



บทความวิจัย

- ปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพ ของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ มาลีวัล เลิศศาสตรศิริ, พงษ์ลดา วัชรสินธุ, จุรีย์ นฤมิตเลิศ
- ผลวิจัยบทสนทนาของการกระตุ้นกล้ามเนื้อลำตัวและกล้ามเนื้อขา ต่ออาการปวดและเฟลิกชั่น-รีเส็คชั่น ฟิโนมีน่อน ชัยณูพงศ์ ไหวหาร, อำพร ศรียาภักย์, วุฒิไกร น้อยพันธ์
- การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจของสุขภาพพอเพียงของนักศึกษาพยาบาลกับปริญญาตรี..... อธิมา ชื่นบุญ, ธิปัตย์ โสภิตวรรณ, ศรีสมร สีนัน, มโนวรุ จิตลิล, ชญารัตน์ บุญบุญมิตร, จุฑาทิพย์ ดาวรัตน์, ณัฐกฤตา พลอรอนโกน, ชัยณูพงศ์ ทองพวง
- ความรู้และปัจจัยที่สัมพันธ์กับกลุ่มอาการของไข้หวัดใหญ่ของบุคลากรทางการแพทย์ กิรดา นาวิจิตร, นงพิมล นิมิตรอนันต์, ศศิธร รุ่งนเวช โรงพยาบาลมณฑลปราชญ์ (วัดไร่ขิง)
- ผลของการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานและ มงคล การอุดมพรรณ, กาวดี รามสิริ, ศิริญา คุ้มเต็ม
- ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองโดยการมีส่วนร่วมของ อุดมพร คงสุวรรณ, ดวงกมล ปิ่นเฉลียว, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อความรู้และพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กัญญาพร เกษโกมล ในผู้สูงอายุ ศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองป้อมเพชร จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
- ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีประวัติเคยเป็นผู้ป่วยโรคโควิด 19 จังหวัดนนทบุรี ดวงเดือน ศาสตรภักดิ์, สุรีย์วรรณ ภูริปัญญาคุณ, จิราภรณ์ ไททกปรีดิกันท์, นิยม ชุนครองรัมย์
- การพัฒนารูปแบบการนำตนเองเพื่อเสริมสร้างความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร อัญชลี เขียวไธสง, พงษ์พรรณ เกิดพิทักษ์, ธิญจนา คำศิริพิทักษ์
- ความสัมพันธ์ระหว่างการเรียนรู้ด้วยตนเอง บรรยากาศการสื่อสารในองค์กรกับ มนต์สินี ธรสวัสดิ์, พฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อโควิด 19 ของพยาบาลวิชาชีพ ปานตา อภิรักษ์นันทน์, อรพรรณ สือนุญธวัชชัย
- ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วย กษกร ทานาม, สมพร ชื่นไธสง, ที่ได้รับการผ่าตัดศัลยกรรม โรงพยาบาลเลิดสิน สุภารัตน์ พรประภา, วณิดา ศรีวรกุล, ชนัญชิตา สุขชนะโชติ
- การสังเคราะห์ชุมชนต้นแบบเพื่อสร้างความผูกพันของผู้สูงอายุในสังคมสูงวัยของชีวิตปกติวิถีที่นำด้วยนวัตกรรมผู้สูงอายุ..... วณิดา บุรณศิริ, ณัฐกร นิลนทร, สันติภาพพร กลั่นทอง, กิตติศักดิ์ ฐิติกาญจน์รัตน์, ธิดาวัลย์ จิตรพรกุลวสิน, เบญจวรรณ ฤกษ์นาค
- การศึกษาปรากฏการณ์พฤติกรรมสุขภาพแบบ New Normal จากการระบาดของโรคโควิด 19 กาญจนา ปัญญาเพชร, กษกร ธรรมนำศีล, ของประชาชน ในชุมชนแออัด กรุงเทพมหานคร สุปรานี มณีวงศ์, ชัยณรงค์ นาคเทศ, จันทนา อาจสินทิพย์
- ความสัมพันธ์ระหว่างอาการหลังโควิด 19 กับความผูกพันทางใจของผู้ป่วยโควิด 19 วรพรรณ กัญญาภิรมย์, นิศากร โพธิมาศ, เสวตเดือน อภิรัตน์วงศ์
- วิธีการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติกับสมรรถนะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของนักศึกษาพยาบาล..... สุภารัตน์ พิเศษพันธ์, เนตรนา กาบบน, เปรมฤดี บริบาล, วณิดา ศรีพรหมมา, จิตตานันท์ ศรีสุวรรณ
- ผลของโปรแกรมประยุกต์การนัดการดูแลการดูแลร่วมกันกับการให้มารดาต่อความสามารถ วิมลพัชร สรรณพพงษ์, ในการดูแลและนำหนักตัวของทารกแรกเกิด สวรรณ ศรีเพ็ญ, อุษามาวดี วุฒิสลป, ทองกรณ จันทรภิบาล
- ผลของโปรแกรมทักษะสมองกลพัฒน์ด้านการอ่านทักษะสมองของเด็กวัยก่อนเรียน..... นิธยา ศรีบัวรมย์, และพฤติกรรมเสี่ยงเด็กในการสร้างเสริมทักษะสมองของผู้ปกครอง สุธีรณ สุวรรณโสภา, รัตนพรพรรณ อยู่นาค, น้ำฝน แว่นแคว้น, อลงกรณ์ อักษรศรี, เมธีวิรัช ทิมมงคล
- ความสัมพันธ์ระหว่างทักษะอนาคตของหัวหน้าหอผู้ป่วย กับความยืดหยุ่นการฟื้นตัวองค์กร วทัญญู ประทุมพรม, ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชน ในกรุงเทพมหานคร ปานตา อภิรักษ์นันทน์, สุวรรณี ละออบภักดิน, ธรา ศรีสาอด
- ผลของการจัดการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมต่อการรับรู้คุณค่าวิชาชีพของพยาบาล..... ไชยญู มาหมัก, และการตัดสินใจวางแผนส่วนหน้าของผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ปานตา อภิรักษ์นันทน์, สุวรรณี ละออบภักดิน
- การศึกษาแบบบริการคลินิกสูงวัยด้วยการแพทย์แผนไทย: กรณีศึกษาเทศบาลตำบลบุญเรือง..... ปริพัช เจินงาม, ปัญญาริษ คำสือ, อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย สุธิตา วิริยา, ณิศา ชัยวงศ์, สุวณันท์ แก้วจันทา
- ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความมั่นใจความสามารถการดูแลตนเอง..... สุนันท์ ลือสสรพงษ์, ปราโมทย์ แซ่ตัน, และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว พรทิพย์ จันทรน้อย, วรินทร์ ดำรงรัตน์บุวงศ์, แสงโสม ทรัพย์มนตรี, คำพอง คำน่าน



วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ

Journal of Health and Health Management

ISSN 3027-799x (Print)
ISSN 3027-6454 (Online)



เจ้าของ :

วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ที่ปรึกษา :

ศ.กิตติคุณ ดร.นพ.จิตร สิทธิอมร เซอร์ ดร.สมศรี สุขเมธ
เซอร์คริสตอฟ เวกะนันท์ รศ.ดร.อรรถพรณ ลือบุญธวัชชัย

บรรณาธิการ :

ผศ.ดร.แก้วตะวัน ศิริลักษณ์นันท์

บรรณาธิการประจำฉบับ :

ดร.ชูเกียรติ จากใจชน
ดร.อุษา คุรุครุฑ

กองบรรณาธิการ :

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ศ.ดร.วราณี พองแก้ว

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ศ.ดร.ดาราวรรณ ตี๋ปินตา

รศ.ดร.โสรัช โพธิ์แก้ว

ผศ.ดร.จิตอนงค์ ก้าวกลีกรรม

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

รศ.ดร.พนิชฐา พานิชชาวิบูลย์

มหาวิทยาลัยบูรพา

รศ.ดร.สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

รศ.ดร.สรวิชัย สุธรรมมาสา

ศ.ดร.บุญทิพย์ สิริรังสี

รศ.ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล

รศ.ดร.ศรีศักดิ์ สุนทรไชย

รศ.ดร.วรางคณา จันทร์คง

รศ.สุดาว เลิศวิสุทธิไพบูลย์

ผศ.ดร.อารยา ประเสริฐชัย

ผศ.ดร.สิริรัตน์ สุวณชัยเจริญ

มหาวิทยาลัยคริสเตียน

ศ.ดร.เพชรน้อย สิงห์ช้างชัย

มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ

ดร.ชัชวาล วงศ์สำลี

ผู้จัดการ :

ดร.นารินทร์ กิติอาษา

วัตถุประสงค์และขอบเขต :

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

กำหนดการพิมพ์เผยแพร่ :

ปีละ 2 ฉบับ

- มกราคม-มิถุนายน
- กรกฎาคม-ธันวาคม

มหาวิทยาลัยมหิดล

ศ.ดร.พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ

รศ.นพ.พิทยา จารุพูนผล

รศ.ดร.ประยูร พองสถิตกุล

รศ.ดร.ปัญญารัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา

ผศ.ดร.พัชรพร เกติมงคล

มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา

รศ.ดร.วงเดือน บันดี

กระทรวงยุติธรรม

ดร.ชัตติยา รัตนดิกล

วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

รศ.ดร.ดวงเดือน ศาสตรภักดิ์

รศ.ดร.จินตนา อาจสันเทียะ

รศ.ดร.มาลีวัลย์ เลิศสาครศิริ

ผศ.ดร.สุวรรณา อนุสันติ

ผศ.ดร.ผกาวัลย์ พุ่มสุทัศน์

อาจารย์ ดร.อุษา คุรุครุฑ

อาจารย์ศรวิชัย มั่งสูงเนิน

อาจารย์ ดร.นารินทร์ กิติอาษา

ผู้ช่วยผู้จัดการ :

นายกฤษณะ หนองสีหา

นางสาวสาธิตา สามีกักดี

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 ได้รับการพิจารณาจากกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 ท่าน/บทความ

- ความคิดเห็น ข้อความ ภาพ และตารางประกอบในบทความที่ดีพิมพ์ในวารสารนี้เป็นของผู้เขียน และถือเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียนแต่เพียงผู้เดียว ซึ่งบรรณาธิการกองบรรณาธิการวารสารฯ และวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยกับสิ่งเหล่านั้น และไม่มีส่วนรับผิดชอบแต่อย่างใด

สารบัญ

หน้า

บทบรรณาธิการ

บทความวิจัย

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์.....	1
Factors Predicting on Health Care Behaviors in Gestational Diabetes Mellitus Women มาลีวัล เลิศสาครศิริ, พงษ์ลดา วัชรสินธุ์, จุรีย์ นฤมิตเลิศ	
ผลเฉียบพลันของการกระตุ้นกล้ามเนื้อลำตัวและกล้ามเนื้อต้นขา ต่ออาการปวด 13	
และเฟล็กซ์-รีแล็กซ์ชั่น ฟิโนมีนอน ในพนักงานออฟฟิศที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง Acute Effect of Activating Trunk and Thigh Muscles on Pain and Flexion-Relaxation Phenomenon in Office Workers with Low Back Pain ชิษณุพงศ์ ไหวหาร, อำพร ศรียาภัย, วุฒิไกร น้อยพันธ์	
การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจของสุขภาพพอเพียงของนักศึกษาระดับปริญญาตรี..... 25	
Exploratory factor analysis of sufficient health of undergraduate students อัชฌา ชื่นบุญ, ธิปัตย์ โสติถิวรรณ, ศรีสมร สันทับ, มโนวุฒ จิรติลก, ชญารัตน์ บุญพุดมิก, จุฑาทิพย์ ถาวรรัตน์, ณัฐกฤตา ฟลอเรนไทน, ชิษณุพงศ์ ทองพวง	
ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับกลุ่มอาการสูงอายุของผู้ป่วยสูงอายุจักษุกรรม 37	
โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) The Prevalence and Factors Related to Geriatric Syndromes among Ophthalmic Older Patients at Mettapracharak Hospital (Wat Raikhing) ภีรดา นาวิวิจิตร, นงพิมล นิมิตรอานันท์, ศศิธร รุจนเวช	
ผลของการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานและ 50	
ความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานในประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2 The Effects of Using the Health Belief Model on Diabetes Preventive Behaviors and Risk of Diabetes in the Population at Risk for Type 2 Diabetes มงคล การุณงามพรรณ, ภาวดี งามสิทธิ์, ศิริัญญา ชุ่มเต็ม	

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองโดยการมีส่วนร่วมของ.....	64
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อความรู้และพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้สูงอายุ ศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองป้อมเพชร จังหวัดพระนครศรีอยุธยา The Effects of a Self-efficacy Enhancing Program with Participation of Public Health Volunteers on the Knowledge and Coronavirus 2019 Preventive Behaviors in the Elderly, Pomphet Medical Center PhraNakhon Si Ayutthaya Province อุดมพร คงสุวรรณ, ดวงกมล ปิ่นเฉลียว, ทิพย์ธัมพร เกษโกมล	
ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีประวัติเคยเป็นผู้ป่วยโรคโควิด 19 จังหวัดนนทบุรี	76
Factors Affecting Mental Health of Elderly with a COVID-19 Background History, Nonthaburi Province ดวงเดือน ศาสตร์ภัทร, สุริยวรรณ ฐริปัญญาคุณ, จิราภรณ์ โกชกปรีภักดิ์, นิยม ขุนรองรัมย์	
การพัฒนารูปแบบการนำตนเองเพื่อเสริมสร้างความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร	87
The Development of Self-Direction Model to Enhance Life Happiness of Older Adults in Bangkok Metropolitan อัญชลี เชี่ยวโสธร, ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์, รัชจวน คำวชิรพิทักษ์	
ความสัมพันธ์ระหว่างการเรียนรู้ด้วยตนเอง บรรยากาศการสื่อสารในองค์กรกับ.....	100
พฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อโควิด 19 ของพยาบาลวิชาชีพ Relationship between Self-learning, Organizational communication Atmosphere and Safety Behavior from COVID-19 Infection of the Professional Nurses มนต์ลีนี ธรรมสวัสดิ์, ปานตา อภิรักษ์นภานนท์, อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย	
ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วย.....	113
ที่ได้รับการผ่าตัดศัลยกรรม โรงพยาบาลเลิดสิน The relationship between personal factors and preoperative anxiety in patients undergoing surgery, Lerdsin Hospital กชกร ทานาม, สมพร ชินโนรส, สุภารัตน์ พรประภา, วณิดา ศรีวรกุล, ชนัญชิดา สุขชนะโชติ	

หน้า

การสังเคราะห์ชุมชนต้นแบบเพื่อสร้างความผาสุกของผู้สูงอายุในสังคมสูงวัยของชีวิตปกติวิถีหน้า.....	126
ด้วยนวัตกรรมผู้สูงอายุ	
The Community Model Synthesis for Elderly Well-being in Next Normal of Aging Society with Aging Innovators	
วนิดา ศุรงค์ฤทธิ์ชัย, อนุสรณ์ นิลเนตร, สันธิธิดาพร กลิ่นทอง, กิตติศักดิ์ รุจิภาณุจันรัตน์, รัชดาวลัย จิตรพรกุลวศิน, เบญจวรรณ ดุนขุนทด	
การศึกษาปรากฏการณ์พฤติกรรมสุขภาพแบบ New Normal จากการระบาดโรคโควิด 19.....	139
ของประชาชน ในชุมชนแออัด กรุงเทพมหานคร	
The Phenomenal Study of New Normal Health Behaviors from COVID-19 Pandemic Among Thai People in Congested Communities, in Bangkok	
กาญจนา ปัญญาเพ็ชร, กชกร ธรรมนำศีล, สุปราณี มณีวงศ์, ชัยณรงค์ นาคเทศ, จินตนา อาจสันเทียะ	
ความสัมพันธ์ระหว่างอาการหลังโควิด 19 กับความผาสุกทางใจของผู้เคยป่วยโควิด 19.....	152
The Correlation Between Post COVID-19 Syndrome and Psychological Well-being Among Patients Who Have Been Infected with COVID-19	
รวิวรรณ ทิพย์วาริรมย์, นิศากรโพธิมาศ, แสงเดือน อภิรัตน์วงศ์	
วิธีการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติกับสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของนักศึกษาพยาบาล.....	165
Nursing Practicum Methods and Competency to Care for Older Adults in Community among Nursing Students	
สุภารัตน์ พิลัยพันธุ์, เนตรนภา กาบมณี, เปรมฤดี บริบาล, วนิดา ศรีพรหมษา, จิตตานันท์ ศรีสุวรรณ	
ผลของโปรแกรมประยุกต์การนวดกระตุ้นการดูดกลืนร่วมกับการให้นมมารดาต่อความสามารถ	178
ในการดูดนมและน้ำหนักตัวของทารกเกิดก่อนกำหนด	
Effect of the Modified Oral Stimulation Intervention with Breast Feeding on Feeding Performance and Body Weight in Preterm Infants	
วิรัชพัชร สระฉันทพงษ์, รวิวรรณ ศรีเพ็ญ, อุซามาวดี วุฒิสิลป์, ทองกรณ์ จันทร์ภิบาล	

ผลของโปรแกรมทักษะสมองชาญฉลาดต่อพัฒนาการด้านทักษะสมองของเด็กวัยก่อนเรียน.....	192
และพฤติกรรมการเล่นของเด็กในการสร้างเสริมทักษะสมองของผู้ปกครอง	
The effect of Smart Executive Function (SMART-EF) Program on Preschool Children's Executive Function and Parenting Behaviors in Enhancing the Executive Function of Children	
นิตยา ศรีบัวรมย์, สุธีรณัฐ สุวรรณโอสถ, รัตนชฎาวรรณ อยู่เนาค, น้ำฝน แว้นแคว้น, อลงกรณ์ อักษรศรี, เมธิณีวิรัช ทัพมงคล	
ความสัมพันธ์ระหว่างทักษะอนาคตของหัวหน้าหอผู้ป่วย กับความยึดมั่นผูกพันต่อ	206
องค์กรตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชน ในกรุงเทพมหานคร	
The Relationships Between the Future Skills of Head Nurses and the Organizational Commitment Among Professional Nurses of Private Hospitals in Bangkok	
วัญญู ประทุมชุมภู, ปานตา อภิรักษ์นภานนท์, สุวรรณณี ละออบปักสิน, รตา ศรีสอาด	
ผลของการจัดการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมต่อการรับรู้คุณค่าวิชาชีพ.....	217
ของพยาบาล และการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าของผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง	
The Effects of Participatory Nursing Model on Nurses' Perception for Professional Value and Decision for Advance Care Planning of Patient with Risk of Stroke	
ไชญญา มาหมัด, ปานตา อภิรักษ์นภานนท์, สุวรรณณี ละออบปักสิน	
การศึกษารูปแบบบริการคลินิกสูงวัยด้วยการแพทย์แผนไทย: กรณีศึกษาเทศบาลตำบลบุญเรือง.....	229
อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย	
Study of the Service Model of the Geriatric Clinic with Thai Traditional Medicine: Case Study of Bunrueang Subdistrict Municipality Chiang Khong District Chiang Rai Province	
บริพัช เงินงาม, ปัญญรัช คำเลื้อ, สุธิดา วิริยา, ณิชรา ชัยวงศ์, สุวนันท์ แก้วจันทา	
ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความมั่นใจความสามารถการดูแลตนเอง.....	239
และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว	
Relationship Between Self-Care Behavior, Confidence in One's Ability to Perform Self-Care, and Quality of Life in Patients with Heart Failure	
สุนันท์ ลือสสรพงษ์, ปราโมทย์ แซ่ตัน, พรทิพย์ จันทร์น้อม, วรินทร์ ดำรงรัตน์วงศ์, แสงโสม ทรัพย์มนตรี, คำพอง คำนนท์	

บทบรรณาธิการ

ในช่วงหลายสัปดาห์ที่ผ่านมา มีรายงานจากกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เกี่ยวกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด 19 ที่พบผู้ติดเชื้อรายใหม่ที่รักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น ซึ่งนับเป็นสถานการณ์ที่ต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้ออย่างถูกต้องยังเป็นเรื่องจำเป็นที่ทุกคนต้องปฏิบัติอย่างเคร่งครัด นอกจากนี้ หลายพื้นที่ในประเทศไทยต้องประสบกับภาวะภัยที่เกิดจากพายุฤดูร้อนที่พัดเข้าถล่มจนทำให้ประชาชนต้องได้รับความเดือดร้อน สูญเสีย และได้รับบาดเจ็บเป็นจำนวนมาก ไม่เว้นกระทั่งโรงพยาบาลในหลายจังหวัดที่ได้รับผลกระทบไปด้วย ภาพของพยาบาลและเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลที่ช่วยกันปกป้องคนไข้และญาติ ถูกเผยแพร่และได้รับชื่นชมอย่างล้นหลาม ในฐานะของผู้ที่อยู่ในวิชาชีพเดียวกันก็อดชื่นชมและภาคภูมิใจแทนพยาบาลและเจ้าหน้าที่เหล่านั้นเสียไม่ได้ และในฐานะของบรรณาธิการวารสารก็จะทำหน้าที่คัดสรรบทความที่มีคุณภาพเพื่อเผยแพร่ผลงานทางการพยาบาลและการจัดการสุขภาพเพื่อส่งต่อความรู้ทางศาสตร์ทางการพยาบาลทางจิตวิทยาและทางกายภาพบำบัดด้วยอีกทางหนึ่ง

สำหรับบทความวิจัยในวารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 ของปี 2567 ฉบับนี้ได้คัดเลือกบทความที่น่าสนใจที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์โควิด 19 ทั้งในแง่ของพฤติกรรม หรือทั้งในแง่ของผลกระทบที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ยังมีบทความเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ทั้งของพนักงานออฟฟิศ นักศึกษาปริญญาตรี สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว และยังมีบทความที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในแง่มุมต่างๆ ทั้งการดูแลผู้สูงอายุ การสร้างความผาสุก การบริการด้วยการแพทย์แผนไทย รวมถึงการพัฒนารูปแบบและการจัดการการเรียนการสอนเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีเพิ่มขึ้นมาก สามารถใช้ชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข และบทความที่นับเป็นนวัตกรรมใหม่ๆ ที่เกี่ยวกับการพัฒนาแบบหรือโปรแกรมเพื่อช่วยเหลือให้ผู้คนในสังคมมีหลายบทความ รวมถึงการพัฒนาสมรรถนะและทักษะต่างๆ ของพยาบาล ทีมสุขภาพให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้นเหมาะสมกับยุคสมัยใหม่

ในนามบรรณาธิการต้องขอขอบคุณวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ที่ได้ให้ความสำคัญในการจัดทำวารสารเพื่อเป็นแหล่งเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการ ด้านการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางด้านสุขภาพและการจัดการสุขภาพ โดยเฉพาะด้านการพยาบาล จิตวิทยา กายภาพบำบัดและการสาธารณสุขมาโดยตลอด และขอขอบคุณผู้เขียนทุกท่านที่สนใจส่งบทความลงเผยแพร่ความรู้ที่เป็นประโยชน์และมีคุณค่า รวมทั้งขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้งภายในและภายนอกทุกท่านที่สละเวลาอันมีค่าในการประเมินและให้ข้อเสนอแนะบทความให้มีคุณภาพและมาตรฐานทางวิชาการ หวังว่าผู้อ่านทุกท่านจะได้รับประโยชน์จากบทความเหล่านี้ ก่อเกิดเป็นความรู้ที่สามารถนำไปปรับใช้กับสิ่งท้าทาย และวิกฤติการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างเต็มกำลัง รวมถึงนำองค์ความรู้ที่ได้ไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาตนเอง สังคม และประเทศชาติให้เจริญรุ่งเรืองสืบไป

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. แก้วตะวัน ศิริลักษณ์นันท์

บรรณาธิการ

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

Factors Predicting on Health Care Behaviors in Gestational Diabetes Mellitus Women

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

พงษ์ลดา วัชรสินธุ์, วท.บ., Ponglada Watcharasindhu, B.Sc.²

จุรีย์ นฤมิตเลิศ, พย.ม., Juree Narumitlert, M.N.S.³

¹รองศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

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

²หัวหน้าคลินิกฝากครรภ์ และหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลราชวิถี

²Head of Antenatal Clinic and Head of Obstetrics & Gynecology Outpatient Nursing,
Rajavithi Hospital

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

³Assistant Professor, Faculty of Nursing, Saint Louis College

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

Received: October 22, 2023

Revised: March 11, 2024

Accepted: April 5, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาลักษณะหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เป็นการศึกษาความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างคือสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิดเอวันจำนวน 100 คน เป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล 2) การรับรู้สมรรถนะตนเอง 3) การเห็นคุณค่าตนเอง และ 4) แบบประเมินพฤติกรรมดูแลสุขภาพ หาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามในส่วนที่ 2-4 ได้เท่ากับ .80 และค่าความเที่ยงได้เท่ากับ .78, .82 และ .89 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการถดถอยพหุคูณแบบขั้นต้น ผลการวิจัย พบว่า การศึกษา การรับรู้สมรรถนะตนเอง และการเห็นคุณค่าตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับน้อยกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิดเอวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ ($r = .279, .222$ และ $.245$) ตามลำดับ การเห็นคุณค่าตนเองและการรับรู้สมรรถนะตนเองสามารถทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิดเอวันได้ร้อยละ 43 และ 40 ตามลำดับ ($R^2 = .43, .40$)

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ จากผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญและความจำเป็นในการส่งเสริมให้สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีการรับรู้สมรรถนะตนเองและความรู้สึกรับผิดชอบตนเอง เพื่อส่งเสริมให้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ปัจจัยทำนาย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

Abstract

This study was predictive correlational research. The purpose of this study was to study relationships and predictors of health care behaviors in gestational diabetes mellitus women. The samples were 100 of gestational diabetes mellitus type A1, who were selected by purposive sampling. The research tools were questionnaires consisting of 4 parts 1) personal data, 2) self-efficacy, 3) self-esteem and 4) health care behaviors. The content validity index (CVI) of the questionnaires in 2-4 parts were .80 and its reliability were .78, .82 and .89, respectively. The data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, Pearson's product moment correlation coefficient and stepwise multiple regression. The results indicated that education, self-efficacy and self-esteem were statistically significant at the positive low relationship with health care behaviors at $p < .01$ ($r = .279, .222$ and $.245$ respectively). Self-esteem and self-efficacy were found to predict 43% and 40% ($R^2 = .43, .40$, respectively) of the variance in women's health care behaviors, with a significance level of $p < .01$. This study suggests that the important things were promoting self-efficacy and self-esteem in order to increase effective health care behaviors.

Keywords: factors predicting, health care behaviors, gestational diabetes mellitus women

บทนำ

ขณะตั้งครรภ์อาจเกิดความผิดปกติในการเผาผลาญของคาร์โบไฮเดรต จากความไม่สมดุลระหว่างความต้องการและการสร้างอินซูลิน เนื่องจากการดื้อต่ออินซูลินหรือการใช้อินซูลินของร่างกายมีการทำลายอินซูลินโดยรกและฮอร์โมนจากรกซึ่งจะมีฤทธิ์ต้านอินซูลิน ก่อให้เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ซึ่งทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ เป็นอันตรายต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ (มาลีวัล เลิศสาครศิริ, 2565)

ผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ คลอดก่อนกำหนด การคลอดยาก การติดเชื้อ ภาวะน้ำตาลมาก และตกเลือดหลังคลอด ผลกระทบต่อทารก ได้แก่ ทารกเสียชีวิตในครรภ์ ทารกมีความพิการแต่กำเนิด ทารกตัวโต กลุ่มอาการหายใจลำบาก มีน้ำตาลและแคลเซียมในเลือดต่ำ ตัวเหลือง และภาวะเม็ดเลือดแดงเข้ม (Qadir, Yasmin & Fatima, 2012) ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนทางอายุรศาสตร์ที่สำคัญพบได้มากขึ้น

ในปัจจุบันและมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ จากข้อมูลสตรีตั้งครรภ์ทั่วโลกร้อยละ 16.2 หรือ 20.9 ล้านคนมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงโดยร้อยละ 85.1 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิดเอวัน (GDM A1) มากกว่าชนิดเอทู (GDM A2) และ 1 ใน 7 ของทารกทั่วโลกคลอดจากแม่ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (American Diabetes Association, 2014) อย่างไรก็ตามสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์จะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น 7 เท่า และจะเป็นเบาหวานภายใน 22-28 ปีภายหลังตั้งครรภ์ร้อยละ 50 สำหรับทารกก็เพิ่มความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานในอนาคตเพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2013) ข้อมูลในประเทศไทยสตรีเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 16.2 (ประภัทร วาณิชพงษ์พันธ์, 2560) สำหรับข้อมูลสถิติคลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลราชวิถี ในปีพ.ศ. 2563-2565 พบสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิดเอวัน (GDM A1) จำนวน 564, 365, และ 375 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.00, 10.80 และ 9.30 ตามลำดับ และที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิดเอทู (GDM A2) จำนวน 50, 32, และ 51 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.20, 1.00 และ 1.10 ตามลำดับเมื่อเทียบกับสตรีตั้งครรภ์ทั้งหมด และเบาหวานชนิดเอวันเปลี่ยนเป็นเบาหวานชนิดเอทูคิดเป็นร้อยละ 8.90, 8.80 และ 13.60 จะเห็นได้ว่าเบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิดเอวัน (GDM A1) มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ทั้งในสตรีตั้งครรภ์และผู้คลอดทั้งนี้สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ชนิดเอวัน ได้รับการวินิจฉัยจากการคัดกรองเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ผลของความทนต่อน้ำตาล 50 กรัมมากกว่า 140 มิลลิกรัม/100 เดซิลิตร และจากการทำ OGCT (Oral glucose challenge test) ผลของความทนต่อน้ำตาล 100 กรัม 4 ค่าซึ่ง 2 ค่าขึ้นไปมีค่าเท่ากับหรือสูงกว่าค่าปกติ (ค่าปกติน้อยกว่า 95, 180, 155, 140 มิลลิกรัม/100 เดซิลิตร) แต่ชนิดเอทู จะพบว่าค่าความทน

ต่อน้ำตาล 100 กรัมตั้งแต่ค่าที่ 1 ขึ้นไปมีค่าสูงกว่าค่าปกติ

การให้คำแนะนำและการดูแลที่เหมาะสมกับสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิดเอวัน เพื่อให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดี จะช่วยลดอันตรายหรือผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับสตรีตั้งครรภ์ ทารกในครรภ์และทารกแรกเกิดได้ ดังผลการศึกษาของ กฤษณ์ สุวรรณรัตน์, ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี, และสุพิศ ศิริอรุณรัตน์ (2562) ที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการภาวะเบาหวานด้วยตนเองในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองหรือพฤติกรรมดูแลสุขภาพของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ดังการศึกษาของชนิดดา ระดาฤทธิ์, ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี, และสุพิศ ศิริอรุณรัตน์ (2562) พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยทำนายการจัดการตนเองของสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติร้อยละ 66.7 รองลงมาคือการสนับสนุนทางสังคม และการศึกษาของปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง, นิตยา สีนสุกใส, เอมพร รตินธร, และดิฐกานต์ บริบูรณ์หรือธรร (2011) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การออกกำลังกายและระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมงในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกายขณะตั้งครรภ์ของสตรีที่เป็นเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ จำนวนชั่วโมงที่ทำงาน นอกบ้าน ความรุนแรงของโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และการออกกำลังกายก่อนการตั้งครรภ์ นอกจากนี้ การออกกำลังกายก่อนการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับการเห็นคุณค่าตนเองจะเป็นความรู้สึก และความคิดของสตรีตั้งครรภ์

ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่มีต่อตนเองในการดูแลตนเอง เป็นลักษณะเฉพาะตัว ซึ่งเป็นผลมาจากประสบการณ์ชีวิตที่เกิดจากการประเมิน หรือเปรียบเทียบตนเองกับสิ่งแวดล้อมรอบด้านของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่น ซึ่งจะส่งผลต่อพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้คณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาว่ามีปัจจัยใดบ้างทำนายพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล โดยศึกษาอายุ การศึกษา และรายได้ เนื่องจาก อายุเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า อายุที่เพิ่มมากขึ้นเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ การศึกษาและรายได้อาจจะมีผลต่อพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพได้เช่นกัน รวมถึงตัวแปรเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะตนเอง และการเห็นคุณค่าตนเอง เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานใช้เป็นแนวทางในการดูแลและให้การช่วยเหลือสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะตนเอง และการเห็นคุณค่าตนเองของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ การศึกษา และรายได้) การรับรู้สมรรถนะตนเอง การเห็นคุณค่าตนเองกับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์
3. เพื่อหาความสามารถในการทำนายพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยตัวแปรการรับรู้สมรรถนะตนเอง และการเห็นคุณค่าตนเอง

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้สมรรถนะตนเอง และการเห็นคุณค่าตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์
2. การรับรู้สมรรถนะตนเอง และการเห็นคุณค่าตนเองสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ คณะผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนงานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ ใช้แนวคิดการรับรู้สมรรถนะตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1997) เชื่อว่า เมื่อบุคคลประเมินว่าตนเองมีสมรรถนะแห่งตนสูง จะมีการคิดวิเคราะห์เชื่อมโยงประสบการณ์เพื่อพิจารณาตัดสินใจความสามารถของตนเองในการจัดการกับสถานการณ์ที่เผชิญ ส่งผลให้เกิดความเชื่อมั่นและแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมจนสำเร็จ แม้จะมีอุปสรรคหรือปัญหาที่ยากลำบากก็พร้อมที่จะท้าทายและมองว่าสถานการณ์นั้นไม่ยากเกินความสามารถที่ตนเองจะรับมือได้ ทั้งนี้จากการศึกษาของชนิดดา ระดาฤทธิ์ และคณะ (2562) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยทำนายการจัดการตนเองของสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติร้อยละ 66.7 รองลงมาคือการสนับสนุนทางสังคมสำหรับการเห็นคุณค่าตนเองซึ่งเป็นการรับรู้ว่าคุณมีความสำคัญ มีความสามารถ มีประโยชน์ต่อสังคมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เป็นแรงจูงใจภายในของบุคคลที่ทำให้แสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ออกมาได้อย่างมั่นคงสม่ำเสมอ (Coopersmith, 1984) ทั้งนี้ยังไม่พบการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ซึ่งปัจจุบันพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ในการวิจัยครั้งนี้คณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะ

ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้สมรรถนะตนเอง และการเห็นคุณค่าตนเอง ซึ่งพฤติกรรมการดูแลสุขภาพได้ใช้แนวคิดของเพนเดอร์ และคณะ (Pender et al., 2011) โดยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเป็นการปฏิบัติตนให้มีสุขภาพอนามัยแข็งแรง สมบูรณ์อยู่เสมอทั้งทางร่างกายและจิตใจเพื่อป้องกันการเกิดโรค ทั้งนี้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรม

การป้องกันโรค โดยเพนเดอร์กล่าวว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพนั้นมีเป้าหมายสำคัญเพื่อยกระดับความเป็นอยู่ที่ดีโดยส่วนรวมหรือมุ่งให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนมีสุขภาพที่ดี ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการจัดการกับความเครียด และด้านความสำเร็จในชีวิต แสดงความสัมพันธ์ (ดังภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

1. **ชนิดของการวิจัย** เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ลักษณะหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย

2. **ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** คือ สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิดเอวัน คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 100 คน เป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้ สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิดเอวัน ที่อ่านเขียนภาษาไทยได้หรือสามารถฟังภาษาไทยได้เข้าใจ และยินยอมที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัย จะเป็นครั้งแรกหรือครั้งหลังก็ได้ อายุครรภ์ไม่เกิน 35 สัปดาห์

สำหรับเกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria) คือ สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิดเอวันและมีภาวะแทรกซ้อนอื่น เช่น ความดันโลหิตสูง ตั้งครรภ์แฝด โรคหัวใจ ถุงน้ำคร่ำแตก คลอดก่อนกำหนด เป็นต้น

3. **ขนาดกลุ่มตัวอย่าง** การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ใช้สูตรของธอร์นไดค์ (Thorndike, 1978) คือ $n = 10k + 50$ โดย n = จำนวนตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ต่อ 1 ตัวแปร k = จำนวนตัวแปรอิสระ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ จำนวนตัวแปรอิสระเท่ากับ 5 ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ การศึกษา และรายได้) การรับรู้สมรรถนะตนเอง

และการเห็นคุณค่าตนเอง จะได้กลุ่มตัวอย่าง $n = (10 \times 5) + 50 = 100$ คณะผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลสถิติตั้งครุฑที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิดเอวัน ที่คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 100 คน

4. เครื่องมือวิจัย คือ แบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส การตั้งครรภ์ อายุครรภ์ โรคประจำตัว อาชีพ รายได้ และดัชนีมวลกาย

ส่วนที่ 2 การรับรู้สมรรถนะตนเอง คณะผู้วิจัยได้ปรับปรุงแบบสอบถามโดยใช้แนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) และแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะตนเองของ Sherer et al. (1982) ประกอบด้วย 17 ข้อคำถาม เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีทั้งข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ

ส่วนที่ 3 การเห็นคุณค่าตนเอง คณะผู้วิจัยได้ปรับปรุงแบบสอบถามโดยใช้แนวคิดของคูเปอร์สมิธ (Coopersmith, 1984) ประกอบด้วย 15 ข้อคำถาม ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีทั้งข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพ คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 2011) ข้อคำถามจำนวน 45 ข้อ ประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านโภชนาการ 2) ด้านการออกกำลังกาย 3) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 4) ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล 5) ด้านการจัดการกับความเครียด และ 6) ด้านความสำเร็จในชีวิต ลักษณะคำตอบเป็นการปฏิบัติ 4 ระดับ คือ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ

การแปลผลส่วนที่ 2, 3 แบ่งคะแนนเฉลี่ยที่ได้เป็น 5 ระดับ (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553) ดังนี้ คะแนน

เฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึงระดับน้อยที่สุด คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึงระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึงระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึงระดับมาก/ดี คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด/ดีมาก สำหรับการแปลผลส่วนที่ 4 คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.99 หมายถึง ไม่ดี คะแนนเฉลี่ย 2.00-2.99 หมายถึงระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.00-4.00 หมายถึงดี และการแปลความหมายค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation coefficient) หรือค่า r ดังนี้ $r = 1.00$ หมายความว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างสมบูรณ์ ค่า $r > .70$ หมายถึงระดับสูง ค่า r ระหว่าง .30 - .70 หมายถึงระดับปานกลาง ค่า $r < .30$ หมายถึงระดับต่ำ และ $r = 0$ หมายถึง ไม่มีความสัมพันธ์กัน (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553)

5. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

5.1 การหาค่าความตรง (Validity) คณะผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน หาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) ของแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะตนเอง แบบประเมินการเห็นคุณค่าตนเอง และแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพ ได้ค่าเท่ากับ .80

5.2 การหาความเที่ยง (Reliability) คณะผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิดเอวันจำนวน 30 คน ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง หาความเที่ยงโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยง ดังนี้ แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะตนเองเท่ากับ .78 แบบประเมินการเห็นคุณค่าตนเองเท่ากับ .82 และแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพเท่ากับ .89

6. การเก็บรวบรวมข้อมูล ติดต่อประสานงาน และขอความร่วมมือจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้าคลินิกฝากครรภ์ เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลกับสตรีที่เป็นเบาหวาน ขณะตั้งครรภ์ชนิดเอวัน เริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน กันยายน-พฤศจิกายน 2565 หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบ แบบสอบถามแล้ว คณะผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ ของแบบสอบถามทุกฉบับ ได้แบบสอบถามสมบูรณ์ที่ สามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด 100 ฉบับคิดเป็น ร้อยละ 100

7. การวิเคราะห์ข้อมูล

7.1 หาค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ของปัจจัยส่วนบุคคล คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐานการรับรู้สมรรถนะตนเอง การเห็นคุณค่าตนเอง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสตรีที่เป็นเบาหวาน ขณะตั้งครรภ์

7.2 วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ส่วนบุคคล (อายุ การศึกษา รายได้) การรับรู้สมรรถนะ ตนเอง และการเห็นคุณค่าตนเองกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล (Point Biserial Correlation) ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

7.3 วิเคราะห์หาความสามารถในการทำพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ จากตัวแปรการรับรู้ สมรรถนะตนเองและการเห็นคุณค่าตนเอง ด้วยการ วิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) โดยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น

ว่าตัวแปรมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง และการแจกแจง ของความคลาดเคลื่อนเป็น normality

8. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โครงการวิจัย ผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมโดยคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เลขที่รับรอง E. 030/2565 ณ วันที่ 26 กันยายน 2565 คณะผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลโดยชี้แจงรายละเอียด ของวัตถุประสงค์การวิจัย แจ้งสิทธิการตอบหรือไม่ตอบ แบบสอบถาม และการรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลยินดียตอบแบบสอบถาม และได้เซ็นยินยอม ในแบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Consent form) ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุ 26-28 ปีร้อยละ 35.00 มีการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 32.00 เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรกร้อยละ 34.00 อายุครรภ์ 28-30 สัปดาห์ร้อยละ 23 อายุครรภ์เฉลี่ย 28.52 สัปดาห์ (SD = 2.34) ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 81.00 ทำงานเป็น พนักงานบริษัทร้อยละ 37.00 รายได้ของครอบครัว ส่วนใหญ่ 10,001-15,000 บาท/เดือนคิดเป็นร้อยละ 42.00 ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ 27.99 kg/m² โดยมีการรับรู้สมรรถนะตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าตนเอง ค่าเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 3.77 (SD = .56) และ 3.63 (SD = .48) ตามลำดับอยู่ในระดับดี และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพค่าเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 2.94 (SD = .37) อยู่ใน ระดับปานกลาง (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ($n = 100$)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD)	ระดับ
การรับรู้สมรรถนะตนเอง	3.77	.56	ดี
การเห็นคุณค่าตนเอง	3.63	.48	ดี
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	2.94	.37	ปานกลาง

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์โดยรวม พบว่า คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.94 ($SD = .37$) อยู่ในระดับปานกลาง และด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.59 ($SD = .63$) รองลงมา คือ ความสำเร็จในชีวิตคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.49 ($SD = .50$) อยู่ในระดับดี ส่วนค่าเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 2.30 ($SD = .63$) อยู่ในระดับปานกลาง คือ การออกกำลังกาย (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพรายด้านและโดยรวมของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ($n = 100$)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD)	ระดับ
1. ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	3.59	.63	ดี
2. ด้านความสำเร็จในชีวิต	3.49	.50	ดี
3. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	3.13	.47	ดี
4. ด้านโภชนาการ	2.63	.39	ปานกลาง
5. ด้านการจัดการกับความเครียด	2.47	.45	ปานกลาง
6. ด้านการออกกำลังกาย	2.30	.63	ปานกลาง
รวม	2.94	.37	ปานกลาง

ปัจจัยส่วนบุคคล เกี่ยวกับการศึกษา การรับรู้ของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญ สมรรถนะตนเอง และการเห็นคุณค่าตนเองมีความทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .279, .222$ และ $.245$) ตามลำดับสัมพันธ์ทางบวกระดับน้อยกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (การศึกษา) การรับรู้สมรรถนะตนเอง และการเห็นคุณค่าตนเอง กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (n = 100)

ปัจจัยส่วนบุคคล	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
การศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง	.279**
การรับรู้สมรรถนะตนเอง	.222*
การเห็นคุณค่าตนเอง	.245*

* $p < .05$ ** $p < .01$

การเห็นคุณค่าตนเองและการรับรู้สมรรถนะตนเองสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งการเห็นคุณค่าตนเอง (SEL) สามารถทำนายได้ร้อยละ 43 รองลงมาคือการรับรู้

สมรรถนะตนเอง (SEF) ทำนายได้ร้อยละ 40 เชียสมการการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ (BHE) ได้ดังนี้

$$\hat{y} (BHE) = .53 + .24 (SEL) + .43 (SEF)$$
 (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ความสามารถในการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (n = 100)

	ตัวแปรทำนาย	R ²	R ² adj	F	b	Beta	t
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	การเห็นคุณค่าตนเอง	.43	.43	9.28	.24	.23	3.21**
	การรับรู้สมรรถนะตนเอง	.40	.41	12.90	.43	.45	6.48**

* $p < .05$, ** $p < .01$ constant (a) = .53

อภิปรายผลการวิจัย

คณะผู้วิจัยได้อภิปรายผลการวิจัย ตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะตนเองและการเห็นคุณค่าตนเองของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จากผลการวิจัยที่พบว่าการรับรู้สมรรถนะตนเอง ความรู้สึที่มีคุณค่าตนเองค่าเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 3.77 (SD = .56) และ 3.63 (SD = .48) ตามลำดับอยู่ในระดับดี และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพค่าเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 2.94 (SD = .37) อยู่ในระดับปานกลาง

ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.59 (SD = .63) รองลงมาคือความสำเร็จในชีวิตคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.49 (SD = .50) อยู่ในระดับดี ส่วนค่าเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 2.30 (SD = .63) อยู่ในระดับปานกลางคือการออกกำลังกาย ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 32 และทำงานเป็นพนักงานบริษัท จึงมีการรับรู้สมรรถนะตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าตนเองในระดับดี แต่เนื่องจากต้องทำงานจึงมีพฤติกรรม

การดูแลสุขภาพในระดับปานกลาง และไม่มีค่อยมีเวลาในการออกกำลังกาย สอดคล้องกับการศึกษาของ กฤษณา ปิงวงศ์ และกัญญาณัฐ สิทธิภา (2565) ที่พบว่า สตรีมีครรภ์ที่เสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ มีคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง การศึกษาของปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง และคณะ (2011) ที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานส่วนใหญ่ไม่ได้ออกกำลังกายก่อนการตั้งครรภ์และขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 64.44 และ 86.67 ตามลำดับ และการศึกษาของ เยาวลักษณ์ มาก่ำ, จันทรัตน์ เจริญสันติ, และพรรณพิไล ศรีอาภรณ์ (2563) ที่พบว่า สตรีหลังคลอดที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ มีพฤติกรรมการออกกำลังกายและมีสมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 43.92, 32.71 และ SD = 7.36, 9.07) ตามลำดับ

2. ความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนาย พฤติกรรมดูแลสุขภาพของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยตัวแปรการรับรู้สมรรถนะตนเอง และการเห็นคุณค่าตนเอง

ปัจจัยส่วนบุคคล เกี่ยวกับการศึกษา การรับรู้สมรรถนะตนเองและการเห็นคุณค่าตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับน้อยกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .279, .222 และ .245) ตามลำดับ ปัจจัยส่วนบุคคล เกี่ยวกับการศึกษาสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี และทำงานเป็นพนักงานบริษัท สอดคล้องกับผลการศึกษาของกฤษณา ปิงวงศ์ และกัญญาณัฐ สิทธิภา (2565) ที่พบว่า พฤติกรรมการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .237, p < .05) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกใน

ระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .680, p < .001) ทั้งนี้เพราะการรับรู้สมรรถนะตนเองมีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมของบุคคล และมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ซึ่งตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) การรับรู้สมรรถนะตนเองจะส่งผลให้เกิดความเชื่อมั่นและแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมจนสำเร็จ แม้จะมีอุปสรรคหรือปัญหาที่ยากลำบากก็ตามพร้อมที่จะเผชิญและมองว่าสถานการณ์นั้นไม่ยากเกินความสามารถที่ตนเองจะรับมือได้ สอดคล้องกับการศึกษาของนภาภรณ์ เกตุทอง และนิลุบล รุจิรประเสริฐ (2561) พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของสตรีมีครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .423, p < .01) สำหรับการเห็นคุณค่าตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับน้อยกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .245) ทั้งนี้เพราะความรู้สึกมีคุณค่าเป็นความรู้สึก ความเชื่อ ความพอใจ ความรู้สึกนึกคิดเฉพาะบุคคลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพ และความคิดของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่มีต่อตนเองในการดูแลสุขภาพ ซึ่งเป็นผลมาจากประสบการณ์ชีวิตที่เกิดจากการประเมินหรือเปรียบเทียบกับตนเองกับสิ่งแวดล้อมรอบด้านของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์โดยได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่น ซึ่งจะส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ทำให้มีบุคลิกภาพและการแสดงออกโดยคำพูด และการกระทำในการดูแลสุขภาพตนเอง เห็นความสำคัญของตนเอง การยอมรับนับถือตนเอง มีความเชื่อมั่นในตนเอง เคารพในตนเอง และผู้อื่น (นุจรศ จันทร์บุรณ์, 2553) นอกจากนี้ยังพบว่า ทั้งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการเห็นคุณค่าตนเองสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้ร้อยละ 40 และ 43

ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของชนิดดา ระดาฤทธิ์ และคณะ (2562) ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะ แห่งตนเป็นปัจจัยทำนายที่ดีที่สุดและมีนัยสำคัญทาง สถิติ

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การเห็นคุณค่าตนเองและการรับรู้สมรรถนะ ตนเองมีความสัมพันธ์และสามารถทำนายพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ดังนั้น การจัดกิจกรรมสำหรับสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ที่คลินิกฝากครรภ์ ควรมีการประเมินการรับรู้สมรรถนะ ตนเอง และเน้นกิจกรรมที่ส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดการ รับรู้สมรรถนะตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าตนเอง เพื่อ เพิ่มประสิทธิภาพและมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพขณะ ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้เหมาะสม

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาในลักษณะ Mixed method research ที่ผสมผสานระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณและ เชิงคุณภาพหรือการวิจัยกึ่งทดลองที่มีการออกแบบ สำหรับสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ในการส่งเสริม การรับรู้สมรรถนะตนเอง และความรู้สึกมีคุณค่าตนเอง เพื่อให้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง เหมาะสม ให้มีประสิทธิภาพ เกิดความปลอดภัยทั้งสตรีตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์

เอกสารอ้างอิง

กฤษณา ปิงวงศ์, และกัญญณัฐ สิทธิภา. (2565). ปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเอง ของสตรีมีครรภ์ที่เสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานขณะ ตั้งครรภ์. *พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, 49(1), 317-328.

กฤษณี สุวรรณรัตน์, ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี, และสุพิศ ศิริอรุณรัตน์. (2562). ผลของโปรแกรมสนับสนุน การจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการ ภาวะเบาหวานด้วยตนเอง และระดับน้ำตาลใน เลือดของหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี*, 30(2), 1-13.

ชนิดดา ระดาฤทธิ์, ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี, และสุพิศ ศิริอรุณรัตน์. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ การจัดการตนเองของสตรีที่มีภาวะเบาหวาน ขณะตั้งครรภ์. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 27(1), 50-59.

นุจรศ จันทบูรณ์. (2553). ผลของโปรแกรมการเสริม สร้างพลังอำนาจโดยบูรณาการการสนับสนุน ของสามีต่อความรู้สึกมีคุณค่าในการเป็นมารดา และทัศนคติในการเลี้ยงดูบุตรของมารดาวัยรุ่น (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

นภาพรณ เกตุทอง, และนิลบล รุจิระประเสริฐ. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับภาวะ น้ำหนักเกินขณะตั้งครรภ์และการรับรู้สมรรถนะ แห่งตนกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของหญิง ตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน. *ศรีนครินทร์เวช สาร*, 33(2), 129-135.

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

ประภัทร วานิชพงษ์พันธ์. (2560). *ตำราสูติศาสตร์*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัย มหิดล.

- ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง, นิตยา สีนสุกใส, เอ็มพร รตินธร, และดิฐกานต์ บริบูรณ์หิรัญสาร. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การออกกำลังกายและระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมงในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 29(2), 48-58.
- มาลีวัล เลิศสาครศิริ. (2565). *แนวคิดและการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน ปรับปรุงใหม่*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: บริษัท จามจุรีโปรดักส์ จำกัด.
- เยาวลักษณ์ มากำ, จันทรัตน์ เจริญสันติ, และพรรณพิไล ศรีอาภรณ์. (2563). โอกาสเสี่ยงตามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการออกกำลังกายของสตรีหลังคลอดที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์. *พยาบาลสาร*, 47(1), 35-44.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2013). Committee on practice bulletin no. 137: Gestational diabetes mellitus. *Obstetrics and Gynecology*, 122(1), 406-416. doi: 10.1097/01.AOG.0000433006.09219.f1
- American Diabetes Association. (2014). Standards of medical care in diabetes—2014. *Diabetes care*, 37(1), S14-S80.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Coopersmith, S. (1984). *Self-esteem Inventories*. San Francisco: Consulting Psychologist Press, Inc.
- Pender, N. J., Murdaugh, C.L. & Parsons, M.A. (2011). *Health promotion in nursing practice*. (6th ed). New Jersey: Pearson.
- Qadir, S. Y., Yasmin, T., & Fatima, I. (2012). Maternal and foetal outcome in gestational diabetes. *Journal of Ayub Medical College Abbottabad*, 24(3-4), 17-20.
- Sherer, M., Maddux, J. E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R. W. (1982). The self-efficacy scale: Construction and validation. *Psychological reports*, 51(2), 663-671.
- Thorndike, R.M. (1978). *Correlation Procedures for Research*. New York: Gardner Press.
-

ผลเฉียบพลันของการกระตุ้นกล้ามเนื้อลำตัวและกล้ามเนื้อต้นขา
ต่ออาการปวด และเฟลิกชัน-รีแลกเซชัน ฟิโนมินอน
ในพนักงานออฟฟิศที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง
**Acute Effect of Activating Trunk and Thigh Muscles on Pain
and Flexion-Relaxation Phenomenon in Office Workers with
Low Back Pain**

ชัชณพงศ์ โวหาร, วท.ม., Chitsanupong Wohan, M.Sc.¹

อำพร ศรียาภัย, ปร.ด., Amphorn Sriyabhaya, Ph.D.^{2*}

วุฒิไกร น้อยพันธ์, Dr.rer.hum., Wuttigrai Noipant, Dr. rer. hum.²

¹นักศึกษา, วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

¹Student, Master of Science Faculty of Sports Science, Kasetsart University

²อาจารย์ ดร., คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

²Lecturer, Ph.D., Faculty of Sports Science, Kasetsart University

*Corresponding Author Email: amphorn.s@ku.th

Received: February 4, 2024

Revised: May 12, 2024

Accepted: May 22, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของการกระตุ้นกล้ามเนื้อ ในกลุ่มตัวอย่างพนักงานออฟฟิศที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างจากการนั่งทำงาน จำนวน 30 คน ด้วยโปรแกรมที่แตกต่างกัน โดยทดสอบอาการปวด ความยืดหยุ่น และค่าเฟลิกชัน-รีแลกเซชัน ฟิโนมินอน ก่อนและหลังให้โปรแกรมกระตุ้นกล้ามเนื้อ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบประเมินความปวด การนั่งงอตัวไปข้างหน้า และวัดคลื่นไฟฟ้ากล้ามเนื้อหลังเพื่อบ่งชี้ความสามารถในการหดและคลายตัวของกล้ามเนื้อหลังสองมัด คือ กล้ามเนื้อเอริคเตอร์สไปแน และกล้ามเนื้อมัลติฟิดัส วิเคราะห์ข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว เปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีการของ LSD และเปรียบเทียบข้อมูลภายในกลุ่มด้วย t-test ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการทดลอง ทั้งสามกลุ่มมีความเจ็บปวดลดลง และมีความยืดหยุ่นเพิ่มขึ้น โดยกลุ่มควบคุม และกลุ่มกระตุ้นกล้ามเนื้อต้นขา มีความยืดหยุ่นเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับค่าเฟลิกชัน-รีแลกเซชัน ฟิโนมินอน ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มกระตุ้นกล้ามเนื้อต้นขา และกลุ่มกระตุ้นกล้ามเนื้อลำตัวกับกลุ่มกระตุ้น

กล้ามเนื้อต้นขา โดยมีเพียงกลุ่มกระตุ้นกล้ามเนื้อลำตัว ที่พบการลดลงในกล้ามเนื้อมัลติฟิดัสต่างจากกลุ่มอื่น ดังนั้น ในผู้ที่ปวดหลังจากการนั่งทำงานควรเพิ่มความสามารถในการทำงานของกล้ามเนื้อมัลติฟิดัสเพื่อเพิ่มความมั่นคงของหลังโดยกระตุ้นกล้ามเนื้อลำตัว และเพิ่มความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อโดยกระตุ้นทั้งกล้ามเนื้อลำตัว และกล้ามเนื้อต้นขา รวมทั้งการปรับเปลี่ยนการทำงานของกล้ามเนื้อในระหว่างนั่งทำงานซึ่งจะช่วยป้องกันการปวดหลังได้

คำสำคัญ: เฟล็กซ์ชั่น-รีแล็กซ์เซชั่น ฟิโนมีนอน การกระตุ้นกล้ามเนื้อ ลำตัวและต้นขา ปวดหลังส่วนล่าง นั่งทำงาน

Abstract

The purpose of this research was to compare the effects of activating muscle in the sample group of 30 people with lower back pain caused by sitting for work using different programs. Testing pain flexibility and flexion-relaxation phenomenon (FRP) before and after giving the activating muscle program. Data were collected using a pain questionnaire, sit and reach test, and electromyography (EMG) of back muscles to determine the FRP. The FRP is an indication of the ability to flexion-relaxation of two back muscles the erector spinae muscle and the multifidus muscle. Data before and after the experiment were analyzed using a one-way analysis of variance (ANOVA). Pairwise comparisons were made using the LSD method, and within-group data were compared using the t-test.

The results showed that all three groups had reduced pain and increased flexibility after the experiment. The control group and the thigh muscle activation group had significantly increased flexibility. The FRP decreased significantly between the control group and the thigh muscle activation group, and between the trunk muscle activation group and the thigh muscle activation group. Only the trunk muscle activation group showed a decrease in the FRP in the multifidus muscle, unlike the other groups. Therefore, in people who suffer from pain after sitting at work, it is important to increase the ability of the multifidus muscle to work to increase back stability by activating the trunk muscles and to increase muscle flexibility by activating both the trunk muscles and the thigh muscles. Modifying muscle function during sitting can help prevent back pain.

Keywords : Flexion-relaxation phenomenon, Muscles activation, Low back pain, Sitting officers

บทนำ

อาการปวดหลังส่วนล่าง เป็นการรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวด ทรมาน และความรู้สึกไม่สบาย เป็นปัญหาทางสุขภาพของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ซึ่งพบได้มากถึงร้อยละ 30 ถึง 70 ในประเทศไทย Keawduangdee et al. (2015) กล่าวว่า อาการปวดหลังสามารถส่งผลกระทบต่อทุกคน ทุกเพศ และทุกวัย มากกว่าร้อยละ 80 ของคนในวัยทำงานจะมีประสบการณ์กับอาการปวดหลังอย่างน้อยหนึ่งครั้งในชีวิต ปัจจุบันมีความชุกของอาการปวดหลังเพิ่มมากขึ้นโดยเฉพาะในวัยทำงานช่วงวัยหนุ่มสาว และวัยกลางคน Pillai and Haral (2018) พบว่า ความชุกของอาการปวดหลังที่เกิดขึ้นในคนวัยทำงานที่อายุระหว่าง 30 ถึง 60 ปี มักเกิดกับผู้ที่นั่งทำงานเฉลี่ย 6 ถึง 8 ชั่วโมงต่อวัน และร้อยละ 73.69 มีลักษณะของท่าทางที่ไม่พึงประสงค์ โดยเฉพาะท่าทางที่มีการเอนลำตัวหรือเอียงลำตัวไปด้านหน้ารวมทั้งการเอนหลังมากเกินไปผิดจากแนวปกติตั้งตรงหลังมากผิดไปจากแนวปกติเป็นเวลานาน จนทำให้เกิดอาการความเจ็บปวดที่บริเวณหลังให้เพิ่มและสะสมมากขึ้น เป็นผลให้การทำงานและการเคลื่อนไหวของลำตัวรวมทั้งการเอนหลังมากเกินไปผิดจากแนวปกติตั้งตรง

วิธีการรักษาที่สามารถจัดการกับอาการปวดหลังส่วนล่างได้มีหลายรูปแบบ เช่น การใช้ยา การกระตุ้นด้วยไฟฟ้า การฝังเข็ม การนวดคลายกล้ามเนื้อ ล้วนเป็นการรักษาที่ปลายเหตุซึ่งมีผลของการคงอยู่ที่ยั่งยืน อย่างไรก็ตามการออกกำลังกายและการปรับเปลี่ยนท่าทางที่เหมาะสม จะเป็นวิธีการสำคัญที่สามารถคืนความสมดุลให้กับการทำงานของกล้ามเนื้อ และสร้างความมั่นคงให้กระดูกสันหลังได้ Myers (2009) อธิบายถึงความสัมพันธ์ของกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อที่เชื่อมโยงในแนวเดียวกัน การเกร็งของกล้ามเนื้อบางมัดสามารถส่งผลกระทบต่อเชื่อมโยงถึงกล้ามเนื้อมัดอยู่ในแนวเดียวกันได้ โดยกลุ่มกล้ามเนื้อที่ส่งผลกระทบต่อ

อาการปวดหลังมากที่สุดคือ กลุ่มกล้ามเนื้อบริเวณลำตัวและบริเวณต้นขา ดังนั้น การกระตุ้นการทำงานของกล้ามเนื้อกลุ่มนี้ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการทำงาน สามารถช่วยคืนความสมดุลระหว่างกล้ามเนื้อหลักที่ใช้ในการเคลื่อนไหว (agonist) กับกล้ามเนื้อกลุ่มตรงข้ามกับการเคลื่อนไหว (antagonist) ในลักษณะของโมเมนต์เชิงมุมแบบปราศจากแรงเหวี่ยง โดยกระตุ้นให้กล้ามเนื้อหดและคลายตัวเป็นวงจรสลับกัน ซึ่งเป็นวิธีการที่ช่วยคลายความตึงของเนื้อเยื่อเพิ่มการเคลื่อนไหว พร้อมทั้งคลายการทำงานของเส้นประสาท Fryer, Quon, and Smith (2010) ได้ศึกษารูปแบบการออกกำลังกายกระตุ้นการทำงานของกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับลำตัวในระหว่างการนั่ง ให้กล้ามเนื้อแต่ละกลุ่มทำงานอย่างเหมาะสม ช่วยเพิ่มการทำงานของกล้ามเนื้อและป้องกันไม่ให้เกิดการเคลื่อนไหวของหลังลดลง ช่วยลดการหดตัวของกล้ามเนื้อ เพิ่มความมั่นคงของกล้ามเนื้อ และมีผลของการคงอยู่ยาวนาน ด้วยเหตุนี้การกระตุ้นกล้ามเนื้อจึงถือว่ามีประสิทธิภาพในการลดอาการปวด

การวิเคราะห์ประสิทธิภาพในการทำงานของกล้ามเนื้อหลัง สามารถวัดได้จากการถ่ายโอนแรงที่เกิดจากการหดและคลายตัวกลับสู่สภาวะปกติ ที่ทำงานสลับสอดคล้องกันระหว่างกลุ่มกล้ามเนื้อหลัก และกลุ่มกล้ามเนื้อตรงข้ามกับการเคลื่อนไหว การศึกษาทางชีวกลศาสตร์ระดับคลินิกของกลุ่มคนที่ปวดหลัง พบว่ามีการฉีกขาดและเกิดความเครียดของเนื้อเยื่อมากในบริเวณหลังเมื่อทำการก้มตัว ดังนั้นการทำความเข้าใจเรื่องการถ่ายโอนน้ำหนักของเนื้อเยื่อในท่าดังกล่าวจะมีส่วนช่วยในการทำความเข้าใจกลไกของการบาดเจ็บหลังส่วนล่างนอกจากนี้ Floyd and Silver (1951) ได้อธิบายถึงกลไกเฟล็กซ์ชัน-รีแล็กซ์ชัน (flexion-relaxation) ที่สามารถบ่งบอกถึงความสามารถในการคลายและคืนตัวกลับของกล้ามเนื้อ โดยใช้เทคนิค

การวัดคลื่นไฟฟ้ากล้ามเนื้อ (electromyography, EMG) ด้วยการทดสอบในท่ายืนก้มลำตัว ภายหลังจากการทำงานของกล้ามเนื้อหลัง เอริคเตอร์สไปแน (erector spinae) และกล้ามเนื้อมัลติฟิดัส (multifidus) หมดลง หลังจากนั้นจะเป็นการทำงานของเอ็นกล้ามเนื้อ พังผืด และหมอนรองกระดูกสันหลัง เพื่อช่วยการทรงตัวเมื่อก้มลำตัวเต็มที่ การทำงานในลักษณะนี้เป็น การถ่ายโอนแรงจากเนื้อเยื่อแบบแอคทีฟสู่เนื้อเยื่ออ่อนแบบพาสซีฟ นอกจากนี้กลไกการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้ากล้ามเนื้อในขณะที่ยืนก้มลำตัวจนถึงช่วงที่ก้มลำตัวเต็มที่ แอมพลิจูด (amplitude) จะที่แตกต่างกันในบุคคลทั่วไปกับผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง การเปลี่ยนแปลงของแอมพลิจูดนี้ชี้ให้เห็นถึงเฟล็กซ์ชัน-รีแลกเซชัน ฟิโนมีนอน (flexion-relaxation phenomenon, FRP) จากประเด็นดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของการออกกำลังกายด้วยเทคนิคกระตุ้นการทำงานของกล้ามเนื้อให้เกิดความสมดุลของทำงานในกล้ามเนื้อลำตัวและกล้ามเนื้อต้นขา ด้วยวิธีการออกกำลังกายและท่าทางที่มีความเรียบง่าย ความเข้มข้นในการฝึกน้อย ใช้เวลาไม่นาน และสามารถปฏิบัติได้สะดวกในขณะที่นั่งทำงาน แต่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือมีความปวดลดลง ในบุคคลที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างและต้องนั่งทำงานเป็นเวลานาน

วัตถุประสงค์การวิจัย

ศึกษาและเปรียบเทียบของการกระตุ้นกล้ามเนื้อลำตัวและกล้ามเนื้อต้นขา ต่ออาการปวดหลัง ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหลัง และเฟล็กซ์ชัน-รีแลกเซชัน ฟิโนมีนอนของในผู้ที่ปวดหลังจากการนั่งทำงาน

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ดำเนินการสุ่มตัวอย่างแบบไม่ใช้ทฤษฎีความน่าจะเป็น (non-proba-

bility Sampling) คัดเลือกด้วยวิธีการคัดเลือกเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) เป็นพนักงานออฟฟิศ อายุระหว่าง 30 ถึง 45 ปี ที่มีอาการปวดหลัง คัดกรองอาการปวดหลัง และมีการนั่งทำงานกับคอมพิวเตอร์ไม่น้อยกว่า 5 ปี เฉลี่ย 6 ชั่วโมงต่อวัน จำนวน 30 คน โดยใช้โปรแกรม G*Power เวอร์ชัน 3.1.9.4 ซึ่งกำหนดขนาดอิทธิพลของตัวแปร (effect size) เท่ากับ .69 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (alpha) ที่ .05 และอำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .95 แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม จำนวนกลุ่มละ 10 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ ประกอบด้วยแบบคัดกรองการปวดหลังสตาร์ท (The STarT Back Screening Tool) ของ Beneciuk et al. (2018) ใช้เพื่อคัดกรองกลุ่มตัวอย่างโดยมีคะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับสี่คะแนน และมีคะแนนย่อยประเมินระดับความเสี่ยงที่ระดับปานกลาง โปรแกรมกระตุ้นกล้ามเนื้อลำตัวของ Chatchawan et al. (2015) และโปรแกรมกระตุ้นกล้ามเนื้อต้นขาของ Borman, Trudelle-Jackson, and Smith (2011) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบประเมินความปวดแมคกิลล์ (Short-Form McGill Pain Questionnaire) ของ วสุวัฒน์ กิตติสมประยูรกุล, จักรกริช กล้าผจญ, และ อภิชญา ไชวินทะ (2547) ประกอบด้วยการประเมินความเจ็บปวด 3 ส่วน คือ 1) ลักษณะความปวดด้านความรู้สึกและอารมณ์ (sensory and affective pain, SENSE) 2) ประเมินระดับอาการปวดในขณะที่ทำแบบประเมิน (present pain intensity, PPI) และ 3) ความเจ็บปวดทางกายภาพ (visual analog scale, VAS) การทดสอบความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหลังด้วยการนั่งงอตัวไปข้างหน้า (Sit and Reach Test) และใช้เครื่องวัดคลื่นไฟฟ้ากล้ามเนื้อ (electromyography) ยี่ห้อ Noraxon INC. USA. รุ่น MyoSystem™ 1400A เพื่อการ

วัดสัญญาณไฟฟ้ากล้ามเนื้อจากการหดและคลายตัว สำหรับนำไปหาค่าเฟล็กชัน-รีแล็คเซชัน ฟิโนมินอน ของกล้ามเนื้อหลัง

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 การวิจัยครั้งนี้ศึกษาผลของการกระตุ้นกล้ามเนื้อลำตัวและกล้ามเนื้อต้น โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ประกอบด้วยกลุ่มที่ 1 ควบคุม กลุ่มที่ 2 กระตุ้นกล้ามเนื้อลำตัว และกลุ่มที่ 3 กระตุ้นกล้ามเนื้อต้นขา ทุกคนได้รับการประเมินอาการปวดด้วยแบบประเมินความปวดแมคกิลล์

3.2 วัดแรงหดตัวสูงสุดของกล้ามเนื้อ (maximum voluntary contraction, MVC) โดยวัดคลื่นไฟฟ้ากล้ามเนื้อ ติดอิเล็กโทรดแบบพื้นผิว (surface electrode) ของกล้ามเนื้อหลังประกอบด้วย กล้ามเนื้ออิเรคเตอร์สไปเน่ ที่ด้านข้างกระดูกสันหลัง 4 เซนติเมตร ระดับเดียวกับกระดูกสันหลังส่วนเอวชั้นที่ 3 (L3) ทั้งสองข้าง และกล้ามเนื้อมัลติพิดิส ที่ด้านข้างกระดูกสันหลัง 2 เซนติเมตร ระดับเดียวกับกระดูกสันหลังส่วนเอวชั้นที่ 5 (L5) ทั้งสองข้าง แล้วให้กลุ่มตัวอย่างเหยียดหลังด้วยแรงสูงสุด ด้านกับแรงที่ให้แรงลดลงด้วยมือบริเวณหลังส่วนบนของกลุ่มตัวอย่าง บันทึกการหดตัวสูงสุด 5 วินาที หากกลุ่มตัวอย่างมีอาการปวดเพิ่มขึ้นผู้วิจัยจะทำการประคบเย็น และส่งต่อนักกายภาพบำบัด

3.3 ทดสอบความยืดหยุ่นของหลังด้วยการทดสอบนั่งงอตัวไปข้างหน้า (Sit and Reach Test) กลุ่มตัวอย่างก้มตัวและเหยียดแขนสองข้างไปข้างหน้า บนกล่องวัดความอ่อนตัวให้ได้ไกลที่สุด ค้างไว้ 3 วินาที ค่าเฉลี่ยจากการปฏิบัติ 2 ครั้ง บันทึกระยะทางที่ทำได้เป็นเซนติเมตร

3.4 วัดค่าเฟล็กชัน-รีแล็คเซชัน ฟิโนมินอน ด้วยการบันทึกสัญญาณคลื่นไฟฟ้าในอัตราการสุ่มตัวอย่าง

สัญญาณที่ 1,000 เฮิร์ตซ์ และตัวกรองแบนด์พาสที่ 20 ถึง 450 เฮิร์ตซ์ ในทำนองเดียวกันไปข้างหน้า โดยการบันทึกสัญญาณเริ่มตั้งแต่ให้กลุ่มตัวอย่างยืนตรงปล่อยแขนสองข้างลงลำตัว ผู้วิจัยให้สัญญาณนับ 1 ถึง 3 แล้วให้กลุ่มตัวอย่างก้มตัวลงให้ได้มากที่สุด ค้างไว้ในจุดสุดท้ายเป็นเวลา 3 วินาที และกลับสู่ท่ายืนตรงด้วยการเหยียดหลังทำการวัดซ้ำจำนวน 3 ครั้ง โดยไม่มีการพัก

3.5 กลุ่มตัวอย่างถูกกระตุ้นอาการปวดของหลังโดยการนั่งงอตัวบนเก้าอี้ที่ไม่มีพนักพิง นั่งตัวตรง เข่างอ 90 องศา ฝ่าเท้าทั้งสองข้างวางราบกับพื้น จากนั้นก้มตัว (trunk flexion) ในมุมที่มากที่สุดที่ทำได้ ค้างไว้ในจุดสุดท้าย 20 นาที จากนั้นกระตุ้นกล้ามเนื้อตามโปรแกรมของแต่ละกลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ให้นั่งพักในท่านั่งหลังตรงบนเก้าอี้ที่ไม่มีพนักพิงเป็นเวลา 2 นาที กลุ่มที่ 2 กระตุ้นกล้ามเนื้อลำตัว เริ่มจากจัดท่าให้นั่งหลังตรง เข่า และสะโพก 90 องศา ฝ่าเท้าวางราบกับพื้น วางมือสองข้างลงบนเก้าอี้เหยียดแขนทั้งสองข้างให้ตรงยกสะโพกให้ลอย แล้วแอ่นหลังให้สุดจนรู้สึกตึงค้างไว้ 5 วินาที จากนั้นกลับมาให้อยู่ในท่าตรง 5 วินาที และเกร็งหน้าท้องเพื่อดึงสะโพกมาด้านหน้า จนรู้สึกว้าหลังถูกยืดเล็กน้อยค้างไว้ 5 วินาที ซ้ำ 6 ครั้ง กลุ่มที่ 3 กระตุ้นกล้ามเนื้อต้นขา เริ่มจากนั่งบนเก้าอี้ที่ไม่มีพนักพิงจัดท่าให้นั่งหลังตรง เข่า และสะโพก 90 องศา ฝ่าเท้าวางราบกับพื้น ยกขาขวาวางสะโพกเพิ่มขึ้นจากมุม 90 องศา ประมาณ 45 องศา เกร็งค้างไว้ 5 วินาที จากนั้นเกร็งสะโพกค้างไว้แล้วเหยียดเข่าออกจนถึงจุดที่ตั้งที่สุด และค้างไว้ 5 วินาที งอเข่ากลับมาในมุมประมาณ 90 องศา เกร็งค้างไว้ 5 วินาที ซ้ำ 6 ครั้ง และสลับทำขาซ้ายซ้ำด้วยวิธีการเดียวกัน หลังจากนั้นให้ทำแบบประเมินความปวดแมคกิลล์ ทดสอบความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ และวัดค่าเฟล็กชัน-รีแล็คเซชัน ฟิโนมินอน อีกครั้งทันทีหลังการกระตุ้นกล้ามเนื้อ

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ เริ่มจากการทดสอบการกระจายของข้อมูลแบบโค้งปกติ ของคะแนนแบบคัดกรองการปวดหลังสตาร์ท โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk test วิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนความปวด ความยืดหยุ่น ค่าเฟล็กชัน-รีแอสเซนชัน ฟิโนมินอน โดยใช้ค่าเฉลี่ย RMS (root mean square) ของสัญญาณไฟฟ้าที่บันทึกได้ตั้งแต่วินาทีแรกจนกระทั่งถึงช่วงสุดท้ายของการออกกำลังกาย จากนั้นเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลองด้วยสถิติ Paired Samples t-test และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ One-way ANOVA ทดสอบความแตกต่างความแตกต่างเป็นรายคู่ด้วยวิธี LSD

4. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ เลขที่ COA No. COA65/007 ลงวันที่ 26 ตุลาคม 2565 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโดยสมัครใจ ข้อมูลที่ได้เก็บเป็นความลับ ปกปิดแหล่งข้อมูลอย่างเคร่งครัด การนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวมไม่ชี้เฉพาะในส่วนบุคคลและไม่ก่อให้เกิดความเสียหายใด ๆ ทั้งต่อบุคคลและองค์กรให้กับกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมการวิจัย

ผลการวิจัย

คุณลักษณะทางกายภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 35 ปี น้ำหนัก 64 กก. ส่วนสูง 164.2 ซม. กลุ่มกระตุ้นกล้ามเนื้อลำตัวมีอายุเฉลี่ย 39 ปี น้ำหนัก 61 กก. ส่วนสูง 161.7 ซม. กลุ่มกระตุ้นกล้ามเนื้อต้นขามีอายุเฉลี่ย 36 ปี น้ำหนัก 63 กก. ส่วนสูง 163.9 ซม. การกระจายของระดับความเสี่ยงต่อการปวด ทั้งสามกลุ่ม ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ .05

ก่อนและหลังการทดลองทั้งสามกลุ่มมีคะแนนความปวดด้านความรู้สึกและอารมณ์ (SENSE) อาการปวดทางกายภาพ (VAS) แตกต่างกัน อาการปวดในขณะที่ทำแบบประเมิน (PPI) มีกลุ่มที่กระตุ้นกล้ามเนื้อต้นขา ต่างกัน คะแนนความยืดหยุ่น (flexibility) มีกลุ่มกระตุ้นกล้ามเนื้อลำตัว และกลุ่มกระตุ้นกล้ามเนื้อต้นขา ต่างกัน ค่าเฟล็กชัน-รีแอสเซนชัน ฟิโนมินอน (FRP) ในกล้ามเนื้ออีเรคเตอร์สไปน (erector spinae) กลุ่มควบคุม และกลุ่มที่กระตุ้นกล้ามเนื้อลำตัว ต่างกัน และในกล้ามเนื้อมัลติฟิดัส (multifidus) กลุ่มควบคุม และกลุ่มที่กระตุ้นกล้ามเนื้อต้นขา แตกต่างกันอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของอาการปวด ความยืดหยุ่น และเฟล็กชัน-รีแล็คเซชัน พิโนมิน่อน ก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม

วิธีการ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
กลุ่มควบคุม						
SENSE (0-15)	11.50	4.12	6.00	4.76	4.02	.003*
PPI (0-5)	3.10	.99	2.30	.95	2.45	.037*
VAS (0-10)	5.50	1.51	4.20	1.93	2.32	.045*
flexibility (cm.)	5.35	3.89	5.32	4.71	.07	.945
FRP						
erector spinae (%MVC)	32.28	6.92	28.22	5.59	3.02	.014*
multifidus (%MVC)	34.03	6.35	30.31	5.26	4.89	.001*
กลุ่มกระตุ้นกล้ามเนื้อลำตัว						
SENSE (0-15)	12.00	4.35	6.40	4.46	3.07	.013*
PPI (0-5)	3.20	1.23	2.10	.99	6.13	.000*
VAS (0-10)	6.20	1.40	3.90	1.20	7.67	.000*
flexibility (cm.)	6.30	5.28	8.25	4.70	-7.13	.000*
FRP						
erector spinae (%MVC)	29.38	6.95	26.10	6.98	4.12	.003*
multifidus (%MVC)	35.56	11.70	32.81	12.93	1.98	.079
กลุ่มกระตุ้นกล้ามเนื้อต้นขา						
SENSE (0-15)	11.00	7.07	3.60	2.76	3.90	.004*
PPI (0-5)	2.40	.97	2.20	.92	.69	.509
VAS (0-10)	5.30	1.06	4.50	1.08	2.45	.037*
flexibility (cm.)	9.27	7.18	11.70	6.36	-4.55	.001*
FRP						
erector spinae (%MVC)	33.20	15.67	30.71	12.70	1.55	.154
multifidus (%MVC)	29.00	11.04	21.53	5.20	2.46	.036*

* $p < .05$

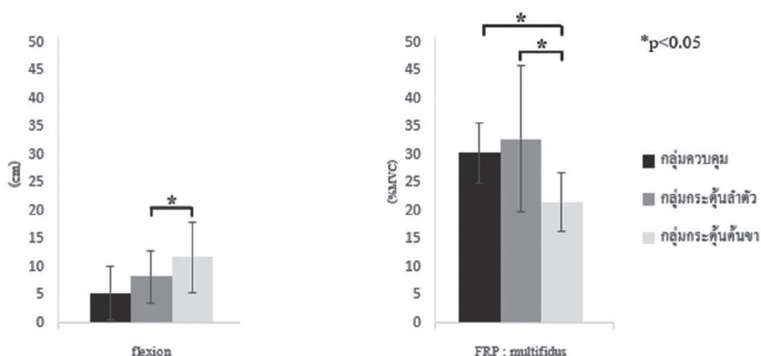
หลังการทดลองเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ในกล้ามเนื้อมัลติฟิดัส (multifidus) ที่แตกต่างกันอย่าง พบว่ามีเพียงคะแนนความยืดหยุ่น (flexibility) มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ดังตารางที่ 2) และค่าเฟล็กชัน-รีแกล์เซชัน ฟิโนมินอน (FRP)

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของอาการปวด ความยืดหยุ่น และเฟล็กชัน-รีแกล์เซชัน ฟิโนมินอน หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่ม ในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม

วิธีการ	SS	df	MS	F	p
SENSE					
ภายในกลุ่ม	45.867	2	22.933	1.380	.269
ระหว่างกลุ่ม	448.800	27	16.622		
PPI					
ภายในกลุ่ม	.200	2	.100	.110	.896
ระหว่างกลุ่ม	24.600	27	.911		
VAS					
ภายในกลุ่ม	1.800	2	.900	.426	.657
ระหว่างกลุ่ม	57.000	27	2.111		
flexibility					
ภายในกลุ่ม	203.662	2	101.831	3.602	.041*
ระหว่างกลุ่ม	763.356	27	28.272		
FRP					
erector spinae					
ภายในกลุ่ม	3.356	2	1.678	.664	.523
ระหว่างกลุ่ม	49.548	27	1.835		
multifidus					
ภายในกลุ่ม	2.915	2	1.458	4.748	.017*
ระหว่างกลุ่ม	55.082	27	2.040		

* $p < .05$

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างภายในกลุ่มหลังการ ทดลองเป็นรายคู่ ด้วยวิธีของ LSD (ดังภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 แสดงผลการเปรียบเทียบความแตกต่างภายหลังการทดลองเป็นรายคู่ ด้วยวิธีของ LSD

เมื่อเปรียบเทียบหลังการทดลองเป็นรายคู่ด้วยวิธีของ LSD พบความแตกต่างของคะแนนความยืดหยุ่น (flexibility) ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มกระตุ้นกล้ามเนื้อต้นขาแตกต่างกัน และค่าเฟล็กชัน-รีแอสเซชัน ฟิโนมินอน (FRP) ในกล้ามเนื้อมัลติฟิดัส (multifidus) ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มกระตุ้นกล้ามเนื้อต้นขา และระหว่างกลุ่มกระตุ้นกล้ามเนื้อลำตัวกับกลุ่มกระตุ้นกล้ามเนื้อต้นขา พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05

อภิปรายผลการวิจัย

กลุ่มกระตุ้นกล้ามเนื้อลำตัวและกล้ามเนื้อต้นขา ก่อนและหลังให้โปรแกรมกระตุ้นกล้ามเนื้อ มีความปวดเจ็บปวดแมคคิลล์ (ตารางที่ 1) ทั้งสามกลุ่ม มีการเปลี่ยนแปลงของอาการปวดด้านอารมณ์และความรู้สึก อาการปวดทางกายภาพลดลงภายหลังให้โปรแกรมกระตุ้นกล้ามเนื้อ แต่อาการปวดในขณะที่ทำแบบประเมนมีเพียงกลุ่มกระตุ้นกล้ามเนื้อต้นขาเท่านั้นที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลง การศึกษาของ Olivier et al. (2013) พบว่า การนั่งงอตัวเป็นเวลานานทำให้เกิดแรงบีบอัดที่ส่วนด้านหน้าของหมอนรองกระดูกสันหลัง ซึ่งส่งผลต่อการหลั่งสารฮิสตามีน (histamine) และ

ลิโคไตรอีน (leukotrienes) ทำให้เส้นเลือดขยายตัว และเพิ่มการไหลผ่านของพลาสมาในเส้นเลือด เซลล์ประสาทเกิดความไวต่อการกระตุ้นมากขึ้น ก่อให้เกิดภาวะขาดเลือด ทำให้มีการดึงดูดเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดโพลีมอร์โฟนิวเคลียร์ (polymorphonuclear) และโมโนไซต์ (monocytes) ไปยังบริเวณที่เอื้อต่อการเสื่อมสภาพของหมอนรองกระดูกสันหลังและความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น เมื่อมีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อสามารถเพิ่มการไหลเวียนเลือด และลดการบีบอัดของหมอนรองกระดูกสันหลัง กลุ่มกระตุ้นกล้ามเนื้อลำตัวมีแนวโน้มที่จะมีการเปลี่ยนแปลงของอาการปวดในขณะที่ทำแบบประเมน และอาการปวดทางกายภาพมากที่สุด เป็นผลจากการทำงานของกล้ามเนื้อที่เพิ่มขึ้น ทำให้กระดูกสันหลังส่วนล่างสามารถสร้างแรงดันให้กลับมาที่กึ่งกลางของหมอนรองกระดูกสันหลัง ในส่วนของความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหลัง พบว่า มีกลุ่มกระตุ้นกล้ามเนื้อลำตัว และกลุ่มกระตุ้นกล้ามเนื้อต้นขา มีคะแนนเพิ่มขึ้นภายหลังมีการกระตุ้นกล้ามเนื้อ (ตารางที่ 1) เป็นผลจากการทำงานของกล้ามเนื้อที่มีการหดและคลายตัวของกล้ามเนื้อหลักและกลุ่มตรงข้ามกับการเคลื่อนไหว การศึกษาของ Kim et al. (2017) รายงานว่าความยืดหยุ่นของหลังและต้นขาด้านหลังเป็นผลมา

จากความสมดุลของกล้ามเนื้อหลัก และกล้ามเนื้อกลุ่มตรงข้าม ส่งผลต่อการเคลื่อนไหวของเชิงกรานและความโค้งของกระดูกสันหลัง จึงมีส่วนทำให้เกิดความสมดุลของกระดูกเชิงกรานและกระดูกสันหลังตามมา

กลุ่มกระดูกสันหลังเอวมีกระบวนการเปลี่ยนแปลงเฟล็กชัน-รีแอสเซชัน ฟิโนมินอน ก่อนและหลังให้การกระตุ้นกล้ามเนื้อ ในกล้ามเนื้อมัลติฟิดัสไม่มีการเปลี่ยนแปลง (ตารางที่ 1) ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยแตกต่างจากกลุ่มควบคุมและกลุ่มกระดูกสันหลังเอวต้นขา ซึ่งค่าเฉลี่ยเฟล็กชัน-รีแอสเซชัน ฟิโนมินอน เน้นถึงความสำคัญของกล้ามเนื้อนี้คือ เป็นกล้ามเนื้อที่เอื้อให้กล้ามเนื้อรอบข้างสามารถทำงานได้อย่างต่อเนื่องในระหว่างที่มีการเคลื่อนไหวกระดูกสันหลัง และเป็นกลไกการป้องกันการบาดเจ็บที่จะมีการทำงานเพิ่มขึ้นในคนที่ปวดหลัง การศึกษาของ Colloca and Hinrichs (2005) อธิบายว่าเฟล็กชัน-รีแอสเซชัน ฟิโนมินอน ที่เกิดขึ้นเกิดเป็นการถ่ายโอนแรงไปยังเนื้อเยื่อรอบข้อต่อต่างๆ เมื่อกล้ามเนื้อแบบแอคทีฟมีการทำงานจนหมดสิ้น แรงจะถูกถ่ายโอนไปยังเนื้อเยื่อแบบพาสซีฟ เช่น เอ็นยึดข้อต่อและหมอนรองกระดูกสันหลัง ทำให้เกิดความทนทานในการบาดเจ็บสูงขึ้น การศึกษาของ Laird et al. (2018) และ Lee, Sim and Jin (2021) เปรียบเทียบการทำงานของกล้ามเนื้อระหว่างผู้ที่ปวดหลังกับผู้ที่มีสุขภาพดี ผู้ที่ปวดหลังมีลักษณะการทำงานของกล้ามเนื้อมัลติฟิดัส สูงกว่ากล้ามเนื้อหลังมัดอื่นในทุกช่วงที่มีการเคลื่อนไหวของหลัง และเนื้อเยื่อแบบพาสซีฟจึงมีความสำคัญในการรักษาความมั่นคงของกระดูกสันหลังเมื่อมีการงอสะโพก ด้วยลักษณะที่เกิดขึ้นเอ็นยึดข้ออาจทำให้เกิดการกระตุ้นการทำงานของกล้ามเนื้อมัลติฟิดัสเป็นผลให้กลุ่มกระดูกสันหลังเอวลำตัวเพียงกลุ่มเดียวที่มีแนวโน้มของค่าเฟล็กชัน-รีแอสเซชัน ฟิโนมินอนต่างจากกลุ่มอื่น

การเปรียบเทียบความแตกต่างของความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหลัง ภายหลังการกระตุ้นกล้ามเนื้อ (รูปที่ 1) พบว่า มีเพียงกลุ่มควบคุมและกลุ่มกระดูกสันหลังเอวต้นขาเท่านั้นที่แตกต่างกัน ผลการศึกษาในปัจจุบันชี้ให้เห็นว่า การนั่งในท่าทางที่ไม่เหมาะสมเป็นเวลานาน ส่งผลให้เกิดการเคลื่อนไหวบกพร่องซึ่งเป็นสาเหตุหลักของอาการปวดหลัง ในทางกลับกันการกระตุ้นกล้ามเนื้อ โดยเฉพาะกลุ่มกระดูกสันหลังเอวลำตัว ช่วยป้องกันการสูญเสียความคล่องตัวของหลัง และสะโพกได้มากขึ้น การศึกษาของ Chatchawan et al. (2015) พบว่าการกระตุ้นการทำงานของกล้ามเนื้อลำตัวส่วนลึกเป็นเวลา 10 สัปดาห์ คลายความตึงของกล้ามเนื้อลดอาการปวด และสามารถช่วยป้องกันอาการปวดหลังได้ ในส่วนความแตกต่างของค่าเฟล็กชัน-รีแอสเซชัน ฟิโนมินอน ภายหลังให้การทดลองทั้งสามกลุ่ม (ตารางที่ 2) มีเพียงกล้ามเนื้อมัลติฟิดัส ที่ต่างจากกลุ่มอื่น คือ กลุ่มควบคุมกับกลุ่มกระดูกสันหลังเอวต้นขา และกลุ่มกระดูกสันหลังเอวลำตัวกับกลุ่มกระดูกสันหลังเอวต้นขา (รูปที่ 1) การเปลี่ยนแปลงของเฟล็กชัน-รีแอสเซชัน ฟิโนมินอน ด้วยการกระตุ้นกล้ามเนื้อลำตัวมีแนวโน้มที่เป็นผลบวกต่ออาการปวดและการเคลื่อนไหว จากการศึกษาของ Ippersiel et al. (2021) เผยว่าเฟล็กชัน-รีแอสเซชัน ฟิโนมินอน ในกล้ามเนื้อมัลติฟิดัส เกิดจากการงอสะโพกที่อาศัยรีเฟล็กซ์การยืดของเอ็นกระดูกสันหลัง การตอบสนองนี้เกิดขึ้นในผู้ที่มีอาการปวดหลัง เป็นกลไกการป้องกันอาการปวด แสดงให้เห็นถึงค่าเฟล็กชัน-รีแอสเซชัน ฟิโนมินอน ที่ลดลงมากนั้น สวนทางกับความเจ็บปวดที่เพิ่มมากขึ้น จากข้อค้นพบนี้จึงแปลผลว่า หากเพิ่มการทำงานในกล้ามเนื้อมัลติฟิดัส อาจมีผลให้ระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดลดน้อยลง

ข้อเสนอแนะการวิจัย

จากการวิจัยในครั้งนี้ มีข้อค้นพบแสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงภายหลังการกระตุ้นกล้ามเนื้อในกลุ่มกระตุ้นกล้ามเนื้อลำตัว ซึ่งมีแนวโน้มที่มีการเปลี่ยนแปลงของเฟล็กชัน-รีแลกเซชัน ฟิโนมินอน ในกล้ามเนื้อมัลติฟิดัส ที่เป็นผลบวกต่างจากกลุ่มอื่น เป็นข้อสังเกตและสนับสนุนให้มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการทำงานของกล้ามเนื้อหลังขณะที่มีการนั่งงอตัวในท่าเดิมเป็นเวลานาน และในกล้ามเนื้อเอ็กเทรอร์สไปนั พบการเปลี่ยนแปลงทั้งในกลุ่มกระตุ้นกล้ามเนื้อลำตัวและกลุ่มกระตุ้นกล้ามเนื้อต้นขา ซึ่งวิธีการทั้งสองกลุ่มมีแนวโน้มที่เป็นผลบวกต่ออาการปวด ดังนั้นในทางปฏิบัติสามารถเลือกวิธีการอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือเลือกใช้ทั้งสองวิธีเพื่อใช้แก้ไขปัญหาลูกที่มีภาวะอาการปวดหลังโดยคำนึงถึงภาวะการบาดเจ็บ และความยืดหยุ่นให้เหมาะสมกับการทำงาน ข้อจำกัดของการวิจัยในครั้งนี้เป็นการทดลองในระยะเฉียบพลันควรมีการศึกษาถึงผลระยะยาวของผลการกระตุ้นกล้ามเนื้อ ข้อเสนอแนะศึกษาความล่าช้าของคลื่นไฟฟ้ากล้ามเนื้อขณะนั่งทำงาน เปรียบเทียบแยกส่วนระหว่างช่วงที่มีอาการปวดหลัง และช่วงที่ไม่มีอาการปวดหลัง ศึกษาการกระตุ้นกล้ามเนื้อเนื้อด้วยรูปแบบวิธีการอื่น เช่น การยืดเหยียดกล้ามเนื้อด้วยเทคนิคพีเอ็นเอฟ การยืดเหยียดแบบมีแรงกระแทก เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

วสุวัฒน์ กิตติสมประยูรกุล, จักรกริช กล้าผจญ, และ อภิชนา ไชวินทะ. (2547). แบบประเมินความปวด Short-form McGill Questionnaire ฉบับภาษาไทย. *เวชศาสตร์ฟื้นฟู/สาร*, 14(3), 83-92.

- Beneciuk, J. M., Bishop, M. D., Fritz, J. M., Robinson, M. E., Asal, N. R., Nisenzon, A. N., & George, S. Z. (2013). The STarT back screening tool and individual psychological measures: evaluation of prognostic capabilities for low back pain clinical outcomes in outpatient physical therapy settings. *Physical therapy*, 93(3), 321-333.
- Borman, N. P., Trudelle-Jackson, E., & Smith, S. S. (2011). Effect of stretch positions on hamstring muscle length, lumbar flexion range of motion, and lumbar curvature in healthy adults. *Physiotherapy theory and practice*, 27(2), 146-154.
- Chatchawan, U., Jupamatangb, U., Chanchitc, S., Puntumetakul, R., Donpunha, W., & Yamauchi, J. (2015). Immediate effects of dynamic sitting exercise on the lower back mobility of sedentary young adults. *Journal of physical therapy science*, 27(11), 3359-3363.
- Colloca, C. J., & Hinrichs, R. N. (2005). The biomechanical and clinical significance of the lumbar erector spinae flexion-relaxation phenomenon: a review of literature. *Journal of manipulative and physiological therapeutics*, 28(8), 623-631.
- Floyd, W. F., & Silver, P. (1951). Function of erector spinae on flexion of the trunk. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 30(3), 180.

- Fryer, J. C., Quon, J. A., & Smith, F. W. (2010). Magnetic resonance imaging and stadiometric assessment of the lumbar discs after sitting and chair-care decompression exercise: a pilot study. *The Spine Journal*, 10(4), 297-305.
- Ippersiel, P., Preuss, R., Fillion, A., Jean-Louis, J., Woodrow, R., Zhang, Q., & Robbins, S. M. (2021). Inter-joint coordination and the flexion-relaxation phenomenon among adults with low back pain during bending. *Gait & Posture*, 85(1), 164-170.
- Keawduangdee, P., Puntumetakul, R., Swangnetr, M., Laohasiriwong, W., Settheetham, D., Yamauchi, J., & Boucaut, R. (2015). Prevalence of low back pain and associated factors among farmers during the rice transplanting process. *Journal of physical therapy science*, 27(7), 2239-2245.
- Kim, C. H., Gwak, G. T., & Kwon, O. Y. (2017). Comparison of the flexion-relaxation ratio of the hamstring muscle and lumbopelvic kinematics during forward bending in subjects with different hamstring muscle flexibility. *Physical Therapy Korea*, 24(4), 1-10.
- Laird, R. A., Keating, J. L., & Kent, P. (2018). Subgroups of lumbo-pelvic flexion kinematics are present in people with and without persistent low back pain. *BMC musculoskeletal disorders*, 19(1), 1-13.
- Lee, I., Sim, S., & Jin, S. (2021). Hamstring stretching significantly changes the sitting biomechanics. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 84, 103163. doi:10.1016/j.ergon.2021.103163
- Myers, T. W. (2009). *Anatomy trains: myofascial meridians for manual and movement therapists*. China: Elsevier Health Sciences.
- Olivier, N., Thevenon, A., Berthoin, S., & Prieur, F. (2013). An exercise therapy program can increase oxygenation and blood volume of the erector spinae muscle during exercise in chronic low back pain patients. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 94(3), 536-542.
- Pillai, D., & Haral, P. (2018). Prevalence of low back pain in sitting vs standing postures in working professionals in the age group of 30-60. *International Journal of Health Sciences & Research*, 8(10), 131-137.



การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจของสุขภาพพอเพียงของนักศึกษาระดับปริญญาตรี

Exploratory factor analysis of sufficient health of undergraduate students

อัชฌา ชื่นบุญ, ปร.ด., Athcha Chuenboon, Ph.D.¹

ทิพย์โส สดธิวรรณ, ปร.ด., Tipat Sottiwan, Ph.D.^{2*}

ศรีสมร ลินทับ, บธ.ม., Srisamorn Sintub, M.B.A.³

มนอวุธ จิรดิлок, บธ.ม., Manowut Jiradilok, M.B.A.³

ชญารัตน์ บุญพุฒิก, ปร.ด., Chayarat Boonputtikorn, Ph.D.⁴

จุฑาทิพย์ ถาวรรัตน์, ศษ.ด., Chutathip Thawornratana, Ed.D.⁵

ณัฐกฤตา ฟลอเรนไทน์, วท.ด., Natthakitta Florentine, Ph.D.⁶

ชิสณพวงค์ ทองพวง, ปร.ด., Chisanupong Thongpuang, Ph.D.⁷

¹ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., สำนักวิชาศึกษาทั่วไป วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

¹Assistance Professor, Ph.D., School of General Education, Saint Louis College

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี

²Assistance Professor, Ph.D., Faculty of Science and Technology, Rajamangala University of Technology Thanyaburi

³อาจารย์, สำนักวิชาศึกษาทั่วไป วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

³Lecture, School of General Education, Saint Louis College

⁴ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., คณะครุศาสตร์อุตสาหกรรม มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ

⁴Assistance Professor, Ph.D., Faculty of Industrial Education, Rajamangala University of Technology Suvarnabhumi

⁵อาจารย์ ดร., คณะศึกษาศาสตร์และพัฒนศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน

⁵Lecture, Ph.D., Faculty of Education and Development Sciences, Kasetsart University Khamphaeng Saen Campus

⁶ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

⁶Assistant Professor, Ph.D., Faculty of Science and Technology, Suan Dusit University

⁷ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., คณะสหวิทยาการ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

⁷Assistance Professor, Ph.D., Faculty of Multidisciplinary, Christian University

*Corresponding Author Email: Tipat_s@rmutt.ac.th

Received: January 19, 2024

Revised: April 1, 2024

Accepted: May 28, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจของสุขภาพพอเพียงของนักศึกษา ระดับปริญญาตรี กลุ่มตัวอย่างได้มาโดยใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้น จำนวน 404 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม มีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจด้วยองค์ประกอบหลัก การหมุนองค์ประกอบแบบมูเมนตากด้วยวิธีวารีแมกซ์ ผลการวิจัยพบว่า องค์ประกอบสุขภาพพอเพียงของนักศึกษา ระดับปริญญาตรี มี 8 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 ชุมชนดี องค์ประกอบที่ 2 ครอบครัวดี องค์ประกอบที่ 3 ภูมิคุ้มกันและความมั่นคง องค์ประกอบที่ 4 การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง องค์ประกอบที่ 5 ความมีเหตุผลและคุณธรรม องค์ประกอบที่ 6 การดูแลตนเองดี องค์ประกอบที่ 7 การมีสุขภาพดี และองค์ประกอบที่ 8 การใช้ชีวิตดี จากแปดองค์ประกอบดังกล่าวจะเสนอแนะให้แต่ละสถาบันการศึกษานำไปพัฒนา ส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษา ให้เป็นรูปธรรมตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ทั้งในรูปแบบการบูรณาการในหลักสูตร รายวิชา และกิจกรรม ในระดับสถาบัน

คำสำคัญ: การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ สุขภาพพอเพียง นักศึกษาระดับปริญญาตรี

Abstract

This research aims to analyzing exploratory factors of the self-sufficiency health of undergraduate students. The sample was obtained using the stratified random sampling method. 404 people, used as questionnaire tools. With reliability equal to 0.92. Analyze data using exploratory factor analysis with key components. Rotation of right-angle elements with the Varimax method. The results of the research showed that there are 8 components of self-sufficiency health of undergraduate students: Component 1: Good community, Component 2: Good family, Component 3: immunity and stability, Component 4: risk avoidance, Component 5: rationality and morality, Component 6: good self-care, Component 7: healthy, Component 8: living well. From the eight elements mention above. It is suggested that educational institution adopt its development, and promote student's health in according with the Sufficiency Economy Philosophy in terms of integration in the curriculum and activities at the institutional level.

Keywords: Exploratory factor analysis, sufficient health, undergraduate students

บทนำ

การพัฒนาาระบบเศรษฐกิจของประเทศไทยมีการปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับสถานะเศรษฐกิจที่เสื่อมถอยทั่วโลก โดยได้นำแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้ซึ่งอยู่ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ตั้งแต่ฉบับที่ 9 เป็นต้นมา โดยบูรณาการนำมาใช้ด้านการศึกษา เศรษฐกิจ สังคม รวมถึงด้านสุขภาพ จนกระทั่งปัจจุบันประเทศไทยใช้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566-2570) ซึ่งได้กำหนดทิศทางประเทศไทยให้มีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง แต่ในรายงานผลของแผนพัฒนาฯ ระบุว่า ภาพรวมการประยุกต์ใช้ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ประชาชนส่วนใหญ่ยังมีความเข้าใจในระดับปานกลาง ซึ่งปัญหา/อุปสรรคของการประยุกต์ใช้เศรษฐกิจพอเพียงของประชาชนโดยรวม ได้แก่ เรื่องทัศนคติ ค่านิยมของคนในองค์กรหรือคนรอบข้างที่ไม่เห็นด้วยกับการประยุกต์ใช้ ในขณะที่ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญที่สุดของการประยุกต์ใช้เศรษฐกิจพอเพียง ได้แก่ ผู้ประยุกต์ใช้มีความตั้งใจจริง มีคุณธรรม จริยธรรม

ทั้งนี้ หน่วยงานต่าง ๆ พยายามนำแนวคิดความพอเพียงมาประยุกต์ใช้กับด้านต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง รวมถึงด้านสุขภาพ โดย มณี อาภาวันทิกุล รุจา ภูไพบูลย์ และกุสุมา คุววัฒนสัมฤทธิ์ (2558) ทำการศึกษาเรื่องการพัฒนาดัชนีชี้วัดสุขภาพพอเพียงระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ภายใต้แนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง มีการกล่าวถึงสุขภาพพอเพียงว่า หมายถึง การมีสุขภาพดีจากดำรงชีวิตด้วยความพอประมาณ โดยคิดอย่างรอบคอบในวิธีการทำให้สุขภาพดีโดยคำนึง ถึงความพอดี และความเหมาะสม ความมีเหตุผลคือ ใช้เหตุผลและข้อมูลที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการทำให้มีสุขภาพดี และการมีภูมิคุ้มกันคือ สร้างเสริมสุขภาพตนเองอย่างสม่ำเสมอ หลีกเลี่ยงสิ่งที่จะก่อให้เกิดสุขภาพที่ไม่ดี ร่วมกับดูแลสุขภาพ

ตนเอง และจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ โดยต้องมีความรู้เรื่อง สุขภาพและการทำให้สุขภาพดีและการมีคุณธรรม ที่ช่วยสร้างเสริมการมีสุขภาพกาย ใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณที่ดี ทั้งนี้เพื่อให้มีชีวิตอยู่ได้ตามปกติสุข

อย่างไรก็ตาม การศึกษาเรื่องเศรษฐกิจพอเพียงในด้านสุขภาพของเยาวชนยังมีอยู่น้อยมาก ทั้งที่กลุ่มเยาวชนเป็นกำลังสำคัญในการสืบสานต่อยอดในการพัฒนาประเทศ และปัจจัยด้านสุขภาพก็เป็นส่วนสำคัญที่จะส่วนให้บุคคลมีความแข็งแรงสามารถใช้ความรู้ความสามารถในการพัฒนาประเทศได้อย่างเต็มกำลัง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาสุขภาพพอเพียงของนักศึกษาปริญญาตรี โดยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ เพื่อนำผลที่ได้เป็นข้อมูลสำหรับสถาบันการศึกษาในการส่งเสริมสุขภาพพอเพียงของนักศึกษาให้เป็นรูปธรรม ให้นักศึกษาเกิดการตระหนักให้มีพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง อันจะทำให้เสริมสร้างภูมิคุ้มกันในตนเอง มีเหตุผล มีความพอประมาณ ดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างมีสติและมีความสุข

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจของสุขภาพพอเพียงของนักศึกษาระดับปริญญาตรี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยใช้รูปแบบการพัฒนาคำตอบเชิงสำรวจ จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และนำมาเป็นกรอบแนวคิดสุขภาพพอเพียงในการสร้างแบบสอบถามไปเก็บรวบรวมกับกลุ่มตัวอย่าง มีวิธีดำเนินการดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร คือ นักศึกษาระดับปริญญาตรี สถาบันอุดมศึกษาทั้งในกำกับของรัฐและสถาบันอุดมศึกษาเอกชนในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล จำนวน 6 แห่ง ได้แก่ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ กำแพงแสน มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี มหาวิทยาลัยสวนดุสิต มหาวิทยาลัยคริสเตียน และวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ จำนวน 56,199 คน

1.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาระดับปริญญาตรีสถาบันอุดมศึกษาทั้งในกำกับของรัฐและสถาบันอุดมศึกษาเอกชน จำนวน 404 คน โดยใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) จากมหาวิทยาลัย จำนวน 6 แห่ง ได้แก่ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์กำแพงแสน มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต มหาวิทยาลัยคริสเตียน และวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของสูกมาส อังศุโชติ (2558) ที่ระบุว่า ขนาดของกลุ่มตัวอย่างต้องกำหนดเป็นอัตราส่วนต่อจำนวนตัวแปร เท่ากับ 5:1 ถึง 20:1 โดยในงานวิจัยนี้ใช้ตัวแปรทั้งหมดจำนวน 55 ตัวแปร เมื่อกำหนด 7:1 กลุ่มดังนั้น กลุ่มตัวอย่างต้องใช้อย่างน้อยจำนวน 385 คน โดยในการเก็บรวบรวมข้อมูลจริงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 404 คน

2. เครื่องมือวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ตอน ประกอบด้วยตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นแบบตรวจสอบรายการ จำนวน 5 ข้อ และตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามสุขภาพพอเพียงของนักศึกษาระดับปริญญาตรีในสถาบันอุดมศึกษา จำนวน 55 ข้อ เป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งระดับการวัดเป็น 5 ระดับ

มีขั้นตอนการสร้างเครื่องมือและการหาคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้

2.1 กำหนดจุดมุ่งหมายในการสร้างแบบสอบถาม

2.2 สร้างแบบสอบถามตามกรอบแนวคิดของมณี อาภาวันทิกุล (2561)

2.3 นำแบบสอบถามมาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของแบบสอบถามโดยให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 คน พิจารณาความสอดคล้องของข้อคำถามแต่ละข้อกับนิยามเชิงปฏิบัติการให้เป็นไปตามเกณฑ์ มีค่าระหว่าง 0.67-1.00 โดยทุกข้อมีค่ามากกว่า 0.50 และมีการปรับแก้ส่วนที่เป็นข้อเสนอแนะโดยการปรับภาษาให้อ่านได้เข้าใจง่ายขึ้น

2.4 นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับนักศึกษามหาวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ชั้นปีที่ 1 ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน

2.5 ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามโดยใช้การหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92

2.6 นำแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ไปสอบถามกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้

3. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังได้รับอนุญาตจากผู้บริหารของแต่ละสถาบันการศึกษาแล้ว ผู้วิจัยได้ส่งลิงก์แบบสอบถามซึ่งชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับจากงานวิจัย การรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล และนำเสนอข้อมูลงานวิจัยในภาพรวมไม่ระบุตัวบุคคล รายละเอียดของการตอบแบบสอบถาม แจ้งสิทธิการตอบหรือไม่ตอบแบบสอบถาม และเมื่อตกลงเป็นผู้ให้ข้อมูลจึงเลือกให้ความยินยอม หลังจากนั้นจึงเข้าตอบแบบสอบถามใช้เวลา 15 นาที

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปใช้สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าความถี่ และค่าร้อยละ สำหรับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploration Factor Analysis: EFA) โดยการวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (Principal Component Analysis: PCA) และหมุนแกนด้วยเทคนิค Varimax

6. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่การขอเข้าร่วมการวิจัยโดยความยินยอมและลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการ และมีการชี้แจงว่าการวิจัยนี้จะไม่มีผลกระทบแต่อย่างใดกับผู้ตอบแบบสอบถาม ข้อมูลที่ได้จากการตอบของกลุ่มตัวอย่างจะเป็นความลับ และจะนำมาใช้เพื่อวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น ทุกคำตอบจะนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวม โดยมีการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ตามเอกสารเลขที่รับรอง E. 038/2565 ลงวันที่ 8 ธันวาคม 2565

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างจำนวน 404 คน ประกอบด้วย นิสิต นักศึกษาจาก มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ กำแพงแสน จำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 19.8 มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี จำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 19.8 มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ จำนวน 72 คน คิดเป็นร้อยละ 17.8 มหาวิทยาลัยสวนดุสิต จำนวน 72 คน คิดเป็นร้อยละ 17.8 มหาวิทยาลัยคริสเตียน จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 12.4 และวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 12.4

2. วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจสุขภาพ

พอเพียงของนักศึกษาระดับปริญญาตรี ได้ผลการวิเคราะห์ ดังนี้

2.1 ตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเพื่อใช้ในการวัดความเหมาะสมของข้อมูล พบว่า ตัวแปรสังเกตได้ จำนวน 55 ตัวแปร ที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์องค์ประกอบสุขภาพพอเพียงของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มีค่า Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO) เท่ากับ 0.91 ซึ่งมีค่ามากกว่า 0.50 แสดงว่า ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันในขนาดที่เหมาะสมในการนำไปวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจได้ และเมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติด้วย Bartlett's of Sphericity พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่า ตัวแปรทั้ง 55 ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันเหมาะสมใช้เทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบได้

2.2 ตรวจสอบความเหมาะสมของตัวแปรแต่ละตัวโดยใช้สถิติค่าความร่วมกัน (Communality : h^2) ที่ไม่ควรต่ำกว่า 0.50 (ยุทธ ไกยวรรณ, 2556) เพื่อใช้ในการวัดความเหมาะสมของตัวแปรที่จะนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบ พบว่า ตัวแปรที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์องค์ประกอบสุขภาพพอเพียงของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มีค่าความร่วมกันของตัวแปร จำนวน 53 ตัว มีค่าระหว่าง 0.51-0.79 และมี 2 ตัวแปรที่มีค่าความร่วมกันของ ตัวแปรน้อยกว่า 0.50 ได้แก่ SMEAN(s19) มีค่าเท่ากับ 0.43 และตัวแปร SMEAN(s32) มีค่าเท่ากับ 0.48 ผู้วิจัยจึงตัดตัวแปรทั้งสองออกจากการวิเคราะห์องค์ประกอบในลำดับถัดไป

2.3 การวิเคราะห์องค์ประกอบสุขภาพพอเพียงของนักศึกษาระดับปริญญาตรีด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (Principal Component Analysis : PCA) และหมุนแกนด้วยเทคนิค Varimax ซึ่งเป็นเทคนิคที่ทำให้มีจำนวนตัวแปรที่น้อยที่สุด ผลบวกกำลังสองของน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรทั้ง 53 ตัวแปร ในแต่ละองค์ประกอบ พบว่า ค่าไอเกน (Eigen Value)

มากกว่า 1 ขึ้นไป มี 14 องค์ประกอบ ค่าร้อยละความแปรปรวนสะสมทั้ง 14 องค์ประกอบ มีค่าเท่ากับ 62.81 สามารถอธิบายได้ว่าองค์ประกอบของสุขภาพพอเพียงของนักศึกษาระดับปริญญาตรี ทั้ง 14 องค์ประกอบ สามารถเป็นองค์ประกอบของสุขภาพพอเพียงของนักศึกษาระดับปริญญาตรีได้ร้อยละ 62.81 สำหรับค่าน้ำหนักองค์ประกอบสุขภาพพอเพียงของนักศึกษาระดับปริญญาตรี ภายหลังจากการหมุนแบบมุมฉาก (Orthogonal Rotation) ด้วยวิธีแวนริแมกซ์ (Varimax Method) มีจำนวน 14 องค์ประกอบ

การพิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบเพื่อพิจารณาว่าตัวแปรแต่ละตัวควรอยู่ในองค์ประกอบใด ใช้เกณฑ์การพิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Loading) มีค่ามากกว่า 0.30 แล้วคัดเลือกเฉพาะตัวแปรที่มีน้ำหนักองค์ประกอบสูงสุดบนองค์ประกอบนั้น อีกทั้งพิจารณาจำนวนตัวแปรที่ร่วมกันชี้วัดค่าความแปรปรวนของแต่ละองค์ประกอบตั้งแต่ 3 ตัวขึ้นไป (สุกมาส อังศุโชติ, สมถวิล วิจิตวรรณา, และรัชนิกุล ภิญญานานวัฒน์, 2552) ได้องค์ประกอบสุขภาพพอเพียงของนักศึกษาระดับปริญญาตรีที่เหมาะสมจำนวน 8 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1-7 และองค์ประกอบที่ 9 สำหรับองค์ประกอบที่ 8, องค์ประกอบที่ 10-14 ตัดทิ้งเนื่องจากตัวชี้วัดน้อยกว่า 3 ตัว มีการเรียงองค์ประกอบและมีการเรียกชื่อองค์ประกอบใหม่ ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 มีจำนวน 9 ตัวชี้วัด มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบระหว่าง 0.50-0.78 เรียกชื่อองค์ประกอบนี้ว่า “ชุมชนดี”

องค์ประกอบที่ 2 มีจำนวน 8 ตัวชี้วัด มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบระหว่าง 0.53-0.69 เรียกชื่อองค์ประกอบนี้ว่า “ครอบครัวดี”

องค์ประกอบที่ 3 มีจำนวน 3 ตัวชี้วัด มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบระหว่าง 0.54-0.65 เรียกชื่อองค์ประกอบนี้ว่า “ภูมิคุ้มกันและความมั่นคง”

องค์ประกอบที่ 4 มีจำนวน 3 ตัวชี้วัด มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบระหว่าง 0.62-0.72 เรียกชื่อองค์ประกอบนี้ว่า “การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง”

องค์ประกอบที่ 5 มีจำนวน 3 ตัวชี้วัด มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบระหว่าง 0.50-0.65 เรียกชื่อองค์ประกอบนี้ว่า “ความมีเหตุผลและคุณธรรม”

องค์ประกอบที่ 6 มีจำนวน 3 ตัวชี้วัด มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบระหว่าง 0.53-0.66 เรียกชื่อองค์ประกอบนี้ว่า “การดูแลตนเองดี”

องค์ประกอบที่ 7 มีจำนวน 3 ตัวชี้วัด มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบระหว่าง 0.51-0.73 เรียกชื่อองค์ประกอบนี้ว่า “การมีสุขภาพดี”

องค์ประกอบที่ 8 มีจำนวน 3 ตัวชี้วัด มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบระหว่าง 0.65-0.76 เรียกชื่อองค์ประกอบนี้ว่า “การใช้ชีวิตดี”

รายละเอียดของทั้ง 8 องค์ประกอบแสดง (ดังตารางที่ 1-8)

ตารางที่ 1 คำนำน้าหนักองค์ประกอบและคำอธิบายตัวแปรรายชื่อของสุขภาพพอเพียงของนักศึกษาระดับปริญญาตรี
องค์ประกอบที่ 1 “ชุมชนดี”

ชื่อตัวแปร	คำอธิบายตัวแปร	น้ำหนัก องค์ประกอบ
SMEAN(s51)	ท่านและครอบครัวมีความสัมพันธ์ที่ดีในชุมชนที่ท่านอยู่	0.78
SMEAN(s55)	ท่านและครอบครัวอยู่ในชุมชนที่มีความรัก สามัคคี ช่วยเหลือกัน	0.77
SMEAN(s50)	ท่านและครอบครัวอยู่ในชุมชนที่มีความสงบสุข	0.77
SMEAN(s53)	ท่านและครอบครัวอยู่ในชุมชนที่มีป้องกันและเฝ้าระวังโรคระบาดในชุมชน เช่น การกำจัดขยะเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออก เป็นต้น	0.66
SMEAN(s48)	ครอบครัวมีความสุข และความอบอุ่น	0.59
SMEAN(s45)	ครอบครัวเป็นตัวอย่างที่ดีด้านคุณธรรม เช่น การประหยัด ซื่อสัตย์ มีวินัยแก่สมาชิก ในครอบครัว	0.54
SMEAN(s52)	ท่านและครอบครัวอยู่ในชุมชนที่มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น มีลานออกกำลังกาย มีเครื่องออกกำลังกาย	0.52
SMEAN(s54)	ท่านและครอบครัวอยู่ในชุมชนที่มีสถานพยาบาลให้บริการสุขภาพในการดูแลสุขภาพ เบื้องต้น ให้คำปรึกษา และความรู้ด้านสุขภาพแก่คนในชุมชน	0.51
SMEAN(s49)	ท่านและครอบครัวอยู่ในชุมชนสิ่งแวดล้อมที่ดี เช่น ไม่มีขยะ ขยะรบกวน เป็นต้น	0.50
SMEAN(s45)	ครอบครัวเป็นตัวอย่างที่ดีด้านคุณธรรม เช่น การประหยัด ซื่อสัตย์ มีวินัยแก่สมาชิก ในครอบครัว	0.54
ค่าไอเกน (Eigen Value) เท่ากับ 13.51		
ค่าร้อยละของความแปรปรวน เท่ากับ 24.57		

ตารางที่ 2 คำนำน้าหนักองค์ประกอบและคำอธิบายตัวแปรรายชื่อของสุขภาพพอเพียงของนักศึกษาระดับปริญญาตรี
องค์ประกอบที่ 2 “ครอบครัวดี”

ชื่อตัวแปร	คำอธิบายตัวแปร	น้ำหนัก องค์ประกอบ
SMEAN(s42)	ครอบครัวมีความรู้ ภูมิปัญญาท้องถิ่น และความรู้ทั่วไปในการดูแลสุขภาพ	0.69
SMEAN(s43)	ครอบครัวแสวงหาความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพจากคนในชุมชนหรือเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข	0.65
SMEAN(s44)	ครอบครัวมีการแลกเปลี่ยนความรู้/ ถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพให้แก่บุตรหลานกัน	0.65
SMEAN(s39)	ครอบครัวมีการดูแลสุขภาพในครอบครัวที่ไม่สบายเบื้องต้นก่อน เช่น ให้รับประทาน ยาสามัญประจำบ้าน หรือยาสมุนไพร แต่ถ้าไม่ดีขึ้น จึงค่อยพึ่งสถานบริการสาธารณสุข	0.64

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ชื่อตัวแปร	คำอธิบายตัวแปร	น้ำหนักองค์ประกอบ
SMEAN(s38)	ครอบครัวมีหลักประกันชีวิต เช่น มีที่ดินทำกิน มีบ้านอาศัย มีอาหารกินพอเพียง มีเงินสำหรับใช้อย่างพอเพียง	0.62
SMEAN(s41)	ครอบครัวจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้น่าอยู่ ปลุกต้นไม้ กำจัดขยะ	0.62
SMEAN(s40)	สมาชิกในครอบครัวมีสุขภาพกายและใจดี	0.53
SMEAN(s46)	ครอบครัวดูแลสุขภาพให้แก่สมาชิกในครอบครัวที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้	0.53
ค่าไอเกน (Eigen Value) เท่ากับ 3.14		
ค่าร้อยละของความแปรปรวน เท่ากับ 5.70		

ตารางที่ 3 คำนวณน้ำหนักองค์ประกอบและคำอธิบายตัวแปรรายชื่อของสุขภาพพอเพียงของนักศึกษาระดับปริญญาตรี องค์ประกอบที่ 3 “ภูมิคุ้มกันและความมั่นคง”

ชื่อตัวแปร	คำอธิบายตัวแปร	น้ำหนักองค์ประกอบ
SMEAN(s21)	ท่านเก็บออมเงินไว้ใช้เมื่อยามจำเป็นหรือยามฉุกเฉิน	0.65
SMEAN(s31)	ท่านใช้จ่ายอย่างประหยัดเพื่อช่วยเหลือผู้ปกครองหรือครอบครัว	0.62
SMEAN(s47)	ครอบครัวช่วยกันประหยัด ไม่ฟุ่มเฟือย	0.54
ค่าไอเกน (Eigen Value) เท่ากับ 2.69		
ค่าร้อยละของความแปรปรวน เท่ากับ 4.89		

ตารางที่ 4 คำนวณน้ำหนักองค์ประกอบและคำอธิบายตัวแปรรายชื่อของสุขภาพพอเพียงของนักศึกษาระดับปริญญาตรี องค์ประกอบที่ 4 “การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง”

ชื่อตัวแปร	คำอธิบายตัวแปร	น้ำหนักองค์ประกอบ
SMEAN(s8)	ท่านเข้านอนตื่นนอนเป็นเวลา เช่น เข้านอน-ตื่นนอน 22.00-06.00 น. เป็นต้น	0.72
SMEAN(s6)	ท่านนอนหลับและพักผ่อนได้เพียงพอในแต่ละวัน	0.70
SMEAN(s12)	ท่านรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เช่น มีสารอาหารครบ 5 หมู่ ไม่เค็ม ไม่หวาน ไม่มัน ปลอดภัยจากสารเคมี เป็นต้น	0.62
ค่าไอเกน (Eigen Value) เท่ากับ 2.25		
ค่าร้อยละของความแปรปรวน เท่ากับ 4.09		

ตารางที่ 5 คำนวณน้ำหนักองค์ประกอบและคำอธิบายตัวแปรรายชื่อของสุขภาพพอเพียงของนักศึกษาระดับปริญญาตรี
องค์ประกอบที่ 5 “ความมีเหตุผลและคุณธรรม”

ชื่อตัวแปร	คำอธิบายตัวแปร	น้ำหนัก องค์ประกอบ
SMEAN(s35)	ท่านสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่างๆ ได้	0.65
SMEAN(s36)	ท่านใช้เหตุผลในการแก้ปัญหา	0.63
SMEAN(s17)	ท่านไม่เบียดเบียนและไม่ทำให้คนอื่นเดือดร้อน	0.50
ค่าไอเกน (Eigen Value) เท่ากับ 1.77		
ค่าร้อยละของความแปรปรวน เท่ากับ 3.23		

ตารางที่ 6 คำนวณน้ำหนักองค์ประกอบและคำอธิบายตัวแปรรายชื่อของสุขภาพพอเพียงของนักศึกษาระดับปริญญาตรี
องค์ประกอบที่ 6 “การดูแลตนเองดี”

ชื่อตัวแปร	คำอธิบายตัวแปร	น้ำหนัก องค์ประกอบ
SMEAN(s2)	ท่านสวมเสื้อผ้าที่สะอาด	0.66
SMEAN(s13)	ท่านรับประทานอาหารที่สด ใหม่ สะอาด	0.60
SMEAN(s14)	ท่านรับประทานอาหารในปริมาณที่พอเหมาะกับตนเอง	0.53
ค่าไอเกน (Eigen Value) เท่ากับ 1.53		
ค่าร้อยละของความแปรปรวน เท่ากับ 2.79		

ตารางที่ 7 คำนวณน้ำหนักองค์ประกอบและคำอธิบายตัวแปรรายชื่อของสุขภาพพอเพียงของนักศึกษาระดับปริญญาตรี
องค์ประกอบที่ 7 “การมีสุขภาพดี”

ชื่อตัวแปร	คำอธิบายตัวแปร	น้ำหนัก องค์ประกอบ
SMEAN(s26)	ท่านไปพบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพทุกปี	0.73
SMEAN(s25)	เวลาท่านซื้อของจะคิดนานว่าของนั้นต้องมีประโยชน์ ใช้ได้นาน และคุ้มค่า	0.63
SMEAN(s20)	ท่านกินง่าย อยู่ง่าย นอนง่าย	0.51
SMEAN(s11)	ท่านรับประทานอาหารเสริมหรือวิตามิน	-0.51
ค่าไอเกน (Eigen Value) เท่ากับ 1.49		
ค่าร้อยละของความแปรปรวน เท่ากับ 2.71		

ตารางที่ 8 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบและคำอธิบายตัวแปรรายข้อของสุขภาพพอเพียงของนักศึกษาระดับปริญญาตรี องค์ประกอบที่ 8 “การใช้ชีวิตดี”

ชื่อตัวแปร	คำอธิบายตัวแปร	น้ำหนัก องค์ประกอบ
SMEAN(s5)	ท่านใช้ชีวิตอย่างรีบเร่ง	0.76
SMEAN(s9)	ท่านใช้ความคิดมากไป	0.65
SMEAN(s10)	ท่านมีความเครียดจากการเรียน	0.65
ค่าไอเกน (Eigen Value) เท่ากับ 1.32		
ค่าร้อยละของความแปรปรวน เท่ากับ 2.39		

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์ห้องค์ประกอบสุขภาพพอเพียงของนักศึกษาระดับปริญญาตรี ได้ 8 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 ชุมชนดี องค์ประกอบที่ 2 ครอบครัวดี องค์ประกอบที่ 3 ภูมิคุ้มกันและความมั่นคง องค์ประกอบที่ 4 การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง องค์ประกอบที่ 5 ความมีเหตุผลและคุณธรรม องค์ประกอบที่ 6 การดูแลตนเองดี องค์ประกอบที่ 7 การมีสุขภาพดี องค์ประกอบที่ 8 การใช้ชีวิตดี ทั้งนี้อาจเป็นเพราะองค์ประกอบในแต่ละด้านของสุขภาพพอเพียงมีการพัฒนาส่งเสริมมาอย่างต่อเนื่องยาวนานตั้งแต่แผนพัฒนา ฉบับที่ 9 ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างอาจได้รับความรู้และซึมซับองค์ประกอบสุขภาพมาด้วย สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพพอเพียงหลายท่าน เช่น วิศิษฐ์ ฤทธิบุญไชย (2561) ศึกษาเกี่ยวกับการปรับใช้หลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของนักศึกษาในจังหวัดนครปฐม กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 400 คน ผลการวิจัย พบว่า การปรับใช้หลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงของนักศึกษาในจังหวัดนครปฐมอยู่ในระดับมากที่สุด โดยเรียงลำดับได้ ดังนี้ ด้านเงื่อนไขคุณธรรม ด้านเงื่อนไขความรู้ ด้านการมีภูมิคุ้มกัน ด้านความมีเหตุผล และด้านความพอประมาณ ตามลำดับ ระดับคุณภาพชีวิต

ของนักศึกษาในจังหวัดนครปฐม อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด โดยเรียงลำดับ ดังนี้ การพัฒนาด้านความคิดด้านร่างกาย ด้านจิตใจด้านอารมณ์ ด้านวินัย ด้านสังคม และด้านปัญญา ตามลำดับ และการปรับใช้หลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงมีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของนักศึกษาในจังหวัดนครปฐมโดยมีค่าสัมประสิทธิ์ เท่ากับ 0.94 นอกจากนี้ มีณิ อาภานันท์กุล (2561) ศึกษาความหมายของสุขภาพตามแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงตามการรับรู้ของประชาชนที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านแห่งหนึ่ง ได้ออก 2 ประเด็น ได้แก่ ลักษณะของสุขภาพพอเพียงและวิธีการที่ทำให้เกิดมีสุขภาพพอเพียง จากการสัมภาษณ์พบว่า สุขภาพพอเพียง หมายถึง การมีสุขภาพดีและไม่เจ็บป่วย การตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ การดูแลสุขภาพตนเอง การอยู่แบบพอเพียง และการหลีกเลี่ยงความเสี่ยงต่างๆ อีกทั้ง ศุภวรรณ วงศ์สร้างทรัพย์ (2560) พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่ยั่งยืนตามแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง สำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน รูปแบบการดูแลสุขภาพที่ยั่งยืนตามแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ประกอบด้วย 3 กิจกรรม 1) อาหารได้แก่ อาหารตามวัย (พอดีคำ) กินอยู่รู้ค่าใช้จ่าย

อย่างมีสุข และอาหารท้องถิ่น กินอยู่พอเพียง 2) ออกกำลังกาย ได้แก่ กาลังพอดิ หลัก 4 พ. ได้แก่ ผ่อนคลาย สายกลาง บริหารกายขยายสมองและกีฬาทางเลือก สุขภาพทางรอด และ 3) พักผ่อน ได้แก่ จังหวะชีวิต ลิขิตตามทำนอง ศิลปะบริหารจิตชีวิตพอเพียง นันทนาการเพื่อชีวิตจิต สดใสกายแข็งแรง และปลูกกล้าพอเพียง หล่อเลี้ยงจิต พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มทดลองก่อนการทดลองและหลังทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าเฉลี่ยภาวะสุขภาพ และคะแนนการปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพโดยการวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลมีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทุกตัวแปร โดยที่ตัวแปรทุกตัวมีแนวโน้มดีขึ้น หรือมีความคงทนและยั่งยืน จันทรชลิ มาพุท (2560) ศึกษาการดำเนินชีวิตตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงของนิสิตระดับอุดมศึกษา ผลการวิจัยพบว่า การดำเนินชีวิตตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงของนิสิตระดับอุดมศึกษาโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ด้านการดูแลสุขภาพ ด้านการแต่งกาย ด้านเศรษฐกิจและการใช้จ่ายของนิสิตอยู่ในระดับปานกลาง การดำเนินชีวิตตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงของนิสิตระดับอุดมศึกษาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มณี อาภานันท์กุล และคณะ (2558) วิเคราะห์และบูรณาการดัชนีชี้วัดสุขภาพพอเพียงกับแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์และบูรณาการดัชนีชี้วัดสุขภาพพอเพียงกับแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพในการพัฒนาดัชนีชี้วัดสุขภาพพอเพียงในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนภายใต้แนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจ

พอเพียง เป็นข้อมูลดัชนีชี้วัดสุขภาพพอเพียง จำนวน 36 ตัวชี้วัด ประกอบด้วย ระดับบุคคลมี 8 ตัวชี้วัด ระดับครอบครัวมี 12 ตัวชี้วัด และระดับชุมชนมี 16 ตัวชี้วัด ผลการวิจัยเมื่อบูรณาการดัชนีชี้วัดสุขภาพพอเพียงที่จำแนกตามระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ให้เข้ากับลักษณะตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง พบว่า 5 ตัวชี้วัดเข้าได้กับด้านความพอประมาณ อาทิเช่น ความเป็นอยู่แบบเรียบง่าย การประหยัด ไม่ฟุ้งเฟ้อ มีที่ทำกิน ที่อยู่อาศัย อาหารการกินพอเพียง เป็นต้น 7 ตัวชี้วัดเข้าได้กับด้านความมีเหตุผล อาทิเช่น การมีเงิน เก็บออม ยามจำเป็น การดูแลสุขภาพของคนในครอบครัว เป็นต้น 11 ตัวชี้วัดเข้าได้กับด้านการมีภูมิคุ้มกัน อาทิเช่น การดูแลสุขภาพตนเองให้แข็งแรงอย่างสม่ำเสมอ การหลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำลายสุขภาพ 9 ตัวชี้วัดเข้าได้กับด้านความรู้ อาทิเช่น การใช้จ่ายสามัญประจำบ้าน เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย มีการแสวงหาความรู้จากคนในชุมชนหรือเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ แลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น และข่าวสารต่าง ๆ เป็นต้น 4 ตัวชี้วัดเข้าได้กับด้านการมีคุณธรรม อาทิเช่น การใช้จ่ายอย่างคุ้มค่า ประหยัด ซื่อสัตย์ และการมีวินัย

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1.1 สถาบันการศึกษานำรูปแบบไปพัฒนาส่งเสริมสุขภาพพอเพียงของนักศึกษาให้เป็นรูปธรรมตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ทั้งในรูปแบบการบูรณาการในหลักสูตร รายวิชา และกิจกรรมของระดับสถาบัน

1.2 ควรนำผลการวิเคราะห์องค์ประกอบของสุขภาพพอเพียงของนักศึกษาระดับปริญญาตรีไปจัดทำสนทนากลุ่ม (Focus group) ก่อนนำไปใช้จริงเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาสุขภาพพอเพียงของนักศึกษา
ระดับปริญญาตรีเชิงคุณภาพ เพื่อนำไปสู่ความเข้าใจ
เชิงลึกของแนวคิดและพฤติกรรมของเยาวชนในระดับ
ปริญญาตรีอย่างแท้จริง

เอกสารอ้างอิง

จันทร์ขลิ มาพุทธ. (2560). การดำเนินชีวิตตามหลักปรัชญา
เศรษฐกิจพอเพียงของนิสิตระดับอุดมศึกษา.
วารสารศึกษาศาสตร์, 28(1), 28-40.

มณี อภานันท์กุล. (2561). สุขภาพพอเพียง. *วารสาร
สภากาชาดไทย*, 33(2), 5-14.

มณี อภานันท์กุล, รุจา ภูพานิชย์, และกุสุมา คุ้มวัฒนสัมพันธ์.
(2558). การวิเคราะห์และบูรณาการดัชนีชี้วัด
สุขภาพพอเพียงกับแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอ
เพียง. *วารสารสภากาชาดไทย*, 30(1), 41-57.

ยุทธ ไกยวรรณ. (2556). *การวิเคราะห์สถิติหลาย
ตัวแปรสำหรับงานวิจัย*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วิศิษฐ์ ฤทธิบุญไชย. (2561). การปรับใช้หลักปรัชญาของ
เศรษฐกิจพอเพียงที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพ
ชีวิตของนักศึกษาในจังหวัดนครปฐม. *วารสาร
สังคมศาสตร์วิจัย*, 9(2), 287-302.

ศุภวรรณ วงศ์สร้างทรัพย์. (2560). การพัฒนารูปแบบ
การดูแลสุขภาพที่ยั่งยืนตามแนวคิดปรัชญา
เศรษฐกิจพอเพียง สำหรับนักเรียนมัธยมศึกษา
ตอนต้น. *วารสารวิจัยทางการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ*, 11(2),
165-176.

สุภมาส อังสุโชติ. (2558). การใช้เทคนิคการวิเคราะห์
องค์ประกอบเพื่อพัฒนาเครื่องมือวิจัยพฤติกรรม
ศาสตร์. *ศรีปทุมปริทัศน์ ฉบับมนุษยศาสตร์และ
สังคมศาสตร์*, 15(1), 125-135.

สุภมาส อังสุโชติ, สมถวิล วิจิตวรรณ, และรัชนิภา
ภิญโญภาณุวัฒน์. (2552). *สถิติวิเคราะห์สำหรับ
การวิจัยทาง สังคมศาสตร์และพฤติกรรมการศึกษา
ศาสตร์ เทคนิคการใช้โปรแกรม Lisrel (พิมพ์ครั้งที่
3)*. กรุงเทพฯ: เจริญติ่มนังการพิมพ์.



ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับกลุ่มอาการสูงอายุของผู้ป่วยสูงอายุจักษุกรรม
โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)

**The Prevalence and Factors Related to Geriatric Syndromes
among Ophthalmic Older Patients at Mettapracharak Hospital
(Wat Raikhing)**

ภีรดา นาวิจิตร, พย.บ., Peerada Navyvichit, B.N.S.^{1*}

นงพิมล นิมิตรอนันท์, ส.ด., Nongpimol Nimit-arnun, Dr.P.H.²

ศศิธร รุจนเวช, Ph.D., Sasithorn Roojanaveth, Ph.D.³

¹นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

¹Student in Master of Adult and Gerontological Nursing Program, Christian University

²รองศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

²Associate Professor, Ph.D., College of Nursing, Christian University

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

³Assistant Professor, Ph.D., College of Nursing, Christian University

*Corresponding Author Email: Leo-peer33@hotmail.com

Received: December 30, 2023

Revised: April 2, 2024

Accepted: May 28, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของกลุ่มอาการสูงอายุและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับกลุ่มอาการสูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 120 ราย เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินกลุ่มอาการสูงอายุแบบครอบคลุม 3 มิติวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติค่าสหสัมพันธ์เชิงอันดับ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 55.80) มีโรคประจำตัวและมีการใช้ยาหลายขนาน อายุเฉลี่ย 69.93 ปี ($\bar{X}$ = 69.93, SD = 6.55) ความชุกกลุ่มอาการสูงอายุ ที่พบ 3 อันดับแรก ได้แก่ อาการโรคข้อเข่าเสื่อม การกลืนปัสสาวะไม่ได้ และการทรงตัวไม่ดี พบอาการในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ช่วงอายุ 60-69 ปี ปัจจัยเพศมีความสัมพันธ์กับการทรงตัวไม่ดี (r_s = .29) อายุมีความสัมพันธ์กับการทรงตัวไม่ดี การกลืนปัสสาวะไม่ได้ และอาการโรคข้อเข่าเสื่อม (r_s = .27, .24, -.18 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = .05) ข้อเสนอแนะ

พยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ ควรได้รับการฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพการประเมินสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุได้อย่างแม่นยำและครอบคลุมในทุกมิติ เพื่อนำมาใช้วางแผนการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุที่มีคุณภาพต่อไป

คำสำคัญ: ความชุก กลุ่มอาการสูงอายุ การประเมินกลุ่มอาการสูงอายุแบบครอบคลุม ผู้ป่วยสูงอายุ

Abstract

This correlational study aimed to describe the prevalence of geriatric syndrome, and analyze the relationship between personal factors and geriatric syndrome. The sample group was 120 older patients, using services at the outpatient department. The instrument for data collection consisted of a personal information interview guide and comprehensive geriatric assessment tools, including 3 domains (9 aspects of geriatric syndrome). Those tools were ready-approved quality through content validity and reliability. Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman Rank Correlation Coefficient statistics. The results showed that most of the sample were female (55.80%) with multi-morbidities and polypharmacy, with average years 69.93 ($\bar{X} = 69.93$, $SD = 6.55$). The top 3 symptoms included knee osteoarthritis, urinary incontinence and instability/fall risk. Those presented among female than male, in 60-69 years old. Gender was associated with instability significantly ($r_s = .293$). Age was associated significantly with instability, urinary incontinence, and knee osteoarthritis ($r_s = .276$; $r_s = .245$; $r_s = -.182$) ($p\text{-value} = .05$). Professional nurses in the area of geriatrics should receive training in developing the use of tools to assess the health of the elderly with accuracy while ensuring that all dimensions of health are 3 covered in order to use them in planning the provision of quality clinical services for the elderly.

Keywords: Prevalence, Geriatric syndrome, Comprehensive geriatric assessment, Older patients

บทนำ

การเพิ่มประชากรสูงอายุเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก องค์การสหประชาชาติ และองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2023) ได้กำหนดกลยุทธ์ “พุดพลัง” (Active aging) โดยเน้นแผนปฏิบัติการ 4 แผนหลัก ประกอบด้วย การเปลี่ยนมุมมองและการรับรู้ต่อประชากรสูงอายุ โดยให้มองว่า

ผู้สูงอายุคือทรัพยากรมีค่าของสังคม สร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมให้พัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง และยั่งยืน บูรณาการให้บริการสุขภาพ เน้นผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางโดยใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นฐานในการดูแล จัดบริการการดูแลในระยะยาว (long term care) และส่งเสริมการเข้าถึงบริการสำหรับผู้สูงอายุ

ทุกกลุ่ม ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาว และมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถเข้าถึงบริการทางสังคมและ บริการทางสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึง อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุมักจะพบปัญหาสุขภาพต่างๆ ที่สามารถเรียกได้ว่าเป็นกลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndromes) ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในวัยสูงอายุ มีพยาธิสภาพที่ซับซ้อนและสามารถเกิดได้จากหลายสาเหตุ อาทิ ความชราภาพของร่างกาย ผลข้างเคียงจากยาต่างๆ และ ภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรค ส่งผลต่อสุขภาพและการดูแลตนเองที่ถดถอยลง ทำให้ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิงผู้อื่น นอกจากนั้นผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะเจ็บป่วยได้มากกว่าคนกลุ่มอื่นๆ เป็นลักษณะการเจ็บป่วยที่ซับซ้อน ต้องการการดูแลที่ครอบคลุมและต่อเนื่อง การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบครบวงจร (Comprehensive geriatric assessment) ถือเป็นหัวใจพื้นฐานของการส่งเสริมสุขภาพ การดูแลภาวะการเจ็บป่วย การชะลอความรุนแรงของภาวะเหล่านั้นเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2556; วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2561) พาร์คเกอร์ และ คณะ (Parker et al., 2018) เสนอว่า องค์ประกอบการประเมินปัญหา กลุ่มอาการสูงอายุควรครอบคลุม 3 ด้าน ได้แก่ 1) สุขภาพกายและสมรรถนะทางกาย (Physical and functional health) 2) สุขภาพจิตและการรู้คิด (Psychological health and cognitive) และ 3) สังคมและสิ่งแวดล้อม (Social and environment) กลุ่มนักวิชาการสมาคมเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ สหราชอาณาจักร (ปทุมพร สุรอรุณสัมฤทธิ์ และวรลักษณ์ ศรีรินทร์ประเสริฐ, 2562; British Geriatric Society, 2015) เสนอองค์ประกอบการประเมินอย่างครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ 1) กายภาพ (Physical assessment) 2) การทำหน้าที่สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อม (Functional, social and environmental assessment) 3) จิตใจ (Psychological assessment) และ 4) การทบทวน

การใช้ยา (Medication review) และเสนอว่าการประเมินอย่างครอบคลุมจะทำให้การวินิจฉัยปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุมีคุณภาพยิ่งขึ้น ทั้งนี้ให้พิจารณาประยุกต์ใช้ตามความเหมาะสมกับบริบท สำหรับการพัฒนางานด้านความรู้ด้านการพยาบาลผู้สูงอายุนั้น ฟูลเมอร์ (Fulmer, 2007) โบลซ์ (Boltz, Capezuti, Zwicker, & Fulmer, 2012) และ คาเปซุติ (Capezuti et al., 2012) ได้พัฒนาเครื่องมือประเมินฯ “SPICES” เพื่อประกอบการวางแผนจำหน่าย อย่างไรก็ตาม เมื่อนำไปประยุกต์ใช้ที่แผนกผู้ป่วยนอก พบว่าผู้สูงอายุที่จำหน่ายไปแล้วเมื่อกลับมาใช้บริการมักขาดการติดตามประเมินกลุ่มอาการเหล่านี้ซึ่งอาจมีการเปลี่ยนแปลงไปจากระยะก่อนการจำหน่ายได้ ผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่มักได้รับการประเมินและการรักษาตามกลุ่มโรคเรื้อรังเดิม อีกทั้งผลการประเมินดังกล่าวไม่ได้ถูกนำมาใช้เพื่อแก้ปัญหาอย่างต่อเนื่องและครบวงจร

จากการประเมินผลการดำเนินงานคลินิกสูงอายุคุณภาพของโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) พบว่า ยังขาดฐานข้อมูลการคัดกรองผู้ป่วยสูงอายุที่ครอบคลุม กอปรกับมีผู้ป่วยสูงอายุจำนวนมากมารับบริการเป็นจำนวนมาก รวมทั้งมีข้อจำกัดในการใช้เครื่องมือคัดกรองมาตรฐาน ผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกลุ่มผู้รับบริการหลักของโรงพยาบาล ย่อมประสบปัญหา กลุ่มอาการสูงอายুর่วมกับปัญหาด้านจักษุกรรม นับเป็นปัญหาสุขภาพที่มีความซับซ้อน ยากแก่การจัดการดูแลเพียงด้านใดด้านหนึ่ง อีกทั้งยังทำให้ขาดความเชื่อมโยงข้อมูลและบริการระหว่างคลินิกจักษุกรรม และคลินิกผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาความชุกของกลุ่มอาการสูงอายุแบบครอบคลุม และความสัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคลที่คัดสรร เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางการจัดบริการเพื่อการดูแลผู้รับบริการสูงอายุ ที่มีคุณภาพต่อไป

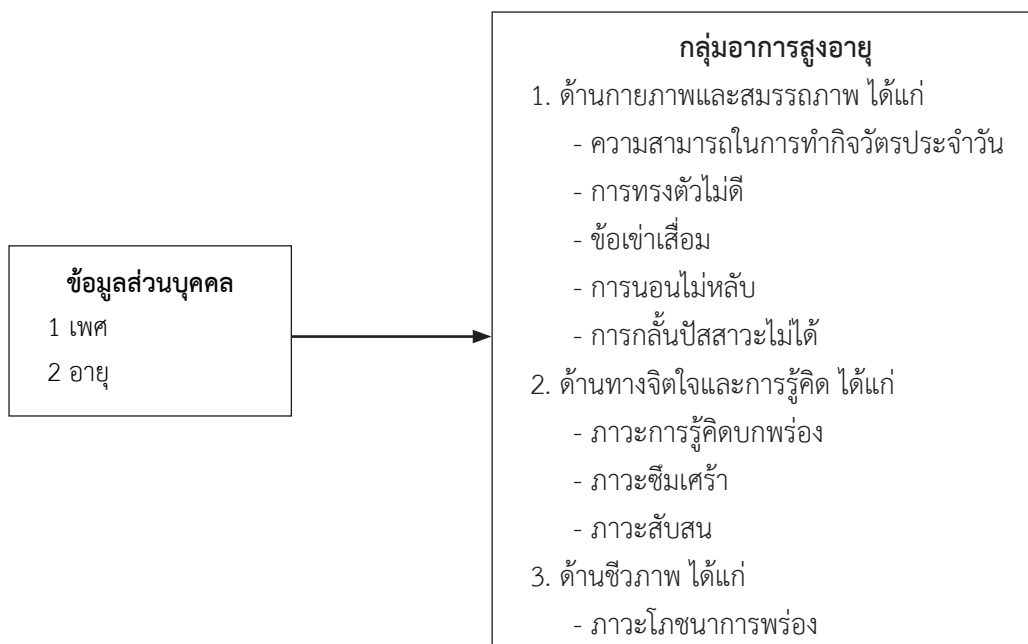
วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความชุกของกลุ่มอาการสูงอายุในผู้ป่วยสูงอายุจักษุกรรม และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับกลุ่มอาการสูงอายุ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยประยุกต์แบบจำลองการประเมินกลุ่มอาการสูงอายุจากงานวิจัยที่ผ่านมา (Boltz et al., 2012; Capezuti et al., 2012; Fulmer, 2007) ที่อธิบายว่า พยาบาลเฉพาะทางและ/ผู้ปฏิบัติการพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญ (Advance practice nurses) ในการจัดการดูแลผู้สูงอายุ ต้องมีสมรรถนะการวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ปัญหาสุขภาพที่มีความเฉพาะเจาะจงครอบคลุมกลุ่มอาการสูงอายุ สามารถคาดการณ์ปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนได้อย่างแม่นยำนำไปสู่การวางแผนป้องกันการเกิดความเสี่ยง และบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพของทีมนสหวิชาชีพ โดยมีพยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญนี้ เป็นบุคลากรหลักในการจัดการการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและเชื่อมโยงของข้อมูล และการจัดบริการที่ครอบคลุมและเป็นองค์รวม สำหรับผู้สูงอายุป่วยด้านจักษุกรรมร่วมกับปัญหาบางประการของกลุ่มอาการสูงอายุ อันจะนำไป

สู่คุณภาพการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นเลิศ กลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndromes) เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในประชากรวัยสูงอายุที่เป็นภาวะที่ซับซ้อนและมักเกิดจากหลายพยาธิสภาพ อาทิ ความชราภาพของร่างกาย ผลข้างเคียงจากยาต่างๆ และ ภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรค ส่งผลต่อสุขภาพและการดูแลตนเองที่ถดถอยลง ซึ่งปัญหาต่างๆ เหล่านี้สามารถใช้หลักการประเมินปัญหา 9 ปัญหาอาการ ที่มีความครอบคลุมมิติต่างๆ 3 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านกายภาพและสมรรถภาพ ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Functional ability) การทรงตัวไม่ดี และความเสี่ยงการหกล้ม (Balance problem and fall risk) ข้อเข่าเสื่อม (Knee osteoarthritis) การนอนไม่หลับ (Insomnia) การกลั้นปัสสาวะไม่ได้ (Urinary incontinence) 2) ด้านทางจิตใจ และการรู้คิด ได้แก่ การรู้คิดบกพร่อง (Cognitive impairment) ภาวะซึมเศร้า (Depression) ภาวะสับสน (Confusion or delirium) และ 3) ด้านชีวภาพ ได้แก่ ภาวะโภชนาการพร่อง (Malnutrition) อนึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องยืนยันว่าปัจจัยส่วนบุคคล (ได้แก่ เพศ และอายุ) มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการสูงอายุ (ดังภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยเชิงสำรวจเชิงวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (Correlational study) ศึกษาในประชากรผู้สูงอายุที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก จักษุ อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง เก็บข้อมูลในช่วงเดือนสิงหาคม-กันยายน พ.ศ. 2566 มีคุณสมบัติ ตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria) ได้แก่ มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี มีสัญชาติไทย และยินดีเข้าร่วมกิจกรรมทุกขั้นตอนของการทดสอบประเมิน/การเก็บข้อมูล เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันและหรือรุนแรงจนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน เป็นลม มีอาการปวดรุนแรง/เฉียบพลันในบริเวณใด ๆ จำเป็นต้องสังเกตอาการผิดปกติหรือการช่วยเหลือเบื้องต้น 2) ไม่สามารถเดินได้ด้วยตนเอง

ต้องใช้รถเข็นนั่ง หรือเปลนอน อุปกรณ์พยุงช่วยเดิน 3) เป็นผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัดวันแรก และ/ได้รับการขยายม่านตาภายในระยะเวลา 4-6 ชั่วโมง วิธีการสุ่มตัวอย่าง ใช้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา จำนวน 1,161 คน กำหนดขนาดตัวอย่าง ด้วยวิธีการใช้หลักร้อยละ (Kerlinger, 1966) จึงได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 116 คน เพื่อความเหมาะสมกับประชากรที่สามารถมีจำนวนนับได้ และมีขนาดไม่มากเกินไป จึงได้ใช้ขนาดตัวอย่างในการศึกษาคครั้งนี้ 120 ราย

2. เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ และแบบประเมินกลุ่มอาการสูงอายุ โดยชุดที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง โรคประจำตัว ยาที่ใช้เป็นประจำที่อยู่ และหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ ชุดที่ 2

ชุดแบบประเมินกลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndrome assessment tools) ประกอบด้วย 1) ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ใช้เครื่องมือ Barthel activities of daily living 2) การประเมินการทรงตัว ไม่ดีและความเสี่ยงการหกล้ม ใช้เครื่องมือ Time up and go test 3) ประเมินข้อเข่าเสื่อม ใช้เครื่องมือ OXFORD Knee score 4) การประเมินสมรรถภาพการรู้คิด ใช้เครื่องมือ 6 Item cognitive impairment test Thai version 5) ประเมินภาวะซึมเศร้า ใช้เครื่องมือ Thai geriatric depression scale 6) ประเมินภาวะสับสน ใช้เครื่องมือ The confusion assessment method 7) ประเมินการนอนไม่หลับ ใช้เครื่องมือ Insomnia severity index 8) ประเมินภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ใช้เครื่องมือ Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN) และ 9) ประเมินภาวะโภชนาการพร่อง ใช้เครื่องมือ Mini nutritional assessment เครื่องมือได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ จำนวน 3 ท่าน ทำการตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา และความถูกต้องเหมาะสมในการนำไปใช้ และให้ความเห็นสอดคล้องกันว่า เครื่องมือชุดนี้มีความเหมาะสม ได้ค่า CVI = 1.00 จากนั้น ผู้วิจัยนำแบบประเมินไปหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้สูตร Cronbach alpha coefficient สำหรับแบบประเมินความรุนแรงอาการปวดเข่าและแบบประเมินการนอนไม่หลับ ($\alpha = .93$; $\alpha = .91$ ตามลำดับ) ส่วนแบบประเมินกิจวัตรประจำวัน การทรงตัว อาการปวดเข่า สมรรถภาพการรู้คิด ภาวะซึมเศร้า ภาวะสับสน ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ และภาวะโภชนาการพร่อง หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธี Inter-rater reliability โดยนำเครื่องมือไปใช้กับผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการ จำนวน 10 ราย ($r = 1$)

3. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เนื่องจากผู้วิจัยมีความรู้และประสบการณ์ในการประเมินกลุ่มอาการสูงอายุ จึงเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทุกรายโดยจัดเรียงลำดับชุดเครื่องมือให้สะดวกและประหยัดเวลา รวมทั้งจัดเตรียมสถานที่ (ห้องตรวจแผนกผู้ป่วยนอก) และอุปกรณ์การตรวจให้พร้อมใช้ หากมีญาติมาด้วยจะเชิญเข้าร่วมสังเกตการณ์ด้วย ใช้เวลาเฉลี่ยรายละ 30 นาที และเพื่อไม่ให้เกิดการเสียเวลาของกลุ่มตัวอย่างในระหว่างให้ข้อมูล ผู้วิจัยจะสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่พบแพทย์ในลำดับท้าย ๆ เพื่อไม่ให้มีผลกระทบกับลำดับการตรวจโดยไม่เจาะจงแพทย์ที่ตรวจหรือโรคที่ประจำตัว เมื่อประเมินครบทุกด้านแล้วผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วน แล้วนำมาถ่ายรหัสบรรจุข้อมูลลงในคอมพิวเตอร์เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลและประมวลผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดค่าความเชื่อมั่นทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 สถิติเชิงพรรณนาที่ใช้ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสำหรับทุกตัวแปร ทดสอบการแจกแจงแบบปกติของตัวแปรด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test (K-S Test) เนื่องจากผลทดสอบการแจกแจงของตัวแปรไม่เป็นปกติ จึงวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยสถิติค่าสหสัมพันธ์เชิงอันดับ (Spearman rank correlation coefficient)

5. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ของมหาวิทยาลัยคริสเตียนเลขที่ น. 32/2565 ลงวันที่ 26 พฤษภาคม 2566 และการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) เลขที่ COA014/2566 ลงวันที่ 15 สิงหาคม 2566

มีการชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัยแก่ผู้ให้ข้อมูล และญาติ ให้เข้าใจชัดเจนเกี่ยวกับ วัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการ เวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูล และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขณะเก็บข้อมูลหากพบว่าผู้ให้ข้อมูลมีอาการอ่อนล้าหรือระบุนความไม่พร้อมใด ๆ ในการให้ข้อมูล ผู้วิจัยจะยุติการเก็บข้อมูลโดยทันทีพร้อมทั้งให้การดูแลตามกรณี เมื่อผู้ให้ข้อมูลสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว จึงให้ลงนามในใบยินยอม ผู้ให้ข้อมูลสามารถยุติการเข้าร่วมโครงการวิจัยในวงใดก็ได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลล่วงหน้า การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย ไม่มีผลต่อบริการการรักษาพยาบาลที่ได้รับ อนึ่ง การบันทึกข้อมูลจะไม่มีการเปิดเผยชื่อ-นามสกุลรวมทั้งผลการตรวจประเมินของผู้ให้ข้อมูล เอกสารและข้อมูลใด ๆ จะถูกทำลายภายหลังได้รับการนำเสนอและเผยแพร่แล้ว การเผยแพร่ข้อมูลทำในภาพรวมเท่านั้น ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยคัดเลือกทุกคน ยินดีเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีผู้ใดถอนตัวจากกระบวนการวิจัย

ผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์คุณลักษณะกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 55.80) อายุเฉลี่ย 69.93 ปี ($\bar{X} = 69.93$, $SD = 6.55$) อายุต่ำสุด 60 ปี อายุสูงสุด 92 ปี ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวมากกว่า 4 โรค (ร้อยละ 25.80) และ 3 โรค (ร้อยละ 20.50) มีการใช้ยาประจำ 1 ชนิด (ร้อยละ 30.00) 2 ชนิด (ร้อยละ 25.00) 3 ชนิด (ร้อยละ 20.83) เท่ากับหรือมากกว่า 4 ชนิด (ร้อยละ 16.67) ตามลำดับ พักอาศัยในครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 53.30) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 90.00) และเป็นข้าราชการบำนาญ (ร้อยละ 42.50)

เมื่อศึกษาความชุกของกลุ่มอาการสูงอายุในกลุ่มตัวอย่าง ความชุกของกลุ่มอาการสูงอายุ ด้านกายภาพ และสมรรถภาพ พบว่า 1) การทรงตัวไม่ดีและความเสี่ยงการหกล้ม มีความเสี่ยง 18 คน (ร้อยละ 15.00) ระยะเวลา

ทดสอบมากที่สุด 23.80 วินาที น้อยที่สุด 6.56 วินาที ระยะเวลาเฉลี่ย 10.26 วินาที ($\bar{X} = 10.26$, $SD = 2.52$) ผู้มีความเสี่ยงเป็นเพศชาย 6 คน (ร้อยละ 5.00) เพศหญิง 12 คน (ร้อยละ 10.00) ช่วงอายุ 70-79 ปี 8 คน (ร้อยละ 6.66) 60-69 ปี 5 คน (ร้อยละ 4.16) และ 80 ปีขึ้นไป 5 คน (ร้อยละ 4.16) ตามลำดับ 2) ความรุนแรงอาการปวดเข่า/โรคข้อเข่าเสื่อม พบอาการผิดปกติ 33 คน (ร้อยละ 27.50) จำแนกเป็นผู้เริ่มมีอาการ 29 คน (ร้อยละ 24.20) มีอาการระดับปานกลาง 4 คน (ร้อยละ 3.30) เป็นเพศชาย 13 คน (ร้อยละ 10.83) เพศหญิง 20 คน (ร้อยละ 16.66) ช่วงอายุ 70-79 ปี 16 คน (ร้อยละ 13.33) 60-69 ปี 11 คน (ร้อยละ 9.16) และ 80 ปีขึ้นไป 6 คน (ร้อยละ 5.00) ตามลำดับ 3) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ทุกรายไม่มีภาวะพึ่งพา (คะแนนมากกว่า 12 คะแนน ร้อยละ 100.00) 4) ภาวะกลืนปัสสาวะไม่ได้ มีปัญหา 24 คน (ร้อยละ 20.00) เป็นเพศหญิง 13 คน (ร้อยละ 10.83) เพศชาย 11 คน (ร้อยละ 9.16) ช่วงอายุ 60-69 ปี 10 คน (ร้อยละ 8.33) 70-79 ปี 9 คน (ร้อยละ 7.50) และ 80 ปีขึ้นไป 2 คน (ร้อยละ 1.66) ตามลำดับ และ 5) ภาวะการนอนไม่หลับ พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาการนอนไม่หลับเพียง 16 คน (ร้อยละ 13.40) ซึ่งมีปัญหาระดับน้อย 14 คน (ร้อยละ 11.70) ระดับปานกลาง 2 คน (ร้อยละ 1.70) เป็นเพศหญิงและเพศชาย กลุ่มละ 8 คน ช่วงอายุ 60-69 ปี และ 70-79 ปี กลุ่มละ 7 คน (ร้อยละ 5.83) และ 80 ปีขึ้นไป 5 คน (ร้อยละ 4.16) ตามลำดับ

ความชุกด้านสมรรถนะทางจิตใจ และการรู้คิด พบว่า 1) สมรรถภาพการรู้คิด พบ 1 ราย (ร้อยละ 0.80) ที่อาจมีปัญหาด้านนี้ เป็นเพศหญิง อายุ 68 ปี 2) ภาวะซึมเศร้า พบ 1 ราย (ร้อยละ 0.80) ที่อาจมีปัญหาด้านนี้ เป็นเพศชาย อายุ 60 ปี และ 3) ภาวะสับสน พบ 2 คนที่อาจมีปัญหาด้านนี้ (ร้อยละ 1.70) เป็นเพศหญิง อายุ 68 ปี

ความชุกด้านชีวภาพ ภาวะโภชนาการพร่อง พบว่า (ร้อยละ 1.66) และ 80 ปีขึ้นไป 1 คน (ร้อยละ 0.83) มีความเสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร 3 คน (ร้อยละ 2.50) และไม่พบผู้ที่มีภาวะขาดสารอาหาร (ดังตารางที่ 1) เป็นเพศหญิงทั้ง 3 คน ช่วงอายุ 60-69 ปี 2 คน

ตารางที่ 1 ความชุกของกลุ่มอาการสูงอายุ (n = 120)

กลุ่มอาการสูงอายุ	เพศ				ช่วงอายุ (ปี)					
	ชาย (ราย)	ร้อยละ	หญิง (ราย)	ร้อยละ	60-69 (ปี)	ร้อยละ	70-79 (ปี)	ร้อยละ	80 ขึ้นไป (ปี)	ร้อยละ
1. การทรงตัวไม่ดี	6	5.00	12	10.00	5	4.16	8	6.66	5	4.16
2. ข้อเข่าเสื่อม	13	10.83	20	16.66	11	9.16	16	13.33	6	5
3. ความสามารถทำ กิจวัตรประจำวัน	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4. ภาวะกลืนปัสสาวะไม่ได้	11	9.16	13	10.83	10	8.33	9	7.50	5	4.16
5. ภาวะนอนไม่หลับ	8	6.66	8	6.66	7	5.83	7	5.83	2	1.66
6. ภาวะการรู้คิดบกพร่อง	-	-	1	0.83	1	0.83	-	-	-	-
7. ภาวะซึมเศร้า	1	0.83	-	-	1	0.83	-	-	-	-
8. ภาวะสับสน	-	-	2	1.66	2	1.66	-	-	-	-
9. ภาวะโภชนาการพร่อง	-	-	3	2.50	2	1.66	-	-	1	0.83

เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการสูงอายุและปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า เพศ และอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับน้อย ($p < .01$) กับกลุ่มอาการการทรงตัวไม่ดี ($r_s = .29$, $r_s = .36$ ตามลำดับ) อายุมีความสัมพันธ์ในทางลบระดับน้อยกับความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อม ($r_s = -.29$) และมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับน้อยกับการกลืนปัสสาวะไม่ได้ ($r_s = .24$) ($p < .05$) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับกลุ่มอาการสูงอายุ (n = 120)

กลุ่มอาการสูงอายุ	ปัจจัยส่วนบุคคล	
	เพศ (r _s)	อายุ (r _s)
ด้านทางกายภาพและสมรรถภาพ		
การทรงตัวไม่ดี	.29**	.36**
ข้อเข่าเสื่อม	-.03	-.29**
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	0.00	0.00
ภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่	-.01	.24**
ภาวะนอนไม่หลับ	-.05	.09
ด้านจิตใจและการรู้คิด		
ภาวะการรู้คิดบกพร่อง	.08	-.07
ภาวะซึมเศร้า	-.10	.07
ภาวะสับสน	-.11	.11
ด้านชีวภาพ: ภาวะพร่องโภชนาการ	.14	.00

**p < .01

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการสำรวจความชุกของกลุ่มอาการสูงอายุ พบว่า มีเพียงน้อยราย ที่พบความผิดปกติ ได้แก่ ปัญหาการรู้คิดบกพร่องหรือสมรรถภาพการรู้คิด 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.83 ปัญหาภาวะซึมเศร้า 1 ราย คิดเป็นร้อยละ .83 ปัญหาภาวะสับสน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.67 ปัญหาความเสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.50 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะสถานที่ที่ใช้ในการเก็บกลุ่มตัวอย่างเป็นคลินิกจักษุ ที่นัดผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้อกระจก 1 วันเพื่อมาติดตามการรักษา ซึ่งโดยปกติ ผู้สูงอายุที่ถูกคัดเลือกเพื่อผ่าตัดต้อกระจกและนัดให้มาพบแพทย์ในวันรุ่งขึ้นได้ ถึงแม้จะสูงอายุ แต่มักได้รับการประเมินจากแพทย์และทีมพยาบาลที่ดูแลก่อนผ่าตัดว่า แม้จะมีโรคเรื้อรังแต่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ดี และมักไม่มีภาวะของกลุ่มอาการสูงอายุ ในทางตรงกันข้าม

มักเป็นผู้สูงอายุที่มีความตื่นตัว เข้าถึงบริการรักษาได้ดี จึงแทบไม่พบกลุ่มอาการสูงอายุ ดังเช่นการศึกษาของ Ruiss, Pai, Pilwachs, Bayer, Palkovits, and Findl. (2024) พบว่าการติดตามผู้สูงอายุที่ได้รับหัตถการเช่นนี้ มักนิยมใช้การโทรศัพท์เพื่อสอบถามอาการ และเน้นภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับแผลผ่าตัด อาจอธิบายได้ว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีภาวะสุขภาพค่อนข้างดี มีผู้ดูแลใกล้ชิดเพื่อพามาตรวจกับแพทย์ได้ตามนัด

ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านเพศ มีความสัมพันธ์กับภาวะการทรงตัวไม่ดี และความเสี่ยงการหกล้ม ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะ เมื่ออายุที่เพิ่มมากขึ้นการสร้างฮอร์โมนที่จำเป็นมีการสร้างลดลงตามลำดับ ซึ่งมีผลต่อการสร้างเนื้อเยื่อที่หุ้มกระดูกและกระดูกอ่อนบริเวณข้อต่าง ๆ ส่งผลต่อการเคลื่อนไหวร่างกายที่บกพร่อง โดยจะ

พบมากในเพศหญิง ซึ่งจากกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษ พบว่าจำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม (การทดสอบโดยใช้เครื่องมือ Time up and go test >12 วินาที) ทั้งหมด 18 ราย เป็นเพศหญิง 12 ราย และ เพศชาย 6 ราย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ลัดดา เถียมวงศ์ และจอม สุวรรณโณ (2557) ที่ศึกษาปัจจัยที่ เกี่ยวข้องกับการทรงตัวบกพร่องของผู้สูงอายุในชุมชน ชนบท พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 63.7 และมีการทรงตัวบกพร่อง ร้อยละ 24

ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านอายุ มีความสัมพันธ์กับ ภาวะการทรงตัวไม่ดี และความเสี่ยงการหกล้ม ทั้งนี้อาจ เป็นเพราะในการศึกษครั้งนี้ กลุ่มผู้สูงอายุตอนปลาย ทั้งหมด 12 ราย มีปัญหาด้านภาวะการทรงตัวไม่ดี จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 50 ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุ ตอนกลาง 41 ราย มีปัญหาด้านภาวะการทรงตัวไม่ดี จำนวน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 21 และในกลุ่มผู้สูงอายุ ตอนต้น 67 ราย มีปัญหาด้านภาวะการทรงตัวไม่ดี จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 9 ซึ่งจะเห็นได้ว่า สัดส่วน ของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษากลุ่มอายุที่มากขึ้นจะพบ ปัญหาด้านการทรงตัวที่มากขึ้นเช่นกัน และปัจจัยส่วน บุคคล ด้านอายุที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงอาการ ปวดเข่า เนื่องจากเมื่อมีอายุมากขึ้นกระดูกมีน้ำหนัก ลดลงเพราะ น้ำไขข้อลดลง กระดูกอ่อนบริเวณข้อเสื่อม มี แคลเซียมเกาะมากขึ้น การเคลื่อนไหวข้อต่างๆ ไม่สะดวก เกิดการตึงแข็ง อักเสบและติดเชื้อง่าย ซึ่งสอดคล้อง กับการศึกษาของ สมลักษณ์ เพ็ชรมานะกิจ, พชรินทร์ พุทธิรักษา, สุพิน สาลิกา, และวิไล คุปต์นิรติศัยกุลม (2560) ที่ได้ทำการศึกษาศามารถในการทรงตัว ของผู้สูงอายุ ในชุมชนอำเภออัมพวา พบว่า ปัจจัยด้าน อายุ มีความสัมพันธ์กับการทรงตัวที่บกพร่อง โดยระบบ ประสาท เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ระบบประสาทและสมองจะ ทำงานช้าลง ความสัมพันธ์ระหว่างสมองกับกล้ามเนื้อ และข้อเริ่มสูญเสีย ทำให้การทรงตัวไม่ดี เกิดจากเซลล์

ประสาทตายแล้ว ไม่มีการเกิดขึ้นใหม่อีก ทำให้ความจำ ลดลง ความสามารถในการเรียนรู้ลดลง ปฏิบัติการตอบ สนองต่อสิ่งต่าง ๆ ลดลง ความรู้สึกและการเคลื่อนไหว ช้าไปด้วย และสัมพันธ์กับการศึกษาของ Khired et al. (2023) ที่ได้ศึกษาเรื่อง อาการปวดเข่า และอิทธิพลต่อ คุณภาพชีวิต และการทำงานของร่างกาย ผลการศึกษา พบว่า อายุที่มากขึ้นส่งผลโดยตรงกับอุบัติการณ์การเกิด ภาวะข้อเข่าเสื่อม ซึ่งเห็นได้จากผู้สูงอายุที่ทำการศึกษามี อาการของเข่าเสื่อมจำนวน 33 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.5 โดยพบเริ่มมีอาการของภาวะข้อเข่าเสื่อม จำนวน 30 ราย ร้อยละ 91 และมีภาวะข้อเข่าเสื่อมระดับปานกลาง จำนวน 3 ราย ร้อยละ 9 รวมถึงปัจจัยส่วนบุคคล ด้านอายุ ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะกล้ามเนื้อข้อเข่าเสื่อม ไม่ได้ออกกำลังกายสม่ำเสมอ สวมรองเท้าที่ไม่เหมาะสม และน้ำหนักตัวที่มากเกินไป (2562) ได้กล่าวถึงผู้สูงอายุที่มีปัญหากล้ามเนื้อข้อเข่าเสื่อม ไม่ได้มักจะพบได้บ่อยและสามารถพบได้มากขึ้นใน ผู้สูงอายุที่มีอายุเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากอายุที่เพิ่มมากขึ้น จะมีความเสื่อมและการเปลี่ยนแปลงของร่างกายใน ระบบทางเดินปัสสาวะ กระเพาะปัสสาวะที่มีการใช้งาน มานานจะมีความทำงานที่แปรปรวนได้ฮอร์โมนที่ลดลง มีการหย่อนตัวของกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน การบีบรัด ของกล้ามเนื้อหูรูดไม่แข็งแรง การศึกษาแบบเป็นระบบ และการวิเคราะห์เมต้าของ Batmani, Mohammadi and Bokae (2021) พบว่า ผู้สูงอายุ 55-106 ปี มีภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ โดยมีปัจจัยที่มีอิทธิพล มากที่สุดได้แก่อายุของเพศหญิง ($p < .001$) จากกลุ่มตัวอย่าง ที่ทำการศึกษพบว่า มีผู้สูงอายุเพศหญิงที่สามารถ แบ่งตามช่วงอายุ ได้แก่ ผู้สูงอายุตอนต้น จำนวน 41 ราย พบว่า มีปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.90 ผู้สูงอายุตอนกลาง จำนวน 21 ราย มีปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ จำนวน 5 ราย คิดเป็น ร้อยละ 12.10 และผู้สูงอายุตอนปลาย จำนวน 7 ราย มีปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ จำนวน 4 ราย คิดเป็น

ร้อยละ 33.30 ซึ่งจะเห็นได้ว่าเพศหญิงมีภาวะสุขภาพที่แตกต่างกัน การเจริญและความสมบูรณ์ของอวัยวะต่าง ๆ ต้องอาศัยฮอร์โมนเอสโตรเจน แต่ภายหลังจากการหมดประจำเดือน ฮอร์โมนเอสโตรเจนจะลดลง และปัจจัยเรื่อง การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร อาจส่งผลกระทบต่อระบบทางเดินปัสสาวะและกล้ามเนื้อโดยรอบ เมื่อกล้ามเนื้อที่รองรับระบบทางเดินปัสสาวะอ่อนแอ กล้ามเนื้อในระบบทางเดินปัสสาวะจะต้องทำงานหนักขึ้นเพื่อกลั้นปัสสาวะ จนกว่าจะพร้อมปัสสาวะซึ่งจะส่งผลทำให้เกิดปัสสาวะเล็ดหรือรั่วไหลได้

ข้อจำกัดของการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้ พบความชุกของกลุ่มอาการสูงอายุของผู้ป่วยน้อยมาก อาจเกิดจากการเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา ผู้สูงอายุในกลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มที่สามารถเข้าถึงบริการการผ่าตัดได้จากโรงพยาบาลเฉพาะทาง แม้จะมีภาวะข้อเข่าเสื่อมตามวัย มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม แต่ยังสามารถเดินทางเพื่อการตรวจวินิจฉัย การเตรียมร่างกายก่อนผ่าตัด และการเดินทางมาพบแพทย์หลังผ่าตัดได้ จึงไม่น่าเป็นกลุ่มประชากรที่ดีสำหรับการศึกษาความชุกของกลุ่มอาการสูงอายุ ในการศึกษาครั้งต่อไปควรเลือกศึกษาในกลุ่มผู้ด้อยโอกาสที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล เป็นโรคเรื้อรังที่คุมอาการไม่ได้คาดว่าจะพบความชุกของกลุ่มอาการสูงอายุมากกว่านี้

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1.1 เนื่องจากเครื่องมือที่ใช้มีความหลากหลาย พยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ และทีมบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ควรร่วมกันพัฒนาเครื่องมือและแนวปฏิบัติการประเมินสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุ สำหรับผู้รับบริการในแผนกต่าง ๆ ที่มี

ความเหมาะสมกับบริบทของสถานบริการสุขภาพนั้น ๆ

1.2 เนื่องจากยังขาดบุคลากรที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญ ผู้บริหารและผู้รับผิดชอบคลินิกผู้สูงอายุ คุณภาพ ควรตระหนักถึงความสำคัญของการฝึกอบรมบุคลากรให้มีศักยภาพในการใช้ชุดเครื่องมือประเมินฯ ได้อย่างแม่นยำและครอบคลุมในทุกมิติ เพื่อนำข้อมูลผลการประเมินมาเป็นฐานการวางแผนจัดบริการ “คลินิกผู้สูงอายุ” ที่มีคุณภาพ

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้น้อยไม่หลากหลายมากนัก จึงควรศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลอื่น ๆ อาทิ ดัชนีมวลกาย โรคเรื้อรังร่วมหลายโรค รวมทั้งการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น ช่วงอายุกว้างขึ้นและครอบคลุมผู้สูงอายุที่มีคุณลักษณะแตกต่างหลากหลาย อาจทำให้พบความชุกของกลุ่มอาการสูงอายุมากขึ้นอันจะสะท้อนเพื่อสถานการณ์ปัญหาได้ชัดเจนขึ้น

2.2 ควรศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาการหรือชะลอความรุนแรงของกลุ่มอาการสูงอายุที่ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เป็นฐาน (Evidence-based) โดยเฉพาะปัญหา/อาการที่ยังมีการศึกษาไม่แพร่หลาย อาทิ ปัญหาการนอนหลับ การกลั้นปัสสาวะ ภาวะซึมเศร้า ภาวะการรู้คิดบกพร่อง

เอกสารอ้างอิง

- ปทุมพร สุอรุณสัมฤทธิ์ และวราลักษณ์ ศรีนนท์ ประเสริฐ. (2562). ความสามารถในการทำงานลดลงของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. *วารสารพัฒนวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*, 18(2), 66-78.
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2556). *ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน*. กรุงเทพฯ: ยูเนียนคริสเชียน.

- ลัดดา เลี่ยมวงศ์, และจอม สุวรรณโณ. (2557). ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการทรงตัวบกพร่องของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 6(2), 56-69.
- วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. (2561). *พฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุสำหรับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุขั้นต้น* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สมาคมพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย.
- สมทรง จีระวรานันท์, และจุฬาลักษณ์ ใจแปง. (2562). ภาวะกลืนปัสสาวะไม่ได้ในผู้สูงอายุ: บทบาทพยาบาล. *วารสารการพยาบาล*, 21(2), 77-87.
- สมลักษณ์ เพียรมานะกิจ, พัทธรินทร์ พุทธิรักษา, สุพิน สาลิกา, และวิไล คุณัตินฤติศัลยกุล. (2560). ความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุในชุมชนอำเภออัมพวา. *วารสารกายภาพบำบัด*, 30(2), 53-61.
- Batmani, S., Mohammadi, M., & Bokaei, S. (2021). Prevalence and factors related to urinary incontinence in older adults women worldwide: a comprehensive systematic review and meta-analysis of observational studies. *BMC Geriatrics*, 21(212), 1-17. doi:10.1186/s12877-021-02135-8
- Boltz, M., Capezuti, E., Zwicker, D., & Fulmer, T. (2012). *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice* (4th ed.). New York: Springer.
- British Geriatric Society. (2015). *Comprehensive Geriatric Assessment Toolkit for Primary Care Practitioners*. Retrieved from https://www.bgs.org.uk/sites/default/files/content/resources/files/2019-03-12/CGA%20Toolkit%20for%20Primary%20Care%20Practitioners_0.pdf
- Capezuti, E., Boltz, M., Cline, D., Dickson, V. V., Rosenberg, M. C., Wagner, L., ... & Nigolian, C. (2012). Nurses Improving Care for Healthsystem Elders—a model for optimising the geriatric nursing practice environment. *Journal of Clinical Nursing*, 21(21-22), 3117-3125. doi:10.1111/j.1365-2702.2012.04259.x
- Fulmer, T. (2007). How to try this: Fulmer SPICES: A framework of six marker condition can help focus assessment of hospitalized older patients. *The American journal of nursing*, 107(10), 40-49.
- Kerlinger, F. N. (1966). *Foundation of Behavioral Research, Education and Psychological Inquiry*. New York: Holt Rine - Hartand Winstorn Inc.
- Khired, Z., Albeladi, F., Abudeyah, M., Alluli, M., Al Faqih, A., Suwavdi, A., & Salih, S. (2023). Knee pain and its influence on quality of life and physical function in Jazan adult population: A cross sectional study. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 22, 1-6. doi:10.1016/j.cegh.2023.101346

- Parker, S. G., McCue, P., Phelps, K., McCleod, A., Arora, S., Nockels, K., ... & Conroy, S. (2018). What is comprehensive geriatric assessment (CGA)? An umbrella review. *Age and ageing*, 47(1), 149-155.
- Ruiss, M., Pai, V., Pilwachs, C., Bayer, N., Palkovits, S., & Findl, O. (2024). Quality assurance via telephone interviews after cataract surgery: An explorative study. *Plos one*, 19(3), <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0298149>
- World Health Organization (2023). *Progress report on the United Nations Decade of Healthy Ageing, 2021-2023*. Geneva: Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO



ผลของการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวาน และความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานในประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2

The Effects of Using the Health Belief Model on Diabetes Preventive Behaviors and Risk of Diabetes in the Population at Risk for Type 2 Diabetes

มงคล การุณงามพรรณ, วท.ม., Mongkol Karoonngamphan, M.Sc.^{1*}

ภาวดี รามสิทธิ์, กศ.ม., Pavadee Ramsit, M.Ed.²

ศิริัญญา ชุ่มเต็ม, พย.ม., Sirinya Chumtem, M.N.S.³

¹ผู้ช่วยศาสตราจารย์, อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

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

²อาจารย์, สำนักวิชาศึกษาทั่วไป วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

²Lecturer, School of General Education, Saint Louis College, Sathorn, Bangkok

³ผู้จัดการแผนกฝึกอบรมและบริการงานวิจัย, โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์

³Manager of Training and Service Center, Saint Louis Hospital, Sathorn, Bangkok

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

Received: February 11, 2024

Revised: May 18, 2024

Accepted: May 28, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่ม วัดผลก่อน-หลัง และวัดซ้ำ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันและความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานในประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรสายสนับสนุนวิชาการของสถาบันการศึกษาแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 28 คน ใช้ระยะเวลาศึกษา 16 สัปดาห์ เป็นระยะทดลอง 12 สัปดาห์ และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรม ซึ่งประกอบด้วย สัปดาห์ที่ 1-2 ให้ความรู้ และการติดตามเพื่อให้ข้อมูลป้อนกลับรายบุคคลเกี่ยวกับข้อมูลภาวะสุขภาพ การกระตุ้นเตือน และให้คำปรึกษา 3 ครั้งในสัปดาห์ที่ 4, 8 และ 12 และการแลกเปลี่ยนข้อมูลผ่านแอปพลิเคชันไลน์ตลอดช่วงทดลอง จากนั้นเก็บข้อมูลหลังการทดลองและระยะติดตามผลในสัปดาห์ที่ 12 และ 16 ตามลำดับ โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น (CVI = 1.00, Reliability = .75) และเก็บข้อมูลปัจจัยความเสี่ยง

ต่อโรคเบาหวาน ได้แก่ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และความดันโลหิต วัดผลก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวน เมื่อมีการวัดซ้ำ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันเบาหวานมากกว่า และมีดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ข้อเสนอแนะ ควรใช้โปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยเน้นการลดทอนอุปสรรคของกลุ่มตัวอย่างให้ตรงประเด็น และต่อเนื่องตลอดโครงการ ในการส่งเสริมให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 เกิดพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันเบาหวาน ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2

คำสำคัญ: พฤติกรรมป้องกันเบาหวาน ความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2

Abstract

This one-group quasi-experimental research using pre-test, post-test, and follow-up design, aimed to study the effect of using a health belief model on diabetes preventive behaviors and diabetes risk in populations at risk for type 2 diabetes. The sample group was 28 academic support personnel in an educational institution in Bangkok who were at risk for type 2 diabetes. The research was conducted over a period of 16 weeks, 12 weeks were allotted for the intervention and another 4 weeks were provided for the follow-up period. The sample group was given the programs which consisted of educational sessions on the 1st-2nd week and followed-up by providing individualized feedback on health status information, prompting and providing 3 consultations on the 4th, 8th, and 12th, and exchanging information through the LINE application throughout the experimental period. On the ward, the data were collected in the post-test phase on the 12th week and the follow-up phase on the 16th week. The diabetes preventive behavior questionnaire was developed by the researcher (CVI = 1.00, Reliability = .75) and collected data on risk factors for diabetes, including body mass index, waist circumference, and blood pressure. Measuring was in the pre-test, post-test, and follow-up period. The statistical analysis was performed by using percentages, means, standard deviations, and repeated measure ANOVA. The results found that the sample group had a mean score on health behaviors to prevent type 2 diabetes increased more than and there is a risk factor for developing type 2 diabetes, namely body mass index and the waist circumference decreased less than before receiving the health belief program with statistical significance at the .05 level. This finding suggests that the health belief program should be used to promote the population at risk for type 2 diabetes by emphasizing on reducing the obstacles of the sample group to the point and

continuously throughout the project to develop healthy behaviors to prevent type 2 diabetes. Continuously, this will help reduce the risk of developing type 2 diabetes.

