



วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ

Journal of Health and Health Management

ISSN 2408-1396 (Print)

ISSN 2730-2512 (Online)

ปีที่ 8 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2565

วารสารกลุ่ม 1 การรับรองคุณภาพจาก TCI
สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

Vol.8 No.2 July-December 2022

บทความวิจัย

- ความน่าเชื่อถือของการใช้แบบประเมิน Segmental Assessment of Trunk Control (SATCo) ในเด็กสมองพิการ รัมภรดา อินทโม, ปุณณพัตน์ จีนะ, สุชาวดี บัวนุ่ม, จุฬพร ไชยวุฒิ, ลลิตา นะติกา ศูนย์การศึกษาพิเศษ เขตการศึกษา 7 จังหวัดพิษณุโลก
- ความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศจริยธรรมในองค์กรพยาบาล การจัดการด้านการยศาสตร์ของหัวหน้าหอผู้ป่วย ศรีประพร ไชยทอง, กับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลศากุณสิทธิ์ ประเทศไทย กัญญาภา ประจุศิลป์, สุวรรณี ละอองปิกเชน
- ประสบการณ์การจัดการกลยุทธในองค์กรพยาบาลของหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน เมธวี ดวงจินดา, เพชรน้อย สิงห์ช้างชัย, พัทธนันท์ กมลศรีอนันต์, วิไลวรรณ ตรีถิ่น, สุรัสวดี สมนึก
- ประเมินผลการพยาบาลทางไกลในการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ สุกาวดี เครือโซ่พิกุล, สกาวเดือน โอดมัย
- การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมต่อการจัดการความเครียดจากการเรียนออนไลน์ในกลุ่มนักศึกษา ธนัชชา นฤนาทวันนา, ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ณัฐริดา มากพงศ์, สุขฤทัย สุนทรวัฒน์, ปณิธิ แก้วประไพ, ปริญญพร ทองน้อย, กนกวรรณ ตาลศิริ, รัฐมาธิว คชศิลา, กิรวิ จิรรัตน์สถิต, เกษร สำเภาทอง
- การศึกษาสิ่งกีดขวางความเครียดและปฏิกริยาต่อสิ่งกีดขวางความเครียดในการเรียนออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาล นิสดา กลิ่นทอง, มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งจากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นีราศศิริ โรจนธรรมกุล, กัญญาภา ประจุศิลป์, จิราวรรณ กล่อมเมฆ
- การพัฒนาแผนเรียนการสอนแบบโครงงานเป็นฐานในรายวิชา 901033 วิถีชีวิตกับวัฒนธรรม กาวดี รามสิทธิ์, อัญญา ชื่นบุญ, ภกนกภ รัตนธรรมาภรณ์, ชุติมา แสงดารารัตน์, พิศาล ศรีอภัยโมรี, วุฒนา กาญจนนรากร, ศราวุธ มั่งสูงเนิน, ดวงเดือน ศาสตรพิท
- ประสบการณ์การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมือง กัญญาภา ประจุศิลป์, เสริมสินศิริ, สิริกาญจน์ กระจำโพธิ์, สิริลักษณ์ ชื้อสัทย์
- ผลของรูปแบบการดูแลตนเอง ตามแนวคิดการดูแลสุขภาพตนเองและการกำกับตนเอง กาญจนา ปัญญาเพชร, เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ นิภา มหารัษฎพงศ์, ยุวดี รอดจากภัย
- ผลของความฉลาดทางอารมณ์ และความฉลาดทางจริยธรรม ที่มีต่อพลังสุขภาพจิต ชุติมา จากใจชน, ของนักศึกษาสาขาศาสตร์ด้านสุขภาพในสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งหนึ่ง สุภารัตน์ สุวารี, สุกาวดี สมจิตต์, รัตนาภรณ์ ชื่อนเปี้ยง, ศรีประพร ไชยทอง, จิราภรณ์ ไชยภักดิ์, รุ่งฤดี กล้าหาญ
- ปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกและข้อ สมพร ชินโนรส, วลัยพร บริบูรณ์ธนกุล
- มุมมองและความสัมพันธ์ระหว่างมุมมองกับความพึงพอใจต่อบรรยากาศและกลิ่นที่บริเวณหอ สุวลี นามวงษา, กษกร แหม่มไทย, ในพื้นที่ใช้งานกับเล็ชเชอร์น้อยเรียน: การศึกษานำร่อง จิรวิญญา แสงดอก, เมวดี ท่านอนันต์
- ผลของคืนชีพต่อการกระโดดสูงและประสิทธิภาพการทำงานของข้อเท้าในนักกีฬาแบดมินตัน ทศพร สุดใจ, อุษา คุรุธรรมจิต, ที่มีภาวะข้อเท้าแพลงเรื้อรัง : การศึกษานำร่อง พกสิรา ไยบัว, ดวงใจ ชนพล
- การส่งเสริมสมรรถนะผู้สูงอายุต่อความรู้ด้านสุขภาพและสมรรถนะแห่งตนในการดูแลสุขภาพ รังสิยา นารินทร์
- การเปรียบเทียบการรับรู้สิ่งกีดขวางความเครียดของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นและนักศึกษาพยาบาล จิราวรรณ กล่อมเมฆ, ในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 อรพัญญู พงศ์กล้า, วรวิมล บันลือทรัพย์
- การบำบัดเพื่อป้องกันและลดการติดเกมของเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น: วิเคราะห์เชิงปริมาณ กัญญาพัชร พงษ์ช้างอยู่, นภาพร เอี่ยมละออ, ประเสริฐ คำอ้าย, สมพร สุนทราภา, อรพรรณ ไทสิงห์
- การสร้างและพัฒนาคู่มือจากน้ายาพาราเซตามีนเพื่อฝึกทักษะประเมินการวัดการหดตัวของมดลูก รติมาเพ็ญพร สิริวิมล, อมรรัตน์ พาสะศรี, ด้วยกลไกการควบคุมแรงดันน้ำสำหรับนักศึกษาพยาบาล พงษ์ภุไท อุดมอริยทรัพย์, รุ่งตะวัน วิวัฒน์ศิริกุล
- ผลของการใช้แบบปฏิบัติการดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยโรคเริมเม็ดเลือดขาวที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ สุรีย์พร พงษ์พยัคฆ์, หลังได้รับยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลขอนแก่น บุษบา สมใจวงศ์
- ผลของการใช้รูปแบบการรับ-ส่งเวรโดยใช้แนวคิด SBAR ต่อคุณภาพการพยาบาลและความพึงพอใจ พิศมัย นพกุลสทิพย์, ของผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมกระดูก สุวรรณา อนุสันติ, จินตนา อาจสันเทียะ
- ผลของการใช้โปรแกรมการสื่อสารโดยการให้ข้อมูล ต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก วรณันท์ เรืองโชติ, และความพึงพอใจของพยาบาล กัญญาภา ประจุศิลป์, มาลีวัล เลิศสาครศิริ



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 สุขเมธ
เซอร์มาร์การิตา กิจเจริญ เซอร์คริสตอฟ แกะนันท์
รศ.ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย

บรรณาธิการ :

ผศ.ดร.แก้วตะวัน ศิริลักษณ์นันท์

บรรณาธิการประจำฉบับ :

ผศ.ดร.พรรณวดี สมกิตติกานนท์
อาจารย์ ดร.ชัชวาล วงศ์สารี

กองบรรณาธิการ :

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ศ.ดร.วราภรณ์ พองแก้ว
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ศ.ดร.ดาราวรรณ ตีะปิ่นตา
 รศ.ดร.โสรัจช์ โพธิ์แก้ว
มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผศ.ดร.จิตอนงค์ ก้าวกลีกรรม
มหาวิทยาลัยบูรพา รศ.ดร.พนัสฐา พานิชชาวิกุล
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช รศ.ดร.สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ
 รศ.ดร.สรารัฐ สุธรรมมาลา
 ศ.ดร.บุญทิพย์ สิริธรังสี
 รศ.ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล
 รศ.ดร.ศรีศักดิ์ สุนทรไชย
 รศ.ดร.วรางคณา จันทร์คง
 รศ.สุดาว เลิศวิสุทธิโพบูลย์
มหาวิทยาลัยคริสเตียน ผศ.ดร.อารยา ประเสริฐชัย
 ผศ.ดร.สิริรัตน์ สุวณิชัยเจริญ
 ศ.ดร.เพชรน้อย สิงห์ช้างชัย

ผู้จัดการ :

ผศ.ศุภวรรณ ธนภาพรังสรรค์

การติดต่อ:

วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เลขที่ 19 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา
เขตสาทร กรุงเทพมหานคร 10120
โทรศัพท์ 0-2675-5304-12
โทรสาร 0-2675-5313
<http://jhbm.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

มหาวิทยาลัยปทุมธานี อาจารย์ ดร.ชัชวาล วงศ์สารี
มหาวิทยาลัยมหิดล ศ.ดร.พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ
 รศ.นพ.พิทยา จารุพูนผล
 รศ.ดร.ประยูร พองสถิตกุล
 รศ.ดร.ปัญญารัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา
มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา ผศ.ดร.พัชราพร เกิดมงคล
 รศ.ดร.วงเดือน บันดี
กระทรวงยุติธรรม ดร.ชัตติยา รัตนดิถ
วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ รศ.ดร.ดวงเดือน ศาสตรภักดิ์
 รศ.ดร.มาลีวัลย์ เลิศสาครศิริ
 ผศ.ดร.สุวรรณา อนุสันติ
 ผศ.ดร.ผกาวัลย์ พุ่มสุทัศน์
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยี อาจารย์ ดร.อุษา ครุครชิต
ราชมนต์ชัยบุรี ผศ.ดร.พรรณวิภา บรรณเกียรติ

ผู้ช่วยผู้จัดการ :

นายกฤษณะ หน่อสีหา

พิมพ์ที่

บริษัท จูน พับลิชชิ่ง จำกัด เลขที่ 88/3 วัฒนาวิเศษ
ซอย 5 ถนนสุทธิสาร แขวงสามเสนนอก เขตห้วยขวาง
กรุงเทพมหานคร 10310
โทรศัพท์ 0-2276-6570, 0-2277-7226
โทรสาร 0-2275-2783

- บทความทุกเรื่องที่ดีพิมพ์วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ ได้รับการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 ท่าน/บทความ

- ความคิดเห็น ข้อความ ภาพ และตารางประกอบในบทความที่ดีพิมพ์ในวารสารนี้เป็นของผู้เขียน และถือเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียนแต่เพียงผู้เดียว ซึ่งบรรณาธิการกองบรรณาธิการวารสารฯ และวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยกับสิ่งเหล่านั้น และไม่มีส่วนรับผิดชอบแต่อย่างใด

สารบัญ

หน้า

บทบรรณาธิการ

บทความวิจัย

ความน่าเชื่อถือของการใช้แบบประเมิน Segmental Assessment of Trunk Control (SATCo).....	1
ในเด็กสมองพิการของนักกายภาพบำบัดที่ปฏิบัติงานดูแลฟื้นฟูเด็กสมองพิการ ณ ศูนย์การศึกษาพิเศษ เขตการศึกษา 7 จังหวัดพิษณุโลก	
Reliability of the Segmental Assessment of Trunk Control (SATCo) in Children with Cerebral Palsy of Physical Therapists Working in Rehabilitation of Cerebral Palsy Children at the Special Education Center, Educational District 7, Phitsanulok Province	
รัมภ์รดา อินทนิม, ปุณณพัฒน์ จินะ, สุชาวลี บัวน่ม, จตุพร ไชยวุฒิ, ลลิตา นะติกา	
ความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศจริยธรรมในองค์กรพยาบาล การจัดการด้านการยศาสตร์.....	14
ของหัวหน้าหอผู้ป่วย กับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลคาทอลิก ประเทศไทย Relationships Between Ethical Climate in Nursing Organization Ergonomics Management of Head Nurse, and Quality of Working Life of Professional Nurses The Catholic Hospitals Thailand	
ศิริประพร ไชยดวง, กัญญาดา ประจุศิลป์, สุวรรณิ ละออบปักขิน	
ประสบการณ์การจัดการกลยุทธ์ในองค์กรพยาบาลของหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน.....	30
The Experience of Strategic Management of Nursing Directors in Community Hospitals	
เมธาวี ดวงจินดา, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, พัทธนันท์ กมลศิริอนันต์, วิไลวรรณ ตรีถิ่น, สุรัสวดี สมนึก	
ประเมินผลการพยาบาลทางไกลในการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ของนักศึกษาพยาบาล	41
วิทยาลัยเซนต์หลุยส์	
An Evaluation of Telenursing Health Promotion in Pregnancy Women by Student Nurses, Saint Louis College	
สุภาวดี เครือโชติกุล, สกาวเดือน โอคมี	
การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมต่อการจัดการความเครียดจากการเรียนออนไลน์	54
ในกลุ่มนักศึกษาภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 Application of Social Support Theory in Stress Management from Online Learning Among Students Under the Coronavirus Disease 2019 Pandemic	
ธณัชชา นฤนาทวัฒนา, ณัฐธิดา มากพงศ์, สุขฤทัย สุนทรวัฒน์, ปณิธิ แก้วประไพ, ปริญญพร ทองชัย, กนกวรรณ ตาลศิริ, รัฐมาวี คชศิลา, กิตรวี จิรรัตน์สถิต, เกษร ลำเกาทอง	

การศึกษาสิ่งก่อความเครียดและปฏิกิริยาต่อสิ่งก่อความเครียดในการเรียนออนไลน์ 67 ของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งจากสถานการณ์การระบาดของ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 The Study of Stressors and Reactions to Stressors toward Online Learning of Nursing Students in A Private University due to the Corona Virus Diseases 2019 Pandemic Situation นิรดา กลิ่นทอง, นิราศศิริ โรจนธรรมกุล, กัญญิกา เลิศสุวรรณ, จิราวรรณ กล่อมเมฆ	67
การพัฒนาแผนเรียนการสอนแบบโครงงานเป็นฐานในรายวิชา 901033 วิถีชีวิตกับวัฒนธรรม 80 The Development of a Project-based Instructional Plan for 901033 Life Style and Culture Course ภาวดี รามลธิ์, อชมา ชื่นบุญ, ภคกนก รัตนวราภรณ์, ชุติมา แสงदारารัตน์, พิศุทธิ์ สร้อยไมรี, วฤณดา กาญจนทรงกร, ศราวุธ มั่งสูงเนิน, ดวงเดือน ศาสตราภรณ์	80
ประสบการณ์การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมือง..... 91 Health Promotion Experiences of Elders in An Urban Community กัญชิตา เสริมสินสิริ, สิริกาญจน์ กระจำงโพธิ์, สิริลักษณ์ ชื้อลัดย	91
ผลของรูปแบบการดูแลตนเอง ตามแนวคิดการดูแลสุขภาพตนเองและการกำกับตนเอง 105 เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ Effects of Self Care Model Pertaining to Self Health Care and Self Regulation Concepts for Controlling Blood Sugar of Uncontrolled Type 2 Diabetes Mellitus Patients กาญจนา ปัญญาเพ็ชร, นิภา มหารัษฎพงศ์, ยุวดี รอดจากภัย	105
ผลของความฉลาดทางอารมณ์ และความฉลาดทางจริยธรรม ที่มีต่อพลังสุขภาพจิตของ..... 119 นักศึกษาศาสตร์ด้านสุขภาพ ในสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งหนึ่ง The Effects of Emotional Quotient and Moral Quotient on Resilience Quotient of Health Science Students in a Private University ชูเกียรติ จากใจชน, สุดารัตน์ สุวาริ, สุภาวดี สมจิตต์, รัตนวราภรณ์ ช้อนเปี้ยยง, ศรีประพร ไชยดวง, จิราภรณ์ โกษกปริญญ์, รุ่งฤดี กล้าหาญ	119
ปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกและข้อ 131 Factor Affecting Preoperative Anxiety of Orthopedic Surgery Patients สมพร ชินโนรส, วลัยพร บริบูรณ์ธนกุล	131

หน้า

มุมคอและความสัมพันธ์ระหว่างมุมคอกับความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ.....	143
ที่บริเวณคอในผู้ที่ใช้งานแท็บเล็ตขณะนั่งเรียน: การศึกษานำร่อง	
Cervical Angles and the Relationship between Cervical Angles and Neck Disorders during Tablet Usage while Sitting in Class: A Pilot Study	
สุวลิ นามวงษา, กชกร แหยมไทย, จิรัญญา แสงดอก, เมวดี ด่านอนันต์	
ผลของคิเนสิโอเทปต่อการกระโดดสูงและประสิทธิภาพการทำงานของข้อเท้า.....	157
ในนักกีฬาแบดมินตันที่มีภาวะข้อเท้าแพลงเรื้อรัง : การศึกษานำร่อง	
Effects of Kinesiotape on Vertical Jump Height and Ankle Functional Performance in Badminton Players with Chronic Ankle Sprain: Pilot Study	
ทศพร สุดใจ, อุษา ครุครรชิต, พวิสร่า ไยบัว, ดวงใจ ชนะผล	
การส่งเสริมสมรรถนะผู้สูงอายุต่อความรู้ด้านสุขภาพและสมรรถนะแห่งตนในการดูแลสุขภาพ	168
Promoting Elderly Competency on Health Literacy and Self-Efficacy on Health Care	
รังสิยา นารินทร์	
การเปรียบเทียบการรับรู้สิ่งต่อก่อความเครียดของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น.....	181
และนักศึกษาพยาบาล ในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19	
A Comparison of Perceived Stressors of Middle School Students and Nursing Students in the COVID-19 Pandemic Period	
จิราวรรณ กล่อมเมฆ, อรเพ็ญ พงศ์กล้า, วรลัญช์ บันลือทรัพย์	
การบำบัดเพื่อป้องกันและลดการติดเกมของเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น: วิเคราะห์เชิงอภิมาน.....	195
Prevention and Reduction Therapy of Game Addiction in School- Age Children and Adolescents: A meta-Analysis	
กัญญพัชร พงษ์ข้างอยู่, นภาพร เอี่ยมละออ, ประเสริฐ คำอ้าย, สมพร สุนทรภา, อรพรรณ โตสิงห์	
การสร้างและพัฒนาหุ่นจากน้ำยางพาราช่วยฝึกทักษะประเมินการวัดการหดตัวของมดลูก.....	211
ด้วยกลไกการควบคุมแรงดันน้ำสำหรับนักศึกษาพยาบาล	
Creating and Development of the Rubber Latex Uterine Contraction Practice Model Using Water Pressure Control Mechanism for Nursing Students	
รัตนเพ็ญพร ศิริวัลลภ, อมรรัตน์ ผาละศรี, พงษ์ภูไท อุดมอริยทรัพย์, รุ่งตะวัน วิวัฒนาศิริกุล	

บทบรรณาธิการ

ตลอดระยะเวลากว่า 3 ปีที่เราต้องดำเนินชีวิตอยู่ท่ามกลางวิกฤตการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ทำให้ได้เห็นการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยมีเทคโนโลยีเป็นตัวขับเคลื่อนสำคัญ ก่อให้เกิดการดิสรัปชัน (Disruption) อย่างกว้างขวางในแทบทุกวงการ ไม่เว้นแม้แต่ในด้านสุขภาพและการพยาบาลที่เทคโนโลยีเข้ามามีบทบาทมากขึ้นอย่างชัดเจนในแทบทุกขั้นตอน ตั้งแต่การนัดตรวจโรค การวินิจฉัยโรค การดูแล การส่งต่อผู้ป่วย เป็นต้น โดยเฉพาะการดูแลรักษาผู้ป่วยและการส่งเสริมสุขภาพซึ่งจะช่วยลดเวลา ลดค่าใช้จ่าย ในการเดินทาง ลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อ มีความยืดหยุ่น ช่วยทำให้การผิมนัดน้อยลง และผู้ป่วยในพื้นที่ห่างไกล ได้รับการบริการที่สะดวกขึ้น นอกจากนี้ ในวงการสุขภาพยังได้มีการศึกษานำร่อง หรือการสร้างนวัตกรรมใหม่ ๆ โดยมีจุดมุ่งหมายที่จะพัฒนาการให้บริการที่ดีขึ้นแก่ผู้ป่วย โดยจะเห็นได้ว่า ในยุคสมัยปัจจุบัน หลายสิ่งหลายอย่างเปลี่ยนแปลงไปอย่างไม่มีวันกลับคืนไปเหมือนเดิมได้อีกแล้ว การเกิดองค์ความรู้ และนวัตกรรมด้านสุขภาพวิถีใหม่ จึงนับเป็นโอกาสและความท้าทายที่บุคลากรทางการแพทย์และผู้ที่เกี่ยวข้อง จะต้องเตรียมตัวและปรับตัว ให้ออกมาพร้อมกับความเปลี่ยนแปลงนี้เพื่อประโยชน์ในการดูแลรักษาสุขภาพของผู้ป่วยได้แบบบูรณาการ

วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ ฉบับที่ 2 ของปี 2565 ฉบับนี้ จึงประกอบไปด้วยบทความวิชาการ และงานวิจัยที่หลากหลาย เพื่อให้ผู้อ่านได้เห็นถึงความเปลี่ยนแปลงใหม่ ๆ ที่เกิดขึ้นทางการแพทย์และสุขภาพ ในแง่มุมต่าง ๆ อาทิ บทความที่เกี่ยวกับสถานะความเครียดจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส โควิด-19 ทั้งในด้านของสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด การรับรู้ความเครียด และบทการจัดการความเครียด ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ที่เกิดขึ้น และยังมีบทความเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และการพยาบาลปัญหาต่าง ๆ ในกลุ่มเด็กวัยเรียน ผู้สูงอายุ หญิงตั้งครรภ์ และผู้ป่วย นอกจากนี้ ยังมีบทความที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงานและสมรรถนะทางการแพทย์ รวมทั้งบทความที่เกี่ยวกับการนำเทคโนโลยี มาใช้ในการสร้างนวัตกรรมทางด้านการพยาบาลได้อย่างน่าสนใจ อีกด้วย

ในนามบรรณาธิการต้องขอขอบคุณวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ที่ให้ความสำคัญในการจัดทำวารสารที่เป็น แหล่งเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการด้านการวิจัยและพัฒนาให้กับวงการพยาบาลและสาธารณสุขมาโดยตลอด และขอขอบคุณผู้เขียนทุกท่านที่สนใจส่งบทความลงเผยแพร่ความรู้ที่เป็นประโยชน์และมีคุณค่า รวมทั้งขอขอบคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทั้งภายในและภายนอกที่ให้ความกรุณาอนุเคราะห์การอ่าน ประเมินบทความและให้คำแนะนำ และ สละเวลาอันมีค่าในการประเมินและให้ข้อเสนอแนะบทความให้มีคุณภาพและมาตรฐานทางวิชาการ เพราะในยุคที่ โลกกำลังเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว การพยาบาลที่เปรียบเสมือนหัวใจของการดูแลสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญ เรา จึงจำเป็นต้องศึกษาหาความรู้ เพิ่มพูนทักษะ พัฒนานตนเอง เปิดรับสิ่งใหม่ ตลอดจนกล้าที่จะเปลี่ยนแปลง เพื่อให้เกิดเป็นพลังพยาบาลสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงในวงการทางการแพทย์และพยาบาลได้อย่างทันทั่วถึง ดังคำขวัญ ของพยาบาลสากลของปี 2565 ที่ว่า “พลังพยาบาลเพื่อสิทธิและความมั่นคงของสุขภาพประชาคมโลก” (Nurses: A Voice to Lead – Invest in Nursing and respect rights to secure global health)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แก้วตะวัน ศิริลักษณ์นันท์

บรรณาธิการ

ความน่าเชื่อถือของการใช้แบบประเมิน

Segmental Assessment of Trunk Control (SATCo) ในเด็กสมองพิการ
ของนักกายภาพบำบัดที่ปฏิบัติงานดูแลฟื้นฟูเด็กสมองพิการ
ณ ศูนย์การศึกษาพิเศษ เขตการศึกษา 7 จังหวัดพิษณุโลก

Reliability of the Segmental Assessment
of Trunk Control (SATCo) in Children with Cerebral Palsy of
Physical Therapists Working in Rehabilitation of Cerebral Palsy
Children at the Special Education Center, Educational District 7,
Phitsanulok Province

รัมภ์รดา อินทโฉม, ปร.ด., Rumrada Intachom, Ph.D.^{1*}

บุญญพัฒน์ จีนะ, กภ.บ., Punyaphat China, B.PT.²

สุชาวลี บัวนุ้ม, กภ.บ., Suchawalee Buanum, B.PT.²

จตุพร ไชยวุฒิ, กภ.บ., Chatuporn Chaiwut, B.PT.³

ลลิตา นะติกา, กภ.บ., Lalida Natika, B.PT.³

¹ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

¹Assistant Professor, Ph.D., Faculty of Allied Health Sciences, Naresuan University

²นักกายภาพบำบัด, ศูนย์การศึกษาพิเศษ เขตการศึกษา 7, จังหวัดพิษณุโลก

²Physical Therapist, Special Education Center Region 7, Phitsanulok Province

³นิสิตคณะสหเวชศาสตร์, มหาวิทยาลัยนเรศวร

³Student, Faculty of Allied Health Sciences, Naresuan University

*Corresponding Author Email: rumradai@nu.ac.th

Received: February 25, 2022

Revised: May 11, 2022

Accepted: December 6, 2022

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาความน่าเชื่อถือภายในผู้ประเมินและระหว่างผู้ประเมิน ในการประเมิน การควบคุมกล้ามเนื้อลำตัวแบบแยกส่วนในเด็กสมองพิการด้วยแบบประเมิน Segmental Assessment of Trunk Control (SATCo) อาสาสมัครคือเด็กสมองพิการ จำนวน 30 คน อายุเฉลี่ย 10.1 ± 4.11 ปี ที่มีระดับความสามารถ ในการเคลื่อนไหว ตามเกณฑ์ Gross motor Function Classification System (GMFCS) ระดับ II-V ผู้ประเมิน 2 คน ทำการทดสอบแบบประเมิน SATCo ใน 3 หัวข้อการทดสอบ (อยู่นิ่ง มีการเคลื่อนไหว มีการให้แรงผลัก) ผู้ประเมินให้คะแนนการทดสอบจำนวน 2 ครั้ง จากภาพวิดีโอที่ถูกบันทึกไว้ โดยการให้คะแนน ครั้งที่ 2 เว้นระยะห่างจากการให้คะแนนครั้งที่ 1 เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ วิเคราะห์หาค่าความน่าเชื่อถือภายใน ผู้ประเมิน และระหว่างผู้ประเมิน ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (intraclass correlation coefficient) (ICC 3, k) และ (ICC 2, k) กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ผลการวิจัยพบว่าแบบประเมิน SATCo มีความน่าเชื่อถือภายในผู้ประเมินในทุกหัวข้อทดสอบ ในระดับดีมาก [ICC (3, k) 0.90-1.00] และมีค่าความ น่าเชื่อถือระหว่างผู้ประเมินในทุกหัวข้อทดสอบ ในระดับดีมาก [ICC (2, k) 0.93-0.99] สรุปว่าผู้ประเมินของ การใช้แบบประเมิน SATCo สามารถประเมินความสามารถในการควบคุมลำตัวแบบแยกส่วนได้อย่างน่าเชื่อถือ

คำสำคัญ: ความน่าเชื่อถือภายในผู้ประเมิน ความน่าเชื่อถือระหว่างผู้ประเมิน เด็กสมองพิการ แบบประเมิน
Segmental Assessment of Trunk Control

Abstract

This research aimed to evaluate intra-rater and inter-rater reliability of the Segmental Assessment of Trunk Control (SATCo) for measuring segmental approach of trunk control in children with cerebral palsy. Participants were 30 children with cerebral palsy mean age 10.1 ± 4.11 years, Gross motor Function Classification System (GMFCS) level II-V. Two assessors conducted SATCo include three tests (static trunk control, active trunk control, and reactive trunk control) and independently scored from recorded videotapes in two times. Rescored were carried out within two weeks from the first scoring. The intra-rater reliability of the test subjects was determined using the first scoring. Intra-rater and inter-rater reliability were calculated using intraclass correlation coefficients (ICC 3, k) and (ICC 2, k) respectively. The significance level was set at $p < 0.05$. The results of the study showed that intra-rater reliability of the SATCo in static trunk control, active trunk control and reactive trunk control were excellent for the total data set at ICC (3, k) ranking from 0.90 to 1.00. Inter-rater reliability of the SATCo in static trunk control, active trunk control and reactive trunk control were excellent (ICC 2, k) ranking from 0.93 to 0.99 across all data sets and aspects of trunk control. Rater

of the SATCo is reliable allowing clinicians greater specificity in assessing degree of trunk control.

Keywords: *Intra-rater Reliability, Inter-rater Reliability, Children with Cerebral Palsy, Segmental Assessment of Trunk Control Test*

บทนำ

ภาวะสมองพิการ (Cerebral Palsy) หรือ ซี.พี (C.P) คือกลุ่มอาการที่มาจากมีพยาธิสภาพที่สมอง โดยเป็นรอยโรคที่ถาวรคงที่และไม่ลุกลามต่อ เป็นความผิดปกติในการเจริญเติบโตของเซลล์สมองส่วนมอเตอร์ ส่งผลให้มีความผิดปกติของการเคลื่อนไหวและการทรงท่า มีการพัฒนาปฏิกริยาตั้งตรงและการรักษาสสมดุลของร่างกายในท่าทางต่างๆ ไม่สมบูรณ์ (Rosenbaum, 2003) เด็กสมองพิการส่วนใหญ่มักมีความบกพร่องในการควบคุมการทรงท่า มีการทรงท่าในแนวตั้งตรงลำตัว ไม่สามารถควบคุมการทรงท่าในท่านั่งหรือยืนได้ (Mendoza, Gomez-Coesa, Montesinos, 2015; Pavao, dos Santos, Woollacott, Rocha, 2013; Singer, Mink, Gilbert, Jankovic, 2010)

การควบคุมการทรงท่า (postural control) เป็นการควบคุมตำแหน่งของร่างกายในพื้นที่ต่าง ๆ หรือเป็นภาวะที่มีความสมดุลของแรงที่มากระทำต่อร่างกาย ทำให้ร่างกายอยู่นิ่งไม่เคลื่อนไหว เป็นกระบวนการทำงานร่วมกันของระบบต่าง ๆ ที่ซับซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้และแปลผลเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวของร่างกาย และเป็นการตอบสนองของร่างกายด้วยกลไกการป้อนกลับข้อมูล (feedback mechanism) และกลไกที่มีการคาดการณ์การสั่งการควบคุมล่วงหน้า (anticipatory mechanism) โดยอาศัยข้อมูลจากระบบการรับรู้รู้สึก แล้วตอบสนองอย่างเหมาะสมเพื่อทรงตัวให้อยู่ในแนวตั้งตรง (Aneksan, 2020) พัฒนาการด้านการทรงท่ามีทิศทางการพัฒนาจาก

ศีรษะสู่ปลายเท้า (cephalocaudal) โดยเมื่ออายุประมาณ 3 เดือน ในเด็กปกติจะเริ่มมีการควบคุมศีรษะตั้งตรง ต่อมาจะมีการพัฒนากล้ามเนื้อลำตัวเมื่ออายุประมาณ 4-6 เดือน การทรงท่าตั้งตรงจะถูกควบคุมโดยการทำงานของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ เมื่อมีการลงน้ำหนักที่ข้อต่อหรือมีการเปลี่ยนแปลงตำแหน่งของศีรษะและลำตัว ระบบประสาทรับความรู้สึกที่ผิวหนังที่ในการควบคุมการทรงท่าจะส่งสัญญาณประสาทไปที่ระบบประสาทสั่งการเพื่อควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อในการเคลื่อนไหวเพื่อด้านแรงโน้มถ่วงโลก และรักษาการทรงท่าของร่างกาย (Shumway-Cook & Woollacott, 2007)

การตรวจประเมินการทรงท่าของเด็กสมองพิการเป็นสิ่งสำคัญเพราะช่วยให้ผู้รักษาสสามารถวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนการรักษาได้อย่างเหมาะสม ในปัจจุบันได้มีการพัฒนาแบบประเมินมาตรฐานต่างๆ เพื่อประเมินเรื่องการควบคุมการทรงทานั่งในเด็ก (Field & Livingstone, 2013) จากการทบทวนวรรณกรรมหนึ่งในแบบประเมินมาตรฐานที่ใช้กันอย่างกว้างขวางคือแบบประเมิน Segmental Assessment of Trunk Control (SATCo) ถูกคิดค้นและพัฒนาโดย Butler, Saavedra, Sofranac, Jarvis, and Woollacott, (2010) สำหรับประเมินการควบคุมการทรงท่าของกล้ามเนื้อลำตัวแบบแยกส่วนในขณะนั่ง มีมาตรฐานและนิยมใช้กันโดยทั่วไป พัฒนามาจากรูปแบบของ targeted training แบบประเมิน SATCo ถูกนำไปใช้ในงานวิจัยเพื่อประเมิน

ความบกพร่องของการควบคุมกล้ามเนื้อลำตัวอย่างแพร่หลาย (Curtis et al., 2015; Curtis et al., 2018; Pin, Butler, Cheung, Shum, 2020; Pin, Butler, Cheung, Shum, 2020; Saavedra & Woollacott, 2015; Sangkarit, Tapanya, Kumful, Prangkeaw, Aoratai, 2018) โดยแบบประเมิน SATCo มีหลักการว่ากล้ามเนื้อลำตัวประกอบด้วยการทำงานของกล้ามเนื้อในหลาย ๆ ส่วน (subunits) สามารถระบุความสามารถของแต่ละส่วนได้ ซึ่งเป็นมุมมองที่มีความแตกต่างจากการศึกษาเกี่ยวกับการทรงท่าของกล้ามเนื้อลำตัวที่ผ่านมาในอดีต ซึ่งมีมุมมองว่ากล้ามเนื้อลำตัวเป็นองค์ประกอบเดียว (single unit) ในขณะที่แบบประเมิน SATCo มีการประเมินการควบคุมกล้ามเนื้อลำตัวในท่ายืน ในระดับต่าง ๆ สามารถระบุระดับความสามารถการควบคุมกล้ามเนื้อลำตัวได้อย่างเฉพาะเจาะจง ทดสอบใน 3 หัวข้อ คือ 1) การควบคุมกล้ามเนื้อลำตัวในขณะที่อยู่นิ่ง ไม่มีการเคลื่อนไหว (static control) 2) การควบคุมกล้ามเนื้อลำตัวในขณะที่มีการเคลื่อนไหว (active control) และ 3) การควบคุมกล้ามเนื้อลำตัวเมื่อถูกรบกวนสมดุลในระนาบต่าง ๆ (reactive control) โดยใช้รูปแบบของการลดระดับของการจับพุงลำตัวในท่ายืน การจับพุงแต่ละตำแหน่งแสดงถึงความสามารถในการควบคุมกล้ามเนื้อลำตัวในแต่ละส่วน การจับพุงเริ่มจากในระดับที่สูงคือระดับหัวไหล่ ไปจนถึงไม่มีการจับพุงคือการทรงท่าด้วยตนเอง ซึ่งผลจากการทดสอบจะได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ที่นำไปสู่การวางแผนฟื้นฟูการควบคุมกล้ามเนื้อลำตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น (Butler, Saavedra, Sofranac, Jarvis, Woollacott, 2010) ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการทดสอบคุณภาพ (psychometric properties) ของแบบประเมิน SATCo มีการศึกษาอย่างแพร่หลายในประชากรเด็กในกลุ่มต่าง ๆ ได้แก่ เด็กสมองพิการ, เด็กปกติ, เด็กคลอดก่อนกำหนด,

เด็กทารก, เด็กดาวน์ซินโดรม, และเด็กกล้ามเนื้อเสื่อมดูเพน ผลการศึกษาพบว่าแบบประเมิน SATCo มีความน่าเชื่อถือและความตรงในระดับที่เหมาะสมยอมรับได้ สามารถนำไปใช้ในทางคลินิกและงานวิจัยเพื่อประเมินความสามารถในการควบคุมการทรงท่าของกล้ามเนื้อลำตัวแบบแยกส่วนได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Butler, Saavedra, Sofranac, Jarvis, Woollacott, 2010; Flores, Mitchell, Bickley, Da Silva, 2020; Hansen, Erhardsen, Bencke, Magnusson, Curtis, 2018; Pin, Butler, Cheung, Shum, 2018; Sa, Fagundes, Araujo, Oliveira, Favero, 2016)

การประเมินความน่าเชื่อถือภายในผู้ประเมินและระหว่างผู้ประเมินของการใช้แบบประเมิน SATCo ก่อนที่ผู้ประเมินจะนำไปใช้ประเมินการควบคุมกล้ามเนื้อลำตัวแบบแยกส่วนในเด็กสมองพิการที่มาใช้บริการในคลินิกกายภาพบำบัดมีความสำคัญ ผู้ประเมินสามารถใช้แบบประเมินทำการประเมินซ้ำเพื่อวัดผลลัพธ์ของการรักษารวมทั้งใช้ในงานวิจัยทางคลินิกได้อย่างถูกต้อง มีความน่าเชื่อถือ จึงเป็นที่มาของวัตถุประสงค์งานวิจัยในครั้งนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

ศึกษาความน่าเชื่อถือภายในผู้ประเมินและระหว่างผู้ประเมิน ในการประเมินการควบคุมกล้ามเนื้อลำตัวแบบแยกส่วนในเด็กสมองพิการด้วยแบบประเมิน Segmental Assessment of Trunk Control (SATCo)

วิธีการดำเนินการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคือ เด็กสมองพิการ ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling)

2. เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

2.1 เกณฑ์การคัดเลือก เป็นเด็กสมองพิการ ชนิด Unilateral spastic, Bilateral spastic, Dyskinetic, Ataxic, Mixed type Cerebral Palsy ได้รับการบริการจากศูนย์การศึกษาพิเศษ เขตการศึกษา 7 จังหวัดพิษณุโลก มีอายุ 2 ปี – 18 ปี สามารถทำตามคำสั่งที่อยู่ในแบบประเมิน SATCo ได้ และมีความสามารถในการมองเห็น หรือในกรณีที่มีความผิดปกติในการมองเห็น แต่ได้รับการรักษาและแก้ไขโดยแพทย์แล้ว

2.2 เกณฑ์การคัดออก มีประวัติการบาดเจ็บที่ข้อสะโพก ภายในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา ได้รับการฉีดยาโบทูลินัมท็อกซิน A ในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา มีผลกดทับที่สะโพก ในบริเวณที่ส่งผลต่อการทรงตัว

3. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (IRB No. P10048/64)

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยประชาสัมพันธ์หาอาสาสมัครโดยการติดต่อผ่านทางกลุ่มงานวิชาการ และกลุ่มงานเด็กบกพร่องทางร่างกาย ศูนย์การศึกษาพิเศษ เขตการศึกษา 7 จังหวัดพิษณุโลก จากนั้นอธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัยให้อาสาสมัครและผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรมตามกฎหมายทราบ ให้เวลาอิสระในการตัดสินใจอย่างเพียงพอตามที่อาสาสมัครและผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรมตามกฎหมายต้องการในการลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เมื่อได้รับหนังสือยินยอมผู้วิจัยทำการคัดกรองอาสาสมัครตามเกณฑ์คัดเลือกและคัดออก หากผ่านเกณฑ์ผู้วิจัยสอบถามข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัคร

ผู้ประเมินคนที่ 1 และผู้ประเมินคนที่ 2 ในงานวิจัยนี้คือ นักกายภาพบำบัด ที่ปฏิบัติงาน ณ ศูนย์การศึกษาพิเศษ เขตการศึกษา 7 จังหวัดพิษณุโลก

จำนวน 2 คน ปฏิบัติงานดูแลฟื้นฟูเด็กสมองพิการมาเป็นระยะเวลา 6 และ 8 ปี

5. ขั้นตอนการวิจัย

5.1 การเตรียมผู้ประเมินให้มีทักษะในการประเมินด้วยแบบประเมิน SATCo ผู้ประเมินทำการศึกษาคู่มือวิธีการใช้แบบประเมิน SATCo และทำการฝึกซ้อมวิธีการทดสอบและการให้คะแนนกับอาจารย์กายภาพบำบัด สาขากายภาพบำบัดในเด็ก ซึ่งเป็นผู้มีประสบการณ์ในการประเมิน SATCo มาก่อน มีประสบการณ์ในการทำงานเป็นระยะเวลา 15 ปี ทำการฝึกซ้อมจนแน่ใจว่าผู้ประเมินมีทักษะที่เท่าเทียมกันในการดำเนินการทดสอบทั้งหมด ทั้งการจัดท่าและการสัมผัสผู้ถูกทดสอบ วิธีการทดสอบ และการให้คะแนนการทดสอบ สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

5.2 การบันทึกภาพเคลื่อนไหวขณะทำการประเมินความสามารถในการควบคุมกล้ามเนื้อลำตัวแบบแยกส่วนในเด็กสมองพิการด้วยแบบประเมิน SATCo

มีการตั้งกล้องบันทึกวิดีโอ 2 ตัวไว้ที่ 2 ตำแหน่ง ได้แก่ ด้านหน้าและด้านข้างของเก้าอี้ โดยระยะห่างระหว่างกล้องกับศีรษะของเด็กประมาณ 2.4 เมตร ผู้ประเมินพาเด็กมานั่งบนเก้าอี้ จัดท่าเริ่มต้นให้เด็กอยู่ในท่าศีรษะตั้งตรง แขนกางออกนอกลำตัวเล็กน้อย มีสายรัดที่สะโพก และเข่างอประมาณ 90 องศา เท้าวางแนบพื้นหรือวางบนที่วางเท้า

ในการทดสอบผู้ประเมินคนที่ 1 อยู่ทางด้านหลังของเด็ก เป็นผู้จับพยางค์ต่าง ๆ ของเด็ก เริ่มจากส่วนแรกคือการจับพยางค์ที่หัวไหล่, รักแร้, ขอบล่างของกระดูกสะบัก, เหนือซี่โครงส่วนล่าง, ใต้ซี่โครง, กระดูกเชิงกราน และไม่มีการจับพยางค์ โดยในแต่ละระดับการจับพยางค์ทำการทดสอบตามหัวข้อการทดสอบดังนี้ 1) static trunk control ผู้ทดสอบคนที่ 2 บอกให้เด็ก “นั่งนิ่ง ๆ ศีรษะและลำตัวตรง” 2) active trunk control ผู้ประเมินคนที่ 2 บอกให้เด็ก “หันหน้าไปทางซ้าย

ศีรษะและลำตัวตรง” และ “หันหน้าไปทางขวา ศีรษะและลำตัวตรง” และ 3) reactive trunk control ผู้ประเมินคนที่ 2 ใช้ปลายนิ้วให้แรงผลักเบา ๆ ใน 3 ทิศทางคือทางด้านหน้าที่บริเวณ sternum, ทางด้านข้างทั้งสองข้างที่บริเวณ acromion, และทางด้านหลังที่บริเวณกระดูกคอชั้นที่ 7 ทำการบันทึกภาพวิดีโอทันที เป็นระยะเวลาประมาณ 20 นาที

5.3 การทดสอบความน่าเชื่อถือภายใน ผู้ประเมินและระหว่างผู้ประเมิน ผู้ประเมิน 2 คน และอาจารย์กายภาพบำบัด ทำการให้คะแนนมาจากภาพวิดีโอที่ถูกบันทึกไว้โดยแยกกันให้คะแนน ทำในวันเวลาและสภาพแวดล้อมเดียวกัน ความน่าเชื่อถือภายในผู้ประเมินมาจากการให้คะแนนจากวิดีโอ 2 ครั้ง โดยครั้งที่ 1 เริ่มต้นภายหลังจากเสร็จสิ้นการบันทึกภาพวิดีโออาสาสมัครรายสุดท้ายเป็นระยะเวลานาน 1 สัปดาห์ และครั้งที่ 2 เว้นระยะห่างจากการให้คะแนนครั้งที่ 1 เป็นเวลา 2 สัปดาห์ (เพื่อลดอคติของการที่ผู้ประเมินอาจจดจำคะแนนจากการให้คะแนนครั้งก่อนได้) ความน่าเชื่อถือระหว่างผู้ประเมินมาจากการให้คะแนนจากวิดีโอครั้งที่ 1

โดยคะแนนเต็มทั้งหมดคือ 20 คะแนน ประกอบด้วยหัวข้อการทดสอบ static trunk control 7 คะแนน, หัวข้อการทดสอบ active trunk control 7 คะแนน, และหัวข้อการทดสอบ reactive trunk control 6 คะแนน

ให้คะแนนแต่ละหัวข้อการทดสอบตามระดับความสามารถการควบคุมกล้ามเนื้อลำตัวแบบแยกส่วนดังนี้ 1) มีการควบคุมศีรษะ (head control) 2) มีการควบคุมทรวงอกส่วนบน (upper thoracic control) 3) มีการควบคุมทรวงอกส่วนกลาง (mid thoracic control) 4) มีการควบคุมทรวงอกส่วนล่าง (lower thoracic control) 5) มีการควบคุมเอวส่วนบน

(upper lumbar control) 6) มีการควบคุมเอวส่วนล่าง (lower lumbar control) 7) มีการควบคุมลำตัวทั้งหมด (full trunk control)

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

6.1 ข้อมูลพื้นฐานของอาสาสมัครใช้สถิติพรรณนา (descriptive statistic) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

6.2 สถิติที่ใช้ในการหาค่าความน่าเชื่อถือภายในผู้ประเมิน (intra-rater reliability) คนที่ 1 และคนที่ 2 คือค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (intraclass correlation coefficient: ICC) โดยใช้แบบจำลอง (ICC 3, k) โดยตัวแบบ two-way mixed – effects model ชนิด average measures รูปแบบความสอดคล้อง (consistency) ที่ช่วงความเชื่อมั่น 95% (95% confident intervals) ของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น

สถิติที่ใช้ในการหาค่าความน่าเชื่อถือระหว่างผู้ประเมิน (inter-rater reliability) คนที่ 1, คนที่ 2, และอาจารย์กายภาพบำบัด คือค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (intraclass correlation coefficient: ICC) โดยใช้แบบจำลอง (ICC 2, k) โดยตัวแบบ two-way random – effects model ชนิด average measures รูปแบบความแน่นอน (absolute agreement) ที่ช่วงความเชื่อมั่น 95% (95% confident intervals) ของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น

โดยใช้เกณฑ์การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (ICC) และการแปลความหมายดังนี้ 0.00–0.50 ความสอดคล้องในระดับต่ำ, 0.51–0.74 ความสอดคล้องในระดับพอใช้, 0.75–0.90 ความสอดคล้องในระดับดี, และ 0.91–1.00 ความสอดคล้องในระดับดีมาก (Portney & Watkins, 2009)

ผลการวิจัย

เด็กสมองพิการ 30 คน เข้าร่วมการศึกษา อายุ (min) 4.1 ปี อายุสูงสุด (max) 17.8 ปี ข้อมูลเฉลี่ย (mean $\pm$ SD) = 10.1 $\pm$ 4.11 ปี อายุต่ำสุด คุณสมบัติ (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 คุณสมบัติของอาสาสมัคร (N=30)

คุณลักษณะ	จำนวนคน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	18 (60)
หญิง	12 (40)
ประเภทภาวะสมองพิการ	
bilateral spasticity	26 (86.67)
dyskinetic	4 (13.33)
ระดับความสามารถของการเคลื่อนไหว (GMFCS)	
II	7 (23.33)
III	1 (3.33)
IV	13 (43.34)
V	9 (30)

ความน่าเชื่อถือภายในผู้ประเมิน (intra-rater reliability)

ค่าความน่าเชื่อถือภายในผู้ประเมิน (intra-rater reliability) คนที่ 1 พบว่า static trunk control มีค่า ICC (3, k) = 0.96 แปลผลได้ว่ามีความสอดคล้องในระดับดีมาก, active trunk control มีค่า ICC (3, k) = 0.90 แปลผลได้ว่ามีความสอดคล้องในระดับดี, และ reactive trunk control มีค่า ICC (3, k) = 0.96 แปลผลได้ว่ามีความสอดคล้องในระดับดีมาก

ค่าความน่าเชื่อถือภายในผู้ประเมิน (intra-rater

reliability) คนที่ 2 พบว่า static trunk control มีค่า ICC (3, k) = 0.96 แปลผลได้ว่ามีความสอดคล้องในระดับดีมาก, active trunk control มีค่า ICC (3, k) = 1.00 แปลผลได้ว่ามีความสอดคล้องในระดับดีมาก, และ reactive trunk control มีค่า ICC (3, k) = 1.00 แปลผลได้ว่ามีความสอดคล้องในระดับดีมาก

แสดงให้เห็นว่าค่าความน่าเชื่อถือภายในผู้ประเมิน (intra-rater reliability) คนที่ 1 และคนที่ 2 ในทุกหัวข้อทดสอบ มีค่า ICC (3, k) = 0.90-1.00 มีความสอดคล้องในระดับดีมาก (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าความน่าเชื่อถือภายในผู้ประเมิน (intra-rater reliability) คนที่ 1 และ คนที่ 2

	ผู้ประเมินคนที่ 1			ผู้ประเมินคนที่ 2		
	Segmental Assessment of Trunk Control (SATCo)					
	static	active	reactive	static	active	reactive
	trunk	trunk	trunk	trunk	trunk	trunk
	control	control	control	control	control	control
อาสาสมัคร (N)	30					
ICC (3, k)	0.96	0.90	0.96	0.96	1.00	1.00
95% confident intervals	0.91 - 0.98	0.80 - 0.95	0.91 - 0.98	0.91 - 0.98	1.00 - 1.00	1.00 - 1.00

ความน่าเชื่อถือระหว่างผู้ประเมิน (inter-rater reliability)

ค่าความน่าเชื่อถือระหว่างผู้ประเมิน (inter-rater reliability) คนที่ 1 และคนที่ 2 พบว่า static trunk control มีค่า ICC (2, k) = 0.99 แปลผลได้ว่ามีความสอดคล้องในระดับดีมาก, active trunk control มีค่า ICC (2, k) = 0.93 แปลผลได้ว่ามีความสอดคล้อง

ในระดับดีมาก, และ reactive trunk control มีค่า ICC (2, k) = 0.94 แปลผลได้ว่ามีความสอดคล้องในระดับดีมาก

แสดงให้เห็นว่าผู้ประเมินคนที่ 1 และคนที่ 2 ในทุกหัวข้อทดสอบ มีค่าความน่าเชื่อถือระหว่างผู้ประเมิน (inter-rater reliability) ICC (2, k) = 0.93-0.99 มีความสอดคล้องในระดับดีมาก (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าความน่าเชื่อถือระหว่างผู้ประเมิน (inter-rater reliability) คนที่ 1 และ คนที่ 2

	Segmental Assessment of Trunk Control (SATCo)		
	static trunk control	active trunk control	reactive trunk control
อาสาสมัคร (N)	30		
ICC (2, k)	0.99	0.93	0.94
95% confident intervals	0.99 - 1.00	0.84 - 0.96	0.87 - 0.97

ค่าความน่าเชื่อถือระหว่างผู้ประเมิน (inter-rater reliability) คนที่ 1, คนที่ 2, และอาจารย์กายภาพบำบัด พบว่า static trunk control มีค่า ICC (2, k) = 0.98 แปลผลได้ว่ามีความสอดคล้องในระดับดีมาก, active

trunk control มีค่า ICC (2, k) = 0.97 แปลผลได้ว่ามีความสอดคล้องในระดับดีมาก, และ reactive trunk control มีค่า ICC (2, k) = 0.97 แปลผลได้ว่ามีความสอดคล้องในระดับดีมาก (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ค่าความน่าเชื่อถือระหว่างผู้ประเมิน (inter-rater reliability) คนที่ 1, คนที่ 2, และอาจารย์
กายภาพบำบัด

	Segmental Assessment of Trunk Control (SATCo)		
	static trunk control	active trunk control	reactive trunk control
อาสาสมัคร (N)		30	
ICC (2, k)	0.98	0.97	0.97
95% confident intervals	0.96 - 0.99	0.94 - 0.98	0.95 - 0.99

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษานี้มีจุดประสงค์เพื่อทำการศึกษาค่าความน่าเชื่อถือภายในผู้ประเมินและระหว่างผู้ประเมินในการประเมินการควบคุมกล้ามเนื้อลำตัวแบบแยกส่วนในเด็กสมองพิการด้วยแบบประเมิน Segmental Assessment of Trunk Control (SATCo) จากผลการศึกษาพบว่าแบบประเมิน SATCo มีความน่าเชื่อถือภายในผู้ประเมิน (intra-rater reliability) และความน่าเชื่อถือระหว่างผู้ประเมิน (inter-rater reliability) มีความน่าเชื่อถืออยู่ในระดับดีมาก

ผลความน่าเชื่อถือภายในผู้ประเมิน (intra-rater reliability) และความน่าเชื่อถือระหว่างผู้ประเมิน (inter-rater reliability) ที่พบในการศึกษานี้ คล้ายคลึงกับผลการศึกษาก่อนหน้า แต่อย่างไรก็ตามยังมีความแตกต่างกันบางส่วนในเรื่องวิธีการและกลุ่มตัวอย่างการศึกษาของ Butler และคณะในปี 2010 ทำการศึกษาความน่าเชื่อถือของแบบประเมิน SATCo ทำการศึกษาในเด็กปกติและเด็กสมองพิการ จำนวน 32 คน ผลการศึกษาจากการให้คะแนนจากวิดีโอทดสอบ พบว่าความน่าเชื่อถือภายในผู้ประเมิน (intra-rater reliability) มีค่า $ICC > 0.98$ อยู่ในระดับดีมากในทุกหัวข้อของการทดสอบ และความน่าเชื่อถือระหว่างผู้ประเมิน (inter-rater reliability) มีค่า

$ICC > 0.84$ อยู่ในระดับดีในทุกหัวข้อของการทดสอบ (Butler, Saavedra, Sofranac, Jarvis, Woollacott, 2010) และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Hansen และคณะในปี 2018 ที่ศึกษาหาความน่าเชื่อถือภายในผู้ประเมินคนเดียวกัน (intra-rater reliability) ในวันประเมินที่แตกต่างกัน และความน่าเชื่อถือระหว่างผู้ประเมิน (inter-rater reliability) ในวันประเมินที่แตกต่างกันโดยใช้แบบประเมิน SATCo ผู้ประเมินทั้ง 2 คน ทำการให้คะแนนครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ภายในระยะเวลา 2 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าแบบประเมิน SATCo มีค่าความน่าเชื่อถือภายในผู้ประเมิน (intra-rater reliability) และความน่าเชื่อถือระหว่างผู้ประเมิน (inter-rater reliability) อยู่ในระดับดีมาก $ICC \geq 0.90$ ในหัวข้อการทดสอบ static trunk control และ active trunk control (Hansen, Erhardtsen, Bencke, Magnusson, Curtis, 2018) โดยทำการศึกษาในเด็กสมองพิการ ซึ่งเป็นกลุ่มอาสาสมัครที่เหมือนกับในการศึกษานี้ แต่อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ของ Hansen และคณะ มีความแตกต่างกับการศึกษานี้เรื่องวิธีการหาความน่าเชื่อถือระหว่างผู้ประเมิน โดยในการศึกษานี้ได้ให้ผู้ประเมินทั้ง 2 คน แยกกันให้คะแนนในวันเดียวกัน โดยกำหนดให้ช่วงเวลาและสภาพแวดล้อมเดียวกันด้วย

เพื่อลดปัจจัยรบกวนของช่วงเวลาที่น่าจะเป็นช่วงเวลาการปฏิบัติงานและสภาพแวดล้อมที่อาจมีเสียงดัง ที่สามารถส่งผลต่อการให้คะแนนจากวิธีทัศนัยการทดสอบได้

จากการทบทวนวรรณกรรมค่าความน่าเชื่อถือของแบบประเมิน SATCo ในกลุ่มอาสาสมัครเด็กประเภทอื่น พบว่ามีค่าความน่าเชื่อถืออยู่ในเกณฑ์ดีมาก มีรายงานของการศึกษาในเด็กทารกคลอดครบกำหนด และเด็กทารกคลอดก่อนกำหนด พบว่าค่าความน่าเชื่อถือภายในผู้ประเมิน (intra-rater reliability) และความน่าเชื่อถือระหว่างผู้ประเมิน (inter-rater reliability) อยู่ในระดับดี ICC ≥ 0.75 ยกเว้นในทารกอายุ 6 เดือน (Pin, Butler, Cheung, Shum, 2018) ในกลุ่มเด็กสมองพิการชนิดแขนงครึ่ง ผลการศึกษาพบว่าค่าความน่าเชื่อถือภายในผู้ประเมิน (intra-rater reliability) และความน่าเชื่อถือระหว่างผู้ประเมิน (inter-rater reliability) มีค่า ICC อยู่ในระดับดีถึงดีมาก (Tedla, Reddy, 2022) ในกลุ่มเด็กดาวน์ซินโดรม แสดงค่าความน่าเชื่อถือภายในผู้ประเมิน (intra-rater reliability) มีค่า ICC อยู่ในระดับปานกลางถึงดี และความน่าเชื่อถือระหว่างผู้ประเมิน (inter-rater reliability) มีค่า ICC อยู่ในระดับดีถึงดีมาก (Flores, Mitchell, Bickley, Da Silva, 2020) ในเด็กกล้ามเนื้อเสื่อมดูเชน ผลการศึกษาพบว่าหัวข้อการทดสอบ static trunk control และ active trunk control มีค่าความสอดคล้องของการให้คะแนนร้อยละ 100% ส่วนหัวข้อการทดสอบ reactive trunk control และผลการทดสอบโดยรวมมีค่าความสอดคล้องของการให้คะแนนในระดับดีมาก (Sa, Fagundes, Araujo, Oliveira, Favero, 2016) ในภาพรวมจากผลของการศึกษานี้ และผลการศึกษาที่ผ่านมาสะท้อนให้เห็นถึงความน่าเชื่อถือของแบบประเมิน SATCo ในประชากรที่มีความหลากหลาย

ปัจจัยที่เป็นไปได้ที่ทำให้ความน่าเชื่อถือภายใน

ผู้ประเมิน (intra-rater reliability) และระหว่างผู้ประเมิน (inter-rater reliability) ของการใช้แบบประเมิน SATCo ในการศึกษาอยู่ในเกณฑ์ดีมาก เช่น การที่หัวข้อทดสอบทั้ง 3 หัวข้อ คือ static trunk control, active trunk control, และ reactive trunk control เป็นลักษณะการเคลื่อนไหวที่ไม่ซับซ้อน เข้าใจง่าย มีระบบการให้คะแนนที่ชัดเจน และเกณฑ์ในการให้คะแนนมีความชัดเจนที่สามารถแยกได้ง่าย วิธีการให้คะแนนเป็นการให้คะแนนจากวิธีทัศนัยที่ถูกบันทึกไว้ ซึ่งทำให้สามารถให้คะแนนได้อย่างถูกต้องแม่นยำ ในคู่มือการทดสอบแบบประเมิน SATCo ได้มีการระบุเกี่ยวกับการควบคุมคุณภาพของการประเมิน SATCo วิธีการหนึ่งคือการบันทึกวิธีทัศนัย โดยแนะนำให้ตั้งกล้องทางด้านหน้าตัวเด็ก 1 ตัว และตั้งกล้องทางด้านข้างตัวเด็ก 1 ตัว เพื่อให้เห็นมุมมองที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น, และก่อนการเก็บข้อมูลจริงผู้ประเมินทั้ง 2 คน ได้ทำการฝึกซ้อมกับอาจารย์กายภาพบำบัด จนมีทักษะในการให้คะแนนแบบประเมิน SATCo อย่างถูกต้อง

จากการพิจารณาข้อมูลดิบในการศึกษาครั้งนี้ การประเมินความน่าเชื่อถือภายในผู้ประเมินคนที่ 1 และคนที่ 2 พบความไม่สอดคล้องของการให้คะแนนตามระดับความสามารถการควบคุมกล้ามเนื้อลำตัวแบบแยกส่วนทั้ง 7 ระดับ (head control, upper thoracic control, mid thoracic control, lower thoracic control, upper lumbar control, lower lumbar control, full trunk control) ดังนั้น หัวข้อการทดสอบ static trunk control มีความแตกต่าง 1-7 ระดับ หัวข้อการทดสอบ active trunk control มีความแตกต่าง 1-7 ระดับ และหัวข้อการทดสอบ reactive trunk control มีความแตกต่าง 2-7 ระดับ ส่วนในการประเมินความน่าเชื่อถือระหว่างผู้ประเมินคนที่ 1 และคนที่ 2 พบความไม่สอดคล้องของการให้คะแนน หัวข้อการทดสอบ static trunk control มี

ความแตกต่าง 1-2 ระดับ หัวข้อการทดสอบ active trunk control มีความแตกต่าง 1-6 ระดับ และในหัวข้อการทดสอบ reactive trunk control มีแตกต่าง 2-7 ระดับ อย่างไรก็ตามถึงแม้จะพบความแตกต่างของการให้คะแนนในทุกหัวข้อการทดสอบ แต่ค่าความน่าเชื่อถือในทุกหัวข้อการทดสอบยังคงอยู่ในระดับดีมาก ปัจจัยที่เป็นไปได้จากการพิจารณาข้อมูลคือ ความแตกต่างในการให้คะแนนที่เกิดขึ้นพบในจำนวนอาสาสมัครจำนวนน้อย เป็นที่น่าสังเกตว่าค่าความน่าเชื่อถือภายใน (intra-rater reliability) ผู้ประเมินคนที่ 1 และคนที่ 2 ในทุกหัวข้อการทดสอบมีความสอดคล้องในระดับดีมาก แต่ค่า 95% confident intervals ของค่า ICC intra-rater reliability ในผู้ประเมินคนที่ 1 มีช่วงที่กว้าง เมื่อเปรียบเทียบกับค่าช่วง 95% confident intervals ของค่า ICC intra-rater reliability ของผู้ประเมินคนที่ 2 โดยเกิดขึ้นในทุกหัวข้อการทดสอบ ซึ่งอาจจะเกิดจากความชำนาญหรือความเที่ยงของผู้ประเมินคนที่ 2 ซึ่งมีมากกว่าผู้ประเมินคนที่ 1 ในการใช้แบบประเมิน SATCo ในการศึกษาครั้งนี้ค่าความน่าเชื่อถือระหว่างผู้ประเมิน (inter-rater reliability) คนที่ 1, คนที่ 2, และอาจารย์กายภาพบำบัดในทุกหัวข้อการทดสอบมีความสอดคล้องในระดับดีมาก ซึ่งมีความต่างกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Sa และคณะ ในปี 2016 ที่รายงานว่า แบบประเมิน SATCo มีค่าความสอดคล้องร้อยละ 100% ในหัวข้อการทดสอบ static trunk control และ active trunk control ส่วนหัวข้อการทดสอบ reactive trunk control มีค่าความสอดคล้องในระดับดีมาก (Sa, Fagundes, Araujo, Oliveira, Favero, 2016) ผู้ที่มีความสามารถในการควบคุมลำตัวในระดับสูงสุด คือ full trunk control (คะแนน 7) และระดับต่ำสุด head control (คะแนน 1) จะง่ายต่อการให้คะแนนในแบบประเมิน SATCo เนื่องจากแสดงถึงความสามารถและการมีความบกพร่องอย่าง

ชัดเจน ความไม่สอดคล้องของการให้คะแนน มักเกิดในระดับ upper thoracic control (คะแนน 2) ถึงระดับ lower lumbar control (คะแนน 6) (Butler, Saavedra, Sofranac, Jarvis, Woollacott, 2010)

ผลการศึกษารูปได้ว่า นักกายภาพบำบัดที่ปฏิบัติงานดูแลฟื้นฟูเด็กสมองพิการ ณ ศูนย์การศึกษาพิเศษ เขตการศึกษา 7 จังหวัดพิษณุโลก มีความน่าเชื่อถือภายในผู้ประเมิน (intra-rater reliability) และความน่าเชื่อถือระหว่างผู้ประเมิน (inter-rater reliability) ในการใช้แบบประเมิน SATCo อยู่ในระดับดีมาก สามารถนำทักษะไปใช้ในทางคลินิกเพื่อประเมินความสามารถในการควบคุมกล้ามเนื้อลำตัวแยกส่วนในท่านั่ง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ในทางคลินิก นักกายภาพบำบัดที่ปฏิบัติงานดูแลฟื้นฟูเด็กสมองพิการ ณ ศูนย์การศึกษาพิเศษ เขตการศึกษา 7 จังหวัดพิษณุโลก สามารถนำทักษะการใช้แบบประเมิน SATCo ไปใช้ตรวจประเมินความบกพร่องของกล้ามเนื้อลำตัว วางแผน และให้โปรแกรมการฝึกที่มีความเหมาะสมกับความสามารถในการควบคุมกล้ามเนื้อลำตัว

2. ในทางงานวิจัย นำผลการศึกษาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพิจารณาตัดสินใจเลือกใช้แบบประเมิน SATCo เพื่อประเมินความสามารถในการควบคุมกล้ามเนื้อลำตัวแบบแยกส่วนในท่านั่ง ในเด็กที่มีการควบคุมการทรงท่าบกพร่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการทดสอบความน่าเชื่อถือในเด็กที่มีการควบคุมกล้ามเนื้อลำตัวบกพร่องกลุ่มอื่น ๆ เช่น เด็กดาวน์ซินโดรม เด็กออทิสติก เพื่อแสดงให้เห็นผลการศึกษาที่ชัดเจนมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณทุนวิจัยจากคณะสหเวชศาสตร์
มหาวิทยาลัยนเรศวร และขอขอบคุณอาสาสมัครที่ให้

ความร่วมมือในการวิจัยนี้ที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยนี้
จนสำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์

เอกสารอ้างอิง

- Aneksan, B. (2020). Postural adjustment and balance. In: Jalayondega, C., & Pichaiyongwongdee, S (Eds.) Physical therapy assessment for patients with neurological conditions. (pp.106-116). Nakhonpathom: Printery company.
- Butler, P., Saavedra, M. S., Sofranac, M. M., Jarvis, M. S., & Woollacott, M. (2010). Refinement, reliability and validity of the segmental assessment of trunk control (SATCo). *Pediatric physical therapy: the official publication of the Section on Pediatrics of the American Physical Therapy Association*, 22(3), 246-257.
- Curtis, D. J., Butler, P., Saavedra, S., Bencke, J., Kallemose, T., Sonne-Holm, S., & Woollacott, M. (2015). The central role of trunk control in the gross motor function of children with cerebral palsy: a retrospective cross-sectional study. *Developmental medicine & child neurology*, 57(4), 351-357.
- Curtis, D. J., Woollacott, M., Bencke, J., Lauridsen, H. B., Saavedra, S., Bandholm, T., & Sonne-Holm, S. (2018). The functional effect of segmental trunk and head control training in moderate-to-severe cerebral palsy: A randomized controlled trial. *Developmental neurorehabilitation*, 21(2), 91-100.
- Field, D., & Livingstone, R. (2013). Clinical tools that measure sitting posture, seated postural control or functional abilities in children with motor impairments: a systematic review. *Clinical rehabilitation*, 27(11), 994-1004.
- Flores, M., Mitchell, K., Bickley, C., & Da Silva, C. P. (2020). Psychometric properties of segmental assessment of trunk control in infants and toddlers with down syndrome. *Pediatric Physical Therapy*, 32(3), 250-256.
- Hansen, L., Erhardtsen, K. T., Bencke, J., Magnusson, S. P., & Curtis, D. J. (2018). The reliability of the Segmental Assessment of Trunk Control (SATCo) in children with cerebral palsy. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 38(3), 291-304.

- Mendoza, S. M., Gomez-Coesa, A., & Montesinos, M. (2015). Association between gross motor function and postural control in sit-ting in children with cerebral palsy: a correlational study in Spain. *BMC pediatric*, (124), 1-7
- Pavao, S. L., dos Santos, A. N., Woollacott, M. H., & Rocha, N. A. (2013). Assessment of postural control in children with cerebral palsy: a review. *Research in Developmental Disabilities*, 34(5), 1367-1375. .
- Pin, T. W., Butler, P. B., Cheung, H. M., & Shum, S. L. F. (2018). Segmental Assessment of Trunk Control in infants from 4 to 9 months of age-a psychometric study. *BMC pediatrics*, 18(1), 1-8.
- Pin, T. W., Butler, P. B., Cheung, H. M., & Shum, S. L. (2020). Longitudinal development of segmental runk control in full term and preterm infants - a pilot study: part I. *Developmental Neurorehabilitation*, 23(3), 185-192.
- Portney, L. G. & Watkins, M. P. *Reliability of measurements. In: Foundations of clinical research applications to practice*. USA: Pearson Prentice Hall; 2009. P. 77-96.
- Rosenbaum, P. (2003). Cerebral palsy: what parents and doctors want to know. *British Medical Journal*, 3(326), 970-974.
- Sa, C. D., Fagundes, I. K., Araujo, T. B., Oliveira, A. S., & Favero, F. M. (2016). The relevance of trunk evaluation in duchenne muscular dystrophy: the segmental assessment of trunk control. *Arquivos de neuro-psiquiatria*, 74(10), 791-795.
- Saavedra, S. L., & Woollacott, M. H. (2015). Segmental contributions to trunk control in children with moderate-to-severe cerebral palsy. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 96(6), 1088-1097.
- Sangkarit, N., Tapanya, W., Kumful, S., Prangkeaw, P., & Aoratai, A. (2018). Correlation of segmental of trunk control and functional balance in children with inadequate trunk control. *Thai Journal of Physical Therapy*, 41(1), 1-15.
- Shumway-Cook, A., & Woollacott, M. H. (2007). *Development of postural control. In: Motor control: translating research into clinical practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Singer, H. S., Mink, J. W., Gilbert, D. L., & Jankovic, J. (2010). *Movement disorders in childhood*. USA: Elsevier Mosby.
- edla, J., & Reddy, R. (2021). Evaluation of psychometric properties of the segmental assessment of trunk control (SATCo) in children with spastic quadriplegic cerebral palsy. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 24(7), 1077-1081.



ความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศจริยธรรมในองค์กรพยาบาล
การจัดการด้านการยศาสตร์ของหัวหน้าหอผู้ป่วย กับคุณภาพชีวิตการทำงาน
ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลคาทอลิก ประเทศไทย
**Relationships Between Ethical Climate in Nursing Organization
Ergonomics Management of Head Nurse, and Quality of Working
Life of Professional Nurses The Catholic Hospitals Thailand.**

ศรีประพร ไชยดวง, พย.ม., Sripraphon Chaiduang, M.N.S.¹

กัญญาดา ประจุกิลป์, Ph.D. Gunyadar Prachusilpa, Ph.D.²

สุวรรณี ละออปักษิณ, กศ.ด. Suwannee Laorpuksin, Ed.D.³

¹นักศึกษา, หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

¹Student, Master of Nursing Science Faculty of Nursing, Saint Louis College

²รองศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เขตสาทร กรุงเทพฯ

²Associate Professor, Ph.D., Faculty of Nursing, Saint Louis College, Sathorn, Bangkok

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เขตสาทร กรุงเทพฯ

³Assistant Professor, Ed.D., Faculty of Nursing, Saint Louis College, Sathorn, Bangkok

*Corresponding Author Email: fbi-be@hotmail.com

Received: February 23, 2022

Revised: June 30, 2022

Accepted: December 6, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศจริยธรรมในองค์กรพยาบาล การจัดการด้านการยศาสตร์ของหัวหน้าหอผู้ป่วย กับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลคาทอลิก ประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 182 คน ใช้วิธีสุ่มตัวอย่าง แบบจับสลากกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ จากโรงพยาบาลคาทอลิก 4 แห่ง จำนวน 336 คน โดยจับสลากรายชื่อพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง จากโรงพยาบาลคาทอลิก 4 แห่ง จำนวน 182 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ แบบสอบถามบรรยากาศจริยธรรมในองค์กรและแบบสอบถามการจัดการด้านการยศาสตร์ของหัวหน้าหอผู้ป่วย ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ

และหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ซึ่งมีค่าเท่ากับ 0.78, 0.93 และ 0.86 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า 1) คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลคาทอลิก ประเทศไทย อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.48$; $SD=0.42$) 2) บรรยากาศจริยธรรมในองค์กรพยาบาล และการจัดการด้านการยศสตร์ของหัวหน้าหอผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลคาทอลิก ประเทศไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.696, 0.578$)

คำสำคัญ: บรรยากาศจริยธรรม องค์กรพยาบาล การจัดการด้านการยศสตร์ คุณภาพชีวิตการทำงาน

Abstract

The purposes of this descriptive research were to study the quality of working life of professional nurses and to examine the relationship between the ethical climate in nursing organization, ergonomics management of head nurse and the quality of working life of professional nurses in Catholic hospitals, Thailand. The sample was 182 registered nurses by using a simple random sampling technique. The research instruments were the quality of working life questionnaire, the ethical climate questionnaire and the ergonomics management of head nurse which all were validated and approved by professional experts. The Cronbach's alpha coefficient were 0.78, 0.93 and 0.86, respectively. The data were analyzed by using percentage, mean, standard deviation, and Pearson's correlation coefficient. The major findings were as follows: 1) Quality of working life of professional nurses in Catholic hospitals, Thailand was at the moderate level. ($\bar{X}=3.48$; $SD=0.42$). 2) There were positive significant relationships between ethical atmosphere in nursing organization and ergonomics management of head nurse and the quality of working life of professional nurses in the Catholic hospital, Thailand at the 0.05 level. ($r=0.696, 0.578$)

Keywords: *ethical climate, nursing organization, ergonomics management, quality of working life*

บทนำ

มนุษย์ใช้เวลาถึงหนึ่งในสามของชีวิตอยู่ในการทำงาน เชื่อว่าในอนาคต จะใช้เวลาของชีวิตเกี่ยวกับการทำงานเพิ่มขึ้น คนวัยแรงงานเป็นกลุ่มกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจของประเทศ ทั้งในภาครัฐ

และเอกชนไม่เพียงให้ความสำคัญในการพัฒนาด้านศักยภาพคนเท่านั้น แต่รวมถึงคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560-2564 มุ่งเน้นผลลัพธ์ให้คนทำงานในประเทศ

มีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสุข (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2560) คุณภาพชีวิตการทำงานมีผลต่อการทำงานมาก กล่าวคือ ทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง ทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่องาน และทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อองค์กรนอกจากนี้ยังช่วยส่งเสริมในเรื่องสุขภาพจิตช่วยให้เจริญก้าวหน้า มีการพัฒนาตนเองให้เป็นบุคคลที่มีคุณภาพขององค์กร พยาบาลวิชาชีพเป็นหนึ่งอาชีพที่มีปัญหาจากลักษณะการทำงานจนส่งผลถึงคุณภาพชีวิตของพยาบาล จากการศึกษาของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยร่วมกับโครงการวิจัยสุขภาพและชีวิตการทำงานของพยาบาลไทย ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตพยาบาลวิชาชีพทั่วประเทศ จำนวน 18,765 คน พบว่า คุณภาพชีวิตพยาบาลวิชาชีพอยู่ระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาความเครียดจากการทำงานสูงถึงร้อยละ 45.50 ซึ่งมีผลกระทบต่อการให้การดูแลรักษาผู้ป่วย และมีความสัมพันธ์กับการบาดเจ็บจากการทำงาน (เพชรสุรีย์ ทั้งเจริญกุลม, กฤษดา แสงวงดี, ดวงทิพย์ ธีระวิทย์, และวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, 2558)

วัฒนธรรมองค์กรเป็นเสมือนกรอบของการดำรงชีวิตอยู่ร่วมกันของบุคลากรในองค์กร การสร้างบรรยากาศทางจริยธรรมในองค์กรให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมขององค์กรจึงมีความสำคัญและเป็นหน้าที่ของผู้บริหารทุกระดับ การเห็นคุณค่าของตนเองและการเคารพตนเอง เป็นเสมือนภูมิคุ้มกันที่สำคัญของมนุษย์ในการดำรงชีวิต การปฏิบัติหน้าที่และการกระทำต่าง ๆ ในสังคมและยังช่วยนำไปสู่การแยกแยะ ความดี ความถูกต้อง ความผิด รวมถึงความเข้มแข็งทางจริยธรรม (สิวลี ศิริโล, 2561) หากบุคลากรในองค์กรมีคุณธรรมและจริยธรรมการแสดงออกเป็นพฤติกรรมของแต่ละคน การประสานงานและการร่วมมือกันในการทำงานกับทีมสหวิชาชีพจะช่วยให้เกิดคุณภาพในการทำงาน สถานที่ทำงานจะต้องเป็นสถานที่พัฒนาบุคลากรได้ ทั้งนี้เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามวัตถุประสงค์ของการพยาบาล

และองค์กร รวมทั้งสนับสนุนการปฏิบัติงานของบุคลากรทุกระดับให้ปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่และ ได้รับความรับผิดชอบตามตำแหน่งที่ได้รับมอบหมายอย่างมีประสิทธิภาพ

ระบบการทำงานที่ไม่ดีจะส่งผลให้ เกิดความผิดพลาดในการทำงาน ประสิทธิภาพการทำงานลดลงตลอดจนการส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดโรค อันเนื่องมาจากการทำงานได้ โดยระบบการทำงานดังกล่าวที่ต้องคำนึงถึงได้แก่ อัตราการทำงาน (Work Rate) การทำงานล่วงเวลาทุกวัน ตลอดจนระบบการทำงานที่มีท่าทางการทำงาน (Posture) ไม่เหมาะสม เช่น การทำงานที่ต้องยืนตลอดเวลา การจัดการด้านการยศาสตร์ในหอผู้ป่วย เพื่อให้สถานที่ทำงานมีความเหมาะสม เช่น การกำหนดอัตรากำลัง การควบคุมกำลัง ดูแล จัดหาวัสดุ ครุภัณฑ์ อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์และการพยาบาลให้เหมาะสมกับลักษณะงานและเพียงพอกับการใช้งาน บริหารจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อให้บุคลากรในหน่วยงานปฏิบัติงานได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ รวมทั้งติดตามประเมินผลและปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลในหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง (กองการพยาบาล, 2561) ปัญหาการยศาสตร์มีผลกระทบด้านสุขภาพที่สำคัญ ของการประกอบอาชีพพยาบาล ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดปัญหาการยศาสตร์ได้แก่ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ปฏิบัติงานเอง ปัจจัยด้านการทำงาน ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และปัจจัย ด้านจิตสังคม โดยเฉพาะขั้นตอนการยกและเคลื่อนย้ายคนไข้ที่ไม่เหมาะสม ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดปัญหาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและกระดูกจากการทำงานของพยาบาล ดังนั้นควรหาแนวทางในการป้องกันปัญหาดังกล่าวโดยการอบรมวิธีการยกและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ถูกต้อง การออกแบบเครื่องมือทางการแพทย์และการพยาบาลให้เหมาะสมตามหลักการยศาสตร์ (ทศพล บุตรมี, 2558) ทั้งนี้เพื่อป้องกันและลดการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยอันเนื่องมาจาก

การทำงานที่เกิดจากการออกแบบด้านการยศาสตร์ที่ไม่เหมาะสม

โรงพยาบาลคาทอลิกที่มีผู้บริหารเป็นนักบวชศาสนาคริสต์นิกายโรมันคาทอลิกใช้หลักคุณธรรมทางศาสนาในการบริหารจัดการ ไม่มุ่งผลกำไร เป็นสถานที่ให้บริการรักษาผู้ป่วยแบบองค์รวมทั้งร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ มีการปรับปรุงพัฒนาการบริการให้ทันสมัยและเน้นการให้บริการด้วยความรักและเมตตา กรุณา เอื้ออาทร จากพระคำรัสของสมเด็จพระสันตะปาปา ที่ว่า “บทบาทที่เป็นหัวใจสำคัญ ในการทำให้พี่น้องผู้เจ็บป่วยได้พักผ่อนและฟื้นฟูร่างกาย คือ การทำให้บรรดาผู้ป่วยรู้สึกถึงการประทับอยู่ขององค์พระคริสตเจ้าผู้ซึ่งกำลังปกป้องและดูแลบรรดาผู้เจ็บป่วยและสามารถบำบัดทุกความเจ็บปวดได้ อีกทั้ง ผู้ที่ทำงานด้านสุขภาพอนามัยทั้งหลายก็เป็นผู้ที่มีความทุกข์ยากลำบากเช่นเดียวกันด้วย” (สมเด็จพระสันตะปาปาฟรังซิส, 2558) วิชาชีพด้านสุขภาพอนามัยของคาทอลิกได้รับการหล่อหลอมด้วยความรักเมตตาแบบคาทอลิก ที่สามารถมอบให้เพื่อสิทธิมนุษยชนที่แท้จริง คือ สิทธิที่จะมีชีวิต อีกทั้งยังส่งเสริมและผลักดันให้บุคลากรมีความเคร่งครัดในการปฏิบัติตามอย่างถูกต้องและเป็นธรรมในการปฏิบัติงาน ในการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยในทุกหน่วยงาน โดยเฉพาะด้านการบริการทางการแพทย์ ที่มุ่งเน้นให้บริการโดยยึดหลักคุณธรรมทางศาสนาในการปฏิบัติงาน มีการอบรมหลักคุณธรรมจริยธรรมในการทำงานให้กับบุคลากร เพื่อการปฏิบัติไปทิศทางเดียวกันในการดูแลผู้ป่วย ส่งเสริมให้เป็นสถาบันแห่งรักและรับใช้ คุณภาพชีวิตในการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลคาทอลิกเป็นอีกหนึ่งหัวใจความสำคัญที่เป็นพลังของการขับเคลื่อนองค์กรไปสู่การพัฒนาและการบริการที่คุณภาพและประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างบรรยากาจริยธรรมในองค์กรพยาบาล การจัดการ

ด้านการยศาสตร์ของหัวหน้าหอผู้ป่วย กับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลคาทอลิกประเทศไทย เพื่อนำผลการศึกษาเป็น ข้อมูลในการปรับปรุงพัฒนาบรรยากาจริยธรรมในองค์กรพยาบาล การจัดการด้านการยศาสตร์ของหัวหน้าหอผู้ป่วย เพิ่มคุณภาพชีวิตในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลคาทอลิก

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลคาทอลิก ประเทศไทย
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาจริยธรรมในองค์กรพยาบาล การจัดการด้านการยศาสตร์ของหัวหน้าหอผู้ป่วย กับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลคาทอลิก ประเทศไทย

สมมุติฐานการวิจัย

บรรยากาจริยธรรมในองค์กรพยาบาล การจัดการด้านการยศาสตร์ของหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลคาทอลิก ประเทศไทย

นิยามศัพท์

คุณภาพชีวิตการทำงาน (Quality of work life)
หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการทำงานของตนเอง ที่ทำให้เกิดความพึงพอใจ มีความสุข ตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขเกิดความมั่นคงในชีวิตและการทำงาน โดยใช้แนวคิดของ Easton, and Van Laar (2014) มี 6 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) ความเป็นอยู่ที่ดีทั่วไป 2) ความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานกับชีวิตส่วนตัว 3) ความพึงพอใจในงานและอาชีพ 4) การควบคุมงาน 5) ลักษณะทั่วไปในการทำงาน

6) ความเครียดในการทำงาน

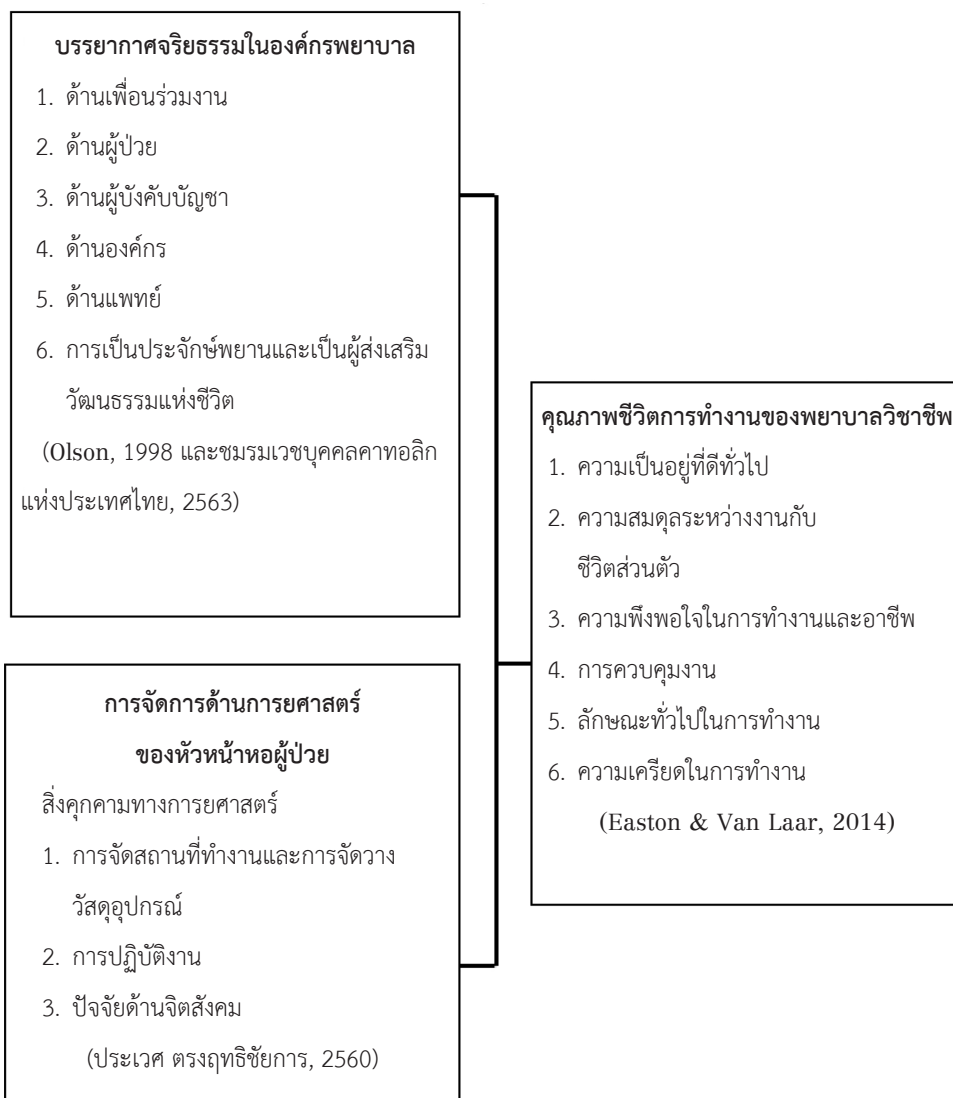
บรรยากาศจริยธรรมในองค์กรพยาบาล (Ethical climate) หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ส่งเสริม การปฏิบัติหน้าที่ของตนเองอย่างเหมาะสมร่วมกับผู้ร่วมงาน ผู้บังคับบัญชา และแพทย์ โดยใช้แนวคิดของ Olson (1998) ร่วมกับการเป็นประจักษ์พยานและเป็นผู้ส่งเสริมวัฒนธรรมแห่งชีวิต ประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านเพื่อนร่วมงาน 2) ด้านผู้ป่วย 3) ด้านผู้บังคับบัญชา 4) ด้านองค์กร 5) ด้านแพทย์ 6) ด้านการเป็นประจักษ์พยานและเป็นผู้ส่งเสริมวัฒนธรรมแห่งชีวิต

การจัดการด้านการยศาสตร์ของหัวหน้าหอผู้ป่วย (Ergonomics management) หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลที่มีต่อการจัดการสภาพแวดล้อมในการทำงานของหัวหน้าหอผู้ป่วย เมื่อพบปัญหาทางสุขภาพที่เกิดขึ้น มีการจัดอบรมความรู้การปฏิบัติตัวในการทำงาน เกี่ยวกับลักษณะท่าทาง การเคลื่อนไหว ติดตามและประเมินผล ความเสี่ยงที่เกิดจากการทำงาน โดยใช้แนวคิดของ ประเวศ ตรงฤทธิชัยการ (2560) ในเรื่องเกี่ยวกับสิ่งคุกคามทางการยศาสตร์ประกอบด้วย 3 ด้าน ดังนี้ 1) การ

จัดสถานที่ทำงานและการจัดวางวัสดุอุปกรณ์ 2) การปฏิบัติงาน 3) ปัจจัยด้านจิตสังคม

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการศึกษาเอกสาร ตำรา บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ พบว่าคุณภาพชีวิตในการทำงานมีความสำคัญและมีผลกระทบถึงประสิทธิภาพในการปฏิบัติหน้าที่ในการทำงานทางพยาบาลของวิชาชีพพยาบาล และมีปัจจัยหลายอย่างส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในการทำงาน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลคาทอลิก ประเทศไทย โดยศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ตามแนวคิดของ Easton, and Van Laar (2014) บรรยากาศจริยธรรมในองค์กรพยาบาล ตามแนวคิดของ Olson (1998) ร่วมกับของชมรมเวชบุคคลคาทอลิกแห่งประเทศไทย (2563) และการจัดการด้านการยศาสตร์ของหัวหน้าหอผู้ป่วยของประเวศ ตรงฤทธิชัยการ (2560) และนำเสนอกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้



วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศจริยธรรมในองค์กรพยาบาล การจัดการด้านการยศาสตร์ของหัวหน้าหอผู้ป่วย กับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลคาทอลิก ประเทศไทย โดยดำเนินการวิจัยดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ

1.1 ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลคาทอลิกในประเทศไทย จำนวน 4 แห่ง มีจำนวนพยาบาลวิชาชีพ 336 คน

1.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลคาทอลิกในประเทศไทย

ที่มีคุณสมบัติ คือ ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเป็นเวลา 1 ปี ขึ้นไป และไม่มีตำแหน่งทางบริหาร จำนวน 182 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยการใช้สูตรของ Yamane (1973, อ้างใน รัตน์ศิริ ทาโต, 2561) จากนั้นกำหนดกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย ใช้วิธีสุ่มตัวอย่าง

แบบจับสลากกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ จาก โรงพยาบาลคาทอลิก 4 แห่ง จำนวน 336 คน โดย จับสลากรายชื่อพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง จาก โรงพยาบาลคาทอลิก 4 แห่ง ในแต่ละโรงพยาบาล ให้ ครบจำนวน 182 คน (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 โรงพยาบาลและจำนวนพยาบาลวิชาชีพที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

ชื่อโรงพยาบาล	จำนวนประชากร	กลุ่มตัวอย่าง
โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์	220	120
โรงพยาบาลคามิลเลียน	31	16
โรงพยาบาลเซนต์เมรี่	66	36
โรงพยาบาลซานคามิลโล	19	10
รวม	336	182

2. เครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเติมคำ และเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 22 ข้อ ประกอบด้วย ความพึงพอใจในการทำงานและอาชีพ ความเป็นอยู่ที่ดีโดยทั่วไป ความสมดุลระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัว ความเครียดในการทำงาน การมีส่วนร่วมในการควบคุมงานของตนเองและลักษณะทั่วไปในการทำงานแบบสอบถามเป็นคำถามเชิงบวก จำนวน 19 ข้อ เป็นคำถามเชิงลบ จำนวน 3 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scales) 5 ระดับ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามบรรยากาศจริยธรรมในองค์กรพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 30 ข้อ ประกอบด้วย

5 ด้าน คือ ความ สัมพันธ์ภายในองค์กรบนพื้นฐานทางจริยธรรม ระหว่างพยาบาลกับเพื่อนร่วมงาน พยาบาลกับผู้ป่วย พยาบาลกับผู้บังคับบัญชา พยาบาลกับองค์กร พยาบาลกับแพทย์ แบบสอบถามเป็นคำถาม เชิงบวกทั้งหมด ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scales) 5 ระดับ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการจัดการด้านการยศาสตร์ของหัวหน้าหอผู้ป่วย จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วย การทำงานในท่าเดิมซ้ำ ๆ นาน ๆ การทำงาน ที่ต้องใช้แรงเกินกำลัง การทำงานที่ต้องบิดเอี้ยวตัวกว่าปกติ แบบสอบถามเป็นคำถาม เชิงบวกทั้งหมด ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scales) 5 ระดับ

3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

3.1 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยการหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ส่งเครื่องมือ

ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลสอนหลักสูตรด้านการบริหารทางพยาบาล จำนวน 2 คน และพยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาปริญญาโทบริหารทางพยาบาล ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลในเครือสังกัดคาทอลิก จำนวน 1 คน เพื่อตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ และมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.0

3.2 การหาความเชื่อมั่น (Reliability)

นำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ จำนวน 30 คน โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.78, 0.93 และ 0.86 ตามลำดับ

4. การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำเอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างสามารถที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยลงนามยินยอมในแบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมในมนุษย์ รหัสเลขที่รับรอง E. 001/2564 ให้ไว้ ณ วันที่ 18 มีนาคม 2564

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

5.1 ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ พร้อมโครงร่างงานวิจัยและเครื่องมือในการเก็บข้อมูลจำนวน 1 ฉบับถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลคาทอลิก จำนวน 4 แห่งเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

5.2 ส่งหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์และแบบสอบถามไปยังโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

5.3 นำหนังสืออนุญาตในการเก็บข้อมูลวิจัยไปติดต่อประสานงานกับหัวหน้ากลุ่มพยาบาลแต่ละโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์

ขอความร่วมมือในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

5.4 ผู้วิจัยประสานงานกับหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล และเลขานุการกลุ่มการพยาบาลเพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย จำนวนกลุ่มตัวอย่าง คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างและวิธีการเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยส่งแบบสอบถามด้วยตัวเอง ให้กับเลขานุการกลุ่มการพยาบาลทุกแห่ง เพื่อนำไปแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม และให้กลุ่มตัวอย่างส่งแบบสอบถามกลับคืน ถึงผู้วิจัยทางไปรษณีย์ เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ตอบแบบสอบถาม

5.5 ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่วันที่ 13 พฤษภาคม 2564 ถึงวันที่ 27 กรกฎาคม 2564 รับแบบสอบถามกลับคืนมาทั้งสิ้น 182 ฉบับ จำนวนแบบสอบถามที่ส่งไปทั้งสิ้น 182 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 รวมระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 76 วัน

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูล ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม และนำแบบสอบถามทั้งหมดมาประมวลผลข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดยสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล มีดังนี้

6.1 การแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละใช้อธิบายข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

6.2 การหาค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานใช้อธิบายข้อมูลบรรยายภาวะจริยธรรมในองค์กรพยาบาล การจัดการด้านการยศาสตร์ ของหัวหน้าหอผู้ป่วย กับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ

6.3 ค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ใช้ในการอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างบรรยายภาวะจริยธรรมในองค์กรพยาบาล การจัดการด้านการยศาสตร์ของหัวหน้าหอผู้ป่วย กับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลคาทอลิก ประเทศไทย

ผลการวิจัย

การวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศจริยธรรมในองค์กรพยาบาล การจัดการด้านการยศาสตร์ของหัวหน้าหอผู้ป่วย กับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลคาทอลิกครั้งนี้ ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลคาทอลิกเห็นว่าคุณภาพชีวิตการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง และเห็นว่าบรรยากาศจริยธรรมในองค์กรพยาบาลอยู่ในระดับสูง และการจัดการด้านการยศาสตร์ของหัวหน้าหอผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง

ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่าเป็นไปตามสมมติฐานดังนี้ บรรยากาศจริยธรรมในองค์กรพยาบาล และการจัดการด้านการยศาสตร์ของหัวหน้าหอผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลคาทอลิกประเทศไทย

ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลคาทอลิก ประเทศไทย ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา แผนกที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์ในหน่วยงาน ประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลพบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลคาทอลิก ส่วนใหญ่เป็นหญิง ร้อยละ 98.40 เป็นชาย ร้อยละ 1.60 อายุสูงสุด 53 ปี อายุต่ำสุด 23 ปี อายุเฉลี่ย 32 ปี ประสบการณ์ในหน่วยงานที่ปฏิบัติเฉลี่ย 8 ปี ประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลเฉลี่ย 8 ปี ระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 95.60 ระดับปริญญาโท ร้อยละ 4.40 แผนกที่ปฏิบัติงานพบว่า หอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญ ร้อยละ 25.30 หอผู้ป่วยวิกฤต ร้อยละ 22.50 หอผู้ป่วยเด็ก ร้อยละ 17.00 หอผู้ป่วยอายุรกรรมพิเศษ ร้อยละ 13.70 ห้องผ่าตัด

ร้อยละ 12.60 และหอผู้ป่วยศัลยกรรม ร้อยละ 8.80

2. การวิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ บรรยากาศจริยธรรมในองค์กรพยาบาล การจัดการด้านการยศาสตร์ของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลคาทอลิก ประเทศไทย พบว่า

2.1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลคาทอลิก

คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลคาทอลิก โดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง เท่ากับ 3.48 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการควบคุมงานมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง เท่ากับ 3.85 รองลงมาด้านลักษณะทั่วไปในการทำงาน มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.82 ส่วนด้านความพึงพอใจในการทำงานและอาชีพ ด้านความเป็นอยู่ที่ดีทั่วไป ด้านความเครียดในการทำงาน และด้านความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานกับชีวิตส่วนตัว อยู่ในระดับปานกลาง เท่ากับ 3.41, 3.41, 3.20 และ 3.20 ตามลำดับ

2.2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับบรรยากาศจริยธรรมในองค์กรพยาบาล บรรยากาศจริยธรรมในองค์กรพยาบาลทั้งโดยรวมและรายด้าน มีค่าอยู่ในระดับสูงทั้งหมด โดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง เท่ากับ 4.04 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านผู้ป่วย ด้านการเป็นประจักษ์พยานและเป็นผู้ส่งเสริมวัฒนธรรมแห่งชีวิต ด้านผู้บังคับบัญชา ด้านเพื่อนร่วมงาน ด้านความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับแพทย์ และด้านองค์กรมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง เท่ากับ 4.23, 4.19, 4.13, 4.08, 3.82 และ 3.76 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับบรรยากาศจริยธรรมในองค์กรพยาบาล (n =182)

บรรยากาศจริยธรรมในองค์กร	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ด้านผู้ป่วย	4.23	0.53	สูง
ด้านการเป็นประจักษ์พยานและส่งเสริมวัฒนธรรมแห่งชีวิต	4.19	0.59	สูง
ด้านผู้บังคับบัญชา	4.13	0.69	สูง
ด้านเพื่อนร่วมงาน	4.08	0.49	สูง
ด้านความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับแพทย์	3.82	0.61	สูง
ด้านองค์กร	3.76	0.65	สูง
รวม	4.04	0.463	สูง

2.3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการจัดการด้านการยศาสตร์ของหัวหน้าหอผู้ป่วย การจัดการด้านการยศาสตร์ของหัวหน้าหอผู้ป่วยทั้งโดยรวมและรายด้านมีค่าอยู่ในระดับสูงทั้งหมด โดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง เท่ากับ 3.83 เมื่อพิจารณา

รายด้าน พบว่า ด้านการจัดสถานที่ทำงานและการจัดวางวัสดุอุปกรณ์ ด้านการปฏิบัติงาน และด้านปัจจัยด้านจิตสังคมมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง เท่ากับ 3.89, 3.84 และ 3.76 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการจัดการด้านการยศาสตร์ของหัวหน้าหอผู้ป่วย (n =182)

การจัดการด้านการยศาสตร์ของหัวหน้าหอผู้ป่วย	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ด้านการจัดสถานที่ทำงานและการจัดวางวัสดุอุปกรณ์	3.89	0.63	สูง
ด้านการปฏิบัติงาน	3.84	0.70	สูง
ด้านปัจจัยด้านจิตสังคม	3.76	0.71	สูง
รวม	3.83	0.61	สูง

3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศจริยธรรมในองค์กรพยาบาล การจัดการด้านการยศาสตร์ของหัวหน้าหอผู้ป่วย กับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลคาทอลิกประเทศไทย พบว่าคุณภาพชีวิตกับบรรยากาศจริยธรรมในองค์กรพยาบาล มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับ

ปานกลาง ($r = 0.696$) กับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการจัดการด้านการยศาสตร์ของหัวหน้าหอผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ($r = 0.578$) กับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศจริยธรรมในองค์กรพยาบาล การจัดการด้านการยศาสตร์ของหัวหน้าหอผู้ป่วย กับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ($n = 182$)

ตัวแปร	คุณภาพชีวิตการทำงาน ของพยาบาลวิชาชีพ (r)	การแปลผล
บรรยากาศจริยธรรมในองค์กรพยาบาล	0.696*	ปานกลาง
การจัดการด้านการยศาสตร์ของหัวหน้าหอผู้ป่วย	0.578*	ปานกลาง

* P - Value 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลคาทอลิก ประเทศไทย โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.48 ซึ่งหมายถึง ลักษณะการทำงานของพยาบาลที่ได้รับการตอบสนองความต้องการและความปรารถนา ตามคุณลักษณะของแต่ละบุคคล สภาพตัวตนและสังคมในองค์ประกอบทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการควบคุมงาน ด้านลักษณะทั่วไปในการทำงาน ด้านความพึงพอใจในการทำงานและอาชีพ ด้านความเป็นอยู่ที่ดีทั่วไป ด้านความเครียดในการทำงาน และด้านความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานกับชีวิตส่วนตัว ผลการวิจัยพบว่าคุณภาพชีวิตในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลคาทอลิก ด้านที่มีระดับสูง 2 ด้าน คือ ด้านการควบคุมงาน และด้านลักษณะทั่วไปในการทำงาน ส่วนด้านที่มีคุณภาพชีวิตในการทำงานปานกลาง คือ ด้านความพึงพอใจในการทำงานและอาชีพ ด้านความเป็นอยู่ที่ดีทั่วไป ด้านความเครียดในการทำงาน และด้านความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานกับชีวิตส่วนตัว ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของวิรัช สงวน วงศ์วาน, และณัฐนิชา ปิยปัญญา (2560) ที่ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตในการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานคร พบว่า คุณภาพชีวิตในการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนกรุงเทพมหานครโดยรวม

อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อศึกษารายด้านพบว่า ด้านการควบคุมงานและด้านลักษณะทั่วไปในการทำงานอยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่านโยบายของโรงพยาบาลคาทอลิกที่เน้นบทบาทที่ในการดูแลผู้ป่วยคือหัวใจสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงการปลอดภัย การดูแลรักษาด้วยความรักและเมตตา โดยผ่านทางทีมบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลที่ทำการดูแลผู้ป่วย ลักษณะงานที่หลากหลายและบริบทการทำงานที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ไม่ว่าจะเป็นสิ่งอำนวยความสะดวก สิ่งแวดล้อมในการทำงาน ความปลอดภัย ชีวิตความเป็นอยู่และการทำงานที่มีคุณภาพนำไปสู่ความมีคุณค่าของชีวิตพอสมควร แม้จะต้องเจอกับภาระงานที่หนัก พักผ่อนไม่เต็มที่ตามแนวคิดของ Easton, and Van Laar (2014) จากการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลคาทอลิก ประเทศไทย ด้านความพึงพอใจในการทำงานและอาชีพ ด้านความเป็นอยู่ที่ดีทั่วไป ด้านความเครียดในการทำงานและด้านความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานกับชีวิตส่วนตัวพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง เท่ากับ 3.41, 3.41, 3.20 และ 3.20 ตามลำดับ เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ด้านความรู้สึกกดดันและเสี่ยงต่อการปฏิบัติงานผิดพลาดมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 2.97 แสดงให้เห็นว่าการทำงานของพยาบาล

วิชาชีพโรงพยาบาลคาทอลิก เมื่อจะต้องเผชิญกับปัญหา แต่เพียงลำพัง ก็ไม่ได้ส่งผลให้เกิดความรู้สึกกดดันในการทำงานได้ เนื่องจากพยาบาลสามารถบริหารจัดการในการทำงานได้อย่างทัน่วงที ไม่ส่งผลให้ภาระงานที่ทำนั้นหนักจนเกินกำลังในการบริหารจัดการและสามารถบริหารจัดการได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของเบญจวรรณ ศฤงคาร, กฤษดา เขียววัฒนสุข, และจุฑามาศ เจริญสุข (2561) ที่ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลหัวหิน อำเภอหัวหิน ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพเกิดจากการทำงานที่มีคุณค่า มีคุณภาพที่ดี มีความพึงพอใจและมีความรู้สึกที่ดีต่องาน มีอิสระในด้านความคิด และได้รับการตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจอย่างยุติธรรม และพอเพียง ปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาล ไม่ว่าจะเป็นจำนวนชั่วโมงในการนอนพักผ่อน ชั่วโมงทำงาน เมื่อปัจจัยเหล่านี้ได้รับการปรับให้สอดคล้องกับการทำงานงาน มีการจัดสรรที่ดีก็จะสามารถลดภาวะทางจิตใจได้

2. บรรยากาศจริยธรรมในองค์กรพยาบาล โดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง เท่ากับ 4.04 ซึ่งหมายถึง การรับรู้และสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพต่อองค์กร โรงพยาบาลมีสัมพันธภาพในการทำงานที่ดี ทำงานเป็นทีม ตามองค์ประกอบบรรยากาศจริยธรรมในองค์กรพยาบาล ทั้ง 6 ด้าน ซึ่งได้แก่ ด้านการดูแลผู้ป่วย ด้านการเป็นประจักษ์พยานและเป็นผู้ส่งเสริมวัฒนธรรมแห่งชีวิต ด้านผู้บังคับบัญชา ด้านเพื่อร่วมงาน ด้านความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับแพทย์ และด้านองค์กร ผลการวิจัยพบว่าบรรยากาศจริยธรรมในองค์กรพยาบาล โรงพยาบาลคาทอลิก มีระดับสูงทุกด้าน มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 4.23, 4.19, 4.13, 4.08, 3.82 และ 3.76 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของบุรุษกร เตจ๊ะมา, สุนธธา คงศีล, สมชาติ ไตรรักษา, และกิตติพงษ์ หาญเจริญ (2555) ได้ศึกษาเกี่ยวกับ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพนักงาน โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์อินเตอร์เนชั่นแนล พบว่า ปัจจัยด้านบรรยากาศองค์กรมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตการทำงานในระดับมาก ซึ่งจะกล่าวได้ว่า บรรยากาศจริยธรรมในองค์กรพยาบาลของโรงพยาบาลคาทอลิก ส่งผลให้ผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการได้รับการดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดี ได้รับความรักและความเอื้ออาทรจากพยาบาลในการดูแล ได้รับการบริการอย่างเท่าเทียม ผู้ป่วยทุกคนได้รับความเคารพและการพิทักษ์สิทธิอย่างเต็มที่ จากคำอธิบายสนับสนุนข้อค้นพบในบริบทโรงพยาบาลคาทอลิก เนื่องจากนโยบายในการบริหารองค์กรคาทอลิก อยู่บนพื้นฐานหลักคำสอนทางศาสนา ดังที่มีระบุไว้ในปรัชญาที่ว่า “ที่ใดมีความรัก พระเจ้าประทับอยู่ที่นั่น” เมื่อบุคลากรในองค์กรมีความเชื่อในความรักและความเมตตา ทุกคนแสดงออกความรักและความเมตตาอย่างสม่ำเสมอออกมาในทางปฏิบัติอย่างชัดเจน เราเชื่อว่า อาศัยหลักคำสอนทางศาสนาจะช่วยให้การทำงานในทุกส่วนงาน การยึดตามหลักคำสอนแห่งความรักและความเมตตาในการบริหารจัดการจะช่วยให้องค์กรมีความเข้มแข็งและเป็นหนึ่งเดียวกันในการประกาศข่าวดีของพระเยซูเจ้า โดยการแสดงความรัก ความเมตตาและความเอื้ออาทร (วิชญ์ ธัญญอนันท์, 2562) เมื่อพิจารณา รายข้อพบด้านการชี้แจงและการให้ความสำคัญของผู้บริหารต่อบุคลากรเมื่อเกิดปัญหาคับข้องใจในระดับต่ำสุด เท่ากับ 3.63 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของโหมฤทัย ทองนุช (2556) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้บรรยากาศองค์กร ความเครียดในการปฏิบัติงาน และคุณภาพชีวิตในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ: กรณีศึกษา โรงพยาบาลรัฐบาลในเขตจังหวัดปทุมธานี พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้บรรยากาศองค์กร ด้านการเอาใจใส่ผู้ปฏิบัติงาน อยู่ในระดับปานกลาง เท่ากับ 3.38 แม้ว่าจะให้ความสำคัญในการให้บริการด้วยความรักและความเมตตาก็ยังพบสิ่งที่จะต้องหันกลับมามองและให้ความ

สำคัญในเรื่องของการให้ข้อมูลข่าวสารในเรื่องต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในองค์กรให้กับบุคลากรได้รับรู้ถึงสิ่งที่เกิดขึ้น และผู้บริหารควรให้เวลาและรับฟังบุคลากรเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ เพื่อช่วยให้บุคลากรสามารถเผชิญหน้าและรับมือกับปัญหานั้นได้โดยมีผู้บริหารที่คอยให้ความช่วยเหลือ

3. การจัดการด้านการยศาสตร์ของหัวหน้าหอผู้ป่วยโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง เท่ากับ 3.83 ซึ่งหมายถึง หัวหน้าหอผู้ป่วยให้ความสำคัญต่อการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ดูแลเอาใจใส่ให้ความช่วยเหลือ ส่งเสริมพยาบาลวิชาชีพให้มีความสุข เจริญก้าวหน้าในหน้าที่การทำงาน ตอบสนองความต้องการของพยาบาลวิชาชีพในเรื่องต่าง ๆ เช่น ความรู้ และทักษะในวิชาชีพ ความต้องการวัสดุอุปกรณ์อย่างเพียงพอในการปฏิบัติงาน ตามองค์ประกอบการจัดการด้านการยศาสตร์ของหัวหน้าหอผู้ป่วย ทั้ง 3 ด้าน ซึ่งได้แก่ ด้านการจัดสถานที่ทำงานและการจัดวางวัสดุอุปกรณ์ ด้านการปฏิบัติงาน และด้านจิตสังคม ผลการวิจัยพบว่าการจัดการด้านการยศาสตร์ของหัวหน้าหอผู้ป่วย อยู่ในระดับสูงทุกด้าน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของศุภณัฐ ยืนเจริญ (2553) การจัดการความปลอดภัยในสถานที่ทำงานของหัวหน้าหอผู้ป่วย วัฒนธรรมความปลอดภัยในสถานที่ทำงาน และคุณภาพชีวิตการทำงาน ของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลทั่วไป ภาคใต้ พบว่า การจัดการความปลอดภัยในสถานที่ทำงานของหัวหน้าหอผู้ป่วย อยู่ในระดับสูง ซึ่งการจัดการความปลอดภัยและสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในสถานที่ทำงาน ส่งเสริมให้พยาบาลมีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดี

4. ความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศจริยธรรมในองค์กรพยาบาล การจัดการด้านการยศาสตร์ของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลคาทอลิก ประเทศไทย มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ($r = 0.69$ และ 0.57) อย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ (ในการบริหารงานในโรงพยาบาลคาทอลิกที่ยึดหลักปฏิบัติที่ชัดเจนตามหลักคำสอนของพระศาสนจักรคาทอลิกที่ว่าเป็นโรงพยาบาลที่ไม่ได้บริหารโรงพยาบาลเพื่อทำธุรกิจ ไม่มีการแข่งขันเชิงพาณิชย์กับองค์กรอื่น ๆ แต่มุ่งเน้นอย่างเต็มที่ที่จะเผยแพร่ข่าวดีของพระเยซูคริสต์เจ้า ด้วยความรัก ความเมตตา กรุณา และความเอื้ออาทร นี่เป็นพันธกิจหลักในการปฏิบัติหน้าที่ของ โรงพยาบาลคาทอลิกที่พยายามสร้างคุณค่าแห่งความเชื่อ ให้กับบุคลากรในองค์กรเพื่อให้ได้เข้าใจอย่างลึกซึ้งในการปฏิบัติหน้าที่คือ คนป่วยต้องมาก่อนเป็นสิ่งแรก ต้องเคารพต่อศักดิ์ศรีของความเป็มนุษย์ และปฏิบัติกับทุกคนเท่าเทียมกัน เมื่อบุคลากรในองค์กรมีความเชื่อ ในความรักและความเมตตา ทุกคนจะพยายามแสดงความรักและความเมตตาอย่างสม่ำเสมอและแสดงออกมาในทางปฏิบัติอย่างชัดเจน (วิชญ์ ธัญญอนันท์, 2562) การสร้างบรรยากาศในการ ทำงานที่ส่งเสริมการเรียนรู้ และเอื้อต่อการทำ งานเป็นทีม สหสาขาวิชาชีพเพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้ร่วม งานทุกสาขาทุกระดับ รวมทั้งสร้างความปลอดภัยในการทำงาน โดยเฉพาะการจัดกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพบุคลากรสิ่งเหล่านี้ล้วนสามารถสร้างกำลังใจในการทำงานให้เกิดประสิทธิภาพและมีคุณภาพในการให้บริการพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์ที่แสดงออกถึงความเคารพ ให้เกียรติซึ่งกันและกัน ยอมรับความ แตกต่างระหว่างบุคคล ปฏิบัติต่อกันด้วยความเป็นมิตร รู้สึกรัก/ปลอดภัยขณะปฏิบัติงานร่วมกัน การพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงาน เป็นการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานในองค์กร ได้ทำงานอย่างมีความสุขและส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ในการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ และมีประสิทธิภาพ รวมทั้งเพิ่มผลผลิตในการทำงานที่มีคุณภาพ และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรโดยตรง เนื่องจากบรรยากาศจริยธรรมใน

องค์กรพยาบาล การจัดการด้านการยศาสตร์ของหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ตอบสนองต่อความผาสุกและความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานในทุกะดับขององค์กร นอกจากการพัฒนาคุณภาพชีวิตในการทำงาน จะส่งผลให้เกิดความพึงพอใจ ในการปฏิบัติงานแล้วยังส่งผลต่อความผูกพันในองค์กรได้ เพราะหากบุคลากรมีความผูกพันกับองค์กรแล้วจะสามารถช่วยแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสุทธิดา สุทธิจิตร, และภริดา ชัยรัตน์ (2556) ศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลกลาง พบว่า ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ไม่ว่าจะเป็นสภาพแวดล้อมทางด้านร่างกายหรือสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงาน มีการระบบความปลอดภัยในการปฏิบัติงานและควรมีการออกแบบสถานที่ทำงานให้มีความปลอดภัยและเหมาะสมกับลักษณะงานเอื้ออำนวยในการปฏิบัติงาน จะเห็นได้ว่า การจัดการด้านการยศาสตร์ของหัวหน้าหอผู้ป่วย การจัดระบบบริการพยาบาลและระบบพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในหน่วยงานให้มีมาตรฐาน ทำให้เกิดการให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งเป็นผู้นำในการปฏิบัติ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. ผู้บริหารทางการพยาบาลควรตระหนักถึง

แนวทางในการปรับปรุงระบบการทำงาน การจัดอัตรากำลังที่เหมาะสมในการทำงานเพื่อเอื้อบุคลากรได้มีเวลาสำหรับร่วมกิจกรรมทางศาสนากับครอบครัว ซึ่งจะเป็นการช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลคาทอลิก ประเทศไทย

2. ผู้บริหารทางการพยาบาลควรจัดสภาพแวดล้อมในหน่วยงานที่ป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการทำงาน เช่น การจัดหาเจ้าหน้าที่ธุรการในหน่วยงานเพื่อลดภาระงานด้านเอกสารที่ไม่จำเป็น มีการสื่อสารชี้แจง รับฟังเมื่อเกิดปัญหาคับข้องใจ สิ่งเหล่านี้จะเป็นแนวทางในการส่งเสริมและพัฒนาบรรยากาศจริยธรรมที่ดีในองค์กรพยาบาล พัฒนาคุณภาพการบริการของพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ผู้บริหารทางการพยาบาลควรตระหนักถึงแนวทางในการปรับปรุงระบบการทำงาน การจัดอัตรากำลังที่เหมาะสมในการทำงานเพื่อเอื้อบุคลากรได้มีเวลาสำหรับร่วมกิจกรรมทางศาสนากับครอบครัว ซึ่งจะเป็นการช่วยยกระดับ คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลคาทอลิก ประเทศไทย

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษาปัจจัยทำนายที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลคาทอลิก ประเทศไทย

เอกสารอ้างอิง

- กองการพยาบาล. (2561). บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ. กรุงเทพฯ: สื่อตะวัน.
- โฉมฤทัย ทองนุช. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้บรรยากาศองค์การ ความเครียดในการปฏิบัติงานและคุณภาพชีวิตในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ: กรณีศึกษา โรงพยาบาลรัฐบาลในเขตจังหวัดปทุมธานี. (วิทยานิพนธ์ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต). ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี.
- ชมรมเวชบุคคลคาทอลิกแห่งประเทศไทย. (2563). ธรรมนูญใหม่สำหรับผู้ทำงานด้านการดูแลสุขภาพอนามัย. กรุงเทพฯ: ส.สยาม ออฟเซ็ท.
- ทศพล บุตรมี. (2558). ปัจจัยเสี่ยงด้านการยศาศาสตร์ที่ส่งผลต่อความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อจากการทำงานในอาชีพพยาบาลและการป้องกัน. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 8(4), 1-5.
- เบญจวรรณ ศฤงคาร, กฤษดา เขียววัฒนสุข, และจุฑามาศ เจริญสุข. (2561). บรรยากาศองค์การและคุณภาพชีวิตการทำงาน ที่มีผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของพนักงาน. วารสารสหวิทยาการวิจัย: ฉบับบัณฑิตศึกษา, 7(1), 35-44.
- บุรุษกร เตจ๊ะมา, สุนธนา คงศีล, สมชาติ โตรักษา, และกิตติพงษ์ หาญเจริญ. (2555). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพนักงานโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์อินเตอร์เนชั่นแนล. วารสารสาธารณสุขศาสตร์, 42(2), 82-91.
- ประเวศ ตรงฤทธิชัยการ. (2560). อาชีวนามัยและความปลอดภัยในโรงพยาบาล. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- เพชรสุรีย์ ทั้งเจริญกุลม, กฤษดา แสงวดี, ดวงทิพย์ ธีระวิทย์, และวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. (2558). ปัญหาสุขภาพและพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 9(1), 49-60.
- รัตนศิริ ทาโต. (2561). การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้ ฉบับปรับปรุง (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิรัช สงวนวงศ์วาน, และณัฐนิชา ปิยปัญญา. (2560). คุณภาพชีวิตในการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนกรุงเทพมหานคร. วารสารวิชาการเซาธ์อีสท์บางกอก, 3(2), 77-90.
- วิชญ์ ธัญญอนันท์. (2562). ติดตาม ไตร่ตรอง ตอบสนอง ทบเทศน์สอนใจ กระแสพระสมณดำรัสพระสมณโอรสและคำอวยพร. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อัสสัมชัญ.
- ศุภณัฐ ยินเจริญ. (2553). การจัดการความปลอดภัยในสถานที่ทำงานของหัวหน้าหอผู้ป่วย วัฒนธรรมความปลอดภัยในที่ทำงานและคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลทั่วไปภาคใต้. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). สงขลา : มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สมเด็จพระสันตะปาปาฟรังซิส. (2558). พระสมณสาส์นขอสรรเสริญองค์พระผู้เป็นเจ้า (Laudato Si') ของสมเด็จพระสันตะปาปาฟรังซิส เกี่ยวกับการดูแลรักษาโลก บ้านที่เราอาศัยอยู่ร่วมกัน. เซอร์มารี หลุยส์ พรฤกษ์งาม, แปล (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สถาปณมุขบาทหลวงโรมันคาทอลิกแห่งประเทศไทย.

