



ปีที่ 22 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2555 ISSN 0857-3743

Vol. 22 No. 3 September – December 2012 ISSN 0857-3743



**สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข**

อาคาร 4 ชั้น 7 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ / โทรสาร 02-590-1834 www.tnaph.org

พิมพ์ที่ : บริษัท ธนาเพรส จำกัด

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข • ปีที่ 22 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2555

- ➔ ปัจจัยทำนายความเครียดของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต
- ➔ ประสิทธิภาพของการจัดการเรียนการสอนที่เน้นชุมชนเป็นฐานต่อสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 หลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต
- ➔ ความรู้ ทักษะคิดและการปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการเกิดโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิด เอ เอชวัน เอ็นวัน 2009 ของครู และผู้ดูแลเด็กเล็ก ณ ศูนย์เด็กเล็ก ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี
- ➔ พฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยทองในเขต อ.เมือง จ.นครราชสีมา
- ➔ อัตลักษณ์ ประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัว สังคมและประเทศชาติของบัณฑิตที่สำเร็จตามโครงการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่มเพื่อแก้ไขปัญหาในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้
- ➔ ทักษะคิดเชิงจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลในวิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
- ➔ รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลพูกว่าง อำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี
- ➔ ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้
- ➔ รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนวัดปุณณาวาส
- ➔ ผลของการจัดโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หมู่ที่ 9 ตำบลดงตะงาว อำเภอดอนพุด จังหวัดสระบุรี
- ➔ เกร็ดประวัติการพยาบาล

# วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข Nursing Journal of the Ministry of Public Health

## วัตถุประสงค์

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขจัดทำขึ้นเพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการด้านการพยาบาลทุกสาขาและการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง

## ชื่อวารสาร

ภาษาไทย : วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข  
ชื่อย่อภาษาไทย วารสาร พ.ส.  
ภาษาอังกฤษ : Nursing Journal of the Ministry of Public Health  
ชื่อย่อภาษาอังกฤษ : NJPH

## ขอบเขต

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข จะตีพิมพ์บทความที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. คุณานิติ เป็นบทความเขียนถึงผู้มีพระคุณ ผู้ที่มีผลงานดีเด่น เป็นที่เชิดชูวิชาชีพ ผู้นำวิชาชีพหรือผู้ปฏิบัติทางวิชาชีพ ด้วยเจตนาเพื่อเผยแพร่ให้เป็นที่รู้จัก เป็นตัวอย่าง และเป็นภาคภูมิใจของชนรุ่นหลัง
2. บทความวิชาการ เป็นบทความทางการพยาบาล การศึกษาพยาบาล การบริหารและงานทางวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง
3. รายงานการวิจัยทางวิชาชีพ หรือเกี่ยวข้อง
4. นานาสาระ เป็นบทความข้อความความรู้ทั่วไปที่เกี่ยวข้อง และเป็นประโยชน์
5. ข่าวน่ารู้จากสมาคมฯ เป็นข้อมูลข่าวสารที่มาจากองค์กรการสาธารณสุข การศึกษาและการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

## กำหนด

1. ปีละ 3 ฉบับ คือ ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม
2. อัตราค่าสมาชิก 3 เล่ม 150 บาท/ปี

บทความและรายงานวิจัยในวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข เป็นความคิดเห็นของผู้เขียน มิใช่ของคณะผู้จัดทำ และมีข้อความรับผิดชอบของสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

## อัตราการลงโฆษณาในวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

พื้นที่โฆษณา		ราคาต่อฉบับ
ปกหลังด้านใน	เต็มหน้าพิมพ์ 4 สี	10,000 บาท
ปกหลังด้านใน	เต็มหน้าพิมพ์ 1 สี	6,000 บาท
ในเล่ม	เต็มหน้าพิมพ์ 1 สี	2,500 บาท
ใบแทรกในเล่ม		1,500 บาท

# วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ปีที่ 22 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2555 ISSN 0857-3743

## คณะที่ปรึกษา

นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ

นางนิตยา จันทร์เรือง มหาผล

นางสาวกาญจนา สันติพัฒน์ชัย

นางสาวดารารพร คงจา

ดร. กาญจนา จันทร์ไทย

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

สำนักวิชาการสาธารณสุข

ผู้ทรงคุณวุฒิ

สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

สำนักการพยาบาล

## บรรณาธิการ

ดร. อัญญาพร หิรัญพฤกษ์

สถาบันพระบรมราชชนก

## กองบรรณาธิการ

ดร.ชุตินา ปัญญาพินิจนุกร

ผศ.ดร. พูลสุข เจนพานิชย์

ดร.มณฑาทิพย์ ไชยศักดิ์

ผศ.ดร. โสมภัทร ศรีไชย

ดร.อุษณีย์ เทพวรชัย

Professor Dr.David Roberts

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ทรงคุณวุฒิ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

สถาบันพระบรมราชชนก

## ผู้จัดการ

นางไพบุลย์ วงษ์ใหญ่

## เจ้าของ

สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

อาคาร 4 ชั้น 7 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ / โทรสาร 02-590-1834

www.tnaph.org Email: n.tnaph@gmail.com

## พิมพ์ที่

บริษัทธนาเพรส จำกัด

48/26-31 ซ.จุฬา 2 ถ.บรรทัดทอง แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กทม. 10330

โทรศัพท์ 02-215-7220, 02-215-7698 โทรสาร 02-214-0038

Email: tanapress@gmail.com



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิผู้กลั่นกรองบทความวิจัย  
วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ปีที่ 22 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2555

- |    |                                      |  |
|----|--------------------------------------|--|
| 1  | ผศ.ดร.กรรณิการ์ สุวรรณโคต            | ผู้ทรงคุณวุฒิ                            |
| 2  | อ.กรรณา ลิ้มเจริญ                    | สถาบันบำราศนราดูร                        |
| 3  | รศ.จิตติพร อิงคถาวรวงศ์              | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| 4  | อ.ดารารพร คงจา                       | สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข     |
| 5  | อ.ดร.บัวหลวง สำแดงฤทธิ์              | โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 6  | อ.ดร.พัฒนา นาคทอง                    | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง        |
| 7  | อ.ดร.มารีสา สุวรรณราช                | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา           |
| 8  | อ.ดร.โรชนี อุปรา                     | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่       |
| 9  | อ.ดร.วิภา เขี่ยมสำอางค์<br>จาลามิลโล | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง        |
| 10 | อ.ดร.สุนันทา ทองพัฒน์                | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ    |
| 11 | ผศ.ดร.โสภณัทธ ศรไชย                  | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น       |
| 12 | อ.ดร.อภิญญา ศิริพิทยาคุณกิจ          | โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 13 | อ.ดร.อาจันต์ สงทับ                   | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง  |





# วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ปีที่ 22 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2555

## สารบัญ

- ปัจจัยทำนายความเครียดของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต ..... 1
- ประสิทธิภาพของการจัดการเรียนการสอนที่เน้นชุมชนเป็นฐานต่อสมรรถนะ ..... 12  
ทางวัฒนธรรมของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 หลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต
- ความรู้ ทักษะคิดและการปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการเกิดโรคไข้หวัดใหญ่ .....26  
สายพันธุ์ใหม่ชนิด เอ เอชวัน เอ็นวัน 2009 ของครูและผู้ดูแลเด็กเล็ก  
ณ ศูนย์เด็กเล็ก ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี
- พฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยทองในเขต อ.เมือง จ.นครราชสีมา ..... 39
- อัตลักษณ์ ประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัว สังคมและประเทศชาติของบัณฑิตที่ ..... 51  
สำเร็จตามโครงการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่มเพื่อแก้ไขปัญหาในพื้นที่จังหวัด  
ชายแดนภาคใต้
- ทักษะคิดเชิงจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลในวิทยาลัยพยาบาล .....64  
สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
- รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลพูกว่าง .....77  
อำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี
- ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ..... 88
- รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน ..... 100  
วัดปรณาวาส
- ผลของการจัดโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพพร้อมกับการสนับสนุนทางสังคม .....112  
ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หมู่ที่ 9 ตำบลดงตะงาว อำเภอดอนพุด จังหวัดสระบุรี
- เกร็ดประวัติการพยาบาล: สภาการพยาบาลนานาชาติ ..... 124



## บรรณาธิการแถลง

---

**สวัสดิ์ดีค่ะ...** สมาชิกสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขและผู้สนใจทุกท่าน

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขฉบับนี้เป็นฉบับสุดท้าย ของปี 2555

ในปี 2555 นี้ กองบรรณาธิการได้พยายามปรับปรุงคุณภาพวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขมาโดยตลอด เพื่อเตรียมการขอการประเมินคุณภาพวารสารรอบที่ 2 จากศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (ศูนย์ TCI) ภายในเดือน มกราคม 2556

ขอขอบคุณสมาชิกที่ให้การสนับสนุนด้วยดีเสมอมา และในวาระดิถีขึ้นปีใหม่ 2556 กองบรรณาธิการวารสารสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขขออาราธนาคุณพระศรีรัตนตรัยและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลายในสากลโลก ดลบันดาลให้ท่านประสบแต่ความสุขความเจริญ ทั้งในหน้าที่การงานและชีวิตครอบครัว ดังที่ท่านปรารถนา

ดร. อัญญาพร หิรัญพฤษภ์  
บรรณาธิการ







## ปัจจัยทำนายความเครียดของนักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

ทัศนาศรี ตรีคุณ\*

พัชรินทร์ นินทจันทร์\*

โสภิตา แสงอ่อน\*

### บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความเครียดของนักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาที่กำลังศึกษาอยู่ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จำนวน 161 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความแข็งแกร่งในชีวิต แบบสอบถามเหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจ และแบบวัดความเครียดสำหรับคนไทย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษาพบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียด ส่วนเหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจด้านการเรียน การเงิน ภาวะสุขภาพ ความขัดแย้งในการปฏิบัติตามบทบาท สัมพันธภาพกับเพื่อนหรือผู้ร่วมงาน และสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียด และพบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิต เหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจด้านการเรียนและด้านการเงิน สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความเครียดในนักศึกษาพยาบาลได้ร้อยละ 24 ผลจากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สามารถนำไปใช้พัฒนาแนวทางในการส่งเสริมการจัดการกับความเครียดของนักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

**คำสำคัญ :** ความเครียด, เหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจ, ความแข็งแกร่งในชีวิต, นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต



## Factors Predicting Stress in Graduate Nursing Students

.....

*Tusana Thaweekoon\**

*Patcharin Nintachan\**

*Sopin Sangon\**

### Abstract

This descriptive correlational study investigated the factors predicting stress in graduate nursing students. A purpose sampling technique was used to recruit a sample of 161 graduate nursing students at a Government school of nursing in Thailand. Data were collected using a demographic data questionnaire, the Resilience Inventory, the Negative Event Scale, and the Thai version of a Stress Test. The data were analyzed using descriptive statistics, Pearson correlation, and stepwise multiple regression analysis. Findings revealed that resilience had a significantly negative correlation with the stress. However, negative life events related to academic concerns, financial constraints, health status, role conflicts, relationships with friends/coworkers, and relationships with family members was significantly positively correlated with student stress. Resilience, negative life events, academic concerns and financial constraints could jointly explain 24 percents in the variance of stress in graduate nursing students, with resilience being the strongest predictor of stress.

**Keywords :** Stress, Negative life events, Resilience, Graduate nursing students





## ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

การศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาโดยเฉพาะอย่างยิ่งสาขาพยาบาลศาสตร์นับเป็นภาวะการณ์ที่ทำให้ให้นักศึกษามีโอกาสเกิดความเครียดได้สูง<sup>(1)</sup> เพราะนอกจากนักศึกษาจะเกิดความเครียดจากการนำความรู้ภาคทฤษฎีไปใช้ในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโดยตรงแล้ว ยังมีความเครียดที่เกิดจากกระบวนการของการทำวิทยานิพนธ์ร่วมด้วย<sup>(2)</sup> ความเครียดถือเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นได้กับบุคคลทั่วไป การที่นักศึกษามีระดับความเครียดเล็กน้อยถึงปานกลางจะสามารถช่วยเพิ่มความสามารถในการเรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้น ในขณะที่ถ้ามีความเครียดที่มากเกินไปจะทำให้ประสิทธิภาพในการเรียนรู้ลดลง<sup>(3)</sup> ถ้านักศึกษาเกิดความเครียดในระหว่างที่ศึกษาและไม่สามารถปรับตัวกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้ ก็จะทำให้มีความเครียดเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนตกต่ำลง หรือต้องออกจากการศึกษากลางคัน และอาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตในที่สุด<sup>(4, 5)</sup>

ความเครียดที่เกิดขึ้นกับนักศึกษานั้นเกี่ยวข้องกับหลากหลายปัจจัย จากการทบทวนวรรณกรรมที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดความเครียดในนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาพบว่า มีทั้งการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงหรือปัจจัยที่อาจทำให้นักศึกษามีโอกาสเกิดความเครียดมากขึ้น และปัจจัยปกป้องหรือปัจจัยที่ช่วยให้นักศึกษามีความเครียดลดลง ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้นักศึกษาเกิดความเครียดนั้นอาจเป็นเหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจ (negative life events) ให้แก่นักศึกษา อันได้แก่ 1) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเรียน เช่น ความยากของวิชาที่เรียน<sup>(6)</sup> การบริหารจัดการเวลาในการทำงานที่ได้รับมอบหมายจำนวนมากให้เสร็จในระยะเวลาที่กำหนดได้<sup>(7-9)</sup> การเตรียมตัวสอบ การฝึกปฏิบัติงานกับผู้ป่วยโดยตรงในสถานที่ไม่คุ้นเคย รวมถึงกระบวนการทำวิทยานิพนธ์และตีพิมพ์ผลงานวิจัยเพื่อการสำเร็จการศึกษา เป็นต้น 2) ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างนักศึกษากับบุคคลรอบข้าง ไม่ว่าจะเป็นสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัว<sup>(10)</sup>

สัมพันธภาพกับอาจารย์ผู้สอนหรืออาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์<sup>(6)</sup> และสัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมชั้นเรียนและเพื่อนร่วมงาน<sup>(11)</sup> 3) ปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตามบทบาท นักศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ที่มีบทบาทหน้าที่หลายอย่างที่จะต้องกระทำไปพร้อมๆ กันทั้งด้านบทบาทในครอบครัว ในที่ทำงาน และในสถานศึกษา ซึ่งนักศึกษบางคนอาจมีปัญหาขัดแย้งในบทบาทเหล่านี้ได้<sup>(10)</sup> 4) ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับข้อจำกัดในเรื่องการเงิน<sup>(9)</sup> และ 5) ปัญหาด้านสุขภาพการเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย<sup>(12)</sup> ซึ่งผลการศึกษาเหล่านี้แสดงให้เห็นว่า ปัญหาจากปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ส่งผลให้นักศึกษามีแนวโน้มที่จะมีความเครียดได้สูง ส่วนปัจจัยปกป้องนั้นจากการศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษาถึงปัจจัยที่เสริมสร้างให้นักศึกษาสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะช่วยให้นักศึกษามีความเครียดลดลง ซึ่งปัจจัยปกป้องที่สำคัญอย่างยิ่งปัจจัยหนึ่ง ก็คือ ความแข็งแกร่งในชีวิต (Resilience)<sup>(13-15)</sup>

ความแข็งแกร่งในชีวิตเป็นศักยภาพหรือความสามารถของบุคคลในการยืนหยัดอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ท่ามกลางภาวะการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิต พร้อมทั้งสามารถที่จะฟื้นตัวและรับมือกับผลกระทบที่เกิดจากภาวะการณ์นั้นได้ในเวลารวดเร็ว อันจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น<sup>(16, 17)</sup> ซึ่ง Grotberg(18, 19) ได้แบ่งโครงสร้างของความแข็งแกร่งในชีวิตออกเป็น 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) *I have* (ฉันมี....) 2) *I am* (ฉันเป็นคนี่....) และ 3) *I can* (ฉันสามารถที่จะ....) โดยที่ *I have* (ฉันมี....) หมายถึง การมีแหล่งสนับสนุนภายนอกที่ส่งเสริมให้เกิดความแข็งแกร่งในชีวิต จากการศึกษาพบว่า นักศึกษาที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ครู และเพื่อนร่วมชั้นเรียนจะมีความเครียดในชีวิตต่ำ<sup>(14, 20)</sup> ส่วน *I am* (ฉันเป็นคนี่....) หมายถึง ความเข้มแข็งภายในของแต่ละบุคคล เช่น มีความภาคภูมิใจในตนเอง รับผิดชอบในสิ่งที่ตนเองกระทำ มีพื้นฐานอารมณ์ดี เป็นต้น จากการศึกษาพบว่า นักศึกษาที่มีความภาคภูมิใจใน



ตนเองและเป็นผู้ที่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ เมื่ออยู่ในภาวะเครียดจะสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์นั้นได้เป็นอย่างดี<sup>(21)</sup> และ 3) I can (ฉันสามารถที่จะ...) หมายถึง การมีทักษะในการจัดการกับปัญหาและสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลจากการศึกษาพบว่า นักศึกษาที่มีทักษะในการจัดการกับปัญหาที่ดีจะมีการรับรู้เกี่ยวกับภาวะเครียดต่ำ<sup>(22)</sup> จากองค์ประกอบหลักของความแข็งแกร่งในชีวิตแสดงให้เห็นว่า เมื่อต้องเผชิญกับภาวะการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดบุคคลที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตจะสามารถตั้งศักยภาพของตนเองดังกล่าวมาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการศึกษาของ McAllister และ McKinnon<sup>(23)</sup> เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง (risk factors) และปัจจัยปกป้อง (protective factors) พบว่า บุคคลที่มีปัจจัยเสี่ยงมากมีแนวโน้มที่จะเกิดผลลัพธ์ในด้านลบตามมา แต่ในขณะที่เดียวกันถ้าบุคคลนั้นมีปัจจัยปกป้องร่วมด้วย ปัจจัยปกป้องก็จะเข้าไปทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโดยทำให้ระดับความรุนแรงของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงและผลลัพธ์ด้านลบลดลง มีผลทำให้บุคคลนั้นลดความเสี่ยงในการที่จะเกิดผลลัพธ์ในด้านลบได้ ดังนั้นเมื่อนักศึกษาต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจ ทั้งปัญหาเกี่ยวกับการเรียน การเงิน สุขภาพ ความขัดแย้งในการปฏิบัติตามบทบาท ปัญหาเกี่ยวกับเพื่อนหรือผู้ร่วมงาน และปัญหากับบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด อันเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดความเครียด ถ้านักศึกษามีปัจจัยปกป้อง อันได้แก่ ความแข็งแกร่งในชีวิต ก็น่าจะช่วยให้ นักศึกษามีโอกาสเกิดความเครียดลดลงได้ นั่นคือ ปัจจัยเหล่านี้จะเป็นปัจจัยที่ทำนายความเครียดในนักศึกษาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต ซึ่งการวิจัยที่ผ่านมามีส่วนใหญ่เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยเหล่านี้กับความเครียดในนักศึกษา<sup>(7-15, 20-22)</sup> แต่ยังไม่มีการศึกษาปัจจัยเหล่านี้ที่ใช้ในการทำนายความเครียดในนักศึกษาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต คณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องที่ใช้ในการทำนายความเครียดของนักศึกษาพยาบาล

ศาสตร์มหาบัณฑิต ผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่จะใช้ในการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างให้นักศึกษาสามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น อันจะนำไปสู่การมีสุขภาพจิตที่ดีศึกษาแล้วเรียนสำเร็จเป็นบุคคลากรที่มีคุณภาพต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจ ความแข็งแกร่งในชีวิตและความเครียดของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต
2. ศึกษาปัจจัยทำนายความเครียดของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต ได้แก่ เหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจในด้านการเรียน การเงิน สุขภาพ ความขัดแย้งในการปฏิบัติตามบทบาท ปัญหากับเพื่อนหรือผู้ร่วมงาน ปัญหากับบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด และความแข็งแกร่งในชีวิต

## สมมติฐานการวิจัย

1. เหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจ และความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์กับความเครียด ของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต
2. เหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจในด้านการเรียน การเงิน สุขภาพ ความขัดแย้งในการปฏิบัติตามบทบาท ปัญหากับเพื่อนหรือผู้ร่วมงาน ปัญหากับบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด และความแข็งแกร่งในชีวิต สามารถร่วมกันทำนายความเครียดของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต

## วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlational research design) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ Power Analysis<sup>(24)</sup> ตามการวิเคราะห์



การถดถอยพหุ จำนวนตัวแปรอิสระ 7 ตัว Medium Effect size = .15, Power = .8, และ ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 141 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง กลุ่มตัวอย่างเป็น นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ทุกชั้นปีที่ลงทะเบียนในภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2553 มีนักศึกษาที่ยินยอมเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ และตอบแบบสอบถามสมบูรณ์จำนวนทั้งสิ้น 161 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล สร้างโดยทีมผู้วิจัย ประกอบด้วยข้อมูลของเพศ อายุ ชั้นปีที่ศึกษา สถานภาพสมรส ตำแหน่งการทำงาน สถานที่ทำงาน รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน บรรยากาศในครอบครัว ความคับข้องใจ และประสบการณ์ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา

2. แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต (The Resilience Inventory) ซึ่งพัฒนาโดยพัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ<sup>(16)</sup> ตามแนวคิดความแข็งแกร่งในชีวิต (resilience) ของ Grotberg<sup>(18, 19)</sup> ซึ่งมี 3 องค์ประกอบหลัก คือ *'I have'* (เป็นแหล่งสนับสนุนภายนอกที่ส่งเสริมให้เกิดความแข็งแกร่งในชีวิต) *'I am'* (เป็นความเข้มแข็งภายในของแต่ละบุคคล) และ *'I can'* (เป็นปัจจัยด้านทักษะในการจัดการกับปัญหาและสัมพันธภาพระหว่างบุคคล) แบบประเมินนี้มีจำนวน 28 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ *'I have'* จำนวน 9 ข้อ *'I am'* จำนวน 10 ข้อ และ *'I can'* จำนวน 9 ข้อ แบบสอบถามนี้ใช้มาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับของความเห็นด้วย จาก 1 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด จนถึง 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 28 ถึง 140 คะแนน มีการนำแบบประเมินไปใช้ในกลุ่มนักศึกษาระดับปริญญาตรี พบว่า มีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.90<sup>(16)</sup> ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามในกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคครั้งนี้ เท่ากับ 0.89

3. แบบสอบถามเหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจ (The Negative Event Scale) ใช้ของพิทักษ์พล บุญมาลิก<sup>(25)</sup> ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยจากเครื่องมือที่พัฒนาโดย Maybery<sup>(26)</sup> เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกยุ่งยากใจต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของนักศึกษาในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา มีจำนวน 42 ข้อ ในการศึกษาครั้งนี้ทีมผู้วิจัยได้มีการดัดแปลงข้อคำถามให้เหมาะสมกับบริบทของนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา โดยเพิ่มข้อคำถามเกี่ยวกับความขัดแย้งในการปฏิบัติตามบทบาท 3 ข้อ จึงมีจำนวน 45 ข้อ ซึ่งจำแนกเป็นปัญหาเกี่ยวกับการเรียน 13 ข้อ ปัญหาการเงิน 4 ข้อ ปัญหาสุขภาพ 4 ข้อ ความขัดแย้งในการปฏิบัติตามบทบาท 3 ข้อ ปัญหาเพื่อนหรือผู้ร่วมงาน 8 ข้อ และปัญหาเกี่ยวกับครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด 13 ข้อ โดยที่แต่ละข้อมีคำตอบให้เลือกตอบ 6 ระดับ เริ่มจาก 0 หมายถึง เหตุการณ์ไม่เกิดขึ้น 1 หมายถึง เหตุการณ์ได้เกิดขึ้น แต่ไม่มีความยุ่งยากใจ ไปจนถึง 5 หมายถึง เหตุการณ์ได้เกิดขึ้นและมีความยุ่งยากใจมากที่สุด คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 0-225 แบบสอบถามเหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจนี้ มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ในระดับสูง (CVI = 1.00) และค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าระหว่าง 0.94- 0.96<sup>(25, 27)</sup> ในการศึกษาครั้งนี้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.95

4. แบบวัดความเครียดสำหรับคนไทย (Thai Stress Test) พัฒนาโดย สุชีรา ภัทรายุทธวรรณ์ และคณะ<sup>(28)</sup> ประกอบด้วยคำถามที่ถามถึงความรู้สึกที่อาจมีในชีวิตประจำวัน ใช้ประเมินความเครียดในประชากรทั่วไป มีคำถามจำนวน 24 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ ข้อคำถามด้านลบ จำนวน 12 ข้อ และข้อคำถามด้านบวก จำนวน 12 ข้อ ซึ่งการศึกษาคครั้งนี้ใช้เฉพาะข้อคำถามด้านลบ (ข้อ 1-12) ลักษณะคำตอบเป็นมาตรฐานค่า 3 ระดับ โดย 0 หมายถึง ไม่เคยรู้สึกเลย 1 หมายถึง รู้สึกเป็นครั้งคราว และ 3 หมายถึง รู้สึกบ่อยๆ คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 0-36



## การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ก่อนที่จะทำการเก็บข้อมูลผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บข้อมูล และสิทธิในการเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งการตอบแบบสอบถามนั้นเป็นไปด้วยความสมัครใจ ถ้านักศึกษารู้สึกไม่สะดวกที่จะตอบคำถามใดก็สามารถเว้นว่างไว้ ไม่ว่านักศึกษาจะตอบคำถามหรือไม่ก็ตามจะไม่มีผลกระทบใดๆ กับผลการเรียนของนักศึกษาทั้งสิ้น เมื่อนักศึกษายินดีเข้าร่วมการศึกษาโดยการลงนามจึงดำเนินการรวบรวมข้อมูล นักศึกษาถูกขอให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเองโดยไม่มีกระบวนการชี้แจง การนำเสนอรายงานการวิจัยเป็นการนำเสนอในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด เมื่อนักศึกษาสมัครใจเข้าร่วมการศึกษาคณะผู้วิจัยขอให้ให้นักศึกษาทำแบบสอบถามในห้องเรียน เมื่อนักศึกษาทำแบบสอบถามเสร็จแล้วให้นำมาใส่กล่องที่จัดไว้ให้ โดยใช้เวลาหลังเลิกเรียนหรือเวลาว่าง เวลาที่ใช้ในการตอบประมาณ 30-35 นาที

## การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ลักษณะข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างและตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาโดยใช้โปรแกรมทางสถิติคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้คือ สถิติบรรยาย สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน วิเคราะห์การถดถอยพหุคูณและคัดเลือกตัวแปรโดยวิธี stepwise

## ผลการวิจัย

### ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ชั้นปีที่ 1-5 ที่ลงทะเบียนในภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2553 โดยมีนักศึกษาที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและตอบแบบสอบถามสมบูรณ์จำนวน 161 คน เป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ร้อยละ 18 ชั้นปีที่ 2 ร้อยละ 35.4 ชั้นปีที่ 3 ร้อยละ 22.4 ชั้นปีที่ 4 ร้อยละ 13.7 และชั้นปีที่ 5 ร้อยละ

10.6 นักศึกษามีอายุอยู่ระหว่าง 24-49 ปี อายุเฉลี่ย 35.02 (SD = 5.77) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 95.7) มีสถานภาพสมรสโสด (ร้อยละ 59) ปฏิบัติหน้าที่เป็นพยาบาลประจำการ (ร้อยละ 82) ทำงานที่โรงพยาบาลจังหวัด/อำเภอ (ร้อยละ 35.4) มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนประมาณ 20,000 - 30,000 บาท และลักษณะบรรรยากาศในครอบครัวรักใคร่กลมเกลียวดี (ร้อยละ 60.5)

### ความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจและความแข็งแกร่งในชีวิตกับความเครียดของนักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจ ความแข็งแกร่งในชีวิตและความเครียดในนักศึกษาพยาบาลพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดของนักศึกษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 คือ เหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจด้านการเรียน การเงิน สุขภาพ ความขัดแย้งในการปฏิบัติตามบทบาท ปัญหาเพื่อนหรือผู้ร่วมงาน และปัญหากับบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลใกล้เคียง ในขณะที่ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับความเครียดของนักศึกษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 คือ ความแข็งแกร่งในชีวิต ดังตารางที่ 1



**ตารางที่ 1** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างเหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจรายด้านและความแข็งแกร่งในชีวิตกับความเครียด ของนักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (n = 161)

ปัจจัยที่ศึกษา	1	2	3	4	5	6	7	8
1. เหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจด้านการเรียน	1.00							
2. เหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจด้านการเงิน	0.49*	1.00						
3. เหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจด้านสุขภาพ	0.42*	0.30*	1.00					
4. เหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจด้านความขัดแย้งในการปฏิบัติตามบทบาท	0.61*	0.42*	0.40*	1.00				
5. เหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจด้านปัญหากับเพื่อนหรือผู้ร่วมงาน	0.50*	0.35*	0.32*	0.53*	1.00			
6. เหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจด้านปัญหากับบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลใกล้เคียง	0.51*	0.39*	0.32*	0.57*	0.49*	1.00		
7. ความแข็งแกร่งในชีวิต	-0.12	-0.10	-0.15	-0.09	-0.06	0.03	1.00	
8. ความเครียด	0.39*	0.35*	0.27*	0.26*	0.24*	0.21*	-0.33*	1.00

\*p < .01

### ผลการศึกษาปัจจัยทำนายความเครียดของนักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

การทดสอบปัจจัยทำนายความเครียดของนักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตครั้งนี้คณะผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ได้แก่ การกระจายแบบปกติ (normality) ความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (linearity) ค่าความแปรปรวนคงที่ (homoscedasticity) ความสัมพันธ์กันเองระหว่างตัวแปรอิสระ (multicollinearity) และความเป็นอิสระของค่าความคลาดเคลื่อน (autocorrelation) ซึ่งพบว่าไม่มีปัญหาละเมิดข้อตกลงเบื้องต้น (violation of assumptions) ดังกล่าว ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณและคัดเลือกตัวแปรโดยวิธี stepwise พบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิต เหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจด้านการเรียน

และเหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจด้านการเงิน ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความเครียดของนักศึกษาพยาบาลได้ร้อยละ 24 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยความแข็งแกร่งในชีวิตเป็นปัจจัยที่มีอำนาจในการทำนายความเครียดสูงสุด (Beta = -.28, p < .001) (ดังตารางที่ 2) ส่วนเหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจด้านสุขภาพด้านความขัดแย้งในการปฏิบัติตามบทบาท ด้านปัญหากับเพื่อนหรือผู้ร่วมงาน และด้านปัญหากับบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลใกล้เคียงไม่สามารถทำนายความเครียดของนักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตกลุ่มนี้ได้



ตารางที่ 2 ปัจจัยทำนายความเครียดของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต (n = 161)

ปัจจัยทำนาย	Beta	t	p-value
เหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจด้านการเรียน	.26	3.24	<.01
ความแข็งแกร่งในชีวิต	-.28	- 3.98	<.001
เหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจด้านการเงิน	.20	2.50	<.05

Constant (a) = 21.87, R = .51, R2 = .26, R2adj = .24, F (3,157) = 19.21, p < .001

จากผลการวิจัยครั้งนี้ สมการทำนายความเครียดของนักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต แบบค่าคะแนนมาตรฐาน (Standardized score) คือ

$$Z (\text{ความเครียด}) = .26Z (\text{เหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจด้านการเรียน}) - .28Z (\text{ความแข็งแกร่งในชีวิต}) + .20Z (\text{เหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจด้านการเงิน})$$

### อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า เหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจด้านการเรียน เหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจด้านการเงิน และความแข็งแกร่งในชีวิตร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความเครียดของนักศึกษาพยาบาลได้ร้อยละ 24 ซึ่งปัจจัยปกป้อง คือ ความแข็งแกร่งในชีวิตนั้น เป็นปัจจัยที่มีอำนาจในการทำนายความเครียดสูงสุด รองลงมา เป็นปัจจัยเสี่ยงซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจเกี่ยวกับปัญหาเกี่ยวกับการเรียน และปัญหาการเงิน ตามลำดับ ผลที่ได้จากการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการเรียน และปัญหาการเงินเป็นปัญหาที่นักศึกษาจัดอันดับว่าเป็นปัญหาที่กระตุ้นให้เกิดความเครียดมากที่สุด<sup>(1, 7, 9, 11)</sup> ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้เป็นพยาบาลที่มีความต้องการศึกษาต่อในระดับปริญญาโทเพื่อความก้าวหน้าในวิชาชีพ ซึ่งการที่ต้องเข้ามาเรียนในระดับบัณฑิตศึกษานั้นอาจเป็นจุดเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตและถือว่าปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดความเครียดอย่างหนึ่ง เพราะการเรียนสาขาวิชาการพยาบาล เป็นการเรียนรู้ทั้งภาคทฤษฎีในห้องเรียนและการฝึกภาคปฏิบัติทางคลินิกกับผู้ป่วยโดยตรง ปัญหาที่เกี่ยวกับการเรียนครอบคลุมถึง ปริมาณงานที่มาก การมีเวลาจำกัด การ

สอบ การฝึกปฏิบัติทางคลินิก สัมพันธ์ภาพกับอาจารย์ที่ปรึกษา การเขียนวิทยานิพนธ์ตลอดจน การที่จะต้องตีพิมพ์เพื่อการสำเร็จการศึกษา ซึ่งปัญหาดังกล่าวทำให้เกิดความเครียดในนักศึกษา ผู้ที่เข้าศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษานั้นจำเป็นต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายตลอดหลักสูตรเป็นเงินจำนวนมากพอสมควร ซึ่งนักศึกษาทุกคนอยู่ในวัยผู้ใหญ่ ส่วนใหญ่มีภาระรับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งที่เกี่ยวกับตนเองและครอบครัว นักศึกษาบางรายต้องลาออกจากงานประจำเพื่อใช้เวลากับการเรียนเพียงอย่างเดียว ทำให้ต้องสูญเสียรายได้ไป และความเครียดของนักศึกษาจะเพิ่มมากขึ้นถ้านักศึกษาไม่สามารถจบการศึกษาภายในระยะเวลาที่กำหนด เพราะต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจากที่ตนเองได้ประมาณไว้และไม่สามารถเริ่มทำงานประจำได้อย่างเต็มที่

ผลการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิต ซึ่งเป็นปัจจัยปกป้องที่มีอำนาจในการทำนายความเครียดสูงสุด นั่นคือนักศึกษาที่มีคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตสูงจะมีโอกาสเกิดความเครียดในระหว่างการศึกษาน้อยกว่านักศึกษาที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตต่ำ นั่นคือ นักศึกษาที่มี "I have" "I am" และ "I can" สูง ก็มีโอกาสน้อยที่จะมีความเครียดต่ำ ซึ่งความแข็งแกร่งในชีวิตนี้เป็นความสามารถของบุคคลในการที่จะฟื้นตัว คงไว้ หรือเสริม





สร้างซึ่งการมีสุขภาพกายและจิตที่ดีเมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดในชีวิต<sup>(29)</sup> ผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า นักศึกษาที่มีแหล่งสนับสนุนทางสังคม (I have) ไม่ว่าจะเป็นการได้รับช่วยเหลือการได้รับกำลังใจจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน และอาจารย์ที่ปรึกษามีโอกาสที่จะเกิดความเครียดต่ำ<sup>(14, 15, 30-35)</sup> นักศึกษาที่มีความแข็งแรงภายในสูง (I am) ไม่ว่าจะจะเป็นความภาคภูมิใจในตนเองและมีลักษณะการปรับตัวที่ดี<sup>(21, 35)</sup> มีโอกาสที่จะเกิดความเครียดต่ำ นอกจากนี้นักศึกษาที่มีทักษะในการแก้ปัญหาสูง (I can) ก็มีโอกาสที่จะเกิดความเครียดต่ำเช่นกัน<sup>(22)</sup> ผลจากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า เหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจด้านการเรียนและการเงินนับเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดความเครียดในนักศึกษา แต่ถ้านักศึกษามีปัจจัยปกป้อง อันได้แก่ ความแข็งแรงในชีวิต ก็จะช่วยป้องกันการเกิดความเครียดในนักศึกษาได้

### ข้อเสนอแนะและการนำผลการศึกษาไปใช้

1. ในการศึกษาครั้งนี้ ความแข็งแรงในชีวิต เหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจด้านการเรียนและด้านการเงิน สามารถร่วมกันทำนายความเครียดในนักศึกษายาบาล ส่วนเหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจด้านปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ ความขัดแย้งในการปฏิบัติตามบทบาท ปัญหากับเพื่อนหรือผู้ร่วมงาน และปัญหากับบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด ยังไม่สามารถทำนายความเครียดในนักศึกษายาบาลมหาบัณฑิตกลุ่มนี้ได้ แต่จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับความเครียด ดังนั้นควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยทำนายความเครียดเหล่านี้ในนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาสาขาอื่นๆ

2. ปัจจัยเสี่ยง (เหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจด้านการเรียนและด้านการเงิน) และ ปัจจัยปกป้อง (ความแข็งแรงในชีวิต) ร่วมกันทำนายระดับความเครียดของนักศึกษายาบาลได้ร้อยละ 24 เท่านั้น ทั้งนี้อาจยังมีปัจจัยอื่นๆ นอกเหนือจาก

ปัจจัยที่ศึกษาในการศึกษานี้ที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของนักศึกษา ดังนั้นในการทำวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นเพิ่มเติม เช่น บุคลิกภาพ กระบวนการคิด ความฉลาดทางอารมณ์ เป็นต้น

3. หลักสูตรบัณฑิตศึกษาควรจัดให้มีมาตรการช่วยเหลือนักศึกษาในการปรับตัวเผชิญต่อเหตุการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความเครียดขณะศึกษาในหลักสูตร โดยมุ่งเน้นลดปัจจัยเสี่ยง และส่งเสริมปัจจัยปกป้องที่สัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษา โดยจัดให้มีแหล่งสนับสนุนสำหรับนักศึกษาในหลายๆ ด้าน เช่น โครงการช่วยเหลือนักศึกษาในด้านวิชาการ การจัดให้มีแหล่งทุนสนับสนุนการศึกษา และการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแรงในชีวิตสำหรับนักศึกษา เป็นต้น

### กิตติกรรมประกาศ :

การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนจาก “โครงการพัฒนาศักยภาพประชากรไทย” คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

### เอกสารอ้างอิง

1. Timmins F, Kaliszer M. Aspects of nurse education programmes that frequently cause stress to nursing students – fact-finding sample 2. survey. *Nurse Educ Today* 2002; 22: 203–11.
2. Izawa S, Sugaya N, Ogawa N, Nagano Y, Nakano M, Nakase E, et al. Episodic stress associated with writing a graduation thesis and free cortisol secretion after awakening. *Int J Psychophysiol* 2007; 64: 141–5.
3. Struthers CW, Perry RP, Menec VH. An examination of the relationships among academic stress, coping motivation and performance in college. *Res High Educ* 2000; 41: 581–92.





4. Deary IJ, Watson R, Hogston R. A longitudinal cohort study of burnout and attrition in nursing students. *J Adv Nurs* 2003; 43: 71–82.
5. Watson R, Gardiner E, Hogston R, Gibson H, Stimpson A, Wrate R, et al. A longitudinal study of stress and psychological distress in nurses and nursing students. *J Clin Nurs* 2009; 18: 270–8.
6. Toews JA, Lockyer JM, Dobson DJ, Simpson E, Brownell AK, Brenneis F, et al. Analysis of stress levels among medical students, residents, and graduate students at four Canadian schools of medicine. *Acad Med* 1997; 72: 997–1002.
7. Misra R, McKean M. College students' academic stress and its relation to their anxiety, time management, and leisure satisfaction. *Am J Health Stud* 2000; 16: 41–51.
8. Morton JR, Worthley JS. Psychology graduate program retention, completion and employment outcomes. *J Instr Psychol* 1995; 22: 349–54.
9. Mouret GML. Stress in a graduate medical degree. *Med J Australia* 2002; Suppl 177: S10–1.
10. Helmers KF, Danoff D, Steinert Y, Leyton M, Young SN. Stress and depressed mood in medical students, law students, and graduate students at McGill University. *Acad Med* 1997; 72: 708–14.
11. Jungbluth C, Macfarlane IM, Veach PM, Leroy BS. Why is everyone so anxious? an exploration of stress and anxiety in genetic counseling graduate students. *Genet Counsel* 2011; 20: 270–86.
12. Rawson HE, Bloomer K, Kendall A. Stress, anxiety, depression, and physical illness in college students. *Genet Psychol* 2001; 155: 321–30.
13. Largo–Wight E, Peterson PM, Chen WW. Perceived problem–solving, stress, and health among college students. *Am J Health Behav* 2005; 29: 360–70.
14. Lou J–H, Chen S–H, Yu H–Y, Li R–H, Yang C–I, Eng C–J. The influence of personality traits and social support on male nursing student life stress: a cross–sectional research design. *Nurs Res* 2010; 18: 108–16.
15. Wilks SE, Spivey CA. Resilience in undergraduate social work students: social support and adjustment to academic stress. *Soc Work Edu* 2010; 29: 276–88.
16. พัชรินทร์ นิพนธ์จันทร์, วารินทร์ ถาน้อย, โสภิต แสงอ่อน, และทัศนาศ ทวีคุณ. ความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือความแข็งแกร่งในชีวิต. รายงานการวิจัยโครงการพัฒนาศักยภาพประชากรไทย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล . กรุงเทพฯ: 2553.
17. Dyer JG, McGuinness TM. Resilience: analysis of the concept. *Arch Psychiatr Nurs* 1996; 10: 276–82.
18. Grotberg EH. The international resilience project: findings from the research and the effectiveness of interventions [Internet] 1997. [cited 2009 Sept 15]. Available from <http://resilnetuiucedu/library/grotb97a.html>.
19. Grotberg EH. Tapping your inner strength: how to find the resilience to deal with anything. Oakland: New Harbinger; 1999.
20. Jou YH, Fukada H. Stress, health, and reciprocity and sufficiency of social support: the case of university students in Japan. *J Soc Psychol* 2002; 142: 353–70.
21. Smith MC, Dust MC. An exploration of the influence of dispositional traits and appraisal



- on coping strategies in African American college students. *J Pers* 2006; 74: 145–74.
22. Largo–Wight E, Peterson PM, Chen WW. Perceived problem solving, stress, and health among college students. *Am J Health Behav* 2005; 29: 360–70.
  23. McAllister M, McKinnon J. The importance of teaching and learning resilience in the health disciplines: A critical review of the literature. *Nurs Educ Today* 2009; 29: 371–79.
  24. Cohen J. Quantitative methods in psychology: a power primer. *Psychol Bull* 1992; 112: 155–9.
  25. Boonyamalik P. Epidemiology of adolescent suicidal ideation: Roles of perceived life stress, depressive symptoms, and substance use [dissertation]. Baltimore, MA: Johns Hopkins University; 2005.
  26. Maybery DJ. Incorporating interpersonal events within uplift measurement. *Soc Indic Res* 2003;1:1–23.
  27. Thanoi W, Phanchaoenworakul, K., Thompson, E., Panitrat, R., Nityasuddhi D. Thai adolescent suicide risk behaviors: Testing a model of negative life events, rumination, emotional distress, resilience and social support. *Pac Rim Int J Nurs Res* 2010; 14: 187–202.
  28. สุชีรา ภัทรายุตวรรตน์ และคณะ. แบบวัดความเครียดสำหรับคนไทย Thai Stress Test (TST). *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 2543; 45: 237–50.
  29. Atkinson PA, Martin CR, Rankin J. Resilience revisited. *J Psychiatr Mental Health Nurs* 2009; 16: 137–45.
  30. Calicchia JA, Graham LB. Assessing the relationship between spirituality, life stressors, and social Resources: buffers of stress in graduate students. *N Am J Psychol* 2006; 8: 307–20.
  31. Dyrbye LN, Power DV, Massie FS, Eacker A, Harper W, Thomas MR, et al. Factors associated with resilience to and recovery from burnout: a prospective, multi-institutional study of US medical students. *Med Educ* 2010; 44: 1016–26.
  32. Fukumoto K, Fujimura Y, Kusumoto M, Tatami R, Ueno K. Evaluation of long-term practical training of graduate students at an off-campus hospital-questionnaire survey of graduate students and pharmacists. *Yakugaku Zasshi*. 2010; 130: 441–6.
  33. Hyun J, Quinn B, Madon T, Lustig S. Mental health need, awareness, and use of counseling services among international graduate students. *J Am Coll Health* 2007; 56: 109–18.
  34. Kaufman JA. Stress and social support among online doctoral psychology students. *J Coll Stud Psychotherapy* 2006; 20: 79–88.
  35. Nelson NG, Dell’Oliver C, Koch C, Buckler R. Stress, coping, and success among graduate students in clinical psychology. *Psychol Reports* 2001; 88: 759–67.



## ประสิทธิผลของการจัดการเรียนการสอนที่เน้นชุมชนเป็นฐาน ต่อสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 หลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต

กรรณิกา เรืองเดช\*

ไพบุลย์ ชาวสวนศรีเจริญ\*

รุจา รอดเข็ม\*

ชจิต ไชยอำมพวัน\*\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการจัดการเรียนการสอนที่เน้นชุมชนเป็นฐาน ต่อสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาหลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา กลุ่มตัวอย่าง คือนักศึกษาหลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต ชั้นปีที่ 1 จำนวน 25 คน ได้รับการพัฒนาสมรรถนะทางวัฒนธรรมผ่านกระบวนการเรียนการสอนที่เน้นชุมชนเป็นฐาน ประกอบด้วย 1) การพัฒนาความตระหนักเกี่ยวกับวัฒนธรรม 2) การให้ความรู้เกี่ยวกับความหลากหลายของ ความเชื่อ และวัฒนธรรม 3) การส่งเสริมทักษะทางวัฒนธรรมในการประเมินผู้รับบริการที่มีความแตกต่างทางความเชื่อและวัฒนธรรม 4) การส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้รับบริการที่มีความแตกต่างทางความเชื่อและวัฒนธรรม และ 5) การพัฒนาความปรารถนาที่จะมีสมรรถนะทางวัฒนธรรมในการทำงานวิชาชีพแพทย์ไทย เครื่องมือที่เก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามวัดสมรรถนะทางวัฒนธรรม การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มสัมพันธ์กัน (Pair t-test)

ผลการประเมินสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษา พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการเรียนการสอนที่เน้นชุมชนเป็นฐานในรายวิชากายวิภาคและสรีรวิทยา นักศึกษาร้อยละ 92.0 มีความตระหนักในสมรรถนะทางวัฒนธรรม มีเพียงร้อยละ 8.0 มีสมรรถนะทางวัฒนธรรม หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม นักศึกษาร้อยละ 84.0 มีสมรรถนะทางวัฒนธรรม เมื่อเปรียบเทียบคะแนนสมรรถนะทางวัฒนธรรมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม นักศึกษามีสมรรถนะทางวัฒนธรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (หลังทดลอง  $\bar{X} = 65.48$ , S.D. = 5.09 และก่อนทดลอง  $\bar{X} = 52.32$ , S.D. = 5.07) สรุปได้ว่ากระบวนการจัดการเรียนการสอนที่เน้นชุมชนเป็นฐานมีประสิทธิผลในการพัฒนาสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษา เพราะความสามารถในการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพ ผู้ให้บริการจำเป็นต้องมีสมรรถนะทางวัฒนธรรม การขาดความเข้าใจในวัฒนธรรมจะส่งผลเสียต่อการเข้าถึงและประสิทธิภาพทางการรักษาพยาบาล

**คำสำคัญ :** การจัดการเรียนการสอนที่เน้นชุมชนเป็นฐาน สมรรถนะทางวัฒนธรรม

\* วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

\*\* โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลม่วงเตี้ย อำเภอแม่ลาน จังหวัดปัตตานี



## Effectiveness of Community Based Learning on Cultural Competence among First Year Thai Traditional Medicine Students

.....

*Kannika Ruangdej\**

*Paiboon Chaosuansreecharoen\**

*Ruja Rodkhem\**

*Khajit Ochaompawon\*\**

### Abstract

This quasi-experimental research: a “one group pre-post test design” aimed to evaluate the effectiveness of community based learning on cultural competence among first year Thai Traditional Medicine students of Sirindhorn College of Public Health, Yala. Sample was 25 first year Thai Traditional Medicine students, who were improved cultural competence through community based learning. The community based learning included: (1) to improve student cultural awareness, (2) to improve student knowledge of diverse cultures and practices, (3) to improve the student’s skill in the assessment of clients from diverse cultures and practices, (4) to improve the student’s ability to develop treatment plans for clients from diverse cultures, and (5) to develop the desire for cultural competency on Thai Traditional Medicine Profession. The research instrument was Inventory for Assessing the Process of Cultural Competence among Healthcare Professionals–Student Version. Descriptive statistics and the paired-sample t test were used to compare the change in cultural outcome.

The results for assessment of cultural competence among students found that before students participated community based learning through anatomy and physiology course, 92.0% of students had cultural awareness and only 8% had cultural competence. After they participated community based learning, 84% of them had cultural competence. When compared mean score of cultural competence between before and after participated community based learning, mean score of cultural competence after participated community based learning was statistically significant higher than that mean score before participated community based learning at p-value < .05 (after:  $\bar{x} = 65.48$ , S.D. = 5.09 and before:  $\bar{x} = 52.32$ , S.D. = 5.07). The finding indicated that the community based learning effectively improved cultural competence among students. Because healthcare personnel provide effective care, they must have cultural competence. If healthcare providers are lack of cultural competence, it would affect to accessibility and effective care.

**Keywords :** Community Based Learning, Cultural Competence

---

\* Sirindhorn College of Public Health, Yala

\*\* Muang Tia Tambon Health Promotion Hospital, Mae Lan ,Pattani



## บทนำ

ปัจจุบันนี้ยังพบว่ามีช่องว่างของสถานะทางสุขภาพของประชาชนระหว่างประเทศที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูง ปานกลาง และต่ำ ตลอดจนจนมีความแตกต่างระหว่างคนในเมืองและคนในชนบท รวมทั้งความแตกต่างระหว่างกลุ่มชนชายขอบต่าง ๆ เช่น แรงงานอพยพ ทั้งนี้ “การเข้าถึงบริการ” ด้านสุขภาพถือเป็นปัจจัยสำคัญในการปรับปรุงภาวะสุขภาพ ความผาสุก และอายุขัยเฉลี่ยของประชาชน<sup>(1)</sup> แต่การที่จะได้รับการดูแลขั้นพื้นฐานอย่างทั่วถึงยังมีข้อจำกัดด้าน ค่าใช้จ่าย ระยะทาง ภาษา นโยบาย และการปฏิบัติ ตลอดจนปัจจัยด้านอื่น ๆ อีกหลายประการ

การใช้ภาษาท้องถิ่น และการเข้าใจพื้นฐานทางวัฒนธรรมของผู้รับบริการ ก็เป็นอีกวิธีหนึ่งในการส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้ก็คือสมรรถนะทางวัฒนธรรม (Culture Competence) ของผู้ให้บริการสุขภาพ ดังที่ Campinha-Bacote<sup>(2)</sup> ได้ให้ความหมายของสมรรถนะทางวัฒนธรรมในการดูแลสุขภาพว่าเป็นสมรรถนะที่วิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพต้องมีอยู่ตลอดเวลา เพื่อให้บุคลากรด้านสุขภาพมีความสามารถในการให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และประสบความสำเร็จ สอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรมของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ (ครอบครัว และชุมชน) เช่นเดียวกับที่ Betancourt และคณะ<sup>(3)</sup> ให้ความหมายของสมรรถนะทางวัฒนธรรมในการดูแลสุขภาพไว้ว่า เป็นความสามารถของผู้ให้บริการที่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความแตกต่างในด้านค่านิยม ความเชื่อ และพฤติกรรม เพื่อให้การบริการสุขภาพตรงตามความต้องการทางสังคม วัฒนธรรม และภาษาของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับโกมาตริ จึงเสถียรทรัพย์<sup>(4)</sup> ที่กล่าวไว้ว่าการปฏิเสธการดำรงอยู่ของวัฒนธรรมความเชื่อของชาวบ้าน โดยถือว่าเป็นแนวคิดที่ไม่จำเป็นต้องนำมาใช้ในการประกอบการรักษาพยาบาล โดยละเลยต่อข้อเท็จจริงทางสังคมและวัฒนธรรมลักษณะดังกล่าวทำให้ความประณีตในการประกอบ

โรคศิลปะถดถอย ช่องว่างระหว่างความคิดระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการด้านสุขภาพถ่างกว้างขึ้น ไม่สามารถตอบสนองของความพึงพอใจของชาวบ้านได้ และการขาดความรู้ความเข้าใจและระบบวิถีคิดของชาวบ้านต่อสุขภาพและความเจ็บป่วย ทำให้บุคลากรด้านสุขภาพไม่สามารถทำความเข้าใจต่อปรากฏการณ์ต่าง ๆ เช่น ทำไมชาวบ้านพึ่งพาการรักษาจากหลายแหล่ง เช่น เมื่อไปโรงพยาบาลแล้ว ก็ยังต้องไปให้หมอตระกูลดูด้วย หรือรักษาด้วยยาแผนโบราณ ยาสมุนไพร หรือยาผีบอกควบคู่ไปด้วย

มีการศึกษาวิจัยหลายชิ้น<sup>(5-9)</sup> ที่สนับสนุนว่าการขาดสมรรถนะทางวัฒนธรรมของผู้ให้บริการสุขภาพส่งผลต่อคุณภาพบริการ และทำให้ผลลัพธ์ของสุขภาพลดต่ำลง เพราะ (1) ขาดโอกาสในการคัดกรองโรค เนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับความชุกของโรคที่เกิดขึ้นในสถานการณ์และกลุ่มที่ต่างกักัน (2) ขาดความรู้เกี่ยวกับการรักษาแบบดั้งเดิมและอันตรายซึ่งเกิดจากปฏิกิริยาของการรักษาทั้ง 2 ชนิดร่วมกัน (3) การวินิจฉัยที่ผิดพลาดเนื่องจากการสื่อสารที่ไม่ชัดเจน (4) การสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพอาจเกิดเนื่องจากความไม่เข้าใจในภาษา รวมทั้งการแปลความที่แตกต่างกัน หรือความเข้าใจในความหมายที่ต่างกักัน ซึ่งก่อให้เกิดประสบการณ์ที่ไม่ดี และมีผลต่อความสามารถในการตัดสินใจด้านการรักษาร่วมกับผู้ให้บริการ และ (5) ภูมิหลังของวัฒนธรรม มีผลต่อพฤติกรรมการแสวงหาการช่วยเหลือ ซึ่งส่งผลต่อความรวดเร็วในการเข้าถึงบริการสุขภาพ

วิทยาลัยการสาธารณสุข จังหวัดยะลา เป็นสถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษา ที่จัดการเรียนการสอนเพื่อผลิตกำลังคนด้านสุขภาพ มุ่งเน้นไปปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิ โดยเฉพาะหลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต ที่ปรัชญาของหลักสูตรมุ่งเน้นผลิตบัณฑิต ให้มีความรู้ความสามารถในการใช้ภูมิปัญญาทางด้านการแพทย์แผนไทย เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาสุขภาพของชุมชน บนพื้นฐานของคุณธรรม จริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพ



และหลักเศรษฐกิจพอเพียง รวมถึงเสริมสร้างเจตคติที่ดีต่อการใช้และการเผยแพร่การแพทย์แผนไทย<sup>(10)</sup> ดังนั้น นักศึกษาหลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิตจำเป็นต้องอย่างยิ่งที่จะต้องมีส่วนร่วมทางวัฒนธรรม การพัฒนาสมรรถนะทางวัฒนธรรมให้กับนักศึกษา เป็นการมุ่งเน้นการเสริมสร้างความสามารถให้นักศึกษามีความรู้และเข้าใจถึงวิถีการดำเนินชีวิต ขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม และความเชื่อของชุมชนที่ความแตกต่างหลากหลายซึ่งต่อไปนักศึกษาเหล่านี้จะเป็นบุคลากรทางด้านสุขภาพที่ให้บริการแก่ประชาชน บุคลากรทางด้านสุขภาพจำเป็นต้องตระหนักถึงความหลากหลายทางวัฒนธรรม โดยการนำความรู้ทางทฤษฎีและประสบการณ์ทางวิชาชีพมาผสมผสาน และให้การดูแลบนพื้นฐานคุณธรรมจริยธรรม และไม่ขัดแย้งต่อความเชื่อที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม ตลอดจนนำวิธีการต่าง ๆ มาประยุกต์ใช้ในการให้บริการอย่างเหมาะสม ซึ่งต้องอาศัยความสามารถในการให้บริการสุขภาพ ภายใต้บริบทของความหลากหลายทางวัฒนธรรมของบุคคล ครอบครัว และชุมชน<sup>(11)</sup>

คณะผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่เน้นชุมชนเป็นฐานในการพัฒนาสมรรถนะทางวัฒนธรรมแก่นักศึกษาชั้นปีที่ 1 หลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต จำนวน 25 คน ในรายวิชาการวิภาคและสรีรวิทยา 2 (ระบบประสาท) การเลือกรูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่เน้นชุมชนเป็นฐานในการพัฒนาสมรรถนะทางวัฒนธรรม เพราะจากการศึกษาทบทวนลักษณะโปรแกรมในการพัฒนาสมรรถนะทางวัฒนธรรมสำหรับนักศึกษาทางด้านสุขภาพที่ผ่านมา<sup>(12-16)</sup> พบว่า โปรแกรมส่วนใหญ่จำเป็นต้องจัดประสบการณ์ให้นักศึกษามีโอกาสสัมผัสในการให้บริการจริงกับผู้รับบริการ และให้นักศึกษามีโอกาสสัมผัสผู้รับบริการที่แตกต่างจากวัฒนธรรมของนักศึกษาเอง และเหตุผลที่เลือกพัฒนาสมรรถนะทางวัฒนธรรมในรายวิชาการวิภาคและสรีรวิทยา 2 (ระบบประสาท) เพราะรายวิชานี้ แบ่งเนื้อหาเป็น 3 ส่วนที่สำคัญ คือ ส่วนแรก

กายวิภาคศาสตร์ของระบบประสาท ส่วนที่สอง สรีรวิทยาของระบบประสาท และส่วนที่สามคือ พยาธิสภาพของระบบประสาท รวมทั้งการประเมินพยาธิสภาพและการดูแลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของระบบประสาท ดังนั้นจึงจัดประสบการณ์ให้กับนักศึกษาได้ฝึกประเมินพยาธิสภาพ ดูแลและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาตที่บ้าน จำนวน 5 ราย ทั้งนี้เพราะอัมพฤกษ์ อัมพาตเป็นกรณีศึกษาของความเจ็บป่วยที่มีพยาธิสภาพของระบบประสาทที่เกิดจากเส้นเลือดในสมองแตก และตีบตันจากภาวะความดันโลหิตสูงและอุบัติเหตุ ประกอบกับแนวคิดการพัฒนาสมรรถนะทางวัฒนธรรมของแคมปัส-บาโคท<sup>(11)</sup> เน้นว่าการพัฒนาสมรรถนะทางวัฒนธรรมให้กับนักศึกษานั้น ไม่จำเป็นต้องพัฒนารายวิชาขึ้นมาใหม่ แต่สามารถผสมผสานการพัฒนาสมรรถนะทางวัฒนธรรมกับรายวิชาที่มีการเรียนการสอนอยู่ในหลักสูตรอยู่แล้ว และเป็นแนวคิดในการพัฒนาสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษา เพื่อให้เข้าใจถึงวัฒนธรรมที่หลากหลายของผู้รับบริการ โดยการศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เฉพาะดังนี้ (1) เพื่อเปรียบเทียบการตระหนักรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมของนักศึกษา ก่อนและหลังได้รับการจัดการเรียนการสอนที่เน้นชุมชนเป็นฐาน (2) เพื่อเปรียบเทียบการมีองค์ความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมของนักศึกษา ก่อนและหลังได้รับการจัดการเรียนการสอนที่เน้นชุมชนเป็นฐาน (3) เพื่อเปรียบเทียบการมีทักษะเกี่ยวกับวัฒนธรรมของนักศึกษา ก่อนและหลังได้รับการจัดการเรียนการสอนที่เน้นชุมชนเป็นฐาน (4) เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการต่างวัฒนธรรมของนักศึกษา ก่อนและหลังได้รับการจัดการเรียนการสอนที่เน้นชุมชนเป็นฐาน และ (5) เพื่อเปรียบเทียบความปรารถนาที่จะมีส่วนร่วมทางวัฒนธรรมของนักศึกษา ก่อนและหลังได้รับการจัดการเรียนการสอนที่เน้นชุมชนเป็นฐาน

### สมมุติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยของการตระหนักรู้เกี่ยวกับ



วัฒนธรรมของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 หลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต หลังจากได้รับโปรแกรมการเรียนการสอนที่เน้นชุมชนเป็นฐานสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2. คะแนนเฉลี่ยของการมีองค์ความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 หลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต หลังจากได้รับโปรแกรมการเรียนการสอนที่เน้นชุมชนเป็นฐานสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

3. คะแนนเฉลี่ยการมีทักษะเกี่ยวกับวัฒนธรรมของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 หลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต หลังจากได้รับโปรแกรมการเรียนการสอนที่เน้นชุมชนเป็นฐานสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

4. คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการต่างวัฒนธรรมของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 หลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต หลังจากได้รับโปรแกรมการเรียนการสอนที่เน้นชุมชนเป็นฐานสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

5. คะแนนเฉลี่ยความปรารถนาที่จะมีสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 หลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต หลังจากได้รับโปรแกรมการเรียนการสอนที่เน้นชุมชนเป็นฐานสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

## วิธีดำเนินการวิจัย

### 1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง (One group Pre-post test design)

### 2. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาหลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต ชั้นปีที่ 1 จำนวน 25 คน ที่ลงทะเบียนเรียนรายวิชากายวิภาคและสรีรวิทยา 2 (ระบบประสาท) ภาคการศึกษาที่ 1/2554 ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

### 3. โปรแกรมที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

คือ โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะทางวัฒนธรรม

ด้วยการเรียนการสอนที่เน้นชุมชนเป็นฐานในรายวิชากายวิภาคและสรีรวิทยา 2 (ระบบประสาท) ดัดแปลงจาก A Guide to Cultural Competence in the Curriculum: Physical Therapy ของ Karen J. Panzarella and Mary A. Matteliano<sup>(17)</sup> ซึ่งพัฒนาขึ้นด้วยแนวคิดของ Campina-Bacote Model<sup>(11)</sup> นอกจากนี้มีการจัดการเรียนการสอนในชั้นเรียนตามรายละเอียดของรายวิชาแล้ว ยังมีกิจกรรมที่ประกอบด้วย

3.1 การพัฒนาความตระหนักเกี่ยวกับวัฒนธรรม โดยกิจกรรมเตรียมความพร้อมให้นักศึกษา เพราะนักศึกษาหลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิตชั้นปีที่ 1 ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ในภูมิภาคต่าง ๆ ของประเทศ นับถือศาสนาทั้งศาสนาพุทธและอิสลาม การเตรียมความพร้อมนี้ เพื่อสร้างความคุ้นเคยสำหรับนักศึกษาเกี่ยวกับวัฒนธรรม โดยเลือกชุมชนตำบลเกาะสะบ้า อำเภอเทพา จังหวัดสงขลา เพราะเป็นชุมชนที่มีทั้งประชาชนไทยมุสลิมและไทยพุทธที่อาศัยอยู่ร่วมกัน นอกจากนี้ต้องการใช้ชุมชนที่มีความขัดแย้งค่อนข้างน้อย แต่มีลักษณะใกล้เคียงกับพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ การเตรียมความพร้อมนักศึกษาชั้นปีที่ 1 จะมึนักศึกษาชั้นปีที่ 2 ถึง ชั้นปีที่ 4 ร่วมทำกิจกรรมและเข้าพักที่วัดรัตนาราม ทุกเสาร์ อาทิตย์ เป็นเวลา 2 เดือน เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้การใช้ชีวิตร่วมกันของนักศึกษาต่างวัฒนธรรม และต่างศาสนา เช่น การแบ่งหน้าที่ในการทำอาหาร ทำความสะอาดสถานที่พัก และการร่วมกิจกรรมทางศาสนาในชวงเทศกาลต่าง ๆ เช่น เข้าพรรษา อาสาฬหบูชา และการกวนข้าวทิพย์ เป็นต้น

3.2 การให้ความรู้เกี่ยวกับความหลากหลายของความเชื่อ และวัฒนธรรมโดยกิจกรรมเตรียมความพร้อมนักศึกษาเป็นเวลา 2 เดือนกิจกรรมประกอบด้วย

- เจ้าอาวาสวัดรัตนารามบรรยายการพัฒนาจิต จริยธรรมและคุณธรรมของนักศึกษา
- ผู้นำชุมชนบรรยายประวัติศาสตร์ชุมชน ลักษณะทางภูมิศาสตร์ วัฒนธรรม และ





ชนบทรรมนิยมประเพณี และโครงสร้างสังคมของชุมชน

- ประชาชนชาวบ้านบรรยาย เรื่องสมุนไพรในท้องถิ่น สรรพคุณของตัวยา ข้อควรระวังในการใช้สมุนไพร และการปลูกพืชสมุนไพร

- ร่วมกันปรับปรุงพื้นที่บริเวณวัดรัตนาราม ทำสวนสมุนไพร เพื่อเป็นแหล่งเรียนรู้เกี่ยวกับสมุนไพรของนักศึกษาหลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต

- แบ่งกลุ่มนักศึกษาแต่ละชั้นปี ซึ่งแต่ละกลุ่มตั้งชื่อกลุ่มตามชื่อสมุนไพร และมอบหมายให้นักศึกษาลงไปชุมชน ค้นหาสมุนไพรในหมู่บ้าน และเชิญชวนครอบครัว 1-2 ครอบครัวในชุมชนนั้นเข้าร่วมเป็นสมาชิกกลุ่ม เพื่อร่วมค้นหาสมุนไพร และร่วมกันปลูกและดูแลสมุนไพรในสวนสมุนไพรต่อไป เมื่อนักศึกษาไม่ได้ลงไปในพื้นที่ครอบครัวชาวบ้านจะได้ร่วมดูแลสวนสมุนไพรนี้ต่อไป ซึ่งนักศึกษาแต่ละกลุ่มได้รับมอบหมายให้สร้างความสัมพันธ์ ศึกษาประวัติชีวิต ประวัติครอบครัว ผังเครือญาติ และแผนที่ เพื่อจัดทำแฟ้มครอบครัว

3.3 การส่งเสริมทักษะทางวัฒนธรรมในการประเมินผู้รับบริการที่มีความแตกต่างทางความเชื่อและวัฒนธรรม หลังจาก 2 เดือน นักศึกษาจะฝึกประสบการณ์จริงในพื้นที่ตำบลม่วงเตี้ย อำเภอแม่ลาน จังหวัดปัตตานี โดยฝึกประเมินพยาธิสภาพผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาตในชุมชน แบ่งนักศึกษา กลุ่มละ 5 คน จำนวน 5 กลุ่ม แต่ละกลุ่มจะมีนักศึกษาที่สามารถสื่อสารด้วยภาษามาลายูได้ พร้อมด้วยอาจารย์ เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลม่วงเตี้ย อำเภอแม่ลาน จังหวัดปัตตานี และ อสม. ลงเยี่ยมและประเมินสภาพผู้ป่วยที่บ้านด้วยแนวคิด IN HOME SSS (18) คือ

- Immobility: ประเมินว่าผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้มากน้อยเพียงใด

- Nutrition: ประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วย

- Housing: ประเมินสภาพบ้านมีลักษณะอย่างไร

- Other people: ประเมินว่าภาวะบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในบ้านเป็นอย่างไร มีผลต่อผู้ป่วยหรือไม่ และสมาชิกในบ้านป่วยเป็นอะไร หรือมีความเสี่ยงด้านสุขภาพอะไร

- Medication: ประเมินว่า ผู้ป่วยกินยาอะไรบ้าง กินอย่างไร ถูกต้องหรือไม่ มีวิธีจัดยาแต่ละมื้ออย่างไร และมียาอื่นอะไรอีกบ้าง ที่นอกเหนือจากแพทย์ประจำตัวสั่ง เช่น ยาสมุนไพร อาหารเสริม ยาหม้อ ยาพระ เป็นต้น

- Examination: ประเมินสภาพผู้ป่วยด้วยการตรวจร่างกายที่จำเป็น เช่น วัดความดันโลหิต การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ดูภาวะเลือดจาง เหลือง การรับรู้ ฟังปอด หัวใจ ตรวจการเคลื่อนไหวของร่างกาย และข้อ การตรวจแผลกดทับ เป็นต้น

- Spiritual health: ประเมินความเชื่อ ค่านิยม ประเพณี การนับถือศาสนา พิธีกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาความเจ็บป่วยและครอบครัว ประเมินความคิด ภาวะจิตใจ และอารมณ์ รวมทั้งวิธีการจัดการความเครียด

- Service: ประเมินอุปสรรคในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และการดูแลสุขภาพทั้งที่บ้านและโรงพยาบาล มีสิทธิการรักษาใด หรือมีบริการอื่นใด รวมทั้งบริการที่อยู่นอกเหนือเรื่องสุขภาพในละแวกบ้านที่ผู้ป่วยและญาติสามารถใช้บริการได้อีก

3.4 การส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้รับบริการที่มีความแตกต่างทางความเชื่อและวัฒนธรรม

- นำผลการเยี่ยมและประเมินสภาพผู้ป่วยที่บ้านด้วยแนวคิด IN HOME SSS มาสรุปเพื่อวางแผนการดูแลและพัฒนาวัตกรรมเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยอัมพฤกษ์อัมพาตที่บ้าน

- นำนวัตกรรมไปทดลองใช้กับผู้ป่วยและปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม

3.5 การพัฒนาความปรารถนาที่จะมีสมรรถนะทางวัฒนธรรมในการทำงานวิชาชีพการ



แพทย์แผนไทย สรุปรายงานการประเมินพยาธิสภาพ และการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอัมพฤกษ์อัมพาต โดยการเขียนรายงานกลุ่ม การนำเสนอหน้าชั้น และการเขียนรายงานประสบการณ์รายบุคคลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยกับวิชาชีพการแพทย์แผนไทยของนักศึกษา