Keywords: *diabetes preventive behaviors, risk of diabetes, the health belief model, population at risk for type 2 diabetes*

บทนำ

อุบัติการณ์ของโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี สหพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation: IDF) (2021) คาดว่าจะเพิ่มเป็น 783 ล้านคน ในอีก 25 ปีข้างหน้า ในประเทศไทยมีผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี โรคเบาหวานเป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดโรคอื่นๆ ในกลุ่มโรค NCDs เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง (ธเรศ กรัษนัยรวิวงศ์, 2565) ผู้ที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวานมีโอกาสดังกล่าวในระยะเวลา 5-10 ปี มากกว่าคนทั่วไปถึง 10 เท่า (International Diabetes Federation, 2021) ในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2564 ยังพบมีผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงร้อยละ 1.96 ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายคือไม่เกินร้อยละ 1.85 (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2565)

อย่างไรก็ตามเบาหวานจัดเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้โดยการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตที่ถูกต้อง โดยการบริโภคอาหารอย่างเหมาะสม ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จัดการความเครียด หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ และดื่มแอลกอฮอล์ (American Diabetes Association Professional Practice Committee, 2022) ปัจจัยหนึ่งที่มีผลโดยตรงต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคคือ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model; HBM) ปัจจุบันทฤษฎี HBM ของ Becker (1974) ได้ถูกนำมาประยุกต์ใช้อย่างแพร่หลายในการสร้างเสริมพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค โดยทฤษฎีกล่าวว่าบุคคลที่รับรู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการมีปัญหาด้านสุขภาพ จะเกิดแรงผลักดัน

ให้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยจะทำการเปรียบเทียบระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติฯ กับการรับรู้อุปสรรคต่าง ๆ ในการปฏิบัติฯ แล้วจึงตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเอง โดยอาศัยสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติเพื่อเป็นตัวเร่งและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การใช้โปรแกรมตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สามารถเพิ่มความรู้ และพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานในผู้ใหญ่ที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (อารีย์ แสงศรี, วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล, และชื่นจิตร โพธิ์ศัพท์สุข, 2564; เกษร ศรีธรรมมา, 2563)

บุคลากรสายสนับสนุนของสถาบันการศึกษาแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร มีการใช้ชีวิตแบบเร่งรีบ พฤติกรรมการบริโภคไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกาย รวมทั้งใช้เวลาแต่ละวันไปกับกิจกรรมที่เคลื่อนไหวน้อย ส่งผลให้มีภาวะอ้วน ภาวะอ้วนลงพุง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างไรก็ตามยังไม่เคยมีการสะท้อนให้รับรู้ถึงความเสี่ยงนี้ ซึ่งบางปัจจัยเสี่ยงสามารถปรับเปลี่ยนได้เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมซึ่งใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นกรอบโดยเน้นการให้ความรู้ ตามประเด็นเบาหวานโลกประจำปี พ.ศ. 2565 ที่ IDF กำหนดไว้ คือ “Education to protect tomorrow” พร้อมทั้งมุ่งลดทอนอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม

สุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่าง มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำเพื่อลด โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวาน มากกว่า และมีความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานน้อยกว่า ก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวาน ระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และติดตามผลของกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2
2. เพื่อเปรียบเทียบความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และติดตามผลของกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2

สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการใช้แบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพ และหรือระยะติดตามผลกลุ่ม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีแบบแผนความ เชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) ตามแนวคิด ของ Becker (1974) มาใช้ในการจัดทำโปรแกรมสร้าง ให้เกิดการรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรงและผลกระทบ ของโรคเบาหวาน และการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ พฤติกรรมป้องกันโรค การลดทอนการรับรู้อุปสรรคของ การปฏิบัติ และการใช้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ซึ่งส่งผล ต่อพฤติกรรมป้องกันโรค และปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ประกอบด้วยตัวแปรที่ศึกษา (ดังภาพที่ 1)

โปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

การใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

1. การสร้างการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน
2. การสร้างการรับรู้ความรุนแรงและผลกระทบของโรคเบาหวาน
3. การสร้างการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม ป้องกันโรคเบาหวาน
4. การลดทอนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม ป้องกันโรคเบาหวาน
5. การใช้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกัน โรคเบาหวาน

ตัวแปรตาม

พฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2

1. การรับประทานอาหาร
2. การออกกำลังกาย/ การมีกิจกรรมทางกาย
3. การจัดการความเครียดและการนอนหลับ
4. การหลีกเลี่ยงหรือลดพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่

ความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2

- 1.ดัชนีมวลกาย
- 2.เส้นรอบเอว
- 3.ความดันโลหิต

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อน หลัง และวัดซ้ำ มีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร เป็นบุคลากรสายสนับสนุนวิชาการของสถาบันการศึกษาแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร จำนวน 54 คน กลุ่มเป้าหมาย คือ ประชากรที่มีคะแนนความเสี่ยงของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ใน 12 ปีข้างหน้า เท่ากับหรือมากกว่า 2 คะแนนขึ้นไป จำนวน 42 คน

1.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มเป้าหมายที่ถูกเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) คะแนนความเสี่ยงของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ใน 12 ปีข้างหน้า เท่ากับหรือมากกว่า 2 คะแนนขึ้นไป 2) ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวาน และ 3) ไม่เคยเข้าร่วมโปรแกรมการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีกลุ่มเป้าหมายสมัครเข้าร่วมโครงการจำนวน 30 คน มีผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ตลอดโครงการ จำนวน 2 คนเนื่องจากลาออกจากงาน ดังนั้นมีกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมตลอดโครงการจำนวนทั้งสิ้น 28 คน

2. เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด/การนอนหลับ และการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ โดยพัฒนาโปรแกรมให้ตอบสนองต่อแบบแผนความเชื่อของกลุ่มตัวอย่าง โปรแกรมใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรมให้ความรู้แบบเชิงรุกเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเด็น ความเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในด้านต่าง ๆ การสาธิตและสาธิตกลับการออกกำลังกาย โดยเน้นผู้เรียนมีปฏิสัมพันธ์ ลงมือปฏิบัติจริงโดยคำนึงถึงความรู้เดิม และความต้องการ

ของกลุ่มตัวอย่าง ทีมวิจัยจึงแนะนำวิธีที่หลากหลายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตัวอย่างเช่น ด้านการรับประทานอาหาร เช่น การจำกัดจำนวนพลังงาน (caloric restriction) การจำกัดชั่วโมงการรับประทานอาหาร (Intermittent Fasting; IF) เช่น 14/10, 16/8 โดยให้ข้อมูลหลักการสำคัญเพื่อทำ IF ให้ประสบความสำเร็จ และเน้นย้ำข้อควรระวังในการทำ IF ทั้งนี้เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้เลือกสรรมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของตนเอง มอบคู่มือการให้ความรู้และแนวทางการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวาน ตารางบันทึกการปฏิบัติพฤติกรรม ตารางและกราฟบันทึกน้ำหนักตัว และเส้นรอบเอว คลิปวิดีโอต่างๆ เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับประทานอาหารป้องกันโรคเบาหวาน การออกกำลังกาย และอุปกรณ์ออกกำลังกาย พร้อมทั้งใช้แอปพลิเคชันไลน์กลุ่มเป็นช่องทางในการให้ข้อมูลความรู้และวิธีการต่างๆ เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และให้กลุ่มตัวอย่างได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.2.1 ชุดคำถาม ที่พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลและสถานะทางสุขภาพ ประกอบด้วยเพศ อายุ ลักษณะงาน คะแนนความเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ใน 12 ปีข้างหน้า (คำนวณจากคะแนนปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรค ได้แก่ อายุ เพศ โรคความดันโลหิตสูง ประวัติเบาหวานของคนในครอบครัว, ภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน และภาวะอ้วนลงพุง ซึ่งมีค่าความไว (sensitivity) ในการทำนายผลร้อยละ 76.50 และมีความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 60.20 (วิชัย เอกพลากร, 2548) ประวัติการสูบบุหรี่ และดื่มแอลกอฮอล์

ส่วนที่ 2 แบบประเมินแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ คำตอบเป็นแบบวัดมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ โดยระดับ 1 หมายถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และเพิ่มทีละ 1 คะแนนจนถึงระดับ 5 หมายถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง การแปลผลคิดจากคะแนนรวมทั้งหมด คะแนนมากแสดงถึงมีการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาก

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวาน จำนวน 24 ข้อ เป็นคำถามถามความถี่บ่อยของพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย/การมีกิจกรรมทางกาย ด้านการจัดการความเครียด/การนอนหลับ ด้านการหลีกเลี่ยงหรือลดพฤติกรรมเสี่ยง คือการสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ ลักษณะคำตอบเป็นแบบวัดมาตราประมาณค่า (rating scale) จำนวน 5 คำตอบ ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติเลยเท่ากับ 1 คะแนน ปฏิบัตินานๆ ครั้งเท่ากับ 2 คะแนน ปฏิบัติเป็นบางครั้งเท่ากับ 3 คะแนน ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่เท่ากับ 4 คะแนน และปฏิบัติเป็นประจำเท่ากับ 5 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80, 1.81-2.60, 2.61-3.40, 3.41-4.20 และ 4.21-5.00 หมายถึงปฏิบัติได้ไม่ดี, ปฏิบัติได้พอใช้, ปฏิบัติได้ปานกลาง, ปฏิบัติได้ดี และปฏิบัติได้ดีมากตามลำดับ

ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินที่สร้างขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสม และความชัดเจนของภาษา วิเคราะห์หาค่า CVI (Content Valid Index) ของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานได้เท่ากับ .98 และ 1.00 ตามลำดับ และผู้วิจัยนำแบบประเมินที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับบุคคลวัยผู้ใหญ่มีคะแนนความเสี่ยงของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ใน 12 ปีข้างหน้า เท่ากับหรือมากกว่า 2 คะแนน

ขึ้นไปซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาความเที่ยง (reliability) โดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานได้เท่ากับ .86 และ .75 ตามลำดับ

2.2.2 เครื่องมือเก็บข้อมูลภาวะสุขภาพเพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ เครื่องชั่งน้ำหนัก ที่วัดส่วนสูง เครื่องวัดความดันโลหิต สายวัดวัดตัว ซึ่งได้รับการตรวจสอบความแม่นยำ ปีละ 1 ครั้งจากแผนกวิศวกรรมโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร

3. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ตามเอกสารเลขที่รับรอง E.007/2566 ลงวันที่ 3 เมษายน 2566 และในการเข้าร่วมวิจัยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ สิทธิในการถอนตัวออกจากการวิจัย และสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการลงนามในเอกสารยินยอมอย่างอิสระ

4. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนเมษายนถึงเดือนสิงหาคม 2566 ประกอบด้วย 3 ระยะดังนี้

4.1 ระยะเตรียมงานวิจัย (Pre-research phase) ประเมินความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ให้กับประชากร จำนวน 54 คน จากนั้นนำเสนอผลการประเมินความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ให้ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการดำเนินโครงการวิจัย และรับสมัครผู้สนใจเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นประเมินความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการประเมินความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง 28 คน พบว่ามีการรับรู้ประโยชน์ของ

การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ 4.46, SD .45) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฯ การรับรู้ความรุนแรงของโรคฯ และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคฯ อยู่ในระดับรองลงมา ($\bar{X}$ และ SD เท่ากับ 3.90, SD .81; 3.81, SD .69; 3.60, SD .76 ตามลำดับ) และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคฯ อยู่ในระดับน้อยที่สุด ($\bar{X}$ 2.64, SD .65) แต่เมื่อวิเคราะห์รายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคในประเด็น “ฉันมีความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการป้องกันโรคเบาหวาน ไม่มากพอที่จะนำมาปฏิบัติในการป้องกัน” มีคะแนนมากที่สุด โดยคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.39 (SD .99) ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงนำประเด็นนี้เป็นพื้นฐานสำคัญในการพัฒนาโปรแกรมให้ความรู้เกี่ยวกับรายละเอียดวิธีการป้องกันโรคเบาหวาน

4.2 ระยะดำเนินการวิจัย (Research phase) กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนาน 12 สัปดาห์ ประกอบด้วยสัปดาห์ที่ 1-2 สร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันโรคฯ ด้วยการให้ความรู้เชิงรุก และการลดการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคฯ ด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับรายละเอียดวิธีการป้องกันโรคเบาหวาน สาธิตและสาธิตกลับการออกกำลังกาย และสร้างสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ สัปดาห์ที่ 3-12 กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคฯ ติดตามให้ข้อมูลป้อนกลับรายบุคคลเกี่ยวกับน้ำหนักตัว เบอร์เซ็นต์ไขมันและมวลกล้ามเนื้อในร่างกาย การกระตุ้นเตือน และให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่องทุก 4 สัปดาห์ ครึ่งละ 30-45 นาที ทีมวิจัยให้ข้อมูลความรู้และวิธีการต่าง ๆ เกี่ยวกับการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องผ่านแอปพลิเคชันไลน์กลุ่ม และส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้

ผ่านแอปพลิเคชันไลน์กลุ่ม

เก็บข้อมูลพฤติกรรมป้องกันโรค และปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวานที่ปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และความดันโลหิต ก่อนการทดลอง และหลังการทดลองเมื่อครบ 12 สัปดาห์

4.3 ระยะติดตามผล (Follow up phase)

กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันเบาหวานอย่างต่อเนื่องในสัปดาห์ที่ 13-16 ทำการเก็บข้อมูลเพื่อติดตามผล (Follow up) เมื่อครบ 16 สัปดาห์

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความแปรปรวนเมื่อมีการวัดซ้ำ (repeated measures ANOVA) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ .05

ผลการวิจัย

1. ลักษณะส่วนบุคคลและสถานะทางสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 82.1: 17.9 อายุเฉลี่ย 41.22 ปี (SD = 9.11) มีคะแนนความเสี่ยงเบาหวานชนิดที่ 2 ในอีก 12 ปีข้างหน้า อยู่ในระดับน้อย 2-5 คะแนนร้อยละ 25, ระดับปานกลาง 6-8 คะแนน ร้อยละ 42.86 ระดับสูง 9-10 คะแนน ร้อยละ 10.71 และระดับสูงมาก ≥ 11 คะแนน ร้อยละ 21.43 ลักษณะงานส่วนใหญ่เคลื่อนไหวเดินไปมาบ้างเล็กน้อย ร้อยละ 67.9 ส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่และปัจจุบันไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 92.86 ปัจจุบันไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 57.15

2. ข้อมูลพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในภาพรวมและด้านการรับประทานอาหาร หลังเข้าร่วมโครงการ และระยะติดตามผลมากกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($F = 22.607$, $df = 2$, $p < .05$; $F = 12.254$, $df = 2$, $p < .05$ ตามลำดับ) สำหรับคะแนนเฉลี่ยด้านการออกกำลังกาย/การมีกิจกรรมทางกาย และด้านการจัดการความเครียดและการนอนหลับ หลังเข้าร่วมโครงการมากกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 7.277$, $df = 2$, $p < .05$; $F = 7.423$, $df = 2$, $p < .05$ ตามลำดับ) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนเข้าร่วมโครงการ หลังเข้าร่วมโครงการ และระยะติดตามผล

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรค เบาหวานชนิดที่ 2	ก่อนเข้าร่วมโครงการ $\bar{x} \pm SD$	หลังเข้าร่วมโครงการ $\bar{x} \pm SD$	ระยะติดตามผล $\bar{x} \pm SD$
ด้านการรับประทานอาหาร	2.875 ± .493	3.196 ± .525	3.125 ± .607
ก่อนเข้าร่วมโครงการ	2.875 ± .493	0	-0.321***
ด้านการออกกำลังกาย	2.343 ± .754	2.857 ± .724	2.500 ± .775
ก่อนเข้าร่วมโครงการ	2.343 ± .754	0	-0.514***
ด้านการจัดการความเครียดและการ นอนหลับ	3.018 ± .656	3.429 ± .649	3.259 ± .753
ก่อนเข้าร่วมโครงการ	3.018 ± .656	0	-0.411**
ด้านการหลีกเลี่ยงหรือลดพฤติกรรม เสี่ยง	4.693 ± .315	4.700 ± .355	4.793 ± .296
ก่อนเข้าร่วมโครงการ	4.693 ± .315	0	-0.007
ภาพรวม	3.167 ± .353	3.478 ± .356	3.365 ± .449
ก่อนเข้าร่วมโครงการ	3.167 ± .353	0	-0.311***

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

3. ข้อมูลปัจจัยความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยปัจจัยความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ ดัชนีมวลกาย หลังเข้าร่วมโครงการน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($F = 12.685$, $df = 2$, $p < .05$) สำหรับเส้นรอบเอว หลังเข้าร่วมโครงการ และระยะติดตามผลน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 14.898$, $df = 2$, $p < .05$) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนปัจจัยเสี่ยงต่อเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนเข้าร่วมโครงการ หลังเข้าร่วมโครงการ และระยะติดตามผล

คะแนนเฉลี่ยปัจจัยความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2	ก่อนเข้าร่วมโครงการ $\bar{X} \pm SD$	หลังเข้าร่วมโครงการ $\bar{X} \pm SD$	ระยะติดตามผล $\bar{X} \pm SD$
ดัชนีมวลกาย	27.493 $\pm$ 4.732	26.890 $\pm$ 4.603	28.623 $\pm$ 8.905
ก่อนเข้าร่วมโครงการ			
27.493 $\pm$ 4.732	0	.602***	-1.130
เส้นรอบเอว	88.429 $\pm$ 10.585	85.911 $\pm$ 10.637	86.375 $\pm$ 11.047
ก่อนเข้าร่วมโครงการ			
88.429 $\pm$ 10.585	0	2.518***	2.054**
ระดับค่าเฉลี่ยความดันเลือดแดง	93.870 $\pm$ 11.183	92.084 $\pm$ 11.265	92.810 $\pm$ 10.463
ก่อนเข้าร่วมโครงการ			
93.870 $\pm$ 11.183	0	1.786	1.060

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

อภิปรายผลการวิจัย

1. ผลของโปรแกรมต่อพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในภาพรวม และด้านการรับประทานอาหาร หลังเข้าร่วมโครงการ และระยะติดตามผลมากกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการความเครียดหลังเข้าร่วมโครงการมากกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะโปรแกรมที่ใช้ในครั้งนี้จัดให้มีการประเมิน

ความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความตระหนักถึงความเสี่ยงของตนเองที่มีโอกาสเป็นโรคเบาหวาน จึงส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมมากขึ้น เพื่อลดโอกาสที่ตนเองจะเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในอนาคต สอดคล้องกับการศึกษาของเกษร ศรีธรรมมา (2563) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมตามแนวคิด HBM ในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในร้อยละ ซึ่งมีการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ความเสี่ยง และพฤติกรรมสุขภาพภายหลังเข้าโปรแกรมมากกว่าก่อน

เข้าโปรแกรม และสอดคล้องกับการศึกษาของ Joiner, McEwen, Hurst, Adams, and Herman (2022) ที่สำรวจพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเข้ารับ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใน The National Diabetes Prevention Program ในอเมริกาได้แก่ความตระหนักรู้ว่า ตนเองมีความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการมีสิ่ง ชักนำสู่การปฏิบัติอย่างน้อยหนึ่งอย่าง

นอกจากนี้อาจเป็นเพราะโปรแกรมที่ใช้ใน ครั้งนี้เป็นการให้ความรู้แบบเชิงรุก เน้นผู้เรียนมี ปฏิสัมพันธ์ ลงมือปฏิบัติจริงโดยคำนึงถึงความรู้เดิม และความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำวิธีการที่ หลากหลายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้ กลุ่มตัวอย่างได้เลือกสรรมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับ บริบทของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของอารีย์ แสงศรี และคณะ (2564) ที่ศึกษาผลของโปรแกรม พัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานกลุ่มเสี่ยงใน ยโสธร พบว่าการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานด้วยวิธีการ เรียนรู้เชิงรุก ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีความรู้ และคะแนน พฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Sadeghi, Hesary, and Khanjani (2020) พบว่า การให้ความรู้ตามกรอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีผลทางบวกในการป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงต่อ เบาหวานในประเทศอิหร่าน

ในงานวิจัยนี้จัดให้มีการให้ความรู้แบบ เชิงรุก โดยคำนึงถึงความรู้เดิม และความต้องการของ กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งได้ทำการประเมินไว้ในระยะเตรียม งานวิจัยที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคในข้อ “ฉันมีความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการป้องกันโรคเบาหวาน ไม่มากพอที่จะนำมาปฏิบัติในการป้องกัน” ทีมวิจัยจึง เน้นการเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับหลักการสำคัญ รวมทั้ง วิธีการที่หลากหลายในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อ

ป้องกันโรคเบาหวาน นับเป็นการจัดการเพื่อลดอุปสรรค สำคัญของกลุ่มตัวอย่าง นอกจากนี้การให้คำปรึกษา รายบุคคลอย่างต่อเนื่องทุก 4 สัปดาห์ จะช่วยทบทวน ความรู้ ช่วยแก้ปัญหาและหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่าง การศึกษาวิจัย ซึ่งเป็นไปตามที่ Becker (1974) กล่าวว่า หากบุคคลเห็นว่าอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม สุขภาพนั้นมีน้อย บุคคลจะเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิด ผลดีต่อสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Hatamzadeh et al. (2020) ที่ทำการสำรวจพบว่า การรับรู้อุปสรรค และการใช้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเป็นตัวพยากรณ์ที่มี อิทธิพลมากที่สุดต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน ในภาคตะวันตกของอิหร่าน

รวมทั้งโปรแกรมที่ใช้ในงานวิจัยนี้ จัดให้มี กิจกรรมพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกลุ่ม ตัวอย่างโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์กลุ่ม และทีมวิจัยใช้ เป็นช่องทางในการให้ข้อมูลย้อนกลับ ความรู้และวิธีการ ต่าง ๆ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องตลอด 12 สัปดาห์ นับได้ว่าเป็นกิจกรรมช่วยสร้างสิ่งชักนำสู่ การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องช่วยให้กลุ่ม ตัวอย่างคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ตามที่ Becker (1974) กล่าวว่า ถ้าบุคคลได้รับการกระตุ้นจาก สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ (cue to action) ที่เพียงพอจะเป็น ตัวเร่งและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของอารีย์ แสงศรี และคณะ (2564) ที่พบว่า การกระตุ้นเตือนจากบุคลากรสุขภาพและผู้วิจัยผ่าน แอปพลิเคชันไลน์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ทำให้กลุ่มตัวอย่าง เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมมากขึ้น

2. ผลของโปรแกรมต่อปัจจัยความเสี่ยงของ โรคเบาหวานชนิดที่ 2

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยปัจจัยความเสี่ยง ต่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว หลังเข้าร่วมโครงการลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน

ที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการใช้โปรแกรมในงานวิจัยนี้ ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากขึ้นเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน จากข้อมูลที่บ้านทักได้ในการพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้คำปรึกษารายบุคคลอย่างต่อเนื่องทุก 4 สัปดาห์พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวาน ดังนี้ อ่านฉลากโภชนาการก่อนเลือกซื้อเพื่อหลีกเลี่ยงอาหารที่มีน้ำตาล และไขมันเป็นส่วนประกอบมาก จำกัดชั่วโมงการรับประทานอาหาร (IF) ออกกำลังกายเพิ่มมากขึ้น หลายคนพยายามเดินด้วยจำนวนก้าวที่มากขึ้นในแต่ละวัน นอนด้วยจำนวนชั่วโมงที่มากขึ้น และพยายามใช้วิธีที่เหมาะสมในการบริหารความเครียด ซึ่งเป็นไปตามที่ Johns Hopkins Medicine (2024) แนะนำผู้เสี่ยงต่อโรคเบาหวานให้เลี่ยงอาหารที่มีน้ำตาลมาก รับประทานอาหารโปรตีนไขมันน้อย ออกกำลังกายระดับปานกลางอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ หรือเดินอย่างน้อย 10,000 ก้าวในแต่ละวัน นอนให้มากพอประมาณ 7-8 ชั่วโมงในแต่ละคืน สอดคล้องกับงานวิจัยของ Wang et al. (2023) ที่พบว่า การออกกำลังกายแบบแอโรบิคสามารถลดดัชนีมวลกายในบุคคลที่มีภาวะเสี่ยงต่อเบาหวาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Pavlou et al. (2023) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างวัยผู้ใหญ่ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่จำกัดเวลาในการรับประทานอาหารในแต่ละวันให้สั้นลงคือ 8 ชั่วโมง ต่อเนื่องกัน 6 เดือน มีน้ำหนักตัวลดลงมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่นับพลังงานอาหารที่รับประทานอย่างมีนัยสำคัญ การอดนอนและความเครียดเรื้อรังมีผลโดยตรงต่อความอยากอาหาร ซึ่งมีผลโดยตรงต่อดัชนีมวลกายอย่างมีนัยสำคัญ (Daza, Wac, & Oppezzo, 2019; Chao, Grilo, White, & Sinha, 2015) กล่าวได้ว่าพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานที่เพิ่มมากขึ้นส่งผลลดความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน สอดคล้องกับการศึกษาของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

(2557) ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับการส่งเสริมความสามารถของตนในประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไปที่มีความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคฯ มากขึ้น น้ำหนักตัว, ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวลดลง

อย่างไรก็ตามในงานวิจัยครั้งนี้ พบว่า ดัชนีมวลกายในระยะติดตามผลเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับผลหลังเข้าร่วมโครงการ อธิบายได้ว่าในช่วงเวลาสัปดาห์ที่ 13-16 ตรงกับช่วงเวลาใกล้เปิดภาคการศึกษาต้นของปีการศึกษา 2566 กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นบุคลากรสายสนับสนุนวิชาการ ใช้เวลามากขึ้นเพื่อเตรียมการสนับสนุนความพร้อมในการเรียนการสอน อาจส่งผลกระทบทำให้เหลือเวลาให้กับการออกกำลังกายน้อยลงกว่าที่ปฏิบัติในช่วงสัปดาห์ที่ 1-12 และตรงกับช่วงที่กลุ่มตัวอย่าง 4 รายมีประจำเดือน จึงอาจมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นประมาณ 0.5 กิโลกรัม จากผลของฮอร์โมนทำให้เกิดการคั่งของของเหลวในระบบไหลเวียน (Kanellakis, et al., 2023)

สำหรับระดับค่าเฉลี่ยความดันเลือดแดง (mean arterial pressure) หลังเข้าร่วมโครงการ และระยะติดตามผลมีค่าลดลงเมื่อเทียบกับก่อนเข้าร่วมโครงการ แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ อธิบายได้ว่าบุคคลความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกิน เมื่อน้ำหนักตัวลง 10 กิโลกรัม จะช่วยลดความดันโลหิตซิสโตลิกลงประมาณ 5-20 มิลลิเมตรปรอท (National High Blood Pressure Education Program, 2004) แต่ในการวิจัยนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความดันโลหิตสูงกว่าปกติ หลังจากเข้าร่วมโครงการ และระยะติดตามผล มีน้ำหนักตัวลดลงน้อยมากไม่ถึงระดับที่จะมีผลให้ความดันโลหิตลดลงได้

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรใช้โปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในการส่งเสริมให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันเบาหวาน ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฯ โดยเน้นการลดทอนอุปสรรคของกลุ่มตัวอย่างให้ตรงประเด็น และอย่างต่อเนื่องตลอดโครงการ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาในรูปแบบงานวิจัยแบบผสมผสานระหว่างงานวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (mixed method) เพื่อให้ได้รับข้อมูลเชิงลึกที่จะช่วยทำความเข้าใจเกี่ยวกับมิติทางสังคมศาสตร์เพื่อประเมินปัญหาอุปสรรครายบุคคล เช่น บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อออกแบบโปรแกรมที่ตอบสนองความต้องการรายบุคคลได้เฉพาะมากขึ้น และควรศึกษาแบบมีกลุ่มเปรียบเทียบ

เอกสารอ้างอิง

กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2565). *รายละเอียดตัวชี้วัดเพื่อกำกับติดตามคุณภาพบริการ การดำเนินงานด้านโรคไม่ติดต่อ (โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565*. สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1186620211005081047.pdf>

เกษร ศรีธรรมมา. (2563). ผลการใช้กิจกรรมกลุ่มและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในจังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ*, 1(3), 177-189.

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. (2557). *ผลของโปรแกรมการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับการส่งเสริมความสามารถของตนโดยพยาบาลสามารถลดระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในประชาชนที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลศิริราช: การศึกษาแบบสุ่มระยะที่สาม*. สืบค้นจาก <https://op.mahidol.ac.th/qd/km/document/2014/km20141218/066.pdf>

ธเรศ กรัษนัยรวิวงศ์. (2565). *สถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลก*. สืบค้นจาก <https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/02/181256/>

วิชัย เอกพลากร. (2548). *รายงานการศึกษาพัฒนาดัชนีความเสี่ยงต่อเบาหวาน*. กรุงเทพฯ: ศูนย์เวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี.

อารีย์ แสงศรี, วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล, และชื่นจิตร โพธิศัพท์สุข. (2564). ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานกลุ่มเสี่ยง อำเภอกุตุชุม จังหวัดยโสธร. *วารสารพยาบาล*, 70(4), 1-10.

American Diabetes Association Professional Practice Committee. (2022). Facilitating behavior change and well-being to improve health outcomes: Standards of Medical Care in Diabetes—2022. *Diabetes care*, 45(1), S60-S82.

Becker, M. H. (1974). The health belief model and sick role behavior. *Health education monographs*, 2(4), 409-419.

- Chao, A., Grilo, C. M., White, M. A., & Sinha, R. (2015). Food cravings mediate the relationship between chronic stress and body mass index. *Journal of health psychology*, 20(6), 721-729. doi:10.1177/1359105315573448
- Daza, E. J., Wac, K., & Oppezzo, M. (2019). Effects of sleep deprivation on blood glucose, Food cravings, and affect in a non-diabetic: an N-of-1 randomized pilot study. *In Healthcare*, 8(1), 6. doi:10.3390/healthcare 8010006
- Hatamzadeh, N., Jouybari, T. A., Nasirzadeh, M., Aghaei, A., Gharibnavaz, H., & Khashij, S. (2017). Cognitive determinants of diabetes preventive among at risk group: An application of the health belief model. *International Journal of Advanced Biotechnology and Research*, 8(4), 112-117.
- International Diabetes Federation. (2021). *IDF Diabetes Atlas (10thed)*. Retrieved From https://diabetesatlas.org/idfawp/resourcefiles/2021/07/IDF_Atlas_10th_Edition_2021.pdf
- Johns Hopkins Medicine. (2024). *Prediabetes diet*. Retrieved From <https://www.hopkinsmedicine.org/health/wellness-and-prevention/prediabetes-diet>
- Joiner, K. L., McEwen, L. N., Hurst, T. E., Adams, M. P., & Herman, W. H. (2022). Domains from the health belief model predict enrollment in the National Diabetes Prevention Program among insured adults with prediabetes. *Journal of Diabetes and its Complications*, 36(7), 108220. doi:10.1016/j.jdiacomp.2022. 108220
- Kanellakis, S., Skoufas, E., Simitsopoulou, E., Migdanis, A., Migdanis, I., Prelorentzou, T., ... & Androutsos, O. (2023). Changes in body weight and body composition during the menstrual cycle. *American Journal of Human Biology*, 35(11), e23951. doi:10.1002/ajhb.23951
- National High Blood Pressure Education Program. (2004). *Complete report: The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure*. Retrieved from <https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/jnc7full.pdf>
- Pavlou, V., Cienfuegos, S., Lin, S., Ezpeleta, M., Ready, K., Corapi, S., ... & Varady, K. A. (2023). Effect of time-restricted eating on weight loss in adults with type 2 diabetes: a randomized clinical trial. *JAMA network open*, 6(10), e2339337. doi:10.1001/jama networkopen.2023.39337

- Sadeghi, R., Hesary, F. B., & Khanjani, N. (2020). A systematic review about educational interventions based on the health belief model (HBM) aimed to prevent and control diabetes in Iran. *International Journal of Ayurvedic Medicine*, 11(1), 15-22.
- Wang, Y., Li, H., Yang, D., Wang, M., Han, Y., & Wang, H. (2023). Effects of aerobic exercises in prediabetes patients: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Endocrinology*, 14, 1227489. doi:10.3389/fendo.2023.1227489



ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองโดยการมีส่วนร่วม
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อความรู้และพฤติกรรมป้องกัน
การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้สูงอายุ ศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองป้อมเพชร
จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

**The Effects of a Self-efficacy Enhancing Program with
Participation of Public Health Volunteers on the Knowledge and
Coronavirus 2019 Preventive Behaviors in the Elderly, Pomphet
Medical Center PhraNakhon Si Ayutthaya Province**

อุดมพร คงสุวรรณ, พย.บ., Udomporn Kongsuwan, B.N.S.^{1*}

ดวงกมล ปิ่นเฉลียว, พย.ม., Daungkamol Pinchaleaw, M.N.S.²

ทิพย์มัมพร เกษโกมล, ประ.ด., Thipkhumporn Keskomon, Ph.D.³

¹นักศึกษา, หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

¹Student, Master of Nursing Science, SukhothaiThammathirat University

²รองศาสตราจารย์ พันตำรวจเอกหญิง, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

²Associate Professor, Police Colonel, Master of Nursing Science, SukhothaiThammathirat University

³รองศาสตราจารย์ พันตำรวจเอกหญิง ดร., ภาควิชาการหลักการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ

³Associate Professor, Police Colonel, Ph.D., Department of Nursing Science, Police Nursing College

*Corresponding Author Email: Jaw_enjoy@hotmail.com.th

Received: December 7, 2021

Revised: March 21, 2023

Accepted: May 31, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง
โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อความรู้และพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัส
โคโรนา 2019 ในผู้สูงอายุ ศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองป้อมเพชร จังหวัดพระนครศรีอยุธยา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ
อายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในพื้นที่ความรับผิดชอบของศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองป้อมเพชร อำเภอพระนครศรีอยุธยา

จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 40 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 20 คน เครื่องมือการวิจัยได้แก่ 1) โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประยุกต์ใช้แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองของแบนดورا ระยะเวลาดำเนินโปรแกรม 6 สัปดาห์ กิจกรรมประกอบด้วย (1) การให้ความรู้ และฝึกทักษะในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (2) การเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (3) การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ 2) แบบทดสอบความรู้ 3) แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความเที่ยงเท่ากับ .94, .93 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบที่ผลการวิจัยพบว่า ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ หลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

คำสำคัญ: การรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effects of a self-efficacy enhancing program with participation of public health volunteers on the knowledge and coronavirus 2019 preventive behaviors in the elderly population around Pomphet Medical Center in PhraNakhon Si Ayutthaya Province. The sample consisted of 40 elderly people aged > 60 who live in the area of Pomphet Medical Center's responsibility in PhraNakhon Si Ayutthaya province. They were selected by the simple random sampling method and they were divided into the experimental group (20 individuals) and the comparative group (20 individuals). The research instruments included: 1) the self-efficacy enhancing program with participation of public health volunteers, which was developed based on the self-efficacy concepts of Bandura. The duration of the program was 6 weeks. The activities comprised: 1) giving knowledge and practising coronavirus 2019 preventive skills (2) enhancement of self-efficacy and (3) participation of public health volunteers and 2) questionnaires about knowledge and coronavirus 2019 preventive behaviors, the reliability scores of which were .94 and .93, respectively. Data were analyzed by descriptive statistics and t-test. The result revealed as follows. After attending the program, knowledge and coronavirus 2019 preventive behaviors of the experimental group were significantly higher than before attending the program, and were higher than the comparative group ($p<.001$).

Keywords: Self-efficacy, Coronavirus 2019 Preventive Behavior, Elderly, Participation, Public Health Volunteer

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศทั่วโลก ในประเทศไทยพบว่าในปี พ.ศ. 2563-2565 มีผู้ป่วยยืนยันจำนวน 1,920,189 ราย 2,143,181 ราย และ 4,675,532 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.9, 3.2 และ 7.0 ตามลำดับ โดยพบผู้สูงอายุติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 151,700 ราย 182,950 ราย และ 412,227 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.9, 11.0 และ 12.75 ตามลำดับ มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 5.3, 69.8 และ 72.3 ตามลำดับ (สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2565) สำหรับจังหวัดพระนครศรีอยุธยาพบว่า พ.ศ. 2563-2565 มีผู้ป่วยยืนยันจำนวน 80,770 ราย, 112,975 ราย และ 160,796 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.8, 13.7 และ 19.5 ตามลำดับ โดยมีผู้เสียชีวิตจำนวน 408 ราย, 387 ราย และ 388 ราย และในกลุ่มนี้พบผู้สูงอายุเสียชีวิตจำนวน 304 ราย, 299 ราย และ 316 ราย คิดเป็นร้อยละ 74.5, 76.5 และ 79.5 ตามลำดับซึ่งจะเห็นได้ว่าอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้นทุกปี (กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา, 2564)

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคระบาดที่สามารถแพร่เชื้อได้จากการสัมผัสละอองฝอย ไอ จามรดกัน การใช้สิ่งของร่วมกัน ทำให้มีการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภูมิคุ้มกันต่ำลง เมื่อติดเชื้อจะมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่ากลุ่มวัยอื่นๆ (WHO, 2020) และยังส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ไม่เคยได้รับวัคซีนคือ ปอดบวม กลุ่มอาการหายใจลำบากเฉียบพลัน (ARDS) ภาวะช็อก หัวใจล้มเหลว กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ และภาวะลิ่มเลือดหลุดอุดหลอดเลือดดำ เป็นต้น และในผู้ป่วยที่รักษาหายแล้ว โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะอ้วนหรือน้ำหนักเกิน ผู้ที่มีโรคประจำตัว และผู้ที่มีระบบภูมิคุ้มกันต่ำ อาจจะมีอาการตั้งแต่ 1 เดือนหรือมากกว่า 4-6 สัปดาห์ หรืออาจมีอาการที่คงอยู่เป็นเวลานานกว่า 12 สัปดาห์ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อ

ด้านจิตใจ ทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล จากการถูกแยกจากครอบครัว การที่ต้องได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัว ทั้งเรื่องอาหาร การดูแลในช่วงที่รักษาตัว ทำให้เพิ่มภาระกับครอบครัวที่อาจต้องหยุดงานเพื่อดูแล ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีนโยบายในการป้องกันและแก้ไขปัญหา การร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และโรงพยาบาลในสังกัดทั่วประเทศ โดยการส่งเสริมการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กำหนดแนวทางในการปฏิบัติตัวเมื่อต้องอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 และการปฏิบัติตัวเมื่อติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ได้ดำเนินงานตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โดยการจัดตั้งศูนย์รักษาผู้ติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันขึ้น (Acute Respiratory Infection : ARI clinic) เพื่อการดูแลผู้ติดเชื้อโดยเฉพาะการให้ผู้ป่วยเข้าถึงยาต้านไวรัสโคโรนา 2019 การประชาสัมพันธ์การให้ความรู้เรื่องโรค การป้องกันไวรัสโคโรนา 2019 ให้บริการฉีดวัคซีนให้เหมาะสม รณรงค์การฉีดวัคซีนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผลการดำเนินการในปี พ.ศ. 2565 พบว่า มีประชาชนมารับบริการที่คลินิก ARI และมารับการฉีดวัคซีน โดยเฉพาะผู้สูงอายุได้รับวัคซีนครบ 2 เข็ม เพียงร้อยละ 63 ไม่ผ่านเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (ร้อยละ 80) และเข็มกระตุ้นได้ร้อยละ 32 ซึ่งไม่ผ่านเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (ร้อยละ 60) เช่นเดียวกัน อีกทั้งในการให้ความรู้นั้นเป็นการให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคไวรัสโคโรนา 2019 และแนวทางการป้องกัน ไม่มีการสาธิตหรือให้ฝึกทักษะต่าง ๆ ที่จำเป็นสำหรับการป้องกันการติดเชื้อ เช่น การใส่หน้ากากอนามัยและการล้างมือที่ถูกวิธี การเว้นระยะห่างทางสังคม เป็นต้น ด้วยเหตุนี้จึงยังพบผู้สูงอายุมีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่มขึ้น และพบอัตราการเสียชีวิตจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในปี พ.ศ. 2564-2565

ร้อยละ 76.5 และร้อยละ 79.5 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่ากลุ่มวัยอื่น ๆ ดังนั้นหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องจึงดำเนินการจัดทำโครงการและมาตรการต่าง ๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างต่อเนื่อง

การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุเกิดจากปัจจัยดังนี้ การขาดความตระหนักและความรู้ความเข้าใจในเรื่องการป้องกันโรค ไม่เห็นความจำเป็นของการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ยังคงใช้ชีวิตปกติเช่นเดิม (บุญประจักษ์ จันทรวิน, อัญญา วิชชพัฒนางกูร, จีรภา แก้วเขียว และนิสสาร จันทรวิน, 2565) และขาดการรับรู้เกี่ยวกับโรคและความรุนแรงของโรค ทำให้ผู้สูงอายุไม่เห็นความสำคัญของการมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ ต้องการความตั้งใจในการที่จะปฏิบัติตามพฤติกรรมนั้นๆ (อิสริย์ ปัญญาวรรณ, จิตถนอม สังขนันท์, นงลักษณ์ อินตา, 2565) รวมทั้งการได้รับแรงสนับสนุนจากคนในครอบครัวและบุคลากรสาธารณสุข โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่เพียงลำพัง อาจหลงลืมหรือละเลยการปฏิบัติในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งครอบครัวและบุคลากรสาธารณสุข มีบทบาทสำคัญในการแนะนำติดตามและสนับสนุนให้เกิดการป้องกันการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 เพราะเป็นบุคคลที่ผู้สูงอายุใกล้ชิดและไว้วางใจ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยนำทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของแบนดูรา (Bandura, 1997) มาประยุกต์ใช้

ในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ถูกต้องเพื่อช่วยลดการแพร่กระจายเชื้อ และอัตราการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้สูงอายุ โดยใช้การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งเป็นบุคคลที่ผู้สูงอายุคุ้นเคย เป็นตัวแทนผู้ดูแลสุขภาพของครอบครัวและชุมชนมีความสนิทสนมและใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด สามารถถ่ายทอดข้อมูลข่าวสาร แนะนำกระตุ้นเตือน ชักชวน หรือจัดหาแหล่งประโยชน์แก่ผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อความรู้และพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้สูงอายุ

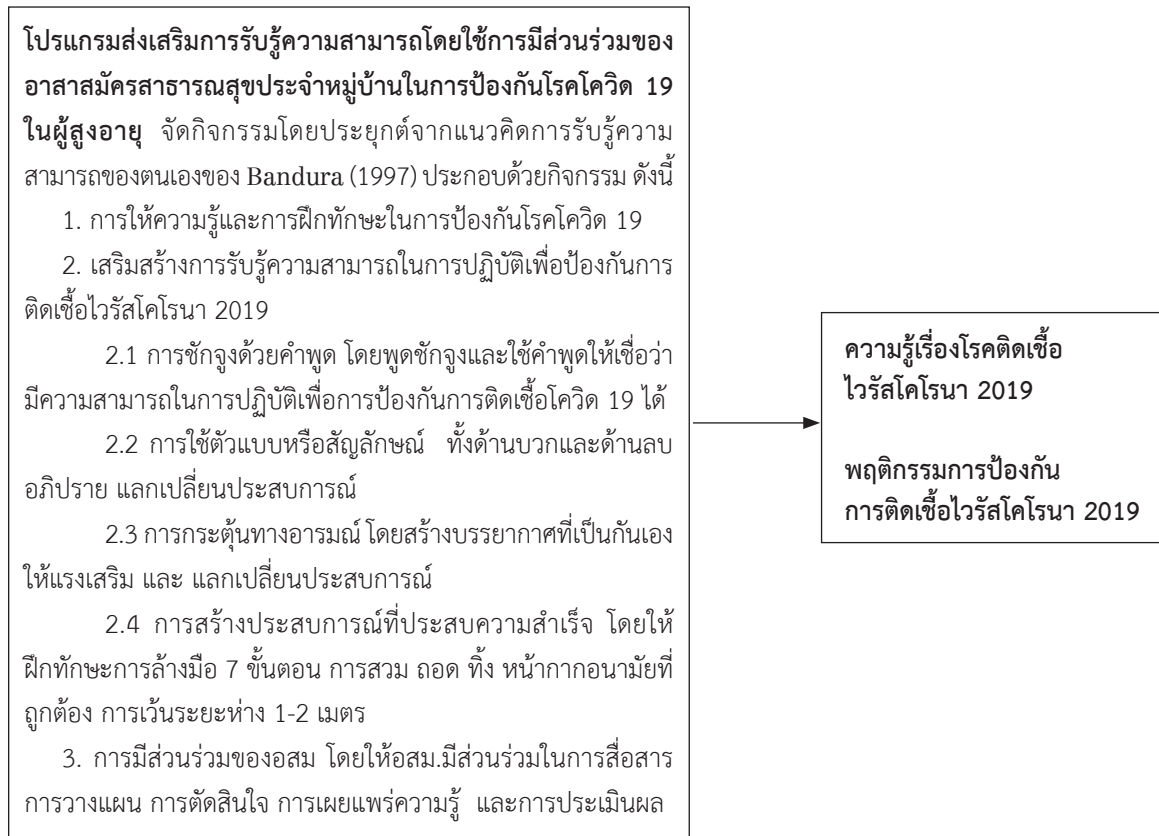
สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลอง ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
2. หลังการทดลอง ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 ดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อน-หลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) ใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรและกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองป้อมเพชร จังหวัดพระนครศรีอยุธยา คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยเลือกชุมชนที่มีจำนวนผู้สูงอายุป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคไวรัสโคโรนา 2019 สูงสุด เรียงตามลำดับ และสุ่มอย่างง่าย ได้ชุมชนอาคารสงเคราะห์เป็นกลุ่มทดลอง

และชุมชนจักรพรรดิ เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power ใช้ statistical test แบบ means: difference between two independent means (two groups) วิเคราะห์และคำนวณ effect ผู้วิจัยได้ศึกษาจากงานวิจัยของ มนสิชา เจริญต์ (2565) เรื่อง “ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวาน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา” โดยใช้การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ กำหนดขนาดอิทธิพล (effect size)

เท่ากับ .85 ค่าอำนาจการทดสอบ .80 ระดับความเชื่อมั่นที่ α .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 18 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลองจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 15 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 20 คน สุ่มอย่างง่าย เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยการจับฉลากแบบไม่คืนที่ โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีรายชื่อในทะเบียนบ้าน และเป็นผู้ที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม (dementia) โดยประเมินจากแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE - Thai 2002) และผ่านการคัดกรองโรคซึมเศร้า (9Q) 2) สามารถพูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ และ 3) ช่วยเหลือตนเองได้ดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการ เกณฑ์การคัดออกคือ ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้อย่างต่อเนื่องตามที่กำหนด และเจ็บป่วยขณะเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยนำรายชื่อที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ สุ่มอย่างง่าย เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยการจับฉลากแบบไม่คืนที่ กลุ่มละ 20 คน โดยจับคู่กลุ่มตัวอย่าง ในด้าน เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ต่อเดือน

2. เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

2.1 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ การได้รับข้อมูลข่าวสาร และข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ประวัติการมีโรคประจำตัว ประวัติการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และประวัติการได้รับวัคซีน จำนวน 11 ข้อ 2) แบบประเมินความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบประเมินความรู้ของ ดวงกมล ปิ่นเฉลียว และกาญจนา ศรีสวัสดิ์ (2565) ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ มีเกณฑ์การเลือกตอบ

คือ ตอบ ใช่ ได้ 1 คะแนน ไม่ใช่ ได้ 0 คะแนน จำนวน 15 ข้อ และ 3) พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ ดวงกมล ปิ่นเฉลียว และกาญจนา ศรีสวัสดิ์ (2565) จำนวน 27 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีเกณฑ์การเลือกตอบ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงของแบบสอบถาม เท่ากับ .98 และ 1 และนำไปหาความเที่ยง โดยแบบประเมินความรู้ใช้ Kuder-Richardson 20 และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .94 และ .93 ตามลำดับ

2.2 เครื่องมือดำเนินการทดลอง คือโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยการมีส่วนร่วมของ อสม. ประยุกต์ใช้แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1997) ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 6 สัปดาห์

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยดำเนินการเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นก่อนทดลอง ขั้นดำเนินการทดลอง และขั้นประเมินผล ดังนี้

3.1 ขั้นก่อนการทดลอง โดยเตรียมสถานที่ดำเนินการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้ช่วยผู้วิจัย อสม. ดังนี้

3.1.1 เตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยขอความร่วมมือจากพยาบาลวิชาชีพชำนาญการที่ปฏิบัติงานอย่างน้อย 5 ปีขึ้นไปจำนวน 1 คน จากกลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา สมัครใจเข้าร่วมวิจัย อธิบายบทบาทหน้าที่ เอื้ออำนวย

ในการทำกิจกรรมกลุ่ม และช่วยเก็บข้อมูลแบบสอบถาม ก่อนและหลังการทดลอง โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม อธิบาย การใช้แบบสอบถาม และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย จนเป็นที่เข้าใจตรงกัน

3.1.2 เตรียม อสม. จำนวน 3 คน โดยผู้วิจัยเลือก อสม. ที่ทำหน้าที่รับผิดชอบครอบครัวของ ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่และเข้าร่วมวิจัยและ มีบ้านอยู่ใกล้กัน นัดพบ อสม. และชี้แจงวัตถุประสงค์ของ งานวิจัย บทบาทหน้าที่ของอสม. ในการมีส่วนร่วม ผู้วิจัย ให้ความรู้แก่อสม. ในเนื้อหาเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่าง และ ฝึกทักษะการล้างมือ 7 ขั้นตอน ทักษะการสวม ถอด ทั้ง หน้ากากอนามัยที่ถูกต้อง ทักษะการเว้นระยะห่าง 1-2 เมตร โดยอบรมล่วงหน้า 1 สัปดาห์ก่อนดำเนินการทดลองใน กลุ่มทดลอง

3.1.3 เตรียมตัวแบบมีชีวิตด้านบวก และด้านลบ คือ ผู้สูงอายุที่ไม่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อโควิด 19 และนอนรักษาตัว ในโรงพยาบาล ซึ่งได้จากการค้นหาของ อสม. ในชุมชน อาคารสงเคราะห์ โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และ บทบาทของตัวแบบให้ทราบ

3.2 ขั้นตอนการทดลอง

3.2.1 กลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 ให้ความรู้และฝึก ทักษะจำเป็นในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยการบรรยายและให้ชมวิดีโอเรื่อง “ผู้สูงอายุ รู้เท่าทัน โควิด 19” และใช้ตัวแบบมีชีวิตด้านลบ การสาธิตและฝึก ทักษะต่างๆ ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 ได้แก่ การล้างมือ 7 ขั้นตอน การสวม ถอด ทั้ง หน้ากาก อนามัย การเว้นระยะห่าง 1-2 เมตร โดยให้อสม. เป็นผู้สาธิตและร่วมประเมินการฝึกปฏิบัติ

สัปดาห์ที่ 2 และ 4 ให้กลุ่มตัวอย่าง ปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 ที่บ้าน

สัปดาห์ที่ 3 ให้ความรู้เรื่อง การดูแลสุขภาพให้แข็งแรง โดยให้ชมวิดีโอเรื่อง “ชะลอชรา ชีวียืนยาว” บรรยายเพิ่มเติมให้ครอบคลุม เนื้อหา ผู้วิจัยและอสม. สาธิตการแกว่งแขน และให้กลุ่ม ตัวอย่างฝึกปฏิบัติจนสามารถทำได้ถูกต้องและใช้ตัวแบบ มีชีวิตด้านบวก

สัปดาห์ที่ 5 ให้อสม. จำนวน 3 คน ประสานกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของตนเอง ล่วงหน้าว่า ผู้วิจัยจะโทรศัพท์ติดตามการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 โดยให้กลุ่มตัวอย่างเลือก วันเวลาที่สะดวก ใช้เวลาประมาณ 20 นาที

สัปดาห์ที่ 6 เก็บรวบรวมข้อมูล หลังการทดลองโดยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมิน ความรู้และพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 ชุดเดียวกับก่อนการทดลอง

3.2.2 กลุ่มเปรียบเทียบ

สัปดาห์ที่ 1 ให้อสม. แบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 และทำการนัดหมายกลุ่มตัวอย่างอีกครั้ง ในสัปดาห์ที่ 6 โดยจะแจ้งให้ทราบล่วงหน้า 1 สัปดาห์ ก่อนวันนัด สัปดาห์ที่ 2-5 กลุ่มตัวอย่างใช้ชีวิตประจำวัน ตามปกติ

4. การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ โดย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยง เบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคไวรัส โคโรนา 2019 และพฤติกรรมการป้องกันไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติทดสอบที

5. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ได้รับเอกสารรับรอง เลขที่ NS No. 15/2566 ลงวันที่ 12 พฤษภาคม 2566

และในการเข้าร่วมวิจัยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ สิทธิถอนตัวออกจากการวิจัย และสิทธิในการตอบรับ หรือปฏิเสธการลงนามในเอกสารยินยอมตนอย่างอิสระ สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับกิจกรรมตามโปรแกรม การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถเช่นเดียวกับกลุ่ม ทดลองภายหลังสิ้นสุดการศึกษา

ผลการวิจัย

การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง และกลุ่ม เปรียบเทียบ ก่อนและหลังทดลองพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 สูงกว่าก่อนการทดลองและแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้เรื่อง โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนทดลอง (n=20)			หลังทดลอง (n=20)			t-test	p-value
	$\bar{x}$	SD	ระดับ	$\bar{x}$	SD	ระดับ		
กลุ่มทดลอง	5.80	1.36	ต่ำ	10.30	1.12	ปานกลาง	-14.21	.000*
กลุ่มเปรียบเทียบ	5.35	1.49	ต่ำ	5.45	1.35	ต่ำ	-.370	.326

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของความรู้ เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนทดลอง (n=20)			หลังทดลอง (n=20)			t-test	p-value
	$\bar{x}$	SD	ระดับ	$\bar{x}$	SD	ระดับ		
ก่อนทดลอง	5.80	1.36	ต่ำ	5.35	1.49	ต่ำ	.995	.326
หลังทดลอง	10.30	1.12	ปานกลาง	5.45	1.35	ต่ำ	12.29	.000*

ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกัน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของ พฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 สูงกว่า ก่อนการทดลองและแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .001 (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนทดลอง (n=20)			หลังทดลอง (n=20)			t-test	p-value
	$\bar{x}$	SD	ระดับ	$\bar{x}$	SD	ระดับ		
กลุ่มทดลอง	2.75	.65	ปานกลาง	3.99	.34	สูง	-7.11	.000*
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.98	.66	ปานกลาง	2.96	.32	ปานกลาง	.129	.898

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของ พฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สูงกว่ากลุ่ม เปรียบเทียบ และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .001 (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนทดลอง (n=20)			หลังทดลอง (n=20)			t-test	p-value
	$\bar{x}$	SD	ระดับ	$\bar{x}$	SD	ระดับ		
ก่อนทดลอง	2.78	.65	ปานกลาง	2.98	.66	ปานกลาง	-.93	.350
หลังทดลอง	3.99	.34	สูง	2.96	.32	ปานกลาง	-.78	.000*

อภิปรายผลการวิจัย

1. หลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยของความรู้ ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่า กลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้เกิดจากกิจกรรม ตามโปรแกรมได้แก่ การบรรยายให้ความรู้และให้ชม วิดีทัศน์เรื่อง “ผู้สูงวัย ห่างไกลโควิด-19” และการให้ ตัวแบบมีชีวิตด้านบวกและด้านลบ การล้างมือ 7 ขั้นตอน การสวม ถอด ทั้ หน้ากากอนามัย การเว้นระยะห่าง ทางสังคมและได้รับการฝึกปฏิบัติจนปฏิบัติถูกต้อง โดย ผู้วิจัยและอสม. ชี้แนะและให้กำลังใจ ทำให้ผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองได้รับรู้วิธีปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อ โควิด 19 ที่ถูกต้อง และมั่นใจว่า ตนเองสามารถปฏิบัติ

ได้เช่นเดียวกันซึ่งการให้ความรู้เป็นปัจจัยขั้นแรก และเป็น องค์ประกอบที่สำคัญในการสร้างหรือก่อให้เกิดทักษะ ในการปฏิบัติในขั้นต่อไปได้ (อัจฉรา รัตนวงศ์, 2551) สอดคล้องกับแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1977) ที่ว่า ผู้ที่ได้รับความรู้และความเข้าใจโดยการดูสื่อวิดีโอทัศน์ และการได้เห็นภาพรวมถึงการได้ลงมือปฏิบัติ จะทำให้เกิดความมั่นใจ นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรม ที่พึงประสงค์ การให้ออสม. เข้ามามีส่วนร่วมในการให้ ความรู้และฝึกทักษะ คอยให้คำแนะนำขณะผู้สูงอายุ อยู่ที่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ บุญประจักษ์ จันทรวิน, และคณะ (2565) พบว่าความรู้ความเข้าใจ เรื่องการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีความสัมพันธ์

ทำให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 ที่ดีด้วย และการนำทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถของ Bandular มาใช้จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับความสามารถของตนเอง การส่งเสริมสุขภาพ ด้วยตนเอง โดยผ่านการฝึกทักษะจากอสม. ที่รับผิดชอบผู้สูงอายุเอง จึงสรุปได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ความสามารถ โดยใช้การมีส่วนร่วมอาสาสมัครประจำหมู่บ้านช่วยให้ผู้สูงอายุมีความรู้ และมีการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .000

2. หลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่มทดลอง สูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานวิจัย ทั้งนี้ผู้วิจัยจัดกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ความสามารถของตนโดยการมีส่วนร่วมของอสม. โดยอาศัยแหล่งสนับสนุน 4 ประการ ได้แก่ 1) การใช้คำพูดชักจูง 2) การเรียนรู้จากตัวแบบที่ทำให้ได้รับประสบการณ์ความสำเร็จของผู้อื่น 3) การกระตุ้นทางอารมณ์ และ 4) การมีประสบการณ์หรือการประสบความสำเร็จจากการลงมือทำกิจกรรมด้วยตนเอง เน้นให้เห็นความสำคัญของการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มตัวอย่างเกิดความเห็นคล้อยตาม และนำไปสู่ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง เกิดกำลังใจและความพยายามมากขึ้นที่จะปฏิบัติพฤติกรรมได้สำเร็จ (ดวงปรีดา เรืองทิพย์ และชดช้อย วัฒนะ, 2552) และการให้ตัวแบบมีชีวิต ทำให้ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างได้รับรู้ประสบการณ์ของผู้อื่น (vicarious experience) และสามารถชักถามข้อสงสัยได้โดยตรง ทำให้เกิดความคิดคล้อยตาม เกิดความมั่นใจเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และมีการติดตามพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทางโทรศัพท์ ในสัปดาห์ที่ 5 เป็นการพัฒนาการเรียนรู้ความสามารถของ

กลุ่มตัวอย่าง โดยใช้คำพูดชักจูงโน้มน้าว การกระตุ้นอารมณ์เชิงบวก การให้กำลังใจ ชมเชย ให้คำแนะนำ คำปรึกษา และให้แนวทางในการแก้ไขปัญหา ฝึกปฏิบัติทักษะต่างๆ กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน วิธีดังกล่าว ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับประสบการณ์ตรงเพิ่มการเรียนรู้ความสามารถของตนเอง และมีความมั่นใจที่จะนำไปปฏิบัติที่บ้าน

ผลจากการจัดกิจกรรมตามโปรแกรม โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด 19 และแนวทางในการป้องกัน รวมทั้งการฝึกปฏิบัติทักษะต่าง ๆ สำหรับนำไปใช้ในการป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 ด้วยการบรรยาย สาธิต ให้ชมวิดีโอ และการอภิปรายกลุ่ม ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองเกิดการเรียนรู้และการรับรู้ที่ถูกต้อง การมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการป้องกันการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 ที่ดี จะทำให้ผู้สูงอายุมีความพร้อมในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 โดยอาศัยแหล่งสนับสนุน 4 ประการ ได้แก่ 1) การใช้คำพูดชักจูง 2) การเรียนรู้จากตัวแบบที่ทำให้ได้รับประสบการณ์ความสำเร็จของผู้อื่น 3) การกระตุ้นทางอารมณ์ และ 4) การมีประสบการณ์หรือการประสบความสำเร็จจากการลงมือทำกิจกรรมด้วยตนเอง และเน้นให้เห็นความสำคัญของการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง เกิดกำลังใจและความพยายามมากขึ้นที่จะปฏิบัติพฤติกรรมได้สำเร็จ สอดคล้องกับคำกล่าวของแบนดูราที่ว่า การได้รับคำแนะนำหรือการโน้มน้าวด้วยคำพูดจากผู้ที่มีความรู้และเป็นที่นับถือให้เชื่อในความสามารถของตนเอง ย่อมทำให้บุคคลนั้นคลายความสงสัย และมีความพยายามมากขึ้นที่จะทำให้สำเร็จตามที่มุ่งหวัง (Bandura, 1997) และการใช้ตัวแบบมีชีวิต ทำให้เกิดความมั่นใจเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองว่า ตนเองก็สามารถทำพฤติกรรมดังกล่าวได้เช่นกัน อีกทั้งการกระตุ้นทางอารมณ์

โดยสร้างบรรยากาศให้เป็นกันเอง และการโทรศัพท์ติดตามในสัปดาห์ที่ 5 เป็นช่องทางหนึ่งในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้คำพูดโน้มน้าวการกระตุ้นอารมณ์เชิงบวก โดยการให้กำลังใจ ชมเชย ให้คำแนะนำ คำปรึกษา และให้แนวทางในการแก้ไขปัญหา ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจที่จะปฏิบัติตามพฤติกรรม การป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และทำกิจกรรมนั้นอย่างต่อเนื่อง ใช้แนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตน สามารถนำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ ศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองป้อมเพชร จังหวัดพระนครศรีอยุธยาได้ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคโควิด 19 และอันตราย/ความรุนแรงของโรค ตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันไม่ให้ตนเองติดเชื้อ และมีความมั่นใจในการปฏิบัติตามพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 ที่เหมาะสม อย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เข้ามามีส่วนร่วมปฏิบัติอย่างต่อเนื่องตลอด 6 สัปดาห์ ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์คือ ผู้สูงอายุไม่เกิดการติดเชื้อโรคโควิด 19 เป็นการลดการแพร่กระจายเชื้อในชุมชน และลดอัตราการติดเชื้อในผู้สูงอายุ และช่วยเพิ่มความสามารถของผู้สูงอายุในการเผชิญภาวะวิกฤติหากมีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข สามารถทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เหมาะสม ช่วยลดการติดเชื้อ และการแพร่กระจายเชื้อ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1.1 ควรนำเสนอโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครประจำ

หมู่บ้านกับผู้บริหารโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ ในหน่วยบริการปฐมภูมิเขตเมืองที่พบอัตราการเสียชีวิตของผู้สูงอายุสูงจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ ศูนย์แพทย์วัดตึก ศูนย์แพทย์วัดอินทาราม ศูนย์แพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา และศูนย์แพทย์ในเขตเมืองอื่น ๆ ในอำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เพื่อนำไปใช้ในการส่งเสริมผู้สูงอายุ ให้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

1.2 จัดอบรมแก่ อสม. ด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ฝึกทักษะที่จำเป็น อย่างเข้มข้น และต่อเนื่องจนสามารถนำไปถ่ายทอดให้กับผู้สูงอายุ เพื่อรองรับการระบาดระลอกใหม่ได้อย่างถูกต้อง มีการติดตามประเมินผลทุก 3 เดือน

1.3 จัดอบรมให้พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนหรือบุคลากรทางด้านสาธารณสุขสามารถนำโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ประยุกต์ใช้ในการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด 19 ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวและเป็นกลุ่มเสี่ยง เช่น โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง โรคปอด และผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน เป็นต้น

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ศึกษาแหล่งสนับสนุนทางสังคมอื่น ๆ เช่น คู่สมรส หรือสมาชิกในครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ

2.2 มีการติดตามพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระยะยาวเพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้สูงอายุ

3. มีการศึกษาวิจัยต่อยอดถึงพฤติกรรมป้องกัน

การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุเมื่ออยู่ในภาวะวิกฤต หรือมีการระบาดระลอกใหม่และบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีต่อครอบครัวของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

เอกสารอ้างอิง

กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. (2559). สถิติการป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคติดเชื้อโควิด-19 ของผู้สูงอายุ. สืบค้นจาก <https://ayo.moph.go.th/main/index.php?mod=contactus>

ดวงปรีดา เรื่องทิพย์, และชดช้อย วัฒนะ. (2552). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลเท้าต่อการรับรู้สมรรถนะในการดูแลเท้า และพฤติกรรมในการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลชุมชน (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพฯ.

บุญประจักษ์ จันทรวิน, อัญญา วิชชพัฒน์กุล, จีรภา แก้วเขียว, และนิสากร จันทรวิน. (2565). ความแตกต่างระหว่างวัยและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนจังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี, 11(2), 95-97.

มนสิชา เวรณัต. (2565). ประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวาน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารพยาบาลทหารบก, 23(3), 68-70.

สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2565). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565 (พิมพ์ครั้งที่ 1). บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).

อัจฉรา รัตนวงศ์, (2551). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการดูแลของมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

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

World Health Organization.(2020). *Coronavirus disease (COVID-19)*. Retrieved from <https://www.who.int/thailand/emergencies/novel-coronavirus-2019/>

ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีประวัติเคยเป็นผู้ป่วยโรคโควิด 19 จังหวัดนนทบุรี

Factors Affecting Mental Health of Elderly with a COVID-19 Background History, Nonthaburi Province

ดวงเดือน ศาสตราจารย์, Ph.D., Duangduen Satraphat, Ph.D.^{1*}

สุรีย์วรรณ ภูริปัญญาคูณ, กศ.ม., Sureewan Pooripanyakunn, M.Ed.²

จิราภรณ์ โภชกปรีภรณ์, ศศ.ม., Jiraporn Pochakaparipan, M.A.³

นิยม ขุนรองรัมย์, ศศ.ม., Niyom Khunrongram, M.A.⁴

¹รองศาสตราจารย์ ดร., คณะจิตวิทยา วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

¹Associate Professor, Ph.D., Faculty of Psychology, Saint Louis College

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พ.ด.อ.หญิง, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตวัชรพล

²Assistant Professor, Pol. Col, Faculty of Nursing Program Western University -Watcharapol Campus

³อาจารย์, คณะจิตวิทยา วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

³Lecturer, Faculty of Psychology, Saint Louis College

⁴อาจารย์, กลุ่มวิชาจิตวิทยาและการแนะแนว มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์

⁴Lecturer, Psychology and Guidance Group, Buriram Rajabhat University

*Corresponding Author E-mail: duangduen@slc.ac.th

Received: October 10, 2023

Revised: March 27, 2024

Accepted: June 6, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ วัตถุประสงค์การวิจัยเชิงพรรณานี้เพื่อศึกษา 1) ความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิต กับ ความเข้มแข็งทางจิตใจ การรับรู้ข่าวสารโควิด 19 ความกลัวติดโควิด 19 ซ้ำ ความอดทนต่อความเครียด ความภาคภูมิใจในตน การมองโลกในแง่ดี การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ที่มีประวัติเป็นโรคโควิด 19 และภาวะซึมเศร้า 2) ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เคยติดโรคโควิด 19 จังหวัดนนทบุรี ประชากร ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่เคยติดโรคโควิด 19 ใน 2 อำเภอ เมือง และ บางกรวย กลุ่มตัวอย่าง (ที่ยินยอม) เป็นผู้สูงอายุ ที่เคยติดโรคโควิด 19 อำเภอละ 100 คน โดยใช้เครื่องมือ 9 ชุด แบบสอบถาม 5 ระดับของลิเคิร์ส ตรวจสอบคุณภาพ วิจัยได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์จากวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เลขที่รับรอง E. 043/2565 สถิติคือ สหสัมพันธ์ แบบเพียร์สัน และ Stepwise Regression Analysis พบว่า สุขภาพจิตมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับปัจจัยเบื้องต้น

ต้นยักเว้นความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตและความเข้มแข็งทางจิตใจ และมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้า ปัจจัยทำนายสุขภาพจิตคือ ความอดทนต่อความเครียด การมองโลกในแง่ดีการรับรู้ข่าวสารโควิด 19 และความภาคภูมิใจในตน ทั้ง 4 ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของสุขภาพจิตได้ร้อยละ 21.8

คำสำคัญ: ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิต ผู้สูงอายุที่มีประวัติเป็นผู้ป่วยโรคโควิด 19

Abstract

The objectives of this descriptive research are to study 1) the relationship between mental health and strength of mind; the perception of COVID-19 news; the fear of re-contracting COVID-19; patience in stress; self-esteem; optimism; social support of the elderly (60 years and older) with COVID-19 infected background; depression 2) the factors affecting the mental health of elders with COVID-19 infected background in Nonthaburi; 60 years and older population with COVID-19 infected background in two districts: Muang and Bangkruay. The consenting sample group with COVID-19 background, comprised of 100 subjects from each district, was examined with nine sets of tools, the Five-Level Likert Questionnaire, and quality inspection. The research has been confirmed through the human ethics research from Saint Louis College, certification number E.043/2565. Pearson Product Moment Correlation and Stepwise Regression Analysis were used to analyze results respectively. Finding showed positive relationships in mental health towards the factors in objective one (above) except for the relationships between mental health and strength of mind and that of depression. Positive mental health predictive factors were patience in stress, optimism, the perception of COVID-19 news, and self-esteem---all together clarifying the variability of mental health at a percentage of 21.8. Gannaway, Susan B.S., M.S. Winona State University, Winona, Minnesota, USA

Keywords: factors affecting mental health, elderly with a COVID background history

บทนำ

การระบาดใหญ่ของโควิด 19 ได้เปลี่ยนแปลงวิถีทางสังคมต่าง ๆ ทั่วโลกที่ใช้ชีวิตในการทำงาน และการปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันอย่างรวดเร็ว มีมาตรการปิดเมือง (Lockdown) และการทำงานหรือ เรียนที่บ้าน และเว้นระยะห่างทางกายภาพเพื่อให้ความสำคัญกับความพยายามด้านสาธารณสุขในการชะลอการแพร่กระจาย

ของโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง รักษาเสถียรภาพของโครงสร้างการดูแลสุขภาพที่ล่มสลาย และปกป้องผู้ที่มีความเสี่ยงมากที่สุด คือ ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูงสุดต่อการเจ็บป่วยรุนแรงจาก Covid-19 จากการระบาดครั้งแรกในประเทศไทยจนถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2564 พบว่ามีผู้เสียชีวิตทั้งสิ้น 5,098,174 คน โดยพบว่าร้อยละ

45 ของผู้เสียชีวิตทั้งหมดเป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (สุขภาพ อารีเอื้อ, ยุวดี สารบูรณ์, อินทิรา รูปสว่าง, ทิพย์ทัศน์ ชินตาปัญญากุล, และศิริรัตน์ อินทรเกษม, 2565) ในประเทศสหรัฐอเมริกายานว่า 80% ของการเสียชีวิตจาก COVID-19 เกิดขึ้นในผู้ที่มีอายุเกิน 65 ปี

สำหรับข้อมูลของจังหวัดนนทบุรี ในปี พ.ศ. 2565 พบว่ามีผู้สูงอายุที่เป็นโควิด 19 จำนวน 14,273 คน เสียชีวิต 68 คน และในปี พ.ศ. 2566 ผู้สูงอายุที่เป็นโควิด 19 มีจำนวน 1,418 คน เสียชีวิต 2 คน (ข้อมูลจากกลุ่มงานกองควบคุมโรคติดต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี) เห็นได้ว่าจำนวนผู้สูงอายุที่เป็นโควิด 19 เสียชีวิตค่อนข้างมาก ในปี พ.ศ. 2565 และลดลงอย่างมากในปีถัดไป เห็นได้ว่างานสาธารณสุขมีประสิทธิภาพ คณะผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาค้นคว้าข้อมูล แต่พบว่าผลการวิจัยเกี่ยวกับโควิด 19 น้อยมากคณะผู้วิจัยจึงตัดสินใจที่จะศึกษาผู้สูงอายุที่เป็นโควิด 19 กับสุขภาพจิตในจังหวัดนนทบุรี ทั้งนี้เพื่อให้ได้ผลเป็นคลังข้อมูลสำหรับผู้ที่จะศึกษาต่อไป

คณะผู้วิจัยเลือกศึกษาสุขภาพจิต เนื่องจากสุขภาพจิตเป็นความสามารถของบุคคลในการดำเนินชีวิตไปสู่เป้าหมายที่ได้กำหนด หรือคาดหวังไว้ในทุกระดับอายุ ไม่เว้นแม้แต่ผู้สูงอายุ สุขภาพจิตแฝงอยู่กับวิถีชีวิตของมนุษย์ จนอาจกล่าวได้ว่า สุขภาพจิตเป็นปัจจัยกำหนดความสุข และความสำเร็จในชีวิตของมนุษย์ ดังภาษิตที่กล่าวว่า “จิตเป็นนาย กายเป็นบ่าว” สอดคล้องกับพระราชดำรัสตอนหนึ่งของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดชฯ ที่พระราชทานให้คณะจิตแพทย์ ณ พระตำหนักภูพิงคราชนิเวศน์ เมื่อวันที่ 14 ก.พ. 2520 ว่า

“สุขภาพจิตและสุขภาพกายนี้มีความสัมพันธ์ที่จะโยงกันอย่างยิ่ง พูดได้ว่าสุขภาพจิตสำคัญกว่าสุขภาพกายด้วยซ้ำ เพราะว่าคนไหนที่กายสมบูรณ์แข็งแรง แต่จิตใจฟั่นเฟือนไม่ได้

เรื่องนั้น ถ้าทำอะไรก็จะยุ่งได้ กายที่แข็งแรงนั้นก็จะไม่มีประโยชน์ต่อตนเอง หรือสังคมอย่างใด ส่วนคนที่สุขภาพกายไม่สู้แข็งแรงแต่สุขภาพจิตดี หมายความว่า จิตใจดี รู้จักจิตใจของตัวเอง และรู้จักปฏิบัติยอมเป็นประโยชน์ต่อตนเอง และเป็นประโยชน์ต่อสังคมได้มาก ในที่สุดสุขภาพจิตที่ดีก็อาจจะพามาซึ่งสุขภาพทางกายที่ดีได้”

ความสุขของผู้สูงอายุเกิดขึ้นได้ด้วยความรัก ความเข้าใจ ความเอาใจใส่ของลูกหลาน ตลอดจนผู้ดูแล และคนใกล้ชิด ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุหายจากการเป็นโรคโควิด 19 แล้วจึงควรสังเกตพฤติกรรมของผู้สูงอายุว่าท่านมีความสุข หรือมีปัญหาใดๆ อันเกิดจากสภาพทางจิตใจ ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลใจ เพราะจากข้อมูลข่าวสารเมื่อหายจากการติดเชื้อ แต่ละคนมีการฟื้นฟูร่างกายที่ต่างกัน บางคนอ่อนเพลียเรื้อรัง ใจสั่น ปวดตามข้อ นอนไม่หลับ รู้สึกมีไข้ ซึมเศร้า วิตกกังวล ผม่วง คณะผู้วิจัยสงสัยว่าผู้สูงอายุที่โชคร้ายหายจากโรคโควิด 19 แล้ว มีความเป็นอยู่อย่างไร มีความวิตกกังวลกลัวที่จะกลับมาติดโควิด 19 ซ้ำอีกหรือไม่ ปัจจัยอะไรที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เคยมีประวัติเป็นโรคโควิด 19 มีภาวะซึมเศร้าหรือไม่ มีความอดทนต่อความเครียดมากน้อยแค่ไหน มีการมองโลกในแง่ดีหรือไม่ ความภาคภูมิใจในตัวเองมีหรือไม่ ความเข้มแข็งทางจิตใจในการฟื้นตัวเป็นอย่างไร การรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19 และการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่มีประวัติเป็นโรคโควิด 19 เป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตกับความเข้มแข็งทางจิตใจ การรับรู้ข่าวสารโควิด 19 ความกลัวติดโควิด 19 ซ้ำ ความอดทนต่อความเครียด ความภาคภูมิใจในตน การมองโลกในแง่ดี การสนับสนุน

ทางสังคมของผู้สูงอายุที่มีประวัติเป็นโรคโควิด 19 และภาวะซึมเศร้า

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีประวัติเป็นโรคโควิด 19 จังหวัดนนทบุรี

สมมติฐานการวิจัย

1. สุขภาพจิต มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางจิตใจ การรับรู้ข่าวสารโควิด 19 ความกลัวติดโควิด 19 ข้ำ ความอดทนต่อความเครียด ความภาคภูมิใจในตน การมองโลกในแง่ดี การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่มีประวัติเป็นโรคโควิด 19 และภาวะซึมเศร้า

2. ความเข้มแข็งทางจิตใจ การรับรู้ข่าวสารโควิด 19 ความกลัวติดโควิด 19 ข้ำ ความอดทนต่อความเครียด ความภาคภูมิใจในตน การมองโลกในแง่ดี การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่มีประวัติเป็นโรคโควิด 19 และภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยทางจิตวิทยาที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีประวัติเป็นโรคโควิด 19

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กรมสุขภาพจิตได้รายงานการวิจัยของต่างประเทศพบว่าโรคเชื้อไวรัส Covid-19 มีผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก ไม่ว่าผู้สูงอายุรายนั้นจะเป็นผู้ติดเชื้อหรือไม่ก็ตาม เนื่องจากกลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มคนที่มีความเปราะบางทางด้านร่างกาย คือมีโรคร่วมมาก ภูมิคุ้มกันต่ำ เสี่ยงติดเชื้อง่าย และด้านจิตใจ ที่มีความเครียดวิตกกังวลง่าย โดยงานวิจัยพบว่าส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง เครียด และวิตกกังวล ดังนั้น การปฏิบัติตัวเพื่อลดความเครียดและความวิตกกังวลในผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญมาก เช่น การรับข่าวสารจากแหล่งที่เชื่อถือได้เท่าที่จำเป็น เพราะความเครียดเป็นสิ่งปกติกที่เกิดขึ้นได้จากความกลัวในเหตุการณ์ที่ไม่สามารถคาดเดาได้ การได้ติดต่อกับครอบครัวและกลุ่มเพื่อนอย่างสม่ำเสมอ เพื่อพูดคุยปรึกษาบุคคลที่ใกล้ชิดและไว้วางใจได้

เมื่อเริ่มรู้สึกว่าคุณเองมีความเศร้าหรือความวิตกกังวลเกิดขึ้น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างเป็นปกติ ร่วมกับการปฏิบัติตามมาตรการการป้องกันการติดเชื้อต่าง ๆ

จากผลการสำรวจข้อมูลในผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงผ่านทางระบบ Mental Health Check In ของกรมสุขภาพจิต จำนวน 45,453 ราย พบว่าผู้สูงอายุที่ติดบ้าน ติดเตียงร้อยละ 77.26 มีพลังใจในระดับมาก ร้อยละ 82.26 รู้สึกมีกำลังใจเมื่อได้รับการสนับสนุนจากคนรอบข้าง และร้อยละ 80.9 สามารถจัดการกับปัญหาและความเครียดของตนเองได้ แสดงให้เห็นได้ว่าแม้ต้องเผชิญสถานการณ์ที่ยากลำบาก ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ยังคงปรับตัวได้ และยังคงมีสุขภาพจิตที่ดีสรุปได้ว่า 1) สุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานการณ์โควิด 19 กับความเข้มแข็งทางใจมีความสัมพันธ์เชิงบวก 2) สุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานการณ์โควิด 19 กับการสนับสนุนจากคนรอบข้าง (ครอบครัว) มีความสัมพันธ์เชิงบวก

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาวิธีดำเนินการวิจัยมีดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาค้นครั้งนี้ คือผู้สูงอายุที่มีประวัติเป็นโรคโควิด 19 อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่พักอาศัยในจังหวัดนนทบุรี จำนวน 15,691 คน (ข้อมูลจากกลุ่มงานกองควบคุมโรคติดต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี)

1.2 กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุที่มีประวัติเป็นโรคโควิด 19 อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป อาศัยในจังหวัดนนทบุรี จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 200 คน ได้มาตามเกณฑ์เป็นผู้สูงอายุที่เคยมีประวัติป่วยเป็นโรคโควิด 19 และยินยอมเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่าง

2. เครื่องมือการวิจัย

เป็นแบบสอบถามจำนวน 9 ชุด ได้แก่ 1) ความเข้มแข็งทางใจ 2) การรับรู้ข่าวสารโควิด 3) ความกลัวติดโควิดซ้ำ 4) ความอดทนต่อความเครียด 5) ความภาคภูมิใจในตน 6) การมองโลกในแง่ดี 7) การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่มีประวัติเป็นโรคโควิด 8) ภาวะซึมเศร้า และ 9) สุขภาพจิต

3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามทุกชุดยกเว้น ภาวะซึมเศร้า และ สุขภาพจิต ซึ่งเป็นแบบสอบถามของมหาวิทยาลัยมหิดล และกรมสุขภาพจิต เป็นมาตรวัด 5 ระดับของลิเคิร์ตสเกล มีการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง ≥ 0.67 และ หาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แบบอัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ผลดังนี้

ค่าความเชื่อมั่นของ (1) ความเข้มแข็งทางใจ = 0.867, (2) การรับรู้ข่าวสารโควิด = 0.704, (3) ความกลัวติดโควิดซ้ำ = 0.700, (4) ความอดทนต่อความเครียด = 0.821, (5) ความภาคภูมิใจในตน = 0.783, (6) การมองโลกในแง่ดี = 0.794, และ (7) การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่มีประวัติเป็นโรคโควิด = 0.776

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป หาค่าสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และหาค่าการถดถอยพหุคูณโดยวิธี Stepwise

5. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

คณะผู้วิจัยได้ขออนุญาตเก็บข้อมูลกับผู้สูงอายุ

ที่มีประวัติเป็นโรคโควิด 19 จำนวน 9 ชุด โดยการอ่านให้ฟังซ้ำๆ สำหรับท่านที่ไม่สามารถอ่านได้ แล้วให้เลือกตอบว่าจะตรงกับระดับใดใน 5 ระดับ (Rating scale) การเก็บข้อมูลจะแยกทำ 2 ครั้ง ทั้งนี้ต้องคอยสังเกตพฤติกรรมของผู้สูงอายุประกอบว่ามีอาการเพลียหรือเครียดหรือไม่ กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยนี้ได้ตลอดเวลา ซึ่งจะไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น คำตอบของทุกคนจะถูกเก็บเป็นความลับจะนำมาใช้ในการคำนวณและนำเสนอในภาพรวม การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาโดยคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เลขที่รับรอง E. 043/2565

ผลการวิจัย

การทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1: สุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางจิตใจ การรับรู้ข่าวสารโควิด 19 ความกลัวติดโควิด 19 ซ้ำ ความอดทนต่อความเครียด ความภาคภูมิใจในตน การมองโลกในแง่ดี การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่มีประวัติเป็นโรคโควิด 19 และภาวะซึมเศร้า

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

สุขภาพจิตมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการรับรู้ข่าวสารโควิด 19 ความอดทนต่อความเครียด ความภาคภูมิใจในตน การมองโลกในแง่ดี การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่มีประวัติเป็นโรคโควิด 19 ($p < .01$) และมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้า ($p < .01$) ส่วนความเข้มแข็งทางจิตใจ และความกลัวติดโควิด 19 ซ้ำ ไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต ซึ่งยอมรับสมมติฐานเพียงบางส่วน (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การหาสหสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตกับตัวแปรต้น ได้แก่ ความเข้มแข็งทางใจ การรับรู้ข่าวสารโควิด 19 ความกลัวติดโควิด 19 ซ้ำ ความอดทนต่อความเครียด ความภาคภูมิใจในตน การมองโลกในแง่ดี การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่มีประวัติเป็นโรคโควิด 19 และภาวะซึมเศร้า

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9
ความเข้มแข็งทางจิตใจ (1)	1.00	.068	.306**	.067	.071	.194**	.218**	-.106	.035
การรับรู้ข่าวสารโควิด 19 (2)		1.00	-.188**	.071	.143*	.060	.131	-.173*	.207**
ความกลัวติดโควิด 19 ซ้ำ (3)			1.00	.207**	-.058	.049	.136	-.105	.002
ความอดทนต่อความเครียด (4)				1.00	.230**	.103	.353**	-.237**	.317**
ความภาคภูมิใจในตน (5)					1.00	.353**	.222**	-.141*	.298**
การมองโลกในแง่ดี (6)						1.00	.208**	-.206**	.298**
การสนับสนุนทางสังคมของ ผู้สูงอายุที่เคยมีประวัติเป็น โรคโควิด 19 (7)							1.00	-.160*	.246**
ภาวะซึมเศร้า (8)								1.00	-.243**
สุขภาพจิต (9)									1.00

** $p < .01$ และ * $p < .05$

การทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2: ความเข้มแข็งทางจิตใจ การรับรู้ข่าวสารโควิด 19 ความกลัวติดโควิด 19 ซ้ำ ความอดทนต่อความเครียด ความภาคภูมิใจในตน การมองโลกในแง่ดี การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่มีประวัติเป็นโรคโควิด 19 และภาวะซึมเศร้า เป็นปัจจัยทางจิตวิทยาที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีประวัติเป็นโรคโควิด 19 ได้

ระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นๆ ให้เป็นค่าคงที่ ความอดทนต่อความเครียด การมองโลกในแง่ดี การรับรู้ข่าวสารโควิด 19 และความภาคภูมิใจในตน มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต และใช้ทำนายสุขภาพจิตได้ โดยมีประสิทธิภาพของการทำนายร้อยละ 21.8 คือ ตัวทำนายทั้ง 4 ตัว ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคะแนนสุขภาพจิตได้ร้อยละ 21.8 (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ โดยวิธี Stepwise

ตัวแปรทำนาย	b	S _b	Beta	t	p
ความอดทนต่อความเครียด (4)	.348	.090	.252	3.867	.000
การมองโลกในแง่ดี (6)	.484	.154	.213	3.146	.002
การรับรู้ข่าวสารโควิด 19 (2)	.314	.129	.156	2.430	.016
ความภาคภูมิใจในตน (5)	.240	.118	.143	2.046	.042

R = .467 R² ที่ปรับแล้ว = .218 ค่าคงที่ = 16.770

อภิปรายผลการวิจัย

ในเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีประวัติเป็นโรคโควิด 19 จังหวัดนนทบุรี คณะผู้วิจัยอภิปรายผลตามตัวแปรที่ศึกษาดังต่อไปนี้

สุขภาพจิตมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 กับ ความอดทนต่อความเครียด และยังสามารถทำนายสุขภาพจิตได้อีกด้วย (โดยเข้าทำนายเป็นอันดับ 3) สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 และข้อ 2 แปลว่าถ้าสุขภาพจิตดีหรือมีคะแนนสูงขึ้นก็ทำให้ความอดทนต่อความเครียดเพิ่มมากขึ้นด้วย ดังบทความเรื่อง Window of tolerance can affect an existing mental health condition ที่กล่าวว่า หน้าต่างแห่งความอดทนส่งผลต่อสภาวะสุขภาพจิตที่มีอยู่ หน้าต่างแห่งความอดทนที่สัมพันธ์กับสุขภาพจิต บุคคลหลายคนสามารถขยายขอบเขตความอดทนของตนเองได้ และการทำเช่นนั้น จะเพิ่มความรู้สึกสงบและสามารถจัดการกับความเครียดด้วยวิธีที่ปรับตัวได้มากขึ้น

ความเครียดจากเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนใจหรือเหตุการณ์เชิงลบอื่นๆ อาจมีผลในการ “ผลัก” บุคคลออกจากกรอบความอดทน ผู้ที่เคยประสบกับเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนใจอาจตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นความเครียดแม้กระทั่งสิ่งเล็กๆ จากประสบการณ์ของบุคคล ซึ่งบุคคลอาจเชื่อว่าโลกนี้ไม่ปลอดภัยและอาจทำงานด้วยกรอบ

ความอดทนที่แคบลงหรือยืดหยุ่นไม่ได้ ขอบเขตความอดทนที่แคบลงอาจทำให้บุคคลรับรู้ถึงอันตรายได้ง่ายขึ้น และตอบสนองต่อภัยคุกคามที่เกิดขึ้นจริงและจินตนาการด้วยการตอบสนองแบบสู้/หนี หรือการตอบสนองแบบหยุดนิ่ง บุคคลที่ทำงานนอกกรอบความอดทนอาจประสบปัญหาสุขภาพจิต เช่นภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล บุคคลที่มีกอยู่ในภาวะตื่นตัวมากเกินไปอาจแสดงอาการของความเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนใจ เช่นภาพเหตุการณ์ในอดีต ฝันร้าย และอาการเหม่อลอย บุคคลที่มีกอยู่ในภาวะตื่นตัวน้อยอาจแยกตัวออกจากกัน มีปัญหา ด้านความจำและมีความรู้สึกไม่มั่นใจในตัวเอง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ McDonald, Yang, and Lancaster (2020) ที่พบว่าความอดทนต่อความทุกข์ ความเครียด กับการรับรู้สติที่สูงขึ้นหรือการรับรู้ข่าวสาร (โควิด 19) ทั้งสองตัวแปรนี้เป็นปัจจัยที่สำคัญและมีประโยชน์ต่อสุขภาพจิต

2. การมองโลกในแง่ดี และความภาคภูมิใจในตน นอกจากจะสัมพันธ์กับสุขภาพจิตแล้ว (ตามสมมติฐานข้อ 1) ยังสามารถเข้าทำนายสุขภาพจิตได้โดยการมองโลกในแง่ดี เข้าทำนายร่วมกับความอดทนต่อความเครียดเป็นอันดับที่ 2 และความภาคภูมิใจในตน เข้าร่วมทำนายกับตัวแปรทั้ง 2 เป็นอันดับที่ 4 จะเห็นได้ว่า

การรักตัวเอง นับถือตัวเอง เชื่อมมั่นในตัวเอง คือส่วนสำคัญที่ทำให้สุขภาพจิตโดยรวมมีความแข็งแกร่ง ถ้าบุคคลผู้นั้นเป็นคนที่มีความเชื่อมั่นหรือ self-esteem ต่ำ อาจส่งผลให้เกิดความรู้สึกไม่คู่ควร เกิดความสงสัยในตนเอง และนำไปสู่การมองโลกในแง่ลบได้ แต่ไม่ใช่จะทำให้ประสบการณ์ชีวิตล้มเหลว เพราะสามารถพัฒนาได้ การนับถือตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเอง จะช่วยปลุกฝังความรู้สึกเห็นตนเองมีคุณค่า ช่วยสร้างความมั่นใจในชีวิต บุคคลควรเสริมสร้างความมั่นใจในตนเองให้มาก โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่หวนกลับมามองในอดีตแล้วพบว่าชีวิตที่ผ่านมาประสบกับความสำเร็จก็จะรู้สึกภาคภูมิใจในตน (ทฤษฎีจิตสังคม Psychosocial Theory ของอีริกสัน (Erikson) ชื่นชมตน ชื่นชมโลก มองโลกในแง่บวกซึ่งจะทำให้เกิดความรู้สึกปิติเป็นสุข มีสุขภาพจิตดี ไม่เครียด หรือถ้าจะเกิดความเครียด อันเป็นธรรมชาติของมนุษย์ ผู้สูงอายุก็น่าจะทนต่อความเครียดได้ เพราะคนที่มองโลกในแง่ดีมักจะไม่มุ่งอยู่กับความทุกข์เป็นเวลานาน การมองโลกทางบวก คิดและมองชีวิตในแง่ดี การคิดทบทวนถึงสิ่งดี ๆ ในชีวิต เป็นการฝึกฝนตนเอง ให้รู้จักมองเห็นสิ่งดีที่คอยเกื้อหนุนชีวิต ช่วยให้มีความมุ่งมั่นและมีความสุขได้มากขึ้น เราสามารถฝึกได้ด้วยการจัดเวลา คิดทบทวนสิ่งดี ๆ เป็นประจำ จะช่วยให้สิ่งที่ร้ายกลีบกลายเป็นดีได้ โดยเฉพาะทางด้านจิตใจ ยิ่งถ้าเป็นจิตใจของผู้สูงอายุที่มีความเปราะบางมาก การมองโลกในแง่ดีเป็นกุญแจสำคัญช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข ซึ่งงานวิจัยในครั้งนี้พบว่า การมองโลกในแง่ดีนอกจากจะสัมพันธ์กับสุขภาพจิตในเชิงบวกแล้วยังสามารถเข้าทำนายสุขภาพจิตได้อีกด้วย สอดคล้องกับงานวิจัยของ ศิริรัตน์ ทองดี และสุพัทธ แสนแจ่มใส (2565) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก ส่งเสริมทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกทั้ง 4 ด้าน คือด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง ด้านความหวัง

ด้านการมองโลกในแง่ดี และด้านความยืดหยุ่นทางอารมณ์ โดยพัฒนาโปรแกรมจากแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก ควบคู่กับกระบวนการทางกิจกรรมบำบัด กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนในกรุงเทพฯ ผลพบว่าคะแนนสุขภาพจิตเฉลี่ยของผู้สูงอายุในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรม ระยะก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยคะแนนกลุ่มหลังเข้าร่วมมีคะแนนสูงกว่าก่อนเข้าร่วม Hernandez et al. (2020) ได้ศึกษาเรื่อง The Association of Optimism with Sleep Duration and Quality: Findings from the Coronary Artery Risk and Development in Young Adults (CARDIA) Study คณะของเธอได้ตรวจสอบพบว่าการมองโลกในแง่ดีสัมพันธ์กับคุณภาพและระยะเวลาการนอนหลับที่ดีขึ้น การวิเคราะห์ผู้ใหญ่วัยที่เข้าร่วมพัฒนาความเสี่ยงหลอดเลือดหัวใจในผู้ใหญ่ กลุ่มผู้ใหญ่จำนวน 3,548 คน ได้รับการวัดคุณภาพการนอนหลับและระยะเวลา โดยการรายงานตนเอง สองครั้งระยะห่างกัน 5 ปี การวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง พบว่าคะแนนการมองโลกในแง่ดีครั้งหลังสูงกว่าครั้งแรก ผลการวิจัยสนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างการมองโลกในแง่ดีและพฤติกรรมการนอนหลับ ในทัศนะของคณะวิจัยเห็นว่า การที่กลุ่มตัวอย่างนอนหลับอย่างมีคุณภาพ และระยะเวลาในการนอนหลับที่ดีขึ้นนั้น น่าจะเป็นดัชนีบ่งบอกถึงสุขภาพจิตที่ดี คือการมองโลกในแง่ดีน่าจะสัมพันธ์กับสุขภาพจิตนั่นเอง

3. จากผลการวิจัยที่พบว่าสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการรับรู้ข่าวสารโควิด 19 ที่ระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งตรงกับสมมติฐานทั้งข้อ 1 และ 2 เนื่องจากความสัมพันธ์เป็นเชิงบวกแปลผลได้ว่า การรับรู้ข่าวสารโควิด 19 ยิ่งรับรู้มากก็ยิ่งทำให้สุขภาพจิตดีมากขึ้น เพราะการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับโควิด 19 มากทำให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ

ในการปฏิบัติตนและเรียนรู้ในการป้องกันตนเอง เช่น รับทราบว่าผู้สูงอายุที่ติดเชื้อโควิด 19 และมีโรคประจำตัว เป็นโรคหัวใจ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือเป็น มะเร็ง พบว่ามีแนวโน้มอาการป่วยรุนแรง หายใจลำบาก มากกว่ากลุ่มอื่น ๆ ดังนั้นถ้าบุคคลมีโรคประจำตัวจึงต้อง ระวังตัวให้มากคือต้องใส่หน้ากากอยู่ตลอดเวลาเมื่อออกไปที่สาธารณะ หรืออยู่ในที่ที่มีผู้คนอยู่รวมกัน รักษา ระยะห่างอย่างน้อย 1 เมตรจากผู้อื่น เพื่อหลีกเลี่ยงการ ใกล้ชิดคนที่กำลังไอหรือจาม เนื่องจากผู้ติดเชื้อบางราย อาจยังไม่แสดงอาการ และยังไม่แน่นอนว่าคนยังสามารถ แพร่เชื้อต่อได้นานเท่าใดหลังจากหายแล้ว ดังนั้นการที่ ทำตามคำแนะนำเรื่องการแยกตัว อย่างเคร่งครัดตาม ข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ นอกจากนั้นยังรับทราบว่าจะมีการ ฉีดวัคซีนป้องกันโควิด 19 ที่จะได้ไปฉีดป้องกันตาม เวลา จึงทำให้ไม่เป็นโควิด 19 สุขภาพจิตดีตาม

ผลการวิจัยนี้สนับสนุนงานวิจัยของสุภา รัตน์ไพฑูริย์ นักศึกษาหลักสูตรบริหารธุรกิจ บัณฑิต สาขาจัดการธุรกิจทั่วไป คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยศิลปากรที่ได้วิจัยเรื่อง ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กับความวิตกกังวล และการจัดการความวิตกกังวล ในช่วงวิกฤตการณ์โรคโควิด 19 กรณีศึกษานักศึกษา คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยศิลปากร กลุ่มตัวอย่าง เป็นนักศึกษาคณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยศิลปากร จำนวน 394 คน ทั้งหมด 10 สาขาวิชา วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ผลการศึกษาพบว่า 1) ปัจจัยทางการศึกษา และปัจจัยด้านการรับรู้ข่าวสาร ส่งผลต่อการจัดการความวิตกกังวล ($p < .05$) 2) ปัจจัย ด้านความวิตกกังวลในการเข้าสังคมกับสุขภาวะทางจิตที่ ส่งผลต่อความยืดหยุ่นทางจิตใจ ($p < .05$) และ ผลพบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ข่าวสารส่งผลต่อการจัดการความ วิตกกังวลหรือสุขภาพจิตนั่นเอง

4. ผลการวิจัยที่พบว่า การสนับสนุนทาง สังคมของผู้สูงอายุที่มีประวัติเป็นโรคโควิด 19

มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต ซึ่งยอมรับสมมติฐานข้อ 1 ที่พบความสัมพันธ์กัน แต่ปฏิเสธสมมติฐาน ข้อ 2 การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่มีประวัติเป็นโรค โควิด 19 ไม่สามารถเข้าไปทำนายสุขภาพจิตได้ เนื่องจาก ค่าสหสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่มี ประวัติเป็นโรคโควิด 19 กับสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์ เชิงบวกที่ค่อนข้างต่ำ แม้จะพบว่ามีความสำคัญที่ระดับ .01 ($.246^{**}$) จึงทำให้ไม่สามารถเข้าไปทำนายสุขภาพจิตได้ การสนับสนุนทางสังคมในงานวิจัยนี้ออกแบบเครื่องมือ เน้นไปที่ครอบครัว การที่ผู้สูงอายุที่มีประวัติเคยป่วยเป็น โควิด 19 ได้รับความช่วยเหลือดูแลจากบุคคลที่ใกล้ชิด ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว ญาติให้ความช่วยเหลือใน การอำนวยความสะดวกในเรื่องต่าง ๆ ทำให้ผู้สูงอายุ มีความสุขกายสุขใจ ชื่นชมลูกหลาน ญาติว่าเป็นคนที่ มีความกตัญญู สุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นโควิด 19 ควรจะดีขึ้น ผลงานวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องบางส่วนกับ ผลงานของ พรพิมล เพ็ชรบุรี, ชมชื่น สมประเสริฐ, และ ประนอม โอทกานนท์ (2560) ศึกษาผลของโปรแกรม การสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ผลการศึกษาพบว่าภายหลัง การให้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม กลุ่มทดลองมี คะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตหลังทดลอง สูงกว่าก่อนทดลอง และผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตก่อนและหลัง ทดลอง ของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม ที่ ได้รับการดูแลตามปกติ สรุปได้ว่าโปรแกรมการสนับสนุน ทางสังคมของผู้สูงอายุสามารถนำไปใช้ในการดูแล ส่งเสริมสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุได้ หรืออาจกล่าวได้ ว่าการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ กับสุขภาพจิต

5. จากผลการวิจัยที่พบว่า ภาวะซึมเศร้า กับ สุขภาพจิต สัมพันธ์ในเชิงลบ ($p < .01$) ซึ่งเป็นไปตาม สมมติฐานข้อที่ 1 แต่ปฏิเสธสมมติฐานข้อที่ 2 คือไม่ สามารถเข้าไปทำนายสุขภาพจิตได้ แม้ค่าสหสัมพันธ์

ระหว่างภาวะซึมเศร้า กับ สุขภาพจิตจะมีค่าเป็นลบ และสูงเล็กน้อย ($-.243^{**}$) เนื่องจากค่าสหสัมพันธ์ของ ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีประวัติเป็นโรคโควิด 19 กับสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์เชิงลบที่ค่อนข้างต่ำ แม้จะพบว่ามีความสำคัญที่ระดับ $.01$ ($-.243^{**}$) จึงทำให้ไม่สามารถเข้าทำนายสุขภาพจิตได้ ภาวะซึมเศร้า ไม่ใช่ความอ่อนแอทางจิตใจ แต่เป็นอาการของโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นภัยเงียบด้านสุขภาพ ทำให้เกิดอารมณ์ที่เปื้อนเซ็ง ท้อแท้ หดหู่ เศร้า เหนงา ที่เกิดจากความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมอง ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้กับทุกคน จากงานวิจัยของ อรพรรณ ลือบุญวัชชัย และสุชาติ พันธุ์ลาภ (2561) ศึกษาภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ของผู้สูงอายุในชุมชนชานเมือง กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มารับบริการ ณ หน่วยงานสุขภาพจิตของ โรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง และ ศูนย์บริการสุขภาพจิตชุมชนชานเมือง กรุงเทพมหานคร จำนวน 130 ราย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช หรือมีปัญหาทางสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า ส่วนงานวิจัยของ Izadinia, Amiri, ghorban Jahromi, and Hamidi (2010). A study of relationship between suicidal ideas, depression, anxiety, resiliency, daily stresses and mental health among Tehran university students การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความสัมพันธ์ระหว่างความคิดฆ่าตัวตาย ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความยืดหยุ่น ความเครียดในชีวิตประจำวัน และสุขภาพจิตของนักศึกษา 265 คน ของมหาวิทยาลัยเตหะราน ผลวิเคราะห์ข้อมูล ความคิดฆ่าตัวตายมีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญกับความยืดหยุ่น ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า สุขภาพจิต และความเครียดในแต่ละวันมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความคิดฆ่าตัวตาย การวิเคราะห์การถดถอย

เปิดเผยว่าภาวะซึมเศร้ามีส่วนร่วมมากที่สุดในการทำนายความคิดฆ่าตัวตาย ในขณะที่ความวิตกกังวล สุขภาพจิต ความยืดหยุ่น และความเครียดในชีวิตประจำวัน เป็นปัจจัยสนับสนุนรองลงมา ตามลำดับ ตัวแปรเหล่านี้สามารถทำนายได้ถึง 21 เปอร์เซ็นต์ของความคิดฆ่าตัวตายทั้งหมด ในการวิเคราะห์การถดถอยพบว่าตัวแปร ความยืดหยุ่น ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า สุขภาพจิต เป็นตัวแปรเหตุที่เข้าไปทำนาย

สำหรับงานวิจัยที่นำมาอ้างอิงบางงานวิจัยไม่อาจอธิบายได้เต็มที่เพราะกลุ่มตัวอย่างที่นำมาอ้างอิงไม่ได้เป็นผู้สูงอายุที่เคยเป็นโควิด 19 มาก่อน แต่เนื่องจากเมื่อค้นคว้าแล้วไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติ 1) เป็นผู้สูงอายุ 2) เป็นผู้สูงอายุที่เคยเป็นโควิด 19 มาก่อน 3) สุขภาพจิต และ 4) ตัวแปรต้นที่นำมาศึกษา แต่อย่างไรก็ตามการนำเสนอนี้เป็นแนวทางเพื่อการค้นคว้าต่อไป

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยที่พบว่าความอดทนต่อความเครียด การมองโลกในแง่ดี การรับรู้ข่าวสารโควิด 19 และความภาคภูมิใจในตน มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต และใช้ทำนายสุขภาพจิตได้ ทั้ง 4 ตัวแปรนี้เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต คณะผู้วิจัยขอเสนอว่าให้ประชาชนได้ลงมือฝึก ทั้ง 4 ตัวแปรตั้งแต่วัยที่บุคคลจะเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุเพราะจะทำให้ไม่เครียด มีสุขภาพจิตที่ดีเพื่อเป็นที่รักของลูกหลาน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งต่อไปควรทำวิจัยในเชิงการทดลอง คือสร้างโปรแกรมฝึกความเข้มแข็งทางจิตใจให้กับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีประวัติเป็นโรคโควิด 19 คือ กลุ่มทดลอง เทียบกับผู้สูงอายุที่มีประวัติเป็นโรคโควิด 19 โดยไม่ให้การฝึกใดๆ เป็นกลุ่มควบคุม

เอกสารอ้างอิง

- พรพิมล เพ็ชรบุรี, ชมชื่น สมประเสริฐ, และประนอม โอทกานนท์. (2560). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 35(2), 188-197.
- ศิรินันท์ ทองดี, และสุพัทธ แสนแจ่มใส. (2565). ผลของโปรแกรมตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกต่อสุขภาพจิตผู้สูงอายุ. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สุภาพ อารีเอื้อ, ยุวดี สารบูรณ์, อินทิรา รูปสว่าง, ทิพย์ศน์ ชินดาปัญญากุล, และศิริรัตน์ อินทรเกษม. (2565). การเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทยในช่วงการระบาดของโควิด 19. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 16(4), 421-36.
- อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, และสุชาติ พันธุ์ลาภ. (2559). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนชนานเมืองกรุงเทพมหานคร. *วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ*, 3(3), 25-36.
- Hernandez, R., Vu, T. H. T., Kershaw, K. N., Boehm, J. K., Kubzansky, L. D., Carnethon, M., ... & Liu, K. (2020). The association of optimism with sleep duration and quality: Findings from the coronary artery risk and development in young adults (CARDIA) study. *Behavioral Medicine*, 46(2), 100-111.
- Izadinia, N., Amiri, M., ghorban Jahromi, R., & Hamidi, S. (2010). A study of relationship between suicidal ideas, depression, anxiety, resiliency, daily stresses and mental health among Tehran university students. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 5, 1615-1619. doi:10.1016/j.sbspro.2010.07.335
- McDonald, M. A., Yang, Y., & Lancaster, C. L. (2022). The association of distress tolerance and mindful awareness with mental health in first responders. *Psychological Services*, 19(S1), 34-44.



การพัฒนารูปแบบการนำตนเองเพื่อเสริมสร้างความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร

The Development of Self-Direction Model to Enhance Life Happiness of Older Adults in Bangkok Metropolitan

อัญชลี เชื้อวโสธร, MSN/FNP, Anchalee Cheosothorn, MSN/FNP¹

ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์, Ph.D., Pongpan Kirdpitak, Ph.D.²

รณัฐจวน คำวชิรพิทักษ์, ค.ด., Runjuan Khamvajarapitak, Ph.D.³

¹นักศึกษาระดับบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

¹Graduate Student, Kasembundit University

²ศาสตราจารย์ ดร., บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

²Professor, Ph.D., Graduate School, Kasembundit University

³รองศาสตราจารย์ ดร., บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

³Associate Professor, Ph.D., Graduate School, Kasembundit University

*Corresponding Author Email: benjid05@gmail.com

Received: January 5, 2024

Revised: April 8, 2024

Accepted: June 6, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสานวิธี มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการนำตนเองเพื่อเสริมสร้างความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ และ 3) เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการนำตนเอง เพื่อเสริมสร้างความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ ประชากรที่ใช้ในการวิจัยคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-75 ปี ในกรุงเทพมหานครฝั่งตะวันออก จำนวน 248,071 คน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มตัวอย่างที่ 1 ใช้ในการศึกษาความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ จำนวน 111 คน ที่ได้มาจากการคัดเลือกแบบหลายขั้นตอนจากประชากรตามเกณฑ์ที่กำหนด และ 2) กลุ่มตัวอย่างที่ 2 ใช้ในการเสริมสร้างความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ ที่ได้มาจากการเลือกแบบเจาะจงจากกลุ่มตัวอย่างที่ 1 ที่มีคะแนนความสุขในชีวิตตั้งแต่เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 50 ลงมา และสมัครใจเข้าร่วมการทดลอง จำนวน 40 คน และสุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับรูปแบบการนำตนเองเพื่อเสริมสร้างความสุขในชีวิต ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้รับรูปแบบการนำตนเอง และเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย (1) แบบวัดความสุขในชีวิต ที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง .67-1.00 ค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง .24-.77 และ

ค่าความเที่ยงทั้งฉบับเท่ากับ .92 และ (2) รูปแบบการนำตนเองเป็นรูปแบบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยพัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎีทางจิตวิทยา 3 แนวคิดทฤษฎี ประกอบด้วย ทฤษฎีภวนิยม ทฤษฎีการสร้างความรู้ด้วยตนเอง และทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ รูปแบบการนำตนเองมีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 1.00 การวิเคราะห์ข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย (1) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ และที่ได้จากการสังเคราะห์วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมากำหนดนิยามปฏิบัติการของความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ และ (2) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากการประเมินผลการใช้รูปแบบการนำตนเองเพื่อเสริมสร้างความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ($\bar{X}$, SD), Normality test, Wilcoxon Matched Pairs Signed-Ranks Test และ Mann-Whitney U-Test ผลการวิจัยพบว่า (1) ความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 111 คน อยู่ในระดับปานกลาง (2) รูปแบบการนำตนเองที่ผู้วิจัย พัฒนาขึ้น พัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎีทางจิตวิทยา 3 แนวคิด ได้แก่ แนวคิดทฤษฎีภวนิยม ทฤษฎีการสร้างความรู้ด้วยตนเอง และทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ และ (3) ความสุขในชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล สูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

คำสำคัญ: รูปแบบการนำตนเอง ความสุขในชีวิต ผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร

Abstract

The purpose of this mixed-methods research design were: 1) to study life happiness of older adults, 2) to develop the self-direction model to enhance life happiness of older adults, and 3) to study the results of using the self-direction model to enhance life happiness of the older adults. The population used in this study were 248,071 older adults aged between 60-75 years living in east bound of Bangkok. The sample used in this study was divided into 2 groups: 1) sample group 1 comprised 111 older adults, was used to study life happiness, obtained from multi-stage selection from the population according to the specified criteria, and 2) sample group 2 comprised of 40 older adults obtained from the purposive selection the sample group 1 who life happiness scores were lower than 50th percentile and volunteered to participate in the experiment. Those were then randomly selected into 20 of each experimental and control groups. The older adults in the experimental group received a self-direction model to enhance life happiness while the control group did not receive the self-direction model and participate in activities of the Elderly Club as usual. The research instruments were: 1) the life happiness scale of the older adults with item objective congruence (IOC) index ranged from 0.67-1.00, the item discrimination power ranged from .24-.77, and the reliability coefficient was .92, and 2) the self-direction model which the researcher developed from three psychological theoretical concepts,

consisting of existentialism, constructivism, and adult learning theory, with item objective congruence (IOC) index of 1.00. The statistics used for analyzing the data were (1) analysis of qualitative data obtained from interviewing were empirical data on life happiness and from a synthesis of life happiness related literature. Those were used to define an operational definition of life happiness of the older adults, and 2) analysis of quantitative data obtained from using the self-direction models to enhance life happiness of the older adults. Statistics included mean, and standard deviation ($\bar{X}$, SD), Normality test, Wilcoxon Matched Pairs Signed-Ranks Test, and Mann-Whitney U-Test. The research results were: (1) the life happiness of 111 older adults was at a moderate level, (2) the self-direction model developed from the concepts of three psychological theories: Existentialism, Constructivism, and Adult Learning Theory, and (3) overall life happiness of the older adults in the experimental group after the experiment and after the follow-up were higher than before the experiment with statistical significance at .01, and significantly higher than that of the control group at the .01 level.