- สิวลี ศิริโล. (2561). การสร้างบรรยากาศทางจริยธรรม
ในองค์กร: ทรรศนะทางจริยศาสตร์ เชิงปฏิบัติ.
กรุงเทพฯ: สำนักธรรมศาสตร์และการเมือง
ราชบัณฑิตยสภา.
- สุทธิดา สุตจิตร, และภริดา ชัยรัตน์. (2556). คุณภาพ
ชีวิตในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพศึกษา
เฉพาะกรโรงพยาบาลกลาง. *วารสารสหวิทยาการ
วิจัย: ฉบับบัณฑิตศึกษา*, 2(2), 181-195.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคม
แห่งชาติ. (2560). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและ
สังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560-2564*.
กรุงเทพฯ: สำนักนายกรัฐมนตรี.
- Easton, S., & Laar, D. V. (2014). The
assessment of quality of working life
in career guidance and counseling.
In *Handbook of Career Development* .
Springer, New York, NY.
- Olson, L. L. (1998). Hospital nurses' perceptions
of the ethical climate of their work
setting. *Image: The Journal of Nursing
Scholarship*, 30(4), 345-349



ประสบการณ์การจัดการกลยุทธ์ในองค์กรพยาบาลของ
หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน
**The Experience of Strategic Management of
Nursing Directors in Community Hospitals**

เมธาวี ดวงจินดา, พย.ม., Metawee Duangjinda, MN.S.^{1*}

เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, ประ.ด., Phechnoy Singchangchai, Ph.D.²

พัทธนันท์ กมลศิริอนันต์, พย.ม., Pattanan Kamonsiranan, MN.S.³

วิไลวรรณ ตรีถิ่น, วท.ม., Wilaiwan Treetin, MS.⁴

สุรัสวดี สมนึก, ประ.ด., Surasawadee Somnuk, Ph.D.⁵

¹อาจารย์ประจำ อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน จังหวัดนครปฐม

¹Instructors, College of Nursing, Christian University of Thailand.

²ศาสตราจารย์, ดร., ประจำหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยคริสเตียน จังหวัดนครปฐม

²Professor, Doctor of Philosophy program, Ph.D., Nursing Administration, Christian University

³อาจารย์ประจำ อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน จังหวัดนครปฐม

³Instructors, College of Nursing, Christian University of Thailand.

⁴อาจารย์ประจำ อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน จังหวัดนครปฐม

⁴Instructors, College of Nursing, Christian University of Thailand.

⁵อาจารย์, ดร., ภาควิชาวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

⁵Instructors, Ph.D., Department of Sport and Health Sciences, Faculty of Sports Science,
Kasetsart University

Corresponding Author Email: metaweeduangjinda@gmail.com

Received: April 28, 2022

Revised: September 7, 2022

Accepted: December 7, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงคุณภาพ แบบปรากฏการณ์วิทยา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การสร้างกลยุทธ์ของหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง ผู้ให้ข้อมูล คือหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 9 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-Depth Interview) และวิเคราะห์ข้อมูลตามแนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลของโคไลซซี่ (Colaizzi)

ตรวจสอบคุณภาพข้อมูลใช้วิธีการแบบสามเส้าหลาย ๆ วิธี (Multiple Triangulation) ผลการวิจัยพบว่า

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ ดำรงตำแหน่งตามลำดับอาวุโสและผู้ดำรงตำแหน่งที่ผ่านการอบรมผู้บริหารระดับกลางและระดับสูง สามารถอธิบายความหมายของการจัดการเชิงกลยุทธ์ ว่าเป็นการบริหารงานที่ต้องตั้งเป้าหมายให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ขององค์กร มีการวางแผนและแนวปฏิบัติที่ชัดเจน มีการติดตามประเมินผล เพื่อให้การบริหารนั้นนำองค์กรไปสู่เป้าหมายที่วางไว้และกระบวนการจัดการกลยุทธ์ในองค์กรพยาบาลมี 6 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การกำหนดทิศทางองค์กร 2) การวิเคราะห์สิ่งแวดล้อมภายนอก 3) การวิเคราะห์สิ่งแวดล้อมภายใน 4) กำหนดกลยุทธ์ 5) การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ และ 6) การประเมินผลงาน

การวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า การจัดการกลยุทธ์ในองค์กรพยาบาลมีความสำคัญ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องควรส่งเสริมและผลักดันให้ผู้บริหารพยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจในการจัดการกลยุทธ์ เพื่อพัฒนาองค์กรและวิชาชีพสืบไป

คำสำคัญ: การจัดการกลยุทธ์ องค์กรพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน

Abstract

This research is a qualitative study of phenomenology. The objective of this research was to study the experience of creating strategies of the nurse directors in community hospitals. Nine nurse directors of community hospital in Kanchanaburi province were the specific informants. Data were collected by in-depth interviews and data were analyzed according to Colaizzi's data analysis guidelines. Verify data quality using Multiple Triangulation. The results showed:

Informants, most community hospital nurse directors hold positions in order of seniority and position holders who have undergone training for middle and high-level executives. It means that the management must set goals in accordance with the vision of the organization, obvious planning and guidelines, monitoring, evaluating to provide management lead the organization to its goals. There are 6 steps in the strategy management process in a nursing organization as follows: 1) direction setting, 2) external environment analysis, 3) internal environmental analysis, 4) strategy formulation, 5) strategy implementation, and 6) strategic evaluation.

This research indicates that strategic management in nursing organizations is important. Involved persons should promote and encourage nursing managers to have knowledge, understanding of strategy management for further organizational and professional development.

Keyword: Strategy management, nursing organizations, community hospitals

บทนำ

การบริหารองค์กรพยาบาล ผู้บริหารที่มีความเข้าใจในการวางแผนกลยุทธ์ ย่อมส่งผลให้องค์กรบรรลุเป้าหมายและเป็นไปตามวิสัยทัศน์ขององค์กร (Marquis & Huston, 2012) การจัดการกลยุทธ์ในเชิงบริหารเน้นกิจกรรมต่าง ๆ ที่ผู้บริหารกระทำเพื่อให้ได้กลยุทธ์ขององค์กรโดยจำเป็นต้องอาศัยกระบวนการจัดการที่เป็นพื้นฐานขององค์กร คือ การวางแผน การจัดองค์กร นำกลยุทธ์ไปดำเนินการและการควบคุม โดยเพิ่มและเน้นการวิเคราะห์สิ่งแวดล้อมทั้งภายนอกและภายในองค์กร เพื่อให้ทราบสถานะขององค์กรและกำหนดกลยุทธ์อย่างเหมาะสมก่อนนำไปปฏิบัติ (Robbins & Coulter, 2007) ซึ่งการนำแผนกลยุทธ์ไปปฏิบัติ เป็นเรื่องที่สำคัญที่สุดของการบริหารกลยุทธ์ (Kaplan & Norton, 2001) Robbins and Coulter (2007) กล่าวถึงองค์กรที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด จะมีโครงสร้างและระบบที่สามารถปรับตัวตามสภาพแวดล้อม ตามสภาพความเป็นจริงขององค์กร มีกำหนดกระบวนการจัดการกลยุทธ์ มีลำดับขั้นตอน

จากสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 มีความรุนแรงมากขึ้น จนกลายเป็นวิกฤต ของประเทศ จำเป็นต้องมีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ (พงษ์พิพัฒน์ ชุ่มสิดา & วินัย ทองภูบาล, 2021) ประกอบกับองค์การราชการได้มีการเปลี่ยนแปลงหลายด้าน เช่น การปฏิรูประบบราชการ การกระจายอำนาจการบริหารปรับปรุงกระบวนการภายใน เพื่อให้ได้บริการที่มีคุณภาพ (Mongkolvisut, V. et al., 2021) โรงพยาบาลชุมชน มีหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลเป็นผู้บังคับบัญชาสูงสุด ขึ้นตรงกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลและเป็นคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ทำหน้าที่บริหารจัดการกลุ่มการพยาบาลและกำหนดความก้าวหน้าของวิชาชีพพยาบาล (กระทรวงสาธารณสุข, 2562) องค์กรพยาบาลสามารถดำเนินการทำงาน เพื่อมุ่งสู่วิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล

(กองการพยาบาล, 2561) ผู้บริหารทางการพยาบาลควรให้ความสำคัญในการจัดการกลยุทธ์ เนื่องจากที่ผ่านมาเป้าหมายการดำเนินงานไม่ชัดเจน จึงทำให้เกิดปัญหาในการดำเนินการตามกลยุทธ์ (จินตณัย ไชยयोग และคณะ, 2557)

ผู้บริหารในโรงพยาบาล จำเป็นต้องขยายความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการกลยุทธ์ โดยเฉพาะองค์กรพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน เนื่องจากที่ผ่านมาในเชิงนโยบายการจัดการกลยุทธ์ส่วนใหญ่เป็นดำเนินการโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาล แต่ในปัจจุบันภายหลังมีการปฏิรูประบบราชการจากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนควรมีความเข้าใจการจัดการกลยุทธ์ แต่จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา ยังไม่มีศึกษาเกี่ยวกับการจัดการกลยุทธ์ในองค์กรพยาบาล ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยา ศึกษาประสบการณ์การจัดการกลยุทธ์ในองค์กรพยาบาลของหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน เพื่อจะได้แนวทางในการพัฒนาศักยภาพและสมรรถนะของหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนในการจัดการกลยุทธ์ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายและขั้นตอนการจัดการกลยุทธ์ตามประสบการณ์การสร้างกลยุทธ์ของหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology)

1. กลุ่มตัวอย่างคือ

กลุ่มตัวอย่างคือ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 9 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-Structured Interview) ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกลยุทธ์โดยใช้ประเด็นคำถาม ที่เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับการจัดการกลยุทธ์ในองค์กรพยาบาลของหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ในโรงพยาบาลชุมชน ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ความหมายของการจัดการกลยุทธ์และประสบการณ์การจัดการกลยุทธ์ในองค์กรพยาบาล และ 3) ข้อเสนอแนะ

3. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสัมภาษณ์ดังกล่าวผ่านการตรวจสอบเนื้อหาโดยอาจารย์ที่ปรึกษา ตรวจสอบความ ถูกต้อง ก่อนนำเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในการจัดการกลยุทธ์ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาและนำมาปรับปรุงให้มีความเข้าใจและมีความชัดเจนมากยิ่งขึ้นตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้จริง

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลโดยทำหนังสือขออนุญาตถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน เมื่อผู้ให้ข้อมูลเข้าร่วมวิจัย ได้นัดหมาย วัน เวลา สถานที่ในการสัมภาษณ์ ซึ่งการสัมภาษณ์เพื่อให้ข้อมูลอ้อมตัวผู้วิจัยได้สัมภาษณ์เจาะลึกและติดตามสัมภาษณ์ด้วยคำถามปลายเปิดและสัมภาษณ์ต่อเนื่องทางโทรศัพท์จนข้อมูลอ้อมตัว จำนวนทั้งหมด 3-4 ครั้ง การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละคน ใช้เวลา 45-60 นาที

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นดำเนินการพร้อมกับการสัมภาษณ์ โดยถอดคำสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ ภายหลังการสัมภาษณ์แต่ละครั้งและตรวจทานความถูกต้องของข้อมูลด้วยการฟังเทปบันทึก ซึ่งร่วมกับอ่านบทสนทนา ทำเช่นนั้นจนกระทั่งเสร็จสิ้นการเก็บข้อมูล

จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาด้วยวิธีการโคไลซี (Colaizzi's method) ซึ่งเป็นการวิเคราะห์แบบ Phenomenology Analysis ร่วมกับการให้รหัส (Coding) จัดเป็นหัวเรื่องย่อย (Sub-themes) และหัวเรื่องหลัก (Themes) (Holloway & Wheeler, 1996) เกี่ยวกับประสบการณ์การจัดการกลยุทธ์ในองค์กรพยาบาล ของหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนตามที่กล่าวมา ตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลเชิงคุณภาพแบบสามเส้าหลาย ๆ วิธี (Multiple Triangulation) ประกอบด้วย การตรวจสอบสามเส้า ด้านข้อมูล (Data Triangulation) การตรวจสอบสามเส้าด้านนักวิจัย (Investigator Triangulation) และการตรวจสอบสามเส้าด้านทฤษฎี (Data Triangulation) โดยทีมผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมพิจารณาผลการวิเคราะห์และสรุปเป็นประเด็นเดียวกัน (Consensus agreement) (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2550)

6. การพิทักษ์สิทธิ์

การทำวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยคริสเตียน เลขที่ บ.19/2563 โดยผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิ์ การยินยอมของผู้ให้ข้อมูลเป็นสำคัญ รวมทั้งสามารถยุติการร่วมกิจกรรมได้ตลอดเวลา

ผลการวิจัย

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลผลการวิจัยเชิงคุณภาพเรื่องประสบการณ์การจัดการกลยุทธ์ในองค์กรพยาบาลของหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน สามารถสรุปประเด็นได้ดังนี้

หมายเหตุ ในที่นี้ **ผบต.** ย่อมาจากผู้บริหารระดับต้น **ผบก.** ย่อมาจาก ผู้บริหารระดับกลาง **ผบส.** ย่อมาจากผู้บริหารระดับสูง **รพช.** ย่อมาจาก โรงพยาบาลชุมชน

1. การให้ความหมาย อภิปรายการรับรู้

จากประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลได้ให้

ความหมายของการจัดการกลยุทธ์ในองค์กรพยาบาลของหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีการให้ข้อมูลและมีการรับรู้ และให้ความหมายไปในทิศทางเดียวกันเกี่ยวกับการบริหารเชิงกลยุทธ์ว่าการบริหารเชิงกลยุทธ์นั้น เป็นการบริหารงานที่ต้องตั้งเป้าหมายให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ขององค์กร มีการวางแผนและแนวปฏิบัติที่ชัดเจน มีการติดตามประเมินผลเพื่อให้การบริหารนั้นนำองค์กรไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ ดังนี้

“หมายถึงกฎวิธีที่จะดำเนินการให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ที่ตั้งไว้ โดยการดำเนินการต้องมีเป้าหมายให้ผ่านตัวชี้วัดที่กำหนด เพื่อที่จะให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานแต่ละขั้นตอน” ผู้ให้ข้อมูลผ่านการอบรม ผบส. ดำรงตำแหน่ง 26 ปี ใน รพช. 60 เตียง

“หมายถึงการวางแผน การกำหนดเข็มมุ่งของการทำงาน เราจะพาองค์กรพยาบาลไปในทิศทางไหน โดยใช้กลยุทธ์อะไรบ้าง มีเข็มมุ่งที่จะพัฒนาอะไรอย่างน้อย ๆ เราก็ต้องรู้ว่าโรงพยาบาลไปทิศทางไหน” ผู้ให้ข้อมูลผ่านการอบรม ผบส. ดำรงตำแหน่ง 18 ปี ใน รพช. 90 เตียง

2. กำหนดเข็มมุ่ง พุ่งชนเป้าหมาย

จากประสบการณ์การจัดการกลยุทธ์ในองค์กรพยาบาลของหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ในโรงพยาบาลชุมชน ได้กำหนดทิศทางองค์กรเพื่อตอบสนองความคาดหวัง ความต้องการของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับองค์กร (Stakeholders) ในการกำหนดกลยุทธ์ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มองว่าการกำหนดกลยุทธ์คือการกำหนดเข็มมุ่งขององค์กรซึ่งหมายถึงเป้าหมายในการดำเนินงานโดยผ่านการตั้งวิสัยทัศน์ เพื่อให้การบริหารจัดการมีทิศทางที่ชัดเจนและบรรลุเป้าหมายขององค์กร ไว้ดังนี้

“ที่จะตั้งวิสัยทัศน์ของเราก่อน แล้วก็ตั้งเป้าหมายว่าเราจะทำอะไรบ้างแล้วก็บริหาร องค์กรพยาบาลเรามีมาตรฐานวิชาชีพและเน้นประชาชน Customer

focus โดยให้องค์กรพัฒนามาอย่างมีมาตรฐาน อย่างเช่นโรงพยาบาลตอนนี้เป็น Smart hospital คุณก็ต้องกำหนดทิศทางให้ชัดเจน มั่นใจนี้แล้ว คุณก็ต้องไปในทิศทางที่ชัดเจน” ผู้ให้ข้อมูลผ่านการอบรม ผบส. ดำรงตำแหน่ง 26 ปี ใน รพช. 30 เตียง

“แต่สำหรับพี่ โรงพยาบาลพี่ พยาบาลถือว่า เป็นกระดุกหลังที่สำคัญขององค์กร เพราะฉะนั้นพี่ไม่ได้แยกตัวกลยุทธ์ของฝ่ายการพยาบาล หมายถึงไม่ได้แยกออกมาทำนะ เราทำไปพร้อมกับของโรงพยาบาล เพราะฉะนั้นเราจะรู้ พร้อมกับภาพของทีมงานโรงพยาบาลเลยว่าโรงพยาบาลเราจะเติบโตไปในทิศทางไหน พวกพี่จะเรียกว่าเข็มมุ่ง แล้วทุกคนก็สามารถทำแผนกลยุทธ์ที่เราวางแผนไว้” ผู้ให้ข้อมูลผ่านการอบรม ผบส. ดำรงตำแหน่ง 18 ปี ใน รพช. 90 เตียง

3. คน เงิน ของ ต้องมองทั้งระบบ

องค์กรจะต้องมีการวิเคราะห์ ติดตามสภาพแวดล้อม (Environment) ที่เป็นไปในแต่ละช่วงเวลา ต้องรู้อย่างเพียงพอที่จะดำเนินการวางแผนยุทธศาสตร์ในการดำเนินการ เพื่อรักษาความได้เปรียบทางการแข่งขันให้องค์กรดำรงอยู่ได้อย่างต่อเนื่องยาวนานในการบริหารองค์กรของหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน ส่วนใหญ่มองประเด็นการวิเคราะห์องค์กร ทั้งภายในและภายนอก ใช้วิธีการ SWOT เพื่อวิเคราะห์องค์กรและอาจมีการใช้หลักการบริหาร 7s ร่วมด้วย ดังนี้

“ในองค์กรพยาบาลของพี่ ในการประเมินสภาพแวดล้อมองค์กรเมื่อก่อนพี่ใช้ SWOT นะ และเคยเอา 7s model มาจับก็มีบ้าง ก็คือเอาสองอย่างมาประกอบกันไม่ได้ตายตัว” ผู้ให้ข้อมูลผ่านการอบรม ผบส. ดำรงตำแหน่ง 26 ปี ใน รพช. 30 เตียง

“ปกติเราต้อง SWOT หาจุดอ่อน จุดแข็งอะไรที่เด่นแล้วก็จะเอามาเขียนเป็นโครงการ จุดด้อยและสิ่งคุกคาม ก็คิดว่าแก้อย่างไร เราก็มีการแก้ปัญหาได้” ผู้ให้ข้อมูลผ่านการอบรมบริหารทางการพยาบาล ดำรง

ตำแหน่ง 4 เดือน ใน รพช. 90 เดือน

4. กำหนดกลยุทธ์....แล้วไปให้สุด

การกำหนดกลยุทธ์ ประกอบด้วย พัฒนาทางเลือกกลยุทธ์และเลือกกลยุทธ์เป็นการพัฒนาแผนระยะยาวบนรากฐานของโอกาส และอุปสรรคที่ได้จากการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายนอก และสภาพแวดล้อมภายใน โดยองค์กรจะต้องกำหนดและเลือกกลยุทธ์ที่ดีที่สุด เหมาะสมกับองค์กรที่สุด เพื่อไปถึงเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้

“การกำหนดกลยุทธ์จะกำหนดล้อยกับตามโรงพยาบาล มีการกำหนดเป็นแผนปฏิบัติการ ซึ่งการวางแผนปฏิบัติงานให้หัวหน้างานร่วมกันวางแผน” ผู้ให้ข้อมูลผ่านการอบรม ผบส. ดำรงตำแหน่ง 18 ปี ใน รพช. 90 เดือน

“การวางแผนก็จะมีแผนระยะสั้นและระยะยาว ระยะสั้นก็แผน 1-2 ปี ระยะยาว ก็แผน 3-5 ปี ก็จะเป็นการกำหนดไว้ว่าเราจะต้องทำอะไรบ้างตามแผนนี้ ตามหัวเวลาที่กำหนดและมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงตัวเอง เวลาที่เราเอามาผนวกโดยทำตามแผนที่เราวางไว้ แล้วมันไม่ได้ผลอย่างที่ควรนะเราก็จะเอามาปรับปรุงเปลี่ยนแปลง ก็จะเป็นแผนใหม่สำหรับองค์กร” ผู้ให้ข้อมูลไม่เคยผ่านการอบรมด้านการบริหาร ดำรงตำแหน่ง 12 ปี ใน รพช. 10 เดือน

5. แปลงกลยุทธ์สู่การปฏิบัติ

นำกลยุทธ์ไปดำเนินการเป็นกระบวนการที่ผู้บริหารแปลงกลยุทธ์และนโยบายไปสู่แผนการดำเนินงาน กำหนดรายละเอียดด้านต่าง ๆ กระบวนการนี้เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงภายในด้านวัฒนธรรม โครงสร้างหรือระบบการบริหาร เพื่อให้สามารถดำเนินการตามกลยุทธ์ได้อย่างเป็นรูปธรรม

“การนำกลยุทธ์ไปใช้พี่ก็จะมอบหมายหัวหน้างาน ในแต่ละคนในแต่ละกลุ่มยุทธศาสตร์นี้เราจะทำอะไรได้บ้าง 1, 2, 3, 4 เราต้องกำหนดเป็นแผน

ปฏิบัติ การวางแผนปฏิบัติงานก็จะให้หัวหน้างานร่วมกันวางแผน” ผู้ให้ข้อมูลผ่านการอบรม ผบส. ดำรงตำแหน่ง 18 ปี ใน รพช. 90 เดือน

“ในการบริหารจัดการเชิงกลยุทธ์ จะมุ่งเน้นในเรื่องของการจัดทำแผน ที่เน้นการดูอนาคต ซึ่งการมุ่งเน้นจะมีการทำวิสัยทัศน์ พันธกิจและก็จุดมุ่งหมาย เป้าประสงค์และวัตถุประสงค์ของโรงพยาบาล โดยใช้แผนกลยุทธ์ในการทำงานแบบเป็นทีม ใช้ในการดูแลแบบองค์รวม จะมีการประเมินความต้องการกับผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียก่อน เพื่อที่เราจะได้มาพัฒนาและวางแผนบริหารจัดการพวกวิสัยทัศน์คุณเหล่านี้” ผู้ให้ข้อมูลไม่เคยผ่านการอบรมด้านการบริหาร ดำรงตำแหน่ง 12 ปี ใน รพช. 10 เดือน

6. ประเมินผล ยุทธศาสตร์

การประเมินผลกลยุทธ์ (Strategic Evaluation) ผู้บริหารองค์กรใช้เป็นเครื่องมือเพื่อตรวจสอบและประเมินผลการดำเนินงานทั้งหมดตามแผนกลยุทธ์ที่กำหนดไว้ว่าการดำเนินงานจะบรรลุผลสำเร็จ ตามแผนที่วางไว้มากน้อยเพียงใด ซึ่งต้องการเปรียบเทียบผลที่ได้จากการปฏิบัติจริงกับผลการดำเนินงานที่ตั้งความมุ่งหวังหรือตั้งเป้าหมายไว้ ตั้งแต่ก่อนปฏิบัติ ขณะที่นำแผนไปปฏิบัติ และหลังจากสิ้นสุดการดำเนินงานตามแผนแล้ว

“ปกติมันมีแบบประเมินของแต่ละองค์กรอยู่แล้วโดยที่เราใช้ของ QA บ้าง ของอะไรบ้างในการดูแลตรงนี้ เราก็ใช้ตัวชี้วัดที่จะมาจับกับเขาเรื่องของ แล้วก็การนิเทศทางคลินิกของหน่วยงานของตัวเองอยู่แล้ว แล้วเราก็จะไปดูอีกที” ผู้ให้ข้อมูลผ่านการอบรมการบริหารทั่วไป ดำรงตำแหน่ง 13 ปี ใน รพช. 30 เดือน

“เปรียบเทียบกับตัวชี้วัดว่าผลเป็นอย่างไร แล้วก็มาตรวจสอบว่ามันสอดคล้องของโรงพยาบาลหรือไม่ แต่ถ้ามันมีปัญหาเร่ร่อนก็ไปสะท้อนกับผู้บริหาร ผู้อำนวยการโรงพยาบาล พอไปประเมินแล้วถ้าสามารถ

จัดการได้หัวหน้างานก็จัดการไปเลย ถ้าหัวหน้างานไม่สามารถจัดการได้ก็มาบอกพี่ ถ้าไม่ได้ก็แจ้งพี่ อันนี้จัดการแล้วแต่ไม่ได้ ให้พี่ดำเนินการต่อและพี่ก็อาจจะ Approach กับปัญหานั้น ถ้าแก้ปัญหานั้นได้ก็จบการและรายงาน ผอ. แต่ถ้าแก้ไขไม่ได้ก็แจ้ง ผอ. ว่าไม่ได้ ก็ขอความช่วยเหลือ” ผู้ให้ข้อมูลผ่านการอบรม ผบส. ดำรงตำแหน่ง 26 ปี ใน รพช. 30 เตียง

“พี่ก็จะประเมินกลยุทธ์ทุก 6 เดือน และ 1 ปี จะเอาผลแผนยุทธศาสตร์มาดู ว่าผลการดำเนินงานมีปัญหาอะไร พอได้ปัญหามา ก็จะเอาปัญหานั้นมาแก้ข้อเสนอแนะสำหรับผู้บริหารงานในโรงพยาบาลชุมชน การนำกลยุทธ์ไปใช้ ก็คือผู้บริหารระดับต้นควรได้รับการอบรม ควรได้รับการสนับสนุนการเป็นผู้บริหารการพยาบาล เพราะปัจจุบันส่วนใหญ่ ที่ได้รับตำแหน่งก็จะนับอายุราชการ ปัจจุบันหัวหน้างานมันมีหลายหน่วยงานก็ควรทยอยกันไป เพราะถ้ารอให้ถึงวาระ มันก็จะล่าช้ามันยังไม่ครอบคลุม แต่ก็ต้องดูสภาพการเงินของโรงพยาบาล” ผู้ให้ข้อมูลผ่านการอบรม ผบส. ดำรงตำแหน่ง 26 ปี ใน รพช. 90 เตียง

7. ข้อเสนอแนะ...และนโยบาย

ผู้ให้ข้อมูล ส่วนใหญ่มีความเห็นไปในทิศทางเดียวกันว่า ผู้ที่จะมาเป็นผู้บริหารระดับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล จะต้องมีการเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่ขั้นสู่ตำแหน่งและมีกระบวนการที่ชัดเจน จึงจะเข้าใจหลักการบริหาร ความอาวุโสสูงสุดไม่ได้แสดงถึงความสามารถในการบริหาร การวางแผนเชิงกลยุทธ์ หรือเข้าใจหัวข้อการบริหารเชิงกลยุทธ์มากพอ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลจะต้องมีความรู้ มีวิสัยทัศน์ในเรื่องของการบริหารการจัดการเชิงกลยุทธ์ ต้องเข้าใจและเข้าถึงบริบทความเป็นไปของหน่วยงาน จะสามารถดำเนินการกลยุทธ์ให้เหมาะสมกับองค์กรได้

“ถ้าข้อเสนอเชิงกลยุทธ์เนี่ย พี่คิดว่าจริง ๆ แล้ว ต้องดูนโยบายของโรงพยาบาลเป็นหลัก ของกลุ่มการพยาบาล

ก็ต้องทำให้สอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล ว่าโรงพยาบาลจะไปในทิศทางไหน เราจะต้องไปทิศทางเดียวกับโรงพยาบาล ทำให้สอดคล้องกันและที่สำคัญก็คือ ทีมเวิร์ค เป็นสิ่งสำคัญ การทำงานของการพยาบาลเนี่ย พี่ให้ออโรทริตกับหัวหน้าเต็มที่ ถ้าหน่วยงานเขามีแบบนี้ กลุ่มการพยาบาลก็ไปได้สบาย ๆ” ผู้ให้ข้อมูลผ่านการอบรม ผบส. ดำรงตำแหน่ง 26 ปี ใน รพช. 30 เตียง

“อันแรก คือ คนที่จะขึ้นมาเป็นมาเป็นผู้บริหารระดับหัวหน้าฝ่ายการ อาจจะต้องการเตรียมความพร้อมในการบริหารมาระดับหนึ่ง ถึงจะเข้าใจว่า... จะต้องมีการวางแผนเชิงกลยุทธ์ พี่ไม่ได้พาดพิงนะ อย่างที่น้องผ่านโรงพยาบาล.... เขาเข้าใจหัวข้อการบริหารเชิงกลยุทธ์ใหม่ เพราะว่าเขามาแบบอาวุโสสูงสุด ซึ่งเราไม่รู้หรอกว่า อวูโสสูงสุดเขาจะมีความสามารถในการบริหารขนาดไหน ในระบบเอง อาจจะไม่ได้เลือกคนที่เก่งที่สุด ซึ่งบางทีมันก็ไม่ได้เลือกว่าคนไหนเก่งเพราะมันวัดยาก มันไม่ได้นั่งสอบกัน มันก็อาจจะเป็นข้อเสนอแนะอีกข้อหนึ่ง ว่าคนที่ขึ้นมาในระดับนี้ สามารถบริหารให้โรงพยาบาลเดินต่อไปได้หรือไม่ การเตรียมผู้บริหารที่จะขึ้นสู่ตำแหน่งจะต้องชัดเจน เตรียมอย่างน้อยก็ปี ๖ ไร่ อย่างนี้ควรจะต้องการกำหนดพี่ว่านะ” ผู้ให้ข้อมูลผ่านการอบรม ผบส. ดำรงตำแหน่ง 18 ปี ใน รพช. 90 เตียง

“ในเรื่องของการบริหารเชิงกลยุทธ์ผู้บริหารจะต้องมีความรู้ มีวิสัยทัศน์ในเรื่องของการบริหารการจัดการเชิงกลยุทธ์และผู้บริหารต้องเข้าใจและเข้าถึงบริบทความเป็นไปของหน่วยงานและขององค์กร ว่าบริบทของแต่ละที่แตกต่างกัน ถ้าเกิดว่าผู้นำที่ไม่เข้าใจไม่เข้าถึงก็จะไม่สามารถวางแผนอะไรต่าง ๆ ในกลยุทธ์ให้เหมาะสมกับองค์กรนั้นนั่นแหละ ซึ่งองค์กรเล็กองค์กรใหญ่มีความแตกต่างกัน บางครั้งในองค์กรเล็ก ๆ จะมีการบริหารจัดการมีการประสานงานได้ง่ายกว่าองค์กรใหญ่ ๆ แต่ว่าองค์กรเล็กก็จะมีเปลี่ยนผู้บริหารบ่อย ๆ เช่น ผู้อำนวยการผู้บริหารก็จะติดปัญหาบ้าง ในส่วนขององค์กรเล็ก ๆ

และองค์กรที่ใหญ่ก็จะเป็นปัญหาบ้างในเรื่องของการเปลี่ยนแปลงผู้นำ ผู้นำก็ต้องเข้าใจเข้าใจ.....ต้อง...แบบว่าต้องมีการศึกษา เรียนรู้ให้เข้าใจกัน มีการศึกษาข้อมูลและในเรื่องของการทำงาน” ผู้ให้ข้อมูลไม่เคยผ่านการอบรมด้านการบริหาร ดำรงตำแหน่ง 12 ปี ในรพช. 10 เตียง

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยเชิงคุณภาพที่ศึกษาประสบการณ์การจัดการกลยุทธ์ในองค์กรพยาบาลของหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน พบว่า

การให้ความหมายของการบริหารเชิงกลยุทธ์สำหรับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน
ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ที่เคยผ่านการอบรมผู้บริหารระดับกลางและระดับสูง สามารถตอบคำถามและให้ความหมายได้ดีและชัดเจน โดยสรุปได้ดังนี้ การจัดการเชิงกลยุทธ์ เป็นการวางแผน การกำหนดเข็มมุ่งของการทำงาน ระบุแนวทาง ทิศทางความสำเร็จ เพื่อพาองค์กรไปสู่เป้าหมาย ประกอบด้วย การวางแผน การนำแผนนั้นไปสู่การปฏิบัติ มีการติดตามประเมินผล และมีการปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการบริหารเชิงกลยุทธ์ของ Robbins and Coulter (2007) ได้ให้ความหมายการบริหารเชิงกลยุทธ์ หมายถึง ชุดของการตัดสินใจและการกระทำที่ใช้ในการกำหนดกลยุทธ์และนำกลยุทธ์ ไปปฏิบัติเพื่อให้องค์กรบรรลุเป้าหมาย ประกอบด้วย 1) การกำหนดวิสัยทัศน์และเป้าหมายขององค์กรส่งต่อการดำเนินงานขององค์กรเพื่อนำมากำหนดทิศทางและเป้าหมายในอนาคต 2) การวางแผนกลยุทธ์ การกำหนดกิจกรรมขององค์กร และการจัดการทรัพยากรทั้งที่เป็นเงิน บุคลากร สถานที่ และสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ เพื่อการบรรลุเป้าหมายขององค์กร 3) การสร้างแรงจูงใจบุคลากร การนำปัจจัยทั้งภายในและภายนอกที่เป็นแรงผลักดันให้บุคคล

กระตือรือร้นและแสดงพฤติกรรมออกมา อย่างมีทิศทางเพื่อบรรลุเป้าหมายที่ต้องการโดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคลากรในองค์กร 4) การดำเนินกลยุทธ์ การบริหารจัดการเพื่อให้สามารถนำแผนกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ เพื่อบรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับกลยุทธ์ 5) การเรียนรู้ โดยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม นำมาไปสู่การปฏิบัติที่นำไปทดลองปฏิบัติจริงทำให้เกิดการเรียนรู้ และนำความรู้ใหม่ไปใช้พัฒนาอย่างต่อเนื่อง 6) การควบคุมและการวัดผลการดำเนินงานที่เป็นระบบในการควบคุมกระบวนการทำงานขององค์กร การวัดและวิเคราะห์ผลการดำเนินงานขององค์กร ต้องเลือกเครื่องมือวัดและตัวชี้วัดที่เหมาะสมเพื่อแสดงการบรรลุเป้าหมายเชิงกลยุทธ์

การกำหนดทิศทางองค์กร (Direction Setting)

เป็นการกำหนดทิศทางองค์กรเพื่อตอบสนองความคาดหวัง ความต้องการของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับองค์กร (Stakeholders) ในการกำหนดกลยุทธ์ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มองว่าการกำหนดกลยุทธ์คือการกำหนดเข็มมุ่งขององค์กร ซึ่งเป้าหมายในการดำเนินงานโดยผ่านการตั้งวิสัยทัศน์ เพื่อให้การบริหารจัดการมีทิศทางที่ชัดเจนและบรรลุเป้าหมายขององค์กร ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของสินีนาฏ ทิพย์มุสิก (2561) ที่ระบุว่า กระบวนการบริหารเชิงกลยุทธ์ระดับโรงพยาบาล เริ่มตั้งแต่การแต่งตั้งคณะกรรมการ จัดทำแผนเชิงกลยุทธ์ เพื่อวางแผนเชิงกลยุทธ์ของโรงพยาบาลและเสนอต่อคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลเพื่อพิจารณาและอนุมัติ

การวิเคราะห์ ติดตามสภาพแวดล้อม (Environment) การวิเคราะห์ ติดตามสภาพแวดล้อม (Environment) ที่เป็นไปในแต่ละช่วงเวลา ต้องรู้อย่างเพียงพอ ที่จะดำเนินการวางยุทธศาสตร์ในการดำเนินการเพื่อรักษาความได้เปรียบทางการแข่งขันให้องค์กรดำรงอยู่ได้อย่างต่อเนื่องยาวนาน ในการบริหารองค์กร ของหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน ส่วนใหญ่

มองประเด็นการวิเคราะห์องค์กรทั้งภายในและภายนอก ส่วนมากหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลจะใช้วิธีการ SWOT เพื่อวิเคราะห์องค์กรและอาจมีการใช้หลักการบริหาร 7s ร่วมด้วย ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการบริหารเชิงกลยุทธ์ของแอนซอฟ (Ansoff, 1987) ซึ่งเสนอแนวคิดการบริหารเชิงกลยุทธ์ในช่วงระหว่างปี 1965-1980 ที่ต่อยอดจากแนวคิดการบริหารเชิงกลยุทธ์ ในช่วงแรก ที่เน้นการออกแบบกลยุทธ์ให้มีความสำคัญอย่างมาก กับการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมขององค์กร และทฤษฎี องค์กรมุ่งกลยุทธ์ (Strategic-focus organization) (Kaplan & Norton, 2001) ซึ่งเน้นให้องค์กรสมัยใหม่ ต้องบริหารเชิงกลยุทธ์ โดยมีแนวทางที่ทำให้ทุกคนใน องค์กรทั้งผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติให้ความสำคัญและมุ่งเน้น กลยุทธ์เป็นหลัก (สินีนาฏ ทิพย์มุสิก, 2561)

การกำหนดกลยุทธ์ (Strategy Formulation)

ประกอบด้วย พัฒนาการเลือกกลยุทธ์และเลือกกลยุทธ์ เป็นการพัฒนาแผนระยะยาวบนรากฐานของโอกาส และอุปสรรคที่ได้จากการวิเคราะห์สภาพแวดล้อม ภายนอกและสภาพแวดล้อมภายใน โดยองค์กรจะต้อง กำหนดและเลือกกลยุทธ์ที่ดีที่สุด เหมาะสมกับองค์กร ที่สุด เพื่อไปถึงเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ สอดคล้องกับ แนวคิดทฤษฎีองค์กรมุ่งกลยุทธ์ (Strategic-focus organization) (Kaplan & Norton, 2001) โดย องค์กรต้องมีการดำเนินการ ดังนี้ 1) กำหนดวิสัยทัศน์ และเป้าหมายขององค์กรให้ชัดเจน 2) การกำหนดกลยุทธ์ เพื่อให้เป็นวิธีการหลักที่องค์กรจะนำมาใช้เพื่อให้บรรลุ วิสัยทัศน์ 3) การสร้างแรงจูงใจของบุคลากรในการปฏิบัติ มีการสื่อสารและ พัฒนาความรู้เพื่อให้เกิดความเข้าใจ ร่วมกัน 4) การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ มีการแปลงกลยุทธ์ ไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม โดยการจัดทำแผน ปฏิบัติการประจำปี 5) มีกระบวนการเรียนรู้และพัฒนา กลยุทธ์อย่างต่อเนื่อง 6) จัดให้มีระบบรายงานผลการ ดำเนินงานเป็นระยะ 7) มีระบบการวัดผลลัพธ์การ

ดำเนินงานองค์กร (สินีนาฏ ทิพย์มุสิก, 2561)

นำกลยุทธ์ไปดำเนินการ (Strategy Implementing)

นำกลยุทธ์ไปดำเนินการ (Strategy Implementing) เป็นกระบวนการที่ผู้บริหารแปลง กลยุทธ์และนโยบายไปสู่แผนการดำเนินงาน เพื่อให้ สามารถดำเนินการตามกลยุทธ์ได้อย่างเป็นรูปธรรม จากผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของชุมพล นุชผ่อง (2560) ที่ระบุว่าภารกิจของผู้บริหารของโรงพยาบาลชุมชน ได้แก่ การบริหารจัดการทรัพยากรของโรงพยาบาล ชุมชน ผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชน จำเป็นต้องมีความ สามารถในด้านการกำหนดวิสัยทัศน์ การวางแผนกลยุทธ์ การจัดทำระบบงาน การควบคุมต้นทุน การคาดการณ์ ในอนาคต การควบคุมกำกับ และการประเมินผลการ ดำเนินงาน โดยการเปรียบเทียบผลการดำเนินงานตาม ที่ตั้งไว้เพื่อมุ่งสู่ผลสัมฤทธิ์ของโรงพยาบาล

การประเมินผลกลยุทธ์ (Strategic Evaluation)

การประเมินผลกลยุทธ์ (Strategic Evaluation) การประเมินผลผู้บริหารองค์กรใช้เป็นเครื่องมือเพื่อ ตรวจสอบและประเมินผลการดำเนินงานทั้งหมดตาม แผนกลยุทธ์ที่กำหนดไว้ว่าการดำเนินงานจะบรรลุผล สำเร็จ ตามแผนที่วางไว้มากน้อยเพียงใด ซึ่งต้องการ เปรียบเทียบผลที่ได้จากการปฏิบัติจริงกับผลการ ดำเนินงานที่ตั้งความมุ่งหวังหรือตั้งเป้าหมายไว้ ตั้งแต่ ก่อนปฏิบัติ ขณะที่นำแผนไปปฏิบัติ และหลังจากสิ้นสุด การดำเนินงานตามแผนแล้ว ซึ่งผลการวิจัยสอดคล้องกับ การศึกษาของสินีนาฏ ทิพย์มุสิก (2561) ที่ระบุว่า การ ประเมินผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดของแผนปฏิบัติ การประจำปี ตามระยะเวลาที่กำหนด มีการประชุม คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลเพื่อสรุปผลการ ปฏิบัติงานประจำปี แล้ว รายงานผลการดำเนินงาน ไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกปี

ข้อเสนอแนะจากผู้ให้ข้อมูลในการบริหารจัดการเชิงกลยุทธ์

หัวหน้าฝ่ายโรงพยาบาลชุมชนควร ควรได้รับการส่งเสริมให้ได้รับการอบรมด้านบริหารโดยเฉพาะการบริหารเชิงกลยุทธ์และเตรียมความพร้อมก่อนได้รับตำแหน่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ สหสพร ยืนบุญ, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, และกรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร (2019) ที่ระบุว่าองค์กรการพยาบาลควรมีหลักสูตรที่เป็นมาตรฐานการเตรียมความพร้อมสำหรับก้าวสู่ผู้บริหารทางการพยาบาล ที่ทุกองค์กรการพยาบาลสามารถนำไปใช้ได้เพื่อให้พยาบาลมีความพร้อมในสมรรถนะแห่งตนในการเป็นผู้บริหาร

เอกสารอ้างอิง

กองบริหารการสาธารณสุขสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562). *คู่มือหลักเกณฑ์การจัดตั้งและปรับระดับศักยภาพของหน่วยบริการสุขภาพ* (พิมพ์ครั้งที่1). สมุทรสาคร: บริษัท บอรรนทูปี้พับลิชชิ่ง จำกัด

กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2561). *แนวทางการพัฒนาระบบบริการพยาบาล: Service Plan*. ปทุมธานี: บริษัทสำนักพิมพ์ สื่อตะวัน จำกัด.

ชุมพล นุชผ่อง, สมอาจ วงษ์ชมทอง, จันทรจิรา วงษ์ชมทอง, และเนตรชนก ศรีทุมมา. (2560). โมเดลความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างระหว่างภาวะผู้นำกลยุทธ์และกลยุทธ์ด้านการเงินของโรงพยาบาลที่ส่งผลต่อผลการดำเนินงานด้านการเงินของโรงพยาบาลชุมชน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี*, 28(2), 13-28.

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยต่อไป

1. จากข้อค้นพบการวิจัยประสบการณ์การจัดการกลยุทธ์ในองค์กรพยาบาลของหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาเป็นเครื่องมือวัดการจัดการกลยุทธ์ในองค์กรพยาบาลของหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนต่อไป
2. ควรมีการวิจัยในรูปแบบวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยนำข้อค้นพบจากการวิจัยนี้ไปสร้างเป็นโปรแกรม หรือเป็นคู่มือการบริหารเชิงกลยุทธ์และนำไปทดลองใช้ เก็บข้อมูลและพัฒนาให้มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพในการปฏิบัติ เพื่อต่อยอดองค์ความรู้ต่อไป

พงษ์พิพัฒน์ ชุ่มสีดา, และวินัย ทองภูบาล. (2021). กลยุทธ์การป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ*, 7(1), 158-175.

เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2550). *หลักการและการใช้วิจัยเชิงคุณภาพสำหรับทางการพยาบาลและสุขภาพ*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

สหสพร ยืนบุญ, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, และกรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร. (2562). ผลของโปรแกรม การเตรียมความพร้อมเข้าสู่ตำแหน่งผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นที่โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ แห่งหนึ่ง. *พยาบาลสาร*, 46(2), 152-163.

- สินีนานู ทิพย์มุสิก, สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, และ
นางลักษณ์ จินตนาติลก. (2561). การบริหาร
เชิงกลยุทธ์ ของหอผู้ป่วยโรงพยาบาลระดับ
ตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วารสาร
วิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 12(2), 117-126.
- Ansoff, H. I. (1987). The emerging paradigm
of strategic behavior. *Strategic
management journal*, 8(6), 501-515.
- Holloway, I., & Wheeler, S. (1996). *Qualitative
research for nurses*. Oxford: Blackwell
Science.
- Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (2001).
Transforming the balanced scorecard
from performance measurement
to strategic management: Part 1.
Accounting horizons, 15(1), 87-104.
- Marquis, Bessie L..(2012).*Leadership
roles and management functions in
nursing : theory and application*.
Philadelphia:Wolters Kluwer/Lippincott
Williams & Wilkins.



ประเมินผลการพยาบาลทางไกลในการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์
ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
**An Evaluation of Telenursing Health Promotion in Pregnancy
Women by Student Nurses, Saint Louis College**

สุภาวดี เครือโชติกุล, ค.ม., Supawadee Kruachottikul, M.Ed.^{1*}

สกาเวื่อน โอตมี, วท.ม., Sakawduean Oatme, M.Sc.²

¹รองศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เขตสาทร กรุงเทพฯ

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

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เขตสาทร กรุงเทพฯ

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

*Corresponding Author Email: supawadee.k@slc.ac.th

Received: June 21, 2022

Revised: September 15, 2022

Accepted: December 7, 2022

บทคัดย่อ

จากสถานการณ์การระบาดโควิด-19 มีผลต่อระบบการศึกษาทางการพยาบาล ทำให้ต้องปรับรูปแบบการฝึกปฏิบัติในสถานพยาบาลเป็นการฝึกปฏิบัติการพยาบาลผ่านระบบการสื่อสารทางไกลให้แก่วัยรุ่น การวิจัยเชิงพรรณนาคครั้งนี้ เพื่อประเมินผลการพยาบาลทางไกลในการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ที่ลงทะเบียนเรียนวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและผดุงครรภ์ 2 ในภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2563 ที่ฝึกปฏิบัติหน่วยฝึกครุฑ จำนวน 50 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงทั้งหมด เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลผดุงครรภ์ระยะตั้งครรภ์ด้วยระบบการพยาบาลทางไกลของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า ปัจจัยกระบวนการ ปัจจัยผลลัพธ์และ 3) ความพึงพอใจการฝึกปฏิบัติการพยาบาลผ่านระบบการสื่อสารทางไกลแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาอยู่ระหว่าง 0.8-1 และหาความเชื่อมั่นด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ปัจจัยนำเข้า ปัจจัยกระบวนการ ปัจจัยผลลัพธ์และ ความพึงพอใจ เท่ากับ 0.78, 0.86 , 0.96 และ 0.88 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยปัจจัยนำเข้า ปัจจัย กระบวนการปัจจัยผลลัพธ์และความพึงพอใจต่อ

การฝึกปฏิบัติการพยาบาลทางไกลของนักศึกษาพยาบาล อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 3.59, SD = 0.38; $\bar{X}$ = 3.80, SD = 0.34; $\bar{X}$ = 3.64, SD = 0.34 และ $\bar{X}$ = 3.80, SD = 0.34 ตามลำดับ) ข้อเสนอแนะ ควรจัดการสอนภาคปฏิบัติโดยใช้การพยาบาลทางไกลด้วยระบบดิจิทัลในการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์

คำสำคัญ: การพยาบาลทางไกล นักศึกษาพยาบาล

Abstract

Situation of COVID-19 pandemic, had an effect to nursing education system from practicing onsite in the hospital to conduct via telenursing. Objective of this descriptive research was an evaluation of telenursing health promotion in pregnancy women by student nurses of Saint Louis College. The purposive sample consisted of 50 fourth-year nursing students, who were enrolled in the Maternal- Child Nursing and Midwifery practicum 2 during the second semester of 2020. Research instruments were comprised of 1) demographic data 2) an evaluation of telenursing health promotion in pregnancy women by student nurses: input, process and output and 3) the satisfaction telenursing health promotion in pregnancy women by student nurses. The Index of item Objective Congruence (IOC) was between 0.8 and 1. The reliability of overall questionnaire input, process, output and satisfaction, using Cronbach's alpha coefficient, were 0.78, 0.86, 0.96 and 0.88 respectively. The data were analyzed by descriptive statistic. The results of this study showed that: the mean of overall input, process and output was at the highest level ($\bar{X}$ = 3.59, SD = 0.38; $\bar{X}$ = 3.80, SD = 0.34; $\bar{X}$ = 3.64, SD = 0.34 respectively). Additionally, the student nurses were satisfied with overall telenursing mean at the highest level ($\bar{X}$ = 3.80, SD = 0.34). It is suggested that telenursing technology should be used for health promotion amongst pregnant women in clinical areas.

Keywords: telenursing, student nurse

บทนำ

จากสถานการณ์การระบาดโคโรนาไวรัส 2019 ในประเทศไทยตั้งแต่ปี 2563 ทำให้นักศึกษาพยาบาลขาดโอกาสในการฝึกปฏิบัติจริงในโรงพยาบาล แต่การจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลจะต้องดำเนินการต่อไป สถาบันการพยาบาลทุกแห่งจำเป็นต้องปรับรูปแบบการจัดการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติตามวิถีใหม่ (new normal)

การพยาบาลทางไกลเป็นรูปแบบการให้การพยาบาลผ่านระบบการสื่อสารทางไกล ซึ่งเริ่มมีการใช้อย่างแพร่หลายในต่างประเทศ โดยนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ทำให้ช่วยลดระยะเวลาการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลและช่วยลดค่าใช้จ่ายได้อีกด้วย (Jerant, Azari, Martinez, & Nesbitt, 2007) และความรู้ที่ได้รับผ่านระบบการสื่อสารทางไกลยังช่วยให้ผู้รับบริการนำมาปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองได้เป็นอย่างดี ดังรายงานการศึกษาวิจัย พบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อการได้รับคำแนะนำจากพยาบาล ผ่านการให้บริการทางไกลอยู่ในระดับมาก และสามารถนำความรู้มาปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองได้ (Hagan, Morin & Lépine, 2000; Asiri & Househ, 2016)

สำหรับประเทศไทยได้มีการนำการสื่อสารระบบทางไกลในทางการแพทย์เพื่อช่วยเหลือการรักษาผู้รับบริการที่อยู่ในถิ่นทุรกันดาร ซึ่งการรักษาทางไกลช่วยประหยัดเวลา ลดงานซ้ำซ้อนและลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้รับบริการ ทำให้การบริการด้านสาธารณสุขมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น (อัญชลี ทองเสน, วิวัฒน์ มีสุวรรณ, และดิเรก ชีระบุตร, 2558) สำหรับยุคเทคโนโลยีแห่งข้อมูลศาสตร์ทางการพยาบาล (nursing science) จำเป็นต้องปรับตัวให้เข้ากับวิถีใหม่ในการดำเนินชีวิตของมนุษย์และวิถีใหม่

ทางการแพทย์เช่นกัน คุณลักษณะของพยาบาลจำเป็นต้องเรียนรู้ทักษะเพิ่มที่ไม่ใช่ทักษะทางเทคนิค (nontechnical skill) เช่น ทักษะทางสังคม หรือทักษะทางอารมณ์ (soft skill) ด้วยเหตุนี้สภาการพยาบาลจึงได้ประกาศ เรื่อง แนวทางการพยาบาลทางไกล (Tele-nursing) โดยมีนโยบายในการสนับสนุนระบบบริการพยาบาลทุกรูปแบบที่ให้การพยาบาลแก่ประชาชนอย่างต่อเนื่อง มีคุณภาพได้มาตรฐาน มีความตระหนักในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ของประชาชนอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม ประชาชนสามารถดูแลและจัดการสุขภาพตนเองได้ ประกอบกับความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีซึ่งสภาการพยาบาลได้ให้ความหมาย การพยาบาลทางไกล (Tele-nursing) ว่า การพยาบาลและการผดุงครรภ์เพื่อให้คำปรึกษาและแก้ปัญหาเกี่ยวกับสุขอนามัยภายใต้กรอบความรู้แห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ โดยนาระบบดิจิทัลมาใช้ในการให้บริการ ทั้งนี้ โดยความรับผิดชอบของผู้ให้การพยาบาลทางไกล (ราชกิจจานุเบกษา, 2564)

มีงานศึกษาวิจัยจากต่างประเทศ เกี่ยวกับระบบการสื่อสารทางไกลในสถาบันการศึกษาพยาบาล พบว่า นักศึกษาพยาบาลไปแลนดมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในการเรียนรู้การพยาบาลทางไกลในห้องเรียน และมีความตั้งใจที่จะใช้การพยาบาลทางไกลในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในอนาคต (Glinkowski, Pawlowska, & Kozłowska, 2013) และผลการเรียนรู้จากการสื่อสารผ่านระบบทางไกลของนักศึกษาพยาบาลยังช่วยให้นักศึกษาพยาบาลมีการเรียนรู้บทบาทที่แตกต่างกันของพยาบาลวิชาชีพในการประเมินการพยาบาลและการตัดสินใจ การสะท้อนคิดการดูแลสุขภาพอย่างมีคุณภาพ การเสริมแรงผู้รับบริการและการสะท้อนคิดด้านคุณธรรมและด้านเศรษฐศาสตร์

(Reiersen, Solli, & Bjørk, 2015) สำหรับรูปแบบการจัดการสื่อสารทางไกล จากการศึกษาของ สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, ปุญตรี พ่วงสุวรรณ, และสุ่มจรรยา นานะชีวกุล (2564) พบว่า รูปแบบการฝึกปฏิบัติการพยาบาลชุดวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นในระบบการศึกษาทางไกล ประกอบด้วย 1) การเตรียมก่อนการออกแบบฝึกปฏิบัติการพยาบาล และ 2) การออกแบบกระบวนการเรียนรู้ให้สอดคล้องกับรูปแบบการฝึกปฏิบัติการพยาบาลของมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

ภาควิชาการพยาบาลมารดา ทารกและผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ได้ตระหนักเห็นความจำเป็นที่จะต้องพัฒนานักศึกษาพยาบาลให้มีการเรียนรู้การฝึกปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้บรรลุตามมาตรฐานผลลัพธ์การเรียนรู้ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านคุณธรรม จริยธรรม 2) ด้านความรู้ 3) ด้านทักษะทางปัญญา 4) ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ 5) ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและ 6) ด้านทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ จึงจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนการฝึกปฏิบัติจริงในหน่วยฝึกครรภ์ในด้าน การสอนสุขศึกษาหญิงตั้งครรภ์จากสถานพยาบาล เป็นการจัดให้มีการสอนสุขศึกษาแก่หญิงตั้งครรภ์ผ่านระบบการสื่อสารทางไกลแทน ซึ่งการจัดกิจกรรมการสอนสุขศึกษาจะต้องสอดคล้องกับพัฒนาการในแต่ละไตรมาสของการตั้งครรภ์ หัวข้อที่สอนสุขศึกษา ได้แก่ อาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย อาการผิดปกติที่อาจพบได้รวมทั้งวิธีการปฏิบัติตัว การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การเตรียมตัวคลอด และอาการผิดปกติที่จะต้องมาโรงพยาบาลก่อนนัด เป็นต้น ส่วนรูปแบบการสอนให้อิสระแก่นักศึกษาในการออกแบบรูปแบบการสอนให้น่าสนใจด้วยตนเอง เช่น การสาธิต การทำวิดีโอ การทำสื่อการสอนอินโฟกราฟิก เป็นต้น และบางกิจกรรมใช้การสาธิต เช่น กิจกรรมการออกกำลังกาย

ในการฝึกการหายใจเพื่อบรรเทาการเจ็บครรภ์ การบริหารข้อเท้าลดอาการบวม ภายหลังสิ้นสุดการสอนนักศึกษา มีการประเมินผลการสอนด้วยการให้หญิงตั้งครรภ์ตอบคำถาม สังเกตการออกกำลังกายในเรื่องการหายใจอย่างถูกวิธีเพื่อการบรรเทาอาการเจ็บครรภ์หรือการบริหารข้อเท้า เป็นต้น ซึ่งกิจกรรมนี้เป็นการประเมินสมรรถนะของนักศึกษาด้านความรู้ ด้านทักษะทางปัญญา และทักษะการใช้เทคโนโลยี ระยะเวลาการใช้สอนสุขศึกษากำหนดระยะเวลา 30-40 นาที ซึ่งอาจารย์นิเทศเข้าร่วมสังเกตกิจกรรมการสอนสุขศึกษาจริงแก่หญิงตั้งครรภ์ทุกราย ทำให้สามารถนำมาประเมินสมรรถนะนักศึกษาด้านคุณธรรม จริยธรรม ด้านทักษะทางปัญญา ด้านการสื่อสารและด้านการปฏิบัติการพยาบาลจากการที่นักศึกษาได้มีการให้คำแนะนำ การสาธิตการปฏิบัติด้วยวิดีโอคอล (video call) ผ่านระบบไลน์ (line)

สำหรับกระบวนการวางแผนการจัดประสบการณ์การสอนสุขศึกษาให้นักศึกษา อาจารย์นิเทศมีการประสานงานกับหัวหน้าตึกหน่วยฝากครรภ์เพื่อวางแผนร่วมกันในการวางแผนการจัดกิจกรรมการสอนสุขศึกษาแก่หญิงตั้งครรภ์ที่ละคน ที่ไม่สามารถเดินทางมาฝากครรภ์เนื่องจากสถานการณ์โควิด-19 ได้ และมีการประสานกับหญิงตั้งครรภ์ผ่านโทรศัพท์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์พร้อมกับการขออนุญาตให้นักศึกษาพยาบาลได้ฝึกปฏิบัติการสอนสุขศึกษาในการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์หรือการป้องกันภาวะไม่สุขสบายขณะตั้งครรภ์ที่สอดคล้องกับไตรมาสของการตั้งครรภ์ และชี้แจงให้หญิงตั้งครรภ์ได้ทราบถึงสิทธิที่สามารถปฏิเสธการเข้าร่วมครั้งนี้ได้โดยไม่มีผลกระทบต่อการรับบริการดูแลรักษาจากโรงพยาบาลด้วยวิดีโอคอล (video call) ผ่านระบบไลน์ (line) เมื่อได้รับการอนุญาตแล้วจึงมีการมอบหมายชื่อหญิงตั้งครรภ์และเบอร์โทรศัพท์เพื่อให้ นักศึกษาพยาบาลได้ติดต่อและประเมินปัญหา

เบื้องต้นหลังจากนั้นให้นักศึกษาเตรียมความรู้และสื่อการสอนที่จะวางแผนการให้คำแนะนำและนัดวัน เวลาในการสอนสุขศึกษาด้วยวิดีโอคอล (video call) ผ่านระบบไลน์ (line) ในการจัดกิจกรรมเช่นนี้ คณะผู้วิจัยจึงมีความต้องการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและผดุงครรภ์ 2 ด้วยระบบการพยาบาลทางไกลของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ประโยชน์ที่ได้จากการประเมินครั้งนี้เพื่อนำมาพัฒนาระบบการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติในการให้การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ผ่านระบบการพยาบาลทางไกลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินปัจจัยนำเข้าการให้บริการการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ผ่านระบบการพยาบาลทางไกล
2. เพื่อประเมินกระบวนการการให้บริการการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ผ่านระบบการพยาบาลทางไกล
3. เพื่อประเมินผลลัพธ์การให้บริการการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ผ่านระบบการพยาบาลทางไกล
4. เพื่อศึกษาความพึงพอใจการฝึกปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ผ่านระบบทางไกลของนักศึกษาพยาบาล

นิยามคำศัพท์

การพยาบาลทางไกล หมายถึง การให้ความรู้ คำแนะนำการปฏิบัติตัวแก่หญิงตั้งครรภ์ด้วยการใช้สื่อ

การสอน ประกอบด้วยวิดีโอ การสาธิตด้วยวิดีโอคอล (video call) ผ่านระบบไลน์ (line) เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์สามารถดูแลสุขภาพตนเองขณะตั้งครรภ์ได้อย่างถูกต้อง ระหว่างการสอนมีการเปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์ซักถามข้อสงสัยเป็นระยะและภายหลังสิ้นสุดการสอนมีการประเมินความรู้โดยตอบคำถาม บางกิจกรรมใช้วิธีการประเมินสาธิตย้อนกลับ ได้แก่ หัวข้อการสอนการออกกำลังกาย ใช้รูปแบบให้หญิงตั้งครรภ์แสดงท่าทางการหายใจอย่างถูกวิธีเพื่อบรรเทาการเจ็บครรภ์ขณะรอลคลอด หรือ การบริหารข้อเท้าเพื่อลดอาการบวม เป็นต้น

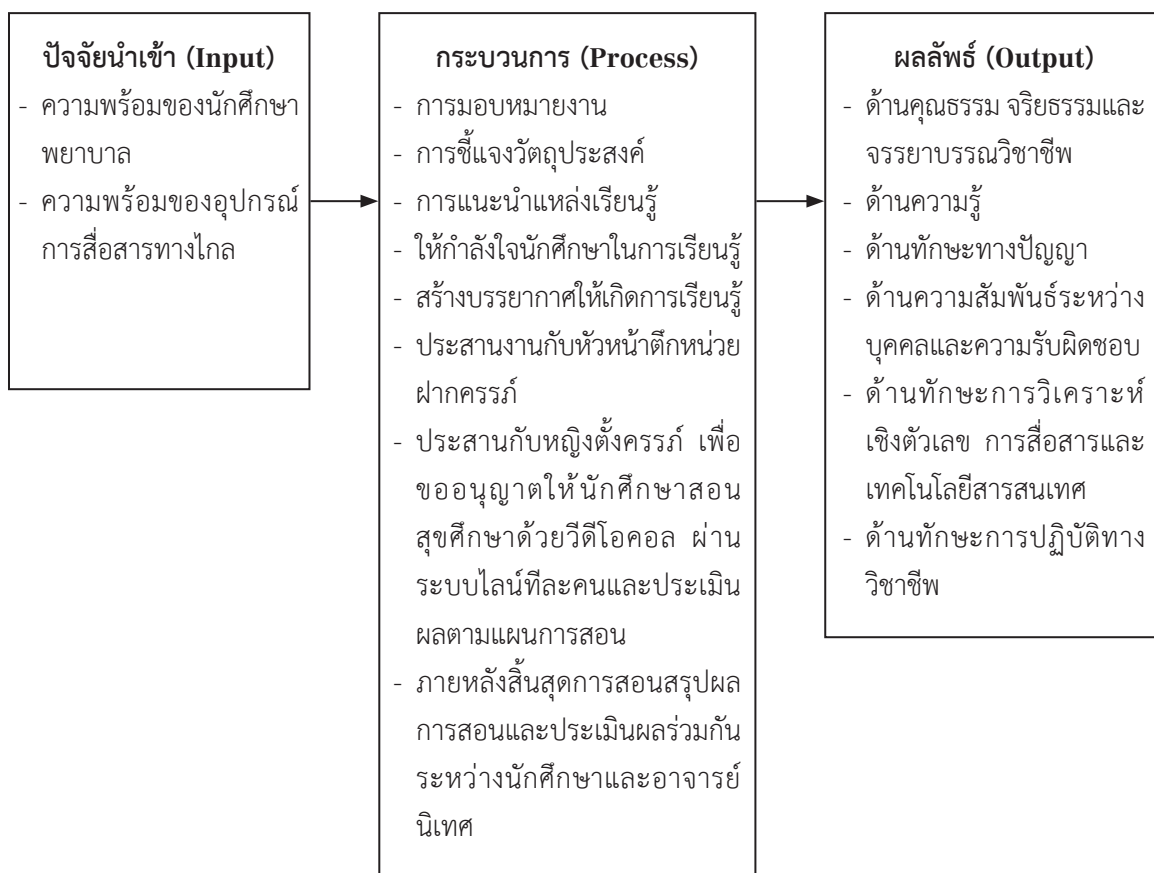
ปัจจัยนำเข้า หมายถึง ความพร้อมของนักศึกษาและความพร้อมในการใช้อุปกรณ์การสื่อสาร

ปัจจัยกระบวนการ หมายถึง กระบวนการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนเพื่อให้นักศึกษาสามารถสื่อสารผ่านระบบทางไกลด้วยการให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพแก่หญิงตั้งครรภ์

ปัจจัยผลลัพธ์ หมายถึง ผลลัพธ์การเรียนรู้ที่นักศึกษาพยาบาลได้รับสามารถพัฒนาสมรรถนะได้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ ประกอบด้วย 1) ด้านคุณธรรม จริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ 2) ด้านความรู้ 3) ด้านทักษะทางปัญญา 4) ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ 5) ด้านทักษะการคิดวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และ 6) ด้านทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิด Input - การประเมินชิป (CIPP) ของ สตัฟเฟิลบีม (Daniel L. Process-Output model ที่ดัดแปลงมาจากแนวคิด Stufflebeam, 1960 cited in Stufflebeam, 2003)



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยมีการดำเนินการวิจัยดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้เลือกแบบเจาะจง เป็นนักศึกษาพยาบาล ปีที่ 4 ที่ลงทะเบียนเรียนวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและผดุงครรภ์ 2 ในภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2563 จำนวน 50 คน ที่ฝึกปฏิบัติหน่วยฝากครรภ์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป
2.2 แบบสอบถามการประเมินผล
การปฏิบัติการพยาบาลผดุงครรภ์ระยะตั้งครรภ์ ด้วยระบบการพยาบาลทางไกลของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า (5 ข้อ)

ปัจจัยกระบวนการ (5 ข้อ) ปัจจัยผลลัพธ์ (27 ข้อ) ความพึงพอใจในการฝึกปฏิบัติระบบทางไกล (5 ข้อ) ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (likert scale) 4 ระดับ โดยกำหนดคะแนนมากที่สุด = 4 มาก = 3 น้อย = 2 น้อยที่สุด = 1 ผู้วิจัยแบ่งระดับคะแนนเฉลี่ยเพื่อแปลผล ดังนี้ (ธานินทร์ ศิลปจารุ, 2555) คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง ระดับน้อยคะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง ระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.00 หมายถึงระดับมากที่สุด

3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยนี้ตรวจสอบความตรงในเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน โดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมและความชัดเจนของภาษา ผู้วิจัยได้วิเคราะห์หาค่าดัชนีความตรง (index of item objective congruence = IOC) ปัจจัยนำเข้า ปัจจัยกระบวนการ ปัจจัยผลลัพธ์และความพึงพอใจได้ค่าความตรงตามเนื้อหาอยู่ระหว่าง .8-1 ภายหลังจากผู้วิจัยได้มีการปรับปรุงเนื้อหาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้นำมาหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลที่ไม่ใช่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของปัจจัยนำเข้า ปัจจัยกระบวนการ ปัจจัยผลลัพธ์และความพึงพอใจต่อการฝึกปฏิบัติการพยาบาลทางไกลเท่ากับ 0.78, 0.86 , 0.96 และ 0.88 ตามลำดับ

4. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างงานวิจัยนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาและ ควบคุมการวิจัยในคนของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ (เลขที่รับรอง E. 040/2564) และกลุ่มตัวอย่างได้รับการพิทักษ์สิทธิโดย

ได้รับคำชี้แจง วัตถุประสงค์ของการวิจัยจากผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง สามารถปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มีผลกระทบต่อการเรียน ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำหนังสือถึงอธิการบดีวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เพื่อขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลที่คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยทีมคณะผู้วิจัย ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2564

6. การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญ ที่ .05 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติค่าร้อยละ ส่วนการประเมินผลปัจจัยนำเข้า ปัจจัยด้านกระบวนการ ปัจจัยด้านผลลัพธ์และความพึงพอใจ ใช้สถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง เป็นนักศึกษาพยาบาล ปีที่ 4 จำนวน 50 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 อายุเฉลี่ย 22.54 ปี ($\bar{X}$ = 22.54, SD = 1.97 ; อายุต่ำสุด 20 ปี อายุสูงสุด 30 ปี)

2. การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและผดุงครรภ์ 2 ด้วยระบบการพยาบาลทางไกลของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ พบว่าค่าเฉลี่ยปัจจัยนำเข้า ปัจจัยกระบวนการ ปัจจัยผลลัพธ์และความพึงพอใจต่อการฝึกปฏิบัติการพยาบาลทางไกลของนักศึกษาพยาบาล อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 3.59, SD = 0.38; $\bar{X}$ = 3.80, SD = 0.34; $\bar{X}$ = 3.64, SD = 0.34 และ $\bar{X}$ = 3.80, SD = 0.34 ตามลำดับ) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานปัจจัยนำเข้า ปัจจัยกระบวนการ ปัจจัยผลลัพธ์และความพึงพอใจต่อการฝึกปฏิบัติการพยาบาลทางไกลของนักศึกษาพยาบาล

ข้อมูล	$\bar{X}$	SD	แปลผล
1. ปัจจัยนำเข้า (โดยรวม)	3.59	0.38	มากที่สุด
1.1 ด้านความพร้อมของนักศึกษา	3.58	0.51	มากที่สุด
1.2 ด้านความพร้อมของอุปกรณ์การสื่อสารทางไกล	3.62	0.53	มากที่สุด
2. ปัจจัยกระบวนการ (โดยรวม)	3.80	0.34	มากที่สุด
2.1 การมอบหมายงานให้นักศึกษา	3.75	0.48	มากที่สุด
2.2 การชี้แจงวัตถุประสงค์	3.81	0.40	มากที่สุด
2.3 การชี้แนะแหล่งค้นคว้าชัดเจน	3.75	0.52	มากที่สุด
2.4 ให้กำลังใจนักศึกษาในการเรียนรู้	3.85	0.42	มากที่สุด
2.5 สร้างบรรยากาศให้เกิดการเรียนรู้	3.87	0.35	มากที่สุด
3. ปัจจัยผลลัพธ์ (โดยรวม)	3.64	0.34	มากที่สุด
3.1 ด้านคุณธรรม จริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ	3.79	0.40	มากที่สุด
3.2 ด้านความรู้	3.44	0.51	มาก
3.3 ด้านทักษะทางปัญญา	3.54	0.52	มากที่สุด
3.4 ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ	3.82	0.39	มากที่สุด
3.5 ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ	3.63	0.50	มากที่สุด
3.6 ด้านทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ	3.57	0.51	มากที่สุด
4. ความพึงพอใจต่อการฝึกปฏิบัติการพยาบาลทางไกล	3.80	0.34	มากที่สุด

อภิปรายผลการวิจัย

การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและผดุงครรภ์ 2 ด้วยระบบการพยาบาลทางไกลของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

1. ด้านปัจจัยนำเข้า จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลประเมินค่าเฉลี่ยด้านปัจจัยนำเข้าโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 3.59$, $SD = 0.38$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านความพร้อมของ

นักศึกษา มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 3.58$, $SD = 0.51$) โดยมีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ความตั้งใจและรับผิดชอบในการฝึกปฏิบัติงาน ($\bar{X} = 3.73$, $SD = 0.45$) สอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งฤดี กล้าหาญ (2557) พบว่า ค่าเฉลี่ยด้านความมีวินัยในตนเองของนักศึกษาพยาบาลอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.23$, $SD = 0.09$) ซึ่งการที่นักศึกษามีวินัยในตนเองทำให้นักศึกษามีความตั้งใจ

และความรับผิดชอบในการฝึกปฏิบัติงาน อธิบายได้ว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลนี้ได้ผ่านการเรียน ทฤษฎีมาแล้ว จำเป็นต้องนำความรู้ทฤษฎีสู่การปฏิบัติ เพื่อเตรียมพร้อมในการเป็นพยาบาลวิชาชีพ และผู้เรียน มีเป้าหมายชีวิตที่จะต้องสำเร็จการศึกษาภายในระยะเวลาที่กำหนด 4 ปี นอกจากนี้ผู้เรียนยังได้รับการปลูกฝัง ตั้งแต่เริ่มเข้ามาศึกษาวิชาชีพพยาบาลว่าจะต้องมีวินัย และความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานเพื่อคำนึงถึงความปลอดภัยชีวิตผู้รับบริการเป็นสำคัญซึ่งเป็นคุณธรรมตาม มาตรฐานวิชาชีพจึงทำให้ผู้เรียนมีความมุ่งมั่นที่จะมีวินัย ต่อตนเองและความรับผิดชอบมากขึ้นในการปฏิบัติงาน ให้สำเร็จ

สำหรับด้านความพร้อมของอุปกรณ์ที่ใช้ในการ สื่อสารทางไกลมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 3.62$, $SD = 0.53$) สอดคล้องกับการศึกษาของ มาลีวัล เลิศสาครศิริ, และรัตนดา พึ่งเสมา (2564) พบว่านักศึกษา พยาบาลมีอุปกรณ์ที่ใช้ในการเรียนแบบออนไลน์ คือ โน้ตบุ๊ก (ร้อยละ 90.82) และโทรศัพท์มือถือ (ร้อยละ 88.27) มีการใช้อินเทอร์เน็ตในการเรียนแบบออนไลน์ ส่วนบุคคล (ร้อยละ 90.82)

อธิบายได้ว่าเนื่องจากช่วงที่มีการระบาดการแพร่ ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สถาบันการศึกษาทุกแห่งงดจัดการเรียนการสอนใน ชั้นเรียน เมื่อวันที่ 12 มีนาคม 2563 คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์จึงได้ประกาศให้เริ่มมีการจัดการ เรียนการสอนด้วยระบบออนไลน์ตั้งแต่ภาคการศึกษา ที่ 1 ปีการศึกษา 2563 ซึ่งนักศึกษาได้มีการเตรียมพร้อม ของอุปกรณ์ที่ใช้ในการสื่อสาร เช่น โน้ตบุ๊ก โทรศัพท์มือถือ อินเทอร์เน็ตใช้ทุกคน และปัจจุบันเป็นยุคศตวรรษที่ 21 นักศึกษาส่วนใหญ่มีความสามารถในการใช้เทคโนโลยี ออนไลน์ค่อนข้างมาก

ส่วนค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ มีการเตรียมพร้อมด้าน ความรู้ก่อนปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.40$, SD

$= 0.57$) สอดคล้องกับการศึกษาของจิตตมาศ พุกนาลุ่ม, รติณัฐ ชูทาน, และศิริพร ฉายาทัพบ (2562) พบว่า นักศึกษา พยาบาลมีการศึกษาบทเรียนก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติอยู่ใน ระดับมาก อธิบายได้ว่า เนื่องจากผู้เรียนกำลังศึกษาอยู่ ชั้นปีที่ 4 เรียนผ่านระบบออนไลน์เท่านั้น ถึงแม้จะมี เป้าหมายที่จะสำเร็จการศึกษาตามระยะเวลาที่กำหนด แต่การที่จะเตรียมความรู้ทางทฤษฎีมาสู่การปฏิบัติ ผู้เรียนยังไม่สามารถจินตนาการได้ตามที่คาดหวังและ ยังไม่มีโอกาสขึ้นฝึกปฏิบัติจริงจึงทำให้มีการประเมิน การเตรียมความรู้ก่อนปฏิบัติงานอยู่ในระดับมากเท่านั้น

2. ด้านกระบวนการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างนักศึกษา พยาบาลประเมินค่าเฉลี่ยด้านกระบวนการโดยรวมอยู่ ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 3.80$, $SD = 0.34$) สอดคล้อง กับการศึกษาของ สุภาวดี เครือโชติกุล และสกวาดเดือน โอตมี (2563) อธิบายได้ว่าเนื่องจากอาจารย์นิเทศได้ ดำเนินกระบวนการเตรียมความพร้อมของผู้เรียนด้วย การชี้แจงวัตถุประสงค์การเรียนรู้ในการส่งเสริมสุขภาพ หญิงตั้งครรภ์ แนะนำลักษณะงาน แนะนำทักษะการ สื่อสารให้ผู้เรียนเน้นประเด็นสำคัญในการซักประวัติ หญิงตั้งครรภ์ การเตรียมแผนการสอน การจัดทำสื่อการสอน โดยให้อิสระในการออกแบบสื่อการสอน ทบทวนความพร้อม ด้านความรู้ในการประเมินสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ อาการ ผิดปกติที่พบได้บ่อยในหญิงตั้งครรภ์ ขึ้นดำเนินการ ภายหลังจากหญิงตั้งครรภ์ยินยอมให้นักศึกษาฝึกปฏิบัติการ สอนสุขศึกษาผ่านทางไลน์ได้ จึงมอบหมายเบอร์โทรศัพท์ หญิงตั้งครรภ์ให้ผู้เรียนติดต่อเพื่อซักประวัติและประเมิน สุขภาพหลังจากนั้นให้ดำเนินการจัดทำแผนการสอน สื่อการสอน ก่อนสอนมีการทบทวนรูปแบบการสอนกับ ผู้เรียนก่อนนัดสอนจริงกับหญิงตั้งครรภ์ ภายหลังสิ้นสุด การสอนมีการประเมินผลและสะท้อนคิดเกี่ยวกับ กิจกรรมนี้จึงช่วยทำให้ผู้เรียนได้มีการพัฒนาการคิดอย่าง มีวิจารณญาณ และพัฒนาทักษะการสื่อสารให้ดียิ่งขึ้น (Hargreaves, Zickgraf, Paniagua, Evans & Radesi,

2021) ดังคำกล่าวของผู้เรียน “อาจารย์มีการให้คำแนะนำ แหล่งการสืบค้นความรู้เพิ่มเติมและเปิดโอกาสให้นักศึกษานักศึกษาได้ตลอดเวลาผ่านทางไลน์และมีการให้กำลังใจดีมาก ”

3. ด้านผลลัพธ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลประเมินค่าเฉลี่ยด้านผลลัพธ์โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 3.80$, $SD = 0.34$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงสุด ได้แก่ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ ($\bar{X} = 3.82$, $SD = 0.39$) สำหรับด้านความรู้ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.44$, $SD = 0.51$) สอดคล้องกับการศึกษาของบาคอนและคณะ (Bacon et al., 2022) พบว่า การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในด้านสุขภาพผ่านระบบโทรคมนาคม (telehealth) สามารถช่วยพัฒนาสมรรถนะในการทำงานของผู้เรียนได้ และช่วยให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ในการดูแลผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (person centered-care) การที่กลุ่มตัวอย่างประเมินผลลัพธ์ตามสมรรถนะได้ สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้มีโอกาสนำสิ่งที่เรียนรู้จากทฤษฎีสู่การฝึกปฏิบัติการพยาบาลจริงในการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์โดยมีโอกาสดูแลการสัมภาษณ์เพื่อประเมินปัญหาสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ด้วยระบบทางไกล หลังจากนั้นนำมากำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล วางแผนการพยาบาลตามปัญหาสุขภาพ มีการสืบค้นหาความรู้เพิ่มเติมเพื่อนำมาจัดทำแผนการสอน จัดทำสื่อการสอน มีการนัดวัน เวลา ในการสอนสุขศึกษาผ่าน รูปแบบออนไลน์ ซึ่งการดำเนินกิจกรรมเช่นนี้เป็น การช่วยส่งเสริมสมรรถนะผู้เรียนในด้านความรู้ ด้านการใช้ทักษะทางปัญญาในการวิเคราะห์ปัญหา การลำดับความสำคัญของปัญหา การวางแผนการพยาบาล และ ด้านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการสืบค้นข้อมูลและการทำสื่อการสอน รวมทั้ง การช่วยส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ เป็นต้น

ภายหลังสิ้นสุดการสอนสุขศึกษาผ่านรูปแบบออนไลน์ มีการประเมินผลการสอนระหว่างอาจารย์นิเทศและผู้เรียน มีการสะท้อนคิด อภิปรายและซักถามมากขึ้น ทำให้ผู้เรียนได้มีการฝึกการวิเคราะห์ การเชื่อมโยงปัญหาหญิงตั้งครรภ์ จากการมีส่วนร่วมในการสาธิตย้อนกลับและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับหญิงตั้งครรภ์เป็นอย่างไร” พร้อมการสอบถามจากหญิงตั้งครรภ์ เป็นรายบุคคล ส่งผลให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้อย่างเป็นระบบ และที่สำคัญมีการพัฒนาทักษะกระบวนการคิดวิเคราะห์ ซึ่งเป็นพื้นฐานที่สำคัญที่นำไปสู่การคิดขั้นสูง จึงทำให้ผู้เรียนบรรลุมาตรฐานผลการเรียนรู้ด้านต่าง ๆ ได้แก่ คุณธรรม จริยธรรม ความรู้ ทักษะทางปัญญา ทักษะความสัมพันธ์ ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ รวมทั้ง ทักษะการวิเคราะห์ ทักษะการสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และทักษะการปฏิบัติเชิงวิชาชีพ บางประการได้ (มาลี คำคง, อติภา อมรปียาการ, รพีภัทร ชำนาญเพาะ และมุขรินทร์ ทองหอม, 2564)

4. ด้านความพึงพอใจต่อการฝึกปฏิบัติการพยาบาลทางไกล จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลมีค่าเฉลี่ยด้านความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 3.80$, $SD = 0.34$) โดยกลุ่มตัวอย่างได้ให้เหตุผลว่า การมีโอกาสฝึกให้การพยาบาลทางไกลแก่หญิงตั้งครรภ์เป็นการได้ฝึกปฏิบัติจริง ภายใต้การดูแลจากอาจารย์นิเทศอย่างใกล้ชิด กลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลมีเวลาในการประเมินปัญหาก่อนการให้คำแนะนำ มีเวลาในการศึกษาค้นคว้าและเขียนแผนการพยาบาล มีโอกาสในการฝึกการใช้ทักษะการสื่อสาร ฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า เป็นต้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ กลินโคสกี และคณะ (Glinkowski, Pawlowska, & Kozłowska, 2013) พบว่า นักศึกษาพยาบาลไปแลนด์ มีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในการเรียนรู้การพยาบาลทางไกลในห้องเรียนและมีความตั้งใจที่จะใช้การพยาบาลทางไกลในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลใน

อนาคต อธิบายได้ว่าการจัดรูปแบบการพยาบาลทางไกล
แห่งหนึ่งตั้งครุฑเป็นรูปแบบที่เหมาะสมที่กลุ่มตัวอย่าง
มีความพึงพอใจเนื่องจากเป็นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม
(active learning) ที่เกิดจากผู้เรียนได้มีปฏิสัมพันธ์กับ
หนึ่งตั้งครุฑในการซักประวัติโดยใช้ระบบการสื่อสาร
2 ทาง เพื่อประเมินภาวะผิดปกติระหว่างตั้งครุฑ มีการ
วิเคราะห์ปัญหา มีการวางแผนการพยาบาลและมีการ
แสวงหาความรู้เพิ่มเติมเพื่อจัดทำแผนการสอน สื่อการสอน
ให้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้นด้วยตนเอง และกรณีนี้ที่ผู้เรียนจัดทำ
เนื้อหาในแผนการสอนไม่ถูกต้อง อาจารย์ในเทศมีการชี้แนะ
แหล่งในการสืบค้นข้อมูลก่อนนัดสอนจริง ซึ่งการจัด
การเรียนการสอนแบบให้ผู้เรียนได้แสวงหาความรู้ด้วย
ตนเองเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในกิจกรรม
การเรียนรู้ได้คิด ได้รวบรวมความรู้และลงมือปฏิบัติจริง
ด้วยตนเองช่วยทำให้ผู้เรียนรู้สึกสนุกสนานกับการเรียน
และมีส่วนร่วมในการเรียนและ มีความรับผิดชอบต่อการ
เรียนมากขึ้น (กาญจนา ใจจ้อย, 2562) และการที่
ผู้เรียนได้เรียนรู้การประเมินสุขภาพผู้รับบริการด้วย
การใช้เทคโนโลยีผ่านระบบโทรคมนาคม (telehealth)
การเรียนรู้ในการวิเคราะห์ปัญหา การวางแผนการ

พยาบาลและการสอนสุขศึกษาผ่านระบบวิดีโอออนไลน์
สามารถพัฒนาสมรรถนะผู้เรียนได้ (Smith, Watts, &
Moss, 2018).

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษา ควรนำผลการวิจัยมาใช้ดังนี้

1. ด้านการศึกษา

1.1 ควรมีการจัดกิจกรรมการพยาบาล
ทางไกลในการส่งเสริมสุขภาพของผู้รับบริการในรายวิชา
ภาคปฏิบัติ

1.2 อาจารย์ผู้สอน ควรมีการสร้าง
สถานการณ์เสมือนจริงที่หลากหลายและให้ผู้เรียนได้
ฝึกทักษะการสื่อสาร การวางแผนให้คำแนะนำการดูแล
สุขภาพเพื่อสร้างความมั่นใจก่อนที่จะไปปฏิบัติจริง

2. ด้านการวิจัย

2.1 ควรมีการติดตามความพึงพอใจการ
พยาบาลทางไกลในการส่งเสริมสุขภาพของผู้รับบริการ

2.2 ควรมีการประเมินประสิทธิภาพและ
ประสิทธิผลด้วยระบบการพยาบาลทางไกลของนักศึกษา
พยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพผู้รับบริการ

เอกสารอ้างอิง

กาญจนา ใจจ้อย. (2562). นักศึกษาพยาบาล: การเรียน
การสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง. *วารสาร
ราชานันท์วัฒนธรรมทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*,
2(2), 1-11.

จิตตมาศ พุกนาลุ่ม, รติณัฐ ชูพาน, และศิริพร ฉายาทัพบ.
(2562). ปัจจัยที่มีผลต่อการฝึกปฏิบัติในรายวิชา
การพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ ของ
นักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม.
งานประชุมวิชาการระดับชาติครั้งที่ 11.
จังหวัดนครปฐม.

ธานินทร์ ศิลป์จารุ. (2555). *การวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูล
ทางสถิติด้วย SPSS และ AMOS* (พิมพ์ครั้งที่
13). กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนสามัญปิเศษเนสอาร์
แอนด์ดี.

มาลี คำคง, อธิภา อมรปิยภากร, รพีภัทร ชำนาญเพาะ,
และมุขรินทร์ ทองหอม. (2564). การจัดการ
เรียนการสอนภาคปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้
ระบบออนไลน์ในสถานการณ์โควิด-19. *วารสาร
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*, 22(43),
114-126.

- มาลีวัล เลิศสาครศิริ, และรัตนา พึ่งเสมา. (2564). พฤติกรรมการเรียนของนักศึกษาพยาบาลต่อการเรียนแบบออนไลน์ ช่วงสถานการณ์โควิด-19. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 14(1), 33-47.
- ราชกิจจานุเบกษา. (2564). ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง แนวทางการพยาบาลทางไกล (Tele-nursing). สืบค้นจาก: https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/T_0049.PDF
- รุ่งฤดี กล้าหาญ. (2557). ปัจจัยที่ส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนภาคปฏิบัติของนิสิตพยาบาล ชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 412-420.
- สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, ปญฺธิ พ่วงสุวรรณ และสมัจจรา มานะชีวกุล. (2564). รูปแบบการฝึกปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นในระบบการศึกษาทางไกล. *วารสารพยาบาล*, 70(2), 47-54.
- สุภาวดี เครือโชติกุล, และสกาเวเดือน โอตมี. (2563). ผลการเรียนรู้แบบบทบาทสมมติต่อการรับรู้สมรรถนะนักศึกษาพยาบาลในวิชาการพยาบาลมารดา ทารกและผดุงครรภ์ 1 วิทยาลัยเซนต์หลุยส์. *วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ*, 6(2), 28-39.
- อัญชลี ทองเสน, วิวัฒน์ มีสุวรรณ, และดิเรก ชีระกูธร. (2558). การรักษาทางไกลผ่านเครือข่ายสังคม. *วารสารเทคโนโลยีการศึกษาและมีเดียคอนเวอร์เจนซ์*, 2(1), 9-15.
- Asiri, H., & Househ, M. (2016). The impact of telenursing on nursing practice and education: A systematic literature review. *Unifying the applications and foundations of biomedical and health informatics*, 105-108.
- Bacon, R., Hopkins, S., Kellett, J., Millar, C., Smillie, L., & Sutherland, R. (2022). The benefits, challenges and impacts of telehealth student clinical placements for accredited health programs during the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Medicine*, 9.
- Glinkowski, W., Pawlowska, K., & Kozłowska, L. (2013). Telehealth and telenursing perception And knowledge among university students of nursing in Poland. *Telemedicine Journal and e Health*, 19 (7), 523-529..
- Hagan, L., Morin, D., & Lépine, R. (2000). Evaluation of telenursing outcomes: satisfaction, self-care practices, and cost savings. *Public Health Nurs.*, 17(4), 305-13.
- Hargreaves, L., Zickgraf, P., Paniagua, N., Evans, T. L., & Radesi, L. (2021). COVID-19 Pandemic impact on nursing student education: telenursing with virtual clinical experiences. *SAGE Open Nursing*, 7, 23779608211044618.
- Jerant, A., Azari, R., Martinez, C., & Nesbitt, T. (2007). A randomized trial of telenursing to reduce hospitalization for heart failure: Patient-centered outcomes and nursing indicators. *Home Health Care Services Quarterly*, 22(1), 1-20.

- Reierson, I.Å., Solli, H., & Bjørk, I.T. (2015). Nursing Students' Perspectives on Telenursing in Patient Care After Simulation. *Clinical Simulation in Nursing*, 11(4), 244-250.
- Smith, T.S., Watts, P., & Moss, J.A. (2018). Using Simulation to Teach Telehealth Nursing Competencies. *J Nurs Educ.*, 57(10), 624-627
- Stufflebeam, D. (2003). The CIPP model of evaluation. In T. Kellaghan, D. Stufflebeam & L. Wingate (Eds.), *Springer international handbooks of education: International handbook of educational evaluation*. Britain: Kruwer Academic Publishers.



การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมต่อการจัดการความเครียด
จากการเรียนออนไลน์ในกลุ่มนักศึกษาภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของ
โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

**Application of Social Support Theory in Stress Management
from Online Learning Among Students Under
the Coronavirus Disease 2019 Pandemic**

ธณัชชา นฤนาทวัฒนา, วท.บ., *Thanatcha Narunattwattana, B.Sc.*¹

ณัฐธิดา มากพงศ์, วท.บ., *Nattida Markpong, B.Sc.*¹

สุฤทัย สุนทรวัฒน์, วท.บ., *Sukruthai Suntonwat, B.Sc.*¹

ปณิธิ แก้วประไพ, วท.บ., *Panithe Kaewprapai, B.Sc.*¹

ปริญญพร ทองชัย, วท.บ., *Prinyaporn Thongchay, B.Sc.*¹

กนกวรรณ ตาลศิริ, วท.บ., *Kanokwan Tansiri, B.Sc.*¹

รัฐมาลี คชศิลา, วท.บ., *Ratmatawee Khochsila, B.Sc.*¹

กิตรวี จิรรัตน์สถิต, ประ.ด., *Kitrawee Jiraratsatit, Ph.D.*^{2*}

เกษร ลำเภาทอง, ประ.ด., *Kaysorn Sumpowthong, Ph.D.*³

¹นักศึกษาระดับปริญญาตรี, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

¹*Student in Bachelor of Science, Faculty of Public Health, Thammasat University*

²อาจารย์ ดร., คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

²*Instructor, Ph.D., Faculty of Public Health, Thammasat University*

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

³*Assistant Professor, Ph.D., Faculty of Public Health, Thammasat University*

**Corresponding Author: kitrawee.j@fph.tu.ac.th*

Received: June 6, 2022

Revised: September 3, 2022

Accepted: November 16, 2022

บทคัดย่อ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การเว้นระยะห่างทางสังคมถือเป็นมาตรการเพื่อลดความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายของเชื้อโรค ทางมหาวิทยาลัยได้มีการตอบโต้กับสถานการณ์นี้โดยปรับการเรียนการสอนให้อยู่ในรูปแบบออนไลน์ส่งผลกระทบให้เกิดความเครียดเพิ่มขึ้นในกลุ่มนักศึกษาต่อมิตสุขภาพที่หลากหลายโดยเฉพาะปัญหาทางสุขภาพจิต การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมต่อการจัดการความเครียดในกลุ่มนักศึกษาจึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยดำเนินการผ่านการสนับสนุนทางอารมณ์ การสนับสนุนทางด้านการประเมิน การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนทางด้านการให้ความช่วยเหลือ เพื่อให้นักศึกษาเกิดความมั่นคงทางจิตใจ สามารถเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถปรับตัวกับการเรียนออนไลน์ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้อย่างปกติสุข

คำสำคัญ : ความเครียด การจัดการความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การเรียนออนไลน์ การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

Abstract

The Coronavirus disease (COVID-19) pandemic, social distancing is one of the strategies that reduce the risk of COVID-19 transmission. The university has responded to this situation by using an online learning process which causes stress problems in students. Their health will be affected especially mental health problems. The application of social support theory is important to manage the stress among students via emotional, assessment, information, and assistance support. These processes will promote students' health in many ways such as increasing the mental stability, stress coping skills and online learning in the Coronavirus disease (COVID-19) pandemic situation with well-being.

Keywords: stress, stress management, social support, online learning, coronavirus disease pandemic

บทนำ

การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของทุกคนทั่วโลก ทำให้ไม่สามารถออกไปใช้ชีวิตข้างนอกได้อย่างปกติ ไม่ว่าจะเป็นการออกไปพบปะสังสรรค์ร่วมกับผู้อื่นหรือแม้กระทั่งออกไปทำงานหรือทำกิจกรรมข้างนอกได้

การดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป ทำให้อาชีพหลายอาชีพต้องยุติบทบาท บางธุรกิจจำเป็นต้องปิดตัวลง พนักงานตกงาน ไม่มีรายได้ ส่งผลกระทบต่อเนื่องถึงคนในครอบครัว เช่น บางครอบครัวที่หาเช้ากินค่ำ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อคนที่อยู่ในวัยเรียน ไม่ว่าจะเป็นระดับ

อนุบาล ระดับประถม ระดับมัธยม หรือแม้กระทั่งระดับมหาวิทยาลัยเองก็ตาม ทำให้ผู้เรียนไม่ได้รับการเรียนรู้ อย่างเต็มที่ และไม่ได้ออกไปมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อน ๆ ในโรงเรียนหรือในมหาวิทยาลัย เนื่องจากทุกคนต้อง ดำเนินการตามคำสั่งหรือประกาศจากรัฐบาลถึง แนวทาง/มาตรการเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อจาก โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (กรมควบคุมโรค, 2564)

สถาบันทางการศึกษาไม่สามารถจัดการเรียน การสอนแบบปกติได้จึงจำเป็นต้องใช้รูปแบบการเรียน การสอนแบบออนไลน์เพื่อให้การเรียนรู้เกิดความ ต่อเนื่อง โดยการเรียนการสอนแบบออนไลน์เป็น การศึกษาผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ตด้วยตนเอง ในส่วน ของเนื้อหาการเรียน ประกอบด้วยข้อความ รูปภาพ เสียง วิดีโอ และมัลติมีเดียอื่น ๆ สิ่งเหล่านี้จะถูกส่งตรง ไปยังผู้เรียนผ่านเว็บไซต์ทั้งผู้เรียนและผู้สอนสามารถ ติดต่อสื่อสาร ประเมิน แลกเปลี่ยนความคิดเห็นแบบ เดียวกับการเรียนในชั้นเรียนทั่วไป โดยการใช้การส่ง จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (E-mail) ข้อความออนไลน์ (Online message) และช่องทางทางสังคมออนไลน์ เป็นต้น (บริษัท วรรณย์ เทคโนโลยี จำกัด, 2564)

จากสถานการณ์ดังกล่าว ทำให้เห็นถึงปัญหาใน การเกิดความเครียดกับนักศึกษาจากการเรียนออนไลน์ บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอถึงความเครียด ความเครียดจากการเรียนออนไลน์ และวิธีการจัดการ ความเครียด โดยกล่าวถึงปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด และการจัดการความเครียดจากการเรียนออนไลน์ใน สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม ในการนำมาซึ่งการรองรับปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ เป็นแนวทางในการนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน

1. ความเครียดในกลุ่มนักศึกษาในสถานการณ์ การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

1.1 นิยามความเครียด

ความเครียด (Stress) ตามความหมาย ของพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถานฉบับ ปีพุทธศักราช 2554 ให้ความหมายไว้ว่า ลักษณะอาการ ที่ไม่ผ่อนคลาย เพราะคร่ำเคร่งกับงานจนเกินไป ลักษณะ อาการที่จิตใจมีอารมณ์บางอย่างมากกดดันความรู้สึก อย่างรุนแรง (ราชบัณฑิตยสถาน, 2564) ส่วนความเครียด ตามนิยามของกรมสุขภาพจิต หมายถึง ภาวะของอารมณ์ หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ที่ทำให้ รู้สึกไม่สบายใจ คับข้องใจ หรือถูกบีบคั้นกดดันจนทำให้ เกิดความรู้สึกทุกขใจ สับสน โกรธ หรือเสียใจ (คณิน จินตราปราโมทย์ และพรชัย สิทธิศรีธัญกุล, 2562) ทั้งนี้ นิยามความเครียดที่ Lazarus และ Folkman (1984) ให้ไว้ หมายถึง ภาวะชั่วคราวของความไม่สมดุลซึ่งเกิด จากการรับรู้ หรือการประเมินบุคคลจากประสบการณ์ ของบุคคลนั้นว่าสิ่งนั้นเป็นสิ่งคุกคามโดยเป็นผลร่วมกัน ของสภาพแวดล้อมภายนอก ได้แก่ สภาพแวดล้อมทั้ง ที่เกิดขึ้นโดยธรรมชาติ หรือเกิดขึ้นเกี่ยวข้องกับงานที่ สัมพันธ์กับปัจจัยภายในของบุคคล เช่น ประสบการณ์ ทัศนคติบุคลิกภาพ อารมณ์ และความต้องการส่วนบุคคล (คณิน จินตราปราโมทย์ และพรชัย สิทธิศรีธัญกุล, 2562)

สรุปได้ว่า ความเครียด หมายถึง สภาวะ ของอารมณ์หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้น เมื่อต้องเผชิญใน สถานการณ์ที่บีบคั้น กดดัน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ทางความรู้สึกทั้งจากปัจจัยภายในของบุคคลนั้น ๆ รวม ไปถึงปัจจัยภายนอกที่เข้ามามีส่วน เช่น การทำงาน การ เรียน เป็นต้น

1.2 ปัจจัยและสาเหตุของความเครียดใน กลุ่มนักศึกษา ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ความเครียดเกิดขึ้นจากสาเหตุต่าง ๆ เมื่อแบ่งโดยใช้แบบจำลอง Biopsychosocial model สามารถแบ่งออกเป็น (คณิน จินตราปราโมทย์ และพรชัย สิทธิศรีธัญกุล, 2562; Engel, 1980) 1) ด้านชีวภาพ

ความเครียดได้รับการกระตุ้นจากสิ่งเร้าในกลุ่มของปัจจัยด้านร่างกาย เช่น ความเจ็บป่วย ความพิการทางรูปร่าง เป็นต้น 2) ด้านจิตใจ ความไวต่อความเครียด เช่น บุคลิกภาพของบุคคล การคิดเรื่องเดิมซ้ำ ๆ ความวิตกกังวล เป็นต้น และ 3) ด้านสังคม เช่น ปัญหาจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ปัญหาจากเพื่อนร่วมงาน หัวหน้างาน เพื่อนร่วมชั้น หรืออาจารย์ เป็นต้น จากการทบทวนวรรณกรรมเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดในนักศึกษา ได้แก่ ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการเรียน เช่น อินเทอร์เน็ตไม่มีความเสถียรในขณะที่เรียนออนไลน์ นักศึกษาเสียสมาธิในการเรียนออนไลน์ เมื่อมีเสียงรบกวน ปัจจัยด้านการทำกิจกรรม ปัจจัยด้านสัมพันธภาพ ปัจจัยด้านความคาดหวังและปัจจัยด้านเศรษฐกิจ (Prasertsong et al., 2021)

เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดในนักศึกษามหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต ต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงมีการจัดทำแบบสอบถามความเครียดในนักศึกษามหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต มีจำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม 149 คน พบว่ามีนักศึกษาจำนวน 99 คน มีความเครียดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 66.4 นักศึกษาจำนวน 36 คน มีความเครียดสูง และนักศึกษาจำนวน 14 คน มีความเครียดปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 24.1 และ 9.4 ตามลำดับ โดยนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มีความเครียดมากที่สุด จำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 67.7 จากนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ที่ตอบแบบสอบถามมาทั้งหมด 96 คน เนื่องจากนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มีการเปลี่ยนแปลงจากการเป็นนักเรียนในโรงเรียนสู่การเป็นนักศึกษาในมหาวิทยาลัย เมื่อเจอสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงทำให้ไม่สามารถเข้ามาเรียนรู้ได้อย่างเต็มที่ในมหาวิทยาลัย ทั้งนี้การปรับตัว

ด้านอารมณ์ของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ยังแตกต่างจากนักศึกษาชั้นปีอื่น เนื่องจากต้องเจอสภาพแวดล้อมใหม่ สังคมใหม่ ต้องปรับตัวหลายอย่าง จึงทำให้เกิดความวิตกกังวลและทำให้มีความสามารถในการปรับตัวด้านอารมณ์ต่ำกว่านักศึกษาชั้นปีอื่น ๆ (กรรณิการ์ แสนสุภา, เอื้อทิพย์ คงกระพันธ์, อุมารณณ์ สุขารมณ์, และผกาพรรณ นันทะเสน, 2563) โดยปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความเครียดในนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต มีปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความเครียด คือ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านการเรียนออนไลน์ ปัจจัยด้านความคาดหวัง ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ปัจจัยด้านสัมพันธภาพ และปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลตามลำดับ

1.3 ผลที่เกิดจากความเครียด

ความเครียดส่งผลกระทบต่อมิติของสุขภาพที่หลากหลายซึ่งสามารถอธิบายตามมิติของสุขภาพต่าง ๆ ได้ดังนี้ (Schneiderman, Ironson, & Siegel, 2005)

1.3.1 ด้านร่างกาย ถ้าหากบุคคลเกิดความเครียดในระยะเวลานาน จะทำให้สุขภาพย่ำแย่ ก่อให้เกิดโรคทางกายที่มีสาเหตุจากจิตใจ เช่น หน้ำมืด เป็นลม เจ็บหน้าอก ความดันโลหิตสูง แผลในกระเพาะอาหาร ถ้ามีความเครียดที่รุนแรงมากอาจมีผลทำให้เสียชีวิตได้ หรือกรณีมีโรคประจำตัวเดิม ความเครียดจะทำให้โรคกำเริบได้

1.3.2 ด้านจิตใจและอารมณ์ จิตใจของบุคคลที่เครียดจะเต็มไปด้วยการหมกมุ่นครุ่นคิด ขาดสมาธิ หลงลืม ตัดสินใจไม่ได้เป็นเหตุให้สูญเสียความเชื่อมั่นที่จะจัดการกับชีวิตตนเอง บางรายที่ตกอยู่ในความเครียดอย่างยาวนาน อาจก่อให้เกิดอาการทางจิต เช่น โรคซึมเศร้า โรคจิต โรคประสาท เป็นต้น

1.3.3 ด้านความคิด เช่น คิดวิพากษ์วิจารณ์ตนเองในทางลบ คิดแบบท้อแท้ คิดไม่มีเหตุผล คิดเข้าข้างตนเองและโทษผู้อื่น เป็นต้น

1.3.4 ด้านพฤติกรรม บุคคลที่มีความเครียดจะปลีกตัวออกจากสังคม ทำให้ตกอยู่ในปัญหาและความเครียดอย่างโดดเดี่ยว ก้าวร้าว ไม่อดทน บางรายปรับตัวไปในทางที่ผิด เช่น การสูบบุหรี่ การติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การติดสารเสพติด การเล่นการพนัน เป็นต้น

1.3.5 ด้านเศรษฐกิจ ความเครียดก่อให้เกิดความเสียหายทางเศรษฐกิจ เนื่องจากอัตราการขาดงานสูงขึ้นเพราะความเครียดทำให้ผลการทำงานน้อยลงจากเดิม เมื่อบุคคลเจ็บป่วยก็ย่อมต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

2. ผลกระทบของการจัดการเรียนการสอนแบบออนไลน์ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

การเรียนออนไลน์ส่งผลให้เกิดความเครียดในนักศึกษา เนื่องจากมีความกดดันมากขึ้นจากการเรียนปกติในสถานศึกษา เช่น ความกดดันจากสภาพแวดล้อม อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ การเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต หรือความกดดันจากครอบครัว ตัวนักศึกษาเอง และอาจารย์ ทั้งนี้ ยังรวมถึงการที่ภาระงานเยอะขึ้น สิ่งรบกวนสมาธิระหว่างการเรียน แรงจูงใจในการเรียนลดลง การขาดปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อน และการขาดปฏิสัมพันธ์ในการเรียน เป็นต้น (Prasertsong et al., 2021) เมื่อบุคคลต้องเผชิญในภาวะกดดันทำให้เกิดการตอบสนองของร่างกาย จิตใจ ความคิด หากบุคคลไม่มีความสามารถในการปรับตัวจะทำให้เกิดความเครียด ส่งผลเสียต่อความสมดุลในการดำเนินชีวิตในสังคม ขาดประสิทธิภาพในการทำงาน (Piyayodilokchai et al., 2014) จากข้อมูลการประเมินสุขภาพจิตคนไทย กรมสุขภาพจิต พบว่าบุคคลที่อายุต่ำกว่า 20 ปี มีความเครียดระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 28.37 และบุคคลที่อายุ 20-29 ปี มีความเครียดระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 25.81 (กรมสุขภาพจิต, 2564) นอกจากนี้ สถิติที่ถูกเก็บโดย

สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ ที่ให้บริการปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตทางโทรศัพท์สายด่วนสุขภาพจิต 1323 ปีงบประมาณ 2562 พบว่ากลุ่มของวัยรุ่นอายุ 11-19 ปี โทรมาขอรับบริการปรึกษาสายด่วนสุขภาพจิตประมาณ 10,000 สาย ซึ่งปัญหาสุขภาพจิตที่พบมากที่สุด คือ ความเครียดและความวิตกกังวลร้อยละ 51.36 (กรมสุขภาพจิต, 2564)

3. การจัดการความเครียดจากการเรียนออนไลน์ในกลุ่มนักศึกษาภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

3.1 การจัดการความเครียด (คณิน จินตราปราโมทย์ และพรชัย สิทธิศรีณกุล, 2562)

การแก้ไขปัญหาเมื่อเผชิญความเครียด (Coping) จากการให้คำนิยามของ Lazarus และ Folkman (1984) มีความหมายว่า ความพยายามในการเปลี่ยนพฤติกรรมหรือความคิดของแต่ละบุคคล เพื่อจัดการกับความต้องการทั้งภายในและภายนอกของตน รวมทั้งการรับมือกับความต้องการเหล่านั้น ในกรณีที่บุคคลดังกล่าวได้รับเหตุที่มากระตุ้นเป็นภาระสูงกว่าความสามารถของตน Lazarus และ Launier (1978) ได้เสนอทฤษฎีในการแก้ไขปัญหาเมื่อเผชิญกับความเครียดเมื่อประสบปัญหาไว้ 3 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินเบื้องต้น การประเมินขั้นที่ 2 และการประเมินซ้ำ โดยหลังจากเกิดเหตุการณ์ก่อความเครียดนั้นบุคคลจะมีการประเมินขั้นต้นว่าเหตุการณ์นั้นมีความเกี่ยวข้องกับตนหรือไม่ เป็นผลดีหรือผลเสีย มีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด ถ้าก่อให้เกิดภาวะเครียด สามารถแบ่งได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ ได้แก่ ภาวะคุกคาม ภาวะท้าทาย และภาวะอันตราย เมื่อถึงการประเมินขั้นที่ 2 นั้นเป็นการประเมินทางเลือกและแหล่งประโยชน์ บุคคลจะหาวิธีในการเผชิญและจัดการกับปัญหาก่อนเผชิญปัญหา

โดยการเผชิญความเครียดสามารถแบ่งออกเป็นหลายลักษณะ แต่ยังไม่ชัดเจนถึงเป็นมิติ

ร่วมกันอย่างชัดเจน หากแบ่งตามวิธีของ Lazarus และ Folkman (1984) ที่เชื่อว่าประสบการณ์ความเครียดเป็นผลมาจากการจัดการระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยขึ้นอยู่กับผลกระทบของการลงสิ่งทีก่อให้เกิดความเครียด โดยการประเมินตัวสร้างความเครียดและทรัพยากรที่ใช้ในการเผชิญปัญหาของแต่ละบุคคล ทำให้สามารถแบ่งกลวิธีการแก้ไขปัญหาเมื่อเผชิญความเครียดออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

3.1.1 กลุ่มที่มุ่งเน้นการเผชิญปัญหาโดยการแก้ปัญหา (Problem-focused coping) มีหลักในการทำความเข้าใจ คือ รับทราบถึงธรรมชาติของปัญหาและมุ่งจัดการที่ตัวปัญหา ข้อดีและข้อเสีย โดยเปลี่ยนแปลงที่ตนเองหรือผู้อื่น เช่น การปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ เป็นต้น

3.1.2 กลุ่มที่มุ่งเน้นการใช้อารมณ์ในการแก้ปัญหา (Emotional-focused coping) ได้แก่ กลุ่มที่มุ่งเน้นในการใช้อารมณ์แก้ปัญหา เช่น การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม การใช้ศาสนา รวมถึงกลวิธีในการหลีกเลี่ยงปัญหา เช่น การถอยห่างออกมาจากสถานการณ์ การทำงานอดิเรกต่าง ๆ เป็นต้น

3.2 ทฤษฎีที่นำมาประยุกต์ใช้ในการจัดการความเครียดจากการเรียนออนไลน์ในกลุ่มนักศึกษาภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ จากบุคคลใกล้ชิด ได้แก่ พ่อแม่ พี่น้อง เพื่อน อาจารย์ ตลอดจนบุคคลรอบข้าง ทั้งนี้การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง กระบวนการหรือปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในเครือข่ายทางสังคมเพื่อให้การช่วยเหลือ สนับสนุน หรือปกป้องบุคคลที่เป็นสมาชิกให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมีสุขภาวะที่ดีขึ้น (นิธิพันธ์ บุญเพิ่ม, 2553) โดย House (1987) ได้จำแนก

การสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่

3.2.1 การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotion Support) หมายถึง การที่บุคคลอื่นทำให้เรารู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง การได้รับการใส่ใจในความรู้สึก การได้รับความไว้วางใจ การได้รับความห่วงใยจากคนรอบข้าง และมีคนคอยรับฟังเรื่องราวต่าง ๆ