#### 4. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น

4.1 แบบสอบถามวัดสมรรถนะทางวัฒนธรรม ใช้แบบวัด Inventory for Assessing the Process of Cultural Competence Among Healthcare Professionals–Student Version (IAPCC–SV) ของ

#### เกณฑ์การให้คะแนน ข้อ 1–13 และ ข้อ 15–20

- 4 คะแนน เท่ากับ เห็นด้วยอย่างยิ่ง
- 3 คะแนน เท่ากับ เห็นด้วย
- 2 คะแนน เท่ากับ ไม่เห็นด้วย
- 1 คะแนน เท่ากับ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

#### ระดับของสมรรถนะทางวัฒนธรรม

การใช้สมรรถนะทางวัฒนธรรมอย่างเชี่ยวชาญ (Culturally proficient)	75 – 80
การมีสมรรถนะทางวัฒนธรรม (Culturally competence)	60 – 74
การมีความตระหนักรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม (Culturally awareness)	41 – 59
การไม่มีสมรรถนะทางวัฒนธรรม (Culturally incompetent)	20 – 40

การหาค่าคุณภาพของเครื่องมือ โดยนำเครื่องมือไปทดลองเก็บรวบรวมข้อมูลจากนักศึกษาระดับปีที่ 1 หลักสูตรวิทยาศาสตร์บัณฑิต (สาธารณสุขชุมชน) จำนวน 30 คน คำนวณค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของ Cronbach ซึ่งผลการทดสอบแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.78 ทดสอบความตรงภายใน (internal consistency) โดยเก็บข้อมูลจากนักศึกษาระดับปีที่ 1 หลักสูตรวิทยาศาสตร์บัณฑิต (สาธารณสุขชุมชน) จำนวน 30 คน pre-test และ post-test ห่างกัน 1 สัปดาห์ คำนวณด้วยสถิติ Paired sample t-test ค่า  $r = .86, p = 0.001$

Campina–Bacote<sup>(11)</sup> จำนวน 20 ข้อ ฉบับภาษาอังกฤษ แปลโดย กรรณิกา เรืองเดชประกอบด้วย (1) การตระหนักรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม (Cultural awareness) จำนวน 3 ข้อ (ข้อ 1, 3, 15) (2) การมีองค์ความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม (Cultural knowledge) จำนวน 5 ข้อ (ข้อ 4, 6, 8, 9, 12) (3) การมีทักษะเกี่ยวกับวัฒนธรรม (Cultural skill) จำนวน 3 ข้อ (ข้อ 7, 17, 18) (4) ความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการต่างวัฒนธรรม (Cultural encounter) จำนวน 5 ข้อ (ข้อ 10, 11, 13, 14, 19) และ (5) ความปรารถนาที่จะมีสมรรถนะทางวัฒนธรรม (Cultural desire) จำนวน 4 ข้อ (ข้อ 2, 5, 16, 20)

#### เกณฑ์การให้คะแนน ข้อ 14

- 4 คะแนน เท่ากับ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
- 3 คะแนน เท่ากับ ไม่เห็นด้วย
- 2 คะแนน เท่ากับ เห็นด้วย
- 1 คะแนน เท่ากับ เห็นด้วยอย่างยิ่ง

#### ระดับคะแนน

4.2 การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยให้นักศึกษาเขียนรายงานเป็นรายบุคคล เกี่ยวกับการฝึกประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยอัมพฤกษ์อัมพาต ที่บ้าน

#### 5. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอ้างอิง คือ สถิติทดสอบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มสัมพันธ์กัน (Pair t-test) และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการพรรณนา



## ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล		จำนวน (n = 25)		ร้อยละ
<b>เพศ</b>				
ชาย			3	12.0
หญิง			22	88.0
<b>อายุ</b>	Md. = 19.0    S.D. = 0.58	Min = 19	Max = 21	
<b>ศาสนา</b>				
อิสลาม		4	16.0	
พุทธ		20	80.0	
คริสต์		1	4.0	
<b>ภูมิลำเนา</b>				
ภาคกลาง		3	12.0	
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ		12	48.0	
ภาคเหนือ		3	12.0	
ภาคตะวันออก		0.0	0.0	
ภาคตะวันตก		0.0	0.0	
ภาคใต้		7	28.0	
<b>ลักษณะครอบครัว</b>				
ครอบครัวเดี่ยว		17	68.0	
ครอบครัวขยาย		8	32.0	
<b>GPA</b>	$\bar{x}$ = 3.26    S.D. = 0.33	Min = 2.66	Max = 3.80	
<b>จำนวนพี่น้อง</b>	Md. = 2.0    S.D. = 0.90	Min = 0.0	Max = 4.0	
<b>รายได้เฉลี่ยต่อเดือน</b>	$\bar{x}$ = 5,454.55    S.D. = 1,595.45	Min = 3,000	Max = 10,000	

หมายเหตุ:  $\bar{x}$  = Mean, Md. = Median, S.D. = Standard deviation, Min = Minimum, Max = Maximum

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงถึงร้อยละ 88.0 กลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ระหว่าง 19–21 ปี ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธถึงร้อยละ 80 รองลงมาคือนับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 16.0 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาในภาค

ตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 48.0 รองลงมา คือภาคใต้ร้อยละ 28.0 ส่วนใหญ่มีลักษณะครอบครัวเดี่ยวมากกว่าครึ่ง คือร้อยละ 68.0 กลุ่มตัวอย่างมี GPA เฉลี่ย 3.26 และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน คือ 5,454.55 บาท



**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบระดับสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษา ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการเรียนการสอนที่เน้นชุมชนเป็นฐาน

สมรรถนะทางวัฒนธรรม	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (n=25)	หลังเข้าร่วมโปรแกรม (n=25)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ไม่มีสมรรถนะทางวัฒนธรรม (20-40 คะแนน)	0 (0.0)	0 (0.0)
มีความตระหนักเกี่ยวกับวัฒนธรรม (41-59 คะแนน)	23 (92.0)	4 (16.0)
มีสมรรถนะทางวัฒนธรรม (60-74 คะแนน)	2 (8.0)	21 (84.0)
มีทักษะทางวัฒนธรรม (75-80 คะแนน)	0 (0.0)	0 (0.0)

จากตารางที่ 2 พบว่า ผลการประเมินสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษา พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการเรียนการสอนที่เน้นชุมชนเป็นฐานในรายวิชากายวิภาคและสรีรวิทยา 2 (ระบบ

ประสาท) นักศึกษาร้อยละ 92.0 มีความตระหนักในสมรรถนะทางวัฒนธรรม มีเพียงร้อยละ 8.0 มีสมรรถนะทางวัฒนธรรม หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม นักศึกษาร้อยละ 84.0 มีสมรรถนะทางวัฒนธรรม

**ตารางที่ 3** ผลการเปรียบเทียบคะแนนสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาแยกเป็นรายด้าน และภาพรวมระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการเรียนการสอนที่เน้นชุมชนเป็นฐาน

สมรรถนะทางวัฒนธรรม	ก่อนทดลอง (n=25)	หลังทดลอง (n=25)	p-value*
	$\bar{x} \pm S.D.$	$\bar{x} \pm S.D.$	
การตระหนักรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม	8.80±1.26	9.80±1.29	.009
การมีองค์ความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม	11.08±1.91	15.36±1.58	.000
การมีทักษะเกี่ยวกับวัฒนธรรม	7.64±1.29	9.76±1.29	.000
ความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการต่างวัฒนธรรม	14.12±1.59	16.76±1.96	.000
ความปรารถนาที่จะมีสมรรถนะทางวัฒนธรรม	10.68±2.12	13.80±1.35	.000
<b>ภาพรวม</b>	<b>52.32±5.07</b>	<b>65.48±5.09</b>	<b>.000</b>

\*Paired-t test

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษารายด้านและภาพรวมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการเรียนการสอนที่เน้นชุมชนเป็นฐาน พบว่า ระดับคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษารายด้านและภาพรวมของนักศึกษาหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่า

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ยกเว้นด้านการตระหนักรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมของนักศึกษาหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01



สำหรับผลการศึกษาจากรายงานประสบการณ์ การฝึกปฏิบัติประเมินพยาธิสภาพ และการให้การ ดูแลและฟื้นฟูสภาพกับผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต ที่บ้าน พบว่านักศึกษาส่วนใหญ่สะท้อนปัญหาที่ เกิดขึ้น คือ การที่นักศึกษาไม่สามารถสื่อสารกับ ผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งความแตกต่าง ทางศาสนา และวัฒนธรรม ดังตัวอย่างต่อไปนี้

“ลงชุมชนครั้งแรก รู้สึกหนักใจมากที่ผู้ป่วย ไม่สามารถสื่อสารกับเราได้ เพราะผู้ป่วยรายนี้พูด ยาวี พูดไทยไม่ได้ ดังนั้นเมื่อเราอยากถามอะไร พูดคุยอะไร ก็ต้องมีเพื่อนในกลุ่มคอยเป็นตัวกลาง ประสาน”

“ในตอนแรกก่อนลงไปเยี่ยมผู้ป่วยรู้สึกตื่น เต็ม ทำท่าย แต่พอได้ไปเยี่ยมผู้ป่วยเคสของดิฉัน ดิฉันคิดว่าความแตกต่างทางวัฒนธรรม ความเชื่อ การนับถือศาสนา ทำให้ยากต่อการเข้าถึงผู้ป่วย เราพูดภาษาของเขาไม่ได้ เขาไม่เข้าใจเรา”

“ปัญหาหลัก ๆ คือเรื่องภาษา เราไม่สามารถ คุยกับคนไข้ให้รู้เรื่อง เราไม่สามารถรู้ถึงความรู้สึก ถึงคนที่บ้าน บางครั้งพอถามอะไรเขอะๆ ก็กลัวว่า เขาจะรำคาญ เพราะเราฟังเขาไม่รู้เรื่อง เขาดีใจไหม ที่เราไปเยี่ยม เราไม่รู้วัฒนธรรม เราไม่เข้าใจภาษาเขา”

“รู้สึกหนักใจที่ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารกับ เราได้ เพราะผู้ป่วยรายนี้พูดยาวี พูดไทยไม่ได้ ดังนั้น เมื่อเราอยากถามอะไร พูดคุยอะไร ก็ต้องมีเพื่อน ในกลุ่มคอยเป็นตัวกลางประสาน”

อย่างไรก็ตาม การจัดการเรียนการสอนโดย ชุมชนเป็นฐานในรายวิชากายวิภาคและสรีรวิทยา 2 (ระบบประสาท) โดยการฝึกประสบการณ์จริง ให้นักศึกษาได้ประเมินพยาธิสภาพ การดูแลและ พัฒนानวัตกรรมในการฟื้นฟูสมรรถภาพและป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาตที่บ้าน นั้น ได้พัฒนาให้นักศึกษามีสมรรถนะทางวัฒนธรรม รวมทั้งความเข้าใจในความแตกต่างระหว่างบุคคล ความแตกต่างทางวัฒนธรรม ศาสนา และความเชื่อ ได้ดีขึ้น หลังจากนักศึกษาได้ลงไปเฝ้าชมชุมชนหลายครั้ง อุปสรรคเกี่ยวกับภาษา วัฒนธรรม และความเชื่อได้ ลดลง ลดช่องว่างระหว่างนักศึกษากับผู้ป่วยและ

ญาติ ดังตัวอย่างที่นักศึกษาสะท้อนดังนี้

“ก่อนไปรู้สึกตื่นเต้นมาก เพราะเป็นครั้งแรก ในการเยี่ยมผู้ป่วยจริง พอไปถึงบ้านผู้ป่วยก็รู้สึก สงสารและต้องการให้ความช่วยเหลือเท่าที่จะทำได้ ประกอบกับความรู้สึกเพราะกลัวผิดพลาดในการ ตรวจประเมินผู้ป่วย การไปเยี่ยมผู้ป่วยทั้งสองครั้ง ทำให้ได้อะไร ๆ มากมาย ไม่ว่าจะเป็นด้านสุขภาพ ของคนในชุมชน ด้านสิ่งแวดล้อมของแต่ละพื้นที่ ด้านวัฒนธรรมซึ่งมีความแตกต่างกัน ภาษาพูดที่ สื่อสารกันยาก แต่ก็รู้สึกชาวบ้านจริงใจให้ความร่วมมือ ดี สุดท้ายมันก็ผ่านไปได้ดียุติได้ทั้งประสบการณ์ ฝึกทักษะการทำงาน และภูมิใจในตนเองที่สามารถ ช่วยเหลือผู้อื่นได้ ถ้าเป็นไปได้อยากกลับไปเยี่ยม ดูแลผู้ป่วยอีก แม้ว่ามันจะเหน็ดเหนื่อยมากแค่ไหน ก็ตาม”

“ผู้ป่วยและสมาชิกแม่ลานทุกคนใจดีมาก ให้ความร่วมมือดี และก็มีมาให้คำแนะนำ แล้วผู้ป่วยก็ ดีใจ และเชื่อมั่นมากที่จะดูแลตัวเอง รู้สึกว่าอยากทำ ทุกอย่าง ทุกวิธีทาง เพื่อที่จะให้หายหรือทุเลาลง เพราะผู้ป่วยมีแผลกดทับ แล้วมันทรมานมาก อยากให้หายเร็ว หรือดีขึ้นกว่าเดิมก็ยังดี แม้จะแตกต่าง ทางด้านศาสนา วัฒนธรรม แต่ก็ยินดีที่จะให้ความ ช่วยเหลืออย่างเต็มที่”

“ในการลงไปครั้งแรกยังรู้สึกอาย ๆ ไม่กล้า ถามมาก กลัวผู้ป่วยรำคาญ กลัวผู้ป่วยไม่ให้ความ ร่วมมือ และยังสื่อสารกันไม่รู้เรื่อง ลงครั้งที่ 2 ครั้งนี้ มีความมั่นใจมากขึ้นกล้าพูด กล้าถามอยากคุยกับ ผู้ป่วยรู้เรื่องมาก อยากสื่อสารกับเขาให้รู้เรื่อง อยากรู้ว่าเขารู้สึกอย่างไร อยากคุยอยากถามโดย ที่ไม่ต้องมีคนอื่นมาแปล และถ้ามีโอกาสก็อยาก ไปลงที่นั่นอีกครั้บคะ”

“จากการลงไปศึกษาผู้ป่วยในชุมชน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการกำลังใจ และการดูแลเกี่ยวกับโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต อย่างถูกวิธี ซึ่งผู้ป่วยไม่รู้ วิธีปฏิบัติ และญาติผู้ป่วยเองด้วยเช่นกัน และปัญหา สำคัญคือ ความต่างของศาสนาและวัฒนธรรม ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการสื่อสาร หรือ เรื่องการกิน สภาพ ปัญหาเรื่องเกี่ยวกับศาสนาก็มีส่วน ในเรื่องการ



ตรวจรักษาโรค เพราะมีความจำกัดเรื่องการดูแล เช่น หมอผู้ชายจะไปรักษาคนไข้หญิงก็จะมีปัญหาขัดเกี่ยวกับศาสนา”

“ก็รู้สึกดีมากครับที่ได้ไปลงชุมชนที่แม่ลาน เป็นการศึกษานอกห้องเรียนที่คุ้มค่ามาก ได้อะไรหลาย ๆ อย่าง ถึงแม้ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บหรือทุกข์ใจขนาดไหน แต่เมื่อพวกผมลงไปก็จะมี หัวเราะได้ ผมจึงมีความสุขมาก ผมก็เป็นคนปัดตานี ที่สายบุรี แต่ก็น้อยมากที่จะมาแม่ลาน เมื่อได้มาถึงแม่ลาน ก็ได้ทราบว่าชุมชนที่นี่เป็นอย่างไร ผมก็คิดว่าจะกลับไปเยี่ยมท่านอีก หากเมื่อคิดถึงและจะได้ดูว่าคุณยายเป็นอย่างไร และผมก็รู้สึกดีใจที่ได้มาของไปแล้ว คุณยายสามารถใช้ได้ ผมก็คิดว่าในการลงชุมชนครั้งนี้ผมได้อะไรหลาย ๆ อย่างมากพอสมควรครับ”

“ความรู้สึกที่ได้ลงไปเยี่ยมผู้ป่วยที่แม่ลาน คือรู้สึกดีใจที่ได้ลงไปเยี่ยมผู้ป่วยจริง ๆ ได้ลงไปศึกษาด้วยตนเอง ไม่ใช่ว่าจะได้เรียนอยู่แค่ในห้องเรียน ทำให้ได้เห็นการเป็นอยู่ของผู้ป่วย ได้รู้ว่าผู้ป่วยต้องการอะไร ผู้ป่วยส่วนมากต้องการให้มีคนดูแล คนสนใจ ซึ่งเหมือนกรณีที่ดีฉันได้ไปศึกษา คือ คุณยายผ้าย ซึ่งเป็นโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง รวมทั้งเดินไม่ได้ เพราะกล้ามเนื้ออ่อนแรง ไปตามวัย รู้สึกคุณยายต้องการให้มีคนมาดูแล พูดคุยด้วย คุณยายดีใจมาก ๆ ที่พวกนักศึกษาลงไปเยี่ยมพูดคุย คุณยายบอกว่าไม่เคยมีใครมาทำแบบนี้ให้ ยิ่งคุณยายได้นวัตกรรม คุณยายก็มีความสุขและดีใจมาก ๆ คุณยายอยากให้ทั้งนักศึกษาทั้งอาจารย์ไปอีก ดีฉันรู้สึกปลื้มใจมาก ๆ ที่มีคนดีใจกับสิ่งที่ตนเองได้ทำให้ รู้สึกอยากทำให้ผู้ป่วยมีความสุขแบบนี้ตลอด อยากเห็นรอยยิ้มที่ดีใจ และมีความสุขของผู้ป่วยอีก ดีฉันรู้สึกภูมิใจมาก ๆ ที่ได้ทำสิ่งที่เป็นประโยชน์ ได้ใช้ความรู้ที่เรียนมา มาดูแลผู้ป่วย ถึงแม้ว่าจะยังไม่ค่อยคล่องหรือชำนาญ ดีฉันอยากไปลงชุมชนอีกครั้ง อยากลงไปดูแลผู้ป่วย อยากช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุข อยากกลับไปติดตามผลว่าคุณยายเป็นอย่างไรบ้าง อยากไปเยี่ยมคุณยาย เพราะว่าคุณยายอายุมากแล้ว เราอาจรักษาโรคให้หายไม่ได้ แต่ก็สามารถดูแลจิตใจของคุณยายได้ เพราะสิ่งที่จะ

ทำให้ผู้ป่วยมีความสุขที่สุด คือการคอยดูแลเอาใจใส่ ได้พูดคุยกับลูก ๆ หลาน ๆ อยากมีคนมาเอาใจใส่ ซึ่งก็จะทำให้คุณยายอยู่ได้อย่างมีความสุขถึงแม้ว่าจะไม่หายจากโรคที่เป็นอยู่ ดีฉันคิดว่าถ้าได้ไปลงชุมชนอีก จะนำความรู้ที่ได้เรียนมาใช้ประโยชน์ให้มากที่สุดค่ะ”

## อภิปรายผล

จากผลการศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่าการจัดการเรียนการสอนที่เน้นชุมชนเป็นฐาน มีประสิทธิผลในการพัฒนาสมรรถนะทางวัฒนธรรมให้กับนักศึกษา ทั้งจากที่ใช้แบบวัด IAPCC-SV ประเมินสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษา และจากข้อมูลเชิงคุณภาพที่นักศึกษาอธิบายถึงประสบการณ์ที่ได้รับ เพราะการศึกษาดังนี้ได้จัดประสบการณ์การเรียนการสอนในชุมชน ที่นักศึกษามีโอกาสสัมผัสและให้บริการดูแลผู้รับบริการต่างวัฒนธรรม สอดคล้องกับการศึกษาของ Morgan & Reel<sup>(12)</sup> ที่พัฒนาสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาล โดยการจัดประสบการณ์ในชุมชนชนบท โดยมีแนวคิดเบื้องต้นว่าวิถีชีวิตในชนบทคือวัฒนธรรม โปรแกรมเริ่มจากการวินิจฉัยชุมชนเพื่อค้นหาความต้องการของชุมชน และให้บริการสุขภาพพร้อมกับบุคลากรสุขภาพในชุมชน และมีการจัดบริการให้สุขภาพกับประชาชนร่วมกับนักสุขภาพ ผลการศึกษา พบว่า นักศึกษาลงชุมชนสามารถพัฒนาสมรรถนะทางวัฒนธรรมสามารถให้บริการอย่างประสบความสำเร็จในวัฒนธรรมที่แตกต่างจากวัฒนธรรมของนักศึกษา ซึ่งเป็นสังคมเมือง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Amerson<sup>(13)</sup> ได้ทำการศึกษาในนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรี จำนวน 60 คน ที่ลงทะเบียนเรียนในรายวิชานามัยชุมชน โปรแกรมประกอบด้วย การบรรยาย การสะท้อนกลับ การวางแผนการดูแลสุขภาพ และการจัดประสบการณ์การให้การดูแลผู้ป่วยทั้งในประเทศและต่างประเทศ โดยจุดประสงค์ของโปรแกรมเพื่อช่วยให้นักศึกษาพยาบาลมีความตระหนักถึงการเผชิญหน้ากับการให้บริการกับผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม คำนึงถึงความสัมพันธ์เชิงวัฒนธรรม





กับการดูแลสุขภาพ และสอนให้นักศึกษาให้การดูแลสุขภาพที่เหมาะสมโดยคำนึงถึงวัฒนธรรมของผู้รับบริการ ผลการศึกษา พบว่า การจัดการเรียนการสอนที่จัดประสบการณ์การให้บริการ (service-learning) มีประสิทธิภาพในการเพิ่มความรู้ ทักษะ ทศนคติ และการรับรู้ความสามารถของตนเองของนักศึกษาในการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม สำหรับการศึกษารองของ Caffrey และคณะ<sup>(14)</sup> ทำการศึกษาในนักศึกษาพยาบาลจำนวน 32 คน โปรแกรมที่ใช้พัฒนาสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกจัดประสบการณ์การเรียนการสอนที่ประกอบด้วยการให้บริการจริง (service-learning) ในประเทศ ส่วนกลุ่มที่ 2 จัดประสบการณ์การเรียนการสอน 5 สัปดาห์ในการฝึกปฏิบัติการให้บริการในต่างประเทศ ผลการศึกษา พบว่า นักศึกษาที่เข้าร่วมโปรแกรมจะมีสมรรถนะทางวัฒนธรรมเพิ่มขึ้น แต่พบว่ากลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมจัดประสบการณ์การเรียนการสอน 5 สัปดาห์ในการฝึกปฏิบัติการให้บริการในต่างประเทศ มีสมรรถนะทางวัฒนธรรมสูงกว่ากลุ่มที่จัดประสบการณ์ในประเทศ และการศึกษาของ Sargent และคณะ<sup>(15)</sup> ทำการศึกษาวิจัยสมรรถนะทางวัฒนธรรมในนักศึกษาพยาบาลพบว่าระดับสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 สูงกว่านักศึกษาชั้นปีที่ 1 ส่วนนักศึกษาที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้รับบริการต่างวัฒนธรรมมีสมรรถนะทางวัฒนธรรมด้านการตระหนักรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม ด้านทักษะเกี่ยวกับวัฒนธรรม ด้านความปรารถนาที่จะมีสมรรถนะทางวัฒนธรรม และโดยภาพรวมทุกด้านแตกต่างจากนักศึกษาที่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้รับบริการต่างวัฒนธรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เพราะนักศึกษาที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้รับบริการต่างวัฒนธรรมได้มีโอกาสสัมผัส เรียนรู้ผู้ป่วยจริงบนคลินิกและชุมชน มากกว่านักศึกษาที่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้รับบริการต่างวัฒนธรรม ทำให้มีสมรรถนะทางวัฒนธรรมแตกต่างกัน

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยของศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์ และคณะ<sup>(16)</sup> ที่

ศึกษาสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่า นักศึกษาพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้รับบริการต่างวัฒนธรรมมีสมรรถนะวัฒนธรรมด้านการตระหนักรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม ด้านทักษะเกี่ยวกับวัฒนธรรม ด้านความปรารถนาที่จะมีสมรรถนะทางวัฒนธรรม และโดยรวมทุกด้านแตกต่างจากนักศึกษาพยาบาลที่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้รับบริการต่างวัฒนธรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของประณีต ส่งวัฒนา<sup>(19)</sup> ศึกษาสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาล พบว่า สมรรถนะทางวัฒนธรรมด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลต่างวัฒนธรรมของนักศึกษาชั้นปีที่ 4 แตกต่างจากนักศึกษาชั้นปีที่ 3 ทั้งนี้เพราะนักศึกษาชั้นปีที่ 4 มีการเรียนรู้ทางด้านวัฒนธรรม และได้ฝึกปฏิบัติการพยาบาลทั้งในด้านคลินิกและในชุมชนมากกว่านักศึกษาชั้นปีที่ 3

ดังนั้นสำหรับพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ มีลักษณะพื้นที่เชิงพหุวัฒนธรรม ที่เป็นปัจจัยเอื้อที่สนับสนุนต่อการจัดการเรียนการสอนที่เน้นชุมชนเป็นฐานในการพัฒนาสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาของวิทยาลัย ในการสัมผัสและให้บริการกับผู้รับบริการต่างวัฒนธรรมเป็นอย่างดี โดยเฉพาะพื้นที่ตำบลม่วงเตี้ย อำเภอแมลาน จังหวัดปัตตานี เป็นพื้นที่ที่มีความพร้อม ผู้นำชุมชนและประชาชนให้ความร่วมมือ และสถานการณ์ด้านความมั่นคงในพื้นที่ และลักษณะพื้นที่เป็นชุมชนสองวิถี ที่ชาวไทยพุทธและชาวไทยมุสลิมอยู่ร่วมกันอย่างสันติ มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่ควรค่าแก่การอนุรักษ์ และความอุดมสมบูรณ์ทางสิ่งแวดล้อม ที่เอื้อและสนับสนุนการเรียนรู้ของนักศึกษาที่เน้นชุมชนเป็นฐาน และการพัฒนาสมรรถนะด้านวัฒนธรรมแก่นักศึกษา ซึ่งสมรรถนะทางวัฒนธรรมมีความจำเป็นอย่างมากสำหรับนักศึกษาหลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต เพราะในการปฏิบัติงานของนักวิชาการการแพทย์แผนไทยต้องเกี่ยวข้อง และสัมผัสกับความแตกต่างของความเชื่อ





วัฒนธรรม ภูมิปัญญาท้องถิ่น และบริการการแพทย์แผนไทยมุ่งเน้นวิธีปฏิบัติเพื่อการดูแลสุขภาพและการบำบัดโรค ให้สอดคล้องกับชนบทรวมประเพณีและวิถีชีวิตแบบไทย เช่น การใช้ยาสมุนไพร ธรรมชาติบำบัด การนวด การอบและประคบสมุนไพร นำมาผนวกรวมกับการประกอบพิธีกรรมและความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับพุทธศาสนาเพื่อเป็นการบำบัดทางจิตร่วมด้วย การรักษาแบบนี้จัดว่าเป็นการแพทย์แบบองค์รวม ดังนั้นผู้ที่จะปฏิบัติการรักษาโรคตามทฤษฎีทางการแพทย์แผนไทย จะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ ความเข้าใจต่อระบบวัฒนธรรม ความเชื่อ และภูมิปัญญาท้องถิ่น

สรุปได้ว่าโปรแกรมการจัดการเรียนการสอนที่เน้นชุมชนเป็นฐาน โดยจัดประสบการณ์การเรียนการสอนในรายวิชาของหลักสูตร ให้นักศึกษามีโอกาสสัมผัสกับการให้บริการจริงกับผู้รับบริการ และให้นักศึกษามีโอกาสสัมผัสกับผู้รับบริการที่มีลักษณะทางวัฒนธรรมแตกต่างจากตัวนักศึกษา มีประสิทธิผลต่อการพัฒนาสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาให้เพิ่มขึ้น

### ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. การจัดการเรียนการสอนที่เน้นชุมชนเป็นฐาน มีประสิทธิภาพในการพัฒนาสมรรถนะทางวัฒนธรรมแก่นักศึกษา โดยเฉพาะชุมชนที่เลือกใช้ในการจัดการเรียนการสอนที่เน้นชุมชนเป็นฐานควรมีลักษณะเป็นพหุวัฒนธรรม เพราะจะเปิดโอกาสให้นักศึกษาได้สัมผัส และให้บริการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม

2. จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ภาษาเป็นอุปสรรคที่สำคัญของการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพนำไปสู่ความไม่เข้าใจในภาษา รวมทั้งการแปลความที่แตกต่างกัน หรือความเข้าใจในความหมายที่แตกต่างกัน ซึ่งก่อให้เกิดประสบการณ์ที่ไม่ดี และมีผลต่อความสามารถในการตัดสินใจด้านการรักษาร่วมกับผู้ให้บริการ ดังนั้นผู้ให้บริการด้านสุขภาพจำเป็นต้องเข้าใจภาษาที่ผู้รับบริการใช้ ถ้าจำเป็นต้องใช้สามในการสื่อสาร หรือการปฏิบัติงานร่วมกับ อสม.

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพภาคใต้ (วพส) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส) ที่สนับสนุนทุนในการดำเนินการวิจัย

### เอกสารอ้างอิง

1. International Council of Nurses. Closing the gap: From evidence to action. Geneva: International Council of Nurses; 2012.
2. Campinha-Bacote, J. The process of cultural competence in the Delivery of Healthcare services: A Culturally Competent Model of care. Cincinnati, Ohio: Transcultural C.A.R.E.; 2003a.
3. Betancourt, J., Green, A. & Carrillo, E. Cultural Competence in Health Care: Emergency Frameworks and Practical Approaches. The commonwealth Fund; 2002.
4. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และยงค์ดี ต้นติปิฎก. สุขภาพไทย วัฒนธรรมไทย. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ; 2550.
5. Smedley, B., Stith A. & Nelson, A. Unequal Treatment: Confronting racial and ethnic disparities in health care. Washington D.C.: National Academic Press; 2002.
6. U.S. Department of Health and Human Services. Mental Health: Culture, Race, and Ethnicity- A Supplement to Mental Health: A Report of the Surgeon General. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, national Institute of Mental Health; 2001.
7. Kumo, E. & Rothbard, A. Racial disparities in antipsychotic patterns for patients with schizophrenia. American Journal of Psychiatry



- 2004; 159(4): 569–72.
8. Pi, E. & Simpson, G. Psychopharmacology: Cross-cultural psychopharmacology: A current clinical perspective. American Psychiatry Association 2005; 56(1): 31–3.
  9. Snowden, L. Bias in mental health assessment and intervention: Theory and evidence. Psychiatric Service 2004; 93(2): 239–43.
  10. วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา. คู่มือนักศึกษา ปีการศึกษา 2554. ยะลา: วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา; 2554.
  11. Campinha-Bacote, J. The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: The journey continues. Ohio: Transcultural C.A.R.E.; 2007.
  12. Morgan, L.L. & Reel, S.J. Developing Cultural Competence in Rural Nursing. Journal of Rural Nursing and Health Care 2003; 3(1): 28–37.
  13. Amerson, R. The impact of service-learning on cultural competence. Nursing Education Research 2010; 13(1): 18–22.
  14. Caffrey, R., Neander, W., Markle, D. & Stewart, B. Improving the cultural Competence of nursing students: Results of integrating cultural content in the curriculum and an international immersion experience. Journal of Nursing Education 2005; 44(5): 234–40.
  15. Sargent, S.E., Sedlak, C.A. & Martsolf, D.S. Cultural competence among students and faculty. Nurse Education Today 2004; 25:214–21.
  16. ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์ ดาริน ไต่ะกานี และมุสลิมท์ ไต่ะกานี. สมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาล ในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้. Princess of Naradhiwas University Journal 2552; 1.
  17. Panzarella, K.J. & Matteliano, M.A., A guide to cultural competency in the curriculum physical Therapy. New York: University at Buffalo; 2008.
  18. โรงพยาบาลสว่างอารมณ์. ประเมินผู้ป่วยด้วย “IN HOME SSS”. [อินเทอร์เน็ต].2555 [เข้าถึงเมื่อ 10 มิ.ย. 2554]. เข้าถึงได้จาก <http://www.hhcswang.org/476285/ประเมินผู้ป่วยด้วย-in-home-sss->
  19. ประณีต ส่งวัฒนา. การพัฒนาหลักสูตรเพื่อส่งเสริมสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาล. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2552.



## ความรู้ ทักษะและการปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการเกิดโรคไข้หวัดใหญ่ สายพันธุ์ใหม่ชนิด เอ เอชวัน เอ็นวัน 2009 ของครูและ ผู้ดูแลเด็กเล็ก ณ ศูนย์เด็กเล็ก ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

กิจติยา รัตน์มณี\*

รวีวรรณ คำเงิน\*

ปภาลินี แซ่ดีว\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ระดับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัว และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด เอ เอชวัน เอ็นวัน 2009 ของครูและผู้ดูแลเด็กเล็กในจังหวัดสุราษฎร์ธานี กลุ่มตัวอย่างคือครูและผู้ดูแลเด็กเล็กในจังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 142 คน สุ่มตัวอย่างแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบสอบถามที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน และควบคุมการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด เอ เอชวัน เอ็นวัน 2009 ของครูและผู้ดูแลเด็ก ผลการศึกษาพบว่าครูและผู้ดูแลเด็กเล็กมีระดับความรู้อยู่ในสูง (mean=12.13, SD=2.03) ด้านเจตคติอยู่ในระดับปานกลาง (mean = 33.55, SD=4.23) ด้านการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง (mean=60.43, SD=4.10) ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และเจตคติกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิด เอ เอชวัน เอ็นวัน 2009 พบว่าความรู้ ทักษะไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัว แต่ทัศนคติมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากผลการวิจัยดังกล่าวควรจัดให้มีแนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคให้แก่ครูและผู้ดูแลเด็กในศูนย์เด็กเล็ก จังหวัดสุราษฎร์ธานี

**คำสำคัญ :** โรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิดเอ เอชวันเอ็นวัน 2009, ครูและผู้ดูแลเด็ก



## Knowledge, Attitudes, and Practices on the Prevention and Control of Pandemic Influenza Type A H1N1 2009 Among teachers Child Care Providers in Nurseries located in Surat Thani Province

*Kittiya Rattanamane\**

*Raviwan Khamngoen\**

*Papasinee Saetew\**

### Abstract

The purpose of this study was to examine the level of knowledge, attitudes, and practices on preventing and controlling pandemic influenza type A H1N1 2009 among child care providers in nurseries located in Surat Thani Province and to explore the relationship between knowledge, attitudes and practices to prevent and control against pandemic influenza type A H1N1 2009 of child care providers in nurseries located in Surat Thani Province. A total sample of 142 child care providers in nurseries were recruited using simple random sampling. The data were collected using a structured questionnaire, including general knowledge, attitudes and practices on prevention and control of pandemic influenza type A H1N1 2009 were created by the researcher. Descriptive statistics and correlation analyses were completed.

The study found that child care providers had relatively high levels of knowledge ( $M = 12.13$ ,  $SD = 2.03$ ), the attitude at a moderate level ( $M = 33.55$ ,  $SD = 4.23$ ), the performance at good level ( $M = 60.43$ ,  $SD = 4.10$ ). There was no significant relationship between knowledge and attitudes on prevention and control of pandemic influenza type A H1N1 2009. However, attitude was positively correlated with knowledge.

These findings suggested that the guidelines for the prevention of pandemic influenza type A H1N1 2009 should be used by child care providers in nurseries located in Surat Thani Province.

**Keywords :** Pandemic Influenza Type A H1N1 2009, teachers Child Care Providers.



## บทนำ

โรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิดเอ เอชวัน เอ็นวัน 2009 เป็นโรคติดต่อที่มีแพร่ระบาดอย่างรวดเร็ว มีรายงานจากองค์การอนามัยโลก พบผู้ติดเชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิดเอ เอชวัน เอ็นวัน 2009 ครั้งแรกในเดือนเมษายน 2552 ที่ประเทศเม็กซิโก และในเดือนมิถุนายน 2552 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศยกระดับของการระบาดของโรค (epidemic phase) เป็นระยะที่หก คือระยะที่มีการระบาดใหญ่มากกว่าหนึ่งเขตที่รับผิดชอบขององค์การอนามัยโลก (pandemic phase)<sup>(1)</sup> ดังนั้นโรคนี้ส่งผลกระทบไม่เพียงแต่สุขภาพของบุคคลและครอบครัวเท่านั้น ยังขยายวงกว้างเป็นปัญหาสุขภาพซึ่งหากไม่สามารถควบคุมได้ อาจส่งผลกระทบต่อโครงสร้างสังคมและภาวะเศรษฐกิจของชุมชน ประเทศชาติ และของโลกในที่สุด จากข้อมูลที่มีอยู่เกี่ยวกับแผนการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด เอ เอชวัน เอ็นวัน 2009 เป็นเพียงข้อมูลเกี่ยวกับแบบแผนการระบาดของโรคในระยะแรก (early epidemic stage) เท่านั้น ด้วยข้อจำกัดด้านองค์ความรู้เกี่ยวกับแบบแผนของโรคนี้ องค์การอนามัยโลกจึงได้กำหนดแนวทางการเตรียมการเพื่อรับมือกับการระบาดของโรค โดยการเทียบเคียงจากประวัติการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใกล้เคียงกันที่เคยเกิดขึ้นในอดีต นอกจากนี้ยังใช้ข้อมูลจากการศึกษาลักษณะและผลกระทบของโรคในแง่มุมต่างๆ ได้แก่ ผลกระทบทางด้านคลินิก แบบแผนการระบาด (epidemiological pattern) และลักษณะทางไวรัสวิทยา เพื่อคาดการณ์ระดับความรุนแรงและระยะการระบาดของโรคนี้ในภาพรวมของทั้งโลก ขณะเดียวกันก็ต้องการข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องนี้จากแต่ละประเทศ เพื่อประโยชน์ในการประเมินสถานการณ์ การปรับแผนการเฝ้าระวัง และควบคุมโรคตามรูปแบบของการระบาดที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งองค์การอนามัยโลก<sup>(1)</sup> ได้แสดงความกังวลใจว่าข้อมูลส่วนใหญ่ที่มีในขณะนี้ เป็นข้อมูลที่ได้มาจากการศึกษาวิจัยของประเทศที่พัฒนาแล้ว ในขณะที่ข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบการ

ระบาดในประเทศที่กำลังพัฒนานั้นยังมีอยู่อย่างจำกัด

ประเทศไทยมีรายงานพบผู้ป่วยรายแรกเมื่อวันที่ 12 พฤษภาคม 2552 แม้ลักษณะของการระบาดของโรคนี้ในประเทศไทยจะมีความคล้ายคลึงกับประเทศอื่นๆ<sup>(2)</sup> แต่พบว่าแนวโน้มของผู้เสียชีวิตจากจำนวนผู้ที่ได้รับการยืนยันว่าป่วยด้วยโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่มีจำนวนเพิ่มขึ้นเกือบหนึ่งเท่าตัวทุกสัปดาห์ จากข้อมูลสำนักโรคระบาดวิทยาเมื่อวันที่ 12 กันยายน 2552 พบว่ามี ผู้ป่วยจำนวน 22,477 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 35.51 ต่อแสนประชากร จำนวนผู้เสียชีวิตสะสม 153 ราย และอาจเกิดการระบาดอีกครั้งเป็นระลอกที่ 2 ในช่วงเดือนมิถุนายน-กรกฎาคม 2553<sup>(3)</sup> ข้อมูลในภาพรวมของโลก และของประเทศไทยแสดงว่าผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคเกี่ยวกับทางเดินหายใจ โรคหัวใจ เบาหวาน โรคเกี่ยวกับภูมิคุ้มกันโรคต่ำ โรคไต โรคอ้วน และหญิงตั้งครรภ์ โดยคนในกลุ่มดังกล่าวเมื่อป่วยด้วยโรคนี้จะมีอัตราการเสียชีวิตสูง<sup>(2)</sup> ข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข ได้ชี้ให้เห็นว่าสาเหตุของการเสียชีวิตของคนกลุ่มหลังนี้ส่วนใหญ่เกิดจากการได้รับการรักษาช้า<sup>(4)</sup> เนื่องจากยาต้านไวรัสโอเซลตามิเวียร์ (Oseltamivir) หรือทามิฟลู (Tamiflu) จะมีผลดีในการรักษาหากผู้ป่วยได้รับยาภายใน 48 ชั่วโมง เพื่อแก้ไขปัญหานี้ภาครัฐได้มีนโยบายกระจายยาต้านไวรัสชนิดนี้ออกไปยังคลินิกเอกชนทั่วประเทศเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการรักษาได้ทันเวลา เนื่องจากมีรายงานว่าไวรัสชนิดนี้ดื้อยาได้หากใช้ยาไม่ถูกต้อง กระทรวงสาธารณสุขจึงได้จัดเตรียมยาต้านไวรัสซานามิเวียร์ (Zanamivir) เพื่อรับมือกับเชื้อไวรัสที่ดื้อยาโอเซลตามิเวียร์ (Oseltamivir-resistant virus) และถึงแม้ว่าจะสามารถป้องกันการระบาดของโรคนี้ได้โดยการฉีดวัคซีน (Pandemic vaccine) แต่กระบวนการผลิตวัคซีนยังอยู่ในขั้นตอนของการทดสอบวัคซีนในมนุษย์ (Human trials)<sup>(5)</sup> เพื่อดูประสิทธิผลและความปลอดภัย ซึ่งประเทศไทยคาดว่าจะได้รับวัคซีนประมาณเดือนธันวาคม 2552 และมกราคม 2553



และวัคซีนที่จัดหาได้มีปริมาณจำกัดไม่สามารถให้บริการแก่ประชากรทุกกลุ่มอายุได้ และด้วยเหตุที่ทุกประเทศล้วนมีความต้องการวัคซีนในปริมาณที่มากพร้อมๆ กัน ซึ่งเกินกว่ากำลังการผลิตของบริษัทฯ ทำให้จำนวนวัคซีนที่แต่ละประเทศซื้อมาได้มีไม่เพียงพอ

จากรายงานทางระบาดวิทยาพบว่าสถานที่ที่มีการระบาดจำนวนมากคือสถาบันการศึกษา<sup>(5)</sup> ดังนั้นการส่งเสริมให้ครูและผู้ดูแลเด็กเล็ก ณ ศูนย์เด็กเล็กให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและสามารถดูแลตนเองและเด็กเล็กได้อย่างเหมาะสม จึงเป็นวิธีที่ก่อประโยชน์สูงสุดในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคในขณะนี้ เพราะศูนย์เด็กเล็กประกอบไปด้วยเด็กเล็กจำนวนมาก<sup>(6)</sup> จากสภาพสังคมและเศรษฐกิจในปัจจุบันที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้ผู้ปกครองส่วนใหญ่ไม่มีเวลาที่จะเลี้ยงดูบุตรหลานด้วยตนเอง จึงนิยมนำบุตรหลานไปฝากเลี้ยงที่ศูนย์เด็กเล็ก เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนเข้าโรงเรียน ดังนั้นศูนย์เด็กเล็กจึงเป็นสถานที่ที่เด็กอยู่รวมกันเป็นจำนวนมาก เมื่อเจ็บป่วยจะแพร่เชื้อโรคสู่เด็กอื่นได้ง่าย เนื่องจากเด็กเล็กมีภูมิคุ้มกันต่ำ จึงมีโอกาสป่วยได้บ่อย โดยเฉพาะโรคติดต่อที่สำคัญและพบบ่อย ได้แก่ โรคติดต่อระบบทางเดินหายใจ และจากการศึกษาเรื่องพฤติกรรมกรรมการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อของผู้ดูแลในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดสุราษฎร์ธานี ของ รวิวรรณ คำเงิน<sup>(7)</sup> พบว่าผู้ดูแลเด็กในศูนย์เด็กเล็กส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกรรมการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในระดับปานกลาง หากผู้ดูแลเด็กขาดความรู้ในการดูแลป้องกันการเกิดไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิดเอ เอชวัน เอ็นวัน 2009 เด็กจะได้รับอันตรายถึงแก่ชีวิต เพราะศูนย์เด็กเล็กจะกลายเป็นแหล่งแพร่กระจายเชื้อไปสู่ชุมชนที่น่าเป็นห่วง ทั้งนี้ในการดำเนินการป้องกัน ควบคุมโรคและการส่งเสริมการดูแลตนเองเมื่อเป็นไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิดเอ เอชวัน เอ็นวัน 2009 ในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่างๆ นับตั้งแต่ผู้กำหนดนโยบายและกลยุทธ์ในการรับมือกับการระบาดของโรคนี้นี้ ผู้ให้

บริการด้านสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชนที่เป็นผู้ผลิตบุคลากรด้านสุขภาพและผลิตผลงานวิจัยเพื่อรองรับและให้บริการวิชาการแก่ประชาชนให้พ้นจากภัยของการระบาดของโรค จะต้องเริ่มต้นจากการมีฐานข้อมูล (database) อย่างดีเกี่ยวกับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคของประชาชน ว่ามีลักษณะอย่างไร จึงจะสามารถดำเนินการแก้ไขได้ตรงประเด็น

ดังนั้นเพื่อเป็นการลดอัตราการสูญเสียต่อการเกิดโรค วิธีการส่งเสริมครูและผู้ดูแลเด็กเล็ก ณ ศูนย์เด็กเล็กให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและสามารถดูแลตนเองและเด็กเล็กได้อย่างเหมาะสม จึงเป็นกลวิธีที่ก่อประโยชน์สูงสุดในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคในขณะนี้

ปัจจุบันศูนย์เด็กเล็กในจังหวัดสุราษฎร์ธานีมีจำนวนมากทั้งภาครัฐและภาคเอกชน จากการสำรวจของสำนักงานท้องถิ่นจังหวัด กลุ่มงานส่งเสริมและพัฒนาท้องถิ่นพบว่า จังหวัดสุราษฎร์ธานีมีจำนวน 236 ศูนย์ มีครูและผู้ดูแลเด็กเล็กจำนวน 400 คน<sup>(8)</sup> หากมีข้อมูลพื้นฐานในควบคุมการเกิดโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิดเอ เอชวัน เอ็นวัน 2009 จะทำให้สามารถควบคุมโรคดังกล่าวลดความรุนแรงของความสูญเสียได้ ผู้วิจัยจึงได้เล็งเห็นความสำคัญของการศึกษาให้ได้มาซึ่งข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิดเอ เอชวัน เอ็นวัน 2009 ของครูและผู้ดูแลเด็กเล็ก จังหวัดสุราษฎร์ธานี เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลที่สำคัญในการประกอบการตัดสินใจสำหรับผู้เกี่ยวข้องในทุกภาคส่วน ทั้งในระดับปฏิบัติการและระดับบริหาร ในการพัฒนาแผนป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคให้สอดคล้องกับสภาพการณ์และความคิดเห็นของครูและผู้ดูแลเด็กเล็ก รวมทั้งใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอนของพยาบาลวิชาชีพเพื่อก่อให้เกิดสมรรถนะในการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดต่อชนิดนี้ได้โดยมีประสิทธิภาพต่อไป





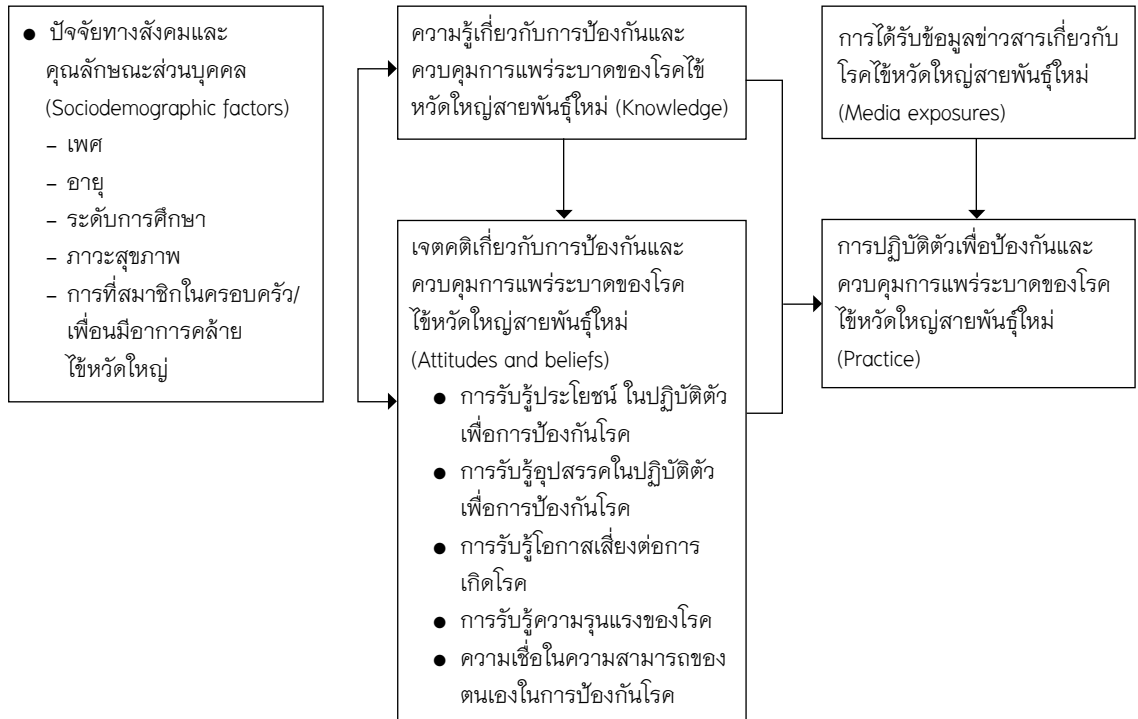
## วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิดเอ เอชวัน เอ็นวัน 2009 ของครูและคุณดูแลเด็กเล็กในจังหวัดสุราษฎร์ธานี
2. เพื่อศึกษาระดับเจตคติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิดเอ เอชวัน เอ็นวัน 2009 ของครูและคุณดูแลเด็กเล็กในจังหวัดสุราษฎร์ธานี
3. เพื่อศึกษาระดับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิดเอ เอชวัน เอ็นวัน 2009 ของคุณดูแลเด็กเล็กในจังหวัดสุราษฎร์ธานี
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และเจตคติกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด เอ เอชวัน เอ็นวัน 2009 ของครูและคุณดูแลเด็กเล็กในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) ของ Rosenstock กล่าวว่าบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันหรือดูแลตนเองด้านสุขภาพขึ้นอยู่กับ บุคคลมีความเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือเกิดอันตรายต่อสุขภาพ (perceived susceptibility) และมีภาวะคุกคามของโรค (perceived threats) และถ้าเกิดเป็นโรคแล้ว ความรุนแรงมีมาก (perceived severity) และเชื่อว่าการมีพฤติกรรมที่ป้องกันโรคนั้นมีประโยชน์ (perceived benefits) ความเชื่อหรือการรับรู้เหล่านี้ต้องมีมากกว่าความคิดที่ว่าสิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติ (perceived barriers) จึงทำให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และสิ่งที่จะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีนั้นมีสิ่งสนับสนุนเช่นการได้รับข้อมูลข่าวสาร ความรู้และความสามารถของบุคคล (self-efficacy) ในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ส่งเสริมหรือป้องกัน

ดังนั้นการศึกษาถึงความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติป้องกัน และควบคุมการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด เอ เอชวัน เอ็นวัน 2009 ของครูและคุณดูแลเด็กเล็กสามารถอธิบายและศึกษาโดยใช้กรอบแนวคิดที่มาจาก Bloom's taxonomy และทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ<sup>(9)</sup> เมื่อนำทฤษฎีนี้มาอธิบายพฤติกรรม การดูแลและป้องกันตนเองเพื่อป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ 2009 ในครูและคุณดูแลเด็กเล็ก ระดับมัธยมศึกษา สามารถอธิบายได้ว่า ถ้าครูและคุณดูแลเด็กเล็กเชื่อและรับรู้ว่าจะตนเองมีโอกาสป่วยเป็นโรคไข้หวัดใหญ่ 2009 (perceived susceptibility) และถ้าเป็นแล้วอาจมีความรุนแรงถึงชีวิต (perceived severity) รวมถึงครูและคุณดูแลเด็กเล็กเชื่อว่าถ้าเขามีพฤติกรรมการดูแลตนเองและป้องกันที่ดีโอกาสการเกิดโรคจะน้อย (perceived benefits) และความเชื่อเหล่านี้จะต้องมากกว่าความเชื่อว่ามีปัญหาอุปสรรคในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรค เช่น การใส่หน้ากากอนามัยเป็นเรื่องแปลกประหลาดต่อบุคคลอื่นหรือครูและคุณดูแลเด็กเล็กรู้สึกเขินอายถ้าใส่หน้ากากอนามัยขณะออกไปข้างนอก (perceived barriers) ครูและคุณดูแลเด็กเล็ก จะมีพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองและป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ 2009 ที่เหมาะสม นอกจากนี้ในการมีพฤติกรรมเหล่านี้เกิดจากครูและคุณดูแลเด็กเล็ก ได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้จากแหล่งต่าง ๆ เช่นจากสื่อต่าง ๆ จากการฝึกอบรมและสอนโดยครู อาจารย์ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ทางโรงเรียนจัดให้ครูและคุณดูแลเด็กเล็กมองตัวเองว่าเขามีความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ 2009 กล่าวโดยสรุปได้ว่า ความรู้มีผลต่อทัศนคติ และการปฏิบัติตัวในการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด เอเอชวันเอ็นวัน 2009 ดังกรอบแนวคิดข้างล่างนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา เก็บข้อมูลจากครูและผู้ดูแลเด็กเล็กในจังหวัดสุราษฎร์ธานี กลุ่มตัวอย่างได้จากการประมาณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ตาราง Krejcie และ Morgan<sup>(10)</sup> ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 196 คน วิจัยทำการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ส่งแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 196 ฉบับ ได้แบบสอบถามกลับคืนมาจำนวน 142 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 72.45

### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยการทบทวนวรรณกรรม เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมด 4 ส่วน ประกอบด้วย

1.1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ ระดับการศึกษา รายได้ อายุ จำนวนครู ผู้ดูแลเด็กในศูนย์เด็กเล็ก และสถานที่เสี่ยงต่อการติดโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิดเอ เอชวัน เอ็นวัน 2009 อาการ

และอาการแสดงของโรคไข้หวัดใหญ่หรือคล้ายไข้หวัดใหญ่

1.2 แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิดเอเอชวันเอ็นวัน 2009 ประกอบด้วยข้อคำถามความรู้ 14 ข้อ

1.3 แบบสอบถามเจตคติต่อโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิดเอเอชวันเอ็นวัน 2009 ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบ Likert scale ซึ่งแบ่งระดับเจตคติออกเป็น 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่แน่ใจ

1.4 แบบสอบถามการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิดเอเอชวันเอ็นวัน 2009 ประกอบด้วยข้อปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิดเอเอชวันเอ็นวัน 2009 จำนวน 17 ข้อ

เมื่อคณะผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามแล้ว ได้ตรวจสอบความถูกต้องเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน



หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามได้เท่ากับ 0.78

## 2. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำโครงการวิจัยเข้าที่ประชุมของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ซึ่งผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย การรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูล พร้อมเขียนเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Information Sheet) ชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ให้ผู้ให้ข้อมูลทราบ ผู้ให้ข้อมูลสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทันทีที่ต้องการโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ข้อมูลที่ได้จะถูกได้รับการปกปิดและจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมและนำไปใช้เพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น รวมทั้งจะทำลายข้อมูลทันทีหลังจากได้รายงานวิจัยที่แล้วเสร็จอย่างสมบูรณ์

## 3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 ทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ถึงนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด ผ่านไปยังผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบลที่ดูแลศูนย์เด็กเล็กเพื่อประสานงานไปยังครูและผู้ดูแลเด็กเล็กในพื้นที่และแต่ละศูนย์เด็กเล็ก

3.2 ประสานงานกับครูและผู้ดูแลเด็กเล็กของแต่ละศูนย์เด็กเล็กตามที่ได้กำหนดไว้ในการสุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

3.3 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเอง

3.4 นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้อง พร้อมข้อมูลมาวิเคราะห์ผลการวิจัยตามวิธีทางสถิติต่อไป

4. การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

3.1 ข้อมูลทั่วไปหาค่าความถี่ และร้อยละ

3.2 ข้อมูลความรู้ เจตคติ การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดใช้หาค่าความถี่

พหุคูณใหม่ ชนิดเอ เอชวัน เอ็นวัน 2009 มีรายละเอียดดังนี้

3.2.1 ข้อมูลความรู้เรื่องโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิดเอ เอชวัน เอ็นวัน 2009 มีข้อคำถามความรู้ 14 ข้อ ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบถูกได้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดได้ 0 คะแนน นำข้อมูลมาหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.2.2 ข้อมูลเจตคติต่อโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิดเอเอชวันเอ็นวัน 2009 มีข้อคำถามด้านเจตคติจำนวน 12 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบ Likert scale ซึ่งแบ่งระดับเจตคติออกเป็น 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่แน่ใจ ถ้าปฏิบัติได้ถูกต้องจะได้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด เมื่อรวมคะแนนแล้วจะแบ่งระดับคะแนนตามเกณฑ์ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 41.00 – 60.00 หมายถึง มีเจตคติอยู่ในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 21.00 – 40.00 หมายถึง มีเจตคติอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 0.00 – 20.00 หมายถึง มีเจตคติอยู่ในระดับต่ำ

3.2.3 ข้อมูลการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิดเอเอชวันเอ็นวัน 2009 มีข้อคำถามจำนวน 17 ข้อ ถ้าปฏิบัติได้ถูกต้องจะได้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด เมื่อรวมคะแนนแล้วจะแบ่งระดับคะแนนตามเกณฑ์ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 9.00 – 33.66 หมายถึง มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอยู่ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 33.67 – 58.33 หมายถึง มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 53.34 – 83.00 หมายถึง มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอยู่ในระดับดี

3.3 ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เจตคติและการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดใช้หาค่าความถี่พหุคูณใหม่ ชนิดเอเอชวัน เอ็นวัน 2009 โดยใช้คาสสัมพันธ์ของเพียร์สัน



## ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

### 1. ข้อมูลทั่วไป

จำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็นครูและผู้ดูแลเด็กเล็ก จำนวน 142 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 98.6 จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 78.2 และส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ระหว่าง 5,000 -10,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 88 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 31 - 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 49.30 โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 34.37 ปี (S.D. = 6.93) พบว่าสถานที่ที่ครูและผู้ดูแลเด็กเล็ก ไป ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ที่เสี่ยงต่อการติดโรคใช้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิดเอ เอชวัน เอ็นวัน 2009 ส่วนใหญ่ ไปห้างสรรพสินค้าคิดเป็นร้อยละ 58.5 รองลงมาไปโรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 33.8 ลำดับต่อไปในสถานที่แออัดคิดเป็นร้อยละ 29.6 สถานที่ที่ไปน้อยที่สุดคือไปคูคอนเสิร์ตคิดเป็นร้อยละ 29.6 ส่วนครูและผู้ดูแลเด็กเล็กที่มีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 19

ครูและผู้ดูแลเด็กเล็กมีอาการและอาการแสดงของโรคใช้หวัดใหญ่หรือคล้ายใช้หวัดใหญ่ใน

รอบ 7 วันที่ผ่านมา อาการที่พบส่วนใหญ่คือปวดศีรษะคิดเป็นร้อยละ 38 รองลงมามีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ คิดเป็นร้อยละ 35.2 อาการไอ จาม ร้อยละ 29.6 อาการเจ็บคอและครั่นเนื้อครั่นตัว ร้อยละ 27.5 สำหรับเพื่อนร่วมงานหรือเด็กที่อยู่ในความดูแลของศูนย์เด็กเล็กส่วนใหญ่มีอาการไอจาม คิดเป็นร้อยละ 34.5 รองลงมามีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อคิดเป็นร้อยละ 32.4 ส่วนคนในครอบครัวของครูและผู้ดูแลเด็กอาการที่พบส่วนใหญ่คือมีน้ำมูก คัดจมูกคิดเป็นร้อยละ 57.7 และมีอาการ ไอจามรองลงมาคิดเป็นร้อยละ 55.6 นอกจากนี้พบว่าในกลุ่มของครูและผู้ดูแลเด็ก เพื่อนร่วมงานและเด็กและคนในครอบครัวครูและผู้ดูแลเด็กจะมีอาการปวดศีรษะใกล้เคียงกันคิดเป็นร้อยละ 38, 30.3 และ 33.1 ตามลำดับ

### 2. ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคใช้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิดเอ เอชวัน เอ็นวัน 2009 ผู้วิจัยรายงานในภาพรวม ดังนี้

**ตารางที่ 1** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคใช้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิดเอ เอชวัน เอ็นวัน 2009

ตัวแปร (n = 142)	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ความรู้ (14 คน)	12.13	2.03
เจตคติ (60 คน)	33.55	4.23
การปฏิบัติ (83 คน)	60.43	4.10

จากตามรางพบว่า ครูและผู้ดูแลเด็กเล็กมีคะแนนความรู้ในระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 12.13 คะแนน (S.D = 2.03) มีคะแนนด้านเจตคติอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 33.55 คะแนน (S.D = 4.23) ส่วนคะแนนด้านการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 60.43 คะแนน (S.D = 4.10)

### 3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และเจตคติกับการปฏิบัติตัว

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และเจตคติกับการปฏิบัติตัวเรื่องโรคใช้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิดเอ เอชวัน เอ็นวัน 2009 ดังตารางที่ 2 ดังนี้



**ตารางที่ 2** ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิดเอ เอชวัน เอ็นวัน 2009

ตัวแปร	ความรู้	เจตคติ	การปฏิบัติ
ความรู้	-	0.165*	- 0.056
ทัศนคติ	-	-	- 0.096
การปฏิบัติ	- 0.056	-	-

$p < .05$

จากตารางพบว่าความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัว และเจตคติไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัว ส่วนเจตคติมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรู้เพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิด เอเอชวัน เอ็นวัน 2009 ( $p = 0.049$ )

### สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

เนื่องจากไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด เอ เอชวัน เอ็นวัน 2009 เป็นโรคระบาดที่เกิดขึ้นใหม่ ดังนั้นยังขาดรายงานการศึกษาในการอภิปรายผล จึงอาศัยข้อมูลการศึกษาจากไข้หวัดนก ซึ่งมีการแพร่ระบาดใกล้เคียงกับไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิด เอ เอชวัน เอ็นวัน 2009 ผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

#### 1. ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิด เอ เอชวัน เอ็นวัน 2009 ของครูและคุณดูแลเด็กเล็ก

ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิด เอ เอชวัน เอ็นวัน 2009 ของครูและคุณดูแลเด็กเล็ก ในจังหวัดสุราษฎร์ธานีส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของโซไมพร จินต์คณาพันธ์ และคณะ<sup>(11)</sup> ที่ได้ทำการศึกษา ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด เอ เอชวัน เอ็นวัน 2009 ของกลุ่มประชาชนในจังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่าประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิด เอ เอชวัน เอ็นวัน 2009 ในระดับ

ค่อนข้างสูง เนื่องจากมาจากช่วงที่มีการระบาดของโรค รัฐบาลให้ความสำคัญและรณรงค์ในด้าน การให้ความรู้ และการปฏิบัติค่อนข้างมาก โดยมีการประชาสัมพันธ์เรื่องไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิด เอ เอชวัน เอ็นวัน 2009 ทั้งด้านการติดต่อ การป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรค ผ่านการออกข่าวผ่านสื่อต่างๆ เช่นหนังสือพิมพ์ โทรทัศน์ วิทยุ เป็นต้น ทำให้ครูและคุณดูแลเด็กเล็กเกิดความตระหนักและสนใจ ซึ่งจะเห็นว่าสอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิดเอเอชวันเอ็นวัน 2009 ดังนั้นจึงส่งผลให้ครูและคุณดูแลเด็กเล็กส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิดเอ เอชวัน เอ็นวัน 2009 อยู่ในระดับสูง รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของศิริวรรณ ภูสุวรรณ<sup>(12)</sup> ที่ศึกษาเกี่ยวกับความรู้ และการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนกพบว่ากลุ่มผู้นำชุมชนและประชาชนมีความรู้เรื่องไข้หวัดนกอยู่ในระดับดี รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของผ่องพรรณ เสาว์เขียว<sup>(13)</sup> ที่ศึกษาความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดนกของคณงานในฟาร์มไก่ จ.เชียงใหม่ ก็พบว่าความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดนกของคณงานในฟาร์มไก่อยู่ในระดับดี

#### 2. เจตคติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิดเอเอชวันเอ็นวัน 2009 ของครูและคุณดูแลเด็กเล็ก

ระดับเจตคติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน



และควบคุมการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิดเอ เอชวัน เอ็นวัน 2009 ของครูและผู้ดูแลเด็กเล็กอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าครูและผู้ดูแลเด็กเล็กมีเจตคติต่อการใส่หน้ากากอนามัย การล้างมือ และการใช้ช้อนกลางอยู่ในระดับค่อนข้างดีคือครูและผู้ดูแลเด็กเล็กส่วนใหญ่ตอบว่าเห็นด้วยอย่างยิ่ง ทั้งนี้อาจเป็นผลเนื่องจากการได้รับข้อมูลข่าวสารประชาสัมพันธ์แนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคโดยเน้นให้ประชาชนรับประทานอาหารที่ปรุงสุกและร้อน ใส่หน้ากากอนามัย ล้างมือและใช้ช้อนกลาง เป็นต้น<sup>(1,14)</sup> สอดคล้องกับการศึกษาในเรื่องนี้ที่ส่วนใหญ่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีทัศนคติในเชิงบวก<sup>(15,16,17)</sup> จากการศึกษาของปราบดา ประภาศิริ<sup>(18)</sup> เรื่องความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตัวก่อนและหลังได้ยินเกี่ยวกับโรคไข้หวัดนกจังหวัดนครพนม พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 98 ได้ทราบข่าวเกี่ยวกับไข้หวัดนก และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 88 เชื่อข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันตนเอง และสอดคล้องกับการศึกษาของสุพิทา เย็นโพคา<sup>(18)</sup> ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลถึงพฤติกรรมกำบังไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ของนักเรียนในช่วงชั้นมัธยมปีที่ 1-3 จำนวน 678 คน พบว่า ความตระหนักรู้เกี่ยวกับไข้หวัดสายพันธุ์ใหม่ 2009 และแรงจูงใจในการป้องกันไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำบังไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำบังโรค

### 3. การปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิดเอ เอชวันเอ็นวัน 2009 ของครูและผู้ดูแลเด็กเล็ก

การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิดเอ เอชวันเอ็นวัน 2009 ของครูและผู้ดูแลเด็กเล็ก พบว่าอยู่ในระดับสูง โดยพบว่าในเรื่องการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ส่วนใหญ่รับประทานทุกมื้อแต่ไม่ทุกวัน ร้อยละ 58.5 ในเรื่องการรับประทานอาหารที่ปรุงสุกและร้อนปฏิบัติตัวไม่ครบทุกวันเป็น

ส่วนใหญ่ร้อยละ 57.7 ในเรื่องการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาทีโดยส่วนใหญ่ปฏิบัติเกือบทุกวันคิดเป็นร้อยละ 45.8 ในเรื่องการกินน้ำ น้ำผลไม้/ผลไม้ รวมแล้วอย่างน้อย 8-10 แก้วต่อวัน โดยส่วนใหญ่ปฏิบัติเกือบทุกวัน คิดเป็นร้อยละ 50.7 เรื่องการล้างมือด้วยสบู่หรือน้ำยาล้างมือที่มีแอลกอฮอล์พบว่ายังปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องโดยส่วนใหญ่ไม่เคยล้างมือด้วยสบู่หรือน้ำยาล้างมือที่มีแอลกอฮอล์หลังใช้ห้องน้ำคิดเป็นร้อยละ 88.7 ในเรื่องการพักผ่อนพบว่ามีเพียงร้อยละ 0.7 นอนหลับพักผ่อนอย่างน้อย 7 ชั่วโมงต่อวัน มีการระวังและหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้คนที่ไอจาม หรือเป็นหวัด โดยพยายามระวังแต่ไม่ได้ตระหนักที่หลีกเลี่ยงหรือยีนห่าง ร้อยละ 59.9 ครูและผู้ดูแลเด็กเล็ก มีการระวังและหลีกเลี่ยงการใช้มือสัมผัสกับจมูก ปาก ตาโดยพยายามระวังแต่ไม่ได้ตระหนักที่หลีกเลี่ยงการสัมผัส ร้อยละ 61.3 ครูและผู้ดูแลเด็กเล็ก กินวิตามินซีทุกวันคิดเป็นร้อยละ 62.7 ส่วนในเรื่องการกินผักและผลไม้และน้ำผลไม้ที่มีวิตามินซี ส่วนใหญ่กินน้อยกว่า 3 วันต่อสัปดาห์คิดเป็นร้อยละ 46.5 ครูและผู้ดูแลเด็กมีอาการใดอาการหนึ่งหรือทุกอาการดังต่อไปนี้หรือไม่ คือมี ไข้ ไอ เจ็บคอ น้ำมูกไหล จาม ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย หรือมีอาการเป็นหวัด หรือคล้ายไข้หวัดใหญ่ พบว่ามีอาการดังกล่าวเป็นส่วนน้อย คิดเป็นร้อยละ 39.4 และเมื่อครูและผู้ดูแลเด็กมีอาการดังกล่าว ส่วนใหญ่จะปฏิบัติโดย ไปพบแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 26.7 การนอนพักผ่อนมาก ๆ คิดเป็นร้อยละ 21.1 ดื่มน้ำผลไม้มาก ๆ คิดเป็นร้อยละ 19.7 การใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลาเป็นวิธีที่เลือกปฏิบัติน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 7.7 ในด้านการปฏิบัติในครอบครัวเรื่องการเตรียมหน้ากากอนามัยให้คนในครอบครัวพบว่า มีความพร้อมในการเตรียมหน้ากากอนามัย คิดเป็นร้อยละ 66.2 และพบว่าที่บ้านของครูและผู้ดูแลเด็กได้มีการเตรียมสบู่ไว้ล้างมือเป็นส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 78.2 และพบว่าส่วนใหญ่ครูและผู้ดูแลเด็กได้มีการเตรียมสบู่และบริเวณที่ล้างมือที่ศูนย์เด็กเล็กอย่างเพียงพอคิดเป็นร้อยละ 86.6





