกับมารดาได้แต่ต้องแยกห่างจากเตียงมารดาอย่างน้อย 6 ฟุต โดยมีฉากกั้นและมารดาต้องสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาและตรวจหาเชื้อในทารกแบบ nasal swab (พัชรินทร์ เงินทอง, 2564) มารดางดการสัมผัสทารกโดยตรง ; Favre, Pomar, Qi, Nielsen-Saines, Musso, & Baud, 2020)</p>

ชนิดของกิจกรรม	ระดับ	รายละเอียดของหลักฐานเชิงประจักษ์
	5c	6.2 กรณีที่มารดาอาการหนักหรือมีอาการแย่งจากเชื้อโควิด 19 ลูกกลาม ให้แยกทารกออกจากมารดา (ซินิตาภา ขอสุขวรกุล จิรา ขอบคุณ สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล สุภาพักตร์หาญกล้า, 2564)
	5a	6.3 จำกัดจำนวนครั้งที่ให้บริการที่ต้องสัมผัสโดยตรงแบบใกล้ชิดให้ความรู้เตรียมจำหน่ายแก่มารดาและครอบครัวและติดตามปัญหาสุขภาพทางโทรศัพท์หรือระบบวิดีโอออนไลน์แทน (กรมการแพทย์, 2563; Pavlidis et al, 2021)
	5a	6.4 เผื่อระวังความเครียด วิดกกังวลและภาวะซึมเศร้า หรือมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย ถ้าพบอาการดังกล่าวให้รีบปรึกษาจิตแพทย์ทันที (กรมการแพทย์, 2563)
	5a	6.5 สามารถให้มารดาที่มีอาการเล็กน้อยให้นมทารกได้โดยตรง ในรายที่มีอาการรุนแรงให้ป้อนนมมาให้ผู้ช่วยป้อนทารกแทน (กรมอนามัย, 2563; Favre, Pomar, Qi, Nielsen-Saines, Musso, & Baud, 2020)

พยาบาลและผดุงครรภ์สวมชุด PPE เต็มรูปแบบ

การดูแลสตรีตั้งครรภ์ในระยะคลอดและระยะหลังคลอด

1. ระยะเจ็บครรภ์คลอด

- ให้สตรีตั้งครรภ์ติดเชื้อโควิดสวมหน้ากากและแยกนอนในห้องแรงดันลบ ติดตามอาการ/ความคืบหน้าในการคลอดผ่านระบบวิดีโอออนไลน์ /ให้ญาติและสมาชิกในครอบครัวเยี่ยมให้กำลังใจผ่านระบบวิดีโอออนไลน์
- จำกัดคนเข้าให้บริการโดยตรงให้น้อยที่สุดและประสานการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง
- เฝ้าระวังสัญญาณชีพที่บ่งชี้ภาวะหายใจล้มเหลว อวัยวะล้มเหลวเฉียบพลัน ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด บันทึกปริมาณน้ำเข้า-น้ำออกและรักษาระดับออกซิเจนให้มากกว่า 95% หากอาการแย่ลงให้เตรียมช่วยใส่ท่อช่วยหายใจ/เตรียมทีมผ่าตัดคลอดและย้ายไปดูแลที่หอผู้ป่วยวิกฤต
- เก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC, PT, PTT, E'lyte, LFT, ABG, และอื่นๆ และเตรียมสตรีตั้งครรภ์สำหรับ CXR, U/S
- ดูแลให้ได้รับออกซิเจนทางจมูกตามความจำเป็น ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ให้อาต้นไวรัส ยาปฏิชีวนะและยากระตุ้นการทำงานของปอดทารกในครรภ์ตามแผนการรักษา
- เน้นให้มารดาอนึ่งศีรษะสูงสลับกับนอนตะแคงซ้ายและติดเครื่องประเมินการทำงานของหัวใจทารกในครรภ์ และบันทึกความก้าวหน้าในการคลอด
- ดูแลแบบองค์รวมตามมาตรฐานการดูแลสตรีระยะเจ็บครรภ์คลอด เวลาคลอดให้พิจารณาการคลอดตามอายุครรภ์ สุขภาพมารดาและทารก

2. ระยะคลอด

- ย้ายสตรีตั้งครรภ์เข้าห้องคลอดแรงดันลบ ถอดหน้ากากอนามัย ให้ออกซิเจนตามความจำเป็น ส่งเสริมกำลังใจและเชียร์เบ่งคลอดตามปกติ
- ติดตามอุปกรณ์สำหรับประเมินภาวะสุขภาพมารดาและทารกในครรภ์ขณะคลอด หากคลอดปกติให้จัดนอนท่าศีรษะสูง/ดูแลให้สารน้ำและยาตามแผนการรักษา/สามารถชะลอการตัดสายสะดือได้
- กรณีสตรีตั้งครรภ์มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด การทำงานของอวัยวะล้มเหลวหรือทารกขาดออกซิเจนขณะคลอดให้เตรียมผู้คลอดสำหรับการทำสูติศาสตร์หัตถการ ได้แก่ F/E, V/E หรือเตรียมสำหรับผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องตามแผนการรักษา
- ให้การดูแลตามมาตรฐานการดูแลผู้คลอดในระยะคลอด

3. ระยะหลังคลอด

- ให้สตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิดให้สวมหน้ากากและแยกนอนในห้องแรงดันลบ ติดตามอาการ เตรียมจำหน่ายผ่านระบบวิดีโอออนไลน์
- จำกัดคนเข้าให้บริการโดยตรงให้น้อยที่สุดและประสานการดูแลแบบองค์รวมร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง
- แยกทารกให้ห่างจากมารดาเพียงนอนมารดาอย่างน้อย 6 ฟุต และให้การดูแลตามมาตรฐานการดูแลทารกแรกเกิดปกติ
- ทำ nasal swab และให้การดูแลต่อเนื่องตามแนวทางการดูแลทารกแรกเกิดที่ติดเชื้อโควิด 19

การให้นมทารก

กรณีที่มีมารดาหลังคลอดมีอาการเล็กน้อย

- ให้สวมหน้ากากอนามัย หน้ากากครอบหน้าและอื่นๆ ตามแนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิดอย่างเคร่งครัด
- สามารถถอดสัมผัสลูกและให้ลูกดูนมจากเต้าได้โดยล้างมือให้สะอาด เช็ดทำความสะอาดเต้านมและหัวนมด้วยสบู่ฆ่าเชื้อ 20 วินาที และแอลกอฮอล์ 70% ก่อนให้นม
- งดการสัมผัสใบหน้าและงดการหอมแก้มทารก

กรณีที่มีมารดาหลังคลอดมีอาการรุนแรง

- ให้สวมหน้ากากอนามัยและหน้ากากครอบใบหน้าและอื่นๆตามแนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิดอย่างเคร่งครัด
- ล้างมือให้สะอาด เช็ดทำความสะอาดเต้านมและหัวนมด้วยสบู่ฆ่าเชื้อ 20 วินาที และแอลกอฮอล์ 70% ก่อนบีบน้ำนมจากเต้า
- งดการสัมผัสใบหน้าและงดการหอมแก้มทารก
- ให้คนที่ไม่ติดเชื้อสวมชุดป้องกันเชื้อโควิดเข้าป้อนนมทารกแทน
- ทำความสะอาดอุปกรณ์ ด้วยการพ่นยาฆ่าเชื้อในทุกขั้นตอนและให้อบหรือทิ้งเมื่อสิ้นสุดกิจกรรมแต่ละครั้ง

จำหน่ายและติดตามผ่านระบบการพยาบาลทางไกล

รูปที่ 1 แนวทางการปฏิบัติผดุงครรภ์ตามหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด 19

สรุป

สตรีตั้งครรภ์ติดเชื้อโควิด 19 ต้องได้รับการดูแลแบบองค์รวม โดยเน้นการดูแลและระงับการเจ็บครรภ์คลอด ขณะคลอด และระยะหลังคลอดตามมาตรฐานการดูแลปกติ โดยมีกิจกรรมที่ผดุงครรภ์ที่ต้องเฝ้าระวังและปฏิบัติเพิ่มเฉพาะกรณีสตรีตั้งครรภ์ติดเชื้อโควิด 19 ได้แก่ พยาบาลและผดุงครรภ์สวมชุด PPE เต็มรูปแบบ การดูแลระบบสิ่งแวดล้อมที่ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การติดตามสตรีตั้งครรภ์มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด การทำงานของอวัยวะล้มเหลวหรือทารกขาดออกซิเจน ขณะคลอดให้เตรียมผู้ช่วยสำหรับการทำสูติศาสตร์หัตถการ ได้แก่ F/E, V/E หรือเตรียมสำหรับผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องตามแผนการรักษา การจัดให้นอนศีรษะสูงขณะคลอดแบบปกติ การแยกทารกหลังคลอดและต้องตระหนักในการป้องกันทารกหลังคลอด การจัดการสิ่งแวดล้อมหลังการทำคลอด และการประยุกต์ใช้ระบบการพยาบาลทางไกล

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค. (2564). *แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)*. ฉบับปรับปรุง วันที่ 17 เมษายน พ.ศ. 2564. สืบค้นจาก <http://dmsic.moph.go.th/index/detail/8587>

กรมการแพทย์. (2563). *ประกาศกรมการแพทย์เรื่องวิธีใหม่ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ในห้องคลอดในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019*. สืบค้นจาก https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Covid_Health/Attach.

ัชชาล วงศ์สารี, และธนันต์นิภา ภัคคุชนิวิวัฒน์. (2559). บทบาทพยาบาลกับการจัดการดูแลหญิง

ตั้งครรภ์ที่ประสบอุบัติเหตุฉุกเฉิน. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 28(1), 1-11.

พัชรินทร์ เงินทอง .(2564). คำแนะนำในการดูแลสตรีในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอด ระหว่างการแพร่ระบาดโควิด-19: การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*, 22(42), 10-29.

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. (2563). *แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยเรื่อง การดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด-19*. สืบค้นจาก <http://www.rtcog.or.th/home/wp-content/uploads/2020/09/CPG-Covid-Preg-20Mar20.pdf>

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. (2564). *แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยเรื่อง การดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด-19*. ปรับปรุงครั้งที่ 4 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 25 กันยายน 2564]. เข้าถึงจาก: <http://www.rtcog.or.th/home/wp/>

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *การวิเคราะห์สถานการณ์การตายมารดาไทยรอบ 5 เดือนหลังประจำปีงบประมาณ 2564*. สืบค้นจาก: https://hp.anamai.moph.go.th/webupload/4xceb3b571ddb70741ad132d75876bc41d/tiny_mce/OPDC/OPDC2564-S/IDC1_6/opdc_2564_idc1-6_25.pdf

Allotey, J., Stallings, E., Bonet, M., Yap, M., Chatterjee, S., Kew, T. Preg COV-19 living systematic review consortium, clinical manifestations, risk factors, and maternal and perinatal

- outcomes of coronavirus disease 2019 in pregnancy: living systematic review and meta-analysis. *Bmj*, 370.m3320
- Australian Government, Department of Health. (2020). *Guidance on the use of personal protective equipment (PPE) in hospitals during the COVID-19 outbreak [Internet]*. [Cited 2021 September, 25]. Available from: <https://www.calvarycare.org.au/wp-content/uploads/2020/05/guidance-on-the-use-of-personal-protective-equipment-ppe-in-hospitals-during-the-covid-19-outbreak.pdf>
- Elshafeey, F., Magdi, R., Hindi, N., Elshebiny, M., Farrag, N., Mahdy, S., ... & Nabhan, A. (2020). A systematic scoping review of COVID-19 during pregnancy and childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 150(1), 47-52.
- Favre, G., Pomar, L., Qi, X., Nielsen-Saines, K., Musso, D., & Baud, D. (2020). Guidelines for pregnant women with suspected SARS-CoV-2 infection. *The Lancet Infectious Diseases*, 20(6), 652-653.
- Freitas-Jesus, J. V., Rodrigues, L., & Surita, F. G. (2020). The experience of women infected by the COVID-19 during pregnancy in Brazil: a qualitative study protocol. *Reproductive Health*, 17(1), 1-7.
- González-Timoneda, A., Hernández, V. H., Moya, S. P., & Blazquez, R. A. (2021). Experiences and attitudes of midwives during the birth of a pregnant woman with COVID-19 infection: A qualitative study. *Women and Birth*, 34(5), 465-472.
- Hammad, W. A. B., Al Beloushi, M., Ahmed, B., & Konje, J. C. (2021). Severe acute respiratory syndrome (SARS) coronavirus-2 infection (COVID-19) in pregnancy—an overview. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 263, (2021),106-118
- Luo, Q., Yao, D., Xia, L., Cheng, Y., & Chen, H. (2021). Characteristics and Pregnancy Outcomes of Asymptomatic and Symptomatic Women with COVID-19: Lessons from Hospitals in Wuhan. *The Journal of Infection in Developing Countries*, 15(4), 463-469.
- Mulvey, J. J., Magro, C. M., Ma, L. X., Nuovo, G. J., & Baergen, R. N. (2020). Analysis of complement deposition and viral RNA in placentas of COVID-19 patients. *Annals of diagnostic pathology*, 46(6), 151530.
- Palatnik, A., & McIntosh, J. J. (2020). Protecting labor and delivery personnel from COVID-19 during the second stage of labor. *American journal of perinatology*, 37(08), 854-856.
- Pavlidis, P., Eddy, K., Phung, L., Farrington, E., Connolly, M., Lopes, R., ... & Vogel, J. P. (2021). Clinical guidelines for caring for women with COVID-19 during pregnancy, childbirth and the immediate postpartum period. *Women and Birth*, 34(5), 455-464.
- Rothan, H. A., & Byrareddy, S. N. (2020). The epidemiology and pathogenesis of

- coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *The Joanna Briggs Institute. (2014). Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2014 edition / Supplement.* South Australia: The Joanna Briggs Institute.
- Ryan, G. A., Purandare, N. C., McAuliffe, F. M., Hod, M., & Purandare, C. N. (2020). Clinical update on COVID-19 in pregnancy: A review article. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research, 46(8)*, 1235-1245.
- Sahin, B. M., & Kabakci, E. N. (2021). The experiences of pregnant women during the COVID-19 pandemic in Turkey: A qualitative study. *Women and Birth, 34(2)*, 162-169.
- Soma-Pillay, P., Nelson-Piercy, C., Tolppanen, H., & Mebazaa, A. (2016). Physiological changes in pregnancy: review articles. *Cardiovascular journal of Africa, 27(2)*, 89-94.
- World Health Organization. (2021). *WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard.* Available from: <https://covid19.who.int/table>
- Villar, J., Ariff, S., Gunier, R. B., Thiruvengadam, R., Rauch, S., Kholin, A., ... & Papageorghiou, A. T. (2021). Maternal and neonatal morbidity and mortality among pregnant women with and without COVID-19 infection: the INTERCOVID multinational cohort study. *JAMA pediatrics.178(8)*, 817- 826.



การสังเคราะห์งานวิจัยเชิงทดลองและกึ่งทดลอง
สำหรับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน
A Research Synthesis of Quasi and Experimental Studies
for Thai Elderly Health Promotion at Currently

ชัชวาล วงศ์สารี,ปร.ด., Chutchavarn Wongsaree, Ph.D.^{*1}, สุระพรหม พนมฤทธิ์,ค.ม., Surapan Panomrit,M.Sc.¹
สายสมร เฉลยกิตติ,ปร.ด., Saisamon Chaleoykitti, Ph.D.², วลัยนารี พรหมลา, ปร.ด., Walianaree Promla, Ph.D.³
ธันด์นิภา ภัคคุชฌิวิวัฒน์,พย.ม.,Thanannipha Phuksuknithiwat, MN.S.⁴,
สุทธิชาร์ตน์ เจริญพงศ์,ปร.ด., Sudthicharat Charoenphong, Ph.D.⁵

^{*1}อาจารย์ประจำ, ¹รองคณบดีฝ่ายบริหาร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต กรุงเทพฯ

^{*1}Instructor, ¹Deputy Dean for Administration, Faculty of Nursing, Kasem Bundit University, Bangkok

²รองศาสตราจารย์ พลตรีหญิงและผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก กรุงเทพฯ

²Associate Professor, Maj. Gen., and Director of the Royal Thai Army Nursing College, Bangkok

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ และรองคณบดีฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

³Assistant professor and Deputy Dean for Research, Faculty of Nursing, Pathumthani University

⁴ผู้ช่วยศาสตราจารย์และคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น บุรีรัมย์

⁴Assistant professor and Dean, Faculty of Nursing, Western University, Buriram

⁵รองผู้อำนวยการกลุ่มงานอำนวยการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ กรุงเทพฯ

⁵Deputy Director of Administration, Borommarajonani College of Nursing Nopparat Vajira, Bangkok

* Corresponding Author: chutchavarn.won@kbu.ac.th

Received: August 23, 2021 Revised: December 22, 2021 Accepted: December 25, 2021

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์ความรู้สำหรับการส่งเสริมสมรรถนะการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในบริบทประเทศไทย โดยใช้ PICOD-T สืบค้นและวิเคราะห์ความรู้อย่างเป็นระบบซึ่งได้งานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์ 9 เรื่อง ผลวิเคราะห์พบว่า 1) โปรแกรมเป็นรูปแบบผสมผสานที่เน้นการพัฒนาความรู้ ทักษะแบบกลุ่มและรายบุคคลส่วนใหญ่ใช้เวลาเฉลี่ย 8 สัปดาห์ (2) กิจกรรม ได้แก่ การให้คำแนะนำและสอนความรู้ที่มีแบบแผน กำหนดรูปแบบที่เป็นรูปธรรม สาธิตและฝึกปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพ ติดตามประเมินภาวะสุขภาพ สอนแนะกำกับ

การส่งเสริมสุขภาพ ใช้ครอบครัวหรือเพื่อนเครือข่ายมีส่วนร่วม 3) มีการประยุกต์เทคโนโลยีและสื่อออนไลน์ มาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ 4) วัดผลลัพธ์ก่อน-หลัง ได้แก่ ความรู้ การรับรู้ พฤติกรรม ตัวบ่งชี้ผลลัพธ์ทางคลินิก คุณภาพชีวิต การรับประทานอาหาร การสมรรถนะทางกาย การทรงตัว การนอนหลับ การทำหน้าที่ของสมอง จิตอารมณ์และจิตสังคม 5) ทฤษฎีและแนวคิดที่นำมาประยุกต์ใช้ ได้แก่ ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถของตนเอง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และการเสริมสร้างพลังอำนาจ 6) ขณะดำเนินโปรแกรมควรประเมินความพร้อมโดยรวมของร่างกาย และติดตามค่าความดันโลหิต ชีพจร น้ำตาล เจ็บหน้าอกและอาการผิดปกติอื่น เสนอแนะให้ใช้ระบบการพยาบาลทางไกลมาประยุกต์ใช้ในกระบวนการสอนความรู้และสร้างพฤติกรรมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในวิถีใหม่

คำสำคัญ: การส่งเสริมสุขภาพวิถีใหม่ การส่งเสริมสุขภาพวิถีถัดไป ผู้สูงอายุไทย

Abstract

This article aimed to synthesize knowledge for enhancing health care competence among Thai elderly. Using PICOD-T for systematic search and analysis, this paper synthesized nine (9) qualified researches as inputs. The analysis results found that: 1) Most health programs in the synthesized researches are comprised of mixed models that focus on developing knowledge; 2) Activities include giving advice and teaching knowledge in a structured and concrete manner (the pattern involves demonstration, practice of health promotion, follow-up and assessing health conditions, coaching on health promotion and involving family and friends in promoting health); 3) Technology and online media are tapped to promote health. 4) Results are measured before and after joining the program (which include knowledge, perception, behavior, clinical outcome indicators, quality of life, diet, physical performance, balance, sleep, brain function, psycho-emotional and psychosocial behavior); 5) Popular theories and concepts include: Pender's Health Promoting Theory, Health Belief Model Theory, Social Support Concept, Health Belief Model and Empowerment for Health Promotion; 6) The overall readiness of the body is assessed by monitoring blood pressure, pulse, sugar level, chest pain, exacerbation and other abnormalities during the program. Recommended to use Telenursing for Teaching knowledge and following up on self-health promotion behaviors of the elderly in the next normal.

Keywords: health promotion in new normal, health promotion in next normal, Thai elderly

บทนำ

ประเทศไทยได้เข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ หรือ Aging society (ซึ่งหมายถึงสังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10) มาแล้วนับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 โดยมีผู้สูงอายุรวมร้อยละ 10.72 (ชัชวาล วงศ์สารี, 2561) เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุร่างกายของผู้สูงอายุจะมีความเสื่อมในระบอบต่างๆปรากฏขึ้นและโรคประจำตัวปัญหาสุขภาพต่างๆก็จะควบคุมยากตามมาด้วย (Zugich et al, 2016) อย่างไรก็ตามในมุมมองของการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เชื่อว่า การจัดการส่งเสริมสุขภาพสามารถชะลอการเสื่อมสุขภาพในผู้สูงอายุได้ จึงมีการจัดโครงการเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งจากผลการวิจัยผลของจัดกิจกรรมสำหรับการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุสามารถชะลอการเสื่อมทางสุขภาพของผู้สูงอายุได้จริง (เป้พมา ผาติภัทรกุล และคณะ, 2561; พเยาว์ พงษ์ศักดิ์ชาติและคณะ, 2561; ดวงใจ เปลี่ยนบำรุงและคณะ, 2557; ศรีตยา หวางษ์ และคณะ, 2560; สุนทรียพันธ์ อ่อนสีแดง และคณะ, 2558) เมื่อพิจารณาถึงกิจกรรมและรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไทยที่ผ่านมา พบว่า ผู้พัฒนาโปรแกรมต้องมีความรู้เฉพาะเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมีความสามารถในการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ สามารถประยุกต์ใช้ทฤษฎีที่หลากหลายมาปฏิบัติในโปรแกรม และสามารถกำกับดำเนินโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพโดยผู้ประกอบวิชาชีพต้องเป็นแกนนำและต้องลงพื้นที่เพื่อนำสร้างสุขภาพให้กับผู้สูงอายุเอง (พเยาว์ พงษ์ศักดิ์ชาติ และคณะ, 2561; จารุวรรณ ก้านศรีและคณะ 2563; สุนทรียพันธ์ อ่อนสีแดง และคณะ, 2558) ซึ่งเป็นรูปแบบที่พบได้บ่อยซึ่งในยุคปัจจุบัน

แต่ในความปรกติใหม่ (New normal) ที่เกิดขึ้นทำให้รูปแบบการดำเนินชีวิตของคนในสังคมแบบใหม่ที่แตกต่างจากอดีต อันเนื่องจากโรคระบาดโควิด 19 กระทบรูปแบบการดำเนินชีวิตที่เคยเป็นอยู่ จนแบบแผนและแนวทางปฏิบัติที่คนในสังคมคุ้นเคยอย่างเป็นปกติ

และเคยคาดหมายล่วงหน้าได้ ต้องเปลี่ยนแปลงไปสู่วิถีใหม่ภายใต้หลักมาตรฐานในศาสตร์นั้นๆ ความปรกติใหม่จึงเป็นรูปแบบการดำเนินชีวิตอย่างใหม่ที่แตกต่างจากอดีต อันเนื่องจากมีบางสิ่งมากระทบ จนแบบแผนและแนวทางปฏิบัติที่คนในสังคมคุ้นเคยอย่างเป็นปกติและเคยคาดหมายล่วงหน้าได้ ต้องเปลี่ยนแปลงไปสู่วิถีใหม่ภายใต้หลักมาตรฐาน จากการทบทวรรณกรรม พบว่าความปรกติใหม่ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเกิดจาก 2 ปัจจัยหลัก คือ ปัจจัยด้านการบริหารการเปลี่ยนแปลงในศตวรรษที่ 21 (Change management in 21st century) ซึ่งทุกสิ่งอย่างมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นอย่างก้าวกระโดด (Disruptive change) การเปลี่ยนแปลงในลักษณะนี้ทำให้เห็นความแตกต่างของกระบวนการประสิทธิภาพ ประสิทธิผลในการดำเนินการที่เคยเป็นที่ชัดเจน (Elton & O'Riordan, 2016) โดยเหตุปัจจัยในศตวรรษที่ 21 ที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้แก่ ใช้ปัญญาประดิษฐ์ (Artificial intelligence: AI) เข้ามาประมวลผลข้อมูลและตัดสินใจด้วยความแม่นยำ ใช้เทคโนโลยีโลกเสมือนจริง (Virtual reality) ในการจำลองให้เห็นกระบวนการทำเป็นจริงและรับรู้สึกจริงร่วมกับเทคโนโลยีโลกเสมือนจริงนั้น ใช้เทคโนโลยีที่มีในปัจจุบันมาส่งเสริมการทำงานให้เกิดขึ้นจริงตามแบบจำลอง (Augmented reality: AR) ใช้เทคโนโลยีอินเทอร์เน็ตเพื่อทุกสิ่ง (Internet of things: IoT) มาทำการเก็บข้อมูลขนาดใหญ่ให้เป็นฐานข้อมูลออนไลน์ สืบค้น ประสานงาน และสื่อสารด้วยแอปพลิเคชันเทคโนโลยีที่ทันสมัย ใช้การเรียนรู้จากโลกาภิวัตน์ (Globalizations) ให้เห็นประสบการณ์จากอีกมุมของโลกที่เกิดขึ้นแบบนาที่ต่อเนื่องที่เพื่อนำประยุกต์ปรับตัวให้เกิดความได้เปรียบเชิงการแข่งขัน (Terry, 2020; Palmieri, Peterson, & Noeding, 2015) ซึ่งเป็นความท้าทายที่จะประยุกต์ปัจจัยเหล่านี้เข้ามาในศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และ ปัจจัยด้านเงื่อนไขของโรคระบาดโควิด 19 ที่กระตุ้นให้การดิ้นรนแข่งขันในประเทศไทยเกิดขึ้นอย่าง

ชัดเจน เหตุเพราะวิธีการเดิมทำให้เกิดการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 เพื่อความปลอดภัยและดำรงไว้ซึ่งการมีชีวิตอยู่รอดมนุษย์ต้องแยกห่างออกจากกัน เนื่องจากการอยู่รวมกันเป็นกลุ่มเป็นเหตุที่ทำให้การแพร่กระจายของเชื้อเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว (Muthuppalaniappan & Stevenson, 2021) ทำให้คนไทยต้องเรียนรู้โลกาภิวัตน์และสร้างนวัตกรรมนำใช้นวัตกรรมอย่างและเทคโนโลยีอย่างรวดเร็ว และเห็นหลายสิ่งอย่างเกิดขึ้นแทนที่วิธีการเดิมอย่างรวดเร็ว ทั้งนี้ในบริบทการบริการทางการแพทย์ สภาการพยาบาล (2564) ได้ประกาศแนวทางการบริการพยาบาลทางไกล (Telenursing) ที่มุ่งการให้บริการทางวิชาชีพการพยาบาลผ่านระบบดิจิทัลอย่างมีมาตรฐาน ดังนั้นโรคระบาดโควิด 19 เป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้ดิสรักชันได้เร็วขึ้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่ทำให้สิ่งเดิมหยุดชะงักลงหรือหายไปจากที่เคยเป็น เราเรียกว่า ดิสรักชัน (Disruptions) ภายใต้สถานการณ์แห่งอนาคตที่ยังคะเนรูปแบบที่ไม่มีความชัดเจนว่าจะดำเนินการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างไรจึงจะเหมาะสม

อย่างไรก็ตามไม่ว่าจะเกิดอะไรขึ้นการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไทยยังมีความจำเป็นอย่างมาก เพื่อให้เห็นความรู้ที่เป็นปัจจุบันเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไทย ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการนำไปประยุกต์ในมิติการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทยในชีวิตวิถีถัดไป จะเกิดการดิสรักชันในวิธีการส่งเสริมสุขภาพสูงอายุหรือไม่เป็นคำถามที่ชวนติดตาม คณะผู้เขียนจึงสนใจศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทย เพื่อสรุปความรู้การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทยในปัจจุบันก่อนโรคโควิด 19 ระบาด

คำถามการวิจัย

การส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุในประเทศไทยเป็นอย่างไร เครื่องมือที่ใช้ประเมิน/และวัดผลลัพธ์อะไรบ้าง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุใน 2 ประเด็น ได้แก่ 1) ่องความรู้และแนวคิด ทฤษฎีพื้นฐานที่นำมาประยุกต์ใช้ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 2) การออกแบบโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ การดำเนินกิจกรรมและการวัดผลลัพธ์

วิธีดำเนินการวิจัย

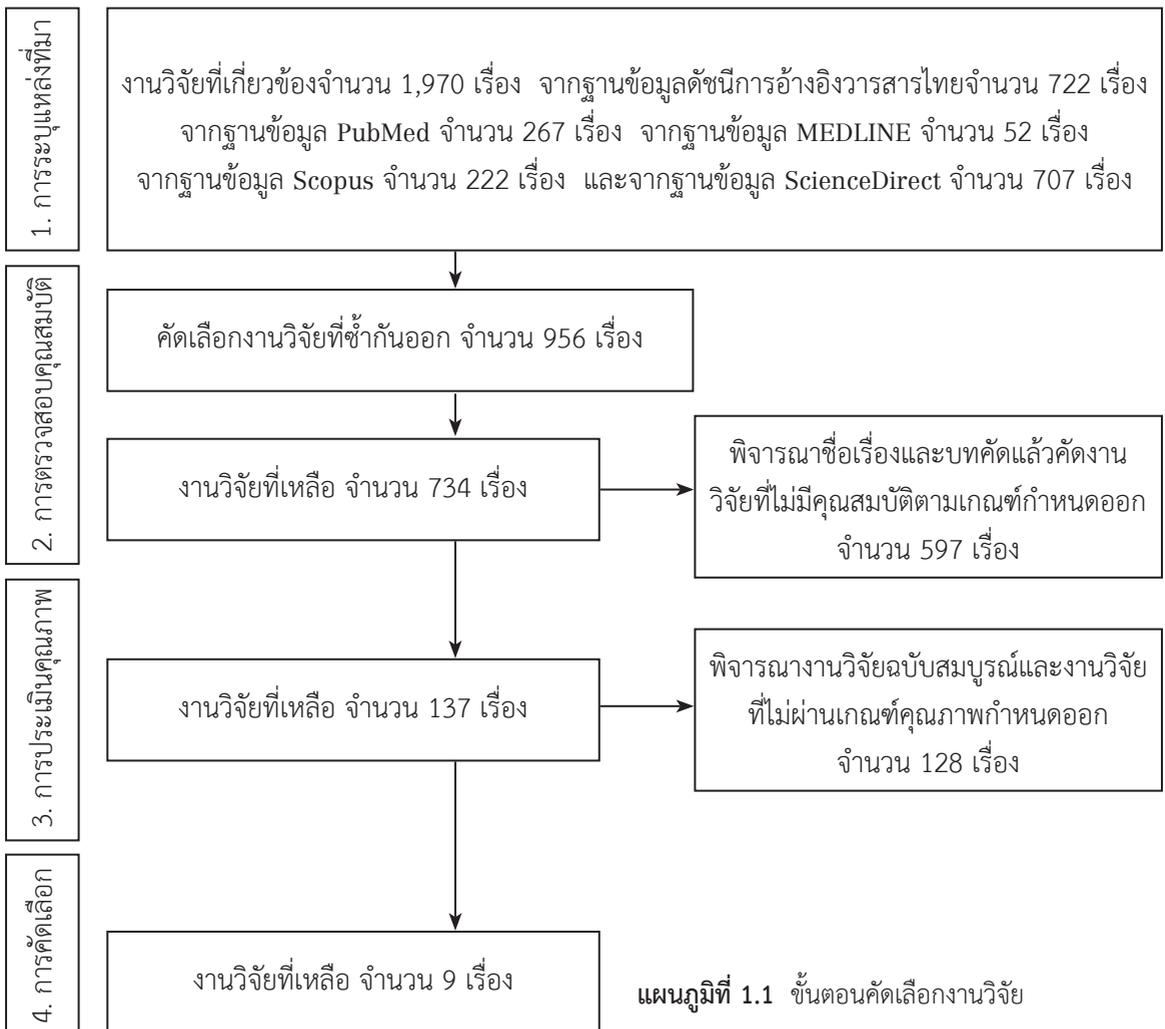
การวิจัยเอกสารครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กระบวนการศึกษาและดำเนินการวิเคราะห์ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบ (Systematic review) โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการสังเคราะห์ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบของฮอลลี, แซลมอนด์และสยามเบิร์ท (Holly, Salmond, & Saimbert, 2017) ดังนี้

1. ระบุขอบเขตการสืบค้น คณะผู้วิจัยสืบค้นจากฐานข้อมูลออนไลน์ที่เชื่อถือได้ 6 ฐานข้อมูล ได้แก่ ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thai journal citation index center: TCI), PubMed, MEDLINE, ProQuest, Scopus, และ ScienceDirect ใช้คำสำคัญในการสืบค้นในดัชนีการอ้างอิงวารสารไทยด้วยคำว่า “การส่งเสริมสุขภาพ”, “ผู้สูงอายุ”, “ผู้สูงอายุไทย” “ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ” และใช้คำสำคัญในการสืบค้นในฐานข้อมูลนานาชาติด้วยคำว่า “health promotion” “elderly” “Thai elderly” “Effects of health promotion programs”

2. กำหนดการคัดเลือกวรรณกรรม (Literature selection) โดยหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidences) ที่เป็นประชากรและตัวอย่างการศึกษาครั้งนี้เป็นรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ (Full report) บทความวิจัย (Research article) ประยุกต์ใช้ PICOD-T เป็นกรอบในการคัดเลือกวรรณกรรมหรือเป็น เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้ P (population): เป็นผู้ที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้และยัง

เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนหรือชมรมผู้สูงอายุ โดยงานวิจัยต้องอยู่ในช่วงตีพิมพ์ตามชีวิตวิถีใหม่ที่เริ่มต้นมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 2000 เป็นต้นมา I (Intervention or area of interest): เป็นงานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีการประยุกต์ทฤษฎีหรือแนวคิดด้านสุขภาพในการออกแบบการวิจัย C (Comparison or context): งานวิจัยต้องศึกษาในผู้สูงอายุบริบทประเทศไทย O (outcome of interest): เป็นผล (Effects) หรือผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Health outcomes) ที่เกิดขึ้นกับกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพตามโปรแกรมการวิจัย D (Designed): เป็นงานวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลองที่ศึกษาในผู้สูงอายุ โดยมีการออกแบบกิจกรรมที่หลากหลาย

หลายในโปรแกรม ระยะเวลา ระบุขั้นตอนการดำเนินงาน กิจกรรมและการวัดผลลัพธ์อย่างชัดเจน T(Time): ช่วงเวลาของการเผยแพร่งานวิจัยที่สืบค้นมาวิเคราะห์ความรู้ครั้งนี้ต้องไม่เกิน 10 ปี หรือใช้งานวิจัยที่เผยแพร่ตั้งแต่เดือนมกราคม 2555 ถึงเดือนมิถุนายน 2564 เท่านั้น และกำหนด เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ เป็นงานวิจัยที่เผยแพร่เฉพาะบทความย่อ ใช้วิธีการส่งเสริมสุขภาพที่ไม่ระบุแนวคิดหรือทฤษฎีประกอบการศึกษาที่ใช้รูปแบบพรรณนา เป็นงานวิจัยที่ไม่มีการจัดกระทำ และบทความวิชาการ หนังสือ ตำราและใช้ภาษาอื่นที่ไม่ใช่ภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษในการตีพิมพ์ (ขั้นตอนคัดเลือกงานวิจัย ตามแผนภูมิที่ 1.1)



3. ประเมินคุณภาพงานวิจัยโดยใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพ และความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Melnik & Fineout-Overholt, 2019) 7 ระดับ เรียงจากคุณภาพมากหรือระดับ 1 ไปคุณภาพน้อยหรือระดับ 7 ในการศึกษาครั้งนี้คัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ตั้งแต่ระดับ 1-3 เท่านั้น และใช้เกณฑ์ในการประเมินงานวิจัยที่สอดคล้องกับการมุ่งนำไปใช้ประโยชน์ (Polit & Beck, 2017) ใน 3 ปัจจัย คือ 1) งานวิจัยมีความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิก (Clinical relevance) 2) อธิบายความหมายเชิงศาสตร์ (Scientific merit) ที่บ่งชี้ว่าพยาบาลเป็นผู้ปฏิบัติและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นบ่งชี้ความน่าเชื่อถือของพยาบาลในการทำบทบาทการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และ 3) แนวโน้มของความรู้อาจนำไปประยุกต์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไทยได้

4. การวิเคราะห์/สกัดข้อมูล (Data extraction) เป็นการอ่านทำความเข้าใจกับชุดข้อมูลเหล่านั้น แล้วนำข้อมูลมาบันทึกลงในตารางทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic review table) ประกอบด้วย ชื่อผู้วิจัย ปีที่ตีพิมพ์ ชื่อเรื่อง แหล่งตีพิมพ์ วัตถุประสงค์ ประชากรที่ศึกษาระเบียบวิธีวิจัย ระดับงานวิจัย/หลักฐานเชิงประจักษ์ ผลการวิจัย และข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์ต่อไป เป็นวิธีลดข้อมูลให้เหลือเฉพาะสาระสำคัญ (Data reduction) แล้วนำมาจัดหมวดหมู่ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

5. การสังเคราะห์ข้อมูล (Data synthesis) เป็นการอ่านเชิงวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบองค์ประกอบของแต่ละชิ้นงาน เรียบเรียงเป็นข้อความที่มีความเป็นนามธรรมมากขึ้นโดยลำดับทบทวน/ตรวจสอบ/สอบทานระหว่างคณะผู้ศึกษาจำนวน 3 คน เพื่อความเชื่อมั่นในการเลือกสรรเฉพาะเนื้อความที่มีสาระ (Content message) การตีความ/แปลความ และการประมวลเข้าเป็นหมวดหมู่ไปพร้อมกัน จากนั้นจึงเรียบเรียงใหม่เป็นข้อสรุป (Conclusion)

อนึ่ง เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเอกสารแบบ Systematic review ไม่ได้กระทำโดยตรง

กับบุคคลหรือกลุ่มตัวอย่างที่มีชีวิตและไม่ได้ละเมิดข้อบัญญัติและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง และเป็นวิจัยที่ใช้รายงานวิจัยจากบทความวิจัยที่ถูกตีพิมพ์ไว้แล้ว จึงได้รับการยกเว้นการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย (Exemption) ตามคู่มือ วิธีดำเนินการมาตรฐานงานจริยธรรมการวิจัย (คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพรัตน์วชิระ, 2561)

ผลการวิจัย

สถานการณ์การพัฒนาองค์ความรู้การส่งเสริมสุขภาพวิถีใหม่ในผู้สูงอายุไทย

จากหลักฐานเชิงประจักษ์ 9 เรื่อง ทั้งหมดตีพิมพ์เป็นภาษาไทย โดยตีพิมพ์ในระหว่างปี พ.ศ. 2555 – 2559 จำนวน 2 เรื่อง (ร้อยละ 22.20) และพ.ศ. 2560 – 2564 จำนวน 7 เรื่อง (ร้อยละ 77.80) เมื่อพิจารณาตามภูมิภาคพบว่ามีการศึกษาวิจัยในภาคกลางมากที่สุด (ร้อยละ 44.5) รองลงมาพบในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 33.33) เมื่อพิจารณาตามผู้วิจัยหลักพบว่างานวิจัยส่วนใหญ่พัฒนาขึ้นโดยอาจารย์พยาบาลในสถาบันอุดมศึกษา (ร้อยละ 66.70) รองลงมาเป็นงานวิจัยของนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาศาสาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ (ร้อยละ 22.20) เมื่อพิจารณาตามระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นรายงานการวิเคราะห์เมตาหรือการทบทวนอย่างเป็นระบบจำนวน 1 เรื่อง (ร้อยละ 11.10) และเป็นงานวิจัยระดับ 3 หรืองานวิจัยกึ่งทดลองมากที่สุดจำนวน 8 เรื่อง (ร้อยละ 88.90) ซึ่งแบ่งเป็นงานวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลลัพธ์ก่อนและหลังให้โปรแกรมจำนวน 4 เรื่อง (ร้อยละ 50.0) และงานวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลลัพธ์ก่อนและหลังให้โปรแกรมและวัดเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองจำนวน 4 เรื่อง (ร้อยละ 50.0) ทั้งนี้งานวิจัยทุกเรื่องมีความสอดคล้องกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่บ่งชี้ว่าพยาบาลสามารถปฏิบัติได้ด้วยขอบเขตวิชาชีพกำหนดและแนวโน้มของความรู้อาจนำไปประยุกต์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไทยได้ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของหลักฐานเชิงประจักษ์

คุณลักษณะทั่วไป	จำนวน (เรื่อง)	ร้อยละ
ปีที่ตีพิมพ์		
พ.ศ. 2555 - 2559	2	22.20
พ.ศ. 2560 - 2564	7	77.80
ศึกษาวิจัยในภูมิภาค		
ภาคใต้	1	11.11
ภาคเหนือ	1	11.11
ภาคกลาง	4	44.45
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	3	33.33
ตีพิมพ์ในวารสารประเทศไทย	9	100
ลักษณะของผู้ศึกษา		
เป็นงานวิจัยของนักศึกษาบัณฑิตศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ	2	22.20
เป็นงานวิจัยของอาจารย์ในสถาบันอุดมศึกษา	6	66.70
เป็นงานวิจัยของพยาบาล/พนักงานสาธารณสุข	1	11.10
ระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์		
ระดับ 1 รายงานการวิเคราะห์เมตาหรือการทบทวนอย่างเป็นระบบ	1	11.10
ระดับ 2 รายงานการวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีการควบคุม	-	-
ระดับ 3 รายงานการวิจัยกึ่งทดลอง	8	88.90
- แบบ 1 กลุ่ม เปรียบเทียบคะแนนก่อน-หลัง	4	50
- แบบ 2 กลุ่ม เปรียบเทียบคะแนนก่อน-หลังของกลุ่มทดลอง	4	50
และเปรียบเทียบคะแนนระหว่างกลุ่มกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม		

ความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ

จากหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่าผู้สูงอายุที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพได้อายุอยู่ในช่วง 60-75 ปี จากการศึกษาทั้ง 8 เรื่องมีผู้สูงอายุเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 578 คน โปรแกรมส่วนใหญ่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุซึ่งวัดผลลัพธ์ในด้าน

การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย สมรรถนะทางกาย การทรงตัว การทำหน้าที่ของสมอง จิตอารมณ์ จิตสังคมและการนอนหลับพักผ่อน ดังนั้นจึงสามารถกำหนดนิยามในบทบาทพยาบาลกับการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุในบริบทประเทศไทยได้ว่า การส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ หมายถึง การปฏิบัติดูแลส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลที่มุ่งเน้นกิจกรรมที่เสริมสร้างสภาวะ

ทางกาย ใจ สังคม อารมณ์และจิตวิญญาณในผู้สูงอายุ ด้วยการประยุกต์ใช้ความรู้ทางวิชาชีพและเทคโนโลยี นวัตกรรมมาออกแบบโปรแกรมส่งเสริมให้ผู้สูงอายุชำระ สุขภาพตนเอง (Self-care maintenance) เพื่อชะลอ การเสื่อมของสุขภาพและดำเนินกิจวัตรประจำวันได้ด้วย ตนเอง โดยต้องการค้ำยันนโยบายสุขภาพและการเกื้อหนุน ทางสังคมในการสร้างเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพ

การวัดผลลัพธ์ของการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ

จากหลักฐานเชิงประจักษ์ 8 เรื่อง พบว่า ผลลัพธ์ที่เกิดจากการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในบริบท ประเทศไทยมี 11 ลักษณะ ได้แก่ 1) วัดความรู้และการ รับรู้ด้านสุขภาพ ร้อยละ 25.00 (ชวนพิศ เจริญพงศ์และ คณะ, 2562; เพียว พงษ์ศักดิ์ชาติและคณะ, 2561) 2) วัดความสามารถในการดูแลตนเอง ร้อยละ 12.50 (ชวนพิศ เจริญพงศ์และคณะ, 2562) 3) วัดพฤติกรรมการ สุขภาพ ร้อยละ 25.50 (ชวนพิศ เจริญพงศ์ และ คณะ, 2562; บังอรศรี จินดาวงค์ และคณะ, 2564) 4) วัดพฤติกรรมการออกกำลังกาย ร้อยละ 62.50 (ปีทมา ผาติภทกุลและคณะ, 2561; บังอรศรี จินดาวงค์ และคณะ, 2564; ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง และคณะ, 2557; ศรุตยา หวางษ์ และคณะ, 2560; สุนทรียพันธ์ อ่อนสีแดง และคณะ, 2558) 5) วัดภาวะโภชนาการหรือพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ร้อยละ 50.00 (ปีทมา ผาติภทกุล และคณะ, 2561; เพียว พงษ์ศักดิ์ชาติ และคณะ, 2561; ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง และคณะ, 2557; ศรุตยา หวางษ์ และคณะ, 2560; สุนทรียพันธ์ อ่อนสีแดง และคณะ, 2558) 6) วัดระดับความเครียด ร้อยละ 50.00 (ปีทมา ผาติภทกุล และคณะ, 2561; บังอรศรี จินดาวงค์ และ, 2564; ศรุตยา หวางษ์ และคณะ, 2560; สุนทรียพันธ์ อ่อนสีแดง และคณะ, 2558) 7) วัดการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันร้อยละ 12.50 (บังอรศรี จินดาวงค์ และคณะ, 2564) 8) วัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ร้อยละ 25.50

(บังอรศรี จินดาวงค์ และคณะ, 2564; ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง และคณะ, 2557) 9) วัดการพัฒนาจิตวิญญาณ ร้อยละ 12.50 (บังอรศรี จินดาวงค์ และคณะ, 2564) 10) วัด สุขภาพด้านอารมณ์และจิตใจร้อยละ 37.50 (เพียว พงษ์ศักดิ์ชาติ และคณะ, 2561; จารุวรรณ ก้านศรี และ คณะ, 2563; สุนทรียพันธ์ อ่อนสีแดง และคณะ, 2558) และ 11) วัดความสามารถทางปัญญาร้อยละ 25.50 (ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง และคณะ, 2557; ศรุตยา หวางษ์ และคณะ, 2560)

รูปแบบการดำเนินโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

จากงานวิจัย 8 เรื่อง สามารถอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุประเทศไทย แบ่งตามระยะเวลาและลักษณะของ โปรแกรมที่เกิดประสิทธิผลได้ 4 ลักษณะ ดังนี้

1) ลักษณะของโปรแกรมที่เกิดประสิทธิผลใน 4 สัปดาห์ มีงานวิจัยร้อยละ 25.50 ที่ใช้เวลาในการ ดำเนินโปรแกรมได้สำเร็จใน 4 สัปดาห์ โดยการดำเนิน โปรแกรมสัปดาห์ละ 2 วัน (ครึ่งละ 90 นาที – 2 ชั่วโมง) ประกอบด้วย 2 กิจกรรมหลัก คือ 1.1) การพัฒนาความรู้และความสามารถแก่ผู้สูงอายุตามโปรแกรม เช่น มีการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเน้นเนื้อหาเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพที่ครอบคลุมกิจกรรมทางกาย สัมพันธภาพ ระหว่างบุคคล การเจริญสติปัญญา การบริโภคอาหาร เป็นต้น ใช้วิดีโอออนไลน์มาช่วยสอนสุขภาพและแจก คู่มือการปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพพร้อมแบบบันทึก การส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเองทั้งนี้ผู้วิจัยมีการให้คนใน ครอบครัวเฝ้ามนำใจและตั้งใจให้ผู้สูงอายุดำเนินกิจกรรม ตามโปรแกรม 1.2) ติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อกำกับการ ปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุตามโปรแกรมโดยมีสมาชิกใน กลุ่มของผู้สูงอายุติดตามเยี่ยมด้วยเพื่อร่วมแลกเปลี่ยน ประโยชน์ที่ได้รับ ปัญหา อุปสรรคในการส่งเสริมสุขภาพ

ตนเองและช่วยกระตุ้นสมาชิกในกลุ่มปฏิบัติส่งเสริมสุขภาพตนเองตามโปรแกรม โดยทฤษฎีที่พบว่านักวิจัยนำมาประยุกต์ใช้ในการดำเนินส่งเสริมสุขภาพให้ประสบความสำเร็จในระยะ 4 สัปดาห์ ประกอบด้วย ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และ แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษาตามโปรแกรมลักษณะข้างต้น พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 ($t = 3.25, p = .01$) (ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง และคณะ, 2557) และกลุ่มทดลองมีความรู้การรับรู้ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยง การรับรู้อุปสรรคและการปฏิบัติดูแลสุขภาพสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ศรุตยา หวางษ์ และคณะ, 2560)

2) ลักษณะของโปรแกรมที่เกิดประสิทธิผลใน 8 สัปดาห์ มีงานวิจัยร้อยละ 50 ที่ใช้เวลาในการดำเนินโปรแกรมได้สำเร็จใน 8 สัปดาห์ โดยการดำเนินโปรแกรมสัปดาห์ละ 1-2 ครั้งๆ ละ 1-2 ชั่วโมง กิจกรรมประกอบด้วย 3 ลักษณะ ได้แก่ 2.1) สอนความรู้เกี่ยวกับวิธีการเลือกเมนูอาหาร การลดความเครียด การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์และการเรียนรู้ประสบการณ์จากต้นแบบและการให้ชมวิดีโอออนไลน์ โดยมีการจัดเรียงเนื้อหาความรู้ที่จะให้ตามรายสัปดาห์และข้อความรู้ที่ผ่านมาในสัปดาห์ที่ผ่านมาเมื่อผู้สูงอายุตอบคำถามหรือปฏิบัติได้ไม่ถูกต้อง 2.2) การสาธิต ติดตามกระตุ้นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและชี้ให้เห็นผลลัพธ์ร่วมกันผ่านกิจกรรมกรรมส่งเสริมสุขภาพ การนัดหมายการผ่านกิจกรรมกลุ่ม เช่น การออกกำลังกายด้วยซิทอัพ การร้องรำทำเพลงด้วยท่ารำต่าง ๆ การแข่งขันเลือกเมนูอาหารเฉพาะโรค เป็นต้น ทั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการชมเชย ให้กำลังใจเพื่อเสริมแรงในการปฏิบัติสุขภาพเมื่อตอบคำถามและปฏิบัติตามส่งเสริมสุขภาพได้ดีและจัดกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สนับสนุนคำปรึกษา

และ 2.3) การให้ปฏิบัติส่งเสริมสุขภาพตนเองแบบรายบุคคลและแบบกลุ่มที่บ้านโดยผู้วิจัยจะติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อสนับสนุนคำปรึกษาและแก้ไขปัญหาพร้อมกันกับผู้สูงอายุและครอบครัว โดยทฤษฎีที่พบว่านักวิจัยนำมาประยุกต์ใช้ในการดำเนินส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถของตนเอง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ เป็นต้น ผลการศึกษาตามโปรแกรมลักษณะข้างต้น พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ และระดับความดันโลหิตลดลงกว่าก่อนทดลองและลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งโปรแกรมมีผลเด่นให้เกิดการรับประทานยาได้ดีขึ้น (ชวนพิศ เจริญพงศ์ และคณะ, 2562) หลังการทดลองพฤติกรรมออกกำลังกายและการรับประทานและการจัดการความเครียดสูงขึ้นกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดี (ปีพมา ผาติภัทรกุลและคณะ, 2561) ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 ($t = 3.25, p = .01$) (ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง และคณะ, 2557) และกลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยง การรับรู้อุปสรรค และการปฏิบัติดูแลสุขภาพสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ศรุตยา หวางษ์ และคณะ, 2560)

3) ลักษณะของโปรแกรมที่เกิดประสิทธิผลใน 12 สัปดาห์ มีงานวิจัยร้อยละ 12.50 ที่ใช้เวลาในการดำเนินโปรแกรมได้สำเร็จใน 12 สัปดาห์ โดยการดำเนินโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุผ่านแกนนำในชุมชน โดยโปรแกรมมีการอบรมแกนนำเกี่ยวกับความรู้และอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพทั้งด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย

การสนับสนุนทางจิตใจ การจูงใจให้มีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพตนเอง วิธีการใช้การสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น โดยแกนนำเป็นผู้สูงอายุในชุมชนหลังผ่านการอบรมจะได้รับการประเมินความรู้และความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพก่อน หลังจากนั้นผู้วิจัยจะมอบหมายสมาชิกที่เป็นผู้สูงอายุในชุมชนให้แกนนำรับผิดชอบไปส่งเสริมสุขภาพต่อ โดยแบ่งสมาชิกในชมรมออกเป็นกลุ่มๆซึ่งแต่ละกลุ่มจะมีแกนนำที่ผ่านการอบรมแล้ว 3 คนเป็นผู้ติดตามส่งเสริมสุขภาพให้กับสมาชิกอย่างต่อเนื่องโดยประยุกต์ใช้ความรู้และทักษะที่ได้รับจากการอบรมมาในการส่งเสริมสุขภาพให้กับสมาชิกที่ตนรับผิดชอบ ทั้งนี้ผู้วิจัยจะติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุเพื่อกระตุ้นให้กำลังใจและให้การสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเป็นรายกลุ่มอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง แต่จะกำกับติดตามการส่งเสริมสุขภาพและชี้แนะแก่แกนนำอย่างต่อเนื่องผ่านกลุ่มไลน์และการโทรศัพท์ติดตามให้วิธีการแก้ปัญหา สนับสนุนกำลังใจแก่แกนนำ โดยทฤษฎีที่พบว่านักวิจัยนำมาประยุกต์ใช้ในการดำเนินส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม และการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ผลการศึกษาตามโปรแกรมลักษณะข้างต้นพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ พฤติกรรมในด้านโภชนาการ การทำกิจกรรม และการออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ และพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม หลังได้รับโปรแกรมมีการคะแนนเฉลี่ยเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (บังอรศรี จินดาวงค์ และคณะ, 2564)

4) ลักษณะของโปรแกรมที่เกิดประสิทธิผลใน 16 สัปดาห์ มีงานวิจัยร้อยละ 12.50 ที่ใช้เวลาในการดำเนินโปรแกรมได้สำเร็จใน 16 สัปดาห์ โดยลักษณะของโปรแกรมมีการพัฒนาแกนนำในชุมชนเป็นผู้นำพัฒนาความรู้และทักษะการส่งเสริมสุขภาพแก่

ผู้สูงอายุในชุมชน โดยมุ่งให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย การทำงานอาชีพ เช่น สานตะกร้า การส่งเสริมสุขภาพจิต เช่น เข้าวัดฟังธรรม เป็นต้น และมีการมอบหมายอำนาจให้ร่วมเป็นแกนนำในการกระตุ้นผู้สูงอายุในชุมชนเข้าชมรมผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยได้ออกแบบโปรแกรมที่มีการจัดลำดับกิจกรรมอย่างเป็นขั้นตอนตามความจำเป็นของความรู้พื้นฐานไปหาความรู้และทักษะที่ต้องใช้เวลาฝึกให้ชำนาญ กิจกรรมในโปรแกรมจะมีความหลากหลาย เช่น กิจกรรม ชวนคิด ชวนคุย เสริมความรู้เพิ่มความมั่นใจ ร่วมคิด ร่วมสร้างสุขภาพ รวมพลังสร้างสุขภาพ การร่วมประเมินผลลัพธ์ และชี้แนะภาวะสุขภาพร่วมกัน เป็นต้น โดยทฤษฎีที่พบว่านักวิจัยนำมาประยุกต์ใช้ในการดำเนินส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย การเสริมสร้างพลังอำนาจของเทรซี ผลการศึกษาตามโปรแกรมลักษณะข้างต้น พบว่า ความรู้การส่งเสริมสุขภาพและพลังอำนาจในการส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (พเยาว์ พงษ์ศักดิ์ชาติและคณะ, 2561)

ทฤษฎีและแนวคิดที่นิยมนำมาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุประเทศไทย

จากการวิเคราะห์งานวิจัย 8 เรื่อง พบว่าการส่งเสริมสุขภาพพยาบาลต้องมีความรู้ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านเนื้อหาสาระความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพด้านความสามารถที่จะอบรมเชิงปฏิบัติการและสร้างทักษะในการส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ และด้านการประยุกต์ใช้ทฤษฎี ซึ่งจากการวิเคราะห์งานวิจัยมีทฤษฎีและแนวคิดที่ถูกนำมาประยุกต์ใช้ในโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ได้ผลเชิงประจักษ์ในประเทศไทย ดังนี้ ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถของตนเอง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และการเสริมสร้างพลังอำนาจของ

เทรซี ซึ่งคาดว่าทฤษฎีและแนวคิดยังให้ประสิทธิผลที่ดี และควรนำไปประยุกต์ออกแบบโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในอนาคตได้

การอภิปรายผลการวิจัย

การส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุไทยเป็นการปฏิบัติ การดูแลส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลที่มุ่งเน้นกิจกรรม ที่เสริมสร้างสุขภาพทางกาย ใจ สังคม อารมณ์และ จิตวิญญาณในผู้สูงอายุด้วยการประยุกต์ใช้ความรู้ทาง วิชาชีพและเทคโนโลยี นวัตกรรมมาออกแบบโปรแกรม ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุชำระสุขภาพตนเอง เพื่อชะลอการ เสื่อมของสุขภาพและดำเนินกิจกรรมประจำวันได้ด้วย ตนเอง โดยต้องการค้ำนโยบายสุขภาพและการเกื้อหนุน ทางสังคมในการสร้างเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่ง การส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุไทยมีความสอดคล้องกับ กลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ (WHO, 1986) ที่เน้นการสร้างนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ การสร้าง สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การพัฒนาทักษะในการส่งเสริมสุขภาพ การสร้างเสริมความเข้มแข็งของกิจกรรม ชุมชนเพื่อสุขภาพและการเน้นสร้างนำซ่อม รูปแบบ การดำเนินโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่พบ บ่อยเป็นลักษณะการจัดกระทำโดยมุ่งเน้นการพัฒนา ทักษะในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น การให้ความรู้ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การสาธิตวิธีการส่งเสริม สุขภาพ ซึ่งการส่งเสริมสุขภาพด้วยการจัดโปรแกรมจะ ช่วยพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุให้ดียิ่งขึ้น (Pender, Murdaugh, and Parsons, 2006) การวัดผลลัพธ์ของการ สร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุของบริบทประเทศไทยมี 11 ลักษณะ ได้แก่ 1) วัดความรู้และการรับรู้ด้านสุขภาพ 2) วัดความสามารถในการดูแลตนเอง 3) วัดพฤติกรรม สุขภาพ 4) วัดพฤติกรรมการออกกำลังกาย 5) วัด ภาวะโภชนาการหรือพฤติกรรมรับประทานอาหาร 6) วัดระดับความเครียด 7) วัดการปฏิบัติกิจวัตรประจำ

วัน 8) วัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล 9) วัดการพัฒนาจิต วิญญาณ 10) วัดสุขภาพด้านอารมณ์และจิตใจ และ 11) วัดความสามารถทางปัญญา ซึ่งการวัดผลลัพธ์ของการ สร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุส่วนใหญ่วัดตามแนวทฤษฎี การส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, Murdaugh, and Parsons, 2006) ส่วนทฤษฎีที่ได้รับความนิยมมา ประยุกต์ส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุไทย ได้แก่ ทฤษฎี การส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ทฤษฎีแบบแผนความ เชื่อด้านสุขภาพ และ แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถของตนเอง แบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ และการเสริมสร้างพลังอำนาจของเทรซี สอดคล้องกับแบนดูรา (Bandura, 1994) ที่ว่าการสร้าง พฤติกรรมใหม่จากการนำใช้ทฤษฎีต่างๆทำให้ผู้สูงอายุ มีความเชื่อมั่นในความสามารถแห่งตนสูงขึ้นและมีการ ปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพตนเองได้ดียิ่งขึ้น

การนำไปประยุกต์ใช้ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในอนาคต

จากงานวิจัยที่ค้นพบพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริม สุขภาพผู้สูงอายุไทยที่เป็นปัจจุบันและจากมุมมองตาม ภาระงานภาระงานการดีสรีบชั่นทำให้เห็นทิศทางการที่จะ สร้างโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุประเทศไทย ในชีวิตวิถีถัดไป เสนอในมุมมองที่เป็นแนวโน้มที่เป็นไป ได้ในอนาคต ดังนี้

1) โปรแกรมต้องกำหนดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นให้ ครอบคลุม 11 ผลลัพธ์ ได้แก่ การรับรู้ด้านสุขภาพ ความสามารถในการดูแลตนเอง พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมการออกกำลังกาย ภาวะโภชนาการ หรือพฤติกรรมรับประทานอาหาร วิธีการเผชิญ ความเครียด ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำ ด้วยตนเอง สัมพันธภาพระหว่างบุคคล พฤติกรรม การพัฒนาจิตวิญญาณ ความสามารถทางปัญญา และสุขภาพ ด้านอารมณ์และจิตใจ

2) ผู้พัฒนาโปรแกรมต้องมีความรู้เฉพาะเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีความสามารถในการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ สามารถประยุกต์ใช้ทฤษฎีที่หลากหลายมาปฏิบัติในโปรแกรมและสามารถกำกับการดำเนินโปรแกรมทางไกลผ่านเทคโนโลยีดิจิทัลที่สนับสนุนได้

3) รูปแบบกิจกรรมในโปรแกรม แบ่งเป็น 2 รูปแบบตามวิธีที่พยาบาลเลือกสรร คือ 3.1) หากต้องลงพื้นที่ปฏิบัติโปรแกรมด้วยตนเอง ต้องมุ่งไปที่การจัดโปรแกรมแบบเข้มข้นที่บรรลุผลใน 4 สัปดาห์ สามารถระบบการพยาบาลทางไกลในกิจกรรม การให้คำแนะนำสุขภาพ การสอนความรู้อย่างมีแบบแผน และการสอนแนะกำกับการส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น และวันที่ลงพื้นที่จริงจึงสำคัญและให้วิธีการปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุตามโปรแกรมจริง และเก็บข้อมูลผ่านวีธีออนไลน์หรือผ่านแกนนำก็ว่าจะเป็นไปได้ในอนาคต 3.2) หากต้องการให้เกิดความยั่งยืนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุต้องออกแบบโปรแกรมให้แกนนำเป็นผู้ส่งเสริมสุขภาพแทนพยาบาล ต้องออกแบบโปรแกรมที่ต้องใช้เวลามากกว่า 4 สัปดาห์ โดยการสร้างโปรแกรมให้ทำเหมือนปกติแต่ขั้นตอนการปฏิบัติโปรแกรมจะต้องคัดเลือกแกนนำการส่งเสริมสุขภาพที่มีคุณสมบัติในการเป็นตัวแทนที่ดีและเข้าถึงผู้สูงอายุเป็นรายบุคคลได้และสามารถสนับสนุนผู้สูงอายุในการปฏิบัติตามโปรแกรมได้อย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ต้องอบรมเชิงปฏิบัติการแก่แกนนำและให้วิธีการตามโปรแกรมแก่แกนนำและเสริมสร้างพลังอำนาจแก่แกนนำเพื่อนำความรู้ ทักษะตามโปรแกรมกำหนดไปส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในชุมชนแทนพยาบาล และพยาบาลสามารถวิธีติดตามเยี่ยมกำกับการส่งเสริมสุขภาพ

ภาพตามที่แกนนำสร้างผ่านครอบครัวผู้สูงอายุหรือผ่านแกนนำด้วยการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลต่างๆ

4) การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลผ่านระบบออนไลน์ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ทำได้โดยการสร้างเนื้อหาที่ต้องการส่งเสริมสุขภาพเป็นคลิปวิดีโอสั้นๆ โดยเนื้อหาเหล่านั้นต้องเป็นส่วนประกอบของโปรแกรมที่พยาบาลออกแบบไว้และนำคลิปขึ้นในระบบออนไลน์ผ่านช่องทางโปรแกรมยูทูปที่สามารถตัดลอกที่อยู่เว็บไซต์ส่งต่อความรู้ให้ถึงผู้สูงอายุโดยตรงได้

5) จากงานวิจัยที่ค้นพบส่วนใหญ่ผู้สร้างโปรแกรมเป็นอาจารย์ที่สอนในมหาวิทยาลัย/วิทยาลัย ในชีวิตวิถีถัดไปควรให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ในชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาโปรแกรมและดำเนินโปรแกรมด้วยจะช่วยเพิ่มการเข้าถึงและชี้แนะผู้สูงอายุ

6) การพัฒนานวัตกรรมในการส่งเสริมสุขภาพยังเป็นสิ่งที่ท้าทายพยาบาลในชีวิตวิถีใหม่และวิถีถัดไป

สรุป

การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุบริบทประเทศไทย ในวิถีถัดไป พยาบาลต้องออกแบบโปรแกรมที่ครอบคลุมผลลัพธ์ 11 ด้าน ประยุกต์ใช้ทฤษฎีและแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับโปรแกรมและใช้สื่อดิจิทัลมาออกแบบการสอนความรู้ การติดตามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน และการใช้แกนนำที่ผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการตามโปรแกรมและเป็นตัวแทนที่ดีเป็นผู้ส่งเสริมสุขภาพตามโปรแกรมแทนพยาบาลน่าจะเป็นแนวทางที่ท้าทายในชีวิตวิถีถัดไป ทั้งนี้จำเป็นต้องใช้สมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมด้วย

เอกสารอ้างอิง

- คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครวัดมณีศรี. (2561). วิธีดำเนินการมาตรฐานงานจริยธรรมการวิจัย. ฉบับที่ 4. สืบค้นเมื่อ 22 ธันวาคม 2564, จาก <https://drive.google.com/file/d/12IpcNwBloKRyv0n2WAeWS5Uxc4nN0yKV/view>
- จารุวรรณ ก้านศรี ชูติมา มาลัย นภัทร เตียอนุกุล ภัทรวดี ศรีนิลและนภัสสร ยอดทองดี. (2563) ประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 36(2), 95 -107.
- ชวนพิศ เจริญพงศ์ อลิสา นิตธรรม1 สุปัทมน์ อีระเวชเจริญชัย สายสมร เฉลยกิตติ. (2562). การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 20(1) 157-164
- ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง. (2557). ผลของการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยผ่านกลุ่มผู้นำชุมชน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 32(3), 77 - 85.
- บังอรศรี จินดาวงค์ และ ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์. (2564). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา)*, 21(1), 229-241.
- ปัทมา ผาติภัทรกุล ผุสดี ก่อเจตีย์ เพยาว์ พงษ์ศักดิ์ชาติ ศิริธร ยิ่งแรงเรือง ชูติมา บุรพา ประภาส จักรพล. (2561). ประสิทธิภาพโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 12 (ฉบับพิเศษ), 52 - 60.
- เพยาว์ พงษ์ศักดิ์ชาติ ผุสดี ก่อเจตีย์ เกศแก้ว สอนดี และ จันทิพร โชคถาว. (2561). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้ความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของเครือข่ายสุขภาพชุมชนจังหวัดสระบุรี. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 31(4), 33 - 41.
- ศรุตยา ทางษ์วิภา เทียงธรรม และ สุธรรม ฉันทมงคลชัย. (2560). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 31(1): 110 -128.
- สุนทรียพันธ์ อ่อนสีแดง จตุพร เหลืองอุบล และธรรุทธิ์ บุตรแสนคม. (2558). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สูงอายุวัยกลาง ตำบลทุ่งกุลา อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารทันตภิบาล*, 26(1), 91-101.
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (Vol. 4, pp. 71-81). New York: Academic Press. (Reprinted in H. Friedman [Ed.], *Encyclopedia of mental health*. San Diego: Academic Press, 1998).
- Elton, J., & O'Riordan, A. (2016). *Healthcare disrupted: Next generation business models and strategies*. John Wiley & Sons.
- Holly C, Salmond S, Saimbert M. *Comprehensive systematic review for advanced practice nursing*. 2nd ed. New York: Springer Publishing Company; 2017.

- Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing and health care: a guide to best practice. 4th ed. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins; 2019.
- Muthuppalaniappan, M., & Stevenson, K. (2021). Healthcare cyber-attacks and the COVID-19 pandemic: an urgent threat to global health. *International Journal for Quality in Health Care*, 33(1), mzaa117.
- Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. *Health promotion in nursing practice*. 5th ed. Jurong, Singapore: Pearson; 2006.
- Polit DF, Beck CT, Hungler CT. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2017.
- Palmieri, P. A., Peterson, L. T., & Noeding, M. N. R. (2015). Health information technology: Anticipating, recognizing, and preventing disruptions in complex adaptive healthcare systems. In *Healthcare Administration: Concepts, Methodologies, Tools, and Applications* (pp. 1-22). IGI Global.
- Terry, O. (2020). Disruption Innovation and Theory. *Journal of Service Science and Management*, 13(03), 449.
- Tursunbayeva, A. (2019). Human resource technology disruptions and their implications for human resources management in healthcare organizations. *BMC health services research*, 19(1), 1-8.
- Wongsaree, C., Sritoomma, N., Luangamomlert, S. (2021). Development of Indicators of the Personal Initiative Behavior of Head Nurses at Private Hospitals in Thailand. *Journal of public health and development. JPHD*, 19 (1): 152-163.
- World health organization. (1986). *Ottawa charter for health promotion, 1986* (No. WHO/EURO: 1986-4044-43803-61677). World Health Organization. Regional Office for Europe.



การศึกษาคุณภาพชีวิตนักศึกษา วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ The Study of Quality of Life of Students in Saint Louis College

มาลีวัล เลิศสาครศิริ, ค.ด., Maleewan Lertsakornsiri, Ph.D.^{1*}

จूरีย์ นฤมิตเลิศ, พย.ม., Juree Narumitlert, MS.N.²

¹รองศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

¹Associate Professor, Ph.D., Faculty of Nursing, Saint Louis College, Sathorn, Bangkok

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

²Assistance Professor, Faculty of Nursing, Saint Louis College, Sathorn, Bangkok

*Corresponding Author Email: maleewan@slc.ac.th

Received: July 30, 2021

Revised: October 12, 2021

Accepted: November 30, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมผสานนี้เพื่อศึกษาลักษณะและแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตนักศึกษาวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ กลุ่มตัวอย่าง คือ อาจารย์จำนวน 10 คน บุคลากรฝ่ายสนับสนุนจำนวน 9 คน และนักศึกษาชั้นปีที่ 1-4 คณะพยาบาลศาสตร์ คณะกายภาพบำบัด คณะจิตวิทยาจำนวน 256 คน เลือกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลและคุณภาพชีวิตของนักศึกษา หากคุณภาพของเครื่องมือโดยการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ค่าดัชนีความตรงได้เท่ากับ .89 และค่าความเที่ยงได้เท่ากับ .95 วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่านักศึกษาชั้นปีที่ 1-4 คณะพยาบาลศาสตร์ คณะกายภาพบำบัด คณะจิตวิทยา คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมเท่ากับ 3.90 (SD=.36) อยู่ในระดับมาก คุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด และคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตนักศึกษาต้องคำนึงในทุกๆ ด้านอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะด้านสิ่งแวดล้อมที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกๆ คน เปิดโอกาสให้คณาจารย์ บุคลากรและนักศึกษามีส่วนร่วมในการพัฒนา ปรับปรุงทัศนสิ่งแวดล้อม ห้องเรียน หอพัก ห้องอาหาร ห้องสมุด พื้นที่ทำกิจกรรมกลุ่มและออกกำลังกาย รวมถึงสื่ออุปกรณ์สารสนเทศ คอมพิวเตอร์และสัญญาณอินเทอร์เน็ต ให้ทันสมัย เพียงพอ พร้อมใช้งาน

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต นักศึกษา

Abstract

This study was mix method research. The purpose was to know and develop the quality of life guidelines of the 1st-4th year students from nursing faculty, physical therapy, and psychology in Saint Louis College. The samples included 10 faculties, 9 personal supports, and the 1st-4th year 256 students in Saint Louis College. The samples were selected by multi-stage sampling. The research instruments were interview and questionnaire consisting of personal data, and quality of life of students. The quality of questionnaire, the content validity was .89 and reliability was .95. The data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, and content analysis. The results indicated that the 1st-4th year students from nursing faculty, physical therapy, and psychology with an average score of the total quality of life 3.90 (SD = .36) at a high level. Quality of life in social relations had the highest average, and the lowest average score was the quality of life in environment. The development quality of life guidelines must systematically consider all aspects, especially the environment with the lowest average scores. The cooperation from everyone such as faculties, personnel and students was necessary by providing opportunities in development. It involved environmental landscape adjustment, classroom, dormitory, dining room, library, group activity area and exercise including media and information equipment computer and internet signal to be up-to-date, sufficient, ready to use.

Keywords: quality of life, students

บทนำ

การพัฒนาอุดมศึกษาตามแผนพัฒนาการศึกษาระดับอุดมศึกษา ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 – 2564) ที่ “มุ่งพัฒนาผู้เรียนให้มีความรู้คู่คุณธรรม มีคุณภาพชีวิตที่ดีมีความสุขในสังคม” (กระทรวงศึกษาธิการ, 2559) ในการศึกษาที่ดีนั้น นอกเหนือจากการสร้างคนให้มีสติปัญญาและเป็นคนดีแล้วยังต้องสร้างให้คนมีความสุขด้วย เพราะเมื่อได้เรียนรู้อย่างมีความสุขแล้ว ทำให้คนเรียนรู้การดำรงชีวิตอย่างถูกต้อง สมบูรณ์ โดยคิดถึงประโยชน์ของสังคม และประเทศชาติมากกว่าประโยชน์ส่วนตัว เป็นคนดีมีความสุขในการช่วยเหลือผู้อื่น เป็นคนที่มีมีความสุขในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ การทำงานและสำคัญที่สุดคือเป็นคนที่มีมีความสุข ทำประโยชน์ให้กับสังคมและประเทศชาติ การจัดการศึกษาในระดับอุดมศึกษาจึงมีบทบาทและความสำคัญอย่างยิ่งในสังคม

โดยจัดการศึกษาที่มุ่งพัฒนาผู้เรียนให้มีความเจริญงอกงามทางสติปัญญา มีความรู้ ความสามารถ มีคุณภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการกำลังคนในการพัฒนาประเทศ กระบวนการจัดการศึกษาต้องส่งเสริมให้ผู้เรียนพัฒนาตามธรรมชาติและเต็มศักยภาพ การพัฒนาคุณภาพชีวิตนักศึกษาจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ที่ส่งผลต่อการดำรงชีวิตในปัจจุบัน และต่อไปในอนาคต เป็นกำลังสำคัญของประเทศในการพัฒนาประเทศชาติให้อยู่รอด สามารถแข่งขันกับประเทศอื่นๆ ได้ ดังนั้นสถาบันอุดมศึกษาจึงมีบทบาทหน้าที่ในการจัดการศึกษาที่มีคุณภาพให้กับประชาชนในชาติ

วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ในฐานะสถาบันอุดมศึกษาเอกชนหนึ่งจัดการเรียนการสอนใน 3 คณะวิชา คือ คณะพยาบาลศาสตร์ คณะกายภาพบำบัดและคณะจิตวิทยา

คำนึงถึงความสำคัญและความจำเป็นที่จะต้องตอบสนองพันธกิจของวิทยาลัยฯ สังคมและประเทศชาติในการผลิตบัณฑิตที่มีคุณภาพ มีความรู้ ความสามารถ และมีความเชี่ยวชาญในศาสตร์เฉพาะสาขา รวมทั้งรอบรู้ในศาสตร์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง สามารถประกอบวิชาชีพบนพื้นฐานความรักและเมตตาธรรม ส่งเสริมคุณค่าและศักดิ์ศรีของมนุษย์ เป็นผู้ใฝ่รู้ รักการศึกษาค้นคว้า และเป็นผู้นำในการพัฒนาตนเอง วิชาชีพ และสังคมอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างสรรค์ความผาสุกและคุณภาพชีวิตของประชาชนทั่วไป ซึ่งการจัดการเรียนการสอนทั้ง 3 คณะวิชาจะมีทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ เพื่อผลิตบุคลากรทางวิชาชีพให้เป็นผู้ที่มีความสามารถทั้งในด้านวิชาการและมีความรู้ ความสามารถในศาสตร์สาขานั้นๆ เป็นอย่างดี เพื่อความปลอดภัยและความมั่นใจของผู้รับบริการ พร้อมทั้งมีเจตคติที่ดีต่อวิชาชีพในการปฏิบัติงานตามลักษณะของวิชาชีพ สามารถใช้ความรู้และทักษะต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม รวมถึงเพื่อให้ได้ผลลัพธ์การเรียนรู้ (Learning outcomes) ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรีทั้ง 6 ด้าน คือ ด้านคุณธรรม จริยธรรม ความรู้ ทักษะทางปัญญา ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ (กระทรวงศึกษาธิการ, 2552) การเรียนที่เน้นหนักทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติสำหรับนักศึกษาชั้นปีที่ 3-4 ของทั้ง 3 คณะวิชา โดยเฉพาะการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ การฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาเป็นงานที่ต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมานของผู้อื่น และยังเผชิญกับภาวะสุขภาพโดยตรง ซึ่งมีผลมาจากเวลาในการขึ้นฝึกปฏิบัติงาน การเผชิญกับความตึงเครียด การพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ การรับประทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของนักศึกษา ทำให้มีความวิตกกังวล กลัวและเครียดได้

(มาลีวัล เลิศสาครศิริ, 2558) ดังการศึกษาของ Musikthong, J., Sriyuktasuth, A., Kongkar, R., & Sangwichaipat, N. (2010). ที่พบว่านักศึกษามหาวิทยาลัยมหิดลจำนวน 258 คน มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารโดยรวมไม่เหมาะสม ร้อยละ 30 ของนักศึกษามีดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ และนักศึกษาร้อยละ 11 มีน้ำหนักตัวเกินจนถึงอ้วน รวมถึงการศึกษาของ ศิวาพร ทองสุข, พรรณวดี พุฒพัฒนะ, และพิศสมัย อรทัย (2012) ที่พบว่านักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ที่ยังไม่ได้ฝึกปฏิบัติการพยาบาลจะมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารเหมาะสมกว่าชั้นปีที่ 2-4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากข้อมูลสถิติการเจ็บป่วยของนักศึกษาวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ชั้นปีที่ 1-4 ทั้ง 3 คณะวิชา ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ ตั้งแต่เดือนมกราคม-ธันวาคม 2561 รวมทั้งสิ้น 727 ครั้ง คณะพยาบาลศาสตร์จำนวน 554 คณะกายภาพบำบัดจำนวน 114 และคณะจิตวิทยาจำนวน 59 ครั้ง (ศูนย์พัฒนานักศึกษา วิทยาลัยเซนต์หลุยส์, 2561) ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาลักษณะคุณภาพชีวิตนักศึกษาวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ทุกชั้นปีทั้ง 3 คณะวิชา เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของนักศึกษาให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาลักษณะคุณภาพชีวิตนักศึกษา และแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตนักศึกษาวิทยาลัยเซนต์หลุยส์

คำจำกัดความในการวิจัย

คุณภาพชีวิตนักศึกษา หมายถึง นักศึกษารับรู้ความเป็นอยู่ที่ดี ความพึงพอใจในชีวิต การเป็นไปตามสิ่งที่ต้องการในประสบการณ์ชีวิต ได้รับการตอบสนองตามเป้าหมายของชีวิต มีประโยชน์ต่อสังคมหรือคุณค่า

ของชีวิต ความสุข ความสมดุลระหว่างความคาดหวัง และได้รับการตอบสนอง โดยมีองค์ประกอบต่างๆ ดังนี้

1) ด้านสุขภาพร่างกาย คือ การรับรู้สุขภาพทางด้านร่างกายที่มีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สุขภาพ ความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย ความรู้สึกสุขสบาย ความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกาย การนอนหลับพักผ่อน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นต้น

2) ด้านจิตใจและอารมณ์ คือ การรับรู้สุขภาพด้านจิตใจ เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวก การรับรู้ภาพลักษณ์ ความรู้สึกภาคภูมิใจ ความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจและความสามารถในการเรียนรู้สิ่งต่างๆ ความสามารถในการจัดการกับความวิตกกังวล เป็นต้น

3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม คือ การรับรู้ทางด้านความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ที่ได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคม

4) ด้านสิ่งแวดล้อม คือ การรับรู้ด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น รับรู้ว่าการมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิตได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่างๆ การคมนาคมสะดวก มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง

5) ด้านการเรียน คือ การรับรู้ในเชิงวิชาการหรือสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการเรียน เกี่ยวกับการได้เรียนตามวัตถุประสงค์ กิจกรรมการเรียนการสอน ได้รับความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาตนเองและวิชาชีพ เป็นต้น

6) ความพึงพอใจในการใช้ชีวิต คือ ความพึงพอใจในการใช้ชีวิตในวิทยาลัย เกี่ยวกับรู้สึกสนุกในการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ พึงพอใจในผลการเรียน มีความสุขในการใช้ชีวิต เป็นต้น

7) ความรัก ความผูกพันต่อสถาบัน คือ ความรู้สึกที่มีต่อวิทยาลัย เกี่ยวกับรู้สึกอบอุ่นเมื่ออยู่ในวิทยาลัย จะรักษาชื่อเสียงของวิทยาลัย รู้สึกไม่พอใจเมื่อมีการกล่าวถึงวิทยาลัยในทางเสื่อมเสีย ยินดีเสียสละเวลาส่วนตัวเพื่อวิทยาลัย เป็นต้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

คณะผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนงานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของนักศึกษาตามแนวคิดพื้นฐานของ WHOQOL group. (1998). ที่ได้กำหนดคุณภาพชีวิตประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม รวมถึงการศึกษาของ พิษณายวีร์ สิ้นสวัสดิ์, และเบญจวรรณ พิทหารัด (2559) ถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับคุณภาพชีวิตนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชนบุรี การศึกษาของ ปิยะพล ขำอุดม (2560) ที่ได้พัฒนาตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม รวมถึงการศึกษาของ พรรณิการ์ พุ่มจันทร์ (2560) ที่ได้ศึกษาและเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของนักศึกษาแพทย์ชั้นปรีคลินิก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เกี่ยวกับเพศ ชั้นปี เกรดเฉลี่ยสะสม รายได้ ต่อเดือนของนักศึกษา และสถานที่พักอาศัย พบว่า นักศึกษาแพทย์มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน คือ ด้านการบริการที่ได้รับจากมหาวิทยาลัย ด้านชีวิตการเรียน ด้านชีวิตสังคม และด้านที่อยู่อาศัย ส่วนด้านความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นในการวิจัยนี้คณะผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาลักษณะคุณภาพชีวิตและแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตนักศึกษา วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ทั้ง 4 ชั้นปีใน 3 คณะวิชา

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ชนิดของการวิจัย เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mix method research)

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ

2.1 กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม คือ นักศึกษาชั้นปีที่ 1-4 คณะพยาบาลศาสตร์ คณะกายภาพ

บำบัด คณะจิตวิทยา วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ที่ลงทะเบียนเรียนปีการศึกษา 2562 จำนวน 256 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Sampling) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสูตรของ Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970) คิดคำนวณแต่ละชั้นปีและแต่ละคณะวิชา (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาชั้นปีที่ 1-4 แต่ละคณะวิชา

คณะวิชา	จำนวนนักศึกษา (คน)								
	ชั้นปีที่ 1		ชั้นปีที่ 2		ชั้นปีที่ 3		ชั้นปีที่ 4		รวมกลุ่ม
	ประชากร	ตัวอย่าง	ประชากร	ตัวอย่าง	ประชากร	ตัวอย่าง	ประชากร	ตัวอย่าง	ตัวอย่าง
กายภาพบำบัด	10	4	16	6	32	12	25	10	32
จิตวิทยา	29	10	24	9	13	5	21	8	32
พยาบาลศาสตร์	130	46	129	46	140	50	139	50	192
รวม	169	60	169	61	185	67	187	68	256

2.2 กลุ่มตัวอย่างสำหรับการสัมภาษณ์ ดังนี้

2.2.1 นักศึกษาที่เป็นตัวแทนจากแต่ละชั้นปี ละ 2 คน ทั้ง 3 คณะวิชา รวม 24 คน

2.2.2 อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ คณะกายภาพบำบัด คณะจิตวิทยา และสำนักการศึกษาทั่วไป จำนวน 10 คน โดยมีเกณฑ์คัดเลือก คือ เป็นอาจารย์ประจำปฏิบัติงานที่วิทยาลัยมากกว่า 2 ปี และยินดีให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์ จากแต่ละคณะวิชา คณะวิชาละ 2-3 คน และสำนักการศึกษาทั่วไป จำนวน 2 คน

2.2.3 บุคลากรฝ่ายสนับสนุน จำนวน 9 คน โดยมีเกณฑ์คัดเลือก คือ เป็นตัวแทนบุคลากรในงานที่มีโอกาสพบหรือให้บริการนักศึกษา และยินดีให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์ จากหน่วยงานต่างๆ เช่น แผนกพัฒนานักศึกษา แผนกทะเบียน แผนกธุรการ แผนกห้องสมุด แผนกคอมพิวเตอร์ แผนกห้องปฏิบัติการ เป็นต้น หน่วยงานละ 1 คน

3. การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจง

รายละเอียดของวัตถุประสงค์การวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเองตามความสมัครใจ การตอบหรือไม่ตอบแบบสอบถาม และการรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูลไม่มีการระบุตัวตนเป็นรายบุคคล จะนำเสนอผลการศึกษาเป็นภาพรวม และเมื่อสิ้นสุดการศึกษา สรุปผลการวิจัยเรียบร้อยแล้ว จะดำเนินการทำลายแบบสอบถามทั้งหมด ภายหลังจากเสร็จสิ้นการเขียนรายงานและตีพิมพ์เผยแพร่ ผู้ยินดียินยอมได้เซ็นยินยอมในแบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Consent form) และได้รับการพิจารณาด้านจริยธรรมโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบัน เลขที่รับรอง E. 031/2562 ณ วันที่ 8 ตุลาคม 2562

4. เครื่องมือวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น ดังนี้

4.1 แบบสัมภาษณ์ คณะผู้วิจัยจัดทำขึ้นเพื่อสัมภาษณ์อาจารย์ บุคลากรฝ่ายสนับสนุนและนักศึกษาแต่ละชั้นปี ทั้ง 3 คณะวิชา แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วยข้อคำถามประเด็นหลักเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของนักศึกษา ทางด้านพฤติกรรมการสอนและกิจกรรมการสอนของอาจารย์ กิจกรรมต่างๆ ภายในวิทยาลัย สิ่งอำนวยความสะดวก การใช้บริการต่างๆ จากห้องสมุด ห้องคอมพิวเตอร์ สโมสร หอพัก สัมพันธภาพกับเพื่อน/ผู้ปกครอง/อาจารย์ สภาพแวดล้อมภายในวิทยาลัย ความพึงพอใจในการเรียนและอยู่ในวิทยาลัย ข้อคำถามประเด็นรองเกี่ยวกับความคาดหวัง ปัญหาและอุปสรรคที่พบ ข้อเสนอแนะและแนวทางการแก้ไข

4.2 แบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ชั้นปี คณะวิชา คะแนนเฉลี่ยสะสม ศาสนา เงินที่ได้รับสำหรับใช้จ่ายรายเดือน ค่าใช้จ่ายในการศึกษาและสถานที่พักอาศัย

ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิตนักศึกษา คณะผู้วิจัยได้ปรับปรุงจากแบบสอบถามคุณภาพชีวิตนักศึกษา ของพิชญาวีร์ สีนสวัสดิ์, และเบญจวรรณ พิพทาร์ด (2559) ตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือของปิยะพล ขำอุดม (2560) จำนวน 57 ข้อ ลักษณะเป็นคำถามเชิงบวกและเชิงลบ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (1-5) จากไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง การแปลผลโดยแบ่งระดับจากคะแนนเฉลี่ยเป็น 5 ระดับ คือ การแปลผลโดยแบ่งระดับจากคะแนนเฉลี่ยเป็น 5 ระดับ (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร, 2553) ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00 -1.80 หมายถึง คุณภาพชีวิตน้อยที่สุด คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง ระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 2.61- 3.40 หมายถึง ระดับปานกลาง คะแนน

เฉลี่ย 3.41- 4.20 หมายถึง ระดับมาก และคะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด

5. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามที่สร้างขึ้นได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรง (Index of Item objective Congruence: IOC) เท่ากับ .89 ภายหลังจากไปทดลองใช้กับนักศึกษามหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ จำนวน 40 คน แล้วนำมาหาความเที่ยงโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .95 สำหรับแบบสัมภาษณ์คณะผู้วิจัย 2 คนนำแบบสัมภาษณ์ไปสอบถามแล้วพิจารณาความสอดคล้องของข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ (interrater reliability)

6. การเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บข้อมูลโดยสนทนากลุ่ม (Focus group) สัมภาษณ์คณาจารย์ บุคลากรฝ่ายสนับสนุน และนักศึกษากลุ่มตัวอย่างชั้นปีที่ 1-4 คณะพยาบาลศาสตร์ คณะกายภาพบำบัด คณะจิตวิทยา วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ รวมถึงให้นักศึกษากลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วย ระหว่างวันที่ 30 ตุลาคม 2562 – 31 มกราคม 2563 ภายหลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามแล้ว คณะผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทุกฉบับ ที่สามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด 256 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100

7. การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และข้อมูลจากแบบสอบถามโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ได้แก่ ความถี่ ร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตนักศึกษา

ผลการวิจัย

นักศึกษากลุ่มตัวอย่างชั้นปีที่ 1-4 คณะพยาบาล ศาสตราจารย์ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 20-21 ปี คะแนนเฉลี่ยสะสม 3-3.5 นับถือศาสนาพุทธ ค่าใช้จ่ายในการศึกษาเป็นเงินทุนที่ได้รับจากโรงพยาบาล เงินที่ได้รับใช้จ่ายรายเดือนระหว่าง 5,001-6,000 บาท สถานที่พักอาศัยอยู่หอพักนักศึกษาภายในสถาบันคิดเป็นร้อยละ 97.40, 41.00, 46.90, 85.50, 32.30, 47.90 และ 74.10 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างนักศึกษาชั้นปีที่ 1-4 คณะกายภาพบำบัดส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงอายุ 22-23 ปี คะแนนเฉลี่ยสะสม 2.5-2.99 และ 3-3.5 นับถือศาสนาพุทธ ค่าใช้จ่ายในการศึกษาได้รับทุนรัฐบาล (กยศ., กอร.) เงินที่ได้รับใช้จ่ายรายเดือนระหว่าง 4,001-5,000 บาท สถานที่พักอาศัยเป็นบ้านที่อยู่กับบิดา-มารดาคิดเป็นร้อยละ 93.70, 43.70, 46.90, 84.30, 31.30, 62.50 และ 46.80 ตามลำดับ และนักศึกษากลุ่มตัวอย่างชั้นปีที่ 1-4 คณะจิตวิทยาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 20-21 ปี คะแนนเฉลี่ยสะสม 2.5-2.99 และ 3-3.5 นับถือ

ศาสนาพุทธ ค่าใช้จ่ายในการศึกษาเป็นเงินจากครอบครัวเงินที่ได้รับใช้จ่ายรายเดือนระหว่าง 5,001-6,000 บาท สถานที่พักอาศัยอยู่หอพักนักศึกษาภายในสถาบันคิดเป็นร้อยละ 84.40, 46.80, 37.50, 96.20, 25.00, 65.70 และ 53.10 ตามลำดับ

คุณภาพชีวิตนักศึกษาชั้นปีที่ 1-4 คณะพยาบาล ศาสตราจารย์ คณะกายภาพบำบัด คณะจิตวิทยา พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับมากคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 3.90 คือ นศ.ชั้นปี 1-4 คณะพยาบาลศาสตร์ และแต่ละคณะวิชาคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมอยู่ในระดับมากที่สุด คือ คณะพยาบาลศาสตร์ คณะกายภาพบำบัด และรวม 3 คณะวิชา คะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 4.34, 4.22 และ 4.29 ตามลำดับ สำหรับคณะจิตวิทยาคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 4.07 อยู่ในระดับมาก ส่วนคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 3.38, 3.42, 3.46 และ 3.40 ตามลำดับอยู่ในระดับปานกลางและมาก คือ คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคุณภาพชีวิตนักศึกษา วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ชั้นปีที่ 1-4 คณะพยาบาลศาสตร์ คณะกายภาพบำบัด คณะจิตวิทยา และโดยรวม

คุณภาพชีวิต	นศ. คณะพยาบาลศาสตร์ (n=192)		นศ. คณะกายภาพบำบัด (n=32)		นศ. คณะจิตวิทยา (n=32)		นศ. ทั้ง 3 คณะ (n=256)	
	\bar{X} (SD)	ระดับ	\bar{X} (SD)	ระดับ	\bar{X} (SD)	ระดับ	\bar{X} (SD)	ระดับ
ด้านสุขภาพร่างกาย	3.95(.39)	มาก	3.67(.38)	มาก	3.67(.48)	มาก	3.88(.41)	มาก
ด้านจิตใจและอารมณ์	4.22(.45)	มากที่สุด	4.15(.44)	มาก	3.97(.56)	มาก	4.18(.47)	มาก
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	4.34(.43)	มากที่สุด	4.22(.48)	มากที่สุด	4.07(.61)	มาก	4.29(.47)	มากที่สุด
ด้านสิ่งแวดล้อม	3.38(.44)	ปานกลาง	3.42(.46)	มาก	3.46(.43)	มาก	3.40(.44)	ปานกลาง
ด้านการเรียน	3.78(.50)	มาก	3.87(.50)	มาก	3.69(.59)	มาก	3.78(.51)	มาก
ความพึงพอใจในการใช้ชีวิต	3.73(.54)	มาก	3.68(.58)	มาก	3.55(.74)	มาก	3.70(.58)	มาก
ความรักความผูกพันต่อสถาบัน	4.20(.55)	มาก	4.08(.59)	มาก	3.82(.72)	มาก	4.13(.59)	มาก
โดยรวม	3.94(.33)	มาก	3.87(.35)	มาก	3.75(.45)	มาก	3.90(.36)	มาก

ข้อมูลการสัมภาษณ์สนทนากลุ่มจากผู้แทนคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ คณะจิตวิทยา คณะกายภาพบำบัด สำนักการศึกษาทั่วไปรวมจำนวน 10 คน บุคลากรฝ่ายสนับสนุนจำนวน 9 คนและตัวแทนนักศึกษาแต่ละชั้นปีทั้ง 3 คณะวิชา จำนวน 24 คน เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตนักศึกษา วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ในด้านต่างๆ ดังนี้

1. ด้านสุขภาพร่างกาย พบว่านักศึกษาส่วนใหญ่ยังบกพร่องในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างถูกสุขลักษณะ การไม่ใส่ใจสุขภาพเท่าที่ควร โดยในเรื่องอาหารการกินในชีวิตประจำวัน การออกกำลังกายที่ยังน้อย ไม่ได้ออกกำลังกาย นอนดึก ไม่มีการแบ่งเวลา ทานอาหารไม่เป็นเวลา ดังนั้นเวลาทานอาหารก็จะทานเยอะ ไม่ได้พักผ่อนเท่าที่ควร จึงทำให้เจ็บป่วย มีภูมิคุ้มกันต่ำ ส่วนใหญ่นักศึกษาจะอยู่หอพักเมื่อเจ็บป่วยก็ไม่นำความรู้มาใช้ ดังที่อาจารย์จากคณะพยาบาลศาสตร์กล่าวว่า “กรณีนักศึกษาป่วยเป็นไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ A (Influenza A) นักศึกษาก็จะนำไปติดเพื่อนในรุ่นหรือรุ่นพี่ เนื่องจากยามเจ็บป่วยก็ไม่ยอมอยู่ห้องแยกในหอพัก เพราะกลัวผี แล้วยังคงมาเรียนตามปกติ โดยที่อาจารย์ที่สอนในห้องเรียนก็ไม่ทราบว่านักศึกษาป่วย” ความรู้ที่นักศึกษาเรียนมีการนำความรู้ไปใช้ยังไม่ดีพอ นักศึกษาเรียนเพื่อไปสอบให้สำเร็จก็พอ

2. ด้านจิตใจและอารมณ์ พบว่าในช่วงหลังพบนักศึกษาที่มีรอยโรคมากขึ้นและพบว่านักศึกษารุ่นใหม่ค่อนข้างเปราะบาง มีความเครียดมากขึ้นและกว่าจะทราบก็พบว่าโรคกำเริบ เช่น มีรอยโรคซึมเศร้า และมีปัญหาเรื่องบุคลิกภาพมากขึ้น กิจกรรมส่วนใหญ่จะเป็นกิจกรรมเกี่ยวกับความรู้วิธีการมากกว่าที่จะเสริมสร้างความเข้มแข็งทางด้านจิตใจและอารมณ์ กิจกรรมเสริมสร้างทักษะชีวิตค่อนข้างมีน้อย และไม่ส่งเสริมให้นักศึกษาเกิดมิติในการมองตนเองเท่าที่ควร ดังคำกล่าวของอาจารย์สำนักการศึกษาทั่วไป กล่าวว่า

“นักศึกษาส่วนใหญ่ยังขาดการควบคุมอารมณ์ ความรู้สึก ความอยากได้ การทำตามใจตนเอง โดยไม่คิดไตร่ตรอง” แต่ก็มีนักศึกษาที่จิตใจดีให้ความช่วยเหลือคนอื่น และส่วนรวมมีน้ำใจดี ทุกครั้งที่ขอความร่วมมือ

แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจและอารมณ์

ควรมีโครงการส่งเสริมป้องกันปัญหาด้านจิตใจระยะยาว ตั้งแต่ปี 1 ถึงปี 4 โดยให้ทุกคนร่วมกัน ควรมีการอบรมอาจารย์ บุคลากร ในการตรวจวัดและประเมินความเครียด วินิจฉัยนักศึกษาได้ทั้งในระหว่างเทอมที่เรียนหนัก อบรมการใช้เครื่องมือวัดความเครียดในนักศึกษา