3.2.2 การสนับสนุนทางด้านการประเมิน (Appraisal Support) หมายถึง การที่บุคคลได้รับการยืนยันว่าสิ่งที่เราคิด เราเข้าใจนั้นถูกต้องหรือไม่ การได้รับทราบข้อมูลย้อนกลับ และได้รับการเปรียบเทียบทางสังคมจากคนรอบข้าง

3.2.3 การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) หมายถึง การที่บุคคลมีคนที่คอยให้คำแนะนำ ให้การเสนอแนะ ให้การชี้แนะแนวทาง ตลอดจนการได้รับทราบข้อมูลข่าวสารจากคนรอบข้างและจากสื่อต่าง ๆ เพื่อให้บุคคลเข้าใจสิ่งนั้นดีขึ้น สามารถปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงและช่วยในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ

3.2.4 การสนับสนุนทางด้านการให้ความช่วยเหลือ (Instrumental Support) หมายถึง การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือจากคนรอบข้างในด้านวัสดุสิ่งของหรือบริการ การได้รับความช่วยเหลือทางการเงิน การได้รับความช่วยเหลือทางด้านร่างกาย การได้รับความช่วยเหลือทางด้านเวลา รวมถึงการแก้ไขปรับปรุงสภาพแวดล้อม การได้รับการสนับสนุนทางสังคมของแต่ละบุคคลมีความหลากหลาย ไม่ว่าจะเป็นจำนวนบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือ ความถี่ของการได้รับความช่วยเหลือ ลักษณะของความสัมพันธ์ เช่น เป็นคนในครอบครัว เพื่อน อาจารย์ ตลอดจนความใกล้ชิด เช่น เป็นเพื่อนสนิทหรือแค่คนที่เรารู้จัก

การสนับสนุนทางสังคม เป็นแหล่งประโยชน์ที่มีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อภาวะสุขภาพของบุคคล โดยผลทางตรงทำให้รู้สึกเป็นส่วนหนึ่ง

ของสังคม รู้สึกมีคุณค่ามีความมั่นคงซึ่งความรู้สึกทางจิตใจนี้จะส่งผลดีต่อสุขภาพ และผลทางอ้อมช่วยให้บุคคลประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นว่ามีความรุนแรงลดลง ช่วยลดปฏิกิริยาที่เกิดจากความเครียด ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ความเครียดลดลง และบุคคลสามารถปรับตัวได้เหมาะสมและคงความสมดุลไว้ได้ (Park et al., 2013). การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของเซฟเฟอร์ คอยน์ และลาซารัส (Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1981) เป็นการที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือ ความเอาใจใส่ในการดูแล โดยบุคคลจะได้รับประโยชน์จากความช่วยเหลือนั้น และบุคคลที่ได้รับการสนับสนุนอย่างเฉพาะเจาะจงตรงกับความต้องการก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ มีกำลังใจในการเผชิญกับเหตุการณ์ความเครียด หรือความไม่แน่นอนในสถานการณ์ของชีวิต

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า นักศึกษาที่ห่างจากการเรียนในห้องเรียนในระยะเวลากว่า 1 ปีต้องเจอกับปัญหา และอยู่ร่วมกับความไม่แน่นอนทำให้เกิดความเครียดที่รุนแรงขึ้น ส่งผลต่อผลการเรียน สุขภาพจิต รวมถึงสุขภาพกาย การเรียนออนไลน์อาจเป็นเรื่องที่ต้องมีการปรับตัวจนกลายเป็นความปกติใหม่ แต่นักศึกษาต้องการการดูแล ความช่วยเหลือ และการสนับสนุนจากครอบครัว มหาวิทยาลัย และสถาบันการศึกษาอย่างเหมาะสม (Malik & Javed, 2021) นอกจากนี้ จากงานวิจัยเรื่องทักษะทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกโดดเดี่ยวของนิสิตคณะวิศวกรรมศาสตร์ชั้นปีที่ 2 มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตบางเขน พบผลการวิจัยว่าการสนับสนุนทางสังคมของนิสิตที่อยู่ในระดับสูง ระดับปานกลาง มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกโดดเดี่ยว ดังนั้นควรมีการสนับสนุนทางสังคมทั้งในด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการให้ความช่วยเหลือ เพื่อลดความโดดเดี่ยว

ให้น้อยลง (นพเก้า ฉันทสิริกุล และสุปานิ สนธิรัตน์, 2563) ทั้งนี้ ในการให้การสนับสนุนทางสังคม เชื่อว่าอิทธิพลของสภาพแวดล้อมและบุคคลรอบตัวมีส่วนเกี่ยวข้องกับความสุขหรือความพึงพอใจในการใช้ชีวิต เพราะการที่นักศึกษาถือว่าได้รับความช่วยเหลือ การส่งเสริมให้เกิดความเป็นอยู่ที่ดีทั้งจากมหาวิทยาลัย ครอบครัว รวมถึงเพื่อน ซึ่งเหล่านี้เป็นสภาพแวดล้อมรอบตัวจะช่วยให้เกิดความสุขความพอใจขึ้นได้ การได้รับความเป็นอยู่ที่ดีจากบริบทสังคมรอบตัว ทำให้การใช้ชีวิตความเป็นนักศึกษาของนักศึกษานั้นเป็นไปได้อย่างมีความสุขและมีประสิทธิภาพ

3.3 แนวทางการจัดการความเครียดจากการเรียนออนไลน์ในกลุ่มนักศึกษาภายใต้ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม

แนวทางในการใช้ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมมาช่วยเหลือนักศึกษาที่เผชิญต่อความเครียดจากการเรียนออนไลน์ ดังนี้

3.3.1 การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotion Support) หมายถึง การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีงามระหว่างผู้ปกครองกับนักศึกษา เพื่อนร่วมชั้นเรียน กับนักศึกษา และอาจารย์กับนักศึกษา ผ่านการพูดคุยให้การปรึกษา ชี้แนะแนวทาง รวมไปถึงการให้กำลังใจหรือทำกิจกรรมร่วมกันเพื่อบ่งบอกว่านักศึกษาไม่ได้ตัวคนเดียว นักศึกษาได้รับความห่วงใยและความเข้าใจจากคนรอบข้างไม่ว่าจะเป็นบุคคลในครอบครัว อาจารย์ หรือแม้กระทั่งเพื่อนร่วมชั้นเรียนออนไลน์ของนักศึกษา ทั้งนี้มหาวิทยาลัยควรจัดตั้งศูนย์ให้คำปรึกษา สายด่วน หรือมีการจัดทีมนักจิตวิทยา และจิตแพทย์เพื่อดูแลป้องกัน และให้ความช่วยเหลือแก่นักศึกษา นอกจากนี้ควรมีการคัดกรองภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาเพื่อลดความเสี่ยงต่อการมีปัญหาด้านสุขภาพจิตที่รุนแรง จากการสำรวจนักเรียนนักศึกษา อายุ 15-25 ปีจำนวน

3,454 คน พบว่า การสนับสนุนทางอารมณ์จากครอบครัว มีความสำคัญต่อการล้มเหลวได้เร็วของนักศึกษาในการเผชิญหน้ากับความเครียดหรือปัญหาต่าง ๆ การสนับสนุนทางอารมณ์ในระดับสูงจากครอบครัวและเพื่อน จะสามารถเพิ่มแนวโน้มของนักเรียนในการใช้วิธีการ ในเชิงบวกเพื่อรับมือกับปัญหาได้ (Mai, Wu, & Huang, 2021) และจากการสำรวจนักศึกษา 1,378 คน โดยใช้การวัดจาก Multidimensional Scale of Perceived Social Support พบว่า นักศึกษาที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมคุณภาพต่ำกว่า มีแนวโน้มที่จะประสบปัญหาสุขภาพจิต รวมถึงมีความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า 6 เท่า เมื่อเทียบกับนักเรียนที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมคุณภาพสูง (Hefner & Eisenberg, 2009)

3.3.2 การสนับสนุนทางด้านการประเมิน (Appraisal Support) หมายถึง ในด้านการเรียนมีการเปิดคลินิกพิเศษให้อาจารย์ และนักศึกษาได้พูดคุย ประเมินการเรียนของแต่ละวิชาว่าเหมาะสมหรือไม่ ภาระงานเยอะเกินไปหรือไม่ รวมทั้งการสอบถามของนักศึกษาหากไม่เข้าใจในบทเรียนที่ได้เรียน ในด้านของความเครียดจัดให้มีการทำแบบประเมินความเครียดในช่วงของระหว่างการเรียน ตั้งแต่ก่อนเริ่มภาคเรียน การสอบกลางภาค และการสอบปลายภาค เพื่อให้นักศึกษาได้รับรู้ระดับความเครียดของตน ทั้งนี้ รายวิชา คณะหรือมหาวิทยาลัยจะได้นำแบบประเมินความเครียดของนักศึกษาไปปรับกิจกรรมการเรียนให้เหมาะสม รวมถึงจัดกิจกรรมเพื่อลดความเครียดของนักศึกษาต่อไป และจากการศึกษาในนักศึกษาเกี่ยวกับการสื่อสารแบบตัวต่อตัว และการสื่อสารผ่าน Facebook ต่อภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบจำลอง Relational Health Communication Competence เป็นกรอบในการทดสอบอิทธิพลของความสามารถในการสื่อสาร พบว่า นักศึกษามีความพึงพอใจต่อการสนับสนุนทางสังคมในการสื่อสารแบบตัวต่อตัวและผ่าน

ทาง Facebook เพิ่มขึ้น และมีคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงอีกด้วย (Wright et al., 2013)

3.3.3 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) หมายถึง จัดตั้งแหล่งประชาสัมพันธ์ช่องทางการให้ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นและเกี่ยวข้องกับนักศึกษาในเรื่องสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การเตรียมรับมือหากมีการติดเชื้อหรือมีความเสี่ยง เช่น การประสานงานไปยังโรงพยาบาลที่ใกล้เคียงนักศึกษา การติดต่อกับทางคณะ หรือมหาวิทยาลัยที่ต้นศึกษาอยู่ การติดต่อประสานกับอาจารย์ประจำวิชาเพื่อแจ้งเรื่องการลา หรือไม่สามารถทำงานที่ได้รับมอบหมายตามกำหนดได้ ในเรื่องการเรียนออนไลน์ในแต่ละวิชากำหนดการเรียนรู้ กำหนดระยะเวลาการส่งงานที่ได้รับมอบหมาย ผ่านห้องเรียนของแต่ละวิชา ภายในแพลตฟอร์มสำหรับการเรียนออนไลน์ เพื่อให้นักศึกษาได้จัดการตารางเวลาชีวิตของตนเองได้และสามารถส่งงานได้ตามระยะเวลาที่กำหนด ในเรื่องของความเครียดมีการประชาสัมพันธ์ช่องทางที่นักศึกษาสามารถเข้าถึงแหล่งปรึกษาปัญหาความเครียดได้ ไม่ว่าจะเป็นแหล่งที่อยู่นอกหรือในมหาวิทยาลัย รวมไปถึงทางคณะ ทางสาขา หรืออาจารย์ที่ปรึกษาของนักศึกษา เพื่อให้ทราบถึงปัญหาของนักศึกษา และชี้แนะแนวทาง หรือเพื่อลดปัญหาดังกล่าว นอกจากนี้การสนับสนุนข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับการจัดการปัญหาความเครียดในช่วงเรียนออนไลน์ รวมถึงวิธีการผ่อนคลาย โดยจากการสำรวจนักศึกษาระดับปริญญาตรี 479 คนในมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในชาอุดีอาระเบีย พบว่า นักศึกษามากกว่า 70% พึ่งพอใจกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ที่มีให้ผ่านแพลตฟอร์มดิจิทัล ซึ่งมหาวิทยาลัยสามารถให้การสนับสนุนด้านข้อมูลอย่างเพียงพอแก่นักศึกษาในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Rashid et al., 2021)

3.3.4 การสนับสนุนทางด้านการให้ความช่วยเหลือ (Instrumental Support) หมายถึง การสนับสนุนแหล่งทุน จัดหาแหล่งทุนการศึกษา แหล่งความช่วยเหลือต่าง ๆ รวมไปถึงกิจกรรมที่กำลังจะเกิดขึ้นที่เกี่ยวกับนักศึกษา การเข้าถึงการค้นหาข้อมูล การอำนวยความสะดวกในการเรียนให้นักศึกษา เช่น การอำนวยความสะดวกในการเรียนให้แก่นักศึกษา การจัดส่งอุปกรณ์การเรียนที่จำเป็นให้นักศึกษา การฝึกปฏิบัติการณ์แบบออนไลน์ การสนับสนุนชมการ์ตูนอินเทอร์เน็ตสำหรับการเรียนออนไลน์ การเปลี่ยนแปลงจากการเรียนการสอนในสถานศึกษาเป็นการเรียนการสอนแบบออนไลน์นั้น เป็นการเปลี่ยนแปลงในทันที ไม่เพียงแต่รูปแบบการเรียนการสอนเท่านั้น แต่หมายถึงการเพิ่มความไม่แน่นอนที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาต่อเนื่องและชีวิตวิชาการโดยรวมทำให้นักศึกษาต้องแสวงหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการระบาดใหญ่ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รวมถึงเตรียมพร้อมสำหรับการเปลี่ยนแปลงที่ดำเนินการในภาคเรียนปัจจุบันและอนาคตด้วย 68% ของนักศึกษาได้รับข้อมูลอย่างดีเกี่ยวกับวิธีการดำเนินการศึกษาและ 62% มองว่ามหาวิทยาลัยและคณะเป็นสถาบันที่ช่วยเหลือพวกเขาในการรับมือกับสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่นั้นเอง (Rashid et al., 2021)

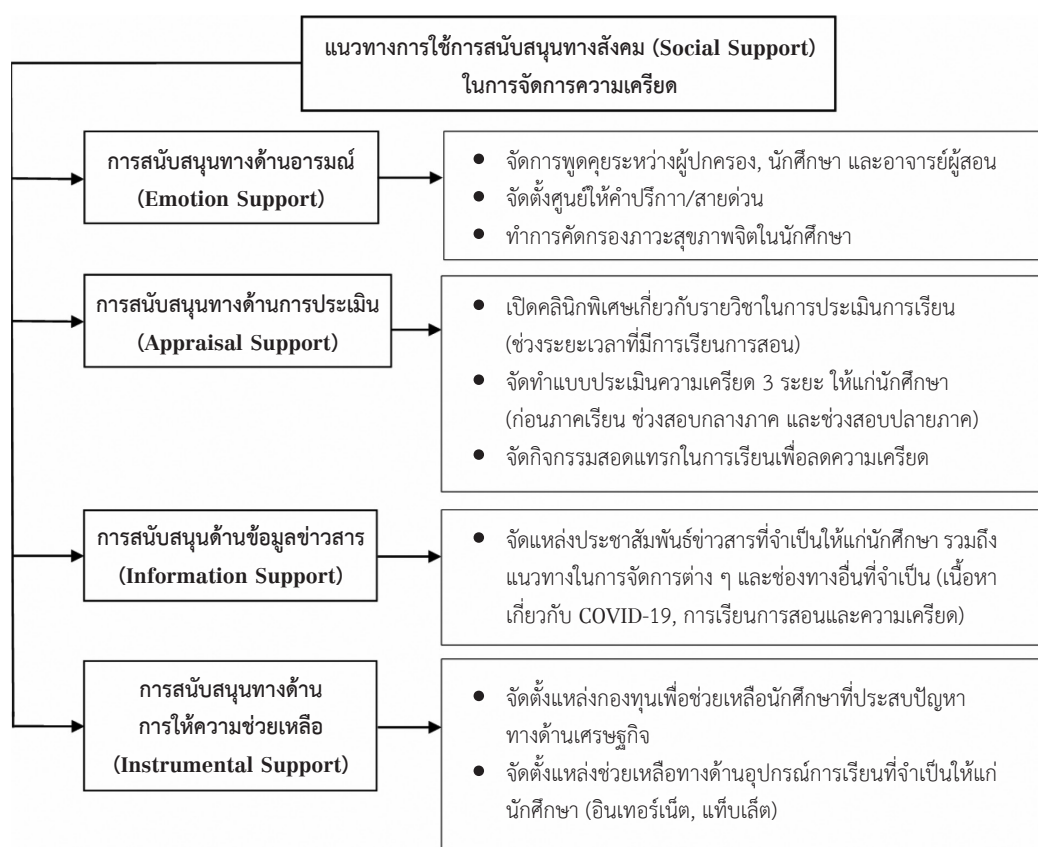
จะเห็นได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญเป็นอย่างมากต่อบุคคล เนื่องจากกลไกของแรงสนับสนุนทางสังคมนั้นส่งผลกับภาวะสุขภาพกายและจิตใจของมนุษย์ ตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานทางด้านต่าง ๆ ของมนุษย์ ไม่ว่าจะเป็นด้านอารมณ์และความรู้สึกที่ช่วยทำให้นักศึกษาเกิดความรู้สึกมั่นคงการสนับสนุนทางสังคมด้านวัตถุ และข้อมูลข่าวสาร มีส่วนช่วยในการลดความเครียดที่นำไปสู่ภาวะวิกฤตสามารถปรับตัวและเผชิญกับความเครียดได้ไม่ว่าจะเป็นปัญหาใดก็ตามเนื่องจากสถานการณ์ปัจจุบันที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ต้องมีการปรับตัว

ในการใช้ชีวิตประจำวัน ปรับตัวทางด้านการเรียน จึงอาจจะทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล กลายเป็นปัญหาสุขภาพจิตตามมา การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวจึงมีส่วนช่วยในการเตรียมรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคมด้านวัตถุไม่ว่าจะเป็นเรื่องของทุนการศึกษา ค่าใช้จ่ายอันเนื่องมาจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โปรแกรมที่ต้องใช้ในการเรียนออนไลน์ รวมถึงอุปกรณ์ในการเรียนที่จำเป็น อุปกรณ์ป้องกันตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและข่าวสารที่จะช่วยให้นักศึกษาได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์และมีความสำคัญ มีส่วนช่วยให้นักศึกษาสามารถรับมือและปรับตัวในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้ผ่านพ้นไปได้ด้วยดี

วิธีการจัดการของ Lazarus & Folkman เป็นการจัดการด้วยตัวบุคคลเองกับสิ่งแวดล้อม ส่วนการสนับสนุนทางสังคมเป็นการที่บุคคลได้รับการสนับสนุนจากหลายด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ เช่น จัดการพูดคุยระหว่างผู้ปกครอง นักศึกษา และอาจารย์ จัดตั้งศูนย์ให้คำปรึกษาหรือสายด่วน และทำการคัดกรองภาวะสุขภาพจิตให้นักศึกษา ด้านการประเมิน เช่น จัดกิจกรรมสอดแทรกระหว่างเรียน ด้านข้อมูลข่าวสาร เช่น จัดตั้งแหล่งประชาสัมพันธ์ข่าวสารให้นักศึกษา และด้านการให้ความช่วยเหลือ เช่น จัดตั้งแหล่งช่วยเหลือต่าง ๆ ได้แก่ กองทุนการศึกษาและแหล่งสนับสนุนอุปกรณ์การเรียน โดยจากงานวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางอารมณ์จากครอบครัวและเพื่อนจะทำให้นักศึกษาสามารถใช้วิธีการเชิงบวกเพื่อรับมือกับปัญหาได้ ในการสนับสนุนด้านการประเมินพบว่า นักศึกษามีความพึงพอใจต่อการสนับสนุนทางสังคมและมีคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลง ส่วนการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารพบว่า นักศึกษาพอใจต่อการที่มหาวิทยาลัยให้การสนับสนุนด้านข้อมูล

ข่าวสารอย่างเพียงพอ และในการสนับสนุนด้านการให้ความช่วยเหลือพบว่า นักศึกษาได้รับข้อมูลข่าวสารอย่างดี และมองว่าทางมหาวิทยาลัยและคณะเป็นสถาบันที่ให้ความช่วยเหลือในการเผชิญหน้ากับสถานการณ์ได้ ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมนั้นส่งผลกับภาวะสุขภาพกาย และจิตใจของมนุษย์ ตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานทาง

ด้านต่าง ๆ ของมนุษย์ ไม่ว่าจะเป็นด้านอารมณ์และความรู้สึกที่ช่วยทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมั่นคงการสนับสนุนทางสังคมด้านวัตถุ และ ข้อมูลข่าวสาร มีส่วนช่วยในการลดความเครียดที่นำไปสู่ภาวะวิกฤตสามารถปรับตัวและเผชิญกับความเครียดได้ (ดังภาพที่1)



ภาพที่ 1 แนวทางการใช้การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ในการจัดการความเครียด

Lazarus & Folkman

1. ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ
2. หาการสนับสนุนทางสังคม
3. เข้าหาศาสนา
4. ออกมาจากสถานการณ์ที่ตึงเครียด
5. ทำงานอดิเรก

การสนับสนุนทางสังคม

1. จัดตั้งศูนย์ให้คำปรึกษาหรือสายด่วน
2. จัดตั้งแหล่งช่วยเหลือต่าง ๆ เช่น กองทุนการสีกา แหล่งสนับสนุนอุปกรณ์การเรียน ประชาสัมพันธ์ข่าวสารที่จำเป็นให้แก่นักศึกษา และทำการคัดกรองภาวะสุขภาพจิตให้แก่นักศึกษา
3. จัดการพูดคุยระหว่างผู้ปกครอง นักศึกษา และอาจารย์ที่ปรึกษา
4. จัดทำแบบประเมินความเครียดให้แก่นักศึกษา
5. จัดกิจกรรมสอดแทรกในระหว่างการเรียนรู้

สรุป

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิตแบบใหม่ (New Normal) ทั้งภาครัฐและภาคประชาชนต้องมีการปรับตัวครั้งใหญ่เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ สำหรับสถาบันทางการศึกษาจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องปรับตัวด้วยการออกแบบการเรียนการสอนในรูปแบบออนไลน์ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน ทั้งนี้การปรับเปลี่ยนรูปแบบการใช้ชีวิตใหม่ท่ามกลางสถานการณ์นี้ ทำให้เกิดความกดดันอย่างมากโดยเฉพาะในนักศึกษาที่จำเป็นต้องปรับการเรียนในรูปแบบการเรียนในห้องเรียนปกติเป็นในรูปแบบออนไลน์ ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ และก่อให้เกิด

เกิดความเครียดขึ้นในกลุ่มนักศึกษา ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมเป็นทฤษฎีที่มีความสำคัญต่อการจัดการความเครียดจากการเรียนออนไลน์ในกลุ่มนักศึกษา ผ่านกระบวนการสร้างความผ่อนคลาย และสร้างที่พึ่งพิงทางจิตใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นปัจจุบัน ทั้งนี้การสนับสนุนทางสังคมยังมีส่วนช่วยในการสร้างความเข้มแข็งทางด้านจิตใจ ทำให้นักศึกษาสามารถจัดการกับความเครียดได้ และปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ สามารถเรียนออนไลน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และใช้ชีวิตในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้อย่างปกติสุข

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2564). รู้จักโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. สืบค้นเมื่อ ตุลาคม 20, 2564. จากเว็บไซต์ https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/ind_knowledge.php
- กรมควบคุมโรค. (2564). สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มาตรการสาธารณสุข และปัญหาอุปสรรคการป้องกันควบคุมโรคในผู้เดินทาง. สืบค้นเมื่อ ตุลาคม 20, 2564. จากเว็บไซต์ <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/2017420210820025238.pdf>
- กรมควบคุมโรค. (2564). สถานการณ์ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ในประเทศ. สืบค้นเมื่อ ตุลาคม 20, 2564. จากเว็บไซต์ <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/>
- กรมสุขภาพจิต. (2564). การประเมินสุขภาพจิต. สืบค้นจาก: <https://checkin.dmh.go.th/dashboard/index.php>

- กรมสุขภาพจิต. (2564). กรมสุขภาพจิต เผยวัยรุ่นไทย ปรึกษา “ปัญหาเครียด” มากสุด แนะนำเทคนิคจัดการความเครียด. สืบค้นเมื่อ ตุลาคม 20, 2564. จากเว็บไซต์ <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30188>
- กรรณิการ์ แสนสุภา, เอื้อทิพย์ คงกระพันธ์, อุมารณ สุขารมณ, และผกาวรรณ นันทะเสน. (2563). การปรับตัวของนักศึกษาในสถานการณ์โควิด-19. *วารสาร มจร มนุษยศาสตร์ปริทรรศน์*, 6(2), 83-97.
- คณิน จินตราปราโมทย์, และพรชัย สิทธิศรีณกุล. (2562). สรีรวิทยาความเครียดจากการทำงานและการแก้ปัญหาเมื่อเผชิญความเครียดในอาชีพแพทย์. *วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 26(2), 112-123.

- นพเก้า ฉันทสิริกุล และสุภาณี สนธิรัตน์. (2563). ทักษะทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกโดดเดี่ยวของนิสิตคณะวิศวกรรมศาสตร์ชั้นปีที่ 2 มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตบางเขน การประชุมงานเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาครั้งที่ 14. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยรังสิต.
- นิธิพันธ์ บุญเพิ่ม. (2553). ความเครียดและการจัดการความเครียดของนักศึกษาวิทยาลัยการแพทย์แผนไทย มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี. (การค้นคว้าอิสระวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ). มหาวิทยาลัยศิลปากร, เพชรบุรี.
- บริษัท วรธันย์ เทคโนโลยี จำกัด. (2564). การเรียนการสอนออนไลน์ คือ? สืบค้นจาก: https://www.worathan.co.th/Details/online_learning_Und_is_Que
- ราชบัณฑิตยสภา. (2564). ความเครียด. สืบค้นจาก: <https://dictionary.orst.go.th/>
- Engel, GL. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *The American journal of psychiatry*, 137(5), 535-544.
- Hefner, J., & Eisenberg, D. (2009). Social support and mental health among college students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 79(4), 491-499.
- House, J. S. (1987). Social support and social structure. *Sociological Forum*, 2(1), 135-146.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). Stress appraisal and coping. New York : Springer Publishing Company.
- Mai, Y., Wu, Y. J., and Huang, Y. (2021). What Type of Social Support Is Important for Student Resilience During COVID-19? A Latent Profile Analysis. *Frontiers in psychology*, 12, 1-11 <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.646145>
- Malik, M. & Javed, S. (2021). Perceived stress among university students in Oman during COVID-19-induced e-learning. *Middle East Current Psychiatry*, 28(49), 1-8.
- Park J, et al. (2013). Clarifying the links between social support and health: Culture, stress, and neuroticism matter. *Journal Health Psychology*, 18(2), 226-35.
- Prasertsong, Ch., Sanghirunruttana, J., & Kladkaew, 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.
- Rashid, S., Fayez, O., Ismail, H., amd Khan, R. F. (2021). Digital social support for undergraduate students during COVID-19: Pivotal support for the digital transformation. *Journal of public health research*, 10(4), 2148.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(4), 381-405.

- Schneiderman, N., Ironson, G., & Siegel, S. D. (2005). Stress and health: psychological, behavioral, and biological determinants. *Annual review of clinical psychology*, 1(1), 607-628.
- Wright, K. B., Rosenberg, J., Egbert, N., Ploeger, N. A., Bernard, D. R., and King, S. (2013). Communication competence, social support, and depression among college students: a model of facebook and face-to-face support network influence. *Journal of health communication*, 18(1), 41-57.



การศึกษาสิ่งก่อความเครียดและปฏิกิริยาต่อสิ่งก่อความเครียด
ในการเรียนออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง
จากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

**The Study of Stressors and Reactions to Stressors toward Online
Learning of Nursing Students in A Private University due to the
Corona Virus Diseases 2019 Pandemic Situation**

นิตดา กลิ่นทอง, กศ.ม., Nirada Klingthong, M.Ed.^{1*}

นิราศศิริ โรจนธรรมกุล, ศศ.ม., Nirassiri Rojanadhamkul, MS.²

กัญฐิกา เลิศสุวรรณ, พย.บ., Kanthika Lertsuwan, B.N.S.³

จิราวรรณ กล่อมเมฆ, Ph.D., Jirawan Klommek, Ph.D.⁴

¹อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์มิชชั่น มหาวิทยาลัยนานาชาติเอเชีย-แปซิฟิก เขตดุสิต กรุงเทพฯ

¹Lecture, Mission Faculty of Nursing, Asia-Pacific International University, Dusit, Bangkok

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์มิชชั่น มหาวิทยาลัยนานาชาติเอเชีย-แปซิฟิก เขตดุสิต กรุงเทพฯ

²Associate Professor, Mission Faculty of Nursing, Asia-Pacific International University, Dusit, Bangkok

³อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์มิชชั่น มหาวิทยาลัยนานาชาติเอเชีย-แปซิฟิก เขตดุสิต กรุงเทพฯ

³ Lecture, Mission Faculty of Nursing, Asia-Pacific International University, Dusit, Bangkok

⁴ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์มิชชั่น มหาวิทยาลัยนานาชาติเอเชีย-แปซิฟิก เขตดุสิต กรุงเทพฯ

⁴Associate Professor, Ph.D., Mission Faculty of Nursing, Asia-Pacific International University,
Dusit, Bangkok

*Corresponding Author Email: nirada@apiu.edu

Received: March 22, 2522

Revised: August 29, 2022

Accepted: December 6, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสิ่งก่อความเครียดและปฏิกิริยาต่อสิ่งก่อความเครียดในการเรียนออนไลน์ของนักศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์มิชชั่น มหาวิทยาลัยนานาชาติเอเชีย-แปซิฟิกจากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1-4 จำนวน 141 คน ซึ่งคัดเลือกด้วยการสุ่มแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล สิ่งก่อความเครียดระหว่างบุคคล

สิ่งก่อความเครียดภายนอกบุคคล และปฏิภพการตอบสนองต่อสิ่งก่อความเครียดในการเรียนออนไลน์ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.80, 1, และ 0.85 และค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.85, 0.91, และ 0.94 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย ความแปรปรวนทางเดียว และสมการถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน

ผลการวิจัย แสดงว่า สิ่งก่อความเครียดระหว่างบุคคล ร่วมกันทำนายปฏิภพการตอบสนองต่อสิ่งก่อความเครียดได้ ร้อยละ 42.7 และเพื่อนไม่แสดงความคิดเห็นขณะทำงานกลุ่มในเวลาเรียนออนไลน์ ทำนายได้มากที่สุด ร้อยละ 27.9 สิ่งก่อความเครียดภายนอกบุคคล ร่วมกันทำนายปฏิภพการตอบสนองต่อสิ่งก่อความเครียดได้ ร้อยละ 60.1 และสัญญาณอินเทอร์เน็ตไม่เสถียรทำนายได้มากที่สุด ร้อยละ 44.0 ผลการวิจัยจะเป็นแนวทางในการแก้ไขและวางแผนการจัดการเรียนการสอนให้เหมาะสมแก่นักศึกษาได้อย่างมีคุณภาพและบรรลุเป้าหมายของการศึกษาอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ: สิ่งก่อความเครียด ปฏิภพการตอบสนองต่อสิ่งก่อความเครียด การเรียนออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาล สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

Abstract

The objective of this research is to study stressors and students' reactions to the stressors in Online learning during COVID 19 pandemic at Mission Faculty of Nursing, Asia-Pacific International University. A simple random sample of 141 students was selected. The questionnaire includes personal information, interpersonal stressors, external stressors, and reactions to stressors in online learning. The content validity was examined by 3 experts in each section and result showed 0.80, 1, and 0.85. The reliability by Cronbach's Alpha of 0.85, 0.91, and 0.94. The data analysis was performed by using descriptive statistics, One-way ANOVA, and multiple regression by Stepwise Multiple Regression.

The results demonstrated interpersonal stressors contributed in predicting reactions to stressors at 42.7% and peers who did not express their opinions during group assignment yielded the strongest prediction reactions to the stressors. The external stressors predicted student's reactions to the stressors by 60.1%, and unstable internet signal had the most predictable factor of 44%. The findings can become guidelines for planning and developing the quality and suitable Online teaching and learning program for the students. That way, the objectives of education can be achieved effectively.

Keywords: stressors, reactions to stressors, online learning of nursing students, Corona Virus Diseases 2019 pandemic situation

บทนำ

สิ่งก่อความเครียด หมายถึง แรงกดดันหรือสิ่งเร้าที่มีอยู่ในสิ่งแวดล้อมภายในและสิ่งแวดล้อมภายนอกของบุคคล ซึ่งอาจจะรบกวนระบบสมดุลของบุคคล และอาจส่งผลต่อทางลบหรือทางบวกขึ้นอยู่กับการรับรู้และการแปลความหมายของสิ่งเร้าในขณะนั้นของแต่ละคน หากสิ่งก่อความเครียดทำให้ระบบของบุคคลเสียสมดุล บุคคลจะเกิดความเจ็บป่วยหรือแสดงปฏิกิริยาต่อสิ่งก่อความเครียด (Neuman & Fawcett, 2011) จากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รัฐบาลประกาศให้โรงเรียนและสถาบันการศึกษาทุกประเภทดัดแปลงหรือสถานที่เพื่อการเรียนการสอน การสอบ การฝึกอบรม หรือการทำกิจกรรมใด ๆ ที่มีผู้เข้าร่วมกิจกรรมเป็นจำนวนมาก (ข้อกำหนด ออกตามความในมาตรา ๙ แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๔๘ (ฉบับที่ ๒๓), 2564) คณะพยาบาลศาสตร์ จึงปรับการเรียนการสอนเป็นรูปแบบออนไลน์ ส่งผลให้นักศึกษาเกิดความเครียดเนื่องจากการเรียนออนไลน์ ทำให้ไม่เข้าใจเนื้อหาของบทเรียนอย่างลึกซึ้งและการที่ต้องเรียนผ่านหน้าจอเป็นเวลานาน (พิไลพร สุขเจริญ และคณะ, 2564) จากการศึกษาความเครียดในการเรียนออนไลน์ของนักศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ แสดงว่า นักศึกษามีระดับความเครียดปานกลาง (ชฎาภา ประเสริฐทรง, จรินทร์พร แสงหิรัญรัตน, และพรพนา กลัดแก้ว, 2564) สำหรับการศึกษาในประเทศฟิลิปปินส์แสดงว่า นักศึกษาพยาบาล ร้อยละ 61.1 มีระดับความเครียดสูงในการเรียนออนไลน์ (Oducado & Estoque, 2021) ส่วนการสำรวจผลกระทบของการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระหว่างเดือนมีนาคม-เมษายน พ.ศ. 2564 ขององค์การยูนิเซฟร่วมกับสภาเด็กและเยาวชน

แห่งประเทศไทย แสดงว่าเด็กอายุ 15-19 ปี จำนวน 6,771 คน หรือร้อยละ 70 มีความเครียดและวิตกกังวลในการเรียนออนไลน์ (Nation Online, 2564) ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า การเรียนออนไลน์ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้เกิดสิ่งก่อความเครียดและทำให้นักศึกษาเกิดปฏิกิริยาต่อสิ่งก่อความเครียด ได้แก่ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ปวดศีรษะ กล้ามเนื้อตึงตัว ปวดหลัง หัวใจเต้นเร็ว ใจสั่น รู้สึกคับข้องใจ กระสับกระส่าย กัดฟัน ถูกบีบคั้น กลัว วิตกกังวล เสียใจ (พรพรรณ ศรีโสภ และธนวรรณ อาษารัฐ, 2560) ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพการศึกษาของประเทศ

ทฤษฎีระบบของนิวแมน (Neuman System Model) กล่าวว่า สิ่งก่อความเครียด (Stressors) ที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ทางลบกับระบบผู้รับบริการ คือแรงกดดันที่ทำให้ระบบของผู้รับบริการเสียสมดุล ประกอบด้วย 1) สิ่งก่อความเครียดภายในบุคคล (Intrapersonal stressors) คือ สิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความเครียดด้านร่างกายจิตใจ จิตวิญญาณ สังคมวัฒนธรรม และพัฒนาการ 2) สิ่งก่อความเครียดระหว่างบุคคล (Interpersonal stressors) คือ สิ่งเร้าที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัวและนอกครอบครัว และ 3) สิ่งก่อความเครียดภายนอกบุคคล (Extrapersonal stressors) คือ สิ่งเร้าที่เกี่ยวข้องกับแหล่งประโยชน์และสิ่งอำนวยความสะดวก สำหรับปฏิกิริยาต่อสิ่งก่อความเครียด (Reaction to stressors) คือ ความเจ็บป่วยหรือการเบี่ยงเบนจากภาวะสุขภาพดี หรือความไม่สมดุลของระบบผู้รับบริการ (Neuman & Fawcett, 2011) สำหรับการวิจัยนี้นำกรอบแนวคิดของนิวแมนเกี่ยวกับสิ่งก่อความเครียดระหว่างบุคคลมาปรับใช้ ประกอบด้วย เพื่อน อาจารย์ และครอบครัว พบว่า นักศึกษาพยาบาล

ที่ได้รับการสนับสนุนอย่างดีจากเพื่อน อาจารย์ และครอบครัว ทำให้มีความเครียดต่ำในการเรียนออนไลน์ (กัลยรัตน์ มงคล และคณะ, 2564) สิ่งก่อความเครียดภายนอกบุคคล คือ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและอุปกรณ์ในการเรียนออนไลน์ เช่น เสียง ความร้อน ความล่าช้าของการรับส่งข้อมูลของอุปกรณ์สื่อสารออนไลน์ ความเสถียรของคลื่นสัญญาณอินเทอร์เน็ตขณะเรียนออนไลน์ มีสหสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดในการเรียนออนไลน์ (ชฎาภา ประเสริฐทรง และคณะ, 2564)

คณะพยาบาลศาสตร์มิชชั่น มหาวิทยาลัยนานาชาติเอเชีย-แปซิฟิก ประกาศให้นักศึกษาทุกชั้นปี กลับบ้าน และปรับการเรียนการสอนเป็นแบบออนไลน์ เพื่อให้สอดคล้องกับมาตรการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของรัฐบาล คณะผู้วิจัยซึ่งเป็นอาจารย์ผู้สอน พบสิ่งก่อความเครียดของนักศึกษาในการเรียนออนไลน์วิชาสุขภาพจิตและจิตเวช คือ สัญญาณอินเทอร์เน็ตไม่เสถียร หรือสัญญาณหลุดบ่อย ภาพและเสียงของอาจารย์สะดุด โทรศัพท์มือถือ หรือคอมพิวเตอร์ร้อนมาก และนักศึกษาเกิดปฏิกิริยาต่อสิ่งก่อความเครียด คือ ปวดศีรษะ ปวดตา รวมทั้งงานวิจัยเกี่ยวกับสิ่งก่อความเครียด และปฏิกิริยาต่อสิ่งก่อความเครียดในการเรียนออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ยังมีไม่มากนัก จึงสนใจศึกษาประเด็นดังกล่าว เพื่อนำผลการวิจัยไปเป็นแนวทางในการแก้ไข และวางแผนการจัดการเรียนการสอนให้เหมาะสมกับนักศึกษาได้อย่างมีคุณภาพและบรรลุเป้าหมายของการศึกษาอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของสิ่งก่อความเครียดระหว่างบุคคลกับปฏิกิริยาต่อสิ่งก่อความเครียดในการเรียนออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาล

2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของสิ่งก่อความเครียดภายนอกบุคคลกับปฏิกิริยาต่อสิ่งก่อความเครียดในการเรียนออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาล

สมมติฐานการวิจัย

1. สิ่งก่อความเครียดระหว่างบุคคลสามารถทำนายปฏิกิริยาต่อสิ่งก่อความเครียดในการเรียนออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาล
2. สิ่งก่อความเครียดภายนอกบุคคลสามารถทำนายปฏิกิริยาต่อสิ่งก่อความเครียดในการเรียนออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาล

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีระบบของนิวแมน (Neuman System Model) เป็นแนวทางในการศึกษาสิ่งก่อความเครียด และปฏิกิริยาต่อสิ่งก่อความเครียดในการเรียนออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาล จากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งนิวแมน กล่าวว่า ผู้รับบริการหรือคนเป็นระบบเปิดและมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา และในสิ่งแวดล้อมมีสิ่งก่อความเครียด (Stressors) ซึ่งเป็นแรงรบกวนที่ทำให้ระบบของผู้รับบริการเสียสมดุล และส่งผลให้ผู้รับบริการเกิดปฏิกิริยาต่อสิ่งก่อความเครียด (Reaction to stressors) คือ ความเจ็บป่วยหรือการเปี่ยงเบนจากภาวะสุขภาพดี ซึ่งสิ่งก่อความเครียด ประกอบด้วย 1) สิ่งก่อความเครียดภายในบุคคล (Intrapersonal stressors) คือ สิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความเครียดด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ สังคมวัฒนธรรม และพัฒนาการ 2) สิ่งก่อความเครียดระหว่างบุคคล (Interpersonal stressors) คือ สิ่งเร้าที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัว และนอกครอบครัว และ 3) สิ่งก่อความเครียดภายนอกบุคคล (Extrapersonal stressors) คือ สิ่งเร้าที่

เกี่ยวข้องกับแหล่งประโยชน์และสิ่งอำนวยความสะดวก
ในชุมชนของผู้รับบริการในการวิจัยครั้งนี้ ศึกษาสิ่งก่อ
ความเครียดในการเรียนออนไลน์ของนักศึกษา คือ
สิ่งแวดล้อมระหว่างบุคคล ได้แก่ เพื่อน อาจารย์ และ
ครอบครัว และสิ่งแวดล้อมภายนอกบุคคล ได้แก่
สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและอุปกรณ์ในการเรียน
ออนไลน์ และปฏิกิริยาต่อสิ่งก่อความเครียด (Reaction
to stressors) คือ อาการตอบสนองของบุคคลที่
ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดความเครียดในการเรียนออนไลน์
ประกอบด้วย 1) ด้านร่างกาย เช่น กล้ามเนื้อตึงตัว ปวดตา ปวดศีรษะ
ปวดหลัง เป็นต้น 2) ด้านจิตใจและอารมณ์ เช่น หงุดหงิด
จากอากาศร้อน กังวลเรื่องสัญญาณอินเทอร์เน็ต
ไม่เสถียร เป็นต้น และ 3) ด้านพฤติกรรม เช่น พุดคุย
พบปะผู้คนน้อยลง ขาดความกระตือรือร้น/เฉื่อยชา
 เป็นต้น (Neuman & Fawcett, 2011)

นิยามปฏิบัติการ

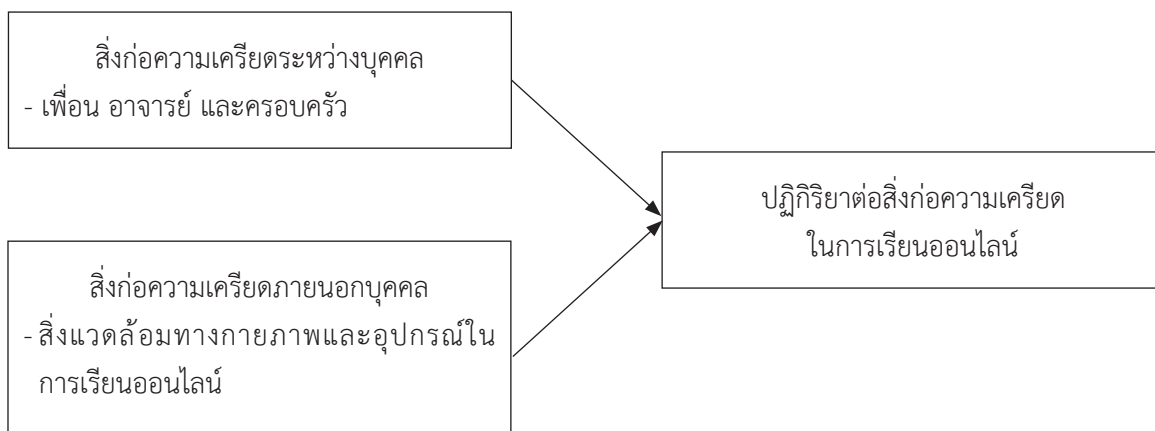
สิ่งก่อความเครียด (Stressors) หมายถึง
แรงรบกวนระหว่างบุคคล ได้แก่ เพื่อน อาจารย์ และ
ครอบครัว เช่น เพื่อนไม่ช่วยเหลือทำงานกลุ่ม อาจารย์
ขาดความชำนาญในการใช้เทคโนโลยี ครอบครัวให้
ช่วยงานในขณะที่เรียนออนไลน์ เป็นต้น และแรงรบกวน
ภายนอกบุคคล ได้แก่ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและ

อุปกรณ์ในการเรียนออนไลน์ เช่น เสียงดังรบกวนขณะ
เรียนออนไลน์ อุปกรณ์ในการเรียนออนไลน์ไม่ทันสมัย
 เป็นต้น

**ปฏิกิริยาต่อสิ่งก่อความเครียดในการเรียน
ออนไลน์ (Reaction to Stressors in Online
Learning)** หมายถึง การตอบสนองของบุคคล โดย
การแสดงอาการที่ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดความเครียด
ในการเรียนรู้ผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต ประกอบด้วย
1) ด้านร่างกาย เช่น กล้ามเนื้อตึงตัว ปวดตา ปวดศีรษะ
ปวดหลัง เป็นต้น 2) ด้านจิตใจและอารมณ์ เช่น หงุดหงิด
จากอากาศร้อน กังวลเรื่องสัญญาณอินเทอร์เน็ต
ไม่เสถียร เป็นต้น และ 3) ด้านพฤติกรรม เช่น พุดคุย
พบปะผู้คนน้อยลง ขาดความกระตือรือร้น/เฉื่อยชา
 เป็นต้น

นักศึกษาพยาบาล หมายถึง นักศึกษาชั้นปีที่ 1-4
กำลังศึกษาภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2564 คณะ
พยาบาลศาสตร์มิชชั่น มหาวิทยาลัยนานาชาติเอเชีย-
แปซิฟิก

**สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส
โคโรนา 2019** หมายถึง การแพร่กระจายของเชื้อ
ไวรัสโคโรนา 2019 จากสัตว์สู่คน หรือจากคนสู่คน
ทำให้มีอัตราผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตจากเชื้อไวรัส
โคโรนา 2019 เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและเป็นจำนวนมาก
(ดังภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนาเชิงทำนาย (Descriptive predictive research)

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์มิชชั่น มหาวิทยาลัยนานาชาติเอเชีย-แปซิฟิก ชั้นปีที่ 1-4 ภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2564 รวมทั้งหมด 222 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากตารางสำเร็จรูปของเครจซีและมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ได้จำนวน 141 คน ซึ่งสุ่มเจาะและลงชื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัย แล้วสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) เป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1 จำนวน 39 คน ชั้นปีที่ 2 จำนวน 46 คน ชั้นปีที่ 3 จำนวน 27 คน และนักศึกษาชั้นปีที่ 4 จำนวน 29 คน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ ชั้นปีที่ศึกษา ภูมิลำเนาที่นักศึกษาเรียนออนไลน์ และลักษณะที่อยู่อาศัย จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามสิ่งก่อความเครียดระหว่างบุคคล พัฒนาจากแบบสอบถามของ

กัลยรัตน์ มงคล และคณะ (2564) จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย ด้านเพื่อน จำนวน 5 ข้อ เช่น เพื่อนไม่แสดงความคิดเห็นขณะทำงานกลุ่มในเวลาเรียนออนไลน์ เป็นต้น ด้านอาจารย์ จำนวน 5 ข้อ เช่น อาจารย์ไม่หยุดพักระหว่างชั่วโมงเรียน เป็นต้น และด้านครอบครัว จำนวน 5 ข้อ เช่น ผู้ปกครองขาดการใส่ใจการเรียนออนไลน์ที่บ้าน เป็นต้น โดยให้นักศึกษาตอบแบบสอบถามด้วยตนเองเป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ คะแนน 1 (เห็นด้วยน้อยที่สุด) ถึง 5 (เห็นด้วยมากที่สุด) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 15-75 คะแนน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.80 และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.85

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามสิ่งก่อความเครียดภายนอกบุคคล พัฒนาจากแบบสอบถามของ ชฎาภา ประเสริฐทรง และคณะ (2564) : กัลยรัตน์ มงคล และคณะ (2564) ประกอบด้วย ด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ จำนวน 5 ข้อ เช่น ระดับแสงสว่างไม่เพียงพอในขณะที่เรียนออนไลน์ เป็นต้น และด้านอุปกรณ์ในการเรียนออนไลน์จำนวน 5 ข้อ เช่น สัญญาณอินเทอร์เน็ตไม่เสถียร เป็นต้น รวม 10 ข้อ

โดยให้นักศึกษาตอบแบบสอบถาม เป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ คะแนน 1 (เห็นด้วยน้อยที่สุด) ถึง 5 (เห็นด้วยมากที่สุด) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 10-50 คะแนน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1 และค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.91

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปฏิกิริยาต่อสิ่งก่อความเครียดในการเรียนออนไลน์ พัฒนาจากแบบสอบถามของโรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2550) : ชูภาภา ประเสริฐทรง และคณะ (2564) จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย ด้านร่างกาย จำนวน 6 ข้อ เช่น ข้าพเจ้ามีอาการปวดตา เนื่องจากนั่งจอหน้าจอนานเป็นเวลานาน เป็นต้น ด้านจิตใจและอารมณ์ จำนวน 9 ข้อ เช่น ข้าพเจ้ารู้สึกหงุดหงิดเมื่อภาพหรือสไลด์ไม่ตรงกับเสียงของผู้สอน เป็นต้น และด้านพฤติกรรม จำนวน 5 ข้อ เช่น ข้าพเจ้าขาดความกระตือรือร้น/เฉื่อยชาในการเรียนออนไลน์ เป็นต้น โดยให้นักศึกษาตอบแบบสอบถาม เป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ คะแนน 1 (เห็นด้วยน้อยที่สุด) ถึง 5 (เห็นด้วยมากที่สุด) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20-100 คะแนน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.85 และค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.94

เกณฑ์การแปลความหมายของระดับคะแนนเฉลี่ย คำนวณจากช่วงคะแนนเฉลี่ยตามโค้งปกติ (พงศเทพ จิระโร, 2553) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1-1.49 หมายถึง นักศึกษามีปฏิกิริยาต่อสิ่งก่อความเครียดน้อยที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง นักศึกษามีปฏิกิริยาต่อสิ่งก่อความเครียดน้อย

คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง นักศึกษามีปฏิกิริยาต่อสิ่งก่อความเครียดปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง นักศึกษามีปฏิกิริยาต่อสิ่งก่อความเครียดมาก

คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง นักศึกษามีปฏิกิริยาต่อสิ่งก่อความเครียดมากที่สุด

4. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรม (RRDC 2021-155) คณะผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัยอย่างละเอียดให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจเป็นอย่างดีก่อนที่จะตอบแบบสอบถาม และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะปฏิเสธการตอบแบบสอบถามได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ และจะเปิดเผยในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยเก็บข้อมูลเดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 โดยทำหนังสือขออนุญาตคณะบดี คณะพยาบาลศาสตร์มิชชั่น และทำนัดหมายกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ การพิทักษ์สิทธิ โดยอธิบายรายละเอียดของการวิจัย และขอความร่วมมือเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะให้ลงนามแสดงความยินยอมในเอกสารเข้าร่วมการวิจัย ขณะกลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถาม คณะผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลา และตอบข้อสงสัยจนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ ใช้เวลาในการทำแบบสอบถามประมาณ 20-25 นาที

6. วิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยคำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) และสมการถดถอยพหุคูณแบบ ขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง แสดงว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 91.50) กำลังศึกษาอยู่ใน ชั้นปีที่ 2 (ร้อยละ 32.62) มีภูมิลำเนาอยู่นอกเขตกรุงเทพ และปริมณฑล (ร้อยละ 81.60) และอาศัยอยู่ที่บ้าน (ร้อยละ

81.60) รองลงมา คือ หอพัก (ร้อยละ 14.90)

2. ปฏิกริยาต่อสิ่งก่อความเครียดในการเรียนออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาลระหว่างสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แสดงว่า นักศึกษามีปฏิกริยาต่อสิ่งก่อความเครียดโดยรวม อยู่ใน ระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.71, SD = 0.84) เมื่อพิจารณา รายด้าน พบว่า ด้านจิตใจและอารมณ์ มีคะแนนเฉลี่ย สูงที่สุด แต่ยังอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.89, SD = 0.96) รองลงมา คือ ด้านร่างกาย ($\bar{X}$ = 2.85, SD = 0.99) และด้านพฤติกรรม ($\bar{X}$ = 2.21, SD = 0.95) ตามลำดับ (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนเฉลี่ยของปฏิกริยาต่อสิ่งก่อความเครียดในการเรียนออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาลระหว่างสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (n = 141)

ปฏิกริยาต่อสิ่งก่อความเครียด	$\bar{X}$	SD	แปลผล
ด้านร่างกาย	2.85	0.99	ปานกลาง
ด้านจิตใจและอารมณ์	2.89	0.96	ปานกลาง
ด้านพฤติกรรม	2.21	0.95	น้อย
โดยรวม	2.71	0.84	ปานกลาง

3. อำนาจการทำนายสิ่งก่อความเครียดระหว่างบุคคลกับปฏิกริยาต่อสิ่งก่อความเครียดในการเรียนออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาล แสดงว่า สิ่งก่อความเครียดระหว่างบุคคล ได้แก่ เพื่อนไม่แสดงความ คิดเห็นขณะทำงานกลุ่มในเวลาเรียนออนไลน์ อาจารย์ ขาดการใส่ใจ/ไม่สังเกต/ไม่ทักทาย/ไม่รับฟังความคิดเห็น เมื่ออินเทอร์เน็ตของนักศึกษาหลุด หรือเข้าเรียนสาย เพราะสัญญาณไม่ดี สมาชิกในครอบครัวมีพฤติกรรม และกิจกรรมที่รบกวนขณะเรียนออนไลน์ เช่น พุด/เล่น/

ทำงาน/กิจกรรมอื่น ๆ เสียงดัง เพื่อนรบกวนในขณะที่ เรียนออนไลน์ เช่น เปิดไมโครโฟน โทรมาหาหรือไลน์ มาถามเรื่องต่าง ๆ เป็นต้น สามารถร่วมกันทำนาย ปฏิกริยาต่อสิ่งก่อความเครียดในการเรียนออนไลน์ของ นักศึกษาพยาบาลได้ ร้อยละ 42.7 (R^2 = 0.427, p < 0.05) และเพื่อนไม่แสดงความ คิดเห็นขณะทำงานกลุ่มใน เวลาเรียนออนไลน์ สามารถทำนายได้มากที่สุด ร้อยละ 27.9 (b = 0.422, p < 0.001) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบ Stepwise ในการพยากรณ์สิ่งก่อความเครียดระหว่างบุคคล กับปฏิกิริยาต่อสิ่งก่อความเครียดในการเรียนออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาล (n = 141)

Independent Variables	b	Beta	t	p-value
เพื่อนไม่แสดงความคิดเห็นขณะทำงานกลุ่มในเวลาเรียนออนไลน์ (X_1)	0.220	0.275	3.441***	.001
อาจารย์ขาดการใส่ใจ/ไม่สังเกต/ไม่ทักทาย/ไม่รับฟังความคิดเห็น เมื่ออินเทอร์เนตของนักศึกษาหลุดหรือเข้าสาย เพราะสัญญาณไม่ดี (X_2)	0.152	0.227	2.971**	.004
pสมาชิกในครอบครัวมีพฤติกรรมและกิจกรรมที่รบกวนขณะเรียนออนไลน์ เช่น พุด/เล่น/ทำงาน/กิจกรรมอื่น ๆ เสียดัง (X_3)	0.139	0.193	2.544*	.012
เพื่อนรบกวนขณะเรียนออนไลน์ เช่น เปิดไมค์โครโฟนโทรมาหาหรือไลน์มาถามเรื่องต่าง ๆ เป็นต้น (X_4)	0.153	0.165	2.035*	.044
Constant = 1.375, $R^2 = 0.427$, $F = 25.289$, $p = .000$				

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

จากตารางที่ 2 สามารถเขียนสมการในรูปคะแนนดิบ ได้ดังนี้ ปฏิกิริยาต่อสิ่งก่อความเครียด = $1.375 + 0.220X_1 + 0.152X_2 + 0.139X_3 + 0.153X_4$

4. อำนาจการทำนายสิ่งก่อความเครียดภายนอกบุคคลกับปฏิกิริยาต่อสิ่งก่อความเครียดในการเรียนออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาล แสดงว่า สิ่งก่อความเครียดภายนอกบุคคล ได้แก่ สัญญาณอินเทอร์เน็ตไม่เสถียร สภาพอากาศบริเวณที่เรียนออนไลน์ร้อนอบอ้าว อากาศไม่ถ่ายเท ทำให้ไม่มีสมาธิในการเรียน พื้นที่จัดเก็บข้อมูลในอุปกรณ์การเรียนออนไลน์ไม่เพียงพอ อุปกรณ์ที่ใช้ในการเรียนออนไลน์เสื่อมประสิทธิภาพ เช่น

เครื่องร้อนเร็วมาก แบตเตอรี่หมดเร็ว เป็นต้น สามารถร่วมกันทำนายปฏิกิริยาต่อสิ่งก่อความเครียดในการเรียนออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาลได้ ร้อยละ 60.1 ($R^2 = 0.601$, $p < 0.01$) สัญญาณอินเทอร์เน็ตไม่เสถียรสามารถทำนายปฏิกิริยาต่อสิ่งก่อความเครียดในการเรียนออนไลน์ได้มากที่สุดร้อยละ 44.0 ($b = 0.441$, $p < 0.001$) (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบ Stepwise ในการพยากรณ์สิ่งก่อความเครียดภายนอกบุคคล กับปฏิกิริยาต่อสิ่งก่อความเครียดในการเรียนออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาล (n = 141)

Independent Variables	b	Beta	t	p-value
สัญญาณอินเทอร์เน็ตไม่เสถียร (X_1)	0.411	0.663	3.214**	.002
สภาพอากาศบริเวณที่เรียนออนไลน์ ร้อนอบอ้าว อากาศไม่ถ่ายเททำให้ไม่มีสมาธิในการเรียน (X_2)	0.161	0.259	3.004**	.003
พื้นที่จัดเก็บข้อมูลในอุปกรณ์การเรียนออนไลน์ไม่เพียงพอ (X_3)	0.141	0.202	3.444***	.001
อุปกรณ์ที่ใช้ในการเรียนออนไลน์เสื่อมประสิทธิภาพ เช่น เครื่องร้อนเร็วมาก แบตเตอรี่หมดเร็ว เป็นต้น (X_4)	0.189	0.262	3.287***	.001
Constant = 1.119, $R^2 = 0.601$, $F = 51.237$, $p = .000$				

** $p < .01$, *** $P < .001$

จากตารางที่ 3 สามารถเขียนสมการในรูปคะแนนดิบ ได้ดังนี้ ปฏิกิริยาต่อสิ่งก่อความเครียด = $1.119 + 0.411X_1 + 0.161X_2 + 0.141X_3 + 0.189X_4$

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาล ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง กำลังศึกษาอยู่ในชั้นปีที่ 2 มีภูมิลำเนาอยู่นอกเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลและอาศัยอยู่ที่บ้าน มีปฏิกิริยาต่อสิ่งก่อความเครียดในการเรียนออนไลน์โดยรวม โดยมีด้านร่างกาย ด้านจิตใจและอารมณ์ อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านพฤติกรรม อยู่ในระดับน้อย

สิ่งก่อความเครียดระหว่างบุคคลที่ร่วมทำนายปฏิกิริยาต่อสิ่งก่อความเครียดในการเรียนออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาลได้ ร้อยละ 42.7 และเพื่อนไม่แสดงความคิดเห็นขณะทำงานกลุ่มในเวลาเรียนออนไลน์สามารถทำนายได้มากที่สุด ร้อยละ 27.9

สิ่งก่อความเครียดภายนอกบุคคลที่ร่วมทำนายปฏิกิริยาต่อสิ่งก่อความเครียดในการเรียนออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาลได้ ร้อยละ 60.1 และสัญญาณอินเทอร์เน็ตไม่เสถียรสามารถทำนายได้มากที่สุด ร้อยละ 44.0

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้อภิปรายผลตามสมมติฐาน ดังนี้

1. สิ่งก่อความเครียดระหว่างบุคคลสามารถทำนายปฏิกิริยาต่อสิ่งก่อความเครียดในการเรียนออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาล ผลการวิจัยสอดคล้องกับสมมติฐาน แสดงว่า สิ่งก่อความเครียดระหว่างบุคคลที่สามารถทำนายปฏิกิริยาต่อสิ่งก่อความเครียดในการเรียนออนไลน์ได้มากที่สุด (ร้อยละ 27.9) คือ เพื่อนไม่แสดงความคิดเห็นขณะทำงานกลุ่มในเวลาเรียนออนไลน์ และสิ่งก่อความเครียดระหว่างบุคคลที่ร่วมทำนายปฏิกิริยาต่อสิ่งก่อความเครียดในการเรียนออนไลน์ของนักศึกษา ได้แก่ เพื่อนไม่แสดงความคิดเห็นขณะทำงานกลุ่มในเวลาเรียนออนไลน์ อาจารย์ขาดการใส่ใจ/ไม่สังเกต/ไม่ทักทาย/ไม่รับฟังความคิดเห็น เมื่ออินเทอร์เน็ตของนักศึกษาหลุด หรือเข้าเรียนสายเพราะสัญญาณไม่ดี สมาชิกในครอบครัวมีพฤติกรรมและกิจกรรมที่รบกวนขณะเรียนออนไลน์ เช่น พุด/เล่น/ทำงาน/กิจกรรมอื่น ๆ

เสียงดัง เพื่อนรบกวนในขณะที่เรียนออนไลน์ เช่น เปิด ไมโครโฟน โทรมาหาหรือไลน์มาถามเรื่องต่าง ๆ เป็นต้น สามารถร่วมกันทำนายได้ ร้อยละ 42.7 แสดงว่า เพื่อน อาจารย์ และครอบครัว เป็นสิ่งแวดล้อมภายนอก และเป็นแหล่งของสิ่งก่อความเครียดระหว่างบุคคล ที่ส่งผลให้นักศึกษาเกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งก่อความเครียดในการเรียนออนไลน์ (Neuman & Fawcett, 2011) อาจเป็นเพราะว่า การจัดการเรียนการสอนแบบออนไลน์เป็นสิ่งที่นักศึกษาไม่เคยประสบมาก่อน เมื่อเกิดเหตุการณ์ดังกล่าว อาจส่งผลต่อคะแนนและความรู้ความเข้าใจเนื้อหาไม่ต่อเนื่อง จึงทำให้นักศึกษาแสดงอาการที่เสี่ยงต่อการเกิดความเครียด ได้แก่ วิดกกังวลว่าผลการเรียนจะแย่ง เนื่องจากขาดสมาธิในการเรียนออนไลน์ เพราะถูกรบกวนจากสมาชิกในครอบครัว หรือเพื่อนลืมนปิด ไมโครโฟนทำให้มีเสียงแทรกเข้ามาขณะเรียน ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาของกัลยรัตน์ มงคล และคณะ (2564) พบว่า การสนับสนุนของครอบครัว เพื่อน และอาจารย์มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในการเรียนออนไลน์ แสดงว่าถ้าครอบครัว เพื่อน และอาจารย์ให้การสนับสนุนการเรียนออนไลน์ที่เหมาะสมทำให้นักศึกษาที่มีความเครียดในการเรียนออนไลน์น้อยลง

2. สิ่งก่อความเครียดภายนอกบุคคลสามารถทำนายปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งก่อความเครียดในการเรียนออนไลน์ของนักศึกษายาบาล ผลการวิจัยสอดคล้องกับสมมติฐาน แสดงว่า สัญญาณอินเทอร์เน็ตไม่เสถียร เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งก่อความเครียดในการเรียนออนไลน์ได้มากที่สุด ร้อยละ 44.0 และปัจจัยที่ร่วมทำนายปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งก่อความเครียดในการเรียนออนไลน์ของนักศึกษา ได้แก่ สัญญาณอินเทอร์เน็ตไม่เสถียร สภาพอากาศบริเวณที่เรียนออนไลน์ ร้อนอบอ้าว อากาศไม่ถ่ายเททำให้ไม่มีสมาธิในการเรียน พื้นที่จัดเก็บข้อมูลในอุปกรณ์การเรียนออนไลน์ไม่เพียงพอ อุปกรณ์ที่ใช้ในการเรียนออนไลน์เสื่อมประสิทธิภาพ เช่น เครื่องร้อน

เร็วมาก แบตเตอรี่หมดเร็ว เป็นต้น โดยสามารถทำนายได้ ร้อยละ 60.1 แสดงว่า นักศึกษาที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และ/หรือ มีอุปกรณ์ในการเรียนออนไลน์ที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งก่อความเครียดเพิ่มขึ้น สามารถอธิบายได้ว่า สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และอุปกรณ์ในการเรียนออนไลน์เป็นสิ่งก่อความเครียดภายนอกบุคคลที่เป็นสิ่งรบกวนให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งก่อความเครียดในการเรียนออนไลน์ ได้แก่ รู้สึกหงุดหงิดเมื่อภาพหรือสไลด์ไม่ตรงกับเสียงของอาจารย์ รู้สึกกังวลเมื่อเสียงพูดของอาจารย์ผู้สอนขาดหายเป็นช่วง ๆ รู้สึกกังวลว่าอาจจะมีอุปสรรคขณะสอบออนไลน์ เช่น ไฟดับ สัญญาณอินเทอร์เน็ตไม่เสถียร เป็นต้น รู้สึกกังวลหรือกลัวโดนตัดคะแนน เนื่องจากส่งงานล่าช้าเพราะอินเทอร์เน็ตไม่เสถียร กังวลว่าอินเทอร์เน็ตจะหลุดเมื่อต้องส่งงานทางออนไลน์ กลัวเรียนไม่ทันเนื่องจากอินเทอร์เน็ตไม่เสถียร เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาของพิไลพร สุขเจริญ และคณะ (2564) ที่พบว่าสัญญาณอินเทอร์เน็ตและสิ่งแวดล้อมระหว่างเรียนส่งผลกระทบต่อการเรียนออนไลน์ หากสถานที่เรียนออนไลน์มีสัญญาณอินเทอร์เน็ตดี และสิ่งแวดล้อมเงียบสงบ เป็นส่วนตัว นักศึกษาพยาบาลจะเกิดสมาธิในการเรียน และใกล้เคียงกับการศึกษาของชฎาภา ประเสริฐทรง และคณะ (2564) ที่พบว่า อุปสรรคของการสื่อสารออนไลน์ด้านความเสถียรของคลื่นหรืออินเทอร์เน็ตของเครือข่ายมีความสัมพันธ์กับความเครียดในการเรียนออนไลน์ ทำให้นักศึกษาเบื่อหน่ายเมื่ออินเทอร์เน็ตหลุดขณะส่งงาน เรียนไม่รู้เรื่อง และรู้สึกไม่สบายใจเมื่อภาพหรือสไลด์ไม่ตรงกับเสียงของผู้สอน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัย สิ่งก่อความเครียดด้านเพื่อน อาจารย์ ครอบครัว สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และอุปกรณ์ที่ใช้ในการเรียนออนไลน์ไม่เหมาะสม สามารถ

ทำนายปฏิกิริยาต่อสิ่งก่อความเครียดในการเรียนออนไลน์ ดังนั้นผู้บริหารสถานศึกษาควรสร้างความรู้ความเข้าใจ และการเตรียมความพร้อมในการเรียนออนไลน์ของนักศึกษา การพัฒนาทักษะการสอนออนไลน์และการวางแผนการจัดการเรียนที่เหมาะสมสำหรับอาจารย์ รวมทั้งส่งเสริมและพัฒนาสิ่งอำนวยความสะดวกในการสอนออนไลน์ให้ทันสมัยและเพียงพอกับการจัดการเรียนการสอน เช่น คอมพิวเตอร์ และสัญญาณอินเทอร์เน็ต เป็นต้น เพื่อบรรลุเป้าหมายของการศึกษาอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

สิ่งก่อความเครียดด้านเพื่อน อาจารย์ ครอบครัว สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และอุปกรณ์ที่ใช้ในการเรียนออนไลน์ ส่งผลให้นักศึกษามีปฏิกิริยาต่อสิ่งก่อความเครียด ในการทำวิจัยครั้งต่อไปจึงควรพัฒนาโปรแกรม

การจัดการเรียนการสอนที่ช่วยส่งเสริมสุขภาวะทางจิตในการเรียนออนไลน์ หรือทำวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาการปรับตัวในการเผชิญความเครียดของนักศึกษาพยาบาลในการเรียนออนไลน์ รวมทั้งการวิจัยความฉลาดทางอารมณ์ดิจิทัล (Digital Emotional Intelligence: DEQ) เพื่อศึกษาความฉลาดทางอารมณ์ดิจิทัลของนักศึกษาในการเรียนออนไลน์ที่เกี่ยวกับความสามารถในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่นผ่านสื่อดิจิทัล เช่น การเอาใจใส่ผู้อื่น การแสดงน้ำใจ และการช่วยเหลือผู้อื่นบนโลกออนไลน์

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ คณะพยาบาลศาสตร์มичั้น และมหาวิทยาลัยนานาชาติเอเชีย-แปซิฟิก ที่สนับสนุนเวลาและงบประมาณในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *แบบประเมินความเครียด กรมสุขภาพจิต (SPST-20)*. สืบค้นจาก: http://envocc.ddc.moph.go.th/uploads/%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%8A%E0%B8%B8%E0%B8%A1/20-21_11_61/C_4.pdf
กัลยรัตน์ มงคล, สุพิณญา เรือนอินทร์, สุทธิดา วัฒนะ, ปิยฉัตร ใจยะสาร, อรนิภา แสงอินทร์, กัลยา หยกลาภอุดมศรี, ... นภัสวรรณ ภาภิร. (2564). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการเรียนออนไลน์ของนิสิตพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยนเรศวร*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก.

ชฎาภา ประเสริฐทรง, จรินทร์วรรณ แสงหิรัญรัตน, และพรชญา กลัดแก้ว. (2564). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการเรียนออนไลน์ จากสถานการณ์โควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาล*. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา, 15*(1), 14-28.
พงศ์เทพ จิระโร. (2553). *หลักการวิจัยทางการศึกษา*. ชลบุรี: บัณฑิตเอกสาร.
พรพรรณ ศรีโสภา และธนวรรณ อาชารัฐ. (2560). *บทบาทพยาบาลในการป้องกันและจัดการความเครียด*. *บูรพาเวชสาร, 4*(2), 79-92.

- พิไลพร สุขเจริญ, จุฬาลักษณ์ แก้วสุก, สุนันทาลักษณ์ธิกุล, เสาวพฤกษ์ ช่วยยก, ศิมาภรณ์ พวงสุวรรณ, และ สุพัตรา ลักษณะจันทร์. (2564). ถอดบทเรียนจากประสบการณ์ของนักศึกษาพยาบาลผ่านการเรียนการสอนออนไลน์ภายใต้วิกฤตการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 38(2), 224-230.
- ราชกิจจานุเบกษา. (2564). ข้อกำหนดออกตามความในมาตรา ๙ แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๔๘ (ฉบับที่ ๒๓). สืบค้นจาก: http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2564/E/104/T_0027.PDF
- สุปรีดา อุดุลยานนท์. (2564). เด็กไทย 70% เครียดเพิ่มขึ้น เพราะเรียนออนไลน์. สืบค้นจาก <https://www.nationtv.tv/news/378834608>
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and psychological measurement*, 30(33), 607-610.
- Neuman, B., & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model* (5th Ed.). Boston, DC: Pearson Education, Inc.
- Oducado, R. M. F., & Estoque, H. V. (2021). Online learning in nursing education during the COVID-19 pandemic: Stress, satisfaction, and academic performance. *Journal Of Nursing Practice*, 4(2), 143-153.



การพัฒนาแผนเรียนการสอนแบบโครงงาน
เป็นฐานในรายวิชา 901033 วิถีชีวิตกับวัฒนธรรม
**The Development of a Project-based Instructional Plan for
901033 Life Style and Culture Course**

ภาวดี รามสิทธิ์, กศ.ม., Pavadee Ramsit, M.Ed.¹

อชฌา ชื่นบุญ, ประ.ด., Athcha Chuenboon, Ph.D.^{2*}

ภคกนก รัตนวรารมณ, ประ.ด., Bhakhakanok Ratanawaraphorn, Ph.D.³

ชุตินา แสงดารารัตน์, ประ.ด., Chutima Saengdararat, Ph.D.⁴

พิศุลี สร้อยโมรี, ศษ.ด., Phisulee Sroimori, Ed.D.⁵

วฤณดา กาญจนทรงกูร, สส.ม., Warinda Kanjanatarangkoon, M.S.W.⁶

ศราวุธ มั่งสูงเนิน, พบ.ม., Sarawut Mungsoongnern, M.S.⁷

ดวงเดือน ศาสตรภักดิ์, Ph.D., Duangduen Satraphat, Ph.D.⁸

¹อาจารย์ประจำ สำนักวิชาศึกษาทั่วไป วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

¹Instructor, School of General Education, Saint Louis College

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์และผู้อำนวยการ สำนักวิชาศึกษาทั่วไป วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

²Assistant Professor and Director, School of General Education, Saint Louis College

³อาจารย์ประจำ สถาบันเทคโนโลยีภูมิแผ่นดิน

³Instructor, Phum Pandin Institute of Technology

⁴รองผู้อำนวยการ สำนักวิชาศึกษาทั่วไป วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

⁴Deputy Director, School of General Education, Saint Louis College

⁵อาจารย์ประจำ สำนักวิชาศึกษาทั่วไป วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

⁵Instructor, School of General Education, Saint Louis College

⁶ครูประจำ โรงเรียนเจ้าฟ้าอุบลรัตน์

⁶Instructor, Chaofa Ubolratana School

⁷อาจารย์ประจำ สำนักวิชาศึกษาทั่วไป วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

⁷Instructor, School of General Education, Saint Louis College

⁸รองศาสตราจารย์และอาจารย์ประจำ คณะจิตวิทยา วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

⁸Associate Professor, Ph.D., Faculty of Psychology, Saint Louis College

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

บทคัดย่อ

การวิจัยปฏิบัติการในชั้นเรียน ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาแผนการเรียนการสอนแบบโครงงานเป็นฐานในรายวิชาวิถีชีวิตกับวัฒนธรรม 2) เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับวิถีชีวิตกับวัฒนธรรมก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนการสอนแบบโครงงานเป็นฐานในรายวิชาดังกล่าว และ 3) ศึกษาผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาตามการรับรู้ของนักศึกษา ประชากรเป็นนักศึกษาวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ คณะพยาบาลศาสตร์ จำนวน 129 คน และคณะจิตวิทยา จำนวน 12 คน รวม 141 คน ที่ลงทะเบียนเรียนวิชานี้ในภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2562 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แผนการเรียนการสอนแบบโครงงานเป็นฐาน รายวิชาวิถีชีวิตกับวัฒนธรรม แบบวัดความรู้และแบบสอบถามผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาตามการรับรู้ของนักศึกษา สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าที ที่ระดับความมีนัยสำคัญ .05

ผลการวิจัยปรากฏว่า 1) แผนการเรียนการสอนแบบโครงงานเป็นฐานในรายวิชา 901033 วิถีชีวิตและวัฒนธรรมที่พัฒนาขึ้นนี้มีค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ในระหว่าง 0.67-1.00 ซึ่งหมายความว่าแผนการเรียนการสอนที่คุณภาพเพียงพอที่สามารถนำไปปรับใช้ได้ 2) คะแนนเฉลี่ยหลังการเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนการสอนเกี่ยวกับรายวิชาวิถีชีวิตกับวัฒนธรรมแบบโครงงานเป็นฐานสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 3) ผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาตามการรับรู้ของนักศึกษาในภาพรวมอยู่ในระดับมาก

คำสำคัญ: แผนการเรียนการสอนแบบโครงงานเป็นฐาน รายวิชาวิถีชีวิตกับวัฒนธรรม

Abstract

The purposes of this classroom action research were 1) to develop a project-based instructional plan for the course of Life Style and Culture 2) to compare achievement in Life Style and Culture before and after participating in the project-based instructional plan activities, and 3) to study the learning outcomes according to the Thai Qualifications Framework for Higher Education. There were 141 students in total who participated in this study. Saint Louis College had 129 Nursing students and 12 Psychology students enrolled in this course in the second semester of the academic year 2019. The research instruments included project-based instructional plans in Life Style and Culture, an achievement test paper, and a questionnaire on the students' satisfaction with participating in the activities of the project-based instructional plan in Life Style and Culture. The mean, standard deviation, and t-test for independent samples were used for data analysis with a .05 level of significance.

Findings revealed that 1) The index of consistency values of this project-based instructional plan ranged from 0.67 to 1.00, which was indicative of its effectiveness 2) The

posttest mean scores were significantly higher than the pretest mean scores at the .05 level.
3) According to The Thai Qualifications Framework for Higher Education, the learning outcomes were rated as 'high'.

Keywords: *Project-based Instructional Plan, Life Style and Culture Course*

บทนำ

ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา แห่งชาติ พ.ศ. 2552 มุ่งผลการเรียนรู้ของหมวดวิชา ศึกษาทั่วไป 8 ด้าน ดังนี้ 1) มีคุณธรรมจริยธรรมใน การดำเนินชีวิต บนพื้นฐานปรัชญาเศรษฐกิจ พอเพียง 2) ตระหนักและสำนึกในความเป็นไทย 3) มีความรอบรู้ อย่างกว้างขวาง มีโลกทัศน์กว้างไกล เข้าใจและเห็น คุณค่าของตนเอง ผู้อื่น สังคม ศิลปวัฒนธรรมและ ธรรมชาติ 4) มีทักษะการแสวงหาความรู้ตลอดชีวิต เพื่อพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง 5) มีทักษะการคิดแบบ องค์กรรวม 6) มีจิตอาสาและสำนึกสาธารณะ เป็นพลเมือง ที่มีคุณค่าของสังคมไทย และสังคมโลก 7) ใช้เทคโนโลยี สารสนเทศอย่างรู้เท่าทัน และ 8) ใช้ภาษาในการสื่อสาร อย่างมีประสิทธิภาพ

หมวดวิชาศึกษาทั่วไป วิทยาลัยเซนต์หลุยส์มี การจัดการเรียนการสอนรายวิชาหนึ่งคือ วิถีชีวิตกับ วัฒนธรรม มีวิธีการจัดการเรียนการสอนแบบโครงการ เป็นฐาน (Project-based instruction) ที่เน้นผู้เรียน เป็นสำคัญ โดยผู้สอนมอบหมายให้ผู้เรียนลงมือปฏิบัติ จจริงในรูปแบบการจัดทำโครงการและการนำเสนอ โครงการ ในขณะที่ผู้สอนทำหน้าที่เป็นผู้แนะนำ หรือโค้ช (Coach) หรือผู้เอื้ออำนวยทางการเรียนรู้ (Learning facilitator) ทั้งนี้ประโยชน์ของการเรียนรู้ด้วยโครงการ นอกเหนือจากองค์ความรู้ (Body of Knowledge) และ วิธีการหาความรู้ (Searching) ที่ผู้เรียนจะได้รับและ นำไปประยุกต์ในการจัดทำและนำเสนอโครงการแล้ว ผู้เรียนยังได้รับการพัฒนาทักษะต่าง ๆ (เขาวเรศ รักดีจิตร,

2557) ซึ่งเป็นทักษะที่มีความจำเป็นในศตวรรษที่ 21 อาทิเช่น ด้านความร่วมมือ การทำงานเป็นทีม และภาวะ ความเป็นผู้นำ เป็นต้น นอกจากนี้ การเรียนการสอน แบบโครงการเป็นฐานได้รับการยอมรับมานานก่อน ศตวรรษที่ 21 มีประโยชน์อย่างมากในการกำหนดรูปแบบ การเรียนรู้ของนักเรียน เพื่อเพิ่มประสบการณ์ให้ผู้เรียน มีคุณภาพสูง การเรียนการสอนแบบโครงการเป็นฐาน ถูกนำมาใช้เรื่อยมาและปัจจุบันที่ทั่วโลกนิยมใช้วิธีการนี้ ในสาขาวิชาต่าง ๆ (Vasiliene-Vasiliauskienė V, Butvilienė J, Butvilas T., 2016, p.8)

ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยได้ตระหนักถึง ความสำคัญและสนใจที่จะพัฒนาแผนการเรียนการสอน แบบโครงการเป็นฐานในรายวิชาวิถีชีวิตกับวัฒนธรรม อันจะเป็นแนวทางแก่ผู้สอนและผู้ที่เกี่ยวข้องกับ การจัดการศึกษา ในการนำผลการศึกษาวิจัยมาปรับปรุง และพัฒนารายวิชา วิถีชีวิตกับวัฒนธรรมในอนาคต และท้ายที่สุด ผู้เรียนจะได้ตระหนักถึงความสำคัญ และร่วมกันธำรงรักษาวัฒนธรรมขององค์กรและของ ชาติ ได้พัฒนาทักษะการเรียนรู้เชิงวิชาการ ในรูปแบบที่ หลากหลาย และมีคุณลักษณะของบัณฑิตที่พึงประสงค์ ตามที่วิทยาลัยเซนต์หลุยส์กำหนด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแผนการเรียนการสอนแบบ โครงการเป็นฐานในรายวิชาวิถีชีวิตกับวัฒนธรรม
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับวิถีชีวิตกับ

วัฒนธรรมก่อนและหลัง การเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ การสอนแบบโครงงานเป็นฐานในรายวิชาดังกล่าว

3. เพื่อศึกษาผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐาน คุณวุฒิระดับอุดมศึกษาตามการรับรู้ของนักศึกษา

นิยามเชิงปฏิบัติการ

1. แผนการเรียนการสอนแบบโครงงานเป็นฐาน หมายถึง เอกสารที่กำหนดแนวทาง ขั้นตอนการสอนที่เน้น การใช้การวิจัยเป็นฐาน สำหรับใช้จัดการเรียนการสอน รายวิชาวิธีชีวิตกับวัฒนธรรม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อใช้สอน ในภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2562 โดยแผนการเรียน การสอนแบบโครงงานเป็นฐาน ประกอบด้วย 1) สารสำคัญ 2) จุดประสงค์การเรียนรู้ 3) สารการเรียนรู้ 4) สื่อและ แหล่งการเรียนรู้ 5) ผลงานและภาระงาน 6) การวัดและ ประเมินผล และ 7) กระบวนการจัดการเรียนรู้

2. รายวิชาวิธีชีวิตกับวัฒนธรรม หมายถึง รายวิชา บังคับในกลุ่มวิชามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ หมวด วิชาศึกษาทั่วไป วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ในงานวิจัยครั้งนี้ เลือกหัวข้อ “350 ปีในวิถีและประเพณีของศาสนิกชน ไทย: คาทอลิก”

สมมติฐานการวิจัย

ความรู้เกี่ยวกับวิธีชีวิตกับวัฒนธรรมหลังการเข้าร่วมกิจกรรม การเรียนการสอนแบบโครงงานเป็นฐาน ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมดังกล่าวแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยปฏิบัติการในชั้นเรียน มีขั้นตอนการดำเนินการ 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นพัฒนาและสร้างเครื่องมือวิจัย จำนวน 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แผนการเรียนการสอนแบบโครงงานเป็นฐาน มีวิธีการพัฒนาเครื่องมือดังนี้

1.1 ศึกษาหลักสูตรวิชาศึกษาทั่วไป รายวิชาวิธีชีวิตกับวัฒนธรรม เพื่อวิเคราะห์เนื้อหา กระบวนการเรียนการสอน และการประเมินผล

1.2 สร้างแผนการเรียนการสอนโดย ผู้วิจัยจัดทำแผนที่ 1 ขั้นเตรียมการสอน และขั้นที่ 2 กิจกรรมการเรียนการสอนแบบโครงงานเป็นฐาน จำนวน 11 ครั้ง ระยะเวลา 30 ชั่วโมง

1.3 นำแผนการเรียนการสอนให้ ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความสอดคล้องระหว่าง กระบวนการจัดการเรียนการสอนในแผนการจัด การเรียนรู้กับหลักสูตรในรายวิชา วิธีชีวิตกับวัฒนธรรม (Index of item - Objective Congruence: IOC) พบว่า อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 แล้วนำข้อเสนอแนะมา ปรับปรุงแก้ไข

1.4 นำแผนการเรียนการสอนที่ผ่านการพิจารณาตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญและปรับปรุง แก้ไขแล้วไปทดลองใช้ในขั้นตอนที่ 2

ชุดที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับรายวิชา ดังกล่าว โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.1 ศึกษาเอกสารเกี่ยวกับทฤษฎี การวัดผล ประเมินผลการสร้างข้อสอบ วิเคราะห์ จุดประสงค์และเนื้อหา จำนวน 20 ข้อ ข้อสอบเป็น แบบปรนัย 4 ตัวเลือก โดยใช้เวลา 10 นาทีในการตอบ ข้อสอบ

2.2 นำแบบวัดความรู้เสนอผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างกระบวนการ จัดการเรียนการสอนในแผนการจัดการเรียนรู้กับ หลักสูตรในรายวิชา วิธีชีวิตกับวัฒนธรรม (Index of item - Objective Congruence: IOC) พบว่า อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 แล้วนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไข

2.3 นำแบบวัดความรู้ที่ผ่านการพิจารณาตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญและปรับปรุง แก้ไขแล้วไปทดลองใช้ในขั้นตอนที่ 2

ชุดที่ 3 สร้างแบบสอบถามผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาตามการรับรู้ของนักศึกษาซึ่งดำเนินการตาม ขั้นตอนดังนี้

3.1 ศึกษาเอกสารและคู่มือที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจ ทฤษฎี วิธีการสร้างแบบสอบถาม ผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา

3.2 สร้างแบบสอบถามตามการรับรู้ของนักศึกษามี 5 ประเด็น ได้แก่ 1) คุณธรรม จริยธรรม 8 ข้อ 2) ความรู้ 4 ข้อ 3) ทักษะทางปัญญา 3 ข้อ 4) ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ 4 ข้อ และ 5) ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ 4 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตรประมาณค่าลิเคิร์ต 5 ระดับ มีการแปลความหมายของค่าเฉลี่ยใช้เกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1981) การรับรู้มีระดับต่าง ๆ ดังนี้ 4.50-5.00 มากที่สุด 3.50-4.49 มาก 2.50-3.49 ปานกลาง 1.50-2.49 น้อย และ 1.00-1.49 น้อยที่สุด

3.3 นำแบบสอบถามเสนอผู้เกี่ยวข้อง 3 ท่านให้ตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างข้อสอบกับจุดประสงค์การเรียนการสอน (Index of item - Objective Congruence: IOC) พบว่า อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 แล้วนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไข

3.4 นำแบบสอบถามผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาตามการรับรู้ของนักศึกษาไปทดลองใช้ในส่วนตอนที่ 2 ต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นการทดลองใช้

ทดลองใช้กับกลุ่มนักศึกษาคณะกายภาพบำบัดที่ลงทะเบียนเรียนรายวิชาวิถีชีวิตกับวัฒนธรรมภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2562 จำนวน 21 คน การดำเนินการช่วงเดือนสิงหาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน มีขั้นตอนดังนี้

1. นำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับวิถีชีวิตกับวัฒนธรรมทดสอบก่อนเรียน ตรวจให้คะแนน บันทึกคะแนน

และวิเคราะห์คุณภาพแบบวัดทั้งฉบับ พบว่า ค่าดัชนีความยาก เท่ากับ 0.48 มีการปรับข้อสอบที่ง่ายเกินไป 3 ข้อ ค่าอำนาจจำแนก เท่ากับ 0.34 มีการปรับข้อสอบที่ค่าอำนาจจำแนกต่ำกว่า 0.20 จำนวน 6 ข้อ ปรับการใช้ภาษาข้อคำถาม ตัวเลือก และตัวลวงให้ดีขึ้น และวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบทั้งฉบับ โดยใช้สูตร Kuder - Richardson 20 (KR - 20) เท่ากับ 0.38

2. นำแผนการเรียนการสอนที่สร้างขึ้น ไปจัดกิจกรรมการเรียนการสอน 11 สัปดาห์ 30 ชั่วโมง เก็บรวบรวมคะแนนผลงานกลุ่ม ประเมินพฤติกรรมปฏิบัติงานกลุ่ม ประเมินคุณลักษณะอันพึงประสงค์ บันทึกผล ปัญหาและอุปสรรคไว้ปรับปรุง

3. นำแบบวัดความรู้ทดสอบหลังเรียน ตรวจและบันทึกคะแนนไว้

4. ทดลองใช้แบบสอบถาม โดยหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของ Cronbach เท่ากับ 0.90

5. สรุปผลการทดลองใช้และนำข้อมูลไปใช้ในส่วนตอนที่ 3

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นการนำผลการวิจัยไปใช้

เป็นรูปแบบการวิจัยแบบ One Group Pretest-Posttest Design ร่วมกับการวิจัยปฏิบัติการในชั้นเรียน (Classroom Action Research) ประชากรเป็นนักศึกษาที่ลงทะเบียนเรียนรายวิชาวิถีชีวิตกับวัฒนธรรมภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2562 คณะพยาบาลศาสตร์ 129 คน และคณะจิตวิทยา 12 คน รวม 141 คน ดำเนินการวิจัยช่วงเดือนมกราคม ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2563 โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ หนังสือรับรองเลขที่ E. 092/2562 เมื่อวันที่ 19 สิงหาคม 2562

ผลการวิจัย

การรายงานผลการวิจัยเพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ผลการพัฒนาแผนการเรียนการสอนแบบโครงงานเป็นฐานในรายวิชาวิถีชีวิตกับวัฒนธรรมเพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัยข้อ 1 ดังนี้

1.1 นักศึกษาทดสอบด้วยแบบวัดก่อนเข้าร่วมกิจกรรม

1.2 ชี้แจงรายละเอียดของรายวิชา เนื้อหาการสอน รายละเอียดการจัดโครงงานพร้อมทั้งยกตัวอย่างการประเมินผลในภาพรวม

1.3 จัดบรรยายพิเศษ สัปดาห์ละครั้ง 4 สัปดาห์ เพื่อให้ นักศึกษามีความรู้ ความเข้าใจนำไปสู่การกำหนด เลือกเรื่อง และกรอบแนวคิดในการจัดโครงงาน ได้แก่

1.3.1 สัปดาห์ที่ 1 หัวข้อ พัฒนาการของการตั้งถิ่นฐานในภูมิภาคอุษาคเนย์ นักศึกษามีความรู้ความเข้าใจเรื่องพัฒนาการของการตั้งถิ่นฐานในดินแดนอุษาคเนย์

1.3.2 สัปดาห์ที่ 2 หัวข้อ พัฒนาการของความคิดและความเชื่อในสังคมไทย

1.3.3 สัปดาห์ที่ 3 หัวข้อ ประเพณี และพิธีกรรม

1.3.4 สัปดาห์ที่ 4 หัวข้อ วิถีชีวิตกับวัฒนธรรมที่สำคัญบนความหลากหลายของศาสนาและชาติพันธุ์ต่าง ๆ ในชุมชนสาทร

1.4 จัดให้เยี่ยมชมพิพิธภัณฑ์ มรดกตกทอดจากคณะมิสซังต่างประเทศแห่งกรุงปารีสและนิทรรศการ 350 ปีการสถาปนามิสซังสยาม วัดนักบุญยอเซฟ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยมอบหมายงานสรุปข้อมูลและความคิดของนักศึกษา

1.5 จัดโครงการศึกษาและสืบสาน วิถีชีวิตกับวัฒนธรรมไทยและประชาคมอาเซียน เรื่อง “350 ปี

ในวิถีและประเพณีของศาสนิกชนไทย: คาทอลิก” โดยมีกระบวนการดังนี้

1.5.1 แบ่งกลุ่มออกเป็น 6 กลุ่ม กำหนดกรอบเนื้อหา 7 ประการ ได้แก่ ศิลบวช ศิลล้างบาป ศิลเจิม ศิลแต่งงาน ศิลกำลัง และศิลมหาสนิท

1.5.2 จัดทำกรอบแนวคิดและแผนการทำงานของกลุ่มส่งอาจารย์ และรายงานความก้าวหน้า

1.5.3 แต่ละกลุ่มนำเสนอแนวคิดและแผนการทำงานต่ออาจารย์

1.5.4 นักศึกษาปรึกษางานกลุ่มโดยมีผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหาเกี่ยวกับศิลปศักดิ์สิทธิ์

1.5.5 นำเสนอเนื้อหากรอบแนวคิดในการจัดนิทรรศการ โปสเตอร์และความก้าวหน้างานกลุ่มก่อน

1.5.6 การเตรียมงาน และการสาธิตนำเสนอและเผยแพร่ ซึ่งเป็นการเตรียมความพร้อมด้านต่าง ๆ โดยมีอาจารย์ที่ปรึกษาให้คำแนะนำเพื่อการปรับปรุง

1.5.7 จัดโครงการศึกษาและสืบสานวิถีชีวิตกับวัฒนธรรมไทยและประชาคมอาเซียน เรื่อง “350 ปี ในวิถีและประเพณีของศาสนิกชนไทย: คาทอลิก” โดยการแสดงบนเวทีประกอบเนื้อหาศิลปศักดิ์สิทธิ์ การร้องเพลงมาร์ชประสานเสียงที่ และการจัดนิทรรศการโดยการบรรยาย มีสื่อโปสเตอร์และคลิปวิดีโอ

1.5.8 จากการถอดบทเรียนของนักศึกษาพบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่มีความพึงพอใจมากต่อการจัดการเรียนสอนเพราะได้ประสบการณ์ตรงจากการจัดโครงงานซึ่งต้องมีการทำงานเป็นทีมการวางแผนงาน คิดงานร่วมกันกับสมาชิกในกลุ่มและอาจารย์ให้คำปรึกษาอย่างเป็นระบบ

1.5.10 นักศึกษาทดสอบแบบวัดหลังเรียน

2. การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับวิถีชีวิตกับ

วัฒนธรรมก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ การสอนแบบโครงงานเป็นฐาน วัฒนธรรมสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t-test = -10.72, sig. = 0.00) (ดังตารางที่ 1)

ผลการทดสอบสมมติฐานด้วย t-test พบว่า ความรู้หลังการเข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับวิถีชีวิตกับ

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับวิถีชีวิตกับวัฒนธรรม

ประเด็น	กลุ่ม	จำนวน	ค่าเฉลี่ย (เต็ม 20 คะแนน)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	t	P
ความรู้เกี่ยวกับวิถีชีวิตกับวัฒนธรรม	ก่อน	141	10.69	2.60	-10.72	0.00*
	หลัง	141	14.10	2.69		

* $p < .05$

3. ความพึงพอใจของนักศึกษาต่อการเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้การสอนแบบโครงงานเป็นฐานในรายวิชา วิถีชีวิตกับวัฒนธรรมเพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัยข้อ 3 พบว่า ผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาตามการรับรู้ของนักศึกษาโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.05$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 4.16$) รองลงมา คือ ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ ($\bar{X} = 4.14$) คุณธรรม จริยธรรม ($\bar{X} = 4.01$) ทักษะทางปัญญา ($\bar{X} = 3.99$) และความรู้ ($\bar{X} = 3.94$) ตามลำดับ (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาตามการรับรู้ของนักศึกษาในรายวิชา 901033 วิถีชีวิตกับวัฒนธรรม

รายการประเมิน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	แปล ความหมาย
1. คุณธรรม จริยธรรม			
1.1 ไม่เอารัดเอาเปรียบเพื่อนในการทำงาน	3.95	0.60	มาก
1.2 มีวินัยและตรงต่อเวลา	4.15	0.49	มาก
1.3 ตระหนักและชื่นชมในคุณค่าของศิลปวัฒนธรรมไทยและนานาชาติ	4.00	0.56	มาก
1.4 มีคุณธรรมและจริยธรรม และจรรยาบรรณทางวิชาการ เช่น การอ้างอิงแหล่งที่มาของข้อมูล	4.00	0.46	มาก
1.5 ทำงานด้วยความขยันหมั่นเพียร	4.15	0.59	มาก
1.6 อดทนต่ออุปสรรคและปัญหาในการทำงาน	3.90	0.55	มาก

ตารางที่ 2 (ต่อ)

รายการประเมิน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	แปล ความหมาย
1.7 มีความเสียสละ อุทิศเวลาในการทำงาน	3.80	0.62	มาก
1.8 ช่วยเหลือเพื่อนในการทำงาน	4.15	0.67	มาก
รวม	4.01	0.41	มาก
2. ความรู้			
2.1 ช่วยให้เกิดความรู้ที่กว้างไกลขึ้น	3.90	0.55	มาก
2.2 สามารถนำความรู้มาปรับใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้	3.80	0.52	มาก
2.3 เกิดการเรียนรู้ ศึกษา ค้นคว้าเพิ่มเติม และแสวงหาความรู้ใหม่	4.10	0.64	มาก
2.4 สามารถนำความรู้ไปแก้ไขปัญหา อย่างมีประสิทธิภาพและสร้างสรรค์สังคม	3.95	0.69	มาก
รวม	3.94	0.51	มาก
3. ทักษะทางปัญญา			
3.1 ใฝ่รู้ และมีวิจรรย์ญาณในการเลือกรับข้อมูลข่าวสาร	3.95	0.51	มาก
3.2 ช่วยให้คิดอย่างมีเหตุผลและเป็นระบบ	3.90	0.72	มาก
3.3 สามารถเชื่อมโยงความรู้สู่การใช้ประโยชน์เพื่อพัฒนาตนเองและสังคมได้อย่างสมดุล	4.00	0.56	มาก
3.4 เกิดความคิดเชิงสร้างสรรค์	4.10	0.55	มาก
รวม	3.99	0.43	มาก
4. ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ			
4.1 ติดต่อสื่อสารและสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นได้	3.90	0.31	มาก
4.2 สามารถปรับตัวทำงานร่วมกับผู้อื่นทั้งในฐานะผู้นำและสมาชิกกลุ่มได้	4.20	0.52	มาก
4.3 มีความรับผิดชอบต่อตนเองและสังคม	4.30	0.57	มาก
4.4 อยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างสันติสุข	4.15	0.67	มาก
รวม	4.14	0.38	มาก
5. ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ			
5.1 มีทักษะการถ่ายทอดผลการเรียนรู้ ได้อย่างเหมาะสมและถูกต้อง	4.15	0.67	มาก
5.2 ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศได้อย่างเหมาะสมและ ถูกต้อง	4.25	0.64	มาก
5.3 สามารถแสวงหาความรู้โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ	4.20	0.62	มาก
5.4 สามารถนำเสนอสารสนเทศในรูปแบบที่เหมาะสมและมีคุณภาพ	4.05	0.51	มาก
รวม	4.16	0.54	มาก
รวม 5 ด้าน	4.05	0.32	มาก

อภิปรายผลการวิจัย

1. การพัฒนาแผนการจัดการเรียนการสอนแบบโครงงานเป็นฐานในรายวิชาวิถีชีวิตกับวัฒนธรรมเพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัยข้อ 1 ผลการวิจัยแสดงว่าการจัดกิจกรรมตามแผนการเรียนการสอนแบบโครงงานเป็นฐาน ดำเนินการตาม 4 ขั้นตอนได้แก่ **ขั้นตอนแรก** การคิดเป็น การระดมสมอง การศึกษาค้นหาข้อมูลที่ดีจากผู้บรรยายและบุคคลสำคัญเป็นผู้ให้ข้อมูล และ การศึกษานอกสถานที่นำไปสู่การกำหนดหัวข้อนำไปสู่ **ขั้นตอนที่สอง** การวางแผนและเตรียมการ แต่ละกลุ่มดำเนินกิจกรรม ดังนี้การนำเสนอแนวคิด รายงานความก้าวหน้าต่ออาจารย์ที่ปรึกษาเป็นระยะ และมีการสาธิตก่อนจัดโครงงาน **ขั้นตอนที่สาม** การปฏิบัติเป็นการนำเสนอผลงานผ่านสื่อผสม การบรรยาย การแสดง การร้องเพลง การจัดนิทรรศการ และ **ขั้นตอนสุดท้าย** การสรุปและการสะท้อนผลการเรียนรู้ งานวิจัยสอดคล้องการศึกษาของนักวิชาการที่มีกระบวนการคล้ายคลึงกัน อาทิ นูรไอนี ดือรามะ (2559) ศึกษาผลของการจัดการเรียนรู้แบบโครงงานเป็นฐานร่วมกับภูมิปัญญาท้องถิ่น 5 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การคิดและเลือกชื่อเรื่องหรือปัญหาที่จะศึกษา ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนในการทำโครงงาน ขั้นตอนที่ 3 การลงมือทำโครงงาน ขั้นตอนที่ 4 การเขียนรายงาน และ ขั้นตอนที่ 5 การแสดงผลงาน อีกทั้ง ศิริพร ศรีจันทร์ (2560) กระบวนการจัดการเรียนรู้โดยใช้โครงงานเป็นฐานประกอบด้วยวางแผนและจัดทำโครงการเรื่องการจัดการเรียนรู้คณิตศาสตร์โดยการศึกษาแนวคิดหลักการเกี่ยวกับการจัดการเรียนรู้และการศึกษาดูงานเกี่ยวกับการจัดการเรียนรู้ในสถานศึกษา พิพิธภัณฑ์ท้องถิ่นเมืองด่านซ้าย ประวัติความเป็นมา กระบวนการทำหน้ากาของผีตาโชน เก็บรวบรวมข้อมูล และเขียนรายงานผล สันติ หุตะมาน และพุลศักดิ์ โกษิยาภรณ์ (2558) ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการจัด

การเรียนรู้ตามแนวคอนสตรัคติวิสต์โดยใช้โครงงานเป็นฐานร่วมกับระบบพี่เลี้ยง สำหรับวิชาการระบบควบคุมแบบคลาสสิก มีขั้นตอนดังนี้ ขั้นนำ (Orientation) แนะนำให้ผู้เรียนเข้าใจและตื่นตัวในวิธีการเรียน ขั้นทบทวนความรู้เดิม (Elicitation of the Prior Knowledge) ขั้นปรับเปลี่ยนความคิด (Turning Restructuring of Ideas) ผู้เรียนจะต้องปรับโครงสร้างทางปัญญาให้สอดคล้องระหว่างความรู้เดิมและข้อมูลใหม่ ขั้นนำความคิดไปปรับใช้ (Application Ideas) และขั้นทบทวน (Review) การสรุปองค์ความรู้ใหม่

2. ผลการเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับวิถีชีวิตกับวัฒนธรรมก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนการสอนแบบโครงงานเป็นฐานในรายวิชาวิถีชีวิตกับวัฒนธรรม แสดงว่า คะแนนเฉลี่ยหลังการเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนเรียนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อภิปรายได้ว่าการจัดการเรียนการสอนแบบโครงงานเป็นฐานส่งเสริมผู้เรียนมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนรู้โดยผู้สอนเปิดโอกาสให้เลือกศึกษาค้นคว้าในเรื่องที่สนใจ ค้นพบปัญหาจากการศึกษาค้นคว้า การแสวงหาความรู้จากแหล่งข้อมูลและบุคคลที่เกี่ยวข้อง การใช้กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเพื่อน ผลการวิจัยสอดคล้องกับนูรไอนี ดือรามะ (2559) ผลของการจัดการเรียนรู้แบบโครงงานเป็นฐานร่วมกับภูมิปัญญาท้องถิ่นส่งผลให้ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียน อีกทั้ง ศิริพร ศรีจันทร์ (2560) ผลสัมฤทธิ์ทางการจัดการเรียนรู้โดยใช้โครงงานเป็นฐานในวิชาการจัดการเรียนรู้วิชาคณิตศาสตร์ 1 ของนักศึกษาสาขาวิชาคณิตศาสตร์ คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย ก่อนการจัดการเรียนรู้ นักศึกษามีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 12.94 ส่วนหลังการจัดการเรียนรู้ นักศึกษามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 26.74 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เพียงฤทัย พุฒิคุณเกษม (2557) ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน

ในรายวิชา ส33265 โครงการประวัติศาสตร์ โรงเรียน
สาธิตแห่งมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ศูนย์วิจัยและ
พัฒนาการศึกษา ส่วนใหญ่มีระดับผลการเรียนอยู่ใน
เกณฑ์ดีเยี่ยม

3. ค่าเฉลี่ยของผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐาน
คุณวุฒิระดับอุดมศึกษาตามการรับรู้ของนักศึกษาใน
รายวิชาวิธีชีวิตกับวัฒนธรรมค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ใน
ระดับมาก ($\bar{X} = 4.05$) โดยการจัดการเรียนรู้ด้านทักษะ
การวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร การใช้เทคโนโลยี
สารสนเทศ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 4.16$) อภิปรายผล
ได้ว่าเป็นผลมาจากการมุ่งเน้นการจัดการเรียนการสอน
แบบโครงงานเป็นฐานหมวดวิชาศึกษาทั่วไป การศึกษาของ
นุรไอนี ดือรามะ (2559) กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อ
การจัดการเรียนรู้แบบโครงงานร่วมกับภูมิปัญญาท้องถิ่น
ในระดับมากผลการวิจัยของ อชมา ชื่นบุญ, พิศุทธิ์สร้อยเมธี,
ทรงวุฒิ บุริมจิตต์, ภาวดี งามสิทธิ์, ชุตินา แสงดารารัตน์,
วฤณดา กาญจนทรงกูร, และณณมล ช่อชนิล (2563)
ความคิดเห็นของนักศึกษาต่อผลการเรียนรู้ด้าน
ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับ
เห็นด้วยมากถึงมากที่สุด นอกจากนี้ งานวิจัยของศิริพร
ศรีจันทะ (2560) และเพียงฤทัย พุฒิกุลเกษม (2557)

มีความพึงพอใจของนักศึกษาต่อการจัดการเรียนรู้
โดยใช้โครงงานเป็นฐานในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1.1 ควรมีการสร้างคู่มือและขั้นตอนดำเนินการ
ของการจัดการเรียนรู้แบบโครงงานเป็นฐานให้ผู้เรียน

1.2 การจัดการเรียนรู้บางขั้นตอนต้อง
ใช้เวลาให้ผู้เรียนได้ใช้ความคิดและทักษะในการเรียนรู้
ผู้สอนจึงจำเป็นต้องยืดหยุ่นเวลาที่ใช้ในการจัดกิจกรรม

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาผลการจัดการเรียนรู้
แบบโครงงานเป็นฐานที่มีกรอบเนื้อหาที่กว้างมากขึ้น
เพื่อให้ได้แนวทางการจัดการเรียนรู้ที่หลากหลาย

2.2 ควรมีการศึกษาผลการจัดการเรียน
การสอนแบบโครงงานเป็นฐานในกลุ่มวิชาอื่น ๆ ด้วย
เพื่อให้สอดคล้องกับแนวทางการจัดการเรียนรู้โดยเน้น
ผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง

2.3 ควรมีการศึกษาผลการจัดการเรียน
การสอนแบบโครงงานที่มีต่อตัวแปรอื่นร่วมด้วย เช่น
ความภูมิใจในวิถีชีวิตกับวัฒนธรรม เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

นุรไอนี ดือรามะ. (2559). ผลของการจัดการเรียนรู้
แบบโครงงานร่วมกับภูมิปัญญาท้องถิ่นที่มี
ต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชาวิทยาศาสตร์
ทักษะกระบวนการทางวิทยาศาสตร์และความ
พึงพอใจต่อการจัดการเรียนรู้ ของนักเรียน
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 (วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

เพียงฤทัย พุฒิกุลเกษม. (2557). การพัฒนาสัมฤทธิ์ผล
ทางการเรียนในรายวิชา ส33265 โครงการ
ประวัติศาสตร์ โรงเรียนสาธิตแห่งมหาวิทยาลัย
เกษตรศาสตร์ ศูนย์วิจัยและพัฒนาการศึกษา
ด้วยวิธีการทางประวัติศาสตร์. วารสารวิชาการ
Veridian E-Journal ฉบับมนุษยศาสตร์
สังคมศาสตร์ และศิลปะ, 7(2), 651-661

- เยาวเรศ รักดีจิตร. (2557). Active Learning กับ การเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21. เอกสารประกอบการเสวนาทางวิชาการ วันส่งเสริมวิชาการสู่คุณภาพการเรียนการสอน. สืบค้นจาก http://apr.nsrui.ac.th/Act_learn/my-file/27022015155130_article.docx
- ศิริพร ศรีจันทร์. (2560). การจัดการเรียนรู้โดยใช้โครงการเป็นฐานเพื่อพัฒนาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในวิชาการจัดการเรียนรู้วิชาคณิตศาสตร์ 1 ของนักศึกษาสาขาวิชาคณิตศาสตร์ คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย. *วารสารมจร สังคมศาสตร์ปริทรรศน์*, 6(1), 127-139.
- สันติ หุตะมาน และพูลศักดิ์ โกษียาภรณ์. (2558). การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้ตามแนวคอนสตรัคติวิสต์โดยใช้โครงงานเป็นฐานร่วมกับระบบพี่เลี้ยง สำหรับวิชาการระบบควบคุมแบบคลาสสิก. *วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร*, 17(2), 108-122.
- สำนักมาตรฐานและคุณภาพอุดมศึกษา. (ม.ป.ป.). *กรอบแนวคิดหมวดวิชาศึกษาทั่วไปที่สอดคล้องตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2552*. สืบค้นจาก <http://www.bhes.mua.go.th/bhes4/WebHigher Education/index/>
- อัชมา ชื่นบุญ, พิศุทธิ์ สร้อยโมรี, ทรงวุฒิ บุริมจิตต์, ภาวดี รามสิทธิ์, ชุตินา แสงดารารัตน์, วฤณดา กาญจนทรงกูร, และนฤมล ช่องชนิล. (2563). การศึกษาคุณภาพการจัดการเรียนการสอนในหมวดวิชาศึกษาทั่วไปของหลักสูตรปริญญาตรี วิทยาลัยเซนต์หลุยส์. *วารสารวิจัยและพัฒนาหลักสูตร*, 10(1), 110-124.
- Best, J. W. (1981). *Research in education* (4th ed). New Jersey: Prentice Hall.
- Vasilienė-Vasiliauskienė V, Butvilienė J, Butvilas T. (2016). Project-based learning: the complexity and challenges in higher education institutions. *Computer Modelling & New Technologies*, 20(2), 7-10.



ประสบการณ์การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมือง Health Promotion Experiences of Elders in An Urban Community

กัญชิตา เสริมสินสิริ, พย.ม., Kanchita Sermsinsiri, M.N.S.^{1*}

สิริกานจน์ กระจำงโพธิ์, ประ.ด., Sirikan Krajangpho, Ph.D.²

สิริลักษณ์ ซื่อสัตย์, กศ.ด., Siriluk Suesat, Ed.D.³

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ

¹Nurses Senior Professional Level, Borommarajonani College of Nursing Nopparat Vajira

²อาจารย์ ดร., หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

²Instructor Ph.D., Head of Division of Adult and Gerontology Nursing, Faculty of Nursing,
Pathum Thani University

³อาจารย์, ดร., ประจำสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี

³Instructor, Ph.D., Mental health and Psychiatric Field, Faculty of Nursing, Rajamangala
University of Technology Thunyaburi.

*Corresponding Author: kanchita@bcnnv.ac.th

Received: June 14, 2022

Revised: November 3, 2022

Accepted: December 7, 2022

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมือง และแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมือง โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดของ เอ็ดมุนด์ ฮัสเซิร์ล ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมืองคัดเลือกตามเกณฑ์แบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 30 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่มโดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และบันทึกเทป วิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหาตามแนวคิดของ จีออจี

ผลการศึกษา พบว่า ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมือง ส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง รวมถึงโรคที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรังและปัญหาด้านจิตใจ โดยผู้สูงอายุรู้สึกคุณค่าในตัวเองลดลง รู้สึกเหงาโดดเดี่ยว และอ้างเหตุ แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตเมือง ประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม ประกอบด้วย 1) การตรวจสุขภาพประจำปี 2) การปรุงอาหารที่เหมาะสมกับโรค 3) การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคล 4) การผ่อนคลาย

ความเครียด โดยการฝึกสมาธิ 5) กิจกรรมสายสัมพันธ์ในครอบครัว 6) การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ และ 7) การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานภาครัฐ

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

Abstract

This qualitative study aimed to examine health problems and health promotion experiences among elders in an urban community using Husserlian phenomenological method. Data were collected, using focus group discussions, from 30 purposively living in an urban community. The discussions were guided and recorded by using semi-structured questionnaire and a tape recorder, respectively. Giorgi's content analysis method was used for data analysis.

Results showed that health problems mostly experienced by elderly people in this urban community were chronic diseases, such as diabetes, hypertension; and diseases caused by the complications of these diseases. Psychological problems experienced by these elders were low self-esteem and loneliness. Health promotion strategies suggested by the results of this study were 1) annual health check-up, 2) effective cooking lessons for people living with chronic diseases, 3) exercise methods appropriate for individual's conditions, 4) meditation for relaxation, 5) activities strengthening relationship among family's members, 6) establishment of community elderly clubs, and 7) being supported by family members, community, and government agencies.