ในด้านการศึกษาปฏิบัติตัวของครูและคุณครูเล็กเล็ก มีกิจกรรมเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อของไข้หวัดใหญ่ 2009 พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 99.3 สนองเรื่องการล้างมือแก่เด็ก รองลงมาคือให้เด็กมีการล้างมือก่อนกินอาหารคิดเป็นร้อยละ 98.6 และแนะนำให้ผู้ปกครองให้เด็กอยู่บ้านถ้าเด็กมีอาการเป็นหวัดร้อยละ 95.8 แต่ในการเตรียมหน้ากากอนามัยไว้ให้เด็ก เป็นสิ่งที่ครูและคุณครูเล็กปฏิบัติน้อยที่สุดแต่ยังเกินครึ่งของครูและคุณครูเล็กทั้งหมด ในเรื่องการปฏิบัติเรื่องของการให้ความรู้พูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ 2009 บุคคลที่ครูและคุณครูเล็กพูดคุยมากที่สุดคือ ผู้ปกครองเด็ก คนในครอบครัวครูและคุณครูเล็กด้วยกัน และเด็กที่ศูนย์เด็กเล็กคิดเป็นเป็นร้อยละ 85.9, ร้อยละ 81, ร้อยละ 76.8 และร้อยละ 76.1 ตามลำดับ จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการที่ครูและคุณครูเล็กส่วนใหญ่รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับไข้หวัดใหญ่อยู่ในระดับสูงส่งผลให้การปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดอยู่ในระดับดีด้วย โดยเฉพาะกลุ่มบุคคลที่มีอาการไข้หวัดไม่ปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะครูและคุณครูเล็กเป็นผู้ที่ต้องดูแลเด็กเล็กซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงของการเกิดโรค ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ ปราบดา ประภาศิริ<sup>(18)</sup> ที่พบว่าประชาชนยังมีความเคยชินต่อการปฏิบัติตัวแบบเดิมอยู่ จึงทำให้ไม่พบการเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันตนเองจากโรคไข้หวัดนกอย่างชัดเจนและสอดคล้องกับการศึกษาของ ผ่องพรรณ เสาร์เขียว ที่ศึกษาความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดนกของคณาจารย์ในพาร์มเลี้ยงไก่ จังหวัดเชียงใหม่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันตนเองน้อย นอกจากนี้ยังไม่สอดคล้องกับผลสำรวจของแอบาคโปล<sup>(4)</sup> ที่สำรวจความคิดเห็นของประชาชนต่อสถานการณ์ไข้หวัด 2009 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ใส่หน้ากาก เมื่ออยู่บนรถโดยสาร รถเมล์ รถแท็กซี่ร้อยละ 63.5 และเมื่ออยู่ในสถานที่ที่มีคนจำนวนมากไม่ใส่หน้ากากอนามัย ร้อยละ 63.2 อาจเป็นเพราะยังไม่

เห็นความสำคัญของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรค ในขณะที่การศึกษาของสุพิดา เย็นโพคา<sup>(18)</sup> ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลถึงพฤติกรรมการป้องกันไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ของนักเรียนช่วงชั้นปีที่ 3 สังกัดกรุงเทพมหานคร กลุ่มเขตกรุงเทพตะวันออก ในนักเรียนชั้นมัธยมปีที่ 1-3 จำนวน 678 คน พบว่าความตระหนักรู้เกี่ยวกับไข้หวัดสายพันธุ์ใหม่ 2009 และแรงจูงใจในการป้องกันไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค

#### 4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิด เอเอชวัน เอ็นวัน 2009 ของครูและคุณครูเล็ก

สำหรับด้านความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และเจตคติกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิด เอเอชวัน เอ็นวัน 2009 ของครูและคุณครูเล็ก พบว่าความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวและทัศนคติไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัว ในขณะที่ทัศนคติมีความสัมพันธ์เชิงบวกความรู้เพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิดเอ เอชวัน เอ็นวัน 2009 ( $r = .165$ ) สอดคล้องกับชชาติ เจริญสอน<sup>(20)</sup> ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดนกในเกษตรกรผู้เลี้ยงสัตว์ปีกตำบลบ้านจำ อำเภอบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดนกมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับต่ำ ( $r = 0.24, p = 0.05$ )

การศึกษาในครั้งนี้สรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้อยู่ในระดับสูงและมีเจตคติอยู่ในระดับปานกลางแต่ในทางปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาด กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติตัวได้ในระดับสูง ซึ่งทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิดเอ เอชวัน เอ็นวัน 2009 น้อยลง และศูนย์เด็กเล็กเป็นพื้นที่ที่เสี่ยงต่อการเกิดและแพร่กระจายโรค ซึ่งในแต่ละศูนย์เด็กมีมาตรการ



ดำเนินงานของศูนย์เด็กเล็กน่ายุ่ที่เป็นแนวทางในการดูแลเด็กเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้คะแนนปฏิบัติอยู่ในระดับสูง แต่หากเจตคติในการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลางอาจทำให้เกิดความไม่ยั่งยืนของการเกิดพฤติกรรม จากการศึกษาของ สุพิดา เย็นโพคา<sup>(14)</sup> ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลถึงพฤติกรรมการป้องกันไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ของนักเรียนช่วงชั้นปีที่ 3 สังกัดกรุงเทพมหานคร กลุ่มเขตกรุงเทพตะวันออกในนักเรียนชั้นมัธยมปีที่ 1-3 จำนวน 678 คน พบว่ามีตัวแปร 5 ปัจจัย คือ ค่านิยมสุขภาพ การเปิดรับสื่อ อิทธิพลของครอบครัว ความตระหนักรู้เกี่ยวกับไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 และแรงจูงใจในการป้องกันไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคอาจทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้ ดังนั้นนอกจากมีความรู้ การปฏิบัติที่ดีแล้วควรให้ครูและผู้ดูแลเด็กเล็กมีเจตคติที่ดีในการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรค โดยอาจใช้วิธีการรณรงค์ร่วมทำโครงการให้กับครู และผู้ดูแลเด็กเล็ก โดยให้เข้ามามีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนด้านเจตคติ หรือสนับสนุนความรู้ และส่งเสริมการปฏิบัติที่ต่อเนื่องร่วมกับมีสื่อประชาสัมพันธ์เพื่อยับยั้งการแพร่ระบาดของโรค เพื่อให้เกิดทั้งความรู้ การปฏิบัติที่ถูกต้องและเจตคติที่ดีในการควบคุมป้องกันโรค

### ข้อเสนอแนะ

1. องค์การภาครัฐควรสร้างความตระหนักเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิดเอ เอชวันเอ็นวัน 2009
2. องค์การบริหารส่วนจังหวัด ผู้รับผิดชอบควรเตรียมความพร้อม โดยสร้างเจตคติที่ดีให้กับครูและผู้ดูแลเด็กเล็ก โดยให้เข้ามามีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนด้านเจตคติ หรือสนับสนุนความรู้และส่งเสริมการปฏิบัติที่ต่อเนื่องมากขึ้น
3. งานวิจัยควรศึกษาวิธีการปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิดเอ เอชวัน เอชวัน 2009 ที่เกี่ยวกับผลดี ผลเสียของการปฏิบัติ

เพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรค เพื่อให้เกิดเจตคติที่ดีในการปฏิบัติ

**กิตติกรรมประกาศ:** งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

### เอกสารอ้างอิง

1. WHO Pandemic (H1N1) 2009 [Internet]. 2009 [cited 2009 December 25] Available from: <http://www.who.int/csr/disease/swineflu/en/>.
2. สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. โรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ (เซช 1 เอ็น 1) 2009. (อินเทอร์เน็ต). กรุงเทพฯ: ม.ป.ป.(เข้าถึงเมื่อ 20 ธันวาคม 2552). เข้าถึงได้จาก <http://beid.ddc.moph.go.th/th/>.
3. ปิยนิษฐ์ ธรรมาภรณ์พิลาตและคณะ. ความสำคัญในการดำเนินงานการให้วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ H1N1 2009. การประชุมแนวทางการดำเนินงานให้บริการวัคซีน ป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ สายพันธุ์ใหม่ H1N1 2009, กรุงเทพฯ: ม.ป.ท., 2552; 5-6.
4. เอบแคโพล. (2552). ความคิดเห็นของประชาชนต่อสถานการณ์ “ไข้หวัด2009”. (อินเทอร์เน็ต). กรุงเทพฯ: ม.ป.ป. (เข้าถึงเมื่อ 17 กรกฎาคม 2552). เข้าถึงได้จาก <http://www.ryta.com/slabcp/611212>.
5. คณะทำงานจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ (H1N1) 2009. คู่มือการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ (H1N1) 2009. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์สงเคราะห์องค์การทหารผ่านศึก, 2553.
6. สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการป้องกันควบคุมโรคติดต่อในศูนย์เด็กเล็ก (สำหรับครูผู้ดูแลเด็ก). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ, 2554.
7. รวีวรรณ คำเงิน. พฤติกรรมการควบคุมและ



- ป้องกันการติดเชื้อของผู้ดูแลในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดสุราษฎร์ธานี. สุราษฎร์ธานี: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี; 2550
8. สำนักงานท้องถิ่นจังหวัดสุราษฎร์ธานี. ผลสำรวจจำนวนผู้ดูแลศูนย์เด็กที่อยู่ในความดูแลขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่น จังหวัดสุราษฎร์ธานี. สุราษฎร์ธานี: ม.ป.ท.; 2551.
  9. Bloom, B., Englehart, E. J., Furst, W. H., Hill, & Krathwohl, D. Taxonomy of Educational Objectives. The Classification of Educational Goals. Susan Faure Company Inc; 1956. 201–7.
  10. พวงรัตน์ ทวีรัตน์. วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: สำนักทดสอบทางการศึกษา และจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร; 2540.
  11. ชไมพร จินต์คณาพันธ์ และคณะ. ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด เอ เอชวัน เอ็นวัน 2009 ของประชาชน ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี. สุราษฎร์ธานี: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี; 2552.
  12. ศิริวรรณ ภูสุวรรณ. ความรู้และการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนก [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2548.
  13. ผ่องพรรณ เสาร์เขียว . ความรู้ พฤติกรรม การป้องกันโรคไข้หวัดนกของคนงานในฟาร์มเลี้ยงไก่ จังหวัดเชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2548.
  14. โรงพยาบาลศิริราช. คำแนะนำสำหรับผู้ป่วยด้วยโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่. (อินเทอร์เน็ต). กรุงเทพฯ: มปป. (เข้าถึงเมื่อ 1 กรกฎาคม 2552). เข้าใจได้จาก <http://www.en.mahidol.ac.th>.
  15. Apichaya, S. et al. Knowledge, attitude, and practice of pandemic H1N1 influenza Prevention in Thailand. Bangkok: In press; 2009.
  16. Mahajan, V. & Sainai, S.S. Knowledge, attitude, and practice regarding novel H1N1 (swine) flu among pediatricians of Chandigarh. Indian Pediatrics 2010; 47: 101–2.
  17. Wisedjinda, L. et al. Knowledge, attitude, and practices concerning influenza H1N1 2009 among Thai medical students Bangkok: In press; 2009.
  18. ปราปดา ประภาศิริ. ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตัวก่อนและหลังได้ยินข่าวเกี่ยวกับโรคไข้หวัดนกจังหวัดนครปฐม [การศึกษาค้นคว้าอิสระทางสาธารณสุข]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2546.
  19. สุพินยา เย็นโพคา. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ของนักเรียนช่วงชั้นปีที่ 3 สังกัดกรุงเทพมหานคร กลุ่มเขตกรุงเทพ ตะวันออก [วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2553.
  20. ชูชาติ เจริญสอน. ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดนกในเกษตรกรผู้เลี้ยงสัตว์ปีกตำบลบ้านจ่า อำเภอบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2549.



## ความรู้ ทักษะและการปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการเกิดโรคไข้หวัดใหญ่ สายพันธุ์ใหม่ชนิด เอ เอชวัน เอ็นวัน 2009 ของครูและ ผู้ดูแลเด็กเล็ก ณ ศูนย์เด็กเล็ก ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

กิจติยา รัตน์มณี\*

รวีวรรณ คำเงิน\*

ปภาลินี แซ่ดีว\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ระดับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัว และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ เจตคติและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด เอ เอชวัน เอ็นวัน 2009 ของครูและผู้ดูแลเด็กเล็กในจังหวัดสุราษฎร์ธานี กลุ่มตัวอย่างคือครูและผู้ดูแลเด็กเล็ก ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 142 คน สุ่มตัวอย่างแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบสอบถาม ที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน และควบคุมการ แพร่ระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด เอ เอชวันเอ็นวัน 2009 ของครูและผู้ดูแลเด็ก ผลการศึกษาพบว่า ครูและผู้ดูแลเด็กเล็กมีระดับความรู้อยู่ในสูง (mean=12.13, SD=2.03) ด้านเจตคติอยู่ในระดับปานกลาง (mean = 33.55,SD=4.23) ด้านการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง (mean=60.43, SD=4.10) ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และเจตคติ กับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิด เอ เอชวัน เอ็นวัน 2009 พบว่าความรู้ ทักษะการปฏิบัติตัวไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัว แต่ทัศนคติมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากผลการวิจัยดังกล่าวควรจัดให้มีแนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคให้แก่ครูและผู้ดูแลเด็กในศูนย์ เด็กเล็ก จังหวัดสุราษฎร์ธานี

**คำสำคัญ :** โรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิดเอ เอชวันเอ็นวัน 2009, ครูและผู้ดูแลเด็ก



## Knowledge, Attitudes, and Practices on the Prevention and Control of Pandemic Influenza Type A H1N1 2009 Among teachers Child Care Providers in Nurseries located in Surat Thani Province

*Kittiya Rattanamanee\**

*Raviwan Khamngoen\**

*Papasinee Saetew\**

### Abstract

The purpose of this study was to examine the level of knowledge, attitudes, and practices on preventing and controlling pandemic influenza type A H1N1 2009 among child care providers in nurseries located in Surat Thani Province and to explore the relationship between knowledge, attitudes and practices to prevent and control against pandemic influenza type A H1N1 2009 of child care providers in nurseries located in Surat Thani Province. A total sample of 142 child care providers in nurseries were recruited using simple random sampling. The data were collected using a structured questionnaire, including general knowledge, attitudes and practices on prevention and control of pandemic influenza type A H1N1 2009 were created by the researcher. Descriptive statistics and correlation analyses were completed.

The study found that child care providers had relatively high levels of knowledge ( $M = 12.13$ ,  $SD = 2.03$ ), the attitude at a moderate level ( $M = 33.55$ ,  $SD = 4.23$ ), the performance at good level ( $M = 60.43$ ,  $SD = 4.10$ ). There was no significant relationship between knowledge and attitudes on prevention and control of pandemic influenza type A H1N1 2009. However, attitude was positively correlated with knowledge.

These findings suggested that the guidelines for the prevention of pandemic influenza type A H1N1 2009 should be used by child care providers in nurseries located in Surat Thani Province.

**Keywords :** Pandemic Influenza Type A H1N1 2009, teachers Child Care Providers.



## บทนำ

โรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิดเอ เอชวัน เอ็นวัน 2009 เป็นโรคติดต่อที่มีแพร่ระบาดอย่างรวดเร็ว มีรายงานจากองค์การอนามัยโลก พบผู้ติดเชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิดเอ เอชวัน เอ็นวัน 2009 ครั้งแรกในเดือนเมษายน 2552 ที่ประเทศเม็กซิโก และในเดือนมิถุนายน 2552 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศยกระดับของการระบาดของโรค (epidemic phase) เป็นระยะที่หก คือระยะที่มีการระบาดใหญ่มากกว่าหนึ่งเขตที่รับผิดชอบขององค์การอนามัยโลก (pandemic phase)<sup>(1)</sup> ดังนั้นโรคนี้ส่งผลกระทบไม่เพียงแต่สุขภาพของบุคคลและครอบครัวเท่านั้น ยังขยายวงกว้างเป็นปัญหาสุขภาพซึ่งหากไม่สามารถควบคุมได้ อาจส่งผลกระทบต่อโครงสร้างสังคมและภาวะเศรษฐกิจของชุมชน ประเทศชาติ และของโลกในที่สุด จากข้อมูลที่มีอยู่เกี่ยวกับแผนการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด เอ เอชวัน เอ็นวัน 2009 เป็นเพียงข้อมูลเกี่ยวกับแบบแผนการระบาดของโรคในระยะแรก (early epidemic stage) เท่านั้น ด้วยข้อจำกัดด้านองค์ความรู้เกี่ยวกับแบบแผนของโรคนี้ องค์การอนามัยโลกจึงได้กำหนดแนวทางการเตรียมการเพื่อรับมือกับการระบาดของโรค โดยการเทียบเคียงจากประวัติการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใกล้เคียงกันที่เคยเกิดขึ้นในอดีต นอกจากนี้ยังใช้ข้อมูลจากการศึกษาลักษณะและผลกระทบของโรคในแง่มุมต่างๆ ได้แก่ ผลกระทบทางด้านคลินิก แบบแผนการระบาด (epidemiological pattern) และลักษณะทางไวรัสวิทยา เพื่อคาดการณ์ระดับความรุนแรงและระยะการระบาดของโรคนี้ในภาพรวมของทั้งโลก ขณะเดียวกันก็ต้องการข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องนี้จากแต่ละประเทศ เพื่อประโยชน์ในการประเมินสถานการณ์ การปรับแผนการเฝ้าระวัง และควบคุมโรคตามรูปแบบของการระบาดที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งองค์การอนามัยโลก<sup>(1)</sup> ได้แสดงความกังวลใจว่าข้อมูลส่วนใหญ่ที่มีในขณะนี้ เป็นข้อมูลที่ได้มาจากการศึกษาวิจัยของประเทศที่พัฒนาแล้ว ในขณะที่ข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบการ

ระบาดในประเทศที่กำลังพัฒนานั้นยังมีอยู่อย่างจำกัด

ประเทศไทยมีรายงานพบผู้ป่วยรายแรกเมื่อวันที่ 12 พฤษภาคม 2552 แม้ลักษณะของการระบาดของโรคนี้ในประเทศไทยจะมีความคล้ายคลึงกับประเทศอื่นๆ<sup>(2)</sup> แต่พบว่าแนวโน้มของผู้เสียชีวิตจากจำนวนผู้ที่ได้รับการยืนยันว่าป่วยด้วยโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่มีจำนวนเพิ่มขึ้นเกือบหนึ่งเท่าตัวทุกสัปดาห์ จากข้อมูลสำนักโรคระบาดวิทยาเมื่อวันที่ 12 กันยายน 2552 พบว่ามี ผู้ป่วยจำนวน 22,477 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 35.51 ต่อแสนประชากร จำนวนผู้เสียชีวิตสะสม 153 ราย และอาจเกิดการระบาดอีกครั้งเป็นระลอกที่ 2 ในช่วงเดือนมิถุนายน-กรกฎาคม 2553<sup>(3)</sup> ข้อมูลในภาพรวมของโลก และของประเทศไทยแสดงว่าผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคเกี่ยวกับทางเดินหายใจ โรคหัวใจ เบาหวาน โรคเกี่ยวกับภูมิคุ้มกันโรคต่ำ โรคไต โรคอ้วน และหญิงตั้งครรภ์ โดยคนในกลุ่มดังกล่าวเมื่อป่วยด้วยโรคนี้จะมีอัตราการเสียชีวิตสูง<sup>(2)</sup> ข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข ได้ชี้ให้เห็นว่าสาเหตุของการเสียชีวิตของคนกลุ่มหลังนี้ส่วนใหญ่เกิดจากการได้รับการรักษาช้า<sup>(4)</sup> เนื่องจากยาต้านไวรัสโอเซลตามิเวียร์ (Oseltamivir) หรือทามิฟลู (Tamiflu) จะมีผลดีในการรักษาหากผู้ป่วยได้รับยาภายใน 48 ชั่วโมง เพื่อแก้ไขปัญหานี้ภาครัฐได้มีนโยบายกระจายยาต้านไวรัสชนิดนี้ออกไปยังคลินิกเอกชนทั่วประเทศเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการรักษาได้ทันเวลา เนื่องจากมีรายงานว่าไวรัสชนิดนี้ดื้อยาได้หากใช้ยาไม่ถูกต้อง กระทรวงสาธารณสุขจึงได้จัดเตรียมยาต้านไวรัสซานามิเวียร์ (Zanamivir) เพื่อรับมือกับเชื้อไวรัสที่ดื้อยาโอเซลตามิเวียร์ (Oseltamivir-resistant virus) และถึงแม้ว่าจะสามารถป้องกันการระบาดของโรคนี้ได้โดยการฉีดวัคซีน (Pandemic vaccine) แต่กระบวนการผลิตวัคซีนยังอยู่ในขั้นตอนของการทดสอบวัคซีนในมนุษย์ (Human trials)<sup>(5)</sup> เพื่อดูประสิทธิผลและความปลอดภัย ซึ่งประเทศไทยคาดว่าจะได้รับวัคซีนประมาณเดือนธันวาคม 2552 และมกราคม 2553





และวัคซีนที่จัดหาได้มีปริมาณจำกัดไม่สามารถให้บริการแก่ประชากรทุกกลุ่มอายุได้ และด้วยเหตุที่ทุกประเทศล้วนมีความต้องการวัคซีนในปริมาณที่มากพร้อมๆ กัน ซึ่งเกินกว่ากำลังการผลิตของบริษัทฯ ทำให้จำนวนวัคซีนที่แต่ละประเทศซื้อมาได้มีไม่เพียงพอ

จากรายงานทางระบาดวิทยาพบว่าสถานที่ที่มีการระบาดจำนวนมากคือสถาบันการศึกษา<sup>(5)</sup> ดังนั้นการส่งเสริมให้ครูและผู้ดูแลเด็กเล็ก ณ ศูนย์เด็กเล็กให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและสามารถดูแลตนเองและเด็กเล็กได้อย่างเหมาะสม จึงเป็นวิธีที่ก่อประโยชน์สูงสุดในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคในขณะนี้ เพราะศูนย์เด็กเล็กประกอบไปด้วยเด็กเล็กจำนวนมาก<sup>(6)</sup> จากสภาพสังคมและเศรษฐกิจในปัจจุบันที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้ผู้ปกครองส่วนใหญ่ไม่มีเวลาที่จะเลี้ยงดูบุตรหลานด้วยตนเอง จึงนิยมนำบุตรหลานไปฝากเลี้ยงที่ศูนย์เด็กเล็ก เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนเข้าโรงเรียน ดังนั้นศูนย์เด็กเล็กจึงเป็นสถานที่ที่เด็กอยู่รวมกันเป็นจำนวนมาก เมื่อเจ็บป่วยจะแพร่เชื้อโรคสู่เด็กอื่นได้ง่าย เนื่องจากเด็กเล็กมีภูมิคุ้มกันต่ำ จึงมีโอกาสป่วยได้บ่อย โดยเฉพาะโรคติดต่อที่สำคัญและพบบ่อย ได้แก่ โรคติดต่อระบบทางเดินหายใจ และจากการศึกษาเรื่องพฤติกรรมกรรมการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อของผู้ดูแลในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดสุราษฎร์ธานี ของ รวิวรรณ คำเงิน<sup>(7)</sup> พบว่าผู้ดูแลเด็กในศูนย์เด็กเล็กส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกรรมการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในระดับปานกลาง หากผู้ดูแลเด็กขาดความรู้ในการดูแลป้องกันการเกิดไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิดเอ เอชวัน เอ็นวัน 2009 เด็กจะได้รับอันตรายถึงแก่ชีวิต เพราะศูนย์เด็กเล็กจะกลายเป็นแหล่งแพร่กระจายเชื้อไปสู่ชุมชนที่นำเป็นห่วง ทั้งนี้ในการดำเนินการป้องกัน ควบคุมโรคและการส่งเสริมการดูแลตนเองเมื่อเป็นไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิดเอ เอชวัน เอ็นวัน 2009 ในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่างๆ นับตั้งแต่ผู้กำหนดนโยบายและกลยุทธ์ในการรับมือกับการระบาดของโรคนี้นี้ ผู้ให้

บริการด้านสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชนที่เป็นผู้ผลิตบุคลากรด้านสุขภาพและผลิตผลงานวิจัยเพื่อรองรับและให้บริการวิชาการแก่ประชาชนให้พ้นจากภัยของการระบาดของโรค จะต้องเริ่มต้นจากการมีฐานข้อมูล (database) อย่างดีเกี่ยวกับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคของประชาชน ว่ามีลักษณะอย่างไร จึงจะสามารถดำเนินการแก้ไขได้ตรงประเด็น

ดังนั้นเพื่อเป็นการลดอัตราการสูญเสียต่อการเกิดโรค วิธีการส่งเสริมครูและผู้ดูแลเด็กเล็ก ณ ศูนย์เด็กเล็กให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและสามารถดูแลตนเองและเด็กเล็กได้อย่างเหมาะสม จึงเป็นกลวิธีที่ก่อประโยชน์สูงสุดในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคในขณะนี้

ปัจจุบันศูนย์เด็กเล็กในจังหวัดสุราษฎร์ธานีมีจำนวนมากทั้งภาครัฐและภาคเอกชน จากการสำรวจของสำนักงานท้องถิ่นจังหวัด กลุ่มงานส่งเสริมและพัฒนาท้องถิ่นพบว่า จังหวัดสุราษฎร์ธานีมีจำนวน 236 ศูนย์ มีครูและผู้ดูแลเด็กเล็กจำนวน 400 คน<sup>(8)</sup> หากมีข้อมูลพื้นฐานในควบคุมการเกิดโรคใช้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิดเอ เอชวัน เอ็นวัน 2009 จะทำให้สามารถควบคุมโรคดังกล่าวลดความรุนแรงของความสูญเสียได้ ผู้วิจัยจึงได้เล็งเห็นความสำคัญของการศึกษาให้ได้มาซึ่งข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคใช้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิดเอ เอชวัน เอ็นวัน 2009 ของครูและผู้ดูแลเด็กเล็ก จังหวัดสุราษฎร์ธานี เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลที่สำคัญในการประกอบการตัดสินใจสำหรับผู้เกี่ยวข้องในทุกภาคส่วน ทั้งในระดับปฏิบัติการและระดับบริหาร ในการพัฒนาแผนป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคให้สอดคล้องกับสภาพการณ์และความคิดเห็นของครูและผู้ดูแลเด็กเล็ก รวมทั้งใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอนของพยาบาลวิชาชีพเพื่อก่อให้เกิดสมรรถนะในการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดต่อชนิดนี้ได้มีประสิทธิภาพต่อไป



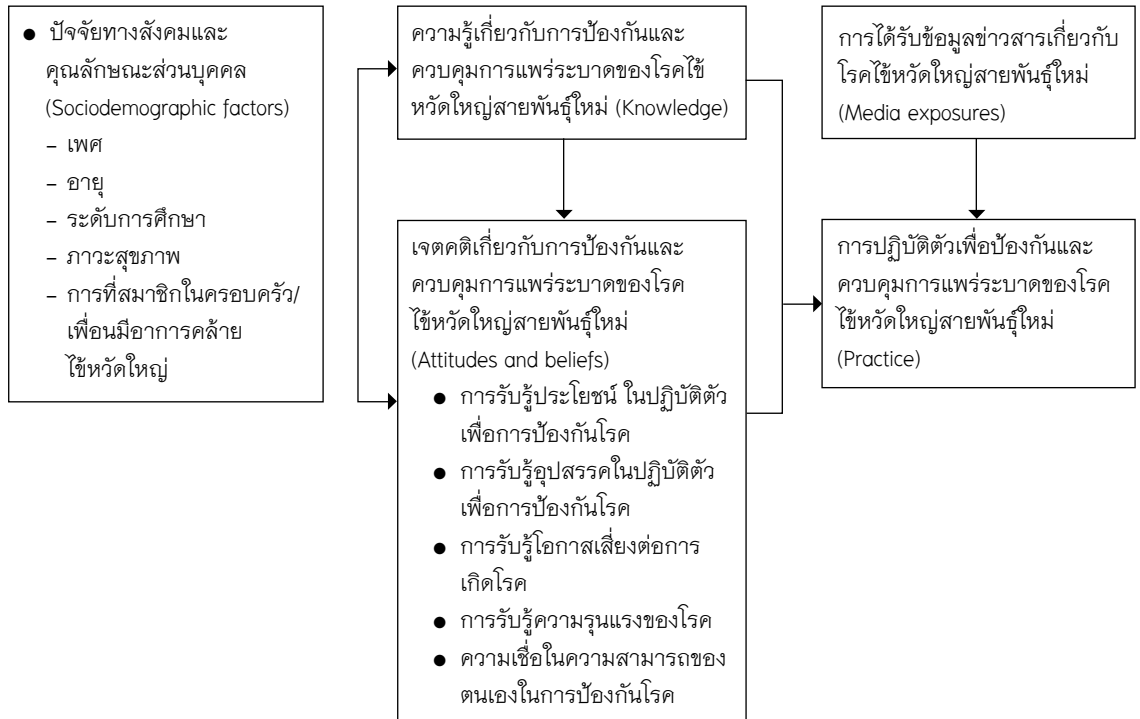
## วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิดเอ เอชวัน เอ็นวัน 2009 ของครูและผู้ดูแลเด็กเล็กในจังหวัดสุราษฎร์ธานี
2. เพื่อศึกษาระดับเจตคติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิดเอ เอชวัน เอ็นวัน 2009 ของครูและผู้ดูแลเด็กเล็กในจังหวัดสุราษฎร์ธานี
3. เพื่อศึกษาระดับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิดเอ เอชวัน เอ็นวัน 2009 ของผู้ดูแลเด็กในจังหวัดสุราษฎร์ธานี
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และเจตคติกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด เอ เอชวัน เอ็นวัน 2009 ของครูและผู้ดูแลเด็กเล็กในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) ของ Rosenstock กล่าวว่าบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันหรือดูแลตนเองด้านสุขภาพขึ้นอยู่กับ บุคคลมีความเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือเกิดอันตรายต่อสุขภาพ (perceived susceptibility) และมีภาวะคุกคามของโรค (perceived threats) และถ้าเกิดเป็นโรคแล้ว ความรุนแรงมีมาก (perceived severity) และเชื่อว่าการมีพฤติกรรมที่ป้องกันโรคนั้นมีประโยชน์ (perceived benefits) ความเชื่อหรือการรับรู้เหล่านี้ต้องมีมากกว่าความคิดที่ว่าสิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติ (perceived barriers) จึงทำให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และสิ่งที่จะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีนั้นมีสิ่งสนับสนุนเช่นการได้รับข้อมูลข่าวสาร ความรู้และความสามารถของบุคคล (self-efficacy) ในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ส่งเสริมหรือป้องกัน

ดังนั้นการศึกษาถึงความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติป้องกัน และควบคุมการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด เอ เอชวัน เอ็นวัน 2009 ของครูและผู้ดูแลเด็กเล็กสามารถอธิบายและศึกษาโดยใช้กรอบแนวคิดที่มาจาก Bloom's taxonomy และทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ<sup>(9)</sup> เมื่อนำทฤษฎีนี้มาอธิบายพฤติกรรมการดูแลและป้องกันตนเองเพื่อป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ 2009 ในครูและผู้ดูแลเด็กเล็ก ระดับมัธยมศึกษา สามารถอธิบายได้ว่า ถ้าครูและผู้ดูแลเด็กเล็กเชื่อและรับรู้ว่าจะตนเองมีโอกาสป่วยเป็นโรคไข้หวัดใหญ่ 2009 (perceived susceptibility) และถ้าเป็นแล้วอาจมีความรุนแรงถึงชีวิต (perceived severity) รวมถึงครูและผู้ดูแลเด็กเล็กเชื่อว่าถ้าเขามีพฤติกรรมดูแลตนเองและป้องกันที่ดีโอกาสการเกิดโรคจะน้อย (perceived benefits) และความเชื่อเหล่านี้จะต้องมากกว่าความเชื่อว่ามีปัญหาอุปสรรคในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรค เช่น การใส่หน้ากากอนามัยเป็นเรื่องแปลกประหลาดต่อบุคคลอื่นหรือครูและผู้ดูแลเด็กเล็กรู้สึกเขินอายถ้าใส่หน้ากากอนามัยขณะออกไปข้างนอก (perceived barriers) ครูและผู้ดูแลเด็กเล็ก จะมีพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองและป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ 2009 ที่เหมาะสม นอกจากนี้ในการมีพฤติกรรมเหล่านี้เกิดจากครูและผู้ดูแลเด็กเล็ก ได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้จากแหล่งต่าง ๆ เช่นจากสื่อต่าง ๆ จากการฝึกอบรมและสอนโดยครู อาจารย์ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ทางโรงเรียนจัดให้ครูและผู้ดูแลเด็กเล็กมองตัวเองว่าเขามีความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ 2009 กล่าวโดยสรุปได้ว่า ความรู้มีผลต่อทัศนคติ และการปฏิบัติตัวในการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด เอเอชวันเอ็นวัน 2009 ดังกรอบแนวคิดข้างล่างนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา เก็บข้อมูลจากครูและคุณดูแลเด็กเล็กในจังหวัดสุราษฎร์ธานี กลุ่มตัวอย่างได้จากการประมาณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ตาราง Krejcie และ Morgan<sup>(10)</sup> ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 196 คน วิจัยทำการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ส่งแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 196 ฉบับ ได้แบบสอบถามกลับคืนมาจำนวน 142 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 72.45

### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยการทบทวนวรรณกรรม เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมด 4 ส่วน ประกอบด้วย

1.1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ ระดับการศึกษา รายได้ อายุ จำนวนครู ผู้ดูแลเด็กในศูนย์เด็กเล็ก และสถานที่เสี่ยงต่อการติดโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิดเอ เอชวัน เอ็นวัน 2009 อาการ

และอาการแสดงของโรคไข้หวัดใหญ่หรือคล้ายไข้หวัดใหญ่

1.2 แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิดเอเอชวันเอ็นวัน 2009 ประกอบด้วยข้อคำถามความรู้ 14 ข้อ

1.3 แบบสอบถามเจตคติต่อโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิดเอเอชวันเอ็นวัน 2009 ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบ Likert scale ซึ่งแบ่งระดับเจตคติออกเป็น 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่แน่ใจ

1.4 แบบสอบถามการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิดเอเอชวันเอ็นวัน 2009 ประกอบด้วยข้อปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิดเอเอชวันเอ็นวัน 2009 จำนวน 17 ข้อ

เมื่อคณะผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามแล้ว ได้ตรวจสอบความถูกต้องเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน



หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามได้เท่ากับ 0.78

## 2. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำโครงการวิจัยเข้าที่ประชุมของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ซึ่งผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย การรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูล พร้อมเขียนเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Information Sheet) ชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ให้ผู้ให้ข้อมูลทราบ ผู้ให้ข้อมูลสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทันทีที่ต้องการโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ข้อมูลที่ได้จะถูกได้รับการปกปิดและจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมและนำไปใช้เพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น รวมทั้งจะทำลายข้อมูลทันทีหลังจากได้รายงานวิจัยที่แล้วเสร็จอย่างสมบูรณ์

## 3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 ทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ถึงนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด ผ่านไปยังผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบลที่ดูแลศูนย์เด็กเล็กเพื่อประสานงานไปยังครูและผู้ดูแลเด็กเล็กในพื้นที่และแต่ละศูนย์เด็กเล็ก

3.2 ประสานงานกับครูและผู้ดูแลเด็กเล็กของแต่ละศูนย์เด็กเล็กตามที่ได้กำหนดไว้ในการสุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

3.3 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเอง

3.4 นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้อง พร้อมข้อมูลมาวิเคราะห์ผลการวิจัยตามวิธีทางสถิติต่อไป

4. การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

3.1 ข้อมูลทั่วไปหาค่าความถี่ และร้อยละ

3.2 ข้อมูลความรู้ เจตคติ การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดใช้หาค่าความถี่

พหุคูณใหม่ ชนิดเอ เอชวัน เอ็นวัน 2009 มีรายละเอียดดังนี้

3.2.1 ข้อมูลความรู้เรื่องโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิดเอ เอชวัน เอ็นวัน 2009 มีข้อคำถามความรู้ 14 ข้อ ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบถูกได้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดได้ 0 คะแนน นำข้อมูลมาหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.2.2 ข้อมูลเจตคติต่อโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิดเอเอชวันเอ็นวัน 2009 มีข้อคำถามด้านเจตคติจำนวน 12 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบ Likert scale ซึ่งแบ่งระดับเจตคติออกเป็น 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่แน่ใจ ถ้าปฏิบัติได้ถูกต้องจะได้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด เมื่อรวมคะแนนแล้วจะแบ่งระดับคะแนนตามเกณฑ์ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 41.00 – 60.00 หมายถึง มีเจตคติอยู่ในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 21.00 – 40.00 หมายถึง มีเจตคติอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 0.00 – 20.00 หมายถึง มีเจตคติอยู่ในระดับต่ำ

3.2.3 ข้อมูลการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิดเอเอชวันเอ็นวัน 2009 มีข้อคำถามจำนวน 17 ข้อ ถ้าปฏิบัติได้ถูกต้องจะได้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด เมื่อรวมคะแนนแล้วจะแบ่งระดับคะแนนตามเกณฑ์ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 9.00 – 33.66 หมายถึง มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอยู่ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 33.67 – 58.33 หมายถึง มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 53.34 – 83.00 หมายถึง มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอยู่ในระดับดี

3.3 ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เจตคติและการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดใช้หาค่าความถี่พหุคูณใหม่ ชนิดเอเอชวัน เอ็นวัน 2009 โดยใช้คาสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน



## ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

### 1. ข้อมูลทั่วไป

จำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็นครูและผู้ดูแลเด็กเล็ก จำนวน 142 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 98.6 จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 78.2 และส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ระหว่าง 5,000 -10,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 88 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 31 - 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 49.30 โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 34.37 ปี (S.D. = 6.93) พบว่าสถานที่ที่ครูและผู้ดูแลเด็กเล็ก ไป ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ที่เสี่ยงต่อการติดโรคใช้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิดเอ เอชวัน เอ็นวัน 2009 ส่วนใหญ่ ไปห้างสรรพสินค้าคิดเป็นร้อยละ 58.5 รองลงมาไปโรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 33.8 ลำดับต่อไปในสถานที่แออัดคิดเป็นร้อยละ 29.6 สถานที่ที่ไปน้อยที่สุดคือไปคูคอนเสิร์ตคิดเป็นร้อยละ 29.6 ส่วนครูและผู้ดูแลเด็กเล็กที่มีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 19

ครูและผู้ดูแลเด็กเล็กมีอาการและอาการแสดงของโรคใช้หวัดใหญ่หรือคล้ายใช้หวัดใหญ่ใน

รอบ 7 วันที่ผ่านมา อาการที่พบส่วนใหญ่คือปวดศีรษะคิดเป็นร้อยละ 38 รองลงมามีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ คิดเป็นร้อยละ 35.2 อาการไอ จาม ร้อยละ 29.6 อาการเจ็บคอและครั่นเนื้อครั่นตัว ร้อยละ 27.5 สำหรับเพื่อนร่วมงานหรือเด็กที่อยู่ในความดูแลของศูนย์เด็กเล็กส่วนใหญ่มีอาการไอจาม คิดเป็นร้อยละ 34.5 รองลงมามีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อคิดเป็นร้อยละ 32.4 ส่วนคนในครอบครัวของครูและผู้ดูแลเด็กอาการที่พบส่วนใหญ่คือมีน้ำมูก คัดจมูกคิดเป็นร้อยละ 57.7 และมีอาการ ไอจามรองลงมาคิดเป็นร้อยละ 55.6 นอกจากนี้พบว่าในกลุ่มของครูและผู้ดูแลเด็ก เพื่อนร่วมงานและเด็กและคนในครอบครัวครูและผู้ดูแลเด็กจะมีอาการปวดศีรษะใกล้เคียงกันคิดเป็นร้อยละ 38, 30.3 และ 33.1 ตามลำดับ

2. ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคใช้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิดเอ เอชวัน เอ็นวัน 2009 ผู้วิจัยรายงานในภาพรวม ดังนี้

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคใช้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิดเอ เอชวัน เอ็นวัน 2009

ตัวแปร (n = 142)	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ความรู้ (14 คน)	12.13	2.03
เจตคติ (60 คน)	33.55	4.23
การปฏิบัติ (83 คน)	60.43	4.10

จากตามรางพบว่า ครูและผู้ดูแลเด็กเล็กมีคะแนนความรู้ในระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 12.13 คะแนน (S.D = 2.03) มีคะแนนด้านเจตคติอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 33.55 คะแนน (S.D = 4.23) ส่วนคะแนนด้านการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 60.43 คะแนน (S.D = 4.10)

### 3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และเจตคติกับการปฏิบัติตัว

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และเจตคติกับการปฏิบัติตัวเรื่องโรคใช้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิดเอ เอชวัน เอ็นวัน 2009 ดังตารางที่ 2 ดังนี้



**ตารางที่ 2** ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคใช้ขวดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิดเอ เอชวัน เอ็นวัน 2009

ตัวแปร	ความรู้	เจตคติ	การปฏิบัติ
ความรู้	-	0.165*	- 0.056
ทัศนคติ	-	-	- 0.096
การปฏิบัติ	- 0.056	-	-

$p < .05$

จากตารางพบว่าความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัว และเจตคติไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัว ส่วนเจตคติมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรู้เพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคใช้ขวดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิด เอเอชวัน เอ็นวัน 2009 ( $p = 0.049$ )

### สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

เนื่องจากใช้ขวดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด เอ เอชวัน เอ็นวัน 2009 เป็นโรคระบาดที่เกิดขึ้นใหม่ ดังนั้นยังขาดรายงานการศึกษาในการอภิปรายผล จึงอาศัยข้อมูลการศึกษาจากใช้ขวดนก ซึ่งมีการแพร่ระบาดใกล้เคียงกับใช้ขวดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิด เอ เอชวัน เอ็นวัน 2009 ผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

#### 1. ความรู้เกี่ยวกับโรคใช้ขวดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิด เอ เอชวัน เอ็นวัน 2009 ของครูและผู้ดูแลเด็กเล็ก

ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคใช้ขวดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิด เอ เอชวัน เอ็นวัน 2009 ของครูและผู้ดูแลเด็กเล็ก ในจังหวัดสุราษฎร์ธานีส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของโซมพร จินต์คณาพันธ์ และคณะ<sup>(11)</sup> ที่ได้ทำการศึกษา ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคใช้ขวดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด เอ เอชวัน เอ็นวัน 2009 ของกลุ่มประชาชนในจังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่าประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับโรคใช้ขวดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิด เอ เอชวัน เอ็นวัน 2009 ในระดับ

ค่อนข้างสูง เนื่องจากมาจากช่วงที่มีการระบาดของโรครัฐบาลให้ความสำคัญและรณรงค์ในด้านการศึกษาความรู้ และการปฏิบัติค่อนข้างมาก โดยมีการประชาสัมพันธ์เรื่องใช้ขวดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิด เอ เอชวัน เอ็นวัน 2009 ทั้งด้านการติดต่อ การป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรค ผ่านการออกข่าวผ่านสื่อต่างๆ เช่นหนังสือพิมพ์ โทรทัศน์ วิทยุ เป็นต้น ทำให้ครูและผู้ดูแลเด็กเล็กเกิดความตระหนักและสนใจ ซึ่งจะเห็นว่าสอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคใช้ขวดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิดเอเอชวันเอ็นวัน 2009 ดังนั้นจึงส่งผลให้ครูและผู้ดูแลเด็กเล็กส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับใช้ขวดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิดเอ เอชวัน เอ็นวัน 2009 อยู่ในระดับสูง รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของศิริวรรณ ภูสุวรรณ<sup>(12)</sup> ที่ศึกษาเกี่ยวกับความรู้และการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคใช้ขวดนกพบว่ากลุ่มผู้นำชุมชนและประชาชนมีความรู้เรื่องใช้ขวดนกอยู่ในระดับดี รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของผ่องพรรณ เสาว์เขียว<sup>(13)</sup> ที่ศึกษาความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคใช้ขวดนกของคณงานในฟาร์มไก่ จ.เชียงใหม่ ก็พบว่าความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคใช้ขวดนกของคณงานในฟาร์มไก่อยู่ในระดับดี

#### 2. เจตคติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคใช้ขวดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิดเอเอชวันเอ็นวัน 2009 ของครูและผู้ดูแลเด็กเล็ก

ระดับเจตคติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน





และควบคุมการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิดเอ เอชวัน เอ็นวัน 2009 ของครูและผู้ดูแลเด็กเล็กอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าครูและผู้ดูแลเด็กเล็กมีเจตคติต่อการใส่หน้ากากอนามัย การล้างมือ และการใช้ช้อนกลางอยู่ในระดับค่อนข้างดีคือครูและผู้ดูแลเด็กเล็กส่วนใหญ่ตอบว่าเห็นด้วยอย่างยิ่ง ทั้งนี้อาจเป็นผลเนื่องจากการได้รับข้อมูลข่าวสารประชาสัมพันธ์แนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคโดยเน้นให้ประชาชนรับประทานอาหารที่ปรุงสุกและร้อน ใส่หน้ากากอนามัย ล้างมือและใช้ช้อนกลาง เป็นต้น<sup>(1,14)</sup> สอดคล้องกับการศึกษาในเรื่องนี้ที่ส่วนใหญ่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีทัศนคติในเชิงบวก<sup>(15,16,17)</sup> จากการศึกษาของปราปดา ประภาศิริ<sup>(18)</sup> เรื่องความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตัวก่อนและหลังได้ยินเกี่ยวกับโรคไข้หวัดนกจังหวัดนครพนม พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 98 ได้ทราบข่าวเกี่ยวกับไข้หวัดนก และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 88 เชื่อข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันตนเอง และสอดคล้องกับการศึกษาของสุพิทา เย็นโพคา<sup>(18)</sup> ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลถึงพฤติกรรมกำบังไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ของนักเรียนในช่วงชั้นมัธยมปีที่ 1-3 จำนวน 678 คน พบว่า ความตระหนักรู้เกี่ยวกับไข้หวัดสายพันธุ์ใหม่ 2009 และแรงจูงใจในการป้องกันไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำบังป้องกันไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำบังโรค

### 3. การปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิดเอ เอชวันเอ็นวัน 2009 ของครูและผู้ดูแลเด็กเล็ก

การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิดเอ เอชวันเอ็นวัน 2009 ของครูและผู้ดูแลเด็กเล็ก พบว่าอยู่ในระดับสูง โดยพบว่าในเรื่องการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ส่วนใหญ่รับประทานทุกมื้อแต่ไม่ทุกวัน ร้อยละ 58.5 ในเรื่องการรับประทานอาหารที่ปรุงสุกและร้อนปฏิบัติตัวไม่ครบทุกวันเป็น

ส่วนใหญ่ร้อยละ 57.7 ในเรื่องการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาทีโดยส่วนใหญ่ปฏิบัติเกือบทุกวันคิดเป็นร้อยละ 45.8 ในเรื่องการกินน้ำ น้ำผลไม้/ผลไม้ รวมแล้วอย่างน้อย 8-10 แก้วต่อวัน โดยส่วนใหญ่ปฏิบัติเกือบทุกวัน คิดเป็นร้อยละ 50.7 เรื่องการล้างมือด้วยสบู่หรือน้ำยาล้างมือที่มีแอลกอฮอล์พบว่ายังปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องโดยส่วนใหญ่ไม่เคยล้างมือด้วยสบู่หรือน้ำยาล้างมือที่มีแอลกอฮอล์หลังใช้ห้องน้ำคิดเป็นร้อยละ 88.7 ในเรื่องการพักผ่อนพบว่ามีเพียงร้อยละ 0.7 นอนหลับพักผ่อนอย่างน้อย 7 ชั่วโมงต่อวัน มีการระวังและหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้คนที่ไอจาม หรือเป็นหวัด โดยพยายามระวังแต่ไม่ได้ตระหนักที่หลีกเลี่ยงหรือยีนห่าง ร้อยละ 59.9 ครูและผู้ดูแลเด็กเล็ก มีการระวังและหลีกเลี่ยงการใช้มือสัมผัสกับจมูก ปาก ตาโดยพยายามระวังแต่ไม่ได้ตระหนักที่หลีกเลี่ยงการสัมผัส ร้อยละ 61.3 ครูและผู้ดูแลเด็กเล็ก กินวิตามินซีทุกวันคิดเป็นร้อยละ 62.7 ส่วนในเรื่องการกินผักและผลไม้และน้ำผลไม้ที่มีวิตามินซี ส่วนใหญ่กินน้อยกว่า 3 วันต่อสัปดาห์คิดเป็นร้อยละ 46.5 ครูและผู้ดูแลเด็กมีอาการใดอาการหนึ่งหรือทุกอาการดังต่อไปนี้หรือไม่ คือมี ไข้ ไอ เจ็บคอ น้ำมูกไหล จาม ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย หรือมีอาการเป็นหวัด หรือคล้ายไข้หวัดใหญ่ พบว่ามีอาการดังกล่าวเป็นส่วนน้อย คิดเป็นร้อยละ 39.4 และเมื่อครูและผู้ดูแลเด็กเล็กมีอาการดังกล่าว ส่วนใหญ่จะปฏิบัติโดย ไปพบแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 26.7 การนอนพักผ่อนมาก ๆ คิดเป็นร้อยละ 21.1 ดื่มน้ำผลไม้มาก ๆ คิดเป็นร้อยละ 19.7 การใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลาเป็นวิธีที่เลือกปฏิบัติน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 7.7 ในด้านการปฏิบัติในครอบครัวเรื่องการเตรียมหน้ากากอนามัยให้คนในครอบครัวพบว่า มีความพร้อมในการเตรียมหน้ากากอนามัย คิดเป็นร้อยละ 66.2 และพบว่าที่บ้านของครูและผู้ดูแลเด็กได้มีการเตรียมสบู่ไว้ล้างมือเป็นส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 78.2 และพบว่าส่วนใหญ่ครูและผู้ดูแลเด็กได้มีการเตรียมสบู่และบริเวณที่ล้างมือที่ศูนย์เด็กเล็กอย่างเพียงพอคิดเป็นร้อยละ 86.6



ในด้านการศึกษาปฏิบัติตัวของครูและผู้ดูแลเด็กเล็ก มีกิจกรรมเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อของไข้หวัดใหญ่ 2009 พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 99.3 สนองเรื่องการล้างมือแก่เด็ก รองลงมาคือให้เด็กมีการล้างมือก่อนกินอาหารคิดเป็นร้อยละ 98.6 และแนะนำให้ผู้ปกครองให้เด็กอยู่บ้านถ้าเด็กมีอาการเป็นหวัดร้อยละ 95.8 แต่ในการเตรียมหน้ากากอนามัยไว้ให้เด็ก เป็นสิ่งที่ครูและผู้ดูแลเด็กปฏิบัติน้อยที่สุดแต่ยังเกินครึ่งของครูและผู้ดูแลเด็กทั้งหมด ในเรื่องการปฏิบัติเรื่องของการให้ความรู้พูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ 2009 บุคคลที่ครูและผู้ดูแลเด็กพูดคุยมากที่สุดคือ ผู้ปกครองเด็ก คนในครอบครัวครูและผู้ดูแลเด็กด้วยกัน และเด็กที่ศูนย์เด็กเล็กคิดเป็นเป็นร้อยละ 85.9, ร้อยละ 81, ร้อยละ 76.8 และร้อยละ 76.1 ตามลำดับ จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการที่ครูและผู้ดูแลเด็กเล็กส่วนใหญ่รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับไข้หวัดใหญ่อยู่ในระดับสูงส่งผลให้การปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดอยู่ในระดับดีด้วย โดยเฉพาะกลุ่มบุคคลที่มีอาการไข้หวัดไม่ปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะครูและผู้ดูแลเด็กเล็กเป็นผู้ที่ต้องดูแลเด็กเล็กซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงของการเกิดโรค ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ ปราบดา ประภาศิริ<sup>(18)</sup> ที่พบว่าประชาชนยังมีความเคยชินต่อการปฏิบัติตัวแบบเดิมอยู่ จึงทำให้ไม่พบการเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันตนเองจากโรคไข้หวัดนกอย่างชัดเจนและสอดคล้องกับการศึกษาของ ผ่องพรรณ เสาร์เขียว ที่ศึกษาความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดนกของคณากรในฟาร์มเลี้ยงไก่ จังหวัดเชียงใหม่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันตนเองน้อย นอกจากนี้ยังไม่สอดคล้องกับผลสำรวจของแอมแบคโพล<sup>(4)</sup> ที่สำรวจความคิดเห็นของประชาชนต่อสถานการณ์ไข้หวัด 2009 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ใส่หน้ากาก เมื่ออยู่บนรถโดยสาร รถเมล์ รถแท็กซี่ร้อยละ 63.5 และเมื่ออยู่ในสถานที่ที่มีคนจำนวนมากไม่ใส่หน้ากากอนามัย ร้อยละ 63.2 อาจเป็นเพราะยังไม่

เห็นความสำคัญของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรค ในขณะที่การศึกษาของสุพิดา เย็นโพคา<sup>(18)</sup> ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลถึงพฤติกรรมการป้องกันไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ของนักเรียนช่วงชั้นปีที่ 3 สังกัดกรุงเทพมหานคร กลุ่มเขตกรุงเทพตะวันออก ในนักเรียนชั้นมัธยมปีที่ 1-3 จำนวน 678 คน พบว่าความตระหนักรู้เกี่ยวกับไข้หวัดสายพันธุ์ใหม่ 2009 และแรงจูงใจในการป้องกันไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค

#### 4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิด เอเอชวัน เอ็นวัน 2009 ของครูและผู้ดูแลเด็กเล็ก

สำหรับด้านความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และเจตคติกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิด เอเอชวัน เอ็นวัน 2009 ของครูและผู้ดูแลเด็กเล็กพบว่าความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวและทัศนคติไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัว ในขณะที่ทัศนคติมีความสัมพันธ์เชิงบวกความรู้เพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิดเอ เอชวัน เอ็นวัน 2009 ( $r = .165$ ) สอดคล้องกับชชาติ เจริญสอน<sup>(20)</sup> ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดนกในเกษตรกรผู้เลี้ยงสัตว์ปีกตำบลบ้านจำ อำเภอบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดนกมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับต่ำ ( $r = 0.24, p = 0.05$ )

การศึกษาในครั้งนี้สรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้อยู่ในระดับสูงและมีเจตคติอยู่ในระดับปานกลางแต่ในทางปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาด กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติตัวได้ในระดับสูง ซึ่งทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิดเอ เอชวัน เอ็นวัน 2009 น้อยลง และศูนย์เด็กเล็กเป็นพื้นที่ที่เสี่ยงต่อการเกิดและแพร่กระจายโรค ซึ่งในแต่ละศูนย์เด็กมีมาตรการ



ดำเนินงานของศูนย์เด็กเล็กน่ายุ่ที่เป็นแนวทางในการดูแลเด็กเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้คะแนนปฏิบัติอยู่ในระดับสูง แต่หากเจตคติในการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลางอาจทำให้เกิดความไม่ยั่งยืนของการเกิดพฤติกรรม จากการศึกษาของ สุพิดา เย็นโพคา<sup>(14)</sup> ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลถึงพฤติกรรมการป้องกันไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ของนักเรียนช่วงชั้นปีที่ 3 สังกัดกรุงเทพมหานคร กลุ่มเขตกรุงเทพตะวันออกในนักเรียนชั้นมัธยมปีที่ 1-3 จำนวน 678 คน พบว่ามีตัวแปร 5 ปัจจัย คือ ค่านิยมสุขภาพ การเปิดรับสื่อ อิทธิพลของครอบครัว ความตระหนักรู้เกี่ยวกับไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 และแรงจูงใจในการป้องกันไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคอาจทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้ ดังนั้นนอกจากมีความรู้ การปฏิบัติที่ดีแล้วควรให้ครูและผู้ดูแลเด็กเล็กมีเจตคติที่ดีในการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรค โดยอาจใช้วิธีการรณรงค์ร่วมทำโครงการให้กับครู และผู้ดูแลเด็กเล็ก โดยให้เข้ามามีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนด้านเจตคติ หรือสนับสนุนความรู้ และส่งเสริมการปฏิบัติที่ต่อเนื่องร่วมกับมีสื่อประชาสัมพันธ์เพื่อยับยั้งการแพร่ระบาดของโรค เพื่อให้เกิดทั้งความรู้ การปฏิบัติที่ถูกต้องและเจตคติที่ดีในการควบคุมป้องกันโรค

### ข้อเสนอแนะ

1. องค์การภาครัฐควรสร้างความตระหนักเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิดเอ เอชวันเอ็นวัน 2009
2. องค์การบริหารส่วนจังหวัด ผู้รับผิดชอบควรเตรียมความพร้อม โดยสร้างเจตคติที่ดีให้กับครูและผู้ดูแลเด็กเล็ก โดยให้เข้ามามีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนด้านเจตคติ หรือสนับสนุนความรู้และส่งเสริมการปฏิบัติที่ต่อเนื่องมากขึ้น
3. งานวิจัยควรศึกษาวิธีการปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิดเอ เอชวัน เอชวัน 2009 ที่เกี่ยวกับผลดี ผลเสียของการปฏิบัติ

เพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรค เพื่อให้เกิดเจตคติที่ดีในการปฏิบัติ

**กิตติกรรมประกาศ:** งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

### เอกสารอ้างอิง

1. WHO Pandemic (H1N1) 2009 [Internet]. 2009 [cited 2009 December 25] Available from: <http://www.who.int/csr/disease/swineflu/en/>.
2. สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. โรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ (เซช 1 เอ็น 1) 2009. (อินเทอร์เน็ต). กรุงเทพฯ: ม.ป.ป.(เข้าถึงเมื่อ 20 ธันวาคม 2552). เข้าถึงได้จาก <http://beid.ddc.moph.go.th/th/>.
3. ปิยนิษฐ์ ธรรมมาภรณ์พิลาตและคณะ. ความสำคัญในการดำเนินงานการให้วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ H1N1 2009. การประชุมแนวทางการดำเนินงานให้บริการวัคซีน ป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ สายพันธุ์ใหม่ H1N1 2009, กรุงเทพฯ: ม.ป.ท., 2552; 5-6.
4. เอบแคโพล. (2552). ความคิดเห็นของประชาชนต่อสถานการณ์ “ไข้หวัด2009”. (อินเทอร์เน็ต). กรุงเทพฯ: ม.ป.ป. (เข้าถึงเมื่อ 17 กรกฎาคม 2552). เข้าถึงได้จาก <http://www.ryta.com/slabcp/611212>.
5. คณะทำงานจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ (H1N1) 2009. คู่มือการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ (H1N1) 2009. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์สงเคราะห์องค์การทหารผ่านศึก, 2553.
6. สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการป้องกันควบคุมโรคติดต่อในศูนย์เด็กเล็ก (สำหรับครูผู้ดูแลเด็ก). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ, 2554.
7. รวีวรรณ คำเงิน. พฤติกรรมการควบคุมและ



- ป้องกันการติดเชื้อของผู้ดูแลในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดสุราษฎร์ธานี. สุราษฎร์ธานี: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี; 2550
8. สำนักงานท้องถิ่นจังหวัดสุราษฎร์ธานี. ผลสำรวจจำนวนผู้ดูแลศูนย์เด็กที่อยู่ในความดูแลขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่น จังหวัดสุราษฎร์ธานี. สุราษฎร์ธานี: ม.ป.ท.; 2551.
  9. Bloom, B., Englehart, E. J., Furst, W. H., Hill, & Krathwohl, D. Taxonomy of Educational Objectives. The Classification of Educational Goals. Susan Faure Company Inc; 1956. 201–7.
  10. พวงรัตน์ ทวีรัตน์. วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: สำนักทดสอบทางการศึกษา และจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร; 2540.
  11. ชไมพร จินต์คณาพันธ์ และคณะ. ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด เอ เอชวัน เอ็นวัน 2009 ของประชาชน ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี. สุราษฎร์ธานี: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี; 2552.
  12. ศิริวรรณ ภูสุวรรณ. ความรู้และการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนก [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2548.
  13. ผ่องพรรณ เสาร์เขียว . ความรู้ พฤติกรรม การป้องกันโรคไข้หวัดนกของคนงานในฟาร์มเลี้ยงไก่ จังหวัดเชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2548.
  14. โรงพยาบาลศิริราช. คำแนะนำสำหรับผู้ป่วยด้วยโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่. (อินเทอร์เน็ต). กรุงเทพฯ: มปป. (เข้าถึงเมื่อ 1 กรกฎาคม 2552). เข้าใจได้จาก <http://www.en.mahidol.ac.th>.
  15. Apichaya, S. et al. Knowledge, attitude, and practice of pandemic H1N1 influenza Prevention in Thailand. Bangkok: In press; 2009.
  16. Mahajan, V. & Sainai, S.S. Knowledge, attitude, and practice regarding novel H1N1 (swine) flu among pediatricians of Chandigarh. Indian Pediatrics 2010; 47: 101–2.
  17. Wisedjinda, L. et al. Knowledge, attitude, and practices concerning influenza H1N1 2009 among Thai medical students Bangkok: In press; 2009.
  18. ปราปดา ประภาศิริ. ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตัวก่อนและหลังได้ยินข่าวเกี่ยวกับโรคไข้หวัดนกจังหวัดนครปฐม [การศึกษาค้นคว้าอิสระทางสาธารณสุข]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2546.
  19. สุพินยา เย็นโพคา. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ของนักเรียนช่วงชั้นปีที่ 3 สังกัดกรุงเทพมหานคร กลุ่มเขตกรุงเทพ ตะวันออก [วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2553.
  20. ชูชาติ เจริญสอน. ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดนกในเกษตรกรผู้เลี้ยงสัตว์ปีกตำบลบ้านจ่า อำเภอบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2549.



## พฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยทองในเขต อ.เมือง จ.นครราชสีมา

ฉัตรทอง จารุพิสิฐไพฑูลย์\*

ณัฐฉิณีภรณ์ จันทร์โนนท์\*

วรรณณา ธนานุภาพไพศาล\*

จงกลณี ตัญเจริญ\*

### บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา พฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยทอง ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นสตรีที่มีอายุในช่วง 40-59 ปี ที่อาศัยในเขต อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 300 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่วันที่ 4 ตุลาคม 2553 ถึงวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2554 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามคำนวณโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ เท่ากับ 0.91 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ และร้อยละ

ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมสุขภาพของหญิงวัยทองในด้านการรับประทานอาหาร การนอน สุขอนามัยส่วนบุคคล สุขภาพจิตและความเครียด สุขภาวะของครอบครัว กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมที่เหมาะสม ยกเว้นด้านการออกกำลังกาย และสุขภาพทางเพศ ส่วนด้านความรู้ของสตรีวัยทองยังขาดความรู้ในเรื่องของฮอร์โมนเพศหญิงที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย

จากผลการวิจัยที่ได้จะนำไปใช้ในงานบริการวิชาการแก่สังคม โดยการนำข้อมูลไปประกอบการวางแผนทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสตรีก่อนและหลังวัยหมดประจำเดือน และเผยแพร่ความรู้เรื่องสตรีวัยทองในกลุ่มที่เริ่มเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์เพื่อให้ตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลแต่แรกเริ่ม เพื่อแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับสตรีวัยหมดประจำเดือนที่เกิดขึ้นและให้หญิงวัยทองมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

**คำสำคัญ :** พฤติกรรมสุขภาพ, สตรีวัยทอง



## Health Behaviors of Menopausal Women in Nakhon Ratchasima District

*Chatthong Jarupisitphaibun\**

*Nattineeporn Chantaranothai\**

*Wanna Thananuphabphaisal\**

*Jongkolnee Tuicharoen\**

### Abstract

The purpose of this study was to explore the health behaviors of changes during menopause women in Nakhon Ratchasima district, Thailand. The participants for the study comprised 300 women aged 40 – 59 years. Questionnaires were used to collect the data. The study was undertaken from October 2010 to February 2011. The research instruments were a demographic and a health behavior questionnaire. The Cronbach's alpha coefficient of health behavior questionnaire was 0.91. Data was analyzed by descriptive statistics such as frequencies and percentages.

The study found that the health behaviors that menopausal women deemed appropriate and expected changes were in the following categories: eating habits, sleep pattern, personal hygiene, mental health and stress, and family wellbeing. However, exercise and sexual health were considered inappropriate health behaviors. The results also showed that menopausal women lacked knowledge of the affects of hormonal changes on their bodies. The findings suggest that healthcare professionals can use the data to plan health promotion activities for pre-menopausal and menopausal women, and to teach women between the time of fertility and menopause to recognize and anticipate the menopausal changes which could increase their quality of life.