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม นักศึกษา 3 คณะวิชามีปฏิสัมพันธ์น้อย มีสัมพันธ์ภาพทางสังคมบ้างเล็กน้อย มีการทำความรู้จักกับเพื่อนต่างคณะพอสมควร มีความเป็นมิตรที่ดีอยู่บ้าง ไม่ทำร้ายกัน นักศึกษาส่วนใหญ่ใช้ชีวิตเหมือนเด็กวัยรุ่นในยุคนี้ที่ยังติดกับการใช้สื่อออนไลน์ ตลอดเวลา แต่ก็มีนักศึกษาบางกลุ่ม จำนวนหนึ่งไม่น้อยที่รู้จักรับผิดชอบตนเอง หางาน หารายได้พิเศษเพิ่มเติม เพื่อช่วยแบ่งเบาภาระผู้ปกครองและพยายามหาเงินเลี้ยงตนเอง รู้จักประหยัดอดออมสำหรับอนาคต ดังที่อาจารย์จากคณะจิตวิทยา กล่าวว่า “นักศึกษายังบกพร่องในการบริหารเวลาที่ไม่ชัดเจน มีปัญหาเรื่องการสื่อสารไม่ทั่วถึง” ลักษณะการสื่อสารผ่านหัวหน้าแต่ละชั้นปีว่าช่วงนี้มีงานอะไร ส่งให้อาจารย์ช่วยประชาสัมพันธ์ ส่งให้รองคณบดีฝ่ายพัฒนานักศึกษา แต่ก็จะมีนักศึกษาส่วนหนึ่งไม่เข้าร่วมหรือมาสาย ไม่รวมมือกับวิทยาลัยเซนต์หลุยส์หรือนักศึกษาบางคนก็ไม่อ่านไลน์

4. ด้านสิ่งแวดล้อม รวมถึงหอพัก อาหาร สถานที่พักผ่อน พบว่า ไม่มีพื้นที่พักผ่อนและทำงาน ดังที่ตัวแทนนักศึกษากล่าวว่า “เมื่อมีการทำงานกลุ่มนักศึกษาจะทำงานหน้าห้องทะเบียนซึ่งไม่มีปลั๊กไฟสำหรับ

ใช้ไนต์บุ๊ก” สถานที่พักผ่อนที่มีอยู่ในชั้น 6 ไม่เหมาะสม นักศึกษาจำนวนมากกว่า 600 คนไม่ค่อยมาใช้

ห้องสมุด หนังสือในห้องสมุดมีไม่เพียงพอ ดังที่อาจารย์คณะกายภาพบำบัดกล่าวว่า “หนังสือที่เกี่ยวข้องกับสาขาวิชาทางกายภาพมีไม่เพียงพอ เช่นทางด้าน orthro, neuro” การใช้ห้องประชุมย่อยชั้นบนห้องสมุดนั้น บุคลากรจากห้องสมุดกล่าวว่า “นักศึกษาจะเยอะมากช่วงเย็นในการใช้ห้องประชุมย่อยชั้นบนห้องสมุด เนื่องจากชั้นนอร์ดตรงกัน” ห้อง Theater นักศึกษาใช้ห้องนี้มาก เพราะสามารถอัด VDO ได้ และจะจองข้ามวันซึ่งบางครั้งก็จองซ้อนกันเพราะมีคนมาขอใช้กลุ่มมาทีหลังเข้าใช้ห้องก่อน บางครั้งห้องสมุดไม่ค่อยมีนักศึกษาไปใช้ เพราะไม่มี relax room ที่สามารถนั่งเล่นนอนเล่นได้ นักศึกษากล่าวว่า “การ print งานที่ห้องสมุดราคาแพงมาก ปริ้นสีแผ่นละ 7.50 บาท ขาวดำแผ่นละ 2 บาท และการอำนวยความสะดวกของเจ้าหน้าที่บางคนไม่ได้ช่วยเหลือ ทำให้สิ้นเปลืองกระดาษมาก คอมพิวเตอร์ในห้องสมุดไม่สามารถเปิดไฟล์ที่นักศึกษาทำงานมาจากที่บ้าน เพราะเครื่องคอมพิวเตอร์คนละเวอร์ชันกัน”

ห้องอาหาร นักศึกษากล่าวว่า “มีร้านอาหารมากขึ้น แต่ยังคงต้องต่อคิวยาวซื้ออาหารในช่วงเวลาพักกลางวัน” และเมื่อมีการเปลี่ยนตารางการเรียนแล้วไม่แจ้งให้ร้านค้าทราบ ทำให้อาหารเหลือ บางช่วงเวลาบางวันห้องอาหารแน่น เช่น ช่วงเที่ยง ถ้าเลิกเรียน 12.30 น. อาหารหมดแล้ว

หอพัก สามารถรับนักศึกษาได้ 360 คนแต่มีคนดูแลคนเดียว (มาเซอร์ชาแนต) และเจ้าหน้าที่ดูแลโดยตรงหอพักแต่ละชั้น มีไมโครเวฟ ที่ต้มน้ำ มีเครื่องซักผ้า 2-3 เครื่อง/ชั้น หอพักเปิดเวลา 05.00 น. และปิดหอพักเวลา 21.00 น. มีนักศึกษาที่เข้าเกินเวลาเนื่องจาก 1) กลับจากต่างจังหวัด ผนตค รถติด 2) ทำงานกับเพื่อนที่อยู่หอนอก ขอเป็นรายๆ ขอกลับเวลา 22.00 น. เพราะนั่งทำงานที่ลานไฟ นักศึกษากล่าวว่า “หอพักลึกลับเสีย

บ่อยมากและของหายบ่อย กล้องวงจรปิดดูไม่ได้”

ห้องน้ำชายมีจำนวนน้อย ชั้น 2 มีเพียงห้องเดียว ต้องไปเข้าห้องน้ำที่ชั้น 4 หรือที่โรงอาหาร และห้องน้ำอาจารย์การระบายอากาศไม่ถ่ายเท มีกลิ่น ห้องดนตรีชั้น 6 ไม่มีการทำความสะอาดและพื้นปูพรมด้วยทำให้เก็บฝุ่น นักศึกษากล่าวว่า “พื้นอิฐที่ปูตัวนอนหน้าเสาธงไม่เสมอกัน เกิดอุบัติเหตุเสมอ และบางครั้งขณะที่สอบมีเสียงดังรบกวนจากการก่อสร้าง”

ไม่มีสถานที่ที่จะเอื้อให้นักศึกษาได้เล่นกีฬาเท่าที่ควร เช่น เล่นแบด พุ่ตบอล เรียงเสร็จก็ต้องรีบกลับภายในเวลา 18.00 น. ขยายเวลาให้นักศึกษาอยู่ที่วิทยาลัยได้นานกว่า 20.00 น. เนื่องจากนักศึกษาบางคนไม่ได้อยู่หอพักวิทยาลัยและทำงานไม่เสร็จ นักศึกษากล่าวว่า “ช่วงเวลาที่นักศึกษาลงไปที่สนามสามารถเล่นบาส ฟุตบอล จะเป็นช่วงเย็นซึ่งแสงไฟไม่พอ ไม่มีแสงไฟสปอร์ตไลท์ เวลามืดก็เล่นไม่ได้”

5. ด้านสื่ออุปกรณ์สารสนเทศ อาจารย์กล่าวว่า “เครื่องคอมพิวเตอร์ในห้องเรียนเมื่อเปิด power point พบว่า ไม่มีฟอนต์ที่ใช้ ต้องตาม IT มาแก้ไขให้ ไมค์ลอยใช้ไม่ได้ เวลา มี class ใหญ่เสียงชนกัน” การย้ายอุปกรณ์ไปทำงานนอกวิทยาลัย ต้องทำเรื่องขอยืมล่วงหน้าเป็นปัญหาในบางส่วนคือนักศึกษาชั้นนอร์ดซึ่งกลับมาไม่ทัน และส่วนใหญ่มีแต่ฝั่งเซนต์หลุยส์ให้โทรบอก IT ก่อนคอมพิวเตอร์มีปัญหาคือ คอมพิวเตอร์ห้องอาจารย์ไม่เอื้อในการเตรียมสอนนักศึกษา ปริ้นงานไม่ได้ โทรไปไม่มีเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์คอมฯอยู่ในช่วงเวลา 17.00 น. ถึง 19.00 น. นักศึกษากล่าวว่า “อินเทอร์เน็ตหอพัก ใช้ Wi-Fi ไม่ได้” ไม่สามารถทำให้เป็น Active Learning ได้

จำนวนเครื่องคอมพิวเตอร์ จัดให้บริการพอสมควร อาจารย์กล่าวว่า “เครื่องคอมพิวเตอร์มีจำนวนไม่น้อยที่เก่าและไม่สามารถใช้งานได้อย่างเต็มที่” ระบบอินเทอร์เน็ต และ wi-fi ยังอยู่ในระดับต่ำ มีสัญญาณไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ นักศึกษาไม่สามารถใช้เน็ตได้เต็มที่

ตลอดเวลา เพื่อการสืบค้น ในการเรียนการสอน การทำงานที่ได้รับมอบหมาย บ่อยๆ ครั้งที่ระบบอินเทอร์เน็ตล้มเหลว ไม่สามารถใช้งานได้หรือเข้าไม่ถึง นักศึกษาร้องเรียนกันบ่อยมากและเป็นมานานแล้ว การใช้สื่ออินเทอร์เน็ต Wi-Fi นักศึกษาใช้เพื่อความบันเทิงมากกว่า การค้นคว้าศึกษางานวิชาการ และในการศึกษาค้นคว้างานนักศึกษาส่วนใหญ่จะเข้าใช้แบบกระชั้นพร้อมๆ กัน ทำให้อินเทอร์เน็ตมีปัญหา บุคลากรฝ่ายคอมพิวเตอร์กล่าวว่า “ปัจจุบันได้เพิ่มสัญญาจาก 22 จุดทางฝั่ง ST michael ภายใน 2 ชั่วโมงถ้าไม่มีก็จะ login 1 จุดจะรับได้ 22 เครื่อง 1 จุด 1 คน login ได้ 1 เครื่อง”

ห้องปฏิบัติการพยาบาล บุคลากรห้องปฏิบัติการกล่าวว่า “นักศึกษามาจองห้องชนกัน Sec A มาจองยืมของก็จะมาช่วงเที่ยงซึ่งเป็นเวลาพักรับประทานอาหารของเจ้าหน้าที่” นักศึกษากล่าวว่า “อุปกรณ์เครื่องมือมีน้อยจะมาฝึกซ้อมหลัง 17.00 น.ซึ่งเลิกเรียน” ทำอย่างไรเพื่อให้นักศึกษารับผิดชอบเปิดห้องเอง ดูแลการใช้ อุปกรณ์และเก็บให้เรียบร้อย ปิดแอร์ ปิดไฟ คืนกัญญาแจให้เรียบร้อย ซึ่งเคยมีปัญหาลิ้มปิดแอร์

ห้องปฏิบัติการวิทยาศาสตร์ (lab anatomy) อากาศร้อน ไม่ถ่ายเท หน้าต่างเป็นบานเกล็ด ลมไม่ค่อยพัดผ่าน

ห้องเรียน ห้องประชุม อาจารย์ กล่าวว่า “จอภาพหน้าชั้นเรียนที่เปิดฉายจากคอมพิวเตอร์ไม่ชัด สีเพี้ยน ไมโครโฟนมีเสียงดังทอน มีการใช้ห้องชนกันเนื่องจากปัญหาการจองซ้ำซ้อน” นาฬิกาในห้องเรียนและห้องสอบไม่ทำงาน/เวลาไม่ตรง แก้อี้ในห้องเรียนบางตัวเสียงซำรูดเอียง เสียงต่อการเกิดอุบัติเหตุ และบางส่วนที่ไม่เหมาะสมกับการใช้งานได้อย่างสะดวกสบาย เช่น ลักษณะรูปแบบของห้อง บรรยากาศของห้อง

แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม

ให้มีตู้ ATM ภายในศูนย์ไม่เกิ้ล จะได้ไม่ต้องเสียเวลาเดินทาง

จัดให้มีตู้กดน้ำดื่ม บริเวณห้องอาหาร และหอพัก ห้องสมุดด้านฝั่ง ST michael ต้องให้ห้องสมุดเปิดถึง 20.00 น. และให้มีหูฟังในห้องสมุดขณะใช้เครื่องคอมพิวเตอร์

ต้องการให้มีพื้นที่หรือห้องสำหรับผ่อนคลายพักหรือนักศึกษาพักรอเพื่อนที่ยังไม่เลิก นักศึกษาจะสามารถเข้าไปนั่งเมื่อไหร่ก็ได้ ไม่ต้องขออนุญาตเป็นห้องพักผ่อนนั่งเล่นได้ในคณะ เพราะนั่งในโรงอาหารเอกสารป्ली

ขอเสนอให้มีตู้ล็อกเกอร์สำหรับนักศึกษาเก็บเอกสารหรือสิ่งของ และคิดค่าเช่าได้ โดยคิดเป็นปีการศึกษา และอาจมีล็อกเกอร์ 50-60 ตู้เพราะอาจเช่าไม่ทุกคน

ให้ขยายเวลาให้นักศึกษาสามารถอยู่วิทยาลัยทำกิจกรรมได้ และมีพื้นที่ที่สามารถออกกำลังกายได้ อนุญาตใช้เสียง ใช้ไฟ เพิ่มแสงไฟ ที่สนามฟุตบอล ให้ทำที่ออกกำลังกายที่ฝั่งเซนต์ไมเกิ้ลให้เหมือนกับชั้น 4 ของฝั่งโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ ที่โรงยิมมีโต๊ะปิงปองเพื่อให้นักศึกษาได้ออกกำลังกายได้

ห้องอาหาร ต้องการให้แก้ปัญหาในช่วงเวลาเร่งด่วน เช่น เวลากลางวันที่นักศึกษาพักพร้อมๆ กัน โดยเพิ่มร้านอาหารหรือปริมาณอาหาร

หอพักต้องการให้มีเครื่องซักผ้าหยอดเหรียญเพิ่ม ต้องการให้เพิ่มจำนวนห้องน้ำชาย ในแต่ละชั้นเรียน และปรับหน้าต่างในห้องน้ำอาจารย์ เพื่อให้ระบายอากาศได้ดีมากขึ้น

อนุญาตให้นักศึกษาใช้ลิฟท์ได้อาจจะแค่ชั้น 5 ชั้น 6 เพราะขึ้นลงบ่อยๆ ไม่ไหวหรือสร้างเพิ่มอีกก็ได้ หรือให้ชั้นลิฟท์ได้หลัง 17.00 น.หรือก่อน 7.00 น. หรือ 16.00 น. เพราะขึ้นมาซ่อมดนตรีชั้น 6

ต้องการขอให้ช่างมาซ่อมพื้นตัวนอนหน้าบริเวณเสาธงให้เสมอกัน

ห้องเรียน class ใหญ่ขอเพิ่มไมโครโฟน ไมค์ลอย และให้ระบบการจองห้องเรียนเป็นมาตรฐาน ไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อนในการใช้ห้องเรียน ห้องประชุม

6. ด้านการสอนของอาจารย์ นักศึกษากล่าวว่า “อาจารย์ส่วนใหญ่มีความตั้งใจ และเตรียมการสอนอย่างดี จัดหาองค์ความรู้ใหม่ๆ ให้กับนักศึกษาทั้งภาคทฤษฎี และปฏิบัติ” มีการปรับวิธีการเรียนการสอนแบบ Active Learning มากขึ้น อาจารย์ทุกคนได้ทุ่มเทกับภาระงานสอน มีความเข้มงวด กวดขันกับนักศึกษาเพื่อพัฒนานักศึกษาให้มีความรู้ ความสามารถในการวิชาชีพ อาจารย์หลายๆ ท่านได้จัดกิจกรรมเสริมทั้งภายในและภายนอก เพื่อส่งเสริมศักยภาพของนักศึกษาตลอดเวลา แต่เนื่องจากใช้กระบวนการเดียวกันทุกวิชาทำให้นักศึกษามีกิจกรรมมากเกินไป การสั่งงานของอาจารย์ไม่ประสานกัน อาจารย์ให้โจทย์มาเหมือนกันคนละวิชา แต่เรื่องเดียวกันทำ 3 ครั้งเนื้อหาเหมือนกันเสียเวลาโดยใช้เหตุ ในวิชาศึกษาอิสระซึ่งมีการเรียนการสอนน้อยให้ทำงานวิจัยจึงซ้ำซ้อนกับวิชาวิจัยที่ต้องทำงานวิจัยด้วยเป็นการทำวิจัยหลายเรื่อง และเรียนรวมกันปี 1 กับปี 3 ทำให้ปี 1 ไม่กล้าตอบ ปี 3 ต้องฟังซ้ำ แต่บางครั้งเรียนมีความสุข นักศึกษากล่าวว่า “ไม่ต้องการให้จัดการเรียนการสอนในวันเสาร์ อาทิตย์ เนื่องจากไม่มีวันหยุด เพราะวันอาทิตย์ต้องไปรับ case ที่รพ.สำหรับฝึกปฏิบัติงานในวันจันทร์”

แผนการเรียนนักศึกษามีการแบ่งกลุ่มเป็นกลุ่ม A1, B1, B2, A2 มีนักศึกษาลงทะเบียนเรียนรายวิชาไม่ครบ นักศึกษาที่คัดเลือกเข้ามาแตกต่างกันจัดให้คณะกลุ่ม A, B และมาแบ่งอีกเป็น A1, B1, B2, A2 และมาแบ่งอีกว่านักศึกษาจะเรียนอะไรจนกระทั่งหลุดไป บุคลากรฝ่ายทะเบียนกล่าวว่า “มีนักศึกษาหลายคนไม่ลงทะเบียนตามรายชื่อที่คณะวิชาส่งให้แผนกทะเบียน และการลงทะเบียนเรียนของนักศึกษาไม่ตรงตามกำหนดเวลา เช่นภายใน 2 สัปดาห์ที่กำหนดไม่ลงทะเบียนต้องเขียนใบคำร้องขอลงทะเบียนภายหลัง”

การประเมินการเรียนการสอน และสิ่งสนับสนุนบุคลากรสำนักประกันคุณภาพกล่าวว่า “ได้รับความ

ร่วมมือบ้างไม่ร่วมมือบ้าง การตอบแบบประเมินไม่กล้าเขียน ต้องติดตามอย่างต่อเนื่องหลายครั้ง นักศึกษาจึงจะทำแบบประเมิน” ถ้าเป็นการประเมินด้านสิ่งแวดล้อมนักศึกษาจะไม่กล้าเขียน จะได้แต่ด้านการเรียนการสอน การตอบแบบประเมินของนักศึกษาไม่ได้อ่านละเอียด ไม่ตั้งใจทำการประเมินเท่าที่ควร จึงได้ข้อมูลซึ่งไม่ใช่ข้อมูลที่แท้จริง

เอกสารประกอบการสอน บุคลากรฝ่ายธุรการกล่าวว่า “ส่วนใหญ่ นักศึกษาจะไม่ค่อยเอาใจใส่รับเอกสาร” และกรณีนักศึกษาไปรับเอกสารก็ไม่รู้วิธีรับเอกสารไม่ทราบว่าเป็นเอกสารวิชาอะไร บอกแต่เพียงว่ามารับเอกสาร” บุคลากรฝ่ายอาคารสถานที่ กล่าวว่า “เวลาตรวจอาคารจะพบเอกสารประกอบการสอนเหลือเป็นปึกใหญ่ๆในห้องเรียน”

แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านการสอนของอาจารย์

ลักษณะรูปแบบ/วิธีการเรียนการสอน จัดวิธีการและรูปแบบกลุ่มย่อย เพื่อให้ใกล้ชิด และเน้นทั้ง Hard skill & Soft skill ไปด้วยกัน ให้มีการแบ่งปันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้วยกัน หรือแบบ Self-direct ที่สอนให้นักศึกษาสืบค้นมาก่อนเข้าเรียน แล้วนำเสนอในกลุ่ม โดยทุกคนในกลุ่มต้องตั้งคำถามผู้นำเสนอด้วย และผู้ฟังจะต้องมีข้อมูลเพิ่มเติมแบ่งปันความคิดเห็นซึ่งกันและกันด้วย จัดรูปแบบให้นักศึกษาทุกคนเกิด Reflection

การลงทะเบียนเรียนของนักศึกษาที่แยก sec ต้องการให้แจ้งให้นักศึกษาแต่ละชั้นปีว่าอยู่ sec ไหน ให้ดูแผนการเรียนในแต่ละ sec นั้น ให้อาจารย์ผู้รับผิดชอบวิชาลงนาม ตรวจสอบรายชื่อที่นักศึกษาที่ลงทะเบียนด้วย ให้มีกลยุทธ์ในการเพิ่มจำนวนนศ. โดยการประชาสัมพันธ์, open house, page คณะ ใน web วิทยาลัย หากจุดเด่นของคณะกายภาพ เช่น ฝึกงานตั้งแต่ปี 2 มีนักศึกษาแลกเปลี่ยนต่างชาติ ลักษณะเด่นของบัณฑิต (ความรู้ นอบน้อม สุขภาพ)

7. ด้านบริการหรือกิจกรรมต่างๆ ของวิทยาลัย กิจกรรมต่างๆ ของวิทยาลัยที่จัดให้กับนักศึกษา ล้วนส่งเสริม พัฒนาด้านจิตใจ จิตวิญญาณ ให้มีคุณธรรม จริยธรรม การเสริมสร้างประสบการณ์การทำงานกลุ่ม การพัฒนาศักยภาพให้แก่ นักศึกษา กิจกรรมบริการสังคม กิจกรรมสัมพันธ์ นำชีวิต/คุณธรรมนำชีวิต นักศึกษากล่าวว่า “การไปทำกิจกรรมข้างนอกค่อนข้างมาก จะเป็นนักศึกษาบางกลุ่มและเป็นนักศึกษาซ้ำๆ การจดชื่อนักศึกษาที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรม แต่ไม่ได้มีมาตรการอย่างไร” ซึ่งการทำกิจกรรมต่างๆ ถ้ามากเกินไปก็ทำให้ผลการเรียนตกต่ำลงได้ กิจกรรมที่ผ่านมามีผลสัมฤทธิ์ที่ได้ไม่สะท้อนว่านักศึกษาได้อะไรตามที่สกอ. กำหนด จัดให้ได้ตามเกณฑ์แต่เหมือนว่านักศึกษาไม่ได้มีส่วนคิดมาเอง ตั้งแต่ต้นเลยไม่ยอมเข้าร่วมกิจกรรม ไม่รู้สึกรู้ว่าเป็นเจ้าของ ไม่มีแผนพัฒนานักศึกษา การประชาสัมพันธ์ ออกค่ายไม่ทั่วถึง นักศึกษาส่วนใหญ่ไม่ทราบ

การรับของพัสดุ ในวันจันทร์, พุธ, ศุกร์ เวลา 19-20 น. ซึ่งนักศึกษาฝึกปฏิบัติงานภายนอกวิทยาลัย กลับมารับของไม่ทัน

ทุนการศึกษา ทุนกรอ. กยศ. ได้ทุนมาไม่เท่ากัน เมื่ออาจารย์ประจำชั้นสัมภาระเสร็จแล้วให้นักศึกษาลงทะเบียนในระบบ ปรีนเอกสารแล้วให้อาจารย์เซ็นชื่อ ปัญหาพบว่านักศึกษาไม่ลงทะเบียนในระบบและล่าช้า ไม่ตรงตามเวลา

สวัสดิการ เจ้าหน้าที่แจ้งว่าการเก็บเงินค่าสวัสดิการของนักศึกษาทุกคนทุกคณะ ไม่ได้ปรับมา 10 ปีแล้ว วิทยาลัยเก็บเงินสวัสดิการปีละ 1,200 บาท มอบให้โรงพยาบาล 1,000 บาท โดยนักศึกษาไปตรวจที่ รพ.เซนต์หลุยส์ได้ 12 ครั้งต่อปีการศึกษา อัตราครั้งละ 400 บาท เดิมการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกครั้งละ 300 บาท ตรวจ 2 ครั้งต่อปีการศึกษา ปัจจุบัน 400 บาทต่อครั้ง และในระยะหลังจำนวนเงินไม่พอค่ายากับค่าตรวจ เพราะมีค่าแพทย์ (Doctor Free) การ admit ของ

นักศึกษาในวงเงิน 5,000 บาท/ครั้ง มีส่วนเกินนักศึกษา ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง ไม่เพียงพอค่าบริการรักษาที่ รพ.เซนต์หลุยส์ เนื่องจากราคาจะสูงมาก จึงไม่ค่อยไปรักษา หรือไปใช้บริการที่อื่น เช่น clinic รพ.รัฐบาล และประกันอุบัติเหตุ วงเงิน 10,000 บาทไม่เพียงพอ

รู้สึกว่าการประเมินมาก นักศึกษากล่าวว่า “ควรให้นักศึกษาได้ใส่รองเท้าที่นักศึกษาใช้ เช่น การใส่รองเท้าผ้าใบสีขาวกับชุดนักศึกษาในวันที่เรียนปกติ ไม่มีพิธีการ” เห็นว่าไม่ได้ส่งผลกับการเรียน เนื่องจากใส่รองเท้าผ้าใบสะดวกสบายกว่ากระโปรงพลีท มีความยากลำบากในการเดินขึ้น-ลงบันได อาจจะเปื้อนกระโปรงทรงสอบน่าจะไม่มีปัญหา ใส่พลีทหรือทรงสอบ แต่ให้คลุมเข่าก็พอ เปลี่ยนจากกระโปรงพลีทเป็นทรงเอ ได้หรือไม่ ชุดพลีทให้ใส่ชุดพลีทเฉพาะปี 1 แต่ปี 2 ปี 3 ไม่ให้ใส่ ซึ่งเสียเงินแล้วแต่ไม่ได้ใช้

การให้คำแนะนำ ปรีกษา นักศึกษากล่าวว่า “อาจารย์เกือบทุกท่านในแต่ละคณะวิชาเป็นอาจารย์ที่ ปรีกษาที่ให้คำแนะนำ คำปรึกษาในด้านการเรียน การใช้ชีวิตของนักศึกษา”

แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านบริการ หรือกิจกรรมต่างๆ ของวิทยาลัย

ควรเปลี่ยนแปลงรูปแบบกิจกรรม กิจกรรม นักศึกษาซึ่งจัดโดยนักศึกษาที่เน้นและมีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนสอดคล้องกับพันธกิจหรืออัตลักษณ์ของนักศึกษา ให้กลุ่มนักศึกษามาช่วยกันคิดว่าจะทำอะไรสอดคล้องกับ วัตถุประสงค์ข้อใด จัดโครงการโดยนักศึกษาคิดแบบคิด กิจกรรมด้วยตนเอง ทำให้ศึกษามีสังคมกว้างขึ้น มีโลกกว้างมากขึ้น เกิดการเรียนรู้เห็นมิติในการมองตนเอง ดังนั้น จึงควรส่งเสริมคัดออกหากเป็นนักศึกษาซ้ำ ในเบื้องต้นควร ให้เป็นจิตอาสาก่อนและต่อมาก็จัดให้ ไม่ซ้ำ ไม่ว่าจะ เป็น ค่ายโรตาแรคท์หรือกิจกรรมอื่นๆ

ต้องการให้แต่ละคณะมีกิจกรรมร่วมกัน เช่น กีฬาสี กระจายแต่ละสัปดาห์มาจากแต่ละคณะ ชั่วโมฆะวชล.

มีคณะอื่นร่วมด้วย

ต้องการให้มีกิจกรรมที่ไปรษณีย์วิทยาลัย มากกว่านี้ เช่น Web site, face book ที่ update ข้อมูลข่าวสารใหม่ๆ ข้อมูลประชาสัมพันธ์ แนะนำวิทยาลัยให้มีรูปแบบการแนะนำที่หลากหลาย

ค่ายสัมพันธ์ อยากให้แยกกลุ่มย่อยเป็นเฉพาะคณะ เพราะถ้ารวมกันคณะจิตวิทยามีน้อยไปรวมกับกลุ่มคณะอื่น ซึ่งไม่รู้จักกันไม่สนุก เนื่องจากทำงานแยกเป็นกลุ่มๆ ย่อย จำนวน 12 กลุ่ม คณะจิตวิทยากระจายไปกลุ่มละ 1 คน จึงไม่มีเพื่อน ไม่รู้จักใคร

คณะกายภาพบำบัดและคณะจิตวิทยา ต้องการให้มีกิจกรรมพิเศษบ้างเหมือนคณะพยาบาล เช่น วันรับหมวก เพื่อให้พ่อแม่มาแสดงความยินดีและถ่ายรูปด้วย

ในช่วงวันศุกร์บายต้องการให้มีชั่วโมงคล้ายๆ กิจกรรม วชล. แต่เป็นกิจกรรมของชมรม เช่น ชมรมศิลปวัฒนธรรม อยากให้มีคำว่าชมรมอยู่ในตารางเรียนได้

ควรจัดบริการสิ่งจำเป็นในรูปแบบที่ครบวงจร หรือ ONE STOP SERVICE

สวัสดิการเมื่อนักศึกษาเจ็บป่วย ควรมีการประชาสัมพันธ์ศูนย์สุขภาพชุมชนเพื่อสามารถมาใช้บริการได้มากขึ้น

ต้องการให้นักศึกษาได้ใส่รองเท้าที่นักศึกษาไม่ใช้เฉพาะชั่วโมงพลและชั่วโมงซ้อม สามารถใส่รองเท้าผ้าใบสีขาเข้ากับชุดนักศึกษาในวันที่เรียนปกติ ไม่มีพิธีการ เห็นว่าไม่ได้ส่งผลกับการเรียนเนื่องจากใส่รองเท้าผ้าใบสะดวกสบายกว่า

8. ด้านความผูกพันขององค์กร พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษากับบุคลากรมีหลากหลาย บางกลุ่มดี บางกลุ่มไม่ดี เดินชนไหล่ และถ้าเป็นอาจารย์ต่างคณะ อาจารย์กล่าวว่า “นักศึกษาบางคนไม่สวัสดิทักทายทั้งๆ ที่รู้ว่าเป็นอาจารย์” นักศึกษาบางรุ่นก็มีความผูกพัน บางรุ่นก็ไม่มี และความผูกพันมาเป็นความผูกพันกับบุคคลมากกว่า นักศึกษาส่วนน้อยที่มีความรักและ

ผูกพันต่อสถาบัน เนื่องจากนักศึกษามาจากภูมิลำเนาต่างจังหวัด ที่เข้ามาเรียน มุ่งเน้นการเรียนให้สำเร็จ และทำงานหาเลี้ยงครอบครัวและตนเอง หรืออาจเป็นเพราะภาวะเศรษฐกิจที่ยังมีปัญหายู่ทุกวันนี้ นักศึกษารุ่นที่ไม่ค่อยผูกพันกับวิทยาลัยฯ เมื่อสำเร็จการศึกษาแล้ว ไม่ได้กลับมาวิทยาลัยฯ

แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านความผูกพันขององค์กร

ควรมีกิจกรรมที่สานสัมพันธ์ รุ่นพี่รุ่นน้อง ชมรมศิษย์เก่า

ปัญหาและอุปสรรคที่พบที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตนักศึกษา

ปัญหาการใช้สื่อโซเชียลมีเดียในทางที่ผิดหรือทำลายชื่อเสียงกัน เนื่องจากนักศึกษาบางคน ยังไม่รู้จักรับยั้งการใช้สื่อออนไลน์ เฟซบุ๊ก อินสตาแกรม ฯลฯ ซึ่งทำให้ส่งผลกระทบต่อการบริหารการใช้เวลาที่เหมาะสม และคุณภาพชีวิต นักศึกษาใช้ไลน์ แชท สนใจโซเชียลมีเดียขณะกำลังเรียน ไม่สนใจฟังอาจารย์สอนขณะเรียน

ปัญหาเศรษฐกิจของผู้ปกครองหรือครอบครัวที่เป็นอุปสรรค ทำให้นักศึกษาบางคนต้องทำงานหาเลี้ยงชีพด้วยตนเอง ในระหว่างศึกษาเล่าเรียน

ข้อเสนอแนะอื่นๆ

ควรเปิดโอกาสให้อาจารย์ บุคลากรและนักศึกษามีส่วนร่วมในการจัดรูปแบบการเรียนการสอน และกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างเต็มที่

ผู้บริหารทุกระดับ ควรเปิดโอกาสและตั้งจุดที่ชัดเจนสำหรับรวบรวมข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ รวมถึงข้อร้องเรียนได้ เพื่อการมีส่วนร่วมในการปรับปรุงพัฒนาวิทยาลัย (เป็นการยอมรับฟังความคิดเห็นจากหลายๆ ฝ่าย)

อภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตนักศึกษาชั้นปี ที่ 1-4 โดยรวมทั้ง 3 คณะวิชา คณะกายภาพบำบัด คณะจิตวิทยา และคณะพยาบาลศาสตร์คะแนนเฉลี่ย ระดับมากที่สุด คือ คุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ส่วนคะแนนต่ำสุดอยู่ในระดับปานกลางคือ คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม การที่นักศึกษามีคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมระดับมากที่สุด เนื่องจากมีกิจกรรมที่ส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างรุ่นพี่ รุ่นน้อง สังคม ชุมชนและบุคคลทั่วไป ได้แก่ การรับน้อง พิธีมิสซา เปิดปีการศึกษา ปังฉิมนิเทศ คริสต์มาส กีฬาภายใน และระหว่างสถาบัน การบริการวิชาการให้ชุมชนและสังคม เป็นต้น ทำให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้ช่วยเหลือ เกื้อกูลและคอยให้กำลังใจเป็นอย่างดี รู้จักการเข้าสังคม สำหรับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์สนทนากลุ่ม ที่พบว่า ด้านสิ่งแวดล้อมซึ่งรวมถึงหอพัก ห้องอาหาร ห้องสมุด และสถานที่พักผ่อน โดยหนังสือในห้องสมุดที่เกี่ยวข้องกับสาขาวิชาทางกายภาพมีไม่เพียงพอ มีการใช้ห้องประชุมย่อยชั้นบนห้องสมุดจำนวนมาก บางครั้งเข้าซ้อนกัน การ print งานที่ห้องสมุดราคาแพงมาก ห้องอาหาร ต้องต่อคิวยาวซื้ออาหารในช่วงเวลาพักกลางวัน ถ้าเลิกเรียน 12.30 น. อาหารหมด หอพัก ลิฟท์เสียบ่อยมากและของหายบ่อย กล้องวงจรปิดดูไม่ได้ ห้องน้ำชายมีจำนวนน้อย การระบายอากาศไม่ถ่ายเท มีกลิ่น พื้นอิฐที่ปูตัวนอนหน้าเสาธงไม่เสมอกัน เกิดอุบัติเหตุเสมอ ไม่มีสถานที่ที่จะเอื้อให้นักศึกษาได้ เล่นกีฬาเท่าที่ควร และที่สนามแสงไฟไม่พอ ไม่มีแสงไฟสปอร์ตไลท์ เวลามืดก็เล่นไม่ได้ ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของมัวร์ว่า และคณะ (Moura, I.H., Nobre, R.S., Cortez, R.M.A., Campelo, V., Macêdo, S.F. & Vilarouca, S.A.R., 2016) ที่พบว่า คุณภาพชีวิต นักศึกษาพยาบาลที่มหาวิทยาลัย Federal do Piauí

ประเทศบราซิล คุณภาพชีวิตสูงสุดคือด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (\bar{X} =74.3), และคะแนนต่ำสุดคือคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม (\bar{X} = 54.2) และการศึกษาของ พิซมายีร์ สีนส์วีสต์, และเบญจวรรณ พิพฑาร์ต (2559) ถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับคุณภาพชีวิตนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี ที่ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยคัดสรรที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี มากที่สุด คือ ด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างนักศึกษากับผู้ปกครอง ด้านที่ส่งผลต่ำสุด คือ ด้านลักษณะทางกายภาพทางการเรียน อย่างไรก็ตามแตกต่างจากผลการศึกษาของครูซ และคณะ (Cruz, J. P., Felicilda-Reynaldo, R. F. D., Lam, S. C., Contreras, F. A. M., Cecily, H. S. J., Papathanasiou, I. V., ... & Colet, P. C., 2018) เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาล จำนวน 2012 คน จาก 9 ประเทศ คือ ซิลิ อียิปต์ กรีซ ฮองกง อินเดีย เคนยา โอมาน ซาอุดีอาระเบีย และสหรัฐอเมริกา ที่พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมสูงสุดในด้านสุขภาพร่างกาย คะแนนต่ำสุดในด้านสังคม รวมถึงการศึกษาของ พรรณนิการ์ พุ่มจันทร์ (2560) ที่พบว่า นักศึกษาแพทย์ชั้นปริคlinik คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน ได้แก่ ด้านการบริการที่ได้รับจากมหาวิทยาลัย ด้านชีวิตการเรียน ด้านชีวิตสังคม และด้านที่อยู่อาศัย ส่วนด้านความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น อยู่ในระดับปานกลาง

แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตนักศึกษา วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ในแต่ละด้าน ดังนี้ ด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจและอารมณ์ ให้มีโครงการส่งเสริมป้องกัน ปัญหาด้านจิตใจระยะยาว มีการตรวจวัดและประเมิน ความเครียด ด้านสิ่งแวดล้อมให้มีตู้ ATM ภายในเซนต์ ไมเกิ้ล ตู้กดน้ำดื่ม บริเวณห้องอาหารและหอพักขยายเวลาให้นักศึกษาสามารถอยู่วิทยาลัยทำกิจกรรมได้ และขยายเวลาเปิดห้องสมุดด้านฝั่ง ST Michael ให้มีหูฟัง

ในห้องสมุดขณะใช้เครื่องคอมพิวเตอร์ ให้มีพื้นที่ทำให้สามารถออกกำลังกาย มีตู้ล็อกเกอร์สำหรับนักศึกษาเก็บเอกสารหรือสิ่งของ มีพื้นที่หรือห้องสำหรับผ่อนคลายเพิ่มร้านอาหารหรือปริมาณอาหาร ซ่อมพื้นตัวนอน หน้าบริเวณเสาธงให้เสมอกัน เป็นต้น ด้านสื่ออุปกรณ์สารสนเทศ เพิ่มไมโครโฟน ไมค์ลอยในห้องเรียน class ใหญ่ และระบบการจองห้องเรียน ห้องประชุมที่เป็นมาตรฐาน ด้านการสอนของอาจารย์ ปรับระบบการลงทะเบียนเรียน จัดวิธีการและรูปแบบกลุ่มย่อย เพื่อให้ใกล้ชิด และเน้นทั้ง Hard skill & Soft skill ไปด้วยกัน การแบ่งปันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ลักษณะ Self-direct & Reflection รวมถึงมีกลยุทธ์ในการเพิ่มจำนวนนศ. ด้านบริการหรือกิจกรรมต่างๆ ของวิทยาลัย ปรับเปลี่ยนรูปแบบกิจกรรมที่เน้นและมีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน ให้แต่ละคณะมีกิจกรรมร่วมกัน ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม มีรูปแบบการแนะแนวที่หลากหลาย จัดบริการสิ่งจำเป็นในรูปแบบที่ครบวงจร หรือ ONE STOP SERVICE เป็นต้น ด้านความผูกพันขององค์กร มีกิจกรรมที่สานสัมพันธ์รุ่นพี่รุ่นน้อง ชมรมศิษย์เก่า แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตนักศึกษาจะสอดคล้องกับการศึกษาของปิยะพล ขำอุดม (2560) ที่ได้พัฒนาตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม โดยมีผลการพัฒนาคุณภาพชีวิตนักศึกษาที่ครอบคลุมทั้งด้านคุณภาพทางวิชาการและคุณภาพชีวิต ควรจะประกอบด้วยกลไกสำคัญ 5 กลไก คือ 1) การจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ 2) การพัฒนาสัมฤทธิ์ผลตามคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ 3) การให้คำปรึกษาและบริการด้านข้อมูลข่าวสารแก่นักศึกษาและศิษย์เก่า

4) การส่งเสริมกิจกรรมนักศึกษา และ 5) การดูแลช่วยเหลือนักศึกษา (บัญชา สำรวรรณ, จิตศิริ นลายลักษณ์, กิ่งแก้ว สำรวรรณ, ชนิกันต์ คุ่มนง และ ปิยมนัส สวรรวิทย์ รัตนกุล, 2559)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตนักศึกษาต้องคำนึงในทุกๆ ด้าน อย่างเป็นระบบโดยเฉพาะด้านสิ่งแวดล้อมที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด โดยอาศัยความร่วมมือจากทุกๆ คน ในการกำหนดนโยบาย กลยุทธ์ แนวทางปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมจากผู้บริหาร คณาจารย์ และบุคลากรฝ่ายสนับสนุน ดังนี้

1. กลยุทธ์การส่งเสริมป้องกันปัญหาด้านจิตใจของนักศึกษาระยะยาวตั้งแต่ปี 1
2. นโยบายปรับภูมิทัศน์สิ่งแวดล้อม ห้องเรียน หอพัก ห้องอาหาร ห้องสมุด พื้นที่ทำกิจกรรมกลุ่มและออกกำลังกาย รวมถึงสื่ออุปกรณ์สารสนเทศ คอมพิวเตอร์และสัญญาณอินเทอร์เน็ตให้ทันสมัยเพียงพอ พร้อมใช้งาน
3. ส่งเสริมรูปแบบการจัดการเรียนการสอน แบบ Active learning และกลยุทธ์การเพิ่มจำนวนนักศึกษา
4. กลยุทธ์การให้บริการและจัดกิจกรรมที่หลากหลายสานสัมพันธ์รุ่นพี่รุ่นน้องต่างคณะวิชา และนักศึกษามีส่วนร่วม อิสระในการจัดกิจกรรม รวมถึงสวัสดิการต่างๆ เมื่อนักศึกษาเจ็บป่วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาในรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (The Research and Development) เพื่อให้เกิดรูปแบบ/วิธีการ/กระบวนการ/ระบบปฏิบัติการ สำหรับการพัฒนาคุณภาพชีวิตนักศึกษา

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอธิการบดี
วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ที่ได้กรุณาส่งเสริม และสนับสนุน
งบประมาณในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงศึกษาธิการ. (2552). *กรอบมาตรฐานคุณวุฒิ
ระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒*. ราชกิจจานุ
เบกษา เล่ม ๑๒๖ ตอนพิเศษ ๑๒๕ ง วันที่
๓๑ สิงหาคม ๒๕๕๒.

กระทรวงศึกษาธิการ. (2559). *แผนพัฒนาการศึกษา
ระดับอุดมศึกษา ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564)*.
สืบค้นจาก <http://www.kknpeo.moe.go.th/2018/wp-content/uploads/2018/11/> วันที่
สืบค้น 29 เมษายน 2563

บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัย
ทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ:
ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.

บัญชา สำรวจริณ, จิตศิริณ ไลยลักษณ์, กิ่งแก้ว สำรวจริณ,
ชนิกานต์ คุ่มนง และ ปิยมนัส วรวิทย์รัตนกุล.
(2559). สภาวะการณ์เยาวชนในสถาบัน
อุดมศึกษาของนักศึกษาระดับปริญญาตรี
มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม. ใน *เรื่องเต็ม
การประชุมวิชาการระดับชาติ มหาวิทยาลัย
เกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน ครั้งที่ 13:
ตามรอยพระยุคลบาท เกษตรศาสตร์
กำแพงแสน*. นครปฐม: มหาวิทยาลัย
เกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน สำนักงาน
วิทยาเขตกำแพงแสน กองบริหารวิชาการและ
นิสิต.

ปิยะพล ข้าอุดม. (2560). *การพัฒนาตัวบ่งชี้คุณภาพ
ชีวิตของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล
ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก เขตภาค
ตะวันออกเฉียงเหนือ* (ปริญญาานิพนธ์
ครุศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยราชภัฏ
นครราชสีมา, นครราชสีมา.

พรรณนิการ์ พุ่มจันทร์. (2560). *การศึกษาคุณภาพชีวิต
ของนักศึกษาแพทย์ ชั้นปรีคลินิก คณะ
แพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. เวชบัณฑิต
ศิริราช, 10(1), 10-17.*

พิชฌาย์วีร์ สิ้นสวัสดิ์, และเบญจวรรณ พิพฑารต์. (2559).
ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับ
คุณภาพชีวิตนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัย
พยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี. *วารสารเกื้อ
การณย์, 23(1), 7-20.*

มาลีวัล เลิศสาครศิริ. (2558). *ความเครียดและการ
จัดการความเครียดของนักศึกษาพยาบาลขณะ
ฝึกปฏิบัติงานห้องคลอด. วารสารเกื้อการณย์,
22(1), 7-16.*

ศิวาพร ทองสุข, พรรณวดี พุฒวัฒน์, และพิศสมัย อรทัย.
(2556). พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของ
นักศึกษาพยาบาลรามาริบัติ. *Rama Nurs J,
18(2), 178-189.*

ศูนย์พัฒนานักศึกษา วิทยาลัยเซนต์หลุยส์. (2561).
*ข้อมูลสรุปการเจ็บป่วยของนักศึกษาวิทยาลัย
เซนต์หลุยส์ ตั้งแต่ ม.ค. 61-ธ.ค. 61*. กรุงเทพฯ:
วิทยาลัยเซนต์หลุยส์.

- Cruz, J. P., Felicilda-Reynaldo, R. F. D., Lam, S. C., Contreras, F. A. M., Cecily, H. S. J., Papathanasiou, I. V., ... & Colet, P. C. (2018). Quality of life of nursing students from nine countries: A cross-sectional study. *Nurse education today*, 66, 135-142. doi: 10.1016/j.nedt.2018.04.016.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and psychological measurement*, 30(3), 607-610.
- Musikthong, J., Sriyuktasuth, A., Kongkar, R., & Sangwichaipat, N. (2010). Nutritional knowledge, attitude towards food, food consumption behavior, and nutritional status in nursing students, faculty of nursing, Mahidol University. *Journal of Nursing Science*, 28(3), 40-49.
- Moura, I.H., Nobre, R.S., Cortez, R.M.A., Campelo, V., Macêdo, S.F. & Vilarouca, S.A.R. (2016). Quality of life of undergraduate nursing students. *Rev. Gaúcha Enferm*, 37(2), e55291. doi: 10.1590/1983-1447.2016.02.55291 Received from <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.55291> วันที่สืบค้น 25 เมษายน 2563
- WHOQOL group. (1998). WHO-BREF: *Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment*. Geneva: WHO.



ภาวะสุขภาพของเด็กวัยเรียนระดับประถมศึกษาเขตสาทร กรุงเทพมหานคร Health Status of the Primary School-age Children, Sathorn District, Bangkok

สุปราณี น้อยตั้ง, พย.ม., Supraanee Noitung, M.N.S. (Nurse Practitioner)^{1*}

สุวรรณี ละออบปักชิม, กศ.ด., Suwannee laoopugsin, Ph.D. (Educational Testing and Measurement)²

ชัยณรงค์ นาคเทศ, พย.ม., Chainarong Naktes, M.N.S. (Nurse Practitioner)¹

¹อาจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ กรุงเทพมหานคร
Lecturer Community Health Nursing, Saint Louis College, South Sathorn Rd, Yannawa, Bangkok

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ กรุงเทพมหานคร
Assistant Professor, Ph.D. Saint Louis College, South Sathorn Rd, Yannawa, Bangkok

*Corresponding Author Email: suparnee@slc.ac.th

Received: November 1, 2021

Revised: December 6, 2021

Accepted: December 20, 2021

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) สํารวจความชุกของปัญหาสุขภาพ 2) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ และ 3) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมด้านฟัน โภชนาการ และสุขภาพจิตของเด็กวัยเรียน กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 เขตสาทร กรุงเทพมหานคร จำนวน 458 คน เก็บข้อมูลโดยให้ตอบแบบประเมินด้วยตนเอง เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย 3 ชุด คือ 1) แบบประเมินภาวะสุขภาพและพฤติกรรมด้านฟัน โภชนาการ 2) แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ 3) แบบประเมินพฤติกรรมโดยกรมสุขภาพจิต มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ แอลฟาครอนบัค เท่ากับ .89, .90 และ .79 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ การทดสอบไคสแควร์

ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนมีน้ำหนักตัวและสูงกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 5.4 และ 11.2 ตามลำดับ มีภาวะเตี้ย ร้อยละ 7.2 ฟันผุ ร้อยละ 50.4 มีปัญหาความฉลาดทางอารมณ์ ร้อยละ 27.5 และมีปัญหาด้านพฤติกรรม ร้อยละ 22.3-31.0 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับด้านโภชนาการ คือ การรับรู้น้ำหนักของตนเองที่ถูกต้อง การมีวินัยในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับโภชนาการ การได้ประโยชน์จากการมีรูปร่างที่เหมาะสม ค่า $\chi^2 = 10.873, 11.554, 9.211$ ตามลำดับ ด้านอารมณ์ คือ ผู้ปกครองมีเวลาให้อย่างสม่ำเสมอ การมีเป้าหมายในงานอาชีพ การมีแรงบันดาลใจ ค่า $\chi^2 = 9.583, 7.181$ และ 14.402 ตามลำดับ ด้านพฤติกรรม คือ ผู้ปกครองมีเวลาให้อย่างสม่ำเสมอ การมีเป้าหมายในงานอาชีพ และการได้รับคำชมเชยหรือรางวัล ค่า $\chi^2 = 8.457, 5.782$ และ 3.957 ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ การจัดกิจกรรมในโรงเรียนเพื่อแก้ไขพฤติกรรมด้านโภชนาการควรเน้นการรับรู้น้ำหนักของนักเรียน ที่ถูกต้อง และประโยชน์จากการมีพฤติกรรมที่เหมาะสม สำหรับในด้านพฤติกรรม ต้องให้ทางครอบครัว หรือโรงเรียน มีการพูดคุยกับนักเรียน แนะนำรายการโทรทัศน์ที่เหมาะสม และสร้างแรงบันดาลใจในงานอาชีพ

คำสำคัญ: ภาวะสุขภาพ ปัญหาสุขภาพของเด็กวัยเรียน ปัจจัยการเกิดพฤติกรรมสุขภาพ

Abstract

The objectives of this study were 1) to survey the prevalence rate of health problems, 2) to explore the health behaviors, and 3) to investigate the factors related to health behaviors among primary school-aged children. The samples comprised of 458 grade 6 students in Sathorn District, Bangkok. The data were collected by 3 sets of self-administered questionnaires which were 1) the health status and health behavior assessment form, 2) EQ assessment form and 3) SDQ screening form developed by Mental Health Department with .89, .90 and .79 of Alpha's Cronbach Coefficient, respectively. Data were analyzed by frequency, percentage, mean and Chi-Square test.

The main findings were: 5.4 percent of the students were underweight while 11.2 percent were overweight according to the criterion. 7.2 percent were short. 50.4 percent of the students had dental caries. 27.5 percent and 22.3-31.0 percent of the students had EQ score and SDQ score below normal range respectively. Factors related to nutritional behaviors were self-weight recognition in weight ($\chi^2=10.873$), having self-discipline in activities related to weight control ($\chi^2=11.554$) and benefiting from being in shape ($\chi^2=9.211$) and factors related to emotional health were having time to talk with their parents ($\chi^2=9.583$), having a career goal ($\chi^2=7.181$) and being inspired ($\chi^2=14.402$) and factors related to health behaviors were having time to talk with their parents ($\chi^2=8.457$), having a career goal ($\chi^2=5.782$) and received rewards or being commended ($\chi^2=3.957$).

Suggestion: School activities to correct nutritional behavior should focus on correcting awareness of students' weight and the benefits of having the appropriate behaviors. The family or school staff have to regularly provide time for the students. Recommend appropriate television programs for career and life inspiration should be recommended to the students.

Keywords: health status, health problems, school age children, factors related to health behavior

บทนำ

เด็กวัยเรียนมีปัญหาสุขภาพหลายด้านที่สำคัญคือ ฟันผุ ภาวะโภชนาการ และสุขภาพจิต สำหรับปัญหาฟันผุ ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศทุก 5 ปี โดยสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขครั้งที่ 8 พ.ศ.2560 ซึ่งเป็นครั้งล่าสุด (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2561) พบว่าความชุกของภาวะฟันผุยังสูง แม้จะลดลงเหลือร้อยละ 52.0 จากร้อยละ 45.8, 57.3, 56.9 และ 52.3 ในการสำรวจ พ.ศ. 2527, พ.ศ. 2545, พ.ศ. 2551 และ พ.ศ. 2555 ตามลำดับ โดยครั้งล่าสุดมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 1.4 ซี่/คน สำหรับปัญหาโภชนาการพบทั้งปัญหาโภชนาการเกินและขาดซึ่งเป็นประเด็นที่อยู่ในความสนใจของภาครัฐและสถานศึกษาที่เกี่ยวข้อง จึงมีการสำรวจสถานการณ์หลายครั้ง ครั้งล่าสุดคือการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 ฉบับสุขภาพเด็ก พ.ศ. 2557 พบว่าเด็กไทยที่มีอายุ 12-14 ปี มีภาวะน้ำหนักเกินสูงที่สุดถึงร้อยละ 18.7 เมื่อเทียบกับเด็กไทยในช่วงอายุอื่น และเมื่อเปรียบเทียบความชุกของภาวะน้ำหนักเกินรายภาคพบว่า เด็กในกรุงเทพมหานครมีความชุกของภาวะน้ำหนักเกินสูงที่สุด (วิชัย เอกพลากร, ลัดดา เหมาะสุวรรณ, นิชรา เรื่อง ดารกานนท์, วราภรณ์ เสถียรนพเกล้า, และหทัยชนก พรรดเจริญ, 2557) สำหรับปัญหาด้านอารมณ์ พบว่าสังคมในปัจจุบันส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิตและบางส่วนอาจเกิดมาจากธรรมชาติการเจริญเติบโตทางด้านร่างกายและจิตใจของวัยทำให้ปัญหาพฤติกรรมของเด็กมีความรุนแรงขึ้น โดยพบคดีเด็กและเยาวชนที่กระทำความผิดซ้ำซึ่งถูกดำเนินคดี โดยสถานพินิจทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2557 และ พ.ศ. 2558 สูงถึงร้อยละ 20.50 และ 19.03 ตามลำดับ (กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน, 2560)

จากสภาพปัญหาดังกล่าวข้างต้น เป็นที่กังวลว่าจะส่งผลกระทบต่อสมรรถนะการเรียนรู้ของเด็ก เพราะการขาดสารอาหารเรื้อรัง เป็นปัจจัยหลัก ที่ส่งผลให้เด็กเจ็บป่วย พิกการ และเสียชีวิต ก่อให้เกิดการมีภาวะเตี้ยแคระแกร็น ซึ่งเป็นภาวะที่ไม่สามารถแก้ไขได้ และจะส่งผลต่อการเจริญเติบโต ทั้งทางร่างกายและสติปัญญา ในทางตรงกันข้ามภาวะโภชนาการเกินมีความสัมพันธ์กับโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตก่อนเวลาอันควรและทำให้เกิดปัญหาสุขภาพหรือเกิดความพิการในวัยผู้ใหญ่ (คณะอนุกรรมการตรวจสอบและประเมินผล ภาคราชการกลุ่มกระทรวง คณะที่ 2, 2562) การศึกษานี้จึงเห็นถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพในวัยเด็ก โดยเฉพาะในเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ที่มีอายุประมาณ 12 ปี เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ และเป็นช่วงที่ฟันแท้ขึ้นครบ 28 ซี่ ซึ่งเป็นอายุสากลที่ใช้ประเมินภาวะทันตสุขภาพระหว่างประเทศ ซึ่งสอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2013) ในส่วนของภาวะโภชนาการของเด็กในวัยนี้จะเป็นตัวทำนายภาวะโภชนาการในวัยผู้ใหญ่ สำหรับด้านอารมณ์สังคม เด็กในช่วงวัยนี้จะติดเพื่อนจนอาจเรียกว่าเป็นวัยแห่งเพื่อน หรือ peer years ก่อให้เกิดสังคมเฉพาะที่เรียกว่า secret society

การประเมินสถานะสุขภาพของเด็กเป็นระยะอย่างเป็นระบบ คือ การประเมินร่วมกับการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆ เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนแก้ไข ปัญหาการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันปัญหาสุขภาพ ดังนั้นบุคลากรทางสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะสถานศึกษาสามารถวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพได้ตรงตามสภาพของเด็กวัยเรียน ซึ่งจะสอดคล้องกับการใช้ PRECEDE-PROCEED Model (Green & Krueger, 1999) โดยแบบจำลองนี้ ประกอบด้วย 2

ส่วนหลัก คือ ส่วนที่ 1 เป็นระยะของการวินิจฉัยปัญหา (Diagnostic Phase) เรียกว่า PRECEDE (Predisposing, Reinforcing, Enabling, Constructs in Educational, Environmental Diagnosis and Evaluation) ประกอบด้วย การวินิจฉัย 5 ด้าน คือ การวินิจฉัยสังคม การวินิจฉัยทางวิทยาการระบาด การวินิจฉัยด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม การวินิจฉัยด้านการศึกษาและองค์กร การวินิจฉัยด้านการบริหารและนโยบาย และส่วนที่ 2 เป็นการพัฒนาแผน เรียกว่า PROCEED (Policy Regulatory and Organization Constructions in Educational and Environment Development) เพื่อใช้ในการดำเนินงานและการประเมินผล ซึ่งจะต้องทำภายหลังจากระยะการวินิจฉัยปัญหา สำหรับการวิจัยครั้งนี้เป็นการประยุกต์ใช้แบบจำลองเฉพาะระยะการวินิจฉัยปัญหา (PRECEDE) ประกอบด้วย การวินิจฉัยทางวิทยาการระบาดของปัญหาพื้น โภชนาการ และสุขภาพจิตของเด็กวัยเรียน การวินิจฉัยด้านการศึกษาด้วยปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรม 3 ปัจจัยหลัก ๆ คือ ปัจจัยนำ (Predisposing factors) ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) และ ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) ซึ่งเด็กวัยเรียนในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ที่มีอายุประมาณ 12 ปี อยู่ในช่วงของวัยรุ่นตอนต้น เป็นช่วงของการพัฒนาสมองส่วนที่รับรู้ถึงการได้รับรางวัลและประเมินผลของการมีพฤติกรรมเสี่ยง ส่วนสมองที่ควบคุมพฤติกรรมและการแสดงออกทางอารมณ์ เป็นส่วนที่ควบคุมการยับยั้ง ชังใจ และการจัดลำดับความสำคัญ ในส่วนของการวางแผนจะพัฒนาตามมาเป็นลำดับต่อไปในช่วงของวัยรุ่นตอนปลายและจะเริ่มมีความเป็นอิสระ (independence) มองเห็นความแตกต่างระหว่างวัฒนธรรมภายในและภายนอกครอบครัว แต่ความคิดยังเป็นรูปธรรมมากกว่านามธรรม สำหรับในช่วงวัยนี้จะมีทัศนคติสนทนากับกลุ่มเพื่อนและมองเพื่อนเป็นบุคคลที่มีความสำคัญ

ในด้านการมองตนเองจะมองอนาคตแบบอุดมคติ โดยมองหาบุคคลที่เป็นตัวแบบของ ความสำเร็จในโรงเรียน (role model) และมีการใช้เวลาว่างเพื่อทำกิจกรรมสร้างสรรค์ด้วยตนเองเป็นปัจจัยหลักที่มีผลในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นทุกช่วงวัย ถึงแม้ว่าครอบครัวจะมีลักษณะที่แตกต่างกันออกไป การมีความคาดหวังต่อวัยรุ่นอย่างเหมาะสมและมีการสนับสนุนกิจกรรมนอกหลักสูตรจัดเป็นปัจจัยเสริมของครอบครัวที่จะสนับสนุนการปรับตัวของวัยรุ่น และเป็นมุมมองการพัฒนาวัยรุ่นในลักษณะ “ต้นทุนเชิงบวก” (พงษ์ศักดิ์ น้อยพยัคฆ์, วินัดดาปิยะศิลป์, วันดี นิงสานนท์, และประสพศรี อังถาวร, 2557) ส่งผลต่อการกำหนดองค์ประกอบย่อยในปัจจัยนำ คือ การรับรู้ประโยชน์จากการดูแลฟัน การรับรู้หน้าที่ของตนเอง ที่ถูกต้อง การรับรู้ความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) ของนักเรียน ปัจจัยเอื้อ คือ การสนับสนุนให้นักเรียนเกิดพฤติกรรมสุขภาพได้ ประกอบด้วย การมีแปรงสีฟันที่ดึงดูดความสนใจ (รูปร่างแปลกใหม่ สวยและน่าใช้) การเห็นความสำคัญของโครงการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน ความสามารถในการเข้าถึงอาหารที่มีประโยชน์ การมีวินัยในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับโภชนาการ ผู้ปกครองมีเวลาให้อย่างสม่ำเสมอ การมีเป้าหมายในงานอาชีพ ปัจจัยเสริม คือ การได้รับคำชมเชยในการดูแลฟัน รูปร่าง การได้ประโยชน์จากการมีรูปร่างที่เหมาะสม การได้รับคำชมเชย หรือรางวัลจากการมีพฤติกรรมที่เหมาะสม การมีแรงบันดาลใจจากบุคคลหรือรายการโทรทัศน์ (TV show items)

จากการศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมของโรงเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างสามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาสุขภาพเด็กวัยเรียนได้อย่างเป็นระบบ และเป็นไปตามบทบาทของพยาบาลอนามัยชุมชน ในการสนับสนุนการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียน ครู และบุคลากรโดยมีโรงเรียนเป็นฐาน

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. สำรวจความชุกของปัญหาฟัน โภชนาการ และสุขภาพจิตของนักเรียน
2. ศึกษาพฤติกรรมด้านฟัน ด้านโภชนาการ และด้านสุขภาพจิตของนักเรียน
3. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมด้านฟัน โภชนาการ และสุขภาพจิต

นิยามศัพท์

1. ภาวะสุขภาพ หมายถึง สถานะในปัจจุบันของนักเรียนในด้าน ฟัน โภชนาการ ที่ประเมินด้วยการผุหรือไม่ผุของฟัน น้ำหนัก ส่วนสูงเมื่อเทียบกับเกณฑ์ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และระดับความฉลาดทางอารมณ์ ประเมินโดยแบบประเมิน EQ ของกรมสุขภาพจิต และบุคลิกภาพของนักเรียน วัดโดยแบบประเมิน SDQ

2. เด็กวัยเรียนระดับประถมศึกษา หมายถึง เด็กที่อยู่ในระบบการศึกษา ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในเขตสาทร กรุงเทพมหานคร

3. การวินิจฉัยด้านการศึกษา หมายถึงการวิเคราะห์สาเหตุที่สัมพันธ์กับความชุกของปัญหาด้านฟัน ด้านโภชนาการ และด้านความฉลาดทางอารมณ์ และด้านบุคลิกภาพของนักเรียน ประกอบด้วย

3.1 ปัจจัยนำ หมายถึง การรับรู้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพ การรับรู้หน้าที่ของตนเองที่ต้อง การรับรู้ความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) ของนักเรียน

3.2 ปัจจัยเอื้อ หมายถึง ปัจจัยสนับสนุน หรือขัดขวางการเกิดพฤติกรรมของนักเรียน

ได้แก่ การมีแรงผลักดันที่ดึงดูดความสนใจ (แปลกๆ สวยๆ น่าใช้) การเห็นความสำคัญของโครงการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน ความสามารถในการเข้าถึงอาหารที่มีประโยชน์ การมีวินัยในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับโภชนาการ ผู้ปกครองมีเวลาให้อย่างสม่ำเสมอ การมีเป้าหมายในงานอาชีพ

3.3 ปัจจัยเสริม หมายถึง ปัจจัยที่สนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมที่ต่อเนื่อง

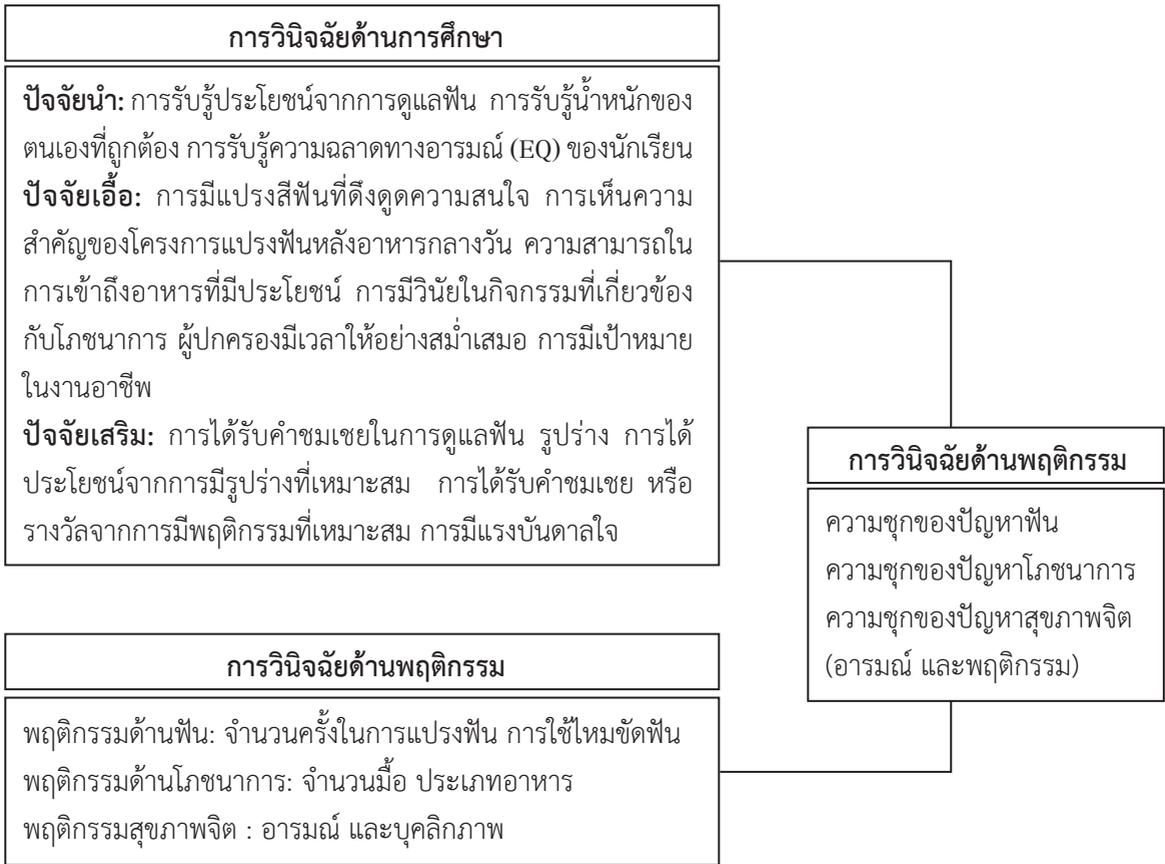
ประกอบด้วย การได้รับคำชมเชยในการดูแลสุขภาพรูปร่าง การได้ประโยชน์จากการมีรูปร่างที่เหมาะสม การได้รับคำชมเชย หรือรางวัลจากการมีพฤติกรรมเหมาะสม การมีแรงบันดาลใจ (จากบุคคล หรือรายการโทรทัศน์)

4. การวินิจฉัยทางวิทยาการระบาด หมายถึง ขนาดของปัญหา 3 ด้าน ซึ่งคำนวณจากจำนวนนักเรียนที่มีปัญหาเทียบกับจำนวนนักเรียนทั้งหมดต่อ 100 คน ในด้านฟัน วัดโดยการตรวจช่องปากเพื่อตรวจหาภาวะฟันผุของนักเรียน ด้านโภชนาการวัดโดยการเปรียบเทียบน้ำหนักและส่วนสูง เปรียบเทียบกับกราฟมาตรฐาน เปรียบเทียบการเจริญเติบโตของเด็ก ของสำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข สำหรับด้านความฉลาดทางอารมณ์ วัดโดยแบบประเมิน EQ และแบบประเมินด้านบุคลิกภาพ SDQ ของกรมสุขภาพจิต

5. การวินิจฉัยด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม หมายถึงการปฏิบัติของนักเรียน ประกอบด้วย พฤติกรรมด้านฟัน 2) พฤติกรรมด้านโภชนาการ และ 3) พฤติกรรมด้านสุขภาพจิต แยกเป็นความฉลาดทางอารมณ์ และพฤติกรรมที่เป็นจุดอ่อนและจุดแข็ง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาเรื่องนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดบางส่วนของ PRECEDE Model (Green & Krueger, 1999) เพื่อวินิจฉัยปัญหาด้านวิทยาการระบาด ด้วยกรอบอีก 2 ด้าน คือด้านพฤติกรรม และด้านการศึกษา โดยมีข้อสมมุติว่าข้อวินิจฉัยทางวิทยาการระบาดที่เป็นความชุก เป็นผลจากปัจจัยด้านพฤติกรรม และด้านการศึกษา (ดังแผนภาพที่1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (cross-sectional survey research)

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียนระดับประถมศึกษาปีที่ 6 ปีการศึกษา 2560 โรงเรียนเขตสาทร จำนวน 14 แห่ง สังกัดสำนักงานการศึกษาแห่งชาติ 1 แห่ง จำนวน 156 คน สังกัดคณะกรรมการการศึกษาเอกชน 11 แห่ง จำนวน 1,104 คน และสังกัดกรุงเทพมหานครอีก 2 แห่ง จำนวน 146 คน รวม 1,406 คน

- กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนระดับประถมศึกษา

ปีที่ 6 ปีการศึกษา 2560 จำนวน 458 คน คำนวณด้วยสูตรยามาเน่ (Yamane, 1973) $\frac{1406}{1 + 1406(.0025)}$ ตัวอย่างควรมีอย่างน้อย 311 คน จากนั้นกำหนดโควตานักเรียนในแต่ละโรงเรียน โรงเรียนใดมีจำนวนห้องมากกว่า 1 ใช้การสุ่มห้องอย่างง่าย และรวบรวมข้อมูลนักเรียนทั้งห้อง (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนนักเรียนที่คำนวณ และที่กำหนดเก็บจริง จำแนกตามโรงเรียน และสังกัด

ชื่อโรงเรียน	สังกัด	สถิตินักเรียน		จำนวน ตัวอย่าง	จำนวนจริง	
		ห้อง	นักเรียน		ห้อง	นักเรียน
โรงเรียนทุ่งมหาเมฆ	สปช	4	156	40	1	31
โรงเรียนวัดดอน	กทม	3	96	25	1	27
โรงเรียนวัดยานนาวา	กทม	1	50	13	1	22
โรงเรียนพระแม่มาลี-สาทร	สช	4	151	39	2	42
โรงเรียนจันทะ	สช	1	30	8	1	15
โรงเรียนเบญจวรรณศึกษา	สช	1	24	6	1	24
โรงเรียนชาญเวชศึกษา	สช	3	87	22	2	38
โรงเรียนนิพัทธ์วิทยา	สช	2	60	15	2	27
โรงเรียนโกศลวิทยา	สช	2	67	17	2	29
โรงเรียนศิลปวัฒนา	สช	1	15	4	0	0
โรงเรียนศุภวิทย์	สช	1	25	6	1	24
โรงเรียนเซนต์ไมเคิล	สช	1	26	7	1	25
โรงเรียนเซนต์หลุยส์ศึกษา	สช	3	88	23	2	30
โรงเรียนอัสสัมชัญ (ประถม)	สช	14	531	136	2	124
		รวม	1406	311	22	458

3. เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วยแบบประเมินสุขภาพนักเรียน และพฤติกรรม

3.1 ด้านกาย ประกอบด้วยการประเมินพฤติกรรมและปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมในการดูแลฟื้นฟูโภชนาการ มีลักษณะเป็นแบบสำรวจมาตราประมาณค่า 5 ระดับ

3.2 ด้านจิต ประกอบด้วย 1) ด้านอารมณ์ ประเมินด้วยแบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ของกรมสุขภาพจิต (Emotional Quotient :EQ) มีจำนวน 52 ข้อ ตามเกณฑ์คู่มือของกรมสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2560) และ 2) ด้านพฤติกรรม ประเมินด้วยแบบประเมิน The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) ของกรมสุขภาพจิต มีจำนวน 25 ข้อ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

4. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

4.1 ความตรง ของแบบประเมินภาวะสุขภาพและพฤติกรรมด้านพัน โภชนาการ ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย 1) อาจารย์ทางด้านกายภาพบำบัดและนัชมุข 2) อาจารย์ทางด้านกายภาพบำบัดเด็กและวัยรุ่น 3) อาจารย์ทางด้านกายภาพบำบัดสุขภาพจิต 4) พยาบาลอนามัยโรงเรียน จากศูนย์บริการสาธารณสุข และ 5) ทันตแพทย์จากศูนย์บริการสาธารณสุขโดยหาค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหา มีค่า IOC สูงกว่า 0.6

4.2 ความเที่ยง นำแบบประเมินภาวะสุขภาพและพฤติกรรมด้านพัน โภชนาการ แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ และแบบประเมินพฤติกรรมโดยกรมสุขภาพจิต โดยนำไปทดลองใช้กับเด็กนักเรียน

ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนเพาะปัญญา จำนวน 30 คน โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.89, 0.90 และ 0.79 ตามลำดับ

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

โครงการวิจัยฉบับนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ตามเลขรหัสโครงการที่ 001/61 และเริ่มทำการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

5.1. เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม โดยทีมวิจัยประสานงานกับครูในแต่ละโรงเรียนที่ได้รับการมอบหมายให้เป็นโรงเรียนกลุ่มตัวอย่าง เริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เริ่มเปิดภาคการศึกษาที่ 2 โดยทำการเก็บข้อมูลด้วยแบบประเมินภาวะสุขภาพและพฤติกรรมด้านพันธุโภชนาการ แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) และแบบประเมินพฤติกรรมโดยกรมสุขภาพจิต (SDQ)

5.2. เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสอบถามนักเรียนกลุ่มที่มีปัญหาจากการประเมิน คือ กลุ่มฟันผุ กลุ่มที่มีน้ำหนักมากกว่าและต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน กลุ่มที่มีคะแนนรวม EQ และ SDQ ต่ำกว่าเกณฑ์และประสานงานขอรายชื่อจากครูประจำชั้น กลุ่มนักเรียนที่มีคะแนนการประเมินที่ไม่มีปัญหา และแสดงพฤติกรรมได้เหมาะสมได้รายชื่อ จำนวน 25 คน ดำเนินการสอบถามตามวันที่

นัดหมาย ด้วยประเด็นที่อยู่ในแบบสอบถามที่นักเรียนตอบ โดยนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4 จำนวน 7 คน

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติ ดังนี้

6.1 วิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยค่าความถี่ และร้อยละ

6.2 วิเคราะห์วัตถุประสงค์การวิจัย ข้อที่ 1 สถานการณ์ปัญหาสุขภาพของนักเรียนด้วยค่าความชุกของปัญหา (อัตราส่วนต่อร้อยละ)

6.3 วิเคราะห์วัตถุประสงค์ ข้อที่ 2 พฤติกรรมด้านพันธุโภชนาการ ของนักเรียนด้วยค่าเฉลี่ย ร้อยละ

6.4 วิเคราะห์วัตถุประสงค์ ข้อที่ 3 ด้วยการทดสอบไคสแควร์ (χ^2)

ผลการวิจัย

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 ผลการสำรวจความชุกของปัญหาฟัน โภชนาการ และสุขภาพจิต

1. สุขภาพด้านกาย

1.1 น้ำหนัก พบความชุกของภาวะน้ำหนักเกิน ร้อยละ 11.2 และภาวะน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ 5.4 เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า ภาวะโภชนาการในเพศชาย และเพศหญิงใกล้เคียงกัน (ดังตารางที่2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของนักเรียน จำแนกตามเพศและภาวะโภชนาการ (น้ำหนัก)

เพศ	ภาวะโภชนาการ (น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ)					
	ทุพโภชนาการ	น้อยกว่าเกณฑ์	น้ำหนักตามเกณฑ์	มากเกินเกณฑ์	อ้วน	รวม
ชาย	2 (0.4)	10 (2.2)	189 (41.3)	16 (3.5)	15 (3.3)	232 (50.7)
หญิง	2 (0.4)	11 (2.4)	193 (42.1)	14 (3.1)	6 (1.3)	226 (49.3)
รวม	4 (0.8)	21 (4.6)	382 (83.4)	30 (6.6)	21 (4.6)	458 (100.0)

1.2 ส่วนสูง พบความชุกของภาวะเตี้ย ร้อยละ ตามเพศ พบว่า ระดับของส่วนสูงในเพศชายและ 7.2 และสูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ย ร้อยละ 17.9 เมื่อจำแนก เพศหญิงใกล้เคียงกัน (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของนักเรียน จำแนกตามเพศและระดับของส่วนสูง

เพศ	ระดับของส่วนสูง (ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ)					รวม
	เตี้ย (>-2 S.D.)	ค่อนข้างเตี้ย (-1.5 S.D.-2 S.D.)	ส่วนสูง ตามเกณฑ์ (Median range)	ค่อนข้างสูง (1.5 S.D.- 2 S.D.)	สูง (>2 S.D.)	
ชาย	4 (0.9)	11 (2.4)	175 (38.2)	28 (6.1)	14 (3.1)	232 (50.7)
หญิง	6 (1.3)	12 (2.6)	168 (36.7)	22 (4.8)	18 (3.9)	226 (49.3)
รวม	10 (2.2)	23 (5.0)	343 (74.9)	50 (10.9)	32 (7.0)	458 (100.0)

1.3 สุขภาพฟัน นักเรียนที่มีฟันผุอย่างน้อย 1 ซี่ จำนวน 231 คน (ร้อยละ 50.4) มีประวัติเคยถอนฟันอย่างน้อย 1 ซี่ 226 คน (ร้อยละ 49.3) นักเรียน 288 คน (ร้อยละ 62.9) เคยมีอาการปวดฟัน แต่เกือบทั้งหมดคือ 423 คน (ร้อยละ 92.4) ไม่เคยลาหยุดเรียนเพราะอาการปวดฟัน

2. ความฉลาดทางอารมณ์ นักเรียนมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 53.1-71.2) มีความฉลาดทางอารมณ์ปกติทั้งในด้านดี เก่ง และสุข ยกเว้นการตัดสินใจและแก้ปัญหา (ร้อยละ 47.6) (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของนักเรียน จำแนกตามระดับของความฉลาดทางอารมณ์ (EQ)

องค์ประกอบรายด้านของ EQ	ระดับของความฉลาดทางอารมณ์		
	ต่ำกว่าเกณฑ์	ปกติ (50-100)	สูงกว่าปกติ
ควบคุมตนเอง	135 (29.5%)	311 (67.9%)	12 (2.6%)
ด้านดี เห็นใจผู้อื่น	149 (32.5%)	291 (63.6%)	18 (3.9%)
รับผิดชอบ	112 (24.5%)	289 (63.1%)	57 (12.4%)
มีแรงจูงใจ	104 (22.7%)	310 (67.7%)	44 (9.6%)
ด้านเก่ง ตัดสินใจและแก้ปัญหา	222 (48.5%)	218 (47.6%)	18 (3.9%)
สัมพันธ์ภาพ	96 (20.9%)	326 (71.2%)	36 (7.9%)
ภูมิใจตนเอง	51 (11.1%)	295 (64.4%)	112 (24.5%)
ด้านสุข พอใจชีวิต	129 (28.1%)	303 (66.2%)	26 (5.7%)
สุขสงบทางใจ	105 (22.9%)	243 (53.1%)	110 (24.0%)
รวม	126 (27.5%)	281 (61.4%)	51 (11.1%)

3. ด้านพฤติกรรมที่เป็นจุดแข็งและจุดอ่อน (SDQ) ที่พบมากที่สุด คือ พฤติกรรมด้านสัมพันธ์ภาพกับเพื่อน สำหรับจุดแข็งหรือพฤติกรรมด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคม พบว่า อยู่ในเกณฑ์ปกติมากที่สุด (ร้อยละ 77.7) ในระดับปกติเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 69.0-77.3) จุดอ่อน (ดังตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของนักเรียนจำแนกตามระดับของพฤติกรรมและองค์ประกอบรายด้านของพฤติกรรม

องค์ประกอบรายด้านของ SDQ	ระดับของพฤติกรรม		
	ปกติ	กลุ่มเสี่ยง	มีปัญหา
พฤติกรรมด้านอารมณ์	354 (77.3%)	68 (14.8%)	36 (7.9%)
พฤติกรรมด้านเกร	343 (74.9%)	81 (17.7%)	34 (7.4%)
พฤติกรรมด้านอยู่ไม่นิ่ง/สมาธิสั้น	348 (75.9%)	58 (12.7%)	52 (11.4%)
พฤติกรรมด้านสัมพันธ์ภาพกับเพื่อน	316 (69.0%)	63 (13.8%)	79 (17.2%)
พฤติกรรมด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคม	356 (77.7%)	67 (14.6%)	35 (7.7%)

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 ผลการศึกษาพฤติกรรมด้านฟัน โภชนาการ และสุขภาพจิต

1. พฤติกรรมด้านฟัน พบว่า นักเรียนแปรงฟันหลังตื่นนอน ร้อยละ 94.8 แปรงฟันก่อนเข้านอน ร้อยละ 90.2 การแปรงฟันหลังอาหารกลางวันมีเพียง ร้อยละ 54.6 คือ แปรงฟันเฉพาะเวลาที่อยู่โรงเรียน มีการใช้ไหมขัดฟัน ร้อยละ 36.9 ใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ ร้อยละ 96.9 และไปพบทันตแพทย์อย่างน้อยปีละครั้ง ร้อยละ 15.7

2. พฤติกรรมด้านโภชนาการ

2.1 จำนวนมื้ออาหาร นักเรียนมีการรับประทานอาหาร 2, 3 และ 4 มื้อ/วัน ร้อยละ 5.8, 5.6 และ 8.6 ตามลำดับ

2.2 รูปแบบอาหาร พบว่า ประเภทของอาหารเข้าที่นักเรียนรับประทานมากที่สุด (ร้อยละ 78.2) คือ ข้าวแกงโดยมีกับข้าว 1-2 อย่าง ส่วนมื้อกลางวันจะรับประทานอาหารที่โรงเรียน ร้อยละ 91.2 รับประทานขนมขบเคี้ยวต่างๆ น้ำหวาน นมกล่อง ขนมปัง เบเกอรี่

และขนมหวาน ร้อยละ 19.4 ในส่วนของการรับประทานอาหารเมื่อเย็นส่วนใหญ่จะรับประทานอาหารที่ทางบ้านปรุงเอง ร้อยละ 87.5 สำหรับการรับประทานอาหารเช้าหรือก่อนนอน ร้อยละ 62.9 พบว่า รับประทานจังก์หรือข้าวต้มก๊วยมากที่สุด ร้อยละ 34.1 และรับประทานอาหารอื่นๆ คือ แซม ไส้กรอก ก๋วยเตี๋ยว เกี้ยว ไก่ย่าง ร้อยละ 18.8

2.3 อาหารระหว่างมื้อ ร้อยละ 78.9 พบว่าในวันที่ไปเรียนหนังสือ จะรับประทานอาหารระหว่างมื้อ ช่วงมื่อก่อนอาหารเย็น หรือหลังอาหารเย็น โดยจะดื่มน้ำอัดลม ร้อยละ 44.3 น้ำผลไม้ทั้งคั้นสดและเป็นกล่อง/ขวด น้ำหวาน โออิชิ ซาลิปตัน โอวัลติน ร้อยละ 25.6 นม นมถั่วเหลือง ร้อยละ 24.7 ขนมขบเคี้ยว ร้อยละ 46.1 และรับประทานผักเพียง ร้อยละ 11.2

วัตถุประสงค์ข้อที่ 3 ผลการศึกษาปัจจัยนำปัจจัยเสริม ปัจจัยเอื้อ ที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านฟัน โภชนาการ และสุขภาพจิต

3.1 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านฟัน

ตารางที่ 5.1 ค่า Chi-square และร้อยละ ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านฟัน

กลุ่ม	ปัจจัย	การผุของฟัน		ค่า χ^2 (p-value)	
		ผุ (231)	ไม่ผุ (227)		
L	การรับรู้ประโยชน์จากการดูแลฟัน	มาก	26.9	24.2	0.867* (0.033)
		ปานกลางและน้อย	23.6	25.3	
E	การมีแปรงสีฟันที่ดึงดูดความสนใจ	มาก	25.1	21.6	1.098* (0.034)
		ปานกลางและน้อย	25.3	27.9	
E	การเห็นความสำคัญของโครงการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน	มาก	24.2	27.7	1.955 (0.190)
		ปานกลางและน้อย	26.2	21.8	
R	การได้รับคำชมเชยในการดูแลฟัน (จากพยาบาล ครู ผู้ปกครอง)	มาก	14.6	16.4	1.955 (0.189)
		ปานกลาง	12.2	17.2	
		น้อย	23.6	15.9	

จากตารางที่ 5.1 พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ และการมีแปรงสีฟันที่ดึงดูดความสนใจ อย่างมีนัยสำคัญ พฤติกรรมด้านฟัน คือ การรับรู้ประโยชน์จากการดูแลฟัน ที่ระดับ .05

3.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านโภชนาการ

ตารางที่ 5.2 ค่า Chi-square และร้อยละ ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านโภชนาการ

กลุ่ม	ปัจจัย	ระดับน้ำหนักเทียบเกณฑ์			χ^2 value (p-value)	
		ต่ำ	เฉลี่ย	สูงกว่า		
L	การรับรู้น้ำหนักของตนเองที่ถูกต้อง	รู้	2.2	48.9	3.5	10.873* (0.002)
		ไม่รู้	3.3	34.5	7.6	
E	ความสามารถเข้าถึงอาหารที่มีประโยชน์ (การได้รับคำแนะนำ)	มากและปานกลาง	2.0	40.8	2.8	1.136 (0.451)
		น้อย	3.5	42.6	8.3	
E	การมีวินัยในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับโภชนาการ	มากและปานกลาง	3.3	60.7	7.6	11.554* (0.002)
		น้อย	2.2	22.7	3.5	
R	การได้รับคำชมเชยในการดูแลรูปร่าง	มากและปานกลาง	3.7	43.9	4.1	2.976 (0.310)
		น้อย	1.7	39.5	7.0	
R	การได้ประโยชน์จากการมีรูปร่างที่เหมาะสม	มากและปานกลาง	4.4	62.7	4.1	9.211* (0.011)
		น้อย	1.1	20.7	7.0	

จากตารางที่ 5.2 พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ โภชนาการ และการได้ประโยชน์จากการมีรูปร่างที่
 กับพฤติกรรมด้านโภชนาการ คือ การรับรู้น้ำหนักของ เหนียว มีน้ำหนักที่ระดับ .05
 ตนเองที่ถูกต้อง การมีวินัยในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับ

3.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านอารมณ์ (EQ)

ตารางที่ 5.3 สถิติ Chi-square เพื่อการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมด้านอารมณ์ (EQ)

กลุ่ม	ปัจจัย	การผูกของฟัน		χ ² value (p-value)	
		ผู้ (231)	ไม่ผู้ (227)		
L	การรับรู้ EQ ของนักเรียน	ตรงกับการประเมิน EQ	12.8	40.5	2.389 (0.125)
		ไม่ตรงตามการประเมิน EQ	18.2	28.5	
E	ผู้ปกครองมีเวลาให้เหมาะสม	มาก	5.7	23.8	9.583* (0.002)
		ปานกลาง	11.3	26.8	
		น้อย	14.0	18.4	
E	การมีเป้าหมายในงานอาชีพ	มากและปานกลาง	13.3	49.4	7.181* (0.000)
		น้อย	18.2	19.2	
R	การได้รับคำชมเชย หรือรางวัล จากการมี พฤติกรรมที่เหมาะสม	มากและปานกลาง	14.3	38.8	0.809 (0.384)
		น้อย	16.7	30.2	
R	การมีแรงบันดาลใจ (บุคคล รายการโทรทัศน์)	มาก	5.9	31.4	14.408* (0.001)
		ปานกลาง	9.3	23.3	
		น้อย	15.7	14.3	

หมายเหตุ: ดัดกลุ่มที่มีคะแนนการประเมินระดับสูงออกจากการวิเคราะห์ เนื่องจากมีจำนวนน้อยเมื่อเทียบกับอีก
 2 กลุ่ม

จากตารางที่ 5.3 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ งานอาชีพ และการมีแรงบันดาลใจ อย่างมีนัยสำคัญที่
 กับพฤติกรรมด้านอารมณ์ของนักเรียน มี 3 ปัจจัย คือ ระดับ .05
 ผู้ปกครองมีเวลาให้เหมาะสม การมีเป้าหมายใน

3.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่เป็นจุดอ่อน

ตารางที่ 5.41 สถิติ Chi-square เพื่อการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับด้านพฤติกรรมที่เป็นจุดอ่อน

กลุ่ม	ปัจจัย	ระดับ SDQ		X ² value (p-value)	
		ปกติ (344)	เสี่ยง / มีปัญหา (114)		
L	การรับรู้การประเมิน SDQ ของตนเอง	ตรงกับประเมิน SDQ	45.2	9.8	2.744 (0.073)
		ต่างกัน	29.9	15.1	
E	ผู้ปกครองมีเวลาให้เหมาะสม	มากและปานกลาง	52.2	8.3	8.457* (0.019)
		น้อย	22.9	16.7	
E	การมีเป้าหมายในงานอาชีพ	มากและปานกลาง	43.7	8.1	5.782* (0.019)
		น้อย	31.4	16.8	
L	การได้รับคำชมเชย หรือรางวัล จากการมีพฤติกรรมเหมาะสม	มากและปานกลาง	50.1	9.9	3.957* (0.044)
		น้อย	24.9	15.1	
L	การมีแรงบันดาลใจจากบุคคลอื่น (รายการโทรทัศน์)	มากและปานกลาง	43.3	12.2	2.295 (0.226)
		น้อย	31.7	12.7	

จากตารางที่ 5.4 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ และการได้รับคำชมเชย หรือรางวัลจากการมีพฤติกรรมกับพฤติกรรมที่เป็นจุดอ่อน มี 3 ปัจจัย คือ ผู้ปกครอง เหมาะสม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีเวลาให้เหมาะสม การมีเป้าหมายในงานอาชีพ

3.5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่เป็นจุดแข็ง

ตารางที่ 5.42 ค่าสถิติ Chi-square การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่เป็นจุดแข็ง (SDQ-strength/prosocial behavior)

กลุ่ม	ปัจจัยด้านพฤติกรรม	ระดับ SDQ		X ² value (p value)	
		เฉลี่ย	เสี่ยง / ปัญหา		
L	การรับรู้การประเมิน SDQ ของตนเอง	ตรงกับประเมิน SDQ	41.5	10.5	1.103 (0.172)
		ต่างกัน	33.6	14.4	
E	ผู้ปกครองมีเวลาให้เหมาะสม	มากและปานกลาง	42.3	9.6	2.042 (0.078)
		น้อย	32.7	15.3	
E	การมีเป้าหมายในงานอาชีพ	มากและปานกลาง	43.7	10.0	2.026 (0.089)
		น้อย	31.4	14.8	
L	การได้รับคำชมเชย หรือรางวัล จากการมีพฤติกรรมที่เหมาะสม	มากและปานกลาง	43.1	6.2	8.883* (0.003)
		น้อย	31.9	18.8	

ตารางที่ 5.42 (ต่อ)

กลุ่ม	ปัจจัยด้านพฤติกรรม	ระดับ SDQ		χ ² value (p value)	
		เฉลี่ย	เสี่ยง / ปัญหา		
L	การมีแรงบันดาลใจ (บุคคล และ/หรือรายการโทรทัศน์)	มากและปานกลาง	42.9	6.3	7.219* (0.002)
		น้อย	31.9	18.9	

จากตารางที่ 5.42 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่เป็นจุดแข็งของนักเรียน หรือการเข้าสังคม คือ การได้รับคำชมเชย หรือรางวัลจากการมีพฤติกรรมที่เหมาะสม และการมีแรงบันดาลใจ (จากบุคคล และ/หรือรายการโทรทัศน์) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผล

อภิปรายร่วมกันทั้งสุขภาพ และพฤติกรรม ดังนี้

1. ผลการสำรวจฟัน พฤติกรรมด้านฟัน

ความชุกของปัญหาฟันผุลดลงเมื่อเทียบกับการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากของสำนักทันตสาธารณสุขซึ่งพบฟันผุร้อยละ 52.0 (สำนักทันตสาธารณสุขกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2561) น่าจะเป็นผลจากการมีโครงการรณรงค์สุขภาพในช่องปากอย่างต่อเนื่องทั้งประเทศ แต่ก็ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างโครงการรณรงค์สุขภาพในช่องปากกับสุขภาพฟัน และยังพบว่าในวันเสาร์ อาทิตย์ หรือวันหยุด นักเรียนไม่ได้มีการแปรงฟันหลังรับประทานอาหารกลางวัน ซึ่งจากการสอบถาม พบว่า การมีอุปกรณ์ที่สวยงามจะช่วยกระตุ้นให้นักเรียนอยากแปรงฟันมากขึ้น

2. ผลการสำรวจภาวะโภชนาการ และพฤติกรรมด้านโภชนาการ

นักเรียนที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ ต่ำกว่าเกณฑ์ และภาวะเตี้ย ร้อยละ 11.2, 5.4 และ 7.2 ตามลำดับ เมื่อเทียบกับการสำรวจภาวะโภชนาการเด็กอายุ 0-5 ปี

(The Multiple Indicator Cluster Surveys, MICS) โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติและกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับองค์การยูนิเซฟ ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 พบว่า ความชุกของเด็กน้ำหนักเกินและอ้วน ร้อยละ 12.7 ภาวะผอม ร้อยละ 7.7 ภาวะเตี้ย ร้อยละ 13.3 (กลุ่มประเมินผลและนิเทศติดตาม กองแผนงาน กรมอนามัย, 2563)

2.1 ปัจจัยนำ คือ การรับรู้น้ำหนักของตนเองที่ถูกต้อง ซึ่งข้อมูลทั้งจากการสอบถามและการประเมินน้ำหนัก ส่วนสูง พบว่า นักเรียนกลุ่มที่น้ำหนักมากเกินเกณฑ์แต่ยังไม่ถึงอ้วน จะรับรู้ว่ามีน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์เฉลี่ยและไม่เป็นปัญหา กลุ่มที่มีการประเมินน้ำหนักเป็นไปตามเกณฑ์ จะรับรู้ว่ามีน้ำหนักของตนเองที่ถูกต้องได้มากกว่า ถือเป็นปัจจัยที่ช่วยเตือนให้นักเรียนตระหนักถึงความเสี่ยงในปัญหามากขึ้น ซึ่งเป็นไปตามการศึกษาของพงษ์ศักดิ์ น้อยพยัคฆ์, วินิตดา ปิยะศิลป์, วันดี นิงสานนท์, และประสพศรี อึ้งถาวร. (2557) ที่ระบุว่า การรับรู้ถึงการได้รับรางวัลและการมีพฤติกรรมเสี่ยง ได้พัฒนาในช่วงวัยรุ่นตอนต้น จึงทำให้มีความไวต่อการรับรู้ความเสี่ยง

2.2 ปัจจัยเอื้อ พบเพียงปัจจัยเดียว คือ การมีวินัยในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับโภชนาการ โดยข้อมูลที่ได้จากการสอบถาม บ่งบอกว่านักเรียนที่นอนดึกและนอนไม่เป็นเวลาจะมีโอกาสรับประทานอาหารมากขึ้น

2.3 ปัจจัยเสริม คือ การได้ประโยชน์จากการมีรูปร่างที่เหมาะสม สามารถอธิบายได้ว่าเด็กวัยเรียนระดับประถมศึกษาเป็นช่วงวัยที่ชอบความท้าทายที่ชัดเจนในชีวิต (พงษ์ศักดิ์ น้อยพยัคฆ์, วินิตดา ปิยะศิลป์,

วันดี นิงสานนท์, และประสพศรี อึ้งถาวร, 2557) ดังข้อมูลจากการสอบถาม พบว่าการสอบเข้าเรียนต่อระดับมัธยมศึกษา เป็นเหตุการณ์ที่ทำให้ความสามารถของนักเรียน ดังนั้น หากได้ประโยชน์จากพฤติกรรมที่ตรงกับความท้าทายก็จะทำให้มีการขับเคลื่อนพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม และยังพบว่าคุณสมบัติของนักเรียน เช่น นักเรียนที่มีรูปร่างสูงไม่อ้วน มีบุคลิกภาพดี อาจจะทำได้โควตาเรียนต่อในระดับชั้นมัธยมศึกษา

3. ผลการสำรวจสุขภาพจิต ทั้งด้านอารมณ์ และพฤติกรรม

ความชุกของปัญหาด้านอารมณ์ พบว่า ต่ำกว่าผลการสำรวจติดตามสถานการณ์ระดับความฉลาดทางอารมณ์ของนักเรียนไทยอายุ 6-11 ปี ระดับประเทศ ปี 2559 พบว่ามีความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) อยู่ในระดับปกติขึ้นไป ร้อยละ 77.0 และอยู่ในระดับที่ควรได้รับการพัฒนา ร้อยละ 23.0 (สถาบัน ราชานุกูล, 2559) ซึ่ง EQ ด้านการแก้ปัญหาและการตัดสินใจ พบว่า มีปัญหามากที่สุด ผลการวิจัยนี้ สามารถอธิบายได้ด้วยข้อมูลที่ได้จากการสอบถามนักเรียนว่า อาจจะสัมพันธ์กับรูปแบบการเลี้ยงดู ที่พบว่า พ่อแม่ผู้ปกครองมักจะเป็นคนตัดสินใจให้แก่เด็ก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วณิชฐา เหลืออรุณ, สุวิมล ตรีภานันท์ และบุญมี พันธุ์ไทย. (2559). ที่พบว่า การเลี้ยงดูโดยยอมรับในความสามารถของเด็ก รับฟังความคิดเห็นให้ความร่วมมือช่วยเหลือตามสมควรจะทำให้เด็กมีความสามารถในการเอาชนะอุปสรรคหรือการแก้ไขปัญหาได้ดีกว่าเด็กที่ถูกเลี้ยงดูแบบเข้มงวดกดดันไม่ได้ทำในสิ่งที่ตนต้องการหรือทำอะไรด้วยตนเองไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อเทียบกับการสังเกตของทีมวิจัยขณะเก็บข้อมูล พบว่า นักเรียนหลายกลุ่มแสดงอาการก้าวร้าว และการขาดระเบียบ เช่น การคุยกันตลอดเวลา และต้องการนั่งเป็นกลุ่ม เมื่อจับแยก จะแสดงอาการไม่พอใจ เช่น ตะโกน ตะโกนใส่ ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้

ต้องมีการติดตามต่อในระยะยาว

ผลการคัดกรองปัญหาพฤติกรรมในเด็ก เปรียบเทียบกับรายงานวิจัยของทวิศิลป์ วิษณุโยธิน และคณะ (2556) พบว่า งานวิจัยนี้สูงกว่าทุกด้าน ยกเว้นพฤติกรรมด้านสัมพันธ์ภาพกับเพื่อน ซึ่งเป็นที่น่าสังเกตว่า รูปแบบคะแนนคล้ายคลึงกัน คือ พฤติกรรมด้านสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนมีปัญหามากที่สุด สามารถอธิบายได้ว่า เด็กในช่วงวัยนี้จะติดเพื่อนและให้ความสำคัญกับเพื่อนทำให้เกิดการแบ่งกลุ่ม (peer years หรือ secret society) ซึ่งจากข้อมูลการสัมภาษณ์ พบว่านักเรียนจะมีกลุ่มเพื่อนสนิทและจะไม่อยากให้มีใครเข้าหรือออกจากกลุ่มเวลานั้น หรือทำกิจกรรมก็จะทำเฉพาะกลุ่มของตนเอง บางครั้งก็มีการตั้งชื่อกลุ่ม เพราะเป็นวัยที่แสวงหาและชอบท้าทาย ตามเพื่อน เชื่อเพื่อน มากกว่าครู อาจารย์ หรือผู้ปกครอง

ปัจจัยที่สัมพันธ์ คือ ผู้ปกครองมีเวลาให้อย่างสม่ำเสมอ การมีเป้าหมายในงานอาชีพ การมีแรงบันดาลใจ และการได้รับคำชมเชย หรือรางวัล ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลการสอบถาม คือ นักเรียนต้องการการพูดคุยสนทนา ให้เหตุผลจากผู้ที่เกี่ยวข้อง ทั้งผู้ปกครอง พยาบาลอนามัยโรงเรียน หรือครูในโรงเรียน ประเด็นที่สำคัญอีกประเด็นคือพบว่ากลุ่มที่มีสัมพันธ์ภาพทางสังคมดีจะชอบดูรายการเด็ก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อัจศรา ประเสริฐสิน (2553) ที่พบว่า การรับสื่อด้านบันเทิงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิตโดยมีความสัมพันธ์สูงสุด .468 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และรายการที่นักเรียนในกลุ่มที่มีคะแนนการประเมิน SDQ ด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคมสูง คือ รายการ super 10 เมื่อสอบถามเพิ่มเติมพบว่าการรับรู้ในสังคมมีเด็กที่ต้องดิ้นรนต่อสู้ เพราะไม่มีเงิน หรือช่วยทางบ้านหาเงิน ทำให้นักเรียนรู้สึกที่ตนเองต้องฝึกทักษะบางอย่างที่จะสามารถไปออกรายการได้

สรุป

ภาวะสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนเขตสาทร ยังมีปัญหาทั้งฟันผุ น้ำหนักเกิน ความฉลาดทางอารมณ์และการแสดงออกของพฤติกรรม โดยพฤติกรรมยังมีความไม่เหมาะสมในด้านของการปฏิบัติ ซึ่งพบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่น่าสนใจ คือ การมีเป้าหมายในชีวิต การเห็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมและรายการโทรทัศน์ที่สร้างแรงบันดาลใจ ทั้งปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมกับการสร้างแรงจูงใจ พบว่า แรงจูงใจที่มีประสิทธิภาพและอยู่ได้นาน คือ แรงจูงใจภายใน เช่น การเห็นประโยชน์จากการมีรูปร่างที่ดี ด้านงานอาชีพในอนาคต หรือแรงจูงใจจากภายนอก เช่น การสนับสนุนทรัพยากรทั้งอุปกรณ์ หรือเวลาจากสมาชิกในครอบครัว ต่างร่วมกันชี้แจงพฤติกรรมของนักเรียน และที่สำคัญคือปัจจัยการมีเป้าหมายที่ชัดเจนในงานอาชีพ และเห็นว่าพฤติกรรมปฏิบัติส่งผลต่อเป้าหมาย เช่น การควบคุมน้ำหนัก การดูรายการที่สร้างแรงบันดาลใจ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ในการจัดโครงการอนามัยโรงเรียนควรเป็นโครงการที่สร้างแรงบันดาลใจที่นักเรียนมีอยู่แล้วให้ชัดเจนขึ้น ดังนี้

1.1 การสร้างเสริมความสมดุลของโภชนาการ โดย

1.1.1 การสร้างแรงจูงใจด้านอาชีพที่ใฝ่ฝัน หรือการเป็นพลเมืองที่น่ายกย่อง การแนะนำอาชีพ ตั้งแต่ระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลาย เพื่อให้นักเรียนเตรียมตัว เช่น การเป็นนักฟุตบอลอาชีพต้องเตรียมตัวอย่างไร หรือการเปิดทีวี ให้นักเรียนดูรายการเด็ก เช่น ซูเปอร์เท็น (Super 10) ที่มีเด็ก ๆ เข้าไปประกวด เพื่อให้ นักเรียนใช้เวลานอกห้องเรียนอย่างมีเป้าหมาย และดูแลตนเองให้ดูดีเพื่ออนาคตที่ใฝ่ฝันซึ่งต้องลงมือทำด้วยตนเอง

1.1.2 การเสริมปัจจัยนำ การมีรูปร่างที่ดี โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการประเมินภาชนะน้ำหนักตัวของตนเอง ซึ่งผลการวิจัยระบุว่า ประมาณครึ่งหนึ่งของนักเรียนมีการประเมินภาชนะน้ำหนักตนเองไม่ถูกต้อง การให้ความรู้ในการกำกับ ประเมิน ให้เกิดความเข้าใจ ความหมายของน้ำหนัก ส่วนสูงที่ถูกต้องเพื่อให้นักเรียนเห็นภาพ เช่น น้ำหนักหรือส่วนสูงอยู่ในเกณฑ์เฉลี่ยแต่มีแนวโน้มที่จะท่วม หรือเริ่มพอม

1.1.3 การเพิ่มกิจกรรมที่ให้นักเรียนทำในช่วงเย็น ผลการวิจัยระบุว่านักเรียนใช้เวลาเฉลี่ยในการทำการบ้านน้อยกว่าเวลาในการเล่นคอมพิวเตอร์หรือดูทีวี ซึ่งกิจกรรมสามารถเป็นได้ทั้งการสร้างเสริมให้นักเรียนเล่นกีฬา หรือมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมมากขึ้น เช่น การทำงานบ้าน โดยควรจะให้คะแนนในรายวิชาหน้าที่ของพลเมือง ถ้านักเรียนสามารถทำประโยชน์ให้แก่ครอบครัวและชุมชนใกล้บ้านได้

1.2 ปรับเปลี่ยนการปฏิบัติด้านการดูแลสุขภาพฟัน โดย

1.2.1 การจัดทำโครงการแปรงฟันอย่างจริงจังและเสริมความรู้การดูแลสุขภาพฟันที่โรงเรียน ผลการวิจัยพบว่า ยังมีการแปรงฟันที่ไม่เพียงพอ หรือการพยายามสร้างเสริมนิสัยให้แปรงฟันหลังอาหาร 3 มื้อที่โรงเรียน แต่เมื่ออยู่บ้านกลับมีนักเรียนจำนวนน้อยที่ปฏิบัติ ดังนั้น การปลูกฝังพฤติกรรมการปฏิบัติอาจจะต้องควบคู่ไปกับการให้ความรู้อย่างจริงจังมากขึ้น เกี่ยวกับ 1) บทบาทฟลูออไรด์ในการคืนกลับของแร่ธาตุเกาะฟัน (remineralization) 2) การเปลี่ยนแปลงสีฟันอย่างน้อย 6 เดือนครั้งให้กับนักเรียน 3) การเกิดคราบจุลินทรีย์หรือ plaque และ 4) การผุของฟันน้ำนมมีผลต่อการผุของฟันแท้

1.2.2 การให้ครอบครัวร่วมมือในการกำกับควบคุมนักเรียนเพื่อสร้างเสริมพฤติกรรม จากการสอบถามกับนักเรียน สามารถสรุปเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ว่า

การมีส่วนร่วมของครอบครัวเป็นแรงผลักดันให้นักเรียนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในหลายเรื่อง รวมทั้งการแปรงฟัน จากผลการวิจัย พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัว คือ การกำกับว่าขณะนี้แม่หรือพ่อเห็นว่านักเรียนเริ่มอ้วนแล้ว ควรลดอาหารมีอติ๊ก ของทอด และเพิ่มการรับประทานผัก ผลไม้ให้มากขึ้น

1.3. การสร้างเสริมด้านความฉลาดทางอารมณ์ และลดปัญหาสุขภาพเฉพาะวัยของนักเรียน ซึ่งผลการวิจัยพบว่า นักเรียนต้องการ การสนทนาและต้องการ คนฟัง ดังนั้น โรงเรียนอาจจะใช้การ ให้คำปรึกษากลุ่ม การฝึกกิจกรรมได้วาทิ การสัมภาษณ์ รวมทั้งการเปิด รายการเสริมสร้างความทะยานอยากในอนาคตให้แก่เด็ก เช่น ซูเปอร์เท็น (Super 10) หรือรายการสัมภาษณ์ เช่น รายการเจาะใจ ซึ่งเป็นรายการที่สร้างแรงบันดาลใจที่ดี

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ศึกษาผลของการจัดโครงการหรือกิจกรรม ส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพในเด็กวัยเรียนระดับ ประถมศึกษา ด้วยสื่อสาธารณะเชิงบวกที่คัดสรร

2.2 ศึกษาผลของการพัฒนาภาวะสุขภาพของเด็กวัยเรียนหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพ โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการกำกับติดตาม

2.3 งานวิจัยนี้ไม่ครอบคลุมประเด็นสำคัญ คือ ด้านเพศ ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ฮอร์โมนเป็นสำคัญจึงควรศึกษาประเด็นนี้เพิ่มเติม เพื่อทำความเข้าใจวัยรุ่น

กิตติกรรมประกาศ

ทีมวิจัยขอขอบพระคุณวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ที่ให้ทุนสนับสนุนการทำวิจัย และขอขอบคุณโรงเรียนที่เข้าร่วมทั้ง 12 แห่ง รวมถึงนักเรียนกลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลวิจัยจนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน. (2560). *จำนวนร้อยละของคดีที่เป็นการกระทำผิดซ้ำที่ดำเนินคดีโดยสถานพินิจทั่วประเทศ* [ออนไลน์]. สืบค้น 8 มกราคม 2561, จาก <https://djop.thaijob.com/201701/index.php>

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ เด็กอายุ 6-11 ปี*. [ออนไลน์]. สืบค้น 8 มกราคม 2561, จาก <https://dmh-elibrary.org/items/show/40>

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *แบบประเมินจุดแข็งและจุดอ่อน (SDQ)*. [ออนไลน์]. สืบค้น 8 มกราคม 2561, จาก <http://www.appcenter.mhc5.net/sdq/>

กลุ่มประเมินผลและนิเทศติดตาม กองแผนงานกรมอนามัย. (2563). *รายงานประจำปี 2563 กรมอนามัย*. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนดส์ดีไซน์.