Keywords: elderly, health promotion of elderly, guidelines for health promotion of elderly

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว ในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 12 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18.3 ของประชากรทั้งหมด (กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย, 2565) และอัตราผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 18.1 ในปี พ.ศ. 2563 เป็นร้อยละ 31.4 ในปี พ.ศ. 2583 จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเกือบเท่าตัวจาก 12 ล้านคน เป็น 20.5 ล้านคน (สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย, 2563) จาก

การสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทยปีพ.ศ. 2556 พบว่าปัญหาสุขภาพที่ผู้สูงอายุป่วยมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 41.4 โรคเบาหวาน ร้อยละ 18.2 ภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 13.41 ปัญหาดังกล่าวส่งผลต่อการดำรงชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพลดลง (ลักษณะ พงษ์ภุมมา และฐิติพร ยอดประเสริฐ, 2562)

ปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ เกี่ยวข้องกับความเสื่อมทางร่างกาย ส่งผลต่อการเกิดความเจ็บป่วยในหลายระบบ อีกทั้งพฤติกรรมเสี่ยงที่มีอยู่เดิม รวมทั้ง

วิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ปัญหาด้านสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ ที่ไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากลูกหลานอย่างเพียงพอ จะรู้สึกท้อแท้ มีความวิตกกังวลว่าจะถูกลูกหลานหรือญาติทอดทิ้ง ทำให้มีอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตตามมา (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2556) นอกจากนั้นการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมตามยุคสมัย ที่พบขนาดของครอบครัวจากครอบครัวขยายเล็กลงกลายเป็นครอบครัวเดี่ยว ค่านิยมที่เปลี่ยนไป เยาวชนมีทัศนคติไม่ดีต่อผู้สูงอายุ อีกทั้งสังคมเมืองที่มีความก้าวหน้าทางวัตถุ ต่างคนต่างอยู่ ไม่มีการเอื้อเฟื้อซึ่งกันและกัน รายได้ไม่เพียงพอในการเลี้ยงชีพ ทำให้ได้รับความลำบากมากขึ้น (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2558) แต่ละปัจจัยมีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กัน เป็นเหตุให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพที่แตกต่างกัน

พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ จากการศึกษาในประเทศไทย ในด้านการส่งเสริมสุขภาพพบว่าผู้สูงอายุไทยร้อยละ 26 มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ของกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุไทยปฏิบัติได้น้อยที่สุดคือ การออกกำลังกาย (เอกชัย เพียรศรีวัชรา, 2556) ถ้าพิจารณารายด้านพบว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านการจัดการเครียดและด้านโภชนาการอยู่ในระดับดีถึงปานกลางและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านกิจกรรมและการออกกำลังกายมีระดับที่ต่ำ (ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์ และคณะ, 2561) ทั้งนี้อาจมีประเด็นที่ต่างกัน อันเนื่องมาจากความแตกต่างในพื้นที่ ภูมิภาค บริบท การใช้ชีวิต และการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ (เนตรดาว จิตโสภากุล, 2557)

ชุมชนที่ศึกษาตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร ลักษณะเป็นบ้านจัดสรร ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ย้ายมาอยู่กับลูกหลาน ความสัมพันธ์ในชุมชนเป็นแบบพึ่งพาอาศัย

ไม่มีระบบเครือข่าย มีการรวมกลุ่มแบบไม่เป็นทางการ ยังไม่มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุและการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาแนวทางหรือรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ แต่อาจไม่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ หรือไม่ตรงกับปัญหาของกลุ่มผู้สูงอายุ จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุและแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมือง โดยให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา รวมถึงหาวิเคราะห์ถึงสาเหตุของปัญหา มีส่วนร่วมในการเลือกวิธีการหรือแนวเพื่อแก้ไขปัญหา เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการและบริบทของผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อการส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมือง
2. เพื่อศึกษาแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมือง

ขอบเขตการวิจัย

งานวิจัยเชิงคุณภาพนี้ศึกษาแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนสุขอนันต์ เขตคันนายาว กรุงเทพมหานคร ใช้ระยะดำเนินการเก็บข้อมูล ภายในเดือนมิถุนายน 2565

กรอบแนวคิดการวิจัย

งานวิจัยเชิงคุณภาพนี้ใช้กรอบแนวคิดการมีส่วนร่วม เพื่อกระตุ้นให้เกิดความยั่งยืนของการปฏิบัติ โดยการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ซึ่งมีการดำเนินงาน 5 ขั้นตอนคือ 1) การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา และจัดเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา 2) การมีส่วนร่วม

ในการวิเคราะห์ถึงสาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหา 3) การมีส่วนร่วมวางแผนและออกแบบกิจกรรมในการแก้ไขปัญหา 4) การมีส่วนร่วมดำเนินการตามแผนที่ออกแบบไว้ 5) การมีส่วนร่วมในการประเมินผลวิเคราะห์ปัญหาหรืออุปสรรคในการดำเนินงาน และปัจจัยที่ทำให้เกิดความสำเร็จ โดยการศึกษาครั้งนี้ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในขั้นตอนการค้นหาปัญหา และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การวิเคราะห์ถึงสาเหตุของปัญหา และมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีการและการวางแผนเพื่อแก้ไขปัญหา และศึกษาพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตามหลัก 3 อ. อันประกอบไปด้วยพฤติกรรม การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียด

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยา (Husserl, 1965) ผู้ให้ข้อมูลเป็นเพศชายและเพศหญิงตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้ากลุ่มที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีประสบการณ์การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมือง โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ได้จำนวน 30 คน และเก็บข้อมูลจนข้อมูลอิ่มตัว ถ้าผู้ให้ข้อมูลบางรายมีปัญหาสุขภาพหรือโรคประจำตัวที่ควบคุมไม่ได้ และเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมในกระบวนการวิจัยจะสามารถคัดออกจากกลุ่มได้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ที่ผ่านการตรวจจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ดังนี้ **ส่วนที่ 1** ผู้วิจัย โดยผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ **ส่วนที่ 2** แนวสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ ความเพียงพอในการใช้จ่าย มีรายได้เหลือเก็บ การมีโรคประจำตัว การอยู่อาศัย เป็นต้น **ส่วนที่ 3**

แนวการสัมภาษณ์เชิงลึกในการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตัวอย่างคำถามหลัก ปัญหาและสาเหตุของปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนเป็นอย่างไร แนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนเป็นอย่างไร ตัวอย่างคำถามลึกลงไปอีกเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนได้แก่ด้านการออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร และการจัดการความเครียดเป็นอย่างไร บุคคลใดที่มีส่วนในการดำเนินกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนให้เกิดความสำเร็จ และเป้าหมายในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนเป็นอย่างไร **ส่วนที่ 4** เทปบันทึกเสียง

2. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 69 คันทายาว และผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเลือกกลุ่มตัวอย่างและนัดวันสนทนากลุ่ม ดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่ 6 มิถุนายน 2565 ถึง 10 มิถุนายน 2565 โดยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยเก็บข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่มตามวัน เวลา ที่ผู้ให้ข้อมูลนัดหมาย ในสถานที่ไม่มีคนพลุกพล่าน มีการบันทึกเสียงขณะทำการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 10 คน จำนวน 3 กลุ่ม ใช้เวลาในการสนทนา 3 ครั้ง โดยผู้นำการสนทนาเป็นคนเดียวกัน ใช้เวลาสนทนากลุ่มครั้งละ 45-60 นาที พร้อมบันทึกเทป ในระหว่างการสัมภาษณ์ผู้วิจัยถามย้ำเพื่อตรวจสอบความเข้าใจของผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลเป็นระยะ นอกจากนั้นการบันทึกข้อมูลในแบบสัมภาษณ์ผู้วิจัยกำหนดเป็นรหัสเพื่อรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูลและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

3. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยปทุมธานี เลขที่ 002/2565 ซึ่งผู้วิจัยได้คำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตลอดการทำการวิจัย

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยสถิติพรรณนา และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ของจิออจี (Giorgi, 1985) โดยดึงข้อมูลสำคัญเป็นประเด็นหลัก และผู้วิจัยทำการตรวจสอบแบบสามเส้า ด้านข้อมูล เขียนอธิบายประเด็นข้อมูลและแปลความหมาย เป็นความเรียงจนมั่นใจว่าได้ข้อมูลที่อ้อมตัว (Denzin, & Lincoln, 2012)

ผลการวิจัย

1. ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นผู้สูงอายุจำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 23 คน (ร้อยละ 76.66) อายุ ระหว่าง 60-69 ปี จำนวน 21 คน (ร้อยละ 70.00) ระดับ การศึกษาประถมศึกษา จำนวน 16 คน (ร้อยละ 53.33) รายได้ระหว่าง 3,000-10,000 จำนวน 20 คน (ร้อยละ 66.66) แหล่งที่มาของรายได้จากบุตรหลานจำนวน 13 คน (ร้อยละ 43.33) มีเพียงพอในการใช้จ่ายแต่ไม่เหลือเก็บ จำนวน 15 คน (ร้อยละ 50.00) มีโรคประจำตัวจำนวน 27 คน (ร้อยละ 90.00) โดยพบโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 18 คน (ร้อยละ 60.00) รองลงมาคือโรคเบาหวาน จำนวน 4 คน (ร้อยละ 13.33) ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรส จำนวน 19 คน (ร้อยละ 63.33) รองลงมาคืออาศัยอยู่กับ ลูกหลานจำนวน 8 คน (ร้อยละ 26.66) ส่วนใหญ่มีบุตร ที่สามารถพึ่งพาอาศัยได้ยามเจ็บป่วยจำนวน 27 คน (ร้อยละ 90.00)

2. ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ผู้ให้ข้อมูล เห็นว่าผู้สูงอายุในชุมชนส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพทางกาย และทางจิตใจ ดังนี้

2.1 ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ผู้ให้ข้อมูล ส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่า ปัญหาด้านร่างกาย ผู้สูงอายุ ความแข็งแรงของร่างกายจะลดลง มีโรคเรื้อรังเป็น โรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคข้อเข่าเสื่อม และมักพบโรคหัวใจ

และโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคหลักที่ทำให้เพื่อนใน กลุ่มวัยเดียวกันเสียชีวิต ส่วนการรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุ ปัญหาสุขภาพทางกายเกิดจาก 1) ความเสื่อมของ ร่างกายตามวัย 2) พฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่ เหมาะสมเนื่องจากขาดความรู้และความตระหนัก เช่น การปรุงรส 3) ขาดการออกกำลังกาย ดัง คำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“ในชุมชนเราผู้สูงอายุเป็นโรคความดันสูง กับโรคเบาหวานมาก อันดับหนึ่งคือความดันเลย แต่ก็รับ ยากันทุกคนนะ แต่เรื่องการปรับอาหาร กับออกกำลังกาย นี้ยิ่งทำกันไม่ค่อยได้ (FG 3) โรคหัวใจกับโรคหลอดเลือด สมองเป็นสาเหตุที่พบบ่อยในการตายของเพื่อนในกลุ่ม เดียวกัน (FG 2)”

“คนในซอยบ้านฉันเป็นความดันแล้ว เส้นเลือดในสมองตีบ ตอนนี้นั่งเดินไม่ได้เลย ก่อนนี้แกไม่ ค่อยสนใจดูแลตัวเอง กินเบียร์เก่ง (FG 3) ฉันทปวดเข่ามาก บางทีก็เดินไม่ไหว กินยาก็ไม่หาย (FG 1) ส่วนใหญ่เป็น โรคความดันกันมาก แต่ไม่ค่อยจะคุมอาหารกันเท่าไร ชอบกินเค็มกัน (FG 2) เวลาว่าง ๆ ผู้สูงอายุจะมารวมตัวกัน ที่ศูนย์สุขภาพนี้แหละ และชอบทำส้มตำกินกัน ชอบใส่ ปลาข้าวเยอะ ๆ มันอร่อยดี (FG 3) บางทีมันก็ห้ามตัวเอง ไม่ได้ อย่างของหวานเจ้าประจำต้องได้กินทุกวัน (FG 1)”

2.2 ผู้สูงอายุรู้สึกคุณค่าในตัวเองลดลง ผู้ให้ ข้อมูลส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่า การใช้ชีวิตในแต่ละวันของ วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุจะมีความรู้สึกเหงาโดดเดี่ยว ว่าเหว่ กิจกรรมที่เคยทำได้ในวัยหนุ่มก็ทำได้ลดลง ต้องพึ่งพา ลูกหลาน รู้สึกเป็นภาระของคนในครอบครัว จากการ ขาดรายได้ทำให้เกิดความเครียด เวลาส่วนใหญ่ในแต่ละ วันจะอยู่คนเดียวตามลำพัง ทำให้รู้สึกเหงา และโดดเดี่ยว ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“ไม่ค่อยได้คุยกันหรอกกับลูกเขาทำงาน ทุกวัน ไปแต่เช้ากลับดึก ๆ ได้เพื่อนบ้านนี้แหละคอยเป็น เพื่อนคุย (FG 1) ในชุมชนมีผู้สูงอายุอยู่บ้านเป็นส่วนใหญ่

ลูกหลานไปทำงานกันหมด บางทีก็เหงา ไม่มีเพื่อนคุย ยิ่งสถานการณ์แบบนี้ออกไปไหนก็กลัวติดโรค (FG 2) ผู้สูงอายุบางคนก็ขาดรายได้ ลูกหลานก็ไม่ดูแล จะมีก็เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุที่เป็นรายได้หลัก บางทีก็เครียดเรื่องรายได้ไม่พอจ่าย การทำกิจกรรมที่สร้างรายได้ด้วยตนเองลดลง ต้องขอเงินจากลูกตลอด (FG 3)”

3. แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตเมือง ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่รับรู้เกี่ยวกับกิจกรรมที่เป็นการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) การตรวจสุขภาพประจำปี 2) การปรุงอาหารที่เหมาะสมกับโรค 3) การออกกำลังกายที่เหมาะสมแต่ละบุคคล 4) การผ่อนคลายความเครียด 5) กิจกรรมสัมพันธ์ในครอบครัว 6) จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ 7) ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานภาครัฐ

3.1 ตรวจสุขภาพประจำปี ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่าการคัดกรองสุขภาพประจำปีจะทำให้ผู้สูงอายุทราบถึงภาวะสุขภาพตนเอง เกิดความตระหนักและให้ความสนใจในการดูแลสุขภาพตนเอง ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“อยากให้พยาบาลทางศูนย์มาตรวจสุขภาพประจำปีให้กับผู้สูงอายุในชุมชน (FG 1) ผู้สูงอายุบางคนก็ไม่ยอมไปตรวจเพราะเห็นว่าตัวเองสบายดีพอเป็นมากค่อยไป เลยอยากให้รู้ตัวแต่ต้นจะได้ดูแลตัวเอง (FG 3)”

3.2 การปรุงอาหารที่เหมาะสมกับโรค การได้รับความรู้และสาธิต การปรับพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่เหมาะสมแต่ละคน และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้านการบริโภคอาหาร ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่าผู้สูงอายุในชุมชนที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังยังขาดความรู้ความเข้าใจในการปรุงรสอาหารที่เหมาะสมกับโรค การให้ความรู้ร่วมกับการสาธิตให้ฝึกปฏิบัติจะทำให้มีความเข้าใจและนำไปใช้ได้จริง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคควรมีความยืดหยุ่นในแต่ละบุคคล มีการแลกเปลี่ยน

ประสบการณ์ระหว่างผู้สูงอายุด้วยกัน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“อยากได้วิธีที่นำมาปฏิบัติได้จริง อยากให้ลงมือฝึกทำกับมือเลย ไม่อยากแค่มาให้ความรู้อย่างเดียว (FG 1) ไปหาหมอที่ไว้บอกกว่าให้ลดหวาน ลดเค็มนะ แต่ไม่รู้หรอก ว่าลดแบบไหน ปริมาณมันต้องเท่าไร อันนี้ไม่เคยมีใครบอก (FG 2) เรื่องอาหารมันปรับกันยากนะ ต้องค่อย ๆ เป็นค่อย ๆ ไป ปรับในส่วนที่ปรับได้ไปก่อน จะให้ลดทั้งหมดทีเดียวไม่ได้หรอก (FG 3) อยากให้พยาบาลมาให้ความรู้กับผู้สูงอายุ และฝึกพาเขาทำให้เห็นภาพจริง เขาจะได้นำไปปฏิบัติได้ที่บ้าน และได้มาทำกิจกรรมด้วยกันทุกเดือน เขาปฏิบัติได้ไม่ได้ทุกอย่างก็มาแลกเปลี่ยนกัน (FG 3) ให้เขาได้ทำอาหารประกวดกันก็ดีนะครับ จะช่วยให้ตื่นตื่นมีสีสัน ผู้สูงอายุก็อยากแสดงฝีมือ (FG 2)”

3.3 การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ มีกิจกรรมการออกกำลังกายที่หลากหลาย ไม่เป็นอันตราย เหมาะสมกับวัยผู้สูงอายุ ปฏิบัติได้ง่าย มีเพื่อนออกกำลังกาย มีการรวมกลุ่ม เว้นระยะห่าง มีกิจกรรมออกกำลังกายอาทิตย์ละ 3 ครั้ง และมีผู้นำออกกำลังกาย ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่า ผู้สูงอายุในชุมชนมีความหลากหลายในการออกกำลังกาย เนื่องจากมีความชอบไม่เหมือนกัน และกิจกรรมออกกำลังกายบางรูปแบบไม่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของตนเอง ผู้สูงอายุบางคนต้องการออกกำลังกายที่บ้านไม่ชอบรวมกลุ่ม แต่ผู้สูงอายุบางคนต้องการรวมกลุ่มและมีเพื่อนในการออกกำลังกาย ควรเว้นระยะห่างขณะมีกิจกรรมเพื่อป้องกันโรคระบาด มีผู้นำการออกกำลังกายเพื่อเป็นต้นแบบ ทั้งนี้รูปแบบการออกกำลังกายจะต้องมีความปลอดภัย เหมาะสมกับผู้สูงอายุ มีความง่ายและสะดวกในการปฏิบัติ และออกกำลังกายสม่ำเสมอสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“ไม่มีเพื่อนออกกำลังกายเลยไม่อยาก

ออก (FG 1) ไม่ชอบออกกำลังกายกับกลุ่มในชุมชน ทำงานบ้าน เดินหน้าบ้านตอนเช้า ๆ ก็พอแล้ว (FG 2) อยากให้มีกิจกรรมออกกำลังกายอาทิตย์ละ 3 วันที่ศูนย์สุขภาพชุมชน และอยากให้มีผู้นำด้วย กลัวทำไม่ถูก (FG 2) อยากให้มีกิจกรรมออกกำลังกายที่หลากหลาย บางคนก็ไม่ได้ชอบเหมือนกัน (FG 3) อยากได้การออกกำลังกายที่ทำได้ง่าย สะดวกทำได้ที่บ้าน ไม่อันตรายและเหมาะกับผู้สูงอายุ (FG 3) ในชุมชนเรามีผู้นำเริ่บปีอยู่แล้ว อยากให้มีการรวมตัวกันอีก (FG 3) อยากให้มีการออกกำลังกายแต่ต้องป้องกันตนเองเช่นการเว้นระยะห่างทางสังคม ใส่หน้ากากอนามัย พกเจลล้างมือ (FG 2) ”

4. การผ่อนคลายความเครียด การฝึกสมาธิ มีกิจกรรมร่วมกัน มีเพื่อนพูดคุย

ด้านสุขภาพจิต ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่าบริบทชุมชนที่อาศัยเป็นชุมชนเมืองลักษณะต่างคนต่างอยู่ ไม่มีสัมพันธ์ภาพทางเครือญาติ แต่ผู้สูงอายุในชุมชนยังสามารถพึ่งพาซึ่งกันและกันได้ ในช่วงกลางวันผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะอยู่บ้านคนเดียว การมีกิจกรรมให้ผู้สูงอายุได้พบกันได้พูดคุย มีกิจกรรมที่สร้างความสนุกสนาน จะทำให้ผู้สูงอายุได้ผ่อนคลาย และการทำสมาธิเป็นการจัดการกระทำในระดับบุคคล สามารถลดความเครียดลงได้ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“อยากให้ผู้สูงอายุได้มาเจอกัน ทำกิจกรรมร่วมกัน พูดคุยกันจะได้ไม่เหงา (FG 2) อยากให้มีกิจกรรมสนุกสนานทำร่วมกัน ได้หัวเราะ คลายเครียดบ้าง (FG 2) อยากได้ความรู้ในการจัดการกับความเครียด การฝึกสมาธิ หรืออย่างอื่นเอามาใช้เวลามีเรื่องไม่สบายใจ (FG 1) ไม่ค่อยได้คุยกันหรือกับลูกเขาทำงานทุกวัน ไปแต่เช้ากลับดึก ๆ ได้เพื่อนบ้านนี้แหละคอยเป็นเพื่อนคุย (FG 1) ”

5. กิจกรรมสายสัมพันธ์ในครอบครัวและชุมชน กิจกรรมสายสัมพันธ์ในครอบครัว กิจกรรมในวันสำคัญในชุมชน

ด้านสังคม ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่าผู้สูงอายุในชุมชน

ไม่ค่อยได้รับการดูแลเอาใจใส่จากลูกหลาน จากภาระหน้าที่ในการทำงานและจากบริบททางสังคมที่เปลี่ยนไป การมีกิจกรรมโดยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมจะก่อเกิดสายสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้สูงอายุกับครอบครัว การจัดกิจกรรมในชุมชนเช่นกิจกรรมวันแม่ กิจกรรมรดน้ำดำหัวให้กับผู้สูงอายุในวันสงกรานต์ จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นที่ยอมรับจากคนในครอบครัวและชุมชน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“อยากมีกิจกรรมสายสัมพันธ์ในครอบครัว น่าจะเป็นเรื่องที่ดี ทำให้คนในครอบครัวได้เข้าใจกัน มีสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน เพราะทุกวันนี้ในความรู้สึกแต่ละครอบครัวไม่ค่อยใส่ใจกัน (FG 3) ชุมชนมีจัดกิจกรรมวันแม่ ในวันสงกรานต์มีกิจกรรมรดน้ำดำหัวให้กับผู้สูงอายุ ถือว่าดีมากรู้สึกว่าเขาเห็นคุณค่าเรา (FG 3) ”

6. ตั้งชมรมผู้สูงอายุ ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่าในชุมชนยังไม่มีกรรวมกลุ่มผู้สูงอายุอย่างชัดเจน การจัดตั้งชมรมจะทำให้ผู้สูงอายุได้มีเวทีในการเข้าร่วมกิจกรรม พบปะกัน เดือนละครั้ง ได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพ โดยมีการประชาสัมพันธ์ให้ทราบอย่างทั่วถึง สอบถามความต้องการหรือความสนใจก่อนการวางแผน ในการดำเนินกิจกรรม มีการประเมินผลการจัดกิจกรรมเพื่อปรับปรุงในครั้งต่อไป และตารางการจัดกิจกรรมที่ชัดเจน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“อยากให้มีการสอบถามความต้องการก่อนว่าผู้สูงอายุอยากทำกิจกรรมอะไร (FG 3) ต้องมีการประเมินผลไปด้วยในการจัดแต่ละครั้ง (FG 1) ตารางการจัดกิจกรรมมีความชัดเจน และเนื้อหาน่าสนใจ (FG 3) ประชาสัมพันธ์ให้กับสมาชิกผู้สูงอายุ ในชุมชนได้รู้อย่างทั่วถึง (FG 2) อยากให้ตั้งกลุ่มชมรมผู้สูงอายุ จะได้รวมตัวกัน พบกันเดือนละครั้ง (FG 1) เป็นเวทีพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ในการดูแลสุขภาพ มีเพื่อนพูดคุยเรื่องต่าง ๆ ทำให้ไม่เหงา และยังได้รับความรู้เพื่อนำไปดูแลตนเองให้มีสุขภาพดีด้วย (FG 3) ”

7. ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน

และหน่วยงานภาครัฐ ความต้องการการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนบ้าน ชุมชน และหน่วยงานภาครัฐ ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่าผู้สูงอายุในชุมชนยังต้องการการสนับสนุนจากบุคคลและหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้การสร้างเสริมสุขภาพเกิดความสำเร็จได้ ครอบครัวเป็นแรงสนับสนุนที่ใกล้ชิดและสำคัญที่สุดสำหรับผู้สูงอายุ เพราะการมีสุขภาพที่ดีได้ครอบครัวต้องมีส่วนให้การดูแลและส่งเสริม การสนับสนุนของชุมชนจากกรรมการชุมชน แกนนำผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน เยาวชนในชุมชน จะสนับสนุนด้านสถานที่ การประสานงานและอำนวยความสะดวก การสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐ เช่น ศูนย์บริการสาธารณสุข 69 คันทายาว สนับสนุนด้านการคัดกรองสุขภาพ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพรัตน์วชิระ สนับสนุนการให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพและสำนักงานเขตคันทายาว สนับสนุนด้านงบประมาณ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“คนในครอบครัวสำคัญที่สุด (FG 1) พี่เลี้ยงศูนย์ 69 เขาจะมาคัดกรองในชุมชนทุกปี มีมาเยี่ยมผู้สูงอายุติดเตียงด้วย (FG 2) วิทยาลัยพยาบาล มาให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ (FG 2) ทางเขตคันทายาว เคียงนี้เขามาสนับสนุนด้านงบประมาณนะ แต่ทางชุมชนต้องเขียนโครงการไป (FG 3) เวลาจะมาร่วมกิจกรรมของชุมชน ได้บ้างบ้านนี้หละมาชวนตลอด (FG 1) กรรมการชุมชน ดูแลเรื่องสถานที่ อุปกรณ์เครื่องเสียงต่าง ๆ โต๊ะเก้าอี้ (FG 2) อสส. แกนนำผู้สูงอายุเป็นแกนนำหลักเลย ช่วยประสานงานกับหน่วยงานนอกประชาสัมพันธ์ในชุมชนด้วย (FG 2) อยากให้เยาวชนในชุมชนเข้ามาช่วยเวลาว่างมีกิจกรรม ผู้สูงอายุก็ทำกันไม่ค่อยไหว (FG1)”

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมืองสามารถนำมาอภิปรายร่วมกับแนวคิด ทฤษฎีและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้ดังนี้

1. ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

1.1 ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เป็นปัญหาด้านร่างกาย ความแข็งแรงของร่างกายจะลดลง มีโรคเรื้อรังเป็นโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคข้อเข่าเสื่อม และมักพบโรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคหลักที่ทำให้เพื่อนในกลุ่มวัยเดียวกันเสียชีวิต ส่วนการรับรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพทางกายเกิดจาก 1.1) *ความเสื่อมของร่างกายตามวัย* อธิบายว่าผู้สูงอายุจะมีเปลี่ยนแปลงตามวัยตามทฤษฎีการเสื่อมโทรมของร่างกายที่ระบุว่าร่างกายของมนุษย์จะมีการสะสมสารสีน้ำตาล (Lipofuscin) ไว้ในเซลล์ ซึ่งเป็นสารที่เกิดจากการเผาผลาญโปรตีนไม่สมบูรณ์เมื่อสารสีน้ำตาลสะสมมากขึ้นจะทำให้เซลล์ในร่างกายเกิดการเสื่อมโทรมและสูญเสียหน้าที่ในระบบต่าง ๆ ตามมาซึ่งสารดังกล่าวเป็นปัจจัยสนับสนุนที่ทำให้เกิดโรคเรื้อรังและการเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ในผู้สูงอายุ (Weismann, 1882) สอดคล้องกับการศึกษาการเปลี่ยนแปลงของร่างกายของผู้ที่อายุมากกว่า 60 ปี พบว่าผู้สูงอายุมีหลายปัจจัยในร่างกายที่จะทำให้เกิดความเสื่อมตามวัยและโรคเรื้อรังในร่างกายโดยแต่ละปัจจัยมีผลเชื่อมโยงกันและกัน เช่น ความสามารถในการรู้จำที่ลดลงจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดการหลงลืมบ่อยและการตัดสินใจเกิดความผิดพลาด การเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมของร่างกายส่งผลให้ระบบต่าง ๆ ของผู้สูงอายุเกิดการทำหน้าที่บกพร่องตามมา เป็นต้น และการเสื่อมของอวัยวะมีผลทำให้เกิดโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุตามมา (Santoni, Angleman, Welmer, Mangialasche, Marengoni,

& Fratiglioni, 2015; Jaul & Barron, 2017)

1.2) พฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่เหมาะสม เนื่องจากขาดความรู้และความตระหนัก อธิบายว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาสูงสุดในระดับประถมศึกษา และมีความรู้โรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งบริบทของชุมชนเมืองส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มคนที่มีการศึกษา ทั้งนี้จะมีผู้สูงอายุซึ่งเป็นคนแก่แก่ที่อพยพมาตามลูกหลานซึ่งจะได้รับการศึกษาตามรัฐบาลก่อนหน้านี้กำหนด ซึ่งในสังคมเมืองมีอาหารที่หลากหลายและอาหารรับประทานได้ง่ายจึงเป็นไปได้ว่าผู้สูงอายุเกิดความนิยมซื้ออาหารรับประทานซึ่งสะดวกกว่าการทำเอง ผวนกับสื่อที่อธิบายเกี่ยวกับอาหารหรือโภชนาการ ในสังคมเมืองจะอยู่ในระบบอินเทอร์เน็ตทำให้ผู้สูงอายุเข้าถึงได้ยาก อีกทั้งโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น เป็นโรคที่ต้องใช้ความรู้เฉพาะในการดูแลสุขภาพ เมื่อผู้สูงอายุมีความรู้ที่ไม่เพียงพอจึงเป็นผลให้ขาดความตระหนักในพฤติกรรมสุขภาพตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของลินสกูลเทนต์และคณะ (Linschooten, Verwijs, Beelen, de van der Schueren, & Roodenburg, 2021) พบว่า ผู้สูงอายุจะเข้าถึงข้อมูลที่จำเพาะต่อสุขภาพได้ยากในสื่อออนไลน์ เมื่อผู้สูงอายุขาดข้อมูลจำเป็นก็จะมีผลต่อความรู้เฉพาะ ที่จะส่งผลต่อการพฤติกรรมอาหารตระหนัก ในการรับประทานอาหารตามมา 1.3) ขาดการออกกำลังกาย อธิบายว่า ผู้สูงอายุในชุมชนไม่ออกกำลังกาย ด้วยเหตุผลคือ ไม่มีเวลาในการออกกำลังกาย ไม่สนใจในการออกกำลังกาย ไม่มีเพื่อนในการออกกำลังกายซึ่งเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่ทำให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมร่วมกัน ไม่มีผู้นำในการออกกำลังกาย การมีผู้นำจะทำให้เกิดความมั่นใจในการทำกิจกรรมได้มากขึ้น รวมถึงการกลัวการออกกำลังกายเนื่องจากมีโรคประจำตัว และบางรายเข้าใจว่าการทำงานที่ต้องใช้แรงกายถือว่าเป็นการออกกำลังกาย สอดคล้องกับ วัลลา ศรีบุญพิมพ์สวย

(2556) พบว่าอุปสรรคของการออกกำลังกายของผู้สูงอายุเกิดจากความคิดที่ว่า การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือการทำงานคือการออกกำลังกาย และมีความคิดว่าตนเองมีความเจ็บป่วยจะไม่สามารถออกกำลังกายได้เหมือนคนอื่น

1.2 ผู้สูงอายุรู้สึกคุณค่าในตัวเองลดลง ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่าผู้สูงอายุบางรายต้องอยู่เพียงลำพังในช่วงเวลากลางวัน จากบุตรหลานต้องไปทำงาน บางรายอาศัยอยู่เพียงลำพังไม่มีบุตรหลานดูแล การใช้ชีวิตในแต่ละวันของผู้สูงอายุ จะมีความรู้สึกเหงาโดดเดี่ยวว่าเหว่ กิจกรรมที่เคยทำได้ในวัยหนุ่มก็ทำได้ลดลง ต้องพึ่งพาหลาน โดยเฉพาะการขาดรายได้ รู้สึกเป็นภาระของคนในครอบครัว อธิบายว่าความรู้สึกเหงาโดดเดี่ยวว่าเหว่ ของผู้สูงอายุในชุมชนส่วนใหญ่รู้สึกกว่าตนเองมีคุณค่าลดลง เนื่องจากการไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากลูกหลาน ต้องพึ่งพาหลาน เนื่องจากครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนที่ให้การช่วยเหลือแก่สมาชิกในครอบครัวที่มีความเปราะบางและต้องการการดูแล การปฏิบัติหน้าที่ครอบครัวที่ดีจะเป็นการสนับสนุนด้านจิตใจและสังคมของผู้สูงอายุ ความสัมพันธ์ที่ดีกับลูกหลานมีการยอมรับ การแสดงความรักและเอาใจใส่ และการใช้เวลาอยู่ร่วมกันในครอบครัว จึงเป็นแหล่งสนับสนุนประคับประคองผู้สูงอายุ ช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยวได้นอกจากนี้ ความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต ซึ่งอธิบายได้ว่ารายได้ที่เพียงพอ ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองต่อความจำเป็นพื้นฐานในชีวิต รู้สึกมั่นคงในชีวิต จึงส่งผลให้มีสุขภาพจิตที่ดี (สุริสา คำขึ้น, หฤทัย กงมหา, วิจิตร แผ่นทอง, ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์, 2563)

2. แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตเมือง ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่รับรู้เกี่ยวกับกิจกรรมที่เป็นการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) ตรวจสุขภาพประจำปี การคัดกรองสุขภาพประจำปีจะทำให้

ผู้สูงอายุทราบถึงภาวะสุขภาพตนเอง เกิดความตระหนัก และให้ความสนใจการดูแลสุขภาพตนเอง อธิบายได้ว่า เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นจะมีความเสี่ยงจากอาการเจ็บป่วย ทางด้านร่างกาย ระบบอวัยวะต่าง ๆ มีประสิทธิภาพ การทำงานลดลง การตรวจสุขภาพในผู้สูงอายุเป็นประจำ ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพ ด้านต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอ เป็นการหาความผิดปกติได้ ตั้งแต่ระยะแรกแล้ว ยังทำให้ง่ายที่จะรักษาให้หายขาดได้ หรือบรรเทาอาการให้ดีขึ้นได้ และเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่ดีต่อสุขภาพและไม่ไป เร่งการพัฒนาโรคให้เกิดขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ นิรุวรรณ เทีรินโบล และคณะ (2563) ที่ศึกษาภาวะสุขภาพ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุที่มีประวัติการเคยตรวจ ร่างกายประจำปีมีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกัน การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ 2) **การปรุงอาหารที่เหมาะสมกับโรค** การได้รับความรู้ในการปรับพฤติกรรม การบริโภคที่เหมาะสมจะทำให้มีความเข้าใจและนำไป ปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง อธิบายได้ว่าบุคคลจะมีการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมหรือไม่นั้น ย่อมขึ้นอยู่กับ องค์ประกอบด้านการรับรู้ และปัจจัยร่วมต่าง ๆ ได้แก่ ปัจจัยด้านโครงสร้าง เช่น ความรู้เรื่องโรค ซึ่งความรู้ จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจและตระหนักถึงความ สำคัญของการบริโภคอาหารที่เหมาะสม สอดคล้องกับ อัมภากร หาญณรงค์, ชนัญชิตา ดุษฎี ทุลศิริ และสมสมัย รัตนกริชากุล (2560) พบว่าความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมบริโภคอาหารได้ คือ ถ้าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้เรื่องการบริโภค อาหารดี จะทำให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคอาหาร ที่ดีด้วย 3) **การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ** อธิบายได้ว่าการออกกำลังกายเป็นส่วนหนึ่งของการ สร้างเสริมสุขภาพ สามารถลดอัตราเสี่ยงของการเกิด โรคต่าง ๆ เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง กระดูกพรุน

เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง เพิ่มความแข็งแรงของร่างกาย (Physical strength) ความอดทนของร่างกาย (Physical endurance) พลังงานสำรองของหัวใจขึ้น (Cardiac reserve) ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้สูงอายุ สามารถทำกิจวัตรประจำวันและช่วยเหลือตนเองได้ สามารถชะลอความสูงอายุ ลดอัตราการเกิดปัญหาโรค เรื้อรัง และป้องกันการหกล้มได้ การออกกำลังกายที่เหมาะสมในวัยสูงอายุควรเป็นการออกกำลังกายแบบ แอโรบิก มีแรงกระแทกต่ำ มีการทำให้ร่างกายอบอุ่น ก่อนการออกกำลังกายและการผ่อนคลายหลังการ ออกกำลังกายควรออกกำลังกายไม่น้อยกว่า 20 นาที สัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง จึงจะทำให้การออกกำลังกายนั้น มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ กัญชิตา เสริมสินศิริ, สุรรัตน์ เสมศรี, และ ศิริสรณ์ นนท้อครวาทิน (2562) พบว่า การออกกำลังกายแบบก้าวตามตาราง (Square- stepping exercise) เป็นการออกกำลังกาย แบบแอโรบิก มีแรงกระแทกต่ำ มีการเคลื่อนไหวคล้ายกับ การเดินเร็ว ไม่มีการกระโดด ช่วยลดการบาดเจ็บขณะ ออกกำลังกาย จึงมีความเหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ

3. **การผ่อนคลายความเครียด** ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่า บริบทชุมชนที่อาศัยเป็นชุมชนเมืองลักษณะต่างคน ต่างอยู่ ไม่มีสัมพันธ์ภาพทางเครือญาติ แต่ผู้สูงอายุใน ชุมชนยังสามารถพึ่งพาซึ่งกันและกันได้ ในช่วงกลางวัน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะอยู่บ้านคนเดียว การมีกิจกรรมให้ ผู้สูงอายุได้รวมกลุ่มกัน เป็นการสร้างความสนุกสนานและ ผ่อนคลาย การทำสมาธิเป็นการจัดการกระทำในระดับบุคคล สามารถลดความเครียดลงได้ อธิบายว่า ความเครียด ทำให้สมดุลของร่างกายและจิตใจเปลี่ยนแปลง เมื่อมี ความเครียดมาก ๆ สะสมเป็นเวลานาน จะก่อให้เกิดโรค ทางกายและปัญหาสุขภาพจิตได้ การทำสมาธิ ทำให้เซลล์ สมองและวงจรการเชื่อมต่อในสมองซีกซ้ายเจริญขึ้น ซึ่งส่งผลให้มีความสุขและมีอารมณ์ในด้านบวกมากขึ้น และ

ทำให้สารเคมีในสมอง เซโรโทนิน ซึ่งเป็นสารสื่อประสาท มีมากขึ้น ทำให้เกิดการผ่อนคลาย ไม่เครียด นอนหลับง่าย ไม่เกิดอาการซึมเศร้า (รพีพร ฤเดช, 2560) สอดคล้องกับ อารมณ์ สิงห์ชาติ, กุลวดี โรจนไพศาลกิจ, และสมใจ นกดี (2559) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการ ความเครียดต่อความเครียดของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย วิธีการจัดการความเครียด 4 วิธี คือ 1) ฝึกการหายใจ 2) ฝึกผ่อนคลายด้วยการเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ (progressive muscle relaxation) 3) ฝึกผ่อนคลาย กล้ามเนื้อด้วยการหายใจแบบลึก (autogenic training) และ 4) ฝึกสมาธิ พบว่า ผู้สูงอายุ มีความเครียดต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีความเครียดต่ำกว่าผู้สูงอายุกลุ่มเปรียบเทียบ การเข้าร่วมกิจกรรม เป็นการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม (Social activity) ที่ผู้สูงอายุมีความสามารถและสนใจ (อาภาพร เภาวัฒนา, สุรินทร์ กลัมพกร, สุนีย์ ละกำป็น, ขวัญใจ อำนาจสัตย์ชื่อ, 2561)

4. กิจกรรมสายสัมพันธ์ในครอบครัวและชุมชน อธิบายว่าชุมชนเขตเมืองมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านโครงสร้างประชากร วิธีการดำเนินชีวิตที่เร่งรีบ และความสัมพันธ์ในครอบครัวที่เสื่อมถอยลง อาจมีผลทำให้บรรยากาศภายในครอบครัวมีความรักและความอบอุ่นน้อยลง รวมทั้งเป็นการบั่นทอนสุขภาพจิตและความสุขของผู้สูงอายุและคนในครอบครัว อาจนำไปสู่การเกิดปัญหาทางด้านอารมณ์ สุขภาพจิต และสุขภาพร่างกายตามมาภายหลังได้ การเสริมพลังให้ครอบครัว จึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง ทั้งพลังทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านความคิด อันมีผลให้ครอบครัวสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นภายในครอบครัวได้ ทั้งนี้หากสถาบันครอบครัวในชุมชนมีความอบอุ่นและมีความสุข ก็ย่อมส่งผลให้ผู้สูงอายุในชุมชนและสังคมมีความเข้มแข็ง (ณัฐรา แยกคำ, 2564) สอดคล้องกับ พรฤดี นิธิรัตน์ และคณะ (2558)

พบว่าสมาชิกมีการรับรู้บทบาทของตนเองในครอบครัวสูงขึ้นและมีสัมพันธภาพในครอบครัวดีขึ้น

5. ตั้งชมรมผู้สูงอายุ การจัดตั้งชมรมเป็นการรวมกลุ่มทางสังคม เพื่อสร้างเครือข่ายทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ส่งเสริมและสนับสนุนให้กับผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน อธิบายว่า การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในชุมชน เป็นความต้องการของผู้สูงอายุที่ต้องการให้มีการรวมกลุ่มอย่างเป็นรูปธรรม มีกิจกรรมของชมรมอย่างต่อเนื่อง การรวมกลุ่มจะมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน ก่อให้เกิดความรักความผูกพันของคนในชุมชน และเป็นการส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดี สอดคล้องกับ ยุภาพร ยุภาศ และอาภากร ประจันตะเสน (2562) ได้ศึกษาแนวทางการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน พบว่าด้านการรวมกลุ่มทางสังคมได้แก่ การจัดตั้งกลุ่มหรือชมรมผู้สูงอายุเพื่อสร้างเครือข่ายทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน และจัดกิจกรรมที่ทำให้เกิดความรักความผูกพันในชุมชน ทำให้เกิดการพบปะพูดคุยกันในกลุ่มอยู่เสมอ เป็นสิ่งหนึ่งที่สามารถแก้ปัญหาผู้สูงอายุได้เกือบทุกด้าน

6. ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานภาครัฐ ความต้องการการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนบ้าน ชุมชน และหน่วยงานภาครัฐ ผู้สูงอายุในชุมชนต้องการการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวและหน่วยงานภายนอกเพื่อช่วยส่งเสริมสุขภาพที่ดีให้เกิดความสำเร็จได้ อธิบายได้ว่าครอบครัวเป็นแรงสนับสนุนที่ใกล้ชิดและสำคัญที่สุดสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนนี้ การมีสุขภาพที่ดีได้ครอบครัวต้องมีส่วนให้การดูแลและส่งเสริม อีกทั้งการสนับสนุนของชุมชนและหน่วยงานภาครัฐทำให้ผู้สูงอายุในชุมชน โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ได้มีโอกาสในการรวมกลุ่มในการทำกิจกรรม ๆ ในชุมชน เช่น

กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีเวทีให้ผู้สูงอายุในชุมชนได้พบปะสังสรรค์ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุขประเสริฐ ทับสี (2563) พบว่าผู้สูงอายุที่มีคู่สมรส หรือพักอาศัยอยู่กับลูกหลาน มีสัดส่วนของการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีคู่สมรสและพักอาศัยอยู่ตามลำพัง เนื่องจากคู่สมรสเป็นส่วนหนึ่งของแรงสนับสนุนทางสังคม การที่บุตรหลานและคู่สมรสที่มีสัมพันธ์ที่ดีกับผู้สูงอายุ จะมีความรักความเข้าใจซึ่งกันและกัน มีกำลังใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่จะส่งเสริมสุขภาพตนเองให้มีสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์ และคณะ (2561) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนชานเมือง จังหวัดขอนแก่น พบว่าผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลในครอบครัว เช่น คู่สมรส หรือบุตรหลาน จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม การสนับสนุนของชุมชน เช่น

กรรมการชุมชน แกนนำผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน เยาวชนในชุมชน จะช่วยประสานงานและอำนวยความสะดวก การสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐ เช่น หน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สนับสนุนการให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพและด้านงบประมาณ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาเพิ่มเติมเพื่อลงรายละเอียดในกิจกรรมหรือโครงการเพื่อนำมาออกแบบกิจกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุชุมชน
2. ควรทำวิจัยแบบเฉพาะเจาะจงเพื่อหาแนวทางพัฒนาเฉพาะด้าน เช่น ด้านสุขภาพกาย ด้านสุขภาพจิต ด้านครอบครัวสังคม เพื่อให้ได้ข้อมูลในการพัฒนาที่เจาะลึกยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย.(2565). โครงสร้างข้อมูลสถิติจำนวนประชากรไทยที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านแยกรายอายุรายเดือน. สืบค้นจาก: https://stat.bora.dopa.go.th/new_stat/webPage/statBy AgeMonth.php
กัญชิตา เสริมสินสิริ, สุรรัตน์ เสมศรี, และ ศิริสมรณนันทอัครวาทิน. (2562). ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบก้าวตามตารางต่อการทรงตัวของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 20(1), 359-370.

นิรุวรรณ เทิร์นโบล, วิลาวัลย์ ซาตา, วิภา ชูปวา, เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ, สุทิน ชนะบุญ, เบญจพล แสงไสว,... นงศ์ลักษณ์ ตั้งปรัชญากุล. (2563). ภาวะสุขภาพ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 30(3), 35-49.
เนตรดาว จิตโสภาคกุล. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่ที่ 6 ตำบลบึงศาล อำเภอบึงสามพัน จังหวัดนครนายก. *วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยปทุมธานี*, 6(3), 171-178.

- ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์, อมรรัตน์ รัตนศิริ, บังอรศรี จินตาวงค์, ไพรินทร์ เนธิบุตร, ลำดวน วัชนะปาน, ชนกานต์ จันทะคุณ, ชลทิพย์ สุภาพินิจ. (2561). พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอาศัยในชุมชน ชานเมือง จังหวัดขอนแก่น. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 33(2), 153-160.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2558). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2558*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- ยุภาพร ยุภาศ และอาภากร ประจันตะเสน. (2562). แนวทางการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในชุมชน. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 38(6), 104-110.
- รพีพร ฤเดช. (2560). *ผลของโปรแกรมสมาธิบำบัดตาม วิถีพุทธต่อความสุขในชีวิตผู้สูงอายุที่ป่วยด้วย โรคความดันโลหิตสูงที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัด เพชรบุรี*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ), มหาวิทยาลัยคริสเตียน, นครปฐม.
- ลักขณา พงษ์ภุมมา และ จูฑิพร ยอดประเสริฐ. (2562). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ชุมชน ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28(2), 236-243.
- สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย. (2563). *สถานการณ์ผู้สูงอายุ ไทย 2563*. สืบค้นจาก: file:///C:/Users/lib/ Downloads/ThaiElderly_2563.pdf
- สุขประเสริฐ ทับสี. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุใน อำเภอแกลงกระเจา จังหวัดเพชรบุรี. *วารสาร วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, 3(1), 14-30.
- สุนิสา คำชื่น, ฤทัย กงมหา, วิจิตร แผ่นทอง, ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์. (2563). *ภาวะสุขภาพจิต และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุ. วารสารวิจัย สุขภาพและการพยาบาล*, 36 (3) ,150-163.
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. (2556). *รายงาน การสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุ ปี 2556 ภายใต้ แผนงาน ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ. กรุงเทพฯ: ส่วนอนามัยแม่ และเด็ก สำนักพิมพ์ ส่งเสริมสุขภาพ*.
- อาภรณ์ สิงห์ชาดา, กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ, และ สมใจ นกดี. (2559). ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อความเครียดของผู้สูงอายุ. *วารสาร มจร.วิชาการ*, 19(38), 49-60.
- อาภาพร เฒ่าวัฒนา, สุรินทร์ กลัมพกร, สุนีย์ ละกำป็น, ขวัญใจ อำนางสัตย์เชื้อ. (2561). *การสร้างเสริม สุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน: การประยุกต์ แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ. คณะสาธารณสุข ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล: บริษัท เอ็มเอ็น คอมพิวเตอร์ จำกัด*.
- อัมภากร หาญณรงค์, ชนัญชิดา คุชฎี ทุลศิริ และสมสมัย รัตนกริชากุล. (2560). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูง. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 25(3), 52-65.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2011). *The SAGE handbook of qualitative research*. California: London, New Delhi and Far East Square: Sage.
- Giorgi, A. (1985). *Phenomenology and psychological research*. Pittsburgh, Pennsylvania: Duquesne University Press.

- Husserl, E. (1965). *Phenomenology and the crisis of philosophy: philosophy as rigorous science, and philosophy and the crisis of European man*. New York: Harper & Row.
- Jaul, E., & Barron, J. (2017). Age-related diseases and clinical and public health implications for the 85 years old and over population. *Frontiers in public health*, 5, 335. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2017.00335>
- Linschooten, J. O., Verwijs, M. H., Beelen, J., de van der Schueren, M., & Roodenburg, A. (2021). Low awareness of community-dwelling older adults on the importance of dietary protein: new insights from four qualitative studies. *Journal of nutritional science*, 10, e102. <https://doi.org/10.1017/jns.2021.92>
- Santoni, G., Angleman, S., Welmer, A. K., Mangialasche, F., Marengoni, A., & Fratiglioni, L. (2015). Age-related variation in health status after age 60. *PloS one*, 10 (3), e0120077.



ผลของรูปแบบการดูแลตนเอง ตามแนวคิดการดูแลสุขภาพตนเองและ
การกำกับตนเอง เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด
ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้
**Effects of Self Care Model Pertaining to Self Health Care
and Self Regulation Concepts for Controlling Blood Sugar of
Uncontrolled Type 2 Diabetes Mellitus Patients**

กาญจนา ปัญญาเพ็ชร, วท.ม., Kanjana Punyapet, M.Sc.^{1*}

นิภา มหารัษฎพงศ์, ประ.ด., Nipa Maharachpong, Ph.D.²

ยุวดี รอดจากภัย, ส.ด., Yuwadee Rodjarkpai, Dr.P.H.³

¹นิสิตหลักสูตร ประ.ด. (สุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

¹Ph.D. (Health Education and Health Promotion) Faculty of Public Health, Burapa University

²อาจารย์ ดร. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

²Lecturer, Ph.D., Faculty of Public Health, Burapa University

³รองศาสตราจารย์ ดร. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

³Associate Professor, Ph.D., Faculty of Public Health, Burapa University

*Corresponding Author e-mail: kanjana@slc.ac.th

Received: June 19, 2022

Revised: November 3, 2022

Accepted: December 7, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการดูแลตนเอง ตามแนวคิดการดูแลสุขภาพตนเองและการกำกับตนเอง เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ ที่รับบริการศูนย์สุขภาพชุมชนอ้อมน้อย อำเภอกะทู้แบบ จังหวัดสมุทรสาคร คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 43 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอายุ 35-70 ปี มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดมากกว่า ร้อยละ 7 และรักษาด้วยยารับประทาน เข้ารับการฝึกตามรูปแบบการดูแลตนเอง เป็นระยะเวลา 3 เดือน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม 5 ส่วน คือ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) ความรู้ 3) ความสามารถในการกำกับตนเอง 4) การดูแลตนเอง และ 5) พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรง เท่ากับ 0.80, 0.83, 0.80 และ 0.80 ตรวจสอบความน่าเชื่อถือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์

كرونบาแอลฟา เท่ากับ 0.73, 0.83, 0.75 และ 0.77 ตามลำดับ เก็บข้อมูลหลังการทดลองทันทีและระยะติดตามผลวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ One-way repeated measure ANOVA

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความสามารถในการกำกับตนเอง การดูแลตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเอง มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ค่าน้ำตาลในเลือด (FBS) และค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองและระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ผลจากการวิจัยสนับสนุนให้พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข นำรูปแบบการดูแลตนเอง ไปประยุกต์ใช้โดยสร้างความตระหนักก่อนการให้ความรู้ในการดูแลตนเอง การคงความรู้ไว้ กำกับตนเอง ให้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับโรคด้วยการติดตามทางโทรศัพท์อย่างน้อย 2 ครั้ง โดยกระตุ้นในการพัฒนาทักษะด้วยตนเองทั้ง 4 ด้าน ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลาย ความเครียด และการรับประทานยา ให้เหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: รูปแบบการดูแลตนเอง การกำกับตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

Abstract

The quasi-experimental research aimed to study the effects of self care model pertaining to self health care and self regulation concepts for controlling blood sugar of uncontrolled type 2 diabetes mellitus patients at Omnoi Community Health Center, Krathum Baen District, Samut Sakhon Province. The participants were 43 patients, levels of glycosylated hemoglobin (HbA1c) at baseline equal or more than 7%, aged 35-70 years, treated by oral medicines. The participants received the program 3 month. The interview 5 questionnaire consisting 1) personal data 2) knowledge 3) self-regulation ability 4) self-care and 5) self-care behaviors to control blood sugar levels. The questionnaires were verified for content by 4 professional experts, its content of validity were 0.80, 0.83, 0.80 and 0.80. Reliability for questionnaires tested by Cronbach's alpha coefficient were 0.73, 0.83, 0.75, 0.77 respectively. Data were collected after-intervention immediately and the follow-up period. The data were collected by questionnaires and analyzed using mean, standard deviation and one-way repeated measure ANOVA. The sample group had average.

The results revealed that the mean in knowledge scores, self-regulation ability, self-care and self-care behaviors to control blood sugar levels were significantly higher than those at before ($p\text{-value} < .001$). Fasting blood sugar (FBS) and glycosylated hemoglobin level (HbA1c) were significantly lower than baseline ($p\text{-value} < .001$). Management team of nurses or public health staff can apply the self care model to raising awareness before self-care education,

retaining knowledge, self-regulation to health care behaviors appropriate for the disease by following at least 2 phone calls. By stimulating to development of 4 self-care skills including dietary, exercise, stress relaxing and medication to be appropriate according to the context of the area to controlling blood sugar levels.

Keywords: *Self Care Model, Self Regulation, Blood sugar control of Self-care behavior*

บทนำ

โรคเบาหวาน เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก จากรายงานสถิติของสหพันธ์เบาหวานโลก ในปี 2564 พบว่า มีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอายุ 20-79 ปี สูงถึง 537 ล้านคน และมีการคาดการณ์ว่าจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มสูงขึ้นเป็น 643 และ 738 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2573, 2583 (IDF, 2021) สำหรับประเทศไทย ในปี 2560 มีผู้ป่วยโรคเบาหวาน 4.4 ล้านคน มากเป็นอันดับ 4 รองจาก จีน อินเดีย ญี่ปุ่น (IDF, 2017) จากรายงานสถิติผู้ป่วยเบาหวานในปี 2562 ของสำนักโรคไม่ติดต่อ พบว่า อัตราผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศเพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2554 ถึงปี 2562 มีอัตราผู้ป่วยในต่อประชากรแสนคน เพิ่มขึ้นจาก 968.22 เป็น 1,528.91 คน (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2563)

ผลกระทบของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ จะมีโอกาสทำให้ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมาน มีความเสี่ยงสูงขึ้นและมีโอกาสเสียชีวิตเร็วขึ้น โดยร้อยละ 95 เป็นผู้ป่วยที่ควบคุมไม่ได้ (สุภาพร นันทศักดิ์, 2559) นอกจากนี้โรคเบาหวานยังทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2563) และยังส่งผลให้มีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2563) โดยเฉพาะในจังหวัดสมุทรสาคร พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้เพิ่มสูงขึ้น อย่างต่อเนื่อง (สำนักงาน

สาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร, 2561)

ในการดูแลควบคุมผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ มีแนวทางการดูแลสุขภาพตนเองของโอเรม (Orem, Taylor, & Renpenning, 2001) ที่ให้บุคคลมีการคิด ตัดสินใจเลือกที่จะลงมือปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง โดยพยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูล ความรู้ ชี้แนะแนวทาง สนับสนุนด้านต่าง ๆ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจ และให้ตั้งเป้าหมายที่ชัดเจน เพื่อให้บุคคลสามารถดูแลตนเองจนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในด้านต่าง ๆ ให้ดีขึ้น และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมได้ (ปริยาภรณ์ สวัสดิ์ศรี, 2555; ฐิติพร ฅนอมบุญ, พิมสุภาว จันทนะโสทธิ์, ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ, และพัชรพร เกติมงคล, 2555; Surucu, Kizilci, & Ergor, 2017) และมีแนวคิดของการกำกับตนเอง (Self-regulation) (Bandura, 1986) ที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ (ปภัสนร กิตติพิรัช, วรณิภา อัครชัยสุวิกรม และสุวรรณา จันทร์ประเสริฐ, 2555; จันจิรา ภูรัตน, ปาหนัน พิทยภิณู และสุนีย์ ละกำป็น, 2563; Oba, Barry, Gordon, & Chutipanyaporn, 2020) ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวาน ได้เรียนรู้ปัญหาตนเองจากการสังเกต การตัดสินใจและการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง จนส่งผลให้สามารถกำกับตนเองในการควบคุมพฤติกรรมรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย

จนทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

จากความสำคัญของปัญหาและการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของรูปแบบการดูแลตนเอง โดยการจัดรูปแบบกิจกรรมให้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ เพื่อเพิ่มพูนความรู้ สร้างทักษะ และความเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง จนนำไปสู่กระบวนการขับเคลื่อนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลาย ความเครียด การรับประทานยาได้ถูกต้อง เพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ใกล้เคียงคนปกติได้มากที่สุด และชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานได้ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการดูแลตนเองและการ

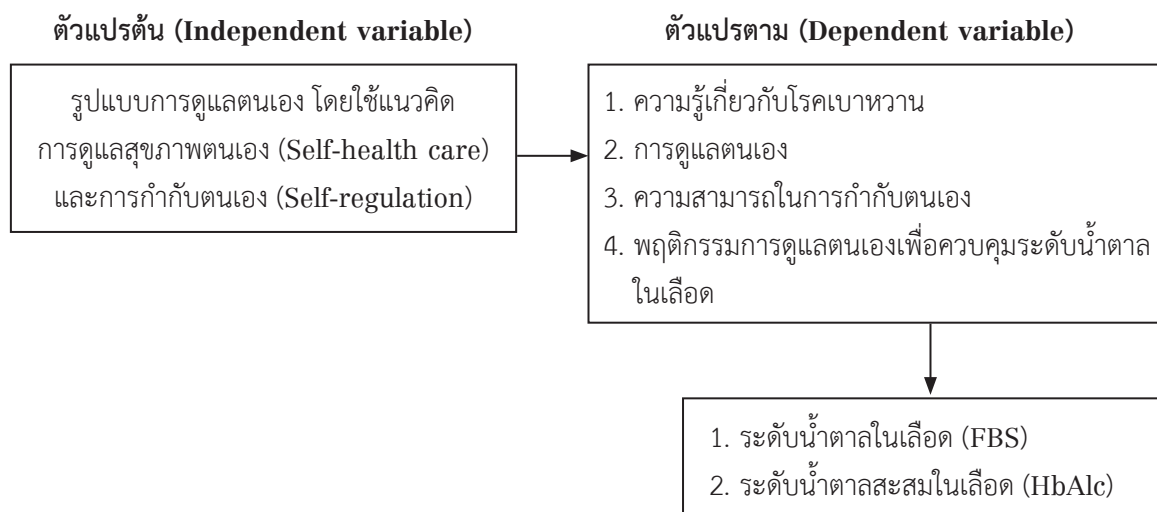
กำกับตนเอง ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้

สมมติฐานการวิจัย

หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความสามารถในการกำกับตนเอง การดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง เพิ่มขึ้นก่อนการทดลอง และมีค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ลดลง

กรอบแนวคิดการวิจัย

รูปแบบการดูแลตนเอง (Self-care model) ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดการดูแลสุขภาพตนเอง (Self-health care) (Orem et al., 2001) และแนวคิดการกำกับตนเอง (Self-regulation) (Bandura, 1986)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนหลังการทดลอง และระยะติดตามผล (Quasi-experimental design: one group pre-posttest-follow up)

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวานจากหน่วยบริการปฐมภูมิ 3 อำเภอ ของจังหวัดสมุทรสาคร คือ อำเภอเมืองสมุทรสาคร อำเภอบ้านแพ้ว อำเภอกะทู้แบน ซึ่งมีผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งจังหวัด จำนวน 29,625 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร, 2561)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวานจากหน่วยบริการปฐมภูมิ ศูนย์สุขภาพชุมชนอ้อมน้อย อำเภอกะทู้แบน จังหวัดสมุทรสาคร โดยเลือกพื้นที่แบบเฉพาะเจาะจงจาก 3 อำเภอ เนื่องจากจังหวัดสมุทรสาคร มีผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ สูงเป็นอันดับ 3 ของเขต 5 และในอำเภอกะทู้แบน มีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้สูงที่สุด ถึงร้อยละ 43.21 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

การคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง ด้วยโปรแกรม G POWER โดยกำหนดอำนาจในการทดสอบที่ระดับ 0.08 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และขนาดอิทธิพล คือ 0.80 ได้ขนาดตัวอย่าง 38 คน เพื่อป้องกันการคลาดเคลื่อนและสูญหายของข้อมูล หรือขดเชยกรณีตัวแปรในกลุ่มประชากรที่ศึกษามีความแปรปรวน ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างดำเนินการวิจัยที่มีการศึกษาหลายระยะซึ่งอาจพบได้ร้อยละ 5-15 (Schmidt, Lo, & Hollestein, 2018) ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึง

ใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 43 คน และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย โดยมีอายุตั้งแต่ 35-70 ปี ได้รับวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป ได้รับการรักษาด้วยยาลดระดับน้ำตาลชนิดรับประทาน มีผลตรวจระดับน้ำตาลในเลือด FBS ≥ 126 mg/dl หรือ HbA1c $\geq 7\%$ การคัดเลือกออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) ในกรณี 1) มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ตามัวจนมองไม่เห็น พิกการ อัมพาต และไตวาย 2) ผู้เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ของผู้เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ คำถามเป็นแบบปลายปิด จำนวน 17 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยรวบรวมความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานจากตำราต่าง ๆ เพื่อประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน จำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ ตอบถูกได้ 1 คะแนน และตอบผิดได้ 0 คะแนน คะแนนเต็ม 12 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับความสามารถในการกำกับตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อวัดความสามารถในการกำกับตนเองในด้านการรับประทาน อาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการผ่อนคลายความเครียด ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 12 ข้อ โดยให้คะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน คะแนนอยู่ระหว่าง 12-60 คะแนน ลักษณะคำถามแบบเลือกตอบ

5 ตัวเลือก มั่นใจน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่ง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย จำนวน 11 ข้อ แบบมาตรประเมินค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนน 11-44 คะแนน

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการผ่อนคลายความเครียด ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้สามารถวัดจากแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ดูจากคะแนนรวมจากการที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานตอบ จำนวน 12 ข้อ ซึ่งเป็นแบบมาตรประเมินค่า 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง และไม่ปฏิบัติ คะแนน 12-48 คะแนน

3.2 เครื่องมือการทดลอง

รูปแบบการดูแลตนเองตามแนวคิดการดูแลสุขภาพตนเองและการกำกับตนเอง ประยุกต์จากทฤษฎีในการดูแลสุขภาพตนเองของโอโรมและการกำกับตนเองของแบนดูรา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดได้ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) การพัฒนาการรับรู้ในการดูแลตนเองและสร้างความตระหนัก (X_1) ประกอบด้วยกิจกรรมสะท้อนคิด กิจกรรมให้ความรู้ และกิจกรรมคิดตัดสินใจเลือก 2) การพัฒนาทักษะในการดูแลและกำกับตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (X_2) เป็นการจัดทำคู่มือการดูแลตนเอง แบบบันทึกเป้าหมาย พร้อม QR code ที่ผู้วิจัยเป็นผู้สอนและอัดคลิปเป็นวิดีโอ จัดส่งให้ผู้ป่วยทางไปรษณีย์ตามบ้านผู้ป่วยรายบุคคล 3) การส่งเสริมการดูแลและการกำกับตนเอง (X_3) โดยติดตามทางโทรศัพท์รายบุคคล (Tele-Nursing) 2 ครั้ง ห่างกัน 2 สัปดาห์

รูปแบบการวิจัยและการให้รูปแบบการดูแลตนเอง ดังนี้



แผนภูมิที่ 1 แผนภูมิการทดลอง

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการทดลอง

O_1, O_2, O_3 หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม ในระยะก่อนการทดลอง Pre-test (O_1) ระยะหลังการทดลอง Post-test (O_2) และระยะติดตามผล Follow-up (O_3)

4. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

4.1 ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน

คือ แพทย์ 1 ท่าน, อาจารย์กลุ่มวิชาพื้นฐานและประสบการณ์พยาบาลวิชาชีพ 1 ท่าน อาจารย์กลุ่มวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน 1 ท่าน และอาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ 1 ท่านพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาและการใช้ภาษาของเครื่องมือด้านความรู้ในการดูแลตนเอง, ความสามารถในการกำกับตนเอง, การดูแลตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเอง เท่ากับ 0.80, 0.83, 0.80 และ 0.80 ตามลำดับ

4.2 ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดย

การทดลองใช้แบบสอบถามกับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ที่มารับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิอื่นที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างของพื้นที่ จ.สมุทรสาคร จำนวน 30 คน แล้วนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม พบว่า แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตร KR-20 ได้เท่ากับ .73 และทดสอบโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอน บาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่า แบบสอบถามความสามารถในการกำกับตนเอง การดูแลตนเอง และพฤติกรรม การดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เท่ากับ .83, .75 และ .77 ตามลำดับ

5. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการสุขภาพศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เลขที่ G-HS 108/2563 โดยที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ และการนำเสนอข้อมูล รวมทั้งสิทธิในการขอยกเลิกการให้ข้อมูลทุกกรณี การปฏิเสธในการให้ข้อมูลไม่ได้มีผลใด ๆ แก่ผู้ดูแลและผู้ป่วย ข้อมูลส่วนบุคคล คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น

6. การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการโดย

6.1 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา และคัดกรองกลุ่มตัวอย่างตามที่ระบุตามเกณฑ์ โดยผ่านทางผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ของกลุ่มตัวอย่าง โดยการติดต่ออย่างเป็นทางการและนำเสนอจดหมายเพื่อขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลจากมหาวิทยาลัยบูรพา เมื่อได้รับการอนุญาต ผู้วิจัยจึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

6.2 นัดหมายตามวันและเวลาที่กำหนด แนะนำตัวผู้วิจัยกับผู้เข้าร่วมวิจัยชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ รวมทั้งการอธิบายถึงการรักษาความลับของผู้เข้าร่วมวิจัย

6.3 ในระหว่างการเข้าร่วมการวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ กับผู้เข้าร่วมวิจัย

6.4 เนื่องด้วยสถานการณ์แพร่ระบาดของ COVID-19 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลภายใต้มาตรการป้องกันโควิด 19

6.5 กระตุ้นการพัฒนาทักษะที่บ้าน โดยมี การติดตามทางโทรศัพท์ และจัดส่งเอกสารความรู้ทางไปรษณีย์

7. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย

7.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) อธิบายข้อมูลทั่วไป ในการวิเคราะห์ข้อมูล

คุณลักษณะกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และค่าต่ำสุด (Minimum) ค่าสูงสุด (Maximum)

7.2 สถิติเชิงวิเคราะห์ เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลโดยใช้สถิติ One-way repeated-measures ANOVA

ผลการวิจัย

ผลของรูปแบบการดูแลตนเอง ตามแนวทางการดูแลสุขภาพตนเอง และการกำกับตนเอง เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 43 คนในระหว่างการศึกษามีกลุ่มตัวอย่างเสียชีวิต จำนวน 1 คน ตลอดการศึกษาวิจัย จึงมีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 42 คน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลด้านประชากรของกลุ่มตัวอย่าง (n=42)

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 59.5) มากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 40.5) โดยมีอายุเฉลี่ย 58.50 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพคู่ (ร้อยละ 88.1) ระดับการศึกษาสูงสุดคือชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 69.0) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย (ร้อยละ 41.9) และรับจ้าง (ร้อยละ 20.9) มีรายได้จากการประกอบอาชีพเฉลี่ย 9,700 บาท/เดือน อาศัยอยู่กับสามี/ภรรยา (ร้อยละ 78.6) มีโรคประจำตัวที่เป็นร่วมกับโรคเบาหวานคือโรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 76.2) โรคเบาหวานร่วมกับไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 11.9) โรคเบาหวานอย่างเดียว (ร้อยละ 7.1) ระยะเวลา

ป่วยโรคเบาหวานโดยเฉลี่ย 6.1 ปี โดยพบว่า มีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 157.36 mg/dl ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) เฉลี่ย เท่ากับ 7.28 มีการตรวจภาวะแทรกซ้อนทุกปี (ร้อยละ 57.1) และตรวจตามแพทย์สั่ง (ร้อยละ 42.9)

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษา ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

คะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเอง, ความสามารถในการกำกับตนเอง, การดูแลตนเอง, พฤติกรรมการดูแลตนเอง, ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) และ ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ทั้ง 3 ระยะแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างตัวแปรที่ศึกษาทั้ง 3 ระยะของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	ความแปรปรวน	SS	df	MS	F	P-value
ความรู้	ระหว่างกลุ่ม	453.54	2	226.77	156.97	<.001
	ภายในกลุ่ม	118.46	82	1.44		
ความสามารถในการกำกับตนเอง	ระหว่างกลุ่ม	2315.54	2	1157.77	151.38	<.001
	ภายในกลุ่ม	627.12	82	7.64		
การดูแลตนเอง	ระหว่างกลุ่ม	649.33	2	324.66	89.94	<.001
	ภายในกลุ่ม	296.00	82	3.61		
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	ระหว่างกลุ่ม	571.73	2	285.86	114.38	<.001
	ภายในกลุ่ม	204.94	82	2.49		
ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS)	ระหว่างกลุ่ม	12094.73	2	6047.36	11.58	<.001
	ภายในกลุ่ม	42804.60	82	522.00		
ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c)	ระหว่างกลุ่ม	7.32	2	3.66	18.60	<.001
	ภายในกลุ่ม	16.14	82	0.20		

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษาทั้ง 3 ระยะของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยรายคู่ทุกด้านสูงขึ้น กว่าระยะก่อนหน้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ยกเว้นด้านความรู้ ที่กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยหลัง การทดลองทันทีและระยะติดตามผล ไม่แตกต่างกัน ส่วนระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) และ ระดับน้ำตาล สะสมในเลือด (HbA1c) ลดลงกว่าก่อนการทดลองและ ระยะติดตามผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรายคู่ของกลุ่มตัวอย่างโดยวิธี Bonferroni ($n = 42$)

ตัวแปร	$\bar{X}$	SD	เปรียบเทียบ	Mean difference	P-value
ความรู้ในการดูแลตนเอง					
ก่อนการทดลอง	7.86	0.33	ก่อน-หลัง	-3.98	<.001
หลังการทดลองทันที	11.83	0.06	ก่อน-ติดตาม	-4.07	<.001
ระยะติดตามผล	11.93	0.04	หลัง-ติดตาม	-0.09	.132
ความสามารถในการกำกับตนเอง					
ก่อนการทดลอง	42.21	1.15	ก่อน-หลัง	-6.43	<.001
หลังการทดลองทันที	48.64	0.83	ก่อน-ติดตาม	-10.40	<.001
ระยะติดตามผล	52.62	0.57	หลัง-ติดตาม	-3.98	<.001
การดูแลตนเอง					
ก่อนการทดลอง	32.55	0.48	ก่อน-หลัง	-3.90	.001
หลังการทดลองทันที	36.45	0.43	ก่อน-ติดตาม	-5.38	.001
ระยะติดตามผล	37.93	0.41	หลัง-ติดตาม	-1.48	.001
พฤติกรรมการดูแลตนเอง					
ก่อนการทดลอง	38.79	0.58	ก่อน-หลัง	-3.21	.001
หลังการทดลองทันที	42.00	0.42	ก่อน-ติดตาม	-5.17	.001
ระยะติดตามผล	43.95	0.28	หลัง-ติดตาม	-1.95	.001
ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS)					
ก่อนการทดลอง	157.39	5.71	ก่อน-หลัง	15.05	<.001
หลังการทดลองทันที	142.31	3.58	ก่อน-ติดตาม	23.71	<.001
ระยะติดตามผล	133.64	4.43	หลัง-ติดตาม	-15.05	<.001
ระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c)					
ก่อนการทดลอง	7.28	0.20	ก่อน-หลัง	0.37	<.001
หลังการทดลองทันที	6.91	0.16	ก่อน-ติดตาม	0.58	<.001
ระยะติดตามผล	6.70	0.14	หลัง-ติดตาม	-0.37	<.001

อภิปรายผลการวิจัย

ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พบว่า หลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะสื่อต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับกลุ่มวัยผู้สูงอายุ ซึ่งเน้นรูปภาพ และเสียงที่ชัดเจน เช่น สื่อ Powerpoint คู่มือการดูแลตนเองโดยมีเสียงพร้อมภาพประกอบการบรรยาย แบบบันทึกเป้าหมายเป็นต้น และได้จัดส่งให้ผู้ป่วยทางไปรษณีย์ตามบ้านผู้ป่วยรายบุคคล เพื่อให้ผู้ป่วยทบทวนความรู้ในการดูแลตนเองได้ตลอดเวลา สอดคล้องกับฐิติพร รัตนอมบุญ และคณะ (2555) ที่เสริมสร้างความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเอง โดยการสอนรายบุคคล ใช้ภาพพลิก แผ่นบันทึกภาพและเสียง และปฏิทินชีวิตพิชิตเบาหวาน พบว่า หลังการวิจัยกลุ่มผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ระดับความรู้ ภายหลังการวิจัยสูงกว่าก่อนวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของปริยาภรณ์ สวัสดิ์ศรี (2555) ที่ทำการศึกษารายผลของโปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพต่อระดับน้ำตาลในเลือดและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รพ.สต. โดยพบว่า ผู้ป่วยมีความรู้ในแต่ละด้านเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสมพงษ์ หามวงษ์ และพรรณี บัญชรหัตถกิจ (2556) ทำการศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับแนวคิดการดูแลสุขภาพตนเองของโอเรม (Orem et al., 2001) ที่สรุปว่า บุคคลมีการคิด ตัดสินใจเลือกที่จะลงมือปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง โดยพยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูล ความรู้ ชี้แนะ

แนวทาง สนับสนุนด้านต่าง ๆ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจ และให้ตั้งเป้าหมายที่ชัดเจน ซึ่งการปฏิบัติได้ด้วยตนเอง จะดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความผาสุก

ด้านความสามารถในการกำกับตนเอง พบว่า หลังทดลอง และหลังติดตามผล มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างเกิดความตระหนัก ผ่านการรับชมสื่อวีดิทัศน์ เรื่อง “ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานและการดูแลเท้า” ที่กระตุ้นการสะท้อนคิดโดยการตั้งคำถาม เช่น โรคเบาหวานมีความรุนแรงและอันตรายอย่างไรบ้าง เพื่อให้วิเคราะห์ตนเองถึงการทำให้เกิดพฤติกรรมต่าง ๆ ที่ยังกระทำอยู่สะท้อนถึงเห็นถึงความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จนเกิดความตระหนัก และสะท้อนคิดเพื่อปรับรูปแบบการปฏิบัติจากวิธีการต่าง ๆ ที่เสนอผ่านการได้รับความรู้ ร่วมกับการฝึกทักษะในด้านต่าง ๆ รวมทั้งได้รับกระตุ้นเตือนผ่านทางโทรศัพท์จำนวน 2 ครั้ง พร้อมบันทึกการปฏิบัติลงในแบบบันทึกเป้าหมายเพื่อกำกับติดตามจนสามารถกำกับดูแลตนเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Turner, Liang, Ramachandran, and Poursani, (2020) ที่ศึกษาวิธีการติดตามผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ ผลการศึกษาพบว่า การควบคุมระดับน้ำตาลในกลุ่มที่ 1 ใช้โทรศัพท์ติดตามอย่างเดียว ควบคุมได้เร็วกว่ากลุ่มที่ 2 และกลุ่มที่ 4 พบว่าการควบคุมระดับน้ำตาลโดยการกำกับ ให้ความรู้ เช่น การรับประทานยาการดูแลตนเองด้วยวิธีต่าง ๆ ผ่านทางโทรศัพท์ที่สามารถควบคุมน้ำตาลได้ดีกว่าการมาพบกันที่คลินิก ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของจันจิรา ภูรัตน์ และคณะ (2563) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการกำกับตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง และคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การมีกิจกรรม

ทางกายและการรับประทานยา เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อน ทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และยังพบว่าระดับ HbA1c ลดลงต่ำกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของปัสสร กิตติพิรชล และคณะ (2555) ที่ศึกษาผลของโปรแกรม กำกับตนเองต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายแอ่งแขน และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัด ชลบุรี พบว่า หลังการทดลอง ระดับน้ำตาลในเลือดของ กลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ $<.05$ กลุ่มทดลองที่มีพฤติกรรมออกกำลังกายสม่ำเสมอมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงมากกว่า กลุ่มที่มีพฤติกรรมออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ ดังนั้น การกำกับตนเองเป็นเครื่องมือช่วยในการดูแลควบคุม ตนเองในด้านต่าง ๆ ให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทั้งด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การ รับประทานยา และการผ่อนคลายความเครียด ให้ สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่ เหมาะสมได้

ด้านการดูแลตนเองและพฤติกรรมในการดูแล
ตนเอง พบว่า การดูแลตนเอง หลังทดลอง และหลัง ติดตามผล มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ด้านพฤติกรรมในการดูแล ตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด หลังทดลอง และ หลังติดตามผล มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < .05$) ทั้งนี้อาจเกิดจากแรงจูงใจภายในที่ ต้องการปรับพฤติกรรมเดิมเพื่อให้ตนเองสามารถควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดได้โดยการดำเนินตามกิจกรรมที่ได้ รับการดูแลตนเอง โดยใช้คู่มือการดูแลตนเองและแบบ บันทึกรับเป้าหมายที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นพร้อมจัดส่งให้ผู้ป่วย ที่บ้าน ร่วมกับการติดตามทบทวนข้อมูลและกระตุ้น เตือนทางโทรศัพท์ สามารถทำให้ผู้ป่วยเข้าใจในการดูแล ตนเองและสามารถดูแลตัวเอง และเนื่องจากสถานการณ์ โควิดทำให้ผู้ป่วยมีความเครียดและมีข้อจำกัดในการทำ

กิจกรรมหลายอย่าง ดังนั้นกิจกรรมที่ผู้ป่วยเลือกจึงเป็น กิจกรรมภายในบ้านเท่านั้น และต้องการที่จะควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดให้ดี เพื่อป้องกันความรุนแรงจาก โรคโควิดได้ด้วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจที่จะดูแล ตนเองให้ดีขึ้น สอดคล้องกับฐิติพร ฅนอมบุญ และคณะ (2555) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎี การดูแลตนเองของโอเรมร่วมกับการใช้การจัดการ รายกรณี พบว่า หลังการวิจัยกลุ่มผู้สูงอายุโรคเบา หวานมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุ โรคเบาหวาน ภายหลังการวิจัยสูงกว่าก่อนวิจัยอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) สอดคล้องกับการศึกษา Surucu, et al. (2017) ที่ศึกษาผลกระทบของการศึกษา โรคเบาหวานต่อการดูแลตนเอง ความสามารถในการ ดูแลตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลอง มีพฤติกรรม การดูแลตนเองดีกว่าก่อนทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับ สายใจ โพนาม (2558) ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม ส่งเสริมสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยตามปรัชญาเศรษฐกิจ พอเพียง พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการ ใช้ยาอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 79.46) กลุ่มทดลองมี คะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับ การศึกษาของอ้อ พรหมดี, วิมา เที่ยงธรรม, และปาหนัน พิชยภิญโญ (2559) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกัน ภาวะไตวายเรื้อรัง ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุม ระดับน้ำตาลไม่ได้ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรม และการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะไตวาย เรื้อรังดีขึ้นสูงกว่าก่อนทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) หลังทดลอง และ
ระยะติดตามผล มีค่าเฉลี่ยลดลงต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของกนกวรรณ ดึงกัฏ, ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา และ ณัฐกมล ชาญสาธิตพร (2563) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมค่าน้ำตาลในเลือด โดยให้ความรู้ สร้างความตระหนักรู้ สร้างเสริมทักษะ และพฤติกรรมในการจัดการตนเอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ความตระหนักรู้ในโรคเบาหวาน ทักษะการจัดการตนเองและพฤติกรรมในการจัดการตนเองในการควบคุมโรคเบาหวาน มากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ค่าเฉลี่ยค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง (FBS) ของกลุ่มทดลองลดลงจากก่อนการทดลองและลดลงต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ด้านระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c)
หลังทดลองและระยะติดตามผล มีค่าเฉลี่ยลดลง ต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Oba et al. (2020) ได้พัฒนาโปรแกรมการพยาบาลแบบการดูแลโดยสหวิชาชีพ เพื่อปรับปรุงระดับน้ำตาลในเลือด สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ นำการกำกับตนเองมาใช้ในการควบคุมการรับประทานอาหาร กิจกรรมทางกาย และการออกกำลังกาย การรับประทานยา การติดตามควบคุมระดับน้ำตาลด้วยตนเอง และการผ่อนคลายความเครียด มีการติดตามต่อเนื่องทางโทรศัพท์ เพื่อให้ความรู้ เตือนความจำในการกำกับตนเอง การกระตุ้นเตือนให้มาตรวจตามนัด ผลการทดลองพบว่า ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของกลุ่มทดลองหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

สรุปและข้อเสนอแนะ

การประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ โดยมุ่งเน้นการสร้างความรู้ตระหนักรู้ก่อนให้ความรู้ผ่านสื่อต่าง ๆ ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น กระตุ้นให้เกิดทักษะการดูแลตนเองในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการผ่อนคลายความเครียด มีการกำกับตนเองด้วยการตั้งเป้าหมาย โทรศัพท์ติดตาม กระตุ้นเตือนและลงบันทึกในแบบบันทึกเป้าหมายในการควบคุมการดูแลตนเองให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสมส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ จึงเป็นประโยชน์ในการนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาเพื่อแก้ไขปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารระดับต้น ควรกำหนดนโยบายแก่ผู้ปฏิบัติงาน โดยส่งเสริมการนำโปรแกรมจากการศึกษาครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการด้านสุขภาพ โดยควรจัดให้มีการเตรียมความรู้ การดูแลตนเอง การกำกับตนเอง ให้แก่บุคลากรผู้ปฏิบัติ
2. บุคลากรทางสุขภาพ เช่น พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นต้น สามารถนำรูปแบบการดูแลตนเอง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยในคลินิกเบาหวานและที่บ้านได้
3. บุคลากรสุขภาพควรมุ่งเน้นการดูแลตนเองของผู้ป่วยในแต่ละด้าน โดยควรสร้างกำลังใจ ตั้งเป้าหมาย ร่วมกับการใช้แบบบันทึกการตั้งเป้าหมาย กำหนดกิจกรรม

ติดตามการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองในแต่ละด้านได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการเพิ่มระยะเวลาในการศึกษาในระยะติดตามผล เพื่อติดตามความยั่งยืนคงทนของพฤติกรรมที่ถูกต้อง เหมาะสม และติดตามระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้

2. ควรนำรูปแบบการดูแลตนเอง ตามแนวคิดการดูแลสุขภาพตนเองและการกำกับตนเองไปศึกษาในหน่วยปฐมภูมิอื่น ๆ โดยปรับเนื้อหา รูปแบบกิจกรรมให้เหมาะสมตามบริบทของแต่ละพื้นที่ เพื่อศึกษาผลการ

ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในบริบทที่แตกต่างกัน

3. ควรศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ยังควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในเชิงคุณภาพ และควรศึกษารูปแบบการดูแลตนเองในกลุ่มเปรียบเทียบร่วมด้วย

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 จึงขอขอบพระคุณมา ณ ที่นี้ด้วย

เอกสารอ้างอิง

กนกวรรณ ดวงกลัด, ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา, และ ญัฐกมล ขาญสาธิตพร. (2563). โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 36(1), 66-83.

กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2563). รายงานประจำปี 2563. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์.

จันจิรา ภูรัตน์, ปาหนัน พิษยภัยโย และสุรีย์ ละกะปิ่น. (2563). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการกำกับตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. *วารสารเกื้อการุณย์*, 27(1), 20-33.

ฐิติพร ธนอมบุญ, พิมสุภาว จันทนะโสตร์, ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ, และพัชรภาพร เกิดมงคล. (2555). การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเฮอร์มร่วมกับการจัดการรายกรณีในการป้องกันการเกิดซ้ำของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน. *วารสารการพยาบาลสาธารณสุข*, 26(3), 94-105.

ปภัสนร กิตติพิรัช, วรณิภา อัครชัยสุวิกรม, และสุวรรณา จันทรประเสริฐ. (2555). ผลของโปรแกรมกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายแอโรบิกและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 20(4), 21-32.

ปรียาภรณ์ สวัสดิ์ศรี. (2555). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพต่อระดับน้ำตาลในเลือดและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายโรงพยาบาลองค์กรักษ์ จังหวัดนครนายก. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี*, 23(1), 1-14.

สมพงษ์ หามวงศ์ และพรณิ บัญชรหัตถกิจ. (2556). ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกุงเผือก อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 28(4), 451-460.

- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2563). รายงานประจำปีสำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข 2562. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2562). แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560-2564. สืบค้นจาก: http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/strategyMOPH2019.pdf
- สายใจ โพนาม. (2558). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ตำบลปากห้วย อำเภอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว. *วารสารวิจัยราชภัฏพระนคร สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 10(1), 108-130.
- สุภาพร นันทศักดิ์, วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย, และกมลทิพย์ ชลัษฐธรรมเนียม. (2559). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ โดยใช้แบบจำลองการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ของ รพ.สต. บึงสนั่น. *วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา*, 14(2), 77-89.
- อ้อ พรหมดี, วิณา เทียงธรรม, และปาหนัน พิขยภิญโญ. (2559). โปรแกรมการป้องกันภาวะไตวายเรื้อรัง ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 30(3), 102-117.
- Bandura A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs. NJ: Prentice Hall.
- Turner, B. J., Liang, Y., Ramachandran, A., & Poursani, R. (2020). Telephone or visit-based community health worker care management for uncontrolled diabetes Mellitus: a longitudinal study. *Journal of Community Health*, 45(6), 1123-1131.
- Oba, N., Barry, C. D., Gordon, S. C., & Chutipanyaporn, N. (2020). Development of a Nurse-Led Multidisciplinary Based Program to Improve Glycemic Control for People with Uncontrolled Diabetes Mellitus in a Community Hospital, Thailand. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 24(3), 349-362.
- Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). St. Louis: Mosby
- Schmidt, S. A., Lo, S., & Hollestein, L. M. (2018). Research techniques made simple: sample size estimation and power calculation. *Journal of Investigative Dermatology*, 138(8), 1678-1682.
- Surucu, H. A., Kizilci, S., & Ergor, G. (2017). The impacts of diabetes education on self care agency, self-care activities and hbA1c levels of patients with type 2 diabetes: A randomized controlled study. *Int J Caring Sci*, 10(1), 479.

ผลของความฉลาดทางอารมณ์ และความฉลาดทางจริยธรรม ที่มีต่อพลัง
สุขภาพจิตของนักศึกษาสาขาสถาปัตยกรรมด้านสุขภาพ ในสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งหนึ่ง
**The Effects of Emotional Quotient and Moral Quotient on
Resilience Quotient of Health Science Students in a Private University**

ชูเกียรติ จากใจชน, ศษ.ด. Chukiat Chakchaichon, Ed.D.^{1*}

สุดารัตน์ สุวารี, ปร.ด. Sudarat Suwaree, Ph.D.²

สุภาวดี สมจิตต์, ศคม. Supawadee Somchit, MA.³

รัตนารณณ์ ซ่อนเปี้ยยุ่ง, ปร.ด. Rattanaporn Sonpeayung, Ph.D.⁴

ศรีประพร ไชยดวง, พย.ม. Sripraphon Chaiduang, M.N.S.⁵

จิราภรณ์ โภชกปรีภรณ์, ศศ.ม., Jiraporn Pochakaparipan, M.S.⁶

รุ่งฤดี กล้าหาญ, ศษ.ด. Rungudee Klaharn, Ed.D.⁷

¹อาจารย์ ดร., คณะจิตวิทยา วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เขตสาทร กรุงเทพฯ.

¹Lecturer, Ed.D., Faculty of Psychology, Saint Louis College, Sathon, Bangkok

²อาจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เขตสาทร กรุงเทพฯ.

²Lecturer, Ph.D., Faculty of Nursing, Saint Louis College, Sathon, Bangkok.

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เขตสาทร กรุงเทพฯ.

³Assistant Professor, Faculty of Nursing, Saint Louis College, Sathon, Bangkok.

⁴อาจารย์ ดร., คณะกายภาพบำบัด วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เขตสาทร กรุงเทพฯ.

⁴Lecturer, Ph.D., Faculty of Physical Therapy, Saint Louis College, Sathon, Bangkok

⁵หัวหน้าศูนย์พัฒนานักศึกษา วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เขตสาทร กรุงเทพฯ.

⁵Head of Student Affairs Bureau, Saint Louis College, Sathon, Bangkok.

⁶อาจารย์, คณะจิตวิทยา วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เขตสาทร กรุงเทพฯ.

⁶Lecturer, Faculty of Psychology, Saint Louis College, Sathon, Bangkok.

⁷ผู้ช่วยศาสตราจารย์, ดร., สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กรุงเทพฯ.

⁷Assistant Professor, Ed.D., Educational and Psychological Test Bureau, Srinakharinwirot University.

*Corresponding Author Email: Chukiat@sic.ac.th

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ของการวิจัยเชิงสำรวจครั้งนี้ คือ 1) เพื่อศึกษาระดับความฉลาดทางอารมณ์ ความฉลาดทางจริยธรรม และพลังสุขภาพจิตของนักศึกษาสาขาสตรีศาสตร์ด้านสุขภาพ 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางอารมณ์ ความฉลาดทางจริยธรรม และพลังสุขภาพจิตของนักศึกษาสาขาสตรีศาสตร์ ด้านสุขภาพ และ 3) เพื่อศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุของพลังสุขภาพจิตของนักศึกษาสาขาสตรีศาสตร์ด้านสุขภาพ โดยใช้ความฉลาดทางอารมณ์ และความฉลาดทางจริยธรรม เป็นตัวแปรพยากรณ์ กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 248 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามเกี่ยวกับความฉลาดทางอารมณ์ ความฉลาดทางจริยธรรม และพลังสุขภาพจิต มีความเชื่อมั่นเท่ากับ .86, .88 และ .90 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์สหสัมพันธ์ และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย พบว่า 1) นักศึกษาส่วนใหญ่มีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในระดับสูง ความฉลาดทางจริยธรรมและพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูงมาก 2) ความฉลาดทางอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความฉลาดทางจริยธรรม และพลังสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ($r = .77$ และ $.73$ ตามลำดับ) และความฉลาดทางจริยธรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $r = .68$ และ 3) ความฉลาดทางอารมณ์และความฉลาดทางจริยธรรมร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพลังสุขภาพจิตได้ร้อยละ 57.5

คำสำคัญ: ความฉลาดทางอารมณ์ ความฉลาดทางจริยธรรม พลังสุขภาพจิต

Abstract

The objectives of this survey research were: 1) To study the level of health science students' emotional quotient, moral quotient, and resilience quotient. 2) To study the relationships among the students' emotional quotient, moral quotient and resilience quotient. 3) To find the prediction equation to resilience quotient by students' emotional quotient and moral quotient. The sample consisted of 248 health science students who were selected by simple random sampling. The research tools were the Emotional Quotient questionnaire, the Moral Quotient questionnaire and the Resilience Quotient questionnaire which had reliability of .86, .88 and .90, respectively. The statistics used to analyze the data were arithmetic mean, standard deviation, Pearson's correlation and multiple regression. The research results were: 1) Students' Emotional Quotient was reported in high level; both moral quotient and resilience quotient were reported in very high level. 2) Emotional quotient was significantly correlated with moral quotient ($r = .77$, $p < .01$) and resilience quotient $r = .73$, $p < .01$). There was a significantly positive correlation between moral quotient and resilience quotient ($r = .68$, $p < .01$) and 3) Emotional quotient and moral quotient were significant predictors of resilience quotient, explaining 57.5%.

Keyword: Emotional Quotient, Moral Quotient, Resilience Quotient

บทนำ

ปัจจุบันสังคมไทยมีสภาพการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และวัฒนธรรม ตลอดจนการดำเนินชีวิตที่มุ่งหวังประสิทธิภาพ และการแข่งขัน การดำเนินชีวิตของคนเราเป็นไปอย่างเร่งรีบ ต้องต่อสู้ดิ้นรนเพื่อความอยู่รอดมากยิ่งขึ้นบุคคลจำเป็นต้องแข่งขันกันภายใต้กระแสสังคมวัตถุนิยม สังคมแห่งความขัดแย้งทางความคิด ส่งผลให้บุคคลต้องเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ มากมาย ซึ่งปัญหาเหล่านี้ถือเป็นภาวะวิกฤตของชีวิต ซึ่งแต่ละคนอาจมีระดับของการรับมือปัญหาต่าง ๆ ไม่เท่ากัน แต่อย่างไรก็ตามพลังสุขภาพจิต (Resilience Quotient) หรือ RQ เป็นความสามารถของบุคคลในการปรับตัวและฟื้นตัวภายหลังที่พบกับเหตุการณ์วิกฤตหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความยากลำบาก เป็นคุณสมบัติหนึ่งซึ่งช่วยให้บุคคลผ่านพ้นปัญหาและอุปสรรคและดำเนินชีวิตต่อไปได้ ประกอบด้วยความสามารถของบุคคล 3 ด้าน คือ ด้านความทนทานทางอารมณ์ (อึด) ด้านกำลังใจ (ฮึด) และด้านการจัดการกับปัญหา (ต่อสู้เอาชนะอุปสรรค)

ดังนั้น หากมนุษย์ต้องเผชิญปัญหาภาวะวิกฤตอย่างต่อเนื่อง การฟื้นฟูพลังใจภายหลังภาวะวิกฤต จึงเป็นความสามารถที่มีความจำเป็นอย่างยิ่งในสถานการณ์ที่เราต้องการพลังสุขภาพจิตมากกว่าภาวะปกติทั่วไป โดยพลังสุขภาพจิตนี้จะนำพาให้ก้าวผ่านปัญหานั้นไปได้ ไม่ซ้ำเติมให้ชีวิตแย่ลงกว่าที่เป็นอยู่ และบางคนยังสามารถสร้างโอกาสจากภาวะวิกฤต พัฒนาจิตใจให้เจริญงอกงามมากยิ่งขึ้น กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข (2563)

ปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งเชื่อมโยงกับความมีประสิทธิภาพของบุคคลก็คือ ความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional Quotient) หรือ EQ เป็นความสามารถในการรับรู้ เข้าใจอารมณ์ตนเองและผู้อื่น สามารถควบคุม

อารมณ์ ยับยั้งชั่งใจตนเอง และแสดงออกอย่างเหมาะสม รู้จักเอาใจเขามาใส่ใจเรา รู้จักรอคอย รู้จักกฎเกณฑ์ระเบียบวินัย มีจิตใจร่าเริงแจ่มใส และมองโลกในแง่ดี ซึ่งความฉลาดทางอารมณ์นี้เป็นความสามารถในการรับรู้ ประเมินและแสดงอารมณ์ของตนเองได้อย่างเหมาะสม สามารถเข้าถึงและสร้างความรู้สึกดีเกี่ยวกับความคิด รวมทั้งมีการแก้ไขปัญหาที่สร้างสรรค์ได้ เข้าใจอารมณ์ แยกแยะ วิเคราะห์อารมณ์และกระบวนการของอารมณ์ได้ดี คิดใคร่ครวญและควบคุมภาวะทางอารมณ์ได้ดี ในทางที่จะส่งเสริมให้สุขภาพจิตดี สามารถจัดการกับอารมณ์ของตนและผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม ซึ่งความฉลาดทางอารมณ์นี้จะมีส่วนที่ผลักดันให้บุคคลประสบความสำเร็จในชีวิตอย่างแท้จริง เนื่องจากความฉลาดทางอารมณ์เป็นความสามารถในการเข้าใจ การใช้และการจัดการกับอารมณ์ของตนเองด้วยวิธีการทางบวก เพื่อให้เป็นอิสระจากความเครียด การแก้ไขปัญหาและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ในขณะที่พลังสุขภาพจิตเป็นความสามารถทางสุขภาพจิตและอารมณ์ในการจัดการภาวะวิกฤตและการฟื้นคืนสู่สภาวะปกติ จากข้อสนับสนุนทางวิชาการ พบว่า ความฉลาดทางอารมณ์กับพลังสุขภาพจิตนั้นมีความสัมพันธ์กัน เป็นต้นว่า Choudhary (2019) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางอารมณ์และพลังสุขภาพจิตในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นวัยรุ่น ผลการวิจัยพบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ($r = 0.4, p < .001$) ระหว่างความฉลาดทางอารมณ์และพลังสุขภาพจิตในกลุ่มเด็กวัยรุ่นและ Magnano, Craparo, and Paolillo (2016) ได้ศึกษาความฉลาดทางอารมณ์และพลังสุขภาพจิตของคณาจารย์อาชีวศึกษา จำนวน 488 คน ผลการวิจัยพบว่าความฉลาดทางอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังสุขภาพจิต ($r = .42, p < .001$) และจากการทบทวนวรรณกรรม

ก่อนหน้านี้หลายงานที่ศึกษาเรื่องความฉลาดทางอารมณ์ กับพลังสุขภาพจิต พบว่า ความฉลาดทางอารมณ์เป็น ปัจจัยนำ (Antecedent) ของพลังสุขภาพจิต

นอกเหนือจากที่กล่าวมาข้างต้น การที่บุคคลจำเป็นต้อง แข่งขันกันภายใต้กระแสสังคมวัตถุนิยม สังคมแห่งความ ขัดแย้งทางความคิด บุคคลยังต้องมีความฉลาดทาง จริยธรรม (Moral Quotient) หรือ MQ ซึ่งหมายถึง ระดับ ความสามารถของบุคคล ในการเรียนรู้และปฏิบัติตน ในด้านจริยธรรมและศีลธรรมตามกรอบประเพณีอันดี ของศาสนา วัฒนธรรมและค่านิยมของสังคมที่ตนอาศัย อยู่ทั้งสามารถปฏิบัติต่อผู้อื่นภายใต้ข้อบัญญัติที่พึงาม เหล่านั้นด้วยจิตใจที่เปี่ยมด้วยความรัก ความเมตตา มีความประพฤติที่ชอบธรรม มีความปรารถนาดีต่อผู้อื่น อยากให้ผู้อื่นได้รับสิ่งที่ดี มีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ไม่เบียดเบียนผู้อื่น มีจิตสงบ วางเฉย ไม่ยินดีไม่ส่งเสริม ต่อสิ่งที่จะทำลายคุณธรรมที่พึงาม รู้จักนำหลักธรรม มาใช้ในการแก้ไขปัญหาสำหรับตนและบุคคลอื่นได้ อย่างเหมาะสม รวมทั้งให้ความสำคัญเรื่องการพัฒนา จิตใจด้วยการปฏิบัติทางจิตให้เหมาะสม สงบ เป็นสมาธิ สำหรับตนเองและชักชวนบุคคลอื่นให้ร่วมปฏิบัติด้วย จากการศึกษความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทาง อารมณ์กับความสามารถทางด้านจริยธรรม (Ethical Competence) พบว่า ความฉลาดทางอารมณ์มีความ สัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถด้านจริยธรรมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.54$)

นอกจากที่กล่าวมาข้างต้น พลังสุขภาพจิตยังเป็นที่ กษะพื้นฐานในการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ เช่นเดียวกัน กับความฉลาดทางจริยธรรมที่บุคคลใช้บ่งบอกความแตก ต่างระหว่างเงื่อนไขของความถูกต้องกับความไม่ถูกต้อง ซึ่งความฉลาดทางจริยธรรมถือเป็นคุณลักษณะที่พึง ประสงค์ของนักศึกษาศาสตร์ด้านสุขภาพ ทั้งความฉลาด ทางจริยธรรมและพลังสุขภาพจิตต่างก็มีบทบาทสำคัญ ในการป้องกันและลดความเสียหายต่อสุขภาพและการส่งเสริม

สุขภาพจิตของบุคคล จากการศึกษาศึกษาของ Areshtanab, Rezvani, Ebrahimi, Bostanabad, & Hosseinzadeh (2022) ได้ศึกษาเรื่องความฉลาดทางด้านจริยธรรม กับพลังสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลและพยาบาล วิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์แห่ง Tabriz ในปี ค.ศ. 2017 พบว่า ความฉลาดทางจริยธรรม มีความสัมพันธ์กับทุกมิติย่อยของพลังสุขภาพจิตอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p < .01$) และได้ ทำการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ พบว่า ความฉลาดทาง ศีลธรรมสามารถพยากรณ์พลังสุขภาพจิตได้ นอกจากนี้ Abdollahi, Iranpour, and Ajri-Khameslou (2021) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิต กับความ กล้าหาญทางจริยธรรมแห่งวิชาชีพ ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็น พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 375 คน พบว่า มีความสัมพันธ์ ทางบวกระหว่างพลังสุขภาพจิต กับความกล้าหาญทาง จริยธรรมแห่งวิชาชีพ ($r=0.4$, $P<.05$) และพลังสุขภาพจิต ยังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับมิติย่อยของความกล้าหาญ ทางจริยธรรม (การเป็นผู้แทนแห่งจริยธรรม พหุค่านิยม และความอดทนต่อการถูกคุกคาม การอยู่เหนือการเชื่อฟัง และเป้าหมายทางจริยธรรม) และสามารถพยากรณ์ ความแปรปรวนของพลังสุขภาพจิตได้ร้อยละ 22

ดังนั้น จากข้อสนับสนุนทางวิชาการดังกล่าวข้างต้น ในงานวิจัยนี้คณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของ ความฉลาดทางอารมณ์ และความฉลาดทางจริยธรรม ที่มีต่อพลังสุขภาพจิตของนักศึกษาศาสตร์ด้านสุขภาพ ในสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งหนึ่ง เนื่องจากนักศึกษา มีปัญหาความเครียดและวิตกกังวลทั้งด้านส่วนตัว การเรียน การฝึกงาน และครอบครัว เป็นต้น เพื่อจะได้ นำผลการวิจัยครั้งนี้ไปพัฒนานักศึกษาเป็นรายบุคคล หรือพัฒนาหลักสูตร กิจกรรมการเรียนการสอน และใช้ ประกอบการวางแผนกลยุทธ์พัฒนานักศึกษาของสถาบัน อุดมศึกษาเอกชนแห่งนั้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความฉลาดทางอารมณ์ ความฉลาดทางจริยธรรม และพลังสุขภาพจิตของนักศึกษา ศาสตราจารย์ด้านสุขภาพ ในสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งหนึ่ง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางอารมณ์ ความฉลาดทางจริยธรรม และพลังสุขภาพจิตของนักศึกษาในศาสตราจารย์ด้านสุขภาพในสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งหนึ่ง
3. เพื่อศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุของพลังสุขภาพจิตของนักศึกษาศาสตราจารย์ด้านสุขภาพ ในสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งหนึ่ง โดยใช้ความฉลาดทางอารมณ์ และความฉลาดทางจริยธรรม เป็นตัวแปรพยากรณ์

สมมติฐานของการวิจัย

สมมติฐานการวิจัยที่ 1 ความฉลาดทางอารมณ์ ความฉลาดทางจริยธรรม และพลังสุขภาพจิต ของนักศึกษามีความสัมพันธ์กัน

สมมติฐานการวิจัยที่ 2 ความฉลาดทางอารมณ์ และความฉลาดทางจริยธรรม สามารถพยากรณ์พลังสุขภาพจิตได้

นิยามศัพท์

พลังสุขภาพจิต (Resilience Quotient หรือ RQ) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการปรับตัว และฟื้นตัวภายหลังที่พบกับเหตุการณ์วิกฤตหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความยากลำบาก ทำให้บุคคลผ่านพ้นปัญหาและอุปสรรคและดำเนินชีวิตต่อไปได้

ความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional Quotient หรือ EQ) หมายถึง ความสามารถในการรับรู้ เข้าใจ อารมณ์ตนเองและผู้อื่น สามารถควบคุมอารมณ์ ยับยั้ง ชั่งใจตนเอง และแสดงออกอย่างเหมาะสม รู้จักเอาใจผู้อื่นมาใส่ใจตนเอง รู้จักรอคอย รู้จักกฎเกณฑ์ระเบียบวินัย มีจิตใจร่าเริงแจ่มใส และมองโลกในแง่ดี

ความฉลาดทางจริยธรรม (Moral Quotient หรือ MQ) หมายถึง มีความประพฤติดี รู้จักผิดชอบ มีความซื่อสัตย์ รับผิดชอบ มีจริยธรรม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจโดยคณะผู้วิจัย ดำเนินการวิจัย 2 วิธี คือ 1) วิธีการค้นคว้าเอกสาร เป็นการศึกษาค้นคว้าเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความฉลาดทางอารมณ์ ความฉลาดทางจริยธรรม และพลังสุขภาพจิต ตลอดจนแนวคิด ทฤษฎี และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และ 2) การขออนุญาตเข้าถึงข้อมูลทุติยภูมิเกี่ยวกับคะแนนอัตลักษณ์นักศึกษา ได้แก่ ความฉลาดทางอารมณ์ ความฉลาดทางจริยธรรม และพลังสุขภาพจิตของนักศึกษาศาสตราจารย์ด้านสุขภาพของสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งหนึ่ง ซึ่งถูกเก็บรวบรวมโดยใช้แบบสอบถามที่สถาบันอุดมศึกษาแห่งนี้พัฒนาขึ้นก่อนหน้านี้ 3 ปี ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอัตลักษณ์ของนักศึกษาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปีการศึกษา 2561-2563 แบบสอบถามดังกล่าวผ่านการวิเคราะห์คุณภาพของเครื่องมือ มีความตรงเชิงเนื้อหา และมีความเชื่อมั่น แบบสอบถามทั้งฉบับมีจำนวน 56 ข้อ นำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคำนวณสำเร็จรูป

1. การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง คณะผู้วิจัยได้นำเสนอโครงการวิจัยนี้เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ (เลขที่รับรอง E. 037/2564) และได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยผลของความฉลาดทางอารมณ์ และความฉลาดทางจริยธรรม ที่มีต่อพลังสุขภาพจิตของนักศึกษาศาสตราจารย์ด้านสุขภาพ ในสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งหนึ่ง คณะผู้วิจัยได้รับอนุญาต และความยินยอมจากผู้มีอำนาจหน้าที่รับผิดชอบงานพัฒนานักศึกษาและหัวหน้าสถาบันอุดมศึกษาเอกชน

แห่งนี้แล้ว และคณะผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรักษาข้อมูลไว้เป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อ-นามสกุลของนักศึกษาที่เป็นอาสาสมัครผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดผลกระทบต่อตัวตนของนักศึกษาและชื่อของสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งนี้ได้ในภายหลัง และคณะผู้วิจัยจะอภิปรายข้อมูลผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น โดยไม่มีการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของนักศึกษาจำแนกตามเพศ ชั้นปี และคณะวิชาที่ศึกษา

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากร คือนักศึกษาศาสตรศาสตรด้านสุขภาพในสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งหนึ่ง ในปีการศึกษา 2563 ศึกษาตั้งแต่ช่วงวันที่ 1 สิงหาคม 2563 ถึงสิ้นเดือนกรกฎาคม 2564 จำนวน 705 คน

2.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาศาสตรศาสตรด้านสุขภาพ ในสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ในปีการศึกษา 2563 ที่ศึกษาตั้งแต่ช่วงวันที่ 1 สิงหาคม 2563 ถึงสิ้นเดือนกรกฎาคม 2564 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้อ้างอิงจากตารางของ Krejcie and Morgan (1970) ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling) จำนวน 248 คน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ได้แก่แบบสอบถามซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ คณะวิชา และชั้นปีที่ผู้ตอบศึกษาอยู่ ส่วนที่ 2 ข้อคำถามโดยใช้มาตราวัดการประมาณค่าแบบลิเคิร์ต ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระดับ เกี่ยวกับอัตลักษณ์ของนักศึกษาตามคุณธรรมของสถาบัน แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ความฉลาดทางอารมณ์ ความฉลาดทางจริยธรรม และพลังสุขภาพจิต จำนวน 56 ข้อ กำหนดใช้คะแนนเฉลี่ยแต่ละด้านเป็นเกณฑ์ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 1.00-1.80 แสดงว่า ระดับต่ำมาก คะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 1.81-2.60 หมายถึงระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 2.61-3.40 หมายถึงระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 3.41-4.20 หมายถึงระดับสูง และคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 4.21-5.00 คะแนน หมายถึง ระดับสูงมาก

4. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ใช้วิธีการหาค่าความเชื่อมั่นของ Cronbach's Alpha (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม

แบบสอบถาม	จำนวนข้อคำถาม	ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา
ความฉลาดทางอารมณ์	22	.869
ความฉลาดทางจริยธรรม	12	.881
พลังสุขภาพจิต	22	.909

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยขออนุญาตเข้าถึงข้อมูลทุติยภูมิเกี่ยวกับคะแนนอัตลักษณ์นักศึกษาได้แก่ ความฉลาดทางอารมณ์ ความฉลาดทางจริยธรรม และ พลังสุขภาพจิตของนักศึกษาศาสตร์ด้านสุขภาพของ สถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งหนึ่ง ซึ่งถูกเก็บรวบรวมโดยใช้แบบสอบถาม (questionnaire) ที่สถาบันอุดมศึกษาแห่งนี้พัฒนาขึ้นเมื่อปีการศึกษา 2561 ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอัตลักษณ์ของนักศึกษาอย่างต่อเนื่องทุกปีการศึกษาตั้งแต่ปีการศึกษา 2561-2563 แบบสอบถามดังกล่าวผ่านการวิเคราะห์คุณภาพของเครื่องมือ มีความตรงเชิงเนื้อหา และมีความเชื่อมั่น แบบสอบถามทั้งฉบับมีจำนวน 56 ข้อ โดยผู้วิจัยดำเนินการสุ่มตัวอย่าง

จากฐานข้อมูลทุติยภูมิดังกล่าว นำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคำนวณสำเร็จรูป

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์สหสัมพันธ์ และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากตารางที่ 2 นักศึกษาส่วนใหญ่มีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 4.18) ความฉลาดทางจริยธรรม ($\bar{X}$ = 4.43) และ พลังสุขภาพจิต ($\bar{X}$ = 4.21) อยู่ในระดับสูงมาก (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับ ของความฉลาดทางอารมณ์ ความฉลาดทางจริยธรรม และพลังสุขภาพจิตของนักศึกษาศาสตร์ด้านสุขภาพของสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งหนึ่ง (n = 248)

ตัวแปร	n	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ความฉลาดทางอารมณ์	248	4.18	.46	สูง
ความฉลาดทางจริยธรรม	248	4.43	.51	สูงมาก
พลังสุขภาพจิต	248	4.21	.49	สูงมาก

ส่วนที่ 2 การทดสอบสมมติฐาน

ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการทดสอบสมมติฐานการวิจัย ดังต่อไปนี้

สมมติฐานการวิจัยที่ 1 ความฉลาดทางอารมณ์ ความฉลาดทางจริยธรรม และพลังสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กัน ในการทดสอบสมมติฐานนี้ ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบโดยใช้การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Correlation)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลแสดงว่า 1) ความฉลาดทางอารมณ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความฉลาดทางจริยธรรม และพลังสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .77$ และ $.73$ ตามลำดับ) 2) ความฉลาดทางจริยธรรม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พลังสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .68$) (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางอารมณ์ ความฉลาดทางจริยธรรม และพลังสุขภาพจิตของนักศึกษาชั้นสุขภาพ (n=248)

ความสัมพันธ์ระหว่าง	ความฉลาดทางอารมณ์	ความฉลาดทางจริยธรรม	พลังสุขภาพจิต
ความฉลาดทางอารมณ์	1	.77**	.73**
ความฉลาดทางจริยธรรม		1	.68**
พลังสุขภาพจิต			1

** มีนัยสำคัญแบบ 2 ทาง (2-tailed significant) ** $p < .01$

สรุปการทดสอบสมมติฐานการวิจัยที่ 1 ความฉลาดทางอารมณ์ ความฉลาดทางจริยธรรม และพลังสุขภาพจิตของนักศึกษาที่มีความสัมพันธ์กัน พบว่ายอมรับสมมติฐาน

สมมติฐานการวิจัยที่ 2 ความฉลาดทางอารมณ์และความฉลาดทางจริยธรรม สามารถร่วมกันพยากรณ์พลังสุขภาพจิต

ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) สร้างสมการพยากรณ์พลังสุขภาพจิตของนักศึกษา ดังผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 4

ความฉลาดทางอารมณ์ และความฉลาดทางจริยธรรม สามารถร่วมกันพยากรณ์พลังสุขภาพจิตได้ โดยมีประสิทธิภาพของการพยากรณ์ 57.5% นั่นคือตัวพยากรณ์ทั้ง 2 ตัว ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพลังสุขภาพจิตได้ร้อยละ 57.5 ดังนั้น สรุปการทดสอบสมมติฐานการวิจัยที่ 2 พบว่า ยอมรับสมมติฐาน และถ้าทราบค่าของตัวแปรทั้ง 2 ตัว สามารถคาดคะเนค่าของพลังสุขภาพจิต ได้จากสมการถดถอยดังนี้ คือ สมการถดถอยที่คำนวณโดยใช้คะแนนดิบ คือ $\hat{Y} = .679 + .563X_1 + .265X_2$ (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 แสดงการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณเพื่อศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุของตัวแปรพลังสุขภาพจิตโดยใช้ความฉลาดทางอารมณ์ และความฉลาดทางจริยธรรมของนักศึกษาเป็นตัวแปรพยากรณ์

ตัวพยากรณ์	B	Std. Error	Beta	t	p
ความฉลาดทางอารมณ์ (X_1)	.563	.041	.526	13.578	.000
ความฉลาดทางจริยธรรม (X_2)	.265	.037	.275	7.085	.000
R^2 ที่ปรับแล้ว = .575		ค่าคงที่ = .679			

อภิปรายผลการวิจัย

1. จากการทดสอบสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ความฉลาดทางอารมณ์ ความฉลาดทางจริยธรรม และพลังสุขภาพจิตของนักศึกษา มีความสัมพันธ์กัน พบว่ายอมรับสมมติฐานโดย ความฉลาดทางอารมณ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความฉลาดทางจริยธรรม และพลังสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .77$, และ $.73$ ตามลำดับ) และความฉลาดทางจริยธรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .68$) ผู้วิจัยจึงขอแยกอภิปรายในรายละเอียด ดังนี้

1.1 ในงานวิจัยนี้ พบว่า ความฉลาดทางอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความฉลาดทางจริยธรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .77$) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Dangmei and Singh (2017) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางอารมณ์กับความสามารถทางด้านจริยธรรม (Ethical Competence) กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาระดับปริญญาตรีและโท สาขาบริหารธุรกิจ สังกัดภาควิชาการจัดการธุรกิจ มหาวิทยาลัย Indira Gandhi National Tribal University จำนวน 73 คน เป็นชาย 43.8% และหญิง 56.2% พบว่า ความฉลาดทางอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถด้านจริยธรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .54$, $p < .01$) และยิ่งพบอีกว่า ความฉลาดทางอารมณ์สามารถใช้อธิบายความแปรปรวนของความสามารถทางด้านจริยธรรมได้ถึง 29.7% นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Irfan et al. (2018) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางอารมณ์กับการตัดสินใจทางจริยธรรมของเด็กวัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นจำนวน 351 คน (ชาย 172 คน และหญิง 179 คน) ผลการวิจัยพบว่า ความฉลาดทางอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตัดสินใจทางจริยธรรม แสดงว่าความฉลาดทางอารมณ์ จะทำให้

บุคคลมีความสามารถในการรับรู้ เข้าใจอารมณ์ตนเอง และผู้อื่น สามารถควบคุมอารมณ์ ยับยั้งจิตใจตนเอง และแสดงออกอย่างเหมาะสม รู้จักเอาใจผู้อื่นมาใส่ใจตนเอง รู้จักรอคอย รู้จักกฎเกณฑ์ระเบียบวินัย มีจิตใจมุ่งมั่น ใฝ่หา และมองโลกในแง่ดี และยังสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่เหมาะสม มีความสามารถในการพิจารณาผลจากความประพฤติของตน

1.2 ในงานวิจัยนี้พบว่า ความฉลาดทางอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .73$) ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับ Shukla, Gaikwad, Dere, Gupta, and Ghildiyal (2020) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางอารมณ์และพลังสุขภาพจิตของนักศึกษาแพทย์ฝึกหัดจำนวน 109 คน พบว่า ความฉลาดทางอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังสุขภาพจิต โดยพบว่า นักศึกษาแพทย์ฝึกหัดที่มีความฉลาดทางอารมณ์ในระดับต่ำ จะมีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตที่ต่ำด้วย และ Shukla et al. (2020) ได้เสนอแนะให้มีการส่งเสริมความตระหนักเกี่ยวกับเรื่องความฉลาดทางอารมณ์และการมีพลังสุขภาพจิตในการฝึกปฏิบัติงานจะถือเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการจัดหลักสูตรแพทยศาสตร์ และจากการศึกษาของ Sehrawat, and Simon (2021) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางอารมณ์กับพลังสุขภาพจิต กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ใหญ่ตอนต้นจำนวน 100 คน เป็นชาย 50 คน และหญิง 50 คน ช่วงอายุระหว่าง 18-24 ปี ผลการวิจัยพบว่า ความฉลาดทางอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .75$, $p < .01$) และสอดคล้องกับ Choudhary (2019) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางอารมณ์และพลังสุขภาพจิตในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นวัยรุ่น จำนวน 109 คน (เป็นชาย 56 คน และหญิง 53 คน) ที่พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ($r = 0.4$) ระหว่างความฉลาดทางอารมณ์และพลังสุขภาพจิตใน

กลุ่มเด็กวัยรุ่นและจากการศึกษาของ Ridwan, and Agustin (2018) พบความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างความฉลาดทางอารมณ์กับพลังสุขภาพจิต

นอกจากนี้ ผลการวิจัยนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Magnano et al. (2016) ศึกษาความฉลาดทางอารมณ์และพลังสุขภาพจิตกับที่ส่งผลแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ของคณานชาวอิตาลีจำนวน 488 คน (ชาย 248 คนและหญิง 240 คน) ช่วงอายุระหว่าง 18-29 ปี ที่พบว่าความฉลาดทางอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังสุขภาพจิต ($r = .42, p < .001$) และ Aronen et al. (2021) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางอารมณ์กับพลังสุขภาพจิตและความผูกพันมั่นในงาน กลุ่มตัวอย่าง คือ ครูฝึกสอนกีฬาชาวครูฝึกสอนกีฬาชาวฟินแลนด์ จำนวน 51 คน (ชาย 32 คนหญิง 19 คน) ช่วงอายุระหว่าง 23-59 ปี) มีประสบการณ์ในการฝึกสอนกีฬาเฉลี่ย 18 ปี ซึ่งพบว่าความฉลาดทางอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังสุขภาพจิต ($r = .31, p < .05$) ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า ความฉลาดทางอารมณ์เป็นความสามารถในการเข้าใจอารมณ์ และการจัดการกับอารมณ์ของตนเองด้วยวิธีการทางบวก เพื่อให้เป็นอิสระจากความเครียด การแก้ไขปัญหาและเพื่อการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิต ซึ่งเป็นความสามารถทางสุขภาพจิตและอารมณ์ในการจัดการภาวะวิกฤตและการฟื้นคืนสู่สภาวะปกติ

1.3 ในงานวิจัยนี้พบว่า ความฉลาดทางจริยธรรม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ และพลังสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .68$) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Areshtanab et al. (2022) ศึกษาเรื่องความฉลาดทางด้านจริยธรรมกับพลังสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์แห่ง Tabriz ประเทศอิหร่าน ในปี ค.ศ. 2017 ผลการวิจัย พบว่า ความฉลาดทางจริยธรรมมีความสัมพันธ์กับทุกมิติย่อยของพลังสุขภาพจิต

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p < .01$) และผลการวิจัยในครั้งนี้ยังสอดคล้องกับ Areshtanab et al. (2022) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางจริยธรรมกับพลังสุขภาพจิต กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลในประเทศอิหร่าน จำนวน 280 คน ที่มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์แห่งเมือง Tabriz ประเทศอิหร่าน ผลการวิจัยพบว่า ความฉลาดทางทางจริยธรรมมีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตทั้งในภาพรวมและทุกมิติย่อย ดังนั้น จึงสรุปได้ว่าพลังสุขภาพจิตจึงเป็นทักษะพื้นฐานในการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ เช่นเดียวกันกับความฉลาดทางจริยธรรมที่บุคคลใช้บ่งบอกความแตกต่างระหว่างเงื่อนไขของความถูกต้องกับความไม่ถูกต้องทั้งความฉลาดทางจริยธรรมและพลังสุขภาพจิต ต่างก็มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพจิตของบุคคล

2. จากการทดสอบสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ความฉลาดทางอารมณ์ และความฉลาดทางจริยธรรมสามารถร่วมกันพยากรณ์พลังสุขภาพจิตได้โดยมีประสิทธิภาพของการพยากรณ์ 57.5% คือ ตัวพยากรณ์ทั้ง 2 ตัว ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพลังสุขภาพจิตร้อยละ 57.5 สอดคล้องกับ งานวิจัยที่ได้ศึกษามาในเรื่องความฉลาดทางอารมณ์กับพลังสุขภาพจิต แสดงผลการวิจัยให้เห็นว่า ความฉลาดทางอารมณ์ถือเป็นปัจจัยนำ (Antecedent) ของพลังสุขภาพจิต Magnano et al. (2016) ได้ทำการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ พบว่าความฉลาดทางจริยธรรมสามารถพยากรณ์พลังสุขภาพจิตได้ และยังสอดคล้องกับ Areshtanab et al. (2022) ได้ทำการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ พบว่า เพศ คณะแผนกเฉลี่ยจะส่งผลต่อความสัมพันธ์ของพลังสุขภาพจิตและความฉลาดทางจริยธรรมและตัวแปรเหล่านี้สามารถพยากรณ์พลังสุขภาพจิตได้ 43% โดย Areshtanab et al. (2022) อธิบายถึงความสำคัญของพลังสุขภาพจิตในบริบท/สภาพแวดล้อมการทำงานที่เต็มไปด้วยความเครียดของการพยาบาลผู้ป่วย และผลของการมีความฉลาดทาง

จริยธรรมในระดับสูงจะส่งผลต่อพลังสุขภาพจิต ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า ความฉลาดทางอารมณ์ และความฉลาดทางจริยธรรม มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิต และสามารถร่วมกันพยากรณ์พลังสุขภาพจิตได้ ที่ระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 เมื่อควบคุมตัวแปรอื่น ๆ ให้เป็นค่าคงที่ ความฉลาดทางอารมณ์ และความฉลาดทางจริยธรรม มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิต และใช้พยากรณ์พลังสุขภาพจิตได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การนำเสนอเสนอแนะจากการประเมินความฉลาดทางอารมณ์ ความฉลาดทางจริยธรรม และพลังสุขภาพจิต ไปใช้พัฒนานักศึกษาด้านสุขภาพเป็นรายบุคคล สำหรับอาจารย์ที่ปรึกษาในการวางแผนการให้คำปรึกษา และแผนพัฒนานักศึกษาเป็นรายบุคคล (Individual Development Plan) และใช้ประกอบการวางแผนกลยุทธ์พัฒนานักศึกษาของสถาบันอุดมศึกษาเอกชน

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข. (2563) *เปลี่ยนร้ายกลายเป็นดี RQ พลังสุขภาพจิต*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ:บริษัทปิยอนด์พับลิชชิง จำกัด.
Abdollahi, R., Iranpour, S., & Ajri-Khameslou, M. (2021). Relationship between resilience and professional moral courage among nurses. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 14(3), doi: 10.18502/jmehm.v14i3.5436

แห่งนี้ในปีการศึกษาต่อไป เช่น การออกแบบกิจกรรมและ/หรือโครงการเพื่อสร้างเสริมอัตลักษณ์ของนักศึกษาในด้านความฉลาดทางอารมณ์ ความฉลาดทางจริยธรรม และพลังสุขภาพจิต ในระดับคณะวิชาและสถาบัน

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยติดตามพัฒนาการเป็นรายบุคคล และรายชั้นปี แบบช่วงยาว (Longitudinal Study) ตลอดหลักสูตร
2. การวิจัยในรูปแบบของการพัฒนาหลักสูตร/กิจกรรม/โครงการที่ส่งเสริมอัตลักษณ์ของนักศึกษาในด้านความฉลาดทางอารมณ์ ความฉลาดทางจริยธรรม และพลังสุขภาพจิต ทั้งในระดับบุคคล และระดับสถาบัน
3. การศึกษาผลของความฉลาดทางอารมณ์ ความฉลาดทางจริยธรรม และพลังสุขภาพจิต ที่มีต่อผลสัมฤทธิ์ในการเรียนรู้ หรือแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์

Areshtanab, H. N., Rezvani, R., Ebrahimi, H., Bostanabad, M. A., & Hosseinzadeh, M. (2022). Moral intelligence and its relationship to resilience among nursing students in Iran. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemsireleri Dernegi*, 13(1), 9-14.
Aronen, A., Kokkonen, M., & Hintsala, T. (2021). Association of emotional intelligence with resilience and work engagement in sports coaches. *Journal of Physical Education and Sport*, 21(6), 3411-3419.

