



บทความวิชาการ

- ➔ ภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนในขณะตั้งครรภ์: ความท้าทายของพยาบาลผดุงครรภ์
- ➔ บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาภาวะความผิดปกติของหลอดเลือดดำ

บทความวิจัย

- ➔ ผลของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ทีมเป็นฐานต่อทักษะการคิดเชิงวิจารณ์ญาณ การแก้ปัญหา และทัศนคติในการเรียนของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2
- ➔ ปัจจัยกำหนดสุขภาพต่อพฤติกรรมการใช้หน้าจอของเด็กปฐมวัยอายุ 2-5 ปี จังหวัดสุพรรณบุรี
- ➔ ความสัมพันธ์ระหว่างอาการไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ ในวัยรุ่นโรคเอสแอลอี
- ➔ ปัจจัยทำนายระดับความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองของประชาชน ในจังหวัดสระบุรี
- ➔ ปัจจัยที่ส่งผลต่อพลังสุขภาพจิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง
- ➔ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในเขตภาคเหนือตอนล่าง
- ➔ พฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและเครื่องดื่มบำรุงกำลังของนิสิตพยาบาลมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
- ➔ การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงในชุมชนชนบทอีสาน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
- ➔ ปัจจัยทำนายความรู้ด้านสุขภาพของโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช
- ➔ ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบมีปฏิสัมพันธ์ต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล และการควบคุมโรค ในผู้ป่วยเด็กโรคหืด อายุ 3-5 ปี
- ➔ การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลชลบุรี
- ➔ ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพตามรูปแบบวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม
- ➔ การสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาบทบาทของวิทยาลัยภายใต้พระราชบัญญัติสถาบันพระบรมราชชนกในการสร้างความเข้มแข็งของบุคลากรสาธารณสุข สำหรับการสนับสนุนทีมหมอครอบครัว



สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ตึก 4 ชั้น 7 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

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

พิมพ์ที่ : บริษัท ยุทธินันท์การพิมพ์ จำกัด

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. คุณานิธิ เป็นบทความเขียนถึงผู้มีพระคุณ ผู้ที่มีผลงานดีเด่น เป็นที่เชิดชูวิชาชีพ ผู้นำวิชาชีพหรือผู้ปฏิบัติทางวิชาชีพ ด้วยเจตนาเพื่อเผยแพร่ให้เป็นที่รู้จัก เป็นตัวอย่าง และเป็นภาคภูมิใจของชนรุ่นหลัง
 2. บทความวิชาการ เป็นบทความทางการแพทย์ 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

น.ร.อ.วิมล วัฒนศิริกุล

บทความและรายงานวิจัยในวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข เป็นความคิดเห็นของผู้เขียน มิใช่ของคณะผู้จัดทำ และมีใช้ความรับผิดชอบของสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

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 32 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2565 ISSN 2673-0693

คณะที่ปรึกษา

ดร. ดารารพร คงจา

ดร. อีรพร สิริอังกูร

บรรณาธิการ

ดร. ศุภกรใจ เจริญสุข

กองบรรณาธิการ

ดร. เชษฐา แก้วพรม

ดร. นุสรา ประเสริฐศรี

ดร. บุญเตือน วัฒนกุล

ผศ.ดร. จิราพร วัฒนศรีสิน

ผศ.ดร. ละเอียต แจ่มจันทร์

รศ.ดร. พูลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์

รศ.ดร. นิภาวรรณ สามารถกิจ

ดร. อุษณีย์ เทพวรชัย

ผศ.ดร. นิทรา กิจธีระวุฒิมังษ์

ดร. สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์

ดร. กิรติ กิจธีระวุฒิมังษ์

ผศ.ดร.ภก. วินัย สยอวรรณ

รศ.ดร. โสเพ็ญ ชูวอล

ดร. สุวัฒนา เกิดม่วง

ดร. ยุพาวรรณ ทองตะนูนาม

ผศ. สมศักดิ์ วงศ์वास

ผศ.ดร. อัครวิณี ตันกุริมาน

ดร. คมวัฒน์ รุ่งเรือง

ดร. ยศพล เหลืองโสมนภา

ดร. ชินกร สุจิมงคล

ดร. โสภภาพันธ สอาด

Dr. Paul Alexander TURNER

ผู้จัดการ/เลขานุการ

เจ้าของ

สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเนชั่น ลำปาง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช

โครงการจัดตั้งคณะเภสัชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี

สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

โรงพยาบาลเลย

สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

St.Francis Xavier School

นางสาวใบศรี นวลอินทร์ สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

อาคารสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตึก 4 ชั้น 7

ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ / โทรสาร 02-590-1834



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิผู้กลั่นกรองบทความวิชาการ/วิจัย
วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ปีที่ 32 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2565 ISSN 2673-0693

- | | |
|---------------------------------|---|
| 1. รศ.ดร. โสเพ็ญ ชูนวน | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| 2. รศ.ดร. ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราวุธวิทยาลัย |
| 3. ผศ.ดร.วรรณวดี ฌัก | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี |
| 4. ผศ.ดร. รัตนารณ คงคา | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 5. ผศ.ดร. ศรัณยา โมลิตะมงคล | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 6. ผศ. สมศักดิ์ วงศาवास | สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 7. ดร. กมลรัตน์ เทอร์เนอร์ | สำนักงานคณบดี สถาบันพระบรมราชชนก |
| 8. ดร. ศุภาพิชญ์ โพน โบร์แมน | สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี |
| 9. ดร. อธิพร สิริอังกูร | กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข |
| 10. ดร. พัด ประภาวิชา | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ
วิทยาเขตหัวหมาก |
| 11. ดร. ชินกร สุจิมงคล | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย |
| 12. ดร. ศุภกรใจ เจริญสุข | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี |
| 13. ดร. นุสรา ประเสริฐศรี | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ |
| 14. ดร. เชษฐา แก้วพรม | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ |
| 15. ดร. จิราพร วรวัช | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี |
| 16. ดร. เพ็ญพรรณ พิทักษ์สงคราม | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี |
| 17. ดร. ดลนภา ไชยสมบัติ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา |
| 18. ดร. ยุพาภรณ์ ดิโรตวงศ์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ |
| 19. ดร. ยุพาพรรณ ทองตะนูนาม | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี |
| 20. ดร. บุญสืบ โสโสม | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท |
| 21. ดร. ยศพล เหลืองโสมนภา | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 22. ดร. พิมพ์มล วงศ์ไชยา | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา |
| 23. ดร. สุภาพร วรรณสันทัด | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี |
| 24. ดร. สมพร รักความสุข | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี |
| 25. ดร. สุวัฒนา เกิดมั่ง | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี |



วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ปีที่ 32 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2565 ISSN 2673-0693

สารบัญ

บทความวิชาการ

- ภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนในขณะตั้งครรภ์: ความท้าทายของพยาบาลผดุงครรภ์.....1
- บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาภาวะความผิดปกติของหลอดเลือดดำ.....12

บทความวิจัย

- ผลของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ทีมเป็นฐานต่อทักษะการคิดเชิงวิจารณ์ญาณ การแก้ปัญหา.....22
และทัศนคติในการเรียนของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2
- ปัจจัยกำหนดสุขภาพต่อพฤติกรรมการใช้หน้าจอของเด็กปฐมวัยอายุ 2-5 ปี จังหวัดสุพรรณบุรี 36
- ความสัมพันธ์ระหว่างอาการไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ ในวัยรุ่นโรคเอสแอลอี.....52
- ปัจจัยทำนายระดับความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง.....65
ของประชาชนในจังหวัดสระบุรี
- ปัจจัยที่ส่งผลต่อพลังสุขภาพจิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง....78
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง.....92
ในเขตภาคเหนือตอนล่าง
- พฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและเครื่องดื่มบำรุงกำลังของนิสิตพยาบาล.....106
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
- การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงในชุมชนชนบทอีสาน.....118
โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
- ปัจจัยทำนายความรู้ด้านสุขภาพของโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก.....132
อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช
- ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบมีปฏิสัมพันธ์ต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนพฤติกรรมการดูแล 145
ของผู้ดูแล และการควบคุมโรค ในผู้ป่วยเด็กโรคหืด อายุ 3-5 ปี
- การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลชลบุรี.....159
- ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพตามรูปแบบวัฒนธรรม.....174
ของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม
- การสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาบทบาทของวิทยาลัยภายใต้พระราชบัญญัติ.....189
สถาบันพระบรมราชชนกในการสร้างความเข้มแข็งของบุคลากรสาธารณสุข สำหรับการสนับสนุน
ทีมหมอครอบครัว



บรรณาธิการแถลง

สวัสดิ์ค่ะ...สมาชิกวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขและผู้สนใจทุกท่าน

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 2 ปีที่ 32 พฤษภาคม-สิงหาคม 2565 เป็นช่วงเวลาประเทศไทยเตรียมเข้าสู่ระยะหลังการระบาดใหญ่ (Post-Pandemic) ของโรคโควิด-19 ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขเชื่อว่า จะไม่มีการระบาดใหญ่และระบบสาธารณสุขของไทยจะรองรับสถานการณ์ได้ นอกจากโรคโควิด-19 ที่มีการระบาดมากกว่า 3 ปี ปัญหาสุขภาพที่สำคัญของไทยยังคงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง บทความวิจัยในวารสารฉบับนี้จึงเป็นเรื่องเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรค การควบคุมโรคและรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังถึง 6 เรื่อง ได้แก่ “ปัจจัยทำนายระดับความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนในจังหวัดสระบุรี” “ปัจจัยที่ส่งผลต่อพลังสุขภาพจิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง” “ความสัมพันธ์ระหว่างอาการไม่พึงประสงค์ต่างๆ ในวัยรุ่นโรคเอสแอลอี” “ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบมีปฏิสัมพันธ์ ต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล และการควบคุมโรคในผู้ป่วยเด็กโรคหืดอายุ 3-5 ปี” “การพัฒนาารูปแบบการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงในชุมชนชนบทอีสานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน” และ “การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลชลบุรี”

สำหรับบทความวิชาการเป็นเรื่องความท้าทายของพยาบาลผดุงครรภ์ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน และ บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาภาวะความผิดปกติของหลอดเลือดดำ นอกจากนี้ ยังมีบทความวิจัยที่น่าสนใจเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนบทบาทของวิทยาลัยสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกเมื่อมีพระราชบัญญัติสถาบันพระบรมราชชนก ในปีพ.ศ. 2562 คือ “การสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาบทบาทของวิทยาลัยภายใต้พระราชบัญญัติสถาบันพระบรมราชชนกในการสร้างความเข้มแข็งของบุคลากรสาธารณสุข สำหรับการสนับสนุนทีมหมอครอบครัว” ตลอดจนบทความวิจัยที่น่าสนใจอื่นๆ ที่ไม่ได้นำมากล่าวในที่นี้ ทุกเรื่องมีสาระที่น่าสนใจและเป็นประโยชน์จึงขอเชิญชวนให้สมาชิกทุกท่านติดตามอ่านรายละเอียดด้านใน

ท้ายสุดนี้วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิและกองบรรณาธิการทุกท่านที่ได้ร่วมกันกลั่นกรองบทความที่มีคุณภาพลงตีพิมพ์ในวารสาร และขอเชิญชวนท่านที่สนใจส่งบทความลงตีพิมพ์ในวารสารขอให้ศึกษาคำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์ทาง website ของ Thaijo หรือ website ของสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นเจ้าของวารสารได้ วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขมุ่งมั่นจะเป็นเวทีให้พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข และผู้สนใจได้แลกเปลี่ยนเผยแพร่ผลงานวิชาการที่มีคุณค่าเช่นนี้ต่อไป

ดร. สุกรใจ เจริญสุข

บรรณาธิการ



ภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนในขณะตั้งครรภ์: ความท้าทายของพยาบาลผดุงครรภ์

Overweight and Obesity during Pregnancy: Challenges for Midwives

สุรีพร ศรีโพธิ์อุ่น

Sureepron Sripoun

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

Faculty of Nursing, Roi-Et Rajabhat University

Corresponding author: Sureepron Sripoun; Email: sureepron_sri@hotmail.co.th

Received: July 7, 2021 Revised: March 28, 2022 Accepted: May 15, 2022

บทคัดย่อ

อุบัติการณ์ของภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนในสตรีตั้งครรภ์มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนเป็นสาเหตุของภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด สัมพันธ์กับการเจ็บป่วยและเสียชีวิตของมารดา-ทารก รวมทั้งปัญหาสุขภาพเด็กในระยะยาว ถึงแม้ว่าในระบบบริการสุขภาพจะมีการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ แต่กลับพบว่ายังไม่ประสบความสำเร็จ เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์รับรู้ภาวะอ้วนไม่เป็นอันตรายต่อการตั้งครรภ์ ประกอบกับองค์ความรู้ของพยาบาลผดุงครรภ์และแนวทางการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วนที่ยังมีข้อจำกัดและจำเป็นต้องพัฒนาเพิ่มเติม ซึ่งเป็นความท้าทายของงานอนามัยแม่และเด็ก ในการออกแบบการบริการสุขภาพสำหรับการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ปัจจุบันมีการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาพัฒนาเป็นแนวทางการดูแลสตรีที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนตั้งแต่ระยะก่อนตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารก และส่งเสริมสุขภาพสตรีโดยมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

คำสำคัญ: ภาวะน้ำหนักเกิน; ภาวะอ้วน; พยาบาลผดุงครรภ์; สตรีตั้งครรภ์



Overweight and Obesity during Pregnancy: Challenges for Midwives

Sureepron Sripoun

Faculty of Nursing, Roi-Et Rajabhat University

Corresponding author: Sureepron Sripoun; Email: sureepron_sri@hotmail.co.th

Received: July 7, 2021 Revised: March 28, 2022 Accepted: May 15, 2022

Abstract

The prevalence of overweight and obesity in pregnant women tends to increase and this leads to complications during pregnancy, delivery and postpartum periods, which are related to maternal and newborn morbidity and mortality including long term effects on neonatal health. While the health care system provides care to overweight and obese pregnant women to prevent complications during pregnancy, it has not been successful because the perception of obesity among pregnant women is that it is not dangerous. In addition, the knowledge of midwives and the guidelines for the care of obese pregnant women still limited and need to be further developed. The challenge for the maternal and child health care system is to design health services for overweight and obese pregnant women. Currently, empirical evidence is being developed as a guideline for overweight and obese pregnant women from pre-pregnancy until the postpartum period to reduce maternal and neonatal complications and promote women's health by focusing on changing health behavior.

Keywords: overweight; obesity; midwife; pregnant women



ความเป็นมาและความสำคัญ

ภาวะอ้วนเป็นปัญหาสุขภาพประชากรทั่วโลก เพราะสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยเรื้อรังหลายชนิด เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เป็นต้น โดยเฉพาะปัญหาสุขภาพสตรีวัยเจริญพันธุ์ และปัญหาสุขภาพมารดาทารก ซึ่งภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนของสตรีตั้งครรภ์เป็นปัจจัยสาเหตุของการเกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพมารดา เช่น เบาหวานในขณะตั้งครรภ์ ความดันโลหิตสูง ครรภ์เป็นพิษ คลอดยาก ติดเชื้อหลังคลอด เป็นต้น ผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ เช่น แท้ง ทารกเสียชีวิตในครรภ์ ภาวะผิดปกติของทารกในครรภ์¹⁻² เป็นต้น รวมทั้งส่งผลต่อภาวะสุขภาพเด็กในระยะยาว เช่น โรคอ้วน โรคเบาหวานในเด็ก โรคระบบหัวใจและหลอดเลือดในวัยผู้ใหญ่³⁻⁴ เป็นต้น ถึงแม้ว่าภาวะอ้วนจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพมารดาทารกอย่างชัดเจน แต่ยังคงพบว่าในระบบสุขภาพไม่มีแนวทางในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเกินหรืออ้วนที่ชัดเจน บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของภาวะอ้วนในขณะตั้งครรภ์ ผลกระทบต่อภาวะสุขภาพมารดาทารก แนวทางการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วน และปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนในระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้มีการนำไปพัฒนาแนวทางการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วนในระบบสุขภาพ

ความหมายและอุบัติการณ์ของภาวะอ้วนในขณะตั้งครรภ์

ภาวะอ้วนในขณะตั้งครรภ์พิจารณาจากดัชนีมวลกาย (Body mass index [BMI]) ก่อนการตั้งครรภ์ ซึ่งสามารถจำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ ภาวะน้ำหนักเกิน (overweight) หมายถึง ผู้ที่มีดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร ส่วน ภาวะอ้วนหรือโรคอ้วน (obesity) หมายถึง ผู้ที่มีดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 30 กิโลกรัม/ตารางเมตร และยังจำแนกระดับของโรคอ้วนออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ อ้วนระดับ 1 (BMI 30–34.9 kg/m²) อ้วนระดับ 2 (BMI 35–39.9 kg/m²) และอ้วนระดับ 3 (BMI ≥40 kg/m²)⁵

สาเหตุของภาวะอ้วนเกิดจากความไม่สมดุลของพลังงาน ซึ่งมาจากการได้รับพลังงานมากกว่าความจำเป็นของร่างกาย ทำให้มีการสะสมไขมันในร่างกายมากเกินไป ซึ่งมีปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะอ้วนหลายประการ เช่น ปัจจัยด้านพันธุกรรมซึ่งได้รับอิทธิพลมาจากพ่อแม่ที่เป็นโรคอ้วน ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมสุขภาพโดยเฉพาะพฤติกรรมการบริโภคอาหารประเภทฟาสต์ฟู้ด (fast food) ที่เพิ่มขึ้นจากการกระตุ้นยอดขายทางการตลาด ความสะดวกในการจัดหาอาหารประเภทฟาสต์ฟู้ดตามร้านสะดวกซื้อต่าง ๆ รวมทั้งความนิยมในการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแคลอรีมาก เช่น น้ำหวาน น้ำอัดลม กาแฟเย็น เป็นต้น⁶ พยาธิสภาพของโรคอ้วนทำให้ต่อมไร้ท่อทำงานผิดปกติ โดยเฉพาะการหลั่งฮอร์โมนเลปติน (leptin) ส่งผลให้มีการสะสมไขมันใต้ผิวหนังมากขึ้นและส่งผลต่อการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบเผาผลาญของร่างกาย ทำให้คนที่มีความอ้วนมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด การเกิดลิ่มเลือดอุดตัน มะเร็ง เป็นต้น⁶ นอกจากนี้ยังส่งผลต่อกระบวนการทำงานของระบบเผาผลาญและการทำงานของร่างกาย ภาวะอ้วนทำให้ร่างกายเกิดภาวะ oxidative stress และการอักเสบเรื้อรังในร่างกายจากการหลั่งสาร prostaglandin และ Interleukin⁶ เพิ่มขึ้น มีผลยับยั้งการทำงานของสารต้านอนุมูลอิสระ ส่งผลต่อการตั้งครรภ์ทำให้เกิดภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กในขณะตั้งครรภ์ มีผลต่อการเจริญเติบโตของตัวอ่อน และเกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์⁷

อุบัติการณ์ของภาวะอ้วนในขณะตั้งครรภ์สัมพันธ์กับอุบัติการณ์ภาวะอ้วนในสตรีวัยเจริญพันธุ์ ซึ่งปัจจุบันทั่วโลกพบตัวเลขอุบัติการณ์ของภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนในกลุ่มประชากรวัยเจริญพันธุ์เพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ .5 ต่อปี⁸ ข้อมูลรายงานสถานการณ์ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนทั่วโลกขององค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ.2016 พบว่าประชากรวัยผู้ใหญ่มีภาวะน้ำหนักเกินมากถึง 1.9 พันล้านคน และภาวะอ้วนอีก 650 ล้านคน และพบมากในกลุ่มประชากรหญิงมากกว่าประชากรชาย โดยพบว่าประชากรหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไปมีภาวะน้ำหนักเกินร้อยละ 40 และเป็นโรคอ้วนอีกร้อยละ 15⁹ ข้อมูลรายงานอุบัติการณ์ภาวะอ้วนของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคสหรัฐอเมริการะหว่างปี ค.ศ. 2016–2019



พบว่าในกลุ่มอายุน้อยกว่า 18 ปีมีภาวะอ้วนเพิ่มขึ้นมากที่สุด รองลงมาคือกลุ่มอายุ 20–29 ปี (เพิ่มขึ้นร้อยละ 13 และร้อยละ 12 ตามลำดับ)⁹ การที่พบอุบัติการณ์น้ำหนักเกินและอ้วนในสตรีวัยเจริญพันธุ์เพิ่มขึ้นนี้ ทำให้พบอุบัติการณ์ของภาวะอ้วนในขณะตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นตามมา⁸ ภาวะอ้วนมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพประชากร ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเรื้อรัง ที่พบได้บ่อย ได้แก่ โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด กลุ่มอาการผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ และโรคเมตาบอลิซึม⁹

ผลกระทบของภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนในขณะตั้งครรภ์

ในระยะตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระร่างกายของสตรีตั้งครรภ์หลายระบบ และการที่สตรีตั้งครรภ์มีภาวะอ้วนก่อนการตั้งครรภ์ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ รวมทั้งส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์การตั้งครรภ์และการคลอด ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ผลกระทบต่อภาวะสุขภาพสตรีตั้งครรภ์

1. ภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ (gestational diabetes) ในขณะตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงสรีระของระบบเผาผลาญที่สำคัญคือมีภาวะดื้อต่ออินซูลิน (insulin resistance) เพิ่มขึ้น จากอิทธิพลของฮอร์โมน human placental lactogen (HPL) ที่หลั่งจากรก และในสตรีที่มีภาวะอ้วนนั้นมักมีความผิดปกติในการทำงานของตับอ่อน มีการผลิตอินซูลินลดลง และมีแนวโน้มมีภาวะดื้อต่ออินซูลินมากกว่ากลุ่มน้ำหนักตัวปกติ⁴ ส่งผลให้สตรีที่มีภาวะอ้วนมีโอกาสเกิดเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ได้มาก มีรายงานการศึกษาที่พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มากกว่ากลุ่มน้ำหนักปกติถึง 4–5 เท่า¹ นอกจากนี้เมื่อแยกตามกลุ่มดัชนีมวลกาย พบว่ากลุ่มที่มีภาวะอ้วนมีโอกาเป็นเบาหวานในขณะตั้งครรภ์มากกว่ากลุ่มที่มีน้ำหนักเกิน (8.56 เท่า และ 3.56 ตามลำดับ) และยังพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วนและเป็นเบาหวานในขณะตั้งครรภ์มีแนวโน้มการควบคุมระดับน้ำตาลในขณะตั้งครรภ์ได้ไม่ดีส่งผลต่อผลลัพธ์การตั้งครรภ์ที่ไม่ดี¹⁰

2. ภาวะความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ (gestational hypertension) เนื่องจากคนที่มีภาวะอ้วนสัมพันธ์กับภาวะไขมันในเลือดสูง (hyperlipidemia) ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด รวมทั้งคนที่มีภาวะอ้วนมีการทำงานที่ผิดปกติของเยื่อผนังหลอดเลือด (epithelial dysfunction) ทำให้มีการหลั่งสาร nitric oxide ลดลง และเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดแรงต้านทานในหลอดเลือดเพิ่มขึ้น⁷ อีกทั้งในคนที่มีภาวะอ้วนมีการหลั่งสารที่กระตุ้นการอักเสบในร่างกาย เช่น C-reactive protein (CRP) glutathione ซึ่งทำให้เกิดปฏิกิริยาการอักเสบในร่างกายทำให้มีการหลั่งสาร cytokines ในร่างกาย ประกอบกับ CRP มีอิทธิพลยับยั้งการทำงานของสารต้านอนุมูลอิสระจึงทำให้สตรีตั้งครรภ์มีภาวะ oxidative stress และเกิดภาวะความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์⁷ พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วนมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงมากกว่ากลุ่มน้ำหนักตัวปกติ 3–5 เท่า¹

3. การเกิดหลอดเลือดดำอุดตัน (venous thromboembolism) ในสตรีตั้งครรภ์ปกติมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอุดตันมากกว่าคนที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ประมาณ 5 เท่า ซึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงสรีระในขณะตั้งครรภ์มีการทำงานของปัจจัยการแข็งตัวของเลือดเพิ่มขึ้น² เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก (deep vein thrombosis) รวมทั้งการเกิดลิ่มเลือดอุดตันที่ปอด (pulmonary embolism) ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของมารดาหลังคลอดได้¹¹ สำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วนนั้นมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันและเสียชีวิตได้มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ปกติ สามารถพบการเกิดลิ่มเลือดอุดตันได้ทั้งในระยะตั้งครรภ์และระยะหลังคลอด มีรายงานการศึกษาพบว่าในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนมีโอกาสเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำในขณะตั้งครรภ์ได้ประมาณ 62 เท่า และเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในระยะหลังคลอดประมาณ 40 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับสตรีตั้งครรภ์กลุ่มน้ำหนักปกติ และยังพบว่าในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วนมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ปอดมากที่สุดประมาณ 15 เท่า รองลงมาคือเกิดการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึกประมาณ 4 เท่า²



4. ภาวะติดเชื้อของมารดาในระยะหลังคลอด (postpartum infection) มีรายงานการศึกษาที่พบว่าในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนสัมพันธ์กับการติดเชื้อในระยะหลังคลอด ทั้งการติดเชื้อของแผลผ่าตัดและแผลฝีเย็บ การติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ (urinary tract infection) และมีภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อได้มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักปกติประมาณ 2 เท่า¹² และในผู้ที่มีการอ้วนมาก (ดัชนีมวลกายมากกว่า 40 กิโลกรัม/ตารางเมตร) สัมพันธ์กับการอักเสบของเยื่อบุมดลูก (endometritis)¹² ซึ่งการติดเชื้อในระยะหลังคลอดนี้อาจมีสาเหตุมาจากภาวะชัตในมารดา ซึ่งพบว่าในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วนสัมพันธ์กับภาวะชัต⁷ มากกว่ากลุ่มน้ำหนักตัวปกติประมาณ 2.8 เท่า^{6,13} ซึ่งการที่มารดามีภาวะชัตทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย

5. การคลอดล่าช้าและการได้รับการชักนำการคลอด (protracted labor and induction) การคลอดล่าช้าในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วนเกิดจากการสะสมไขมันที่มากเกินไป ทำให้การยืดขยายของกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อเชิงกรานไม่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งการหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูกไม่ดีเนื่องจากสาร leptin ที่มีผลยับยั้งการทำงานของออกซิโทซินและแคลเซียม¹⁴⁻¹⁵ ทำให้เกิดการคลอดล่าช้า รวมทั้งในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วนมักมีภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ร่วมด้วย เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวานในขณะตั้งครรภ์ เป็นต้น ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ของการชักนำการคลอด นอกจากนี้สตรีที่มีภาวะอ้วนยังสัมพันธ์กับการคลอดเกินกำหนดมากกว่ากลุ่มน้ำหนักปกติประมาณ 3 เท่า¹ ซึ่งสาเหตุยังไม่ชัดเจนแต่เชื่อว่ามาจากอิทธิพลของ corticotropin-releasing hormones (CRH) ที่หลังจากรกมีบทบาทในการกระตุ้นให้มีการสังเคราะห์ cortisol และ cortisol มีบทบาทในการกระตุ้นให้เกิดอาการเจ็บครรภ์คลอด แต่ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วนกลับพบว่าการหลั่งระดับ CRH ลดลงทำให้ระดับของ cortisol ลดลง ร่วมกับการที่สตรีที่มีภาวะอ้วนจะมีการหลั่งเอสโตรเจนจาก adipose tissue มากขึ้น จึงทำให้ไม่มีอาการเจ็บครรภ์คลอดเกิดขึ้น¹³

6. การได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (cesarean section) จากการชักนำการคลอดไม่ประสบความสำเร็จพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วนมีความสัมพันธ์กับการชักนำคลอดไม่สำเร็จ¹⁶ และการที่มีภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ที่เป็นสาเหตุของการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ซึ่งพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนมีโอกาสได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักตัวปกติประมาณ 2-3 เท่า¹ เนื่องจากการมีภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ เช่น ครรภ์เป็นพิษ ทารกตัวโต รวมทั้งการที่มีการคลอดล่าช้า/การคลอดติดขัดเกิดขึ้นในระยะคลอดในผู้ที่มีการน้ำหนักเกินและอ้วน¹³

7. ผลต่อคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ มีรายงานการศึกษานับพันว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วนในขณะตั้งครรภ์มีคุณภาพชีวิตลดลง และมีระดับต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่มีการอ้วน¹⁷ ซึ่งเกิดจากการมีภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ทำให้ระดับความสามารถในการทำงานหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง การมีภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอดหรือหลังคลอดทำให้ต้องนอนโรงพยาบาลเป็นเวลานานกว่ากลุ่มปกติ¹³ นอกจากนี้ปัญหาสุขภาพจากโรคอ้วนและการมีภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ทำให้สตรีตั้งครรภ์มีการลาป่วยบ่อยครั้งหรือต้องลาออกจากงาน¹⁷ ทำให้มีปัญหาเรื่องเศรษฐกิจตามมา ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและสภาพจิตใจของสตรีตั้งครรภ์ มีรายงานการศึกษาที่พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในขณะตั้งครรภ์และหลังคลอดซึ่งสามารถพบได้ทั้งในผู้ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์¹⁸

ผลกระทบต่อตั้งครรภ์

1. การแท้ง (miscarriage) และการเสียชีวิตของทารกในครรภ์ (fetal demise) เป็นผลจากภาวะแทรกซ้อนของสตรีที่มีภาวะอ้วนในขณะตั้งครรภ์ สาเหตุมาจากการที่สตรีตั้งครรภ์ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ทำให้มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการแท้งและการเสียชีวิตของทารกในครรภ์ นอกจากนี้ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วนจะมีการทำงานของรกผิดปกติ ทำให้เกิดภาวะ oxidative stress บริเวณรก มีการหลั่งสารอนุมูลอิสระหลายชนิด ส่งผลต่อการไหลเวียนเลือดบริเวณรกไม่ดีทำให้เกิดผลกระทบต่อพัฒนาการของทารกในครรภ์¹⁹

2. ภาวะผิดปกติของทารกในครรภ์ (congenital malformations) มีสาเหตุมาจากการไหลเวียนเลือดบริเวณรกไม่ดีจากการมีระดับ leptin สูง และการเกิด oxidative stress ส่งผลต่อการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ ทำให้เกิดภาวะเจริญเติบโตช้าของทารกในครรภ์¹⁹ นอกจากนี้ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ร่วมด้วยสัมพันธ์กับความผิดปกติของทารกในครรภ์ชนิดรุนแรง โดยเฉพาะภาวะหัวใจพิการของทารกในครรภ์ และความผิดปกติของระบบประสาท (neural tube defects) โดยเฉพาะในรายที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี ร่วมกับสตรีที่มีภาวะอ้วนมีการดูดซึมกรดโฟลิกได้ไม่ดีจึงทำให้ระดับกรดโฟลิกต่ำและเกิดความพิการของทารกในครรภ์ตามมา¹⁵

3. ทารกตัวโต (fetal macrosomia) สัมพันธ์กับภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วนมีอัตราการคลอดทารกตัวโตมากกว่ากลุ่มน้ำหนักปกติประมาณ 2 เท่า ซึ่งสัมพันธ์กับการเกิดเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน⁴ รวมทั้งการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวของมารดาในขณะตั้งครรภ์มากเกินไปจึงทำให้ทารกมีขนาดใหญ่ โดยเฉพาะในผู้ที่น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นมากกว่า 11 กิโลกรัม การที่ทารกขนาดใหญ่สัมพันธ์กับการคลอดล่าช้า คลอดติดขัด โดยเฉพาะการคลอดติดไหล่ รวมทั้งการได้รับผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง¹³

4. ทารกมีปริมาณธาตุเหล็กสะสมน้อย มีรายงานการศึกษาที่พบว่าในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วนสัมพันธ์กับภาวะซีดในขณะตั้งครรภ์ ส่งผลต่อปริมาณการสะสมธาตุเหล็กของทารกในครรภ์น้อยตามมา และยังพบว่ายิ่งมารดามีภาวะอ้วนมากเท่าไรยิ่งสัมพันธ์กับปริมาณการสะสมธาตุเหล็กที่ลดลงของทารกแรกเกิด⁷ ซึ่งเชื่อว่าเป็นผลจากกระบวนการอักเสบในร่างกายของมารดาจากการหลั่งสารพรอสตาแกลนดินและอินเตอร์ลูคิน (interleukin-6 or IL-6) ซึ่งเกิดจากความผิดปกติของต่อมไร้ท่อจากอิทธิพลของเลปติน⁶⁻⁷

ผลกระทบต่อภาวะสุขภาพเด็กในระยะยาว

ภาวะอ้วนในขณะตั้งครรภ์ของมารดาสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาสุขภาพเด็กและผู้ใหญ่ ซึ่งเกิดจากความผิดปกติในการเจริญเติบโตของตัวอ่อนในครรภ์มารดา เกิดความผิดปกติของระบบเผาผลาญและการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้เกิดโรคอ้วนในเด็ก โรคเบาหวานในเด็ก และโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดในวัยผู้ใหญ่³ พบว่าในกลุ่มประชากรที่มีประวัติคลอดจากมารดามีภาวะอ้วนในขณะตั้งครรภ์มีโอกาสเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่ากลุ่มปกติถึง 1.29 เท่า⁴ และมีโอกาสเป็นโรคเบาหวานมากกว่ากลุ่มปกติถึง 2 เท่า ซึ่งเกิดจากความผิดปกติของการเจริญเติบโตขณะอยู่ในครรภ์มารดา³

แนวทางการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเกินและภาวะอ้วน

ในระบบสุขภาพปัจจุบันมีการคัดกรองความเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนในสตรีตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเกินหรืออ้วน เช่น เบาหวานในขณะตั้งครรภ์ ความดันโลหิตสูง เป็นต้น แต่พบว่าแนวทางการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเกินหรืออ้วนยังไม่ชัดเจน จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า แนวทางหรือรูปแบบการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเกินหรืออ้วนมีวัตถุประสงค์เพื่อควบคุมน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นในขณะตั้งครรภ์ให้อยู่ในเกณฑ์ตามกลุ่มดัชนีมวลกาย เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ และวิธีการที่ใช้ในแนวทางการดูแล ได้แก่ การให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายในขณะตั้งครรภ์ และการให้คำปรึกษาเพื่อปรับพฤติกรรม²⁰ ส่วนใหญ่ใช้วิธีการแบบผสมผสานระหว่างการปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหารร่วมกับการออกกำลังกาย²¹ เนื่องจากพบว่าการใช้เพียงวิธีใดวิธีหนึ่งไม่ได้ผล^{20,22} รายละเอียดแนวทางการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเกินหรืออ้วน มีดังนี้

1. การควบคุมการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวในขณะตั้งครรภ์ ในขณะตั้งครรภ์การควบคุมการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวมีส่วนสำคัญในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ได้ดี น้ำหนักที่ควรเพิ่มขึ้นในขณะตั้งครรภ์ยึดตามกลุ่มดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ ในกลุ่มที่มีน้ำหนักเกิน ควรมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น 7-11 กิโลกรัมตลอดการตั้งครรภ์ หรือเพิ่มขึ้นสัปดาห์ละ .28 กิโลกรัมในไตรมาสที่ 2 และ 3 ของการตั้งครรภ์ และในกลุ่มที่มีภาวะอ้วนควรมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ไม่เกิน 5-9 กิโลกรัม หรือสัปดาห์ละ .22 กิโลกรัม ในไตรมาสที่ 2 และ 3 ของการตั้งครรภ์⁵ ซึ่งวิธีการที่ได้ผลดีในการควบคุมการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวในขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ การออกกำลังกาย และการรับประทานอาหาร



ที่เหมาะสม โดยใช้รูปแบบการให้ความรู้ การให้คำปรึกษา และการติดตามผลการปฏิบัติของสตรีตั้งครรภ์ จะช่วยให้สตรีตั้งครรภ์ควบคุมน้ำหนักตัวได้⁶

2. การออกกำลังกายในขณะตั้งครรภ์ มีรายงานการศึกษาที่พบว่าการออกกำลังกายในขณะตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนสามารถช่วยลดการเกิดเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ ความดันโลหิตสูง และภาวะครรภ์เป็นพิษได้ รวมทั้งมีส่วนช่วยในการควบคุมการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวในขณะตั้งครรภ์²³ โดยไม่มีรายงานอันตรายจากการออกกำลังกายในขณะตั้งครรภ์⁵ และยังช่วยลดความรู้สึกละอึกอาหารและลดการเกิดอาการคลื่นไส้ในขณะตั้งครรภ์ได้²⁴ ดังนั้นสตรีตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเกินและอ้วนหากไม่มีข้อห้ามควรออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง ชนิดของการออกกำลังกายที่แนะนำในขณะตั้งครรภ์ เช่น โยคะ การเดิน การว่ายน้ำ การออกกำลังกายในน้ำ เป็นต้น¹⁵ ควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายหนักเกินไปหรือเล่นกีฬาที่ต้องเคลื่อนไหวร่างกายมากเพื่อป้องกันการแท้งและการคลอดก่อนกำหนด

สำหรับความถี่ของการออกกำลังกายที่แนะนำคือสัปดาห์ละ 3 ครั้งขึ้นไป นานครั้งละ 15-30 นาที⁵ การออกกำลังกายควรเริ่มด้วยการบริหารร่างกายก่อน 5-10 นาที ตามด้วยการออกกำลังกาย 15-20 นาที และการผ่อนคลายร่างกายอีก 5-10 นาที เมื่อเริ่มออกกำลังกายควรเริ่มที่ครั้งละ 15 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง และค่อยๆ เพิ่มเวลาและจำนวนวัน จนครบ 5 วันต่อสัปดาห์ อาการที่ต้องหยุดออกกำลังกาย ได้แก่ เจ็บหน้าอก ปวดศีรษะ มีเลือดหรือมีน้ำไหลออกจากช่องคลอด ทารกในครรภ์ดิ้นน้อยลง มีการหดตัวของมดลูก หากมีอาการต้องรีบไปโรงพยาบาล¹⁵

3. การรับประทานอาหารในขณะตั้งครรภ์ คำแนะนำสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเกินควรได้รับพลังงานไม่เกินวันละ 2,200 แคลลอรี่ และไม่เกิน 2,000 แคลลอรี่ต่อวันในผู้ที่มีภาวะอ้วน ชนิดของอาหารที่แนะนำควรเป็นอาหารที่มีกากใยสูง ไขมันต่ำ คอเลสเตอรอลต่ำ และมีธาตุเหล็กสูง²⁵ การรับประทานอาหารที่สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วนควรรับประทาน เช่น ธัญพืช ข้าวซ้อมมือหรือข้าวไม่ขัดสี ผักผลไม้ที่มีกากใยสูง ปลา และเนื้อสัตว์ไขมันต่ำ ผักใบเขียว ถั่วต่างๆ เป็นต้น ควรหลีกเลี่ยงอาหารจำพวก ขนมขบเคี้ยว ลูกอม ช็อกโกแลต ของหวาน ผลไม้รสหวาน เนื้อสัตว์ที่มีไขมันสูง อาหารประเภทผัด ทอด เป็นต้น¹⁵

สำหรับแนวทางการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วนที่สมาคมสูตินรีแพทย์ (International Federation of Gynecology and Obstetrics: FICO) แนะนำนั้นครอบคลุมการดูแลตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์จนกระทั่งหลังคลอด ซึ่งเป็นการแนะนำตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ในที่นี้ขอยกแนวทางตามที่ FICO แนะนำมาเป็นแนวทางในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน ดังนี้²⁵

การดูแลในระยะก่อนตั้งครรภ์ (pre-pregnancy guidelines)

- 1) ควรมีการคำนวณและบันทึกดัชนีมวลกายของสตรีวัยเจริญพันธุ์ทุกราย
- 2) สตรีที่มีดัชนีมวลกายมากกว่า 30 กิโลกรัม/ตารางเมตร ควรได้รับทราบข้อมูลความเสี่ยงต่อสุขภาพของตนเองต่อการตั้งครรภ์ เช่น การมีบุตรยาก การเกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ตลอดจนผลกระทบต่อสุขภาพของทารกในครรภ์และสุขภาพเด็ก
- 3) ควรลดน้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์ และควรได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมสุขภาพทั้งการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย
- 4) ควรได้รับการเสริมกรดโฟลิกวันละ .4-.5 มิลลิกรัม ก่อนการตั้งครรภ์อย่างน้อย 1-3 เดือน

การดูแลในระยะตั้งครรภ์ (pregnancy guidelines)

- 1) ควรทำการคำนวณและบันทึกดัชนีมวลกายตั้งแต่ครั้งแรกที่มาฝากครรภ์ และให้คำแนะนำเกี่ยวกับน้ำหนักตัวที่ควรเพิ่มขึ้นตามกลุ่มดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์
- 2) ควรได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย เพื่อให้สามารถควบคุมการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวได้เหมาะสม
- 3) ควรได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับอันตรายหรือผลกระทบจากการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวในขณะตั้งครรภ์ที่มากเกินไป



- 4) ควรได้รับการเสริมกรดโฟลิกต่อไปอย่างน้อยจนถึงไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์
- 5) ในผู้ที่มิตัชนีมวลกายตั้งแต่ 30 กิโลกรัม/ตารางเมตร ขึ้นไป ควรได้รับการคัดกรองเบาหวานตั้งแต่ใน
ระยะแรกของการตั้งครรภ์
- 6) ควรมีการคัดกรองภาวะครรภ์เป็นพิษตลอดระยะเวลาการตั้งครรภ์ และควรให้ Aspirin วันละ 100–150 มิลลิกรัม
ตั้งแต่อายุครรภ์ 16 สัปดาห์ เพื่อป้องกันภาวะครรภ์เป็นพิษในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วน
- 7) เฝ้าระวังการเกิดภาวะ thromboembolism ทั้งในระยะตั้งครรภ์และหลังคลอด
- 8) ควรคัดกรองภาวะซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์และมารดาหลังคลอด โดยเฉพาะในผู้ที่มีดัชนีมวลกายตั้งแต่
30 กิโลกรัม/ตารางเมตร ขึ้นไป
- 9) ในระยะหลังคลอดควรเฝ้าระวังการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด และควรใช้ active management ใน
ระยะที่ 3 ของการคลอดเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด

การดูแลในระยะหลังคลอด (postpartum guidelines)

- 1) ควรมีการให้คำแนะนำการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ และส่งเสริมให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
ตั้งแต่ระยะหลังคลอดทันที
- 2) ควรมีการติดตามและเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างต่อเนื่อง
- 3) ควรมีการให้คำแนะนำเพื่อลดน้ำหนักในระยะหลังคลอด โดยวิธีการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย
อย่างต่อเนื่อง
- 4) การใช้วิธีคุมกำเนิดหลังคลอดควรพิจารณาตามน้ำหนักตัวของมารดาหลังคลอดและความเสี่ยงต่อการเกิด
ผลข้างเคียงของวิธีการคุมกำเนิด

ความท้าทายในการจัดการสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วน

ถึงแม้ว่าจะมีข้อมูลเชิงประจักษ์ที่อธิบายผลกระทบของภาวะอ้วนต่อภาวะสุขภาพมารดาทารกอย่างชัดเจนแล้วก็ตาม แต่การใช้แนวทางการดูแลสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ต้องอาศัยความร่วมมือทั้ง 2 ฝ่าย ทั้งผู้ดูแลและผู้ได้รับการดูแล ซึ่งความร่วมมือต้องมาจากพื้นฐานการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ถูกต้อง และตระหนักถึงอันตรายจากภาวะอ้วนต่อการตั้งครรภ์ แต่กลับพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วนส่วนใหญ่คิดว่าตนเองเป็นสตรีตั้งครรภ์ปกติ และการที่ตนเองอ้วนนั้นเป็นปกติของการตั้งครรภ์และสามารถลดน้ำหนักลงได้ในระยะหลังคลอด²⁶ ส่วนในรายที่มีภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น ไม่รับรู้ว่าเกิดจากภาวะอ้วนหรือการที่น้ำหนักของตนเองเพิ่มขึ้นมากในขณะตั้งครรภ์ ทำให้ไม่ตระหนักถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นตามมา²⁶ มีบางรายงานการศึกษาที่พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วนรู้สึกดีและพึงพอใจต่อรูปร่างที่เปลี่ยนแปลงของตนเองในขณะตั้งครรภ์²⁷ ทำให้ไม่ปรับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในขณะตั้งครรภ์ บางรายมีการรับประทานอาหารเพิ่มมากขึ้นโดยไม่เหตุผลว่าเพื่อเป็นการบำรุงครรภ์²⁶ ทำให้การดูแลสุขภาพสตรีตั้งครรภ์กลุ่มนี้มีอุปสรรค และไม่ประสบความสำเร็จในการปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ ทำให้การใช้โปรแกรมสุขภาพหรือแนวทางการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ใช้อยู่ในสตรีตั้งครรภ์ไม่ได้ผลในการดูแลสุขภาพสตรีที่มีภาวะอ้วนในขณะตั้งครรภ์ ดังนั้นการปรับความรู้และทัศนคติของสตรีตั้งครรภ์จึงเป็นความท้าทายการปฏิบัติของพยาบาลผดุงครรภ์ที่ต้องพัฒนาองค์ความรู้และแนวทางใหม่ๆ เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ

นอกจากปัจจัยด้านการรับรู้ส่วนบุคคลของสตรีตั้งครรภ์แล้ว ยังพบว่าในส่วนของคุณลักษณะที่ทำให้การดูแลสุขภาพสตรีตั้งครรภ์มีข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วน ไม่ว่าจะเป็นข้อจำกัดด้านเวลาในการให้บริการที่จำกัดทำให้ไม่มีเวลาในการให้คำปรึกษาหรือคำแนะนำแก่สตรีตั้งครรภ์ สื่อสำหรับการให้ความรู้ที่เหมาะสม และสตรีตั้งครรภ์บางรายต้องถูกส่งตัวไปยังสถานบริการอื่นจากการมีภาวะแทรกซ้อน ทำให้การดูแลไม่ต่อเนื่อง²⁸ รวมทั้งข้อจำกัดเกี่ยวกับความรู้เรื่องภาวะอ้วนในขณะตั้งครรภ์ และแนวทางการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์²⁷ นอกจากนี้จากการรับรู้สุขภาพ



ของสตรีตั้งครรภ์เองที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดการสุขภาพ ทำให้พยาบาลผดุงครรภ์รับรู้ต่อการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วนว่ามีความยากและท้าทายองค์ความรู้ของพยาบาล จึงมีความต้องการศึกษาองค์ความรู้ใหม่หรือแนวทางการดูแลที่มีประสิทธิภาพเพิ่มเติม²⁹ เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ดังนั้นพยาบาลผดุงครรภ์ควรมีบทบาทในการพัฒนาแนวทางการดูแลสตรีที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด ดังนี้

1. ส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีดัชนีมวลกายมากกว่าเกณฑ์ให้มีการปรับพฤติกรรมสุขภาพและลดน้ำหนักตัวก่อนการตั้งครรภ์
2. ให้ความรู้สตรีวัยเจริญพันธุ์และสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วนให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอันตรายของภาวะอ้วนต่อสุขภาพมารดาทารก และปรับทัศนคติต่อภาวะสุขภาพในสตรีที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์
3. จัดให้มีแนวทางการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ประกอบด้วย การควบคุมน้ำหนักตัวในขณะตั้งครรภ์ การออกกำลังกายในขณะตั้งครรภ์ การคัดกรองและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์โดยเฉพาะเบาหวานและความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์
4. ระยะคลอดควรเฝ้าระวังการคลอดยาวนานหรือการคลอดติดขัดสำหรับผู้คลอดที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน
5. ระยะหลังคลอดควรมีการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำอุดตันและการติดเชื้อของมารดาหลังคลอด และมีแนวทางการติดตามสุขภาพหลังคลอดในรายที่มีภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ โดยเฉพาะเบาหวานและความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์

การพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพสตรีที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรือภาวะอ้วน ควรใช้แนวคิดของการพัฒนาย่างมีส่วนร่วม ทั้งทีมสุขภาพและผู้รับบริการ เพื่อให้เกิดความเข้าใจและความร่วมมือทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ นอกจากนี้การจัดทำรายละเอียดเนื้อหาของหลักสูตรพยาบาลศาสตรครมมีการเพิ่มเติมความรู้เกี่ยวกับภาวะอ้วนในสตรีตั้งครรภ์ตามสถานการณ์สุขภาพที่มีแนวโน้มของปัญหาโรคอ้วนในกลุ่มประชากรเพิ่มขึ้น

บทสรุป

การดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรือภาวะอ้วนนั้นเป็นความท้าทายของพยาบาลผดุงครรภ์ทั้งในระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด เพราะสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วนสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตหรือทุพพลภาพของทั้งมารดาและทารก นอกจากนี้การจัดการปัญหาสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วนยังมีอุปสรรค โดยเฉพาะการรับรู้สุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ที่ยังไม่ตระหนักถึงอันตรายจากภาวะน้ำหนักเกินหรือภาวะอ้วน และยังไม่มีการจัดแนวทางหรือรูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนอย่างเป็นรูปธรรมในระบบสุขภาพ ดังนั้นพยาบาลผดุงครรภ์จำเป็นต้องแสวงหาองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วน ออกแบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับป้องกันภาวะแทรกซ้อนสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วน รวมทั้งการปรับทัศนคติของสตรีตั้งครรภ์ให้มีการรับรู้สุขภาพที่ถูกต้อง ซึ่งเป็นความท้าทายสำหรับพยาบาลผดุงครรภ์ที่ต้องพัฒนาตนเอง พัฒนาทีม และพัฒนาระบบบริการให้มีมาตรฐานการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วนอย่างเป็นระบบ

References

1. Vaswani PR, Balachandran L. Pregnancy outcomes in a population with high prevalence of obesity: how bad is it. *Clinical epidemiology and global health* 2013;1:5–11.
2. Liston F, Davies Gregory AL. Thromboembolism in the obese pregnant woman. *Elsevier Seminars in perinatology* 2011;35:330–4.



3. Aviram A, Hod M, Yogeve Y. Maternal obesity: implications for pregnancy outcome and long-term risks a link to maternal nutrition. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2011;115S1:S6–10.
4. Reynolds RM, Allan KM, Raja WA, Bhattacharya SB, McNeill G, et al. Maternal obesity during pregnancy and premature mortality from cardiovascular event in adult offspring: follow-up of 1 323 275 person years. *BMJ* 2013;347:f4539. Doi:10.1136/bmj.f4539.
5. Buschur E, Kim C. Guidelines and interventions for obesity during pregnancy. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2012;119:6–10.
6. Rattasumpun, S. Obesity in pregnant women: health impacts and nursing care. *Songklanagarind Journal of Nursing* 2018;38(1):120–28.(in Thai)
7. Jones AD, Zhao G, Jiang Yp, Zhou M, Xu G, et al. Maternal obesity during pregnancy is negatively associated with maternal and neonatal iron status. *European Journal of Clinical Nutrition* 2016;70:918–24.
8. Fisher SC, Kim SY, Sharma AJ, Rochat R, Morrow B. Is obesity still increasing among pregnant woman? pre-pregnancy obesity trends in 20 states, 2003–2009. *Preventive medicine* 2013;56:372–8.
9. Driscoll AK, Elizabeth Gregory CW. Increase in pre-pregnancy obesity: United States, 2016–2019 [Online].2020 [cited 2021 June 26] Available form: <https://www.cdc.gov/nchs/products/index.htm>.
10. Simmons D. Diabetes and obesity in pregnancy. *Best practice & Research Clinical Obstetrics and Gynecology* 2011;25:25–36.
11. James AH. Venous thromboembolism: mechanism, treatment, and public awareness. *AHA Journal* 2009;326–31.
12. De Paiva LV, Yamamoto Nomura, RS, Goncalves Dias MC, Zugaib M. Maternity obesity in high-risk pregnancies and postpartum infection complications. *Rev Assoc Med Bras* 2012;58(4):453–8.
13. Lim CC, Mahmood T. Obesity in pregnancy. *Best practice & Research Clinical Obstetrics and Gynecology* 2015;29:309–19.
14. Youngwanichsetha S. Overweight and obesity: impacts on women health and nursing care. *Songklanagarind Medical Journal* 2017;35(1):75–82.(in Thai)
15. Gettong N, Rujiraprasert N. Overweight during pregnancy: an issue to be considered for nurse-midwifery. *Journal of Nursing Science & Health* 2018;41(3):128–37.(in Thai)
16. Basu JK, Jeketera CM, Basu D. Obesity and its outcomes among pregnant south African women. *International journal of gynecology and obstetrics* 2010;110:101–104. Doi:10.1016/j.ijgo.2010.02.020.
17. Amador N, Juarez JM, Guizar JM, Linares B. Quality of life in obese pregnant women: a longitudinal study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 2008;198:203.e1–203.e5.
18. Kumpulainen SM, Girchenko P, Lahti-Pulkkinen M, Reynolds RM, Tuovinen S, et al. Maternal early pregnancy obesity and depressive symptoms during and after pregnancy. *Psychological Medicine* 2018; 48:2353–2363. <https://doi.org/10.1017/S0033291717003889>.
19. Malti N, Merzouk H, Merzouk SA, Loukidi B, Karaouzene N, Malti A, et al. Oxidative stress and maternal obesity: Feto-placental unit interaction. *Placenta* 2014;35:411–416.
20. Aung W, Saw L, Sweet L. An integrative review of interventions for limiting gestational weight gain in pregnant women who are overweight or obese. *Women and Birth* 2021;doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2021.04.009>



21. Bogaerts AFL, Devlieger R, Nuyts E, Witters I, Gyselaers W, Van den Bergh BRH. Effects of lifestyle intervention in obese pregnant women on gestational weight gain and mental health: a randomized controlled trial. *International Journal of Obesity* 2013;37:814–821.
22. Adamo KB, Ferraro ZM, Goldfield G, Keely E, Stacey D, Hadjiyannakis S, et al. The Maternal Obesity Management (MOM) Trial Protocol: A lifestyle intervention during pregnancy to minimize downstream obesity. *Contemporary Clinical Trials* 2013;35:87–96.
23. Pinitlertsakun O, Limruangrong P, Sinsuksai N, Boriboonhirunsarn D. A self-regulation program on dietary consumption, exercise, and weight gain for overweight and obese pregnant women. *Nursing Science Journal of Thailand* 2019;37(2):26–42.(in Thai)
24. Donofry SD, Germeroth LJ, Kolko Conlon RP, Venditti EM, Levine MD. Correlates of physical activity engagement among pregnant women with overweight and obesity. *Women's Health* 2020;30(5):393–400.
25. McAuliffe F, Killeen SL, Jacob CM, Hanson MA, Hadar E, et al. Management of pre-pregnancy, pregnancy, and postpartum obesity from the FICO pregnancy and non-communicable disease committee: A FICO (International Federation of Gynecology and obstetrics) guideline. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2020;151(1):16–36.
26. Thadakant S, Pruksacheva T, Jaovisidha A. Health perceptions of obese pregnant women with gestational diabetes and/or hypertension toward themselves and their fetuses. *Rama Nursing Journal* 2010;16(2): 185–199.(in Thai)
27. McCloud MB, Barosso J. Experiences of pregnant women with obesity. *Nursing for Women's Health* 2021;25(3):179–86.
28. Heupenbecker SP, Wan L, Leon A, Rosen D, Hoff J, Kuroki LM, et al. Obesity counseling in obstetrics and gynecology: provider perceptions and barriers. *Gynecologic oncology reports* 2019;27:31–4.
29. Foster C, Hirst J. Midwives' attitudes towards giving weight-related advice to obese pregnant women. *British Journal of Midwifery* 2014;22(4):254–62.



บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มารับการรักษา ภาวะความผิดปกติของหลอดเลือดดำ

Roles of Nurses in Caring for Patients Receiving Venous Malformation Treatment

เสาวนีย์ หอมสุต¹ รุ่งนภา บัวสุวรรณ¹ สุธิดา กัลยวงศ์¹ ชลิดา คำไธ¹ บุญฤกษ์ แสงเพชรงาม² อัญชลี ชูโรจน²

Saowanee Homsud¹ Runghapa Buasuwan¹ Suthida Kanwong¹

Chalida Kamai¹ Boonrerk Sangpetngam² Anchalee Churojana¹

¹งานพยาบาลรังสีวิทยา ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

²ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

¹Radiology Nursing Department, Siriraj Hospita

²Siriraj Radiology Department, Mahidol University

Correspondence author: Saowanee Homsud Email: saowanee63999@gmail.com

Received: December 16, 2021 Revised: March 28, 2022 Accepted: June 24, 2022

บทคัดย่อ

ลักษณะความผิดปกติของหลอดเลือดดำเป็นภาวะที่พบได้ในเด็กและวัยรุ่น ผู้ป่วยมักมีอาการปวด ร่วมกับปัญหาเรื่องความสวยงามหากรอยโรคอยู่ในตำแหน่งศีรษะและลำคอ ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อการเข้าสังคมและสร้างความกังวลใจให้แก่ทั้งตัวผู้ป่วยเองและผู้ปกครอง การรักษาด้วยการผ่าตัดมักทำในผู้ป่วยที่มีรอยโรคขนาดเล็ก และอยู่ต้นแต่หากความผิดปกติของหลอดเลือดดำอยู่ในตำแหน่งที่ลึกและเข้าถึงยาก แพทย์อาจพิจารณาการรักษาโดยวิธีอื่น เช่น การใช้ยาหรือรังสีรักษา เป็นต้น ปัจจุบันการรักษาทางเลือกด้วยวิธีรังสีร่วมรักษาโดยการฉีดสารทำลายเข้าไปยังรอยโรคโดยตรงให้ผลเป็นที่น่าพอใจ อย่างไรก็ตาม การรักษาด้วยวิธีนี้เป็นการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย ซับซ้อน และจำกัดอยู่เฉพาะแพทย์สาขาผู้เชี่ยวชาญ พยาบาลจึงต้องมีการเพิ่มพูนความรู้ทางการพยาบาลและทักษะพิเศษที่จำเป็นสอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วยที่มารับการบำบัดรักษาภาวะความผิดปกติของหลอดเลือดดำ บทความนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อนำเสนอความรู้เกี่ยวกับภาวะความผิดปกติของหลอดเลือดดำ และบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยในระยะ ก่อน ระหว่าง และหลังทำการรักษาหรือหัตถการ เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการเฝ้าระวังความเสี่ยงและให้การพยาบาลบนพื้นฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ที่เป็นมาตรฐาน ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยและเกิดความพึงพอใจต่อครอบครัว

คำสำคัญ: การใช้รังสีร่วมรักษา; การฉีดสารทำลายโดยตรงไปยังรอยโรค; บทบาทพยาบาล; ภาวะความผิดปกติของหลอดเลือดดำ



Roles of Nurses in Caring for Patients Receiving Venous Malformation Treatment

Saowanee Homsud¹ Rungnapa Buasuwan¹ Suthida Kanwong¹

Chalida Kamai¹ Boonrerk Sangpetngam² Anchalee Churojana¹

¹Radiology Nursing Department, Siriraj Hospita

²Siriraj Radiology Department, Mahidol University

Correspondence author: Saowanee Homsud Email: saowanee63999@gmail.com

Received: December 16, 2021 **Revised:** March 28, 2022 **Accepted:** June 24, 2022

Abstract

Venous malformations can occur in childhood and adolescence. Common presenting symptoms include pain and cosmetic problems with scarring, especially when the lesions occur over the head and neck regions. These can affect social appearance leading to anxiety of the patients and their parents. Until now, surgical treatment has been limited to small and superficial lesions. If the lesions are large or deep, other appropriate treatment may be considered, such as medication or radiation therapy. Currently, sclerotherapy, an alternative interventional radiology treatment, is performed for these patients with good outcomes. However, this particular treatment involves advanced and complex technology that can only be performed by medical specialists. Nurses must therefore acquire new knowledge and skills relevant to the care of patients undergoing this kind of treatment. This purpose of this article is to provide clinical information about venous malformations and the role of nurses in the care of these patients, including pretreatment, during treatment and posttreatment. This information could be used to guide nurses in providing care for patients based on evidence-based practice leading to patient safety and family satisfaction.

Keywords: interventional radiology treatment; sclerosing therapy; nurses' roles; venous malformation



ความเป็นมาและความสำคัญ

ลักษณะความผิดปกติของหลอดเลือดดำ (venous malformation) เป็นภาวะที่พบได้ประมาณร้อยละ 1 ของประชากรทั่วไปหรือประมาณ 1 ในประชากร 10,000 คน¹ และเป็นภาวะที่พบได้เป็นอันดับที่ 2 ของกลุ่มโรคหลอดเลือดโตแบบผิดปกติ (vascular malformation) ทั้งหมด² การจำแนกชนิดของกลุ่มโรคหลอดเลือดโตแบบผิดปกติ จะแยกออกจากกลุ่มเนื้องอกของหลอดเลือด (vascular tumor) เช่น hemangioma เป็นต้น โดยแบ่งความผิดปกติของหลอดเลือดตามการจำแนกของ International Society for the Study of Vascular Anomalies (ISSVA) ปี ค.ศ. 2014² เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มความผิดปกติที่เชื่อมต่อกันแบบไหลเร็ว (fast-flow vascular malformation) เช่น ความผิดปกติของหลอดเลือดแดงที่ต่อกันอย่างผิดปกติกับหลอดเลือดดำ (arteriovenous malformation; AVM) และการเชื่อมต่อผิดปกติโดยตรงระหว่างหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำ (arteriovenous fistula; AVF) 2) กลุ่มความผิดปกติที่เชื่อมต่อกันแบบไหลช้า (slow-flow vascular malformation) เช่น ความผิดปกติของหลอดเลือดฝอย (capillary malformation) ความผิดปกติของหลอดเลือดดำ (venous malformation) และความผิดปกติของท่อน้ำเหลือง (lymphatic malformation) และ 3) กลุ่มผสม (combined vascular malformation) เช่น ภาวะผสมระหว่างหลอดเลือดฝอย ท่อน้ำเหลือง และหลอดเลือดดำรวมด้วย (Capillary lymphatic venous malformation) เป็นต้น

สำหรับความผิดปกติของหลอดเลือดดำ เป็นภาวะที่พบได้ตั้งแต่กำเนิด (congenital) อาการแสดงส่วนใหญ่มักพบในเด็กและวัยรุ่น โดยอาการเป็นมากขึ้นเมื่อมีการเจริญเติบโตมากขึ้นและมักไม่หายไปเอง ลักษณะที่แสดงจะเป็นก้อนอยู่ชั้นผิวหนังชั้นตื้น ทำให้มีสีคล้ำเข้ม ก้อนสามารถโป่งพองตามแรงเบ่ง (Valsalva maneuver) และยุบได้ตามท่าทางการเคลื่อนไหว ถ้าอยู่ชั้นกล้ามเนื้อส่วนลึกจะทำให้เกิดความเจ็บปวด การรักษาในอดีตเน้นการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดเป็นหลัก แต่ผลการรักษามักไม่ดีมากนักเนื่องจากต้องผ่าตัดหลายครั้ง ไม่หายขาด และทำให้ผิวหนังบริเวณผ่าตัดเกิดเป็นแผลเป็น (surgical scar) หรือแผลเป็นหดรั้ง (scar contracture) จึงได้มีการคิดค้นการรักษาแบบใหม่ต่อมาโดยฉีดสารทำลายโดยตรง (sclerosing therapy) ไปยังตำแหน่งหลอดเลือดดำที่ผิดปกติ โดยเริ่มจากการใช้ Ethanol พบว่าได้ผลดี แต่เกิดภาวะแทรกซ้อนค่อนข้างมาก โดยเฉพาะอาการบวมหรือทางเดินหายใจอุดกั้น ต่อมาได้ศึกษาโดยใช้สารตัวอื่น เช่น Bleomycin, Ethanolamine, Sodium tetradecyl sulfate หรือ Pingyangmycin เป็นต้น³ พบว่าลดภาวะข้างเคียง เช่น อาการเมาจากใช้ Ethanol ซึ่งได้ผลการรักษาและภาวะแทรกซ้อนที่แตกต่างกัน ซึ่งในประเทศไทยมีรายงานทางการแพทย์เกี่ยวกับผลการรักษาภาวะความผิดปกติของหลอดเลือดดำที่บริเวณหน้าและคอ โดยการเปรียบเทียบสารที่ใช้ระหว่าง Ethanol และ Bleomycin จากผู้ป่วยจำนวน 33 ราย⁴ พบว่าเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ในเรื่องอาการข้างเคียงหลังทำ ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยในการรักษา ปัจจุบันการรักษาด้วยวิธีดังกล่าวเริ่มเป็นที่แพร่หลาย พยาบาลมีบทบาทสำคัญในดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของหลอดเลือดดำ ที่มารับการรักษาโดยการทำหัตถการเพื่อฉีดสารทำลายโดยตรง จึงต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะความผิดปกติของหลอดเลือดดำ การให้คำแนะนำ ขั้นตอนการเตรียมตรวจรักษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว การเตรียมความพร้อมในการช่วยแพทย์ขณะทำการรักษา การดูแลผู้ป่วยช่วงพักฟื้นหลังการรักษา การติดตามการรักษาต่อเนื่อง ตลอดจนการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเองหลังการรักษา ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความเข้าใจ และมั่นใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาภาวะดังกล่าว ได้รับการดูแลที่เป็นมาตรฐานและเหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

นิยามและสาเหตุของภาวะความผิดปกติของหลอดเลือดดำ

ภาวะความผิดปกติของหลอดเลือดดำ (venous malformation) คือ ภาวะที่พบความผิดปกติของหลอดเลือดดำ ทำให้พบลักษณะการโป่งพองของหลอดเลือดดำเฉพาะที่ ซึ่งอาจจะพบว่ามีารเชื่อมต่อกับหลอดเลือดดำปกติหรือไม่ก็ได้



โดยที่หลอดเลือดดำที่เชื่อมต่อจะมีรูปร่างที่ใหญ่ผิดปกติ (dysplastic vein) สามารถพบได้ทุกบริเวณผิวหนังชั้นตื้นและลึก ได้เกือบทุกบริเวณของร่างกาย เช่น เชื้อบุผิวของช่องปาก ลิ้น คอหอย เป็นต้น บางครั้งผู้ป่วยอาจมีอาการปวด เนื่องจากการอุดตันของหลอดเลือด (thrombi)

ภาวะความผิดปกติของท่อหลอดเลือดดำสามารถเกิดขึ้นได้เองโดยไม่มีสาเหตุ (sporadic) แต่ส่วนน้อยพบว่ามีการถ่ายทอดทางพันธุกรรม (inheritance) ได้ทาง autosomal dominant โดยพบมีการเปลี่ยนแปลงของยีน TIE2 ที่โครโมโซมคู่ที่ 9¹ ทำให้เกิดความผิดปกติของการสร้างเซลล์ผนังของหลอดเลือดดำ ส่งผลให้มีกระบวนการปรับตัว (remodeling process) ของเซลล์ผิดปกติไปด้วย ทำให้หลอดเลือดดำมีโครงสร้างที่ผิดปกติไป โดยในเซลล์ปกติจะพบการแบ่งตัวที่เพิ่มขึ้นของเซลล์ผนังของหลอดเลือดดำ แต่ในผู้ที่มี venous malformation กลับพบการโตขึ้นโดยการเพิ่มขนาด (hypertrophy) อย่างเดียวแทน⁵⁻⁶

ลักษณะทางคลินิก

เนื่องจากภาวะนี้เป็นมาแต่กำเนิดและมักจะมีอาการเมื่อเจริญเติบโตขึ้น อาการของภาวะนี้จึงมักพบในช่วงวัยรุ่น พบมากที่สุดบริเวณใบหน้า ลำคอ และบริเวณยางค์และนัยลงมาที่บริเวณลำตัว อาการที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์มักจะพบก่อนอื่นที่มีสีคล้ำกว่าผิวหนังปกติ อาจจะเป็นสีน้ำตาลคล้ำหรือน้ำเงินเขียว ลักษณะตัวก่อนจะมีลักษณะนุ่ม กดแล้วยุบลงได้ ไม่มีลักษณะการเต้นของก้อนหรือการได้ยินตามชีพจร นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจจะมีลักษณะอาการปวดถ้ามีเลือดดำที่คั่งอยู่เฉพาะที่นั้น ๆ เช่น ปวดขณะเดินถ้ามีความผิดปกติที่อยู่บริเวณกล้ามเนื้อของน่องขา⁷ เป็นต้น อาการของภาวะนี้มักจะสัมพันธ์กับตำแหน่งขึ้นอยู่กัตำแหน่งของก้อน ถ้าอยู่บริเวณใบหน้าก็อาจทำให้เกิดความไม่สวยงาม หรือเกิดภาวะเลือดออกง่ายถ้าความผิดปกติอยู่บริเวณผิว เชื้อบุจมูก ริมฝีปาก ช่องปาก ลิ้น เป็นต้น หรืออาจจะมีปัญหาการอุดตันของระบบท่อหายใจส่วนบน (upper airway obstruction) ถ้าหากมีการขวางทางเดินหายใจบริเวณส่วน posterior pharynx หรือหลอดลม (trachea) ซึ่งต้องให้การช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเร่งด่วน