คณะกรรมการตรวจสอบและประเมินผล ภาคราชการ กลุ่มกระทรวง คณะที่ 2. (2562). *รายงานการพัฒนาเด็กปฐมวัย*. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อ 9 มกราคม 2560 จาก https://www.nesdc.go.th/ewt_w3c/ewt_dl_link.php?nid=10104

ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, วิมลรัตน์ วันเพ็ญ, ศศกร วิชัย, พัชรินทร์ อรุณเรือง, จันทร์ชนก โยธินชัชวาล, ธนโชติ เทียมแสง, หนึ่งฤทัย ยี่สุนศรี, ธัชกร ป้ายงเหลืออม, และนภาพรรณ ลำเต๊ะ. (2556). *การสำรวจสถานการณ์ปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงและการติดเกมในนักเรียน โรงเรียนนำร่องระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียน*. นนทบุรี: สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

- วิชัย เอกพลากร, ลัดดา เหมาะาสวรรณ, นิชรา เรืองดารกานนท์, วราภรณ์ เสถียรนพเกล้า, และหทัยชนก พรอคเจริญ. (2557). รายงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 ฉบับสุขภาพเด็ก พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- วนิชฐา เหลืออรุณ, สุวิมล ตรีกันันท์, และบุญมี พันธุ์ไทย. (2559). การศึกษาเปรียบเทียบความสามารถในการเอาชนะอุปสรรคของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 สังกัดกรุงเทพมหานครที่มีรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูต่างกัน. *พินเนศวร์สาร*, 12(1), 87-101.
- สถาบันราชานุกูล. (2559). *การสำรวจสถานการณั้ระดับสติปัญญา (IQ) และความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) เด็กไทยวัยเรียน และ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง*. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อ 9 มกราคม 2560 จาก <https://th.rajanukul.go.th /preview-5122.html>
- สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ.2560*. นนทบุรี: สามเจริญพานิชย์ จำกัด.
- พงษ์ศักดิ์ น้อยพยัคฆ์, วินัดดา ปิยะศิลป์, วันดี นิงสานนท์, และประสพศรี อึ้งถาวร. (2557). *Guideline in Child Health Supervision*. กรุงเทพฯ: สรรพสาร จำกัด.
- อัจฉรา ประเสริฐสิน. (2553). ผลกระทบของพฤติกรรมการรับสื่ออินเทอร์เน็ตต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของเด็กและเยาวชนไทย: กรณีศึกษากรุงเทพมหานคร. *วารสารศรีปทุมปริทัศน์ ฉบับมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 10(2), 54-62.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (1999). *Health promotion planing third edition an educational and ecological approach* (3rd ed.). California: Mayfield publishing company.
- World Health Organization. (2013). *Oral Health Surveys - Basic Methods*. (5rd ed.). Geneva: World Health Organization Library.
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An introductory statistics (Second Edition)*. New York: Harper & Row.



ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะของอาสาสมัครประจำครอบครัว จังหวัดสุโขทัย

Factors Affecting the Work Competency of the Family Volunteers in Sukhothai Province

ยุทธนา แยกคาย, ส.ด., Yutthana Yaebkai, Dr.P.H.^{1*}

มุจลินท์ แปงศิริ, ส.ม., Mujjaln Pangsi, M.P.H.²

¹นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

¹Public Health Technical Officer, Professional Level, Sukhothai Provincial Public Health Office

²อาจารย์, ภาควิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่

²Lecturer, Department of Public Health, Faculty of Science and Technology,
Chiangmai Rajabhat University

*Corresponding Author Email: amu-nra@hotmail.com

Received: October 5, 2021

Revised: November 25, 2021

Accepted: December 20, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาคั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะของอาสาสมัครประจำครอบครัว จังหวัดสุโขทัย กลุ่มตัวอย่างคือ อาสาสมัครประจำครอบครัว จังหวัดสุโขทัย จำนวน 349 คน ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน ผลการวิจัย พบว่า ความรู้ เจตคติ แรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการปฏิบัติงานตามสมรรถนะของอาสาสมัครประจำครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง และการรับรู้บทบาทอยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่มีอำนาจพยากรณ์การปฏิบัติงานตามสมรรถนะของอาสาสมัครประจำครอบครัวสูงสุดคือ แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ($\beta = 0.401$) รองลงมาคือ การรับรู้บทบาท ($\beta = 0.384$) แรงสนับสนุนทางสังคม ($\beta = 0.104$) และระดับการศึกษามัธยมปลายหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ ($\beta = 0.075$) ตามลำดับตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 4 ตัวรวมพยากรณ์การปฏิบัติงานตามสมรรถนะของอาสาสมัครประจำครอบครัวได้ร้อยละ 53.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน สร้างการรับรู้บทบาท และให้แรงสนับสนุนทางสังคมแก่อาสาสมัครประจำครอบครัว และพัฒนาศักยภาพให้สอดคล้องกับระดับการศึกษาของอาสาสมัครประจำครอบครัว

คำสำคัญ: การปฏิบัติงาน สมรรถนะ อาสาสมัครประจำครอบครัว

Abstract

This descriptive research aimed to study the factors affecting the work competency of the family volunteers in Sukhothai Province. The samples in the study were 349 family volunteers in Sukhothai Province. The multi-stage sampling method was used for the sample selection. A questionnaire was used as the instrument for data collection. Descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis were used for data analysis. The study results showed that the knowledge, attitudes, social support, work motivation, and work competency of family volunteers were at the moderate level, while their role perception was at the high level. The factor with the highest predictive power on the family volunteers' work competency was work motivation ($\beta = 0.401$), followed by role perception ($\beta = 0.384$), social support ($\beta = 0.104$), and educational level at upper secondary or certificate in vocational education ($\beta = 0.075$), respectively. Four predictors could co-predict the work competency of the family volunteers at 53.8% with a statistical significance of 0.05. These research results indicate that related agencies should boost work motivation, role perception, and social support for family volunteers. Further, these volunteers should develop their potential in accordance with their educational levels.

Keywords: Work competency, Competency, Family volunteers

บทนำ

อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ได้รับการพัฒนาศักยภาพ 4,000,000 คนทั่วประเทศ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 - 2561 จำนวนอาสาสมัครประจำครอบครัวที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ 50,000 คน, 470,751 คน และ 500,000 คน ตามลำดับ และในปี พ.ศ. 2562 - 2564 จำนวนอาสาสมัครประจำครอบครัวที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเพิ่มขึ้นปีละ 1,000,000 คน (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2560) ส่วนจังหวัดสุโขทัย มีเป้าหมายจำนวนอาสาสมัครประจำครอบครัวที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 - 2564 จำนวนอาสาสมัครประจำครอบครัวที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ 430 คน, 6,645 คน, 6,649 คน, 5,125 คน, 5,125 คน และ 6,062 คน ตามลำดับ รายงานผลการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครประจำครอบครัว ในปี พ.ศ. 2560

มีเกณฑ์เป้าหมายคือมีครอบครัวที่ผ่านเกณฑ์การประเมินครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 50 พบว่า ภาพรวมทั้งประเทศไทยมีจำนวนครอบครัวที่ผ่านการประเมินร้อยละ 93.70 และเขตสุขภาพที่ 2 มีจำนวนครอบครัวที่ผ่านการประเมิน ร้อยละ 85.25 ประกอบด้วย 5 จังหวัดคือ จังหวัดตาก จังหวัดอุดรธานี จังหวัดพิษณุโลก จังหวัดเพชรบูรณ์ และจังหวัดสุโขทัย มีจำนวนครอบครัวที่ผ่านการประเมินร้อยละ 100.0, 98.6, 88.8, 81.8 และ 72.9 ตามลำดับ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2560) ซึ่งอาสาสมัครประจำครอบครัว จังหวัดสุโขทัย มีผลการปฏิบัติงานน้อยที่สุดในเขตสุขภาพที่ 2 หรือต่ำกว่าเป้าหมายที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย กำหนดไว้ที่ร้อยละ 80 ประกอบกับกระทรวงสาธารณสุข

โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้กำหนดให้อาสาสมัครประจำครอบครัวปฏิบัติงานให้เป็นไปตามสมรรถนะของอาสาสมัครประจำครอบครัว ดังนี้ 1) ดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว 2) ถ่ายทอดความรู้ให้แก่สมาชิกในครอบครัว 3) ช่วยเหลือดูแลสุขภาพของประชาชนที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง 4) วิเคราะห์และจัดการความเสี่ยงภัยสุขภาพของตนเองและสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งนำสมาชิกไปรับบริการสุขภาพ เมื่อพบปัญหาเกินกว่าที่ครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะดูแลได้ 5) บันทึกกิจกรรมการดูแลสุขภาพของอาสาสมัครประจำครอบครัวลงในสมุดบันทึกประจำครอบครัว และ 6) ประสานงาน เชื่อมโยงเป็นเครือข่าย ร้างแหล่งต่อข้อมูลด้านสุขภาพ ได้รับความรู้เพิ่มเติม และรับคำปรึกษาจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2559) เมื่ออาสาสมัครประจำครอบครัวมีผลการปฏิบัติงานตามสมรรถนะของอาสาสมัครประจำครอบครัวอยู่ในระดับสูงย่อมสามารถบ่งบอกได้ถึงประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการปฏิบัติงานที่เป็นไปตามมาตรฐานสมรรถนะของอาสาสมัครประจำครอบครัวซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของสมาชิกในครอบครัวให้ดียิ่งขึ้น และจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ยุทธนา แยกคาย และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, 2560) และการพัฒนารูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติงานอิงสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (รัตนะ บัวสนธ์, สำราญ มีแจ้ง, สายฝน วิบูลรังสรรค์, และปฎิภา ศิริติมงคล, 2555) อย่างไรก็ตาม ไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติงานตามสมรรถนะของอาสาสมัครประจำครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ได้มีข้อเสนอแนะงานวิจัยและพัฒนาที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครประจำครอบครัว

โดยให้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะของอาสาสมัครประจำครอบครัว จังหวัดสุโขทัย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย, 2561) ซึ่งผลการวิจัยจะนำไปใช้ในการบริหารจัดการ พัฒนาศักยภาพ ส่งเสริม และสนับสนุนอาสาสมัครประจำครอบครัวให้สามารถปฏิบัติงานตามสมรรถนะของอาสาสมัครประจำครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการปฏิบัติงานตามสมรรถนะของอาสาสมัครประจำครอบครัว และปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะของอาสาสมัครประจำครอบครัว จังหวัดสุโขทัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ เจตคติ การรับรู้บทบาท แรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการปฏิบัติงานตามสมรรถนะของอาสาสมัครประจำครอบครัว จังหวัดสุโขทัย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะของอาสาสมัครประจำครอบครัว จังหวัดสุโขทัย

สมมุติฐานการวิจัย

ปัจจัยด้านความรู้ เจตคติ การรับรู้บทบาท แรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และปัจจัยคุณลักษณะทางประชากร มีผลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะของอาสาสมัครประจำครอบครัว จังหวัดสุโขทัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยด้านสาธารณสุขในมนุษย์ จังหวัดสุโขทัย เลขที่โครงการ/รหัส IRB 38/2562 เมื่อวันที่ 3 ตุลาคม 2562 วันสิ้นสุดการรับรอง

วันที่ 2 ตุลาคม 2563 ประเภทโครงการวิจัยแบบเร่งรัด (Expedited review)

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่างคือ อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) จังหวัดสุโขทัย จำนวน 66,699 คน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2560) คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรการประมาณการค่าเฉลี่ยประชากร (Daniel & Cross, 2013) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 349 คน โดยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) ตามสัดส่วนอาสาสมัครประจำครอบครัวของแต่ละอำเภอทั้ง 9 อำเภอเพื่อให้ได้ขนาดตัวอย่างของแต่ละอำเภอ ขั้นตอนที่ 2 การสุ่มแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster random sampling) เลือกตำบลจากแต่ละอำเภอด้วยนำชื่อตำบลทั้งหมดในอำเภอนั้น ๆ มาจัดทำเป็นฉลาก จับฉลากเลือกเป็นตัวแทนอำเภอละ 1 ตำบลแบบไม่ใส่คืนจนได้ตำบลครบทั้ง 9 ตำบล ขั้นตอนที่ 3 การสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster random sampling) เลือกหมู่บ้านจากแต่ละตำบลด้วยการนำลำดับหมู่บ้านทั้งหมดในตำบลนั้น ๆ มาจัดทำเป็นฉลาก โดยการเขียนลำดับหมู่บ้านในแต่ละตำบลหลังจากนั้นทำการจับฉลากแยกเป็นรายตำบล โดยจับเลือกเป็นตำบล ๆ ละ 1 หมู่บ้านแบบไม่ใส่คืนจนได้หมู่บ้านครบทั้ง 9 หมู่บ้าน และขั้นตอนที่ 4 การสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จากรายชื่ออาสาสมัครประจำครอบครัวในแต่ละหมู่บ้านตามขนาดตัวอย่างที่กำหนดไว้ด้วยคอมพิวเตอร์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ แบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วย 7 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน บทบาทในครอบครัว

จำนวนสมาชิกในครอบครัว หลักสูตรที่ผ่านการเรียนรู้ และฝึกปฏิบัติ ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครประจำครอบครัว และการมีตำแหน่งอื่นในชุมชน ลักษณะคำถามเป็นเลือกตอบและเติมคำลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 ความรู้พัฒนาขึ้นจากทฤษฎี Knowledge Attitude Practice (KAP) ของ Bloom (1965) จำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นปลายปิด แต่ละข้อมีคำตอบให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือก มีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ถ้าตอบถูกให้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดให้ 0 คะแนน คะแนนเต็ม 8 คะแนน การแปลความหมายคะแนนความรู้แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Bloom (1975) คือ ความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 80 ขึ้นไป ความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60 - 79 และความรู้อยู่ในระดับต่ำ น้อยกว่าร้อยละ 60 โดยมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาอยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.71

ส่วนที่ 3 เจตคติ พัฒนาขึ้นจากทฤษฎี Knowledge Attitude Practice (KAP) ของ Bloom (1965) จำนวน 11 ข้อ เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ข้อคำถามเชิงบวก ให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ และข้อคำถามเชิงลบ ให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 คะแนน ตามลำดับ คะแนนเต็ม 55 คะแนน การแปลความหมายคะแนนเจตคติแบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Bloom (1975) คือ เจตคติอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 80 ขึ้นไป เจตคติอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60 - 79 และเจตคติอยู่ในระดับต่ำ น้อยกว่าร้อยละ 60 โดยมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาอยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.77

ส่วนที่ 4 การรับรู้บทบาท พัฒนาขึ้นจากทฤษฎี การรับรู้บทบาท (Allport, 1968) จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับคือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ คะแนนเต็ม 100 คะแนน การแปลความหมายคะแนนการรับรู้บทบาทแบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Bloom (1975) คือ การรับรู้บทบาทอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 80 ขึ้นไป การรับรู้บทบาทอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60 - 79 และการรับรู้บทบาทอยู่ในระดับต่ำ น้อยกว่าร้อยละ 60 โดยมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาอยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.94

ส่วนที่ 5 แรงสนับสนุนทางสังคม พัฒนาขึ้นจากทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) จำนวน 24 ข้อ เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับคือ เป็นประจำ เป็นบางครั้ง และไม่เคยได้รับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ 3, 2 และ 1 ตามลำดับ คะแนนเต็ม 72 คะแนน การแปลความหมายคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมแบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Bloom (1975) คือ แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 80 ขึ้นไป แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60 - 79 และแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ น้อยกว่าร้อยละ 60 โดยมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาอยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.98

ส่วนที่ 6 แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน พัฒนาขึ้นจากทฤษฎีสองปัจจัยในการจูงใจของ Herzberg, Mausner & Snyderman (1959) จำนวน 35 ข้อ เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับคือ เห็นด้วย อย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ

ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ข้อคำถามเชิงบวก ให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ และข้อคำถามเชิงลบ ให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 คะแนน ตามลำดับ คะแนนเต็ม 175 คะแนน การแปลความหมายคะแนนแรงจูงใจในการปฏิบัติงานแบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Bloom (1975) คือ แรงจูงใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 80 ขึ้นไป แรงจูงใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60 - 79 และแรงจูงใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับต่ำ น้อยกว่าร้อยละ 60 โดยมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาอยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.97

ส่วนที่ 7 การปฏิบัติงานตามสมรรถนะของ อาสาสมัครประจำครอบครัว พัฒนาขึ้นจากทฤษฎี Knowledge Attitude Practice (KAP) ของ Bloom (1965) จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับคือ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง น้อยครั้ง และไม่เคย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ คะแนนเต็ม 100 คะแนน การแปลความหมายคะแนนการปฏิบัติงาน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Bloom (1975) คือ การปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 80 ขึ้นไป การปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60 - 79 และการปฏิบัติงานอยู่ในระดับต่ำ น้อยกว่าร้อยละ 60 โดยมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาอยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.94

3. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ ผู้วิจัยทำหนังสือ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัยขอความ อนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลถึงสำนักงานสาธารณสุข อำเภอทุกแห่ง โรงพยาบาลทุกแห่ง เทศบาลเมืองสวรรคโลก และเทศบาลเมืองสุโขทัยธานี เพื่อให้อาสาสมัคร

ประจำครอบครัวตอบแบบสอบถามในระหว่างวันที่ 3 ตุลาคม 2562 ถึง 30 พฤศจิกายน 2562 ซึ่งภายในแบบสอบถามจะไม่มีกรระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะเก็บเป็นความลับและไม่นำมาเปิดเผย การศึกษาครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง เมื่อผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามครบเรียบร้อยแล้วจะตรวจสอบความสมบูรณ์ ครบถ้วน และความถูกต้องของแบบสอบถามก่อนนำข้อมูลมาวิเคราะห์ผลการศึกษาในลำดับต่อไป

4. การวิเคราะห์ข้อมูลคือ วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้ 1) การวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน บทบาทในครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว หลักสูตรที่ผ่านการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติ ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครประจำครอบครัว และการมีตำแหน่งอื่นในชุมชน โดยใช้สถิติจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด 2) การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะของอาสาสมัครประจำครอบครัว จังหวัดสุโขทัย โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) ทั้งนี้ ก่อนการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนได้ดำเนินการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น จำนวน 5 ข้อ (Hair, Black, Babin & Anderson, 2012) พบว่าตัวแปรตามมีระดับการวัดแบบอันตรภาค มีความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระต่อกันและมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ ลักษณะการกระจายของตัวแปรตามเหมือนกันทุกค่าของตัวแปรทำนาย (Homoscedasticity) ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเป็นแบบเส้นตรง ตัวแปรไม่มีความคลาดเคลื่อนในการวัด (Measurement error) และตัวแปรทั้งหมดมีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่ำหรือไม่มีภาวะร่วมเส้นตรงพหุ (Multicollinearity) และ 3) กำหนด

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐาน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 82.2) อายุเฉลี่ย 45.17 ปี สถานภาพสมรสมากที่สุด (ร้อยละ 72.2) รองลงมาคือ โสด (ร้อยละ 16.6) มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลายหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) มากที่สุด (ร้อยละ 32.7) รองลงมาคือ ประถมศึกษา (ร้อยละ 30.9) ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด (ร้อยละ 52.4) รองลงมาคือ รับจ้าง (ร้อยละ 26.1) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนเฉลี่ย 7,299.63 บาท มีบทบาทในครอบครัวเป็นสมาชิกครอบครัว (ร้อยละ 75.4) มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 4 คนมากที่สุด (ร้อยละ 37.0) รองลงมาคือ 3 คน (ร้อยละ 22.3) ผ่านการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติหลักสูตร 3 การดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากที่สุด (ร้อยละ 37.2) รองลงมาคือ หลักสูตร 4 หลักสูตรกลางสำหรับบุคคลทั่วไป (ร้อยละ 31.8) ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครประจำครอบครัวเฉลี่ย 2 ปี และมีตำแหน่งอื่นในชุมชน (ร้อยละ 65.6)

2. ความรู้ เจตคติ การรับรู้บทบาท แรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการปฏิบัติงานตามสมรรถนะของอาสาสมัครประจำครอบครัว

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ($\bar{X} = 5.76$, S.D. = 1.35) เจตคติ ($\bar{X} = 39.69$, S.D. = 5.25) และการปฏิบัติงานตามสมรรถนะของอาสาสมัครประจำครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 78.37$, S.D. = 10.25) และการรับรู้บทบาทอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 82.34$, S.D. = 10.91) แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 55.82$, S.D. = 10.25) ได้แก่ ด้านอารมณ์/ความรู้สึก ($\bar{X} = 30.81$, S.D. = 5.90) ด้านข้อมูลข่าวสาร

(\bar{X} = 4.61, S.D. = 1.18) ด้านการประเมินคุณค่า (\bar{X} = 4.13, S.D. = 1.39) และด้านทรัพยากรอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} = 16.26, S.D. = 3.49) และแรงจูงใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} = 123.75, S.D. = 13.53) แบ่งออกเป็น 2 ปัจจัยคือ 1) ปัจจัยจูงใจหรือกระตุ้นอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} = 56.77, S.D. = 6.95) ได้แก่ ด้านความสำเร็จในการปฏิบัติงาน (\bar{X} = 11.35, S.D. = 1.64) ด้านการยอมรับนับถือ (\bar{X} = 11.35, S.D. = 1.64) ด้านโอกาสก้าวหน้าในตำแหน่งงาน (\bar{X} = 11.32, S.D. = 2.16) ด้านลักษณะงาน (\bar{X} = 11.57, S.D. = 1.61) และด้านความรับผิดชอบอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} = 11.49, S.D. = 1.63) และ 2) ปัจจัยค่าจ้างหรือปัจจัยสุขอนามัยอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} = 78.01, S.D. = 8.71) ได้แก่ ด้านเงินเดือนหรือค่าตอบแทน (\bar{X} = 8.07, S.D. = 1.23) และด้านวิธีปกครองบังคับบัญชาอยู่ในระดับสูง (\bar{X} = 12.00, S.D. = 1.62) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (\bar{X} = 11.88, S.D. = 1.61) ด้านสภาพในการทำงาน (\bar{X} = 11.45, S.D. = 1.68) ด้านนโยบายและการบริหารงาน (\bar{X} = 23.36, S.D. = 2.86) และด้านความมั่นคงในงานอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} = 11.25, S.D. = 1.89)

3. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะของอาสาสมัครประจำครอบครัว

ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะของอาสาสมัครประจำครอบครัว เรียงลำดับตามความสามารถในการอธิบายความแปรปรวนของการปฏิบัติงานจากมากไปหาน้อยได้ ดังนี้ ตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 1 คือ แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน โดยมีผลทางบวกต่อการปฏิบัติงานซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 39.6 (R^2 = 0.396) โดยเมื่อคะแนนแรงจูงใจในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนการปฏิบัติงานจะเพิ่มขึ้น 0.304 คะแนน (B = 0.304) ตัวแปรที่ถูกคัดเลือก

เข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 2 คือ การรับรู้บทบาท โดยมีผลทางบวกต่อการปฏิบัติงานซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 12.8 เป็นร้อยละ 52.4 (R^2 Change = 0.128, R^2 = 0.524) โดยเมื่อคะแนนการรับรู้บทบาทเพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนการปฏิบัติงานจะเพิ่มขึ้น 0.361 คะแนน (B = 0.361) ตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 3 คือ แรงสนับสนุนทางสังคม โดยมีผลทางบวกต่อการปฏิบัติงานซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 0.9 เป็นร้อยละ 53.3 (R^2 Change = 0.009, R^2 = 0.533) โดยเมื่อคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนการปฏิบัติงานจะเพิ่มขึ้น 0.104 คะแนน (B = 0.104) และตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 4 คือ ระดับการศึกษามัธยมศึกษาหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) โดยอาสาสมัครประจำครอบครัวที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) มีการปฏิบัติงานมากกว่าไม่ได้เรียน (อ้างอิง) ซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนได้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 0.6 เป็นร้อยละ 53.8 (R^2 Change = 0.006, R^2 = 0.538) เมื่ออาสาสมัครประจำครอบครัวที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) คะแนนการปฏิบัติงานจะเพิ่มขึ้น 1.637 คะแนน (B = 1.637) ซึ่งตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 4 ตัวแปรสามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานตามสมรรถนะของอาสาสมัครประจำครอบครัวได้ร้อยละ 53.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนตัวแปรอื่น ๆ ได้แก่ ความรู้ เจตคติ เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน บทบาทในครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว หลักสูตรที่ผ่านการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติ ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครประจำครอบครัว และการมีตำแหน่งอื่นในชุมชน ไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะของอาสาสมัครประจำครอบครัว ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับการปฏิบัติงานตามสมรรถนะของอาสาสมัครประจำครอบครัว (n = 349)

ตัวแปรพยากรณ์	R ²	R ² Change	Beta	b	s.e. of b	t	p-value
แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	0.396	0.396	0.401	0.304	0.034	8.984	<0.001
การรับรู้บทบาท	0.524	0.128	0.384	0.361	0.039	9.283	<0.001
แรงสนับสนุนทางสังคม	0.533	0.009	0.104	0.104	0.042	2.458	0.014
มัธยมปลายหรือ ปวช. (ไม่ได้เรียน = กลุ่มอ้างอิง)	0.538	0.006	0.075	1.637	0.808	2.026	0.044
Constant (a) = 4.673, R = 0.734, R ² = 0.538, Adjusted R ² = 0.533, F = 99.904, p<0.05, MSE = 49.250							

โดยสามารถเขียนสมการในการพยากรณ์การปฏิบัติงานตามสมรรถนะของอาสาสมัครประจำครอบครัวในรูปคะแนนดิบได้ ดังนี้

การปฏิบัติงานตามสมรรถนะของอาสาสมัครประจำครอบครัว = 4.673 + 0.304 (แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน) + 0.361 (การรับรู้บทบาท) + 0.104 (แรงสนับสนุนทางสังคม) + 1.637 (มัธยมปลายหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ)

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะของอาสาสมัครประจำครอบครัว พบว่าตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 4 ตัวร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานตามสมรรถนะของอาสาสมัครประจำครอบครัวได้ร้อยละ 53.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน การรับรู้บทบาท แรงสนับสนุนทางสังคม และระดับการศึกษามัธยมปลายหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ ตามลำดับ

1. แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน มีผลทางบวกต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะของอาสาสมัครประจำครอบครัว เมื่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น

จะมีการปฏิบัติงานตามสมรรถนะของอาสาสมัครประจำครอบครัวเพิ่มขึ้น อธิบายได้ว่า อาสาสมัครประจำครอบครัวเป็นสมาชิกครอบครัว ร้อยละ 75.4 ได้มีความพึงพอใจจากการปฏิบัติงานตามสมรรถนะของอาสาสมัครประจำครอบครัวได้สำเร็จหรือมีความรู้สึกภาคภูมิใจว่าได้การปฏิบัติงานนั้นประสบผลสำเร็จเป็นอย่างดี มีความสามารถในการแก้ปัญหาต่าง ๆ เกี่ยวกับงานนั้นอย่างชัดเจน และรู้จักป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้น (Herzberg, Mausner & Snyderman, 1959) รวมถึงการปฏิบัติงานในตำแหน่งอาสาสมัครประจำครอบครัว มีความยืดหยุ่นมากกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีระเบียบกฎเกณฑ์ บทบาทหน้าที่ และสวัสดิการไว้อย่างชัดเจน (กระทรวงสาธารณสุข, 2559) ซึ่งเป็นปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนในการปฏิบัติงานได้อย่างเหมาะสม ตลอดจนช่วยเพิ่มโอกาสก้าวหน้าในการดำรงตำแหน่งอื่นในชุมชนโดยได้รับการแต่งตั้งหรือเลือกตั้งให้ดำรงตำแหน่งที่สำคัญ ๆ ในชุมชน ร้อยละ 65.6

2. การรับรู้บทบาท มีผลทางบวกต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะของอาสาสมัครประจำครอบครัว เมื่อการรับรู้บทบาทเพิ่มขึ้นจะมีการปฏิบัติงานตามสมรรถนะของอาสาสมัครประจำครอบครัวเพิ่มขึ้น

อธิบายได้ว่า อาสาสมัครประจำครอบครัวที่ผ่านการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติหลักสูตร 1 การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ร้อยละ 9.2 หลักสูตร 2 การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ติดบ้าน ติดเตียง ร้อยละ 21.8 หลักสูตร 3 การดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ร้อยละ 37.2 และหลักสูตร 4 หลักสูตรกลางสำหรับบุคคลทั่วไป ร้อยละ 31.8 ได้แสดงบทบาทเป็นแกนนำปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่มีพฤติกรรมเป็นแบบอย่างให้ครอบครัวและเป็นผู้ดูแลสุขภาพของคนในครอบครัวตนเอง ถ่ายทอดความรู้ให้คนในครอบครัวตนเองและช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ประสานงาน พัฒนาสุขภาพครอบครัว และเป็นเครือข่ายกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยไม่ซ้ำซ้อนบทบาทกัน (กระทรวงสาธารณสุข, 2559) โดยอาสาสมัครประจำครอบครัวมีการรับรู้บทบาทเกี่ยวกับสมรรถนะของอาสาสมัครประจำครอบครัวอยู่ในระดับสูงทำให้เกิดการรับรู้บทบาทที่ต้องปฏิบัติตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายให้ถูกต้อง ตรงตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ และเห็นประโยชน์หรือความสำคัญจากการรับรู้บทบาทที่จะเกิดขึ้นว่าจะช่วยให้มีการปฏิบัติงานดีขึ้น (Allport, 1968) ซึ่งภายในหลักสูตรฝึกอบรมอาสาสมัครประจำครอบครัวมีเนื้อหาวิชาแกนหลักพื้นฐานให้อาสาสมัครประจำครอบครัวควรรับรู้เกี่ยวกับบทบาทอาสาสมัครประจำครอบครัวและการเชื่อมเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อให้อาสาสมัครประจำครอบครัวจะเป็นผู้ที่มีความรู้และทักษะในการปฏิบัติตนเองด้านสุขภาพอนามัยที่ถูกต้องดูแลสุขภาพด้วยตนเองแก่สมาชิกในครอบครัวได้เหมาะสมกับโรค ความเสี่ยง ภัยสุขภาพ และสามารถถ่ายทอดความรู้ให้แก่สมาชิกในครอบครัวได้ เชื่อมโยง ส่งต่อเป็นเครือข่ายสานต่อการดูแลสุขภาพกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างเป็นร่างแหเดียวกัน ไม่ซ้ำซ้อนกัน (กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

3. แรงสนับสนุนทางสังคม มีผลทางบวกต่อ

การปฏิบัติงานตามสมรรถนะของอาสาสมัครประจำครอบครัว เมื่อแรงสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้นจะมีการปฏิบัติงานตามสมรรถนะของอาสาสมัครประจำครอบครัวเพิ่มขึ้น อธิบายได้ว่า อาสาสมัครประจำครอบครัวได้รับการช่วยเหลือหรือได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์หรือความรู้สึก ด้านการประเมินคุณค่า ด้านทรัพยากร และด้านข้อมูลข่าวสารจากภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพิ่มมากขึ้นซึ่งจะก่อให้เกิดการปฏิบัติงานที่ดีขึ้นตามไปด้วยเช่นกัน (House, 1981) โดยกระทรวงสาธารณสุข (2559) ได้กำหนดแนวทางการสนับสนุน 1) ด้านแหล่งวิชาการและสิ่งสนับสนุน ได้แก่ แนวทาง หลักสูตร คู่มือ สื่อความรู้ แอปพลิเคชัน สมุดบันทึกประจำครอบครัว ระบบเครือข่ายสื่อสารกรมวิชาการต่าง ๆ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และที่เกี่ยวข้องด้วยการบูรณาการโดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพเป็นแกนหลัก และข้อตกลงความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน 2) ด้านการบริหารจัดการใช้นโยบายการบูรณาการกับทุกภาคส่วนโดยมีหน่วยงานรับผิดชอบ ได้แก่ นโยบายและกำกับติดตามโดยสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับกระทรวงอื่น ๆ การพัฒนาระบบคุณภาพมาตรฐานอาสาสมัครประจำครอบครัว โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพเป็นเจ้าภาพหลัก และการบริหารจัดการโดยสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และกระทรวงอื่น ๆ และ 3) ด้านงบประมาณ ได้แก่ งบประมาณการฝึกอบรมหน่วยงาน องค์กรหน่วยสถานบริการสุขภาพที่จัดการฝึกอบรมเป็นผู้จัดการงบประมาณเองโดยพิจารณาจากฐานทุนเดิมที่ได้ดำเนินการถ่ายทอดความรู้แก่กลุ่มเป้าหมายตามคุณสมบัติที่กำหนดในงานประจำอยู่แล้ว และงบประมาณจากแหล่งอื่นในพื้นที่ งบประมาณงานภายหลังการฝึกอบรม งบประมาณสนับสนุนกิจกรรมของอาสาสมัครประจำครอบครัวที่จะดำเนินงานภายหลัง

จบการฝึกอบรมและได้รับการแต่งตั้งเป็นอาสาสมัครประจำครอบครัวสามารถจัดทำแผนงาน โครงการ ขอรับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และหรือกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ งบนิเทศ ติดตาม สนับสนุนกิจกรรม และเพิ่มพูนความรู้ทักษะความสามารถของอาสาสมัครประจำครอบครัวภายหลังการฝึกอบรม หน่วยงานผู้รับผิดชอบพื้นที่ควรจัดตั้งไว้ และแหล่งงบประมาณ เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กระทรวงต่าง ๆ ที่มีอาสาสมัครในหมู่บ้าน/ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) กองทุนสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ และกระทรวงสาธารณสุข (กระทรวงสาธารณสุข, 2559) ตลอดจนการได้รับการถ่ายทอดความรู้มาเสมอทำให้เกิดทักษะทั้งในระดับบุคคลและครอบครัวในการวิเคราะห์ สามารถจัดการความเสี่ยง ภัยสุขภาพ และดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและผู้ด้อยโอกาส ตลอดจนประชาชน 5 กลุ่มวัยตามแต่สมาชิกที่มีในครอบครัวตนเอง รวมทั้งมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพและแก้ไขปัญหาของชุมชนเป็นรูปแบบหนึ่งของการมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับครอบครัวที่จะเชื่อมต่อและช่วยเสริมการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้เป็นอย่างดี (กระทรวงสาธารณสุข, 2559) สอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัยวรรณ หัสโรค์ (2561) พบว่า การพัฒนาอาสาสมัครประจำครอบครัวมีความพร้อมทั้งด้านงบประมาณ ด้านบุคลากร ด้านวัสดุอุปกรณ์ และเทคโนโลยี คู่มือแนวทางที่สำคัญในระดับหมู่บ้าน มีศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) เป็นสถานที่ปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่จะเป็นศูนย์การเรียนรู้การดูแลสุขภาพระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและอาสาสมัครประจำครอบครัว

4. ระดับการศึกษามัธยมปลายหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) มีผลทางบวกต่อการปฏิบัติงาน

ตามสมรรถนะของอาสาสมัครประจำครอบครัว เมื่ออาสาสมัครประจำครอบครัวที่มีระดับการศึกษา มัธยมปลายหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) มีการปฏิบัติงานมากกว่าอาสาสมัครประจำครอบครัวที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ้างอิง) อธิบายได้ว่า อาสาสมัครประจำครอบครัวส่วนใหญ่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 99.7 ส่วนอาสาสมัครประจำครอบครัวที่ไม่ได้เรียนหนังสือมีเพียงร้อยละ 0.3 ซึ่งอาสาสมัครประจำครอบครัวที่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาขึ้นไปจะมีการปฏิบัติงานมากกว่าอาสาสมัครประจำครอบครัวที่ไม่ได้เรียนหนังสือ จากผลการวิจัยพบอาสาสมัครประจำครอบครัวสำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 30.9 มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 20.9 มัธยมศึกษาตอนปลายหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ร้อยละ 32.7 อนุปริญญาหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) ร้อยละ 4.9 ปริญญาตรี ร้อยละ 9.7 และปริญญาโท ร้อยละ 0.6 สอดคล้องกับหลักเกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครประจำครอบครัวให้เหมาะสมและเป็นประโยชน์มากที่สุดต่อเป้าหมายในระดับครอบครัว เนื่องจากอาสาสมัครประจำครอบครัวคือคนที่เป็นแกนนำด้านสาธารณสุขของครอบครัวจึงจะต้องมีคุณสมบัติเบื้องต้นมีความรู้สามารถอ่านออกเขียนได้เท่านั้น (กระทรวงสาธารณสุข, 2559) โดยไม่ได้มีการกำหนดให้ต้องสำเร็จการศึกษาระดับใด ๆ ก่อน อย่างไรก็ตาม อาสาสมัครประจำครอบครัวเลือกอบรมฟื้นฟูความรู้ตามวิชาและหรือเรื่องที่ขาดหรือไม่สามารถปฏิบัติได้ โดยเรียนรู้ด้วยตนเองจากการปฏิบัติจริงด้วยตนเองในการดูแลสุขภาพตนเองและสมาชิกในครอบครัวอย่างเป็นรูปธรรม นำความรู้หลังจากการเรียนผ่านส่งแต่ละครั้งไปปฏิบัติ การรับความรู้เพิ่มเติมจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การพบปะประชุมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มอาสาสมัครประจำครอบครัวด้วยกันเอง การศึกษาทบทวนจากคู่มืออาสาสมัครประจำครอบครัวและเทคโนโลยี เช่น โลก

เพศบุ๋ก แอปพลิเคชันต่าง ๆ และการศึกษาค้นคว้าจากแหล่งความรู้อื่นภายใต้หลักสูตร ไม่น้อยกว่า 18 ชั่วโมง (กระทรวงสาธารณสุข, 2559) โดยเฉพาะในอาสาสมัครประจำครอบครัวที่ดูแลกลุ่มผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ควรมีทีมสหวิชาชีพเป็นพี่เลี้ยงให้กับอาสาสมัครประจำครอบครัวเพราะต้องดูแลสุขภาพแบบองค์รวม กลุ่มผู้ป่วยไตวายควรใช้กระบวนการกลุ่มในการเฝ้าระวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังควรให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นพี่เลี้ยงให้กับอาสาสมัครประจำครอบครัวโดยใช้ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) เป็นสถานที่ในการคัดกรองสุขภาพและพบปะระหว่างผู้ป่วยและอาสาสมัครประจำครอบครัวในการติดตามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยด้วยเทคนิคการจับคู่ระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและอาสาสมัครประจำครอบครัว (จิรวรรณ หัสโรค์, 2561)

ตัวแปรอื่น ๆ ได้แก่ ความรู้ เจตคติ เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน บทบาทในครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว หลักสูตรที่ผ่านการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติ ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครประจำครอบครัว และการมีตำแหน่งอื่นในชุมชน ไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะของอาสาสมัครประจำครอบครัว อธิบายได้ว่า ตัวแปรแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน การรับรู้บทบาท แรงสนับสนุนทางสังคม และระดับการศึกษามีผลต่อผลผลิตหรือประภาคนิยัตริวิชาชีพ (ปวช.) มีอำนาจพยากรณ์การปฏิบัติงานตามสมรรถนะของอาสาสมัครประจำครอบครัวได้ ร้อยละ 53.8 ซึ่งนอกเหนือจากนั้นเป็นตัวแปรอื่น ๆ ที่ยังไม่ได้มีการศึกษาในการวิจัยในครั้งนี้ อาจจะมีผลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะของอาสาสมัครประจำครอบครัว ร้อยละ 46.2 ทั้งนี้ ควรทำการวิจัยครั้งต่อไปเพิ่มเติม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรเสริมสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานให้แก่อาสาสมัครประจำครอบครัว ทั้งนี้ เพื่อให้อาสาสมัครประจำครอบครัวมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานอันจะส่งผลให้อาสาสมัครประจำครอบครัวปฏิบัติงานเพิ่มมากยิ่งขึ้น เนื่องจากผลการวิจัยพบว่าแรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีผลทางบวกต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะของอาสาสมัครประจำครอบครัว

2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรสร้างการรับรู้บทบาทเกี่ยวกับสมรรถนะของอาสาสมัครประจำครอบครัวให้แก่อาสาสมัครประจำครอบครัวอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ทั้งนี้ เพื่อให้อาสาสมัครประจำครอบครัวปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น เนื่องจากผลการวิจัยพบว่า การรับรู้บทบาทมีผลทางบวกต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะของอาสาสมัครประจำครอบครัว

3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ควรเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติงานให้แก่อาสาสมัครประจำครอบครัวอย่างเพียงพอและเหมาะสมต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะของอาสาสมัครประจำครอบครัวเป็นประจำอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ทั้งนี้ เพื่อให้อาสาสมัครประจำครอบครัวปฏิบัติงานได้ดียิ่งขึ้น เนื่องจากผลการวิจัยพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลทางบวกต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะของอาสาสมัครประจำครอบครัว

4. โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ควรคัดเลือกอาสาสมัครประจำครอบครัวใหม่โดยคำนึงถึงระดับการศึกษาของอาสาสมัครประจำครอบครัวที่สามารถอ่านออกเขียนได้เป็นอย่างดีและมุ่งเน้นพัฒนาศักยภาพให้สอดคล้องกับระดับการศึกษาของอาสาสมัครประจำครอบครัว เนื่องจากผลการวิจัยพบว่าระดับการศึกษามัธยมปลายหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) มีผลทางบวกต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะของอาสาสมัครประจำครอบครัว เมื่ออาสาสมัครประจำครอบครัวที่มีระดับการศึกษามัธยมปลายหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) มีการปฏิบัติงานมากกว่าอาสาสมัครประจำครอบครัวที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (กลุ่มอ้างอิง)

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะของอาสาสมัครประจำครอบครัว โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) หรือการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed methods research) เพิ่มเติมเพื่อให้ได้ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานที่อาจนอกเหนือจากการวิจัยในครั้งนี้

2. ควรพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะการปฏิบัติงานของอาสาสมัครประจำครอบครัว เพื่อเป็นกรอบแนวทางในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครประจำครอบครัวให้มีผลการปฏิบัติงานเป็นไปตามสมรรถนะของอาสาสมัครประจำครอบครัว

3. ควรพัฒนารูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติงานอิงสมรรถนะของอาสาสมัครประจำครอบครัวเพื่อประเมินผลการปฏิบัติงานอิงสมรรถนะของอาสาสมัครประจำครอบครัวโดยนำผลการประเมินไปปรับปรุงและพัฒนาศักยภาพตามสมรรถนะของอาสาสมัครประจำครอบครัวต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. (2560). *รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ.2561*. สืบค้นเมื่อ 26 สิงหาคม 2562, จาก https://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/PA2561_bookletv8.pdf
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2559). *หลักสูตรอาสาสมัครประจำครอบครัว*. สืบค้นเมื่อ 26 สิงหาคม 2562, จาก fv.phc.hss.moph.go.th/files/oskcourse2560.pdf
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2560). *รายงานผลการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครประจำครอบครัว*. สืบค้นเมื่อ 26 สิงหาคม 2562, จาก <http://fv.phc.hss.moph.go.th/>
- กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *แนวทางการดำเนินงานอาสาสมัครประจำครอบครัว*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- จิรวรรณ หัสโรค์. (2561). การศึกษาการพัฒนาอาสาสมัครประจำครอบครัว เขตสุขภาพที่ 7. *วารสารสุขภาพภาคประชาชน*, 13(4), 80-88.
- ยุทธนา แยกคาย และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย. *วารสารโรงพยาบาลชลบุรี*. 42(2), 179-186.
- รัตนะ บัวสนธ์, สำราญ มีแจ่ม, สายฝน วิบูลย์สรณ์, และปฎิภา ศิริติมงคล. (2555). การพัฒนารูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติงานอิงสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *วิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา*, 10(2), 96-107.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย. (2561). *รายงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561*. สุโขทัย: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

- Allport, G. W. (1968). *The person in psychology: selected essays*. Boston, MA: Beacon Press.
- Bloom, B. S. J. (1965). The role of educational science in curriculum development. *International Journal of the Educational Sciences*, 1(1), 5-15.
- Bloom, B. S. J. (1975). *Taxonomy of educational objectives, handbook I: The cognitive domain*. New York, NY: David Mckay.
- Daniel, W. W., & Cross, C. L. (2013). *Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences* (10th ed.). Hoboken, NJ: J. Wiley & Sons.
- Hair, J., Black, W. C., Babin, B. J. & Anderson, R. E. (2012). *Multivariate Data Analysis* (7th ed). New York, NY: Pearson Education International.
- House, J. S. (1981). The association of social relationship and activities with mortality: community health study. *American Journal Epidemiology*, 116(1), 123-140.
- Herzberg, F., Mausner, B., & Snyderman, B. B. (1959). *The motivation to work* (20th ed.). New Jersey, NJ: New Brunswick.



การเปรียบเทียบผลการตอบสนองทันทีของระบบหัวใจและหลอดเลือดระหว่าง
การออกกำลังกายแบบช่วงความหนักสลับเบาและแบบต่อเนื่อง
ความหนักปานกลางในผู้หญิงอ้วน
**Comparisons of Acute Cardiovascular Response
Between High Intensity Interval Exercise and Moderate Intensity
Continuous Exercise in Obese Females**

ดวงฤดี สุวิวัฒน์ศิริกุล, วท.ม., Duangrudee Suwiwattanasirikul, M.Sc.^{1*}

สุกัญญา กรีอินทอง, วท.ม., Sukanya Kreeinthong, M.Sc.¹

สุภาพร หมื่อแล, กภ.บ., Suphaporn Muelae, B.PT.²

วรพจน์ มีพีชน์, กภ.บ., Worapoj Meepuetch, B.PT.³

โสมนัส พวงจิตร, กภ.บ., Sommanut Phuangchit, B.PT.⁴

¹อาจารย์คณะกายภาพบำบัด วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

¹Lecturer, Faculty of Physical Therapy, Saint Louis College

²นักกายภาพบำบัด โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์

²Physical therapist, Saint Louis Hospital

³นักกายภาพบำบัด โรงพยาบาลกรุงเทพจันทบุรี

³Physical therapist, Bangkok Hospital Chanthaburi

⁴นักกายภาพบำบัด โรงพยาบาลพังงา

⁴Physical therapist, Phangnga Hospital

* Corresponding Author e mail: duangrudee@slc.ac.th

Received: October 9, 2021

Revised: December 2, 2021

Accepted: December 20, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลการตอบสนองทันทีของระบบหัวใจและหลอดเลือดระหว่างการออกกำลังกายแบบช่วงความหนักสลับเบา (HIIE) และแบบต่อเนื่องความหนักปานกลาง (MICE) ในผู้หญิงอ้วนจำนวน 15 คน ด้วยวิธีการทดลองแบบสุ่มโดยมีการไขว้กลุ่ม โดยอาสาสมัครจับฉลากสุ่มลำดับของการออกกำลังกาย 2 ชนิด ได้แก่ HIIE และ MICE และได้รับการประเมินอัตราการเต้นของหัวใจ (HR) ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (SBP) และคลายตัว (DBP) และระดับความเหนื่อย (RPE) ทั้งก่อนออกกำลังกาย หลังออกกำลังกายทันที

หลังออกกำลังกายในนาที่ที่ 15, 30, 45 และ 60 ตามลำดับ และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ two-way repeated measures ANOVA ผลการศึกษาพบว่า HR ของ HIIE ภายหลังจากออกกำลังกายทันทีและหลังจากออกกำลังกายในนาที่ที่ 15, 30, 45, และ 60 มีการเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่ม MICE อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และพบว่า RPE ของ HIIE ภายหลังจากการออกกำลังกายทันที มีค่าสูงกว่า MICE อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) อย่างไรก็ตามไม่พบความแตกต่างของ SBP และ DBP ระหว่างการออกกำลังกายแบบ HIIE และ MICE นอกจากนี้ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าภายหลังจากการออกกำลังกายทั้ง 2 รูปแบบมีแนวโน้มลด HR และ BP กลับเข้าสู่ช่วงก่อนออกกำลังกาย ดังนั้นจึงอาจเป็นทางเลือกในการออกกำลังกายเพื่อส่งเสริมสุขภาพในผู้หญิงที่มีภาวะอ้วน

คำสำคัญ: โรคอ้วน, การออกกำลังกายแบบช่วงความหนักสลับเบา, การออกกำลังกายแบบต่อเนื่องความหนักปานกลาง

Abstract

This study aims to compare the acute cardiovascular responses between high intensity interval exercise (HIIE) and moderate intensity continuous exercise (MICE) in 15 obese females. A randomized cross-over study was conducted. The participants were randomly assigned to receive 2 types of exercise comprising of (1) HIIE and (2) MICE. Heart rate (HR), systolic blood pressure (SBP), diastolic blood pressure (DBP) and rating of perceived exertion (RPE) were evaluated before and immediately after exercises as well as after exercise at 15, 30, 45 and 60 minutes. The two-way repeated measures ANOVA was employed to analyze the data. This study found that HR immediately after exercise and after exercise at 15, 30, 45 and 60 minutes of HIIE was significantly increased than that of the MICE. HIIE demonstrated a significantly higher RPE immediately after exercise than did the MICE. However, there was no significant difference in SBP and DBP when compared between groups. Moreover, both HIIE and MICE trended to reduce HR and BP similarly to prior exercise. Therefore, HIIE and MICE may be used as an alternative treatment for health promotion in obese females.

Keywords: Obesity, High intensity interval exercise, Moderate intensity continuous exercise

บทนำ

โรคอ้วน คือภาวะที่ร่างกายสะสมไขมันมากกว่าปกติ จากการได้รับพลังงานเกินกว่าที่ร่างกายต้องการ ทำให้เกิดการสะสมของไขมันตามอวัยวะต่าง ๆ มีผลทำให้น้ำหนักตัวเกินเกณฑ์มาตรฐาน สำหรับประเทศไทย พบผู้ที่มีโรคอ้วนร้อยละ 34.7 ของประชากรไทย

(กระทรวงสาธารณสุข, 2559) ซึ่งมีแนวโน้มจะสูงขึ้นเรื่อย ๆ และส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางกายและทางจิต ปัจจุบันพบว่าโรคอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ ตามมา โดยเฉพาะโรคทางระบบหัวใจ และหลอดเลือด เช่น ไขมันในเลือดสูง

ความดันโลหิตสูง เป็นต้น (Jiang, Lu, Zong, Ruan, & Liu, 2016)

การออกกำลังกายเป็นวิธีช่วยให้ระบบหัวใจและหลอดเลือดทำงานได้ดีขึ้น (Castro, Peinado, Benito, Galindo, González-Gross, Cupeiro, & PRONAF Study Group., 2017) ผลของการออกกำลังกายสามารถช่วยป้องกันและลดความรุนแรงของโรคต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นร่วมกับภาวะอ้วน (Hopps, & Caimi, 2011) โดยการออกกำลังกายที่นิยมในปัจจุบันมี 2 รูปแบบได้แก่ การออกกำลังกายแบบต่อเนื่องที่ความหนักระดับปานกลาง (moderate intensity continuous exercise; MICE) ซึ่งเป็นการออกกำลังกายที่ใช้พลังงานแบบแอโรบิกที่มีความหนักคงที่ตลอดช่วงเวลาของการออกกำลังกาย ซึ่งมีความหนักร้อยละ 40 - 59 ของอัตราการเต้นหัวใจสำรอง (heart rate reserve; HRR) หรือร้อยละ 64 - 76 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด (maximum heart rate; HRmax) และการออกกำลังกายอีกรูปแบบคือการออกกำลังกายแบบแบ่งช่วงที่มีระดับความหนักสลับเบา (high intensity interval exercise; HIIE) ซึ่งมีลักษณะของการแบ่งความหนักในการออกกำลังกายออกเป็นช่วงๆ โดยมีช่วงออกกำลังกายระดับความหนักตั้งแต่ร้อยละ 60 ของ HRR หรือร้อยละ 77 ของ HRmax ขึ้นไป (American college of sport medicine, 2018) เป็นเวลา 30 วินาที ถึง 4 นาที และมีช่วงพัก ปัจจุบันพบว่า HIIE เป็นรูปแบบการออกกำลังกายที่มีความท้าทาย น่าสนใจและสามารถเพิ่มความสามารถในการออกกำลังกายได้เช่นเดียวกับการออกกำลังกายแบบ MICE นอกจากนี้การออกกำลังกายแบบ HIIE พบว่ามีความเหมาะสมในผู้ที่มีภาวะอ้วน โดยภายหลังการออกกำลังกายมีค่า SBP และ DBP ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับขณะพัก (Bonsu, & Terblanche, 2016)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการเปรียบเทียบการออกกำลังกายรูปแบบ HIIE และ MICE ต่อ

การเผาผลาญและการตอบสนองของระบบหัวใจและหลอดเลือดในผู้ที่มีภาวะอ้วน การศึกษาของ Alkahtani, S. A., King, N. A., Hills, A. P., & Byrne, N. M. (2013). ศึกษาผลของการออกกำลังกายแบบ HIIE และ MICE เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ในเพศชายที่มีภาวะอ้วน พบว่าการออกกำลังกายทั้งแบบ HIIE และ MICE สามารถเพิ่มการเผาผลาญไขมันได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าหลังออกกำลังกายแบบ HIIE มีปริมาณแลคเตทในเลือดและระดับความเหนื่อย ลดลงมากกว่ากลุ่ม MICE อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Alkahtani, S. A., King, N. A., Hills, A. P., & Byrne, N. M., 2013) การศึกษาของ Baekkerud, Solberg, Leinan, Wisløff, Karlsen, and Rognmo, (2016). ศึกษาผลของการออกกำลังกายแบบ HIIE และ MICE เป็นเวลา 6 สัปดาห์ ในเพศชายและหญิงที่มีภาวะอ้วน พบว่าหลังฝึกออกกำลังกายแบบ HIIE ค่าอัตราการใช้ออกซิเจนสูงสุดเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับการออกกำลังกายแบบ MICE (Bækkerud, 2016) การศึกษาของ Morales-Palomo ปีค.ศ. 2017 ศึกษาผลทันทีของการออกกำลังกายด้วย HIIE และ MICE ในเพศชายและหญิงที่มีภาวะอ้วนร่วมกับ metabolic syndrome ที่มีและไม่มีความดันโลหิตสูง โดยทำการเปรียบเทียบผล HR SBP และ DBP ก่อนและหลังการออกกำลังกาย พบว่าเฉพาะการออกกำลังกายแบบ HIIE ในกลุ่มที่มีภาวะความดันโลหิตสูง จะมีค่า SBP และ DBP ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับก่อนออกกำลังกาย และพบว่าภายหลังการออกกำลังกายแบบ HIIE ในกลุ่มที่ไม่มีภาวะความดันโลหิตสูง มีค่า SBP ลดลงมากกว่าการออกกำลังกายแบบ MICE อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Morales-Palomo, Ramirez-Jimenez, Ortega, Pallares, & Mora-Rodriguez, 2017)

จากผลการศึกษาในอดีตเกี่ยวกับการเปรียบเทียบการออกกำลังกายแบบ HIIE และ MICE พบว่า

การออกกำลังกายทั้ง 2 รูปแบบมีผลต่อการตอบสนองต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งแต่ละการศึกษามีระยะเวลา และตัวแปรที่ต้องการศึกษาแตกต่างกัน ทั้งนี้ยังไม่มีการศึกษาใดที่เปรียบเทียบผลทันทีของการออกกำลังกายระหว่าง HIIE และ MICE ในผู้หญิงสุขภาพดีที่มีภาวะอ้วน ที่มีการติดตามผลหลังการออกกำลังกายทันที หลังการออกกำลังกายนาที่ที่ 15, 30, 45 และ 60 ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาเปรียบเทียบผลของการออกกำลังกายแบบ HIIE และ MICE

วัตถุประสงค์งานวิจัย

เปรียบเทียบผลก่อนและหลังการออกกำลังกายแบบ HIIE และ MICE และเปรียบเทียบผลของการออกกำลังกายแบบ HIIE และ MICE หลังการออกกำลังกายทันที หลังการออกกำลังกายนาที่ที่ 15, 30, 45 และ 60 ต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือดในผู้หญิงสุขภาพดีที่มีภาวะอ้วน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่ม โดยมีการไขว้กลุ่ม (randomized cross over design) โดยดำเนินการวิจัยดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือนักศึกษาคณะกายภาพบำบัด วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ จำนวน 94 คน กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาคณะกายภาพบำบัด วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เพศหญิงจำนวน 15 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเข้าคืออายุระหว่าง 18 - 36 ปี มีค่าดัชนีมวลกาย 25.00 - 39.99 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (WHO, 2000) เส้นรอบเอวมากกว่า 80 เซนติเมตร อัตราส่วนรอบเอวต่อรอบสะโพกมากกว่า 0.8 ไม่เคยได้รับบาดเจ็บบริเวณข้อต่อ เช่น สะโพก เข่า เท้า และกระดูกสันหลังในระยะเวลา 6 เดือน ไม่มีไข้ ไม่มีแผลเปิดในบริเวณแขนและขาใน

ระยะเวลา 1 สัปดาห์ก่อนเข้าร่วมวิจัย และไม่ได้รับยาที่มีผลต่อการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือด ทั้งนี้หากพบว่าอาสาสมัครมีการออกกำลังกายก่อนเข้าร่วมวิจัย 7 วัน หรือสัมผัสภาวะที่มีการบาดเจ็บที่บริเวณขา ซึ่งส่งผลให้เป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกาย หรือตอบแบบคัดกรองว่าอยู่ในช่วงมีประจำเดือน ตั้งครรภ์ หรือมีโรคประจำตัว ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หอบหืด และไขมันในเลือดสูง จะถูกคัดออกจากการศึกษา

2. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยอธิบายข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ตลอดจนความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการเก็บข้อมูลให้อาสาสมัครทราบ อาสาสมัครที่ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาคั้งนี้ลงนามในเอกสารยินยอม โดยงานวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ (เลขที่โครงการ E.044/2561)

3. ตัวแปรและเครื่องมือ

ตัวแปรและเครื่องมือที่ศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (SBP) ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (DBP) โดยเครื่องวัดความดันโลหิตแบบดิจิทัลยี่ห้อ OMRON รุ่น HEM-7221 อัตราการเต้นของหัวใจ (HR) โดยสายคาดอกวัดอัตราการเต้นของหัวใจ ยี่ห้อ Polar รุ่น FT4 และระดับความเหนื่อย (RPE) โดยแบบสอบถาม Borg's scale ที่มีค่าระดับความเหนื่อยตั้งแต่ 6 ถึง 20

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

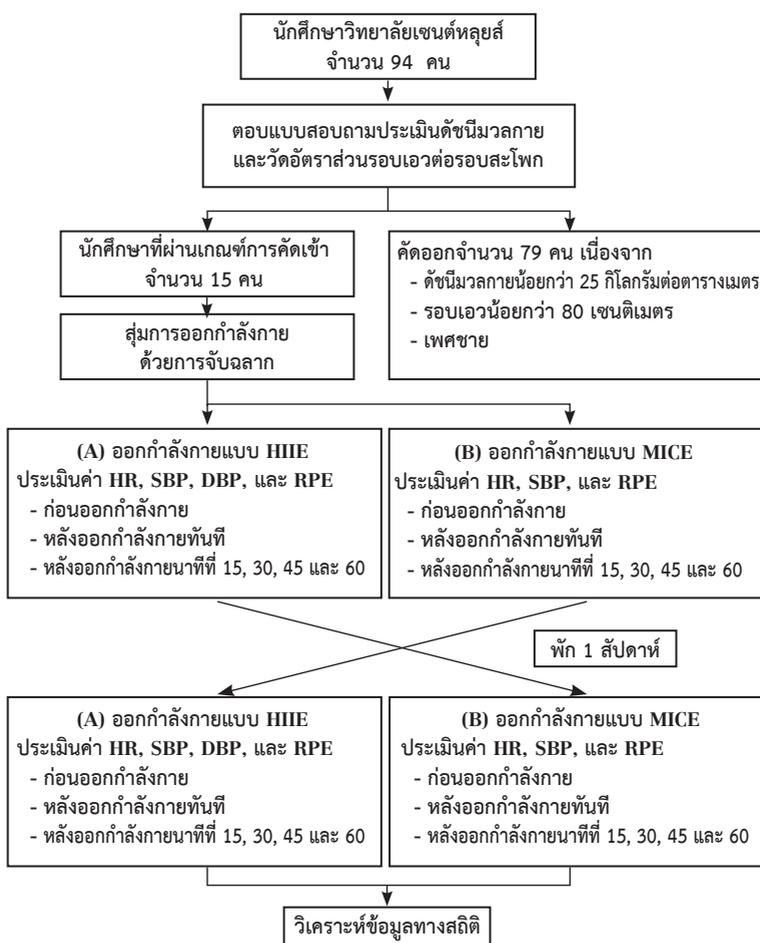
การออกกำลังกายแบ่งเป็น 2 รูปแบบ คือ HIIE และ MICE โดยอาสาสมัครจะถูกสุ่มลำดับวิธีการออกกำลังกายด้วยวิธีจับสลาก ซึ่งอาจเป็น (1) HIIE-MICE หรือ (2) MICE-HIIE และจะมีการพักระหว่างวิธีการออกกำลังกายเป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ รวมระยะเวลาในการเก็บข้อมูลของอาสาสมัครแต่ละรายเป็นระยะเวลา 2 วัน ในช่วงระยะเวลา 3 สัปดาห์ ก่อนเริ่มการทดสอบ

การออกกำลังกายอาสาสมัครจะได้รับการตรวจประเมิน ได้แก่ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอวและรอบสะโพก วัดค่าความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ และระดับความเหนื่อย จากนั้นอาสาสมัครจะมีการอบอุ่นร่างกาย ก่อนเริ่มออกกำลังกายด้วยการปั่นจักรยานวัดงานที่ ความหนัก ร้อยละ 40 ของ HRmax เป็นเวลา 5 นาที และเริ่มทำการออกกำลังกายดังนี้

4.1 HIIE ออกกำลังกายด้วยการปั่นจักรยานวัดงานที่ความหนักร้อยละ 77 - 95 ของ HRmax เป็นระยะเวลา 60 วินาที และช่วงพักที่มีความหนักร้อยละ 57 - 63 ของ HRmax เป็นระยะเวลา 60 วินาที ทำทั้งหมด 10 รอบ โดยใช้เวลารวม 20 นาที (Little et al., 2011)

4.2 MICE ออกกำลังกายด้วยการปั่นจักรยานวัดงานที่ความหนักร้อยละ 64 - 76 ของ HRmax โดยใช้เวลารวม 20 นาที

ภายหลังออกกำลังกายทั้ง 2 รูปแบบ อาสาสมัคร จะมีการทำให้ร่างกายเย็นลงต่อเป็นเวลา 5 นาที ด้วยการปั่นจักรยานวัดงานที่ความหนัก ร้อยละ 40 ของ HRmax หลังเสร็จสิ้นการออกกำลังกายผู้วิจัยจะมีการประเมินตัวแปรที่ศึกษาทันที และทุก ๆ 15 นาที จนถึงนาทีที่ 60 จากนั้นให้อาสาสมัครทั้ง 2 กลุ่ม พักและงดการออกกำลังกายเป็นเวลา 1 สัปดาห์ เมื่อครบ 1 สัปดาห์ให้อาสาสมัครทั้ง 2 กลุ่มสลับรูปแบบการออกกำลังกาย แสดงในภาพที่ 1



5. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ทางสถิติใช้โปรแกรม SPSS version 19 โดยใช้ descriptive statistics ในการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของอาสาสมัคร ใช้ Shapiro-Wilk test เพื่อทดสอบการกระจายตัวของข้อมูล และใช้ two-way repeated measures ANOVA เพื่อวิเคราะห์และเปรียบเทียบผลการตอบสนองของระบบหัวใจและหลอดเลือด และทดสอบความแตกต่างรายคู่ (Post Hoc comparisons)

ด้วยวิธี Bonferroni โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

ผลการวิจัย

อาสาสมัครที่เข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้เป็นเพศหญิง จำนวน 15 คน มีอายุระหว่าง 18 - 36 ปี ลักษณะทั่วไปของอาสาสมัคร แสดงในตารางที่ 1 โดยการศึกษาครั้งนี้ไม่พบอาการไม่พึงประสงค์ภายหลังการออกกำลังกายของอาสาสมัคร

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของอาสาสมัคร

ข้อมูลพื้นฐาน	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Mean \pm SD)
อายุ (ปี)	20.73 \pm 2.05
น้ำหนัก (กิโลกรัม)	74.32 \pm 8.96
ส่วนสูง (เซนติเมตร)	160.53 \pm 4.87
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัมต่อตารางเมตร)	28.89 \pm 3.10
เส้นรอบเอว (เซนติเมตร)	92.33 \pm 10.23
เส้นรอบสะโพก (เซนติเมตร)	106.67 \pm 6.14
อัตราส่วนรอบเอวต่อรอบสะโพก	0.86 \pm 0.06

ผลการตอบสนองของระบบหัวใจและหลอดเลือดของการออกกำลังกายแบบ HIIE และ MICE ในแต่ละช่วงเวลา พบการเปลี่ยนแปลงดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงของ HR ภายหลังการออกกำลังกายแบบ HIIE และ MICE

ตารางที่ 2 พบอิทธิพลร่วม (interaction effect) และตารางที่ 3 พบอิทธิพลหลัก (main effect) ระหว่างรูปแบบของการออกกำลังกายและระยะเวลาภายหลังการออกกำลังกายในช่วงต่างๆ ต่อการเปลี่ยนแปลงของ HR อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเมื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของ HR ระหว่างการออกกำลังกาย

แบบ HIIE และ MICE พบว่ากลุ่ม HIIE ภายหลังจากออกกำลังกายทันที และหลังจากออกกำลังกายในนาที่ที่ 15, 30, 45, และ 60 จะมีการเพิ่มขึ้นของ HR มากกว่ากลุ่ม MICE อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบผลการเปลี่ยนแปลงของ HR ภายหลังการออกกำลังกายทันที กับขณะพักภายในกลุ่ม HIIE และ MICE ผลพบว่าทั้งกลุ่ม HIIE และ MICE จะมีการเพิ่มขึ้นของ HR มากกว่าขณะพักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ในกลุ่ม HIIE พบว่าภายหลังจากออกกำลังกายนาที่ที่ 15, 30, 45 และ 60 มีการเพิ่มขึ้นของ HR มากกว่าขณะพัก

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบ HR ภายหลังจากการออกกำลังกายทันทีกับหลังการออกกำลังกายนาที่ที่ 15, 30, 45 และ 60 ทั้งกลุ่ม MICE และ HIIE พบว่าหลังการออกกำลังกายทันทีจะมีค่า HR มากกว่าหลังการออกกำลังกายในนาที่ที่ 15, 30, 45 และ 60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ในกลุ่ม HIIE พบว่าหลังการออกกำลังกายในนาที่ที่ 30 จะมีค่า HR มากกว่าหลังการออกกำลังกายในนาที่ที่ 45 และ 60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. การเปลี่ยนแปลงของ SBP ภายหลังจากออกกำลังกายแบบ HIIE และ MICE

ตารางที่ 2 ไม่พบ interaction effect ระหว่างรูปแบบของการออกกำลังกายและระยะเวลาภายหลังการออกกำลังกายในช่วงต่างๆ ต่อการเปลี่ยนแปลงของ SBP แต่ตารางที่ 4 พบ main effect ของรูปแบบการออกกำลังกายและระยะเวลาภายหลังการออกกำลังกายในช่วงต่าง ๆ ต่อการเปลี่ยนแปลงของ SBP โดยพบว่าภายหลังการออกกำลังกายในนาที่ที่ 15, 30, 45 และ 60 จะมีค่า SBP ต่ำกว่าขณะพักและหลังออกกำลังกายทันทีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ในกลุ่ม HIIE พบว่าภายหลังการออกกำลังกายในนาที่ที่ 45 จะมีค่า SBP ต่ำกว่าหลังออกกำลังกายในนาที่ที่ 15 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามไม่พบความแตกต่างของ SBP ระหว่างการออกกำลังกายแบบ HIIE และ MICE

3. การเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิต DBP ภายหลังจากออกกำลังกายแบบ HIIE และ MICE

ตารางที่ 2 ไม่พบ interaction effect ระหว่างรูปแบบของการออกกำลังกายและระยะเวลาภายหลังการออกกำลังกายในช่วงต่างๆ ต่อการเปลี่ยนแปลงของ DBP แต่ตารางที่ 4 พบ main effect ของระยะเวลาภายหลังการออกกำลังกายในช่วงต่างๆ ต่อการเปลี่ยนแปลงของ DBP โดยพบว่าภายหลังการออกกำลังกายในนาที่ที่ 15, 30 และ 45 จะมีค่า DBP ต่ำกว่าขณะพักและ

หลังออกกำลังกายทันทีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ในกลุ่ม HIIE ภายหลังจากการออกกำลังกายในนาที่ที่ 15, 30 และ 45 จะมีค่า DBP ต่ำกว่าขณะพักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าภายหลังการออกกำลังกายแบบ HIIE ในนาที่ที่ 15 จะมีค่า DBP ต่ำกว่าภายหลังการออกกำลังกายทันทีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามไม่พบความแตกต่างระหว่างการออกกำลังกายแบบ HIIE และ MICE ต่อการเปลี่ยนแปลงของ DBP

4. การเปลี่ยนแปลงของ RPE ภายหลังจากออกกำลังกายแบบ HIIE และ MICE

ตารางที่ 2 พบ interaction effect ระหว่างรูปแบบของการออกกำลังกายและระยะเวลาภายหลังการออกกำลังกายในช่วงต่างๆ ต่อการเปลี่ยนแปลงของ RPE อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเมื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของ RPE ระหว่างการออกกำลังกายแบบ HIIE และ MICE พบว่ากลุ่ม HIIE ภายหลังจากออกกำลังกายทันทีจะมีการเพิ่มขึ้นของ RPE มากกว่ากลุ่ม MICE อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบผลการเปลี่ยนแปลงของ RPE ภายหลังจากออกกำลังกายทันทีกับขณะพักภายในกลุ่ม HIIE และ MICE ผลพบว่าทั้งกลุ่ม HIIE และ MICE ภายหลังจากออกกำลังกายทันที จะมีการเพิ่มขึ้นของ RPE มากกว่าขณะพักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ในกลุ่ม HIIE พบว่าภายหลังการออกกำลังกายนาที่ที่ 15 มีการเพิ่มขึ้นของ RPE มากกว่าขณะพักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบ RPE ภายหลังจากออกกำลังกายทันทีกับหลังการออกกำลังกายนาที่ที่ 15, 30, 45 และ 60 ทั้งในกลุ่ม HIIE และ MICE พบว่าหลังการออกกำลังกายทันที จะมีค่า RPE มากกว่าหลังการออกกำลังกายในนาที่ที่ 15, 30, 45 และ 60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ในกลุ่ม HIIE พบว่าหลังการออกกำลังกาย

ในนาที่ที่ 15 จะมีค่า RPE มากกว่าหลังการออกกำลังกายในนาที่ที่ 30, 45 และ 60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

HR, heart rate; SBP, systolic blood pressure; DBP, diastolic blood pressure; RPE, rating of perceive exertion

* ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติภายในกลุ่ม ระหว่างขณะพัก และ หลังออกกำลังกายในทุกช่วงเวลา (p < 0.05)

ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติภายในกลุ่ม ระหว่างหลังออกกำลังกายทันที และ หลังออกกำลังกายที่ 15, 30, 45 และ 60 (p < 0.05)

|| ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติภายในกลุ่ม ระหว่างหลังออกกำลังกายที่ 15 และหลังออกกำลังกายที่ 30, 45 และ 60 (p < 0.05)

μ ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติภายในกลุ่ม ระหว่างหลังออกกำลังกายที่ 30 และหลังออก

กำลังกายนาที่ที่ 45 และ 60 (p < 0.05)

^a ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่ม HIIE และ MICE หลังออกกำลังกายทันที (p < 0.05)

^b ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่ม HIIE และ MICE หลังออกกำลังกายนาที่ที่ 15 (p < 0.05)

^c ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่ม HIIE และ MICE หลังออกกำลังกายนาที่ที่ 30 (p < 0.05)

^d ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่ม HIIE และ MICE หลังออกกำลังกายนาที่ที่ 45 (p < 0.05)

^e ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่ม HIIE และ MICE หลังออกกำลังกายนาที่ที่ 60 (p < 0.05) (ดังตารางที่2)

ตารางที่ 2 interaction effect ระหว่างการออกกำลังกายแบบ high intensity interval exercise และ moderate intensity continuous exercise และระยะเวลาภายหลังการออกกำลังกายในช่วงต่าง ๆ ต่อการเปลี่ยนแปลงการตอบสนองของระบบหัวใจและหลอดเลือด

ตัวแปร/ กลุ่ม	ช่วงเวลา ขณะพัก	ช่วงเวลา					Interaction effect	
		หลังออก กำลังกาย ทันที	หลังออก กำลังกาย นาที่ที่ 15	หลังออก กำลังกาย นาที่ที่ 30	หลังออก กำลังกาย นาที่ที่ 45	หลังออก กำลังกาย นาที่ที่ 60	F _(5,140)	p-Value
HR								
HIIE	88.00 (13.01)	131.20 (17.67)*	104.53 (10.57)*,#	99.40 (8.59)*,#	93.00 (9.06)*,#, ,μ	92.53 (7.58)*,#, ,μ	4.88	0.0001
MICE	89.07 (7.04)	113.67 (16.03)*,a	89.87 (8.34)#,b	85.13 (7.45)#,c	83.87 (7.60)#,d	82.13 (7.68)#,e		
SBP								
HIIE	108.53 (13.56)	113.40 (7.38)	99.00 (8.08)*,#	97.47 (9.15)*,#	94.47 (8.66)*,#,	97.53 (9.58)*,#	0.804	0.548

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ตัวแปร/ กลุ่ม	ช่วงเวลา						Interaction effect	
	ขณะพัก	หลังออก กำลังกาย ทันที	หลังออก กำลังกาย นาทีที่ 15	หลังออก กำลังกาย นาทีที่ 30	หลังออก กำลังกาย นาทีที่ 45	หลังออก กำลังกาย นาทีที่ 60	F _(5,140)	p-Value
MICE	106.47 (7.80)	111.40 (10.60)	98.80 (10.22)*.#	97.13 (12.17)*.#	96.93 (8.60)*.#	98.00 (11.14)*.#		
DBP								
HIIE	75.73 (12.76)	73.60 (14.00)	66.53 (9.11)*.#	68.60 (8.85)*	66.33 (9.03)*	70.67 (9.68)	1.603	0.163
MICE	71.93 (8.71)	74.47 (9.04)	69.60 (9.39)	69.07 (9.90)	68.27 (8.55)	70.33 (10.31)		
RPE								
HIIE	6.27 (0.77)	14.87 (1.63)*	8.67 (3.00)*.#	6.93 (2.21)#.	6.47 (1.75)#.	6.33 (1.25)#.	7.03	0.0001
MICE	6.27 (1.00)	11.27 (3.32)*.α	7.33 (2.09)#	6.33 (1.25)#	6.27 (1.00)#	6.27 (1.00)#		

All data are expressed as the means (SD).

HR, heart rate; SBP, systolic blood pressure; DBP, diastolic blood pressure; RPE, rating of perceive exertion; HIIE, high intensity interval exercise; MICE, moderate intensity continuous exercise
 α ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างกลุ่ม HIIE และ MICE (p < 0.05) (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบ main effect ของรูปแบบการออกกำลังกายต่อการเปลี่ยนแปลงการตอบสนองของระบบหัวใจและหลอดเลือด

ตัวแปร	Group effect			
	HIIE	MICE	F _(1,28)	p-Value
HR	101.44 (18.43) ^α	90.62 (14.32)	13.40	0.001
SBP	101.73 (11.58)	101.46 (11.35)	0.008	0.931
DBP	71.36 (15.39)	70.61 (9.31)	0.013	0.911
RPE	8.26 (3.61)	7.29 (2.57)	3.47	0.073

All data are expressed as the means (SD).

HR, heart rate; SBP, systolic blood pressure; DBP, diastolic blood pressure; RPE, rating of perceive exertion; HIIE, high intensity interval exercise; MICE, moderate intensity continuous exercise

หลังออกกำลังกายทันทีและหลังออกกำลังกายนาที่ 15, 30, 45 และ 60 ($p < 0.05$)

* ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่าง หลังออกกำลังกายนาที่ 15 และหลังออกกำลังกายนาที่ 30, 45 และ 60 ($p < 0.05$)

† ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่าง หลังออกกำลังกายนาที่ 30 และหลังออกกำลังกายนาที่ 45 และ 60 ($p < 0.05$) (ดังตารางที่ 4)

‡ ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่าง หลังออกกำลังกายนาที่ 15 และหลังออกกำลังกายนาที่ 30, 45 และ 60 ($p < 0.05$)

§ ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่าง หลังออกกำลังกายนาที่ 30 และหลังออกกำลังกายนาที่ 45 และ 60 ($p < 0.05$) (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบ main effect ของระยะเวลาภายหลังการออกกำลังกายในช่วงต่าง ๆ ต่อการเปลี่ยนแปลงการตอบสนองของระบบหัวใจและหลอดเลือด

ตัวแปร	Time effect						F _(5,140)	p-Value
	ขณะพัก	หลังออก กำลังกาย ทันที	หลังออก กำลังกาย นาที่ที่ 15	หลังออก กำลังกาย นาที่ที่ 30	หลังออก กำลังกาย นาที่ที่ 45	หลังออก กำลังกาย นาที่ที่ 60		
HR	88.53 (10.47)	122.43 (19.01)*	97.20 (12.02)*,†	92.27 (10.75)†,‡	88.43 (9.53)†,§,	87.33 (9.23)†,§,	81.43	0.0001
SBP	107.5 (10.92)	112.4 (9.03)	98.9 (9.05)*,†	97.3 (10.58)*,†	95.7 (8.57)*,†,‡	97.77 (10.21)*,†	51.154	0.0001
DBP	73.83 (10.91)	74.03 (11.59)	68.07 (9.22)*,†	68.83 (9.23)*,†	67.3 (8.69)*,†	70.5 (9.83)	9.786	0.0001
RPE	6.27 (0.89)	13.07 (3.17)*	8.00 (2.67)*,†	6.63 (1.82)†,‡	6.37 (1.43)†,§,	6.30 (1.13)†,§,	105.50	0.0001

All data are expressed as the means (SD).

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาเปรียบเทียบผลของ HIIE และ MICE ต่อการตอบสนองทันทีของระบบหัวใจและหลอดเลือดในผู้หญิงสุขภาพดีที่มีภาวะอ้วน โดยประเมินตัวแปรหลังจาก cool down เสร็จสิ้น เนื่องจากในช่วง cool down นั้นถือเป็นช่วงหนึ่งของการออกกำลังกาย ในขณะที่ cool down ร่างกายยังคงมีการเคลื่อนไหวอยู่

แต่ผู้วิจัยต้องการศึกษาผลการตอบสนองภายหลังการออกกำลังกาย ทั้งนี้อ้างอิงจาก การศึกษาของ Little ปี ค.ศ. 2011 และ Morales-Palomo ปี ค.ศ. 2017 ที่ออกแบบงานวิจัยให้มีการออกกำลังกาย 3 ช่วง คือ warm up exercise และ cool down ประกอบกับการมีช่วง cool down จะทำให้ลดความเสี่ยงในการบาดเจ็บ

ภายหลังการออกกำลังกาย พบว่า HIIE ส่งผลต่อ HR มากกว่า MICE ทั้งภายหลังออกกำลังกายทันที และหลังออกกำลังกายในนาที่ที่ 15, 30, 45, และ 60 นอกจากนี้พบว่าภายหลังออกกำลังกายทันที HIIE ส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของ RPE มากกว่า MICE และการเปรียบเทียบผลก่อนและหลัง HIIE และ MICE พบว่าภายหลังการออกกำลังกาย HIIE และ MICE มีผลต่อการตอบสนองของระบบหัวใจและหลอดเลือดที่เพิ่มขึ้น จากการเพิ่มขึ้นของค่า HR SBP DBP และ RPE ภายหลังการออกกำลังกายทันที และการตอบสนองดังกล่าวจะค่อย ๆ ลดลงภายหลังหยุดออกกำลังกายจนกระทั่งเข้าสู่ระยะฟื้นตัวหรือระยะพัก

HIIE ส่งผลต่อ HR มากกว่า MICE ทั้งภายหลังออกกำลังกายทันที และหลังการออกกำลังกายในช่วงต่าง ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากระดับความหนักของการออกกำลังกายที่มีผลต่อการตอบสนองของ HR ภายหลังออกกำลังกาย โดยจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าภายหลังการออกกำลังกายที่ระดับเบา (ร้อยละ 30 ของ VO₂peak) ในนาที่ที่ 35 - 90 ค่า HR จะลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับก่อนออกกำลังกาย ในทางกลับกันหากออกกำลังกายที่ระดับหนัก (ร้อยละ 80 ของ VO₂peak) พบว่าค่า HR จะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังออกกำลังกายในนาที่ที่ 5 - 60 เมื่อเทียบกับก่อนออกกำลังกาย (Forjaz, Matsudaira, Rodrigues, Nunes, & Negrão, 1998) ซึ่งระดับความหนักของ HIIE ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการออกกำลังกายที่ความหนักร้อยละ 77 - 95 ของ HRmax เป็นระยะเวลา 60 วินาที และช่วงพักที่มีความหนักร้อยละ 57 - 63 ของ HRmax อาจส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของ HR มากกว่า MICE นอกจากนี้ยังพบว่าการออกกำลังกายที่ระดับหนักมีผลทำให้ความดันในหลอดเลือดเพิ่มขึ้น (MacDonald, 2002) ประกอบกับอุณหภูมิภายในร่างกายรวมทั้งอุณหภูมิ

เลือดที่จะกลับไปยังหัวใจ (Romero, Minson, & Halliwill, 2017) จึงส่งผลให้ปริมาตรเลือดที่หัวใจบีบออกแต่ละครั้งลดลง ร่างกายจึงตอบสนองแบบชดเชยทำให้มีการเพิ่มขึ้นของ HR (Halliwill, Buck, Lacewell, & Romero, 2013) จากที่กล่าวมาข้างต้นจึงอาจเป็นเหตุผลที่ HIIE มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของ HR ภายหลังการออกกำลังกายทันทีได้มากกว่า MICE และมีผลต่อระยะฟื้นตัวที่ต้องใช้ระยะเวลานานกว่า MICE จนกระทั่ง HR ลดลงจนกลับเข้าสู่ระยะพัก

นอกจากนี้จากผลที่พบว่า HR มีการเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาหรือความหนักของการออกกำลังกายทั้ง HIIE และ MICE และจะค่อย ๆ ลดลงภายหลังการออกกำลังกาย ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานของงานวิจัย โดยการเปลี่ยนแปลงของ HR ดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาในอดีตที่พบว่า HR มีการเพิ่มขึ้น ภายหลังการออกกำลังกายทันทีทั้ง HIIE และ MICE เมื่อเทียบกับก่อนออกกำลังกาย (Morales-Palomo, Ramirez-Jimenez, Ortega, Pallares, & Mora-Rodriguez, 2017) ทั้งนี้จากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของการออกกำลังกาย HR จะเพิ่มขึ้นหลังออกกำลังกายทันทีและจะค่อย ๆ ลดลง ภายหลังการออกกำลังกายจนกระทั่งเข้าสู่ภาวะพัก ซึ่งการลดลงของ HR ใช้เวลาแตกต่างกันขึ้นอยู่กับระดับความหนักของการออกกำลังกาย สำหรับการออกกำลังกายในระดับเบาถึงปานกลาง จะใช้เวลาฟื้นตัวประมาณ 1 ชั่วโมง (Dimpa, 2009)

จากผลการศึกษาไม่พบความแตกต่างของ SBP และ DBP เมื่อเปรียบเทียบระหว่าง HIIE และ MICE ผลการศึกษาดังกล่าวไม่สอดคล้องกับการศึกษาในอดีต (Morales-Palomo, Ramirez-Jimenez, Ortega, Pallares, & Mora-Rodriguez, 2017) ที่ศึกษาเปรียบเทียบผลทันทีของการออกกำลังกายระหว่าง HIIE และ MICE ต่อการเปลี่ยนแปลงของ HR และ BP ในผู้ที่มีภาวะอ้วนร่วมกับ metabolic syndrome พบว่า

ภายหลังการออกกำลังกายหนักที่ 45 HIIE มีผลต่อการลดลงของค่า SBP และ DBP มากกว่า MICE อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องจากความแตกต่างของความหนักและระยะเวลาในการออกกำลังกาย อาจส่งผลทำให้การตอบสนองทางสรีรวิทยาของหัวใจและหลอดเลือดมีความแตกต่างกัน ซึ่งการศึกษาในอดีตกำหนด HIIE มีระดับความหนักร้อยละ 90 ของ HRpeak เป็นระยะเวลา 4 นาที และช่วงพักที่มีความหนักร้อยละ 70 ของ HRpeak เป็นระยะเวลา 3 นาที รวมเวลา 35 นาที และ MICE มีระดับความหนักร้อยละ 60 ของ HRpeak เป็นระยะเวลา 70 นาที ในขณะที่การศึกษาคั้งนี้กำหนด HIIE มีระดับความหนักร้อยละ 77 - 95 ของ HRmax เป็นระยะเวลา 60 วินาที และช่วงพักที่มีความหนักร้อยละ 57 - 63 ของ HRmax เป็นระยะเวลา 60 วินาที รวมเวลา 20 นาที และ MICE มีระดับความหนักร้อยละ 64 - 76 ของ HRmax โดยใช้เวลารวม 20 นาที อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า HIIE และ MICE จัดเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิก และมีผลต่อการลดลงของค่า SBP และ DBP ด้วยกลไก central mechanism โดยผ่านสารสื่อประสาทได้แก่ substance P และ GABA (Chen, & Bonham, 2010) ซึ่งส่งผลให้เกิด post-exercise baroreflex resetting ทำให้ sympathetic outflow ลดลงหลังออกกำลังกาย (Halliwill, Buck, Lacewell, & Romero, 2013) ร่วมกับกลไกการตอบสนองของระบบหลอดเลือดที่เปลี่ยนแปลงไปขณะและหลังออกกำลังกาย ส่งผลต่อการเกิด post-exercise hypotension (MacDonald, 2002) กล่าวคือระหว่างออกกำลังกายจะมีการทำงานของระบบประสาท sympathetic ที่เป็นสัดส่วนกันตามความหนักของการออกกำลังกาย และพบว่าหลังออกกำลังกายอิทธิพลของ sympathetic จะลดลง ซึ่งมีผลต่อการเกิด post-exercise hypotension ที่เด่นชัดจาก adrenaline ที่มีฤทธิ์ขยายหลอดเลือดของกล้ามเนื้อ (MacDonald, 2002)

นอกจากนี้ยังพบว่า nitric oxide ที่หลั่งจากเยื่อชั้นในของผนังหลอดเลือดมีผลต่อการขยายตัวของหลอดเลือดบริเวณกล้ามเนื้อที่ออกกำลังกาย (Ruangthai, & Phoemsapthawee, 2019) ส่งผลให้มีการเพิ่มปริมาณเลือดไปยังกล้ามเนื้อดังกล่าว (Plowman, & Smith 2013) ประกอบกับการที่กล้ามเนื้อนั้นมีการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิด mast cell degranulation จึงมีการหลั่ง histamine และ prostaglandin เพิ่มขึ้นและไปจับกับ receptor ที่บริเวณเยื่อและกล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือด (Romero, McCord, Ely, Sieck, Buck, Luttrell, & Halliwill, 2017) สารที่กล่าวมาข้างต้นมีผลต่อการขยายตัวของหลอดเลือดและส่งผลให้พบผลคงค้างการขยายตัวของผนังหลอดเลือดได้นานขึ้น (Halliwill, Buck, Lacewell, & Romero, 2013) จึงมีผลทำให้เกิด sustained post-exercise vasodilation (MacDonald, 2002)

สำหรับการเปลี่ยนแปลงของ RPE ภายหลัง HIIE และ MICE ในผู้หญิงสุขภาพดีที่มีภาวะอ้วน ผลพบว่าหลังการออกกำลังกายหนักที่แบบ HIIE จะมีค่า RPE สูงกว่า MICE อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยในอดีตที่พบว่าหลังการออกกำลังกายหนักที่แบบ HIIE จะมีค่า RPE สูงกว่า MICE อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Olney, Wertz, LaPorta, Mora, Serbas, & Astorino, 2018) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากขณะออกกำลังกายแบบ HIIE จะมีปริมาณความเข้มข้นของแลคเตทในเลือดเพิ่มสูงขึ้นมากกว่า MICE ซึ่งปริมาณแลคเตทและ RPE เป็นปัจจัยทางจิตวิทยาที่มีความเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของร่างกาย (Alkahtani, S. A., King, N. A., Hills, A. P., & Byrne, N. M., 2013) โดยการออกกำลังกายในระดับหนักนั้นจะมีการเพิ่มการสะสมของแลคเตทอย่างรวดเร็ว ทำให้เกิดความไม่สมดุลกันระหว่างการสร้างและการกำจัดแลคเตท ในขณะที่การออกกำลังกายในระดับปานกลางจะค่อย ๆ พบ

การเปลี่ยนแปลงความเข้มข้นของแลคเตทในเลือด ซึ่งมีค่าสัดส่วนของการสร้างและการกำจัดแลคเตทที่สัมพันธ์กัน (Cipryan, Tschakert, & Hofmann, 2017) ปริมาณความเข้มข้นของแลคเตทในเลือดเป็นการตอบสนองการเผาผลาญพลังงานของร่างกายต่อการออกกำลังกายและมีความสัมพันธ์กับระดับความหนักของการออกกำลังกายที่เพิ่มขึ้นโดยสามารถใช้ค่า RPE เป็นตัวประเมินถึงความสัมพันธ์นี้ได้ (Irving, Rutkowski, Brock, Davis, Barrett, Gaesser, & Weltman, 2006) ดังนั้น HIIE จึงมีผลต่อการเพิ่มขึ้นของค่า RPE มากกว่า MICE

ข้อจำกัดของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือการศึกษานี้เฉพาะในผู้หญิงที่มีภาวะอ้วนที่มีความดันโลหิตปกติ ประกอบกับเป็นการศึกษาผลทันทีของการออกกำลังกาย จึงอาจทำให้ผลการตอบสนองของระบบหัวใจและหลอดเลือดภายหลังการออกกำลังกายทั้งแบบ MICE และ HIIE ยังเห็นความแตกต่างที่ไม่ชัดเจน

สรุปและข้อเสนอแนะการวิจัย

HIIE ส่งผลต่อ HR มากกว่า MICE ทั้งภายหลังออกกำลังกายทันที และหลังออกกำลังกายในนาที่ที่ 15, 30, 45, และ 60 และมีผลต่อการเพิ่มขึ้นของ RPE ภายหลังการออกกำลังกายทันทีมากกว่า MICE อย่างไรก็ตาม ภายหลังการออกกำลังกายในระยะฟื้นตัว พบว่าการออกกำลังกายทั้ง 2 ชนิดมีแนวโน้มต่อการลดลงที่ไม่แตกต่างกันของ HR SBP และ DBP กลับเข้าสู่ช่วงก่อนออกกำลังกาย ดังนั้นจึงเป็นไปได้ว่าสามารถประยุกต์ใช้ HIIE และ MICE ในการส่งเสริมสุขภาพและเป็นทางเลือกหนึ่งในการออกกำลังกายในผู้หญิงที่มีภาวะอ้วน อย่างไรก็ตาม การศึกษาในอนาคตควรศึกษาเพิ่มเติมในผู้ที่มีภาวะอ้วนร่วมกับความดันโลหิตสูง และเปรียบเทียบผล HIIE และ MICE ในระยะยาว ซึ่งอาจทำให้ผลการศึกษามีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2559). แผนพัฒนาสุขภาพ ฉบับที่ 12. Retrieved cited 22 April 2021
- Alkahtani, S. A., King, N. A., Hills, A. P., & Byrne, N. M. (2013). Effect of interval training intensity on fat oxidation, blood lactate and the rate of perceived exertion in obese men. *Springerplus*, 2(1), 1-10.
- American college of sport medicine. (2018). *ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription*. 10th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams, & Wilkins.
- Baekkerud, F. H., Solberg, F., Leinan, I. M., Wisløff, U., Karlsen, T., & Rognmo, Ø. (2016). Comparison of Three Popular Exercise Modalities on V' O₂max in Overweight and Obese. *Medicine and science in sports and exercise*, 48(3), 491-498.
- Bonsu, B., & Terblanche, E. (2016). The training and detraining effect of high-intensity interval training on post-exercise hypotension in young overweight/obese women. *European journal of applied physiology*, 116(1), 77-84.
- Castro, E. A., Peinado, A. B., Benito, P. J., Galindo, M., González-Gross, M., Cupeiro, R., & PRONAF Study Group. (2017). What is the most effective exercise protocol to improve cardiovascular fitness in overweight and obese subjects?. *Journal of sport and health science*, 6(4), 454-461.
- Chen, C. Y., & Bonham, A. C. (2010). Postexercise hypotension: central mechanisms. *Exercise and sport sciences reviews*, 38(3), 122-127.