**Keywords :** Health behaviors , menopause, Thailand





## บทนำ

จากความเจริญก้าวหน้าของวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีต่าง ๆ รวมทั้งการป้องกันและรักษาโรค เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ประชากรมีอายุยืนยาวมากขึ้น ส่งผลให้สตรีซึ่งแต่เดิมมักเสียชีวิตด้วยโรคต่าง ๆ ก่อนเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนมีจำนวนลดลง และทำให้มีชีวิตยืนยาวจนถึงวัยหมดประจำเดือนมากขึ้น จากการประมาณการของประชากรสตรีไทยเมื่อเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไปถึง 59 ปี มีจำนวน 7.86 ล้านคนในปี พ.ศ.2548 9.43 และ 9.91 ล้านคนในปี พ.ศ.2558, 2563 โดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 24 ในปี พ.ศ.2548 เป็นร้อยละ 27 และ 28 ในปี พ.ศ. 2558, 2563 ตามลำดับ<sup>(1)</sup>

จะเห็นได้ว่า แนวโน้มการเพิ่มจำนวนของประชากรสตรีไทยที่เข้าสู่วัยหมดประจำเดือนมีมากขึ้น สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญและความรุนแรงของปัญหาสาธารณสุข ที่จะเพิ่มขึ้นทั้งในปัจจุบันและอนาคตทั้งนี้เนื่องจากสตรีวัยนี้ต้องประสบกับปัญหาสุขภาพมากมาย จากการเปลี่ยนแปลงของสตรีวัยทองในช่วง 3-5 ปี ก่อนหมดประจำเดือน โดยที่รังไข่จะเริ่มฝ่อตัว และผลิตฮอร์โมนเอสโตรเจนลดลงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบอวัยวะต่าง ๆ ที่สำคัญ 4 ระบบ อันได้แก่ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาทอัตโนมัติ ระบบโครงกระดูก ระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก แม้ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เป็นไปตามธรรมชาติ แต่ถ้าสตรีวัยทองไม่สามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง อาจทำให้เกิดปัญหาสุขภาพได้

อย่างไรก็ดี หากสตรีวัยทองมีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกัน จากอาการและผลกระทบต่างๆ ที่เกิดขึ้นในระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงของภาวะหมดประจำเดือน มีการเตรียมตัวปฏิบัติตามกิจกรรมการดำเนินชีวิตที่ดีตั้งแต่ก่อนหมดประจำเดือน และการรักษาสุขภาพภายหลังการหมดประจำเดือน เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่ดีเพียงพอเหมาะสมตามหลักโภชนาการ การออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพเป็นประจำ การมีสุขภาพจิตที่ดี<sup>(2)</sup>

การพักผ่อนนอนหลับให้เพียงพอ และการมีสุขภาพทางเพศที่ดี จะเป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมให้สตรีวัยทองแข็งแรง มีสุขภาพดีอายุยืน และช่วยให้สามารถปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ อีกทั้งผ่านช่วงวัยหมดประจำเดือนได้อย่างมีความสุขและดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี

จากการให้บริการวิชาการแก่สังคมของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ปี พ.ศ. 2553 จะพบกลุ่มสตรีวัยกลางคนมารับบริการด้านสุขภาพถึงร้อยละ 54.65 ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่พบมากในปัจจุบัน ซึ่งปัญหาสุขภาพนี้อาจเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของวัย ผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาสุขภาพของสตรีวัยทองจึงเห็นความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการศึกษาเรื่องสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยทอง เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้สตรีวัยทองมีพฤติกรรมสุขภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การบูรณาการงานวิจัยไปใช้ในการให้บริการวิชาการแก่สังคมต่อไป

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยทองในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยมีวิธีการดำเนินการดังต่อไปนี้

### 1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ สตรีวัยทองที่อายุระหว่าง 40 - 59 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 64,798 คน การกำหนดกลุ่มตัวอย่างได้จากการคัดเลือกคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่เฉพาะเจาะจง ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 300 คน การเลือกตำบลโดยการสุ่มอย่างง่ายได้ 4 ตำบล จาก 25 ตำบลได้แก่ตำบลหนองยารักษ์



หนองไข่น้ำ สีมูม และบ้านพระ คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติดังนี้

1. อายุ 40-59 ปี
2. อยู่ในชุมชนที่จะเก็บรวบรวมข้อมูลไม่น้อยกว่า 1 ปี
3. สื่อสารเข้าใจกัน และยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา จำนวนบุตร อาชีพและหลักประกันสุขภาพ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การนอนหลับ การทำความสะอาดร่างกาย การขับถ่าย การมีเพศสัมพันธ์ สุขภาพจิตและความเครียดสุขภาพวะของครอบครัว ลักษณะคำตอบเป็นความถี่ของการปฏิบัติดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ผู้ตอบปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความเป็นประจำ (5-7 วันต่อสัปดาห์)

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ผู้ตอบปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความบ่อยครั้ง (3-5 วันต่อสัปดาห์)

ปฏิบัติเป็นครั้งคราว หมายถึง ผู้ตอบปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความเป็นประจำ (1-2 วันต่อสัปดาห์)

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ผู้ตอบไม่มีการปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความ

แบบสอบถามความรู้ของสตรีวัยทอง ลักษณะคำตอบเป็นดังนี้

ใช่ หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เนื้อหาตามข้อความ

ไม่ใช่ หมายถึง กลุ่มตัวอย่างไม่มีความรู้เนื้อหาตามข้อความ

## 3. การหาคุณภาพของเครื่องมือ

### 3.1 การทดสอบความตรงของเนื้อหา

แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 4 คน หลังจากตรวจสอบความถูกต้องของการใช้เนื้อหา การใช้ภาษา นำไปปรับปรุงแก้ไขและนำไปทดลองใช้ ใช้กับกลุ่มบุคคลที่มีคุณลักษณะที่คล้ายคลึงกันกับประชากรที่ศึกษา จำนวน 30 คน

3.2 นำแบบสอบถามที่ได้มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์ของอัลฟาครอนบาค (Alpha Chronbach Coefficient) ได้ระดับความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ เท่ากับ 0.91

## 4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้ระยะเวลาในการดำเนินการระหว่างวันที่ 4 ตุลาคม 2553 ถึงวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2554

4.1 การเตรียมตัวของผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย

ผู้วิจัยมีการเตรียมความพร้อมของคณะผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย จำนวน 5 คน เพื่อทำการเก็บรวบรวมข้อมูลและฝึกปฏิบัติทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยทำการฝึกปฏิบัติร่วมกับผู้วิจัย

4.2 การเก็บรวบรวมข้อมูล ได้ดำเนินการดังนี้ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลที่ตำบลหนองยารักษ์ หนองไข่น้ำ สีมูม และบ้านพระ เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยสุ่มอย่างง่าย เมื่อสตรีวัยทองตอบแบบสอบถามเสร็จแล้ว ผู้วิจัยเก็บแบบสอบถามคืน นำข้อมูลจากแบบบันทึกมาตรวจสอบความถูกต้องของแบบสอบถามเพื่อเตรียมการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

## 5. การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้โปรแกรมการวิเคราะห์แบบสำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติความถี่และ ร้อยละ



## ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างมีอายุในช่วง 40 – 44 ปี มากที่สุด คือร้อยละ 33.33 รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 50 – 54 ปี ร้อยละ 26.67 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 79.33 มีการศึกษาในระดับประถมศึกษาศึกษามากที่สุด ร้อยละ 73.33 มีรายได้ครอบครัวต่อเดือน 5,000 – 10,000 บาท ร้อยละ 48.00 และคิดค่ารายได้พอเพียง ร้อยละ 54.33 อาชีพในปัจจุบันคือแม่บ้าน ร้อยละ 35.00 ด้านหลักประกันสุขภาพจะใช้บัตรทองมากที่สุด ร้อยละ 76.00 แสดงดังตารางที่ 1

พฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมคือ รับประทานอาหารเช้าเป็นประจำ ร้อยละ 67.30 รับประทานอาหารครบ 3 มื้อทุกวันร้อยละ 52.00 รับประทานอาหารผลไม้ทุกวัน ร้อยละ 46.3 รับประทานอาหารเป็นเวลาและครบ 5 หมู่ ร้อยละ 43.5 สำหรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมคือ รับประทานอาหารใส่ผงชูรสเป็นประจำ ร้อยละ 55.00 รับประทานอาหารที่มีรสหวานจัด ร้อยละ 18.70 และเค็มจัด ร้อยละ 18.30 แสดงดังตารางที่ 2

การออกกำลังกาย ส่วนใหญ่ไม่ได้ทำกิจกรรมที่ใช้แรงมาก เช่น ยกของหนัก เดินแอโรบิค ปั่นจักรยาน ร้อยละ 74.34 รองลงมาทำกิจกรรมที่ใช้แรงมาก 5–7 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 16.33 ทำกิจกรรมที่ใช้แรงปานกลางเช่น ยกของเบา ๆ ปั่นจักรยานแบบสบาย ๆ 5–7 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 35.67 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ทำกิจกรรมที่ใช้แรงน้อยเช่นเดินติดต่อกันอย่างน้อย 10 นาที 5–7 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 59.67 ส่วนใหญ่ ออกกำลังกายโดยการรำไท่เก๊กและเดินร้อยละ 43.91 รองลงมา เป็นการออกกำลังกายโดยการวิ่ง ร้อยละ 5.40 แสดงดังตารางที่ 3

การนอนหลับ นอน 7–8 ชั่วโมง/วัน ร้อยละ 57.00 รองลงมาคือ 5–6 ชั่วโมง/วัน ร้อยละ 24.67 เข้านอนเวลา 22.00 – 24.00 น. ร้อยละ 50.30 สาเหตุที่นอนดึกเนื่องจากดูหนัง ฟังเพลง นอนไม่หลับ และวิตกกังวล ตามลำดับ

สุขอนามัยส่วนบุคคล มีการทำความสะอาดร่างกายเป็นประจำคือ อาบน้ำวันละ 2 ครั้ง ร้อยละ 92.70 รองลงมาล้างมือก่อนรับประทานอาหารและภายหลังถ่ายอุจจาระ/ปัสสาวะทุกครั้ง ร้อยละ 90.60 ทำความสะอาดอวัยวะเพศของตนให้สะอาดอยู่เสมอ ร้อยละ 90.30 พฤติกรรมการทำความสะอาดร่างกายที่ไม่เหมาะสมคือ ไม่แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ร้อยละ 2.70

การขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระเป็นปกติทุก ๆ วัน ร้อยละ 90.67 และ 75.67 ควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะไม่ได้ ร้อยละ 6.67 ท้องผูก ถ่ายอุจจาระลำบาก ร้อยละ 5.33 ไข้อีหรือน้ำจามแล้วปัสสาวะเล็ด ร้อยละ 3.30

การมีเพศสัมพันธ์ ส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์เดือนละ 1–2 ครั้ง ร้อยละ 34.00 รองลงมาไม่มีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 32.67 และมีเพศสัมพันธ์เดือนละ 3–4 ครั้ง ร้อยละ 17.67 พฤติกรรมทางเพศที่เกิดขึ้นเป็นประจำคือ มีความสุขในการมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 24.33 มีความสุขทางเพศลดลง ร้อยละ 14.00 มีการผ่อนคลายของอวัยวะสืบพันธุ์ ร้อยละ 5.67 มีการเจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 3.60 แสดงดังตารางที่ 4

สุขภาพจิตและความเครียด อาการที่เป็นครั้งคราวคือ รู้สึกหงุดหงิดรำคาญใจ ร้อยละ 49.30 อาการที่ไม่เคยมีเลยมากที่สุดคือ รู้สึกว่าชีวิตตนเองไม่มีค่า ร้อยละ 88.30 รู้สึกหมดหวังในชีวิต ร้อยละ 86.70 และเสียงล้นปากล้นหรือมือล้นเวลาไม่พอใจ ร้อยละ 81.00 ตามลำดับ

สุขภาพวะของครอบครัว มีการสั่งสอนในครอบครัวเรื่องศีลธรรม ความรับผิดชอบชีวิต ร้อยละ 99.30 รองลงมาคือ คนในครอบครัวห่วงใยและใส่ใจซึ่งกันและกัน มีการอบรมให้มีวินัย ร้อยละ 98.30 สิ่งที่ครอบครัวทำร่วมกันน้อยที่สุดคือ เล่นกีฬา หรือทำกิจกรรมนันทนาการด้วยกัน ร้อยละ 80.00

ความรู้ของสตรีวัยทอง ส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องอาการทั่วไปของวัยหมดประจำเดือน ร้อยละ 79.30 สำหรับความรู้เรื่องฮอร์โมนเพศหญิงนั้น พบ



ว่าไม่มีความรู้เกี่ยวกับฮอร์โมนเพศหญิงที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย เช่น ทำให้เกิดหน้ามันหรือมีหนวดบางๆ ขึ้นตามใบหน้า ร้อยละ 87.00 การติดเชื้ที่ทางเดินปัสสาวะบ่อยและมีปัสสาวะ

เลือดเวลาไอหรือจาม ร้อยละ 79.00 และทำให้เกิดอาการร้อนวูบวาบ มีเหงื่อออกมาก ร้อยละ 67.30 แสดงดังตารางที่ 5

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=300)	ร้อยละ
อายุ (ปี)	40 – 44	100	33.33
	45 – 49	72	24.00
	50 – 54	80	26.67
	55 – 59	48	16.00
สถานภาพสมรส	โสด	18	6.00
	คู่	238	79.33
	หม้าย / หย่า / แยก	44	14.67
การศึกษา	ไม่ได้รับการศึกษา	9	3.00
	ประถมศึกษา	220	73.33
	มัธยมศึกษา	45	15.00
	อนุปริญญา	15	5.00
	ปริญญาตรีขึ้นไป	11	3.67
จำนวนบุตร	ไม่มี	61	20.33
	1 คน	131	43.67
	2 คน	78	26.00
	3 คน	26	8.67
	4 คน	4	1.33
อาชีพ	แม่บ้าน	105	35.00
	ค้าขาย	95	31.67
	รับจ้าง	74	24.67
	เกษตรกร	24	8.00
	รับราชการ	2	0.66
หลักประกันสุขภาพ	บัตรทอง	228	76.00
	ประกันสังคม	50	16.67
	ข้าราชการ /	22	7.33
	พนักงานรัฐวิสาหกิจ		



ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมการรับประทานอาหาร

พฤติกรรม การรับประทานอาหาร	ไม่ปฏิบัติ		เป็นครั้งคราว		บ่อย ๆ		ประจำ	
	จำ นวน	ร้อย ละ	จำ นวน	ร้อย ละ	จำ นวน	ร้อย ละ	จำ นวน	ร้อย ละ
กินอาหารเช้าเป็นประจำทุกวัน	29	9.7	51	17	18	6	202	67.3
ได้กินอาหารครบ 3 มื้อทุกวัน	30	10	66	22	48	16	156	52
รับประทานอาหารเป็นเวลาครบ 5 มื้อ	12	4	49	16.4	108	36.1	130	43.5
กินอาหารประเภทปลามากกว่าเนื้อสัตว์	25	8.3	92	30.7	73	24.3	110	36.7
กินอาหารไขมันสูงเป็นประจำ	60	20	158	52.7	48	16	34	11.3
กินผลไม้ต่าง ๆ ทุกวัน	13	4.3	71	23.7	77	27.7	139	46.3
กินอาหารที่รสหวานจัด	70	23.3	123	41	51	17	56	18.7
กินอาหารรสเค็มจัด	103	34.3	96	32	46	15.3	55	18.3
กินอาหารประเภทเนื้อสัตว์ที่ไม่ทำให้สุก	180	60	80	26.7	23	7.7	17	5.7
กินอาหารใส่ผงชูรส	31	10.3	49	16.3	55	18.3	165	55
กินของหมักดอง/อาหารใส่สารกันบูด	109	36.3	162	54	16	5.3	13	4.3
กินอาหารปิ้งย่าง ทอดไหม้เกรียม	104	35	147	49.5	32	10.8	14	4.7

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการออกกำลังกาย

การออกกำลังกาย	จำนวน (n=300)	ร้อยละ
กิจกรรมที่ใช้แรงมากเช่นเดินแอโรบิค วิ่ง		
ไม่มี	223	74.34
1-2 วัน/สัปดาห์	13	4.33
3-4 วัน/สัปดาห์	15	5.00
5-7 วัน/สัปดาห์	49	16.33
กิจกรรมที่ใช้แรงปานกลางเช่น ปั่นจักรยานแบบสบายๆ		
ไม่มี	112	37.33
1-2 วัน/สัปดาห์	38	12.67
3-4 วัน/สัปดาห์	43	14.33
5-7 วัน/สัปดาห์	107	35.67
ไม่มี	45	15.00
1-2 วัน/สัปดาห์	26	8.67
5-7 วัน/สัปดาห์	179	59.67
ทำทุกวัน	1	0.33



ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามภาวะสุขภาพทางเพศภาวะสุขภาพทางเพศ

ภาวะสุขภาพเพศ	ไม่เคย		เป็นครั้งคราว		บ่อย ๆ		เป็นประจำ	
	จำ นวน	ร้อย ละ	จำ นวน	ร้อย ละ	จำ นวน	ร้อย ละ	จำ นวน	ร้อย ละ
มีความสุขในการมีเพศสัมพันธ์	109	36.30	77	25.60	41	13.60	73	24.33
มีการเจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์	229	76.30	50	16.60	12	4.00	9	3.60
รู้สึกไม่สุขสบายหลังการมีเพศสัมพันธ์	230	76.00	46	15.30	13	4.33	11	3.67
มีความรู้สึกทางเพศลดลง	147	49.00	70	23.30	41	13.6	42	14.00
มีอาการคันและอักเสบที่ช่องคลอด	243	81.00	43	14.30	5	1.67	9	3.00
มีการผอเหี่ยวของอวัยวะสืบพันธุ์	228	76.00	43	14.30	12	4.00	17	5.67

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับสตรีวัยทอง

ความรู้	จำนวน	ร้อยละ
อาการทั่วไปของวัยหมดประจำเดือนที่พบได้แก่ ร้อนวูบวาบ เหงื่อออกมาก ใจสั่น นอนไม่หลับ หงุดหงิด อ่อนล้า หลงลืม	62	20.70
อาการอื่นของวัยหมดประจำเดือนได้แก่ กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ช่องคลอดแห้ง และเจ็บเวลามีเพศสัมพันธ์ ผิวพรรณเหี่ยวย่น ผมหงอก เล็บเปราะ	152	50.70
การออกกำลังกายสม่ำเสมอ และรับประทานแคลเซียมอย่างเพียงพอ ร่างกายสามารถสร้างสมเนื้อกระดูกไว้มากเมื่อเข้าสู่วัยหมดประจำเดือน จะมีโอกาสเกิดโรคกระดูกพรุนน้อยลง	130	43.30
การรับประทานไขมันต่ำ อาหารที่มีกาก มีผลช่วยลดคอเลสเตอรอลในกระแสเลือด และป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด	146	48.70
เมื่อระดับฮอร์โมนเพศหญิงในร่างกายลดลงกะทันหัน ทำให้หลอดเลือดตามผิวหนังขยายตัว เกิดอาการร้อนวูบวาบพร้อมทั้งมีเหงื่อออกมาก บริเวณหน้าอก หลังและคอ	202	67.30
เมื่อฮอร์โมนเอสโตรเจนในร่างกายสตรีหมดไป ฮอร์โมนเพศตัวอื่นในร่างกายสตรีจะเด่นขึ้น ในสตรีบางคนฮอร์โมนตัวนั้นจะเด่นมาก และออกฤทธิ์คล้ายฮอร์โมนเพศชาย ทำให้เกิดหน้ามัน หรือมีหนวดบาง ๆ ขึ้นตามใบหน้า	261	87.00
เมื่อฮอร์โมนเอสโตรเจนลดลง พบว่าจะมีการติดเชื้อที่ทางเดินปัสสาวะบ่อย สาเหตุเพราะท่อปัสสาวะบางลงมีความยืดหยุ่นน้อย เชื้อโรคจึงเข้าไปได้ง่าย นอกจากนี้ความยืดหยุ่นที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้สตรีหลายคนมีปัสสาวะเล็ดเวลาไอ หรือจาม	237	79.00





ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับสตรีวัยทอง (ต่อ)

ความรู้	จำนวน	ร้อยละ
เมื่อเริ่มเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนฮอร์โมนเพศหญิงลดลง ทำให้ความชุ่มชื้นและสารหล่อลื่นในช่องคลอดค่อย ๆ หมดไป นอกจากคุณสมบัติหล่อลื่นแล้ว สารนี้ยังป้องกันการเจริญของเชื้อโรคในช่องคลอดได้ด้วย เมื่อสิ่งเหล่านี้หมดไป จึงมีอาการช่องคลอดแห้งคันเพราะติดเชื้อง่ายและเจ็บ	192	64.00

### สรุปและอภิปรายผล

จากการวิจัยพบว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 67.30 มีการปฏิบัติสม่ำเสมอเป็นประจำในเรื่องการรับประทานอาหารเข้าทุกวัน ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มบุคคลมีการทำงานตลอดทั้งวัน มีการใช้แรงงาน จึงต้องรับประทานอาหารเข้าทุกวัน เพื่อให้สามารถทำงานให้เต็มที่และมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ร้อยละ 52.00 รับประทานอาหารครบ 3 มื้อทุกวัน รับประทานอาหารเป็นเวลาและครบ 5 หมู่ ร้อยละ 43.50 รับประทานอาหารผลไม้ทุกวัน ร้อยละ 46.30 อธิบายได้ว่าอาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ในชุมชนชนบทและมีสภาพทางสังคมที่ไม่เร่งรีบหรือต้องแข่งกับเวลา จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตนในการรับประทานอาหารที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของธัญญธร ยงพานิช<sup>(3)</sup> ที่ศึกษาการปฏิบัติการดูแลตนเองด้านโภชนาการและสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ปฏิบัติตนในการดูแลตนเองด้านโภชนาการอยู่ในระดับดี ได้แก่ การรับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ ผลการศึกษายังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมเป็นประจำคือ รับประทานอาหารใส่ผงชูรสเป็นประจำ ร้อยละ 55.00 จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลว่าการปรุงอาหารต้ม ผัด แกง ทอด จะใส่ผงชูรส เพื่อให้รสชาติอร่อย ถ้าไม่ใส่ผงชูรสจะทำให้เสียรสชาติ รับประทานอาหารได้น้อย และรับประทานอาหารมานานแล้ว

การออกกำลังกายและเคลื่อนไหวร่างกาย

ผลการศึกษาพบว่า การออกกำลังกายที่ใช้แรงมาก เช่น ยกของหนัก เดินแอโรบิค ปั่นจักรยานเร็ว 30 นาที อย่างน้อย 3 – 4 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 21.33 การออกกำลังกายที่ใช้แรงปานกลาง เช่น ยกของเบา ๆ ปั่นจักรยานแบบสบาย ๆ อย่างน้อย 5 – 7 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 35.67 การออกกำลังกายที่ใช้แรงน้อย เช่น เดินติดต่อกันอย่างน้อย 10 นาที อย่างน้อย 5 – 7 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 59.67 สำหรับประเภทของการออกกำลังกายส่วนใหญ่ทำให้เกิดและเดิน ร้อยละ 43.91 ทั้งนี้อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นแม่บ้าน ต้องทำงานบ้าน เตรียมอาหาร ดูแลสมาชิกภายในบ้าน และกิจกรรมต่าง ๆ ในบ้าน ภายหลังเสร็จสิ้นการปฏิบัติงาน ในแต่ละวันจะต้องการพักผ่อนมากกว่าออกกำลังกาย ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ นอกจากมีงานประจำแล้ว ยังต้องมีภาระงานรับผิดชอบในครอบครัว ซึ่งทำให้ไม่มีเวลาในการออกกำลังกาย และไม่สามารถจัดสรรเวลาในการออกกำลังกายอย่างมีแบบแผน หรือมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอได้ สอดคล้องกับการศึกษาของปิยะนุช จิตตนนท์และ วรธรณี จันทร์สว่าง<sup>(4)</sup> ซึ่งศึกษาการรับรู้อุปสรรคต่อการออกกำลังกายพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ที่ ความเหนื่อยล้าจากงานประจำหรือภาระจากครอบครัวมาก เป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกาย และสอดคล้องกับการศึกษาของ ลดาวัลย์ ประทีปชัยกูร<sup>(5)</sup> ที่ศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากร: กรณีศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทาลัยสงขลานครินทร์ พบว่า การมีภารกิจประจำและ



ต้องปฏิบัติงานประมาณ 7 – 8 ชั่วโมง/วัน ทำให้มีความเหนื่อยล้า ทำให้ต้องการพักผ่อนมากกว่าการออกกำลังกาย

การนอนหลับพักผ่อน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นอนวันละ 7 – 8 ชั่วโมง ร้อยละ 57.00 การนอนหลับตลอดคืนจะช่วยให้ร่างกายและจิตใจได้พักผ่อนเต็มที่ ช่วยกระตุ้นการหลั่งฮอร์โมน และกระตุ้นการเจริญเติบโตเพื่อช่วยซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของร่างกาย สำหรับปัญหาการนอนหลับที่พบเป็นประจำ คือ การนอนดึก นอนกรน ปัญหาการนอนหลับที่พบบ่อยคือ การนอนหลับยาก ตื่นกลางดึกแล้วนอนไม่หลับ สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยะนุช แก้วภู<sup>(6)</sup> ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพครอบครัวกับภาวะสุขภาพหญิงวัยทอง พบว่าอาการที่เป็นปัญหาต่อภาวะสุขภาพทางกายมากที่สุด คือ อาการนอนไม่หลับหรือหลับไม่สนิท อธิบายได้ว่าเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เกิดจากการหมดประจำเดือนซึ่งมักจะมีอาการร้อนวูบวาบร่วมด้วย

สุขอนามัยส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 90.00 มีพฤติกรรม การทำความสะอาดร่างกายเหมาะสมเป็นประจำคือ อาบน้ำวันละ 2 ครั้ง ล้างมือก่อนรับประทานอาหาร และภายหลังถ่ายอุจจาระ/ปัสสาวะทุกครั้ง และทำความสะอาดอวัยวะเพศของตนเองให้สะอาดอยู่เสมอ ซึ่งเพนเดอร์<sup>(7)</sup> กล่าวว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่ทำในด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ ความรู้สึกที่มีต่อการปฏิบัติและผลลัพธ์ที่เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรมเหล่านี้ ทำให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้ดี

การขับถ่าย ผลจากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระเป็นปกติทุก ๆ วัน ร้อยละ 90.67 และ 75.67 มีอาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้เป็นประจำ ร้อยละ 6.67 และไอหรือจามแล้วปัสสาวะเล็ด ร้อยละ 3.30 ทั้งนี้เกิดเนื่องจากฮอร์โมนเอสโตรเจนลดลง ทำให้กล้ามเนื้อโดยรอบช่องคลอดจะบาง เล็ก และขาดความแข็งแรง ทำให้ช่องคลอดไม่กระชับ อาจจะทำให้เกิดการหย่อนยาน

ของช่องคลอด หรือมดลูกหย่อนตามลงมา ผลที่ตามมาคือเกิดปัญหาทางด้านปัสสาวะ เกิดการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ จะพบว่าปัสสาวะเล็ดง่ายโดยเฉพาะเวลาไอหรือจาม เมื่อมีแรงดันในช่องท้องเพิ่มขึ้น<sup>(8)</sup>

สุขภาพทางเพศ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์เดือนละ 1 – 2 ครั้ง ร้อยละ 34.00 ไม่มีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 32.67 พฤติกรรมทางเพศที่เกิดขึ้นประจำคือ ความสุขในการมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 24.33 มีความสุขทางเพศลดลงร้อยละ 14.00 อธิบายได้ว่า เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงอวัยวะสืบพันธุ์และจากผลของฮอร์โมนเอสโตรเจนน้อยลง ทำให้ความต้องการทางเพศ การตอบสนองทางเพศ ความบ่อยของการร่วมเพศ การถึงจุดสุดยอดเหล่านี้ลดลง มีเพียงส่วนน้อยของสตรีวัยหมดประจำเดือนที่ยังมีพฤติกรรมทางเพศได้เหมือนช่วงก่อนหมดประจำเดือน อุบัติการณ์และแนวโน้มของพฤติกรรมทางเพศในสตรีวัยหมดประจำเดือนจะแตกต่างกันมากตามสภาพสังคม ขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรม ความเชื่อ ระดับการศึกษา เศรษฐกิจและสภาพความเป็นอยู่สอดคล้องกับการศึกษาในสตรีไทยพบว่าไม่มีเพศสัมพันธ์เนื่องจากไม่มีความต้องการทางเพศหรือหมดความต้องการทางเพศร้อยละ 47-79<sup>(9)</sup>

สุขภาพจิตและความเครียด ส่วนใหญ่ไม่เคยรู้สึกหมดหวังในชีวิต ร้อยละ 86.70 รู้สึกว่าชีวิตตนเองมีค่า ร้อยละ 88.3 ไม่เคยกระวนกระวายอยู่ตลอดเวลา ร้อยละ 80.70 อาจจะเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นวัยที่มีวุฒิภาวะสามารถเผชิญและจัดการแก้ไขทุกข้อร้อนและปัญหาของตนเองได้อย่างสร้างสรรค์ สอดคล้องกับที่ศรีเรือน แก้วกังวาล<sup>(10)</sup> กล่าวว่า ผู้ใหญ่วัยกลางคนเป็นวัยที่มีวุฒิภาวะความเป็นผู้ใหญ่เป็นผู้มีพัฒนาการสมวัย ที่ผ่านมาจะประสบผลสำเร็จในชีวิตด้านอาชีพในระดับและในแนวทางตามประสบการณ์ที่ตนได้สั่งสมมาตั้งแต่ระยะวัยทารกสืบมา จึงได้สมญานามว่า ยุคทองของชีวิต

สุขภาพของครอบครัว ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการสั่งสอนในครอบครัว เรื่องศีลธรรม ความรับผิดชอบชีวิต ร้อยละ 99.30



คนในครอบครัวห่วงใยใส่ใจซึ่งกัน และกัน มีการอบรมให้มีวินัย ร้อยละ 98.30 ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ลักษณะสภาพสังคมไทยที่มีความผูกพันใกล้ชิดกันในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน และเพื่อนร่วมงาน เมื่อมีปัญหามีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทำให้สตรีวัยนี้รู้สึกอบอุ่น ไม่ขาดที่พึ่ง จึงอาจกล่าวได้ว่า ครอบครัวมีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของวิภาพร คักดีสุริยผดุง<sup>(11)</sup> พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวของหญิงวัยหมดประจำเดือนกับบุคคลในครอบครัว มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงวัยหมดประจำเดือน ทำให้หญิงวัยหมดประจำเดือนมีการปรับตัวต่อสภาวะปัญหาจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจ ได้ สนใจ ที่จะตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งจะส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความผาสุกและมีภาวะสุขภาพที่ดีด้วย

ความรู้เกี่ยวกับวัยหมดประจำเดือน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องสตรีวัยทองมากกว่าร้อยละ 50 ในเรื่อง อาการทั่วไปของวัยหมดประจำเดือน และอายุเมื่อเข้าสู่วัยหมดประจำเดือน อธิบายได้ว่า เนื่องจากในปัจจุบันหน่วยงานของรัฐ และเอกชนต่างให้ข้อมูลเรื่องนี้ผ่านสื่อต่างๆ มากมาย และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข มีบทบาทในเรื่องการให้ข้อมูลในสตรีวัยทองอีกทั้งเป็นแหล่งข้อมูลน่าเชื่อถือ และจากลักษณะการอยู่อาศัยเป็นแบบเครือญาติมีการไปมาหาสู่กัน มีเพื่อนวัยเดียวกันที่สามารถสื่อสารให้คำปรึกษาซึ่งกันและกันในเรื่องสตรีวัยทองสำหรับความรู้เรื่องฮอร์โมนเพศหญิง พบว่า ไม่มีความรู้ร้อยละ 87.00 อาจเนื่องจากในการให้ความรู้แก่สตรีวัยทองเรื่องฮอร์โมนเพศหญิงเป็นการใช้คำศัพท์ภาษาอังกฤษ เช่นฮอร์โมนเอสโตรเจน ซึ่งเป็นคำที่ไม่คุ้นเคยทำให้การรับรู้ในการฟังเกิดความเข้าใจยากและอาจขาดการเน้นเนื้อหาการให้คำแนะนำเรื่องการเปลี่ยนแปลงในสตรีวัยทอง

พฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยทองที่เหมาะสม คือ ด้านการรับประทานอาหาร สุขอนามัยส่วนบุคคล สุขภาพจิตและความเครียด สุขภาวะของ

ครอบครัว ส่วนด้านที่ยังไม่เหมาะสมคือ การออกกำลังกาย สุขภาพทางเพศ และความรู้ของสตรีวัยทอง

### ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากการศึกษาค้นคว้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับอาการต่างๆ ของวัยหมดประจำเดือนและฮอร์โมนเพศหญิง ค่อนข้างน้อยนอกจากนี้ยังมีข้อจำกัดในการปฏิบัติตัวที่ยังไม่เหมาะสม ได้แก่ การออกกำลังกาย ดังนั้นพยาบาลควรร่วมมือกับบุคลากรในทีมสุขภาพในการส่งเสริมให้สตรีวัยนี้มีความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเมื่อเข้าสู่วัยหมดประจำเดือน โดยการจัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้ การจัดกลุ่มช่วยเหลือกันเองที่ก่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน รวมทั้งมีการให้ความรู้ทางหอกระจายข่าวในหมู่บ้าน และให้ความรู้ผ่านทางอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อเป็นสื่อบุคคลที่ให้คำแนะนำแก่สตรีในชุมชนได้ นอกจากนี้ควรส่งเสริมให้สตรีวัยนี้มีกิจกรรมทางสังคม เช่น ชมรมสตรีวัยทองในการทำกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ชมรมออกกำลังกาย และทัศนศึกษาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อให้สตรีวัยนี้เกิดความภาคภูมิใจในฐานะที่เป็นสมาชิกในสังคมและเป็นผู้ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

### เอกสารอ้างอิง

1. มยุรี จิรภิญโญ. The visionary wisdom of the menopause. เอกสารประกอบการประชุม Menopause academic conference 2005. วันที่ 16-18 กุมภาพันธ์ 2548; โรงแรมเซ็นจูรี่พาร์ค, อุบลราชธานี; 2548.
2. พวงรัตน์ แสงสมบัติ. การพัฒนาพฤติกรรมกรมการดูแลสุขภาพตนเองของสตรีวัยทองที่มาใช้บริการที่สถานีอนามัยโคกตูม อำเภอเมืองจังหวัดลพบุรี (วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต). ลพบุรี: มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี; 2548.



4. ฉัญฉุทธ ยงพานิช. การปฏิบัติการดูแลตนเองด้านโภชนาการและสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน (รายงานการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2551.
4. ปิยะนุช จิตตนนท์ และ วรณี จันทร์สว่าง. พฤติกรรมการออกกำลังกายและการรับรู้อุปสรรคต่อการออกกำลังกายของนักศึกษาพยาบาลและบุคลากร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2548; 25 :59-67.
5. ลดาวัลย์ ประทีปชัยกูร. ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากร: กรณีศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สงขลานครินทร์เวชสาร. 2551; 26: 151-62.
6. ปิยะนุช แก้วภู. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพครอบครัวกับภาวะสุขภาพหญิงวัยทอง (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2548.
7. Pender NJ. Health Promotion in nursing practice. 3<sup>rd</sup> ed. Connecticut: Appleton & Lange; 1996.
8. พันธุ์ศักดิ์ ศุภระฤกษ์. วัยทอง. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน; 2545.
9. Chirawatkul, S. Sud Lyad Luck: The social construction of menopause in Northeastern Thailand. Doctoral dissertation, University of Queensland;1993.
10. ศรีเรือน แก้วกังวาล. จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย เล่ม 2. วัยรุ่น-วัยสูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2545.
11. วิภาพร คักดีสุริยผดุง. พฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทองที่เข้ารับบริการในคลินิกวัยทอง โรงพยาบาลนครปฐม (วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต). นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2547.



## อัตลักษณ์ ประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัว สังคมและประเทศชาติของบัณฑิต ที่สำเร็จตามโครงการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่มเพื่อแก้ไขปัญหาในพื้นที่ จังหวัดชายแดนภาคใต้

วิไลพร รังควัต\*

กนิษฐา ปิ่นสุวรรณ\*

ศุภิสรา สุวรรณชาติ\*

วิกานดา ศรีภูมิพฤษ\*

ชนัญญา มั่นสีขุม\*

### บทคัดย่อ

รัฐบาลได้สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่ม เพื่อแก้ไขปัญหาในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ในปีการศึกษา 2550 และเมื่อสำเร็จการศึกษากลับไปปฏิบัติงาน ในภูมิภาคเฝ้าเพิ่มเติม ทางวิทยาลัยจึงได้มีการดำเนินงานติดตามบัณฑิต ด้วยการทำวิจัยเชิงคุณภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์ ใน 3 ประเด็นดังต่อไปนี้ 1) ประโยชน์ต่อตนเองและครอบครัว 2) ประโยชน์ต่อชุมชน สังคมและประเทศชาติ 3) อัตลักษณ์ของบัณฑิต กลุ่มตัวอย่างได้แก่บัณฑิตที่สำเร็จตามโครงการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่ม, ผู้ปกครองของบัณฑิต, หัวหน้างานและผู้ป่วยที่มาใช้บริการ กลุ่มละ 13 คน โดยใช้การสัมภาษณ์ การบันทึกด้วยตนเองและการตอบแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ผลการวิจัยพบว่า

1. ประโยชน์ต่อตนเองและครอบครัว; บัณฑิตได้มีอาชีพที่มั่นคงมีค่านับถือ เป็นเกียรติแก่ครอบครัว และความรู้ที่ได้เรียนมาทำให้รู้วิธีดูแลสุขภาพตนเอง ป้องกันตนเองและคนในครอบครัวจากโรคภัยไข้เจ็บ รวมทั้งทำให้เกิดความภาคภูมิใจที่ได้ดูแลคนในพื้นที่
2. ประโยชน์ต่อชุมชน สังคมและประเทศชาติ; มีพยาบาลวิชาชีพเพิ่มจำนวนขึ้น ที่ช่วยดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ได้ทั่วถึง และทำให้หน่วยงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีพยาบาลวิชาชีพประจำ ทำให้น่าเชื่อถือได้ ตอบสนองนโยบายของชาติ รวมทั้งพบว่าพยาบาลวิชาชีพจากโครงการฯ ทำให้ประชาชนเกิดความเชื่อถือเจ้าหน้าที่ของรัฐมากขึ้น
3. อัตลักษณ์ของบัณฑิต; ผู้ปกครอง ผู้บังคับบัญชาของบัณฑิต รวมถึงผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลของบัณฑิต ให้ข้อมูลการประเมินบัณฑิตคือ ปฏิบัติงานดี มีวินัยและเข้าใจความเป็นมนุษย์

**คำสำคัญ:** บัณฑิตพยาบาล, อัตลักษณ์, ประโยชน์ต่อชุมชน สังคมและประเทศชาติ



## The Identity and Benefit for Graduate Nurses, Families, Communities, and Country from the “Solving the Shortage of Nurses in the Southern Border Area of Thailand Project”

*Viliporn Runkawatt\**

*Kanita Pinsuwan\**

*Supisara Suwanachat\**

*Wikanda Sripulprag\**

*Chanadda Manseechum\**

### Abstract

For the past two decades the southernmost Thai provinces bordering Malaysia has been experiencing political and religious tensions. Because of this tension newly graduated nurses are reluctant to work in these provinces. This Government supported study explored why some nurses choose to work in these provinces.

1. The qualitative study aimed to study; 1) the benefits for graduate nurses and their families 2) the national benefits and 3) the new graduate’s identity. The 13 participants in each group of the new graduate nurses, their parents, their chief nurses and their patients were the sample. Data was collected by interview and, self-recorded questionnaire. Data was analyzed by using content analysis. The results of this research were found as following;

2. The benefit for graduate nurses and families; The graduate nurses were honor, ignity, and professional pride. Their parents viewed nursing as a great career. Moreover, the graduate nurses take care of their family members. The benefit for communities, and country; The result from this “Solving the Shortage of Nurses inthe Southern Border Area of Thailand project” provided professional nurses to look after the people in the southern border areas. Professional nurses were in every Tambon Health Promoting Hospitals that made these hospitals more acceptable. It also might improve health care for the people. The benefit of the country was the young people in the southern part of Thailand had more positive attitude toward the Government.

3. The analysis of the narrative result of an identity in three perspectives ; “best practice by having patient-centered care”, “to be disciplined”, and “humanistic care”.

**Keywords:** the benefit for graduate nurses and families, the benefit for communities, and country, new graduate identity.





## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กระทรวงสาธารณสุข โดยสถาบันพระบรมราชชนก ได้ดำเนินงานในโครงการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่มเพื่อแก้ไขปัญหาในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งได้รับความร่วมมือจากศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ศอ.บต.) กระทรวงมหาดไทย ก.อ.ร.ม.น. กระทรวงกลาโหม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล และสถานีอนามัยทุกแห่ง โดยมีเป้าหมายเพื่อผลิตพยาบาลวิชาชีพจำนวน 3,000 คน ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่ชายแดนภาคใต้และเมื่อสำเร็จแล้วต้องกลับไปทำงานที่ภูมิลำเนาของตนเองโดยคาดหวังว่าจะได้พยาบาลที่เข้าใจในวิถีชีวิตวัฒนธรรมของคนในพื้นที่และสามารถให้การดูแลสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่ชายแดนภาคใต้ สอดคล้องกับบริบทพื้นที่อย่างลงตัว ตลอดจนแก้ไขการขาดแคลนพยาบาลที่มักลาออกหรือขอโอนย้ายเนื่องจากปัญหาความรุนแรงในพื้นที่<sup>(1)</sup>

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา เป็นวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจำนวน 25 แห่งที่ต้องรับนักศึกษาในโครงการ โดยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา ได้รับนักศึกษาจากจังหวัดชายแดนภาคใต้ 5 จังหวัด รวมทั้งสิ้น 200 คน (ลาออก 1 คน เป็นเพศหญิง) คงเหลือนักศึกษาเรียนในปีการศึกษา 2550 จำนวน 199 คน นักศึกษาในโครงการมีความแตกต่างจากนักศึกษาปกติ เพราะนักศึกษามากกว่าครึ่งหนึ่ง มีอายุเกิน 19 ปี ถึงร้อยละ 68 ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์อายุ 20 – 22 ปี ร้อยละ 36 อายุสูงสุดคือ 33 ปี ร้อยละ 2 จบปริญญาตรีแล้วร้อยละ 32 กำลังหางานทำ บางคนก็ทำงานแล้ว บางคนแต่งงานแล้ว ส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม<sup>(2)</sup> ดังนั้นอาจารย์ผู้สอน ต้องปรับทั้งความคิดของตนเอง และกระบวนการเรียนการสอนใหม่ ต้องคำนึงถึงทัศนคติของนักศึกษาและครอบครัว ความคาดหวังของนักศึกษา ตลอดจนหลักปฏิบัติทางศาสนา ซึ่งเป็นเรื่องละเอียดอ่อน

เมื่อรับนักศึกษามาจากภูมิลำเนาในจังหวัดทางภาคใต้ นักศึกษาต้องมาจากท้องถิ่นหรือชุมชนที่ตนคุ้นเคย เพื่อมาศึกษาในวิทยาลัยพยาบาลบรม-

ราชชนนีนครราชสีมา ซึ่งมีวิถีชีวิตรวมทั้งศาสนา วัฒนธรรม ประเพณีที่แตกต่างจากที่นักศึกษาคุ้นเคย การดำเนินงานในโครงการจึงแตกต่างจากนักศึกษารุ่นปกติ การดำเนินการต่างๆ วิทยาลัยดำเนินการด้วยความละเอียดอ่อน คำนึงถึงทัศนคติของนักศึกษา ผู้ปกครอง ตลอดจนกฎบัตรศาสนาทางวิทยาลัย ฯ ได้มีการจัดเตรียมความพร้อมในการรับนักศึกษา ทั้งในด้านอาจารย์ ผู้สอน สถานที่รวมทั้งได้มีการวางแผน การจัดการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติตลอด 4 ปี โดยที่ในการฝึกปฏิบัติ ได้มีการประสานงานและเตรียมความพร้อม กับแหล่งฝึก ทั้งที่โรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา และโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง โดยเมื่อรับนักศึกษามาจากภูมิลำเนาภาคใต้ นักศึกษาต้องจากท้องถิ่นหรือชุมชนที่ตนคุ้นเคยเพื่อมาศึกษาที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา ซึ่งมีวิถีชีวิตรวมทั้งศาสนา วัฒนธรรมประเพณีที่แตกต่างจากที่ที่นักศึกษาคุ้นเคย วิทยาลัยจึงได้มีการเตรียมความพร้อมของนักศึกษา ก่อนเข้าศึกษาจริงโดยใช้เวลาในการเตรียมนักศึกษา 2 สัปดาห์ ระหว่างวันที่ 1-16 กรกฎาคม 2550 กิจกรรมการปฐมนิเทศประกอบด้วยการกล่าวต้อนรับจากข้าราชการชั้นผู้ใหญ่ของจังหวัดนครราชสีมา คณะอาจารย์ พี่และเพื่อนนักศึกษา การแนะนำสถาบันและสถานที่สำคัญของจังหวัด แนะนำหลักสูตรและการจัดการเรียนการสอน วิธีการเรียน การอยู่ร่วมกันอย่างเอื้ออาทร ชาวไทยพุทธ มุสลิม กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ และทัศนศึกษาร่วมกันระหว่างอาจารย์ เพื่อนร่วมชั้นปี (นักศึกษาปกติ) และนักศึกษาในโครงการทั้งนี้เพื่อเป็นการสร้างความประทับใจ เกิดความคุ้นเคยและเตรียมตัวนักศึกษาให้สามารถปรับตัวอยู่ในวิทยาลัยและเรียนพยาบาลอย่างมีความสุข<sup>(3)</sup>

การเตรียมความพร้อมด้านการเรียน วิทยาลัยได้จัดสอนเสริมแก่นักศึกษาในเนื้อหา และทักษะที่นักศึกษาอ่อน เช่น การเขียนภาษาไทย ศัพท์เทคนิคในวิชาต่าง ๆ เช่น วิชากายวิภาคศาสตร์ ซึ่งรายวิชาที่วิทยาลัยจัดสอนเสริมให้แก่นักศึกษา ได้แก่ วิชาภาษาไทย ภาษาอังกฤษ ชีววิทยา เคมี และ



คณิตศาสตร์ ฟิสิกส์ โดยจัดชั่วโมงทบทวนในชั่วโมง การศึกษาด้วยตนเอง และวันเสาร์ และเนื่องจากนัก ศึกษาเข้าศึกษาช้ากว่าภาคปกติ 1 เดือน วิทยาลัย พยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา จึงกำหนดให้ นักศึกษาเรียนจันทร์-เสาร์ เพื่อให้เรียนทันนักศึกษา หลักสูตรปกติที่เรียนไปก่อนหน้านี้ประมาณ 1 เดือน โดยจัดให้นักศึกษาเรียนรวมกันทั้งหมดจำนวน 199 คนในรายวิชาทฤษฎีที่เป็นการบรรยาย และใช้ห้อง ประชุมของวิทยาลัยเป็นห้องเรียน และมีการแบ่ง นักศึกษาออกเป็นกลุ่มย่อยเมื่อมีการเรียนในราย วิชาที่เป็นภาคทดลอง หลังจากนั้นจัดให้นักศึกษาใน โครงการเรียนรวมกับนักศึกษาปกติและแบ่งชั้นเรียน ให้เล็กกลงโดยแบ่งเป็น 3 ห้อง คือ A B และ C

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา มีการดำเนินงานตามโดยได้รับความร่วมมือจากทุก ฝ่ายทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค โดยมีเป้าหมาย ร่วมกันคือ ได้บัณฑิตที่เป็นพยาบาลที่มีสมรรถนะ เชิงวิชาชีพและมีทัศนคติในการให้บริการประชาชน บนพื้นฐานที่เข้าใจถึงวิถีชีวิต วัฒนธรรมและภาษา ของคนในพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับอัตลักษณ์บัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา ที่คาดหวังว่าบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาจะมีคุณลักษณะ “ปฏิบัติงานดี มีวินัย เข้าใจความเป็นมนุษย์ เกิด ประโยชน์สูงสุดแก่ชุมชน” และเนื่องจากยังไม่มีข้อมูลว่าบัณฑิตที่สำเร็จจากโครงการมีคุณลักษณะ

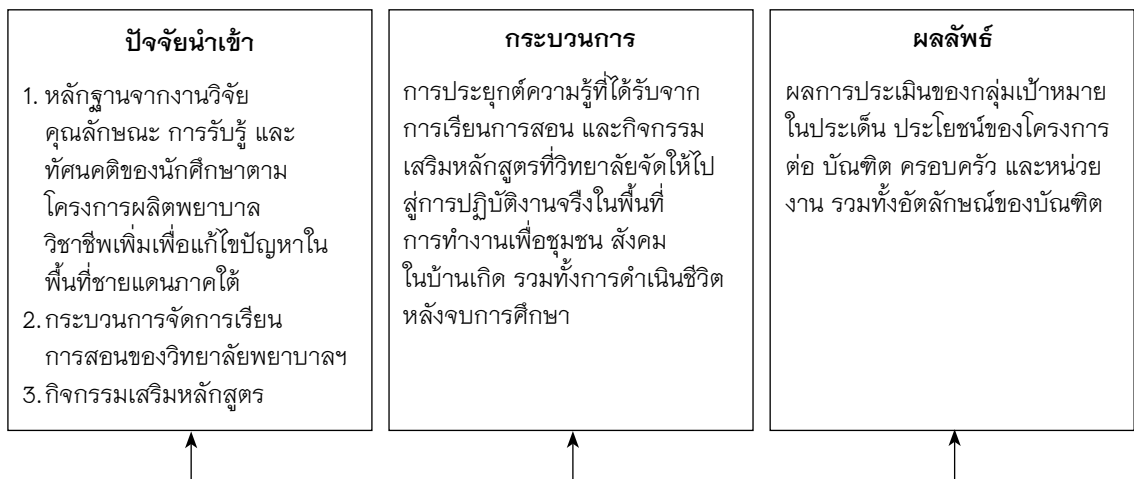
ดังกล่าวหรือไม่อย่างไร และการดำเนินงานตาม โครงการได้ก่อประโยชน์ให้กับบัณฑิต ชุมชน สังคม และประเทศชาติอย่างไร จึงได้จัดทำโครงการวิจัย นี้ขึ้น

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับประโยชน์ ของโครงการที่มีต่อบัณฑิต ครอบครัว ชุมชน สังคม หน่วยงานและประเทศชาติ
2. เพื่อศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับอัตลักษณ์ ของบัณฑิตที่สำเร็จจากโครงการ

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดเชิงระบบและใช้ทฤษฎี ปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) มาเป็นแนว ทางในการดำเนินงาน โดยต้องการศึกษาผลลัพธ์ ของโครงการ ในด้านคุณลักษณะของบัณฑิตและ ประโยชน์ที่เกิดจากโครงการ ส่วนการเก็บข้อมูล ใช้ ทฤษฎี ปรากฏการณ์มาเป็นแนวทางในการเก็บ ข้อมูล โดยเน้นความจริงของแต่ละบุคคลเป็นเรื่อง ของประสบการณ์ และความหมายที่แต่ละบุคคล สะสมเกี่ยวกับตัวเอง (ไม่ใช่ตัวผู้เก็บข้อมูลตัดสิน) ผู้วิจัยสรุปและสร้างเป็นภาพตามแนวความคิด ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย



## ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการสัมภาษณ์เป็นวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลหลักได้แก่

1. บัณฑิตที่สำเร็จจากโครงการและปฏิบัติงานใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้
2. ผู้บังคับบัญชาบัณฑิต
3. ผู้ปกครองบัณฑิต
4. ผู้รับบริการ รวมทั้งสิ้น 52 คน

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง โดยนำข้อมูลจากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง มาจัดทำโครงสร้างของแบบสัมภาษณ์ที่ครอบคลุม เกี่ยวกับประโยชน์ของโครงการ “ผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่ม เพื่อแก้ไขปัญหาในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้” ที่มีต่อตนเอง ครอบครัว ชุมชน สังคม หน่วยงานและประเทศชาติ และความคิดเห็นที่มีต่ออัตลักษณ์บัณฑิตในด้าน “ปฏิบัติงานดี มีวินัย เข้าใจความเป็นมนุษย์ ประโยชน์สูงสุดต่อชุมชน”

## ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เสนอโครงร่างวิจัยเพื่อรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมในงานวิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา
2. โทรศัพท์ถึงผู้ให้ข้อมูลหลัก อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการให้ข้อมูล โดยไม่มีการบังคับใด ๆ และชี้แจงให้ทราบว่าสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องอธิบายเหตุผลและผลจากการสัมภาษณ์ไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานในหน้าที่
3. สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง
4. ตรวจสอบข้อมูลเพื่อความครบถ้วน ความแม่นยำตรงในเนื้อหา และความน่าเชื่อถือ (Credibility) ต่อความจริงของสิ่งที่พบ (Truth of

Findings) ที่ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลอื่น ตรวจสอบโดยใช้วิธีสามเส้า (Triangulation) โดยการทบทวนข้อมูลที่สอบถามกับผู้ให้ข้อมูล และการทบทวนโดยการถามซ้ำ โดยใช้คำถามที่แตกต่างหรือคำถามเดียวกันแต่ต่างเวลากันโดยการตรวจสอบข้อมูลไปพร้อมๆ กับการเก็บรวบรวมข้อมูล 4,5

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

## ผลการวิจัย

ขอเสนอผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. ประโยชน์ของโครงการที่มีต่อบัณฑิต ผู้ปกครอง ผู้รับบริการ หน่วยงาน และประเทศชาติ
2. อัตลักษณ์ของบัณฑิตที่สำเร็จจากโครงการ

### 1. ประโยชน์ของโครงการ

#### 1.1 ต่อบัณฑิต

**มีอาชีพที่มั่นคง เป็นเกียรติแก่ครอบครัว รู้วิธีดูแลสุขภาพ ตอบแทนแผ่นดิน**

บัณฑิตที่สำเร็จจากโครงการมีการรับรู้ ว่าโครงการนี้มีประโยชน์ต่อตนเองและครอบครัว คือทำให้บัณฑิตได้มีอาชีพที่มั่นคง มีค่านับถือ เป็นเกียรติแก่ครอบครัว และความรู้ที่ได้เรียนมาทำให้รู้วิธีดูแลสุขภาพตนเอง ป้องกันตนเองและคนในครอบครัวจากโรคภัยไข้เจ็บ รวมทั้งทำให้เกิดความภาคภูมิใจที่ได้ดูแลคนในพื้นที่ ดังตัวอย่างคำตอบ

“โครงการนี้ ทำให้มีงานทำที่มั่นคง จากแต่ก่อนที่อยู่ห้องทำบัตรเป็นเพียงลูกจ้างชั่วคราว เมื่อเรียนจบได้บรรจุเป็นข้าราชการ”

“วิชาชีพพยาบาลส่งผลให้นักศึกษาที่ทางบ้านมีความยากจน ได้มีอาชีพที่มั่นคง สามารถมีเงินรายได้ที่แน่นอนมาจุนเจือครอบครัว และยังเป็นเกียรติแก่ครอบครัวที่มีลูกหลานรับราชการ ทั้งยังใช้ความรู้ที่เรียนมา ดูแลสมาชิกในครอบครัว”

“เมื่อได้ทำงานได้บรรจุที่ รพ.สต. ทำให้มี



ความใกล้ชิดกับชุมชน เป็นคนริเริ่มในการทำแผนที่เดินดินในตำบลตนเอง และได้ตอบแทนแผ่นดิน”

## 1.2 ต่อผู้ปกครอง

**ได้รับการดูแล ชีวิตความเป็นอยู่ดี เป็นที่รักใคร่ แบ่งเบาภาระ**

ผู้ปกครองของบัณฑิตที่สำเร็จจากโครงการมีการรับรู้ว่าการนี้ มีประโยชน์ต่อตนเองและครอบครัว คือทำให้ตนเองและคนในครอบครัวได้รับการดูแลในยามเจ็บป่วย มีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีจนสมกับการที่ได้รอคอยบุตรเป็นเวลา 4 ปี และการที่บุตรมีงานทำที่มั่นคง ทำให้ผู้ปกครองรู้สึกอุ่นใจ บุตรทำให้ตนเองเป็นที่รักใคร่ของคนในชุมชน และพบว่าได้แบ่งเบาภาระครอบครัว ดังตัวอย่างคำตอบ

“เมื่อมีบุตรจบพยาบาลมาทำให้เรารักษาสุขภาพมากขึ้นและได้ช่วยเหลือครอบครัว และเป็นที่ยรักใคร่ของชุมชน สามารถช่วยเหลือสังคมได้”

“เมื่อบุตรมีงานทำที่มั่นคง ทำให้ช่วยแบ่งเบาภาระของครอบครัว และทำให้ความเป็นอยู่ของครอบครัวดีขึ้น รวมทั้งบุตรทำให้พ่อแม่ เป็นที่ยรักใคร่ของคนในชุมชน”

## 1.3 ต่อผู้รับบริการ

**มีพยาบาลมากขึ้น รักษาได้ทั่วถึง**

ผู้รับบริการที่มาใช้บริการจากบัณฑิตที่สำเร็จจากโครงการมีการรับรู้ว่าการนี้ มีประโยชน์ต่อตนเองและครอบครัว คือทำให้ตนเองและคนในครอบครัวได้รับการดูแลรักษารวดเร็วขึ้น ทั้งปัญหาที่เกิดจากโรคภัยไข้เจ็บ หรือบาดเจ็บ จากเหตุการณ์ในพื้นที่ ช่วยทำให้การบริการผู้ป่วยได้สะดวก รวดเร็ว มีประสิทธิภาพ จากการที่มีบุคลากรวิชาชีพเพียงพอ ช่วยดูแลให้ประชาชนมีสุขภาพกายและใจดีขึ้น ดังตัวอย่างคำตอบ

“เวลามาโรงพยาบาล มีพยาบาลมาดูแลมากขึ้น ไม่เสียเวลาและยังได้รู้จักเจ้าหน้าที่เพิ่มขึ้น”

“พยาบาลวิชาชีพเพิ่ม รักษาได้ทั่วถึง

ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงการบริการทั่วถึง เป็นการเปิดโอกาสสิ่งดีๆ ให้กับชีวิตคนในชายแดนใต้”

“เห็นความเปลี่ยนแปลงที่มีพยาบาลเพิ่มจบมาใหม่ ๆ จากโครงการ ให้การปฏิบัติอย่างดี เปรียบเสมือนทุกคนที่มาใช้บริการเป็นบุคคลในครอบครัว”

“ชุมชนในพื้นที่เสี่ยงภัย มีการพัฒนามากขึ้นได้พยาบาลเพิ่มขึ้น ที่เป็นลูกหลานคนในชุมชน ทำให้ประชาชนมีสุขภาพกายและใจดีขึ้น”

## 1.4 ต่อหน่วยงานและประเทศชาติ

**ลดภาระ มีผู้สืบต่อวิชาชีพพยาบาล ช่วยผ่อนงานเบาลง**

ผู้บังคับบัญชาของบัณฑิตที่สำเร็จจากโครงการมีการรับรู้ว่าการนี้ มีประโยชน์ต่อตนเองและครอบครัว หน่วยงานและประเทศชาติ คือทำให้มีบุคลากรที่เป็นพยาบาลวิชาชีพเพิ่มขึ้นในหน่วยงาน ทำให้ลดภาระงานช่วยผ่อนงานที่ทำให้เบาลง คุณภาพชีวิตดีขึ้น มีเวลาให้กับครอบครัวตนเองโดยทำงานนอกเวลาลดลง ดังตัวอย่างคำตอบ

“พยาบาลวิชาชีพที่มาจากชุมชนส่วนใหญ่ มักจะทราบวิถีการดำเนินชีวิตของคนชุมชน ปัญหาหรือภัยสุขภาพของคนในชุมชน เมื่อมีผู้รับบริการสามารถวิเคราะห์ปัญหา และตอบสนองความต้องการได้อย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อมีผู้สืบต่อวิชาชีพพยาบาล ช่วยผ่อนงานเบาลง คุณภาพชีวิตดีขึ้น”

“มีบุคลากรเพิ่ม มาช่วยดูแลผู้ป่วย ช่วยลดภาระทำงาน OT ลงมีเวลาให้ครอบครัวมากขึ้น”

“การที่มีจำนวนพยาบาลวิชาชีพเพิ่มขึ้น ส่งผลทำให้การดูแลผู้ป่วยในพื้นที่เป็นไปได้อย่างดียิ่งขึ้น อีกทั้งยังช่วยลดภาระงานของเจ้าหน้าที่เดิมของโรงพยาบาล ทำให้เพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการเพิ่มขึ้น ส่งเสริมให้เกิดความน่าเชื่อถือของประชาชนในพื้นที่”

**ลดช่องว่างการให้บริการ ระบบงานได้รับการพัฒนา**



ผู้บังคับบัญชาของบัณฑิตที่สำเร็จจากโครงการ มีการรับรู้ว่าการมีประโยชน์ต่อชุมชน สังคม และประเทศชาติ เพราะพยาบาลวิชาชีพจากโครงการฯ ได้ปฏิบัติงานตรงกับภารกิจงานในการบริการชุมชน ให้ครอบคลุมทั่วถึงทุกชุมชน เจ้าหน้าที่เป็นคนในท้องถิ่น จะทำให้ความคงอยู่ของบุคลากรดีขึ้น อัตราการย้ายลดลง ลดช่องว่างระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ทำให้ระบบการทำงานได้รับการพัฒนา รวมทั้งลดการขาดแคลนบุคลากรทางการพยาบาล ดังตัวอย่างคำตอบ

*“โครงการนี้เพิ่มอัตรากำลังทำให้ดูแลผู้ป่วยได้ทั่วถึงมีคุณภาพ ทำให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา”*

*“โครงการนี้ทำให้เกิดการคงอยู่ของบุคลากรมากขึ้น จากเจ้าหน้าที่เป็นคนในท้องถิ่น อัตราการย้ายออกลดลง การทำงานที่พยาบาลเป็นคนในพื้นที่ช่วยลดงบประมาณของแผ่นดินได้”*

### เป็นหูเป็นตา ดูแลประเทศชาติ

ผู้ปกครองของบัณฑิตที่สำเร็จจากโครงการนี้มีการรับรู้ว่าการมีประโยชน์ต่อชุมชน สังคมและประเทศชาติเนื่องจากโครงการนี้ทำให้ได้พยาบาลวิชาชีพมาช่วยเหลือคนในชุมชน เวลาเจ็บป่วย การดูแลผู้ป่วยหรือปรึกษาสุขภาพ ทำได้สะดวก เพราะเป็นลูกหลานจากชุมชนเอง และการที่มีพยาบาลประจำในพื้นที่เสี่ยงภัยทำให้เป็นหูเป็นตาดูแลประเทศชาติได้ โดยไม่ต้องนำบุคลากรจากจังหวัดอื่นมา ดังตัวอย่างคำตอบ “พยาบาลวิชาชีพที่เป็นคนในพื้นที่ช่วยเป็นหูเป็นตา ให้คำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพ ของคนในชุมชน และยังเป็นหน่วยเล็กๆ ที่จะช่วยดูแลประเทศชาติ”

## 2. อัตลักษณ์ของบัณฑิตที่สำเร็จจากโครงการตามการรับรู้ของบัณฑิต ผู้ปกครอง ผู้รับบริการและผู้บังคับบัญชา

อัตลักษณ์บัณฑิตของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมาคือ “ปฏิบัติงานดี มีวินัย

เข้าใจความเป็นมนุษย์ ประโยชน์สูงสุดแก่ชุมชน” ผลจากการศึกษาพบว่าผู้ให้ข้อมูลทั้งตัวบัณฑิต ผู้ปกครอง ผู้รับบริการและผู้บังคับบัญชามีความเห็นว่าเป็นบัณฑิตที่สำเร็จจากโครงการมีคุณลักษณะสอดคล้องกับอัตลักษณ์บัณฑิตที่กำหนดไว้ทุกประการ ขอนำเสนอรายละเอียดดังนี้

### 2.1 อัตลักษณ์ตามมุมมองของบัณฑิตทำงานรอบคอบ พัฒนาตนเองตลอดเวลา

บัณฑิตที่สำเร็จจากโครงการมีการรับรู้ว่ามีอัตลักษณ์ตามคุณลักษณะ “ปฏิบัติงานดี” เนื่องจากเมื่อจบการศึกษาจากวิทยาลัยฯ ได้นำความรู้ไปปฏิบัติงานจริง ได้รับการยอมรับและคำชมจากผู้บังคับบัญชา และเพื่อนร่วมงานว่า ทำงานรอบคอบ มีความสุขุม และพัฒนาตนเองตลอดเวลา ดังตัวอย่างคำตอบ

*“ได้ใช้ความรู้ที่ได้เรียนมาใช้กับการปฏิบัติงานจริง รวมทั้งการศึกษาค้นคว้าหาความรู้เพิ่มเติมจากตำราจนได้รับคำชมจากผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงาน”*

*“ประชาชนมองการทำงานบอกว่า ทำให้มีความน่าเชื่อถือ เมื่อ รพ.สต. มีพยาบาลมาประจำและได้ใช้ความรู้ พัฒนาหน่วยงานในการให้ความรู้พัฒนาประชาชน”*

### ตรงต่อเวลา รับผิดชอบต่อหน้าที่

บัณฑิตที่สำเร็จจากโครงการมีการรับรู้ว่ามีอัตลักษณ์ตามคุณลักษณะ “มีวินัย” เนื่องจากเป็นผู้ที่มีความรับผิดชอบต่อหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย ตรงต่อเวลา เช่น เมื่อต้องมาปฏิบัติงานจะมาก่อนล่วงหน้าอย่างน้อย 30 นาที เพื่อมาเตรียมวัสดุอุปกรณ์ให้พร้อมใช้งาน ดังตัวอย่างคำตอบ

*“การปฏิบัติงานในแต่ละเวรจะมาปฏิบัติงานอย่างน้อย 30 นาที เพื่อมาเตรียมวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ เมื่อถึงเวลาจะได้ให้บริการได้ทันที”*

เอาใจเขามาใส่ใจเรา เข้าใจความ





## เป็นมนุษย์

บัณฑิตที่สำเร็จจากโครงการมีการรับรู้ว่าคุณลักษณะตามคุณลักษณะ “เข้าใจความเป็นมนุษย์” เนื่องจากขณะให้การดูแลผู้ป่วย จะให้บริการด้วยความเสมอภาค ไม่เลือกปฏิบัติ ให้เกียรติผู้มารับบริการ และทำทุกอย่างด้วยความเป็นจิตอาสา ช่วยเหลือผู้คน คำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคลเวลาให้บริการ จะกระทำด้วยความเอื้ออาทรต่อคนในท้องถิ่น และให้บริการแบบองค์รวม จนเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต ดังตัวอย่างคำตอบ

*“เวลาดูแลผู้ป่วยต้องเอาใจเขามาใส่ใจเรา ในขณะที่ผู้ป่วยและญาติมารับบริการ ก็ย่อมต้องการการบริการที่ดีจากเจ้าหน้าที่ การบริการด้วยความเอื้อเอื้อ มีน้ำใจ และให้ตามความแตกต่างแต่ละบุคคล”*

*“ให้การดูแลด้วยความเข้าใจความเป็นมนุษย์ รู้ว่าผู้ป่วยมีความเจ็บปวด ทุกข์ มีความลำบาก พร้อมดูแลด้วยความเป็นมิตร และให้กำลังใจ”*

## 2.2 อัตลักษณ์ตามมุมมองผู้ประกอบการรับผิดชอบ มีสติ ใจเย็น เอาใจใส่

ผู้ประกอบการของบัณฑิตที่สำเร็จจากโครงการมีการรับรู้ว่าคุณลักษณะสอดคล้องกับอัตลักษณ์ “ปฏิบัติงานดี” เพราะบัณฑิตทำงานได้คล่อง ให้กำลังใจผู้ป่วย มีความมุ่งมั่นในการทำงาน ทำงานแบบอุทิศตน มีสติ ใจเย็นและสามารถควบคุมอารมณ์ได้ดี ดังตัวอย่างคำตอบ

*“บัณฑิตที่สำเร็จการศึกษามีความรับผิดชอบต่องานที่ได้รับมอบหมาย มีสติ ใจเย็น ในการทำงาน”*

*“เป็นข้าราชการที่ดี ทำงานได้คล่องแคล่ว เป็นที่รักของผู้ป่วย เอาใจใส่ผู้ป่วยดี”*

## ตระหนักในบทบาท รับผิดชอบหน้าที่ มีวินัยในตัวเอง

ผู้ประกอบการของบัณฑิตที่สำเร็จจาก

โครงการมีการรับรู้ว่าคุณลักษณะสอดคล้องกับอัตลักษณ์ “มีวินัย” เพราะบัณฑิตมีความตระหนักในบทบาทหน้าที่ของตนเอง มีระเบียบวินัยและมีความรับผิดชอบ ไม่ทำตัวให้เสื่อมเสียชื่อเสียง ดังตัวอย่างคำตอบ

*“มีความตระหนักในบทบาทตนเอง มีระเบียบวินัย รับผิดชอบหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย”*

## เอาใจเขามาใส่ใจเรา เอาใจใส่

ผู้ประกอบการของบัณฑิตที่สำเร็จจากโครงการมีการรับรู้ว่าคุณลักษณะสอดคล้องกับอัตลักษณ์ “เข้าใจความเป็นมนุษย์” เพราะบัณฑิตที่สำเร็จจากโครงการให้บริการด้วยความเอื้ออาทรเป็นที่รักใคร่ของผู้ป่วย เพราะเอาใจใส่ผู้ป่วยดี โดยที่เข้าใจความแตกต่างของคนแต่ละคน ดังตัวอย่างคำตอบ

*“พยาบาลจบใหม่ ทำงานด้วยความเข้าใจ ถึงความแตกต่างของแต่ละคน เข้าใจจิตใจผู้อื่น เอาใจเขามาใส่ใจเรา”*

*“พยาบาลที่จบจากโครงการ ฯ จริงใจ ยิ้มแย้ม ทักทายคนไข้ เอาใจใส่คนไข้และผู้ป่วยดี เป็นที่รักใคร่ของผู้ป่วย”*

## 2.3 อัตลักษณ์ตามมุมมองผู้รับบริการไม่ถือตัว ดูแลผู้ป่วยดี

ผู้รับบริการของบัณฑิตที่สำเร็จจากโครงการมีการรับรู้ว่าคุณลักษณะสอดคล้องกับอัตลักษณ์ “ปฏิบัติงานดี” เพราะตั้งใจทำงานให้การพยาบาลด้วยความเสมอภาค เท่าเทียมกัน มีความรู้ดี เวลาพยาบาลคนอื่นสงสัยอะไรก็จะถามและตอบคำถามผู้ป่วยได้ดี ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างดี เหมือนญาติ ดังตัวอย่างคำตอบ

*“พยาบาลคนนี้ให้เกินกว่าพยาบาลคนอื่น ๆ เวลาพยาบาลคนอื่นสงสัยอะไรก็จะมาถามพยาบาลคนนี้ และยังพูดเพราะยิ้มง่าย ไม่ถือตัวดูแลผู้ป่วยอย่างดี”*

## เป็นคนดี มีวินัย





ผู้รับบริการของบัณฑิตที่สำเร็จจากโครงการมีการรับรู้ที่บัณฑิตมีคุณลักษณะสอดคล้องกับอัตลักษณ์ “มีวินัย” เพราะพยาบาลที่จบใหม่เป็นคนดี มีระเบียบวินัยในการทำงาน ดังตัวอย่างคำตอบ

“พยาบาลจบใหม่ เป็นคนดี มีระเบียบวินัยในการทำงานมาก”

### ความเข้าใจความแตกต่างของบุคคล ไม่ถือตน

ผู้รับบริการของบัณฑิตที่สำเร็จจากโครงการมีการรับรู้ที่บัณฑิตมีคุณลักษณะสอดคล้องกับอัตลักษณ์ “เข้าใจความเป็นมนุษย์” เพราะเวลาให้การดูแลผู้ป่วย บัณฑิตมีความอ่อนน้อม พุดจาไพเราะ นิสัยดี มีความน่ารัก ไม่ดูต่ำกว่าผู้ป่วย และไม่พบว่าพยาบาลจบใหม่ ตะคอกผู้ป่วยและดูแลด้วยความเข้าใจความแตกต่างของบุคคลดี ไม่ถือตน ดังตัวอย่างคำตอบ

“พยาบาลที่เพิ่งจบมาใหม่ ทุกคนเป็นคนดี สุภาพ อ่อนน้อม พุดจาไพเราะ นิสัยมีน้ำใจดีงามกับผู้มารับบริการ”

“พยาบาลจากโครงการ ๆ ไม่ด่าผู้ป่วย ไม่ตะคอกใส่ มีน้ำใจต่อผู้สูงอายุ และญาติมีความเข้าใจถึงความแตกต่างของบุคคลดี ไม่ถือตนว่าบุคคลนั้น ๆ จะเป็นคนธรรมดาหรือข้าราชการ พยาบาลให้ความช่วยเหลือหรือพุดจาเท่าเทียมกัน”

### 2.4 อัตลักษณ์ตามมุมมองของผู้บังคับบัญชา

#### ตั้งใจ เต็มใจให้บริการ

ผู้บังคับบัญชาของบัณฑิตที่สำเร็จจากโครงการมีการรับรู้ที่บัณฑิตมีคุณลักษณะสอดคล้องกับอัตลักษณ์ “ปฏิบัติงานดี” เพราะบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษา มีความตั้งใจในการปฏิบัติงาน ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ ให้การบริการด้วยความเต็มใจ ดังตัวอย่างคำตอบ

“มีความพร้อมในการทำงานมาทำงานก่อนเวลา มีการเตรียมพร้อมสถานที่ เครื่องมือ อุปกรณ์ และเตรียมความรู้มาปฏิบัติงาน ทำงาน

มีการคิดวิเคราะห์ โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง”

“ปฏิบัติงานได้ตามวัตถุประสงค์ มีความมุ่งมั่น และตั้งใจในการปฏิบัติงานเป็นอย่างดีต่อให้เกิดประโยชน์แก่สังคมและประเทศชาติ”

### มีวินัยข้าราชการ รับผิดชอบงานที่ได้รับมอบหมาย ขวนขวายหาความรู้

ผู้บังคับบัญชาของบัณฑิตที่สำเร็จจากโครงการมีการรับรู้ที่บัณฑิตมีคุณลักษณะสอดคล้องกับอัตลักษณ์ “มีวินัย” เพราะบัณฑิตที่สำเร็จจากโครงการ รักษาระเบียบวินัยข้าราชการ ขยัน มีการพัฒนาตนเอง มีความรับผิดชอบในงาน ดังตัวอย่างคำตอบ

“บัณฑิตจากโครงการมีระเบียบวินัยของข้าราชการ มีการพัฒนาตนเองโดยการอ่านศึกษาความรู้เพิ่มเติม รับผิดชอบในงาน”