ภาวะความผิดปกติของหลอดเลือดดำ แบ่งตาม Birmingham Classification จากปัญหาเนื้อเยื่อที่เกี่ยวข้องเป็น 4 ประเภท คือ type 1 เกิดรอยโรคที่ระดับ superficial (เช่น skin และ subcutaneous tissue) บริเวณยางค์ของร่างกาย type 2 เกิดความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับ fascia หรือกล้ามเนื้อบริเวณยางค์ ศีรษะ ลำคอ หรือตามลำตัวของร่างกาย type 3 เกิดความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับกระดูกหรือข้อต่อบริเวณยางค์ ศีรษะ ลำคอ หรือตามลำตัวของร่างกาย type 4 มีการกระจายของความผิดปกติของหลอดเลือดดำบริเวณยางค์ สมอ หรือในช่องท้อง⁷ ภาวะความผิดปกติของหลอดเลือดดำจึงอาจส่งผลต่อปัญหาสุขภาพที่สำคัญในวงกว้างสำหรับผู้ป่วย

การวินิจฉัยโรค

ประกอบด้วยการตรวจร่างกายและการส่งตรวจทางรังสีวิทยาเป็นหลัก ดังนี้⁷

1. การตรวจร่างกาย

1.1 เนื่องจากหลอดเลือดดำจะต้องไหลกลับเข้าสู่หัวใจ เมื่อจัดให้ตำแหน่งก้อนที่เป็นภาวะผิดปกติอยู่ต่ำกว่าระดับหัวใจ ก้อนจะมีลักษณะโตขึ้น ในทางกลับกัน ถ้าให้อยู่สูงกว่าระดับหัวใจก้อนก็จะยุบเล็กลงตามแรงโน้มถ่วงโลก ซึ่งใช้แยกออกจากกลุ่มโรคหลอดเลือดโตผิดปกติอย่างอื่นเช่น ความผิดปกติของท่อน้ำเหลือง (lymphatic malformation) หรือเนื้องอกของหลอดเลือด เช่น hemangioma เป็นต้น

1.2 สามารถตรวจพบหินปูน (phleboliths) ในบริเวณรอยโรคจากการคลำ

1.3 ไม่มีลักษณะเสียงชีพจรหรือฟังไม่ได้เสียงฟูในตัวเอง



1.4 ถ้าก้อนอยู่พื้นผิว จะพบลักษณะเป็นสีดำคล้ำ น้ำเงินเขียวหรือม่วงเหมือนหลอดเลือดดำ

1.5 อาการปวดโดยเฉพาะความผิดปกติที่อยู่ชั้นลึกเช่นกล้ามเนื้อ เป็นต้น

2. การตรวจภาพทางรังสีวิทยา

2.1 พบหินปูน (phleboliths) ในก้อน

2.2 การตรวจด้วยภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์หรือเอ็มอาร์ไอ พบกลุ่มของความผิดปกติชัดเจนและพบมีการเชื่อมต่อกับหลอดเลือดดำปกติ ซึ่งการทำการตรวจแบบใส่สายสวนหลอดเลือด (angiogram) จะไม่สามารถตรวจพบความผิดปกติได้ เพราะภาวะนี้เป็นความผิดปกติของหลอดเลือดดำเพียงอย่างเดียว

2.3 การตรวจด้วยอัลตราซาวด์ พบลักษณะ heterogenous หรือ hypoechoic vascular space และสามารถกดลงได้ (compressible mass) ไม่พบลักษณะของการไหลเร็ว (fast-flow) ของก้อน⁶

2.4 การตรวจด้วย venogram โดยตรงขณะทำการรักษาจะเห็นหลอดเลือดดำผิดปกติได้ชัดเจน

แนวทางการรักษา

แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะความผิดปกติของหลอดเลือดดำมีหลากหลายวิธี ขึ้นกับตำแหน่ง ความลึก และขอบเขตของรอยโรค รอยโรคขนาดเล็กหรืออยู่ตื้นอาจไม่จำเป็นต้องรักษาแต่ต้องสังเกตการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง หรือใช้เพียงผ้ายืดพัน (elastic stockings) เพื่อลดอาการบวมหรือปวดหากรอยโรคอยู่บริเวณมือหรือขา เป็นต้น หากพบความผิดปกติของหลอดเลือดดำมากขึ้น อาจต้องรักษาโดยวิธีการอื่น ๆ เช่น การฉีดสารทำลายโดยตรงไปยังรอยโรค (sclerotherapy) การใช้เลเซอร์ (laser therapy) การอุดหลอดเลือดโดยใช้รังสีร่วมรักษา (embolization) การผ่าตัด (surgical excision) หรือใช้การรักษาหลายวิธีร่วมกัน (combined therapy) เป็นต้น หลักการรักษาคือการเลือกวิธีที่เหมาะสมและปลอดภัยต่อผู้ป่วย โดยต้องอาศัยความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วย และครอบครัวร่วมกัน⁷⁻⁸

ปัจจุบัน การรักษาที่ได้ผลดีและเป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวาง คือ การฉีดสารทำลายไปยังรอยโรค (sclerotherapy) โดยใช้สาร sclerosing (sclerosing agent) เข้าไปในรอยโรคโดยตรง โดยสาร sclerosing ที่ใช้กันอย่างแพร่หลายมีหลายชนิด เช่น Foam และอื่น ๆ⁸ สำหรับสาร sclerosing 2 ชนิดที่มีการใช้อย่างแพร่หลายในประเทศไทย ได้แก่ แอลกอฮอล์แบบเข้มข้น (absolute alcohol) และบลิโอมัยซิน (Bleomycin) โดยสารทั้ง 2 ชนิดนี้จะก่อให้เกิดการอักเสบของบริเวณที่ฉีดความผิดปกติของท่อหลอดเลือดดำแล้วเกิดพังผืดตามมาจนปิดกั้นให้พยาธิสภาพมีขนาดเล็กลงตามมาในหลาย ๆ สัปดาห์ต่อมา ลักษณะเฉพาะของสารที่ฉีดมีดังต่อไปนี้⁹⁻¹⁰

1. แอลกอฮอล์แบบเข้มข้น (absolute alcohol)⁹ เป็นสารที่ใช้กันมานานแล้ว โดยการออกฤทธิ์จากการทำลายและดึงน้ำออกจากเซลล์ผนังหลอดเลือดดำ ทำให้เกิดเป็นลิ่มเลือด (thrombosis) แข็งตัวในตัวก้อนแล้วเป็นพังผืด (fibrosis) ตามมา การผสมสารที่บดแสงชนิด non-ionic กับแอลกอฮอล์จะทำให้สามารถมองเห็นทิศทางขณะทำการฉีดได้ ปริมาตรที่แนะนำที่ใช้ได้ในแต่ละครั้งคือไม่เกิน 1 มิลลิลิตรต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม และปริมาตรสูงสุดของการฉีดแต่ละครั้งไม่ควรเกิน 40 มิลลิลิตร⁹ ข้อควรระวังอย่างมาก คือ ต้องระวังไม่ให้เกิดการรั่วซึมออกนอกหลอดเลือด (extravasation) อย่างเด็ดขาดระหว่างการฉีด เพราะจะทำให้เกิดการเน่าตาย (necrosis) ของเนื้อเยื่อบริเวณข้างเคียงได้ การฉีดแอลกอฮอล์จะก่อให้เกิดความเจ็บปวดแก่ผู้ป่วยมาก ทั้งนี้แนะนำให้ทำการดมยาสลบก่อนทำการรักษา นอกจากนี้บริเวณที่ฉีดจะเกิดความบวมขึ้นโดยมักจะเป็นทันทีและอยู่ได้นานถึง 3 สัปดาห์ ถ้าฉีดบริเวณหลอดลมอาจทำให้เกิดการอุดตัน (upper airway obstruction) หรือเกิดภาวะ compartment syndrome ได้ถ้าฉีดบริเวณรยางค์ หรือสามารถเกิดภาวะ pulmonary hypertension ได้ เป็นต้น นอกจากนี้ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่อาจพบได้มีดังนี้ คือ การพองเป็นตุ่มน้ำเม็ดใส (blister) บริเวณที่ฉีด, ทำลายเส้นประสาทที่อยู่ใกล้เคียง (neuropathy), มีเลือดออกในปัสสาวะ (hematuria), หัวใจเต้นผิดจังหวะ (cardiac arrhythmia) และเกิดลิ่มเลือดไปอุดตันที่ขั้วปอด (pulmonary embolism) ได้ ดังนั้นจึงต้องอธิบายให้ผู้ป่วยฟังและเตรียมตัวก่อน



ทำการรักษาเสมอ ถึงแม้ว่าการรักษาด้วยการฉีดแอลกอฮอล์แบบเข้มข้นจะได้ผลดีถึงร้อยละ 95 แต่ก็เกิดภาวะแทรกซ้อนหลายประการดังที่กล่าวมา จึงทำให้ลดความนิยมลงในการใช้รักษาในปัจจุบัน

2. บลีโอมัยซิน (bleomycin)¹⁰⁻¹² จัดเป็นยาเคมีบำบัดตัวหนึ่งที่มีฤทธิ์เป็นยาต้านจุลชีพด้วย การรักษาโรคความผิดปกติของหลอดเลือดผ่านทางผิวหนังโดยตรงด้วยยาเคมีบำบัด ‘bleomycin’ เป็นแนวโน้มการรักษาใหม่ที่มีประสิทธิภาพ มีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าการใช้แอลกอฮอล์แบบเข้มข้น จึงเป็นที่นิยมอย่างแพร่หลายมากกว่าในปัจจุบัน โดยบลีโอมัยซินจะออกฤทธิ์กับสารพันธุกรรมดีเอ็นเอและทำลายผนังหลอดเลือดดำด้วย พบว่าการรักษาได้ผลดีพอกับแอลกอฮอล์ แต่เกิดการบวมและปฏิกิริยาการอักเสบที่น้อยกว่าแอลกอฮอล์แบบเข้มข้น จึงถูกนำมาใช้รักษาภาวะความผิดปกติของหลอดเลือดดำกันอย่างแพร่หลาย¹⁰ การบริหารจัดการยามี 2 วิธีคือการฉีดผ่านกล้ามเนื้อ (intramuscular) และการฉีดผ่านผิวหนัง (subcutaneous) การฉีดจะต้องกระทำโดยรังสีแพทย์ด้านรังสีร่วมรักษา ยาบลีโอมัยซินจะมาในรูปผงอยู่ในขวด ขนาด 15 มิลลิกรัม การเตรียมยาทำการผสมยากับน้ำเกลือ (sodium chloride) 15 มิลลิลิตร เพื่อให้ได้ขนาดความเข้มข้น 1 มิลลิกรัม ต่อ 1 มิลลิกรัม วิธีการฉีดบลีโอมัยซินจะทำได้โดยใช้ระบบภาพนำทางภายใต้เครื่องฉายเอกซเรย์ (fluoroscopy) และดมยาสลบ เนื่องจากผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บมากขณะทำการรักษา ขั้นตอนการรักษาจะใช้เข็มเจาะเข้าไปบริเวณตัวก่อนหรือบริเวณความผิดปกติของหลอดเลือดดำ แล้วทดสอบโดยการฉีดสารทึบแสง (contrast media) ก่อน เรียกว่าการตรวจ venogram เพื่อให้มั่นใจว่าปลายเข็มที่จะฉีดอยู่ในรอยโรค และสามารถประเมินลักษณะขอบเขตขนาด การเชื่อมต่อของหลอดเลือดดำที่ปกติไปในตัวด้วย ทั้งนี้ยังเป็นการวางแผนการรักษาไปด้วยก่อนทำการฉีดจริง เพื่อป้องกันสารที่ฉีดจะไหลไปรบกวนทางเดินของหลอดเลือดดำที่ปกติ รังสีแพทย์ด้านรังสีร่วมรักษาอาจแนะนำการรัด (compression) หลอดเลือดดำบริเวณส่วนต้นต่อกับรอยโรคถ้าตำแหน่งอยู่ที่ระยะศีรษะทำการฉีด เพื่อให้ยาบลีโอมัยซินสัมผัสกับรอยโรคได้นานมากขึ้น และลดโอกาสที่ยาบลีโอมัยซินจะไหลเข้าไปในทางเดินของหลอดเลือดดำปกติได้ ทั้งนี้ปริมาณยาที่แนะนำไม่ควรฉีดเกิน 15 มิลลิกรัมในแต่ละครั้ง ถ้าเป็นเด็กเล็กที่อายุน้อยกว่า 1 ปี ไม่แนะนำให้ฉีดเกิน 1 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม สามารถทั้งช่วงห่างของการฉีดแต่ละครั้งได้นาน 4-6 สัปดาห์ และขนาดสะสมของยาบลีโอมัยซินไม่ควรเกิน 400 มิลลิกรัมตลอดการฉีดทั้งชีวิต เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดพังผืดที่ปอด¹¹

ข้อบ่งชี้ในการรักษาด้วยการฉีดสารทำลายไปยังรอยโรค

- ข้อบ่งชี้ในการรักษาภาวะความผิดปกติของหลอดเลือดดำด้วยการฉีดสารทำลายไปยังรอยโรค มีดังนี้^{8,13}
1. ภาวะเลือดออกใต้ผิวหนังหรืออวัยวะอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับรอยโรค เช่น ไอเป็นเลือด ปัสสาวะมีเลือดออกเป็นต้น
 2. รอยโรคอยู่ใกล้บริเวณโครงสร้างของร่างกายที่สำคัญ หรือบริเวณที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย เช่น ไซนัสหลัง หลอดลม เป็นต้น
 3. รอยโรคทำให้เกิดอาการปวด หรือส่งผลต่อการทำหน้าที่ของร่างกาย
 4. เกิดภาวะหลอดเลือดอุดตันจากความผิดปกติของหลอดเลือดดำ
 5. เกิดผลกระทบระดับมากต่อภาพลักษณ์ของผู้ป่วย

ภาวะแทรกซ้อนของการรักษา

ดังที่กล่าวมา การรักษาโดยใช้แอลกอฮอล์ทำให้เกิดอาการบวมและปวดมาก ทำให้ความนิยมในการใช้แอลกอฮอล์ลดลง ปัจจุบันการรักษาความผิดปกติของหลอดเลือดดำจะใช้การรักษาด้วยบลีโอมัยซินเป็นหลัก ทั้งนี้ภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบได้หลังจากการรักษาด้วยบลีโอมัยซิน มีดังนี้¹³

1. มีอาการไข้ต่ำ ๆ คล้ายหวัด (flu-like symptom) ครั่นเนื้อครั่นตัว อ่อนเพลีย มักพบในช่วงสัปดาห์ที่ 2 หลังการรักษา



2. ตุ่มผิวหนังสีผิดปกติบริเวณที่ทำการรักษาหรือบริเวณอื่น เช่นสีแดงคล้ำ สีดำ มักเกิดขึ้นชั่วคราวและหายได้เองภายใน 1 ปีหลังทำการรักษา

3. เกิดการอักเสบคัน คล้ายการแพ้ของผิวหนังบริเวณที่ฉีด เป็นภายในสัปดาห์แรก

4. เกิดพังผืดที่ปอด (pulmonary fibrosis) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงที่สุด แต่พบน้อย พบว่าเกิดจากการใช้ยาบลิโอมัยซินสะสมในปริมาณที่มาก แต่เป็นการรายงานจากการใช้ยาตัวนี้ฉีดทางหลอดเลือดดำโดยตรงเพื่อรักษาโรคมะเร็ง ยังไม่เคยพบการรายงานจากการใช้เพื่อรักษาความผิดปกติของท่อหลอดเลือดดำจากการฉีดเข้าที่รอยโรคโดยตรง

โดยรวม การรักษาด้วยการฉีดสาร sclerosing เข้าไปในรอยโรคนับเป็นการรักษาที่เป็นมาตรฐานในปัจจุบัน และได้ผลการรักษาเป็นที่พอใจถึงร้อยละ 80¹² อย่างไรก็ตาม การรักษาด้วยการฉีดสาร sclerosing ส่วนใหญ่ต้องอาศัยการทำการรักษาหลายครั้ง และต้องใช้เวลาเพื่อให้สาร sclerosing มีผลออกฤทธิ์ให้ขนาดของความผิดปกติของท่อหลอดเลือดดำมีขนาดเล็กลง ทั้งนี้ยังขึ้นอยู่กับขนาดของรอยโรคด้วย แต่สองจุดมุ่งหมายหลักของการรักษาที่สำคัญคือ เพื่อลดขนาดก้อนให้เล็กลงเพื่อลดปัญหาเรื่องความสวยงาม (cosmetic problem) รวมทั้งลดอาการปวด (painful relief) และเพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด ทั้งนี้ การรักษาด้วยวิธี sclerosing ไม่ได้มีสัมฤทธิ์ผลในการช่วยให้พยาธิสภาพหายขาด แต่เป็นการลดอาการของผู้ป่วยขณะนั้นเป็นสำคัญ รอยโรคอาจจะกลับมาเป็นซ้ำได้ และผู้ป่วยบางรายจำเป็นต้องทำการรักษาซ้ำ¹³

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติของหลอดเลือดดำที่มารับการรักษาด้วยการฉีดสาร sclerosing เข้าไปในรอยโรค

บทบาทที่สำคัญมากของพยาบาลเกี่ยวกับการรักษาภาวะความผิดปกตินี้ เริ่มตั้งแต่การดูแลผู้ป่วยก่อน ขณะ และหลังทำการรักษา ตลอดจนการติดตามอาการผู้ป่วยหลังจำหน่าย พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการใช้กระบวนการพยาบาลดังนี้¹⁴⁻¹⁵

1. การประเมินภาวะสุขภาพ (assessment)

การประเมินภาวะสุขภาพเมื่อแรกรับเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อรวบรวมข้อมูลในการระบุปัญหาสุขภาพแบบองค์รวมทั้งด้านกาย จิต สังคม โดยพยาบาลจะมีการวางแผนการดูแลต่อเนื่องร่วมกับแพทย์ รวมทั้งการนัดหมายทำการรักษา และวันที่ทำการรักษา แนวทางการประเมินภาวะสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะความผิดปกติของหลอดเลือดดำที่มารับการรักษาด้วยการฉีดสาร sclerosing เข้าไปในรอยโรค มีดังนี้

1.1 ชักประวัติได้แก่ ระยะเวลาของการมีภาวะความผิดปกติของท่อหลอดเลือดดำ ตำแหน่ง อาการปวด ขนาด โรคประจำตัว เช่น หอบหืด โรคไต โรคเลือดออกง่ายผิดปกติ ยาที่ใช้เป็นประจำ ประวัติการตั้งครรภ์และประวัติประจำเดือนในผู้หญิง ประวัติการแพ้สารทึบแสง ประวัติแพ้ยาหรืออาหาร ทั้งนี้พยาบาลต้องประเมินความเสี่ยงร่วมกับแพทย์ เรื่องการใช้สารทึบแสงที่มีผลต่อการแพ้ ไตวาย การตั้งครรภ์ เป็นต้น

1.2 การตรวจร่างกาย ได้แก่ การวัดสัญญาณชีพ ประเมินความผิดปกติระบบอื่น ๆ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลตรวจการตั้งครรภ์ จนกระทั่งการประเมินสภาพจิตใจ การลดความกังวลก่อนการรักษา

1.3 การตรวจวินิจฉัย ได้แก่ การตรวจด้วยภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์หรือเอ็มอาร์ไอ การตรวจด้วยอัลตราซาวนด์ หรือการตรวจด้วย venogram เพื่อการวินิจฉัยที่แม่นยำเกี่ยวกับภาวะหลอดเลือดดำผิดปกติดังที่กล่าวมา

1.4 การประเมินปัญหาด้านจิตสังคม เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ทั้งของผู้ป่วยและครอบครัว



พยาบาลมีบทบาทสำคัญร่วมกับแพทย์ในการประเมินความพร้อมทุก ๆ ด้านไม่ว่าจะทางร่างกายและสภาพจิตใจของผู้ป่วย หรือรวมถึงการประเมินความเสี่ยงด้านต่าง ๆ ก่อนการรักษา เช่น ประวัติการแพ้ยาและสารต่าง ๆ ประวัติการได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด ทั้งนี้ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการดูแล เฝ้าระวัง และจัดการความเสี่ยงร่วมกับทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องต่อไป

2. การกำหนดข้อวินิจฉัยและกิจกรรมการพยาบาล (nursing diagnosis and action)

การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เป็นการระบุปัญหาทางการพยาบาลที่พบ รวมทั้งความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น เพื่อวางแผนกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสม ตัวอย่างข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ภายหลังได้รับการรักษาภาวะความผิดปกติของหลอดเลือดดำด้วยการฉีดสาร sclerosing เข้าไปในรอยโรค เช่น

2.1 ข้อวินิจฉัยที่ 1 เสี่ยงต่อเลือดออกบริเวณแผลที่ทำการรักษา (bleeding at puncture site): ปัจจัยเสี่ยง คือ การกดแผลไม่นานพอ หรือผู้ป่วยช้ำมาก

เป้าหมายการดูแล: ไม่มีเลือดออกบริเวณแผล

กิจกรรมการพยาบาล:

1. ตรวจสอบแผลหลังทำการรักษาว่ามีเลือดออกหรือไม่ ร่วมกับการคลายสายรัดบริเวณเหนือต่อรอยโรคที่ฉีด เพื่อลดแรงดันกลับของหลอดเลือดดำ

2. กดแผลนานขึ้นอย่างน้อย 5 นาที และสื่อสารกับผู้ป่วยเพื่อให้อยู่ในท่านิ่ง ไม่ขยับส่วนที่ทำการรักษา เพื่อลดการเกิดเลือดออกเพิ่มขึ้น

2.2 ข้อวินิจฉัยที่ 2 เสี่ยงต่ออาการปวดหลังทำการรักษา (painful of treatment site): ปัจจัยเสี่ยง คือ รอยโรคอยู่ในชั้นลึกและอยู่ในกล้ามเนื้อ

เป้าหมายการดูแล: ลดอาการปวดบริเวณแผล

กิจกรรมการพยาบาล:

1. ประเมินระดับความปวดทุก 1 ชั่วโมงระยะหลังฉีดสาร sclerosing
2. สื่อสารกับผู้ป่วยเพื่อลดการขยับส่วนของบริเวณที่ทำการรักษา ซึ่งจะลดอาการปวดลง
3. หากอาการปวดเพิ่มขึ้น หรือ pain score มากกว่าหรือเท่ากับ 7 สื่อสารกับแพทย์ เพื่อพิจารณาให้ยาแก้ปวดเพิ่มมากขึ้น

2.3 ข้อวินิจฉัยที่ 3 เสี่ยงต่อการคันหรือผื่นขึ้นบริเวณฉีด (blister of injected area): ปัจจัยเสี่ยง คือ มีการรั่วซึมของสาร sclerosing

เป้าหมายการดูแล: ลดอาการผื่นแพ้บริเวณแผล

กิจกรรมการพยาบาล:

1. สื่อสารกับแพทย์ เพื่อพิจารณาให้ยาลดอาการเฉพาะที่เมื่อมีอาการคันหรือมีผื่นเฉพาะที่
2. สื่อสารกับผู้ป่วยว่ามีโอกาสเกิดขึ้นได้และมักเป็นชั่วคราว โดยจะมีการประเมินผิวหนังบริเวณที่ฉีดอย่างต่อเนื่อง

3. ตรวจสอบผื่นที่เกิดขึ้นบริเวณฉีด หากเกิดมากขึ้นให้รายงานแพทย์เพื่อการรักษาเพิ่มเติม

2.4 ข้อวินิจฉัยที่ 4 วิตกกังวลเกี่ยวกับผลกระทบของการรักษาและการดูแลตนเอง (anxiety regarding treatment and self-care) เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการรักษาและการปฏิบัติตัวในระหว่างการรักษา

เป้าหมายการดูแล: ลดความวิตกกังวล



กิจกรรมการพยาบาล:

1. สื่อสารกับผู้ป่วยเพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาและผลกระทบของการรักษา
2. แนะนำการปฏิบัติตัวในระหว่างการรักษาและการดูแลตนเองภายหลังการรักษาที่ถูกต้อง
3. ให้คำปรึกษาและแนะนำเทคนิคผ่อนคลายแก่ผู้ป่วยและครอบครัว กรณีมีความวิตกกังวลต่อเนื่อง
3. การประเมินผลและการดูแลต่อเนื่อง (nursing evaluation and continuing care)

ดังที่กล่าวมา การรักษาด้วยการฉีดสาร sclerosing เข้าไปในรอยโรค อาจส่งผลข้างเคียงทั้งในระยะสั้นและระยะยาวได้ พยาบาลจึงควรมีการประเมินผลหลังการรักษา เพื่อติดตามผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เช่น อาการไข้ ผื่นแพ้ ในช่วงสัปดาห์ที่ 1-2 หลังการรักษา นอกจากนี้ ควรให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองต่อเนื่อง และติดตามอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้น เช่น ปัญหาด้านระบบทางเดินหายใจจากการเกิดพังผืดที่ปอด เป็นต้น เพื่อมารับการรักษาได้อย่างทันทั่วถึงและปลอดภัย

บทสรุป

ความผิดปกติของหลอดเลือดดำพบได้ตั้งแต่กำเนิดและจะมีอาการชัดเจนมากขึ้นในช่วงที่เป็นวัยรุ่น อาการที่พบแพทย์มักเกิดจากการที่ก้อนมีขนาดโตขึ้นและมีความปวด พบบ่อยบริเวณใบหน้า ลำคอและยางค์ การตรวจร่างกายพบก้อนมีสีคล้ำ นุ่ม เปลี่ยนตามแรงโน้มถ่วง และอาจพบลักษณะหินปูนร่วมด้วย การตรวจวินิจฉัยด้วยภาพทางรังสีจะช่วยทำการวินิจฉัยได้อย่างแม่นยำมากขึ้น การรักษาหลักคือการฉีดสาร sclerosing จำพวกบลิโอมัยซินเข้าสู่รอยโรคได้โดยตรง ซึ่งการตอบสนองขึ้นอยู่กับตำแหน่งและขนาดของความผิดปกติของหลอดเลือดดำเป็นสำคัญ ส่วนใหญ่มักได้ผลการรักษาเป็นที่น่าพอใจ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการใช้กระบวนการพยาบาล เพื่อประเมินผู้ป่วย วางแผนการพยาบาล และให้การดูแลก่อนและหลังทำการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจ และมีความพร้อมในการเข้ารับการรักษา รวมถึงมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

References

1. Nguyen D, Towbin R, Schaefer CM, Towbin AJ, Aria DJ, Alexander J. Congenital venous malformation. *Appl Radiol*.2021;50(6):11-5
2. Dasgupta R, Fishman SJ. ISSVA classification. *Semin Pediatr Surg* 2014;23:158-61.
3. Ali S, Weiss CR, Sinha A, Eng J, Mitchell SE. The treatment of venous malformations with percutaneous sclerotherapy at a single academic medical center. *Phlebology* 2016;31:603-9.
4. Songsaeng D, Churojana A, Khumthong R, Mahiwan L. Comparative outcomes for sclerotherapy of head and neck venous vascular malformation between alcohol and bleomycin. *J Med Assoc Thai*. 2015 Apr; 98(4):408-13.
5. Seront E, Vikkula M, Boon LM. Venous malformations of the head and neck. *Otolaryngol Clin North Am* 2018;51:173-84.
6. Carqueja IM, Sousa J, Mansilha, A. Vascular malformations: Classification, diagnosis and treatment. *Int. Angiol*.2018;37:127-42.
7. Aga H, Burke GAE, Nishikawa H, Monaghan A. The Birmingham algorithm for the diagnosis and management of vascular malformations. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2012;50(suppl): 1. doi: <https://doi.org/10.1016/j.bjoms.2012.04.101>.



8. Behraves S, Yakes W, Gupta N, Naidu S, Chong BW, Khademhosseini A, et al. Venous malformations: clinical diagnosis and treatment. *Cardiovasc Diagn Ther.*2016;6(6):557–69.
9. Orlando JL, Caldas JG, Campos HG, Nishinari K, Krutman M, Wolosker N. Ethanol sclerotherapy of head and neck venous malformations. *Einstein (Sao Paulo).*2014;12(2):181–6.
10. Lee H, Kim T, Kim JM, Kim GW, Ko H, Kim BS, Kim MB, Kim HS. Percutaneous sclerotherapy using bleomycin for the treatment of vascular malformations. *Int J Dermatol* 2017;56:1186–1191. doi:10.1111/ijd.13733.
11. Redkar RG, Chigicherla S, Joshi S, Bangar A, Tewari S. Efficacy of intralesional bleomycin as an alternative approach in the management of vascular anomalies. *Saudi Surg J* 2017;5(2):60–64.
12. Horbach SE, Rigter IM, Smitt JH, Reekers JA, Spuls PL, van der Horst CM. Intralesional bleomycin injections for vascular malformations: a systematic review and meta-analysis. *Plast Reconstr Surg* 2016;137:244–56.
13. Hage AN, Chick JFB, Srinivasa RN, et al. Treatment of venous malformations: the data, where we are, and how it is done. *Tech Vasc Interv Radiol* 2018;21:45–54.
14. Prayooltem R, Vongwisanupong N, Songwathana P. Improvement of discharge planning and continuing care for vascular surgery patients: a case study. *Thai Journal of Nursing Council* 2019;34(2):5–17.
15. Zhang X, Zhao X, Wu P, Zhao Z, Liu M, Wang Y. Prevalence and associated factors of anxiety and depression among patients with oromaxillofacial venous malformations. *Ann Palliat Med* 2021;10(8):8642–50. doi:10.21037/apm-21-608.

ผลของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ทีมเป็นฐาน
ต่อทักษะการคิดเชิงวิจารณ์ การแก้ปัญหา และทัศนคติในการเรียน
ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2

Effects of Team-based Learning on Critical Thinking, Problem Solving Skills,
and Attitudes Towards Learning in Second-year Nursing Students

ศุภาพิชญ์ โพน โบรมันน์¹ ศักดา ขำคม¹ สิริกร ขาวบุญมาสิริ¹ ปิยอร วะนะทินภัทร¹ รัชดาภรณ์ ใจอ้าย¹

Suparpit von Bormann¹ Sakda Khumkom¹ Sirikon Khaobunmasiri¹ Piyaorn Wajanatinapart¹ Rachadaporn Jai-ai¹

¹สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

¹Institute of Nursing, Suranaree University of Technology

Correspondence author: Suparpit von Bormann; E-mail: suparpit@gmail.com

Received: November 4, 2021 Revised: 30 March, 2022 Accepted: May 4, 2022

บทคัดย่อ

งานวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการเรียนการสอนรายวิชาการพยาบาลจิตเวช 2 โดยใช้ทีมเป็นฐาน ต่อ 1) ทักษะการคิดเชิงวิจารณ์ การแก้ปัญหา 2) ทักษะภาวะผู้นำ และการทำงานเป็นทีม 3) ทักษะการสื่อสาร การรู้เท่าทันสารสนเทศ และ 4) ทัศนคติต่อการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ทีมเป็นฐานของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี จำนวน 62 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินทักษะที่พึงประสงค์ (CVI=.93, r=.924) แบบสอบถามทัศนคติ (CVI=.67, r=.913) สถิติที่ใช้ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา สถิติ Paired sample t-test และการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า หลังเรียนกลุ่มตัวอย่างมีทักษะการคิดเชิงวิจารณ์ การแก้ปัญหาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=2.11$, $p=.039$) และมีทัศนคติต่อการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ทีมเป็นฐานดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=4.265$, $p=.000$) กลุ่มตัวอย่างรู้สึกประทับใจในการเรียนโดยใช้ทีมเป็นฐาน ดังนั้น ควรควรประยุกต์ใช้การเรียนโดยใช้ทีมเป็นฐานในรายวิชาต่างๆ เพื่อพัฒนาทักษะที่พึงประสงค์ของนักศึกษาได้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: การเรียนการสอนแบบทีมเป็นฐาน; การคิดเชิงวิจารณ์; การแก้ปัญหา; การศึกษาพยาบาล



Effects of Team-based Learning on Critical Thinking, Problem Solving Skills, and Attitudes Towards Learning in Second-year Nursing Students

Suparpit von Bormann¹ Sirikon Khaobunmasiri¹ Sirikorn Khawboonmasiri¹

Piyaorn Wajanatinapart¹ Rachadaporn Jai-ai¹

¹Institute of Nursing, Suranaree University of Technology

Correspondence author: Suparpit von Bormann; E-mail: suparpit@gmail.com

Received: November 4, 2021 Revised: 30 March, 2022 Accepted: May 4, 2022

Abstract

The objectives of this quasi-experimental research with a one-group pretest-posttest design were to investigate the effects of Team-based Learning in Psychiatric Nursing II on 1) critical thinking, problem solving skills, 2) collaboration, teamwork and leadership skills, 3) communication, information and media literacy skills, and 4) attitude towards learning. The sample consisted of 62 second-year nursing students from Suranaree University of Technology. The measures used were 1) questionnaire assessing critical thinking, problem solving skills, collaboration, teamwork and leadership skills, communication, information and media literacy skills (CVI=.93, $r=.924$), and 2) attitudes towards learning questionnaire (CVI=.67, $r=.913$). Data were analysed using descriptive statistics, paired sample t-test, and content analysis. The results showed that critical thinking and problem-solving skills significantly increased after learning ($t=2.11$, $p=.039$). Attitudes toward learning also increased significantly after learning ($t=4.265$, $p=.000$). The samples reported that they were impressed with team-based learning. Therefore, instructors should apply team-based learning to other subjects to improve students' skills.