- Cipryan, L., Tschakert, G., & Hofmann, P. (2017). Acute and post-exercise physiological responses to high-intensity interval training in endurance and sprint athletes. *Journal of sports science & medicine*, 16(2), 219-229.
- Dimkpa, U. (2009). Post-exercise heart rate recovery: an index of cardiovascular fitness. *Journal of Exercise Physiology online*, 12(1), 10-22.
- Forjaz, C. L. D. M., Matsudaira, Y., Rodrigues, F. B., Nunes, N., & Negrão, C. E. (1998). Post-exercise changes in blood pressure, heart rate and rate pressure product at different exercise intensities in normotensive humans. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 31(10), 1247-1255.
- Halliwill, J. R., Buck, T. M., Lacewell, A. N., & Romero, S. A. (2013). Postexercise hypotension and sustained postexercise vasodilatation: what happens after we exercise?. *Experimental physiology*, 98(1), 7-18.
- Hopps, E., & Caimi, G. (2011). Exercise in obesity management. *The Journal of sports medicine and physical fitness*, 51(2), 275-282.
- Irving, B. A., Rutkowski, J., Brock, D. W., Davis, C. K., Barrett, E. J., Gaesser, G. A., & Weltman, A. (2006). Comparison of Borg-and OMNI-RPE as markers of the blood lactate response to exercise. *Medicine and science in sports and exercise*, 38(7), 1348-1352.
- Jiang, S. Z., Lu, W., Zong, X. F., Ruan, H. Y., & Liu, Y. (2016). Obesity and hypertension. *Experimental and therapeutic medicine*, 12(4), 2395-2399.
- Little, J. P., Gillen, J. B., Percival, M. E., Safdar, A., Tarnopolsky, M. A., Punthakee, Z., ... & Gibala, M. J. (2011). Low-volume high-intensity interval training reduces hyperglycemia and increases muscle mitochondrial capacity in patients with type 2 diabetes. *Journal of applied physiology*, 111(6), 1554-1560.
- MacDonald, J. R. (2002). Potential causes, mechanisms, and implications of post exercise hypotension. *Journal of human hypertension*, 16(4), 225-236.
- Morales-Palomo, F., Ramirez-Jimenez, M., Ortega, J. F., Pallares, J. G., & Mora-Rodriguez, R. (2017). Acute hypotension after high-intensity interval exercise in metabolic syndrome patients. *International journal of sports medicine*, 38(07), 560-567.
- Olney, N., Wertz, T., LaPorta, Z., Mora, A., Serbas, J., & Astorino, T. A. (2018). Comparison of acute physiological and psychological responses between moderate-intensity continuous exercise and three regimes of high-intensity interval training. *The Journal of Strength & Conditioning Research*, 32(8), 2130-2138.
- Plowman, S. A., & Smith, D. L. (2013). *Exercise physiology for health fitness and performance*. Lippincott Williams: Wilkins
- Romero, S. A., McCord, J. L., Ely, M. R., Sieck, D. C., Buck, T. M., Luttrell, M. J., ... & Halliwill, J. R. (2017). Mast cell degranulation and de novo histamine formation contribute to

- sustained postexercise vasodilation in humans. *Journal of Applied Physiology*, 122(3), 603-610.
- Romero, S. A., Minson, C. T., & Halliwill, J. R. (2017). The cardiovascular system after exercise. *Journal of Applied Physiology*, 122(4), 925-932.
- Ruangthai, R., & Phoemsapthawee, J. (2019). Combined exercise training improves blood pressure and antioxidant capacity in elderly individuals with hypertension. *Journal of Exercise Science & Fitness*, 17(2), 67-76.
- World Health Organization. (2000). The Asia Pacific perspective: Redefining obesity and its treatment. Retrieved from http://www.wpro.who.int/nutrition/documents/Redefining_obesity/en/.



ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม Factors Predicting Malnutrition in Hemodialysis Patients

สมพร ชินโนรส, วท.ม., Somporn Chinnoros, M.Sc.¹

พิกุล เชื้อนคำ, พย.ม., Phikul Khueankham, M.Sn.²

พรทิพย์ จันทร์น้อม, พย.ม., Porntip Channorm, M.Sn.²

¹รองศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

¹Associate Professor, Faculty of Nursing, Saint Louis College, Sathorn, Bangkok

²อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

²Lecturer, Faculty of Nursing, Saint Louis College, Sathorn, Bangkok

*Corresponding Author Email: somporn@slc.ac.th

Received: September 14, 2021 Revised: November 30, 2021 Accepted: December 20, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะทุพโภชนาการ และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่คลินิกเฉพาะทางเวชกรรมด้านไตเทียมแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพฯ จำนวน 138 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก และแบบประเมินภาวะโภชนาการ (Modified Subjective Global Assessment: mSGA) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .77 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สันและโคสแควร์

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีภาวะทุพโภชนาการอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 92) อายุเฉลี่ย 50.36 ปี (SD = 11.76) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($r = .18$) ส่วนเพศ สถานภาพสมรส การศึกษาและฮิโมโกลบินไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

คำสำคัญ: ภาวะทุพโภชนาการ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

Abstract

This descriptive research aimed to study malnutrition and factors related to malnutrition in hemodialysis patients. The sample were 138 hemodialysis patients on one hemodialysis clinic in Bangkok. The research instruments consist of personal data record form, laboratory record form and the nutritional assessment scale (modified Subjective Global Assessment: mSGA), with reliability of .77. This descriptive research was analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlation statistics and Chi Square test. The finding revealed that 92% of hemodialysis patients were malnourished in low level, mean age 50.36 years (SD = 11.76). Age was low positively associated with malnutrition of hemodialysis patients at .05 ($r = .18$), gender, marital status, education and hemoglobin were not associated with malnutrition in hemodialysis patients.

Keywords: Malnutrition, Hemodialysis

บทนำ

ภาวะทุพโภชนาการเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยเครื่องไตเทียม ทำให้มีอัตราการเจ็บป่วย และอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น (Ghorbani, Hayati, Karandish, & Sabzali, 2020). รวมทั้งการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและการติดเชื้อเพิ่มขึ้น (พงศกร คชเสนี, ขจร ตีระธนะนากุล, ทวีชายชัยรุจิรา, ธนันดา ตระการวนิช, ทวีพงษ์ ปาจริย, และเกรียงศักดิ์ วาริแสงทิพย์, 2559) ภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเกิดจากหลายปัจจัย เช่น การบริโภคอาหารที่ไม่เพียงพอเพื่ออาหาร การรับรสเปลี่ยน ความทุกข์ทางอารมณ์ อาหารไม่ดี โรคร่วม และอัตราการเผาผลาญเพิ่มเนื่องมาจากการอักเสบ (Janardhan, et al. 2011)

สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วย (Ghorbani, Hayati, Karandish, & Sabzali, 2020; Park, Jang, Jung, & Kim, 2019) โดยอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วย

(Zaki, Mohamed, Mohamed, & Abdel-Zaher, 2016) เพศมีความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วย (Ghorbani, Hayati, Karandish, & Sabzali, 2020) สถานภาพสมรสและการศึกษามีความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วย (Joukar, Moradi, Hasavari, Atrkar Roushan, Sedighi, & Asgharnezhad, 2019) และฮีโมโกลบินมีความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วย (Rezeq, Khair, Hamdan, & Sweileh, 2018)

แบบประเมินภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีมากมาย เช่น แบบประเมิน Subjective Global Assessment (SGA), modified Subjective Global Assessment (mSGA), และ Malnutrition Inflammation Score (MIS) แต่ที่นิยมใช้คือแบบประเมิน SGA เนื่องจากมีจุดเด่น คือ ประเมินสัดส่วนของร่างกายและการบริโภคอาหาร (ชุตินา ตีปัญญา, และสมพร ชินโนรส, 2557; Rezeq, Khair, Hamdan, & Sweileh, 2018; Joukar, Moradi, Hasavari, Atrkar Roushan, Sedighi, &

Asgharnezhad, 2019) แต่แบบประเมิน SGA มีปัญหาในการนำไปใช้ เพราะข้อคำถามแต่ละข้อมีความคลุมเครือ และมีปัญหาการให้คะแนน จึงมีผู้นำแบบประเมิน SGA ไปดัดแปลงเรื่องข้อคำถามและการให้คะแนน เกิดเป็นแบบประเมิน modified Subjective Global Assessment (mSGA) หรือ Dialysis Malnutrition Score (DMS) ซึ่งใช้ง่าย (Zaki, Mohamed, Mohamed, & Abdel-Zaher, 2019) มีผู้นำแบบประเมิน SGA ไปประเมินภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม แต่การศึกษานั้นทำมานาน และสถานที่ศึกษาต่างกัน กล่าวคือ ชูติมา ดีปัญญา, และสมพร ชินโนรส. (2557) ศึกษาที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในกทมฯ ในขณะที่ผู้วิจัยศึกษาที่คลินิกเวชกรรมด้านไตเทียมแห่งหนึ่งในกทมฯ ที่มีบริบทต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา ไม่ว่าจะเป็นเรื่องวัฒนธรรม เศรษฐฐานะและสภาพสังคม ประกอบกับคลินิกเวชกรรมด้านไตเทียมแห่งนี้ยังไม่มีการศึกษาภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยใช้แบบประเมิน mSGA และยังไม่มีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วยดังกล่าว ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และจะนำผล

การวิจัยไปออกแบบวิธีการช่วยเหลือให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เพื่อป้องกันการเกิดภาวะทุพโภชนาการ หรือให้ผู้ป่วยมีภาวะทุพโภชนาการลดลง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

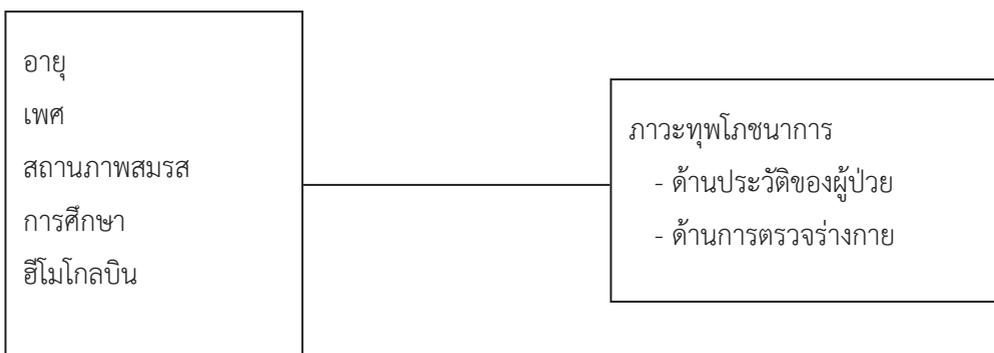
เพื่อศึกษาภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

สมมุติฐานการวิจัย

อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษาและฮีโมโกลบินมีความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะทุพโภชนาการกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยศึกษาภาวะทุพโภชนาการตามแนวคิดของ modified Subjective Global Assessment ซึ่งแบ่งภาวะทุพโภชนาการออกเป็น 2 ด้าน และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ ดังนี้



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ (เอกสารเลขที่ E. 042/2563) โดยดำเนินการวิจัยดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่คลินิกเฉพาะทางเวชกรรมด้านไตเทียมแห่งหนึ่งในกรุงเทพฯ เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยอายุ 20 ปีขึ้นไป ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นเวลา 3 เดือนขึ้นไปในคลินิกเฉพาะทางเวชกรรมด้านไตเทียมแห่งหนึ่ง ที่ผู้วิจัยใช้เป็นสถานที่ศึกษา ทั้งนี้ผู้ป่วยต้องมีการรับรู้ความเข้าใจและสามารถสื่อสารได้ปกติ ส่วนเกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power sample size (นิพิฐพนธ์ สนิทเหลือ, วัชรินทร์ สาตตร์เพชร, และญาดา นภาพารักษ์, 2564) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 138 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีดังนี้

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ การทำงาน รายได้ จำนวนบุตร สิทธิการรักษา ผู้ดูแล สาเหตุของโรคไต จำนวนโรคร่วม ชนิดของโรคร่วม วิธีการล้างไต ระยะเวลาที่ได้รับการล้างไต และค่าฮีโมโกลบิน จำนวนทั้งสิ้น 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

2.2 แบบประเมินภาวะโภชนาการ Modified Subjective Global Assessment (mSGA) แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คำถาม 5 ข้อแรกเป็นส่วนของการซักประวัติ ได้แก่ 1) การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนัก 2) ปริมาณอาหารที่รับประทาน 3) อาการทางระบบทางเดินอาหาร 4) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และ

5) โรคที่พบร่วมและคำถาม 2 ข้อหลังเป็นส่วนของการตรวจร่างกาย ได้แก่ 1) ปริมาณไขมันใต้ชั้นผิวหนังลดลง 2) การสูญเสียมวลกล้ามเนื้อ และคะแนนรวมจาก 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราการประมาณค่า 1-5 ระดับ แบบประเมิน mSGA มีคะแนนรวมเท่ากับ 35 คะแนน สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ มีภาวะโภชนาการปกติ (1-7 คะแนน) มีภาวะทุพโภชนาการในระดับน้อย (8-17 คะแนน) มีภาวะทุพโภชนาการในระดับปานกลาง (18-27 คะแนน) และมีภาวะทุพโภชนาการในระดับมาก (28-35 คะแนน)

3. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ เนื่องจากแบบประเมินภาวะโภชนาการเป็นแบบสอบถามที่เป็นมาตรฐาน จึงไม่จำเป็นต้องทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยนำแบบประเมินภาวะโภชนาการทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และกลุ่มตัวอย่างจริง 138 ราย คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .77 และ .74 ตามลำดับ

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยขออนุญาติดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการคลินิกเฉพาะทางเวชกรรมด้านไตเทียมเพื่อขอเก็บข้อมูล จากนั้นพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ดำเนินการพิทักษ์สิทธิโดยชี้แจงถึงสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่า ข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะเสนอข้อมูลเป็นภาพรวม เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยขอให้ผู้ให้ข้อมูลลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม จากนั้นแจกแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่าง ใช้เวลาตอบ 10 นาที ทั้งนี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคม 2564 ถึงเดือนมีนาคม 2564

5. การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลภาวะทุพโภชนาการ วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของอายุและฮีโมโกลบินกับภาวะทุพโภชนาการด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของเพศ สถานภาพสมรส และการศึกษากับภาวะทุพโภชนาการด้วยสถิติไคสแควร์

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีอายุเฉลี่ย 50.36 ปี ($\bar{X} = 50.36, SD = 11.76$) ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 63.04 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 52.90 มีการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 44.20 ไม่มีอาชีพร้อยละ 47.83 ไม่ได้ทำงานและทำงานเท่ากันร้อยละ 50 ไม่มีรายได้ร้อยละ 49.28 ใช้บัตรทองร้อยละ 68.84 มีผู้ดูแลร้อยละ 85.51 ทราบสาเหตุของการเป็นโรคไตร้อยละ 83.33 มีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 51.45 มีจำนวนบุตรเฉลี่ย 2 คน ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 3 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 72 ค่าฮีโมโกลบินเฉลี่ย 10.30 g/dl ($SD = 1.81$) และค่า Kt/v เฉลี่ย 1.715

2. ภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วยของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม กลุ่มตัวอย่างมีภาวะทุพโภชนาการอยู่ในระดับน้อยร้อยละ 92 และมีภาวะโภชนาการปกติร้อยละ 8

3. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .18$) หรือผู้ที่อายุมากจะมีคะแนนทุพโภชนาการสูง มีภาวะทุพโภชนาการสูงและสอดคล้องกับสมมติฐานของการวิจัยที่ว่า อายุมีความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วยที่ได้รับ

การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ส่วนเพศ สถานภาพสมรส การศึกษา และฮีโมโกลบินไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และไม่สอดคล้องกับสมมติฐานของการวิจัยที่ว่า เพศ สถานภาพสมรส การศึกษาและฮีโมโกลบินมีความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้คณะผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีภาวะทุพโภชนาการระดับน้อยร้อยละ 92 อาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมอย่างเพียงพอ ซึ่งประเมินจากค่า Kt/V ผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 3 ครั้ง/สัปดาห์ควรมีค่า Kt/V ≥ 1.2 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 72 ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 3 ครั้ง/สัปดาห์ และมีค่า Kt/V เฉลี่ย 1.715 หรือกลุ่มตัวอย่างได้รับการฟอกเลือดอย่างเพียงพอ เนื่องจากการฟอกเลือดแต่ละครั้งจะกำจัดของเสีย เช่น BUN, creatinine, และกรดยูริกออกไป รวมทั้งสาร peptin ซึ่งทำให้เปื้ออาหารออกไปด้วย (Ettima et al. 2015) เมื่อผู้ป่วยได้รับการฟอกเลือด 3 ครั้ง/สัปดาห์ การกระทำดังกล่าวจะกำจัดของเสียออกไปได้มาก และอย่างสม่ำเสมอ จึงทำให้ผู้ป่วยมีอาการเบื่ออาหารลดลง รับประทานอาหารได้มากขึ้น และมีภาวะโภชนาการดี (ประเสริฐ ธนกิจจารุ, และสุพัฒน์ วาณิชยการ, 2551) นอกจากนั้นผู้ป่วยยังได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และการให้ความรู้จากพยาบาลไตเทียม ทำให้ผู้ป่วยเลือกอาหารได้ถูกต้องและรับประทานได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ ชูติมา ตีปัญญา, และสมพร ชินโนรส. (2557). พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

มีภาวะทุพโภชนาการอยู่ในระดับน้อย แต่ไม่สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีภาวะทุพโภชนาการอยู่ในระดับน้อย-ปานกลาง (Joukar, Moradi, Hasavari, Atrkar Roushan, Sedighi, & Asgharnezhad., 2019; Zaki, Mohamed, Mohamed, & Abdel-Zaher., 2019)

ปัจจัยด้านอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ($r = .18, p < .05$) อภิปรายว่า ผู้ป่วยโรคไตวายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมอายุเฉลี่ย 50.36 ปี ($\bar{X} = 50.36, SD = 11.76$) และส่วนใหญ่มีโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้ป่วยต้องรับประทานยาจำนวนมากและความไม่สมดุลของกรดต่างในร่างกายจะทำให้เกิดการเผาผลาญที่ผิดปกติตามมา ทั้งนี้การดำเนินของโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญมีผลทำให้ร่างกายนำโปรตีนที่เก็บสะสมเป็นกล้ามเนื้อมาใช้อย่างต่อเนื่อง และมีการสูญเสียเลือดไปกับตัวกรองไตเทียมทุกครั้งที่ฟอกเลือด ซึ่งอาจเป็นปัจจัยร่วมที่ส่งเสริมให้ผู้ที่มิอายุข้างต้นเกิดภาวะทุพโภชนาการระดับต่ำ ซึ่งมีหลายการศึกษารายงานว่าผู้สูงอายุมีแนวโน้มเสี่ยงต่อการขาดอาหารมากกว่าผู้ป่วยอายุน้อย Yigit, Ulu., Celiker, & Dogukan., 2016; Freitas, Vaz, Ferraz, Peixoto, & Campos., 2014). ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ (Ghorbani, Hayati, Karandish, & Sabzali., 2020). และ (Park, Jang, Jung, & Kim., 2019) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วย โดยอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วย Zaki, Mohamed, Mohamed, & Abdel-Zaher., 2019; Yigit, Ulu., Celiker, & Dogukan., 2016)

เพศไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม อภิปรายว่า เนื่องจากผู้ป่วยเป็นเพศชายร้อยละ 63.04 โดยทั่วไปเพศชายจะได้รับการดูแลเรื่องอาหารจากภรรยาและบุตร

อีกทั้งผู้ป่วยหญิงส่วนใหญ่ก็ไม่ค่อยมีภาวะทุพโภชนาการ จึงน่าจะเป็นปัจจัยที่ทำให้เพศไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม สอดคล้องกับการศึกษาของ Yigit et al, (2016) พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผลการวิจัยไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Ghorbani, Hayati, Karandish, & Sabzali, (2020). พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดย Tayyem, Mrayyan, Heath, & Bawadi., (2008). พบความชุกของภาวะทุพโภชนาการในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย

สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม อภิปรายว่า เนื่องจากผู้ป่วยมีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 52.90 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการดูแลจากสามี/ภรรยาในเรื่องการรับประทานอาหาร ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรส หม้าย หย่า แยก คนกลุ่มนี้ต่างพึ่งพาตนเองได้ในเรื่องการรับประทานอาหาร จึงน่าจะเป็นปัจจัยที่ทำให้สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผลการวิจัยไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Joukar, Moradi, Hasavari, Atrkar Roushan, Sedighi, & Asgharnezhad., (2019). พบว่า สถานภาพสมรสคู่/หย่าแยกมีความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม อภิปรายว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่สำเร็จระดับประถมศึกษาถือว่าเป็นความรู้ระดับต้นที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถอ่านออก เขียนได้ ติดต่อสื่อสารรู้เรื่องและสามารถเรียนรู้ประสบการณ์ได้ต่อยอดจากการศึกษาที่มีได้ ผู้ป่วยจึงเลือกรับประทานอาหารและป้องกันการเกิด

ภาวะทุพโภชนาการกับตนเองได้ จึงทำให้การศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผลการวิจัยไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Joukar, Moradi, Hasavari, Atrkar Roushan, Sedighi, & Asgharnezhad, (2019) พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ฮีโมโกลบินไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม อภิปรายว่า ซีด (ประเมินจากค่าฮีโมโกลบิน) เป็นอาการหนึ่งของภาวะทุพโภชนาการ ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยของระดับฮีโมโกลบิน เท่ากับ 10.30 g/dl ในทางไตเทียมฮีโมโกลบินระดับนี้ยอมรับได้ ประกอบกับผู้ป่วยมีภาวะทุพโภชนาการในระดับน้อย จึงทำให้ภาวะซีดไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วย ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผลการวิจัยไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Rezeq, Khdaire, Hamdan, & Sweileh, (2018). พบว่าฮีโมโกลบินมีความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลไตเทียมควรประเมินหรือค้นหาภาวะโภชนาการในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไปอย่างน้อยปีละ 2 ครั้งด้วยแบบประเมิน mSGA และควรจัดโปรแกรมเฝ้าระวังภาวะโภชนาการด้วย

2. ด้านการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

- ชุติมาตีปัญญา, และสมพร ชินโนรส. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะโภชนาการในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. *วารสารเกื้อการุณย์*, 21(2), 182-197.
- นิพิฐพนธ์ สนิทเหลือ, วัชรินทร์ สาตร์เพชร, และ ญาดา นภาอารักษ์. (2019). SAMPLE SIZE CALCULATION USING G*POWER PROGRAM. *วารสารวิชาการ สถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ*, 5(1), 496-507.
- พงศกร คชเสนี, ขจร ติรณะนากุล, ทวี ชายชัยรุจิรา, ธันนดา ตระการวนิช, ทวีพงษ์ ปาจริย, และ เกรียงศักดิ์ วารีแสงทิพย์. (2559). *Essentials in hemodialysis*. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนเจอนัลพับลิเคชั่น.
- ประเสริฐ ชนกจิจารุ, และสุพัฒน์ วาณิชย์การ. (2551). *ตำราการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯเวชสาร.
- Freitas, A. T. V. D. S., Vaz, I. M. F., Ferraz, S. F., Peixoto, M. D. R. G., & Campos, M. I. V. M. (2014). Prevalence of malnutrition and associated factors in hemodialysis patients1. *Revista de Nutrição*, 27(3), 357-366.
- Ghorbani, A., Hayati, F., Karandish, M., & Sabzali, S. (2020). The prevalence of malnutrition in hemodialysis patients. *Journal of Renal Injury Prevention*, 9(2), 1-15.

- Janardhan, V., Soundararajan, P., Rani, N. V., Kannan, G., Thennarasu, P., Chacko, R. A., & Reddy, C. U. M. (2011). Prediction of malnutrition using modified subjective global assessment-dialysis malnutrition score in patients on hemodialysis. *Indian journal of pharmaceutical sciences*, 73(1), 38-45.
- Joukar, F., Moradi, Z., Hasavari, F., Atrkar Roushan, Z., Sedighi, A., & Asgharnezhad, M. (2019). Malnutrition in Hemodialysis Patients and Predicting Factors: A Cross-Sectional Study. *Nephro-Urology Monthly*, 11(3), e86586.
- Park, O. L., Jang, Y. J., Jung, J. H., & Kim, S. R. (2019). Factors affecting malnutrition in hemodialysis patients. *Korean Journal of Adult Nursing*, 28(2), 226-236.
- Rezeq, H. A., Khdair, L. N., Hamdan, Z. I., & Sweileh, W. M. (2018). Prevalence of malnutrition in hemodialysis patients: A single-center study in Palestine. *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation*, 29(2), 332-340.
- Tayyem, R. F., Mrayyan, M. T., Heath, D. D., & Bawadi, H. A. (2008). Assessment of nutritional status among ESRD patients in Jordanian hospitals. *Journal of Renal Nutrition*, 18(3), 281-287.
- Yigit, I. P., Ulu, R., Celiker, H., & Dogukan, A. (2016). Evaluation of nutrition status using anthropometric measurements and MQSGA in geriatric hemodialysis patients. *North Clinical Istanbul*, 3(2), 124-130.
- Zaki, D. S. D., Mohamed, R. R., Mohamed, N. A. G., & Abdel-Zaher, R. B. (2019). Assessment of malnutrition status in hemodialysis patients. *Scientific and Academic Publishing*, 9(1), 8-13.



ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของแรงงานข้ามชาติ
ชาวเมียนมาในเขตกรุงเทพมหานคร
**Factors influencing Tuberculosis Preventive Behavior Among
Myanmar Migrant Workers in Bangkok**

เอกลักษณ์ ฟ้ากฤษ, พย.ม., Ekkalak Faksook, M.N.S.^{1*}

กัญชรีย์ พัฒนา, พย.ม., Kancharee Pattana, M.N.S.¹

อนงค์นุช สารจันทร์, พย.ม., Anongnut Sarachan, M.N.S.¹

นันทวัน สุวรรณรูป, Ph.D. (Nursing), Nantawon Suwanaroop, Ph.D. (Nursing)²

อรพรรณ ไตสิงห์, พย.ด., Orapan Thosingha, D.N.S.³

¹อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ

¹Lecturer, Faculty of Nursing, HRH Princess Chulabhorn College of Medical Science Chulabhorn Royal Academy

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ

ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ

²Assistant Professor, Faculty of Nursing, HRH Princess Chulabhorn College of Medical Science Chulabhorn Royal Academy

³รองศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ

ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ

³Associate Professor, Faculty of Nursing, HRH Princess Chulabhorn College of Medical Science Chulabhorn Royal Academy

* Corresponding Author Email: ekkalak.fak@cra.ac.th

Received: November 11, 2021 Revised: December 14, 2021 Accepted: December 20, 2021

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยพรรณนาเชิงทำนายโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมา กลุ่มตัวอย่าง คือ แรงงานข้ามชาติชาวเมียนมา จำนวน 161 คน ที่ทำงานในเขตกรุงเทพมหานครเก็บข้อมูล ระหว่างเดือนตุลาคม 2563 ถึงเดือนสิงหาคม 2564 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับเชื้อวัณโรค และการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรค การรับรู้ความรุนแรงจากการติดเชื้อวัณโรค การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค การรับรู้ข้อมูล และช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเชื้อวัณโรค และการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการบรรยายและการวิเคราะห์ถดถอย พหุคูณแบบการเลือกแบบมีขั้นตอน

ผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมา ในเขตกรุงเทพมหานครอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 29.00$, $SD = 2.07$) ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมาในเขตกรุงเทพมหานคร ได้แก่ การรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเชื้อวัณโรค และการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค ($\beta = .31$, $p < .05$) การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค ($\beta = .26$, $p < .05$) การรับรู้ความรุนแรงจากการติดเชื้อวัณโรค ($\beta = .19$, $p < .05$) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค ($\beta = .17$, $p < .05$) สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมาในเขตกรุงเทพมหานครได้ระดับต่ำร้อยละ 36

จากการศึกษาค้นคว้านี้สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนส่งเสริม และจัดการให้แรงงานข้ามชาติชาวเมียนมาเกิดพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค เน้นส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูล วิธีการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคที่ถูกต้อง และส่งเสริมให้เกิดการรับรู้ความรุนแรงจากการติดเชื้อวัณโรค และปรับลดอุปสรรคต่างๆ ในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค เสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค และเป็นแนวทางในการวิจัยเชิงทดลองต่อไป

คำสำคัญ: การติดเชื้อวัณโรค พฤติกรรมการป้องกัน แรงงานข้ามชาติชาวเมียนมา

Abstract

This descriptive predictive research aimed to examine the factors influencing Tuberculosis preventive behaviors among Myanmar migrant workers. The studied participants comprised 161 Myanmar migrant workers working and living in Bangkok. Data were collected between October 2020 to August 2021. The questionnaires were used to collect demographic characteristic, knowledge, perceived risk, perceived severity, perceived benefit, perceived barriers, perceived self-efficacy, perceived sources of information and health preventive behaviors related to tuberculosis and tuberculosis prevention. Descriptive statistic and stepwise multiple regression analysis were employed for data analysis.

The results revealed that health preventive behaviors of the sample were relatively good. There were 4 factors predicting health preventive behaviors, perceived sources of information ($\beta = .31$, $p < .05$), perceived barriers ($\beta = .26$, $p < .05$), perceived severity ($\beta = .19$, $p < .05$) and perceived self-efficacy ($\beta = .17$, $p < .05$). These four factors can co-predict and explain 36% of the variance on Tuberculosis preventive behaviors among Myanmar migrant workers.

It is recommended that nurses should develop the program to improve access to significant information among Myanmar migrant workers. Measures to increase their self-efficacy and perception on risk and severity of Tuberculosis should be emphasized. The guidelines to increase Myanmar migrant workers should be developed and tested for its effectiveness in further study.

Keywords: Tuberculosis, preventive behaviors, Myanmar migrant

บทนำ

วัณโรคยังคงเป็นปัญหาที่ท้าทายของระบบสุขภาพทั่วโลก โดยเป็นสาเหตุอันดับต้นของการเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อทั่วโลกประมาณ 1.3 ล้านคน และมีผู้ติดเชื้อรายใหม่มากถึงปีละ 10 ล้านคน [World Health Organization (WHO), 2018] สำหรับประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศของโลกที่ประสบปัญหาวัณโรคอย่างรุนแรง มีผู้ติดเชื้อวัณโรคสะสมประมาณ 1.08 แสนคน และมีผู้เสียชีวิตจากวัณโรคจำนวน 9,300 คน (WHO, 2021) โดยมีผู้ติดเชื้อรายใหม่และกลับเป็นซ้ำทั้งคนไทยและแรงงานข้ามชาติมากถึง 28,370 คน โดยจังหวัดที่มีผู้ติดเชื้อรายใหม่สูงสุด คือ กรุงเทพมหานครจำนวน 3,512 คน (กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

กลุ่มแรงงานข้ามชาติที่เข้ามาทำงานในประเทศไทยอย่างถูกต้องนั้นถึงแม้มีการตรวจสุขภาพร่างกายและปอดก่อนเข้าทำงาน แต่กลุ่มดังกล่าวยังคงเป็นปัญหาสำคัญในการดำเนินงานควบคุมวัณโรคของประเทศไทย (กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564; WHO, 2018) ผลสืบเนื่องจากอุบัติเหตุการณ์วัณโรคของประเทศเพื่อนบ้านที่มีพรมแดนติดกับประเทศไทยสูงกว่าประเทศไทย 2-3 เท่า และมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี แรงงานข้ามชาติมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อมากจากปัญหาเชิงระบบกล่าวคือ มีอุปสรรคในการเข้าถึงการดูแลรักษาวัณโรค ลักษณะและสภาพแวดล้อมในการทำงานและที่พักอาศัยมีความแออัด หรืออยู่ร่วมกับกลุ่มแรงงานที่เข้ามาทำงานอย่างไม่ถูกต้อง ไม่ได้รับการตรวจสุขภาพก่อนทำงาน เพิ่มโอกาสการติดเชื้อวัณโรค (กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563) มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น ไม่สวมหน้ากากอนามัยเมื่อเป็นหวัด มีความรู้ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับวัณโรค ไม่ทราบว่าจะเมื่อรักษาวัณโรคหายแล้วสามารถกลับมาเป็นได้อีก ไม่ทราบว่าการไอนานๆ

เป็นอาการนำของการเป็นวัณโรค และมีการรับรู้ว่าการป่วยเป็นวัณโรคไม่รุนแรง เมื่อเกิดโรคแล้วมักตรวจพบได้ช้าเพราะเข้าไม่ถึงบริการทำให้แพร่กระจายได้ในวงกว้าง (Sreechat & Hongsranagon, 2013)

เมื่อมีการติดเชื้อวัณโรคส่งผลให้แรงงานข้ามชาติมีภูมิคุ้มกันร่างกายต่ำลง อ่อนเพลีย มีอาการรุนแรงขึ้น เกิดโรคแทรกซ้อน และเสียชีวิตในที่สุด และหากไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมจะทำให้เกิดการแพร่กระจายทั้งในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ และแรงงานคนไทยอีกด้วย (นวพรรณ เมชชนัน, 2560) จากการศึกษาของกรมควบคุมโรค กองวัณโรค พบว่า ประเทศไทยต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลกลุ่มนี้เพิ่มขึ้นรายละเอียดประมาณ 2,600 บาทต่อคน ในรายที่มีการดื้อยารุนแรงรัฐบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงถึง 1.2 ล้านบาทต่อคน (กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2562) และหากเกิดภาวะแทรกซ้อนก็ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาแรงงานข้ามชาติกลุ่มนี้เพิ่มขึ้นอีก การป้องกันการติดเชื้อวัณโรคในแรงงานข้ามชาติจึงเป็นวิธีการที่ดีที่สุดที่ช่วยลดปัญหาต่างๆ ที่จะตามมา โดยแรงงานข้ามชาติต้องสามารถปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้ออย่างถูกต้อง ดังนั้นการศึกษาว่ามีปัจจัยใดบ้างที่ช่วยส่งเสริมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันวัณโรค จะช่วยให้บุคลากรสุขภาพสามารถพัฒนาวิธีการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคที่เหมาะสมในกลุ่มแรงงานข้ามชาติต่อไป

คณะผู้วิจัยจึงทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ปัจจัยที่น่าจะสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคในกลุ่มแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมา โดยเลือกปัจจัยที่เคยศึกษาในกลุ่มบริบทใกล้เคียงกัน และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค แต่ยังไม่เคยนำมาศึกษาในกลุ่มแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมาในสังคมเมืองมาใช้ในการศึกษาคั้งนี้ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค (Sreechat and Hongsranagon,

2013; นงนุช เสือพุ่ม, 2556) แหล่งช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร (ภาวิณี มนต์รี, ยุทธนา กลิ่นจันทร์, กาญจนาคศักดิ์ตระกูล, ศุภรดา มณฑาทิพย์, วรัญญา ชูเนตร และจักรกฤษณ์ พลราช, 2019; Aung & Panza, 2014) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัส (ขวัญใจ มอนไธสง, จีราภรณ์ ธรรมบุตร และวนลดา ทองใบ, 2560) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการติดเชื้อไวรัส (Sreechat and Hongsrnagon, 2013; ขวัญใจ มอนไธสง, จีราภรณ์ ธรรมบุตร และวนลดา ทองใบ, 2560) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการติดเชื้อไวรัส (ขวัญใจ มอนไธสง, จีราภรณ์ ธรรมบุตร และวนลดา ทองใบ, 2560) การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการติดเชื้อไวรัส (Srechat & Hongsrnagon, 2013) การรับรู้ความรุนแรงจากการติดเชื้อไวรัส (Srechat & Hongsrnagon, 2013) มาใช้ในการศึกษานี้

การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสของแรงงานข้ามชาติ ในอดีตส่วนใหญ่เน้นการสำรวจความชุกของการติดเชื้อไวรัส เน้นการรักษาวินโรค ไม่สามารถอธิบายพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสของแรงงานข้ามชาติ ชาวเมียนมาได้ชัดเจน หรือมุ่งศึกษากลุ่มแรงงานข้ามชาติ ในภาพรวม ไม่เฉพาะเจาะจงในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ชาวเมียนมา ซึ่งเป็นประชาชนส่วนใหญ่ที่เป็นแรงงานข้ามชาติในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร (กรมการจัดหางาน, 2563) ที่มีลักษณะเป็นชุมชนเมืองขนาดใหญ่ มีความแออัด แตกต่างจากประเทศต้นทางของแรงงานชาวเมียนมาอย่างมาก

ด้วยเหตุผลดังกล่าวมาข้างต้นคณะผู้วิจัยมีโอกาสนำบริการสุขภาพในชุมชน หน่วยบริการปฐมภูมิ ที่มีการให้บริการแรงงานข้ามชาติ ที่นับเป็นอีกหนึ่งกลุ่มคน ซึ่งเป็นกลุ่มเฉพาะเข้าถึงได้ยาก จัดเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสที่ทางกระทรวงสาธารณสุขของไทย และองค์การอนามัยโลก ต้องการดำเนินการเพื่อลดจำนวน

ผู้ป่วยวินโรคให้ได้มากที่สุด การศึกษารังนี้เป็นการรวบรวมข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัส เพื่อนำไปขยายผลสร้างแนวทางการป้องกัน ลดอุบัติการณ์การเกิดวินโรค รายใหม่ให้หมดไปหรือใกล้เคียงศูนย์มากที่สุด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสของแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมา ในเขตกรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสของแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมาในเขตกรุงเทพมหานคร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวินโรคครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ [Health Belief Model (HBM)] ของ Rosenstock, Strecher & Becker (1988) ที่เชื่อว่าการเกิดพฤติกรรมการป้องกันโรค ขึ้นอยู่กับการรับรู้ของบุคคล หากบุคคลรับรู้โรครมีความรุนแรง (Perceived Severity) มีโอกาสเสี่ยงการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) จะกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ถึงภาวะคุกคาม (Perceived Threat of Disease) และพิจารณาถึงประโยชน์ (Perceived Benefits) และเชื่อในสมรรถนะของตน (Self-Efficacy) มากกว่าพอที่จะชนะรับรู้อุปสรรค (Perceived Barriers) ทำให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยมีสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ (Cues to Action) สนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมเร็วขึ้น

สำหรับกรอบแนวคิดในการศึกษารังนี้ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ [Health Belief Model (HBM)] ของ Rosenstock, Strecher & Becker (1988) ดังนี้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัส เมื่อแรงงานข้ามชาติ

รับรู้ว่าคุณมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัส และรับรู้ความรุนแรงจากการติดเชื้อไวรัส จะทำให้แรงงานข้ามชาติชาวเมียนมา รู้สึกกลัว เหมือนถูกคุกคาม ประกอบกับการที่แรงงานข้ามชาติชาวเมียนมารับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสสูงกว่า การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการติดเชื้อไวรัส และเชื่อว่าตนเองมีสมรรถนะในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสจะนำไปสู่การปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโดยมีปัจจัยร่วมด้านความรู้เป็นพื้นฐานทำให้เกิดแรงจูงใจ นำไปสู่การเกิดความรู้ที่ เหมาะสม นอกจากนี้การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ซึ่งจัดเป็น สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ กระตุ้นให้แรงงานข้ามชาติชาวเมียนมาเกิดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัส

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนาเชิงทำนาย (Descriptive Predictive Design) เพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัส และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสของแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาคั้งนี้เป็นแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมามีอายุ 20 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร ปีพ.ศ. 2563 คณะผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ เป็นแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมาที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร ปีพ.ศ. 2563 อย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป เป็นกลุ่มแรงงานที่มีใบอนุญาต สามารถสื่อสารฟัง พูด และเข้าใจภาษาไทย ได้ที่ทำงานในสถานประกอบการในเขตกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มแบบ simple random sampling (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร, 2553) เลือกสถานประกอบการในเขตกรุงเทพมหานคร เป็น sampling frame

โดยสุ่มเลือกมา 1 สถานประกอบการ (Sampling without Replacement) หลังจากนั้นเลือกตัวอย่างอย่างง่าย โดยเลือกจากลำดับรายชื่อที่เป็นลำดับเลขคู่เท่านั้นจนครบตามจำนวน

ประมาณการขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample Size Estimate) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G power version 3.1.9.2 (Faul, Erdfelder, Bucher & Lang, 2009) ที่เหมาะสมกับตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาและสำหรับวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of the test , $1 - \beta$) จากมาตรฐานที่ระดับร้อยละ 95 (Polit & Beck, 2008) กำหนดความเชื่อมั่นระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ .05 กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Cohen, 1998) เท่ากับ 0.15 มีจำนวนตัวแปรต้นที่ใช้ในการทำนาย 7 ตัวแปร คำนวณได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 153 คน และเพื่อป้องกันอัตราการเกิดผลลัพธ์ไม่ครบถ้วน คณะผู้วิจัยจึงได้กำหนดอัตราการไม่ครบถ้วนจากการศึกษาวิจัยในอดีตที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มที่คล้ายกันของเอกลักษณะ ฟักสุข, ปรียกมล รัชกุล และ วณลดา ทองใบ (2562) ที่พบการตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วนประมาณร้อยละ 5 จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากสูตร $n_{new} = n / (1-L)$ โดยที่ $L =$ อัตราการมีข้อมูลขาดหายไป (จรณิต แก้วกั้งวาล และประตาศ สิงหวิมานนท์, 2554) ได้กลุ่มตัวอย่างใหม่ทั้งสิ้นเท่ากับ $n_{new} = 153 / (1-5\%) = 161$ คน คณะผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลในครั้งนี้จำนวน 161 คน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ เลขที่ กกจ 0420 /2563 วันที่ 20 พฤศจิกายน 2563 ในการเก็บข้อมูล คณะผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ วิธีเก็บข้อมูล เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินยอมจึงให้ลงนามในหนังสือ

แสดงความยินยอม คณะผู้วิจัยได้อธิบายให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบว่าจะข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอผลโดยภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้

2. แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับเชื้อไวรัสโคโรนาและการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยข้อคำถามครอบคลุมเรื่อง ความเข้าใจเกี่ยวกับเชื้อไวรัสโคโรนา วิธีการติดต่อของเชื้อไวรัสโคโรนา ความเสี่ยงที่จะติดเชื้อ วิธีการและการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาจากการดำเนินชีวิตประจำวันของแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมา จำนวน 10 ข้อ คำถามเป็นแบบตอบถูก-ผิด 2 ตัวเลือก ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน โดยคะแนนที่สามารถเป็นไปได้คือ คะแนนสูงสุด 10 คะแนน คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน ลักษณะการแปลผลแบ่งคะแนนรวมเป็น 3 ระดับ พิจารณาจากเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1971) ดังนี้ คะแนน 8 – 10 คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 80 ขึ้นไปอยู่ในระดับดี คะแนน 6 – 7.99 ร้อยละ 60 – 79 ระดับปานกลาง และคะแนน 0 – 5.99 น้อยกว่าร้อยละ 60 ระดับต่ำ

นำค่าคะแนนที่มีลักษณะเป็นคะแนนต่อเนื่องใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คะแนนสูงหมายถึง มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเชื้อไวรัสโคโรนาและการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาในระดับสูง มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) เท่ากับ .83 ค่าความเชื่อมั่นคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson Reliability [KR-20]) เท่ากับ .82

3. แบบสอบถามด้านการรับรู้ คณะผู้วิจัยพัฒนา

ขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมีทั้งหมด 5 ด้าน ได้แก่ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) เท่ากับ 1.00 ค่าความเชื่อมั่นของเนื้อหาสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .80 ด้านการรับรู้ความรุนแรงจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) เท่ากับ 1.00 ค่าความเชื่อมั่นของเนื้อหาสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .86 ด้านการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) เท่ากับ 1.00 ค่าความเชื่อมั่นของเนื้อหาสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .86 ด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index [CVI]) เท่ากับ 1.00 ค่าความเชื่อมั่นของเนื้อหาสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .80 ซึ่งข้อคำถามในแต่ละด้านมีจำนวนคำถามละ 5 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวกทั้งหมด สำหรับแบบสอบถามด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนามีข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงลบทั้งหมด มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) เท่ากับ 1.00 ค่าความเชื่อมั่นของเนื้อหาสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .81 ลักษณะการวัดของแบบสอบถามทั้ง 5 ด้านเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (Rating Scale) คือ เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย ไม่เห็นด้วย คะแนนอยู่ในช่วง 5-20 คะแนน การแปลผลด้านการรับรู้แต่ละด้าน พิจารณาจากเกณฑ์ของเบสต์ (Best, 1981) แบ่งคะแนนรวมเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนน 16.00 – 20.00 อยู่ในระดับดี คะแนน 11.00 – 15.00 ระดับปานกลาง และคะแนน 5.00 – 10.00 ระดับต่ำ

ผู้ที่ได้คะแนนสูงจะเป็นผู้ที่มีการรับรู้เกี่ยวกับเชื้อไวรัสโรค และการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโรคดี

4. แบบสอบถามการรับรู้ข้อมูล และช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเชื้อไวรัสโรค และการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโรคของแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมา คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อเป็นคำถามเชิงบวก 6 ข้อ และคำถามเชิงลบ 1 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (Rating Scale) คือ เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย ไม่เห็นด้วย การแปลผลแบ่งคะแนนรวมเป็น 3 ระดับ คะแนนอยู่ในช่วง 7-28 คะแนน พิจารณาจากเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1981) ดังนี้ คะแนน 22.00 - 28.00 ระดับดี คะแนน 15.00 - 21.00 ระดับปานกลาง และคะแนน 7.00 - 14.00 ระดับต่ำ

ผู้ที่ได้คะแนนสูงจะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเหมาะสม มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) เท่ากับ 1.00 มีค่าความเชื่อมั่นของเนื้อหาสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .86

5. แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโรคของแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมา ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือแบบสอบถามจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา เพื่อมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้โดยให้แรงงานข้ามชาติชาวเมียนมาประเมินว่าตนเองมีความถี่ในการปฏิบัติ การป้องกันการติดเชื้อไวรัสโรคมากน้อยเพียงใด โดยมีข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมดจำนวน 11 ข้อ ลักษณะการวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ (Rating Scale) ดังนี้ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติเลย คะแนนอยู่ในช่วง 11- 33 คะแนน โดยการแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1981) ดังนี้ คะแนน 25.67 - 33.00 มีพฤติกรรมระดับดี คะแนน 18.34 - 25.66 พฤติกรรมระดับปานกลาง และคะแนน

11.00 - 18.33 พฤติกรรมระดับต่ำ

คะแนนสูงเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโรคดี ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) เท่ากับ 1.00 สัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .88

การเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยดำเนินการติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ประจำสถานประกอบการ เพื่อแนะนำตัวอธิบายวัตถุประสงค์และขออนุญาตเก็บข้อมูล ก่อนเก็บข้อมูลมีการฝึกอบรมล่าม เตรียมความรู้และความพร้อมให้แก่ล่าม ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยสุ่มเก็บข้อมูลจากลำดับรายชื่อที่ได้รับเฉพาะลำดับเลขคู่ ได้แก่ ลำดับที่ 2, 4, 6, ... จนครบ ตรวจสอบคุณสมบัติตามเกณฑ์และทดสอบความเข้าใจภาษาโดยการถามคำถามที่เตรียมไว้ว่ามีความเข้าใจในภาษาไทยระดับใด คณะผู้วิจัยแยกอาสาสมัครการวิจัยมาพื้นที่ที่มีความเป็นส่วนตัว อธิบายวัตถุประสงค์ ใฝินยอม และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามเข้าร่วมการวิจัย ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยคณะผู้วิจัยอ่านแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบคำถาม หากเกิดความไม่เข้าใจจะให้ล่ามอธิบายเพิ่มเติม หลังตอบแบบสอบถาม คณะผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโรคโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์อำนาจการทำนายของปัจจัยต่างๆ กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโรคของแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมา ใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 30.68 ปี (SD = 6.41) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 55.30) ร้อยละ 46.60 อยู่กับคู่ครองของตนเอง มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 76.40) ร้อยละ 93.20 ประกอบอาชีพเป็นลูกจ้างในโรงงานอุตสาหกรรม และมีรายได้ต่อเดือนประมาณ 11,546 บาท คะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ การรับรู้ความรุนแรงจากการติดเชื้อ การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกัน

การติดเชื้อ การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการติดเชื้อ การรับรู้สมรรถนะของตนในการป้องกันการติดเชื้อ การรับรู้ข้อมูลช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเชื้อ และการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาในระดับดี แต่มีความรู้เกี่ยวกับเชื้อไวรัสโคโรนา และการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนรวมพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 29.00$, $SD = 2.07$) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยต่างๆ เกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (n=161)

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าที่ได้	\bar{X}	SD	ระดับ
ความรู้เกี่ยวกับเชื้อไวรัสโคโรนา และการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา	0-10	5-10	7.26	1.19	ปานกลาง
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา	5-20	8-20	17.32	1.69	ดี
การรับรู้ความรุนแรงจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา	5-20	9-20	17.78	1.64	ดี
การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา	5-20	14-20	17.35	1.24	ดี
การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา	5-20	7-20	16.91	2.01	ดี
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา	5-20	11-20	17.35	1.45	ดี
การรับรู้ข้อมูล และช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเชื้อไวรัสโคโรนา และการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา	7-28	15-27	22.91	1.81	ดี
พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา	11-33	19-33	29.00	2.07	ดี

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า พฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 86.30 ปฏิบัติทุกครั้ง คือ พฤติกรรมการตรวจร่างกาย และเอ็กซเรย์ปอดอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง สำหรับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาที่กลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่งปฏิบัติไม่สม่ำเสมอหรือไม่ปฏิบัติเลย คือ การไปพบแพทย์เมื่อมีอาการ

ไอเรื้อรังเกิน 2 สัปดาห์ (49.10 %) และการพาบุตรไปฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสโคโรนา (46.30%) นอกจากนั้นยังมีพฤติกรรมอีกสองกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 39.80 และ 34.20 ปฏิบัติ ไม่สม่ำเสมอหรือไม่ปฏิบัติเลย คือ การแยกรับประทานอาหารเมื่อทราบว่าบุคคลใกล้ชิดป่วยเป็นไวรัสโคโรนา และการล้างมือทุกครั้งสัมผัสสารคัดหลั่ง เช่น น้ำลาย น้ำมูก (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโรคมุ่งตามรายการกิจกรรม (n=161)

พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสของแรงงาน ข้ามชาติชาวเมียนมา	ไม่เคยปฏิบัติเลย จำนวน(ร้อยละ)	ปฏิบัติบางครั้ง จำนวน(ร้อยละ)	ปฏิบัติทุกครั้ง จำนวน(ร้อยละ)
ท่านตรวจร่างกาย และเอกซเรย์ ปอดอย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง	4(2.50)	18(11.20)	139(86.30)
ท่านออกกำลังกายสม่ำเสมอครั้งละ 30 นาที อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์	2(1.20)	54(33.50)	105(65.20)
ท่านเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์เช่น เนื้อสัตว์ ผัก ผลไม้	4(2.50)	46(28.60)	111(68.90)
ท่านนอนหลับพักผ่อนอย่างน้อย 6 – 8 ชั่วโมง ต่อวัน	2(1.20)	46(28.60)	113(70.20)
ท่านพยายามหลีกเลี่ยงการไปในสถานที่แออัด เช่น ชุมชนแออัด ตลาดสดที่แออัด	3(1.90)	32(19.90)	126(78.30)
ท่านจัดบ้าน และทำความสะอาดบ้านให้โล่ง อากาศถ่ายเทได้สะดวก	2(1.20)	46(28.60)	113(70.20)
เมื่อท่านต้องไปในชุมชนแออัด ที่อากาศถ่ายเท ไม่สะดวกท่านมักจะสวมหน้ากากอนามัย	4(2.50)	37(23.00)	120(74.50)
ถ้าท่านมีลูกท่านจะพาลูกไปฉีดวัคซีนป้องกันไวรัส	10(7.00)	63(39.30)	88(54.70)
ท่านล้างมือทุกครั้งสัมผัสสารคัดหลั่งเช่น น้ำลาย น้ำมูก	8(5.00)	47(29.20)	106(65.80)
หากท่านทราบว่าบุคคลใกล้ชิดป่วยเป็นไวรัส	6(3.70)	58(36.00)	97(60.20)
ท่านจะเลือกแยกรับประทานอาหารจากบุคคลนั้น			
หากท่านหรือคนใกล้ชิด มีอาการไอเรื้อรังติดต่อกัน เกิน 2 สัปดาห์ท่านจะรีบไปพบแพทย์	24(14.90)	55(34.20)	82(50.90)

ความสัมพันธ์ และปัจจัยทำนายพฤติกรรม
การป้องกันการติดเชื้อไวรัส พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยง
ต่อการติดเชื้อ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้อุปสรรค
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร

มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมการ
ป้องกันการติดเชื้อไวรัสโรคมุ่งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
ที่ระดับ .05 (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสของแรงงานข้ามชาติ
 ชาวเมียนมาในเขตกรุงเทพมหานคร (n=161)

ตัวแปร	พฤติกรรมกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัส ของแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมา (r)
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัส	.32*
การรับรู้ความรุนแรงจากการติดเชื้อไวรัส	.41*
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการติดเชื้อไวรัส	.10
การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการติดเชื้อไวรัส	.38*
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการติดเชื้อไวรัส	.41*
การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเชื้อไวรัสและการป้องกัน การติดเชื้อไวรัส	.41*
ความรู้เกี่ยวกับโรคและการป้องกันการติดเชื้อไวรัส	.149

หมายเหตุ * $p < .05$

ผลการวิเคราะห์ ถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน พบว่า ตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสมี 4 ปัจจัย คือ การรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเชื้อไวรัสและการป้องกันการติดเชื้อไวรัส ($\beta = .31$) การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการติดเชื้อไวรัส ($\beta = .26$) การรับรู้ความรุนแรงในการป้องกันการติดเชื้อไวรัส ($\beta = .19$) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการติดเชื้อไวรัส ($\beta = .17$) โดยปัจจัยทั้งสี่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสได้ในระดับต่ำ ร้อยละ 36 (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 สัมประสิทธิ์สัมพันธ์การทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสของแรงงานข้ามชาติ
 ชาวเมียนมา ในเขตกรุงเทพมหานคร (n=161)

ตัวแปรต้น	b	Std.Error	Beta	t	p-value
ค่าคงที่ (constraint)	6.22	2.41		2.58	.001
การรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเชื้อไวรัส และการป้องกัน การติดเชื้อไวรัส	.39	.08	.31	4.63	.001
การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการติดเชื้อไวรัส	.29	.08	.26	3.71	.001
การรับรู้ความรุนแรงในการป้องกันการติดเชื้อไวรัส	.26	.10	.19	2.66	.009
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการติดเชื้อไวรัส	.26	.11	.17	2.37	.019

R = .61 R² = .37 R² change = .36 F = 5.63, P-value < .05

อภิปรายผล

พฤติกรรมกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมา ในเขตกรุงเทพมหานคร มีผลรวมคะแนนเฉลี่ยในระดับดี (\bar{X} = 29.00, SD = 2.07) อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาพฤติกรรมกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคในรายกิจกรรม พบว่าพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 86.30 ปฏิบัติทุกครั้ง คือ พฤติกรรมการตรวจร่างกาย และเอกซเรย์ปอดอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ซึ่งอาจเกิดจากประชากรแรงงานข้ามชาติในการศึกษาคั้งนี้ส่วนใหญ่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมซึ่งมีกฎระเบียบของการตรวจสุขภาพประจำปี และกำหนดไว้ว่าต้องมีการเอกซเรย์ปอดอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งจึงจะทำงานในประเทศไทยได้ถูกต้องตามกฎหมาย (Sreechat & Hongsrnanagon, 2013; กรมการจัดหางาน, 2563)

สำหรับพฤติกรรมกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคที่กลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่งปฏิบัติไม่สม่ำเสมอหรือไม่ปฏิบัติเลย คือ การไปพบแพทย์เมื่อมีอาการไอเรื้อรังเกิน 2 สัปดาห์ (49.10 %) และการพาบุตรไปฉีดวัคซีนป้องกันวัณโรค (46.30%) ทั้งนี้อาจเกิดจากการได้รับข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นไม่เพียงพอ หรือไม่เข้าใจสาระที่สื่อสารสอดคล้องกับคะแนนความรู้เกี่ยวกับวัณโรคในการศึกษาคั้งนี้ที่มีระดับปานกลาง (\bar{X} = 7.26, SD = 1.19)

นอกจากนี้ยังมีอีกสองพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 39.80 และ 34.20 ปฏิบัติไม่สม่ำเสมอหรือไม่ปฏิบัติเลย คือ การแยกรับประทานอาหารเมื่อทราบว่าคุณค่ากลั้วตัวป่วยเป็นวัณโรค และการล้างมือทุกครั้งที่ใช้สัมผัสสารคัดหลั่ง เช่น น้ำลาย น้ำมูก ซึ่งเป็นพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อ พฤติกรรมต่างๆ เหล่านี้เป็นกิจกรรมที่ทำได้ค่อนข้างลำบากเพราะลักษณะการใช้ชีวิตของในกลุ่มแรงงานชาวเมียนมาที่มักอยู่รวมตัวกันในที่พักอาศัยที่ไม่ได้แยกเป็นสัดส่วน (กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมา

การรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับการติดเชื้อวัณโรค การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเชื้อวัณโรคและการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมา ในเขตกรุงเทพมหานครในระดับต่ำร้อยละ 36 อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 (R^2 change .36, $p < .05$) เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้เนื่องจากตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนั้น การรับรู้ความรุนแรงของโรคสูงจะส่งผลให้บุคคลเกิดแรงจูงใจมากในการป้องกันโรค ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการแสดงออกพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค (Rosenstock, Strecher & Becker, 1988) หากบุคคลประเมินแล้วว่าวัณโรคมีความรุนแรง เมื่อเป็นแล้ว จะส่งผลกระทบต่อตนเองมากบุคคลก็จะพิจารณาเกิดพฤติกรรมกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคมากขึ้น (Sreechat and Hongsrnanagon, 2013) สำหรับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นความเชื่อมั่นของบุคคลที่จะปฏิบัติพฤติกรรมจนสำเร็จเป็นปัจจัยกำหนดการตัดสินใจของบุคคลว่าจะทำหรือไม่ทำพฤติกรรมนั้นๆ หากบุคคลเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ ผลตามความคาดหวังก็จะเกิดแรงจูงใจในการป้องกันโรคมากขึ้นด้วย (Rosenstock, Strecher & Becker, 1988; ชัชวาล วงศ์สารี, ภาพรธรรม วิชาดี และเฉลิมพล กำใจ, 2562) จึงมีผลให้แสดงพฤติกรรมกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคเพิ่มมากขึ้น (ขวัญใจ มอนไธสง, จีราภรณ์ กรรมบุตร และวนลดา ทองใบ, 2560; พรศิริ พันธสี และกาญจนา ศรีสวัสดิ์, 2563) สำหรับการรับรู้อุปสรรค เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าบุคคลในทางลบสิ่งปัจจัยขัดขวางการเกิดพฤติกรรม หากรับรู้ว่ามีอุปสรรคมากจะทำให้โอกาสในการแสดงพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคลดลงโดยเฉพาะโรคที่เกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพไม่ดี (Rosenstock, Strecher & Becker, 1988; พรศิริ พันธสี และกาญจนา ศรีสวัสดิ์, 2563; Thwin and

Chapman, 2009; Aung and Panza, 2014; Sreechat and Hongsraragon, 2013) ในส่วนของกรรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเชื้อไวรัส และ การป้องกัน การติดเชื้อไวรัส เป็น สิ่ง กระตุ้น (Cues to Action) ให้ บุคคล เกิด ความ พร้อม ในการ ลง มือ ปฏิบัติ พฤติกรรม สุขภาพ เพื่อ ป้องกัน โรค (Rosenstock, Strecher & Becker, 1988) กล่าว ว่า เมื่อ บุคคล รู้ ข้อมูล ข่าวสาร ที่ ถูก ต้อง เหมาะ สม จะ ทำ ให้ มี ต้น แขนง ที่ ดี และ สามารถ แสดง พฤติกรรม การ ป้องกัน การ ติด เชื้อ ไวรัส ที่ ถูก ต้อง เหมาะ สม ด้วย เช่น กัน

ส่วน ปัจจัย อื่น ๆ พบ ว่า ไม่ สามารถ ทำ นาย พฤติกรรม การ ป้องกัน การ ติด เชื้อ ไวรัส ของ แรง งาน ข้าม ชาติ ชาว เมียน มา ได้ เนื่องจาก แรง งาน ข้าม ชาติ ชาว เมียน มา มี การ รับ รู้ ประโยชน์ ของ การ ป้องกัน การ ติด เชื้อ ไวรัส ใน ระดับ ต่ำ ใกล้เคียง กัน คือ ไม่ เชื่อ ว่า การ ป้องกัน การ ติด เชื้อ ไวรัส จะ มี ประโยชน์ กับ ตน สอด คล้อง กับ แนว คิด ของ Rosenstock, Strecher & Becker (1988) ที่ กล่าว ว่า แม้ว่า บุคคล จะ รับ รู้ ประโยชน์ ใน การ ปฏิบัติ พฤติกรรม สุขภาพ มาก เพียง ไร แต่ หาก บุคคล รับ รู้ อุปสรรค ใน การ ป้องกัน พฤติกรรม สุขภาพ มี มาก กว่า การ รับ รู้ ประโยชน์ บุคคล นั้น ๆ ก็ จะ ไม่ ปฏิบัติ พฤติกรรม ใน การ ป้องกัน โรค สำหรับ ด้าน ความ รู้ เกี่ยวกับ โรค แม้ บุคคล มีความ รู้ มาก เท่า ไถ่ แต่ หาก ยัง มีความ เชื่อ ที่ ไม่ ถูก ต้อง หรือ ขาด แรง จูงใจ ก็ ไม่ สามารถ นำ ไปสู่ การ เปลี่ยน แปลง พฤติกรรม ได้ (Kasl & Cobb, 1996)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จาก การ ศึกษา ครั้ง นี้ พบ ว่า การ รับ ข้อมูล ข่าวสาร การ รับ รู้ อุปสรรค การ รับ รู้ ความ รุนแรง และ การ รับ รู้ สมรรถนะ แห่ง ตน ใน การ ป้องกัน การ ติด เชื้อ ไวรัส มี อิทธิพล ต่อ พฤติกรรม การ ป้องกัน การ ติด เชื้อ ไวรัส ของ แรง งาน ข้าม ชาติ ชาว เมียน มา นั้น จึง ควร จัด แนว ทาง การ ป้องกัน การ ติด เชื้อ ไวรัส ใน กลุ่ม แรง งาน ข้าม ชาติ ชาว เมียน มา โดย การ ให้ ข้อมูล ข่าวสาร เรื่อง การ ป้องกัน

และการลดการแพร่เชื้อให้กับแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมา ให้เหมาะสม สอดคล้องกับลักษณะการดำเนินชีวิต และสามารถปฏิบัติได้จริงในชีวิตประจำวัน โดยเนื้อหาของข้อมูลให้เน้นเรื่องผลกระทบและความรุนแรงของการติดเชื้อไวรัส เสริมสร้างความมั่นใจ เพื่อกระตุ้นให้แรงงานข้ามชาติชาวเมียนมาทราบว่าตนเองมีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อการป้องกันการติดเชื้อไวรัสได้ นอกจากนั้นควรผลักดันให้ผู้กำหนดนโยบาย การตรวจคัดกรองการติดเชื้อไวรัส และการควบคุม แรงงานข้ามชาติชาวเมียนมา จัดหาที่พักอาศัยที่เป็น สัดส่วน มี มาตรการลดความแออัดในที่พำนัก เพื่อ ป้องกัน การ แพร่ กระจาย เชื้อ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ปัจจัยต่างๆ ใน การ ศึกษา ครั้ง นี้ สามารถ ร่วม ทำ นาย พฤติกรรม ป้องกัน การ ติด เชื้อ ไวรัส ของ แรง งาน ข้าม ชาติ ชาว เมียน มา ไม่ สูง มาก นัก การ ศึกษา ต่อ ไป ควร เลือก ศึกษา ปัจจัย อื่น ที่ น่า จะ ทำ นาย พฤติกรรม การ ป้องกัน การ ติด เชื้อ ไวรัส เพิ่ม เต็ม เพื่อ ความ เฉพาะ เจาะจง ใน กลุ่ม ประชากร มาก ขึ้น รวมทั้ง ควร ทำ การ ศึกษา วิจัย ใน รูปแบบ วิจัย กึ่ง ทดลอง โดยใช้ โปรแกรม ที่ ส่ง เสริม การ รับ รู้ สมรรถนะ ใน ตนเอง และ การ รับ รู้ ข้อมูล ข่าวสาร เพื่อ ช่วย ปรับ เปลี่ยน พฤติกรรม การ ป้องกัน การ ติด เชื้อ ไวรัส ใน กลุ่ม แรง งาน ข้าม ชาติ

2.2 การ ทำ วิจัย ใน ครั้ง นี้ มี ข้อ จำกัด คือ กลุ่ม ตัวอย่าง ส่วน ใหญ่ ทำ งาน ใน โรงงาน อุตสาหกรรม ดังนั้น การ วิจัย ครั้ง ต่อ ไป ควร ศึกษา ใน กลุ่ม แรง งาน ข้าม ชาติ หลาก หลาย อาชีพ เพื่อ ความ กระจาย ของ ข้อมูล เกี่ยวกับ พฤติกรรม การ ป้องกัน การ ติด เชื้อ ไวรัส ที่ ครอบคลุม การ ประกอบ อาชีพ ใน หลาก หลาย บริษัท

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากโครงการนักวิจัยรุ่นใหม่ของคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์ การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ

เอกสารอ้างอิง

กรมการจัดหางาน. (2563). แบบแจ้งการทำงานคนต่างด้าว และแบบแจ้งการเข้ามาทำงานของคนต่างด้าว. สืบค้นเมื่อ 2 ต.ค. 2563, จาก <https://www.doe.go.th/prd/alien/statistic/param/site/152/cat/82/sub/0/pull/category/view/list-label>

กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). แนวทางคัดกรองโรคในแรงงานต่างด้าวในศูนย์บริการเบ็ดเสร็จ. สืบค้นเมื่อ 30 ตุลาคม 2564, จาก <https://ddc.moph.go.th/dcd/news.php?news=10968&deptcode=>

กองวินโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2562). แผนงานวิจัยด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ พ.ศ. 2562-2564. สืบค้นเมื่อ 2 พ.ย. 2564, จาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor/d3d9446802a44259755d38e6d163e820/files/22032562.pdf>

กองวินโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). รายงานสถานการณ์และการเฝ้าระวังวัณโรคประเทศไทย. สืบค้นเมื่อ 17 พ.ย. 2564, จาก https://www.tbthailand.org/download/form/รายงานสถานการณ์วัณโรคประเทศไทย%20Oct%202020-%20Feb%202021_pp%20edit%203.pdf

ขวัญใจ มอนไธสง, จีราภรณ์ กรรมบุตร และวนลดา ทองใบ. (2560). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดที่พักอาศัยในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18 (ฉบับพิเศษ), 306-313.

จรณิต แก้วกั้ววาน และประตาศ สิงหัตถิวนนท์. (2561). ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยทางคลินิก. ใน พรรณี ปิติสุทธิธรรม, ชยันต์ พิเชียรสุนทร (บ.ก.), *ตำราวิจัยทางคลินิก* (น.107-144). กรุงเทพมหานคร: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).

ซ์ชวาล วงศ์สารี, ภาพรรณ วิชาติ และเฉลิมพล กำใจ. (2562). บทบาทพยาบาลกับการสร้างความเข้มแข็งอดทนของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตน. *วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ*, 5(1), 9-21.

นงนุช เสือพุ่ม. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้กับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคปอดของประชาชน ตำบลสวนกล้วย อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 23(2), 79-92.

นพวรรณ เมธชนัน. (2560). รายงานผลการทบทวนข้อมูลเพื่อความเข้าใจสถานการณ์วัณโรคในกลุ่มแรงงาน ต่างด้าวในประเทศไทย. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 11(4), 608-623.

บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร. (2553). *ระเบียบการวิจัยทางการแพทย์*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: ยู แอนด์ ไอ อินเตอร์ มีเดีย.

พรศิริ พันธสี และกาญจนา ศรีสวัสดิ์. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุสมาคมแต่ใจแห่งประเทศไทย แขวงวัดดอนเจดเสถียร กรุงเทพมหานคร. *วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ*, 6(1), 45-57.

ภาวิณี มนตรี, ยุทธนา กลินจันทร์, กาญจนา คงศักดิ์ตระกูล, ศุภรดา มณฑาทิพย์, วัลัญญา ชูเนตร และจักรกฤษณ์ พลราชม. (2563). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแหล่งช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสารกับพฤติกรรม การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรีพ.ศ. 2561. *วารสารกรมควบคุมโรค*, 46(1), 32-41.

เอกลักษณ์ พิภสุข, ปรีภักมล รัชกุล และวนลดา ทองใบ. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของเยาวชนแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมา. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 31(3), 60-73.

- Aung, Y. W. & Panza, A. (2014). Knowledge, attitude, barriers and preventive behaviors of tuberculosis among Myanmar migrants at Hua Fai village, Mae sot district, Tak province, Thailand. *Journal of Health Research*, 28, 55-61.
- Best, J.W. (1981). *Research in education* (4 th ed.). New Jersey: Prentice-Hall.
- Bloom, B.S. (1971). *Handbook on Formative and summation Evaluation of student learning*. New York: Mc Graw Hall.
- Cohen, J. (1998). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. New York: Lawrence Erlbaum associates publishers.
- Faul, F., Erdfelder, E., Bucher, A. & Lang, A.G. (2009). Statistical power analyses using Gpower 3.1: Test for correlation and regression analyses. *Behavioral Research Methodology*, 41(4), 1149-1160.
- Kasl, S.A. & Cobb, S. (1996). Health and illness behavior. *Archives of Environmental Health*, 12, 246-266.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (8th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J. & Becker, M. H. (1988). Social Learning Theory and the Health Belief Model. *Health Education Quarterly*, 15(2), 175-183.
- Sreechat, S. & Hongsranagon, P. (2013). Assessment of knowledge, attitude and preventive behavior of pulmonary tuberculosis among Myanmar refugees in Ban mai nai soi temporary shelter, Mae hong son, Thailand. *Journal of Health Research*, 27(6), 391-398.
- Thwin, H. T. & Chapman, R. S. (2009). Preventive behaviors of tuberculosis among myanmar migrants at Muang district, Phuket province, Thailand. *Journal Health Research*, (suppl), 65-67.
- World Health Organization. (2018). *Fact sheet tuberculosis*. Retrieved September 8, 2019, from <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>
- World Health Organization. (2021). *Global tuberculosis report*. Retrieved December 2, 2021, <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports>
- Win Aung, Y. & Panz, A. (2014). Knowledge, Attitude, Barriers and preventive behaviors of tuberculosis among Myanmar migrants at Hua Fai village, Mae sot distric, Tak province, Thailand. *Journal of Health Research*, 28, 55-61.



ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและจิตวิทยาเชิงบวกต่อความรู้ ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมอญ

Relationship between Personal Factors and Positive Psychology on Health Literacy among the Elderly People of the Mon Tribe in Thailand

เพ็ญศรี หงษ์พานิช, ปร.ด., Pensri Hongpanich, Ph.D.^{1*}

¹อาจารย์สาขาการพยาบาลการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

¹Division of Community Health Nursing, Faculty of Nursing, Pathumthani University

*Corresponding Author: pensri@ptu.ac.th

Received: November 7, 2021

Revised: December 14, 2021

Accepted: December 20, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบสำรวจเชิงวิเคราะห์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลและจิตวิทยาเชิงบวกที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมอญ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุชาวมอญ 232 คน คัดเลือกด้วยวิธีการจับสลากแบบไม่ใส่คืน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามจิตวิทยาเชิงบวกและแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามมีค่าเท่ากับ .86 และ .89 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติวิเคราะห์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและสถิติไคสแควร์

ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความรู้ด้านสุขภาพและคะแนนเฉลี่ยของจิตวิทยาเชิงบวกของผู้สูงอายุชาวมอญอยู่ในระดับมาก (\bar{X} = 3.70, 3.96, และ SD = .33, .37 ตามลำดับ) ปัจจัยด้านจิตวิทยาเชิงบวกมีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมอญอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .45, p < .05$) และปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือน การมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมอญอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมอญ ($p = .062$) จึงเสนอแนะให้พัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมอญผ่านการส่งเสริมให้จิตวิทยาเชิงบวก โดยให้ผู้สูงอายุหญิงเป็นตัวแบบในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้ด้านสุขภาพและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความตระหนักรู้ในความรู้ด้านสุขภาพของตนเอง

คำสำคัญ: ปัจจัยส่วนบุคคล จิตวิทยาเชิงบวก ความรู้ด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุชาวมอญ

Abstract

This study is basically a survey that aims at determining the relationship between personal factors, positive psychology and health literacy among the elderly Mon people of Thailand. This survey was participated by 232 respondents who were chosen based on the Simple Random Sampling without Replacement Method. Data were collected by distributing a questionnaire (to determine personal factors such as: gender, marital status, occupation, monthly income, and existing disease); Positive Psychology Questionnaire (to determine how positive the respondents are in terms of their psychology); and Health Literacy Questionnaire (determine the level of health literacy of the research participants). The reliability of the last two instruments were at 0.86 and 0.89, respectively. The relationships of the variables were analyzed using the Pearson Product Moment Correlation and Chi-square.

The research results show that the mean scores of the respondents' health literacy and positive psychology are at a high level ($r = 3.70, 3.96$, and $SD = .33, .37$, respectively). Results also show that while personal factors appear to have no significant relationship to the participants' health literacy, computation between positive psychology and health literacy however shows otherwise. In fact, correlating the data on the said variables appear to be statistically significant at 0.05 level as r registers at 0.45 ($p < .05$). These results suggest that to develop health literacy among the Mon elderly, it may be sensible to start by promoting positive psychology among them.

Keywords: *personal factors, positive psychology, Health Literacy, Mon elderly*

ความเป็นมาของปัญหาการวิจัย

การสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2557 พบว่า มีผู้สูงอายุประมาณ 10 ล้านคนหรือร้อยละ 14.9 โดยจำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทยจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 ภายในปี พ.ศ. 2564 ภายหลังจากที่ประเทศไทยได้เข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ หรือ Aging society (ซึ่งหมายถึงสังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10) มาแล้ว นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 โดยมีผู้สูงอายุรวมร้อยละ 10.72 (ชัชวาล วงศ์สารี, 2561) เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุร่างกายของผู้สูงอายุจะมีความเสื่อมในระบบต่างๆปรากฏขึ้น และโรคประจำตัว ปัญหาสุขภาพต่างๆก็จะควบคุมยาก

ตามมาด้วย (Zugich et al, 2016) ผู้สูงอายุชาวมอญเป็นประชากรอีกกลุ่มหนึ่งที่อาศัยในหลายๆ ของประเทศไทย รวมถึงชุมชนมอญ จังหวัดปทุมธานี ซึ่งได้อพยพหนีภัยสงครามจากพม่าในอดีตเข้ามาอยู่ในเมืองไทยถาวรในปัจจุบัน (มาณพ แก้วหยก, 2552)

ผู้วิจัยได้สำรวจจำนวนประชากรและศึกษานำร่องเกี่ยวกับความรู้ทางสุขภาพเบื้องต้นในผู้สูงอายุชาวมอญ พบว่า ผู้สูงอายุชาวมอญอ่านฉลากยาที่เป็นภาษาไทยได้น้อย สื่อสารบอกเล่าปัญหาสุขภาพของตนเองได้ไม่ชัดเจน แยกแยะข้อมูลทางสุขภาพได้เล็กน้อย การสื่อสารโต้ตอบเพื่อให้ได้ข้อมูลทางสุขภาพที่ถูกต้องยังพบได้น้อย การคิดวิเคราะห์เกี่ยวกับสุขภาพของ

ตนและการวางแผนสุขภาพยังพบได้น้อย เป็นต้น ส่วนด้านสุขภาพพบข้อมูลเบื้องต้นของผู้สูงอายุชาวมอญ คือ ชุมชนมอญ จังหวัดปทุมธานีมีจำนวนผู้สูงอายุประมาณ 580 คน ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะดำเนินชีวิตที่สอดคล้องกับความเชื่อเรื่องผี สิ่งศักดิ์สิทธิ์และวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับพุทธศาสนาอย่างเคร่งครัด การรับประทานอาหารมักจะได้รับประทานอาหารที่มีรสมันและหวาน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเลี้ยงหลาน รับจ้างทั่วไป เข้าวัดฟังธรรมตามเทศกาล ไม่ค่อยออกกำลังกายที่เป็นกิจจะลักษณะและเมื่อเกิดการเจ็บป่วยคนในครอบครัวจะดูแลกันเองก่อน (คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี, 2563) ซึ่งปกติของผู้สูงอายุชาวมอญจะค้นหาความรู้ด้านสุขภาพจากการฟังข่าวสารทางโทรทัศน์ การอ่านหนังสือพิมพ์ มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพซึ่งกันและกันในกลุ่ม และที่สำคัญหากต้องตัดสินใจในสุขภาพผู้สูงอายุจะสอบถามความชัดเจนของความรู้จากลูกและหลานที่สามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ตในการสืบค้นข้อมูลเชิงลึก ดังนั้นพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชาวมอญควรเริ่มต้นจากการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ จากการศึกษาของสุวรรณ สุวรรณผล, และวลัยนารี พรหมลา. (2559). พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชาวมอญและการศึกษาของ ประไพพิศ สิงห์เสม, พอเพ็ญ ไกรนรา, และวรารัตน์ ทิพย์รัตน์. (2562). พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ให้ความหมายของความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ว่าเป็นทักษะทางปัญญา และทักษะทางสังคมของบุคคล ที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจ และสมรรถนะที่จะเข้าถึง เข้าใจในสุขภาพตนเองและใช้ข้อมูลข่าวสารในการดูแลสุขภาพ เลือกรับบริการสุขภาพ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพตนเองให้คงที่อยู่เสมอ

(WHO, 1998) ออสบอร์นเนและคณะ (Osborne et al., 2013) ระบุว่าคนมีระดับความรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ จะส่งผลให้อัตราการตายที่รวดเร็ว เข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลและใช้จ่ายในการรักษาสูง เพราะมีความรู้เรื่องโรคและดูแลสุขภาพตนเองต่ำ มีการสื่อสารกับผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพและเข้ารับบริการส่งเสริมสุขภาพต่ำ ในการประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 7 เมื่อวันที่ 26-30 ตุลาคม 2552 ณ กรุงไนโรบี ประเทศเคนยา องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้ประเทศสมาชิกคำนึงถึงความสำคัญกับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชนของตน และเป็นจุดเริ่มต้นในการใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพมาออกแบบส่งเสริมสุขภาพในประชากรทุกช่วงวัย ในปี ค.ศ. 2000 นัทบีม (Nutbeam, 2000; 2008) ได้พัฒนาความรู้ทางสุขภาพในมิติทักษะการอ่านและเขียนที่จำเป็นต่อการเข้าใจและการปฏิบัติตัวอย่างมีประสิทธิภาพ ทักษะการรู้เท่าทันสื่อสุขภาพทักษะทางสังคมประกอบด้วย 3 ระดับ อาทิตั้งพื้นฐาน ขั้นการมีปฏิสัมพันธ์และขั้นการมีวิจารณ์ญาณ (Nutbeam, 2008) ซึ่งการนำแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพไปประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพพบในหลายมิติ ต่อมาลิวและคณะ (Liu et al, 2020) ได้ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับความหมายและองค์ประกอบของความรู้ด้านสุขภาพโดยความหมายที่พบยังคงเดิมตามองค์การอนามัยโลกระบุไว้ข้างต้น ส่วนองค์ประกอบของความรู้ด้านสุขภาพมี 3 มิติ อาทิต ความรู้เรื่องสุขภาพและระบบการดูแลสุขภาพ การประมวลผลและการใช้ข้อมูลในรูปแบบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการดูแลสุขภาพ และสุดท้ายคือความสามารถในการรักษาสุขภาพด้วยการจัดการตนเองและการทำงานร่วมกับผู้ให้บริการด้านสุขภาพ

ความรู้ด้านสุขภาพเป็นข้อกำหนดเบื้องต้นที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเกิดการเรียนรู้จนมีความรู้ดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องและมีส่วนร่วมในการดูแล

ตนเองที่ดีในภาวะสุขภาพที่ซับซ้อน (Palumbo, 2017) จากการทบทวนงานวิจัยที่ศึกษาในผู้สูงอายุไทยและต่างประเทศ พบว่า ระดับคะแนนรวมของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทยอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง (เยาวลักษณ์ มีบุญมาก, จิรียา อินทนา1, กรรณิการ์ กิจนพเกียรติ, เพ็ญจมาศ คำธนะ, และนงนภัทร รุ่งเนย, 2562; วรจรรยา มงคลดิษฐ์และคณะ, 2562) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวหรือมีความเสี่ยงของการทำหน้าที่ของร่างกายและการรู้คิดที่ลดลง ยังต้องการความรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงเพื่อใช้ในการแสวงหาข้อมูล เรียนรู้ข้อเท็จจริงในสารสนเทศทางสุขภาพ การตัดสินใจดูแลตนเองและสื่อสารสุขภาพกับผู้เกี่ยวข้อง (Vogt et al., 2019) จากการศึกษาของโจเวินีและคณะ (Joveini, Rohban, Askarian, Maheri, Hashemian, 2019) พบว่า ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับเพียงพอ (คะแนนอยู่ในช่วง 66.10-84.0 จาก 100 คะแนน) จึงจะสามารถสืบค้นข้อมูลสารสนเทศทางสุขภาพในอินเทอร์เน็ต อ่านหนังสือพิมพ์ หนังสือ เก็บสาระทางสุขภาพจากวิทยุโทรทัศน์ ถ้ามแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพกับผู้อื่นและสื่อสารกับแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพได้ตรงประเด็นรวมถึงตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

ทั้งนี้ความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับหลายปัจจัย อาทิ ปัจจัยด้านจิตวิทยาเชิงบวก มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Renani, Nourafkan, Fathimard, & Mazarei, 2020; Intarakamhang, & Macaskill, 2018; Yang et al, 2021; Sak, Rothenfluh, & Schulz, 2017) และมีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพ (Renani et al, 2020; Intarakamhang et al, 2018; Rothenfluh, & Schulz, 2017) ทั้งนี้ยังพบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ซึ่งการศึกษาส่วนใหญ่ระบุว่าผู้ที่มีอายุที่มากกว่า 65 ปีขึ้นไปมักจะมีปัญหาด้านความจำและการรู้คิดที่ลดลง

(Kaphingst, Goodman, MacMillan, Carpenter, & Griffey, 2014) ซึ่งมีผลให้การทำหน้าที่ของร่างกายและความรอบรู้ด้านสุขภาพลดลง (Tiller, Herzog, Kluttig, & Haerting, 2015; Kobayashi et al., 2016) เพศ การศึกษาส่วนใหญ่ระบุว่าในช่วงอายุเดียวกันเพศหญิงสามารถมีปฏิสัมพันธ์ทางสุขภาพและสื่อสารสุขภาพกับทีมสุขภาพอย่างเพียงพอในระดับสูงกว่าเพศชาย (Yokokawa, Yuasa, Sanada, Hisaoka, & Fukuda, 2015) แต่การศึกษาของโจเวินีและคณะ (Joveini, Rohban, Askarian, Maheri, Hashemian, 2019) พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทั้งนี้ยังพบว่าการมีโรคประจำตัว สถานภาพสมรส การมีอาชีพและเงินเดือนที่เพียงพอมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Joveini, Rohban, Askarian, Maheri, Hashemian, 2019)

จิตวิทยาเชิงบวก (Positive psychology) เป็นประสบการณ์ที่เป็นภูมิลักษณ์ของบุคคลการพัฒนาในคุณค่าของบุคคลให้ล้นไหลตามการดำเนินกิจกรรมด้วยการมองโลกในแง่ดี การสร้างความหวังความหวัง และการทำให้ตนเองเกิดความสุขในการดำเนินชีวิต (Compton & Hoffman, 2019) จิตวิทยาเชิงบวก มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ (Renani et al, 2020; Intarakamhang et al, 2018; Rothenfluh, & Schulz, 2017) ผู้วิจัยจึงความสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและจิตวิทยาเชิงบวกต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชายวมอญ เพื่อจะได้นำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชายวมอญต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคะแนนเฉลี่ยของปัจจัยจิตวิทยาเชิงบวกและความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชายวมอญ

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมอญ

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างจิตวิทยาเชิงบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมอญ

สมมุติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือน การมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมอญ

2. จิตวิทยาเชิงบวกมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมอญ

นิยามศัพท์

ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง คุณลักษณะส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือน การมีโรคประจำตัว

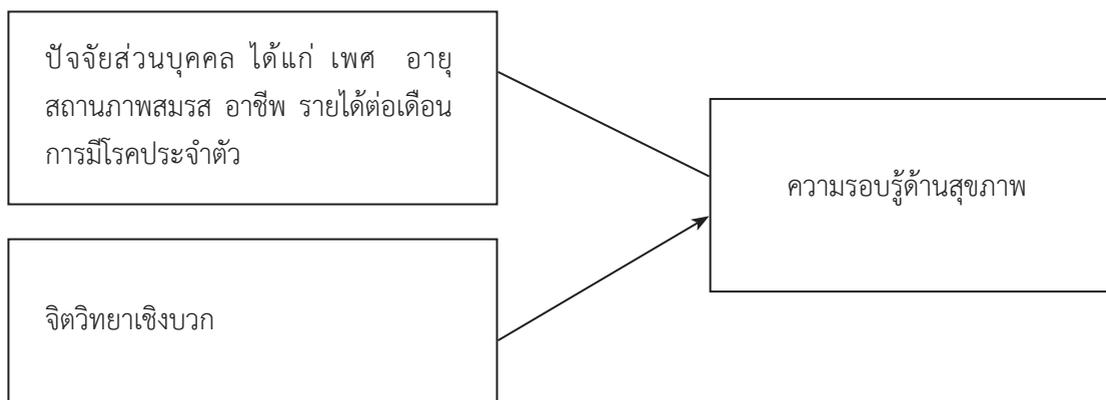
จิตวิทยาเชิงบวก หมายถึง ความรู้เชิงประเมินค่าเห็นประโยชน์ต่อการกระทำเพื่อสุขภาพที่ดีและความรู้สึกพอใจในตัวเองบุคคลที่รักสุขภาพหรือสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการกระทำในด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 5 คุณลักษณะได้แก่ 1) การรับรู้ความสามารถของตน 2) ความหวัง 3) การมองโลกในแง่ดี 4) ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ และ 5) เจตคติที่ดีต่อสุขภาพ (อังศินันท์ อินทรกาแหง และ ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล, 2560)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง การกระทำอย่างต่อเนื่องที่เป็นการใช้ทักษะทางด้านการคิดด้วยปัญญาและทักษะปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในการเข้าถึง

ทำความเข้าใจ และประเมินข้อมูล ข่าวสารทางสุขภาพและบริการทางสุขภาพที่ได้รับการถ่ายทอดและเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อมซึ่งทำให้เกิดการจูงใจตนเองให้มีการตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลตนเอง จัดการสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองไว้เสมอ (อังศินันท์ อินทรกาแหง และ ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล, 2560)

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้พัฒนาตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก (อังศินันท์ อินทรกาแหง และ ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล, 2560) และแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Nutbeam, 2008; Liu et al, 2020) ผสมกับการทบทวนวรรณกรรม กล่าวคือจิตวิทยาเชิงบวกมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Renani, Nourafkan, Fathimard, & Mazarei, 2020; Intarakamhang, & Macaskill, 2018; Yang et al, 2021; Sak, Rothenfluh, & Schulz, 2017) และมีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Renani et al, 2020; Intarakamhang et al, 2018; Rothenfluh, & Schulz, 2017) และปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ การมีโรคประจำตัว สถานภาพสมรส การมีอาชีพ และเงินเดือนมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Kaphingst, Goodman, MacMillan, Carpenter, & Griffey, 2014; Tiller, Herzog, Kluttig, & Haerting, 2015; Kobayashi et al., 2016; Yokokawa, Yuasa, Sanada, Hisaoka, & Fukuda, 2015; Joveini, Rohban, Askarian, Maheri, Hashemian, 2019.)