- Choudhary, S. (2019). Emotional intelligence and resiliency among adolescents. *Review of Research*, 8(8), 1-10.
- Ridwan, A. F., & Agustin, M. (2018). The Correlation between Resilience and Emotional Intelligence on the Learning Achievement of Primary School Student on Social Studies in the Remote Areas. *In Proceedings of the 2nd International Conference on Sociology Education (ICSE 2017)* 516-519.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and psychological measurement*, 30(3), 607-610.
- Magnano, P., Craparo, G., & Paolillo, A. (2016). Resilience and Emotional Intelligence: which role in achievement motivation. *International Journal of Psychological Research*, 9(1), 9-20.
- Sehrawat, A., & Simon, M. S. (2021). Emotional Intelligence and Resilience among Young Adults. *The International Journal of Indian Psychology*, 9(2). doi: 10.25215/0902.182
- Shukla, I., Gaikwad, A., Dere, S. S., Gupta, A., & Ghildiyal, R. (2020). A study of emotional intelligence and resilience among medical interns—to emphasize inclusion in the medical curriculum. *Indian Journal of Mental Health*, 7(4), 321-328.



ปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกและข้อ Factor Affecting Preoperative Anxiety of Orthopedic Surgery Patients

สมพร ชินโนรส, วท.ม. Somporn Chinnoros, M.Sc.^{1*}

วลัยพร บริบูรณ์ธนกุล วท.บ. Valaiporn Boriboonthanakul, B.Sc.²

¹รองศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เขตสาทร กรุงเทพฯ

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

²พยาบาลวิชาชีพ, โรงพยาบาลเลิดสิน เขตบางรัก กรุงเทพฯ

²Professional Nurse, Lerdsin Hospital, BangRak, Bangkok.

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

Received: July12, 2022

Revised: November 21, 2022

Accepted: December 7, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง **วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด และปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกและข้อ กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเป็นผู้ป่วยมารับการผ่าตัดกระดูกและข้อที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพฯ จำนวน 140 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย และวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.08$, $SD = 0.83$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ($r = 0.21$, $p = .01$) ความต้องการข้อมูล ($r = 0.53$, $p = .01$) และประวัติการผ่าตัด ($r = -0.21$, $p = .01$) ส่วนเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด

ข้อเสนอแนะ กลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในระดับมาก พยาบาลควรให้การช่วยเหลือ เพื่อบรรเทาความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ด้วยการให้ความรู้เรื่องการผ่าตัด หรือการให้ยาระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วย

คำสำคัญ: ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกและข้อ

Abstract

This research is a cross-sectional study. Objective to study preoperative anxiety and factors affecting preoperative anxiety of orthopedic surgery patients. The purposive sample was 140 of orthopedic surgery patients at a hospital in Bangkok. The research instrument was a personal data record form, Amsterdam Preoperative Information Scale. This study was analyzed using descriptive statistics, and multiple regression analysis. The finding revealed that the sample had a high level of overall preoperative anxiety ($\bar{X} = 4.08$, $SD = 0.83$). Age, need for information, and history of surgery were affecting with preoperative anxiety. ($r = 0.21$, $p = 0.01$, $r = 0.53$, $p = 0.01$, $r = -0.21$, $p = 0.01$) gender was not affecting with preoperative anxiety.

Suggestion: The sample had a high level of overall preoperative anxiety. Nurse should help to relieve preoperative anxiety with give the information about surgery or anesthesia to the patient

Keyword: Preoperative anxiety, Orthopedic patients

บทนำ

ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด หมายถึง ความรู้สึกไม่สบาย ความกังวล ความกลัว ความตึงเครียดและความหวาดระแวง ซึ่งเป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งเร้าภายนอกหรือภายใน ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรม อารมณ์ องค์ความรู้และอาการทางกาย (Videbeck & Videbeck, 2013) ความวิตกกังวลเป็นปฏิกิริยาปกติต่อความเครียด ความขัดแย้ง ความบอบช้ำ ความเป็นเหตุผล และการตอบสนองที่ความคาดหวังต่ออันตรายจริงหรือที่เสี่ยงอันตราย อย่างไรก็ตามความวิตกกังวลระดับสูงอาจสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่คุกคามชีวิต และความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตหลังผ่าตัด (Takagi, Ando, & Umamoto, 2017)

ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดเป็นปัญหาที่ทำนายปัญหาหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด คนที่มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในระดับต่ำจะเผชิญกับสิ่งที่ไม่คาดหวัง และสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการคุกคามชีวิต โดย

เฉพาะผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดครั้งแรก ส่วนคนที่มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในระดับสูงจะทำให้แผลหายช้า ใช้ยาระงับความรู้สึกมากกว่า และการฟื้นหายช้า (Mulugeta, Ayana, Sintayehu, Dessie, & Zewdu, 2018)

ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมีผลต่อภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดของผู้ป่วย ความปวดหลังผ่าตัดเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดกล่าวถึงมากที่สุด ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางด้านความผิดปกติของหัวใจและหลอดเลือด เช่น อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นและความดันโลหิตเพิ่มขึ้น ความผิดปกติของกระเพาะอาหารและลำไส้ เช่น คลื่นไส้ อาเจียนและท้องเสีย และความผิดปกติของระบบต่อมไร้ท่อ เช่น เหงื่อออกมาก และเสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่มขึ้น (Wondmienieh, 2020)

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา ชนิดของการผ่าตัด ภาวะสุขภาพ

ภาวะสังคมเศรษฐกิจ (Mulugeta, et al., 2018) และความต้องการข้อมูล (สุภาพรณ, นภาพร, และรัชนี้, 2557) ผู้ป่วยบางกลุ่ม เช่น เพศหญิง คนหนุ่มสาว ผู้ป่วยที่ไม่เคยผ่าตัดจะมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในระดับสูง (Mulugeta, et al., 2018) เมื่อพยาบาลเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด และพบว่า ผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ พยาบาลจึงควรให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง

จากการศึกษาที่ผ่านมา เมื่อประเมินความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดโดยใช้แบบประเมิน Amsterdam Preoperative Anxiety Information Scale (APAIS) พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 55.1-67.5 มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด (Jiwanmall, et al., 2020; Zammit, Menel, & Rania, 2018) โดยผู้ป่วยร้อยละ 30.1-40.5 มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดสูง (Aloweidi, et al., 2022; Eberhart, et al., 2020) สำหรับโรงพยาบาลเลิดสินเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ยังไม่มีการศึกษาความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกและข้อ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา ปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกและข้อ เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด และปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกและข้อ และสามารถนำผลการวิจัยไปออกแบบวิธีการช่วยเหลือให้มีความเหมาะสมกับ

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกและข้อ เพื่อป้องกันการเกิดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด หรือให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดลดลง

วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

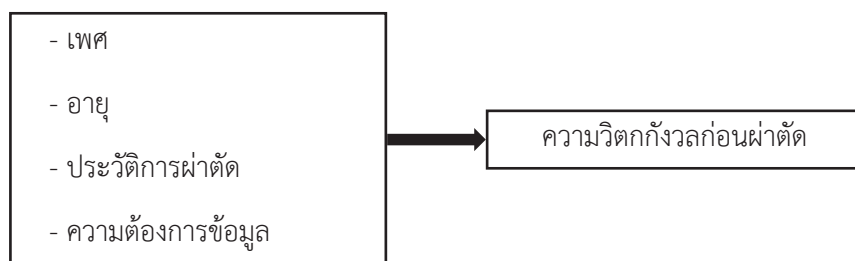
1. เพื่อศึกษาระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกและข้อ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกและข้อ

สมมุติฐานการวิจัย

อายุ เพศ ประวัติการผ่าตัด และความต้องการข้อมูลส่งผลต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกและข้อ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกและข้อ ผู้วิจัยใช้แนวคิดความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัด ของ Moerman, Dam, Muller, & Oosting (1996) เป็นแนวทาง โดยตัวแปรต้นคือ เพศ อายุ ประวัติการผ่าตัด และความต้องการข้อมูลส่วนตัวแปรตาม คือความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (cross-sectional study) โดยการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเลิดสิน (เอกสารเลขที่ 127/2564) โดยดำเนินการวิจัยดังนี้

สถานที่วิจัย คือ หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชาย 1 และชาย 2 และหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกหญิง โรงพยาบาลเลิดสิน กทมฯ บริการผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดกระดูกและข้อ

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือผู้ป่วยอายุ 20 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มารับการผ่าตัดกระดูกและข้อ ที่โรงพยาบาลเลิดสิน กทมฯ กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจงดังรายละเอียดข้างต้น เกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่างต้องเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนผ่าตัดล่วงหน้า มีการรับรู้ ความเข้าใจและสามารถสื่อสารได้ปกติ ส่วนเกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการมองเห็นและการได้ยิน หรือเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดอย่างเร่งด่วน หรือเป็นผู้ป่วยวิกฤตที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power กำหนด effect size f ระดับกลาง 0.15, $\alpha = 0.05$, power = 0.95 กำหนดตัวแปรทำนาย 4 ตัว และได้จำนวน 140 ตัวอย่าง (นิพัทธ์พร, วิชิพร, และญาดา, 2564)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีดังนี้

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว ชนิดของการผ่าตัด และประวัติการผ่าตัด จำนวนทั้งสิ้น 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัด (The Amsterdam

Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS) ของ Moerman et al. (1996) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยอภิญญา, ศิริพร, และภุชงค์ (2552) แบบสอบถามนี้มี 2 ส่วน คือ

1) ความวิตกกังวล แบ่งออกเป็น 1.1 ความวิตกกังวลด้านการได้รับระดับความรู้สึก 2 ข้อ (ข้อ 1 และข้อ 2) 1.2 ความวิตกกังวลด้านการผ่าตัด 2 ข้อ (ข้อ 4 และข้อ 5) ความรู้สึก แบบสอบถามมีลักษณะคำตอบเป็นมาตรการประเมินค่า 1-5 ระดับ สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 1.00-1.49 คะแนน หมายถึง น้อยที่สุด 1.50-2.49 คะแนน หมายถึง ระดับน้อย 2.50-3.49 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง 3.50-4.49 คะแนน หมายถึง ระดับมาก และ 4.50-5.00 คะแนน หมายถึง ระดับมากที่สุด

2) ความต้องการข้อมูล 2 ข้อ (ข้อ 3 และข้อ 6) และคำถามปลายเปิดให้ผู้ป่วยบอกสิ่งที่วิตกกังวลหรือกลัวเมื่อต้องรับการผ่าตัด และให้ยาระงับความรู้สึก แบบสอบถามมีลักษณะคำตอบเป็นมาตรการประเมินค่า 1-5 ระดับ สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 1.00-1.49 คะแนน หมายถึง น้อยที่สุด 1.50-2.49 คะแนน หมายถึง ระดับน้อย 2.50-3.49 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง 3.50-4.49 คะแนน หมายถึง ระดับมาก และ 4.50-5.00 คะแนน หมายถึง ระดับมากที่สุด

3. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ เนื่องจากแบบสอบถามความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัด เป็นแบบสอบถามที่เป็นมาตรฐาน จึงไม่จำเป็นต้องทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา สำหรับการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ คณะผู้วิจัยนำแบบสอบถามความวิตกกังวลและความต้องการทราบข้อมูลก่อนผ่าตัด ทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดทางศัลยกรรมกระดูกและข้อที่มีคุณสมบัติคล้าย

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 140 คน คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัด ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.90 และ 0.88 ตามลำดับ

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยขออนุญาต ดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลิดสินที่ขอเก็บข้อมูล มีผู้ป่วยครบเกณฑ์ 140 คน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง 1 ครั้ง เมื่อผู้ป่วยพร้อม ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ดำเนินการพิทักษ์สิทธิโดยชี้แจงถึงสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะเสนอข้อมูลเป็นภาพรวม เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยขอให้ผู้ป่วยลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม จากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามในมือถือ ใช้เวลาตอบแบบสอบถาม 10 นาที ถ้าผู้ป่วยทำแบบสอบถามเองไม่ได้ ผู้วิจัยจะอ่านแบบสอบถามให้ผู้ป่วยฟัง ใช้เวลาตอบแบบสอบถาม 10 นาที และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคม 2564 ถึงเดือนมีนาคม 2565

5. การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดและความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดวิเคราะห์ด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนปัจจัยที่มี

ผลต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด วิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (multiple regression)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มา รับการผ่าตัดกระดูกและข้อ มีอายุ 14-91 ปี เฉลี่ย 45.99 ปี เพศชาย ร้อยละ 65.71 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 53.57 มีบุตร 2 คน ร้อยละ 38.89 การศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 29.29 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 57.86 โรคประจำตัว ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 68.57 โดยมีโรคอื่น ๆ คือ ไผมัน ในเลือดสูง ร้อยละ 57.89 โรคกระดูกและข้อที่ผู้ป่วยเป็น คือ closed fracture ร้อยละ 35.7 ชนิดของการผ่าตัด คือ Open Reduction Internal Fixation ร้อยละ 30 ประวัติการผ่าตัด มีประวัติการผ่าตัดร้อยละ 59.29

2. ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับ การผ่าตัดกระดูกและข้อ กลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวล ก่อนผ่าตัดโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.08$, $SD = 0.83$) เมื่อพิจารณาความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดรายข้อ พบว่า ฉันทรงนึกถึงเรื่องการถูกวางยาสลบมากที่สุด ($\bar{X} = 4.48$, $SD = 0.73$) รองลงมา คือ ฉันทรงนึกถึงกังวลเกี่ยวกับการวางยาสลบ ($\bar{X} = 4.06$, $SD = 1.05$) และ ฉันทรงนึกถึงกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดน้อยที่สุด ($M = 3.77$, $SD = 1.13$) และกลุ่มตัวอย่างมีความต้องการข้อมูล โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.41$, $SD = 1.07$) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดและความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกและข้อ (n=140)

ตัวแปร	$\bar{X}$	SD	แปลความหมาย
ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด			
1. ฉันรู้สึกกังวลเกี่ยวกับการวางยาสลบ	4.06	1.05	มาก
2. ฉันครุ่นคิดถึงเรื่องการถูกวางยาสลบ	4.48	0.73	มาก
4. ฉันวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด	3.77	1.13	มาก
5. ฉันครุ่นคิดเรื่องการผ่าตัด	4.01	1.12	มาก
รวม	4.08	0.83	มาก
ความต้องการข้อมูล			
1. ฉันอยากรู้เรื่องเกี่ยวกับการวางยาสลบ	3.65	1.15	มาก
2. ฉันอยากรู้เรื่องเกี่ยวกับการผ่าตัด	3.18	1.27	ปานกลาง
รวม	3.41	1.07	ปานกลาง

จากแบบสอบถามปลายเปิดให้ผู้ผู้ป่วยบอกสิ่งที่ผู้ป่วยวิตกกังวลหรือกลัวเมื่อต้องรับการผ่าตัด และได้รับาระงับความรู้สึก พบว่า สิ่งในกลุ่มตัวอย่างกลัวมากที่สุดในการที่ต้องผ่าตัดและได้รับาระงับความรู้สึกอันดับแรกคือ ความปวด ร้อยละ 50.70 รองลงมา คือ กลัวภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ร้อยละ 39.2 และสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างกลัวน้อยที่สุด คือ กลัวเรื่องการสูญเสียรายได้ ร้อยละ 13.10 รองลงมาคือ กลัวตาย ร้อยละ 14.2 (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของสิ่งที่ผู้ป่วยกลัวมากที่สุดในการที่ต้องผ่าตัดและวางยาสลบ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

สิ่งที่ผู้ป่วยกลัวว่า	จำนวน	ร้อยละ
ความปวด	75	50.7
กลัวภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด	58	39.2
ผลของการผ่าตัด	57	38.5
กลัวสิ่งที่ไม่รู้	56	37.8
กลัวจะไม่ฟื้นจากยาสลบ	31	20.9
กลัวตาย	24	14.2
กลัวเรื่องการสูญเสียรายได้	21	13.10

3. อายุ เพศ ประวัติการผ่าตัด และความ ต้องการ

ข้อมูล ส่งผลต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกและข้อ พบว่า สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในระหว่างปัจจัย ด้านอายุ เพศ (หญิง) ประวัติการผ่าตัด (ไม่มี) และความ ต้องการข้อมูล (ต้องการ) มีค่าระหว่าง -0.05 ถึง 0.25 โดยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านอายุ และความต้องการข้อมูล (ต้องการ) กับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด

กระดูกและข้อ มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ปัจจัยด้านประวัติการผ่าตัด (ไม่มี) กับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกและข้อ มีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 สำหรับเพศ (หญิง) กับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกและข้อไม่มีความสัมพันธ์กัน (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (ค่า r) ระหว่างปัจจัยอายุ เพศ (หญิง) ประวัติการผ่าตัด (ไม่มี) ความ ต้องการข้อมูล (ต้องการ) กับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกและข้อ (n=140)

ตัวแปร	อายุ	เพศ (หญิง)	ประวัติการผ่าตัด (ไม่มี)	ความต้องการข้อมูล (ต้องการ)	ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด
อายุ	1.00	0.23**	-0.15*	0.25**	0.21**
เพศ (หญิง)		1.00	-0.11	-0.05	0.01
ประวัติการผ่าตัด (ไม่มี)			1.00	-0.21**	-0.21**
ความต้องการข้อมูล (ต้องการ)				1.00	0.53**
ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด					1.00

* $p < .05$ หมายถึง คู่กันมีความสัมพันธ์เชิงบวก/ลบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

** $p < .01$ หมายถึง คู่กันมีความสัมพันธ์เชิงบวก/ลบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกและข้อ พบว่าค่าน้ำหนักความสำคัญของปัจจัยความต้องการข้อมูล ($\beta = 0.49$) ส่งผลต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกและข้อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อพิจารณาค่าความ

แปรปรวนของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยด้านอายุ เพศ (หญิง) ประวัติการผ่าตัด (ไม่มี) และความต้องการข้อมูล (ต้องการ) มีค่าเท่ากับ 0.29 แสดงว่าปัจจัยทั้งสี่สามารถอธิบายความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 29 (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ปัจจัยอายุ เพศ (หญิง) ประวัติการผ่าตัด (ไม่มี) และความต้องการข้อมูล (ต้องการ) ที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกและข้อ (n=140)

ตัวแปร	b	SE _b	β	t	p-value
(Constant)	2.69	0.26		10.43	0.00
อายุ	0.00	0.00	0.06	0.82	0.41
เพศ (หญิง)	0.03	0.13	0.02	0.22	0.83
ประวัติการผ่าตัด (ไม่มี)	-0.16	0.13	-0.10	-1.29	0.20
ความต้องการข้อมูล (ต้องการ)	0.38	0.06	0.49	6.41	0.00**
R = 0.54 R² = 0.29 F = 14.05** SE_{est} = 0.71					

**p<.01

ผลการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกและข้อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในระดับมาก อายุส่งผลทางบวกกับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง ความต้องการข้อมูลส่งผลทางบวกในระดับปานกลางกับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง ประวัติการผ่าตัดส่งผลทางลบในระดับต่ำกับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนเพศไม่ส่งผลต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่าง

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้คณะผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดอยู่ในระดับมาก อภิปรายว่า กลุ่มตัวอย่างมีกระดูกหักแบบปิดร้อยละ 35.7 และได้รับการผ่าตัด Open Reduction Internal Fixation ร้อยละ 30 ประกอบกับการผ่าตัดกระดูกและข้อเป็นการผ่าตัดใหญ่

ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด โดยความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดข้อที่มากที่สุด คือ ฉันทันครุ่นคิดถึงเรื่องการถูกวางยาสลบ ($\bar{X}$ = 4.48, SD = 0.73) รองลงมา คือ ฉันทันรู้สึกกังวลเกี่ยวกับการวางยาสลบ ($\bar{X}$ = 4.06, SD = 1.05) ผลที่ตามมาของการผ่าตัดกระดูกและข้อ คือ ความปวด สอดคล้องกับสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลัวมากที่สุดในการต้องผ่าตัดกระดูกและข้อและการวางยาสลบ คือ ความปวด ร้อยละ 50.70 จากเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในระดับมาก ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Carrol, Cullivan, Clarke, and Davis (2012) และการศึกษาของ Nigussie, Belachew, and Wolanco. (2014) ที่พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 66-70.3 มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด

ปัจจัยด้านอายุส่งผลทางบวกกับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกและข้อ (r = .18, p < .01) อภิปรายว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุ 14-91 ปี อายุเฉลี่ย 45.99 ปี (SD = 17.39) อายุเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาบุคลิกภาพ การมีอายุมากขึ้น ประสบการณ์

ในชีวิตมากและวุฒิภาวะที่สูงขึ้น ประกอบกับการมีความสามารถในการไตร่ตรองเพิ่มขึ้น จะทำให้ผู้ที่มีอายุมากกว่ามีความเชื่อในการควบคุมสถานการณ์ของตนเองมาก และสามารถเลือกวิธีเผชิญปัญหาได้เหมาะสม (จตุรดา, 2557) ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Navarro-Gaston and Munuera-Martinez (2020) ที่พบว่า อายุมีผลต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด

ปัจจัยด้านความต้องการข้อมูลส่งผลทางบวกกับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกและข้อ ($r = .53, p < .01$) อภิปรายว่า เมื่อบุคคลเกิดความวิตกกังวล และต้องการลดความไม่สบายใจจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น บุคคลเหล่านั้นจะมีการปรับตัวให้อยู่ในภาวะสมดุล และสามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ ซึ่งการแสวงหาข้อมูลเป็นการเผชิญปัญหาวิธีหนึ่งที่บุคคลนำมาใช้เมื่ออยู่ในสภาพการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล (McGaughey & Harrission, 1994) ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Navarro-Gaston and Munuera-Martinez. (2020) ที่พบว่า ความต้องการข้อมูลสัมพันธ์กับความวิตกกังวล การศึกษาของ Jiwanmall et al., (2020) ที่พบว่า ความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดมยาสลบ และการผ่าตัดสัมพันธ์กับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด และการศึกษาของ Matthias and Samarasekera (2012) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดสูงมีความต้องการข้อมูลมากกว่าผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดต่ำ

ปัจจัยด้านประวัติการผ่าตัดส่งผลทางลบกับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกและข้อ ($r = -.21, p < .01$) กลุ่มตัวอย่างมีประวัติการผ่าตัดร้อยละ 59.29 อภิปรายว่า ผู้ป่วยที่มีประวัติการผ่าตัดหรือมีประสบการณ์การผ่าตัดจะสามารถประเมินสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นได้ตามประสบการณ์มาก่อน ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Homzova and Zelenikova (2015) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติ

การผ่าตัดมีความวิตกกังวลสูงกว่า และสอดคล้องกับการศึกษาของ Matthias and Samarasekera (2012) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติการผ่าตัดมีความวิตกกังวลมากกว่าผู้ป่วยที่มีประวัติการผ่าตัด

สำหรับปัจจัยด้านเพศไม่ส่งผลต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกและข้อ อภิปรายว่า เพศมีผลต่อความวิตกกังวล โดยเป็นผลจากการหลังฮอร์โมนจากต่อมหมวกไตต่างกัน ทำให้ผู้หญิงและผู้ชายมีการตอบสนองต่อความวิตกกังวลแตกต่างกัน แต่การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายร้อยละ 65.71 และเพศหญิงร้อยละ 34.29 การที่กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนต่างกันมาก อาจทำให้เพศไม่มีผลต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Jiwanmall et al., (2020) ที่พบว่า เพศไม่ส่งผลต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด แต่สอดคล้องกับการศึกษาของ Zelenikova, Homzova, Homza, and Buzgova. (2017) และการศึกษาของ Matthias and Samarasekera. (2012) ที่พบว่า ผู้หญิงมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมากกว่าผู้ชาย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มารับการผ่าตัดกระดูกและข้อ มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในระดับมาก พยาบาลควรให้การช่วยเหลือ เพื่อบรรเทาความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ด้วยการให้ความรู้เรื่องการผ่าตัด หรือการให้ยาระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วย รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามปัญหาหรือข้อข้องใจ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในระดับมาก และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ดนตรี และการให้ข้อมูลช่วยบรรเทาความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด การวิจัยครั้งต่อไปจึงควรศึกษาผลของดนตรี

ต่อการบรรเทาความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดุกและข้อ หรือศึกษาผลของให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อการบรรเทาความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดุกและข้อ

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณท่านอธิการบดี วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ที่ได้กรุณาส่งเสริมและสนับสนุนงบประมาณในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- จตุรดา จรรย์รัตน์กุล. (2557). *ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการให้ความรู้เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยสูงอายุ ก่อนเข้ารับการผ่าตัดใหญ่* โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่, วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิพัทธ์พนธ์ สนิทเหลือ, วัชรพร สาตร์เพ็ชร, และญาติานภาพารักษ์. (2564). การคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power sample size calculation using G*Power program. *วารสารวิชาการสถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ*, 496-507.
- สุภาพรรณ นิตยสุภาพรรณ, นภาพร แก้วนิมิตชัย, และรัชณี นามจันทร์. (2557). ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลและความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดกับความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 25(1), 1-15.
- อภิญา กุณศลลักษณ์, ศิริพร ปิตมานะอารี, และอุษงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์. (2552). การประเมินความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม The Amsterdam preoperative anxiety and information scale (APAIS) ฉบับภาษาไทยเพื่อประเมินระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 54(1), 83-92.
- Aloweidi, A., Abu-Halaweh, S., Almustafa, M., Marei, Z., Yaghi, S., Hababeh, L., ... & Bsisu, I. (2022). Preoperative Anxiety among Adult Patients Undergoing Elective Surgeries at a Tertiary Teaching Hospital: A Cross-Sectional Study during the Era of COVID-19 Vaccination. In *Healthcare*, 10(3), 515: <https://doi.org/10.3390/healthcare10030515>
- Carroll, J. K., Cullinan, E., Clarke, L., & Davis, N. F. (2012). The role of anxiolytic premedication in reducing preoperative anxiety. *British Journal of Nursing*, 21(8), 479-483.
- Eberhart, L., Aust, H., Schuster, M., Sturm, T., Gehling, M., Euteneuer, F., & Rüsch, D. (2020). Preoperative anxiety in adults-a cross-sectional study on specific fears and risk factors. *BMC psychiatry*, 20(1), 1-14.
- Homzová, P., & Zeleníková, R. (2015). Measuring preoperative anxiety in patients undergoing elective surgery in Czech Republic. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 6(4), 321-326.

- Jiwanmall, M., Jiwanmall, S. A., Williams, A., Kamakshi, S., Sugirtharaj, L., Poornima, K., & Jacob, K. S. (2020). Preoperative anxiety in adult patients undergoing day care surgery: Prevalence and associated factors. *Indian journal of psychological medicine*, 42(1), 87-92.
- McGaughey, J., & Harrisson, S. (1994). Understanding the pre-operative information needs of patients and their relatives in intensive care units. *Intensive and Critical Care Nursing*, 10(3), 186-194.
- Matthias, A. T., & Samarasekera, D. N. (2012). Preoperative anxiety in surgical patients-experience of a single unit. *Acta Anaesthesiologica Taiwanica*, 50(1), 3-6.
- Moerman, N., van Dam, F. S., Muller, M. J., & Oosting, H. (1996). The Amsterdam preoperative anxiety and information scale (APAIS). *Anesthesia & Analgesia*, 82(3), 445-451.
- Mulugeta, H., Ayana, M., Sintayehu, M., Dessie, G., & Zewdu, T. (2018). Preoperative anxiety and associated factors among adult surgical patients in Debre Markos and Felege Hiwot referral hospitals, Northwest Ethiopia. *BMC anesthesiology*, 18(1), 1-9.
- Navarro-Gastón, D., & Munuera-Martínez, P. V. (2020). Prevalence of preoperative anxiety and its relationship with postoperative pain in foot nail surgery: a cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(12), 4481: <https://doi.org/10.3390/ijerph17124481>
- Nigussie, S., Belachew, T., & Wolancho, W. (2014). Predictors of preoperative anxiety among surgical patients in Jimma University Specialized Teaching Hospital, South Western Ethiopia. *BMC Surgery*, 14(67), 2-10.
- Takagi, H., Ando, T., & Umemoto, T. (2017). Perioperative depression or anxiety and postoperative mortality in cardiac surgery: a systematic review and meta-analysis. *Heart and vessels*, 32(12), 1458-1468.
- Videbeck, S., & Videbeck, S. (2013). Psychiatric mental health nursing (5thed). Lippincot Williams &Wilkins.
- Wondmienenh, A. (2020). Preoperative anxiety and associated factors among adult elective surgery patients in North Wollo Zone, Northeast Ethiopia. *Open Access Surgery*, 13, 85-94: <https://doi.org/10.2147/OAS.S285562>

- Zammit, N., Menel, M., & Rania, F. (2018). Preoperative anxiety in the tertiary care hospitals of Sousse, Tunisia: prevalence and predictors. *SOJ Surg*, 5(1), 1-5.
- Zeleníková, R., Homzová, P., Homza, M., & Bužgová, R. (2017). Validity and reliability of the Czech version of the Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS). *Journal of Perianesthesia Nursing*, 32(5), 429-437.



มุมคอและความสัมพันธ์ระหว่างมุมคอกับความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่บริเวณคอในผู้ที่ใช้งานแท็บเล็ตขณะนั่งเรียน: การศึกษานำร่อง

Cervical Angles and the Relationship between Cervical Angles and Neck Disorders during Tablet Usage while Sitting in Class: A Pilot Study

สุวาลี นามวงษา, ปริญญา, Suwalee Namwongsa, Ph.D.^{1*}

กชกร แหยมไทย, วท.บ., Kotchakon Yaemthai, Bs.C.²

จิรัญญา แสงดอก, วท.บ., Jirunya Sangdak, Bs.C.²

เมวดี ด่านอนันต์, วท.บ., Mewadee Dan-a-nan, Bs.C.²

¹อาจารย์, ดร., ภาควิชากายภาพบำบัด คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

¹Lecturer, Ph.D., Department of Physical Therapy, Faculty of Allied Health Sciences, Naresuan University

²นิสิต ภาควิชากายภาพบำบัด คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

²Student, Department of Physical Therapy, Faculty of Allied Health Sciences, Naresuan University

*Corresponding Author Email: Suwaleen@nu.ac.th.

Received: March 27, 2022

Revised: November 24, 2022

Accepted: December 6, 2022

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษามุมคอระหว่างการใช้งานแท็บเล็ตขณะนั่งเรียน และความสัมพันธ์ระหว่างมุมคอกับความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่บริเวณคอ ในนิสิตสายวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวร จำนวน 14 คน โดยการบันทึกวิถีไอร์ระหว่างการใช้งานแท็บเล็ตขณะนั่งเรียน เป็นเวลา 30 นาที จากนั้นวัดมุมคอโดยโปรแกรม Kinovea แล้ววิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างมุมคอที่ได้กับความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่บริเวณคอ โดยใช้สถิติ Fisher's exact test และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ผลการศึกษพบว่ามุมคอระหว่างการใช้งานแท็บเล็ตขณะนั่งเรียนในท่าที่บริเวณคอส่วนบนอยู่ในท่าหมุนคอขึ้นร่วมกับบริเวณคอส่วนล่างอยู่ในท่าก้มที่นานที่สุดมีค่าเฉลี่ยของมุมคอส่วนบนเท่ากับ 158.47 ± 11.53 องศา และค่าเฉลี่ยของมุมคอส่วนล่างเท่ากับ 62.66 ± 5.26 องศา แต่ในการศึกษานี้ยังไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างมุมคอในท่าที่บริเวณคอส่วนบนอยู่ในท่าหมุนคอขึ้นร่วมกับบริเวณคอส่วนล่างอยู่ในท่าก้มที่นานที่สุดกับความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่บริเวณคอ (p ของมุมคอส่วนบนเท่ากับ 0.11 และ p ของมุมคอส่วนล่างเท่ากับ

0.59 ตามลำดับ) อาจเนื่องมาจากขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เล็กเนื่องจากการศึกษานำร่อง ดังนั้นจึงควรทำการศึกษาต่อไปในอนาคตเพื่อให้ได้ข้อสรุปที่ชัดเจน และสามารถขยายผลให้เป็นประโยชน์ต่อไป

คำสำคัญ: มุมคอ ความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ผู้ใช้งานแท็บเล็ต นั่งเรียน การศึกษานำร่อง

Abstract

The purpose of this study was to determine the cervical angles during tablet usage while sitting in class. The relationship between these cervical angles and neck disorders was investigated with a sample group of 14 health science students from Naresuan University. A 30-minute video of a tablet being used for a study simulation was captured. The Kinovea program was used to measure the upper and lower cervical angles. Additionally, the relationship between these angles and neck musculoskeletal disorders was analyzed by Fisher's exact test. The statistical significance was set at $p < 0.05$. This study found that during tablet usage while sitting in class in upper cervical tilting position and lower cervical flexion position in the longest period of time, the upper cervical angle was determined to be 158.47 ± 11.53 degrees, while the lower cervical angle was determined to be 62.66 ± 5.26 degrees. Nevertheless, this study could not conclusively determine the relationship between these angles and neck disorders ($p = 0.11$ for the upper cervical angle and $p = 0.59$ for the lower cervical angle). This could be due to the relatively small sample size since the was a pilot study. As a result, additional research should be conducted in the future to draw definite and generalizable conclusions.

Keywords: Cervical angle, neck disorders, Tablet users, sitting in class, Pilot study

บทนำ

ปัจจุบันโลกมีการเปลี่ยนแปลงในทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็นเทคโนโลยีการสื่อสาร หรือโรคภัยไข้เจ็บ จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจึงทำให้การใช้ชีวิตในยุคปัจจุบันมีการใช้งานเครือข่ายสังคมออนไลน์ผ่านทางอินเทอร์เน็ตเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ขณะที่อุปกรณ์ที่ใช้เข้าถึงอินเทอร์เน็ตนั้นมีหลากหลายชนิด แต่ที่ได้รับความนิยมเลือกใช้ในปัจจุบัน ได้แก่ สมาร์ทโฟนหรือแท็บเล็ต (สุชาติ พลาชัยภิรมย์ศิลป์, และเยาวภา พรพิริยะ ลำเลิศ, 2555)

แท็บเล็ต เป็นคอมพิวเตอร์ชนิดหนึ่งที่มีขนาดเล็กกว่าคอมพิวเตอร์โน้ตบุ๊ก พกพาสะดวก น้ำหนักเบา มีแป้นพิมพ์ในตัว ปรับหมุนจอได้อัตโนมัติ แบตเตอรี่ใช้งานได้นานกว่าคอมพิวเตอร์โน้ตบุ๊กทั่วไประบบการเชื่อมต่อสัญญาณเครือข่ายอินเทอร์เน็ต และมีระบบสัมผัสหน้าจอเพื่อสั่งงาน (นันทกาญจน์ เกวี, ศศิพา ชูแก้ว, และศิรินันท์ อุดม, 2563) จึงสะดวกสำหรับผู้เรียนที่จะพกพาไปในสถานศึกษา และใช้ในการเรียนออนไลน์ ทำให้นิสิตนักศึกษาเลือกใช้แท็บเล็ตเป็นอุปกรณ์ประกอบการเรียนมากยิ่งขึ้นโดย

เฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มนิสิตสายวิทยาศาสตร์สุขภาพ ประกอบไปด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด 19 ที่ยังคงแพร่อยู่ทั่วโลกเป็นสาเหตุให้กระทรวงสาธารณสุข จำเป็นต้องมีมาตรการป้องกันอย่างเคร่งครัดด้วยการเว้นระยะห่างทางสังคม ทำให้ระบบการศึกษาต้องปรับเปลี่ยนเป็นการเรียนการสอนผ่านระบบออนไลน์ ออนไซต์ หรือ ไฮบริด จึงทำให้มีการใช้อุปกรณ์การเรียนเช่นแท็บเล็ต ร่วมเข้ามา (สายสมร เฉลยกิตติ, จินตนา อาจสันธิยะ, และมักเดลานาสุภาพร ดาวดี, 2563) ส่งผลให้นิสิต นักศึกษาใช้เวลาอยู่กับแท็บเล็ตเพิ่มมากขึ้นในแต่ละวัน ซึ่งหากนิสิตใช้แท็บเล็ตต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานในท่าทางที่ไม่เหมาะสม โดยปราศจากเวลาพักที่เหมาะสม อาจส่งผลให้เกิดความเสี่ยงทางการยศาสตร์ที่เป็นสาเหตุหนึ่งของความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ตามมา (อุไรวรรณ ชัชวาล และคณะ, 2556)

วิธีการประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์ ประกอบด้วย 3 วิธี ได้แก่ 1) วิธีการรายงานด้วยตัวเอง (self-reports method) โดยใช้การสัมภาษณ์หรือสอบถาม 2) วิธีการสังเกต (observation method) โดยใช้ผู้สังเกตการณ์ และ 3) วิธีการวัดโดยตรง (direct measurements method) โดยใช้เครื่องมือที่จำเพาะในการวัด (David, 2005) ซึ่งการประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์จะมีประสิทธิภาพ ถูกต้อง แม่นยำ และน่าเชื่อถือ นั้น ควรทำการประเมินทั้ง 3 วิธีร่วมกัน ทั้งนี้เมื่อผู้วิจัยทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์ของความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อในผู้ใช้งานแท็บเล็ต จึงพบว่ามีการศึกษาความชุกและการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนตัว ปัจจัยที่เกี่ยวกับงาน ปัจจัยด้านจิตใจ และสังคมของความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อในผู้ใช้งานแท็บเล็ตที่เป็นนิสิตสายวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวรในปี พ.ศ. 2562 โดยผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าผู้ใช้งานแท็บเล็ตในนิสิต

สายวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวร มีความชุกของความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อภายหลังจากการใช้งานแท็บเล็ตได้ทุกส่วนของร่างกาย โดยพบสูงสุดในกลุ่มกระดูกสันหลังโดยเฉพาะอย่างยิ่งที่บริเวณคอ (ร้อยละ 32.50) (โยชิตา โมราสุข, พัฒนิตา สุขวิเศษ, และวโรชา วงษ์จีน, 2562) และการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อของผู้ใช้งานแท็บเล็ตในนิสิตสายวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวร แสดงให้เห็นว่าปัจจัยส่วนตัว (เพศ ส่วนสูง ขณะที่ศึกษา ท่าทางที่ใช้งานแท็บเล็ต ดื่มแอลกอฮอล์ โรคประจำตัว การประสบอุบัติเหตุ) และปัจจัยเกี่ยวกับงาน (การใช้งานซ้ำ ๆ และเวลาที่ใช้งาน) มีความสัมพันธ์กับความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อของผู้ใช้งานแท็บเล็ตในนิสิตสายวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวร แต่ในทางตรงกันข้าม ปัจจัยด้านจิตใจและสังคม (ความเครียด) กลับไม่มีความสัมพันธ์กับความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อของผู้ใช้งานแท็บเล็ตในนิสิตสายวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวร (สุลลี นามวงษา, วราภรณ์ ศรีเสือ, สุนิสา ดิษฐสร้อย, และ สุภัทสรสา สารโจน์, 2565) ซึ่งการศึกษาที่กล่าวมานี้เป็นการประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์ตามวิธีที่ 1 และยังมีข้อจำกัดคือการศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบสำรวจด้วยแบบสอบถาม ทำให้อาสาสมัครไม่สามารถนึกเหตุการณ์ย้อนหลังในอดีตได้นานพอ (recall bias) จนเป็นสาเหตุให้อาสาสมัครเลือกตอบคำถามอื่น ๆ มากกว่าที่จะเลือกคำตอบที่จำเพาะเจาะจงจึงอาจจะส่งผลต่อข้อมูลที่ได้ตามมา (David, 2005) ประกอบกับผู้วิจัยยังพบอีกว่ามีการศึกษาการประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์ของผู้ใช้แท็บเล็ตที่เป็นนิสิตสายวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวร ในปี พ.ศ. 2563 โดยผลการศึกษาพบว่าผู้ใช้งานแท็บเล็ตมีความเสี่ยงทางการยศาสตร์ในระดับสูงคือคะแนน 6 จากคะแนนเต็ม 7 ซึ่งหมายความว่า

การใช้แท็บเล็ตในขณะที่นั่งเรียนในท่าก้มคอจนได้น้อยและท่าเงยคออ่านโปรเจคเตอร์เริ่มเป็นปัญหาควรศึกษาเพิ่มเติมและปรับปรุง และความเสี่ยงนี้มีความสัมพันธ์กับความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่บริเวณหลังส่วนบน ซึ่งการศึกษานี้เป็นการประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์ตามวิธีที่ 2 และมีข้อจำกัดคือ การศึกษานี้เป็นการประเมินด้วยวิธีการสังเกต ผู้สังเกตอาจไม่สามารถมองเห็นได้ชัดเจนครบถ้วนทุกมุมมอง จึงทำให้ใช้เวลาในการวิเคราะห์ข้อมูลนาน รวมทั้งในการศึกษาไม่สามารถจำลองสถานการณ์จริงในห้องเรียนได้ทั้งหมด จึงเป็นการเลือกจำลองสถานการณ์ที่เหมาะสมเพียงสถานการณ์เดียว นอกจากนั้นแบบประเมิน Rapid Upper Limb Assessment (RULA) ที่ใช้ในการศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดคือไม่สามารถประเมินในส่วนของท่าทางที่ผสมกันได้ (นันทกาญจน์ เกรวี, ศศิพา ชูแก้ว, และศิริพันธ์ อุดม 2563) เช่น ท่าที่บริเวณคอส่วนบนอยู่ในท่าหมุนคอขึ้นร่วมกับบริเวณคอส่วนล่างอยู่ในท่าก้ม ในระหว่างการใช้งานแท็บเล็ตขณะนั่งเรียนของอาสาสมัครที่พบในการศึกษานี้ได้ (นันทกาญจน์ เกรวี, ศศิพา ชูแก้ว, และศิริพันธ์ อุดม 2563)

ดังนั้นจากที่กล่าวมาข้างต้น จึงเป็นสาเหตุให้ผู้วิจัยสนใจที่จะทำการศึกษามุมคอระหว่างการใช้งานแท็บเล็ตขณะนั่งเรียนในท่าที่บริเวณคอส่วนบนอยู่ในท่าหมุนคอขึ้นร่วมกับบริเวณคอส่วนล่างอยู่ในท่าก้ม ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นการประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์ในวิธีที่ 3 เพื่อให้ความรู้ที่ได้เป็นแนวทางในการช่วยลดความเสี่ยงทางการยศาสตร์กับความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อในผู้ใช้งานแท็บเล็ตต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษามุมคอระหว่างการใช้งานแท็บเล็ตขณะนั่งเรียน ในท่าที่บริเวณคอส่วนบนอยู่ในท่าหมุนคอ

ขึ้นร่วมกับบริเวณคอส่วนล่างอยู่ในท่าก้ม ในนิสิตสายวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวร

2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างมุมคอส่วนบน (upper cervical) และมุมคอส่วนล่าง (lower cervical) ระหว่างการใช้งานแท็บเล็ตขณะนั่งเรียนกับความผิดปกติทางกระดูกและกล้ามเนื้อที่บริเวณคอ ในนิสิตสายวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวร

วิธีการดำเนินการวิจัย

1. ชนิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงภาคตัดขวาง (cross-sectional study) ที่เก็บข้อมูลในเดือนกรกฎาคม-กันยายน 2564 ณ ภาควิชากายภาพบำบัด คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร โดยการวัดมุมคอเพียงครั้งเดียวระหว่างการใช้งานแท็บเล็ตขณะนั่งเรียนในท่าที่บริเวณคอส่วนบนอยู่ในท่าหมุนคอขึ้นร่วมกับบริเวณคอส่วนล่างอยู่ในท่าก้ม โดยเป็นอาสาสมัครต่อเนื่องจากการศึกษาก่อนหน้าที่ได้มาจากการประกาศหาอาสาสมัครผ่านสื่อสังคมออนไลน์ นอกจากนี้การวิจัยครั้งนี้เป็นยังเป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (cross-sectional analytical study) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างมุมคอส่วนบนและมุมคอส่วนล่างกับความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่บริเวณคอของผู้ใช้งานแท็บเล็ต

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ใช้งานแท็บเล็ตที่เป็นนิสิตสายวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวร จำนวน 14 คน เนื่องจากการศึกษาก่อนหน้า (นันทกาญจน์ เกรวี, ศศิพา ชูแก้ว, และศิริพันธ์ อุดม, 2563) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้า ได้แก่ 1) เป็นนิสิตที่ใช้งานแท็บเล็ต ระดับปริญญาตรี สายวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ปีขึ้นไปที่กำลังศึกษาในภาคต้น ปีการศึกษา 2564

2) เป็นเจ้าของแท็บเล็ตที่มีขนาดหน้าจอ 10.5 นิ้ว
3) ใช้งาน Apple Pencil (รุ่นที่ 1) ร่วมกับแท็บเล็ต
4) เป็นผู้ใช้งานแท็บเล็ตที่เป็นเจ้าของแท็บเล็ตอย่างน้อย 6 เดือน
5) เป็นผู้ใช้งานแท็บเล็ตที่ใช้งานแท็บเล็ตอย่างน้อยเฉลี่ย 3 ชั่วโมงต่อวัน (สุลิส นามวงษา, วรากรณ์ ศรีเสือ, สุณิสตา ดิษฐสร้อย, และ สุภัสรา สารโจน์, 2565)
6) เป็นผู้ใช้งานแท็บเล็ตที่มี ความถนัดมือขวา
7) เป็นผู้ใช้งานแท็บเล็ตที่สามารถอ่านออกและเขียนได้
และ 8) เป็นผู้ใช้งานแท็บเล็ตที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการ โดยสมัครใจและมีกรลงนามอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร และมีเกณฑ์การคัดอาสาสมัครออก ได้แก่ 1) เป็นนิสิตปริญญาตรีชั้นปีที่ 1 สายวิทยาศาสตร์สุขภาพมหาวิทยาลัยนเรศวร 2) เป็นนิสิตปริญญาตรี สาขากายภาพบำบัด คณะสหเวชศาสตร์ และ 3) เป็นผู้ใช้งานแท็บเล็ตที่มีปัญหาด้านสายตาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ ขณะที่ มีเกณฑ์การถอดถอน ได้แก่ 1) เป็นอาสาสมัครที่มีอาการระคายเคืองบริเวณผิวหนังที่ติดสติ๊กเกอร์สะท้อนแสง และ 2) เป็นอาสาสมัครเกิดการบาดเจ็บรุนแรงขณะเข้าร่วมทำการวิจัย ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยไม่ใช้หลักความน่าจะเป็น (non-probability sampling) โดยวิธีการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling)

3. เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้แก่ โปรแกรม Kinovea ซึ่งเป็นโปรแกรมภายใต้ลิขสิทธิ์ GPL v2 ของ License.tx ที่สามารถดาวน์โหลดฟรีได้ที่ <https://www.kinovea.org/download.html> โดยเป็นโปรแกรมที่สามารถใช้วิเคราะห์การเคลื่อนไหว การบันทึกภาพ และวิดีโอ ทำการวัดการสังเกตเส้นทางการเคลื่อนไหว ของวัตถุหรือข้อต่อของร่างกาย ซึ่งเป็นโปรแกรมนี้ได้รับการยอมรับและใช้ในทางคลินิกกับงานวิจัยเป็นส่วนใหญ่ ใช้ในการวัดมุมและระยะทางของวัตถุหรือคอน ผ่านการบันทึกวิดีโอหรือรูปภาพ นอกจากนี้ยังพบว่า

มีการศึกษาความน่าเชื่อถือและความเที่ยงตรงของ โปรแกรม Kinovea จากการวัดมุมและระยะทาง และ ได้ทำการนำไปเปรียบเทียบกับ Auto CAD ที่เป็น โปรแกรมมาตรฐาน (gold standard) พบว่ามีค่าความ เชื่อมั่นภายในและระหว่างผู้วัดอยู่ที่ ICC=0.99-1.00 ซึ่งอยู่ในระดับที่สูงมาก และความเที่ยงตรงระหว่าง การ สังเกตและข้อมูลที่เกิดขึ้นจริงมีค่าอยู่ที่ $r=1.00$ ซึ่งอยู่ ในระดับสมบูรณ์สามารถนำไปใช้ได้ อีกทั้งยังมีค่าความ ผิดพลาดทั่วไปอยู่ในระดับน้อย โดยค่าความผิดพลาด ที่น้อยแสดงให้เห็นถึงความเที่ยงตรงของการใช้โปรแกรม Kinovea ในการวัดมุม (Puig, Escalona, Padullés, Busquets, Padullés, & Marcos, 2019) ดังนั้น โปรแกรม Kinovea จึงเป็นโปรแกรมที่มีความเชื่อถือ และให้ข้อมูลที่ถูกต้อง แม่นยำอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ อีกทั้งยังสามารถดาวน์โหลดได้ฟรีจึงจัดเป็นเครื่องมือ วิจัยที่มีต้นทุนต่ำ

4. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ในการวิจัยนี้มีขั้นตอนการหาความเชื่อมั่น ระหว่างผู้วิจัยกับผู้เชี่ยวชาญ (inter-rater reliability) และหาความเชื่อมั่นภายในของผู้วิจัย (intra-rater reliability) ในการวัดมุมโดยใช้โปรแกรม Kinovea เพื่อให้ได้ผู้วัดที่เหมาะสมที่สุด คือ ผู้วิจัยคนที่ 1 โดยได้ค่า ความเชื่อมั่นระหว่างผู้วิจัยกับผู้เชี่ยวชาญในช่วง 0.994-1 และค่าความเชื่อมั่นภายในผู้วิจัยที่ในช่วง 0.998-1 ซึ่งถือว่า มีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับสูง (วรานุช ปิติพัฒน์, 2554)

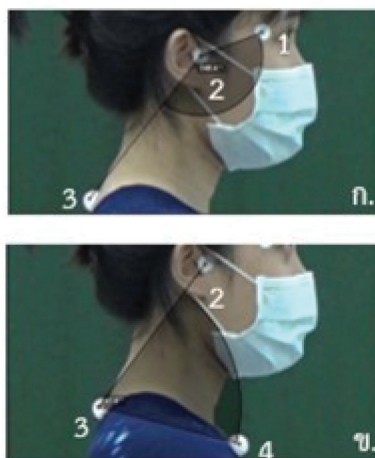
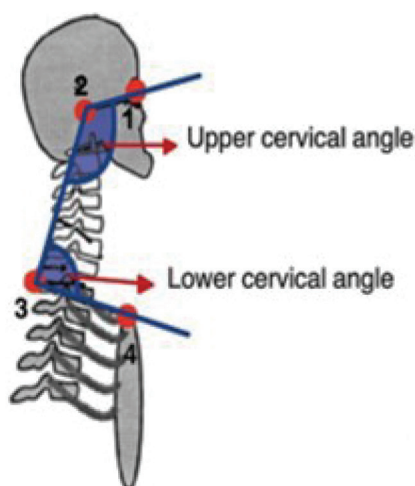
5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวม ข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้
ขั้นตอนการเตรียมการยื่นเรื่องขอรับพิจารณา ด้านจริยธรรมของการวิจัยในมนุษย์ต่อคณะกรรมการ ด้านจริยธรรมของการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร โดยการศึกษาได้รับการรับรองจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (IRB No. P10069/64) เมื่อวันที่ 28 มิถุนายน 2564 และ

ดำเนินโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัย
ในมนุษย์ที่เป็นมาตรฐานสากล

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย โดยเริ่มจาก
ผู้วิจัยทำความเข้าใจแบบสอบถามเรื่องความผิดปกติ
ทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อในผู้ใช้งานแท็บเล็ต
ในนิสิตสายวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวร
ในส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัวของผู้ใช้งานแท็บเล็ต, ส่วนที่ 2
ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้งานแท็บเล็ต และส่วนที่ 5 ข้อมูล
เกี่ยวกับความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ
ในช่วงก่อน 7 วันแต่ไม่เกิน 12 เดือนที่ผ่านมา เฉพาะที่
บริเวณคอ ซึ่งแบบสอบถามนี้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ
เครื่องมือในการวิจัยมาแล้วในปี พ.ศ. 2562 และผ่านตาม
เกณฑ์มาตรฐานของค่าอ้างอิงที่เกี่ยวข้องเรียบร้อยแล้ว
(สุวลี นามวงษา, วราภรณ์ ศรีเสือ, สุณิสา ดิษฐ
สร้อย, และสุภัทสรสา สารโจน์, 2565) จากนั้นผู้วิจัย
ศึกษาตำแหน่งอ้างอิงของการติดสติ๊กเกอร์สะท้อนแสง

ในแต่ละจุดอ้างอิงพร้อมทั้งฝึกปฏิบัติคลำหาตำแหน่ง
จุดอ้างอิง จากนั้นหาร้อยละความถูกต้องของการคลำหา
จุดอ้างอิงร่วมกับผู้เชี่ยวชาญโดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้
ใช้สติ๊กเกอร์สะท้อนแสง ขนาด 15 มิลลิเมตร สีขาว
(Elwardany, Eleiny, & Arabia, 2015) โดยมุมคอ
ส่วนบน (Upper cervical) แสดงดังรูปที่ 1 ก. ติดสติ๊กเกอร์
สะท้อนแสงที่บริเวณ spinous process of T1, targus
และ infraorbital notch โดยมีเส้นเชื่อมจาก spinous
process of T1 ถึง targus และเส้นเชื่อมจาก targus
ถึง infraorbital notch และมุมคอส่วนล่าง (Lower
cervical) แสดงดังรูปที่ 1 ข. ติดสติ๊กเกอร์สะท้อนแสง
ที่บริเวณ spinous process of T1, targus และ
suprasternal notch โดยมีเส้นเชื่อมจาก spinous
process of T1 ถึง targus และเส้นเชื่อมจาก spinous
process of T1 ถึง suprasternal notch (Kietrys,
McClure, & Fitzgerald, 1998) (ดังภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 มุมคอและตำแหน่งอ้างอิงในการติดสติ๊กเกอร์สะท้อนแสง

โดย 1 คือ infraorbital notch 2 คือ targus 3 คือ spinous process of T1 และ 4 คือ suprasternal notch: ก. มุมคอส่วนบน (Upper cervical) และ ข. มุมคอส่วนล่าง (Lower cervical)

แล้วจึงติดตั้งและศึกษาวิธีการใช้งานโปรแกรม Kinovea จากนั้นผู้วิจัยศึกษาการใช้งานและการตั้งค่ากล้องวิดีโอ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ กำหนดให้ผู้ใช้งานแท็บเล็ตนั่งที่เก้าอี้สำหรับนั่งฟังบรรยาย (ขนาด 597x652x832 มิลลิเมตร) ซึ่งตั้งอยู่ห่างจากจอโปรเจคเตอร์ 4.25 เมตร (พนม, 2559) และจอโปรเจคเตอร์อยู่สูงจากพื้น 1.23 เมตร โดยมีการตั้งกล้องมุมมองด้านขวาของผู้ใช้งานแท็บเล็ต ซึ่งมีระยะห่างจากผู้ใช้งานแท็บเล็ต 3 เมตร และมีความสูงของขาตั้งกล้อง 1 เมตร ก่อนเริ่มการบันทึกวิดีโอผู้วิจัยจะขอให้อาสาสมัครดาวน์โหลดและบันทึกไฟล์เอกสารการเรียนรู้ในหัวข้อ introduction to anatomy จำนวน 18 สไลด์ผ่าน QR code ลงในแท็บเล็ตของอาสาสมัครเอง จากนั้นอาสาสมัครจะถูกผู้วิจัยขอให้นั่งตัวตรงหลังแนบกับพนักพิงของเก้าอี้สำหรับนั่งฟังบรรยายโดยเท้าทั้งสองข้างวางราบบนพื้น โดยให้อาสาสมัครอยู่ตรงจุดกึ่งกลางกล้อง และปรับระยะโฟกัสของกล้องจนกระทั่งผู้วิจัยสามารถมองเห็นสติ๊กเกอร์สะท้อนแสงได้ชัดเจนที่สุด จากนั้นเริ่มจำลองสถานการณ์ให้ใกล้เคียงกับการเรียนจริงในชั้นเรียน ซึ่งอาสาสมัครจะต้องทำการจดบันทึกข้อความตามเอกสารการสอนบนโปรเจคเตอร์ลงในไฟล์ที่ดาวน์โหลดไว้ข้างต้น โดยจะมีผู้วิจัยคนที่ 2 ทำการเปลี่ยนสไลด์ในทุก ๆ 2 นาที (นันทกาญจน์ เภา, ศศิพา ชูแก้ว, และศิริพันธ์ อุดม, 2563) ซึ่งทำการบันทึกวิดีโออาสาสมัครครั้งละ 1 คน ในห้องเรียนที่มีอาสาสมัครเพียงคนเดียวเป็นระยะเวลา 30 นาที ทำการประกาศหาอาสาสมัครผ่านสื่อสังคมออนไลน์ หากอาสาสมัครสนใจเข้าร่วมงานวิจัย ให้ติดต่อตามเบอร์โทรศัพท์ที่ให้ไว้ในเอกสารประชาสัมพันธ์ จากนั้นผู้วิจัยคนที่ 3 ให้คำอธิบายและชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัยแก่อาสาสมัครผู้สนใจผ่านทางโทรศัพท์ (ด้วยสถานการณ์แพร่ระบาดของโควิด 19) แล้วส่งเอกสารข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัย และแบบขอความยินยอมผ่านช่องทางที่อาสาสมัครสะดวก

เพื่อให้อาสาสมัครนำกลับไปพิจารณาก่อนตัดสินใจเข้าร่วมการศึกษาอย่างน้อยเป็นเวลา 1 วัน และขอให้อาสาสมัครที่สนใจเข้าร่วมการวิจัยเดินทางมาที่ภาควิชากายภาพบำบัด คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เพื่อลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย แล้วผู้วิจัยทำการคัดกรองเป็นกลุ่มตัวอย่างสำหรับหาความเชื่อมั่นของผู้วิจัย จากนั้นอาสาสมัครทำแบบสอบถามความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่บริเวณคอ แล้วผู้วิจัยบันทึกวิดีโอระหว่างการใช้งานแท็บเล็ตขณะนั่งเรียนเป็นเวลา 30 นาที ของกลุ่มตัวอย่างสำหรับหาค่าความเชื่อมั่นของผู้วิจัย จำนวน 10 คน และหาค่าความน่าเชื่อถือเพื่อให้ได้ผู้วัดที่เหมาะสมที่สุด ผู้วิจัยคนที่ 3 ขอให้อาสาสมัครจริงที่สนใจเข้าร่วมการวิจัยเดินทางมาที่ภาควิชากายภาพบำบัด คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เพื่อลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย แล้วผู้วิจัยทำการคัดกรองเป็นกลุ่มตัวอย่างจริง จากนั้นอาสาสมัครทำแบบสอบถามความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่บริเวณคอ แล้วผู้วิจัยบันทึกวิดีโอระหว่างการใช้งานแท็บเล็ตขณะนั่งเรียนเป็นเวลา 30 นาทีของอาสาสมัครกลุ่มจริง จำนวน 26 คน และทำการตัดวิดีโอเป็นภาพนิ่งในช่วงที่อาสาสมัครอยู่ในท่าที่บริเวณคอส่วนบนหมุนคอขึ้นร่วมกับบริเวณคอส่วนล่างอยู่ในท่าก้มที่นานที่สุด (เนื่องจากเป็นท่าทางที่พบความถี่สูงสุดในระหว่างการใช้งานแท็บเล็ตขณะนั่งเรียนในอาสาสมัคร) จากนั้นผู้วิจัยคนที่ 1 ทำการวัดมุมคอในอาสาสมัครกลุ่มจริง โดยโปรแกรม Kinovea จำนวน 2 ท่า ท่าละ 3 ครั้ง แล้วนำค่าที่ได้จากการวัดมุมคอทั้ง 2 ท่าไปหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รวมทั้งค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด จากนั้นวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างมุมคอส่วนบนและมุมคอส่วนล่างระหว่างการใช้งานแท็บเล็ตขณะนั่งเรียนกับความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่บริเวณคอ

6. การวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบไปด้วย 3 ส่วน ได้แก่

6.1 ข้อมูลจากการบันทึกวิดีโอ โดยการนำ

วิดีโอที่บันทึกได้มาทำการวิเคราะห์ท่าทางของผู้ใช้งานแท็บเล็ตขณะนั่งเรียน ด้วยการตัดช่วง 10 นาทีแรกของการใช้งานออกเพื่อตัดปัจจัยกวนเรื่องความไม่คุ้นเคยของอุปกรณ์และสภาพแวดล้อมในการทดลอง จากนั้นผู้วิจัยคนที่ 2 และ 3 ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตัดภาพนิ่งในช่วงที่อาสาสมัครนั่งเรียนในท่าที่บริเวณคอส่วนบนอยู่ในท่าหมุนคอขึ้นร่วมกับบริเวณคอส่วนล่างอยู่ในท่าก้มที่นานที่สุดจากใน 20 นาทีที่เหลือนั้น เมื่อได้ภาพนิ่งแล้วผู้วิจัยคนที่ 1 จะเป็นผู้วัดค่ามุมคอในทั้ง 2 มุมมุมละ 3 ครั้ง แล้วนำไปหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (mean±SD) รวมทั้งค่าสูงสุด และค่าต่ำสุดของมุมดังกล่าว

6.2 ข้อมูลจากแบบสอบถามเรื่องความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อในผู้ใช้งานแท็บเล็ตในนิสิตสายวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวร ซึ่งเป็นข้อมูลประเภทมาตรวัดนามบัญญัติ (nominal scale) แสดงผลเป็นร้อยละ และความถี่ (percentage and frequency)

6.3 ข้อมูลจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างมุมคอในการใช้งานแท็บเล็ตขณะนั่งเรียนกับความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่บริเวณคอของผู้ใช้งานแท็บเล็ต ทำการหาค่าเฉลี่ยมุมคอของอาสาสมัคร จากนั้นแบ่งอาสาสมัครออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มที่มีค่ามุมคอบนกว่าค่าเฉลี่ย และ 2) กลุ่มที่มีค่ามุมคอบนน้อยกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ย จากนั้นนำมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่บริเวณคอของผู้ใช้งานแท็บเล็ต ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มที่มีความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่บริเวณคอ และ 2) กลุ่มที่ไม่มีความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่บริเวณคอ โดยใช้สถิติ Fisher's exact test ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 หรือ p น้อยกว่า 0.05 โดยสถิติทั้งหมดจะถูกคำนวณจากโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS เวอร์ชัน 26

ผลการวิจัย

ในการนำเสนอผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ใช้งานแท็บเล็ต 2) ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้งานแท็บเล็ต 3) ข้อมูลความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่บริเวณคอ 4) มุมคอระหว่างการใช้งานแท็บเล็ต และ 5) ความสัมพันธ์ระหว่างมุมคอระหว่างการใช้งานแท็บเล็ตขณะนั่งเรียนกับความผิดปกติทางกระดูกและกล้ามเนื้อที่บริเวณคอที่เป็นการศึกษาตามวัตถุประสงค์หลักและรองของการศึกษานี้ ซึ่งอาสาสมัครในการศึกษาค้นคว้านี้ได้มาต่อเนื่องจากการศึกษาก่อนหน้ามีจำนวน 26 คน จาก 30 คน (เนื่องจากมีอาสาสมัครจำนวน 4 คน ติดโควิด 19 จึงจำเป็นต้องถอนออกจากการศึกษา) จึงคิดเป็นร้อยละ 86.67 จากขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ โดยแบ่งเป็นกลุ่มที่มีท่าที่บริเวณคอส่วนบนอยู่ในท่าหมุนคอขึ้นร่วมกับบริเวณคอส่วนล่างอยู่ในท่าก้ม จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 57.69 และกลุ่มที่ไม่มีท่าที่บริเวณคอส่วนบนอยู่ในท่าหมุนคอขึ้นร่วมกับบริเวณคอส่วนล่างอยู่ในท่าก้ม จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 42.31 ซึ่งการแบ่งกลุ่มนี้อาศัยผู้เชี่ยวชาญและผู้วิจัยเป็นผู้พิจารณาด้วยการสังเกตจากวิดีโอที่บันทึกไว้และการลงความเห็นร่วมกัน

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ใช้งานแท็บเล็ต

ข้อมูลทั่วไปของผู้ใช้งานแท็บเล็ตจำนวน 14 คน ซึ่งเป็นอาสาสมัครที่มีท่าที่บริเวณคอส่วนบนอยู่ในท่าหมุนคอขึ้นร่วมกับบริเวณคอส่วนล่างอยู่ในท่าก้ม (ดังตารางที่ 1) นอกจากข้อมูลข้างต้นยังพบว่าอาสาสมัครเป็นนิสิตคณะสหเวชศาสตร์ทั้งหมด แบ่งเป็นชั้นปีที่ 2 ร้อยละ 13.30 ชั้นปีที่ 3 ร้อยละ 6.70 และชั้นปีที่ 4 ร้อยละ 80.00 นอกจากนั้นอาสาสมัครทั้งหมดยังมีความถนัดของมือข้างขวา ไม่สับสนหรี เคยดื่มสุราแต่ปัจจุบันไม่ดื่มแล้ว ร้อยละ 20.00 ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ใช้งานแท็บเล็ต (จำนวน 14 คน)

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)	ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยง เบนมาตรฐาน	ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด
เพศ			
ชาย	2 (14.29)	-	-
หญิง	12 (85.71)	-	-
อายุ (ปี)	-	21.07 $\pm$ 0.80	20.00-23.00
น้ำหนัก (กิโลกรัม)	-	63.47 $\pm$ 15.07	38.00-96.00
ส่วนสูง (เซนติเมตร)	-	164.00 $\pm$ 8.59	147.00-180.00
ระยะเวลาที่นั่งเรียนต่อวัน (ชั่วโมง/วัน)	-	7.47 $\pm$ 1.55	3.00-10.00

2. ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้งานแท็บเล็ต

ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้งานแท็บเล็ต โดยผู้ใช้งานแท็บเล็ตมีระยะเวลาเฉลี่ยของการเป็นเจ้าของแท็บเล็ต 24.13 $\pm$ 5.64 เดือน ระยะเวลาเฉลี่ยในการใช้งานแท็บเล็ตแต่ละครั้ง 3.93 $\pm$ 1.79 ชั่วโมง และระยะเวลาเฉลี่ยการใช้งานแท็บเล็ตในแต่ละวัน 11.00 $\pm$ 3.82 ชั่วโมง โดยผู้ใช้งานแท็บเล็ตบ่อยที่สุดในช่วงบ่าย ร้อยละ 46.70 ลักษณะการใช้งานแท็บเล็ตบ่อยที่สุดคือ ถีบด้วยมือซ้าย ใช้นิ้วชี้หรือนิ้วกลางขวาพิมพ์ ร้อยละ 46.70 ใช้มือและแขนข้างขวาในการใช้งานแท็บเล็ตบ่อยที่สุด ร้อยละ 66.70 ซึ่งทำทางในการใช้งานแท็บเล็ตบ่อยที่สุดคือ นั่งก้มลำตัวและก้มศีรษะ ร้อยละ 40.00 ขณะที่กิจกรรมการใช้งานแท็บเล็ตที่พบบ่อยที่สุดคือ การศึกษา เช่น การจดบันทึก การอัดเสียง และการอ่านหนังสือ ร้อยละ 93.30 และอุปกรณ์เสริมที่ใช้ร่วมกับแท็บเล็ตที่พบบ่อยที่สุดคือ ปากกาจاذข้อความ ร้อยละ 93.30

3. ข้อมูลความผิดปกติทางระบบกระดูกและ

กล้ามเนื้อที่บริเวณคอ

ข้อมูลความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่บริเวณคอ พบว่ามีอาการปวดบริเวณคอในช่วงก่อน 7 วันแต่ไม่เกิน 12 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 46.70 ขณะที่ทำก้มเป็นลักษณะที่พบบ่อยที่สุดในขณะใช้งานแท็บเล็ต ร้อยละ 93.30 และไม่มีอาการผิดปกติบริเวณคอก่อนหน้าที่จะเริ่มใช้งานแท็บเล็ต ร้อยละ 93.30 (มีอาสาสมัคร 1 คน ที่มีความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่บริเวณคอมาก่อนที่จะเริ่มใช้งานแท็บเล็ต ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 6.7 ถึงไม่นำมารายงานผลการศึกษาในครั้งนี้)

4. มุมมองระหว่างการใช้งานแท็บเล็ต

ผลการศึกษา พบว่าในท่าที่บริเวณคอส่วนบนอยู่ในท่าหมุนคอขึ้นร่วมกับบริเวณคอส่วนล่างอยู่ในท่าก้มที่นานที่สุด ค่าเฉลี่ยของมุมคอส่วนบน คือ 158.47 $\pm$ 11.53 องศา และค่าเฉลี่ยของมุมคอส่วนล่าง คือ 62.66 $\pm$ 5.26 องศา (ดังตารางที่2)

ตารางที่ 2 มุมคอระหว่างการใช้งานแท็บเล็ต (จำนวน 14 คน)

มุม (องศา)	ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าสูงสุด-ค่าต่ำสุด
คอส่วนบน	158.47±11.53	142.07-188.27
คอส่วนล่าง	62.66±5.26	55.77-69.73

5. ความสัมพันธ์ระหว่างมุมคอระหว่างการใช้งานแท็บเล็ตขณะนั่งเรียนกับความผิดปกติทางกระดูกและกล้ามเนื้อที่บริเวณคอ

ความสัมพันธ์ระหว่างความผิดปกติทางกระดูกและกล้ามเนื้อที่บริเวณคอกับมุมคอระหว่างการใช้งานแท็บเล็ตขณะนั่งเรียน โดยการศึกษาครั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ระหว่างมุมคอส่วนบนและมุมคอส่วนล่างในท่าที่บริเวณคอส่วนบนอยู่ในท่าหมุนคอขึ้นร่วมกับบริเวณคอส่วนล่างอยู่ในท่าก้มกับความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่บริเวณคอ (ดังตารางที่ 3 และ 4)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างมุมคอส่วนบนระหว่างการใช้งานแท็บเล็ตขณะนั่งเรียนกับความผิดปกติทางกระดูกและกล้ามเนื้อที่บริเวณคอ (จำนวน 14 คน)

มุม (องศา)	ความผิดปกติทางกระดูกและกล้ามเนื้อที่บริเวณคอ		รวม	ระดับนัยสำคัญ (<i>p</i> < 0.05)	Fisher's exact test
	มี (จำนวน)	ไม่มี(จำนวน)			
มุมคอส่วนบน					
> 158.47	5	2	7	0.11	0.29
≤ 158.47	2	5	7		
รวม	7	7	14		

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างมุมคอส่วนล่างระหว่างการใช้งานแท็บเล็ตขณะนั่งเรียนกับความผิดปกติทางกระดูกและกล้ามเนื้อที่บริเวณคอ (จำนวน 14 คน)

มุม (องศา)	ความผิดปกติทางกระดูกและกล้ามเนื้อที่บริเวณคอ		รวม	ระดับนัยสำคัญ (<i>p</i> < 0.05)	Fisher's exact test
	มี (จำนวน)	ไม่มี (จำนวน)			
มุมคอส่วนล่าง					
> 62.66	3	4	7	0.59	1.00
≤ 62.66	4	3	7		
รวม	7	7	14		

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษามุมมองระหว่างการใช้งานแท็บเล็ตขณะนั่งเรียนในท่าที่บริเวณคอส่วนบนอยู่ในท่าหมุนคอขึ้นร่วมกับบริเวณคอส่วนล่างอยู่ในท่าก้ม ซึ่งเป็นท่าทางที่พบได้บ่อยในขณะใช้งานแท็บเล็ต และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างมุมคอระหว่างการใช้งานแท็บเล็ตขณะนั่งเรียนกับความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่บริเวณคอ

1. การอภิปรายผลของมุมคอระหว่างการใช้งานแท็บเล็ต ขณะนั่งเรียนในท่าที่บริเวณคอส่วนบนอยู่ในท่าหมุนคอขึ้นร่วมกับบริเวณคอส่วนล่างอยู่ในท่าก้ม

ในการศึกษานี้พบว่ามุมคอระหว่างการใช้งานแท็บเล็ต ในท่าที่บริเวณคอส่วนบนอยู่ในท่าหมุนคอขึ้นร่วมกับบริเวณคอส่วนล่างอยู่ในท่าก้ม ค่าเฉลี่ยของมุมคอส่วนบนคือ 158.47 ± 11.53 องศา และค่าเฉลี่ยของมุมคอส่วนล่างคือ 62.66 ± 5.26 องศา ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้มีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของมุมทั้งสองสูงกว่าผลการศึกษาในอดีตของ Kietrys และคณะ ในปี ค.ศ. 1998 ที่ทำการศึกษามุมคอระหว่างท่าทางของศีรษะ คอ และความสูงของจอแสดงผล โดยมีค่าเฉลี่ยของมุมคอส่วนบนคือ 139.10 ± 9.80 องศา (ในตำแหน่งที่หน้าจออยู่สูงจากพื้น 38 นิ้ว) และ 141.4 ± 11.10 องศา (ในตำแหน่งที่หน้าจออยู่สูงจากพื้น 43 นิ้ว) ซึ่งเป็นมุมที่มีผลการศึกษาใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งนี้ และค่าเฉลี่ยของมุมคอส่วนล่าง คือ 71.70 ± 7.60 (ในตำแหน่งที่หน้าจออยู่สูงจากพื้น 38 นิ้ว) และ 72.70 ± 7.30 (ในตำแหน่งที่หน้าจออยู่สูงจากพื้น 43 นิ้ว) ซึ่งเป็นมุมที่มีผลการศึกษาใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งนี้ (Kietrys, McClure, & Fitzgerald, 1998) โดยความแตกต่างระหว่างผลการศึกษาทั้งสองอาจเนื่องมาจากสาเหตุที่ 1) คือ ลักษณะของกลุ่มอาสาสมัครที่ต่างกัน ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้อาสาสมัครเป็นผู้ใช้งานแท็บเล็ต

ทั้งหมดเป็นนิสิตที่มีอายุเฉลี่ย 21.07 ± 0.80 ปี ขณะที่การศึกษาของ Kietrys และคณะ อาสาสมัครเป็นผู้ใช้งานคอมพิวเตอร์ที่มีอายุเฉลี่ยมากกว่าคือ 36.70 ± 6.00 ปี ซึ่ง Castro และคณะ ปี ค.ศ. 2000 กล่าวว่าเมื่อเพิ่มอายุมากขึ้น ส่งผลให้ช่วงการเคลื่อนไหวของกระดูกสันหลังส่วนค่อนั้นลดลง (Castro, Sautmann, Schilgen, & Sautmann, 2000) และสาเหตุที่ 2) คือ งาน (task) ที่มอบหมายให้อาสาสมัครทำมีความแตกต่างกัน โดยการศึกษาในครั้งนี้งานที่ทำคือให้ผู้ใช้งานแท็บเล็ตนั่งบนเก้าอี้สำหรับนั่งฟังบรรยาย จดบันทึกข้อความตามเอกสารการสอนบนโปรเจกเตอร์ในห้องที่จำลองสถานการณ์ให้ใกล้เคียงกับการเรียนจริงในชั้นเรียน ซึ่งมีการตั้งกล้องวิดีโอ 1 มุมมองทางด้านขวาของผู้ใช้งานแท็บเล็ต ส่วนงานของ Kietrys และคณะ นั้นให้อาสาสมัครนั่งเก้าอี้ใช้คอมพิวเตอร์จำลองการทำงาน โดยมีการตั้งกล้องถ่ายภาพ มุมมองทางด้านข้างของอาสาสมัคร ดังนั้นจากเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น จึงอาจทำให้พบค่าเฉลี่ยของมุมคอส่วนบนและส่วนล่างที่ต่างกัน

การศึกษาในครั้งนี้ยังแสดงให้เห็นว่าการใช้งานแท็บเล็ตขณะนั่งเรียนในท่าที่บริเวณคอส่วนบนอยู่ในท่าหมุนคอขึ้นร่วมกับบริเวณคอส่วนล่างอยู่ในท่าก้มเป็นท่าทางที่มีมุมคอบ้าง ซึ่งเป็นท่าทางที่ออกจากแนวแกนกลางลำตัว จึงเป็นท่าทางที่ไม่เหมาะสมตามหลักการยศาสตร์ อาจส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางชีวกลศาสตร์ของกล้ามเนื้อ และเนื้อเยื่อข้อต่อ จึงอาจทำให้เกิดปฏิกิริยาการอักเสบ ซึ่งการที่อยู่ในท่าทางที่ไม่เหมาะสมซ้ำ ๆ เป็นเวลานาน จะก่อให้เกิดการบาดเจ็บซ้ำ ๆ นำไปสู่การบาดเจ็บแบบเรื้อรังจากวงจรอุบาทว์ (พฤติกรรมศาสตร์ สามสังข์, สุภารัตน์ คตะดา, ธนกฤต ธนวงศ์ โภคิน, ณัฐจิต อันเมฆ, และ ปานฤทัย ไชยสิทธิ์, 2562) ในการศึกษานี้อาสาสมัครจำนวน 7 คน มีอาการปวดคอในช่วงระยะเวลาภายใน 1 ปี ขณะที่อาสาสมัครอีก

7 คน ยังไม่มีอาการปวดคอ ซึ่งหากมีการใช้งานแท็บเล็ต ในลักษณะดังกล่าวต่อเนื่องต่อไปอาจส่งผลให้เกิดความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่บริเวณคอตามมา

2. การอภิปรายผลของความสัมพันธ์ระหว่างมุมคอระหว่างการใช้งานแท็บเล็ตขณะนั่งเรียนกับความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่บริเวณคอ

ในการศึกษาครั้งนี้ยังไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างมุมคอในท่าที่บริเวณคอส่วนบนอยู่ในท่าหมุนคอขึ้นร่วมกับบริเวณคอส่วนล่างอยู่ในท่าก้มกับความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่บริเวณคอในระหว่างการใช้งานแท็บเล็ตขณะนั่งเรียน ทั้งนี้เนื่องจากสถานการณ์โควิด 19 ทำให้อาสาสมัครจริงในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวนเพียง 26 คนจาก 30 คน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 86.67 โดยมีอาสาสมัครที่มีท่าที่บริเวณคอส่วนบนอยู่ในท่าหมุนคอขึ้นร่วมกับบริเวณคอส่วนล่างอยู่ในท่าก้ม เป็นจำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 57.69 แต่มีอาสาสมัครที่มีความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อบริเวณคอก่อนหน้าที่จะใช้งานแท็บเล็ต 1 คน ซึ่งไม่ถือว่าเป็นความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่เกิดจากการใช้งานแท็บเล็ต จึงทำให้เหลืออาสาสมัครของการศึกษาครั้งนี้เพียง 14 คน คิดเป็นร้อยละ 53.85 จากนั้นเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Fisher's exact test ภายใน 14 คนนี้ ถูกแยกออกเป็นกลุ่มคนที่มีความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่บริเวณคอและกลุ่มคนที่ไม่มี ความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่บริเวณคอที่มีค่าของมุมคอทั้งคอส่วนบนและคอส่วนล่างที่น้อยกว่าและเท่ากับค่าเฉลี่ยและมากกว่าค่าเฉลี่ย (ตามหลักการตาราง 2x2) จึงถือว่าเป็นกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก จนอาจทำให้ผลที่ได้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (สุพรรณ สุขมลสันต์, 2553)

แต่อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของ Lee และคณะ ในปี ค.ศ. 2016 ที่ทำการศึกษามุมของหน้าจอ

อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ต่อมุมในท่าก้มคอ ท่าในผู้ใหญ่สุขภาพดีจำนวน 30 คน พบว่าไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญของมุมคอส่วนบนในท่าก้มคอกับขนาดหน้าจ่อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งมีความสอดคล้องกับการวิจัยในครั้งนี้ แต่การศึกษาของ Lee และคณะนั้นพบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของมุมคอส่วนล่างในท่าก้มกับขนาดหน้าจ่อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ (Lee, & Kim, 2016) ซึ่งไม่สอดคล้องกับการวิจัยในครั้งนี้ โดยความแตกต่างของผลการศึกษาระหว่างทั้งสองการศึกษาอาจเนื่องมาจากสาเหตุที่ 1) คือมีลักษณะของผู้ใช้งานแท็บเล็ตที่แตกต่างกัน ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้ใช้งานแท็บเล็ตทั้งหมด เป็นนิสิตที่มีอายุเฉลี่ย 21.07 ± 0.80 ปี ที่มีและไม่มีอาการปวดคอ ขณะที่การศึกษาของ Lee และคณะ อาสาสมัครเป็นผู้ใหญ่สุขภาพดี มีอายุเฉลี่ย 24.30 ± 1.90 ปี และสาเหตุที่ 2) คืองาน (task) ที่มอบหมายให้อาสาสมัครท่ามีความแตกต่างกัน ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้งานที่ทำคือ ให้ผู้ใช้งานแท็บเล็ตนั่งบนเก้าอี้สำหรับนั่งฟังบรรยาย จัดบันทึกข้อความตามเอกสารการสอนบนโปรเจคเตอร์ในห้องที่จำลองสถานการณ์ให้ใกล้เคียงกับการเรียนจริงในชั้นเรียน โดยมีการตั้งกล้องวิดีโอ 1 มุมมองทางด้านขวาของผู้ใช้งานแท็บเล็ต ขณะที่งานของ Lee นั้นให้อาสาสมัครใช้งานทั้งสมาร์ทโฟนและแท็บเล็ตพีซี ขณะใช้งานอินเทอร์เน็ต หรือเล่นเกม โดยการใช้ ultrasound-based motion analysis system ในการวัดมุม ดังนั้นจากเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น จึงอาจทำให้ได้ผลการศึกษาที่มีความแตกต่างกันออกไป

สรุปและข้อเสนอแนะการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้สามารถสรุปได้ว่ามุมคอระหว่างการใช้งานแท็บเล็ตขณะนั่งเรียนในท่าที่บริเวณคอส่วนบนอยู่ในท่าหมุนคอขึ้นร่วมกับบริเวณคอส่วนล่างอยู่ในท่าก้ม มีค่าเฉลี่ยของมุมคอส่วนบนเท่ากับ 158.47 ± 11.53 องศา และค่าเฉลี่ยของมุมคอส่วนล่าง

เท่ากับ 62.66 ± 5.26 องศา แต่อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้ยังไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์ระหว่างมุมคอในท่าที่บริเวณคอส่วนบนอยู่ในท่าหมุนคอขึ้นร่วมกับบริเวณคอส่วนล่างอยู่ในท่าก้มกับความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่บริเวณคอได้อาจเนื่องมาจากขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ค่อนข้างเล็กเนื่องจากการศึกษานำร่อง ดังนั้นจึงควรทำการศึกษาต่อไปในอนาคตเพื่อให้ได้ข้อสรุปที่ชัดเจน และสามารถขยายผลที่ได้ให้เป็นประโยชน์ต่อไป

ขณะที่ในการศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดอยู่บางประการ ได้แก่ 1) แท็บเล็ตในการศึกษาค้างนี้เป็นเพียงรุ่นและยี่ห้อเดียว ซึ่งอาจเกิดความแตกต่างในการขยายผลการศึกษาไปยังผู้ใช้งานแท็บเล็ตในรุ่นหรือยี่ห้ออื่น ๆ 2) ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาสำหรับผู้ที่มีน้ำหนักตัวค่อนข้างหนาแน่น เพื่อให้สอดคล้องกับเก้าอี้สำหรับนั่งฟังบรรยายที่ถูกออกแบบมาสำหรับคนที่น้ำหนักตัวค่อนข้างหนาแน่น ดังนั้นผลการศึกษาอาจเกิดความแตกต่างในผู้ที่มีน้ำหนักตัวค่อนข้างน้อย และ 3) ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่

ค่อนข้างเล็กเนื่องจากเป็นการศึกษานำร่อง

ดังนั้นในการศึกษานี้จึงมีข้อเสนอแนะการวิจัย ได้แก่ 1) ควรทำการศึกษาในแท็บเล็ตหลากหลายรุ่นหรือหลากหลายยี่ห้อเพื่อให้สามารถขยายผลการศึกษาในกลุ่มประชากรที่กว้างยิ่งขึ้น 2) ควรมีการศึกษาในผู้ที่ถนัดทั้งมือซ้ายและขวา ในสัดส่วนที่เท่ากัน และใช้โต๊ะที่ทั้งผู้ถนัดทั้งมือซ้ายและขวาใช้ได้ และ 3) ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้นเพื่อให้เห็นผลการศึกษาที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้จะสำเร็จลุล่วงไม่ได้ หากไม่ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากนิสิตสายวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่สละเวลาเข้ามาช่วยร่วมงานในการวิจัย และผู้วิจัยขอขอบคุณคณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ในการสนับสนุนทุนการศึกษานี้

เอกสารอ้างอิง

นันทกาญจน์ เกวี, ศศิพา ชูแก้ว, และศิรินันท์ อุดม. (2563). การประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์ของผู้ใช้งานแท็บเล็ต ในนิสิตสายวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวร. (วิทยานิพนธ์ระดับปริญญาตรี). พิษณุโลก, มหาวิทยาลัยนเรศวร.
พนม. (2559). อัตราส่วนการฉาย (Throw Ratio). สืบค้นจาก <https://projectorweb.wordpress.com/2016/05/14/>

พฤทธิพงษ์ สามสังข์, สุภารัตน์ คตะดา, ธนกฤต ธนวงศ์ โภคิน, ณัฐจิต อันเมฆ, และปานฤทัย ไชยสิทธิ์. (2562). การศึกษาปัจจัยเสี่ยงด้านการยศาสตร์กับอาการไม่สบายทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อในนักศึกษากลุ่มผู้ทำเครื่องเบญจรงค์บ้านดอนไก่อี จ.สมุทรสาคร. สมุทรสาคร: สำนักวิจัยและพัฒนา สถาบันส่งเสริมความปลอดภัยชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน.

- โยชิคา โมราสุ, พัฒนิตา สุวิเศษ, และวโรชา วงษ์จีน. (2562). ความชุกของความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อของผู้ใช้งานแท็บเล็ต ใน นิสิตสายวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวร. (วิทยานิพนธ์ระดับปริญญาตรี). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- วรานุษ ปิติพัฒน์. (2554). ระเบียบวิธีวิจัยทาง ทันตแพทยศาสตร์. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สายสมร เฉลยกิตติ, จินตนา อาจสันเทียะ, และมักเดลา นาสุภาพร ดาวดี. (2563). ผลกระทบโรคระบาด COVID-19: การจัดการเรียนการสอนทาง การพยาบาล. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 36(2), 255-262.
- สุชาดา พลาชัยภิรมย์ศิลป์, และเยาวภา พรพิริยะ ล้าเลิศ. (2555). แท็บเล็ตสื่อยอดนิยมในยุคการเรียนรู้แบบ ไฮบริด. *Executive Journal*, 32(3), 134-140.
- สุพัฒน์ สุกมลสันต์. (2553). ขนาดของผล: ความมี นัยสำคัญทางปฏิบัติในการวิจัย. *วารสารภาษา บริทัศน์*, 25(0), 26-38.
- สุวดี นามวงษา, วราภรณ์ ศรีเสือ, สุณิสา ดิษฐสร้อย, และสุภัทสรสา สาโรจน์. (2565). ปัจจัยที่มีความ สัมพันธ์กับความผิดปกติทางระบบกระดูกและ กล้ามเนื้อของผู้ใช้งานแท็บเล็ต. *เวชสารแพทย์ ทหารบก*, 75(2), 115-125.
- อุไรวรรณ ชัชวาลย์, รุ่งทิพย์ พันธุมธากุล, พรรณี ปิงสุวรรณ, สาวิตร์วันเพ็ญ, ยอดชาย บุญประกอบ, สุภาภรณ์ ผดุงกิจ, และมณฑิรา พันธุมธากุล. (2556). ความชุกของอาการปวดของระบบ กล้ามเนื้อและกระดูกของนักศึกษาระดับ ปริญญาตรีขอนแก่น. *วารสารเทคนิคการ แพทย์และกายภาพบำบัด*, 25(2), 193-202.
- Castro, W.H., Sautmann, A., Schilgen, M., & Sautmann, M. (2000). Noninvasive three-dimensional analysis of cervical spine motion in normal subjects in relation to age and sex. An experimental examination. *Spine*, 25(4), 443-449.
- David, G.C. (2005) Ergonomic methods for assessing exposure to risk factors for work-related musculoskeletal disorders. *Occupational Medicine*, 55(3), 190-199.
- Elwardany, S.H., Eleiny, K.E.A., & Arabia, S. (2015). Reliability of Kinovea computer program in measuring cervical range of motion in sagittal plane. *OALib Journal*, 2(9), 1-10.
- Kietrys, D.M., McClure, P.W., & Fitzgerald, G. K. (1998). The relationship between head and neck posture and VDT screen height in keyboard operators. *Physical Therapy*, 78(4), 395-403.
- Lee, J.C., & Kim, K. (2016). The effects of screen smart devices on the neck flexion angle. *Journal of International Academy of Physical Therapy Research*, 7(2), 1051-1055.
- Puig, A., Escalona, C., Padullés, J.M., Busquets, A., Padullés, X., & Marcos, D. (2019). Validity and reliability of the Kinovea program in obtaining angles and distances using coordinates in 4 perspectives. *PloS One*, 14(6), e0216448.

ผลของคิเนสิโอเทปต่อการกระโดดสูงและประสิทธิภาพการทำงานของข้อเท้า
ในนักกีฬาแบดมินตันที่มีภาวะข้อเท้าแพลงเรื้อรัง : การศึกษานำร่อง
**Effects of Kinesiotape on Vertical Jump Height and Ankle
Functional Performance in Badminton Players with Chronic
Ankle Sprain: Pilot Study**

ทศพร สุดใจ, วท.ม., Tossaporn Sujjai, Sc.M.¹

อุษา ครุครุชิต, ป.ร.ด., Usa Karukunchit, Ph.D.^{2*}

พภิสรา ไยบัว, วท.บ., Phapisara Yaibua, B.Pt.³

ดวงใจ ชนะผล, Duangjai Chanapol⁴

¹อาจารย์ คณะกายภาพบำบัด, วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

¹Lecturer, Faculty of physical therapy, Saint Louis College

²อาจารย์ ดร., คณะกายภาพบำบัด, วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

²Lecturer, Ph.D., Faculty of physical therapy, Saint Louis College

³นักกายภาพบำบัดอิสระ

³Freelance Physical Therapist

⁴นักศึกษากายภาพบำบัด คณะกายภาพบำบัด, วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

⁴Student, Faculty of physical therapy, Saint Louis College

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

Received: November 21, 2022 Revised: December 5, 2022 Accepted: December 7, 2022

บทคัดย่อ

ข้อเท้าแพลงเป็นการบาดเจ็บที่พบบ่อยในนักแบดมินตัน โครงสร้างของเท้าไม่อยู่ในแนวปกติทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดข้อเท้าแพลง ข้อเท้าแพลงเรื้อรังสามารถทำให้เกิดภาวะความไม่มั่นคงของข้อเท้า ส่งผลให้ ความสูงของการกระโดดและประสิทธิภาพการทำงานของข้อเท้าลดลง การใช้คิเนสิโอเทปเทคนิคการควบคุม เองกลศาสตร์ช่วยกระตุ้นให้เท้าทางอยู่ในแนวปกติและเพิ่มการรับรู้ข้อต่อ วัตถุประสงค์ของการศึกษาเป็น การเปรียบเทียบผลทันทีของการใช้คิเนสิโอเทประหว่างแบบให้แรงดึงและไม่ให้แรงดึงต่อการกระโดดสูงและ ประสิทธิภาพการทำงานของข้อเท้าในนักกีฬาแบดมินตันที่มีภาวะข้อเท้าแพลงเรื้อรัง การศึกษานี้เป็นการศึกษา เองทดลองแบบไขว้ นักกีฬาแบดมินตันเพศชายและหญิง จำนวน 12 คน อายุ 18-30 ปี (อายุเฉลี่ย 20.41 ± 2.31 ปี) ที่มีภาวะข้อเท้าแพลงและเท้าไม่อยู่ในแนวปกติ อาสาสมัครทุกคนถูกสุ่มให้ใช้คิเนสิโอเทปเทคนิคการควบคุม

เชิงกลศาสตร์แบบให้แรงดึงและไม่ให้แรงดึง และได้รับการประเมินด้วยการกระโดดสูง การกระโดดในทิศทางรูปหกเหลี่ยมและกระโดดไปด้านข้างในช่วงก่อนและหลังการใช้คิเนสิโอเทป 30 นาทีโดยผู้วัดที่ถูกปกปิด อาสาสมัครทุกคนทำการพัก 7 วัน และทำการทดสอบเช่นเดิม แต่เปลี่ยนการใช้คิเนสิโอเทปเป็นอีกเทคนิค การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติเพื่อเปรียบเทียบของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มใช้ dependent Samples T-Test การกระโดดในทิศทางรูปหกเหลี่ยม (P-value=0.039) และกระโดดไปด้านข้าง (P-value=0.020) พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างการใช้คิเนสิโอเทปแบบไม่ให้แรงดึงและให้แรงดึง อย่างไรก็ตามไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของความสูงของการกระโดดระหว่างการใช้คิเนสิโอเทปแบบไม่ให้แรงดึงและให้แรงดึง (P-value=0.103) ผลทันทีของการใช้คิเนสิโอเทปเทคนิคการควบคุมเชิงกลศาสตร์แบบให้แรงดึงสามารถช่วยส่งเสริมประสิทธิภาพการทำงานของข้อเท้าในภาวะข้อเท้าแพลงเรื้อรัง

คำสำคัญ: ข้อเท้าแพลง คิเนสิโอเทป กระโดดสูง กระโดดในทิศทางรูปหกเหลี่ยมกระโดดไปด้านข้าง

Abstract

Ankle sprains are common injuries among badminton players. Abnormal foot alignment increases risk of ankle sprain. Chronic ankle sprains can lead to have ankle instability, decrease vertical jump height and ankle performance. Kinesiotape for mechanical correction technique is used to facilitate neural position and increase joint position awareness. The objective of study was to compare an immedius effect of kinesiotape between mechanical correction technique with tension and non-tension on vertical jump height and ankle functional performance in badminton players with chronic ankle sprain. The study was cross-over experimental designs. Twelves badminton players aged 18-30 years (mean age 20.41 $\pm$ 2.31 year old) with chronic ankle sprain and abnormal foot alignment were recruited. All participants were randomly assigned to apply kinesiotape for mechanical correction technique with tension and non-tension tapes. Vertical jump height, hexagon hop test and side hop test were collected by a blinded assessor at baseline and 30 minutes after taping for each group. All participants were assigned rest 7 days and reassessment all test again but using other group. Statistical analysis for comparing mean difference between groups were analyzed by dependent Samples T-Test. Hexagon hop test (P-value=0.039) and side hop test (P-value=0.020) showed a statistically significant difference between kinesiotape for mechanical correction technique with non-tension and tension group. However, there was no significant difference in vertical jump height when compared between groups (P-value=0.103). Immediately effect of kinesiotape for mechanical correction technique can improve ankle functional performance in chronic ankle sprain.