### ดูแลดูญาติ ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

ผู้บังคับบัญชาของบัณฑิตที่สำเร็จจากโครงการมีการรับรู้ที่บัณฑิตมีคุณลักษณะสอดคล้องกับอัตลักษณ์ “เข้าใจความเป็นมนุษย์” เพราะบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาเป็นคนในพื้นที่ ให้บริการด้วยความเข้าใจในวิถีชีวิต และความแตกต่างของบุคคล เป็นการให้บริการที่ไม่มีช่องว่างระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ไม่มีปัญหาในเรื่องภาษาหรือกิจกรรมที่ขัดกับหลักศาสนา หรือขัดกับความเชื่อเดิม และพบว่าเป็นการให้ด้วยความเสียสละและคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วย ดังตัวอย่างคำตอบ

“พยาบาลที่จบมาให้ บริการโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ดูแลผู้ป่วยดูญาติมิตร เช่น ผู้ป่วยที่ไม่มีญาติยังไม่ได้รับประทานอาหาร และน้ำดื่ม ได้จัดหาซื้อด้วยความเอื้อเฟื้อ มีน้ำใจ แม้ไม่ได้อยู่เวร ถ้ามีผู้ป่วยฉุกเฉิน มีจิตอาสาแม้จะต้องไปเพื่อไปส่งต่อผู้ป่วย แม้ไม่ได้รับค่าตอบแทนโดยเฉพาะในกรณี Case ฉุกเฉินจากสถานการณ์”

“พยาบาลจบใหม่ ทำงานได้คล่องตัว ไม่มีปัญหาเรื่องภาษา กิจกรรมขัดกับหลักศาสนา



ขัดกับวิถีชีวิตความเชื่อเดิม ให้การดูแลตามความคาดหวัง คำนี้ถึงความต้องการของผู้มารับบริการ”

## อภิปรายผล

ผู้วิจัยขออภิปรายผลตามข้อค้นพบจากการวิจัยดังนี้

### 1. ประโยชน์ของโครงการต่อบัณฑิต

บัณฑิตที่สำเร็จจากโครงการรับรู้ว่าการศึกษานี้มีประโยชน์ต่อตนเองและครอบครัว คือทำให้บัณฑิตได้มีอาชีพที่มั่นคง มีคนนับถือ เป็นเกียรติแก่ครอบครัว และความรู้ที่ได้เรียนมาทำให้รู้วิธีดูแลสุขภาพตนเอง ป้องกันตนเองและคนในครอบครัวจากโรคภัยไข้เจ็บ รวมทั้งทำให้เกิดความภาคภูมิใจที่ได้ดูแลคนในพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของโครงการที่ต้องการสร้างความมั่นคง รวมทั้งเป็นการสร้างอนาคตทางการศึกษา และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของเยาวชนในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้<sup>1,6</sup>

### 2. ประโยชน์ของโครงการต่อผู้ประกอบการ

ผู้ประกอบการของบัณฑิตที่สำเร็จจากโครงการมีการรับรู้ว่าการศึกษานี้มีประโยชน์ต่อตนเองและครอบครัว คือทำให้ตนเองและคนในครอบครัวได้รับการดูแลในยามเจ็บป่วย มีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น สมกับการที่ได้รอคอยบุตรเป็นเวลา 4 ปี และการที่บุตรมีงานทำที่มั่นคง เป็นการแบ่งเบาภาระครอบครัว ทำให้ผู้ประกอบการรู้สึกภูมิใจ บุตรทำให้ตนเองเป็นที่รักใคร่ของคนในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของโครงการที่ต้องการสร้างความมั่นคง รวมทั้งเป็นการสร้างอนาคตทางการศึกษา และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของเยาวชนในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ในการร่วมสร้างอุดมการณ์เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชนและท้องถิ่นภูมิสำเนา<sup>(1,7)</sup>

### 3. ประโยชน์ของโครงการ ต่อผู้รับบริการ

ผู้รับบริการที่มาใช้บริการจากบัณฑิตที่สำเร็จจากโครงการมีการรับรู้ว่าการศึกษานี้มีประโยชน์ต่อตนเองและครอบครัว คือทำให้ตนเองและคนในครอบครัวได้รับการดูแลรักษารวดเร็วขึ้น ทั้งปัญหา

ที่เกิดจากโรคภัยไข้เจ็บ หรือบาดเจ็บ จากเหตุการณ์ในพื้นที่ ช่วยทำให้การบริการผู้ป่วยได้สะดวก รวดเร็ว มีประสิทธิภาพ จากการที่มีบุคลากรวิชาชีพเพียงพอ ช่วยดูแลให้ประชาชนมีสุขภาพกายและใจดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของโครงการที่ต้องการให้ประชาชนในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ได้รับบริการทางด้านสุขภาพที่ดีมีประสิทธิภาพเหมาะสม และสอดคล้องกับสภาพปัญหา รวมทั้งความต้องการของชุมชนและท้องถิ่น ตลอดจนถูกต้องตามหลักศาสนา ขนบธรรมเนียมและวัฒนธรรมอันจะนำไปสู่ความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน<sup>(1,6)</sup>

### 4. ต่อหน่วยงานและประเทศชาติ

ผู้บังคับบัญชาของบัณฑิตที่สำเร็จจากโครงการมีการรับรู้ว่าการศึกษานี้มีประโยชน์ต่อตนเองและครอบครัว หน่วยงานและประเทศชาติ คือทำให้มีบุคลากรที่เป็นพยาบาลวิชาชีพเพิ่มขึ้นในหน่วยงาน ทำให้ลดภาระงานช่วยผ่อนงานที่ทำให้เบาลง คุณภาพชีวิตดีขึ้น มีเวลาให้กับครอบครัวตนเอง โดยทำงานนอกเวลาลดลง นอกจากนี้ ผู้บังคับบัญชาของบัณฑิตที่สำเร็จจากโครงการ ยังมีการรับรู้ว่าการศึกษานี้มีประโยชน์ต่อชุมชน สังคม และประเทศชาติ เพราะพยาบาลวิชาชีพจากโครงการ ได้ปฏิบัติงานตรงกับภารกิจงานในการบริการชุมชน ให้ครอบคลุมทั่วถึงทุกชุมชน เจ้าหน้าที่เป็นคนในท้องถิ่น จะทำให้ความคงอยู่ของบุคลากรดีขึ้น อัตราการย้ายลดลง ลดช่องว่างระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ทำให้ระบบการทำงานได้รับการพัฒนา รวมทั้งลดการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของโครงการที่ต้องการเพิ่มการผลิตพยาบาลวิชาชีพให้เพียงพอกับการจัดบริการประชาชนในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ซึ่งเป็นพยาบาลของท้องถิ่นและชุมชนอย่างแท้จริง เพื่อลดความขาดแคลนพยาบาลที่เกิดจากการขอย้ายออกจากพื้นที่ ประชาชน<sup>(7)</sup>

ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า การดำเนินงานตามโครงการ ได้ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อบัณฑิต



เพราะทำให้มีขนาดตทางการศึกษาและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ปกครอง ได้รับการยอมรับจากคนในสังคม ลูกช่วยแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่าย ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น ผู้รับบริการหรือประชาชนในพื้นที่ ได้รับการบริการที่ดีมีคุณภาพ ระบบบริการสุขภาพได้รับการพัฒนา มีกำลังคนในการให้บริการสุขภาพ บรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการ สอดคล้องกับงานวิจัยของสาธิตา เมธนาวิณและคณะ<sup>(7)</sup> ที่พบว่าความสำเร็จของโครงการมาจากความร่วมมือของศูนย์บริหารการพัฒนาสุขภาพจังหวัดชายแดนใต้ (ศบ.สต.) สถาบันพระบรมราชชนก และหน่วยงานในจังหวัด ได้แก่ผู้ว่าราชการจังหวัด นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลจังหวัด และโรงพยาบาลชุมชน<sup>(6)</sup> เมื่อมีพยาบาลเพิ่มขึ้น การดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ได้ทั่วถึง รวมทั้งการที่มีพยาบาลประจำที่โรงพยาบาล สต. ทำให้หน่วยงานของรัฐได้รับความเชื่อถือ และประชาชนส่วนใหญ่ หันมาเป็นหูเป็นตาให้กับรัฐมากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยที่ได้มีการเตรียมความพร้อมตามภาระกิจเร่งด่วนตามนโยบายรัฐบาลและสถานการณ์ร้ายแรงทางภาคใต้ จึงทำให้ทุกคนมุ่งดำเนินการที่จะช่วยแก้ปัญหาทางภาคใต้และผู้ที่จะเข้าถึงประชาชนได้ดีก็คือคนจากพื้นที่<sup>(7)</sup>

## 2. อัตลักษณ์ของบัณฑิตที่สำเร็จจากโครงการตามการรับรู้ของบัณฑิต ผู้ปกครอง ผู้รับบริการ และผู้บังคับบัญชา

### อัตลักษณ์ตามมุมมองของบัณฑิต

บัณฑิตที่สำเร็จจากโครงการมีการรับรู้ว่าคุณสมบัติตามคุณลักษณะ “ปฏิบัติงานดี มีวินัย เข้าใจความเป็นมนุษย์” เนื่องจากเมื่อจบการศึกษาจากวิทยาลัยฯ ได้นำความรู้ไปปฏิบัติงานจริง ได้รับการยอมรับและคำชมจากผู้บังคับบัญชา และเพื่อนร่วมงานว่า ทำงานรอบคอบ มีความสุขุม และพัฒนาตนเองตลอดเวลา มีความรับผิดชอบต่อหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย ตรงต่อเวลา เช่น เมื่อต้องมาปฏิบัติงานจะมาก่อนล่วงหน้าอย่างน้อย 30 นาที เพื่อมาเตรียมวัสดุอุปกรณ์ให้พร้อมใช้งาน ขณะ

ให้การดูแลผู้ป่วย จะให้บริการด้วยความเสมอภาค ไม่เลือกปฏิบัติ ให้เกียรติผู้มารับบริการ และทำทุกอย่างด้วยความเป็นจิตอาสา ช่วยเหลือผู้คน คำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคลเวลาให้บริการ จะกระทำด้วยความเอื้ออาทรต่อคนในท้องถิ่น และให้บริการแบบองค์รวม จนเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของสายสวาท เผ่าพงษ์และคณะ<sup>8</sup> ที่พบว่าบัณฑิตของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมามีอัตลักษณ์ที่สำคัญคือ 1) เคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้รับบริการ 2) ให้การพยาบาลด้วยความเต็มใจ เอื้ออาทร 3) มีความซื่อสัตย์ 4) รักษาความลับของผู้รับบริการ และ 5) ให้ความรู้ คำแนะนำแก่ผู้รับบริการ

### อัตลักษณ์ตามมุมมองของผู้ปกครอง

ผู้ปกครองของบัณฑิตที่สำเร็จจากโครงการมีการรับรู้ว่าคุณสมบัติคุณลักษณะสอดคล้องกับอัตลักษณ์ “ปฏิบัติงานดี มีวินัย เข้าใจความเป็นมนุษย์” เพราะบัณฑิตทำงานได้คล่อง ให้กำลังใจผู้ป่วย มีความมุ่งมั่นในการทำงาน ทำงานแบบอุทิศตน มีสติ ใจเย็นและสามารถควบคุมอารมณ์ได้ดี มีความตระหนักในบทบาทหน้าที่ของตนเอง มีระเบียบวินัยและมีความรับผิดชอบ ไม่ทำตัวให้เสื่อมเสียชื่อเสียง ให้บริการด้วยความเอื้ออาทร เป็นที่รักใคร่ของผู้ป่วย เพราะเอาใจใส่ผู้ป่วยดี โดยที่เข้าใจความแตกต่างของคนแต่ละคน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของสายสวาท เผ่าพงษ์และคณะ<sup>8</sup> ที่พบว่าบัณฑิตของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมามีอัตลักษณ์ที่สำคัญคือ 1) เคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้รับบริการ 2) ให้การพยาบาลด้วยความเต็มใจ เอื้ออาทร 3) มีความซื่อสัตย์ 4) รักษาความลับของผู้รับบริการ และ 5) ให้ความรู้ คำแนะนำแก่ผู้รับบริการ

### 2.3 อัตลักษณ์ตามมุมมองของผู้รับบริการ

ผู้รับบริการของบัณฑิตที่สำเร็จจากโครงการมีการรับรู้ว่าคุณสมบัติคุณลักษณะสอดคล้องกับอัตลักษณ์ “ปฏิบัติงานดี มีวินัย เข้าใจความเป็น



มนุษย” เพราะตั้งใจทำงาน ให้การพยาบาลด้วยความเสมอภาค เท่าเทียมกัน มีความรู้ดี เวลาพยาบาลคนอื่นสงสัยอะไรก็จะถาม และตอบคำถามผู้ป่วยได้ดี ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างดีเหมือนญาติเป็นคนดี มีระเบียบวินัยในการทำงาน เวลาให้การดูแลผู้ป่วย บัณฑิตมีความอ่อนน้อม พุดจาไพเราะ นิสัยดี มีความน่ารัก ไม่ดูตำว่าผู้ป่วย และไม่พบว่าพยาบาลจบใหม่ ตะคอกผู้ป่วยและดูแลด้วยความเข้าใจความแตกต่างของบุคคลดี ไม่ถือตน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของสายสวาท เฟ่างพงษ์ และคณะ<sup>(8)</sup> ที่พบว่าบัณฑิตของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา มีอัตลักษณ์ที่สำคัญคือ 1) เคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้รับบริการ 2) ให้การพยาบาลด้วยความเต็มใจ เอื้ออาทร 3) มีความซื่อสัตย์ 4) รักษาความลับของผู้รับบริการ และ 5) ให้ความรู้ คำแนะนำแก่ผู้รับบริการ

## 2.4 อัตลักษณ์ตามมุมมองของผู้บังคับบัญชา

ผู้บังคับบัญชาของบัณฑิตที่สำเร็จจากโครงการมีการรับรู้ว่ามีคุณลักษณะสอดคล้องกับอัตลักษณ์ “ปฏิบัติงานดี มีวินัย เข้าใจความเป็นมนุษย์” เพราะบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษา มีความตั้งใจในการปฏิบัติงาน ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ ให้การบริการด้วยความเต็มใจ รักษาระเบียบวินัยข้าราชการ ชยัน มีการพัฒนาตนเอง มีความรับผิดชอบในงาน บัณฑิตเป็นคนในพื้นที่ ให้บริการด้วยความเข้าใจในวิถีชีวิต และความแตกต่างของบุคคล เป็นการให้บริการที่ไม่มีช่องว่างระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ไม่มีปัญหาในเรื่องภาษาหรือกิจกรรมที่ขัดกับหลักศาสนา หรือขัดกับความเชื่อเดิม และพบว่าเป็นการให้ด้วยความเสียสละและคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของสายสวาท เฟ่างพงษ์และคณะ<sup>(8)</sup> ที่พบว่าบัณฑิตของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา มีอัตลักษณ์ที่สำคัญคือ 1) เคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้รับบริการ 2) ให้การพยาบาลด้วยความเต็มใจ เอื้ออาทร 3) มีความซื่อสัตย์ 4)

รักษาความลับของผู้รับบริการ และ 5) ให้ความรู้ คำแนะนำแก่ผู้รับบริการ

## ข้อเสนอแนะ

### ด้านการบริหาร

1. ผู้บริหารควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาความรู้ ทักษะ และความสามารถให้เหมาะสมกับตำแหน่งหน้าที่ และกระตุ้นให้เกิดความมุ่งมั่นที่จะช่วยแก้ปัญหาในพื้นที่ชายแดนภาคใต้

2. ผู้บริหารควรสนับสนุนให้มีการผลิตพยาบาลวิชาชีพไปประจำในทุกๆ โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล และให้โอกาสที่นักเรียนจากจังหวัดชายแดนภาคใต้ก้าวเข้าสู่วิชาชีพได้

### ด้านปฏิบัติการ

ควรมีการปลูกฝังทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพพยาบาล นอกจากการจัดการเรียนการสอน เพื่อเป็นการส่งเสริมและพัฒนาคุณลักษณะและสมรรถนะของบัณฑิตที่พึงประสงค์ตามอัตลักษณ์บัณฑิต

### ด้านการวิจัย

ควรมีการศึกษาวิจัยอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการติดตามบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาถึงปัญหาในการปฏิบัติงาน และความต้องการในด้านการพัฒนาความรู้และทักษะเพิ่มเติม

## เอกสารอ้างอิง

1. วิภา ดำนอรวงกุล และสาธิตา เมธานาวิน, บรรณานิการ. การศึกษาวิจัยและพัฒนาโครงการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่มเพื่อแก้ไขปัญหาในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้. กรณีศึกษา 1 ปีแรก. กรุงเทพฯ: ออเนพรีนซ์ซอพ; 2551.
2. ศุภิสรา สุวรรณชาติ และวิไลพร รังควัต. ปัญหาและความต้องการช่วยเหลือด้านการเรียนของนักศึกษาโครงการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่มเพื่อแก้ไขปัญหาในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ กรณีศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา. นครราชสีมา:



- วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา; 2552.
3. อรชร อินทองปาน, สาลิกา เมธนาวิณ และรุจิรา เจียมอมรรัตน์. การดำเนินงานและผลลัพธ์ของโครงการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่ม เพื่อแก้ไขปัญหาในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้. นนทบุรี: สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2553.
  4. ศิริพร จิรวัดมน์กุล. การวิจัยเชิงคุณภาพด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ. กรุงเทพฯ: บริษัทวิทยพัฒน์ จำกัด; 2552.
  5. Jerry W. Qualitative Research. Callifornia: Sage Publications, Inc; 2007.
  6. วิภา ด้านอํารงกุล, บรรณาธิการ. การศึกษาวิจัยและพัฒนาโครงการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่มเพื่อแก้ไขปัญหาในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้. กรุงเทพฯ: บริษัทจรัสสินทวงศ์การพิมพ์; 2551.
  7. สาลิกา เมธนาวิณและคณะ. รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานโครงการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่มเพื่อแก้ไขปัญหาในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้. นนทบุรี. สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2550.
  8. สายสวาท เผ่าพงษ์ และคณะ. อุตลักษณ์บัณฑิต. นครราชสีมา: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา; 2554.



**ทัศนคติเชิงจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล  
ในวิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก  
กระทรวงสาธารณสุข**

สุนีย์รัตน์ บุญศิลป์\*

ประกริต รัชวัตร์\*

สุรางค์ เปื้องเดช\*

**บทคัดย่อ**

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทัศนคติเชิงจริยธรรมและเปรียบเทียบทัศนคติเชิงจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคกลาง สังกัดสถาบันพระบรมราชชนกในแต่ละชั้นปี กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตที่กำลังศึกษาในปีการศึกษา 2554 จำนวน 352 คน ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่ายเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามจำนวน 1 ชุด แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามทัศนคติเชิงจริยธรรม ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามโดยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ .83 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ความแปรปรวน

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. นักศึกษาพยาบาลทุกชั้นปีมีทัศนคติเชิงจริยธรรมด้านความยุติธรรม ด้านความอดุสาหะ ด้านความมีระเบียบวินัยและด้านความเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์อยู่ในระดับดี ส่วนทัศนคติเชิงจริยธรรมด้านความรับผิดชอบ ด้านความซื่อสัตย์ ด้านความสามัคคี ด้านความเมตตากรุณาและด้านความเสียสละอยู่ในระดับปานกลาง โดยนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 4 มีค่าเฉลี่ยทัศนคติเชิงจริยธรรมโดยรวมสูงกว่าชั้นปีอื่น
2. นักศึกษาพยาบาลทุกชั้นปีมีทัศนคติเชิงจริยธรรมแตกต่างกันในด้านความซื่อสัตย์ ด้านความสามัคคี ด้านความเมตตากรุณา ด้านความอดุสาหะและด้านความเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ทัศนคติเชิงจริยธรรมด้านความรับผิดชอบ ด้านความยุติธรรม ด้านความมีระเบียบวินัยและด้านความเสียสละไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**คำสำคัญ :** ทัศนคติเชิงจริยธรรม, นักศึกษาพยาบาล





## Ethical Attitude of Nursing Students in Nursing Colleges Under the Jurisdiction of the Praboromarajchanok Institute, The Ministry of Public Health

.....

*Suneerat Boonsin\**

*Pragrit Rachawat\**

*Surang Preungdej\**

### Abstract

The purpose of this study was to explore and compare the ethical attitudes of nursing students among central region's nursing colleges under the jurisdiction of Praboromarajchanok Institute, Thai Ministry of Public Health. Subject comprised a random sample of 352 bachelor of nursing science program students studying in the 2554 B.E (2011) academic year. Data were collected by using 2 sets of questionnaires: demographic data and a measure of ethical attitudes. The questionnaires were tested for content validity and reliability by the Cronbach's alpha procedure. The procedure showed an alpha coefficient of 0.83. The demographic data was analyzed by percentages, means, standard deviations, one way analysis of variance. The analysis was statistically significant at the 0.05 level.

The major findings were as follows:

1. Every class of Bachelor of nursing science students met the criteria of expected ethical attitudes on the variables of justness, endurance, discipline and respect for human dignity. The rest were those of moderate criteria level; however, the fourth year students had higher ethical attitude in every aspect.
2. All four classes of nursing science students' ethical attitude was significantly different ( $p < 0.05$ ) on the variables honesty, cooperativeness, kindness, endurance and respect for human dignity. However, the accountability, justness, discipline and sacrifice variables were not statistically different.

**Keywords :** Ethical decision making, Student nurses, Thailand

---

\* Boromarajonani College of Nursing, Phra Phutthabat



## บทนำ

ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี อิทธิพลของสื่อสารมวลชน ระบบการศึกษาและอุตสาหกรรมใหม่ รวมทั้งความเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างของสังคม วัฒนธรรม และความคิดทำให้เด็ก เยาวชน และนักศึกษาในวันนี้มีความเปลี่ยนแปลงทั้งในมิติการใช้ชีวิต การเรียนรู้ครอบครัว ตลอดจนภาวะเสี่ยงต่าง ๆ ซึ่งสะท้อนถึงแนวโน้มของสังคมภายหลังยุคอุตสาหกรรมและความทันสมัย นำมาซึ่งแผนพัฒนาการศึกษาระดับอุดมศึกษา ฉบับที่ 10 (พ.ศ.2551-2554) ภายใต้กรอบแผนอุดมศึกษา ระยะยาว ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2551-2565) จึงมีวิสัยทัศน์มุ่งเน้นสถาบันอุดมศึกษาผลิตบัณฑิตที่มีคุณภาพเพื่อเป็นการรองรับเปลี่ยนแปลงรูปแบบต่างๆ รวมทั้งการมุ่งเน้นให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ปรับตัวสำหรับงานที่เกิดขึ้นตลอดชีวิตมีคุณธรรม มีความรับผิดชอบ นำไปสู่การพัฒนาประเทศในกระแสโลกาภิวัตน์<sup>(1)</sup>

จริยธรรม เป็นหลักของการประพฤติที่ดีงามของบุคคลทั้งกาย วาจาและใจ โดยมีพื้นฐานมาจาก ประเพณี กฎหมาย ศีลธรรมทางศาสนา ค่านิยม วัฒนธรรม รวมถึงจรรยาบรรณวิชาชีพ<sup>(2,3)</sup> บุคคลที่มีจริยธรรมย่อมปฏิบัติตามหลักที่ดีงามของสังคม และเมื่ออยู่ในวิชาชีพโดยยอมปฏิบัติตามหลักที่ดีงามของวิชาชีพนั้น วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ให้บริการบริการที่เกี่ยวข้องกับชีวิตมนุษย์ต้องยึดคุณธรรม จริยธรรมเป็นหลักในการปฏิบัติ ซึ่งสังคมให้ความคาดหวังว่าผู้ที่ประกอบวิชาชีพพยาบาลต้องเป็นผู้มีคุณธรรมจริยธรรมประจำใจ ถ้าผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลขาดซึ่งการมีจริยธรรม การช่วยเหลือผู้ป่วยจะเป็นเพียงการช่วยเหลือทางกายเท่านั้น แต่ไม่สามารถเข้าถึงความต้องการทางด้านจิตใจของผู้ป่วยได้เลย จริยธรรมจึงเปรียบเสมือนกุญแจที่คอยควบคุมความประพฤติของผู้ประกอบวิชาชีพ ให้มีการปฏิบัติตามมาตรฐานและมีคุณภาพ หน้าที่สำคัญของพยาบาลคือ การช่วยเหลือบุคคลที่ปกติธรรมดา หรือผู้ที่เจ็บป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ให้หายคืนสู่สภาพของการมีสุขภาพสมบูรณ์ ช่วย

ประคับประคองให้ผู้ป่วยวาระสุดท้ายได้พบกับความตายอย่างสงบ พ้นจากความทุกข์ทรมานอย่างดีที่สุดเท่าที่จะกระทำได้<sup>(3)</sup> ดังนั้นการปฏิบัติงานของพยาบาลจึงเป็นการปฏิบัติงานที่มีคุณค่าทั้งทางตรงและทางอ้อม ต้องอาศัยความรู้ความสามารถ ความเอื้ออาทร ความเสียสละ และหลักจริยธรรมที่สำคัญคือ ความเมตตากรุณา ความเข้าใจในความเปราะบางของมนุษย์และการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย<sup>(4)</sup>

วิทยาลัยพยาบาลเป็นองค์กรที่ผลิตบัณฑิตพยาบาลเพื่อให้บริการด้านสุขภาพแก่สังคมจึงต้องคำนึงถึงการปลูกฝังและส่งเสริมคุณธรรมจริยธรรมให้กับนักศึกษาเป็นอย่างมาก ซึ่งคุณธรรมจริยธรรมของนักศึกษาเป็นคุณลักษณะที่พึงประสงค์และเป็นปัจจัยสำคัญของคุณภาพบัณฑิตตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติและกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ รวมทั้งความคาดหวังของผู้ใช้บัณฑิตและสังคม ดังนั้นสถาบันจึงควรมีการวัดระดับความสำเร็จของการส่งเสริมคุณธรรมจริยธรรมที่สถาบันจัดให้กับนักศึกษา<sup>(5)</sup> วิธีหนึ่งที่สามารถประเมินผลสำเร็จของการส่งเสริมคุณธรรม จริยธรรมได้คือ ผลของความพึงพอใจผู้ใช้บัณฑิต แม้ว่าจากผลการสำรวจความพึงพอใจผู้ใช้บัณฑิตในด้านคุณธรรม จริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพส่วนใหญ่พบว่า มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากก็ตาม<sup>(6, 7)</sup> แต่ด้วยสภาพสังคมในปัจจุบันที่เปลี่ยนแปลงไปอาจมีผลทำให้คุณธรรมจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลหรือบัณฑิตเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมด้วยเช่นกัน

ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาทัศนคติเชิงจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ที่กำลังศึกษาอยู่ในวิทยาลัยเครือข่ายภาคกลาง สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก เพื่อนำผลการวิจัยมาเป็นแนวทางแก่สถาบันการศึกษาในการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนเพื่อเสริมสร้างคุณธรรม จริยธรรมให้นักศึกษาพยาบาลบรรลุคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์



## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาทัศนคติเชิงจริยธรรมของ นักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคกลาง สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก

2. เพื่อเปรียบเทียบทัศนคติเชิงจริยธรรม ของนักศึกษาพยาบาลทุกชั้นปีหลักสูตรพยาบาล ศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาค กลาง สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก

## คำถามการวิจัย

1. ทัศนคติเชิงจริยธรรมของนักศึกษา พยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัย พยาบาลเครือข่ายภาคกลาง สังกัดสถาบันพระบรม ราชชนกเป็นอย่างไร ?

2. ทัศนคติเชิงจริยธรรมของนักศึกษา พยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัย พยาบาลเครือข่ายภาคกลาง สังกัดสถาบันพระบรม ราชชนก ในแต่ละชั้นปีมีความแตกต่างกันหรือไม่?

## สมมติฐานการวิจัย

1. นักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาล ศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาค กลาง สังกัดสถาบันพระบรมราชชนกมีทัศนคติเชิง จริยธรรมอยู่ในระดับดี

2. นักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาล ศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาค กลาง สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก แต่ละชั้นปี มีทัศนคติเชิงจริยธรรมแตกต่างกัน

## ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาศนคติเชิง จริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล หลักสูตรพยาบาล ศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาค กลาง 1 และ 2 สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ใน ปีการศึกษา 2554 ตั้งแต่ชั้นปีที่ 1- 4

## นิยามคำศัพท์เฉพาะ

ทัศนคติเชิงจริยธรรม หมายถึง ความรู้สึก หรือการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลเกี่ยวกับลักษณะ หรือพฤติกรรมเชิงจริยธรรมต่างๆ ว่าตนชอบหรือไม่ ชอบลักษณะนั้นๆ มากน้อยเพียงใด โดยแบ่งระดับ ทัศนคติเชิงจริยธรรมเป็น 3 ระดับ คือ

1. ทัศนคติเชิงจริยธรรมที่ไม่ดี หมายถึง ความรู้สึกหรือการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล เกี่ยว กับลักษณะหรือพฤติกรรมเชิงจริยธรรมต่างๆ ที่ขัด ต่อกฎเกณฑ์ของสังคม หลักศาสนา เป็นทัศนคติ ที่แสดงถึงการทำให้ประโยชน์ส่วนตน

2. ทัศนคติเชิงจริยธรรมดีปานกลาง หมายถึง ความรู้สึกหรือการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล เกี่ยวกับลักษณะหรือพฤติกรรมเชิงจริยธรรมต่างๆ ที่แสดงถึงการกระทำที่เห็นความสำคัญของผู้อื่น คำนึงถึงกฎเกณฑ์ของผู้อื่นแม้ว่ากฎเกณฑ์อาจจะ/ หรือไม่สอดคล้องกับลักษณะจริยธรรมที่ต้องการวัด แต่เป็นสิ่งที่สังคมพอยอมรับได้

3. ทัศนคติเชิงจริยธรรมที่ดี หมายถึง ความ รู้สึกหรือการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล เกี่ยวกับ ลักษณะหรือพฤติกรรมเชิงจริยธรรมต่างๆ ที่แสดง ถึงการทำให้ประโยชน์ส่วนรวม ตระหนักในหน้าที่ ความสงบสุขในสังคม เห็นคุณค่าในความเป็นคน มีมโนธรรมสอดคล้องกับจรรยาบรรณวิชาชีพ คำนึง ถึงผลประโยชน์ส่วนรวมมากกว่าส่วนตน แสดงออก ถึงความเป็นผู้มีวิจรรณญาณ มีการไตร่ตรองรอบคอบ ด้วยปัญญาและเหตุผล

**ความรับผิดชอบ** หมายถึง การที่นักศึกษา พยาบาลปฏิบัติหน้าที่ด้วยความละเอียด รอบคอบ พร้อมทั้งจะรับผิดชอบในผลงานของตน มีความ พยายามปรับปรุงการปฏิบัติหน้าที่ให้ดียิ่งขึ้น

**ความยุติธรรม** หมายถึง การที่นักศึกษา พยาบาลปฏิบัติงานด้วยความเที่ยงตรง สอดคล้อง กับความเป็นจริงและเหตุผล ไม่มีความลำเอียง

**ความซื่อสัตย์** หมายถึง การที่นักศึกษา พยาบาลประพฤติปฏิบัติตนอย่างเหมาะสมตรง ต่อความเป็นจริงทั้งตนเองและผู้อื่น

**ความสามัคคี** หมายถึง การที่นักศึกษา



พยาบาลให้ความร่วมมือกระทำกิจกรรมใดๆ โดยถือประโยชน์ของส่วนรวมเป็นที่ตั้ง

**ความเมตตา** กรุณา หมายถึง การที่นักศึกษาพยาบาลมีความปรารถนาจะให้ผู้อื่นเป็นสุขและคิดจะช่วยเหลือให้ผู้อื่นพ้นทุกข์

**ความอุตสาหะ** หมายถึง การที่นักศึกษาพยาบาลมีความพยายามในการปฏิบัติหน้าที่เพื่อให้เกิดความสำเร็จของงาน

**ความมีระเบียบวินัย** หมายถึง การที่นักศึกษาสามารถควบคุมตนเองให้ปฏิบัติถูกต้องตามกฎระเบียบข้อบังคับ

**ความเสียสละ** หมายถึง การที่นักศึกษารู้จักแบ่งปันให้แก่บุคคลอื่นที่ควรให้ด้วยความเต็มใจ ความเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ หมายถึง การที่นักศึกษาพยาบาลมีการประพฤติปฏิบัติโดยคำนึงถึงสิทธิที่บุคคลอื่นควรจะได้รับ

**นักศึกษาพยาบาล** หมายถึง นักศึกษาพยาบาลศาสตรหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1 – 4 ปีการศึกษา 2554 ของวิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคกลาง สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

**วิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคกลาง** หมายถึง วิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคกลาง 1 และ วิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคกลาง 2 ทั้งหมดจำนวน 12 แห่ง

## วิธีดำเนินการวิจัย

### 1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้น ปีที่ 1 – 4 ที่ศึกษาอยู่ในวิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคกลาง 1 และ 2 สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ในปีการศึกษา 2554

1.2 กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยเริ่มจากการสุ่มตัวแทนรายชื่อวิทยาลัยที่สังกัดเครือข่ายภาคกลาง 1 และ 2 ซึ่งใช้สัดส่วน 1: 2 จะได้จำนวนวิทยาลัย

ทั้งหมด 6 แห่ง โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างแต่ละวิทยาลัยจำนวน 50 คน จากนั้นทำการจับฉลากเลขที่ของนักศึกษาพยาบาลทุกชั้นปี แยกตามชั้นปี ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 352 คน

### 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แบบสอบถามทัศนคติเชิงจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ ศิริวรรณ แซ่เตียว และคณะ<sup>(3)</sup> มีทั้งหมด 9 สถานการณ์ จำนวนทั้งหมด 27 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า ตามแบบของ ลิเคิร์ท มี 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยแยกเป็นจริยธรรมด้านต่างๆ ด้านละ 3 ข้อ คือ ด้านความรับผิดชอบ ด้านความ ยุติธรรม ด้านความซื่อสัตย์ ด้านความสามัคคี ด้านความเมตตากรุณา ด้านความอุตสาหะ ด้านความมีระเบียบวินัย ด้านความมีเสียสละ ด้านความเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ซึ่งแบบสอบถามมีข้อความทั้งทางบวกและทางลบโดยกำหนดเกณฑ์การพิจารณา ดังนี้ ถ้าข้อความทางบวก 5 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง 4 = เห็นด้วย 3 = ไม่แน่ใจ 2 = ไม่เห็นด้วย 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถ้าข้อความทางลบ ให้คะแนนกลับกันกับข้อความทางบวก

เกณฑ์การให้คะแนน จากค่าเฉลี่ยคะแนนแบบสอบถามในแต่ละด้านและเกณฑ์การประเมินผล มีดังนี้ ช่วงคะแนนเฉลี่ย > 22 หมายถึง ทัศนคติเชิงจริยธรรมอยู่ในระดับดี อยู่ระหว่าง 15 – 22 หมายถึง ทัศนคติเชิงจริยธรรมอยู่ในระดับปานกลาง และ < 15 หมายถึง ทัศนคติเชิงจริยธรรมอยู่ในระดับไม่ดี

### 3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คนตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา หลังจากนั้นนำมาแก้ไขและตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยนำไปใช้กับนักศึกษาพยาบาลที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน



30 คน เพื่อดูค่าอำนาจจำแนกโดยวิธีการแจกแจงที่ (t distribution) และหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbarch's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .83

#### 4. วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับนักศึกษาพยาบาลหลังได้รับอนุญาตจึงส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ ถึงผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลแต่ละแห่งที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ขอความอนุเคราะห์ในการแจกและรวบรวมแบบสอบถามเมื่อได้แบบสอบถามกลับคืนได้ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับจำนวน 352 ฉบับ และนำมาวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ

#### 5. การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

คณะผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์โดยเขียนอธิบายวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการทำวิจัยแนบพร้อมกับแบบสอบถาม และให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจในการเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือมีสิทธิในการขอถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยเมื่อใดก็ได้

#### 6. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงบรรยายหาจำนวนและร้อยละ ส่วนข้อคำถามทัศนคติเชิงจริยธรรมรายข้อวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยายหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบพฤติกรรมจริยธรรมแยกตามชั้นปี โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวน (One Way Analysis of Variance) และถ้ามีนัยสำคัญทางสถิติจะทดสอบความแตกต่างรายคู่โดยใช้วิธีของ Least Significant Difference (LSD)

#### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีเกรดเฉลี่ยสะสมอยู่ในระหว่าง 2.51-3.00 คิดเป็นร้อยละ 42.30, 42.70, 43.80 และ 58.10 ตามลำดับชั้นปี นักศึกษาส่วนใหญ่เข้ามาศึกษาในวิชาชีพพยาบาลด้วยเป็นความประสงค์ของผู้ปกครองในชั้นปีที่ 1, 2, 3, 4 คิดเป็นร้อยละ 62.50, 67.10, 80.00 และ 70.90 ตามลำดับ รองลงมาสมัครใจมาเรียนเพราะชอบ/รักในวิชาชีพ คิดเป็นร้อยละ 67.30, 37.80, 42.50 และ 60.50 ตามลำดับชั้นปี

2. นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ทุกชั้นปี มีทัศนคติเชิงจริยธรรมด้าน ความยุติธรรม ด้านความอดทนอดกลั้น ด้านความมีระเบียบวินัย และด้านความเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์อยู่ในระดับดี ส่วนทัศนคติเชิงจริยธรรมด้านความรับผิดชอบ ด้านความซื่อสัตย์ ด้านความสามัคคี ด้านความเมตตา กรุณา และด้านความเสียสละอยู่ในระดับปานกลาง โดยนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ที่ 4 มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ( $= 21.75$ , S.D. = 2.33) รองลงมาคือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 ( $= 21.46$ , S.D.= 1.88) นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1 ( $= 21.33$ , S.D.= 2.05) ส่วนนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2 มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ( $= 21.06$ , S.D.= 1.84) ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานทัศนคติเชิงจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์  
ชั้นปีที่ 1-4 จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม

ทัศนคติเชิงจริยธรรม	ชั้นปีที่ 1		ชั้นปีที่ 2		ชั้นปีที่ 3		ชั้นปีที่ 4		รวมทุกชั้นปี	
	$\bar{x}$ .	S.D.	$\bar{x}$ .	S.D.	$\bar{x}$ .	S.D.	$\bar{x}$ .	S.D.	$\bar{x}$ .	S.D.
ด้านความรับผิดชอบ	21.39	2.85	20.60	2.59	20.64	2.63	20.55	3.03	20.83	2.80
ด้านความยุติธรรม	24.06	3.81	23.93	3.38	24.78	3.79	24.43	3.99	24.28	3.76
ด้านความซื่อสัตย์	21.31	3.35	21.29	3.35	22.23	3.86	22.59	4.46	21.83	3.79
ด้านความสามัคคี	21.14	2.94	20.21	2.77	20.41	2.68	21.52	3.37	20.85	2.99
ด้านความเมตตากรุณา	19.09	2.71	18.39	2.69	18.00	3.25	17.51	2.70	18.29	2.99
ด้านความอดุสสาหะ	21.34	3.24	22.02	3.46	22.81	3.60	23.52	3.57	22.37	3.54
ด้านความมีระเบียบวินัย	23.15	3.02	22.61	3.47	23.49	3.67	24.01	4.27	23.31	3.87
ด้านความเสียสละ	18.70	2.84	17.89	2.28	17.56	3.09	18.16	3.69	18.12	3.03
ด้านความเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์	21.75	3.52	22.59	4.11	23.25	4.03	23.45	4.01	22.70	3.94
<b>ค่าเฉลี่ยทัศนคติเชิงจริยธรรมโดยรวมทุกด้าน</b>	<b>21.33</b>	<b>2.05</b>	<b>21.06</b>	<b>1.84</b>	<b>21.46</b>	<b>1.88</b>	<b>21.75</b>	<b>2.23</b>	<b>21.40</b>	<b>2.02</b>

3. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของทัศนคติเชิงจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคกลาง สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก พบว่า นักศึกษาศาสตร์ทุกชั้นปีมีทัศนคติเชิงจริยธรรมแตกต่างกันในด้านความซื่อสัตย์ ด้านความสามัคคี

ด้านความเมตตากรุณา ด้านความอดุสสาหะและด้านความเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนทัศนคติเชิงจริยธรรมด้านความรับผิดชอบ ด้านความยุติธรรม ด้านความมีระเบียบวินัยและด้านความเสียสละ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2





ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างทัศนคติเชิงจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปี 1 - 4

ตัวแปร	SSb	MS	F
ด้านความรับผิดชอบ	47.42	15.81	2.03
ด้านความยุติธรรม	36.91	12.30	.87
ด้านความซื่อสัตย์	114.59	97.65	38.20
ด้านความสามัคคี	32.39	2.69*	3.70*
ด้านความเมตตากรุณา	125.64	41.88	5.22*
ด้านความอดุทน	250.911	83.64	7.00*
ด้านความมีระเบียบวินัย	87.60	29.20	1.97
ด้านความเสียสละ	64.57	21.52	2.37
ด้านการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์	167.96	55.99	3.69*

\*  $p < .05$

เมื่อพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจึงได้ทำการทดสอบรายคู่ ดังตารางที่ 3 - ตารางที่ 7

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ของทัศนคติเชิงจริยธรรมด้านความซื่อสัตย์ในนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1 - 4

ทัศนคติเชิงจริยธรรม	$\bar{x}$	ชั้นปีที่ 1	ชั้นปีที่ 2	ชั้นปีที่ 3	ชั้นปีที่ 4
ด้านความซื่อสัตย์					
ชั้นปีที่ 1	21.31	-	.0150	-.9173	-1.2853*
ชั้นปีที่ 2	21.29		-	-.9323	-1.3003*
ชั้นปีที่ 3	22.23			-	-.3680
ชั้นปีที่ 4	22.59				-

\*  $p < .05$

จากตารางที่ 3 พบว่า นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 4 มีค่าเฉลี่ยมากกว่าชั้นปีที่ 1 และ ชั้นปีที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ของทัศนคติเชิงจริยธรรมด้านความสามัคคีในนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1 - 4

ทัศนคติเชิงจริยธรรม ด้านความสามัคคี	$\bar{x}$	ชั้นปีที่ 1	ชั้นปีที่ 2	ชั้นปีที่ 3	ชั้นปีที่ 4
ชั้นปีที่ 1	21.14	-	.9369*	.7317	-.3790
ชั้นปีที่ 2	20.21	-	-	-.2052	-1.3159*
ชั้นปีที่ 3	20.41	-	-	-	-1.1108
ชั้นปีที่ 4	21.52	-	-	-	-

\*  $p < .05$

จากตารางที่ 4 พบว่า นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 4 มีค่าเฉลี่ยมากกว่าชั้นปีที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นักศึกษาชั้นปีที่ 1 มีค่าเฉลี่ยมากกว่าชั้นปีที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ของทัศนคติเชิงจริยธรรมด้านความเมตตากรุณาในนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1 - 4

ทัศนคติเชิงจริยธรรม ด้านความเมตตากรุณา	$\bar{x}$	ชั้นปีที่ 1	ชั้นปีที่ 2	ชั้นปีที่ 3	ชั้นปีที่ 4
ชั้นปีที่ 1	19.09	-	.6963	1.0865*	1.5749
ชั้นปีที่ 2	18.39	-	-	.3902	.8786
ชั้นปีที่ 3	18.00	-	-	-	.4884
ชั้นปีที่ 4	17.51	-	-	-	-

\*  $p < .05$

จากตารางที่ 5 พบว่า นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1 มีค่าเฉลี่ยมากกว่าชั้นปีที่ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ของทัศนคติเชิงจริยธรรมด้านความอุทิศสภาวะในนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ในชั้นปีที่ 1 - 4

ทัศนคติเชิงจริยธรรม ด้านความอุทิศสภาวะ	$\bar{x}$	ชั้นปีที่ 1	ชั้นปีที่ 2	ชั้นปีที่ 3	ชั้นปีที่ 4
ชั้นปีที่ 1	21.34	-	-.6879	-1.4760*	-2.1867
ชั้นปีที่ 2	22.02	-	-	-.7881	-1.4989*
ชั้นปีที่ 3	22.81	-	-	-	-.7108
ชั้นปีที่ 4	23.52	-	-	-	-

\*  $p < .05$



จากตารางที่ 6 พบว่า นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 มีค่าเฉลี่ยมากกว่าชั้นปีที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่าชั้นปีที่ 4 มีค่าเฉลี่ยมากกว่าชั้นปีที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**ตารางที่ 7** เปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ของทัศนคติเชิงจริยธรรมด้านความเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ในนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1 - 4

ทัศนคติเชิงจริยธรรม ด้านความเคารพใน ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์	χ	ชั้นปีที่ 1	ชั้นปีที่ 2	ชั้นปีที่ 3	ชั้นปีที่ 4
ชั้นปีที่ 1	21.75	-	-.8354	-1.5000*	-1.7035*
ชั้นปีที่ 2	22.59	-	-	-.6646	-.8681
ชั้นปีที่ 3	23.25	-	-	-	-.2035
ชั้นปีที่ 4	23.45	-	-	-	-

\*  $p < .05$

จากตารางที่ 7 พบว่า นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 4 มีค่าเฉลี่ยมากกว่าชั้นปีที่ 3 และชั้นปีที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

## อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาทัศนคติเชิงจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ทุกชั้นปี หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคกลาง สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

### 1. ทัศนคติเชิงจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1 - 4

จากผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตทุกชั้นปีของวิทยาลัยพยาบาลในเครือข่ายภาคกลาง สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก มีทัศนคติเชิงจริยธรรมอยู่ในระดับดี ได้แก่ ด้านความยุติธรรม ด้านความอดุทธสาหัส ด้านความมีระเบียบวินัยและด้านความเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ส่วนด้านความรับผิดชอบ ด้านความซื่อสัตย์ ด้านความสามัคคี ด้านความเมตตากรุณา และด้านความเสียสละอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งแตกต่างจากผลการวิจัยของ ศิริวรรณ แซ่เตียวและคณะ<sup>(8)</sup> ที่พบว่าทัศนคติเชิงจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัย

พยาบาลบรมราชชนนี สงขลา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ส่วนด้านความรับผิดชอบที่อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อภิปรายได้ว่า ด้วยลักษณะโครงสร้างหลักสูตรการเรียนวิชาชีพพยาบาลนักศึกษาต้องเรียนรู้ทั้งวิชาพื้นฐานทั่วไป พื้นฐานวิชาชีพ วิชาชีพการพยาบาล อีกทั้งวิธีการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎี ทดลอง ทำให้นักศึกษาต้องมีความขยันหมั่นเพียรและพัฒนาตนเองในการเรียนรู้อยู่เสมอ อีกทั้งการใช้ชีวิตในหอพักทำให้นักศึกษาต้องรักษาภาวะระเบียบวินัย และเมื่อฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วยนักศึกษาได้รับทราบและได้รับการปลูกฝังเกี่ยวกับข้อควรปฏิบัติตามจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาล อีกทั้งประกาศสิทธิผู้ป่วยจากอาจารย์ผู้สอน อาจทำให้เกิดความตระหนักในการปฏิบัติตนให้มีจริยธรรมด้านความยุติธรรมและเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์อยู่ในระดับดี อย่างไรก็ตามแม้ว่าวิชาชีพพยาบาลเน้นการปฏิบัติต่อมนุษย์ที่อยู่ในภาวะปกติและภาวะความเจ็บป่วย จึงต้องอาศัยความละเอียดอ่อนในการปฏิบัติเนื่องจากแต่ละบุคคลย่อมมีความแตกต่างกันไป ดังนั้นคุณธรรมจริยธรรมพื้นฐานของผู้ที่จะประกอบวิชาชีพ



พยาบาลจึงต้องมีความเมตตา กรุณา ความเอื้ออาทร ความรู้สึกเห็นใจ เข้าใจ และเอาใจเขามาใส่ใจเรา<sup>(3)</sup> แต่ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2 และ 3 มีทัศนคติเชิงจริยธรรมด้านความเมตตา กรุณา และด้านความเสียสละอยู่ในระดับปานกลาง และมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด อาจเป็นไปได้ว่าในการเรียนชั้นปีที่สูงขึ้นจะต้องเผชิญกับปัญหา และใช้ความอดทนในการเรียนเนื้อหาที่มีความซับซ้อนในภาคทฤษฎี และการฝึกภาคปฏิบัติที่ต้องมีบทบาทรับผิดชอบมากขึ้น มีการขึ้นเวรป่วย ดึก อาจทำให้เกิดความเหนื่อยล้าและมึนงงแต่จะคาดหวังให้ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้จนขาดความเอื้ออาทร การเอาใจใส่ความรู้สึกบุคคลอื่น ๆ ทั้งนี้ นักศึกษาพยาบาลเมื่อเริ่มเรียนวิชาชีพพยาบาลครั้งแรกจะมีความสำนึกที่เต็มเปี่ยมไปด้วยจิตใจที่เสียสละเพื่อผู้อื่นหรือปรัตถนิยม (altruism) ความเมตตา กรุณา ความกระตือรือร้นและการตระหนักถึงศักดิ์ศรีคุณค่าความเป็นมนุษย์ แต่เมื่อสำเร็จการศึกษาและปฏิบัติหน้าที่อย่างสมบูรณ์ภาพลักษณ์จะเปลี่ยนไปมักมีความเฉยชา ไม่อาทร อาจมีเหตุมาจากภาระงานที่หนัก ความเคยชิน ละม่อมทำงานเฉพาะหน้ามากกว่า คำนึงจิตใจ<sup>(9)</sup> และจากข้อมูลทั่วไปพบว่า นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2 และ 3 เข้ามาเรียนวิชาชีพพยาบาลส่วนใหญ่ด้วยเหตุผล เป็นความประสงค์ของผู้ปกครอง ร้อยละ 67.10 และร้อยละ 80.00 ตามลำดับ ในขณะที่ผู้ที่สมัครใจเพราะรัก/ชอบที่จะเรียนวิชาชีพพยาบาลในชั้นปีที่ 2 และ 3 มีจำนวนน้อยเพียงร้อยละ 37.80 และร้อยละ 42.50 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีของเฮอริสเบิร์ก ที่กล่าวว่า การให้คนทำอะไรต้องมีสิ่งตอบแทนทั้งที่เป็นแรงจูงใจภายนอกและแรงจูงใจภายใน ถ้ามีแรงจูงใจภายนอกที่เหมาะสมทำให้คนอยากทำงานแต่ก็จะทำแค่มาตรฐานขั้นต่ำ แต่ถ้ามีแรงจูงใจภายในสูงก็จะทำให้คนทำงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น

**2. ผลการเปรียบเทียบทัศนคติเชิงจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ทุกชั้นปี**  
ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาพยาบาลศาสตร์

ทุกชั้นปีมีทัศนคติเชิงจริยธรรมแตกต่างกันในด้านความซื่อสัตย์ ด้านความสามัคคี ด้านความเมตตา กรุณา ด้านความอดสาหัสและด้านความเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยส่วนใหญ่ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 4 มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเกือบทุกด้านเมื่อเปรียบเทียบกับชั้นปีที่ 1, 2 และ 3 ยกเว้นด้านความเมตตา กรุณา ส่วนทัศนคติเชิงจริยธรรมด้านความรับผิดชอบ ด้านความยุติธรรม ด้านความมีระเบียบวินัย และด้านความเสียสละ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับผลการวิจัยของศิริวรรณ แซ่เตียวและคณะ<sup>(6)</sup> ที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ทุกชั้นปีของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา มีทัศนคติเชิงจริยธรรมด้านความซื่อสัตย์ ด้านความสามัคคี ด้านความเมตตา กรุณา ด้านความอดสาหัสและด้านความเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายได้ว่า นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 4 เป็นผู้ที่ไม่ใกล้จะสำเร็จการศึกษาไปเป็นพยาบาลวิชาชีพ ได้ผ่านการฝึกปฏิบัติทั้งในชุมชนและโรงพยาบาล ปรับตัวเข้ากับผู้ใช้บริการ ญาติ เจ้าหน้าที่ในแหล่งฝึก การถูกฝึกฝนให้มีความอดทน เพียรพยายาม เป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) ของ Bandura โดยเชื่อว่าพัฒนาการทางจริยธรรมเป็นพัฒนาการพฤติกรรมของบุคคล เป็นผลมาจากการปรับตัวเข้าสังคม และอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมภายนอก ประสบการณ์ที่ได้จากการแสดงพฤติกรรมที่ผ่านมามีผลต่อการเลือกแสดงพฤติกรรมครั้งต่อไป<sup>(10)</sup>

สำหรับนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ที่พบว่า มีค่าเฉลี่ยทัศนคติเชิงจริยธรรมด้านความเมตตา กรุณาสูงกว่าชั้นปีที่ 2, ชั้นปีที่ 3 และ ชั้นปีที่ 4 นั้นอาจกล่าวได้ว่า เนื่องจากนักศึกษาชั้นปีที่ 1 เป็นผู้ที่ยังไม่เข้ามาเรียนด้วยความสมัครใจ รักและชอบที่จะเรียนวิชาชีพ พยาบาล จำนวนร้อยละ 67.30 ซึ่งมากกว่าชั้นปีอื่น ๆ ย่อมมีแรงจูงใจภายในที่กระตุ้นให้คิดและปฏิบัติในสิ่งที่ดี



ประกอบกับการพัฒนาหลักสูตรในปัจจุบันที่มุ่งเน้นให้มีการสอดแทรกและปลูกฝังคุณธรรม จริยธรรมตั้งแต่การเรียนรู้ในชั้นปีที่ 1 ยกตัวอย่าง เช่น กลุ่มวิชาสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ ที่มีรายวิชาให้เริ่มเรียนรู้ความจริงเกี่ยวกับมนุษย์และชีวิต ได้แก่ วิชามนุษย์ สิ่งแวดล้อมและสุขภาพ การศึกษาทั่วไป เพื่อการพัฒนาคนมนุษย์ ศิลปะวิทยาการเพื่อการพัฒนาคนมนุษย์ การออกแบบกิจกรรมการเรียนการสอนที่ให้นักศึกษาสภาพจริงในชุมชน<sup>(1)</sup> ร่วมกับการจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตรของแต่ละวิทยาลัยยังมีจุดประสงค์เพื่อให้นักศึกษาที่เพิ่งเริ่มเข้ามาเรียนในวิชาชีพพยาบาลมีรากฐานของทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพ การได้เรียนรู้จากการเห็นแบบอย่างที่ดีของอาจารย์ รุ่นพี่ จึงเป็นการส่งเสริมให้มีทัศนคติเชิงจริยธรรมด้านความเมตตากรุณาสูงกว่าชั้นปีอื่นๆ ส่วนทัศนคติเชิงจริยธรรมด้านอื่นๆที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิตินั้น เนื่องด้วยเนื้อหาหลักสูตรและลักษณะกิจกรรมการเรียนการสอนวิชาชีพพยาบาลที่คล้ายคลึงกัน การอาศัยร่วมหอพักเดียวกัน อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ต้องยึดกฎระเบียบเดียวกัน ย่อมทำให้นักศึกษาพยาบาลทั้ง 4 ชั้นปีมีทัศนคติเชิงจริยธรรมที่ไม่แตกต่างกัน

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ส่งเสริมและปลูกฝังจริยธรรมให้แก่นักศึกษาในทุกระดับชั้นปี เพื่อพัฒนาให้นักศึกษามีทัศนคติเชิงจริยธรรมทั้ง 9 ด้านได้แก่ ด้านความรับผิดชอบ ด้านความยุติธรรม ด้านความซื่อสัตย์ ด้านความสามัคคี ด้านความเมตตากรุณา ด้านความอดทน ด้านความมีระเบียบวินัย ด้านความมีเสียสละ ด้านความเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ให้อยู่ในระดับดี
2. พัฒนากิจกรรมการเรียนการสอนที่เน้นการสอดแทรกจริยธรรมด้านความเมตตากรุณาและด้านความเสียสละในการเรียนการสอนให้มากขึ้นในทุกระดับชั้นปี

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

1. พัฒนารูปแบบการส่งเสริมทัศนคติเชิงจริยธรรม
2. ควรติดตามจริยธรรมทั้ง 9 ด้านต่อเนื่องทุกปี เพื่อดูว่านักศึกษาที่มีทัศนคติเชิงจริยธรรมเพิ่มขึ้นหรือไม่ ร่วมกับการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ

### เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ. แผนพัฒนาการศึกษาระดับอุดมศึกษาฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2551 - 2554) [internet]. 2551 [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 29 ก.ค 54]. เข้าถึงได้จาก [http://www.mua.go.th/~bpp/developplan/download/higher\\_edu\\_plan/PlanHEdu10\\_2551-2554.pdf](http://www.mua.go.th/~bpp/developplan/download/higher_edu_plan/PlanHEdu10_2551-2554.pdf).
2. ลิวลี ศิริไล. จริยศาสตร์สำหรับพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2544.
3. อุบลรัตน์ โพธิ์พัฒนชัย. จริยศาสตร์สำหรับพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี : ยุทธรินทร์การพิมพ์; 2550.
4. Smith JP. Nursing science in nursing practice. London: Butterworths; 1981.
5. สถาบันพระบรมราชชนก. ร่างองค์ประกอบและตัวบ่งชี้คุณภาพสำหรับการประเมินคุณภาพภายในวิทยาลัย สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. มปป.; 2553.
6. ทิพย์รัตน์ สุทธิพงศ์, ทศนี้อยุธยา และ ปริญญา ศรีธราพิพัฒน์. การสำรวจสมรรถนะของบัณฑิตพยาบาลศาสตร์ที่สำเร็จ การศึกษาในปี พ.ศ. 2539 ถึง 2542 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท. ชัยนาท: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท; 2542.
7. อารีย์ กุลจุ และคณะ. ความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ (ต่อเนื่อง) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช. พิษณุโลก: วิทยาลัยพยาบาลบรม



ราชชนนี พุทธชินราช; 2542.

8. ศิริวรรณ แซ่เตี่ยว และคณะ. ทักษะคิดเชิง  
จริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลหลักสูตร  
พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรม  
ราชชนนี สงขลา. สงขลา: วิทยาลัยพยาบาล  
บรมราชชนนี สงขลา; 2548.
9. สิวลี ศิริไธ. จริยศาสตร์สำหรับพยาบาล.  
พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่ง  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.
10. Bandura. Social learning theory. New Jersey:  
Prentice Hall;1977.
11. สถาบันพระบรมราชชนก. ประมวลรายวิชา  
หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตร  
ปรับปรุง พ.ศ. 2552) สถาบันสมทบมหาวิทยาลัย  
มหิดล. มปท; 2552.





## รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลพุก ráง อำเภอพระพุทธรบาท จังหวัดสระบุรี

สมาลี เอี่ยมสมัย\*  
รัตนา เหมือนสิทธิ์\*\*  
จรรยาศรี ทองมาก\*\*

### บทคัดย่อ

ในปัจจุบันตำบลพุก ráงมีอัตราการพึ่งพิงวัยสูงอายุต่อผู้ที่อยู่ในวัยทำงานเพิ่มขึ้นและมีผู้สูงอายุ ที่อยู่ตามลำพังไม่มีคนดูแลจึงศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลพุก ráง ขึ้นเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลพุก ráง อำเภอพระพุทธรบาท จังหวัดสระบุรี 2) หาประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลพุก ráง อำเภอพระพุทธรบาท จังหวัดสระบุรี ระหว่างเดือนตุลาคม 2553 ถึงเดือนกันยายน 2555 ประชากรที่ศึกษาได้แก่ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว หรือมีปัญหาโรคเรื้อรังและไม่มีผู้ดูแลในเขตเทศบาลตำบลพุก ráง จำนวน 17 คน และอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลพุก ráง จำนวน 46 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบสำรวจการดูแลผู้สูงอายุ ความต้องการดูแลผู้สูงอายุ ความคิดเห็นและศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลพุก ráงอำเภอพระพุทธรบาทจังหวัดสระบุรี ความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลจากอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลพุก ráงอำเภอพระพุทธรบาท จังหวัดสระบุรี วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้ค่าสถิติคือค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired t-test, One way ANOVA และ Content analysis

ผลการวิจัยพบว่า อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลพุก ráงภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.84, S.D. = 0.53$ ) อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความคิดเห็นและศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลพุก ráงภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.25, S.D. = 0.61$ ) อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่มีความมั่นใจในการดูแลหรือให้คำแนะนำผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับการแนะนำวิธีการให้ความรู้ เอกสารและแหล่งเรียนรู้ต่างๆ รวมทั้งที่เลี้ยงเพื่อเป็นที่ปรึกษา รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ คือ SINGTONG MODEL ประกอบด้วย Superintendent, Individual, Network, Government, Team Organization, Nice, Group Home การดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุแต่ละครั้งมีการดำเนินการ 5 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นวางแผน 2) ขั้นปฏิบัติการ 3) ขั้นสังเกต 4) ขั้นสะท้อนผล 5) ขั้นปรับปรุงผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลมีความพึงพอใจภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.36, S.D. = 0.63$ ) อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความคิดเห็นและศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.95, S.D. = 0.64$ ) ความคิดเห็นและศักยภาพของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุในการดูแลผู้สูงอายุก่อนและหลังใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

**คำสำคัญ :** อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ , การดูแลผู้สูงอายุ

\* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธรบาท

\*\* โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองคณห์



## An Elderly Care Model among Caregiving Volunteers at Phukrang Municipality, Amphur Praputthabat, Saraburi Province

*Sumalee Eamsamai\**

*Ratana Mhuansit\*\**

*Charoonsri Thongmag\*\**

### Abstract

The objective of this research was to study an Elderly Care Model in caregiving- volunteers at Phukrang municipality, Amphur Praputthabat, Saraburi Province. The effectiveness of the elderly care volunteers who care for the elderly. This research was an action research consisted of 3 phases. The first phase was studying the context of caring in elderly by interviewing and group discussions among 46 caregiving volunteers. The second phase was developing an elderly care model. The third phase was exploring effectiveness of the model. Elderly's satisfaction was examined. Data were analyzed by using Mean, Standard Deviation, and pair t-test. Content analysis also was performed.

The research findings found that: A context of elderly caring among

Among volunteers, 69.6 percent reported that elderly had no relatives, and volunteers visited them twice a month. Among volunteers, 37.0 percent reported that elderly had no family member, and volunteers usually took them some diet. Among volunteers, 43.5 reported that elderly were invaluable and they were taken care. Among volunteers, 41.3 percent would like to take care of elderly in a high level ( $\bar{x} = 3.84$ ,  $SD = 0.53$ ), have ability to care elderly in a moderate level ( $\bar{x} = 3.25$ ,  $SD = 0.61$ ). The analysis of the context of elderly care was explored. It found that volunteers who passed the training should have elderly-care knowledge. The mentor of volunteers had no confidence to advise.

The elderly care model among volunteers was SINGTONG MODEL including Superintendent, Individual, Network, Government, Team, Organization, Nice, and Group. The elderly care model consisted of 5 major components: 1) planning, 2) implementing, 3) observing, 4) reflecting and 5) improving.

The results of using the final model were elderly showed overall satisfaction in a high level ( $\bar{x} = 4.36$ ,  $S.D. = 0.63$ ). Caregiving volunteers showed opinion and ability to care elderly in a high level ( $\bar{x} = 3.95$ ,  $S.D. = 0.64$ ). Among volunteers, the mean score of opinion and ability to care elderly after participating in the model was significantly higher than before participating in the model at the level of 0.001.