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

เป็นการศึกษารูปแบบพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยจิตวิทยาเชิงบวกมีความสัมพันธ์ต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมอญ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุชาวมอญ อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี จำนวน 580 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุชาวมอญ อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากคำนวณและเปิดตารางสำเร็จรูปของเครซีและมอร์แกน (Krejcie, & Morgan, 1970) ได้จำนวนทั้งสิ้น 231 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างทำวิจัย ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลเพิ่มเติมร้อยละ 20 (Gupta, Attri, Singh, Kaur, & Kaur, G, 2016) ผู้วิจัยนำทะเบียนรายชื่อผู้สูงอายุมาพิจารณาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ไม่มีปัญหาในการได้ยิน การพูด การมองเห็น เข้าใจภาษาไทยได้ดี และสมัครใจเข้าร่วมวิจัยด้วยตนเอง หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการสุ่มอย่างเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) ด้วยการจับสลาก

แบบไม่ใส่คืน (Sampling without replacement) ทำให้ผู้ที่ถูกเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างแล้ว จะไม่มีโอกาสถูกเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างอีก โดยผู้วิจัยทำการจับสลากจนได้ครบจำนวน 240 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือน การมีโรคประจำตัว

ชุดที่ 2 แบบสอบถามจิตวิทยาเชิงบวก ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของอังคินันท์ อินทรกาแหง และ ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล (2560) แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้ความสามารถของตน ด้านความหวัง ด้านการมองโลกในแง่ดี ด้านความยืดหยุ่นทางอารมณ์ และด้านเจตคติที่ดีต่อสุขภาพ รวมจำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน) ค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1.00-5.00 โดยค่าคะแนนเฉลี่ยมาก หมายถึง ปัจจัยจิตวิทยาเชิงบวกมาก

ชุดที่ 3 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ถามเกี่ยวกับการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสาร การจัดการตนเองและการรู้เท่าทันสื่อ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของ อังคินันท์ อินทรกาแหง และ ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล (2560) จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) และน้อยสุด (1 คะแนน) ค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1.00-5.00 โดยค่าคะแนนเฉลี่ยมาก หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพมาก

กำหนดเกณฑ์และการแปลค่าคะแนนเฉลี่ย โดยใช้เกณฑ์การแบ่งตามแนวคิดวิธีการแบ่งตามอัตราภาคชั้นกำหนดเกณฑ์ในการแปลค่าคะแนนเฉลี่ย (Best & Kaln, 2014) ดังนี้ ระดับมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 4.45 - 5.00 คะแนน) ระดับมาก (คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 3.45 - 4.44 คะแนน) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 2.45 - 3.44 คะแนน) ระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1.45 - 2.44 คะแนน) และระดับน้อยที่สุด (คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1.00 - 1.44คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ได้แก่ แบบสอบถามจิตวิทยาเชิงบวก และแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุชาวมอญที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วนำไปหาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามมีค่าเท่ากับ .86, และ .89

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี เลขที่ 005/2564 ลงวันที่ 11 สิงหาคม 2564

การเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เมื่อผู้วิจัยได้รับอนุญาตผู้นำชุมชนมอญในการเข้าพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูล ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย การเข้าร่วมโครงการของผู้สูงอายุชาวมอญ เป็นไปด้วยความสมัครใจ ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยได้อ่านเอกสารชี้แจงการทำวิจัยก่อนลงนามในเอกสารยินยอม เข้าร่วมวิจัยและสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา ซึ่งไม่มีผลใดๆต่อการดูแลและการบริการสุขภาพจากเจ้าหน้าที่ โดยข้อมูลที่ตอบในแบบสอบถามจะถูกรักษาไว้เป็นความลับทุกขั้นตอนและจะอภิปรายผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น ทั้งนี้ชุดข้อมูลจะถูกทำลายทิ้งหลังเสร็จสิ้นการวิจัย และรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 12 สิงหาคม 2564 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2564 ด้วยการแจกแบบสอบถามทั้งหมด 240 ฉบับให้กับกลุ่มตัวอย่างแบบสอบถามได้รับการตอบที่สมบูรณ์และกลุ่มตัวอย่างส่งกลับคืนจำนวน 232 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 96.66

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา อาทิ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการอธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับตัวแปรความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยสถิติ ไคสแควร์และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรจิตวิทยาเชิงบวกและตัวแปรความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยสถิติ Pearson's correlation coefficient

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 62.5) มีอายุอยู่ในช่วง 65 - 69 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 48.7) สถานภาพสมรสคู่มากที่สุด (ร้อยละ 73.7) ไม่ได้ประกอบอาชีพมากที่สุด (ร้อยละ 41.4)

ช่วงรายได้มากกว่า 20,001 บาท/เดือนมากที่สุด (ร้อยละ 29.70) และไม่มีโรคประจำตัวมากที่สุด (ร้อยละ 36.20) รองลงมาเป็นโรคเบาหวาน (ร้อยละ 22.40)

เบนมาตรฐานของผู้สูงอายุชาวมอญจำแนกตามระดับความคิดเห็นของความรอบรู้ด้านสุขภาพและจิตวิทยาเชิงบวก ดังตารางที่ 1

2. ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยง

ตารางที่ 1 ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุชาวมอญจำแนกตามระดับความคิดเห็นของความรอบรู้ด้านสุขภาพและ จิตวิทยาเชิงบวก (n = 232)

รายการ	ความถี่ (ร้อยละ) ของระดับความคิดเห็น					ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
	1	2	3	4	5			
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	3 (1.30)	14 (6.02)	54 (23.27)	145 (62.50)	16 (6.91)	3.70	.33	มาก
จิตวิทยาเชิงบวก	0 (0.00)	7 (3.01)	36 (15.51/	160 (68.96)	29 (12.50)	3.96	.37	มาก

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย ความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก (\bar{X} = 3.70, SD = .33) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เลือกคำตอบ ‘มาก’ จำนวนมากที่สุด จำนวน 145 ราย คิดเป็นร้อยละ 62 โดยเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านการจัดการตนเอง

ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพการสื่อสาร และความรู้เท่าทันสื่ออยู่ในระดับมาก (\bar{X} = 3.92, 3.77, 3.62, 3.36 และ SD = .55, .63, .67, .80 ตามลำดับ)

3. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมอญ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมอญ (n = 232)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ	χ^2	p-value
เพศ			24.90	.027*
หญิง	145	62.50		
ชาย	87	37.50		
อายุ			60.92	.062
60 – 64 ปี	50	21.55		
65 – 69 ปี	113	48.70		
มากกว่าหรือเท่ากับ 70 ปี	69	29.75		

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ	χ^2	p-value
สถานภาพสมรส			82.48	.001*
โสด	35	15.08		
คู่	171	73.70		
หม้าย	16	6.89		
หย่าร้าง	10	4.33		
อาชีพ			271.48	.000*
ไม่ประกอบอาชีพ	96	41.37		
เกษตรกร	30	12.93		
รับจ้างทั่วไป	32	13.79		
รับราชการ	43	18.55		
ธุรกิจส่วนตัว	31	13.36		
รายได้ต่อเดือน (บาท)			144.88	.000*
น้อยกว่า 5000	19	8.19		
5000 – 10,000	22	9.48		
10,001-15,000	61	26.29		
15,001 – 20,000	61	26.29		
มากกว่า 20,000	69	29.75		
การมีโรคประจำตัว			161.04	.000*
มี	148	63.79		
ไม่มี	84	36.21		

Sig* < 0.05

จากตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมอญ พบว่า เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือน การมีโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมอญอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p = .027, .001,

.000, .000 และ .000 ตามลำดับ) ส่วนอายุไม่มี ความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมอญ (p = .062)

4. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างจิตวิทยาเชิงบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมอญ (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างจิตวิทยาเชิงบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมอญ (n = 232)

ปัจจัยคัดสรร	ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	P-value
จิตวิทยาเชิงบวก	.45	.026*

* $p < .05$

อภิปรายผลการวิจัย

เพศมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมอญอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .027 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 62.5) มีลักษณะการอยู่อาศัยแบบอยู่รวมกันเป็นครอบครัวใหญ่ เนื่องจากยึดมั่นในการเลี้ยงดูบิดามารดา ผู้สูงอายุเพศหญิงจึงมีความใกล้ชิดกับคนในครอบครัว และมักจะถามข้อมูลสุขภาพจากบุตรหลาน บุตรหลานบางคนที่สามารถเข้าถึงระบบสารสนเทศออนไลน์จึงนิยมบอกเล่าข้อมูลด้านสุขภาพแก่มารดาตน สอดคล้องกับ Nutbeam (2008) ที่ว่า การรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานสามารถใช้วิธีการถาม พูดคุยและแลกเปลี่ยนกับบุคคลอื่นที่มีความรู้ในสุขภาพด้านนั้นๆ ดังนั้น จึงทำให้ผู้สูงอายุชาวมอญที่แลกเปลี่ยนข้อมูลทางสุขภาพกับคนในครอบครัว จึงมีการรับรู้ในความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับมากสอดคล้องกับการศึกษาของโยโกกาวาและคณะ (Yokokawa et al, 2015) ที่พบว่า เพศหญิงสามารถมีปฏิสัมพันธ์ทางสุขภาพและสื่อสารสุขภาพกับทีมสุขภาพอย่างเพียงพอในระดับสูงกว่าเพศชาย แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของโจเวินีและคณะ (Joveini, Rohban, Askarian, Maheri, Hashemian, 2019) ที่พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมอญที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 อาจเป็นเพราะตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 65 – 69 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 48.7) รองลงมาคืออายุมากกว่า

70 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 29.7) ซึ่งช่วงอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปจะมีความชุกของการถดถอยระดับการรู้คิดหรือสมองเสื่อมมากขึ้น (ซ์ซวาล วงศ์สารี, 2561) ดังนั้นอายุที่เพิ่มมากขึ้นจะมีความสดของภาวะสมองเสื่อมแฝงอยู่จึงน่าจะเป็นปัจจัยที่ทำให้อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมอญสอดคล้องกับการศึกษาของกัปไฮนจ์และคณะ (Kaphingst, Goodman, MacMillan, Carpenter, & Griffey, 2014) พบว่า ผู้ที่มีอายุที่มากกว่า 65 ปีขึ้นไปมักจะมีปัญหาด้านความจำและการรู้คิดที่ลดลง ซึ่งมีผลให้การทำหน้าที่ของร่างกายและความรอบรู้ด้านสุขภาพลดลงตามมาด้วย (Tiller et al, 2015; Kobayashi et al., 2016)

สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมอญอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 73.70) ซึ่งการที่ผู้สูงอายุชาวมอญอาศัยอยู่ร่วมกันแบบสามี-ภรรยาจะมีการแสวงหาข้อมูลทางสุขภาพเพื่อดูแลคู่สมรสของตนเอง มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ทางสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับ Nutbeam (2008) ที่ว่า การรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานสามารถใช้วิธีการถาม พูดคุยและแลกเปลี่ยนกับบุคคลอื่นที่มีความรู้ในสุขภาพด้านนั้นๆ และสอดคล้องกับการศึกษาของโจเวินีและคณะ (Joveini, Rohban, Askarian, Maheri, Hashemian, 2019) ที่พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

อาชีพมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมอญอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .000 อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 41.4) และรองลงมาประกอบอาชีพรับราชการ (ร้อยละ 15.50) การไม่ได้ประกอบอาชีพทำให้กลุ่มตัวอย่างมีเวลาว่างมากพอที่จะดูแลสุขภาพตนเอง มีการแสวงหาข้อมูลเพื่อสุขภาพด้วยวิธีต่างๆ และการเกษียณอายุจากการรับราชการบ่งบอกว่ากลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้มีความรู้มากพอที่จะเข้าถึงระบบสุขภาพและบริการ มีทักษะการสื่อสารที่ดี มีทักษะการจัดการตนเองที่ดีตามมาด้วยสอดคล้องกับการศึกษาของโจเวอีนีและคณะ (Joveini, Rohban, Askarian, Maheri, Hashemian, 2019) ที่พบว่า คนที่ประกอบอาชีพหรือคนที่ใช้ความคิดเลือกสรรกิจกรรมการดำรงชีวิตมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

รายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมอญอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .000 อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างผู้ตอบหลัก (ร้อยละ 29.70) เป็นผู้ที่มีรายได้มากกว่า 20,001 บาท/เดือน ซึ่งระดับรายได้ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุชาวมอญมีรายได้ต่อเดือนในจำนวนมากพอที่จะนำมาใช้จ่ายในการเข้าถึงข้อมูลและการบริการสุขภาพจากระบบสุขภาพของประเทศไทย อีกทั้งรายได้ข้างต้นยังสามารถเลือกซื้ออาหารที่มีคุณภาพดีมารับประทานได้ รายได้มีจำนวนเพียงพอที่จะทำให้ผู้สูงอายุชาวมอญไม่ต้องกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย จึงมีเวลาพอที่จะดูแลใส่ใจสุขภาพตนเอง ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของกับนัทบีม (Nutbeam, 2008) ที่ว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต้องสามารถเข้าถึงข้อมูลและการบริการสุขภาพพร้อมทั้งแลกเปลี่ยนข้อมูลกับทีมสุขภาพเพื่อนำความรู้นั้นมาวิเคราะห์จัดการภาวะสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น จึงน่าจะเป็นสิ่งที่สนับสนุนให้รายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของ

ผู้สูงอายุชาวมอญตามข้างต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโจเวอีนีและคณะ (Joveini, Rohban, Askarian, Maheri, Hashemian, 2019) พบว่า การมีเงินเดือนที่เพียงพอมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

การมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมอญอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .000 อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 73.8) โดยเป็นโรคเบาหวานมากที่สุด (ร้อยละ 22.40) ซึ่งโรคประจำตัวส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรังที่ไม่ติดต่อต้องควบคุมอาการด้วยยา ทั้งนี้ผู้สูงอายุชาวมอญต้องไปตรวจและรับยาตามนัดเป็นรอบๆ ทำให้ผู้สูงอายุชาวมอญได้รับความรู้จากการสอนสุขภาพจากเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการ มีประสบการณ์ตรงในการเข้ารับบริการในระบบสุขภาพ อีกทั้งผู้สูงอายุชาวมอญที่มีโรคประจำตัวยังตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเอง จึงน่าจะเป็นสิ่งที่สนับสนุนให้การมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมอญ สอดคล้องกับการศึกษาของโจเวอีนีและคณะ (Joveini, Rohban, Askarian, Maheri, Hashemian, 2019) พบว่า การมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

จิตวิทยาเชิงบวกมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมอญอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .45, p < .05$) อภิปรายว่า ผู้สูงอายุที่มีจิตวิทยาเชิงบวกจะเป็นผู้มองโลกในแง่ดี มีความหวังในการดำรงชีวิต มีความเชื่อมั่นในการรับรู้ความสามารถของตน มีความหยุนตัวและมีเจตคติที่ดีต่อสุขภาพ ทั้งนี้ผู้สูงอายุชาวมอญแสดงพฤติกรรมการมีจิตวิทยาเชิงบวกด้วยการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาและแก้ไขปัญหในการดำเนินชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ การมีส่วนร่วมพูดคุยถึงวิธีการใช้ชีวิตอย่างมีความสุขมีการเตรียมรับความเสี่ยงรวมถึงการเผชิญปัญหาต่างๆ ใช้พลังเชิงบวกในการดำเนินชีวิตให้มีความสุข มีเชื่อว่าปัญหาทุกอย่าง

มีวิธีการที่สามารถแก้ไขได้ มองเห็นสิ่งดีๆ ในอนาคตแม้ในสถานการณ์ที่ไม่แน่นอนอน มีจัดการชีวิตครอบครัวและชีวิตในการทำงานของตนเองให้มีความสุข มีความอดทนต่อความยากลำบากในการดำเนินชีวิตโดยเชื่อว่าเมื่ออุปสรรคผ่านพ้นไปชีวิตจะดีขึ้น สามารถปรับตัวกับสภาพปัญหาในสถานการณ์ต่างๆได้และพร้อมที่จะดูแลสุขภาพของตนเองและคนในครอบครัวเพื่ออนาคตที่มั่นคงซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุชาวอมญสนใจในสุขภาพตนเอง และพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของตนเองตามมา (อังคินันท์ อินทรกาแหง และ ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล, 2560) โดยนัทเปียม (Nutbeam, 2008) อธิบายแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพไว้ว่า ผู้สูงอายุที่มีทักษะการอ่านและเขียนที่จำเป็นต่อการเข้าใจและการปฏิบัติตัวอย่างมีประสิทธิภาพจะสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ตามระดับความรู้ด้านสุขภาพ ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยจิตวิทยาเชิงบวกมีความสัมพันธ์กับปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวอมญอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของนักวิชาการหลายท่านที่พบว่าจิตวิทยาเชิงบวกมีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ (Renani et al, 2020; Intarakamhang et al.; Yang et al,2021;Sak, Rothenfluh et al, 2017)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

จากผลการวิจัยจึงเสนอแนะให้พยาบาลพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวอมญผ่านการส่งเสริมให้มีระดับจิตวิทยาเชิงบวกให้สูงขึ้น และผู้สูงอายุหญิง ข้าราชการเกษียณมาเป็นตัวแบบสำหรับการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้ด้านสุขภาพให้ผู้สูงอายุเกิดความตระหนักรู้ในความรู้ด้านสุขภาพของตนเอง

2. การศึกษาวิจัยในครั้งต่อไป

ควมามีการศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมจิตวิทยาเชิงบวกต่อความรู้และทักษะความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวอมญ

เอกสารอ้างอิง

- ชัชวาล วงศ์สารี. (2561). สถานการณ์ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย: ประเด็นและแนวโน้มการดูแลทางการแพทย์. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*. 12(1), 47-58.
- สุวรรณ สุวรรณผล, และวลัยนารี พรหมลา. (2559). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชาวอมญ จังหวัดปทุมธานี. *วารสารสถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ*. 3(2), 67-78
- ประไพพิศ สิงหเสม, พอเพ็ญ ไกรนรา, และวรารัตน์ ทิพย์รัตน์. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุ ตำบลหนองตรุด จังหวัดตรัง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตต์*. 11(1), 37 – 51.
- เยาวลักษณ์ มีบุญมาก, จิรียา อินทนา1, กรรณิการ์ กิจนพเกียรติ, เพ็ญจมาศ คำธนะ, และนงนภัทร รุ่งเนย. (2562). ความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมืองแห่งหนึ่งในจังหวัดราชรี. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*. 6(ฉบับพิเศษ), 129-144.
- Compton, W. C., & Hoffman, E. (2019). *Positive psychology: The science of happiness and flourishing*. Sage Publications.

- Intarakamhang, U., & Macaskill, A. (2018). Multi-group Causal Model of Health Literacy and Behaviors on Family Wellbeing among Thai Adults at Risk of Non-Communicable Diseases (NCDs). *Journal of research in health sciences*, 18(4), e00429.
- Kaphingst, K. A., Goodman, M. S., MacMillan, W. D., Carpenter, C. R., & Griffey, R. T. (2014). Effect of cognitive dysfunction on the relationship between age and health literacy. *Patient education and counseling*, 95(2), 218-225.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and psychological measurement*, 30(3), 607-610.
- Gupta, K. K., Attri, J. P., Singh, A., Kaur, H., and Kaur, G. (2016). Basic concepts for sample size calculation: critical step for any clinical trials!. *Saudi J Anaesth*, 10(3), 328-331.
- Liu, C., Wang, D., Liu, C., Jiang, J., Wang, X., Chen, H., ... & Zhang, X. (2020). What is the meaning of health literacy? A systematic review and qualitative synthesis. *Family medicine and community health*, 8(2), e000351.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 72-78.
- Osborne, S. P., Radnor, Z., & Nasi, G. (2013). A new theory for public service management? Toward a (public) service-dominant approach. *The American Review of Public Administration*, 43(2), 135-158.
- Palumbo, R. (2017). Examining the impacts of health literacy on healthcare costs. An evidence synthesis. *Health Service Management Research*. 30(4), 197-212.
- Renani, M. T. S., Nourafkan, F., Fathimard, F., & Mazarei, R. (2020). Relationship between Self-efficacy and mental health with health literacy in patients with diabetes in kazerun city, fars, Iran. *Journal of Community Health Research*. 9(4), 256-264.
- World Health Organization. (1998). *Improving health literacy*. [Online] Retrieved 3 November, 2021, from <https://www.who.int/activities/improving-health-literacy>
- Sak, G., Rothenfluh, F., & Schulz, P. J. (2017). Assessing the predictive power of psychological empowerment and health literacy for older patients' participation in health care: a cross-sectional population-based study. *BMC geriatrics*, 17(1), 1-15.
- Tiller, D., Herzog, B., Kluttig, A., & Haerting, J. (2015). Health literacy in an urban elderly East-German population—results from the population-based CARLA study. *BMC public health*, 15(1), 1-9.
- Vogt D, Schaeffer D and Berens E-M (2019). Health literacy in later phases of life: findings from Germany and other countries. In Okan O, Bauer U, Levin-Zamir D, Pinheiro P and Sørensen K (eds), *International Handbook of Health Literacy: Research, Practice and Policy Across the Lifespan*. Bristol, UK: Policy Press.

- Yang, B. X., Xia, L., Huang, R., Chen, P., Luo, D., Liu, Q., ... & Wang, X. Q. (2021) . Relationship between eHealth literacy and psychological status during COVID-19 pandemic: A survey of Chinese residents. *Journal of nursing management*, 29(4), 805-812.
- Yokokawa, H., Yuasa, M., Sanada, H., Hisaoka, T., & Fukuda, H. (2015) . Age-and sex-specific impact of health literacy on healthy lifestyle characteristics among Japanese residents in a rural community. *Health*. 7(06), 679.
- Zugich, J.N., Goldman, D.P., Cohen, P.R., Cortese, D., Fontana, L., Kennedy, B.K. & Fain, M.J. (2016) . Preparing for an aging world: Engaging biogerontologists, geriatricians, and the society. *The Journals of Gerontology: Series A*, 71(4), 435-444.



The effects of the community-based lifestyle intervention program on the prevention of Type 2 Diabetes Mellitus among pre-diabetic elderly people at Khlong Lat Phrao community

ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตโดยชุมชนเป็นฐานเพื่อป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเบาหวานบริเวณชุมชนริมคลองลาดพร้าว

Akua Kulprasutidilok, Ph.D., อ๊ะเคื้อ กุลประสูติติลลอก, ปร.ด.^{1*}

Poonnat Kulprasutidilok, M.D., ปุณณัตต์ กุลประสูติติลลอก, พบ.²

¹Assistant Professor, Ph.D., Department of Health Management Technology, Faculty of Science and Technology, Phranakhon Rajabhat University, Bangkok, Bangkok.

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., สาขาวิชาเทคโนโลยีการจัดการสุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร เขตบางเขน กรุงเทพฯ

²Doctor of Medicine, Pathumvech Hospital, Pathumthani.

อายุรแพทย์, โรงพยาบาลปทุมเวช, ปทุมธานี

*Corresponding Author Email: akua.k@pnru.ac.th

Received: July 4, 2021

Revised: December 13, 2021

Accepted: December 20, 2021

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effects of community-based lifestyle intervention program on the prevention of Type 2 Diabetes Mellitus among the pre-diabetic elderly people in Khlong Lat Phrao community, an urban poverty area in Bangkok. A total of 32 participants with pre - diabetes aged over 60 years were purposively assigned to the community-based lifestyle intervention or the experimental group (n = 18), and the usual care or the control group (n = 14). The program was implemented in partnership with the current community volunteers to combine diet, physical activity, and behavior revision strategies. Clinical and metabolic factors, dietary behaviors and physical activity were measured. Percentage, means, and standard deviation were utilized for data analysis by means of the SPSS, Version 24. Analyses of between-group differences at baseline for 12 weeks revealed that the participants in the intervention group achieved greater decreases as compared to the usual care group in fasting plasma glucose (-18.67 ± 1.9 versus 6 ± 3.8 mg/dl), body weight (-1.62 ± 1.35 versus 0.46 ± 0.68 kg), body mass index (-0.63 ± 0.53 versus 0.18 ± 0.36 kg/m²), di-

etary intake (-295.61±184.22 versus 115.85±149.58 kcal/day), total cholesterol (-32.66±35.35 versus -24.27±23.50 mg/dl), triglycerides level (-78±39.44 versus -38.90±37.73 mg/dl) and LDL cholesterol (-32.26±45.96 versus -13.27±22.94 mg/dl). Moreover, the physical activities of participants in the intervention group were increased significantly as compared to the normal group (+646.66±422.93 versus -35.71±85.27 MET.min.wk-1), including HDL cholesterol (+15.13±11.01 versus +4.36±11.48 mg/dl). It can be concluded that the implementation of the community-based lifestyle intervention program was effective and practical for the prevention of T2DM in the elderly people in Khlong Lat Phrao community, and this also can facilitate satisfactory effects on clinical and metabolic parameters.

Keywords: Community-based lifestyle intervention program, Type 2 Diabetes Mellitus, Pre-diabetic elderly people, Klong Lat Prao Community in Bangkok

บทคัดย่อ

จุดประสงค์ของการศึกษานี้คือ เพื่อประเมินผลของแนวทางปรับวิถีการดำเนินชีวิตของชุมชนผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ใช้ชีวิตตามปกติในพื้นที่ยากจนของเขตชุมชนเมืองในกรุงเทพมหานครของประเทศไทย การศึกษาที่ทดลองครั้งนี้ได้ดำเนินการทดลองในชุมชนคลองลาดพร้าว ซึ่งเป็นพื้นที่ยากจนของกรุงเทพมหานคร โดยมีผู้เข้าร่วมจากการคัดเลือกจำนวน 32 คนที่อยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานซึ่งมีอายุมากกว่า 60 ปี แบ่งเป็นกลุ่มที่ทำการปรับวิถีการดำเนินชีวิต (n = 18) เปรียบเทียบกับกลุ่มการดูแลสุขภาพตามปกติ (n = 14) โดยอาสาสมัครผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในชุมชนได้มีการปรับอาหาร รูปแบบการออกกำลังกาย และพฤติกรรม จากนั้นทำการติดตามปัจจัยทางคลินิก อัตราการเผาผลาญ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย ผลจากการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเวลา 12 สัปดาห์ พบว่าผู้เข้าร่วมการปรับเปลี่ยนประสบความสำเร็จเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ใช้ชีวิตตามปกติในการลดลงของระดับน้ำตาลในเลือด (-18.67±1.9 เทียบกับ 6±3.8 mg/dl) รวมถึงน้ำหนักตัว (-1.62±1.35 เทียบกับ 0.46±0.68 kg) ดัชนีมวลกาย (-0.63±0.53 เทียบกับ 0.18±0.36 kg/m²) การบริโภคอาหาร (-295.61±184.22 เทียบกับ 115.85±149.58 kcal/day) คอเลสเตอรอลรวม (-32.66±35.35 เทียบกับ -24.27±23.50 mg/dl) ระดับไตรกลีเซอไรด์ (-78±39.44 เทียบกับ -38.90±37.73 mg/dl) ระดับคอเลสเตอรอลชนิดเอเลดีเอเล (-32.26±45.96 versus -13.27±22.94 mg/dl) ขณะที่การเคลื่อนไหวของร่างกายในกลุ่มผู้เข้าร่วมการปรับเปลี่ยนเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ใช้ชีวิตปกติ (+646.66±422.93 เทียบกับ -35.71±85.27 MET.min.wk-1) รวมถึงระดับคอเลสเตอรอลชนิดเอเลดีเอเล (+15.13±11.01 เทียบกับ +4.36±11.48 mg/dl) ดังนั้นการดำเนินการตามโปรแกรมการปรับวิถีชีวิตแบบเพื่อป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในเขตความยากจนในเมืองนั้นสามารถนำไปใช้ได้จริงสามารถส่งผลที่น่าพอใจผลในการตรวจสอบทางคลินิกรวมถึงอัตราการเผาผลาญที่เปลี่ยนแปลงไป

คำสำคัญ: โปรแกรมปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตโดยชุมชนเป็นฐาน โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ชุมชนริมคลองลาดพร้าวในกรุงเทพมหานคร

Introduction

The epidemic of Type 2 Diabetes Mellitus (T2DM) is a global public health problem and has become common among the developing countries (Roberts et al., 2017; Thakur et al., 2017). In most developing countries diabetes has increased alongside growing urbanization, dietary changes, reduced physical activity and unhealthy behaviors (Pengpid et al., 2019; Papier et al., 2016). Thailand is among the developing countries with a high occurrence of diabetes, particularly in elderly population. Currently, the prevalence of diabetes was estimated to be 8% among all adults, and 15% among adults aged over 60 years old. Moreover, inactive lifestyle and unhealthy diet have become common in Thailand, increasing the risk of this population for developing diabetes mellitus particular in aging society (Deerochanawong & Ferrario, 2013; Khunkaew et al., 2019; Kramer et al., 2018).

Lifestyle modification has been found to be effective in preventing and delaying the development of diabetes (Shirinzadeh et al., 2019; Mäntyselkä et al., 2019; Thankappan et al., 2018). Currently, there is a lot of evidence that lifestyle changes can help prevent the development of diabetes in old adults. Many controlled trials of structured lifestyle modification have reliably demonstrated that achieving and continuing a healthy body weight through a combination of a change in dietary behaviors and an increase of physical activity decreases the occurrence of diabetes in the elderly at high risk (Ibrahim et al., 2016; Kimura et al., 2019; Chang et al., 2020). Encouraged by these results, many attempts have been made to explain

the prevention trials into community-based programs (Castaneda et al., 2002; Hill et al., 2017).

Even during the 10 years' follow-up randomizing many to many studies such as U.S. Diabetes prevention program (DPP Outcome Study), the diabetes occurrence rate was reduced by 34% in the lifestyle group compared with control, about 20% of the participants were aged ≥ 60 years at enrollment. Prediabetes lifestyle interventions for relatively healthy people aged 60 years or older seem to be highly cost-effective, although evidence is sparse. Furthermore, modelling studies for diabetes prevention which include a screening stage, indicate that screening for Type 2 diabetes and impaired glucose tolerance, with appropriate intervention for those with impaired glucose tolerance, in an above average risk, overweight and aged ≥ 60 years, seems to be cost effective (Matte et al., 2016).

In Thailand, many community-based programs have reported some success in modifying indicators of diabetes through lifestyle intervention (Saengtipbovorn & Taneepanichskul, 2014; Eknithiset & Somrongthong, 2017). However, there is poor evidence of community-based diabetes prevention programs in older adults, in relatively pre-diabetic elderly people, with high risk of developing Type 2 Diabetes, on body weight as well as metabolic factors, through a combination of changes in dietary habits and an increase in physical activity particular in the urban poverty area. Therefore, the present study was to evaluate the effects of community-based lifestyle intervention program to prevent Type 2 Diabetes Mellitus in pre-diabetic elderly people

in Khlong Lat Phrao community in Bangkok, Thailand.

Material & Methods

The sample

This study was a quasi-experimental research with repeated measures, conducted in the urban poverty area located in Khlong Lat Phrao community nearby a major canal in Bangkok. This community was once known for its putrid water, proliferation of rubbish and land encroachment along it, approximately 7,069 households and 30,000 individuals (Bhatkal & Lucci, 2015). The population consists of mostly nationally Thai residents, but is diverse in terms of religious affiliation, socioeconomic status, and rural village of origin. The case study neighborhood is located in Bangkok and cuts through the middle of the city. Few roads are wide enough for cars and several are just small footpaths. Although the community is in part a squatter settlement, its ways, footpaths, and communal spaces are well preserved by residents. The period of study was 12 weeks (August-October 2019). The study was started only after taking permission from the institutional ethical committee. A consecutive sampling approach was used to recruit select participants based on the criteria that they must be 60 years old or above and were diagnosed with pre-diabetes. Based on Krejcie & Morgan's (1970) formula for calculating sample size of a finite population, 135 participants were achieved. Then only thirty-two of them were finally selected as the sample for this study. Eighteen of them were assigned into the experimental group who

participated in the intervention program. The other 14 were assigned into the control group with usual care.

The community-based lifestyle intervention program process

The community-based lifestyle intervention program was designed following review of evidence and guidelines (Ibrahim et al., 2016; Chang et al., 2020). Modification was tailored according to the needs and the cultural sensitivity of the community. The main goals of the lifestyle intervention were based upon available evidence on diabetes risk factors according to the Finnish diabetes prevention study (DPS). They were 1) weight loss $\geq 5\%$ for overweight and obese individuals, 2) carbohydrate intake 50-55% of total energy, 3) total fat intake $< 35\%$ of total energy, of which saturated fat $< 10\%$, 4) fiber consumption ≥ 15 gr/1000 kcal, and 5) achieving moderate intensity physical activity ≥ 30 min/day (Lindström et al, 2003). Few discussions were conducted with participants (i.e., dieticians, physical trainers, family medicine specialists, local community organizations and potential participants) before the intervention. The content was based on several theoretical frameworks such as Transtheoretical Model, Stages of Change Model, Social Support, Motivational Interviewing and Self-Regulation (Pattanaik et al., 2019; Thewjitcharoen et al., 2018).

The intervention

The participants were allocated to the intervention and control group at the time of the baseline screening. The intervention program is 12 weekly 3-hour sessions. In every session,

information on diabetes risk issues, healthy life-style, individualized discussions focusing on specific individual problems and published material were delivered. Moreover, improved nutritional programs were provided for each participant to decrease body weight. Levels of energy intake were calculated by estimating the daily energy needs to maintain the present body weight. No formal workout sessions were offered, except for common counselling to increase physical activity. All the group sessions were held during week-ends, at community halls or recreational parks.

Measurements

The outcome measures for this study were required to fast overnight for a minimum of eight hours prior to each blood test and included weight, BMI, total cholesterol, triglyceride, LDL cholesterol, HDL cholesterol, physical activity, dietary intake. All these measurements were taken at baseline and every week of the intervention for both experimental and control groups.

Statistical analysis

The collected data was entered in MS-Excel and analyzed and statistically evaluated using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) software version 24 (Chicago, IL, USA). To evaluate the demographic and clinical characteristics of the subjects, the descriptive analyses including means, standard deviations, and percentages were applied. Chi-square tests and independent t-tests were performed to evaluate the homogeneity of the two groups. The main hypothesis was

tested and all participants who completed the baseline and 12-week evaluations, regardless of session attendance. Distributions of all variables were first examined, and transformations conducted as necessary and indicated on each table.

Ethical consent

This study was approved by the Phranakhon Rajabhat University Research Ethics Committee (Reference number 62-61). Informed consent was signed by all participants.

Results

Baseline characteristics

All participants who enrolled at baseline 18 (experimental) and 14 (control) were eligible for follow up at 12 weeks. The baseline characteristics of the participants are presented in Tables 1. Most of them are female about 60-64 old years with at least primary school educational level, currently married and unemployed. More than half of them maintained chronic disease and used drugs, mainly for hypertension and dyslipidemia. There were no statistically significant differences among age, gender, educational level, marital status, occupation BMI, chronic disease, currently used drug and diabetes history in direct relatives between the intervention and the control groups in baseline characteristics ($p = 0.514, 0.504, 0.441, 0.307, 0.107, 0.871, 0.360, 0.927$ and 0.302 , respectively) (The details are demonstrated in Table 1).

Table 1. Baseline characteristics.

Demographics and baseline measurements	Intervention group (n = 18) N(%)	Control group (n=14) N(%)	Control group (n=14) N(%)
Age (years)			.514
60-64	8(44.4)	7(50)	
65-69	3(16.7)	4(28.6)	
>70	7(38.9)	3(21.4)	
Gender			.504
Male	5(27.8)	3(21.4)	
Female	13(72.2)	11(78.6)	
Education			.441
Illiterate	0(0)	1(7.1)	
Primary	13(72.2)	13(81.30)	
High school	4(22.2)	4(28.6)	
Intermediate	1(5.6)	4(7.1)	
Graduation	0(0)	0(0)	
Marital status			.307
Currently married	10(55.6)	4(28.6)	
Never married	2(11.1)	4(28.6)	
Widowed	5(27.8)	5(35.7)	
Divorced	0(0)	1(7.1)	
Separated	1(5.6)	0(0)	
Occupation			.107
Unemployed	8(44.4)	8(57.1)	
Merchant	2(11.1)	0(0)	
Farmer	0(0)	0(0)	
Worker	3(18.7)	6(42.9)	
Retire	2(11.1)	0(0)	
Others	3(16.7)	0(0)	

Demographics and baseline measurements	Intervention group (n = 18) N(%)	Control group (n=14) N(%)	Control group (n=14) N(%)
Body mass index(BMI)			.871
Normal	3(16.7)	2(14.3)	
Overweight	4(22.2)	2(14.3)	
Obese	9(50)	9(64.3)	
Obesity	2(11.1)	1(7.1)	
Chronic Disease			.360
None	4(22.2)	5(35.7)	
Hypertension	6(33.3)	4(28.6)	
Dyslipidemia	8(44.4)	3(21.4)	
Hypertension and Dyslipidemia	0(0)	1(7.1)	
Others	0(0)	1(7.1)	
Medication used			.927
None	9(50)	7(50)	
Hypertension drugs	6(33.3)	4(28.6)	
Dyslipidemia drugs	3(16.7)	3(21.4)	
Diabetes history in direct relatives			.302
No	18(72.2)	8(57.1)	
Yes	5(27.8)	6(42.9)	

Values are n (%)

^a Determined with χ^2 test for categorical variables and independent t-test for continuous variables and, significant at p-value <0.05.

Biomedical outcomes

Study outcomes and metabolic changes from baseline to week 12th were shown in Table 2. An intention-to-treat analysis of between groups at 12 weeks revealed that Fasting Plasma Glucose (FPG) in the intervention group decreased from 110.83 (6.68) mg/dl at baseline to 92.16 (14.70) mg/dl at week 12 follow up. Similar

patterns of change were observed for the usual care group who also showed a decrease in FPG from 107.21 (6.68) mg/dl at baseline to 101.64 (9.88) mg/dl at week 12 follow up. There were statistically significant differences of FPG between the intervention and the control groups at week 12 follow up (p = <0.001).

Table 2. Study outcomes and metabolic changes from baseline to week 12

Variable	Intervention group (n = 18)		Control group (n=14)		p-value ^a
	Mean	Standard deviation	Mean	Standard deviation	
Fasting plasma glucose (mg/dl)					
baseline	110.83	5.56	107.21	6.68	.060
week 12	92.16	14.70	101.64	9.88	.000
	-18.67	13.73	-5.27	10.12	
Body weight (kg)					
baseline	61.72	9.89	63.07	9.53	.071
week 12	60.10	9.40	63.53	9.27	.000
	-1.62	1.35	+0.46	.86	
Body mass index (BMI) (kg/m ²)					
baseline	26.18	3.05	26.52	3.71	.086
week 12	25.55	2.93	26.70	3.60	.000
	-0.63	.53	+0.18	.36	
Dietary Intake (kcal/day)					
baseline	2,046.83	238.48	2,070.64	179.95	.012
week 12	1,751.22	153.46	2,186.64	179.09	.000
	-295.61	184.22	+115.85	149.58	
Physical Activity (MET.min.wk-1)					
baseline	1,513.33	895.13	1,325.71	538.11	.141
week 12	2,162.22	825.84	1,290.64	500.69	.000
	+646.66	422.93	-35.71	85.27	
Cholesterol (mg/dl)*					
baseline	223.33	36.27	210.45	28.01	.006
week 12	190.66	28.01	186.18	41.29	.003
	-32.66	35.35	-24.27	23.50	
Triglycerides (mg/dl)*					
baseline	164.73	45.54	139.66	35.51	.007
week 12	86.73	11.31	100.18	14.58	.000
	-78	39.44	-38.90	37.73	

Variable	Intervention group (n = 18)		Control group (n=14)		p-value ^a
	Mean	Standard deviation	Mean	Standard deviation	
HDL cholesterol (mg/dl)*					
baseline	58.66	5.53	56.36	6.72	.236
week 12	73.80	10.67	60.72	7.33	.000
	+15.13	11.01	+4.36	11.48	
LDL cholesterol (mg/dl)*					
baseline	131.00	34.73	124.18	34.08	.084
week 12	98.73	29.48	110.18	35.53	.017

Values are in mean and standard deviation (SD). Means differences within and between group are in mean (95% Confidence Interval), a negative change indicates a fall on average from baseline to 12 weeks.

^a Determined with χ^2 test for categorical variables and independent t-test for continuous variables between groups comparison at significant at $p < 0.05$

* Analysis only those who does not take dyslipidemia drugs [Intervention group (n = 15), Control group (n=11)]

Further analyses demonstrated that the body weight, body mass index (BMI) and dietary intake of the intervention group decreased from 61.72 (9.89) kg, 26.18 (3.05) kg/m² and 2,046.83 (238.48) kcal/day at baseline to 60.10 (9.40) kg, 25.55 (2.93) kg/m² and 1,751.22 (153.46) kcal/day, respectively. Whereas, the body weight, BMI and dietary intake of the control group increased from 63.07 (9.53) kg, 26.52 (3.71) kg/m² and 2,070.64 (179.95) kcal/day at baseline to 63.53 (9.27) kg, 26.70 (3.60) kg/m² and 2,186.64 (179.09) kcal/day, respectively. There were statistically significant differences of body weight, BMI and dietary intake between the intervention and the control groups at 12 weeks follow up (p

= <0.001, <0.001 and <0.001, respectively). In addition, physical activities in the intervention group increased from 1,513.33 (895.13) MET.min.wk-1 at baseline to 2,162.22 (825.84) MET.min.wk-1 at week 12 follow up. Whereas, in the control group, physical activities decreased from 1,325.71 (538.11) MET.min.wk-1 at baseline to 1,290.64 (500.69) MET.min.wk-1 at week 12 follow up. There were statistically significant differences of physical activity activities between the intervention and the control groups at 12 weeks follow up (p = <0.001). Among the remaining 26 excluded participants who took dyslipidemia (15 intervention and 11 control), total cholesterol, triglycerides and LDL cholesterol in the interven-

tion group decreased from 223.33 (36.27) mg/dl, 164.73 (45.54) mg/dl and 131 (34.73) mg/dl at baseline to 210.45 (41.27) mg/dl, 86.73 (11.31) mg/dl and 98.73 (29.48) mg/dl at week 12 follow up. When being compared with the control group, cholesterol, triglycerides and LDL cholesterol in the intervention group decreased from 190.66 (28.10) mg/dl, 139.66 (35.51) mg/dl and 124.18 (34.08) mg/dl at baseline to 186.18 (41.29) mg/dl, 100.18 (14.58) mg/dl and 110.18 (35.53) mg/dl at week 12 follow up, respectively.

Moreover, HDL cholesterol in the intervention group increased from 58.66 (5.53) mg/dl at baseline to 73.80 (10.67) mg/dl at week 12 follow up. Similarity to the control group, HDL cholesterol increased from 56.36 (6.72) mg/dl at baseline to 60.72 (7.33) mg/dl at week 12 follow up. There were statistically significant differences of HDL cholesterol between the intervention and the control groups at week 12 follow up ($p = <0.001$).

Discussion

To our knowledge, this is the first quasi-experimental research, evaluating the effects of lifestyle intervention program to prevent pre-diabetes in older adults resided in the urban poverty area in Thailand. The present study shows that the lifestyle changes improved both glycemic and healthy behaviors in the elderly with prediabetes. Our results indicated that the significant reductions in fasting plasma glucose, dietary intake, cholesterol, triglycerides, and LDL cholesterol but increase in physical activity and HDL cholesterol achieved as compared to the usual care group. Additionally, the decrease in

weight circumference in the intervention group was in concordance with the results from other diet and exercise intervention studies. Moreover, it was found that the participants in the intervention group were more likely to exercise and modify their diet than the participants in the control group. This is inconsistent with a previous research paper, which studied a structured group diabetes education program, which was implemented in the community, with follow up for three years. It was found that there was no statistically significant difference in the physical activities (Thewjitcharoen et al., 2018; Khunti et al., 2012; Aekplakorn et al., 2019). Interestingly, the important success that reduces diabetes risk is weight loss and consequently all efforts to interpret the prevention trials to a community setting have intensive on weight reduction. Small community-based programs have reported minor success in weight reduction and modifying surrogate markers for diabetes through lifestyle intervention (Magill et al., 2018; Aekplakorn et al., 2019). In our study, community-based intervention program, the weight reduction was decrease from 61.72 (9.89) to 60.10 (9.40) kg in the intervention group compared with a gain of 63.07 (9.53) to 63.53 (9.27) in the control group at week 12. Therefore, this intervention program to aid weight reduction in older adults in an urban poverty community setting is practical and can have a satisfactory effect on clinical and metabolic parameters.

In addition, community-based intervention, have numerous boundaries that need to be addressed. Clinical trials typically enroll highly in-

terested individuals that are probably more aware of their own health conditions than the overall population. Such bias is frequently present and would be problematic to eliminate in the majority of studies evaluating lifestyle intervention. While a quasi-experimental study design may be more possible to conduct in the community setting, it may not sufficiently control the possibility of confounding factors due to lack of randomization (Ibrahim et al., 2016). For example, although we made sure that the control group was comparable to the intervention group on the socio-demographics and blood glucose characteristics, it was not fully equivalent in terms of pre-existing medication used and diabetes history in direct relatives. In the analysis, these baseline differences were considered and the comparisons between groups of lipid measurements should be interpreted with caution. We required an alternative way to assess the impact of the lifestyle intervention on these outcomes by tracking changes in the usage of medications during their follow up. Future studies essential to integrate a longer follow-up period to generate understanding of intervention effects, adherence and sustainability, over time, by randomized controlled trial.

Conclusions

It can be concluded that an adapted diabetes prevention program can be implemented in the community setting, with improvement in several diabetes risk factors. Collaborations with existing community partners demonstrated a promising channel for wide-scale distribution of diabetes prevention at the community level. Furthermore, the results of the present study show the effectiveness of the community-based lifestyle intervention program by increasing knowledge, attitudes, and practices toward health behavior of the elderly with type 2 prediabetes.

Acknowledgments

The authors wish to thank Asst. Prof. Saruda Nitiworakarn, Dr. Soracha Kruemek and Mrs. Phapaporn Prasertsom. We also would like to express our gratitude to all the staff of Faculty of Science and Technology, Phranakhon Rajabhat University. The study was supported by Phranakhon Rajabhat University by National research council of Thailand.

References

- Aekplakorn, W., Tantayotai, V., Numsangkul, S., Tatsato, N., Luckanajantachote, P., & Himathongkam, T. (2019). Evaluation of a community-based diabetes prevention program in Thailand: a cluster randomized controlled trial. *Journal of primary care & community health, 10*, 2150132719847374.
- Bhatkal, T., & Lucci, P. (2015). *Community-driven development in the slums: Thailand's experience*. London: Overseas Development Institute.
- Castaneda, C., Layne, J. E., Munoz-Orians, L., Gordon, P. L., Walsmith, J., Foldvari, M., ... & Nelson, M. E. (2002). A randomized controlled trial of resistance exercise training to improve glycemic control in older adults with type 2 diabetes. *Diabetes care, 25*(12), 2335-2341.
- Chang, M., Ramel, A., Jonsson, P. V., Thorsdottir, I., & Geirsdottir, O. G. (2020). The effect of cognitive function on mobility improvement among community-living older adults: A 12-week resistance exercise intervention study. *Aging, Neuropsychology, and Cognition, 27*(3), 385-396.
- Deerochanawong, C., & Ferrario, A. (2013). Diabetes management in Thailand: a literature review of the burden, costs, and outcomes. *Globalization and Health, 9*(1), 1-18.
- Eknithiset, R., & Somrongthong, R. (2017). Effectiveness of a diabetes mellitus pictorial diary handbook program for middle-aged and elderly type 2 diabetes mellitus patients: a quasi-experimental study at Taladnoi Primary Care Unit, Saraburi, Thailand. *Journal of multidisciplinary healthcare, 10*, 327.
- Hill, J., Peer, N., Oldenburg, B., & Kengne, A. P. (2017). Roles, responsibilities and characteristics of lay community health workers involved in diabetes prevention programmes: a systematic review. *PLoS One, 12*(12), e0189069.
- Ibrahim, N., Ming Moy, F., Awalludin, I. A. N., Mohd Ali, Z., & Ismail, I. S. (2016). Effects of a community-based healthy lifestyle intervention program (Co-HELP) among adults with prediabetes in a developing country: a quasi-experimental study. *PLoS one, 11*(12), e0167123.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and psychological measurement, 30*(3), 607-610.
- Khunkaew, S., Fernandez, R., & Sim, J. (2019). Demographic and clinical predictors of health-related quality of life among people with type 2 diabetes mellitus living in northern Thailand: A cross-sectional study. *Health and quality of life outcomes, 17*(1), 1-9.
- Kimura, N., Aso, Y., Yabuuchi, K., Ishibashi, M., Hori, D., Sasaki, Y., ... & Matsubara, E. (2019). Modifiable lifestyle factors and cognitive function in older people: a cross-sectional observational study. *Frontiers in neurology, 10*, 401.
- Kramer, M. K., Vanderwood, K. K., Arena, V. C., Miller, R. G., Meehan, R., Eaglehouse, Y. L., ... &

- Kriska, A. M. (2018). Evaluation of a diabetes prevention program lifestyle intervention in older adults: a randomized controlled study in three senior/community centers of varying socioeconomic status. *The Diabetes Educator*, 44(2), 118-129.
- Khunti, K., Gray, L. J., Skinner, T., Carey, M. E., Realf, K., Dallosso, H., ... & Davies, M. J. (2012). Effectiveness of a diabetes education and self management programme (DESMOND) for people with newly diagnosed type 2 diabetes mellitus: three year follow-up of a cluster randomised controlled trial in primary care. *BMJ*, 344, e2333.
- Lindström, J., Louheranta, A., Mannelin, M., Rastas, M., Salminen, V., Eriksson, J., ... & Tuomilehto, J. (2003). The Finnish Diabetes Prevention Study (DPS): Lifestyle intervention and 3-year results on diet and physical activity. *Diabetes care*, 26(12), 3230-3236.
- Magill, N., Graves, H., De Zoysa, N., Winkley, K., Amiel, S., Shuttlewood, E., ... & Ismail, K. (2018). Assessing treatment fidelity and contamination in a cluster randomised controlled trial of motivational interviewing and cognitive behavioural therapy skills in type 2 diabetes. *BMC family practice*, 19(1), 1-9.
- Mäntyselkä, P., Kautiainen, H., & Miettola, J. (2019). Beliefs and attitudes towards lifestyle change and risks in primary care—a community-based study. *BMC public health*, 19(1), 1-9.
- Matte, M., Makrilakis, K., Polychronopoulos, E., Sakellaropoulos, G., Braoudakis, P., Fokas, S., ... & Velonakis, E. (2016). Community based diabetes prevention programme in older adults in a Greek rural area. *International Journal of Community Medicine and Public Health*, 3(5), 1326-1333.
- Papier, K., Jordan, S., Catherine, D. E., Bain, C., Peungson, J., Banwell, C., ... & Sleight, A. (2016). Incidence and risk factors for type 2 diabetes mellitus in transitional Thailand: results from the Thai cohort study. *BMJ open*, 6(12), e014102.
- Pattanaik, R., Samantaray, N. N., & Mohapatra, J. (2019). Application of transtheoretical model in management of individual with alcohol dependence: A case study. *Industrial psychiatry journal*, 28(1), 148-151.
- Pengpid, S., Peltzer, K., Jayasvasti, I., Aekplakorn, W., Puckpinyo, A., Nanthananate, P., & Mansin, A. (2019). Two-year results of a community-based randomized controlled lifestyle intervention trial to control prehypertension and/or prediabetes in Thailand: a brief report. *International journal of general medicine*, 12, 131-135.
- Roberts, S., Barry, E., Craig, D., Airoidi, M., Bevan, G., & Greenhalgh, T. (2017). Preventing type 2 diabetes: systematic review of studies of cost-effectiveness of lifestyle programmes and metformin, with and without screening, for pre-diabetes. *BMJ open*, 7(11), e017184.
- Shirinzadeh, M., Afshin-Pour, B., Angeles, R., Gaber, J., & Agarwal, G. (2019). The effect of community-based programs on diabetes prevention in low-and middle-income

- countries: a systematic review and meta-analysis. *Globalization and health*, 15(1), 1-13.
- Thakur, A., Ray, T. K., & Goel, M. K. (2017). Expenditure pattern on diabetes care: A Community based longitudinal study in resettlement colony of East Delhi. *Indian Journal of Community Health*, 29(2), 209-212.
- Thankappan, K. R., Sathish, T., Tapp, R. J., Shaw, J. E., Lotfaliany, M., Wolfe, R., ... & Oldenburg, B. (2018). A peer-support lifestyle intervention for preventing type 2 diabetes in India: A cluster-randomized controlled trial of the Kerala Diabetes Prevention Program. *PLoS medicine*, 15(6), e1002575.
- Thewjitcharoen, Y., Chotwanvirat, P., Jantawan, A., Siwasaranond, N., Saetung, S., Nimitphong, H., ... & Reutrakul, S. (2018). Evaluation of dietary intakes and nutritional knowledge in Thai patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of diabetes research*, 2018, 9152910.
- Saengtipbovorn, S., & Taneepanichskul, S. (2014). Effectiveness of lifestyle change plus dental care (LCDC) program on improving glycemic and periodontal status in the elderly with type 2 diabetes. *BMC oral health*, 14(1), 1-10.



ผลของโปรแกรมการดูแลร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อพฤติกรรมการเรียนรู้ และสุขภาพของเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ The Effects of Multidisciplinary Collaborative Care Program on Learning Behavior and Health of Children with Learning disabilities

สุมาลี ถาใจ, พย.ม., Sumalee thachai, M.N.S.^{1*}

วราทิพย์ แก่นการ, ประ.ด., Waratip kankran Ph.D.²

ชองรัตน์ สุบรรณพงษ์, ศษ.ม., Chongrat subannapong M.Ed.³

¹อาจารย์., คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

¹Lecturer, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani Rajabhat University

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

²Assistant Professor, Ph.D., Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani Rajabhat University

³ครูชำนาญการพิเศษ โรงเรียนอนุบาลอุบลราชธานี

³Senior Professional Level Teachers, Anuban Ubon Ratchathani School

*Corresponding Author Email: Sumaleethachai@gmail.com

Received: October 28, 2021

Revised: December 14, 2021

Accepted: December 20, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อพฤติกรรมการเรียนรู้และสุขภาพในเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ กลุ่มตัวอย่างคือเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ จำนวน 23 คน ได้จากการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย (1) แบบประเมินพฤติกรรมการเรียนรู้ ด้านการอ่าน ด้านการเขียน และด้านการคำนวณ และ (2) แบบประเมินสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ/อารมณ์ ด้านสังคม และด้านสติปัญญา ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.86 และ 0.85 ตามลำดับ และใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาหาค่าความเชื่อมั่นได้เท่ากับ 0.85 และ 0.89 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ค่าที่ ผลการวิจัยพบว่า เด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้มีพฤติกรรมการเรียนรู้และสุขภาพทั้งรายด้าน และโดยรวมหลังได้รับโปรแกรมการดูแลร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < .05) อย่างไรก็ตามควรมีการขยายระยะเวลาในการติดตามประเมินผล เพื่อให้เห็นประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพชัดเจนมากขึ้น

คำสำคัญ: โปรแกรมการดูแลร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ พฤติกรรมการเรียนรู้ สุขภาพ เด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้

Abstract

This quasi-experimental research design is a one-group pretest-posttest research design. The main purpose of this study was to determine the effects of multidisciplinary collaborative care program on learning behavior and health of children with learning disabilities. The sample included 23 children with learning disabilities, selected by simple random sampling. The research instruments were 1) a learning behavior assessment form (reading, writing, and calculation) 2) a health assessment form (physical, mental, and emotional, social, and intellectual). The questionnaires were approved by experts for their content validity. The index of item objective Congruence (IOC) values were .86 and .85 respectively. The overall reliability of the questionnaires, using Cronbach's alpha coefficient, were .85 and .89 respectively. Data was analyzed using percentage, mean, standard deviation, and paired t-test.

The results of this study showed that children with learning disabilities showed statistically significant individual and overall improvement in cognitive behavior and health after participating in a multidisciplinary collaborative care program (p -value<.05). However, the duration of the follow-up evaluation should be extended to better reflect the effectiveness of the multidisciplinary collaborative care program.

Keywords: *Multidisciplinary Collaborative Care Program, Learning Behavior , Health, Children with Learning disabilities*

บทนำ

ความบกพร่องทางการเรียนรู้ (Learning disabilities) หมายถึงลักษณะพิเศษของเด็กที่มีปัญหาในการพัฒนาศักยภาพการเรียนรู้ทางวิชาการ ภาษา และการเขียน เป็นผลมาจากระบบการทำงานที่ผิดปกติของสมองในขั้นตอนการรับรู้และการสื่อสารข้อมูล ส่งผลให้เกิดปัญหาการเรียนยาก หรือเรียนช้ากว่าเด็กอื่นๆในวัยเดียวกันและส่งผลกระทบโดยตรงต่อการเรียน (ดารณี ศักดิ์ศิริผล, 2556) ความบกพร่องทางการเรียนรู้ เป็นสาเหตุที่พบบ่อยของปัญหาการเรียนในเด็ก และยังเป็นปัญหาที่พบได้มากที่สุดของประชากรทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก สำหรับประเทศไทยนั้นจากรายงานของสำนักบริหารงานการศึกษาพิเศษในปี พ.ศ 2561 ระบุว่า มีเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ จำนวน 329,274 คน และปีพ.ศ. 2562 มีจำนวน 349,753 คนซึ่งมีแนวโน้ม

เพิ่มขึ้น (สำนักบริหารงานการศึกษาพิเศษ, 2562) ความบกพร่องทางการเรียนรู้ทำให้เด็กไม่สามารถเรียนหนังสือตามระบบการเรียนการสอนปกติได้ ส่งผลกระทบทั้งระยะสั้นและระยะยาวต่อพัฒนาการในทุกด้าน และถ้าไม่ได้รับความช่วยเหลือที่เหมาะสมเด็กจะล้มเหลวด้านการเรียน รับรู้ตนเองในแง่ลบ เกิดปัญหาพฤติกรรม อาจจะเป็นเหตุให้มีปัญหาในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น รวมทั้งพบโรคหรือภาวะทางจิตเวชตามมาได้ง่าย เช่น โรคสมาธิสั้น การปรับตัวและการประสานงานของกล้ามเนื้อผิดปกติ (Piyasil, 2011) เด็กที่มีปัญหาทางการเรียนรู้ในลักษณะนี้ จัดเป็น 1 ใน 9 กลุ่มของเด็กที่ต้องรับการดูแลพิเศษ ดังนั้นการวินิจฉัยโรคตั้งแต่แรกเมื่อพบปัญหา (Early detection) และการวางแผนให้ความช่วยเหลือทั้งด้านการแพทย์และด้านการศึกษาตั้งแต่แรกอย่างเหมาะสม (Early intervention) จะช่วยลดผลกระทบ

ที่เกิดขึ้นตามมาได้และยังช่วยให้เด็กสามารถเรียนรู้ต่อไปได้ในวิธีการที่อาจแตกต่างจากเพื่อน และสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้เป็นอย่างดี (Pierce, 2010; American Psychiatric Association, 2013;)

โรงเรียนในสังกัดเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาอุบลราชธานีในปีการศึกษา 2562 มีเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้จำนวน 7,003 คน (สำนักบริหารงานการศึกษาพิเศษ, 2562) แม้ว่าโรงเรียนได้รับการพัฒนาความรู้การจัดการเรียนรวมและวิธีการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้แล้วก็ตาม แต่การให้ความช่วยเหลือดูแลเด็กกลุ่มนี้ยังมีข้อจำกัด เช่น จำนวนครูที่มีความเชี่ยวชาญด้านการสอนและการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ไม่เพียงพอ โรงเรียนส่วนใหญ่มีครูเพียง 1-2 คนในการดูแลให้ความช่วยเหลือเด็ก นอกจากนี้เด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้กระจายอยู่ทุกชั้นเรียน ประกอบกับขาดความต่อเนื่องระหว่างสถานศึกษากับที่บ้านในการดูแลเด็ก เนื่องจาก ครอบครัวไม่เข้าใจวิธีการดูแลที่มีลักษณะเฉพาะสำหรับเด็กกลุ่มนี้ จึงทำให้การพัฒนาเด็กทั้งด้านการอ่าน การเขียน และการคำนวณไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน (จิรดา แก้วขาว, และนวลฉวี ประเสริฐสุข, 2558)

แนวคิดการมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการสร้างเป้าหมายร่วมกัน ทำให้เกิดการพัฒนายั่งยืน เกิดความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้และข้อมูลซึ่งกันและกัน เกิดการเรียนรู้ที่ดีไปพร้อมกัน การร่วมกันคิดร่วมกันทำจะได้ผลดีกว่าต่างคนต่างทำ ในกรณีเด็กที่มีความผิดปกติทางกายภาพไม่ชัดเจน ทำให้ผู้ปกครองที่ดูแลเด็กไม่เข้าใจและไม่สังเกตความผิดปกติของเด็ก การจัดทำสื่อเผยแพร่ความรู้เพื่อเสริมความเข้าใจแก่ผู้ดูแลเด็กอย่างเหมาะสม เป็นการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ปกครองได้เป็นอย่างดี (Meral & Cavkaytar, 2012) หากนักเรียนได้รับการประเมินขั้นต้นโดยครู

ประจำชั้นว่าเป็นเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้เข้าสู่ระบบการดูแลช่วยเหลือแล้ว นักเรียนย่อมจะมีความสามารถในการเรียนรู้สูงขึ้น (นพวรรณ ศรีวงศ์พานิช และคณะ, 2562) นอกจากนี้ การสนับสนุนศักยภาพของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ให้สามารถสอนและดูแลเด็กที่บ้านได้ ทำให้เด็กมีความสามารถทั้งด้านการอ่าน การเขียนและการคำนวณดีขึ้น (มลทิรา โพธิสุวรรณ และคณะ, 2563)

ผู้วิจัยเห็นความสำคัญของการส่งเสริมความสามารถในการเรียนรู้สำหรับเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ จึงได้จัดทำโปรแกรมการดูแลร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพมาประยุกต์ในการปรับพฤติกรรมการเรียนรู้และสุขภาวะของเด็กที่มีปัญหาทางการเรียนรู้เพื่อร่วมกันดูแลและช่วยเตรียมพร้อมให้เด็กสามารถใช้ชีวิตในชุมชนและสังคมต่อไปได้อย่างมีคุณภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อพฤติกรรมการเรียนรู้และสุขภาวะของเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้

สมมติฐานการวิจัย

ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการเรียนรู้และสุขภาวะ ของเด็กที่มีปัญหาทางการเรียนรู้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพแตกต่างกัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

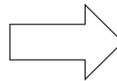
การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการมีส่วนร่วมของ Cohen & Uphoff (1981) การมีส่วนร่วม หมายถึง สมาชิกของชุมชนต้องเข้ามามีส่วนร่วมเกี่ยวข้องใน 4 มิติ ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมการตัดสินใจว่าควรทำอะไรและทำอย่างไร 2) การมีส่วนร่วมเสียสละในการพัฒนา รวมทั้งลงมือปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ 3) การมีส่วนร่วมใน

การแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน
4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผลโครงการนำมา
ปรับพฤติกรรมกรรมการเรียนรู้และสุขภาวะของเด็กที่มี
ความบกพร่องทางการเรียนรู้โดยการส่งเสริมให้เกิดการ
มีส่วนร่วมระหว่างพยาบาล นักจิตวิทยา ครูการศึกษาพิเศษ

ครูประจำชั้น/ครูผู้สอน อาสาสมัครสาธารณสุข และ
ผู้ปกครอง/ผู้ดูแล เนื่องจากแนวคิดการมีส่วนร่วมเป็น
กระบวนการสร้างเป้าหมายร่วมกัน ทำให้เกิดการพัฒนา
ที่ยั่งยืน เกิดความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน เกิดการแลกเปลี่ยน
ความรู้และข้อมูลซึ่งกันและกัน ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี

**โปรแกรมการดูแลร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพใน
การส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการเรียนรู้และสุขภาวะของเด็ก
ที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้**

- ประเมินภาวะสุขภาพ ภาวะโภชนาการ ให้คำ
แนะนำการดูแลสุขภาพ
- ให้ความรู้เรื่องเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียน
รู้และวิธีการปรับพฤติกรรมกรรมการเรียนรู้
- จัดทำแผนการจัดการศึกษาเฉพาะบุคคล
- จัดกิจกรรมบำบัดฝึกสมาธิ
- ติดตามเยี่ยมให้กำลังใจเด็กและผู้ปกครอง/ผู้ดูแล



- 1. พฤติกรรมการเรียนรู้**
 - ด้านการอ่าน
 - ด้านการเขียน
 - ด้านการคำนวณ
- 2. สุขภาวะ**
 - ด้านร่างกาย
 - ด้านจิตใจ
 - ด้านสังคม
 - ด้านสติปัญญา

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi
Experimental Research) โดยเป็นการวิจัยกลุ่มเดียว
วัดก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest
Posttest Design) โดยศึกษาในช่วงเวลาที่กำหนดคือ
ระหว่างเดือน กรกฎาคม ถึงเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2563

ประชากร เด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้
ในระดับชั้นประถมศึกษา จังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดตัวอย่างโดยการวิเคราะห์
ค่าอำนาจทดสอบ ใช้โปรแกรม G*power version
3.1.9.2 (Faul, 2014) กำหนดระดับนัยสำคัญเท่ากับ
0.05 อำนาจทดสอบเท่ากับ 0.80 effect size เท่ากับ
0.3 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 23 คน การคัดเลือกโดย
การสุ่มแบบง่ายโรงเรียนสังกัดสำนักงานประถมศึกษา

จังหวัดอุบลราชธานีจำนวน 1 โรงเรียน สุ่มกลุ่มตัวอย่าง
นักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ชั้นประถม
ศึกษาปีที่ 1-6 โดยกำหนดสัดส่วนใกล้เคียงกันแต่ละชั้นปี
จำนวน 23 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. เกณฑ์การคัดเลือก อายุ 7-12 ปี ศึกษาอยู่ใน
ระดับชั้นประถมศึกษาได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์
เด็กว่าอยู่ในกลุ่มของเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียน
รู้ มีชื่ออยู่ในระบบรายชื่อเด็กพิการเรียนรวม สามารถฟัง
คำสั่งง่ายๆ เข้าใจ ปฏิบัติตามคำสั่งได้ และผู้ปกครอง/
ผู้ดูแล ลงชื่อยินยอมให้เข้าร่วมโครงการ

2. เกณฑ์การคัดออก ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลต้องการ
ยกเลิกการเข้าร่วมโครงการ เด็กมีภาวะเจ็บป่วยกะทันหัน
และ/หรือเด็กมีความจำเป็นต้องย้ายสถานศึกษาระหว่าง
ดำเนินโครงการ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี เลขที่ HE631015 หลังจากนั้นผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และให้ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็กตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยโดยอิสระ ทั้งนี้สามารถถอนตัว หรือยกเลิกการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเก็บเป็นความลับ และนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการดูแลร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพในเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการมีส่วนร่วม ระยะเวลาดำเนินการ 4 เดือน โดยเข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง

เดือนที่ 1 วัตถุประสงค์เพื่อ ประเมินภาวะสุขภาพ และส่งเสริมการดูแลสุขภาพเด็กอย่างเหมาะสม

- พยาบาลประเมินภาวะสุขภาพด้านร่างกายของเด็ก ได้แก่ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ประเมินภาวะโภชนาการ และให้คำแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพเด็กแก่ผู้ปกครอง/ผู้ดูแล

- นักจิตวิทยาให้ความรู้แก่ผู้ปกครอง/ผู้ดูแล เรื่องเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้และวิธีการปรับพฤติกรรมการเรียนรู้ของเด็ก

เดือนที่ 2 วัตถุประสงค์เพื่อ วางแผนการจัดการศึกษาเฉพาะรายบุคคลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเรียนรู้ของเด็ก

- นักจิตวิทยาคลินิกให้ความรู้แก่ครูประจำชั้น/ครูผู้สอน เรื่องเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้และวิธีการปรับพฤติกรรมการเรียนรู้ของเด็กในชั้นเรียน

- ครูผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษาพิเศษให้ความรู้เรื่องการเขียนแผนการจัดการศึกษาเฉพาะบุคคลแก่ครูประจำชั้น/ครูผู้สอน และฝึกวิธีการเขียนแผนการ

จัดการศึกษาเฉพาะบุคคล

- ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลจัดทำตารางฝึกการเรียนรู้ของเด็กที่บ้านและดำเนินการโดยมีนักจิตวิทยาให้คำแนะนำ

เดือนที่ 3 วัตถุประสงค์เพื่อ ปรับพฤติกรรม การเรียนรู้และสุขภาพของเด็ก

- ครูประจำชั้น/ครูผู้สอนปรับพฤติกรรม การเรียนรู้ของเด็กขณะเรียนในชั้นเรียน โดยจัดให้เด็กเรียนตามแผนการจัดการศึกษาเฉพาะบุคคลและให้การดูแลเด็กอย่างใกล้ชิด

- อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จัดกิจกรรมฝึกสมาธิ ได้แก่ การสานปลาตะเพียน พับกระดาษเป็นรูปต่างๆ ร้อยลูกปัด ระบายสี และปั้นดินน้ำมัน เป็นเวลา 1 ครั้ง/สัปดาห์

- ทีมสหสาขาวิชาชีพดำเนินการอย่างต่อเนื่องในการปรับพฤติกรรม การเรียนรู้และส่งเสริมสุขภาพของเด็ก 1 ครั้ง/สัปดาห์

เดือนที่ 4 วัตถุประสงค์เพื่อปรับพฤติกรรม การเรียนรู้และสุขภาพของเด็ก

- ติดตามเยี่ยมบ้านโดยพยาบาล นักจิตวิทยา ครูประจำชั้น และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้กำลังใจแก่เด็กผู้ปกครอง/ผู้ดูแล

- กระตุ้นพัฒนาการและปรับพฤติกรรม การเรียนรู้ที่บ้าน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ความบกพร่องด้านการเรียนรู้ วิธีการรักษา/การบำบัด และผู้ดูแลหลัก

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรม การเรียนรู้ ประกอบด้วยพฤติกรรม 3 ด้าน ด้านละ 10 ข้อ รวม 30 ข้อ ดังนี้ 1) ด้านการอ่าน 2) การเขียน และ 3) การคำนวณ ลักษณะคำถามเป็นการสอบถามเกี่ยวกับ

พฤติกรรมใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตร
ประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินสุขภาพประกอบด้วย
สุขภาพ 4 ด้านได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และ
สังคม ด้านละ 5 ข้อ รวม 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็น
การสอบถามเกี่ยวกับการแสดงพฤติกรรมด้านสุขภาพ
ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า
(Rating Scale) 4 ระดับ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ
จำนวน 3 ท่านได้แก่ นักจิตวิทยา นักการศึกษาพิเศษ
และพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกเด็กพิเศษ คำนวณหาค่าดัชนี
ความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI)
แบบประเมินพฤติกรรมการเรียนรู้และสุขภาพ เท่ากับ
0.86 และ 0.85 ตามลำดับ ทดสอบความเชื่อมั่นของ
เครื่องมือโดยนำไปทดสอบเด็กที่มีความบกพร่องทาง
การเรียนรู้ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน
10 ราย แล้วคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค
(Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.85 และ
0.89 ตามลำดับ

เก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือน
ตุลาคม 2563 พื้นที่โรงเรียนประถมศึกษาใน จังหวัด
อุบลราชธานี โดยการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตาม
วัตถุประสงค์และขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย เมื่อ
กลุ่มตัวอย่างผู้ปกครอง/ผู้ดูแลยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
และลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว มีขั้นตอน
การดำเนินงานดังนี้

1. สอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินพฤติกรรม
การเรียนรู้และสุขภาพของเด็ก

2. เข้าร่วมโปรแกรมการดูแลร่วมกันของทีมสห
สาขาวิชาชีพของเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้
ระยะเวลา 4 เดือน

3. เมื่อเสร็จสิ้นการศึกษา ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่ม
ตัวอย่างเพื่อรวบรวมข้อมูลอีกครั้งโดยใช้ แบบสอบถาม
ชุดเดิม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติเชิง
พรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย
และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการเรียนรู้และ
สุขภาพของเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ก่อน
และหลังได้รับโปรแกรมการดูแลร่วมกันของทีมสหสาขา
วิชาชีพของเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ โดยใช้
สถิติเปรียบเทียบ Paired t-test

ผลการวิจัย

1. ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย
ร้อยละ 86.96 อายุเฉลี่ย 9.48 ปี (\bar{X} =9.48 SD=2.04)
มีความบกพร่องด้านการอ่านและการเขียน ด้านการอ่าน
และการคำนวณ ร้อยละ 82.61, 17.39 ตามลำดับ รักษา
โดยการรับประทานยา และการรับประทานยาร่วมกับ
การทำกิจกรรมบำบัด ร้อยละ 95.56, 4.35 ตามลำดับ
ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นปู่ ย่า/ตา ยาย ร้อยละ 56.52
(ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1. ข้อมูลส่วนบุคคล (n=23)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	20	86.96
หญิง	3	13.04
อายุ		
7-9 ปี	14	60.87
10-12 ปี	9	39.13
อายุเฉลี่ย (ปี)	$\bar{X}=9.48, SD=2.04$	
ความบกพร่องด้านการเรียนรู้		
ด้านการอ่านและการเขียน	19	82.61
ด้านการอ่านและการคิดคำนวณ	4	17.39
วิธีการรักษา/การบำบัด		
การรับประทานยา	22	95.65
การรับประทานยาและทำกิจกรรมบำบัด	1	4.35
ผู้ดูแลหลัก		
บิดามารดา	7	30.43
ปู่ ย่า/ตา ยาย	13	56.52
ญาติ	3	13.04

2. การเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการเรียนรู้ของเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการเรียนรู้รายด้านก่อนการได้รับโปรแกรมการดูแลร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ ด้านการอ่าน การเขียน และการคำนวณ $\bar{X}=22.83, SD= 1.37; \bar{X}=23.00, SD= 1.48$ และ $\bar{X}=20.70, SD= 0.47$ ตามลำดับ และค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการเรียนรู้โดยรวมก่อนการได้รับโปรแกรมการดูแลร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ $\bar{X}=66.50, SD= 2.23$ ส่วนหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการเรียนรู้รายด้าน

ด้านการอ่าน การเขียน และการคำนวณ $\bar{X}=23.35, SD= 1.23; \bar{X}=24.70, SD= 1.39$ และ $\bar{X}=21.00, SD= 0.60$ ตามลำดับ และค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการเรียนรู้โดยรวมหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ $\bar{X}=69.04, SD= 2.25$ เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการเรียนรู้ของเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ทั้งรายด้านและโดยรวมหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ พบว่า มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการเรียนรู้สูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมการดูแลร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < .05) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการเรียนรู้ของเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ (n=23)

พฤติกรรม การเรียนรู้	ก่อนเข้าร่วม		หลังเข้าร่วม		t- test	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
ด้านการอ่าน	22.83	1.37	23.35	1.23	-3.76	.001
ด้านการเขียน	23.00	1.48	24.70	1.39	-11.57	.000
ด้านการคำนวณ	20.70	0.47	21.00	0.60	-3.10	.005
โดยรวม	66.52	2.23	69.04	2.25	-10.40	.000

3. การเปรียบเทียบสุขภาวะของเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ พบว่า ค่าเฉลี่ยสุขภาวะรายด้านก่อนการได้รับโปรแกรมการดูแลร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ ด้านร่างกาย จิตใจ/อารมณ์ สังคม และสติปัญญา $\bar{X}=14.57$, SD= 0.59; $\bar{X}=12.04$, SD= 0.88 และ $\bar{X}=12.48$, SD= 0.95 และ $\bar{X}=11.13$, SD= 0.70 ตามลำดับ และค่าเฉลี่ยสุขภาวะโดยรวมก่อนการได้รับโปรแกรมการดูแลร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ $\bar{X}=50.22$, SD= 0.30 ส่วนหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ ค่าเฉลี่ยสุขภาวะรายด้าน ด้านร่างกาย จิตใจ/อารมณ์

สังคม และสติปัญญา $\bar{X}=14.96$, SD= 0.64; $\bar{X}=16.61$, SD= 0.84 และ $\bar{X}=16.78$, SD= 0.52 และ $\bar{X}=11.25$, SD= 0.51 ตามลำดับ และค่าเฉลี่ยสุขภาวะโดยรวมหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ $\bar{X}=60.13$, SD= 0.26 เมื่อเปรียบเทียบสุขภาวะของเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้หลังได้รับโปรแกรมการดูแลร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ พบว่า ค่าเฉลี่ยสุขภาวะทั้งรายด้านและโดยรวมหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ พบว่ามีค่าเฉลี่ยสุขภาวะสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมการดูแลร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < .05) (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสุขภาวะของเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ (n=23)

สุขภาวะ	ก่อนเข้าร่วม		หลังเข้าร่วม		t- test	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
ด้านร่างกาย	14.57	0.59	14.96	0.64	-3.43	.001
ด้านจิตใจ/อารมณ์	12.04	0.88	16.61	0.84	-27.79	.000
ด้านสังคม	12.48	0.95	16.78	0.52	-19.53	.000
ด้านสติปัญญา	11.13	0.70	11.25	0.51	-3.76	.001
โดยรวม	50.22	0.30	60.13	0.26	-29.32	.000

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้หลังได้รับโปรแกรมการดูแลร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพในเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ แสดงว่า ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการเรียนรู้และสุขภาวะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐาน ทั้งนี้เนื่องจากการทำงานแบบบูรณาการของทีมสหสาขาวิชาชีพ และการใช้รูปแบบกิจกรรมการมีส่วนร่วมที่หลากหลายและเหมาะสมต่อลักษณะของเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ เช่น พยาบาลประเมินภาวะสุขภาพด้านร่างกายของเด็ก ให้คำแนะนำเรื่อง การดูแลสุขภาพเด็กแก่ผู้ปกครอง/ผู้ดูแล ส่งผลให้สุขภาวะของเด็กดีขึ้น เนื่องจากครอบครัวมีความสำคัญที่สุดในชีวิตเด็ก ในปัจจุบันผู้ปกครองของเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้บางส่วนได้เปิดใจ เริ่มสนใจ และรับรู้ความสำคัญของการช่วยเหลือลูก/หลานมากขึ้น แต่สิ่งที่ผู้ปกครองเหล่านี้ขาดและต้องการเพิ่มเติมคือ ความรู้ (Punyapas et al., 2015) สอดคล้องกับการศึกษาของสมลักษณ์ กอกุลจันทร์ และคณะ (2561) เกี่ยวกับผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมต่อพฤติกรรม การดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ที่แสดงว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนรู้ในกลุ่มทดลองหลังได้รับ โปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม นักจิตวิทยาให้ความรู้แก่ผู้ปกครอง/ผู้ดูแล เรื่องเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้และวิธีการปรับพฤติกรรมการเรียนรู้ของเด็ก รวมทั้งแนะนำครูประจำชั้น/ครูผู้สอนในการปรับพฤติกรรมการเรียนรู้ของเด็กขณะเรียนในชั้นเรียน โดยจัดให้เด็กเรียนตามแผนการจัดการศึกษาเฉพาะบุคคล และให้การดูแลเด็กอย่างใกล้ชิด นอกจากนี้การที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจัดกิจกรรมฝึกสมาธิโดยผ่านกิจกรรมศิลปะต่างๆ เป็นส่วนหนึ่งที่ส่งผลให้เด็กมี

สมาธิและจดจำได้ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สอดคล้องกับการศึกษาของ นพพร ตุ่มทอง (2552) ที่ศึกษาการฝึกด้วยกิจกรรมศิลปะเพื่อเพิ่มความสามารถในการจำรูปพยัญชนะของนักเรียนที่มีภาวะพร่องการเรียนรู้ พบว่า นักเรียนที่มีภาวะพร่องการเรียนรู้หลังได้รับการฝึกกิจกรรมศิลปะมีความสามารถในการจำรูปพยัญชนะสูงกว่าก่อนได้รับการฝึกด้วยกิจกรรมศิลปะ ดังนั้น จึงอาจกล่าวได้ว่า การช่วยเหลือเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ให้เกิดผลดีนั้นจำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมในการดูแลของคนจากหลายฝ่ายได้แก่ โรงพยาบาล โรงเรียน และครอบครัว

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการวิจัย สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลเด็กที่มีความพิการทางการศึกษาประเภทอื่น เช่น เด็กออทิสติก เด็กที่มีความบกพร่องทางการเห็น การได้ยิน สติปัญญา การเคลื่อนไหว การพูด/ภาษา พฤติกรรม/อารมณ์ และเด็กที่มีความพิการซ้อน
2. ด้านการศึกษา ได้แนวทางการจัดการเรียนการสอนโดยเน้นถึงความสำคัญของการดูแลร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มจำนวนของสหสาขาวิชาชีพให้เข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น เช่น กุมารแพทย์ด้านสุขภาพจิตเด็ก นักกิจกรรมบำบัด เป็นต้น และควรให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้อยู่ในความดูแลเข้ามามีส่วนร่วม เพื่อให้เด็กได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวมและสามารถส่งต่อการดูแลเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. การนำแนวคิดการมีส่วนร่วมของทีมนิสิตสาขาวิชาชีพไปปรับใช้ในการช่วยเหลือเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็ก เพื่อช่วยให้เด็กได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง

3. ผู้บริหารสถานศึกษา ควรเพิ่มความสำคัญของการดูแลช่วยเหลือเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ให้มากขึ้น รวมทั้งสนับสนุน อำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือกับทีมนิสิตสาขาวิชาชีพ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณะผู้บริหาร ครู โรงเรียนอุบลวิทยาคมที่อำนวยความสะดวกอำนวยความสะดวกแก่สถานที่เก็บข้อมูล ขอขอบคุณทีมนิสิตสาขาวิชาชีพ อาสาสมัครสาธารณสุข และ ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็กกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์

เอกสารอ้างอิง

จิรดา แก้วขาว, และนวนลฉวี ประเสริฐสุข. (2558). การใช้สีกำหนดพยัญชนะเพื่อพัฒนาความสามารถในการ อ่านคำมาตราตัวสะกดแมกนที่ไม่ตรงตามมาตราของนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้. *Veridian E-Journal, Silpakorn University*, 8(3), 55-70.

ดารณี ศักดิ์ศิริผล. (2556). การศึกษาภาวะสมาธิสั้นในเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ในเขตกรุงเทพมหานคร. ภาควิชาการศึกษาพิเศษ คณะศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

นพวรรณ ศรีวงศ์พานิช, จันทร์อาภา สุขทัพนธ์, วนิดา ชนินทุยทวงค์, และอัมพร เบญจพลพิทักษ์ (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างความเสี่ยงต่อโรครสมาธิสั้นออกที่ซึมภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้และภาวะบกพร่องทางสติปัญญา จากการศึกษาโดยครูที่ระดับสติปัญญา (IQ) ของเด็กไทยชั้นประถมศึกษาปีที่ 1. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 27, 159-70.

นพพร ดุ่มทอง. (2552). การฝึกด้วยกิจกรรมศิลปะเพื่อเพิ่มความสามารถในการจำรูปพยัญชนะของนักเรียนที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้. *นครปฐม; มหาวิทยาลัยศิลปากร*.

มลชิตรา โพธิสุวรรณ, เกียรติกำจร กุศล และ ธิดารัตน์ เอกศิรินิมิตร. (2563). ผลของโปรแกรมสนับสนุนศักยภาพครอบครัวต่อความสามารถทางการเรียนรู้ในนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 28(3), 187-98.

สำนักบริหารงานการศึกษาพิเศษ. (2562). ระบบบริหารจัดการข้อมูลโรงเรียนเรียนรวม. สืบค้นเมื่อ 23 มีนาคม 2563 เข้าถึงได้จาก <http://202.29.172.121/specialbasic/index.php?p=home>

สมลักษณ์ กอกุลจันทร์, มรยาท รุจิวิชัยย์, และพนิดา ศิริอำพันธ์กุล. (2561). ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 32(3), 1-12.

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5th edition, DSM-5TM. American Psychiatric Association. Washington, DC : American Psychiatric Press.
- Cohen, J.M., & Uphoff, N.T. (1981). *Rural Development Participation: Concept and Measure For Project Design Implementation and Evaluation: Rural Development Committee Center for international Studies*. New York: Cornell University Press.
- Faul, F.(2014).G*Power version 3.1.9.2 Retrieved May 13, 2020, from: <https://www.psycho.uni-duesseldorf.de/abteilungen/aap/gpower3/>
- Meral, B.F., & Cavkaytar, A. (2012). A study on social support perception of parent who have children with autism. *International Journal on New Trends in Education and Their Implications*, 3(3), 124-33.
- Pierce, K. (2010). Developmental disorders of learning, communication and motor skills. In : Dulcan MK, editor. *Duncan's Textbook of Child and Adolescent Psychiatry*. American Psychiatric Publishing, Inc. : Washington, DC, 191-202.
- Piyasil, V. (2011). Learning Disorders. In : Sigkalavanich, S., Kanjanapongkul, S., Jannuwat, S., editors. *Pocketbook of Pediatric*. Bangkok : Beyond Enterprice Inc, 546-54.
- Punyapas, S., Techapoonpon, K., Tarugsa, J., & Seree, P. (2015). Knowledge and attitude about learning disorders among parents. *The Psychiatric Association of Thailand*, 60(3), 158-168.



ศึกษาแนวทางพัฒนาครูนวดต้นแบบ ตำรับวัดโพธิ์ หลังยุคโควิด-19 Study of Guideline for the Development of Role Model Instructor, Wat Pho Massage Discipline, Post COVID-19 Era

พวงทิพย์ ชัยพิบาลสฤษดี, ปร.ด., Puangtip Chaiphibalsarisdi, Ph.D.^{1*}

อุไรวรรณ อมรมนิมิตร, พบ.ด., Uraiwan Amornnimit, Ph.D.²

อาภาภรณ์ โพธิ์กระจ่าง, วท.ม., Arpaporn Phokajang, M.Sc.³

ปณณิกา โพธิ์เวชเทวัญ, กศ.ม., Pannika Potivasttawan, M.Ed.⁴

รุ่งลักษณ์ รอดคำ, บธ.ม., Runglaksamee Rodkam, M.B.A.⁴

¹รองศาสตราจารย์, วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา เขตดุสิต กรุงเทพฯ

¹Associate Professor, College of Allied Health Sciences, Suan Sunandha Rajabhat University, Dusit, Bangkok

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์, วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา เขตดุสิต กรุงเทพฯ

²Assistant Professor, College of Allied Health Sciences, Suan Sunandha Rajabhat University, Dusit, Bangkok

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์, วิทยาลัยนวัตกรรมการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา เขตดุสิต กรุงเทพฯ

³Assistant Professor, College of Innovation Management, Suan Sunandha Rajabhat University, Dusit, Bangkok

⁴อาจารย์, คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา เขตดุสิต กรุงเทพฯ

⁴Instructor, Faculty of Management Science, Suan Sunandha Rajabhat University, Dusit, Bangkok

*Corresponding Author Email: Cpuangti@chula.ac.th

Received: July 29, 2021

Revised: December 15, 2021

Accepted: December 20, 2021

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อค้นหาความหมายของครูนวดต้นแบบ ตำรับวัดโพธิ์และคุณลักษณะของครูนวดต้นแบบ ตำรับวัดโพธิ์ โดยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง จำนวน 11 คน จากผู้เป็นครูสอนนวดโรงเรียนแพทย์แผนโบราณวัดพระเชตุพน ฯ (วัดโพธิ์) จำนวน 54 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกทางโทรศัพท์ เครื่องมือการวิจัยเป็นแนวทางการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ได้ทำการวิเคราะห์เนื้อหาตามแนวคิดของ van Manen ผลการวิจัยมี 6 ประการ คือ 1) ครูนวดต้นแบบตำรับวัดโพธิ์ หมายถึง ชายและหญิงที่ผ่านการฝึกอบรมการนวดตำรับวัดโพธิ์และผ่านการทดสอบสมรรถนะการนวด พร้อมขึ้นทะเบียนครูนวดต้นแบบตำรับวัดโพธิ์จากโรงเรียนแพทย์แผนโบราณวัดพระเชตุพน ฯ (วัดโพธิ์) คำขยายความของการก้าวสู่การเป็นครู โดยเปลี่ยนความหมายเชิงลบกลายเป็นบวก และเชิงบวกที่มากกว่า รวมทั้งความหมายเชิงสมมูลในการสอนฝึกปฏิบัติการนวดตำรับวัดโพธิ์ 2) คุณลักษณะครูนวดต้นแบบตำรับวัดโพธิ์ ประกอบด้วย 2.1) เป็นผู้ผ่านการประเมินและได้รับใบประกาศนียบัตร ให้บริการนวดที่ดีได้รับคำชมเชย ศึกษาหาความรู้อย่างต่อเนื่องในด้านการนวดและภาษา

สอนสาธิตอย่างละเอียด ทั้งให้คำปรึกษาแก่ศิษย์ปัจจุบันและศิษย์เก่า 2.2) สอนให้ผู้เรียนมีผลลัพธ์ทางการศึกษา ทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ มีจรรยาบรรณ มีความรู้พื้นฐาน มีทักษะทางปัญญา มีสัมพันธภาพที่ดี มีการสื่อสารที่เหมาะสม และการมีทักษะขนาด 2.3) สอนและเป็นแบบอย่างของการใช้ชีวิตวิถีใหม่ตามปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง 2.4) ปฏิบัติตนและสอนเพื่อป้องกันการระบาดของโควิด-19 และโรคอื่น ๆ 2.5) การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ทั้งกาย จิตที่ผ่อนคลาย อิสระ ยุติธรรม ไม่คิดกำไรเกินควร จัดสินค้าให้บริการทางเลือกและจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม และ 2.6) มีความมั่นใจด้านความปลอดภัยเชิงสุขภาพ ทั้งผู้ให้บริการ ผู้รับบริการและผู้ที่เกี่ยวข้อง ให้ปราศจากความกลัว หวาดระแวง วิตกกังวล สิ่งอันตรายต่าง ๆ ทั้งภาวะคุกคามทางเพศ และเศรษฐกิจ

คำสำคัญ: แนวทางพัฒนา, คุรุมาตรฐานแบบ, ตำรับวัดโพธิ์, หลังยุคโควิด-19

Abstract

The objectives of this qualitative study were to find the meaning and characteristics of the role model instructor of Wat Pho Thai Traditional Massage Discipline. The 11 purposive key informants were being selected from 54 instructors of Wat Pho Thai Traditional Medical School. The semi-interview guideline was being used for the in-depth interview over the phone. The content analysis was being performed according to the concept of van Manen. There were six research results: 1) The meaning of the role model instructor (RMI), Wat Pho Massage Discipline (WPMD), post COVID-19, had been defined as both male and female who had passed the competency of massage, and were being registered as role model instructor of Wat Pho Traditional Medical School. Explanation of stepping into an instructor had been moving from negative to positive meaning and more positive meaning were being reported including the meaning of how to balance the teaching practicum of the Thai massage. 2) The characteristics of RMI from the experiences were; 2.1) Passed the assessment and received a certificate, providing a good massage and was being admired by customers. Continuing of learning for knowledge of massage and language, as well as demonstrate in detail to include giving consultation to students and alumni. 2.2) Teach students to have educational outcomes in all six areas: Have a code of conduct, have basic knowledge, have intellectual skills, have a good relationship, have proper communication and massage skills. 2.3) Teach and exemplify a new way of living according to the philosophy of sufficiency economy. 2.4) Practice and teach to prevent the spread of COVID-19 and other diseases. 2.5) Holistic healthcare for the body, bright mind, independent, fair, without excessive profit. Provide alternative services and suitable environment. 2.6) Confident in health safety for service providers, recipients and related parties. To be free from fear, paranoia, anxiety and danger both sexual harassment and the economy.