Keywords: ankle sprains, kinesiotape, vertical jump height, hexagon hop test, side hop test

บทนำ

ข้อเท้าแพลงเป็นภาวะที่ข้อเท้าได้รับการบาดเจ็บ ซึ่งพบได้บ่อย หากเกิดการบาดเจ็บซ้ำ ๆ ทำให้เกิดความไม่มั่นคงของข้อเท้า การเคลื่อนไหวด้วยการก้าวขาไปด้านข้างอย่างรวดเร็ว ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดข้อเท้าแพลง (Jafari, Mabani, Golami Mabani, 2014) การบาดเจ็บมักเกิดในขณะที่ได้รับน้ำหนักและร่วมกับบิดข้อเท้าเข้าด้านในมากเกินไป ทำให้เอ็นข้อเท้าด้านนอกถูกยืดมากเกินไปจนเกิดการบาดเจ็บ ข้อเท้าแพลงระยะเรื้อรังร่วมกับภาวะความไม่มั่นคงของข้อเท้าอาจทำให้การรับรู้ของข้อต่อลดลง เวลาของการตอบสนองของการทำงานของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น ความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อลดลง สูญเสียสมดุลการทรงท่า ความสามารถในการรับรู้ความรู้สึกของข้อต่อความสามารถในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันและทักษะการเล่นกีฬาที่มีประสิทธิภาพลดลง (Doherty, Delahunt, Caulfield, Hertel, Ryan, & Bleakley, 2014) แบดมินตันเป็นกีฬาที่นิยมเล่นอย่างแพร่หลาย ผู้เล่นต้องมีความว่องไวสูง เคลื่อนไหวขาและแขนอย่างรวดเร็วและเปลี่ยนทิศทางอย่างรวดเร็วจากตำแหน่งต่าง ๆ ทำทางการเล่นแบดมินตันการกระโดดลงสู่พื้นด้วยเท้า 1 ข้าง ก้าวถอยหลัง อาจส่งผลต่อการเกิดความผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ อาจเกิดภาวะข้อเท้าแพลงระยะเรื้อรังร่วมกับภาวะความไม่มั่นคงของข้อเท้าได้

การใช้คิเนสิโอเทป (kinesio tape) ที่ให้แรงดึง 50-75% ของความยาวก่อนยืด มีผลช่วยการทำงานของเอ็นข้อต่อและเอ็นกล้ามเนื้อและเป็นเทคนิคการควบคุมเชิงกลศาสตร์ (mechanical correction) ที่ช่วยปรับแนวการเคลื่อนไหวของกระดูกให้อยู่ในแนวปกติ กระตุ้นการรับรู้ภายในข้อต่อ (proprioception) ผ่านการตอบสนองความรู้สึกบริเวณผิวหนัง (cutaneous

mechanoreceptor) เพิ่มความมั่นคงให้ข้อต่อและทำให้กล้ามเนื้อหดตัวได้ดีขึ้น ส่งผลให้ลดอาการปวดเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของข้อต่อและช่วยให้การทำกิจกรรมได้เหมาะสม (Ferreira, Resende & Roriz, 2017) การใช้คิเนสิโอเทปในนักกีฬาที่มีภาวะข้อเท้าแพลงระยะเรื้อรัง ช่วยเพิ่มความมั่นคงในท่า inversion และ eversion และลดความไม่มั่นคงของการทรงท่า ในทิศ medial-lateral (Biz, Nicoletti, Tomasin, Bragazzi, Rubbo & Ruggieri, 2022) (Sarvestan, Ataabadi, Svoboda, Kovačikova & Needle, 2020) อย่างไรก็ตามการใช้คิเนสิโอเทปแบบให้แรงดึง 100% ของความยาวก่อนยืด ไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอในการปรับแนวของเท้าในผู้ที่มีเท้าผิดปกติแบบ pronate ภายหลังการใช้เทป 24 ชั่วโมงเมื่อเทียบกับเทปหลอก (Luque-Suarez, Gijon-Neuron., Baron-Lopez, Labajos-Manzanares, Hush & Hancock, 2014) และมีการศึกษาผลทันทีของการใช้คิเนสิโอเทปต่อความสูงของการกระโดดพบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับเทปหลอกในผู้ที่มีสุขภาพดีหรือผู้ที่มีภาวะข้อเท้าแพลง (Wilson & Bialocerkowski, 2015) การศึกษาผลทันทีของการใช้คิเนสิโอเทปเทคนิคการควบคุมเชิงกลศาสตร์พบว่ายังไม่พบว่าการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนขององศาการเคลื่อนไหวของการกระดกข้อเท้าและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในอาสาสมัครสุขภาพดี (Tomruk, Tomruk, Alkan & Gelecek, 2022) จากการทบทวนวรรณอย่างเป็นระบบพบว่า การศึกษาคิเนสิโอเทปมีความหลากหลายของลักษณะอาสาสมัคร เทคนิคและวิธีการประเมินผลการรักษาที่แตกต่างกัน ทำให้ยังคงไม่สามารถเปรียบเทียบผลการรักษาได้ชัดเจน

กีฬาแบดมินตันมีความจำเป็นที่จะต้องกระโดดสูงเพื่อตบลูกในการทำคะแนน และต้องมีการเคลื่อนไหวที่คล่องแคล่วในการเปลี่ยนทิศทางจากตำแหน่งต่าง ๆ อย่างรวดเร็ว มีการกระโดดยังทิศทางที่หลากหลายเพื่อไปรับลูกหรือตีลูกตอบโต้อย่างรวดเร็ว ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลการใช้คิเนสิโอเทปต่อความสูงของการกระโดดและประสิทธิภาพการทำงานของข้อเท้าในการกระโดดไปยังทิศทางต่าง ๆ ในนักแบดมินตันที่มีภาวะข้อเท้าแพลงระยะเรื้อรัง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบการใช้คิเนสิโอเทปเทคนิคการควบคุมเชิงกลศาสตร์ระหว่างแบบให้แรงดึงและไม่ให้แรงดึงต่อความสูงของการกระโดด และประสิทธิภาพการทำงานของข้อเท้าในนักแบดมินตันที่มีภาวะข้อเท้าแพลงระยะเรื้อรัง

วิธีการดำเนินการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่าง

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็น cross-over experimental designs กลุ่มตัวอย่างคือ นักกีฬาแบดมินตันสมัครเล่นเพศชายและหญิง ที่มีอายุระหว่าง 18-30 ปี ณ ชมรมแบดมินตันแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ขนาดตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ได้มีการกำหนดอำนาจการทดสอบที่ 0.8 และ ที่ระดับสำคัญ 0.05 และใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน อ้างอิงจำนวนประชากรจากงานวิจัยของ Bicici, Karatas and Baltaci (2012) ได้ค่า σ_d มีค่า 2.35 และ $\mu_1 - \mu_2$ มีค่า 0.5 จากสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง

$$n = \frac{(z_{\alpha} + z_{\beta})^2 \sigma_d^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

จากการคำนวณ ทำให้ได้จำนวนอาสาสมัครเป็น 14 คน และคิด 10% Drop out ดังนั้นจำนวนผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 16 คน แต่การศึกษานี้เป็นการศึกษานำร่อง จะมีขนาดตัวอย่างทั้งหมด 12 ราย

2. เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

2.1 เกณฑ์การคัดเลือก เป็นนักกีฬาแบดมินตันมือสมัครเล่นเพศชายและหญิง อายุ 18-30 ปี มีอาการบาดเจ็บที่เอ็นของข้อเท้าทางด้านนอกอย่างน้อย 1 ตำแหน่ง ด้วยการทดสอบ anterior drawer test และ talar tilt test (inversion) โดยอาสาสมัครมีผลการตรวจเป็นบวกอย่างน้อย 1 การทดสอบและมีความผิดปกติของแนวโครงสร้างเท้า ตรวจด้วย rearfoot angle และ medial longitudinal arch angle (Tsai, Yu, Mercer & Gross, 2006) มีอาการปวดที่ข้อเท้าอยู่ในระดับไม่เกิน 5 ใน 10 มีภาวะบาดเจ็บข้อเท้าเรื้อรังและดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 18.50-22.90 กิโลกรัม/เมตร²

2.2 เกณฑ์การคัดออก มีกระดูกหักบริเวณข้อเท้า มีอาการแพ้เทปที่ใช้ในการทดสอบ มีอาการปวด บวม แดงบริเวณข้อเท้า มีอาการบาดเจ็บบริเวณข้อไหล่ แขน กระดูกสันหลัง กระดูกเชิงกราน สะโพก เข่า ข้อเท้าหรือเท้า และมีการบาดเจ็บของขาและเท้าข้างที่ทดสอบใน 7 วัน ระหว่างการวิจัย มีแผลเปิดบริเวณข้อเท้า มีผิวหนังติดเชื้อ มีภาวะการบาดเจ็บของเอ็นข้อเท้าอย่างรุนแรง เคยมีประวัติการบาดเจ็บของเอ็นร้อยหวาย ภาวะกระดูกพรุน มะเร็งกระดูก โรคเกาต์ โรคเบาหวาน มีเนื้องอก โรคกระดูกติดเชื้อ

3.3 เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมโครงการ ผู้เข้าร่วมวิจัยปฏิเสธการเข้าร่วม มีอาการปวดเพิ่มขึ้น ขณะทดสอบจนอาการปวดมากกว่า 5 ใน 10 มีการออกกำลังกายเกิดการบาดเจ็บบริเวณรยางค์ส่วนล่างที่ไม่สามารถทำการทดสอบได้ สอบถามระดับอาการเหนื่อยที่มีมากเกินไปจนไม่สามารถทำการทดสอบได้ มีการบาดเจ็บของข้อเท้ามีอาการเพิ่มมากขึ้นหรือลดลง ประเมินด้วย

การทดสอบกระดูกสูง กระโดดในทิศทางรูปหกเหลี่ยม และกระดูกไปด้านข้าง และ anterior drawer test และ talar tilt test (inversion)

3. การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยอธิบายขั้นตอนการวิจัย ความเสี่ยงให้อาสาสมัครทราบ อาสาสมัครที่ยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ได้ลงนามในเอกสารยินยอมการเข้าร่วมงานวิจัยและงานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ (E. 014/2563)

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยประชาสัมพันธ์หาอาสาสมัครโดยติดต่อผ่านชมรมแบดมินตันของสมาคมแต่จิว บริเวณสุสานแต่จิว (ป่าช้าวัดดอน) จากนั้นอธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัยให้อาสาสมัครทราบ ให้อาสาสมัครสนใจ และเมื่ออาสาสมัครต้องการเข้าร่วมวิจัย จะมีการลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เมื่อได้รับหนังสือยินยอม ผู้วิจัยทำการคัดกรองอาสาสมัครตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก เมื่อผ่านเกณฑ์ ผู้วิจัยสอบถามข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัคร

5. ขั้นตอนการวิจัย

5.1 ผู้วิจัยคนที่ 1 ฝึกซ้อมการติดคิเนซีโอเทปเทคนิคการควบคุมเชิงกลศาสตร์แบบมีแรงดึงและไม่มีแรงดึง มีการฝึกฝนการติดคิเนซีโอเทปเฉพาะเทคนิคการควบคุมเชิงกลศาสตร์ เป็นเวลา 1 สัปดาห์และขณะติดคิเนซีโอเทป จะอยู่ภายใต้การดูแลของอาจารย์กายภาพบำบัดสาขาระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ซึ่งเป็นผู้มีประสบการณ์ในการประเมินและมีประสบการณ์ในการทำงานเป็นระยะเวลา 9 ปีและผู้วิจัยคนที่ 2 ฝึกการประเมินให้มิตักษะในการประเมินและทำการฝึกซ้อมวิธีการประเมินกับอาจารย์กายภาพบำบัดสาขาระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ซึ่งเป็นผู้มีประสบการณ์ในการประเมินและมีประสบการณ์ในการทำงานเป็นระยะเวลา

15 ปี ทำการฝึกซ้อมจนแน่ใจว่าผู้ติดเทปสามารถติดคิเนซีโอเทปเทคนิคการควบคุมเชิงกลศาสตร์และผู้ประเมินมีทักษะการตรวจร่างกายและสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

5.2 ผู้วิจัยคนที่ 2 ตรวจร่างกายอาสาสมัครเบื้องต้นโดยการยืนขาเดียว ยืนขาเดียวย่อเข่า ยืนเขย่งเท้า 2 ขา และยืนขาเดียวเขย่งเท้า ประเมินระดับอาการปวดด้วยการสอบถามโดยใช้ Numerical rating scale ระดับอาการปวดจะต้องไม่เกิน 5 ใน 10 และทำการตรวจ anterior drawer test และ talar tilt test (inversion) โดยอาสาสมัครมีผลการตรวจเป็นบวกอย่างน้อย 1 การทดสอบ

5.3 ผู้วิจัยคนที่ 1 ทำการสุ่มอาสาสมัครให้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ทั้ง 2 กลุ่มได้รับการติดคิเนซีโอเทปเทคนิคการควบคุมเชิงกลศาสตร์ที่มีการติดเหมือนกันและตำแหน่งเดียวกันโดยกลุ่ม 1 ติดคิเนซีโอเทปแบบให้แรงดึง กลุ่มที่ 2 ติดคิเนซีโอเทปแบบไม่ให้แรงดึง

5.4 ผู้วิจัยคนที่ 1 ทำการตรวจลักษณะของเท้าโดยใช้การตรวจด้วย rearfoot angle และ medial longitudinal arch angle (Tsai, Yu, Mercer & Gross, 2006) ก่อนและหลังการติดคิเนซีโอเทปเทคนิคการควบคุมเชิงกลศาสตร์ โดยกลุ่มที่ได้รับแรงดึง การติดเทปให้แรงดึงอยู่ที่ 50-75% ดังรูปที่ 1 ภายหลังจากติดเทปอาสาสมัครต้องลักษณะของเท้าอยู่ในแนวโครงสร้างปกติ ประเมินโดยใช้ rearfoot angle และ medial longitudinal arch angle หากไม่สามารถทำให้เกิดแนวปกติ จะถูกคัดออก และกลุ่มที่ไม่ได้รับแรงดึงภายหลังจากติดเทปอาสาสมัครยังคงมีลักษณะของเท้าอยู่ในแนวโครงสร้างที่ผิดปกติ

5.5 ผู้วิจัยคนที่ 2 ทำการประเมินความสูงของการกระโดด โดยใช้มือแตะแผ่นวัดระยะความสูงกระดูกที่ 3 ครั้ง พักระหว่างครั้ง 3 นาที บันทึกความสูงของการกระโดดในครั้งที่ดีที่สุด บันทึกความสูงเป็น

เซนติเมตร และทดสอบประสิทธิภาพการทำงานของข้อเท้า (Ankle Functional Performance Test) ด้วย hexagon hop test และ side hop test (Jeanfavre, Humphrey & Klein, 2021)

Hexagon hop test เป็นการกระโดดในทิศทางรูปหกเหลี่ยมท่ามุม 120 องศาให้อาสาสมัครกระโดดขาเดียวจากจุดเริ่มต้นตรงกลางช่องที่ทำเป็นรูปหกเหลี่ยม กระโดดเข้าและออกจาก ช่องหกเหลี่ยม และกระโดดวนตามแนวของช่องหกเหลี่ยมจนครบ 3 รอบ กระโดดให้เร็วที่สุด จับเวลาเป็นวินาที และ Side hop test เป็นการกระโดดด้านข้าง อาสาสมัครกระโดดขาเดียว ข้ามเส้นที่มีระยะห่าง 30 เซนติเมตรและให้กระโดดกลับมาตำแหน่งเดิม ทำ 10 รอบ กระโดดให้เร็วที่สุด จับเวลาเป็นวินาที หากอาสาสมัครเสียการทรงตัว หรือเท้าสัมผัสพื้นให้เริ่มทำใหม่ ซึ่งการประเมิน hexagon hop test และ side hop test ได้กระทำก่อนและหลังการติดคิเนสิโอเทปเทคนิคการควบคุมเชิงกลศาสตร์ โดยอาสาสมัครและผู้วิจัยคนที่ 2 ไม่ทราบว่า อาสาสมัครได้รับการติดคิเนสิโอเทปเทคนิคการควบคุมเชิงกลศาสตร์แบบมีแรงดึงและไม่มีแรงดึง

การติดคิเนสิโอเทป จัดท่าทางของเท้า อาสาสมัครให้อยู่ในแนวปกติ (neutral position) ใช้คิเนสิโอเทปขนาดมาตรฐานกว้าง 5 เซนติเมตร โดยใช้ความยาวเทป 7 บล็อก (ประมาณ 35 เซนติเมตร) ขณะพันจุดเริ่มต้นของเทปบริเวณหลังเท้าฝั่งด้านนอก พันเข้าด้านในไปที่ฝ่าเท้าโดยให้ออกมาบริเวณสันเท้าด้านนอก ขั้นตอนนี้แรงดึงเทปเป็นศูนย์เปอร์เซ็นต์ จากนั้นผู้ติดเทปใช้มือกดบริเวณเทปที่อยู่ตรงสันเท้าด้านนอก ผู้ติดเทปขึ้นติดบริเวณปลายขาด้านนอกไปพร้อม ๆ กับในอาสาสมัครบิดข้อเท้าไปทางด้านในโดยใช้แรงดึงเทปที่ประมาณ 75-100 เปอร์เซ็นต์

5.6 เมื่อผู้วิจัยคนที่ 2 ได้ประเมินเสร็จสิ้นให้อาสาสมัครพัก 7 วัน (Wilson, V., Douris, P., Fukuroku, T., Kuzniewski, M., Dias, J. & Figueiredo, P., 2016) และสลับไปติดคิเนสิโอเทปอีกเทคนิคในครั้งต่อไปของการติดคิเนสิโอเทปเทคนิคการควบคุมเชิงกลศาสตร์



รูปที่ 1 การติดคิเนสิโอเทปเทคนิคการควบคุมเชิงกลศาสตร์

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

6.1 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ข้อมูลพื้นฐานของอาสาสมัครใช้สถิติพรรณนา (descriptive statistic) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

6.2 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-Wilk test ในการทดสอบการกระจายของข้อมูลพบว่า มีการกระจายของข้อมูลแบบปกติ

6.3 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ dependent samples T-Test ในการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มที่ติดคิเนสิโอเทปเทคนิคการควบคุมเชิงกลศาสตร์แบบมีแรงดึงและกลุ่มที่ติดแบบไม่มีแรงดึง

ผลการวิจัย

นักแบดมินตันสมัครเล่นเพศชาย 8 คน และหญิง 4 คน รวมจำนวน 12 คน อายุ 18-30 ปี ได้รับการติด

คิเนสิโอเทปเทคนิคการควบคุมเชิงกลศาสตร์แบบให้แรงดึงและไม่ให้แรงดึง ลักษณะพื้นฐานของอาสาสมัคร ได้แก่ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 คุณลักษณะของอาสาสมัคร (N=12)

คุณลักษณะ	ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
อายุ (ปี)	20.41 $\pm$ 2.31
น้ำหนัก (กิโลกรัม)	60.83 $\pm$ 1.02
ส่วนสูง (เซนติเมตร)	168.75 $\pm$ 8.89
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/เมตร ²)	21.45 $\pm$ 4.41

เปรียบเทียบประสิทธิภาพการทำงานของข้อเท้า และความสูงของการกระโดด พบว่า การกระโดดด้านข้างและกระโดดในทิศทางรูปหกเหลี่ยมก่อนการติดคิเนสิโอเทปเทคนิคการควบคุมเชิงกลศาสตร์แบบไม่ให้แรงดึงและไม่ให้แรงดึงไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การกระโดดด้านข้างและกระโดดในทิศทาง

รูปหกเหลี่ยมภายหลังการติดคิเนสิโอเทปเทคนิคการควบคุมเชิงกลศาสตร์แบบไม่ให้แรงดึงและให้แรงดึง พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่อย่างไรก็ตามไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของความสูงของการกระโดด

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของ side hop test, hexagon hop test และ vertical jump test ก่อนและหลังติดคิเนสิโอเทปเทคนิคการควบคุมเชิงกลศาสตร์แบบไม่ให้แรงดึงและให้แรงดึง

	ก่อนติด kinesiotape		p-value	หลังติด kinesiotape		p-value
	ไม่มีแรงดึง	มีแรงดึง		ไม่มีแรงดึง	มีแรงดึง	
Side hop test (seconds)	17.50 $\pm$ 3.21	17.17 $\pm$ 3.22	0.80	17.08 $\pm$ 3.03	13.00 $\pm$ 2.52	0.020*
Hexagon hop test (seconds)	18.42 $\pm$ 4.30	18.00 $\pm$ 4.97	0.83	17.25 $\pm$ 4.18	13.75 $\pm$ 3.60	0.039*
Vertical jump test (cm.)	42.75 $\pm$ 6.27	43.00 $\pm$ 6.18	0.92	43.67 $\pm$ 6.05	47.88 $\pm$ 6.05	0.103

* แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

อภิปรายผลการวิจัย

ประสิทธิภาพการทำงานของข้อเท้า (Side hop และ Hexagon hop test)

ผลของการใช้คิเนซิโอเทปเทคนิคการควบคุมเชิงกลศาสตร์แบบให้แรงดึงและแบบไม่ให้แรงดึงพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญของระยะเวลาของการกระโดดขาเดียวไปด้านข้าง และกระโดดขาเดียวในทิศทางรูปหกเหลี่ยม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (Padasala, Bhatt & D'Onofrio, 2019) พบผลทันทีของใช้คิเนซิโอเทปทำให้ลดระยะเวลาการกระโดดขาเดียวไปด้านข้างเมื่อเทียบกับเทปหลอกหรือเทปบำบัดทางการกีฬาในนักกีฬาบาสเกตบอลที่มีภาวะข้อเท้าไม่มั่นคงแบบเรื้อรัง เนื่องจากที่มีภาวะแนวการเคลื่อนไหวของเท้าผิดปกติร่วมกับข้อเท้าแพลง ทำให้การทำงานของ mechanoreceptor บกพร่องและลดการรับรู้การทรงท่าภายในข้อ ส่งผลให้เกิดภาวะความไม่มั่นคงของข้อเท้า การใช้คิเนซิโอเทปที่มีแรงดึงของเทปบนผิวหนังบริเวณข้อเท้าและเท้า อาจกระตุ้น cutaneous mechanoreceptor และเพิ่ม afferent input ทำให้กระตุ้นการทำงานของความรู้สึกข้อต่อ ช่วยทำให้เพิ่มการควบคุมการทรงท่า ส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานของข้อเท้ามากขึ้น (Tomruk, M. S, Tomruk, M., Alkan, E. & Gelecek, N., 2022) และการติดคิเนซิโอเทปช่วยปรับแนวของโครงสร้างข้อเท้าให้ใกล้เคียงกับแนวปกติ ทำให้กระตุ้นให้ข้อต่อเกิดการเคลื่อนไหวใกล้เคียงปกติ เกิดความมั่นคงของข้อเท้า ส่งผลให้อาสาสมัครมีความมั่นใจและมีความมั่นคงของข้อเท้ามากขึ้น (Padasala, Bhatt & D'Onofrio, 2019) นอกจากนี้การติดคิเนซิโอเทปยังช่วยลดความเจ็บปวดโดยจะไปกระตุ้นกลไกทาง mechanoreceptor ตามทฤษฎี according to the counterirritant เมื่อถูกกระตุ้นจะเกิดการปลดปล่อยของ enkephalin และยับยั้งการส่งสัญญาณ nociceptive และ enkephalin ยังยับยั้ง

สารสื่อประสาทที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บปวด (Kim, & Shin, 2017)

ผลของการใช้คิเนซิโอเทปเทคนิคการควบคุมเชิงกลศาสตร์ต่อระยะเวลาของการกระโดดขาเดียวในทิศทางรูปหกเหลี่ยมมีผลสอดคล้องกับการศึกษาของ (Sarvestan, Alaei, Kazemi, Khail, Shirzad & Svoboda, 2018) การใช้คิเนซิโอเทปในนักกีฬาที่มีภาวะข้อเท้าแพลง เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของข้อเท้า ช่วยเพิ่มความมั่นคงของข้อเท้าในการกระโดดและลดระยะเวลาในการกระโดดขาเดียวในทิศทางรูปหกเหลี่ยมเช่นเดียวกับเทปบำบัดทางการกีฬา ทำให้ช่วยในการฟื้นฟูในการเล่นกีฬาได้อย่างรวดเร็ว (Sarvestan, Alaei, Kazemi, Khail, Shirzad & Svoboda, 2018)

Vertical jump

ผลของการใช้คิเนซิโอเทปเทคนิคการควบคุมเชิงกลศาสตร์แบบให้แรงดึงและแบบไม่ให้แรงดึงพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญของความสูงของการกระโดด สอดคล้องกับผลการใช้คิเนซิโอเทปด้วยเทคนิคอื่น จากการศึกษาการใช้คิเนซิโอเทป เทปหลอกหรือเทปผ้าไม่มีความยืดหยุ่นพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญของความสูงของการกระโดดในผู้ที่มีภาวะข้อเท้าไม่มั่นคงระยะเรื้อรัง (Nunes, Feldkircher, Tessarin, Bender, da Luz & de Noronha, 2020) (Reneker, Latham, McGlawn & Reneker, 2018) (Yam, Yang, Chung-Ying Zee & Chong, 2019) นอกจากนี้การใช้คิเนซิโอเทปเทคนิคกระตุ้นกล้ามเนื้อ peroneus longus และ peroneus brevis และ anterior tibiofibular ligament เป็นเวลา 1 สัปดาห์ ทำให้กระตุ้น cutaneous mechanoreceptors ทำให้กระตุ้นการทำงานของกล้ามเนื้อและช่วยป้องกันการเคลื่อนไหวมากเกินไป และไม่จำกัดการเคลื่อนไหวขณะทำกิจกรรม แต่การติดเทปผ้าไม่มีความยืดหยุ่นทำให้จำกัดการเคลื่อนไหวขณะทำกิจกรรม ทำให้

ลดสมรรถภาพในการกระโดดสูง (Wang, Gu, Chen, Luo, He, Han & Tian, 2018) (Bicici, Karatas & Baltaci, 2012)

การใช้คิเนสิโอเทป แบบ facilitation technique ติดกล้ามเนื้อน่องกล้ามเนื้อ gastrocnemius และ quadriceps femoris ช่วยเพิ่มความสูงของการกระโดดเมื่อเปรียบเทียบกับที่ไม่ติดเทปและการติดเทปหลอก เนื่องจากการติดเทปทำให้เพิ่มระดับการระดม สัญญาณประสาทของ motor unit และกระตุ้นการทำงานของกล้ามเนื้อให้ ประสานสัมพันธ์กัน (ธีรศักดิ์ บุญวัง, ปวีณ วิทยาภรณ์, ภาณุพงศ์ ภัทรเชาว์, วรเชษฐ์ จันตริยะ, และ พิษขามา คนธสิงห์. 2563) อย่างไรก็ตามยังไม่มีข้อสรุปอย่างชัดเจนในการเพิ่มประสิทธิภาพของความสูงของการกระโดด เนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมามีความแตกต่างเชิงเทคนิคในการติดเทปและจำนวนอาสาสมัครมีน้อย จากผลการศึกษาครั้งนี้พบผลทันทีของการใช้คิเนสิโอเทปเทคนิคการควบคุมเชิงกลศาสตร์แบบให้แรงดึงสามารถช่วยส่งเสริมประสิทธิภาพการทำงานของข้อเท้า สามารถเพิ่มความสามารถในการกระโดดด้านข้างและกระโดดในทิศทางรูปหกเหลี่ยมในภาวะข้อเท้าแพลงเรื้อรัง

เอกสารอ้างอิง

ธีรศักดิ์ บุญวัง, ปวีณ วิทยาภรณ์, ภาณุพงศ์ ภัทรเชาว์, วรเชษฐ์ จันตริยะ, และพิษขามา คนธสิงห์. (2563). ผลฉับพลันของการติดเทปกาวยึดติดผิวหนังต่อสมรรถนะการกระโดด ในนักกีฬาชายระดับมหาวิทยาลัย. *วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน*, 26(2), 61-71.

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การติดคิเนสิโอเทปเทคนิคการควบคุมเชิงกลศาสตร์ส่งผลทันทีให้ประสิทธิภาพการทำงานของข้อเท้าได้ดีขึ้น ทำให้ลดระยะเวลาในการกระโดดด้านข้างและกระโดดในทิศทางรูปหกเหลี่ยม โดยเฉลี่ยประมาณ 4 วินาที ทำให้เพิ่มความไวในการเคลื่อนไหวร่างกายไปยังทิศทางต่าง ๆ ส่งผลต่อการตอบโต้ฝ่ายตรงข้ามได้มากขึ้น ในนักกีฬาแบดมินตันมือสมัครเล่น อายุ 18-30 ปี ที่มีภาวะข้อเท้าแพลงเรื้อรังร่วมกับแนวการเคลื่อนไหวของข้อเท้าผิดปกติ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาในนักกีฬาแบดมินตัน ที่ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะข้อเท้าแพลงเรื้อรัง เพิ่มระยะเวลาในการการติดคิเนสิโอเทปเทคนิคการควบคุมเชิงกลศาสตร์ เช่น 2-3 วัน เพื่อได้ทราบผลการเปลี่ยนแปลงของการติดคิเนสิโอเทปได้อย่างชัดเจน และควรมีศึกษาผลคงค้างภายหลังการเอาคิเนสิโอเทปเทคนิคออก อย่างน้อย 24-48 ชั่วโมง

Bicici, S., Karatas, N., & Baltaci, G. (2012). Effect of athletic taping and kinesiotaping® on measurements of functional performance in basketball players with chronic inversion ankle sprains. *International journal of sports physical therapy*, 7(2), 154-166.

- Biz, C., Nicoletti, P., Tomasin, M., Bragazzi, N. L., Di Rubbo, G., & Ruggieri, P. (2022). Is Kinesio Taping Effective for Sport Performance and Ankle Function of Athletes with Chronic Ankle Instability (CAI)? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Medicina*, 58(5), 620 <https://doi.org/10.3390/medicina58050620>
- Doherty, C., Delahunt, E., Caulfield, B., Hertel, J., Ryan, J., & Bleakley, C. (2014). The incidence and prevalence of ankle sprain injury: a systematic review and meta-analysis of prospective epidemiological studies. *Sports medicine*, 44(1), 123-140.
- Ferreira, R., Resende, R., & Roriz, P. (2017). The effects of Kinesio Taping® in lower limb musculoskeletal disorders: a systematic review. *International Journal of Therapies and Rehabilitation Research*, 6(3), 1-13
- Jafari, A., Mabani, M., & Golami, M. (2014). The prevalence and causes of sport injuries in well-trained badminton players of Iran. *International Journal of Basic Sciences and Applied Research*, 3(1), 40-44.
- Jeanfavre, M., Humphrey, A. & Klein, M. (2021). A Systematic Review of Return to Sport Physical Performance Tests of the Foot and Ankle. *CPQ Orthopaedics*, 5(3), 01-105.
- Kim, M. K., & Shin, Y. J. (2017). Immediate effects of ankle balance taping with kinesiology tape for amateur soccer players with lateral ankle sprain: a randomized cross-over design. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 23, 5534-5541.
- Luque-Suarez, A., Gijon-Nogueron, G., Baron-Lopez, F. J., Labajos-Manzanares, M. T., Hush, J., & Hancock, M. J. (2014). Effects of kinesiotaping on foot posture in participants with pronated foot: a quasi-randomised, double-blind study. *Physiotherapy*, 100(1), 36-40.
- Nunes, G. S., Feldkircher, J. M., Tessarin, B. M., Bender, P. U., da Luz, C. M., & de Noronha, M. (2021). Kinesio taping does not improve ankle functional or performance in people with or without ankle injuries: Systematic review and meta-analysis. *Clinical Rehabilitation*, 35(2), 182-199.
- Padasala, M., Bhatt, J.H., D'Onofrio, R. (2019). Effects of kinesio taping on functional performance test with chronic ankle instability in collegiate basketball player. *Italian Journal of Sports Rehabilitation and Posturology*, 6(1), 1112-1150.

- Reneker, J. C., Latham, L., McGlawn, R., & Reneker, M. R. (2018). Effectiveness of kinesiology tape on sports performance abilities in athletes: A systematic review. *Physical Therapy in Sport*, 31, 83-98.
- Sarvestan, J., Alaei, F., Kazemi, N. S., Khial, H. P., Shirzad, E., & Svoboda, Z. (2018). Agility profile in collegiate athletes with chronic ankle sprain: the effect of Athletic and Kinesio taping among both genders. *Sport Sciences for Health*, 14(2), 407-414.
- Sarvestan, J., Ataabadi, P. A., Svoboda, Z., Kovačikova, Z., & Needle, A. R. (2020). The effect of ankle Kinesio™ taping on ankle joint biomechanics during unilateral balance status among collegiate athletes with chronic ankle sprain. *Physical Therapy in Sport*, 45, 161-167.
- Tomruk, M. S., Tomruk, M., Alkan, E., & Gelecek, N. (2022). Is Ankle Kinesio Taping Effective to Immediately Change Balance, Range of Motion, and Muscle Strength in Healthy Individuals? A Randomized, Sham-Controlled Trial. *Korean Journal of Family Medicine*, 43(2), 109-116.
- Tsai, L. C., Yu, B., Mercer, V. S., & Gross, M. T. (2006). Comparison of different structural foot types for measures of standing postural control. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 36(12), 942-953.
- Wang, Y., Gu, Y., Chen, J., Luo, W., He, W., Han, Z., & Tian, J. (2018). Kinesio taping is superior to other taping methods in ankle functional performance improvement: a systematic review and meta-analysis. *Clinical rehabilitation*, 32(11), 1472-1481.
- Wilson, B., & Bialocerkowski, A. (2015). The effects of Kinesiotape applied to the lateral aspect of the ankle: relevance to ankle sprains—a systematic review. *PLoS One*, 10(6), e0124214.
- Wilson, V., Douris, P., Fukuroku, T., Kuzniewski, M., Dias, J., & Figueiredo, P. (2016). The immediate and long-term effects of kinesiotape® on balance and functional performance. *International journal of sports physical therapy*, 11(2), 247-253.
- Yam, M. L., Yang, Z., Zee, B. C. Y., & Chong, K. C. (2019). Effects of Kinesio tape on lower limb muscle strength, hop test, and vertical jump performances: a meta-analysis. *BMC musculoskeletal disorders*, 20(1), 1-12.



การส่งเสริมสมรรถนะผู้สูงอายุต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ และสมรรถนะแห่งตนในการดูแลสุขภาพ Promoting Elderly Competency on Health Literacy and Self-Efficacy on Health Care

รังสิยา นารินทร์, ปร.ด., Rangsiya Narin, Ph.D.

อาจารย์, ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่

Lecturer, Ph.D., Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Muang District, Chiang Mai, Thailand

*Corresponding Author e-mail: rangsiya.n@cmu.ac.th

Received: June 12, 2022

Revised: December 6, 2022

Accepted: December 7, 2022

บทคัดย่อ

การส่งเสริมสมรรถนะผู้สูงอายุเป็นความท้าทายเพื่อรองรับเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุสอดคล้องกับชีวิตวิถีใหม่ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการส่งเสริมสมรรถนะผู้สูงอายุต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและสมรรถนะแห่งตนในการดูแลสุขภาพ ศึกษาในพื้นที่ตำบลศรีบัวบาน จังหวัดลำพูน ระหว่างกันยายน 2563-สิงหาคม 2564 กลุ่มตัวอย่างในการสนทนากลุ่ม คือ แก่นนำผู้สูงอายุ 24 คน เลือกแบบเจาะจง และกลุ่มตัวอย่างในการประเมินผล คือ ผู้สูงอายุ 50 คน เลือกแบบสุ่มอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแนวคำถามการสนทนากลุ่ม แบบสอบถาม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลสุขภาพ และความพึงพอใจในการดำเนินโครงการ ข้อมูลเชิงคุณภาพนำมาวิเคราะห์เนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลพบว่า 1) ทูตทางสังคม มีนโยบาย แผน และการดำเนินงานสนับสนุนการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทุกกลุ่ม มีเป้าหมายเพื่อการดูแลสุขภาพที่เท่าเทียม 2) ปัจจัยนำเข้า มีการดำเนินงานบริการวิชาการรับใช้สังคม จากมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มีวิทยากรที่มีความรู้ถ่ายทอดเนื้อหาประสบการณ์ 3) กระบวนการ มีภาคีเครือข่ายในการดำเนินกิจกรรมการอบรมให้ความรู้ การเยี่ยมบ้าน และศึกษาดูงานแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และ 4) ผลผลิต มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลสุขภาพ และความพึงพอใจในโครงการในระดับสูง ดังนั้น ควรส่งเสริมสมรรถนะผู้สูงอายุโดยอาศัยเครือข่ายการดำเนินงานเพื่อการจัดการดูแลสุขภาพชุมชน ที่มีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ สมรรถนะแห่งตน ผู้สูงอายุ

Abstract

Promoting of the elderly competency is a challenge to accommodate the aging society in accordance with the new normal lifestyle. The purpose of this study was to assess the effectiveness of the elderly competency promotion for enhancing health care in Si Bua Ban sub-district, Lamphun province, during September 2020-August 2021. The sample group in the group discussion consisted of 24 elderly leaders, purposive selected and the sample group for the evaluation was 50 elderly persons, randomly chosen simply. The tools were consist of guideline questions for group discussion, health literacy, perception of competency in community health care management, and satisfaction in organizing the project questionnaires. The qualitative data were analyzed for content analyzing and quantitative data were analyzed with descriptive statistics.

The results showed: 1) Social capital has policies, plans, and operations to support health care management for all groups of elderly people. The goal is for equal health care; 2) Import factors; There were academic socially-engage scholarship services from Chiang Mai University which have knowledgeable speakers to transfer content of experiences; 3) Process, have network partners to conduct training activities, provide knowledge, home visit and study trips to exchange knowledge; and 4) Productivity with health literacy and perception of competency in community health care management, and project satisfaction with highest scores. Therefore, the competence of the elderly should be promoted through the implementation network for effective community health care management.

Keywords: *health literacy, Self-Efficacy on Health Care, elderly*

บทนำ

ปัจจุบันผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั่วโลกและประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2565) ผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยและภาระพึ่งพิงที่เพิ่มขึ้นด้วย ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีความต้องการในการดูแลระยะยาว (long term care) รวมทั้งปัญหาความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน (house-bound) และติดเตียง (bed-bound)

ที่ต้องพึ่งพาความช่วยเหลือจากญาติหรือผู้ดูแลในการทำกิจกรรมประจำวัน สภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้ผู้สูงอายุถูกทิ้งให้อยู่เพียงลำพัง (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2564) นอกจากนี้ จากปัญหาการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่พบว่า ผู้สูงอายุถือเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงในการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564) การเปลี่ยนผ่านด้านภาวะสุขภาพ (health transition) ทำให้ผู้สูงอายุจึงจำเป็น

ที่ต้องมีการปรับตัวเพื่อเข้าสู่ชีวิตวิถีใหม่ (new normal) อย่างรู้เท่าทัน เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้เต็มตามศักยภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและสามารถดูแลสุขภาพทั้งตนเอง ครอบครัว และชุมชน จะส่งผลทำให้ชุมชนมีสุขภาวะอย่างยั่งยืน (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และนฤมล ตรีเพชรศรีไกร, 2554) จึงมีความสอดคล้องกับเป้าหมายในการพัฒนาประเทศ จากยุทธศาสตร์หลักของแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) ที่เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ของประเทศ ที่มุ่งเน้นการพัฒนาสมรรถนะของผู้สูงอายุให้สามารถจัดการดูแลสุขภาพได้ตามศักยภาพ โดยการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพโดยอาศัยการมีส่วนร่วมจากครอบครัวและชุมชนเป็นสำคัญ (สำนักงานพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2564) ที่ผ่านมามีการดำเนินงานหลากหลายรูปแบบในชุมชนเพื่อให้ผู้สูงอายุมีการดูแลสุขภาพที่ดี สามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้ตามศักยภาพ ส่วนใหญ่เป็นการจัดระบบบริการสุขภาพจากทางภาครัฐ ภายใต้การเยี่ยมบ้านจากทีมหมอครอบครัว จากพยาบาลวิชาชีพ รวมทั้งจากกลุ่มนักบริบาลชุมชนหรือผู้ดูแล (Caregivers) มีระบบการส่งต่อเพื่อการดูแลรักษาเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน มีการนำนโยบายจากภาครัฐ นโยบายสาธารณะมาเป็นแนวทางในการขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน เช่น มีข้อกำหนด กฎหมาย การจัดสวัสดิการ การจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ การจัดตั้งองค์กรเฉพาะด้าน การจัดระบบการส่งต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นต้น (รังสิยา นรินทร์ และเรณู มีปาน, 2558) และจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ขึ้นทำให้ผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงสูงที่ต้องมีทักษะ

ความรู้รอบรู้ในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมสอดคล้องกับชีวิตวิถีใหม่ (new normal) ดังนั้น การส่งเสริมสมรรถนะให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการดูแลสุขภาพ มีความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพ สามารถพึ่งพาตนเองและช่วยเหลือผู้อื่นในชุมชนและสังคมได้ตามศักยภาพ สอดคล้องกับปัญหาความต้องการและวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรู้เท่าทัน จะส่งผลทำให้ผู้สูงอายุคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีตามวิถี และได้รับการยกย่องสรรเสริญจากสังคม คงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

ตำบลศรีบัวบาน อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน เป็นพื้นที่ตั้งของศูนย์การศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่ “หริภุญไชย” มีเทศบาลตำบลศรีบัวบาน ซึ่งเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเครือข่ายกับมหาวิทยาลัยอุโมงค์สร้างพลเมือง จังหวัดลำพูน มีศูนย์การเรียนรู้ชุมชนและมืองค์ความรู้ในด้านการจัดการชุมชนเพื่อสร้างความเป็นพลเมือง (Community Management for Citizenship Cultivating) ที่บูรณาการแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง ทunesทางสังคม ภูมิปัญญาท้องถิ่น วิถีชีวิต และศิลปวัฒนธรรม เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในการกำหนดกลไกการจัดการกับปัญหาของชุมชน และมีการดำเนินการจัดการดูแลสุขภาพชุมชนที่ต่อเนื่อง อาศัยความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายทั้งในและนอกพื้นที่ และมีการประเมินผลและถอดบทเรียนที่ได้จากการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ (รังสิยา นรินทร์ และคณะ, 2564) ที่ผ่านมามีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เป็นเครือข่ายความร่วมมือด้านวิชาการ ภายใต้การดำเนินงานบริการวิชาการรับใช้สังคม (socially-engage scholarship) และได้มีการดำเนินโครงการอย่างมีส่วนร่วม กับชุมชนในการส่งเสริมสมรรถนะผู้สูงอายุเพื่อการจัดการดูแลสุขภาพชุมชนนับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561-2562 โดยได้ร่วมกันจัดทำหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุระยะเวลา 6 เดือน ได้แก่นำผู้สูงอายุที่มีจิตอาสาและมีการ

รวมกลุ่มเป็นชมรมเสริมสุขผู้สูงอายุ ตำบลศรีบัวบาน ในการออกเยี่ยมบ้านเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในการเตรียมพร้อมเพื่อรองรับกับสถานการณ์แนวโน้มของปัญหาผู้สูงอายุในพื้นที่ ต่อมาในปี พ.ศ. 2562-2563 ได้ดำเนินโครงการต่อเนื่องปีที่ 2 โดยมุ่งเน้นการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสมรรถนะแกนนำผู้สูงอายุในด้านความรู้ด้านสุขภาพและการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชน ภายใต้กิจกรรมการอบรมหลักสูตรดีใจผู้สูงอายุ ระยะเวลา 6 เดือน กิจกรรมการดำเนินงานภายใต้โครงการบริการวิชาการรับใช้สังคมนี้ เป็นการทำงานร่วมกันที่เกิดขึ้นจากปัญหาและความต้องการของชุมชน ดังนั้น จึงต้องมีการทบทวนและประเมินผลเพื่อถอดบทเรียนร่วมกับชุมชนจากการขับเคลื่อนการดำเนินงานตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา โดยอาศัยแนวคิด CIPP Model ทั้งในบริบททุนทางสังคม นโยบายและเป้าหมาย กิจกรรมของโครงการ ปัจจัยนำเข้าของโครงการ ทั้งด้านวิทยากร การจัดกิจกรรม สิ่งอำนวยความสะดวก กระบวนการดำเนินงานอย่างเป็นขั้นตอน การถ่ายทอดความรู้ การฝึกทักษะการปฏิบัติ การเยี่ยมบ้าน ตลอดจนผลผลิตของโครงการ ทั้งด้านความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะในการจัดการดูแลสุขภาพชุมชน และความพึงพอใจในการจัดโครงการ ดังนั้น การศึกษาในครั้งนี้จึงเป็นการเพื่อนำผลที่ได้นำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาโครงการบริการวิชาการรับใช้สังคม ภายใต้ดำเนินการส่งเสริมสมรรถนะผู้สูงอายุเพื่อการจัดการดูแลสุขภาพชุมชนและยังสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสมรรถนะผู้สูงอายุเพื่อนำไปสู่การจัดการดูแลสุขภาพ

ชุมชนเพื่อรองรับเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ สอดคล้องกับแนวคิดชีวิตวิถีใหม่ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อประเมินผลด้านทุนทางสังคม ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิตของการส่งเสริมสมรรถนะผู้สูงอายุเพื่อการจัดการดูแลสุขภาพชุมชน

นิยามศัพท์

แนวคิด CIPP Model หมายถึง รูปแบบการประเมินผลความเหมาะสมของการส่งเสริมสมรรถนะผู้สูงอายุต่อความรู้ด้านสุขภาพและสมรรถนะแห่งตนในการดูแลสุขภาพ ในด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต โดยประเมินผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการบริการวิชาการรับใช้สังคม จากการสัมภาษณ์และการตอบแบบสอบถาม

โครงการบริการวิชาการรับใช้สังคม หมายถึง รูปแบบการดำเนินงานทางวิชาการที่เกิดจากการมีส่วนร่วมระหว่างมหาวิทยาลัยเชียงใหม่และพื้นที่ตำบลศรีบัวบาน โดยร่วมกันศึกษาสถานการณ์ ค้นหาปัญหาความต้องการ กำหนดแนวทางดำเนินงานที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ร่วมรับผลประโยชน์ และร่วมสร้างผลกระทบต่องสังคม

ทุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่มีอยู่ในชุมชนที่เป็นพื้นฐานให้ชุมชนมีการดำเนินการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้มีสมรรถนะ มีความรู้ด้านสุขภาพ ที่เกี่ยวข้องกับบุคคล กลุ่มบุคคล องค์กรชุมชน เครือข่ายของชุมชน ตลอดจน วิถีชีวิต ประเพณี วัฒนธรรม ที่มีบทบาทในการดำเนินการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการแบบการวิจัยแบบประเมินผล (Evaluation research) ในรูปแบบพรรณนา โดยอาศัยแนวคิดการประเมิน CIPP Model

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร ผู้สูงอายุ ในพื้นที่ตำบลศรีบัวบาน อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน

1.2 กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มตัวอย่างในการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย แกนนำผู้สูงอายุ 24 คนโดยการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ซึ่งเป็นแกนนำผู้สูงอายุจากทั้ง 12 หมู่บ้าน หมู่บ้านละ 2 คน และกลุ่มตัวอย่างในการประเมินผลผลิต คือ ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมสมรรถนะผู้สูงอายุเพื่อการจัดการดูแลสุขภาพชุมชน คือ ผู้สูงอายุทั้งหมดที่เข้าร่วมหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ และมีความยินดีที่ตอบแบบสอบถาม จำนวน 50 คน เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้สูงอายุที่ปฏิเสธการตอบคำถาม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการประเมินทุนทางสังคม ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต ใช้แนวคำถามการสนทนากลุ่ม และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลผลิต ได้แก่ แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะในการจัดการดูแลสุขภาพชุมชน และความพึงพอใจในการดำเนินโครงการ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แนวคำถามการสนทนากลุ่ม เป็นคำถามกึ่งโครงสร้าง (semi-structure) ข้อคำถามเป็นแบบปลายเปิด ในการประเมินผลในด้านทุนทางสังคม ปัจจัยนำเข้า กระบวนการและผลผลิตของการดำเนินกิจกรรมตามโครงการ โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นตามเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และนำมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความครอบคลุมและใช้ภาษาที่เข้าใจได้โดยง่าย เช่น ชุมชน

มีการดำเนินการด้านการดูแลผู้สูงอายุอย่างไร มีหน่วยงานที่ร่วมดำเนินงาน ความเป็นมาของโรงเรียนผู้สูงอายุ ผลการดำเนินงาน ปัญหาและอุปสรรคและวิธีการแก้ไข ปัญหาการดำเนินงาน ความต้องการที่อยากเห็นการดูแลผู้สูงอายุเป็นอย่างไร เป็นต้น

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลสุขภาพ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคำถามของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (กระทรวงสาธารณสุข, 2561) ข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ ได้นำไปทดสอบได้ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha แต่ละด้านอยู่ในช่วง 0.70-0.91 จากนั้นนำมาปรับแก้ไขให้มีความเข้าใจง่าย เหมาะสมกับผู้สูงอายุและบริบทของพื้นที่ ส่วนข้อคำถามในการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลสุขภาพชุมชน จำนวน 5 ข้อ ผู้วิจัยได้นำแนวคำถามจากการศึกษาวิจัยของรังสิยา และคณะ (2559) เรื่อง การพัฒนารูปแบบการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ได้ค่าดัชนีความเชื่อมั่น Cronbach's alpha เท่ากับ 0.88

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจในการดำเนินโครงการ ที่พัฒนาขึ้นโดยกลุ่มวิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เกี่ยวกับ กิจกรรมการศึกษาดูงานและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กิจกรรมอบรมให้ความรู้ และกิจกรรมการออกเยี่ยมบ้าน ในด้านวิทยากร ทีมที่เล็งความรู้และประสบการณ์ หัวข้อการอบรม เนื้อหา กิจกรรม อุปกรณ์/เอกสาร/สื่อประกอบ สิ่งอำนวยความสะดวก สถานที่ รูปแบบการดำเนินการ ประสานงาน ประชาสัมพันธ์ เป็นต้น จำนวน 10 ข้อ

3. วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 ข้อมูลเชิงคุณภาพ สถานที่คือห้องประชุมเทศบาลตำบลศรีบัวบาน ซึ่งกว้างขวาง สะดวกสบาย สามารถนั่งพูดคุยได้อย่างเต็มที่ ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยชี้แจงข้อมูลการศึกษา วัตถุประสงค์ รูปแบบการดำเนินงานสนทนากลุ่มที่เปิดโอกาสให้ทุกคนได้แสดงความคิดเห็น และประโยชน์ที่ได้รับให้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 24 คน ได้รับทราบโดยละเอียด และขอความยินยอมในการให้ข้อมูล และอนุญาตในการเข้าถึงข้อมูลในการเข้าร่วมโครงการของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ ไม่มีการระบุชื่อ ซึ่งการศึกษานี้เป็นการประเมินผลกิจกรรมในโครงการบริการวิชาการรับใช้สังคม ซึ่งดำเนินการร่วมกับพื้นที่ที่มีความต้องการประเมินผลการดำเนินโครงการ หลังจากนั้นผู้วิจัยจะขออนุญาตบันทึกเทป เมื่อกลุ่มตัวอย่างทำการอนุญาตผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการสนทนากลุ่ม ใช้เวลาทั้งสิ้น 55 นาที

3.2 ข้อมูลเชิงปริมาณ สถานที่คือห้องประชุมเทศบาลตำบลศรีบัวบาน ซึ่งสะดวกในการเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยชี้แจงข้อมูลการศึกษา วัตถุประสงค์ รูปแบบการเก็บข้อมูล และประโยชน์ที่ได้รับให้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน ได้รับทราบโดยละเอียด และขอความยินยอมในการให้ข้อมูล และอนุญาตในการเข้าถึงข้อมูลในการเข้าร่วมโครงการของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ ไม่มีการระบุชื่อ ซึ่งการศึกษานี้เป็นการประเมินผลกิจกรรมในโครงการบริการวิชาการรับใช้สังคม ซึ่งดำเนินการร่วมกับพื้นที่ที่มีความต้องการประเมินผลการดำเนินโครงการ เมื่อกลุ่มตัวอย่างทำการอนุญาตผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามผ่านกูเกิลฟอร์ม ประกอบด้วย 1) ความพึงพอใจในการดำเนินโครงการด้านปัจจัยนำเข้าและกระบวนการ ข้อคำถามมีจำนวน 10 ข้อ ใช้เวลา

10 นาที 2) การประเมินผลผลิตของโครงการ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ข้อคำถามมีจำนวน 30 ข้อ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลสุขภาพ ข้อคำถามมีจำนวน 5 ข้อ ใช้เวลา 30 นาที

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป เช่น อายุ เพศ สถานภาพสมรส ฯลฯ และข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลสุขภาพ และความพึงพอใจในการดำเนินโครงการ ทางกูเกิลฟอร์ม วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม ด้วยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป คือ กลุ่มตัวอย่างในการประเมินทุนทางสังคม ปัจจัยนำเข้าและกระบวนการ และความพึงพอใจในโครงการ ประกอบด้วย แกนนำผู้สูงอายุ จำนวน 24 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 18 คน (ร้อยละ 75) เพศชาย 6 คน (ร้อยละ 25) อายุระหว่าง 60-69 ปี 20 คน (ร้อยละ 83) และอายุ 70-79 ปี 4 คน (ร้อยละ 17) ส่วนใหญ่สุขภาพสมรสคู่ 19 คน (ร้อยละ 79) นับถือศาสนาพุทธ 21 คน (ร้อยละ 87.5) จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา 18 คน (ร้อยละ 75) และมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค 18 คน (ร้อยละ 75)

ข้อมูลทั่วไปสำหรับกลุ่มตัวอย่างในการประเมินผลโครงการ จำนวน 50 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 42 คน (ร้อยละ 84) เพศชาย 8 คน (ร้อยละ 16) อายุระหว่าง 60-69 ปี 45 คน (ร้อยละ 90) อายุ 70-79 ปี 5 คน (ร้อยละ 10) ส่วนใหญ่สุขภาพสมรสคู่ 45 คน (ร้อยละ 90) นับถือศาสนาพุทธ 46 คน (ร้อยละ 92) จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา 42 คน (ร้อยละ 80) และมีโรคประจำตัว

อย่างน้อย 1 โรค 38 คน (ร้อยละ 76)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความคิดเห็นต่อทุนทางสังคม ปัจจัยนำเข้า และกระบวนการของโครงการ

ทุนทางสังคม: กลุ่มแกนนำผู้สูงอายุเห็นว่า ชุมชน มีนโยบาย แผนและการดำเนินงานในการจัดการดูแลสุขภาพชุมชน ภายใต้การดำเนินงานจากเทศบาลตำบล ศรีบัวบาน มีโรงเรียนผู้สูงอายุที่ประกอบด้วยกิจกรรม การอบรมและฝึกทักษะตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 ต่อมาในปี พ.ศ. 2561ได้มีการดำเนินงานภายใต้โครงการบริการ รับใช้สังคม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่ได้ร่วมกันศึกษาสถานการณ์ในชุมชน และศึกษาดูงาน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับพื้นที่ตำบลอุโมงค์ จังหวัดลำพูน และตำบลแม่เหิยะ จังหวัดเชียงใหม่ ที่ประสบความสำเร็จ ในการจัดดำเนินการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนเป็น ที่ประจักษ์ จากนั้นได้ร่วมกันทบทวนความเป็นไปได้และ การตั้งเป้าหมายในการดำเนินงาน ตลอดจนได้ร่วมกัน พัฒนาหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุในรุ่นที่ 5 เป็นระยะเวลา 6 เดือน ที่ผสมผสานแนวคิดวิถีพุทธ “สาราณียธรรม” ร่วมกับการให้ความรู้และการฝึกทักษะการปฏิบัติดูแลสุขภาพในด้านการรักษาโรคเบื้องต้น เพื่อส่งเสริมสมรรถนะ ผู้สูงอายุที่มีจิตอาสาและสามารถดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชน เช่น การประเมียร่างกาย การทำแผล การฟื้นฟูสภาพ การช่วยฟื้นคืนชีพ และได้มีการจัดตั้ง กลุ่มชมรมเสริมสุขผู้สูงวัย มีสมาชิกจำนวน 50 คน ที่ผ่านการอบรมจากหลักสูตรผู้สูงอายุ ร่วมกันออกเยี่ยมบ้าน ร่วมกับเทศบาลฯ พยาบาลชุมชน อสม. caregivers ในการฝึกทักษะการเก็บรวบรวมข้อมูล การประเมียร่างกาย การให้การดูแล การฟื้นฟูสภาพ และการจัดสุขภาพาล สิ่งแวดล้อม เดือนละ 2 ครั้ง หมุนเวียนไปทุกหมู่บ้านจนครบ 12 หมู่บ้าน โดยตลอดระยะเวลาดำเนินการ 12 เดือน มีผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ได้รับการเยี่ยมบ้าน จำนวน 108 ราย และได้มีการจัดทำฐานข้อมูลสุขภาพ ไว้เพื่อให้เทศบาลฯ นำไปใช้ต่อยอดในการดูแลที่ต่อเนื่อง

ต่อไป ต่อมาในปี พ.ศ. 2562-2563 ได้ดำเนินโครงการ ต่อเนื่องปีที่ 2 โดยมุ่งเน้นการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริม สมรรถนะแกนนำผู้สูงอายุในด้านความรู้ด้านสุขภาพ และการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลสุขภาพ ตนเอง ครอบครัวและชุมชน ภายใต้กิจกรรมการอบรม หลักสูตรดีใจผู้สูงอายุ ระยะเวลา 6 เดือน ซึ่งระหว่าง การดำเนินกิจกรรมอยู่ในช่วงสถานการณ์โรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 การจัดกิจกรรมได้ดำเนินการตาม มาตรการ D-M-H-T-T-A อย่างเคร่งครัด โดยแบ่งกลุ่ม แกนนำผู้สูงอายุออกเป็นกลุ่มไม่เกิน 10 คน หมุนเวียน เข้ารับการอบรมจนครบทุกกิจกรรม ดังนั้น กิจกรรม การดำเนินงานภายใต้โครงการบริการวิชาการรับใช้ สังคมนี้นอกจากเป็นความร่วมมือทางด้านวิชาการจาก มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ในการสร้างสมรรถนะแกนนำ ผู้สูงอายุในชุมชนแล้ว ยังทำให้ได้หลักสูตรโรงเรียน ผู้สูงอายุและหลักสูตรดีใจผู้สูงอายุ รวมทั้งคู่มือ สื่อ องค์ความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพที่สามารถ นำไปใช้ในการดูแลตนเอง คนในครอบครัวและชุมชน ที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ ในชุมชน และเหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน

ปัจจัยนำเข้าของโครงการ: กลุ่มแกนนำผู้สูงอายุ เห็นว่า มีวิทยาการการอบรมมีความรู้และสามารถ ถ่ายทอดประสบการณ์ โดยมีความพึงพอใจในด้านนี้ ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.94$, $SD=0.24$) ซึ่งวิทยาการ คือ อาจารย์ นักศึกษาระดับบัณฑิตและมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่มีความรู้ และประสบการณ์ด้านการดูแลสุขภาพ มีหัวข้อการอบรม เนื้อหา กิจกรรมการอบรมในระดับมาก ($\bar{X}=4.78$, $SD=0.42$) และมีอุปกรณ์/เอกสาร/สื่อประกอบการอบรม ที่สามารถนำไปทบทวนความรู้และฝึกฝนทักษะการ ปฏิบัติในการดูแลสุขภาพชุมชนในระดับมาก ($\bar{X}=4.64$, $SD=0.72$) ดังแสดงในตารางที่ 1 และจากการสนทนา กลุ่มได้ข้อคิดเห็นสนับสนุนว่า ในกิจกรรมการอบรมให้

ความรู้ วิทยากรมีความรู้ ทักษะ และมีความตั้งใจในการถ่ายทอด และสื่อสาร แต่เนื่องจากอุปกรณ์ในบางกิจกรรม เช่น อุปกรณ์การทำแผล การช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น จะต้องมีการแบ่งกลุ่มสลับหมุนเวียนเข้าฝึกปฏิบัติในแต่ละกิจกรรมซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการฝึกทักษะการปฏิบัติจนชำนาญ ซึ่งหากมีอุปกรณ์ที่พร้อมมากกว่านี้ จะทำให้ทุกคนสามารถฝึกปฏิบัติทักษะที่จำเป็นในการจัดการดูแลสุขภาพได้อย่างทั่วถึง นอกจากนี้ การปรับเนื้อหาและรูปแบบเอกสารประกอบการอบรมเพื่อส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้สูงอายุเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองและชุมชนให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เนื้อหากระชับ ใช้ภาษาเข้าใจง่าย มีภาพประกอบที่ชัดเจน จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถนำไปใช้ในการทบทวนความรู้และทักษะการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองได้

กระบวนการ: กลุ่มแกนนำเห็นว่า ในกิจกรรมศึกษาสถานการณ์พื้นที่ใกล้เคียงที่ประสบความสำเร็จด้านการจัดการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยมีแกนนำผู้สูงอายุจำนวน 36 คน และเจ้าหน้าที่จากเทศบาลฯ จำนวน 10 คน ได้ไปศึกษาดูงานและแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับพื้นที่ตำบลอุโมงค์ จังหวัดลำพูน และเทศบาลเมืองแม่เหิยะ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ เป็นระยะเวลา 2 วัน เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และนำรูปแบบการดำเนินงานของแต่ละพื้นที่มาปรับประยุกต์ใช้กับบริบทของพื้นที่ตำบลศรีบัวบาน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเห็นว่า วิทยากรมีความรู้ความสามารถ และสามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์ได้ ($\bar{X}=4.92$, $SD=0.27$) ดังแสดงในตารางที่ 1 และในขั้นตอนการสมัครเข้าร่วมกิจกรรม ทั้งการศึกษาดูงาน กิจกรรมการอบรมหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุ กิจกรรมการเยี่ยมบ้าน และกิจกรรมอบรมหลักสูตรดีใจผู้สูงอายุ ควรมีการประชาสัมพันธ์ให้ทั่วถึง เช่น ประกาศผ่านหอกระจายข่าวในแต่ละหมู่บ้าน เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมกันในการเข้าร่วมกิจกรรม เพราะผู้สูงอายุบางคนอยากเข้าร่วมแต่พลาดโอกาสเนื่องจากไม่ได้

รับทราบ และจากสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้บางกิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมการเยี่ยมบ้านของกลุ่มชมรมเสริมสุขผู้สูงอายุ โดยเป็นแกนนำผู้สูงอายุจำนวน 50 คน เพื่อฝึกทักษะให้การดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส ในชุมชน และกิจกรรมการอบรมหลักสูตรดีใจผู้สูงอายุ มีการแบ่งกลุ่มแกนนำผู้สูงอายุออกเป็นกลุ่มย่อย ๆ เป็นกลุ่มละ 10 คน ในการเข้าร่วมกิจกรรมแต่ละครั้ง กิจกรรมในกระบวนการดำเนินงานพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุมีความพึงพอใจมากที่สุด คือ การออกเยี่ยมบ้าน ($\bar{X}=4.87$, $SD=0.04$) การศึกษาดูงานและแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับพื้นที่อื่น ($\bar{X}=4.79$, $SD=0.24$) และการอบรมให้ความรู้ ($\bar{X}=4.78$, $SD=0.04$) ตามลำดับ (ดังตารางที่ 1)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลผลผลิตของโครงการ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการรับรู้สมรรถนะในการจัดการดูแลสุขภาพ และความพึงพอใจในการดำเนินโครงการ

จากการเก็บข้อมูลผู้สูงอายุจำนวน 50 คน ในด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลสุขภาพ และความพึงพอใจในโครงการ โดยรวม พบว่า ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง ($\bar{X}=4.68$, $SD=0.94$) การรับรู้สมรรถนะในการดูแลสุขภาพในระดับสูง ($\bar{X}=4.83$, $SD=0.17$) โดยในด้านสมรรถนะการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=4.92$, $SD=0.27$) รองลงมาคือ การเยี่ยมบ้านให้คำแนะนำ สื่อสารด้านสุขภาพ และส่งต่อผู้สูงอายุ ตัดบ้านติดเตียง ($\bar{X}=4.86$, $SD=0.35$) และการดูแลครอบครัว ($\bar{X}=4.84$, $SD=0.37$) ตามลำดับ และมีความพึงพอใจในการดำเนินโครงการในภาพรวมในระดับสูง ($\bar{X}=4.82$, $SD=0.16$) โดยกิจกรรมที่พึงพอใจมากที่สุดคือ การออกเยี่ยมบ้าน ($\bar{X}=4.87$, $SD=0.03$) การศึกษาดูงานและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ($\bar{X}=4.79$, $SD=0.24$) และการอบรมให้ความรู้ ($\bar{X}=4.78$, $SD=0.04$) ตามลำดับ (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในการดูแลสุขภาพ และความพึงพอใจในโครงการ ของกลุ่มตัวอย่าง โดยรวม (n=50)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะในการจัดการดูแลสุขภาพ และความพึงพอใจในโครงการ ของกลุ่มตัวอย่าง โดยรวม	$\bar{X}$	SD
ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการจัดการดูแลสุขภาพ โดยรวม	4.68	0.94
การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ	4.77	0.20
ความรู้ความเข้าใจในการจัดการดูแลสุขภาพ	4.68	0.23
การสื่อสาร	4.54	0.34
การจัดการตนเอง	4.80	0.21
การตัดสินใจ	4.73	0.32
การรู้เท่าทันสื่อ	4.59	0.39
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลสุขภาพ โดยรวม	4.83	0.17
การดูแลตนเอง	4.92	0.27
การดูแลครอบครัว	4.84	0.37
การดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง	4.78	0.42
การเยี่ยมบ้านให้คำแนะนำ ส่งต่อ	4.86	0.35
การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	4.76	0.43
ความพึงพอใจในการดำเนินโครงการ โดยรวม	4.82	0.16
กิจกรรมศึกษาดูงานและแลกเปลี่ยนเรียนรู้	4.79	0.24
วิทยากร ความรู้ และประสบการณ์	4.92	0.27
อุปกรณ์/เอกสาร/สื่อประกอบ	4.74	0.44
สิ่งอำนวยความสะดวก สถานที่	4.72	0.54
กิจกรรมอบรมให้ความรู้	4.78	0.04
วิทยากร ความรู้ และประสบการณ์	4.94	0.24
หัวข้อการอบรม เนื้อหา กิจกรรมการอบรม	4.78	0.42
อุปกรณ์ เอกสาร สื่อประกอบ	4.64	0.72
กิจกรรมการออกเยี่ยมบ้าน	4.87	0.03
ทีมพี่เลี้ยง ความรู้ และประสบการณ์	4.96	0.20
อุปกรณ์/เอกสาร/สื่อประกอบ	4.82	0.48
สิ่งอำนวยความสะดวก สถานที่	4.80	0.40
รูปแบบการดำเนินงาน ประสานงาน ประชาสัมพันธ์	4.90	0.30

อภิปรายผลการวิจัย

จะเห็นได้ว่า ผลจากการศึกษาในด้าน**บริบททุนทางสังคม** ที่กลุ่มแกนนำผู้สูงอายุเห็นว่า ในชุมชนมีการจัดการดูแลสุขภาพชุมชนทั้งนโยบายและการดำเนินงานที่ชัดเจนในชุมชน และจากภาคีเครือข่ายจากโครงการบริการวิชาการรับใช้สังคม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายของประเทศในการรองรับเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ดังนั้น การดำเนินการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้สูงอายุเพื่อการดูแลสุขภาพ ทั้งจากเทศบาลตำบลศรีบัวบาน และบริการวิชาการรับใช้สังคม จากมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จึงเป็นการขับเคลื่อนในบริบททุนทางสังคมที่สอดคล้องกับนโยบายของประเทศ สามารถพึ่งพาตนเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของเยาวรัตน์ รุ่งสว่าง และคณะ (2563) ที่กล่าวว่า การพัฒนาสมรรถนะบุคคลให้มีการบริหารจัดการการดูแลสุขภาพจะเป็นสิ่งสำคัญในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ นอกจากนี้ พบว่า**ปัจจัยนำเข้า**ของโครงการกลุ่มตัวอย่างเห็นว่าวิทยากรมีความรู้และทักษะความสามารถในการถ่ายทอดเนื้อหา รวมทั้งสื่ออุปกรณ์ที่สามารถใช้ในการทบทวนความรู้และฝึกทักษะในการดูแลสุขภาพชุมชนอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับ สุภาภรณ์ สุตหนองบัว (2565) ที่ชี้ให้เห็นว่าในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้มีการดูแลสุขภาพชุมชนได้นั้นจะต้องให้ผู้สูงอายุรับรู้ข้อมูลข่าวสารอย่างต่อเนื่อง และให้ผู้สูงอายุปรับตัวเข้ากับเทคโนโลยีและการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ สามารถพึ่งพาตนเองได้ และใน**กระบวนการ**ของกิจกรรมต่าง ๆ ของโครงการ ที่มีกิจกรรมที่มุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุมีทักษะและสามารถปฏิบัติการดูแลทั้งตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้จริง ผ่านโรงเรียนผู้สูงอายุที่ประกอบด้วยกิจกรรมการอบรมและฝึกทักษะที่หลากหลายที่เป็นการส่งเสริมสมรรถนะผู้สูงอายุให้มีการจัดการดูแลสุขภาพทั้งตนเอง ครอบครัว และชุมชน โดยในโรงเรียนผู้สูงอายุได้มีการ

ฝึกปฏิบัติเพิ่มเติมที่เน้นการรักษาโรคเบื้องต้น เช่น การทำแผล การเคลื่อนย้าย การช่วยฟื้นคืนชีพ การเป็นนักสื่อสารสุขภาพชุมชน (ดีเจผู้สูงอายุ) ซึ่งกิจกรรมจากการอบรมนี้ มีการดำเนินงานภายใต้การดำเนินโครงการบริการรับใช้สังคมของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ซึ่งเห็นว่าโครงการมีเป้าหมายที่ชัดเจน สามารถนำไปใช้ในการดูแลตนเองและครอบครัวได้จริง สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในมิติด้านสุขภาพที่สามารถเอาไปใช้ในการดูแลต่อเนื่องในครอบครัวและในชุมชนได้นอกจากนี้ การถ่ายทอดองค์ความรู้สู่ทักษะการปฏิบัติทั้งภายใต้โรงเรียนผู้สูงอายุและการจัดกิจกรรมออกเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงในชุมชน ร่วมกับการใช้เทคโนโลยีมาเป็นช่องทางการสื่อสาร เป็นการนำความรู้ที่ได้นำไปฝึกปฏิบัติจริงในขณะเยี่ยมบ้าน ซึ่งการเยี่ยมบ้านร่วมกับบุคลากรทางสุขภาพจะทำให้เกิดความมั่นใจในสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง ครอบครัว และชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ รังสิยา นารินทร์ และเรณู มีปาน (2558) ที่กล่าวว่า การส่งเสริมสมรรถนะกลุ่มอาสาป็นสุข โดยการเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมบุคลากรทางสุขภาพ ซึ่งเป็นทีมพี่เลี้ยง จะทำให้กลุ่มจิตอาสามีศักยภาพและสามารถให้การดูแลสุขภาพชุมชนได้เป็นอย่างดี

นอกจากนี้ **ผลผลิตของโครงการ**ยังชี้ให้เห็นถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง ซึ่งอาจเกิดเนื่องจากกิจกรรมการอบรมการส่งเสริมสมรรถนะผู้สูงอายุเพื่อการจัดการดูแลสุขภาพชุมชนที่ได้ดำเนินโครงการภายใต้หลักสูตรดีเจผู้สูงวัยทำให้ผู้สูงอายุได้พัฒนาทักษะความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ทักษะเป็นระยะเวลา 6 เดือน ตามกรอบแนวคิดของนัทบีม (Nutbeam, 2008) ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access skill) โดยพัฒนาทักษะการใช้มือถือในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ

การค้นหาข้อมูลที่น่าเชื่อถือในด้านการดูแลสุขภาพ ความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive skill) ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) การตั้งคำถาม การตอบคำถาม การใช้มือถือในการกรอกข้อมูล เช่น ข้อมูลกูเกิลฟอร์ม การทักษะการจัดการตนเอง (Self-management skill) ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) โดยและการรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy skill) พัฒนาทักษะการวิเคราะห์ข่าวปลอม จึงทำให้มีทักษะความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง เกิดความมั่นใจ และส่งผลทำให้การรับรู้สมรรถนะแหล่งตนเองในระดับสูงในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชนต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของ รจนารถ ชูใจ, ชลธิชา บุญศิริ และกมลพร แพทย์ชีพ (2564) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ทำให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงขึ้น และเสนอแนะว่า ควรมีการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพขยายผลในประชากรกลุ่มอื่น นอกจากนี้ ผลการศึกษา ยังพบว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้สมรรถนะในการจัดการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับสูงและความพึงพอใจในโครงการในระดับสูงด้วย สอดคล้องกับผลการศึกษาของเยาวรัตน์ รุ่งสว่าง และคณะ (2563) ที่กล่าวว่า การจัดโครงการอบรมทำให้สมรรถนะและทัศนคติของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุสูงขึ้น และควรสนับสนุนให้มีโครงการอบรมในลักษณะนี้ครอบคลุมทุกพื้นที่ และต่อเนื่อง

สรุป การส่งเสริมสมรรถนะผู้สูงอายุ ภายใต้การดำเนินงานบริการวิชาการรับใช้สังคม จากมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุและมีแกนนำที่สามารถให้การดูแลสุขภาพชุมชนภายใต้การดำเนินงานของชมรมเสริมสุขผู้สูงวัย และมีการดำเนินการเยี่ยมบ้านและพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง เป็นการส่งเสริมให้

ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ส่งผลให้เกิดการดูแลสุขภาพที่ดีทั้งต่อตนเอง ครอบครัว และชุมชน เป็นการส่งเสริมให้เกิดกระบวนการขับเคลื่อนการดำเนินงานให้ผู้สูงอายุมีสมรรถนะและสามารถจัดการดูแลสุขภาพชุมชนที่ยั่งยืนโดยทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งในและนอกพื้นที่ สอดคล้องกับแนวคิดที่ว่า การดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพชุมชนต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ในการส่งเสริมสมรรถนะผู้สูงอายุเพื่อการดูแลสุขภาพ ทำให้ชุมชนมีความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายทั้งในและนอกพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. ด้านการบริหาร เทศบาลฯ สามารถนำผลการศึกษาไปใช้ในการวางแผนและการดำเนินโครงการในการส่งเสริมสมรรถนะผู้สูงอายุเพื่อการจัดการดูแลสุขภาพชุมชน ในด้านความรู้ด้านสุขภาพและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการดูแลสุขภาพ
2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนสามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมสมรรถนะผู้สูงอายุเพื่อการจัดการดูแลสุขภาพชุมชนในด้านความรู้ด้านสุขภาพและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการดูแลสุขภาพต่อไป
3. ด้านการศึกษาวิจัย ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อติดตามสมรรถนะผู้สูงอายุเพื่อการจัดการดูแลสุขภาพชุมชน เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการดำเนินกิจกรรมในโครงการต่อไป
4. ควรส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้สูงอายุ โดยอาศัยเครือข่ายการดำเนินงานเพื่อการดูแลสุขภาพชุมชนที่ต่อเนื่อง สามารถส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้ด้านสุขภาพและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชนที่มีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณหน่วยสนับสนุนวิชาการ

รับใช้สังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่สนับสนุนการดำเนินงานตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). แนวทางการดูแลผู้สูงอายุในช่วงที่มีการระบาดของเชื้อโควิด-19. สืบค้นจาก: https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Covid_Health/Attach/25630406112904AM_แนวทางการดูแลผู้สูงอายุในช่วง%20COVID-19%20ระบาด_final.pdf
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2564). ทิศทางการขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุตามนโยบาย. สืบค้นจาก: https://www.dop.go.th/th/news_hr/11/141
- กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). การเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ. สืบค้นจาก: https://www.hed.go.th/220120180914085828_linkhed.pdf
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร. (2554). ความฉลาดทางสุขภาพ. กรุงเทพฯ: นิเวศธรรมดาการพิมพ์.
- เยาวรัตน์ รุ่งสว่าง, ยุพาพรรณ ทองตะนูนาม, จตุพร หนูสวัสดิ์ และศรัณญา ปานปิ่น. (2563). การพัฒนาสมรรถนะผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุจังหวัดนนทบุรี: การติดตามประเมินผลโครงการ. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 14(2), 93-104.
- รจนารถ ชูใจ, ชลธิชา บุญศิริ, และกมลพร แพทย์ชีพ. (2564). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลดอนตะโก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 8(1), 250-262.
- รังสียา นารินทร์, และเรณูมีปาน. (2558). นวัตกรรมการจัดการดูแลสุขภาพของชุมชน: อาสาป็นสุข. พยาบาลสาร, 42(4), 4-11.
- รังสียา นารินทร์, วิลาวัลย์ เตือนราชภูรี, ขวัญฟ้า ทาอินคำ, และสุพจน์ไชยจินดา. (2559). การพัฒนารูปแบบการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รังสียา นารินทร์, วิลาวัลย์ เตือนราชภูรี, สุมาลี เลิศมัลลิกาพร, ศิวพร อังวัฒนา, อธิพันธ์ จันทรเป็ง, ทศมาภรณ์ สุทธิรักษ์, จตุพล จงรักษ์, และนภารรณ วังแวว. (2564). การสร้างศักยภาพการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนอย่างเป็นองค์รวม รายงานการประชุมวิชาการระดับชาติ Engagement Thailand ครั้งที่ 7. นครราชสีมา: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.

- สุภาภรณ์ สุตหนองบัว. (2565). *การดูแลผู้สูงอายุ: สถานการณ์ และคุณภาพชีวิต* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2564). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564)*. สืบค้นจาก: <http://kbphpp.nationalhealth.or.th/handle/123456789/7704>
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2565). *การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย*. สืบค้นจาก: <https://www.nso.go.th>
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. Retrieved from: <https://pdfs.semanticscholar.org/67ad/dc0e498d330bc75c949a72881d4490e3d3bd.pdf>



การเปรียบเทียบการรับรู้สิ่งก่อความเครียด
ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นและนักศึกษาพยาบาล
ในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19

**A Comparison of Perceived Stressors of Middle School Students
and Nursing Students in the COVID-19 Pandemic Period**

จิราวรรณ กล่อมเมฆ, ปร.ด. Jirawan Klommek, Ph.D.^{1*}

อรเพ็ญ พงศ์กล้า, พย.ม., Orapen Pongklum, MNS.²

วรวัลย์ช บรลือทรัพย์, พย.ม., Worawalun Bunluesup, MNS.²

¹ผู้ช่วยศาสตราจารย์, ดร., คณะพยาบาลศาสตร์มิชชั่น มหาวิทยาลัยนานาชาติเอเชีย-แปซิฟิก ดุสิต กรุงเทพฯ

¹Associate Professor, Ph.D., Mission Faculty of Nursing, Asia-Pacific International University,
Dusit, Bangkok

²อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์มิชชั่น มหาวิทยาลัยนานาชาติเอเชีย-แปซิฟิก ดุสิต กรุงเทพฯ

²Lecturer, Mission Faculty of Nursing, Asia-Pacific International University, Dusit, Bangkok

²อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์มิชชั่น มหาวิทยาลัยนานาชาติเอเชีย-แปซิฟิก ดุสิต กรุงเทพฯ

²Lecturer, Mission Faculty of Nursing, Asia-Pacific International University, Dusit, Bangkok

*Corresponding Author Email: jirawan@apiu.edu

Received: June 14, 2022

Revised: December 6, 2022

Accepted: December 7, 2022

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์วิจัย เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้สิ่งก่อความเครียดของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นและนักศึกษาพยาบาลในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1 จำนวน 85 คน มัธยมศึกษาปีที่ 2 จำนวน 85 คน มัธยมศึกษาปีที่ 3 จำนวน 84 คน และนักศึกษาพยาบาล ปี 3 จำนวน 41 คน รวม 295 คน คัดเลือกด้วยการสุ่มแบบง่าย เครื่องมือ คือ แบบสอบถามส่วนบุคคลและการรับรู้สิ่งก่อความเครียดในการระบาดของโรคโควิด 19 ค่าความสอดคล้องของเนื้อหาเท่ากับ .86 และค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .88 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย และความแปรปรวนทางเดียว

ผลการวิจัย สรุปว่า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น และนักศึกษาพยาบาลมีการรับรู้สิ่งก่อความเครียดในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 ที่แตกต่างกัน คือ สิ่งที่ทำให้เครียดมาก, ผลการแก้ปัญหา, และความคาดหวังจาก

รัฐบาล, แพทย์, หรือพยาบาล การรับรู้สิ่งก่อความเครียดที่ไม่แตกต่างกัน คือ แบบแผนการดำรงชีวิตที่แตกต่างไปจากเดิม การคาดหวังการระบาดของโรคโควิด 19 จะมีผลต่อตนเอง การช่วยเหลือตนเองในการระบาดโรคโควิด 19 และความคาดหวังจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน หรือคนอื่น ๆ ผลการวิจัยนี้สามารถเป็นแนวทางให้อาจารย์นำไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนภาคทฤษฎีและปฏิบัติ เพื่อให้นักศึกษาวางแผนพฤติกรรมการพยาบาลได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การรับรู้สิ่งก่อความเครียด นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น นักศึกษาพยาบาล การระบาดของโรคโควิด 19

Abstract

The objective of this research was to compare the perceived stressors among middle school students and nursing students in the COVID-19 pandemic period. A sample group of middle school students 85 in grade 7, 85 in grade 8, 84 in grade 9, and 41 third-year-nursing students. Total of 295 participants were selected by simple random sampling. Participants filled out a questionnaire developed to collect their personal information and information about their perceived stressors related to the COVID-19 pandemic. The IOC = .86. Reliability calculated by Cronbach's Alpha, was .88. Data analysis was performed using descriptive statistics and One-way ANOVA.

Results showed that middle school students and nursing students perceived some COVID-19 stressors differently and perceived other stressors similarly. Stressors that were perceived differently included of the things that were very stressful, the result of handling the problem, and the expectations from the government, doctors, or nurses. Stressors that were similarly perceived included a different way of living, self-care during the COVID-19 pandemic, and expectations from family members, friends, or others. These finding can provide a guideline for teachers to use in teaching and learning in theory and practice to enable students for planning a comprehensive and effective nursing intervention.

Keywords: *perceived stressors, middle school students, nursing students, the COVID-19 pandemic period*

บทนำ

การระบาดของโรคโควิด 19 ระลอก 3 ในประเทศไทย กระจายอย่างรวดเร็วและผู้ติดเชื้อมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง กระทรวงศึกษาธิการจึงประกาศปิดสถานศึกษาทุกแห่งทั้งรัฐและเอกชน (กระทรวงศึกษาธิการ, 2564) และกรมควบคุมโรค (2564) ประกาศแนวทางปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคโควิด 19 เช่น การสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาเมื่อออกนอกบ้าน, ล้างมือด้วยสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์บ่อย ๆ, หลีกเลี่ยงการใช้มือสัมผัสใบหน้า ตา ปาก จมูกโดยไม่จำเป็น, ออกจากบ้านเมื่อจำเป็น, ไม่รับประทานอาหารร่วมกัน ส่งผลให้นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นและนักศึกษาพยาบาลต้องเผชิญกับการปรับตัวตามชีวิตวิถีใหม่ (New normal) จากการระบาดของโรคโควิด 19 เช่นกัน แต่จากข้อมูลการแพร่ระบาด พ.ศ. 2563 พบเด็กอายุ 10-14 ปี มีอัตราเสี่ยงที่จะติดโรคโควิด 19 มากถึงร้อยละ 34 และพบแหล่งแพร่เชื้อที่สำคัญ คือ ผู้ปกครอง สมาชิกในครอบครัว และญาติ (กระทรวงสาธารณสุข, 2563 ก) และรายงานในช่วง 1 เมษายน-14 สิงหาคม 2564 เฉพาะกลุ่มเด็กอายุ 12-18 ปี พบติดโรคโควิด 19 จำนวน 41,832 คน คิดเป็น ร้อยละ 0.8 ในจำนวนนี้เสียชีวิต 8 คน (สุวรรณชัย วัฒนากรเจริญชัย 2564) จากการเก็บข้อมูลความเสี่ยงเรื่องการติดโรคโควิด 19 ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์มขชั้น ในปีการศึกษา 2564 พบว่า นักศึกษาพยาบาลเป็นโรคโควิด 19 ร้อยละ 28.84 (คณะพยาบาลศาสตร์มขชั้น, 2564) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงว่านักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นและนักศึกษาพยาบาลเป็นโรคโควิด 19 แต่การรับรู้สิ่งก่อความเครียดของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นและนักศึกษาพยาบาลในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 ตามทฤษฎีระบบของนิวแมน (Neuman Systems Model) อาจแตกต่างกัน

ทฤษฎีระบบของนิวแมน (Neuman Systems Model) กล่าวว่า คน เป็นระบบเปิดที่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา โดยคนจะพยายามรักษาสมดุลของร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ สังคมวัฒนธรรม และพัฒนาการ ท่ามกลางสิ่งก่อความเครียด (stressors) เพื่อให้มีภาวะสุขภาพที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ในแต่ละช่วงเวลาตลอดชีวิต บุคคลในทฤษฎีระบบของนิวแมน คือ คนทุกวัยที่กำลังเผชิญกับสิ่งก่อความเครียดที่อาจคุกคาม หรือคือผู้ที่อยู่ในภาวะเสี่ยงต่าง ๆ (Neuman & Fawcett, 2011) ดังนั้นการระบาดของโรคโควิด 19 ในปัจจุบัน จึงเป็นสิ่งก่อความเครียดที่คุกคามบุคคล นอกจากนี้ ดร.นิวแมน ยังกล่าวว่า การปฏิบัติการพยาบาลระดับบุคคล สิ่งสำคัญคือการรวบรวมข้อมูลที่สำคัญให้ครบถ้วน และได้ให้แนวทางในการประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยและ/หรือผู้ดูแลหลัก และของพยาบาลเกี่ยวกับสิ่งก่อความเครียดโดยใช้คำถาม 6 ข้อ ซึ่งประกอบด้วย 1) สิ่งที่ทำให้ท่านเครียดมากตอนนี้คืออะไร 2) แบบแผนการดำเนินชีวิตของท่านในปัจจุบันแตกต่างไปจากเดิมอย่างไรบ้าง 3) ท่านเคยเจ็บป่วยมาก่อนหรือไม่ อาการเจ็บป่วยเป็นอย่างไร ท่านจัดการกับความเจ็บป่วยนั้นอย่างไร และได้ผลอย่างไร 4) ท่านคาดหวังว่าสถานการณ์การเจ็บป่วยในครั้งนี้น่าจะมีผลต่อตัวเองและครอบครัวต่อไปอย่างไรบ้าง 5) ท่านดูแลตนเองอะไรได้บ้างและ ผู้ดูแลหลักสามารถดูแลท่านอะไรได้บ้าง และ 6) ท่านคาดหวังว่าพยาบาลหรือแพทย์ สมาชิกในครอบครัว เพื่อน หรือคนอื่น ๆ ควรทำอะไรให้บ้าง หลังจากนั้นให้พยาบาลทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบความเหมือนความต่างของคำตอบแต่ละข้อ ซึ่งเป็นกลวิธีสำคัญที่ช่วยให้พยาบาลได้ข้อมูลสำคัญโดยเฉพาะด้านจิตใจและสังคม วัฒนธรรม เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาล (Neuman & Fawcett, 2011)

คณะพยาบาลศาสตร์มิชชั่น มหาวิทยาลัยนานาชาติ เอเชีย-แปซิฟิก มีนโยบายให้ทุกกลุ่มวิชาทางการพยาบาล ใช้ทฤษฎีระบบของนิวแมนเป็นแนวคิดในการปฏิบัติการพยาบาล ที่ผ่านมามีวิชาปฏิบัติการพยาบาล เด็กและวัยรุ่น กำหนดให้นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ประเมินการรับรู้สิ่งก่อความเครียดของผู้ป่วยเด็กและ/หรือผู้ดูแลหลัก และของนักศึกษา โดยใช้คำถาม 6 ข้อ ดังกล่าว ในขณะที่ผู้ป่วยเด็กและ/หรือผู้ดูแลหลักรักษาในโรงพยาบาล แล้วให้นักศึกษาวิเคราะห์เปรียบเทียบความเหมือนความต่างของคำตอบแต่ละข้อ เพื่อนำมากำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและวางแผนปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในการประเมินสุขภาพผู้ป่วย แต่เนื่องจากในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 นักศึกษาพยาบาลไม่สามารถขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาล ในโรงพยาบาลได้ตามปกติ รวมทั้งงานวิจัยเกี่ยวกับการรับรู้สิ่งก่อความเครียดในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ตามทฤษฎีระบบของนิวแมนยังไม่มี คณะผู้วิจัยจึงต้องการเปรียบเทียบการรับรู้สิ่งก่อความเครียดระหว่างนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นและนักศึกษาพยาบาลในการระบาดของโรคโควิด 19 เพื่อให้ นักศึกษาพยาบาลมีประสบการณ์การใช้ 6 ข้อคำถามการรับรู้สิ่งก่อความเครียดของทฤษฎีระบบของนิวแมน และผลการวิจัยเป็นแนวทางให้อาจารย์นำไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนภาคทฤษฎีและปฏิบัติ รวมถึงบุคลากรทางสุขภาพวางแผนการป้องกันการระบาดของโรคโควิด 19 ในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ต่อสิ่งก่อความเครียดของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1, มัธยมศึกษาปีที่ 2, มัธยมศึกษาปีที่ 3, และนักศึกษาพยาบาลในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19

นิยามปฏิบัติการ

การรับรู้สิ่งก่อความเครียด หมายถึง การรับรู้ผลกระทบของการระบาดของโรคโควิด 19 ต่อตนเองตามทฤษฎีระบบของนิวแมน ประกอบด้วย 6 ข้อคำถาม 1) สิ่งที่ทำให้เครียดมาก เช่น ฉันเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัส COVID 19 2) แบบแผนการดำรงชีวิตที่แตกต่างไปจากเดิม เช่น ฉันสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าตลอดเวลาเมื่อออกนอกบ้าน 3) ผลการแก้ปัญหา 4) การคาดว่าจะการระบาดของโรคโควิด 19 จะมีผลต่อตัวเอง เช่น ฉันอาจจะต้องเรียนชดเชยนอกเวลา 5) การช่วยเหลือตัวเองในการระบาดของโรคโควิด 19 เช่น ฉันออกจากบ้านเมื่อจำเป็นเท่านั้น และ 6) ความคาดหวังจากรัฐบาล แพทย์ พยาบาล สมาชิกในครอบครัว เพื่อน หรือคนอื่น ๆ เช่น จะได้รับการดูแลรักษาเมื่อป่วยด้วยโรคโควิด 19, คาดหวังว่าครูจะลดการบ้านในการเรียนออนไลน์ เป็นต้น

นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น หมายถึง นักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1, มัธยมศึกษาปีที่ 2, มัธยมศึกษาปีที่ 3 ที่กำลังศึกษาในโรงเรียนราชวินิต มัธยมสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร

นักศึกษาพยาบาล หมายถึง นักศึกษาชั้นปีที่ 3 กำลังศึกษาภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2564 คณะพยาบาลศาสตร์มิชชั่น มหาวิทยาลัยนานาชาติเอเชีย-แปซิฟิก

การระบาดของโรคโควิด 19 หมายถึง การแพร่กระจายของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้มีอัตราผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและเป็นจำนวนมาก

กรอบแนวคิดการวิจัย

ทฤษฎีระบบของนิวแมน (Neuman System Model) ให้ความสำคัญในการประเมินการรับรู้

สิ่งก่อความเครียดของผู้รับบริการ และนำมาเปรียบเทียบกับ การรับรู้ของพยาบาล ซึ่งเป็นกลวิธีสำคัญที่ช่วยให้พยาบาลได้ข้อมูลสำคัญโดยเฉพาะด้านจิตใจและสังคม วัฒนธรรมของผู้รับบริการ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการ กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้คำถาม 6 ข้อในการประเมินการรับรู้ สิ่งก่อความเครียดของผู้รับบริการ ซึ่งประกอบด้วย 1) สิ่งที่ทำให้ท่านเครียดมากตอนนี้คืออะไร 2) แบบแผน การดำเนินชีวิตของท่านในปัจจุบันแตกต่างไปจากเดิม อย่างไรบ้าง 3) ท่านเคยเจ็บป่วยมาก่อนหรือไม่ อาการ เจ็บป่วยเป็นอย่างไร ท่านจัดการกับความเจ็บป่วยนั้น อย่างไร และได้ผลอย่างไร 4) ท่านคาดหวังว่าสถานการณ์ การเจ็บป่วยในครั้งนี้จะส่งผลต่อตัวเองและครอบครัว ต่อไปอย่างไรบ้าง 5) ท่านดูแลตนเองอะไรได้บ้างและ ผู้ดูแลหลักสามารถดูแลท่านอะไรได้บ้าง และ 6) ท่าน คาดหวังว่าพยาบาลหรือแพทย์ สมาชิกในครอบครัว เพื่อน หรือคนอื่น ๆ ควรทำอะไรให้บ้าง (Neuman & Fawcett, 2011) การวิจัยนี้จึงใช้กรอบแนวคิดทฤษฎี ระบบของนิวแมน เป็นแนวทางในการศึกษาการรับรู้ สิ่งก่อความเครียดของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษา ตอนต้นและนักศึกษาพยาบาลในช่วงการระบาดของ โรคโควิด 19

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัย เชิงพรรณนา (Descriptive research)

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ นักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1, 2, และ 3 โรงเรียนราชวินิต มัธยม สังกัดสำนักงานคณะกรรมการ การศึกษาขั้นพื้นฐานกระทรวงศึกษาธิการ เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย นักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1 จำนวน 418 คน นักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2 จำนวน 411 คน และนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 3 จำนวน 403 คน รวม

ทั้งหมด 1,232 คน (โรงเรียนราชวินิต มัธยม, 2563) นักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์มิชชั่น ชั้นปีที่ 3 จำนวน 41 คน รวมทั้งหมด 1,273 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่าง จากตารางสำเร็จรูปของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ได้จำนวน 295 คน ซึ่งสุ่มเจาะ และลงชื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัย แล้วจึงสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ตามสัดส่วน นักเรียนมัธยมศึกษา ปีที่ 1 จำนวน 85 คน นักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2 จำนวน 85 คน นักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 3 จำนวน 84 คน และ นักศึกษาพยาบาล ปี 3 จำนวน 41 คน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามจำนวน 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ ระดับชั้นที่ศึกษา และเกรดเฉลี่ย สะสมของปีการศึกษาที่ผ่านมา จำนวน 3 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้สิ่งก่อ ความเครียดในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 ประกอบด้วย 6 ข้อคำถามของทฤษฎีระบบของนิวแมน (Neuman & Fawcett, 2011) และการทบทวนวรรณกรรม เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คะแนน 1 (รับรู้น้อยที่สุด) ถึง 5 (รับรู้มากที่สุด) จำนวน 50 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 50-250 ประกอบด้วย

1. สิ่งที่ทำให้เครียดมาก จำนวน 3 ข้อ
2. แบบแผนการดำรงชีวิตที่แตกต่างไป จากเดิม จำนวน 10 ข้อ
3. ผลการแก้ปัญหา จำนวน 1 ข้อ
4. การคาดว่าจะการระบาดของโรคโควิด 19 จะมีผลกับตนเอง จำนวน 8 ข้อ
5. การช่วยเหลือตนเองในการระบาดของโรค โควิด 19 จำนวน 9 ข้อ
6. ความคาดหวัง
 - 6.1 ความคาดหวังจากรัฐบาล แพทย์ พยาบาล จำนวน 9 ข้อ

6.2 ความคาดหวังจาก สมาชิกใน
ครอบครัว เพื่อน หรือคนอื่น ๆ จำนวน 10 ข้อ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรง
คุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content
Validity Index: CVI) เท่ากับ .86 และค่าความเชื่อมั่น
(Reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค
เท่ากับ 0.88

4. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจาก
คณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรม (RRDC
2021-96) ของมหาวิทยาลัยนานาชาติเอเชีย-แปซิฟิก
คณะผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย ประโยชน์
ที่จะได้รับการวิจัยอย่างละเอียดให้กลุ่มตัวอย่าง
เข้าใจเป็นอย่างดีก่อนที่จะตอบแบบสอบถาม และกลุ่ม
ตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธการตอบแบบสอบถามได้โดย
ไม่มีผลกระทบใดๆ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บ
เป็นความลับ และจะเปิดเผยในภาพรวมที่เป็นการสรุป
ผลการวิจัย

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยเก็บข้อมูลเดือนตุลาคม-
พฤศจิกายน พ.ศ. 2564 โดยทำหนังสือขออนุญาต
ผู้อำนวยการโรงเรียนราชวินิต มัธยม และคณบดีคณะ
พยาบาลศาสตร์มิชชั่น เพื่อขอเก็บข้อมูล แจ้งผู้ปกครอง
รับทราบวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับ
และการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย จากนั้นผู้ปกครอง
และกลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัย ขณะ
ตอบแบบสอบถามหากมีข้อสงสัย สามารถถามคณะ
ผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ใช้เวลาทำแบบสอบถามประมาณ
15-20 นาที

6. วิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยคำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความแปรปรวน
ทางเดียว (One-way ANOVA)

ผลการวิจัย

การรับรู้ต่อสิ่งก่อความเครียดในการระบาด
ของโรคโควิด 19 ระหว่างนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1,
มัธยมศึกษาปีที่ 2, มัธยมศึกษาปีที่ 3, และนักศึกษา
พยาบาล ตามข้อคำถามของทฤษฎีระบบของนิวแมน
แสดงผลการวิจัย ดังตารางที่ 1

1. การรับรู้สิ่งที่ทำให้เครียดมากในการระบาด
ของโรคโควิด 19 แสดงว่า ความแปรปรวนของการ
รับรู้สิ่งที่ทำให้เครียดมากระหว่างนักเรียนมัธยมศึกษา
ปีที่ 1, มัธยมศึกษาปีที่ 2, มัธยมศึกษาปีที่ 3 และ
นักศึกษาพยาบาลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
ที่ระดับ 0.05 ($F_{3,291} = 29.473, p = 0.000$)

2. การรับรู้แบบแผนการดำรงชีวิตที่แตกต่าง
ไปจากเดิมในการระบาดของโรคโควิด 19 แสดงว่า
ความแปรปรวนของการรับรู้แบบแผนการดำรงชีวิต
แตกต่างกันระหว่างนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1,
มัธยมศึกษาปีที่ 2, มัธยมศึกษาปีที่ 3, และนักศึกษา
พยาบาล ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
0.05 ($F_{3,291} = .257, p = 0.856$)

3. การรับรู้ผลการแก้ปัญหาในการระบาดของ
โรคโควิด 19 แสดงว่า ความแปรปรวนของการรับรู้
ผลการแก้ปัญหาระหว่างนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1,
มัธยมศึกษาปีที่ 2, มัธยมศึกษาปีที่ 3, และนักศึกษา
พยาบาล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
0.05 ($F_{3,291} = 7.016, p = 0.000$)

4. การรับรู้การคาดว่าการระบาดของโรคโควิด 19
จะมีผลกับตนเองต่อไป แสดงว่า ความแปรปรวนของ
การรับรู้การคาดว่าการระบาดของโรคโควิด 19 จะมีผลกับ
ตนเอง ระหว่างนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1, มัธยมศึกษา
ปีที่ 2, มัธยมศึกษาปีที่ 3, และนักศึกษาพยาบาล
ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
($F_{3,291} = 2.426, p = 0.066$)

5. การรับรู้การช่วยเหลือตนเองในการระบาด

ของโรคโควิด 19 แสดงว่า ความแปรปรวนของการรับรู้ การช่วยเหลือตนเองในการระบาดโรคโควิด 19 ระหว่าง นักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1, มัธยมศึกษาปีที่ 2, มัธยมศึกษา ปีที่ 3, และนักศึกษาพยาบาล ไม่แตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($F_{3,291} = 1.275, p = 0.283$)

6. ความคาดหวัง

6.1 การรับรู้ความคาดหวังจากรัฐบาล แพทย์ พยาบาลในการระบาดของโรคโควิด 19 แสดงว่า ความแปรปรวนของการรับรู้ความคาดหวังจากรัฐบาล แพทย์ พยาบาล ระหว่างนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1,

มัธยมศึกษาปีที่ 2, มัธยมศึกษาปีที่ 3, และนักศึกษา พยาบาล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($F_{3,291} = 4.154, p = 0.007$)

6.2 การรับรู้ความคาดหวังจากสมาชิกใน ครอบครัว เพื่อน หรือคนอื่น ๆ ในการระบาดของโรค โควิด 19 แสดงว่า ความแปรปรวนของการรับรู้ความ คาดหวังจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน หรือคนอื่น ๆ ระหว่างนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1, มัธยมศึกษาปีที่ 2, มัธยมศึกษาปีที่ 3, และนักศึกษาพยาบาล ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($F_{3,291} = 1.062, p = 0.365$) (ดังตารางที่1)

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของการรับรู้สิ่งต่อก่อนความเครียดในการระบาดของโรคโควิด 19 ระหว่างนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1, มัธยมศึกษาปีที่ 2, มัธยมศึกษาปีที่ 3, และ นักศึกษาพยาบาล (n=295)

แหล่งความแปรปรวน		Sum of Squares	df	Mean Squares	F	Sig.
1. การรับรู้สิ่งที่ทำให้เครียดมาก	ระหว่างกลุ่ม	39.032	3	13.011	29.473***	.000
	ภายในกลุ่ม	128.461	291	.441		
	รวม	167.493	294			
2. การรับรู้แบบแผนการดำรง ชีวิตที่แตกต่างไปจากเดิม	ระหว่างกลุ่ม	.236	3	.079	.257	.856
	ภายในกลุ่ม	89.233	291	.307		
	รวม	89.469	294			
3. การรับรู้ผลการแก้ปัญหา	ระหว่างกลุ่ม	81.293	3	27.098	7.016***	.000
	ภายในกลุ่ม	1123.913	291	3.862		
	รวม	1205.207	294			
4. การรับรู้การคาดว่าจะการระบาด โรคโควิด 19 จะมีผลกับ ตนเอง	ระหว่างกลุ่ม	4.218	3	1.406	2.426	.066
	ภายในกลุ่ม	168.640	291	.580		
	รวม	172.857	294			
5. การรับรู้การช่วยเหลือตนเอง ในการระบาดของโรคโควิด 19	ระหว่างกลุ่ม	1.634	3	.545	1.275	.283
	ภายในกลุ่ม	124.340	291	.427		
	รวม	125.974	294			
6.1 การรับรู้ความคาดหวังจาก รัฐบาล แพทย์ พยาบาล	ระหว่างกลุ่ม	9.688	3	3.229	4.154**	.007
	ภายในกลุ่ม	226.245	291	.777		
	รวม	235.933	294			

ตารางที่ 1 (ต่อ)

แหล่งความแปรปรวน		Sum of Squares	df	Mean Squares	F	Sig.
6.2 ความคาดหวังจากสมาชิก ในครอบครัว เพื่อน หรือคน อื่น ๆ	ระหว่างกลุ่ม	1.716	3	.572	1.062	.365
	ภายในกลุ่ม	156.684	291	.538		
	รวม	158.400	294			

$**p < 0.01$, $***p < 0.001$

ผลการทดสอบค่าเฉลี่ยรายคู่ การรับรู้สิ่งที่ทำให้นักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1, มัธยมศึกษาปีที่ 2, และมัธยมศึกษาปีที่ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยวิธีของเชฟเฟ (Scheffe Method) แสดงว่า นักศึกษาพยาบาลมีการรับรู้สิ่งที่ทำให้เครียดมากกว่า (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลการทดสอบค่าเฉลี่ยการรับรู้สิ่งที่ทำให้นักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1, มัธยมศึกษาปีที่ 2, มัธยมศึกษาปีที่ 3, และนักศึกษาพยาบาล ด้วยวิธีเชฟเฟ (n=295)

ชั้นปีที่ศึกษา	$\bar{x}$	มัธยมศึกษาปีที่ 1	มัธยมศึกษาปีที่ 2	มัธยมศึกษาปีที่ 3	นักศึกษาพยาบาล
		2.521	2.584	2.607	3.617
มัธยมศึกษาปีที่ 1	2.521	-			
มัธยมศึกษาปีที่ 2	2.584	.06275	-		
มัธยมศึกษาปีที่ 3	2.607	.08557	.02283	-	
นักศึกษาพยาบาล	3.617	1.09632***	1.03357***	1.01174***	-

$***p < 0.001$

ผลการทดสอบค่าเฉลี่ยรายคู่ การรับรู้ผลการแก้ปัญหา โดยวิธีของเชฟเฟ แสดงว่า นักศึกษาพยาบาล มีการรับรู้ผลการแก้ปัญหามากกว่านักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1, มัธยมศึกษาปีที่ 2, และ มัธยมศึกษาปีที่ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ผลการทดสอบค่าเฉลี่ยการรับรู้ผลการแก้ปัญหาระหว่างนักเรียน มัธยมศึกษาปีที่ 1, มัธยมศึกษาปีที่ 2, มัธยมศึกษาปีที่ 3, และนักศึกษาพยาบาล ด้วยวิธีเชฟเฟ (n=295)

ชั้นปีที่ศึกษา	$\bar{x}$	มัธยมศึกษาปีที่ 1	มัธยมศึกษาปีที่ 2	มัธยมศึกษาปีที่ 3	นักศึกษาพยาบาล
		1.905	1.905	1.381	3.097
มัธยมศึกษาปีที่ 1	1.905	-			
มัธยมศึกษาปีที่ 2	1.905	.00000	-		
มัธยมศึกษาปีที่ 3	1.381	.52493	.52493	-	
นักศึกษาพยาบาล	3.097	1.19168*	1.19168*	1.71661***	-

* $p < 0.05$, $***p < 0.001$

ผลการทดสอบค่าเฉลี่ยรายคู่ การรับรู้ความคาดหวัง
จากรัฐบาล แพทย์ พยาบาล โดยวิธีของเซฟเฟ่ แสดงว่า
นักศึกษาพยาบาล รับรู้ความคาดหวังจากรัฐบาล แพทย์

พยาบาล มากกว่านักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1 และมัธยมศึกษา
ปีที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ผลการทดสอบค่าเฉลี่ยรับรู้ความคาดหวังจากรัฐบาล แพทย์ พยาบาล ระหว่างนักเรียน มัธยมศึกษาปีที่ 1, มัธยมศึกษาปีที่ 2, มัธยมศึกษาปีที่ 3, และนักศึกษาพยาบาล ด้วยวิธีเซฟเฟ่ (n=295)

ชั้นปีที่ศึกษา	$\bar{x}$	มัธยมศึกษาปีที่ 1	มัธยมศึกษาปีที่ 2	มัธยมศึกษาปีที่ 3	นักศึกษาพยาบาล
		3.775	3.832	4.022	4.317
มัธยมศึกษาปีที่ 1	3.775	-			
มัธยมศึกษาปีที่ 2	3.832	.05752	-		
มัธยมศึกษาปีที่ 3	4.022	.24732	.18981	-	
นักศึกษาพยาบาล	4.317	.54191*	.48439*	.29459	-

* $p < 0.05$

ผลการวิจัย

การรับรู้สิ่งก่อความเครียดตามทฤษฎีระบบของ
นิวแมนระหว่างนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1, มัธยมศึกษา
ปีที่ 2, และ มัธยมศึกษาปีที่ 3 กับนักศึกษาพยาบาลใน
การระบาดของโรคโควิด 19 สรุปผลการวิจัย ดังนี้

1. นักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1, มัธยมศึกษาปีที่ 2, มัธยมศึกษาปีที่ 3, และนักศึกษาพยาบาล มีการรับรู้
สิ่งที่ทำให้เครียดมากในการระบาดของโรคโควิด 19
แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ
เมื่อเปรียบเทียบรายคู่ พบว่า นักศึกษาพยาบาลรับรู้
สิ่งที่ทำให้เครียดมากสูงกว่านักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1,
มัธยมศึกษาปีที่ 2, และ มัธยมศึกษาปีที่ 3 อย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. นักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1, มัธยมศึกษาปีที่ 2, มัธยมศึกษาปีที่ 3, และนักศึกษาพยาบาล มีการรับรู้
แบบแผนการดำรงชีวิตที่แตกต่างไปจากเดิมในการ
ระบาดของโรคโควิด 19 ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. นักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1, มัธยมศึกษาปีที่ 2, มัธยมศึกษาปีที่ 3, และนักศึกษาพยาบาล มีการรับรู้
ผลการแก้ปัญหาในการระบาดของโรคโควิด 19 แตกต่างกัน
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อเปรียบเทียบ
รายคู่ พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีการรับรู้ผลการแก้ปัญห
ดีกว่านักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1, มัธยมศึกษาปีที่ 2, และ
มัธยมศึกษาปีที่ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4. นักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1, มัธยมศึกษาปีที่ 2, มัธยมศึกษาปีที่ 3, และนักศึกษาพยาบาล มีการรับรู้
การคาดว่าการระบาดของโรคโควิด 19 จะมีผลต่อตัวเอง
ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5. นักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1, มัธยมศึกษาปีที่ 2, มัธยมศึกษาปีที่ 3, และนักศึกษาพยาบาล มีการรับรู้
การช่วยเหลือตัวเองในการระบาดของโรคโควิด 19 ของ
ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

6. ความคาดหวัง

6.1 นักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1, มัธยมศึกษาปีที่ 2, มัธยมศึกษาปีที่ 3, และนักศึกษาพยาบาล มีการรับรู้ความคาดหวังจากรัฐบาล แพทย์ พยาบาล แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อเปรียบเทียบรายคู่ พบว่า นักศึกษาพยาบาลคาดหวังจากรัฐบาล แพทย์ พยาบาลมากกว่านักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1 และมัธยมศึกษาปีที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

6.2 นักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1, มัธยมศึกษาปีที่ 2, มัธยมศึกษาปีที่ 3, และนักศึกษาพยาบาล มีการรับรู้ความคาดหวังจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน หรือคนอื่นๆ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้สิ่งก่อความเครียดระหว่างนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นและนักศึกษาพยาบาลในการระบาดของโรคโควิด 19 ดังนี้

1. การรับรู้สิ่งที่ทำให้เครียดมากในการระบาดของโรคโควิด 19 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล แสดงว่า นักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1, มัธยมศึกษาปีที่ 2, และมัธยมศึกษาปีที่ 3 มีการรับรู้สิ่งที่ทำให้เครียดมากแตกต่างจากนักศึกษาพยาบาล โดยนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1, มัธยมศึกษาปีที่ 2, และมัธยมศึกษาปีที่ 3 รับรู้สิ่งที่ทำให้เครียดมาก คือ การเรียนแย่ง/เรียนไม่เข้าใจจากการปิดโรงเรียนและเรียนออนไลน์ อาจเป็นเพราะว่า การระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้นักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1, มัธยมศึกษาปีที่ 2, และมัธยมศึกษาปีที่ 3 ต้องเรียนออนไลน์อยู่ที่บ้าน จึงขาดความตั้งใจในการเรียนตลอดเวลา หรืออาจเกิดจากอุปกรณ์ในการเรียนออนไลน์ไม่พร้อม เช่น โทรศัพท์มือถือหรือคอมพิวเตอร์เก่า และสัญญาณอินเทอร์เน็ตไม่เสถียร

การเรียนการสอนไม่ต่อเนื่อง (ประชาชาติธุรกิจออนไลน์, 2564) ส่วนนักศึกษาพยาบาล รับรู้สิ่งที่ทำให้เครียดมาก คือ รายได้ของครอบครัวลดลง ไม่เพียงพอในการใช้จ่าย ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับ การรายงานผลกระทบเชิงเศรษฐกิจและสังคมจากการระบาดของโรคโควิด 19 ในประเทศไทย แสดงว่า การระบาดของโรคโควิด 19 ระลอกสาม มีผู้ถูกเลิกจ้างงานหรืองานน้อยลง การปิดโรงเรียนระยะนาน การเรียนออนไลน์ ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตลดลงและเกิดการถดถอยด้านการเรียนรู้ (โศภิต นาสืบ, 2564) และเมื่อเปรียบเทียบรายคู่ พบว่า นักศึกษาพยาบาลรับรู้สิ่งที่ทำให้เครียดมากสูงกว่านักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1, มัธยมศึกษาปีที่ 2, และมัธยมศึกษาปีที่ 3 ซึ่งจากคำบอกเล่าของนักศึกษาพยาบาล คือ กังวลเรื่องผู้ปกครองหาเงินมาชำระค่าเล่าเรียนไม่ทันตามกำหนดเวลา ส่วนนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นรับรู้สิ่งที่ทำให้เครียดมากต่ำกว่านักศึกษาพยาบาล อาจเป็นเพราะว่า โรงเรียนได้ปรับวิธีการเรียนการสอนออนไลน์ให้น่าสนใจมากขึ้นและลดการบ้าน ทำให้ความเครียดของนักเรียนลดลง (ไทยรัฐออนไลน์, 2564)

2. การรับรู้แบบแผนการดำรงชีวิตที่แตกต่างไปจากเดิมในการระบาดของโรคโควิด 19

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล แสดงว่า นักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1, มัธยมศึกษาปีที่ 2, และมัธยมศึกษาปีที่ 3 มีการรับรู้แบบแผนการดำรงชีวิตที่แตกต่างไปจากเดิมในการระบาดของโรคโควิด 19 ไม่แตกต่างจากนักศึกษาพยาบาล อาจเนื่องจาก การเก็บข้อมูลครั้งนี้เป็นการระบาดของโรคโควิด 19 ระลอกสาม ส่งผลให้นักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1, มัธยมศึกษาปีที่ 2, มัธยมศึกษาปีที่ 3, และนักศึกษาพยาบาลปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคโควิด 19 ตามแบบแผนการดำรงชีวิตวิถีใหม่ (New normal) โดยการใส่หน้ากากอนามัย ล้างมือบ่อย ๆ ลดการเดินทางที่ไม่จำเป็น หลีกเลี่ยงสถานที่ที่มีคนรวมกัน

อยู่อย่างแออัด อยู่บ้านหรือทำงานที่บ้าน เรียนออนไลน์ เป็นต้น (กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม, 2563) สอดคล้องกับการศึกษาการสำรวจพฤติกรรมของคนที่เปลี่ยนแปลงไปในช่วงโควิด 19 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในเจนเนอเรชั่นแซต (คนที่เกิดในช่วง พ.ศ. 2541 เป็นต้นมา) ยังคงปฏิบัติพฤติกรรมแบบชีวิตวิถีใหม่ (New Normal) เพื่อป้องกันการติดโรคโควิด 19 (พชร สุขวิบูลย์, 2563) และสอดคล้องกับทฤษฎีระบบของนิวแมน ที่กล่าวว่า คนจะพยายามรักษาสมดุลของร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ สังคมวัฒนธรรม และพัฒนาการท่ามกลางสิ่งก่อความเครียด เพื่อให้มีภาวะสุขภาพดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ (Neuman & Fawcett, 2011)

3. การรับรู้ผลการแก้ปัญหาในการระบาดของโรคโควิด 19

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล แสดงว่า นักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1, มัธยมศึกษาปีที่ 2, และมัธยมศึกษาปีที่ 3 มีการรับรู้ผลการแก้ปัญหาแตกต่างจากนักศึกษาพยาบาล และเมื่อเปรียบเทียบรายคู่ พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีการรับรู้ผลการแก้ปัญหาดีกว่านักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1, มัธยมศึกษาปีที่ 2, และมัธยมศึกษาปีที่ 3 อาจเป็นเพราะว่า นักศึกษาพยาบาลได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 ทำให้ทราบแนวทางปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อ และการแพร่กระจายเชื้อ รวมทั้งสมัครใจรับวัคซีนโควิด 19 ตามที่รัฐบาลจัดสรรให้ และยินยอมปฏิบัติตามระเบียบมาตรการการป้องกันของรัฐบาลและระเบียบของสถาบันอย่างเคร่งครัด เช่น ใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลา การจัดตัวแทนซื้ออาหาร และห้ามรวมกลุ่มทุกสถานการณ์ เป็นต้น สำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1, มัธยมศึกษาปีที่ 2, และมัธยมศึกษาปีที่ 3 อาจไม่มีความเข้าใจการปฏิบัติตามแบบแผนการดำรงชีวิตวิถีใหม่ (New normal) อย่างชัดเจน เช่น ไม่สวมหน้ากากอนามัยขณะอยู่ในบ้าน ไม่เว้นระยะห่าง มีการร่วมรับประทานอาหารกับครอบครัว เป็นต้น

4. การรับรู้การคาดว่าการระบาดของโรคโควิด 19 จะมีผลกับตนเองต่อไป

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล แสดงว่า การรับรู้การคาดว่าการระบาดของโรคโควิด 19 จะมีผลกับตนเองต่อไป ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1, มัธยมศึกษาปีที่ 2, มัธยมศึกษาปีที่ 3, และนักศึกษาพยาบาล ไม่แตกต่างกัน อาจเป็นเพราะว่า รัฐบาลมีนโยบายให้กระทรวงสาธารณสุข จัดฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ให้กับนักเรียน/นักศึกษาอายุ 12 ปีขึ้นไป (กระทรวงสาธารณสุข, 2564 ข) การปฏิบัติตามมาตรการความปลอดภัยเปิดเรียน On site เช่น นักเรียนอายุ 12- 17 ปี ต้องได้รับวัคซีนกระตุ้นเข็ม 3, นักเรียน ครู และบุคลากร ต้องสวมหน้ากากอนามัย 100, ล้างมือ, เว้นระยะห่าง, หลีกเลี่ยงการรวมกลุ่ม เป็นต้น (กระทรวงสาธารณสุข, 2565) ส่งผลให้นักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1, มัธยมศึกษาปีที่ 2, มัธยมศึกษาปีที่ 3, และนักศึกษาพยาบาล รับรู้การคาดว่าการระบาดของโรคโควิด 19 จะมีผลกับตนเอง คือ อาจจะติดเชื้อไวรัสโรคโควิด 19, ต้องปฏิบัติตามหลัก New Normal อีกเป็นเวลานาน, อาจจะได้ไปสถานที่ที่ต้องการ, อาจจะเรียนชดเชยนอกเวลา, ครอบครัวไม่มีความสุขเหมือนเดิม ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาของอภิญา อิงอาจ, ญัฐพร กาญจนภูมิ, และพรพรรณ เขยจิตร (2563) พบว่า ในการระบาดของโรคโควิด 19 นักศึกษาระดับปริญญาตรี มีความกังวลสูง เกี่ยวกับสภาพเศรษฐกิจของครอบครัวมากที่สุด รองลงมา คือ กังวลเรื่องการสำเร็จการศึกษาตามปฏิทินการศึกษา

5. การรับรู้การช่วยเหลือตนเองในการระบาดของโรคโควิด 19

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล แสดงว่า การรับรู้การช่วยเหลือตนเองในการระบาดของโรคโควิด 19 ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1, มัธยมศึกษาปีที่ 2, มัธยมศึกษาปีที่ 3, และนักศึกษาพยาบาลไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องจากสถานการณ์โรคโควิด 19 ยังมีจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่

ในกรุงเทพมหานครสูงกว่าจังหวัดอื่น ประมาณ 21,000 รายต่อวัน ทำให้นักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1, มัธยมศึกษาปีที่ 2, มัธยมศึกษาปีที่ 3 และนักศึกษาพยาบาล ระบุว่าต้องช่วยตนเองในสถานการณ์การระบาดโรคโควิด 19 เช่น ออกจากบ้านเมื่อจำเป็นเท่านั้น, เว้นระยะห่างจากคนอื่นอย่างน้อย 1-2 เมตร เมื่อออกนอกบ้าน, หลีกเลี่ยงการเข้าไปในพื้นที่ที่มีคนแออัด, สวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาเมื่อออกนอกบ้าน เป็นต้น สอดคล้องการศึกษาพฤติกรรม การป้องกันโรคจากไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา (นาริมาห์ แวปูเตะ, คันธมาพันธ์ กาญจนภูมิ, และ กัลยา ตันสกุล, 2564)

6. ความคาดหวัง

6.1 การรับรู้ความคาดหวังจากรัฐบาล แพทย์ พยาบาลในการระบาดของโรคโควิด 19

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล แสดงว่า การรับรู้ความคาดหวังจากรัฐบาล แพทย์ พยาบาล ระหว่างนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1, มัธยมศึกษาปีที่ 2, และมัธยมศึกษาปีที่ 3 กับนักศึกษาพยาบาล แตกต่างกัน และเมื่อเปรียบเทียบรายคู่ พบว่า นักศึกษาพยาบาลคาดหวังจากรัฐบาล แพทย์ พยาบาลมากกว่านักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1 และ มัธยมศึกษาปีที่ 2 อาจด้วยเหตุผลที่ว่า นักศึกษาพยาบาลคาดหวังว่ารัฐบาลลดค่าไฟฟ้า ค่าน้ำ และช่วยเหลือเงินแก่ครอบครัว เนื่องจาก ผู้ปกครอง รายได้ลดลง ค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น ถึงแม้รัฐบาลประกาศช่วยค่าเทอม ภาคเรียนที่ 1/2564 ในมหาวิทยาลัยเอกชน 5,000 บาทต่อคน (รัฐบาลไทย, 2564) แต่ค่าเทอมของมหาวิทยาลัยเอกชนสูงถึง 50,000-60,000 บาทต่อเทอม ทำให้ผู้ปกครองหาเงินมาชำระค่าลงทะเบียนไม่ครบจำนวนตามกำหนดเวลา สำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1 และมัธยมศึกษาปีที่ 2 คาดหวังว่าบุคลากรทางการแพทย์ จะควบคุมโรคโควิด 19 ได้ในเร็ว ๆ นี้ อาจเนื่องจากมีความเครียดในการเรียนออนไลน์ ต้องการกลับเข้า

เรียนในโรงเรียนตามปกติ ส่วนนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 3 และนักศึกษาพยาบาลมีการรับรู้ความคาดหวังจากรัฐบาล แพทย์ พยาบาลไม่แตกต่างกัน โดยคาดหวังว่า ให้มีการตรวจหาเชื้อไวรัส ได้รับวัคซีนโควิด 19 ฟรี แจก Mask เจลแอลกอฮอล์ล้างมือ ได้รับการดูแลรักษาเมื่อติดเชื้อไวรัสโควิด 19 และสามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้ใกล้เคียงปกติ

6.2 การรับรู้ความคาดหวังจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน หรือคนอื่น ๆ ในการระบาดของโรคโควิด 19

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล แสดงว่า นักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1, มัธยมศึกษาปีที่ 2, มัธยมศึกษาปีที่ 3, และนักศึกษาพยาบาล มีการรับรู้ความคาดหวังจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน หรือคนอื่น ๆ ในการระบาดของโรคโควิด 19 ไม่แตกต่างกัน อาจด้วยเหตุผลว่า การป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ต้องเป็นความร่วมมือของทุกคนทั้งในครอบครัว เพื่อน และคนอื่น ๆ ที่ต้องปฏิบัติตามมาตรการ D-M-H-T-T คือ เว้นระยะห่าง, สวมหน้ากากอนามัย, หมั่นล้างมือ, ตรวจวัดอุณหภูมิ, ใช้แอปฯไทยชนะ (กระทรวงสาธารณสุข, 2563 ข) จึงคาดหวังให้ครอบครัวจัดหา Mask เจลแอลกอฮอล์ล้างมือ รวมทั้งเตรียมอุปกรณ์และสถานที่ในการเรียนออนไลน์ให้พร้อม สมาชิกในครอบครัวช่วยกันประหยัดค่าใช้จ่ายหารายได้เพิ่ม ญาติพี่น้องช่วยเหลือด้านการเงินคาดหวังให้ทุกคนในครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน หรือคนในชุมชนปฏิบัติตามหลัก New Normal และคาดหวังให้อาจารย์สอนออนไลน์อย่างน่าสนใจ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยที่สำคัญ พบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1, มัธยมศึกษาปีที่ 2, และมัธยมศึกษาปีที่ 3 มีการรับรู้สิ่งที่ทำให้เครียดมาก คือ การเรียนแฉ่ง/เรียนไม่เข้าใจจากเรียนออนไลน์ ดังนั้นผู้บริหารการศึกษา

ควรมีการเตรียมความพร้อมของนักเรียน ได้แก่ อุปกรณ์การเรียน เช่น มือถือ แท็บเล็ต หรือคอมพิวเตอร์ เป็นต้น, สถานที่เรียนเงียบสงบ, ความเสถียรของสัญญาณอินเทอร์เน็ต, การดูแลช่วยเหลือของผู้ปกครอง, และวินัยในการเรียนด้วยตนเอง ตลอดจนการเตรียมความพร้อมของผู้สอน เช่น อุปกรณ์ทันสมัยและเหมาะสมกับการเรียนการสอนออนไลน์ ทักษะการใช้เทคโนโลยีในการจัดการเรียนการสอน การสร้างบรรยากาศในการสอนออนไลน์อย่างสนุกสนาน น่าสนใจ เช่น สื่อการสอนที่เคลื่อนไหว การเล่นเกมในรูปแบบต่าง ๆ เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม. (2563). New Normal ชีวิตวิถีใหม่ และการปรับตัวในภาวะ COVID-19. สืบค้นจาก: https://www.mhesi.go.th/index.php/content_page/item/1448-new-normal.html

กระทรวงศึกษาธิการ. (2564). ประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง ให้สถานศึกษาในสังกัดและในกำกับของ กระทรวงศึกษาธิการปิดเรียนด้วยเหตุพิเศษ. สืบค้นจาก: <https://www.moe360.blog/2021/01/02/closed-special-reason/>

กระทรวงสาธารณสุข. (2563). ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19). สืบค้นจาก: https://www.who.int/docs/default-source/searo/thailand/2020-04-29-tha-sitrep-67-covid19-th-r02.pdf?sfvrsn=81e86e92_2

กระทรวงสาธารณสุข. (2563). ยึดหลัก D-M-H-T-T เพื่อรับมือโควิด-19 ระลอกใหม่. สืบค้นจาก: <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=16434&deptcode=brc>

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ผลการวิจัยการรับรู้สิ่งก่อความเครียดตาม 6 ข้อคำถามของทฤษฎีระบบนิเวศ พบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1, มัธยมศึกษาปีที่ 2, และมัธยมศึกษาปีที่ 3 มีการรับรู้สิ่งที่ทำให้เครียดมาก คือ การเรียนแย่ง/เรียนไม่เข้าใจจากการเรียนออนไลน์ ในการทำวิจัยครั้งต่อไปจึงควรพัฒนาโปรแกรมการเตรียมความพร้อมของนักเรียนในการเรียนออนไลน์ หรือศึกษาการรับรู้สิ่งก่อความเครียดกับกลุ่มตัวอย่างอื่น เช่น นักเรียนในโรงเรียนเอกชน หรือโรงเรียนนานาชาติ เป็นต้น

กระทรวงสาธารณสุข. (2564). แนวทางการให้บริการวัคซีนโควิด 19 (Pfizer) สำหรับนักเรียน/นักศึกษาอายุ 12 ปีขึ้นไป ที่ศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา หรือเทียบเท่า. สืบค้นจาก: <http://dmsic.moph.go.th/indexdetail/8828>

กระทรวงสาธารณสุข. (2565). มาตรการเปิดเรียน On site ปลอดภัย อยู่ได้กับโควิด 19 ในสถานศึกษาเตรียมความพร้อมการเปิดภาคเรียนที่ 1/2565. สืบค้นจาก: https://stopcovid.anamai.moph.go.th/attach/w774/f20220429113324_SPyd5tkRxs.pdf

กรมควบคุมโรค. (2564). แนวทางปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หรือโควิด 19 สำหรับประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง. สืบค้นจาก: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/int_protection/int_protection_030164.pdf

- คณะพยาบาลศาสตร์มิชชั่น. (2564). รายงานผลการดำเนินงานแผนปฏิบัติการประจำปี ปีการศึกษา 2564 คณะพยาบาลศาสตร์มิชชั่น มหาวิทยาลัยนานาชาติเอเชีย-แปซิฟิก. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์มิชชั่น.
- วรารักษ์สามโกเศศ. (2564, 1 ตุลาคม). เรียนออนไลน์ทำพิษ คณะกรรมการปฏิรูปการศึกษาเร่งจัดการสอนที่โรงเรียน. ประชาชาติธุรกิจออนไลน์ สืบค้นจาก: <https://www.prachachat.net/education/news-773403>
- ตรีสุข เทียนทอง. (2564, 29 มิถุนายน). รมว.ศึกษาธิการ สั่งครูลดการบ้าน-เนื้อหาวิชาการ หลังเด็กเรียนออนไลน์เครียด. ไทยรัฐออนไลน์. สืบค้นจาก: <https://www.thairath.co.th/news/local/bangkok/2128050>
- นาริเมห์ แวปูเตะ, คันธมาพันธ์ กาญจนภูมิ, และ กัลยา ตันสกุล. (2564). พฤติกรรมการป้องกันโรคจากไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน, 3(2), 31-39.
- พชร สุขวิบูลย์. (2563). การสำรวจพฤติกรรมของคนที่เปลี่ยนแปลงไปในช่วง COVID-19 (การค้นคว้าอิสระปริญญาโท). สืบค้นจาก: http://ethesisarchive.library.tu.ac.th/thesis/2020/TU_2020_6202030919_12971_13417.pdf
- รัฐบาลไทย. (2564). มาตรการเยียวยาฯ. สืบค้นจาก: <https://www.thaigov.go.th/news/contents/details/44182>
- โรงเรียนราชวินิต มัธยม. (2563). ประกาศแจ้งเลขที่สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ประจำปีการศึกษา 2563. สืบค้นจาก: <https://new.rnm.ac.th/2020/06/15/ประกาศเลขประจำตัวนักเรียน/>
- สุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย. (2564). กรมอนามัย ห่วงเด็ก 12-18 ปี พบแนวโน้มติดเชื้อโควิดเพิ่มขึ้น แนะนำกลุ่มเสี่ยงเข้ารับบริการ ฉีดวัคซีนโควิดป้องกัน. กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นจาก: <https://multimedia.anamai.moph.go.th/news/170864/>
- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2564). รายงานผลการทบทวน ผลกระทบเชิงเศรษฐกิจและสังคมจากการระบาดของโรคโควิด 19 ในระดับโลกและในประเทศไทย. สืบค้นจาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1177420210915075055.pdf>
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and psychological measurement*, 30(33), 607-610.
- Neuman, B., & Fawcett, J. (2011). *The neuman systems model* (5th ed.). Boston: Pearson Education, Inc.