Keywords: *Self-Direction Model, Life-Happiness, Older adults, Bangkok*

บทนำ

ความสุขเป็นความรู้สึกทางบวก ที่แสดงออกทางการคิด การรู้สึก และการกระทำตามระดับความพึงพอใจของบุคคลที่มีความกระตือรือร้นในการดำเนินชีวิต การพัฒนาตน การมีสัมพันธภาพที่ดีกับคนรอบข้างและสังคม และการมองโลกในแง่ดี ความสุขยังเป็นการรับรู้จากภายในที่บุคคลรู้สึกดี มีความพึงพอใจในชีวิต (life satisfaction) มีอารมณ์ทางบวก (positive emotions) และมีสุขภาพ (well-being) ซึ่งส่งผลให้บุคคลดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ เป็นจุดแข็งที่สำคัญอย่างยิ่งต่อการดำรงชีวิต และสามารถช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดี เปรียบเสมือนภูมิคุ้มกันที่ป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพทั้งกายและจิต ผู้สูงอายุที่มีความสุขคือผู้สูงอายุที่มีพลังบวกซึ่งเป็นจุดแข็งของชีวิต พลังบวกประกอบด้วย ความต้องการพิสูจน์ตนเองให้เป็นที่ยอมรับ ความมีอิสระในการเรียนรู้ ความอยากรู้อยากเห็น ความคาดหวัง การบริหารเวลาอย่างเหมาะสม การมีสุขภาพดี

ทั้งกายและจิต การได้รับการยอมรับจากผู้อื่น ความสามารถแบ่งปันประสบการณ์และช่วยเหลือผู้อื่นได้ และการมีเศรษฐกิจพอเพียงแก่การดำรงชีวิต (พระครูอุทัยธรรมานุกุล, 2560)

ผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ของความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่มีอายุระหว่าง 60-75 ปี ในเขตกรุงเทพมหานคร โดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ จำนวน 16 คน ด้วยคำถามว่า “สิ่งที่ทำให้ท่านมีความสุขในชีวิตประกอบด้วยอะไรบ้าง” และ “ท่านต้องการพัฒนาให้มากขึ้นหรือไม่” ผลการสัมภาษณ์สรุปได้ว่า ความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุประกอบด้วย 1) มีสุขภาพแข็งแรง 2) มีความรื่นรมย์ สนุกสนานในการใช้ชีวิต 3) มีความพึงพอใจ ภาคภูมิใจในตัวเอง และสามารถแบ่งปันให้ผู้อื่น 4) มีความเข้าใจความรู้สึกของตนเอง และควบคุมอารมณ์ได้ 5) มีเศรษฐกิจมั่นคง 6) มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลที่เกี่ยวข้อง 7) มีการรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่ง

ของสังคม และ 8) มีความยืดหยุ่น ปรับตัวได้ดีในสถานการณ์ต่างๆ และผู้สูงอายุต้องการพัฒนาให้มากขึ้นกับตนเอง

สำหรับการเสริมสร้างความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการนำตนเอง โดยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีทางจิตวิทยา 3 ทฤษฎี คือ ภาวะนิยม (Existentialism) การสร้างความรู้ด้วยตนเอง (Constructivism) และการเรียนรู้ในผู้ใหญ่ (Adult Learning Theory) โดยรูปแบบการนำตนเองของการวิจัยในครั้งนี้ มีแนวคิดที่มุ่งเน้น 1) ผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางของการเรียนรู้ 2) การเรียนรู้ด้วยการเชื่อมโยงประสบการณ์ระหว่างประสบการณ์ใหม่กับประสบการณ์เดิมให้เกิดเป็นความรู้ใหม่ของผู้สูงอายุที่กว้างขวางขึ้น 3) การนำตนเองและการเรียนรู้ด้วยการลงมือปฏิบัติเพื่อเสริมสร้างความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ โดยการสำรวจและวิเคราะห์สภาพการณ์ที่เกี่ยวข้อง 4) การเรียนรู้ในสิ่งที่ผู้สูงอายุให้ความสนใจ และสามารถนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ได้ในชีวิตประจำวันด้วยการกำหนดเป้าหมาย 5) การสร้างแรงจูงใจและสนับสนุนให้เกิดบรรยากาศของการเรียนรู้ด้วยการลงมือปฏิบัติ และ 6) ตรวจสอบและประเมินผลความก้าวหน้าด้วยการสะท้อนคิด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร
 2. เพื่อพัฒนารูปแบบการนำตนเองเพื่อเสริมสร้างความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ
 3. เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการนำตนเองเพื่อเสริมสร้างความสุขในชีวิต โดยการ
- 3.1 เปรียบเทียบความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล

3.2 เปรียบเทียบความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสานวิธีพื้นฐาน (Mixed-methods design) (Creswell, 2013) โดยมี

1. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยเป็น 3 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative collection and analysis) โดยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ และจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าวมากำหนดนิยามปฏิบัติการของความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ

ระยะที่ 2 การสร้างเครื่องมือวิจัย ที่ประกอบด้วย การสร้างแบบวัดความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ และรูปแบบการนำตนเองเพื่อเสริมสร้างความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ

- ผู้วิจัยสร้างแบบวัดความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 “เพื่อศึกษาความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร” โดยสร้างแบบวัดตามแนว SOC (Selection, Optimization, Compensation) ที่มีเนื้อหาสอดคล้องกับนิยามปฏิบัติการของความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ โดยแบบวัดเป็นแบบสถานการณ์ (Situation) ที่เกี่ยวข้องกับความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ และจำนวนข้อสถานการณ์แต่ละสถานการณ์ประกอบด้วย 1) ตัวเลือกที่เป็นไปได้ หรือเป็นไปไม่ได้ (Selection) 2) การปฏิบัติเพื่อให้เกิดการใช้ประโยชน์อย่างเต็มที่ (Optimization) และ 3) การทดแทน (Compensation) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

3 คะแนน คำตอบ S, O, C เป็นไปได้มาก

2 คะแนน คำตอบ S, O, C เป็นไปได้ปานกลาง

1 คะแนน คำตอบ S, O, C เป็นไปได้น้อย

- ผู้วิจัยนำแบบวัดความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุที่สร้างขึ้น เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบคุณภาพและวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และนำแบบวัดความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุไปปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ก่อนนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง .24-.77 และค่าความเที่ยงทั้งฉบับเท่ากับ .92

- ผู้วิจัยพัฒนารูปแบบการนำตนเองเพื่อเสริมสร้างความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ โดยศึกษา 1) แนวคิดทฤษฎีทางจิตวิทยาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง 2) พัฒนารูปแบบการนำตนเองเพื่อเสริมสร้างความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ โดยประยุกต์แนวคิดทฤษฎีจิตวิทยา 3) แนวคิด ได้แก่ ภาวะนิยม (Existentialism) การสร้างความรู้ด้วยตนเอง (Constructivism) และทฤษฎีการเรียนรู้ในผู้ใหญ่ (Adult Learning Theory) 4) ตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบการนำตนเองเพื่อเสริมสร้างความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 1.00 5) ปรับปรุงแก้ไขรูปแบบการนำตนเองเพื่อเสริมสร้างความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ 6) นำรูปแบบการนำตนเองไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน และ 7) นำรูปแบบการนำตนเองไปใช้กับกลุ่มทดลองจำนวน 20 คน โดยทดลองสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ๆ ละ 3 ชั่วโมง รวมการทดลองจำนวน 8 ครั้ง และดำเนินการสนทนากลุ่มกับกลุ่มทดลองภายหลังสิ้นสุดการทดลองครั้งที่ 8 โดยการสนทนากลุ่มเฉพาะแบบไม่มีโครงสร้าง ให้สมาชิกกลุ่มบอกเล่าถึงความรู้สึกของตนเองที่มีต่อการทดลองทั้ง 8 ครั้ง

ระยะที่ 3 การวิจัยเชิงทดลอง โดยมีตัวแปรต้น

คือ รูปแบบการนำตนเองเพื่อเสริมสร้างความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ และตัวแปรตามคือ ความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 3 “เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการนำตนเองเพื่อเสริมสร้างความสุขในชีวิต โดยการ (1) เปรียบเทียบความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล (2) เปรียบเทียบความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล” และวิเคราะห์ผลการวัดความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล โดยใช้ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ($\bar{X}$, SD), Normality test, Wilcoxon Matched Pairs Signed-Ranks Test และ Mann-Whitney U-Test

2. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการ

เก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต เลขที่รับรอง T017266P ตั้งแต่ 7 มิถุนายน 2566 ถึง 7 มิถุนายน 2567

3. การวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 วิเคราะห์คะแนนความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ โดยหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.2 เปรียบเทียบคะแนนความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง โดยรวมและรายด้าน ก่อนทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล โดยใช้ Wilcoxon Matched-Pairs Signed-Ranks Test

3.3 เปรียบเทียบคะแนนความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยรวม และรายด้าน ก่อนทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล โดยใช้ Mann-Whitney U-Test

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ สุขภาพกาย ด้านความสามารถในการดูแลสุขภาพจิต ในเขตกรุงเทพมหานคร ค่าเฉลี่ยความสุขในชีวิตโดยรวม ด้านการมองโลกในแง่ดี ด้านการมีสัมพันธภาพที่ดี ของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 111 คน และด้านความยืดหยุ่นในการปรับมุมมองความคิดอยู่ อยู่ในระดับปานกลาง ความสุขในชีวิตรายด้านซึ่ง ในระดับปานกลาง ส่วนด้านความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ได้แก่ ความสุขในชีวิตด้านความสามารถในการดูแล สังคมอยู่ในระดับสูง (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครเป็นรายด้าน และโดยรวม (n=111)

ความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานครฝั่งตะวันออก	Max	Min	$\bar{X}$	SD	การแปลผล
ด้านความสามารถในการดูแลสุขภาพกาย	3	1	2.302	.167	ปานกลาง
ความสามารถในการดูแลสุขภาพจิต	3	1	2.478	.643	ปานกลาง
ด้านการมองโลกในแง่ดี	3	1	2.126	.712	ปานกลาง
ด้านการมีสัมพันธภาพที่ดี	3	1	2.342	.832	ปานกลาง
ด้านความยืดหยุ่นในการปรับมุมมองความคิด	3	1	2.527	.561	ปานกลาง
ด้านความมั่นคงทางเศรษฐกิจสังคม	3	1	2.527	.561	สูง
โดยรวม	3	1	2.384	.579	ปานกลาง

2. ผลการพัฒนารูปแบบการนำตนเองเพื่อ เสริมสร้างความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลการพัฒนารูปแบบการนำตนเองเพื่อเสริมสร้างความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ

ครั้งที่	เรื่อง	วัตถุประสงค์	แนวคิดทฤษฎีและเทคนิค
1	ปฐมนิเทศ: การนำตนเองเพื่อเสริมสร้างความสุขของผู้สูงอายุ	เพื่อกำหนดวัตถุประสงค์ในการสร้างความสุข และกิจกรรมสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล	แนวคิดเกี่ยวกับการนำตนเอง โดยใช้เทคนิคการแลกเปลี่ยนเรียนรู้
2	การเสริมสร้างความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุด้านความสามารถในการดูแลสุขภาพกาย	เพื่อเสริมสร้างความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุด้านสุขภาพกายให้แข็งแรง	แนวคิดการนำตนเอง และทฤษฎีภวนิยม โดยใช้เทคนิคการระดมสมอง และการมองมุมใหม่
3	การเสริมสร้างความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุด้านสุขภาพจิต	เพื่อเสริมสร้างความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุด้านสุขภาพจิต ให้มีจิตใจที่เป็นสุข	แนวคิดการนำตนเอง และทฤษฎีการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ใช้เทคนิคการวิเคราะห์ SWOT และการสะท้อนคิด

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ครั้งที่	เรื่อง	วัตถุประสงค์	แนวคิดทฤษฎีและเทคนิค
4	การเสริมสร้างความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุด้านการมองโลกในแง่ดี	เพื่อเสริมสร้างความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุด้านการมองโลกในแง่ดี	แนวคิดการนำตนเอง และทฤษฎีการเรียนรู้ในผู้ใหญ่ โดยใช้เทคนิคการวาดฝัน และการเล่าเรื่อง
5	การเสริมสร้างความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุด้านการมีสัมพันธภาพที่ดี	เพื่อเสริมสร้างความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุด้านการมีสัมพันธภาพที่ดี	แนวคิดการนำตนเอง และการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม โดยใช้เทคนิค Kinetic Family Drawing (KFD) และการใช้บทบาทสมมติ (Role play)
6	การเสริมสร้างความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุด้านความยืดหยุ่นในการปรับมุมมองความคิด	เพื่อเสริมสร้างความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุด้านความยืดหยุ่นในการปรับมุมมองความคิด	แนวคิดการนำตนเอง และทฤษฎีการรู้คิด โดยใช้เทคนิคระดมความคิดด้วยแผนภูมิกำแพง
7	การเสริมสร้างความสุขในชีวิตด้านความมั่นคงทางเศรษฐกิจสังคม	เพื่อเสริมสร้างความสุขในชีวิตด้านความมั่นคงทางเศรษฐกิจสังคม	แนวคิดการนำตนเอง และทฤษฎีการรู้คิด โดยใช้เทคนิคการจัดการความรู้
8	การป้องกันโรค และการประมวลความรู้เกี่ยวกับการเสริมสร้างความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ	เพื่อเสริมสร้างความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ ด้วยการดูแลตนเองด้านร่างกายและจิตใจ การมองโลกในแง่ดี การมีสัมพันธภาพที่ดี มีความยืดหยุ่นในการปรับมุมมองความคิด และความมั่นคงทางเศรษฐกิจสังคม	แนวคิดการนำตนเอง โดยใช้เทคนิคสรุปรวมความคิดในแผนที่ความคิด (Mind mapping) แล้วนำเสนอต่อกลุ่ม

3. ผลการวิเคราะห์ความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล (ดังตารางที่ 3) ในเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ของกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลเป็นรายคู่ (n=20)

ความสุขในชีวิต ของผู้สูงอายุ	ก่อน การทดลอง Med IQR	หลัง การทดลอง Med IQR	หลังการ ติดตามผล Med IQR	เปรียบเทียบช่วงเวลา	Z	p
ด้านความสามารถ ในการดูแล สุขภาพกาย	2.00 .63	2.33 .50	2.50 .46	ก่อนการทดลอง – หลังการทดลอง	-2.028	.043
				ก่อนการทดลอง – หลังการติดตามผล	-2.410*	.016
				หลังการทดลอง – หลังการติดตามผล	-.369	.712
ด้านความสามารถ ในการดูแล สุขภาพจิต	2.33 .25	2.58 .25	2.58 .42	ก่อนการทดลอง – หลังการทดลอง	-3.843**	.000
				ก่อนการทดลอง – หลังการติดตามผล	-2.771**	.006
				หลังการทดลอง – หลังการติดตามผล	-.143	.887
ด้านการมองโลก ในแง่ดี	2.00 .50	2.50 .50	2.13 .75	ก่อนการทดลอง – หลังการทดลอง	-3.632**	.000
				ก่อนการทดลอง – หลังการติดตามผล	-1.318	.187
				หลังการทดลอง – หลังการติดตามผล	-1.511	.131
ด้านการมี สัมพันธภาพที่ดี	2.13 .69	2.50 .13	2.75 .94	ก่อนการทดลอง – หลังการทดลอง	-2.556**	.011
				ก่อนการทดลอง – หลังการติดตามผล	-2.413*	.016
				หลังการทดลอง – หลังการติดตามผล	-.200	.842
ด้านความยืดหยุ่น ในการปรับมุมมอง ความคิด	2.00 .75	2.25 .50	2.75 .25	ก่อนการทดลอง – หลังการทดลอง	-1.008	.313
				ก่อนการทดลอง – หลังการติดตามผล	-3.539**	.000
				หลังการทดลอง – หลังการติดตามผล	-2.989**	.003
ด้านความมั่นคง ทางเศรษฐกิจสังคม	2.50 .44	2.75 .25	2.5 .50	ก่อนการทดลอง – หลังการทดลอง	-3.082**	.002
				ก่อนการทดลอง – หลังการติดตามผล	-2.635**	.008
				หลังการทดลอง – หลังการติดตามผล	-3.270**	.001
ความสุขในชีวิต โดยรวม	2.26 .14	2.5 .19	2.46 .26	ก่อนการทดลอง-หลังการทดลอง	-3.923**	.000
				ก่อนการทดลอง-หลังการติดตามผล	-3.755**	.000
				หลังการทดลอง-หลังการติดตามผล	-.393	.695

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ผลการเปรียบเทียบความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครฝั่งตะวันออกกลุ่มทดลองเป็นรายคู่ พบว่า คะแนนความสุขในชีวิตโดยรวมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และหลังการติดตาม

ผลสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่หลังการทดลองกับหลังการติดตามผลไม่แตกต่างกัน

4. ผลการเปรียบเทียบความสุขในชีวิตของ ผู้สูงอายุก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล
ผู้สูงอายุก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุม (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครฝั่งตะวันออก ที่ได้รับ รูปแบบการ
นำตนเองเพื่อเสริมสร้างความสุขในชีวิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการ
ทดลอง และหลังการติดตามผลทั้งโดยรวมและรายด้าน โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U-Test

ความสุขในชีวิต ของผู้สูงอายุ	ช่วงเวลาในการวัด	กลุ่มตัวอย่าง	MED	Mean Rank	IOR	Z	p
ด้านความสามารถ ในการดูแลสุขภาพกาย	ก่อนการทดลอง	ทดลอง	2.00	19.05	.63	-.797	.425
		ควบคุม	2.25	21.95	.67		
	หลังการทดลอง	ทดลอง	2.33	26.33	.50	-3.207**	.001
		ควบคุม	2.00	14.68	.29		
	หลังการติดตามผล	ทดลอง	2.50	25.93	.46	-2.986**	.003
		ควบคุม	2.17	15.08	.29		
ด้านความสามารถ ในการดูแลสุขภาพจิต	ก่อนการทดลอง	ทดลอง	2.33	17.95	.25	-1.410	.159
		ควบคุม	2.42	23.05	.23		
	หลังการทดลอง	ทดลอง	2.58	30.43	.25	-5.386**	.000
		ควบคุม	2.08	10.58	.46		
	หลังการติดตามผล	ทดลอง	2.58	27.70	.42	-3.921**	.000
		ควบคุม	2.25	13.30	.33		
ด้านการมองโลก ในแง่ดี	ก่อนการทดลอง	ทดลอง	2.00	20.53	.50	-.014	.989
		ควบคุม	2.13	20.48	.50		
	หลังการทดลอง	ทดลอง	2.50	26.50	.50	-3.304**	.001
		ควบคุม	2.00	14.50	.50		
	หลังการติดตามผล	ทดลอง	2.13	17.33	.75	-1.747	.081
		ควบคุม	2.38	23.68	.44		
ด้านการมี สัมพันธภาพ ที่ดี	ก่อนการทดลอง	ทดลอง	2.13	20.08	.69	-.237	.813
		ควบคุม	2.25	20.93	.25		
	หลังการทดลอง	ทดลอง	2.50	25.20	.13	-2.634**	.008
		ควบคุม	2.13	15.80	.50		
	หลังการติดตามผล	ทดลอง	2.75	23.63	.94	-1.733	.083
		ควบคุม	2.25	17.38	.50		
ด้านความยืดหยุ่น ในการปรับมุมมอง ความคิด	ก่อนการทดลอง	ทดลอง	2.00	20.00	.75	-.277	.782
		ควบคุม	2.13	21.00	.25		
	หลังการทดลอง	ทดลอง	2.25	25.08	.50	-2.523**	.012
		ควบคุม	1.75	15.93	.69		
	หลังการติดตามผล	ทดลอง	2.75	28.53	.25	-4.429**	.000
		ควบคุม	2.00	12.48	.44		

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ความสุขในชีวิต ของผู้สูงอายุ	ช่วงเวลาในการวัด	กลุ่มตัวอย่าง	MED	Mean Rank	IOR	Z	ρ
ด้านความมั่นคงทาง เศรษฐกิจสังคม	ก่อนการทดลอง	ทดลอง	2.50	23.18	.44	-1.513	.130
		ควบคุม	2.38	17.83	.75		
	หลังการทดลอง	ทดลอง	2.75	28.60	.25	-4.484**	.000
		ควบคุม	2.25	12.40	.50		
	หลังการติดตามผล	ทดลอง	2.5	20.55	.50	-.028	.978
		ควบคุม	2.50	20.45	.50		
ความสุขในชีวิต โดยรวม	ก่อนการทดลอง	ทดลอง	2.26	19.43	.14	-.588	.557
		ควบคุม	2.25	21.58	.08		
	หลังการทดลอง	ทดลอง	2.5	30.48	.19	-5.403**	.000
		ควบคุม	2.03	10.53	.29		
	หลังการติดตามผล	ทดลอง	2.46	28.43	.26	-4.305**	.000
		ควบคุม	2.24	12.58	.28		

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามตารางที่ 4 พบว่า ก่อนทดลองความสุขในชีวิตโดยรวมระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ส่วนความสุขในชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้อภิปรายตามวัตถุประสงค์ในการวิจัย ดังนี้

1. ความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในเขต กรุงเทพมหานครฝั่งตะวันออก จำนวน 111 คน มีค่าเฉลี่ยโดยรวม และรายด้าน 5 ด้าน ซึ่งได้แก่ด้านความสามารถในการดูแลสุขภาพกาย ด้านความสามารถในการดูแลสุขภาพจิต ด้านการมองโลกในแง่ดี ด้านการมีสัมพันธภาพที่ดี ด้านความยืดหยุ่นในการปรับมุมมองความคิด อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านความมั่นคงทางเศรษฐกิจสังคมอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะว่า

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนมีอายุมากกว่า 60 ปี ซึ่งเป็นช่วงอายุที่มีความเสื่อมถอยของร่างกาย มีความขัดข้องเรื่องการเคลื่อนไหว รับประทานอาหารได้น้อยลง และการพักผ่อนนอนหลับไม่เพียงพอ ทำให้เกิดความรู้สีกวิตกกังวลและไม่สบายใจขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความสุขในระดับปานกลาง ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ กัญญิกา ปัญญาละ, กัญญชล วัฒนากุล, และวรพล ยะมะกะ (2563) ที่ศึกษาระดับความสุขของผู้สูงอายุ และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อระดับความสุขและระดับความสุขของผู้สูงอายุในอำเภอสนักำแพง จังหวัด เชียงใหม่ สรุปว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความสุขอยู่ในระดับปานกลาง และปัจจัยที่มีผลกับความสุขของผู้สูงอายุ ได้แก่ การที่ผู้สูงอายุมีครอบครัวที่ความรักใคร่กลมเกลียว เคารพให้เกียรติกัน ผู้สูงอายุมีเงินออมส่วนตัว ผู้สูงอายุไม่มีหนี้สิน ผู้สูงอายุไม่มีโรคประจำตัวที่ต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้สูงอายุมีความสามารถในการควบคุมสติอารมณ์ เมื่อมีเหตุการณ์คับขันหรือร้ายแรงเกิดขึ้น และผู้สูงอายุ

มีสภาพแวดล้อมที่ดีปลอดจากสารเคมีหรือปราศจากมลพิษทางสิ่งแวดล้อม

2. รูปแบบการนำตนเองเพื่อเสริมสร้างความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้พัฒนาโดยประยุกต์ใช้หลักการและวิธีการ ตามแนวคิดทฤษฎีภวนิยม (Existentialism) ทฤษฎีการสร้างความรู้ด้วยตนเอง (Constructivism) และทฤษฎีการเรียนรู้ในผู้ใหญ่ (Adult Learning Theory) เพื่อเสริมสร้างความสุขในชีวิต โดยมีแนวคิดที่สำคัญดังนี้ (1) เน้นผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางของการเรียนรู้ (2) เน้นการเรียนรู้ด้วยการเชื่อมโยงประสบการณ์ระหว่างประสบการณ์ใหม่กับประสบการณ์เดิม แล้วสังเคราะห์เป็นความรู้ใหม่ของผู้สูงอายุที่กว้างขวางขึ้น (3) เน้นรูปแบบการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองโดยการลงมือปฏิบัติ ซึ่งผู้สูงอายุต้องนำตนเอง และผู้วิจัยเป็นผู้ให้การสนับสนุนการค้นหาคำตอบร่วมกับผู้สูงอายุ (4) เน้นการเรียนรู้ในสิ่งที่ผู้สูงอายุให้ความสนใจ และสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ได้ในชีวิตประจำวัน (5) เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุเป็นผู้บริหารเวลา และกำหนดกิจกรรมของตนเองสำหรับการเรียนรู้ โดยผู้วิจัยเป็นผู้อำนวยความสะดวก (6) เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยให้ผู้สูงอายุนำเสนอประสบการณ์ที่เป็นปัญหาคับข้องใจ และรับฟังคำวิพากษ์เชิงสร้างสรรค์จากสมาชิกกลุ่ม และ (7) ผู้สูงอายุสะท้อนคิดเกี่ยวกับตนเอง ประเมินผลการเรียนรู้และประสบการณ์จากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม และสมาชิกกลุ่มร่วมกันเสริมสร้างความมั่นใจในการนำประสบการณ์ที่เรียนรู้ไปเสริมสร้างความสุขในชีวิตของตนเองโดยมีรูปแบบการเรียนรู้ที่ประกอบด้วย การตระหนักรู้/รับรู้ตนเอง ตามสภาพความเป็นจริง การสำรวจและวิเคราะห์สภาพการณ์ที่เกี่ยวข้อง การกำหนดเป้าหมายของตนเอง การวางแผนดำเนินการให้บรรลุเป้าหมาย การลงมือปฏิบัติตามแผน การตรวจสอบความก้าวหน้าของแผนที่นำไปปฏิบัติ (Monitoring progress) และการประเมินผล โดยดำเนินกิจกรรม

ที่มีความหลากหลาย ซึ่งผู้สูงอายุได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ช่วยกันคิดแก้ไขปัญหา และลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจในการเสริมสร้างความสุขในชีวิตให้ตนเองมากยิ่งขึ้น และความหลากหลายของกิจกรรมยังช่วยให้มีความน่าสนใจ ผลการวิจัยสอดคล้องกับแนวคิดของ Spector et al. (2003) ที่กล่าวถึงความหลากหลายของกิจกรรมจะช่วยกระตุ้นให้เกิดความอยากรู้อยากลอง ทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเกิดความอยากรู้อยากลองและสนใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรมการทดลองอยู่ตลอดเวลา นอกจากนี้การเข้าร่วมกิจกรรม ทำให้เกิดการเรียนรู้จักซึ่งสร้างความคุ้นเคยให้แกกันและกัน ทำให้สามารถดำเนินการทดลองได้อย่างต่อเนื่อง ประกอบกับความสนใจ ความตั้งใจในการเรียนรู้ในผู้สูงอายุ จึงช่วยเสริมสร้างความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุได้มากขึ้น นอกจากนี้ผลการพัฒนารูปแบบการนำตนเองสอดคล้องกับการศึกษาของ กันยธัญญ์ สุชิน, ธนพัทธ์ จันทพิพัฒน์พงศ์, และทิพวรรณ เมืองใจ (2563) ได้ศึกษาพัฒนารูปแบบเพื่อเสริมสร้างความสุขจากปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขของผู้สูงอายุ อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย ผลการวิจัยพบว่า คุณลักษณะภายในของผู้สูงอายุที่มีความสุขมี 6 คุณลักษณะ ได้แก่ สุขภาพกายดี สุขภาพจิตดี เห็นคุณค่าในตัวเอง คิดบวก มีชีวิตเรียบง่าย และมีความพอเพียง และสรุปว่า ผู้สูงอายุได้รับความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง และมีความสุขมากขึ้น

3. ผลการประเมินผลของการใช้รูปแบบการนำตนเองเพื่อเสริมสร้างความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุสามารถอธิบายได้ดังนี้ 1) ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่ได้รับรูปแบบการนำตนเองมีความสุขในชีวิตโดยรวม หลังการทดลองและหลังการติดตามผล สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนหลังการติดตามผลและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน 2) ก่อนการทดลอง ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่ได้รับรูปแบบการนำตนเอง และผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับรูปแบบ

การนำตนเอง มีความสุขในชีวิตไม่แตกต่างกัน ส่วนหลังการทดลองและหลังการติดตามผล ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีความสุขในชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จากผลการทดลองดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า รูปแบบการนำตนเองเพื่อเสริมสร้างความสุขชีวิตของผู้สูงอายุ สามารถเสริมสร้างความสุขในชีวิตให้แก่ผู้สูงอายุให้มากขึ้นได้ภายหลังการทดลองและมากขึ้นต่อเนื่องในระยะติดตามผล ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบการนำตนเองเพื่อเสริมสร้างความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากแนวคิดทฤษฎีภวนิยม (Existentialism) ทฤษฎีการสร้างความรู้ด้วยตนเอง (Constructivism) และทฤษฎีการเรียนรู้ในผู้ใหญ่ (Adult Learning Theory) สามารถสนับสนุนแนวคิดการนำตนเองเพื่อเสริมสร้างความสุขในชีวิต

ผลการใช้รูปแบบการนำตนเองสามารถเสริมสร้างความสุขในชีวิต และการใช้ชีวิตประจำวันตามความพร้อมของผู้สูงอายุ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า ผู้สูงอายุสามารถกำหนดเป้าหมายของการเสริมสร้างความสุขวางแผนการดำเนินการ สรรหาแหล่งสนับสนุน และลงมือปฏิบัติ ตลอดจนประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ลัดดาวัลย์ พุทธิรักษา, สอนง โลหิตวิเศษ, รุ่งแสง อรุณไพโรจน์, และพรณวิภา บรรณเกียรติ (2556) ได้ทำการวิจัยพัฒนารูปแบบการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยวิธีการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองและการจัดการความรู้ สรุปว่า รูปแบบการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองและการจัดการความรู้ มีความเหมาะสมในการพัฒนาทักษะผู้เรียนรู้ด้วยการนำตนเอง ร่วมกับการจัดการความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะการวิจัย

การนำรูปแบบการนำตนเองเพื่อเสริมสร้างความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุไปใช้ อาจปรับจำนวนครั้งหรือระยะเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมแต่ละครั้ง ให้มีความเหมาะสมกับวัตถุประสงค์และกลุ่มผู้สูงอายุ และนอกจากนี้ ควรมีการนำรูปแบบการนำตนเองเพื่อเสริมสร้างความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุไปปรับใช้กับผู้สูงอายุกลุ่มอื่น ๆ เช่น ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านพักผู้สูงอายุต่าง ๆ หรือใช้กับบุคคลที่อยู่ในวัยย่างเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุ เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- กัญญ์ณัญ สุชิน, ธนพัทธ์ จันทพิพัฒน์พงศ์, และทิพวรรณ เมืองใจ. (2563). การศึกษาและพัฒนารูปแบบเพื่อเสริมสร้างความสุขจากปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขของผู้สูงอายุ อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย. *วารสารชุมชนวิจัย*, 14(3), 58-71.
- กัญญิกาปัญญาละ, กัญญชล วัฒนากุล, และวรพล ยะมะกะ. (2563). *ระดับความสุขของผู้สูงอายุในอำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่*. สืบค้นจาก https://www.econ.cmu.ac.th/econ_paper/admin/files/paper/601632003/011%20%E0%B8%81%E0%B8%B1%E0%B8%93%E0%B8%90%E0%B8%B4%E0%B8%81%E0%B8%B2%20%E0%B8%9B%E0%B8%B1%E0%B8%8D%E0%B8%8D%E0%B8%B2%E0%B8%B0%20601632003.pdf
- พระครูอุทัยธรรมานุกุล (สามารถ อิทธิญาโณ). (2560). พลังคิดบวกในการบริหารงานตามแนวพุทธบูรณาการ. *วารสารสถาบันวิจัยญาณสังวร*, 8(2), 89-100.

- ลัดดาวัลย์ พุทธิรักษา, สมองโลหิตพิเศษ, รุ่งแสง อรุณไพโรจน์, และพรรณวิภา บรรณเกียรติ. (2556). รูปแบบการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยวิธีการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองและการจัดการความรู้. *วารสารวิจัยทางการศึกษา*, 7(2), 1-10.
- Creswell, J.W. (2013) *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches. 4th Edition*. London: SAGE Publications, Inc.
- Spector, A., Thorgrimsen, L., Woods, B. O. B., Royan, L., Davies, S., Butterworth, M., & Orrell, M. (2003). Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 183(3), 248-254.



ความสัมพันธ์ระหว่างการเรียนรู้ด้วยตนเอง บรรยากาศการสื่อสารในองค์กร
กับพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อโควิด 19 ของพยาบาลวิชาชีพ
**Relationship between Self-learning, Organizational
communication Atmosphere and Safety Behavior from COVID-19
Infection of the Professional Nurses**

มนต์สินี ธารสวัสดิ์, พย.บ., Monsinee Tharaswat, B.N.S.^{1*}

ปานตา อภิรักษ์นภานนท์, ประ.ด., Panta Apiruknapanond, Ph.D.²

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, ค.ด., Oraphun Lueboonthavatchal, Ph.D.³

¹นักศึกษา, หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

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

²อาจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

²Assistance Professor, Ph.D., Faculty of Nursing, Saint Louis College

³รองศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

³Associate Professor, Ph.D., Faculty of Nursing, Saint Louis College

*Corresponding Author Email: aew.monsinee123@gmail.com

Received: July 25, 2023

Revised: May 5, 2024

Accepted: June 12, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเรียนรู้ด้วยตนเอง บรรยากาศการสื่อสารภายในองค์กรกับพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อโควิด 19 ของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเป็นระยะเวลามากกว่า 1 ปี ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี จำนวน 93 คน ที่ให้การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการเรียนรู้ด้วยตนเอง แบบสอบถามบรรยากาศการสื่อสารในองค์กร และแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อโควิด 19 ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยการนำไปทดลองใช้และหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .94, 1.00, และ .98 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัย พบว่า บรรยากาศการสื่อสารในองค์กร

มีในระดับมาก (Mean = 4.03, SD = .545) การเรียนรู้ด้วยตนเองอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.88, SD = .411) และพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อโควิด 19 อยู่ในระดับมาก (Mean = 4.15, SD = .435) การเรียนรู้ด้วยตนเองและบรรยากาศการสื่อสารในองค์กรมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ ($r = .674$ และ $.502$)

คำสำคัญ: การเรียนรู้ด้วยตนเอง บรรยากาศการสื่อสารในองค์กร พฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อโควิด 19
พยาบาลวิชาชีพ

Abstract

This research objective was to study the relationship between self-learning Organizational communication atmosphere and safety behavior from COVID-19 infection of professional nurses. The sample group consisted of professional nurses who had worked for more than 1 year in hospitals affiliated with the office. Permanent Secretary of the Ministry of Public Health in Nonthaburi Province, 93 people providing care to patients infected with COVID-19. Tools used to collect data include: Personal information questionnaire, Self-learning questionnaire, Organizational communication atmosphere questionnaire and questionnaire about safety behavior from COVID-19 infection which passed the content validity check and tested the reliability of the tool by testing the Cronbach's alpha coefficient. Reliability values were .94, 1.00, and .98, respectively. Data were analyzed by finding frequency, percentage, mean, standard deviation, and Pearson's correlation coefficient. The results of the research found that the organizational communication atmosphere was at a high level (Mean = 4.03, SD = .545), self-learning was at a high level (Mean = 3.88, SD = .411), and safety behavior from infection. COVID-19 is at a high level (Mean = 4.15, SD = .435). Self-learning and organizational communication atmosphere have a moderate level and significant positive relationship with safety behavior from COVID-19 infection. Statistically at the $p < 0.05$ level ($r = .674$ and $.502$)

Keywords: Self-Learning, Organizational Communication, Safety Behaviors from COVID 19, Professional Nurses

บทนำ

โรคโควิด 19 เริ่มต้นการแพร่ระบาดตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 เป็นการเกิดโรคอุบัติใหม่ที่ขยายวงกว้างไปทั่วโลก จำนวนผู้ป่วยและบุคลากรสุขภาพติดเชื้อและเสียชีวิต เพิ่มขึ้นสูงอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลกประกาศสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ แนะนำให้ทุกประเทศเร่งรัดป้องกันเฝ้าระวังควบคุมโรค ประเทศไทยได้มีระบบเฝ้าระวังและคัดกรองผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง และประกาศเป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ภายใต้สถานการณ์ดังกล่าว มาตรการสำคัญ คือ ความปลอดภัยมีเป้าหมายเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ไม่ให้มีการแพร่ระบาดอย่างต่อเนื่อง ป้องกันไม่ให้ติดเชื้อในบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ในสถานการณ์วิกฤตดังกล่าว โรงพยาบาลต่าง ๆ ได้มีการเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือในสถานการณ์พยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง และเป็นด่านหน้าในการควบคุมป้องกันการแพร่ระบาดของโรค มีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนตั้งแต่ระบบการบริหารจัดการทรัพยากร และเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงต้องเข้าไปสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วย พยาบาลต้องทำหน้าที่ประเมิน คัดกรองสื่อสาร และเฝ้าระวังป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล ทำให้ต้องมีความตระหนักและปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลอย่างเคร่งครัด เพื่อลดความเสี่ยงในการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อ (Chen et al., 2020) ดังนั้น การเตรียมความพร้อมในการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วย การบริหารอัตรากำลัง และการบริหารทรัพยากรในภาวะขาดแคลน รวมทั้งการทำหน้าที่ ให้ความรู้แก่ประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ ร่วมกับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่น จึงเป็นบทบาทหน้าที่ที่สำคัญ พยาบาลวิชาชีพจึงจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลและการติดตาม

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค เพื่อปฏิบัติงานให้เกิดความปลอดภัยทั้งผู้ใช้บริการ และบุคลากรในองค์กร (วรรณมา จงจิตรไพศาล, อดุลย์ บัณฑิตกุล, และกิตติพงษ์พนมยงค์, 2563)

การเรียนรู้ด้วยตนเอง คือ การค้นหาความรู้เพื่อการพัฒนาตนเองและในเรื่องเชื้อโรคอุบัติใหม่ที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อผู้ใช้บริการที่ได้มาตรฐานด้วยความปลอดภัย (ดุขลิต วรรณจันทร, 2561) ในระหว่างการปฏิบัติงานซึ่งในปัจจุบันการสื่อสารมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนของข้อมูล ข่าวสาร ความรู้และเทคโนโลยีอยู่เสมอในทุก ๆ ด้าน การเตรียมพร้อมและรับมือต่อการเปลี่ยนแปลงจึงเป็นสิ่งสำคัญ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนั้นส่งผลให้คนในสังคมต้องปรับตัวและติดตามให้ทันต่อสิ่งต่าง ๆ ที่เปลี่ยนแปลงไปในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด19 ช่องทางการสื่อสารและบรรยากาศการสื่อสารในองค์กรจึงเป็นส่วนประกอบในกระบวนการของการติดต่อสื่อสาร ซึ่งการสื่อสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ในปัจจุบันนับว่ามีความสำคัญที่ไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าการสื่อสารใด ๆ การสื่อสารภายในองค์กร (Organization Communication) มีความสำคัญอย่างมากในการเรียนรู้ที่จะช่วยให้เกิดการพัฒนาและก้าวไปอย่างรวดเร็วและองค์กรต่าง ๆ ต้องเตรียมพร้อมตั้งรับให้ทันต่อเหตุการณ์และปรับตัวให้ทันต่อความเปลี่ยนแปลงอีกทั้งยังต้องมีการคิดหาแนวทางการพัฒนาอย่างไม่หยุดนิ่ง เพื่อให้องค์กรสามารถอยู่ในสังคมของการแข่งขันได้ (แพมมาลา วัฒนเสถียรสินธ์, 2559) ดังนั้นบรรยากาศการสื่อสารจึงมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของพยาบาลวิชาชีพ โดยเฉพาะกิจกรรมใหม่ เรื่องราวใหม่ ๆ มีความไม่เข้าใจกันเกิดความคับข้องใจ มีข้อขัดแย้งระหว่างบุคคล ระหว่างหน่วยงาน มีผลต่อความเครียดและวิตกกังวล นำมาซึ่งคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ องค์กรจึงจำเป็นต้องสร้างบรรยากาศการสื่อสารที่สนับสนุนซึ่งกันและกัน มีความซื่อสัตย์

เปิดเผยต่อกัน รับฟังปัญหาซึ่ง กันและกัน มีความไว้วางใจ เชื่อมั่น สื่อสารถึงเป้าหมาย วิธีการปฏิบัติงานให้คนภายในองค์กรทราบ องค์ประกอบของการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพนั้นมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น ได้รับการสนับสนุนการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ความชัดเจนของการสื่อสาร ความไว้วางใจในข่าวสาร ความเชื่อมั่น ผู้ปฏิบัติงานสื่อสารกันอย่างเปิดเผยซึ่งกันและกัน ผู้ปฏิบัติมีความเข้าใจในเป้าหมายขององค์กร (ยุพาพร ทองอินทร์, 2555)

โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า โรงพยาบาลบางใหญ่ โรงพยาบาลปากเกร็ด และโรงพยาบาลไทรน้อย สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี ในส่วนของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีความพร้อม (กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2565) ในการดูแลผู้ป่วย จากกลุ่มเสี่ยงที่มีอาการรุนแรง ปานกลางจากพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล ในขณะเดียวกันโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าได้เตรียมพร้อมสำหรับมาตรการ การรักษา การให้บริการในสถานการณ์ฉุกเฉิน มีพันธกิจสำคัญในการเตรียมพยาบาลวิชาชีพ และบุคลากรในทีมสุขภาพให้มีความพร้อมดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อจากการระบาดใหญ่ของโควิด 19 ทั้งที่เป็น ผู้ใช้บริการภายนอกและบุคลากรภายในองค์กร ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลอาชีวอนามัยมีบทบาทการบริหารจัดการ กำหนดมาตรการ การป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 ประเมินความพร้อมทางสุขภาพของบุคลากรในการปฏิบัติงาน จัดให้บุคลากรได้รับวัคซีน และตรวจ ATK มีแนวทางการดำเนินการเมื่อบุคลากรติดเชื้อโควิด 19 จึงสนใจศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างการเรียนรู้ด้วยตนเอง บรรยายการสื่อสารในองค์กรกับพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อโควิด 19 ของพยาบาลวิชาชีพ ตามแนวทางมาตรการการควบคุมการติดเชื้อ

ของบุคลากรที่ปฏิบัติงาน เพื่อเป็นข้อมูลนำไปสู่การกำหนดนโยบายในการป้องกันหรือควบคุมการติดเชื้อโควิด 19 ส่งผลให้เกิดความปลอดภัยทั้งผู้ใช้บริการ ภายนอกและบุคลากรภายในองค์กรต่อไป เพื่อชี้ให้เห็นถึงความสำคัญและตระหนักถึงการเรียนรู้ด้วยตนเองและบรรยายการสื่อสาร ที่ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมความปลอดภัยตามแนวทางการควบคุมการติดเชื้อ และนำข้อมูลไปปรับใช้เป็นแนวทางปฏิบัติงานร่วมกับการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่ นำไปสู่วัฒนธรรมการทำงานที่ปลอดภัย ส่งผลให้เกิดความปลอดภัยทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเรียนรู้ด้วยตนเองกับพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อโควิด 19 ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบรรยายการสื่อสารภายในองค์กรกับพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อโควิด 19 ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี

สมมติฐานการวิจัย

1. การเรียนรู้ด้วยตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อโควิด 19 ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี
2. บรรยายการสื่อสารในองค์กร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อโควิด 19 ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ การเรียนรู้ด้วยตนเอง บรรยากาศการสื่อสารกับพฤติกรรม ความปลอดภัยจากการติดเชื้อโควิด 19 ของพยาบาลวิชาชีพ ผู้ศึกษาได้ประยุกต์แนวคิด การเรียนรู้ด้วยตนเอง ตามแนวคิด ของวิลเลียมสัน (Williamson, 2007) ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ 1) ด้านการตระหนักในการเรียนรู้ 2) ด้านกลวิธีในการเรียนรู้ 3) ด้านกิจกรรมในการเรียนรู้ 4) ด้านการประเมินผลการเรียนรู้และ 5) ด้านทักษะการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล บรรยากาศการสื่อสารในองค์กร ตามแนวคิดของเพซและฟอลส์ (Pace & Faules, 1994) ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ 1) ด้านการไว้วางใจ 2) ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 3) ด้านการสนับสนุนซึ่งกันและกัน 4) ด้านการเปิดเผยการสื่อสารจากบนลงล่าง 5) ด้านการรับฟังการสื่อสารจากล่างขึ้นบน และ 6) ด้านการคำนึงถึงเป้าหมายการปฏิบัติงาน พฤติกรรมความปลอดภัยมีความสำคัญส่งผลให้เกิดพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อโควิด 19 ตามแนวคิดของพาร์คเกอร์และคณะ (Parker et al., 2001) ประกอบด้วย 2 ด้าน คือ 1) ด้านการปฏิบัติตามมาตรฐานความปลอดภัย และ 2) ด้านการเข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับความปลอดภัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างการเรียนรู้ด้วยตนเองและบรรยากาศการสื่อสารในองค์กรต่อพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อโควิด 19 ของพยาบาลวิชาชีพ

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพสำเร็จการศึกษาพยาบาลในระดับประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญาตรี หรือสูงกว่าปริญญาตรี ที่ได้ขึ้นทะเบียน

เป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่งและปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลา 1 ปีขึ้นไป ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี มีทั้งหมด 7 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า โรงพยาบาลบางใหญ่ โรงพยาบาลบางบัวทอง โรงพยาบาลบางกรวย โรงพยาบาลปากเกร็ด โรงพยาบาลไทรน้อย และโรงพยาบาลบางบัวทอง 2

1.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ เป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่ประกอบวิชาชีพพยาบาล สำเร็จการศึกษาพยาบาลในระดับประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญาตรี หรือสูงกว่าปริญญาตรี ได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งและปฏิบัติงานเป็นระยะเวลา 1 ปีขึ้นไป ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี จำนวน 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า โรงพยาบาลบางใหญ่ โรงพยาบาลปากเกร็ด และโรงพยาบาลไทรน้อย โดยสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) มีการกำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power จำนวน 93 คน

1.3 เกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมโครงการวิจัย

พยาบาลวิชาชีพ ที่ประกอบวิชาชีพ พยาบาล สำเร็จการศึกษาพยาบาลในระดับประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญาตรี หรือสูงกว่าปริญญาตรี ได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่งและปฏิบัติงานเป็นระยะเวลา 1 ปีขึ้นไป ที่ปฏิบัติ การพยาบาลดูแลผู้ป่วยโรคโควิด 19 ในโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัด นนทบุรี ได้แก่ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า โรงพยาบาล บางใหญ่ โรงพยาบาลปากเกร็ด และโรงพยาบาลไทรน้อย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจำนวน 1 ชุด ประกอบด้วย ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของ

พยาบาลวิชาชีพ คำถามมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ และเป็นคำถามปลายปิด จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ระดับการศึกษา แผนกที่ปฏิบัติงาน การอบรมด้านความปลอดภัยในการทำงาน การจัดการความเสี่ยง หรือการอบรมเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล การได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโควิด 19 การติดเชื้อโควิด 19 การได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโควิด 19

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยตนเองที่ผู้วิจัยศึกษาแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยตนเองจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และพัฒนาจากแบบสอบถามงานวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการเรียนรู้ด้วยตนเอง ภาวะผู้นำของหัวหน้ากลุ่มงานกับการปฏิบัติงานของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุขของทัศนีย์ สุนทร (2558) ให้เหมาะสมกับบริบทของงานวิจัยที่มีค่าความเที่ยง .81 โดยการบูรณาการตามแนวคิดของ Williamson (2007) ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ 1) ด้านการตระหนักในการเรียนรู้ จำนวน 6 ข้อ 2) ด้านกลวิธีในการเรียนรู้ จำนวน 5 ข้อ 3) ด้านกิจกรรมในการเรียนรู้ จำนวน 5 ข้อ 4) ด้านการประเมินผลการเรียนรู้ จำนวน 5 ข้อ 5) ด้านทักษะการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล.จำนวน 4 ข้อ มาตรฐานประมาณค่า (Rating scales) 5 ระดับ ตั้งแต่น้อยที่สุดถึงมากที่สุด

ตอนที่ 3 แบบสอบถามบรรยากาศสื่อสารในองค์กรที่ผู้วิจัยศึกษาแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับบรรยากาศสื่อสารในองค์กร จากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และพัฒนามาจากแบบสอบถามงานวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศการสื่อสารขององค์การการเพิ่มคุณค่าในงานกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลประจำการหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลศูนย์ ของ อุษา แก้วอำภา (2545) โดยการบูรณาการตามแนวคิดของ Pace & Faules (1994) ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ

1) ด้านการไว้วางใจ จำนวน 5 ข้อ 2) ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ จำนวน 5 ข้อ 3) ด้านการสนับสนุนซึ่งกันและกัน จำนวน 5 ข้อ 4) ด้านการเปิดเผยการสื่อสารจากบนลงล่าง จำนวน 5 ข้อ 5) ด้านการรับฟังการสื่อสารจากล่างขึ้นบน จำนวน 5 ข้อ และ 6) ด้านการคำนึงถึงเป้าหมายการปฏิบัติงาน จำนวน 5 ข้อ มาตรฐานประมาณค่า (Rating scales) 5 ระดับ ตั้งแต่น้อยที่สุดถึงมากที่สุด

ตอนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อโควิด 19 ที่ผู้วิจัยศึกษาแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อโควิด 19 จากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และพัฒนามาจากแบบสอบถามงานวิจัยการศึกษาพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ ของฉวีฉัตร โฉลกคงถาวร (2560) โดยการบูรณาการตามแนวคิดของ Parker et al. (2001) ประกอบด้วย 2 ด้าน คือ 1) ด้านการปฏิบัติตามมาตรฐานความปลอดภัย จำนวน 20 ข้อ และ 2) การเข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับความปลอดภัยจำนวน 8 ข้อ มาตรฐานประมาณค่า (Rating scales) 5 ระดับ ตั้งแต่น้อยที่สุดถึงมากที่สุด ผู้วิจัยแปลผลค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์ของบุญใจ ศรีสถิตนรากร (2553) โดย 4.50-5.00 หมายถึง มากที่สุด 3.30-4.49 หมายถึง มาก 2.50-3.49 หมายถึง ปานกลาง 1.50-2.49 หมายถึง น้อย 1.00-1.49 หมายถึง น้อยที่สุด

3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

3.1 การหาความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้น เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและการใช้ภาษาให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในเบื้องต้นจากนั้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (Content validity) มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) การเรียนรู้ด้วยตนเองและแบบสอบถามพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อโควิด 19 เท่ากับ .94, 1.00 และ .98 ตามลำดับ

3.2 การหาความเที่ยง ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ไปทดลองใช้ (Try out) กับพยาบาลวิชาชีพที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษากับพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลบางบัวทอง จำนวน 30 คน ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามบรรยากาศการสื่อสารในองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ แบบสอบถามการเรียนรู้ด้วยตนเองและแบบสอบถามพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อโควิด 19 ได้เท่ากับ .80, .90 และ .84 ตามลำดับ โดยใช้เกณฑ์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป (Burns & Grove, 2005)

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ (Percent) วิเคราะห์ข้อมูลบรรยากาศการสื่อสารขององค์กร การเรียนรู้ด้วยตนเอง และพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อโควิด 19 ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการเรียนรู้ด้วยตนเอง บรรยากาศการสื่อสารในองค์กรและพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อโควิด 19 ของพยาบาลวิชาชีพโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) และทดสอบระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และแปลความหมายค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) โดยมีเกณฑ์เปรียบเทียบระดับความสัมพันธ์ของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (รัตนศิริ ทาโต, 2561) ดังนี้

$r = 0$ ไม่มีความสัมพันธ์กัน

$r = \pm 0.01 - \pm 0.29$ มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ

$r = \pm 0.30 - \pm 0.69$ มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง

$r = \pm 0.70 - \pm 1.00$ มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น คือ การแจกแจงเป็นโค้งปกติของข้อมูลด้วย normal probability plot พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ (Hair, et al., 2010)

5. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เลขที่ E. 21/2565 ลงวันที่ 13 กันยายน 2565 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า เลขที่ PE6618 ลงวันที่ 2 พฤษภาคม 2566 ผู้วิจัยนำเอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ประกอบด้วย วัตถุประสงค์การวิจัยวิธีการดำเนินการวิจัย โดยให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทราบว่าผู้เข้าร่วมมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อ ในแบบสอบถามไม่มีการระบุชื่อ-นามสกุล ของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย โดยแบบสอบถามจะถูกเก็บเป็นความลับและทำลายทิ้งทันทีเมื่อสิ้นสุดกระบวนการวิจัย ผลการวิจัยจะนำมาสรุปและวิเคราะห์ในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 41.6 ปี ส่วนมากเป็นเพศหญิงร้อยละ 94.62 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานมากกว่า 20 ปี ร้อยละ 23.66 ระดับการศึกษาส่วนมากปริญญาตรี ร้อยละ 89.25 ปฏิบัติงานผู้ป่วยนอก ร้อยละ 38.71 ได้รับการอบรมด้านความปลอดภัยในการทำงาน หรือการจัดการความเสี่ยง หรือการอบรมเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็น ร้อยละ 70.97 ได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโควิด 19 จากการศึกษา/เรียนรู้ด้วยตนเองจาก

การปฏิบัติงาน ร้อยละ 20.43 เคยติดโควิด 19 ร้อยละ 80.65 และเฉลี่ยการได้รับวัคซีน จำนวน 4 เข็ม

2. การเรียนรู้ด้วยตนเอง ของกลุ่มตัวอย่าง โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.88, SD = .411) โดยด้านกลวิธีในการเรียนรู้ ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.00, SD = .491) ด้านการตระหนักในการเรียนรู้ ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.97, SD = .471)

ด้านการประเมินผลการเรียนรู้ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.89, SD = .487) ด้านทักษะการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.76, SD = .587) และด้านกิจกรรมในการเรียนรู้ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.72, SD = .597) ตามลำดับ (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการเรียนรู้ด้วยตนเอง ของกลุ่มตัวอย่าง รายด้าน และโดยรวม (n = 93)

การเรียนรู้ด้วยตนเอง	Mean	SD	ระดับ
กลวิธีในการเรียนรู้	4.00	.491	มาก
การตระหนักในการเรียนรู้	3.97	.471	มาก
การประเมินผลการเรียนรู้	3.89	.487	มาก
ทักษะการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	3.76	.587	มาก
กิจกรรมในการเรียนรู้	3.72	.597	มาก
โดยรวม	3.88	.411	มาก

3. บรรยายาสื่อสารในองค์กร โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.03, SD = .545) โดยด้านการคำนึงถึงเป้าหมายการปฏิบัติงานค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.19, SD = .530) ด้านการสนับสนุนซึ่งกันและกัน ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.08, SD = .808) ด้านการรับฟังการสื่อสารจาก

SD = .752) ด้านการรับฟังการสื่อสารจากล่างขึ้นบน ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.00, SD = .784) ด้านความไว้วางใจ ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.97, SD = .555) และด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.89, SD = .567) ตามลำดับ (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของบรรยากาศสื่อสารในองค์กร ของกลุ่มตัวอย่าง รายด้าน และโดยรวม (n = 93)

บรรยากาศสื่อสารในองค์กร	Mean	SD	ระดับ
1) ด้านการคำนึงถึงเป้าหมายการปฏิบัติงาน	4.19	.530	มาก
2) ด้านการสนับสนุนซึ่งกันและกัน	4.08	.808	มาก
3) ด้านการรับฟังการสื่อสารจากบนลงล่าง	4.05	.752	มาก
4) ด้านการรับฟังการสื่อสารจากล่างขึ้นบน	4.00	.784	มาก
5) ด้านความไว้วางใจ	3.97	.555	มาก
6) ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	3.89	.567	มาก
โดยรวม	4.03	.545	มาก

4. พฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อ ระบาดวิทยา (Mean = 4.20, SD = .436) และด้านการ COVID 19 โดยรวมค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.15, SD = .435) เมื่อพิจารณาตามรายด้าน พบว่า ด้าน เข้าร่วมกิจกรรมในการปฏิบัติงานให้ปลอดภัยค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.03, SD = .649) ตามลำดับ (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อ COVID 19 ของกลุ่มตัวอย่าง รายด้าน และโดยรวม (n = 93)

พฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อ COVID 19	Mean	SD	ระดับ
1) ด้านการปฏิบัติตามมาตรฐานที่ปลอดภัย	4.20	.436	มาก
2) ด้านการเข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับความปลอดภัย	4.03	.649	มาก
โดยรวม	4.15	.436	มาก

5. การเรียนรู้ด้วยตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อ COVID 19 ระดับปานกลาง (r = .674) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ $p < 0.05$ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 และบรรยากาศการสื่อสารในองค์กรมีความสัมพันธ์ ทางบวกกับพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อ COVID 19 ระดับปานกลาง (r = .502) อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน การวิจัย ข้อที่ 2 (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการเรียนรู้ด้วยตนเองและบรรยากาศการสื่อสารในองค์กรต่อพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อโควิด 19 (n = 93)

ตัวแปร	พฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อโควิด 19		
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
การเรียนรู้ด้วยตนเอง	.674**	.000	ปานกลาง
บรรยากาศการสื่อสารในองค์กร	.502**	.000	ปานกลาง

** $p < 0.05$

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเรียนรู้ด้วยตนเองและบรรยากาศการสื่อสารในองค์กรกับพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อโควิด 19 ของพยาบาลวิชาชีพ อภิปรายผล ได้ดังนี้

1. การเรียนรู้ด้วยตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อโควิด 19 ระดับปานกลาง ($r = 0.674$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 1 อภิปรายได้ว่าการเรียนรู้ด้วยตนเองมีค่าเพิ่มขึ้นพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อโควิด 19 จะมีเพิ่มขึ้นด้วย ส่งผลให้เกิดการพัฒนาทักษะและความสามารถในการเรียนรู้ด้วยตนเองทำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคไปในทางที่เหมาะสม สอดคล้องกับวิจารณ์ พานิช (2556) กล่าวว่า บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลได้รับการเรียนรู้ด้านโรคต่าง ๆ ธรรมชาติของโรค อาการของโรค การแพร่กระจายโรคและการป้องกันโรค และมีการจัดการเรียนการสอนที่มุ่งให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์การให้การศึกษาสำหรับ ศตวรรษที่ 21 ต้องเปลี่ยนแปลงทักษะการเรียนรู้แบบดั้งเดิมไปสู่การเรียนรู้แบบใหม่ ที่ผู้เรียนเป็นศูนย์กลางของกระบวนการเรียนรู้ การเรียนรู้

ที่ไปไกลกว่าการได้รับความรู้แบบง่าย ๆ ไปสู่การพัฒนาทักษะการคิด ทักษะการแก้ปัญหา ทักษะการเชิงบวก ความเคารพตนเอง นวัตกรรม ความสร้างสรรค์ ทักษะการสื่อสาร และค่านิยมทางเทคโนโลยี ความเชื่อมั่นตนเอง ความยืดหยุ่น แรงจูงใจ และความตระหนักในสภาพแวดล้อม ความสามารถในการใช้ความรู้อย่างสร้างสรรค์ ดังนั้น การเรียนรู้ด้วยตนเองของพยาบาลวิชาชีพสามารถนำความรู้มาปรับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 ให้เหมาะสม เมื่อพิจารณาตามรายด้านพบว่า ด้านกลวิธีในการเรียนรู้มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มากที่สุด ($r = 0.621$) อภิปรายได้ว่า เทคนิคและทักษะการศึกษาพยาบาลวิชาชีพต่อพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อโควิด 19 ส่งผลทำให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพสูงขึ้นตามไปด้วย ซึ่งการเรียนรู้ด้วยตนเองให้ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายได้ จะต้องมีความตั้งใจที่จะศึกษาหาความรู้ด้วยตนเอง โดยมีเป้าหมายเพื่อปรับปรุงความรู้ความสามารถ ทำให้เกิดการพัฒนาด้านตนเอง มุ่งเน้นที่จะสร้างสรรค์ การริเริ่ม ความรับผิดชอบ มีความกระตือรือร้นที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ นวัตกรรมใหม่ๆ และก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในเรื่องความรู้แล้วยังเกิดการเปลี่ยนแปลงทักษะ ทักษะ และลักษณะอื่นๆ

ของบุคคล โดยลักษณะการเรียนรู้ที่ติดนั้นจะต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเดิมและสร้างพฤติกรรมใหม่ที่ยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับการการศึกษาของ บงกช โมระสกุล และพรศิริ พันธสี (2564) ได้ศึกษา ความรู้และพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด 19 ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา และวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ พบว่า ความรู้ด้านการป้องกันโรคโควิด 19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. บรรยายการสื่อสารในองค์กรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับกับพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อโควิด 19 ระดับปานกลาง ($r = .502$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 2 อภิปรายได้ว่า บรรยายการสื่อสารที่ดี ตามแนวคิดของ Pace & Faules (1994) ซึ่งประกอบด้วย ด้านสนับสนุนช่วยเหลือกัน ด้านความไว้วางใจ ด้านการคำนึงถึงเป้าหมายในการปฏิบัติงานสูงสุด ด้านการสื่อสารอย่างเปิดเผยจากผู้บังคับบัญชาสู่ผู้ใต้บังคับบัญชา ด้านการรับฟังความคิดเห็นจากผู้ปฏิบัติงาน และด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการปฏิบัติงานมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคลากร โดยส่วนรวม บรรยายการสื่อสารที่ดีระหว่างผู้รับสารและผู้ส่งสารทำให้เกิดความเป็นมิตรซึ่งกันและกัน ทำให้การสื่อสารอย่างเปิดเผยเกิดขึ้น ซึ่งผลดีสำหรับการทำงานในทีมสุขภาพและเป็นด่านหน้าในการรับมือกับสถานการณ์การติดเชื้อโควิด 19 องค์กรจำเป็นต้องมีบรรยากาศที่เป็นกันเอง เปิดใจรับฟังความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ส่งเสริมการสื่อสารสองทาง ซึ่งการสื่อสารประสบความสำเร็จและมีประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานส่งผลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อโควิด 19 อภิปรายได้ว่า บรรยายการสื่อสารด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจส่งผลดีต่อพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อโควิด 19 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นราจันทร์ ปัญญวสุ, ปรัชญานันท์

เที่ยงจรรยา, และประภาพร ชูกำเนิด (2565) ได้ศึกษา ประสิทธิภาพของพยาบาลวิชาชีพในการมีส่วนร่วมด้านความปลอดภัยในภาวะวิกฤต ของการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 โรงพยาบาลหาดใหญ่ ประเทศไทย พบว่า การให้ความร่วมมือเพื่อให้เกิดความปลอดภัยกับตนเอง ผู้ป่วย เพื่อนร่วมงาน และชุมชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

หัวหน้าหอผู้ป่วยควรเป็นแบบอย่างที่ดีด้านพฤติกรรมความปลอดภัยจากการติดเชื้อโรคอุบัติใหม่กับพยาบาลวิชาชีพ มีการนิเทศเรื่องความปลอดภัยจากการติดเชื้อแก่พยาบาลวิชาชีพพระดับปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง และควรจัดเนื้อหาให้อยู่ในการนิเทศพยาบาลวิชาชีพพบใหม่

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษารูปแบบในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมด้านความปลอดภัยของบุคลากร และ วิจัยเชิงทำนายต่อพฤติกรรมความปลอดภัยเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาบุคลากรต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). คู่มือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กรณีการระบาดของโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย. สืบค้นจาก https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_other/G42_1.pdf
- ฉวีฉัตร โฉลกคงถาวร. (2560). การศึกษาพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

- ดุขฎิ อรรถนังอังกูร. (2561). ความต้องการในการพัฒนาตนเองของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง (สารนิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.
- ทัศนีย์ สุนทร. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างการเรียนรู้ด้วยตนเอง ภาวะผู้นำของหัวหน้ากลุ่มงานกับการปฏิบัติงานของวิสัญญีพยาบาลโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- นราจันท์ ปัญญวุทโส, ปรัชญานันท์ เทียงจรรยา, และ ประภาพร ชูกำเนิด. (2565). ประสิทธิภาพของพยาบาลวิชาชีพในการมีส่วนร่วมด้านความปลอดภัยในภาวะวิกฤตของการแพร่ระบาดโรคโควิด 19 โรงพยาบาลหาดใหญ่ ประเทศไทย. *วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน*, 28(1), 59-72.
- แพมลา วัฒนเสถียรสินธุ์. (2559). ปัจจัยที่ส่งผลต่อปัญหาการสื่อสารในองค์กร กรณีศึกษา บริษัทยูไนเต็ด แสตนด์การ์ด เทอร์มินัล จำกัด (มหาชน) (ค้นคว้าอิสระหลักสูตรบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ปทุมธานี.
- ยุพาพร ทองอินทร์. (2555). ความคิดเห็นเกี่ยวกับบรรยากาศการสื่อสารภายในองค์กรของพนักงานโรงแรม โมเวนพิก รีสอร์ท แอนด์สปา กระบี่ภูเก็ต (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศิลปากร, นครปฐม.
- รัตน์ศิริ ทาโด. (2561). การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ : แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้ (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วรรณ จงจิตรไพศาล, อดุลย์ บัณฑุกุล, และกิตติพงษ์พนมยงค์. (2563). โปรแกรมปกป้องบุคลากรจากสถานการณ์การแพร่ระบาด COVID-19 สำหรับสถานบริการสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: สถาบันอาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- วิจารณ์ พานิช. (2556). วิธีสร้างการเรียนรู้เพื่อศิษย์ในศตวรรษที่ 21. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสดศรีสอภทัย.
- อุษา แก้วอำภา. (2545). ความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศการสื่อสารขององค์การการเพิ่มคุณค่าในงานกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลประจำการ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศูนย์ (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- Burns, N. and Grove, S.K. (2005) *The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique and Utilization*. (5th ed). Missouri: Elsevier Saunders.
- Chen, N., Zhou, M., Dong, X., Qu, J., Gong, F., Han, Y., ... & Zhang, L. (2020). Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *The lancet*, 395(10223), 507-513.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J. et al. (2010). *Multivariate Data Analysis* (7th ed.), Pearson Prentice Hall.
- Knowles, M. S. (1975). *Self-directed learning*. Association Press.

- Marquis, B. L., & Huston, C. J. (2009). *Leadership roles and management functions in nursing: Theory and application*. China: Lippincott Williams & Wilkins.
- Pace, W. R., & Faules, D. F. (1994). *Organizational communication*. (3rd ed.). New Jersey: Prentice-Hall.
- Parker, S. K., Axtell, C. M., & Turner, N. (2001). Designing a safer workplace: importance of job autonomy, communication quality, and supportive supervisors. *Journal of occupational health psychology*, 6(3), 211-228.
- Williamson, S. N. (2007). Development of a self-rating scale of self-directed learning. *Nurse researcher*, 14(2), 66-83.



ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดศัลยกรรม โรงพยาบาลเลิดสิน
The relationship between personal factors and preoperative anxiety in patients undergoing surgery, Lerdsin Hospital

กชกร ทานาม, รป.ม. Kotchakorn Tanam, M.P.A.¹

สมพร ชินโนรส, วท.ม. Somporn Chinnoros, M.Sc.^{2*}

สุดารัตน์ พรประภา, พย.บ. Sudarat Pronprapa, B.N.S.¹

วนิดา ศรีวรกุล, พย.ม. Vanida Sriworakul, M.N.S.³

ชนัญชิตา สุขชนะโชติ, พย.ม. Chanunchida Sukchanachot, M.N.S.³

¹พยาบาลผู้ชำนาญการ โรงพยาบาลเลิดสิน

¹Expert Nurse, Lerdsin Hospital

²รองศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

²Associate Professor, Faculty of Nursing, Saint Louis college

³อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

³Lecturer, Faculty of Nursing, Saint Louis college

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

Received: February 27, 2024

Revised: May 9, 2024

Accepted: June 12, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด และ 2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ ประวัติการผ่าตัด ความต้องการข้อมูล ความกลัวเกี่ยวกับอาการปวดหลังผ่าตัด และความกลัวว่าจะรู้สึกตัวขณะผ่าตัด กับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดศัลยกรรม กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจงโดยเป็นผู้ป่วยมารับการผ่าตัดศัลยกรรมที่โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพฯ จำนวน 140 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัด มีค่าความเชื่อมั่น 0.87 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.80$, $SD = 1.12$) เพศและความต้องการข้อมูลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วย

ที่ได้รับการผ่าตัดศัลยกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .46, p < .01$; $r = .60, p < .01$) ตามลำดับ สำหรับอายุ ประวัติการผ่าตัด ความกลัวเกี่ยวกับอาการปวดหลังผ่าตัด และความกลัวว่าจะรู้สึกตัวขณะผ่าตัดไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ข้อเสนอแนะ กลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในระดับมาก พยาบาลบนหอผู้ป่วยศัลยกรรมควรให้การปรึกษา และให้ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัด รวมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึก เพื่อบรรเทาความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

คำสำคัญ: ความต้องการข้อมูล ความกลัว ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดศัลยกรรม

Abstract

The objectives of this cross-sectional study were (1) to study preoperative anxiety, (2) to examine the relationship between sex, age, history of surgery, information needs, fear of postoperative pain, fear of being conscious during surgery, and preoperative anxiety in patients undergoing surgery. The samples selected with purposive selection were 140 patients who received surgery at Lerdsin Hospital, Bangkok. The instruments used in the research were a personal information record form and a questionnaire collecting preoperative anxiety and information needs. The reliability coefficient was 0.87. The data were analyzed using descriptive statistics, the correlation coefficient. The research results found that the samples had overall preoperative anxiety at a high level ($\bar{X} = 3.80, SD = 1.12$). Gender and information need had a positive relationship with preoperative anxiety ($r = .46, p < .01$; $r = .60, p < .01$) respectively. As for age, history of surgery, fear of post-operative pain and fear of being conscious during surgery was not related. Suggestions: The sample group had a high level of preoperative anxiety. The nurse on the surgical ward should provide assistance. To relieve preoperative anxiety by providing knowledge about surgery and giving anesthesia to patients

Keywords: Information need, Fear, Preoperative anxiety, Surgical patients

บทนำ

ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดพบได้บ่อยในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด พ.ศ. 2016 องค์การอนามัยโลกประเมินว่ามีการผ่าตัดทั่วโลกประมาณ 260-360 ล้านการผ่าตัด (Weiser et al., 2016) และผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 60 มีประสบการณ์ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด (Abate,

Chekol, & Basu, 2020; Bedaso & Ayalev, 2021) โดยความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดเป็นจิตวิสัยและเป็นสถานะที่ไม่เฉพาะเจาะจงของอารมณ์ ความตึงเครียด ความรู้สึกไม่สบายกับผลลัพธ์ของความไม่แน่นอน นอกจากนี้ ยังกังวลเกี่ยวกับโรค การผ่าตัด ยาสลบ

กลัวตาย ถูกแยกจากบุคคลอันเป็นที่รัก ไม่พินิจจากการผ่าตัด ความพิการ ความปวดหลังผ่าตัด และการฟื้นฟู (Gümüş, 2021) ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดทำให้ความดันโลหิตสูง อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น และอาจทำให้มีเลือดออก (Fathi et al., 2014) นอกจากนั้นความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดยังสัมพันธ์กับความต้องการยาแก้ปวดหลังผ่าตัดเพิ่มขึ้น และต้องใช้ยาระงับความรู้สึกเพิ่มขึ้น อนึ่งการมีกิจกรรมทางกายลดลงจึงเสี่ยงต่อลำไส้เคลื่อนไหวลดลง และเสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่มขึ้น (Wondmienieh, 2020) นอกจากนั้นความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดยังอาจทำให้การฟื้นฟูช้า และเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ได้แก่ เพศ อายุ และประวัติการผ่าตัด (Mulugeta, Ayana, Sintayehu, Dessie, & Zewdu, 2018) นอกจากนั้นความต้องการข้อมูลมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด (Navarro-Gaston, & Munuera-Martinez, 2020) สำหรับความกลัวเกี่ยวกับอาการปวดภายหลังผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด (Aloweidi et al., 2022; Woldegerima, Fitwi, Yimer, & Hailekiros, 2018) และความกลัวว่าจะรู้สึกตัวขณะผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด (Jiwanmall et al., 2020) แต่เนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมาศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลบางปัจจัยกับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ในขณะที่การวิจัยครั้งนี้นำปัจจัยส่วนบุคคล คือ เพศ อายุ ประวัติการผ่าตัด ความต้องการข้อมูล ความกลัวเกี่ยวกับอาการปวดหลังผ่าตัด และความกลัวว่าจะรู้สึกตัวขณะผ่าตัดมาหาความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดศัลยกรรม

จากการศึกษาที่ผ่านมา มีการศึกษาความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดโดยใช้แบบประเมิน State Trait Anxiety Inventory scale (STAI) พบว่า ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล

ก่อนผ่าตัดในระดับสูง (Wondmienieh, 2020; Mulugeta et al., 2018) แต่แบบประเมิน STAI ประเมินความวิตกกังวลอย่างกว้าง ๆ ไม่เฉพาะเจาะจงกับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด Moerman, Dam, Muller, & Oosting (1996) ได้สร้าง The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS) มาประเมินความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดและความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัด ซึ่งแบบประเมินนี้มีความจำเพาะเจาะจงกับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมากกว่า นอกจากนั้นแบบประเมินยังสั้นและผู้ป่วยตอบได้เร็ว จึงใช้ประเมินความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยศัลยกรรมได้ (Spanner & Sayer, 2019) เมื่อศึกษาความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยศัลยกรรมโดยใช้ APAIS พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 35.6-67.5 มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด (Abutiheen, Khudhair, & Dakhal, 2021; Menel et al., 2018) และผู้ป่วยร้อยละ 30.1-40.5 มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในระดับสูง (Aloweidi et al., 2022; Eberhart et al., 2020)

โรงพยาบาลเลิดสินเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในปี พ.ศ. 2563 พ.ศ. 2564 และพ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยมารับการผ่าตัดศัลยกรรม 2,326 คน 1,781คน และ 2,342 คน ตามลำดับ (หน่วยเวชสถิติ โรงพยาบาลเลิดสิน, 2566) ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดเหล่านี้ย่อมมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ผู้วิจัยเป็นอาจารย์และพยาบาลปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายและศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลเลิดสิน ได้ดูแลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดศัลยกรรม พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด แต่จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ยังไม่มีการศึกษาความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว และยังไม่มีการประเมินความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดโดยใช้ APAIS จึงทำให้ไม่ทราบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมากน้อยเพียงใด และปัจจัยส่วนบุคคลอะไร

ที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วย ศัลยกรรม จากเหตุผลดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล คือ เพศ อายุ ประวัติการผ่าตัด ความต้องการข้อมูล ความกลัวเกี่ยวกับอาการปวดหลังผ่าตัด และความกลัวว่าจะรู้สึกตัวขณะผ่าตัดกับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดศัลยกรรม เพื่อเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับพยาบาลและผู้เกี่ยวข้องนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรม และนำไปออกแบบวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยศัลยกรรมที่มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดศัลยกรรม
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ ประวัติการผ่าตัด ความต้องการข้อมูล ความกลัวเกี่ยวกับอาการปวดหลังผ่าตัด และความกลัวว่าจะรู้สึกตัวขณะผ่าตัด กับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดศัลยกรรม

สมมุติฐานการวิจัย

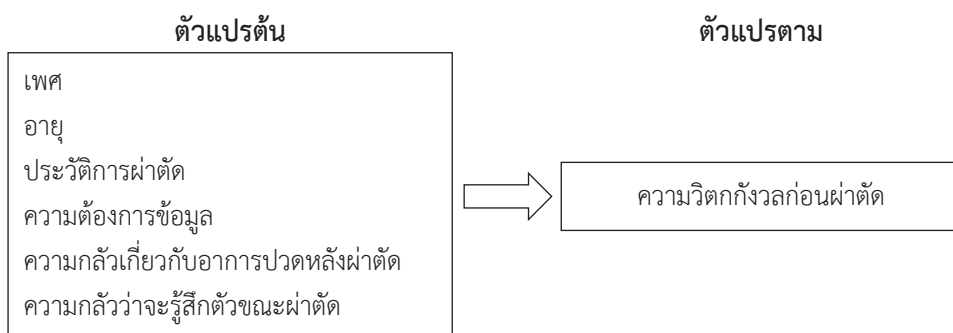
เพศ อายุ ประวัติการผ่าตัด ความต้องการข้อมูล ความกลัวเกี่ยวกับอาการปวดหลังผ่าตัด และความกลัวว่าจะรู้สึกตัวขณะผ่าตัด มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดศัลยกรรม

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด หมายถึง ความไม่สบาย ความกังวลใจ หรือความตึงเครียดจากโรค การนอนโรงพยาบาล การใช้ยาระงับความรู้สึก และการผ่าตัด
2. ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง เพศ อายุ ประวัติการผ่าตัด ความต้องการข้อมูล ความกลัวเกี่ยวกับอาการปวดหลังผ่าตัด และความกลัวว่าจะรู้สึกตัวขณะผ่าตัด

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดศัลยกรรม โรงพยาบาลเลิดสิน โดยใช้แนวคิดความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัด ของ Moerman et al. (1996) เป็นแนวทาง Moerman และคณะแบ่งความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) ความวิตกกังวล 4 ข้อ และ 2) ความต้องการข้อมูล 2 ข้อ โดยปัจจัยส่วนบุคคล คือ เพศ อายุ ประวัติการผ่าตัด ความต้องการข้อมูล ความกลัวเกี่ยวกับอาการปวดหลังผ่าตัด และความกลัวว่าจะรู้สึกตัวขณะผ่าตัดเป็นตัวแปรต้น และความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดเป็นตัวแปรตาม สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ (ดังภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (cross sectional study) ในการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเลิดสิน (เอกสารเลขที่ 075/2566) สถานที่วิจัยคือ หอผู้ป่วย ศัลยกรรมหญิง หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 และหอผู้ป่วย ศัลยกรรมชาย 2 โรงพยาบาลเลิดสิน กทมฯ บริการผู้ป่วย ที่มารับการผ่าตัดทางศัลยกรรม

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ป่วยอายุ 20 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มารับการผ่าตัดศัลยกรรม โรงพยาบาลเลิดสิน กทมฯ กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 140 คน ได้จากการคำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power กำหนด effect size f ระดับกลาง 0.15, $\alpha = 0.05$, power = 0.95 กำหนดตัวแปรทำนาย 6 ตัว และได้กลุ่มตัวอย่าง 140 คน (นิพัทธ์พนธ์ สนิทเหลือ, วัชรพร สาตร์เพ็ชร, และญาดา นภาพารักษ์, 2562)

เกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่างต้องเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนผ่าตัดล่วงหน้า มีการรับรู้ความเข้าใจและสามารถสื่อสารได้ปกติ

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วย one day surgery ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการมองเห็นและการได้ยิน หรือเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดอย่างเร่งด่วน หรือเป็นผู้ป่วยวิกฤติที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีดังนี้

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว ชนิดของการผ่าตัด และประวัติการผ่าตัด จำนวน 8 ข้อ โดยอายุมีลักษณะคำตอบเป็นแบบเติมคำ ส่วนเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว ชนิดของการผ่าตัด และประวัติการผ่าตัด มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความวิตกกังวลและ

ความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดใช้ The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS) ของ Moerman et al. (1996) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยภิญญา กุณพลลักษมี, ศิริพร ปิตมานะอารี, และฤชงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์. (2552) แบบสอบถามนี้มี 2 ส่วน คือ

1) ความวิตกกังวล แบ่งออกเป็น 1.1 ความวิตกกังวลด้านการได้รับระงับความรู้สึก 2 ข้อ (ข้อ 1 และข้อ 2) 1.2 ความวิตกกังวลด้านการผ่าตัด 2 ข้อ (ข้อ 4 และข้อ 5) แบบสอบถามมีลักษณะคำตอบเป็นมาตราการประเมินค่า 1-5 ระดับ สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 1.00-1.49 คะแนน หมายถึง ระดับน้อยที่สุด 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) แบบสอบถามมีลักษณะคำตอบเป็นมาตราการประเมินค่า 1-5 ระดับ สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 1.00-1.49 คะแนน หมายถึง ระดับน้อยที่สุด 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 และคำถามปลายเปิดให้ผู้ผู้ป่วยบอกสิ่งที่วิตกกังวลหรือกลัวเมื่อต้องรับการผ่าตัดและให้ ยาระงับความรู้สึก ซึ่งคำถามความกลัวเกี่ยวกับอาการปวดหลังผ่าตัด และความกลัวว่าจะรู้สึกตัวขณะผ่าตัด อยู่ในคำถามปลายเปิดนี้

3. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถามความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูล

ก่อนผ่าตัด เป็นเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและผ่านทดลองใช้กับผู้ป่วยก่อนผ่าตัด (อภิญา กุณทลลักษ์มี, ศิริพร ปิติมานะอารี, และภุชงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์, 2552) ผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือ โดยไม่ได้ดัดแปลงใด ๆ จึงไม่มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาซ้ำ แต่ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือดังกล่าวทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดทางศัลยกรรมที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .87

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลิดสิน มีผู้ป่วยครบเกณฑ์ 140 คน ผู้วิจัยเป็นอาจารย์ และพยาบาลทำงานที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย และหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง เก็บข้อมูลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล และเก็บด้วยตนเอง 1 ครั้ง เมื่อผู้ป่วยพร้อม ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ดำเนินการพิทักษ์สิทธิโดยชี้แจงถึงสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่า ข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะเสนอข้อมูลเป็นภาพรวม

เมื่อผู้ป่วยยินดียินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยขอให้ผู้ป่วยลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม จากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามในมือถือ ใช้เวลาตอบแบบสอบถาม 10 นาที ถ้าผู้ป่วยทำแบบสอบถามเองไม่ได้ ผู้วิจัยจะอ่านแบบสอบถามให้ผู้ป่วยฟัง ใช้เวลาตอบแบบสอบถาม 10 นาที และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกรกฎาคม 2566 ถึงเดือนตุลาคม 2566

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด และความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัด วิเคราะห์ด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด วิเคราะห์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดศัลยกรรม เพศชายร้อยละ 65.7 มีอายุ 20-82 ปี อายุเฉลี่ย 56.7 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 50.7 มีบุตร 1-6 คน มีบุตรเฉลี่ย 2.22 คน การศึกษามัธยมศึกษา ร้อยละ 39.3 อาชีวรับจ้าง ร้อยละ 52.1 โรคประจำตัว ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 22 โดยมีโรคอื่น ๆ คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 29 โรคทางศัลยกรรมที่ผู้ป่วยเป็นคือ นิ่วในถุงน้ำดีและไส้เลื่อน ร้อยละ 10.71 เท่ากัน ชนิดของการผ่าตัด คือ laparoscopic cholecystectomy ร้อยละ 14.28 และมีประวัติการผ่าตัดร้อยละ 65.42

2. ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดศัลยกรรม กลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.80$, $SD = 1.12$) เมื่อพิจารณาความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดเป็นรายข้อ พบว่าฉันทันทีคิดถึงเรื่องการถูกวางยาสลบมากที่สุด ($\bar{X} = 4.07$, $SD = 1.02$) รองลงมาคือ ฉันทันทีถึงกังวลเกี่ยวกับการวางยาสลบ ($\bar{X} = 3.82$, $SD = 1.21$) และฉันทันทีถึงกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดน้อยที่สุด ($\bar{X} = 3.55$, $SD = 1.21$) และกลุ่มตัวอย่างมีความต้องการข้อมูลโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.56$, $SD = 1.15$) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดและความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดศัลยกรรม (n = 140 คน)

ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด	$\bar{x}$	SD	แปลความหมาย
1. ฉันรู้สึกกังวลเกี่ยวกับการวางยาสลบ	3.82	1.21	มาก
2. ฉันครุ่นคิดถึงเรื่องการถูกวางยาสลบ	4.07	1.02	มาก
3. ฉันวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด	3.55	1.21	มาก
4. ฉันครุ่นคิดเรื่องการผ่าตัด	3.76	1.05	มาก
รวม	3.80	1.12	มาก
ความต้องการข้อมูล			
1. ฉันอยากรู้เรื่องเกี่ยวกับการวางยาสลบ	3.73	1.15	มาก
2. ฉันอยากรู้เรื่องเกี่ยวกับการผ่าตัด	3.40	1.15	ปานกลาง
รวม	3.56	1.15	มาก

จากแบบสอบถามปลายเปิดให้ผู้ป่วยบอกสิ่งที่ผู้ป่วยวิตกกังวลหรือกลัวเมื่อต้องรับการผ่าตัด และได้รับ ยาระงับความรู้สึก พบว่า สิ่งในกลุ่มตัวอย่างกลัวมากที่สุด ในการต้องผ่าตัด และได้รับยาระงับความรู้สึกอันดับแรก คือ ความกลัวเกี่ยวกับอาการปวดหลังผ่าตัดร้อยละ 56.4 รองลงมาคือ กลัวผลของการผ่าตัดร้อยละ 34.3 และ สิ่งในกลุ่มตัวอย่างกลัวน้อยที่สุด คือ กลัวว่าจะรู้สึกตัว ขณะผ่าตัด ร้อยละ 15.7 (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของสิ่งที่ผู้ป่วยกลัวมากที่สุดในการที่ต้องผ่าตัดและวางยาสลบ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

สิ่งที่ผู้ป่วยกลัว	จำนวน	ร้อยละ
ความกลัวเกี่ยวกับอาการปวดหลังผ่าตัด	79	56.4
ผลของการผ่าตัด	48	34.3
กลัวจะไม่ฟื้นจากยาสลบ	39	27.9
กลัวภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด	38	27.1
กลัวตาย	29	20.7
กลัวสิ่งที่ไม่รู้	27	19.3
กลัวเรื่องการสูญเสียรายได้	27	19.3
กลัวการเลื่อนผ่าตัด	27	19.3
กลัวว่าจะรู้สึกตัวขณะผ่าตัด	22	15.7

ผู้วิจัยดำเนินการแปลงข้อมูลของตัวแปรเพศ ประวัติการผ่าตัด ความกลัวเกี่ยวกับอาการปวดหลังผ่าตัด และกลัวจะรู้สึกตัวขณะผ่าตัดให้อยู่ในรูปตัวแปรหุ่น (Dummy variables) โดยให้มีค่า 0 กับ 1 ก่อนนำข้อมูลไปวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

3. จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ ประวัติการผ่าตัด ความกลัวเกี่ยวกับอาการปวดหลังผ่าตัด กลัวว่าจะรู้สึกตัวขณะผ่าตัดและความต้องการข้อมูล กับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับ

การผ่าตัดทางศัลยกรรม พบว่า เพศมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยศัลยกรรม ($r = .46, p < .01$) ความต้องการข้อมูลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยศัลยกรรม ($r = .60, p < .01$) สำหรับอายุ ประวัติการผ่าตัด ความกลัวเกี่ยวกับอาการปวดหลังผ่าตัด และกลัวว่าจะรู้สึกตัวขณะผ่าตัดไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยศัลยกรรม (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (ค่า r) ระหว่างปัจจัยเพศ อายุ ประวัติการผ่าตัด ความกลัวเกี่ยวกับอาการปวดหลังผ่าตัด กลัวว่าจะรู้สึกตัวขณะผ่าตัด ความต้องการข้อมูล กับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางศัลยกรรม (n = 140)

ตัวแปร	เพศ	อายุ	ประวัติการผ่าตัด	ความกลัวปวดหลังผ่าตัด	กลัวจะรู้สึกตัวขณะผ่าตัด	ความต้องการข้อมูล	ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด
เพศ	1.00	-.19*	.06	-.03	.23**	.34**	.46**
อายุ		1.00	.00	-.05	.06	.06	.07
ประวัติการผ่าตัด			1.00	-.09	-.08	.08	.15
ความกลัวเกี่ยวกับอาการปวดหลังผ่าตัด				1.00	.06	-.15	-.09
กลัวว่าจะรู้สึกตัวขณะผ่าตัด					1.00	.00	-.05
ความต้องการข้อมูล						1.00	.60**
ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด							1.00

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

สรุปการศึกษาความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดศัลยกรรม และการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดศัลยกรรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในระดับมาก เพศและ

ความต้องการข้อมูลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับอายุ ประวัติการผ่าตัด ความกลัวเกี่ยวกับอาการปวดหลังผ่าตัด และกลัวว่าจะรู้สึกตัวขณะผ่าตัด ไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่าง

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้คณะผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดอยู่ในระดับมาก อธิบายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยมารับการรักษาด้วยการผ่าตัดศัลยกรรม ที่โรงพยาบาลเลิดสิน ในวันผ่าตัดผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด สาเหตุอาจเกิดจากความไม่เข้าใจ การขาดความรู้เรื่องโรคที่เป็น การตรวจวินิจฉัยโรค การผ่าตัด การปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษา ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้คิดล่วงหน้าถึงการผ่าตัด และปัญหาที่เกิดขึ้นขณะและหลังผ่าตัด ผู้ป่วยมักกลัวความปวดหลังผ่าตัด ความไม่สบายหลังผ่าตัด กลัวไม่ฟื้น กลัวตาย และกลัวสูญเสียหน้าที่การงาน ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Aloweidi et al. (2022) พบว่า ผู้ป่วยศัลยกรรมร้อยละ 30.1 มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในระดับสูงและการศึกษาของ Eberhart et al. (2020). พบว่า ผู้ป่วยศัลยกรรมร้อยละ 40.5 มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในระดับสูง

ปัจจัยด้านเพศมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยศัลยกรรม ($r = .46, p < .01$) อภิปรายว่า เพศมีผลต่อความวิตกกังวล โดยเป็นผลจากการหลังฮอร์โมนจากต่อมหมวกไตต่างกัน ทำให้ผู้ป่วยหญิงและผู้ป่วยชายมีการตอบสนองต่อความวิตกกังวลต่างกัน นอกจากนั้นอาจเกิดจากผู้หญิงมีความไวต่อความเครียดและแรงกดดันทางด้านจิตใจ (Abutiheen et al., 2021) ผู้หญิงแสดงออกต่อความวิตกกังวลได้ง่าย และแสดงออกถึงความกลัวได้อย่างอิสระ Navarro-Gaston & Munuera-Martinez (2020) จากเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้ผู้ป่วยหญิงและผู้ป่วยชายมีการตอบสนองต่อความวิตกกังวลต่างกัน (Mulugeta et al., 2018) โดยผู้ป่วยหญิงมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมากกว่าผู้ป่วยชาย (Navarro-

Gaston & Munuera-Martinez, 2020) ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Mulugeta et al. (2018) พบว่า ผู้ป่วยหญิงมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในระดับสูง และผู้ป่วยหญิงมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมากกว่าผู้ป่วยชาย (Abutiheen et al., 2021; Aloweidi et al., 2022)

ปัจจัยด้านความต้องการข้อมูล กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการข้อมูลโดยรวมระดับมาก ($\bar{X} = 3.56, SD = 1.15$) และความต้องการข้อมูลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยศัลยกรรม ($r = .60, p < .01$) หมายความว่า ผู้ป่วยที่ต้องการข้อมูลสูงกว่า มีระดับความวิตกกังวลสูงกว่า ผู้ป่วยที่ต้องการข้อมูลต่ำ การค้นพบนี้ให้ความสำคัญของการให้ข้อมูลเรื่องการผ่าตัด และการวางยาสลบก่อนผ่าตัด (Abutiheen et al., 2021) ซึ่งอาจจะทำให้ระดับความวิตกกังวลลดลง (Hernandez et al., 2017; Abutiheen et al., 2021) อย่างไรก็ตาม Ahmed, Pilling, Ahmed, and Buchan (2019) รายงานว่า ความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยต่อกระจกยังคงสูง ทั้ง ๆ ที่ได้ดูวิดีโออธิบายการผ่าตัดต่อกระจกมาแล้ว และมีข้อมูลว่า การเยี่ยมก่อนผ่าตัด และการให้ข้อมูลเป็นรายบุคคลจะลดความวิตกกังวลได้ดีกว่าการให้ยา (Beydon et al., 2015) ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Abutiheen et al. (2021) พบว่า ความต้องการข้อมูลมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยศัลยกรรม และการศึกษาของ Navarro-Gaston & Munuera-Martinez (2020) พบว่า ความต้องการข้อมูลสัมพันธ์กับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด

ปัจจัยด้านอายุไม่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด อายุเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาการของบุคลิกภาพด้านร่างกาย ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพรธรรม, นภาพร, และรัชณี (2557) และ Eberhart et al. (2020) พบว่า อายุไม่สัมพันธ์

กับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด แต่ผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Khalili, Karvandian, Ardebili, Eftekhar, & Nabavian (2020) พบว่า อายุสัมพันธ์กับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด

ปัจจัยด้านประวัติการผ่าตัดไม่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 65.42 มีประวัติการผ่าตัด เมื่อผู้วิจัยซึ่งเป็นอาจารย์ และพยาบาล ทำงานที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย และหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงถามกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีประวัติการผ่าตัดบางราย ผู้ป่วยบอกว่าเขาไม่มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด เนื่องจากแพทย์ได้อธิบายเรื่องการผ่าตัดโดยละเอียดแล้ว ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาพรณ, นภาพร, และรัชนี้ (2557) ที่พบว่า ประวัติการผ่าตัดไม่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด แต่ผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Mulugeta et al. (2018) ที่พบว่า ประวัติการผ่าตัดสัมพันธ์กับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด โดยผู้ที่ไม่มีประวัติการผ่าตัดมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดสูง (Homzova & Zelenikova, 2015) ปัจจัยด้านความกลัวเกี่ยวกับอาการปวดหลังผ่าตัดไม่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 56.4 กลัวเกี่ยวกับอาการปวดหลังผ่าตัด เมื่อผู้วิจัยซึ่งเป็นอาจารย์และพยาบาลทำงานที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย และหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงถามกลุ่มตัวอย่างๆ ส่วนใหญ่บอกว่า แพทย์ได้อธิบายเรื่องการผ่าตัด และสภาพหลังผ่าตัดแล้ว เขาจึงไม่กังวลเรื่องดังกล่าว จึงทำให้ความกลัวปวดหลังผ่าตัดไม่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Woldegerima et al. (2018) และ Aloweidi et al. (2022) ที่พบว่า ความกลัวเกี่ยวกับอาการปวดหลังผ่าตัดสัมพันธ์กับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด

ปัจจัยด้านกลัวว่าจะรู้สึกตัวขณะผ่าตัดไม่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด การศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15.7 กลัวว่าจะรู้สึกตัวขณะผ่าตัด จากขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่น้อยจึงทำให้ความกลัวว่าจะรู้สึกตัวขณะผ่าตัดไม่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Jiwanmall et al. (2020) ที่พบว่า ความกลัวจะรู้สึกตัวขณะผ่าตัดสัมพันธ์กับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

การวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในระดับมาก อาจารย์หรือพยาบาลบนหอผู้ป่วยศัลยกรรม ที่ดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมก่อนผ่าตัด พยาบาลควรนำแบบสอบถาม APAIS ไปประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดทุกราย ถ้าพบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมาก พยาบาลควรให้การปรึกษา และให้ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัด และการให้ยาระงับความรู้สึก เพื่อบรรเทาความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

2. ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดและมีความต้องการข้อมูลในระดับมาก และมีความต้องการข้อมูลสัมพันธ์กับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด การวิจัยครั้งต่อไปอาจารย์หรือพยาบาลบนหอผู้ป่วยศัลยกรรมควรศึกษาว่า การให้ข้อมูลตามที่ผู้ป่วยศัลยกรรมต้องการจะมีผลต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดผ่าตัดในผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดศัลยกรรมหรือไม่

เอกสารอ้างอิง

- นิพิฐพนธ์ สนิทเหลือ, วัชรินทร์ สาตร์เพ็ชร, และญาดา นภาอารักษ์. (2564). การคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป. *วารสารวิชาการสถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ*, 5(1), 496-507.
- สุภาพรพรณ นิตยสุภาพรณ, นภาพร แก้วนิมิตชัย, และรัชนี นามจันทรา. (2557). ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลและความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดกับความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 25(1), 1-15.
- อภิญา กุณพลลักษมี, ศิริพร ปิติมานะอารี, และฤชงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์. (2552). การประเมินความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม The Amsterdam preoperative anxiety and information scale (APAIS) ฉบับภาษาไทยเพื่อประเมินระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 54(1), 83-92.
- Abate, S. M., Chekol, Y. A., & Basu, B. (2020). Global prevalence and determinants of preoperative anxiety among surgical patients: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Surgery Open*, 25, 6-16. doi:10.1016/j.ijso.2020.05.010
- Abutiheen, A. A., Khudhair, E. S., & Dakhal, H. J. (2021). Preoperative Anxiety among Adult Patients Subjected to Elective Surgery in Karbala. *Higher Education*, 15(6). doi:10.3371/CSRP.AAES.12.08.21
- Ahmed, K. J., Pilling, J. D., Ahmed, K., & Buchan, J. (2019). Effect of a patient-information video on the preoperative anxiety levels of cataract surgery patients. *Journal of Cataract & Refractive Surgery*, 45(4), 475-479.
- 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. *Healthcare (Basel)*, 10(3), 515. doi:10.3390/healthcare10030515
- Bedaso, A., & Ayalew, M. (2019). Preoperative anxiety among adult patients undergoing elective surgery: a prospective survey at a general hospital in Ethiopia. *Patient safety in surgery*, 13, 1-8. doi:10.1186/S13037-019-0198-0
- Beydon, L., Rouxel, A., Camut, N., Schinkel, N., Malinovsky, J. M., Aveline, C., ... & Alberti, C. (2015). Sedative premedication before surgery—A multicentre randomized study versus placebo. *Anaesthesia Critical Care & Pain Medicine*, 34(3), 165-171.
- Eberhart, L., Aust, H., Schuster, M., Sturm, T., Gehling, M., Euteneuer, F., & Rüscher, D. (2020). Preoperative anxiety in adults—a cross-sectional study on specific fears and risk factors. *BMC psychiatry*, 20, 1-14. doi:10.1186/s12888-020-02552-w

- Fathi, M., Alavi, S. M., Joudi, M., Joudi, M., Mahdikhani, H., Ferasatkish, R., ... & Nooghabi, M. J. (2014). Preoperative anxiety in candidates for heart surgery. *Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences*, 8(2), 90-96.
- Gümüş, K. (2021). The effects of preoperative and postoperative anxiety on the quality of recovery in patients undergoing abdominal surgery. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 36(2), 174-178.
- Hernandez, P. J., Fuentes, G. D., Falcon, A. L., Rodriguez, R. A., Garcia, P. C., & Roca, C. M. J. (2017). Visual Analogue Scale for Anxiety and Amsterdam Preoperative Anxiety Scale Provide a Simple and Reliable Measurement of Preoperative Anxiety in Patients Undergoing Cardiac Surgery. *International Cardiovascular Research Journal*, 9(1), 1-6.
- 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.
- Khalili, N., Karvandian, K., Ardebili, H. E., Eftekhar, N., & Nabavian, O. (2020). Predictors of Preoperative Anxiety among Surgical Patients in Iran: An Observational Study. *Anesthesiology and Critical Care*, 6(1), 16-22.
- Menel, M., Zammit, N., Rania, F., Nihel, R., Thouraya, A., Ali, M., & Chekib, Z. (2018). Preoperative anxiety in the tertiary care hospitals of Sousse, Tunisia: prevalence and predictors. *SOJ Surgery*. 5(1), 1-5.
- 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, 1-9. doi:10.1186/s12871-018-0619-0
- 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.