Keywords: Guideline for development, role model instructor, Wat Pho Massage, Discipline, post COVID-19 Era

บทนำ

การนวดไทย เป็นมรดกภูมิปัญญาที่เป็นศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์ดั้งเดิมในการดูแลสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับหลักทางศาสนา วัฒนธรรมท้องถิ่น และพระพุทธศาสนา เป็นการรักษาทางเลือกควบคู่กับการดูแลสุขภาพตามแบบแผนตะวันตกสมัยใหม่ (Salguero & Roylance, 2011) ซึ่งได้รับการยอมรับทั้งจากชาวไทยและชาวต่างชาติว่า การนวดรักษาจะลดอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย บรรเทาอาการเครียดและอาการปวดศีรษะ ให้อ่อนหลับดีขึ้น ส่งเสริมระบบภูมิคุ้มกัน ปรับสมดุลฮอร์โมน ลดความเสี่ยงการเกิดโรคเรื้อรังหลายชนิด ทั้งยังช่วยให้ระบบข้อต่อและเส้นเอ็นเกิดความยืดหยุ่น เกิดการผ่อนคลายและรักษาโรคบางโรคให้หายได้ การนวดจะส่งผลโดยตรงต่อร่างกายและจิตใจ ช่วยให้สุขภาพดีจิตใจสดชื่น กระปรี้กระเปร่า การนวดไทยแบ่งเป็น 2 สาย คือ สายราชสำนัก และสายเชลยศักดิ์ (เพ็ญญาทรัพย์เจริญ และคณะ, 2558)

การนวดจัดเป็นวิธีการรักษาพยาบาลวิธีหนึ่งในการแพทย์แผนไทย คัมภีร์โรคนิทานคำฉันท์ 11 ซึ่งเรียบเรียงโดยพระวชิรญาณโศภิต (กล่อม) ระบุว่า การนวดรักษาเป็นการใช้นิ้วมือกดนวดไม่พลิกพลิ้วลงไปบนจุดนวดให้นิ่งและนานพอสมควร นิยมกดให้นานประมาณหนึ่งรอบลมหายใจเข้าและออก เรียกว่า หนึ่งคาบ หรือประมาณ 5-10 วินาที การนวดเป็นวิธีการรักษาด้วยวิธีการที่เป็นธรรมชาติ ไม่ต้องอาศัยเครื่องมือและวัตถุอื่น จึงปลอดภัยและปราศจากพิษตกค้าง การนวดไทยใช้เพียงการกด การบีบ การนวด การคลึงเค้น การตัด การประคบ และการอบตัว อาจประยุกต์เอาวิธีการนวดแผนอื่น ๆ เข้ามาผสมผสานร่วมด้วย เช่น ยาจีน ยาทา การนวดถือดเป็นกิจกรรมในการดูแลสุขภาพ ช่วยผ่อนคลายและสร้างสัมผัสอันอบอุ่นให้แก่กัน ทำให้ผู้รับบริการได้รับความสุขกายและสบายใจ มีช่วงเวลาพักผ่อนนอนหลับ การนวดไทยได้รับความนิยมจากคนไทยและชาวต่างชาติ (ปริดา ตั้งตรงจิตร, 2548)

กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้เสนอกลไกการดำเนินการตามแผนปฏิรูปประเทศ ในประเด็นการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจในคราวการประชุมคณะกรรมการส่งเสริมและรักษามรดกภูมิปัญญาทางวัฒนธรรม ครั้งที่ 4/1561 เมื่อวันที่ 19 เมษายน พ.ศ. 2561 ณ ศูนย์การประชุมกระทรวงวัฒนธรรม ในช่วงเวลาต่อมาองค์การศึกษา วิทยาศาสตร์ และวัฒนธรรมแห่งสหประชาชาติ (UNESCO) ได้ประกาศรับรองขึ้นทะเบียนนวดไทยเป็นมรดกภูมิปัญญาทางวัฒนธรรมที่จับต้องไม่ได้ของมนุษยชาติ ที่เมืองโปโกตา ณ สาธารณรัฐโคลอมเบีย ในวันที่ 12 ธันวาคม พ.ศ. 2562 ซึ่งได้สร้างความยินดีแก่ประชาชนชาวไทยเป็นอย่างยิ่ง ทางวัดพระเชตุพนวิมลมังคลารามราชวรมหาวิหาร กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข กรมส่งเสริมวัฒนธรรม กระทรวงวัฒนธรรม มูลนิธิทุนพระพุทธยอดฟ้าในพระบรมราชูปถัมภ์ โรงเรียนแพทย์แผนโบราณวัดพระเชตุพน มูลนิธิสิริวัฒนภักดี และภาคีเครือข่ายด้านการนวดไทย ได้ร่วมกันจัดงาน “ฉลองนวดไทยมรดกภูมิปัญญาทางวัฒนธรรมและงานสัปดาห์วันภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยแห่งชาติ ระหว่างวันที่ 29 ตุลาคม ถึงวันที่ 2 พฤศจิกายน พ.ศ. 2563 ณ วัดพระเชตุพนวิมลมังคลารามราชวรมหาวิหาร หรือวัดโพธิ์ (Bangkok Life News, 2563)

ด้วยการบริการนวดของวัดโพธิ์เป็นที่ประทับใจมาก มีการฝึกการบริการที่ดีและมีครูนวดดี แต่เป็นที่น่าสลดใจอย่างมาก เมื่อมีการระบาดของโรคโควิด-19 จากประเทศจีน ในเดือน ธันวาคม ปี พ.ศ. 2562 จวบจนวันที่ 13 ตุลาคม 2563 ปรากฏว่ามีประชาชนชาวไทยติดเชื้อเพิ่มขึ้น ต่อมามีการระบอบที่ 2 ในประเทศไทย เริ่มช่วงปลายเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 คาดว่าเป็นการติดเชื้อจากแรงงานชาวเมียนมาในตลาดกุ่ม ซึ่งเป็นพื้นที่

ที่มีแรงงานชาวเมียนมาอาศัยอยู่อย่างหนาแน่น โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาครได้ ลงพื้นที่เพื่อทำการตรวจเชิงรุก (Active case finding) และพบว่า มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ที่ไม่มีอาการในกลุ่ม แรงงานชาวเมียนมาเป็นจำนวนมาก โดยการระบอบรอบที่ 2 นี้ มีความต่างจากการระบอบระลอกแรกในหลายด้าน เช่น จำนวนผู้ติดเชื้อมีจำนวนมากกว่า มีการกระจายไปหลายจังหวัด ทำให้คาดว่า การระบอบ รอบที่ 2 คงไม่หมดไปอย่างรวดเร็วเหมือนรอบแรก (สุรชัย โชคครรชิตไชย, 2563) แม้ระบบการควบคุมโรคของประเทศไทยมีการแยกผู้ป่วยที่ติดเชื้อหรือเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19 ได้อย่างรวดเร็ว รวมทั้งมีการติดตามผู้ที่สัมผัสเชื้อโรคทุกราย และมีการตรวจเชื้อจากผู้ป่วยให้ได้อย่างรวดเร็ว แต่การระบอบในประเทศไทยก็ยังคงดำเนินอย่างต่อเนื่อง และส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของประชาชน เนื่องจากทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ และการใช้เทคโนโลยี เหล่านี้ล้วนมีผลกระทบต่อตัวบุคคลทั้งสิ้น เช่น การ ตกงาน หรือถูกเลิกจ้าง สมาชิกครอบครัวต้องอยู่ห่างกัน และมีการรักษาระยะห่างทางสังคม (Social distancing) รวมถึง สัมพันธภาพในครอบครัวและชุมชน ลดลง ทำให้วิถีชีวิตเปลี่ยนไป เกิดปัญหาการขาดรายได้ และ ชีวิตประจำวันที่ต้องปรับเปลี่ยนไป (บัญชา เกิดมณี บัญชา เกิดมณี, สุรชัย ธรรมทวีธิกุล, ญาณพินิจ วชิรสุรงค์, บดินทร์ชาติ สุขขบท, และสมบัติ ทีฆทรัพย์, 2563)

จากเหตุการณ์นี้ส่งผลกระทบต่ออย่างรุนแรงต่อเศรษฐกิจของไทย โดยเฉพาะธุรกิจการท่องเที่ยว การ นวดวัดโพธิ์ซึ่งเป็นกิจกรรมหนึ่งของธุรกิจท่องเที่ยว เป็นที่นิยมของทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติ ต้องสะดุดหยุดลงหลายระลอกตามการระบอบของโรคโควิด-19 จากปรากฏการณ์ดังกล่าว ทำให้ผู้ให้บริการนวดก่อนที่จะเกิดโรคระบาด ได้บริการนวด 5-7 คนต่อวัน เมื่อเกิดการระบอบทำให้มีผู้ใช้บริการเพียง 1-2 คนต่อวัน ต่อมาได้มีมาตรการให้ยุติการบริการสถานการนวด จึงส่งผล

กระทบต่อการประกอบอาชีพบริการนวดเป็นอย่างมาก ด้วยผู้ให้บริการและผู้รับบริการนวด กังวลว่าอาจติดเชื้อโควิด-19 จึงเป็นมูลเหตุให้ผู้วิจัยศึกษาแนวทางพัฒนาครุภัณฑ์ต้นแบบนวดบำบัดโพธิ์ หลังยุคโควิด-19 เพื่อเป็นต้นแบบให้ผู้เรียนสามารถให้บริการนวดบำบัดโพธิ์ ที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ และมีความปลอดภัยจากโรคโควิด-19 และโรคติดเชื้ออื่น ๆ (กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

ด้วยความรู้เกี่ยวกับการแพทย์และการนวดของประเทศไทย ได้สั่งสอนสืบต่อกันมาจวบจนสมัยกรุงรัตนโกสินทร์ พระบาทสมเด็จพระพุทธยอดฟ้าจุฬาโลก ได้โปรดเกล้าฯ ให้ปฏิสังขรณ์ “วัดโพธาราม” หรือ วัดโพธิ์ ขึ้นเป็นพระอารามหลวง ทรงให้รวบรวม ตำรายา ภาษิตัดตน จวบจนตำราการนวด แล้วให้จารึกไว้ตามศาลาราย เพื่อให้ประชาชนได้ศึกษาโดยทั่วกัน ต่อมาในปี พ.ศ. 2375 พระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัวทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้บูรณะวัดโพธิ์ใหม่ ทรงให้หล่อรูปภาษิตัดตนเป็นโลหะ และทรงให้รวบรวมตำราการนวดและตำราการแพทย์จารึกในวัดโพธิ์ เพื่อเผยแพร่ให้ประชาชนทั่วไปศึกษาและนำความรู้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อไป ในปี พ.ศ. 2499 พระบาทสมเด็จพระปิยะมหาราชทรงโปรดเกล้าฯ ให้แพทย์หลวงจัดสังคายนาและแปลตำราแพทย์จากภาษาบาลีและภาษาสันสกฤตเป็นภาษาไทย เรียกว่าตำราแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ (ฉบับหลวง) ซึ่งตำรานี้ได้แยกการนวดเป็นภาควิชาหัตถศาสตร์ เรียกว่า “ตำราแบบนวดฉบับหลวง” ในปี พ.ศ. 2504 พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดช ทรงเสด็จวัดโพธิ์ คณะอาจารย์ได้นำตำราของโรงเรียนฯ ขึ้นทูลเกล้าถวาย พระองค์ทรงรับสั่งถามว่า มีการสอนนวดหรือไม่ จากกระแสพระราชดำริดังกล่าว เป็นผลให้มีการรวบรวมความรู้เกี่ยวกับการนวด จัดทำเป็นหลักสูตรและเริ่มเปิดสอนตั้งแต่วันที่ 15 พฤษภาคม พ.ศ. 2505 โรงเรียนฯ จนพัฒนาหลักสูตรของโรงเรียนแพทย์แผนโบราณวัดพระเชตุพนฯ (วัดโพธิ์) รวม 15 หลักสูตร (พระครูสังฆรักษ์เพชรกำแพง บุญมา, 2562)

ดังนั้นการส่งเสริมการนวดตำรับวัดโพธิ์หลังยุคโควิด-19 และแนวทางการพัฒนาครุวัตต้นแบบจึงมีความสำคัญ เพื่อสร้างความมั่นใจให้ทราบถึงจุดอ่อนจุดแข็ง สภาพปัญหาอุปสรรคที่เป็นปรากฏการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 โดยมุ่งให้เกิดประโยชน์ในการพัฒนาครุวัตต้นแบบ และนำผลการวิจัยที่ได้สู่การกำหนดเป็นกลยุทธ์ส่งเสริมการนวดตำรับวัดโพธิ์ต่อไป จากเหตุผลตลอดจนความสำคัญดังกล่าวทำให้นักวิจัยมีความสนใจศึกษาแนวทางการพัฒนาครุวัตต้นแบบตำรับวัดโพธิ์ หลังยุคโควิด-19 โดยหวังว่าผลที่ได้จากงานวิจัยสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาครุวัตต้นแบบให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล ทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจสูงสุด และปลอดภัยด้านสุขภาพ อันจะส่งผลให้ธุรกิจนวดตำรับวัดโพธิ์มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

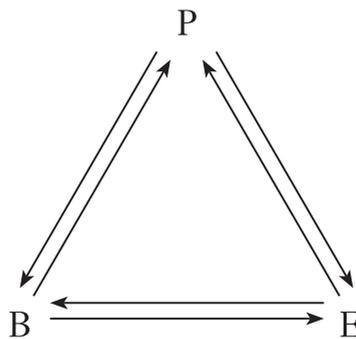
วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

1. ค้นหาความหมายของครุวัตต้นแบบตำรับวัดโพธิ์ หลังยุคโควิด-19

2. ค้นหาคุณลักษณะของครุวัตต้นแบบ ตำรับวัดโพธิ์ หลังยุคโควิด-19 โดยการบูรณาการการนวดตำรับวัดโพธิ์กับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมเพื่อความมั่นใจและความปลอดภัยด้านสุขภาพแก่ผู้นวดและผู้รับบริการการนวดตำรับวัดโพธิ์

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการพัฒนาครุวัตต้นแบบ ตามทฤษฎีของแบนดูรา (Bandura, 1997) ครูผู้สอนการนวดจำเป็นต้องมีความเชื่อมั่นในตนเอง นั่นคือการรับรู้เชิงปัญญา เชิงทักษะเชิงบริหาร กรอบแนวคิดของการวิจัย องค์ประกอบทั้งสาม คือด้านพฤติกรรม (Behavior : B) ปัจจัยภายในส่วนบุคคล ในลักษณะด้านความคิดสติปัญญาทัศนคติและด้านชีวภาพ (Personal factors : P) และสภาพแวดล้อมภายนอก (External environment : E) (Bandura, 1986)



วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยปรากฏการณ์วิทยาการตีความ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์พร้อมบันทึกเทปเสียง จากผู้ให้ข้อมูลที่เป็นครูสอนนวดจำนวน 11 คน จากครูทั้งหมดจำนวน 54 คน ของ

โรงเรียนแพทย์แผนโบราณวัดพระเชตุพน ฯ (วัดโพธิ์) โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน 1) ใช้แบบโควตา 5 ต่อ 1 จึงมีกลุ่มตัวอย่าง 11 คน 2) กำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามอัตราส่วนของครูทั้งหมด และ 3) เป็นครุวัตที่ได้รับการชื่นชมว่าทำการสอนภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ เป็นเวลาเฉลี่ย 22 ปี

1. เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์เชิงลึก ที่ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และผ่านความเที่ยงโดยการทดลองใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ที่มีลักษณะคล้ายกับผู้ให้ข้อมูล จำนวน 3 คน

2. การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาคั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา เลขที่ E.004/2562 เมื่อวันที่ 17 มีนาคม พ.ศ. 2564 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างละเอียด แจ้งให้ทราบถึงหัวข้อที่จะสัมภาษณ์ กระบวนการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ขออนุญาตบันทึกเสียงการสนทนาทางโทรศัพท์ ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ การรักษาความลับโดยไม่เปิดเผยข้อมูลใด ๆ ที่จะเชื่อมโยงถึงผู้ให้ข้อมูลและส่งผลกระทบต่อองค์กร ขอให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิ์ในการตอบหรือไม่ตอบคำถามใด ๆ ที่รู้สึกไม่สบายใจ ไม่สะดวกใจ มีสิทธิในการบอกยุติในทุกขั้นตอนการวิจัยและรักษาข้อมูลไว้ในที่ปลอดภัยเป็นความลับ รายงานผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้นและทำลายข้อมูลเมื่อตีพิมพ์เผยแพร่แล้ว

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลโดยประสานงานขอความร่วมมือกับผู้บริหารโรงเรียนแพทย์แผนโบราณวัดพระเชตุพน ฯ (วัดโพธิ์) โดยแจ้งคุณสมบัติแบบเฉพาะเจาะจง เมื่อได้รายชื่อพร้อมเบอร์โทรศัพท์ของผู้ให้ข้อมูลแล้ว ได้ทำการโทรศัพท์ถึงผู้ให้ข้อมูลที่ละ 1 คน เพื่อนัดวันและเวลาที่จะให้การสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ ตามความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล ได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกทางโทรศัพท์พร้อมบันทึกเสียง มีการสังเกตน้ำเสียงของผู้ให้ข้อมูล และตรวจรายการแบบสัมภาษณ์เชิงลึก ได้นัดสัมภาษณ์วันละ 1 คน ใช้เวลา

สัมภาษณ์ ระหว่าง 30-60 นาทีต่อคน

ตัวอย่างคำถามหลักที่ใช้ในการสัมภาษณ์ คือ

ข้อที่ 1 ความเป็นครูของคุณ มีการเริ่มต้นที่มา ที่ไปอย่างไร โปรดเล่าให้ด้วยค่ะ

ข้อที่ 2 ครูคุณต้นแบบ ตำรับวัดโพธิ์ ตามประสบการณ์ของท่าน มีความหมายอย่างไร

ข้อที่ 3 ครูคุณต้นแบบ ตำรับวัดโพธิ์ ควรมีคุณลักษณะอย่างไร

ข้อที่ 4 ในยุคหลังโควิด-19 ครูคุณต้นแบบ ตำรับวัดโพธิ์ ควรปรับปรุงการสอนอย่างไร

ข้อที่ 5 ครูควรส่งเสริมสิ่งแวดล้อมในสถานบริการนวดอย่างไร หลังยุคโควิด-19

คำถามล้วงลึก ของข้อที่ 1 คุณครูช่วยเปรียบเทียบตนเองกับเกณฑ์ของผู้บริหารในการเป็นครูคุณต้นแบบ ตำรับวัดโพธิ์ ให้ฟังด้วย

คำถามล้วงลึก ของข้อที่ 2 ครูคุณต้นแบบ ตำรับวัดโพธิ์ มีคำอธิบายของความหมายอย่างไรบ้าง ช่วยเปรียบเทียบตนเองกับเกณฑ์ของผู้บริหารในการเป็นครูคุณต้นแบบ

คำถามล้วงลึก ของข้อที่ 3 ครูคุณต้นแบบ ตำรับวัดโพธิ์มีคุณลักษณะเฉพาะ ที่ต่างจากครูคุณต้นแบบอื่นอย่างไร ด้วยเหตุผลใด

คำถามล้วงลึก ของข้อที่ 4 คุณครูช่วยบอกแนวทางใหม่ในการสอนนวดเพื่อควบคุมป้องกันโควิด-19

คำถามล้วงลึก ของข้อที่ 5 โปรดยกตัวอย่างการจัดสิ่งแวดล้อมในสถานนวด หลังยุคโควิด-19

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนการสัมภาษณ์ ดำเนินการตามวิธีการของ van Manen (1990) คือวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อม ๆ กับการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล โดยหลังการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลในแต่ละครั้ง หรือแต่ละคน ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์เนื้อหาการถอดเทปสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ (Verbatim transcription) แล้ววิเคราะห์

ข้อมูล จดบันทึกข้อสงสัย และข้อค้นพบที่สำคัญ หรือประเด็นต่าง ๆ เพื่อกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลคนเดิม ตรวจสอบข้อความถอดเทปและข้อค้นพบเบื้องต้น ผู้ให้ข้อมูลมีการเพิ่มเติมหรือให้ข้อเสนอแนะอื่น ๆ เพื่อเป็นการสะท้อนคิดอีกครั้ง จนได้ข้อมูลเกิดการอึดตัว การวิเคราะห์ข้อมูลได้ตระหนักเสมอว่าการเปิดรับประสบการณ์และความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดอคติในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยนำข้อมูลประสบการณ์เดิมของผู้วิจัยและข้อมูลประสบการณ์ใหม่ของผู้ให้ข้อมูลมาตีความร่วมกัน

การสำรวจประสบการณ์ที่เกิดขึ้นขณะที่อยู่กับประสบการณ์นั้น คือการควบคุมการระบาดของโรคโควิด-19 การจัดการสิ่งแวดล้อม และการนวดตามชีวิตวิถีใหม่อย่างชัดเจนและง่ายต่อการอธิบายมากยิ่งขึ้น มีการสะท้อนประเด็นสำคัญ ทำให้มีการให้ความหมายและแก่นแท้ของประสบการณ์ในการสอนนวด ซึ่งไม่สามารถจะเข้าใจได้ด้วยการพิจารณาเพียงด้านใดด้านหนึ่ง เพราะความหมายนั้นมีมิติที่หลากหลาย และมีความซับซ้อน จากนั้นผู้วิจัยได้ตรวจสอบเพื่อให้ข้อมูลที่ได้มีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบด้วยความเป็นกลางกับการฟังเทปเสียง และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 ผู้ให้ข้อมูลส่วนมากเป็นเพศหญิง 8 คน และเพศชาย 3 คน รวม 11 คน อายุ ระหว่าง 37-62 ปี เฉลี่ยอายุ 50 ปี ส่วนมากสำเร็จการศึกษาระดับ ปวช. และ ปวส. มี 1 คนที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ผู้ให้ข้อมูลเป็นครูสอนนวด ณ โรงเรียนแพทย์แผนโบราณวัดพระเชตุพน ฯ (วัดโพธิ์) มานานระหว่าง 12-40 ปี เฉลี่ย 22 ปี ได้ทำการสอนผู้เรียนชาวไทยและชาวต่างประเทศ ทั้งในโรงเรียน ฯ นอกโรงเรียน ฯ ในประเทศไทยรวมถึงต่างประเทศด้วย ได้รับการเรียนเพิ่มเติมด้านความรู้การ

นวดรักษาอาการต่าง ๆ รวมทั้งภาษาญี่ปุ่นและภาษาอังกฤษ จากการสนับสนุนของโรงเรียนแพทย์แผนโบราณวัดพระเชตุพน ฯ (วัดโพธิ์)

2. ความหมายของครูนวดต้นแบบ ตำรับวัดโพธิ์

ความหมายของครูต้นแบบ ตำรับวัดโพธิ์ ครอบคลุมถึง การก้าวสู่การเป็นครูสอนนวด คำจำกัดความและคำขยายความ ทั้งเชิงลบและเชิงบวก แต่เชิงบวกมากกว่า

2.1 การก้าวสู่การเป็นครูนวดต้นแบบ ตำรับวัดโพธิ์ เมื่อกล่าวถึงการเป็นครูนวดต้นแบบ ตำรับวัดโพธิ์ ผู้ให้ข้อมูลส่วนมากให้ข้อมูลว่า การที่จะก้าวไปสู่การเป็นครูสอนนวด ตำรับวัดโพธิ์ จะต้องเป็นผู้ได้รับประกาศนียบัตรที่แสดงว่าได้ผ่านการประเมินทั้งภาคปฏิบัติและภาคทฤษฎีในหลักสูตรการนวด โดยผู้เรียนจะต้องแสดงออกถึงแบบแผนในการนวด มีความสามารถในการนวดเริ่มตั้งแต่การตรวจประเมิน การวินิจฉัย การบำบัดอาการปวดทุกขัทรมาณต่าง ๆ ด้วยวิธีการกด การคลึง การบีบ การจับ การดัด การดึง การลงน้ำหนักที่เหมาะสมแก่ผู้ถูกนวดในแต่ละคน รวมทั้งประเมินอาการหลังการนวดและคำแนะนำหลังการนวด ตั้งคำถามของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“ครูนวดต้นแบบ ตำรับวัดโพธิ์ เป็นผู้ที่เรียนการนวดทั้งภาคปฏิบัติและภาคทฤษฎี จนกว่าจะผ่านการประเมินจากผู้สอนว่า มีการวางนิ้วมือที่ถูกต้อง มีแรงกดแรงดึงที่เหมาะสม จึงจะได้ประกาศนียบัตรสำเร็จการนวด และสามารถให้บริการนวดหรือเปิดสถานบริการนวดได้” (3; 4; 10)

“เมื่อเป็นผู้ให้บริการการนวดที่ดี แล้วยังต้องเป็นผู้ที่มีความรับผิดชอบ ไม่ดื่มสุรา ไม่เที่ยวกลางคืน แต่ชอบไปวัดในวันสำคัญทางศาสนา (3; 4) ซึ่งผู้บริหารโรงเรียน ฯ เป็นผู้คัดเลือก และชักชวนให้เป็นครูสอนนวดหลังมีประสบการณ์ให้บริการนวดอย่างน้อย 2 ปี แต่ของหนูได้รับการทาบทามก่อน 2 ปี จึงต้องรอให้ครบ 2 ปีก่อนจึงเป็นครูนวดได้”

ความหมายของครูต้นแบบนวดตำรับวัดโพธิ์

2.1.1 ความหมายเชิงลกกลายเป็นบวก

ครูนวดหญิงชาวเหนือวัย 54 ปี เล่าว่า “ตอนแรกทำงานเย็บผ้าที่ไ้บ้ ตั้งแต่อายุ 15-16 ปี มีน้าสาวที่มีแฟนฝรั่ง แนะนำว่าอยากไปเรียนนวดใหม่ อยากเป็นหมอนวดใหม่ ก็ตอบไปว่า อ้อยไม่เอาหรอก เพราะที่บ้านเรา เขาคิดว่าเรามาทำอาชีพ...แต่เมื่อได้มาเรียนนวด ได้พบเห็นวิธีการทำงานของครูนวด และผู้นวดทำให้ประทับใจและยึดเป็นแบบอย่างต่อไป”

ด้วยผู้เรียนและครูนวดส่วนมากจะเป็นเพศหญิงหญิงไทยบางคนได้ถูกตราหน้าว่าให้ บริการ นอกเหนือการนวด ดังนั้นครูต้นแบบนวดตำรับวัดโพธิ์ต้องปลุกฝังหล่อหลอมผู้เรียนไม่ให้ใช้ความรู้และทักษะการนวดไปในทางไม่เหมาะสม ตามที่ถูกกล่าวหาว่าให้บริการนอกเหนือจากการนวด ไปในทางล่วงละเมิด ทั้งผู้กระทำและถูกกระทำ (3; 5; 10)

2.1.2 ความหมายเชิงบวก

ครูต้นแบบนวดตำรับวัดโพธิ์ เป็นบุคคลที่ได้รับการประเมินจากผู้บริหารของโรงเรียนแพทย์แผนโบราณวัดพระเชตุพนฯ (วัดโพธิ์) ว่ามีคุณสมบัติที่มีความเหมาะสมในด้านต่าง ๆ ได้แก่

1) ได้รับใบประกาศนียบัตรจากการเรียนในหลักสูตรของโรงเรียนฯ โดยต้องผ่านทั้งการฝึกปฏิบัติการนวดโดยอิงความรู้ไปด้วยกัน หากผู้เรียนไม่สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ก็จะไม่ได้รับประกาศนียบัตรการฝึกปฏิบัติ ได้แก่ หลักการวางนิ้วตามแนวเส้นประธานทั้งสิบ ให้ระวังข้อกระดูก น้ำหนักในการกดผลที่เกิดจากการกดนวด และวิธีการการปรับการนวดรวมทั้งทำนั้งและการวางมือของผู้นวดเพื่อให้ผู้นวดมีแรงและไม่บาดเจ็บ (6; 2; 3: 179-181)

2) สามารถให้การบริการการนวดแก่ผู้รับบริการทั้งในสถาบันบริการการนวดและ นอกสถานที่ที่บ้านผู้รับบริการ การปฏิบัติงานบริการนวด เพื่อเป้าหมายใน

การนวดเพื่อผ่อนคลาย และการนวดเพื่อแก้อาการต่าง ๆ (3: 203; 6) ครูเล่าว่า ได้รับการชมเชยจากผู้รับบริการนวด ในขณะที่ยังไม่ได้เป็นครู ว่า “ขอบคุณ ฉันไม่เคยนวดที่ไหนแล้วเป็นอย่างนี้ ทำไม เธอ นวดฉันได้ด้อย่างนี้ (3: 97)”

ครูนวดผู้หญิงในวัย 62 ปี เป็นครูสอนนวดมา 40 ปี เล่าว่า “แม้ว่ามีภาระระบาดของโรคโควิด-19 ปรากฏว่ามีลูกศิษย์มาเล่าว่า เธอมีผู้ป่วยหญิงติดเตียงที่บ้านวัย 63 ปี โดยจะขอให้ครูไปช่วยนวดที่บ้าน เพราะเธอไม่สามารถช่วยผู้ป่วยได้ เพราะมีอาการพิการที่ข้อเท้าบิดเข้าทั้งสองข้างตั้งแต่เกิด และหัวใจโดยสันนิฐานว่าเกิดจากการอุดตันของน้ำไขสันหลัง ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดข้อเท้าที่ขาและฝังเข็ม จนสามารถเดินได้ ด้วยฐานะเศรษฐกิจสังคมค่อนข้างดี พี่น้องมีธุรกิจ จึงได้รับการรักษาตลอดมา ต่อมาได้เกิดอุบัติเหตุหกล้ม จึงเดินไม่ได้ติดเตียงอีกครั้งหนึ่ง ญาติพยายามแสวงหาผู้รักษาที่บ้าน จนได้ลูกศิษย์คนนี้ไปดูแลนวด 2-3 ครั้ง แต่อาการต่าง ๆ ไม่ได้ดีขึ้น ยังคงมีอาการปวดเมื่อย คอเคล็ด ปวดหัว นอนคว่ำไม่ได้ และนอนไม่หลับ จึงมาขอเชิญครูไปนวดดูแลผู้ป่วยข้างต้นที่บ้าน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 2 ชั่วโมง ตั้งแต่เดือนเมษายน 2563 นับได้ 1 ปี 3 เดือน อาการจึงดีขึ้นโดยถ้าพุงก็จะเดินได้ อาการปวดเมื่อยก็ลดลง (1: 1-5)”

3) สามารถทำการสอนแบบสาธิตการนวดแก่ผู้เรียนแบบตัวต่อตัว (6: 2) ได้แก่ การใช้นิ้วในการนวดรวมทั้งการนั้งของผู้นวดเพื่อการป้องกันการปวดเมื่อยจากนั้นให้ผู้เรียนปลัดกัมนวดกับเพื่อน โดยครูได้นั่งอยู่ใกล้ ๆ ฝ้ามอง สอน ชี้ แล้วบอกว่าไม่ถูกต้องอย่างไร ให้แก่ผู้เรียนทั้งชาวไทยและชาวต่างประเทศ และเริ่มสอนออนไลน์ เมื่อมีการระบาดของโรคโควิด-19 ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2563

4) ผู้ที่ทำหน้าที่ให้ปรึกษาผู้เรียน ศิษย์เก่าที่มาเยี่ยมเยียน หรือมาพูดคุยหาหรือถึงประเด็นต่าง ๆ เกี่ยวกับการบริการการนวด ในเชิงลักษณะของครอบครัว (4: 10)

2.1.3 ความหมายเชิงสมคูล

ครูนวดทุกคนกล่าวว่า “ต้องมีการอนุรักษ์ การนวดไว้เป็นมรดกของชาติไทยต่อไปและตลอดไป นานเท่านาน เพราะเป็นอาชีพที่มีคุณค่าอย่างมากมาย ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม ก่อให้เกิดความภูมิใจอย่างยิ่ง ที่สามารถบรรเทาอาการเจ็บป่วย และทุกข์ทรมานต่าง ๆ ให้แก่ผู้รับบริการนวด (1; 3; 5)

จากสภาพการระบาดของโควิด-19 จึงได้มีการ สอนนวด แบบออนไลน์ ซึ่งต้องให้ผู้เรียนกลับมาฝึก ปฏิบัติเพิ่ม แบบตัวต่อตัว เช่นในอดีต แต่อาจย่นระยะเวลาการฝึกปฏิบัติลงบ้าง อย่างไรก็ตามต้องคงไว้ซึ่ง เอกลักษณ์ของการนวดตำรับวัดโพธิ์ ซึ่งเป็นการนวดแบบ เชลยศักดิ์

มีการเสนอแนะเห็นชอบบางส่วนว่า น่าจะมีการ พัฒนาหุ่นฝึกปฏิบัติการนวดแบบจำลองสถานการณ์ เพื่อช่วยให้การเรียนออนไลน์ประสบผลสำเร็จมากขึ้น ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 รวมทั้งหลังการระบาดของ โรคโควิด-19 ด้วย (2; 6; 10)

3. คุณลักษณะของครูต้นแบบนวดตำรับวัดโพธิ์ หลังยุคโควิด-19

3.1 การวิเคราะห์จากประสบการณ์

คุณลักษณะของครูที่สอนมาในอดีต มีคู่มือเป็นตำราและ ภาพประกอบ และศิลาจารึกในวัดโพธิ์ (3; 5) การมีญาติ ในครอบครัว ที่สามารถนวดและเป็นครูนวดด้วย ได้รับการขนานนามจากหนังสือพิมพ์ว่า “ราชินีหมอนวดไทย (4: 29)” เพราะสามารถสอนผู้เรียนอย่างละเอียด ถี่ถ้วน ด้วยจิตใจที่ตั้งงาม โดยไม่หวังสิ่งตอบแทนจากผู้เรียน จึง ผิงใจในคุณลักษณะดังกล่าวจากประสบการณ์ที่เคยมี ครูที่ดีมาก่อน จึงได้ยึดครูเป็นแบบอย่างในการสอนนวด และการวางตน

3.2 การวิเคราะห์ตามผลลัพธ์ทางการศึกษา

จากการบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล พบว่าครูมีความตั้งใจ สูงสุด เพื่อให้ผู้เรียนไม่ว่าจะเป็นชาวไทย หรือต่าง

ประเทศ ให้เกิดผลลัพธ์ทางการเรียนรู้ ดังนี้

3.2.1 มีจรรยาบรรณในการนวดแก่ผู้รับบริการ มีความรับผิดชอบในบริการนวด ตรงต่อเวลา มีความ สุภาพทั้งวาจาและการแสดงออกกับผู้รับบริการนวด อย่างยุติธรรม (3; 5)

3.2.2 ต้องสอนให้ผู้เรียนมีความรู้พื้นฐาน คือ กายวิภาคและสรีรวิทยา เส้นประธานทั้ง 10 การกด ประตุลมไม่เกิน 45 วินาที (3; 5) และข้อควรระวังต่าง ๆ เพื่อความปลอดภัยของผู้นวดและผู้รับบริการนวดไม่ว่าจะเป็นชาวไทยหรือชาวต่างชาติ

3.2.3 ทักษะทางปัญญา ให้วิเคราะห์สภาพ ผู้รับบริการ อาการเจ็บป่วย ความต้องการ และข้อควร ระวังในการนวดผู้รับบริการแต่ละรายซึ่งไม่เหมือนกัน และต้องคอยสอบถามอาการและความรู้สึกของผู้รับ บริการนวดเสมอ (2; 4)

3.2.4 มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้เรียน เป็นกันเอง ช่วยเหลือค้ำจุนความรู้และวิธีการรักษาอาการเพิ่มเติม ให้คำปรึกษาแก่ผู้เรียนและศิษย์เก่า สนับสนุน รักและ หวังดีดูคนในครอบครัว และคำนึงถึงความแตกต่างของ ผู้เรียน (5; 6)

3.2.5 มีการสื่อสารด้วยการสาธิตให้ดูแบบตัว ต่อตัว และทางออนไลน์ ทั้งภาษาไทย ภาษาญี่ปุ่นและ ภาษาอังกฤษ ให้ผู้เรียนระบายความรู้สึกเมื่อถูกกดด้วย นิ้วในแต่ละระดับ ว่าควรจะแรงเพียงใด คอยทบทวนและ ซักถามผู้เรียนตลอดเวลา (3; 4) และคำนวณเวลาในการ กดประตุลมตรงจุดใดบ้าง ที่ไม่เกิน 45 วินาที (3; 4)

3.2.6 ครูสอนเพื่อให้ผู้เรียนปฏิบัติได้ ครูสาธิต การนวดกับตัวผู้เรียน พร้อม นั่ง ซี่ และสอนให้ผู้เรียนรู้สึก ถึงความหนักเบาของการใช้นิ้วกด และทำนึ่งในการนวด เพื่อป้องกันการปวดเมื่อย แล้วให้ผู้เรียนฝึกปฏิบัติกับ เพื่อนเป็นคู่ ๆ จนกระทั่งสามารถให้บริการนวดร่วมกับรุ่นพี่ในสภาพจริงแก่ผู้รับบริการได้ นั่นคือต้องฝึกแล้วฝึกอีก ฝึกจนทำได้ถูกต้อง ครูจะไม่ยอมหยุดสอน จนกว่าผู้เรียน

จะทำให้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การสอนข้างต้น ผู้เรียนจะรักและเคารพครูนวดอย่างมาก จากการฝึกฝนผู้เรียนนับเป็นพัน ๆ คน ฝึกฝนจนปฏิบัติได้คล่องแคล่ว เป็นเอกลักษณ์และสามารถตั้งสถานบริการนวดเป็นธุรกิจของตนเอง และได้เชิญครูเป็นประธานเปิดร้านนวดทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ (2; 3; 4; 6; 10)

3.3 การวิเคราะห์ตามปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

ครูสอนนวดตำรับวัดโพธิ์ เมื่อครั้งยังเป็นผู้เรียนจะมีลักษณะตามปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง คือ 3 ห่วง และ 2 เงื่อนไข ใน 3 ห่วง คือ

1) มีความพอประมาณ พึงตนเอง ไม่เบียดเบียน เงินค่าเรียนนวดจากญาติ ดำรงชีวิตแบบสายกลาง ไม่ฟุ้งเฟ้อ ประหยัดอดออม อีกทั้งสามารถเลี้ยงดูพ่อแม่ ให้มีชีวิตการเป็นอยู่ที่ดี และให้ลูกเรียนจบปริญญาตรี

2) แสวงหาความรู้อยู่ตลอดเวลา เช่น เรียนภาษาญี่ปุ่นและภาษาอังกฤษ ตามที่ผู้บริหารให้โอกาส และเรียนรู้การนวดเพิ่มเติม เพื่อสามารถรักษาอาการต่าง ๆ ของผู้รับบริการได้

3) การสร้างภูมิคุ้มกันให้แก่ตัวเองและผู้รับบริการ โดยลดความเสี่ยงไม่ให้ตนเองปวดเมื่อย หรือเกิดอันตรายแก่ผู้รับบริการ เช่น การกดประตุลม ที่ไม่เกิน 45 วินาที เพราะจะเกิดอันตรายต่อการไหลเวียนของโลหิต และผลร้ายต่อร่างกายตามมามากมาย นอกจากนี้ผู้นวดต้องดูแลตนเองให้มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ จัดสิ่งแวดล้อมให้มีความสะอาด มีการตรวจคัดกรองผู้รับบริการ และโรคโควิด-19 พร้อมการฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 เป็นต้น

ส่วน 2 เงื่อนไข คือ

1) มีความรู้ในการนวดเพื่อผ่อนคลายและรักษาอาการเจ็บป่วยต่าง ๆ

2) มีคุณธรรม จริยธรรม โดยไม่โกงหรือลักขโมยทรัพย์สินของผู้รับบริการ ไม่ล่วงละเมิดผู้รับบริการ และ

วางตนไม่ให้ผู้รับบริการละเมิดตนเอง

3.4 การวิเคราะห์ตามหลักการระบอบาติวิทยา จากข้อมูล หากวิเคราะห์ตามหลักการระบอบาติวิทยา พบว่า

1) ด้านโฮส (มนุษย์) ผู้નวดกับผู้รับบริการนวด ต้องมีการคัดกรองอาการไข้ ไอ การรับรสที่เปลี่ยนไป การไปสถานที่ที่แออัด หรือใกล้ชิดกับผู้เป็นโรคโควิด-19 โรงเรียน ๆ จึงปรับ New Normal of Teaching - Learning เป็นแบบออนไลน์ เสริม

2) ด้านเชื้อโรค (เอเจน) ควรีผลการตรวจคัดกรองเชื้อโรคโควิด-19 ในผู้นวดและผู้รับบริการภายใน 3 วัน เป็นต้น และควรให้ผู้นวดได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 เช่นเดียวกับวิชาชีพอื่น ๆ

3) ด้านสิ่งแวดล้อม สถานที่บริการนวดไม่ควรอยู่ในแหล่งที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 หรืออยู่ในคลัสเตอร์ (กลุ่มคนจำนวนมาก ที่ติดโรคโควิด-19) รวมทั้งสถานบริการนวดควรมีวัสดุป้องกันการติดโรคโควิด-19 ได้แก่ ทุกคนใส่หน้ากากอนามัย ที่ล้างมือ เจลแอลกอฮอล์ และการเว้นระยะห่างระหว่างบุคคล

3.5 การวิเคราะห์เพื่อการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

การเรียนการสอนของโรงเรียน ๆ มีปรัชญาและพันธกิจการจัดการเรียนการสอน และการให้บริการการนวดแก่ประชาชนทั่วไปตามกฎหมายและหลักการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ไม่เลือกชั้นวรรณะ เชื้อชาติ ส่วนบุคคลอื่น ๆ เพื่อให้เกิดความมั่นใจแก่ผู้นวดและผู้รับบริการ ว่าได้รับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ให้มีสุขภาพกายปราศจากความเจ็บปวดและทุกข์ทรมาน ให้มีสุขภาพจิตที่ผ่องใส อิสระ ยุติธรรม ไม่คิดกำไรเกินควร จัดสินค้าให้บริการทางเลือก และจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม

3.6 ความมั่นใจด้านความปลอดภัยเชิงสุขภาพ ความปลอดภัยด้านสุขภาพ รวมถึงสุขภาพของผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และผู้ที่เกี่ยวข้องทุกคน ทุกฝ่าย ให้ปราศจากความกลัว หวาดระแวง วิตกกังวล

และสิ่งอันตรายต่าง ๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์และจิตวิญญาณ (ผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ ต่างฝ่าย ต่างกลัว การติดเชื้อโรคโควิด-19 รวมทั้งภาวะ คุกคามทางเพศ และเศรษฐกิจด้วย)

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยบ่งชี้ถึงความสามารถของครูนวด ดั้งแบบในศตวรรษที่ 21 มีผลจากอดีต (ปานเทพ พัวพงษ์พันธ์, 2559) โดยเมื่อปี พ.ศ. 2504 พระบาท สมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดช รัชกาลที่ 9 ได้ ทรงพระราชดำเนิรวัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม (วัดโพธิ์) คณะอาจารย์ได้นำตำราของโรงเรียน ฯ ขึ้นทูล ถวาย พระองค์ทรงรับสั่งถามว่า มีการสอนนวดหรือไม่ จากกระแสพระราชดำรัสดังกล่าว เป็นผลให้มีการรวบรวม ความรู้เกี่ยวกับการนวดมาจัดทำเป็นหลักสูตร ฯ และ เริ่มเปิดสอนตั้งแต่วันที่ 15 พฤษภาคม พ.ศ. 2505 เป็น แหล่งรวบรวมตำราแพทย์แผนไทยอยู่แล้ว เป็นผลให้มีการ จัดทำหลักสูตร ฯ ต่าง ๆ และได้ก่อตั้งโรงเรียนแพทย์ แผนโบราณ ต่อมาใน พ.ศ. 2543 สถาบันการแพทย์ แผนไทย ได้รับรองจากกระทรวงสาธารณสุขอย่างเป็นทางการ และได้มีการตราพระราชบัญญัติคุ้มครอง ส่ง เสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ทำให้เกิดหน่วยงาน ใหม่ในปี พ.ศ. 2544 ว่า "สถาบันการแพทย์แผนไทย" (ศิริมงคล ตอบงาม, 2557)

ดังนั้น โรงเรียนแพทย์แผนโบราณวัดพระเชตุพนฯ (วัดโพธิ์) จึงเป็นสถาบันการศึกษาการนวดที่ตอบสนอง ความสนใจและความต้องการของประชาชนชาวไทย สามารถผลิตบุคลากรผู้ที่สามารถทั้งการบริการนวด และ ครูสอนนวดต้นแบบตำรับวัดโพธิ์ให้แก่ผู้เรียนทั้งชาวไทย และชาวต่างประเทศได้อย่างดียิ่ง

ดังผลการวิจัยที่ได้รายงานการวิเคราะห์ ความหมาย ของครูต้นแบบนวดตำรับวัดโพธิ์ ที่ครอบคลุมถึงการก้าวสู่ การเป็นครู คือต้องมีความสามารถให้บริการนวดอย่างดี

มีความรับผิดชอบ ไม่ดื่มสุรา ไม่เที่ยวกลางคืน กล่าวคือ ไม่ยุ่งเกี่ยวกับอบายมุขแต่มีกิจวัตรเกี่ยวกับศาสนา ผู้บริหารโรงเรียนฯ จึงทาบทามให้เป็นครูหลังจากปฏิบัติ งานนวดและช่วยครูทำการช่วยสอนการนวดทั้งใน สถาบันและนอกสถาบัน เป็นเวลาอย่างน้อย 2 ปี ส่วน ความหมายของการเป็นครูต้นแบบนวดตำรับวัดโพธิ์ ส่วนมากเป็นเชิงบวก คือเป็นแบบอย่างที่ดีที่น่าเคารพ นับถือแก่ผู้เรียนทั้งในด้านการวางตน การสอนให้มีทักษะ และความรู้อีกเกี่ยวกับอาชีพการนวดเพื่อการผ่อนคลาย และการรักษาอาการต่าง ๆ ทำให้ภาพพจน์ผู้สอนในการ วางตนที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศลดลง นั่นคือ ครูต้นแบบนวดตำรับวัดโพธิ์ เป็นผู้ทำให้ความหมาย ของผู้เรียนจากเชิงลบเป็นบวกมากขึ้น นอกจากนี้แนว โนม์ของความหมายของครูต้นแบบ อาจต้องหมายรวม ถึงศักยภาพของครูต้นแบบที่ต้องศึกษาหาความรู้ อย่าง ต่อเนื่อง ทั้งที่เกี่ยวข้องกับความรู้และทักษะการนวด รักษาอาการต่าง ๆ รวมทั้งด้านภาษาต่างประเทศ และทักษะด้านเทคโนโลยีการศึกษา เช่นการสอน ทางออนไลน์ เพื่อความสมดุลในการลดการสอนทักษะ ตัวต่อตัวน้อยลง ทั้งนี้อาจต้องเสริมด้วยสื่อการสอน แบบสถานการณ์จำลอง พร้อมมีหุ่นเสมือนจริงให้ผู้เรียน ได้ฝึกปฏิบัติก่อน

จากผลการวิจัยด้านคุณลักษณะของครูต้นแบบ นวดตำรับวัดโพธิ์ หลังยุคโควิด-19 พบว่ามีความคล้ายคลึง และแตกต่างจากครูสอนวิชาชีพอื่น กล่าวคือ สื่อการเรียน การสอนในอดีต มีคู่มือเป็นตำราและภาพประกอบ และศิลาจารึกในวัดโพธิ์ โดยครูจะสาธิตอย่างละเอียด พร้อมให้ฝึกปฏิบัติและสอนเน้นเพื่อให้มีความปลอดภัย แก่ผู้เรียนและผู้รับบริการนวด ผู้เรียนที่มีญาติเป็นหมอ นวดหรือครูนวดก็จะได้รับแบบอย่างการสอนนวด และคำแนะนำที่เป็นประโยชน์มากกว่า

ผลการวิจัยสะท้อนถึงคุณลักษณะของครูต้นแบบ นวดตำรับวัดโพธิ์ ว่ามีจุดประสงค์ให้ผู้เรียนเกิดผลลัพธ์

ทางการศึกษา เช่นเดียวกับการศึกษาในสาขาวิชาชีพอื่น ทั้ง 6 ด้าน คือ ด้านคุณธรรม/จริยธรรม ด้านความรู้ ด้านทักษะทางปัญญา ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการสื่อสารและด้านการฝึกปฏิบัติการเพื่อให้ผู้เรียนสามารถบริการนวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คุณลักษณะของครูต้นแบบนวดตำรับวัดโพธิ์ หลังยุคโควิด-19 ยังต้องยึดการดำรงตนและสอนให้ผู้เรียนยึดปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ทั้งในด้านการดำเนินชีวิตวิถีใหม่ คือ มีการดำรงชีวิตที่ไม่ฟุ้งเฟ้อ ประหยัดอดออม พึ่งตนเอง ศึกษาหาความรู้อยู่เสมอ เพื่อประสิทธิผลในการนวดและป้องกันความเสี่ยงต่อร่างกายเพื่อไม่ให้เป็นตนเองและผู้รับบริการนวดเป็นอันตรายหรือติดเชื้อโรคต่าง ๆ โดยจัดสภาพแวดล้อมให้สะอาด สะดวก ปลอดภัย อากาศถ่ายเทได้ดี ตามหลักการระบาดวิทยา (ไพบูลย์ โล่ห์สุนทร, 2556; WHO, 2010) และเพื่อเป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ในการสร้างความมั่นใจด้านความปลอดภัยเชิงสุขภาพกายและจิตสังคม (Murdaugh, Parsons, & Pender, 2019)

ด้วยมีการกลายพันธุ์ของโคโรนาไวรัสอยู่ตลอดเวลาหลังจากการระบาดของโรคโควิด-19 เมื่อปี พ.ศ. 2562 โดยได้มีการรายงานขององค์การอนามัยโลก เมื่อวันที่ 24 พฤศจิกายน พ.ศ. 2564 ว่ามีการระบาดของโควิดสายพันธุ์ โอมิครอน (Omicron) อันน่ากังวล เพราะแพร่เชื้อได้เร็วในประเทศแอฟริกา (WHO, 2021a) และ เมื่อวันที่ 28 พฤศจิกายน พ.ศ. 2564 (WHO, 2021b) รายงานว่า "โอมิครอน" (Omicron) โคโรนาไวรัสสายพันธุ์ใหม่ ซึ่งเพิ่งถูกค้นพบและได้รับการยืนยันอย่างเป็นทางการจากองค์การอนามัยโลก ในวันที่ 26 พฤศจิกายน พ.ศ. 2564 ที่ผ่านมา และได้ถูกจัดให้เป็นเชื้อไวรัสโควิด-19 กลายพันธุ์ชนิดที่ 5 ที่ องค์การอนามัยโลกได้จัดให้อยู่ในสายพันธุ์ที่ "น่ากังวล" (Variant of Concern หรือ VOC) ต่อจากสายพันธุ์อัลฟา, เบตา, แกมมา, เดลตา ต่อมา (WHO, 2021c) วันที่ 28 พฤศจิกายน พ.ศ. 2564

รายงานว่ามีกว่า 13 ประเทศ พบผู้ติดเชื้อกลายพันธุ์ โอมิครอน โดยย่ำว่ามีความเสี่ยงสูงที่จะระบาดทั่วโลก

ผลการวิจัยสะท้อนถึง ความหมายและคุณลักษณะของครูต้นแบบ ตำรับวัดโพธิ์ ในช่วงระบาดของโรคโควิด-19 และหากจะวิเคราะห์ถึงแนวโน้มในการพัฒนาครูต้นแบบนี้ จะต้องคำนึงถึงกลยุทธ์ในการสอนแบบออนไลน์ และอาจต้องมีสื่อการสอนเสมือนจริงให้มากขึ้น เพื่อให้การฝึกปฏิบัติการนวดแบบตัวต่อตัว เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ ความสามารถและทักษะในการนวดตำรับวัดโพธิ์แล้ว จะต้องเน้นเรื่องการคัดกรองการตรวจโรคโควิด-19 การจัดสถานที่ และวิธีการนวดเพื่อป้องกันการระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งทวีความรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามเป็นความท้าทายและต้องมีการปรับวิธีการสอนอย่างมาก พร้อมมีสื่อการสอนนวดเชิงนวัตกรรม เพื่อคงความเป็นเลิศที่องค์การศึกษา วิทยาศาสตร์ และวัฒนธรรมแห่งสหประชาชาติ (UNESCO) ได้ประกาศรับรองขึ้นทะเบียนนวดไทยเป็นมรดกภูมิปัญญาทางวัฒนธรรมที่จับต้องไม่ได้ของมนุษยชาติ เมื่อวันที่ 12 ธันวาคม พ.ศ. 2562

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์
ครูต้นแบบ ตำรับวัดโพธิ์ในอนาคตนอกจากจะใช้วิธีการสอนเพื่อให้ผู้เรียนได้ตระหนักถึงความมีทักษะและความชำนาญในการนวดแล้ว จะต้องตระหนักเรื่องวิธีการบริการนวด ตำรับวัดโพธิ์ที่เป็นแบบเชลยศึก มีการสัมผัสทางร่างกาย ด้วยนิ้ว มือ เข่า สอก และเท้า จึงต้องมีมาตรการวิถีใหม่ในการให้บริการนวด ในการเฝ้าระวังความสะอาด การป้องกัน การคัดกรองโรคโควิด-19 และให้มีการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ในอัตราที่สูงมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป
จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการคัดเลือกผู้ที่จะเป็นครูต้นแบบ และพัฒนาคุณสมบัติ

ครูให้สามารถทำการสอนฝึกปฏิบัติการนวดในวิถีใหม่ ช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ที่มีการกลายพันธุ์ โอมิครอน และหลังจากการระบาดของโรคโควิด-19 ด้วย

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2564). แนวปฏิบัติด้านสาธารณสุขเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) กรณีเปิดสถานประกอบกิจการในพื้นที่ควบคุมสูงสุดและเข้มงวด มาตรการปลอดภัยสำหรับองค์กร (COVID Free Setting) สำหรับสถานประกอบกิจการนวด สปา นวดเพื่อสุขภาพ หรือนวดเพื่อเสริมความงาม. สืบค้นจาก <https://covid19.anamai.moph.go.th/>.

บัญชา เกิดมณี, สุรัชย์ ธรรมทวีธิกุล, ญาณพินิจ วชิรสุรงค์, บดินทร์ชาติ สุขบท, และสมบัติ ทีฆทรัพย์ (2563). แนวคิดและทิศทางการแก้ปัญหาโควิด-19. *วารสารก้าวทันโลก วิทยาศาสตร์*, 20(1), 1-12.

ปริดา ตั้งตรงจิตร. (2548). *วิชาพื้นฐานเกี่ยวกับการนวดไทย* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: นำอักษรการพิมพ์.

ปานเทพ พัวพงษ์พันธ์. (2559). *พระเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ 9 ทรงฟื้นฟูการศึกษาแพทย์แผนไทย*. สืบค้นจาก <https://mgronline.com/goodhealth/detail/9590000104299>.

พระครูสังฆรักษ์เพชรกำแพง บุญมา. (2562). *รูปแบบการบริหารโรงเรียนแพทย์แผนโบราณวัดพระเชตุพนฯ(วัดโพธิ์)* (วิทยานิพนธ์ ดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษา). มหาวิทยาลัยนอร์ท, กรุงเทพ.

เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ และคณะรวบรวม. (2558). *ชุดการนวดไทยเพื่อสุขภาพ มูลนิธิการแพทย์แผนไทยพัฒนา*. นนทบุรี: บริษัท พีเค แม็กซ์ดีไซน์ จำกัด.

ไพบุลย์ โล่ห์สุนทร. (2556). *ระบาดวิทยา* (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. (2559.) 55309 *จรรยาวิชาชีพและกฎหมายเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย (Ethics and Laws Related to Thai Traditional Medicine)* (พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

ศิริมงคล ตอบงาม และคณะ. (2557). *การศึกษาค้นคว้าความรู้การสังคายนาตำราการแพทย์แผนไทยด้านตำราศาสตร์ศิลาจารึกวัดโพธิ์*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

สุรัชย์ โชคครรชิตไชย. (2563). *โควิด-19: การระบาดระลอกใหม่ในประเทศไทยปลายปี 2563. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 10(3), 1-2.

อารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2559). *การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action : A social cognitive theory*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy : The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company.

Bangkok Life News. (2563). *จัดยิ่งใหญ่ฉลองยูเนสโกรับรอง “นวดไทย” มรดกภูมิปัญญาทางวัฒนธรรม*. สืบค้น วันที่ 26 กรกฎาคม 2564. <https://www.bangkoklifeneews.com/>

Murdaugh, C. L., Parsons, M. A. & Pender, N. J. (2019). *Health promotion in nursing practice* (8th ed). New York: Pearson.

- Salguero, C. P. & Roylance, D. (2011). *Encyclopedia of Thai massage: A complete guide to traditional Thai massage therapy and acupressure* (2nd ed). Scotland: Findhorn Press.
- World Health Organization. (2010). *Benchmarks for training in traditional/complementary and alternative medicine: Benchmarks for training in Nuad Thai*. Geneva: WHO Press. สืบค้นจาก <https://mgronline.com/goodhealth/detail/9590000104299>.
- World Health Organization. (2021a). โควิด : WHO ให้ชื่อ “โอไมครอน” สายพันธุ์ใหม่ที่พบแถบแอฟริกาใต้ สืบค้นจาก <https://www.bbc.com/thai/international-59428316>.
- World Health Organization. (2021b). รู้จัก “โอไมครอน” (Omicron) จากรายงานของ WHO. สืบค้นจาก <https://www.thairath.co.th/scoop/theissue/2252310>.
- World Health Organization. (2021c). โควิด-19: กว่า 13 ประเทศพบผู้ติดเชื้อกลายพันธุ์โอไมครอน องค์การอนามัยโลกย้ำเสี่ยงสูงระดับโลก. สืบค้นจาก <https://www.bbc.com/thai/59448610>.



การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของแบบประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ และแบบประเมินพฤติกรรมการช่วยเลิกบุหรี่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน Developing and Validating a Scale to Measure Cognitive Behavior and Smoking Cessation Assistance Behavior among Village Health Volunteers in Thailand

ธนะวัฒน์ รามสูก, พย.ม., Tanawat Ruamsook, M.N.S.^{1*}

ลักษณ์วิรุฬห์ โชติศิริ, ส.ด., Luckwirun Chotisiri, Ph.D.¹

ชัชวาล วงศ์สารี, ประ.ด., Chutchavarn Wongsaree, Ph.D.²

วลัยนารี พรมลลา, ประ.ด., Walianaree Promla, Ph.D.³

¹อาจารย์กลุ่มวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ
มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

¹Division of Community Health Nursing, College of Nursing and Health,
Suan Sunandha Rajabhat University

²อาจารย์สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

²Division of Adult and Gerontology Nursing, Faculty of Nursing, Kasem Bundit University

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ และรองคณบดีฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

³Assistant professor and Deputy Dean for Research, Faculty of Nursing, Pathumthani University

* Corresponding Author: tanawat.ru@ssru.ac.th

Received: August 25, 2021

Revised: November 27, 2021

Accepted: December 20, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันและความสอดคล้องของโมเดลของแบบประเมินความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่และแบบประเมินพฤติกรรมการช่วยเลิกบุหรี่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กลุ่มตัวอย่างเป็น อสม. จำนวน 400 คน รวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามด้วยตนเอง คือ แบบสอบถามความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่และแบบสอบถามพฤติกรรมการช่วยเลิกบุหรี่ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค และสถิติวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน

ผลการวิจัย พบว่า แบบสอบถามความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรืมี 8 ข้อคำถาม และแบบสอบถามพฤติกรรมการช่วยเลิกบุหรืมี 10 ข้อคำถาม มีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.98 และ 0.93 ตามลำดับ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.81 และ 0.84 ตามลำดับ ตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างจากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ พบว่า แบบสอบถามความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรืมีค่าไอเกนมากกว่า 1.00 จำแนกได้ 2 องค์ประกอบ คือ ด้านความรู้ความเข้าใจขั้นมีปฏิสัมพันธ์และด้านความรู้ความเข้าใจขั้นพื้นฐานซึ่งอธิบายความแปรปรวนร่วมได้ร้อยละ 37.79 และแบบสอบถามพฤติกรรมการช่วยเลิกบุหรืมี 1 องค์ประกอบอธิบายความแปรปรวนร่วมได้ร้อยละ 71.63 ผลการวิเคราะห์ห้องค์ประกอบเชิงยืนยัน พบว่า โมเดลมีความสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ ($\chi^2 = 9.020$, $p = .701$, CFI = 1.00, SRMR = .005) ทั้งนี้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรืของอสม.และพฤติกรรมการช่วยเลิกบุหรืมีอิทธิพลต่อกัน ($\beta = .54$, $p < .05$) แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นสามารถใช้ได้เก็บข้อมูลได้จริงกับ อสม.

คำสำคัญ: ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรื พฤติกรรมการช่วยเลิกบุหรื แบบประเมิน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Abstract

This research is basically a descriptive study aimed at developing and validating a scale that would measure cognitive behavior and smoking cessation assistance behavior among cigarette-smoking Village Health Volunteers (VHV) in Thailand. This study was conducted by distributing an 8-item Cognitive Cigarette Scale (CCS) and a 10-item Smoking Cessation Assistance Behavior Scale (SCABS) to 400 cigarette-smoking Thai VHV who are residing in the various regions of the country.

After subjecting the data to statistical analysis, findings reveal that the instruments' content validity indexes are at 0.98 and 0.93 respectively. This means that in terms of content, both instruments are highly valid. Data further reveals that the value of Cronbach's Alpha for the two instruments are at 0.81 and 0.84 respectively. This means that both instruments are highly reliable.

In terms of construct validity, factor analysis shows the following: an Eigen value that is greater than 1.0; a total variance of 37.79%; χ^2 9.020; p 0.701; CFI = 1.00; and SRMR 0.005. Furthermore, factor analysis reveals that the cognitive skills of the VHV and the smoking cessation assistance behavior, both, influence each other (β 0.54 and p 0.05). All these mean that the scales developed by the researcher to measure cognitive behavior and Smoking Cessation Assistance Behavior are valid and reliable to collect data among Thai VHV.

Keywords: cognitive in cigarette, smoking cessation assistance behavior, scale, health volunteers

บทนำ

บุหรี่เป็นสิ่งเสพติดที่มีผู้เสพติดมากที่สุดในโลก โดยทั่วโลกมีผู้เสพติดบุหรี่ 1,300 ล้านคน ทั้งนี้บุรียังเป็นสาเหตุหรือปัจจัยสนับสนุนที่ทำให้เกิดโรคต่างๆ ดังนั้น บุรียังเป็นปัจจัยเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรในกลุ่มโรคที่ป้องกันได้ (ประภิต วาทีสาธกกิจ, 2559) จากรายงานการสำรวจผู้เสพติดบุหรี่ในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2558 พบว่า ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปมีพฤติกรรมการบริโภคยาสูบ จำนวน 10.9 ล้านคน และมีอัตราการสูบบุหรี่เฉลี่ย 19.9 ขณะเดียวกันในมุมมองทางสุขภาพ พบว่า บุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญในการก่อโรคที่ทำให้คนไทยเสียชีวิต ได้แก่ โรคปอด และโรคมะเร็งชนิดต่างๆ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2560) ซึ่งผู้เสพติดจะได้รับสารพิษขณะสูบบุหรี่และผู้ที่อยู่ใกล้ก็จะได้รับควันบุหรี่ซึ่งพิษต่อร่างกายเช่นกัน ข้อมูลเชิงประจักษ์ระบุว่า ขณะบุหรี่เกิดการเผาไหม้จากกระบวนการสูบบุหรี่ 1 มวน จะมีสารเคมีมากกว่า 7,000 ชนิด เช่น นิโคติน เป็นสารที่ทำให้เกิดการเสพติดและทำให้เกิดโรคหัวใจ แอมโมเนีย เป็นสารที่ช่วยให้อาหารเกิดการดูดซึมนิโคตินได้เร็วขึ้น เพิ่มอำนาจการเสพติด สารหนู เป็นสารก่อมะเร็ง คาร์บอนมอนนอกไซด์ ซัดขวางการลำเลียงออกซิเจนของเม็ดเลือดแดง เป็นต้น ที่สำคัญในบุรียังมีสารเคมีมากกว่า 70 ชนิดที่เป็นสารก่อมะเร็ง ดังนั้นผู้ที่สูบบุหรี่ย่อมได้รับผลกระทบต่อสุขภาพทั้งในระยะสั้นและระยะยาว (ประภิต วาทีสาธกกิจ, 2559)

กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ออกข้อบังคับเกี่ยวกับการดำเนินการควบคุมการบริโภคยาสูบและรณรงค์ให้ประชาชนลดละเลิกบุหรี่ เช่น การขึ้นภาษียาสูบ การกำหนดกฎหมายในการห้ามและการจำหน่ายยาสูบ การห้ามสูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะ และการรณรงค์ผ่านสื่อต่างๆ เป็นต้น (พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ, 2560) ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขได้เห็น

ความสำคัญและมีนโยบายการทำงานเชิงรุกโดยมุ่งลดจำนวนผู้เสพติดใหม่และผู้เสพติดเก่าในระดับชุมชน โดยกำหนดให้ อสม. เป็นผู้โน้มน้าวใจให้คนในชุมชนลดละเลิกการสูบบุหรี่และเป็นผู้สนับสนุนความรู้เกี่ยวกับ บุหรี่ วิธีการเลิกบุหรี่แก่คนในชุมชน โดยกระทรวงสาธารณสุขได้อบรมพัฒนาศักยภาพของ อสม. และให้แนวปฏิบัติเพื่อส่งเสริมให้ประชาชนในชุมชนเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ ได้แก่ 1) การค้นหา สุ่มจากกลุ่มเป้าหมาย 2) หาแรงจูงใจเพื่อเลิกบุหรี่ 3) ให้ข้อมูลด้านลบเพื่อการเลิกสูบบุหรี่ 4) แนะนำเทคนิคต่างๆ 5) แนะนำอุปกรณ์ช่วยเลิกบุหรี่ 6) ติดตามเยี่ยมบ้าน 7) ทำกิจกรรมสนับสนุน 8) แนะนำบริการช่วยเลิกบุหรี่ และ 9) จัดกิจกรรมชื่นชม เชิดชู (กระทรวงสาธารณสุข, 2559) อาทิเช่น โครงการพลัง อสม. สานชุมชน ลด ละ เลิก บุหรี่ เหล้า (พรทิพภา สุริยะ, 2560) การจัดกิจกรรม 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไท เทิดไท้องค์ราชัน และ 1 อสม. ช่วย 1 คน เลิกยาสูบ (กรองจิตวาทีสาธกกิจ, 2559) เป็นต้น ทั้งนี้ อสม. จึงนับเป็นบุคลากรทางสุขภาพภาคประชาชนที่มีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change agents) และถือว่าเป็นฟันเฟืองที่สำคัญในการขับเคลื่อนสุขภาพภาคประชาชนและเป็นผู้ที่ใกล้ชิดประชาชน (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2557) และกองสนับสนุนสุขภาพได้พัฒนาศักยภาพ อสม. ให้เป็น อสม. 4.0 ขึ้น โดยเน้นให้มีคุณสมบัติเด่น 3 ประการ คือ 1) มีทักษะดิจิทัล (Digital skill) 2) มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และ 3) มีจิตอาสาและเป็นผู้ผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในยุคปัจจุบันสามารถให้บริการแก่ประชาชนในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพได้อย่างเหมาะสม (กองสนับสนุนสุขภาพประชาชน, 2560)

อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม มี อสม. ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต่างๆ ประมาณ 500 คน (ระบบสารสนเทศสุขภาพภาคประชาชน กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, มปป) จากการศึกษาจำนวนผู้ที่สมัครใจเลิกบุหรี่ และจากรายงานจากเครือข่ายสุขภาพเขตบริการต่างๆ พบว่า มีผู้ที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ทั่วประเทศ จำนวน 701,400 คน จังหวัดสมุทรสงคราม มีผู้ที่สามารถเลิกบุหรี่ได้ คิดเป็นร้อยละ 0.11 และอำเภออัมพวา มีผู้ที่สามารถเลิกบุหรี่ได้ คิดเป็นร้อยละ 0.03 ของผู้ที่สามารถเลิกบุหรี่ได้ทั้งหมด (โครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย, 2561) จากการสอบถาม อสม. จำนวนหนึ่งซึ่งมีบทบาทในการช่วยให้ประชาชนในพื้นที่ที่รับผิดชอบเลิกสูบบุหรี่พบว่า อสม. ยังไม่กล้าพอที่จะเชิญชวนให้ประชาชนหันมาเลิกบุหรี่ ยังไม่มีการให้ความรู้ในการช่วยเลิกบุหรี่เท่าที่ควร ซึ่งการที่ อสม. จะช่วยให้ประชาชนสามารถเลิกบุหรี่ได้ ต้องมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับบุหรี่ และความมั่นใจในการให้ความรู้เพื่อช่วยเลิกบุหรี่ ดังนั้น การที่ อสม. จะช่วยให้ประชาชนสามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ จำกต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ ที่มากพอรวมไปถึงต้องมีความมั่นใจในการให้ความรู้แก่กลุ่มเป้าหมายและสนับสนุนการช่วยเลิกบุหรี่จนสำเร็จ สอดคล้องกับแนวคิดความรอบรู้ทางสุขภาพของ Nutbeam (2000) ที่ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นสมรรถนะเฉพาะตัวของบุคคลเพื่อรักษาและส่งเสริมให้สุขภาพดี แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับพื้นฐาน (Functional health literacy) เป็นความสามารถในการนำข้อมูลไปใช้ในชีวิตประจำวันเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ระดับสื่อสาร/ปฏิสัมพันธ์ (Communicative/Interactive health literacy) เป็นความสามารถเลือกใช้และประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ๆ เพื่อปรับปรุงภาวะสุขภาพตนเอง และระดับวิจารณ์ญาณ (Critical health literacy) เป็นความสามารถวิเคราะห์เปรียบเทียบ

ประเมิน และนำข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพไปใช้เพื่อการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพได้อย่างเหมาะสม (Nutbeam, 2000) อนึ่งการจัดอบรมหรือการให้ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่กับ อสม. ต้องมีการประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่และพฤติกรรมการช่วยเลิกบุหรี่เป็นระยะๆ พร้อมเน้นย้ำ ทบทวนความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ และทักษะการช่วยเลิกบุหรี่ จน อสม. เข้าใจและเกิดความมั่นใจ จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบแบบสอบถามที่ใช้ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่และพฤติกรรมการช่วยเลิกบุหรี่ของ อสม.

ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาแบบสอบถามโดยนำแนวคิดความรอบรู้ทางสุขภาพมาสร้างข้อคำถามในแบบสอบถามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่และแบบสอบถามพฤติกรรมการช่วยเลิกบุหรี่ของ อสม. โดยใช้วิธีวิเคราะห์องค์ประกอบเพื่อยืนยันความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ซึ่งผลการวิจัยที่ได้จะนำไปสู่การพัฒนารูปแบบในการส่งเสริมความรู้และประสบการณ์แก่ อสม. ที่มีผลให้สามารถช่วยให้ประชาชนสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันและความสอดคล้องของโมเดลของแบบประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่และแบบประเมินพฤติกรรมการช่วยเลิกบุหรี่ของ อสม.

กรอบแนวคิดการวิจัย

แบบประเมินความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่และแบบประเมินพฤติกรรมการช่วยเลิกบุหรี่ของ อสม. ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและสังเคราะห์ความหมายให้สอดคล้องกับแนวคิดความฉลาดทางสุขภาพของ Nutbeam (2000) และการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพของ กองสุศึกษา กรมสนับสนุน

บริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2554) มาเป็นกรอบแนวคิดในการกำหนดตัวแปรและแบบประเมินด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ ที่ใช้กับ อสม.

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ หมายถึง ความรู้ความเข้าใจจากการศึกษาเล่าเรียนหรือประสบการณ์ในเรื่องของบุหรี่และเทคนิคการช่วยเลิกบุหรี่ต่างๆ เพื่อนำมาประยุกต์ใช้กับประชาชนในชุมชนในการเลิกสูบบุหรี่ของ อสม.

พฤติกรรมช่วยเลิกบุหรี่ หมายถึง การแสดงออกของ อสม. ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการช่วยประชาชนในชุมชนให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ ประกอบด้วย 1) การนำความรู้ความเข้าใจจากการศึกษาเล่าเรียนหรือประสบการณ์ในเรื่องของบุหรี่และเทคนิคต่างๆ เพื่อนำมาประยุกต์ใช้กับประชาชนในชุมชนในการเลิกสูบบุหรี่ 2) การเข้าถึงและการเผยแพร่ข้อมูลที่ทันสมัยจากแหล่งต่างๆ เช่น บุคลากร หนังสือ/ตำรา โทรทัศน์ วิทยุ หอกระจายข่าว อินเทอร์เน็ต สื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆ ในการช่วยเลิกบุหรี่ 3) การนำทักษะการสื่อสารโดยวิธีการพูด อ่าน เขียน เกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่เพื่อให้ประชาชนเกิดความรู้ความเข้าใจและสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ 4) ความสามารถในการบอกถึงผลดี ผลเสีย และเลือกทางเลือกที่เหมาะสมในการช่วยให้ประชาชนสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ 5) ความสามารถในการกำหนดเป้าหมายและวางแผนการช่วยให้ประชาชนสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างเหมาะสม และ 6) ความสามารถในการวิเคราะห์และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่นำเสนอเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ รวมไปถึงการแนะนำ/ชี้แนะแนวทางเพื่อช่วยให้ประชาชนสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างเหมาะสม

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) มีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. ประชากร คือ ประชากรที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ คือ อสม. จังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 2,237 คน (ระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2561)

2. กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติหน้าที่ในพื้นที่อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงครามซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนเพียงพอต่อการวิเคราะห์องค์ประกอบ กำหนดกลุ่มตัวอย่างตามแนวคิดของ Hair, Black, Babin, and Anderson (2019) ที่ว่าการวิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้างจะต้องใช้กลุ่มตัวอย่าง 10 คนต่อ 1 ข้อคำถาม ซึ่งการศึกษานี้มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อคำถาม จึงต้องใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 328 คน อย่างไรก็ตามเพื่อป้องกันการสูญหายของแบบสอบถามจึงเก็บข้อมูลเพิ่มร้อยละ 20 (Gupta, Attri, Singh, Kaur, & Kaur, 2016) ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 400 คน ซึ่งสอดคล้องกับแฮร์และคณะ (Hair et al, 2019) ที่ระบุว่ากลุ่มตัวอย่างที่ถูกรับในระดับพอใช้สำหรับการวิเคราะห์ด้วยสถิติองค์ประกอบต้องมีจำนวนมากกว่า 200 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ เป็น อสม. ที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติหน้าที่มากกว่า 1 ปี มีทักษะการเขียน อ่านและสื่อสารเป็นภาษาไทยได้ดี ไม่สูบบุหรี่ และสามารถให้ข้อมูลได้ในช่วงที่เก็บข้อมูลวิจัย ผู้วิจัยเข้าเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการคัดเลือกแบบอาสาสมัคร (Voluntary selection)

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด ระยะเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ และประสบการณ์ในการช่วยเลิกบุหรี่ ลักษณะคำถามเป็นชนิดเลือกตอบตามตัวเลือกที่กำหนดให้และบางข้อเป็นการเติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ (Cognitive in Cigarette Scale: CCS) ข้อคำถามเกี่ยว

กับการรับรู้ของ อสม. เกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ที่มีผลกระทบต่อร่างกายและความเข้าใจในบุหรี่ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ มีทั้งข้อความเชิงบวกและข้อความเชิงลบ จำนวน 10 ข้อ เป็นลักษณะเลือกตอบด้วยตนเองเป็นลักษณะมาตราวัดประมาณค่า 3 ระดับ

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมกรการช่วยเลิกบุหรี่ (Smoking Cessation Assistance Behavior Scale: SCABS) ถามเกี่ยวกับการรับรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกี่ยวกับการแสดงออกพฤติกรรมที่บ่งชี้ว่าช่วยสนับสนุนประชาชนในชุมชนให้มีความตั้งใจในการลด ละ เลิกการสูบบุหรี่ จำนวน 10 ข้อ เป็นลักษณะเลือกตอบด้วยตนเองตัวเลือกตอบเป็นลักษณะมาตราวัดประมาณค่า 4 ระดับ

ทั้งนี้ผู้วิจัยพัฒนาแบบสอบถามความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่และแบบสอบถามพฤติกรรมกรการช่วยเลิกบุหรี่โดยประยุกต์ใช้กระบวนการพัฒนาเครื่องมือวิจัยของ Burn and Grove (2001) และ DeVellis. (2016). ดังนี้

1) กำหนดค่านิยามเชิงปฏิบัติการของความรู้อ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่และพฤติกรรมกรการช่วยเลิกบุหรี่ตามแนวคิดของ Nutbeam (2008)

2) สร้างข้อคำถามการและออกแบบลักษณะการวัด โดยแบบสอบถามความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ บุหรี่ จำนวน 10 ข้อคำถาม กำหนดตัวเลือกตอบเป็นลักษณะมาตราวัดประมาณค่า 3 ระดับ โดยเกณฑ์ให้คะแนนข้อความเชิงบวก คือ ไม่ใช่ (0 คะแนน) ไม่แน่ใจ (1 คะแนน) ใช่ (2 คะแนน) เกณฑ์การให้คะแนนข้อความเชิงลบ คือ ไม่ใช่ (2 คะแนน) ไม่แน่ใจ (1 คะแนน) ใช่ (0 คะแนน) และแบบสอบถามพฤติกรรมกรการช่วยเลิกบุหรี่ จำนวน 10 จำนวน กำหนดตัวเลือกตอบเป็นลักษณะมาตราวัดประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ไม่ปฏิบัติเลย (0 คะแนน) ปฏิบัตินานๆครั้ง (1 คะแนน) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (2 คะแนน) ปฏิบัติเป็นประจำ (3 คะแนน) (รายการข้อคำถามดังตารางที่ 1 และตารางที่ 2)

3) นำรายการข้อคำถามที่พัฒนาขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพในการช่วยเลิกบุหรี่ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยพิจารณาความสอดคล้องกับความหมายของตัวแปร ความถูกต้องของภาษาและการใช้สำนวนภาษาในรายการคำถาม กำหนดให้ผลดัชนีความสอดคล้องรายข้อ (Item content validity index: I-CVI) มากกว่าหรือเท่ากับ 0.80 (DeVellis, 2016) ปรับปรุงสำนวนภาษาตามผู้ทรงคุณวุฒิบางข้อ และคำนวณหาดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (Content validity for scale: S-CVI) ค่ายอมรับอยู่ที่มากกว่าหรือเท่ากับ 0.80 (DeVellis, 2016)

4) นำแบบประเมินไปทดสอบกับ อสม. ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบวัดโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)

5) นำแบบสอบถามไปเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง 400 คน เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory factor analysis: EFA) (DeVellis, 2016; Hair et al., 2019) โดยข้อคำถามที่มีน้ำหนักปัจจัยองค์ประกอบที่น้อยกว่า 0.30 พิจารณาตัดทิ้ง (Field, 2013)

6) นำแบบสอบถามไปเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง 400 คน ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอของ Comrey and Lee (1992) ที่เสนอว่า การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติองค์ประกอบเชิงยืนยันในการวิเคราะห์องค์ประกอบเพียงอย่างเดียวควรใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 300 คน จึงจะอยู่ในระดับดี เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (confirmatory factor analysis: CFA) และพิจารณาความสอดคล้องของโมเดลทางทฤษฎีกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยใช้เกณฑ์ดังต่อไปนี้ 1) ค่าไคสแควร์ (χ^2) เมื่อทดสอบสมมติฐานมีนัยสำคัญมากกว่า .05 ($p > .05$) แสดงว่าโมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

2) comparative fit index (CFI) $\geq .90$ 3) Tucker Lewis index (TLI) $\geq .90$ 4) standardized root mean square residual (SRMR) $< .08$ และ 5) root mean square error of approximation (RMSEA) $< .08$ (Kline, 2016)

ผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (I-CVI และ S-CVI) และความเที่ยง (Reliability) ซึ่งใช้วิธีการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ผลการตรวจสอบคุณภาพดังนี้ แบบสอบถามความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรืทุกซ้อมีค่า I-CVI อยู่ระหว่าง 0.80-1.00 และค่า S-CVI เท่ากับ 0.98 คำนวนค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้เท่ากับ 0.81 และแบบสอบถามพฤติกรรมการช่วยเลิกบุหรืทุกซ้อมีค่า I-CVI อยู่ระหว่าง 0.80 -1.00 และค่า S-CVI เท่ากับ 0.93 คำนวนค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้เท่ากับ 0.84 ถือว่าแบบสอบถามมีคุณภาพที่สามารถนำไปใช้เก็บข้อมูลต่อไป

4. การพิทักษ์สิทธิ์

การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติรับรองผ่านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักวิจัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา เลขที่ COA. 1-042/2018 ลงวันที่ 27

สิงหาคม พ.ศ.2560 ซึ่งเคร่งครัดกับการรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล อภิปรายผลในภาพรวมและทำลายเอกสารการวิจัยทั้งหมดด้วยการเผาทั้งและทำลายไฟล์เอกสารอิเล็กทรอนิกส์หลังเสร็จสิ้นการตีพิมพ์เผยแพร่

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย โดยผู้ตอบแบบสอบถามได้รับแจ้งวัตถุประสงค์ เงื่อนไขการเข้าร่วมและการถอนตัวเซ็นใบยินยอมโดยสมัครใจก่อนร่วมโครงการวิจัยและได้รับการพิทักษ์สิทธิ์อื่นๆตามร่างพระราชบัญญัติการทำวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล 3 เดือน ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2561 – เดือนธันวาคม พ.ศ. 2561

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

ประมวลผลข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างแบบสอบถามด้วยสถิติวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจและสถิติวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน

ตารางที่ 1 รายการคำถามของแบบสอบถามความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรื

ข้อที่	ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น		
		2	1	0
K1	บุหรืไม่ใช่ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง			
K2	บุหรืที่ผลิตจากโรงงานอันตรายน้อยกว่าบุหรืที่มวนเอง			
K3	นิโคติน คือ สารในควันบุหรืที่ทำให้เกิดการเสพติดบุหรื			
K4	สารในควันบุหรืทำให้ระดับไขมันไม่ดีในเลือดสูง			
K5	ควันบุหรืมือสอง ไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ			
K6	การได้รับควันบุหรืมือสองในระยะเวลาด้านๆจะไม่ส่งผลต่อสุขภาพ			
K7	การสูบบุหรืทำให้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งมากที่สุด			
K8	วัณโรคปอดเป็นโรคที่เกิดจากการสูบบุหรืโดยตรง			
K9	การสูบบุหรืเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดอัมพฤกษ์ อัมพาต			
K10	การเลิกสูบบุหรืจะทำให้รับประทานอาหารได้ร่อยขึ้น			

ตารางที่ 2 รายการคำถามของแบบสอบถามพฤติกรรมการช่วยเลิกบุหรี่

ข้อที่	รายการคำถาม	ระดับความคิดเห็น			
		3	2	1	0
B1	ท่านประเมินความต้องการของผู้ที่สูบบุหรี่ในการเลิกสูบบุหรี่				
B2	ท่านประเมินความพร้อมของผู้ที่สูบบุหรี่ในการเลิกสูบบุหรี่				
B3	ท่านให้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่แก่ผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่				
B4	ท่านเชื่อมโยงพิษภัยของบุหรืกับภาวะสุขภาพได้				
B5	ท่านแนะนำวิธีการ/เทคนิคต่างๆเพื่อช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ได้				
B6	ท่านให้คำปรึกษาแก่ผู้ที่ลังเลใจในการเลิกสูบบุหรี่				
B7	ท่านนำข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือได้ เช่น หนังสือ อินเทอร์เน็ต หรือเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ มาแนะนำแก่ผู้ที่อยากเลิกบุหรี่				
B8	ท่านแนะนำแหล่งข้อมูลในการช่วยเลิกสูบบุหรี่ได้ เช่น สายตรงเลิกบุหรี่ 1600				
B9	ท่านให้กำลังใจ/คำชื่นชมแก่ผู้ที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้				
B10	ท่านติดตามผู้ที่สามารถเลิกสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง				

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 82.0) อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 44.2) สำเร็จการศึกษาสูงสุดในระดับชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 51.20) ปฏิบัติหน้าที่ อสม. ในช่วงเวลา 6-10 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 29.3) ผ่านประสบการณ์ในการอบรมความรู้ในการช่วยเลิกบุหรี่ (ร้อยละ 91.7)

ผลการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของเครื่องมือวิจัย (Construct validity) ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน

1) ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจของแบบสอบถามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรื เมื่อพิจารณาจากค่าสถิติ Bartlett's test of sphericity ที่มีค่าเท่ากับ 407.45 ($p < .000$) แสดงว่าเมทริกซ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแตกต่างจากเมทริกซ์เอกลักษณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ค่าดัชนีไกเซอร์-เมเยอร์-ออลคิน (Kaiser-Meyer-Olkin measures of sampling adequacy: KMO) ได้เท่ากับ .631 ซึ่งผ่านเกณฑ์

ยอมรับ (DeVellis, 2016) แสดงให้เห็นว่าตัวบ่งชี้ต่าง ๆ ในข้อมูลที่เกี่ยวข้องรวมกันมีความสัมพันธ์กันมากและมีความเหมาะสมในการนำไปวิเคราะห์องค์ประกอบได้ ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (EFA) ด้วยวิธีการสกัดองค์ประกอบตามหลักของ Principal Axis Factoring (PAF) และการหมุนแกนองค์ประกอบแบบตั้งฉาก (Orthogonal rotation) ด้วยวิธีวิเคราะห์ย่อยแบบ VARIMAX สำหรับตัวแปรทักษะทางปัญญาเกี่ยวกับบุหรืที่ประกอบด้วยตัวแปรสังเกตได้ 8 ตัวบ่งชี้ ซึ่งมีตัวบ่งชี้ K7 และ K8 มีค่าน้ำหนักปัจจัยต่ำกว่า .30 จึงพิจารณาตัดทิ้ง (Field, 2013) ผลการวิเคราะห์ EFA จำแนกได้ 2 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 ความรู้ความเข้าใจขั้นมีปฏิสัมพันธ์ (Cognitive skill as communicative health literacy: CSCHL) ประกอบด้วย 4 ตัวบ่งชี้ มีค่ามีค่าไอเกน (Eigen value) เท่ากับ 2.03 สามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรืได้ร้อยละ 20.72 และองค์ประกอบที่ 2 ความรู้ความเข้าใจขั้นพื้นฐาน (Cognitive

skill as functional health literacy: CSFHL) ประกอบด้วย 4 ตัวบ่งชี้ มีค่ามีค่าไอเกน (Eigen value) เท่ากับ 1.70 สามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรืได้ร้อยละ 17.06 ทั้งนี้ข้อคำถาม 8 ข้อ ใน 2 องค์ประกอบมีความแปรปรวนร่วมกัน อธิบายความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรืได้ร้อยละ 37.79 (ตารางที่ 3)

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจของแบบสอบถามพฤติกรรมการช่วยเลิกบุหรืเมื่อพิจารณาจากค่าสถิติ Bartlett's test of sphericity ที่มีค่าเท่ากับ 407.45 ($p < .000$) แสดงว่าเมทริกซ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแตกต่างจากเมทริกซ์เอกลักษณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ค่าดัชนีไกเซอร์-เมเยอร์-ออลคิน (Kaiser-Meyer-Olkin measures of

sampling adequacy: KMO) ได้เท่ากับ .950 ซึ่งผ่านเกณฑ์ยอมรับ (DeVellis, 2016) แสดงให้เห็นว่าตัวบ่งชี้ต่าง ๆ ในข้อมูลที่เกี่ยวข้องกันมาก และมีความเหมาะสมในการนำไปวิเคราะห์องค์ประกอบได้ ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (EFA) ด้วยวิธีการสกัดองค์ประกอบตามหลักของ Principal Axis Factoring (PAF) และการหมุนแกนองค์ประกอบแบบตั้งฉาก (orthogonal rotation) ด้วยวิธีวิเคราะห์ย่อยแบบ VARIMAX สำหรับตัวแปรพฤติกรรมการช่วยเลิกบุหรืที่ประกอบด้วยตัวแปรสังเกตได้ 10 ตัวบ่งชี้ผลการวิเคราะห์ EFA จำแนกได้ 1 องค์ประกอบ มีค่ามีค่าไอเกน (Eigen value) เท่ากับ 7.163 สามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรพฤติกรรมการช่วยเลิกบุหรืได้ร้อยละ 71.63 (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจของแบบสอบถาม (n = 240)

แบบสอบถาม /ตัวแปรสังเกต	จำนวนข้อคำถาม		Construct validity			
	เริ่มต้น	สิ้นสุด	Eigen Value	% of Variance	Cumulative %	Factor loading
1) ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรื	10	8	KMO = .631, $\chi^2 = 407.45$, df = 45, p = .000			.48 - .76
- ความรู้ความเข้าใจขั้นมีปฏิสัมพันธ์	5	4	2.03	20.726	20.726	.48 - .76
- ความรู้ความเข้าใจขั้นพื้นฐาน	5	4	KMO = .950, $\chi^2 = 3679.99$, df = 45, p = .000			.62 - .69
2) พฤติกรรมการช่วยเลิกบุหรื	10	10	1.70	17.064	37.790	.71 - .90

ผลการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ของตัวแปรสังเกตของปัจจัยองค์ประกอบความรู้ ความเข้าใจ พบว่าองค์ประกอบความรู้ ความเข้าใจขั้นมีปฏิสัมพันธ์เกี่ยวกับการสูบบุหรืมีความสัมพันธ์กับองค์ประกอบความรู้ความเข้าใจขั้นพื้นฐานเกี่ยวกับการสูบบุหรือย่างมีนัย

สำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .47$, $p < .01$) และตัวแปรความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรืมีความสัมพันธ์กับตัวแปรพฤติกรรมการช่วยเลิกสูบบุหรือย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .43$, $p < .01$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตของปัจจัยองค์ประกอบความรู้ ความเข้าใจและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความรู้ ความเข้าใจกับปัจจัยพฤติกรรมการช่วยเหลือสุขภาพ (n = 400)

ตัวแปร/ตัวแปรสังเกตได้	\bar{X}	SD	1	1.1	1.2	2
1. ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี	5.92	1.92	1			
1.1 ความรู้ความเข้าใจขั้นมีปฏิสัมพันธ์	3.56	1.30	.75**	1		
1.2 ความรู้ความเข้าใจขั้นพื้นฐาน	2.35	1.26	.73**	.47**	1	
2. พฤติกรรมการช่วยเหลือบุหรี	26.21	7.57	.43**	.33**	.36**	1

** $p < .01$

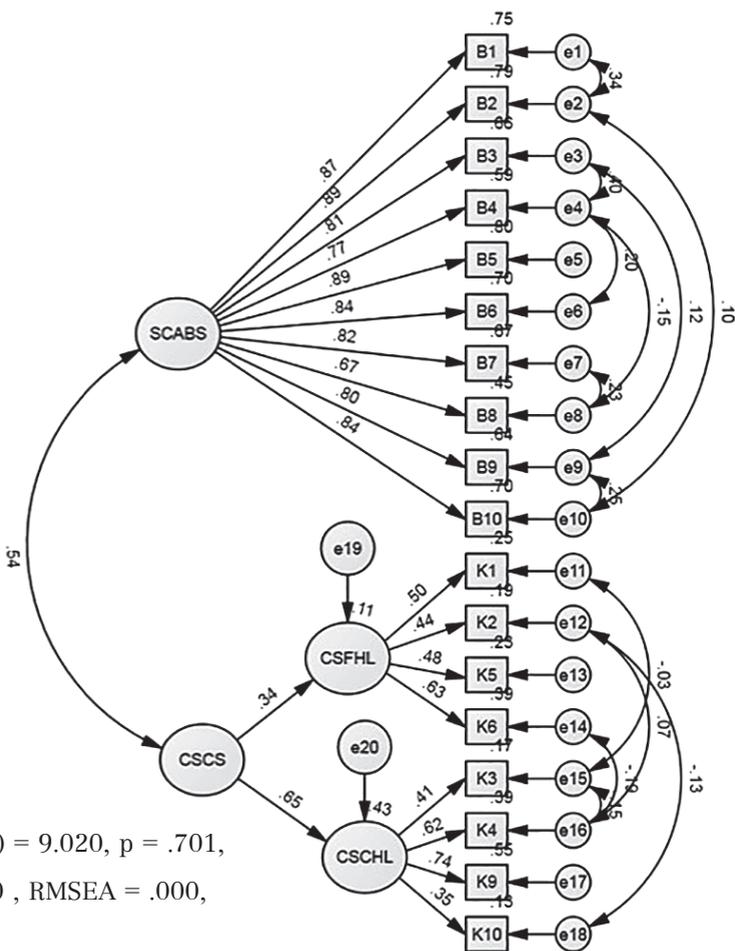
2) การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (CFA) เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลแบบสอบถามความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรีและแบบสอบถามพฤติกรรมช่วยเหลือบุหรี ผู้วิจัยใช้เทคนิคการรวมคะแนน (parceling technique) ข้อคำถามย่อยรายองค์ประกอบจากสัมประสิทธิ์คะแนนองค์ประกอบ (factor score coefficient) เพื่อให้มีความถูกต้องและใกล้เคียงกับลักษณะธรรมชาติของข้อมูลทางจิตวิทยา (Little, 2013) ผลการวิเคราะห์ พบว่า ข้อคำถามย่อยรายองค์ประกอบมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 5) และเมื่อพิจารณาความสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า โมเดลของปัจจัยความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี และปัจจัยพฤติกรรมช่วยเหลือบุหรีมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($\chi^2 = 9.020, p = .701, CFI = 1.00, TLI = 1.00, RMSEA = .000, SRMR = .005$) (ตามภาพที่ 1 และตารางที่ 5)

เมื่อแยกพิจารณารายแบบสอบถาม พบว่า ตัวบ่งชี้ของปัจจัยความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรีทุกตัวบ่งชี้มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐาน (β) อยู่ในช่วง .35 - .74 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

($p < .05$) โดยองค์ประกอบความรู้ความเข้าใจขั้นมีปฏิสัมพันธ์มีค่าน้ำหนักปัจจัยองค์ประกอบเท่ากับ .65 ($\beta = .65, p < .05$) มีความแปรปรวนร่วมอธิบายปัจจัยความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรีได้ร้อยละ 43 ($R^2 = .43, p < .05$) และองค์ประกอบความรู้ความเข้าใจขั้นพื้นฐานมีค่าน้ำหนักปัจจัยองค์ประกอบเท่ากับ .34 ($\beta = .34, p < .05$) มีความแปรปรวนร่วมอธิบายปัจจัยความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรีได้ร้อยละ 34 ($R^2 = .34, p < .05$) และตัวบ่งชี้ของแบบสอบถามพฤติกรรมช่วยเหลือบุหรีทุกตัว มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐาน (β) อยู่ในช่วง .67 - .89 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ($p < .05$) ซึ่งตัวบ่งชี้ทั้งหมดร่วมอธิบายความแปรปรวนของปัจจัยพฤติกรรมช่วยเหลือบุหรีได้ร้อยละ 61 ($R^2 = .61, p < .05$) แสดงว่าแบบสอบถามความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรีและแบบสอบถามพฤติกรรมช่วยเหลือบุหรีวัดได้ในสถานการณ์จริง ทั้งนี้ยังพบว่า ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรีของ อสม. และพฤติกรรมช่วยเหลือบุหรีมีอิทธิพลต่อกันและกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ($\beta = .54, p < .05$) (ตามรูปที่ 1)

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องของโมเดลรายองค์ประกอบ

ตัวแปร	Factor loading		p	R ²	Factor score coefficient	ตัวแปร	Factor loading		p	R ²	Factor score coefficient
	β	SE					β	SE			
แบบสอบถามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ (CCS)						แบบสอบถามพฤติกรรมการช่วยเลิกบุหรี่ (SCABS)					
องค์ประกอบที่ 1 ความรู้ความเข้าใจขั้นมีปฏิสัมพันธ์ (CSCHL)						B1	.87	.032	.00	.75	.109
K3	.50	.016	.00	.25	.083	B2	.89	.039	.00	.79	.138
K4	.44	.009	.00	.19	.114	B3	.81	.041	.00	.66	.104
K9	.48	.011	.00	.23	.003	B4	.77	.039	.00	.59	.041
K10	.63	.054	.00	.39	.001	B5	.89	.039	.00	.80	.205
องค์ประกอบที่ 2 ความรู้ความเข้าใจขั้นพื้นฐาน (CSFHL)						B6	.84	.042	.00	.70	.126
K1	.41	.006	.00	.17	.007	B7	.82	.053	.00	.67	.103
K2	.62	.011	.00	.39	.006	B8	.67	.043	.00	.45	.039
K5	.74	.028	.00	.55	.010	B9	.80	.043	.00	.64	.083
K6	.35	.010	.00	.13	.046	B10	.84	.042	.00	.70	.093
χ^2 (df = 12, N = 400) = 9.020, p = .701, CFI = 1.00, TLI = 1.00, RMSEA = .000, SRMR = .005											



χ^2 (df = 12, N = 400) = 9.020, p = .701,
CFI = 1.00, TLI = 1.00, RMSEA = .000,
SRMR = .005

ภาพที่ 1 โมเดลการวัดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ยาสูบและพฤติกรรมการช่วยเลิกบุหรี่ยาสูบของ อสม.

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาที่ พบว่า ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ยาสูบของ อสม. และพฤติกรรมการช่วยเลิกบุหรี่ยาสูบที่มีอิทธิพลต่อกันและกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ($\beta = .54$, $p < .05$) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการที่ อสม. มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ยาสูบหรือมีความรู้ความเข้าใจในระดับพื้นฐานเกี่ยวกับบุหรี่ยาสูบทำให้เกิดการเสพติดและมีผลกระทบต่อร่างกายผู้สูบบุหรี่และคนใกล้ชิดอย่างหลีกเลี่ยงได้ยาก โดย อสม. จะมีความรู้ความเข้าใจขั้นนี้มีปฏิสัมพันธ์เกี่ยวกับบุหรี่ยาสูบที่ข่าวสารเคมีบุหรี่ยาสูบปัจจัยทำให้ระดับไขมันไม่ดีในเลือดสูงขึ้นบุหรี่ยาสูบสาเหตุ

สำคัญของการเกิด อัมพฤกษ์ อัมพาต ซึ่งสารนิโคตินมีผลทำให้เกิดการเสพติดบุหรี่ยาสูบและการเลิกสูบบุหรี่จะทำให้รับประทานอาหารได้มากขึ้น ความรู้ ความเข้าใจเหล่านี้จะทำให้ อสม. มั่นใจในตนเองมากขึ้นผนวกกับการตระหนักในบทบาทการเป็นพี่เลี้ยงสำคัญในการจูงใจประชาชนให้ลดและเลิกบุหรี่ยาสูบด้วย (วรรณพร บุญเปล่ง และคณะ, 2563) จึงทำให้ อสม. แสดงพฤติกรรมการช่วยเลิกบุหรี่ยาสูบกับประชาชนในพื้นที่ของตนตามมา ทั้งนี้ยังต้องทำหน้าที่ในโครงการเลิกบุหรี่ยาสูบทั่วไทยเทิดไท้องค์ราชัน ที่มุ่งให้ อสม. 1 คน ต้องช่วยให้ผู้ติดบุหรี่ยาสูบเลิกสูบบุหรี่ให้ได้ 1 คน/ ปี เป็นระยะเวลา 3 ปีติดต่อกัน

(รณชัย คงสกนธ์และอนุตเชษฐ์ พัฒนธีรปพน, 2562) ซึ่ง อสม. ต้องแสวงหาความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรีเพื่อมาทำงานในชุมชนเก็บตัวชีวิตโครงการให้เป็นไปตามเป้าหมาย อีกทั้งการที่ อสม. แสดงพฤติกรรมกรการช่วยเหลือบุหรีมากขึ้นจะเป็นปัจจัยย้อนกลับที่ส่งผลให้เกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรีเพิ่มขึ้นเช่นกัน จึงน่าจะเป็นเหตุผลที่ทำให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรีของ อสม. มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรการช่วยเหลือบุหรีตามผลการวิจัยข้างต้น สอดคล้องกับแนวคิดการรอบรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม (Nutbeam,2008) ที่ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในฐานะที่เป็นสินทรัพย์ทางปัญญาที่มุ่งการส่งเสริมสุขภาพให้เกิดการพัฒนาความสามารถของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ทำให้บุคคลสามารถควบคุมสุขภาพตนเองได้

ผลการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างจากการวิเคราะห์ องค์ ประกอบเชิงสำรวจ พบว่า แบบสอบถามความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรีมีค่าไอเกนมากกว่า 1.00 จำแนกได้ 2 องค์ ประกอบ คือ ด้านความรู้ ความเข้าใจขั้นปฏิสัมพันธ์และด้านความรู้ความเข้าใจขั้นพื้นฐานซึ่งอธิบายความแปรปรวนร่วมได้ร้อยละ 37.79 และแบบสอบถามพฤติกรรมกรการช่วยเหลือบุหรีมี 1 องค์ ประกอบอธิบายความแปรปรวนร่วมได้ร้อยละ 71.63 ผลการวิเคราะห์องค์ ประกอบเชิงยืนยัน พบว่า โมเดลมีความสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ ($\chi^2 = 9.020$, $p = .701$, CFI = 1.00, TLI = 1.00, RMSEA = .000, SRMR = .005) ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับเกณฑ์ยอมรับทางสถิติของไคน์ (Kline, 2016) ที่เสนอว่า เมื่อพิจารณาค่าไคสแควร์ (χ^2) เมื่อทดสอบสมมุติฐานมีนัยสำคัญมากกว่า .05 ($p > .05$) แสดงว่าโมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และค่า CFI $\geq .90$ ค่า TLI $\geq .90$ ค่า SRMR $< .08$ และ ค่า RMSEA $< .08$ ซึ่งผลการศึกษาเป็นไปตามเกณฑ์ยอมรับทางสถิติ

จึงถือว่าโมเดลของแบบสอบถามทั้ง 2 ชุดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ดังนั้น ผลการวิจัยในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าแบบวัดแบบสอบถามความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรีและแบบสอบถามพฤติกรรมกรการช่วยเหลือบุหรีมีความเหมาะสมกับบริบทของ อสม. และสามารถนำไปใช้ประเมินได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยทั้งด้านความตรงเชิงเนื้อหา ความตรงเชิงโครงสร้าง และความเที่ยง แสดงให้เห็นว่าแบบสอบถามความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรีและแบบสอบถามพฤติกรรมกรการช่วยเหลือบุหรีที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีความสอดคล้องและตรงกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ผู้ที่เกี่ยวข้องหรือมีความสนใจสามารถนำข้อคำถามขององค์ ประกอบดังกล่าวไปประยุกต์ใช้และพัฒนาโปรแกรมในการส่งเสริมให้ อสม. ช่วยเหลือบุหรีได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การวิจัยนี้มุ่งพัฒนาแบบสอบถามความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรีและแบบสอบถามพฤติกรรมกรการช่วยเหลือบุหรีเท่านั้น ยังไม่ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี ดังนั้น การวิจัยครั้งต่อไปจึงควรศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี และองค์ ประกอบอื่นๆของแนวคิดการรอบรู้ทางสุขภาพ (Health literacy) เพื่อให้ได้ข้อมูลมาพัฒนาองค์ความรู้ที่สนับสนุน อสม. ในการช่วยเหลือบุหรีต่อไป

2.2 พัฒนากิจกรรมหรือโปรแกรมการช่วยเหลือบุหรีโดยการพัฒนาด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรีและพฤติกรรมกรการช่วยเหลือบุหรีให้แก่ อสม. เพื่อช่วยประชาชนในชุมชนให้สามารถเลิกสูบบุหรีได้อย่างสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2559). 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่
ทั่วโลก เท็ดไท่องค์กรฯ. เข้าถึงเมื่อวันที่ 10
สิงหาคม 2563, จาก <http://www.quitforking.com/>

กรองจิต วาทีสารกกิจ. (2559). 1 อสม. ช่วย 1 คนเล็ก
ยาสูบ. กรุงเทพมหานคร: ซีรگانต์กราฟฟิค.

กองสนับสนุนสุขภาพประชาชน. (2560). แนวทางการ
พัฒนาศักยภาพ อสม. 4.0. เข้าถึงเมื่อวันที่
10 สิงหาคม 2563, จาก http://phc.moph.go.th/www_hss/content.php?Submit=Clear&ID_Dyn

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2554).
ความฉลาดทางสุขภาพ, กรุงเทพมหานคร:
โรงพิมพ์นิเวศธรรมดาการพิมพ์.

ชนะวัฒน์ รวมสุข, อารยา ทิพย์วงศ์, และเปรมวดี คุณเดช.
(2562). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้าน
สุขภาพกับพฤติกรรมช่วยเลิกบุหรี่ของ
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภออัมพวา
จังหวัดสมุทรสงคราม. *วารสารพยาบาล
สาธารณสุข, 33*(ฉบับออนไลน์), 37 – 50.

ประกิต วาทีสารกกิจ. (2559). ข้อมูลบุหรีกับสุขภาพ,
พิมพ์ครั้งที่ 6 (หน้า 1 – 2). กรุงเทพฯ: ซีรگانต์
กราฟฟิค.

พรทิพภา สุริยะ. (2560). พลัง อสม. สานชุมชน ลด
ละ เลิก บุหรี เหล้า (พิมพ์ครั้งที่ 1). เชียงใหม่:
วนิดาการพิมพ์.