การบำบัดเพื่อป้องกันและลดการติดเกมของเด็กวัยรุ่นและวัยรุ่น:

วิเคราะห์เชิงอภิมาน

Prevention and Reduction Therapy of Game Addiction in School-Age Children and Adolescents: A meta-Analysis

กัญญพัชร พงษ์ช้างอยู่, พย.ม., Kanyaphat Pongchangyou, M.N.S.^{1*}

นภาพร เอี่ยมละออ, ประ.ด., Napaporn Aeamla-Or, Ph.D.²

ประเสริฐ คำอ้าย, พย.ม., Prasert Kham-ai, M.N.S.¹

สมพร สุนทรธาดา, วท.ม., Somporn Suntharapa, M.S.³

อรพรรณ โตสิงห์, พย.ด., Orapan Thosingha, DNS.⁴

¹อาจารย์, ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์

¹Instructor, Faculty of Nursing, Chulabhorn Royal Academy

²อาจารย์, ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

²Instructor, Ph.D., School of Nursing, University of Phayao

³รองศาสตราจารย์, หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น, คณะพยาบาลศาสตร์ ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์

³Associate Professor, Head of Department child and adolescent nursing,

Faculty of Nursing, Chulabhorn Royal Academy

⁴รองศาสตราจารย์, ดร., รองคณบดีฝ่ายวิจัยนวัตกรรมและวิเทศสัมพันธ์, คณะพยาบาลศาสตร์ ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์

⁴Associate Professor, Ph.D., Associate Dean for Innovation Research and International Affairs,

Faculty of Nursing, Chulabhorn Royal Academy

*Corresponding author: Kanyaphat.pon@cra.ac.th

Received: April 21, 2022

Revised: September 26, 2022

Accepted: November 11, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยโปรแกรมการบำบัดต่อการป้องกันและลดพฤติกรรมติดเกมในเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น โดยวิเคราะห์เชิงปริมาณ ผลพบว่ามีงานวิจัย 12 เรื่อง ที่ตรงกับเกณฑ์คัดเลือกผลการวิเคราะห์งานวิจัยพบว่า การบำบัดเพื่อป้องกันและลดการติดเกมแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ การลดความรุนแรงของการติดเกมและการป้องกันพฤติกรรมติดเกม

การบำบัดสำหรับเด็กที่มีพฤติกรรมติดเกมอยู่แล้ว มี 2 วิธีคือ 1) การบำบัดความคิดและพฤติกรรม และ 2) การบำบัดด้วยยา ผลพบว่าการบำบัดความคิดและพฤติกรรมสามารถลดระยะเวลาการเล่นเกมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Odds Ratio -6.79; 95% confidence interval (CI) -9.46.-4.12 MD 0; $P < 0.0001$) ส่วนการบำบัดด้วยยา มี 1 เรื่อง จึงไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้ วิธีบำบัดเพื่อป้องกันการติดเกมมี 2 วิธีการดังนี้ คือ การให้โปรแกรมที่ใช้ครอบครัวเป็นพื้นฐาน การฝึกทักษะชีวิตรวมกับการใช้กระบวนการกลุ่ม ซึ่งผล พบว่าเด็กมีพฤติกรรมป้องกันการติดเกมดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Odds Ratio 3.89; 95% confidence interval (CI) 2.99,4.79 MD 0; $P < 0.00001$)

ผลการศึกษาสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ 2 ประเด็น 1) การป้องกันการติดเกมของเด็ก โดยใช้ครอบครัวเป็นฐานในการบำบัดรวมกับการใช้กระบวนการกลุ่มกับการฝึกทักษะชีวิต 2) กลุ่มเด็กที่มีพฤติกรรมติดเกมใช้การบำบัดความคิดและพฤติกรรม ด้วยผู้เชี่ยวชาญ เช่น พยาบาลเฉพาะทางสาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช

คำสำคัญ: การติดเกม การป้องกัน การบำบัด วิธีบำบัดความคิดและพฤติกรรม เด็กวัยเรียน เด็กวัยรุ่น

Abstract

This meta-analysis study aimed to synthesize the research studies investigating prevention and reduction therapy program for game addiction in school-age children and adolescents. Twelve research studies that met the inclusion criteria were included. The results of this study found two groups for prevention and reduction therapy of game addiction: reduction of game addiction severity and prevention of game addiction behaviors.

The therapy for reduction of game addiction severity in children and adolescents consisted of two therapeutic modalities: Cognitive Behavioral Therapy (CBT) and pharmacological therapy. Cognitive Behavioral Therapy showed significant effect on decrease in time spent playing games (Odds Ratio -6.79; 95% confidence interval (CI) -9.46.-4.12 MD 0; $P < 0.0001$). There was only one study examining effect of pharmacological therapy, meta-analysis could thus not be undertaken. The two therapies for prevention of game addiction behaviors included family-based intervention and life-skill training combined with group process. The result revealed that children and adolescents behaviors for preventing game addiction significantly

improved through these therapies (Odds Ratio 3.89; 95% confidence interval (CI) 2.99, 4.79 MD 0; $P < 0.00001$).

The study results are beneficial for two aspects. Family-based intervention and life-skill training combined with group process can be used for preventing game addiction behaviors in children and adolescents. Use of cognitive behavioral therapy delivered by specialists such as mental health and psychiatric nurses is also recommended to reduce severity of game addiction behaviors.

Keywords: game addiction, prevention, Therapy, Cognitive Behavioral Therapy, school-age children, adolescents

บทนำ

การดูแลเด็กยุคใหม่ที่มีการสื่อสารด้วยอินเทอร์เน็ตความเร็วสูงเป็นประเด็นที่ละเอียดอ่อน เนื่องจากเด็กเกิดในยุค generation alpha ซึ่งเกิดตั้งแต่ พ.ศ. 2553 ได้สัมผัสเทคโนโลยีแต่แรกเกิด มีแนวโน้มเป็นกลุ่มวัตถุนิยม เคยชินกับการเปลี่ยนแปลง เปื่อง่าย นิยมความรวดเร็วทันใจ การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลที่บ้านหรือสถานศึกษาจึงน้อยลง เด็กยุคใหม่เกิดมาพร้อมกับการแข่งขัน เรียกว่าเป็นเด็กยุค Ipad generation (สุริยเดว ทรีปาตี, 2561) นอกจากนั้นตั้งแต่กลางปี พ.ศ. 2563 จนถึงปัจจุบัน การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 หลายระลอกทำให้สถานศึกษาต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบจากการศึกษาในชั้นเรียนมาเป็นออนไลน์ เพื่อควบคุมการแพร่ระบาด เปิดช่องทางให้เยาวชนไทยมีปฏิสัมพันธ์กับกิจกรรมออนไลน์มากขึ้น (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2564) ปัจจุบันมีเยาวชนไทยจำนวนมากใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อความบันเทิงในทางที่ผิด ซึ่งเรียกว่า “ภัยออนไลน์” โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเล่นเกมออนไลน์ก่อปัญหาให้กับเด็กและเยาวชนอย่างมาก จากการสำรวจของรัฐบาลในการวางแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 และ 13 พบว่า มีเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ถึงร้อยละ 52.8 ที่เล่นอุปกรณ์ อิเล็กทรอนิกส์ โดย

ร้อยละ 8.3 เล่นอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์เฉลี่ยอย่างน้อย 3 ชั่วโมงต่อวัน เด็กที่บริโภคสื่อมากจะส่งผลให้ IQ ลดลง ปัจจุบันเด็กไทยติดเกมเพิ่มขึ้นถึง 2.4 ล้านคน ซึ่งติดการเล่นเกมออนไลน์เป็นอันดับ 1 โดยใช้เวลาในการเล่นสูงถึง 3.1 ชั่วโมงต่อวัน นักเรียนทั่วประเทศมีการติดเกมเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 10-15 ในปี พ.ศ. 2560 มีเด็กได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะติดเกม (Game addiction) รายใหม่เข้ารับการรักษาตัวในระบบ 129 ราย เพิ่มขึ้นถึง 6 เท่าตัวภายใน 1 ปี พบว่าอายุน้อยสุดเพียง 5 ปี (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2562) ปัญหาการติดเกมทวีความรุนแรงและมีแนวโน้มสูงขึ้นรวมถึงเด็กอายุน้อยลงติดเกมมากขึ้น (Gaetan, Bonnet, Brejard & Cury, 2014) เด็กที่ติดเกมจะมีการหลั่งสาร Dopamine ที่เกินขนาดในสมองส่วน Striatum และ Nucleus accumbent ซึ่งกระตุ้น Brain reward system ในสมองส่วน Limbic system ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับสัญชาตญาณขั้นพื้นฐานของมนุษย์ จึงกระตุ้นให้แสดงพฤติกรรมความรุนแรง และทำให้การทำงานของสมองส่วน Prefrontal cortex ลดลง จนการพัฒนาสมองหยุดชะงัก (นัยพินิจ ศษภักดี, 2562) สอดคล้องกับการวิจัยเรื่องพยาธิสภาพในการเล่นวิดีโอเกมของนักเรียน

ระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาประเทศสิงคโปร์ จำนวน 3,034 คน พบว่า การเล่นเกมมากทำให้ความสามารถในการเข้าถึงสังคมของเด็กลดลง มีพฤติกรรมหุ่นหันหลังเล่นมากขึ้น และนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล (Li & Wang, 2013) วัยเด็กเป็นช่วงวัยที่ต้องได้รับการพัฒนาเกี่ยวกับพัฒนาการด้านต่าง ๆ หากเด็กใช้เวลานานในการนั่งจ้องอยู่หน้าจอคอมพิวเตอร์หรือมือถือส่งผลกระทบต่อพัฒนาการทุกด้าน ผู้เล่นเกมเกิดความเครียดที่ต้องต่อสู้แข่งขัน ร่างกายจึงหลั่งสาร Catecholamine จำนวนมาก กระตุ้นให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น ก่อให้เกิดโรคในระบบไหลเวียนโลหิตตามมาได้ การเล่นเกมยังมีผลให้เกิดภาวะอ้วนในเด็ก การศึกษาในเด็กระดับประถมศึกษา กรุงเทพมหานคร จำนวน 311 คน พบว่า เด็กส่วนใหญ่ใช้เวลาช่วงเย็นหลังเลิกเรียนในการเล่นคอมพิวเตอร์ การทำกิจกรรมเพื่อเคลื่อนไหวร่างกายส่วนอื่น ๆ ลดลง ทำให้เกิดภาวะน้ำหนักตัวเกินเกณฑ์มาตรฐาน เสี่ยงต่อการเกิดโรคอื่น ๆ ตามมาได้ (สุปราณี น้อยตั้ง, สุวรรณ ลออปิกษิน, และชัยณรงค์ นาคเทศ, 2564)

ปัจจุบันมีงานทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการรักษาโรคติดเกม (Gaming Disorder) อาทิ Treatment for internet gaming disorder and internet addiction: A systematic review ซึ่งเน้นในส่วนการรักษาและจัดการกับปัญหาแทรกซ้อนซึ่งเกิดจากโรคติดเกม แต่ยังขาดการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการบำบัด (Therapy) เพื่อลดการติดเกม (Game addiction) และป้องกันปัญหาการติดเกม ก่อนที่เด็กจะเป็นโรคติดเกม การจัดหาคำตอบเกี่ยวกับ การป้องกันการติดเกมและการแก้ไขปัญหาดังกล่าวจึงเป็นเรื่องสำคัญ ดังนั้นการหาข้อสรุปอย่างเป็นระบบจะเป็นประโยชน์สูงสุดต่อเด็กซึ่งเป็นช่วงวัยแห่งการเรียนรู้ที่สำคัญของมนุษย์ การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบครั้งนี้จึงมุ่งถึงประโยชน์การสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับ

โปรแกรมการบำบัดเพื่อนำไปใช้ในการป้องกันและลดพฤติกรรมติดเกม

วัตถุประสงค์

เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยโปรแกรมการบำบัดต่อการป้องกันและลดพฤติกรรมติดเกมในเด็กวัยเรียน และวัยรุ่น

นิยามศัพท์

การป้องกันการติดเกม (Game addiction protection) คือ การปกป้องไม่ให้เกิดการติดเกมคอมพิวเตอร์ วิดีโอเกม เกมในสมาร์ทโฟน หรือ แท็บเล็ต

การติดเกม (Game addiction) คือ การที่บุคคลเล่นเกม เป็นประจำ ไม่หยุดพักเป็นเวลา 3 ชั่วโมงขึ้นไป ต่อวัน ไม่สามารถควบคุมหรือหักห้ามใจตนเองในการเล่นได้ ไม่พอใจ เมื่อต้องถูกทำให้เลิกเล่น

การบำบัด (Therapy) คือการเยียวยาให้คลายหรือทุเลาลงจากภาวะที่เป็นอยู่

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเอกสารครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ (รหัสโครงการวิจัยที่ 016/2563) และได้รับเงินสนับสนุนการวิจัยจากราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ ผู้วิจัยหลักผ่านการรับรองการฝึกอบรม Systematic review ขอบเขตของการศึกษาทบทวนงานวิจัยดำเนินการตามระเบียบใน Protocol โดยครอบคลุมงานวิจัยรูปแบบการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized controlled trial: RCT) ดำเนินการวิเคราะห์ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมาน (Systematic review and meta-analysis) โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการสังเคราะห์ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบตามแนวทางของ

Cochrane collaboration (Higgins et al., 2011) ดังนี้

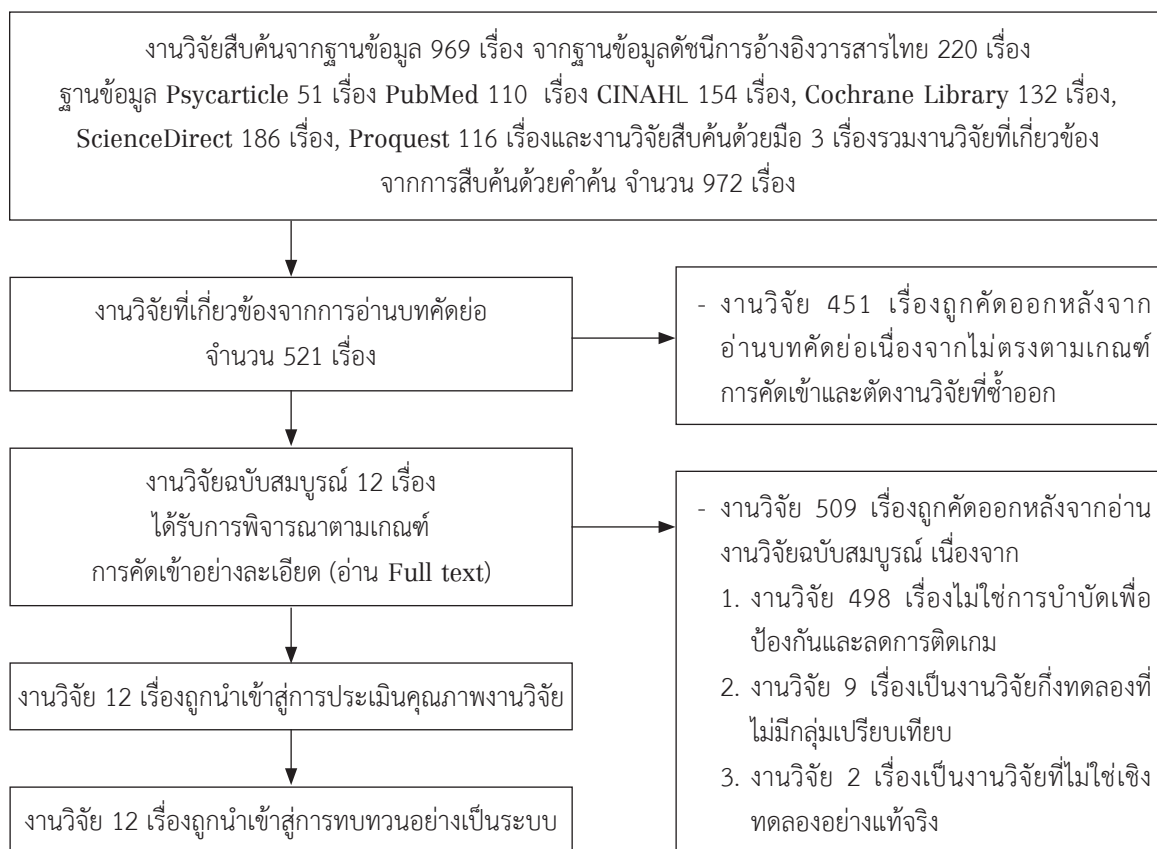
1. หลังจากตั้งคำถามการวิจัยและกำหนด

Inclusion/Exclusion Criteria ทีมผู้วิจัยระบุขอบเขตการสืบค้น ใช้กลยุทธ์การค้นหาค้นหา 3 ขั้นตอน (A three-step search strategy) รวบรวมข้อมูลจากการสืบค้นด้วยคอมพิวเตอร์ ดำเนินการสืบค้นหลักฐานงานวิจัยที่ตีพิมพ์ระหว่าง ปี พ.ศ. 2551-2564 โดยสืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ดำเนินการสืบค้นหลักฐานงานวิจัยในฐานข้อมูล ได้แก่ ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทยและฐานข้อมูลต่างชาติได้แก่ Psycarticle, PubMed, CINAHL, Cochrane Library, Science Direct, Proquest และการสืบค้นด้วยมือ (Hand searching) ใช้คำสำคัญในการสืบค้นในดัชนีอ้างอิงในวารสารด้วยคำว่า “เด็กวัยรุ่น” “เด็กวัยรุ่น”, “ผลของโปรแกรม” “การป้องกันการติดเกม”, “การลดพฤติกรรมติดเกม”, “การลดระยะเวลาการเล่นเกม”, “การบำบัดการติดเกม” “School age child”, “Adolescent”, “Teenage”, “Young people*”, “Juveniles”, “Effect of program”, “Game addiction protection”, “Reducing game addiction behavior”, “Reducing the game time”, “Game addiction therapists”,

“Gaming addiction Treatment” และใช้ Boolean “OR”, “AND”, “NOT”

2. การคัดเลือกงานวิจัย (Selection of studies)

การคัดเลือกงานวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยใช้ผู้ประเมิน 2 คนแยกกันพิจารณางานวิจัยที่สืบค้นได้ และนำงานวิจัยปฐมนิเทศการกรองตามเกณฑ์โดยการใช้แบบฟอร์มคัดเลือกงานวิจัยประเด็นตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้ 1) ช่วงเวลาที่พิมพ์ 2) กลุ่มประชากร 3) รูปแบบการวัดและ 4) ผลลัพธ์ ซึ่งเกณฑ์แต่กออกมาจากกรอบแนวคิดของ PICO Include; P: เด็กวัยเรียนอายุ 6-12 ปี, เด็กวัยรุ่นอายุ 6-19 ปี, เด็กสุขภาพดี, ได้รับการศึกษา I: โปรแกรมเกี่ยวกับการป้องกันการติดเกม ภูมิคุ้มกันการติดเกม การลดพฤติกรรมติดเกม การแก้ปัญหาติดเกม, RCT เปรียบเทียบสองกลุ่ม C: ได้รับการดูแลตามปกติหรือได้รับการจัดกระทำที่ต่างกัน O: มีการวัดการติดเกม, การลดระยะเวลาการเล่นเกม ส่วน Exclude; ได้แก่ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดเกม, กลุ่มเด็กพิเศษ จากนั้นนำข้อมูลจากผู้วิจัย 2 คนมาเปรียบเทียบกัน หากมีความเห็นไม่ตรงกันจะอภิปรายร่วมกันหาข้อสรุป หากไม่สามารถตกลงได้ ให้ผู้วิจัยร่วมท่านที่ 3 เป็นผู้ลงมติขั้นตอนคัดเลือกงานวิจัย (Moher et al, 2015) (ดังแผนภาพที่ 1)



แผนภาพ 1 ขั้นตอนคัดเลือกงานวิจัย

3. การประเมินคุณภาพงานวิจัย (Critical Appraisal) การประเมินคุณภาพงานวิจัยโดยผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย อีก 1 ท่าน ตกลงกันในการตัดสินคุณภาพก่อนเริ่มประเมินและทดลองประเมินร่วมกัน 1 ฉบับ จากนั้นแยกกันอ่านงานวิจัยที่คัดเลือกมาเพื่อประเมินคุณภาพและนำข้อมูลมาเทียบกัน ใช้เครื่องมือแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยและความเสี่ยงต่อการเกิดอคติ (Risk of bias assessment) ที่มีมาตรฐาน (Cochrane Collaboration) (Higgins et al., 2019) โดยพิจารณาคุณภาพงานวิจัยใน 7 มิติ โดยแปลความหมายเป็นระดับของความเสี่ยงต่อการเกิดอคติได้ 3 ระดับคือ ความเสี่ยงต่ออคติสูง (High risk of bias) ความเสี่ยงต่ออคติไม่ชัดเจน (Unclear risk of bias) และความเสี่ยงต่อ

อคติต่ำ (low risk of bias) ตามลำดับ

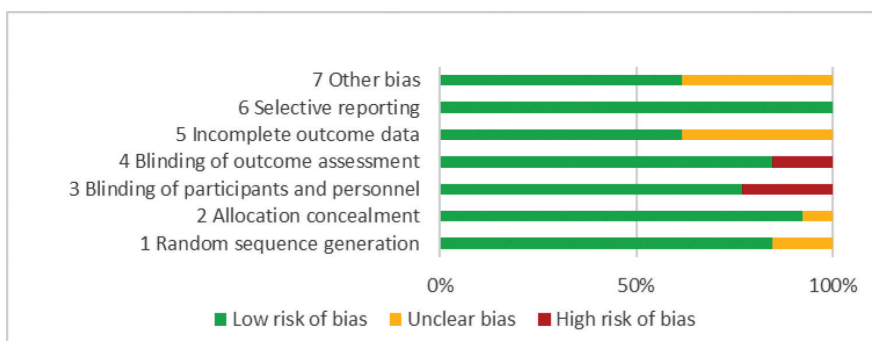
4. การวิเคราะห์/สกัดข้อมูล (Data extraction) ผู้วิจัยและผู้ร่วม 1 ท่านทำงานอิสระต่อกันในการสกัดข้อมูลโดยใช้เครื่องมือสกัดข้อมูลที่ได้มาตรฐาน (Standardized tool) (Higgins et al., 2011) แล้วนำข้อมูลมาบันทึกลงในตารางทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ

5. การสังเคราะห์ข้อมูล (Data synthesis) อ่านและสังเคราะห์ข้อมูลเรียงเรียงโดยลำดับทบทวน ตรวจสอบ สอบทาน ระหว่างคณะผู้ศึกษาจำนวน 3 คน เพื่อความเชื่อมั่นในการเลือกสรณะเฉพาะเนื้อความที่มีสาระ นำมาตีความแปลความ และประมวลเข้าเป็นหมวดหมู่ไปพร้อมกัน จากนั้นจึงเรียบเรียงใหม่เป็นข้อสรุป

(Conclusion) และใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ Cochrane collaboration's Review manager software 5.4 (Revman) ด้วยการวิเคราะห์ห่อถัก (Meta - analysis) ทำ Subgroup analysis โดยใช้ Random effect model, mean differences, 95% confidence intervals (continuous data) และนำเสนอผลการวิเคราะห์งานวิจัยด้วย ฟอเรสต์พล็อต (Forest plot)

ผลการวิจัย

จากการทำ Content analysis ผู้วิจัย Identify basic area ของการวิเคราะห์ประเด็นที่สนใจคือ ลักษณะของกลุ่มเป้าหมายเป็น เด็กวัยเรียนและวัยรุ่น อายุ 6-19 ปี ลักษณะของโปรแกรมที่สนใจสองประเด็นคือ โปรแกรมการป้องกันการติดเกมและการลดพฤติกรรม การติดเกม จากการประเมินคุณภาพงานวิจัยผลเป็น ดังนี้ (ดังภาพที่ 2)



ภาพที่ 2 การประเมินคุณภาพงานวิจัย

ลักษณะงานวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย จากรายงานการวิจัย 12 เรื่อง เป็นงานวิจัยประเภท Randomized controlled trial: RCT ประเทศที่ทำการศึกษ ได้แก่ ประเทศนอร์เวย์ 1 เรื่อง เกาหลีใต้ 2 เรื่อง จีน 4 เรื่อง สเปน 1 เรื่อง และ ไทย 4 เรื่อง

2. รูปแบบของโปรแกรมและประสิทธิผลของโปรแกรม ลักษณะของโปรแกรมมีเป้าหมาย 2 ประเด็น คือ เพื่อการลดพฤติกรรมติดเกม จำนวน 7 เรื่องพบว่า 6 เรื่อง มีการสรุปการวัดผลลัพธ์ในแนวทางเดียวกันคือ การลดระยะเวลาการเล่นเกม โดยการใช้ Cognitive Behavioral Therapy (CBT) ส่วนอีก 1 เรื่องเป็นการบำบัดโดยใช้ยา ช่วงอายุกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาอยู่ในช่วง 12-19 ปี ค่าเฉลี่ย 15.90 ปี ระยะเวลาศึกษา 6-12

สัปดาห์ และการป้องกันปัญหาการติดเกม จำนวน 5 เรื่อง พบว่ามีการสรุปวิธีการบำบัดในแนวทางเดียวกัน ด้วยการบำบัดโดยมีครอบครัวเป็นพื้นฐาน การฝึกทักษะชีวิต และกระบวนการกลุ่ม ช่วงอายุกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา 9-11 ปี ค่าเฉลี่ย 11.24 ปี ระยะเวลาที่ทำการศึกษา 6-8 สัปดาห์ ผู้วิจัยสรุปได้ดังนี้

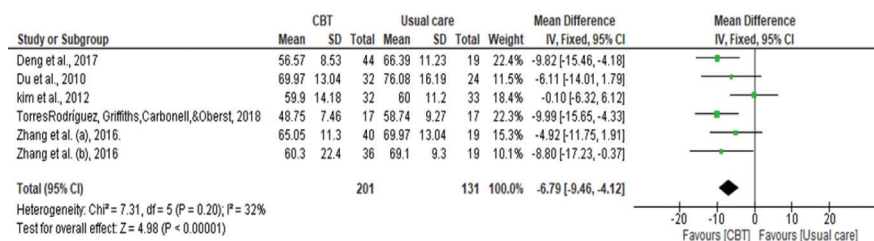
2.1 โปรแกรมการบำบัดเพื่อการลดพฤติกรรมติดเกมของเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น

2.1.1 การบำบัดโดยไม่ใช้ยา (Non-pharmacological treatment) เป็นโปรแกรมการบำบัดโดยใช้เทคนิค CBT มีเป้าหมายเพื่อสนับสนุนให้เด็กที่ติดเกมมีความสามารถในการควบคุมการใช้ อินเทอร์เน็ตได้อย่างเหมาะสมโดยเฉพาะการควบคุมเวลา พบว่าการบริหารเวลาของกลุ่มทดลองดีขึ้นมากกว่า

กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (หลังทดลอง effect sizes $d = 0.70-0.91$ $p\text{-value} < .01$) (Du, Jiang & Vance, 2010) สอดคล้องกับอีกหนึ่งการศึกษาที่พบว่าการบริหารเวลาหลังการทดลองของกลุ่มทดลองดีขึ้น มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 0.01$ $p = 0.99$) (Kim, Han, Lee & Renshaw, 2012) ในการใช้วิธีบำบัดแบบ CBT ทั้ง 6 เรื่องมีหลักการสำคัญคือช่วยให้เด็กที่ติดเกมซึ่งมีช่วงอายุระหว่าง 12-19 ปี รับรู้การเปลี่ยนแปลงความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของตนเองได้อย่างเหมาะสม ส่งเสริมวิธีการแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีวิธีการจัดการกับปัญหาหรือปรับตัวให้อยู่กับปัญหานั้นได้และสามารถบำบัดปัญหาได้ด้วยตนเองเมื่อได้เรียนรู้วิธีช่วยเหลือตนเอง วิธีการบำบัดเน้นการเข้ากลุ่ม ส่วนจำนวนครั้งของการเข้ากลุ่ม มีตั้งแต่ 6 ถึง 22 ครั้ง โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม มีขั้นตอนการบำบัดเป็นลำดับขั้น ดังนี้ การบอกอารมณ์ตนเอง (Identifying moods) หาสถานการณ์ ประเมินระดับอารมณ์ (Rating moods) หาความคิดอัตโนมัติ (Automatic thoughts) ประเมินความคิด (Evaluating thoughts) และปรับความคิด

ที่ไม่ถูกต้อง (Modifying dysfunctional thoughts) (Deng, Liu, Xia, Lan, Zhang & Fang, 2017; Zhang et al, 2016; Zhang et al, 2016; Torres-Rodríguez, Griffiths, Carbonell & Oberst, 2018) กระบวนการบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรมต้องทำโดยนักบำบัดหรือพยาบาลเฉพาะทางสาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช รวมถึงมีการสอนเทคนิคต่าง ๆ เพิ่มเติม เช่น วิธีการบริหารเวลา ให้ทราบถึงประโยชน์และตระหนักในอันตรายของการใช้อินเทอร์เน็ตมากขึ้น ฝึกควบคุมอารมณ์และการผ่อนคลาย ฝึกทักษะการแก้ปัญหา ทักษะทางสังคม และเพิ่มกิจกรรมอื่น ๆ มาทดแทน

ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการลดพฤติกรรมติดเกมด้วยการบำบัดโดยไม่ใช้ยา (Non-pharmacological treatment) วิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ Cochrane collaboration's Review manager software 5.4 (Revman) ด้วยการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta - analysis) ซึ่งจะนำเสนอผลการวิเคราะห์ ด้วย ฟอเรสต์พล็อต (forest plot) (ดังภาพที่ 3)



ภาพที่ 3 Forest plot

การวิเคราะห์ห่อภิมาณจากการศึกษาครั้งนี้นำเสนอผลการวิเคราะห์งานวิจัยด้วย ฟอเรสต์พล็อต (Forest plot) จำนวน 6 เรื่อง เนื่องจากเป็นงานวิจัยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันมุ่งหวังผลลัพธ์เหมือนกัน สามารถนำมารวมกันได้เป็นงานวิจัยที่ใช้ CBT และมีการวัดผลลัพธ์ของ

ระยะเวลาการเล่นเกมที่ลดลงเช่นเดียวกัน มีข้อมูลเพียงพอต่อการวิเคราะห์ห่อภิมาณและมีความเป็นเอกพันธ์ ทดสอบ Test for heterogeneity โดยจะเห็นว่าเส้นที่ 1 และ 4 เป็นงานวิจัยขนาดใหญ่ที่สุด ดังจะเห็นว่ามีความเชื่อมั่นแคบและเครื่องหมายสี่เหลี่ยมสีเขียวมีขนาดใหญ่

มีเปอร์เซ็นต์ Weight มากที่สุด ส่วนเส้นแสดงช่วงของความเชื่อมั่นอยู่ทางฝั่งซ้ายแสดงว่าการทดลองส่งผลดี สอดคล้องกับงานวิจัยที่แสดงว่า ระยะเวลาการเล่นเกมนของกลุ่มทดลองลดลงหลังการให้ CBT ส่วนเส้นที่ 6 มีลักษณะเดียวกับ 1 และ 4 ต่างเพียงในส่วนเครื่องหมายสี่เหลี่ยมสีเขียวมีขนาดเล็กแสดงว่าเป็นงานวิจัยที่มีขนาดเล็กกว่า

เมื่อพิจารณาโดยภาพรวมความเข้ากันได้ของงานวิจัย พบว่ามีลักษณะ Homogeneity ($P=0.20$) และค่า $I^2 = 32\%$ ซึ่งแสดงค่าความต่างอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างน้อย รวมถึงเมื่อลากเส้นจากปลายของทั้ง 6 งานวิจัยมีเส้นที่ซ้อนทับกันค่อนข้างมากแสดงถึงความ Homogeneity พิจารณาไดมอนแสดงค่าผลรวมขนาดอิทธิพล (Pooled effect size) อยู่ทางซ้ายมือแสดงให้เห็นผลรวมของ Intervention CBT ว่าสามารถลดระยะเวลาการเล่นเกมนได้ดี (Odds Ratio -6.79; 95% confidence interval (CI) -9.46-.4.12; $P<0.0001$)

2.1.2 การบำบัดโดยใช้ยา (Pharmacological treatment) การศึกษามีงานวิจัย 1 เรื่อง จึงไม่เพียงพอในการหาข้อสรุปเพื่อการสังเคราะห์งานวิจัยได้ จากงานวิจัยเป็นการศึกษาการใช้ยาในกลุ่ม Psycho stimulants ซึ่งมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการคงสมาธิ (Attentional capacity) เพิ่มขึ้นและใช้เวลาเล่นอินเทอร์เน็ตลดลง โดยเปรียบเทียบกับระหว่างยา Osmotic release oral ซึ่งเป็นยาในกลุ่ม Stimulants ออกฤทธิ์โดย Blocks reuptake ของ Dopamine และยา Atomoxetine hydrochloride ซึ่งเป็นยาในกลุ่ม Non-stimulants ออกฤทธิ์ blocks norepinephrine reuptake ผลการวิจัยการเปลี่ยนแปลงของคะแนนการติดอินเทอร์เน็ตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเปลี่ยนแปลงของคะแนนความรุนแรงในการเล่น (Park, Lee, Sohn & Han, 2016)

2.2 โปรแกรมการบำบัดเพื่อป้องกันการติดเกม

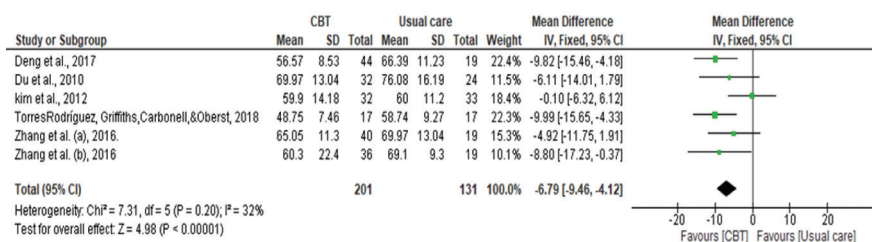
2.2.1 การฝึกทักษะชีวิต (Life skills training program) จากการศึกษารูปแบบของโปรแกรม 2 เรื่องมีเป้าหมายเพื่อสร้างเสริมทักษะชีวิต ในด้านการป้องกันการติดเกมมีหลักการคือ การสร้างสัมพันธภาพ รับรู้คุณค่าในตนเอง ปฏิเสธ คิดอย่างมีวิจารณญาณ ตัดสินใจอย่างเหมาะสม ซึ่งการฝึกทักษะชีวิตนั้นทำควบคู่กันกับแรงสนับสนุนทางสังคมดังการศึกษา ผลโปรแกรมการพัฒนาทักษะชีวิต ในการปรับพฤติกรรมป้องกันการติดเกม หลังทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมในการป้องกันการติดเกมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p\text{-value} < 0.001$) (อรอนันท์ ไสแสง, 2552) สอดคล้องกับการศึกษาของ (เกษมกลเกียรติพจนานันท์, 2553) ที่พบว่าหลังการทดลอง ความรู้ ความตระหนักและพฤติกรรมเล่นเกมของกลุ่มทดลองดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .01$)

2.2.2 การบำบัดที่มีครอบครัวเป็นฐาน (Family-based intervention) เนื่องจากครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการติดเกม ดังนั้นการบำบัดที่มีครอบครัวเป็นฐาน จึงมีส่วนสำคัญในการป้องกันการติดเกม ซึ่งวิธีการศึกษาได้แก่ โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในโรงเรียนร่วมกับการใช้ครอบครัวเป็นฐานเพื่อป้องกันการติดเกม โดยผ่านการพัฒนาการควบคุมตนเอง ผลการวิจัยพบว่า พัฒนกิจของครอบครัวของกลุ่มทดลองเพิ่มมากกว่าก่อนทดลองในส่วนของความรู้ ($p < .001$) เจตคติ ($p < .001$) การดูแลเอาใจใส่ในนักเรียนของผู้ปกครอง ($p < .001$) (Apisitwasana, Perngparn & Cottler, 2018) สอดคล้องกับโปรแกรมส่งเสริมพันธกิจครอบครัว ในการป้องกันการติดเกมคอมพิวเตอร์จำนวน 4 ครั้ง ๆ ละ 2 ชั่วโมง ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเชิง

ประสบการณ์ คือ การนำประสบการณ์มาพัฒนาองค์ความรู้ การสะท้อนคิด/อภิปราย คิดรวบยอด ประยุกต์แนวคิด ซึ่งผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการดูแลเอาใจใส่จากผู้ปกครองในการป้องกันการติดเกม สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .01$) (ชนิดา ศรีนวล, 2551) ในส่วนของแนวปฏิบัติสำหรับผู้ปกครองเพื่อป้องกันปัญหาพฤติกรรมเล่นวิดีโอเกมของเด็กโดยวัดผลกับผู้ปกครอง 1 งานวิจัยพบว่า ไม่พบความแตกต่างในการใช้แนวปฏิบัติสำหรับผู้ปกครอง (Krossbakken,

Torsheim, Mentzoni, King, Bjorvatn, & Lorvik, 2018)

ประสิทธิภาพของการป้องกันการติดเกม วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ Cochrane collaboration's Review manager software 5.4 (Revman) ด้วยการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-analysis) ซึ่งจะนำเสนอผลการวิเคราะห์ ด้วย ฟอเรสต์พล็อต (forest plot) (ดังภาพที่ 4)



ภาพที่ 4 Forest plot

ในการวิเคราะห์ห่อภิมาณจากการศึกษาครั้งนี้ นำเสนอผลการวิเคราะห์งานวิจัยด้วย ฟอเรสต์พล็อต (forest plot) จำนวน 4 เรื่อง โดยจะเห็นว่าเส้นที่ 1 เป็นงานวิจัยขนาดใหญ่กว่าเส้นอื่น ดังจะเห็นว่ามีความเชื่อมั่นแคบและเครื่องหมายสี่เหลี่ยมสีเขียวมีขนาดใหญ่ มีเปอร์เซ็นต์ Weight มากกว่า ส่วนเส้นแสดงช่วงของความเชื่อมั่นอยู่ทางฝั่งขวาแสดงว่าการทดลองส่งผลดีสอดคล้องกับงานวิจัยที่แสดงว่าพฤติกรรมป้องกันการติดเกมของเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น ของกลุ่มทดลองดีขึ้นหลังการให้ Intervention เมื่อพิจารณาโดย

ภาพรวม ดูความเข้ากันได้ของงานวิจัย พบว่ามีลักษณะ Homogeneity ($P=0.57$) และเมื่อดูค่า $I^2 = 0\%$ ซึ่งแสดงค่าความต่างแบบกันน้อยมาก รวมถึงเมื่อลากเส้นจากปลายของ ทั้งงานวิจัยมีเส้นที่ซ้อนทับกันค่อนข้างมาก แสดงถึงความ Homogeneity ไดมอนแสดงค่าผลรวมขนาดอิทธิพล (pooled effect size) อยู่ทางขวามือ แสดงให้เห็นผลรวม Intervention ในภาพรวมว่าได้ผลดี (Odds Ratio 3.89; 95% confidence interval (CI) 2.99.4.79; $P < 0.00001$)

ตารางที่ 1 สรุปรประเด็นสำคัญของงานวิจัยเพื่อการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

ผู้เขียน/ปี/ ประเทศ/	รูปแบบ การวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง	ลักษณะ โปรแกรม/ ระยะเวลา	ตัวแปรตามและ เครื่องมือวัดสำคัญ	ผลการศึกษาสำคัญ
1. (ชนิดา ศรีนวล, 2551) Thailand	RCT เด็ก/ ผู้ปกครอง ประณปีที่ 4-6 N:80 C:40 I:40	ส่งเสริมพันธ กิจครอบครัว ในการป้องกัน การติดเกม คอมพิวเตอร์ / 6 สัปดาห์	1. พัฒนกิจของครอบครัว ความรู้ เจตคติและการปฏิบัติพัฒนกิจ เพื่อป้องกันการติดเกม	1. หลังเข้าร่วมโปรแกรมผู้ปกครองมีคะแนนเฉลี่ย ความรู้ พัฒนกิจของครอบครัว เจตคติและการ ปฏิบัติพัฒนกิจของครอบครัวในการป้องกันการ ติดเกม I: สูงกว่า C: (t 4.11, p < .013.)
2. (อรอนันท์ ใสแสง, 2552) Thailand	RCT: นักเรียนประถม ปีที่ 4-6 N: 74 C: 37 I: 37	พัฒนาทักษะ ชีวิต ในการ ปรับพฤติกรรม การติดเกม ร่วมกับแรง สนับสนุน ทางสังคม /8 สัปดาห์	1. พฤติกรรมการติดเกม 2. ทักษะชีวิต 3. พฤติกรรมในการป้องกันการ ติดเกม	1. หลังทดลอง I: มีคะแนนเฉลี่ยทักษะชีวิตสูง กว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.01) 2. หลังทดลอง I: มีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรม ในการป้องกันการติดเกม สูงกว่า C: อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ p-value <0.001
3. (Du, Jiang, & Vance, 2010) China	RCT: วัยรุ่นที่ ติดเกมอายุ 12-17 ปี N: 56 C: 32 I: 24	การบำบัดทาง ความคิด และ พฤติกรรม แบบกลุ่ม /8 สัปดาห์	1. การบริหาร 2. ภาวะอารมณ์ ความคิดและ พฤติกรรม	1. การบริหารเวลาของ I: ดีขึ้น มากกว่า C อย่าง มีนัยสำคัญ ทางสถิติ หลังการทดลอง p-value < .01) 2. ภาวะอารมณ์ความคิด พฤติกรรมของ I: ดีขึ้น มากกว่า C: p-value < .01)
4. (เกษมกล เกียรติพจน นันท์, 2553) Thailand	RCT: นักเรียน ประถมปีที่ 4-6 N: 74 C: 37 I: 37	I: กระบวนการ กลุ่มเพื่อ ป้องกันการติด เกม รวมทั้ง สื่อต่าง ๆ /6 สัปดาห์	1. ความรู้ที่นักเรียนที่มีพฤติกรรม ติดเกม 2. ความตระหนักนักเรียนที่ติด เกม 3. การปฏิบัติตัวของนักเรียนที่ ติดเกม	1. หลังเข้าร่วมกิจกรรม I: มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรม ความตระหนัก และการปฏิบัติตัว ต่อพฤติกรรมการเล่นเกมส์สูงกว่าก่อนเข้าร่วม (p < .01) และเทียบระหว่างกลุ่ม พฤติกรรม เล่นเกม ของ I: ดีขึ้นกว่า C (p < .01)
5. (Kim, et al., 2012) South Korea	RCT: เด็กวัยรุ่น อายุ 13- 18 ปี N:65 C: 33 I: 32	I: การบำบัด ทางความคิด และพฤติกรรม/ 8 สัปดาห์	1. แบบวัดการบริหารเวลา the severity of on-line game assessed by total time 2. Y-IAS Scores	1. การบริหารเวลาหลังการทดลองของ I: ดีขึ้น มากกว่า C อย่างมีนัยสำคัญ t = 0.01 p=0.99 2. Y-IAS Scores หลังการทดลอง ของ I: ดีขึ้น มากกว่า C อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ t = 1.44 p=0.16
6. (Zhang et al (a), 2016) China	RCT: เด็กวัยรุ่นชาย N:65 C: 33 I: 32	I: การปรับ พฤติกรรม ความอยากเล่น เกม (CBI) /6 สัปดาห์	1. ความอยากเล่นเกมที่เกิดจาก ตัวกระตุ้น 2. ภาพการทำงานของสมองส่วน ที่เกี่ยวข้องกับการให้รางวัล	1. หลังได้รับโปรแกรม I: ลดความรุนแรงของ การติดเกมและความอยากเล่นเกมโดยผ่านการ กระตุ้นสมองส่วน anterior insular P = 0.04 2. ระยะเวลาการบริหารเวลาหลังการทดลองของ I: ดีขึ้น (p < .05)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ผู้เขียน/ปี/ ประเทศ/	รูปแบบ การวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง	ลักษณะ โปรแกรม/ ระยะเวลา	ตัวแปรตามและ เครื่องมือวัดสำคัญ	ผลการศึกษาสำคัญ
7. (Zhang et al (b), 2016) China	RCT: เด็กวัยรุ่นชาย N: 57 C:19 I: 36	I: การปรับพฤติกรรม ความอยากเล่นเกม (CBI) /6 สัปดาห์	1. ภาพการทำงานของสมองช่วงขณะพัก (resting state): เครื่องสแกนสมอง	1. หลังได้โปรแกรม ระยะเวลาการบริหารเวลาหลังการทดลองของ I: ดีขึ้น มากกว่า C อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)
8. (Park, Lee, Sohn, & Han, 2016) Korea	RCT: วัยรุ่นชายที่มีปัญหาติดเกม อายุ 13-18 ปี N: 88 C:44 I: 44	1. ยา osmotic release 2. ยา atomoxetinehy /12 สัปดาห์	1. การติดอินเตอร์เน็ต: 2. ความหุนหันพลันแล่น	1. การเปลี่ยนแปลงของการติดอินเตอร์เน็ตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเปลี่ยนแปลงของความหุนหันพลันแล่น $P = 0.15$
9. (Deng, et al., 2017)	RCT: เด็กติดเกมเพศชาย N: 63 C:44 I: 19	I: โปรแกรมการปรับพฤติกรรม ความอยากเล่นเกม (CBI)/ 8 สัปดาห์	1. ความรุนแรงของการใช้และการติดเกม	1. ความรุนแรงของการติดเกม ใน I: และ C: ลดลงอย่างมีนัยสำคัญหลังสิ้นสุดโปรแกรม ในทุกช่วงเวลา โดยคะแนนเฉลี่ยของ I: ต่ำกว่า C: pre-post $F(3,54) = 9.08 P < .001$
10.(Krossbakken, et al., 2018) Norway	RCT: เด็กอายุ 8-12 ปี N:1657 I: 831 C: 826	I: แนวปฏิบัติสำหรับผู้ปกครองเพื่อป้องกันปัญหาพฤติกรรมการเล่นวิดีโอเกมของเด็ก/ 8 สัปดาห์	1. ปัญหาการเล่นวิดีโอเกม การนอนหลับ การรับรู้ศักยภาพผู้ปกครองในการจำกัดพฤติกรรมในการเล่นวิดีโอเกมของเด็ก	1. แนวปฏิบัติสำหรับผู้ปกครองเพื่อป้องกันปัญหาพฤติกรรมการเล่นวิดีโอเกมของเด็ก ไม่มีประสิทธิผลต่อตัวแปรตามทุกตัว 95% CL for mean difference -1.96, 1.76 t -0.10
11.(Torres-Rodríguez, Griffiths, Carbonell, & Oberst, 2018) Spain	RCT: เด็กวัยรุ่นเพศชาย อายุ 12-18 ปี N:34 I:17C: 17	โปรแกรมจิตบำบัด เฉพาะสำหรับวัยรุ่นที่ติดเกม (PIPATIC)	1. การติดเกม 2. ความสามารถภายในและระหว่างบุคคล 4. สัมพันธภาพในครอบครัว	1.การติดเกมลดลงทั้งใน I: และ C: แต่ I: มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมากกว่า C: ($p\text{-value} < .025$) 2. เมื่อเปรียบเทียบกับ C: พบว่า I: มีการลดลงของความผิดปกติร่วม $p .004$, ความสับสนในเอกลักษณ์แห่งตน $p .044$
12.(Apsitwasana, Perngarn, & Cottler, 2018) Thailand	RCT: นักเรียนประถมศึกษา 4-5 อายุ 9-11 ปี N:310 I: 151 C: 159	การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในโรงเรียนร่วมกับการใช้ครอบครัวเป็นฐานตนเอง /8 สัปดาห์	1. ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการติดเกม 2. พฤติกรรมการติดเกม 3. ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมติดเกม	1. พฤติกรรมการป้องกันการติดเกมของ I: ลดลงกว่า C: อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ 2. ความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับการติดเกมและการควบคุมตนเอง ของ I: ดีขึ้นกว่า C: อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ Mean difference 2.507 SE 0.584 $p < .001$

* I: คือ กลุ่มทดลอง C: คือ กลุ่มควบคุม RCT: คือ Randomized controlled trial CBT: cognitive behavioral therapy

อภิปรายผลการวิจัย

จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบร่วมกับการวิเคราะห์เชิงอภิमानสะท้อนให้เห็นถึง การแก้ปัญหา การติดเกมด้วย 2 วิธีการหลัก คือ การลดพฤติกรรม การติดเกม และการป้องกันการติดเกม อายุเฉลี่ยอยู่ในช่วงวัยรุ่น โปรแกรมที่ใช้บำบัดส่วนใหญ่คือ Non-pharmacological treatment ด้วยวิธี CBT โดยผลการสังเคราะห์พบว่าให้ประสิทธิผลที่ดี สามารถลดระยะเวลาการเล่นเกมได้ ซึ่งถือว่าเป็นวิธีการปรับพฤติกรรมแบบค่อยเป็นค่อยไป ด้วยการสร้างแนวคิดใหม่ต่อพฤติกรรม จึงเหมาะกับเด็กในช่วงวัยรุ่น (Du, Jiang, & Vance, 2010; Kim, et al., 2012; Deng, et al., 2017; Zhang et al, 2016; Zhang et al, 2016; Torres-Rodríguez, Griffiths, Carbonell & Oberst, 2018) นอกจากนั้นวิธีการบำบัดแบบ CBT ใช้การบำบัดแบบกลุ่ม ทำให้สมาชิกในกลุ่มลดความอับอาย และลดการแยกตัวจากสังคม ได้รับกำลังใจจากคนที่กำลังประสบปัญหาเดียวกัน ส่วนการลดพฤติกรรมติดเกมของเด็กที่ติดเกมด้วยการใช้ยาในกลุ่ม psychostimulants มีการศึกษา 1 เรื่องการวิเคราะห์ครั้งนี้จึงยังไม่สามารถสรุปประสิทธิผลได้ (Park, Lee, Sohn & Han, 2016)

การป้องกันการติดเกมกลุ่มตัวอย่างคือเด็กและผู้ปกครองของเด็กวัยรุ่น โปรแกรมจำแนกเป็น 2 ประเด็น ได้แก่ 1) การบำบัดครอบครัว (Family therapy) โดยวิธีการฝึกสอนผู้ปกครอง (Parent education and training) ได้แก่วิธีการฝึกให้พ่อแม่รับรู้และเข้าใจสภาวะอารมณ์ของเด็ก วิธีการแก้ปัญหา การควบคุมอารมณ์ และ พฤติกรรมของพ่อแม่ เรียนรู้วิธีการสื่อสารกับเด็กอย่างถูกวิธีเพื่อลดความขัดแย้งระหว่างกัน 2) การพัฒนาทักษะชีวิต (Life skills training program) ประกอบด้วยการพัฒนาทักษะชีวิตด้านความคิดอย่างมีวิจารณญาณ และ ความคิดสร้างสรรค์ ด้านความภาคภูมิใจ

ในตนเอง และความรับผิดชอบต่อสังคม (เกษมกล เกียรติพจนานันท์, 2553; Apisitwasana, Perngparn, & Cottler, 2018; Krossbakken, Torsheim, Mentzoni, King, Bjorvatn & Lorvik, 2018; ชนิตา ศรีนวล, 2551; อรอนันท์ ไสแสง, 2552)

สำหรับผู้ให้การบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยวิธี CBT ผู้บำบัดต้องผ่านการอบรมด้านการบำบัดความคิด และพฤติกรรมโดยเฉพาะ เนื่องจากระบบการต่าง ๆ ในการบำบัด ผู้บำบัดต้องทำหน้าที่เหมือนกับครูฝึก (Coach) ช่วยให้ผู้รับการบำบัดเรียนรู้เทคนิคต่าง ๆ เข้าใจเหตุผลว่าเหตุใดต้องใช้เทคนิคบำบัดต่าง ๆ และช่วยฝึกฝนการใช้เทคนิคจนเกิดความชำนาญ รวมถึงผู้บำบัดต้องสร้างฐานของ Therapeutic alliance หรือความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้บำบัดและผู้ถูกบำบัดด้วย และในส่วนของโปรแกรมอื่น ๆ ที่เป็นการป้องกันการติดเกมผู้ที่มีการจัดกระทำกิจกรรมกับกลุ่มทดลองคือผู้ปกครอง ครูที่ดูแลรวมถึงผู้ที่ใกล้ชิดกับเด็ก ซึ่งบุคคลเหล่านี้จะได้รับการฝึกอบรม หรือให้คำแนะนำจากบุคลากรทางสุขภาพที่มีความเชี่ยวชาญก่อน

โดยสรุปปัญหาการติดเกมของเด็กวัยรุ่นและวัยรุ่น แบ่งได้เป็น 2 ระดับคือ ระดับการป้องกันและลดพฤติกรรมติดเกม ส่วนการป้องกัน พบว่าการฝึกทักษะชีวิตช่วยเพิ่มระดับความรู้ ความตระหนักในพฤติกรรมของตนเองและทักษะชีวิตของเด็กนักเรียนและวัยรุ่น และพบว่าการบำบัดที่มีครอบครัวเป็นฐานสามารถส่งเสริมและป้องกันการติดเกมได้ ส่วนการลดพฤติกรรมติดเกม การสังเคราะห์งานครั้งนี้เน้นการใช้วิธีบำบัดแบบ CBT ซึ่งได้ประสิทธิผลผลดี พบว่าความรุนแรงของการใช้และการติดเกมในกลุ่มทดลองลดลง รวมถึงการบริหารเวลาของกลุ่มทดลองดีขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในการป้องกันเด็กวัยเรียนไม่ให้เกิดปัญหาการติดเกม และบำบัดพฤติกรรมของเด็กวัยร่นตอนต้นให้ควบคุมระยะเวลาของการเล่นเกมไม่ให้นานจนเกิดผลเสียต่อสุขภาพ การนำไปใช้ต้องอาศัยความร่วมมือทั้งจากสถาบันครอบครัว และ

ครูผู้สอนในโรงเรียน แต่สำหรับการบำบัดเพื่อการบรรเทาพฤติกรรมติดเกมต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ความสามารถในการบำบัดแบบ CBT พบว่า การบำบัดโดยใช้ยา มีการศึกษาเพียง 1 เรื่อง จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2564). รายงานการทบทวนสถานการณ์ และแนวโน้มการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต ประกอบการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ กรมสุขภาพจิต. สืบค้นจาก <https://dmh.go.th/main.asp>

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2562). สรุปการสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับจุดแข็ง จุดอ่อน-โอกาส ความท้าทาย (SWOT) การดำเนินงานสุขภาพจิต และทิศทางการดำเนินงานสุขภาพจิตในอนาคต. สืบค้นจาก: <http://www.dmh.go.th/oic.go.th>

เกษกมล เกียรติพจนานันท์. (2553). ผลการใช้กระบวนการกลุ่มที่มีต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมติดเกมคอมพิวเตอร์ของนักเรียนระดับประถมศึกษา โรงเรียนสันกลางเหนือ อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

ชนิดา ศรีนวล. (2551). โปรแกรมส่งเสริมพัฒนากิจของครอบครัว ในการป้องกันการติดเกมคอมพิวเตอร์ในเด็กวัยเรียน (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.

นัยพินิจ คชภักดี. (2562). การพัฒนาสมองเด็กปฐมวัยแบบบูรณาการ วิทยาศาสตร์ยุคใหม่ที่ท้าทายต่อการพัฒนามนุษย์ . สืบค้นจาก: <https://www.cf.mahidol.ac.th>

สุปราณี น้อยตั้ง, สุวรรณิ ละออปักชิน, และชัยณรงค์ นาคเทศ. (2564). ภาวะสุขภาพของเด็กวัยเรียนระดับประถมศึกษาเขตสาทร กรุงเทพฯ. วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ, 7(2), 47-64.

สุริยเดว ทรีปาตรี. (2561). ทำความรู้จักเด็กยุค Generation Alpha. สืบค้นจาก: <https://www.trueplookpanya.com/dhamma/content/76263>

อรอนันท์ ไสแสง. (2552). ประสิทธิภาพของการประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันการติดเกมในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

- Apisitwasana, N., Perngparn, U., & Cottler, L. B. (2018). Effectiveness of school-and family-based interventions to prevent gaming addiction among grades 4–5 students in Bangkok, Thailand. *Psychology research and behavior management*, 11, 103-115
- Du, Y., Jiang, W., & Vance, A. (2010). Longer term effect of randomized, controlled group cognitive behavioral therapy for internet addiction in adolescent students in Shanghai. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(2), 129-134.
- Deng, L. Y., Liu, L., Xia, C. C., Lan, J., Zhang, J. T., & Fang, X. Y. (2017). Craving behavior intervention in ameliorating college students' internet game disorder: A longitudinal study. *Frontiers in Psychology*, 8(1), 526-536.
- Gaetan, S., Bonnet, A., Bréjard, V., & Cury, F. (2014). French validation of the 7-item Game Addiction Scale for adolescents. *European review of applied psychology*, 64(4), 161-168.
- Higgins, J. P., Altman, D. G., Gøtzsche, P. C., Jüni, P., Moher, D., Oxman, A. D., ... & Sterne, J. A. (2011). The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trials. *Bmj*, 343. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.d5928>
- Higgins, J. P., Thomas, J., Chandler, J., Cumpston, M., Li, T., Page, M. J., & Welch, V. A. (Eds.). (2019). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*. John Wiley & Sons.
- Krossbakken, E., Torsheim, T., Mentzoni, R. A., King, D. L., Bjorvatn, B., Lorvik, I. M., & Pallesen, S. (2018). The effectiveness of a parental guide for prevention of problematic video gaming in children: A public health randomized controlled intervention study. *Journal of behavioral addictions*, 7(1), 52-61.
- Kim, S. M., Han, D. H., Lee, Y. S., & Renshaw, P. F. (2012). Combined cognitive behavioral therapy and bupropion for the treatment of problematic on-line game play in adolescents with major depressive disorder. *Computers in human behavior*, 28(5), 1954-1959.
- Li, H., & Wang, S. (2013). The role of cognitive distortion in online game addiction among Chinese adolescents. *Children and youth services review*, 35(9), 1468-1475.
- Moher, D., Shamseer, L., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M., ... & Stewart, L. A. (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Systematic reviews*, 4(1), 1-9.

- Park, J. H., Lee, Y. S., Sohn, J. H., & Han, D. H. (2016). Effectiveness of atomoxetine and methylphenidate for problematic online gaming in adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 31(6), 427-432.
- Torres-Rodriguez, A., Griffiths, M. D., Carbonell, X., & Oberst, U. (2018). Treatment efficacy of a specialized psychotherapy program for Internet Gaming Disorder. *Journal of Behavioral Addictions*, 7(4), 939-952.
- Zajac, K., Ginley, M. K., Chang, R., & Petry, N. M. (2017). Treatments for Internet gaming disorder and Internet addiction: A systematic review. *Psychology of Addictive Behaviors*, 31(8), 979.
- Zhang, J. T., Yao, Y. W., Potenza, M. N., Xia, C. C., Lan, J., Liu, L., ... & Fang, X. Y. (2016). Altered resting-state neural activity and changes following a craving behavioral intervention for Internet gaming disorder. *Scientific Reports*, 6(1), 1-8.
- Zhang, J. T., Yao, Y. W., Potenza, M. N., Xia, C. C., Lan, J., Liu, L., ... & Fang, X. Y. (2016). Effects of craving behavioral intervention on neural substrates of cue-induced craving in Internet gaming disorder. *NeuroImage: Clinical*, 12, 591-599.
-

การสร้างและพัฒนาหุ่นจากน้ำยางพาราช่วยฝึกทักษะประเมินการวัดการหดตัวของมดลูกด้วยกลไกการควบคุมแรงดันน้ำสำหรับนักศึกษาพยาบาล

Creating and Development of The Rubber Latex Uterine Contraction Practice Model Using Water Pressure Control Mechanism for Nursing Students

รัตนเพ็ญพร ศิริวัลลภ, วท.ม., Rattanapenporn Siriwallop, M.Sc.^{1*}

อมรรัตน์ ผาละศรี, พย.ม., Amornrat Phalasri, M.N.S.¹

พงษ์ไทย์ อุดมอริยทรัพย์, ประ.ด., Pongputhai Udomariyasap, Ph.D.²

รุ่งตะวัน วิวัฒนาศิริกุล, ประ.ด., Rungtawan Wiwattanasirikul, Ph.D.²

¹อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

¹Lecturer, Faculty of nursing, Chaiyaphum Rajabhat University

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., โครงการจัดตั้งคณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

²Assistant Professor, Ph.D., Establishment Project of The Faculty of Engineering,
Chaiyaphum Rajabhat University

*Corresponding Author Email: rattanapenporn.kh@cpru.ac.th

Received: June 7, 2022

Revised: December 8, 2022

Accepted: December 15, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างและพัฒนาหุ่นจากน้ำยางพาราช่วยฝึกทักษะประเมินการวัดการหดตัวของมดลูกด้วยกลไกการควบคุมแรงดันน้ำ เพื่อเปรียบเทียบทักษะประเมินการวัดการหดตัวของมดลูกด้วยกลไกการควบคุมแรงดันน้ำสำหรับนักศึกษาพยาบาลก่อนการทดลองและหลังการทดลอง และเพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อหุ่นช่วยฝึกทักษะประเมินการวัดการหดตัวของมดลูกด้วยกลไกการควบคุมแรงดันน้ำสำหรับนักศึกษาพยาบาล ดำเนินการวิจัย 3 ระยะ กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ จำนวน 50 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยหุ่นฝึกทักษะการประเมินการวัดการหดตัวของมดลูกด้วยกลไกการควบคุมแรงดันน้ำ แบบสัมภาษณ์คุณภาพหุ่นฝึกทักษะการประเมินการวัดการหดตัวของมดลูก แบบประเมินทักษะการประเมินการวัดการหดตัวของมดลูกด้วยกลไกการควบคุมแรงดันน้ำ และแบบประเมินความพึงพอใจ ใช้ค่าความเชื่อมั่นได้เท่ากับ 0.87 ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของแบบประเมินทักษะ

การหดรัดตัวของมดลูก และแบบประเมินความพึงพอใจเท่ากับ 0.88 และ 0.76 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาสถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบค่าที (pair t – test) ผลการวิจัยพบว่าหุ่นจำลองสตรีตั้งครรภ์ครึ่งตัว หุ่นเป็นไฟเบอร์กลาสหุ้มด้วยยางพาราลักษณะผนังหน้าท้องใหญ่ภายในเป็นแอ่งบรรจุถุงการควบคุมแรงดันน้ำ มีลักษณะภายนอกคล้ายมนุษย์ สามารถใช้วัดประเมินการหดรัดตัวของมดลูกได้ พบว่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการประเมินการวัดการหดรัดตัวของมดลูกโดยใช้หุ่นช่วยฝึกทักษะประเมินการวัดการหดรัดตัวของมดลูกชนิดหุ่นยางพาราแรงดันน้ำหลังการทดลองสูงขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และความพึงพอใจต่อหุ่นช่วยฝึกทักษะประเมินการวัดการหดรัดตัวของมดลูกด้วยกลไกการควบคุมแรงดันน้ำสำหรับนักศึกษาพยาบาลโดยภาพรวม พบว่าอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.33$, $SD=0.58$) ดังนั้นหุ่นจากน่ายางพาราช่วยฝึกทักษะจากการวัดการหดรัดตัวของมดลูกกลไกการควบคุมแรงดันน้ำสามารถใช้จำลองการหดรัดตัวของมดลูกและใช้ในการจัดการเรียนการสอนรายวิชาการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ได้

คำสำคัญ: หุ่นช่วยฝึกทักษะ การวัดการหดรัดตัวของมดลูก

Abstract

The objective of this research and development is to create and develop the rubber latex uterine contraction practice model using a water pressure control mechanism. To compare uterine contraction assessment skills by the rubber latex uterine contraction practice model using a water pressure control mechanism for nursing students before and after the experiment. Moreover, to study their satisfaction with the rubber latex uterine contraction practice model using water pressure. This research consists of 3 phases. The participants include 50 second-year nursing students, from the Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University. The research instruments are the rubber latex uterine contraction practice model using a water pressure control mechanism, a satisfaction assessment form, and a satisfaction assessment form. The reliability was 0.87. The reliability coefficient of the uterine contraction skill assessment form and the satisfaction assessment form were 0.88 and 0.76. Data were analyzed using content analysis descriptive statistics and t-test (pair t-test). The results revealed that the half-body pregnant woman's model is made of fiberglass covered with rubber, a large abdominal wall, and inside a basin containing a bag to control water pressure. Outwardly appearance resembles a human. This model can be used to measure the uterine contraction assessment. The average scores of the uterine contraction assessment skills after using this model were significantly higher than before the experiment ($p\text{-value} < 0.05$). The overall satisfaction with the uterine contraction measurement skills training with this model for nursing students was at a high level ($\bar{X}=4.33$, $SD=0.58$). Therefore, the rubber latex uterine contraction practice model using a water pressure

control mechanism can be mimic uterine contractions and suitable for teaching in Maternity Nursing and Midwifery subjects.

Keywords: *practice model, uterine contraction*

บทนำ

เหตุการณ์ที่สำคัญที่สุดในชีวิตของสตรีทุกคน คือ การตั้งครรภ์และการคลอด โดยทุกคนรอบครัวต่างคาดหวังที่จะให้ทารกและมารดาปลอดภัย แต่บางครั้งการตั้งครรภ์และการคลอดก็เป็นวิกฤตของชีวิตของสตรีวัยเจริญพันธุ์ โดยเฉพาะการคลอดก่อนกำหนดอาจทำให้เกิดการเจ็บป่วยและเสียชีวิตของทารกแรกเกิดนำไปสู่ปัญหาสุขภาพของทารกและครอบครัวได้ (Yochum, et al, 2016; Allahem, Sampalli, 2022) ในส่วนของประเทศไทยจำนวนการเกิดลดลง จำนวนผู้อายุที่เพิ่มขึ้นและยังพบปัญหาคุณภาพการเกิดและการเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัยด้วยนำไปสู่ปัญหาเด็กเกิดน้อย ด้อยคุณภาพ (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2560) ดังนั้นการดูแลสตรีตั้งครรภ์ทั้งในระยะก่อนคลอดและระยะคลอดให้มีความปลอดภัยจึงเป็นหน้าที่ของบุคลากรทางการสาธารณสุขโดยตรง เพื่อให้ลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2560) ซึ่งในระยะการเจ็บครรภ์คลอดที่มีระยะเวลาประมาณไม่เกิน 8 ถึง 12 ชั่วโมง เป็นช่วงเวลาที่มีความสำคัญอย่างยิ่งของการตั้งครรภ์สำหรับหญิงตั้งครรภ์ทุกราย เพราะเป็นช่วงเวลาที่มีการเกิดการเกิดการเสียชีวิตของมารดาและทารกในครรภ์ได้มากที่สุด (เกษมศรี ศรีสุพรรณดิฐ, 2564)

จากการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา (Covid-19) ส่งผลต่อการศึกษาทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ตลอดจนสมรรถนะของพยาบาลที่ต้องอาศัยความรู้และทักษะที่จำเพาะต่อการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะสมรรถทางด้าน

พยาบาลสูตินารีเวช ซึ่งเป็นสมรรถนะที่สำคัญทั้งในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและระยะหลังคลอด (Hungsawanus, Pasiphol, & Kanjanawasee, 2021) ในฐานะสถาบันการศึกษาจึงจำเป็นที่จะต้องมีการจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้กับนักศึกษาพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจในรายวิชานั้น ๆ ก่อนที่จะฝึกปฏิบัติงานจริงบนหอผู้ป่วย ซึ่งวิชาชีพการพยาบาลเป็นวิชาชีพที่เน้นในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย เป็นหัวใจสำคัญของหลักสูตรพยาบาลที่เน้นให้นักศึกษาพยาบาลต้องประยุกต์ความรู้เชิงทฤษฎีนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลผดุงครรภ์ต้องใช้องค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลมารดาและทารกในครรภ์ ต้องใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน (Choocha, Chotwattanakulchai, & Sirisome, 2022) ทั้งนี้ หุ่นทางการพยาบาลมีวัสดุและต้นทุนการผลิตที่สูงขึ้น ราคาค่อนข้างแพงซึ่งต้องนำเข้าจากต่างประเทศและให้มีความยุ่งยากในการดูแลรักษา ที่ผ่านมามีคณะพยาบาลศาสตร์จ่ายค่าอุปกรณ์การสอนทางห้องปฏิบัติการในการพัฒนาทักษะทางการพยาบาลให้กับนักศึกษาพยาบาลในแต่ละปีค่อนข้างสูง เนื่องจากอุปกรณ์การสอนทางสูติศาสตร์มีราคาค่อนข้างแพง (Choocha, et al., 2022) ดังนั้น การพัฒนาหุ่นจากน้ียงพาราช่วยฝึกทักษะจากการวัดการหดตัวของมดลูกกลไกการควบคุมแรงดันน้ำเสมือนจริง จึงเป็นนวัตกรรมที่จะสามารถช่วยในการจัดการเรียนการสอนให้มีประสิทธิภาพ โดยหุ่นจำลองเสมือนจริงจะช่วยให้ผู้สอนสามารถนำมาใช้ในกิจกรรมการเรียนการสอนที่หลากหลาย ส่งเสริมการเรียนรู้ในรูปแบบต่าง ๆ ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์

การเรียนรู้ ซึ่งเป็นเป้าหมายที่สำคัญของการศึกษาพยาบาล (สุสันหา ยิ้มแย้ม และโสภา กรรณสูตร, 2556) เพราะเมื่อมีการนำความรู้ทางทฤษฎีมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติ การเรียนรู้จากประสบการณ์จริงจะช่วยให้ นักศึกษาพยาบาล เกิดความรู้ความเข้าใจในมิติต่าง ๆ เกิดทักษะการปฏิบัติ การแก้ไขปัญหาและนำไปสู่การมีทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพ มีความมั่นใจ ช่วยพัฒนาทักษะทางคลินิกการปฏิบัติ ช่วยลดข้อผิดพลาดหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเมื่อไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (สุสันหา ยิ้มแย้ม, นันทพร แสนศิริพันธ์, และนางลักษณ์ เฉลิมสุข, 2561) โดยเฉพาะทักษะการประเมินการหดตัวของมดลูกถือเป็นหนึ่งในทักษะที่มีความสำคัญสำหรับนักศึกษาพยาบาล เป็นสมรรถนะที่สำคัญของการพยาบาลมารดาและทารก ที่นักศึกษาจำเป็นต้องมีเพื่อใช้ในการประเมินสภาวะของทารกในครรภ์มารดาสามารถประเมินความก้าวหน้าของการคลอดซึ่งถือเป็นภาวะวิกฤตของมารดาในขณะตั้งครรภ์

จากเหตุผลและความจำเป็นดังกล่าวข้างต้น ทีมผู้วิจัยจึงมีความสนใจและศึกษาการสร้างและพัฒนาสื่อการเรียนการสอนที่สามารถให้นักศึกษาได้ฝึกทักษะทางการผดุงครรภ์ใช้เองด้วยการพัฒนาหุ่นช่วยฝึกทักษะการวัดการหดตัวของมดลูกโดยอาศัยกลไกการควบคุมแรงดันน้ำที่ผลิตมาจากน้ำยาพาราซึ่งสามารถหาได้ง่ายในประเทศไทย และมีราคาถูก (อภิรัตน์ สุประเสริฐ, 2558) เพื่อนำไปใช้ในการสาธิตและช่วยฝึกทักษะการวัดการหดตัวของมดลูกของนักศึกษาพยาบาลให้เกิดการเรียนรู้ และทักษะที่เป็นประโยชน์ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดความมั่นใจก่อนที่จะขึ้นไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง จนนำไปสู่การเพิ่มศักยภาพการดูแลและส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ให้มีความเหมาะสมและปลอดภัยได้ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อสร้างและพัฒนาหุ่นจากน้ำยาพาราช่วยฝึกทักษะประเมินการวัดการหดตัวของมดลูกด้วยกลไกการควบคุมแรงดันน้ำสำหรับนักศึกษาพยาบาล
2. เพื่อเปรียบเทียบทักษะประเมินการวัดการหดตัวของมดลูกด้วยกลไกการควบคุมแรงดันน้ำของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังการทดลอง
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลที่มีต่อหุ่นช่วยฝึกทักษะประเมินการวัดการหดตัวของมดลูกด้วยกลไกการควบคุมแรงดันน้ำ

สมมติฐานการวิจัย

นักศึกษาพยาบาลศาสตร์มีคะแนนทักษะประเมินการวัดการหดตัวของมดลูกด้วยกลไกการควบคุมแรงดันน้ำหลังจากใช้หุ่นจากน้ำยาพาราสูงกว่าก่อนการใช้หุ่นจากน้ำยาพาราช่วยฝึกทักษะประเมินการวัดการหดตัวของมดลูกด้วยกลไกการควบคุมแรงดันน้ำ

วิธีดำเนินการวิจัย

ในงานวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยและพัฒนา (research and development) มีวิธีดำเนินการวิจัย 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การสำรวจการสร้างหุ่นช่วยฝึกทักษะประเมินการวัดการหดตัวของมดลูกด้วยกลไกการควบคุมแรงดันน้ำของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์จากน้ำยาพารา ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นการสำรวจและศึกษาแนวคิดเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ทีมผู้วิจัย ประชุมและปรึกษาหารือ สำรวจความต้องการความคิดเห็น ประสบการณ์ ทฤษฎีแนวคิดเอกสารงานวิจัยและบทความที่เกี่ยวข้อง สื่อการเรียน

การสอนหุ่นการหดตัวของมดลูกที่มีอยู่เดิม และที่มีในปัจจุบัน วัสดุที่ใช้ในการผลิตของทั้งนักศึกษาพยาบาลและอาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ โดยใช้การสนทนากลุ่ม พบว่าหุ่นที่ต้องการคือหุ่นที่จำลองการหดตัวของมดลูก สามารถสัมผัสการหดตัวของมดลูกจากฝ่ามือผู้ใช้หุ่นได้ สามารถกำหนดระยะเวลาของการหดตัวและความแรงของการหดตัวได้ มีราคาถูก หาได้ง่าย ดูแลรักษาได้ง่าย ใกล้เคียงกับมนุษย์

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นการขอความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ

ทีมผู้วิจัยได้ปรึกษาและขอความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ และความเป็นไปได้จริงในการพัฒนาและสร้างหุ่นฝึกทักษะการวัดการหดตัวของมดลูกจากวัสดุทางการแพทย์โดยอาศัยหลักการควบคุมแรงดันน้ำของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์

ระยะที่ 2 ขั้นการสร้างและพัฒนาหุ่นช่วยฝึกทักษะ ประเมินการวัดการหดตัวของมดลูกด้วยกลไกการควบคุมแรงดันน้ำในนักศึกษาพยาบาลศาสตร์

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นการสร้างหุ่นช่วยฝึกทักษะการวัดการหดตัวของมดลูก

หลังจากได้สำรวจความต้องการการใช้ และข้อมูลจากเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ความเป็นไปได้ จึงได้สร้างและพัฒนาหุ่นตามคุณสมบัติของหุ่นที่กำหนด ได้แก่ ลักษณะ รูปร่าง สี ขนาด น้ำหนัก และให้ความรู้สึกสัมผัสที่เหมือนจริงใกล้เคียงกับมนุษย์ สามารถระบุลักษณะโครงสร้างจากภายนอกได้มีความยืดหยุ่นสูง สามารถสังเกตการหดตัวของมดลูกได้จากการสัมผัสด้วยฝ่ามือของผู้ใช้หุ่นระบุระยะเวลาของการหดตัวของมดลูกในแต่ละครั้ง สามารถแยกชนิดของการหดตัวของมดลูกในแต่ละรอบ (Interval, Duration) สามารถระบุความรุนแรงของการหดตัวของมดลูก สามารถปรับระดับความแรงของการหดตัวของมดลูกได้เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ

ทีมผู้วิจัยนำหุ่นให้ผู้เชี่ยวชาญทดลอง ตรวจสอบรวมถึงวิพากษ์การทำงานของหุ่นช่วยฝึกทักษะฯ โดยอาจารย์สาขาการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ อาจารย์กายวิภาคศาสตร์ และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโครงสร้างหุ่นระบบควบคุมแรงดันน้ำ

ขั้นตอนที่ 5 ขั้นการทดลองใช้หุ่นช่วยฝึกทักษะการวัดการหดตัวของมดลูก

นำหุ่นช่วยฝึกทักษะการวัดการหดตัวของมดลูกที่ผ่านการทดลอง ทดสอบ และการวิพากษ์จากผู้เชี่ยวชาญ มาทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ที่ไม่ใช่กลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และตอบแบบประเมินด้านคุณภาพการผลิตของหุ่นช่วยฝึกทักษะฯ จากนั้นจึงนำข้อมูลที่ได้ไปปรับปรุงการสร้างและพัฒนาหุ่นช่วยฝึกทักษะการวัดการหดตัวของมดลูกต่อไป

ขั้นตอนที่ 6 ขั้นการปรับปรุงและพัฒนาหุ่นฝึกทักษะการวัดการหดตัวของมดลูก

นำหุ่นฝึกทักษะการวัดการหดตัวของมดลูกที่ผ่านการทดลองใช้งานจริงและมีการปรับปรุงพัฒนาและแก้ไขทั้งในส่วนของคุณสมบัติรูปร่างภายนอก คุณสมบัติการใช้งาน ความสวยงาม ลักษณะสัมผัสภายนอกที่เหมือนจริงใกล้เคียงกับมนุษย์ ตามที่ได้รับข้อเสนอแนะ ตลอดจนขอความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และผู้ใช้งานจริงนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญในระยะที่ 2 ทดสอบและตรวจสอบอีกครั้งก่อนนำไปใช้

ระยะที่ 3 ขั้นการทดลองและการประเมินผล

ภายหลังผู้วิจัยได้สร้างและพัฒนาหุ่นจากน้ำยาพาราช่วยฝึกทักษะประเมินการวัดการหดตัวของมดลูกด้วยกลไกการควบคุมแรงดันน้ำเรียบร้อยแล้วได้นำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 จำนวน 50 คน ทำการทดสอบก่อนและหลังการการใช้หุ่นจากน้ำยาพาราช่วยฝึกทักษะจากการวัดการหดตัวของมดลูกกลไกการควบคุมแรงดันน้ำ

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ จำนวน 50 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยคือนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ที่กำลังศึกษาในรายวิชาการกลุ่มการพยาบาลมารดา ทารกและผดุงครรภ์ โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 50 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 หุ่นฝึกทักษะการประเมินการหดตัวของมดลูกด้วยกลไกการควบคุมแรงดันน้ำ

2.2 แบบสัมภาษณ์คุณภาพหุ่นฝึกทักษะการประเมินการหดตัวของมดลูกด้วยกลไกการควบคุมแรงดันน้ำที่ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านหุ่นจำลอง ด้านกายวิภาคและสรีรวิทยา ด้านการพยาบาลสูติศาสตร์ รวมจำนวน 3 ท่าน

2.3 แบบประเมินทักษะการประเมินการหดตัวของมดลูกด้วยกลไกการควบคุมแรงดันน้ำแบบประเมินความพึงพอใจภายหลังการทดลองใช้ที่พัฒนาขึ้นจากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งแบบสอบถามประกอบด้วยข้อมูลทั้งหมด 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ใช้หุ่น ได้แก่ เพศ และประเภทผู้ใช้หุ่นทั้งหมด 3 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินทักษะการประเมินการหดตัวของมดลูกด้วยกลไกการควบคุมแรงดันน้ำ โดยใช้หุ่นยางพารา มีจำนวน 8 ข้อ โดยมีลักษณะเป็นแบบประเมิน 4 คำตอบ (rating scale) โดยมีเกณฑ์ให้คะแนน 4 ระดับ ได้แก่ ดีมาก ดี พอใช้ และควรปรับปรุง และพิจารณาจากมาตราส่วน ประมาณค่า

(สุสัณหา ยิ้มแย้ม และโสภา กรรณสูตร, 2556) ดังนี้

คะแนน 4.51–5.00 หมายถึง อยู่ในระดับดีมาก

คะแนน 3.51–4.50 หมายถึง อยู่ในระดับมาก

คะแนน 2.51–3.50 หมายถึง อยู่ในระดับพอใช้

คะแนน 1.51–2.50 หมายถึง อยู่ในระดับควรปรับปรุง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจต่อหุ่นช่วยฝึกประเมินการวัดการหดตัวของมดลูกด้วยกลไกการควบคุมแรงดันน้ำโดยใช้หุ่นยางพารา มีจำนวน 17 ข้อ โดยมีลักษณะเป็นแบบประเมิน 5 คำตอบ (rating scale) โดยมีเกณฑ์ให้คะแนน 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง และน้อยที่สุด พิจารณาจากมาตราส่วน ประมาณค่า (สุสัณหา ยิ้มแย้ม และโสภา กรรณสูตร, 2556) ดังนี้

คะแนน 4.51–5.00 หมายถึง คุณภาพอยู่ในระดับมากที่สุด

คะแนน 3.51–4.50 หมายถึง คุณภาพอยู่ในระดับมาก

คะแนน 2.51–3.50 หมายถึง คุณภาพอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 1.51–2.50 หมายถึง คุณภาพอยู่ในระดับน้อย

คะแนน 0.51–1.50 หมายถึง คุณภาพอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 4 ข้อมูลความคิดเห็นและคำแนะนำต่อการใช้งานหุ่น โดยมีลักษณะเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ

3. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบประเมินทักษะการประเมินการหดรัดตัวของมดลูกด้วยกลไกการควบคุมแรงดันน้ำ มีการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน จากนั้นนำเครื่องมือไปทดสอบกับนักศึกษาพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน ใช้ค่าความเชื่อมั่นได้เท่ากับ 0.87 ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของแบบประเมินทักษะการหดรัดตัวของมดลูก และแบบประเมินความพึงพอใจ เท่ากับ 0.88 และ 0.76

4. จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ในการศึกษาวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิเลขที่ 037/2562 รับรองวันที่ 1 ธันวาคม 2562-1 ธันวาคม 2563 ผู้วิจัยได้ชี้แจงเกี่ยวกับรายละเอียดต่าง ๆ ของโครงการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัยให้สิทธิในการเข้าร่วมในการวิจัย และตอบข้อซักถาม การรักษาความลับ ข้อมูลส่วนบุคคล การให้สิทธิในการปฏิเสธการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ได้ตลอดการทดลอง โดยไม่ส่งต่อการศึกษา นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม ผู้ตอบแบบสอบถามยินดีและลงนามในใบยินยอมในการเก็บรวบรวมข้อมูล

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์วิเคราะห์คะแนนจากการประเมินทักษะการหดรัดตัวของมดลูก คะแนนความพึงพอใจโดยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนทักษะก่อนและหลังโดยมีวิธีการคำนวณหาค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยการทดสอบค่าที (pair t-test)

และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัย

1. การสร้างและพัฒนาหุ่นจากน้ำยางพาราช่วยฝึกทักษะประเมินการวัดการหดรัดตัวของมดลูกกลไกการควบคุมแรงดันน้ำ พบว่า เป็นหุ่นที่มีลักษณะคล้ายมนุษย์ จับต้องได้ สามารถนำมาช่วยนักศึกษาพยาบาลในการเรียนและการปฏิบัติการพยาบาลได้ และยังพบว่า หุ่นจากน้ำยางพาราช่วยฝึกทักษะประเมินการวัดการหดรัดตัวของมดลูกด้วยกลไกการควบคุมแรงดันน้ำ มีลักษณะภายนอกเป็นหุ่นจำลองสตรีตั้งครรภ์ครึ่งตัว หุ่นไฟเบอร์กลาสหุ้มด้วยยางพารานอนหงาย เพื่อให้เห็นลักษณะของผนังหน้าท้องที่ชัดเจน สามารถเปิดหน้าท้องได้ เพื่อบรรจุถุงน้ำจำลองมดลูกด้วยการควบคุมแรงดันน้ำ มีรูทะลุสำหรับสายยางลำเลียงน้ำ บริเวณต้นขาและหลังของหุ่นมีลักษณะแข็งเพื่อเป็นฐานของกลไกที่อยู่ภายใน โดยหุ่นจำลองการประเมินการหดรัดตัวของมดลูก ประกอบด้วย ตัวหุ่นจำลองสตรีตั้งครรภ์ครึ่งตัว ภายในตัวหุ่นมีถุงยางพาราไว้สำหรับบรรจุน้ำ เพื่อจำลองการเกิดการหดรัดตัวของมดลูกจากแรงดันน้ำ โดยมีถังบรรจุน้ำไว้ภายนอกและตัวปั๊มสเปร์เพื่อปั้มน้ำเข้าสู่ตัวหุ่น และถังอีก 1 ถังเพื่อระบายน้ำออกมา อย่างไรก็ตาม หุ่นยังไม่สามารถวัดระดับยอดมดลูกแต่ละสัปดาห์ได้ และถ้าหากมีหุ่นเด็กข้างในท้องอาจจะทำให้มองภาพได้ชัดเจนยิ่งขึ้น (ดังภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 แสดงการสร้างหุ่นภายนอก (ผนังหน้าท้อง และการสร้างถุงจำลองการหดตัวของมดลูก)

2. เปรียบเทียบทักษะประเมินการวัดการหดตัวของมดลูกด้วยกลไกการควบคุมแรงดันน้ำสำหรับนักศึกษาพยาบาลก่อนการทดลองและหลังการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยทักษะการประเมินการวัดการหดตัวของมดลูกโดยใช้หุ่นช่วยฝึกทักษะประเมินการวัดการหดตัวของมดลูกชนิดหุ่นยางพาราแรงดันน้ำหลังการทดลองสูงขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) สรุปได้ว่า ภายหลัง

จากการได้รับการทดลองทำให้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีทักษะการตรวจครรภ์และการประเมินการหดตัวของมดลูกสูงขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 1 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีคะแนนในระดับดีมากคือ หุ่นช่วยให้การสังเกตรูปร่าง ลักษณะทั่วไปของหน้าท้องได้ ร้อยละ 88.0 รองลงมาคือบอกตำแหน่งการฟังเสียงหัวใจทารก บอกเสียงอื่น เช่น การเคลื่อนไหวของทารก การเคลื่อนไหวลำไส้ได้ ร้อยละ 84.0 (ดังตารางที่ 1 และ 2)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนทักษะการประเมินการวัดการหดตัวของมดลูกโดยใช้หุ่นช่วยฝึกทักษะประเมินการวัดการหดตัวของมดลูก ชนิดหุ่นยางพาราแรงดันน้ำ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ($n=50$)

ทักษะการประเมินการวัดการหดตัวของมดลูก	n	ผลการเปรียบเทียบ			
		Mean	SD	t-test	p-value
ก่อนการทดลอง	50	23.22	1.34	-29.123*	<0.001
หลังการทดลอง	50	30.44	1.37		

* $p < 0.01$

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละ ทักษะประเมินการวัดการหดตัวของมดลูกโดยใช้หุ่นช่วยฝึกทักษะการวัดการหดตัวของมดลูก ชนิดหุ่นยางพาราแรงดันน้ำรายข้อ หลังการทดลอง (n=50)

ทักษะการประเมินการวัดการหดตัวของมดลูก	ระดับความสามารถ			
	ดีมาก	ดี	พอใช้	ควรปรับปรุง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. สังเกตรูปร่าง ลักษณะทั่วไปของหน้าท้อง	44 (88.0)	6 (12.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
2. การตรวจครรภ์โดยใช้เทคนิค Leopold 's maneuver 4 ท่า	37 (74.0)	13 (26.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
3. วัดขนาดของมดลูกผ่านผนังหน้าท้อง	40 (80.0)	10 (20.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
4. บอกระยะเวลาของการหดตัวของมดลูก (Interval)	41 (82.0)	9 (18.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
5. บอกระยะห่างของการหดตัวของมดลูก (Duration)	37 (74.0)	13 (26.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
6. บอกความรุนแรงของการหดตัวของมดลูก (Severity)	40 (80.0)	10 (20.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
7. บอกตำแหน่งการฟังเสียงหัวใจทารก บอกเสียงอื่น เช่น การเคลื่อนไหวของทารกการเคลื่อนไหวลำไส้ได้	42 (84.0)	8 (16.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
8. บันทึกผลการตรวจครรภ์ และการหดตัวของมดลูก	41 (82.0)	9 (18.0)	0 (0.0)	0 (0.0)

3. ความพึงพอใจต่อหุ่นช่วยฝึกทักษะประเมินการวัดการหดตัวของมดลูกด้วยกลไกการควบคุมแรงดันน้ำสำหรับนักศึกษาพยาบาลโดยภาพรวม พบว่าอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =4.33, SD=0.58) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่ามากที่สุด ได้แก่ ฝึกประเมินความรุนแรงของการหดตัวของมดลูก ($\bar{X}$ =4.46, SD=0.54) รองลงมาได้แก่ ลักษณะภายนอกคล้ายหน้าท้อง

สตรีตั้งครรภ์ ($\bar{X}$ =4.42, SD=0.61), เพิ่มความสนใจต่อการเรียนรู้ ($\bar{X}$ =4.42, SD=0.67), ฝึกประเมินระยะเวลาการหดตัวของมดลูกในแต่ละครั้ง ($\bar{X}$ =4.42, SD=0.64)ตามลำดับส่วนข้อที่มีค่าน้อยที่สุด ได้แก่ สะดวกและง่ายต่อการเคลื่อนย้าย ($\bar{X}$ =4.18, SD=0.75) (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจต่อคุณภาพของหุ่นช่วยฝึกทักษะการวัดการหดตัวของมดลูก ชนิดหุ่นยางพาราแรงดันน้ำ โดยรวม (n=50)

ความพึงพอใจคุณภาพหุ่นยางพาราแรงดันน้ำ	ระดับความพึงพอใจ		
	$\bar{x}$	SD	ระดับ
1. ลักษณะภายนอกคล้ายหน้าท้องสตรีตั้งครรภ์	4.42	0.61	มาก
2. สวยงาม เหมาะสม	4.38	0.67	มาก
3. ขนาดและน้ำหนักเหมาะสม	4.26	0.83	มาก
4. ความรู้สึกสัมผัสเสมือนจริงใกล้เคียงกับมนุษย์	4.32	0.62	มาก
5. มีความยืดหยุ่น	4.40	0.64	มาก
6. ส่งเสริมการเรียนรู้	4.30	0.76	มาก
7. สะดวกและง่ายต่อการเคลื่อนย้าย	4.18	0.75	มาก
8. เพิ่มความสนใจต่อการเรียนรู้	4.42	0.67	มาก
9. เพิ่มความมั่นใจต่อการเรียนรู้	4.30	0.61	มาก
10. ความคงทนต่อการใช้งาน	4.30	0.71	มาก
11. เหมาะสมต่อการเรียนรู้	4.34	0.69	มาก
12. ประหยัดค่าใช้จ่าย	4.28	0.78	มาก
13. ฝึกประเมินระยะเวลาการหดตัวของมดลูกในแต่ละครั้ง	4.42	0.64	มาก
14. ฝึกประเมินความแรงของการหดตัวของมดลูก	4.46	0.54	มาก
15. ฝึกการตรวจครรภ์ 4 ท่า	4.32	0.65	มาก
16. สามารถใช้ทดแทนหุ่นจากต่างประเทศ	4.30	0.68	มาก
17. ความคุ้มค่าต่อต้นทุนการผลิตและการใช้งาน	4.28	0.81	มาก
รวม	4.33	0.58	มาก

อภิปรายผลการวิจัย

1. หุ่นจากน้ำยางพาราช่วยฝึกทักษะการประเมินการวัดการหดตัวของมดลูกด้วยกลไกการควบคุมแรงดันน้ำสำหรับนักศึกษาพยาบาลสามารถนำมาช่วยนักศึกษาพยาบาลในการเรียนและการปฏิบัติการพยาบาลได้ โดยหุ่นมีลักษณะภายนอกเป็นไฟเบอร์กลาสหุ้มด้วยยางพารา มีผนังหน้าท้องโตโดยจำลองจากสตรีตั้งครรภ์ ทำให้สามารถมองเห็นและสัมผัสบริเวณหน้าท้องได้อย่างชัดเจน โดยหุ่นสามารถเปิดส่วนที่จำลองเป็นผนังหน้าท้องออกได้ ภายในจะเป็นแอ่งบรรจุถุงน้ำจำลองมดลูก

ด้วยการควบคุมแรงดันน้ำจากวาล์วปั้มน้ำภายนอกตัวหุ่น ซึ่งสามารถปรับระดับการไหลและปริมาณน้ำตามความต้องการได้ โดยหุ่นจำลองเป็นการพัฒนาจากความต้องการในปัจจุบัน ได้รับการออกแบบและพัฒนาจากทีมอาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านวัสดุอุปกรณ์โดยตรง รวมทั้งอาจารย์สาขาการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ที่ได้กำหนดคุณสมบัติคือ สามารถใช้อธิบายลักษณะภายนอกของหน้าท้องสตรีตั้งครรภ์ได้ ใช้สาธิตการตรวจครรภ์ทางหน้าท้องสตรีตั้งครรภ์

สาธิตการวัดระดับยอตมดลูกทางหน้าท้องสตรีตั้งครรภ์ได้น้ำหนักเหมาะสม ลักษณะรูปร่างมีความยืดหยุ่นให้ความรู้สึกสัมผัสใกล้เคียงกับมนุษย์ และสะดวกต่อการนำกลับไปใช้ใหม่สามารถสังเกตการหดตัวของมดลูกได้จากการสัมผัสด้วยฝ่ามือของผู้ใช้หุ่นสามารถระบุระยะเวลาของการหดตัวของมดลูกในแต่ละครั้ง (Time) สามารถแยกชนิดของการหดตัวของมดลูกในแต่ละรอบ (Interval, Duration) ระบุความรุนแรงของการหดตัวของมดลูกในแต่ละรอบ (Severity) ความคุ้มค่าต่อต้นทุนการผลิตและการใช้งาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุสัณหา ยิ้มแย้ม นันทพร แสนศิริพันธ์ และนางลักษณ์ เฉลิมสุข (2561) ที่พัฒนากล่องจำลองการตรวจภายในเพื่อฝึกประเมินความก้าวหน้าของการคลอด จากวัสดุไม้และยางพาราที่มีลักษณะที่แข็งแรงทนทานเหมาะสำหรับการทำเป็นโครงสร้างส่วนยางพารามีลักษณะนุ่มและยืดหยุ่น คงรูปได้คล้ายคลึงกับเนื้อเยื่อของมนุษย์ เหมาะแก่การพัฒนาเป็นสื่อการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาในการฝึกทักษะทางการแพทย์ สามารถจำลองรอยต่อแฉกและขม่อมของทารกในครรภ์ได้ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ วิชยา เห็นแก้ว, เทียมศร ทองสวัสดิ์, และไพฑูรย์ ยศภาส (2561) ที่พัฒนาหุ่นต้นแบบ “ดีต่อใจ” เพื่อฝึกการกอดหน้าอกสำหรับนักศึกษาพยาบาล โดยพบว่า หุ่นต้นแบบ “ดีต่อใจ” มีลักษณะเป็นหุ่นผ้าหุ้มยางพาราภายในมีลวดสปริงและแผ่นวงจรรับน้ำหนักอิเล็กทรอนิกส์ สามารถใช้ฝึกทักษะกอดหน้าอกของนักศึกษาพยาบาลได้จริง นอกจากนี้สามารถช่วยให้ผู้เรียนเรียนรู้อย่างรวดเร็วและง่าย อาจสะดวกกว่าการใช้ของจริง

2. จากผลการวิจัยที่พบว่า คะแนนเฉลี่ยทักษะการประเมินการวัดการหดตัวของมดลูกโดยใช้หุ่นยางพาราแรงดันน้ำของนักศึกษาพยาบาลหลังการทดลองสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจาก นักศึกษาพยาบาลได้ฝึกทักษะการประเมินท่าทารกในครรภ์จากหุ่นจำลอง ทำให้

มองภาพชัดเจน ช่วยให้นักศึกษาเกิดความมั่นใจ และทำให้การเรียนรู้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น (จิราภรณ์ นันทชัย และสมชาย แสงนวล, 2561) จนทำให้นักศึกษาพยาบาลมีทักษะการตรวจครรภ์และการประเมินการหดตัวของมดลูกสูงขึ้นกว่าก่อนการใช้หุ่นยางพาราช่วยฝึกประเมินการวัดการหดตัวของมดลูกด้วยกลไกการควบคุมแรงดันน้ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิราภรณ์ นันทชัย และสมชาย แสงนวล (2561) ที่ศึกษาการพัฒนาหุ่นจำลองสำหรับฝึกทักษะการประเมินท่าทารกในครรภ์พบว่าคะแนนทักษะการประเมินท่าทารกในครรภ์ภายหลังการฝึกด้วยหุ่นจำลองสูงกว่าก่อนการเรียนรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ วินัย สยอวรรณ, ศราวุฒิ แพะขุนทด, ปุณณภา ชุมวรฐายี, และเจษฎา อุดมพิทยาสรรพ์ (2561) ที่ศึกษาการพัฒนาหุ่นจำลองฝึกทักษะการกอดหน้าอกของนักศึกษาการแพทย์แผนไทยบัณฑิต ของวิทยาลัยเทคโนโลยี ทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษกพบว่า การประเมินทักษะในการกอดหน้าอกของนักศึกษาการแพทย์ แผนไทยบัณฑิตก่อนและหลังการใช้หุ่นจำลองฝึกทักษะการกอด พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. จากผลการวิจัยที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีความพึงพอใจต่อหุ่นช่วยฝึกทักษะการวัดการหดตัวของมดลูกด้วยกลไกการควบคุมแรงดันน้ำภาพรวม อยู่ในระดับมาก อาจเนื่องจาก หุ่นมีลักษณะคล้ายหน้าท้องสตรีตั้งครรภ์สามารถฝึกประเมินความแรงและสามารถฝึกประเมินระยะเวลาการหดตัวของมดลูกในแต่ละครั้งได้ สะดวกในการใช้ การเรียนรู้ด้วยตนเอง เป็นสื่อการเรียนที่เป็นประโยชน์ในการฝึกทักษะการเฝ้าคลอดและการเฝ้าระวังภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ทำให้มีความรู้ความเข้าใจมองเห็นภาพได้มากขึ้น นอกจากนี้การนำยางพาราไปผลิตเป็นหุ่นจำลองก่อให้เกิดประโยชน์และคุณค่าทางวิชาการ (สุสัณหา ยิ้มแย้ม.

2556) ดังนั้นจึงอาจทำให้ความพึงพอใจต่อหุ่นช่วยฝึกทักษะประเมินการวัดการหดตัวของมดลูกด้วยกลไกการควบคุมแรงดันน้ำโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของขวัญใจ เพทายประกายเพชร และปวีณภัทร นิธิตันติวัฒน์ (2563) ที่ศึกษานวัตกรรมชุดหุ่นฝึกทักษะการหมุนกลไกการคลอสำหรับนักศึกษาพยาบาล พบว่าโดยภาพรวมค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับ มากทุกด้านเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าด้านคุณภาพและประโยชน์มีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือด้านคุณภาพการนำไปใช้ สอดคล้องกับการศึกษาของวินัย สยอวรรณ และคณะ (2561) ที่ศึกษาการพัฒนาหุ่นจำลองฝึกทักษะการกดนวดชนิดยางพารา สำหรับนักศึกษาการแพทย์แผนไทยบัณฑิต ของวิทยาลัยเทคโนโลยี ทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก พบว่านักศึกษามีความพึงพอใจต่อหุ่นจำลองฝึกทักษะการกดนวดโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก และสอดคล้องกับการศึกษาของ ปฐมามาต โชติบัณฑิต, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, ธารินี นนทพุทธ, และจรรยารัตน์ รอดเนียม (2556) ที่ศึกษานวัตกรรมชุดหุ่นฝึกทักษะการปฏิบัติการพยาบาล พบว่าความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลต่อการใช้อุปกรณ์ช่วยฝึกทักษะการปฏิบัติการพยาบาลในภาพรวมมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากทุกด้าน

สรุป

หุ่นจากน้ำยางพาราช่วยฝึกทักษะจากการวัดการหดตัวของมดลูกกลไกการควบคุมแรงดันน้ำมีลักษณะภายนอกคือ เป็นหุ่นจำลองสตรีตั้งครรภ์ครึ่งตัวตัวหุ่นเป็นไฟเบอร์กลาสหุ้มด้วยยางพารา นอนหงาย เพื่อให้เห็นลักษณะของผนังหน้าท้องที่ชัดเจน สามารถเปิดหน้าท้องได้ เพื่อบรรจุน้ำจำลองมดลูกด้วยการควบคุม

แรงดันน้ำ มีรูทะลุสำหรับสายยางลำเลียงน้ำ ซึ่งสามารถใช้จำลองการหดตัวของมดลูกได้และนำไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยหลังการทดลองนักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการประเมินการวัดการหดตัวของมดลูกสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง รวมทั้งมีความพึงพอใจต่อหุ่นช่วยฝึกทักษะการประเมินการวัดการหดตัวของมดลูกด้วยกลไกการควบคุมแรงดันน้ำอยู่ในระดับมาก

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. ควรพัฒนาหุ่นต่อไปให้สามารถวัดระดับยอดมดลูกแต่ละสัปดาห์ได้ และพัฒนาให้มีหุ่นเด็กภายในช่องท้อง
2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบผลของการใช้หุ่นจากน้ำยางพาราช่วยฝึกทักษะจากการวัดการหดตัวของมดลูกกลไกการควบคุมแรงดันน้ำต่อทักษะการจับการหดตัวของมดลูกในห้องปฏิบัติการของนักศึกษา
3. ควรมีการจดสิทธิบัตรของการพัฒนาหุ่นช่วยฝึกทักษะประเมินการวัดการหดตัวของมดลูกด้วยกลไกการควบคุมแรงดันน้ำ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนทุนงบประมาณจากกองทุนสนับสนุนและส่งเสริมการวิจัยของมหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ และได้รับความร่วมมือจากนักศึกษาพยาบาลคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านมา ณ ที่นี้ด้วย

เอกสารอ้างอิง

- เกษมศรี ศรีสุพรรณดิฐ. (2564). *การคลอดปกติทางช่องคลอด*. สืบค้นจาก: <https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lessons/normal-labor/>
- ขวัญใจ เพทายประกายเพชร และปวีณภัทร นิธิตันติวัฒน์. (2563). นวัตกรรมชุดหุ่นฝึกทักษะการหมั่นกลไกการคลอดสำหรับนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 36(3), 233-243.
- จิราภรณ์ นันทชัย และสมชาย แสงนวล. (2561). การพัฒนาหุ่นจำลองสำหรับฝึกทักษะการประเมินท่าทารกในครรภ์. *พยาบาลสาร*, 45(4), 37-46.
- ปฐมมาศ โชติบัณ, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, ธาณีน นนทพุท และจรรยารัตน์ รอดเนียม. (2556). นวัตกรรมชุดหุ่นฝึกทักษะการปฏิบัติการพยาบาล. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 5(3), 1-12.
- วิชา เห็นแก้ว, เทียมศรี ทองสวัสดิ์ และไพฑูริย์ ยศกาศ. (2561). การพัฒนาหุ่นต้นแบบ “ดีต่อใจ” เพื่อฝึกการกดหน้าอกสำหรับนักศึกษาพยาบาล. *พยาบาลสาร*, 45(4), 171-180.
- วินัย สยอวรรณ, ศราวุฒิ แพะขุนทด, ปุณณภา ชุมวรฐายี, และเจษฎา อุดมพิทยาสรรพ์. (2561). การพัฒนาหุ่นจำลองฝึกทักษะการกดนวดชนิดยางพาราสำหรับนักศึกษาการแพทย์แผนไทยบัณฑิตของวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขกาญจนาภิเษก. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 10(3), 71-82.
- สุสันหา ยิ้มแย้ม. (2559). การพัฒนาหุ่นจำลองเพื่อฝึกทักษะทางคลินิกของนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ. *พยาบาลสาร*, 43(2), 142-151.
- สุสันหา ยิ้มแย้ม และโสภา กรรณสูตร. (2556). การพัฒนาหุ่นจำลองเต้านม FON CMU เพื่อการสอนการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา. *พยาบาลสาร*, 40(4), 56-68.
- สุสันหา หา ยิ้มแย้ม, นันทพร แสนศิริพันธ์, และนงลักษณ์ เฉลิมสุข. (2561). การพัฒนากล่องจำลองการตรวจภายในเพื่อฝึกประเมินความก้าวหน้าของการคลอด. *พยาบาลสาร*, 45(3), 83-96.
- สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *แผนปฏิบัติการภายใต้นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนามาตรฐานการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560-2569) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ พ.ศ.2560-2562*. กรุงเทพฯ: ชุมชมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด
- อภินันท์ สุประเสริฐ. (2558). นิทรรศการงานวิจัย “บูรณาการงานวิจัย รังสรรค์สิ่งใหม่เพื่อสังคม” หุ่นจำลองยางพารา สื่อประหยัดเพื่อการศึกษาไทย. สืบค้นจาก http://www3.rdi.ku.ac.th/exhibition/47_1/04/04.htm
- Allahem,H., Sampalli,s. (2022). Automated labour detection framework to monitor pregnant women with a high risk of premature labour using machine learning and deep learning. *Informatics in Medicine Unlocked*, 28, 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.imu.2021.100771>

- Choocha, U., Chotwattanakulchai, N., & Sirisome, J. (2022). Development and application of “Cervical Dilatation Model for Teaching and Training”. *Advances in Medical Education and Practice*, 13, 1123-1131.
- Hungsawanus, P., Pasiphol, S. & Kanjanawasee, S. (2021). The quality of a model of nursing practice competency assessment in the labor room by applying an assessment center. *Kasetsart Journal of Social Sciences*, 42, 645-652. Retrieved from: DOI:10.2147/AMEP.S374832
- Yochum, M., Laforêt, J., & Marque, C. (2016). An electro-mechanical multiscale model of uterine pregnancy contraction. *Computers in biology and medicine*, 77, 182-194.



ผลของการใช้แนวปฏิบัติการดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อ
ในผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ
หลังได้รับยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลขอนแก่น

**Effect of a Clinical Nursing Practice Guideline for
Preventing Infection among Neutropenia of Patients with
Leukemia after Receiving Chemotherapy in Khon Kaen Hospital.**

สุรีย์พร พงษ์พยัคฆ์, พย.บ., Sureeporn Phongphayak, BN.S.^{1*}

บุษบา สมใจวงศ์, ป.ด., Busaba Somjaivong, Ph.D.²

¹นักศึกษา, หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

¹Master of Nursing Science Program in Adult Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

²Assistant Professor, Ph.D., Faculty of Nursing, Khon Kaen University

*Corresponding author: dustfinger11@gmail.com

Received: August 29, 2022

Revised: December 9, 2022

Accepted: December 15, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ หลังได้รับยาเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำหลังได้รับยาเคมีบำบัด ในโรงพยาบาลขอนแก่น คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจำนวนกลุ่มละ 25 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบคัดกรองการติดเชื้อ และแนวปฏิบัติการดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำหลังได้รับยาเคมีบำบัด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบผลลัพธ์ การติดเชื้อและตำแหน่งของการติดเชื้อ ด้วย Chi-Square Test และ Fisher's exact test

ผลการศึกษาพบว่า 1) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการติดเชื้อแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) 2) กลุ่มควบคุมมีการติดเชื้อมากกว่า 1 ตำแหน่งแตกต่างจากกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.008$) จากผลการศึกษาในครั้งนี้ พยาบาลควรนำเนื้อหาตามแนวปฏิบัติไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย

โดยพยาบาลต้องมีทักษะในการประเมินการติดเชื้อ สามารถจัดการให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเองและให้การพยาบาลด้วยเทคนิคเฉพาะที่มุ่งลดการติดเชื้อ ทั้งนี้ต้องควบคุมสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องด้วย

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ เคมีบำบัด การติดเชื้อ แนวปฏิบัติ

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effect of a clinical nursing practice guideline for preventing infection among neutropenia of patients with leukemia after receiving chemotherapy in Khon Kaen Hospital. The purposive sampling were divided into a control group and an experimental group, with 25 patients in each group. The tools used to collect information consisted of a demographic data record, an infection screening form, and the clinical nursing practice guideline for preventing infection among neutropenia of patients with leukemia after receiving chemotherapy in Khon Kaen Hospital. The data were analyzed using descriptive statistics, and a comparison of infection and site of infection with the Chi-square test and Fisher's exact test.

The results found that 1) The experiment group and the control group had statistically different infections ($p = 0.001$). 2) The control group had more than one site of infection than those in the experimental group with a statistical significance ($p = 0.008$). Based on the findings of this study, nurses should use the information in patient care in accordance with the guideline recommendations. Nurses must be able to assess infections, educate patients on self-care, and provide nursing care using specialized infection-reduction strategies. The pertinent environment must be managed as well, though.