- Spanner, S., & Sayer, L. (2019). Is the Amsterdam Preoperative and Information Scale (APAIS) a valid tool in guiding the management of preoperative anxiety in adult patients? A literature reviews. *Journal of Nursing and Practice*. 3(1), 95-101. doi:10.36959/545/368
- Weiser, T. G., Haynes, A. B., Molina, G., Lipsitz, S. R., Esquivel, M. M., Uribe-Leitz, T., Fu, R., Azad, T., Chao, T. E., Berry, W. R., & Gawande, A. A. (2016). Size and distribution of the global volume of surgery in 2012. *Bulletin of the World Health Organization*, 94(3), 201-209.
- Woldegerima, Fitwi, Yimer, & Hailekiros, 2018. Prevalence and factors associated with preoperative anxiety among elective surgical patients at University of Gondar Hospital. Gondar, Northwest Ethiopia, 2017. A cross-sectional study. *International Journal of Surgery Open*. 10, 21-29. doi: 10.1016/j.ijso.2017.11.001
- Wondmienneh, A. (2020). Preoperative anxiety and associated factors among adult elective surgery patients in North Wollo Zone, Northeast Ethiopia. *Open Access Surgery*, 85-94. doi:10.2/47/oas.s285562



การสังเคราะห์ชุมชนต้นแบบเพื่อสร้างความผาสุกของผู้สูงอายุในสังคมสูงวัย ของชีวิตปกติวิธิน้ำ ด้วยนวัตกรรมผู้สูงอายุ

The Community Model Synthesis for Elderly Well-being in Next Normal of Aging Society with Aging Innovators

วนิดา คุรงค์ฤทธิ์ชัย, ส.ด., Vanida Durongrittichai, Dr.P.H.^{1*}

ณัฐกร นิลเนตร, ส.ด., Nathakon Nilnate, Dr.P.H.²

สัณฐิตาพร กลิ่นทอง, วท.ม., Santhitaporn Klinthong, M.Sc.³

กิตติศักดิ์ รุจิกาญจนรัตน์, วท.ม., Kitisak Rujiganjanarat, M.Sc.³

รัชดาวลัย จิตรพรกุลวสิน, วท.ม., Ratchadawan Jitpornkulwasin, M.Sc.⁴

เบญจวรรณ ดุนขุนทด, ป.ด., Benjawan Dunkhunthod, Ph.D.⁵

¹ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

¹Assistant Professor, Ph.D., Community Health Nursing, Faculty of Nursing, Pathumthani University

²อาจารย์, ดร., สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

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

³อาจารย์, สาขาการแพทย์แผนไทย คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

³Lecturer, Thai traditional Department, Faculty of Nursing and Allied Health Science,
Phetchaburi Rajabhat University

⁴อาจารย์, สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

⁴Lecturer, Public Health Department, Faculty of Nursing and Allied Health Science,
Phetchaburi Rajabhat University

⁵อาจารย์ ดร., สาขาการแพทย์แผนไทย คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

⁵Lecturer, Ph.D., Public Health Department, Faculty of Public Health, Burapa University

*Corresponding Author Email: vanida.d@ptu.ac.th

Received: January 7, 2023

Revised: May 10, 2024

Accepted: June 12, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อสังเคราะห์ชุมชนต้นแบบเพื่อสร้างความผาสุกของผู้สูงอายุด้วยนวัตกรรมผู้สูงอายุและเปรียบเทียบสมรรถภาพทางกาย การรับรู้ภาวะเปราะบาง ความรอบรู้สมุนไพรพื้นบ้านและความผาสุกก่อนและหลังพัฒนาชุมชนต้นแบบ กลุ่มตัวอย่างเป็นนวัตกรรมผู้สูงอายุ 30 คน เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์เชิงลึก สถิติวิเคราะห์ ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและ paired t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหาผลวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่อายุ 60-69 ปี จบประถมศึกษา มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองแบบครอบครัวเดี่ยว รายได้ 2,501-10,000 บาท ผลสังเคราะห์ชุมชนต้นแบบพบว่าลักษณะสำคัญของนวัตกรรมผู้สูงอายุ คือ ใช้ภาวะผู้นำชักชวนสมาชิกให้เข้าร่วมกิจกรรมต่อเนื่อง เรียนรู้เร็วและเปิดใจรับการเปลี่ยนแปลง คิดริเริ่มหรือต่อยอดสิ่งใหม่แบบก่อรายได้ ผู้เกี่ยวข้องที่ผลักดันให้นวัตกรรมทำบทบาทหน้าที่ได้อย่างชัดเจน คือ ผู้นำท้องถิ่นและบุคลากรสุขภาพ เกิดหลักสูตรนวัตกรรมผู้สูงอายุ 30 ชั่วโมง โครงสร้างบริหารศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุประกอบด้วยทีมกรรมการที่จัดกิจกรรมเพื่อคงไว้ซึ่งการมีส่วนร่วมของสมาชิกและประสานผู้บริหารท้องถิ่นเพื่อบรรจุโครงการและกิจกรรมในแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุระดับตำบล หลังพัฒนาชุมชนต้นแบบพบว่านวัตกรรมผู้สูงอายุมีความมั่นใจในตนเอง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความรอบรู้สมุนไพรพื้นบ้านโดยรวมและระดับความผาสุกด้านการรับประทานอาหาร การนอนหลับ คุณค่าต่อตนเอง คุณค่าต่อสังคมและระดับความผาสุกโดยรวมเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ

คำสำคัญ: ชุมชนต้นแบบ นวัตกรรมผู้สูงอายุ สมรรถภาพทางกาย ภาวะเปราะบาง ความรอบรู้ ความผาสุก

Abstract

This participatory action research aims to synthesize the community model in next normal of aging society with aging innovators, and compare physical fitness, perceived fragility, local herb literacy, and well-being before and after the model development. The sample group was 30 elderly innovators. The research tools were questionnaires and in-depth interview guidelines. The analytical statistics were percentage, mean, standard deviation, and paired t-test. The qualitative data analyzed by content analysis. The results showed that all samples were females. Most of them were aged 60-69 years, primary school level, have their own residence, live in a single family, income between 2,501-10,000 baht. The synthesized community model revealed that the eminent characteristics of elderly innovators were using their own leadership to persuade members continuingly participate in activities, proactive learning, attentively accept to change, initiate the new things in a revenue-generating way. The involvements who drive aging innovators to evidently perform their duties are local leaders, and health personnel. A 30-hour elderly innovator course was emerged. Elderly innovator Learning Center was consisted of committees organized various activities to maintain member participations and coordinated with local administrators to include projects and activities in the plan for improving the quality of life of the elderly

at the sub-district level. After the aging innovator community model development, it was found that blood pressure, muscle strength, traditional herb knowledges, and well-being levels in the aspects of eating, sleeping, self-worth, social worth, and overall well-being levels significantly statistically change.

Keywords: Community Model, Elderly Innovation, Physical Fitness, Fragility, Literacy, Well-being

บทนำ

จากการคาดการณ์ว่า พ.ศ. 2574 ไทยจะก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุระดับสุดยอดที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 เป็นชีวิตปกติวิถีใหม่ที่รูปแบบการดำเนินชีวิตจะแตกต่างไปจากอดีตอย่างมากที่ต้องต่อสู้ดิ้นรนทางเศรษฐกิจบนสังคมของการสร้างสรรค์สิ่งประดิษฐ์ใหม่ที่เติบโตแบบก้าวกระโดด สถานะเช่นนี้ส่งผลเพิ่มจำนวนผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้ในช่วงปลายวัยขณะที่ความยืนยาวของชีวิตมากขึ้นจากความเจริญทางการแพทย์นำมาซึ่งมีความจำเป็นที่จะต้องรอบรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งความผาสุก มีสมรรถนะทางกายที่ดีเพื่อจะชะลอภาวะเปราะบางใช้ชีวิตด้วยตนเองบนความมั่นคงทางเศรษฐกิจอย่างอิสระลดการเป็นภาระแก่บุคคลอื่นและสร้างการมีคุณภาพชีวิตที่ดี (อนันต์ อนันตกุล, 2560; ชัยพัฒน์ พุฒิช้อน และกันตพัฒน์ พรศิริวัชรสิน, 2561; มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2564)

ความผาสุกในผู้สูงอายุเป็นกระบวนการและคงไว้ซึ่งสมรรถนะทางกายซึ่งจะทำให้ดำรงชีวิตได้ในปลายวัย (World Health Organization, 2019) ผู้สูงอายุที่มีความผาสุกมักเป็นผู้ที่ยอมรับตนเองมีจุดมุ่งหมายชัดเจนในการมีชีวิตอยู่ ดูแลตนเองได้ดี อันเกิดจากความต้องการหรือความคาดหวังให้ร่างกายคงเป็นปกติให้มากที่สุดท่ามกลางความเสี่ยงที่เป็นผลมาจากความบกพร่องเชิงโครงสร้างและหน้าที่ทางกายหลายระบบ (สุพรรณิ ใจดี และศิริพันธ์ สาสัดย์,

2560) การที่จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความผาสุกภายใต้การขับเคลื่อนความเจริญของเศรษฐกิจสังคมบนเทคโนโลยีดิจิทัล ผู้สูงอายุจำเป็นที่จะต้องคงไว้ซึ่งสมรรถภาพทางกายและชะลอภาวะเปราะบางพร้อมกับการรอบรู้ที่จะปฏิบัติกิจกรรมด้วยทักษะและภูมิปัญญาในการดูแลสุขภาพ (ชวณณ พุ่มพวงษ์ และทัศนพร ชูศักดิ์, 2565)

จังหวัดเพชรบุรีมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยปี พ.ศ. 2562 มีผู้สูงอายุเพิ่มเป็น 93,374 คน คิดเป็นร้อยละ 19.41 การศึกษาในอำเภอเมืองพบดัชนีพหุคูณพลังผู้สูงอายุซึ่งเป็นดัชนีที่องค์การอนามัยโลกพัฒนาขึ้นเพื่อใช้วัดระดับคุณภาพการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุมีค่าในระดับปานกลางถึงสูง (ภัทรา ชูริค, เพ็ญไพยม เขยสมบัติ, จินตนา สินธุสุวรรณ, และประเสริฐ ศรีนวล, 2563) ซึ่งเป็นผลมาจากกิจกรรมสร้างเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เน้นส่งเสริมสุขภาพบางมิติ หลายมิติหรือผสมผสานกับความรู้ภูมิปัญญากับการส่งเสริมสุขภาพที่ดำเนินการอยู่แล้วตามปกติโดยบุคลากรสุขภาพหรือบุคลากรจากหลายหน่วยงานภายใต้ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของหน่วยงานท้องถิ่นอย่างต่อเนื่อง แต่เพื่อเตรียมการผู้สูงอายุให้รองรับการใช้ชีวิตในสังคมปกติวิถีหน้าจึงควรส่งเสริมสมรรถภาพทางกายและความรอบรู้ของผู้สูงอายุให้มากยิ่งขึ้นเพื่อเพิ่มต้นทุนทางสรีรภาพและต้นทุนภูมิปัญญาโดยใช้หลักพึ่งตนเอง

การขับเคลื่อนนโยบายการสร้างผู้สูงอายุที่มี

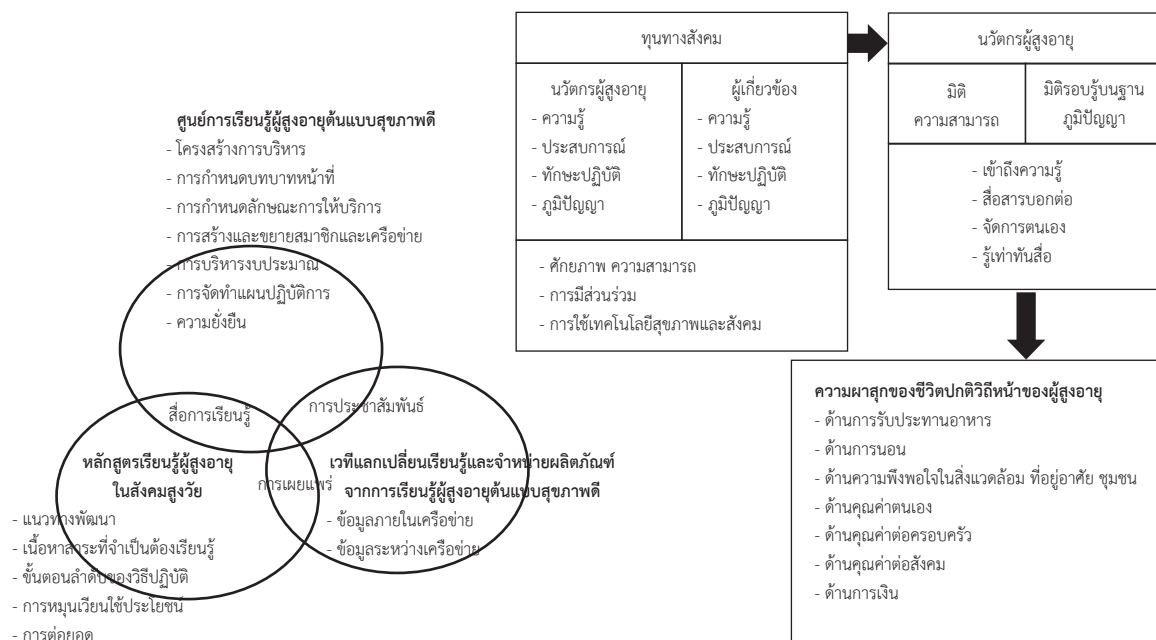
ศักยภาพในชีวิตปกติวิธีหน้าควรดำเนินการในระดับชุมชนซึ่งเป็นระดับที่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุมากที่สุด (Zaidi, 2014) ด้วยแนวคิดนวัตกรรมที่นำศักยภาพผู้สูงอายุมาร่วมทำงานด้วยวิธีใหม่หรือสร้างการเปลี่ยนแปลงทางความคิดผลิตหรือพัฒนาต่อยอด (World Health Organization, 2002) ตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา ดำเนินการตามแผนแก้ไข ปัญหาตลอดจนประเมินผลซึ่งสอดคล้องกับแนวทางวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโดยมีศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุเป็นพื้นที่สร้างศักยภาพผู้สูงอายุในชุมชนที่ก่อตัวบนค่านิยมเอกลักษณ์และอัตลักษณ์ งานวิจัยของวนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย และคณะ (2564) พบว่าผลการพัฒนาศูนย์เรียนรู้นวัตกรรมผู้สูงอายุบนฐานภูมิปัญญาทำให้เกิดนวัตกรรมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพในการส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพที่คงไว้ของความรู้เชิงภูมิปัญญาในชุมชน นวัตกรรมผู้สูงอายุและศูนย์เรียนรู้นวัตกรรมผู้สูงอายุในอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี จึงควรต่อยอดอย่างเป็นระบบเพื่อเป็นพื้นที่ต้นแบบของการเพิ่มความผาสุกและเกิดชุมชนเข้มแข็งอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อสังเคราะห์ชุมชนต้นแบบในสังคมสูงวัยด้วยนวัตกรรมผู้สูงอายุ
2. เพื่อเปรียบเทียบสมรรถภาพทางกาย ความรอบรู้สมุนไพรรักษาบ้าน การรับรู้ภาวะเปราะบาง และความผาสุกของชีวิตปกติวิธีหน้าของนวัตกรรมผู้สูงอายุ ก่อนและหลังพัฒนาชุมชนต้นแบบ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

แนวคิดนวัตกรรมผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ (World Health Organization, 2002) เป็นการพัฒนาผู้สูงอายุให้รู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของสมรรถภาพทางกายและเพิ่มการรับรู้ภาวะเปราะบางด้วยวิธีใหม่หรือเปลี่ยนแปลงวิธีคิด วิธีผลิตหรือพัฒนาต่อยอดองค์ประกอบสำคัญของผู้สูงอายุนวัตกรรม คือ 1) สุขภาพดี 2) มีความมั่นคงในชีวิตและ 3) มีส่วนร่วมบนการบริหารจัดการทุนทางสังคมผ่านการใช้เทคโนโลยีสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทของความต้องการเรียนรู้ตลอดชีวิต (ดังภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) ที่ใช้ทั้งการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ขั้นตอนการวิจัย ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสมรรถภาพทางกาย ความรอบรู้สมุนไพรรพพื้นบ้าน การรับรู้ภาวะเปราะบางและความผาสุกของนวัตกรรมผู้สูงอายุเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานและใช้เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงก่อนและหลังการพัฒนาชุมชนต้นแบบ

1.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรคือ ผู้สูงอายุเขตพื้นที่ตำบลหัวสะพานและตำบลวังตะโก จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 873 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2562) กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจงจำนวน 30 ราย เกณฑ์คัดเข้า คือ บุคคลที่มีคุณสมบัติตามนิยามนวัตกรรมผู้สูงอายุและสามารถมีส่วนร่วมตลอดการวิจัย เกณฑ์คัดออก คือตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน

1.2 เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสอบถามแบ่งเป็น 6 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ การรับรู้ภาวะเปราะบางจำนวน 10 ข้อ เช่น ภาวะสุขภาพ น้ำหนักตัว ความสามารถทำกิจกรรมทางกาย เป็นต้น ความรอบรู้การใช้สมุนไพรพื้นบ้านเกี่ยวกับการรู้จัก การใช้ การบอกต่อ แบบประมาณค่า 5 ระดับรวมจำนวน 50 ข้อ ความผาสุกของผู้สูงอายุจำนวน 34 ข้อแบบประมาณค่า 5 ระดับ เช่น ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการนอนหลับ ด้านความพอใจในสิ่งแวดล้อม เป็นต้น พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 8 ข้อและสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุจำนวน 13 ข้อ เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ องค์ประกอบร่างกาย สมรรถภาพระบบหายใจและหลอดเลือด เป็นต้น

1.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านผู้สูงอายุ ด้านการพัฒนาสุขภาพชุมชนและด้านการวิจัยเชิงปฏิบัติการจำนวน 3 ท่านได้ค่า CVI เท่ากับ

1 ทดลองใช้กับผู้สูงอายุตำบลหนองพลับ อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรีที่คล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .879

1.4 การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ การรับรู้ภาวะเปราะบาง ความรอบรู้การใช้สมุนไพรพื้นบ้าน ความผาสุกของผู้สูงอายุและสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุด้วยค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาชุมชนต้นแบบในสังคมสูงวัยด้วยนวัตกรรมผู้สูงอายุโดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการผู้มีส่วนเกี่ยวข้องประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนที่ 1 บุคลากรสุขภาพและบุคลากรของหน่วยงานท้องถิ่นที่ทำงานร่วมกับกลุ่มตัวอย่างโดยมีขั้นตอนย่อย คือ 1) ค้นข้อมูลเชิงปริมาณในขั้นตอนที่ 1 พร้อมกับค้นหาความต้องการของนวัตกรรมผู้สูงอายุและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 2) ร่วมกันพัฒนาหลักสูตรนวัตกรรมผู้สูงอายุโดยกลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนที่ 1 บุคลากรสุขภาพและบุคลากรของหน่วยงานท้องถิ่น รวมถึงกำหนดลำดับรายวิชาและเนื้อหาที่นวัตกรรมผู้สูงอายุจำเป็นต้องเรียนรู้ 3) ทดลองใช้หลักสูตรและสื่อการเรียนรู้ที่พัฒนาขึ้น 4) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ของนวัตกรรมผู้สูงอายุและ 5) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามชุดเดิมเพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงสมรรถภาพทางกาย ความรอบรู้สมุนไพรรพพื้นบ้าน การรับรู้ภาวะเปราะบางและความผาสุก

2.1 กลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มเดียวกับขั้นตอนที่ 1 โดยเกณฑ์คัดออกเพิ่มเติม คือ 1) ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมตามที่กำหนดและ 2) มีภาวะแทรกซ้อน/ปัญหาสุขภาพที่อาจรุนแรงขึ้น หากเข้าร่วมกิจกรรมต่อไป

2.2 เครื่องมือและคุณภาพของเครื่องมือวิจัย เป็นแบบสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับประชุมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการนำผลการวิจัยปริมาณมากำหนดรายละเอียดในหลักสูตรนวัตกรรมผู้สูงอายุประกอบด้วยจำนวนหัวข้อ จำนวน ลักษณะและความยากง่ายของเนื้อหาที่จำเป็น

การเรียงลำดับของหัวข้อและเนื้อหา การกำหนดวัตถุประสงค์การเรียนรู้ในแต่ละบท การกำหนดวิธีการทบทวนเนื้อหาในแต่ละบทและการกำหนดผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพของหลักสูตรซึ่งมีค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1

2.3 การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อค้นหาโครงสร้าง องค์ประกอบและรายละเอียดของชุมชนต้นแบบ วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามเพื่อเปรียบเทียบระดับสมรรถภาพทางกาย การรับรู้ภาวะเปราะบาง ความรอบรู้การใช้สมุนไพรพื้นบ้านและความผาสุกก่อนและหลังพัฒนาชุมชนต้นแบบด้วยสถิติ Paired t-test เพื่อยืนยันโครงสร้าง องค์ประกอบ ระบบกลไกและเงื่อนไขต่าง ๆ ในชุมชนต้นแบบที่เป็นผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพ

ขั้นตอนที่ 3 สังเคราะห์ลักษณะของชุมชนต้นแบบในสังคมสูงวัยโดยประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อ 1) วิเคราะห์โครงสร้าง องค์ประกอบ ระบบ กลไกและเงื่อนไขการพัฒนาของนวัตกรรมผู้สูงอายุในศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุต้นแบบสุขภาพดีและ 2) จัดลำดับและระดับความสัมพันธ์ของโครงสร้าง องค์ประกอบ ระบบ กลไกและเงื่อนไขการพัฒนาของนวัตกรรมผู้สูงอายุในศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุต้นแบบสุขภาพตามที่กำหนดไว้ในกรอบแนวคิดวิจัย

3.1 กลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มเดียวกับขั้นตอนที่ 2 และใช้เกณฑ์การคัดเข้า-ออกเช่นเดียวกับขั้นตอนที่ 2

3.2 เครื่องมือและคุณภาพของเครื่องมือวิจัย เป็นแนวคำถามเชิงลึกสำหรับประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของการสังเคราะห์ชุมชน

ต้นแบบเกี่ยวกับการบริหารศูนย์การเรียนรู้ผู้สูงอายุ หลักสูตรนวัตกรรมผู้สูงอายุ ความสามารถและความรอบรู้ของนวัตกรรมผู้สูงอายุ ความรู้ ทักษะปฏิบัติและความรอบรู้ของผู้เกี่ยวข้องซึ่งมีค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1

3.3 การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหาเช่นเดียวกับขั้นตอนที่ 2 ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อปรับปรุงโครงสร้าง องค์ประกอบและรายละเอียดของส่วนต่าง ๆ ในชุมชนต้นแบบตามที่กำหนดไว้ในกรอบแนวคิดวิจัยอีกครั้ง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี หนังสือรับรองจริยธรรมเลขที่ PBEC No.22/2565

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่ อายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 71.43) จบประถมศึกษา (ร้อยละ 61.90) สมรสแล้ว (ร้อยละ 52.38) มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง (ร้อยละ 90.48) ครอบครัวยุติธรรม (ร้อยละ 66.67) สมาชิกครอบครัวมากกว่า 3 คน (ร้อยละ 38.10) ยังคงประกอบอาชีพ (ร้อยละ 95.42) รายได้ 2,501-10,000 บาท (ร้อยละ 80.95)

2. ผลเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนาชุมชนต้นแบบในสังคมสูงวัยพบว่าค่าความดันโลหิต Systolic และ Diastolic สมรรถภาพความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่เป็นการงอแขนพับศอก การทรงตัวและความว่องไวที่เป็นการลุกเดินจากเก้าอี้ไปและกลับเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่า t ของสมรรถภาพทางกาย ความรอบรู้การใช้สมุนไพรพื้นบ้านของนัศรผู้สูงอายุ

รายการประเมิน	ก่อน		หลัง		t	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
ค่าความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจ						
ความดันโลหิตซิสโตลิก	138.9	19.5	148.86	17.9	-2.303	.032
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก	78.43	10.3	84.86	10.3	-2.443	.024
อัตราการเต้นของหัวใจ	79.90	10.5	79.86	10.3	.02	.984
องค์ประกอบร่างกาย (Body composition assessment)						
เส้นรอบเอว	87.48	9.16	85.67	12.5	.768	.452
ค่า BMI	24.18	4.39	23.86	3.96	.582	.567
สมรรถภาพระบบหายใจและหลอดเลือด (Cardio respiratory fitness assessments)						
เดินช้า (Slowness walking) (เดิน 5 เมตร)	4.06	.74	4.35	.68	-1.569	.132
สมรรถภาพความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (Muscular fitness assessments)						
แรงบีบมือ (Handgrip strength)	22.36	3.65	22.28	3.82	.093	.927
ลุกยืนจากเก้าอี้ (30-sec Chair stand test)	14.62	4.03	14.14	3.31	.467	.646
งอแขนพับศอก (Arm Curl test)	25.05	6.07	17.81	4.59	6.457	<.001
การทรงตัวและความว่องไว (Balance and Agility assessments)						
การลุกเดินจากเก้าอี้ไปและกลับ (8-Foot up and go)	6.7	1.05	7.98	1.4	-4.456	<.001
ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและข้อต่อ (Flexibility assessments)						
นั่งเก้าอี้ยื่นแขนแตะปลายเท้า (Sit-and-reach test)	1.15	4.34	.59	1.79	.69	.498
การเอื้อมแขนแตะด้านหลัง (Back scratch) ชาย	-7.05	9.44	-3.27	4.94	-1.759	.094
การเอื้อมแขนแตะด้านหลัง (Back scratch) ขว	-1.83	8.52	-1.15	4.58	-.303	.765
ความรอบรู้การใช้สมุนไพรพื้นบ้าน	3.69	.45	4.17	.54	3.553	.002
ภาวะเปราะบาง	27.14	1.35	26.52	1.81	-1.316	.203

3. ความรอบรู้สมุนไพรพื้นบ้านเกี่ยวกับ พืชหายาก ไขมันชั้น อาการผิดปกติจากการใช้สมุนไพร และความรอบรู้โดยรวมเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่ภาวะเปราะบางเปลี่ยนแปลงอย่างไม่มีนัยสำคัญ ส่วนระดับความผาสุกของชีวิตปกติวิถีหน้าในด้าน การรับประทานอาหาร การนอนหลับ คุณค่าต่อตนเอง คุณค่าต่อสังคมและโดยรวมเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่า t ของระดับความผาสุกของชีวิตปกติวิถีหน้าของ นวัตกรรมผู้สูงอายุ

คำถาม	ก่อน			หลัง			t	p-value
	$\bar{X}$	SD	แปลผล	$\bar{X}$	SD	แปลผล		
1. ด้านการรับประทานอาหาร	3.49	.64	มาก	4.08	.88	มาก	2.531	.020
2. ด้านการนอนหลับ	3.22	.64	ปานกลาง	3.83	.92	มาก	2.393	.027
3. ด้านความพอใจในสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยและชุมชน	4.18	.60	มาก	4.50	.62	มากที่สุด	1.920	.069
4. ด้านคุณค่าต่อตนเอง	3.65	.58	มาก	4.33	.57	มากที่สุด	4.495	<.001
5. ด้านคุณค่าต่อครอบครัว	3.98	.61	มาก	4.33	.56	มากที่สุด	1.909	.071
6. ด้านคุณค่าต่อสังคม	3.68	.52	มาก	4.22	.64	มากที่สุด	2.930	.008
7. ด้านการเงิน	3.53	.75	มาก	3.80	.82	มาก	1.655	.113
รวม	3.69	.45	มาก	4.17	.54	มาก	3.553	.002

4. ผลการสังเคราะห์ชุมชนต้นแบบในสังคมสูงวัยด้วยนวัตกรรมผู้สูงอายุพบว่า 1) ลักษณะสำคัญของ นวัตกรรมผู้สูงอายุ คือ ใช้ภาวะผู้นำชักชวนให้ผู้สูงอายุ เข้าร่วมกิจกรรมต่อเนื่อง เรียนรู้เร็วและเปิดใจพร้อมรับ ความรู้ใหม่ ๆ ใช้ประสบการณ์เดิมและภูมิปัญญาที่มีเป็นต้นทุนคิดริเริ่มหรือต่อยอดสิ่งใหม่แบบก่อรายได้ 2) ผู้เกี่ยวข้องที่ผลักดันให้นวัตกรรมปฏิบัติบทบาทหน้าที่ได้ชัดเจน คือ ผู้นำท้องถิ่นและบุคลากรสุขภาพ โดยผู้เกี่ยวข้องกระตุ้นให้นวัตกรรมผู้สูงอายุคิดกิจกรรมแบบแตกต่างหรือต่อยอดจากกิจกรรมเดิมใช้การสร้างรายได้เป็นเป้าหมายสำคัญ จัดกิจกรรมที่เน้นการคงไว้ซึ่งความแข็งแรงของร่างกายและจิตใจควบคู่กับการใช้

ภูมิปัญญาตามบริบทชีวิต สนับสนุนทรัพยากรและงบประมาณเพื่อให้กิจกรรมเกิดผลลัพธ์ที่นวัตกรรมผู้สูงอายุได้รับประโยชน์โดยตรง เปิดโลกทัศน์นวัตกรรมผู้สูงอายุ ด้วยการศึกษาดูงาน รวมทั้งบรรจุโครงการพัฒนานวัตกรรมผู้สูงอายุในแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุระดับตำบล 3) หลักสูตรนวัตกรรมผู้สูงอายุเป็นหลักสูตร 30 ชั่วโมงเนื้อหา เน้นเสริมสร้างสมรรถภาพทางกาย ส่งเสริมสุขภาพ ด้วยสมุนไพรพื้นบ้าน กฎหมายจำเป็นต้องรู้ อาหารป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การป้องกันจากโรคติดเชื้อ และภาวะแทรกซ้อน การใช้สื่อสังคมออนไลน์อย่างปลอดภัย การส่งเสริมสุขภาพจิต การจัดการวิสาหกิจชุมชนเชิงพาณิชย์ผ่านช่องทางออนไลน์ด้วยชาสมุนไพร

ตรีปานะ การทำบัญชีรายรับรายจ่าย 4) โครงสร้างการบริหารศูนย์เรียนรู้นวัตกรผู้สูงอายุประกอบด้วยทีมคณะกรรมการที่คัดเลือกจากแกนนำในโซนต่าง ๆ ของชุมชนแบ่งการทำงานที่เป็น 3 ส่วน ส่วนแรกเน้นคิดผลิตภัณฑ์จากทรัพยากรท้องถิ่นและหาวิธีสร้างรายได้ ส่วนที่สองเน้นจัดกิจกรรมสร้างการมีส่วนร่วมของสมาชิกอย่างสม่ำเสมอและส่วนที่สามประสานผู้บริหารท้องถิ่นเพื่อดำเนินโครงการและกิจกรรมที่บรรลุไว้แล้วในแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุระดับตำบล

อภิปรายผลการวิจัย

1. ชุมชนต้นแบบพบลักษณะสำคัญของนวัตกรผู้สูงอายุที่มีภาวะผู้นำอย่างชัดเจน เห็นความสำคัญของการเป็นพลวัติพลัง พร้อมเปลี่ยนแปลง มุ่งต่อยอดสิ่งใหม่แบบมีรายได้ ผู้นำท้องถิ่นมีบทบาทอย่างยิ่งในการขับเคลื่อนกิจกรรมของนวัตกรผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบโดยอาศัยหลักสูตรนวัตกรผู้สูงอายุเป็นเครื่องมือซึ่งมีเนื้อหาที่มุ่งสร้างความแข็งแกร่งทางร่างกายพร้อมกับจิตใจให้เท่าทันสังคมที่เปลี่ยนแปลงแบบพลิกผัน ควบคู่การมีรายได้จนสามารถจัดตั้งเป็นศูนย์เรียนรู้นวัตกรผู้สูงอายุซึ่งเป็นพื้นที่ส่วนกลางในการทำกิจกรรมร่วมกันของผู้สูงอายุ มีโครงสร้างการบริหารงานชัดเจนและบรรลุเป็นนโยบายระดับตำบล สอดคล้องกับการศึกษาของชานววัฒน์ รัตนวงศ์ และณัฐพงศ์ บุญเหลือ (2565) ที่พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการบริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ คือ ภาวะผู้นำ การมีส่วนร่วมและนโยบาย โดยส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นทั้งด้านสุขภาพอนามัย ด้านนันทนาการและคุณภาพชีวิตด้านสังคม/สภาพแวดล้อม และสอดคล้องกับการศึกษาของพรพรรณ มนัสจกุล, รุ่งนภา ประยูรศิริศักดิ์, และมัลลิกา มากรัตน์ (2564) ที่พบว่าแกนนำดูแลผู้สูงอายุร่วมกับหน่วยงานเครือข่ายออกแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วยการประชุมภาวะสุขภาพ

ผู้สูงอายุ การให้ความรู้ตามหลัก 3อ. 2ส. ออกแบบระบบการเยี่ยมบ้าน ตั้งช่องทางเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารระหว่างกลุ่มแกนนำในการดูแลผู้สูงอายุผ่านแอปพลิเคชันไลน์ โดยกระบวนการนี้ช่วยสนับสนุนการทำงานของกลุ่มแกนนำอย่างมีประสิทธิภาพ จะเห็นว่านวัตกรผู้สูงอายุมีคุณลักษณะของแกนนำผู้สูงอายุที่ใฝ่ฝันสร้างควมน่าเชื่อถือจนทำให้คนในชุมชนมีกระบวนการปฏิบัติไปสู่การเปลี่ยนแปลงด้วยกิจกรรมต่างๆ ซึ่งเป็นคุณสมบัติของแกนนำตั้งแต่ระดับต้นของการปฏิบัติงานตามตำแหน่งหน้าที่ ไปสู่การสร้างควมน่าเชื่อถือไว้วางใจ การสร้างผลลัพธ์งาน การกระตุ้นบุคคล กลุ่มและชุมชนให้พัฒนาตัวเองจนระดับสูงสุดของการเป็นแบบอย่างและนำไปสู่การสร้างผู้นำใหม่ (Maxwell, 2013) การพัฒนาชุมชนต้นแบบบนฐานการสร้างนวัตกรผู้สูงอายุเป็นการนำกลุ่มผู้สูงอายุสู่วิธีคิดแบบสร้างสรรค์แบบมีส่วนร่วมที่จะปฏิบัติด้วยแนวทางใหม่โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มคุณค่าในตนเองและยังประโยชน์ต่อการดำรงชีวิตต่อผู้สูงอายุ รวมทั้งยังเกิดความรู้ใหม่ในรูปแบบของหลักสูตรนวัตกรผู้สูงอายุไว้เป็นเครื่องมือถ่ายทอดความรู้ในศูนย์เรียนรู้ของชุมชนภายใต้การประสานความร่วมมือที่มากขึ้นระหว่างนวัตกรผู้สูงอายุและบุคลากรในการจัดบริการสุขภาพและสังคม สอดคล้องกับกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมที่นำผู้สูงอายุที่มีศักยภาพมาทำงานอย่างเป็นขั้นตอนตั้งแต่การให้ข้อมูล การระบุปัญหา ประเด็นที่ต้องการเปลี่ยนแปลง การร่วมพัฒนาแผนงานสู่การปฏิบัติ การสะท้อนการปฏิบัติจนเกิดผลลัพธ์ที่มีคุณสมบัติของการเป็นนวัตกรผู้สูงอายุ ตลอดจนเปลี่ยนแปลงสมรรถภาพทางกาย ความรอบรู้สมุนไพรรักษา การรับรู้ภาวะเปราะบางและความผาสุกให้เหมาะสมกับสถานการณ์สังคมในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ศิวพร ละม้ายนิล, 2561) ตามกรอบการวิจัยที่กำหนดไว้ว่ากระบวนการพัฒนานวัตกรผู้สูงอายุซึ่งเป็นทุนทางสังคมผ่านกิจกรรมในหลักสูตร

ของศูนย์การเรียนรู้ต้นแบบสุขภาพดีส่งผลเพิ่มความสามารถ ความรอบรู้สุขภาพและนำมาซึ่งความผาสุกของชีวิตปกติวิถีหน้า รวมทั้งตอบสนองแนวคิดของการจัดระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ช่วยสร้างการเข้าถึงบริการของการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องแบบผสมผสานที่มีบทบาทร่วมให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและชุมชน (อรัทัย พงษ์แก้ว, 2561)

2. ผลการเปรียบเทียบก่อนและหลังพัฒนาชุมชนต้นแบบ พบว่าในส่วนสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ ความดันโลหิตซิสโตลิกสูงกว่าก่อนพัฒนาชุมชนต้นแบบอย่างมีนัยสำคัญ แตกต่างจากงานวิจัยของ อัมรา อารัมทรัพย์, ปิยมนต์ พลฤชชาติ, และเดือนใจ ศรีประทุม (2561) ที่พบว่าพัฒนาความดันโลหิตซิสโตลิกลดลงเล็กน้อยหลังพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสมรรถภาพการทำหน้าที่ทางกายสำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคม ส่วนการลุกเดินจากเก้าอี้ไปและกลับพบว่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ นอกนั้นเปลี่ยนแปลงแบบลดลงหลังพัฒนาชุมชนต้นแบบ เมื่อพิจารณาร่วมกับระดับภาวะเปราะบางของนิวตกรผู้สูงอายุ พบว่าคะแนนเฉลี่ยและระดับภาวะเปราะบางของนิวตกรผู้สูงอายุลดลงหลังพัฒนาชุมชนต้นแบบอย่างไม่มีนัยสำคัญ อธิบายได้ว่าแม้กิจกรรมของการพัฒนาชุมชนต้นแบบจะเน้นสร้างสมรรถนะด้านร่างกาย สังคมและจิตใจ แต่ในทางปฏิบัติ นิวตกรผู้สูงอายุจะให้ความสำคัญกับการเคลื่อนไหวร่างกายเป็นส่วนใหญ่ จึงส่งผลให้การทรงตัวและความว่องไวสูงขึ้นแต่ยังไม่สามารถทำให้ค่าความดันโลหิตลดลงและอัตราการเต้นของหัวใจองค์ประกอบร่างกาย สมรรถภาพระบบหายใจและหลอดเลือด สมรรถภาพความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและข้อต่อก็ยังไม่เปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้น ซึ่งการที่จะเปลี่ยนแปลงค่าต่าง ๆ ทางสรีระเหล่านี้ได้นั้นจำเป็นจะต้องอาศัยกิจกรรมเฉพาะและระยะเวลาของการปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

ดังการศึกษาของกัตติกา ธนะขวัง และคณะ (2555) ที่ใช้รูปแบบการออกกำลังกายด้วยการรำไม้พองติดต่อกันนานถึง 12 สัปดาห์จึงจะทำให้ร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงได้ ส่วนภาพรวมระดับความรอบรู้การใช้สมุนไพรพื้นบ้านของนิวตกรผู้สูงอายุหลังพัฒนาชุมชนต้นแบบสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยความรอบรู้เกี่ยวกับฟ้าทะลายโจรและขมิ้นชันพบว่าสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังพัฒนาชุมชนต้นแบบ เนื่องจากเป็นสมุนไพรพื้นบ้านที่ใช้มาอย่างยาวนานและสื่อให้เห็นถึงความเชื่อมั่นของผู้สูงวัยต่อสรรพคุณของสมุนไพรนี้ อีกทั้งชี้ให้เห็นว่ากิจกรรมส่วนหนึ่งของการพัฒนาชุมชนต้นแบบซึ่งเน้นให้นิวตกรผู้สูงอายุถ่ายทอดประสบการณ์การใช้สมุนไพรสู่บุคคลอื่นนำไปสู่การเพิ่มระดับความรอบรู้การใช้สมุนไพรพื้นบ้านได้ สอดคล้องกับปณดา รามไพบุลย์ และคณะ (2561) ที่พบว่าทำให้โปรแกรมพัฒนาความรอบรู้การใช้สมุนไพรพื้นบ้านส่งผลให้ผู้สูงอายุรอบรู้ในแง่ของการจัดการตนเองและแสวงหาความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของสุกิจ ไชยชมพู่ (2555) และสมเกียรติ วรเดช, ปุณณพัฒน์ ไชยเมล์, เรณู สะแหละ, และยุวดี กองมี (2558) ที่พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการใช้สมุนไพรมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเอง ดังนั้น การที่นิวตกรผู้สูงวัยมีความรอบรู้ในการใช้สมุนไพรพื้นบ้านเพิ่มขึ้นจึงเป็นผลดีต่อความเชื่อมั่นในการใช้สมุนไพรทั้งในแง่ของสรรพคุณ วิธีใช้ ข้อควรระวังและความปลอดภัย เพิ่มการพึ่งพาตนเอง ลดภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัวและนำไปสู่คุณภาพชีวิตทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมที่ดีอย่างยั่งยืนต่อไป

สำหรับระดับความผาสุกของชีวิตปกติวิถีหน้าของนิวตกรผู้สูงอายุหลังพัฒนาชุมชนต้นแบบสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในด้านต่าง ๆ และโดยรวมอาจเนื่องจากกิจกรรมของการพัฒนาชุมชนต้นแบบให้

ความสำคัญกับการสร้างสมรรถนะด้านร่างกาย สังคม และจิตใจ รวมถึงการคิดผลิตภัณฑ์ที่สามารถจำหน่ายได้ซึ่งทำให้นวัตกรรมผู้สูงอายุมีรายได้เพิ่มขึ้น จึงตรงกับความต้องการของบุคคลในวัยสูงอายุที่ประกอบด้วย การสนับสนุนจากครอบครัว การประกันรายได้ การมีส่วนร่วมในชุมชน การพึ่งพาตนเองและการเป็นบุคคลที่มีความสำคัญต่อ สมาชิกในครอบครัว กลุ่มชุมชนและสังคม (สิทธิพร สุทร, วัชรินทร์ สุทธิชัย, และพงษ์ศักดิ์ ชิมมอนต์ส, 2561) สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องแนวทางการพัฒนาความสุขของผู้สูงอายุในจังหวัดนครปฐม (ภัทรนันท์ อุณอ่อน, 2564) พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขของผู้สูงอายุมากที่สุด คือ ปัจจัยด้านสุขภาพ รองลงมาคือ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและปัจจัยด้านความสัมพันธ์ทางสังคมตามลำดับ แนวทางในการพัฒนาความสุขของผู้สูงอายุประกอบด้วย 1) ผู้สูงอายุควรหมั่นดูแลสุขภาพกายของตนเอง 2) ผู้สูงอายุควรวางแผนทางการเงินตั้งแต่วัยทำงานและออมเงินไว้ใช้ในยามแก่ชรา 3) ครอบครัวและชุมชนควรให้ความเข้าใจ เอาใจใส่เพื่อแม่และช่วยเหลือเกื้อกูลผู้สูงอายุ 4) การมีระบบบริการสาธารณสุขที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 บุคลากรในหน่วยงานท้องถิ่นและบุคลากรสุขภาพสามารถนำโครงสร้าง องค์ประกอบ กลไกและเงื่อนไขภายในกระบวนการพัฒนานวัตกรรมผู้สูงอายุไปใช้กับชุมชนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันเพื่อเพิ่มจำนวนนวัตกรรมผู้สูงอายุให้มากขึ้น โดยปรับลักษณะของความรู้ ประสบการณ์ ทักษะและภูมิปัญญาของนวัตกรรมผู้สูงอายุ หลักสูตรนวัตกรรมผู้สูงอายุหรือสื่อเรียนรู้ให้เหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

1.2 บุคลากรในหน่วยงานท้องถิ่นสามารถจัดกิจกรรมพัฒนาให้ผู้สูงอายุเป็นนวัตกรรมและสนับสนุน

การจัดตั้งศูนย์เรียนรู้นวัตกรรมผู้สูงอายุโดยให้มีโครงสร้างการบริหารที่ขับเคลื่อนชุมชนเพื่อสร้างความผาสุกของผู้สูงอายุและพัฒนาบทบาทหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้องไปพร้อมกันเพื่อให้ชุมชนต้นแบบขยายผลเพิ่มมากขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 นำปัจจัยสมรรถภาพทางกายภาวะเปราะบาง ความรอบรู้สมุนไพรพื้นบ้านที่มีผลต่อความผาสุก และความรู้ ประสบการณ์ ทักษะและภูมิปัญญาของนวัตกรรมผู้สูงอายุไปเป็นข้อมูลในการทบทวนวรรณกรรมสำหรับขยายผลในพื้นที่อื่นเพื่อเพิ่มจำนวนชุมชนที่สร้างความผาสุกของผู้สูงอายุรองรับสังคมสูงวัย

2.2 วิจัยถึงทดลองโดยนำวิธีดำเนินการของชุมชนต้นแบบไปขยายผลในตำบลของจังหวัดอื่นที่มีลักษณะใกล้เคียงโดยจัดให้มีกลุ่มเปรียบเทียบเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของโครงสร้างและกลไกของชุมชนต้นแบบต่อการเปลี่ยนแปลงของสมรรถภาพทางกายภาวะเปราะบาง ความรอบรู้สมุนไพรพื้นบ้านและความผาสุกของผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

- กัตติกา ธนะขว้าง, นงนุช โอปะะ, กชพร เชื้อธนนะ, จิราพร มงคลประเสริฐ, จินตนา รัตนวิฑูรย์, และถาวร ล่อกา. (2555). *เครือข่ายทางสังคม การเกื้อหนุนทางสังคม และความผาสุกของผู้สูงอายุวัยปลายในเขตภาคเหนือประเทศไทย*. นครราชสีมา: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.
- ขวณ พุ่มพงษ์, และทัศนพร ชูศักดิ์. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในตำบลทองเอน อำเภอนิคมบ่งชีร์ จังหวัดสิงห์บุรี. *วารสารวิจัยและพัฒนา วไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 17(2), 89-103.

- ชานูวัฒน์ รัตนวงศ์, และณัฐพงศ์ บุญเหลือ. (2565). การบริหารจัดการในการดูแลผู้สูงอายุภายในชุมชน:กรณีศึกษา เทศบาลตำบลเขาพระงาม อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี. *วารสารรวมคำแห่งฉบับรัฐประศาสนศาสตร์*, 5(2), 359-383.
- ชัยพัฒน์ พุฒิช้อน, และกันตพัฒน์ พรศิริวัชรสิน. (2561). แนวทางการแก้ไขปัญหาสังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย. *วารสารเครือข่ายส่งเสริมการวิจัยทางมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 1(1), 25-36.
- ปณดารามไพบูลย์, ระวีวรรณ เจริญทรัพย์, รชนี สรรเสริญ, และพิษณุรักษ์ กันทวิ. (2561). การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพ ในการใช้สมุนไพรและผลิตภัณฑ์สมุนไพรของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย. *เชียงรายเวชสาร*, 10(1), 81-92.
- ภัทรนันท์ อุ่นอ่อน. (2564). *แนวทางการพัฒนาความสุขของผู้สูงอายุในจังหวัดนครปฐม* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศิลปากร, กรุงเทพฯ.
- ภัทรา ชูริศ, เพ็ญโพยม เขยสมบัติ, จินตนา สินธุสุวรรณ, และประเสริฐ ศรีนวล. (2563). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในอำเภอเมืองจังหวัดเพชรบุรี. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี*, 10(3), 16-24.
- พรพรรณ มนัสจกุล, รุ่งนภา ประยูรศิริศักดิ์, มัลลิกา มากรัตน์. (2564). การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนแม่่นนท์ ตำบลหนองไผ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. *วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ*, 6(9), 32-49.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2564). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2564*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง.
- วนิดา ดรคงฤทธิชัย, สันธิตาพร กลิ่นทอง, รัชดาวัลย์ จิตรพรกุลวสิน, กิตติศักดิ์ รุจิกาญจน์รัตน์, ณัฐกร นิลเนตร, และประเสริฐ ศรีนวล. (2565). การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาศูนย์เรียนรู้วัฒนธรรม บนฐานภูมิปัญญาสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในตำบลหัวสะพาน และตำบลวังตะโก อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี. *วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ*, 8(1), 233-241.
- ศิวพร ละม้ายนิล. (2561). *การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพนักวิจัยชุมชน อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก* (ดุขกัณิพนธ์ปริญญาดุขกัณิบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.
- สมเกียรติ วรเดช, ปุณณพัฒน์ ไชยมะล, เรณู สะแหละ, และยุวดี กองมี. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลตนเองของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน อำเภอกงหรา จังหวัดพัทลุง. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 24(1), 50-59.
- สิทธิพร สุนทร, วัชรินทร์ สุทธิชัย, และพงษ์ศักดิ์ ชิมมอนด์ส. (2561). *รูปแบบความสุขของผู้สูงวัยในจังหวัดมหาสารคาม*. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
- สุกิจ ไชยชมพู่. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรรักษาโรคของประชาชนในเขต 11 กระทรวงสาธารณสุข. *วารสารเกื้อการณย์*, 19(2), 60-74.

- สุพรรณิ ใจดี, และศิริพันธ์ สาสัตย์. (2560). การศึกษาภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในชุมชนกรุงเทพมหานคร. *วารสารแพทยน์วี่*, 44(3), 117-135.
- อนันต์ อนันตกุล. (2560). *สังคมสูงวัย...ความท้าทายประเทศไทย*. สืบค้นจาก <http://legacy.orst.go.th/wp-content/uploads/2017/12/%E0%B8%AA%E0%B8%B1%E0%B8%87%E0%B8%84%E0%B8%A1%E0%B8%AA%E0%B8%B9%E0%B8%87%E0%B8%A7%E0%B8%B1%E0%B8%A23.pdf>
- อรทัย พงษ์แก้ว. (2561). การศึกษาสถานการณ์และรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*, 21(1), 151-162.
- อัมรา อารังทรัพย์, ปิยมนต์ พฤษชาติ, และเตือนใจ ศรีประทุม. (2561). การวิจัยและพัฒนาารูปแบบการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสมรรถภาพการทําน้ำที่ทางกายสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลหนองตาไก้. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น*, 25(3), 42-55.
- Maxwell, J.A. (2013). *Qualitative Research Design: An Interactive Approach*. United States of America: Sage.
- World Health Organization. (2002). *Active Ageing: A Policy Framework*. Retrieve from <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Active-Ageing-Framework.pdf>
- World Health Organization. (2019). *Decade of Healthy Aging 2020-2030*. Retrieve from https://www.who.int/docs/default-source/documents/decade-of-health-ageing/decade-healthy-ageing-update-march-2019.pdf?sfvrsn=5a6d0e5c_2
- Zaidi, A. (2014). Enabling environments for active and healthy ageing in EU countries. *Gerontechnology*, 12(4), 201-208.
-

การศึกษาปรากฏการณ์พฤติกรรมสุขภาพแบบ New Normal
จากการระบาดโรคโควิด 19 ของประชาชน ในชุมชนแออัด กรุงเทพมหานคร
The Phenomenal Study of New Normal Health Behaviors
from COVID-19 Pandemic among Thai People in Congested
Communities, in Bangkok

กาญจนา ปัญญาเพ็ชร, ประ.ด., Kanjana Punyapet, Ph.D.¹

กชกร ธรรมนำศีล, พย.ม., Kotchakorn Thamnamsin, M.N.S.^{2*}

สุปราณี มณีวงศ์, พย.ม., Supranee Maneewong, M.N.S.³

ชัยณรงค์ นาคเทศ, พย.ม., Chainarong Naktes, M.N.S.³

จินตนา อาจลันเทียะ, ส.ด., Jintana Artsanthia, Dr.P.H.⁴

¹อาจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

¹Lecturer, Ph.D., Faculty of Nursing, Saint Louis College

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง

²Assistant Professor, Faculty of Nursing, King Mongkut's Institute of Technology Ladkrabang

³อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

³Lecturer, Faculty of Nursing, Saint Louis College

⁴รองศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

⁴Associate Professor, Ph.D., Faculty of Nursing, Saint Louis College

*Corresponding Author Email: Kotchakorn.th@kmitl.ac.th

Received: March 12, 2024

Revised: May 28, 2024

Accepted: June 12, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมวิธี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง พฤติกรรมสุขภาพแบบ New Normal และปรากฏการณ์พฤติกรรมสุขภาพ จากการระบาดโรคโควิด 19 ของประชาชนในชุมชนแออัด กรุงเทพมหานคร การศึกษาเชิงปริมาณ สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน จำนวน 359 คน และการศึกษาเชิงคุณภาพ สัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้นำชุมชน จำนวน 3 คน อาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน (ออส.) จำนวน 4 คน และประชาชนในชุมชน จำนวน 2 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษา พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 9.74, SD = 1.83) การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองในภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.62, SD = .50) พฤติกรรมสุขภาพแบบ New normal หลังโรคโควิด 19 ในภาพรวม อยู่ในระดับดี (Mean = 103.03, SD = 6.52) สวมใส่หน้ากากอนามัย หรือหน้ากากผ้าก่อนออกจากบ้านมากที่สุด (Mean = 3.94, SD = .25) ล้างมือด้วยสบู่ หรือแอลกอฮอล์เจล หลังสัมผัสสิ่งของในที่สาธารณะ (Mean = 3.81, SD = .41) และน้อยที่สุด คือ การออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์ (Mean = 2.40, SD = .93) การศึกษา ปรากฏการณ์พฤติกรรมสุขภาพวิถีใหม่จากการระบาดโรคโควิด 19 ของชาวกรุงเทพในชุมชนแออัด มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการใช้ชีวิตสู่วิถีชีวิตใหม่ จากประสบการณ์การปฏิบัติหน้าที่ของผู้นำชุมชนและอสส. ในช่วงการระบาด มีบทบาทสำคัญในการบริหารจัดการที่ดีโดยต้องมีทีมงานหลัก กำลังคนที่มีศักยภาพ และสร้างระบบการมีส่วนร่วมในการทำงานในชุมชน มีกระบวนการบริหารจัดการโดยการ “แบ่งโซนรับผิดชอบและการประสานงานที่ดี” ดังนั้นการสร้างระบบการจัดการที่ดี สร้างความเข้มแข็งของชุมชนที่เอื้อต่อการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 จัดให้มี อสส. ครอบคลุมทุกชุมชน พัฒนาศักยภาพแกนนำ สร้างบริบทที่เอื้อต่อการควบคุม ประสานงาน สร้างภาคีเครือข่ายภายใน ภายนอกชุมชน และการสนับสนุนช่วยเหลือกันในชุมชน โดยมีการสื่อสารที่ถูกต้อง น่าเชื่อถือ สั้นกระชับได้ใจความ รวดเร็ว

คำสำคัญ : การระบาดโรคโควิด 19 พฤติกรรมสุขภาพ วิถีชีวิตใหม่ ชุมชนแออัด

Abstract

This study was a mixed method research which aimed to study the knowledge of COVID-19, perception of self-care ability, new normal health behaviors and phenomena of health behavior from COVID-19 pandemic among Thai People in Bangkok's congested communities. Quantitative data were collected by knowledge test and questionnaires. Participants were selected by multi-stage random sampling including 359 persons and qualitative data were gathered using in-depth interviews with 10 participants: 3 community leaders, 4 community health volunteers and 2 persons in the community. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and qualitative data were analyzed using content analysis. The study revealed that knowledge of COVID-19 was moderate level (Mean = 9.74, SD = 1.83) perception of self-care ability overall was moderate level (Mean = 2.62, SD = .50). New normal health behavior after COVID-19 overall was good level (Mean = 103.03, SD = 6.52) wear a face mask or cloth mask before leaving the house (Mean = 3.94, SD = .25) hand washing with soap or alcohol gel after touching things in public (Mean = 3.81, SD = .41) and the least was exercising at least 3 times/week (Mean = 2.40, SD = .93). Study of new normal health behavior phenomena from the COVID-19 pandemic among Thai People in Bangkok's congested communities, a change in lifestyle to a new normal of life

due to the COVID-19 pandemic. From the experience of performing duties of community leaders and public health volunteers during COVID-19 pandemic. Community health volunteers played important role in good management by having a major team and potential manpower and creating a system of participation in communities. There was a management process by “Demarcation of responsibility zones and good coordination”. Therefore, creating a good management system, strengthening the prevention and control of the COVID-19 pandemic in communities by having community health volunteers covering all communities in Bangkok, developing leader potential, creating network partners inside and outside the community and supporting community members. The communication is accurate, reliable, concise, and fast.

Keywords: COVID-19 Pandemic, Health Behaviors, New Normal, Congested Communities

บทนำ

แม้จะผ่านระยะระบาดหนักของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019: COVID-19) นี้ไปแล้ว แต่โรคโควิด 19 ยังไม่หมดไปจากข้อมูลในเดือนมกราคม 2566 - กุมภาพันธ์ 2567 พบว่าประเทศไทยยังคงมีผู้ติดเชื้อโควิด 19 และยังมีผู้ป่วยจำเป็นต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 42,168 คน ผู้ป่วยปอดอักเสบรุนแรง 483 คน ผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ 230 คน รวมถึงผู้เสียชีวิตสะสม 891 คน (กระทรวงสาธารณสุข, 2567) ในกรุงเทพมหานคร มีผู้ป่วยรายใหม่ที่รักษาในโรงพยาบาล 6,962 คน มีผู้เสียชีวิต 172 คน ซึ่งมีจำนวนผู้เสียชีวิตมากที่สุดในประเทศไทย (กระทรวงสาธารณสุข, 2567) จากสถานการณ์ที่ยังคงเกิดขึ้นทำให้หลายฝ่ายเกิดความกังวลถึงการระบาดที่อาจจะรุนแรงกว่าเดิม และมีการกลายพันธุ์ ซึ่งการระบาดในปัจจุบัน ก่อให้เกิดความเจ็บป่วยรุนแรงเพิ่มขึ้น เชื่อมีความสามารถในการแพร่ระบาดได้รวดเร็วขึ้น แต่ประชาชนปฏิบัติตามมาตรการป้องกันตนเองลดลง เป็นเหตุให้จำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้มีรายได้น้อยที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง มีสัดส่วนคนทำงานนอกบ้านค่อนข้างสูง เพราะเป็นผู้ใช้แรงงานที่ต้องออกไปทำงานข้างนอก ได้รับผลกระทบมากที่สุดในเรื่องรายได้ เหลือรายได้ต่อคนน้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน และอยู่ในพื้นที่ที่มีค่าใช้จ่ายสูง อีกทั้งยังมีสัดส่วนการไปในพื้นที่แออัดมากกว่ากลุ่มคนอื่น เช่น พื้นที่ในชุมชนตนเอง ตลาดสดใกล้เคียง และการใช้รถสาธารณะ เป็นต้น มีโอกาสติดเชื้อโควิด 19 มากที่สุด โดยพบว่า เดินทางไปตลาดสดมากที่สุด ร้อยละ 36 โดยมีการเว้นระยะห่างเพียงร้อยละ 51 มีการใช้แอลกอฮอล์เจล ร้อยละ 75 และสวมใส่หน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยเพียงร้อยละ 80 เท่านั้น (คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2563) พื้นที่อยู่อาศัยอยู่อย่างหนาแน่น และขาดชุดตรวจโควิด ประชาชนอยู่กันอย่างแออัดหรือที่อาศัยอยู่รวมกัน แม้แต่ในชุมชนแออัดที่พัฒนา ก็ยังพบปัญหาเกี่ยวกับการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมของคนในชุมชน ที่เกิดจากตัวของคนในชุมชนเองที่มีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง ขาดสุขลักษณะ เป็นปัญหาคุณภาพชีวิต และสุขภาพอนามัยของประชากร ซึ่งสภาพปัญหาที่มีอยู่เดิม

ยังทำให้ชุมชนแออัดในเขตเมือง จัดเป็นพื้นที่เสี่ยงที่สำคัญในการเกิดการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 เป็นไปได้ง่าย ดังนั้นชุมชนแออัดจึงมีความเสี่ยงแต่ยากที่จะหลีกเลี่ยงได้ (อัมพร จันทวิบูลย์, พีระยุทธ์ สานุกุล, พิชวีวรรณ เจริญสาริกรณ์, และณิรุษ อาภาจรัส, 2563)

จากข้อมูลที่ศึกษาไว้พบว่า ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับช่องทางการแพร่กระจายเชื้อของโรคโควิด 19 เพียงร้อยละ 30.9 มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการล้างมือ ร้อยละ 55.2 มีการสวมใส่หน้ากากอนามัยอย่างถูกวิธี ร้อยละ 80.0 และประชาชน ร้อยละ 62.4 มีการหลงเชื่อและปฏิบัติตามข่าวปลอมที่ได้รับ (ปราโมทย์ ถ่างกระโทก, 2563) ปรากฏการณ์ที่กระทบต่อวิถีชีวิตในวงกว้างเช่นนี้จะสร้าง “New Normal” ซึ่งหมายถึงความปกติใหม่ วิถีชีวิตใหม่ รูปแบบการดำเนินชีวิตใหม่ที่แตกต่างจากอดีต การใช้ชีวิตแบบใหม่เกิดขึ้นหลังจากการเปลี่ยนแปลงที่ยิ่งใหญ่ ทำให้ประชาชนต้องปรับตัวเพื่อรับมือกับสถานการณ์ปัจจุบัน (มาลี บุญศิริพันธ์, 2563) จากความเป็นมาดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความรู้การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันโรค พฤติกรรมสุขภาพแบบ New Normal และปรากฏการณ์พฤติกรรมสุขภาพ จากการระบาดของโรคโควิด 19 ของประชาชนไทยในชุมชนแออัดกรุงเทพมหานคร เพื่อเป็นประโยชน์ในการวางแผน การป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในชุมชนแออัดต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19
2. เพื่อศึกษาการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองจากการระบาดของโรคโควิด 19
3. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพแบบ New Normal จากการระบาดของโรคโควิด 19
4. เพื่อศึกษาปรากฏการณ์ของพฤติกรรมสุขภาพแบบ New Normal

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ประชากรและตัวอย่าง

1.1 ประชากร ประชากรในชุมชนแออัดจากการสำรวจชุมชน จำนวน 20 ชุมชน จากเขตยานนาวา เขตบางคอแหลม และเขตคลองเตยในกรุงเทพมหานคร มีจำนวนประชากร 5,575 คน (นักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์, 2562; นักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์, 2563)

1.2 กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเชิงปริมาณ เป็นประชาชนไทยในชุมชนแออัด โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Sampling) ขนาดของกลุ่มตัวอย่างกำหนดตามตาราง Krejcie and Morgan (1970) ที่ระดับความคลาดเคลื่อน .05 จากกลุ่มประชากรทั้งสิ้น 5,575 คน ได้ขนาดกลุ่มอย่าง จำนวน 359 คน โดยทำการสุ่มอย่างง่าย สุ่มได้เขตชั้นใน จาก 21 เขต สุ่มเลือก 3 เขต คือ เขตยานนาวา จำนวน 3 ชุมชน เขตคลองเตย จำนวน 8 ชุมชน และ เขตบางคอแหลม จำนวน 9 ชุมชน สุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนแต่ละชุมชนแออัด (จำนวน 20 ชุมชน) จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณ จำนวน 359 คน ใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน 2564 ถึง มีนาคม 2565

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน จำนวน 3 คน อาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน (อสม.) จำนวน 4 คน และประชาชนในชุมชน จำนวน 2 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเชิงปริมาณ ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย อายุ เพศ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน (ก่อนและหลัง

โควิด 19) จำนวนสมาชิกภายในบ้าน การสัมผัสกับผู้ป่วยโรคโควิด 19 ผลกระทบจากสถานการณ์โควิด 19 และการได้รับวัคซีน

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วยสาเหตุของโรคโควิด 19 การแพร่ระบาดและอาการของโรคโควิด 19 การสังเกตอาการ การป้องกันตนเอง รวมทั้งความหมายของ New normal พฤติกรรมแบบ New normal และการได้รับวัคซีน โดยในลักษณะเป็นแบบวัดปรนัย แบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองจำนวน 16 ข้อ ประกอบด้วยคำถามการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง ในด้านการดูแลตนเอง การออกนอกบ้าน การรับประทานอาหาร การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และการรับวัคซีน โดยเป็นแบบวัด ในลักษณะ Rating Scale ระดับ 1-4 คือ มั่นใจมากที่สุด มั่นใจมาก มั่นใจน้อย และมั่นใจน้อยที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพแบบ New normal จำนวน 32 ข้อ ประกอบด้วยคำถามด้านการดูแลตนเอง จำนวน 11 ข้อ การออกนอกบ้าน จำนวน 6 ข้อ การซื้อของกินของใช้ จำนวน 4 ข้อ การเลือกรับประทานอาหาร จำนวน 5 ข้อ และการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร จำนวน 6 ข้อ ข้อคำถามแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะก่อนโควิด 19 และระยะหลังโควิด 19 โดยเป็นแบบวัด ในลักษณะ Rating Scale ระดับ 1-4 คือ ทำประจำ ทำบ่อยครั้ง ทำนาน ๆ ครั้ง และไม่เคยทำ

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเชิงคุณภาพ
เป็นแบบสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview guide) มีลักษณะเป็นแบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview) ประกอบด้วย ความคิดเห็นเกี่ยวกับ 1) ผลกระทบจากสถานการณ์โรคโควิด 19 2) ประสิทธิภาพการทำงานในบทบาท อส. ในชุมชนเมื่อเกิดโรคระบาด 3) บทบาทในการป้องกันโรคโควิด 19 ภายในชุมชน

และแนวทางในการดำเนินงาน 4) พฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคโควิด 19 แบบ New normal ของประชาชนในชุมชน 5) ปัญหาและอุปสรรคในการป้องกันโรคโควิด 19 6) แนวทางในการแก้ไขปัญหาที่พบ 7) ความกังวลต่อการระบาดของโรคในรอบต่อไป 8) วิธีการรับมือ และ 9) การบริหารจัดการวัคซีนในชุมชน

3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

3.1 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเชิงปริมาณ

ได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน โดยแบบวัดความรู้ฯ แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถฯ และแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพฯ มีค่า CVI เท่ากับ .91, .93 และ .93 ตามลำดับ และได้ค่า IOC ระหว่าง .67-1.00 ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบวัดความรู้ฯ แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถฯ และแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพฯ มีค่าเท่ากับ .70, .75 และ .74 ตามลำดับ

3.2 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเชิงคุณภาพ

ผู้วิจัยได้แนวคำถามที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิและเชี่ยวชาญด้านงานวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขตามความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำไปทดลองใช้ในพื้นที่ใกล้เคียง เพื่อทดสอบความชัดเจนและครอบคลุมของคำถามก่อนนำมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง

4. การเก็บรวบรวมข้อมูลและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เลขที่รับรอง E. 010/2564 วันที่ 3 สิงหาคม 2564 เมื่อได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลวิจัยถึง

ผู้นำชุมชน และประสานงาน อสส. ชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิจัย ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์ ผู้ตอบแบบสอบถาม โดยการตรวจสอบและรับรองความ ถูกต้องกับทีมผู้เก็บข้อมูล นำข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้วิเคราะห์ ร่วมกันกับทีม เพื่อตรวจสอบความครอบคลุม ความลึกซึ้ง และความอึดตัวของข้อมูลในประเด็นที่ศึกษา ข้อมูล ทุกอย่างจะถือเป็นความลับ การรายงานผลจะนำเสนอ ในภาพรวม และนำเสนอเฉพาะในการศึกษานี้เท่านั้น

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และพฤติกรรม สุขภาพแบบ New normal วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ เชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าต่ำสุด (Min) สูงสุด (Max) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ส่วนข้อมูลที่ได้ จากการศึกษาด้านคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การ วิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามากกว่าครึ่งเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 63.2) เพศชาย (ร้อยละ 36.8) มีอายุระหว่าง 40-49 ปี (ร้อยละ 20.9) อายุเฉลี่ย 42.4 ปี (SD = 16.4) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 80.8) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 37.0) ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 25.1) รายได้เฉลี่ยก่อน โควิด 19 10,415.57 บาท/เดือน (SD = 7,906.06) รายได้เฉลี่ยหลังโควิด 19 6,848.30 บาท/เดือน (SD = 6,244.49) มากกว่าครึ่ง ได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 สองเข็ม (ร้อยละ 64.6) ส่วนใหญ่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์โควิดจากการ มีรายได้ลดลง (ร้อยละ 72.4) และผลกระทบจากการใช้ ชีวิตประจำวัน (ร้อยละ 66.6)

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 9.74 (SD = 1.83) อยู่ในระดับปานกลาง

3. การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ความสามารถในการดูแล ตนเองในภาพรวม มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.62 (SD = .50) (Mean 50.76, SD = 6.25) อยู่ในระดับปานกลาง

4. พฤติกรรมสุขภาพแบบ New normal หลัง โควิด 19 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ แบบ New normal ในภาพรวม อยู่ในระดับดี มีคะแนน เฉลี่ยเท่ากับ 103.03 (SD = 6.52) โดยมีการดูแลตนเอง ในการสวมใส่หน้ากากอนามัย หรือหน้ากากผ้าก่อนออก จากบ้าน มากที่สุด มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.94 (SD = .25) รองลงมาคือ ล้างมือด้วยสบู่ หรือแอลกอฮอล์เจล หลังสัมผัสสิ่งของในที่สาธารณะ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.81 (SD = .41) และน้อยที่สุด คือ การออกกำลังกาย อย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.40 (SD = .93)

5. ปรากฏการณ์ของพฤติกรรมสุขภาพแบบ New Normal จากสถานการณ์โรคโควิด 19 ในชุมชนแออัด กรุงเทพมหานคร จากการสัมภาษณ์ผู้นำชุมชน อาสาสมัคร สาธารณสุข (อสส.) และประชาชนในชุมชนแออัด แห่งหนึ่ง จำนวน 10 คน พบว่า ผลกระทบจากสถานการณ์ โควิด 19 ทำให้การใช้ชีวิตประจำวันเปลี่ยนไป “การใช้ ชีวิต การไปตลาดลดลง ไม่ค่อยกล้าไป จะไปไหนต้องใส่ หน้ากากอนามัยสองชั้น พกแอลกอฮอล์ ฉีดพ่นบ่อย ๆ กลัวติดโควิด” ประชาชนส่วนใหญ่หาเช้ากินค่ำ ออกไป ทำงานไม่ได้ ส่งผลให้มีรายได้ลดลง รวมถึง “อสส. รายได้ ลดลงจากการไม่ได้ติดตามผู้ป่วยติดเตียง (Care Givers case) อสส.ทำงานหนักขึ้นในการดูแลผู้ติดเชื้อในชุมชน และประชาชนในพื้นที่แบบไม่มีวันหยุด เหนื่อยมาก ใน ช่วงที่มีการระบาดในชุมชน มีประชาชนติดโควิดทั้งหมด 150-160 คน ติดหนักมากช่วงเดือน เม.ย. - มิ.ย. 2564 ที่ ผ่านมา มีผู้เสียชีวิตจากโควิด ประมาณ 4-7 คน ต่อชุมชน เมื่อมีคนเสียชีวิตในชุมชน รู้สึกหดหู่ ไปร่วมงานศพก็ไม่ได้ ทำให้รู้สึกสะเทือนใจมาก” อสส.บางส่วนต้องปรับบทบาทที่

ที่ศูนย์สุขภาพชุมชน บางส่วนเข้าปฏิบัติหน้าที่ตามบ้าน มีความเสี่ยงมาก กักตัวโรคโควิด 19 มีคนใกล้ชิด คนใกล้ชิดติดโรคโควิด 19 โดนกักตัวหลายรอบ มีผลต่อการใช้ชีวิตประจำวันเป็นอย่างมาก การทำงานก็ยากลำบาก

ประสบการณ์การทำงานในชุมชน เมื่อเกิดโรคระบาด จากการศึกษาพบว่า ผู้นำชุมชน อสส. ทำหน้าที่คัดกรองประชาชนที่เข้า-ออกในชุมชน วัดอุณหภูมิ วัดอุณหภูมิ และเข้มงวดในกลุ่มคนหน้าใหม่ คนที่กลับมาจากต่างจังหวัด ต้องกักตัวในชุมชนอย่างน้อย 10 วัน ทำงานเป็นระบบในการลงทะเบียน ตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเพื่อส่งต่อไปตรวจ PCR และรับเรื่องลงทะเบียนผู้ป่วย เพื่อส่งต่อไป อสส. อีกคนในการติดต่อประสานงานศูนย์บริการสาธารณสุข (ศบส.) ศูนย์พักคอย/รพ.สนาม เพื่อย้ายออกจากพื้นที่ในชุมชนให้เร็วที่สุด เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อ ตัดวงจรให้เร็วที่สุด เพราะด้วยสภาพแวดล้อมแออัด ส่วนใหญ่เป็นห้องเช่าแคบ ๆ /แฟลต อยู่รวมกันหลายคนหลายครอบครัว ของใช้ทุกอย่างใช้ร่วมกันในครอบครัว การให้แยกออกจากครอบครัวโดยเร็วที่สุด จะเป็นวิธีลดการแพร่กระจายเชื้อได้ดีที่สุด ส่วนผู้ป่วยที่ดูแลตัวเองที่บ้าน (Home Isolation: HI) จะมีทีมอสส.และแกนนำในชุมชน นำถุงยังชีพจากสภาสุขภาพหรือจากภาคเอกชน (มียารักษาโรคเบื้องต้น เช่น ยาฟ้าทะลายโจร ยาแก้อาเจียน ยาละลายเสมหะ ยาแก้แพ้ วิตามินซี และอาหารแห้งต่าง ๆ) เติมน้ำและแว่นหน้า ประดับบ้านในแต่ละบ้านที่มีผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงสูง และมีอาหารประจำวัน 3 มื้อ (โทร. 1330) โดยอสส. แบ่งพื้นที่ในการดูแลผู้ป่วยเป็นโซนและแบ่งผู้รับผิดชอบในแต่ละพื้นที่ชัดเจน ทำให้บริหารจัดการได้ง่ายขึ้น ส่วนการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด 19 ที่รักษาหายแล้ว และกลับมาอยู่ที่บ้านในชุมชน อสส. จะมีการติดตามเรื่องการดูแลตัวเอง ติดตามสัญญาณชีพ วัดออกซิเจนปลายนิ้ว สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และต้องกักตัวหลังรักษาตัวอีก 14 วัน เป็นสิ่งที่ต้องปฏิบัติจนเป็นการดูแลที่มีความชำนาญ

บทบาทในการป้องกันโรคโควิด 19 ภายในชุมชน มีแนวทางในการดำเนินงานดังนี้

1. แบ่งพื้นที่ความรับผิดชอบของ อสส. แต่ละคน ในการประชาสัมพันธ์และดูแลผู้ป่วย ให้ประชาชนในชุมชนรับทราบ เพื่อป้องกันโรคอย่างทั่วถึง ถ้าประชาชนไม่มีอุปกรณ์ เช่น หน้ากากอนามัย แอลกอฮอล์เจล น้ำยาฆ่าเชื้อที่ใช้สำหรับพ่นในบ้านที่พบผู้ป่วย ก็มีอุปกรณ์แจกให้ โดยได้รับการสนับสนุนจากภาคเอกชนหลายหน่วยงาน

2. เน้นการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเข้าใจ ในการดูแลตัวเอง ด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น เดินบอกตามบ้าน ชี้จักรยาน ชัมมอเตอร์ไซด์ ถือโทรโข่ง ประกาศเสียงตามสาย เป็นต้น แนะนำประชาชนตามบ้าน ให้ใส่หน้ากากอนามัย พกแอลกอฮอล์เจล ล้างมือบ่อย ๆ ไม่รวมกลุ่มกัน แยกกันทานอาหาร รณรงค์ให้ทำอาหารรับประทานเอง เว้นระยะห่าง กักตัวตามมาตรการ

3. จัดสถานที่การคัดกรอง หาแกนนำในชุมชน ช่วยเป็นหูเป็นตา มาช่วยปฏิบัติหน้าที่ การขึ้นลงบันไดของหอพักหรือแฟลต โดยจัดให้ขึ้นอีกฝั่ง และลงอีกฝั่ง เพื่อคัดกรองคนขึ้นอาคารได้สะดวก เว้นระยะห่าง และไม่เดินสวนทางกัน เพื่อลดการปนเปื้อน

4. ช่วงที่ระบาดหนักและมีผู้ติดเชื้อในชุมชน เน้นการประสานงาน โดยต้องประสานหาที่ตรวจ RT-PCR ให้กลุ่มเสี่ยง ซึ่งราคาสูงมากในตอนนั้น ประชาชนไม่มีเงินตรวจ จึงต้องติดต่อประสานงานกับองค์กรอิสระที่หลากหลายช่วยกันหลายฝ่าย

5. การประสานงานส่งตัวผู้ป่วยไปรับการรักษา ต้องประสานหลายหน่วยงาน และช่วงนั้นเตียงเต็ม ติดต่อกับ ศบส. ก็ต้องรอเวลาสุดท้าย ประสานงานได้ไปโรงพยาบาล บุษราคัม โรงพยาบาลกล้วยน้ำไท และศูนย์พักคอยจากวัดในพื้นที่ ทำหน้าที่รับส่งออกทุกเคสที่พบโดยเร็วที่สุด เน้นส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาให้เร็วที่สุด

ประชาชนในชุมชน มีพฤติกรรมในการดูแล

ตนเองในการป้องกันโรคโควิด 19 แบบ New Normal ประชาชนส่วนใหญ่มีความตื่นตัวดี เมื่อมีผู้เสียชีวิตในชุมชน ทำให้ประชาชนในพื้นที่เกิดความกลัว มีความตระหนักและให้ความร่วมมือในการดูแลตนเองดีขึ้น ประชาชนที่ออกนอกบ้านสวมใส่ mask ตลอด มีกลุ่มน้อยที่ลืมหรือไม่ทำตามบ้าง อสส.จะมีการแจกอุปกรณ์ให้ทันที และคนในชุมชน กลับต่างจังหวัด ต่างตัวกลับประเทศไปจำนวนมาก ทำให้จำนวนประชากรในชุมชนลดลง ทำให้วันระยะห่างได้มากขึ้น บางคนที่บ้านมีผู้ป่วยติดโรคโควิด 19 ก็เข้าห้องในการกักตัวและทำ Home isolation เนื่องจากมีจำนวนห้องว่างจำนวนมาก แนะนำให้ดูแลตนเองในการวัดอุณหภูมิร่างกาย ใส่ mask ล้างมือ พกแอลกอฮอล์เจล งดไปห้าง ไปตลาดน้อยลง ปรับเปลี่ยนมาทำอาหารทานเอง มีการติดต่อขอรับ ATK ตามระบบ และมีการซื้อมาตรวัดเองร่วมด้วย

ปัญหาและอุปสรรคในการป้องกันโรคโควิด 19 ภายในชุมชน จากผลการวิจัยพบ ปัญหาและอุปสรรคในการป้องกันโรคโควิด 19 ภายในชุมชน ได้แก่ 1) ตกเตือนแล้วไม่ยอมรับฟัง เช่น กลุ่มวัยรุ่น คนไทย บางกลุ่ม คนต่างด้าวที่ชอบดื่มสุรา กลุ่มนี้จะไม่สนใจดูแลตนเอง เตือนยาก ไม่มีความรับผิดชอบต่อตัวเองและคนอื่น เตือนมากๆ ก็หงุดหงิดไม่พอใจ บางครั้งกลัวโดนทำร้าย และโดนต่อว่าทำให้หมดกำลังใจในการทำงาน 2) มีการปกปิดข้อมูลการติดเชื้อโควิด 19 ทำให้ติดเชื้อทั้งครอบครัว และมีผู้เสียชีวิต เป็นการทำงานที่ยากลำบากกว่าจะค้นพบข้อมูลก็สายเกินไปช่วยเหลืออะไรไม่ทัน 3) ประชาชนมีความกลัว รังเกียจ ไม่กล้าเข้าใกล้ผู้ป่วยที่หายแล้ว เพราะกลัวติดโรค ยังไม่แน่ใจว่าเชื้อหายจริงหรือไม่ 4) ขาดความตระหนัก ขาดความเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีน และขาดความเชื่อมั่นในวัคซีน จึงยังไม่ต้องการรับวัคซีน มีพยาบาลมาฉีดให้ที่บ้าน แต่ก็ยังปฏิเสธ

มีแนวทางในการแก้ไขปัญหที่พบ จากผลการวิจัยพบแนวทางแก้ไขปัญหที่พบ ได้แก่

1) เน้นประชาสัมพันธ์ พูดคุยทำความเข้าใจๆ ช่มใจและใจเย็น เพื่อลดความขัดแย้ง แนะนำช่องทางการติดต่อเมื่อเกิดปัญหาทั้งทางไลน์ ทางโทรศัพท์ต่างๆ 2) ทำความเข้าใจกับประชาชนในชุมชน เน้นการไม่ปกปิดข้อมูลเพื่อหาทางช่วยเหลือได้ทันที่ การดูแลตนเองเบื้องต้นเมื่อเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงและผู้ติดเชื้อ และวิธีการปฏิบัติกรดูแลผู้ที่รักษาหายแล้ว 3) ให้ความรู้กับประชาชนในชุมชน สำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด 19 ที่ได้รับการรักษาแล้วกลับบ้านได้ ต้องรับดูแลต่อเนื่องในชุมชน ให้กักตัวอีก 15 วัน โดย อสส. ติดตามวัดความดันโลหิต และออกซิเจนปลายนิ้ว อาทิตย์ละ 1 ครั้ง มีการตรวจ Antigen Test Kit (ATK) ซ้ำหลังกักตัวครบกำหนด ในช่วงกักตัว แนะนำการใช้ชีวิตประจำวัน โดยการให้แยกอุปกรณ์การกิน จาน ชาม ช้อน ใส่ mask ตลอด 4) ให้ความรู้เกี่ยวกับวัคซีน ทำความเข้าใจถึงผลดี ผลข้างเคียง และให้เวลาในการตัดสินใจ มีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนในพื้นที่ไปรับวัคซีน มีการนำใบลงทะเบียนมาให้กรอกข้อมูลล่วงหน้า เพื่ออำนวยความสะดวก โดยใส่ชื่อ นามสกุล หมายเลขบัตรประชาชน เบอร์โทร รวบรวมเอกสารไปส่งที่ ศบส. เพื่อนัดวันนัดรับวัคซีนอีกที โดยจะมีโควตาแต่ละชุมชน ในบางพื้นที่มีการแจกคู่มือ เป็นรายวันและ walk in ไปฉีดตามที่ระบุได้

วิธีในการรับมือกับสถานการณ์โควิด 19 รอบนี้ได้แก่ 1) การประชาสัมพันธ์อย่างทั่วถึง การแจกอุปกรณ์ป้องกันทุกอย่าง เป็นปัจจัยความสำเร็จ ทำให้คนในชุมชนป้องกันโรคได้ คนที่นำเชื้อมาติดคนในบ้าน ส่วนใหญ่เป็นคนทำงาน เช่น ทำงานที่ร้านสะดวกซื้อ ทำงานในโรงงาน โรงงานกลั่นน้ำมัน เป็นต้น ทำให้คนทำงานติดโรคโควิด 19 เยอะ และคนส่วนใหญ่ที่ติดเชื้อ จะเป็นผู้สูงอายุ และคนที่เพิ่งได้รับวัคซีน จึงต้องเน้นการประชาสัมพันธ์กลุ่มนี้ด้วย ให้ได้รับทราบข้อมูลให้มากที่สุด กระตุ้นให้ประชาชนระมัดระวังตัวเองให้ได้มากที่สุด 2) ทีมอสส. ช่วยเหลือกันอย่างเต็มที่ ผู้นำเข้มแข็ง กรรมการชุมชน

ช่วยเหลือกัน ทุกอย่างทุกคนเต็มที่ และประชาชนก็ช่วยกัน ทำให้เราผ่านวิกฤตนี้ไปด้วยกัน 3) กระตุ้นประชาชนในพื้นที่ไปรับการฉีดวัคซีนให้ครบ และครอบคลุมพื้นที่ให้ได้มากที่สุด 4) เน้นการบอกประชาชน คอยสอดส่องคนแปลกหน้าที่เข้ามาในพื้นที่ ให้คนในชุมชนช่วยกันเป็นหูเป็นตา เพื่อป้องกันการระบาดร่วมกัน เป็นความรับผิดชอบร่วมกันของทุกคนในชุมชน 5) เร่งแจกจ่าย ATK เพื่อใช้ในการ swab ให้ทั่วถึง scan ผ่าน application เป้าต๋ังค์ และรับ ATK ฟรี เพื่อใช้ในการตรวจคัดกรองตนเองเบื้องต้น ทุกคนที่ได้รับจะมีรายชื่อขึ้นตรงที่ ศบส. ในเขตพื้นที่ของตน ถ้าผลออกมาพบว่าติดเชื้อจะได้รับการส่งต่อเพื่อเข้ารับการรักษาตัวต่อไปตามระบบ รู้เร็ว รักษาเร็ว ลดการแพร่กระจายเชื้อในชุมชน

การบริหารจัดการวัคซีนในชุมชน มีดังนี้ อสส. มีความตั้งใจในการดูแล ช่วยเหลือประชาชนในพื้นที่อย่างเต็มที่ ก็คิดว่าน่าจะปลอดภัยในระดับหนึ่ง แต่ประชาชนต้องช่วยตัวเองด้วย เพราะเราคงช่วยเหลือไม่ได้ตลอด การพึ่งพาตัวเองจึงดีที่สุด สองฝ่ายต้องช่วยกัน เราก็จะรอดไปด้วยกัน เพราะถ้าคนป่วยน้อย หรือดูแลตัวเองได้ดี ครอบครัวเราก็ปลอดภัยด้วย ดังนั้นการทำงานเป็นทีม ความสามัคคี ช่วยกันคนละไม้ละมือ จะช่วยป้องกันคนในชุมชนให้รอดปลอดภัยได้ และทีม อสส. มีความมั่นใจว่าจะดูแลทุกคนได้ดีขึ้น เพราะมีประสบการณ์จากรอบที่แล้ว รวมถึงการกระตุ้นให้ประชาชนในพื้นที่ได้รับวัคซีน ตอนนี้รับครบ 2 เข็ม ประมาณร้อยละ 70-90 ส่วนที่ยังไม่ได้รับคือ กลุ่มที่เพิ่งรักษาหายจากโรคโควิด 19 ต้องรอเวลาให้ครบตามที่กำหนดจึงจะรับวัคซีนได้ และอีกกลุ่มคือกลุ่มที่ขาดความเชื่อมั่นคุณภาพวัคซีน ส่วนผู้ป่วยติดเชื้อในชุมชน 3-7 คนต่อชุมชน ได้รับครบร้อยละ 100 โดยมีพยาบาลที่ศบส. มาฉีดให้ที่บ้าน และชาวต่างด้าว ก็ได้รับวัคซีนครบแล้ว

อภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลของการวิจัย ผู้วิจัยได้อภิปรายตามวัตถุประสงค์ในการวิจัยที่กำหนดไว้ ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 อยู่ในระดับปานกลาง อาจเกิดจากการขาดความตระหนักที่ติดต่อกับชีวิตที่ยังคงดำเนินในการหาเลี้ยงชีพ การสื่อสารที่อาจยังไม่ถึงประชาชนในชุมชน จึงทำให้ยังไม่มีความรู้ที่มากเพียงพอ ดังนั้นถ้าประชาชนมีความรู้จะมีผลต่อการมีทัศนคติและการรับรู้ที่ดี ทำให้มีการปฏิบัติที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูมที่กล่าวว่า เมื่อบุคคลเกิดการเรียนรู้ จะเกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านความรู้ ความเข้าใจ และความคิด (cognitive domain) ด้านอารมณ์ ความรู้สึก ทัศนคติ ค่านิยม (affective domain) และด้านความชำนาญ (psychomotor domain) (Bloom, 1971) สอดคล้องกับการศึกษาของประเทศจีน แอฟริกา เกาหลีใต้ และเวียดนามที่พบว่า ความรู้ที่เพิ่มขึ้นทำให้ประชาชนมีการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันโรคโควิด 19 มากขึ้น เช่น การสวมหน้ากากอนามัย การทำความสะอาดมือ การเว้นระยะห่างทางสังคม (Nwagbara et al., 2021; Yang et al., 2021) และการหลีกเลี่ยงการอยู่ในที่แออัด (Gao et al., 2020; Van et al., 2020; Lee, Kang, & You, 2021; Nwagbara et al., 2021; Yang et al., 2021)

2. การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง อาจเป็นเพราะหน่วยงานต่างๆ ได้ให้ข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชนในช่วงของการระบาด และได้เน้นย้ำให้ประชาชนมีความเชื่อมั่นต่อการทำงานของเจ้าหน้าที่ที่พยายามควบคุมการระบาดของเชื้อไวรัสโควิด 19 จึงทำให้ประชาชนมีการรับรู้ต่อการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 (ณัฐวรรณ คำแสน, 2564) มีความเชื่อมั่นว่า

การปฏิบัติตามแนวทางของสาธารณสุขจะช่วยลดการแพร่กระจายของเชื้อ (อรรถจักร์ สัตยานุรักษ์ และคณะ, 2563) การรับรู้ความเสี่ยงของการติดเชื้อโรคโควิด 19 ทำให้ประชาชนมีการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด 19 ที่ดีขึ้น (Barakat, & Kasemy, 2020; Savadori, & Lauriola, 2021) นอกจากนี้มีการศึกษาที่พบว่า การปฏิบัติที่ถูกต้องยังขึ้นอยู่ความสามารถในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร กระบวนการคิด วิเคราะห์ และการนำข้อมูลไปใช้ในการตัดสินใจที่จะปฏิบัติ (Niessen, Swarowsky, & Leiz, 2010) ส่งผลให้ประชาชนปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด 19 ได้ดีขึ้น (Maji, 2021; Melki et al., 2022) สอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1977) ที่เชื่อว่า หากประชาชนมีการรับรู้หรือมีความเชื่อในความสามารถตนเองสูง และปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อ จะส่งผลให้ตนเอง ไม่เกิดการติดเชื้อโรคโควิด 19

3. พฤติกรรมสุขภาพแบบ New Normal พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของนงเยาว์ เกษตร์ภิบาล ที่ว่า หากประชาชนในชุมชนเกิดความกลัวต่อผลที่เกิดจากการมีผู้ติดเชื้อหรือถูกกักกันในชุมชน มีความยุ่งยากในการดำเนินชีวิตประจำวัน จะเกิดความตระหนัก และให้ความร่วมมือในการดูแลตนเองดีขึ้น (นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล, นงค์คราญ วิเศษกุล และคำพอง คำนันท, 2565) ทำให้ประชาชนเกิดการเรียนรู้ จำเป็นและจำยอม เปลี่ยนพฤติกรรมในการใช้ชีวิต มาตรการป้องกันตนเองหลายอย่าง ทั้งการใส่หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า ล้างมือบ่อยๆ ด้วยสบู่หรือแอลกอฮอล์เจล การหลีกเลี่ยงเข้าไปในพื้นที่ที่มีคนหนาแน่น การรักษาระยะห่างจากผู้อื่น การมีสุขอนามัยที่ดีในการดูแลสุขภาพตนเอง และความรับผิดชอบต่อสังคมในการกักตัวเองที่บ้านตามคำแนะนำของกระทรวงสาธารณสุข (อวาทิพย์ แว, 2563)

4. ปรากฏการณ์ของพฤติกรรมสุขภาพแบบ New Normal พบว่า ผลกระทบจากการระบาดโรคโควิด 19 ประชาชนมีรายได้ลดลง อสส.ในชุมชนทำงานในการดูแลผู้ป่วยหนักขึ้น มีการใช้ชีวิตที่เปลี่ยนไป โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองสู่การใช้ชีวิตวิถีใหม่ โดยการใส่หน้ากากอนามัย และพกแอลกอฮอล์เมื่อออกจากบ้าน กระพาด้านจิตใจ จิตตกเมื่อมีคนในชุมชนเสียชีวิต จากการระบาดของโรคโควิด 19 ที่ผ่านมา ทำให้การทำงานของผู้นำชุมชน อสส.สามารถคัดกรองผู้ป่วย ทำงานอย่างเป็นระบบ ประสานงานคล่อง ส่งต่อผู้ป่วยได้ และมีความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนได้ ปัจจัยหลักในการป้องกันและควบคุมสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคโควิด 19 ในชุมชนแออัด คือ การบริหาร จัดการ ประชาสัมพันธ์ที่ดี โดยต้องมีทีมงานหลักและกำลังคนที่มีความรู้ และสร้างระบบการมีส่วนร่วมในการทำงาน มีกระบวนการบริหารจัดการโดยการ “แบ่งโซนรับผิดชอบ และการประสานงาน” สอดคล้องกับการวิจัยที่ผ่านมาในประเทศไทย ที่พบว่า การมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคโควิด 19 ของคนในชุมชน ทำให้เกิดการรวมกลุ่มทำกิจกรรมและกลุ่มจิตอาสาทำให้เกิดกระบวนการพัฒนาชุมชน ด้วยการแบ่งการรับผิดชอบตามพื้นที่ใกล้บ้านของตนเอง รวมถึงแกนนำในแต่ละโซนไปจัดหาคนมาช่วยเป็นทีมงานเพื่อทำงานได้อย่างต่อเนื่องและทั่วถึง ทั้งนี้จากผลการวิจัยพบว่า ทีมงานที่สำคัญประกอบด้วย ทีมแม่ครัว ทีมแจกยา ทีมให้ความรู้ ทีมเฝ้าคนเข้าออก (เป็นหูเป็นตา) ทีมดูแลคนติดเชื้อ ทีมจัดการของบริจาครวมทั้งมีการกำหนดค่านิยมร่วมกัน เช่น การไม่ยอมรับคนไม่ใส่หน้ากากก แจ้งจับกุมคนที่ละเมิดกฎหมาย เช่น การตั้งวงดื่มสุราหรือรวมตัวกัน เป็นต้น ความสามัคคีของคนในชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม มีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารผ่าน

ช่องทางที่หลากหลายอย่างทั่วถึง ทำให้มีการดำเนินงาน ป้องกันโรคโควิด 19 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล และคณะ, 2565; วรยุทธ นาค้าย, กมลนัธ ม่วงอิม, และเดชา วรณพาทูล, 2563) ส่งผลให้ประชาชนส่วนใหญ่มีความตื่นตัวดี เกิดความกลัว ตระหนัก และให้ความร่วมมือในการดูแลตนเอง ในการวัดอุณหภูมิตนเอง ใส่หน้ากากอนามัย ล้างมือ พกแอลกอฮอล์เจล งดไปห้าง ไปตลาดน้อยลง เป็นต้น

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 พัฒนาความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรม ในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ในชุมชนแออัด โดยเน้นการพัฒนาผู้นำชุมชน อสส. การส่งเสริมการมีส่วนร่วม สร้างความเข้มแข็ง ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง สร้างชุมชนแห่งการเรียนรู้ โดยจัดอบรมผู้นำ แกนนำ อสส. ให้สามารถเป็นวิทยากรกระบวนการ เพื่อนำไปถ่ายทอด ให้คนในชุมชนปรับความคิด ร่วมสร้างชุมชน เข้มแข็ง

1.2 สร้างระบบการป้องกันและควบคุม การระบาดของโรคโควิด 19 ในกรุงเทพมหานคร โดย จัดให้มี อสส. ครอบคลุมทุกชุมชน เช่น การพัฒนาเด็ก หรือวัยรุ่นในชุมชนแออัด มาเป็น อสส. และสร้างรูปแบบ ในการดำเนินการป้องกันและควบคุมการระบาดของ โรคโควิด 19

1.3 จัดเวทีเสวนา แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อเกิดมุมมองใหม่ๆ ในการพัฒนางานด้านการป้องกัน และควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชนแออัด

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

พัฒนาโปรแกรมการป้องกันและควบคุม การระบาดของโรคโควิด 19 ในชุมชนแออัด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ที่สนับสนุนทุนวิจัย ประจำปีการศึกษา 2564 และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินโครงการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2567). สถานการณ์ผู้ป่วย COVID-19 ภายในประเทศ รายสัปดาห์. สืบค้น จาก <https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard/?dashboard=main>

กระทรวงสาธารณสุข. (2567). สถานการณ์ผู้ป่วย COVID-19 ตามพื้นที่รายสัปดาห์. สืบค้น จาก <https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard/?dashboard=province>

คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2563). *Behavior Insights ของครัวเรือนไทย ภายใต้สถานการณ์ COVID-19*. สืบค้นจาก <https://www.tcijthai.com/news/2020/23/watch/10194>

ณัฐวรรณ คำแสน. (2564). ความรู้ ทักษะ และ พฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ ไวรัสโควิด 19ของประชาชนในเขตอำเภออุทุมพร จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาล พระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, 4(1), 33-48.

นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล, นงศ์คราญ วิเศษกุล และคำพอง คำนนท์. (2565). การพัฒนารูปแบบการป้องกัน และควบคุมการระบาดของโรคโควิด 19 ชุมชน เมืองแออัดในประเทศไทย: การมีส่วนร่วมของ ชุมชน (ระยะที่ 1). เชียงใหม่: คณะพยาบาล ศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- นักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์. (2562). การสำรวจข้อมูลในชุมชนเขตคลองเตย เขตบางคอแหลม และเขตยานนาวา ปีการศึกษา 2562. เอกสารอัดสำเนา. วิทยาลัยเซนต์หลุยส์.
- นักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์. (2563). การสำรวจข้อมูลในชุมชนเขต บางคอแหลม และเขตยานนาวา ปีการศึกษา 2563. เอกสารอัดสำเนา. วิทยาลัยเซนต์หลุยส์.
- ปราโมทย์ ถ่างกระโทก. (2563). เผยผลสำรวจความรอบรู้ ด้านสุขภาพเพื่อป้องกัน “โควิด 19” ยังเข้าใจผิด เรื่องงดออกจากบ้าน. สืบค้นจาก <https://www.hfocus.org/content/2020/04/18851>
- มาลี บุญศิริพันธ์. (2563). รู้จัก “New Normal” ฉบับราชบัณฑิตยสภา. สืบค้นจาก <https://www.thaipbs.or.th/news/content/292126>
- วรยุทธ นาคอ้าย, กมลนันทน์ ม่วงยิ้ม, และเดชา วรธนพาหุล. (2563). กระบวนการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรค โรคโควิด 19 กรณีศึกษาผู้สูงอายุพุทธนิลชุมชนหนองตะโก. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธนบุรี, 14(3), 20-30.
- อรรถจักร์ สัตยานุรักษ์, บุญเลิศ วิเศษปรีชา, ประภาส ปิ่นตบแต่ง, สมชาย ปรีชาศิลปกุล, ณัฐพงศ์ จิตรนิรัตน์, ธนิต โตอติเทพย์, และชนพฤกษ์ ชามะรัตน์. (2563). คนจนเมืองที่เปลี่ยนไปในสังคมเมืองที่กำลังเปลี่ยนแปลง. สืบค้นจาก <https://www.isranews.org/article/isranews/download/18017/87576/18.html>
- อวาทิพย์ แว. (2563). COVID-19 กับการเรียนรู้สู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในวันนี้. วารสารสมาคมวิชาชีพสุขภาพ, 35(1), 24-29.
- อัมพร จันทวิบูลย์, พีระยุทธ สาณกุล, พัชรวิพรรณ เจนสาริกรณ์, และ นิรุช อาภาจรัส. (2563). การศึกษาสภาพแวดล้อมและการดำเนินงานของชุมชนแออัดในกรุงเทพมหานคร ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19. วารสารการส่งเสริมสุขภาพอนามัยและสิ่งแวดล้อม, 43(3), 91-109.
- Bandura, A. (1977). Self Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Barakat, A. M., & Kasemy, Z. A. (2020). Preventive health behaviours during coronavirus disease 2019 pandemic based on health belief model among Egyptians. *Middle East Current Psychiatry*, 27(1), 43. doi:10.1186/s43045-020-00051-y
- Bloom, B. S. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. New York: McGraw-Hill.
- Gao, H., Hu, R., Yin, L., Yuan, X., Tang, H., Luo, L., ... Jiang, Z. (2020). Knowledge, attitudes and practices of the Chinese public with respect to coronavirus disease (COVID-19): An online cross-sectional survey. *BMC Public Health*, 20(1), 1816. doi:10.1186/s12889-020-09961-2
- Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.

- Lee, M., Kang, B.-A., & You, M. (2021). Knowledge, attitudes, and practices (KAP) toward COVID-19: A cross-sectional study in South Korea. *BMC Public Health*, 21(1), 295. doi:10.1186/s12889-021-10285-y
- Maji, C. (2021). Impact of Media-Induced Fear on the Control of COVID-19 Outbreak: A Mathematical Study. *International Journal of Differential Equations*, 2021(1), 2129490. doi:10.1155/2021/2129490
- Melki, J., Tamim, H., Hadid, D., Farhat, S., Makki, M., Ghandour, L., & Hitti, E. (2022). Media exposure and health behavior during pandemics: The mediating effect of perceived knowledge and fear on compliance with COVID-19 prevention measures. *Health communication*, 37(5), 586-596.
- Niessen, C., Swarowsky, C., & Leiz, M. (2010). Age and adaptation to changes in the workplace. *Journal of Managerial Psychology*, 25(4), 356-383.
- Nwagbara, U. I., Osual, E. C., Chireshe, R., Bolarinwa, O. A., Saeed, B. Q., Khuzwayo, N., & Hlongwana, K. W. (2021). Knowledge, attitude, perception, and preventative practices towards COVID-19 in sub-Saharan Africa: A scoping review. *PloS one*, 16(4), e0249853. doi:10.1371/journal.pone.0249853
- Savadori, L., & Lauriola, M. (2021). Risk perception and protective behaviors during the rise of the COVID-19 outbreak in Italy. *Frontiers in psychology*, 11, 577331. doi:10.3389/fpsyg.2020.577331
- Van Nhu, H., Tuyet-Hanh, T. T., Van, N. T. A., Linh, T. N. Q., & Tien, T. Q. (2020). Knowledge, attitudes, and practices of the Vietnamese as key factors in controlling covid-19. *Journal of Community Health*, 45(6), 1263-1269. doi:10.1007/s10900-020-00919-4
- Yang, K., Liu, H., Ma, L., Wang, S., Tian, Y., Zhang, F., ... Jiang, X. (2021). Knowledge, attitude and practice of residents in the prevention and control of COVID-19: An online questionnaire survey. *Journal of Advanced Nursing*, 77(4), 1839-1855. doi:10.1111/jan.14718



ความสัมพันธ์ระหว่างอาการหลังโควิด 19 กับความผาสุกทางใจ ของผู้เคยป่วยโควิด 19

The Correlation Between Post COVID-19 Syndrome and Psychological Well-being Among Patients Who Have Been Infected with COVID-19

วรวรรณ ทิพย์วาริรัมย์, ส.ด., Worawan Tipwareerom, Dr.P.H.¹

นิศากร โพธิมาศ, ป.ด., Nisakorn Pothimas, Ph.D.²

แสงเดือน อภิรัตน์วงศ์, ป.ด., Sangduan Apiratanawong, Ph.D.^{3*}

¹รองศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

¹Associate Professor, Dr.P.H., Faculty of Nursing, Naresuan University

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

²Assistant Professor, Ph.D., Faculty of Nursing, Naresuan University

³อาจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

³Lecturer, Ph.D., Faculty of Nursing, Naresuan University

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

Received: January 31, 2024

Revised: May 30, 2024

Accepted: June 6, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความผาสุกทางใจของผู้เคยป่วยโควิด 19 และความสัมพันธ์ระหว่างอาการหลังโควิด 19 กับความผาสุกทางใจของผู้เคยป่วยโควิด 19 กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 384 คนโดยการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามอาการหลังโควิด 19 และแบบประเมินความผาสุกทางใจ หาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ .81 และ .83 ตามลำดับ และความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .82 และ .86 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ ไคสแควร์ (Chi-Square test) ผลการวิจัยพบว่า ผู้เคยป่วยโควิด 19 มีระดับความผาสุกทางใจ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 84.4 และพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันระหว่างอาการหลังโควิด 19 กับความผาสุกทางใจของผู้เคยป่วยโควิด 19 (χ^2 test Sig = 1.508, p-value = .471) ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้โดยการให้ความสนใจกับการให้ข้อมูลอาการหลังโควิด 19 และส่งเสริมความเข้าใจเพื่อลดความเครียด

คำสำคัญ: อาการหลังโควิด 19 ความผาสุกทางใจ

Abstract

This research aimed to explore the level of psychological well-being and the relationship between post COVID-19 syndrome and psychological well-being among patients who have been infected with COVID-19. The sample of three hundred and eighty-four were recruited by simple sampling method. The research instruments included questionnaires on demographic data, post COVID-19 syndrome, and psychological well-being. The content validity index was .81 and .83, and the Cronbach's alpha coefficient was .82 and .86 respectively. descriptive statistics and Chi-Square test were used for data analysis. The results revealed that 84.4 percent of patients have been infected with COVID-19 had psychological well-being at the high level. The relationship between post COVID-19 syndrome and psychological well-being was statistically insignificant (chi-square = 1.508, $p = 0.471$). The results of this study highlight the need for clinicians to discuss post COVID-19 conditions and provide adequate support to alleviate stress in patients.

Keywords: Post COVID-19 syndrome, psychological well-being

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ที่มีผลกระทบไปทั่วโลก จากรายงานสรุปรวมการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั่วโลกขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2022) พบการติดเชื้อระบาดไปทั่วโลกจำนวน 230 ประเทศ โดยพบผู้ติดเชื้อสะสมจำนวน 523,786,368 ล้านคน จำนวนผู้เสียชีวิต 6,279,667 ล้านคน ในส่วนของประเทศไทย มีผู้ติดเชื้อสะสมจำนวน 4,681,309 ล้านคน รักษาหายแล้ว 4,642,083 คน ผู้เสียชีวิตจำนวน 32,683 คน (สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ, 2565)

จากการติดตามอาการของผู้ป่วยโควิด 19 หลังจากที่ยาจากการติดเชื้อ พบว่า มีอาการความผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนที่ยังหลงเหลืออยู่ภายหลังการฟื้นหายจากการติดเชื้อโควิด 19 อาการที่พบบ่อย ได้แก่ อาการเหนื่อยง่าย ไม่มีแรง หายใจลำบาก (เมธาวิ หวังชาลาบวร, ศรัณย์ วีระเมธาชัย, และธนภณ ลีศรี, 2565) อาการที่เกิดขึ้นมีความหลากหลายและแตกต่างกันไปในแต่ละ

บุคคล โดยอาจเป็นอาการที่เกิดขึ้นใหม่ หรือเป็นอาการที่หลงเหลืออยู่ภายหลังการรักษาหาย โดยสามารถเกิดขึ้นในทุกกระบบของร่างกายตั้งแต่ระบบทางเดินหายใจ ระบบหายใจและหลอดเลือด ระบบประสาท ระบบภูมิคุ้มกัน และสุขภาพจิต โดยมักพบมีอาการภายหลังได้รับเชื้อ 4-16 สัปดาห์ โดยอาการที่พบสามารถดีขึ้นหรือแย่ลงเมื่อเวลาผ่านไปได้ หรือมีการกลับเป็นซ้ำใหม่ได้ โดยยังไม่ทราบสาเหตุและพยาธิสภาพของการเกิดที่ชัดเจน (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

ภาวะหลังการติดเชื้อโควิด 19 (Post COVID-19 Syndromes) เป็นภาวะที่พบในผู้ป่วยที่มีประวัติติดเชื้อไวรัสโควิด 19 โดยพบมาก 3 เดือนหลังจากช่วงการติดเชื้อระยะเฉียบพลัน และต้องแสดงอาการเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 2 เดือน กลุ่มอาการดังกล่าวอาจเป็นอาการใหม่ที่เกิดขึ้นหลังจากการหายของโควิด 19 แล้ว หรือเป็นอาการที่หลงเหลืออยู่เดิมแม้ผ่านช่วงฟื้นตัวจากการติดเชื้อมาแล้ว โดยคาดการณ์ความชุกของภาวะการติดเชื้อโควิด 19

ไว้ที่ร้อยละ 10-20 (World Health Organization, 2021) จากการสำรวจผลกระทบระยะยาวต่อสุขภาพของผู้ที่เคยติดเชื้อโควิด 19 พบว่า ความชุกของอาการต่างๆ มีความหลากหลายตั้งแต่ร้อยละ 14 ถึงร้อยละ 64 ส่วนใหญ่มีอาการเล็กน้อยถึงปานกลาง (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2564) โดยอาการที่พบมากที่สุดได้แก่อ่อนเพลีย หายใจลำบาก หอบเหนื่อย ไอ นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ ผม่ว้ง วิดกกังวลและเครียด ความจำสั้น เจ็บหน้าอก รวมทั้งคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยทั่วไปของผู้เคยติดเชื้อโควิด 19 ลดลงจากก่อนป่วย (Malik et al., 2021; National Institute for Health and Care Excellence, 2020) เช่นเดียวกับการศึกษาความชุกของภาวะหลังการติดเชื้อโควิด 19 ในผู้ป่วยที่มีประวัติติดเชื้อโควิด 19 จากการติดตามที่ระยะ 3 เดือนหลังการติดเชื้อ พบว่ามีความชุกภาวะหลังการติดเชื้อโควิด 19 ร้อยละ 64.87 อาการที่พบบ่อย คือ ผม่ว้ง ภาวะการขาดโปรตีนและพลังงาน อาการหายใจลำบาก อาการเหนื่อยล้า และอาการนอนไม่หลับ (เมธาวิ หวังชาลาบวร และคณะ, 2565) ซึ่งอาการหลังการติดเชื้อโควิด 19 จำแนกได้เป็นกลุ่มอาการทั่วไปของร่างกาย กลุ่มอาการระบบหัวใจและหลอดเลือด กลุ่มอาการระบบทางเดินหายใจ กลุ่มอาการทางระบบประสาท กลุ่มอาการทางผิวหนังและเส้นผม และกลุ่มอาการทางจิต (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

ผลการศึกษาของมาลิกและคณะ (Malik et al., 2021) พบว่าภาวะหลังการติดเชื้อโควิด 19 มีผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจทั้งในระยะสั้นและระยะยาว โดยส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ลดลง โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงและเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งผลจากการนอนโรงพยาบาล โดยเฉพาะห้องเวชบำบัดวิกฤต หรือห้องไอซียู อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการแขนขาไม่ค่อยมีแรง อ่อนเพลีย หรือยังคงเหนื่อยอยู่หลังจากที่ไม่ติดเชื้อโควิด 19 แล้ว นอกจากนี้ยังส่งผลต่อ

การคิดและการพูด หรือมีอาการผิดปกติทางจิตใจหลังจากประสบเหตุการณ์รุนแรง (Post-Traumatic Stress Disorder) เช่น การได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ หรือการปั๊มหัวใจเพื่อช่วยชีวิต ทำให้เกิดความเครียดฉับพลันและสะสมอย่างต่อเนื่อง นอกจากภาวะเหล่านี้จะเกิดจากการเจ็บป่วยแล้ว การติดเชื้อโควิด 19 ยังทำให้เกิดผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม การดำเนินชีวิตทั้งในระดับบุคคลและครอบครัว (Lopez-Leon et al., 2021)

ความผาสุกทางใจ เป็นความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต รู้สึกมีคุณค่า มีความมั่นใจในตนเอง มีการยอมรับตนเอง รวมถึงได้รับการยอมรับนับถือจากผู้อื่น มีเป้าหมายและความหมายในชีวิต และสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆ ได้ (Huppert, 2009) จากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 ซึ่งมีการระบาดอย่างฉับพลันเป็นวงกว้าง บุคคลที่มีการติดเชื้อโควิด 19 จะมีปัญหาในระบบทางเดินหายใจตั้งแต่ระดับเล็กน้อยไปจนถึงระดับปานกลาง แต่หากมีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน มะเร็ง โรคระบบทางเดินหายใจ เป็นต้น จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคของระบบทางเดินหายใจได้อย่างรุนแรง (World Health Organization, 2021) ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ติดเชื้อมีความกลัว และวิตกกังวลกับความไม่แน่นอนของอาการที่จะเกิดขึ้นกับตนเองทั้งในระยะของการแสดงอาการเจ็บป่วย และในระยะหลังเหลือหลังติดเชื้อโควิด 19 (Long COVID) รวมถึงการต้องถูกแยกออกจากครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกโดดเดี่ยว อ้างว้าง นอกจากนี้การขาดรายได้จากการที่ต้องหยุดงาน ทำให้เกิดความเครียดและมีภาวะซึมเศร้า เกิดความกดดันทางจิตใจ และส่งผลกระทบต่อความผาสุกทางใจของผู้ป่วยได้ (Duarte & Jiménez-Molina, 2021)

ในปัจจุบันแม้ว่าจะมีการศึกษาวิจัยมากขึ้นเกี่ยวกับภาวะหลังการติดเชื้อโควิด 19 ว่ามีผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจทั้งในระยะสั้นและยาว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วง 3 เดือนแรก ซึ่งการรักษาในปัจจุบันผู้ป่วย

ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงยังคงได้รับการรักษาตามอาการและมีการกักตุนอยู่ที่บ้าน ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการหลังโควิด 19 ในระยะ 3 เดือนแรกกับความพึงพอใจของผู้ป่วยโควิด 19 เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด 19 ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของ

ผู้ป่วยโควิด 19 ในระยะ 3 เดือนแรก

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการหลังโควิด 19 ในระยะ 3 เดือนแรกกับความพึงพอใจของผู้ป่วยโควิด 19

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการหลังโควิด 19 ในระยะ 3 เดือนแรก กับความพึงพอใจของผู้ป่วยโควิด 19 (ดังภาพที่ 1)

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม

อาการหลังโควิด 19 ในระยะ 3 เดือนแรก

ความพึงพอใจ

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร

ประชากรเป้าหมายของการศึกษานี้ คือ ผู้ที่หายป่วยจากโควิด 19 แล้ว จำนวน 31,379 คน รายงาน ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2565 ในเขตจังหวัดพิษณุโลก (สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ, 2565)

1.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่หายจากติดเชื้อโควิด 19 ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ที่ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% และระดับความเชื่อมั่น 95% คำนวณขนาดประชากรได้จำนวน 380 คน แต่เก็บเพิ่มร้อยละ 1 เพื่อป้องกันการตอบแบบสอบถามไม่ครบอีก 4 ราย จึงมีกลุ่มตัวอย่าง 384 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่ายโดยกำหนดเกณฑ์คัดเข้า

การศึกษา คือ 1) ผู้ป่วยโควิด 19 ในระยะ 3 เดือนทั้งเพศชาย และเพศหญิง 2) อายุระหว่าง 20-59 ปี 3) สามารถอ่านและสื่อสารภาษาไทยได้ และ 4) มีความยินดีที่จะเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้

การศึกษานี้จะทำการศึกษาในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก โดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 6 แห่ง คือ รพ.สต.เสาหิน รพ.สต.วังน้ำคู้ รพ.สต.วัดพริก รพ.สต.ท่าโพธิ์ รพ.สต.ท่าทอง และ รพ.สต.จี่วังาม ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากทั้ง 6 รพ.สต. โดยสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) จากเวชระเบียนผู้ป่วยโรคโควิด 19 ที่มารับการรักษาที่ รพ.สต. ในช่วง 3 เดือนระหว่างเดือนมิถุนายนถึงสิงหาคม 2566 แต่ละ รพ.สต. มีจำนวนผู้ป่วยมารับบริการจำนวน 93-105 คน ใช้วิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน โดยกำหนดให้ รพ.สต. ละ 64 คน รวม 384 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 3 ส่วน คือ

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งพัฒนาโดยนักวิจัย มีทั้งหมด 9 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว สิทธิในการรักษาพยาบาล

2.2 แบบสอบถามอาการหลังโควิด 19 ซึ่งดัดแปลงมาจาก แบบสอบถามอาการหลงเหลือภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ของ มณฑิรา ชาญณรงค์ (2565) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ 1) ระยะเวลาหลังจากการติดเชื้อโควิด 19 ถึงปัจจุบัน 2) มี/ไม่มีอาการที่หลงเหลือหลังการติดเชื้อโควิด 19 3) อาการหรืออาการแสดงที่หลงเหลือหลังการติดเชื้อโควิด 19 4) ระดับความรุนแรงของอาการหรืออาการแสดงที่หลงเหลือหลังการติดเชื้อโควิด 19 และ 5) ระดับของผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันจากอาการหรืออาการแสดงที่หลงเหลือหลังการติดเชื้อโควิด 19 โดยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินตนเองโดยเลือกระดับความรุนแรงของอาการและผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้แก่ น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด

2.3 แบบประเมินความพึงพอใจ โดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจ (Psychological Well-Being Scale: PWB) ที่พัฒนาโดย Diener et al. (2010) แปลเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัย แล้วให้ผู้เชี่ยวชาญทางด้านภาษา จำนวน 2 คน แปลย้อนกลับเป็นภาษาอังกฤษ (Back translation process) แล้วนำไปเปรียบเทียบกับเครื่องมือต้นฉบับ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องว่าเครื่องมือที่แปลเป็นภาษาไทยนั้นมีความหมายเหมือนกับเครื่องมือต้นฉบับหรือไม่ โดยมีทั้งหมด 8 ข้อ เครื่องมือเป็นแบบ rating scale 7 ระดับ (7 คะแนน = เห็นด้วยอย่างยิ่ง, 1 คะแนน = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) คะแนนอยู่ในช่วง 8-56 คะแนน โดยมีเกณฑ์การแบ่งคะแนน เป็น 3 ระดับ

ตามแนวคิดของเบสท์ (Best, 1997) แปรระดับคะแนนความพึงพอใจได้ดังนี้ 1) 1.00-3.00 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจระดับต่ำ 2) 3.01-5.00 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจระดับปานกลาง 3) 5.01-7.00 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจระดับสูง

3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

3.1 การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity): โดยนำแบบสอบถามอาการหลังโควิด 19 ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นไปตรวจหาความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน แล้วคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือทั้งหมด (Scale-level CVI: S-CVI) ด้วยวิธี S-CVI/UA (universal agreement) คือ การหาสัดส่วนของข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนมีความเห็นตรงกัน ซึ่งเกณฑ์ที่ยอมรับได้จะต้องมีค่าเท่ากับ .80 (Polit & Beck, 2006) โดยแบบสอบถามอาการหลังโควิด และแบบประเมินความพึงพอใจ ได้ค่า CVI เท่ากับ .81 และ .83 ตามลำดับ

3.2 การตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability): แบบประเมินความพึงพอใจและแบบประเมินอาการหลังโควิด 19 นำไปหาค่าความเชื่อมั่นกับผู้เคยป่วยโควิด 19 ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคที่ยอมรับได้ ต้องมากกว่า 0.8 (Burns & Grove, 2009) โดยแบบสอบถามอาการหลังโควิด 19 และแบบประเมินความพึงพอใจ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .82 และ .86 ตามลำดับ

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ทีมผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

4.1 นักวิจัยส่งจดหมายจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการ รพ.สต. ทั้ง 6 แห่ง เพื่อชี้แจงเกี่ยวกับ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย กรณีในการคัดเลือกผู้ที่หายป่วยจากติดเชื้อโควิด 19 เข้าในการศึกษา และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

4.2 ภายหลังจากที่ได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการรพ.สต. แล้ว นักวิจัยขอพบอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ทั้ง 6 แห่ง เพื่อช่วยนัดพบผู้ที่หายจากติดเชื้อโรคโควิด 19 แต่ละพื้นที่

4.3 เมื่อนัดพบผู้ที่หายป่วยจากโรคโควิด 19 แต่ละพื้นที่แล้ว นักวิจัยเข้าไปแนะนำตัวกับผู้ที่ยังหายจากติดเชื้อโควิด 19 เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการศึกษาระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม ประโยชน์ที่จะได้จากการศึกษา และการมีสิทธิในการที่จะถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดเวลา โดยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ กับผู้ที่หายจากติดเชื้อโควิด 19 หากผู้ที่หายจากติดเชื้อโควิด 19 ยินดีที่จะเข้าร่วมการศึกษา จะได้รับการขอให้เซ็นยินยอมในการเข้าร่วมการศึกษาค้างนี้ หากปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการศึกษาก็จะไม่ได้ผลกระทบใด ๆ

4.4 ภายหลังจากที่ผู้ที่หายจากติดเชื้อโควิด 19 ได้เซ็นยินยอมเข้าร่วมการศึกษาลงแล้ว นักวิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถาม จำนวน 22 ข้อ ซึ่งใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 15-20 นาที หากผู้ที่หายจากติดเชื้อโควิด 19 เกิดความไม่สบายใจหรือรู้สึกเหนื่อยล้าในขณะที่ตอบแบบสอบถาม สามารถหยุดพักได้ เมื่อรู้สึกดีขึ้นจึงกลับมาตอบแบบสอบถามอีกครั้ง

4.5 นักวิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม และให้รหัสตัวเลขแทนชื่อของกลุ่มตัวอย่างก่อนที่จะทำการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติเชิงพรรณนา และสถิติไคสแควร์ (Chi-Square test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การวิเคราะห์ข้อมูลทำตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

5.1 ก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูล นักวิจัยตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูลทั้งหมด

5.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5.3 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม วิเคราะห์โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-Square test) เนื่องจากตัวแปรต้นอาการหลังโควิด 19 เป็นข้อมูลอยู่ในมาตรวัดระดับนามบัญญัติ (Nominal scale)

6. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร COA No. 121/2023 รับรองวันที่ 15 พฤษภาคม 2566 และได้รับอนุมัติจากแหล่งที่จะทำการศึกษา กลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมการศึกษาก็ได้รับการขอให้เซ็นยินยอม (Consent form) เข้าร่วมการศึกษามีการให้รหัสแทนชื่อของผู้เข้าร่วมวิจัย และข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกนำมาวิเคราะห์และนำเสนอในภาพรวม

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้เคยป่วยโควิด 19 ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ สถานภาพคู่ ร้อยละ 70.8 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.9 อยู่ในช่วงอายุ 30-39 ปี ร้อยละ 30.2 อายุต่ำสุด 20 ปี อายุสูงสุด 59 ปี อายุเฉลี่ย 39.69 ปี (S.D. = 11.201) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 32.0 มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 64.1 มีรายได้ระหว่าง 0-15,000 บาท ร้อยละ 80.5 ใช้สิทธิการรักษาเป็นบัตรทอง ร้อยละ 70.3 มีรายได้พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 59.9 หายจากโควิด 19 ในระยะ 2-3 เดือน ร้อยละ 73.4 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 85.7 และมีอาการหลังโควิด 19 จำนวน 334 คน คิดเป็น ร้อยละ 87.0 มีความรุนแรงของอาการหรืออาการแสดงหลังการติดเชื้อโควิด 19 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.6

และมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันจากอาการ 64.1 รองลงมา คือ อ่อนเพลีย ร้อยละ 57.2 และ หายใจตื้น หลังโควิด 19 อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 67.7 อาการ ร้อยละ 51.5 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 1) หลังโควิด 19 ที่พบส่วนใหญ่ คือ ไอเรื้อรัง ร้อยละ

ตารางที่ 1 อาการหลังโควิด 19 ที่พบใน 3 เดือนแรก หลังจากหายจากโควิด 19 (n=384)

อาการหลังโควิด 19	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีอาการ	50	13.0
มีอาการ	334	87.0
- ไอเรื้อรัง	214	64.1
- อ่อนเพลีย	191	57.2
- หายใจตื้น	172	51.5
- นอนไม่หลับ	47	14.1
- ปวดกล้ามเนื้อ	37	11.1
- ปวดศีรษะ	22	6.6
- มีเสมหะ	17	5.1
- ปวดตามข้อ	15	4.5
- ท้องเสีย	14	4.2
- ความจำไม่ดี	13	3.9
- ท้องอืด	11	3.3
- ใจสั่น	8	2.4
- ผม่ว	5	1.9
- รู้สึกเหมือนมีไข้	3	0.9
- สูญเสียการได้กลิ่น	1	0.3
- สูญเสียการรับรส	1	0.3

*ผู้เคยป่วยโควิด 19 1 คน มีอาการได้มากกว่า 1 อาการ

ส่วนที่ 2 ระดับความพึงพอใจของผู้เคยป่วยโควิด 19 ระดับสูง ร้อยละ 84.4 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 13.3 และระดับต่ำ ร้อยละ 2.3 ตามลำดับ ระดับความพึงพอใจ ส่วนใหญ่อยู่ใน (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ระดับความพึงพอใจของผู้เคยป่วยโควิด 19 (n= 384)

ระดับคะแนนความพึงพอใจ	จำนวน	ร้อยละ	แปลผล
1.00-3.00	9	2.3	ต่ำ
3.01-5.00	51	13.3	ปานกลาง
5.01-7.00	324	84.4	สูง
รวม	384	100.0	

Min = 2.25, Max = 7.00, Mean = 5.745, S.D. = .831

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างอาการหลัง พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างอาการหลังโควิด 19 กับความพึงพอใจของผู้เคยป่วยโควิด 19 กับระดับความพึงพอใจของผู้เคยป่วยโควิด 19 เมื่อใช้การทดสอบสถิติ ไคสแควร์ (Chi-Square test) (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างอาการหลังโควิด 19 ในระยะ 3 เดือนแรกกับระดับความพึงพอใจของผู้เคยป่วยโควิด 19 (n= 384)

อาการหลังโควิด 19 ในระยะ 3 เดือนแรก	ความพึงพอใจ			รวม
	ระดับต่ำ n (%)	ระดับปานกลาง n (%)	ระดับสูง n (%)	
ไม่มีอาการ	0 (0.0%)	6 (12.0%)	44 (88.0%)	50
มีอาการ	9 (2.7%)	45 (13.5%)	280 (83.8%)	334
รวม	9	51	324	384
χ^2 test Sig =1.508, p-value = .471, α = 0.05				

เมื่อใช้การทดสอบสถิติ ไคสแควร์ (Chi-Square test) เฉพาะในกลุ่มผู้ที่มีอาการหลังโควิด 19 พบว่า (p<.05) (ดังตารางที่ 4) มีความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรุนแรงของอาการ

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรุนแรงของอาการกับระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยโควิด 19 (n=334)

ความรุนแรง ของอาการ	ความพึงพอใจ			รวม
	ระดับต่ำ (1.00-3.00 คะแนน) n (%)	ระดับปานกลาง (3.01-5.00 คะแนน) n (%)	ระดับสูง (5.01-7.00 คะแนน) n (%)	
น้อย	0 (0.0%)	4 (12.9%)	27 (87.1%)	31
ปานกลาง	0 (0.0%)	27 (15.1%)	152 (84.9%)	179
มาก	8 (7.0%)	13 (11.4%)	93 (81.6%)	114
มากที่สุด	1 (10.0%)	1 (10.0%)	8 (80.0%)	10
χ^2 test Sig =16.501, p-value = .011, α = 0.05				

อภิปรายผลการวิจัย

1. ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยโควิด 19 ส่วนใหญ่ร้อยละ 84.4 อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 5.75, SD = .83) เนื่องจากโดยส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่าง ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 85.7 มีความรุนแรงของอาการหรืออาการแสดง หลังการติดเชื้อโควิด 19 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.5 และรับรู้ถึงผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันจากอาการหลังโควิด 19 อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 67.7 ทำให้ไม่รู้สึกว่าการที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต โดยปกติอาการจะมีความรุนแรงลดลงเรื่อย ๆ เมื่อระยะเวลาผ่านไปนานขึ้น ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 70.8 ซึ่งหมายถึงมีที่ปรึกษา คู่ชีวิตคอยสนับสนุน รวมทั้งรายได้พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 59.9 และสามารถใช้บริการการรักษาบัตรทอง ได้ถึงร้อยละ 70.3 จึงไม่ต้องวิตกกังวลในเรื่องการรักษาพยาบาล ประกอบกับส่วนใหญ่ มีอายุอยู่ในช่วงอายุ 30-39 ปี ร้อยละ 30.2 และร้อยละ 85.7 ไม่มีโรคประจำตัว ทำให้มีความรุนแรงของอาการหลังโควิด 19 น้อย สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการมีโรคประจำตัว จะมีโอกาสเกิดอาการหลังโควิด 19

มากขึ้น และความรุนแรงของอาการจะมากขึ้นโดยเฉพาะในระยะแรกหลังจากติดเชื้อโควิด 19 (Blomberg et al., 2021; Maglietta et al., 2022) จากผลการศึกษาค้นคว้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของอาการหลังโควิด 19 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.5 และรับรู้ถึงผลกระทบจากอาการหลังโควิด 19 อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 67.7 อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความกลัว และความวิตกกังวลจากความไม่แน่นอนของอาการที่จะเกิดขึ้นกับตนเองในระยะหลังติดเชื้อโควิด 19 ลดลง ทั้งนี้อาการที่เกิดขึ้นจากการศึกษาส่วนใหญ่ ได้แก่ ไอเรื้อรัง อ่อนเพลีย และหายใจสั้น ไม่มี ความรุนแรงมากที่ไปกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้ไม่เกิดความเครียด ยังคงมีความพึงพอใจในชีวิต มีความมั่นใจในตนเอง ไม่กระทบกับเป้าหมายในชีวิต และสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ (Huppert, 2009) ทำให้ไม่เกิดความกดดันทางจิตใจ จึงไม่ไปส่งผลกระทบต่อความพึงพอใจ (Duarte & Jiménez-Molina, 2021) กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ จึงมีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง

2. ความสัมพันธ์ระหว่างอาการหลังโควิด 19 กับความพึงพอใจของผู้ป่วยโควิด 19 ผลการวิจัยพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน (χ^2 test Sig = 1.508, p-value = .471) ทั้งนี้เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างมีอาการหลังหายจากโควิด 19 ใน 3 เดือน มีการรับรู้ความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับปานกลาง และรับรู้ผลกระทบจากอาการหลังโควิด 19 อยู่ในระดับน้อย ประกอบกับปัจจุบันสถานการณ์ความรุนแรงของการติดเชื้อโควิด 19 ลดลงจากชนิดของเชื้อโควิดไม่ทำให้เกิดอาการที่รุนแรงและการเกิดอาการหลังโควิด 19 มีแนวโน้มลดลง ตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุขเมื่อวันที่ 19 กันยายน 2565 เป็นโรคประจำถิ่น มีแนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมป้องกันโรคและการรักษาที่ชัดเจนมากขึ้น (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2565; World Health Organization, 2022) แต่เมื่อวิเคราะห์ผลเฉพาะในกลุ่มผู้ที่มีอาการหลังโควิด 19 พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรุนแรงของอาการกับระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยโควิด 19 (χ^2 test Sig=16.501, p-value = .011, α = 0.05) อาจเป็นเพราะอาการหลังโควิด 19 ที่พบส่วนใหญ่ ได้แก่ ไอเรื้อรัง อ่อนเพลีย และหายใจสั้น เกิดขึ้นในกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับรุนแรงปานกลาง ส่งผลกระทบต่อการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิตประจำวัน และส่งผลกระทบต่อความพึงพอใจของผู้ป่วย (Duarte & Jiménez-Molina, 2021) ทั้งนี้สอดคล้องการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า อาการหลังโควิด 19 มีความสัมพันธ์กับการเกิดความวิตกกังวล ความกลัว ซึมเศร้า ความเครียดจากอาการหลังโควิด 19 (Long-COVID stress symptoms) โรคเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Post-traumatic stress disorder) และอาการนอนไม่หลับ ซึ่งจากอาการดังกล่าว

ทำให้เกิดความไม่มีความสุขทางใจในผู้ป่วยกลุ่มที่มีอาการหลังติดเชื้อโควิด 19 ได้ (Clemente, Sinatti, Cirella, Santini, & Balsano, 2022; Compagno et al., 2022; Lamontagne, Winters, Pizzagalli, & Olmstead, 2021; Saltzman, Lessen, Henry, Cross Hansel, & Bordnick, 2021) ทั้งนี้ในการศึกษาอาจจะมีข้อจำกัดเรื่องแบบสอบถามซึ่งเป็นลักษณะของแบบสอบถามการรับรู้อาการ ณ ช่วงเวลาหลังโควิด 19 อาจจะมีผลต่อข้อมูลที่ศึกษาได้

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ผลการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างอาการหลังโควิดและความพึงพอใจ แสดงให้เห็นถึงสร้างการรับรู้โดยการให้ข้อมูลเรื่องอาการ อาการแสดง และอาการหลังโควิดแก่ผู้ป่วยและประชาชน ทำให้เกิดความมั่นใจ และปรับตัวในสถานการณ์ที่ป่วยด้วยโรคโควิด 19 ได้

1.2 อาการหลังโควิดที่พบบ่อย 3 อันดับแรก ได้แก่ ไอเรื้อรัง อ่อนเพลีย และหายใจสั้น ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้ สามารถนำไปใช้ในการวางแผนการพยาบาลและให้คำแนะนำแก่ผู้ที่มีอาการหลังติดเชื้อโควิด 19 ในช่วง 3 เดือนแรกได้

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การทำวิจัยครั้งต่อไปควรมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยให้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างแบ่งตามระยะเวลาหลังการติดเชื้อโควิด 19 ใกล้เคียงกันทุกช่วงเวลา และกลุ่มอายุตั้งแต่เด็กจนถึงผู้สูงอายุที่เท่ากัน เพื่อให้มีการกระจายของข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครอบคลุมมากขึ้น และการนำข้อมูลส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อตัวแปร เช่น โรคประจำตัว ไปศึกษาเพิ่ม

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2564). การดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด 19 หลังรักษาหาย (Post COVID syndrome) หรือภาวะ Long COVID สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข. สืบค้นจาก https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Covid_Health/Attach/25650126100932AM_%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%94%E0%B8%B9%E0%B9%81%E0%B8%A5%E0%B8%A3%E0%B8%B1%E0%B8%81%E0%B8%A9%E0%B8%B2%E0%B8%9C%E0%B8%B9%E0%B9%89%E0%B8%9B%E0%B9%88%E0%B8%A7%E0%B8%A2%20Long%20COVID%20v.2.4.pdf
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2565). สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขแนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกัน การติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID19). สืบค้นจาก https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Covid_Health/Attach/25650422162203PM_CPG_COVID-19_n_v.22_20220422.pdf
- มณฑิรา ชาญณรงค์. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการหลงเหลือภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*, 28(1), 1-16.
- เมธาวี หวังชาลาบวร, ศรัณย์ วีระเมธาชัย, และธนภมณ ลิศรี. (2565). ความชุกของภาวะหลังการติดเชื้อโควิด 19 ในผู้ป่วยที่มีประวัติ ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากการติดตามที่ระยะ 3 เดือนหลังการติดเชื้อ. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 16(1), 265-284.
- สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ. (2565). รายงานข้อมูลสถานการณ์การติดเชื้อโควิด 19 ณ วันศุกร์ที่ 30 กันยายน 2565. สืบค้นจาก <https://covid19.nrct.go.th/daily-report-30sep2022/>
- Best, W. J. (1997). *Research in Education*. Boston MA: Allyn and Bacon.
- Blomberg, B., Mohn, K. G. I., Brokstad, K. A., Zhou, F., Linchausen, D. W., Hansen, B. A., ... & Langeland, N. (2021). Long COVID in a prospective cohort of home-isolated patients. *Nature medicine*, 27(9), 1607-1613. doi: 10.1038/s41591-021-01433-3.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (6th ed.). St. Louis: W.B. Saunders.
- Clemente, I., Sinatti, G., Cirella, A., Santini, S. J., & Balsano, C. (2022). Alteration of inflammatory parameters and psychological post-traumatic syndrome in long-COVID patients. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(12), 7103. doi:10.3390/ijerph19127103
- Compagno, S., Palermi, S., Pescatore, V., Brugin, E., Sarto, M., Marin, R. ... Giada, F. (2022). Physical and psychological reconditioning in long COVID syndrome: Results of an out-of-hospital exercise and psychological-based rehabilitation program. *International Journal of Cardiology, Heart, and Vasculature*, 16(41), 1-6. doi: 10.1016/j.ijcha.2022.101080

- Diener, E., Wirtz, D., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D. W., Oishi, S., & Biswas-Diener, R. (2010). New well-being measures: Short scales to assess flourishing and positive and negative feelings. *Social indicators research*, 97, 143-156.
- Duarte, F., & Jiménez-Molina, Á. (2021) Psychological distress during the COVID-19 epidemic in Chile: The role of economic uncertainty. *PLOS ONE*, 16(11), e0251683. doi:10.1371/journal.pone.0251683
- Huppert, F. A. (2009). Psychological well-being: Evidence regarding its causes and consequences. *Applied psychology: health and well-being*, 1(2), 137-164.
- Lamontagne, S. J., Winters, M. F., Pizzagalli, D. A., & Olmstead, M. C. (2021). Post-acute sequelae of COVID-19: Evidence of mood & cognitive impairment. *Brain, Behavior, & Immunity-Health*, 17, 100347. doi:10.1016/j.bbih.2021.100347
- Lopez-Leon, S., Wegman-Ostrosky, T., Perelman, C., Sepulveda, R., Rebolledo, P. A., Cuapio, A., & Villapol, S. (2021). More than 50 long-term effects of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Scientific reports*, 11(1), 1-12.
- Maglietta, G., Diodati, F., Puntoni, M., Lazzarelli, S., Marcomini, B., Patrizi, L., & Caminiti, C. (2022). Prognostic factors for post-COVID-19 syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Journal of clinical medicine*, 11(6), 1541. doi:10.3390/jcm11061541
- Malik, P., Patel, K., Pinto, C., Jaiswal, R., Tirupathi, R., Pillai, S., & Patel, U. (2022). Post-acute COVID-19 syndrome (PCS) and health-related quality of life (HRQoL)—A systematic review and meta-analysis. *Journal of medical virology*, 94(1), 253-262.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2020). *COVID-19 Rapid Guideline: Managing the long-term effects of COVID-19*. Retired from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK567261/>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2006). The content validity index: Are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Research in Nursing & Health*, 29, 489-497.
- Saltzman, L. Y., Lesen, A. E., Henry, V., Hansel, T. C., & Bordnick, P. S. (2021). COVID-19 mental health disparities. *Health security*, 19(S1), S-5-S-13. doi:10.1089/hs.2021.001
- World Health Organization. (2022). *WHO Thailand Weekly COVID-19 Situation Update No. 237*. Retired from https://cdn.who.int/media/docs/default-source/searo/thailand/2022_05_25_tha-sitrep-237-covid-19.pdf?sfvrsn=42e15724_1
- World Health Organization. (2021). *A clinical case definition of post COVID-19 condition by a Delphi consensus*. Retired from <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/345824/WHO-2019-nCoV-Post-COVID-19-condition-Clinical-case-definition-2021.1-eng.pdf?sequence=1>

World Health Organization. (2021). *Expanding our understanding of Post COVID-19 condition.*

Retired from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/340951>



วิธีการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติกับสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุ ในชุมชนของนักศึกษาพยาบาล Nursing Practicum Methods and Competency to Care for Older Adults in Community among Nursing Students

สุภารัตน์ พิลัยพันธ์, Ph.D., Suparat Phisaipanth, Ph.D.^{1*}

เนตรนภา กาบมณี, ป.ด., Natenapa Kabmanee, Ph.D.²

เปรมฤดี บริบาล, พย.ม., Preamruedee Boriban, M.N.S.³

วนิดา ศรีพรหมษา, ป.ด., Wanida Sripromsa, Ph.D.¹

จิตตานันท์ ศรีสุวรรณ, พย.ม., Jittanun Srisuwan, M.N.S.⁴

¹อาจารย์ ดร., วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹Lecturer, Ph.D., Boromarajonani College of Nursing Udon Thani, Faculty of Nursing,
Praboromarajchanok Institute

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

²Assistant Professor, Ph.D., Boromarajonani College of Nursing Udon Thani,
Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

³อาจารย์, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

³Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Udon Thani, Faculty of Nursing,
Praboromarajchanok Institute

⁴พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

⁴Registered nurse, Senior professional level, Boromarajonani College of Nursing Udon Thani,
Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

*Corresponding Author Email: sp8hd@bcnu.ac.th

Received: April 4, 2024

Revised: June 3, 2024

Accepted: June 12, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนและความสัมพันธ์ระหว่างวิธีการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติและสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี จังหวัดอุตรธานี โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย จำนวน 115 คน ดำเนินการเก็บข้อมูลในเดือนพฤษภาคม 2565 โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกคะแนนผลสัมฤทธิ์ การเรียนภาคปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ และแบบประเมินสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของนักศึกษาพยาบาล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมานด้วยสถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.88$, $SD = .40$) มีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนรายด้านแต่ละด้านอยู่ในระดับมาก โดยกลุ่มตัวอย่างมีสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนด้านการทำงานเป็นทีมสูงที่สุด ($\bar{X} = 4.39$, $SD = .47$) และมีสมรรถนะด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังน้อยที่สุด ($\bar{X} = 3.64$, $SD = .47$) วิธีการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ ได้แก่ การฝึกปฏิบัติในชุมชน มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ($r_s = .19$, $p < .05$) ในขณะที่วิธีการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ ได้แก่ กรณีศึกษา ($r_s = .10$, $p > .05$) การประชุมปรึกษาทางการพยาบาล ($r_s = .12$, $p > .05$) การสะท้อนคิด ($r_s = .002$, $p > .05$) และการสอนโดยใช้โครงงานเป็นฐาน ($r_s = .02$, $p > .05$) ไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของนักศึกษาพยาบาล การศึกษาครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ควรจัดกิจกรรมเตรียมความพร้อมให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง และการพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนผ่านแพลตฟอร์มดิจิทัล เช่น ซอฟต์แวร์สถานการณ์จำลอง หรือแอนิเมชันที่แสดงถึงการปฏิบัติในสถานการณ์จริง ซึ่งจะช่วยให้นักศึกษาพัฒนาสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

คำสำคัญ: การสอนภาคปฏิบัติทางการพยาบาล สมรรถนะ ผู้สูงอายุ ชุมชน

Abstract

This correlational research aimed to study competency to care for older adults in community, and to determine the relationship between nursing practicum methods and competency to care for older adults in community among nursing students at Boromarajonani College of Nursing Udon Thani, Udon Thani Province. Samples were 115 baccalaureate nursing students who were randomly selected. Data were collected during May 2022 by using the Demographic Questionnaire, the Nursing Practicum Methods Record Form, and the Competency to Care for Older Adults in Community among Nursing Students Questionnaire. The data were analyzed by using descriptive statistics and Spearman's rank correlation coefficients of significance statistic at the .05 level. Results showed that nursing students rated their overall score of competency to care for older adults in community as a high level ($\bar{X} = 3.88$, $SD = .40$). They reported high levels of competence in all categories with the category of team working competency as highest score ($\bar{X} = 4.39$, $SD = .47$) and the category of caring for older adults with chronic diseases competency as lowest score ($\bar{X} = 3.64$, $SD = .47$). Moreover, the relationship between community practice and competency to care for older adults in community was slightly positive ($r_s = .19$, $p < .05$). However, the relationship between case study ($r_s = .10$, $p > .05$), case conference ($r_s = .12$, $p > .05$), reflection ($r_s = .002$, $p > .05$) and project-based learning ($r_s = .02$, $p > .05$) with competency to care for older adults in community

were not related. Henceforth, the study recommends preparing nursing students for caring for older adults with chronic diseases before their clinical nursing practicum and suggests using digital platforms like virtual simulations and animations to improve their competency in community care for older adults.

Keywords: nursing practicum, competency, older adults, community

บทนำ

การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย ส่งผลทำให้ความต้องการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระบบสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น ความต้องการพยาบาลวิชาชีพที่มีสมรรถนะสูงในการพยาบาลผู้สูงอายุจึงเพิ่มขึ้นตามไปด้วย เนื่องจากวัยสูงอายุมีโอกาสที่จะเกิดภาวะเจ็บป่วยได้ง่ายจากความเสื่อมของร่างกายตามวัย (อุษณีย์ อังคะนวิน และคณะ, 2561) การจัดการศึกษาทางการพยาบาลจึงมุ่งพัฒนานักศึกษาพยาบาลให้มีความพร้อมและมีสมรรถนะด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความสามารถในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักจะอาศัยอยู่กับครอบครัวในชุมชน การพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพจึงเป็นภารกิจที่สำคัญที่สถาบันการศึกษาพยาบาลถือเป็นหน้าที่รับผิดชอบที่ต้องจัดการศึกษาให้นักศึกษาพยาบาลเกิดสมรรถนะด้านการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพและตอบสนองปัญหาสุขภาพและความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการในแต่ละบริบท (อารีรัตน์ ขำอยู่, 2564)

สมรรถนะในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเป็นคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของพยาบาลวิชาชีพในการให้การพยาบาลผู้สูงอายุครอบคลุมองค์รวม ทั้งการจัดการดูแลผู้สูงอายุ รายกรณี การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค การเสริมสร้างพลังอำนาจ ตระหนักถึงจริยธรรมในการดูแลผู้สูงอายุและการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้สูงอายุ (กิตติพร เนาว์สุวรรณ, ประไพพิศ สงหเสม,

และวัลลภ นาคศรีสังข์, 2560) ดังนั้นสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับนักศึกษาพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนจึงประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ความสามารถในการเข้าถึงชุมชน การทำงานเป็นทีม และการจัดการข้อมูลทางสุขภาพ (นฤมล อนกวิทย์ และคณะ, 2560) การศึกษาสมรรถนะของนักศึกษาพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญเพราะเป็นการเตรียมความพร้อมของนักศึกษาพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุเมื่อสำเร็จเป็นพยาบาลวิชาชีพ อันเป็นการสร้างความมั่นใจแก่ผู้สูงอายุและครอบครัวในการได้รับการดูแลที่มีมาตรฐานของวิชาชีพ ด้วยความเอื้ออาทร หากนักศึกษาพยาบาลที่จะสำเร็จการศึกษาเป็นพยาบาลในอนาคตมีสมรรถนะที่ไม่เพียงพอในการดูแลผู้สูงอายุ จะทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้สูงอายุ และสะท้อนถึงคุณภาพการจัดการเรียนการสอนของสถาบันการศึกษาทางการพยาบาล

หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ได้ตระหนักเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ได้ทำการศึกษาสมรรถนะการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชนของนักศึกษาพยาบาลพบว่า นักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี มีสมรรถนะการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชนอยู่ในระดับดี โดยมีสมรรถนะ

ด้านจริยธรรม สมรรถนะด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจ และคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ สมรรถนะด้านการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม และสมรรถนะด้านการสืบค้นและการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ตามลำดับ (สิริอร ช้อยุ่น, ภาสินี ไทอินทร์ และ วัจนา สุนทรวัฒน์, 2562) นอกจากนี้ การศึกษาสมรรถนะด้านการจัดการสุขภาพชุมชนของ นักศึกษาพยาบาลยังพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีการรับรู้ สมรรถนะด้านการจัดการสุขภาพชุมชนโดยรวมของตน อยู่ในระดับมาก และอาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติก็ประเมิน นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4 ว่ามีสมรรถนะด้านการ จัดการสุขภาพชุมชนโดยรวมอยู่ในระดับมากเช่นกัน (ญนัท วอลเตอร์, อรุณี ขุนหบดี, และศักดิ์สิทธิ์ สามทิศ, 2563)

อย่างไรก็ตามจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นวงกว้าง ในประเทศไทยตั้งแต่ พ.ศ. 2563 ที่ทำให้ประชาชนต้อง มีการเว้นระยะห่างทางสังคม (Social distancing) โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และมีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าคนทั่วไปเนื่องด้วยสภาพ ร่างกายที่ไม่แข็งแรง มีโรคประจำตัวและภูมิคุ้มกันลดลง ตามวัย (กุลวดี กุลสุนทร, เกศรินทร์ วิงพัฒน์, โชติ บัณฑิต, 2564) ทำให้ผู้สูงอายุต้องลดการพบปะบุคคลอื่นนอกบ้าน เพื่อป้องกันการติดเชื้อ ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวส่ง ผลกระทบต่อการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล ภาคปฏิบัติที่จำเป็นต้องอาศัยการสอนแบบเผชิญหน้า ต้องมีการฝึกปฏิบัติกับบุคคล เพื่อพัฒนานักศึกษาให้มี ทักษะในการปฏิบัติและเกิดการพัฒนสมรรถนะของ พยาบาลวิชาชีพ ทำให้โอกาสของนักศึกษาพยาบาล ในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลทำได้ลดลง (อารี ชิวเกษมสุข, 2564) อาจส่งผลทำให้มีสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุใน ชุมชนแตกต่างจากในอดีต จึงเป็นที่น่าสนใจว่าสมรรถนะ ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของนักศึกษาพยาบาลเป็น อย่างไรระหว่างที่มีสถานการณ์การแพร่ระบาดของ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และวิธีการจัดการเรียน การสอนภาคปฏิบัติลักษณะใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับ สมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนในรายวิชาปฏิบัติ การพยาบาลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาล

เมื่อได้ทบทวนการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับ สมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของนักศึกษา พยาบาลและวิธีการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติยังมี จำกัด โดยการศึกษาของกิตติพร เนาว์สุวรรณ และคณะ พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะด้านการพยาบาล ผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาล ได้แก่ ปัจจัยคุณลักษณะ นักคิดเชิงวิเคราะห์และปัจจัยด้านคุณลักษณะเชิงวิชาชีพ (กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นภชา สิงห์วีรธรรม และสิริวรรณ ัญญผล, 2561) ซึ่งการศึกษาดังกล่าวเป็นการศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุ ในบริบทโดยทั่วไปซึ่งไม่ได้เน้นการศึกษาปัจจัยด้าน รูปแบบการเรียนการสอนโดยตรงที่มีความสัมพันธ์กับ สมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุในบริบทของการดูแล ผู้สูงอายุในชุมชน และการศึกษาของอารยา เจริญกุล และแสงเดือน พรหมแก้วงาม (2564) เกี่ยวกับการเรียน การสอนแบบออนไลน์ในการจัดการเรียนการสอน ภาคปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ดังนั้นจะเห็น ได้ว่าการศึกษที่ผ่านมายังไม่ทราบแน่ชัดถึงปัจจัยด้าน การจัดการเรียนการสอนที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะ การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนดังกล่าว

จากข้อมูลดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยต้องการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างวิธีการจัดการเรียนการสอน ภาคปฏิบัติกับสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของ นักศึกษาพยาบาลในช่วงที่เริ่มมีการระบาดของโรค ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อนำองค์ความรู้ที่ได้มา เป็นแนวทางในการพัฒนาการเรียนการสอนการฝึก การปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุและสร้างเสริมสมรรถนะ ของนักศึกษาพยาบาลด้านการพยาบาลผู้สูงอายุใน ชุมชนที่สอดคล้องกับกับบริบทและความต้องการ

การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของนักศึกษาพยาบาล
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างวิธีการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติและสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของนักศึกษาพยาบาล

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงความสัมพันธ์ (Correlational research)

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี จังหวัดอุตรธานี ที่สิ้นสุดการฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ ในเดือนพฤษภาคม 2565 จำนวน 146 คน

1.2 กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี ที่สิ้นสุดการฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ ในเดือนพฤษภาคม 2565 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเข้าของกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2 ทั้งเพศชายและเพศหญิง 2) สิ้นสุดการฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ และ 3) มีความยินดีที่จะร่วมโครงการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2 ที่ฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ น้อยกว่าร้อยละ 80 ของระยะเวลาที่กำหนด ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2 โดยใช้โปรแกรม G*Power การกำหนดขนาดของ

กลุ่มตัวอย่างสำหรับการการศึกษาเชิงความสัมพันธ์ กำหนดการทดสอบสมมติฐานเป็นทางเดียว กำหนดขนาดอิทธิพลระดับปานกลางเท่ากับ .30 ค่าความคลาดเคลื่อนเท่ากับ .05 และอำนาจทดสอบเท่ากับ .95 (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009) ทำการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 115 ราย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ เกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การติดต่อสื่อสารกับผู้สูงอายุที่เป็นญาติพี่น้องในรอบปีที่ผ่านมา การติดต่อกับผู้สูงอายุอื่นที่ไม่ใช่ญาติในรอบปีที่ผ่านมา ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุ จำนวนผู้ป่วยสูงอายุทั้งหมดที่เคยดูแล และการมีผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในครอบครัว

2.2 แบบบันทึกผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชนของนักศึกษาพยาบาล เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีลักษณะเป็นตารางรายชื่อนักศึกษาพยาบาลและรายการผลคะแนนรวมของ 1) การฝึกปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุ 2) การสอนโดยใช้กรณีศึกษา 3) การประชุมปรึกษาทางการพยาบาล 4) การสอนโดยใช้โครงงานเป็นฐาน และ 5) การสะท้อนคิด

2.3 แบบประเมินสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน พัฒนาโดย นิสากร วิบูลย์ และนฤมล เอนกวิทย์ (2558) สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 52 ข้อ 5 ด้าน ได้แก่ 1) การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จำนวน 10 ข้อ 2) การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง จำนวน 13 ข้อ 3) การเข้าถึงชุมชน จำนวน 11 ข้อ 4) การทำงานเป็นทีม จำนวน 9 ข้อ และ 5) การจัดการข้อมูลทางสุขภาพ จำนวน 9 ข้อ โดยมีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้ 5 หมายถึง มีสมรรถนะระดับมากที่สุด, 4 หมายถึง มีสมรรถนะ

ระดับมาก, 3 หมายถึง มีสมรรถนะระดับปานกลาง, 2 หมายถึง มีสมรรถนะระดับน้อย, 1 หมายถึง มีสมรรถนะระดับน้อยที่สุด การแปลความหมายของค่าคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00 แสดงถึงมีสมรรถนะมากที่สุด, คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.50 แสดงถึงมีสมรรถนะมาก คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50 แสดงถึงมีสมรรถนะปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 แสดงถึงมีสมรรถนะน้อย คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 แสดงถึงมีสมรรถนะน้อยที่สุด (นิสสาร วิบูลชัย และณฤมล เอนกวิทย์, 2558)

3. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบประเมินสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุ ในชุมชนได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) และการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน และนำแบบประเมินที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 ของวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficiency) เท่ากับ .96 (นิสสาร วิบูลชัย และณฤมล เอนกวิทย์, 2558) ในการศึกษาครั้งนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน หาค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (Index of Item Objective Congruence: IOC) ได้ค่า IOC ระหว่าง .67-1.00 แก้ไขปรับปรุงแบบประเมินเพิ่มเติมตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ แล้วนำไปทดลองใช้ (Try-out) กับนักศึกษาพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ทดสอบค่าความเชื่อมั่นได้เท่ากับ .94

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลฯ เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลตามขั้นตอน ผู้วิจัยดำเนินการบันทึกข้อมูลคะแนนผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ภาคปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชนของนักศึกษาพยาบาลจาก

งานทะเบียนและประเมินผล วิทยาลัยพยาบาลฯ จากนั้นผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2 ตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยการสุ่มอย่างง่าย ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดการดำเนินการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิ์แก่กลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือต่อกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการแจกแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ให้กลุ่มตัวอย่างตอบตามความคิดเห็นของตนเอง โดยใช้เวลาในการทำแบบสอบถามประมาณ 15-20 นาที ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถาม แล้วนำแบบสอบถามไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างวิธีการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติกับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของนักศึกษาพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficients) เนื่องจากผลการทดสอบสถิติ Kolmogorov-Sminov test พบว่า ข้อมูลวิธีการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติกับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนกระจายตัวไม่เป็นแบบโค้งปกติ

6. การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี ใบรับรองเลขที่ 300/05/2565 ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัยและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย การเข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นไป

ตามความสนใจของกลุ่มตัวอย่าง โดยให้กลุ่มตัวอย่างได้อ่านเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยและลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย การนำเสนอข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็นการนำเสนอในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างสามารถยกเว้นการตอบคำถามที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ และสามารถปฏิเสธหรือยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังสิ้นสุดการเรียนการสอนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุเรียบร้อยแล้ว โดยจะไม่มีผลกระทบต่อการเรียนการสอนและการวัดประเมินผลของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 95.65) มีอายุระหว่าง 19-29 ปี และมีอายุเฉลี่ย 21.17 ปี ($\bar{X} = 21.17, SD = 3.23$) มีสถานภาพสมรสโสด (ร้อยละ 100.00) ประมาณเกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างเคยติดต่อสื่อสารกับผู้สูงอายุที่เป็นญาติพี่น้องของตน ทุกสัปดาห์ในรอบปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 42.60) ร้อยละ 39.13 ของกลุ่มตัวอย่างมีโอกาสติดต่อสื่อสารกับผู้สูงอายุอื่นที่ไม่ใช่ญาติทุกสัปดาห์ในรอบปีที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุ (ร้อยละ 97.39) ร้อยละ 47.83 ของครอบครัวกลุ่มตัวอย่างมีผู้สูงอายุอาศัยร่วมอยู่ด้วย

2. สมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนโดยรวมในระดับมาก ($\bar{X} = 3.88, SD = .40$) และมีคะแนนสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนทุกด้านอยู่ในระดับมาก โดยมีสมรรถนะด้านการทำงานเป็นทีมสูงที่สุด ($\bar{X} = 4.39, SD = .47$) รองลงมาได้แก่ ด้านการเข้าถึงชุมชน ($\bar{X} = 3.91, SD = .49$) ด้านการจัดการข้อมูลทางสุขภาพ ($\bar{X} = 3.80, SD = .51$) ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ($\bar{X} = 3.76, SD = .43$) และด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ($\bar{X} = 3.64, SD = .47$)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างวิธีการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติและสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของนักศึกษาพยาบาล พบว่า วิธีการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ ได้แก่ กรณีศึกษา ($r_s = .10, p > .05$) การประชุมปรึกษาทางการพยาบาล ($r_s = .12, p > .05$) การสะท้อนคิด ($r_s = .002, p > .05$) และการสอนโดยใช้โครงงานเป็นฐาน ($r_s = .02, p > .05$) ไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของนักศึกษาพยาบาล มีเพียงการฝึกปฏิบัติจริงที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ($r_s = .19, p < .05$) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของวิธีการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติและสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของนักศึกษาพยาบาล

รูปแบบการจัดการเรียนการสอนทางคลินิก	สมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน	
	(r_s)	p-value
- การฝึกปฏิบัติ	.19	.04*
- กรณีศึกษา	.10	.31
- การประชุมปรึกษาทางการพยาบาล	.12	.21
- การสะท้อนคิด	.002	.98
- การสอนโดยใช้โครงงานเป็นฐาน	.02	.86

*นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า .05

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาวิธีการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติและสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของนักศึกษาพยาบาล สามารถอภิปรายผลและให้ข้อเสนอแนะตามประเด็นข้อค้นพบ ดังนี้

1. สมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของนักศึกษาพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนโดยรวมในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.88, SD = .40) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทุกรายได้เรียนวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุภาคทฤษฎีและผ่านการฝึกประสบการณ์การปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุ (ร้อยละ 97.39) ประกอบกับเกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีผู้สูงอายุอาศัยอยู่ร่วมครอบครัว (ร้อยละ 47.83) ซึ่งการที่นักศึกษาพยาบาลมีโอกาสปฏิสัมพันธ์ เคยเข้าร่วมทำกิจกรรมกับผู้สูงอายุ และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ ตลอดจนการอาศัยอยู่ร่วมกันกับผู้สูงอายุ มีผลต่อสมรรถนะด้านการพยาบาลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาล (กิตติพรเนาว์สุวรรณ, ปฐมามาต โชติบัณ, 2560) จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รู้สึกคุ้นเคยกับผู้สูงอายุและรับรู้ว่าคุณสมบัติสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอยู่ในระดับมาก ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่านักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอยู่ในระดับมาก (พัชรี แวงวรรณ และนิสากร วิบูลชัย, 2560; สิริอร ช้อยุ่น และคณะ, 2562)

เมื่อพิจารณาสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนด้านการทำงานเป็นทีมสูงที่สุดและคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังน้อยที่สุด ซึ่งผลการศึกษาลักษณะคล้ายคลึงกับ

การศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนด้านการทำงานเป็นทีมมากที่สุดและด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังน้อยที่สุดเช่นกัน (พัชรี แวงวรรณ และนิสากร วิบูลชัย, 2560) ซึ่งอภิปรายได้ว่าการที่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนด้านการทำงานเป็นทีมสูงที่สุด อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีโอกาสได้ทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนร่วมกัน มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลและความคิดเห็นร่วมกัน ทำให้เกิดการตั้งเป้าหมาย วางแผน และทำงานให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ร่วมกัน จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าคุณสมบัติสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนด้านการทำงานเป็นทีมสูงที่สุด ส่วนการที่กลุ่มตัวอย่างมีสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังน้อยที่สุด อาจเนื่องจากการที่กลุ่มตัวอย่างถึงแม้จะมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการเจ็บป่วยเรื้อรังที่เป็นปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุแต่ยังขาดประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เนื่องจากการฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุในครั้งนี้เป็นการฝึกปฏิบัติในชุมชนเป็นครั้งแรก ซึ่งต้องอาศัยประสบการณ์และทักษะในการเข้าถึงชุมชนเพื่อที่จะสามารถเข้าใจในบริบทสภาพแวดล้อม และรูปแบบการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกันของผู้สูงอายุแต่ละรายที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุมักมีลักษณะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายโรคร่วมกัน (Multipathological diseases) ทำให้มีความซับซ้อนในการดูแล อีกทั้งธรรมชาติของผู้สูงอายุมักมีความเสื่อมตามวัย มีกลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric syndromes) ทำให้ความสามารถในการได้ยิน ความสามารถในการคิด และการสื่อสารลดลง จึงส่งผลทำให้การซักประวัติการรวบรวมข้อมูลของผู้สูงอายุทำได้ลำบาก (Roller-Wirnsberger, Thurner, Pucher, Lindner, & Wirnsberger, 2019) นอกจากนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่

ที่อาศัยอยู่ในชุมชนมักอาศัยอยู่ตามลำพังในขณะที่ลูกหลานหรือญาติต้องไปทำงานในช่วงกลางวัน จึงทำให้ขาดผู้ดูแลที่จะช่วยให้ข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ จึงทำให้การประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ อาจทำได้ไม่ครอบคลุมในช่วงระยะเวลาสั้นๆ ประกอบกับในขณะที่เริ่มมีสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้กลุ่มตัวอย่างต้องยุติการฝึกปฏิบัติงาน ไม่สามารถประเมินภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีความซับซ้อนได้ อย่างเป็นองค์รวม ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ปัญญา และสังคม การค้นหาปัญหาของผู้สูงอายุ การจัดลำดับความสำคัญปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัวจึงทำได้ไม่เต็มที่ โอกาสในการที่จะติดตามดูแลอาการผู้สูงอายุต่อเนื่องที่บ้านลดลง จึงส่งผลทำให้การวางแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัวทำได้ยาก จึงทำให้สมรรถนะด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังนี้ลดน้อยลงกว่าทุกด้าน

อย่างไรก็ตามผลการศึกษาค้างนี้แตกต่างจากผลการวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่านักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุด้านจริยธรรม (สิริอร ข้อยุ่น และคณะ, 2562) และด้านการตระหนักรู้ในตนเองและด้านปัญญาในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสูงสุด (ปัทมา ผ่องศิริ และคณะ, 2564) ทั้งนี้อาจเนื่องจากเครื่องมือที่ใช้ประเมินด้านต่าง ๆ ของสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุมีความแตกต่างกัน โดยการศึกษาของสิริอร ข้อยุ่นและคณะ (2562) ใช้แบบประเมินสมรรถนะการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชนที่ปรับปรุงจากแบบสอบถามสมรรถนะด้านการพยาบาลผู้สูงอายุโดยทั่วไป ประกอบด้วยสมรรถนะการพยาบาลผู้สูงอายุ 4 ด้าน คือ ด้านการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม ด้านการสืบค้นและการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจ และคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ และด้านจริยธรรม รวม

ทั้งหมด 38 ข้อ (สิริอร ข้อยุ่น และคณะ, 2562) และการศึกษาของปัทมา ผ่องศิริ และคณะ (2564) ใช้แบบประเมินสมรรถนะการพยาบาลผู้สูงอายุที่ปรับปรุงจากแบบสอบถามสมรรถนะการเรียนรู้ทั่วไป 4 ด้าน ประกอบด้วยสมรรถนะด้านความรู้ ด้านปัญญา และด้านตระหนักรู้ในตนเอง (ปัทมา ผ่องศิริ และคณะ, 2564) ในขณะที่แบบสอบถามสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุในการศึกษาค้างนี้เป็นแบบสอบถามที่มุ่งเน้นที่จะประเมินองค์ประกอบของสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน อันประกอบด้วย ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ด้านการเข้าถึงชุมชน ด้านการทำงานเป็นทีม และด้านการจัดการข้อมูลทางสุขภาพ จำนวน 52 ข้อ จึงทำให้ผลการประเมินสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแตกต่างกัน นอกจากนี้การศึกษาค้างของปัทมา ผ่องศิริ และคณะ (2564) ที่พบว่านักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุด้านการตระหนักรู้ในตนเองและด้านปัญญาในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสูงสุด ทั้งนี้อาจเนื่องจากความแตกต่างของลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา โดยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาของปัทมา ผ่องศิริ และคณะ (2564) ได้แก่ นักศึกษาพยาบาลอินโดนีเซียและนักศึกษาพยาบาลไทย ซึ่งอาจเกิดความแตกต่างของประเพณีวัฒนธรรมที่อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีมุมมองต่อสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุด้านต่าง ๆ แตกต่าง สอดคล้องกับการศึกษาของกิตติพร เนาว์สุวรรณ และนภษา สิงห์วีระธรรม (2562) ที่พบว่า วัฒนธรรมมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับสมรรถนะด้านการพยาบาลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาล

2. ความสัมพันธ์ของวิธีการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติและสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของนักศึกษาพยาบาล

วิธีการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติโดยการให้นักศึกษาพยาบาลได้ฝึกปฏิบัติจริงมีความสัมพันธ์

กับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของนักศึกษาพยาบาล ทั้งนี้ อาจอธิบายได้ว่าการสอนโดยการปฏิบัติจริงช่วยให้นักศึกษาพยาบาลได้มีโอกาสฝึกฝนทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เช่น การวัดความดันโลหิต การออกกำลังกายเพื่อป้องกันการหกล้ม การช่วยเหลือผู้สูงอายุลุกขึ้นยืนหรือเดิน ซึ่งการฝึกฝนเหล่านี้ช่วยให้นักศึกษาพยาบาลมีความมั่นใจและคล่องแคล่วในการปฏิบัติงานจริง นอกจากนี้วิธีการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติโดยการปฏิบัติจริงอาจช่วยให้นักศึกษาพยาบาลได้มีโอกาสพัฒนาทักษะด้านการสื่อสาร เรียนรู้วิธีการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพกับผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแล ซึ่งจะช่วยให้นักศึกษาพยาบาลสามารถเข้าใจความต้องการของผู้สูงอายุ อธิบายข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและการรักษาให้ผู้สูงอายุ และครอบครัวเข้าใจ สร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้สูงอายุ และครอบครัว นอกจากนี้การสอนโดยการปฏิบัติจริงจะช่วยพัฒนาทักษะด้านการคิดวิเคราะห์ ช่วยให้นักศึกษาพยาบาลได้เรียนรู้วิธีการคิดวิเคราะห์และตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ การฝึกฝนทักษะนี้ช่วยให้นักศึกษาพยาบาลสามารถประเมินสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ระบุปัญหาสุขภาพ วางแผนการดูแลผู้สูงอายุ และตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา การสอนโดยการปฏิบัติจริงยังช่วยให้นักศึกษาพยาบาลเรียนรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพทั่วไปของผู้สูงอายุ ความต้องการทางสังคมและอารมณ์ และวิธีการดูแลผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม การสอนโดยการปฏิบัติจริงให้นักศึกษาพยาบาลมีโอกาสทำงานกับผู้สูงอายุในชุมชนจริง ประสบการณ์เหล่านี้ช่วยให้นักศึกษาพยาบาลเรียนรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมและวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ เข้าใจปัญหาและความท้าทายที่ผู้สูงอายุเผชิญ พัฒนาทักษะการทำงานร่วมกับผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแล ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีส่วนเกี่ยวข้องทำให้การสอนทางคลินิกโดยการให้นักศึกษาพยาบาลได้ลงมือปฏิบัติจริงมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

ของนักศึกษาพยาบาล

วิธีการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติโดยใช้กรณีศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของนักศึกษาพยาบาล ทั้งนี้ อาจเป็นได้ว่าการสอนโดยใช้กรณีศึกษาเป็นวิธีการสอนที่ใช้สถานการณ์สมมติเพื่อช่วยให้นักเรียนเรียนรู้ผ่านการวิเคราะห์และแก้ปัญหา อย่างไรก็ตามกรณีศึกษาที่นำมาใช้สอนอาจแตกต่างจากปัญหาการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่กลุ่มตัวอย่างได้ประสบจริง ประกอบกับการสอนโดยใช้กรณีศึกษาไม่ได้เน้นการฝึกทักษะการปฏิบัติจริง นักศึกษาไม่โอกาสฝึกฝนทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เช่น การเข้าถึงชุมชน การทำงานเป็นทีม และการจัดการข้อมูลทางสุขภาพ จึงทำให้การสอนโดยใช้กรณีศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

วิธีการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติโดยใช้การประชุมปรึกษาทางการพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของนักศึกษาพยาบาล ทั้งนี้ อาจเป็นได้ว่าการประชุมปรึกษาทางการพยาบาลมักมีผู้เข้าร่วมประชุมปรึกษาทางการพยาบาลที่จำกัดเฉพาะอาจารย์และนักศึกษา ต่างจากการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนซึ่งอาศัยการมีส่วนร่วมของบุคคลที่เกี่ยวข้อง ครอบครัว ชุมชน มีบริบทการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่หลากหลายปัญหา ความต้องการ และทรัพยากร ประกอบกับในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ต้องใช้รูปแบบการเรียนการสอนในห้องเรียนที่เน้นทฤษฎีต่างจากการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนซึ่งเน้นการปฏิบัติจริง ทำให้นักศึกษาพยาบาลไม่มีโอกาสทำงานร่วมกับผู้ที่มีส่วนร่วมอื่นๆ ในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น ผู้ดูแลผู้สูงอายุ หรือภาคีเครือข่ายชุมชน เพื่อวางแผนการดูแลที่เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการ และความสามารถของผู้สูงอายุในชุมชน การประชุมปรึกษาทางการพยาบาลบางครั้งอาจขาดการ

ให้ความสำคัญกับการรับฟังและการเข้าใจความต้องการ และประสบการณ์ของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาแผนการดูแลที่มีประสิทธิภาพและเป็นไปตามความต้องการของผู้สูงอายุ จึงทำให้การสอนโดยใช้การประชุมปรึกษาทางไกลทางพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

วิธีการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติโดยใช้การสะท้อนคิดไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่าการสะท้อนคิดแม้จะมีประโยชน์ในการพัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์ การเรียนรู้จากประสบการณ์ และการตัดสินใจ แต่ไม่สามารถส่งผลต่อสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของนักศึกษาพยาบาลได้โดยตรง เนื่องจากการสะท้อนคิดมุ่งเน้นไปที่การวิเคราะห์เหตุการณ์และประสบการณ์ที่ผ่านมา แต่นักศึกษาพยาบาลยังขาดการฝึกปฏิบัติจริงในการดูแลผู้สูงอายุในสถานการณ์จริง นักศึกษาพยาบาลมีการฝึกปฏิบัติน้อย ทำให้โอกาสในการสะท้อนคิดหลังการฝึกปฏิบัติจึงทำได้น้อยลง การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนต้องการทักษะเฉพาะทาง เช่น ทักษะการสื่อสาร ทักษะการประเมินภาวะสุขภาพ ทักษะการเข้าถึงชุมชน ซึ่งการสอนโดยการสะท้อนคิดอาจไม่ได้เน้นพัฒนาทักษะเหล่านี้ จึงทำให้การสะท้อนคิดไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ในขณะที่การศึกษาที่ผ่านมากลับพบว่า การสะท้อนคิดเป็นขั้นตอนหนึ่งในการจัดการเรียนรู้กระบวนการพยาบาลที่มีส่วนช่วยสนับสนุนให้นักศึกษาพยาบาลเกิดสมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชน (ราตรี อร่ามศิลป์, อรวิษา บรรเทาวงศ์, และอรพินท์ สุทธิสหัส, 2566)

วิธีการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติโดยใช้โครงงานเป็นฐานไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของนักศึกษาพยาบาล ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่า การสอนโดยใช้โครงงานเป็นฐานอาจช่วยพัฒนาทักษะบางประการ เช่น ทักษะการสื่อสาร

การแก้ปัญหา และการทำงานเป็นทีม และความคิดสร้างสรรค์ แต่ไม่ได้มุ่งเน้นไปที่ทักษะเฉพาะทางที่จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจึงทำให้การสอนโดยใช้โครงงานเป็นฐานไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Hanklang and Sivasan (2021) ที่พบว่า การสอนโดยใช้โครงงานเป็นฐานช่วยเพิ่มสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และการศึกษาของนุชนาฏ วัฒนศิริ, พิศุทธิ์ สร้อยโมรี และ ชาริตะ อัครสุข (2565) ที่พบว่าการจัดการเรียนรู้แบบใช้โครงงานเป็นฐานมีผลต่อสมรรถนะการเรียนรู้ภาษาอังกฤษของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ ทั้งนี้อาจเนื่องจากสมรรถนะการเรียนรู้ภาษาอังกฤษมีความแตกต่างจากสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

สถาบันการศึกษาควรจัดให้นักศึกษาพยาบาลได้มีโอกาสฝึกปฏิบัติจริงในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อช่วยส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลมีสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน อย่างไรก็ตาม กรณีที่เกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นักศึกษาพยาบาลไม่สามารถฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริงได้ ควรมีการพัฒนาแบบการเรียนการสอนผ่านแพลตฟอร์มดิจิทัล เช่น ซอฟต์แวร์สถานการณ์จำลองหรือแอนิเมชันที่แสดงถึงการปฏิบัติในสถานการณ์จริง ซึ่งจะช่วยให้นักศึกษาพัฒนาสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน นอกจากนี้ผลการวิจัยยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสมรรถนะด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังน้อยที่สุด เนื่องจากยังขาดประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ที่อาจมีการเจ็บป่วยซับซ้อนเรื้อรังและมีความเสี่ยงตามวัย ดังนั้นเสนอแนะให้การจัดการเรียนการสอนปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ

ควรมีการมอบหมายให้ผู้เรียนได้ดูแลผู้สูงอายุที่ไม่มีความซับซ้อนของโรคนัก เนื่องจากนักศึกษาที่ยังเรียนอยู่ในชั้นปีที่ 2 จึงอาจไม่สามารถเข้าใจและดูแลผู้สูงอายุได้ครอบคลุมในช่วงเวลาการฝึกที่จำกัด และอาจมีการสับสนประวัติผู้สูงอายุโดยใช้วิธีการอื่น ๆ เช่น ใช้ข้อมูลจากหน่วยบริการในพื้นที่โทรศัพท์ หรือ Line กับสมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุ และควรมีการจัดกิจกรรมเตรียมความพร้อมให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังเพื่อช่วยให้นักศึกษาสามารถพัฒนาให้เกิดสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาวิจัยปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของนักศึกษาพยาบาล เช่น ความรู้และทักษะของนักศึกษาพยาบาล บทบาทของอาจารย์ผู้สอน การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนของผู้สูงอายุ เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- กิตติพร เนาว์สุวรรณ, และนงษา สิงห์วีรธรรม. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะด้านการพยาบาลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา. *วารสารวิชาการราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์*, 1(2), 67-79.
- กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นงษา สิงห์วีรธรรม, และสิริวรรณ ธัญญผล. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะการพยาบาลด้านผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์*, 10(1), 56-68.
- กิตติพร เนาว์สุวรรณ, ประไพพิศ สิงห์เสมอ, และวัลลภี นาคศรีสังข์. (2560). สมรรถนะที่จำเป็นต่อการดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพเมื่อเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 27(1), 1-11.
- กิตติพร เนาว์สุวรรณ, และปฐมมาศ โชติบัณฑิต. (2560). ปฏิสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ ประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุ และการอาศัยอยู่ร่วมกันกับผู้สูงอายุที่มีผลต่อสมรรถนะด้านการพยาบาลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 4(2), 59-68.
- กุลวดี กุลสุนทร, เกศรินทร์ วิงพัฒน์, และโชติ บดีรัฐ. (2564). แนวทางการดูแลผู้สูงอายุในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด 19. *Journal of Roi Kaensarn Academi*, 6(11), 288-302.
- ญันท์ วอลเตอร์, อรุณี ชุนหบดี, และศักดิ์สิทธิ์ สามทิศ. (2563). สมรรถนะด้านการจัดการสุขภาวะชุมชนของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 40(1), 47-61.
- นฤมล เอนกวิทย์, นิสากร วิบูลชัย, พัทรี นุ่มแสง, สกาวรัตน์ ไกรจันทร์, พัทรี แวงวรรณ, และชนิสรา แสนยุบุตร. (2561). การพัฒนาหลักสูตรเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของนักศึกษาพยาบาลตามแนวคิดจิตตปัญญาศึกษา. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 28(1), 88-102.
- นิสากร วิบูลชัย, และนฤมล เอนกวิทย์. (2558). การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (รายงานการวิจัย). มหาสารคาม: วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม.

- นุชนาฏ วัฒนศิริ, พิศุทธิ์ สร้อยโมรี, และชาโรโต อาร์ ครูช. (2565). การจัดการเรียนรู้แบบใช้โครงงานเป็นฐานที่มีผลต่อสมรรถนะและเจตคติต่อการเรียนภาษาอังกฤษของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์. *วารสารรัชต์ภาคย์*, 16(44), 414-430.
- ปัทมา ผ่องศิริ, นภัทร บุญเทียม, พิสมัย วงศ์สง่า, พรทิพย์ แก้วสิงห์, สกกลสุภา อภิวัชบุญโชค, จรูญศรี มีหนองหว่า, และอัญชลี ฐิตะสาร. (2564). การศึกษาการจัดการเรียนการสอนเพื่อสร้างเสริมสมรรถนะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของนักศึกษาในสถาบันการศึกษาเครือข่ายความร่วมมือนานาชาติ ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์. *วารสารการบริหารนิติบุคคลและนวัตกรรมท้องถิ่น*, 7(10), 159-170.
- พัชรี แวงวรรณ, และนิสกร วิบูลชัย. (2560). ผลการบูรณาการบริการวิชาการกับการเรียนการสอนเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 14(3), 57-66.
- ราตรี อร่ามศิลป์, อรภิชา บรรเทาวงษ์, และ อรพินท์ สุทธิสหัส. (2566). ผลของการจัดการเรียนรู้กระบวนการพยาบาลชุมชนโดยใช้ชุมชนเป็นฐานต่อสมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชนของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารสภาการพยาบาล*, 38(2), 28-37.
- สิริอร ข้อยุ่น, ภาสินี โพธิ์นทร์, และวันนา สุคนธ์วัฒน์. (2562). สมรรถนะการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชนของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา. *วารสารโรคและภัยสุขภาพ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์*, 13(3), 12-24.
- อารยา เจริญกุล, และแสงเดือน พรหมแก้วงาม. (2564). ประสิทธิภาพการเรียนการสอนออนไลน์วิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2 ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019: กรณีศึกษา. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 14(2), 264-282.
- อารี ชิวเกษมสุข. (2564). การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลด้วยการเรียนรู้แบบผสมผสานในยุคความปกติใหม่. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 37(1), 25-37.
- อุษณีย์ อังคะนาวิน, พัชรภรณ์ อุ่นเต็จะ, สุวิณา เบาะเปลี่ยน, และอมราภรณ์ หมีปาน. (2561). การพัฒนานักเรียนพยาบาลสู่การพยาบาลผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(2), 95-102.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G* Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior research methods*, 41(4), 1149-1160.
- Hanklang, S., & Sivasan. (2021). Effectiveness of the project-based learning program on Thai nursing student competency for elderly care in the community. *Journal of Health Research*, 35(2), 132-146.
- Roller-Wirnsberger, R., Thurner, B., Pucher, C., Lindner, S., & Wirnsberger, G. H. (2020). The clinical and therapeutic challenge of treating older patients in clinical practice. *British journal of clinical pharmacology*, 86(10), 1904-1911.

ผลของโปรแกรมประยุกต์การนวดกระตุ้นการดูดกลืนร่วมกับการให้นมมารดา
ต่อความสามารถในการดูดนมและน้ำหนักตัวของทารกเกิดก่อนกำหนด
**Effect of the Modified Oral Stimulation Intervention
with Breast Feeding on Feeding Performance and Body Weight
in Preterm Infants**

วิรัชพัชร สรรฉันทพงษ์, พย.ม., Wiranphat Sarachantapong, M.N.S.¹

รวีวรรณ ศรีเพ็ญ, พบ.ม., Rawiwan Sribhen, M.A.^{2*}

อุชามาวดี วุฒิสิลป์, วท.ม., Uchamawadee Wutisilp, M.Sc.³

ทองกรณ์ จันทร์ภิบาล, พย.บ., Tongkorn Chanpibal, B.N.S.⁴

¹รองหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสระบุรี

¹Deputy Head of Nursing Department, Saraburi Hospital

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์, โครงการจัดตั้งคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี

²Assistant Professor, Faculty of Nursing Establishment Project,

Dhonburi Rajabhat University

³อาจารย์, โครงการจัดตั้งคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี

³Lecturer, Faculty of Nursing Establishment Project, Dhonburi Rajabhat University

⁴พยาบาลวิชาชีพ, หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสระบุรี

⁴Professional nurse, Pediatric ward, Saraburi Hospital

*Corresponding Author Email: rawiwan.s@dru.ac.th

Received: February 20, 2024

Revised: May 10, 2024

Accepted: May 28, 2024

บทคัดย่อ

งานวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบความสามารถในการดูดนมระหว่างทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับโปรแกรมประยุกต์การนวดกระตุ้นการดูดกลืนร่วมกับการให้นมมารดากับทารกเกิดก่อนกำหนดที่ไม่ได้รับโปรแกรมประยุกต์การนวดกระตุ้นการดูดกลืน 2) เปรียบเทียบน้ำหนักตัวระหว่างทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับโปรแกรมประยุกต์การนวดกระตุ้นการดูดกลืนร่วมกับการให้นมมารดากับทารกเกิดก่อนกำหนดที่ไม่ได้รับโปรแกรมประยุกต์การนวดกระตุ้นการดูดกลืน กลุ่มตัวอย่างคือ ทารกเกิดก่อนกำหนดอายุครรภ์ 32-36 สัปดาห์

ที่เข้ารับการรักษาในหน่วยทารกแรกเกิดป่วยในโรงพยาบาลสระบุรี ซึ่งได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ในการคัดเลือกจำนวน 42 รายมีกลุ่มควบคุม 21 ราย กลุ่มทดลอง 21 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ประเภท ได้แก่ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยคือ โปรแกรมประยุกต์การวัดกระตุ้นการดูดกลืน และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบประเมินประสิทธิภาพการทำงานของกล้ามเนื้อในช่องปากของทารก มีค่าความเชื่อมั่น 0.75 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา *t-test* และ One-way ANOVA ผลการศึกษาพบว่า ทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับโปรแกรมประยุกต์การวัดกระตุ้นการดูดกลืนร่วมกับการให้นมมารดา กับทารกเกิดก่อนกำหนดที่ไม่ได้รับโปรแกรมประยุกต์การวัดกระตุ้นการดูดกลืน มีความสามารถในการดูดนมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และน้ำหนักตัวของทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับโปรแกรมประยุกต์การวัดกระตุ้นการดูดกลืนร่วมกับการให้นมมารดา กับทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

คำสำคัญ: โปรแกรมประยุกต์การวัดกระตุ้นการดูดกลืน 8 ขั้นตอน ทารกเกิดก่อนกำหนด สมรรถนะการดูดกลืน

Abstract

The purposes of this quasi-experimental research were to compare: 1) feeding performance between preterm newborns who received a modified oral stimulation intervention with breastfeeding and preterm newborns who received breastfeeding without a modified oral stimulation intervention, 2) body weight of preterm newborns who didn't receive a modified oral stimulation intervention with breastfeeding and preterm newborns who didn't receive a modified oral stimulation intervention with breast feeding . The sample group were 42 preterm newborns (control group 21, experimental group 21), with a gestational age of 32-36 weeks admitted to the preterm neonatal care unit in Saraburi Hospital, were purposively selected according to the inclusion criteria. The research tools comprise: 1) The modified oral stimulation intervention with breastfeeding with reliability 0.75, 2) The suckling performance assessment, The data were analyzed using descriptive statistics, *t-test*, and one-way ANOVA. The results were: There was a significant difference in sucking ability at the .01 level between preterm newborns who received a modified oral stimulation intervention with breast feeding and preterm newborn who didn't. And body weight of preterm newborns who received a modified oral stimulation intervention with breastfeeding and preterm newborns who received breastfeeding without a modified oral stimulation intervention. There was a statistical significant difference at the .01 level

Keywords: Modified oral stimulation intervention 8 stages, preterm newborns, suckling performance

บทนำ

ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีด้านการแพทย์ มีผลให้อัตราการรอดชีวิตของทารกเกิดก่อนกำหนดทั่วโลกมีจำนวนสูงขึ้น จากข้อมูลการสำรวจอุบัติการณ์ของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคของประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า อัตราการเกิดทารกเกิดก่อนกำหนด 1 รายในทารกแรกเกิดมีชีพ 10 ราย สำหรับประเทศไทย ปี 2566 พบว่ามีจำนวนของทารกเกิดก่อนกำหนดจำนวน 30,205 รายจากผู้คลอดทั้งหมด 289,954 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.42 และปีเดียวกัน โรงพยาบาลสระบุรี มีผู้มาคลอดทั้งหมด 3,218 ราย มีจำนวนของทารกเกิดก่อนกำหนดจำนวน 315 รายคิดเป็นร้อยละ 10.91 สาเหตุของการเกิดก่อนกำหนด อาจเกิดจากการฝากครรภ์ที่ด้อยคุณภาพ (วราภรณ์ แสงทวีสิน, ศุภวัชร บุญชิต์เดช, วิบูลย์ กาญจนพัฒนากุล, และสุนทร อ้อเผ่าพันธุ์, 2557) ซึ่งเป็นปัญหาด้านสุขภาพของทารกเกิดก่อนกำหนดมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการของอวัยวะต่างๆ ไม่สมบูรณ์ มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ เช่น ภาวะหายใจลำบาก (respiratory distress) ภาวะอุณหภูมิกายต่ำ (hypothermia) และปัญหาด้านการได้รับสารอาหาร (feeding problem) ทารกเกิดก่อนกำหนดจึงต้องเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด/กึ่งวิกฤตทารกแรกเกิด (Neonatal Intensive Care Unit: NICU/NSCU) ทารกบางรายต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ งดการให้อาหารทางปาก ต้องได้รับอาหารทางสายยางหรือให้ทางหลอดเลือดดำ ทารกจึงไม่มีโอกาสได้ดูดกลืนเอง เมื่อทารกพ้นจากภาวะวิกฤตและมีอาการคงที่แล้ว จึงมักจะมีปัญหาเกี่ยวกับการดูดกลืน คือ ดูดนมไม่ได้ กลืนไม่ได้ เนื่องจากไม่ได้รับการฝึกหัดการดูดนมเมื่อแรกเกิด จึงต้องใช้เวลาในการฝึกดูดนมให้มีประสิทธิภาพ (สุธาสนี แซ่หุง, ทิพวัลย์ ดารามาศ, เรณู พุกบุญมี, 2556)

ช่วงอายุครรภ์ 33-36 สัปดาห์ ทารกจะมีการพัฒนาการดูดเป็นจังหวะ และแบบแผนการดูดใกล้เคียงทารกครบกำหนด การดูดกลืนของทารกจะตึมนานขึ้นกับความสมบูรณ์ของอวัยวะในการดูดกลืน กลไกการดูดกลืน และการทำงานประสานกันของ การดูด การกลืน และการหายใจ อวัยวะช่วยการดูดกลืนของทารกมีริมฝีปาก แก้ม เพดานปาก ลิ้นและคอหอย การนวดกระตุ้นการดูดกลืนช่วยให้ทารกเกิดก่อนกำหนดมีความสามารถในการดูดนมเพิ่มขึ้น มีน้ำหนักตัวมากขึ้น และระยะเวลาในการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลน้อยลง (สุธาสนี แซ่หุงและคณะ, 2556; นุชนารถ ปรีกษาศี, ทิพวัลย์ ดารามาศ, และศรีสมร ภูมณสกุล, 2560; ศิริเพ็ญ ลิ้มปธรรม, นฤมล ชีระรังสิกุล, และยุณี พงศ์จตุรวิทย์, 2559; วิวาวรรณ ชัยลังกา, ทิพวัลย์ ดารามาศ, และ ชื่นฤดี คงศักดิ์ตระกูล, 2561; Calk, 2019)

การนวดกระตุ้นการดูดกลืนร่วมกับการให้นมมารดาแก่ทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 32 สัปดาห์ขึ้นไปเป็นการเตรียมความพร้อมให้กับทารกเกิดก่อนกำหนด และช่วยให้ประสิทธิภาพการดูดนมของทารกดีขึ้น (วิวาวรรณ ชัยลังกา และคณะ, 2561) การนวดกระตุ้นการดูดกลืน จะกระตุ้นกระแสประสาทส่งไปตามประสาทสมองคู่ที่ 7, 9, 11 ส่งต่อไปยังอะมิกดาลา (amygdala) กระตุ้นให้เกิดการรับรู้ถึงรสหวานของนมแม่ และการรับกลิ่นของนมมารดาในทารกระหว่างการดูดนม ทำให้ทารกเกิดการเรียนรู้และจำแนกกลิ่นนมมารดา เมื่อทารกได้กลิ่นนมมารดา จะแสดงพฤติกรรมการดูดบ่อ้ยขึ้น ดูดนานขึ้น และปริมาณนมที่ดูดเพิ่มขึ้นด้วย (Raimbault, Saliba, & Porter, 2007)

จากเหตุผลและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยในฐานะที่ได้ปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยกลุ่มทารกเกิดก่อนกำหนดมาเป็นระยะเวลานาน จึงได้พัฒนาโปรแกรมประยุกต์การนวดกระตุ้นการดูดกลืนขึ้น

โดยประยุกต์โปรแกรมการนวดปากของ เลสเซน (Lessen, 2008) และโปรแกรมกระตุ้นการดูดกลืนในทารกเกิดก่อนกำหนดของชลดา ภูมิผล (2539) ผสานกับประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มทารกเกิดก่อนกำหนดของผู้วิจัยเอง โดยจะได้นำโปรแกรมดังกล่าวที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการนวดกระตุ้นการดูดกลืนในทารกเกิดก่อนกำหนดโดยเริ่มตั้งแต่วันที่แพทย์อนุญาตให้ดูดนมได้โดยการนวดก่อนให้นมมารดาทุกมื้อ เพื่อช่วยให้ทารกที่คลอดก่อนกำหนดสามารถดูดนมได้มากขึ้น และช่วยทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น อีกทั้งยังช่วยลดเวลาในการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลของทารกกลุ่มนี้ให้ลดน้อยลง อันเป็นการช่วยลดค่าใช้จ่ายและผลกระทบทางลบอื่นๆ ของผู้ป่วยและครอบครัวได้มากขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

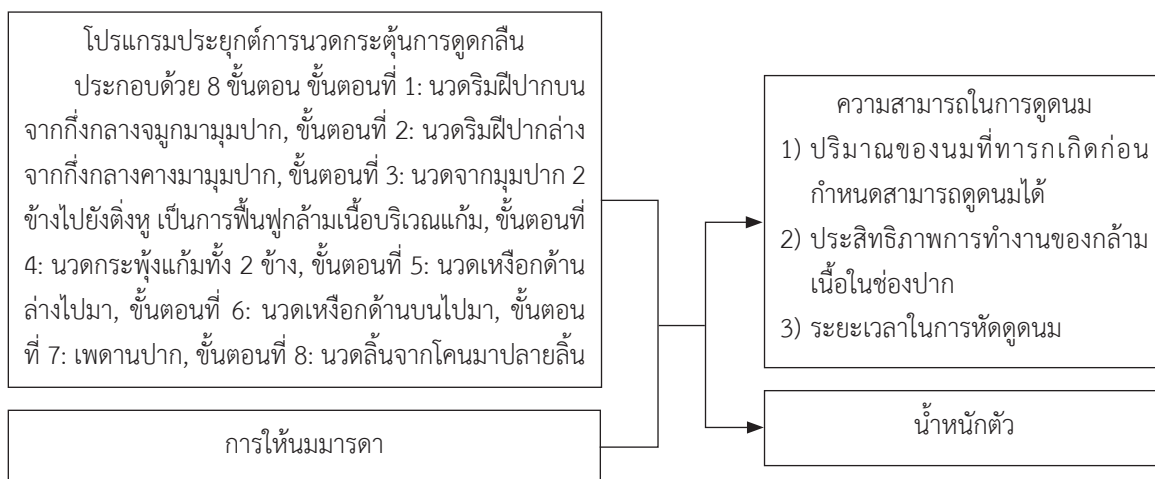
1. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูดนมระหว่างทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับโปรแกรมประยุกต์การนวดกระตุ้นการดูดกลืนร่วมกับการให้นมมารดา กับทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบน้ำหนักตัวระหว่างทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับโปรแกรมประยุกต์การนวดกระตุ้นการดูดกลืนร่วมกับการให้นมมารดา กับทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ทารกเกิดก่อนกำหนดกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมประยุกต์การนวดกระตุ้นการดูดกลืนร่วมกับการให้นมมารดาที่มีความสามารถในการดูดนมแตกต่างจากทารกเกิดก่อนกำหนดกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. ทารกเกิดก่อนกำหนดกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการนวดกระตุ้นการดูดกลืนร่วมกับการให้นมมารดาน้ำหนักตัวแตกต่างจากทารกเกิดก่อนกำหนดกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้โปรแกรมประยุกต์รูปแบบการนวดกระตุ้นการดูดกลืน 8 ท่าที่พัฒนาขึ้น โดยประยุกต์โปรแกรมการนวดปากของ เลสเซน (Lessen, 2008) และโปรแกรมกระตุ้นการดูดกลืนในทารกเกิดก่อนกำหนดของชลดา ภูมิผล (2539) ผสานกับประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มทารกเกิดก่อนกำหนดของผู้วิจัยเอง โดยจะใช้ในการนวดกระตุ้นการดูดกลืนในทารกเกิดก่อนกำหนดโดยเริ่มตั้งแต่วันที่แพทย์อนุญาตให้ดูดนมได้โดยการนวดก่อนให้นมมารดาทุกมื้อ เพื่อช่วยให้ทารกที่คลอดก่อนกำหนดสามารถดูดนมได้มากขึ้น และช่วยทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น (ดังภาพที่ 1)



ภาพที่1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ศึกษาแบบสองกลุ่ม วัดหลังการทดลอง (two group post test design) โดยศึกษาเปรียบเทียบความสามารถในการดูดนม และน้ำหนักตัวระหว่างทารกเกิดก่อนกำหนดกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมประยุกต์การวัดกระตุนการดูดกลืนร่วมกับการให้นมมารดากับทารกเกิดก่อนกำหนดกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากร เป็นทารกเกิดก่อนกำหนดอายุครรภ์ 32-36 สัปดาห์ที่เข้ารับการรักษาในหน่วยทารกแรกเกิดป่วย (หอผู้ป่วยเด็ก 3) โรงพยาบาลสระบุรี 2) กลุ่มตัวอย่าง เป็นทารกเกิดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในหน่วยทารกแรกเกิดป่วย (หอผู้ป่วยเด็ก 3) โรงพยาบาลสระบุรี คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2011) จากงานวิจัยการนวดปากกระตุ้นการดูดกลืนต่อประสิทธิภาพการดูดนมในทารกเกิดก่อนกำหนดของสูตรชดเชย ฤกษ์ใหญ่, ทิพวัลย์ ดารามาต, และชื่นฤดี คงศักดิ์ตระกูล (2557) ซึ่งกำหนดขนาดอิทธิพลเท่ากับ

0.5 กำหนดอำนาจการทดสอบ (power analysis) เท่ากับ .80 และ significance level (α) เท่ากับ .05 วัดซ้ำ 3 ครั้ง ตามตารางคำนวณกลุ่มตัวอย่างของสตีเวน (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 21 ราย รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเท่ากับ 42 ราย ผู้วิจัยใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จากกลุ่มตัวอย่างทารกที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดได้ถูกจับคู่ (match-paired) ให้มีลักษณะเหมือนกันหรือคล้ายคลึงกัน ได้แก่ 1) อายุหลังปฏิสนธิแตกต่างกันไม่เกิน 7 วัน 2) น้ำหนักวันที่ทำการทดลองแตกต่างกันไม่เกิน 200 กรัม และ 3) ระยะเวลาในการใส่ท่อหลอดลมคอและเครื่องช่วยหายใจแตกต่างกันไม่เกิน 1 สัปดาห์