**Keywords :** Elderly Care, volunteers

\* Boromarajonani College of Nursing, Praputthabat

\*\* Health Promoting Hospital, Nongkontee, Saraburi



## ความสำคัญและที่มาของปัญหา

ปัจจุบันวิทยาการด้านการแพทย์มีความเจริญก้าวหน้ามากขึ้นส่งผลให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น คนส่วนใหญ่สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ ทำให้คนมีอายุเฉลี่ยสูงขึ้นมาก<sup>(1)</sup> ส่งผลต่อสังคมผู้สูงอายุในประเทศไทย คือ ทำให้จำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว คนไทยทุกวันนี้มีอายุเฉลี่ย 72 ปี อายุเฉลี่ยเพศชาย 68 ปี และเพศหญิง 78 ปี<sup>(2)</sup>

เนื่องจากบริบทของสังคมในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว สังคมจึงมีลักษณะวัตถุนิยม บริโภคนิยมทำให้ทุกคนต้องต่อสู้ดิ้นรนการทำมาหากินเพื่อปากท้องของตนเองและครอบครัวจึงเป็นสิ่งจำเป็นหลายครอบครัวจึงจำเป็นต้องทิ้งบ้านเรือนรวมทั้งผู้สูงวัย ทำให้ผู้สูงวัยต้องอยู่ตามลำพัง และมีผู้สูงวัยจำนวนมากที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

จากโครงสร้างประชากรที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว พบว่าประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและจากการคาดการณ์สำมะโนประชากรนั้นได้ประมาณการจำนวนของประชากรผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2552 คิดเป็นร้อยละ 11.5 ของประชากรทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2552 จึงทำให้ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงวัยคือมีอัตราส่วนการเป็นภาระวัยสูงอายุหรืออัตราการพึ่งพิงวัยสูงอายุต่อผู้ที่อยู่ในวัยทำงานเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 16.0<sup>(3)</sup> สอดคล้องกับตำบลพุทราที่มีประชากร 7,143 คน มีผู้สูงอายุ 781 คน คิดเป็นร้อยละ 10.93 มีอัตราการพึ่งพิงวัยสูงอายุต่อผู้ที่อยู่ในวัยทำงาน ร้อยละ 16.32 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาโรคเรื้อรังได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 158 คน โรคเบาหวาน จำนวน 100 คน ผู้พิการ จำนวน 105 คน โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงจำนวน 60 คน โรคอัมพาต จำนวน 19 คน โรคหัวใจ จำนวน 6 คน โรคมะเร็ง จำนวน 6 คนและโรคหอบหืด จำนวน 6 คน โรควัณโรค จำนวน 3 คน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น<sup>(4)</sup> ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุรวมทั้งผู้ดูแลผู้สูงอายุ

จากการให้บริการวิชาการการดูแลผู้สูงอายุ

ที่บ้านพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่คนเดียว ไม่มีคนในครอบครัวดูแล ต้องพึ่งพาเพื่อนบ้าน อสม. ประกอบกับกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงความเป็นมนุษย์เห็นความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและจัดทำหลักสูตรอบรมการดูแลผู้สูงอายุขึ้น

เพื่อให้ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลพุทราองมีคุณภาพชีวิตที่ดีและอยู่ในสังคมอย่างมีคุณค่า จึงจัดทำโครงการเพื่อนช่วยเพื่อนโดยให้ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ความสามารถและผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์<sup>5</sup> ได้มีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง และผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ไม่มีผู้ดูแล จำนวน 17 ครอบครัว<sup>(6)</sup> ในการให้บริการดังกล่าวจึงศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) ในเขตเทศบาลตำบลพุทราอง อำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี และหาประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลพุทราอง อำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มพึ่งพาต่อไป

## วัตถุประสงค์

1. ศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) ในเขตเทศบาลตำบลพุทราอง อำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี
2. ศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลพุทราอง อำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี

## ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประชากรที่ศึกษาได้แก่ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว หรือที่มีปัญหาโรคเรื้อรังและไม่มีผู้ดูแลในเขตเทศบาลตำบลพุทราอง อำเภอพระพุทธบาท



จังหวัดสระบุรี จำนวน 17 คน และอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลพุทราธิงอำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี จำนวน 46 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้มี 1) แบบสำรวจการดูแลผู้สูงอายุ ความต้องการดูแลผู้สูงอายุ มีค่าความเชื่อมั่น 0.89 2) ความคิดเห็นและศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลพุทราธิงอำเภอพระพุทธบาทจังหวัดสระบุรี มีค่าความเชื่อมั่น 0.93 3) สังเกตสถานการณ์จริงและการบันทึกการสนทนากลุ่มและ 4) ความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลจากอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลพุทราธิงอำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี มีค่าความเชื่อมั่น 0.84 วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้ค่าสถิติคือ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วย paired t-test One way ANOVA และ Content analysis โดยมีระยะการดำเนินการดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทของการดูแลผู้สูงอายุ ศึกษาสภาพปัญหาการดูแลผู้สูงอายุของผู้สูงอายุและอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ ความคิดเห็น ศักยภาพของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุและการสะท้อนคิดถึงสภาพปัญหาการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลและความรู้ที่จำเป็นการให้ความรู้ เอกสารแก่อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุเก็บข้อมูลโดยใช้ 1) แบบสำรวจการดูแลผู้สูงอายุ ความต้องการดูแลผู้สูงอายุ 2) ความคิดเห็นและศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลพุทราธิงอำเภอพระพุทธบาทจังหวัดสระบุรี 3) สังเกตสถานการณ์จริงและการบันทึกการสนทนากลุ่มเดือนตุลาคม-ธันวาคม 2553

ระยะที่ 2 ร่างรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ นำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ร่างขึ้นนี้ไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุและปรับปรุงแก้ไขตามสภาพปัญหา เก็บข้อมูลโดยการสังเกตสถานการณ์จริงและการบันทึกการสนทนากลุ่มมีการดำเนินการ 5

ขั้นตอน คือ 1) ชั้นวางแผน 2) ชั้นปฏิบัติการ 3) ชั้นสังเกต 4) ชั้นสะท้อนผล 5) ชั้นปรับปรุงระหว่างเดือนมกราคม-เมษายน 2554

ระยะที่ 3 หาประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปใช้ วัดระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแล วัดระดับความคิดเห็นและศักยภาพของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุเก็บข้อมูลโดยใช้เครื่องมือ 1) แบบสำรวจการดูแลผู้สูงอายุ ความต้องการดูแลผู้สูงอายุ 2) ความคิดเห็นและศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลพุทราธิงอำเภอพระพุทธบาทจังหวัดสระบุรี 3) สังเกตสถานการณ์จริงและการบันทึกการสนทนากลุ่มและ 4) ความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลจากอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลพุทราธิงอำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี ระหว่างเดือนพฤษภาคม-กันยายน 2554

## ผลการศึกษาพบว่า

ระยะที่ 1 ผลการศึกษาบริบทของการดูแลผู้สูงอายุ

อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เพศหญิงร้อยละ 82.6 อายุน้อยกว่า 50 ปีร้อยละ 43.5 ระดับการศึกษาสูงสุดชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 63.0 รายได้ต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 80.4 สถานภาพสมรส ร้อยละ 69.6 การดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลพุทราธิง พบว่าเมื่อมีผู้สูงอายุที่ไม่มีญาติดูแลอยู่ใกล้บ้าน อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) ไปสอบถามหรือดูแลเดือนละประมาณ 1-2 ครั้ง ร้อยละ 37.0 เมื่อมีผู้สูงอายุที่ไม่มีญาติดูแลอยู่ใกล้บ้าน อผส. ช่วยดูแลเรื่องอาหารโดยนำอาหารไปให้อย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 43.5 ความรู้สึก ของ อผส.ที่มีต่อผู้สูงอายุในชุมชน คือเป็นคนที่มีคุณค่าทุกคนต้องช่วยกันดูแล ร้อยละ 41.3

อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องการมีส่วนร่วม



ร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลพูกว่าง ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x} = 3.84$ ,  $S.D. = 0.53$ ) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า อผส. ต้องการให้มีหน่วยงานต่างๆมาช่วยดูแลผู้สูงอายุ มากที่สุด รองลงมาคือ อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) ต้องการให้มีการจัดกลุ่มดูแลผู้สูงอายุในชุมชน อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) ต้องการมีส่วนร่วมในการรับรู้ปัญหาของผู้สูงอายุในชุมชน อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) ต้องการมีส่วนร่วมในการเข้าไปช่วยเหลือผู้สูงอายุในชุมชน และ อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) ต้องการเข้าร่วมกิจกรรมที่จัดให้ผู้สูงอายุ มีค่าเฉลี่ยดังนี้ ( $\bar{x} = 4.13, 4.00, 3.96, 3.91, 3.87; S.D. = 0.90, 0.78, 0.69, 0.81, 0.90$  ตามลำดับ) อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) สามารถสละเวลาเพื่อเข้าไปช่วยเหลือผู้สูงอายุในชุมชนต่ำที่สุด มีค่าเฉลี่ยดังนี้ ( $\bar{x} = 3.46, S.D. = 0.83$ )

อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความคิดเห็นในการดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลพูกว่างภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยดังนี้ ( $\bar{x} = 3.25, S.D. = 0.61$ ) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) อยากให้คนนึกถึงสังคมส่วนรวมมากที่สุด รองลงมาคือ อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) ทำให้รู้สึกว่าตนเองมีจิตอาสา อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) รู้สึกว่าเป็นห่วงผู้สูงอายุกลัวจะไม่มีใครดูแล อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) มีความรู้ในเรื่องแนะนำการออกกำลังกาย และอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) มีความรู้รู้สึกว่าตนเองเสียสละในการดูแลผู้สูงอายุ มีค่าเฉลี่ยดังนี้ ( $\bar{x} = 3.89, 3.41, 3.41, 3.30, 3.19, S.D. = 0.90, 0.90, 0.95, 0.96, 0.90$  ตามลำดับ) อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความคิดเห็นในการดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลพูกว่างเรื่องอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) มีความรู้ในเรื่องการป้องกันอุบัติเหตุของผู้สูงอายุ อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) มีความมั่นใจที่จะไปดูแลผู้สูงอายุและอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) มีความรู้ในเรื่องอาหารของผู้สูงอายุต่ำที่สุด มีค่าเฉลี่ยดังนี้ ( $\bar{x} = 3.00, 3.04, 3.04, S.D. = 0.86, 0.89, 0.84$ )

ผลการวิเคราะห์บริบทโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ของการดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลพูกว่างอำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี โดยศึกษาสภาพปัญหาการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลโดยการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มเพื่อสะท้อนคิดถึงสภาพปัญหาการดูแลผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล เรื่อง 1) เกณฑ์การคัดสรรผู้สูงอายุที่ต้องดูแล 2) องค์ความรู้การดูแลผู้สูงอายุ 3) ทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ 4) ความต้องการสนับสนุนจากหน่วยงานต่างๆ 5) ทีมงานการดูแลผู้สูงอายุ และ 6) การบริหารจัดการพบว่าอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุถึงแม้ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุแล้วก็จำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับการแนะนำ วิธีการให้ความรู้เอกสาร และแหล่งเรียนรู้ต่างๆ รวมทั้งที่เลี้ยงเพื่อเป็นที่ปรึกษาจากการสังเกตในสถานการณ์จริง การดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุพบว่าไม่มีความมั่นใจในการดูแลหรือให้คำแนะนำ

## ระยะที่ 2 ร่างรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ

จากผลการศึกษาริบทของการดูแลผู้สูงอายุในระยะที่ 1 ร่วมกับการสนทนากลุ่มอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุพบว่ากลุ่มเป้าหมายเป็นผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา (Group Home) และ จึงจำเป็นต้องมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Superintendent) และในการดูแลผู้สูงอายุนั้นต้องเป็นการดูแลผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล (Individual) เพราะแต่ละคนมีความต้องการหรือบริบทที่แตกต่างกัน ขณะเดียวกันอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุมีจำนวน ความรู้และทักษะไม่เพียงพอจึงจำเป็นต้องมีความรู้และผ่านการอบรมตามหลักสูตรของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงความเป็นมนุษย์ (Nice) มีเครือข่าย (Network) ช่วยเหลือการดูแล มีหน่วยงานภาครัฐ (Government) สนับสนุนงบประมาณ การเดิน เวชภัณฑ์ต่างๆ จำเป็นต้องมีทีมงาน (Team) และการบริหารจัดการ (Organization) ที่ดี

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุขึ้น คือ SINGTONG MODEL ประกอบด้วย



ด้วย Superintendent, Individual, Network, Government, Team, Organization, Nice และ Group Home มีความหมายดังนี้

Superintendent หมายถึง ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ชมรมผู้สูงอายุตำบลทุกกร่าง ผู้ใหญ่ใจดีและผู้นำชุมชน ผ่านการคัดเลือกจากประชาคมในตำบลทุกกร่าง ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุและผ่านการรับสมัครการเป็นอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีเวลาดูแลผู้สูงอายุ

Individual หมายถึง การดูแลผู้สูงอายุเป็นรายบุคคลที่บ้านคือดูแลเรื่องการทำกิจวัตรประจำวัน สภาพปัญหาที่อยู่อาศัยที่เหมาะสม

เครื่องอุปโภค บริโภค อาหารการกิน ปัญหาสุขภาพ การกินยา การไปตรวจตามนัด รวมทั้งด้านสภาพจิตใจ

Network หมายถึง เครือข่ายผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ ภาคประชาชน นักศึกษาพยาบาล อาจารย์ บุคลากรสถานีอนามัย บุคลากรเทศบาลตำบลทุกกร่างและองค์กรภาคเอกชน

Government หมายถึง หน่วยงานภาครัฐที่สนับสนุนงบประมาณการดูแลผู้สูงอายุ สถานีอนามัยสนับสนุนเรื่องยารักษาโรคและเวชภัณฑ์ต่างๆเทศบาลตำบลทุกกร่างสนับสนุนยานพาหนะ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาทสนับสนุนบุคลากร

Team หมายถึง ทีมการดูแลผู้สูงอายุเน้นการทำงานเป็นทีมเพื่อให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ

Organization หมายถึง การบริหารจัดการการดูแลผู้สูงอายุ เช่น จัดสรรผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นรายบุคคลที่บ้านทุกวันเรื่องอาหารการกิน กิจวัตรประจำวัน คือ อพส.ที่มีบ้านอยู่ใกล้ๆ และทีมอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุจะติดตามเยี่ยมทุกวันเสาร์พร้อมเวชภัณฑ์ อุปกรณ์พร้อมประเมินภาวะที่บ่งชี้ความพิการ

Nice หมายถึง ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้และผ่านการอบรมตามหลักสูตรของกระทรวงพัฒนา

สังคมและความมั่นคงความเป็นมนุษย์

Group Home หมายถึง ผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มพึ่งพา คือ ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว หรืออยู่ 2 คนตามลำพังผู้สูงอายุ รวมทั้งผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวแต่ครอบครัวไม่ดูแล

จากรูปแบบดังกล่าว อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ชมรมผู้สูงอายุตำบลทุกกร่าง ผู้ใหญ่ใจดีและผู้นำชุมชน ผ่านการคัดเลือกจากประชาคมในตำบลทุกกร่าง ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ และผ่านการรับสมัครการเป็นอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ และนักศึกษาพยาบาล แบ่งออกเป็น 5 กลุ่มสีคือ สีชมพู สีเหลือง สีเขียว สีแดงและสีฟ้า กลุ่มละ 7-8 คน บุคลากรสถานีอนามัย 5 คน สมาชิกสภาเทศบาล 5 คนรวมทั้งสิ้น จำนวน 46 คน ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มสีละ 1 เดือน หมุนเวียนกันโดยการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุแต่ละครั้งมีการดำเนินการ 5 ขั้นตอน คือ ขั้นวางแผน ขั้นปฏิบัติการ ขั้นสังเกต ขั้นสะท้อนผลและขั้นปรับปรุง มีรายละเอียดดังนี้

1) ขั้นวางแผน อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ชมรมผู้สูงอายุตำบลทุกกร่าง ผู้ใหญ่ใจดีและผู้นำชุมชน บุคลากรสถานีอนามัย นักศึกษาพยาบาล และอาจารย์ ประชุมวางแผนการดูแลผู้สูงอายุทุกครั้งก่อนออกเยี่ยมโดยอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ (อพส.) ที่บ้านอยู่ใกล้ผู้สูงอายุ ทั้ง 17 คน จะเล่าสภาพปัญหาปัจจุบันให้ทีมทราบจากนั้นมีการแสดงความคิดเห็นในเรื่องที่ต้องให้การดูแลเฉพาะเรื่องแต่ละครั้งแล้วมอบหมายทีมงานไปดูดูแลพร้อมจัดเตรียมเวชภัณฑ์และอื่นๆ ตามความต้องการของผู้สูงอายุรายนั้นๆทุกครั้ง

2) ขั้นปฏิบัติการ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ชมรมผู้สูงอายุตำบลทุกกร่าง ผู้ใหญ่ใจดีและผู้นำชุมชน บุคลากรสถานีอนามัย นักศึกษาพยาบาล และอาจารย์ ที่ได้รับมอบหมายจะเข้าไปดำเนินการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านเป็นรายบุคคลทุกวันเสาร์ครึ่งวันเช้าในแต่ละบ้าน กิจกรรมที่ดำเนินการคือ การทำความสะอาดร่างกาย ความสะอาดบ้าน ล้างเวดลัสมอาหารการกิน





วัดความดันโลหิต การทำกายภาพ ทั้ง Active และ Passive Exercise นวดคลายเครียด แห้มือ เท้า ตัดเล็บมือเท้า อ่านหนังสือธรรมะ ฟังคุณยายเล่า เรื่องในอดีต รวมทั้งรวบรวมปัญหาที่ต้องดูแลต่อ แต่ผู้ดูแลในครั้งนั้นไม่สามารถกระทำได้ เป็นต้น

3) ชั้นสังเกต ขณะที่มีการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านเป็นรายบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ชมรมผู้สูงอายุตำบลพุกม่วง ผู้ใหญ่ใจดีและผู้นำชุมชน บุคลากรสถานีอนามัย นักศึกษาพยาบาล และอาจารย์ จะสังเกตว่ามีปัญหาในการดูแลเรื่อง ปัญหาสุขภาพหรือความต้องการของผู้สูงอายุ ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างไร

4) ชั้นสะท้อนผล เมื่อสิ้นสุดการดูแลผู้สูงอายุแต่ละครั้งก็จะมีกรสนทนากลุ่มเพื่อสรุปข้อมูลที่ได้จากการสังเกตการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านเป็นรายบุคคล เช่น ปัญหาสุขภาพหรือความต้องการของผู้สูงอายุ ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ มาวิเคราะห์ อภิปราย สรุปและนำเสนอเป็นผลการสะท้อนการปฏิบัติการ สิ่งที่ค้นพบคือสภาพปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหาของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ เช่น ยາหมด ความดันโลหิตสูงยังไม่ไปพบแพทย์ตามนัด อายากฆ่าตัวตาย บ้านโค บ้านหัก วิทยุเสีย บริเวณปลั๊กไฟมีประกายไฟ บ้านคุณตาได้รับรถ Wheel chair แต่พื้นดินที่อยู่เป็นหลุมบ่อใช้รถเข็นไม่ได้ ห้องน้ำไม่เหมาะสม เครื่องอุปโภคบริโภคไม่มีคุณภาพสบู่บูหรี รวมทั้งปัญหาของอาสาสมัครสาธารณสุขผู้ดูแลผู้สูงอายุเช่นเรื่องทิม การเดินทาง ความรู้ การให้คำแนะนำ อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ เป็นต้น

5) ชั้นปรับปรุง นำผลการสะท้อนคิดจากการปฏิบัติการและชั้นสะท้อนผล สภาพปัญหา มาอภิปรายเพื่อหาแนวทางแก้ไขในแต่ละครั้ง เช่น ปัญหาอยากฆ่าตัวตายก็จะจัดคนไปดูและเป็นพิเศษพร้อมค้นหาสาเหตุปรึกษากับทีมจิตเวชโรงพยาบาลเข้ามาดูแล ติดตามเยี่ยมบ้านบ่อยๆ รายที่บ้านโคบ้านหักมอบหมายให้ ชมรมผู้สูงอายุช่วยดำเนินการ ซ่อมแซม วิทยุเสียและบริเวณปลั๊กไฟมีประกายไฟก็

มีอาสาสมัครในชุมชนที่มีฝีมือไปซ่อมแซมให้ บ้านคุณตาที่ได้รับรถ Wheel chair แต่พื้นดินที่อยู่เป็นหลุมบ่อใช้รถเข็นไม่ได้ หรือรายที่ห้องน้ำไม่เหมาะสมก็ประสานกับโรงไม้ โรงปูน ขอความอนุเคราะห์ดำเนินการเทพื้นให้ ปรับปรุงห้องน้ำให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายหน่วยงานภาคเอกชนช่วยเหลือเรื่องเครื่องอุปโภคบริโภค จัดนักศึกษาพยาบาลไปอ่านหนังสืออยู่เป็นเพื่อน จนกระทั่งทุกวันเสาร์คุณตาคุณยายมักจะอาบน้ำแต่งตัวรอเพราะเป็นวันที่รู้สึกว่ามีความสุขเป็นวันที่มีเพื่อนมาอยู่ด้วย รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ปัญหาของอาสาสมัครสาธารณสุขผู้ดูแลผู้สูงอายุเช่นเรื่องทิม การเดินทาง ความรู้ การให้คำแนะนำ อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ เหล่านี้ก็จะมีการปรับเปลี่ยนทุกวันเสาร์ให้มีความเหมาะสมกับการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านเป็นรายบุคคลในแต่ละครั้ง

### ระยะที่ 3 หาประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ผลการนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปใช้พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลจากอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลพุกม่วงมีความพึงพอใจภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย

ดังนี้ ( $\bar{x} = 4.36$ , S.D.= 0.63) เมื่อพิจารณา รายข้อพบว่า เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมีจิตบริการมากที่สุด รองลงมาคือ มีความเสมอภาคในการให้บริการ ระยะเวลาการจัดกิจกรรม การจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุ ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโครงการมีค่าเฉลี่ยดังนี้ ( $\bar{x} = 4.90$  4.85 4.80 4.80 4.70, S.D.= 0.31 0.37 0.41 0.41 0.40) ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลจากอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลพุกม่วงมีความพึงพอใจเรื่อง มีการประชาสัมพันธ์ข่าวสารอย่างทั่วถึงต่ำที่สุดมีค่าเฉลี่ยดังนี้ ( $\bar{x} = 3.45$ , S.D.= 0.69)

อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความคิดเห็นและศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลพุกม่วงภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยดังนี้ ( $\bar{x} = 3.95$ , S.D.= 0.64) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) อยากให้



คนนึกถึงสังคมส่วนรวมมากที่สุด รองลงมาคือ อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) ทำให้รู้สึกว่าคุณเองมีจิตอาสา อาสาสมัครผู้ดูแล ผู้สูงอายุ (อผส.) รู้สึกว่าเป็นห่วงผู้สูงอายุกลัวจะไม่มีใครดูแล อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) มีความมั่นใจที่จะไปดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) มีความรู้ในเรื่องการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ มีค่าเฉลี่ยดังนี้ ( $\bar{x}$  = 4.30 4.02 3.98 3.91 3.91, S.D.= 0.81 0.77 0.74 0.69 0.69) อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความคิดเห็นในการดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลพูกว่างเรื่องอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) มีความรู้ในเรื่องอาหารของ

ผู้สูงอายุต่ำที่สุด มีค่าเฉลี่ยดังนี้ ( $\bar{x}$  = 3.80, S.D. = 0.77)

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความคิดเห็นของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุในการดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลพูกว่างก่อนและหลังใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ โดยการทดสอบค่าที (paired t-test) พบว่า ความคิดเห็นของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุในการดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลพูกว่างก่อนและหลังใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบความคิดเห็นของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุในการดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลพูกว่างก่อนและหลังใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ

ความคิดเห็นของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ	ก่อน		หลัง		t
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	
ความคิดเห็น	3.25	.61	3.95	.64	8.844***

ผลการวิเคราะห์ผลกระทบ ประโยชน์รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่าอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น มีความรู้มากขึ้น และสามารถนำมาใช้ในการดูแลตนเอง ทำให้ได้ใช้เวลาร่วมให้เป็นประโยชน์ นอกจากนั้นบางคนไปทำงานที่อื่นไม่รู้จักรใครทำให้รู้จักคนมากขึ้น รู้สึกว่ามีเพื่อน ได้ช่วยเหลือคน รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า เป็นการพัฒนาจิตอาสา ทำให้กล้าแสดงออก

นอกจากนั้นการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลพูกว่าง อำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรีนั้นอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) บางคนพาหลานซึ่งเป็นเยาวชนไปด้วย จากการสนทนากลุ่มพบว่าเยาวชนเห็นสภาพปัญหาของผู้สูงอายุ รู้สึกสงสาร ต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุด้วย

จากการดูแลผู้สูงอายุของนักศึกษาที่เข้าไปมี

ส่วนร่วมนั้นนักศึกษาดูแลผู้สูงอายุในด้านคุณภาพชีวิต การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันซึ่งเป็นการดูแลที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล ตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุเช่น เป็นเพื่อนคุย เป็นผู้ฟังที่ดี อ่านหนังสือธรรมะให้ฟัง การดูแลสิ่งแวดล้อม ความสะอาดของร่างกาย เช่นคุณตาอยู่กับคุณยาย ลูกหลานไม่สนใจ คุณตาท้อแท้ จะฆ่าตัวตาย รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ไม่มีประโยชน์ ไม่รับประทานอาหารเช้าและเป็นภาระกับครอบครัวเมื่อไปพบพูดคุย ดูแล ให้กำลังใจ สอนการฟื้นฟูสภาพให้คุณยายช่วยนวดขาให้ แชะขาด้วยน้ำอุ่นปัจจุบันพบว่าคุณตายังมีชีวิตอยู่ พบว่าทุกวันเสาร์ผู้สูงอายุหลายๆคนจะแต่งตัวรอนักศึกษา คำถามที่เกิดกับนักศึกษาคืออยากไปดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องตามบริบทเป็นรายบุคคลโดยมีอาจารย์เป็นที่ปรึกษา



## อภิปรายผล

การดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลพุกวาง พบว่า เมื่อมีผู้สูงอายุที่ไม่มีญาติดูแล อยู่ใกล้บ้าน อผล. ไปสอบถามหรือดูแลเดือนละประมาณ 1-2 ครั้ง ช่วยดูแลเรื่องอาหารโดยนำอาหารไปให้อย่างสม่ำเสมอ ความรู้สึก ของ อผล. ที่มีต่อผู้สูงอายุในชุมชน คือเป็นคนที่มีคุณค่าทุกคนต้องช่วยกันดูแล อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลพุกวางภาพรวมอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษา<sup>(8,9)</sup> พบว่า บทบาทอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน คือการดูแลผู้สูงอายุด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ให้คำแนะนำและให้กำลังใจ ด้านสังคมคือให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมตามความเหมาะสม ให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ ด้านเศรษฐกิจ เกื้อหนุนเรื่องสิ่งของอุปโภคบริโภค ปัญหาความต้องการดูแลของผู้สูงอายุ คือด้านร่างกายไม่แข็งแรง เจ็บป่วยง่าย ไม่คล่องตัว เคลื่อนไหวร่างกายไม่สะดวก ด้านจิตใจ รู้สึกถูกทอดทิ้ง ขาดคนเอาใจใส่ดูแล วิตกกังวล เครียดเรื่องสุขภาพ ปัญหาค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาล ปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว ขาดการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความคิดเห็นและศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาล ตำบลพุกวางก่อนเข้าร่วมโครงการภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษา<sup>(10,11,12,13,14)</sup> พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแล

ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง ในภาพรวมมีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังเข้าร่วมโครงการมีความคิดเห็นและศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลพุกวางภาพรวมอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษา<sup>(6)</sup> พบว่า มีความรู้และความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังภายหลังการอบรมเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะเรื่องโรคและผลกระทบที่เกิดจากโรคเรื้อรัง

ผลการวิเคราะห์ผลกระทบ ประโยชน์รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มการดูแลผู้สูงอายุ

ของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่ามีความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น มีความรู้มากขึ้น และสามารถนำมาใช้ในการดูแลตนเอง ทำให้ได้ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ ทำให้รู้จักคนมากขึ้น รู้สึกว่ามีเพื่อน ได้ช่วยเหลือคน รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า เป็นการพัฒนาจิตอาสา ทำให้กล้าแสดงออกสอดคล้องกับการศึกษา<sup>(13,14,15)</sup> พบว่า ต้องเข้าไปพูดคุยเรื่องชีวิตประจำวันเพื่อให้เกิดทักษะที่สามารถดูแลตนเองได้ให้ออกกำลังกาย รับประทานอาหารที่ถูกหลักอนามัยและมีคุณค่าทางโภชนาการ ใช้ชีวิตไม่เหงา ให้กำลังใจ ปลอบใจ ไม่ให้เครียดและพูดคุยกับคนในครอบครัวให้เข้าใจผู้สูงอายุ เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วย เข้าไปดูแลผู้สูงอายุ ดูแลการเบื้องต้น การจัดยา ดูแลการทานยา พาไปพบแพทย์ตามนัด ให้ผู้สูงอายุได้แสดงออก การทำกิจกรรมที่ตนเองชอบ การเล่าเรื่องราวในชีวิต เรื่องภาคภูมิใจและการให้กำลังใจว่าผู้สูงอายุสามารถอยู่ได้อย่างมีความสุข

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลพุกวาง อำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี มีประสิทธิผลที่ดีเนื่องจาก 1) ชื่อรูปแบบคือ SINGTONG MODEL ซึ่งเป็นชื่อชมรมผู้สูงอายุตำบลพุกวางที่เกิดจากผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการตั้งชื่อ ดังนั้นทุกคนจึงต้องการให้ชื่อนี้มีชื่อเสียง ต้องการให้ทุกคนรู้จัก ขณะเดียวกันชมรมผู้สูงอายุมีความเข้มแข็งทั้งประธานชมรม คณะกรรมการและสมาชิกชมรมซึ่งมี อสม. เป็นส่วนหนึ่งของสมาชิก เมื่อรัฐบาลมีพระราชบัญญัติดูแลผู้สูงอายุขึ้น อสม. ซึ่งมีความเข้มแข็งและสั่งสมความรู้ มีศักยภาพพร้อมจึงยินดีสมัครเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Superintendent) ทุกคนมาด้วยใจ เพราะเดิมก็เป็นคนที่มีปัญหาที่อยู่ใกล้บ้านอยู่แล้ว มีข้อมูลผู้สูงอายุในความรับผิดชอบ จึงทำให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นรายบุคคลที่บ้าน (Individual) กระทำได้ง่ายขึ้นขณะเดียวกันมีเครือข่ายผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ ภาคประชาชน นักศึกษาพยาบาล อาจารย์ บุคลากรสถานีอนามัย บุคลากรเทศบาลตำบลพุกวาง และองค์กรภาคเอกชน (Network) เป็นการทำงาน



เป็นทีมซึ่งทีมการดูแลผู้สูงอายุเน้นการทำงานเป็นทีมเพื่อให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ (Team) มีการบริหารจัดการการดูแลผู้สูงอายุที่ดี (Organization) มีหน่วยงานภาครัฐที่สนับสนุนงบประมาณ (Government) ส่งผลให้ผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มพึ่งพา (Group Home) มีคุณภาพชีวิตที่ดี

### ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยขอเสนอแนวคิดที่อาจจะเป็นประโยชน์ในการนำไปใช้คือ

1. ควรมีการสร้างความรู้ความตระหนักให้ประชาชนหรืออาสาสมัครในพื้นที่เห็นความสำคัญของการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุในชีวิตประจำวันซึ่งเป็นปฏิกิริยาบุคคลในชุมชน เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพต่างๆ เช่นภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุได้ นอกจากนี้ในการไปดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุนั้นควรนำเอาเวชภัณฑ์ไปร่วมกิจกรรมด้วยเพื่อปลูกฝังคุณลักษณะจิตอาสาหรือจิตสาธารณะ

2. ควรนำนักศึกษาศึกษาเข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องตามบริบทเป็นรายบุคคลโดยมีอาจารย์เป็นที่ปรึกษาทำให้นักศึกษาเข้าใจการบริการด้วยหัวใจความเมตตาเพิ่มขึ้น

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลพุก ráng ที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยครั้งนี้

### เอกสารอ้างอิง

1. ปราโมทย์ ประสาทกุลและคณะ. ประชากรศาสตร์ สาระดัดศึกษา เรื่องประชากรมนุษย์. กรุงเทพฯ : บริษัท อัมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่งจำกัดมหาชน; 2543.
2. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. การศึกษาแบบคัดกรองและภาวะโภชนาการผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2545. นนทบุรี: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์; 2548.
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ผลการสำรวจผู้สูง

อายุ.(เข้าถึงเมื่อ 20 ธันวาคม 2552). เข้าถึงได้จาก <http://www.nso.go.th/>.

4. มาลินี วงษ์สิทธิ์. ครอบครัวและผู้สูงอายุ: ศึกษากรณีประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สถาบันประชากรศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2542.
5. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองคณชี่. ฐานข้อมูลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองคณชี่ อำเภอพระพุทธรบาท จังหวัดสระบุรี; 2553.
6. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. คู่มืออาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. กรุงเทพฯ. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2547.
7. เทศบาลตำบลพุก ráng. ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร. สระบุรี: เทศบาลตำบลพุก ráng อำเภอพระพุทธรบาท จังหวัดสระบุรี; 2553.
8. รัตนา แยมศรี. การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขเทศบาลเมืองรังสิต อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี ในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.
9. โรสลิน ปุระสิริ. อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ตำบลบางสีทอง อำเภอนางกรวย จังหวัดนนทบุรี. (วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม; 2551.
10. นิภา สุขเจริญและคณะ. บทบาทองค์กรชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาตำบลหนึ่งในจังหวัดภาคเหนือตอนล่าง (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2549.
11. จำเรียง งามศิริ. สภาพการปฏิบัติงานของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน กรณีศึกษาสำนักงานพัฒนาสังคมและสวัสดิ์กิจการกรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตร



- มหาบัณฑิต). เลย : มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย;  
2552.
12. นิตยา อุ่นเบา. การพัฒนาอาสาสมัคร  
สาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรค  
เรื้อรัง : กรณีศึกษาเฉพาะเขตคลองเตย  
กรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์ปริญญา  
สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ:  
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2549.
  13. ยอดศักดิ์ สุขโรจณี. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ  
ที่บ้านของอาสาสมัครในเขตพื้นที่องค์การ  
บริหารส่วน ตำบลบางสีทอง อำเภอบางกรวย  
จังหวัดนนทบุรี (การศึกษาระดับปริญญาตรี  
ประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต). ขอนแก่น:  
มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
  14. สุพจน์ บุญกลัด. แนวทางการพัฒนาการ  
ปฏิบัติหน้าที่อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุของ  
องค์การบริหารส่วนตำบลชอยสูง อำเภอดรอน  
จังหวัดอุดรธานี (วิทยานิพนธ์ปริญญาตรี  
ประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต). ขอนแก่น:  
มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.
  15. สุรพล ชยภพ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้  
สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนจังหวัด  
นครราชสีมา (วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญา  
ดุษฎีบัณฑิต). มหาสารคาม: มหาวิทยาลัย  
มหาสารคาม; 2552.



## ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้

จิราพร ทองดี\*

दारารวรรณ รองเมือง\*

ฉันทนา นาคฉัตรีย์\*

### บทคัดย่อ

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายไปในทางที่เสื่อม ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตต่อผู้สูงอายุ และเป็นที่น่าทึ่งกันว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในจังหวัดชายแดนภาคใต้มีสังคมวัฒนธรรม ความเชื่อ วิถีชีวิต ตลอดจนขนบธรรมเนียมประเพณีที่แตกต่างจากพื้นที่อื่น นอกจากนี้ยังต้องประสบกับเหตุการณ์ความไม่สงบต่างๆ และอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่ปลอดภัย การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขต 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ (สงขลา สตูล ยะลา ปัตตานี และนราธิวาส) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุจำนวน 727 คน ร้อยละ 61 เป็นเพศหญิง (443 คน) ร้อยละ 39 เป็นเพศชาย (284 คน) อายุเฉลี่ย 71 ปี (range = 63–86, SD = 9.93) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม คิดเป็นร้อยละ 78.6 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามภาวะสุขภาพ และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุ ร้อยละ 70 ป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อยหนึ่งโรคต่อคน โรคที่พบบ่อยได้แก่ ความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 34.5 เบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 6.9 โรคหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 1.5 และ ไตวายเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ 1.5 ปัญหาสุขภาพที่พบส่วนใหญ่มีปัญหากับการมองเห็น คิดเป็นร้อยละ 58 ผิวหนังแห้งและมีผื่นคัน คิดเป็นร้อยละ 39.90 การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ คิดเป็นร้อยละ 30 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.1 ( $\bar{x}$  = 85.70, range = 44–117, SD = 1.27) และ 51.60 ( $\bar{x}$  = 90.60, range = 43–119, SD = 12.3) ตามลำดับ โดยคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับภาวะสุขภาพ ( $r = .77, p < .01$ ) ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยครั้งนี้คือบุคลากรในทีมสุขภาพ ตลอดจนผู้ที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ควรมีส่วนร่วมในการวางแผนจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เหมาะสมกับบริบทของวัฒนธรรมท้องถิ่น โดยเฉพาะหลักศาสนาซึ่งเป็นปัจจัยป้องกันที่สำคัญเฉพาะในผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ดังนั้นการใช้หลักศานานาสุขภาพในผู้สูงอายุ การบูรณาการความรู้เรื่องศาสนาให้สอดคล้องกับพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง อาจมีผลช่วยการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

**คำสำคัญ :** ภาวะสุขภาพ, คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ, จังหวัดชายแดนภาคใต้





## Health Status and Quality of Life among the Elderly in the Southern Border Provinces of Thailand

*Jeraporn Tongdee\**

*Daravan Rongmuang\**

*Chantana Nakchatree\**

### Abstract

Physical decline in the elderly may increase the risk of chronic disease and affect their quality of life. It is well known that the elderly living in the Southern border provinces of Thailand have different social culture, beliefs, lifestyle, custom and tradition from those the other regions. Moreover, they have experience of the unrest situation and unsafe situation. The purpose of this study was to examine the relationship between health status and quality of life among the elderly in the Southern border provinces of Thailand (Songkhla, Satun, Yala, Pattani, and Narathiwat provinces)

Total sample of 727 elderly were recruited. There were 443 women (61%) and 284 men (39%). The mean age was 71 years (range = 63–86, SD = 9.93). Islam is the dominant religion (76.6%). The data were collected using a structured questionnaire including demographic data, Health Status Questionnaire, and Elderly Quality of Life Index. Frequency, percentage, mean, standard deviation, and the Pearson product–moment correlation coefficient were analyzed.

The results revealed that 70 percent of the elderly have at least one chronic illness. The most common chronic illnesses including hypertension (34.5%), diabetes mellitus (6.9%), heart disease (1.5%), chronic kidney disease (1.5%). The most common health problems including visual problems (58%), dry and itchy skin (39.9%), and bladder control problems (30%). Most of the elderly have moderate health status (59.1%) and quality of life (51.6%) ( $\bar{x} = 85.7$ , range = 44–117, SD = 1.27 and  $\bar{x} = 90.6$ , range = 43–119, SD = 12.3), respectively. Quality of life has positively relationship with health status ( $r = .77$ ,  $p < .01$ ).

These findings suggested that the health care providers and caregiver of the elderly should participate in chronic illness prevention and planning health promotion activities which appropriate with cultural context. Fostering the potential protective factor among this group, specifically from the perspective of cultural and religious integration to promote healthy behaviors in order to improve health status and quality of life.

**Keywords :** Health Status, Quality of Life among the Elderly, Muslim, The Southern Border Provinces of Thailand



## บทนำ

นับแต่ศตวรรษที่ 21 ทั่วโลกเผชิญกับปัญหาประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว<sup>(1)</sup> อันเป็นผลมาจากความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุขทำให้คนมีอายุยืนขึ้น ในปี ค.ศ. 2005 พบว่าประชากรสูงอายุทั่วโลกมีจำนวน 672 ล้านคน<sup>(2)</sup> โดย 2 ใน 3 ของประชากรสูงอายุทั่วโลกอาศัยอยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา<sup>(3)</sup> สำหรับประเทศไทยซึ่งเป็นหนึ่งในประเทศที่กำลังพัฒนา จากผลการสำรวจประชากรผู้สูงอายุที่ผ่านมา ในปี พ.ศ. 2535, 2545 และ 2550 พบว่าประเทศไทยมีจำนวนและสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 6.8 9.4 และ 10.7 ตามลำดับ<sup>(4)</sup> การลดลงอย่างรวดเร็วของภาวะเจริญพันธุ์ในประเทศไทยเป็นสาเหตุหลักที่นำไปสู่การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุ อีกทั้งในช่วงที่ผ่านมาได้มีการพัฒนาด้านการแพทย์และสาธารณสุข ส่งผลให้คนไทยมีอายุยืนยาวขึ้น โดยในช่วงปี พ.ศ. 2548-2553 อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของผู้ชายไทย 68.5 ปี ผู้หญิงไทย 75 ปี และคาดว่าในปีพ.ศ. 2568-2573 จะเพิ่มขึ้นถึง 73.6 ปี ในผู้ชาย และ 79.1 ปี ในผู้หญิง<sup>(5)</sup> ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทยได้เคลื่อนเข้าสู่ “ภาวะประชากรสูงอายุ” (population aging)

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระของร่างกาย การทำหน้าที่ของร่างกายลดลง ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยเฉพาะโรคเรื้อรังซึ่งเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุ<sup>(6)</sup> มีรายงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุทั่วโลก พบว่าร้อยละ 70 ป่วยเป็นโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค<sup>(3)</sup> สอดคล้องกับการสำรวจในประเทศสหรัฐอเมริกาซึ่งเป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว พบว่าผู้สูงอายุที่อายุ 65 ปีขึ้นไปประมาณร้อยละ 80 มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค และประมาณร้อยละ 50 มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อย 2 โรค<sup>(7)</sup> นอกจากนี้ยังพบแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ เช่น ภาวะซึมเศร้า ภาวะเครียดและความวิตกกังวล สำหรับประเทศไทยพบว่าผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคเรื้อรังมากกว่าครึ่ง ร้อยละ 54.9 และจาก

การสำรวจในปี พ.ศ. 2546-2552 พบว่าโรคเรื้อรังที่ผู้สูงอายุเป็นมาก 3 ลำดับแรกคือ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคของต่อมไร้ท่อ โรคระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อ โดยโรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคของต่อมไร้ท่อมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง<sup>(8)</sup> สอดคล้องกับการศึกษาของปีนเนเรต กาศอุดม และคณะ<sup>(9)</sup> ที่พบว่าผู้สูงอายุในเขตภาคตะวันออกเฉียง มีโรคประจำตัว 3 อันดับแรกคือ ความดันโลหิตสูง โรคเกี่ยวกับกล้ามเนื้อและกระดูก และโรคเบาหวาน และความชุกของโรคเรื้อรังจะเพิ่มสูงขึ้นเมื่อผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้น โดยร้อยละ 70 ของผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นมีโรคเรื้อรังหลายโรค<sup>(10)</sup> ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพหรือภาวะโรคเรื้อรังทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

จากรายงานการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุไทย พบว่าระดับสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับอายุ กล่าวคือ เมื่อผู้สูงอายุมีอายุมากมีแนวโน้มที่จะมีสุขภาพไม่ดี มีการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 พบว่าผู้สูงอายุประเมินภาวะสุขภาพของตนเองว่ามีสุขภาพดีเพียงร้อยละ 43 สุขภาพปานกลาง ร้อยละ 28.29 สุขภาพไม่ดี ร้อยละ 21.5 และ สุขภาพไม่ดีมาก ร้อยละ 2.8 โดยกลุ่มผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลาย ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพไม่ดีมากกว่าผู้สูงอายุวัยต้น<sup>(8)</sup> และน้ำฝน กองอรินทร์ และคณะ<sup>(11)</sup> ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ การคมนาคม บทบาทและสัมพันธภาพ และปัจจัยทำนายที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยด้านการดูแลสุขภาพ ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการพักผ่อนนอนหลับ และปัจจัยด้านโครงสร้างทางสังคม ด้านระดับการศึกษา

การที่ระดับภาวะสุขภาพที่แตกต่างกันอาจทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุแตกต่างกันได้ โดย



คุณภาพชีวิตหมายถึง การรับรู้ความพึงพอใจและการรับรู้สถานะด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสภาพแวดล้อมของบุคคล ในการดำรงชีวิตในสังคม จากการศึกษาของอุทัย สุขสุข และคณะ<sup>(12)</sup> พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ ร้อยละ 70.1 อยู่ในระดับปานกลาง ผู้สูงอายุกรุงเทพมหานครมีคุณภาพชีวิตระดับสูงกว่าภูมิภาคอื่น และภาวะสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้สูงอายุภาคใต้ โดยวรรณ กุมารจันทร์<sup>(13)</sup> ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ตอนบน จำนวน 400 คน พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยด้านศาสนา และลักษณะการอยู่อาศัยของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของมะรุสะดี ดีสาอะ<sup>(14)</sup> ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตตำบลตาเนาะปูเต๊ะ อำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา จำนวน 99 คน พบว่าผู้สูงอายุคุณภาพชีวิตโดยภาพรวมอยู่ในระดับสูงซึ่งปัจจัยด้านประชากร เช่น อาชีพ เพศ อายุ ศาสนา รายได้ของครอบครัว ที่แตกต่างกันย่อมส่งผลให้ระดับคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันได้

การศึกษาภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตจังหวัดชายแดนภาคใต้ประกอบด้วย จังหวัดสงขลา สตูล ยะลา ปัตตานี และนราธิวาส โดยที่ผู้สูงอายุเหล่านี้ มีสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ วิถีชีวิต ตลอดจนขนบธรรมเนียมประเพณีที่แตกต่างจากผู้สูงอายุในพื้นที่อื่น และพบว่าในเขตภาคใต้ของประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงทางสังคม มีการย้ายถิ่นของแรงงานวัยหนุ่มสาวเพื่อประกอบอาชีพในเขตพื้นที่ที่มีความเจริญ ทำให้สมาชิกในครอบครัว ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุต้องอาศัยเพียงลำพัง<sup>(15)</sup> จากรายงานสำรวจปีพ.ศ. 2548 พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยเพียงลำพังในเขตภาคใต้มีจำนวน 69,400 คน หรือร้อยละ 8 ของจำนวนผู้สูงอายุที่อาศัยเพียงลำพังทั่วประเทศ<sup>(4)</sup> ยิ่งไปกว่านั้นผู้สูงอายุในเขต 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ยังต้องประสบกับเหตุการณ์ความ

ไม่สงบต่างๆ และอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งอาจทำให้ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตมีความแตกต่างกับผู้สูงอายุในพื้นที่อื่น ซึ่งการศึกษาภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ผ่านมามีส่วนใหญ่ออกศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยภาคกลาง ภาคตะวันออก ภาคเหนือ และภาคใต้ตอนบน ซึ่งมีความแตกต่างกันในด้านสภาพแวดล้อม ลักษณะการดำรงชีวิต วัฒนธรรม และศาสนา การวิจัยครั้งนี้จึงเป็นการวิจัยนำร่องเพื่อที่จะได้ทราบข้อมูลภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตจังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีลักษณะเฉพาะ และเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยนำผลการศึกษาค้นคว้าไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตจังหวัดชายแดนภาคใต้
2. ศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตจังหวัดชายแดนภาคใต้

### กรอบแนวคิดการวิจัย

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระของร่างกายไปในทางที่เสื่อม ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง เป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคมความสามารถในการทำกิจกรรมและบทบาททางสังคมลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลง ซึ่งคุณภาพชีวิตหมายถึง การรับรู้ความพึงพอใจและการรับรู้สถานะด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสภาพแวดล้อมของบุคคล ในการดำรงชีวิตในสังคมสามารถประเมินได้จากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต ขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL



-BREF-THAI) สำหรับผู้สูงอายุ เนื่องจากเครื่องมือดังกล่าวมีค่าความเชื่อมั่นสูง มีเนื้อหาครอบคลุมตามองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน คือ องค์ประกอบ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสภาพแวดล้อม และผ่านการใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา สำหรับผู้สูงอายุแต่ละคน อาจมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากมีความแตกต่างของภาวะสุขภาพ ซึ่งหมายถึง ภาวะที่สมบูรณ์แข็งแรงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายในทางที่เสื่อม ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพและโรคเรื้อรัง เกิดการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพที่เชื่อมโยงกันทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ความสามารถในการทำกิจกรรม และบทบาททางสังคมลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และปัจจัยด้านประชากร อาทิ เพศ อายุ ศาสนา รายได้ ของครอบครัว โดยเฉพาะผู้สูงอายุในเขต 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ที่มีสังคม วัฒนธรรมความเชื่อ วิถีชีวิต ตลอดจนขนบธรรมเนียมประเพณีที่แตกต่างจากผู้สูงอายุในพื้นที่อื่น และยังต้องประสบกับเหตุการณ์ความไม่สงบต่างๆ และอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งอาจทำให้ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตมีความแตกต่างกับผู้สูงอายุในพื้นที่อื่น

## วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตจังหวัดชายแดนภาคใต้ ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย 1 มีนาคม 2553 – 31 ธันวาคม 2553

### 1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งอาศัยอยู่ในเขต 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามตารางกำหนดขนาดตัวอย่างของ Taro Yamane<sup>(16)</sup> ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% โดยเลือกขนาดตัวอย่างตามความคลาดเคลื่อน  $\pm 4\%$  ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 625 คน ผู้วิจัยเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

เป็น 727 คน การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบสะดวก (convenient sampling) ตามคุณสมบัติดังนี้

1. อายุ 60 ปีขึ้นไป
2. สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยหรือภาษาเขมรได้ดี
3. มีความสมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

### 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรสระดับการศึกษา อาชีพในปัจจุบัน แหล่งที่มาของรายได้ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้จำนวนสมาชิกในครอบครัว บุคคลที่กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ด้วยบุคคลที่มีหน้าที่หลักในการดูแลผู้สูงอายุ โรคประจำตัว

2.2 แบบสอบถามภาวะสุขภาพ โดยใช้แบบวัดภาวะสุขภาพของ สุพรรณิ นันทชัย<sup>(17)</sup> จำนวน 30 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้ทดสอบหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือดังกล่าวไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุในเขตจังหวัดชายแดนภาคใต้ จำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำแบบสอบถามมาคำนวณหาค่าความสอดคล้องภายในโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.89 ซึ่งอยู่ในระดับดีมาก

2.3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต โดยนำเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต ขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL - BREF-THAI) ซึ่งสุวรรณ มหัตถนิรันดร์กุล และคณะ<sup>(18)</sup> ได้แปลและพัฒนาจากแบบวัดคุณภาพชีวิต ขององค์การอนามัยโลก 100 ข้อ เป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อ 26 ข้อ และได้มีการนำไปใช้ในประเทศไทยอย่างกว้างขวางในกลุ่มประชากรทั่วไปและในกลุ่มผู้ป่วย รวมทั้งได้มีการปรับและพัฒนาแบบวัดเพื่อใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุ โดย สุนทรดา ตะบุญพงศ์ วันดี สุทธิรังสี และพัชรียา ไชยลังกา<sup>(19)</sup> มีการประเมินคุณสมบัติแบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อขององค์การอนามัย



โลกในกลุ่มผู้สูงอายุไทย จำนวน 268 ราย พบว่ามีค่าความเที่ยงและค่าความสอดคล้องภายใน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .90 ( $p < .001$ ) ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค .89 ( $p < .001$ ) โดยปรับแบบสอบถามเป็น 25 ข้อ แบ่งองค์ประกอบเป็น 3 ด้าน คือ ด้านร่างกาย 7 ข้อ ได้แก่ ภาวะสุขภาพ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การเดินทาง และการทำงาน ด้านจิตสังคม 10 ข้อ ได้แก่ การเงิน ที่อยู่อาศัย มิตรภาพ การสนับสนุนทางสังคม การพักผ่อน และความพอใจในตนเอง ด้านจิตวิญญาณ 8 ข้อ ได้แก่ เป้าหมายในชีวิต ความหมายของชีวิต สมบัติในการทำงาน ความรู้สึกปลอดภัย ความพอใจในรูปร่างหน้าตา ความมีกำลังวังชา และความพอใจในที่อยู่อาศัย ซึ่งก่อนนำไปให้ผู้วิจัย ได้ทดสอบหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยทดลองใช้กับผู้สูงอายุในเขตจังหวัดชายแดนภาคใต้ จำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำแบบสอบถามมาคำนวณหาค่าความสอดคล้องภายใน โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.90

การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ได้พิจารณาและผ่านการรับรองการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

ผู้วิจัยได้เตรียมผู้ช่วยวิจัย จำนวน 20 คน ซึ่งเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 โครงการผลิตพยาบาลเพิ่มเพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลในเขตภาคใต้ที่มีภูมิลาเนาอยู่ในเขตจังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งสามารถใช้ภาษาayi ในการสื่อสารกับกลุ่มตัวอย่างได้ดี โดยผู้วิจัยจัดอบรมวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การใช้แบบสอบถาม และให้ผู้ช่วยวิจัยทดลองใช้แบบสอบถาม ก่อนการเก็บ พบว่า ค่าความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมิน (inter-rater reliability) อยู่ระดับดีถึงดีมาก ( $\kappa = .87-.90$ )

### 3. การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปวิเคราะห์ ดังนี้

3.1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ความถี่ร้อยละ

ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.2 วิเคราะห์คะแนนภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิต โดยการหาค่าพิสัย (range) ค่าเฉลี่ย (mean:  $\bar{x}$ ) และหาค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD)

3.3 หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขต 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ วิเคราะห์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล มีดังนี้

**ข้อมูลทั่วไป** กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุจำนวน 727 คน เพศหญิง 443 คน ร้อยละ 61 เพศชาย 284 คน ร้อยละ 39 อายุเฉลี่ย 71 ปี (range = 63–86, SD = 9.93) สถานภาพสมรสร้อยละ 59.10 ไม่ได้เรียนหนังสือมากที่สุด ร้อยละ 51.2 รองลงมาจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 40.80 ส่วนใหญ่ไม่ได้อ่านหนังสือ ร้อยละ 78.6 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 51.60 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 1,000 บาท ร้อยละ 40.7 แหล่งที่มาของรายได้จากบุตรหลาน ร้อยละ 47.6 รองลงมาได้จากการประกอบอาชีพ ร้อยละ 45.4 มีรายได้เพียงพอและเหลือเก็บร้อยละ 79 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีบุตร 5–6 คน ร้อยละ 34 และมีผู้ดูแลหลักเป็นบุตรสูงถึง ร้อยละ 69.50 โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว ร้อยละ 70 และมีโรคประจำตัว จำนวน 1 โรค ร้อยละ 44 จำนวน 2 โรค ร้อยละ 16 และจำนวน 3 โรคขึ้นไป ร้อยละ 10 โรคที่พบบ่อยได้แก่ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 34.5 โรคเบาหวาน ร้อยละ 6.9 โรคหัวใจ ร้อยละ 1.5 ไตวายเรื้อรัง ร้อยละ 1.5 ปัญหาสุขภาพที่พบส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็น ร้อยละ 58 ผิวหนังแห้งและมีผื่นคัน ร้อยละ 39.90 การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ ร้อยละ 30

### ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาพบว่าคะแนนภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วง 44–117 คะแนน ( $\bar{x} = 85.70$ , SD=12.30) เมื่อนำคะแนนของกลุ่มตัวอย่างมาแบ่ง



ช่วงคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ ภาวะสุขภาพดี ปานกลาง และต่ำ การแปลผลคะแนนจะพิจารณาตามเกณฑ์ที่กำหนดเป็น 3 ระดับ โดยใช้หลักการทางสถิติ คือ ค่าพิสัย (ค่าคะแนนสูงสุด - ค่าคะแนน

ต่ำสุด) /3 ของกานดา พูนลาภทวี<sup>20</sup> หาความถี่ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง ในแต่ละระดับ พบว่าค่าคะแนนภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.10 ตามตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** แสดง ค่าต่ำสุด-สูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับภาวะสุขภาพ (N=727)

ตัวแปร	ค่าต่ำสุด- สูงสุด		$\bar{x}$	SD	จำนวน (ร้อยละ) ของกลุ่มตัวอย่าง		
	แบบสอบถาม	กลุ่มตัวอย่าง			ดี	ปานกลาง	ต่ำ
ภาวะสุขภาพ	30-120	44-117	85.70	1.27	343 (37.60)	430(59.10)	24(3.30)

### คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาพบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในช่วง 43-119 คะแนน ( $\bar{x}$  =90.60, SD=12.30) เมื่อนำคะแนนของกลุ่มตัวอย่าง มาแบ่งช่วงคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ คุณภาพชีวิตระดับสูง ปานกลาง และต่ำ การแปลผลคะแนนจะพิจารณาตามเกณฑ์ที่กำหนดเป็น 3 ระดับ มาแบ่งช่วงคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ คุณภาพชีวิตระดับสูง ปานกลาง และต่ำ โดยใช้หลัก

การทางสถิติ คือ ค่าพิสัย (ค่าคะแนนสูงสุด - ค่าคะแนนต่ำสุด) /3 ของกานดา พูนลาภทวี<sup>20</sup> หาความถี่ ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละระดับ พบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.60 เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและจิตสังคม ระดับปานกลาง ร้อยละ 60.90 และ 50.06 ตามลำดับ ส่วนคุณภาพชีวิตด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 50.06

**ตารางที่ 2** แสดงค่าต่ำสุด-สูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม และรายด้าน (N=727)

ตัวแปร	ค่าต่ำสุด- สูงสุด		$\bar{x}$	SD	จำนวน (ร้อยละ) ของกลุ่มตัวอย่าง		
	แบบสอบถาม	กลุ่มตัวอย่าง			ดี	ปานกลาง	ต่ำ
คุณภาพชีวิตโดยรวม	25-125	43-119	90.60	12.30	343 (47.20)	375 (51.60)	9 (1.20)
ด้านร่างกาย	7-35	7-34	24.33	4.76	236 (32.50)	443 (60.90)	48 (6.60)
ด้านจิตสังคม	10-50	19-50	37.03	4.99	353 (48.60)	368 (50.06)	6 (0.80)
ด้านจิตวิญญาณ	8-40	14-40	29.24	4.39	368 (50.06)	350 (48.10)	9 (1.20)





### ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิต

ก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเรื่องการแจกแจงแบบโค้งปกติ โดยใช้สถิติทดสอบ Koromogorov-Sminov test และความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง โดยใช้ Scatter plot พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ และมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับภาวะสุขภาพ ( $r=.77, p<.01$ ) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าคุณภาพชีวิตด้านร่างกายมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับภาวะสุขภาพ ( $r=.77, p<.01$ ) คุณภาพชีวิตด้านจิตสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับภาวะสุขภาพ ( $r=.610, p<.01$ ) และคุณภาพชีวิตด้านจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับภาวะสุขภาพ ( $r=.62, p<.01$ ) ตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิต (N=727)

คุณภาพชีวิต	ภาวะสุขภาพ
คุณภาพชีวิตโดยรวม	.77**
ด้านร่างกาย	.77**
ด้านจิตสังคม	.61**
ด้านจิตวิญญาณ	.62**

\*\* $p < .01$

### สรุป อภิปรายผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค โดยโรคที่พบบ่อยได้แก่ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ไตวายเรื้อรัง ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจผู้สูงอายุทั้งประเทศในปี.ศ. 2546-2552 ที่พบว่าผู้สูงอายุไทยมากกว่าครึ่ง ร้อยละ 54.9 ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง และ

โรคเรื้อรังที่เป็นมาก 3 ลำดับแรก คือโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคของต่อมไร้ท่อ โรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูก และข้อ โดยโรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคของต่อมไร้ท่อมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง<sup>(5)</sup> สำหรับปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยกว่าครึ่งคือปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็น เมื่ออายุมากขึ้นจะเกิดความเสื่อมถอยของอวัยวะต่างๆ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดโรคได้ง่าย โดยเฉพาะความเสื่อมของลูกตาทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ตาพร่ามัว และพบว่าโรคที่เกิดจากความเสื่อมของดวงตาในวัยสูงอายุที่พบบ่อยมากที่สุดคือ ต้อกระจก ซึ่งพบสูงถึง 1 ใน 5 ของผู้สูงอายุเป็นโรคต้อกระจก โดยจะพบอัตราสูงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น<sup>(6)</sup> และพบผิวหนังแห้งและมีผื่นคัน การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ สอดคล้องกับการสำรวจสุขภาพของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 ของสำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 17.9 กลั้นปัสสาวะได้เป็นบางครั้ง และร้อยละ 11.9 กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ผลการ ศึกษาพบว่าคะแนนภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากลักษณะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น ร้อยละ 68.10 ซึ่งเป็นวัยที่มีความเสื่อมของร่างกายไม่มากนัก<sup>(6)</sup> จึงทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับรู้ว่าคุณภาพดี

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางเนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้นซึ่งยังมีสุขภาพดี ไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ ทำให้เกิดความพึงพอใจที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดูแลตนเองและประกอบอาชีพได้ ผู้สูงอายุที่ยังสามารถทำงานได้ ช่วยเหลือตัวเองได้ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รู้สึกว่าชีวิตมีความหมาย<sup>(21)</sup> และรู้สึกพึงพอใจในชีวิตจากการศึกษาของ วิโรจน์ เรื่องสะอาด<sup>(22)</sup> พบว่าคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในตำบลบ้านสหกรณ์ กิ่งอำเภอ แม่อน จังหวัดเชียงใหม่ มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากสามารถเดิน



ทางไปไหนมาไหนได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ถึงแม้จะมีโรคประจำตัวแต่ยังสามารถเดินทางไปรักษาพยาบาลและสามารถทำงานได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ เล็งและแวง<sup>(23)</sup> ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ร่างกายยังทำหน้าที่ได้ดีจะมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง ในการศึกษาครั้งนี้คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่ามากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่าง มีโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค แต่ยังสามารถประกอบอาชีพ และมีรายได้เพียงพอ และเหลือเก็บ และเนื่องจากลักษณะวัฒนธรรมของผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ เป็นพื้นที่ชนบทมีลักษณะของความพอเพียง มีการปลูกพืชผักและเลี้ยงสัตว์ มาประกอบอาหารในครัวเรือน รายได้เพียงเล็กน้อยก็สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ และสามารถเก็บออมไว้บางส่วน บุคคลที่มีรายได้เพียงพอ มีโอกาสที่จะแสวงหาสิ่งจำเป็นขั้นพื้นฐาน นอกจากนี้ยังเป็นปัจจัยขั้นพื้นฐานที่สำคัญของการปรับตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ<sup>24</sup> เนื่องจากผู้สูงอายุมีรายได้เพียงพอและมีเหลือเก็บไว้ จะไม่วิตกกังวลว่าเมื่อไม่ได้ทำงาน จะไม่มีเงินใช้จ่ายส่งผลให้รับรู้ว่ามีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า รายได้มีความสำคัญกับคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุที่มีรายได้หรือเศรษฐกิจดี จะมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ<sup>(25)</sup> แต่เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง ซึ่งคุณภาพชีวิตด้านจิตวิญญาณเป็นการสำรวจความรู้สึกของบุคคล เกี่ยวกับเป้าหมายของชีวิต ความมั่นคงในชีวิต ความปลอดภัยจากอันตรายต่างๆ ที่คุกคามความมั่นคงปลอดภัย ความมีกำลังวังชา ความพอใจในที่อยู่อาศัย จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าคุณภาพชีวิตด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างอยู่ในสถานการณ์ความรุนแรง และไม่ปลอดภัย จากการก่อการร้ายในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ก่อให้เกิดความสูญเสียทั้งชีวิตและทรัพย์สิน ซึ่งส่งผลต่อวิถีการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตของประชาชนที่ยังคงอาศัยอยู่ใน

พื้นที่ ดังการศึกษาของ พัชรี พุทธิชาติ<sup>(26)</sup> เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของแพทย์ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับไม่ดีมากที่สุด และความรู้สึกไม่ปลอดภัยจากสถานการณ์ความไม่สงบเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของแพทย์ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ แสดงให้เห็นว่าสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้น่าจะเป็นสาเหตุหลักให้เกิดความรู้สึกว่าชีวิตไม่มั่นคงปลอดภัย ซึ่งแตกต่างจากคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในการศึกษาครั้งนี้ ที่กลับมีคุณภาพชีวิตด้านจิตวิญญาณในระดับสูง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุมุสลิม ซึ่งเป็นวัยที่มีความผูกพันกับศาสนา เมื่ออายุมากขึ้นบุคคลจะมีความศรัทธาเชื่อมั่นในศาสนา และมีศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวมากขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุมุสลิมปฏิบัติตามหลักคำสอนอย่างเคร่งครัด ทั้งนี้เนื่องจากได้รับการอบรมสั่งสอนให้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาตั้งแต่เยาว์วัย มีการปลูกฝังเรื่องหลักศาสนา ผ่านระบบการศึกษาเล่าเรียนจากศูนย์อบรมศาสนาอิสลามและจริยธรรมประจำมัสยิดหรือศูนย์อบรมประจำหมู่บ้าน ที่เรียกว่า “ดาดีกา”<sup>(27)</sup> ทำให้ศาสนาฝังรากลึกอยู่กับมุสลิม จนยากที่จะแยกออกจากกันได้ ผู้สูงอายุมุสลิมมีความเชื่อ และศรัทธาที่แข็งแกร่งในอัลลอฮ์ เป็นผู้ทรงเดชานุภาพ เป็นผู้สร้างทุกสิ่งบนโลกนี้ และทุกอย่างที่เกิดขึ้นในโลกเป็นไปตามประสงค์ของอัลลอฮ์ ซึ่งเป็นสิ่งที่มนุษย์มีอาจหลีกเลี่ยงได้ ความเชื่อดังกล่าวส่งผลให้มุสลิมมีเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ ช่วยให้อารมณ์มั่นคง สามารถปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ ถึงแม้มีเหตุการณ์ความไม่สงบจากการก่อการร้ายในปัจจุบันที่ได้ทวีความรุนแรงมากขึ้น และเกิดอย่างต่อเนื่อง<sup>(20)</sup>

ผู้สูงอายุมุสลิมส่วนใหญ่จะมีการจัดการความเครียดของตนเอง โดยใช้ศรัทธาต่อพระเจ้า และการปฏิบัติกิจกรรมศาสนา ซึ่งได้แก่การนมาซ การสวดมนต์ การอ่านหรือฟังอัล-กรุอ่าน การนึกถึงคำสอนทางศาสนา<sup>(29)</sup> การปรึกษาผู้นำศาสนา



และการสร้างความรู้สึกไว้วางใจในพระเจ้า ซึ่งการปฏิบัติดังกล่าวก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ กฤษณา โดยพิลา<sup>(30)</sup> เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพจิตและจิตวิญญาณของผู้สูงอายุมุสลิม จังหวัดสตูล พบว่า ผู้สูงอายุมุสลิมจังหวัดสตูลมีการสร้างเสริมสุขภาพจิตและสุขภาพจิตวิญญาณในระดับสูง โดยเฉพาะเรื่อง การขอพรต่ออัลลอฮ์ เพื่อให้ตนเองรู้สึกมั่นคงปลอดภัย มีคะแนนอยู่ในระดับสูง เนื่องจากกลุ่มผู้สูงอายุมุสลิมมีความเชื่อและศรัทธาว่าพระเจ้าจะอยู่เคียงข้างผู้ปฏิบัติตนตามแนวทางของอิสลาม และผู้ที่มีศรัทธาอย่างแท้จริง ดังนั้นเมื่อเกิดความรู้สึกหวาดกลัวและรู้สึกไม่มั่นคง ผู้สูงอายุมุสลิมจะขอพรจากอัลลอฮ์ ให้ปลอดภัยในทุกๆ ด้าน ซึ่งการขอพรดังกล่าวจะช่วยให้มุสลิมรู้สึกอบอุ่นใจ<sup>(31)</sup>

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิต พบว่าคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับภาวะสุขภาพ โดยภาวะสุขภาพด้านร่างกายมีความสัมพันธ์ในระดับสูงมากที่สุด รองลงมาเป็นด้านจิตวิญญาณ และด้านจิตสังคมตามลำดับ จึงกล่าวได้ว่าการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายในทางที่เลื่อม ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพและโรคเรื้อรัง เกิดการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่เชื่อมโยงกันทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ ความสามารถในการทำกิจกรรมและบทบาททางสังคมลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านจิตสังคมลดลง และหากผู้สูงอายุไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ มากนัก ทำให้เกิดความพึงพอใจที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดูแลตนเองได้ ผู้สูงอายุยังสามารถทำงานได้ ช่วยเหลือตัวเองได้ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รู้สึกว่าชีวิตมีความหมาย<sup>21</sup> ก็จะส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง

### ข้อจำกัดในการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้สูงอายุมุสลิมซึ่ง

อยู่ในสภาพแวดล้อมและวัฒนธรรมชุมชนมุสลิม มีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เฉพาะ อาจไม่สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มผู้สูงอายุอื่นได้ แต่อย่างไรก็ตาม การศึกษาดังนี้เป็นการศึกษานำร่องเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตจังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งผลการศึกษาดังนี้ บุคลากรในทีมสุขภาพ ตลอดจนผู้ที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ สามารถนำไปใช้ในการวางแผนจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เหมาะสมกับบริบทของวัฒนธรรมท้องถิ่นเพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

### เอกสารอ้างอิง

1. Organization for Economic Co-operation and Development. Ageing and Employment Policies "Live Longer, Work Longer" [Internet]. 2006 [cited 2006 Jun 7]. Available from: [http://www.oecd.org/documentprint/0,2744,en\\_2649\\_3743536104426\\_111\\_37435,00.html](http://www.oecd.org/documentprint/0,2744,en_2649_3743536104426_111_37435,00.html)
2. United Nations. World population Prospects: the 2004 Revision. POPULATION Newsletter 2005; 79: 1-20.
3. World Health Organization. Ageing and life course [Internet]. 2005 [cited 2005 Dec 2]. Available from: <http://www.who.int/ageing/en>
4. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550. กรุงเทพฯ: บริษัท ธนาเพรส จำกัด; 2551.
5. United Nation. World Population Ageing 2007. New York: Department of Economic and Social Affairs Population Division; 2007.
6. Eliopoulos C. Gerontological Nursing. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
7. McGuire CL, Strine WS, Okoro AC, Ahluwalia IB, Ford SE. Healthy Lifestyle Behaviors Among Older U.S. Adults With and Without



- Disabilities, Behavioral Risk Factor Surveillance System [Internet]. 2003 [cited 2007 March 7]. Available from: [http://www.cdc.gov/pcd/issues/2007/jan/06\\_0029.htm](http://www.cdc.gov/pcd/issues/2007/jan/06_0029.htm).
8. สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2552. กรุงเทพฯ: บริษัททีทีคิวพี จำกัด; 2552.
  9. ปิ่นนเรศ กาศอุดม, คณิศร แก้วแดง, ธีสมน นามวงษ์. พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. จันทบุรี: วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี; 2550.
  10. วรณภา ศรีธิญรัตน์, ผ่องพรรณ อรุณแสง. การสังเคราะห์องค์ความรู้เพื่อจัดทำข้อเสนอการปฏิรูประบบบริการสุขภาพและการสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทย. ขอนแก่น: หจก.โรงพิมพ์คลังนา; 2545.
  11. น้ำฝน กองอรินทร์, ชลธิชา เรือนคำ, โรชินี อุปรา. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุตั้งแต่วัยกลางขึ้นไปในจังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่; 2552.
  12. อุทัย สุตสุข, พิทยา จารุพูนผล, ประยูร พงสฤติกุล, จรัส เกวลินสถุณี, สัมฤทธิ์ จันทราช, จรรยา เสี่ยงเสนาะ, และคณะ. การศึกษาสถานการณ์ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความต้องการและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ; 2552.
  13. วรณภา กุมารจันทร์. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ตอนบน (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2545.
  14. มะรุสะดี ดีสาอะ. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตตำบลตาเนาะปูเต๊ะ อำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา (วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
  15. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, เล็ก สมบัติ, ภาวณา พัฒนศรี. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทยในประเด็นการเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุพื้นที่ศึกษาในเขตภาคใต้. สงขลา: สถาบันไทยคดีศึกษา คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์; 2544.
  16. Yamane T. Statistics : An Introductory Analysis. 3<sup>rd</sup> ed. New York: Harper and Row Publication; 1973.
  17. สุพรรณิ นันทชัย. ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2534.
  18. สุวัฒน์ มหัตตนิรันดร์กุล, วิระวรรณ ตันตินันดร์กุล, วณิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ, ราณี พรมานะจรัสกุล. เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุด 100 ตัวชี้วัดและ 26 ตัวชี้วัด. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง; 2540.
  19. สุนุดตรา ตะบุญพงศ์, วันดี สุทธรังสี, พัชรียา ไชยลังกา. การประเมินคุณภาพแบบวัด คุณภาพชีวิตฉบับย่อขององค์การอนามัยโลกในกลุ่มผู้สูงอายุไทย. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2544; 2: 6-12.
  20. กานดา พูนลาภทวี. สถิติเพื่อการวิจัย. กรุงเทพฯ: พิสิทธ์เซ็นเตอร์; 2539.
  21. ปริญญา โตมานะ, ระวีวรรณ ศรีสุชาติ. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุและปัจจัยเกื้อหนุนอื่นๆ. JMHT. 2005; 13:28-37.
  22. วิโรจน์ เรื่องสะอาด. การศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ตำบลบ้านสหกรณ์ กิ่งอำเภอแม่ฮอน จังหวัดเชียงใหม่ (การศึกษาค้นคว้าอิสระศิลปศาสตรมหาบัณฑิต&field=1016&option=showresult&institute\_code=0&doc\_type=0" ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยแม่โจ้; 2549.
  23. Tseng S, Wang R. Quality of Life and Related Factors among Elderly Nursing Home Residents in Southern Taiwan. PHN 2001; 18:304-311.
  24. ศรีเรือน แก้วกั้งวาล. จิตวิทยาพัฒนาการชีวิต



- ทุกช่วงวัย เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2549.
25. นภาพร คึกเสื่อ. การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูลูกหลานจังหวัดสุราษฎร์ธานี (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2548.
  26. พัชรี พุทธชาด. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของแพทย์ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้. สงขลานครินทร์เวชสาร 2550; 25:31-7.
  27. บุญเสริม ฤทธาภิรมย์. รวมเรื่องเมืองสตูล. สงขลา: โรงพิมพ์ไทยวัฒนาการพิมพ์; 2548.
  28. รุ่ง แก้วแดง. สงครามและสันติสุขชายแดนภาคใต้. กรุงเทพฯ: บริษัทเลิฟแอนด์ลิฟเพรส จำกัด; 2548.
  29. Hassouneh – Phillips D. Strength and vulnerability: spirituality in abused American Muslim Women’s lives. Issues in Ment Health Nurs 2003; 24:681-694.
  30. กฤษณา โดยพิลา. การสร้างเสริมสุขภาพจิตและจิตวิญญาณของผู้สูงอายุมุสลิม จังหวัดสตูล (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2550.
  31. มานี ชูไทย. หลักการอิสลามที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพและการสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2544.



## รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ป่วยเบาหวาน ในชุมชนวัดบูรณาวาส

เพ็ญศรี พงษ์ประภาพันธ์ \*

สุวิมล แสนเวียงจันทร์\*

ประทีป ปัญญา\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่อง รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ป่วยเบาหวาน ในชุมชนวัดบูรณาวาส เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน และสังเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม ของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนวัดบูรณาวาส โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนวัดบูรณาวาส จำนวน 20 คน การวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1. เป็นการศึกษากิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในชุมชนวัดบูรณาวาส และระยะที่ 2. เป็นการสังเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ป่วยเบาหวาน ในชุมชนวัดบูรณาวาส เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแนวสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกต เครื่องบันทึกเสียง การบันทึกภาคสนาม ตรวจสอบข้อมูลด้วยวิธีการตรวจสอบสามเส้า วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เทคนิคการจัดหมวดหมู่ การตีความและการสร้างข้อสรุป

ผลการวิจัยพบว่าก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีโรคเบาหวานเกิดจากกรรมพันธุ์ เป็นโรคเรื้อรังเบาหวานมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ได้แก่ ด้านการควบคุมอาหาร เช่น งดอาหารหวานไม่ได้ ไม่มีการออกกำลังกายเป็นประจำ รับประทานยาไม่ตรงเวลา หรือลืมรับประทาน นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาวะเครียดสูง มีภาวะบีบตันและความขัดแย้งในชีวิต ได้รับการสนับสนุนทางลบจากครอบครัว และมีข้อจำกัดด้านสุขภาพ

ผลจากการสังเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ป่วยเบาหวาน ในชุมชนวัดบูรณาวาส มี 4 องค์ประกอบ คือ 1). ปัจจัยเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยเอง 2). อิทธิพลจากกลุ่มอ้างอิง 3). อิทธิพลจากสถานการณ์ 4). ความจำเป็นและทางเลือกอื่น ซึ่ง 4 องค์ประกอบนี้สอดคล้องกับแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพ็นเคอร์ ภายหลังจากสิ้นสุดโครงการพบว่า พฤติกรรมดูแลสุขภาพในการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ดีขึ้นทุกด้าน มีการควบคุมอาหารได้ถูกต้อง มีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ รับประทานยาตามที่แพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด และสามารถเผชิญกับภาวะเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพขึ้น ผลการศึกษาครั้งนี้ได้องค์ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน เน้นความเป็นหุ้นส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วย ญาติ และพยาบาล ภายใต้อบรมวิชาการของการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

**คำสำคัญ :** ผู้ป่วยเบาหวาน , การส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม,รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ





## Models to promote integral health care in diabetic patients at Wat Puranawas Community

.....

*Pensri Phongprapapan\**

*Suvimon Sanveingchan\**

*Prateep panya\**

### Abstract

The research models to promote integral healthcare in diabetic patients at Wat Puranawas Community. This was a qualitative study. The main objectives were to study self health care by the diabetic patients and synthesized integral health care in diabetic patients at Wat Puranawas Community. The results of which will be used in the teaching of the subject on health care promotion and preventive measures against the disease and on taking care of patients in chronic state.

The sample comprised 20 diabetic patients at Wat Puranawas Community. The research took place in 2 phases: Phase 1 is to study self health care behaviour of the diabetic patients at Wat Puranawas Community. Phase 2 is to synthesize models promoting integral health care in diabetic patients. Research tools consisted of in-depth interviews, conversational group exchanges, observations, recording tools, field information collection, verifying information trianglewise, analyzing information by grouping technique, interpreting and building up conclusions.

The results of the research show that prior to the study project the patients were well aware that the disease is due to heredity and it is chronic; that the disease is related to self health care behaviour regarding diet control. It is also found out that diet control behaviour is irrelevant, such as not being able to avoid sweet food, not exercising themselves regularly, not taking medicine on time or forgetting to take it completely. In addition, it was found that the majority of the patients is in great stress and life contradictions, without family support and health limitations.

The results from the synthesis of models promoting integral healthcare in diabetic patients at Wat Puranawas Community are of the following factors 1). The patients themselves 2). Influence from reference groups 3). Influence from situations 4). Necessities and other alternatives. These 4 factors correspond well with the model of Pander. At the end of the research it is found out that there is an improvement in self health care of the patients. They could control their diet, exercise themselves regularly, strictly taking medicine as prescribed by the doctor and could deal with stress effectively. The outcome of this study is the knowledge about the models promoting integral healthcare in diabetic patients, with the emphasis on co-operations from the patients, their relatives and nurses and under integral health care conditions.

**Keywords :** diabetic patients, integral health care promotion, model promoting health care.



## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยโรคหนึ่ง ซึ่งจากรายงานพบว่ามีอุบัติการณ์ และอัตราความชุกสูงขึ้นอย่างมาก ระบาดวิทยาของโรคเบาหวานมีประมาณการณ์ทั่วโลกในปี ค.ศ. 1985 ประมาณ 30 ล้านคน และเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในปี ค.ศ. 2000 เป็น 177 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2025 จะมีผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานอย่างน้อยประมาณ 300 ล้านคน ซึ่งมีการสูญเสียชีวิตจากโรคเบาหวานประมาณ 4 ล้านคนต่อปี<sup>(1)</sup> สำหรับประเทศไทยพบความชุกของโรคเบาหวานในปี ค.ศ. 1995 ประมาณร้อยละ 2.4 ของประชากรไทย<sup>(2)</sup> และจากรายงานของกระทรวงสาธารณสุข วิเคราะห์ปัญหาขณะนี้พบว่าโรคเบาหวานเป็นสาเหตุการป่วยมากที่สุดอันดับแรกของคนไทย และยังมีประชากรที่เสี่ยงที่จะป่วยจากโรคนี้อีกประมาณ 10 ล้านคน<sup>(3)</sup> ในปี ค.ศ. 2025 คาดการณ์ว่าผู้ป่วยเบาหวานจะเพิ่มเป็นร้อยละ 3.7 ของประชากรไทย ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังเช่น โรคหัวใจ ไตวาย ตาบอด ต้องตัดเท้าหรือขา ทำให้ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมาน ประเทศต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลจำนวนมาก ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานดังกล่าวถึงแม้ว่าปัจจุบันเทคโนโลยีการแพทย์จะพัฒนาไปมากก็ตาม แต่การจัดบริการสุขภาพที่ผ่านมามุ่งเน้นด้านการรักษาพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาความเจ็บป่วยความพิการ ซึ่งต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง เพราะต้องอาศัยวิทยาการและเทคโนโลยีที่มีราคาแพงมากขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว แต่กลับได้ผลตอบแทนด้านสุขภาพต่ำ เมื่อเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายที่ต้องสูญเสียไป

จากการที่ทางคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี ได้ให้บริการทางวิชาการแก่สังคม และสำรวจชุมชนวัดบูรณาวาส เขตทวีวัฒนา กรุงเทพฯ ซึ่งเป็นแหล่งฝึกปฏิบัติวิชาส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ของนักศึกษาชั้นปีที่ 2 ในเดือนพฤศจิกายน 2552 พบว่าชุมชนนี้มีผู้ป่วยเป็น

โรคเบาหวานมากเป็นอันดับต้นๆ ของโรคอื่น รองจากโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมด 35 คน เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้จำนวน 22 คน คิดเป็นอัตราความชุกร้อยละ 6.47 ซึ่งมีความชุกใกล้เคียงกับสถิติในประเทศไทย ที่สำนักยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขรายงานงาน ในปี พ.ศ. 2552 คือมีความชุกร้อยละ 6.6<sup>(4)</sup> นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยเหล่านี้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ถึงร้อยละ 94<sup>(5)</sup> ซึ่งพบว่าปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยคุกคามที่ทำให้เกิดภาวะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ของผู้ป่วยเหล่านี้คือ การรับประทานอาหารไม่เหมาะสมคิดเป็นร้อยละ 36 รับประทานยาไม่ถูกต้องคิดเป็นร้อยละ 29 ไม่ออกกำลังกายคิดเป็นร้อยละ 64 และภาวะเครียดคิดเป็นร้อยละ 20 การวินิจฉัยสาเหตุของภาวะเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ จากการสำรวจชุมชนวัดบูรณาวาส เดือนพฤศจิกายน 2552 พบว่าสาเหตุสำคัญของคนในชุมชนที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มีอยู่ 5 ประการคือ กินตามใจปาก ดัดของหวาน ไขมันไม่ถูกต้อง ออกกำลังกายไม่เป็น และเครียดคิดมากเรื่องโรค เรื่องงาน เป็นต้นคณะผู้วิจัย จึงเห็นถึงความสำคัญของการแก้ปัญหา ร่วมกับประชาชนในชุมชน โดยการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน เน้นการแก้ไขปัญหอย่างบูรณาการ โดยให้ผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนร่วมกับผู้วิจัยในการหาแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ กอปรกับคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี มีพันธกิจทั้งหมด 4 ด้าน โดยพันธกิจที่ 3 มุ่งเน้นการบริการวิชาการและสังคม เพื่อตอบสนองต่อพันธกิจของคณะพยาบาลศาสตร์ และมหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี ดังกล่าว คณะผู้วิจัยจึงทำวิจัยเพื่อศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนวัดบูรณาวาสขึ้น เป็นการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันและชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง และเป็นกลไกความร่วมมือระหว่างนักวิจัย ซึ่งเป็นบุคลากรภายในมหาวิทยาลัย และประชาชนในชุมชน ในการ



แก้ไขปัญหาในระดับรากหญ้าของคนในชุมชน

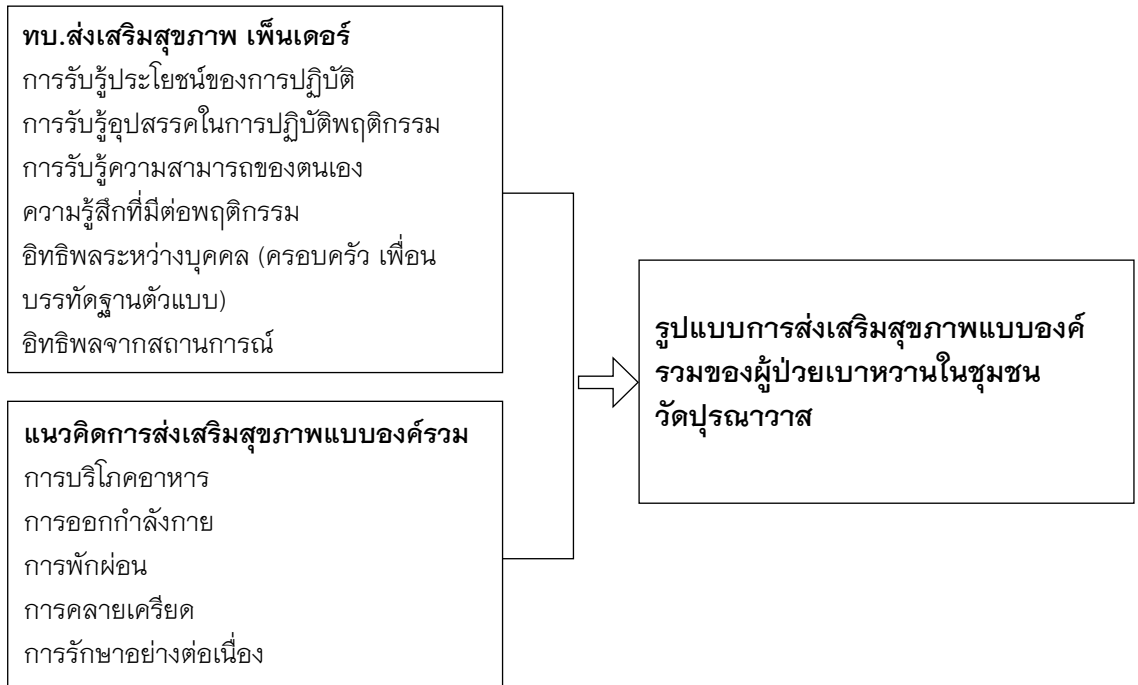
### คำถามการวิจัย :

รูปแบบในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน  
ในชุมชนวัดปุณณาวาสเป็นอย่างไร

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานของชุมชนวัดปุณณาวาส
2. เพื่อสังเคราะห์รูปแบบ การส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ของชุมชนวัดปุณณาวาส

### กรอบแนวคิดในการวิจัย



ขั้นตอนในการวิจัย รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ป่วยเบาหวาน ในชุมชนวัดปุณณาวาส แบ่งออกเป็น 2 ระยะคือ

ระยะที่ 1. การศึกษาพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงในชุมชนวัดปุณณาวาส

การศึกษาในระยะนี้นอกจากจะศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแล้ว คณะผู้วิจัยยัง

### ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมุ่งศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานของชุมชนวัดปุณณาวาส และ พัฒนารูปแบบ การส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ของชุมชนวัดปุณณาวาส โดยใช้แนวคิด การส่งเสริมสุขภาพ แบบองค์รวม และแบบจำลอง การส่งเสริมสุขภาพของเพ็นเตอร์ เป็นกรอบร่าง ในการสังเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนวัดปุณณาวาส

ทำความเข้าใจกับบริบทของพื้นที่ที่ศึกษา โดยคณะผู้วิจัยจะเข้าไปศึกษา วิเคราะห์ วิถีปฏิบัติของผู้ป่วยเบาหวานที่มีอยู่เดิม โดยมีแนวทางการดำเนินงานเบื้องต้น ที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์และบริบทในพื้นที่ มีกลุ่มประชากรที่เป็นเบาหวานทั้งหมดในชุมชนจำนวน 35 คน โดยกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ผู้ป่วยที่มีวัย 40 ปีขึ้นไป ที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากกว่า 126 mg/dl หลังดื่มน้ำองอาหาร



8 ชั่วโมง และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ ได้ผู้ป่วยจำนวน 20 คน และญาติผู้ดูแลจำนวน 20 คน

ระยะที่ 2. การสังเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ จากการรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลแนวทางการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนวัดปุณณาวาส คณะผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลและทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ และให้ความสำคัญในการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ ของผู้ป่วยและญาติ ผลจากการศึกษาสามารถสรุปองค์ประกอบในการส่งเสริมสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนวัดปุณณาวาส

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยแนวสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูล แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม และแบบสังเกต เพื่อศึกษาวิถีปฏิบัติตนของผู้ป่วยเบาหวาน ตลอดจนปัจจัยส่งเสริม และปัจจัยอุปสรรค ในการปฏิบัติตน เครื่องบันทึกเสียง การบันทึกภาคสนาม

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** มีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้

1. การศึกษาข้อมูลเอกสาร โดยการทบทวนแนวคิดแบบจำลองสุขภาพของเพนเดอร์ แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม องค์ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน
2. การเตรียมพื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย โดยการรวบรวมข้อมูลสุขภาพของประชาชนวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนวัดปุณณาวาส จากศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 67 ทวีวัฒนา ได้แก่ระดับน้ำตาลในเลือด การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง คำนวณค่าดัชนีมวลกายวัดรอบเอว
3. การสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย การพักผ่อน และคลายเครียด การรักษาต่อเนื่อง

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยระยะที่ 1. เป็นข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ การสังเกต การบันทึกสนาม ที่เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจะดำเนินการควบคุมไปกับการบวนการของการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยคำนึงถึงองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการของการวิเคราะห์ข้อมูล<sup>(6)</sup>

ก). การจัดระเบียบข้อมูล (Data Organizing) ซึ่งเป็นกระบวนการจัดการข้อมูลด้วยกรรมวิธีต่างๆ เพื่อทำให้ข้อมูลเป็นระเบียบทั้งในทางกายภาพและทางเนื้อหา พร้อมทั้งจะแสดงและนำเสนออย่างเป็นระบบได้

ข). การแสดงข้อมูล (Data Display) เป็นกระบวนการนำเสนอข้อมูลในรูปของการพรรณนาที่จากการเชื่อมโยงข้อมูลที่จัดระเบียบแล้วเข้าด้วยกัน

ค). การหาข้อสรุป (Conclusion) การตีความหมาย (Interpretation) ของผลหรือข้อค้นพบที่ได้จากการแสดงข้อมูล และการตรวจสอบความถูกต้องตรงประเด็น (Validity) และความเชื่อถือได้ของข้อมูล (Credibility) เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูลและการตีความของผู้วิจัย กับความคิดของผู้ให้ข้อมูลว่าสอดคล้องกันหรือไม่ โดยใช้หลายวิธีการประกอบกันได้แก่

การตรวจสอบข้อมูลภายใน คณะผู้วิจัยอยู่ในสนามนาน พอที่จะเข้าใจบริบทของพฤติกรรมทางสังคมต่างๆ ที่ต้องการศึกษา และได้รับความไว้วางใจจากผู้ให้ข้อมูล และนานพอที่จะทำความเข้าใจบริบทพฤติกรรม และนานพอที่จะสร้างความไว้วางใจจากกลุ่มที่ศึกษา อันจะเป็นประโยชน์ต่อการเข้าถึงข้อเท็จจริงที่ถูกต้อง และการสังเกตอย่างจริงจัง เพื่อทำความเข้าใจคุณลักษณะสำคัญที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งทำความเข้าใจความหมายของเหตุการณ์นั้นๆ<sup>(7)</sup> โดยคณะผู้วิจัยเป็นอาจารย์พยาบาลที่นำนักศึกษาฝึกปฏิบัติวิชาส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ชุมชนแห่งนี้มาเป็นระยะเวลามากกว่า 3 ปี และในวิจัยครั้งนี้ ใช้เวลาในการลงเก็บข้อมูลเป็นระยะเวลาประมาณ 6 เดือน

การตรวจสอบข้อมูลภายนอก คณะผู้วิจัยใช้



วิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า ซึ่งเป็นการเปรียบเทียบข้อค้นพบของปรากฏการณ์ที่ศึกษาจากแหล่งและมุมมองที่แตกต่างกัน มากกว่า 2 แหล่งข้อมูล เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลอย่างรอบด้าน<sup>(6)</sup> โดยคณะผู้วิจัยใช้ 2 วิธีการคือ 1). การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้าด้านข้อมูล โดยพิจารณาจากแหล่งที่มาของข้อมูลจากแหล่งบุคคลที่แตกต่างกัน ในผู้ให้ข้อมูลที่ เป็นผู้ป่วยและญาติ และ 2). การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีการรวบรวมข้อมูล โดยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลต่างๆ กัน เพื่อรวบรวมข้อมูลในเรื่องเดียวกัน โดยในงานวิจัยครั้งนี้ ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการสังเกต

สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลแบบอุปนัย (Analytic Induction) โดยการตีความสร้างข้อสรุปจากข้อมูลต่างๆ ที่เป็นรูปธรรมหรือปรากฏการณ์ที่มองเห็น<sup>(6)</sup> ที่ได้รวบรวมมาจากการสังเกต การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาจากเอกสารต่างๆ นำมาจัดกลุ่มความหมาย หาแบบแผน วิเคราะห์ความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันของแบบแผน แล้วสังเคราะห์เป็นรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนวัดบูรณาวาส

## ผลการวิจัย

### ระยะที่ 1. การศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

1.1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน ที่อยู่ในชุมชนวัดบูรณาวาส ที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้สามารถสื่อสารกับผู้วิจัยได้ดี จำนวน 20 คน เพศหญิงร้อยละ 70 เพศชาย ร้อยละ 30 มากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างอายุมากกว่า 70 ปี กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 65 ไม่ได้ทำงาน นอกจากนั้นทำงานรับจ้างเล็กๆ น้อยๆ ทำขนมขาย 3 คน คิดเป็นร้อยละ 15 กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 40 ของกลุ่มตัวอย่าง มีระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานประมาณ 7 ปี หรือมากกว่าภาวะแทรกซ้อนที่พบส่วนมากเกี่ยวกับสายตา รอง

ลงมาคือยังไม่แสดงอาการแทรกซ้อนจากเบาหวาน ส่วนโรคประจำตัวร่วมกับเบาหวานคือความดันโลหิตสูง จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 40

### 1.2 พฤติกรรมการดูแลตัวเองของกลุ่มตัวอย่าง

1.2.1 การรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ผลการศึกษาพบว่า ก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานคือ เกิดจากกรรมพันธุ์ เกิดจากภาวะเสื่อมของร่างกายเนื่องจากอายุมาก เกิดขึ้นได้กับทุกคน ไม่ใช่เฉพาะคนอายุมาก ในเด็กก็ยังมีได้ เป็นโรคเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าเบาหวานเป็นโรคที่อาการไม่รุนแรง สามารถทำงานได้ตามปกติ กินยามาตลอดยังไปทำงานได้เหมือนเดิม เบาหวานทำให้อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ทำงานหนักไม่ค่อยได้ ไม่ค่อยมีแรง นอกจากนี้ยังมีบัสสาวะบ่อย โดยเฉพาะเวลากลางคืน และกลุ่มตัวอย่างยังเชื่อว่าเบาหวานทำให้เสียชีวิตได้ ถ้าเป็นมากก็อันตรายและเสียชีวิต

1.2.2 พฤติกรรมการดูแลตนเองและปัจจัยที่เป็นอุปสรรค พฤติกรรมการดูแลตนเองในการส่งเสริมการควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานมีดังนี้

ก. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร จาก การสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างในชุมชนวัดบูรณาวาส ในเรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารพบว่า 1) งดอาหาร หวานไม่ได้ 2) ควบคุมอาหารได้ไม่ต่อเนื่อง 3) รับประทานอาหารไขมันสูง และมีกากใยน้อยเช่น 4) รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา เช่น ถ้ากำลังทำงาน งานไม่เสร็จ ยังรับประทานอาหารไม่ได้ บางครั้งต้องรอลูกซื้ออาหารมาให้บางทีก็กลับมาเร็วบางทีก็มาช้า ไม่ค่อยแน่นอน 5) รับประทานอาหารมีอ้วนเ็นมาก เนื่องจากครอบครัวอยู่กันพร้อมหน้าต่อนเ็น 6) การรับประทานจุบจิบ บางคนมีขนมติดตัวอยู่เป็นประจำ เช่น บัวยเค็ม มันฝรั่งทอด และติดในรสชาติ นอกจากนี้จากยังใช้น้ำตาลปรุงอาหารอยู่เป็นประจำ 7) ขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง บางครั้งทำตัวไม่ถูกเพราะไม่เข้าใจ ทำให้กินอาหารไม่ถูก เพราะรู้เท่าไม่ถึงการณ์ เช่นเข้าใจว่า



กินมะม่วงมันได้ เพราะว่ามันมันไม่ใช่ขนมหวาน และไม่ใช่ผลไม้หวาน 8) ได้รับการสนับสนุนไปในทางลบจากครอบครัว เช่นทุกเช้าลูกชายซื้อกาแฟและปาท่องโก๋มาให้รับประทาน 9) สังคมวัฒนธรรมไม่เกื้อหนุน เนื่องจากต้องเข้าสังคม ไปงานเลี้ยงและงานเทศกาลทำบุญบ่อยทำให้มีการรับประทานขนมหวานมากขึ้นเช่น เทศกาลไหว้พระจันทร์ และมีความเกรงใจเพื่อน ไม่กล้าปฏิเสธขนมที่เพื่อนบอกว่าจะทำเองและอร่อยมาก 10) อาชีพไม่เอื้อต่อการควบคุมอาหาร เช่น ทำขนมหวานขาย ทำให้ต้องชิมขนมหวานทุกวัน 11) ระบบบริการสุขภาพไม่เอื้อต่อการเรียนรู้ เช่น ไม่มีห้องให้คำปรึกษา ไม่มีสถานที่สำหรับจัดกิจกรรมกลุ่ม ขาดสื่อด้านความรู้และการดูแลตนเอง 12) มีข้อจำกัดด้านสุขภาพผู้ป่วยบางคนสุขภาพฟันไม่ดี ทำให้รับประทานอาหารจำพวกแป้งเป็นส่วนใหญ่ ไม่สามารถรับประทานผักได้ บางครั้งต้องต้มผักจนนิ่มและแล้วก็ไม่นำมารับประทาน

ข. พฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่าผู้ป่วยเกือบทั้งหมดขาดการออกกำลังกายเป็นประจำ มีเพียง 2 ราย ที่มีการออกกำลังกายโดยการขี่จักรยานเป็นประจำ ตั้งแต่ก่อนเป็นโรคเบาหวานโดยมีอุปสรรคเนื่องจาก ลักษณะอุปนิสัยไม่ชอบ เช่นกล่าวว่า “ไม่ชอบออกกำลังกายตั้งแต่เด็ก” ขาดความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้อง เช่นผู้ป่วยบอกว่า “คิดว่าการเดินไปซื้อของในตลาด ก็เป็นการออกกำลังกายที่เพียงพอแล้ว มีข้อจำกัดด้านสุขภาพทางกาย เช่น ปวดเข่าเหนื่อยง่ายทำให้ไปออกกำลังกายไม่ได้ การจัดการเวลาไม่เหมาะสม ทำให้ไม่สามารถปรับเปลี่ยนแผนวิถีชีวิตให้มีการออกกำลังกาย เช่น ตอนเช้าต้องส่งลูกไปโรงเรียนกลางวันทำงาน ตอนเย็นต้องไปรับลูกและส่งลูกไปเรียนพิเศษอีกทำให้ไม่มีเวลาออกกำลังกาย

ค. พฤติกรรมการพักผ่อน กลุ่มตัวอย่างในชุมชนวัดบูรณาวาส ส่วนมากอยู่อาศัยแบบครอบครัวขยาย สภาพความเป็นอยู่ค่อนข้างแออัด กลุ่มตัวอย่างคนหนึ่งเล่าว่า การพักผ่อนไม่เพียงพอ บางครั้งตนเองนอนหัวค่ำ แต่เพื่อนบ้านเปิดโทรทัศน์เสียงดังทำให้นอนไม่หลับ เมื่อตื่นแล้ว

จะนอนไม่ค่อยหลับอีก หรือบางที่เด็กวัยรุ่นรวมกลุ่มส่งเสียงดัง และนอกจากนี้สถานที่พักผ่อนหย่อนใจในชุมชนไม่มี ไม่มีสวนสาธารณะบริเวณใกล้เคียงทำให้สามารถไปพักผ่อนได้

ง. การเผชิญกับภาวะเครียด การมีชีวิตอยู่กับเบาหวานพบว่าในระยะแรกของการศึกษาผู้ป่วยมีความเครียดสูง มีความรู้สึกกลัวใจทุกซึ่ใจ เครียด ซึมเศร้า หงุดหงิด ท้อแท้ หดท้อล้าใจกลางคืนนอนไม่หลับ เช่น กลุ่มตัวอย่างเล่าว่า “ไม่รู้จะทำอย่างไรดี กินโน่นก็ไม่ได้ กินนี่ก็ไม่ได้ กินมากก็ไม่ได้ หมอบอกน้ำตาลขึ้น กินน้อยก็ไม่ได้ เพราะหิว รู้สึกท้อ หดท้อล้าใจ ไม่อยากควบคุมอาหารอีก เพราะโรคไม่เคยหายสักที และไม่สามารถจัดการกับความเครียดได้เหมาะสม โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ภาวะบีบคั้นจากภาระรับผิดชอบทางครอบครัว เช่นครอบครัวอยู่กันสองคนทำงานบ้านและต้องดูแลสามีที่ไม่สบายทุกวัน ไปไหนไม่ได้ มีความขัดแย้งในครอบครัว เช่น ทะเลาะกับแฟนบ่อยๆ เครียดมาก กลางคืนก็นอนไม่หลับทำงานก็ไม่มีสมาธิ จิตฟุ้งซ่าน นอกจากนี้ยังพบว่าบทบาทครอบครัวที่เปลี่ยนแปลง ทำให้เกิดภาวะเครียดและซึมเศร้า เช่นสามีเสียชีวิตอนนี้ก็อยู่อย่างทุกซึ่ใจและต้องทำงานหนัก ต้องรับผิดชอบดูแลทุกอย่างในบ้านเอง

จ. พฤติกรรมการรักษาอย่างต่อเนื่อง พบว่ากลุ่มผู้ให้ข้อมูล รับประทานยาไม่ตรงเวลา บางครั้งลืมรับประทาน หรือซื้อยารับประทานเอง เช่นบอกว่า “บางทียาหมด ไม่ได้ไปหาหมอ ก็ไปซื้อยาทานเอง” หรือหยุดยาเอง เพราะ “เห็นว่าน้ำตาลลดลงแล้ว” “ลองใช้สมุนไพรรักษา” ผู้ที่ทำงานนอกบ้านมีปัญหาการรับประทานยาไม่ตรงต่อเวลา และลืมรับประทาน โดยมีปัจจัยที่เป็นอุปสรรค ได้แก่ 1) อาชีพไม่เอื้อกลับบ้านไม่เป็นเวลาทำให้ต้องเลื่อนเวลาการรับประทานทั้งอาหารและยาออกไป 2) มีความเข้าใจเรื่องยาไม่ถูกต้อง เพราะเห็นว่าน้ำตาลลดลงแล้ว จึงหยุดรับประทานยา

**ระยะที่ 2. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ** จากการรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลแนวทาง





การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนวัด  
ปทุมาวาส คณะผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลและบทพว  
องค์ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบ  
องค์รวม แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของ  
เพนเตอร์ และให้ความสำคัญในการมีส่วนร่วมใน  
การดูแลสุขภาพ ของผู้ป่วยและญาติ ผลจากการ  
ศึกษาสามารถสรุปองค์ประกอบในการส่งเสริม  
สุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน  
วัดปทุมาวาสประกอบด้วย 4 องค์ประกอบดังนี้คือ

ก). ปัจจัยเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยเอง องค์ประกอบ  
ด้านตัวผู้ป่วยเองเป็นปัจจัยที่สำคัญ โดยมีปัจจัย  
เสริมคือ ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตน  
มีความตระหนักในการปฏิบัติตน มีทัศนคติที่ดีต่อการ  
ปฏิบัติตนเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด นอกจากนี้  
นี้ยังต้องมีความต่อเนื่องสม่ำเสมอ จึงจะสามารถ  
ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

ข). อิทธิพลจากแหล่งอ้างอิง อิทธิพลจาก  
แหล่งอ้างอิง ตามแนวคิดแบบจำลองการส่งเสริม  
สุขภาพของเพนเตอร์ หมายถึง พฤติกรรม ความเชื่อ  
หรือทัศนคติของคนอื่น ที่มีอิทธิพลต่อความคิด  
ของบุคคล จากการศึกษพบว่าแหล่งของอิทธิพล  
ระหว่างบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ  
ได้แก่ ครอบครัว (พ่อ แม่ พี่ น้อง) เพื่อน และ  
บุคลากรทางสุขภาพ ในการปฏิบัติตนเพื่อควบคุม  
ระดับน้ำตาลในเลือด อิทธิพลของครอบครัวมีความ  
สำคัญมาก จะส่งผลต่อแบบแผนการรับประทานอาหาร  
ของผู้ป่วย เช่นรสชาติในการรับประทานอาหาร  
อาหารของครอบครัว ควรจะเป็นรสชาติที่ลดความ  
หวาน อ่อนเค็ม เพื่อที่จะให้ผู้ป่วยสามารถรับประทาน  
ร่วมกับครอบครัวได้ ไม่รู้สึกแปลกแยกที่ต้องแยก  
ปรุงอาหารรับประทานคนเดียว ครอบครัวต้องม  
ความห่วงใย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความผ่อนคลายไม่  
เครียด นอกจากนี้คนในครอบครัวควรมีความรู้เรื่อง  
โรคเบาหวาน และมีส่วนร่วมในการควบคุมระดับ  
น้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยด้วย อิทธิพลของบุคลากร  
การพยาบาล ต้องเป็นแบบอย่าง และให้กำลังใจ  
ตลอดจนสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วย อิทธิพล  
จากกลุ่มเพื่อนเบาหวานด้วยกันก็มีความสำคัญ ควร

มีการเรียนรู้ร่วมกัน ให้กำลังใจ และมีสังคมที่  
สามารถพูดคุยให้คำปรึกษากันได้ นอกจากนี้ยังพบ  
ว่าระบบบริการสุขภาพไม่เอื้อ เช่นชุมชนไม่มีสถานที่  
ในการจัดกิจกรรม ขาดสื่อด้านสุขภาพ

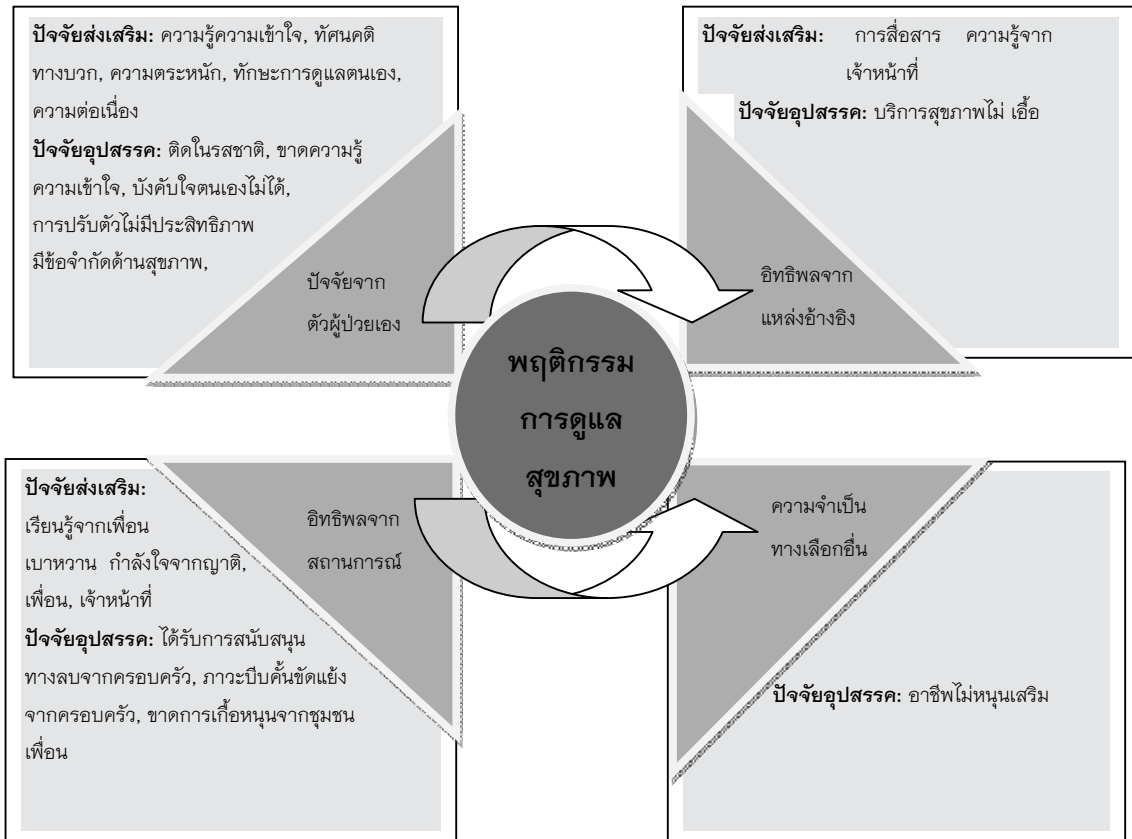
ค). อิทธิพลจากสถานการณ์ สถานการณ์  
หมายถึง การรับรู้และความคิดของบุคคลเกี่ยวกับ  
เหตุการณ์หรือบริบทที่สามารถเอื้อ หรือขัดขวาง  
การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สถานการณ์ที่  
น่าตื่นตาตื่นใจ น่าสนใจ รู้สึกคุ้นเคย จึงเป็นสิ่งที่  
ดึงดูดหรือทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติ  
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพซึ่งจากการศึกษาที่ผ่าน  
มาพบว่าอิทธิพลจากสถานการณ์นั้น มีอิทธิพล ต่อ  
การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในการปฏิบัติ  
ตนเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานนั้น ห้ามการ  
จัดสถานการณ์ที่น่าสนใจ เช่นการเรียนรู้ร่วมกัน  
ระหว่างเพื่อนเบาหวาน การมีสังคม การมีตัวอย่างที่  
ดีในการส่งเสริมสุขภาพ ก็จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรม  
ทางบวกในการดูแลสุขภาพตนเองได้

ง). ความจำเป็นและทางเลือกอื่น ความ  
จำเป็นอื่นและทางเลือกอื่นที่เกิดขึ้นหมายถึง  
พฤติกรรมอื่นที่เกิดขึ้นก่อนที่จะเกิดพฤติกรรมส่งเสริม  
สุขภาพตาม ที่วางแผนไว้และอาจทำให้บุคคล  
ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามที่  
วางแผนไว้ได้ เช่นการมีอาชีพที่ไม่หนุนเสริมต่อการ  
ส่งเสริมสุขภาพ เช่นอาชีพขายขนมหวาน ต้องชิม  
ขนมเป็นประจำ การมีอาชีพที่พักผ่อนไม่ตรงเวลา  
เช่นอาชีพรักษาความปลอดภัย ที่ต้องทำงานเป็นกะ  
หรือการมีอาชีพที่ไม่ได้มีโอกาสในการออกกำลังกาย  
เป็นต้น หรือการที่บทบาทในครอบครัวเปลี่ยนแปลง  
ไป ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับความเครียด  
ได้ ความจำเป็นเหล่านี้มีความสำคัญต่อรูปแบบการ  
ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน

จากการศึกษาในระยะที่ 1 การดูแลตนเอง  
ของผู้ป่วยเบาหวาน ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลโดย  
อ้างแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม และแบบ  
จำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเตอร์ คณะ  
นักวิจัย สามารถสังเคราะห์รูปแบบการส่งเสริม  
สุขภาพแบบองค์รวมของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน



วัดปรุณาวาสได้ตามรูป ดังนี้



รูปที่ 1 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานแบบองค์รวมในชุมชนวัดปรุณาวาส

กล่าวโดยสรุป รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานแบบองค์รวมในชุมชนวัดปรุณาวาสประกอบด้วย 4 องค์ประกอบคือ ปัจจัยเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยเอง โดยมีองค์ประกอบด้านตัวผู้ป่วยเองเป็นปัจจัยที่สำคัญ อิทธิพลจากแหล่งอ้างอิง ได้แก่ บุคคลในครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางสุขภาพ อิทธิพลจากสถานการณ์ เช่น การเรียนรู้ร่วมกันระหว่างเพื่อนเบาหวาน การมีสังคม การมีตัวอย่างที่ดีในการส่งเสริมสุขภาพ ความจำเป็นและทางเลือกอื่น ความจำเป็นอื่นและทางเลือกอื่นที่เกิดขึ้น ก่อนที่จะเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามที่วางแผนไว้ และอาจทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติตามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามที่วางแผนไว้ได้ เช่น การมีอาชีพที่ไม่หนุนเสริมต่อการส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น

### อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนวัดปรุณาวาส มีขั้นตอนการศึกษา คือ การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยการประยุกต์แนวคิดแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพ็นเตอร์ โดยคณะผู้วิจัยจะได้ดำเนินการอภิปรายผลตามลำดับดังนี้คือ

1. ผลการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้โรคเบาหวานของผู้ป่วย จากผลการศึกษาการรับรู้โรคเบาหวานแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีการรับรู้สาเหตุและอาการของโรคเบาหวาน และการปฏิบัติตนจากประสบการณ์



ที่ผ่านมา สอดคล้องกับการศึกษาของ วุฒิพงษ์ รังไสย<sup>(9)</sup> เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในตำบลชานูวรรณ อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้โรคอยู่ในเกณฑ์ดี คิดเป็นร้อยละ 86 นอกจากนี้เคยมีบุคคลในครอบครัว เพื่อน ญาติ เป็นโรคเบาหวาน แต่เมื่อรับประทานยาแล้วอาการดีขึ้น อีกทั้งโรคเบาหวานไม่ได้แสดงอาการให้เห็นอย่างเด่นชัด กลุ่มตัวอย่างจึงให้ความหมายของโรคเบาหวานไม่รุนแรง แต่มีกลุ่มตัวอย่างบางคนให้ความหมายว่าโรคเบาหวานรุนแรงถึงชีวิต เนื่องจากเคยมีประสบการณ์ที่เคยเห็นบุคคลถึงแก่กรรมด้วยโรคเบาหวาน แสดงถึงประสบการณ์ชีวิตมีผลต่อการรับรู้ของผู้ป่วยต่อโรคเบาหวาน

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองและปัจจัยที่เป็นอุปสรรค การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการดูแลตนเอง คณะผู้วิจัยได้แบ่งพฤติกรรมออกเป็น 5 พฤติกรรมตามแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมคือ รับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การคลายเครียด และการรักษาอย่างต่อเนื่อง

2.1 พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง ในด้านประเภทอาหาร มีอาหาร และปริมาณอาหาร สามารถอธิบายได้ว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหารเป็นพฤติกรรมที่มีความซับซ้อน ที่มีปัจจัยที่มีอิทธิพลทั้งตัวผู้ป่วยเองและสภาพแวดล้อม เช่นครอบครัว สังคม เพื่อน เช่น การคิดว่าการควบคุมเรื่องอาหารเป็นเรื่องยุ่งยาก นำเปื้อนหน้า เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ Lerman และคณะ<sup>(10)</sup> ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีเพียงร้อยละ 58 ที่รับประทานอาหารเช้า ซึ่งเป็นผลมาจากกระบวนการคิด อุปนิสัย และบุคลิกภาพ เช่นการติดในรสชาติอาหาร การบังคับใจตนเองไม่ได้ ขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง และปัจจัยภายนอกที่เป็นอุปสรรคในการควบคุมอาหารคือการประกอบอาชีพ การเข้าสังคม งานเลี้ยงที่

ทำให้ผู้ป่วยต้องรับประทานอาหารนอกบ้าน ที่ไม่ได้จัดเตรียมสำหรับผู้ที่มึระดับน้ำตาลในเลือดสูงโดยเฉพาะสอดคล้องกับการศึกษาของ Lerman และคณะ<sup>(10)</sup> ที่ระบุว่ามารับประทานอาหารนอกบ้าน และการเข้าสังคมเป็นสาเหตุหนึ่งของการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยวัฒนธรรมการรับประทานอาหารในครอบครัว ได้แก่การรับประทานอาหารสำหรับเดียวกัน กับสมาชิกอื่นในครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยควบคุมอาหารได้ยาก

2.2 พฤติกรรมการออกกำลังกาย ในการศึกษาคั้งนี้พบว่าผู้ป่วยเกือบทั้งหมดขาดการออกกำลังกายเป็นประจำ ทั้งนี้เนื่องจากการออกกำลังกายประจำเป็นการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่มีลักษณะเฉพาะ และเป็นกิจกรรมที่ทำเป็นกลุ่มจะรู้สึกดีกว่าทำคนเดียว การคล้อยตามกลุ่มจึงมีความสำคัญ ดังนั้นจะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลว่าไม่มีเพื่อนจึงไม่ได้ออกกำลังกาย อีกทั้งอาจจะมีข้อจำกัดทางกาย เช่นการเคลื่อนไหวไม่สะดวก การเหนื่อยง่ายเนื่องจากอายุ การมีโรคประจำตัวเช่นโรคหัวใจ หรือการประกอบอาชีพทำให้ไม่มีเวลาออกกำลังกาย เป็นต้น

2.3 พฤติกรรมการพักผ่อน การศึกษาคั้งนี้พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างบางส่วนมีการพักผ่อนไม่เพียงพอ เช่นในด้านระยะเวลา และประสิทธิภาพของการพักผ่อน ทั้งนี้อาจจะเนื่องมาจากสภาพแวดล้อม และอายุของผู้ป่วยที่มากขึ้นทำให้ การพักผ่อนนอนหลับยาก อีกทั้งผู้ป่วยบางคนมีภาวะเครียด ร่วมด้วยจึงส่งผลต่อการพักผ่อนได้ นอกจากนี้ในชุมชนและบริเวณใกล้เคียงยังขาดสถานที่พักผ่อนหย่อนใจ สิ่งเหล่านี้ย่อมส่งผลต่อพฤติกรรมการพักผ่อนของผู้ป่วยได้

2.4 พฤติกรรมการเผชิญกับภาวะเครียด โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ ต้องอาศัยการปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่อง การมีชีวิตอยู่กับโรคเบาหวานขึ้นอยู่กับมุมมองชีวิตของแต่ละบุคคล มีทั้งกลุ่มที่ปรับตัวได้ เมื่อพิจารณาข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สูงอายุ เป็นเบาหวานมานานกว่า 7 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของ Leksell และคณะอ้างถึงใน วิมลรัตน์ จงเจริญ



และคณะ<sup>(11)</sup> ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ปรับตัวได้ จะมีมุมมองชีวิตในแง่บวกมากกว่าแง่ลบ นอกจากนี้เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต เช่นการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว้าขี้ขี้ และไม่สะดวก และพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ปรับตัวได้มักเป็นเพศหญิง วัยสูงอายุ และเป็นโรคเบาหวานมานาน<sup>(10)</sup> พฤติกรรมการรักษาอย่างต่อเนื่อง พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมมารับประทานยาไม่ถูกต้อง สามารถอธิบายได้ว่าผู้ป่วยอยู่ในวัยสูงอายุ ทำให้ผู้ป่วยหลงลืมการรับประทานยา และบางคนอาชีพไม่หมุนเสริม กล้งบ้านไม่ตรงเวลา รับประทานยาไม่ตรงเวลาทำให้การรับประทานยาไม่ตรง บางคนจำคำแนะนำของพยาบาลไม่ได้ นอกจากนี้จะพบว่ามีการซื้อยารับประทานเอง แสดงว่าผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็น สอดคล้องกับการศึกษาของ Lerman ที่พบว่าเหตุผลที่ผู้ป่วยเบาหวานไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาเกิดจากการลืม การเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวัน ขาดความรู้ถึงผลเสียที่จะตามมา<sup>(10)</sup>

3. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนวัดปุณณาวาส ในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนวัดปุณณาวาสครั้งนี้ เป็นการพัฒนารูปแบบจากข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ได้จากการศึกษาและภายใต้กรอบแนวคิดแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพ็นเตอร์ และแนวคิดสุขภาพแบบองค์รวม โดยรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลักคือ

1). ปัจจัยเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยเอง ซึ่งมีปัจจัยส่งเสริม คือความรู้ความเข้าใจ ทักษะการดูแลตนเอง ความตระหนักรู้ และมีความเข้าใจตนเองอย่างต่อเนื่อง และมีปัจจัยอุปสรรค ได้แก่ ดิตในรสชาติขาดความรู้ ความเข้าใจ บังคับใจตนเองไม่ได้ การปรับตัวไม่มีประสิทธิภาพ มีข้อจำกัดด้านสุขภาพ

2). อิทธิพลจากกลุ่มอ้างอิง โดยมีปัจจัยส่งเสริม คือการเรียนรู้จากเพื่อนเบาหวาน การได้รับความกำลังใจจากญาติ เพื่อน หรือเจ้าหน้าที่ และมีปัจจัย

อุปสรรค ได้แก่การได้รับการสนับสนุนทางลบจากครอบครัว ภาวะบีบคั้นขัดแย้งจากครอบครัว ขาดการเกื้อหนุนจากชุมชน เพื่อน

3). อิทธิพลจากสถานการณ์ โดยมีปัจจัยส่งเสริมได้แก่ การสื่อสาร ความรู้จากเจ้าหน้าที่ และปัจจัยอุปสรรค คือบริการสุขภาพไม่เอื้อ

4). ความจำเป็นและทางเลือกอื่น เช่น อาชีพไม่หมุนเสริม เป็นต้น

สรุป การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้สังเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ป่วยเบาหวาน ที่เกิดจากการใช้แนวคิดจาก การสะท้อนการปฏิบัติและการปรับปรุงแผนตามวงจร การวิจัยร่วมกับการใช้แนวคิดทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพ็นเตอร์ จนได้รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ปัจจัยเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยเอง อิทธิพลจากแหล่งอ้างอิง อิทธิพลจากสถานการณ์ และความจำเป็นและทางเลือกอื่น บุคลากรการพยาบาลต้องเป็นแบบอย่าง และให้กำลังใจ ตลอดจนสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่ออย่างต่อเนื่องภายใต้บรรยากาศของการดูแล(caring) แบบองค์รวม (holistic) จากงานวิจัยครั้งนี้คณะผู้วิจัย จะได้นำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่ได้ ไปประกอบการเรียนการสอนวิชาส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยนำแนวคิดของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่พัฒนาขึ้นนี้ ไปจัดกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนวัดปุณณาวาส และชุมชนใกล้เคียงที่มีบริบทใกล้เคียงกัน โดยจัดกิจกรรมในผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัว และเจ้าหน้าที่จากศูนย์สาธารณสุขที่ 67 ทวีวัฒนา เพื่อให้รับรู้และตระหนักว่าการสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวมนั้น มีหลายเรื่องหลายมิติที่สำคัญและสัมพันธ์ ส่งผลต่อกันและกัน



## เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization [homepage on the Internet].Diabetes. [cited 2007 April 24]. Available from: <http://www.Who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/diabetes/en/>
2. King H, Aubert RE , Herman W. Global burden of diabetes, September 1995– 2025: Prevalence, numerical estimates, and projections. Diabetes Care 1998; 21(9): 141–3.
3. สำนักโรคบาตวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานเพื่าระวังทางโรคบาตวิทยา โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และหัวใจขาดเลือด. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและ วัสดุภัณฑ์ ; 2549.
4. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.การสำรวจสภาวะสุขภาพ ประชาชนไทย.กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ องค์การรับส่งสินค้าและวัสดุภัณฑ์; 2553.
5. พิมลรัตน์ อินแสน. การสำรวจงานวิจัยทางการพยาบาลแบบไม่ทดลอง ที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย. รามาธิบดี พยาบาลสาร 2553; 16: 238–58
6. ชาย โพธิสิตา. ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 4 กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.;2552.
7. นิตา ชูโต. การวิจัยเชิงคุณภาพ พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพฯ: พรินต์โพร;2548.
8. สุภางค์ จันทวานิช. การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย;2551.
9. วุฒิพงษ์ รังไสย. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในตำบลชานูวรรณ อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชานูวรรณ สังกัดสาธารณสุขอำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด;2554.
10. Lerman et al. (2004). Psychosocial factors associated with poor diabetes self-care management in a specialized Center in Mexico City. Biomedicine & Pharmacotherapy Vol. 58 pp.566–70
11. วิมลรัตน์ จงเจริญและคณะ. การส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. สงขลานครินทร์ เวชสาร 2551; 26 : 71–84.



ผลของการจัดโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับ  
การสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หมู่ที่ 9 ตำบลดงตะงาว  
อำเภอดอนพุด จังหวัดสระบุรี

สุนทรีย์ คำเพ็ง\*  
อรชिरา บุญประดิษฐ์\*

### บทคัดย่อ

โรคความดันโลหิตสูงจัดว่าเป็นโรคเรื้อรังที่มีอันตรายถึงชีวิต ถ้าผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ถูกต้องจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังทดลอง (One group Pretest – Posttest Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการจัดโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หมู่ที่ 9 ตำบลดงตะงาว อำเภอดอนพุด จังหวัดสระบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เลือกแบบเจาะจงตามคุณลักษณะที่กำหนด จำนวน 30 คน เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบทดสอบความรู้ แบบสัมภาษณ์การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และพฤติกรรมในการดูแลตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ร้อยละและการทดสอบค่าที (Paired t-test)

**ผลการวิจัยพบว่า** ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมในการดูแลตนเอง หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นและแตกต่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $< .01$

**การอภิปรายและสรุปผลการวิจัย** ผลของการวิจัยแสดงการใช้โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมช่วยให้ผู้ป่วยมีความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวและมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ถูกต้องในการควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นจึงควรนำโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพนี้ไปปรับใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มอื่นต่อไป

**คำสำคัญ :** การสร้างเสริมสุขภาพ ความดันโลหิตสูง





## The Effects of Using Health Promotion Program and Social Support among People with Hypertension in Donpud District, Saraburi Province, Thailand

---

Soontharee Khampeng\*

Aornira Boonpradit\*

### Abstract

Hypertension is a chronic disease that can harm and cause various complications, especially if self-care inappropriately implemented. Therefore, promoting appropriate self care is important for the Patient's health and wellbeing. The aim of this study was to examine the effects of a Health Promotion Program, based on the Health Belief Model and social support concept among hypertensive patients in Donpud district, Saraburi Province. Methods: A quasi experimental, one group pre and posttest design was used in the study. Thirty hypertensive patients were purposely selected for the program. Six questionnaires including knowledge, perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, perceived barriers, and self care were used before and after the program. Data were analyzed by using means, percentages and a paired t – test.

**Results:** The results revealed that after the program ended, a mean score of knowledge on hypertension, perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, and self care were statistically significantly higher than the mean score before participating the program ( $p < 0.01$ ).

**Discussion and Conclusions:** The findings showed that this program could help enhancing participants' perceived susceptibility, severity, and benefits of their illness, and improve participants' self-care in order to prevent themselves from complications. Therefore, this Health Promotion Program should be applied to other hypertensive patients in other communities.

**Keywords :** Health promotion, Hypertension



## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญอย่างหนึ่งที่ประเทศไทยกำลังเผชิญอยู่ จากข้อมูลของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข<sup>(1)</sup> พบว่าในปี พ.ศ. 2551 อัตราตายต่อประชากรแสนคนด้วยโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 3.9 และพบอัตราการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2541-2551 พบว่าโรคความดันโลหิตสูงมีอัตราเพิ่มขึ้นจาก 169.6 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2541 เพิ่มขึ้นเป็น 340.9 ใน พ.ศ. 2545 และเป็น 860.5 ใน พ.ศ. 2551

โรคความดันโลหิตสูงมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยที่สำคัญ 2 ประการ ได้แก่ 1) ปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ คือ อายุ เพศ ระดับการศึกษา กรรมพันธุ์ ซึ่งการเป็นโรคความดันโลหิตสูงมักจะพบในผู้ที่มีอายุมากขึ้น ส่วนมากจะพบในคนที่อายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป และ 2) ปัจจัยด้านพฤติกรรมซึ่งเป็นปัจจัยที่เราสามารถปรับเปลี่ยนเพื่อป้องกันโรคนี้ได้ถึง ร้อยละ 80 ปัจจัยเสี่ยงด้านนี้ได้แก่ รูปแบบการดำเนินชีวิตที่ไม่สมดุลระหว่างการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารมากเกินไป ไม่ถูกสัดส่วน รับประทานอาหารอาหารหารรสเค็ม หวานและมันสูง รับประทานอาหารผักผลไม้ น้อย ใช้เครื่องอำนวยความสะดวก เคลื่อนไหวร่างกายน้อย เครียดเป็นประจำ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ หรือได้รับควันบุหรี่มือสอง<sup>(2)</sup> ปัจจัยดังกล่าวส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัว เศรษฐกิจและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงต้องคอยเอาใจใส่ตนเองอยู่เสมอ หากขาดการรักษาอย่างต่อเนื่องหรือไม่ได้รับการรักษาจะไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่ปลอดภัยได้ การมีความดันโลหิตสูงอยู่นานมีผลทำให้หลอดเลือดแดงทั้งเล็กและใหญ่ทั่วร่างกายตีบแข็ง อวัยวะที่สำคัญของร่างกาย เช่น หลอดเลือดใหญ่ หัวใจ สมอง ตา ไต มีการเปลี่ยนแปลงเสื่อมสภาพและเกิดอันตรายต่อชีวิตได้ โรคความดันโลหิตสูงมักไม่มีอาการแสดงใน

ระยะเริ่มแรก แต่จะมีอาการแสดงเมื่อโรคมีความรุนแรง หากประชาชนได้รับการตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาโรคความดันโลหิตสูงตั้งแต่เริ่มแรกจะช่วยลดความเสี่ยงของความพิการและการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดได้

เป้าหมายที่สำคัญของการรักษาโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ คือการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงให้อยู่ในระดับปกติหรือต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท และให้คงไว้ระดับปกติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน การรักษาโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุมี 2 วิธีคือ การควบคุมโดยใช้ยาและควบคุมโดยไม่ใช้ยาหรือการปรับเปลี่ยนแบบแผนพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิต<sup>(3)</sup> จากการศึกษาเกี่ยวกับการรับประทานยาตามแผนการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าอัตราการรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยลดลงอย่างรวดเร็วในระยะเวลา 3 เดือน 6 เดือนและ 12 เดือนจากร้อยละ 44.7 เป็นร้อยละ 35.9 และ 35.8 ตามลำดับ<sup>(3)</sup> เนื่องจากผู้ป่วยเห็นว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ไม่รุนแรง ไม่มีอาการเด่นชัดจึงไม่รับประทานยาและไม่มาได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังพบว่าการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียวไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้ การปฏิบัติตนเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การรับประทานยาที่สม่ำเสมอต่อเนื่องจึงจะสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้

ปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมักจะควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงให้อยู่ในระดับปกติได้น้อย ในการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงนั้น การปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคมีความสำคัญมากเพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและยังสามารถลดอัตราการตายและลดอัตราพิการได้<sup>(4)</sup> ซึ่งการปฏิบัติตัวในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงที่ถูกต้องประกอบด้วย การควบคุมอาหาร ไม่รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง ลดอาหารที่มีส่วนประกอบของเกลือลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกายที่เหมาะสม และการจัดการความเครียด นอกจากนี้



การปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวแล้วพฤติกรรมมารับประทานยาและการมาตรวจตามนัด ก็สามารถช่วยในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงให้ดีขึ้น<sup>(3)</sup> ซึ่งการปฏิบัติตัวในทุกๆ ด้านจึงเป็นสิ่งที่ต้องดำเนินการควบคู่กันไปจึงจะได้ผล การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องนั้นขึ้นกับปัจจัยด้านการรับรู้เนื่องจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงยังมีความรู้เกี่ยวกับโรคและความรุนแรงของโรคตนเองยังไม่ดีพอและพฤติกรรมในการดูแลตนเองไม่ถูกต้อง เช่น ขาดการออกกำลังกาย รับประทานอาหารที่มีไขมันสูงหยุดยาเอง สูบบุหรี่หรือดื่มสุราเป็นประจำ จากพฤติกรรมเหล่านี้อาจส่งผลให้โรครุนแรงมากขึ้นจนเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ซึ่งความเป็นจริงแล้วผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถมีชีวิตที่ยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีหากมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง<sup>(5)</sup>

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เป็นทฤษฎีที่ใช้ในการอธิบายและทำนายพฤติกรรมของบุคคลในการที่จะปฏิบัติเพื่อป้องกันและรักษาโรคว่าบุคคลจะต้องมีการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของโรค ซึ่งการรับรู้นี้จะผลักดันให้บุคคลหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามของโรคโดยเลือกวิธีปฏิบัติที่คิดว่าเป็นวิธีที่ดีที่สุด โดยการเปรียบเทียบประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติกับผลเสีย ค่าใช้จ่าย หรืออุปสรรคที่จะเกิดขึ้น<sup>(4)</sup> ดังนั้นในการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้มีพฤติกรรมในการควบคุมโรคนั้นจะต้องมีการจัดกิจกรรมการให้คำแนะนำหรือดูแลที่เหมาะสมเพื่อให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้องโดยที่ผู้ป่วยไม่ใช่ผู้ที่คอยรับความช่วยเหลือเพียงฝ่ายเดียว แต่ต้องมีส่วนร่วมในการค้นหาศักยภาพของตนเอง ระบุปัญหา กำหนดแนวทางและเป้าหมายในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เหมาะสม ร่วมกับเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ซึ่งการที่ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมที่จะทำให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง และมีการเปลี่ยนแปลงความเชื่อด้านสุขภาพในทางที่ดีขึ้นและเป็นแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมที่ดีร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม คือการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย ในด้านการให้ข้อมูล

ข่าวสารหรือด้านจิตใจ เช่นการให้กำลังใจ การกระตุ้นเตือน จากเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพแล้วมีผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องในการป้องกันโรค<sup>(6)</sup>

ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นทฤษฎีที่มีกลวิธีโดยแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ถูกนำมาใช้ในการแก้ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งสุขภาพจิตและสุขภาพกาย<sup>(6)</sup> ต่อมาก็ได้มีผู้ใช้แรงสนับสนุนทางสังคมในการที่จะให้คนใช้ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในด้านการรักษาโรค เช่น โรคความดันโลหิตสูง การให้คนได้รับประทานยาสม่ำเสมอ การมีพฤติกรรมที่เอื้ออำนวยต่อการรักษาโรค<sup>(4)</sup> เช่น การออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่ เป็นต้น การนำกลวิธีแรงสนับสนุนทางสังคมมาใช้สามารถนำมาแก้ไขปัญหาระบบสุขภาพโดยนำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของบุคคล<sup>(5)</sup> ซึ่งในการศึกษานี้ จะเน้นการให้การสนับสนุนในทางการสื่อสาร และอารมณ์ โดยให้ข้อมูลข่าวสารด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และการกระตุ้นเตือนให้เกิดการปฏิบัติ ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง<sup>(4)</sup>

จากการศึกษาเบื้องต้นในชุมชนบ้านดอนทอง หมู่ที่ 9 ตำบลดงตะงาว อำเภอดอนพุด จังหวัดสระบุรี เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2554 พบว่ามีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 33 คน และจากการสังเกตพร้อมทั้งสัมภาษณ์ยังพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ยังไม่เหมาะสมซึ่งปัจจัยดังกล่าวส่งผลต่อการปฏิบัติตัวในการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง การดูแลตนเองของผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมด้วยการจัดโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพขึ้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนบ้านดอนทอง หมู่ที่ 9 ตำบลดงตะงาว อำเภอดอนพุด จังหวัดสระบุรี เพื่อที่จะให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ มีศักยภาพในการดูแลตนเองเพื่อไม่ให้



เกิดภาวะแทรกซ้อน

### นิยามศัพท์เฉพาะที่ใช้ในการวิจัย

**ความเชื่อด้านสุขภาพ** หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงประกอบด้วย การรับรู้

**โอกาสเสี่ยงภาวะแทรกซ้อน** การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสามารถวัดได้โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์<sup>(7)</sup>

**พฤติกรรมในการดูแลตนเอง** หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

การป้องกันและควบคุมระดับความดันโลหิตประกอบด้วย พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด

**ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง** หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง

**โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ** หมายถึง โปรแกรมที่ผู้วิจัยได้ประยุกต์จากแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม เพื่อทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้ มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคที่ถูกต้อง และมีพฤติกรรมดูแลตนเองในการที่จะป้องกันภาวะแทรกซ้อนซึ่งโปรแกรมนี้ใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์

### กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม

กลุ่มทดลอง

**โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพโดยการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม**

1. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
  - 1.1 การให้ความรู้ คำแนะนำแบบมีส่วนร่วม สนทนา ซักถาม
  - 1.2 สาธิตและสาธิตย้อนกลับการออกกำลังกาย
  - 1.3 นำเสนอตัวอย่างอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสม
  - 1.4 นำเสนอวิธีการผ่อนคลายความเครียด
2. แรงสนับสนุนทางสังคม
  - 2.1 แจกเอกสารเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลตนเอง
  - 2.2 การร่วมกันกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง
  - 2.3 การเยี่ยมบ้านเพื่อกระตุ้นเตือนและให้ความข้อมูล คำปรึกษา

1. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
  - 1.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง
  - 1.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง
  - 1.3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง
2. พฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในเรื่อง
  - 2.1 การรับประทานอาหาร
  - 2.2 การออกกำลังกาย
  - 2.3 การผ่อนคลายความเครียด



## วัตถุประสงค์การวิจัย

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลการจัดโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพที่มีต่อความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมู่ที่ 9 ตำบลดงตะงาว อำเภอคอนปุด จังหวัดสระบุรี

### วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพก่อนกับหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนก่อนกับหลังการทดลอง

### สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพมีค่าสูงกว่าก่อนการทดลอง
2. หลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนมีค่าสูงกว่าก่อนการทดลอง

### วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group Pretest-Posttest Design) ศึกษาผลการจัดโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยโครงการได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพระพุทธบาทโดย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างเดือน สิงหาคมถึงกันยายน พ.ศ. 2554 ใช้แบบสัมภาษณ์ชุดเดียวกันทั้งก่อนและหลังการทดลอง

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ประชาชนที่มีภูมิลำเนาในชุมชนหมู่ที่ 9 ตำบลดงตะงาว อำเภอคอนปุด จังหวัดสระบุรี และอาศัยอยู่ในชุมชนดังกล่าว

ในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา โดยกำหนดแบบเฉพาะเจาะจงกำหนดเกณฑ์ดังนี้

เกณฑ์นำเข้า (Inclusion criteria) คือ

1. ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงไม่เกิน 3 ปี ที่อยู่ในชุมชนหมู่ที่ 9 ตำบลดงตะงาว อำเภอคอนปุด จังหวัดสระบุรี ที่มีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับต่ำ
2. ไม่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น อัมพาต
3. ไม่มีปัญหาการได้ยิน การพูดการมองเห็น และเข้าใจภาษาไทยดี
4. สัมครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ

1. ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน
2. ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ตลอดการทดลอง

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1. แบบสัมภาษณ์ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างเอง แบ่งเป็น 3 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้

ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบว่าใช่ ไม่ใช่ และไม่แน่ใจ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนคือ ตอบว่า ใช่ให้คะแนน 1 คะแนน เมื่อตอบว่า ไม่ใช่และไม่แน่ใจ ให้ 0 คะแนน

ตอนที่ 3 แบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างซึ่งประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน จำนวน 9 ข้อ การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 10 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตัวควบคุมโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย

- ตอนที่ 4 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแล



ตนเอง ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด รวม 18 ข้อ ให้ผู้ตอบพิจารณา 3 ตัวเลือก ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติเป็นประจำ

นำแบบสัมภาษณ์ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและโครงสร้าง (validity) และนำมาปรับปรุงตามคำแนะนำ และนำแบบสัมภาษณ์ที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกันจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง หาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธี KR-20 ได้ค่าเท่ากับ .85 สำหรับด้านความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรม การดูแลตนเอง หาค่าความเชื่อมั่นโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .70 และ .75 ตามลำดับ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองได้แก่ โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วย แผนการให้คำแนะนำแบบมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตัวเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูง (เนื้อหาความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลตนเอง เมื่อป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้แก่ เรื่องการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด และการสนับสนุนทางสังคมโดยการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพื่อให้กำลังใจและเป็นการกระตุ้นเตือน) ซึ่งผู้วิจัยนำเครื่องมือให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบแก้ไขเพื่อตรวจสอบความครอบคลุมในเนื้อหา การใช้ภาษาและความเหมาะสมของการจัดกิจกรรม สื่อการสอน เวลาการสอนและนำมาปรับปรุงตามคำแนะนำ หลังจากนั้นก็ไปแก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งใช้เวลาในการจัดโปรแกรมฯ 4 สัปดาห์

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอน ดังนี้

### ขั้นตอนการทดลอง

1. ติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตองตะนาว อำเภอดอนพุด จังหวัดสระบุรี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัย

2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณลักษณะที่กำหนด

3. จัดเตรียมอุปกรณ์ สถานที่ในการใช้ทำกิจกรรม

### ขั้นตอนการทดลอง

1. เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ด้วยแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้ในการดูแลตนเองด้านรับประทาน อาหาร การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียดของโรคความดันโลหิตสูง สัมภาษณ์พฤติกรรมดูแลตนเองในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียดและการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง 1 สัปดาห์ นัดหมายวันและสถานที่เพื่อพบกลุ่มโดยไปตามจุดนัดหมายในหมู่บ้านของกลุ่มทดลองซึ่งแบ่งกลุ่มเป้าหมายกลุ่มละไม่เกิน 6 คน

2. ดำเนินการทดลองตามโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพโดยจัดกิจกรรม 2 ครั้งๆ ละ 3 ชั่วโมงโดยในครั้งแรก (สัปดาห์ที่ 1) เป็นการให้ความรู้และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และเชิญผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ในการดูแลตนเอง มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ร่วมกันตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติตัวในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด ครั้งที่สอง (สัปดาห์ที่ 2) ให้ความรู้ ผักกักกะเกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อทบทวนความรู้และกระตุ้นเตือนในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

ในสัปดาห์ที่ 3 ติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อทบทวน





ความรู้และกระตุ้นเตือนในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

และสัปดาห์ที่ 4 ติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อทบทวนความรู้และกระตุ้นเตือนในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนพร้อมทั้งเก็บรวบรวมข้อมูลหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ขั้นสิ้นสุดการทดลอง

เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพในสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อทบทวนความรู้และกระตุ้นเตือนในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และเก็บรวบรวมข้อมูลอีกครั้งตามแบบสัมภาษณ์ชุดเดียวกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม มีผู้เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ จำนวน 30 คน

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในครั้งนี้ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่และร้อยละ

2. ความรู้โรคความดันโลหิตสูง ความเชื่อด้านสุขภาพได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการทดสอบค่าที (paired-t-test)

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80 อายุระหว่าง 50-59 ปี ร้อยละ 53.33 สถานภาพการสมรสส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 76.66 และระดับการศึกษา ส่วนใหญ่อยู่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 80

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงพบว่าก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เท่ากับ 5.33 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.52 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เท่ากับ 7.27 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.87 เมื่อเปรียบเทียบทางสถิติพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงหลังการทดลองเพิ่มขึ้นก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.01$ )

3. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพ

3.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน พบว่าก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 18.23 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.74 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเท่ากับ 19.93 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.70 เมื่อเปรียบเทียบทางสถิติพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการทดลองเพิ่มขึ้นก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.01$ ) (ตารางที่ 1)

3.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง พบว่าก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 18.23 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.45 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 19.67 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.49 เมื่อเปรียบเทียบทางสถิติพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงหลังการทดลองเพิ่มขึ้นก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.01$ ) (ตารางที่ 1)

3.3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง พบว่าก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ต่อการปฏิบัติตัวในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 18.17 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.85 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ต่อการปฏิบัติตัว



ในการควบคุมโรค ความดันโลหิตสูงเท่ากับ 19.07 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.74 เมื่อเปรียบเทียบทางสถิติพบว่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ของ

การปฏิบัติตัวเพื่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง หลังการทดลองเพิ่มขึ้นก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value <0.01) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ

ความเชื่อด้านสุขภาพ	N	Mean	S.D.	t-value	df	p-value
<b>การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง</b>						
ก่อนการทดลอง	30	18.23	1.74			
หลังการทดลอง	30	19.93	1.70	-8.23	29	.000
<b>การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง</b>						
ก่อนการทดลอง	30	18.33	1.45			
หลังการทดลอง	30	19.67	1.49	-9.63	29	.000
<b>การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง</b>						
ก่อนการทดลอง	30	18.17	1.85			
หลังการทดลอง	30	19.07	1.74	-4.64	29	.000

4. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงพบว่าก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 29.50 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.94 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 31.23 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.61 เมื่อเปรียบเทียบทางสถิติพบว่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและควบคุมโรค

ความดันโลหิตสูงหลังการทดลองเพิ่มขึ้นก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value <0.01) (ตารางที่ 2)

5. ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นและเมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value <0.01) (ตารางที่ 2)



## ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและความคุ้มครองโรคความดันโลหิตสูง

พฤติกรรม	N	Mean	S.D.	t-value	df	p-value
หลังการทดลอง	30	29.50	1.94			
หลังการทดลอง	30	31.23	1.61	-7.90	29	.000

### อภิปรายผล

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นทราบว่าหลังจากกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในเรื่องความหมาย สาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติตัว การเชิญผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนมาร่วมแลกเปลี่ยนความรู้ และประสบการณ์ตลอดจนสื่อที่ใช้ได้แสดงให้เห็นความรุนแรงของโรคโดยนำภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เกิดภาวะแทรกซ้อนมาให้กลุ่มทดลองดูและการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น พูดคุยกันระหว่างผู้ป่วยด้วยกันทำให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นถ้าไม่ดูแลสุขภาพ โดยให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในกิจกรรมทำให้เกิดบรรยากาศการเรียนรู้ที่ดีสอดคล้องกับการศึกษาของกวีเมฆประดับ<sup>(6)</sup> ที่ศึกษาผลของการจัดโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง อำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลกที่พบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $<.01$  ซึ่งในการให้ความรู้ในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุจำเป็นต้องใช้เทคนิคหลายๆ อย่างและสื่อต่างๆ เพื่อให้ผู้เข้าโปรแกรมได้เข้าใจเนื้อหาได้ง่าย และการเปิดโอกาสให้ได้แลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์กันในกลุ่มจะทำให้มีความรู้และความเข้าใจมากขึ้น ทั้งนี้เป็นเพราะโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพที่ผู้วิจัยได้นำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทาง

สังคมมาประยุกต์และจัดโปรแกรมให้กับกลุ่มทดลองโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงทำให้กลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและยอมรับที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

เบคเกอร์<sup>(7)</sup> ได้อธิบายแนวคิดของความเชื่อด้านสุขภาพว่าการที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นต้องมีการรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคนั้นจะต้องมีความรุนแรงต่อชีวิต การปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคก่อให้เกิดผลดีแก่ตนเอง โดยการลดโอกาสเสี่ยงหรือช่วยลดความรุนแรงของโรค ถ้าเกิดป่วยเป็นโรคนั้นๆ การปฏิบัติดังกล่าวไม่ควรมียุติหรือมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของตน องค์ประกอบของความเชื่อด้านสุขภาพประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม นอกจากนี้องค์ประกอบของการรับรู้แล้ว ยังมีปัจจัยร่วม เช่น อายุ เพศ ศาสนา สภาพสังคม วัฒนธรรม และปัจจัยสิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติ เช่น ประสบการณ์ การเจ็บป่วย การได้รับข้อมูลจากสื่อต่างๆ ซึ่งมีการรับรู้ตามแนวคิด เบคเกอร์มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรม การควบคุมโรคของบุคคลซึ่งการรับรู้เป็นกระบวนการที่สมองตีความ หรือแปลความจากสิ่งเร้าที่มาสัมผัส ออกเป็นความรู้สึกนึกคิดและเข้าใจบุคคล โดยใช้ความรู้เดิมช่วยตีความหมายและตอบสนองออกมาเป็นพฤติกรรม แต่ถึงแม้บุคคลจะรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและความรุนแรงของ



โรคเป็นอย่างดีแล้วก็ตาม แต่การที่จะให้ความร่วมมือ ยอมรับและปฏิบัติตามคำแนะนำจะต้องรับรู้ถึง ประโยชน์ของการปฏิบัติ โดยมีความเชื่อว่าสิ่งที่ ปฏิบัตินั้น เป็นวิธีที่ดีและเหมาะสมที่จะช่วยป้องกัน โรคได้จริง โดยไม่มีอุปสรรค หรือความยุ่งยากที่จะ ขวางกั้นการปฏิบัตินั้นๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะ ปฏิบัติตามคำแนะนำขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบถึง ข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้นๆ โดยเลือกปฏิบัติ ในสิ่งที่เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย นอกจากนั้นความ เข้าใจในคำแนะนำรวมถึงความไว้วางใจในการดูแล รักษาของเจ้าหน้าที่เป็นสิ่งที่มามีอิทธิพลต่อการปฏิบัติ ตามคำแนะนำด้วย และจุฬารัตน์ โสตะ<sup>(5)</sup> ได้ข้อสรุป การศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่า การรับรู้ ถึงประโยชน์ของการรักษามีอิทธิพลต่อพฤติกรรม ความร่วมมือในการรักษาโรคของผู้ป่วยมากกว่า พฤติกรรมการป้องกันโรค เช่นเดียวกับการรับรู้ ความรุนแรงของโรค

### ข้อจำกัดของการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดการวิจัยใน ประเด็นต่างๆ ดังนี้

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูงทั้งหมด และไม่มีการสุ่มตัวอย่าง จึงไม่สามารถนำไปปรับใช้ได้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ

### ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล
  - 1.1 จากผลการวิจัยที่พบว่าโปรแกรมการ สร้างเสริมสุขภาพที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีความเชื่อด้าน สุขภาพร่วมกับใช้แรงสนับสนุนทางสังคมทำให้กลุ่ม ทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การ รับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมภาวะแทรกซ้อน และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะ แทรกซ้อนเพิ่มขึ้น ดังนั้นพยาบาลที่ปฏิบัติงานใน ชุมชนและบุคลากรในที่มสุขภาพอื่นจึงควรนำ โปรแกรมนี้ไปใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรค

ความดันโลหิตสูงกับผู้ป่วยในพื้นที่อื่นๆ

### 2. ด้านการศึกษาพยาบาล

- 2.1 อาจารย์ในสถาบันการพยาบาลควร นำโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพนี้ไปใช้ในการ เรียนการสอนให้กับนักศึกษาในเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับ การสร้างเสริมสุขภาพ ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมโดยยก ตัวอย่างประกอบการสอนได้

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการ กำหนดกิจกรรมในโปรแกรมด้วยเพื่อสร้างความ ยั่งยืน
2. การวิจัยในครั้งต่อไปใช้เวลาในการศึกษา 4 สัปดาห์และวัดผลไม่มีการวัดซ้ำในการวิจัยครั้ง ต่อไปควรมีการวัดซ้ำหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมแล้ว อีก 4 สัปดาห์เพื่อดูความคงทน
3. การทำวิจัยในครั้งต่อไปควรเพิ่มให้มีกลุ่ม ควบคุมเพื่อให้ผลการวิจัยน่าเชื่อถือมากขึ้น

### เอกสารอ้างอิง

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. กรอบยุทธศาสตร์ งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับ ชาติ ปี 2554-2558. กรุงเทพมหานคร: สาม เจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด; 2554.
2. ชุมศักดิ์ พุกษาพงศ์. คู่มือโรคความดันโลหิตสูง. กรุงเทพฯ: โกลัสมอ; 2547.
3. สุกัญญา เหมะ. ปัจจัยทำนายนายการควบคุม ความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2553.
4. รัตนา เรือนอินทร์. ความเชื่อด้านสุขภาพและ พฤติกรรมควบคุมโรคของผู้ที่มีภาวะความดัน โลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชนเครือข่าย โรงพยาบาลลี้ จังหวัดลำพูน (การค้นคว้าอิสระ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต), เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2550.