Keywords: *patients with leukemia, neutropenia, chemotherapy, infection, practice guideline*

บทนำ

โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว (leukemia) เป็นมะเร็งชนิดหนึ่งของระบบเลือด ที่เกิดจากความผิดปกติของเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดในไขกระดูก จากการแบ่งตัวของเซลล์เม็ดเลือดขาวตัวอ่อนที่เพิ่มจำนวนมากขึ้นอย่างรวดเร็วทำให้เม็ดเลือดขาวมีการเจริญเติบโตที่ผิดปกติ (Davis, Viera, & Mead, 2014) รวมทั้งส่งผลกระทบต่อระบบการสร้างเม็ดเลือด เม็ดเลือดแดง และเกล็ดเลือด

มีจำนวนลดน้อยลง ทำให้ผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงเหล่านี้ เช่น ซีด หนาว มีไข้ เวียนศีรษะ เหนื่อยง่าย เลือดออกง่าย พบต่อมน้ำเหลืองโต หรืออาจพบก้อนในช่องท้อง มีระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง ติดเชื้อได้ง่าย และมีไข้ เป็นต้น (Bryant, Walton, & Albrecht, 2014) ด้วยความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและความรู้เชิงลึกทางการแพทย์ ทำให้ในปัจจุบันผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยได้เร็วขึ้น อุบัติการณ์

ของโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว พ.ศ. 2561 ทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ยังมีชีวิตอยู่จำนวน 437,033 ราย และมีผู้เสียชีวิตจำนวน 309,006 ราย คิดเป็นอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 41.41 ในประเทศไทยพบผู้ป่วยที่มีชีวิตอยู่จำนวน 4,721 ราย และมีผู้เสียชีวิตจำนวน 3,965 ราย คิดเป็นอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 45.64 มีและคาดว่า ในพ.ศ. 2572 ทั่วโลกจะมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นประมาณ 219,312 ราย และในประเทศไทยมีจำนวนเพิ่มขึ้นประมาณ 2,072 ราย (International Agency for Research on Cancer, 2019) จากสถิติจำนวนผู้ป่วยและอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวมีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้น แนวโน้มของประเทศไทยก็มีความคล้ายคลึงกับอุบัติการณ์ทั่วโลก

ผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวส่วนใหญ่จะได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ด้วยสูตรที่แตกต่างกัน (Davis et al.) อย่างไรก็ตามเคมีบำบัดทุกสูตรหลังผู้ป่วยได้รับ ตั้งแต่ กลุ่มยาเคมีบำบัดแบบเหนี่ยวนำ (induction therapy) ยาจะไปกดการทำงานของไขกระดูกทำให้เกิดภาวะการกดไขกระดูก (bone marrow suppression) (Saygin & Carraway, 2017) ส่งผลให้เกิดภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ (neutropenia) (Averbuch et al., 2013) เกิดการติดเชื้อได้ง่ายจากการที่ร่างกายมีภูมิคุ้มกันบกพร่อง รวมทั้งพยาธิสภาพของโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว เซลล์มะเร็งมีการกลายพันธุ์ได้หลากหลาย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำจากการกำเริบของโรค และการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่มีความเข้มข้น (Beekman et al., 2012) โดยความเสี่ยงในการติดเชื้อสามารถคำนวณได้จากค่า absolute neutrophil count (ANC) เมื่อผู้ป่วยมีค่า ANC ต่ำกว่า $1,000 \text{ cells/mm}^3$ จะมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และเมื่อผู้ป่วยมีค่า ANC ต่ำกว่า 500 cells/mm^3 จะเพิ่มความเสี่ยงของการติดเชื้อเนื่องจากเม็ดเลือดขาวนิวโทรฟิล (neutrophil) มีหน้าที่ในการจับกินเชื้อก่อโรค (phagocyte) ที่เข้ามาสู่ใน

ร่างกาย หากร่างกายมีเม็ดเลือดขาวนิวโทรฟิลลดลงจะทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อมากขึ้น ดังนั้นค่า ANC จึงมีความสำคัญในการช่วยวินิจฉัยภาวะเสี่ยงในการติดเชื้อของผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อแล้วหากพบว่ามีค่า ANC ต่ำจะมีความรุนแรงของการติดเชื้อนั้น ๆ เพิ่มขึ้น (Newburger & Daleb, 2013) เพิ่มระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล เกิดความล่าช้า ประสิทธิภาพของการรักษาลดลง และผู้ป่วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนลุกลาม ภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อที่พบในผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวส่วนใหญ่พบในกลุ่มโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน (Hansen et al., 2020) และภาวะติดเชื้อเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้เสียชีวิตมากที่สุด (ปิยะวดี เทพรัตน์ และนางลักขณ์ คณิตทรัพย์, 2558) การติดเชื้อสามารถพบได้ในทุกระบบต่าง ๆ ของร่างกาย จากการศึกษาของ Biswal and Godnaik (2013) ตำแหน่งการติดเชื้อที่พบบ่อยที่สุดมี 6 ตำแหน่ง คือ คอหอยอักเสบ ปอดอักเสบ รอยโรคที่รอบทวารหนัก รอยโรคที่ผิวหนัง (โดยเฉพาะรักแร้และขาหนีบ) การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ และ หลอดอาหารอักเสบ นอกจากนี้การติดเชื้อยังเป็นสาเหตุที่ทำให้พยาธิสภาพของโรคไม่สงบหรืออาจลุกลามจากการปรับเปลี่ยนแผนการรักษา ดังนี้ 1) การลดปริมาณของยาเคมีบำบัด 2) เลื่อนการรักษาเกิดความล่าช้าในการรักษา และ 3) ลดความเข้มข้นของยาเคมีบำบัด ทำให้ประสิทธิภาพของยาเคมีบำบัดลดลง (O'Brien, Dempsey & Kennedy, 2014) ส่งผลให้การรักษาไม่มีประสิทธิผล (Lalami, & Klastersky, 2017) จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลให้เม็ดเลือดขาวต่ำ ได้แก่ พยาธิสภาพของโรค ยาเคมีบำบัดที่ได้รับมีผลต่อการทำงานของไขกระดูก บกพร่อง อายุ สูตรของยาเคมีบำบัดที่ผู้ป่วยได้รับ (Samuels et al., 2021)

พยาบาลเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วย ตลอด 24 ชั่วโมง จึงมีบทบาทที่สำคัญในการ

ดูแลรักษาทั้งในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และเพิ่มอัตราการรอดชีวิต (ธนิดา หอมจีน, อำภพร นามวงศ์พรหม, และน้ำอ้อย ภักดีวงศ์, 2555) ในพ.ศ. 2561 หอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคเลือด โรงพยาบาลขอนแก่นได้ให้บริการผู้ป่วย โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวจำนวน 335 ราย ผู้ป่วยมีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำหลังได้รับยาเคมีบำบัดครั้งแรก คิดเป็นร้อยละ 44.2% ผู้ป่วยมีการติดเชื้อหรืออาการแสดงของการติดเชื้อร้อยละ 53.8 อาการและอาการแสดงของการติดเชื้อที่พบบ่อยคือ ปอดอักเสบ ร้อยละ 32 ผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยาร้อยละ 9.6 เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติ ร้อยละ 7.6 และในจำนวนนี้เสียชีวิต ร้อยละ 1.9 (รายงานตัวชี้วัด (หอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคเลือด โรงพยาบาลขอนแก่น, 2561) ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำหลังได้รับยาเคมีบำบัดยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญของหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคเลือด โรงพยาบาลขอนแก่น

แม้ว่าในปัจจุบันหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคเลือด โรงพยาบาลขอนแก่น มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำหลังได้รับยาเคมีบำบัด ยึดหลักตามการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่โรงพยาบาลจัดทำขึ้น ซึ่งกระบวนการดูแลประกอบด้วย การประเมินสภาพร่างกาย การประเมินสัญญาณชีพ และการประเมินค่า ANC ในการช่วยประเมินเพื่อป้องกันการติดเชื้อ การคำแนะนำในการรับประทานอาหาร ให้รับประทานอาหารปรุงสุก สะอาด งดอาหารหมักดอง และให้กิจกรรมทางกายตามมาตรฐานการพยาบาล (การดูแลตามมาตรฐานของหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคเลือด โรงพยาบาลขอนแก่น, 2548) จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่าการให้การพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มนี้ของหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคเลือด ยังขาดการปฏิบัติการพยาบาลบางประการที่สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากทบทวนศึกษาวิจัย

ในการป้องกันการติดเชื้อ เช่น การประเมิน Systemic Inflammatory Response Syndrome (SIRS) โดยใช้ Search Out Severity Score (SOS score) ร่วมกับการประเมิน ANC (รัฐภูมิ ชามพูนท, ไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล, และบุญส่ง พัจจนสุนทร, 2558) การประเมิน Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) Performance Status เป็นการประเมินแนวโน้มในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ (Hyun et al., 2016) การดูแลสุขอนามัย ซึ่งประกอบด้วย การดูแลด้านการล้างมือที่ถูกต้อง การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล และการดูแลช่องปาก (Kaplow, & Spinks, 2015) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่มีความจำเพาะในผู้ป่วยที่มีเม็ดเลือดขาวต่ำ (neutropenic diet) (Moody et al., 2017) การแนะนำผู้ป่วยในการทำกิจกรรมที่เหมาะสมเพื่อลดความเสี่ยงในการติดเชื้อ (Teleb Osman, & Hala Mohamed, 2016) นอกจากนี้ยังรวมถึงการเตรียมผิวหนังผู้ป่วยด้วย 2% chlorhexidine gluconate ใน 70% isopropyl alcohol หรือ povidone iodine ก่อนเปิดเส้นให้สารน้ำ (Zhang Li et al, 2016) การดูแลให้ได้รับยากระตุ้นเม็ดเลือดขาวซึ่งผู้ป่วยควรได้รับยาหลังจากที่สิ้นสุดการได้รับยาเคมีบำบัดไปแล้ว 24 ชั่วโมง และไม่ควรเกิน 96 ชั่วโมงตามแผนการรักษาของแพทย์ (NCCN Guidelines, 2021) ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การดูแลร่วมกับการติดตาม และการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ตามหลักฐานเชิงประจักษ์เหล่านี้ สามารถควบคุมการติดเชื้อได้ (เพ็ญศรี รักช่วงค์, กรแก้ว สุขวานิชย์ เจริญ, และจริยา เรียนวาทิ, 2563) ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการดูแลเพื่อป้องกันภาวะติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำหลังรับยาเคมีบำบัด ที่ได้มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สอดคล้องกับบริบทของหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคเลือด โรงพยาบาลขอนแก่น เพื่อให้ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลและส่งเสริมกระบวนการดูแลที่มี

ประสิทธิภาพในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยกลุ่มนี้
เพิ่มมากขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการดูแลเพื่อ
ป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่มี
ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำหลังได้รับยาเคมีบำบัด

สมมติฐานการวิจัย

กลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการ
ดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว
ที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำหลังได้รับยาเคมีบำบัด และ
กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานของ
หอผู้ป่วย มีการติดเชื้อแตกต่างกัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแล
เพื่อป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

ที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำหลังได้รับยาเคมีบำบัด ได้มา
จากการรวบรวมการศึกษาหรืองานวิจัยที่มีหลักฐาน
เชิงประจักษ์สนับสนุนแนวทางการดูแลเพื่อป้องกัน
การติดเชื้อผู้ป่วยที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ ใช้เกณฑ์
การประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ของสถาบัน The
Joanna Briggs Institute (JBI) ปี 2014 ได้งานวิจัย
ที่นำมาใช้พัฒนาแนวปฏิบัติทั้งหมดจำนวน 50 เรื่อง เป็น
หลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ 1a จำนวน 6 เรื่อง 1b จำนวน
5 เรื่อง 1c จำนวน 3 เรื่อง 2a จำนวน 1 เรื่อง 2c จำนวน
7 เรื่อง 2d จำนวน 9 เรื่อง 3a จำนวน 1 เรื่อง 3c จำนวน
4 เรื่อง 3d จำนวน 2 เรื่อง 3e จำนวน 1 เรื่อง 4a จำนวน
3 เรื่อง 4d จำนวน 1 เรื่อง 5a จำนวน 7 เรื่อง นำมา
สกัดพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติฯ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่
1) ด้านการประเมิน 2) ด้านผู้ป่วย 3) ด้านการปฏิบัติ
การพยาบาล และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม และประเมิน
การติดเชื้อ จำนวนตำแหน่งที่พบการติดเชื้อ และ
ตำแหน่งการติดเชื้อ จากแบบประเมินที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น
(ดังภาพที่ 1)

**แนวปฏิบัติการดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วย
โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำหลังได้รับยาเคมีบำบัด
ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคเลือดโรงพยาบาลขอนแก่น**

- 1) ด้านการประเมิน ได้แก่ การประเมินสภาพร่างกายทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย
การประเมิน ECOG performance status การประเมินสัญญาณชีพ โดยใช้ SOS
score และค่า ANC การซักประวัติด้านการรักษา และโรคประจำตัว
- 2) ด้านผู้ป่วย ได้แก่ การจัดการด้านอาหารและน้ำดื่ม รวมถึงมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ
การรับประทานอาหาร และน้ำดื่ม การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล เช่น การล้างมือ
การทำความสะอาดร่างกาย การดูแลสุขภาพช่องปาก และการทำกิจกรรมอย่าง
เหมาะสม เป็นต้น
- 3) ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ เทคนิคการให้สารน้ำและยาทางหลอดเลือดดำ
เพื่อป้องกันการติดเชื้อ การดูแลให้ได้รับยากระตุ้นเม็ดเลือดขาว และติดตามผล CBC
และการใช้เทคนิคปลอดเชื้อที่เข้มงวด
- 4) ด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การล้างมือก่อนและหลังสัมผัสผู้ป่วย การจัดสิ่งแวดล้อมด้าน
ที่พัก การให้คำแนะนำในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในการป้องกันการติดเชื้อ

การติดเชื้อ จำนวนตำแหน่งที่พบ
การติดเชื้อ และตำแหน่งการติดเชื้อ
ในผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว
ที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำหลังได้
รับยาเคมีบำบัด

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ประชากรคือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำหลังได้รับยาเคมีบำบัดที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคเลือด โรงพยาบาลขอนแก่นในระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2564

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลทางการแพทย์ที่ใช้แนวปฏิบัติการดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำหลังได้รับยาเคมีบำบัดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุม คือผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานของหอผู้ป่วย ขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้การคำนวณจากสูตรของ Bernard (2000) โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของงานวิจัยที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยต้องการศึกษาของ ธนิตา หอมจีน และคณะ (2555) โดยกำหนดให้ค่าระดับนัยสำคัญ (α) = 0.05 ค่าอำนาจการทดสอบ (power) = 0.8 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 25 ราย/กลุ่ม (รวม 50 ราย)

เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย (inclusion criteria) มีดังนี้ 1) ผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำหลังได้รับยาเคมีบำบัด ตรวจพบค่า ANC ต่ำกว่า 1,500 cells/mm³ 2) อายุ 18 ปีขึ้นไป ไม่พบการติดเชื้อและมีความสมัครใจและยินดีในการเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย (exclusion criteria) มีดังนี้ ผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤต เช่น มีสัญญาณชีพไม่คงที่ หรือ ย้ายไปเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤต

เกณฑ์ในการนำกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย (withdrawal of participant criteria) ได้แก่ 1) ผู้ป่วย

เสียชีวิตที่มีสาเหตุการเสียชีวิตจากสาเหตุอื่นที่ไม่ได้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ 2) ผู้ป่วยไม่สมัครใจอยู่รักษาต่อในโรงพยาบาล 3) ผู้ป่วยขอออกจากกรเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ และ 4) ผู้ป่วยที่แพทย์เจ้าของไข้อนุญาตให้จำหน่ายผู้ป่วยโดยมีวันนอนรักษาในโรงพยาบาลไม่ถึง 15

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป เป็นลักษณะการเติมคำในช่องว่าง และการทำเครื่องหมายถูก โดยผู้วิจัยต้องกรอกข้อมูลเกี่ยวกับ การรักษาและคัดกรองการติดเชื้อกิจกรรมการพยาบาล และข้อมูลด้านการประเมินอาการและการแสดงการติดเชื้อ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (CVI : Content Validity Index) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้เท่ากับ 1, 0.8, 0.91, และ 0.92 ตามลำดับ ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ แนวปฏิบัติการดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ หลังได้รับยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลขอนแก่น โดยใช้เกณฑ์ประเมินของ Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II (AGREE II) ได้เท่ากับร้อยละ 85.3% เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมก่อนนำไปใช้จริงพยาบาลที่ได้รับการอบรมการใช้แนวปฏิบัติได้สอบประเมินความรู้ในการใช้แนวปฏิบัติและนำผลคะแนนที่ได้นำมาวัดความเที่ยง (reliability) ตามสูตร Kuder และ Richardson ได้ค่า reliability เท่ากับ 0.95 และทดสอบความเป็นไปได้ (feasibility) โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้ พบว่า ระดับคะแนนความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติ มีระดับคะแนน

ความพึงพอใจมากที่สุดร้อยละ 77.78 ความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ หลังได้รับยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลขอนแก่น มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริงมีระดับคะแนน ความพึงพอใจมากที่สุดร้อยละ 100

2. จริยธรรมการวิจัย

โครงร่างงานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น (เลขที่ HE 632232 ลงวันที่ 12 ตุลาคม พ.ศ. 2563) และผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น (เลขที่ KEMOU 63023 ลงวันที่ 20 พฤศจิกายน พ.ศ. 2563) ผู้วิจัยได้ยึดหลักจริยธรรมการทํารายงานในคน เพื่อพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยหลัก 3 ประการ ได้แก่ 1) หลักความเคารพในบุคคล (respect for person) 2) หลักคุณประโยชน์ ไม่ก่ออันตราย (beneficence) และ 3) หลักความยุติธรรม (justice) โดยในการทดลอง ผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้เข้าร่วมวิจัยยินยอมเข้าร่วมการทดลองและสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยนี้ได้ตลอดเวลาโดยจะยังได้รับการดูแลตามมาตรฐานการรักษาและการพยาบาล นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้อธิบายว่าข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอโดยภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาลงมือของแนวปฏิบัติ ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการทั้งสิ้น 15 วันโดยผู้วิจัยทำการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย 6 ครั้ง ครั้งที่ 1 (วันที่ 1) หรือ Pre-test คือการชี้แจงวัตถุประสงค์ บันทึกข้อมูลพื้นฐาน ประเมินด้านอาการและอาการแสดงการติดเชื้อ ครั้งที่ 2 ถึง ครั้งที่ 5 (วันที่ 3, 6, 9, และ 12 นับจากวันแรกที่เริ่มการเก็บข้อมูล) ช่วงระยะได้รับการดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อโดยกลุ่ม

ควบคุมใช้แนวปฏิบัติตามมาตรฐานของหอผู้ป่วย และกลุ่มทดลองใช้แนวปฏิบัติการดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ หลังได้รับยาเคมีบำบัด ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และดำเนินการติดตามผลโดยใช้แบบบันทึก และครั้งที่ 6 (วันที่ 15 นับจากวันแรกที่เริ่มการเก็บข้อมูล) หรือ Post-test หลังครบ 14 วันรวมเป็นระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินการทั้งสิ้น 15 วัน ประเมินการติดเชื้อและสรุปผลการติดเชื้อ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการดูแลตามมาตรฐานของหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคเลือดก่อน จากนั้นจึงดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มทดลองซึ่งได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ หลังได้รับยาเคมีบำบัดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการอบรมพยาบาลที่มีส่วนเกี่ยวข้องในหอผู้ป่วยก่อนทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง และบันทึกในแบบบันทึกกิจกรรมการพยาบาล เพื่อให้การดูแลเป็นไปตามแนวปฏิบัติการดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ หลังได้รับยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลขอนแก่นที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ Stata 10.1 เพื่อทดสอบ สมมติฐานทางสถิติ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ 0.05 ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% CI วิเคราะห์ข้อมูลดังนี้ 1) สถิติเชิงพรรณนา ใช้วิธีการแจกแจงความถี่ ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และใช้สถิติค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานในข้อมูลที่มีการวัดระดับช่วงมาตรา หรือ ระดับอัตราส่วนมาตรา เช่น อายุ 2) สถิติเชิงอนุมาน เปรียบเทียบการติดเชื้อและตำแหน่งของการติดเชื้อระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Chi-Square Test และ Fisher's exact test เมื่อมีค่าคาดหวังน้อยกว่า 5 เกินร้อยละ 20 ของเซลล์ทั้งหมด

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 52) ส่วนกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 60) กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 20-60 ปี มีอายุเฉลี่ย 50 ปี (SD 14.83) ส่วนกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 20-60 ปี มีอายุเฉลี่ย 43.64 ปี (SD 17.49) กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส มีระดับการศึกษาต่ำกว่า ม.3 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลในส่วนข้อมูลด้าน เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา ความเสี่ยง ในการติดเชื้อระดับ ECOG score ระดับ SOS score

สูตรยาเคมีบำบัดที่ได้รับและการใช้ G-CSF แตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) กลุ่มควบคุม พบการวินิจฉัยโรคชนิด AML มากที่สุด ถึงร้อยละ 84 ชนิด ALL ร้อยละ 8 และชนิด APL ร้อยละ 8 ขณะที่กลุ่ม ทดลองพบการวินิจฉัยโรคชนิด AML ร้อยละ 60 ชนิด ALL ร้อยละ 40 และไม่พบชนิด APL

2. การเปรียบเทียบการติดเชื้อระหว่างกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุมการติดเชื้อมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบการพบการติดเชื้อ ของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม (N=50)

กลุ่มตัวอย่าง	ไม่พบการติดเชื้อ (n %)	พบการติดเชื้อ (n %)	95% CI	P-value
กลุ่มควบคุม	5 (20%)	20 (80%)	59.30 - 93.17	<0.001*
กลุ่มทดลอง	18 (72%)	7 (28%)	8.98 - 49.39	

* $p < 0.05$

3. การเปรียบเทียบตำแหน่งของการติดเชื้อ พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการติดเชื้อจำนวน 27 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 20 ราย กลุ่มทดลองจำนวน 7 ราย โดยกลุ่มควบคุมมีการติดเชื้อมากที่สุด 4 ตำแหน่ง โดยพบการติดเชื้อ 1 ตำแหน่ง ร้อยละ 40 พบการ ติดเชื้อ 2 ตำแหน่ง ร้อยละ 20 พบการติดเชื้อ 3 ตำแหน่ง

ร้อยละ 25 และพบการติดเชื้อ 4 ตำแหน่งร้อยละ 15 ในขณะที่กลุ่มทดลองพบเพียงการติดเชื้อ 1 ตำแหน่ง ร้อยละ 100 ผลการศึกษาพบว่าทั้งสองกลุ่มตัวอย่าง มีการติดเชื้อมากกว่า 1 ตำแหน่งมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.008$) (ดังตาราง ที่ 2 และ 3)

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบผลลัพธ์ จำนวนตำแหน่งที่พบการติดเชื้อของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม (N=27)

กลุ่มตัวอย่าง	พบการติดเชื้อ 1 ตำแหน่ง (n %)	พบการติดเชื้อมากกว่า 1 ตำแหน่ง (n %)	P-value
กลุ่มควบคุม	8 (40%)	12 (60%)	0.008 ^{F*}
กลุ่มทดลอง	7 (100%)	0 (0%)	

* $p < 0.05$

ตารางที่ 3 แสดงผลลัพธ์ จำนวนตำแหน่งที่พบการติดเชื้อของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม (N=27)

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวนตำแหน่งที่พบการติดเชื้อ			
	1 ตำแหน่ง (n %)	2 ตำแหน่ง (n %)	3 ตำแหน่ง (n %)	4 ตำแหน่ง (n %)
กลุ่มควบคุม	8 (40%)	4 (20%)	5 (25%)	3 (15%)
กลุ่มทดลอง	7 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

4. ผลลัพธ์การเปรียบเทียบประเภทของตำแหน่งที่พบการติดเชื้อ ในกลุ่มตัวอย่างที่พบการติดเชื้อรวม 27 ราย ตำแหน่งที่พบการติดเชื้อมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ การติดเชื้อภายในช่องปาก รองลงมาคือ ปอดอักเสบ และท้องเสีย ผลการเปรียบเทียบการเกิดการติดเชื้อในตำแหน่งต่าง ๆ พบว่า ตำแหน่งที่พบการติดเชื้อของทั้งสองกลุ่มตัวอย่าง มีตำแหน่งการติดเชื้อ ในส่วนของปอดอักเสบ และ การท้องเสีย มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} = 0.049$ และ 0.023 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบผลลัพธ์ ตำแหน่งที่พบการติดเชื้อของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม (N = 27)

ตำแหน่งที่พบการติดเชื้อ	กลุ่มควบคุม (N=20)		กลุ่มทดลอง (N=7)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การติดเชื้อในกระแสเลือด	3	12	0	0	0.235 ^F
หัวใจ/หลอดเลือด	2	8	0	0	0.490 ^F
หู	1	4	0	0	1.000 ^F
ช่องปาก	9	36	3	12	0.095 ^F
ระบบหายใจส่วนบน	6	24	1	4	0.098 ^F
โพรงไซนัสอักเสบ	1	4	0	0	1.000 ^F
ปอดอักเสบ	7	28	1	4	0.049 ^{F*}
ระบบทางเดินปัสสาวะ	1	4	0	0	1.000
ท้องเสีย	8	32	1	4	0.023 ^{F*}
ผิวหนังและเยื่อใต้ผิวหนัง	5	20	1	4	0.189 ^F

หมายเหตุ: กลุ่มตัวอย่างบางรายสามารถพบเชื้อมากกว่า 1 ตำแหน่ง

* = $p < 0.05$

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีจำนวนการติดเชื้อแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ทั้งนี้เนื่องจากแนวปฏิบัติในการดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ หลังได้รับยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลขอนแก่น ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นช่วยให้พยาบาลมีรูปแบบการให้การดูแลกลุ่มทดลองเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่ชัดเจนและครอบคลุมขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Klastersky et al. (2016) ที่ทำการศึกษา รูปแบบการจัดการแนวปฏิบัติในการดูแล และรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำและภาวะไข้ ซึ่งพบว่า การดูแล และให้การพยาบาลอย่างครอบคลุมมีส่วนช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงจากการติดเชื้อและมีส่วนช่วยให้ร่างกายมีการสร้างภูมิคุ้มกันให้แก่ร่างกาย และสอดคล้องกับการศึกษาของ วัจนา เนคมานุรักษ์ และ ลดาวัลย์ ฤทธิกล้า (2564) พบว่าการให้การพยาบาลที่มีความต่อเนื่องในช่วงที่มีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะติดเชื้อ การเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำและไข้ได้

โดยแนวปฏิบัติในการดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนั้น นอกจากจะมีการดูแลปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่เป็นมาตรฐานของโรงพยาบาล ได้แก่ ด้านการประเมินซึ่งประกอบด้วย การประเมินสภาพร่างกายทั่วโดยใช้การประเมิน ECOG การประเมินสัญญาณชีพ และ ค่า ANC ในการช่วยประเมินเพื่อป้องกันการติดเชื้อแล้ว ยังมีองค์ประกอบในกิจกรรมทางการพยาบาลเพิ่มมากขึ้นกว่าปกติ ได้แก่ กิจกรรมทางการพยาบาลที่ลดความเสี่ยงในการติดเชื้อซึ่งประกอบด้วย 1) **ด้านการประเมิน** ได้แก่ การประเมินสภาพร่างกายทั่วไป ประเมิน ECOG performance status การประเมิน SOS score ร่วมกับการประเมินค่า ANC เมื่อค่า ANC น้อยกว่า 500 cells/mm^3

จะวัดสัญญาณชีพ ทุก ๆ 4 ชั่วโมง (สัญญาณชีพ ชามพูนท, ไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล, และบุญส่ง พจนสุนทร, 2558) รวมถึงการซักประวัติการรักษา และโรคประจำตัวอย่างละเอียด ช่วยให้ค้นหาอาการผิดปกติและให้การรักษาทันที แพทย์ที่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว (Newburger & Daleb, 2013) 2) **ด้านผู้ป่วย** ได้แก่ การจัดการและให้ความรู้ด้านอาหารและน้ำดื่มแก่ผู้ป่วย โดยแจกแจงประเภทและลักษณะของอาหารที่เหมาะสมในการรับประทานรวมถึง รวมถึงผลิตภัณฑ์บางอย่างที่ผู้ป่วยไม่มีความมั่นใจในการนำมารับประทานเช่น อาหารกระป๋อง เครื่องดื่มรูปแบบชง น้ำหมัก อาหารแปรรูป เป็นต้น (Moody et al., 2017) และการให้ข้อมูลผู้ป่วยทุกครั้งที่เกี่ยวข้องผู้ป่วยในระหว่างที่ทำการศึกษา ทั้งการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล การล้างมือและการดูแลช่องปาก (Kaplow, & Spinks, 2015) ให้มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองมากขึ้น 3) **ด้านการปฏิบัติการพยาบาล** ได้แก่ เทคนิคการให้สารน้ำ และยาทางหลอดเลือดดำได้แก่ การเตรียมผิวหนังด้วย 2% chlorhexidine gluconate ใน 70% isopropyl alcohol หรือ povidone iodine ก่อนเปิดเส้นให้สารน้ำ ในกลุ่มที่มีค่า ANC น้อยกว่า 500 cells/mm^3 และ การใช้เทคนิคปลอดเชื้อ (Zhang Li et al, 2016) การดูแลให้ได้รับยากระตุ้นเม็ดเลือดขาว การติดตามผล CBC การให้กิจกรรมการพยาบาลตามมาตรฐาน (NCCN Guidelines, 2021) 4) **ด้านสิ่งแวดล้อม** ได้แก่ การจัดสิ่งแวดล้อมด้านที่พัก เช่น การแยกผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำที่แตกต่างกับกลุ่มที่มีภูมิคุ้มกันปกติหรือมีการติดเชื้อ การให้คำแนะนำในการเข้าเยี่ยม (Poprawski, Chan, Barnes, & Koczwar, 2018) ซึ่งการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่ชัดเจนและครอบคลุมในทั้ง 4 ด้านข้างต้นนั้นทำให้กลุ่มทดลองมีจำนวนการติดเชื้อแตกต่างจากกลุ่มควบคุม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญศรี รัชชวงศ์ และคณะ (2563) ที่ได้พัฒนาแนวปฏิบัติทาง

การพยาบาล ใช้การจัดการความรู้เป็นฐานการพัฒนาเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ พบว่าอุบัติการณ์การเกิดภาวะติดเชื้อในร่ากายลดลง และไม่พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด อุบัติการณ์การเกิดการช็อคและการเสียชีวิตจากการติดเชื้อ อีกทั้งการศึกษาของ ธนิตา หอมจีน และคณะ (2555) พบว่าการใช้แนวปฏิบัติ การพยาบาลช่วยลดจำนวนการติดเชื้อในโรงพยาบาล และลดจำนวนวันนอนในผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

เมื่อพิจารณาความแตกต่างของตำแหน่งในการติดเชื้อ พบว่า จำนวนตำแหน่งของการติดเชื้อระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.008$) โดยกลุ่มตัวอย่างบางรายสามารถพบเชื้อมากกว่า 1 ตำแหน่ง โดยกลุ่มควบคุมพบการติดเชื้อมากกว่า 1 ตำแหน่ง คิดเป็นร้อยละ 60 และมีการติดเชื้อมากที่สุด 4 ตำแหน่งคิดเป็นร้อยละ 20 ในขณะที่กลุ่มทดลองไม่พบการติดเชื้อมากกว่า 1 ตำแหน่ง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ แนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีแนวปฏิบัติมีการจัดกิจกรรมในการให้การพยาบาลให้มีความสอดคล้องกับการรักษา ช่วยให้พยาบาลที่ปฏิบัติงาน สามารถค้นหาอาการผิดปกติของผู้ป่วยได้รวดเร็ว อีกทั้งการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยสามารถป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ จึงทำให้จำนวนตำแหน่งของการติดเชื้อระหว่างทั้งสองกลุ่มแตกต่างกัน

นอกจากนี้ จากการศึกษาพบว่า ตำแหน่งที่พบการติดเชื้อมากที่สุด คือ การติดเชื้อภายในช่องปาก ซึ่งกลุ่มควบคุม พบ ร้อยละ 36 ในขณะที่กลุ่มทดลองพบ ร้อยละ 12 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มทดลองจะได้รับการแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสม ผ่านการใช้สื่อในการให้ความรู้ ส่งผลต่อการลดการติดเชื้อภายในช่องปาก (Mendonça, Araújo, Levy, Morari,

Silva, Yunes, & Brandalise, 2015) รองลงมา พบว่า กลุ่มทั้งสองกลุ่มมีอาการปวดอักเสบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.049$) ทั้งนี้เนื่องจาก แนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นสามารถช่วยวางแผนการดูแลให้กับผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การจัดสิ่งแวดล้อม และการให้ข้อมูล การเข้าเยี่ยม ช่วยลดการติดเชื้อจากการสัมผัส การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ส่วนอาการที่พบมากลำดับที่สาม คือ อาการท้องเสีย โดยทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.023$) อาจเป็นเพราะ กลุ่มทดลองมีความเข้าใจในการรับประทานอาหาร และน้ำดื่มอย่างเหมาะสม ช่วยลดการติดเชื้อในระบบทางเดินอาหารได้ ซึ่งตำแหน่งต่าง ๆ ที่พบการติดเชื้อในการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการติดเชื้อที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำหลังรับยาเคมีบำบัดคือการติดเชื้อ ในระบบทางเดินอาหาร ผิวหนัง และภายในช่องปอด (Inaba et al., 2017) อีกทั้งการแนะนำ สุขวิทยาสามารถช่วยลดการติดเชื้อจากการเพิ่มช่องทางเข้าของเชื้อโรค การเตรียมผิวหนัง ก่อนการเปิดเส้นให้สารน้ำ มีผลลดการติดเชื้อบริเวณผิวหนังของกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกัน การใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำหลังได้รับยาเคมีบำบัดครั้งนี้สามารถช่วยลดจำนวนตำแหน่งของการติดเชื้อได้

สรุป

การศึกษามูลของแนวปฏิบัติการดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ หลังได้รับยาเคมีบำบัด ในครั้งนี้ผล การศึกษานับสนับสนุนสมมติฐานที่ผู้วิจัยตั้งไว้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ควรนำผลที่ได้จากการวิจัยไปประยุกต์ใช้
ในผู้ป่วยโรคมะเร็งทางโลหิตวิทยาที่มีภาวะเม็ดเลือดขาว
ต่ำ โดยควรจัดมีการอบรมแก่พยาบาลที่ปฏิบัติงานเพื่อ
ให้ทักษะการให้บริการมีความชัดเจน ครอบคลุม และ
เป็นแนวทางเดียวกัน

1.2 ควรส่งเสริมการเรียนรู้ใหม่ ๆ ในการ
พัฒนากิจกรรมทางการพยาบาล

1.3 ควรพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลในการ
ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อใน
ผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ
หลังได้รับยาเคมีบำบัด เพื่อให้เกิดเป็นมาตรฐานทางการ
พยาบาล

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาความยั่งยืนของการใช้แนว
ปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วย
โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำหลังได้
รับยาเคมีบำบัด

เอกสารอ้างอิง

- ธนิดา หอมจีน, อำภพร นามวงศ์พรหม, และน้ำอ้อย
ภักติวงศ์. (2555). ผลของการใช้แนวปฏิบัติการ
พยาบาลต่อจำนวนเม็ดเลือดขาว การติดเชื้อใน
โรงพยาบาลและจำนวนวันนอนในผู้ป่วยมะเร็ง
เม็ดเลือดขาว ชนิดเฉียบพลันชนิดไม่อีลอยด์ที่
ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด. *วารสารสมาคม
พยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*,
30(2), 114-121.
- ปิยะวดี เทพรรัตน์ และนางลักษณ์ คณิตทรัพย์. (2558).
ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะไข้จากเม็ดเลือด
ขาวต่ำของผู้ป่วยมะเร็งหลังการรักษาด้วยยาเคมี
บำบัด. *ธรรมศาสตร์เวชสาร*, 15(2), 200-209.
- เพ็ญศรี รัชวงศ์, กรแก้ว สุขวานิชย์เจริญ และ จริญญา
เรียนวาท. (2563). ผลของการใช้แนวปฏิบัติ
ทางการพยาบาลที่ใช้การจัดการความรู้เป็นฐาน
ในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะ
เม็ดเลือดขาวต่ำหลังได้รับ การรักษาด้วยเคมี
บำบัด. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*,
36(2), 26-37.
- วัญนา เนคนานุรักษ์ และลดาวัลย์ ฤทธิกล้า. (2564).
การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลใน
การป้องกันภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำและมีไข้
(febrile neutropenia) ในผู้ป่วยที่ได้รับเคมี
บำบัด. *วารสารโรงพยาบาลธรรมศาสตร์
เฉลิมพระเกียรติ*, 6(2), 20-27.
- รัฐภูมิ ขามพูนท, ไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล, และบุญส่ง พัจจน
สุนทร. (2558). *แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษา
severe sepsis และ septic shock*. กรุงเทพฯ:
สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย.
- หอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคเลือด โรงพยาบาลขอนแก่น.
(2561). สถิติจำนวนผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุร
กรรมโรคเลือด โรงพยาบาลขอนแก่น. ขอนแก่น:
โรงพยาบาลขอนแก่น.
- Mendonça, R. M. H. D., Araújo, M. D., Levy, C. E.,
Morari, J., Silva, R. A., Yunes, J. A., &
Brandalise, S. R. (2015). Oral mucositis
in pediatric acute lymphoblastic leukemia
patients: evaluation of microbiological
and hematological factors. *Pediatric
hematology and oncology*, 32(5), 322-330.

- Averbuch, D., Orasch, C., Cordonnier, C., Livermore, D. M., Mikulska, M., Viscoli, C., ... & Akova, M. (2013). European guidelines for empirical antibacterial therapy for febrile neutropenic patients in the era of growing resistance: summary of the 2011 4th European Conference on Infections in Leukemia. *haematologica*, 98(12), 1826-1835.
- Beekman, R., Valkhof, M. G., Sanders, M. A., Van Strien, P. M., Haanstra, J. R., Broeders, L., ... & Touw, I. P. (2012). Sequential gain of mutations in severe congenital neutropenia progressing to acute myeloid leukemia. *Blood, The Journal of the American Society of Hematology*, 119(22), 5071-5077.
- Biswal, S., & Godnaik, C. (2013). Incidence and management of infections in patients with acute leukemia following chemotherapy in general wards. *Ecancermedicalscience*, 7(3), 50-62.
- Bernard. (2000). *Fundamental of Biostatistics* (7nded.). Retrieved from: https://www.unilus.ac.zm/lms/e-books/books/Basic_Sciences/Behavioural%20sciences%20and%20public%20health/Fundamentals%20of%20Biostatistics%20%287th%20Edition%29.pdf
- O'Brien, C., Dempsey, O., & Kennedy, M. J. (2014). Febrile neutropenia risk assessment tool: improving clinical outcomes for oncology patients. *European Journal of Oncology Nursing*, 18(2), 167-174.
- Bryant, A. L., Walton, A., & Albrecht, T. A. (2014). Management of febrile neutropenia in a patient with acute leukemia. *Journal of emergency nursing*, 40(4), 377-381.
- Hansen, B. A., Wendelbo, Ø., Bruserud, Ø., Hemsing, A. L., Mosevoll, K. A., & Reikvam, H. (2020). Febrile neutropenia in acute leukemia. Epidemiology, etiology, pathophysiology and treatment. *Mediterranean journal of hematology and infectious diseases*, 12(1), 1-19.
- Hyun, S. Y., Han, S. H., Kim, S. J., Jang, J. E., Kim, Y., Cho, H., ... & Kim, J. S. (2016). Pretreatment lymphopenia, poor performance status, and early courses of therapy are risk factors for severe bacterial infection in patients with multiple myeloma during treatment with bortezomib-based regimens. *Journal of Korean medical science*, 31(4), 510-518.
- Inaba, H., Pei, D., Wolf, J., Howard, S. C., Hayden, R. T., Go, M., ... & Pui, C. H. (2017). Infection-related complications during treatment for childhood acute lymphoblastic leukemia. *Annals of Oncology*, 28(2), 386-392.

- International Agency for Research on Cancer. (2019). *The publications programme of the International Agency for Research on Cancer (IARC)*. Retrieved from: https://iarc.who.int/cards_page/iarc-publications/
- Kaplow, R., & Spinks, R. (2015). Neutropenia: A nursing perspective. *Current problems in cancer*, 39(5), 297-308.
- Klastersky, J., De Naurois, J., Rolston, K., Rapoport, B., Maschmeyer, G., Aapro, M., & Herrstedt, J. (2016). Management of febrile neutropenia: ESMO clinical practice guidelines. *Annals of Oncology*, 27, 111-118.
- Lalami, Y., & Klastersky, J. (2017). Impact of chemotherapy-induced neutropenia (CIN) and febrile neutropenia (FN) on cancer treatment outcomes: an overview about well-established and recently emerging clinical data. *Critical reviews in oncology/hematology*, 120, 163-179.
- Moody, K. M., Baker, R. A., Santizo, R. O., Olmez, I., Spies, J. M., Buthmann, A., ... & Carroll, A. E. (2018). A randomized trial of the effectiveness of the neutropenic diet versus food safety guidelines on infection rate in pediatric oncology patients. *Pediatric blood & cancer*, 65(1), 1-8.
- Newburger, P. E., & Dale, D. C. (2013). Evaluation and Management of Patients with Isolated Neutropenia: Semin Hematol. *Author manuscript; available in PMC*, 50(3), 198-206.
- Poprawski, D. M., Chan, J., Barnes, A., & Koczwara, B. (2018). Retrospective audit of neutropenic fever after chemotherapy: how many patients could benefit from oral antibiotic management?. *Internal Medicine Journal*, 48(12), 1533-1535.
- Samuels, C., Abbott, D., Niemiec, S., Tobin, J., Falco, A., Halsema, K., & Kamdar, M. (2022). Evaluation and associated risk factors for neutropenia with venetoclax and obinutuzumab in the treatment of chronic lymphocytic leukemia. *Cancer Reports*, 5(5), 1505-1510.
- Saygin, C., & Carraway, H. E. (2017). Emerging therapies for acute myeloid leukemia. *Journal of hematology & oncology*, 10(1), 1-14.
- Teleb Osman, S. M., & Mohamed Bayoumy, H. M. (2016). Effectiveness of a nursing intervention protocol for chemotherapy induced neutropenia: nurses and patients' related outcome. *Ann Nurs Pract*, 3(1), 1038-1048.
- Zhang, L., Cao, S., Marsh, N., Ray-Barruel, G., Flynn, J., Larsen, E., & Rickard, C. M. (2016). Infection risks associated with peripheral vascular catheters. *Journal of infection prevention*, 17(5), 207-213.

ผลของการใช้รูปแบบการรับ-ส่งเวรโดยใช้แนวคิด SBAR ต่อคุณภาพการพยาบาล และความพึงพอใจของผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมกระดูก Effects of Using Change of Shift Report Model with SBAR Concept Towards Quality of Nursing, and Orthopedic Surgical Patients' Satisfaction

พิศมัย นพกุลสถิตย์, พว., Pisamai Nophakulsatit, R.N.^{1*}

สุวรรณา อนุสันติ, ค.ด., Suwanna Anusanti, Ph.D.²

จินตนา อาจสันเทียะ, ส.ด., Jintana Artsanthia, Dr.P.H.³

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

¹Nurses Senior Professional level, Nursing Department, Pranangkla Hospital

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

²Assistant Professor, Ph.D., Faculty of Nursing, Saint Louis College, Sathorn, Bangkok

³รองศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

³Associate Professor, Ph.D., Faculty of Nursing, Saint Louis College, Sathorn, Bangkok

*Corresponding Author Email: pisamai7pnk@gmail.com

Received: May 4, 2022

Revised: December 7, 2022

Accepted: December 15, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการรับ-ส่งเวรโดยใช้แนวคิด SBAR ในผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกต่อคุณภาพการพยาบาลและความพึงพอใจของผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมกระดูก กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพจำนวน 12 คน และผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมกระดูก จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน และกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามคุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมกระดูก เครื่องมือทั้ง 2 ชุดผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ค่า CVI ของแบบสอบถามคุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพเท่ากับ 0.94 และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกเท่ากับ 0.86 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคแบบสอบถามคุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพเท่ากับ 0.86 และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกเท่ากับ 0.90 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

คุณภาพการพยาบาลด้วย Wilcoxon Signed Ranks Test และความพึงพอใจของผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกด้วย Independence t-test

ผลการวิจัยพบว่า 1) คุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้รูปแบบการรับ-ส่งเวรโดยใช้แนวคิด SBAR สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 2) ความพึงพอใจของผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01

คำสำคัญ: รูปแบบการรับส่ง-เวรโดยใช้แนวคิด SBAR, คุณภาพการพยาบาล, ความพึงพอใจของผู้ป่วย

Abstract

This research was quasi-experimental design to study the effects of using shift report model with SBAR towards quality of nursing and orthopedic surgical patients' satisfaction. The sample group consisted of 12 professional nurses and 60 patients the patients had been divided in to each 30 case for the control group and the experimental group. The instruments for collecting data were the nursing quality questionnaire of professional nurses and the orthopedic surgery patient satisfaction questionnaire. There were 3 experts to validate the questionnaire with CVI of 0.94 and 0.86, and Cronbach alpha with 0.86 and 0.90. Analyzing the data by using the mean standard deviation and pair t-test

The results are as follows 1) The nursing quality of professional nurses after the study had higher statistics statistical at 0.01 2) The satisfaction of orthopedic surgery patients of the experimental had higher statistics statistical at 0.01

Keyword: *Effects of Using Shift Report Model with SBAR, Quality of Nursing, Patients' Satisfaction*

บทนำ

กระบวนการรับส่งเวร เป็นการสื่อสารเพื่อถ่ายทอดปัญหาและแนวทางในการดูแลผู้ป่วย โดยการรับส่งเวรจะมีการสื่อสารเกี่ยวกับสถานการณ์หรือปัญหาของผู้ป่วย (Situation) ข้อมูลภูมิหลังที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ที่ผ่านมา (Background) การประเมินความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น (Assessment) และการช่วยเหลือตามกระบวนการพยาบาล (Recommendation) หรือที่เรียกว่า “SBAR” ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ช่วยในการ

สื่อสารระหว่างทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด โภชนากรและพยาบาลวิชาชีพ ได้รับความนิยมนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพ เป็นเครื่องมือที่ผู้เชี่ยวชาญการดูแลสุขภาพกล่าวว่า มีประสิทธิภาพในการสื่อสารกับทีมสหวิชาชีพ และช่วยให้ข้อมูลสำคัญมีการส่งต่ออย่างถูกต้องและครบถ้วน เพราะแนวคิด SBAR ทำให้ข้อมูลกระชับ เป็นระเบียบและครอบคลุม สามารถนำข้อมูลไปใช้ได้

อย่างมีประสิทธิภาพ โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2007; Oakes, et al., 2011) ให้ความหมายของ “S” (Situation) หมายถึง สภาพแวดล้อมของสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน พยาบาลผู้ส่งเวรต้องระบุปัญหาและอาการที่ผิดปกติของผู้ป่วยที่พบในช่วงเวลาปฏิบัติงานหรือก่อนช่วงเวลาปฏิบัติงานหรือเวรก่อนหน้า “B” (Background) หมายถึง สภาพแวดล้อมของสถานการณ์ผ่านมาที่เกิดขึ้น พยาบาลผู้ทำการรับส่งเวรต้องระบุสาระสำคัญเกี่ยวกับ อาการและอาการแสดง การวินิจฉัยแผนการรักษาของแพทย์ ที่เป็นสาเหตุของปัญหาอาการที่ผิดปกติของผู้ป่วย ในกรณีผู้ป่วยรับใหม่ หรือรับย้ายทุกรายภายใน 24 ชั่วโมงแรก ต้องให้ข้อมูลประวัติ สาเหตุของความเจ็บป่วย ด้วย “A” (Assessment) หมายถึง การประเมินปัญหาผู้ป่วยเพื่อการแก้ไข พยาบาลผู้ส่งเวรต้องระบุสาระสำคัญ ในการประเมินผู้ป่วย และให้การช่วยเหลือตาม กระบวนการพยาบาลรวมถึงกิจกรรมที่ได้กระทำใน เวลาปฏิบัติงานในเวรและ “R” (Recommendation) หมายถึง การแก้ปัญหาพร้อมคำแนะนำ พยาบาลผู้ทำการ ส่งเวรต้องระบุสาระสำคัญเกี่ยวกับการแนะนำหรือความต้องการการพยาบาลที่เป็นผลมาจากการประเมินการ เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย แล้วส่งต่อข้อมูลกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้ปฏิบัติการพยาบาลในเรื่องใด เพื่อส่งผลให้ผู้ป่วย ได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง ถูกต้องและครบถ้วน

การรับส่งเวรทางการพยาบาลเป็นการสื่อสาร เพื่อส่งต่อข้อมูลทางการพยาบาล เป็นกิจกรรมทางการ พยาบาลที่ปฏิบัติเป็นประจำ ทั้งการรายงานข้อมูลผู้ป่วย อาการเปลี่ยนแปลง การวางแผนการพยาบาลหรือการ ปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาล เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทาง การพยาบาลที่มีคุณภาพ และความปลอดภัยของผู้ป่วย (กนกขวัญ เผาทิพย์จันทร์, ดวงกมล ปิ่นเฉลียว, และ สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, 2558) โดยมีรูปแบบที่หลากหลาย ทั้งการเขียนบันทึกทางการพยาบาลและการรายงาน

ด้วยวาจาแบบเผชิญหน้าหรือทางโทรศัพท์หรือช่องทาง สื่อสังคมออนไลน์ตลอดจนเกิดขึ้นในหลายสถานที่ เช่น ข้างเตียงผู้ป่วย หรือห้องทำงานของพยาบาล การส่งต่อ ข้อมูลผู้ป่วยระหว่างพยาบาลหรือทีมการพยาบาลนั้น มิใช่แค่เพียงข้อมูลที่ต้องการส่งสารแต่รวมถึงความรู้ ของพยาบาลที่นำมาใช้เพื่อความปลอดภัย และความ ต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย (Rose & Newman, 2016) จำเป็นต้องมีทักษะในการวิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูล เหล่านั้น (Staggers, Clark, Blaz, & Kalsandoy, 2012) นอกจากนี้ยังช่วยปลูกฝังคุณลักษณะอื่น ๆ เช่น การทำงานเป็นทีม วัฒนธรรมความปลอดภัย การพัฒนา บุคลากรทางการพยาบาล และคุณภาพการพยาบาล ดังนั้นการสื่อสารที่เป็นมาตรฐานจึงมีความจำเป็น สำหรับพยาบาลซึ่ง SBAR เป็นเครื่องมือที่ผู้เชี่ยวชาญ ด้านการดูแลสุขภาพ ได้ศึกษาถึงประสิทธิภาพในการนำ SBAR มาใช้ในการรับและส่งเวรทางการพยาบาล ซึ่ง พยาบาลรับรู้ถึงประสิทธิภาพของการใช้รูปแบบ SBAR โดยศึกษาการใช้ข้อมูลเพื่อการวางแผน การดูแลต่อเนื่อง และความปลอดภัย (ประภัสสร มนต์อ่อน, 2556)

การรับส่งเวรมีความสำคัญในการสื่อสารข้อมูล ของผู้ป่วย ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย ต้องได้รับข้อมูลที่ ถูกต้องและต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ กิจกรรมการรับส่งเวรเป็นการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อ การสื่อสารข้อมูลของผู้ป่วยกับทีมพยาบาลที่ให้การดูแล ผู้ป่วยในเวรถัดไป เพื่อเป็นการป้องกันความเสี่ยง และ นำมาเป็นแนวทางในการทำงานของบุคลากร ปัจจุบัน ในหอผู้ป่วยมีการรับ-ส่งเวรโดยใช้ระบบที่เสี่ยงตามการ ประเมินภาวะทางการพยาบาล (Nursing assessment) การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Intervention) การประเมินผลการพยาบาล (Nursing Evaluation) และตามแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งพบว่า หัวหน้าเวร ขาดการสื่อสารข้อมูลการประเมินผลการปฏิบัติการ พยาบาล และความต้องการการดูแลของผู้ป่วยให้แก่

พยาบาลในเวรถัดไปไม่ครบถ้วน ทำให้การดูแลผู้ป่วย ไม่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย ส่งผลต่อคุณภาพ การบริการและความปลอดภัยของผู้ป่วย ซึ่งปัจจุบัน การรับ-ส่งเวรมีรูปแบบที่ไม่ชัดเจน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา ผลของการใช้รูปแบบการรับ-ส่งเวรโดยใช้แนวคิด SBAR ต่อคุณภาพการพยาบาลและความพึงพอใจของผู้ป่วย ผ่าตัดศัลยกรรมกระดูก เพื่อเพิ่มคุณภาพบริการพยาบาล ตามมาตรฐานวิชาชีพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพการพยาบาล ของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้รูปแบบ การรับ-ส่งเวรโดยใช้แนวคิด SBAR ในผู้ป่วยผ่าตัด ศัลยกรรมกระดูก
2. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วย ผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกที่ใช้รูปแบบการรับส่งเวรโดยใช้ แนวคิด SBAR ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการพยาบาลของ พยาบาลวิชาชีพหลังใช้รูปแบบการรับ-ส่งเวรโดยใช้

แนวคิด SBAR ผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกสูงกว่า ก่อนการใช้รูปแบบ

2. ค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วย ผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิด SBAR ของ World Health Organization (2007) มาใช้ สร้างรูปแบบการรับส่งเวรของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อ ให้เกิดคุณภาพการพยาบาลตามมาตรฐานการปฏิบัติ การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้ การประเมินสภาพผู้ป่วย การวินิจฉัย การพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการ พยาบาล การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล (พรศิริ พันธศรี, 2564) และความพึงพอใจของผู้ป่วยผ่าตัด ศัลยกรรมกระดูก ของนางลักษณ์ สุวิเศษ และสมจิต หนูเจริญกุล (2554) ประกอบด้วย 3 ด้าน ดังนี้ 1) ด้าน ความห่วงใย 2) ด้านความสามารถเชิงวิชาชีพ และ 3) ด้านความรู้และความเข้าใจในการดูแลตนเองของ ผู้ป่วย

รูปแบบการรับส่งเวรของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้ แนวคิด SBAR ประกอบด้วย

- 1) S = Situation การรับส่งเวรเกี่ยวกับข้อมูล สถานการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วย
- 2) B = Background การรับส่งเวรเกี่ยวกับข้อมูล ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตของผู้ป่วย
- 3) A = Assessment การรับส่งเวรเกี่ยวกับข้อมูล ประเมินสถานการณ์ของผู้ป่วยโดยพยาบาลวิชาชีพ หรือข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล
- 4) R = Recommendation การรับส่งเวรเกี่ยวกับ ข้อมูลข้อเสนอแนะในการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายของ พยาบาลวิชาชีพผู้ส่งรายงาน

คุณภาพการพยาบาล
ของพยาบาลวิชาชีพ

ความพึงพอใจของ
ผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมกระดูก

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research) เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการรับ-ส่งเวรโดยใช้แนวคิด SBAR ต่อคุณภาพการพยาบาลและความพึงพอใจของผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมกระดูก

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

1.1 พยาบาลวิชาชีพหนึ่งกลุ่ม จำนวน 12 คน วัดก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design)

1.1.1 เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) ดังนี้ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมกระดูก ในระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังการผ่าตัดและระยะวางแผนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และปฏิบัติงานอยู่ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกหญิง โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า อายุ 20-60 ปีบริบูรณ์ ปฏิบัติงานหัวหน้าเวรเช้า บ่ายและดึก และยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

1.1.2 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ย้ายสถานที่ปฏิบัติงานในระหว่างการทำวิจัย และขอถอนตัวจากการวิจัยในครั้งนี้

1.2 กลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกเป็นแบบสองกลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวนกลุ่มละ 30 คน

1.2.1 เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) ดังนี้ อายุ 18-60 ปีบริบูรณ์ มีสติสัมปชัญญะ ได้รับการวินิจฉัยโรคและได้รับการผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกเป็นครั้งแรก นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลไม่น้อยกว่า 5 วัน และยินยอมที่จะเข้าร่วมการวิจัย

1.2.2 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ย้ายไปหอผู้ป่วยอื่น ถึงแก่กรรม และเคยผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกมาก่อนที่จะเข้าร่วมการวิจัย

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีการสุ่มจำแนกกลุ่ม (Random Assignment) ดังนี้ 30 คนแรกจัดให้เป็นกลุ่มควบคุม หลังจากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างอีก 30 คน จัดเข้าเป็นกลุ่มทดลอง ดำเนินการจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีคุณสมบัติที่เหมือนกันหรือใกล้เคียงกันเป็นคู่ ๆ (Matched pair) ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา การวินิจฉัยโรคของแพทย์และการผ่าตัด เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการทดลอง โดยทำการเก็บข้อมูลตั้งแต่ มกราคม 2565 ถึง มีนาคม 2565

2. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยเซ็นหลุยส์ เลขที่ E. 21/2564 วันที่ 13 กันยายน 2564 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า เลขที่ PE6423 วันที่ 11 มกราคม 2565 ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้เข้าร่วมวิจัยยินยอมลงนามในหนังสือแสดงความยินยอม คณะผู้วิจัยได้อธิบายว่าข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอโดยภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น

3. เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ส่วน

3.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ มีจำนวน 4 ข้อ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการทำงาน และของผู้ป่วย มีจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การวินิจฉัยโรค และชนิดการผ่าตัด

3.2 แบบสอบถามคุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเองจากแนวคิดกระบวนการพยาบาลของพรศิริ พันธศรี (2564)

ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการประเมินสุขภาพผู้ป่วย 2) ด้านการวินิจฉัยการพยาบาล 3) ด้านการวางแผนการพยาบาล 4) ด้านการปฏิบัติการพยาบาล และ 5) ด้านการประเมินผลการพยาบาล

3.3 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมกระดูก ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการประเมินความพึงพอใจ โดยสร้างขึ้นจากแนวคิดของนงลักษณ์ สุวิสิทธิ์ และสมจิต หนูเจริญกุล (2554) ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ 1) ด้านความห่วงใย 2) ด้านความสามารถเชิงวิชาชีพ และ 3) ด้านความรู้และความเข้าใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

4. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

4.1 ความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (Content validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 คือ แบบสอบถามคุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมกระดูก ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน คำนวณความตรงตามเนื้อหาควรมีค่าตั้งแต่ 0.80 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553) การศึกษาครั้งนี้คำนวณได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาแบบสอบถามคุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ (Content Validity Index : CVI) ได้ 0.94 และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกได้ 0.86

4.2 ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามคุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพที่มีความตรงตามเนื้อหาไปทดลองใช้ (Try out) กับพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 30 คน และความพึงพอใจของผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชาย วิเคราะห์ความเที่ยงของแบบสอบถาม ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามคุณภาพการพยาบาลของ

พยาบาลวิชาชีพได้เท่ากับ 0.86 และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกได้เท่ากับ 0.90 (ค่าต่ำสุดที่ยอมรับสำหรับเครื่องมือ คือ 0.80) (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553)

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

5.1 พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่หัวหน้าเวรในการรับ-ส่งเวร หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกหญิง จำนวน 12 คน ตามคู่มือการรับ-ส่งเวรโดยใช้แนวคิด SBAR ในผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมกระดูก ระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด และระยะวางแผนจำหน่ายตามขั้นตอน ดังนี้ 1) ชั้นเตรียมการ และ 2) ชั้นดำเนินการ สัปดาห์ที่ 1-4 ตอบแบบสอบถามก่อนการทดลอง (pre-test) และให้ปฏิบัติการทางการพยาบาลรับ-ส่งเวรโดยใช้แนวคิด SBAR ระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด ระยะ 24 ชั่วโมงแรก หลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง หลังผ่าตัด 72 ชั่วโมง และระยะวางแผนจำหน่าย และ 3) ชั้นประเมินผลการทดลอง พยาบาลวิชาชีพที่เป็นกลุ่มทดลองครบทั้ง 12 คน

5.2 ผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมกระดูก 2 กลุ่ม หลังจากการใช้รูปแบบการรับ-ส่งเวรโดยใช้แนวคิด SBAR ในผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมกระดูก เก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มทดลองก่อนจำนวน 30 คน ใช้เวลา 2 สัปดาห์ และเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มทดลอง หลังการใช้รูปแบบการรับ-ส่งเวรโดยใช้แนวคิด SBAR จำนวน 30 คน ใช้เวลา 6 สัปดาห์

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ ส่วนแบบสอบถามคุณภาพการพยาบาลใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกใช้สถิติทดสอบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Independence t-test

ผลการวิจัย

1. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติการรับ-ส่งเวรในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกหญิง จำนวน 12 ราย มีอายุ 20-30 ปี จำนวน 10 (ร้อยละ 83.34) สถานภาพสมรสเป็นโสด จำนวน 12 คน (ร้อยละ 91.67) ระดับการศึกษาทั้งหมดเป็นปริญญาตรี (ร้อยละ 100) ประสบการณ์ทำงานพยาบาลวิชาชีพ 1-5 ปี จำนวน 9 คน (ร้อยละ 75.00) และประสบการณ์ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกหญิง 1-5 ปี จำนวน 9 คน (ร้อยละ 75)

2. ผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวนกลุ่มละ 30 คน พบว่า ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเป็นเพศหญิงทั้งหมด (ร้อยละ 100) มีอายุระหว่าง 51-60 ปีบริบูรณ์ (ร้อยละ 63.34) ระดับการศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 53.33) อาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 38.34) สิทธิการรักษาในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 66.67) และรายได้อยู่ในระดับ 10,001-15,000 บาท (ร้อยละ 36.67) ได้รับการวินิจฉัยโรคกระดูกต้นขาหักชนิดไม่มีแผลเปิด (Closed

fracture of femur) จำนวน 18 คน (ร้อยละ 30) และได้รับการผ่าตัดตามกระดูกชนิดมีหัวสกรูพุง (ORIF with LCP) จำนวน 24 คน (ร้อยละ 40)

3. คุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกหญิงก่อนการใช้รูปแบบอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.40$, $SD=.431$) และหลังการใช้รูปแบบการรับส่งเวรโดยใช้แนวคิด SBAR โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.02$, $SD=.438$) เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test แล้วพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพหลังใช้รูปแบบการรับ-ส่งเวรโดยใช้แนวคิด SBAR ผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($Z= -2.750$, $p=0.006$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ 1 ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพหลังใช้รูปแบบการรับ-ส่งเวรโดยใช้แนวคิด SBAR ผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบ (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้รูปแบบการรับ-ส่งเวรโดยใช้แนวคิด SBAR ผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมกระดูก วิเคราะห์สถิติด้วย Wilcoxon Signed Ranks Test โดยภาพรวม ($n=12$)

คุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ	กลุ่มทดลอง	$\bar{X}$	SD	ระดับ	Z	p-value
1. การประเมินสภาพผู้ป่วย	ก่อน	3.42	.435	มาก	-2.504	.012
	หลัง	3.92	.351	มาก		
2. การวินิจฉัยการพยาบาล	ก่อน	3.42	.417	มาก	-2.275	.023
	หลัง	3.86	.459	มาก		
3. การวางแผนการพยาบาล	ก่อน	3.36	.516	ปานกลาง	-2.671	.008
	หลัง	4.21	.556	มากที่สุด		

ตารางที่ 1 (ต่อ)

คุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ	กลุ่มทดลอง	$\bar{X}$	SD	ระดับ	Z	p-value
4. การปฏิบัติการพยาบาล	ก่อน	3.44	.528	มาก	-2.399	.016
	หลัง	4.02	.512	มาก		
5. การประเมินผลการพยาบาล	ก่อน	3.37	.626	ปานกลาง	-2.952	.003
	หลัง	4.14	.494	มาก		
โดยรวม	ก่อน	3.40	.431	ปานกลาง	-2.750	.006
	หลัง	4.02	.438	มาก		

$p < 0.01$

4. ความพึงพอใจของผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมกระดูก ของกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.52$, $SD=.253$) และกลุ่มทดลองอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.66$, $SD=.361$) เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติใช้ pair t-test แล้วพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ ($t=-13.571$, $p=.000$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ 2 ที่ว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความพึงพอใจผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกโดยภาพรวม กลุ่มควบคุม ($n_1=30$) และ กลุ่มทดลอง ($n_2=30$)

ความพึงพอใจของผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมกระดูก	กลุ่มตัวอย่าง	$\bar{X}$	SD	ระดับ	t	p
1. ด้านความห่วงใย	ควบคุม	3.59	.346	มาก	-9.727	.000
	ทดลอง	4.60	.448	มากที่สุด		
2. ด้านความสามารถเชิงวิชาชีพ	ควบคุม	3.46	.349	มาก	-13.333	.000
	ทดลอง	4.70	.370	มากที่สุด		
3. ด้านความรู้และความเข้าใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วย	ควบคุม	3.52	.391	มาก	-11.222	.000
	ทดลอง	4.68	.408	มากที่สุด		
โดยรวม	ควบคุม	3.52	.253	มาก	-13.571	.000
	ทดลอง	4.66	.361	มากที่สุด		

$p < 0.01$

อภิปรายผลการวิจัย

สรุปผลการวิเคราะห์ เรื่อง ผลของการใช้รูปแบบการรับ-ส่งเวรโดยใช้แนวคิด SBAR ต่อคุณภาพการพยาบาลและความพึงพอใจของผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมกระดูก สามารถอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 1 ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพหลังใช้รูปแบบการรับ-ส่งเวรโดยใช้แนวคิด SBAR ผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบ

ผลการวิจัย พบว่า คุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้รูปแบบการรับ-ส่งเวรโดยใช้แนวคิด SBAR สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับ $p < 0.01$ ($Z = -2.750$, $p = 0.006$) จึงสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 1 อภิปรายได้ว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพก่อนใช้รูปแบบการรับ-ส่งเวรโดยใช้แนวคิด SBAR คุณภาพการพยาบาลจะเกิดขึ้นได้ พยาบาลวิชาชีพจะต้องมีความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ มีเจตคติที่ดีต่อการปฏิบัติงาน และมีทักษะในการปฏิบัติงานที่มีมาตรฐานเป็นที่ยอมรับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพลสุข หิงคานนท์ (2555) ได้ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการจัดการคุณภาพทางการพยาบาล พบว่า การที่พยาบาลมีความรู้ ความสามารถและทักษะในการปฏิบัติการพยาบาล จะส่งผลให้เกิดคุณภาพการพยาบาลที่ดี และสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ผู้ป่วย นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ กาญจนา จันทร์ไทย, อธิพร สติธังกร, ประหยัด ประภาพรหม, และราณี พรมานะจิรังกุล (2556) ซึ่งได้กำหนดคุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพตามมาตรฐานบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ซึ่งการจะเกิดคุณภาพการบริการพยาบาลจะต้องมีการให้บริการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล เป็นกระบวนการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ โดยอาศัยหลักการและวิธีการ

ทางวิทยาศาสตร์ และเป็นองค์ประกอบสำคัญของระบบที่จะจัดการกับปัจจัยนำเข้า ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี คือ คุณภาพการพยาบาลที่พึงปรารถนา กระบวนการพยาบาลจึงเป็นพื้นฐานสำคัญสำหรับการกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ใช้บริการ ตั้งแต่เริ่มเข้ามาใช้บริการในหน่วยบริการจนออกจากหน่วยบริการ รวมถึงการดูแลต่อเนื่อง ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ 2) การวินิจฉัยการพยาบาล 3) การวางแผนการพยาบาล 4) การปฏิบัติการพยาบาล และ 5) การประเมินผลการพยาบาล (พรศิริ พันธศรี, 2564) ซึ่งสอดคล้องกับแสงจันทร์ หนองนาและคณะ (2563) ที่ได้ศึกษาประสิทธิผลของการจัดการการรับ-ส่งเวรด้วยรูปแบบ SBAR ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง โดยพบว่า การรับส่งเวรของพยาบาลวิชาชีพหลังใช้รูปแบบ SBAR มีคะแนนเฉลี่ยความถูกต้องและครบถ้วน โดยรวมสูงขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ ส่วนความพึงพอใจในรูปแบบการรับส่งเวรด้วยรูปแบบ SBAR ของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับ อัญชลี สิงห์น้อย, อภริติ นันทศุภวัฒน์, และ เพชรสุนีย์ ทั้งเจริญกุล (2561) ที่ได้ศึกษาการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาลหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง พบว่า ทีมผู้ปฏิบัติส่วนมากมีความพึงพอใจต่อแนวทางการรับส่งเวรทางการพยาบาลเนื่องจากมีรูปแบบที่ชัดเจน และเป็นแนวทางเดียวกันมากขึ้น

สมมติฐานข้อที่ 2 ค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังการใช้รูปแบบการรับ-ส่งเวรโดยใช้แนวคิด SBAR ผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ผลการวิจัย พบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับ $p < 0.01$ ($t = -13.571$, $p = 0.000$) จึงสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 2 อภิปรายได้ว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วย หมายถึง ความรู้สึก รัก พอใจ

พอใจ มีความสุข เป็นความรู้สึกด้านบวก เป็นผลมาจากการได้รับการบริการที่ดีมีคุณภาพได้มาตรฐานและปลอดภัยซึ่งสอดคล้องกับความคาดหวัง หรือความต้องการของผู้ป่วย ทั้งทางร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ความพึงพอใจของผู้ป่วยจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความคาดหวัง ปัจจัยที่แตกต่างกัน รวมถึงประสบการณ์เดิมในการได้รับการบริการของแต่ละบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รัตติยา ชูโชติ (2557) ที่ศึกษาผลของการใช้รูปแบบบริการพยาบาลคลินิกคอลโปสโคปต่อความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยและอัตราการกลับมาตรวจก่อนนัด พบว่า ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยคลินิกคอลโปสโคปกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบบริการพยาบาลคลินิกคอลโปสโคป ($\bar{X}=4.80$, $SD=.22$) สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($\bar{X}=3.43$, $SD=.31$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และของบุปผา อินทร์ (2556) เรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ระยะที่ 1 ต่อสมรรถภาพกายและความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ พบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมีระดับ 0.01 ($Z=3.98$, $p=.00$)

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1. โรงพยาบาลควรขยายผลการใช้รูปแบบการรับ-ส่งเวรโดยใช้แนวคิด SBAR ของพยาบาลวิชาชีพ ให้ครอบคลุมทุกหอผู้ป่วย
2. ผู้บริหารทางการพยาบาลควรสนับสนุนให้มีการใช้รูปแบบการรับ-ส่งเวรของพยาบาลวิชาชีพโดยใช้แนวคิด SBAR เป็นเครื่องมือในกระบวนการพัฒนาคุณภาพการส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยของทีมการพยาบาล
3. การจัดระบบบริการสุขภาพที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การมีนโยบายและการปฏิบัติการที่สนับสนุนอย่างเป็นรูปธรรม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำรูปแบบการรับ-ส่งเวรของพยาบาลวิชาชีพไปใช้ในการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการรายงานเปลี่ยนเวรของพยาบาลวิชาชีพในระยะยาว
2. ศึกษาเชิงปริมาณเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการรับ-ส่งเวรของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยที่มีบริบทต่างกัน และศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพที่ใช้รูปแบบการรับ-ส่งเวรของพยาบาลวิชาชีพ

เอกสารอ้างอิง

- กนกขวัญ เฝ้าทิพย์จันทร์, ดวงกมล ปิ่นเฉลียว, และสมใจ พุทธาพิทักษ์ผล. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างทักษะในการสื่อสาร ชีตความสามารถด้านความปลอดภัย กับการจัดการความปลอดภัยของพยาบาลประจำ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 7(10), 210-222.
- กาญจนา จันทร์ไทย, อีพร สติธังกูร, ประหยัด ประภาพรหม, และราณี พรมานะจิรังกุล. (2556). *มาตรฐานการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- นงลักษณ์ สุวิสิทธิ์ และสมจิต หนูเจริญกุล. (2554). การพัฒนาแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการพยาบาล. *รามาริบัติพยาบาลสาร*, 17(2), 264-277.
- บุญใจ ศรีสถิตย่นารู. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูแอนต์ไออินเตอร์มีเดีย จำกัด.
- บุปผา อินทร์ต้น. (2556). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจระยะที่ 1 ต่อสมรรถภาพทางกายและความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สงขลา.
- ประภัสสร มนต์อ่อน. (2556). *ประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการรายงานเปลี่ยนเวรของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพุทธโสธร* (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- พรศิริ พันธศรี. (2564). *กระบวนการพยาบาล & แบบแผนสุขภาพ : การประยุกต์ใช้ทางคลินิก* (พิมพ์ครั้งที่ 22). กรุงเทพฯ: พิมพ์อักษร.
- พลสุข หิงคานนท์. (2555). *แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการจัดการคุณภาพทางการพยาบาล หน่วยที่ 3 ใน ชุดวิชาการจัดการคุณภาพการพยาบาล*. นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- รัตติยา ชูโชต. (2557). *ผลของการใช้รูปแบบบริการพยาบาลคลินิกคอลโปสโคป ต่อความพึงพอใจในบริการพยาบาลของ ผู้ป่วยและอัตราการกลับมารวกรก่อนนัด* (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- แสงจันทร์ หนองนา, นิลเนตร สุดสวาท, ดวงสุดา วัฒนธัญญการ, มะลิสาน นามมะ, อธิฐาพร คำกุ่ม, และพัชรา เตโช. (2563). ประสิทธิผลของการจัดการการส่งเวรด้วยรูปแบบ SBAR ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท*, 2(1), 45-57.
- อัญชลี สิงห์น้อย, อภิตี นันท์ศุภวัฒน์, และเพชรสุนีย์ ทั้งเจริญกุล. (2561). การพัฒนาคุณภาพ การรับส่งเวรทางการพยาบาลหอผู้ป่วยพิเศษโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง. *วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก*, 5(3), 29-42.
- Oakes, S. L., Gillespie, S. M., Ye, Y., Finley, M., Russell, M., Patel, N. K., & Espino, D. (2011). Transitional care of the long-term care patient. *Clinics in Geriatric Medicine*, 27(2), 259-271.

- Rose, M., & Newman, S.D. (2016). Factors influencing patient safety during postoperative handover. *Journal of the American Association of Nurse Anesthetists*, 84(5), 328-338.
- Staggers, N., Clark, L., Blaz, J.W., & Kalsandoy, S. (2012). Nurses information management and use of electronic tools during acute care handoffs. *Western Journal of Nursing Research*, 34(2), 153-173.
- World Health Organization. (2007). *Communication during patient hand-over patient safety solutions*. 1(3) <https://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution3.pdf>



ผลของการใช้โปรแกรมการสื่อสารโดยการให้ข้อมูล ต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก และความพึงพอใจของพยาบาล Effects of Using Information Communication Program on Anxiety of Orthopedic Surgical Patients, and Nurses' Satisfaction

วรนนท์ เรืองโชติ, พว., Woranan Rueangchot, R.N.^{1*}

กัญญดา ประจุศิลป์, Ph.D., Gunyardar Prachusilpa, Ph.D.²

มาลีวัล เลิศสาครศิริ, ค.ด. Maleewan Lertsakornsiri, Ph.D.²

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

¹Registered Nurse, Professional Level, Nursing Department, Pranangkla Hospital

²รองศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

²Associate Professor, Ph.D., Faculty of Nursing, Saint Louis College, Sathorn, Bangkok

*Corresponding Author Email: r. Woranan@gmail.com

Received: July 13, 2022

Revised: December 16, 2022

Accepted: December 20, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) เปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกหลังการใช้โปรแกรมการสื่อสารโดยการให้ข้อมูลต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง และ 2) ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการให้โปรแกรมการสื่อสารโดยการให้ข้อมูลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงกระดูกภายในจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มทดลอง 20 คน และพยาบาลวิชาชีพ 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วย 2 ชุด ได้แก่ แบบประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก และแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการให้โปรแกรมการสื่อสารโดยการให้ข้อมูลซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน การวิเคราะห์ข้อมูล การเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โดยใช้สถิติทดสอบ Mann-Whitney U test และความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้โปรแกรมการสื่อสารโดยการให้ข้อมูลหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า 1) ความวิตกกังวลของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสื่อสารโดยการให้ข้อมูลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05. 2) ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการให้โปรแกรมการสื่อสารโดยการให้ข้อมูลอยู่ในระดับมากที่สุด

คำสำคัญ: การสื่อสารโดยการให้ข้อมูล ความวิตกกังวล ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก ความพึงพอใจของพยาบาล

Abstract

This research was a quasi-experimental research. The objectives were: 1) to compare the anxiety of orthopedic patients after using the communication program by providing information on the anxiety of orthopedic patients between the control and experimental groups, and 2) The nurses' satisfaction after using the communication program for orthopedic patients. Sample consisting of 40 orthopedic patients which underwent internal bone fixation surgery divided into 20 control group and 20 experimental group including 20 professional nurses. The instruments used for data collection were consisting of two sets namely an anxiety assessment form for orthopedic patients and the satisfaction questionnaire of professional nurses per use of communication program by providing information content validity was being verified by three qualified persons. Data were analyzed by using the Mann-Whitney U test and the satisfaction of the nurses by using percentage mean and standard deviation.

The results shown that: 1) The anxiety of orthopedic patients between the control group and the experimental group after receiving the informational communication program was at a statistically significant reduced of .05. 2) The satisfaction of professional nurses by using the communication program for orthopedic patients overall was at the highest level

Keywords: *Information Communication, Anxiety, Orthopedic Surgical Patients, Nurses' Satisfaction*

บทนำ

การผ่าตัดทางศัลยกรรมกระดูกเป็นวิธีหนึ่งของการรักษาโรคหรือความผิดปกติบางอย่างที่มีประโยชน์ทั้งในด้านการตรวจวินิจฉัยเพื่อรักษา บรรเทา และการแก้ไขข้อบกพร่องของร่างกาย (เรณู อาจสาธิต, 2551) ด้วยวิวัฒนาการและเทคโนโลยีทางการแพทย์ด้านศัลยกรรมกระดูกในปัจจุบันมีความก้าวหน้าอย่างมาก ทำให้การรักษาด้วยการผ่าตัดมีประสิทธิภาพและความปลอดภัยสูงซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีการฟื้นหายเร็ว ลดระยะเวลานอนโรงพยาบาลลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ทำให้การรักษาด้วยการผ่าตัดเป็นที่นิยมและมีแนวโน้ม

เพิ่มมากขึ้น (Brunner et al., 2010) การสื่อสารโดยการให้ข้อมูลด้านสุขภาพเป็นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโดยที่พยาบาลผู้สอนจะจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ ซึ่งสามารถทำได้หลากหลายรูปแบบ เช่น การให้ความรู้โดยใช้ปากเปล่า การใช้สื่อการสอนประเภทต่าง ๆ (ยูเรศ เสนาธรรม, 2555) โดยใช้หลักการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ตรงกับความเป็นจริง ปราศจากความคลุมเครือ และเป็นข้อมูลที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยเกี่ยวกับการตรวจ การรักษา ตลอดจนการดูแลตนเองจะช่วยให้ผู้ป่วยมีแบบแผนความรู้ความเข้าใจต่อการผ่าตัด จะทำให้

ผู้ป่วยสามารถที่จะเผชิญกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะส่งผลให้สามารถควบคุมตนเองและควบคุมปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ เช่น ความวิตกกังวลความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานลดลง และทำให้ผู้ป่วยเกิดความพร้อมที่จะเข้ารับการผ่าตัดและมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองหลังผ่าตัด ซึ่งจะช่วยลดการเกิดอุบัติเหตุการฉีกขาดและภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดได้

ในระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลได้ แต่ถ้าผู้ป่วยได้รับข้อมูลและการช่วยเหลือด้านการปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมก็จะสามารถช่วยลดความวิตกกังวลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยจะเกิดความสมดุลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจมีความพร้อมที่จะเผชิญต่อเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยได้คุ้นเคยกับพยาบาลรู้สึกอุ่นใจที่จะได้พบผู้ที่ให้การดูแลตลอดระยะผ่าตัดและเกิดความรู้สึกรับประกันในการช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ ได้รับทราบข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับการผ่าตัด สถานที่ บุคลากรและการปฏิบัติตัว (ดวงดาว อธิญาสน์ และคณะ, 2555) มีความรู้ความเข้าใจ สามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล เกิดความพร้อมที่จะเข้ารับการผ่าตัด สามารถเผชิญกับสถานการณ์ในการผ่าตัดที่กำลังจะเกิดขึ้นได้ (ปริยาพร สมัครการ และคณะ, 2557)

การที่พยาบาลวิชาชีพได้รับการส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติงานเกิดความศรัทธาเริ่ม อย่างสร้างสรรค์ และใช้ความรู้ความสามารถอย่างเต็มที่ ทำให้เกิดความรู้สึกภูมิใจจากการมีส่วนร่วมในการพัฒนางานซึ่งสอดคล้องกับสลาวิตต์และคณะ (Slavitt et al., 1978) ได้กล่าวว่า ลักษณะงานที่ไม่ต้องขึ้นกับใคร โดยความคิดของตนเองอย่างอิสระ ซึ่งผู้บังคับบัญชาเปิดโอกาสให้ปฏิบัติรวมถึงการมีโอกาสได้ติดต่อสัมพันธ์กับผู้ร่วมงานอันนำไปสู่การยอมรับและส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในงาน การศึกษา

ของศรญา ยังเจริญ (2557) พบว่า ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมหลังใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่าการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของปณัฐดา ขาติสุวรรณ (2553) ซึ่งได้ใช้แนวคิดทฤษฎีของสลาวิตต์และคณะ (Slavitt et al., 1978) เป็นแนวทางในการประเมินความพึงพอใจของพยาบาล พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลการพยาบาลผู้ป่วยสองกล้องทางเดินอาหารอยู่ในระดับมาก

งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกศัลยกรรมกระดูกให้บริการผู้ป่วยที่มีปัญหาในระบบกระดูกและข้อ จากสถิติที่ผ่านมาใน พ.ศ. 2561-2563 เฉลี่ยวันละ 200 คน พบว่า ผู้ป่วยส่วนมากที่เข้ามารับการรักษา คือ ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกที่ได้รับอุบัติเหตุ เฉลี่ยวันละ 50-60 คน โดยในจำนวนนี้จะมีผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงกระดูกภายในเฉลี่ยวันละ 5-6 คน ซึ่งในผู้ป่วยกลุ่มนี้พบว่า การเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดยังไม่มียุทธวิธีชัดเจน ดังนั้นการให้ข้อมูลเพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยถือเป็นบทบาทอิสระที่สำคัญของพยาบาลที่นำมาซึ่งคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย พยาบาลถือเป็นบุคลากรสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดตลอดเวลา สามารถส่งเสริม กระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในทีมสุขภาพ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้เห็นตัวแบบที่ประสบความสำเร็จ ทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญต่อภาวะวิกฤตนั้นได้ จึงควรมีการศึกษาโปรแกรมการสื่อสารโดยการให้ข้อมูลของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลโปรแกรมการสื่อสารโดยการให้ข้อมูล ต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกที่ได้รับการผ่าตัดกระดูก เพื่อลดความวิตกกังวลและช่วยให้ผู้ป่วยสามารถผ่านประสบการณ์การผ่าตัดได้อย่างมั่นใจ ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

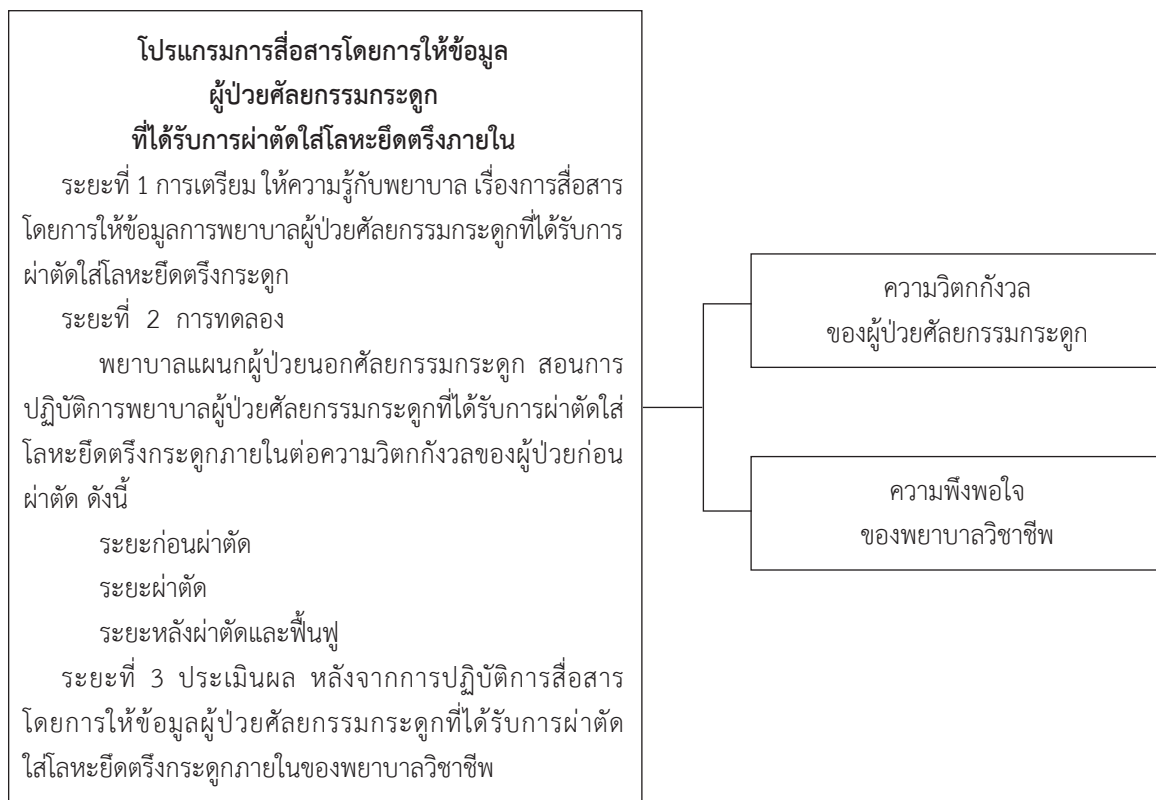
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วย ศัลยกรรมกระดูก กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลัง การใช้โปรแกรมการสื่อสารโดยการให้ข้อมูลผู้ป่วย ศัลยกรรมกระดูก
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของพยาบาล หลัง การใช้โปรแกรมการสื่อสารโดยการให้ข้อมูลผู้ป่วย ศัลยกรรมกระดูก

สมมติฐานการวิจัย

1. ความวิตกกังวลของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังการใช้โปรแกรม การสื่อสารโดยการให้ข้อมูลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกลดลง
2. ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการ ใช้โปรแกรมการสื่อสารโดยการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยศัลยกรรม กระดูก อยู่ในระดับมาก

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) เพื่อเปรียบเทียบความ วิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึง กระดูก กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังการใช้โปรแกรม

การสื่อสารโดยการให้ข้อมูล วัดก่อนและหลังการทดลอง (Two Group Pretest - Posttest Design) และเพื่อ ศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลที่มีต่อการ ใช้โปรแกรม การสื่อสารโดยการให้ข้อมูลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก

ที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงกระดูก เก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่ มกราคม 2565-พฤษภาคม 2565

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร

ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงกระดูกที่ได้รับการวินิจฉัยให้รักษาโดยการผ่าตัด และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

1.2 กลุ่มตัวอย่าง

1.2.1 ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงกระดูก จำนวน 40 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกนัดพบแพทย์ เพื่อเตรียมตัวเข้ารับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงกระดูกเป็นครั้งแรก 2) อายุระหว่าง 20-60 ปีบริบูรณ์ ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ที่ต้องรับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงกระดูกภายใน 3) มีความเข้าใจ สามารถสื่อสาร พูด อ่าน เขียน ภาษาไทยได้ และ 4) มีความยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

1.2.2 พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 20 คน โดยเลือกแบบเจาะจง เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมกระดูกที่อยู่ประจำและที่มาช่วยปฏิบัติงานจากตึกศัลยกรรมกระดูกชายและศัลยกรรมกระดูกหญิง และได้รับมอบหมายจากผู้วิจัย ปฏิบัติงานการสื่อสารโดยการให้ข้อมูลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงกระดูกภายใน ไม่น้อยกว่า 3 ครั้ง

2. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เลขที่รับรอง E. 24/2564 ลงวันที่ 27 กันยายน 2564 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า เลขที่ PE6425

ลงวันที่ 11 มกราคม 2565 ในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บข้อมูล ผู้เข้าร่วมวิจัยยินยอมลงนามในหนังสือแสดงความยินยอม มีคณะผู้วิจัยได้อธิบายให้ผู้เข้าร่วมวิจัยที่รับทราบข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอโดยภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ชุด คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียด ดังนี้

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองประกอบด้วย 1) โปรแกรมการสื่อสารโดยการให้ข้อมูลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงกระดูกภายใน 2) คู่มือการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงกระดูกภายใน 3) แผนการสอนการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงกระดูกภายใน

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงกระดูกภายใน 2) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้โปรแกรมการสื่อสารโดยการให้ข้อมูลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงกระดูกภายใน

4. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

4.1 การหาความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (Content Validity)

แบบสอบถามความวิตกกังวลของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก ที่ใช้ในการวิจัยนี้มีค่า CVI (Content Validity Index) เท่ากับ 0.96 และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้โปรแกรมการสื่อสารโดยการให้ข้อมูลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงกระดูกภายใน เท่ากับ 0.86

4.2 การหาความเที่ยง (Reliability)

ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามความวิตกกังวลของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกเท่ากับ 0.90 และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้โปรแกรมฯ เท่ากับ 0.86

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังรายละเอียดดังนี้ 1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) เปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงกระดูก ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบ Mann-Whitney U test 3) เปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงกระดูก ก่อนและหลังการทดลอง กับกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม โดยใช้สถิติทดสอบ Wilcoxon Signed Rank test และ 4) ศึกษาระดับความพึงพอใจของพยาบาลในใช้โปรแกรมการสื่อสารโดยการให้ข้อมูลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงกระดูก ด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกกลุ่มควบคุมส่วนมากเป็นเพศชาย จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 75 อายุระหว่าง 20-30 ปี จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 50 การศึกษา ระดับมัธยมศึกษา จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 50 อาชีพ พนักงานบริษัทเอกชน จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 50 รายได้เพียงพอกับรายจ่ายจำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 55 ส่วนในผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกกลุ่มทดลองส่วนมาก เพศชาย จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 75 อายุระหว่าง 20-30 ปี จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 50 การศึกษา ระดับมัธยมศึกษา จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 50 พนักงานบริษัทเอกชน จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 45 และรายได้เพียงพอกับรายจ่ายจำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 55

2. คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกระหว่างกลุ่มควบคุมการให้การพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการสื่อสารโดยการให้ข้อมูลของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก พบว่า แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองทั้งก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test

ความวิตกกังวล	$\bar{X}$	SD	Z	p
ก่อนการทดลอง				
กลุ่มควบคุม	50.90	8.143	173.500	.469
กลุ่มทดลอง	49.50	2.666		
หลังการทดลอง				
กลุ่มควบคุม	48.50	1.538	-5.427	.000
กลุ่มทดลอง	37.70	1.867		

$p < .05$

3. ความวิตกกังวลกลุ่มควบคุมก่อนและหลัง ได้รับการพยาบาลตามปกติของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก ไม่มีความแตกต่างกันมีนัยสำคัญทางสถิติ ในส่วนของกลุ่มทดลองภายหลังที่ได้รับโปรแกรมการสื่อสาร โดยการให้ข้อมูล พบว่า ความวิตกกังวลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกลดลงน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองทั้งก่อนและหลังการทดลอง

ความวิตกกังวล	Median	Wilcoxon Signed Rank test	p
กลุ่มควบคุม			
ก่อนการทดลอง	49.00	-1.29	0.19
หลังการทดลอง	49.00		
กลุ่มทดลอง			
ก่อนการทดลอง	50.00	-3.93*	0.00
หลังการทดลอง	38.00		

* $p < .05$

4. กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพจำนวนมาก เป็นเพศหญิง 18 คน คิดเป็นร้อยละ 90 อายุระหว่าง 31-40 ปี จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 55 การศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 95 ประสบการณ์การปฏิบัติงานพยาบาล จำนวน 1-10 ปี จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 65 และประสบการณ์การปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมกระดูก 1-10 ปี จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 85

5. ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการ ใช้โปรแกรมการสื่อสารโดยให้ข้อมูลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โดยรวมมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.59$, $SD=0.338$) เมื่อพิจารณาความพึงพอใจต่อการ ใช้โปรแกรมการสื่อสารโดยให้ข้อมูลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านความเป็นอิสระ ($\bar{X}=4.62$, $SD=0.366$) ด้านลักษณะงาน ($\bar{X}=4.59$, $SD=0.373$) และด้านความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน ($\bar{X}=4.56$, $SD=0.330$) อยู่ในระดับมากที่สุด (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนความพึงพอใจ โดยรวมและรายด้านของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ ต่อการใช้โปรแกรมการสื่อสารโดยการให้ข้อมูลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงกระดูกภายใน (n = 20)

ความพึงพอใจ	คะแนน		ระดับความพึงพอใจ
	$\bar{X}$	SD	
ด้านความเป็นอิสระ	4.62	0.366	มากที่สุด
ด้านลักษณะงาน	4.59	0.373	มากที่สุด
ด้านความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน	4.56	0.380	มากที่สุด
รวม	4.59	0.338	มากที่สุด

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสื่อสารโดยการให้ข้อมูล ต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก และความพึงพอใจของพยาบาล สามารถนำผลการวิจัยมาอธิบายได้ตามสมมติฐานได้ ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ความวิตกกังวลของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หลังการใช้โปรแกรมการสื่อสารโดยการให้ข้อมูลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกลดลง

ผลการวิจัย พบว่า ความวิตกกังวลของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกระหว่างกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสื่อสารโดยการให้ข้อมูลของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกกลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

อภิปรายได้ว่า การที่ผู้วิจัยใช้โปรแกรมการสื่อสารโดยการให้ข้อมูลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกในการศึกษาครั้งนี้โดยได้นำการสื่อสารโดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางการจัดโปรแกรมโดยเริ่มต้นจากการสื่อสารให้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพในช่วงก่อนผู้ป่วยจะเข้านอนรักษาตัวด้วยการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึง

กระดูก จากนั้นผู้ป่วยกลุ่มทดลองจะได้รับการปฏิบัติ การพยาบาลพร้อมกับได้รับโปรแกรมการสื่อสารโดยการให้ข้อมูลด้านสุขภาพตามแนวทางที่สร้างขึ้นของสำนักงานพยาบาล กรมการแพทย์ (2551) ช่วยทำให้ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกที่ผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงกระดูก มีความเข้าใจที่กระจ่างชัด รับรู้เหตุการณ์ตามความเป็นจริง หาวีธีเผชิญเหตุการณ์อย่างเหมาะสม สามารถปรับตัวต่อเหตุการณ์ที่มาคุกคามทำให้อลดความวิตกกังวลได้ ซึ่งสอดคล้องกับ ดวงดาว อรัญวาสี และคณะ (2555) ได้ศึกษาผลการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน ต่อความวิตกกังวล ของผู้ป่วยที่มารับบริการระดับความรู้สึกแบบทั้งตัว พบว่า การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ทั้งการให้ข้อมูลตามวิธีปกติและการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน สามารถลดค่าความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้ นอกจากนี้การใช้โปรแกรมการสื่อสารโดยการให้ข้อมูลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้โปรแกรมการสื่อสารโดยการให้ข้อมูลเป็นรายบุคคล ทำให้สามารถสื่อสารให้ข้อมูลได้ละเอียด เกิดการกระตุ้นการเรียนรู้ อย่างเหมาะสมเป็นการสื่อสารให้ข้อมูลโดยยึดหลักความแตกต่างระหว่างบุคคลในด้านความสามารถ

ด้านสติปัญญา ความสนใจ ความต้องการ สภาวะร่างกาย อารมณ์ เพิ่มโอกาสซักถามข้อสงสัย ซึ่งช่วยทำให้ทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับปัญหาความต้องการ สามารถสื่อสารข้อมูลที่ตรงกับความต้องการ และสิ่งที่ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกกำลังวิตกกังวล ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถประเมินตนเองได้ มองปัญหาของตนเองได้ ทั้งยังสร้างความสัมพันธ์อันดีและช่วยให้มีความรู้สึกเป็นกันเอง ทำให้ผู้ป่วยกล้าที่จะซักถามข้อสงสัย และในขณะที่มีการสื่อสารให้ข้อมูลก่อนผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เมื่อผู้ป่วยได้รับการสื่อสารให้ข้อมูลตามความต้องการแล้วจะทำความเข้าใจ รับรู้เหตุการณ์ตามความจริง ความรู้สึกคลุมเครือลดลง ส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลง (บุญรัตน์ ปัญศิริ และปชาณัญญ์ นันทไทยวิกุล, 2564)

จากเหตุการณ์ที่ความวิตกกังวลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกัน รวมทั้งเหตุการณ์ที่กลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมสื่อสารโดยการให้ข้อมูลมีความวิตกกังวลลดลงกว่าก่อนทดลองนั้น ตามแนวคิด Spielberg et. al. (1983) ที่กล่าวว่า ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในเวลาเฉพาะเมื่อมีสถานการณ์เข้ามากระทบ และมีแนวโน้มว่าจะทำให้เกิดอันตรายหรือคุกคามบุคคลเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นชั่วคราวทำให้บุคคลนั้นเกิดความตึงเครียด หวาดหวั่น กระวนกระวาย ระบบการทำงานของประสาทอัตโนมัติถูกกระตุ้นให้ทำงานมากขึ้น ลักษณะอารมณ์ สรีระและพฤติกรรมที่ตอบสนองความวิตกกังวลขณะเผชิญจะสังเกตเห็นได้และผู้ที่มีความวิตกกังวลสามารถบอกได้ความรุนแรง ระยะเวลาที่เกิดความกังวลจะแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคลซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของตฤณ เสาทองกลาง (2559) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและการเบี่ยงเบนความสนใจต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน พบว่า ความวิตกกังวลของผู้ป่วยภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและการเบี่ยงเบนความสนใจต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล

และการเบี่ยงเบนความสนใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และหยาดพิรุณ กุณโธง (2561) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด พบว่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในส่วนของศศิธร สุทธิสนธิ์ (2560) ศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดเพื่อบรรลุดมมุ่งหมายต่อความวิตกกังวลและความร่วมมือในการผ่าตัดต่อเนื้อตา พบว่า คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองในระยะก่อนได้รับโปรแกรมฯ ก่อนเข้าผ่าตัดและหลังได้รับโปรแกรมฯ ลดลงตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้โปรแกรมการสื่อสารโดยการให้ข้อมูลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก อยู่ในระดับมาก

ผลการวิจัย พบว่า ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้โปรแกรมการสื่อสารโดยให้ข้อมูลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โดยรวมมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.59$, $SD=0.338$)

อภิปรายได้ว่า การใช้โปรแกรมการสื่อสารโดยการให้ข้อมูลด้านสุขภาพกับผู้ป่วย ทำให้พยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยนอกศัลยกรรมกระดูกมีโอกาสแสดงการปฏิบัติงานเกิดความคิดสร้างสรรค์และใช้ความรู้ความสามารถอย่างเต็มที่ ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าแลภาคภูมิใจจากการมีส่วนร่วมในการพัฒนางาน และความอิสระในการพัฒนาโปรแกรมการสื่อสารโดยการให้ข้อมูลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก ภายใต้การสนับสนุนและอำนวยความสะดวกจากหัวหน้างานผู้ป่วยนอกศัลยกรรมกระดูก ส่งผลให้พยาบาลปฏิบัติงานเกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์และใช้ความรู้ความสามารถอย่างเต็มที่ ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความภูมิใจจากการที่ได้มีส่วนร่วมใน

การพัฒนางาน เกิดการยอมรับจากเพื่อนร่วมงานทำให้เกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน อีกทั้งการสื่อสารโดยให้ข้อมูลผู้ป่วยอย่างเป็นอิสระ ส่งผลให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล สอดคล้องกับแนวคิดของสลาวิตต์ และคณะ (Slavitt et al., 1978) ได้กล่าวว่า “ลักษณะงานที่ไม่ต้องขึ้นกับบุคคลใด โดยคิดริเริ่มของตนเองอย่างเป็นอิสระ ซึ่งหน่วยงานเปิดโอกาสให้ปฏิบัติ รวมถึงการมีโอกาสได้ติดต่อสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน นำไปสู่การยอมรับ ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในงานและโปรแกรมการสื่อสารโดยการให้ข้อมูล ทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจมากขึ้น

อภิปรายได้ว่า โปรแกรมการสื่อสารโดยการให้ข้อมูลผู้ป่วยช่วยลดผลกระทบกระตุก ทำให้เกิดความรู้สึทางบวกของพยาบาลในงานผู้ป่วยนอกลดผลกระทบกระตุกต่อการใช้โปรแกรมการสื่อสารโดยการให้ข้อมูลผู้ป่วยลดผลกระทบกระตุก ซึ่งเป็นผลมาจากการประเมินลักษณะงานการจัดโปรแกรมการสื่อสารโดยการให้ข้อมูลผู้ป่วยลดผลกระทบกระตุก ที่สอดคล้องกับสิ่งที่ตนคาดหวัง และการกำหนดเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วย โดยการประชุมร่วมกันกำหนดแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยลดผลกระทบกระตุกและการรับรู้ปัญหาอย่างแท้จริง พยาบาลแสดง

ความคิดเห็นในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย มีการเปิดโอกาสได้ใช้ความรู้ความสามารถอย่างเต็มที่ในการดูแลผู้ป่วย ทำให้รู้สึกภาคภูมิใจและมีความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล และสื่อสารโดยให้ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง สอดคล้องกับงานวิจัยของสลาวิตต์ และคณะ (Slavitt et al., 1978) ได้กล่าวว่า ลักษณะงานที่ต้องปฏิบัติในหน้าที่ประจำวัน เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่ทำให้พยาบาลมีความพึงพอใจในงาน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้บริหารทางการพยาบาลควรนำผลการวิจัยในการกำหนดแนวปฏิบัติพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล การสื่อสารโดยการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยลดผลกระทบกระตุกไปใช้กับงานผู้ป่วยนอกแผนกอื่น ๆ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

พัฒนาโปรแกรมการสื่อสารโดยการให้ข้อมูล เช่น เพิ่มช่องทางการสื่อสารกับพยาบาลวิชาชีพ ทั้งในระยะก่อนผ่าตัด เพื่อลดความวิตกกังวล และภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

เอกสารอ้างอิง

- ดวงดาว อรัญวาส์, สิริรัตน์ ตรีพุทธรัตน์, เทพกร สาธิตการมณี, และ กชกร พลาชีวะ. (2555). ผลการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มารับบริการระงับความรู้สึกแบบทั้งตัว. *วิทย์ญีสาร*. 38(2), 102-108.
- ตฤณ เสาทองกลาง. (2559). ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและการเบี่ยงเบนความสนใจต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ
- บุญรัตน์ ปัญศิริ และ ปชาณัญญ์ นันไทยทวีกุล. (2564). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน. *วารสารเกื้อการุณย์*. 28(2), 36-47.
- ปณัฐดา ซาติสุวรรณ. (2553). ผลของการใช้รูปแบบการสนับสนุนข้อมูลการพยาบาลผู้ป่วยส่องกล้องทางเดินอาหาร ต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยและความพึงพอใจของพยาบาล. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ
- ปรียาพร สมัครงาน, วิภา คุณทรงเกียรติ, และสภากรณ์ ดวงแพง. (2557). ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการจากการเยี่ยมก่อนผ่าตัดของพยาบาลห้องผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 22(4), 25-34.
- ยุวเรศ เสนาธรรม. (2555). การพัฒนาคุณภาพกระบวนการการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดโรงพยาบาลแพร่ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- เรณู อาจสาละ. (2551). การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ เล่ม 1 (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: โอกรูป เพรส.
- ศรญา ยิ่งเจริญ. (2557). ผลของการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของใช้ต่อคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤตและความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ
- ศศิธร สุทธิสนธิ์. (2560). ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเพื่อบรรลุดมภ์หมายต่อความวิตกกังวลและความร่วมมือในการผ่าตัดต่อเนื้อตาที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต). มหาวิทยาลัยคริสเตียน, นครปฐม.
- สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2551). *มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ :โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- หยาดพิรุณ กุณโฮง. (2561). ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

- Brunner, M., Keller, U., Dierendonck, C., Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, Reichert, M., Ugen, S., Fischbach, A., & Martin, R. (2010). The structure of academic self-concepts revisited: The nested Marsh/Shavelson model. *Journal of educational psychology, 102*(4), 964-981.
- Slavitt, D. B., Stamps, P. L., Piedmont, E. B., & Haase, A. M. (1978). Nurses' satisfaction with their work situation. *Nursing research, 27*(2), 114-120.
- R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologists Press.





ใบสมัครสมาชิกวารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ

วันที่ เดือน 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 (สำหรับการโอนเงิน) 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) และวุฒิการศึกษาสูงสุดทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พร้อมทั้งตำแหน่ง สถานที่ทำงาน/สถานที่ติดต่อของผู้เขียน/ ผู้วิจัย (กรณีวิทยานิพนธ์ให้ใส่ชื่อ 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 เลขข้อระบบทศนิยม 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> โดยส่งหนังสือแนบบทความเพื่อขอลงตีพิมพ์ในวารสารตามแบบฟอร์มที่กำหนดและไฟล์ต้นฉบับบทความ ทั้งไฟล์ pdf และไฟล์ doc โดยให้ชื่อไฟล์เป็นภาษาอังกฤษ กรณีที่มีผู้เขียนหลายคนจะต้องให้ผู้เขียนทุกคนให้คำยินยอมในการลงตีพิมพ์บทความในหนังสือแนบบทความด้วย แล้วส่งต้นฉบับบทความมาที่กองบรรณาธิการวารสารสุขภาพและการจัดการสุขภาพ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เลขที่ 19 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กทม. 10120

เกณฑ์การพิจารณาคุณภาพบทความ

บทความที่ได้รับการพิมพ์เผยแพร่จะต้องได้รับการประเมินคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาวิชานั้นๆ อย่างน้อย 2 คน โดยกองบรรณาธิการจะเป็นผู้พิจารณาเลือกผู้ทรงคุณวุฒิในการประเมิน และภายหลังการประเมิน กองบรรณาธิการจะเป็นผู้พิจารณาผลการประเมิน และอาจให้ผู้เขียนปรับปรุงให้เหมาะสมยิ่งขึ้น และทรงไว้ซึ่งสิทธิ์

ในการตัดสินใจพิมพ์เผยแพร่บทความในวารสารหรือไม่ก็ได้ โดยทั้งนี้กองบรรณาธิการจะไม่ส่งต้นฉบับคืน

การออกรับทุนการสำหรับผู้เขียน

กองบรรณาธิการจะออกรับทุนการวารสารฉบับที่ผลงานของผู้เขียนได้รับการตีพิมพ์ให้ผู้เขียน จำนวน 3 เล่ม กรณีมีผู้ร่วมเขียนหลายคน จะมอบให้แก่ผู้เขียนชื่อแรกเท่านั้น กรณีที่ผู้เขียนต้องการวารสารมากกว่า 3 เล่ม สามารถสั่งซื้อได้ราคาเล่มละ 150 บาท (รวมค่าจัดส่ง)



หนังสือนำเสนอบทความตีพิมพ์ วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ

วันที่ เดือน พ.ศ.

เรื่อง ขอส่งบทความและการให้ความยินยอมในการตีพิมพ์บทความของผู้เขียน

เรียน บรรณาธิการวารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ☐ ต้นฉบับบทความ จำนวน ชุด ☐ ไฟล์ต้นบทความ จำนวน ไฟล์
☐ ไฟล์รูปภาพ จำนวน ภาพ ☐ อื่นๆ (ระบุ)

ข้าพเจ้า นาย/ นาง / นางสาว หมายเลขสมาชิก

สถานที่ติดต่อ

โทรศัพท์ มือถือ โทรสาร

อีเมล

มีความประสงค์ขอส่ง ☐ บทความวิจัย ☐ บทความวิชาการ ☐ บทความปริทัศน์

เรื่อง

..... เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า บทความที่นำมาตีพิมพ์นี้เป็นผลงานที่ข้าพเจ้าจัดทำขึ้นด้วยตนเอง โดยไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่
 ในวารสารอื่น และ/หรือ Proceeding ในที่ประชุมวิชาการ และไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น
 และข้าพเจ้าให้ความยินยอมในการตีพิมพ์บทความดังกล่าวในวารสารนี้ จึ่งลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

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	
มหาวิทยาลัยขอนแก่น	รศ.ดร.วิชัย อึ้งพินิจวงศ์	รศ.ดร.พนิชฐา พานิชาชวิระกุล
	รศ.ดร.สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล	รศ.ผ่องพรรณ อรุณแสง
	ผศ.ดร.ชัชเจนค์ แพรขาว	ผศ.ดร.วันทนา ศิริธราธิวัตร
มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต	ศ.ดร.ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์	ร.ท.หญิง ผศ.ดร.อัญชลี เชี่ยวโสธรคูวอล
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	รศ.ดร.เปรมทิพย์ ทวีดิธรรม	ผศ.ดร.สุจิตรา บุญหยง
	รศ.ดร.รสลัย กัลยาณพจน์พร	รศ.ดร.กัญญดา ประจักษ์ศิลป
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	ศ.ดร.ดาราพรรณ ต๊ะปิ่นตา	ผศ.ดร.นวลลออ ธวัชชัย
	รศ.ดร.อาทิตย์ พวงมะลิ	
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต	รศ.ดร.สุรัตนา อำนวยผล	รศ.ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา
	รศ.ดร.พินัยลัก ตันติสีปกร เอิร์ด	
มหาวิทยาลัยบูรพา	ศ.ดร.บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ	รศ.ดร.สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ
	ผศ.ดร.ฉันทนา จันทร์วงศ์	
มหาวิทยาลัยนานาชาติเอเชีย-แปซิฟิก	ผศ.ดร.พรพรรณ สมินทร์ปัญญา	ศ.ดร.พิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ
มหาวิทยาลัยมหิดล	ศ.ดร.รุจา ภูไพบูลย์	รศ.ดร.ประยูร พองสถิตกุล
	รศ.ดร.มณี อาภานันท์กุล	รศ.ดร.วรรณะ ชลาชนเดชะ
	รศ.ดร.วิทยา อยู่สุข	รศ.ดร.อรรพรรณ แก้วบุญชู
	รศ.ดร.รุ่งทิพา วัจฉลฐิติ	รศ.ดร.อาภาพร เผ่าวัฒนา
	รศ.ดร.ปัญญารัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา	ผศ.ดร.จตุพร วงศ์สาธิตกุล
	ผศ.ดร.วัลย์ลดา ฉันทะเรืองวนิชย์	รศ.ดร.ขวัญใจ อำนางส์ตย์เชื้อ
	ผศ.ดร.พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์	ดร.ชลิตา วัชรมรังสิมันต์
	ดร.นพวรรณ พินิจจรเดช	รศ.ดร.สุภาพ ไทยแท้
	ผศ.ดร.ประทีป จินน์	ผศ.ดร.รัมภา บุญสินสุข
	ผศ.ดร.สายธิดา ลาภอนันตสิน	ดร.พิชชาดา ประสทธิโชค
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ	ผศ.ดร.รุ่งฤดี กล้าหาญ	
	รศ.สราวุธ สุธรรมมาสา	ศ.ดร.บุญทิพย์ สิริรังสี
	รศ.ดร.ศรีศักดิ์ สุนทรไชย	รศ.ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช	รศ.ดร.วราภรณ์ จันทร์คง	รศ.ดร.วาริน เยี่ยมสวัสดิ์กุล
	รศ.พรทิพย์ กิระพงษ์	รศ.ดร.มุกดา หนูยศรี
	รศ.สุดาว เลิศวิสุทธิไพบูลย์	รศ.ดร.นิรนาท แสนสา
	ดร.ชื่นจิตร์ โพธิ์สัพสุข	ผศ.ดร.สิริรัตน์ สุวณิษฐ์เจริญ
	ผศ.ดร.สุทธิพร มูลศาสตร์	ผศ.ดร.อารยา ประเสริฐชัย
	ผศ.ดร.ช่อทิพย์ บรมธนรัตน์	

ต้นสังกัด

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

มหาวิทยาลัยคริสเตียน	ศ.ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย	พ.อ.หญิง ผศ.ดร.นงพิมล นิมิตรอนันท์
มหาวิทยาลัยนวมินทราชินา	ผศ.ดร.รัตนา จารุวรรณ	ผศ.ดร.สุณี เวชประสิทธิ์
วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ	พ.ต.อ.หญิง รศ.ดร.ทิพย์ฉมพร เกษโกล	
วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก	พลตรีหญิง รศ.ดร.สายสมร เฉลยกิตติ	
นักวิชาการอิสระ	ศ.ดร.ศิริพร จิรวรรณกุล	รศ.สุจิตรา ลิมอำนวยเลิศ
	รศ.ดร.พรรณราย ทริพย์ประภา	รศ.จิตติพร อิงคาวรวงศ์
	รศ.ลัดดาวัลย์ เกษมเนตร	ผศ.ดร.พรรณวดี สมกิตติกานนท์
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช	ดร.สิริวัฒน์ อายุวัฒน์	ดร.อัศนี วันชัย
วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา	รศ.ดร.จิตรพรรณ ภูษาภักดิ์ทิพ	
วิทยาลัยเซนต์หลุยส์	เซอร์ ดร.สมศรี สุเมธ	รศ.ดร.ดวงเดือน ศาสตรภัทร
	รศ.ดร.อรพรรณ ลือบุญวัชชัย	รศ.ดร.มาลีวัล เลิศสาครศิริ
	รศ.สมพร ชีโนรส	รศ.สุภาวดี เครือโชติกุล
	ผศ.ดร.ผกาวิทย์ พุ่มสุทัศน์	ผศ.ดร.สุวรรณา อนุสันติ
	รศ.ดร.จินตนา อาจสันเทียะ	รศ.ดร.สุวรรณี ละออปักษิณ
	ดร.ปานตา อภิรักษ์นภานนท์	ดร.นงคราญ วงษ์ศรี
	ดร.ชูเกียรติ จากใจชน	ผศ.ดร.สมนึก สกลหงส์โสภณ
	ดร.รัตนภรณ์ ช้อนเปี้ยยุ่ง	ดร.ชาติปิตย์ เครือพานิชย์
	รศ.พรศิริ พันธสี	
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	รศ.สุรีย์ กฤษเจริญ	ผศ.ณอมศรี อินทนนท์
	ผศ.ดร.ปรัชญานันท์ เทียงจรรยา	
มหาวิทยาลัยนเรศวร	ผศ.ดร.ระวีวรรณ พิไลเกียรติ	ผศ.ดร.วรวรรณ ทิพย์วาริรมย์
	ผศ.ดร.จรรยา สันตยากร	
มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี	ผศ.ดร.วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย	
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี	ผศ.ดร.พรรณวิภา บรรณเกียรติ	
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม	รศ.เจษฎา บุญมาโฮม	
วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ์	รศ.ดร.อรพรรณ โตสิงห์	รศ.ดร.รุ่งนภา ผาณิตรัตน์
มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง	ผศ.ดร.พัฒนสิน อารีอุดมวงศ์	
มหาวิทยาลัยปทุมธานี	อาจารย์ดร.ชัชวาล วงศ์สารี	ผศ.ดร.วลัยนารี พรหมลา
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพรัตน์วชิระ	อาจารย์ดร. สุทธิชาวัฒน์ เจริญพงศ์	



สถาบันอุดมศึกษาเอกชนชั้นนำในอาเซียน มุ่งผลิตบัณฑิตที่ปฏิบัติวิชาชีพด้วยความรู้ คู่ความดี
A leading ASEAN private higher educational institute producing compassionate graduates who possess academic excellence and professional ethical values.



เปิดรับสมัครนักศึกษาใหม่ ระดับปริญญาตรี

รับสมัครตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป
มีทุนการศึกษาสำหรับผู้เรียนดีในระดับปริญญาตรีทุกหลักสูตร

คณะพยาบาลศาสตร์

- หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
- หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
- สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล

คณะกายภาพบำบัด

- หลักสูตรกายภาพบำบัดบัณฑิต

คณะจิตวิทยา

- หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต
- วิชาเอกจิตวิทยาคลินิก
- วิชาเอกจิตวิทยาการปรึกษา
- วิชาเอกจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ

วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

19 ถนนสารใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120
โทรศัพท์ 02-675-5304 ถึง 12 โทรสาร 02-675-5313



www.slc.ac.th



@SLC2528
www.facebook.com/SLC2528