เกณฑ์ในการคัดเข้า มีดังนี้ 1) ทารกเกิดก่อนกำหนดอายุครรภ์ 32-36 สัปดาห์หลังปฏิสนธิ โดยคำนวณจากระบบ Ballard Scoring 2) ทารกได้รับนมแม่ (breast milk) ทางสายยางให้อาหารและได้รับความเห็นชอบจากแพทย์ให้ทำการนวดปากได้ 3) ทารกหลังการถอดท่อหลอดลมคอ หรือไม่ได้ใช้เครื่องช่วยหายใจแล้ว 48 ชั่วโมง 4) ทารกมีอาการคงที่

ตามเกณฑ์การมีชีพ คือ มีอุณหภูมิร่างกาย 36.5-37.5 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 40-60 ครั้ง/นาที อัตราการเต้นของหัวใจ 120-160 ครั้ง/นาที ไม่มีอาการหยุดหายใจ (apnea) นานเกิน 20 วินาที และค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดไม่ต่ำกว่า 95 % รวมทั้งไม่มีภาวะเกร็งหรือกระตุกบ่อยครั้ง 5) ทารกไม่มีความพิการแต่กำเนิดหรือภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น โรคปอดเรื้อรัง โรคระบบทางเดินหายใจที่ต้องพึ่งพาออกซิเจน โรคหัวใจ เลือดออกในสมอง ภาวะลำไส้เน่า มีความพิการแต่กำเนิด มีการติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นต้น 6) มารดาไม่ได้รับยานอนหลับหรือยาระงับความเจ็บปวด 7) มารดาของทารกไม่มีข้อห้ามในการให้นมมารดา และ บิดาหรือมารดายินดียอมรับเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยการลงนามในใบยินยอมทุกราย

เกณฑ์ในการคัดออก คือทารกมีความพิการแต่กำเนิดหรือภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น โรคปอดเรื้อรัง โรคระบบทางเดินหายใจที่ต้องพึ่งพาออกซิเจน โรคหัวใจ เลือดออกในสมอง ภาวะลำไส้เน่า มีความพิการแต่กำเนิด มีการติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นต้น

2. เครื่องมือการวิจัย

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีดังนี้

2.1.1 โปรแกรมประยุกต์การวัดกระตุ้นการดูดกลืน เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากโปรแกรมการวัดปาก Premature Infant Oral Motor Intervention (PIOMI) ซึ่งเป็นโปรแกรมวิธีการวัดปากสำหรับทารกเกิดก่อนกำหนดของเลสเซน (2008) และโปรแกรมกระตุ้นการดูดกลืนในทารกเกิดก่อนกำหนดของชลลดา ภูมิผล (2539) ร่วมกับประสบการณ์ของผู้วิจัยที่ได้ศึกษาแนวคิดทางด้านกายวิภาคและสรีรวิทยา เรื่องกล้ามเนื้อและ reflex ที่เกี่ยวข้องกับการดูดกลืนของทารกเกิดก่อนกำหนดนำมาปรับแก้ไขรูปแบบการวัดในเรื่องของวิธีการวัดและระยะเวลาที่ใช้ โปรแกรมประยุกต์การวัดกระตุ้น

การดูดกลืน 8 ขั้นตอนที่พัฒนาขึ้น รายละเอียดทำนวดปากดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 นวดริมฝีปากบน จากกึ่งกลางจมูกมามุมปาก เป็นการพันพูก้ามเนื้อรอบปากโดยการใช้นิ้วโป้งทั้ง 2 ข้าง (ขนาดแรงกดของข้อนิ้วโป้ง) ลากจากกึ่งกลางจมูกมายังมุมปากทั้ง 2 ข้าง พร้อมกัน 10 ครั้ง เวลาที่ใช้เท่ากับ 30 วินาที **ขั้นตอนที่ 2** นวดริมฝีปากล่างจากกึ่งกลางคางมามุมปาก เป็นการพันพูก้ามเนื้อรอบปาก โดย การใช้นิ้วโป้งทั้ง 2 ข้าง (ขนาดแรงกดของข้อนิ้วโป้ง) ยกกล้ามเนื้อขึ้นมาจากกึ่งกลางคางมายังมุมปากทั้ง 2 ข้างพร้อมกัน 10 ครั้ง เวลาที่ใช้เท่ากับ 30 วินาที **ขั้นตอนที่ 3** นวดจากมุมปาก 2 ข้างไปยังดั้งหู เป็นการพันพูก้ามเนื้อบริเวณแก้มโดยการใช้นิ้วโป้ง ร่วมกับนิ้วชี้หรือนิ้วกลาง (ขนาดแรงกดของข้อนิ้วโป้ง นิ้วชี้ หรือนิ้วกลาง) ลากจากดั้งหูมายังมุมปากทำพร้อมกัน 10 ครั้ง เวลาที่ใช้เท่ากับ 30 วินาที **ขั้นตอนที่ 4** นวดกระพุ้งแก้มทั้ง 2 ข้าง เป็นการกระตุ้นกล้ามเนื้อแก้มด้านในและช่วยให้เลือดไหลเวียนดีขึ้น โดย สวมถุงมือข้างที่ถนัดแล้วใช้นิ้วชี้ (ขนาดแรงกดของข้อนิ้วชี้) นวดกระพุ้งแก้ม ที่ละข้างๆ ละ 10 ครั้ง เวลาที่ใช้เท่ากับ 20 วินาที **ขั้นตอนที่ 5** นวดเหงือกด้านล่างไปมา ช่วยให้เลือดไหลเวียนดีขึ้น โดยการใช้นิ้วชี้ (ขนาดแรงกดของข้อนิ้วชี้) นวดเหงือกด้านล่างไปมา 10 ครั้ง เวลาที่ใช้เท่ากับ 20 วินาที **ขั้นตอนที่ 6** นวดเหงือกด้านบนไปมา ช่วยให้เลือดไหลเวียนดีขึ้น โดยการใช้นิ้วชี้ (ขนาดแรงกดของข้อนิ้วชี้) นวดโดยการรูดเหงือกด้านบนไปมา 10 ครั้ง เวลาที่ใช้เท่ากับ 20 วินาที **ขั้นตอนที่ 7** เพดานปาก ช่วยให้เลือดไหลเวียนดีขึ้นและเป็นการกระตุ้น Reflex ของการดูดกลืนให้มีการพัฒนาขึ้น โดยการใช้นิ้วชี้ (ขนาดแรงกดของข้อนิ้วชี้) นวดเพดานบนแล้วดึงลากนิ้วชี้ออกมาด้านนอก 10 ครั้ง เวลาที่ใช้เท่ากับ 20 วินาที **ขั้นตอนที่ 8** นวดลิ้นจากโคนมาปลายลิ้น ช่วยให้เลือดไหลเวียนดีขึ้น และเป็นการกระตุ้น Reflex ของการดูดกลืนให้มีการ

พัฒนาขึ้น โดยการใช้นิ้วชี้ (ขนาดแรงกดของข้อนิ้วชี้) นวดจากโคนลิ้นออกมาปลายลิ้น 10 ครั้ง เวลาที่ใช้เท่ากับ 20 วินาที

โดยการนวดกระตุ้นการดูดกลืน ทั้ง 8 ขั้นตอนใช้เวลาทั้งหมด 4 นาที ทำการนวดทุกครั้ง ก่อนมื้อนม 15 นาที หลังจากนั้นผู้วิจัยให้มารดาให้ทารก ได้ดูดนมจากเต้า 15-30 นาทีหรือจนกว่าทารกไม่ดูดนม ต่อหรือหลับ

2.1.2 นาฬิกาจับเวลาใช้เครื่องเดียวกัน ตลอดการศึกษา

2.1.3 เครื่องชั่งน้ำหนักทารก มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องชั่งน้ำหนักทารกจาก หน่วยเครื่องมือแพทย์ของโรงพยาบาลทุก 6 เดือน เป็น เครื่องชั่งน้ำหนักที่ใช้หน่วยวัดละเอียดเป็นกรัม

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม ข้อมูล ได้แก่

1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของทารก เกิดก่อนกำหนด เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบ ด้วยการวินิจฉัยโรค เพศ อายุครรภ์แรกเกิด อายุหลังเกิด น้ำหนักแรกเกิด วันที่เริ่มนวดกระตุ้นเมื่อทารกได้รับอนุญาตจากแพทย์ให้เริ่มดูดนม วันที่เริ่มดูดนม มื้อแรก วันที่ทารกดูดนมเองทางปากได้ 8 มื้อต่อวันเป็น ครั้งแรก น้ำหนักทารกในวันที่แพทย์อนุญาตให้ดูดนม และน้ำหนักทารกในวันที่ดูดนมได้เอง 8 มื้อต่อวัน

2) แบบบันทึกปริมาณนมที่ทารกเกิดก่อนกำหนด สามารถดูดได้ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เพื่อประเมินความสามารถในการดูดนมของทารกเกิดก่อนกำหนด โดยเป็นแบบบันทึกปริมาณนมที่ทารกสามารถดูดจากเต้านม มารดาในช่วงเวลา 15-30 นาที (หรือจนกว่าทารกหยุดดูดจากเต้านม) ผู้วิจัยทำการประเมินความสามารถในการดูดนมของทารกเกิดก่อนกำหนดโดยบันทึกน้ำหนักวันที่เริ่มศึกษา เป็นวันที่ 1 วันที่ 3 วันที่ 5 โดยบันทึกน้ำหนัก 2 มื้อติดต่อกัน

และน้ำหนักวันที่สิ้นสุดการศึกษา โดยชั่งน้ำหนัก ก่อนและหลังให้นม น้ำหนักของทารกที่เพิ่มขึ้น เป็นกรัม จะเท่ากับปริมาณนมที่ทารกได้รับเป็นมิลลิลิตร (Spatz, 2013) 3) แบบประเมินประสิทธิภาพการดูดกลืน เพื่อประเมินความสามารถในการทำงานของกล้ามเนื้อ ในช่องปากของทารก โดยใช้แบบประเมินความพร้อมในการดูดนมของซลลตา ภูมิพล (2539) จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ความตึงตัวของกล้ามเนื้อร่างกายทั่วไป การรับรู้ความรู้สึกของผิวหนังบริเวณใบหน้าและช่องปาก การปิดของริมฝีปาก การเคลื่อนไหวของขากรรไกร การเคลื่อนไหวของลิ้น การดูด การกลืน และปฏิกิริยาตอบสนองอัตโนมัติของช่องปาก คะแนนมี 4 ระดับ ได้แก่ 3 คะแนน หมายถึง ปกติ 2 คะแนน หมายถึง ผิดปกติเล็กน้อย 1 คะแนน หมายถึง ผิดปกติปานกลาง 0 คะแนน หมายถึง ผิดปกติมาก คะแนนอยู่ในช่วง 0-24 คะแนน คะแนน ยิ่งมากแสดงว่า ทารกมีประสิทธิภาพการทำงานของ กล้ามเนื้อในช่องปากของทารกมาก 4) แบบประเมิน ความพร้อมในการดูดกลืนของทารกแรกเกิด เป็นแบบ ประเมินที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม อย่างเป็นระบบ (สุธาสิณี แซ่หุ่ง และคณะ, 2556; Calk, 2019) ประกอบด้วยความพร้อม 3 ด้าน ได้แก่ 1) สุขภาพ ร่างกายแข็งแรง หมายถึง O_2 sat ไม่ต่ำกว่า 95%, Respiratory rate 40-60 ครั้งต่อนาที Heart rate 120-160 ครั้งต่อนาที Temperature 36.5-37.5 °C ไม่มีอาการหยุดหายใจเกิน 20 วินาที และไม่มีภาวะเกร็ง หรือกระตุกบ่อยครั้ง 2) อยู่ในภาวะตื่นตัวเต็มที่ และ 3) ไม่อ่อนเพลียและหลับง่าย

3. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

3.1 ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา

1) ผู้วิจัยนำคู่มือโปรแกรมประยุกต์การนวดกระตุ้น การดูดกลืนในทารกเกิดก่อนกำหนดที่พัฒนาขึ้น มาทดสอบหาความเที่ยง โดยผู้วิจัยทำการนวดกระตุ้น ปากทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีลักษณะเหมือนกลุ่ม

ตัวอย่างจำนวน 5 ราย และเชิญผู้เชี่ยวชาญการนวด ปากทารกเกิดก่อนกำหนด 2 ท่านประเมินความถูกต้องของวิธีการนวด ขั้นตอนการนวด และระยะเวลาที่ใช้ในแต่ละขั้นตอนตามแบบประเมินที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยดัดแปลงจากแบบประเมิน Premature Infant Oral Motor Intervention Reliability Rating Tool (Lessen, 2011) 2) นำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ประกอบด้วย กุมารแพทย์ 1 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลทารกแรกเกิด 3 คนและอาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลเด็ก 1 คนเป็นผู้ตรวจสอบความเหมาะสมและความถูกต้องของเนื้อหา ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมฯ และเครื่องมือวิจัยทุกชุดตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

3.2 ตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ไปทดลองใช้กับทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย คำนวณหาค่าความเชื่อมั่น ด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าความเชื่อมั่น 0.75

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ภายหลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการมาตรฐานการปฏิบัติงานจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์เลขที่หนังสือรับรอง EC008/2565 ของโรงพยาบาลสระบุรี ผู้วิจัยพบหัวหน้าหออภิบาลผู้ป่วยกึ่งวิกฤตทารกแรกเกิด (หอผู้ป่วยเด็ก 3) เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัย 2) ผู้วิจัยประชุมร่วมกับพยาบาลในหน่วยทารกแรกเกิดป่วย โรงพยาบาลสระบุรี เพื่อขอความร่วมมือเป็นผู้ช่วยการวิจัย โดยการอบรมการนวดกระตุ้นการดูดกลืนตามคู่มือของโปรแกรมประยุกต์การนวดกระตุ้นการดูดกลืนที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีการประเมินผลการนวดกระตุ้นการดูดกลืนของพยาบาลที่เข้าร่วมเป็นผู้ช่วยการวิจัยทุกคน เพื่อให้พยาบาลมีแนวทางปฏิบัติ

ที่เป็นไปในมาตรฐานเดียวกัน 3) ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อทารกแรกเกิดที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมก่อนจนครบ 21 ราย หลังจากนั้นจึงเก็บข้อมูลกลุ่มทดลอง 21 ราย เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการถ่ายทอดความรู้กัน โดยกลุ่มควบคุม บันทึกข้อมูลทั่วไปของทารก ประเมินความพร้อมในการดูดกลืนของทารกแรกเกิด ประเมินประสิทธิภาพการดูดกลืน และประเมินความสามารถในการดูดนมของทารก โดยดูปริมาณนมที่ทารกสามารถดูดได้จากการชั่งน้ำหนักตัวก่อนและหลังให้นมมารดาทุกมื้อ โดยผลต่างระหว่างน้ำหนักก่อนและหลังดูดนมจากเต้านมมารดา (กรัม) คือปริมาณของนมที่ทารกได้รับ (มิลลิลิตร) จะบันทึกข้อมูลของทารกในกลุ่มควบคุมในวันที่ 1, 3, และ 5 [2 มื้อติดต่อกัน] และดูจำนวนวันที่ดูดนมหมดตามเกณฑ์ที่ควรได้รับ ส่วนกลุ่มทดลอง เมื่อทารกมีความพร้อมแพทย์อนุญาตให้ดูดนมได้จะบันทึกข้อมูลในแบบวัดทุกชุดเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม แต่จะมีการนวดกระตุ้นการดูดกลืนในทารกเกิดก่อนกำหนด 8 ขั้นตอน ก่อนมื้อนม 15 นาที แล้วจึงให้ทารกดูดนมจากเต้านมสลับข้างของมารดานาน 15-30 นาทีหรือจนกว่าเด็กไม่ดูดนมต่อ 4) ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยเริ่มดำเนินการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2565

5. การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Independent t-test และวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของความสามารถในการดูดนมโดยใช้สถิติ Repeated measures ANOVA

6. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย การรักษาความลับของข้อมูล เก็บบิดามารดา โดยบิดามารดาลงนามยินยอมเข้าร่วม การวิจัยในแบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และสามารถยุติการเข้าร่วมการวิจัยเมื่อใดก็ได้ ซึ่งจะไม่ มีผลกระทบใด ๆ กับการรักษาพยาบาลใด ๆ ที่ทารกจะ ได้รับ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับโปรแกรมการนัดกระตุ้นการดูดกลืน (กลุ่มทดลอง) ร่วมกับการให้นมมารดากับทารกเกิดก่อนกำหนดที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ (กลุ่มควบคุม)

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นทารกแรกเกิดก่อนกำหนดเพศชาย มีจำนวน 25 คน (59.5%) เป็นกลุ่มควบคุม 13 คน (31.4%) กลุ่มทดลอง 12 คน (28.6%) และเพศหญิง มีจำนวน 17 คน (40.5%) เป็นกลุ่มทดลอง 9 คน (21%) กลุ่มควบคุม 8 คน (19%) โดยมีอายุครรภ์แรกเกิดเฉลี่ยรวมที่ 34.38 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมเฉลี่ยที่ 34.38 สัปดาห์ กลุ่มทดลองเฉลี่ยที่ 34.10 สัปดาห์ ทารกเริ่มหัดดูดนมมีอายุเฉลี่ยรวม 5.45 วัน กลุ่มควบคุมเฉลี่ยที่ 4.67 วัน กลุ่มทดลองเฉลี่ยที่ 2.62 วัน อายุทารกเมื่อเริ่มดูดนม 8 มื้อต่อวันเป็นครั้งแรกเฉลี่ยรวมที่ 3.64 วัน กลุ่มควบคุมเฉลี่ยที่ 1.90 วัน กลุ่มทดลองเฉลี่ยที่ 0.80 วัน น้ำหนักทารกเมื่อเริ่มหัดดูดนมเป็นครั้งแรกเฉลี่ยรวมที่ 2088.12 กรัม กลุ่มควบคุมเฉลี่ยที่ 2069.57 กรัม กลุ่มทดลองเฉลี่ยที่ 2106.67 กรัม และ น้ำหนักทารกเมื่อเริ่มดูดนม 8 มื้อต่อวันเป็นครั้งแรกเฉลี่ยรวมที่ 2136.19 กรัม กลุ่มควบคุมเฉลี่ยที่ 2156.67 กรัม กลุ่มทดลองเฉลี่ยที่ 2115.71 กรัม

2. การเปรียบเทียบความสามารถในการดูดนมระหว่างทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับโปรแกรมการนัดกระตุ้นการดูดกลืนร่วมกับการให้นมมารดากับทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ระบุให้ความสามารถในการดูดนม ประกอบด้วย 1) ปริมาณของนมที่ทารกเกิดก่อนกำหนดสามารถดูดนมได้ 2) ประสิทธิภาพการทำงานของกล้ามเนื้อในช่องปาก และ 3) ระยะเวลาในการหัดดูดนม ซึ่งผลจากการศึกษาพบว่า ทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับโปรแกรมประยุกต์การนัดกระตุ้นการดูดกลืนร่วมกับการให้นมมารดากับทารกเกิดก่อนกำหนดที่ไม่ได้รับโปรแกรมประยุกต์การนัดกระตุ้นการดูดกลืน มีความสามารถในการดูดนมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดย

2.1 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของปริมาณของนมที่ทารกเกิดก่อนกำหนดสามารถดูดจากเต้านมแม่ พบว่า มีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยปริมาณนมที่ทารกเกิดก่อนกำหนดสามารถดูดจากเต้านมแม่ ระหว่างทารกเกิดก่อนกำหนดกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการนัดกระตุ้นการดูดนมกับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2.2 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของความสามารถในการใช้กล้ามเนื้อช่องปากในการดูดนมจากเต้านมแม่ พบว่า มีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการใช้กล้ามเนื้อช่องปากในการดูดนมแม่ ระหว่างทารกเกิดก่อนกำหนดกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการนัดกระตุ้นการดูดนมกับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของปริมาณของน้ำนมที่ทารกเกิดก่อนกำหนดสามารถดูดจากเต้านมแม่ และความสามารถในการใช้กล้ามเนื้อช่องปากในการดูดนมจากเต้านมแม่ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Repeated Measured ANOVA

การวัดตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n=21)		กลุ่มทดลอง (n=21)		F	p-value
	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD		
ปริมาณของนมที่ดูดจากเต้านมแม่ (วัดครั้งที่ 1)	9.52	4.45	11.90	6.61	6.044	.005**
ปริมาณของนมที่ดูดจากเต้านมแม่ (วัดครั้งที่ 2)	22.38	8.89	33.81	8.05		
ปริมาณของนมที่ดูดจากเต้านมแม่ (วัดครั้งที่ 3)	31.19	10.11	36.67	7.47		
ประสิทธิภาพการทำงานของกล้ามเนื้อในช่องปาก (วัดครั้งที่ 1)	14.14	4.16	17.57	3.61	6.771	.002**
ประสิทธิภาพการทำงานของกล้ามเนื้อในช่องปาก (วัดครั้งที่ 2)	19.81	3.61	23.48	1.66		
ประสิทธิภาพการทำงานของกล้ามเนื้อในช่องปาก (วัดครั้งที่ 3)	23.62	1.88	24.0	.00		

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2.3 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจำนวนวันที่เริ่มฝึกหัดการดูดนมจนถึงวันที่ทารกดูดนมได้เอง จำนวน 8 มื้อต่อวัน พบว่าจำนวนวันของทารกเกิดก่อนกำหนดกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมประยุกต์การนวดกระตุ้นการดูดกลืน แตกต่างจากกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมประยุกต์การนวดกระตุ้นการดูดกลืนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจำนวนวันที่เริ่มฝึกหัดการดูดนมจนถึงวันที่ทารกดูดนมได้เองเป็นจำนวน 8 ครั้งต่อวัน ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Independent t-test

	ค่าเฉลี่ย	(SD)	t	p
กลุ่มทดลอง	2.63	.80	4.535	.004**
กลุ่มควบคุม	4.67	1.91		

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

3. เพื่อเปรียบเทียบน้ำหนักตัวระหว่างทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับโปรแกรมการนัดกระตุ้นการดูดกลืนร่วมกับการให้นมมารดากับทารกเกิดก่อนกำหนดที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า น้ำหนักตัวของทารกเกิดก่อนกำหนดกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมประยุกต์การนัดกระตุ้นการดูดนม แตกต่างจาก ทารกเกิดก่อนกำหนดกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมประยุกต์การนัดกระตุ้นการดูดกลืน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

	ค่าเฉลี่ย	SD	t	p-value
กลุ่มทดลอง	47.14	37.70	1.806	.001**
กลุ่มควบคุม	87.10	94.11		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลของการวิจัย ผู้วิจัยได้อภิปรายตามวัตถุประสงค์ในการวิจัยที่กำหนดไว้ ดังนี้

1. ทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับโปรแกรมประยุกต์การนัดกระตุ้นการดูดกลืนร่วมกับการให้นมมารดากับทารกเกิดก่อนกำหนดที่ไม่ได้รับโปรแกรมประยุกต์การนัดกระตุ้นการดูดกลืน มีความสามารถในการดูดนมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดย 1) ปริมาณของนมที่สามารถดูดนมได้ 2) ประสิทธิภาพการทำงานของกล้ามเนื้อในช่องปาก และ 3) ระยะเวลาในการหัดดูดนมของทารกกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทุกหัวข้อ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะโปรแกรมประยุกต์การนัดกระตุ้นการดูดกลืนเป็นการนัดที่ช่วยกระตุ้นอวัยวะที่สำคัญในการดูดกลืนของทารกเกิดก่อนกำหนดทั้งริมฝีปาก แก้ม เพดานปาก ลิ้นและคอหอย ให้มีพัฒนาการและสามารถทำงานประสานกันได้เป็นอย่างดีทั้งการดูด การกลืน และการหายใจ นอกจากนี้ การนัดกระตุ้นการดูดกลืน จะกระตุ้นกระแสประสาท

ส่งไปตามประสาทสมองคู่ที่ 7, 9, 11 ส่งต่อไปยังอะมิกดาลา (amygdala) กระตุ้นให้เกิดการรับรู้ถึงรสหวานของนมแม่ และการรับกลิ่นของนมมารดาในทารกระหว่างการดูดนม ทำให้ทารกเกิดการเรียนรู้และจำแนกกลิ่นนมมารดา เมื่อทารกได้กลิ่นนมมารดา จะแสดงพฤติกรรมการดูดบ้วนขึ้น ดูดนานขึ้น และปริมาณนมที่ดูดเพิ่มขึ้นด้วย (Raimbault, Saliba, & Porter, 2007) โดยเมื่ออวัยวะต่าง ๆ ในการดูดกลืนมีความสมบูรณ์ ก็จะทำให้กลไกการดูดกลืนสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับนิตยา แสงดอก และคณะ (2018) ที่ศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองเริ่มดูดนมได้อย่างมีประสิทธิภาพเร็วกว่ากลุ่มควบคุม การนัดบริเวณรอบปากและภายในช่องปากของทารกด้วยนิ้วมือ ช่วยให้การทำงานของกล้ามเนื้อในช่องปากดีขึ้น (สุธาสิณี แซ่หู่ และคณะ, 2556) สอดคล้องกับการศึกษาของ วิภาวรรณ ชัยลังกา และคณะ (2561) ที่พบว่า การใช้นมมารดา ร่วมกับการนัดกระตุ้นการดูดกลืน ช่วยให้ประสิทธิภาพการดูดนมของทารกดีขึ้น

2. น้ำหนักตัวของทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับโปรแกรมประยุกต์การนวดกระตุ้นการดูดกลืนร่วมกับการให้นมมารดา กับทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยน้ำหนักตัวของทารกเกิดก่อนกำหนดกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมประยุกต์การนวดกระตุ้นการดูดกลืน มีค่าเฉลี่ยน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นทารกเกิดก่อนกำหนดที่ไม่ได้รับโปรแกรมประยุกต์การนวดกระตุ้นการดูดกลืน ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า การที่ทารกเกิดก่อนกำหนด มีน้ำหนักตัวน้อยและพัฒนาการยังไม่สมบูรณ์ ทำให้ต้องปรับตัวในสภาพแวดล้อมภายนอก การได้รับการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมรอบตัว ส่งผลให้ทารกใช้พลังงานในขณะที่ดูดนมมากขึ้น โดยทารกกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่มี activities ในการต้องกระตุ้นในการดูดกลืนเอง และยังได้รับนมมารดาผ่านทางสายให้อาหาร ดังนั้น ทารกกกลุ่มควบคุมนี้จึงมี activities น้อย นอนหลับเป็นส่วนใหญ่ การใช้พลังงานมีน้อยจึงเป็นผลทำให้ทารกกลุ่มควบคุมมีน้ำหนักตัวมากกว่ากลุ่มทดลอง ในขณะที่แต่ทารกกลุ่มตัวอย่างมีกิจกรรมจากโปรแกรมประยุกต์การนวดกระตุ้นการดูดกลืนร่วมกับการให้นมมารดาอยู่ตลอด ทำให้การสงวนพลังงานในร่างกายน้อย จึงเกิดภาวะอ่อนล้า (fatigue) ในระหว่างดูดนมได้ง่าย ทำให้มีการหยุดพักการดูดนมเป็นระยะในระหว่างมื้อนม จึงอาจส่งผลให้น้ำหนักตัวทารกเพิ่มขึ้นน้อย แต่เมื่อทารกแข็งแรงขึ้น ก็จะมีการสะสมพลังงานได้มากขึ้น การดูดนมได้ต่อเนื่อง น้ำหนักตัวก็จะเพิ่มมากขึ้นตามมา ผลของการกระตุ้นการดูดกลืนต่อพฤติกรรมดูดนมมารดาของทารกเกิดก่อนกำหนด อย่างไรก็ตาม โปรแกรมประยุกต์การนวดกระตุ้นการดูดกลืนร่วมกับการให้นมมารดา สามารถช่วยให้ ทารกเกิดก่อนกำหนดกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมประยุกต์การนวดกระตุ้นการดูดกลืน มีพัฒนาการโดยสามารถเริ่มดูดนมได้เร็วกว่า กลุ่มที่ไม่ได้

รับโปรแกรมประยุกต์การนวดกระตุ้นการดูดกลืน ซึ่งส่งผลให้ทารกเกิดก่อนกำหนดกลุ่มที่ได้รับการนวดกระตุ้นการดูดกลืนด้วยโปรแกรมประยุกต์การนวดกระตุ้นการดูดกลืน ใช้เวลาในการนอนอยู่โรงพยาบาลน้อยกว่า ซึ่งทำให้ช่วยลดค่าใช้จ่ายและผลกระทบทางลบอื่น ๆ ของทารกและครอบครัวได้ ซึ่งสอดคล้องกับมีการศึกษาทั้งภายในประเทศและต่างประเทศที่พบว่า การนวดกระตุ้นการดูดกลืนช่วยให้ทารกเกิดก่อนกำหนดมีความสามารถในการดูดนมเพิ่มขึ้น มีน้ำหนักตัวมากขึ้น และระยะเวลาในการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลน้อยลง (สุธาสิณี แซ่หุง และคณะ, 2556; นุชนารถ และคณะ, 2560; ศิริเพ็ญ ลิ้มปธรรม และคณะ, 2559; วิจารณ์ชัยลังกา และคณะ, 2561; Calk, 2019)

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 พยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิดทุกคนควรได้รับการอบรมทักษะการนวดกระตุ้นการดูดกลืนแก่ทารกเกิดก่อนกำหนด

1.2 ควรสอนมารดาหลังคลอดให้มีความรู้ทักษะการนวดกระตุ้นการดูดกลืนเพื่อนำไปปฏิบัติที่บ้าน

1.3 จัดวิดีโอเผยแพร่ความรู้ให้เกิดประโยชน์กับมารดาหลังคลอดที่ทารกมีปัญหาเรื่องการดูดกลืน และยังช่วยส่งเสริมนโยบายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในช่วง 6 เดือนหลังคลอด

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ทำการศึกษาเกี่ยวกับวิธีการนวดรูปแบบต่าง ๆ ทั้งในมารดาและทารกเกิดก่อนกำหนด ทารกเพื่อส่งเสริมพัฒนาการในการดูดกลืน

2.2 ศึกษาติดตามพัฒนาการกลุ่มทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับโปรแกรมประยุกต์การนวดกระตุ้นการดูดกลืนในด้านการเจริญเติบโตทั้งร่างกายและจิตใจ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลฝ่ายบริหารการพยาบาล และเจ้าหน้าที่ Pediatric 3 ทุกคนของโรงพยาบาลสระบุรี ที่ได้ให้ความร่วมมือและสนับสนุนอย่างเต็มที่ในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ รวมทั้งขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมมติ อนันต์ปฏิเวช ผู้ที่ให้แนวคิด ให้การปรึกษาแนะนำงานการวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

ชลลดา ภูมิพล. (2539). ผลการใช้โปรแกรมกระตุ้นการดูดกลืนในทารกคลอดก่อนกำหนดต่อความพร้อมและประสิทธิภาพในการดูดนม (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

นุชนารถ ปรีกษาศิ, ทิพวัลย์ ดารามาศ, และศรีสมร ภูมิณสกุล. (2560). ผลของโปรแกรมการนวดปากในทารกเกิดก่อนกำหนดต่อระยะเปลี่ยนผ่านจากการให้นมทางสายยางสู่การกินนมทางปากและน้ำหนักตัว. *รวมาริบัติพยาบาลสาร*, 3(23), 257-268.

วรารณ แสงทวีสิน, ศุภวัชร บุญชิตีเดช, วิบูลย์ กาญจนพัฒนากุล, และสุนทร อ้อเผ่าพันธุ์. (2557). *ทารกคลอดก่อนกำหนด (Preterm)*, 2557. สืบค้นจาก <http://training.dms.moph.go.th/rtdc/storage/app/uploads/public/59b/9e7/9b2/59b9e79b2334e692820781.pdf>

วิภาวรรณ ชัยลังกา, ทิพวัลย์ ดารามาศ, และชินฤดี คงศักดิ์ตระกูล. (2561). ผลของการใช้นมแม่ร่วมกับการนวดปากกระตุ้นการดูดกลืนต่อประสิทธิภาพการดูดนมในทารกเกิดก่อนกำหนด. *รวมาริบัติพยาบาลสาร*, 1(24), 25-36.

ศิริเพ็ญ ลิ้มปธรรม, นฤมล ชีระรังสิกุล, และยุนิ พงศ์จตุรวิทย์. (2559). ผลของการนวดกระตุ้นการดูดกลืนในทารกเกิดก่อนกำหนดในระยะให้นมทางสายให้อาหารต่อความสามารถในการดูดนม. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 4(24), 43-53.

สุดารัตน์ ฤกษ์ใหญ่, ทิพวัลย์ ดารามาศ, และชินฤดี คงศักดิ์ตระกูล. (2557). ผลของการนวดต่อประสิทธิภาพการดูดนมในทารกเกิดก่อนกำหนด. *วารสารกุมารเวชสาร*, 3(21), 17-22.

สุธาสินี แซ่หู่, ทิพวัลย์ ดารามาศ, และเรณู พุกบุญมี. (2556). การทบทวนองค์ความรู้ความเป็นระบบเรื่องการนวดปากเพื่อกระตุ้นการดูดกลืนในทารกเกิดก่อนกำหนด. *รวมาริบัติพยาบาลสาร*, 3(19), 293-307.

Calk, P. (2019). Best practices for oral motor stimulation to improve oral feeding in preterm infants: a systematic review. *Annals of Physiotherapy & Occupational Therapy*, 2(4), 000143. doi:10.23880/APHOT-16000143

Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G* Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior research methods*, 41(4), 1149-1160.

Lessen, B. S. (2011). Effect of the premature infant oral motor intervention on feeding progression and length of stay in preterm infants. *Advances in Neonatal care*, 11(2), 129-139.



ผลของโปรแกรมทักษะสมองชาญฉลาดต่อพัฒนาการด้านทักษะสมอง
ของเด็กวัยก่อนเรียน และพฤติกรรมการเล่นของเด็กในการสร้างเสริมทักษะสมอง
ของผู้ปกครอง

**The effect of Smart Executive Function (SMART-EF) Program on
Preschool Children's Executive Function and Parenting Behaviors
in Enhancing the Executive Function of Children**

นิตยา ศรีบัวรมย์, วท.ม., Nittaya Sribuarom, M.Sc.¹

สุรีภรณ์ สุวรรณโอสถ, ประ.ด., Sureporn Suwannaosod, Ph.D.²

รัตนชฎาวรรณ อยู่ภาค, ประ.ด., Rattanachadawan Yunak, Ph.D.³

น้ำฝน แว่นแคว้น, วท.ม., Namphon Waencwaen, M.Sc.^{1*}

อลงกรณ์ อักษรศรี, ประ.ด., Alongkorn Aksornsri, Ph.D.²

เมธินิวีรล ทัพมงคล, วท.ม., Methiniwiran Thapmongkol, M.Sc.¹

¹อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

¹Lecturer, Faculty of Nursing, Naresuan University

²อาจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

²Lecturer, Ph.D., Faculty of Nursing, Naresuan University

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

³Assistant Professor, Ph.D., Faculty of Nursing, Naresuan University

*Corresponding author E-mail: Namphonw_get@outlook.co.th

Received: February 23, 2024

Revised: May 23, 2024

Accepted: June 12, 2024

บทคัดย่อ

งานวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมทักษะสมองชาญฉลาด (SMART-EF) ต่อพัฒนาการด้านทักษะสมองของเด็กวัยก่อนเรียน และพฤติกรรมการเล่นของเด็กในการสร้างเสริมทักษะสมองของผู้ปกครอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองของเด็กวัยก่อนเรียน อายุ 3-6 ปี และเข้าเรียนที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตั้งแต่เดือนมกราคมถึงธันวาคม พ.ศ. 2565 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มเป็นกลุ่มทดลอง 35 คน และกลุ่มควบคุม 35 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมทักษะสมองชาญฉลาด

กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลปกติ รวบรวมข้อมูลโดยใช้ 1) แบบสอบถามพฤติกรรมการเล่นดูเด็กวัยก่อนเรียน ในการสร้างเสริมทักษะสมองของผู้ปกครอง การตรวจความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .95 และความเที่ยง มีค่าเท่ากับ .86 และ 2) ประเมินพัฒนาการด้านทักษะสมองของเด็กวัยก่อนเรียน ใช้แบบประเมินพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารของเด็กวัยก่อนเรียน (เครื่องมือมาตรฐาน) มีค่า IOC เท่ากับ .67-1.0 และความเที่ยงมีค่าเท่ากับ .88 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และใช้สถิติ Independent sample t-test ผลการวิจัยพบว่า หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเล่นดูเด็กในการสร้างเสริมทักษะสมองของผู้ปกครอง ในกลุ่มทดลองสูงกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<.01$ และคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการด้านทักษะสมองของเด็กวัยก่อนเรียน กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<.001$ ผลการศึกษาครั้งนี้ เสนอแนะว่า บุคลากรทางสุขภาพหรือพยาบาล และผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถนำโปรแกรมส่งเสริมทักษะสมองชาวนฉลาดไปประยุกต์ใช้กับผู้ปกครองของเด็กวัยก่อนเรียน เพื่อส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองและมีพฤติกรรมในการส่งเสริมทักษะสมองของเด็กได้อย่างต่อเนื่องมีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ: ทักษะสมอง ผู้ปกครอง เด็กวัยก่อนเรียน พัฒนาการเด็ก

Abstract

This research is quasi-experimental research. The objective is to evaluate the effectiveness of the Smart Executive Function (SMART-EF) on preschool children's executive function and parents' behaviors regarding promoting executive function. The sample group consists of parents and preschool children aged 3-6 who attend a child development center from January to December 2022. The sample was randomly selected, with 35 participants in the experimental group and 35 in the control group. The experimental group received the Smart Executive Function program, while the control group received regular care. Data were collected using: A questionnaire on pre-school parenting behaviors to enhance parental cognitive skills, with content validity of .95 and reliability of .86, Assessment of pre-school children's executive function development using a standardized tool, with an index of item objective congruence (IOC) of 0.67-1.0 and reliability of .88. Statistical analysis involved descriptive statistics and an independent sample t-test. The research found that, after participating in the program, there was a statistically significant increase in the average scores of parenting behaviors related to enhancing cognitive skills in the experimental group compared to the control group at $p<.01$. Additionally, the average scores of cognitive skill development in pre-school children were significantly higher in the experimental group than in the control group at $p<.001$. This study suggests that health professionals or nurses can apply the "Smart Executive Function" program to parents of preschool children to promote self-awareness and consistent behavior in enhancing children's cognitive skills effectively.

Keywords: Executive function, Parent, Preschool children, Child development

บทนำ

เด็กวัยก่อนเรียนอายุ 3-6 ปี เป็นช่วงวัยที่สำคัญในการวางรากฐานการเรียนรู้ในชีวิต เป็นช่วงเวลาที่เด็กมีการพัฒนาทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญาอย่างรวดเร็ว เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่สมองมีการพัฒนาอย่างสูงสุด (ดวงฤทัย เสมอคุ้มหอม, ปรียาสลิล ไชยวุฒิ, สุดารัตน์ วันงามวิเศษ, และธมกร เขียรภูริเดช, 2563) และเป็นช่วงวัยที่มีอัตราการพัฒนาทักษะสมองที่สูงที่สุดด้วย เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่เด็กมีการพัฒนาระบบประสาทของสมองส่วนหน้ามากที่สุดซึ่งจะช่วยควบคุมอารมณ์ ความคิดการตัดสินใจ และการกระทำของเด็ก ให้เด็กสามารถกำกับควบคุมตนเองไปสู่เป้าหมายได้ เด็กที่มีพัฒนาการด้านทักษะสมองที่ดีจะมีความจำที่ดี มีสมาธิจดจ่อ รู้จักวิเคราะห์ ตัดสินใจ วางแผน เริ่มลงมือทำ ตรวจสอบตนเอง และแก้ไขปัญหาตลอดจนควบคุมอารมณ์ บริหารเวลา จัดความสำคัญ กำกับตนเอง และมุ่งมั่นทำงานบรรลุเป้าหมายที่ตั้งใจไว้ ทั้งนี้การพัฒนาด้านทักษะสมอง จำเป็นต้องอาศัยการฝึกฝนต่อเนื่อง ตั้งแต่วัยเด็กจนพัฒนาเป็นบุคลิกภาพ ส่งผลต่อประสบการณ์ชีวิตและสุขภาพของเด็ก (นันทา โพธิ์คำ, 2563) ประเทศไทยมีการสำรวจทักษะสมองของเด็กทุกภาคของประเทศไทยในช่วงปี 2558-2559 ด้วยแบบประเมินพัฒนาการด้าน Executive Function ในเด็กวัยก่อนเรียน พบว่า การคิดด้านทักษะสมองในเด็กอายุ 2-6 ปี จำนวน 2,965 คน เด็กไทยมีคะแนนทักษะสมองหรือ (EF) ต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ 28.32 หรือประมาณ 1 ใน 3 โดยทักษะสมองด้านที่เป็นปัญหามากที่สุด คือ ปัญหาด้านการยับยั้ง/การหยุด ปัญหาด้านความจำขณะทำงาน และปัญหาการควบคุมอารมณ์ตามลำดับ (นวลจันทร์ จุฑาภักติกุล, ปันดา ธนเศรษฐกร, อรพินท์ เลิศอวาสดาตระกูล, และนุชนาฏ รักษี, 2560) ซึ่งจะส่งผลด้านลบต่อพัฒนาการขั้นวัยถัดไปและความสำเร็จทางการเรียนในระดับที่สูงขึ้น (คันธรส ภาผล, 2563)

ดังนั้นการส่งเสริมและพัฒนาทักษะสมองตั้งแต่วัยเด็กจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อเป็นพื้นฐานในการพัฒนาทักษะทางความคิด ความสามารถในระดับที่สูงขึ้น จนเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพและเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศ ทั้งนี้ในการส่งเสริมทักษะสมองของเด็กเกิดจากการส่งเสริมการเลี้ยงดูและเรียนรู้ของเด็ก (ดวงฤทัย เสมอคุ้มหอม และคณะ, 2563; ดุษฎี อุปการ และอรปรียา ญาณะชัย, 2561)

การส่งเสริมทักษะสมองตั้งแต่วัยเด็กมีความสำคัญต่อการประสบความสำเร็จทั้งเรื่องการเรียนรู้ การทำงาน สุขภาพ และการใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่น การที่เด็กมีทักษะสมองต่ำอาจส่งผลต่อความพร้อมในการเรียน และปัญหาพฤติกรรมในอนาคต บุคลากรทางสุขภาพควรร่วมมือกับครูผู้ดูแลส่งเสริมให้ผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับวิธีการส่งเสริมทักษะสมองของเด็ก และการสนับสนุนให้สามารถประเมินทักษะสมองของเด็กได้ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมและสนับสนุนให้เด็กมีการพัฒนาทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา มีความพร้อมในเรียนรู้และเติบโตขึ้นเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ (ดวงฤทัย เสมอคุ้มหอม และคณะ, 2563) ซึ่งการพัฒนาเด็กในลักษณะนี้สอดคล้องกับการพัฒนาทักษะสมอง หรือ Executive Function (EF) ของเด็ก (คันธรส ภาผล, 2563; นันทา โพธิ์คำ, 2563) ดังการศึกษาในต่างประเทศพบการพัฒนาด้านทักษะสมองในเด็กวัยก่อนเรียนมีความสัมพันธ์กับระดับสติปัญญาและความพร้อมในการเรียน และเด็กที่มีทักษะสมองต่ำ เมื่อเป็นผู้ใหญ่มีปัญหาเสพติด การหยุดเรียน การตั้งคร่ำก่อนวัยอันควร ปัญหาการหย่าร้าง ปัญหาการประกอบอาชีพและเศรษฐกิจ ปัญหาอาชญากรรม นอกจากนี้ยังมีปัญหาสุขภาพ เช่น โรคอ้วน โรคระบบทางเดินหายใจ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มากกว่าเด็กที่มีทักษะสมองดี (Willoughby, Magnus, Vernon-Feagans, Blair, & Family Life Project

Investigators, 2017) และมีการศึกษาที่พบว่า การที่ผู้ปกครองให้เด็กใช้เวลาดูโทรทัศน์และใช้งานสมาร์ทโฟน แท็บเล็ต และคอมพิวเตอร์ ไม่สามารถเพิ่มทักษะสมองของเด็กวัยก่อนเรียนด้านการยับยั้ง ด้านความจำขณะทำงานได้ (Jusienė, Rakickienė, Breidokienė, & Laurinaitytė, 2020)

ในขณะที่งานวิจัยส่วนใหญ่ในประเทศไทยเป็นการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์หรือทำนายทักษะสมองของเด็กวัยก่อนเรียน ดังเช่นงานวิจัยของ ดวงฤทัย เสมอคุ้มหอม, อาภาวรรณ หนูคง, สมสิริ รุ่งอมรรัตน์, และนวลจันทร์ จุฑาภักดีกุล (2562) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคิดด้านทักษะสมองของเด็กก่อนวัยเรียน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครองพบว่า พัฒนาการด้านการเข้าใจและการใช้ภาษาของเด็กวัยก่อนเรียนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการคิดด้านทักษะสมองของเด็ก และความเครียดของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์ทางลบกับการคิดเชิงบริหารของเด็ก นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียนในกลุ่มผู้ดูแลเด็กอยู่ในระดับน้อย และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียนของผู้ดูแลเด็กอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียนของผู้เลี้ยงดูเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียน และปัจจัยด้านอิทธิพลระหว่างบุคคล โดยที่ปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียน มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียนของผู้เลี้ยงดูเด็ก (ภควดี นนทพันธ์, 2561)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาแสดงถึงความพยายามในการสร้างเสริมทักษะสมองของเด็กวัยก่อนเรียน พบว่างานวิจัยยังมีจำนวนจำกัด และบางส่วนมุ่งเน้นการพัฒนาการสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กวัยก่อน

เรียน แต่ยังไม่พบการสร้างเสริมทักษะสมองของเด็กวัยก่อนเรียนโดยการสร้างสมรรถนะที่ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในผู้ปกครอง ดังนั้นในการศึกษานี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมทักษะสมองชาญฉลาด (SMART-EF) ที่ส่งผลต่อพัฒนาการด้านทักษะสมองของเด็กวัยก่อนเรียน และพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กในการสร้างเสริมทักษะสมองของผู้ปกครอง เพื่อใช้ในการส่งเสริมทักษะสมองได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กในการสร้างเสริมทักษะสมองของผู้ปกครอง ภายหลังได้รับโปรแกรมทักษะสมองชาญฉลาดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพัฒนาการด้านทักษะสมองของเด็กวัยก่อนเรียน ภายหลังได้รับโปรแกรมทักษะสมองชาญฉลาด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมติฐานของการวิจัย

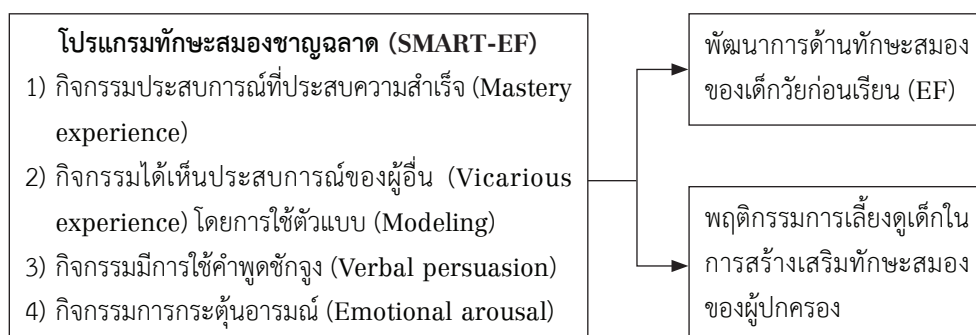
1. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมทักษะสมองชาญฉลาด มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กในการสร้างเสริมทักษะสมองของผู้ปกครอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ
2. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมทักษะสมองชาญฉลาด มีค่าเฉลี่ยคะแนนพัฒนาการด้านทักษะสมองของเด็กวัยก่อนเรียน สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการสร้างเสริมทักษะสมอง (Executive Function)

ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) ด้านการหยุดการยับยั้งพฤติกรรม (Inhibit) (2) ด้านการเปลี่ยน/ความยืดหยุ่นในการคิด (Shift/cognitive flexibility) (3) ด้านการควบคุมอารมณ์ (Emotional control) (4) ด้านความจำขณะทำงาน (Working memory) และ (5) ด้านการวางแผนจัดการ (Plan/Organize) (ดวงฤทัย เสมคุ้มหอม และคณะ, 2563) โดยมีรูปแบบในการ

ให้ข้อมูลผ่านกรอบแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) ของแบนดูรา (Bandura, 1997) จัดทำโปรแกรมประกอบไปด้วย 4 กิจกรรม 1) กิจกรรมประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ 2) กิจกรรมได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่นโดยการใช้ตัวแบบเป็นกิจกรรมรายกลุ่ม 3) กิจกรรมมีการใช้คำพูดชักจูง 4) กิจกรรมการกระตุ้นอารมณ์ (ดังภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีรูปแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental study design) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง ดำเนินการวิจัยระหว่างวันที่ 14 มกราคม 2565 – 25 ธันวาคม 2565

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร คือ ผู้ปกครองเด็กรัยก่อนเรียนอายุ 3-6 ปี ที่นำเด็กเข้ารับการดูแลในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลท่าทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 149 คน แบ่งเป็นห้องเรียนวัยก่อนเรียน จำนวน 2 ห้อง (59 คน) และห้องเรียนอนุบาล 1 จำนวน 2 ห้อง (59 คน) ห้องอนุบาล 2 จำนวน 1 ห้อง (31 คน)

1.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองเด็กรัยก่อนเรียนอายุ 3-6 ปี ที่นำเด็กเข้ารับการดูแลในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มแบบกลุ่ม (cluster sampling) โดยจับฉลากห้องเรียนระดับวัยก่อนเรียน

และอนุบาล 1 เพื่อเป็นกลุ่มทดลอง 2 ห้องเรียน และกลุ่มควบคุม 2 ห้องเรียน โดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษาของกลุ่มตัวอย่างคือ 1) เป็นบุคคลที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไปที่สามารถพูด อ่าน เขียน ภาษาไทยได้ 2) เป็นผู้ให้การดูแลหลักแก่เด็กที่เป็นบุตรหรือหลานอายุระหว่าง 3-6 ปี 3) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกครั้งในทุกกิจกรรม 4) ยินยอมเข้าร่วมโครงการโดยสมัครใจ และลงนามในเอกสารการให้คำยินยอม เกณฑ์การคัดออก คือ มีปัญหาด้านสายตารมมองเห็น และการได้ยิน

ขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G* Power 3.1.9.7 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ = .05 ค่าอำนาจการทดสอบ (power of test) = .80, โดยใช้ค่าขนาดอิทธิพล (effect size) = .63 จากงานวิจัยของ ชุมศิริ ดันติธรา (2559) จะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มละ 32 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้กำหนดเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ดังนั้น จะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 35 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 70 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ประกอบไปด้วย 2 ส่วนคือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองมีดังนี้

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบบสอบถามแบ่งเป็น 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับเด็ก สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การใช้เทคโนโลยี การใช้สื่อออนไลน์ สมาชิกในครอบครัว ข้อมูลทั่วไปของเด็กวัยก่อนเรียน เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง ประวัติสุขภาพ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรม การเลี้ยงดูเด็กวัยก่อนเรียนในการสร้างเสริมทักษะสมองของผู้ปกครอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอาศัยองค์ประกอบจากแนวคิดการสร้างเสริมทักษะสมอง (Executive function) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีทั้งสิ้น 31 ข้อคำถาม แบ่งออกเป็น 5 ด้าน คือ การยับยั้ง/การหยุด, การยืดหยุ่นทางความคิด, การควบคุมอารมณ์, ความจำขณะทำงาน และการวางแผน จัดการ มีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ, ปฏิบัติบ่อยครั้ง, ปฏิบัติบางครั้ง, ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง, ไม่เคยปฏิบัติ โดยคะแนนเรียงจาก 5 ไป 1 คะแนน แบ่งระดับของค่าคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง

ส่วนที่ 3 การประเมินพัฒนาการด้านทักษะสมองของเด็กวัยก่อนเรียน ใช้แบบประเมินพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหาร (MU.EF-101) ของ นวลจันทร์ จุฑาภักติกุล และคณะ พ.ศ. 2560 (นวลจันทร์ จุฑาภักติกุล และคณะ, 2560) แบบประเมินมีคำถาม

32 ข้อ ครอบคลุมทักษะสมอง 5 ด้านคือ การยับยั้ง/การหยุด, การยืดหยุ่นทางความคิด, การควบคุมอารมณ์, ความจำขณะทำงาน, และการวางแผนจัดการ, ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เคย, 1-2 ครั้ง/เดือน, 1-2 ครั้ง/สัปดาห์, 3-4 ครั้ง/สัปดาห์, ทุกวัน แบ่งระดับของค่าคะแนนการคิดด้านทักษะสมองเป็น 5 ระดับ คือ ระดับดีมาก ระดับดี ระดับปานกลาง ระดับควรพัฒนา และระดับควรปรับปรุง

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือโปรแกรมทักษะสมองชาญฉลาด (SMART-EF) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1997) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) กิจกรรมประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ 2) กิจกรรมได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่นโดยการใช้ตัวแบบ 3) กิจกรรมมีการใช้คำพูดชักจูง และ 4) กิจกรรมการกระตุ้นอารมณ์ มีระยะเวลาดำเนินการ 4 สัปดาห์

3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการนำโปรแกรมทักษะสมองชาญฉลาด (SMART-EF) แบบสอบถามพฤติกรรม การเลี้ยงดูเด็กวัยก่อนเรียนในการสร้างเสริมทักษะสมองของผู้ปกครอง ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน พิจารณาความครอบคลุมและความเหมาะสม คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) เท่ากับ .95 และการประเมินพัฒนาการด้านทักษะสมองของเด็กวัยก่อนเรียน มีค่าความสอดคล้องเชิงเนื้อหา (IOC) อยู่ระหว่าง .67-1.0 นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ปกครองที่มีลักษณะคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน คำนวณหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค มีค่าเท่ากับ .86 และ .88 ตามลำดับ

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

4.1 ขั้นเตรียมการ หลังจากโครงการวิจัยได้รับการรับรองและการอนุมัติให้ทำการเก็บข้อมูลจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยนเรศวร ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นครูในศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัยจำนวน 2 คน โดยผู้วิจัยได้ทำความเข้าใจกับผู้ช่วยวิจัยในรายละเอียดโครงการวิจัยเพื่อช่วยทำหน้าที่ในการประสานงานติดต่อกับผู้ปกครองของเด็ก หลังจากนั้นเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของโครงการวิจัย เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยโดยอิสระ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และลงลายมือชื่อเป็นลายลักษณ์อักษรในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงดำเนินการวิจัยดังนี้

4.2 ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

4.2.1 การเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมดำเนินการวิจัย ดังนี้

1) ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรม การเลี้ยงดูเด็กวัยก่อนเรียนในการสร้างเสริมทักษะสมองของผู้ปกครอง และประเมินพัฒนาการด้านทักษะสมองของเด็กวัยก่อนเรียน ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (pre-test)

2) กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลปกติ เมื่อผ่านไปเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมตอบแบบประเมินพฤติกรรม การเลี้ยงดูเด็กวัยก่อนเรียนในการสร้างเสริมทักษะสมองของผู้ปกครอง และประเมินพัฒนาการด้านทักษะสมองของเด็กวัยก่อนเรียน หลังเข้าร่วมโปรแกรม (post-test)

4.2.2 การเก็บข้อมูลกลุ่มทดลองดำเนินการดังนี้

สัปดาห์ที่ 1: แบ่งเป็นรายกลุ่มย่อย กลุ่มละ 4-5 คน โดยวันที่ 1 ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรม การเลี้ยงดูเด็กวัยก่อนเรียนในการสร้างเสริม

ทักษะสมองของผู้ปกครอง และประเมินพัฒนาการด้านทักษะสมองของเด็กวัยก่อนเรียน ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (pre-test)

สัปดาห์ที่ 1 : วันที่ 2 ผู้วิจัยเริ่มดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมทักษะสมองชาญฉลาด (SMART-EF) ตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) จัดโปรแกรมประกอบไปด้วย 4 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery experience)

- สอนให้ความรู้ลักษณะพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียนและหลักการสร้างเสริมพัฒนาการเด็กแก่ผู้ปกครอง ได้แก่ 1) พัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียน ด้านสติปัญญาและกล้ามเนื้อมัดเล็ก ด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ด้านภาษา ด้านการช่วยเหลือตนเอง และสังคม 2) ทักษะสมอง Executive functions คืออะไร และ 3) บทบาทของผู้ปกครองตามหลักการสร้างเสริมพัฒนาการเด็ก ใช้เวลารวม 1 ชั่วโมง

- สอนให้ความรู้หลักและความสำคัญของการพัฒนาทักษะสมองในเด็กวัยก่อนเรียนและหลักการสร้างเสริมทักษะสมองแก่ผู้ปกครอง ได้แก่ 1) ปัจจัยที่ส่งผลต่อทักษะสมอง 2) ทักษะสมอง Executive functions สำคัญอย่างไรต่อชีวิตของเด็ก 3) การจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาทักษะสมอง และ 4) เทคนิคการพัฒนาทักษะสมอง ใช้เวลารวม 1 ชั่วโมง

- สาธิตและสาธิตย้อนกลับวิธีการจัดประสบการณ์การเล่นเพื่อพัฒนาทักษะสมองและพัฒนาการตามวัยของเด็กวัยเรียนแก่ผู้ปกครอง ได้แก่ 1) กิจกรรมการเรียนรู้เพื่อพัฒนาทักษะสมอง 2) กิจกรรมสาธิตย้อนกลับทบทวนในการพัฒนาทักษะสมอง และ 3) อภิปรายถึงประสบการณ์ของความสำเร็จในการส่งเสริม EF ที่ผ่านมาของกลุ่มทดลอง ใช้เวลารวม 1 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 1 : วันที่ 3

กิจกรรมที่ 2 ได้เห็น

ประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious experience) โดยการใช้ตัวแบบ (Modeling) กิจกรรมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ “PLAY FOR YOU MY BABY” เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียนได้พบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับบุคคลต้นแบบ ผู้ที่ประสบความสำเร็จในการส่งเสริม EF และมีประสบการณ์พบเห็นตัวแบบเชิงสัญลักษณ์จากสื่อคอมพิวเตอร์ สื่อสิ่งพิมพ์ และสื่อสารสนเทศดิจิทัลโดยมีวิทยากรผู้เชี่ยวชาญในการพัฒนาทักษะสมองเป็นผู้ให้ความรู้และประสบการณ์ใช้เวลา รวม 2 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 3 มีการใช้คำพูด

ชักจูง (Verbal persuasion) ร่วมกันอภิปรายปัญหาและอุปสรรคจากการปฏิบัติ และวางแผนแก้ปัญหา ร่วมกัน ให้คำชมเชยเมื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการส่งเสริม EF ที่เหมาะสม ใช้เวลา รวม 1 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 1 : วันที่ 4

กิจกรรมที่ 4 การกระตุ้น

อารมณ์ (Emotional arousal) จัดกิจกรรมนิทรรศการ “SMART PLAY for SMART EF” ให้ผู้ดูแลเด็กสร้างสรรค์กิจกรรมการเล่นเพื่อพัฒนาทักษะสมองเด็กวัยก่อนเรียน และมีโอกาสนำเสนอ ประกวดผลงานตนเองแก่สาธารณะเพื่อได้รับการเสริมแรงทางบวก ใช้เวลา รวม 3 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 2-3 : ผู้วิจัยติดตามการ

ส่งเสริม EF และจัดเตรียมนิทาน EF มีการให้ผู้ปกครองนำนิทานส่งเสริม EF ไปเล่าให้เด็กวัยก่อนเรียนฟังทุกวัน ละ 10-15 นาที และมีการให้คำปรึกษาผู้ปกครอง

ประเมินผลหลังสิ้นสุดโปรแกรมเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองตอบแบบประเมินพฤติกรรมการเล่นของเด็กวัยก่อนเรียนในการสร้างเสริมทักษะสมองของผู้ปกครอง และประเมินพัฒนาการด้าน

ทักษะสมองของเด็กวัยก่อนเรียน หลังเข้าร่วมโปรแกรม (post-test)

5. การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5.1 สถิติพรรณนา (Descriptive statistics)

สำหรับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าความถี่ (Frequency) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation หรือ SD)

5.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics)

ใช้สถิติ Independent sample t-test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพัฒนาการด้านทักษะสมองของเด็กวัยก่อนเรียน และคะแนนพฤติกรรมการเล่นของเด็กในการสร้างเสริมทักษะสมองของผู้ปกครอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการเข้าโปรแกรม ทักษะสมองชาญฉลาด โดยผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น 1) ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ โดย Fisher Skewness coefficient เท่ากับ .34 และ .41 ตามลำดับ 2) กลุ่มตัวอย่างมีการสุ่มจากประชากร 3) ประชากรทั้งสองกลุ่มเป็นอิสระต่อกัน ทดสอบโดย Durbin Watson มีค่าเท่ากับ 1.80 และ 2.16 ตามลำดับ 4) ทดสอบความแปรปรวนของข้อมูล ด้วยการทดสอบ Levene's test พบว่า คะแนนตัวแปรตามมีความแปรปรวนไม่แตกต่างกัน

6. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร IRB No. P3-0140/2564 วันที่ 17 กันยายน 2564 ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงถึงสิทธิที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ และสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยหลังจากเข้าร่วมวิจัยแล้วได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้รับของกลุ่มตัวอย่างถูกเก็บเป็นความลับ การรวบรวมข้อมูลและการนำเสนอข้อมูล จัดกระทำอย่างเคารพสิทธิศักดิ์ศรีและความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมโครงการและนำเสนอข้อมูลโดยภาพรวม

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองและเด็กวัยก่อนเรียน

1.1 ผู้ปกครองในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85.70 มีอายุ 21-29 ปี ร้อยละ 37.40 ($\bar{X} = 32.30$, $SD = 9.52$) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 62.90 และสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 37.10 รองลงมาคือ สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 22.90 มีรายได้ 5,000-10,000 ร้อยละ 51.40 และสื่อออนไลน์ที่เข้าใช้บ่อยที่สุด คือ เฟซบุ๊ก ร้อยละ 82.90 รองลงมาคือ ยูทูบ ร้อยละ 80.00 ใกล้เคียงกับกลุ่มควบคุม ที่ผู้ปกครองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.60 มีอายุ 21-29 ปี ร้อยละ 34.30 ($\bar{X} = 33.82$, $SD = 10.52$) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 77.10 และสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 37.10 เป็นส่วนใหญ่ รองลงมาคือ สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 28.60 มีรายได้ 5,000-10,000 ร้อยละ 45.70 และสื่อออนไลน์ที่เข้าใช้บ่อยที่สุด คือ เฟซบุ๊ก ร้อยละ 80.00 รองลงมาคือ ยูทูบ ร้อยละ 74.30

1.2 ข้อมูลของเด็กวัยก่อนเรียน พบว่า ในกลุ่มทดลองเป็นเด็กเพศหญิง ร้อยละ 57.10 เป็นเพศชาย ร้อยละ 42.90 มีอายุ 3 ปี ร้อยละ 71.70 ($\bar{X} = 3.40$, $SD = .34$) ใกล้เคียงกับในกลุ่มควบคุมที่ส่วนใหญ่เป็นเด็กเพศหญิง ร้อยละ 51.14 เป็นเด็กเพศชาย ร้อยละ 48.60 มีอายุ 4 ปี ร้อยละ 62.90 ($\bar{X} = 3.80$, $SD = .52$)

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเล่นดูเด็กในการสร้างเสริมทักษะสมองของผู้ปกครอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรม ผู้ปกครองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเล่นดูเด็กในการสร้างเสริมทักษะสมองไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังได้รับโปรแกรม พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเล่นดูเด็กในการสร้างเสริมทักษะสมองของผู้ปกครอง ในกลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 95.63$, $SD = 16.16$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 89.77$, $SD = 25.94$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการเล่นดูเด็กในการสร้างเสริมทักษะสมองของผู้ปกครอง ระหว่างกลุ่มทดลอง ($n=35$) และกลุ่มควบคุม ($n=35$)

คะแนนพฤติกรรมการเล่นดูเด็กในการสร้างเสริมทักษะสมองของผู้ปกครอง	กลุ่มทดลอง ($n=35$)		กลุ่มควบคุม ($n=35$)		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ก่อนการทดลอง	85.54	18.03	84.49	24.41	3.86	.063
หลังการทดลอง	95.63	16.16	89.77	25.94	7.29**	.009

** $p < .01$

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพัฒนาการด้านทักษะสมองของเด็กวัยก่อนเรียน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม พบว่า หลังได้รับโปรแกรม คะแนนเฉลี่ยพัฒนาการ

ด้านทักษะสมองของเด็กวัยก่อนเรียน กลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 116.94$, $SD = 11.44$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 93.48$, $SD = 23.02$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 14.67$, $p < .001$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรม

การยับยั้ง/การหยุด การยืดหยุ่นทางความคิด การควบคุมอารมณ์ ความจำขณะทำงาน และการวางแผนจัดการสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=13.96$, $p<.001$, $t=13.37$, $p<.001$, $t=6.53$, $p<.001$, $t=10.37$, $p<.01$ และ $t=12.27$, $p=.001$ ตามลำดับ) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพัฒนาการด้านทักษะสมองของเด็กวัยก่อนเรียน ระหว่างกลุ่มทดลอง ($n=35$) และกลุ่มควบคุม ($n=35$) ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

คะแนนเฉลี่ยพัฒนาการด้านทักษะสมอง ของเด็กวัยก่อนเรียน	กลุ่มทดลอง ($n=35$)		กลุ่มควบคุม ($n=35$)		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ก่อนได้รับโปรแกรม (การแปลผล)	91.88 (ระดับดี)	16.04	89.82 (ระดับดี)	24.27	4.12	.066
หลังได้รับโปรแกรม (การแปลผล)	116.94 (ระดับดีมาก)	11.44	93.48 (ระดับดี)	23.02	14.67**	.000
คะแนนเฉลี่ยรายด้านหลังได้รับโปรแกรม						
1. การยับยั้ง/การหยุด	36.37	3.68	29.57	7.27	13.96**	.000
2. การยืดหยุ่นทางความคิด	18.40	1.64	14.91	3.48	13.37**	.000
3. การควบคุมอารมณ์	18.34	2.18	14.71	3.88	6.53*	.013
4. ความจำขณะทำงาน	18.25	2.09	13.94	4.39	10.37*	.002
5. การวางแผนจัดการ	21.94	2.43	17.31	4.65	12.27*	.001

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

อภิปรายผลการวิจัย

จากข้อมูลส่วนบุคคลจะเห็นว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ซึ่งเป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจในการส่งเสริมทักษะสมองของเด็กวัยก่อนเรียนเนื่องจากระดับการศึกษาที่สูงนั้นเป็นปัจจัยด้านบวกที่ส่งผลต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียน (ณิษฐกุล พินิจชาญ, กิตติพงษ์ สอนล้อม, และศิริภัทรา จุฑามณี, 2566) เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้มีระยะการดำเนินการ 4 สัปดาห์จึงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ดังนี้

1. จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม

การเลี้ยงดูเด็กในการสร้างเสริมทักษะสมองของผู้ปกครองพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมทักษะสมองชาญฉลาดมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กในการสร้างเสริมทักษะสมองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=7.29$, $p<.01$) แสดงว่าการประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการสร้างเสริมทักษะสมอง (Executive function) โดยมีรูปแบบในการให้ข้อมูลผ่านกรอบแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) ของแบนดูรา (Bandura, 1997) ที่ผู้วิจัยจัดโปรแกรมทักษะสมองชาญฉลาด (SMART-EF) ซึ่งเป็นกระบวนการ

เพิ่มการเรียนรู้ของผู้ปกครองอิงกรอบแนวคิด EF ได้แก่ 1) ด้านการหยุด การยับยั้งพฤติกรรม 2) ด้านการเปลี่ยน/ความยืดหยุ่นในการคิด 3) ด้านการควบคุมอารมณ์ 4) ด้านความจำขณะทำงาน และ 5) ด้านการวางแผนจัดการ (ดวงฤทัย เสมอคุ้มหอม และคณะ, 2563) ประกอบไปด้วย 4 กิจกรรม 1) กิจกรรมประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ ได้แก่ ให้ความรู้ลักษณะพัฒนาการและหลักการสร้างเสริมพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียน ความสำคัญของการพัฒนาทักษะสมองและหลักการสร้างเสริมทักษะสมองในเด็กวัยก่อนเรียนแก่ผู้ปกครอง มีการสาธิตและสาธิตย้อนกลับวิธีการจัดประสบการณ์การเล่นเพื่อพัฒนาทักษะสมองและพัฒนาการตามวัยของเด็ก จากนั้นอภิปรายถึงประสบการณ์ของความสำเร็จในการส่งเสริม EF ที่ผ่านมาของผู้ปกครอง เช่น มีการเล่าเรื่องวิธีการที่เคยเล่นส่งเสริม EF ทำให้ผู้ปกครองได้เกิดการเรียนรู้ประสบการณ์การจัดกิจกรรม EF ที่ประสบความสำเร็จ 2) กิจกรรมได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น โดยการใช้ตัวแบบ (Modeling) มีกิจกรรมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ “PLAY FOR YOU MY BABY” เปิดโอกาสให้ได้พบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับบุคคลต้นแบบ ผู้ที่ประสบความสำเร็จในการส่งเสริม EF และเห็นจากสื่อคอมพิวเตอร์ วิดีโอ สื่อสิ่งพิมพ์ และสื่อสารสนเทศดิจิทัล ซึ่งกระตุ้นให้ผู้ปกครองได้เห็นประสบการณ์จริง 3) กิจกรรมมีการใช้คำพูดชักจูง มีการร่วมกันอภิปรายปัญหา และอุปสรรคจากการปฏิบัติ และวางแผนแก้ปัญหาพร้อมกัน ให้คำชมเชยเมื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการส่งเสริม EF ที่เหมาะสม ส่งเสริมให้ผู้ปกครองรับรู้ความสามารถของตนเอง 4) กิจกรรมการกระตุ้นอารมณ์ มีการจัดกิจกรรมนิทรรศการ “SMART PLAY for SMART EF” ให้ผู้ดูแลเด็กสร้างสรรค์กิจกรรมการเล่นเพื่อพัฒนาทักษะสมองเด็กวัยก่อนเรียน และนำเสนอ ประกาดผลงานตนเองแก่สาธารณะ เพื่อได้รับการเสริมแรงทางบวก ส่งผลให้ผู้ปกครอง

ในกลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 95.63$, $SD = 16.16$) รับรู้ประโยชน์ของ EF และความสามารถของตนเองจึงมีพฤติกรรม การเลี้ยงดูในการสร้างเสริมทักษะสมองในเด็กวัยก่อนเรียน เพิ่มขึ้น สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 89.77$, $SD = 25.94$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบส่งเสริมทักษะสมองของเด็กวัยก่อนเรียน แบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โดยการให้ผู้ปกครองมีความรู้ รับรู้ความสามารถ การปฏิบัติด้านการส่งเสริมทักษะสมอง ผลวิจัยพบว่า ก่อนได้รับข้อมูลผู้ปกครองมีการปฏิบัติด้านส่งเสริมทักษะสมองการคิดเชิงบริหารของเด็กวัยก่อนเรียน อยู่ในระดับต่ำ และหลังได้รับข้อมูลผู้ปกครองมีการปฏิบัติด้านส่งเสริมทักษะสมองของเด็กวัยก่อนเรียน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ปาริชาติ อาษาธง และทองมี ผลาผล, 2565) และนอกจากนี้มีการวิจัยที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียน และปัจจัยด้านอิทธิพลระหว่างบุคคล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียน ของผู้เลี้ยงดูเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) (ภควดี นนทพันธ์, 2561)

นอกจากนี้ ในงานวิจัยครั้งนี้ หลังจากให้ผู้ปกครองกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมแล้วจะมีพฤติกรรมในการส่งเสริมทักษะสมองสูงขึ้น มากกว่าผู้ปกครองควบคุมควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ปกครองเด็กอายุ 2-5 ปี มีพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และการสนับสนุนทางสังคม เช่น การมีของเล่น หนังสือนิทาน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียน ($p < .05$) (ปรัชญาพร ธิสาระ, จุฑามาศ ผลมาก, เพชรลดา สีขาว, และบุษยรัตน์ ศิลปวิทยาท, 2560)

2. จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน พัฒนาการด้านทักษะสมองของเด็กวัยก่อนเรียน พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมทักษะสมองชาวนฉลาด มีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) อธิบายได้ว่าโปรแกรม ส่งเสริมทักษะสมองที่มีการสร้างสมรรถนะในผู้ปกครอง ของเด็กวัยก่อนเรียน ให้มีความรู้ความสามารถ ส่งผลให้ ผู้ปกครองมีพฤติกรรมในการส่งเสริมทักษะสมองของ เด็กวัยก่อนเรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงทำให้เกิด การเลี้ยงดูเด็กที่เหมาะสม เช่น มีกิจกรรมการเล่นทาน และกิจกรรมการเล่นเสริม EF ส่งผลให้เด็กวัยก่อนเรียน ที่ได้รับการดูแลมีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะสมองเพิ่มขึ้น ทุกด้าน โดยพบว่า ทักษะด้านการหยุดการยับยั้ง พฤติกรรม มีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมา คือด้านการ วางแผนจัดการ ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษา เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ที่ส่งผลต่อส่งเสริมทักษะสมอง สำหรับเด็กวัยก่อนเรียน พบว่า การคิดเชิงทักษะสมอง ของเด็กวัยก่อนเรียน หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการ ทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (คันธรส ภาผล, 2563) และผลการวิจัยนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาที่ พบว่า เด็กวัยก่อนเรียนจะมีทักษะสมองต่ำกว่าเกณฑ์ หากไม่ได้รับการส่งเสริมที่เหมาะสม หากผู้ปกครองมี ความรู้ รับรู้ความสามารถ การปฏิบัติด้านการส่งเสริม ทักษะสมอง ส่งผลให้เด็กวัยก่อนเรียน ที่ผู้ปกครองได้รับ โปรแกรม มีทักษะสมองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ปาริชาติ อาษาธง และทองมี ผลาผล, 2565) ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาที่พบว่า พฤติกรรมในการเลี้ยงดูเด็กวัยก่อนเรียน ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับทักษะสมอง EF ของ เด็กวัยก่อนเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ดวงฤทัย เสมอคุ้มหอม และคณะ, 2562; ลัดดา เหลืองรัตนมาศ, สมปรารถนา สุดใจนาค, ฌัญฐา วรธนะวิโรจน์, และวารุณี มีหลาย, 2564)

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1.1 บุคลากรทางสุขภาพหรือพยาบาล และ ผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถนำโปรแกรมส่งเสริมทักษะสมอง ไปใช้กับผู้ปกครองของเด็กวัยก่อนเรียน เพื่อส่งเสริม การรับรู้ความสามารถของตนเองและมีพฤติกรรมใน การส่งเสริมทักษะสมองของเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ และต่อเนื่อง

1.2 ผู้สนใจที่นำโปรแกรมไปใช้ควรมีความรู้ ความเข้าใจในการสร้างเสริมทักษะสมองของเด็กวัยก่อน เรียนในกลุ่มผู้ดูแลเด็ก บุคลากรทางสุขภาพ หรือครู เพื่อ ช่วยส่งเสริมทักษะสมองของเด็กวัยก่อนเรียนให้เพิ่มขึ้น และช่วยสร้างเสริมพัฒนาการเด็กอย่างเหมาะสม

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาในกลุ่มผู้ปกครองและ เด็กวัยอื่น ๆ หรือผู้ปกครองของเด็กกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหา พัฒนาการ เพื่อพัฒนาทักษะความรู้ความเข้าใจใน การสร้างเสริมทักษะสมองและสร้างเสริมพัฒนาการเด็ก ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.2 ควรมีการศึกษาติดตามผลของโปรแกรม ทักษะสมองต่อพฤติกรรมของผู้ปกครองและพัฒนา ด้านทักษะสมองของเด็กวัยก่อนเรียนในระยะยาว อย่างต่อเนื่อง เช่น หลังเข้าร่วมโปรแกรมไปแล้ว 12 สัปดาห์ เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณมหาวิทยาลัยนเรศวรที่มอบทุน สนับสนุนการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณ ผู้ปกครอง และ ศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัยที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- คันธรส ภาผล. (2563). ผลการจัดกิจกรรมนิทานหุ่นเงา ที่ส่งผลต่อส่งเสริมการคิดเชิงบริหารสมองสำหรับเด็กปฐมวัย. *วารสารครุศาสตร์สาร*, 14(1), 100-113.
- ชุมศิริ ตันติธรา. (2559). *ผลการใช้โปรแกรมสร้างวินัยเชิงบวกที่มีต่อการทำงานของสมองด้านการจัดการของเด็กปฐมวัย* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- ณิชากุล พิชาชาญ, กิตติพงษ์ สอนล้อม, และศิริภัทรา จุฑาภรณ์. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. *วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี*, 31(3), 128-142.
- ดวงฤทัย เสมอคุ้มหอม, ปรียาสลิล ไชยวุฒิ, สุภารัตน์ วันงามวิเศษ, และธมกร เขียวฤทธิ์เดช. (2563). การส่งเสริมการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัย. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา*, 7(10), 16-31.
- ดวงฤทัย เสมอคุ้มหอม, อาภาวรรณ หนูคง, สมสิริ รุ่งอมรรัตน์, และนวลจันทร์ จุฑาภักดีกุล. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคิดเชิงบริหารของเด็กก่อนวัยเรียน. *วารสารสภาการพยาบาล*, 34(4), 80-94.
- ดุขฎี อูปการ, และอรปรียา ญาณะชัย. (2561). การเสริมสร้างพัฒนาการการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัยควรเลือกใช้หลักการใด การเรียนรู้โดยใช้สมองเป็นฐาน หรือการคิดเชิงบริหาร. *วารสารวิชาการ Veridian E-Journal, Silpakorn University ฉบับภาษาไทย สาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะ*, 11(1). 1635-1651.
- นวลจันทร์ จุฑาภักดีกุล, ปันดา ธนเศรษฐกร, อรพินท์ เลิศอวีสดาตระกูล, และนุชนาฏ รักษ์. (2560). *การพัฒนาและหาค่าเกณฑ์มาตรฐานเครื่องมือประเมินการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยประสาทวิทยาศาสตร์สถาบันชีววิทยาศาสตร์โมเลกุล, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นันทา โพธิ์คำ. (2563). ทักษะสมอง EF สำหรับเด็กปฐมวัย. *วารสารมหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย วิทยาเขตอภัยภูเบศร*, 9(2), 707-721.
- ปาริชาติ อาษาธง, และทองมี ผลผล. (2565). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมทักษะการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัยแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในจังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย*, 15(2), 266-282.
- ปรัชญาพร อิศาระ, จุฑามาศ ผลมาก, เพชรลดา สีขาว, และบุษยรัตน์ ศิลปวิทยาพร. (2560). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองในจังหวัดพะเยา. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 35(2), 169-176.
- ภควดี นนทพันธ์. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูเด็ก จังหวัดสงขลา. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, 1(3), 10-24.
- ลัดดา เหลืองรัตนมาศ, สมปรารถนา สุดใจนาถ, ญัฐฐา วรรณะวิโรจน์, และวราภรณ์ มีหลาย. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการคิดเชิงบริหารของเด็กวัยก่อนเรียน. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 31(3), 15-27.

- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Jusienė, R., Rakickienė, L., Breidokienė, R., & Laurinaitytė, I. (2020). Executive function and screen-based media use in preschool children. *Infant and Child Development*, 29(1), e2173. doi:10.1002/icd.2173
- Willoughby, M. T., Magnus, B., Vernon-Feagans, L., Blair, C. B., & Family Life Project Investigators. (2017). Developmental delays in executive function from 3 to 5 years of age predict kindergarten academic readiness. *Journal of learning disabilities*, 50(4), 359-372.



ผลของการจัดการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม
ต่อการรับรู้คุณค่าวิชาชีพ ของพยาบาล และการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้า
ของผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

**The Effects of Participatory Nursing Model on Nurses' Perception
for Professional Value and Decision for Advance Care Planning
of Patient with Risk of Stroke**

ไชนูญ มาหมัด, พย.บ., Zainoon Mamad, B.N.S.^{1*}

ปานตา อภิรักษ์นภานนท์, ประ.ด., Panta Apiruknapanond, Ph.D.²

สุวรรณี ละออปักษิณ, ค.ด. Suwannee Laoopugsin, Ph.D.³

¹ นักศึกษา, หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

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

² อาจารย์, ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

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

³ รองศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

³ Associate Professor, Ph.D., Faculty of Nursing, Saint Louis College

*Corresponding Author Email: zainoon0@gmail.com

Received: September 22, 2022

Revised: April 12, 2023

Accepted: June 6, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมต่อการรับรู้คุณค่าวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพ และการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าของผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม จำนวน 25 คน และกลุ่มผู้ให้บริการ ได้แก่ กลุ่มควบคุม เป็นกลุ่มที่ผู้ให้บริการได้รับการพยาบาลแบบเดิมจำนวน 20 ราย และ กลุ่มทดลอง เป็นกลุ่มที่ผู้ให้บริการได้รับการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมจำนวน 20 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง มีดังนี้ 1.1 รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม โดยใช้แนวคิดหลักการบริหารแบบมีส่วนร่วมของซาส์กิน และดำเนินการโดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยอายุรกรรม 1.2 เครื่องมือที่ใช้

กำกับการทดลอง ได้แก่ 1) แบบทดสอบความรู้ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังการดำเนินการพัฒนารูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม และ 2) แบบทดสอบความรู้ ในการปฏิบัติตนเมื่อมีอาการโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ใช้บริการ หลังการดำเนินการพัฒนารูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล มีดังนี้ 2.1 แบบสอบถามการรับรู้คุณค่าวิชาชีพพยาบาลของยอน อินจา และคณะ (Yeun et al., 2005) และ 2.2 แบบประเมินความรู้ และการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าของผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และแบบบันทึกการตัดสินใจล่วงหน้าของผู้ป่วยโดยเขียนไว้เป็นลายลักษณ์อักษร สถิติที่ใช้ในการวิจัยคือร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ และ เปรียบเทียบความรู้และการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าของกลุ่มผู้ใช้บริการระหว่างหลังการได้รับการพยาบาลแบบเดิมกับหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมโดยสถิติ Mann-Whitney U ผลการวิจัยพบว่า 1. หลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม พยาบาลมีการรับรู้คุณค่าวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพสูงขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า หลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม พยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้คุณค่าวิชาชีพเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม 3 ด้าน คือ 1) การเห็นคุณค่าในวิชาชีพ 2) การตระหนักรู้ทางสังคมและวัฒนธรรม 3) บทบาทในการบริการพยาบาล ส่วนการรับรู้คุณค่าวิชาชีพรายด้านที่ไม่สูงขึ้น มี 2 ด้าน คือ 1) ความเป็นมืออาชีพของพยาบาล และ 2) ด้านความคิดริเริ่มของพยาบาล และ 2. ความรู้และการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าของผู้ใช้บริการที่ได้รับการรูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม สูงกว่าผู้ที่ได้รับการพยาบาลแบบเดิม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม การรับรู้คุณค่าวิชาชีพ การตัดสินใจวางแผนล่วงหน้า ภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

Abstract

This semi-experimental research The objective is to study the results of using participatory nursing models to recognize the professional value of professional nurses. And the advance planning decision of patients with stroke risk The sample is divided into 2 groups, namely the professional nursing group that operatesIn the 25 gymnast patients and the user group, the control group is a group in which 20 users receive traditional nursing and the trial group is a group in which users are nursing using participatory nursing forms 20 Research tools have 2 parts. Part 1 is an experimental tool. And the tools used to direct the experiment are as follows: 1.1 participatory nursing model By using the concept of participatory management principles of Susshkin And operated byParticipation of professional nurses, internal medicine ward, 1.2 tools used to supervise experiments, including 1) knowledge tests About stroke and advance planning decisions of professional nurses Before and after the development of participatory nursing models and 2) Knowledge test In practice when having a stroke Of service users After the development

of a participatory nursing model, Part 2, the tools used to gather information are as follows: 2.1 Yon Eunja's Nursing Professional Recognition Questionnaire and Faculty (Yeun et al., 2005) And 2.2 knowledge evaluation model And pre-planned decisions developed by the researcher And the patient's advance decision record in writing The statistics used in the research are the average percentage, standard deviation, and comparison of knowledge and judgment. The pre-planned mind of the user group during the period after receiving the same nursing and after using the participatory nursing model by Mann-Whitney U statistics. The results show that 1. After using the participatory nursing model Nurses have a higher professional value recognition of professional nurses than before using the participatory nursing model. When considered on a side basis, found that After using the participatory nursing model Nurses that are sample groups have a high level of professional value recognition. More than before, the use of 3-sided participatory nursing models is 1) Professional appreciation 2) Social and cultural awareness 3) Role in nursing services As for the perceived professional value that is not higher, there are 2 areas 1) Nursing professionalism and 2) Nursing initiatives and 2. Knowledge and advance planning decisions of service users receiving participatory nursing forms Higher than those receiving traditional nursing. Statistically significant at level .05.

Keyword: *Participatory Nursing Model, Perception for Professional Value, Decision for Advance Care, Risk of Stroke*

บทนำ

การพัฒนาการบริการให้มีคุณภาพและมาตรฐานอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งสำคัญในระบบบริการสุขภาพ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ (กรมสนับสนุนบริการสาธารณสุข, 2564) วิชาชีพการพยาบาลมีความจำเป็นที่จะต้องให้บริการสุขภาพแก่ผู้มาใช้บริการให้มีคุณภาพและได้มาตรฐาน เป้าหมายสำคัญคือความปลอดภัยของผู้ใช้บริการการพัฒนาความรู้ในการจัดการการดูแลตนเองและครอบครัว (กนกพร จิวประสาธ, 2558) พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้ คำแนะนำ คำปรึกษา ซึ่งเป็นบทบาทอิสระ และนำแผนการรักษาถึงผู้ป่วยอย่างปลอดภัย [สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์กรมหาชน), 2560]

ผู้บริหารทางการแพทย์จึงต้องมีการวางแผน ปรับปรุง และพัฒนาระบบบริการเพื่อให้เกิดคุณภาพสูงสุด การบริการพยาบาลอย่างมีคุณภาพ (จารุณี ดาวังปา และ มณีรัตน์ ภาครูป, 2560) เบญจมาศ ปรีชาคุณ และคณะ (2558) กล่าวว่า การปฏิบัติการพยาบาลที่สามารถดูแลผู้ป่วย ครอบคลุม โดยการให้ความรู้ และการพยาบาลที่ถูกต้อง แม่นยำ ปลอดภัย มีความเมตตา กรุณา และเป็นมิตรต่อผู้ใช้บริการ เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้พยาบาลรับรู้ถึงคุณค่าวิชาชีพ และภาพลักษณ์ด้านบริการ

วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่มีเกียรติ และมีภาพลักษณ์ที่ดีต่อสังคม เพื่อให้สังคมได้ตระหนักถึงคุณค่าของงานการพยาบาล พยาบาลต้องรับรู้ถึงคุณค่า

ในงานพยาบาล เกิดความรัก ความภูมิใจในวิชาชีพ นำมาซึ่งคุณภาพการดูแล คุณภาพบริการพยาบาลที่ดี กนกอร ธาราช, สุวิณี วิวัฒน์วานิช และจิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2552) พยาบาลจำเป็นต้องพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อให้ได้ผลงานที่มีคุณภาพโดยคำนึงถึงความคาดหวังของผู้ใช้บริการจากแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (2560-2564) ได้นำแนวคิดการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และถูกกำหนดให้เป็นนโยบายด้านการบริการสาธารณสุข ซึ่งการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เป็นการบริการที่ตอบสนองความต้องการตามความคาดหวังของผู้ใช้บริการเป็นรูปแบบการให้บริการสุขภาพที่ให้ความสำคัญระหว่างผู้ให้บริการและครอบครัว โดยให้ความรู้สนับสนุนให้ผู้ใช้บริการมีส่วนร่วมและตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง (ทรรศนันท์ ไทยอัฐวิธิ และอภิญญา จำปามูล, 2562)

การตัดสินใจเป็นกระบวนการที่บุคคลต้องเลือกกระทำการสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หากการตัดสินใจนั้นเป็นการตัดสินใจที่มีผลต่อชีวิตในระยะยาว ผู้ตัดสินใจควรเป็นตัวผู้ป่วยเองและญาติสนิท และผู้ตัดสินใจต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องนั้น ๆ เป็นอย่างดี อีกทั้งต้องรับรู้ถึงผลกระทบต่อการตัดสินใจนั้น ทั้งนี้อาจต้องใช้เวลาไตร่ตรอง (สุริยา ฟองเกิด, ศุภรา หิมามันโต, และสิบตระกูล ตันตลานุกุล, 2559) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการตัดสินใจเมื่อต้องเผชิญกับภาวะวิกฤติ และต้องตัดสินใจเพื่อรับการรักษา หากการตัดสินใจนั้นเป็นการตัดสินใจที่มีผลต่อชีวิตในระยะยาว ผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจร่วมจึงมีความวิตกกังวล เนื่องจากอยู่ในช่วงเวลาที่ย่ำแย่และคับขัน (ปฐมวดี สิงห์ทอง และชนกพร จิตปัญญา, 2557) ผู้ป่วยระยะวิกฤติฉุกเฉินที่เข้ารับการรักษาโรงพยาบาลเมื่อมีปัญหาสุขภาพที่คุกคามชีวิตและต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนทันทั่วทั้งที่จากทีมบุคลากรสุขภาพ เพื่อลดอัตราการตายและพิการลงโดยเฉพาะ

อย่างยิ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ที่อยู่ในภาวะวิกฤติ ที่มาถึงโรงพยาบาลและต้องการการตัดสินใจรับการรักษาเร่งด่วน ขั้นตอนการตัดสินใจเป็นสิ่งที่ต้องใช้เวลา และอาศัยผู้ดูแลที่มีอำนาจในการตัดสินใจรับการรักษา ในเวลาที่ยผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล ในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในสถานการณ์ที่ตัดสินใจเองไม่ได้ ความไม่เข้าใจต่อการรักษา ความรู้สึกไม่แน่นอน ไม่มั่นใจ ขาดความรู้ความเข้าใจในการดำเนินของโรค และแนวทางการรักษาเมื่อเกิดภาวะวิกฤติโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ตันเฉียบพลัน (Acute Ischemic Stroke) ที่ผู้ป่วยต้องตัดสินใจ เพื่อการดูแลรักษาอาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอัตราการตายและความพิการหลงเหลืออยู่ นอกจากผลลัพธ์ต่อตัวผู้ป่วยแล้วยังมีผลต่อโรงพยาบาล คือระยะเวลาการครองเตียงเพิ่มขึ้น อัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน เพิ่มสูงขึ้น และภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นทั้งต่อโรงพยาบาล และผู้ป่วย และทั้งต้นทุนทางตรง และทางอ้อม

จากการดำเนินงานที่ผ่านมาโรงพยาบาลและภารกิจด้านการพยาบาลได้ร่วมพัฒนาระบบบริการอย่างต่อเนื่อง และได้วิเคราะห์ผลลัพธ์การดำเนินการจากการวิเคราะห์ระบบ Stroke Fast Track เมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะวิกฤติโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ตันเฉียบพลัน (Acute Ischemic Stroke) พบว่าการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัวในช่วงเวลาวิกฤติ ที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องตัดสินใจ ในช่วงเดือนตุลาคม 2561-กันยายน 2562 พบปัญหาการตัดสินใจล่าช้า จากการวิเคราะห์ระบบ Stroke Fast Track ผู้ป่วยเกิดภาวะวิกฤติโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ตันเฉียบพลัน (Acute Ischemic Stroke) มีจำนวนทั้งสิ้น 34 ราย มีจำนวน 6 ราย ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (Thrombolysis) เกินระยะเวลาที่กำหนดมากกว่า 60 นาที คิดเป็นมากกว่าร้อยละ 17 และมีจำนวน 2 รายคิดเป็นร้อยละ 33.33

ที่เกิดจากการตัดสินใจล่าช้า ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงและเสียโอกาสการรักษาตามมาตรฐาน ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม โดยใช้แนวคิดของซาส์คิน Sashkin (1982) ในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการพยาบาลระหว่างพยาบาลกับพยาบาล และพยาบาลกับผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้า (Advance Care Planning) ของผู้ป่วย และครอบครัวเมื่อเกิดภาวะวิกฤติโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ตันเฉียบพลัน (Acute Ischemic Stroke)

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้คุณค่าวิชาชีพของพยาบาลก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม

2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ และการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าของผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบเดิม และการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม

สมมติฐานการวิจัย

1. การรับรู้คุณค่าวิชาชีพของพยาบาลหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมสูงขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม

2. ผู้ป่วยภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ที่ได้รับการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม มีความรู้ และการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าสูงกว่าการใช้รูปแบบพยาบาลแบบเดิม

กรอบแนวคิดการวิจัย

รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม

พัฒนาขึ้นมาจากการประชุมพยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย โดยมีขั้นตอน คือ

1. การกำหนดเป้าหมาย (Participation in Goal Setting)
- พยาบาลในทีมดูแลผู้ป่วยกำหนดเป้าหมาย การดูแลร่วมกัน
2. ตัดสินใจ เลือกแนวทางปฏิบัติร่วมกัน (Participation in Decision Making)
- พยาบาลในทีมดูแลผู้ป่วยร่วมเลือกแนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย
3. วิเคราะห์ หาแนวทางการป้องกันปัญหาร่วมกัน (Participation in Problem Solving)
- พยาบาลในทีมดูแลผู้ป่วยร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา และหาแนวทางป้องกัน แก้ไขปัญหา
4. สร้างรูปแบบการพยาบาล ทิยยอมรับร่วมกัน (Participation in Change)
- พยาบาลในทีมดูแลผู้ป่วยเลือกแนวทาง เพื่อการเปลี่ยนแปลงแนวทางการปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน

Sashkin (1982)

การรับรู้คุณค่าวิชาชีพพยาบาล

1. อัตมโนทัศน์ของวิชาชีพ (Self-concept of the profession)
 2. การรับรู้ทางสังคม (social awareness)
 3. ความเป็นมืออาชีพของพยาบาลวิชาชีพ (professionalism of nursing)
 4. บทบาทของการบริการพยาบาล (the roles of nursing service)
 5. ความคิดริเริ่มของพยาบาลวิชาชีพ (originality of nursing)
- Yeun et al. (2005)

ความรู้และการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าของผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร

ประชากรมี 2 กลุ่ม คือ 1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลเลิดสิน และ 2) ผู้ใช้บริการเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลจากพยาบาลในหอผู้ป่วย อายุรกรรม โรงพยาบาลเลิดสิน

1.2 กลุ่มตัวอย่าง

1.2.1 พยาบาลวิชาชีพ ที่ขึ้นทะเบียนประกอบวิชาชีพสาขาการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลเลิดสิน จำนวน 25 คน ได้จากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) แบ่งตามเกณฑ์ดังนี้

1) เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลเลิดสิน ยินดีเข้าร่วมการวิจัย สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการทดลองได้ครบกระบวนการ

2) เกณฑ์ในการคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง ได้รับการเลื่อนตำแหน่งเป็นผู้บริหาร ย้ายไปปฏิบัติที่หน่วยงานอื่น ป่วย หรือ ลางาน ช่วงการดำเนินการทดลองมากกว่า ร้อยละ 20 ของการทำงาน

1.2.2 ผู้ใช้บริการ คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุ 20-80 ปีที่เข้ารับบริการ จำนวน 40 ราย ได้จากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เป็นกลุ่ม กลุ่มละ 20 คนตามเกณฑ์ของสุวิมล ว่องวานิช และนงลักษณ์ วิรัชชัย (2546) โดยกลุ่มควบคุม ซึ่งจะได้รับการพยาบาลแบบเดิมจำนวน 20 ราย และกลุ่มทดลอง ซึ่งจะได้รับการพยาบาลรูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม จำนวน 20 ราย

1) เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง สามารถพูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้ ไม่มีความผิดปกติด้านการได้ยิน การมองเห็น ยินดีเข้าร่วมการวิจัย เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัจจัยใดปัจจัยหนึ่ง ดังนี้ มีความดันโลหิตสูง คือ ความดันตั้งแต่ 140/90 mmHg ขึ้นไป เป็นโรคเบาหวาน HbA1C มากกว่า 6.4 ไขมันในเลือดสูง คือ Cholesterol มากกว่า 200 mg% และไขมันชนิดไม่ดีหรือ LDL มากกว่า 100 mg% เป็นโรคอ้วน คือ ดัชนีมวลกาย (BMI) มากกว่า 23 kg/m² และรอบเอวมากกว่า 32 นิ้วในผู้หญิง หรือ 36 นิ้วในผู้ชาย เป็นโรคหัวใจ สุกดิบหรือตีบสุรา

การป้องกันการปนเปื้อน (Contamination) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง เมื่อเก็บข้อมูลครบ จึงเริ่มการทดลอง ดังนั้นผู้ให้บริการที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจึงเป็นคนละกลุ่มกัน และเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความเท่าเทียมกัน ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการ Matched pair group โดยจับคู่กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันในเรื่องของเพศ แบ่งเป็นเพศชาย เพศหญิง ในเรื่องของอายุ แบ่งเป็นอายุ 21-40 ปี อายุ 41-60 ปี อายุ 61-80 ปี

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้ คือ

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม โดยใช้แนวคิดหลักการบริหารแบบมีส่วนร่วมของซาสคกิน Sashkin (1982) ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และดำเนินการโดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลเลิดสิน

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

2.1.1 แบบประเมินการรับรู้คุณค่าวิชาชีพพยาบาลของยอน อีนา และคณะ (Yeun et al., 2005) ที่ผ่านการแปลแบบย้อนกลับ (Back-Translation) มีจำนวนทั้งหมด 29 ข้อ แบ่งออกเป็น 5 ปัจจัย ดังนี้ (1) การเห็นคุณค่าในวิชาชีพ จำนวน 9 ข้อ (2) การตระหนักถึงทางสังคมและวัฒนธรรม จำนวน 8 ข้อ (3) ความเป็นมืออาชีพของพยาบาล จำนวน 5 ข้อ (4) บทบาทในการให้บริการพยาบาล จำนวน 4 ข้อ และ (5) ความคิดริเริ่มของรพพยาบาล จำนวน 3 ข้อ ผู้วิจัยนำแบบประเมินที่ผ่านการตรวจสอบมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index = CVI) ได้เท่ากับ 0.86 หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.87

2.1.2 แบบประเมินความรู้ และการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้า และแบบบันทึกการตัดสินใจล่วงหน้าของผู้ป่วยโดยเขียนไว้เป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้น โดยลักษณะคำถามเป็นเลือกตอบ จำนวน 9 ข้อ และข้อมูลของผู้ป่วยสรุปการตัดสินใจโดยเขียนไว้เป็นลายลักษณ์อักษร

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 ขั้นเตรียมการทดลอง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

3.1.1 ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจาก คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล พร้อมโครงร่างงานวิจัยและเครื่องมือ

3.1.2 ผู้วิจัยเข้าพบรองผู้อำนวยการภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลเลิดสิน เพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการจัดทำวิจัย

3.1.3 ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าและพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยอายุรกรรม เพื่อขอความร่วมมือโดยอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย

และเครื่องมือวิจัย

3.1.4 สร้างสัมพันธภาพ และชี้แจงรายละเอียดการวิจัยเพื่อขอความร่วมมือ ระหว่างทีมผู้วิจัยกับพยาบาลวิชาชีพ เพื่อให้เกิดความเข้าใจถึงแนวทางการพัฒนาโครงการวิจัย และร่วมมือในการพัฒนารูปแบบการพยาบาล

3.1.5 ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามจนหมดข้อสงสัย

3.1.6 ให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างการทดลอง

3.2 ขั้นตอนการทดลอง

ระยะที่ 1 กลุ่มผู้ใช้บริการกลุ่มควบคุม เก็บข้อมูลการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าของกลุ่มควบคุมหลังจากที่ได้รับการพยาบาลแบบเดิม

ระยะที่ 2 กลุ่มพยาบาล

- แจ้งให้พยาบาลวิชาชีพทราบถึงขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วม การวิจัย พร้อมให้พยาบาลวิชาชีพทำแบบทดสอบความรู้ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้า โดยใช้เครื่องมือกำกับการทดลองก่อนอบรม และทำแบบสอบถามการเก็บรวบรวมข้อมูลการรับรู้คุณค่าวิชาชีพการพยาบาลของยอนอีนาและคณะ (Yeun et al., 2005) ก่อนใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม (Pre-test)

- อบรมพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้า โดยผู้เชี่ยวชาญ

- ให้พยาบาลวิชาชีพทำแบบทดสอบความรู้ โดยใช้เครื่องมือกำกับการทดลองเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าหลังอบรม และพัฒนารูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม

- ให้พยาบาลวิชาชีพแบ่งกลุ่ม กลุ่มละ 5 คน

- หลังจากนั้นให้พยาบาลวิชาชีพมีการวางแผน ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมเพื่อนำไปใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ที่มาใช้บริการที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม โดยผู้วิจัยและพยาบาลวิชาชีพพร้อมกันประชุมปรึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม ในบริบทของโรงพยาบาล โดยพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของซาส์ซกิน (Sashkin, 1982) มีขั้นตอนคือ พยาบาลทุกคนร่วมกันกำหนดเป้าหมาย พยาบาลทุกคนร่วมกันตัดสินใจ พยาบาลทุกคนร่วมกันแก้ไขปัญหา ร่วมกันพัฒนารูปแบบการพยาบาล (Participation in Change)

ระยะที่ 3 กลุ่มพยาบาล

- วันที่ 1 พยาบาลวิชาชีพประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (5 นาที)

- วันที่ 2 พยาบาลวิชาชีพให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (10 นาที)

- วันที่ 3 พยาบาลวิชาชีพให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ แลกเปลี่ยนข้อมูล และประเมินผลโดยให้กลุ่มผู้ใช้บริการทวนกลับ (15 นาที)

- ผู้วิจัยตรวจเยี่ยมพยาบาลวิชาชีพที่ใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการพยาบาล สรุปผลการเยี่ยมตรวจพยาบาลวิชาชีพ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย

3.3 ขั้นตอนประเมินผลการทดลอง

กลุ่มพยาบาล ทำแบบสอบถามการรับรู้

คุณค่าวิชาชีพการพยาบาลของยอน อึนจา และคณะ (Yeun et al., 2005) หลังใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม (Post-test)

กลุ่มผู้ใช้บริการ กลุ่มทดลอง หลังผู้ใช้บริการได้รับการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูล ความรู้ และการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้า

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

4.1 ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive analysis) เช่น วิธีแจกแจงความถี่ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4.2 เปรียบเทียบการรับรู้คุณค่าวิชาชีพของพยาบาลก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมโดยหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4.3 เปรียบเทียบความรู้ และการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าของกลุ่มผู้ใช้บริการระหว่างหลังการได้รับการพยาบาลแบบเดิมกับหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมโดยสถิติ Mann-Whitney U

5. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการศึกษา วิธีดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธการขอเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น ข้อมูลทุกอย่างเป็นความลับและ ไม่มีการเปิดเผยข้อมูลให้กับผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องและข้อมูลที่จะได้จากการวิจัยจะใช้เพื่อศึกษาตามวัตถุประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนจากการวิจัยได้ตลอดเวลาตามต้องการ ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัยอย่างเป็นทางการ

ลายลักษณ์อักษร โครงการวิจัยเรื่องนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ โดยได้ผ่านการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์แบบเร่งรัด เรียบร้อยแล้ว เลขที่รับรอง E.008/2564

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพเป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 ส่วนมากมีอายุเฉลี่ยที่ 21-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 76 และมีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 44

กลุ่มตัวอย่างผู้ใช้บริการทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ส่วนมากเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง มีอายุระหว่าง 41-60 ปี มากที่สุด โดยผู้ใช้บริการมีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 77.50 การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 40 ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว/เจ้าของกิจการ และพนักงานบริษัท คิดเป็นร้อยละ 45 รายได้เฉลี่ยอยู่ที่

10,000-20,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 60 ส่วนใหญ่รายได้ต่อเดือนเพียงพอ สิทธิการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่ใช้สิทธิประกันสังคม มีโรคประจำตัวเป็นโรคไขมันในเลือดสูง ส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ และส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุรา ผลการวิเคราะห์การรับรู้คุณค่าวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม พบว่า หลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม พยาบาลมีการรับรู้คุณค่าวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพสูงขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ไม่สูงขึ้น และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า หลังการทดลองการรับรู้คุณค่าวิชาชีพรายด้านที่สูงขึ้นจากก่อนการทดลองมี 3 ด้าน คือ 1) การเห็นคุณค่าในวิชาชีพ 2) การตระหนักถึงทางสังคม และวัฒนธรรม และ 3) บทบาทในการบริการพยาบาล ในขณะที่การรับรู้คุณค่าวิชาชีพที่ไม่สูงขึ้น มี 2 ด้าน คือ ด้านความเป็นมืออาชีพของพยาบาล และด้านความคิดริเริ่มของพยาบาล (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการรับรู้คุณค่าวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม จำแนกตามด้าน

การรับรู้คุณค่าวิชาชีพ	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
การเห็นคุณค่าในวิชาชีพ	4.17	.64	สูง	4.49	.37	สูงมาก
การตระหนักถึงทางสังคมและวัฒนธรรม	3.93	.62	สูง	4.34	.48	สูงมาก
ความเป็นมืออาชีพของพยาบาล	4.18	.69	สูง	4.40	.55	สูง
บทบาทในการให้บริการพยาบาล	4.02	.75	สูง	4.41	.41	สูงมาก
ความคิดริเริ่มของพยาบาล	3.53	.91	สูง	4.08	2.67	สูง
โดยรวม	3.97	.72	สูง	4.34	.89	สูงมาก

ผลการเปรียบเทียบความรู้ และการตัดสินใจ วางแผนล่วงหน้าของผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบเดิม และการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม พบว่า ความรู้ และการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าของผู้ใช้บริการที่

ได้รับการบริการรูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม สูงกว่า ผู้ที่ได้รับได้รับการพยาบาลแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้า ของผู้ใช้บริการหลังการได้รับการพยาบาลแบบเดิมกับหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม

ความรู้และการตัดสินใจ	$\bar{X}$	ร้อยละ	ระดับ	Mann-Whitney U	Z	Asymp.Sig (1-tailed)
กลุ่มควบคุม	3.70	37	ต่ำ	99.000	2.744	.006 *
กลุ่มทดลอง	6.65	66.5	กลาง			

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาที่พบว่า หลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม พยาบาลมีการรับรู้คุณค่าวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพสูงขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า หลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม พยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีการรับรู้คุณค่าวิชาชีพเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม 3 ด้าน คือ 1) การเห็นคุณค่าในวิชาชีพ 2) การตระหนักรู้ทางสังคมและวัฒนธรรม 3) บทบาทในการบริการพยาบาล ทั้งนี้อาจเป็นเพราะพยาบาลรับรู้ถึงคุณค่าในงานพยาบาลอยู่แล้วเนื่องจากพยาบาลเป็นวิชาชีพที่มีเกียรติ และมีภาพลักษณ์ที่ดีต่อสังคม เพื่อให้สังคมได้ตระหนักถึงคุณค่าของงานพยาบาล ทำให้เกิดความรัก ความภูมิใจในวิชาชีพ นำมาซึ่งคุณภาพการดูแล คุณภาพบริการพยาบาลที่ดี (กนกอร ธารา และคณะ, 2552) และเมื่อได้เข้ารับการ

การรับรู้คุณค่าวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพสูงมากขึ้นกว่าก่อนการทดลอง

จากผลการศึกษาที่พบว่า ความรู้และการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าของผู้ใช้บริการที่ได้รับการบริการรูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม สูงกว่าผู้ที่ได้รับการพยาบาลแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าตนเองอยู่ในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จึงไม่รับรู้เกี่ยวกับวิธีการจัดการเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง แต่เมื่อได้รับข้อมูลและคำแนะนำจากพยาบาลที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรค ปัจจัยเสี่ยง สัญญาณเตือนและการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองรับรู้ถึงการจัดการเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของคลินิกโรคจากการทำงาน กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม

โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร (2560) ที่พบว่า การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ชัดเจนทำให้ความเสี่ยงในการเสียชีวิตหรือพิการลดลง และการจัดทำโครงการอบรมพยาบาลทำให้พยาบาลมีทักษะเพิ่มมากขึ้น และทำให้กระบวนการพยาบาลมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. ด้านบริหาร

จากผลการวิจัยที่พบว่า การรับรู้คุณค่าวิชาชีพของพยาบาลที่ไม่สูงขึ้นหลังการทดลอง มี 2 ด้าน คือ ด้านความเป็นมืออาชีพของพยาบาล และด้านความคิดริเริ่มของพยาบาล ดังนั้น ผู้บริหารควรหาแนวทางในการส่งเสริมการรับรู้คุณค่าวิชาชีพของพยาบาลในทั้ง 2 ด้านดังกล่าว เพื่อให้การปฏิบัติงานของพยาบาลมีความเป็นมืออาชีพ และสามารถสร้างสรรค์สิ่งใหม่ด้วยความริเริ่ม อันจะส่งผลให้งานพยาบาลก้าวหน้าได้ต่อไป

2. ด้านการวิจัย

2.1 ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาของผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองและผู้ตัดสินใจแทน

2.2 ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้คุณค่าวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพด้านความเป็นมืออาชีพ และด้านความคิดริเริ่มของพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

กรมสนับสนุนบริการสาธารณสุข. (2564). *คู่มือมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ ปี 2563 (ฉบับส่งเสริมและพัฒนาสถานพยาบาล)*. สืบค้นจาก [https://stopcorruption.moph.go.th/application/editors/userfiles/files/คู่มือมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ%20ปี%202563%20\(ฉบับส่งเสริมและพัฒนาสถานพยาบาล\).pdf](https://stopcorruption.moph.go.th/application/editors/userfiles/files/คู่มือมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ%20ปี%202563%20(ฉบับส่งเสริมและพัฒนาสถานพยาบาล).pdf)

กนกพร จิวประสาท. (2558). บทบาทพยาบาลและการสนับสนุนการตัดสินใจเลือกการรักษาในระยะสุดท้ายในผู้ป่วยวิกฤต : กรณีศึกษา. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 26-27(2), 1-2.