5. จุฬารัตน์ โสตะ. กลยุทธ์พัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. ขอนแก่น: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2546.
6. อรุณีย์ ศรีนวล. การประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในอำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2548.
7. Becker, M. H., & Maiman, L. A. A new approach to explaining sick role behavior in low income population. American Journal of Public health 1974; 3: 330-6.
8. กวี เมฆประดับ. ผลของการจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง อำเภอหนองกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก (วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2544.



## เกร็ดประวัติการพยาบาล



### สภาการพยาบาลนานาชาติ (International Council of Nurse: ICN)

สภาการพยาบาลนานาชาติ ก่อตั้งขึ้นเมื่อ ค.ศ. 1899 ที่เมืองบอสตัน มลรัฐแมสซาชูเซต ประเทศสหรัฐอเมริกา ปัจจุบันสำนักงานใหญ่ตั้งอยู่ที่เมืองเจนีวา ประเทศสวิสเซอร์แลนด์ นับเป็นองค์กรนานาชาติด้านสุขภาพแห่งแรกที่แพร่หลายที่สุด จุดประสงค์ของการก่อตั้งสภาการพยาบาลนานาชาติเพื่อพัฒนามาตรฐานการศึกษาพยาบาล การปฏิบัติการของวิชาชีพและสวัสดิการความเป็นอยู่ของพยาบาล

สภาการพยาบาลนานาชาติเป็นสื่อกลางที่จะช่วยให้พยาบาลทั่วโลกมีความสัมพันธ์กัน ส่งเสริมความเข้าใจซึ่งกันและกัน แลกเปลี่ยนความคิดประสบการณ์และความรู้ สภาการพยาบาลนานาชาติเป็นองค์กรพยาบาลระดับโลก โดยมีสมาคมพยาบาลของประเทศต่างๆ เป็นสมาชิก ประเทศหนึ่งจะเป็นสมาชิกได้ 1 ที่ โดยมีเกณฑ์การเข้าเป็นสมาชิกว่า สมาคมพยาบาลของประเทศที่สมัครจะต้องเป็นองค์กรอิสระ มีพยาบาลเป็นนายกสมาคมและกรรมการ ดำเนินการเพื่อมวลหมู่สมาชิกพยาบาล ในปีแรกที่จัดตั้งสภาการพยาบาลนานาชาติมีสมาคมพยาบาลเข้าร่วมเป็นสมาชิกเพียง 5 ประเทศเท่านั้น และเพิ่มจำนวนขึ้นตามลำดับ จนกระทั่ง ค.ศ. 2010 มีองค์กรสมาชิกสมาคมพยาบาลทั้งหมด 131 ประเทศ และจำนวนสมาชิกมากกว่า 13 ล้านคน สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยได้เข้าเป็นสมาชิกสมบูรณเมื่อ ค.ศ. 1961 (พ.ศ. 2504)

สภาการพยาบาลนานาชาติมีวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

1. เป็นศูนย์กลางแลกเปลี่ยนความคิด ความรู้ของพยาบาลทั่วโลก
2. ช่วยในการยกสถานภาพและพัฒนาพยาบาลและการพยาบาล
3. กำหนดนโยบายสุขภาพและนโยบายอื่นที่เกี่ยวข้องในระดับนานาชาติ

สภาการพยาบาลนานาชาติดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ เช่น

- การจัดโครงการต่างๆ เช่น โครงการพัฒนาระบบการจำแนกการปฏิบัติการพยาบาล (International Classification for Nursing Practice: ICNP) ขึ้นเป็นระบบกลางเพื่อที่จะให้พยาบาลในประเทศต่างๆ ได้ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติและสามารถสื่อถึงกันได้ทั่วโลก และได้ตีพิมพ์เผยแพร่ระบบการจำแนกการปฏิบัติการพยาบาลชุดแรกคือ ICNP® Alpha Version ในปี ค.ศ. 1996 ซึ่งได้พัฒนาปรับปรุงแก้ไขเป็น ICNP® Version 1.1





ตีพิมพ์เผยแพร่ในปี ค.ศ. 2008 ประเทศสมาชิกหลายประเทศ รวมทั้งประเทศไทยได้แปลและเรียบเรียง ICNP ในภาษาของตนเอง

- การจัดพิมพ์ตำรา วารสาร และเอกสารวิชาการต่าง ๆ เช่น วารสาร International Nursing Review ซึ่งออกทุก 3 เดือน เพื่อเป็นศูนย์กลางการแลกเปลี่ยนความคิด ความรู้ แหล่งประโยชน์ แก่พยาบาลทั่วโลก กองบรรณาธิการประกอบด้วยตัวแทนจาก 14 ประเทศ และเป็นตัวแทนจากทุกภูมิภาคของโลก

- การจัดประชุมวิชาการประจำปี เพื่อเป็นเวทีแลกเปลี่ยนความรู้ พบปะทำความรู้จักของมวลสมาชิก ซึ่งสมาชิกได้ให้ความสนใจและความร่วมมือในการเข้าประชุมครั้งละกว่า 6,000 คน

สภาการพยาบาลนานาชาติดำเนินการโดยได้รับงบประมาณจากค่าบำรุงขององค์กรสมาชิก ซึ่งชำระประจำปีตามจำนวนสมาชิกในประเทศ สภาการพยาบาลนานาชาติดำเนินการโดยกรรมการสภา ซึ่งประกอบด้วยนายกสมาคมพยาบาลแห่งชาติของประเทศองค์กรสมาชิก มีการประชุมทุก 2 ปี กรรมการอำนวยการของสภา มี 15 คน ซึ่งได้มาจากการเลือกตั้งประกอบด้วย นายกสภา 1 คน รองนายกสภา 3 คน ผู้แทนประเภททั่วไป 4 คน ผู้แทนจากภูมิภาคต่าง ๆ ทั่วโลก 7 คน มีวาระครั้งละ 4 ปี มีการประชุมปีละ 1 ครั้ง ซึ่งที่ผ่านมา ผู้แทนจากภูมิภาคต่างๆ ทั่วโลกได้รับเลือกเป็นนายกสภาการพยาบาลนานาชาติ ตัวอย่างเช่น ในปี ค.ศ. 1989 Mo-lm Kim จากประเทศเกาหลี ได้รับเลือกเป็นนายกสภาการพยาบาลนานาชาติคนแรกจากทวีปเอเชีย และในปี ค.ศ. 2009 จนถึงปัจจุบัน Rosemary Bryant จากเครือรัฐออสเตรเลียได้รับเลือกเป็นนายกสภาการพยาบาลนานาชาติ สภาการพยาบาลนานาชาติจัดให้มีการประชุมสันนิบาตระหว่างประเทศทุก 4 ปี โดยองค์กรสมาชิกผลัดเปลี่ยนกันเป็นเจ้าภาพเพื่อกำหนดนโยบายในการดำเนินงาน การประชุมครั้งต่อไปคือ ICN 25<sup>th</sup> Quadrennial Congress จะจัดขึ้นที่ Melbourne, Australia ระหว่างวันที่ 18-23 พฤษภาคม 2556 ภายใต้หัวข้อ Equity and Access to Health Care.

**ที่มา:** วรณภา ประไพพานิช. สภาการพยาบาลนานาชาติ ใน มณี อภานันท์กุล และคณะ. บทนำวิชาชีพ และมโนคติพื้นฐานทางการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: โรงเรียนพยาบาลรามธิบดี; 2555.



## ระเบียบการส่งผลงานวิชาการลงตีพิมพ์ในวารสารพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขจัดทำขึ้นเพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการด้านการพยาบาลทุกสาขาและการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ผลงานวิชาการที่รับตีพิมพ์ ได้แก่ บทความวิจัย บทความวิชาการ บทวิจารณ์หนังสือ หรือบทความปริทรรศน์ วารสารฯ มีกำหนดออกปีละ 3 ฉบับ ปีละ 3 ฉบับ คือ ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม และ ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

### ข้อกำหนดการตีพิมพ์ผลงานวิชาการในวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข มีดังต่อไปนี้

1. เป็นผลงานวิชาการทั้งภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษในสาขาการพยาบาล, การสาธารณสุข หรือสาขาที่เกี่ยวข้อง
2. ผลงานต้องไม่เคยลงตีพิมพ์ในหนังสือและวารสารใดมาก่อน ยกเว้นเป็นผลงานที่ได้นำเสนอในการประชุมทางวิชาการแบบไม่มีเรื่องเต็ม (Proceedings) และผู้เขียนจะต้องไม่ส่งบทความเพื่อไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นในเวลาเดียวกัน
3. ผู้เขียนต้องสมัครเป็นสมาชิกวารสารเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี
4. ผลงานจะได้รับการพิจารณาลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิที่กองบรรณาธิการเห็นสมควร ไม่น้อยกว่า 2 คน
5. กองบรรณาธิการจะมีจดหมายแจ้งผลการพิจารณาการลงตีพิมพ์ในวารสารภายหลังจากกองบรรณาธิการได้พิจารณาผลงานในเบื้องต้นแล้ว
6. หากผลงานใดได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ เจ้าของผลงานจะต้องแก้ไขต้นฉบับให้เสร็จและส่งคืนกองบรรณาธิการภายในเวลาที่กำหนด มิฉะนั้น จะถือว่าสละสิทธิ์การตีพิมพ์
7. กองบรรณาธิการจะไม่ส่งคืนต้นฉบับและแผ่นซีดีข้อมูลให้แก่เจ้าของผลงาน
8. ผลงานวิจัยต้องได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์จากสถาบันใดสถาบันหนึ่ง

### การเตรียมต้นฉบับ

ลำดับการเขียนบทความวิจัย มีดังนี้

1. บทคัดย่อ ภาษาไทย พร้อมชื่อ-สกุล และสถานที่ทำงานของเจ้าของบทความเป็นภาษาไทย
2. บทคัดย่อ ภาษาอังกฤษ (Abstract) พร้อมชื่อ-สกุล และสถานที่ทำงานเจ้าของบทความเป็นภาษาอังกฤษ
3. คำสำคัญ (Key word) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
4. บทนำ
5. วิธีดำเนินการวิจัย
6. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล
7. สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ



8. การใช้ภาษา ใช้ภาษาไทยโดยยึดหลักของราชบัณฑิตยสถาน พยายามหลีกเลี่ยงการใช้ภาษาอังกฤษในข้อความภาษาไทย ยกเว้นกรณีจำเป็นและไม่ใช้คำย่อนอกจากเป็นคำที่ยอมรับกันโดยทั่วไป การแปลศัพท์อังกฤษเป็นไทย หรือการเขียนทับศัพท์ภาษาอังกฤษให้ยึดหลักของราชบัณฑิตยสถาน
9. ภาพประกอบที่ต้องการตีพิมพ์ต้องส่งเป็นไฟล์ .jpg แต่ภาพในวารสารที่ตีพิมพ์แล้วจะเป็นภาพขาวดำเท่านั้น ถ้าเป็น artwork เขียนด้วยหมึกดำบนกระดาษมันสีขาว มีหมายเลขกำกับพร้อมทั้งลูกศรแสดงตำแหน่งของภาพ และมีคำบรรยายใต้ภาพ หากเป็นภาพที่มีลิขสิทธิ์ ต้องมีการอ้างอิงด้วย
10. ตัวอักษรการพิมพ์: ขนาดตัวอักษร TH Niramit AS ขนาด 16, Single Space จัดหน้าให้มีช่องว่างด้านบน 1 นิ้ว ด้านล่าง 1 นิ้ว ด้านซ้าย 1.25 นิ้ว ด้านขวา 1 นิ้ว
11. การอ้างอิงและการเขียนเอกสารอ้างอิง  
 การเขียนเอกสารอ้างอิงให้ใช้รูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style) ซึ่งเป็นรูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง ที่ใช้ในวารสารวิชาการแพทย์และสาธารณสุขทั่วไป การอ้างอิงเอกสารวิชาการรูปแบบแวนคูเวอร์ ให้เรียงลำดับของเอกสาร ตามลำดับเลขที่มีการอ้างถึงในเนื้อหารายงานหรือบทความ และหมายเลขที่อ้างถึงในเนื้อเรื่อนั้น จะต้องตรงกับหมายเลขที่มีการกำกับไว้ในส่วนเอกสารอ้างอิงด้วย โดยเรียงลำดับจากหมายเลข 1 ไปจนถึงเลขที่สุดท้าย (1, 2, 3,...) ให้เขียนหมายเลขอยู่ในวงเล็บ ( ) ต่อท้ายข้อความที่นำมาอ้างอิงในรายงาน และพิมพ์ด้วยยก (superscript) รายละเอียดการเขียนการเขียนเอกสารอ้างอิงรูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) ให้ศึกษาจากบทความของ **อาจารย์จิราภรณ์ จันทร์จร** เรื่อง การเขียนเอกสารอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style) ใน website ของสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข (หัวข้อ [www.tnaph.org](http://www.tnaph.org)) หัวข้อ **วารสาร**
12. รูปแบบการพิมพ์ มีดังต่อไปนี้

รายการ	ลักษณะตัวอักษร	รูปแบบการพิมพ์	ขนาดตัวอักษร
ชื่อบทความ	ตัวหนา	กลางหน้ากระดาษ	18
ชื่อผู้เขียนบทความ* (ไทยและอังกฤษ)	ตัวเอน	ชิดขวา	16
บทคัดย่อ	ตัวหนา	กลางหน้ากระดาษ	18
Abstract	ตัวหนา	กลางหน้ากระดาษ	18
หัวข้อใหญ่	ตัวหนา	ชิดซ้าย	18
หัวข้อยรอง	ตัวหนา	ชิดซ้าย	16
หัวข้อย่อย	ตัวปกติ	ใช้หมายเลขกำกับ	16
เนื้อหาของบทคัดย่อและบทความ	ตัวปกติ	ใช้หมายเลขกำกับ	16
การเน้นข้อความในบทความ	ตัวปกติ	–	16
ข้อความในตาราง	ตัวปกติ	–	14–16
ตัวเลขอ้างอิง	superscript	–	16
เอกสารอ้างอิง	ตัวหนา	กลางหน้ากระดาษ	16



ตัวอย่างการใช้ตัวเลขและเครื่องหมายกำกับการจำแนกหัวข้อ ดังนี้

**ขอบเขตของการวิจัย** (หัวข้อใหญ่ อักษรหนา 18 พอยต์)

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย (หัวข้อรอง อักษรหนา 16 พอยต์)

2. ตัวแปรที่ศึกษา (หัวข้อรอง อักษรหนา 16 พอยต์)

2.1 ตัวแปรอิสระ แบ่งเป็นดังนี้

2.1.1

### การส่งต้นฉบับ

ส่งต้นฉบับพิมพ์ 2 ชุด พร้อมแผ่นซีดีข้อมูล 1 แผ่น และแบบเสนอผลงานวิชาการเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข (สามารถ download ได้จาก website ของสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข [www.tnaph.org](http://www.tnaph.org) หัวข้อ วารสาร) หากเป็นบทความวิจัยจากวิทยานิพนธ์ ต้องผ่านการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ก่อน และแนบใบรับรองของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์มาด้วย ส่งเอกสารด้วยตนเอง ทางไปรษณีย์ หรือไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ ถึง

บรรณาธิการวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

อาคารสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข อาคาร 4 ชั้น 7

ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์/โทรสาร 02-590-1834

[www.tnaph.org](http://www.tnaph.org)

email: [n.tnaph@gmail.com](mailto:n.tnaph@gmail.com)

### การติดต่อสอบถามรายละเอียด

1. บรรณาธิการวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ดร.อัฐพร หิรัญพุกษ์ โทรศัพท์: 02-590-1974, 087-912-7916 โทรสาร: 02-590-1834

email: [atthaporn@pi.ac.th](mailto:atthaporn@pi.ac.th), [atthaporn\\_h@hotmail.com](mailto:atthaporn_h@hotmail.com)

2. ผู้จัดการสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

อาจารย์ไพบูลย์ วงษ์ใหญ่ โทรศัพท์/โทรสาร: 02-590-1834

email: [n.tnaph@gmail.com](mailto:n.tnaph@gmail.com)



## การเขียนเอกสารอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style)

จิราภรณ์ จันทร์จร \*

ในการเขียนเอกสารทางวิชาการนั้น ผู้เขียนจะต้องมีการค้นคว้ารวบรวมสารสนเทศจากแหล่งต่างๆ ทั้งที่เป็นหนังสือ วารสาร เอกสารการวิจัย หรือรายงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยจะคัดเลือกเฉพาะเอกสารที่มีความสำคัญจริงๆ นำไปกล่าวถึง หรืออ้างอิงเป็นแนวทางสนับสนุนประกอบการเขียนเรื่องนั้นๆ ซึ่งนอกจากจะเป็นหลักฐานแสดงถึงความน่าเชื่อถือของผลงานแล้วยังแสดงข้อมูลของแหล่งความรู้ที่สามารถสืบค้นเพื่อตรวจสอบความถูกต้องและค้นคว้าเพิ่มเติม เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจ และเพื่อการศึกษาต่อยอดในเรื่องที่อ้างอิงนั้นๆ

**การอ้างอิง** คือ การนำรายชื่อเอกสาร สิ่งพิมพ์ หรือบุคคลที่ผู้เขียนนำมากล่าวถึง หรืออ้างอิงในการเขียน มารวบรวมไว้อย่างมีแบบแผนในส่วนท้ายของงานนิพนธ์ภายใต้หัวข้อ เอกสารอ้างอิง หรือบรรณานุกรม และใช้ภาษาอังกฤษว่า References หรือ Bibliography ซึ่งรายการอ้างอิงนั้นมีรูปแบบตามกฎเกณฑ์ที่กำหนดอย่างเป็นระบบ ในการเขียนเอกสารทางวิชาการแพทย์และวิทยาศาสตร์การแพทย์นิยมเขียนเอกสารอ้างอิงในรูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style)

### การเขียนเอกสารอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์

เนื่องจากความหลากหลายของวารสารทางวิชาการแพทย์ซึ่งมีอยู่มากกว่า 5,000 ชื่อ รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง จึงมีความแตกต่างกันออกไป บางครั้งขาดความครบถ้วนของข้อมูลสำคัญๆ ที่จะช่วยในการติดตามค้นหาหรือตรวจสอบความถูกต้องของผลงานทางวิชาการ ดังนั้น จึงมีการจัดตั้งคณะกรรมการระดับนานาชาติชื่อ “International Committee of Medical Journal Editors : ICMJE” และ

จัดการประชุมเพื่อกำหนดรูปแบบการอ้างอิงที่เป็นมาตรฐานเดียวกันขึ้น ในปี 1978 ที่นครแวนคูเวอร์ รัฐบริติช โคลัมเบีย ประเทศแคนาดา ได้กำหนดหลักเกณฑ์ในการเขียนเอกสารอ้างอิง ซึ่งเรียกว่า “The Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals” หรือที่รู้จักกันโดยทั่วไปว่า Vancouver Style หลังจากนั้น ก็มีการประชุมเพื่อปรับปรุงแก้ไขอย่างต่อเนื่อง และล่าสุดในปี 2010 ได้ปรับปรุงแก้ไขรูปแบบการอ้างอิงให้ทันสมัยโดยเฉพาะการอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ ที่มีการอ้างอิงมากขึ้นในปัจจุบันนี้ ส่วนหลักเกณฑ์สำคัญที่ยังคงใช้อยู่ ได้แก่ หลักการอ้างอิงในเนื้อเรื่อง (in-text citations) เมื่อนำผลงานของบุคคลอื่นไม่ว่า บางส่วนหรือทั้งหมดมาอ้างอิงในงานนิพนธ์ให้ใส่ตัวเลขกำกับที่ท้ายข้อความนั้นเรียงตามลำดับ 1,2,3... โดยใช้ตัวเลขอารบิกอยู่ในวงเล็บกลม (round brackets) หรือตัวเลขยกขึ้น (superscript) แล้วรวบรวมเป็นรายการอ้างอิง (Reference list หรือ Bibliography) ที่ส่วนท้ายของงานนิพนธ์

### ส่วนประกอบของข้อมูลที่จะนำมาเขียนรายการอ้างอิง

ข้อมูลที่จะนำมาเขียนรายการเอกสารอ้างอิง จะแตกต่างกันตามประเภทของเอกสารที่นำมาอ้างอิง ซึ่งในที่นี้จะกล่าวถึงเฉพาะเอกสารที่มีความนิยมใช้ในการอ้างอิงและเอกสารที่ข้อมูลค่อนข้างจะซับซ้อนยากแก่การนำมาอ้างอิง โดยเรียงเรียงตามเอกสารจาก International Committee of Medical Journal Editors: Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. Last updated: 15 July 2011 สำหรับรายละเอียด

\*บรรณารักษ์ชำนาญการพิเศษ หอสมุดคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2554 (ฉบับปรับปรุง)



ทั้งหมดสามารถศึกษาเพิ่มเติมจากเอกสารต้นฉบับได้ที่ [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)

## การอ้างอิงบทความจากวารสาร (Articles in Journals)

**รูปแบบพื้นฐาน** ชื่อผู้แต่ง(Author).ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal) ปีพิมพ์ (Year); เล่มที่ของวารสาร (Volume): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย (Page).

### 1. บทความจากวารสารมาตรฐาน (Standard journal article)

- Kane RA, Kane RL. Effect of genetic testing for risk of Alzheimer's disease. N Engl J Med 2009; 361:298-9.
- จิราภรณ์ จันทร์จร. การใช้โปรแกรม EndNote: จัดการเอกสารอ้างอิงทางการแพทย์. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2551;52:241-53.

### คำอธิบายข้อมูลในรูปแบบพื้นฐาน

1. **ชื่อผู้แต่ง** (Author) : อาจจะหมายถึง ผู้เขียน ผู้แปล ผู้รวบรวม บรรณาธิการ หรือหน่วยงาน

- ผู้แต่งที่เป็นชาวต่างประเทศ ให้เขียนชื่อสกุลขึ้นก่อน ตามด้วยอักษรย่อของชื่อต้นและชื่อกลางโดยไม่ต้องมีเครื่องหมายใดๆ คั่น ถ้าผู้แต่งมีหลายคนแต่ไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อทุกคนโดยใช้เครื่องหมายจุลภาค (comma - .) คั่นระหว่างแต่ละคน และหลังชื่อสุดท้ายใช้เครื่องหมายมหัพภาค (fullstop - .)

- **ชื่อผู้แต่งที่เป็นคนไทย** ให้เขียนแบบภาษาไทยโดยเขียนชื่อและนามสกุลเป็นคำเต็ม เช่น

- ทรงกลด เอี่ยมจตุรภัทร, สุพินดา แสงพานิชย์, เพิ่มทรัพย์ อธิสประดิษฐ์. การเปรียบเทียบผลการตอบสนองทางผิวหนังด้วย

วิธีสกิดผิวหนังกับวิธี skin endpoint titration ในผู้ป่วยที่แพ้ไรฝุ่นหรือแมลงสาบ. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2545;46:649-57.

- **กรณีผู้แต่งเกิน 6 คน** ให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรก คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (comma- .) และตามด้วย et al. (คำว่า et al เป็นคำย่อ ซึ่งย่อมาจากคำในภาษาลาติน คือ et alii หรือ et alia แปลเป็นภาษาอังกฤษว่า "and others") และภาษาไทยใช้คำว่า "และคณะ" เช่น

- Mitchell SL, Teno JM, Kiely DK, Shaffer ML, Jones RN, Prigerson HG, et al. The clinical course of advanced dementia. N Engl J Med 2009; 361: 1529-38.

• จริญา เลิศอรรถขยมณี, เอสมอร รัชขมณี, อนุพันธ์ ดันติวงศ์, กรุณา บุญสุข, อิงพร นิลประดับ, พุฒติพรรัตน์ วรกิจโกคาทร, และคณะ. ความเสี่ยงและประสิทธิผลของการผ่าตัดต่อมลูกหมาก. จดหมายเหตุทางแพทย์ 2545; 85: 1288-95.

### 2. ชื่อบทความ (Title of the article)

- บทความเป็นภาษาอังกฤษ ชื่อบทความใช้อักษรตัวใหญ่ (Capital letter) เฉพาะตัวแรกและชื่อเฉพาะนอกจากนั้นใช้อักษรตัวเล็กทั้งหมด เมื่อจบชื่อบทความให้ใช้เครื่องหมายมหัพภาค (Fullstop-.)

- บทความภาษาไทย ให้เขียนแบบคำไทย

### 3. ชื่อวารสาร (Title of the Journal)

- ใช้ชื่อย่อตามมาตรฐานสากลที่กำหนดไว้ใน Index Medicus โดยตรวจสอบได้จาก Journals in NCBI Databases จัดทำโดย National Library of Medicine (NLM) ซึ่งคำย่อเหล่านี้ได้ยึดตามกฎการเขียนคำย่อของ American National Standard for Information Sciences-Abbreviation of Titles of Publications.

- สำหรับวารสารภาษาไทยยังไม่มีชื่อย่ออย่างเป็นทางการ ให้ใช้ชื่อเต็มที่ปรากฏที่หน้าปก เช่น ขอนแก่นเวชสาร จดหมายเหตุ





ทางแพทย์ จุฬาลงกรณ์เวชสาร เชียงใหม่เวชสาร สารศิริราช ฯลฯ

4. ปี (year) เดือน (month) เล่มที่ (Volume) และฉบับที่ (Number/Issue) เนื่องจากวารสารส่วนมากจะมีเลขหน้าต่อเนื่องกันทั้งปี ตั้งแต่ฉบับที่ 1 ไปจนจบฉบับสุดท้าย การลงรายการแบบ Vancouver จึงให้ใส่เฉพาะ ปี (year) และเล่มที่ (volume) เท่านั้นไม่ต้องใส่เดือน วันที่และฉบับที่

5. เลขหน้า (Page) ให้ใส่เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย โดยใช้ตัวเลขเต็มสำหรับหน้าแรก และตัดตัวเลขซ้ำออกสำหรับเลขหน้าสุดท้าย เช่น

หน้า 10-18	ใช้	10-8
หน้า 198-201	ใช้	198-201
หน้า S104-S111	ใช้	S104-11
หน้า 104S-111S	ใช้	104S-11S

## 2. บทความที่ผู้แต่งเป็นหน่วยงานหรือสถาบัน (Organization as author)

ให้ใส่ชื่อหน่วยงาน/สถาบันนั้นๆ ในส่วนที่เป็นชื่อผู้เขียน เช่น

- World Health Organization. Surveillance of antibiotic resistance in Neisseria gonorrhoeae in the WHO Western Pacific Region. *Commun Dis Intell* 2002; 26: 541-5.

- สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย. เกณฑ์การวินิจฉัยและแนวทางการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพทางกายของโรคระบบการหายใจ เนื่องจากการประกอบอาชีพ. *แพทยสภาสาร* 2538; 24: 190-204.

## 3. บทความที่ผู้แต่งมีทั้งเป็นบุคคลและเป็นหน่วยงาน

ให้ใส่ชื่อผู้แต่งและหน่วยงานตามที่ปรากฏในเอกสารที่นำมาอ้างอิง เช่น

- Sava GM, Wharton SB, Ince PG, Forster G, Matthews FE, Brayne C; Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study. Age, neuropathology, and dementia. *N Engl J Med* 2009;360:2302-9.

## 4. บทความที่ไม่มีชื่อผู้แต่ง ให้เขียนชื่อ

บทความเป็นส่วนแรกได้เลย เช่น

- Control hypertension to protect your memory. Keeping your blood pressure low may guard against Alzheimer's, new research suggests. *Heart Advis* 2003;6:4-5.

## 5. วารสารเล่มที่มีเล่มผนวกหรือเล่มพิเศษ (Volume with supplement)

เช่น เล่มพิเศษเล่มที่ 1 ของปีนั้นเขียนเป็น Suppl 1 ต่อจากปีที่โดยไม่ต้องอยู่ในวงเล็บ โดยจะสังเกตได้ในส่วนของเลขหน้าจะมีตัวอักษร S อยู่ด้วย เช่น

- Anamnart C, Pongvarin N. Patent foramen ovale and recurrent transient neurological symptoms: a case report and review of literature. *J Med Assoc Thai* 2011;94 Suppl 1:S264-8.

## 6. วารสารเล่มผนวกที่มีฉบับพิเศษ (Issue with supplement)

ให้เขียนฉบับพิเศษและตอนย่อยไว้ในวงเล็บ เช่น

- Akyol M, Dogan S, Kaptanoglu E, Ozcelik S. Systemic isotretinoin in the treatment of a Behcet's patient with arthritic symptoms and acne lesions. *Clin Exp Rheumatol* 2002;20 (4 Suppl 26):S1-55.

## 7. วารสารเล่มที่มีตอนย่อย (Volume with part)

ให้เขียนตอนย่อยไว้ในวงเล็บต่อจากเล่มที่ เช่น

- Pan CL, Tseng TJ, Lin YH, Chiang MC, Lin WM, Hsieh ST. Cutaneous innervation in Guillain-Barre syndrome: pathology and clinical correlations. *Brain* 2003;126(Pt 2):386-97.

## 8. วารสารที่ในฉบับมีตอนย่อย (Issue with part)

ให้เขียนทั้งฉบับที่และตอนย่อยไว้ในวงเล็บต่อจากเล่มที่ เช่น

- Kamel IR, Bluemke DA. Imaging evaluation of hepatocellular carcinoma. *J Vasc Interv Radiol* 2002;13(9 Pt 2):S173-84.

## 9. วารสารที่มีเฉพาะฉบับที่ ไม่มีเล่มที่ (Issue with no volume)

ให้ใส่ฉบับที่ไว้ในวงเล็บ ในส่วนของเล่มที่



- Matsuura M, Lounici S, Inoue N, Walulik S, Chao EY. Assessment of external fixator reusability using load- and cycle-dependent tests. Clin Orthop 2003;(406):275-81.

10. วารสารที่ไม่มีทั้งเล่มที่ และฉบับที่ (No volume or issue) ให้เขียนเลขหน้าต่อจากปี (Year) โดยใช้เครื่องหมาย ทวิภาค (Colon - : ) คั่นระหว่างปีและเลขหน้า เช่น

- Mandel JS. Screening for colorectal cancer. Curr Opin Gen Surg 1994:79-84.

11. วารสารที่มีเลขหน้าเป็นเลขโรมัน ให้ลงรายการอ้างอิงดังนี้

- Fisher GA, Sikic BI. Drug resistance in clinical oncology and hematology. Introduction. Hematol Oncol Clin North Am 1995;9(2):xi-xii.

12. วารสารที่ระบุประเภทของบทความ เช่น บทบรรณาธิการ จดหมาย หรือ บทความย่อ ให้แสดงประเภทของเอกสารภายในเครื่องหมายวงเล็บเหลี่ยมต่อจากชื่อเรื่อง ดังนี้

- Fisher RI. Immunotherapy in Non-Hodgkin's lymphoma: Treatment advances [editorial]. Semin Oncol 2003;30(2 Suppl 4):1-2

- Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [letter]. Lancet 1996;347:1337.

- Clark DV, Hansen PH, Mammen MP. Impact of dengue in Thailand at the family and population levels [abstract]. Am J Trop Med Hyg 2002;67(2 Suppl):239.

13. อ้างอิงบทความที่ถดถอนบทความอื่น (Article containing retraction)

- Sticklen MB. Plant genetic engineering for biofuel production: towards affordable cellulosic ethanol. Nat Rev Genet 2010;11:308. Retraction of: Sticklen MB. Nat Rev Genet 2008;9:433-43.

14. อ้างอิงบทความที่ถูกถดถอน (Article retracted)

- Sticklen MB. Plant genetic engineering for biofuel production: towards affordable cellulosic ethanol. Nat Rev Genet 2008;9:433-43. Retraction in: Sticklen MB. Nat Rev Genet 2010;11:308.

15. อ้างอิงบทความที่แก้ไขและตีพิมพ์ใหม่ (Article republished with corrections)

- Mansharamani M, Chilton BS. The reproductive importance of P-type ATPases. Mol Cell Endocrinol 2002;188):22-5. Corrected and republished from: Mol Cell Endocrinol 2001;183: 123-6.

16. อ้างอิงบทความที่พิมพ์ผิดและมีการแก้ไข (Article with published erratum)

- Malinowski JM, Bolesta S. Rosiglitazone in the treatment of type 2 diabetes mellitus: a critical review. Clin Ther 2000;22:1151-68; discussion 1149-50. Erratum in: Clin Ther 2001;23:309.

17. บทความที่มีการเผยแพร่ทางอิเล็กทรอนิกส์ก่อนฉบับพิมพ์ (Article published electronically ahead of the print version) ซึ่งส่วนมากจะเป็นบทความที่สืบค้นได้จากฐานข้อมูล PubMed

- Zoldan J, Karagiannis ED, Lee CY, Anderson DG, Langer R, Levenberg S. The influence of scaffold elasticity on germ layer specification of human embryonic stem cells. Biomaterials 2011 Sep 28. [Epub ahead of print]

การอ้างอิงเอกสารที่เป็นหนังสือหรือตำรา แบ่งเป็น 2 ลักษณะ

18. การอ้างอิงหนังสือทั้งเล่ม

**รูปแบบพื้นฐาน** ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อหนังสือ (Title of the book). ครั้งที่พิมพ์ (Edition). เมืองที่พิมพ์ (Place of Publication): สำนักพิมพ์ (Publisher); ปี (Year).



### คำอธิบายข้อมูลในรูปแบบพื้นฐาน

1. **ชื่อผู้แต่ง (Authors)** ชื่อผู้แต่งที่อาจจะเป็นบุคคล หน่วยงาน บรรณาธิการ (editor) หรือคณะ บรรณาธิการ (editors) ให้ใช้ชื่อกำหนด เดียวกันกับชื่อแต่งในการอ้างอิงบทความจาก วารสาร
2. **ชื่อหนังสือ (Title of the book)** ให้ใช้ตัวอักษร ตัวใหญ่เฉพาะอักษรตัวแรกของ ชื่อหนังสือและ ชื่อเฉพาะ นอกนั้นใช้ตัวเล็กทั้งหมด เช่น Otolaryngology head and neck surgery. หรือ The medical and legal implications of AIDS.

#### - หนังสือที่ผู้แต่งเป็นบุคคล

- Janeway CA, Travers P, Walport M, Shlomchik M. Immunobiology. 5<sup>th</sup> ed. New York: Garland Publishing; 2001.

- รังสรรค์ ปัญญาญญะ. โรคติดเชื้อของ ระบบประสาทกลางในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2536.

#### - หนังสือที่ผู้แต่งเป็นบรรณาธิการหรือผู้รวบรวม (Editor/Compiler)

- Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

#### - หนังสือที่ผู้แต่งเป็นหน่วยงานหรือสถาบัน (Organization)

- Institute of Medicine (US). Looking at the future of the Medicaid program. Washington: The Institute; 1992.

3. **จำนวนเล่ม (Volume)** ถ้าหนังสือมีมากกว่า 1 เล่ม และใช้ประกอบการเขียนหมดทุกเล่ม ให้ใส่จำนวนเล่มทั้งหมด เช่น 2 vols. หรือ 3 เล่ม. หากอ้างอิงเพียงเล่มใดเล่มหนึ่งให้ใส่เฉพาะ เล่มที่อ้าง เช่น Vol. 2. หรือ เล่ม 3.

- Fields BN, Knipe DM, Howley PM, editors. Fields virology. 2 vols. 3<sup>rd</sup> ed. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers; 1996.

- พรเทพ เทียนสิวกุล, บรรณาธิการ. โลहित วิทยาคคลินิกชั้นสูง. 2 เล่ม. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2541.

- Bucholz RW, Heckman JD, editors. Rockwood and Green's fractures in adults. Vol. 2. 5<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001.

- ไพรัตน์ พุกษาชาติคุณากร, บรรณาธิการ. จิตเวชศาสตร์. เล่ม 1. เชียงใหม่: ธนบรรณการพิมพ์; 2534.

4. **ครั้งที่พิมพ์ (Edition)** ถ้าเป็นการพิมพ์ครั้งที่ 1 ไม่ต้องใส่ส่วนนี้ในรายการอ้างอิงให้ใส่เมื่อ เป็นการพิมพ์ครั้งที่ 2, 3, 4... เป็นต้นไป เช่น 2<sup>nd</sup> ed. 3<sup>rd</sup> ed. 4<sup>th</sup> ed. ... ถ้าเป็นการพิมพ์และมีการ ปรับปรุงแก้ไขให้ลงรายการดังนี้ 4<sup>th</sup> rev. ed.

5. **เมืองที่พิมพ์หรือสถานที่พิมพ์ (Place of publication)** ให้ใส่ชื่อเมืองที่สำนักพิมพ์ตั้งอยู่ ถ้ามีหลายเมืองให้ใช้เมืองแรก ถ้าเมืองไม่เป็นที่รู้จักให้ใส่ชื่อย่อของรัฐหรือประเทศ ถ้าหาก ไม่ปรากฏเมืองที่พิมพ์ให้ใช้คำว่า n.p. ซึ่งย่อ มาจาก no place of publication และภาษาไทย ใช้คำว่า ม.ป.ท. ย่อมาจากคำว่า ไม่ปรากฏ สถานที่พิมพ์ แล้วตามด้วยเครื่องหมาย ทวิภาค (colon - : ) เช่น

- Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2<sup>nd</sup> ed. Albany, NY: Delmar Publishers; 1996.

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือ ส่งเสริมสุขภาพจิตนักเรียนระดับมัธยมศึกษาสำหรับ ครู. พิมพ์ครั้งที่ 3. ม.ป.ท.: 2542. (จากตัวอย่างนี้ อาจจะใช้หน่วยงานแทน ม.ป.ท. ได้ เป็น นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข)



6. สำนักพิมพ์ (Publisher) ให้ใส่เฉพาะชื่อสำนักพิมพ์ตามที่ปรากฏในหนังสือ แล้วตามด้วยเครื่องหมายอัฒภาค (semicolon-;) โดยไม่ต้องระบุสถานะว่าเป็น ห.จ.ก., บริษัท, จำกัด, co., Ltd. เช่น เรือนแก้วการพิมพ์, Mosby, W.B. Saunders ยกเว้น โรงพิมพ์ของหน่วยงาน ส่วนราชการ ให้ใส่คำว่า โรงพิมพ์ หรือ สำนักพิมพ์ด้วย เช่น โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และหากหนังสือเล่มนั้นเป็นสิ่งพิมพ์รัฐบาล ให้ลงชื่อหน่วยราชการที่รับผิดชอบการจัดทำหนังสือ นั้นเป็นผู้พิมพ์แม้จะมีชื่อสำนักพิมพ์/โรงพิมพ์ก็ตาม เช่น

- นงลักษณ์ สุวานิชย์ศิลป์, บรรณาธิการ. ยาใหม่ในประเทศไทย. เล่ม 5. กรุงเทพฯ: โครงการคลังข้อมูลยา คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2533.

7. ปีพิมพ์ (Year) ให้ใส่เฉพาะตัวเลขของ ปี พ.ศ. ถ้าเป็นหนังสือภาษาไทย หรือ ค.ศ. ถ้าเป็นหนังสือภาษาต่างประเทศ แล้วจบด้วยเครื่องหมาย มัทภาพ ( . )

19. การอ้างอิงบทหนึ่งของหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบทและมีบรรณาธิการของหนังสือ (Chapter in a book)

รูปแบบพื้นฐาน ชื่อผู้เขียน (Author). ชื่อบท (Title of a chapter). ใน/In: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/editor(s). ชื่อหนังสือ (Title of the book). ครั้งที่พิมพ์ (Edition). เมืองที่พิมพ์ (Place of publication): สำนักพิมพ์ (Publisher); ปีพิมพ์ (Year). หน้า/p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

- Esclamado R, Cummings CW. Management of the impaired airway in adults. In: Cummings CW, Fredrickson JM, Harker LA, Krause CJ, Schuller DE, editors. Otolaryngology-head and neck surgery.

2<sup>nd</sup> ed. St. Louis, MO: Mosby Year Book; 1993. p. 2001-19.

- เกรียงศักดิ์ จิระแพทย์. การให้สารน้ำและเกลือแร่. ใน: มนตรี ตูจินดา, วินัย สุวดี, อรุณ วงษ์จิราษฏร์, ประอร ชวลิตธำรง, พิภพ จิรภิญโญ, บรรณาธิการ. กุมารเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2540. หน้า 424-78.

20. เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุม/รายงานการประชุม (Conference proceeding)

รูปแบบพื้นฐาน ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์.

- Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10<sup>th</sup> International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

21. การอ้างอิงบทความที่นำเสนอในการประชุมหรือสรุปผลการประชุม (Conference paper)

รูปแบบพื้นฐาน ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน/In: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/editor. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์. หน้า/ p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

- Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7<sup>th</sup> World Congress on Medical Informatics; 1992



Sep 6–10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992. p. 1561–5.

21. การเขียนเอกสารอ้างอิงที่เป็นรายงานทางวิชาการ หรือรายงานทางวิทยาศาสตร์ (Technical/Scientific Report)

- เอกสารที่จัดพิมพ์โดยเจ้าของทุน (Issued by funding)

รูปแบบพื้นฐาน ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. เมืองที่พิมพ์: หน่วยงานที่พิมพ์/แหล่งทุน; ปีพิมพ์. เลขที่รายงาน.

- Smith P, Golladay K. Payment for durable medical equipment billed during skilled nursing facility stays. Final report. Dallas, TX: Dept. of Health and Human Services (US), Office of Evaluation and Inspections; 1994 Oct. Report No.: HHSIGOEI69200860.

22. เอกสารที่จัดพิมพ์โดยหน่วยงานผู้จัดทำรายงาน (Issued by performing agency)

รูปแบบพื้นฐาน ชื่อผู้เขียน/บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. เมืองที่พิมพ์: หน่วยงานที่พิมพ์/แหล่งทุน; ปีพิมพ์. เลขที่รายงาน. หน่วยงานผู้จัดทำรายงาน.

- Field MJ, Tranquada RE, Feasley JC, editors. Health services research: work force and educational issues. Washington: National Academy Press; 1995. Contract No.: AHCPR282942008. Sponsored by the Agency for Health Care Policy and Research.

23. เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์ (Thesis/Dissertation) ให้เขียนรายการอ้างอิงดังนี้

รูปแบบพื้นฐาน ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้ปริญญา.

- Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [dissertation]. St. Louis, MO: Washington University; 1995.

- อังคาร ศรีชัยรัตนกุล. การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543.

24. สิทธิบัตร (Patent)

- Pagedas AC, inventor; Ancel Surgical R&D Inc., assignee. Flexible endoscopic grasping and cutting device and positioning tool assembly. United States patent US 20020103498. 2002 Aug 1.

25. การอ้างอิงบทความในหนังสือพิมพ์ (Newspaper article)

รูปแบบพื้นฐาน ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ชื่อหนังสือพิมพ์. ปี เดือน วันที่; ส่วนที่: เลขหน้า (เลขคอลัมน์).

- Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution; study estimates 50,000 admissions annually. The Washington Post. 1996 Jun 21; Sect. A: 3 (col. 5).

- ซี12. ตุลาคมการศาลปด, เข้ารอบ. ไทยรัฐ. 2543 พ.ย. 20; ข่าวการศึกษา ศาสนา-สาธารณสุข: 12 (คอลัมน์ 1).

26. เอกสารอ้างอิงที่ประเภทพจนานุกรมต่างๆ (Dictionary and similar references)



**รูปแบบพื้นฐาน** ชื่อหนังสือ (Title of the book). ครั้งที่พิมพ์ (Edition). เมืองที่พิมพ์ (Place of Publication): สำนักพิมพ์ (Publisher); ปี (Year). คำศัพท์; หน้า.

- Stedman's medical dictionary. 26<sup>th</sup> ed. Baltimore: Williams Wilkins; 1995. Apraxia; p. 119-20.

### 27. การอ้างอิงเอกสารที่ยังไม่ได้ตีพิมพ์ หรือ กำลังรอตีพิมพ์ (Unpublished Material)

ใช้รูปแบบการอ้างอิงตามประเภทของเอกสารดังกล่าวข้างต้น และระบุว่า In press หรือ รอตีพิมพ์ เช่น

- Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. N Eng J Med. In press 1996.

**หมายเหตุ:** NLM นิยมใช้คำว่า "forthcoming" เพราะยังไม่แน่ชัดว่าเอกสารนั้นๆ จะได้รับการตีพิมพ์หรือไม่

### การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Material)

การเขียนรายการอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์จากเว็บไซต์บางครั้งจะมีปัญหาเรื่องความไม่ถาวรของ URL หรือการเปลี่ยนแปลงเนื้อหาบางส่วนทำให้การเชื่อมโยงไปสู่เอกสารเพื่อตรวจสอบหรือค้นคว้าเพิ่มเติมในภายหลังทำได้ยากหรือทำไม่ได้เลย ดังนั้นเพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว ในการลงรายการอ้างอิงเอกสารจากเว็บไซต์ จึงต้องลงวันที่เข้าใช้ (Cited) เว็บไซต์นั้นๆ และให้พิมพ์หรือทำสำเนาเอกสารเก็บไว้ทุกครั้ง

การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ ให้ใช้รูปแบบตามประเภทของเอกสารดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น แต่เพิ่มข้อมูลบอกประเภทของวัสดุหรือเอกสารที่นำอ้างอิง วันที่สืบค้นข้อมูล และแหล่งที่มาของข้อมูล ดังนี้

**รูปแบบพื้นฐาน** ชื่อผู้แต่ง(Author). ชื่อบทความ (Title of the article)[ประเภทของสื่อ/วัสดุ]. ปีพิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]. เข้าถึงได้จาก/ Available from:http://.....

### 28. ซีดีรอม (CD-ROM)

- Anderson SC, Poulsen KB. Anderson's electronic atlas of hematology [CD-ROM]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

### 29. บทความวารสารบนอินเทอร์เน็ต (Journal article on the Internet)

**รูปแบบพื้นฐาน** ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal) [ประเภทของสื่อ]. ปีพิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่];ปีที่:[หน้า/about screen]. เข้าถึงได้จาก/Available from: http://.....

- Annas GJ. Resurrection of a stem-cell funding barrier--Dickey-Wicker in court. N Engl J Med [Internet]. 2010 [cited 2011 Jun 15];363:1687-9. Available from: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp1010466>

### บทความวารสารบนอินเทอร์เน็ตที่มีลักษณะพิเศษอื่นๆ เช่น

- บทความที่มีการเผยแพร่ทางอิเล็กทรอนิกส์ก่อนฉบับพิมพ์ (Article published electronically ahead of the print version) ซึ่งส่วนมากจะเป็นบทความที่สืบค้นได้จากฐานข้อมูล PubMed (ดูที่ # 17)
- บทความที่มีหมายเลขเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ (Article with document number in place of traditional pagination) เป็นบทความที่สืบค้นได้จากฐานข้อมูล PubMed จะมีเลข PMID (PubMed Identifier)





- Williams JS, Brown SM, Conlin PR. Videos in clinical medicine. Blood–pressure measurement. N Engl J Med. 2009 Jan 29;360(5):e6. PMID: 19179309.

– บทความที่มีรหัสประจำบทความดิจิทัล (Article with a Digital Object Identifier (DOI)) เป็นหมายเลขมาตรฐานประจำเอกสารที่เผยแพร่บนบนอินเทอร์เน็ต ช่วยให้สืบค้นสารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ได้อย่างถาวร และช่วยแก้ปัญหาการเปลี่ยนแปลงแหล่งที่อยู่หรือเว็บไซต์ของสารสนเทศนั้นถูกยกเลิก

- Zhang M, Holman CD, Price SD, Sanfilippo FM, Preen DB, Bulsara MK. Comorbidity and repeat admission to hospital for adverse drug reactions in older adults: retrospective cohort study. BMJ 2009;338:a2752. doi: 10.1136/bmj.a2752.

### 30. Monograph on the Internet

- Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer [Internet]. Washington: National Academy Press; 2001 [cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.nap.edu/books/0309074029/html/>.

31. การอ้างอิงโฮมเพจ/เว็บไซต์ (Homepage/ Web site)

- Cancer–Pain.org [Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources; c2000–01 [updated 2002 May 16; cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.cancer–pain.org/>.

32. ฐานข้อมูลบนอินเทอร์เน็ต (Database on the Internet) เป็นรูปแบบที่สามารถประยุกต์ใช้ได้ตามข้อมูลที่จะนำมาอ้างอิง นิยมใช้กันมากในการอ้างอิงข้อมูลต่างๆ ที่สืบค้นได้จากอินเทอร์เน็ต ดังตัวอย่างต่อไปนี้

- American Medical Association [Internet]. Chicago: The Association; c1995–2002 [updated

2001 Aug 23; cited 2002 Aug 12]. AMA Office of Group Practice Liaison; [about 2 screens]. Available from: <http://www.ama–assn.org/ama/pub/category/1736.html>

- Wikipedia. Generation Y [Internet]. 2011 [cited 2011 Jul 5]. Available from: [http://en.wikipedia.org/wiki/Generation\\_Y](http://en.wikipedia.org/wiki/Generation_Y)

- Fanti S, Farsad M, Mansi L. Atlas of PET/CT: a quick guide to image interpretation [Internet]. Berlin Heidelberg: Springer–Verlag; 2009 [cited 2011 Jun 15]. Available from: [http://www.amazon.com/Atlas–PET–CT–Quick–Interpretation/dp/3540777717#reader\\_3540777717](http://www.amazon.com/Atlas–PET–CT–Quick–Interpretation/dp/3540777717#reader_3540777717)

- จิราภรณ์จันทร์จร. การเขียนรายการอ้างอิงในเอกสารวิชาการทางการแพทย์ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551 [เข้าถึงเมื่อ 18 ต.ค. 2554]. เข้าถึงได้จาก: <http://liblog.dpu.ac.th/analyresource/wp–content/uploads/2010/06/reference08.pdf>

### 33. การอ้างอิงบล็อก (Blogs)

- Holt M. The Health Care Blog [Internet]. San Francisco: Matthew Holt; 2003 Oct – [cited 2009 Feb 13]. Available from: [http://www.thehealthcareblog.com/the\\_health\\_care\\_blog/](http://www.thehealthcareblog.com/the_health_care_blog/).

- KidneyNotes.com [Internet]. New York: KidneyNotes; c2006 – [cited 2009 Feb 13]. Available from: <http://www.kidneynotes.com/>.

- Wall Street Journal. HEALTH BLOG: WSJ’s blog on health and the business of health [Internet]. Hensley S, editor. New York: Dow Jones & Company; c2007 – [cited 2009 Feb 13]. Available from: <http://blogs.wsj.com/health/>.

- บล็อกแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หอสมุดพระราชวังสนามจันทร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร. จะหาตัวเอกสารจากหมายเลข DOI ได้อย่างไร [อินเทอร์เน็ต]. 2554 [เข้าถึงเมื่อ 18 ต.ค. 2554]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.snc.lib.su.ac.th/snclibblog/?p=>



13301

### การเรียงรายการอ้างอิงทำยบบทความ

นำรายการอ้างอิงมารวบรวมเขียนไว้ที่ท้ายบทความ ภายใต้หัวข้อ รายการอ้างอิง หรือ บรรณานุกรม และใช้ภาษาอังกฤษว่า References หรือ Bibliography โดยเรียงลำดับหมายเลข 1, 2, 3, ...ตาม que ปรากฏในเนื้อเรื่อง

**ข้อควรระวัง** คือตัวเลขที่กำกับในเนื้อเรื่องจะต้องสอดคล้องกับลำดับที่ในรายการอ้างอิงทำยบบทความ

### บรรณานุกรม

1. จ้อย นันทิวัชรินทร์. แบบบรรณานุกรมและเชิงอรรถ. กรุงเทพฯ: คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2514.
2. จิราภรณ์ จันทร์จร. การเขียนรายการอ้างอิงในเอกสารวิชาการทางการแพทย์ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2546 [เข้าถึงเมื่อ 11 พ.ค. 2554]. เข้าถึงได้จาก: <http://library.md.chula.ac.th/guide/vancouver.pdf>
3. นงลักษณ์ไม่หน่ายกิจ. การเขียนบรรณานุกรมหรือรายการอ้างอิง. ใน: สารนิเทศสาร. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2000. หน้า 1-33.
4. นवलลออก จุลพัปัสาสณ์. แบบแผนการเขียนเอกสารอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์ (The Vancouver Style) [อินเทอร์เน็ต]. (ม.ป.ท.). [เข้าถึงเมื่อ 18 เม.ย. 2546]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.medicine.cmu.ac.th/secret/edserv/journal/vancouver.htm>
5. ประเสริฐ ทองเจริญ. การเขียนเอกสารอ้างอิงในเอกสารวิชาการทางวิทยาศาสตร์. ศรีนครินทร์เวชสาร 2545;17:66-75.
6. วิวัฒน์ โรจนพิทยากร. การเขียนเอกสารอ้างอิงในวารสารทางวิชาการโดยใช้ระบบแวนคูเวอร์. วารสารโรคติดต่อ [อินเทอร์เน็ต]. 2541 [เข้าถึงเมื่อ 1 มี.ค. 2549];24:465-72. เข้าถึงได้จาก: <http://stang.li.mahidol.ac.th/image/style.pdf>
7. สุดใจ ธนไพศาล. การเขียนเอกสารอ้างอิงแบบ Vancouver. [อินเทอร์เน็ต]. 2549 [เข้าถึงเมื่อ 1 ต.ค. 2554]. เข้าถึงได้จาก: <http://library.md.kku.ac.th/VancouverStyle.pdf>
8. ยรรยง เต็งอำนวยการ, สุภาพร ชัยฉิมมะปกรณ์. ปัญหาความไม่ถาวรของการอ้างอิงเอกสารบนเว็ลด์ไวด์เว็บ. วารสารห้องสมุด 2542;43:1-17.
9. Fact Sheet MEDLINE [Internet]. Bethesda, MD: U.S. National Library of Medicine; 2004 [updated 2011 Jan 26; cited 2011 Aug 12]. Available from: <http://www.nlm.nih.gov/pubs/factsheets/medline.html>.
10. International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscript submitted to biomedical journals: about the uniform requirements [Internet]. c2009 [cited 2003 Mar 3]. Available from: [http://www.icmje.org/sop\\_1about.html](http://www.icmje.org/sop_1about.html)
11. International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscript submitted to biomedical journals [Internet]. 2003 [updated: 2011 Jul 15; cited 2011 Aug 12]. Available from: [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)



## แบบเสนอผลงานวิชาการเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

.....

เรียน บรรณธิการวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ข้าพเจ้า  นาย  นาง  นางสาว  อื่น ๆ (โปรดระบุ) .....

ชื่อ - สกุล (ภาษาไทย) .....

ชื่อ - สกุล (ภาษาอังกฤษ) .....

ตำแหน่ง (ภาษาไทย) .....

ตำแหน่ง (ภาษาอังกฤษ) .....

หน่วยงาน (ภาษาไทย) .....

หน่วยงาน (ภาษาอังกฤษ) .....

ที่อยู่และหมายเลขโทรศัพท์ (ที่ติดต่อได้)

.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรศัพท์มือถือ.....

โทรสาร..... E-mail.....

มีความประสงค์ขอส่งผลงานวิชาการ เรื่อง :

ชื่อผลงาน (ภาษาไทย) .....

.....

ชื่อผลงาน (ภาษาอังกฤษ) .....

.....

ประเภทของผลงานวิชาการ

บทความวิจัย  บทความวิชาการ  บทวิจารณ์หนังสือ  บทความปริทรรศน์

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าผลงานนี้  เป็นผลงานของข้าพเจ้าเพียงผู้เดียว

เป็นผลงานของข้าพเจ้าและผู้ที่ระบุชื่อในผลงาน

ผลงานนี้ยังไม่เคยลงตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน และจะไม่นำไปเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่นๆ  
อีกนับจากวันที่ข้าพเจ้าได้ส่งผลงานต้นฉบับนี้มายังกองบรรณธิการวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

พร้อมนี้ข้าพเจ้าได้ส่งเอกสารต่างๆ ให้กองบรรณธิการวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข  
ดังต่อไปนี้

เอกสารต้นฉบับจำนวน 2 ชุด  แผ่นซีดีบันทึกข้อมูล 1 แผ่น

สำเนาใบรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์

ลงชื่อ .....

(.....)



## แบบรับรองบทความวิจัยจากวิทยานิพนธ์/การศึกษอิสระ

.....

เรียน บรรณาธิการวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ข้าพเจ้า

ชื่อ - สกุล .....

ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน/สถาบัน.....

.....

ที่อยู่และหมายเลขโทรศัพท์ (ที่ติดต่อได้)

.....

.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรศัพท์มือถือ.....

โทรสาร..... E-mail.....

ขอรับรองว่าได้ตรวจสอบบทความวิจัยจากวิทยานิพนธ์/การศึกษอิสระ เรื่อง :

ชื่อผลงาน (ภาษาไทย) .....

.....

ของ (ชื่อ - สกุล) .....

ว่าถูกต้องตามหลักวิชาการเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

และยินดีให้ตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขได้

.....ลายมือชื่อ

(.....)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์/การศึกษอิสระ





ที่ ศร. 5803.1/กว. 54014

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี  
แขวงบางมด เขตทุ่งครุ กรุงเทพฯ 10140

9 กุมภาพันธ์ 2554

เรื่อง การพิจารณาข่าวสารเข้าสู่ฐานข้อมูล TCI

เรียน บรรณาธิการ วารสารสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ตามที่ท่านได้ส่งรูปเล่ม วารสารสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข มาให้ศูนย์  
ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย เพื่อดำเนินการพิจารณาข่าวสารเข้าสู่ฐานข้อมูล TCI นั้น

ทางศูนย์ฯ ขอแจ้งให้ท่านทราบว่า วารสารของท่าน ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่ฐานข้อมูล TCI  
เพื่อให้วารสารของท่าน ได้รับการจัดค่าดัชนีผลกระทบการอ้างอิงอย่างถูกต้องสมบูรณ์และต่อเนื่อง  
ทุกปี ทางศูนย์ฯ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้ท่านจัดส่งตัวต้นของวารสารมายังศูนย์ฯ ตามกำหนดเวลา  
การออกของวารสารอย่างต่อเนื่องในครั้งต่อไป

ทางศูนย์ฯ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือและความอนุเคราะห์จากท่านและ  
ขอขอบพระคุณที่ร่วมกันพัฒนาให้วารสาร วิชาการ ไทยมีคุณภาพและเป็นประโยชน์กับสังคม  
ประเทศชาติยิ่ง ๆ ขึ้น

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ได้รับทราบ  
กึ่งหนึ่งข้อมูล TCI แล้ว รุโรนพรของสมาคมฯ  
นำเอกสารที่ได้รับคัดเลือกเข้าสู่ฐานข้อมูล  
ขอแสดงความนับถือ TCI แล้ว  
(ศ.ดร.ฉัตรคุณทรี สมบัติสมภพ)  
หัวหน้าศูนย์ฯ

ศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย  
งานวิจัยและวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี  
126 ซ.พระยาสุริยราชวรวิหาร เขตทุ่งครุ กรุงเทพฯ 10140 โทร/โทรสาร 0-2470-8847  
E-mail: scimilab@kmutt.ac.th

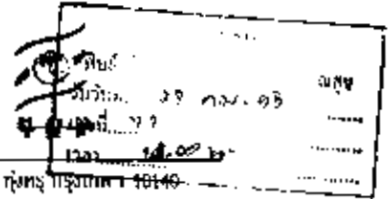
ผู้จัดทำวารสาร  
ชื่อ: อนุทิน  
ชื่อ: อนุทิน

(นางสาวศรารัตน์ คงษา)  
นายกสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข





Thai Journal Citation Index Centre  
ศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย



คณะสงฆ์สามเณรและภิกษุสงฆ์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี 126 ประชาอุทิศ บางแค กรุงเทพฯ โทรสาร 0 2470-9647 http://tci.or.th

22 กุมภาพันธ์ 2555

เรื่อง แจ้งผลการประเมินคุณภาพวารสารวิชาการที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI (รอบที่ 1 ครั้งที่ 1)  
เรียน บรรณาธิการวารสาร วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข  
สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงการและเกณฑ์การประเมินคุณภาพวารสารในฐานข้อมูล TCI  
2. ตัวอย่างผลกระทบจากการได้รับการรับรองคุณภาพจาก TCI

ตามที่ศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (ศูนย์ TCI) โดยการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) ได้ขอความอนุเคราะห์ข้อมูลเพื่อทำการประเมินคุณภาพวารสารวิชาการที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI และได้ทำการแบ่งกลุ่มวารสารในฐานข้อมูลออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

- วารสารกลุ่มที่ 1: วารสารที่มีผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI (ระยะเวลา 3 ปี จนถึง ธันวาคม 2557) และอยู่ในฐานข้อมูล TCI และจะถูกคัดเลือกเข้าสู่ฐานข้อมูล ASEAN Citation Index (ACI) ต่อไป  
วารสารกลุ่มที่ 2: วารสารที่อยู่ระหว่างการปรับปรุงคุณภาพ และอยู่ในฐานข้อมูล TCI  
วารสารกลุ่มที่ 3: วารสารที่ไม่ผ่านการรับรองคุณภาพ และอาจไม่ปรากฏอยู่ในฐานข้อมูล TCI ในอนาคต

บัดนี้ศูนย์ TCI ได้ทำการประเมินคุณภาพวารสารวิชาการที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI เสร็จเรียบร้อยแล้ว และได้ประกาศผลการประเมินคุณภาพวารสารในฐานข้อมูล TCI รอบที่ 1 โดยสามารถตรวจสอบผลการประเมินได้จากเว็บไซต์ของศูนย์ TCI (<http://tci.or.th>) ซึ่งวารสารของท่านได้ถูกจัดให้เป็นวารสารกลุ่มที่ 2: วารสารที่อยู่ระหว่างการปรับปรุงคุณภาพ และอยู่ในฐานข้อมูล TCI เนื่องจากยังไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ดังต่อไปนี้

- 1) วารสารยังไม่มีถูกอ้างอิงในฐานข้อมูล TCI ระหว่างปี 2552-2554
- 2) วารสารควรมีเว็บไซต์ที่มีการปรับปรุงให้ทันสมัยอย่างต่อเนื่อง (Update) ประกอบไปด้วยข้อมูลพื้นฐาน ดังนี้ รายชื่อบทความ, Aim & Scope ของวารสาร และรายชื่อของบรรณาธิการ

ทางศูนย์ฯ จึงขอให้ท่านปรับปรุงคุณภาพของวารสารตามเกณฑ์ดังกล่าวนี้ และจัดส่งต้นฉบับของวารสารฉบับล่าสุดที่ปรับปรุงและตีพิมพ์เรียบร้อยแล้วให้กับศูนย์ TCI เพื่อขอรับการประเมินและยกระดับเป็นวารสารกลุ่มที่ 1 ต่อไป โดยกรุณาส่งเอกสารดังกล่าวให้กับศูนย์ TCI ภายในวันที่ 31 สิงหาคม 2555 และจะประกาศผลประเมินในเดือนมกราคม 2556 หากมีข้อสงสัยในผลการประเมินสามารถติดต่อเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ ศ.ดร.ณรงค์ฤทธิ์ สมบัติสมภพ (e-mail: [tci.thai@gmail.com](mailto:tci.thai@gmail.com))

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการ จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร. นรงค์ฤทธิ์ สมบัติสมภพ)

หัวหน้าศูนย์ TCI



## อัตราการลงโฆษณาในวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

พื้นที่โฆษณา		ราคาต่อฉบับ
ปกหลังด้านใน	เต็มหน้าพิมพ์ 4 สี	10,000 บาท
ปกหลังด้านใน	เต็มหน้าพิมพ์ 1 สี	6,000 บาท
ในเล่ม	เต็มหน้าพิมพ์ 1 สี	2,500 บาท
ใบแทรกในเล่ม		1,500 บาท