ระบบสารสนเทศสุขภาพภาคประชาชน
กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. (มปป).
แบบรายงานระบบฐานข้อมูล อสม. สืบค้นจาก
[https://www.thaiphc.net/index.php?/
show&id=1](https://www.thaiphc.net/index.php?/show&id=1)

ระบบสารสนเทศสุขภาพภาคประชาชน
กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. (2561).
แบบรายงานระบบฐานข้อมูล อสม. สืบค้นจาก
[https://www.thaiphc.net/thaiphcweb/
index.php?r=staticContent/show&id=1](https://www.thaiphc.net/thaiphcweb/index.php?r=staticContent/show&id=1)

ราชกิจจานุเบกษา. (2560). พระราชบัญญัติควบคุม
ผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560. ราชกิจจานุเบกษา
เล่มที่ 134 ตอนที่ 39ก หน้า 27-47. เข้าถึงเมื่อ
วันที่ 25 พฤศจิกายน 2563 จาก [https://ddc.
moph.go.th/uploads/ckeditor/c74d97b
01eae257e44aa9d5bade97baf/files/
lawbtc/001_1btc.PDF](https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor/c74d97b01eae257e44aa9d5bade97baf/files/lawbtc/001_1btc.PDF)

ธชัย คงสกนธ์, และอนุตเชษฐ์ พัฒนธีร์ปพน. (2563).
รายงานสถานการณ์การบริโภคยาสูบของ
ประเทศไทย พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วน
จำกัด สิ้นทวิกิจ พรินต์ติ้ง กรุงเทพฯ

วรรณพร บุญเปล่ง, ศุภาพิชญ์ โพน โบร์แมนน์, สุนันทา
ทองพัฒน์, สุดเคียง ฤทธิ์ถ้าย, กนิษฐา ถนัดกิจ,
วิไลพร ขำวงษ์. (2563). ประสพการณ์ของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการ
ดำเนินงานโครงการ “3 ล้าน 3 ปีเลิกบุหรีทั่ว
ไทย เท็ดไท่องค์กรฯ”. *วารสารสาธารณสุข
มหาวิทยาลัยบูรพา, 15*(2), 74 – 85.

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
(2560). คนไทยหนึ่งล้านคนป่วยจากการสูบ
บุหรี. เข้าถึงเมื่อวันที่ 10 สิงหาคม 2563, จาก
[http://www.thaihealth.or.th/Content/
36862-คนไทยหนึ่งล้านคนป่วยจากการสูบ
บุหรี.html](http://www.thaihealth.or.th/Content/36862-คนไทยหนึ่งล้านคนป่วยจากการสูบบุหรี.html)

DeVellis, R. F. (2016). Scale development: Theory
and applications (Vol. 26). Sage publications.
Field, A. (2013) *Discovering Statistics
using SPSS, 4th edn*. London: SAGE.

- 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(3), 328-331.
- Little, T. D. (2013). *Longitudinal structural equation modeling*. Guilford press.
- 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. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social science & medicine*, 67(12), 2072-2078.



อิทธิพลของความรู้และการรับรู้ความเสี่ยงที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกัน
การแพร่ระบาดของโรคโควิด -19 ของนักศึกษาพยาบาล
**The Influence of Knowledge and Risk Perception on Preventive
Behaviour regarding COVID-19 Outbreak among Nursing Students**

อังคณา เรือนก้อน, พย.ม., Angkhana Ruankon, MS.N.^{1*}

สุวรรณี สร้อยสงค์, ส.ด., Suwannee Sroisong, Dr.P.H.¹

ภัณฑิรา เฟื่องทอง, พย.ม., Panthiracha Fuongtong, MS.N.²

นันทวรรณ อีรพงษ์, พย.ม., Nantawan Teerapong, MS.N.³

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช คณะพยาบาลศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

¹Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing,
Buddhachinaraj, Faculty of Nursing, Praboromarajanok Institute, Ministry of Public Health

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี คณะพยาบาลศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

²Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Udon
Thani, Faculty of Nursing, Praboromarajanok Institute, Ministry of Public Health

³พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก
คณะสาธารณสุขศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

³Registered Nurse, Senior Professional Level, Sirindhorn College of Public Health,
Phitsanulok Province, Faculty of Public Health, Praboromarajanok Institute, Ministry of Public Health

* Corresponding Author Email: angkhana@bcnb.ac.th

Received: November 1, 2021

Revised: December 6, 2021

Accepted: December 20, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้เป็นแบบเชิงทำนาย เพื่อศึกษาอิทธิพลของความรู้และการรับรู้ความเสี่ยงที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด -19 ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช จำนวน 466 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคโควิด -19 แบบสอบถามการรับรู้ความเสี่ยงและพฤติกรรมป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด -19 ค่าความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ระหว่าง 0.67-1.00 ค่าความเที่ยงของแบบทดสอบความรู้ มีค่า KR 20 เท่ากับ 0.46 ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นครอนบาคของ

แบบประเมินมีค่าเท่ากับ .926 และ .867 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย พบว่า นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับมากร้อยละ 59.84 การรับรู้ความเสี่ยงและพฤติกรรมป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด -19 ภาพรวมในระดับดีมาก ร้อยละ 76.40 และ 65.00 ตามลำดับ ส่วนความรู้และพฤติกรรมป้องกัน มีความสัมพันธ์กัน ($r = .13$) การรับรู้ความเสี่ยงและพฤติกรรมป้องกัน มีความสัมพันธ์ ($r = .42$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยตัวแปรการรับรู้ความเสี่ยงสามารถทำนายพฤติกรรมป้องกัน ร้อยละ 17.90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการศึกษานี้สามารถนำไปเป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารการศึกษา และคณาจารย์เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด -19 ในนักศึกษาพยาบาลต่อไป

คำสำคัญ: ความรู้ การรับรู้ความเสี่ยง พฤติกรรมป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด -19

Abstract

This predictive research study aimed to study the influence of knowledge and risk perceptions on preventive behaviours of coronavirus 2019 (COVID-19) outbreak among nursing students at Boromarajonani College of Nursing, Buddhachinaraj. Participants were 466 nursing students. The research instrument consisted of a test of knowledge about COVID-19 as well as a questionnaire of risk perception and preventive behaviour regarding COVID-19 outbreak. The content validity of the test was verified IOC between .67 and 1.00. Reliability of the questionnaire was tested using KR-20 equal to 0.46. In addition the questionnaire about risk perceptions and preventive behaviour regarding COVID-19 outbreak were examined using a Cronbach's reliability coefficient alpha equal to .926 and .867, respectively. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, Pearson's product moment correlation, and Stepwise multiple regression.

The results showed that most of the students had a high level of knowledge about COVID-19 (59.84%); the sum of the risk perception and preventive behaviour was at the highest level (76.40%, 65.00% respectively). Knowledge was correlated with the preventive behaviours ($r = .13$), and risk perception was also correlated with the preventive behaviours ($r = .42$). The risk perception could predict preventive behaviours at 17.90% at a statistically significant level. This results of this can be employed as a guideline for educative administrators and faculty to enhance preventive behaviours regarding COVID-19 among nursing students in the future.

Keywords: knowledge, risk perceptions, preventive behaviours COVID-19

บทนำ

โรคโควิด-19 (COVID-19) เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขที่สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อชีวิต เศรษฐกิจและสังคมไปทั่วโลก องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) จึงประกาศยกระดับโรคโควิด-19 เป็นโรคระบาดใหญ่ (pandemic) เนื่องจากมีอัตราการเสียชีวิตประมาณร้อยละ 4 ของกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 (World Health Organization [WHO], 2021,) สำหรับประเทศไทยมีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ครั้งแรกตั้งแต่เดือนมกราคม 2563 การระบาดลูกกลามมากขึ้นจนกระทั่งรัฐบาลต้องประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินปิดเมือง (lockdown) กรุงเทพมหานครและจังหวัดต่าง ๆ ต่อมาในเดือนธันวาคม 2563 ได้มีการระบาดระลอกสองในจังหวัดสมุทรสาคร ซึ่งส่งสัยมาจากแรงงานต่างด้าวที่ลักลอบพาเข้าประเทศ และมีการระบาดระลอกสามในเดือนเมษายน 2564 จากกลุ่มวัยทำงานไปเที่ยวสถานบันเทิงในย่านทองหล่อ กรุงเทพมหานคร (กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

จากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ระลอกสาม ช่วง 1 เมษายน - 24 ตุลาคม 2564 มีผู้ติดเชื้อโควิด-19 สะสม 1,850,482 คน และเสียชีวิตสะสม 18,755 คน ปัจจุบันมีผู้ติดเชื้อรายใหม่วันละประมาณหนึ่งหมื่นคน (กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2564) เนื่องจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 (SARS-CoV-2) ทั้ง 3 สายพันธุ์ คือ อัลฟา (Alpha) เบต้า (Beta) และเดลต้า (Delta) นั้นมีความรุนแรงและสามารถติดต่อกันได้ง่าย ทำให้มีการแพร่ระบาดเป็นวงกว้างทั้งในกรุงเทพมหานคร ปริมณฑล ต่างจังหวัด และในชุมชน ส่งผลทำให้เกิดการติดต่อของคนในครอบครัว ตั้งแต่คนวัยทำงาน ผู้สูงอายุและเด็ก (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564; WHO, 2021)

การระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้ประชาชนต้องปรับตัวให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงจากการ

ดำเนินชีวิตแบบเดิมเป็นการดำเนินชีวิตวิถีใหม่ (new normal) โดยใช้หลัก D-M-H-T-A ได้แก่ D: social distancing เว้นระยะระหว่างบุคคล หลีกเลี่ยงการสัมผัสกับผู้อื่นหรืออยู่ที่แออัด M: mask wearing สวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยตลอดเวลา H: hand washing ล้างมือบ่อยๆ ด้วยน้ำสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ T: temperature การตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายเพื่อคัดกรอง T: testing ตรวจหาเชื้อโควิด และ A: application โดยติดตั้งและใช้แอปพลิเคชันไทยชนะและหมอชนะ ก่อนเข้า-ออกสถานที่สาธารณะทุกครั้ง เพื่อใช้เป็นข้อมูลประสานงานติดตามผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการสัมผัสโรคโควิด-19 ได้ทันที และสามารถสอบสวนควบคุมโรคได้อย่างรวดเร็ว (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564) ซึ่งการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ดังกล่าวถือเป็นความร่วมมือของประชาชนทุกคน

การให้ความรู้ด้านสุขภาพ (health knowledge) ทำให้บุคคลรับรู้ความเสี่ยง ตระหนักเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และส่งผลให้บุคคลยอมรับที่จะปฏิบัติตามเพื่อป้องกันโรค (Uribe et al., 2021) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ที่พัฒนาจากทฤษฎีด้านจิตวิทยาและพฤติกรรม (psychological and behavioral theory) แนวคิดนี้อธิบายว่าความเชื่อหรือการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อโรคหรือความเจ็บป่วย จะสามารถทำนายการกระทำหรือปรับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเพื่อป้องกันโรคหรือควบคุมความเจ็บป่วยนั้นๆ ได้ (Champion & Skinner, 2008 cited in Glanz, Rimer, & Viswanath, 2015; LaMorte, 2019) การรับรู้ความเสี่ยง (risk perceptions) เป็นเงื่อนไขหรือปัจจัยที่สำคัญของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ประสบความสำเร็จ (Champion & Skinner, 2008 cited in Glanz, Rimer, & Viswanath, 2015)

โดยเฉพาะในสถานการณ์การเกิดโรคระบาด บุคคลที่ได้รับข้อมูลหรือมีความรู้เกี่ยวกับโรคระบาด ได้แก่ สาเหตุ อาการแสดง ความรุนแรง วิธีการป้องกันการแพร่ระบาด จะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคระบาดที่เกิดขึ้นได้เป็นอย่างดี (Bailey, Serper, Opsasnick, Persell, O'Connor Curtis, ... & Wolf, 2020; Girma, Agenagnew, Beressa, Tesfaye, & Alenko, 2020; Uribe et al., 2021)

โรคโควิด-19 เป็นโรคระบาดที่คุกคามต่อภาวะสุขภาพ ผู้ติดเชื้อบางรายอาจมีอาการรุนแรง เช่น ปอดบวม ปอดอักเสบ ไตวาย หรือเสียชีวิต (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564) การรับรู้ความเสี่ยงและความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 เป็นสิ่งสำคัญที่จะส่งเสริมให้บุคคลเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อได้อย่างถูกต้อง หากบุคคลขาดความรู้และมีการรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคโควิด-19 ไม่ดี จะส่งผลให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อมากขึ้น (Girma et al., 2020) ในทางกลับกันถ้าบุคคลมีความรู้ และการรับรู้ความเสี่ยงที่ดี (optimistic perceptions) จะลดโอกาสเสี่ยงการเกิดโรคโควิด-19 ลดอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการตาย เพราะมีความเข้าใจและปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรค (preventive behaviors) (Tsai, Hu, Chen, Tseng, Yeh, & Cheng, 2021) โดยเฉพาะความรู้ และการรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19 เป็นปัจจัยที่จะส่งผลหรือทำนายพฤติกรรมป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 อันจะช่วยควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นักศึกษาพยาบาลเป็นประชากรกลุ่มหนึ่งของบุคลากรทางสุขภาพที่ควรมีความรู้ ทักษะทัศนคติหรือการรับรู้ความเสี่ยงและมีพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ที่ถูกต้อง จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับความรู้ การรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาลพบว่า ความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรม (behavioral

intention) ของนักศึกษาพยาบาล มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรู้โรคโควิด-19 และความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief) (Tsai, Hu, Chen, Tseng, Yeh, & Cheng, 2021) ขณะที่การศึกษาของ รังสฤกษ์ แวดีอราม, ระวี แก้วสุกใส, พรทิวา คงคุณ, อัจฉมา สุวรรณกาญจน์ และกรรณภา ไชยประสิทธิ์ (2564) พบว่า ความรู้ การรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาล มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ (new normal) เพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ผู้วิจัยเป็นอาจารย์ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโควิด-19 และยังพบว่าไม่ปรากฏการศึกษาอิทธิพลของความรู้และการรับรู้ความเสี่ยงต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา -19 ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประเด็นดังกล่าวเพื่อให้ได้ข้อมูลการวางแผน ป้องกันโรคโควิด-19 และนำไปพัฒนากิจกรรมสำหรับการลดการแพร่ระบาดของโรคโควิด -19 ในนักศึกษาพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้ความเสี่ยง และพฤติกรรมป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด -19 ของนักศึกษาพยาบาล
2. เพื่อศึกษาอิทธิพลของความรู้และการรับรู้ความเสี่ยงที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด -19 ของนักศึกษาพยาบาล

สมมติฐานการวิจัย

1. ความรู้และการรับรู้ความเสี่ยงมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับพฤติกรรมป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด -19 ของนักศึกษาพยาบาล

2. ความรู้และการรับรู้ความเสี่ยงมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาล

นิยามศัพท์

ความรู้เรื่องโรคโควิด-19 หมายถึง ข้อมูลหรือเนื้อหาสาระเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ได้แก่ ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับแหล่งระบาดของโรคโควิด-19 เชื้อไวรัสที่เป็นสาเหตุโรค ระยะฟักตัวของโรค ปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดง และความรุนแรงของโรค การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

การรับรู้ความเสี่ยง หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดแปลความหรือตีความข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ผ่านความจำ ความเข้าใจ ผสมผสานกับประสบการณ์ที่ได้รับเกี่ยวกับการติดเชื้อและการแพร่กระจายของโรคโควิด-19 ของตนเองหรือบุคคลในสังคม

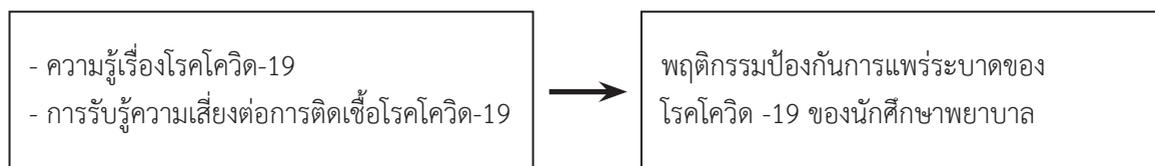
พฤติกรรมป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 หมายถึง การกระทำหรือปฏิบัติตามหลัก การป้องกันโรคโควิด-19 ด้วยหลักการดำเนินชีวิตวิถีใหม่ (new normal) โดยใช้หลัก D-M-H-T-T-A และการได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

โรคโควิด-19 หมายถึง โรคอุบัติใหม่ที่มีสาเหตุจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้เกิดเป็นโรคระบาดใหญ่

ทั่วโลก การติดต่อของโรคจากการที่ผู้ติดเชื้อไอ จาม พุดคุยหรือรับเชื้อจากการสัมผัสพื้นผิวหรือวัตถุที่มีเชื้อไวรัสอยู่แล้วนำไปสัมผัสปาก จมูก หรือตา อาการและอาการแสดงที่พบบ่อย ได้แก่ ไข้ ไอ มีน้ำมูก เจ็บคอ ปวดศีรษะ จมูกไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่รับรส หายใจเร็ว เหนื่อยหรือหายใจลำบาก ตาแดง ผื่นแดงขึ้นตามตัว ท้องเสีย และ/หรือ มีประวัติมีอุณหภูมิตั้งแต่ 37.5 องศาเซลเซียสขึ้นไป ผู้ติดเชื้อบางรายมีอาการรุนแรงจะมีปอดอักเสบ (pneumonia) ระบบหายใจล้มเหลว (respiratory failure) ไตวาย (kidney failure) และเสียชีวิตได้

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวกับการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของแชมเปียนและสกินเนอร์ (Champion & Skinner, 2008 cited in Glanz, Rimer, & Viswanath, 2015) ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 การปฏิบัติตัวตามแนวทางการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 และการได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2564) มาเป็นกรอบในการวิจัย โดยมีตัวแปรต้นมี 2 ตัวแปร คือ 1) ความรู้เรื่องโรคโควิด-19 และ 2) การรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19 ส่วนตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 (ดังแผนภาพที่ 1)



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยพรรณนาแบบเชิงทำนาย โดยดำเนินการวิจัยดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปี 1-4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช ปีการศึกษา 2564 จำนวน 532 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 23 สิงหาคม 2564) กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1-4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช ที่กำลังศึกษาในภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2564 จำนวน 466 คน คำนวณ

ขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรยามาเน่ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 ความคลาดเคลื่อนที่ 0.05 ได้ และเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยสัดส่วนตามชั้นปี จากนั้นสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยกำหนดฉลากหมายเลขของหน่วยตัวอย่างตามเลขที่ของนักศึกษา แล้วจึงสุ่มจับฉลากออกทีละใบจนครบจำนวนของนักศึกษาแต่ละชั้นปี (Omair, 2014) และกำหนดเกณฑ์การคัดเข้า คือ มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป และยินดีตอบแบบสอบถามการวิจัย (ดังตารางที่1)

ตารางที่ 1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1-4

	จำนวนนักศึกษา				รวม
	ชั้นปีที่ 1	ชั้นปีที่ 2	ชั้นปีที่ 3	ชั้นปีที่ 4	
ประชากร	90	117	148	177	532
ตัวอย่าง	79	103	130	154	466

2. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โครงการวิจัยผ่านการรับรองการพิจารณาด้านจริยธรรมโดยคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก (เลขที่ SCPHPL 1/2564.1.8) คณะผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดการตอบแบบสอบถาม แจ้งสิทธิการตอบหรือไม่ตอบแบบสอบถาม การรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล การนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม และเซ็นยินยอมในแบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล

3. เครื่องมือวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ชั้นปีที่ศึกษา ช่องทางได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด -19

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้โรคโควิด -19 ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากความรู้และการป้องกันการแพร่ระบาดโรคโควิด- 19 ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เป็นแบบทดสอบชนิดถูก-ผิด จำนวน 20 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน โดยเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนใช้การพิจารณาแบบแบ่งระดับอิงเกณฑ์ โดยประยุกต์หลักการของเบสท์ (Best, 1978) แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ ความรู้ระดับน้อย มีคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (0-11 คะแนน) ความรู้ระดับปานกลาง มีคะแนนร้อยละ 60 -79.99 (12-15 คะแนน) ความรู้ในระดับมาก มีคะแนนมากกว่าร้อยละ 80 (16-20 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19 ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และการป้องกันการแพร่

ระบาดโรคโควิด-19 จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามแบบ
มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (1-5) จากการรับรู้มากที่สุดให้ 5 คะแนน ถึงน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบประเมินพฤติกรรมป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (1-5) จากปฏิบัติพฤติกรรมป้องกัน ๆ ทุกครั้งให้ 5 คะแนน ถึงไม่ปฏิบัติพฤติกรรมป้องกัน ๆ เลยให้ 1 คะแนน

การแปลผลส่วนที่ 3 และ 4 โดยคะแนนเฉลี่ยที่ได้แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553) คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง ระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึง ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึง ระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด และการแปลความหมายค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation coefficient) หรือ ค่า r ดังนี้ ค่า $r = 1.00$ หมายความว่า ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันอย่างสมบูรณ์ ค่า $r > 0.70$ หมายความว่า ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันในระดับสูง ค่า r ระหว่าง 0.30 - 0.70 หมายความว่า ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง ค่า $r < 0.30$ หมายความว่า ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ และค่า $r = 0$ หมายความว่า ตัวแปรไม่มีความสัมพันธ์กัน

4. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

4.1 การหาค่าความตรง (Validity) ของเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัย พยาบาลวิชาชีพ และนักวิชาการสาธารณสุขที่ทำงานด้านควบคุมโรคติดต่อ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ของเครื่องมือเลือกกรายข้อที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Congruence: IOC) มากกว่า 0.50 และนำข้อที่มีค่าน้อยกว่า 0.50 มาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของ

ผู้ทรงคุณวุฒิ

4.2 การหาค่าความเที่ยง (Reliability) คณะผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงและแก้ไขเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้ (Try out) กับนักศึกษาพยาบาล ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา จำนวน 40 คน แล้วนำมาหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยแบบทดสอบความรู้โรคโควิด-19 ได้ค่า KR 20 เท่ากับ 0.46 แบบประเมินการรับรู้ความเสี่ยงฯ ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นครอนบาค (Cronbach's reliability coefficient alpha) เท่ากับ .936 และแบบประเมินพฤติกรรมป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นครอนบาค เท่ากับ .884

5. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลเดือนมิถุนายน - กรกฎาคม 2564 โดยคณะผู้วิจัยประสานงานกับอาจารย์ประจำชั้นแต่ละชั้นปี จากนั้นดำเนินการสร้างแบบสอบถามออนไลน์ (Google form) และขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีตอบคำถามตามความจริง การรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูลซึ่งไม่สามารถระบุผู้ให้ข้อมูล และไม่มีผลกระทบต่อการศึกษา การสรุปผลการวิจัยในภาพรวมเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาต่อไป ภายหลังที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม คณะผู้วิจัยตรวจสอบความเรียบร้อยของแบบสอบถาม ได้ข้อมูลสมบูรณ์ครบ 466 ชุด ผู้วิจัยจึงยุติการรับแบบสอบถาม

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาค่าความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) วิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) ทดสอบข้อตกลงของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณพบว่าความคลาดเคลื่อนมี

ความแปรปรวนคงที่ (Homoscedasticity) และเป็นการแจกแจงปกติ (Normality)

ผลการวิจัย

1. ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.56 อายุ 20-21 ปี ร้อยละ 54.41 อายุเฉลี่ย 20.68 ปี ช่องทางที่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 มากที่สุด คือ เฟซบุ๊ก (Facebook) ร้อยละ

93.10 รองลงมา คือ ทางสื่อออนไลน์ ร้อยละ 87.30

2. ระดับคะแนนของตัวแปร พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคโควิด-19 อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 59.87) การรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมากที่สุด (\bar{X} = 4.21-5.00) และพฤติกรรมการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมากที่สุด (\bar{X} = 4.21-5.00) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1-4

ระดับคะแนนของตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความรู้เรื่องโรคโควิด-19 (20 คะแนน)		
- ระดับน้อย (0-11 คะแนน)	5	1.07
- ระดับปานกลาง (12-15 คะแนน)	182	39.06
- ระดับดี (16-20 คะแนน)	279	59.87
การรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19		
- ระดับปานกลาง (\bar{X} = 2.61 -3.40)	4	.90
- ระดับมาก (\bar{X} =3.41-4.20)	108	23.10
- ระดับมากที่สุด (\bar{X} = 4.21-5.00)	354	76.00
พฤติกรรมการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19		
- ระดับปานกลาง (\bar{X} = 2.61 -3.40)	6	1.30
- ระดับมาก (\bar{X} =3.41-4.20)	157	33.70
- ระดับมากที่สุด (\bar{X} = 4.21-5.00)	303	65.00

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้ความเสี่ยง และพฤติกรรมการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาล พบว่า 1) ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาล มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ

($r = .133$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.002$) และ 2) การรับรู้ความเสี่ยงและพฤติกรรมการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาล มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ($r = .423$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1-4

ตัวแปร	พฤติกรรมป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด -19	
	r	p-value
ความรู้เรื่องโรคโควิด-19	.133 *	0.002
การรับรู้ความเสี่ยง	.423***	<0.001

*ระดับนัยสำคัญที่ 0.05, *** ระดับนัยสำคัญที่ 0.001

4. การทำนายพฤติกรรมป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด -19 พบว่า ตัวแปรการรับรู้ความเสี่ยงสามารถทำนายหรืออธิบายพฤติกรรมป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด -19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วนตัวแปรความรู้ไม่สามารถทำนายได้

ซึ่งตัวแปรการรับรู้ความเสี่ยง สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด -19 ได้ ร้อยละ 17.90 ($Beta = .437, R^2 = .179, p < .001$) (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด -19 ของนักศึกษาพยาบาล

ปัจจัยทำนาย	B	SE	Beta	t	p-value
ค่าคงที่ (constant)	36.623	2.947		12.429	<.001
การรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19	0.437	.043	.423	10.059	<.001

$R = .423 \quad R^2 = .179 \quad \text{adj.}R^2 = .177 \quad \text{df} = 1, 464$

*** $p < .001$

อภิปรายผลการวิจัย

1. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้ ความเสี่ยง และพฤติกรรมป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด -19 ของนักศึกษาพยาบาล จากผลการวิจัย พบว่า คะแนนความรู้เรื่องโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ส่วนค่าเฉลี่ยการรับรู้ความเสี่ยง และพฤติกรรมป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด -19 อยู่ในระดับมากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากโรคโควิด-19 เป็นโรคระบาดที่

ส่งผลกระทบต่อทั่วโลก ประเทศไทยได้ประกาศให้โรคโควิด-19 เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ที่ต้องมีการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมอย่างเข้มงวด โดยศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 (ศบค.) ได้แถลงข่าวสถานการณ์จำนวนผู้ติดเชื้อและวิธีการป้องกันโรคโควิด-19 ทุกวัน เพื่อให้ประชาชนร่วมมือ ร่วมใจดำเนินชีวิตวิถีใหม่ อันเป็นการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 และลดจำนวนผู้ป่วยโควิด-19 ในสถานพยาบาล (กรมควบคุมโรค

กระทรวงสาธารณสุข, 2563) สอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งสฤษฎ์ แวดือราแม, ระวี แก้วสุกใส, พรทิวา คงคุณ, อัจฉมา สุวรรณกาญจน์ และภรรณภา ไชยประสิทธิ์. (2564) พบว่า นักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ มีความรู้เรื่องโรคโควิด-19 โดยรวมอยู่ในระดับมาก และพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ เพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ โดยรวมอยู่ในระดับมากเช่นกัน เพราะนักศึกษาพยาบาลจะต้องปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตจากเดิมเป็นการดำเนินชีวิตวิถีใหม่ โดยสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า ล้างมือบ่อย ๆ ด้วยน้ำสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ ลดการมีปฏิสัมพันธ์กันในสังคม เว้นระยะห่างจากบุคคลต่างๆ ใช้การสื่อสารด้วยเทคโนโลยีและอินเทอร์เน็ตแทนการสื่อสารแบบเห็นหน้ากัน (face to face communication) อีกทั้ง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช ได้มีมาตรการเฝ้าระวังคัดกรองและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิด -19 โดยให้นักศึกษาสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า วัตถุประสงค์ของโครงการ รายงานอุณหภูมิร่างกายและอาการที่บ่งชี้ของโรคโควิด-19 ทางแอปพลิเคชันไลน์ทุกวัน หลีกเลี่ยงการไปในที่ชุมชน ลดการแออัดภายในหอพัก โดยอนุญาตให้นักศึกษากลับบ้านของตนเอง รวมถึงจัดการเรียนการสอนและสอบแบบออนไลน์ เพื่อป้องกันโรคโควิด-19 (วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช, 2564)

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ($r = .133$) สอดคล้องกับการศึกษาของ (Tsai, Hu, Chen, Tseng, Yeh, & Cheng, 2021) พบว่า ความรู้เรื่องโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาล กับความตั้งใจกระทำ (behavioral intention) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ

($r = .162$) และการศึกษาของ รุ่งสฤษฎ์ แวดือราแม, ระวี แก้วสุกใส, พรทิวา คงคุณ, อัจฉมา สุวรรณกาญจน์ และภรรณภา ไชยประสิทธิ์. (2564) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาล มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ($r = .285$) กับพฤติกรรมกรดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ เพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ซึ่งอธิบายได้ว่าเนื่องจากนักศึกษาพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งในทีมบุคลากรทางสุขภาพ และการเรียนการสอนวิชาชีพนพยาบาล มีการฝึกปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน จึงมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อโรคโควิด-19 ดังนั้น นักศึกษาพยาบาลจึงสนใจติดตามข่าวสารและข้อมูลเกี่ยวกับโรคระบาดนี้อยู่เสมอ (Mustafa, Alradi, Alshali, Khader, & Ahmad, 2020) ทำให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ในระดับดี (รุ่งสฤษฎ์ แวดือราแม, ระวี แก้วสุกใส, พรทิวา คงคุณ, อัจฉมา สุวรรณกาญจน์ และภรรณภา ไชยประสิทธิ์, 2564; Albaqawi, Alquwez, Balay-odao, Bajet, Alabdulaziz, Alsolami, & Cruz, 2020) แต่อย่างไรก็ตาม นักศึกษาพยาบาลบางคนยังมีพฤติกรรมกรป้องกันโรคโควิด-19 ที่ไม่เหมาะสม เช่น การล้างมืออย่างถูกวิธีด้วยน้ำและสบู่อย่างน้อยใช้เวลา 20 วินาที การทำความสะอาดพื้นผิวที่สัมผัสร่วมกันด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ การใช้หน้ากากอนามัยและการทิ้งหน้ากากอนามัย (Albaqawi et al., 2020; Uribe et al., 2021) ซึ่งการศึกษานี้พบว่าในรายข้อคำถามนักศึกษาพยาบาลบางส่วนยังมีพฤติกรรมกรล้างมือไม่ถูกวิธี และมีการรับประทานอาหารร่วมกัน

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเสี่ยงและพฤติกรรมป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาล มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ($r = .423$) ขณะที่การศึกษาของ รุ่งสฤษฎ์ แวดือราแม, ระวี แก้วสุกใส, พรทิวา คงคุณ, อัจฉมา สุวรรณกาญจน์ และภรรณภา ไชยประสิทธิ์. (2564).

พบว่าการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด -19 ของนักศึกษาพยาบาล มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ($r = .281$) กับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ เพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการรับรู้การเสี่ยงต่อโรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อความคิด ความเชื่อที่ทำให้บุคคลนั้นยอมรับ และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประจำวัน เพื่อส่งเสริมสุขภาพของบุคคล (Champion & Skinner, 2008 cited in Glanz, Rimer, & Viswanath, 2015) โดยเฉพาะโรคโควิด -19 เป็นโรคระบาดใหญ่ บุคคลที่มีทัศนคติที่ดีต่อโรคหรือความเจ็บป่วย และมีการรับรู้ต่อความเสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อไวรัสโควิด -19 มาก จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (behavioral change) เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด -19 มากขึ้น (Tsai, Hu, Chen, Tseng, Yeh, & Cheng, 2021; Uribe et al., 2021)

2. อิทธิพลของความรู้และการรับรู้ความเสี่ยงที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด -19 ของนักศึกษาพยาบาล จากการศึกษาพบว่า การรับรู้ความเสี่ยงมีอิทธิพลหรือส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด -19 ได้เพียงร้อยละ 17.90 ขณะที่การศึกษาของ ไ้ และคณะ (Tsai, Hu, Chen, Tseng, Yeh, & Cheng, 2021) พบว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ลักษณะส่วนบุคคล (demographic background) ของนักศึกษาพยาบาล และการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) สามารถทำนายหรือส่งผลความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรม (behavioral intention) ได้ร้อยละ 58.10 อธิบายได้ว่าการรับรู้ความเสี่ยง เป็นความรู้สึกรู้สึกผิด ขึ้นอยู่กับทัศนคติ อารมณ์ ประสบการณ์ และอุปสรรคของการจัดการต่อโรค หากมีทัศนคติที่ดีต่อโรคและความเจ็บป่วยจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้มากขึ้น และทำให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะประสบความสำเร็จ (Tsai, Hu, Chen, Tseng, Yeh, & Cheng, 2021)

โดยเฉพาะโรคโควิด-19 เป็นโรคระบาดใหญ่ที่ส่งผลกระทบต่อชีวิต เศรษฐกิจและสังคม จึงควรรีใช้กลยุทธ์หรือวิธีการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่หลากหลาย (Albaqawi et al., 2020; WHO, 2021)

ข้อจำกัดของงานวิจัยครั้งนี้พบว่าแบบทดสอบความรู้โรคโควิด-19 มีค่า KR 20 ค่อนข้างต่ำ อาจแสดงถึงแบบทดสอบยังขาดความชัดเจนและบางข้อความ เป็นปฏิเสธ ซึ่งส่งผลของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร จึงควรมีการปรับปรุงแบบทดสอบความรู้มีค่าความเที่ยงมากกว่า .70 แล้วจึงนำไปศึกษาในครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นกรอบแนวคิดของการศึกษา ซึ่งพบว่าตัวแปรการรับรู้ความเสี่ยง ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด -19 ดังนั้น การนำผลการวิจัยไปใช้จึงเพิ่มการรับรู้ความเสี่ยงให้กับนักศึกษาพยาบาล โดยการสร้างทัศนคติและสื่อสารเชิงบวกเพื่อให้มีพฤติกรรมป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด -19 อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

เนื่องจากนักศึกษาพยาบาลต้องมีการฝึกภาคปฏิบัติในหอผู้ป่วยและในชุมชน ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 จึงควรมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 และจัดทำโปรแกรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 ในนักศึกษาพยาบาล และกลุ่มบุคลากรทางสุขภาพต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธิชินราช ปีงบประมาณ 2564

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). การป้องกัน
ใช้หลัก D-M-H-T-T-A. สืบค้นจาก [https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=16715
&deptcode=brc](https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=16715&deptcode=brc)
- กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, (2564).
แนวทางการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อ
เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับบุคลากรทางการแพทย์
และสาธารณสุข. สืบค้นจาก [https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1150920
210610033910.pdf](https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1150920210610033910.pdf)
- กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. (2564).
โรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19).
สืบค้นจาก [https://ddc.moph.go.th/
viralpneumonia/ind_world.php](https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/ind_world.php)
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัย
ทางการพยาบาลศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 5)*.
กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเทอร์เน็ตมีเดีย.
- วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช. (2564).
ประกาศ เรื่อง แนวทางการปฏิบัติตนใน
สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดต่อเชื้อไวรัส
โคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับนักศึกษา
ฉบับที่ 44/2564 . เอกสารอัดสำเนา.
- รังสฤษฏ์ แวดือราม, ระวี แก้วสุกใส, พรทิวา คงคุณ,
อัชฌา สุวรรณกาญจน์ และกรรณภา ไชย
ประสิทธิ์. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้
และการรับรู้กับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบ
วิถีใหม่เพื่อการป้องกันโรคติดต่อเชื้อโคโรนา 2019
ของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. *วารสาร
เครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุข
ภาคใต้*, 8(2), 80-92.
- Albaqawi, H. M., Alquwez, N., Balay-Odao, E., Bajet,
J. B., Alabdulaziz, H., Alsolami, F., ... & Cruz,
J. P. (2020). Nursing students' perceptions,
knowledge, and preventive behaviors
toward COVID-19: A Multi-university study.
Frontiers in Public Health, 8,1-9. doi.org/10.
3389/fpubh.2020.57339
- Bailey, S. C., Serper, M., Opsasnick, L., Persell, S. D.,
O'Connor, R., Curtis, L. M., ... & Wolf, M. S. (2020).
Changes in COVID-19 knowledge, beliefs,
behaviors, and preparedness among high-risk
adults from the onset to the acceleration
phase of the US outbreak. *Journal of General
Internal Medicine*, 35(11), 3285-3292.
- Best, W. J. (1978). *Research in Education* (3rd ed.).
New Jersey: Prentice Hall.
- Champion, V.L. & Skinner, C.S. (2015). In Glanz, K.,
Rimmer, B.K., Viswanath, K. (Eds). *Health
behavior and health education: Theory,
research, and practice* (5th ed.). San Francisco:
Jossey-Bass.
- Ferrer, R. & Klein, W.M. (2015). Risk perceptions
and health behavior. *Current Opinion
Psychology*, 1(5), 85-89.
- Girma, S., Agenagnew, L., Beressa, G., Tesfaye, Y.,
& Alenko, A. (2020). Risk perception and
precautionary health behavior toward
COVID-19 among health professionals
working in selected public university hos
pitals in Ethiopia. *PLOS ONE*, 15(10), 1-9.
- LaMorte, W.W. (2019). *Behavioral change model
:The health belief model*. Retrieved from
[https://sphweb.bumc.bu.edu/otlt/mph-mod
ules/sb/behavioralchange/theories/](https://sphweb.bumc.bu.edu/otlt/mph-modules/sb/behavioralchange/theories/)
- Mustafa, R. M., Alrabadi, N. N., Alshali, R. Z., Khader,

- Y. S., & Ahmad, D. M. (2020). Knowledge, attitude, behavior, and stress related to COVID-19 among undergraduate health care students in Jordan. *European Journal of Dentistry*, 14(1), 50-55.
- Omair, A. (2014). Sample size estimation and sampling techniques for selecting a representative sample. *Journal of Health Specialties*, 2(4), 142-146.
- Tsai, F. J., Hu, Y. J., Chen, C. Y., Tseng, C. C., Yeh, G. L., & Cheng, J. F. (2021). Using the health belief model to explore nursing students' relationships between COVID-19 knowledge, health beliefs, cues to action, self-efficacy, and behavioral intention: A cross-sectional survey study. *Medicine*, 100(11), 1-6.
- Uribe, F. A. R., Godinho, R. C.S., Machado, M. A. A., Oliverira, S. G., Espejo, C. A. N., Sousa, N.C.V., ... Pedroso, J.S. (2021). Health knowledge, health behaviors and attitudes during pandemic emergencies: A systematic review. *PLoS ONE*, 16(9), 1-14.
- World Health Organization. [WHO]. (2021, October 28). Coronavirus disease (COVID-19). *WHO Thailand Weekly*. Retrieved from: https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/2021_10_28_eng-sitrep-207-covid19.pdf



ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยและพฤติกรรมการปรับตัวในการเรียนออนไลน์
กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาล ในมหาวิทยาลัย เอกชนแห่งหนึ่ง
**Relationship between Factors and adaptive behaviors for online
learning and learning achievement of nursing students
in Private University**

ขวัญเรือน ก้าววิฑู, วท.ม., Kwanruen Kawitu, M.Sc.¹

ชัยสิทธิ์ ทัศนิก, พย.ม., Chaisit Thansuk, M.N.S¹

ระชี ติษฐจร, ศษ.ม., Rachee Ditajorn, M.Ed.²

ชนิดา มัททวงกูร, Chanida Mattavangkul, Ph.D.³

¹อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม

¹Lecturer, Faculty of Nursing, Siam University

²พ.ต.อ. หญิง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม

²Police Colonel, Faculty of Nursing, Siam University

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม

³Assist Professor, Ph.D., Faculty of Nursing, Siam University

Corresponding Author Email: sarangaeyo_may@hotmail.com

Received: July 22, 2021

Revised: December 17, 2021

Accepted: December 20, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยความเครียดและพฤติกรรมการปรับตัวในการเรียนออนไลน์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง สยาม กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 4 จำนวน 113 คน คัดเลือกตามเกณฑ์และเข้าหากุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน รวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามปัจจัยความเครียดและแบบสอบถามพฤติกรรมการปรับตัวในการเรียนออนไลน์ มีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 95, 1.00, .94, 1.00, 1.00 และ 1.00 ตามลำดับ ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .97, .95, .96, .92, .93, 89 และ .86 9 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและสถิติไคสแควร์ ผลการวิจัย พบว่า จำนวนครั้งในการทบทวนบทเรียนต่อสัปดาห์ ($r = .244, p < .01$) ปัจจัยด้านผู้เรียน ($r = .344, p < .01$) ปัจจัยด้านเทคโนโลยีและช่องทางการติดต่อสื่อสาร ($r = .260, p < .01$) ปัจจัยด้านครอบครัว

และสังคมเศรษฐกิจ ($r = .208, p < .05$) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ($r = .235, p < .05$) และพฤติกรรมการปรับตัว ($r = .190, p < .05$) เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จึงเสนอแนะว่าการจัดการสอนผ่านระบบออนไลน์อาจารย์ต้องจัดกิจกรรมให้มีการทบทวนเนื้อหาที่เรียน อาทิ มอบหมายงานตามใบงานหรือให้สรุปผังภาพมโนทัศน์ของเนื้อหาหลังการเรียน ให้กำลังใจในการเรียน และคำแนะนำในการปรับตัวอย่างเหมาะสม รวมถึงสนับสนุนผู้ปกครองช่วยในการสนับสนุนทั้งค่าใช้จ่าย สภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับการเรียนออนไลน์

คำสำคัญ: ปัจจัย พฤติกรรมการปรับตัว ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน การเรียนแบบออนไลน์

Abstract

This research aimed to examine the factors and adaptive behavior associated to Learning Achievement in the undergraduate Nursing students at Siam University. The sample included 113 students. The questionnaire was reviewed by five experts. The content validity index were .95, 1.00, .94, 1.00, 1.00 and 1.00 respectively. Cronbach's alpha coefficient reliability were .97, .95, .96, .92, .93, 89 and .86 respectively. The data were analyzed by using descriptive statistics such as percentage, mean and standard deviation. Inferential Statistics were employed for data analysis with Pearson's product correlation coefficient and Chi-square test for correlation.

The results revealed the factors which statistically significant associated (p -value < 0.05) with learning achievement were tutorial effects ($r = .244, p < .01$) student factor ($r = .344, p < .01$) Technology and IT platform ($r = .260, p < .01$) family factor and socioeconomic ($r = .208, p < .05$) environment factor ($r = .235, p < .05$) and adaptive behaviors ($r = .190, p < .05$). Therefore, the teacher should be motivated for tutorial effects such as or mind mapping after finished class. The encouragement and advice to student are necessary. Administrators and Faculties should be give an information to their parents for provided facilities (time, private zone, expense) for online learning.

Keywords: factors, adaptive behavior, learning achievement, online learning

บทนำ

ปัจจุบันทั่วโลกกำลังประสบปัญหาการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ซึ่งเป็นโรคติดต่อในระบบทางเดินหายใจที่สามารถแพร่กระจายเชื้อได้ง่ายส่งผลกระทบต่อสุขภาพและชีวิตของมนุษย์โดยตรง ประเทศไทยมีรายงานสถิติพบจำนวน

ผู้ติดเชื้อมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นแบบทวีคูณจากหลักร้อยเป็นหลักพันในช่วงที่สาม จากรายงานสถิติวันที่ 16 มิถุนายน 2564 ผู้ติดเชื้อภายในประเทศรายใหม่ 2,331 ราย รวมสะสม 175,732 ราย และเสียชีวิต 40 ราย (Department Of Disease Control, 2021) จากการเพิ่มของจำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตอย่างรวดเร็ว รัฐบาล

จึงออกประกาศเพื่อควบคุมสถานการณ์แพร่ระบาดดังกล่าว โดยให้บุคลากรในหน่วยงานราชการสามารถทำงานได้ที่บ้าน สถานประกอบการบางแห่งมีการสั่งหยุดงาน หรือให้ทำงานที่บ้าน (work from home) และกระทรวงอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรมได้มีคำสั่งเรื่องมาตรการเฝ้าระวังการระบาดของโรคไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ฉบับที่ 2 ให้งดการจัดการเรียนการสอนในชั้นเรียน ให้ดำเนินการสอนจัดการเรียนการสอนแบบออนไลน์แทนการสอนในชั้นเรียน และให้งดการฝึกประสบการณ์ทางคลินิก ร่วมกับการรณรงค์อยู่บ้าน หยุดเชื้อ เพื่อชาติ (Ministry of Higher Education, Science, Research and Innovation, 2020)

การจัดการเรียนการสอนแบบออนไลน์อย่างเต็มรูปแบบถือว่าเป็นเรื่องใหม่สำหรับมหาวิทยาลัย อาจารย์ และนักศึกษา ซึ่งปัจจัยต่อความสำเร็จการเรียนรู้ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ หรือบทเรียนออนไลน์ประกอบด้วย ปัจจัยด้านผู้เรียน ปัจจัยด้านผู้สอน ปัจจัยด้านบทเรียน และปัจจัยด้านสำหรับด้านเทคโนโลยี (Nittaya, 2021) โดยการเรียนออนไลน์ต้องใช้ทรัพยากรต่างๆ อาทิเช่น ระบบอินเทอร์เน็ตสำหรับด้านการออกแบบเนื้อหาของบทเรียนทั้งในรูปแบบของข้อความ ภาพ เสียง วิดีโอต่างๆ สร้างสภาวะแวดล้อมที่สนับสนุนการเรียนรู้ อย่างมีชีวิตชีวา (active learning) การจัดระบบการเรียนการสอน ให้อาจารย์สามารถสร้างบทเรียนและสอนได้อย่างเหมาะสม โดยมุ่งเน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง ให้ติดต่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและปรึกษากันได้ตลอดเวลา รวมถึงผู้สอนสามารถประเมิน ติดตามพฤติกรรมผู้เรียนได้เสมือนกับการเรียนในชั้นเรียนปกติ นอกจากนี้ในการเรียนรู้ผ่านระบบออนไลน์จำเป็นจะต้องมีค่าใช้จ่ายในการซื้อแพ็คเกจอินเทอร์เน็ตที่สามารถใช้ความเร็วที่ไม่จำกัดเพื่อลดอุปสรรคของการสื่อสารออนไลน์ด้านความล่าช้าของการรับส่งข้อมูล และด้านความเสถียรของคลื่นหรืออินเทอร์เน็ตของเครือข่าย

สำหรับด้านสิ่งแวดล้อมในการเรียนออนไลน์ประกอบด้วยด้านเสียงและด้านความร้อน เป็นหนึ่งในปัจจัยสนับสนุนขณะเรียนออนไลน์ และรวมไปถึงการสนับสนุนจากครอบครัวทั้งด้านความพร้อมของสถานที่ ค่าใช้จ่าย และเวลา (Chadapa, 2021)

พฤติกรรมกรรมการปรับตัวในการเรียนออนไลน์เป็นการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการเรียนเกิดขึ้น โดยขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการปรับตัวของผู้เรียนซึ่งการ Roy's Adaptation Model (1984) ได้อธิบายถึงการปรับตัวไว้ว่า หมายถึง พฤติกรรมการตอบสนองของบุคคลเมื่อเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเองหรือสิ่งแวดล้อมของตนเอง เพื่อปรับคงสภาพสมดุลทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งรอยเชื่อว่าคนเราประกอบด้วย กาย จิต สังคม เป็นหน่วยเดียวกันที่ไม่อาจแบ่งแยกได้ โดยกลไกการปรับตัวเพื่อคงไว้ซึ่งความต้องการพื้นฐานที่เป็นดัชนีบ่งชี้ความมั่นคงของชีวิตแสดงออกมาเป็นพฤติกรรม แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ พฤติกรรมการปรับตัวตามความต้องการด้านร่างกาย (Physiological Needs) พฤติกรรมการปรับตัวตามความต้องการด้านร่างกาย (Physiological Needs) พฤติกรรมการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ (Self-Concept) พฤติกรรมการปรับตัวตามบทบาทหน้าที่ (Role Function) และการปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกัน (Interdependence) การปรับตัวที่เกิดขึ้นเป็นการตอบสนองต่อตามความต้องการของผู้เรียน นั่นคือการได้ผลการเรียนที่ดีวัดจากระดับของเกรดที่ได้ในรายวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน 2 ซึ่งจะเป็นตัวสะท้อนถึงผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน

การจัดการศึกษาในระดับอุดมศึกษาอย่างต่อเนื่องถือว่าเป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้ผู้เรียน มีความรู้ ความสามารถ มีคุณภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการทรัพยากรมนุษย์ ในการพัฒนาประเทศต่อไป คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม ตระหนักถึงความจำเป็นที่จะต้อง

ตอบสนองตามนโยบายกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์วิจัยและนวัตกรรม ดังนั้นในปีการศึกษา 2563 ได้ปรับเปลี่ยนรูปแบบการเรียนการสอน ผ่านสื่อออนไลน์อย่างเต็มรูปแบบครบถ้วนตามหลักสูตร ให้ นักศึกษามีผลลัพธ์ทางการเรียนรู้ (Learning outcomes) ครบ ดังการศึกษาของ Nittaya (2018) ที่พบว่าปัจจัย ต่อความสำเร็จการเรียนรู้ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ หรือบทเรียนออนไลน์ประกอบด้วย ปัจจัยด้านผู้เรียน ปัจจัยด้าน ผู้สอน ปัจจัยด้านบทเรียน และปัจจัยด้านสำหรับด้าน เทคโนโลยี และการศึกษาของ Chadapa (2021) พบว่า ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในการเรียนออนไลน์ และปัจจัย ด้านครอบครัวเช่น การสนับสนุน จากครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการลดความเครียดในการเรียนออนไลน์ และ การศึกษาของ Zamira (2020) พบว่านักศึกษาที่มีการ ปรับตัว ทางด้านการเรียนออนไลน์ และยอมรับการเรียน รูปแบบออนไลน์ทำให้ทักษะหรือพฤติกรรมการเรียนของ นักศึกษาเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

จากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ที่ ยังไม่สิ้นสุด ส่งผลให้การศึกษารูปแบบออนไลน์ยังคง ดำเนินต่อไปเช่นกัน เพื่อผลประโยชน์สูงสุดแก่นักศึกษา โดยถึงแม้จะมีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆและ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนออกมามากมายต่อเนื่อง เพราะ แต่ละสถาบันต้องการได้ข้อมูลที่สอดคล้องกับบริบทของ นักศึกษาของตนเอง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย สยาม ก็เป็นอีกหนึ่งสถาบันที่มีเอกลักษณ์ และบริบท เป็นของตนเอง ดังนั้นเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนารูปแบบการจัดการเรียน การสอนแบบออนไลน์ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และ เกิดผลสัมฤทธิ์ทางเรียนที่ดีต่อไปในอนาคต โดยเน้น ถึงความสอดคล้องตามบริบทของนักศึกษา ผู้วิจัย ในฐานะผู้สอนรายวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน 2

จึงได้สนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยความเครียดกับพฤติกรรมการปรับตัว ในการเรียนออนไลน์และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของ นักศึกษาพยาบาลในครั้งนี ซึ่งอาจจะใช้เป็นประโยชน์ ในคณะพยาบาลแห่งนีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

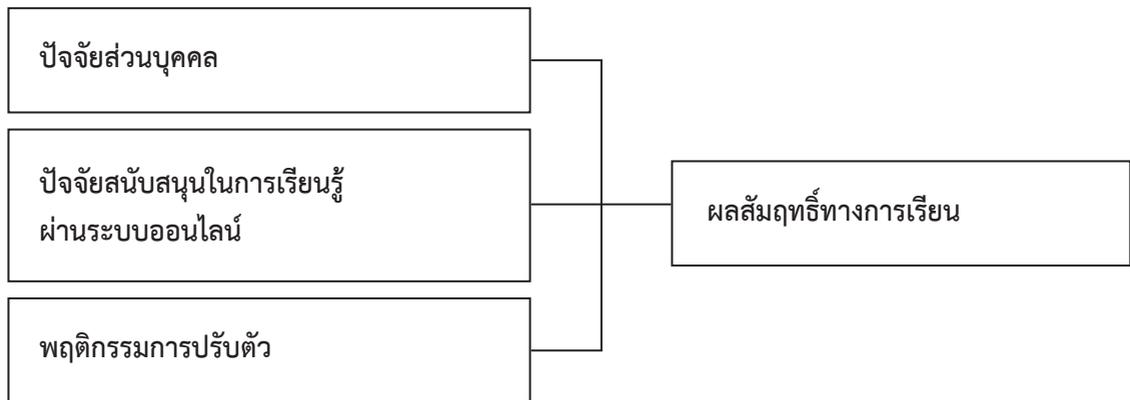
เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสนับสนุนในการเรียนรู้ผ่านระบบออนไลน์ และ พฤติกรรมการปรับตัว กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนใน รายวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน 2

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ภูมิภาค สถานภาพสมรสของบิดา-มารดา ลักษณะครอบครัว และรายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ ทางการเรียนในรายวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน 2
2. ปัจจัยสนับสนุนในการเรียนรู้ผ่านระบบ ออนไลน์ ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้เรียน ปัจจัยด้านผู้สอน ปัจจัย ด้านบทเรียน ปัจจัยด้านเทคโนโลยีและช่องทางการ ติดต่อสื่อสาร ปัจจัยด้านครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม มีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ ทางการเรียนในรายวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน 2
3. พฤติกรรมการปรับตัวมีความสัมพันธ์กับ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในรายวิชาการพยาบาลอนามัย ชุมชน 2

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับ การศึกษาวิจัยดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาความสัมพันธ์ (Relationship descriptive research) มีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้ ประชากร เป็นนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 มหาวิทยาลัยสยาม ที่ลงทะเบียนเรียนในภาคฤดูร้อนในรายวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน 2 ปีการศึกษา 2562 จำนวน 113 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 มหาวิทยาลัยสยาม ที่ลงทะเบียนเรียนในภาคฤดูร้อนในรายวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน 2 ปีการศึกษา 2562 คำนวณจากประชากรด้วยสูตรคำนวณกลุ่มตัวอย่างของเครซีและมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 94 คน เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหายจึงเก็บเพิ่มร้อยละ 20 ของกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ (Gupta, Attri, Singh, Kaur, and Kaur, 2016) เท่ากับ 19 คน รวมกลุ่มตัวอย่างที่ต้องเก็บข้อมูลทั้งหมดจำนวน 113 คน

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย (Inclusion criteria)

ผู้เข้าร่วมโครงการเป็นนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง และต้องลงทะเบียนเรียนรายวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน 2 ภาคฤดูร้อน ปีการศึกษา 2562 เท่านั้น

เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมวิจัย (Exclusion criteria)

นักศึกษาที่ถอนการลงทะเบียนเรียนรายวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน 2 หรือไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ในระหว่างการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามจำนวน 1 ชุด แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรม มีข้อคำถามจำนวน 8 ข้อถามเกี่ยวกับเพศ ชั้นปี อายุ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ภูมิฐานะ สถานภาพสมรสของบิดา-มารดา ลักษณะครอบครัว และรายได้ของครอบครัว ลักษณะของคำตอบเป็นแบบเติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 ปัจจัยความเครียดพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรม มีข้อคำถามจำนวน 56 ข้อถามเกี่ยวกับความเครียดจากผู้สอน บทเรียน เทคโนโลยีและการติดต่อสื่อสาร ครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม ลักษณะของคำตอบเป็นแบบเติมคำในช่องว่าง และแบบประมาณค่าตามระดับความคิดเห็น (Rating scale) โดยกลุ่มตัวอย่างประเมินด้วยตนเอง ลักษณะของตัวเลือกมี 5 ระดับ มากที่สุด (4 คะแนน) มาก (3 คะแนน)

ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน) คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1-5 โดยค่าคะแนนเฉลี่ยมาก หมายถึง ปัจจัยความเครียดอยู่ในระดับมากที่สุด

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการปรับตัวพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและทฤษฎีการปรับตัวของรอย Roy's adaptation model มีข้อความคำถามจำนวน 8 ข้อ ถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการปรับตัวในการเรียนออนไลน์ โดยกลุ่มตัวอย่างประเมินด้วยตนเองและตอบแบบสอบถาม ลักษณะของตัวเลอมี 5 ระดับ มากที่สุด (4 คะแนน) มาก (3 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน) ?? คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1-5 โดยค่าคะแนนเฉลี่ยมาก หมายถึง พฤติกรรมการปรับตัวอยู่ในระดับมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผ่านการตรวจสอบคุณภาพ ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามทั้ง 3 ส่วนส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลอนามัยชุมชน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) และทำการปรับปรุงสำนวนภาษาให้เหมาะสมตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามปัจจัยความเครียดและแบบสอบถามพฤติกรรม การปรับตัวในการเรียนออนไลน์ เท่ากับ .95, 1.00, .94, 1.00, 1.00 และ 1.00 ตามลำดับ

2. การทดสอบความเชื่อมั่น ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับ นักศึกษาที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในมหาวิทยาลัยเอกชนอีกแห่งหนึ่ง จำนวน 30 คน คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) ของ แบบสอบถามปัจจัยความเครียดและแบบสอบถามพฤติกรรม

การปรับตัวในการเรียนออนไลน์ เท่ากับ .97, .95, .96, .92, .93, 89 และ .86 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์

การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม เอกสารรับรองเลขที่ 2564/004.15/02 วันที่รับรอง 15 กุมภาพันธ์ 2564 ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดในการดำเนินวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง ผู้ที่เข้าร่วมโครงการต้องเซ็นยินยอมโดยสมัครใจโดยข้อมูลที่ตอบของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ นำเสนอเสนอผลการวิจัยในภาพรวมและไม่สามารถสืบถึงตัวผู้ให้ข้อมูลและจะทำลายเอกสาร แบบสอบถามที่เกี่ยวข้องทั้งหมดที่เมื่อบทความวิจัยได้รับการเผยแพร่ กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากโครงการได้ตลอดเวลา ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่ถอนตัวออกจากโครงการและผู้ที่ไม่ยินยอมสมัครเข้าร่วมโครงการ จะได้รับสิทธิทุกประการตามปกติและการตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมโครงการจะไม่มีผลต่อคะแนนและเกรดในวิชาที่ศึกษาวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดในการดำเนินวิจัยวัตถุประสงค์ของการวิจัย และให้ผู้เข้าร่วมโครงการเซ็นยินยอมสมัครใจเข้าร่วมงานวิจัย หลังจากได้รับคำชี้แจงแล้ว

2. ให้ผู้เข้าร่วมโครงการตอบแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 30 - 40 นาที

3. บันทึกข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

ทั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 22 กุมภาพันธ์ ถึงวันที่ 5 มีนาคม 2564 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกและเข้าหากกลุ่มตัวอย่าง

เป็นรายบุคคลด้วยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม จำนวน 113 ชุด ได้กลับคืนมาและผ่านการบรรณาธิกรจำนวน 113 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ผลการทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลด้วยการทดสอบ Kolmogorov Smirnov พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ หลังจากนั้นจึงวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและสถิติไคสแควร์

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 113 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 91.20) อายุอยู่ระหว่าง 21-33 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 22.56 ปี (\bar{X} = 22.56, SD = 1.84) ภูมิลำเนาส่วนใหญ่อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 55.21) สถานภาพสมรสของบิดา-มารดาส่วนใหญ่อยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 77.88) ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 67.26) รายได้ของครอบครัวเฉลี่ย 18,427.27 บาทต่อเดือน (SD = 13,781.02)

2. ปัจจัยสนับสนุนในการเรียนรู้ผ่านระบบออนไลน์ ประกอบด้วย ปัจจัยด้านผู้เรียน ปัจจัยด้านผู้สอน ปัจจัยด้านบทเรียน ปัจจัยด้านเทคโนโลยีและช่องทางการติดต่อสื่อสาร ปัจจัยด้านครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม โดยปัจจัยด้านผู้เรียน พบว่านักศึกษาส่วนมากมีพฤติกรรมในการเข้าเรียนออนไลน์ 5 ครั้ง/สัปดาห์ (ร้อยละ 57.52) เกือบทุกคนใช้เวลา 2-4 ชั่วโมงต่อวัน (ร้อยละ 98.23) ค่าใช้จ่ายในการเรียนออนไลน์เฉลี่ยแล้วส่วนมากไม่เกิน 500 บาท/เดือน (ร้อยละ 51.78) (\bar{X} = 1,313.76

บาท, SD = 3,184.77) กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นต่อการเรียนออนไลน์ทำให้จัดการเวลาได้ดีอยู่ในระดับมาก และมีความเพลิดเพลินและความพึงพอใจในการเรียนออนไลน์ในระดับปานกลาง ปัจจัยด้านเทคโนโลยีและการสื่อสาร พบว่าในการเรียนออนไลน์กลุ่มตัวอย่างเรียนผ่านโปรแกรม Microsoft Teams มากที่สุด (ร้อยละ 38.05) ปัจจัยด้านครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีกิจกรรมหรือภาระงานที่ต้องช่วยผู้ปกครองในระหว่างที่เรียนออนไลน์ (ร้อยละ 87.61) โดยร้อยละ 69.91 ใช้เวลา 1-3 ชั่วโมง/วัน ในการช่วยงานผู้ปกครอง (\bar{X} = 3.01, SD = 1.94) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม พบว่าสถานที่ใช้ในการเรียนออนไลน์ส่วนมากคือ ที่บ้านตนเองในห้องส่วนตัว (ร้อยละ 46.90)

3. ปัจจัยด้านพฤติกรรมกรปรับตัว พบว่าข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีความถี่ในการปฏิบัติมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ยสูงสุด) คือ ท่านมีการวางแผนจัดสรรเวลาในการทำงานที่ได้รับมอบหมายให้เสร็จทันภายในเวลาที่กำหนด (\bar{X} = 4.06, SD = 0.76) และ ท่านมักจัดการกับปัญหาการเรียนออนไลน์ด้วยตัวของท่านเอง (\bar{X} = 4.13, SD = 0.68) รองลงมา คือ ท่านมีการจัดสภาพแวดล้อมให้พร้อมในการเรียนออนไลน์ (\bar{X} = 4.05, SD = 0.74) ส่วนข้อที่มีความถี่ในการปฏิบัติน้อยที่สุด (คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด) คือ เมื่อท่านมีความเครียดกังวลใจในการเรียนออนไลน์ ท่านจะปรึกษาพูดคุยกับบุคคลภายในครอบครัว (\bar{X} = 3.64, SD = 0.90)

4. ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในรายวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน 2 อยู่ในระดับปานกลาง (เกรด B) มากที่สุด (ร้อยละ 40.71)

เมื่อทำการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติไคสแควร์ ระหว่างปัจจัยด้านเทคโนโลยีและการติดต่อสื่อสาร และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมกับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ได้ผลดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านเทคโนโลยีและการติดต่อสื่อสาร และกับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (n= 113)

ตัวแปร	ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนแบบออนไลน์					χ^2	p-value
	มากที่สุด จำนวน (ร้อยละ)	มาก จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	น้อย จำนวน (ร้อยละ)	น้อยที่สุด จำนวน (ร้อยละ)		
ข้อมูลทั่วไป						1.859	0.762
เพศ							
ชาย	1 0.88	2 1.77	3 2.66	4 3.54	0 0		
หญิง	7 6.19	26 23.01	43 38.05	24 21.24	3 2.66		
ภูมิภาค (ภูมิภาค)						21.265	0.169
ตะวันออกเฉียงเหนือ	3 2.66	17 15.04	25 22.13	11 9.74	3 2.66		
เหนือ	2 1.77	8 7.08	18 15.93	12 10.62	0 0		
ตะวันออก	2 1.77	2 1.77	2 1.77	1 0.88	0 0		
ตะวันตก	1 0.88	0 0	0 0	1 0.88	0 0		
ใต้	0 0	1 0.88	1 0.88	3 2.66	0 0		
สถานภาพสมรสบิดา-มารดา						13.280	0.103
อยู่ด้วยกัน	6 5.41	18 15.93	38 33.64	25 21.13	1 0.98		
หม้าย	0 0	4 3.64	2 1.87	0 0	1 0.98		
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	2 1.87	6 5.41	6 5.41	3 2.75	1 0.98		
ลักษณะครอบครัว						2.855	0.582
ครอบครัวเดี่ยว	4 3.54	20 17.70	30 26.55	19 16.81	3 2.66		
ครอบครัวขยาย	4 3.54	8 7.08	16 14.16	9 7.96	0 0		

ตัวแปร	ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนแบบออนไลน์					χ^2	p-value
	มากที่สุด จำนวน (ร้อยละ)	มาก จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	น้อย จำนวน (ร้อยละ)	น้อยที่สุด จำนวน (ร้อยละ)		
กิจกรรมภาระงานที่ช่วยผู้ ปกครองระหว่างเรียนออนไลน์						1.924	0.750
มี	7 6.19	23 20.35	40 35.40	26 23.01	3 2.66		
ไม่มี	1 0.88	5 4.43	6 5.31	2 1.77	0 0		
ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมสถานที่ใน การเรียนออนไลน์							
บ้านตัวเองในห้องส่วนตัว	6 5.31	16 14.16	28 24.78	18 15.93	1 0.88	1.928	0.749
บ้านตัวเองแต่ไม่มีห้องส่วนตัว	1 0.88	13 11.61	17 15.18	17 15.18	2 1.77	7.754	0.101
บ้านญาติ	1 0.88	1 0.88	5 4.43	2 1.77	0 0	1.777	0.777
บ้านเช่า	0 0	0 0	3 2.66	3 2.66	0 0	3.948	0.413
ปัจจัยด้านเทคโนโลยีและ การติดต่อสื่อสาร						20.891	0.404
โปรแกรมที่ใช้สำหรับเรียน ออนไลน์							
Google Meet	4 3.55	4 3.55	6 5.31	5 4.42	0 0		
Zoom	2 1.77	2 1.77	3 2.65	6 5.31	0 0		
Microsoft Team	1 0.88	14 12.39	18 15.94	9 7.97	1 0.88		
Loom	1 0.88	7 6.19	16 14.17	7 6.19	2 1.77		
Webex Meet	0 0	1 0.88	1 0.88	1 0.88	0 0		
Facebook Live	0 0	0 0	2 1.77	0 0	0 0		

จากตารางที่ 1 พบว่า เพศ ภูมิภาค สถานภาพ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
 สมรสบิดา-มารดา ลักษณะครอบครัว กิจกรรม/ ภาระงาน ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์สถิติสัมประสิทธิ์
 ที่ช่วยผู้ปกครองระหว่างเรียนออนไลน์ สถานที่ในการ สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างมิติรายด้านของปัจจัย
 เรียนออนไลน์ และโปรแกรมที่ใช้สำหรับเรียนออนไลน์ ส่วนบุคคลกับพฤติกรรมปรับตัวและผลสัมฤทธิ์
 เป็นปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์ต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ทางการเรียน (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา (n= 113)

ตัวแปร	ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน	อายุ	ค่าใช้จ่ายในการเรียนออนไลน์	จำนวนครั้งในการทบทวนบทเรียนต่อสัปดาห์	ปัจจัยด้านผู้เรียน	ปัจจัยด้านผู้สอน	ปัจจัยด้านบทเรียน	ปัจจัยด้านเทคโนโลยีและช่องทาง การติดต่อสื่อสาร	ปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม เศรษฐกิจ	ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม	ปัจจัยด้านสิ่ง การปรับตัว	พฤติกรรม การปรับตัว
--------	-----------------------	------	-----------------------------	---------------------------------------	--------------------	------------------	-------------------	--	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------	---------------------

ผลสัมฤทธิ์
 ทางการ
 เรียน
 อายุ
 ค่าใช้
 จ่ายใน
 การเรียน
 ออนไลน์
 จำนวน
 ครั้งในการ
 ทบทวน
 บทเรียน
 ต่อสัปดาห์
 ปัจจัย
 ด้านผู้
 เรียน
 ปัจจัย
 ด้านผู้
 สอน
 ปัจจัย
 ด้านบท
 เรียน
 ปัจจัย

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

จากตารางที่ 2 พบว่า จำนวนครั้งในการทบทวนบทเรียนต่อสัปดาห์ ปัจจัยด้านผู้เรียน ปัจจัยด้านเทคโนโลยีและช่องทางการติดต่อสื่อสาร ($r = .244, .344, .260, p < .01$ ตามลำดับ) ปัจจัยด้านครอบครัวและสังคมเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมกรรมการปรับตัว ($r = .208, .235, .190, p < .05$ ตามลำดับ) เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนอายุ ค่าใช้จ่ายในการเรียนออนไลน์ ปัจจัยด้านผู้สอนและปัจจัยด้านบทเรียนเป็นปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์ต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยความเครียดกับพฤติกรรมกรรมการปรับตัวในการเรียนออนไลน์และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในรายวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน 2 ของนักศึกษาพยาบาล ในมหาวิทยาลัยสยาม ผู้วิจัยอภิปรายผล ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ภูมิฐานะ สถานภาพสมรสของบิดา-มารดา ลักษณะครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในรายวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน 2

เพศหญิงและเพศชาย ได้รับการพัฒนาด้านผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนอย่างเท่าเทียมกัน จึงส่งผลให้ปัจจัยด้านเพศไม่มีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในรายวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน 2 แตกต่างกับการศึกษาของ Chuanpob (2017) ทำการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างเพศ สาขาวิชา ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและบุคลิกภาพกับแบบการเรียนของนักศึกษาครู โดยกลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาคณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี จำนวน 317 คนพบว่า ตัวแปรเพศมีความสัมพันธ์กับแบบการเรียนแบบ หลีกเลียงและ

แบบแข่งขันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีขนาดของความสัมพันธ์เท่ากับ .359 และ .357 ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาถึงตัวแปรสาขาวิชา พบว่าสาขาวิชามีความสัมพันธ์กับ แบบการเรียนแบบหลีกเลียงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีขนาดของความสัมพันธ์ เท่ากับ .296 ส่วนตัวแปรผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน พบว่า ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนมีความสัมพันธ์กับแบบการเรียนแบบร่วมมือและแบบการเรียนแบบอิสระอย่างมีนัยสำคัญ

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีอายุที่ใกล้เคียงกัน ทำให้การจัดการเรียนรู้ที่เกิดจากผู้เรียนมีความคิดริเริ่มต้องการเรียนรู้ด้วยตนเอง มีความรับผิดชอบต่อการเรียนรู้ของตนเองใกล้เคียงกัน และจากการที่ทุกคนได้รับการสนับสนุนในการเรียนออนไลน์เท่ากันทุกช่วงอายุ จึงอาจจะส่งผลให้อายุไม่มีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในรายวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน 2 แตกต่างกับการศึกษาของ Weeraphon, Jirawan and Ponchai (2021) ทำการศึกษาความสามารถในการเรียนรู้แบบนำตนเองในแต่ละช่วงอายุของนักศึกษาวิทยาลัยชุมชนสระแก้วผ่านการเรียนรู้แบบออนไลน์ ในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า นักศึกษาในช่วงอายุต่ำกว่า 20 ปี มีความแตกต่างด้านความสามารถในการจัดการตนเอง กับช่วงอายุ 21-30 ปี และช่วงอายุ 21-30 ปี มีความแตกต่างด้านความสามารถในการจัดการตนเอง กับช่วงอายุ 31-40 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ภูมิฐานะ ในขณะเรียนออนไลน์พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดอยู่ตามภูมิลำเนาของตนเอง ซึ่งเกือบทั้งหมดอยู่ต่างจังหวัด จึงพบว่ามีระบบสาธารณสุขไม่เท่าเทียมกันมาก จึงเอื้อต่อการเรียนออนไลน์ไม่ต่างกัน จึงอาจกล่าวได้ว่าภูมิฐานะไม่มีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในรายวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน

2 แตกต่างกับการศึกษาของ สรวงมณท์ สิทธิสมาน (2563) ที่พบว่า ผลการตรวจสอบการใช้เทคโนโลยีและอินเทอร์เน็ต ระบุว่าบ้านที่อาศัยในเขตเมืองจะมีความพร้อมในการใช้เทคโนโลยีและอินเทอร์เน็ตมากกว่าบ้านที่อาศัยอยู่ในเขตนอกเมือง

สถานภาพสมรสของบิดา-มารดา ลักษณะครอบครัว ในหว่างที่เรียนออนไลน์ของกลุ่มตัวอย่างยังคงสถานะเดิม จึงอาจทำให้สถานภาพสมรสของบิดา-มารดา ลักษณะครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในรายวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน 2 แตกต่างกับการศึกษาของพรศรี พุทธานนท์ (2550) ทำการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ที่มี ผลการเรียนต่ำ โรงเรียนแม่แตง อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ปัจจัยภายในครอบครัวที่มีผลกระทบต่อผลการเรียนของนักเรียน อยู่ในระดับปานกลาง

2. ปัจจัยสนับสนุนในการเรียนรู้ผ่านระบบออนไลน์ ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้สอน ปัจจัยด้านบทเรียน ไม่มีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในรายวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน 2

ปัจจัยด้านผู้สอน อธิบายได้ว่า อาจารย์ผู้สอนในแต่ละหัวข้อเป็นท่านเดิม ทำให้รูปแบบการสอนวิธีการสอน รวมทั้งปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนเหมือนเดิมกับการเรียนปกติในชั้นเรียน จึงอาจส่งผลให้ผู้สอนไม่มีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในรายวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน 2 Nittaya (2021) ที่ทำการศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยความสำเร็จการเรียนออนไลน์ แอปพลิเคชันไลน์ ในช่วงวิกฤต COVID 19 พบว่าการสอนเป็นปัจจัยของความสำเร็จ

ปัจจัยด้านบทเรียน อธิบายได้ว่า เนื้อหาในบทเรียนยังคงเหมือนเดิม เพียงต่อรูปแบบในการสอนออนไลน์ใช้เทคโนโลยีเข้ามาช่วยมากยิ่งขึ้นใกล้เคียงกับการสอนปกติในชั้นเรียน จึงอาจจะทำให้บทเรียนไม่มี

ความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในรายวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน 2 แตกต่างกับการศึกษาของ Pichaya (2019) ทำการศึกษาเรื่อง การพัฒนาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนรายวิชานวัตกรรมและเทคโนโลยีสารสนเทศ ทางการศึกษา โดยใช้โอเอิร์นนิงและการเรียนรู้แบบร่วมมือ ของนักศึกษาชั้นปีที่ 2 คณะศิลปศึกษา สถาบันบัณฑิตพัฒนศิลป์ โดยเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนก่อนและหลังใช้บทเรียน e-learning พบว่า ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาหลังเรียนด้วยบทเรียน e-learning สูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อทำการวิเคราะห์ทางสถิติ พบว่ามี 6 ตัวแปร มีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ จำนวนครั้งในการทบทวนบทเรียนต่อสัปดาห์ ปัจจัยด้านผู้เรียน ปัจจัยด้านเทคโนโลยีและช่องทางการติดต่อสื่อสาร ปัจจัยด้านครอบครัวและสังคมเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมปรับตัว

จำนวนครั้งในการทบทวนบทเรียนมีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งหลังจากการเรียน อาจารย์ผู้สอนจะชวนไปเล่นที่บันทึกการเรียนการสอนครั้งนั้นไว้ในโปรแกรมที่ใช้ในการสอน ทั้งนี้เพื่อให้นักศึกษาสามารถเข้าไปทบทวนเนื้อหาที่ตนเองยังไม่เข้าใจ จึงทำให้นักศึกษาสามารถเข้าไปเรียนออนไลน์ได้หลายครั้งตามที่ตนเองต้องการ สอดคล้องกับการศึกษาของ Bramer (2020) เกี่ยวกับประสบการณ์ในการเรียนออนไลน์ ของนักเรียนพยาบาลผู้ใหญ่ พบว่า มีข้อดี คือ สะดวก การทบทวนประเด็นสำคัญต่างๆในเนื้อหาที่เรียนบ่อยครั้ง เพื่อการพัฒนาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน จะทำให้ผู้เรียนมีความเข้าใจในเนื้อหาของบทเรียนเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้สามารถทำข้อสอบได้ มีผลการเรียนดี เช่นเดียวกับการศึกษาของ Daranee (2018) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการวิเคราะห์ผู้เรียน การทบทวนบทเรียนและ

ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ในผู้เรียนวิชาการบัญชีชั้นกลาง ซึ่งพบว่า การทบทวนบทเรียนส่งผลกระทบบวกต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยด้านผู้เรียนมีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้เรียนถือว่าสัมพันธ์โดยตรงต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน เช่นเดียวกับการศึกษาของ Nittaya (2021) ที่ทำการศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยความสำเร็จการเรียนออนไลน์ แอปพลิเคชันไลน์ ในช่วงวิกฤต COVID 19 พบว่าผู้เรียนเป็นปัจจัยของความสำเร็จปัจจัยด้านผู้เรียน ซึ่งปัจจัยด้านผู้เรียนประกอบด้วย ความมีวินัยในตนเอง แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ในการเรียน ความกระตือรือร้นในการเรียนออนไลน์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Rungrudee (2014) ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนภาคปฏิบัติของนิสิตพยาบาล ชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนภาคปฏิบัติของนิสิตพยาบาลชั้นปีที่ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ความมีวินัยในตนเอง แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ในการเรียน และความรู้พื้นฐานเดิม ตามลำดับ

ปัจจัยด้านเทคโนโลยีและช่องทางการติดต่อสื่อสารมีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากการเรียนออนไลน์อย่างเต็มรูปแบบจำเป็นต้องใช้เทคโนโลยี ประกอบด้วยระบบอินเทอร์เน็ต แอปพลิเคชันซึ่งเป็นโปรแกรมที่ช่วยอำนวยความสะดวกให้ผู้เรียนและผู้สอนได้มีช่องทางในการติดต่อสื่อสารขณะเรียน ระบบอินเทอร์เน็ตที่เสถียรจะช่วยให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้อย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดความเข้าใจในเนื้อหา ส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน สอดคล้องกับการศึกษาของ Nittaya (2021) ที่ทำการศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยความสำเร็จการเรียนออนไลน์แอปพลิเคชันไลน์ ในช่วงวิกฤต COVID 19 พบว่าเทคโนโลยีเป็นปัจจัยของความสำเร็จ

ปัจจัยด้านครอบครัวและสังคมเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากการศึกษาพบว่าผู้เรียนต้องการระบบอินเทอร์เน็ตที่เสถียรขณะเรียนออนไลน์ จึงจำเป็นต้องมีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมเพื่อซื้อแพคเกจอินเทอร์เน็ต โดยได้รับการสนับสนุนเรื่องค่าใช้จ่ายจากผู้ปกครอง และจากรายจ่ายของผู้ปกครองที่เพิ่มขึ้นทำให้ขณะเรียนออนไลน์บางครั้ง ผู้เรียนจำเป็นต้องช่วยงานเพื่อแบ่งเบาภาระและช่วยหารายได้แก่ผู้ปกครอง ทำให้อาจจะเกิดอุปสรรคในการเรียนออนไลน์ ขัดขวางกระบวนการเรียนรู้ ขาดกำลังใจที่จะเรียน จึงสัมพันธ์กับผลการเรียน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พัทสนดา (2558) ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาของนักศึกษาาระดับ ปวช. และ ระดับปวส. ของวิทยาลัยเทคโนโลยีพายัพ และบริหารธุรกิจพบว่าปัจจัยทางครอบครัวในเรื่องของการสนับสนุนด้านการเงินที่ผู้ปกครองและครอบครัว ผู้ที่ได้รับสนับสนุนด้านการเงินนั้นมีอย่างสม่ำเสมอ ทำให้มีกำลังใจที่จะเรียน และตั้งใจเรียน

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและมีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สิ่งแวดล้อมในการเรียนออนไลน์โดยรวม รายด้านคือ ด้านเสียง และด้านกลิ่น ด้านความร้อน และด้านความปลอดภัย ผู้เรียนที่อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดีย่อมทำให้ไม่มีความเครียด มีกำลังใจที่จะเรียน และตั้งใจเรียนเพื่อพัฒนาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน เช่นเดียวกับการศึกษาของ Chadapa (2021) ที่พบว่าเสียง และความร้อนมีความสัมพันธ์กับความเครียดในการเรียนออนไลน์จากสถานการณ์โควิด-19ของนักศึกษาพยาบาล

พฤติกรรม การปรับตัวมีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นเดียวกับการศึกษาของ Zamira (2020) พบว่านักศึกษาที่มีการปรับตัว ทางด้านการเรียนออนไลน์

และยอมรับการเรียนรู้ รูปแบบออนไลน์ทำให้ทักษะหรือพฤติกรรมกรรมการเรียนของนักศึกษาเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ซึ่งพฤติกรรมกรรมการปรับตัวในการศึกษานี้ ประกอบด้วย พฤติกรรมการปรับตัวในการลดอารมณ์ คือ การลดความรู้สึกเครียด ไม่สบายใจ โดยการหากิจกรรมเพื่อผ่อนคลาย เช่น ไปด้วย นิ่งสมาธิ เพื่อเกิดสมาธิในการเรียน การทำงานอดิเรก พูดคุยกับคนในครอบครัว เพื่อส่งเสริมกำลังใจในการเรียน และ พฤติกรรมการปรับตัวมุ่งแก้ปัญหา เช่น ทบทวนเนื้อหาบทเรียน เข้าเรียนย้อนหลังเพิ่มเติมเนื้อหาที่ยังไม่เข้าใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ Daranee (2018) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการวิเคราะห์ผู้เรียน การทบทวนบทเรียนและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ในผู้เรียนวิชาการบัญชีชั้นกลาง ซึ่งพบว่า การทบทวนบทเรียนส่งผลกระทบต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้จัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการเรียนออนไลน์ ลดความเครียดขณะเรียนออนไลน์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Chadapa (2021) ที่พบว่าเสียง และความร้อนมีความสัมพันธ์กับความเครียดในการเรียนออนไลน์จากสถานการณ์โควิด-19ของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งสามารถแก้ไขได้โดยการสนับสนุนให้ให้นักศึกษาเลือกสถานที่ที่เงียบสงบ และขณะเรียนออนไลน์ควรให้นักศึกษาใส่หูฟังเพื่อป้องกันเสียงรบกวนจากภายนอก ส่วนด้านความร้อน เลือกสถานที่ที่มีอุณหภูมิเหมาะสมไม่ร้อนเกินไป ใช้เครื่องใช้ไฟฟ้าเพื่อลดความร้อนในห้องเรียน เช่น พัดลม พัดลมไอเย็น เครื่องปรับอากาศ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. เปิดโอกาสให้นักศึกษาได้แสดงความคิดเห็นให้ข้อเสนอแนะ และให้กำลังใจในการเรียนกับนักศึกษา สร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการเรียนออนไลน์ของนักศึกษาให้มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่ดีต่อไป

2. ให้คำปรึกษาเมื่อเกิดอุปสรรคในการเรียนเพื่อส่งเสริมให้นักศึกษาสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม

3. ผู้ที่เกี่ยวข้องในการเรียนการสอนแบบออนไลน์ ควรจัดรูปแบบการเรียนการสอนที่เหมาะสม เพิ่มช่อง

ทางการติดต่อสื่อสารระหว่างนักศึกษาและอาจารย์ผู้สอน

4. ควรมีหนังสือชี้แจงและขอความร่วมมือจากผู้ปกครองว่า ในระหว่างการเรียนออนไลน์ ใช้เวลาในการเรียนก็ไม่ถึงก็ไม่ถึง แฉ่งช่วงเวลาในการเรียนออนไลน์ให้ชัดเจน เพื่อให้ลดการรบกวนเวลาเรียน รวมทั้งจัดสภาพแวดล้อมที่มีความเป็นส่วนตัว ไม่มีมลพิษรบกวน เช่น เสียง กลิ่น จะให้มีสมาธิในการเรียนมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1. ทำการทบทวนวรรณกรรมในตัวแปรอื่นเพิ่มเติมเพื่อหาความสัมพันธ์กับตัวแปรตามมากขึ้น

2. ทำการศึกษาโดยใช้สถิติที่ขั้นสูงขึ้น เช่น Multiple regression

เอกสารอ้างอิง

พัชสุดา กัลป์ยานวุฒิ. (2558). ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาระดับปวช. และ ระดับปวส. ของวิทยาลัยเทคโนโลยีพายัพและบริหารธุรกิจ. สืบค้นจาก <http://www.payaptechno.ac.th/app/images/payap/research/research1/st005.pdf>

พรศรี พุทธานนท์. (2550). ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ที่มีผลการเรียนต่ำ โรงเรียนแม่แตง อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ (การค้นคว้าอิสระตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

Bramer, C. (2020). Preregistration adult nursing students' experiences of online learning: a qualitative study. *British Journal of Nursing*,

- 29(12), 677-683.
- Chadapa, P. (2021). The Factor Related to Stress of Online Learning Due to The Covid-19 Situation Among Nursing Students. *Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry, 15(1)*, 14-28
- Chanida, Y., & Kanchana, B. (2016). Factors Affecting Learning Achievement of Students in Schools under Prachuap Khiri Khan Primary Educational Service Area Office 2. *Veridian E. Journal Silapakorn University (Humanities, Social Sciences, and Arts), 9(1)*, 1214-1218
- Chuanpob, L., Chunlada, C., Puvadon, B., and Jenjob, S. (2017). The Relationships Between Gender Major's Subject Academic Achievement and Personality with Learning Style of Student Teacher's. *Journal of Graduate Studies Valaya Alongkorn Rajabhat University, 11(1)*, 34-42
- Daranee, U. (2018). Learner Analysis and Tutorial effects on Learning Achievement. *Journal of Humanities and Social Science Mahasarakham University, 37(1)*, 50-58.
- Kanchana, L., Kabika, K., & Orapin, S. (2014). Factors Influencing Learning Achievement of Nursing Students in Bachelor of Nursing Science Curriculum, Borommarajonani College of Nursing, Ratchaburi. *Journal of nursing and Education, 7(4)*, 13-24
- Nittaya, M. (2021). Students Behaviors and Factors Achieving Online Teaching with Line Application During COVID- 19. *Journal of Education Studies, 15(1)*, 161-173.
- Pichaya, D. (2019). Development of learning achievement, learning course, innovation and information technology in education by using e-learning and collaborative learning of the second year students in the Faculty of Art Education, *Bunditpatanasilp Institute, 5(1)*, 102-126.
- Ruba, A. M. (2020). learning during the COVID-19 pandemic and academic stress in university students. *Revista Romaneasca Educatie Multidimensionala, 12(1)*, 100-107.
- Rungrudee, K. (2014). The Factors Affecting the Practicum Achievement of the Third Year Nursing Students of Srinakharinwirot University. *Journal of The Royal Thai Army Nurses, 15(3)*, 419
- Weeraphon, K., Jirawan, Y., and Ponchai, P. (2021). Self-Directed Learning Ability in Different ages of Sakaeo Community College in Online Instruction Learning During the COVID -19 Pandemics. *Journal of Roi Kaensarn Academi. 6(1)*. 100-112
- Zamira H. (2020). The Impact of COVID-19 on higher education: A study of interaction among students' mental health, attitudes toward online learning, study skills, and changes in students' life. Retrieved from; <https://www.researchgate.net/publication/341599684>.

ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ FACTORS AFFECTING THE QUALITY OF LIFE IN ELDERLY

ดวงเดือน ศาสตราจารย์, Ph.D., Duangduen Satraphat, Ph.D.^{1*}

จิราภรณ์ โภชกปริวัฒน์, ศศ.ม., Jiraporn Pochakaparipan, M.A.²

สุวัลลี แยมศาสตร์, ศศ.ม., Suvallee Sattayaapithan, M.A.²

สุรีย์วรรณ ฐริปัญญาคุณ, กศ.ม., Sureewan Pooripanyakun, M.Ed.³

¹รองศาสตราจารย์ ดร. คณะจิตวิทยา วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ

¹Associate Professor, Ph.D., Faculty of Psychology, Saint Louis College, Sathon, Bangkok

²อาจารย์, คณะจิตวิทยา วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ

²Lecturer, Faculty of Psychology, Saint Louis College, Sathon, Bangkok

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พันตำรวจเอกหญิง, คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาเขตวัชรพล มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น
อำเภอลำลูกกา, ปทุมธานี.

³Assistance Professor. Pol. Col. Faculty of Nursing Program Western University - Watcharapol
Campus, am Luk Ka, Pathum Thani.

Corresponding Author Email: duangduen@slc.ac.th

Received: July 11, 2021

Revised: December 16, 2021

Accepted: December 20, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อ 1) เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ที่มีอายุ ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะครอบครัวและการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุต่างกัน 2) หาอำนาจการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตามตัวแปร ความเครียด สัมพันธภาพในครอบครัว ความภาคภูมิใจในตน หลักคำสอนทางศาสนา ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตน การมีส่วนร่วมในชุมชน และ สุขภาพจิต กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีผู้ดูแล จำนวน 200 คน โดยวิธีสุ่มอย่างง่ายของ 10 ชุมชน จาก 24 ชุมชนในเขตสาทร เครื่องมือมี 8 ชุด ได้แก่ แบบประเมิน ความเครียดและสุขภาพจิต ของกรมสุขภาพจิต 2 ชุดที่มีค่าความเชื่อมั่น .720 และ .852 แบบประเมินคุณภาพชีวิต ขององค์การอนามัยโลก 1 ชุดมีค่าความเชื่อมั่น.846 และคณะผู้วิจัยพัฒนา อีก5 ชุดเป็นแบบสอบถามมาตราส่วน ประมาณค่า 5 ระดับ หาคุณภาพเครื่องมือ 5 ชุดนี้ผ่านผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความสอดคล้องข้อคำถามกับ วัตถุประสงค์ของการวัด ได้ค่า IOC=.67-1.00 ความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค คือสัมพันธภาพ ในครอบครัว ความภาคภูมิใจในตน หลักคำสอนทางศาสนา ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตน และการมีส่วนร่วม ในชุมชน เท่ากับ .845, .896, .810, .813 และ .927ตามลำดับ

การวิเคราะห์ที่ใช้สถิติ t-test, F-test สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ และ Multiple regression แบบ Stepwise ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้สูงอายุ 60-69 ปี มีคุณภาพชีวิตดีกว่าอายุ 80-89 ปี ระดับการศึกษาที่สูงมีคุณภาพชีวิตดีกว่าระดับการศึกษาต่ำ ผู้สูงอายุครอบครัวเดี่ยวมีคุณภาพชีวิตดีกว่าครอบครัวขยาย ไม่พบความแตกต่างคุณภาพชีวิตของรายได้กับการเป็นสมาชิกชมรม ของผู้สูงอายุ 2) อำนาจการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่าปัจจัยทางจิตวิทยาที่ร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 26.0 ($R^2=.260$, $t=2.93$) คือ ความภาคภูมิใจในตน ($\beta=.31$), ความเครียด ($\beta=-.23$) และการมีส่วนร่วมในชุมชน ($\beta=.19$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุ

Abstract

Descriptive research aimed 1) to compare the quality of life in the elderly with different age, educational level, income, family characteristics and membership of the elderly club, 2) to find the power to predict the quality of life in the elderly. 200 elderly were sample group, aged 60 years with caretaker and over by randomly selecting 10 out of 24 communities in Sathorn area. There were eight tools, including stress and mental health assessments of the Department of Mental Health 2 sets with reliability equal .720 and .852. Quality of life assessment form of the World Health Organization, 1 set had a reliability equal .846, and the research team developed another 5 sets as questionnaires on a 5-level estimation scale to determine the quality of these 5 tools through 3 experts, checking the consistency of the questions with the measurement objectives, got IOC=.67-1.00. Find reliability by using Cronbach's alpha coefficient was family relationship, self-esteem, religious doctrine, internal-external locus of control, society participation, which was .845, .896, .810, .813 and .927 respectively. The statistical analysis was t-test, F-test, correlation coefficient and multiple regression stepwise. The results were 1) elderly 60-69 years had better quality of life than those 80-89 years old. Higher education levels had better quality of life than low education levels. The quality of life of the single-family elderly was better than the extended family. There was no difference in quality of life of income and the elderly club membership. 2) The power to predict the quality of life of the elderly, it was found that all psychological factors predicted the quality of life of the elderly were 26.0% ($R^2=.260$, $t=2.93$), were self-esteem ($\beta=.31$) stress ($\beta=-.23$) and social participation ($\beta=.19$) statistically significant at the .01 level.