Keywords: team-based learning; critical thinking; problem solving; nursing education



ความเป็นมาและความสำคัญ

ในยุคโลกไร้พรมแดนมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ประชาชนประสบกับปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น พยาบาลจึงต้องมีความพร้อมในการดูแลและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนร่วมกับทีมสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ การจัดการศึกษาพยาบาลต้องมีการปรับเปลี่ยนเพื่อผลิตบัณฑิตที่มีคุณลักษณะตามมาตรฐานวิชาชีพ ดังนั้นสภาการพยาบาลจึงได้กำหนดมาตรฐานผลการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติและลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ของสาขาพยาบาลศาสตร์¹ ได้แก่ 1) คุณธรรม จริยธรรม 2) ความรู้ 3) ทักษะทางปัญญา 4) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และความรับผิดชอบ 5) ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยี และ 6) ทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ สำหรับการพยาบาลจิตเวช พยาบาลจะต้องใช้ตนเองในการบำบัดทางจิต (therapeutic use of self) นักศึกษาพยาบาลจึงจำเป็นต้องเรียนรู้และพัฒนาทักษะที่พึงประสงค์² โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ทักษะทางปัญญา ด้านการคิดเชิงวิจารณ์ การแก้ปัญหา (critical thinking & problem solving) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบซึ่งต้องอาศัยทักษะภาวะผู้นำ และการทำงานเป็นทีม (teamwork & leadership) และทักษะการสื่อสาร การรู้เท่าทันสารสนเทศ (communications, information & media literacy) การจัดการเรียนการสอนให้ได้ผลลัพธ์การเรียนรู้ที่คาดหวังดังกล่าวจึงนับว่าเป็นความท้าทายของครู

การจัดการเรียนการสอนโดยใช้ทีมเป็นฐาน (Team-based learning; TBL) ที่พัฒนาโดย Larry Michaelsen³ เริ่มได้รับความสนใจในการจัดการศึกษาในวิชาชีพด้านสุขภาพตั้งแต่ปี ค.ศ. 1999 เนื่องจาก TBL ช่วยพัฒนาภาวะผู้นำ การทำงานเป็นทีมและการสื่อสารของผู้เรียน⁴ ต่อมาพบว่า TBL ช่วยพัฒนาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน⁵ และการคิดเชิงวิจารณ์ของผู้เรียนได้ การสอนแบบ TBL เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง⁶ โดยครูเปลี่ยนบทบาทจากการเป็นผู้ให้ข้อมูลไปเป็นผู้ออกแบบและจัดกระบวนการเรียนรู้ และนักศึกษาเปลี่ยนจากการเป็นผู้รับข้อมูลไปเป็นผู้ที่มีความรับผิดชอบเตรียมตัวก่อนเรียน 3 นักศึกษาได้ศึกษาเนื้อหาจากสื่อการสอนล่วงหน้า เป็นการ ‘เรียนที่บ้านและมาทำการบ้านที่โรงเรียน’ โดยมีครูเป็นผู้เอื้อให้เกิดการเรียนรู้ (facilitator) ผู้เรียนร่วมกันเรียนรู้ในกลุ่มย่อยผ่านโจทย์สถานการณ์ การจัดการเรียนการสอนแบบนี้จะช่วยพัฒนาทักษะด้านการคิดแบบมีวิจารณญาณ การทำงานเป็นทีม และการสื่อสาร ผ่านกระบวนการทำความเข้าใจกับปัญหา และพิจารณาเลือกแนวทางแก้ปัญหาจากหลักฐานเชิงประจักษ์

สำหรับการจัดการเรียนการสอนรายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี มีเวลาเรียนที่จำกัดเพียง 24 ชั่วโมง ใน 1 ภาคการศึกษา การสอนแบบเดิมจึงเน้นการบรรยายเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งพบว่านักศึกษาขาดการมีส่วนร่วม แม้จะมอบหมายให้ทำงานกลุ่มก็ยังมีภาระงานกันแบบแยกส่วน เมื่อให้แลกเปลี่ยนก็มักจะมึนแต่กับนักศึกษาที่เก่งและมีความมั่นใจที่จะกล่าวพูด นักศึกษาส่วนใหญ่ขาดทักษะการคิดเชิงวิจารณ์และการสื่อสาร โดยบางครั้งอาจจะไม่เห็นด้วยกับเพื่อนแต่ก็ไม่กล้าโต้แย้ง จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่พบว่าการเรียนการสอนแบบทีมเป็นฐานจะช่วยพัฒนาทักษะต่าง ๆ ดังกล่าวและช่วยให้นักศึกษามีทัศนคติต่อการเรียนดีขึ้นได้⁴⁻⁶ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ทีมเป็นฐานต่อทักษะที่พึงประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับรายวิชาสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ได้แก่ 1) ทักษะการคิดเชิงวิจารณ์ การแก้ปัญหา 2) ทักษะการสื่อสาร การรู้เท่าทันสารสนเทศ และ 3) ทักษะภาวะผู้นำและการทำงานเป็นทีม และทัศนคติต่อการจัดการเรียนการสอนของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2 มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับทักษะที่พึงประสงค์และทัศนคติต่อการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ทีมเป็นฐานก่อนเรียนวิชาสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2 มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับทักษะที่พึงประสงค์ และทัศนคติต่อการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ทีมเป็นฐานก่อนและหลังเรียนวิชาสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2 มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี



สมมติฐานการวิจัย

1. ทักษะการคิดเชิงวิจารณ์ญาณ การแก้ปัญหา ทักษะการสื่อสาร การรู้เท่าทันสารสนเทศ และทักษะภาวะผู้นำ และการทำงานเป็นทีมของนักศึกษาเพิ่มขึ้นหลังเรียนวิชาสุขภาพจิตและจิตเวช 2
2. ทักษะการคิดเชิงวิจารณ์ญาณ การแก้ปัญหา ทักษะการสื่อสาร การรู้เท่าทันสารสนเทศ และทักษะภาวะผู้นำ และการทำงานเป็นทีม

นิยามศัพท์

ทักษะที่พึงประสงค์ หมายถึง 1) ทักษะการคิดเชิงวิจารณ์ญาณ การแก้ปัญหา 2) ทักษะการสื่อสาร การรู้เท่าทันสารสนเทศ และ 3) ทักษะภาวะผู้นำและการทำงานเป็นทีม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (one-group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 รุ่นที่ 11 ภาคเรียนที่ 3 ปีการศึกษา 2563 มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี จำนวน 62 คน ที่ลงทะเบียนเรียนในรายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 กำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อาศัยความน่าจะเป็น

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัย (inclusion criteria)

1. นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
2. ลงทะเบียนเรียนในรายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ในภาคเรียนที่ 3 ปีการศึกษา 2563

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 ที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
2. นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 ที่ไม่สามารถเข้าร่วมประเมินผลก่อนและหลังการวิจัย

การจัดอาสาสมัครวิจัยเข้ากลุ่ม (Subject allocation)

กำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อาศัยความน่าจะเป็น แบ่งเป็น 10 กลุ่ม กลุ่มละ 6-7 คน¹ โดยคณะกรรมการวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช 1 ซึ่งเรียนในภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2563

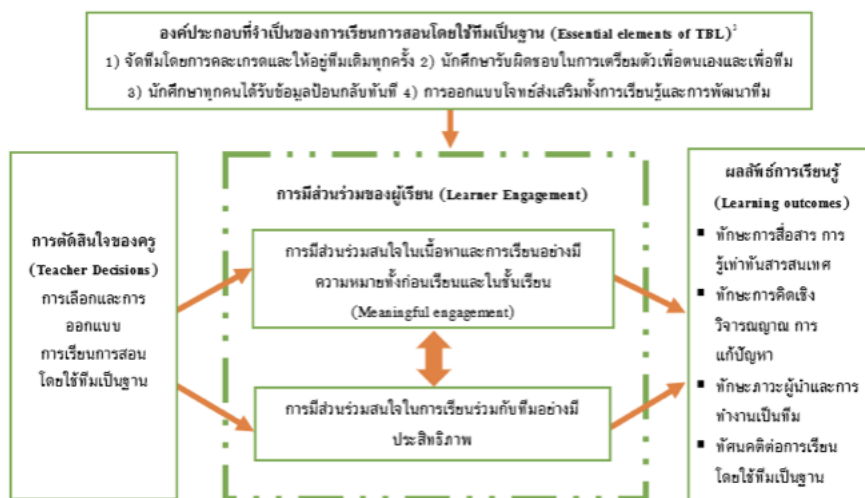
ขอบเขตของการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาทักษะที่พึงประสงค์ของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 ที่สอดคล้องกับลักษณะรายวิชาสุขภาพจิตและจิตเวช 2 เท่านั้น ได้แก่ 1) ทักษะการคิดเชิงวิจารณ์ญาณ การแก้ปัญหา 2) ทักษะความร่วมมือ การทำงานเป็นทีม และภาวะผู้นำ และ 3) ทักษะการสื่อสาร การรู้เท่าทันสารสนเทศ

กรอบแนวคิด

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ดัดแปลงจาก conceptual model to describe the effects of team-based learning design decision on learning outcomes⁴ โดยเริ่มจากการที่ครูตัดสินใจเลือกและออกแบบการเรียนการสอนโดยใช้ทีมเป็นฐาน (teacher decisions) ที่ช่วยให้ให้นักศึกษามีส่วนร่วม (learner engagement) ในเนื้อหาทั้งความลุ่มลึก ความคิด การประยุกต์ใช้เนื้อหา ซึ่งเป็นการเรียนรู้อย่างมีความหมายทั้งก่อนเรียนและในชั้นเรียน (meaningful engagement) ในขณะเดียวกันก็มีส่วนร่วมในการเรียนร่วมกับทีมอย่างมีประสิทธิภาพซึ่งจะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์การเรียนรู้ ได้แก่ ทักษะการสื่อสาร การรู้เท่าทันสารสนเทศ ทักษะการคิดเชิงวิจารณ์ญาณ การแก้ปัญหา ทักษะภาวะผู้นำและการทำงานเป็นทีม ทั้งนี้ การเรียน

การสอนโดยใช้ทีมเป็นฐานที่มีประสิทธิภาพต้องมียุทธศาสตร์ประกอบที่จำเป็น (essential elements of TBL)³ ดังนี้ 1) ครูจัดทีมจำนวน 6-7 คนโดยการคละเกรดและให้นักศึกษาอยู่ทีมเดิมทุกครั้ง 2) นักศึกษารับผิดชอบในการเตรียมตัวเพื่อตนเองและเพื่อทีม 3) นักศึกษาทุกคนได้รับข้อมูลป้อนกลับทันที และ 4) ครูออกแบบโจทย์ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่มโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมทั้งการเรียนรู้และการพัฒนาทีม การที่นักศึกษาสามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้และช่วยทีมได้จะทำให้ นักศึกษามีทัศนคติที่ดีต่อการจัดการเรียน ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิด
ดัดแปลงจาก Haidet et al. (2012)⁴

ระยะเวลาดำเนินการวิจัย

15 มีนาคม 2564–15 สิงหาคม 2564

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบเติมคำในช่องว่าง จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ เกรดเฉลี่ย เกรด วิชาพยาบาลจิตเวช 1

2. แบบประเมินทักษะที่พึงประสงค์ ที่ดัดแปลงจากแบบประเมินของกมลรัตน์ เทอร์เนอร์⁹ จำนวน 25 ข้อ ประกอบด้วย 1) ทักษะการสื่อสาร การรู้เท่าทันสารสนเทศ จำนวน 8 ข้อ 2) ทักษะการคิดเชิงวิจารณ์ การแก้ปัญหา จำนวน 8 ข้อ 3) ทักษะภาวะผู้นำและการทำงานเป็นทีม จำนวน 9 ข้อ คำถามเป็นแบบ Rating scale 5 ตัวเลือก โดย 5=มีทักษะอยู่ในระดับดีมาก 4=ระดับดี 3=ระดับปานกลาง 2=ระดับต่ำ และ 1=ระดับต่ำมาก

3. แบบสอบถามทัศนคติต่อการเรียนการสอนโดยใช้ทีมเป็นฐาน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจำนวน 10 ข้อ เป็นแบบ Rating scale 5 ตัวเลือก โดย 5=มีทัศนคติในระดับมากที่สุด 4=ระดับมาก 3=ระดับปานกลาง 2=ระดับน้อย และ 1=ระดับน้อยที่สุด

4. แบบสัมภาษณ์ประสบการณ์ในการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐาน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น 4 ข้อ ได้แก่ 1) สิ่งที่ชอบในการเรียนโดยใช้ทีมเป็นฐาน 2) สิ่งที่ยากให้ปรับปรุง 3) สิ่งที่ได้เรียนรู้ และ 4) ความรู้สึกหลังเรียน



การหาคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบประเมินทักษะที่พึงประสงค์ และแบบสอบถามทัศนคติให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง และหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่า Content Validity Index (CVI) = .93 และ .67 ตามลำดับ ทำการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1 จำนวน 30 คนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง คือ ยังไม่เคยผ่านการเรียนแบบ TBL เช่นกัน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นได้ค่า Cronbach's Alpha Coefficient = .924 และ .913 ตามลำดับ

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบการสอนโดยใช้ทีมเป็นฐาน 6 ขั้นตอน¹⁰ ดังนี้ 1) Advanced preparation/assignment 2) Individual readiness assurance test (iRAT) 3) Team readiness assurance test (tRAT) 4) Instructor clarification review 5) Team application problem (tAPP) และ 6) Appeals process โดยครูเตรียมเอกสารและสร้างสื่อการสอนใน E-courseware ใน 6 หัวข้อหลัก ได้แก่ Schizophrenia, Anxiety, Depression, Bipolar, Substance abuse และ Child psychiatry เพื่อให้ นักศึกษาศึกษาล่วงหน้า ซึ่งการสอนโดยใช้ทีมเป็นฐานมีความแตกต่างจากการสอนแบบบรรยาย ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการสอนโดยใช้ทีมเป็นฐานกับการสอนแบบบรรยาย

การสอนแบบบรรยาย	การสอนโดยใช้ทีมเป็นฐานในการวิจัยครั้งนี้
ก่อนเรียน ▪ นักศึกษาส่วนน้อยที่ศึกษาสื่อและเอกสารการสอนมาล่วงหน้า ระหว่างเรียน ▪ ครูรับผิดชอบการเรียนรู้ของนักศึกษา ▪ ครูเป็นผู้เชี่ยวชาญในเนื้อหา ▪ ครูคนเดียวสอนทั้งชั้นเรียน ▪ ครูเน้นความรู้และสอนแบบบรรยายเป็นส่วนใหญ่ ▪ วัดผลโดยการทดสอบความรู้แบบรายบุคคล ▪ นักศึกษาฟังบรรยาย 1 ครั้งในห้องเรียน ▪ นักศึกษาทราบผลการเรียนรู้หลังสอบประจำภาค ▪ นักศึกษาส่วนใหญ่มักจะไม่มีส่วนร่วม ▪ นักศึกษาไม่ได้แสดงบทบาทผู้นำและการทำงานเป็นทีม หลังเรียน ▪ นักศึกษาทำการบ้านที่บ้าน	ก่อนเรียน ▪ นักศึกษาเรียนจากสื่อ E-courseware และค้นคว้าเพิ่มเติมมาล่วงหน้า (Advanced preparation/assignment) ระหว่างเรียน ▪ นักศึกษารับผิดชอบการเรียนรู้ของตนเอง ▪ ครูเป็นผู้เชี่ยวชาญในเนื้อหาและเอื้อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ ▪ มีครูเป็นที่ปรึกษากลุ่มย่อยจึงรู้จักผู้เรียนทั้งจุดแข็ง จุดอ่อน ▪ นักศึกษาได้ทดสอบความรู้รายบุคคล (iRAT) และแบบทีม (tRAT) ▪ ครูอธิบายและเสนอแนะเพิ่มเติมในประเด็นที่ไม่ชัดเจน (Instructor clarification review) ▪ นักศึกษาได้ทดสอบแบบทีมในการนำความรู้และหลักฐานเชิงประจักษ์มาประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ที่ซับซ้อน (tAPP) ▪ นักศึกษาดู E-courseware ที่ครูสอนซ้ำกี่ครั้งก็ได้ เวลาไหนก็ได้ ▪ นักศึกษาได้รับข้อมูลป้อนกลับทันที ▪ นักศึกษาแสดงความเห็นแย้ง วิวาทอย่างสร้างสรรค์ (Appeals process) ▪ นักศึกษามีทักษะการสื่อสาร มีปฏิสัมพันธ์และได้เรียนรู้จากเพื่อนและครู ▪ นักศึกษาได้สลับกันบทบาทผู้นำ ผู้ตามในการทำกลุ่มแต่ละครั้ง ▪ นักศึกษานำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ หลังเรียน ▪ นักศึกษานำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้



ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี (COA No. 08/2564 วันที่ 8 มีนาคม 2564) ผู้วิจัยทุกคนได้รับการอบรมการสอนโดยใช้ทีมเป็นฐานจากวิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิ มีผู้ช่วยวิจัยที่ไม่เกี่ยวข้องกับการเรียนการสอนเป็นผู้ขอคำยินยอมเพื่อไม่ให้นักศึกษาให้ความยินยอม เพราะความเกรงใจ อธิบายเรื่องการเก็บข้อมูลความลับ การแปลงคำตอบเป็นรหัสที่ไม่ระบุตัวบุคคล การนำเสนอข้อมูลในภาพรวม การเข้าร่วมโครงการโดยสมัครใจ สามารถบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการเมื่อใดก็ได้โดยไม่ต้องบอกเหตุผล และการเข้าร่วมหรือการบอกเลิก จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้นแบบสอบถามที่ใช้ไม่มีข้อความที่รุนแรงหรือกระทบความรู้สึก การวิจัยอาจมีความเสี่ยงในระดับไม่มากไปกว่าความเสี่ยงในชีวิตประจำวัน (Minimal risk) เช่น อาจรู้สึกเบื่อหน่าย ไม่อยากอ่านหนังสือล่วงหน้า เครียดเล็กน้อย หรือไม่ชอบวิธีการเรียนการสอนแบบนี้ ซึ่งเกิดขึ้นได้กับการเรียนการสอนแบบอื่น ๆ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลสองครั้งโดยก่อนเรียนให้นักศึกษาทำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินทักษะที่พึงประสงค์ และแบบสอบถามทัศนคติฯ หลังเรียนครั้งที่ 6 นักศึกษาได้ทำแบบประเมินทักษะฯ แบบสอบถามทัศนคติฯ และแบบสัมภาษณ์ ประสพการณ์ในการเรียนรู้ สำหรับรูปแบบการเรียนรู้ที่มีทั้งหมด 6 ครั้ง ๆ ละ 2 ชั่วโมง มีการเรียนในห้องเรียนเพียง 2 ครั้งแรก ส่วนอีก 4 ครั้งที่เหลือเป็นช่วงที่เริ่มมีการระบาดของโรคโควิด-19 ภายในประเทศอีกครั้ง ทีมผู้วิจัยจึงปรับรูปแบบเป็นการสอนออนไลน์ทาง zoom cloud meetings ตามประกาศของมหาวิทยาลัย โดยนำ Google Form มาใช้ทดแทนกระดาษคำตอบและใช้ห้องแยก (breakout room) ในการทำกลุ่ม มีครูประจำกลุ่มคอยกระตุ้นและให้ข้อเสนอแนะ ดังนั้นการเรียนออนไลน์จึงไม่กระทบต่อแผนการเรียนการสอนแต่อย่างใด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนทักษะที่พึงประสงค์ และทัศนคติต่อการจัดการเรียนการสอนก่อนและหลังเรียน โดยใช้สถิติ Paired sample t-test วิเคราะห์ประสพการณ์ในการเรียนรู้โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ในช่วงต้นภาคการศึกษา มีนักศึกษาลงทะเบียน 62 คน ระหว่างภาคการศึกษามีนักศึกษาลาออกจากมหาวิทยาลัย 1 คน ลาพักการศึกษา 1 คน ด้วยเหตุผลส่วนตัว (คิดเป็น drop-out rate ร้อยละ 3.2) จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 58 คน (ร้อยละ 96.67) มีอายุเฉลี่ย 20.22 ปี (SD=.45) เกรดเฉลี่ย 2.96 (SD=.37)

2. ทักษะที่พึงประสงค์

2.1 ทักษะที่พึงประสงค์ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการเรียน

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ก่อนเรียนกลุ่มตัวอย่างมีทักษะที่พึงประสงค์ ด้านการสื่อสาร การรู้เท่าทันสารสนเทศ (Mean=3.96, SD=.49) ทักษะการคิดเชิงวิจารณ์ญาณ การแก้ปัญหา (Mean=3.79, SD=.53) อยู่ในระดับดี ส่วนทักษะภาวะผู้นำและการทำงานเป็นทีม (Mean=4.16, SD=.57) อยู่ในระดับดีมาก

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนทุกทักษะเพิ่มขึ้นหลังเรียน โดยคะแนนทักษะการสื่อสาร การรู้เท่าทันสารสนเทศ เปลี่ยนเป็นระดับ ดีมาก (Mean=4.06, SD=.42) คะแนนทักษะการคิดเชิงวิจารณ์ญาณ การแก้ปัญหา (Mean=4.00, SD=.45) เปลี่ยนเป็นระดับ ดีมาก ส่วนทักษะภาวะผู้นำและการทำงานเป็นทีม (Mean=4.26, SD=.50) ยังคงอยู่ในระดับดีมากแต่คะแนนเพิ่มขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 2



ตารางที่ 2 ทักษะที่พึงประสงค์ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการเรียนรู้ (n=60 คน)

ทักษะที่พึงประสงค์	ก่อนการเรียนรู้			หลังการเรียนรู้		
	Mean	SD	ระดับทักษะ	Mean	SD	ระดับทักษะ
1. ทักษะการสื่อสาร การรู้เท่าทันสารสนเทศ	3.96	.49	ดี	4.06	.42	ดีมาก
2. ทักษะการคิดเชิงวิจารณ์ การแก้ปัญหา	3.79	.53	ดี	4.00	.45	ดีมาก
3. ทักษะภาวะผู้นำและการทำงานเป็นทีม	4.16	.57	ดีมาก	4.26	.50	ดีมาก

2.2 เปรียบเทียบคะแนนทักษะที่พึงประสงค์ก่อนและหลังเรียนรู้

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนทักษะที่พึงประสงค์หลังเรียนรู้ พบว่า ทักษะการคิดเชิงวิจารณ์ การแก้ปัญหาเพิ่มขึ้นกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=2.11, p=.039$) ส่วนทักษะอื่นๆ และทักษะโดยรวมมีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนทักษะที่พึงประสงค์ก่อนและหลังเรียนรู้ (n=60 คน)

ทักษะ	เปรียบเทียบ	Range	M	SD	คะแนนเฉลี่ยที่ต่างกัน M(SD)	p	t
1. ทักษะการสื่อสาร การรู้เท่าทันสารสนเทศ	ก่อนเรียน	25-40	31.68	3.92			
	หลังเรียน	25-40	32.52	3.33	.83(5.81)	.272	1.109
2. ทักษะการคิดเชิงวิจารณ์ การแก้ปัญหา	ก่อนเรียน	23-40	30.35	4.29			
	หลังเรียน	24-40	31.98	3.59	1.63(5.99)	.039*	2.11
3. ทักษะภาวะผู้นำและการทำงานเป็นทีม	ก่อนเรียน	28-45	37.42	5.13			
	หลังเรียน	27-45	38.32	4.53	.90(7.20)	.337	.968
ทักษะโดยรวม	ก่อนเรียน	79-125	99.45	12.17	3.37(17.60)	.144	1.481
	หลังเรียน	76-125	102.82	10.28			

* $p<.05$

3. ทศนคติต่อการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ทีมเป็นฐาน

กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ทีมเป็นฐานโดยรวมก่อนเรียนอยู่ในระดับมาก (Mean=3.98, SD=.51) หลังเรียนอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean=4.35, SD=.43) โดยข้อที่มีทัศนคติดีขึ้นจาก 'มาก' เป็น 'มากที่สุด' ได้แก่ 'ได้ทำความเข้าใจเนื้อหาการเรียน' (ก่อนเรียน Mean=3.98, SD=.77 หลังเรียน Mean=4.38, SD=.72) 'มีการแบ่งกันเป็นผู้นำ ผู้ตาม' (ก่อนเรียน Mean=3.95, SD=.85 หลังเรียน Mean=4.43, SD=.72) และ 'มั่นใจในการค้นคว้าข้อมูล' (ก่อนเรียน Mean=3.58, SD=.62 หลังเรียน Mean=4.10, SD=.60)

เมื่อเปรียบเทียบทัศนคติต่อการจัดการเรียนการสอนก่อนและหลังเรียนรู้ พบว่า ทัศนคติต่อการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ทีมเป็นฐานหลังเรียนดีขึ้นกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t= 4.265, p=.000$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบทัศนคติต่อการจัดการเรียนการสอนก่อนและหลังเรียนรู้ (n=60 คน)

	Range	M	SD	คะแนนเฉลี่ยที่ต่างกัน M(SD)	p	t
ก่อนเรียน	31-50	39.77	5.15	3.75(6.81)	.000***	4.265
หลังเรียน	30-50	43.52	4.35			

*** $p .001$



4. ประสบการณ์ในการเรียนโดยใช้ทีมเป็นฐาน

กลุ่มตัวอย่างได้ประสบการณ์ในการเรียนโดยใช้ทีมเป็นฐาน สรุปเป็น 7 ประเด็น คือ ‘แลกเปลี่ยนเรียนรู้’ ‘ฟื้นฟูการสื่อสาร’ ‘สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์’ ‘รักการคิดวิเคราะห์’ ‘บ่มเพาะภาวะผู้นำ’ ‘ทำงานเป็นทีมดี’ ‘มีความประทับใจ’ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) แลกเปลี่ยนเรียนรู้

การแบ่งกลุ่มย่อยทำให้กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากหลายมุมมอง โดยมีอาจารย์ประจำกลุ่มคอยดูแลให้ความเข้าใจมากขึ้น ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ชอบที่กลุ่มเล็ก ๆ สามารถพูดคุยได้ทั่วถึง และได้เรียนรู้จากเพื่อนว่าทำไมถึงได้คิดแบบนี้” (KI-35)

“มีโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเพื่อนมากขึ้น เรียนและทำความเข้าใจด้วยตัวเองมากขึ้น” (KI-22)

“ได้แลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นกับเพื่อนในกลุ่ม และมีอาจารย์ประจำกลุ่มคอยชี้แนะข้อที่สงสัย” (KI-54)

2) ฟื้นฟูการสื่อสาร

กลุ่มตัวอย่างได้ฝึกทักษะการเป็นผู้ฟังที่ดีไม่ยึดความคิดเห็นของตนเองเป็นใหญ่และได้พัฒนาตนเองในการสร้างสัมพันธภาพ กล้าแสดงความคิดเห็นและสื่อสารอย่างสร้างสรรค์ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“รู้สึกชอบ เพราะได้เปิดโอกาสให้เราได้แสดงความคิดเห็นมากขึ้น ฟังคนอื่นมากขึ้น ทำให้ได้ความรู้บางเรื่องมากขึ้นกว่าการที่ต้องเรียนแต่เฉพาะในห้องรวมกันเยอะ ๆ” (KI-55)

“ทำให้รู้จักเพื่อนในสาขามากขึ้น ได้เรียนรู้การแสดงความคิดเห็นอย่างสุภาพ” (KI-35)

“ได้เรียนรู้ว่าสิ่งที่เราคิดมันอาจจะไม่ถูกต้องเสมอไป การที่ได้รับฟังความคิดเห็นของสมาชิกในกลุ่มช่วยให้ตัดสินใจได้ดีมากขึ้น และทำให้รับฟังความคิดเห็นของสมาชิกในกลุ่มเพิ่มมากขึ้น” (KI-5)

“เหนื่อยค่ะ (ที่แปลว่าดีนะค่ะ) ค่อนข้างใช้พลังงานเลย แต่ดีมาก ๆ ค่ะ ทำให้กล้าแสดงออก” (KI-8)

3) สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

กลุ่มตัวอย่างมีการเตรียมตัวโดยการสืบค้นข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์ก่อนเข้าเรียน ทำให้สามารถชี้เหตุผลในการแสดงความคิดเห็นและโต้แย้งกับเพื่อน ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“การศึกษาค้นหาข้อมูลล่วงหน้าทำให้เรารู้เยอะขึ้น มีเหตุผลในการแสดงความคิดเห็นมากขึ้น” (KI-12)

“สนุก ทำหาย มีความสุขที่ได้หาหลักฐานมาโต้แย้งเหมือนนักสืบ” (KI-17)

“เรียนรู้การใช้เหตุผลในการโต้เถียง มีหลักฐานเชิงประจักษ์มาประกอบ รู้สึกชอบที่มีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบนี้” (KI-28)

“รู้สึกสนุกทุกครั้งที่ได้อ่านหนังสือก่อนไปเรียน และได้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับเพื่อนและคณาจารย์ เป็นการแลกเปลี่ยนทั้งความรู้และความคิด และได้เข้าใจเนื้อหาหลักซึ่งขึ้นกว่าการเรียนรู้ปกติ ชอบคุณค่ะ” (KI-35)

4) รักการคิดวิเคราะห์

กลุ่มตัวอย่างได้ฝึกการคิดวิเคราะห์และการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ผ่านการวิเคราะห์กรณีศึกษา มีการตรวจสอบความเข้าใจในทีมและไตร่ตรองด้วยเหตุและผลก่อนที่จะเลือกคำตอบสุดท้าย ทำให้มีความเข้าใจในเนื้อหาการเรียนมากขึ้น ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ได้มีการแชร์ความรู้ของตนเองและได้เป็นการเช็คความรู้ความเข้าใจของตนเองว่าที่เราเข้าใจในเนื้อหานั้นมาเอามาแบบทีมความรู้ที่เราเข้าใจนั้นจะถูกไหม ได้กระตือรือร้นเพราะต้องใช้ความคิดแล้วแข่งกับเวลาในการที่จะช่วยกันวิเคราะห์ข้อสอบ ทำให้เราได้คิดได้ไตร่ตรอง” (KI-51)

“ได้เรียนรู้การคิดวิเคราะห์เคสต่าง ๆ ร่วมกันเป็นทีม ฝึกการแสดงความคิดเห็น” (KI-33)



“รู้สึกว่าการที่เราได้โต้ตอบกันในทีมทำให้จำเนื้อหาที่เรียนได้ดีกว่าการเรียนรู้แบบบรรยาย บางครั้งการวิเคราะห์บางอย่างที่ดูเหมือนจะถูกแต่ไม่ถูกเพราะจิตวิทยาของการมองคนค่อนข้างลึกซึ้ง” (KI-58)

5) บ่มเพาะภาวะผู้นำ

การที่กลุ่มตัวอย่างได้สลับบทบาทกันเป็นผู้นำและผู้ตาม ฝึกการควบคุมอารมณ์และการแสดงออกอย่างเหมาะสม เกิดการปรับตัวและเปิดใจในการรับฟังความคิดเห็นที่แตกต่าง ดังตัวอย่างคำพูด ต่อไปนี้

“ต้นตื้นที่ได้ทำหน้าที่ที่ไม่ค่อยได้ทำ อย่างการเป็นผู้นำกลุ่ม ได้เตรียมงานและวางแผนกลุ่มเองถือเป็นประสบการณ์ที่ดี” (KI-11)

“ได้ฝึกการเป็นผู้นำ ต้องควบคุมสถานการณ์ ได้ฝึกการทำงานร่วมกับคนอื่น ได้ฝึกความอดทน ความขยัน เพราะต้องอ่านหนังสือก่อนที่จะเข้าเรียน” (KI-25)

“เรียนรู้การทำงานเป็นทีม การเป็นผู้นำ ผู้ตาม ได้แสดงบทบาทที่เหมาะสม ปรับตัวได้ดี เรียนรู้การแสดงความคิดเห็นต่างๆ และได้ความรู้เพิ่มเติมจากอาจารย์” (KI-6)

6) ทำงานเป็นทีมดี

การที่กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสทำงานเป็นทีมทำให้เกิดการเรียนรู้ซึ่งกันและกันมากขึ้น ทำให้เข้าใจเนื้อหามากกว่าการฟังบรรยายเพียงอย่างเดียว ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“การทำงานเป็นทีมทำให้เข้าใจเนื้อหาการเรียนมากกว่าการนั่งฟังบรรยาย

“การทำงานเป็นทีม ทำให้ได้ฟังความคิดเห็นของแต่ละคน ได้ความหลากหลาย” (KI-43)

“เรียนรู้การทำงานเป็นทีม การเป็นผู้นำและสมาชิกกลุ่มที่ดี ได้ความรู้มากมายจากอาจารย์ที่สอน” (KI-5)

7) มีความประทับใจ

กลุ่มตัวอย่างมีความประทับใจ กระตือรือร้นในการเรียน มีความสุข สนุก ตื่นเต้น บรรยากาศในการเรียนกระตุ้นให้เกิดความสนใจในการเรียนรู้ และอยากให้เพิ่มเวลาในการเรียน ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“รู้สึกสนุก และ มีความกระตือรือร้นในการเรียน และตื่นเต้นเมื่อเวลาฝนกระดาดาคำตอบแล้วลุ้นว่าข้อที่เราตอบมีดาวไหม ชอบ ลุ้นดีค่ะ” (KI-47)

“รู้สึกมีความสุข สนุกกับการเรียนแบบนี้ ทำให้เราไม่เบื่อ ไม่่วง เพราะได้ Active ตลอดเวลา อยากให้เพิ่มเวลาในการทำกลุ่ม” (KI-4)

“รู้สึกว่าเป็นสิ่งที่ดีมาก และอยากให้จัดกิจกรรมแบบนี้ในทุกๆ วิชา เพราะมันได้แลกเปลี่ยนความคิดเราและเพื่อน ๆ ในกลุ่ม และจะกระตุ้นให้เรามีความกระตือรือร้นอยู่เสมอ” (KI-45)

“ประทับใจที่ได้เรียนรู้แบบ TBL ซึ่งไม่เคยเรียนมาก่อน อยากให้วิชาอื่นจัดการเรียนการสอนแบบนี้เพราะทำให้สนุกไปกับการเรียนกว่าเดิม” (KI-35)

อภิปรายผล

1. ทักษะการคิดเชิงวิจารณ์ การแก้ปัญหา

กลุ่มตัวอย่างมีทักษะการคิดเชิงวิจารณ์ การแก้ปัญหา เพิ่มขึ้นกว่าก่อนเรียนโดยใช้ทีมเป็นฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p < .05$ สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ว่าทักษะการคิดเชิงวิจารณ์ การแก้ปัญหาของนักศึกษาเพิ่มขึ้นหลังเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลการจัดการเรียนการสอนแบบทีมเป็นฐานในรายวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 1 ในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครวัดพิทักษ์ที่พบว่าคะแนนความคิดอย่างมีวิจารณ์ภายหลังการเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และการศึกษาในอินโดนีเซียที่เปรียบเทียบผลการเรียนโดยใช้ทีมเป็นฐานกับการเรียนแบบบรรยายในนักศึกษาผดุงครรภ์