กนกอร ธารา, สุวิณี วิวัฒน์วานิช และจิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2552). คุณค่าในงานพยาบาล: ความหมายและประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพ. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ*, 25(2), 1-1.

คลินิกโรคจากการทำงาน กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร. (2560). *โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร*. สืบค้นจาก http://chainathospital.moph.go.th/chainatweb/file_store_path/20181218154956-34-10451.pdf

จารุณี ดาวังปา, และมณีนรัตน์ ภาครูป. (2560). คุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้ป่วยประกันสังคม โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์น*, 11(2), 215-226.

พรรคสนั่นทน ไทยอัฐวิทย์, และอภิญญา จำปากุล. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศรีนครินทร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 34(2), 198-204.

เบญจมาศ ปรีชาคุณ, วรศรา ตูยานนท์, เพชรรัตน์ เนตรมยุ, และปาริชาติ ดำรงรักษ์. (2558). การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับภาพลักษณ์ที่ส่งผลต่อคุณค่าและความศรัทธา ในวิชาชีพการพยาบาล. *พยาบาลสาร*, 41(1), 122-131.

- ปฐมวดี สิงห์แดง, และชนกพร จิตปัญญา. (2555). ประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวในหอผู้ป่วยวิกฤต : การวิจัยเชิงคุณภาพ. *รวมวิบัติพยาบาลสาร*, 18(3), 404-417.
- สุริยา ฟองเกิด, ศุภรา หิมามันโต, และสืบตระกูล ตันตลานุกูล. (2559). การพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง: จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยหนัก ตามบริบทของสังคมไทย. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 27(ฉบับเพิ่มเติม), 170-178.
- Sashkin, M. (1982). *A Manager's Guide to Participative Management*. New York: American Management Associations.



การศึกษารูปแบบบริการคลินิกสูงวัยด้วยการแพทย์แผนไทย:
กรณีศึกษาเทศบาลตำบลบุญเรือง อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย
**Study of the Service Model of the Geriatric Clinic with
Thai Traditional Medicine: Case Study of Bunrueang Subdistrict
Municipality Chiang Khong District Chiang Rai Province**

ปริพัช เงินงาม, พท.ม., Paripach Ngoenngam, M.TM.¹

ปัญญรัช คำเลื้อ, พท.ม., Panyarach Kamsua, M.TM.^{1*}

สุธิดา วิริยา, พท.ม., Suthida Wiriya, M.TM.¹

นิศรา ชัยวงศ์, พท.ด., Nissara Chaiwong, D.TM.²

สุวนันท์ แก้วจันทา, พท.ด., Suwanan Kaewjanta, D.TM.²

¹อาจารย์, วิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

¹Lecturer, School of Traditional and Alternative Medicine, Chiang Rai Rajabhat University

²อาจารย์ ดร., วิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

²Lecturer, Ph.D., School of Traditional and Alternative Medicine, Chiang Rai Rajabhat University

*Corresponding Author Email: panyarach.kam@crru.ac.th

Received: March 6, 2024

Revised: May 17, 2024

Accepted: June 12, 2024

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบบริการคลินิกสูงวัยด้วยการแพทย์แผนไทย ซึ่งใช้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพที่ได้จากการถอดบทเรียนผู้ให้ข้อมูลสำคัญได้แก่ ผู้นำชุมชน แพทย์แผนไทย และอาจารย์แพทย์แผนไทยที่มีส่วนร่วมในการจัดตั้งคลินิกสูงวัยด้วยการแพทย์แผนไทยภายใต้โครงการยกระดับเศรษฐกิจและสังคมรายตำบลแบบบูรณาการ ในพื้นที่เทศบาลตำบลบุญเรือง อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย โดยพิจารณาเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 20 คน และใช้วิธีสนทนากลุ่มเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหานำไปสู่การเก็บรวบรวมข้อมูล ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบบริการในคลินิกสูงวัยด้วยการแพทย์แผนไทยในพื้นที่เทศบาลตำบลบุญเรือง อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย ประกอบด้วย 2 รูปแบบ คือ 1) การดูแลรักษาอาการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่เน้นจัดบริการ 5 กลุ่มโรค ได้แก่ กลุ่มโรคกระดูกและข้อ กลุ่มโรคเลือดลม กลุ่มโรคทางเดินอาหาร กลุ่มโรคทางเดินหายใจ กลุ่มโรคผิวหนัง

และ 2) การส่งเสริมป้องกันสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เน้นจัดบริการ 4 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรม ขยับกายคลายเส้น กิจกรรมปรุงอาหารเป็นยา กิจกรรมส่งเสริมการใช้สมุนไพรใกล้มือและกิจกรรมอยู่เย็นเป็นสุข

คำสำคัญ: รูปแบบบริการ คลินิกสูงวัย การแพทย์แผนไทย

Abstract

This article aims to study the service model of the geriatric clinic using Thai traditional medicine , which uses a qualitative research process obtained from the lessons learned from key informants, including community leaders, Thai traditional medicine doctors, and Thai traditional medicine professors who are involved in setting up a geriatric clinic using Thai traditional medicine under the integrated economic and social upgrading project for each sub-district In the area of Bunrueang Subdistrict Municipality Chiang Khong District Chiang Rai Province by selecting a purposive sample of 20 people and using focus group methods to analyze content data. The results of the study found that service model of the geriatric clinic using Thai traditional medicine in the Bunrueang Subdistrict Municipality area Chiang Khong District Chiang Rai Province consists of 2 forms: 1) Caring for illnesses of the elderly that focuses on providing services for 5 disease groups: Bone and joint disease group, blood and wind disease group, gastrointestinal disease group, respiratory disease group and skin disease group 2) Promoting health prevention and developing the quality of life of the elderly, focusing on providing 4 services including: activities to move your body to relax your muscles, medicine cooking activities, activities to promote the use of herbs and activities to promote mental health.

Keyword : Service Model, Geriatric Clinic, Thai Traditional Medicine

บทนำ

วิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกได้รับมอบหมายจากมหาวิทยาลัยราชภัฏ เชียงรายให้รับผิดชอบในการพัฒนาพื้นที่เทศบาล ตำบลบุญเรือง อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงรายภายใต้ โครงการยกระดับเศรษฐกิจและสังคมรายตำบลแบบบูรณาการ (1 ตำบล 1 มหาวิทยาลัย) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 - พ.ศ. 2565 ตามนโยบายของกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม เนื่องจาก

ตามยุทธศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงรายเป็นสถาบันการศึกษาเพื่อพัฒนาท้องถิ่น โดยมุ่งเน้นการจัดกระบวนการเรียนการสอนเพื่อการพัฒนาชุมชนท้องถิ่น ให้มีความเข้มแข็งและยั่งยืน (มหาวิทยาลัยราชภัฏ เชียงราย, 2566) ซึ่งจากหลักการของโครงการดังกล่าว ได้นำองค์ความรู้ที่เป็นความเฉพาะของศาสตร์ที่มีในมหาวิทยาลัยไปสู่การพัฒนาท้องถิ่นในพื้นที่รับผิดชอบ (กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและ

นวัตกรรมการดูแลสุขภาพ (2564) จากการดำเนินโครงการวิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกได้สำรวจบริบทของพื้นที่พบว่าตำบลบุญเรืองมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยมีประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 1,798 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 30 ของจำนวนประชากรทั้งหมด ซึ่งได้กลายเป็นสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super-Aged Society) และผู้สูงอายุในชุมชนประสบปัญหาด้านสุขภาพโดยมีโรคประจำตัวเรื้อรัง และโรค/อาการเจ็บป่วยที่แพทย์แผนไทยมีโอกาสดูแลรักษาได้ เช่น จุกเสียด กรดไหลย้อน ท้องผูก ริดสีดวง ทวารหนัก วิงเวียนศีรษะ เข่าเสื่อม และโรคอัมพาตจากหลอดเลือดสมอง เป็นต้น (พรพรรณ ก่อใจ, นคร จันตะวงษ์, ยิงยง เทาประเสริฐ, และชยันรินทร์ เรือนเจริญ, 2565) วิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก จึงร่วมมือกับเทศบาลตำบลบุญเรืองดำเนินกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนด้วยองค์ความรู้การแพทย์แผนไทยโดยมีการจัดบริการคลินิกการแพทย์แผนไทยที่เน้นการให้บริการกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งสามารถตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของชุมชน

จากการดำเนินกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนด้วยองค์ความรู้การแพทย์แผนไทยที่ประสบความสำเร็จทำให้ประชาชนในพื้นที่โดยเฉพาะผู้สูงอายุได้รับการดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยถือเป็นทางเลือกด้านสุขภาพ ทำให้เทศบาลตำบลบุญเรืองได้เห็นถึงประโยชน์ที่มีต่อประชาชนในพื้นที่ จึงสานต่อการดำเนินงานให้มีความต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบันจนเกิดการจ้างงานบัณฑิตแพทย์แผนไทยเพื่อทำหน้าที่เป็นแพทย์แผนไทยประจำคลินิกการแพทย์แผนไทยของเทศบาลซึ่งถือเป็นตัวอย่างของคลินิกการแพทย์แผนไทยที่ดำเนินการโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและได้กลายเป็นแหล่งศึกษาดูงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นๆ ที่มีความสนใจในการจัดบริการดูแลสุขภาพ

ด้วยการแพทย์แผนไทย ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงจำเป็นต้องศึกษารูปแบบบริการคลินิกสูงวัยด้วยการแพทย์แผนไทยของเทศบาลตำบลบุญเรือง อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย เพื่อนำไปเป็นแนวทางในการบริการคลินิกการแพทย์แผนไทยในชุมชนอื่นๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษารูปแบบบริการคลินิกสูงวัยด้วยการแพทย์แผนไทยในพื้นที่เทศบาลตำบลบุญเรือง อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษารูปแบบบริการคลินิกสูงวัยด้วยการแพทย์แผนไทยในครั้งนี้ใช้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ที่ได้จากการถอดบทเรียนผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key informants) คือ ผู้มีส่วนร่วมในการจัดตั้งคลินิกสูงวัยด้วยการแพทย์แผนไทยภายใต้โครงการยกระดับเศรษฐกิจและสังคมรายตำบลแบบบูรณาการในพื้นที่ตำบลบุญเรือง อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย ตั้งแต่แรกเริ่มจนถึงสิ้นสุดการดำเนินโครงการผ่านวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus group)

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร คือ ผู้ที่มีส่วนร่วมในโครงการยกระดับเศรษฐกิจและสังคมรายตำบลแบบบูรณาการในพื้นที่ตำบลบุญเรือง อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย

1.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเป็นผู้นำชุมชน แพทย์แผนไทย และอาจารย์แพทย์แผนไทยที่มีส่วนร่วมในการจัดตั้งคลินิกสูงวัยด้วยการแพทย์แผนไทยภายใต้โครงการยกระดับเศรษฐกิจและสังคมรายตำบลแบบบูรณาการในพื้นที่ตำบลบุญเรือง อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย โดยพิจารณาเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 20 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก คือ 1) ต้องเป็นผู้ที่มี

ส่วนร่วมในการจัดตั้งคลินิกสูงวัยด้วยการแพทย์แผนไทย ภายใต้โครงการยกระดับเศรษฐกิจและสังคมรายตำบลแบบบูรณาการ ในพื้นที่ตำบลบุญเรือง อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย ตั้งแต่การศึกษาปัญหาและ 2) ศักยภาพของชุมชน การวางแผนการทำกิจกรรม การดำเนินกิจกรรมและสรุปผลการดำเนินกิจกรรม

2. เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือการวิจัยครั้งนี้เป็นการถอดบทเรียนจากกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญ โดยใช้วิธีการสนทนากลุ่มเพื่อถอดบทเรียนเกี่ยวกับรูปแบบบริการคลินิกสูงวัยด้วยการแพทย์แผนไทยของเทศบาลตำบลบุญเรือง อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย โดยใช้แบบบันทึกการจัดสนทนากลุ่ม 1 ชุด ได้แก่ แบบบันทึกการสนทนากลุ่มกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่เป็นผู้นำชุมชนแพทย์แผนไทย และอาจารย์แพทย์แผนไทย

3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โดยตรวจสอบคุณภาพด้านความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Validity) ของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน ได้แก่ อาจารย์แพทย์แผนไทยและอาจารย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ (Pre-clinic) ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา โดยหาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item Object Congruence: IOC) ผลทดสอบคำถามแต่ละข้อได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.8-1.0 ได้ทำการทดสอบการใช้เครื่องมือวิจัย และปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือวิจัยให้สมบูรณ์

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยศึกษาทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบบริการคลินิกสูงวัยด้วยการแพทย์แผนไทยในการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่เทศบาลตำบลบุญเรือง อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย เพื่อเป็นฐานข้อมูลสำหรับจัดสนทนากลุ่มกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ คือ ผู้นำชุมชน แพทย์แผนไทย และอาจารย์แพทย์แผนไทยที่มีส่วนร่วมในการจัดตั้งคลินิกสูงวัยด้วยการ

แพทย์แผนไทยภายใต้โครงการยกระดับเศรษฐกิจและสังคมรายตำบลแบบบูรณาการในพื้นที่ตำบลบุญเรือง อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย เพื่อถอดบทเรียนและเก็บรวบรวมข้อมูลรูปแบบบริการคลินิกสูงวัยด้วยการแพทย์แผนไทย

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ใช้สถิติเชิงพรรณนาผ่านการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาจากการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการถอดบทเรียนโดยการสนทนากลุ่มจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จากนั้นจึงนำข้อมูลที่ได้วิเคราะห์ออกมาเป็นรูปแบบบริการคลินิกสูงวัยด้วยการแพทย์แผนไทยในพื้นที่ตำบลบุญเรือง อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย

6. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การทำวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย เอกสารเลขที่ COE.P2-001/2566 ลงวันที่ 19 พฤษภาคม 2566 โดยผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิ การยินยอมของผู้ให้ข้อมูลเป็นสำคัญ รวมทั้งสามารถยุติการร่วมกิจกรรมได้ตลอดเวลา

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการบริการของคลินิกสูงวัยด้วยการแพทย์แผนไทยประกอบด้วย 2 รูปแบบ คือ 1) การดูแลรักษาอาการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ และ 2) การส่งเสริมป้องกันสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การดูแลรักษาอาการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ

รูปแบบบริการดูแลรักษาอาการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลบุญเรือง อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย ในที่นี้อยู่ภายใต้สิทธิการรักษาของแพทย์แผนไทยที่เน้นบริการดูแลรักษาผู้สูงอายุ 5 กลุ่มโรค คือ

1) กลุ่มโรคกระดูกและข้อ ได้แก่ ข้อนิ้วมือนิ้วเท้า, ข้อมือ, ข้อเท้า, ข้อเข่า, ข้อสะโพก, ข้อไหล่, ข้อศอก, ข้อนิ้ว, ข้อนิ้วหัวแม่มือ เป็นต้น 2) กลุ่มโรคเลือดลม ได้แก่ อาการวิงเวียน, อาการหน้ามืดตาลาย, อาการปวดเนื้อปวดตัว, อาการใจหวิวใจสั่น, อาการคลื่นไส้อาเจียน เป็นต้น 3) กลุ่มโรคทางเดินอาหาร ได้แก่ อาการร้อนใน, อาการท้องผูก, อาการท้องเสีย, อาการจุกเสียด, อาการกรดไหลย้อน, โรคกรดไหลย้อน, โรคท้องผูกเรื้อรัง เป็นต้น 4) กลุ่มโรคทางเดินหายใจ ได้แก่ อาการไอ, อาการหอบ, อาการเจ็บคอ, อาการภูมิแพ้ทางเดินหายใจ, โรคหอบหืด เป็นต้น และ 5) กลุ่มโรคผิวหนัง ได้แก่ อาการผื่นคันจากการแพ้, อาการผื่นคันจากแมลงสัตว์กัดต่อย, โรคกลาก, โรคเกลื้อน, โรคเรื้อน, โรคขี้กลาก, โรคสะเก็ด เป็นต้น

2. การส่งเสริมป้องกันสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

รูปแบบบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในพื้นที่ตำบลบุญเรือง อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย ในพื้นที่ที่อยู่ภายใต้สิทธิการดูแลสุขภาพของแพทย์แผนไทยที่เน้นบริการกิจกรรมส่งเสริมป้องกันสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 4 กิจกรรม คือ 1) กิจกรรมขยายกายคลายเส้น ได้จัดบริการกิจกรรมออกเป็น 2 ส่วนคือ (1) กิจกรรมรำ 5 พญาท่าสัตว์ ได้แก่ ท่าควางบำรุงไต, ท่านกกระเรียน บำรุงปอด, ท่าลิงบำรุงหัวใจ, ท่าเสือท่าเสือบำรุงตับ, ท่าหมีบำรุงกระเพาะ เป็นต้น และ (2) กิจกรรมฤๅษีดัดตน ได้แก่ ท่าเทพพนม, ท่าซุ้ดถั่วดำหลัง, ท่าแก้เกี้ยว, ท่าตั้งศอกไล่คาง, ท่านั่งนวดขา, ท่ายิงธนู, ท่าอวดแหวนเพชร, ท่าดำรงกายอายุยืน, ท่านางแบบ, ท่าอนหงายผายปอด, ท่าเดินไขว้, ท่ายืนนวดขา, ท่านอนคว่ำพับหลัง, ท่าองค์แอ่นแขนงนาค เป็นต้น 2) กิจกรรมปรุงอาหารเป็นยา ได้จัดบริการกิจกรรมออกเป็น 2 ส่วนคือ (1) กิจกรรมทำผลิตภัณฑ์อาหารเสริมสุขภาพ ได้แก่ แกงขนุน, แกงแค, แกงถั่วปี, แกงผักเชียงดา, แกงปลี, แกงอ่อมไก่, เจียวผักโขม,

เจียวผักปลัง, เจียวยอดมะยม, เจียวผักหวานบ้าน, คั่วถั่วเน่าใส่ไข่, คั่วผักบุ้ง, คั่วผำ, คั่วบะเต้าบะถั่ว, มอปปู, ตำกุ้ง, ตำขนุน, ตำลูกยอ, น้ำพริกข่า, น้ำพริกตาแดง, ยำจิ้นไก่, ยำดอกขี้เหล็ก, ยำเตา, ผักจิ้มปลา, ยำสะนัต, ส้าผัก, ลาบปลา, ลาบหมู, หลามบอน, ห่อหมกไก่, อ้อกลา เป็นต้น และ (2) กิจกรรมทำผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มเสริมสุขภาพ ได้แก่ นมกระชาย, น้ำสามสหาย, น้ำมะเขือเทศ, น้ำเก็กฮวย, น้ำอัญชันมะนาว, น้ำดอกคำฝอย, น้ำขิง เป็นต้น และ 3) กิจกรรมส่งเสริมการใช้สมุนไพรใกล้มือ ได้จัดบริการกิจกรรมออกเป็น 2 ส่วนคือ (1) กิจกรรมเรียนรู้สมุนไพรเพื่อดูแลรักษาตนเอง ได้แก่ เสลดพังพอนตัวเมีย, ฟาทะลายโจร, ขอบชะนางแดง, ขอบชะนางขาว, ผางเสน, ไพล, ขมิ้นชัน, หนุมานประสานกาย, บอระเพ็ด, พริกไทย, ดีปลี, ดอกแตง, ทองพันชั่ง, กระชายขาว, ราชพฤกษ์, พลุขาว, ชุมเห็ดเทศ เป็นต้น และ (2) กิจกรรมเรียนรู้สมุนไพรผักพื้นบ้านเสริมสุขภาพ ได้แก่ ส้มป่อย, มะเขือส้ม, ผักปลัง, ผักแค, มะระขี้นก, ผักกูด, แค, นางแล, ผักหวานบ้าน, ผักเชียงดา, ผักแขยง, ถั่วพู, ผักชีลาว, แมงลัก, ผักติ้ว, ใบบัวบก, ใบมะกอก เป็นต้น 4) กิจกรรมอยู่เย็นเป็นสุขได้จัดบริการกิจกรรมออกเป็น 3 ส่วนคือ (1) กิจกรรมบำบัดจิตใจ เช่น ดนตรีบำบัด ฟังเพลง งานศิลปะ เล่นเกมส์ฝึกสมอง (2) สมาธิบำบัดจิตใจ เช่น ทำบุญ ฟังเทศน์ฟังธรรม ปฏิบัติธรรม สวดมนต์ เป็นต้น และ (3) พิธีกรรมบำบัดจิตใจ เช่น บูชาเทียน ย้อขวัญ ส่งเคราะห์ สืบชะตา สุมาแก้วทั้งสาม เป็นต้น

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษารูปแบบบริการคลินิกสูงวัยด้วยการแพทย์แผนไทย แบ่งการอภิปรายผลการวิจัยออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

1. การดูแลสุขภาพอาการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ มีรูปแบบบริการดูแลสุขภาพอาการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ที่เน้นบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 5 กลุ่มโรคดังนี้

1) กลุ่มโรคกระดูกและข้อ ได้แก่ ข้อนิ้วมือติด, ข้อมือติด, ข้อศอกติด, ข้อไหล่ติด, ข้อสะโพกติด, ข้อเข่าติด, ข้อเท้าติด เป็นต้น จากข้อมูลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาที่อธิบายถึงตำรับยาที่ใช้บำบัดกลุ่มอาการทางกล้ามเนื้อและกระดูกโดยตำรับมี 4 ตำรับ เป็นยาที่มีโอกาสในการนำไปศึกษาวิจัยและนำไปพัฒนาต่อยอดเป็นยาในตำรับยาแผนไทยเพื่อใช้ในการรักษากลุ่มอาการทางกล้ามเนื้อและกระดูกของผู้ป่วยได้ (อาทิณา พินทา, สมชาย สุริยะไกร และศุภชัย ดิยวรรณ, 2566)

2) กลุ่มโรคเลือดลม ได้แก่ อาการวิงเวียน, อาการหน้ามืด ตาลาย, อาการปวดเนื้อปวดตัว, อาการใจหวิวใจสั่น, อาการคลื่นไส้อาเจียน เป็นต้น และยังสอดคล้องกับการศึกษาอาการเลือดลมแปรปรวน คือ อาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจากการแปรปรวนของสภาพอากาศก่อนฝนตก แสดงออกด้วยกลุ่มอาการ บ่งชี้สำคัญตั้งแต่ 2 ข้อบ่งชี้ขึ้นไป ครอบคลุมอาการ 1) อาการเหงื่อซึม 2) อาการวิงเวียนศีรษะ 3) อาการใจหวิวใจสั่น 4) อาการ ครั่นเนื้อ ครั่นตัว ซึ่งตามภูมิปัญญาในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ มีการใช้ ยาหอม เพื่อขับลมและสลายลม (ศิริพักตร์ จันทสิริสงสา, ศิวพงษ์ ต้นสุวรรณวงศ์, ยิ่งยง เทาประเสริฐ, และวนิษา ปันฟ้า, 2563)

3) กลุ่มโรคทางเดินอาหาร ได้แก่ อาการร้อนใน, อาการท้องผูก, ท้องเสีย, อาการ จุกเสียด, อาการกรดไหลย้อน, โรคกรดไหลย้อนเรื้อรัง เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่อธิบายถึงกลไกของทำโยคะอาสนะที่มีผลระบยย่อยและการดูดซึมอาหารโดยการปฏิบัติโยคะอาสนะทำให้มีการกदनวดอวัยวะภายในช่องท้องช่องทรวงอกและศีรษะการกदनวดอวัยวะภายในมีแนวโน้มที่จะทำให้กลไกการทำงานของอวัยวะของระบบต่างๆ ทำงานได้ดี ทำงานได้ปกติ (ศุภนิดา ทองดวง, สันติสิริทธิ์ เขียวเงิน, และพัชชา หิรัญวัฒนกุล, 2565)

4) กลุ่มโรคทางเดินหายใจ ได้แก่ อาการไอ, อาการหวัด, อาการเจ็บคอ, อาการภูมิแพ้ อากาศ, โรคหืดหอบ เป็นต้น นอกจากนี้ยังสอดคล้อง

กับการศึกษาปัจจัยสิ่งแวดล้อมภายในที่พักอาศัย พบว่าเป็นปัจจัยที่แสดงถึงความสัมพันธ์ในการเป็นปัจจัยเสี่ยงของการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งปัจจุบันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีแนวโน้มของอุบัติการณ์เกิดโรคและอัตราการตายก่อนวัยอันควรที่สูงขึ้นทั้งในประชากรโลก มลพิษสิ่งแวดล้อมภายในที่พักอาศัยกับการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มผู้สูงอายุสิ่งแวดล้อมภายในที่พักอาศัยแหล่งที่มาจาก การดำรงชีวิตของมนุษย์ และพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม (ธเนษฐ เทียนทอง, นรศิรา ศรีโพธิ์, และ อรรพรรณ แก้วบุญชู, 2565)

5) กลุ่มโรคผิวหนัง ได้แก่ อาการผื่นคันจากการแพ้, อาการผื่นคันจากแมลงสัตว์กัดต่อย, โรคกลาก, โรคเกลื้อน, โรคเรื้อน, โรคขุยสวัด, โรคสะเก็ดเงิน เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจเลือกใช้สมุนไพรรักษาโรคผิวหนังของประชาชน ยังมีการปลูกพืชสมุนไพรไว้ใช้เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น มีการแนะนำจากเพื่อนบ้านหรือผู้ที่มีประสบการณ์ในการใช้สมุนไพร รวมถึงการศึกษาจะทำให้ประชาชนเกิดค่านิยมและเกิดการตระหนักหาความรู้เพิ่มเติมได้อย่างไม่จำกัด โดยส่วนใหญ่ประชาชนได้รับความรู้จากการใช้อินเตอร์เน็ตในการสืบค้น ทำให้ประชาชนตัดสินใจเลือกใช้สมุนไพรรักษาโรคและยังมีการนำสมุนไพรมาใช้ดูแลตนเองในหลากหลายอาการโรค (อัสมาอี อาแซ, พิจิตรา คงเกิด, โรสนานี เหมตระกูลวงศ์, และนวลพรรณ ทองคุปต์, 2566)

2. กิจกรรมส่งเสริมป้องกันสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเน้นบริการกิจกรรมส่งเสริมป้องกันสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

4 กิจกรรมดังนี้ 1) กิจกรรมขยับกายคลายเส้น ได้จัดบริการกิจกรรมออกเป็น 2 ส่วนคือ 1) กิจกรรมรำ 5 พญาท่าสัตว์ ได้แก่ ท่าควางบำรุงไต, ท่านกกระเรียน บำรุงปอด, ท่าลิงบำรุงหัวใจ, ท่าเสือท่าเสือบำรุงตับ, ท่าหมีบำรุงกระเพาะ เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาที่อธิบายถึงว่า ความสำคัญของการออกกำลังกายของ

ผู้สูงอายุโดยมีเป้าหมาย เพื่อช่วยเพิ่มความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและข้อเท้า ยังช่วยในการพัฒนาการทรงตัวในผู้สูงอายุ (กวิน บุญประโคน, อาทิตย์ ปัญญาภา, พลากร มะโนรัตน์, ยรรยงค์ พานเพ็ญ, และมนัสวี บุรานศรี, 2566) 2) กิจกรรมฤๅษีดัดตน ได้แก่ ท่าเทพพนม, ท่าชูหัตถ์วาดหลัง, ท่าแก้มเกี้ยว, ท่าตั้งศอกไล่คาง, ท่านั่งนวดขา, ท่ายิงธนู, ท่าอวดแหวนเพชร, ท่าดำรงกายอายุยืน, ท่านางแบบ, ท่านอนหงายผายปอด, ท่าเดินโซน, ท่ายืนนวดขา, ท่านอนคว่ำทับหัตถ์, ท่าองค์แอ่นแขนพักตร์ เป็นต้น นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมฤๅษีดัดตนต่อการลดความปวดของหลังส่วนล่างและความยืดหยุ่นกล้ามเนื้อหลัง ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหลังตึงที่มารับการรักษาจากโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ได้รับโปรแกรมฤๅษีดัดตน คือ การยืดกล้ามเนื้อท่าฤๅษีดัดตน 5 ท่า (ท่าแก้มเฒ่า, ท่าแก้มสันหลังและเข้า, ท่าแก้มปัสมาในเฒ่า, ท่าแก้มกร่อน และท่าแก้มไหล่สะโพกซัด) โดยสามารถเพิ่มความยืดหยุ่นกล้ามเนื้อหลังได้ (พงษ์พิพัฒน์ จงเพ็งกลาง, สันติสิทธิ์ เขียวเขิน, และผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์, 2564) และ 2) กิจกรรมปรุงอาหารเป็นยา ได้จัดบริการกิจกรรมออกเป็น 2 ส่วน คือ 1) กิจกรรมทำผลิตภัณฑ์อาหารเสริมสุขภาพ ได้แก่ แกงขนุน, แกงแค, แกงถั่วปี, แกงผักเชียงดา, แกงปลี, แกงอ่อมไก่, เจียวผักโขม, เจียวผักปลัง, เจียวยอดมะยม, เจียวผักหวานบ้าน, คั่วถั่วเน่าใส่ไข่, คั่วผักบุ้ง, คั่วผัา, คั่วบะเชือบะถั่ว, มอบปู้, ตำกุ่ม, ตำขนุน, ตำลูกยอ, น้ำพริกข่า, น้ำพริกตาแดง, ยำจิ้นไก่, ยำดอกขี้เหล็ก, ยำเตา, ผักจุ่มป่า, ยำสะน็ด, ส้าผัก, ลาบปลา, ลาบหมู, หลามบอน, ห่อนึ่งไก่, อ็อกปลา เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาที่อธิบายถึงว่า พฤติกรรมของการบริโภคอาหารท้องถิ่นของครัวเรือนในจังหวัดจันทบุรี พบว่าคนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภค ที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมอย่างมาก ทั้งนี้เนื่องจากคนส่วนใหญ่ได้รับ

อิทธิพลจากการเปลี่ยนแปลงด้านสังคม วัฒนธรรม และความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี สภาพวิถีชีวิตของครอบครัว เพื่อน สังคม และสภาพแวดล้อม จึงทำให้คนส่วนใหญ่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเหมาะสมกับสังคมไทย (พระอธิการสฤทธิ มหายโส (ฉัตรทอง), อุดมลักษณ์ ระพีแสง, และจำลอง แสงเสนาะ, 2566) และ 2) กิจกรรมทำผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มเสริมสุขภาพ ได้แก่ นมกระชาย, น้ำสามสหาย, น้ำมะเขือเทศ, น้ำเก็กฮวย, น้ำอัญชันมะนาว, น้ำดอกคำฝอย, น้ำขิง เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษา ประชากรในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครมีทัศนคติต่อเครื่องดื่มทางเลือกสุขภาพ อยู่ในระดับมาก ซึ่งการตัดสินใจบริโภคเครื่องดื่มทางเลือกสุขภาพ พบว่า มีปัจจัย 4 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจบริโภค ได้แก่ ด้านราคา ด้านผลิตภัณฑ์ ด้านสถานที่จัดจำหน่าย และด้านการส่งเสริมการตลาดมีผลทางบวกต่อการตัดสินใจบริโภคเครื่องดื่มทางเลือกสุขภาพของประชากรในเขตกรุงเทพมหานคร (ชลธิชา ศิริประยงค์ และ ฉันทนา ปาปัดลา, 2566) 3) กิจกรรมส่งเสริมการใช้สมุนไพรใกล้มือ ได้จัดบริการกิจกรรมออกเป็น 2 ส่วนคือ 1) กิจกรรมเรียนรู้สมุนไพรเพื่อดูแลรักษาตนเอง ได้แก่ เสลดพังพอนตัวเมีย, ฟ้าทะลายโจร, ขอบชะนางแดง, ขอบชะนางขาว, ผางเสน, โพล, ขมิ้นชัน, หนุมานประสานกาย, บอระเพ็ด, พริกไทย, ดีปลี, ดอกแดก, ทองพันชั่ง, กระชายขาว, ราชพฤกษ์, พูลูควา, ชุมเห็ดเทศ เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษา พืชสมุนไพรสำหรับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่สะท้อนให้เห็นถึงความหลากหลายของทรัพยากรธรรมชาติด้านพันธุ์พืชสมุนไพรในพื้นที่ตำบลบุญเรือง อำเภอยะรังของ จังหวัดเชียงราย จากผลการสำรวจทั้งหมด 142 ชนิด คือ (1) เป็นพืชสมุนไพรที่มีวิธีการเพาะปลูก ดูแลได้ง่ายและไม่ยุ่งยากซับซ้อน รวมถึงสามารถเจริญเติบโตได้ภายใต้สภาพแวดล้อมในพื้นที่ตำบลบุญเรือง และ (2) องค์ความรู้ทางการแพทย์แผนไทยมีการใช้ประโยชน์ทางยาบำบัดรักษาอาการเจ็บป่วย

และมีรูปแบบวิธีการปรุงเป็นยาได้ง่าย และผู้สูงอายุสามารถลงมือทำได้ด้วยตนเอง (พรพรรณ ก่อใจ และคณะ, 2565) และ 2) กิจกรรมเรียนรู้สมุนไพรผักพื้นบ้านเสริมสุขภาพ ได้แก่ ส้มป่อย, มะเขือส้ม, ผักปลั่ง, ผักแค, มะระขี้นก, ผักกูด, แค, นางแล, ผักหวานบ้าน, ผักเชียงดา, ผักแขยง, ถั่วพู, ผักชีลาว, แมงลัก, ผักติ้ว, ใบบัวบก, ใบมะกอก เป็นต้น ยังสอดคล้องกับการศึกษาพืชผักสมุนไพรเป็นส่วนประกอบสำคัญของอาหารพื้นบ้านไทยและทั่วโลก ทำให้อาหารมีรสชาติกลมกล่อม เพิ่มสีสันกลิ่นหอมตามธรรมชาติ และคุณค่าทางโภชนาการสูง พืชสมุนไพรหลายชนิดมีบทบาทในการป้องกันโรคเรื้อรัง ชะลอความเสื่อมของร่างกายและบำบัดโรค ป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด (ยุพา ชาลวีกิรย์ และไมตรี สุทธจิตต์, 2561) และ 4) กิจกรรมอยู่เย็นเป็นสุขได้จัดบริการกิจกรรมออกเป็น 3 ส่วนคือ 1) กิจกรรมบำบัดจิตใจ เช่น ดนตรีบำบัด ฟังเพลง งานศิลปะ เล่นเกมสันทนาการ สอดคล้องกับการศึกษาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นสิ่งที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในสังคมไทยที่กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ดังนั้นครอบครัวและชุมชนควรมีความเข้าใจในความแตกต่างของวัย มีทัศนคติที่ดี และตลอดจนดูแลให้ผู้สูงอายุใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี การดูแลผู้สูงอายุควรปรับการดูแลให้มีความยืดหยุ่นพยายามให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเอง รวมถึงผู้สูงอายุได้เรียนรู้การเปลี่ยนแปลงของตัวเองอย่างเข้าใจ สามารถนำความรู้ไปดูแลร่างกายและจิตใจในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี (ภักจิรา ภูสมศรี, และสาธุกานต์ กาบคำ, 2564) และ 2) สมานิบำบัดจิตใจ เช่น ทำบุญ ฟังเทศน์ ฟังธรรม ปฏิบัติธรรม สวดมนต์ เป็นต้น และ 3) พิธีกรรมบำบัดจิตใจ เช่น บูชาเทียน อ้องขวัญ สงเคราะห์

สืบชะตา สุม่าแก้วทั้งสาม เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาคลินิกจิตเวชชุมชนโดยใช้ฐานแนวคิดเกี่ยวกับชีวิตและจิตใจตามแนวทางของพุทธปรัชญา ในส่วนวิธีการดูแลรักษาสุขภาพภายใต้พื้นฐานทางด้านวัฒนธรรม ความเชื่อเดิมของท้องถิ่นเน้นความสัมพันธ์ของคนกับธรรมชาติ สิ่งเหนือธรรมชาติ ความเชื่อทางศาสนาเข้ามาอยู่ในการดูแลสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ จากแนวคิดดังกล่าวจึงได้แนวทางในการพัฒนาคลินิกจิตเวชชุมชนด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นที่มีกิจกรรม 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 พุดคุย สุขใจ ซึ่งเน้นในการพุดคุยรับฟัง ส่วนที่ 2 กิจกรรมบำบัด ใช้กิจกรรมตามวัฒนธรรมชุมชนมาช่วย ส่วนที่ 3 สมานิบำบัด การมีสติตั้งมั่นเป็นสมาธิจนเกิดความสงบในจิตใจ และส่วนที่ 4 พิธีกรรมบำบัดนำพิธีกรรมในวิถีวัฒนธรรมท้องถิ่นมาช่วยในการกล่อมเกล่าให้เกิดการยอมรับสภาพความเป็นจริงและสร้างความสงบทางจิตใจ (สุวสิน พลนรัตน์, ปราณี คำแก้ว, ดวงนา แดนบุญจันทร์, ธัญลักษณ์ ปุค้ำสุข, และวรรณพร สุริยะคุปต์, 2564)

ข้อเสนอแนะการวิจัย

การศึกษารูปแบบบริการคลินิกสูงวัยด้วยการแพทย์แผนไทย: กรณีศึกษาเทศบาลตำบลบุญเรือง อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย เป็นการศึกษาวิจัยเฉพาะพื้นที่ ดังนั้นหากจะมีการนำผลการวิจัยไปใช้จำเป็นต้องคำนึงถึงศักยภาพชุมชนของพื้นที่นั้นด้วย

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม. (2564). *กฎกระทรวงการจัดกลุ่มสถาบันอุดมศึกษา พ.ศ. 2564*. สืบค้นจาก https://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2564/A/021/T_0001.PDF

- กวิน บุญประโคน, อาทิตย์ ปัญญาภา, พลากร มะโนรัตน์, ยรรยงค์ พานเพ็ง, และมนัสวี บุรานศรี. (2566). การพัฒนารูปแบบการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ “ผลการออกกำลังกายด้วยผ้าขาม้าที่มีต่อการทรงตัวและการเคลื่อนไหวในผู้สูงอายุ”. *วารสาร มจร อุบลปริทรรศน์*, 8(3), 605-616.
- ชลธิชา ศิริประยงค์, และฉันทนา ปาปัดดา. (2566). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการบริโภคเครื่องดื่มทางเลือกสุขภาพของประชากรในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารวิจัยและนวัตกรรม สถาบันการอาชีวศึกษากรุงเทพมหานคร*, 6(1), 64-75.
- ธเนษฐ เทียนทอง, นรศิรา ศรโพธิ์, และอรรณพ แก้วบุญชู. (2565). ปัจจัยมลพิษสิ่งแวดล้อมภายในที่พักอาศัยกับการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุ. *วารสารวิชาการราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์*, 4(4), 160-168.
- พงษ์พิพัฒน์ จงเพ็งกลาง, สันติสิทธิ์ เขียวเขิน, และผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์. (2564). ผลของโปรแกรมฤๅษีดัดตน ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหลังตึงเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ อำเภอนครหลวง จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา*, 20(1), 100-113.
- พระอธิการสฤษดิ์ มหายโส (ฉัตรทอง), อุดมลักษณ์ ระพีแสง, และจำลอง แสนแสน. (2566). การสร้างความยั่งยืนทางอาหารท้องถิ่นในจังหวัดจันทบุรี. *วารสารวิจัยรำไพพรรณี*, 17(3), 15-23.
- พรพรรณ ก่อใจ, นคร จันตะวงษ์, ยิ่งยง เทาประเสริฐ, และชัยนรินทร์ เรือนเจริญ. (2565). การพัฒนาศักยภาพของพืชสมุนไพรสำหรับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ. *วารสารการพัฒนาชุมชนและคุณภาพชีวิต*, 10(3), 293-301.
- ภักจิรา ภูสมศรี, และสาธิตกานต์ กาบคำ. (2564). การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 15(2), 102-115.
- ยุพา ขาญวิกรัย, และไมตรี สุทธิจิตต์. (2561). พืชผักสมุนไพรเพิ่มรสชาติ คุณค่าทางโภชนาการ และฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระของอาหารพื้นบ้าน. *วารสารโภชนาบำบัด*, 26(2), 20-26.
- ศิริพัทธ์ จันทร์สังสา, ศิวพงษ์ ต้นสุวรรณวงศ์, ยิ่งยง เทาประเสริฐ, และวนิษา ปันฟ้า. (2563). ประสบการณ์ในการใช้ยาหอมรักษาอาการเลือดลมแปรปรวนของผู้สูงอายุ. *วารสารหมอยาไทยวิจัย*, 6(2), 35-47.
- ศุภนิดา ทองดวง, สันติสิทธิ์ เขียวเขิน, และพัชรา หิรัญวัฒนกุล. (2565). ผลของโปรแกรมโยคะอาสนะต่ออาการท้องอืดในกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้นเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลนาเชือก อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 15(2), 159-172.
- สุวดี พันธ์รัตน์, ปราณ คำแก้ว, ดวงนา แดนบุญจันทร์, ธัญลักษณ์ ปุคำสุข, และวรรณพร สุริยะคุปต์. (2564). แนวทางการพัฒนาศูนย์จิตเวชชุมชนด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น ภายใต้บริบทของการแพทย์พื้นบ้านล้านนา. *วารสารมหาลาภนาคร*, 8(5), 162-176.
- อาทิตยา พิณฑา, สมชาย สุริยะไกร, และศุภชัย ดิยวรรณนท์. (2566). การคัดเลือกตำรายาแผนไทยที่มีสรรพคุณบำบัดกลุ่มอาการกล้ามเนื้อและกระดูก. *วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก*, 21(1), 704-716.

อัสมาอี อาแซ, พิจิตรา คงเกิด, โรสนานี เหมตระกูลวงศ์,
และนวลพรรณ ทองคุปต์. (2566). ปัจจัยที่มี
ความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจเลือกใช้สมุนไพร
รักษาโรคผิวหนังของประชาชนในตำบล
สวนหลวง อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัด
นครศรีธรรมราช. *วารสารการศึกษาและวิจัยการ
สาธารณสุข*, 1(3), 140-152.



ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความมั่นใจความสามารถ
การดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว
**Relationship Between Self-Care Behavior, Confidence in One's
Ability to Perform Self-Care, and Quality of Life in Patients with
Heart Failure**

สุนันท์ ลีอิสสรพงษ์, พย.ม., Sunan Leeissarapong, M.N.S.^{1*}

ปราโมทย์ แซ่เต๋น, พย.ม., Pramote Saetan, M.N.S.¹

พรทิพย์ จันทร์น้อม, พย.ม., Porntip Channorm, M.N.S.¹

วรินทร์ ดำรงรัตน์วงศ์, พย.ม., Warinthorn Damrongratnuwong, M.N.S.¹

แสงโสม ทรัพย์มนตรี, พย.ม., Seangsom Supmontri, M.N.S.²

คำพอง คำนนท์, ประ.ด., Kampong Kamnon, Ph.D.³

¹อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

¹Lecturer, Faculty of Nursing, Saint Louis college

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลราชวิถี

²Registered Nurse Professional Level, Nursing Department, Rajavithi Hospital

³พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลราชวิถี

³Registered Nurse Senior Professional Level, Nursing Department, Rajavithi Hospital

*Corresponding Author Email: sunanleeissapong@gmail.com

Received: November 7, 2023

Revised: April 4, 2024

Accepted: June 12, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับคุณภาพชีวิต พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความมั่นใจความสามารถการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว 2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความมั่นใจความสามารถการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวทุกรายที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรมและคลินิกเฉพาะทาง โรงพยาบาลราชวิถี ในช่วงเดือนสิงหาคม ถึง เดือนตุลาคม 2566 64 คน ซึ่งได้จากการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจำนวน 4 ชุด ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรม

การดูแลตนเอง แบบสอบถามความมั่นใจความสามารถการดูแลตนเอง และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว เครื่องมือได้ผ่านการทดสอบความเชื่อมั่น ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .73, .95 และ .96 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัย พบว่า 1. ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวมีค่าเฉลี่ยโดยรวมของคุณภาพชีวิตในระดับไม่ดี ($\bar{X}$ = 45.59, SD = 21.25) ส่วนระดับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X}$ = 68.91, SD = 13.47) และระดับความมั่นใจความสามารถการดูแลตนเองอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X}$ = 66.72, SD = 19.85) 2. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง ความมั่นใจความสามารถการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว พบว่า คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ (ค่า $r < 0.30$) กับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง และความมั่นใจความสามารถการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .28, p < .05$ และ $r = .27, p < .05$ ตามลำดับ)

คำสำคัญ: พฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง ความมั่นใจความสามารถการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต โรคหัวใจล้มเหลว

Abstract

This study is a Correlation Research. The purpose of the study were 1) to evaluate the level of development of the quality of life, self-care behavior, and confidence in one's ability to perform self-care among patients with heart failure 2) to study the relationship between self-care behavior, confidence in one's ability to perform self-care, and the quality of life among patients with heart failure. The samples were comprised of a purposive sampling of 64 patients receiving care at internal medicine and specialized clinics of the Rajavithi hospital from August to October 2023. The research instruments consisted of personal data record form, the self-care of heart failure index version 7.2 (SCHFI – Thai v. 7.2), Confidence in one's ability to perform self-care, and Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ) with reliability Cronbach Alpha of .73, .95 and .96 respectively. The statistics used to analyze data were Descriptive statistics and Pearson's correlation coefficient. The research results were 1. The mean score for overall of the quality of life of patients with heart failure was poor ($\bar{X}$ = 45.59, SD = 21.25). The mean score of the self-care behavior of patients with heart failure was fair ($\bar{X}$ = 68.91, SD = 13.47). The mean score of confidence in one's ability to perform self-care was also fair ($\bar{X}$ = 66.72, SD = 19.85) 2. The quality of life of patients with heart failure statistically significant low-level ($r < 30$) related to self-care behavior and confidence in one's ability to perform self-care ($r = .28, p < .05$ and $r = .27, p < .05$) respectively.

Keywords: Self-care Behavior, Confidence in one's ability, Quality of Life, Heart Failure

บทนำ

โรคหัวใจล้มเหลว เป็นโรคที่มีอัตราการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว มีจำนวนผู้ป่วย 56.2 ล้านคนทั่วโลกที่ป่วยด้วยโรคนี้ โดยจากปี 2553 ถึง 2562 ทั่วโลกมีอัตราการเพิ่มขึ้นร้อยละ 29.4 ในขณะที่ประเทศไทยมีอัตราเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.4 เป็นร้อยละ 2 (Bozkurt et al., 2023) โรคหัวใจล้มเหลว เป็นโรคที่มีอาการแสดงทางคลินิกที่บ่งบอกการเปลี่ยนแปลงของการดำเนินโรคที่แย่งลง (Ziaeian & Fonarow, 2016) นำไปสู่การเจ็บป่วยเรื้อรัง และการเสียชีวิตและมีผลกระทบอันยิ่งใหญ่ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Moshki, Khajavi, Vakilian, Minaee, & Hashemizadeh, 2019)

แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว มุ่งเน้นเพื่อยืดอายุขัยของผู้ป่วยให้ยาวนานที่สุด โดยการคงไว้ซึ่งความมีเสถียรภาพทางด้านร่างกาย และส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น (Marx et al., 2023) ถึงแม้ว่าโรคหัวใจล้มเหลวมีความเกี่ยวข้องกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และอัตราการเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้นก็ตาม (Sabanoglu et al., 2023) ซึ่งในปัจจุบันยังมีความเชื่อว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน รวมถึง พฤติกรรมการรับประทานยา การติดตามอาการ การควบคุมอาการ และการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต มีอิทธิพลอย่างมากต่อแนวทางการรักษา การดำเนินโรค และการพยากรณ์โรค (Riegel et al., 2019) แต่อย่างไรก็ตาม ยังพบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวยังมีความแตกต่างกันอย่างมาก (Sen, Linh, & Trang, 2020)

ความมั่นใจความสามารถการดูแลตนเอง เป็นความเชื่อของแต่ละบุคคลในความต้องการการพัฒนาความสามารถของตนเอง เพื่อทำพฤติกรรมนั้นๆ ให้ไปถึง

เป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่ง Bandura เชื่อว่า การรับรู้ถึงความมั่นใจความสามารถการดูแลตนเอง มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในระดับทางพฤติกรรม ระดับของความพยายาม และความเพียร ในทางกลับกัน ถึงแม้บุคคลจะมีความสามารถ แต่ขาดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ก็ไม่ประสบความสำเร็จ เช่นกัน (Bandura, 1997) การศึกษาก่อนหน้า พบความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม กับระดับของความเชื่อมั่นความสามารถการดูแลตนเองที่อยู่ในระดับต่ำ (Hashimoto et al., 2023) ความมั่นใจความสามารถการดูแลตนเอง เป็นปัจจัยที่มีประสิทธิผลต่อคุณภาพชีวิต เนื่องจาก เน้นให้บุคคลเข้าใจทักษะของตนเอง เพื่อใช้ทำหน้าที่ให้สำเร็จ จากผลการศึกษาของ Jiang, Lin, Li, Peng, Huang, & Chen (2022) ในผู้ป่วยที่ได้รับการเปลี่ยนลิ้นหัวใจเทียม พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลร่วมกับการรับรู้ความสามารถการดูแลตนเอง เทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับเฉพาะการพยาบาล มีการรับประทานยาและการฟื้นตัวหลังการผ่าตัดได้ดีกว่า

จากเอกสารต่าง ๆ จะเห็นได้ว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวจะดีหรือไม่ขึ้น ขึ้นอยู่กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และความมั่นใจในความสามารถในการดูแลตนเอง ด้วยเหตุนี้ทำให้คณะผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษา ระดับคุณภาพชีวิต ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับความมั่นใจความสามารถการดูแลตนเอง รวมถึงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความมั่นใจความสามารถการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว เพื่อจะได้นำข้อมูลไปใช้พัฒนาเครื่องมือเพื่อให้ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

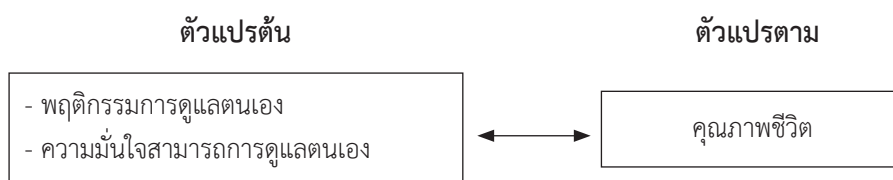
1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิต พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความมั่นใจความสามารถการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความมั่นใจความสามารถการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว

สมมติฐานการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง
2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความมั่นใจความสามารถการดูแลตนเอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว ซึ่งคุณภาพชีวิต มีหลายมิติ และเกิดขึ้นชั่วคราว ตามแนวคิดของ Rector (Bilbao, Escobar, García-Perez, Navarro, & Quirós, 2016) ที่ได้ออกแบบแนวคิดคุณภาพชีวิต เพื่อสะท้อนถึงการวัดประสิทธิภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว และการรักษาพยาบาล เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวแต่ละบุคคล เนื้อหาของแนวคิดนี้ได้เสนอหลายด้าน คือ ด้านสุขภาพ ด้านอารมณ์ และด้านสังคม รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ของคุณภาพชีวิตต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และความมั่นใจความสามารถการดูแลตนเอง (ดังภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชวิถี ตั้งแต่ เดือนสิงหาคม ถึง เดือนตุลาคม 2566 จำนวน 861 คน

1.2 กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชวิถี โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยเลือกผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวทุกรายที่เข้ารับการรักษาที่แผนกอายุรกรรมและคลินิกเฉพาะทาง (เนื่องจาก

โรงพยาบาลราชวิถีไม่มีแผนกเฉพาะผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว แต่จะเป็นแผนกอายุรกรรมรวมและคลินิกเฉพาะทาง ซึ่งแต่ละวันจำนวนผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวมีจำนวนไม่แน่นอน) ตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ อายุ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว ไม่น้อยกว่า 3 เดือน มีระดับความสามารถในการทำกิจกรรมตาม NYHA Function classification 1 และ 2 ไม่มีข้อจำกัดในด้านการมองเห็น การได้ยิน และประสาทสัมผัสอื่นๆ สามารถสื่อสารได้ดี และยินดีเข้าร่วมในงานวิจัย ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 64 ราย ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง การคำนวณขนาดตัวอย่าง

สำหรับการทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Pearson's correlation ทำการคำนวณด้วยโปรแกรม G* Power 3.1.9.7 (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009) จะกำหนด α err prop = 0.05, α/β = 0.25 (0.05/0.20 = 0.25) นั่นคือ การกำหนดค่า β = 0.20 หรือ power = 0.80 ($1-\beta$, $1-0.20$ = 0.80) และ effect size δ = 0.3 (Medium) จากการคำนวณ ใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 64 ราย

2. เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังต่อไปนี้

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว รวม 7 ข้อ และแบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก คือ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นภาวะหัวใจล้มเหลว ยาที่ใช้รักษา การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลช่วงรอบปีที่ผ่านมา ระดับความรุนแรงของโรคหัวใจล้มเหลว และโรคร่วม ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ และแบบเติมคำ

2.2 แบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว เวอร์ชัน 7.2 (SCHFI version 7.2) สร้างโดย ริเกล และคณะ (Riegel et al., 2019) แปลเป็นภาษาไทยโดย วรินทร์ ดำรงรัตน์นุวงศ์ (2564) ได้รับการอนุมัติผ่านทางเอกสาร Instrument Use agreement และผู้แปลฉบับเป็นภาษาไทย แบบสอบถามประกอบด้วย ข้อคำถาม 29 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ข้อคำถาม 10 ข้อแรกเป็นการประเมินพฤติกรรมด้านการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน ข้อคำถามส่วนต่อไปอีก 11 ข้อ เป็นด้านพฤติกรรมติดตามอาการตนเอง และ 8 ข้อสุดท้ายเป็นด้านพฤติกรรมควบคุมอาการเมื่ออาการกำเริบ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ 1 คือไม่ปฏิบัติเลย ไปจนถึง 5 คือ ปฏิบัติบ่อยมากที่สุด ในข้อที่ 1-19 และ 22-28 ส่วนข้อที่ 20-21 และ 29 มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ

0 คือไม่ปฏิบัติเลย ไปจนถึง 5 คือ ปฏิบัติบ่อยมากที่สุด การแปลผลคะแนนแบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว ซึ่งมีคะแนนโดยรวม และในแต่ละส่วนเท่ากับ 100 คะแนน โดยแปลงคะแนนให้อยู่ในช่วงคะแนน 0-100 และกำหนดจุดตัด คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 70 คะแนน แสดงว่า ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองได้เหมาะสม (Riegel et al., 2019) ซึ่งผู้วิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระดับช่วงคะแนน 0-70 หมายถึง การดูแลตนเองพอใช้ ช่วงคะแนน 71-85 หมายถึง การดูแลตนเองดี และช่วงคะแนน 85-100 หมายถึง การดูแลตนเองดีมาก (กิตติพงษ์ พินิจพันธ์ และ สุนิดา ปรีชาวงษ์, 2564)

2.3 แบบสอบถามความมั่นใจความสามารถการดูแลตนเอง นำมาจาก SCHFI version 7.2 (Riegel et al., 2019) แปลเป็นภาษาไทยโดย วรินทร์ ดำรงรัตน์นุวงศ์ (2564) จำนวนทั้งหมด 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ 1 คือไม่มั่นใจ ไปจนถึง 5 คือ มั่นใจมากที่สุด การแปลผลคะแนนแบบสอบถามความมั่นใจความสามารถการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว โดยแปลงคะแนนให้อยู่ในช่วงคะแนน 0-100 แบ่งออกเป็น 3 ระดับช่วงคะแนน 0-70 หมายถึง ความมั่นใจความสามารถการดูแลตนเองพอใช้ ช่วงคะแนน 71-85 หมายถึง ความมั่นใจความสามารถการดูแลตนเองดี และช่วงคะแนน 85-100 หมายถึง ความมั่นใจความสามารถการดูแลตนเองดีมาก (กิตติพงษ์ พินิจพันธ์ และ สุนิดา ปรีชาวงษ์, 2564)

2.4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวมินของมินเนโซตา (Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire: MLHFQ) สร้างขึ้นโดย Rector (Bilbao et al., 2016) แปลเป็นภาษาไทยโดย พรณทิพา ศักดิ์ทอง และวิวัฒน์ ตั้งสถิตเกียรติ์ (Wiwat Tangsatitkiat & Phantipa Sakthong, 2010) แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถาม

21 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน คำถาม 8 ข้อ (1-6 และ 12-13) เป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย คำถามอีก 5 ข้อ (17-21) วัดคุณภาพชีวิตด้านอารมณ์ และคำถามอีก 8 ข้อ (วัดคุณภาพชีวิต ด้านสังคม ซึ่งลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ 0 คือไม่มีผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิต ไปจนถึง 5 คือ ผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ของท่าน มากที่สุด การแปลผลคะแนนแบบสอบถาม คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว การแปลผล คะแนน มีช่วงคะแนนตั้งแต่ 0-105 คะแนน ผู้ที่มีคะแนน สูงกว่า มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตมากกว่า หรือมี คุณภาพชีวิตที่น้อยกว่าผู้ที่มีคะแนนต่ำกว่า โดยผู้ที่ได้ คะแนน 0 แปลว่า มีคุณภาพชีวิตที่ดี ส่วนผู้ที่ได้คะแนน 105 แปลว่า มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ซึ่งแบ่งคะแนนรวมเป็น 3 ระดับ คะแนนรวม น้อยกว่า 24 หมายถึง คุณภาพชีวิตดี คะแนนรวม 24-45 หมายถึง คุณภาพชีวิตปานกลาง และคะแนนรวมมากกว่า 45 หมายถึง คุณภาพชีวิตไม่ดี (Schulz et al., 2020)

3. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เนื่องจาก แบบสอบถามการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว แบบสอบถามความมั่นใจความ สามารถการดูแลตนเอง และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต ไม่ได้มีการปรับเปลี่ยน (จากต้นฉบับ) จึงไม่ได้ทำการ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจ ล้มเหลว แบบสอบถามความมั่นใจความสามารถการดูแล ตนเอง และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตไปทดลองใช้กับ ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย คำนวณหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .73, .95 และ .96 ตามลำดับ

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยแจ้งผู้เข้าร่วมโครงการฯ ว่าโครงการนี้ เป็นโครงการวิจัย และอธิบายลักษณะของโครงการวิจัยให้

กับผู้เข้าร่วมโครงการฯ ให้ชัดเจนและตอบคำถามทุกอย่าง เกี่ยวกับโครงการวิจัย ช่วงหลังแพทย์ทำการตรวจเสร็จ โดยใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที โดยเริ่มจากการเข้าไป แนะนำตัวเอง และสร้างสัมพันธภาพ เลือกที่สงบบริเวณ ที่ไม่มีผู้ป่วยอื่น ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอ ความร่วมมือเข้าร่วมวิจัย กรณีสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จะทำการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยจะอ่าน เอกสาร การพิทักษ์สิทธิ์ และใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยจน เข้าใจ จึงให้ลงชื่อเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งว่าการ เข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นไปโดยสมัครใจ ผู้เข้าร่วม โครงการฯจะต้องลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอม เข้าร่วมการวิจัย ให้เวลาตัดสินใจโดยอิสระ ก่อนลงนาม ให้ความยินยอมผู้เข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยเก็บเอกสาร ยินยอมไว้ 1 ฉบับ และให้เอกสารยินยอมแก่อาสาสมัคร กลับไป 1 ฉบับ เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยโรคหัวใจ ล้มเหลวทุกรายที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก อายุรกรรมรวมและคลินิกเฉพาะทาง ตามเกณฑ์การ คัดเข้า ตั้งแต่ 4 สิงหาคม 2566 ถึง 6 ตุลาคม 2566 จำนวน 64 ราย

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล คุณภาพชีวิต พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความมั่นใจความสามารถ การดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว ด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ หาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความ มั่นใจความสามารถการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของเพียร์สัน โดยให้เกณฑ์เปรียบเทียบระดับความสัมพันธ์ โดยแปลความหมาย ดังนี้ ค่า $r > 0.70$ หมายถึง มีความ สัมพันธ์ระดับสูง ค่า r ระหว่าง ± 0.30 - 0.70 หมายถึง มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง, ค่า $r < 0.30$ หมายถึง มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ และ ค่า $r = 0$ หมายถึง ไม่มีความสัมพันธ์กัน (บุญใจ ศรีสถิตย่นรากร, 2553)

6. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ (เอกสารเลขที่ E.022/2565) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลราชวิถี ที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล (เลขอนุมัติ 048/2566 วันที่อนุมัติ 2 มีนาคม พ.ศ. 2566 ถึงวันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2567) ก่อนดำเนินการวิจัยผู้วิจัยชี้แจง วัตถุประสงค์ ประโยชน์และความเสี่ยงของการวิจัย การเก็บรักษาข้อมูล สิทธิผู้ป่วยในการตอบรับหรือปฏิเสธ รวมถึงการถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา และให้ผู้ป่วยลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลที่ได้จะเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อ หลังการวิเคราะห์ข้อมูลเสร็จ แบบสอบถามของผู้ป่วยจะถูกเก็บและถูกทำลายหลังงานวิจัยถูกเผยแพร่

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยในครั้งนี้ พบว่า

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงและเพศชายเท่าๆ กัน จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 50.0 มีช่วงอายุ 28-97 ปี (อายุต่ำสุด-มากที่สุด) อายุเฉลี่ย 67 ปี (SD. = 15.31) ส่วนใหญ่อายุ 61-70 ปี ร้อยละ 26.6 กลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่งจบประถมศึกษา ร้อยละ 54.7 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่เป็นคู่ ร้อยละ 54.7 ไม่ประกอบอาชีพเป็นใหญ่ร้อยละ 53.1 รายได้ส่วนใหญ่น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 40.6 ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคหัวใจล้มเหลวระหว่าง 6 เดือน-1 ปี โดยเฉลี่ย 34.6 เดือน (SD. = 48.72) วันที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยครั้งล่าสุดส่วนใหญ่มากกว่า 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 39.1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้การรักษาด้วยยา diuretic ร้อยละ 57.8 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของโรคหัวใจล้มเหลวระดับ 1 ร้อยละ 68.8 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70.3 มีโรคร่วม 2 โรคขึ้นไป และโรคร่วมระดับรุนแรง (โรคตับชนิดรุนแรง) ร้อยละ 1.6

2. คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับไม่ดี ($\bar{X}$ = 45.59, SD = 21.25) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคุณภาพชีวิต (n = 64)

ข้อมูล	ช่วงคะแนน		Mean	SD
	ค่าที่เป็นไปได้ (Min-Max)	ค่าที่เป็นจริง (Min-Max)		
คุณภาพชีวิตโดยรวม	0-105	0-94	45.59	21.24
ด้านร่างกาย	0-40	0-36	18.70	9.24
ด้านอารมณ์	0-25	0-21	10.13	5.31
ด้านสังคม	0-40	0-37	16.77	8.50

3. พฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ประจำวันและพฤติกรรมการติดตามอาการตนเองอยู่ในกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X}$ = 68.91, SD = 13.47) เมื่อพิจารณา ระดับพอใช้ ($\bar{X}$ = 67.27, SD = 14.66 และ $\bar{X}$ = 66.81, SD = 14.62 ตามลำดับ) ส่วนการควบคุมอาการอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 72.65, SD = 15.46) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของพฤติกรรมการดูแลตนเอง (n = 64)

ข้อมูล	ช่วงคะแนน		Mean	SD
	ค่าที่เป็นไปได้ (Min-Max)	ค่าที่เป็นจริง (Min-Max)		
การดูแลตนเองโดยรวม	0-100	39.66-99.24	68.91	13.47
การดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน	0-100	37.50-100	67.27	14.66
การติดตามอาการตนเอง	0-100	41.82-97.73	66.81	14.62
การควบคุมอาการ	0-100	38.75-100	72.65	15.46

การพิจารณารายด้านและรายข้อ พบว่า SD = 40.34; $\bar{X}$ = 51.56 SD = 27.41 ตามลำดับ) การได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่เป็นประจำทุกปี (ดังตารางที่ 3) และการออกกำลังกาย มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{X}$ = 43.75,

ตารางที่ 3 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของพฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้านและรายข้อ (n = 64)

ข้อมูล	ช่วงคะแนน (Min-Max)	Mean	SD
การดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวันโดยรวม	37.50-100	67.27	14.66
การป้องกันตนเองไม่ให้เจ็บป่วย เช่น การล้างมือ	0-100	70.31	25.15
การออกกำลังกายระหว่างวัน	0-100	51.56	27.41
รับประทานอาหารที่ไม่เค็ม/เกลือต่ำ	0-100	63.67	27.79
ไปพบแพทย์/พยาบาล ตามนัดเป็นประจำ	50-100	91.01	13.63
ไม่ลืมรับประทานยา ตามคำสั่งแพทย์	0-100	67.57	36.37
เลือกรับประทานอาหารที่ไม่เค็ม/เกลือต่ำ เมื่อซื้อของกลับบ้าน	0-100	66.02	27.23
ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่เป็นประจำทุกปี	0-100	43.75	40.34
เลือกรับประทานอาหารที่ไม่เค็ม/เกลือต่ำ เมื่อไปกับเพื่อน	0-100	60.94	27.41
มีวิธีการเพื่อไม่ให้ล้มก้นยา	0-100	80.08	24.47
สอบถามแพทย์/พยาบาลเกี่ยวกับยาที่รับประทาน	0-100	77.73	23.62

การพิจารณารายด้านและรายข้อ พบว่า ($\bar{X} = 44.14$, $SD = 26.63$) (ดังตารางที่ 4)
การชั่งน้ำหนักตัวทุกวันมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด

ตารางที่ 4 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของพฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้านและรายข้อ (n=64)

ข้อมูล	ช่วงคะแนน (Min-Max)	Mean	SD
การติดตามอาการตนเองโดยรวม	41.82-97.73	66.81	14.62
ชั่งน้ำหนักตัวทุกวัน	0-100	44.14	26.63
สนใจอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นตามการรับรู้	50-100	75.00	19.42
เฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา	0-100	70.31	26.31
สังเกตอาการตนเองว่าเหนื่อยมากขึ้นเมื่อทำกิจกรรม	0-100	74.21	22.70
สอบถามแพทย์/พยาบาลเกี่ยวกับอาการ	25-100	74.61	22.04
เฝ้าสังเกตการเปลี่ยนแปลงอาการอย่างใกล้ชิด	25-100	77.34	21.23
ตรวจดูอาการบวมที่ข้อเท้า หลังเท้า หรือหน้าแข้ง	0-100	71.48	27.41
ประเมินอาการหายใจเหนื่อย เมื่อทำกิจกรรม	0-100	68.36	23.67
บันทึกอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น	0-100	80.08	24.47

การพิจารณารายด้านและรายข้อ พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{X} = 58.59$, $SD = 27.54$)
การพยายามหาสาเหตุที่ทำให้มีอาการหัวใจล้มเหลวกำเริบ (ดังตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของพฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้านและรายข้อ (n=64)

ข้อมูล	ช่วงคะแนน (Min-Max)	Mean	SD
การควบคุมอาการโดยรวม	38.75-100	72.65	15.46
ลดปริมาณเกลือ น้ำปลา หรือเครื่องปรุงที่มีรสเค็มในอาหารที่รับประทาน	0-100	69.14	26.63
ลดปริมาณน้ำดื่ม และเครื่องดื่มอื่น	25-100	70.31	23.52
รับประทานยา ตามคำสั่งแพทย์	50-100	87.50	15.43
ไปพบแพทย์/พยาบาลที่รักษา หรือโทรศัพท์ติดต่อเพื่อขอคำแนะนำ ในการควบคุมอาการหัวใจล้มเหลวกำเริบ	0-100	80.47	26.53

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ข้อมูล	ช่วงคะแนน (Min-Max)	Mean 72.65	SD 15.46
ขอคำแนะนำจากสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อน ในการควบคุมอาการหัวใจล้มเหลวกำเริบ	0-100	69.14	29.80
พยายามหาสาเหตุที่ทำให้มีอาการหัวใจล้มเหลวกำเริบ	0-100	58.59	27.54
ลดการทำกิจกรรมต่าง ๆ จนกว่าจะรู้สึกดีขึ้น	0-100	69.14	22.16

4. ความมั่นใจความสามารถการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจความสามารถการดูแลตนเองอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X} = 66.72$, $SD = 19.85$) (ดังตารางที่ 6) ความสามารถในการประเมินอาการสำคัญของโรคหัวใจล้มเหลวได้ และประเมินวิธีการต่าง ๆ ที่ปฏิบัติอยู่นั้น ที่ได้ผลในการควบคุมโรคหัวใจล้มเหลว มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{X} = 57.81$, $SD = 27.41$ และการพิจารณารายชื่อ พบว่า ความมั่นใจ $\bar{X} = 59.38$, $SD = 29.71$ ตามลำดับ) (ดังตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความมั่นใจความสามารถการดูแลตนเองโดยรวม และรายชื่อ (n=64)

ข้อมูล	ช่วงคะแนน		Mean	SD
	ค่าที่เป็นไปได้ (Min-Max)	ค่าที่เป็นจริง (Min-Max)		
ความมั่นใจความสามารถการดูแลตนเองโดยรวม	0-100	27.50-100	66.72	19.85
จัดการควบคุมรักษาไม่ให้เกิดอาการกำเริบ	0-100	0-100	63.67	25.56
ปฏิบัติตามข้อแนะนำการรักษาได้ถูกต้องครบถ้วน	0-100	25-100	74.21	19.90
ปฏิบัติตามข้อแนะนำการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง	0-100	25-100	74.21	20.40
ประเมินการเปลี่ยนแปลงความผิดปกติของร่างกายได้	0-100	25-100	71.09	20.99
สังเกตประเมินอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกายได้อย่างต่อเนื่อง	0-100	25-100	69.53	21.11
รับรู้ว่ามีผลผิดปกติเกิดขึ้นในร่างกายของตนเอง	0-100	25-100	71.09	20.03
ประเมินอาการสำคัญของโรคหัวใจล้มเหลวได้	0-100	0-100	57.81	27.41
ทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เพื่อรักษาบรรเทาอาการ	0-100	0-100	64.06	25.93
ค้นหาวิธีการควบคุมอาการกำเริบที่เกิดขึ้น	0-100	0-100	62.11	27.46
ประเมินวิธีการต่าง ๆ ที่ปฏิบัติอยู่นั้น ที่ได้ผลในการควบคุมโรคหัวใจล้มเหลว	0-100	0-100	59.38	29.71

5. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความมั่นใจความสามารถการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว พบว่า คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว มีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับต่ำ (ค่า $r < 0.30$) กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และความมั่นใจความสามารถการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .28, p < .05$ และ $r = .27, p < .05$ ตามลำดับ) (ดังตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่าง พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว ($n = 64$)

ปัจจัยที่ศึกษา	คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว	
	ค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p-value
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	.28	.02
ความมั่นใจความสามารถการดูแลตนเอง	.27	.03

อภิปรายผลการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองจากผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว ได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองแสดงออกมาได้ไม่ชัดเจน แต่ก็ยังส่งผลถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน สอดคล้องกับงานวิจัยของ Seid (2020) ซึ่งได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว ในประเทศเอธิโอเปีย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวมากกว่าร้อยละ 50 มีคุณภาพชีวิตไม่ดี และร้อยละ 50 ที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม นอกจากนี้ยังพบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ยังไม่ดี ย่อมส่งผลให้คุณภาพชีวิตยิ่งลดลง

2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความมั่นใจความสามารถ

ดูแลตนเองจากผลการวิจัย พบว่า คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความมั่นใจความสามารถการดูแลตนเอง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวอาจมีความวิตกกังวล จึงทำให้มีความมั่นใจอยู่ในระดับพอใช้เท่านั้น แต่ก็ยังเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน สอดคล้องกับการวิจัยของ Baradaranfard, Babaei, Boroumand, Mosleh, Jafari, and Binaee (2018) เรื่องศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและความมั่นใจความสามารถการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว ที่พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความมั่นใจความสามารถการดูแลตนเองต่ำ และมีความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างความมั่นใจความสามารถการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิต แสดงถึงว่า ถ้ามีความมั่นใจความสามารถการดูแลตนเองสูง ก็สามารถปรับปรุงคุณภาพชีวิตได้มากขึ้น แต่ในทางกลับกัน ถ้ามีความมั่นใจความสามารถการดูแลตนเองน้อย ก็ปรับปรุงคุณภาพชีวิตได้น้อยเช่นกัน

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะจากการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยครั้งนี้ คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการดูแลตนเองและความมั่นใจความสามารถในการดูแลตนเอง จึงควรวางแผนส่งเสริมให้มีการจัดกิจกรรมที่พัฒนาการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว รวมถึงกิจกรรมการส่งเสริมความมั่นใจความสามารถการดูแลตนเอง อย่างต่อเนื่อง และกิจกรรมนั้นควรมีความร่วมมือกันระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล และผู้ป่วย มุ่งให้เกิดผลลัพธ์ที่คาดหวังในคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวให้อยู่ในระดับที่สูงขึ้นในทุกด้าน

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยจัดโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเอง และส่งเสริมความมั่นใจความสามารถการดูแลในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว เพื่อเพิ่มพฤติกรรมดูแลตนเองให้มีประสิทธิภาพ และเพิ่มความมั่นใจความสามารถการดูแลตนเองมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กิตติพงษ์ พินิจพันธ์, และสุนิดา ปรีชาวงษ์. (2564). ปัจจัยทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในเขตภาคกลาง ประเทศไทย. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 38(3), 48-60.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูเอเอ็นดีโอ อินเตอร์มีเดีย.
- วรินทร์ ดำรงรัตน์วงศ์. (2564). *SCHFI Thai version 7.2*. สืบค้นจาก <https://self-care-measures.com/project/patient-version-schfi-thai-2-2/>
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Baradaranfard, F., Babaei, S., Boroumand, S., Mosleh, S., Jafari, F., & Binaee, N. (2018). The relationship between quality of life and cardiovascular self-efficacy in patients with heart failure: A descriptive correlation study. *Jundishapur Journal of Chronic Disease Care*, 7(4). doi:10.5812/jjcdc.68431
- Bilbao, A., Escobar, A., García-Perez, L., Navarro, G., & Quirós, R. (2016). The Minnesota living with heart failure questionnaire: comparison of different factor structures. *Health and quality of life outcomes*, 14, 1-11.
- Members, W. C., Bozkurt, B., Ahmad, T., Alexander, K. M., Baker, W. L., Bosak, K., ... & Ziaeeian, B. (2023). Heart failure epidemiology and outcomes statistics: a report of the Heart Failure Society of America. *Journal of cardiac failure*, 29(10), 1412-1451. doi:10.1016/j.cardfail.2023.07.006
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G* Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior research methods*, 41(4), 1149-1160. doi:10.3758/BRM.41.4.1149

- Hashimoto, S., Kitakata, H., Kohsaka, S., Fujisawa, D., Shiraishi, Y., Nakano, N., ... & Kohno, T. (2023). Confidence in self-care after heart failure hospitalization. *Journal of Cardiology*, 81(1), 42-48.
- Jiang, F., Lin, Y., Li, S., Peng, Y., Huang, X., & Chen, L. (2022). A Study of the Nursing Intervention Based on Self-Efficacy Theory for Patients After Mechanical Heart Valve Replacement: A Randomized Controlled Trial. *International Journal of General Medicine*, 15, 6539-6547. doi:10.2147/IJGM.S353977
- Marx, N., Federici, M., Schütt, K., Müller-Wieland, D., Ajjan, R. A., Antunes, M. J., ... & Sattar, N. (2023). 2023 ESC Guidelines for the management of cardiovascular disease in patients with diabetes: Developed by the task force on the management of cardiovascular disease in patients with diabetes of the European Society of Cardiology (ESC). *European heart journal*, 44(39), 4043-4140. doi:10.1093/eurheartj/ehad192
- Moshki, M., Khajavi, A., Vakilian, F., Minaee, S., & Hashemizadeh, H. (2019). The content comparison of health-related quality of life measures in heart failure based on the international classification of functioning, disability, and health: a systematic review. *Journal of cardiovascular and thoracic research*, 11(3), 167-175.
- Riegel, B., Barbaranelli, C., Carlson, B., Sethares, K. A., Daus, M., Moser, D. K., ... & Vellone, E. (2019). Psychometric testing of the revised self-care of heart failure index. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 34(2), 183-192.
- Şabanoğlu, C., Sinan, Ü. Y., Akboğa, M. K., Çoner, A., Gök, G., Kocabaş, U., ... & Zoghi, M. (2023). Long-term prognosis of patients with heart failure: Follow-up results of journey HF-TR study population. *Anatolian journal of cardiology*, 27(1), 26-33.
- Schulz, M., Griesse-Mammen, N., Schumacher, P. M., Anker, S. D., Koehler, F., Ruckes, C., ... & Laufs, U. (2020). The impact of pharmacist/physician care on quality of life in elderly heart failure patients: results of the PHARM-CHF randomized controlled trial. *ESC Heart Failure*, 7(6), 3310-3319. doi:10.1002/ehf2.12904
- Seid, M. A. (2020). Health-related quality of life and extent of self-care practice among heart failure patients in Ethiopia. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18(1), 27. doi:10.1186/s12955-020-01290-7
- Sen, H. T. N., Linh, T. T. T., & Trang, D. T. K. (2020). Factors related to treatment compliance among patients with heart failure. *Ramathibodi Medical Journal*, 43(2), 30-40.

- Tangsatitkiat, W., & Sakthong, P. (2010). Thai version of the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire: psychometric testing using a longitudinal design. *Asian Biomedicine*, 4(6), 877-884.
- Ziaieian, B., & Fonarow, G. C. (2016). Epidemiology and aetiology of heart failure. *Nature Reviews Cardiology*, 13(6), 368-378.





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 โดยบทความที่พิจารณาจะตีพิมพ์ในวารสารจะต้องเป็นบทความที่มีคุณภาพ 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

ศ.ดร.วิชัย อึ้งพินิจพงศ์
รศ.ดร.สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล
ผศ.ดร.ซัจเจนค์ แพรขาว
ผศ.ดร.อรสา กงตาล

รศ.ดร.พนิชฐา พานิชชีวะกุล
รศ.ผ่องพรรณ อรุณแสง
ผศ.ดร.วิณทนา ศิริธราจิวัตร
ผศ.ดร.คุรุศาสตร์ คนหาญ

มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ศ.ดร.ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์
รศ.ดร.เปรมทิพย์ ทวีดิธรรม
รศ.ดร.กัญญดา ประจุศิลป์
ผศ.ดร.สุนทรภรณ์ มีพริ้ง

ร.ท.หญิง ผศ.ดร.อัญชลี เชี่ยวโสธรคูวล
รศ.ดร.รสลัย กัลยาณพจน์พร
ผศ.ดร.สุจิตรา บุญหยง

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ศ.ดร.ดาราวรรณ ต๊ะปันตา
ผศ.ดร.นวลลออ ธวินชัย

รศ.ดร.อาทิตย์ พวงมะลิ

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต

รศ.ดร.สุรัตนา อำนวยผล
รศ.ดร.พินัยลัก ดันติลีปกร เอิร์ด

รศ.ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา
รศ.ดร.ปิยะนุช ชูโต

มหาวิทยาลัยบูรพา

ศ.ดร.บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์
รศ.ดร.ศิริกานา สนั่นเรืองศักดิ์
ผศ.ดร.อรชร บุญลา

รศ.ดร.สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ
ผศ.ดร.ฉันทนา จันทร์วงศ์

มหาวิทยาลัยนานาชาติเอเชีย-แปซิฟิก
มหาวิทยาลัยมหิดล

ศ.ดร.พิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ
ศ.ดร.จุฬา ภูไพบูลย์
รศ.ดร.มณี อากานันท์กุล
รศ.ดร.วิทยา อยู่สุข
รศ.ดร.รุ่งทิพา วัจนละฐิติ
รศ.ดร.ปัญญารัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา
รศ.ดร.สุภาพ ไทยแท้

ผศ.ดร.พรพรรณ สมินทร์ปัญญา
รศ.ดร.ประยูร พงสติกุล
รศ.ดร.วรรณะ ชลาชนเดชะ
รศ.ดร.อรรพรรณ แก้วบุญชู
รศ.ดร.อาภาพร เผ่าวัฒนา
รศ.ดร.ขวัญใจ อานาจสัตย์เชื้อ
รศ.ดร.ปิยธิดา นาคะเกษียร

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

รศ.ดร.อรพณ ศรียุคตศุทธ
ผศ.ดร.เวทสินี แก้วขันตี
ผศ.ดร.วัลย์ลดา ฉันทะเรืองวนิชย์
ดร.ขวลิศ วัฒนมังสีมันต์

รศ.ดร.ธีรภรณ์ จันทร์ดา
ผศ.ดร.จตุพร วงศ์สาธิตกุล
ผศ.ดร.พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์
ดร.นพวรรณ พินิจจรเดช

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ผศ.ดร.ประทีป จินนี่
ผศ.ดร.สายธิดา ลาภอนันตสิน
ผศ.ดร.กาญจนา ภัทราววัฒน

ผศ.ดร.รัมภา บุญสินสุข
ผศ.ดร.รุ่งฤดี กล้าหาญ
ดร.พิชชาดา ประสิทธิ์โชค

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช

ศ.ดร.บุญทิพย์ สิริรังสี
รศ.ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล
รศ.ดร.วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล
รศ.สุดาว เลิศวิสุทธิไพบูลย์
รศ.สราวุธ สุธรรมาสา
ผศ.ดร.สิริรัตน์ สุวนิชย์เจริญ
ผศ.ดร.อารยา ประเสริฐชัย
ดร.ชื่นจิตร์ โพธิ์สัพสุ

รศ.ดร.ศรีศักดิ์ สุนทรไชย
รศ.ดร.วรางคณา จันทร์คง
รศ.ดร.มุกดา หนูยศรี
รศ.ดร.นิรนาท แสนสา
รศ.พรทิพย์ กิระพงษ์
ผศ.ดร.สุทธิพร มูลศาสตร
ผศ.ดร.ช่อทิพย์ บรมธนรัตน์

ต้นสังกัด

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

มหาวิทยาลัยคริสเตียน	ศ.ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย ผศ.ดร.นฤมล ปทุมารักษ์	พ.อ.หญิง ผศ.ดร.นงพิมล นิมิตรอนันท์ ผศ.ดร.เนตรชนก ศรีทุมมา
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช	ผศ.ดร.รัตนา จารูวรรณ	ผศ.ดร.สุณี เวชประสิทธิ์
วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ	รศ.พ.ต.อ.ดร.ทิพย์ฉมพร เกษโกมล	
วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก	พลตรีหญิง รศ.ดร.สายสมร เฉลยกิตติ	
นักวิชาการอิสระ	ศ.ดร.ศิริพร จิรวัดน์กุล รศ.สุจิตรา ลิ้มอานวยเลิศ รศ.ลัดดาวัลย์ เกษมเนตร	รศ.ดร.พรรณราย ทรัพย์ะประภา รศ.ฐิติพร อิงคถาวรวงศ์ ผศ.ดร.พรรณวดี สมกิตติกานนท์ ดร.อัศนี วันชัย
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช	ดร.สิริวัฒน์ อายุวัฒน์	
วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา	รศ.ดร.จิตพรพรรณ ภูษาภักดิ์ทิพ	
วิทยาลัยเซนต์หลุยส์	รศ.ดร.ดวงเดือน ศาสตรภักดิ์ รศ.ดร.มาลีวัล เลิศสาครศิริ รศ.ดร.สุวรรณี ละออปักษิณ รศ.สมพร ชีโนรส รศ.พรศิริ พันธสี ผศ.ดร.ผกาวดี พุ่มสุทัศน์ ผศ.ดร.อังคณา จงเจริญ เชอร์ ดร.สมศรี สุเมธ ดร.นงคราญ วงษ์ศรี ดร.รัตนภรณ์ ซ้อนเปี้ยยุ่ง	รศ.ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย รศ.ดร.จินตนา อาจสันเทียะ รศ.ดร.วราภรณ์ ทิพย์สุวรรณกุล รศ.สุภาวดี เครือโชติกุล ผศ.ดร.สมนึก สกุลหงส์โสภณ ผศ.ดร.สุวรรณา อนุสันติ ผศ.ดร.อัชมา ชื่นบุญ ดร.ปานตา อภิรักษ์นภานนท์ ดร.ชูเกียรติ จากใจชน ดร.ชาติปิตย์ เครือพานิชย์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	รศ.ดร.กัณฑพร ยอดไชย ผศ.ดร.ปรัชญานันท์ เทียงจรรยา	รศ.สุรีย์ กฤษเจริญ ผศ.ณอมศรี อินทนนท์
มหาวิทยาลัยนเรศวร	รศ.ดร.วรวรรณ ทิพย์วาริรมย์ ผศ.ดร.จิรรัตน์ หรือตระกูล ผศ.ดร.จรรยา สันตยากร ดร.กุลวรา เพียรจริง	รศ.ดร.ชุลีกร ด่านยุทธศิลป์ ผศ.ดร.รัตนชฎาวรรณ อยู่เนา ผศ.ดร.ระวีวรรณ พิไลเกียรติ อ.ทยุตา อินทร์แก้ว
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี	ผศ.ดร.พรรณวิภา บรรณเกียรติ	
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม	รศ.เจษฎา บุญมาโฮม	ผศ.ดร.กมลฤ ญนอมสัต์ย์
วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ์	รศ.ดร.อรพรรณ โตสิงห์	รศ.ดร.รุ่งนภา ภาณิตรัตน์
มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง	ผศ.ดร.พัฒนสิน อารีอุดมวงศ์	ผศ.ดร.โสภภาพรรณ อินตะเผือก
มหาวิทยาลัยปทุมธานี	ผศ.ดร.วลัยนารี พรหมลา	ผศ.ดร.วนิดา คุรงค์ฤทธิชัย
มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ	ดร.ชัชวาล วงศ์สารี	ดร.อาภากร เปี้ยวันม
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพรัตน์วชิระ	ดร. สุทธิชาร์ตน์ เจริญพงศ์	
มหาวิทยาลัยชินวัตร	รศ.ดร.พวงทิพย์ ชัยพิบาลสฤกษ์	
วิทยาลัยสาธารณสุขสิรินธร	ดร.พิทยา ศรีเมื่อง	
มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา	ผศ.ดร.ทักษิณี อรรถารส	
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี	ดร.สุภารัตน์ พิสัยพันธุ์	
วิทยาลัยพยาบาลราชชนนี ยะลา	ผศ.ดร.อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์	



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 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120
โทรศัพท์ 02-675-5304 ถึง 12 โทรสาร 02-675-5313



www.slc.ac.th



@SLC2528