Keywords: quality of life, elderly

บทนำ

มีการคาดการณ์ว่าจำนวนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างน้อยร้อยละ 3 ต่อปี โดยในปี พ.ศ. 2573 คาดว่าจะมีจำนวนประชากรสูงอายุมากถึงประมาณ 1.4 พันล้านคนและจะเพิ่มขึ้นถึง 2 พันล้านคนในปี พ.ศ. 2593 ทวีปเอเชียจะมีประชากรสูงวัยมากที่สุดในโลก โดยคาดว่าสัดส่วนผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในทวีปเอเชียจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วโดยเฉพาะประเทศญี่ปุ่นซึ่งถือเป็นประเทศที่มีประชากรสูงวัยมากที่สุดในโลกและถือเป็นประเทศแรกๆ ของโลกที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัว (Super-aged Society)

สำหรับประเทศไทยนั้น จำนวนผู้สูงอายุมีตัวเลขเทียบเท่ากับประเทศที่พัฒนาแล้วหลายประเทศซึ่งถือว่ามีอัตราการเติบโตเป็นอันดับ 3 ในทวีปเอเชีย รองมาจากประเทศเกาหลีใต้ และประเทศญี่ปุ่น โดยประเทศไทยได้เข้าใกล้สังคมสูงวัยมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548

ส่วนข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขระบุว่า ในปัจจุบัน พ.ศ.2563 ประเทศไทยมีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวนมากกว่า 12 ล้านคน หรือราว 18% ของจำนวนประชากรทั้งหมด และจะเพิ่มเป็น 20% ในปี พ.ศ.2564 ซึ่งให้เห็นว่าประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว และกำลังจะเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แบบในอีกไม่กี่ปีข้างหน้า

จากงานวิจัยของ ณีภูริจิตตา เทวเลิศสกุล, วณิฎา ศิริวรสกุล, และชัชสรณ์ รอดยิ้ม. (2559). ศึกษาแนวทางการพัฒนาผู้สูงอายุจากภาระให้เป็นพลัง: กรณีศึกษาเทศบาลนครรังสิตที่สัมภาษณ์นายกเทศบาลนครรังสิต อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 4 คน และผู้สูงอายุเทศบาลนครรังสิต 32 คน พบว่าปัญหาและอุปสรรคของผู้สูงอายุ (1) ด้านบุคลากร คือ บุคลากรในการดูแลผู้สูงอายุไม่เพียงพอ (2) ด้านงบประมาณ คือ การจัดงบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุยังไม่ครอบคลุมต่อความต้องการของผู้สูงอายุ (3) ด้านการบริหารจัดการ

คือ เทศบาลนครรังสิตมีข้อจำกัดในการจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุ (4) ด้านร่างกาย คือ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีร่างกายไม่ค่อยแข็งแรงและมีอาการเจ็บป่วย (5) ด้านจิตใจและอารมณ์ คือ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความหงุดหงิดจากปัญหาสุขภาพ และปัญหาสภาพแวดล้อม (6) ด้านครอบครัวและสังคม คือ ปัญหาเศรษฐกิจที่ต้องดิ้นรนทำกินจนไม่มีเวลาปฏิสัมพันธ์กันในครอบครัว และ (7) ด้านรายได้และสวัสดิการ คือ รายได้ไม่สอดคล้องกับรายจ่ายจากปัญหาทั้ง 7 ข้อ ซึ่งให้เห็นถึงสภาพของผู้สูงอายุที่มีปัญหาครอบคลุมในหลายด้าน โดยเฉพาะรายได้ที่ไม่สอดคล้องกับรายจ่าย ประกอบกับจำนวนผู้สูงอายุที่มีเพิ่มขึ้น จึงทำให้มีผู้สนใจศึกษาผู้สูงอายุในหลากหลายทัศนะโดยเฉพาะคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อจะได้เป็นแนวทางในการหาวิธีการพัฒนาคุณภาพชีวิตและปัจจัยเหล่านั้น

คุณภาพชีวิต หมายถึงความรู้สึกของการอยู่อย่างพอใจ มีความสุข ความพอใจต่อองค์ประกอบต่าง ๆ ของชีวิตที่มีส่วนสำคัญต่อบุคคลนั้น ๆ โดยได้ชี้ให้เห็นว่ามีปัจจัยหลายประการที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอันได้แก่ อาหาร สุขภาพอนามัย การศึกษา สิ่งแวดล้อม และทรัพยากรที่อยู่อาศัย และรายได้ (UNESCO, 1981: 89) จากความหมายนี้ชี้ให้เห็นว่าคุณภาพชีวิตคือความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ และถ้าพิจารณาจากงานวิจัยของ ณีภูริจิตตา เทวเลิศสกุล, วณิฎา ศิริวรสกุล, และชัชสรณ์ รอดยิ้ม. (2559). ทำให้สรุปได้ว่า ขณะนี้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมีปัญหา และตัวแปรอะไรที่มีความเกี่ยวข้องซึ่งน่าจะมาจากหลายปัจจัย คณะผู้วิจัยจึงศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางจิตวิทยาที่ยังมีผู้ศึกษาไม่มาก

ในการหาปัจจัยหรือตัวแปรที่จะนำมาศึกษาคณะผู้วิจัยยึดผู้สูงอายุเป็นหลักกว่ามีความเกี่ยวข้องกับตัวแปรใด ปัจจัยที่นำมาศึกษาคือปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะครอบครัว และ

การเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ และปัจจัยทางจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุมากที่สุดคือความเครียด เนื่องจากผู้สูงอายุมักมีอาการหงุดหงิด ทำอะไรไม่ได้ตั้งใจ ตามมาด้วยปัญหาสุขภาพจิต ส่วนความภาคภูมิใจในตนเองหรือการเห็นคุณค่าในตนเองเป็นตัวแปรที่เกิดขึ้นเมื่อผู้สูงอายุทำประโยชน์ให้สังคมเกิดความรู้สึกอึดใจ สำหรับความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตน กับหลักคำสอนทางศาสนา คณะผู้วิจัยสงสัยว่าผู้สูงอายุเชื่ออำนาจภายในตนเองหรือนอกตนโดยยึดหลักคำสอนทางศาสนาเป็นที่พึ่งหรือไม่ นอกจากนั้นยังต้องการทราบ สัมพันธภาพในครอบครัวว่าเป็นอย่างไร และมีการเข้าร่วมทำกิจกรรมในชุมชนหรือไม่

จากการค้นหาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ งานวิจัยของ พาริณี สุกใส, สุธรรม นันทมงคลชัย, ศุภชัย ปิติกุลตั้ง, โชคชัย หมั่นแสวงทรัพย์, พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์. (2561). ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตเมือง จังหวัด ราชบุรี พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพทางกายดี มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูงจะไม่มีโอกาสเป็นปัญหาสุขภาพจิต และยังพบระดับการศึกษาและรายได้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ สำหรับความเชื่ออำนาจควบคุมสุขภาพภายในตน สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (สโรชา อยู่ยงสินธุ์ และ สุจิตรา สุคนธ์ทรัพย์, 2558) ส่วนการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา อายุ ระดับการศึกษา ลักษณะการอยู่กับครอบครัว รายได้ การเป็นสมาชิกกลุ่ม เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ (มันโฆร์ ดอเลาะ, 2559) และการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา การเข้าร่วมกิจกรรมภายในชุมชนและความสัมพันธ์ภายในครอบครัวสามารถอธิบายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 39.2 (เจษฎา นกน้อย และวรรณภรณ์ บริพันธ์, 2557) จากงานวิจัยข้างต้นทำให้คณะผู้วิจัยตัดสินใจศึกษาตัวแปร 2 ชุด คือชุดปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยทางจิตวิทยา โดยศึกษา

กับผู้สูงอายุปกติ ไม่ได้เจ็บป่วยหรือติดเตียงเพื่อที่จะเข้าใจถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาพรวมซึ่งอาศัยอยู่ใจกลางเมืองหลวงในเขตสาทร ซึ่งจากการสำรวจเบื้องต้นพบว่าผู้สูงอายุในเขตนี้มีปัญหาด้านรายได้ ลักษณะครอบครัวและการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ที่คณะผู้วิจัยนำมาศึกษาเป็นปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยทางจิตวิทยาซึ่งเป็นตัวแปรที่ได้จากงานวิจัยอื่นที่ต้องการทราบในการทำวิจัยครั้งนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตสาทร ที่มีอายุ ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะครอบครัว และการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ต่างกัน
2. เพื่อหาอำนาจการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตสาทร ตามตัวแปร ความเครียด สัมพันธภาพในครอบครัว ความภาคภูมิใจในตน หลักคำสอนทางศาสนา ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนการมีส่วนร่วมในชุมชน และ สุขภาพจิต

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้สูงอายุในเขตสาทร ที่มีอายุ ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะครอบครัว และการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ต่างกัน มีคุณภาพชีวิตต่างกัน
2. ความเครียด สัมพันธภาพในครอบครัว ความภาคภูมิใจในตน หลักคำสอนทางศาสนา ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตน การมีส่วนร่วมในชุมชน และ สุขภาพจิต สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตสาทรได้

ขอบเขตการวิจัย

ประชากร ผู้สูงอายุในเขตสาทรทั้งหมด 24 ชุมชน จำนวน 430 คน
กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในเขตสาทร จำนวน 200 คน โดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายของชุมชนในเขตสาทร

จากทั้งหมด 24 ชุมชน ได้มา 10 ชุมชน และเลือกเฉพาะผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแล

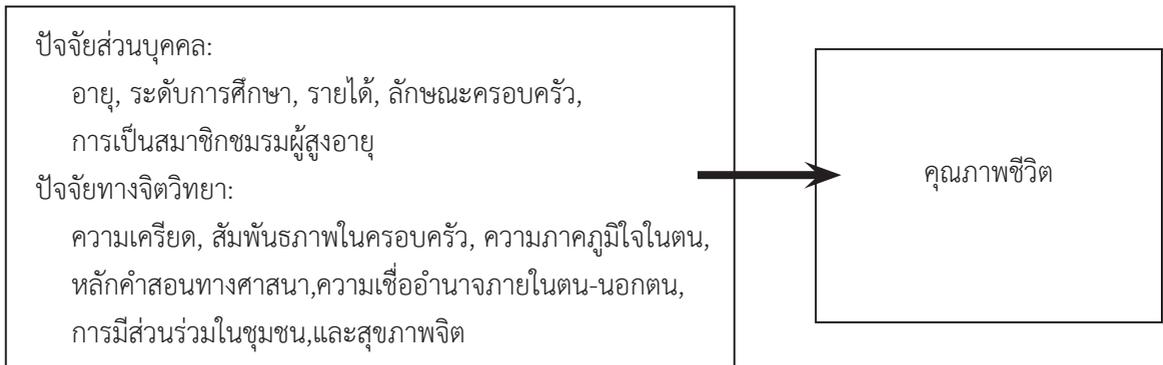
กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการศึกษาทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ คณะผู้วิจัยยึดตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุโดยเฉพาะคุณภาพชีวิต ซึ่งเลือกแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ส่วนตัวแปรอื่น เลือกความภาคภูมิใจในตนซึ่งเป็นขั้นที่ 4 ของทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์ (Maslow, 1943) เพราะเป็นขั้นที่คนส่วนใหญ่ยึดติด

ตัวแปรต่อไปคือ สุขภาพจิต ระดับการศึกษา และรายได้ของ พาริณี สุกใส, สุธรรม นันทมงคลชัย, ศุภชัย ปิติกุลตั้ง, โชคชัย หมั่นแสงทรัพย์, พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์. (2561). ความเชื่ออำนาจควบคุมสุขภาพภายในตน ของ สโรชา อยู่ยงสินธุ์ และ สุจิตรา สุนทรทรัพย์. (2558). การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา อายุ การเป็นสมาชิกกลุ่ม ของ มั่นไชร์ ดอเลาะ. (2559). การเข้าร่วมกิจกรรมภายในชุมชน และความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ของ เจษฎา นกน้อย และวรรณภรณ์ บริพันธ์. (2557). ในการศึกษาครั้งนี้คณะผู้วิจัยแบ่งตัวแปรเป็น 2 ชุด คือ ชุดปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยทางจิตวิทยา (ดังแผนภาพที่1)

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



วิธีดำเนินการวิจัย

1. ประชากร ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในเขตสาทรทั้งหมดจำนวน 430 คน จาก 24 ชุมชน
2. กลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในเขตสาทร จำนวน 200 คน โดยการสุ่มอย่างง่ายของชุมชนในเขตสาทรจากทั้งหมด 24 ชุมชน ได้มา 10 ชุมชน และเลือกผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแล
3. เครื่องมือวิจัย เครื่องมือ เป็น แบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะครอบครัว การเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามปัจจัยทางจิตวิทยาใช้ประเมินปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ มี 8 ชุด ของกรมสุขภาพจิต 2 ชุด ได้แก่ แบบประเมินความเครียดและสุขภาพจิต องค์การอนามัยโลก 1 ชุดคือแบบประเมินคุณภาพชีวิต และคณะผู้วิจัยพัฒนาอีก 5 ชุดเป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ สัมพันธภาพในครอบครัว ปรับปรุงจากแบบประเมินของ เจษฎา นกน้อย และวรรณภรณ์ บริพันธ์. (2560). ความภาคภูมิใจในตนพัฒนาตามทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์หลักคำสอนทางศาสนา พัฒนาตามแนวคิดของคุณธรรมจริยธรรมพื้นฐาน และหลักคำสอน

ทางศาสนาของ 5 ศาสนาที่ส่งเสริมให้คนเป็นคนดีและสร้างสังคมให้สงบสุขร่มเย็น (กรมการศาสนา, 2564) ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตน พัฒนาตามแนวคิดของ รอตเตอร์ (Rottor, 1966) และการมีส่วนร่วมในชุมชน พัฒนาเครื่องมือตามนิยามของ ยูฟา รูปงาม. (2559).

4. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ:

การหาค่าความเที่ยงตรง คณะผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาล 1 ท่าน และอาจารย์คณะจิตวิทยา 2 ท่าน ตรวจสอบความสอดคล้องของข้อคำถามแต่ละข้อกับวัตถุประสงค์ของการวัด และความชัดเจนของภาษา วิเคราะห์หาค่าดัชนีความตรง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ของปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้เท่ากับ .67-1.00

การหาค่าความเชื่อมั่น คณะผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาและแก้ไขแล้วไปทดสอบกับกลุ่มที่คล้ายกลุ่มตัวอย่าง 20 ราย (เนื่องจากการเก็บข้อมูลค่อนข้างลำบากเพราะต้องเดินไปตามบ้านทีละหลังและบางบ้านก็ไม่อนุญาตให้เก็บข้อมูลแต่อย่างไรก็ตามค่าความเชื่อมั่นที่ได้อยู่ในระดับสูง) หาค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับโดยวิธี สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าสัมพันธภาพในครอบครัว ความภาคภูมิใจในตน หลักคำสอนทางศาสนา ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตน และการมีส่วนร่วมในชุมชน เท่ากับ .845, .896, .810, .813 และ .927ตามลำดับ และแบบประเมินอีก 3 แบบได้แก่ คุณภาพชีวิต ความเครียดและสุขภาพจิต มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .846, .720 และ .852 ตามลำดับ

5. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ (เลขที่รับรองเลขที่ E. 017 / 2562) คณะผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดของการตอบแบบสอบถาม แจ้งสิทธิการตอบ

หรือไม่ตอบแบบสอบถาม การรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล และลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรในแบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล

6. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนกันยายน-พฤศจิกายน 2562 โดยก่อนหน้านี้นี้คณะผู้วิจัยได้ติดต่อหาข้อมูลเกี่ยวกับประชากรในเขตสาทรเพื่อนำมาเขียนเค้าโครงการวิจัยเมื่อเสร็จแล้วจึงได้นำเค้าโครงการวิจัยส่งให้คณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์เพื่อขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เมื่อผ่านการอนุมัติ คณะผู้วิจัยได้ติดต่อกับผู้อำนวยการเขตสาทรเพื่อขอเก็บข้อมูลผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตสาทรทั้งหมด 24 ชุมชน ซึ่งมีการประมาณจำนวนผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลในแต่ละเขตพบว่า มีประมาณ 15-20 คน คณะผู้วิจัยจึงได้สุ่มอย่างง่ายจากชุมชน 10 ชุมชน เพื่อที่จะเก็บข้อมูลผู้สูงอายุจำนวน 200 คน (ตามตารางของเครจซี่และมอร์แกน หากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุ 360 คน ได้กลุ่มตัวอย่าง 186 คนคณะผู้วิจัยขอปรับเป็น 200 คน ทั้งนี้ที่ค่าความเชื่อมั่น.05) เมื่อได้รับอนุมัติแล้วจึงลงพื้นที่โดยในครั้งแรก ทางเขตได้ให้เจ้าหน้าที่ไปกับคณะฯ เพื่อแนะนำนักวิจัยพร้อมกับหัวหน้าชุมชน

เมื่อคณะผู้วิจัยพบกับผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลซึ่งตรงตามเกณฑ์การเลือกตัวอย่างจะแนะนำตนเองพร้อมชี้แจงรายละเอียดวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง การรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูลซึ่งจะไม่มีภาระของข้อมูลผู้ให้ข้อมูลและไม่มีผลกระทบต่อผู้สูงอายุ ในกรณีที่อาจเกิดปัญหาแก่ผู้ให้ข้อมูลเช่นเกิดอาการเวียนศีรษะ หนึ่งในคณะผู้วิจัยเป็นอาจารย์พยาบาลทำหน้าที่แก้ไขปัญหาในเบื้องต้นแต่ถ้าไม่สามารถแก้ไขได้จะส่งโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ทันทีและให้การรักษาโดยผู้สูงอายุไม่ต้องเสียค่ารักษาใด ๆ ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บไว้จนกว่างานวิจัยจะได้รับการตีพิมพ์จึงจะทำลาย และผลการวิจัยนำเสนอเป็นภาพรวม

7. การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ที่ใช้สถิติ t-test และ F-test เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีตัวแปรอิสระแบ่งเป็น 2 กลุ่ม และมากกว่า 2 กลุ่มตามลำดับ หากอำนาจการทำนายที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยการหา Multiple regression แบบ Stepwise

ผลการวิจัย

วัตถุประสงค์ข้อ 1. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ที่มีอายุ ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะครอบครัว และการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ต่างกัน วิเคราะห์โดยใช้สถิติ t-test แบบ independent เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในกรณีที่มีตัวแปรอิสระ มี 2 กลุ่ม

พบว่าลักษณะครอบครัวของผู้สูงอายุที่เป็นครอบครัวเดี่ยวมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่เป็นครอบครัวขยายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 แต่ผู้สูงอายุที่เป็นและไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตไม่ต่างกันเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มี อายุ ระดับการศึกษาและรายได้ที่ต่างกัน วิเคราะห์โดยใช้สถิติ F-test เนื่องจากตัวแปรอิสระมีมากกว่า 2กลุ่ม ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ และระดับการศึกษา ต่างกัน มีคุณภาพชีวิตต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ส่วนผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน มีคุณภาพชีวิตไม่ต่างกัน การที่พบว่าอายุและระดับการศึกษาต่างกันมีคุณภาพชีวิตต่างกันนั้นหมายถึงมีคุณภาพชีวิตอย่างน้อย 1 คู่แตกต่างกัน จึงทดสอบรายคู่ต่อ

โดยวิธีการของเชฟเฟ ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-69 ปี มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 80-89ปี ($p < .05$) และผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษา มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษาและไม่ได้เรียนหนังสืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษา มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

วัตถุประสงค์ข้อ 2. เพื่อหาอำนาจการทำนายของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตามตัวแปร ความเครียด สัมพันธภาพในครอบครัว ความภาคภูมิใจในตน หลักคำสอนทางศาสนา ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตน การมีส่วนร่วมในชุมชน และ สุขภาพจิต วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Multiple Regression แบบ Stepwise

คณะผู้วิจัยหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับ ตัวแปรตาม เพื่อค้นหาตัวแปรอิสระตัวใดสัมพันธ์กับตัวแปรตามสูง แสดงว่าตัวแปรอิสระนั้นจะเป็นตัวแปรแรกที่เข้าไปทำนายตัวแปรตาม ผลพบว่า ตัวแปรอิสระคือ สัมพันธภาพในครอบครัว ความภาคภูมิใจในตน และการมีส่วนร่วมในชุมชน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับตัวแปรตาม คือคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ($r = .24^{**}$, $.45^{**}$ และ $.22^{**}$) และ ความเครียดมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิต ($r = -.34^{**}$) หาค่า Multiple regression โดยตัวแปรอิสระที่มีค่าความสัมพันธ์กับตัวแปรตามสูงสุด คือ ความภาคภูมิใจในตนซึ่งจะเข้าไปทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นลำดับแรก (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มี ลักษณะครอบครัว และการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุต่างกัน

ตัวแปร	n	\bar{X}	SD	t-test	df	P-value
ลักษณะครอบครัว						
เดี่ยว	117	113.34	13.98	2.08*	153.71	p<.05
ขยาย	83	108.59	17.11			
การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ						
เป็น	94	112.55	14.33	1.03	197.94	p>.05
ไม่เป็น	106	110.32	16.46			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 2 พบว่า ตัวแปรที่เข้ามาทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็น ลำดับแรก คือ ความภาคภูมิใจในตน ลำดับที่สองที่เข้ามาร่วมทำนาย คือ ความเครียด และลำดับที่สาม คือ การมีส่วนร่วมในชุมชน ตัวแปรอิสระด้านปัจจัยทางจิตวิทยา

ที่ร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 26.0 ($R^2=.260$, $t=2.93$, $p<.01$) คือ ความภาคภูมิใจในตน ($\beta=.31$, ความเครียด $\beta=-.23$ และการมีส่วนร่วมในชุมชน $\beta=.19$, $p<.01$) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าอำนาจการทำนายของความภาคภูมิใจในตน ความเครียด และการมีส่วนร่วมในชุมชน

ตัวแปรตัวทำนาย	B	S.E.	Beta	t-test	p-value
ค่าคงที่	78.22	7.90			
ความภาคภูมิใจในตน	.68	.06	.31	4.22**	.000
ความเครียด	-.23	.51	-.23	-3.22**	.001
การมีส่วนร่วมในชุมชน	.41	.04	.19	2.93**	.004

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

R = .51 R² = .260 F = 25.472 S.E.est = .04

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-70 ปีมีคุณภาพชีวิตดีกว่าอายุ 80-89 ปี ทั้งนี้เนื่องจาก ช่วงอายุ 60-70 ปี เพิ่งเริ่มย่างเข้าสู่วัยสูงอายุ สุขภาพยังแข็งแรงดี อาจมีโรคประจำตัวบ้างแต่ก็ไม่มากเท่ากับอายุ 80-89 ปี

ส่วนคุณภาพชีวิตอายุ 70-80 ปีไม่ต่างจากอายุอื่น หมายความว่าช่วงนี้เป็นช่วงที่คุณภาพชีวิตค่อย ๆ เสื่อมลง แต่ก็ยังไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ จะมาพบความเสื่อมของคุณภาพชีวิตก็เริ่มมีอายุ 80 ปีขึ้นไป ผลที่พบนี้อธิบายได้ด้วยทฤษฎีระดับชั้นอายุ (จินตนา ยูนินพันธ์, 2551) ที่กล่าวว่าอายุเป็นหลักเกณฑ์สากล

ที่จะกำหนดบทบาท สิทธิ หน้าที่ ซึ่งจะเปลี่ยนแปลงไปตามชั้นอายุ จากอายุหนึ่งไปสู่อีกอายุหนึ่ง ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของมันโซว์ ดอเลาะ (2559) พบว่าผู้สูงอายุที่อายุ 60-64 ปี และ 65-69 ปี มีคุณภาพชีวิตที่สูงกว่าอายุ 70 ปี ขึ้นไป และสอดคล้องกับ สมพร ชีโนรส และชุตินา ตีปัญญา. (2562). พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้านร่างกายและด้านอารมณ์ ($P < .01$)

ส่วนระดับการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษา มีคุณภาพชีวิตดีกว่าระดับมัธยมศึกษาและไม่ได้ศึกษาและผู้สูงอายุที่ศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่ไม่ได้ศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลเป็นเช่นนี้เพราะผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษาสูงจะมีความรู้มากและสามารถนำมาใช้ตัดสินใจและแก้ปัญหาในชีวิตประจำวันได้ดีกว่าผู้ที่ศึกษาน้อยสอดคล้องกับงานวิจัยของ พารินิ สุกใส, สุธรรม นันทมงคลชัย, ศุภชัย ปี ดิกุลตั้ง, โชคชัย หมั่นแสวงทรัพย์, พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์. (2561). พบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาขึ้นไปมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ที่ศึกษาประถมศึกษาหรือต่ำกว่า และสอดคล้องกับมันโซว์ ดอเลาะ(2559) พบว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษาสูงกว่า

ลักษณะครอบครัวของผู้สูงอายุที่เป็นครอบครัวเดี่ยวมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่เป็นครอบครัวขยายอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ซึ่งผู้วิจัยคิดว่า ผู้สูงอายุนิยมอายุมากขึ้นเท่าใดก็ยิ่งต้องการความสงบมากขึ้นเท่านั้น เนื่องจากประเทศไทยประชาชนส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธดังนั้นจึงต้องการหาความสงบปฏิบัติตามหลักคำสอนทางศาสนา และจะเห็นว่าสังคมปัจจุบันเปลี่ยนไปเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้นเพราะปัญหาทางเศรษฐกิจ ซึ่งผลวิจัยนี้ขัดแย้งกับงานวิจัยของ นันทินญา อังกินันท์. (2546). ซึ่งให้ข้อคิดว่าผู้สูงอายุเดิมอยู่ใน

ลักษณะครอบครัวขยายแต่ปัจจุบันกลายเป็นครอบครัวเดี่ยว เลยเสนอให้ผู้สูงอายุเข้าชมรมผู้สูงอายุ แต่จากงานวิจัยนี้ผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยวกลับมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวขยาย และมันโซว์ ดอเลาะ (2559) พบว่าลักษณะของครอบครัวที่ผู้สูงอายุอยู่เพียงลำพัง(ครอบครัวเดี่ยว)มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าอยู่กับคู่สมรส แต่คุณภาพชีวิตที่อยู่เพียงลำพังไม่ต่างจากอยู่กับญาติ (ครอบครัวขยาย)

ผลการวิจัยไม่พบว่ารายได้ที่ต่างกันทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่างกัน ที่เป็นเช่นนี้ น่าจะเป็นเพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่ตอบไม่พอใช้แต่ไม่มีหนี้สิน เช่นเดียวกับการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่ส่วนใหญ่ตอบว่าเป็นสมาชิกชมรมแต่เข้าร่วมกิจกรรมไม่สม่ำเสมอ(น้อยกว่า 8 ครั้งต่อปี) ลักษณะของการตอบไม่มีการกระจายดังนั้นเมื่อนำมาเปรียบเทียบจึงไม่พบความแตกต่าง ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของมันโซว์ ดอเลาะ ที่พบว่ารายได้ และการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่ต่างกันมีคุณภาพชีวิตต่างกัน

ผลการวิจัยปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต พบว่าตัวแปรที่เข้าร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นลำดับแรก คือ ความภาคภูมิใจในตน ลำดับที่สองที่เข้ามา ร่วมทำนายกับลำดับแรก คือ ความเครียด และลำดับที่สาม คือ การมีส่วนร่วมในชุมชน ตัวแปรอิสระด้านปัจจัยทางจิตวิทยาที่ร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 26.0 ($R^2 = .260$, $t = 2.93$, $p < .01$) ผลที่พบนี้ชี้ให้เห็นว่าความภาคภูมิใจในตนมีความสำคัญมาก ความภาคภูมิใจในตนเองเป็นส่วนหนึ่งของจิตใจเป็นความรู้สึกและความคิดที่มีต่อตนเอง มาสโลว์ อธิบายว่าเป็น "ความนับถือ" 2 รูปแบบที่แตกต่างกันคือ ความต้องการความเคารพจากผู้อื่นในรูปแบบของการยอมรับความสำเร็จ การชื่นชมและความต้องการเคารพตนเองในรูปแบบของการรักตนเอง มั่นใจในตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุเห็นตนเองว่ายังมีคุณค่า มีประสิทธิภาพ จะเกิดความเชื่อมั่น

ความศรัทธาในตนเอง และคิดว่าตนเองยังมีศักดิ์ศรี ซึ่งสิ่งนี้จะทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีสำหรับความเครียด เป็นอีกตัวแปรหนึ่งที่เข้าร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และมีค่าสัมประสิทธิ์เป็นค่าติดลบ หมายความว่ายิ่งมีความเครียดมากขึ้นเท่าใดก็ยิ่งทำให้คุณภาพชีวิตลดลงมากขึ้นเท่านั้น ส่วนตัวแปรสุดท้ายที่เข้าร่วมทำนายคือการมีส่วนร่วมในชุมชนของผู้สูงอายุทำให้เกิดการพัฒนาศักยภาพในด้านภูมิปัญญา ทักษะ ความรู้ ความสามารถ การจัดการ และยิ่งทำให้รู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น การที่ได้มีโอกาสไปร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน เป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้มีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ก่อให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าเพิ่มความเชื่อมั่นและศรัทธาต่อตนเอง เป็นที่ยอมรับของคนในครอบครัว ชุมชน และสังคมและทำงานให้ชุมชนด้วยความสุข เพิ่มคุณภาพชีวิต งานวิจัยนี้สอดคล้องกับทฤษฎีกิจกรรม ของโรเบิร์ต แฮฟวิงเจอร์ส (Robert Having Hurst, 1960) ซึ่งทฤษฎีนี้เชื่อว่า ผู้สูงอายุจะมีความสุข ทั้งทางร่างกายและจิตใจที่ได้จากการทำกิจกรรมและการเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลา ทำให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมด้วยความเชื่อมั่นและมีความสุขนอกจากนั้นยังเกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นประโยชน์ต่อสังคม กิจกรรมเป็นสิ่งสำคัญ ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีทั้งทางกายและจิตใจ เมื่อกายและจิตใจมีความสุข คุณภาพชีวิตจะดีตามไปด้วย

ผลการวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของพัชรารัตน์ พัฒนะ (2560) พบว่าผู้สูงอายุซึ่งมีส่วนร่วมในสังคมโดยเข้าร่วมกิจกรรมในระดับมากมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางและระดับมาก ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจในตนที่คิดว่าตนเองยังมีค่าที่จะทำประโยชน์ต่อสังคมได้ และยังพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมคือ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะที่พักอาศัย การรับรู้ภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สำหรับความเครียดเป็นตัวแปรที่เข้าทำนายในเชิงลบ ความเครียดมักพบได้กับคนส่วนมากดังทฤษฎีความเครียดและการปรับตัว กล่าวว่าคุณภาพชีวิตที่เกิดในชีวิตประจำวันกับบุคคล ส่งผลทำให้เซลล์ตายได้ บุคคลที่เผชิญความเครียดบ่อย ๆ จะทำให้บุคคลนั้นเข้าสู่วัยสูงอายุเร็วขึ้น และเมื่อมีอายุมากขึ้นผู้สูงอายุ มักแยกตนเองไม่เกี่ยวข้องกับสังคมซึ่งจะเพิ่มความเครียดให้มากขึ้นสอดคล้องกับงานวิจัยของ Prakash and Kumar (2019) ศึกษาการรับรู้ความเครียดและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ใช้ชีวิตแบบแยกและไม่แยกจากบุตรหลาน หรือสมาชิกในครอบครัว เป็นการศึกษาเปรียบเทียบภาคตัดขวาง จัดทำขึ้นเพื่อ ประเมินและเปรียบเทียบการรับรู้ความเครียดและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุแบบแยกและไม่แยกจากบุตรหลาน ผลการศึกษาพบว่าทั้งสองกลุ่มรับรู้ความเครียดและคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ และพบความสัมพันธ์เชิงลบระหว่างความเครียดที่รับรู้และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ สรุปได้ว่าผู้สูงอายุที่ใช้ชีวิตแบบแยกจากลูก หลาน และสมาชิกในครอบครัว ในช่วงปลายของชีวิต รับรู้ระดับความเครียดในระดับมากซึ่งส่งผลให้คุณภาพชีวิตเลวลง และ ความเครียดมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมในชุมชนได้เข้าทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นตัวแปรสุดท้าย ทั้งนี้ อาจเนื่องจากผู้สูงอายุในเมืองหลวงที่อยู่ในเขตสาทร เป็นสมาชิกชมรมที่อาจไปร่วมกิจกรรมบ้างตามแต่โอกาสซึ่งจะต่างจากผู้สูงอายุในชนบทดังงานวิจัยของพัชรารัตน์ พัฒนะ (2560) ที่พบว่าผู้สูงอายุในจังหวัดสระบุรีที่มีส่วนร่วมในสังคมโดยเข้าร่วมกิจกรรมในระดับมากมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางและระดับมาก และยิ่งสอดคล้องกับงานของ เด่น นวลไธสง (2556) พบว่าการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้:

ผู้อำนวยการเขตสาทร อาจจัดการอบรมหัวหน้าชุมชนให้ตระหนักถึงการมีส่วนร่วมในชุมชนโดยการจัดกิจกรรมจูงใจผู้สูงอายุออกมาจากบ้านเพื่อ ให้มีการพบปะเพื่อนฝูง ส่งเสริมความสามารถพิเศษของผู้สูงอายุ เพื่อถ่ายทอดเช่นอาชีพบางอย่างที่ก่อให้เกิดรายได้ อันจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกภูมิใจเห็นคุณค่าในตนเอง ที่ได้เป็นส่วนหนึ่งของชุมชน ควรสร้างบรรยากาศให้ประชาชนในชุมชนและในครอบครัวมีความรัก ความผูกพัน ความเอื้ออาทร ความอบอุ่นให้แก่ผู้สูงอายุ และที่สำคัญให้ระวังอย่าให้ เกิดความเครียด ความวิตกกังวล อันจะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลงได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป:

1. การศึกษาแบบ Mixed method research ซึ่งเป็นการผสมผสานระหว่างการวิจัยแบบปริมาณกับแบบคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุเพื่อที่จะได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

2. ศึกษา ปัญหา ความต้องการและความพึงพอใจของผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.(2563). *ก้าวอย่างของประเทศไทย สู่'สังคมผู้สูงอายุ'อย่างสมบูรณ์แบบ. สืบค้นเมื่อ 25 เมษายน 2564.* จาก <https://www.dmh.go.th>

กรมการศาสนา. (2564). *คุณธรรมจริยธรรมพื้นฐานและหลักคำสอนทางศาสนาของ ๕ ศาสนาที่ส่งเสริมให้คนเป็นคนดีและเสริมสร้างสังคมให้สงบสุขร่มเย็น.* กระทรวงวัฒนธรรม. สืบค้นจาก <https://www.nmpc.go.th>.

จินตนา ยูนิพันธ์. (2551). *ทฤษฎีการพยาบาล.* กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เจษฎา นกน้อย, และ วรณภรณ์ บริพันธ์. (2560). *คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลา. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์, 9(3), 94-105.*

ณัฐวิจิตตา เทวาลีศสกุล, วณิศา ศิริวรรณกุล, และ ชัชสรัญ รอดยิ้ม. (2559). *แนวทางการพัฒนาผู้สูงอายุจากภาวะให้เป็นพลังกรณีศึกษาเทศบาลนครรังสิต. วารสารวิชาการมนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์และศิลปะ, 9(1), 529-545.*

เด่น นวลไธสง. (2556). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตความรับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลวังไม้ขอนอำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย. การประชุมวิชาการราชภัฏนครสวรรค์วิชาการ ครั้งที่ 1. นครสวรรค์ : มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์*

นันทิญา อังกินันท์. (2546). *คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเขตบางกอกน้อยกรุงเทพมหานคร. (หลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิตสาขาไทยศึกษา). กรุงเทพฯ: สถาบันราชภัฏธนบุรี.*

พาริณี สุกใส, สุธรรม นันทมงคลชัย, ศุภชัย ปี ดิกุลตั้ง, โชคชัย หมั่นแสงทรัพย์, พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์. (2561). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเมือง จังหวัดราชบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 27(5) 809-818.*

พัชรภรณ์ พัฒนษ. (2560). *คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในศูนย์การเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 4. พุทธชินราชเวชสาร, 36(1), 21-33.*

มันโธร์ ดอลาเช. (2559). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ กรณีศึกษา: ตำบลบะละ อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา (วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์).* ยะลา: มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา.

- ยุพา รูปงาม. (2559). การมีส่วนร่วมของข้าราชการ
สำนักงบประมาณในการปฏิรูประบบราชการ.
กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- สโรชา อยู่ยงสินธุ์ และสุจิตรา สุคนธ์ทรัพย์. (2558).
ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุม
ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพ
ชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.
วารสารวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ, 16(2),
73-86.
- สมพร ชีโนรส และชุติมา ตีปัญญา. (2562). ปัจจัยที่มีผล
ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือด
ด้วยเครื่องไตเทียม. *วารสารสุขภาพกับการจัดการ
สุขภาพ*, 5(2).
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation.
Psychological review, 50(4), 370-396.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for
internal versus external control of rein-
forcement. *Psychological monographs:
General and applied*, 80(1), 1-28.
- Prakash, S., & Kumar, S. (2019). Perceived stress
and quality of life of elderly living separately
from their adult children-a cross-sectional
comparative study. *International Journal of
Health Sciences and Research (JHSR)*, 9(4), 7-13.
- UNESCO. (1981). Quality of life. *An Orientation of
Population Education*. Bangkok: UNESCO



การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง ตามมาตรฐานการบริการด้านสุขภาพขององค์การอนามัยโลก Continuing care in community of older adults with chronic illness, following the service healthcare standard of WHO framework

วาสนา รุ่งโรจน์วัฒนา, พย.ม., Wassana Rungrojwattana, MS.N.¹

จินตนา อาจสันเทียะ, สด., Jintana Artsanthia, Dr.P.H..²

¹อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ กรุงเทพฯ ประเทศไทย

¹Lecturer, Faculty of Nursing, Saint Louis College, Bangkok, Thailand

²รองศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ กรุงเทพฯ ประเทศไทย

²Associate Professor, Dr.P.H., Faculty of Nursing, Saint Louis College, Bangkok, Thailand

*Corresponding Author Email: wassana@slc.ac.th

Received: July 23, 2021

Revised: December 20, 2021

Accepted: December 25, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุในชุมชน โดยใช้กรอบแนวคิดตามมาตรฐานการบริการด้านสุขภาพขององค์การอนามัยโลก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชนเมือง จำนวน 53 ราย เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่มีความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าความสอดคล้อง (IOC) 0.98 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.96 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังด้านการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลต่อเนื่องตามกรอบแนวคิดตามมาตรฐานการบริการด้านสุขภาพขององค์การอนามัยโลก ฉบับ 2018 พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้รับบริการในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยรายด้านในระดับดีที่ค่าเฉลี่ย 4.03 จากระดับคะแนนเต็ม 5 ด้าน การดูแลต่อเนื่องระยะยาว พบว่า ภาพรวมมีค่าเฉลี่ยรายด้านในระดับพอใช้มีค่าเฉลี่ย 3.90 ด้านข้อมูลข่าวสารเพื่อการสนับสนุนการดูแลต่อเนื่องพบว่า ภาพรวมมีค่าเฉลี่ยรายด้านในระดับพอใช้มีค่าเฉลี่ย 3.95 ส่วนการรับรู้ของผู้สูงอายุด้านระดับการรับรู้ของผู้รับบริการ ต่อการได้รับการดูแลต่อเนื่องโดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง พบว่า ค่าเฉลี่ยรายด้านรวมอยู่ในระดับดีมีค่าเฉลี่ย 4.07 นอกจากนี้ในภาพรวมของระดับความพึงพอใจในบริการด้านการดูแลต่อเนื่องที่ผู้สูงอายุได้รับอยู่ในระดับดีมีค่าเฉลี่ย 4.21

ดังนั้นจากผลการวิจัยการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชนของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังตามกรอบแนวคิดตามมาตรฐานการบริการด้านสุขภาพขององค์การอนามัยโลกจะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับทีมสุขภาพเพื่อนำไปพัฒนารูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่องตามมาตรฐานองค์การอนามัยโลกต่อไป

คำสำคัญ: การดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง องค์การอนามัยโลก

Abstract

This survey research aimed to study the situation of the continuity and coordination of cares in community of chronic illness by using WHO Framework which was based on healthcare services. Samples were the older adults with chronic illness in urban area. Fifty-three cases were collected. Questionnaires were tested by content validity and reliability with 3 experts with IOC of 0.98 and Cronbach's alpha coefficient of 0.96. Descriptive analysis was analysed in percentage, mean and standard deviation.

The results found that the perception of the continuing care framework of WHO 2018 of the opinion of patients, relationship and trust among providers were good at 4.03 out of 5. The longitudinal continuity in over view had the level of perception at 3.90. The informational continuity was fair at, 3.95. The integrated people-centered health services were good, at 4.07. The satisfaction with health care was good, at 4.21.

Thus, continuing care in community of the older adults with chronic illness following WHO framework will be the background information for healthcare providers to develop the continuing cares which follow the standard of World Health Organization.

Keywords: Continuing cares in community, older adults with chronic illness, WHO

บทนำ

ปัจจุบันพบว่าโรคเรื้อรังส่วนมากเกิดจากพฤติกรรมมารับประทานอาหารและการปฏิบัติตัวที่เปลี่ยนไป มีอุบัติการณ์สูงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนเป็นปัญหาใหญ่ของสาธารณสุขทั่วโลก (Alonso, J., Ferrer, M., Gandeck, B.& et al., 2004) สำหรับประเทศไทยกำลังเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ตามการแบ่งระดับการเข้าสู่สังคมสูงอายุขององค์การสหประชาชาติคือมีประชากรที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปร้อยละ

10 โดยในประเทศที่พัฒนาแล้วจะมีการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุช้ากว่าประเทศที่กำลังพัฒนา ทำให้ประเทศที่พัฒนาแล้วมีเวลาปรับตัว ปรับโครงสร้างทางเศรษฐกิจ และสังคมเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุอย่างเพียงพอ (Department of Economic and Social Affairs of the United Nations, 2017) ผู้สูงอายุในชุมชนที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังควรได้รับการดูแลต่อเนื่องซึ่งประกอบด้วย การติดตามจากทีมสหวิชาชีพตามระดับความเหมาะสม

มีระบบการประสานงาน การสื่อสาร การเชื่อมโยงและ ส่งต่อเพื่อการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญตลอดจนการส่งกลับ ชุมชนภายใต้การดูแลของ อสม.ในระยะยาวอย่างยั่งยืน เพื่อส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

การดูแลต่อเนื่อง เป็นการดูแลที่มีเป้าหมาย เพื่อพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง ตามศักยภาพที่มีอยู่เน้นให้ผู้ป่วยแสวงหาและใช้แหล่ง ประโยชน์ต่างๆ ที่มีอยู่ในการดูแลตนเอง มีที่มสุขภาพ ที่ให้การดูแลผู้ป่วย มีการวางแผนจำหน่ายร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นการดูแล ที่ผู้ป่วยต้องการหลังจากจำหน่าย รูปแบบการดูแลจะ ประกอบไปด้วยการติดต่อประสาน การส่งข้อมูลการ รักษา ปัญหาสุขภาพที่ต้องการให้พยาบาลดูแลต่อเนื่อง กันในแต่ละระดับสถานบริการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการ รักษาต่อเนื่อง เตรียมผู้ป่วย/ญาติมีความพร้อมในการ ดูแลตนเองที่บ้านได้ภายใต้บริบทและทรัพยากรที่เป็น ไปได้ (Emmett, B Keeler, 2005)

การดูแลต่อเนื่องตามกรอบแนวคิดขององค์การ อนามัยโลก (WHO) มีการเน้นความสำคัญของ ความ ต่อเนื่องของการดูแลที่สะท้อนถึงการมีประสบการณ์ด้าน การดูแลสุขภาพที่สอดคล้องและเชื่อมโยงกันกับความ ต้องการด้านสุขภาพและความพึงพอใจของผู้รับบริการ และ การประสานงานการดูแลเพื่อเป็นแนวทางของการ ดูแลสุขภาพเชิงรุก โดยมีผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลและผู้ ให้บริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการเพื่อ ให้เกิดความมั่นใจและได้รับการดูแลแบบบูรณาการ การ เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีความจำเป็นและสำคัญที่ต้อง มีระบบการดูแลต่อเนื่องที่จะเป็นระบบที่จะช่วยเพิ่ม คุณภาพการดูแลและคุณภาพชีวิตที่ดี จากผลการศึกษา การดูแลต่อเนื่องของการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรค เรื้อรังในชุมชนพบว่ามรูปแบบการดูแลที่หลากหลายตาม ที่หน่วยงานต่างๆจะกำหนดขั้นตอนและรูปแบบและ นำมาใช้ในการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและในชุมชน (หน่วย

บริการปฐมภูมิหรือช่วยโรงพยาบาลมหาสารคาม, 2560 ; หน่วยการพยาบาลต่อเนื่องโรงพยาบาลศิริราช, 2559) ที่มีรูปแบบตามที่โรงพยาบาลกำหนด รูปแบบส่วนใหญ่ จะประกอบด้วยการประเมินผู้ป่วยและครอบครัว การ ติดตามเยี่ยมบ้าน และการประเมินผล ซึ่งการดูแลต่อ เนื่องที่มีความหลากหลายนั้นผู้วิจัยจึงสนใจนำการดูแล ต่อเนื่องตามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก มาศึกษา เพื่อพัฒนารูปแบบของการดูแลต่อเนื่องในชุมชน โดยเฉพาะในกลุ่มของการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ ว่าการดูแลต่อเนื่องในชุมชนเป็นอย่างไร เพื่อเป็นข้อมูล ในการพัฒนาเป็นข้อมูลพื้นฐานที่ได้จะเป็นการพัฒนา ต่อยอดเป็นนโยบาย ปรับปรุงระบบการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชนให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ดังนั้นการศึกษาการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่ป่วย เป็นโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง ตามมาตรฐานการบริการ ด้านสุขภาพขององค์การอนามัยโลกมีความจำเป็นที่ต้อง ศึกษาให้ทราบและเป็นหลักฐานของการศึกษาระบบ การดูแลต่อเนื่องในชุมชนตามกรอบแนวคิดของ WHO ซึ่งงานวิจัยในรูปแบบการศึกษาการดูแลต่อเนื่องตาม แนวคิดขององค์การอนามัยโลก (WHO) ยังไม่มีหลักฐาน ปรากฏชัดเจน การศึกษานี้จึงเป็นการสำรวจที่ได้ข้อมูล ตามเกณฑ์มาตรฐานของ WHO ที่จะใช้เป็นมาตรฐาน การดูแลต่อเนื่องในระดับชาติหรือนานาชาติเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน และเป็นแนวทางการพัฒนาการดูแลต่อเนื่องสำหรับ ชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ที่ยั่งยืนต่อไป

คำถามการวิจัย

การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง อย่างต่อเนื่อง ตามมาตรฐานการบริการด้านสุขภาพของ องค์การอนามัยโลกเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง ตามมาตรฐานการบริการด้านสุขภาพขององค์การอนามัยโลก

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้การดูแลต่อเนื่องภายใต้กรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก ฉบับ 2018 (WHO 2018) ที่ประกอบด้วยการรับรู้การดูแลต่อเนื่องและความร่วมมือในการดูแลในชุมชนที่ประกอบด้วยการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลต่อเนื่อง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้รับบริการ ด้านการดูแลต่อเนื่องระยะยาว และด้านข้อมูลข่าวสารเพื่อการสนับสนุนการดูแลต่อเนื่อง และยังวัดความพึงพอใจของผู้รับบริการ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยและระเบียบวิธีวิจัย รูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจ (survey method research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชนเมือง

ในกรณีที่ประชากรมีจำนวนแน่นอน (Finite population) Yamane (1973) ได้คิดสูตรที่ใช้ในการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คือ 133 คน ในงานวิจัยมีการแบ่งพื้นที่และสัดส่วนการเก็บข้อมูลเป็น 2 ส่วน ส่วนหนึ่งเก็บข้อมูลที่ประเทศอินโดนีเซีย อีกส่วนหนึ่งเก็บข้อมูลที่ประเทศไทย จำนวน 53 รายโดยคำนวณสัดส่วนจากสัดส่วนประชากร จึงนำเสนอกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนศึกษาจำนวน 53 ราย

เกณฑ์การคัดเลือก เป็นผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังได้แก่ Arthritis, Cancer, Kidney Disease, Diabetes, Epilepsy, Heart Disease, HIV/AIDS, Mental Disorders, Lung Diseases, Stroke, เป็นผู้สูงอายุที่พักอาศัยในชุมชนเมือง และเป็นผู้ได้รับ

การดูแลทางสุขภาพจากศูนย์บริการสาธารณสุขหรือโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพในพื้นที่กำหนด

เกณฑ์การคัดออกคือ ผู้สูงอายุมีอาการโรคกำเริบรุนแรงจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้หรือไม่ได้อยู่อาศัยในชุมชนในวันที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามชนิดผู้ตอบเลือกคำตอบด้วยตนเองจำนวน 1 ชุด แบ่งออกเป็น 2 ส่วน เป็นแบบสอบถามการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่องที่พัฒนามาจากแบบสอบถามมาตรฐานการบริการด้านสุขภาพขององค์การอนามัยโลกที่ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล มีข้อความจำนวน 7 ข้อ ถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ รูปร่าง และโรคประจำตัว ลักษณะของคำตอบเป็นแบบเติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการดูแลต่อเนื่องภายใต้กรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก ฉบับ 2018 มีข้อความจำนวน 30 ข้อ ถามเกี่ยวกับ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้รับบริการ การดูแลต่อเนื่องระยะยาว ด้านข้อมูลข่าวสารเพื่อการสนับสนุนการดูแลต่อเนื่อง การบูรณาการการดูแลต่อเนื่องโดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง และความพึงพอใจในบริการ ลักษณะของตัวเลือกมี 5 ระดับ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน)

แบบสอบถาม ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับระดับการรับรู้ในการดูแลต่อเนื่องของผู้รับบริการ ภายใต้กรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก ฉบับ 2018 (WHO 2018) มีลักษณะให้เลือกตอบเป็นระดับคะแนน ตั้งแต่ 1-5 โดยมีเกณฑ์การประเมินค่าเฉลี่ย คือ ระดับต้องปรับปรุงคือค่าเฉลี่ย < 3.50 ระดับพอใช้คือค่าเฉลี่ย

ตั้งแต่ 3.51-3.99 ระดับคือค่าเฉลี่ย ตั้งแต่ 4.00-4.50 และระดับดีมาก คือค่าเฉลี่ย ตั้งแต่ 4.51-5.00

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) และความสอดคล้องของข้อคำถามกับประเด็นที่ต้องการศึกษา (index of item objective congruence: IOC) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าเท่ากับ 0.98 และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.96

จริยธรรมงานวิจัย

งานวิจัยนี้ขอจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ หมายเลขหนังสือรับรอง E.007 /2563 ให้ไว้ ณ วันที่ 18 มิถุนายน 2563 ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดในการดำเนินวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้ผู้ที่เข้าร่วมโครงการต้องเซ็นยินยอมโดยสมัครใจโดยข้อมูลที่ตอบของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมและไม่สามารถสืบถึงตัวผู้ให้ข้อมูลได้ ผู้วิจัยจะทำลายเอกสาร แบบสอบถามที่เกี่ยวข้องทั้งหมดทันทีเมื่อบทความวิจัยได้รับการเผยแพร่ โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากโครงการได้ตลอดเวลาซึ่งจะไม่มีผลต่อการดูแลตามปกติที่ผู้สูงอายุต้องได้รับบริการทางสาธารณสุข

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เสนอโครงร่างการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์

2. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลไปยังผู้อำนวยการสำนักอนามัย และผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) เพื่อเก็บข้อมูลในชุมชน

3. ติดป้ายประชาสัมพันธ์เชิญชวนอาสาสมัครติดไว้ที่ศูนย์สุขภาพชุมชน เชิญชวนอาสาสมัครโดยผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย อธิบายขั้นตอนและขอความยินยอมเมื่ออาสาสมัครตกลงเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยเป็นผู้ชี้แจงรายละเอียด เตรียมอาสาสมัครที่เป็นผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพื่อชี้แจงรายละเอียดวัตถุประสงค์พร้อมขออนุญาตให้ทำการทดลอง อธิบายเป็นรายกลุ่มหรือรายบุคคลตามความสะดวกและเหมาะสมของสถานการณ์

4. เก็บข้อมูลชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย ได้แก่ วัตถุประสงค์ วิธีการ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และดำเนินการเก็บข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลจากการใช้แบบสอบถามขององค์การอนามัยโลก (WHO 2018) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยซึ่งผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลจากการสำรวจด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยนำเสนอข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ ระบบบริการสุขภาพที่ได้รับปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้การดูแลต่อเนื่องของผู้สูงอายุตามกรอบแนวคิด WHO ความพึงพอใจในการดูแลต่อเนื่องด้วยค่า ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบน

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ลักษณะข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1. แสดงลักษณะข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูล	จำนวนและร้อยละ	
	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
- ชาย	7	13
- หญิง	46	87
อายุ		
- 61-70	26	49
- >70	27	51
การศึกษา		
- มัธยมศึกษาตอนต้น	36	67.9
- มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	3	5.7
- ระดับอนุปริญญา/ปวส.	5	9.4
- ระดับปริญญาตรี	1	1.9
- ไม่ได้ศึกษา	8	15.1
อาชีพ		
- เกษตรกร	1	1.9
- รับจ้าง/พนักงานออฟฟิศ	7	13.2
- ธุรกิจส่วนตัว ค้าขาย	11	20.8
- ว่างงาน แม่บ้าน	34	64.1
รายได้ต่อเดือน		
- < 5,000 บาท	13	24.5
- 5,000 -10,000	29	54.7
- 10,001 -15,000	9	17
- >15,000	2	3.8
รูปร่างของผู้สูงอายุไทย		
- อ้วน	18	34
- ปกติ	24	45.3
- ผอม	11	20.7
ด้านโรคประจำตัว		
- เบาหวาน	3	5.7
- ความดันโลหิต	23	43.4
- เบาหวานและความดัน	21	39.6
- อื่นๆ	6	11.3

จากตารางที่ 1 ลักษณะกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ เป็นเพศ ชาย จำนวน 7 คน ร้อยละ 13 และเพศหญิง จำนวน 46 คน ร้อยละ 87 อายุอยู่ระหว่าง 60-69 ปี จำนวน 26 คน ร้อยละ 49.0 และอายุ 70 ปี ขึ้นไปจำนวน 27 คน ร้อยละ 51 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่ระดับมัธยมศึกษาตอนต้นจำนวน 36 คน ร้อยละ 67.9

สำหรับอาชีพ ธุรกิจส่วนตัว ค่าขายจำนวน 11 คน ร้อยละ 20.7 และ ว่างงานเป็นแม่บ้านจำนวน 34 คน ร้อยละ 64.1

ด้านรายได้ต่อเดือน < 5,000 บาท ร้อยละ 24.5

รายได้ 5,000 -10,000 บาท ร้อยละ 54.7 ด้านการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงของญาติสายตรง (ปู่-ย่า-ตา-ยาย-พ่อ-แม่-พี่-น้อง) มีจำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 45.3 คน

ด้านรูปร่างของผู้สูงอายุไทยที่พบ อ้วนจำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 34 รูปร่างปกติจำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 45.3 และรูปร่างผอม จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 20.8 ด้านโรคประจำตัวที่พบ เบาหวานร้อยละ 5.7 ความดันโลหิตร้อยละ 43.4 เป็นทั้งเบาหวานและความดันร้อยละ 39.6 และโรคอื่นๆที่เรื้อรังเช่นหัวใจ เก๊าท์ จำนวนร้อยละ 11.3

ส่วนที่ 1 การดูแลต่อเนื่องภายใต้กรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก ฉบับ 2018 (WHO 2018)

ตารางที่ 2. แสดงการรับรู้ของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังด้านการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลต่อเนื่องตามกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก ฉบับ 2018

ด้านพิจารณา	ประเด็นตามกรอบองค์การอนามัยโลก	ค่าเฉลี่ยจากระดับ		ระดับ
		ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน	
1) ด้านสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้รับบริการ	1.1 ระดับสัมพันธภาพและความไว้วางใจที่มีต่อผู้ดูแล	4.13	.73	ดี
	1.2 ผู้ดูแลปฏิบัติกรและมีกรวางแผนการดูแลร่วมกัน	4.01	.66	ดี
	1.3 การดูแลครบถ้วน และครอบคลุมตามเกณฑ์การรักษาที่กำหนดไว้	4.00	.70	ดี
	1.4 ระดับความสัมพันธ์ส่วนบุคคล ระหว่างผู้ดูแล	4.07	.61	ดี
	1.5 การดูแลโดยคำนึงถึงบริบทด้านวัฒนธรรมประเพณีและความเชื่อ	3.96	.58	พอใช้
	ค่าเฉลี่ยรายด้านรวม	4.03	.65	ดี
2) ด้านการดูแลต่อเนื่องระยะยาว	2.1 ชุมชนที่อาศัยอยู่มีการจัดระบบการดูแลต่อเนื่องระยะยาว	3.98	.77	พอใช้
	2.2 มีการดูแลและติดตามจากทีมสหวิชาชีพตามระดับความเหมาะสม	3.71	.60	พอใช้
	2.2 มีระบบการเชื่อมโยงและส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องจากผู้เชี่ยวชาญในการดูแล	3.81	.53	พอใช้

ด้านพิจารณา	ประเด็นตามกรอบองค์การอนามัยโลก	ค่าเฉลี่ยจากระดับ		ระดับ
		5 คะแนน		
		ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน	
	2.3 ในชุมชนมีผู้ประสานงานสำหรับการเชื่อมประสานภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง เช่น อสม. อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุนานาชาติ เป็นต้น	4.01	.77	ดี
	2.4 ระหว่างการดูแล ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากทีมสุขภาพอื่นๆ หรือมีการเชื่อมต่อกับเครือข่ายสุขภาพอื่นๆ	3.75	.61	พอใช้
	2.5 มีการจัดการด้านการดูแลต่อเนื่องระยะยาวอย่างยั่งยืน	4.01	.69	ดี
	2.6 การจัดการดูแลต่อเนื่องที่ได้รับ มีการเชื่อมประสานข้ามพื้นที่หรือภาคส่วนต่างๆมาร่วมดูแล	3.73	.62	พอใช้
	2.7 ทีมผู้ดูแลมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างภายใต้หลักวิชาการหรือหลักฐานเชิงประจักษ์พิสูจน์	3.79	.63	พอใช้
	2.8 ชุมชนมีการค้นหากลุ่มเสี่ยงและการจัดการภาวะเสี่ยง/วิกฤติรุนแรงเป็นรายกรณี	3.94	.66	พอใช้
	2.9 มีการดูแลเชิงรุกถึงระดับระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน	4.13	.71	ดี
	2.10 มีระบบติดตามเฝ้าระวังเพื่อให้เกิดการดูแลระยะยาวและต่อเนื่อง	4.07	.70	ดี
	2.11 มีการใช้แผนการดูแลรายกรณีอย่างครบถ้วน รวมถึงมีการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญหลายสาขา	3.88	.69	พอใช้
3) ด้านข้อมูล	ค่าเฉลี่ยรายด้านรวม	3.90	.66	พอใช้
ข่าวสารเพื่อ	3.1 มีการสื่อสารที่ดีระหว่างผู้ดูแล	4.03	.61	ดี
การสนับสนุน	3.2 มีการแจ้งและการให้ความยินยอม เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงแผนการดูแล	3.98	.57	พอใช้
การดูแลต่อเนื่อง	3.3 มีการแบ่งปันข้อมูลข่าวสารระหว่างกันในลักษณะการแบ่งปันข้อมูลในการดูแลร่วมกัน	3.86	.62	พอใช้
	3.4 มีระบบการบันทึกข้อมูลร่วมและตรงกันระหว่างผู้ดูแล	3.90	.59	พอใช้
	3.5 ผู้ดูแลยึดมาตรฐานและใช้แนวทางปฏิบัติที่ดีในการดูแล	4.00	.65	ดี
	ค่าเฉลี่ยรายด้านรวม	3.95	.61	พอใช้

จากตารางที่ 2 การรับรู้เกี่ยวกับการดูแลต่อเนื่อง ตามกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก ฉบับ 2018 ของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้รับบริการอยู่ในระดับดี (\bar{X} = 4.03, SD = .65) โดยคะแนนเฉลี่ยรายข้อสูงสุด คือ สัมพันธภาพและความไว้วางใจที่มีต่อผู้ดูแล รองลงมาคือ ความสัมพันธ์ส่วนบุคคลระหว่างผู้ดูแล และน้อยที่สุดคือ การดูแลโดยคำนึงถึงบริบทด้านวัฒนธรรมประเพณีและความเชื่อ (\bar{X} = 4.13 SD = .73 , \bar{X} = 4.07 SD = .61 และ \bar{X} = 3.96 SD = .58 ตามลำดับ)

ด้านการดูแลต่อเนื่องระยะยาวอยู่ในระดับพอใช้ (\bar{X} = 3.90, SD = .66) โดยคะแนนเฉลี่ยรายข้อสูงสุด คือ มีการดูแลเชิงรุกถึงระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน

รองลงมาคือ มีระบบติดตามเฝ้าระวังเพื่อให้เกิดการดูแลระยะยาวและต่อเนื่อง และน้อยที่สุดคือ มีการดูแลและติดตามจากทีมสหวิชาชีพตามระดับความเหมาะสม (\bar{X} = 4.13 SD = .71 , \bar{X} = 4.07 SD = .70 และ \bar{X} = 3.71 SD = .60 ตามลำดับ)

ด้านข้อมูลข่าวสารเพื่อการสนับสนุนการดูแลต่อเนื่องอยู่ในระดับพอใช้ (\bar{X} = 3.95, SD = .61) โดยคะแนนเฉลี่ยรายข้อสูงสุด คือ มีการสื่อสารที่ดีระหว่างผู้ดูแล รองลงมาคือ ผู้ดูแลยึดมาตรฐานและใช้แนวทางปฏิบัติที่ดีในการดูแล และน้อยที่สุดคือ มีการแบ่งปันข้อมูลข่าวสารระหว่างกันในลักษณะการแบ่งปันข้อมูลในการดูแลร่วมกัน (\bar{X} = 4.03 SD = .61 , \bar{X} = 4.00 SD = .65 และ \bar{X} = 3.86 SD = .62 ตามลำดับ)

ตารางที่ 3 แสดงการรับรู้ของผู้สูงอายุด้านระดับการรับรู้ของผู้รับบริการ ต่อการได้รับการดูแลต่อเนื่องโดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง และความพึงพอใจ

ด้านพิจารณา	รายการตามองค์การอนามัยโลก	ค่าเฉลี่ยจากระดับ		ระดับ
		5 คะแนน	ส่วนเบี่ยงเบน	
1) การบูรณาการการดูแลต่อเนื่องโดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง	1.1 การได้รับการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง	4.84	.52	ดีมาก
	1.2 การได้รับการจัดการที่ดี และมีการส่งมอบการดูแลต่อเนื่อง	4.05	.71	ดี
	1.2 การได้รับการป้องกันโรค และการจัดการเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ทั้งวินิจฉัยโรคและให้การรักษา	4.00	.67	ดี
	1.4 การได้รับการฟื้นฟูสุขภาพ และการดูแลระดับประคอง	3.84	.66	พอใช้
	1.5 การประสานเชื่อมโยงและสร้างความร่วมมือกับผู้ดูแล หรือผู้ให้บริการทุกระดับ	3.84	.66	พอใช้
	1.6 การดูแลต่อเนื่องทั้งในทีมสุขภาพ และการได้รับการดูแลจากภาคีเครือข่ายภายนอก	3.84	.69	พอใช้
	1.7 ความคาดหวังต่อการได้รับการตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลอย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิต	4.11	.66	ดี
2) ความพึงพอใจในบริการ	ค่าเฉลี่ยรายด้านรวม	4.07	.65	ดี
	ระดับความพึงพอใจในบริการด้านการดูแลต่อเนื่องที่ได้รับ	4.21	.74	ดี

จากตารางที่ 3 ระดับการรับรู้ของผู้สูงอายุต่อการได้รับการดูแลต่อเนื่องโดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางและความพึงพอใจในบริการ พบว่า มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี (\bar{X} = 4.07, SD = .65) โดยคะแนนเฉลี่ยรายข้อสูงสุดคือการได้รับการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง รองลงมาคือ ความคาดหวังต่อการได้รับการตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลอย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิต (\bar{X} = 4.84 SD = .52, \bar{X} = 4.11, SD = .66 ตามลำดับ) ส่วนข้อที่คะแนนน้อยที่สุดและคะแนนเท่ากันมี 3 ข้อคือ การได้รับการฟื้นฟูสภาพ และการดูแลระดับประคอง การประสานเชื่อมโยงและสร้างความร่วมมือกับผู้ดูแลหรือผู้ให้บริการทุกระดับ การดูแลต่อเนื่องทั้งในทีมสุขภาพ และการได้รับการดูแลจากภาคีเครือข่ายภายนอก (\bar{X} = 3.84, SD = .66) สำหรับความพึงพอใจในบริการด้านการดูแลต่อเนื่องที่ได้รับอยู่ในระดับดี (\bar{X} = 4.21, SD = .74)

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังพบว่า เป็นเพศชาย ร้อยละ 17 และเพศหญิง ร้อยละ 83 คน อายุอยู่ระหว่าง 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 49.0 และอายุ 70 ปี ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 51 ด้านรายได้ต่อเดือน ส่วนใหญ่รายได้ 5,000 -10,000 บาท ร้อยละ 54.7 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ระดับมัธยมศึกษาตอนต้นคิดเป็นร้อยละ 67.9 และไม่ได้รับการศึกษา คิดเป็นร้อยละ 15.1 อภิปรายได้ว่า ผู้สูงอายุหญิงให้ความสนใจต่อเรื่องราวทางสุขภาพ สนใจเข้ากลุ่มตัวอย่างมากกว่าชาย และปัจจุบันผู้สูงอายุมีอายุไขเฉลี่ยยาวนานขึ้น จึงพบกลุ่มตัวอย่างอายุมากกว่า 70 ปี เป็นส่วนใหญ่ รายได้ของผู้สูงอายุพออยู่ได้ในสังคมไทย ส่วนใหญ่มีรายได้มาจากเงินจากบุตรหลาน เงินสนับสนุนของภาครัฐ ผู้สูงอายุมีระดับการศึกษาส่วนใหญ่มัธยมศึกษาต้น และบางส่วนยังไม่ได้รับ

การศึกษาอยู่จากคนในยุคกลุ่ม Baby boomer คือ กลุ่มคนที่เกิดระหว่างปี พ.ศ. 2489 – 2507 สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในอำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น (Apichet and Others, 2017) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 73.8 และเพศชาย ร้อยละ 26.2 มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 88.1 มีรายได้ น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 88.7 ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการเจ็บป่วย 1-10 ปี ร้อยละ 67.3 และผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังไม่มีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 88.1 ผู้สูงอายุร้อยละ 30.8 ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 36.5 ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ซึ่งข้อมูลเหล่านี้มีผลต่อการรับรู้ของผู้สูงอายุ ในชุมชนที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ตามมาตรฐานการบริการด้านสุขภาพขององค์การอนามัยโลก

จากผลการศึกษาการรับรู้ของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังด้านการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลต่อเนื่องตามกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก ฉบับ 2018 พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้รับบริการในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยรายด้านในระดับดี ที่ค่าเฉลี่ย 4.03 และเมื่อพิจารณาในรายละเอียดพบว่าส่วนใหญ่มีระดับสัมพันธภาพและความไว้วางใจที่มีต่อผู้ดูแลในระดับดี มีค่าเฉลี่ย 4.13 และรองลงมาคือ ระดับความสัมพันธ์ส่วนบุคคล ระหว่างผู้ดูแลในระดับดี มีค่าเฉลี่ย 4.07 และน้อยที่สุดคือการดูแลโดยคำนึงถึงบริบทด้านวัฒนธรรม ประเพณี และความเชื่อ ในระดับพอใช้ มีค่าเฉลี่ย 3.96 นั้นอภิปรายได้ว่า การรับรู้ของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังด้านการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลต่อเนื่องผู้สูงอายุส่วนใหญ่รู้สึกดีที่มีทีมสุขภาพมาเยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำช่วยเหลือในการดูแลกิจวัตรประจำวัน และการจัดการต่างๆ สอดคล้องกับการลงสำรวจเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุ จะใช้เวลาพูดคุยด้วยเป็นเวลานาน ให้ความเป็นกันเอง ซึ่งในระบบการดูแลมีพยาบาลเยี่ยมบ้าน อาสาสมัครสุขภาพ

คอยดูแลอย่างใกล้ชิด ส่วนในประเด็นของการคำนึงถึงบริบทด้านวัฒนธรรมประเพณี และความเชื่อที่มึนสุขภาพให้ความสำคัญอันดับรองเนื่องจากในสภาพปัญหาที่ผู้ดูแลเน้นการดูแลพื้นฐานของชีวิตก่อน และประเด็นการดูแลแบบประคับประคองหรือการดูแลทุกมิติจึงตามมาภายหลัง สอดคล้องกับการศึกษาบทบาทพยาบาลในการดูแลด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (จินตนา อาจสันเทียะ, สมศรี สุขเมธ และสุภาพร ดาวดี, 2563) พบว่าการดูแลที่บ้านในชุมชนจึงมีความสำคัญมีการจัดโดยทีมสุขภาพเป็นส่วนใหญ่ที่ไปติดตามดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน หรือให้คำแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพให้แก่ประชาชนกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชนที่เป็นรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนด้วยใจอย่างมีความสุข รูปแบบบริการที่ใส่ใจผู้สูงอายุบุคลากรควรมีใจที่เอื้ออาหารต่อผู้สูงอายุ ผู้ให้บริการที่มีเจตคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ และเข้าใจในความสูงอายุ มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุและมีทักษะในการดูแลผู้สูงอายุนอกจากนี้ยังมีประเด็นการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

จากผลการศึกษาด้านการดูแลต่อเนื่องระยะยาว พบว่า ภาพรวมมีค่าเฉลี่ยรายด้านในระดับพอใช้มีค่าเฉลี่ย 3.90 โดยมีระบบติดตามเฝ้าระวังเพื่อให้เกิดการดูแลระยะยาวและต่อเนื่องในระดับดี มีค่าเฉลี่ย 4.07 ส่วนระดับรองลงมาคือในชุมชนมีผู้ประสานงานสำหรับการเชื่อมประสานภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง เช่น อสม. อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เป็นต้นและมีการจัดการด้านการดูแลต่อเนื่องระยะยาวอย่างยั่งยืนอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ย 4.01 และลำดับน้อยที่สุดคือมีการดูแลและติดตามจากทีมสหวิชาชีพตามระดับความเหมาะสม ในระดับพอใช้มีค่าเฉลี่ย 3.71 นั้นนอภิปราบายได้ว่า ในชุมชนมีระบบการทำงานของทีมสุขภาพที่ดี แต่ในภาพรวมของการกำกับติดตามอาจยังไม่ชัดเจน ส่งผลต่อการรับรู้ของผู้สูงอายุในการติดตามโดยรวมจากทีมสหวิชาชีพยังมีน้อยกว่า

ด้านอื่นๆ ตรงกับสภาพความเป็นจริงในภาระงานของเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบในการดูแลยังไม่เพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษารูปแบบการดูแลสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน (จินตนา อาจสันเทียะ และรัชณีย์ ป้อมทอง, 2561) และ การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเกี่ยวพันทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชน (Raveewan Kaewyoo, Phatcharin Niamkerd & Supranee Promsukhan, 2020) พบว่าการเจ็บป่วยที่มีความบกพร่องทางกาย ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบางอย่างได้เอง จึงต้องมีคนคอยช่วยเหลือ การสนับสนุนด้านอารมณ์และจิตใจ โดยการปลอบใจให้กำลังใจ และยกย่องเชิดชู ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณเป็นที่รัก และไม่รู้สึกว่าคุณเป็นภาระแก่ลูกหลาน มีคนคอยดูแลเอาใจใส่ดูแล ในขณะที่เดียวกันการให้ข้อมูลข่าวสารหรือการให้คำแนะนำที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุที่ได้รับการเกี่ยวพันทางสังคมที่ดีจะส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมและนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปและยังสอดคล้องกับรูปแบบการดูแลสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนที่พบว่า แผนการดูแลให้บริการที่เป็นทางการ สม่่าเสมอ โดยบุคลากรทางการแพทย์เช่นพยาบาลชุมชน ที่ติดตามผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพที่ต้องติดตามดูแลเป็นระยะๆ อย่างใกล้ชิด โดยศูนย์บริการสาธารณสุขจะดำเนินการติดตามเยี่ยมเป็นประจำ โดยใช้บ้านเปรียบเสมือนเป็น Ward ที่บ้านเป็นเตียงผู้ป่วย เน้นครอบครัวเป็นหลักในการดูแลคอยเป็นผู้ให้คำแนะนำ ประเมินอาการเป็นระยะๆ อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้ช่วยพยาบาลในการเฝ้าระวังร่วมและประสานข้อมูลการดูแลกับทีมงาน (จินตนา อาจสันเทียะ และพรนภา คำแพรว, 2557)

จากผลการศึกษาด้านข้อมูลข่าวสารเพื่อการสนับสนุนการดูแลต่อเนื่องพบว่า ภาพรวมมีค่าเฉลี่ย

รายด้านในระดับพอใช้มีค่าเฉลี่ย 3.95 มีการสื่อสารที่ดีระหว่างผู้ดูแลในระดับดี มีค่าเฉลี่ย 4.03 รองลงมาคือผู้ดูแลยึดมาตรฐานและใช้แนวทางปฏิบัติที่ดีในการดูแลในระดับดี มีค่าเฉลี่ย 4.00 มีการแบ่งปันข้อมูลข่าวสารระหว่างกันในลักษณะการแบ่งปันข้อมูลในการดูแลร่วมกันในระดับพอใช้ มีค่าเฉลี่ย 3.86 ซึ่งน้อยที่สุด อภิปรายได้ว่าการประชาสัมพันธ์ให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงข้อมูลข่าวสารเพื่อการสนับสนุนการดูแลต่อเนื่องต้องใช้หลากหลายช่องทางในการสร้างความเข้าใจ และส่วนผู้ให้ข้อมูลต้องมีระบบการให้ข้อมูลที่ดีตามแนวปฏิบัติจะช่วยให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพดีขึ้นในชุมชนจะมีกระจายข่าวที่ต้องสื่อสารกันต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุในระยะยาวโดยชุมชน (Samrit Srithamrongsawat, Kanitta Bundhamcharoen, Siriphan Sasat & Kwanjai Amnatsatsue, 2009) พบว่าระบบบริการปฐมภูมิเป็นหัวใจสำคัญของการจัดบริการสุขภาพในชุมชน บุคลากรมีทักษะด้านชุมชนค่อนข้างดีแต่ศักยภาพด้านการรักษาพยาบาลเฉพาะสาขาผู้สูงอายุยังมีจำกัด การส่งต่อบริการระหว่างสถานีนอนามัยและโรงพยาบาลเป็นสิ่งจำเป็นภายใต้เครือข่ายบริการปฐมภูมิระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การเชื่อมต่อกันของบริการสุขภาพจึงมีระบบรองรับที่ดี

จากผลการศึกษาการรับรู้ของผู้สูงอายุด้านระดับการรับรู้ของผู้รับบริการต่อการได้รับการดูแลต่อเนื่อง โดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง พบว่าค่าเฉลี่ยรายด้านรวมอยู่ในระดับดีมีค่าเฉลี่ย 4.07 ส่วนใหญ่การได้รับการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องอยู่ในระดับดีมากมีค่าเฉลี่ย 4.84 รองลงมาคือความคาดหวังต่อการได้รับการตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลอย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิตอยู่ในระดับดีมีค่าเฉลี่ย 4.11 และค่าเฉลี่ยน้อยสุด คือ การได้รับการฟื้นฟูสภาพ และการดูแลระดับประคับประคอง การประสานเชื่อมโยงและสร้างความร่วมมือกับผู้ดูแลหรือผู้ให้บริการทุกระดับ และการดูแลต่อเนื่องทั้ง

ในทีมสุขภาพ และการได้รับการดูแลจากภาคีเครือข่ายภายนอกอยู่ในระดับพอใช้มีค่าเฉลี่ย 3.84 นอกจากนี้ในภาพรวมของระดับความพึงพอใจในบริการด้านการดูแลต่อเนื่องที่ได้รับอยู่ในระดับดีมีค่าเฉลี่ย 4.21 อภิปรายได้ว่าในชุมชน ได้รับการดูแลต่อเนื่องโดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางดี เนื่องจากการวางแผนงานของภาครัฐมีวางระบบไว้อย่างต่อเนื่อง ส่วนระบบการฟื้นฟูและการดูแลแบบประคับประคองมีค่าเฉลี่ยน้อยกว่าด้านอื่นๆ เนื่องจากขาดอัตรากำลังของทีมสุขภาพที่สามารถให้การดูแลอย่างทั่วถึง เนื่องจากกิจกรรมการดูแลต้องใช้เวลาและความต่อเนื่องในการดูแล สอดคล้องกับการศึกษา รูปแบบการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในโรงพยาบาลสงขลา (วาสนา สวัสดิ์สินธุนาท, อมรพันธุ์ ธาณีรัตน์ และธารทิพย์ วิเศษธาร, 2557 ; จินตนา อาจสันเทียะ, สมศรี สมุธ และสุภาพร ดาวดี, 2563 ; WHO, 2016) พบว่าสภาพปัญหาและความต้องการการบริหารจัดการคุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง คือ โครงสร้างและการบริหารจัดการไม่ชัดเจน บุคลากรมีความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองไม่เพียงพอ ขาดการกำกับ นิเทศการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานและจรรยาบรรณวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง มีข้อจำกัดด้านภาระงานและการประสานการส่งต่อ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

1.1 จากผลการวิจัยที่พบว่า การดูแลโดยคำนึงถึงบริบทด้านวัฒนธรรมประเพณี และความเชื่อ ในระดับพอใช้นั้น ผู้ดูแลสุขภาพควรมีผลการดูแลนี้มาปรับปรุงการดูแลต่อเนื่องในชุมชนให้ครอบคลุมบริบทด้านนี้ให้มากขึ้นเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลต่อเนื่องต่อไปโดยการบูรณาการการดูแลต่อเนื่องโดยยึดผู้รับบริการเป็น

ศูนย์กลางและวางแผนการดูแลระยะยาว

1.2 จากผลการวิจัยที่พบการแบ่งปันข้อมูลข่าวสารระหว่างกันในลักษณะการแบ่งปันข้อมูลในการดูแลร่วมกันในระดับพอใช้นั้น ผู้ดูแลสุขภาพควรนำผลการดูแลนี้มาปรับปรุงการดูแลต่อเนื่องในชุมชนให้มีการส่งต่อหรือระบบการแบ่งปันข้อมูลที่เป็นพื้นฐานในการดูแลให้มีการเชื่อมโยงกันให้มากขึ้นเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลต่อเนื่องต่อไป

2 ข้อเสนอแนะในการทวิจยครั้งต่อไป

2.1 จากข้อมูลพื้นฐานที่ได้จากวิจัยเชิงสำรวจนี้ชี้ให้เห็นว่าการจัดการดูแลต่อเนื่องที่ได้รับ มีการเชื่อมประสานข้ามพื้นที่หรือภาคส่วนต่างๆมาร่วมดูแลนั้นยังมีค่าคะแนนน้อยดังนั้นจึงควรศึกษาการพัฒนาการดูแลต่อเนื่องให้มีการเชื่อมประสานงานให้มากขึ้นให้ได้ตามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก โดยสร้างรูปแบบการดูแลต่อเนื่องอย่างเป็นระบบที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

2.2 จากข้อมูลพื้นฐานที่ได้ในภาพรวมที่ยังมีค่าคะแนนน้อย ควรนำมาศึกษาปัจจัยสู่ความสำเร็จในการพัฒนาการดูแลต่อเนื่อง ให้หลังสู่รากหญ้าทุกพื้นที่เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตที่ดีและมาตรฐานการดูแลต่อเนื่องตามมาตรฐานองค์การอนามัยโลกต่อไป

2.3 การศึกษานี้เป็นการศึกษาผู้สูงอายุในสังคมเมือง การศึกษาครั้งต่อไป ควรศึกษาในสังคมชนบทว่ามีการดูแลต่อเนื่องอย่างไรตามกรอบแนวคิดของ WHO

Reference

- จินตนา อาจสันเทียะ และรัชณีย์ ป้อมทอง. (2561). บทบาทพยาบาล: กรณีศึกษาการดูแลด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(1), 1-8.
- จินตนา อาจสันเทียะ และพรนภา คำแพรว. (2557). รูปแบบการดูแลสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน (Modality of care for the older adults in community). *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 123-127.
- จินตนา อาจสันเทียะ, สมศรี สุเมธ และสุภาพร ดาวดี. (2563). ความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง สำหรับผู้เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชน: ในมุมมองศาสนาของวัฒนธรรมไทย. *Journal of Health and Health Management*, 6(1), 10-18.
- ธวัชชัย วรพงศธร และสุรียพันธ์ุวรพงศธร. (2561). การคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับงานวิจัย โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power Retrieve on January 20, 2019. ค้นเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2564, จาก http://advisor.anamai.moph.go.th/download/Journal_health//2561HEALTH41_/2HEALTH_Vol41No2_02pdf.
- หน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายโรงพยาบาลมหาสารคาม. (2560). คู่มือการดูแลต่อเนื่องระดับปฐมภูมิเครือข่ายโรงพยาบาลมหาสารคาม. ค้นเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2564, จาก <http://mkho.moph.go.th/mko/frontend/web/uploads/72078288e1c6024d072d1fa07f76b859.pdf>

- หน่วยการพยาบาลต่อเนื่องโรงพยาบาลศิริราช. (2559). การดูแลต่อเนื่อง. เอกสารประกอบการบรรยาย การดูแลต่อเนื่องโรงพยาบาลศิริราช. ค้นเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2564, จาก https://www.si.mahidol.ac.th/Th/division/nursing/NDivision/N_OPD/admin/download_files/3_61_1.pdf
- วสนา สวัสดิ์ถิ่นฐาน, อมรพันธุ์ธานีรัตน์ และธารทิพย์ วิเศษธาร. (2014). The Development of a Palliative Care Model for Terminal Cancer Patients at Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital. Nursing. *Journal of the Ministry of Public Health*, 144-156. (In Thai).
- Alonso, J., Ferrer, M., Gandeck, B., & et al. (2004). Health-related quality of life associated with chronic conditions in eight countries: results from the International Quality of Life Assessment (IQOLA) project. *Qual Life Res*, 13 282-298.
- Jumneansuk, A., Detboon, P., Mingmai, K., Phophak, S., Phoha, S., & Phanitcharoen, S. (2017). Quality of Life among Elderly who are Living with Chronic Diseases, *Srichomphu District. Khon Khan Province Ratchaphruek Journal*, 15(2), 16-26. (In Thai)
- Department of Economic and Social Affairs of the United Nations. (2017). World population ageing. World Health Organization.
- Emmett B Keeler. (2005). Assessing the Implementation of the Chronic Care Model in Quality Improvement Collaboratives. *Health Serv Res. Aug 2005*, 40(4), 978-996. doi: 10.1111/j.1475-6773.2005.00397.
- Kaewyoo, R., Niamkerd, P., & Promsukhan, S. (2020). The Relationship Between Social Support, Health Care Behavior and Quality of Life Among the Older People with Chronic Illness in the Community. *Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province*, (2), 166-177. (In Thai)
- Srithamrongsawat, S., Bundhamcharoen, K., Sasat, S., & Amnatsatsue, K. (2009). Community Care Model for Older People in Thailand. *The Thai Journal of Primary Care and Family Medicine*, 22-31. (In Thai)
- World Health Organization. (2018). Continuing Care Health Service Standard ISBN 978-1-4601-3844-1(Online) Government of Alberta Created by: Alberta Health, Continuing Care.
- World Health Organization. (2016). Global strategy on people-centred and integrated health services. Interim report. Geneva: World Health Organization; 2016 .





ใบสมัครสมาชิกวารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ

วันที่เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า นามสกุล

มีความประสงค์ ขอสมัครสมาชิกใหม่ ขอต่ออายุสมาชิก วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ

ตั้งแต่ ปีที่ ฉบับที่ ถึง ปีที่ ฉบับที่

ประเภทสมาชิก รายปี (2 ฉบับ) เป็นเงิน 300 บาท (รวมค่าจัดส่งภายในประเทศ) ราย 3 ปี (6 ฉบับ/3 ปี) เป็นเงิน 800 บาท (รวมค่าจัดส่งภายในประเทศ)สมัครในนาม ตนเอง หน่วยงาน ชื่อ

ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้ชำระค่าสมาชิก จำนวน บาท (.....) โดย

 เงินสด โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ ธนาคารทหารไทย จำกัด (มหาชน) สาขาโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์
ชื่อบัญชี “วิทยาลัยเซนต์หลุยส์” เลขที่บัญชี 186-2-00542-6

ออกใบเสร็จรับเงินในนาม

การจัดส่งวารสาร / ใบเสร็จ : ชื่อผู้รับ

ที่อยู่

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์ มือถือ E-mail:

ลงชื่อ ผู้สมัคร

(.....)

หมายเหตุ : โปรดส่งใบสมัครและหลักฐานการชำระเงินค่าสมาชิกวารสาร (สำเนาการโอนเงิน) มาที่

กองบรรณาธิการวารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ

วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เลขที่ 19 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพมหานคร 10120

โทรศัพท์: 0-2675-5304 -12 โทรสาร: 0-2675-5313 E-mail: jhhm@slc.ac.th

ทั้งนี้สามารถดาวน์โหลดแบบฟอร์มได้ที่ <http://jhhm.slc.ac.th/> หรือที่ <https://tci-thaijo.org/index.php/slc>

สำหรับเจ้าหน้าที่ :

ได้รับเงินแล้วจำนวน บาท เลขที่ใบเสร็จรับเงิน ลงวันที่

ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่รับเงิน

(.....)

คำแนะนำในการเตรียมและส่งต้นฉบับบทความ

กองบรรณาธิการวารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพขอเชิญผู้สนใจส่งบทความทางวิชาการ บทความปริทัศน์ และบทความวิจัยทางด้านสุขภาพและการจัดการสุขภาพ ที่ครอบคลุมทั้งด้านการบริหาร การศึกษา การบริการ และการวิจัย เพื่อลงตีพิมพ์ในวารสาร โดยบทความที่พิจารณาตีพิมพ์ในวารสารจะต้องเป็นบทความที่มีคุณภาพ ไม่เคยตีพิมพ์หรือเผยแพร่ หรือรอการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารหรือเอกสาร/หนังสือประมวลบทความจากการประชุมทางวิชาการ (proceedings) อื่น ทั้งในรูปของสิ่งพิมพ์หรือสื่ออิเล็กทรอนิกส์มาก่อน และมีการจัดเตรียมต้นฉบับตามรูปแบบที่วารสารกำหนดไว้

การเตรียมต้นฉบับบทความ มีรายละเอียด ดังนี้

1. **ขนาดของบทความ** บทความมีความยาวประมาณ 7-12 หน้ากระดาษ A4 ที่รวมภาพ ตาราง และเอกสารอ้างอิงแล้ว

2. **องค์ประกอบของบทความ** ประกอบด้วย

2.1 **ส่วนนำ** ได้แก่ ชื่อเรื่อง (title) ชื่อผู้เขียน (authors)/ ผู้วิจัย (researchers) และวุฒิการศึกษาสูงสุด ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พร้อมทั้งตำแหน่ง สถานที่ทำงาน/สถานที่ติดต่อของผู้เขียน/ผู้วิจัย (กรณีวิทยานิพนธ์ ให้ใส่ชื่อ ตำแหน่งทางวิชาการและสถานที่ทำงานของอาจารย์ที่ปรึกษาด้วย) บทคัดย่อ (abstract) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ความยาวประมาณ 250 คำ พร้อมมีคำสำคัญ (key word) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ อย่างละไม่เกิน 6 คำ และแต่ละคำคั่นด้วยเครื่องหมาย comma “ , ” ระหว่างคำในภาษาอังกฤษ ส่วนภาษาไทยใช้การเว้นวรรคแทนระหว่างคำ

2.2 **ส่วนเนื้อหา** มีดังนี้

2.2.1 **บทความวิชาการและบทความปริทัศน์** ประกอบด้วย คำนำ เนื้อเรื่อง และสรุป

2.2.2 **บทความวิจัย** ประกอบด้วย

1) **บทนำ (introduction)** บอกถึงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาการวิจัย และเอกสารและงานวิจัยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการวิจัย ซึ่งควรเขียนในรูปของความเรียงให้เป็นเนื้อเดียวกัน วัตถุประสงค์ของการวิจัย และสมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี)

2) **วิธีดำเนินการวิจัย (research methodology)** ประกอบด้วย รูปแบบการวิจัย ประชากรและตัวอย่างการวิจัย/ผู้ให้ข้อมูล (กรณีการวิจัยเชิงคุณภาพ) เครื่องมือการวิจัย การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การทดลอง (กรณีการวิจัยเชิงทดลอง) การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล กรณีที่เป็นการวิจัยในมนุษย์ให้ใส่สาระเกี่ยวกับการให้คำยินยอมสำหรับงานวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ถูกวิจัย และหรือการผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

3) **ผลการวิจัย (results)** ให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์การวิจัย

4) **อภิปรายผลการวิจัย (discussion)**

5) **สรุปและข้อเสนอแนะการวิจัย (conclusion and recommendations)**

2.3 ส่วนท้าย ได้แก่ กิตติกรรมประกาศ (acknowledgements) (ถ้ามี) เอกสารอ้างอิง (references) ตามระบบ APA (American Psychological Association) 6th Edition

3. รูปแบบการพิมพ์ มีรายละเอียดการพิมพ์ ดังนี้

3.1 ภาษา ยึดตามหลักการใช้ภาษาไทยและภาษาอังกฤษที่ถูกต้อง กรณีคำศัพท์ภาษาอังกฤษและภาษาไทยให้ยึดตามหลักของราชบัณฑิตยสถานและภาษาทางการที่ใช้

3.2 ตัวอักษร ภาษาไทยและภาษาอังกฤษใช้ตัวอักษรแบบ “TH Sarabun New” ขนาด 16

3.3 การตั้งค่าหน้ากระดาษ กำหนดขอบบนและขอบด้านซ้าย 3 เซนติเมตร ขอบล่างและขอบด้านขวา 2.5 เซนติเมตร ส่วนการพิมพ์ย่อหน้าให้ห่างจากเส้นกั้นขอบกระดาษด้านซ้าย 1.5 เซนติเมตร

3.4 การกำหนดเลขหัวข้อ ควรเรียงลำดับหัวข้อให้ชัดเจนตามลำดับเนื้อหา โดยหัวข้อใหญ่ให้ขีดซ้ายติดเส้นกั้นขอบกระดาษ หัวข้อย่อยใช้หัวข้อหมายเลข เลขจอร์บบทศนิยม เลขตามด้วยวงเล็บ ตัวอักษร และเครื่องหมาย “ - ” กำกับหัวข้อ ตามระดับหัวข้อ ดังตัวอย่างเช่น 1. ... 1.1 ... 1.1.1 ... 1) ... ก. ... (กรณีภาษาไทย) หรือ a. ... (กรณีภาษาอังกฤษ) และ - ... เป็นต้น

3.5 ตารางและภาพประกอบ (tables and illustrations) ให้จัดเรียงลำดับตารางและภาพประกอบให้สอดคล้องกับเนื้อหาตามหมายเลขที่อ้างถึงในบทความ ทั้งนี้ให้ระบุชื่อตารางและภาพประกอบให้ชัดเจน โดยให้ระบุชื่อตารางไว้เหนือตารางแต่ละตาราง ส่วนชื่อภาพให้ระบุไว้ใต้ภาพ กรณีภาพถ่ายให้ใช้ภาพที่มีความคมชัด มีขนาดอย่างน้อยโปสการ์ด และถ้าเป็นไฟล์ภาพควรใช้นามสกุล JPEGs กรณีภาพวาดให้เขียนลายเส้นให้ชัดเจนด้วยหมึกดำและมีขนาดที่เหมาะสม *กรณีนำตาราง หรือภาพของผู้อื่นมาใช้ประกอบเนื้อหา ต้องขออนุญาตจากเจ้าของงานก่อน และให้อ้างอิงแหล่งที่มาได้ตาราง และภาพประกอบนั้นๆ ให้ถูกต้องตามหลักการอ้างอิงตามระบบ APA 6th Edition*

3.6 การอ้างอิงในเนื้อหา ให้อ้างอิงแทรกในเนื้อหาตามระบบ APA 6th Edition

การส่งต้นฉบับ

การส่งต้นฉบับสามารถส่งทางอีเมล jhhm@slc.ac.th หรือส่งทางเว็บไซต์วารสารออนไลน์ <https://tci-thaijo.org/index.php/slc> โดยส่งหนังสือนำเสนอบทความเพื่อขอลงตีพิมพ์ในวารสารตามแบบฟอร์มที่กำหนดและไฟล์ต้นฉบับบทความ ทั้งไฟล์ pdf และไฟล์ doc โดยให้ชื่อไฟล์เป็นภาษาอังกฤษ กรณีที่มีผู้เขียนหลายคนจะต้องให้ผู้เขียนทุกคนให้คำยินยอมในการลงตีพิมพ์บทความในหนังสือนำเสนอบทความด้วย แล้วส่งต้นฉบับบทความมาที่กองบรรณาธิการวารสารสุขภาพและการจัดการสุขภาพ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เลขที่ 19 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กทม. 10120

เกณฑ์การพิจารณาคุณภาพบทความ

บทความที่ได้รับการพิมพ์เผยแพร่จะต้องได้รับการประเมินคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาวิชานั้นๆ อย่างน้อย 2 คน โดยกองบรรณาธิการจะเป็นผู้พิจารณาเลือกผู้ทรงคุณวุฒิในการประเมิน และภายหลังการประเมิน กองบรรณาธิการจะเป็นผู้พิจารณาผลการประเมิน และอาจให้ผู้เขียนปรับปรุงให้เหมาะสมยิ่งขึ้น และทรงไว้ซึ่งสิทธิ์

ในการตัดสินใจพิมพ์เผยแพร่บทความในวารสารหรือไม่ก็ได้ โดยทั้งนี้กองบรรณาธิการจะไม่ส่งต้นฉบับคืน

การอุทธรณ์การสำหรับผู้เขียน

กองบรรณาธิการจะอุทธรณ์การวารสารฉบับที่ผลงานของผู้เขียนได้รับการตีพิมพ์ให้ผู้เขียน จำนวน 3 เล่ม กรณีมีผู้ร่วมเขียนหลายคน จะมอบให้แก่ผู้เขียนชื่อแรกเท่านั้น กรณีที่ผู้เขียนต้องการวารสารมากกว่า 3 เล่ม สามารถสั่งซื้อได้ราคาเล่มละ 150 บาท (รวมค่าจัดส่ง)



หนังสือนำเสนอบทความตีพิมพ์ วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ

วันที่เดือนพ.ศ.

เรื่อง ขอส่งบทความและการให้ความยินยอมในการตีพิมพ์บทความของผู้เขียน

เรียน บรรณาธิการวารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ต้นฉบับบทความ จำนวน ชุด ไฟล์ต้นบทความ จำนวนไฟล์
 ไฟล์รูปภาพ จำนวน ภาพ อื่นๆ (ระบุ)

ข้าพเจ้า นาย/ นาง / นางสาวหมายเลขสมาชิก

สถานที่ติดต่อ

โทรศัพท์มือถือ..... โทรสาร

อีเมล

มีความประสงค์ขอส่ง บทความวิจัย บทความวิชาการ บทความปริทัศน์

เรื่อง
เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า บทความที่นำมาตีพิมพ์นี้เป็นผลงานที่ข้าพเจ้าจัดทำขึ้นด้วยตนเอง โดยไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่
 ในวารสารอื่น และ/หรือ Proceeding ในที่ประชุมวิชาการ และไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น
 และข้าพเจ้าให้ความยินยอมในการตีพิมพ์บทความดังกล่าวในวารสารนี้ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ชื่อผู้เขียน/ผู้วิจัยหลัก (ตัวบรรจง) ลายเซ็น

ชื่อผู้เขียน/ผู้วิจัยร่วม (ตัวบรรจง)

- | | |
|---------|---------------|
| 1. | ลายเซ็น |
| 2. | ลายเซ็น |
| 3. | ลายเซ็น |
| 4. | ลายเซ็น |

สำหรับเจ้าหน้าที่
 วันที่รับเอกสาร

รับตีพิมพ์ ไม่รับตีพิมพ์

วันที่ตอบกลับ

ลงตีพิมพ์ ปีที่ ฉบับที่

(.....)
 ผู้ส่งบทความ
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิประเมินคุณภาพบทความ

วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ

ต้นสังกัด	รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	
กระทรวงสาธารณสุข	นพ.เทวัญ ธานีรัตน์	
สำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา	รศ.นพ.สรนิต ศิลธรรม	
มหาวิทยาลัยขอนแก่น	รศ.ดร.วิชัย อิงพิณจงศ์	รศ.ดร.พนิชฐา พานิชาชีวะกุล
	รศ.ดร.สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล	รศ.ผ่องพรรณ อรุณแสง
	ผศ.ดร.ซัจฉเนศ แพรชวา	
มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต	ศ.ดร.ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์	ผศ.รท.หญิง อัญชลี เขียวโสธรดวล
	ดร.ซัชวาล วงศ์สารี	
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	รศ.ดร.โสรัช โพธิ์แก้ว	รศ.ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์
	ผศ.ดร.จิตอนงค์ ก้าวกสิกรรม	ผศ.ดร.เปรมทิพย์ ทวีตรธรรม
มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา	รศ.ดร.วงเดือน บัณฑิต	
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	ศ.ดร.ดาราวรรณ ตีะปันทา	ผศ.ดร.นवलลออ ชวินชัย
	รศ.ดร.อาทิตย์ พวงมะลิ	
มหาวิทยาลัยชินวัตร	อ.ดร.เพ็ญจันทร์ แสนประสาน	
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต	รศ.ดร.สุรัตนา อำนวยผล	รศ.ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา
มหาวิทยาลัยบูรพา	ศ.ดร.บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ	รศ.ดร.สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ
	ผศ.ดร.ฉันทนา จันทวงศ์	
มหาวิทยาลัยนานาชาติเอเชีย-แปซิฟิก	ผศ.ดร.พรพรรณ สมินทร์ปัญญา	ผศ.ดร. พรรณวิภา บรรณเกียรติ
มหาวิทยาลัยมหิดล	ศ.ดร.พิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ	ศ.ดร.รุจา ภัไพบูลย์
	รศ.ดร.ประยูร ฟองสถิตกุล	รศ.ดร.มณี อากานันท์กุล
	รศ.ดร.วรรณชะ ชลายนเดชะ	รศ.ดร.วิทยา อยู่สุข
	รศ.ดร.อรรพรรณ แก้วบุญชู	รศ.ดร.รุ่งทิพา วัจฉลฐิติ
	รศ.ดร.อาภาพร เผ่าวัฒนา	รศ.ดร.ปัญญารัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา
	รศ.ดร.สุรชาติ ณ หนองคาย	ผศ.ดร.จตุพร วงศ์สาธิตกุล
	ผศ.ดร.พัชรภาพร เกิดมงคล	ผศ.ดร.วัลย์ลดา ฉันท์เรืองวนิชย์
	รศ.ดร.ขวัญใจ อำนางสัตว์ชื่อ	ผศ.ดร.พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์
	ดร.ขวลิตา วัฒมรังสิมันต์	ดร.นพวรรณ พินิจจรเดช
	รศ.ดร.สุภาพ ไทยแท้	
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ	ผศ.ดร.ประทีป จินนี้	ผศ.ดร.รัมภา บุญสินสุข
	ผศ.ดร.สายธิดา ลาภอนันตสิน	

ต้นสังกัด	รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช	รศ.สราวุธ สุธรรมอาสา รศ.ดร.ศรีศักดิ์ สุนทรไชย รศ.ดร.วรางคณา จันทร์คง รศ.พรทิพย์ กีระพงษ์ รศ.สุดาว เลิศวิสุทธิไพบูลย์ ผศ.ดร.สิริรัตน์ สุวณิชย์เจริญ ผศ.ดร.อารยา ประเสริฐชัย	ศ.ดร.บุญทิพย์ สิริธรังสี รศ.ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล รศ.ดร.วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล รศ.ดร.มุกดา หนุ่ยศรี ดร.ชื่นจิตร โพธิ์สัพสุข ผศ.ดร.สุทธิพร มูลศาสตร์ ผศ.ดร.ช่อทิพย์ บรรณรัตน์
มหาวิทยาลัยคริสเตียน	ศ.ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย	ผศ.พอ.ดร.นงพิมพ์ นิมิตรอนันท์
มหาวิทยาลัยนวมินทราชินราชมงคล	ผศ.ดร.รัตนา จารุวรรณ	ผศ.ดร.สุณี เวชประสิทธิ์
วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ	รศ.พตอ.ดร.ทิพย์ฉิมพร เกษโกมล	
วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก	พลตรีหญิง รศ.ดร.สายสมร เฉลยกิตติ	
นักวิชาการอิสระ	ศ.ดร.ศิริพร จิรวัดน์กุล รศ.ดร.พรรณราย ทริพย์ประภา รศ.ลัดดาวลัย เกษมเนตร	รศ.สุจิตรา ลิมอำนวยเลิศ รศ.ฐิติพร อิงคถาวรวงศ์
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช	ดร.สิริวัฒน์ आयวัฒน์	ดร.อัสนี วันชัย
วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา	รศ.ดร.จิตรพรรณ ภูษาภักดิ์ภพ	
วิทยาลัยเซนต์หลุยส์	เชอร์ ดร.สมศรี สุเมธ รศ.ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย รศ.สมพร ชิโนรส ผศ.ดร.ผกาวิที พุ่มสุทัศน์ รศ.ดร.จินตนา อาจสันเทียะ ดร.ปานดา อภิรักษ์นภานนท์ ดร.ชูเกียรติ จากใจชน ผศ.ดร.สมนึก สกลหงส์โสภณ รศ.ดร.กัญญาดา ประจุศิลป์	รศ.ดร.ดวงเดือน ศาสตร์ภัทร รศ.ดร.มาลีวัล เลิศสารศิริ รศ.สุภาวดี เครือโชติกุล ผศ.ดร.สุวรรณา อนุสันติ ผศ.ดร.สุวรรณี ลออปักชิน ดร.นงคราญ วงษ์ศรี รศ.ดร.จินตนา อาจสันเทียะ ผศ.ดร.พรรณราย ทริพย์ประภา
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	รองศาสตราจารย์ สุรีย์ กฤษเจริญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปรัชญานันท์ เทียงจรรยา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ถนอมศรี อินทนนท์
มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร	รศ.ดร.โองการ วนิชาชีวะ	
มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา	รศ.ดร.พวงทิพย์ ชัยพิบาลสุฤษดิ์	
มหาวิทยาลัยนเรศวร	ผศ.ดร.รวีวรรณ พิไลเกียรติ	ผศ.ดร.วรวรรณ ทิพย์วาริรมณ
มหาวิทยาลัยปทุมธานี	ผศ.ดร.วลัยนารี พรมลา	
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม	ดร.กมลภู ถนอมสัจด์	
มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี	ผศ.ดร.วนิดา ดรงค์ฤทธิชัย	
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี	ผศ.ดร.พรรณนิภา บรรณเกียรติ	