พบว่าการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานสามารถเพิ่มความสามารถในการให้เหตุผลทางคลินิกซึ่งเป็นการบูรณาการระหว่างความรู้กับการคิดเชิงวิจารณ์¹¹ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการคิดเชิงวิจารณ์เทียบได้กับกระบวนการคิดขั้นสูงตามทฤษฎีของ Bloom¹² ได้แก่ การคิดวิเคราะห์ สังเคราะห์และประเมินค่า ซึ่งสามารถพัฒนาได้ด้วยการสอนแบบ active learning มากกว่าการสอนแบบบรรยาย¹³ การเรียนแบบใช้ทีมเป็นฐานเป็นการจัดการเรียนรู้แบบ active learning ตามแนวคิดการสร้างสรรคทางปัญญา (constructivism) ที่เน้นกระบวนการเรียนรู้ที่ช่วยให้ผู้เรียนสร้างความรู้ให้เกิดขึ้นในตนเอง และสามารถเชื่อมโยงความรู้ไปใช้ได้และเป็นการเรียนแบบเน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง⁷ ที่ผู้เรียนได้ลงมือปฏิบัติจริงผ่านกิจกรรมการเรียนรู้ ที่มีครูเป็นผู้กระตุ้นให้เกิดกระบวนการคิดวิเคราะห์ สังเคราะห์ และประเมินค่าจากสิ่งที่เรียน ทำให้การเรียนรู้เป็นไปอย่างมีความหมายและนักศึกษาสามารถเชื่อมโยงนำไปใช้ในสถานการณ์อื่น ๆ ได้¹⁴ การเรียนแบบนี้ยังช่วยเปลี่ยนกระบวนทัศน์จากเรียนตามครู เป็นการเรียนเพื่อตนเอง ทำให้มีความเอาใจใส่ในการเรียนเพิ่มขึ้น คนที่เข้าใจในบทเรียนสามารถอธิบายเพื่อนในกลุ่มให้เข้าใจไปพร้อม ๆ กันได้ นอกจากนี้ยังทำให้นักศึกษามีสมาธิจดจ่อกับการเรียนมากขึ้นเนื่องจากตนเองเป็นผู้ลงมือปฏิบัติ ซึ่งต่างจากการนั่งฟังครูสอน¹⁵

ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้จัดการเรียนการสอนโดยใช้ทีมเป็นฐานโดยยึดองค์ประกอบสำคัญ 4 ประการ³ ได้แก่ 1) จัดทีมโดยการคละเเกรดและให้อยู่ทีมเดิมทุกครั้ง ทำให้นักศึกษาเกิดความคุ้นเคยและกล้าที่จะแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในทีมมากขึ้น 2) นักศึกษารับผิดชอบในการเตรียมตัวเพื่อตนเองและเพื่อทีม สามารถใช้ความรู้ที่เตรียมมาจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย ในการวิเคราะห์โจทย์รายบุคคลในห้องเรียน และอภิปรายแลกเปลี่ยนในทีม ต้องอธิบายวิธีคิดของตนเองตลอดจนต้องใช้วิจารณ์ในการวิเคราะห์ของเพื่อนก่อนที่จะตัดสินใจเลือกคำตอบของทีม (consensus) แล้วร่วมกันทำโจทย์สถานการณ์ที่เน้นการนำความรู้ไปใช้ ซึ่งจะต้องวิพากษ์โต้แย้งและใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มาแสดงให้เห็นเพื่อนทีมอื่นและครู 3) นักศึกษาทุกคนได้รับข้อมูลป้อนกลับทันทีหลังการทำข้อสอบ ทำให้รู้ว่าตนเองมีความรู้เพียงใด และยังขาดความเข้าใจในส่วนใด และ 4) การออกแบบโจทย์มีรูปแบบที่ส่งเสริมทั้งการเรียนรู้และการพัฒนาทีม กระบวนการทั้งหมดนี้ทำให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้จริงด้วยตนเองและช่วยพัฒนาทักษะการคิดเชิงวิจารณ์และการแก้ปัญหา³ นอกจากนี้ วิธีการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ทีมเป็นฐานยังสอดคล้องกับวิธีการสอนที่ช่วยช่วยพัฒนาทักษะการคิดเชิงวิจารณ์ 5 ขั้นตอน¹³ ได้แก่ 1) การกำหนดวัตถุประสงค์การเรียนรู้ 2) สอนผ่านการตั้งคำถามที่เหมาะสมและกระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 3) เลือกกิจกรรมที่ส่งเสริมการเรียนแบบ Active learning 4) ทบทวน ปรับตามผลการประเมินจากนักศึกษา และ 5) ให้ข้อมูลป้อนกลับและประเมินผลการเรียนรู้เพื่อนำผลมาพัฒนาการจัดการเรียนการสอนต่อไป

2. ทักษะการสื่อสาร การรู้เท่าทันสารสนเทศ และทักษะภาวะผู้นำและการทำงานเป็นทีม

กลุ่มตัวอย่างมีทักษะการสื่อสาร การรู้เท่าทันสารสนเทศ แตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญระหว่างก่อนและหลังเรียน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐาน ทั้งนี้อาจจะเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนทักษะการสื่อสาร การรู้เท่าทันสารสนเทศ ก่อนเรียนอยู่ในระดับต้อยแล้ว และหลังเรียนเพิ่มขึ้นเป็นระดับดีมาก แสดงให้เห็นว่าการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสสื่อสารแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับเพื่อน ช่วยให้ความเข้าใจในเนื้อหามากขึ้น และได้ร่วมมือกันหาคำตอบเพื่อช่วยให้ทีมทำคะแนนได้ดีขึ้น การวิจัยครั้งนี้มีการแบ่งนักศึกษาเป็นกลุ่มย่อยทำให้นักศึกษามีโอกาสสื่อสารภายในทีมกับครูที่ปรึกษาประจำกลุ่มและเพื่อน ๆ ได้มากขึ้น แม้นักศึกษาที่เรียนอ่อนก็สามารถแสดงความคิดเห็นและได้เรียนรู้วิธีการคิดวิเคราะห์และแสวงหาคำตอบจากเพื่อน ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันแต่ไม่มากพอที่จะทำให้เกิดความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนทักษะภาวะผู้นำและการทำงานเป็นทีมก็มีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญระหว่างก่อนและหลังเรียน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย และไม่สอดคล้องกับการวิจัย¹⁶ ที่ศึกษาผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานต่อความรู้และการทำงานเป็นทีมของนักศึกษาพยาบาล วิชาการพยาบาลครอบครัว และชุมชน 1 โดยการแบ่งกลุ่มทำงานร่วมกันเป็นทีม พบว่าการทำแบบทดสอบรายกลุ่มมีผลคะแนนดีกว่าผลรายบุคคล



ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้มีคะแนนทักษะภาวะผู้นำและการทำงานเป็นทีมก่อนเรียนอยู่ในระดับดีมากอยู่แล้วและหลังเรียนก็ยังคงมีคะแนนอยู่ในระดับดีมาก จึงไม่เกิดความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจเกิดจาก ceiling effect ก็เป็นไปได้¹⁷ ดังจะเห็นได้จากผลการวิจัยเชิงคุณภาพที่กลุ่มตัวอย่างระบุว่าการเรียนโดยใช้ทีมเป็นฐานช่วยเพิ่มทักษะการสื่อสาร การรู้เท่าทันสารสนเทศ ทักษะภาวะผู้นำและการทำงานเป็นทีม

3. ทศนคติต่อการจัดการเรียนโดยใช้ทีมเป็นฐาน

กลุ่มตัวอย่างมีทศนคติต่อการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ทีมเป็นฐานหลังเรียนโดยรวมในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา¹⁸ ที่พบว่า นักศึกษากายภาพบำบัดมีทศนคติที่ดีในระดับมากที่สุดต่อการเรียนปฏิบัติการวิชามหาวิทยาลัยวิทยาศาสตร์แบบใช้ทีมเป็นฐาน เพราะทำให้ผู้เรียนเข้าใจเนื้อหาดีขึ้น และมีทศนคติที่ดีต่อการมีส่วนร่วมในการทำงานเป็นทีมซึ่งทำให้ได้ฝึกปฏิบัติทักษะการแก้ปัญหา และเสริมความมั่นใจที่จะเป็นผู้นำที่ดีในอนาคต เนื่องจากการเรียนแบบใช้ทีมเป็นฐานเปิดโอกาสในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันผ่านการทำงานเป็นทีม และเมื่อเปรียบเทียบผลการวิจัยครั้งนี้ก่อนและหลังการจัดการเรียนการสอนพบว่า ทศนคติต่อการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ทีมเป็นฐานหลังเรียนดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาแบบ meta-analysis จาก¹³ งานวิจัยในประเทศจีน⁵ ที่วิเคราะห์ผลของการเรียนแบบใช้ทีมเป็นฐานในการสอนภาคทฤษฎีของการศึกษาด้านการแพทย์พบว่าทศนคติในการเรียนรู้ของผู้เรียนในการสอนแบบทีมเป็นฐานดีกว่าการสอนแบบบรรยายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากการจัดการเรียนการสอนแบบการใช้ทีมเป็นฐานได้ส่งเสริมแรงจูงใจในการเรียนรู้ และกระตุ้นผู้เรียนให้ประยุกต์ใช้ความรู้ในการแก้ปัญหาโดยใช้การผสมผสานทฤษฎีกับการปฏิบัติ และการได้เรียนเป็นกลุ่ม การมีส่วนร่วมของผู้เรียน การให้ข้อมูลย้อนกลับ และการทำงานที่ได้รับมอบหมายร่วมกันเป็นทีมทำให้เกิดการเรียนรู้และการพัฒนาการทำงานเป็นทีม³ นอกจากนี้การเรียนการสอนแบบทีมเป็นฐานเน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง ผู้เรียนมีอิสระในการเตรียมความพร้อมและเรียนรู้ร่วมกับเพื่อนทำให้ลดความวิตกกังวล ความกลัว และเพิ่มความมั่นใจให้กับผู้เรียน การได้ทำงานร่วมกับเพื่อนและต้องมีการอภิปรายแลกเปลี่ยนในประเด็นที่มีความคิดเห็นแตกต่างกันทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้และปรับทศนคติของตนเองในการยอมรับฟังและเรียนรู้วิธีการคิดของผู้อื่น และการที่ทีมยอมรับฟังความคิดเห็นที่แตกต่างของตนหรือยืนยันสิ่งที่ตนเองค้นคว้ามา ช่วยทำให้นักศึกษามีทศนคติที่ดีขึ้นต่อการเรียนรู้ด้วยตนเอง ดังนั้นการเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ผ่านสิ่งที่ไม่แน่นอนระหว่างความเข้าใจของตนเองที่มีอยู่เดิมกับประสบการณ์ใหม่ที่พัฒนาขึ้นจากการเรียนรู้ร่วมกับผู้อื่นด้วยการทำงานเป็นทีม จึงทำให้เกิดการพัฒนาจากภายในจิตใจของผู้เรียนทั้งในด้านการรับรู้ ทศนคติ การปรับตัว ก่อนที่นำไปสู่การเรียนรู้ในองค์ความรู้ที่เกิดขึ้นจากสิ่งที่ได้รับมอบหมาย¹⁰

เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีทศนคติส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุด โดยเฉพาะสามลำดับแรก ได้แก่ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเพื่อน การลงมือปฏิบัติจริง และการมีส่วนร่วมทำกิจกรรมในชั้นเรียน สอดคล้องกับการวิจัย¹⁶ ผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานต่อความรู้และการทำงานเป็นทีมของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 โดยแบ่งกลุ่มทำงานเป็นทีม ทำให้นักศึกษามีปฏิสัมพันธ์กัน แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และลงมือทำนำไปสู่การเรียนรู้ด้วยตนเอง นอกจากนี้ครูยังได้จัดทำคลิปและเอกสารประกอบการสอนให้นักศึกษาศึกษาก่อนเข้าเรียน ทำให้นักศึกษาสามารถศึกษาและทบทวนได้ตามที่ต้องการ ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีทศนคติอยู่สองด้านที่มีคะแนนอยู่ในระดับมากเท่านั้น แม้ว่าจะมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ได้แก่ ด้านความมั่นใจในการถามคำถามในชั้นเรียน และการวิพากษ์ทางวิชาการ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีความคุ้นเคยกับการเรียนการสอนแบบบรรยายที่เน้นการฟัง จดบันทึก และมีการซักถามค่อนข้างน้อย ซึ่งในการเรียนแบบห้องเรียนกลับทางกลุ่มตัวอย่างต้องปรับตัวเป็นผู้ถามคำถามมากขึ้น¹⁹ และสำหรับการวิพากษ์ทางวิชาการ ต้องใช้ประสบการณ์ และมีการสืบค้นหรือค้นคว้าข้อมูลค่อนข้างมากเพื่อนำมาเปรียบเทียบ วิเคราะห์ และให้ข้อเสนอแนะ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 อาจยังขาดประสบการณ์ในด้านนี้ จึงควรสนับสนุนให้นักศึกษาฝึกคิดวิเคราะห์ การคิดสร้างสรรค์ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้¹⁹



ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การทำวิจัยครั้งนี้มีเพียงกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการวิจัยทันที ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่มและไม่มีการเปรียบเทียบจึงอาจส่งผลต่อความตรงภายในของการวิจัย
2. ระยะเวลาในการเตรียมตัวค้นคว้าก่อนเรียนและการทำกลุ่มในชั้นเรียนแต่ละครั้งสั้นเกินไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการเปรียบเทียบผลการสอนโดยใช้ทีมเป็นฐานกับวิธีการสอนแบบอื่นหรือกลุ่มควบคุมเพื่อทราบผลของการสอนที่ชัดเจนขึ้น
2. ควรมีการวัดผลระยะยาวหลังการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติการเรียนการสอน

1. ผู้บริหารควรสนับสนุนการพัฒนาทักษะของผู้สอนให้สามารถจัดการเรียนการสอนที่ช่วยพัฒนาทักษะที่พึงประสงค์ของนักศึกษา
2. ครูควรให้เวลานักศึกษาได้ค้นคว้าเพิ่มเติมและมีเวลาเพียงพอในการทำกลุ่มในชั้นเรียน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสถานพัฒนาคุณาจารย์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีที่สนับสนุนทุนในการวิจัย

References

1. The Ministry of Education. Thailand Qualification Framework for Nursing Education 2017 [Internet]. 2017. Available from: <http://www.mua.go.th/users/tqf-hed/news/data6/ประกาศ-ศธ-NQF-2560-พยาบาลศาสตร์-ป-ตรี.PDF>
2. Pliankerd P, Kerdsiri S. The Competency of Psychiatric Nursing in the Practice of Nursing. J R Thai Army Nurses. 2014;15(2):160–5.
3. Michaelsen LK, Sweet M. The essential elements of team-based learning. In: New Directions for Teaching and Learning. Wiley Periodicals, Inc.; 2008. 7–27.
4. Haidet P, Levine RE, Parmelee DX, Crow S, Kennedy F, Kelly PA, et al. Perspective: guidelines for reporting team-based learning activities in the medical and health sciences education literature. Acad Med. 2012;87(3):292–9.
5. Chen M, Ni C, Hu Y, Wang M, Liu L, Ji X, et al. Meta-analysis on the effectiveness of team-based learning on medical education in China. BMC Med Educ. 2018;18(77):1–11.
6. Suk-Young L, Seung-Ju K. The Effects of Team-Based Learning Education on Critical Thinking, Interpersonal Relationships, Self-Leadership and Academic Major Satisfaction. Int J Elder Welf Promot Manag. 2020;4(1):7–14.
7. Considine J, Berry D, Allen J, Hewitt N, Oldland E, Sprogis SK, et al. Team-based learning in nursing education: a scoping review. J Clin Nurs. 2021 Apr;30(7–8):903–17.
8. Sirirat N, Chidnayee S. Effect of Team-based Learning in Nursing Care of Persons with Health Problems 1 on achievements and critical thinking in nursing students. J Heal Sci Res. 2009;3(2):32–40.



9. Development of a Pedagogical Model to Promote 21st Century Skills of Nursing Students Boromarajonani College of Nursing , Chonburi Prabommarajchanok Institute Ministry of Public Health.
10. Dharmasaroja P. Dysfunctional Team-Based Learning. *Ramathibodi Med J.*2020;43(1):54–61.
11. Ulfa Y, Igarashi Y, Takahata K, Shishido E, Horiuchi S. Effectiveness of team-based learning on postpartum hemorrhage in midwifery students in Indonesia: A quasi-experimental study. *Nurse Educ Today.*2021; 105(June):105–15.
12. Bloom BS. Taxonomy of educational objectives, handbook I: The cognitive domain. New York: David McKay Co Inc.;1956.
13. Duron R, Limbach B, Waugh W. Critical thinking framework for any discipline. *Int J Teach Learn High Educ.* 2006;17(2):160–6.
14. Phoyen K. Active Learning in 21st Century Pedagogy. *J Educ Silpakorn Univ.*2021;19(1):11–28.
15. Panich W. Teacher for students: Creating flipped classroom. 2nd ed. Kittkorn R, editor. Bangkok: SR Printing Mass Products, Ltd.;2013:119.
16. Thangthum W, Thientrongdee A. Effects of Team-Based Learning on Knowledge and Teamwork Perception of Nursing Students. *Multidiscip J Heal.*2019;1(1):1–9.
17. Garin O. Ceiling Effect. In: Michalos AC, editor. *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research.* Dordrecht: Springer Netherlands;2014:631–3.
18. Huitt TW, Killins A, Brooks WS. Team-based learning in the gross anatomy laboratory improves academic performance and students' attitudes toward teamwork. *Anat Sci Educ.*2015;8(2):95–103.
19. Sawangtook S, Panthongchai S, Polprasarn P. The Teaching Experience with Flipped Classroom in Nursing Care during the Second Stage of Labour.2019;26(2):145–55.



ปัจจัยกำหนดสุขภาพต่อพฤติกรรมการใช้หน้าจอ ของเด็กปฐมวัยอายุ 2-5 ปี จังหวัดสุพรรณบุรี

Health Determinants of Screening-viewing Behaviors

among Preschool Children Aged 2-5 Years in Suphanburi Province

สุวัฒนา เกิดมั่ง¹ ศักดิกร สุวรรณเจริญ¹

Suwattana Kerdmuang¹ Sakdikorn Suwancharoen¹

¹สถาบันพระบรมราชชนก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

¹Praboromarajchanok Institute, Faculty of Public Health and Allied Health Science,

Sirindhorn College of Public Health, Suphanburi

Corresponding author: Suwattana Kerdmuang; Email: suwattana_kerd@hotmail.com

Received: May 13, 2021 Revised: January 5, 2022 Accepted: February 24, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้หน้าจอ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านผู้ปกครอง เด็กและครอบครัวกับพฤติกรรมการใช้หน้าจอของเด็กปฐมวัยอายุ 2-5 ปี จังหวัดสุพรรณบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองของเด็กปฐมวัยอายุ 2-5 ปี จำนวน 303 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเอง มีผู้ปกครองตอบแบบสอบถามกลับ จำนวน 182 คน (อัตราการตอบกลับร้อยละ 60.06) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติโคสแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงอันดับของสเปียร์แมน ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปด้านผู้ปกครอง พบเป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.20 มีอายุเฉลี่ย 36.60 ปี (SD=11.47) ข้อมูลเด็กพบเป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.60 มีอายุเฉลี่ย 42.23 เดือน (SD=8.88) ประเภทหน้าจอที่เด็กใช้ส่วนใหญ่คือ โทรศัพท์มือถือ ร้อยละ 79.70 สำหรับด้านครอบครัว พบเป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 63.70 และพฤติกรรมการใช้หน้าจอของเด็กปฐมวัยอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.60 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านผู้ปกครอง เด็กและครอบครัว พบว่า อายุของผู้ปกครอง($r=.280, p<.001$) ทักษะที่ผู้ปกครองมีต่อการใช้หน้าจอ ($r=.215, p=.002$) การรับรู้ผลกระทบการใช้หน้าจอของเด็ก($r=.389, p<.001$) พฤติกรรมการใช้หน้าจอของผู้ปกครอง ($r=.190, p=.005$) การเจริญเติบโตของเด็ก ($r=-.181, p=.012$) และผู้เลี้ยงดูหลัก ($\chi^2=3.122, p=.047$) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้หน้าจอของเด็กปฐมวัยอายุ 2-5 ปี ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าผู้ปกครองควรทำกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการร่วมกับเด็กปฐมวัย เพื่อป้องกันผลกระทบจากการใช้หน้าจอที่อาจเกิดขึ้นกับเด็กในอนาคตต่อไป

คำสำคัญ: การใช้หน้าจอ; เด็กปฐมวัยอายุ 2-5 ปี; ปัจจัยกำหนดสุขภาพ; พฤติกรรมการใช้หน้าจอ



Health Determinants of Screening-viewing Behaviors among Preschool Children Aged 2–5 Years in Suphanburi Province

Suwattana Kerdmuang¹ Sakdikorn Suwanchaen¹

¹Praboromarajchanok Institute, Faculty of Public Health and Allied Health Science,
Sirindhorn College of Public Health, Suphanburi

Corresponding author: Suwattana Kerdmuang; Email: suwattana_kerd@hotmail.com

Received: May 13, 2021 Revised: January 5, 2022 Accepted: February 24, 2022

Abstract

This descriptive research aimed to study screening-viewing (SV) behaviors and the relationship between health determinants of parents, children, and family with SV behaviors among preschool children aged 2–5 years, Suphanburi province. The sample consisted of 303 parents of preschool children aged 2–5 years. Whereas, 182 parents returned the questionnaire (response rate = 60.06%). Data were collected by using self-administrated questionnaire. Then were analyzed by using descriptive statistics, chi-square statistics, and Spearman's rank correlation coefficient. Results revealed that the demographic data among parents and their children were female (74.20%) with an average age was 36.60 years (SD=11.47) and 51.60% of the children were female with an average age was 42.23 months (SD=8.88), respectively. The screen type used by the children was television (79.70%). The family's health was nuclear families (63.70%). SV behaviors among preschool children aged was moderate level (50.60%). The relationship between the determinants of health (parents, children, and family aspects) to such behaviors among preschool children aged 2–5 years, included the parental age ($r=.280$, $p<.001$), parental attitudes towards screen use. ($r=.215$, $p=.002$), perceptions of the effects of using the screen of children ($r=.389$, $p<.001$), parental SV behaviors ($r=.190$, $p=.005$), child growth ($r=-.181$, $p=.012$) and guardian ($\chi^2=3.122$, $p=.047$). The results suggest that parents should engage in developmental activities with their children to prevent the further adverse effects on children in the future.

Keywords: health determinants; preschool children aged 2–5 years; screening-viewing; screening-viewing behaviors



ความเป็นมาและความสำคัญ

ปัจจุบันพ่อแม่หรือผู้ปกครองกว่าสองในสามเชื่อว่าการศึกษาที่เด็กดูหน้าจอต่าง ๆ ได้แก่ สื่อการเรียนการสอนทางโทรทัศน์ แท็บเล็ต และสมาร์ทโฟน จะเป็นผลดีต่อพัฒนาการด้านสังคม ภาษา และการเรียนรู้ โดยพบว่าการผลิตสื่อสำหรับเด็กวัยแรกเกิดถึง 5 ปีออกมาเป็นจำนวนมาก โดยใช้กลยุทธ์ทางการตลาดทำให้ผู้ปกครองเชื่อว่าการใช้หน้าจอที่มีความล้าสมัยจะส่งเสริมให้เด็กมีการเรียนรู้ที่ดี ส่งเสริมพัฒนาการด้านต่าง ๆ กระตุ้นการเรียนรู้ และสร้างเด็กอัจฉริยะได้¹⁻² ซึ่งโปรแกรมสื่อการสอนสำหรับเด็กเล็กผ่านคอมพิวเตอร์กำลังได้รับความนิยมอย่างมากในกลุ่มพ่อแม่และผู้ปกครอง สอดคล้องกับการสำรวจของหนังสือพิมพ์เดลีเมลส์ ในประเทศอังกฤษ เมื่อปี ค.ศ.2015 ที่พบว่าเด็กกว่าร้อยละ 50 สามารถใช้แท็บเล็ต สมาร์ทโฟน หรือหน้าจอต่าง ๆ ได้อย่างคล่องแคล่วภายในช่วงอายุ 1 ปี และในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าเด็กเริ่มดูโทรทัศน์ตั้งแต่อายุ 3 เดือน ถึงอายุ 9 เดือน ร้อยละ 403 ดังนั้นโทรทัศน์ สมาร์ทโฟน และแท็บเล็ตจึงเป็นสื่อที่มีบทบาทต่อเด็กเล็กและครอบครัวค่อนข้างสูง

เด็กปฐมวัยช่วงอายุ 2-5 ปี จะเริ่มมีการใช้เหตุผลเบื้องต้น หากเด็กได้รับสื่อที่เหมาะสมกับวัยและความสามารถในการเรียนรู้ ก็อาจจะส่งผลดีต่อพัฒนาการของเด็กในช่วงวัยนี้ได้ แต่หากเด็กใช้เวลาไปกับหน้าจอมากเกินไปจะทำให้เสียโอกาสในการที่จะสัมผัส เคลื่อนไหวและมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม และคนรอบตัวไป อนึ่งการใช้สื่อหน้าจอต่าง ๆ นั้นส่งผลให้เด็กเล็กมีกระบวนการการเรียนรู้ที่ผิดไป เนื่องจากการตอบสนองจากหน้าจอขึ้นไวกว่าการตอบสนองต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ เพราะการที่เด็กวัยทารกและปฐมวัยมองหน้าจอ ภาพเคลื่อนไหวตลอดเวลาจะส่งผลต่อการกระตุ้นให้สมองซีกขวาทำงานมากเกินไป ทำให้ระบบความคิดของเด็กทำงานอย่างไม่มีประสิทธิภาพ³⁻⁵

นอกจากนี้ มีการศึกษาพฤติกรรมการใช้สื่อโทรทัศน์และหน้าจอประเภทต่าง ๆ ในวัยทารกที่แสดงให้เห็นถึงผลเสียต่อพัฒนาการของเด็ก โดยเฉพาะพัฒนาการด้านสติปัญญาและด้านการใช้ภาษาและการเข้าใจภาษา รองลงมา คือ ด้านการเคลื่อนไหว และด้านการช่วยเหลือตนเอง และสังคม^{3,5-6} การศึกษาของ Ra et al.⁷ ได้ติดตามวัยรุ่นอายุ 15-16 ปี จำนวน 4,100 คน ที่มีประวัติการใช้สื่อหน้าจอต่าง ๆ เป็นปริมาณมากตั้งแต่อายุ 2 ปีขึ้นไป เป็นระยะเวลา 2 ปี พบว่าวัยรุ่นดังกล่าวมีสถานะของโรคชนสมาธิสั้น สมาคมกุมารแพทย์อเมริกาจึงแนะนำให้ผู้ปกครองหลีกเลี่ยงให้เด็กอายุต่ำกว่า 2 ปีรับสื่อโทรทัศน์ เพราะไม่มีหลักฐานยืนยันว่าส่งผลดีต่อเด็ก แต่มีผลกระทบต่เด็ก ซึ่งพบว่าจำนวนชั่วโมงที่ได้รับสื่อในแต่ละวันสัมพันธ์กับปัญหาความดื้อซนของเด็กและสมาธิสั้น ส่วนสื่อที่มีเนื้อหารุนแรงจะสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าว ไม่ว่าจะเป็นการเปิดให้เด็กดูโดยตรงหรือเปิดขณะผู้ใหญ่ทำงาน^{2,8}

ประเทศไทยมีงานวิจัยที่ศึกษาถึงประสิทธิภาพการเรียนรู้ของเด็กเล็กอายุ 2-3 ปี ผ่านสื่อการเรียนการสอนทางโทรทัศน์ โดยวัดจากคำศัพท์ที่เด็กได้เรียนผ่านรายการในรูปแบบต่าง ๆ เป็นทั้งรายการที่ผลิตมาสำหรับเด็กเล็ก ผลิตมาเพื่อการศึกษาและรายการที่ไม่ได้ผลิตมาเพื่อเด็ก ผลการศึกษพบว่า การดูรายการโทรทัศน์ไม่ได้ส่งผลให้เด็กเรียนรู้หรือมีพัฒนาการด้านภาษาและด้านความคิดโดดเด่นหรือแตกต่างจากเด็กที่ไม่ได้เรียนรู้ผ่านสื่อเหล่านั้น⁵⁻⁶ Tancharoenwong, Pakdeeronachit & Svetthitikun⁴ ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการใช้หน้าจอของเด็กไทยวัย 0-3 ปี ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า เด็กมีปริมาณการใช้หน้าจอประเภทโทรทัศน์สูงสุด ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 50.30 นาทีต่อวัน และรองลงมา คือ ประเภทแท็บเล็ต และสมาร์ทโฟน โดยค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 40.40 นาทีต่อวัน รายได้ของครอบครัวส่งผลต่อปริมาณการใช้หน้าจออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มเด็กที่พ่อแม่มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ย 50,000-100,000 บาทต่อเดือน จะมีค่าเฉลี่ยของปริมาณการดูโทรทัศน์สูงสุด อยู่ที่ 96.56 นาทีต่อวัน และสถานที่นอนของเด็กส่งผลต่อปริมาณการใช้หน้าจออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเด็กที่นอนกับปู่ย่าตายายหรือญาติคนอื่นนั้นมีค่าเฉลี่ยการใช้แท็บเล็ตและสมาร์ทโฟนที่ 164.57 นาที ต่อวัน หรือคิดเป็น 2 ชั่วโมง 44.57 นาที และมีการวิจัยสนับสนุนว่าปริมาณการดูโทรทัศน์ และหน้าจอประเภทต่าง ๆ ของพ่อแม่ พี่น้อง และผู้ปกครอง หากผู้เลี้ยงดูเด็กใช้สื่อหน้าจอต่าง ๆ เป็นเวลานานลูกก็จะดูสื่อชิ้นนั้น ๆ เป็นเวลานานเช่นกัน^{2,6} การศึกษานี้สะท้อนให้เห็นปริมาณการใช้หน้าจอที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งผู้ปกครองควรหาแนวทาง



ในการป้องกันและควบคุมปริมาณการใช้หน้าจอต่าง ๆ ให้น้อยลง เนื่องจากส่งผลเสียต่อพัฒนาการเด็ก โดยกรมอนามัย ยืนยันว่าเด็กอายุ 0-2 ปี มีพัฒนาการไม่สมวัยร้อยละ 22 และเด็กอายุ 3-5 ปี มีพัฒนาการไม่สมวัย ร้อยละ 34 โดยเฉพาะ พัฒนาการด้านภาษาและกล้ามเนื้อมัดเล็ก⁹

จากรายงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี ปี พ.ศ.2559 ได้ตรวจคัดกรองพัฒนาการและเฝ้าระวัง ส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยและเด็กกลุ่มเสี่ยง ในช่วง 4 กลุ่มอายุ คือ 9, 18, 30 และ 42 เดือน มีเด็กจำนวน 22,185 คน ได้รับการประเมิน 19,376 คน (ร้อยละ 87.34) พบเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการสงสัยล่าช้า จำนวน 3,290 คน (ร้อยละ 16.98) จำแนกเป็นเด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้าในรับการกระตุ้นซ้ำ 1 เดือน จำนวน 2,658 คน (ร้อยละ 82.21) ไม่สมวัยหลังกระตุ้น 1 เดือน จำนวน 48 คน (ร้อยละ 1.81) เด็กล่าช้าด้านการใช้ภาษา(EL) ร้อยละ 68.8 รองลงมา ด้านความเข้าใจภาษา (RL) ร้อยละ 60.40 ส่งเสริมพัฒนาการต่อยอด TEDA4I (3 เดือน) จำนวน 100 คน กระตุ้นครบ ตามเกณฑ์ 7 คน (ร้อยละ 71.43) ล่าช้า 2 คน (ร้อยละ 28.57) และพบเด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้ารอกระตุ้น จำนวน 4,941 คน (ร้อยละ 83.90) และสงสัยพัฒนาการล่าช้าส่งต่อทันทีจำนวน 795 คน (ร้อยละ 16.10) โดยอำเภอเมือง สุพรรณบุรี พบว่ามีเด็กอายุ 0-5 ปี จำนวน 929 คน พบสงสัยพัฒนาการล่าช้ารอกระตุ้น และสงสัยพัฒนาการล่าช้า ส่งต่อทันทีจำนวน 158 คน (ร้อยละ 17.00) ซึ่งมีอัตราพัฒนาการที่ผิดปกติสูงกว่าอำเภออื่น และพบว่าเด็กอายุ 3-5 ปี ได้รับการดูแลเลี้ยงดูจากศูนย์พัฒนาการเด็กเล็กและโรงเรียน ถึงร้อยละ 53.39 ปัญหาดังกล่าวอาจเป็นผลกระทบที่เกิดจาก พฤติกรรมการใช้หน้าจอที่ไม่เหมาะสมของเด็กปฐมวัยซึ่งปัญหาพัฒนาการส่วนใหญ่เกิดจากการกระตุ้นการเรียนรู้ที่ผิดวิธี และขาดการเลี้ยงดูของพ่อแม่และครอบครัว เพราะพ่อแม่ต้องไปทำงานนอกบ้าน

อย่างไรก็ตามปรากฏการณ์ใหม่ของสังคมที่เกิดขึ้น สื่อหน้าจอต่าง ๆ ประเภท สมาร์ทโฟน แท็บเล็ต และโทรทัศน์ ถูกใช้เป็นเครื่องมือในการเลี้ยงเด็กเล็ก ส่งผลให้เกิดปัญหาที่ตามมาคือ เด็กเล็ก โดยเฉพาะเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการ ทางด้านร่างกาย อารมณ์ และ ภาษาย่างไม่เหมาะสม เด็กเล็กจำนวนมากเผชิญกับภาวะสมาธิสั้น (ซั้วครว) หรือภาวะ ความบกพร่องทางการเรียนรู้ ซึ่งเป็นผลมาจากการที่ได้ใช้สื่อหน้าจอมากเกินไปในวัยที่เริ่มมีการใช้เหตุผลเบื้องต้น (2-5 ปี) จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้านประชากรศาสตร์ของพ่อแม่ คือ อายุ เพศ การศึกษา และตัวแปรด้านประชากรศาสตร์ของเด็ก และตัวแปรด้านการเลี้ยงดูที่ส่งผลต่อปริมาณการใช้หน้าจอ ประเภทโทรทัศน์และการใช้หน้าจอประเภทแท็บเล็ตและสมาร์ทโฟน^{4,10} บัณฑิตจึงกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดบัณฑิต กำหนดสุขภาพที่ประกอบด้วย บัณฑิตด้านผู้ปกครอง ด้านเด็ก ครอบครัว และบัณฑิตสิ่งแวดล้อม¹¹ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าการส่วนใหญ่ศึกษาผลกระทบจากการใช้หน้าจอประเภทต่าง ๆ^{1,3,5-8} แต่ยังไม่พบการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรภายใต้แนวคิดบัณฑิตกำหนดสุขภาพกับพฤติกรรมการใช้หน้าจอของเด็กปฐมวัยอายุ 2-5 ปี การศึกษานี้จึงต้องการสำรวจพฤติกรรมการใช้หน้าจอเด็กปฐมวัย และระบุบัณฑิตที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ อุปกรณ์ดังกล่าว โดยวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างบัณฑิตกำหนดสุขภาพด้านผู้ปกครอง ด้านเด็กและด้านครอบครัว กับพฤติกรรมการใช้หน้าจอของเด็กปฐมวัยอายุ 2-5 ปี ในจังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อเป็นข้อมูลให้ผู้ปกครอง ผู้ดูแลเด็กเล็ก ศูนย์หรือหน่วยงานที่ดูแลเด็กปฐมวัยสามารถใช้เป็นแนวทางในการป้องกันพฤติกรรมการใช้หน้าจอของเด็ก อีกทั้ง เป็นข้อมูลในการกำหนดนโยบายหรือวิธีการแก้ไขพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในการใช้หน้าจออย่างถูกต้องและสร้างสรรค์ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพ พฤติกรรมและการเรียนรู้ของเด็กต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้หน้าจอของเด็กปฐมวัยอายุ 2-5 ปี และความสัมพันธ์ระหว่างบัณฑิตกำหนดสุขภาพ ด้านผู้ปกครอง เด็ก และครอบครัวกับพฤติกรรมการใช้หน้าจอของเด็กปฐมวัยอายุ 2-5 ปี ในจังหวัดสุพรรณบุรี



สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านผู้ปกครอง เด็กและครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้หน้าจอของเด็กปฐมวัยอายุ 2-5 ปี ในจังหวัดสุพรรณบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพ เป็นแนวคิดในระดับจุลภาคที่เน้นความสำคัญด้านบุคคลเป็นสำคัญ มีองค์ประกอบ 3 ปัจจัยที่สำคัญ คือ ด้านผู้ปกครอง เด็กและครอบครัว 11 ตัวแปรต้น ประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้านผู้ปกครอง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส อาชีพของผู้ปกครอง รายได้ ทัศนคติในการใช้หน้าจอ การรับรู้ผลกระทบการใช้หน้าจอของเด็ก พฤติกรรมการใช้หน้าจอของผู้ปกครอง และระยะเวลาที่ทำการจรรยาบรรณว่างกับเด็ก 2) ปัจจัยด้านเด็ก ได้แก่ เพศ อายุ การเจริญเติบโต และเวลาที่เด็กใช้หน้าจอแต่ละประเภท และ 3) ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ ประเภทของครอบครัว และผู้เลี้ยงดูหลัก ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการใช้หน้าจอของเด็กปฐมวัยอายุ 2-5 ปี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ปกครองที่เป็นผู้เลี้ยงดูหลักของเด็กปฐมวัยอายุ 2-5 ปี ที่ศึกษาอยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี ทั้งหมดจำนวน 40 ศูนย์ มีเด็กปฐมวัยทั้งหมด 1,421 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ปกครองที่เป็นผู้เลี้ยงดูหลักของเด็กปฐมวัยอายุ 2-5 ปี ที่ศึกษาอยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งคำนวณหากลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Krejcie & Morgan¹² ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 303 คน จากนั้นใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม (cluster random sampling) โดยการทำการสุ่มตามรายชื่อศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่มีทั้งหมดในเขตอำเภอเมืองสุพรรณบุรี จำนวน 40 ศูนย์ และจับฉลากจนครบจำนวนเด็กที่เพียงพอต่อจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ คือ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจำนวน 9 ศูนย์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลไปยังศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี จากนั้นประสานงานกับครูประจำชั้นของเด็กปฐมวัยแต่ละชั้น เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและวิธีการเก็บข้อมูล ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเอง (self-administrated questionnaires) กับผู้ปกครองที่เป็นผู้เลี้ยงดูหลัก ซึ่งถูกสุ่มจากการจับฉลากรายชื่อเด็กนักเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยเก็บข้อมูลในช่วงที่ผู้ปกครองมารับเด็กกลับบ้าน ตั้งแต่เวลา 14.00-15.00 น. กลุ่มตัวอย่างใช้เวลาในการทำแบบสอบถามด้วยตนเอง ประมาณคนละ 20-30 นาที ได้แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ จำนวน 182 ชุด คิดเป็นร้อยละ 60.06 Fincham¹³ ได้ระบุว่าอัตราการตอบกลับมากกว่าร้อยละ 60 ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถเป็นตัวแทนของประชากรได้ (จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 กลุ่มเด็ก 2-5 ปีจัดเป็นกลุ่มเสี่ยง คณะวิจัยจึงต้องปฏิบัติตามมาตรการควบคุมป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงทำให้เก็บข้อมูลไม่ครบตามจำนวนที่ได้คำนวณไว้)



เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยประยุกต์จากแนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพของ Kaewanuchit¹¹ ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านผู้ปกครอง แบ่งเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่ทำการกักตุนยามว่างกับเด็ก โดยข้อคำถามเป็นลักษณะเลือกตอบ 5 ข้อและแบบเติมข้อความ 2 ข้อ รวมทั้งหมดจำนวน 7 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามทัศนคติที่ผู้ปกครองมีต่อการใช้น้ำจ่อ (โทรทัศน์ สมาร์ทโฟน แท็บเล็ต) มีลักษณะการวัดเป็นแบบ มาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ตั้งแต่ เห็นด้วยอย่างยิ่งจนถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ทั้งหมดจำนวน 8 ข้อ การแบ่งเกณฑ์คะแนนใช้ตามเกณฑ์ของ Best¹⁴ แปลความหมาย คะแนนเป็น 3 ช่วงระดับ คือ 1) ระดับมาก (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 26-32 คะแนน) 2) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 17-25 คะแนน) และ 3) ระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 8-16 คะแนน)

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ผลกระทบการใช้น้ำจ่อของเด็ก มีลักษณะการวัดเป็นแบบ มาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ตั้งแต่มากที่สุดจนถึงน้อยที่สุด ทั้งหมดจำนวน 18 ข้อ เป็นข้อความเชิงลบทั้งหมด การแบ่งเกณฑ์คะแนนใช้ตามเกณฑ์ของ Best¹⁴ แปลความหมาย คะแนนเป็น 3 ช่วงระดับ คือ 1) ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 56-72 คะแนน) 2) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 37-55 คะแนน) และ 3) ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 18-36 คะแนน)

ตอนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้น้ำจ่อของผู้ปกครอง มีลักษณะการวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ตั้งแต่ปฏิบัติเป็นประจำจนถึงไม่ปฏิบัติ ทั้งหมดจำนวน 7 ข้อ การแบ่งเกณฑ์คะแนนใช้ตามเกณฑ์ของ Best¹⁴ แปลความหมาย คะแนนเป็น 3 ช่วงระดับ คือ 1) ระดับมาก (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 23-28 คะแนน) 2) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 15-22 คะแนน) และ 3) ระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 7-14 คะแนน)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านเด็ก ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของเด็ก ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง การเจริญเติบโต เวลาที่ดูหน้าจอแต่ละประเภท โดยข้อคำถามเป็นลักษณะเลือกตอบ 2 ข้อและแบบเติมข้อความ 4 ข้อ รวมทั้งหมดจำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านครอบครัว ประกอบด้วย ประเภทของครอบครัว และผู้เลี้ยงดูหลัก โดยข้อคำถามจะเป็นแบบลักษณะเลือกตอบ จำนวน 2 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามด้านพฤติกรรมการใช้น้ำจ่อของเด็กปฐมวัย อายุ 2-5 ปี ลักษณะการวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ตั้งแต่ปฏิบัติเป็นประจำจนถึงไม่ปฏิบัติ ทั้งหมดจำนวน 12 ข้อ การแบ่งเกณฑ์คะแนนใช้ตามเกณฑ์ของ Best¹⁴ แปลความหมายคะแนน เป็น 3 ช่วงระดับ คือ 1) ระดับมาก (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 35-44 คะแนน) 2) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 23-34 คะแนน) และ 3) ระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 11-22 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามทั้ง 4 ส่วน และคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง ทั้งฉบับ (Index of Item Objective Congruence : IOC) มีเท่ากับ .93 จากนั้นนำแบบสอบถามในส่วนที่ 1 (ตอนที่ 2 ถึง ตอนที่ 4) และส่วนที่ 4 ไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ปกครองเด็กปฐมวัยอายุ 2-5 ปี ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 30 คน แล้วนำมาคำนวณหาความเชื่อมั่นชนิดความสอดคล้องภายในโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .608, .730, .829 และ .915 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลพฤติกรรมการใช้หน้าจอของเด็กปฐมวัยอายุ 2-5 ปี วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ส่วนการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านผู้ปกครอง และด้านเด็กกับพฤติกรรมการใช้หน้าจอของเด็กปฐมวัยอายุ 2-5 ปี ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงอันดับของสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficient) เป็นสถิติที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร 2 ชุด ที่อยู่ในรูปของข้อมูลในมาตราจัดอันดับ (ordinal scale) เนื่องจากมีการแจกแจงข้อมูลไม่ปกติ สำหรับเกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนความสัมพันธ์ใช้เกณฑ์ของ Cohen¹⁵ ดังนี้ 1) $r > .50$ ขึ้นไป มีความสัมพันธ์ระดับสูง 2) r ระหว่าง .30-.49 มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง และ 3) r ระหว่าง .10-.29 มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ ในส่วนตัวแปรในมาตรานามบัญญัติ (nominal scale) ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพของผู้ปกครอง และปัจจัยด้านครอบครัวหาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติไคสแควร์

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี เอกสารรับรองเลขที่ PHCSP-S2563/003 เมื่อวันที่ 22 มิถุนายน 2563

ผลการศึกษา แบ่งการนำเสนอผลการวิจัยเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านผู้ปกครอง เด็กและครอบครัว

ข้อมูลของผู้ปกครองพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง จำนวน 135 คน (ร้อยละ 74.20) มีอายุเฉลี่ย 36.60 ปี (SD=11.47) ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาเป็นมัธยมศึกษา จำนวน 66 คน (ร้อยละ 36.70) มีการสมรส จำนวน 119 คน (ร้อยละ 65.38) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป จำนวน 82 คน (ร้อยละ 45.80) รายได้ของผู้ปกครองส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาท/เดือน จำนวน 99 คน (ร้อยละ 54.40) การใช้ระยะเวลาทำกิจกรรมยามว่างกับเด็กส่วนใหญ่ดูโทรทัศน์ จำนวน 157 คน (ร้อยละ 86.30) รองลงมา คือ การเล่นเกมสมาร์ทโฟน จำนวน 121 คน (ร้อยละ 66.50) สำหรับระดับทัศนคติที่ผู้ปกครองมีต่อการใช้หน้าจอในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 23.18 คะแนน (SD=3.87) โดยพบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อการใช้หน้าจออยู่ในระดับปานกลาง (17-25 คะแนน) จำนวน 131 (ร้อยละ 72.00) สำหรับระดับการรับรู้ผลกระทบการใช้หน้าจอของเด็กในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 48.95 คะแนน (SD=10.24) โดยพบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ผลกระทบการใช้หน้าจอของเด็กอยู่ในระดับปานกลาง (37-55 คะแนน) จำนวน 118 คน (ร้อยละ 64.80) ในส่วนระดับพฤติกรรมการใช้หน้าจอของผู้ปกครองในภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 23.58 คะแนน (SD=3.12) พบว่าส่วนใหญ่ผู้ปกครองมีพฤติกรรมการใช้หน้าจอในระดับปานกลาง (15-22 คะแนน) จำนวน 114 คน (ร้อยละ 62.64)

ข้อมูลของเด็กปฐมวัยอายุ 2-5 ปี เป็นเพศหญิง จำนวน 94 คน (ร้อยละ 51.60) มีอายุเฉลี่ย 42.23 เดือน (SD=8.88) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 36-47 เดือน จำนวน 83 คน (ร้อยละ 45.60) เกณฑ์การเจริญเติบโตของเด็กส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์สมส่วน จำนวน 79 คน (ร้อยละ 51.30) รองลงมาอยู่ในเกณฑ์ผอมและค่อนข้างผอม จำนวน 49 คน (ร้อยละ 30.50) ประเภทหน้าจอที่เด็กใช้ส่วนใหญ่คือ โทรทัศน์ จำนวน 145 คน (ร้อยละ 79.70) รองลงมา คือ การใช้สมาร์ทโฟน จำนวน 126 คน (ร้อยละ 69.20) ข้อมูลทั่วไปของครอบครัว ส่วนใหญ่อยู่ในประเภทครอบครัวเดี่ยว จำนวน 116 คน (ร้อยละ 63.70) และผู้ดูแลหลักของเด็กเด็ก โดยส่วนใหญ่เป็นพ่อแม่ จำนวน 139 คน (ร้อยละ 76.40) รองลงมาเป็นตายาย จำนวน 21 คน (ร้อยละ 11.50) ดังตารางที่ 1



ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการใช้น้ำจืดของเด็กปฐมวัยอายุ 2-5 ปี ในจังหวัดสุพรรณบุรี

สำหรับระดับพฤติกรรมการใช้น้ำจืดของเด็กปฐมวัยอายุ 2-5 ปีในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 25.82 คะแนน (SD=7.71) พบว่า ส่วนใหญ่เด็กปฐมวัยมีพฤติกรรมการใช้น้ำจืดในระดับปานกลาง (23-34 คะแนน) จำนวน 92 คน (ร้อยละ 50.60) เมื่อจำแนกระยะเวลาการดูหน้าจอประเภทต่างๆ ต่อวัน พบว่า เด็กปฐมวัยอายุ 2-5 ปี ส่วนใหญ่ดูโทรทัศน์มากที่สุด จำนวน 145 คน (ร้อยละ 79.67) ใช้เวลาเฉลี่ย 108.48 นาที (SD=69.14) รองลงมาดูสมาร์ตโฟน จำนวน 126 คน (ร้อยละ 69.23) ใช้เวลาเฉลี่ย 114.95 นาที (SD=80.66) และดูแท็บเล็ต จำนวน 22 คน (ร้อยละ 12.09) ใช้เวลาเฉลี่ย 85 นาที (SD=46.37) เมื่อพิจารณาการใช้น้ำจืดทั้ง 3 ชนิดต่อวันของเด็กปฐมวัย พบว่ามีเด็กปฐมวัย 182 คน (ร้อยละ 100) มีการใช้น้ำจืดเฉลี่ย 176.28 นาที (SD=129.53) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านผู้ปกครอง เด็กและครอบครัว และพฤติกรรมการใช้น้ำจืดของเด็กปฐมวัยอายุ 2-5 ปี ในจังหวัดสุพรรณบุรี (n=182)

ปัจจัยกำหนดสุขภาพ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
1. ปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านผู้ปกครอง		
1.1 เพศ		
ชาย	47	25.80
หญิง	135	74.20
1.2 อายุ ($\bar{X}$ =36.60, SD=11.47, Max=71.00, Min=17.00)		
< 30 ปี	75	42.10
30 - 49 ปี	80	44.90
50 ปีขึ้นไป	23	13.00
1.3 ระดับการศึกษา*		
ไม่ได้ศึกษา	11	6.10
ประถมศึกษา	42	23.30
มัธยมศึกษา	66	36.70
ปวช./ปวส./ปริญญาตรี และอื่น ๆ	61	33.90
1.4 สถานภาพสมรส		
โสด	21	11.54
สมรส	119	65.38
หย่าร้าง/แยกกันอยู่/หม้าย/อื่น ๆ	42	23.08
1.5 อาชีพ*		
ว่างงาน	11	6.10
รับจ้างทั่วไป	82	45.80
พนักงานบริษัทเอกชน/ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว/ รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ/ อื่น ๆ	73	40.80



ปัจจัยกำหนดสุขภาพ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
1.6 รายได้* (บาท/เดือน)($\bar{X}$ =9879.65, SD=4493.63, Max=30000.00, Min=350.00)		
< 5000 บาท	50	27.50
5000 – 10000 บาท	99	54.40
10001 – 15000 บาท	23	12.60
1.7 การใช้ระยะเวลาทำกิจกรรมยามว่างกับเด็ก*		
ดูโทรทัศน์	157	86.30
เล่นสมาร์ทโฟน	121	66.50
เล่นแท็บเล็ต	9	4.90
1.8 ระดับทัศนคติที่ผู้ปกครองมีต่อการใช้น้ำจืด ($\bar{X}$ =23.18, SD=3.87, Max=32.00, Min=14.00)		
ทัศนคติของผู้ปกครองอยู่ในระดับมาก (26-32 คะแนน)	43	23.60
ทัศนคติของผู้ปกครองอยู่ในระดับปานกลาง (17-25 คะแนน)	131	72.00
ทัศนคติของผู้ปกครองอยู่ในระดับน้อย (8-16 คะแนน)	8	4.40
1.9 ระดับการรับรู้ผลกระทบการใช้หน้าจอดีของเด็ก ($\bar{X}$ =48.95, SD=10.24, Max=72.00, Min=19.00)		
ระดับการรับรู้สูง (56-72 คะแนน)	45	24.70
ระดับการรับรู้ปานกลาง (37-55 คะแนน)	118	64.80
ระดับการรับรู้ต่ำ (18-36 คะแนน)	19	10.50
1.10 ระดับพฤติกรรมการใช้หน้าจอของผู้ปกครอง ($\bar{X}$ =23.58, SD=3.12, Max=28.00, Min=12.00)		
มีพฤติกรรมการใช้หน้าจอดีมาก (23-28 คะแนน)	40	21.98
มีพฤติกรรมการใช้หน้าจอดีปานกลาง (15-22 คะแนน)	114	62.64
มีพฤติกรรมการใช้หน้าจอดีน้อย (7-14 คะแนน)	28	15.38
2. ปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านเด็ก		
2.1 เพศ		
ชาย	88	48.40
หญิง	94	51.60
2.2 อายุ ($\bar{X}$ =42.23, SD=8.88, Max=60.00, Min=24.00)		
24-35 เดือน	37	20.30
36-47 เดือน	83	45.60
48-59 เดือน	53	29.10
60 เดือน	9	4.90
2.3 การเจริญเติบโต		
ผอม/ ค่อนข้างผอม	49	30.50



ปัจจัยกำหนดสุขภาพ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
สมส่วน	79	51.30
ท้วม/ เริ่มอ้วน/ อ้วน	28	18.20
2.4 ประเภทหน้าจอที่ดู**		
โทรทัศน์	145	79.70
สมาร์ทโฟน	126	69.20
แท็บเล็ต	22	12.10
2.5 พฤติกรรมการใช้น้ำจอของเด็กปฐมวัยอายุ 2-5 ปี ($\bar{X}$=25.82, SD=7.71, Max=44.00, Min=11.00)		
ระดับมาก (35-44 คะแนน)	27	14.80
ระดับปานกลาง (23-34 คะแนน)	92	50.60
ระดับน้อย (11-22 คะแนน)	63	34.60
2.6 ระยะเวลาการดูโทรทัศน์ของเด็กต่อวัน ($\bar{X}$=108.4, SD=69.14, Max=630, Min=20)		
0.01-60.00 นาที	57	31.30
60.01-180.00 นาที	115	63.20
180.01-300.00 นาที	9	4.90
> 300.00 นาทีขึ้นไป	1	.50
2.7 ระยะเวลาการเล่นสมาร์ทโฟนของเด็กต่อวัน ($\bar{X}$=114.95, SD=80.66, Max=734, Min=10)		
0.01-60.00 นาที	45	24.70
60.01-180.00 นาที	128	70.30
180.01-300.00 นาที	8	4.40
> 300.00 นาทีขึ้นไป	1	0.50
2.8 ระยะเวลาการเล่นแท็บเล็ตของเด็กต่อวัน ($\bar{X}$=25.82, SD=7.71, Max=44.00, Min=11.00)		
0.01-60.00 นาที	13	7.10
60.01-180.00 นาที	169	92.90
2.9 ระยะเวลาการใช้หน้าจอทั้ง 3 ชนิดต่อวันของเด็ก ($\bar{X}$=85.00, SD=46.37, Max=180.00, Min=30.00)		
0.01-60.00 นาที	28	15.40
60.01-180.00 นาที	95	52.20
180.01-300.00 นาที	47	25.80
> 300.00 นาทีขึ้นไป	12	6.60
3. ปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านครอบครัว		
3.1 ประเภทครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	116	63.70



ปัจจัยกำหนดสุขภาพ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ครอบครัวขยาย	66	36.30
3.2 ผู้เลี้ยงดูหลัก*		
พ่อ-แม่	139	76.40
ตา-ยาย	21	11.50
ปู่-ย่า	13	7.10

* นำเสนอเฉพาะข้อมูลสำคัญ

** ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านผู้ปกครอง เด็ก และครอบครัวกับพฤติกรรมการใช้หน้าจอของเด็กปฐมวัยอายุ 2-5 ปี

จากผลการศึกษา เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านผู้ปกครองกับพฤติกรรมการใช้หน้าจอของเด็กปฐมวัยอายุ 2-5 ปี ในจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า การรับรู้ผลกระทบการใช้หน้าจอของเด็ก($r=.389$, $p<.001$) มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ในส่วนของอายุ ($r=.280$, $p<.001$) ทักษะคิดในการใช้หน้าจอ ($r=.215$, $p=.002$) และพฤติกรรมการใช้หน้าจอของผู้ปกครอง($r=.190$, $p=.005$) มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านเด็ก พบว่าการเจริญเติบโต ($r=-.181$, $p=.012$) มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมการใช้หน้าจอของเด็กปฐมวัยอายุ 2-5 ปี และปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านครอบครัว พบว่าผู้เลี้ยงดูหลักของเด็ก ($\chi^2=3.122$, $p=.047$) มีความสัมพันธ์ในกับพฤติกรรมการใช้หน้าจอของเด็กปฐมวัยอายุ 2-5 ปี ในจังหวัดสุพรรณบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2 และตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านผู้ปกครอง เด็ก และครอบครัว (ตัวแปรระดับ Nominal scale) กับพฤติกรรมการใช้หน้าจอของเด็กปฐมวัยอายุ 2-5 ปี ในจังหวัดสุพรรณบุรี ($n=182$)

ปัจจัย	พฤติกรรมการใช้หน้าจอ ของเด็กปฐมวัย		รวม	df	χ^2	p
	น้อย-ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	มาก จำนวน(ร้อยละ)				
1. ปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านผู้ปกครอง						
1.1 เพศ						
ชาย	35 (19.20)	12 (6.60)	47	1	.022	.882
หญิง	102 (56.00)	33 (18.10)	135			
1.2 สถานภาพการสมรส						
โสด/ หย่าร้าง/ แยกกันอยู่/หม้าย/อื่นๆ	46 (25.30)	17 (9.30)	63	1	.284	.607
สมรส	91 (50.00)	28 (15.40)	119			



ปัจจัย	พฤติกรรมการใช้หน้าจอ ของเด็กปฐมวัย		รวม	df	χ^2	p
	น้อย-ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	มาก จำนวน(ร้อยละ)				
1.3 อาชีพของผู้ปกครอง						
ว่างงานและอื่นๆ เช่น ค้าขาย/ รับ ราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ เกษตรกร	72 (39.60)	28 (15.40)	100	1	1.279	.258
2. ปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านเด็ก						
2.1 เพศ						
ชาย	66 (36.3)	22 (12.10)	88	1	.007	.934
หญิง	71 (39.00)	23 (12.6)	94			
3. ปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านครอบครัว						
3.1 ประเภทของครอบครัว						
ครอบครัวเดี่ยว	87 (47.80)	29 (15.90)	116	1	.013	.909
ครอบครัวขยาย	50 (27.50)	16 (8.80)	66			
3.2 ผู้เลี้ยงดูหลัก						
พ่อ-แม่	109 (59.90)	30 (16.50)	139	1	3.122	.047*
อื่นๆ ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อา	28 (15.40)	15 (8.20)	43			

$p < .05^*$, $p < .001^{**}$

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านผู้ปกครอง เด็ก และครอบครัว (ตัวแปรที่จัดระดับเป็น Ordinal scale) กับพฤติกรรมการใช้หน้าจอของเด็กปฐมวัยอายุ 2-5 ปี ในจังหวัดสุพรรณบุรี (n=182)

ตัวแปร	พฤติกรรมการใช้หน้าจอของ เด็กปฐมวัยอายุ 2-5 ปี		ระดับความ สัมพันธ์
	r	p	
1. ปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านผู้ปกครอง			
อายุ	.280	<.001**	ต่ำ
ระดับการศึกษา	-.100	.090	ไม่มี
รายได้	-.074	.191	ไม่มี
ทัศนคติในการใช้หน้าจอ	.215	.002*	ต่ำ



ตัวแปร	พฤติกรรมการใช้หน้าจอของ เด็กปฐมวัยอายุ 2-5 ปี		ระดับความ สัมพันธ์
	r	p	
การรับรู้ผลกระทบการใช้หน้าจอของเด็ก	.389	<.001**	ปานกลาง
พฤติกรรมการใช้หน้าจอของผู้ปกครอง	.190	.005*	ต่ำ
การใช้ระยะเวลาทำกิจกรรมยามว่างกับเด็ก	.071	.172	ไม่มี
2. ปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านเด็ก			
อายุ	-.010	.446	ไม่มี
การเจริญเติบโต	-.181	.012*	ต่ำ
เวลาที่เด็กใช้หน้าจอแต่ละประเภท			
- โทรทัศน์	.039	.300	ไม่มี
- สมาร์ทโฟน	.057	.220	ไม่มี
- แท็บเล็ต	.119	.055	ไม่มี

p<.05 *, p<.001**

อภิปราย

จากผลการศึกษา พบว่า เด็กปฐมวัยอายุ 2-5 ปี ที่ศึกษาอยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดสุพรรณบุรี มีพฤติกรรมการใช้หน้าจอในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.60 ($\bar{X}$ =25.82, SD=7.71) ประเภทหน้าจอที่เด็กใช้ส่วนใหญ่คือ โทรทัศน์ ร้อยละ 79.70 รองลงมาคือการใช้สมาร์ทโฟน ร้อยละ 69.20 โดยพบว่าใช้เวลาเฉลี่ยดูสมาร์ทโฟนต่อวันเท่ากับ 114.95 นาที (SD=80.66) รองลงมาคือ ดูโทรทัศน์เฉลี่ยดูต่อวันเท่ากับ 108.48 นาที (SD=69.14) และดูแท็บเล็ตที่พบว่าเด็กวัย 0-3 ปีในกรุงเทพมหานครส่วนใหญ่ดูโทรทัศน์ แท็บเล็ตและสมาร์ทโฟน คิดเป็นร้อยละ 60.80 และ 63.40 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Chumprasert, Wiroonpanich & Wattanasit⁶ ที่พบว่าเด็กอายุ 2-5 ปีในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดสงขลา ใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ 2 ประเภทขึ้นไป ร้อยละ 81.40 นอกจากนั้น Goh et al.¹⁰ ยังพบว่าเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี ในประเทศสิงคโปร์มีพฤติกรรมการใช้หน้าจอทุกวันร้อยละ 88.20 โดยดูโทรทัศน์และสมาร์ทโฟนเป็นส่วนใหญ่ รองลงมาคือ คอมพิวเตอร์และแท็บเล็ต โดยใช้ระยะเวลาทำกิจกรรมยามว่างกับเด็กในการดูโทรทัศน์ ร้อยละ 86.30 และเล่นสมาร์ทโฟน ร้อยละ 66.50 ตามลำดับ

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านผู้ปกครอง พบว่า อายุของผู้ปกครอง(r=.280, p<.001) ทักษะที่ผู้ปกครองมีต่อการใช้หน้าจอ (r=.215, p=.002) การรับรู้ผลกระทบการใช้หน้าจอของเด็ก(r=.389, p<.001) พฤติกรรมการใช้หน้าจอของผู้ปกครอง (r=.190, p=.005) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้หน้าจอของเด็กปฐมวัยอายุ 2-5 ปี ที่ศึกษาอยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดสุพรรณบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ruangdaraganon et al.⁵ ที่พบว่าทัศนคติ และการรับรู้ผลกระทบจากการที่เด็กใช้หน้าจอเป็นประจำทุกวัน เฉลี่ยวันละ 1.69 ชั่วโมง (SD=1.56) ไม่ว่าจะเป็นโทรทัศน์ สมาร์ทโฟน คอมพิวเตอร์และแท็บเล็ต มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้หน้าจอ และมีผลกระทบกับพัฒนาการทางด้านภาษาของเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปีในประเทศไทย ส่วนพฤติกรรมการใช้หน้าจอของผู้ปกครองพบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้หน้าจอของเด็ก เช่นเดียวกับการศึกษาอื่น ๆ^{2,4-5,10,16} ดังเช่นการศึกษาของ



Goh SN et al.¹⁰ ที่พบว่า ความรู้ของผู้ปกครองเกี่ยวกับการใช้หน้าจอ และพฤติกรรมการใช้หน้าจอของผู้ปกครองมีอิทธิพลต่อการใช้หน้าจอของเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปีในประเทศสิงคโปร์ ซึ่งเป็นที่น่าสนใจว่าการศึกษาดังกล่าว พบว่าพฤติกรรมการใช้หน้าจอของเด็กเล็กและเด็กปฐมวัยนั้น มีความเชื่อมโยงและสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้หน้าจอของผู้ปกครอง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาค้นคว้าที่พบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการใช้หน้าจอในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.64 ($\bar{X}=23.58$, $SD=3.12$)

การศึกษาของ Kosalpraphai, Kiatrungrit & Seree¹⁶ ยังพบว่าพฤติกรรมการใช้อินเตอร์เน็ตและสื่อของผู้ปกครองนักเรียนประถมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนจังหวัดกรุงเทพมหานคร มีความสัมพันธ์ทั้งทางบวกและทางลบกับพฤติกรรมของเด็กและเวลาที่เด็กใช้สื่ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ Lauricella, Wartella & Rideout² ที่พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อปริมาณการดูโทรทัศน์ของเด็กเล็ก คือ ปริมาณการดูโทรทัศน์ของพ่อแม่และพี่น้อง ซึ่งหากพ่อแม่และแม่ดูโทรทัศน์เป็นเวลานานเด็กก็จะดูโทรทัศน์เป็นเวลานานเช่นกัน ดังนั้นการที่เด็กใช้หน้าจอ หรือดูโทรทัศน์มาก ทำให้เด็กมีเวลาอ่านหนังสือ ทำการบ้าน และสัมพันธ์กับผู้ปกครองลดลง และอาจส่งผลต่อปัญหาพฤติกรรมของเด็กต่อไป¹⁶ ผู้ปกครองจึงควรลดระยะเวลาการใช้หน้าจอลงเมื่ออยู่กับเด็ก¹⁰ สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างอายุของผู้ปกครองกับพฤติกรรมการใช้หน้าจอของเด็กปฐมวัยอายุ 2-5 ปี พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ปกครองอยู่ในวัยทำงาน ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง (อายุของผู้ปกครองเฉลี่ย 36.60 ± 11.47 ปี) และมีฐานะในระดับปานกลาง (รายได้เฉลี่ย $9,879.65 \pm 4,493.63$ บาท/เดือน) ทำให้ต้องใช้เวลากับการทำงานทำให้ไม่สามารถส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้อย่างเหมาะสม6 แต่ผลการศึกษานี้ยังไม่พบว่าสอดคล้องกับการศึกษาอื่น

ปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านเด็ก พบว่า การเจริญเติบโตของเด็ก ($r=-.181$, $p=.012$) มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการใช้หน้าจอของเด็กปฐมวัยอายุ 2-5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ สามารถอธิบายว่า เด็กที่มีการเจริญเติบโตสมส่วนจะมีพฤติกรรมการใช้หน้าจออยู่ในระดับน้อย ในทางตรงกันข้าม จะพบว่าเด็กที่มีการเจริญเติบโตไม่สมส่วน เช่น ท้วม อ้วน หรือ ผอม พฤติกรรมการใช้หน้าจออยู่ในระดับปานกลางถึงมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wongpipit, Kritpet & Phongphibool¹⁷ ที่กล่าวว่า เด็กที่อายุต่ำกว่า 1-2 ปี และอายุระหว่าง 3-5 ปี ไม่แนะนำ ให้มีเวลาในการใช้หน้าจอ เช่น การดูโทรทัศน์/วิดีโอ หรือ การ เล่นวิดีโอเกม สำหรับเด็กที่อายุระหว่าง 1-5 ปี ควรใช้หน้าจอไม่เกิน 1 ชั่วโมงต่อวัน ยังมีระยะเวลาการใช้หน้าจออยู่น้อยยิ่งดี เพราะหากมีพฤติกรรมการใช้หน้าจอมากเกินไปจะทำให้ร่างกายไม่เคลื่อนไหว ขาดกิจกรรมทางกาย ส่งผลให้เด็กมีภาวะอ้วน หรือหากเด็กมีพฤติกรรมเสพติดหน้าจออาจจ่อจอนไม่รับประทานอาหาร ทำให้ร่างกายผอมได้ ซึ่งล้วนแต่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตด้านร่างกายและการพัฒนาการ⁶

สำหรับปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านครอบครัว พบว่าผู้เลี้ยงดูหลัก ($\chi^2=3.122$, $p=.047$) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้หน้าจอของเด็กปฐมวัยอายุ 2-5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Tancharoenwong, Pakdeeronachit & Svetthitikun⁴ ที่พบว่า ความเกี่ยวข้องของบุคคลที่เลี้ยงดูเด็ก เช่น พ่อแม่ ปู่ย่า ตายาย มีผลต่อปริมาณการใช้หน้าจอของเด็กไทยอายุ 0-3 ปี ในเขตกรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับ Goh SN et al.¹⁰ ที่พบว่าผู้เลี้ยงดูเด็ก สิ่งแวดล้อมภายในบ้านมีอิทธิพลต่อการใช้หน้าจอของเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปีในประเทศสิงคโปร์ และ Ruangdaraganon et al.⁵ ระบุว่า การใช้เวลาของพ่อแม่ ปู่ย่า ตายายที่เลี้ยงดูเด็กในช่วง 3 ปีแรกในสังคมไทย ส่วนใหญ่จะใช้เวลาในการดูโทรทัศน์ร่วมกันมากกว่า 2 ชั่วโมงต่อวัน นอกจากนั้น สังคมและวัฒนธรรมไทยหรือคนเอเชียจะนิยมให้บุตรหลานอายุต่ำกว่า 3 ปี นอนร่วมห้องกับผู้ใหญ่ ทำให้มีเด็กมีโอกาสในการดูโทรทัศน์และใช้หน้าจอเพิ่มขึ้น¹⁰ ซึ่งกระทบต่อคุณภาพการนอนของเด็กอายุ 3 เดือน-3 ปี เพราะทุก 1 ชั่วโมงที่เด็กใช้หน้าจอ ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยของปริมาณการนอนต่อวันลดลงวันละ 15.6 นาที ซึ่งการพักผ่อนนอนหลับที่เพียงพอ นั้น เป็นพื้นฐานของการพัฒนาการที่ดี การใช้หน้าจอที่กระตุ้นเด็กมากเกินไปนั้นเป็นอันตรายที่ผู้ปกครองหรือผู้เลี้ยงดูหลักควรตระหนัก^{4-5,10,16} เนื่องจากการใช้หน้าจออย่างไม่เหมาะสมในวัยปฐมวัยนั้นส่งผลเสียต่อพัฒนาการของเด็ก



ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. จากผลการศึกษาพบว่าเด็กปฐมวัยอายุ 2-5 ปี จังหวัดสุพรรณบุรี มีพฤติกรรมการใช้หน้าจอทั้งโทรทัศน์ โทรศัพท์ และแท็บเล็ต โดยเฉพาะโทรทัศน์เด็กจะมีการใช้ร่วมกับผู้ปกครองในการทำกิจกรรมร่วมกันมาก ควรมีวิธีป้องกันไม่ให้เด็กรับสื่อมากเกินไป หากเริ่มมีผลกระทบต่างๆ เกิดขึ้น ควรพักการเล่นหรือหยุดเล่นหรือควรตั้งเกณฑ์ให้ชัดเจนในการใช้ ผู้ปกครองควรปรับเปลี่ยนวิธีการทำกิจกรรมร่วมกันกับเด็ก และลดระยะเวลาการใช้หน้าจอลงเมื่ออยู่กับเด็ก

2. ทศนคติที่ผู้ปกครองมีต่อการใช้หน้าจอ การรับรู้ผลกระทบการใช้หน้าจอของเด็ก พฤติกรรมการใช้หน้าจอของผู้ปกครอง และพฤติกรรมการใช้หน้าจอของเด็กปฐมวัยอายุ 2-5 ปี อยู่ในระดับปานกลางถึงมาก ผู้ปกครองควรที่จะศึกษาข้อมูลทั้งข้อดี ข้อเสียในการใช้หน้าจอของเด็ก รวมถึงควรรับรู้ผลกระทบในการใช้หน้าจอของเด็กที่มีต่อการดูโทรทัศน์ เล่นสมาร์ทโฟน และแท็บเล็ตมากเกินไป หากเกิดผลกระทบควรปรับเปลี่ยนเวลาการใช้หน้าจอของเด็ก ให้อยู่ในเวลาที่เหมาะสมกับช่วงอายุ นอกจากนั้นผู้ปกครอง/ผู้เลี้ยงดูหลัก ควรหากิจกรรมหรืองานอดิเรกทำร่วมกันกับเด็กนอกเหนือกิจกรรมที่ใช้จากหน้าจอ

3. จากผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการใช้หน้าจอของเด็กปฐมวัยอายุ 2-5 ปี อยู่ในระดับปานกลาง ควรมีการเฝ้าระวังโดยทำแบบประเมินต่างๆ เกี่ยวกับพฤติกรรมและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการใช้หน้าจอ เช่น คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการ (DSPM)/The Bayley-III Screening Survey เป็นต้น เพื่อป้องกันเด็กปฐมวัยมีพฤติกรรมและการเจริญเติบโตไม่เป็นไปตามวัยและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการใช้หน้าจอ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ โดยมีการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ปกครองของเด็กปฐมวัย เพื่อให้ทราบถึงความคิดเห็นในด้านผลกระทบทั้งในทางด้านบวกและทางด้านลบในการใช้หน้าจอของเด็กปฐมวัย

2. ควรศึกษาตัวแปรปัจจัยด้านเด็ก ด้านครอบครัวและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้หน้าจอระหว่างเด็กปฐมวัย ได้แก่ บุคลิกภาพเด็ก จำนวนพี่น้อง รูปแบบการเลี้ยงดู สถานที่นอน เป็นต้น

3. ควรศึกษาปัจจัยด้านพัฒนาการของเด็กปฐมวัย เพื่อให้ทราบว่าพฤติกรรมการใช้หน้าจอของเด็กปฐมวัยส่งผลกระทบต่อพัฒนาการมากน้อยเพียงใด

4. ควรศึกษาการเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้หน้าจอระหว่างเด็กปฐมวัยที่ศึกษาในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและเด็กปฐมวัยที่ศึกษาในโรงเรียนรัฐบาล/เอกชน เพื่อทราบถึงความแตกต่างของพฤติกรรมการใช้หน้าจอ

5. ควรศึกษาสมการทำนายพฤติกรรมการใช้หน้าจอของเด็กปฐมวัยอายุ 2-5 ปี เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการป้องกันพฤติกรรมการใช้หน้าจอของเด็ก และหาแนวทาง /วิธีการแก้ไขพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในการใช้หน้าจออย่างถูกต้อง

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยเรื่องนี้ได้รับทุนสนับสนุนการทำวิจัยจากสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

References

1. Alloway TP, Williams S, Jones B, Cochrane F. Exploring the impact of television watching on vocabulary skills in toddlers. *Early Child Edu J* 2014;42:343-9.
2. Lauricella AR, Wartella EA, Rideout VJ. Young children's screen time: the complex role of parent and child factors. *J Appl Dev Psychol* 2015;36:11-7.



3. Lin LY, Cherng RJ, Chen YJ, Chen YJ, Yang HM. Effects of television exposure on developmental skills among young children. *Infant Behav Dev.* 2015;38:20–6. doi: 10.1016/j.infbeh.2014.12.005. Epub 2014 Dec 25. PMID:25544743.
4. Tancharoenwong AS, Pakdeeronachit S, Svetthitikun Y. Screen behaviour of Thai toddlers aged 0–3 years in Bangkok. *The Journal of Social Communication Innovation* 2018;6(2):60–9.(in Thai)
5. Ruangdaraganon N, Chuthapisith J, Mo-suwan L, Kriweradechachai S, Udomsubpayakul U, Choprapawon C. Television viewing in Thai infants and toddlers: impacts to language development and parental perceptions. *BMC Pediatrics* 2009;9:34doi:10.1186/1471-2431-9-34.
6. Chumprasert T, Wiroonpanich W, Wattanasit P. Relationships between the use of electronic media and the development of children aged 2–5 years in public child development centers in Songkhla province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health* 2019;6(2):91–104.(in Thai)
7. Ra CK, Cho J, Stone MD, De La Cerda J, Goldenson NI, Moroney E, Tung I, Lee SS, Leventhal AM. Association of digital media use with subsequent symptoms of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder among adolescents. *JAMA* 2018;17(3):255–63.
8. Tomopoulos S, Dreyer BP, Berkule S, Fierman AH, Brockmeyer C, Mendelsohn AL. Infant media exposure and toddler development. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2010;164(12):1105–11.
9. Tupmalai K, The development model for promoting early child development at child care centers in Suphanburi province. *Regional Health Promotion Center 9 Journal: The Journal for Health Promotion and Environment Health* 2018;12(29):1–19.(in Thai)
10. Goh SN, et al. Sociodemographic, home environment and parental influences on total and device-specific screen viewing in children aged 2 years and below: an observational study. *BMJ Open* 2016;6:e009113. doi:10.1136/bmjopen-2015-009113.
11. Kaewanuchit C. Health determinants and social determinants of health under global and Thai health system. *Journal of Nursing Science & Health* 2013;36(1):123–31.(in Thai)
12. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Edu Psychol Meas* 1970;30(3):607–10.
13. Fincham JF. Response rates and responsiveness for survey, standards, and the journal. *Am J Pharm Educ* 2008;72(2):1–3.
14. Best JW. *Research in education.* (3rded.). Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, Inc; 1977.
15. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences.* (2nded.). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc; 1988.
16. Kosalpraphai A, Kiatrungrit K, Seree P. Association between parental internet use and behavioral problems in elementary students. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2018;63(2):101–14.[in Thai]
17. Wongpipit W, Kritpet T, Phongphibool S. Physical activity and sedentary behavior: guidelines and assessment. *Journal of Sports Science and Health* 2020;21(1):1–21.(in Thai)



ความสัมพันธ์ระหว่างอาการไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ ในวัยรุ่นโรคเอสแอลอี

Relationship between Various Unpleasant Symptoms in Adolescents with Systemic Lupus Erythematosus (SLE)

สุพัตนา ศักดิษฐานนท์^{1*} พูลสุข ศิริพล¹ ยุภาวดี ทาสะโก² ภววรรณตรี พลเยี่ยม¹

ขวัญกมล ลาตเสนา¹ ณริดา รัตนอัมพา¹

Supattana Sakdisthanont¹ Pulsuk Siripul¹ Yupawadee Tasako² Phawantree Ponyiem¹

Khunkamon Lardsena¹ Narida Rattana-umpa¹

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

²สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

¹Faculty of Nursing, Khon Kaen University

²Kumphawapi District Health Office, Udon Thani Province

Corresponding author: Supattana Sakdisthanont; Email: supattana@kku.ac.th

Received: January 10, 2022 Revised: March 6, 2022 Accepted: March 17, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการปวด อาการเครียด และอาการอ่อนล้า ในวัยรุ่นโรคเอสแอลอี ใช้ทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างคือวัยรุ่นอายุ 10-19 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเอสแอลอีมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 102 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ที่แผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรมโรงพยาบาลตติยภูมิสองแห่งใน จังหวัดขอนแก่น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษาพบว่า อาการปวดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการ เครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.20, p<.05$) อาการเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการอ่อนล้าอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($r=.38, p<.01$) อาการปวดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการอ่อนล้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.18, p<.05$) สรุปได้ว่าอาการปวด อาการเครียด และอาการอ่อนล้า ในวัยรุ่นโรคเอสแอลอีมีความสัมพันธ์ทางบวกซึ่งกันและกัน พยาบาลควรให้ความสำคัญกับการประเมินอาการปวด อาการเครียด และอาการอ่อนล้า และพัฒนากลยุทธ์ในการ จัดการกับอาการเหล่านี้ เพื่อช่วยลดความทุกข์ทรมานของวัยรุ่นจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเอสแอลอีและสามารถดำเนินชีวิต ได้ใกล้เคียงกับภาวะปกติ รวมทั้งสามารถเพิ่มศักยภาพของตนเองในการควบคุมและจัดการอาการเหล่านี้ได้อย่างมี ประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: โรคเอสแอลอี; วัยรุ่น; อาการเครียด; อาการปวด; อาการอ่อนล้า



Relationship between Various Unpleasant Symptoms in Adolescents with Systemic Lupus Erythematosus (SLE)

Supattana Sakdisthanont¹ Pulsuk Siripul¹ Yupawadee Tasako² Phawantree Ponyiem¹

Khunkamon Lardsena¹ Narida Rattana-umpa¹

¹Faculty of Nursing, Khon Kaen University

²Kumphawapi District Health Office, Udon Thani Province

Corresponding author: Supattana Sakdisthanont; Email: supattana@kku.ac.th

Received: January 10, 2022 Revised: March 6, 2022 Accepted: March 17, 2022

Abstract

This correlative descriptive research aimed to study the relationship between pain, stress and fatigue symptoms in adolescents with SLE., using the Theory of Unpleasant Symptom as the conceptual framework. The sample consisted of male and female adolescents aged 10–19 years, who had been diagnosed with SLE for at least 6 months. The purposive sampling method was used to select 102 participants. Data were collected using questionnaires, in the pediatric outpatient department of two tertiary care hospitals in Khon Kaen Province. The data were analyzed using descriptive statistics. The results showed that pain was significantly positively associated with stress ($r=.20$, $p<.05$), stress was significantly positively associated with fatigue ($r=.38$, $p<.01$), and pain was significantly positively correlated with fatigue ($r=.18$, $p<.05$). In conclusion, pain, stress and fatigue in adolescents with SLE had the positive relationships with one another. Nurses should focus on assessing pain, stress and fatigue, and develop strategies for managing these symptoms, in order to help adolescents reduce their suffering from SLE and to live normal lives, and to improve their own ability to effectively control and manage these symptoms.

Keywords: systemic lupus erythematosus (SLE); adolescent; stress; pain; fatigue

ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคซิสเต็มมาติกลูปัสอีริธมาโตซัส (systemic lupus erythematosus: SLE) หรือโรคเอสแอลอี เป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่ง ที่พบมากในเด็กวัยรุ่นมากกว่าวัยอื่น ๆ¹ โดยพบว่าจำนวนวัยรุ่นที่เจ็บป่วยด้วยโรคเอสแอลอีมีมากถึงร้อยละ 25 ของผู้ป่วย ที่เป็นโรคเอสแอลอีทุกวัย¹⁻² สอดคล้องกับสถิติของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ที่พบว่าวัยรุ่นที่เจ็บป่วยด้วยโรคเอสแอลอี พบร้อยละ 20 ของผู้ป่วยโรคเอสแอลอีทุกวัย³ โรคเอสแอลอีเป็นโรคที่มีระบบการทำงานของภูมิคุ้มกันผิดปกติ ทำให้ภูมิคุ้มกัน เกิดการจำเซลล์ของเนื้อเยื่อในร่างกายตนเองไม่ได้ ภูมิคุ้มกันจึงคิดว่าเซลล์ในร่างกายเป็นสิ่งแปลกปลอม และเข้าไปทำลายเซลล์ ต่าง ๆ ของตนเอง ทำให้เกิดการอักเสบของอวัยวะต่าง ๆ ที่เซลล์ถูกทำลายหรือทำให้เกิดการอักเสบ ส่วนใหญ่มักพบการอักเสบ ทุกอวัยวะในร่างกาย เช่น ปอด หัวใจ ไต สมอ เส้นเลือด เป็นต้น^{1-2,4} โรคเอสแอลอีจึงเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อร่างกายของผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคนี้ โดยเฉพาะเมื่อเกิดในวัยรุ่นซึ่งเป็นวัยที่แม้ไม่มีการเจ็บป่วยใด ๆ ร่างกายของวัยรุ่น มักมีการเปลี่ยนแปลงมากมายทุกระบบเพื่อเริ่มเข้าสู่ผู้ใหญ่ เมื่อวัยรุ่นเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเอสแอลอีจึงทำให้เกิด ความเสียหายแก่อวัยวะต่าง ๆ ได้มาก ผลการวิจัยพบว่าโรคเอสแอลอีที่เกิดขึ้นในวัยรุ่นมีอาการที่รุนแรงและมีอัตราเสียชีวิต สูงกว่าที่พบในผู้ใหญ่หรือวัยอื่น ๆ² ทำให้พบสถิติว่าผู้ป่วยโรคเอสแอลอีส่วนใหญ่มักเสียชีวิตในช่วงวัยรุ่น⁴

โรคเอสแอลอีเป็นโรคที่มีการทำงานผิดปกติของระบบเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (connective tissue) ที่มีความซับซ้อน การวินิจฉัยโรคจึงต้องมีหลักเกณฑ์ในการวินิจฉัยที่ชัดเจน เนื่องจากว่าถ้าการวินิจฉัยไม่ชัดเจนแล้วจะทำให้การรักษาโรค ผิดพลาดหรือทำให้เกิดความล่าช้าในการรักษาได้ การวินิจฉัยโรคเอสแอลอีต้องใช้หลักเกณฑ์หรือข้อบ่งชี้ในการวินิจฉัย และยังต้องใช้ระยะเวลาในการตรวจทางห้องปฏิบัติการร่วมกับการสังเกตอาการของผู้ป่วย เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีอาการครบ ตั้งแต่ 4 ข้อขึ้นไป จากเกณฑ์ทั้งหมด 11 ข้อ จึงจะวินิจฉัยว่าเป็นโรคเอสแอลอี⁴⁻⁵ หากพบว่าผู้ป่วยมีอาการยังไม่ครบ 4 ข้อ จะเพียงวินิจฉัยว่าสงสัยเท่านั้น^{2,4} วัยรุ่นที่เจ็บป่วยด้วยโรคเอสแอลอีทุกคนมีความต้องการหายจากการเจ็บป่วย⁶ และมีการเลือกวิธีการจัดการอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนตามความสามารถของตนที่จะทำได้ แต่เมื่อป่วยเป็นโรคเอสแอลอี ที่มีการแสดงอาการของโรคในหลายระบบพร้อมกัน ย่อมนำความยากลำบากในการจัดการอาการเหล่านั้น ธรรมชาติ ของโรคเอสแอลอีเป็นโรคที่มีอาการหลายอาการร่วมกันเรียกว่ากลุ่มอาการ (cluster symptom) เมื่อวัยรุ่นเจ็บป่วย ด้วยโรคเอสแอลอี จึงต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นพร้อมกันหรือเกิดขึ้นต่อเนื่องกัน สามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์⁷ ซึ่งกล่าวว่าอาการที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งเพียงอาการเดียว เรียกว่าอาการเดี่ยว (single symptom) ส่วนอาการที่เกิดขึ้นหลาย ๆ อาการในช่วงเวลาเดียวกันเรียกว่ากลุ่มอาการ (cluster symptom) ทฤษฎีนี้ได้กล่าวไว้ว่าในกลุ่มอาการนั้นแต่ละอาการย่อมมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันในรูปแบบใด รูปแบบหนึ่ง เช่น อาการหนึ่งอาจทำให้เกิดอีกอาการหนึ่งตามมา หรืออาการที่เกิดขึ้นพร้อมกันหลายอาการในเวลาเดียวกัน นั้นย่อมมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน เป็นต้น สำหรับโรคเอสแอลอีพบว่าอาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อยและพบมาก ในวัยรุ่นโรคเอสแอลอี ได้แก่ อาการปวด อาการเครียด อาการอ่อนล้า ตามลำดับ⁴ อาการทั้งสามอาการนี้ล้วนส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และสังคมของวัยรุ่นโรคเอสแอลอี แม้เกิดเพียงอาการเดียวย่อมนำความทุกข์ทรมานมาสู่วัยรุ่นเหล่านั้น แล้วหากเกิดครบทั้งสามอาการในเวลาเดียวกันย่อมส่งผลให้วัยรุ่นโรคเอสแอลอีมีความทุกข์ทรมานมากยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบว่ามีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างอาการไม่พึงประสงค์ทั้งสามอาการนี้ในวัยรุ่นโรคเอสแอลอีมาก่อน ทำให้องค์ความรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างอาการไม่พึงประสงค์ ได้แก่ อาการปวด อาการเครียด อาการอ่อนล้า ในวัยรุ่นโรคเอสแอลอียังไม่มีความชัดเจน

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า อาการปวดเป็นอาการที่พบได้ร้อยละ 80 ในผู้ป่วย โรคเอสแอลอี⁸ ลักษณะของความปวดมีหลากหลายสาเหตุและรูปแบบ เช่น ปวดศีรษะ ปวดข้อ ปวดกล้ามเนื้อ จาก การศึกษาของยูภาวดี ทาสโก และคณะ¹⁰ พบว่าวัยรุ่นเมื่อเริ่มเจ็บป่วยด้วยโรคเอสแอลอีส่วนใหญ่มักมีอาการปวด ร่วมด้วยเสมอ เช่น ปวดข้อ ปวดผิวหนัง ปวดท้อง ปวดศีรษะ เป็นต้น อาการปวดที่เกิดขึ้นมักมีระดับความรุนแรงเล็กน้อย หรือปานกลาง ยกเว้นในกรณีที่อาการของโรครุนแรงมาก นอกจากอาการปวดที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรคเอสแอลอี



แล้ววัยรุ่นเหล่านี้ที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะต้องได้รับการทำหัตถการต่างๆ ที่เป็นสาเหตุให้เกิดอาการปวดได้ เช่น การเจาะเลือด การให้น้ำเกลือทางหลอดเลือดดำ การให้เคมีบำบัด เป็นต้น^{4,9}

อาการไม่พึงประสงค์ที่พบบรองลงมา คือ อาการอ่อนล้า พบได้ร้อยละ 70-80 ของอาการที่พบในโรคโรคเอสแอลอีทั้งหมด⁹ วัยรุ่นโรคเอสแอลอีมักมีอาการอ่อนล้าทั้งในมิติด้านร่างกายและด้านจิตใจอารมณ์¹¹ มีผลการวิจัยพบว่าผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเอสแอลอีมักมีอาการอ่อนล้าด้านร่างกายในระดับสูง เช่น ไม่มีแรงถือช้อนตักอาหารรับประทานเอง ไม่มีแรงเดิน เป็นต้น ซึ่งไม่สอดคล้องกับอาการแสดงที่ปรากฏภายนอก จึงทำให้สมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนในชั้นเรียนมักเข้าใจผิดว่าวัยรุ่นเหล่านี้แกล้งทำเพื่อหลบเลี่ยงงาน เป็นต้น¹²

อาการเครียด ผลการสำรวจพบว่าผู้ป่วยโรคเอสแอลอีมีอาการเครียดสูงถึงร้อยละ 74.1^{4,9} การเจ็บป่วยด้วยโรคเอสแอลอีซึ่งเป็นโรคเรื้อรังเป็นเวลายาวนานย่อมทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการเครียด อาการเครียดที่เกิดขึ้นมักส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ โดยพบว่า ผู้ป่วยโรคเอสแอลอีที่มีความเครียดสูง มักมีความสัมพันธ์กับอาการไม่พึงประสงค์อื่นๆ เช่น อาการปวด อาการขาดออกซิเจน อาการเหนื่อยง่าย เป็นต้น⁴ มีผลการวิจัยพบว่า วัยรุ่นให้ความหมายของการเจ็บป่วยด้วยโรคเอสแอลอีว่าเป็นโรคของผู้แพ้¹² ซึ่งทำให้วัยรุ่นโรคเอสแอลอีมีความเครียดสูงเมื่อเกิดการกำเริบของโรคหรือเมื่อต้องเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของอาการไม่พึงประสงค์บางส่วนในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเอสแอลอี ได้แก่ การศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยโรคเอสแอลอีที่มีอาการปวดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการอ่อนล้า¹³ อาการวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับอาการอ่อนล้า¹³⁻¹⁴ อาการเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการอ่อนล้า¹⁴ และสามารถทำนายอาการอ่อนล้าในผู้ป่วยโรคเอสแอลอีได้ถึงร้อยละ 77¹⁴ งานวิจัยที่กล่าวมาล้วนเป็นการศึกษาในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเอสแอลอี สำหรับการศึกษาความสัมพันธ์ของอาการไม่พึงประสงค์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในวัยรุ่นโรคเอสแอลอี โดยเฉพาะการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของอาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อยในวัยรุ่นโรคเอสแอลอี ได้แก่ อาการปวด อาการเครียด อาการอ่อนล้า ที่ศึกษาครบทั้งสามอาการนั้น ยังไม่พบว่ามีการศึกษา มาก่อน ซึ่งวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่มีความแตกต่างกันในทางสรีระและพัฒนาการ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อยในวัยรุ่นโรคเอสแอลอี ได้แก่ อาการปวด อาการเครียด และอาการอ่อนล้า ว่ามีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันหรือไม่ อย่างไร ผลของการศึกษานี้ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาบริการทางแก่ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคเอสแอลอีให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น และเพื่อพัฒนากลยุทธ์ในการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อยในวัยรุ่นโรคเอสแอลอีที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อยในวัยรุ่นโรคเอสแอลอี ได้แก่ อาการปวด อาการเครียด และอาการอ่อนล้า

สมมุติฐานการวิจัย

อาการปวด อาการเครียด และอาการอ่อนล้าในวัยรุ่นโรคเอสแอลอีมีความสัมพันธ์ทางบวกซึ่งกันและกัน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (Theory of Unpleasant Symptom; TOUS) ของ Lenz และคณะ⁸ ได้อธิบายถึงอาการไม่พึงประสงค์ต่างๆ ที่เกิดจากการเจ็บป่วย มักเกิดขึ้นหลายอาการพร้อมกัน หรืออาการหนึ่งส่งผลให้เกิดอีกอาการหนึ่งตามมา เรียกอาการเหล่านี้ว่ากลุ่มอาการ (cluster symptom) กลุ่มอาการมักเกิดขึ้นในช่วงเวลาเดียวกันหรือใกล้เคียงกัน กลุ่มอาการมักมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันในทางใดทางหนึ่ง โดยอาการหนึ่งนำไปสู่อาการอื่นๆ ต่อไปได้⁸

การวิจัยครั้งนี้ใช้ทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์มาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย โดยมุ่งศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อย ในการเจ็บป่วยของวัยรุ่นโรคเอสแอลอี 3 อันดับแรก^{4,6} ได้แก่ อาการปวด อาการเครียด และอาการอ่อนล้า เนื่องจากโรคเอสแอลอีเป็นโรคเรื้อรังที่มีอาการแสดงของร่างกายหลายระบบ จึงมีโอกาสที่จะเกิดกลุ่มอาการในการเจ็บป่วยได้สูง โดยเฉพาะในวัยรุ่นที่เจ็บป่วยด้วยโรคเอสแอลอีพบว่า มีอาการที่พบบ่อย เป็นอันดับแรก ได้แก่ อาการปวด รองลงมา ได้แก่ อาการเครียด และอาการอ่อนล้า ตามลำดับ^{4,6} จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบว่ามีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการไม่พึงประสงค์ครบทั้งสามอาการ ได้แก่ อาการปวด อาการเครียด และอาการอ่อนล้า ในวัยรุ่นโรคเอสแอลอีมาก่อน ทำให้องค์ความรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ของอาการไม่พึงประสงค์ต่างๆ เหล่านี้ยังขาดความชัดเจน

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ (correlational descriptive research) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม พ.ศ.2562 ที่แผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรมโรงพยาบาลตติยภูมิสองแห่งในจังหวัดขอนแก่น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือผู้ป่วยวัยรุ่นที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่าเป็นโรคเอสแอลอี ที่มารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลตติยภูมิสองแห่งในจังหวัดขอนแก่น

กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ วัยรุ่นโรคเอสแอลอีอายุ 10-19 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ไม่อยู่ในระยะกำเริบรุนแรง สามารถอ่านเขียนและฟังภาษาไทยได้เข้าใจ ผู้ป่วยสมัครใจเข้าร่วมการศึกษา และได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองให้เข้าร่วมการศึกษา ใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างในการทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของอรุณ จิรวรรณกุล¹⁵ ซึ่งเป็นสูตรที่ใช้สำหรับการคำนวณขนาดตัวอย่างที่มีรูปแบบการวิจัยเชิงหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร คำนวณขนาดตัวอย่างได้จำนวน 92 คน ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนตัวอย่างอีกร้อยละ 10¹⁶ เพื่อป้องกันการสูญหายของตัวอย่าง ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้จำนวน 102 คน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลทั้งสองแห่งจำนวนเท่ากันแต่ละ 51 คน รวมทั้งสิ้น 102 คน

การคำนวณขนาดตัวอย่าง ใช้การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณได้จากสูตรในการทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์¹⁵ ดังนี้

$$n = \left(\frac{Z_{\alpha} + Z_{\beta}}{Z_{(r)}} \right)^2 + 3$$

กำหนดให้ n = ขนาดตัวอย่าง, $Z_{\alpha.025} = 1.96$, $Z_{\beta.1} = 1.28$

$r = .33$ จากการศึกษาของ Somers¹⁷ ที่ศึกษาเรื่องอาการปวด อาการอ่อนล้า และผลกระทบต่อด้านจิตใจที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตในวัยรุ่นโรคเอสแอลอี

แทนค่าในสูตร

$$n = \left(\frac{1.96 + 1.28}{.3428} \right)^2 + 3 = 92.30 (\sim 92 \text{ คน})$$

จากสูตรคำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ 92 คน เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้จำนวน 102 คน



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ยาที่ได้รับ การเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล อาการที่พบ ลักษณะของครอบครัว รายได้ของครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว

2. แบบประเมินอาการปวด ใช้แบบประเมินที่ผู้ป่วยตอบด้วยตนเอง (self-report) แบบประเมินมีลักษณะเป็น visual analog pain scale คือ เส้นตรงแนวนอนความยาว 10 เซนติเมตร มีค่าจากด้านซ้ายสุดเท่ากับ 0 หมายถึงไม่มีความปวดเลย ค่าเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จากซ้ายไปขวาจนถึงปลายด้านขวาสุดมีค่าเท่ากับ 10 หมายถึง มีความปวดมากที่สุด เมื่อผู้ตอบด้วยการขีดเส้นตรงแนวดังตัดกับเส้นแนวนอนที่จุดใด ใช้ไม้บรรทัดวัดจาก 0 ไปยังจุดตัดนั้น บันทึกข้อมูลเป็นเซนติเมตร เนื่องจากแบบประเมินความปวดมีลักษณะเป็น visual analog pain scale จึงไม่ได้ตรวจสอบหาความตรงเชิงเนื้อหาและความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

3. แบบประเมินอาการเครียด ผู้วิจัยใช้แบบประเมิน Perceived Stress Scale (PSS) ของ Cohen และคณะ¹⁸ ใช้ประเมินความเครียดที่เกิดจากการเจ็บป่วย ซึ่งได้รับความยินยอมจากเจ้าของเครื่องมือ (Cohen และคณะ) ให้แปลเป็นภาษาไทยและปรับคำ (wording) บางส่วนให้เหมาะสมกับวัยของผู้ตอบแบบสอบถามและบริบทของการเจ็บป่วยด้วยโรคเอสแอลอี จำนวน 10 ข้อ แบบสอบถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบกำหนดตัวเลข (rating scale) 5 ระดับ คือ 0 ถึง 4 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วงตั้งแต่ 0 ถึง 40 คะแนน สำหรับคำถามข้อ 4, 5, 7 และ 8 เป็นคำถามเชิงลบ คำถามข้อ 1, 2, 3, 6, 9 และ 10 เป็นคำถามเชิงบวก การแปลผลคะแนนมาก หมายถึง มีอาการเครียดสูง คะแนนน้อยหมายถึงมีอาการเครียดน้อย

4. แบบประเมินอาการอ่อนล้า ใช้แบบประเมิน Fatigue Severity Scale (FSS) ของ Krupp และคณะ¹⁹ ซึ่งได้รับความยินยอมจากเจ้าของเครื่องมือ (Krupp และคณะ) ให้แปลเป็นภาษาไทยและให้ปรับบางส่วนได้ จึงนำมาปรับข้อความคำถามให้มีความเหมาะสมกับวัยรุ่นโรคเอสแอลอี จำนวน 9 ข้อ เป็นการประเมินความอ่อนล้าทั้งด้านร่างกายและจิตใจ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบกำหนดตัวเลข (rating scale) 5 ระดับ คือ 0 ถึง 4 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วงตั้งแต่ 0 ถึง 45 คะแนน การแปลผล คะแนนมากหมายถึงมีอาการอ่อนล้ามาก คะแนนน้อยหมายถึงมีอาการอ่อนล้าน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) แบบประเมินอาการเครียดและแบบประเมินอาการอ่อนล้า ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 4 คน คำนวณได้ค่า CVI ดังนี้ แบบประเมินอาการเครียด CVI เท่ากับ .84 แบบประเมินอาการอ่อนล้า CVI เท่ากับ .93

การตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินอาการเครียดและแบบประเมินอาการอ่อนล้าไปทดลองใช้กับวัยรุ่นโรคเอสแอลอีที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ผลดังนี้ แบบประเมินอาการเครียดเท่ากับ .82 และแบบประเมินอาการอ่อนล้าเท่ากับ .90

สำหรับแบบประเมินอาการปวดมีลักษณะเป็น visual analog pain scale จึงไม่ได้ตรวจสอบหาความตรงเชิงเนื้อหาและค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น (HE621101) และกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลขอนแก่น (KEMOU62014) อาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการวิจัยได้รับฟังคำชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัยการเข้าร่วม และผลประโยชน์ที่จะได้รับการเข้าร่วมโครงการวิจัยแก่อาสาสมัครและผู้ปกครอง การเข้าร่วมเป็นไปด้วยความสมัครใจ การปฏิเสธหรือ



ยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาโรคของผู้ป่วย การนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวมผู้ที่อ่านผลการวิจัยจะไม่สามารถรู้ว่าผู้ป่วยเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครในการวิจัยครั้งนี้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อผ่านการพิจารณาอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น เพื่อขออนุญาตทดลองใช้เครื่องมือและขอเก็บข้อมูลถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีนครินทร์ และโรงพยาบาลขอนแก่น เมื่อได้รับอนุญาตแล้วผู้วิจัยนำหนังสือเข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกของทั้งสองโรงพยาบาลเพื่อแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย จากนั้นผู้วิจัยแนะนำตัวกับแพทย์เจ้าของไข้ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานเพื่อชี้แจงขั้นตอนและรายละเอียดการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยแนะนำตัวกับอาสาสมัครและผู้ดูแล ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจากอาสาสมัครและผู้ดูแล เมื่ออาสาสมัครและผู้ดูแลยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้อาสาสมัครและผู้ดูแลเซ็นชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นแจกแบบสอบถามเพื่อให้อาสาสมัครตอบด้วยตนเอง ใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถามและนำไปวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของวัยรุ่นโรคเอสแอลอี ใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา คือ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอาการไม่พึงประสงค์ ได้แก่ อาการปวด อาการเครียด และอาการอ่อนล้าในวัยรุ่นโรคเอสแอลอี ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) เนื่องจากได้ทดสอบด้วยสถิติ Kolmogorov - Smirnov Test แล้ว พบว่าตัวแปรทุกตัวมีการแจกแจงแบบปกติ ($p > .05$)

ผลงานวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของวัยรุ่นโรคเอสแอลอี วัยรุ่นโรคเอสแอลอีส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 83.30 มีอายุเฉลี่ย 14.85 ปี ($SD=2.41$) อายุต่ำสุด 10 ปี อายุสูงสุด 19 ปี ช่วงอายุที่พบมากที่สุด คือ 14-16 ปี ร้อยละ 44.10 มีจำนวนพี่น้องสองคนมากที่สุดร้อยละ 56.90 ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่กำลังอยู่ในระหว่างการศึกษาร้อยละ 83.30 ในจำนวนนี้กำลังศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นมากที่สุดร้อยละ 43.68 มีวัยรุ่นโรคเอสแอลอีที่ไม่ได้อยู่ในระบบการศึกษาร้อยละ 14.70 ในกลุ่มนี้พบว่าเคยได้รับการศึกษาสูงสุดคือ ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นมากที่สุดร้อยละ 46.66 รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของวัยรุ่นโรคเอสแอลอีจำแนกตามข้อมูลทั่วไป ($n=102$)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
หญิง	85	83.30
ชาย	17	16.70
2. อายุ (ปี)		
10 - 13	29	28.40
14 - 16	45	44.10
17 - 19	28	27.50



ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
($\bar{x}$ = 14.85 ปี, SD = 2.41, ต่ำสุด = 10 ปี, สูงสุด = 19 ปี)		
3. จำนวนพี่น้อง (รวมวัยรุ่นโรคเอสแอลอี)		
ถูกคนเดียว	18	16.70
พี่น้อง 2 คน	58	56.90
พี่น้อง 3 คนขึ้นไป	26	25.50
4. ศาสนา		
พุทธ	100	100.00
5. การศึกษา		
กำลังศึกษา	87	85.30
ไม่ได้ศึกษา	15	14.70
5.1 กำลังศึกษา (n = 87)		
ประถมศึกษา	17	19.54
มัธยมศึกษาตอนต้น	38	43.68
มัธยมศึกษาตอนปลาย	24	27.58
ปวช./ปวส.	2	2.30
อุดมศึกษา (ปี 1)	6	6.90
5.2 ออกจากระบบการศึกษาแล้ว (n = 15)		
ประถมศึกษา	4	26.67
มัธยมศึกษาตอนต้น	7	46.66
มัธยมศึกษาตอนปลาย	3	20.00
ปวช./ปวส.	1	6.67

2. ข้อมูลการเจ็บป่วยของวัยรุ่นโรคเอสแอลอี วัยรุ่นโรคเอสแอลอีส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 72.50 ระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 3.76 ปี (SD=2.48) รับประทานยามากกว่า 3-4 ชนิดมากที่สุด ร้อยละ 48.03 ยาที่วัยรุ่นโรคเอสแอลอีส่วนใหญ่ได้รับประทาน คือ ยาเพรดนิโซโลนร้อยละ 95.09 มีอาการข้างเคียงจากยาที่รับประทานร้อยละ 62.70 อาการข้างเคียงที่พบมากที่สุดคือ คลื่นไส้อาเจียน แผลในปากร้อยละ 31.25 รายละเอียดแสดงในตารางที่ 2



ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของวัยรุ่นโรคเอสแอลอีจำแนกตามข้อมูลการเจ็บป่วย (n=102)

ข้อมูลการเจ็บป่วย	จำนวน	ร้อยละ
1. ระยะเวลาการเจ็บป่วย		
< 1 ปี	7	6.90
1 ปี – 5 ปี	74	72.50
6 ปี – 10 ปี	20	19.60
มากกว่า 10 ปี	1	1.00
($\bar{x}$ = 3.76 ปี, SD = 2.48 , ต่ำสุด = 11 เดือน, สูงสุด = 10 ปี 6 เดือน)		
2. จำนวนยาที่รับประทาน		
ไม่ได้รับประทานยา	2	1.96
1 – 2 ชนิด	30	29.41
3 – 4 ชนิด	49	48.03
5 – 6 ชนิด	20	19.60
มากกว่า 6 ชนิด	1	1.00
3. ยาที่ได้รับ (เลือกได้มากกว่า 1 ชนิด)		
ยาเพรดนิโซโลน	97	95.09
วิตามิน ยาบำรุง	95	93.13
ยาด้านมาลาเรีย	53	51.96
ยากดภูมิคุ้มกัน	35	34.31
ยาอื่นๆ ได้แก่ ยาขับปัสสาวะ	9	8.82
ยาเคมี	1	.98
4. อาการข้างเคียงที่ได้รับจากการรักษา		
มีอาการข้างเคียง	64	62.70
ไม่มีอาการข้างเคียง	38	37.30
5. อาการข้างเคียงจากยา (เลือกได้มากกว่า 1 อาการ)(n = 64)		
คลื่นไส้ อาเจียน, แผลในปาก	20	31.25
อาการไอ	9	14.06
อาการปวด (ปวดศีรษะ ท้อง ข้อ)	10	15.62
กล้ามเนื้ออ่อนแรง	4	6.25
บวม	11	17.18
ผมร่วง	6	9.40
อารมณ์หงุดหงิด, นอนไม่หลับ	2	3.12



ข้อมูลการเจ็บป่วย	จำนวน	ร้อยละ
แน่นหน้าอก	1	1.56
กระดูกตาย	1	1.56

3. อาการไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นโรคเอสแอลอี ผลการวิจัยพบว่า วัยรุ่นโรคเอสแอลอีมีคะแนนเฉลี่ยของอาการไม่พึงประสงค์ดังนี้ คะแนนเฉลี่ยอาการปวดเท่ากับ .89 (SD=1.45) คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนน คะแนนสูงสุดเท่ากับ 6.10 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ยอาการเครียดเท่ากับ 17.08 (SD=3.98) คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 7 คะแนน คะแนนสูงสุดเท่ากับ 30 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ยอาการอ่อนล้าเท่ากับ 11.87 (SD=6.87) คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนน คะแนนสูงสุดเท่ากับ 29 คะแนน รายละเอียดแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ของคะแนนอาการปวด อาการเครียด และอาการอ่อนล้า ในวัยรุ่นโรคเอสแอลอี (n=102)

อาการ	จำนวนข้อ คำถาม	ช่วงคะแนน	คะแนนที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง			
			ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด	mean	SD	
อาการปวด	-	0-10	0 - 6.10	.89	1.45	
อาการเครียด	10	0-40	7 - 30	17.08	3.98	
อาการอ่อนล้า	9	0-45	0 - 29	11.87	6.87	

4. ความสัมพันธ์ระหว่างอาการไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นโรคเอสแอลอี ผลการวิจัยพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างอาการไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นโรคเอสแอลอีมีดังนี้ อาการปวดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.20, p<.05$) อาการเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการอ่อนล้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.38, p<.01$) และอาการปวดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการอ่อนล้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.18, p<.05$) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ (r) ระหว่างอาการไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นโรคเอสแอลอี ได้แก่ อาการปวด อาการเครียด และอาการอ่อนล้า (n=102)

ตัวแปร	1	2	3
1. อาการปวด	1		
2. อาการเครียด	.20*	1	
3. อาการอ่อนล้า	.18*	.38**	1

* $p<0.05$, ** $p<0.01$

การอภิปรายผล

ความสัมพันธ์ระหว่างอาการไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นโรคเอสแอลอี ได้แก่ อาการปวด อาการเครียด และอาการอ่อนล้า อภิปรายผลได้ดังนี้

อาการปวดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.20, p<.05$) เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายได้ว่าวัยรุ่นเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคเอสแอลอี ซึ่งมีการอักเสบของอวัยวะทั่วร่างกายทำให้เกิดอาการปวดตามอวัยวะต่างๆ⁴ แม้ผลการวิจัยนี้พบว่าวัยรุ่นโรคเอสแอลอีมีคะแนนเฉลี่ยอาการปวดเพียง .89 (จากคะแนนเต็ม

10 คะแนน) แต่พบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการปวดจากผลข้างเคียงของการรักษาถึงร้อยละ 15.62 โดยอาการปวดที่พบ เช่น ปวดข้อเข่า/ข้อเท้า ปวดหลัง/เอว ปวดขา ปวดศีรษะ ปวดข้อมือ/นิ้วมือ เป็นต้น อภิปรายได้ว่า เมื่อร่างกายเกิดอาการปวดย่อมนำไปสู่การตื่นเครียดในอารมณ์ ทั้งสองอาการย่อมเสริมซึ่งกันและกันด้วยเป็นอาการที่ทำให้เกิดอารมณ์ด้านลบเหมือนกัน เมื่อวัยรุ่นโรคเอสแอลอีมีอาการปวดมากขึ้นย่อมทำให้เกิดอาการเครียดมากขึ้นตามไปด้วย จึงทำให้ผลการวิจัยนี้พบว่า อาการปวดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการเครียด สอดคล้องกับการศึกษาของ Williams²⁰ ที่ศึกษาในผู้ใหญ่โรคเอสแอลอีพบว่า อาการปวดซึ่งเป็นภาวะไม่สบายทางกายทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการเครียดได้ และการศึกษาของ Knight²¹ พบว่า อาการปวดในผู้ป่วยโรคเอสแอลอีมีความสัมพันธ์กับความเครียดทางอารมณ์ในระดับสูง มีผลการวิจัยเชิงทดลอง²² พบว่า ผู้ป่วยโรคเอสแอลอีที่มีอาการปวดในอวัยวะต่าง ๆ หลังการเข้าร่วมการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ที่ช่วยบรรเทาและผ่อนคลายอาการปวด นอกจากผู้ป่วยมีอาการปวดลดลงแล้ว ยังส่งผลให้อาการเครียดในผู้ป่วยโรคเอสแอลอีลดลงด้วย ผลการวิจัยที่ผ่านมาล้วนสนับสนุนผลการวิจัยในครั้งนี้ที่พบว่า อาการปวดในวัยรุ่นโรคเอสแอลอีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการเครียด

อาการเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการอ่อนล้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.38, p<.01$) อภิปรายได้ว่า ธรรมชาติของโรคเอสแอลอีมักส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจของวัยรุ่นที่เจ็บป่วยด้วยโรคนี้^{9,12} อาการเครียดเป็นปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นให้การทำงานของระบบภูมิคุ้มกันผิดปกติ มีการทำลายเซลล์ของร่างกายมากขึ้น ภูมิคุ้มกันที่ทำงานผิดปกติบางส่วนจะทำลายเม็ดเลือดแดง^{1-2,4} ทำให้ประสิทธิภาพการนำออกซิเจนไปเลี้ยงเซลล์ต่าง ๆ ในร่างกายลดลง ส่งผลให้วัยรุ่นเกิดอาการอ่อนล้าได้ ทำให้ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า อาการเครียดในวัยรุ่นโรคเอสแอลอีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการอ่อนล้า สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่า โรคเอสแอลอีส่งผลกระทบต่อจิตใจและอารมณ์ของวัยรุ่นในระดับสูงทำให้เกิดความรู้สึกอ่อนล้า¹⁷ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Moldovan¹³ ที่พบว่า อาการซึมเศร้าซึ่งเป็นอาการด้านจิตใจเช่นเดียวกับอาการเครียด มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับอาการอ่อนล้า และยังพบว่า อาการวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับอาการอ่อนล้า¹³ และจากการศึกษาของ Azizoddin¹⁴ พบว่า อาการเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการอ่อนล้า ($r=.50, p<.05$) โดยสามารถทำนายอาการอ่อนล้าในผู้ป่วยโรคเอสแอลอีได้ถึงร้อยละ 77¹⁴ สนับสนุนผลการวิจัยครั้งนี้ว่า อาการเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการอ่อนล้า

อาการปวดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการอ่อนล้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.18, p<.05$) อภิปรายได้ว่า อาการปวดในโรคเอสแอลอีพบได้ในหลายอวัยวะ เช่น ปวดท้อง ปวดกล้ามเนื้อ ปวดข้อ และปวดศีรษะ เป็นต้น⁹ อาการปวดตามบริเวณต่าง ๆ มักทำให้เกิดอาการอ่อนล้าของร่างกายตามอวัยวะนั้น ๆ¹¹ ผลการศึกษาค้นพบว่า วัยรุ่นโรคเอสแอลอีมีอาการปวดในอวัยวะต่าง ๆ ถึงร้อยละ 15.62 และมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 3.76 ปี ซึ่งในภาวะเจ็บป่วยร่างกายต้องใช้พลังงานและหลังสารเคมีบางส่วนไปช่วยบรรเทาอาการปวด ทำให้ร่างกายมีการใช้พลังงานและใช้ออกซิเจนเพิ่มมากกว่าภาวะปกติ ส่งผลให้วัยรุ่นโรคเอสแอลอีเกิดอาการอ่อนล้าได้^{4,9} สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา¹³⁻¹⁴ ที่ศึกษาในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเอสแอลอี และการศึกษาของ Somers¹⁷ ที่ศึกษาในเด็กโรคเอสแอลอีต่างก็พบว่า อาการปวดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการอ่อนล้าเช่นเดียวกัน

จากผลการวิจัยสรุปในภาพรวมได้ว่า อาการปวด อาการเครียด และอาการอ่อนล้ามีความสัมพันธ์ทางบวกซึ่งกันและกัน เป็นความสัมพันธ์ในลักษณะของกลุ่มอาการ (cluster symptom) ที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาเดียวกัน เป็นไปตามที่ทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์⁸ ที่ได้อธิบายไว้ว่า อาการที่เกิดขึ้นในการเจ็บป่วยเรื้อรังมีทั้งลักษณะที่เป็นอาการเดี่ยว (single symptom) และกลุ่มอาการ (cluster symptom) สำหรับกลุ่มอาการนั้นอาจเกิดขึ้นในช่วงเวลาเดียวกันหรืออาการใดอาการหนึ่งเกิดขึ้นก่อน แล้วชักนำให้เกิดอาการอื่น ๆ ตามมาได้ การศึกษาวิจัยในวัยรุ่นโรคเอสแอลอีครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยมีอาการเป็นแบบกลุ่มอาการคือมีการแสดงของอาการปวด อาการเครียด และอาการอ่อนล้าในช่วงเวลาเดียวกัน สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่า อาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคเอสแอลอีทั้งในวัยเด็ก¹⁷ วัยรุ่น²³⁻²⁴ และในวัยผู้ใหญ่^{13-14,20-22} ส่วนใหญ่มักมีอาการแสดงแบบกลุ่มอาการมากกว่าที่จะเป็นแบบอาการเดี่ยว เนื่องจากโรคเอสแอลอี



ต้องใช้เวลาระยะนานในการวินิจฉัยให้ชัดเจน ทำให้การดำเนินของโรคได้ลุกลามไปยังอวัยวะต่างๆ ไปแล้ว เมื่อมีอาการครบตามเกณฑ์ข้อกำหนดของการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเอสแอลอีแน่นอน อาจทำให้วัยรุ่นโรคเอสแอลอีมีอาการลุกลามไปหลายระบบ จึงทำให้เกิดอาการหลายอาการเกิดขึ้นพร้อมกันเป็นแบบกลุ่มอาการ ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์⁵

สรุป

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างอาการไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นโรคเอสแอลอี ได้แก่ อาการปวด อาการเครียด และอาการอ่อนล้า กลุ่มตัวอย่างคือวัยรุ่นโรคเอสแอลอี โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 102 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินความปวด (visual analog pain scale) 3) แบบสอบถามอาการเครียด และ 4) แบบสอบถามอาการอ่อนล้า ผลการวิจัยพบว่า อาการปวด อาการเครียด และอาการอ่อนล้า มีความสัมพันธ์ทางบวกซึ่งกันและกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยธรรมชาติของโรคเอสแอลอีมักเกิดอาการหลายอาการร่วมกันในช่วงเวลาเดียวกัน เมื่อวัยรุ่นที่เจ็บป่วยด้วยโรคเอสแอลอีมีอาการเหล่านี้ ย่อมทำให้เกิดความทุกข์ทรมานและอาจนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ลดลงได้ ซึ่งเป็นไปตามกรอบทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ที่ได้อธิบายถึงความเชื่อมโยงซึ่งกันและกันของอาการที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

พยาบาลควรให้ความสำคัญกับการประเมินอาการไม่พึงประสงค์ ได้แก่ อาการปวด อาการเครียด และอาการอ่อนล้า และพัฒนากลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหล่านี้ เพื่อช่วยให้วัยรุ่นโรคเอสแอลอีลดความทุกข์ทรมานจากการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ และสามารถดำเนินชีวิตได้ใกล้เคียงกับภาวะปกติ รวมทั้งสามารถพัฒนาศักยภาพของตนในควบคุมและจัดการอาการเหล่านี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

References

1. Harry O, Yasin S, Brunner H. Childhood-onset systemic lupus erythematosus: a review and update. *J. Pediatr* 2018;96:22–30.
2. Aggarwal A, Srivastava P. Childhood onset systemic lupus erythematosus: how is it different from adult SLE. *Int J Rheum Dis* 2015;18(2):182–91.
3. Medical record and statistics department. Patient statistics. Khon Kaen: Srinagarind Hospital;2021
4. Wallace D, Hahn B. Dubois' Lupus Erythematosus and related syndromes. 9th Edition. Philadelphia: Elsevier;2018.
5. Salehi-Abari I. ACR/SLICC revised criteria for diagnosis of systemic lupus erythematosus. *Autoimmune Dis Ther Approaches (open access)*2015;2(1):1–4.
6. Siripul P, Sakdisthanont S, Tipmom W. Self-management in adolescents with systemic lupus erythematosus. *J Nurs Sci & Health* 2018;41(2):11–9.(in Thai)
7. Sakdisthanont S, Siripul P. Needs of adolescents with SLE disease. *J Nurs Sci & Health* 2014;37(3):1–8.(in Thai)
8. Lenz ER, Pugh LC, Milligan RA, Gift AG, Suppe F. The middle-range theory of unpleasant symptoms: an update. *Adv Nurs Sci* 1997;19(3):14–27.
9. Levy MD, Kamphuis S. Systemic lupus erythematosus in children and adolescents. *Pediatr. Clin. North Am* 2012;59(2):345–64.doi:10.1016/j.pcl.2012.03.007.



10. Tasako Y, Sakdisthanont S, Siripul P. Correlation between pain and quality of life in adolescents with Systemic Lupus Erythematosus (SLE). In the proceeding of the 22nd National Graduate Research Conference (Online conference) on March 25, 2021, at Khon Kaen University.283-95.(in Thai)
11. Ahn GE, Ramsey-Goldman R. Fatigue in systemic lupus erythematosus. *Int J Clin Rheumtol* 2012;7(2):217-27.
12. Sakdisthanont S, Siripul P. Meaning of illness in adolescents with SLE. *J Nurs Sci & Health* 2008; 31(1):18-29.(in Thai)
13. Moldovan I, Cooray D, Carr F, Katsaros E, Torralba K, Shinada S et al. Pain and depression predict self-reported fatigue/energy in lupus. *Lupus*. 2013 Jun; 22(7):684-9. doi: 10.1177/0961203313486948. Epub 2013 May 9. PMID:23660302.
14. Azizoddin DR, Gandhi N, Weinberg S, Sengupta M, Nicassio PM, Jolly M. Fatigue in systemic lupus: the role of disease activity and its correlates. *Lupus*. 2019;28(2):163-73. doi:10.1177/0961203318817826
15. Arun Jirawatkul. Statistics for health science research. 4th edition. Bangkok: Wittayapat;2015. (in Thai)
16. Al-Omari AI, Jemain AA, Ibrahim K. New ratio estimators of the mean using simple random sampling and ranked set sampling methods. *Rev. Investig. Oper.*2009;30(2):97-108.
17. Somers TJ, Kurakula PC, Criscione-Schreiber L, Keefe FJ, Clowse MB. Self-efficacy and pain catastrophizing in systemic lupus erythematosus: relationship to pain, stiffness, fatigue, and psychological distress. *Arthritis Care & Research* 2012;64(9),1334-1340.doi:10.1002/acr.21686
18. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J. Health Soc. Behav.*1983;385-96.
19. Krupp LB, LaRocca NG, Muir-Nash J, Steinberg AD. The fatigue severity scale: application to patients with multiple sclerosis and systemic lupus erythematosus. *Arch. Neurol. J* 1989;46(10):1121-3.
20. Williams EM, Bruner L, Penfield M, Kamen D, Oates JC. Stress and depression in relation to functional health behaviors in African American patients with systemic lupus erythematosus. *Rheumatology* 2014;4:22-3. doi:10.4172/2161-1149.S4-005.
21. Knight A, Weiss P, Morales K, Gerdes M, Gutstein et al. Depression, anxiety and their association with healthcare utilization in pediatric lupus and mixed connective tissue disease patients: a cross-sectional study. *Pediatr Rheumatol* 2014;12(1):1-12.
22. Greco CM, Rudy TE, Manzi S. Effects of a stress reduction program on psychological function, pain, and physical function of systemic lupus erythematosus patients: a randomized controlled trial. *Arthritis & Rheumatism* 2004;51(4):625-34.doi 10.1002/art.20533.
23. Sakdisthanont S, Tasako Y, Siripul P. Relationships among pain, stress, fatigue, and quality of life in adolescents with SLE. *Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice* 2020;7(1):104-117.(in Thai)
24. Sakdisthanont S. Self-health management program for adolescents with SLE. Khon Kaen: Khon Kaen University;2010.(in Thai)



ปัจจัยทำนายระดับความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือน ของโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนในจังหวัดสระบุรี

A Predictive Factors of the Knowledge Levels with Stroke Risk Factors and Warning Signs in Saraburi Community People

ผุสดี ก่อเจตย์¹ ประไพ กิตติบุญถวัลย์¹ นุสรา นามเดช¹ จีราภรณ์ ชื่นฉ่ำ¹

Pudsadee Korjedgee¹ Prapai Kittiboonthawal¹ Nusara Namdej¹ Jeeraporn Chunchum¹

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี คณะพยาบาลศาสตร์สถาบันพระบรมราชชนก

¹Boromarajonani College of Nursing, Saraburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Received: August 29, 2021 Revised: March 10, 2022 Accepted: March 17, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงทำนายมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง และหาปัจจัยทำนาย (predictive factor) ที่มีผลต่อระดับความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีถึงอายุ 75 ปีในจังหวัดสระบุรี จำนวน 153 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบวัดความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองมีค่าความเชื่อมั่น KR-20 เท่ากับ .82 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและวิเคราะห์การถดถอยแบบโลจิสติกพหุ (Multinomial logistic regression analysis) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่ง (ร้อยละ 46.4) มีระดับความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับน้อย อายุ เพศ การสูบบุหรี่ โรคความดันโลหิตสูงสามารถร่วมกันทำนาย (predict) ระดับความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 19.20 (Nagelkerke $R^2 = .192$, $p < .05$) แต่มีเพียงปัจจัยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถทำนายระดับความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังนั้นผู้ที่มีความดันโลหิตสูงและโรคร่วม ควรได้รับส่งเสริมการให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

คำสำคัญ: ปัจจัยทำนาย; สัญญาณเตือน; โรคหลอดเลือดสมอง



Predictive Factors of Knowledge about Stroke Risk Factors and Warning Signs of People in Saraburi Community

Pudsadee Korjedee¹ Prapai Kittiboonthawal¹

Nusara Namdej¹ Jeeraporn Chunchum¹

¹Boromarajonani College of Nursing, Saraburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Received: August 29, 2021 Revised: March 10, 2022 Accepted: March 17, 2022

Abstract

This study used a predictive research design. The purpose of this study was to assess the level of knowledge about risk factors and warning signs of stroke and investigate the predictive factors for the level of knowledge about risk factors and warning signs. The sample consisted of people aged 35–75 years from Saraburi province. The research instrument used for data collection was a questionnaire on knowledge of risk factors and warning signs of stroke. The KR–20 reliability of the test was .82. Data were analyzed using descriptive statistics and multinomial logistic regression analysis. The results showed that almost half (46.4%) of the sample had a low level of knowledge about the risk factors and warning signs of stroke. Age, gender, smoking, and high blood pressure altogether could explain 19.2% of the variance in the level of knowledge of risk factors and warning signs of stroke (Nagelkerke $R^2=.192$, $p<.05$). Only one factor, high blood pressure, could predict the level of knowledge about the risk factors and warning signs of stroke with the statistical significance ($p<.05$). Therefore, the group of hypertensive persons with comorbidities should be educated about risk factors and warning signs to prevent strokes.

Keywords: predictive factor; warning signs; stroke



ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) เป็นกลุ่มอาการของโรคทางระบบประสาทที่เกิดจากความผิดปกติของระบบการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงสมอง ทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยงเซลล์สมองถูกทำลายและสูญเสียการทำงานที่ของร่างกายที่สมองส่วนนั้นควบคุมอยู่ ปัจจุบันอุบัติการณ์ในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น¹ จากการจัดลำดับสาเหตุการตายจากโรคไม่ติดต่อในปี 2019 ของ WHO ระบุว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 2 และพบว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 13.7 ล้านคนในทุก ๆ ปี² ถึงแม้ว่าการรักษาโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบันนี้จะได้ผลในการรักษาและการป้องกันอย่างดี แต่ก็ยังพบว่าในคนวัยผู้ใหญ่ 1 ใน 4 คนมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมอง³ ในประเทศไทยมีอัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี โดยใน 1 ชั่วโมง จะมีคนตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นประมาณ 3 คน⁴ ในปี พ.ศ.2561 พบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคไม่ติดต่อที่เป็นสาเหตุการตาย อันดับที่ 2 รองจากโรคมะเร็ง⁵ โดยเพศชายมีอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าเพศหญิง ประมาณ 1.4 เท่า โดยเฉพาะเพศชายที่มีอายุมากกว่า 60 ปี⁴⁻⁵ ในจังหวัดสระบุรีมีสถิติอัตราตายด้วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปี 2559-2562 สูงเป็นอันดับ 1 ในเขต 4 และพบว่าในปี 2562 มีอัตราตายจำนวนเพิ่มขึ้น คิดเป็น 80.59 ต่อแสนประชากร⁶ ผลจากการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนบทบาทของตนเองเป็นผู้พึ่งพิง ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ เป็นภาระต่อครอบครัวก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ตามมา¹ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ประชาชนควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (risk factor: RF) ได้แก่ อายุ เพศ การสูบบุหรี่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ โรคอ้วนหรือโรคเมตาบอลิก (metabolic syndrome)⁷ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มที่จะมีระดับความรู้และการรับรู้โรคหลอดเลือดสมองในเรื่องเกี่ยวกับ สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองยังอยู่ในระดับน้อย⁸ นอกจากนี้การวัดความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองและสัญญาณเตือนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่กลับซ้ำพบว่า ยังมีความรู้อยู่ในระดับน้อย⁹ เช่นเดียวกัน ดังนั้นทีมสุขภาพจึงควรส่งเสริมให้กลุ่มบุคคลที่มีความเสี่ยงมีความรู้เพิ่มมากขึ้น อีกทั้งอาจศึกษาถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ อายุ โดยบุคคลในกลุ่มที่มีอายุมากมีแนวโน้มที่จะมีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองต่ำกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มคนที่มีอายุน้อย¹⁰ และกลุ่มคนที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีโอกาสรับรู้และตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองน้อยกว่า¹¹ ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาของนานเชียนและคณะ¹² ที่พบว่า คนที่มีอายุน้อยกว่า 45 ปี จะมีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับต่ำ เพศเป็นอีกปัจจัยที่มีผลต่อระดับความรู้ โดยเพศชายจะมีระดับความรู้มากกว่าเพศหญิง¹² อีกทั้งยังเป็นปัจจัยทำนายระดับความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง¹³ ในคนที่สูบบุหรี่จำนวนน้อยกว่าครึ่งหนึ่งที่ทราบว่าการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง¹⁴ และมีการศึกษาพบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีระดับปานกลาง¹⁵⁻¹⁶ และระดับความรู้สูง¹⁷

ด้วยประชาชนในจังหวัดสระบุรียังมีการรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับน้อย เกี่ยวกับการอ่อนแรงครึ่งซีกของร่างกายเป็นสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง¹⁸ การรับรู้สัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับอายุ¹⁹ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบมีระดับการรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองในระดับที่สูง²⁰ และมีการศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ และกลุ่มความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ พบว่ามีการรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองไม่แตกต่างกัน²¹ จะเห็นได้ว่า

ยังไม่มีการศึกษาปัจจัยทำนายระดับความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดและสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองในประชาชนซึ่งอาศัยอยู่ในชุมชนจังหวัดสระบุรี อีกทั้งผลการศึกษาที่ผ่านมายังมีความชัดเจนว่าปัจจัยใดบ้างที่สามารถทำนายระดับความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นการศึกษาปัจจัยทำนายระดับความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองในประชาชนซึ่งอาศัยอยู่ในชุมชนจังหวัดสระบุรีจึงมีความจำเป็นทั้งนี้เพื่อใช้ในการวางแผนป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

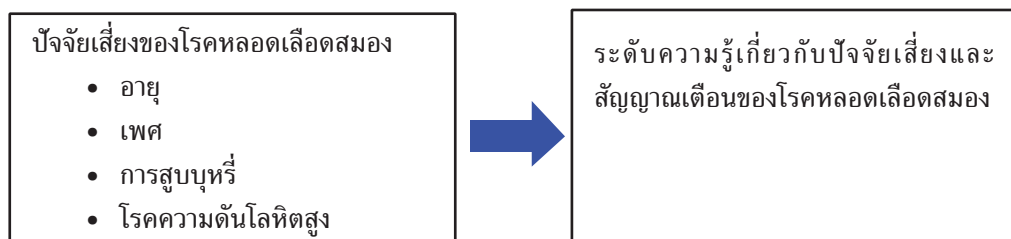
1. เพื่อศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองในประชาชน
2. เพื่อหาปัจจัยทำนาย (predictor) ที่มีผลต่อระดับความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนของโรค

หลอดเลือดสมอง

สมมติฐานการวิจัย

1. อายุ เพศชาย สุนัขเห่า และมีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยทำนายระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองต่ำ

กรอบแนวคิดการวิจัย



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ.2561 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปี ถึง 75 ปี อาศัยอยู่ในเขตจังหวัดสระบุรี มีจำนวนทั้งหมด 316,352 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปี ถึงอายุ 75 ปี มีที่พักอาศัยในจังหวัดสระบุรี สามารถสื่อสารได้ มีสติสัมปชัญญะดี

ขนาดของตัวอย่างคำนวณจาก โปรแกรม G Power โดยใช้ตารางประมาณค่าขนาดกลุ่มตัวอย่าง สำหรับวิเคราะห์อำนาจการทดสอบสถิติที่ศึกษา (power analysis) ของ Cohen กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อำนาจการทดสอบ (power) ที่ .95 และขนาดอิทธิพลระดับกลาง (medium effect size) ที่ .15 ได้กลุ่มตัวอย่าง 153 คน วิธีการสุ่มตัวอย่างโดยใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling) ขั้นตอนที่ 1 เลือกอำเภอ ด้วยวิธีการจับฉลากโดยเขียนชื่ออำเภอในจังหวัดสระบุรีลงในสลากแต่ละใบจากนั้นนำใส่ในภาชนะเขย่าให้ปะปนกันแล้วจึงเลือกหยิบขึ้นมา 1 ใบแล้วใส่กลับคืน ซึ่งยึดหลักที่ว่าทุกอำเภอต้องมีโอกาสถูกเลือกเท่าเทียมกันซึ่งจากกลุ่มตัวอย่างอำเภอ



ในจังหวัดสระบุรี 13 อำเภอ สุ่มเลือก 3 อำเภอเป็นกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อำเภอเมืองสระบุรี อำเภอวิหารแดง และ อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสระบุรี ขั้นตอนที่ 2 เลือกชุมชนแบบจำเพาะเจาะจง ขั้นตอนที่ 3 เลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการสุ่มอย่างง่าย อำเภอละ 45-55 คน โดยได้กลุ่มตัวอย่างจาก อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จำนวน 53 คน อำเภอวิหารแดง จำนวน 55 คน และ อำเภอเมือง จำนวน 45 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ย สถานภาพสมรส การสูบบุหรี่ และโรคประจำตัว

2. แบบสอบถามประสิทธิภาพการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยข้อคำถามแบบเลือกตอบ 4 ข้อ ประกอบด้วย แหล่งข้อมูลข่าวสาร 1 ข้อ ข้อความรู้ที่ได้รับเกี่ยวกับสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง 1 ข้อ อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง 1 ข้อ และการปฏิบัติตนเมื่อมีอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง 1 ข้อ

3. แบบวัดความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองโดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 15 ข้อ แบ่งเป็นคำถามเชิงบวก 11 ข้อ คำถามเชิงลบ 4 ข้อ ประกอบด้วยประเด็นคำถาม 3 เรื่อง ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง 8 ข้อ สัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง 4 ข้อ และการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 3 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน โดยคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-15 คะแนน แบ่งระดับคะแนนตามเกณฑ์ของ Bloom ระดับคะแนนแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ ถ้าคะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 จัดเป็นกลุ่มระดับความรู้ต่ำ คะแนนร้อยละ 60-79 จัดเป็นกลุ่มระดับ ความรู้ปานกลาง และคะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 จัดเป็นกลุ่มระดับความรู้สูง ดังนี้

ระดับคะแนนความรู้ ต่ำ	หมายถึง มีระดับคะแนน	<9	คะแนน
ระดับคะแนนความรู้ ปานกลาง	หมายถึง มีระดับคะแนน	9-11	คะแนน
ระดับคะแนนความรู้ สูง	หมายถึง มีระดับคะแนน	12-15	คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ได้หาความตรงตามเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย (content validity) โดยนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางการแพทย์พยาบาลโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 3 ท่าน และภายหลังการสัมภาษณ์ประชาชนในชุมชนที่มีลักษณะใกล้เคียงกันจำนวน 30 ราย แล้วนำมาคำนวณหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตร KR-20 ได้เท่ากับ .82

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี เลขที่ EC 1-010/2561 ลงวันที่ 18 ตุลาคม 2561 โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของประชากรด้วยการแจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษาและขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม โดยแจ้งให้ทราบถึงสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาค้างนี้ กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการศึกษาในระหว่างดำเนินการโดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลแต่อย่างใดคำตอบที่ได้ถือเป็นความลับจะนำมาใช้เฉพาะในการศึกษานี้เท่านั้นเมื่อกลุ่มตัวอย่างตกลงให้ความร่วมมือและลงชื่อในใบยินยอมแล้วผู้ศึกษาจึงเก็บข้อมูล



วิธีการรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ.2561 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2562 โดยจัดทำหนังสือถึงสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสระบุรี เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลและติดต่อประสานงานไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาดิน อำเภอเฉลิมพระเกียรติ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพหนองหมู อำเภอวิหารแดง และแผนกเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสระบุรี อำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่าง พร้อมชี้แจงรายละเอียดวิธีการตอบแบบสอบถามและให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ในกรณีกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาเรื่องสายตาหรือการอ่าน ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้แล้วให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามโดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม ประมาณ 15-20 นาที ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บแบบสอบถามคืน พร้อมทั้งตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Window ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ประสพการณ์การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และข้อมูลความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณของโรคหลอดเลือดสมอง และวิเคราะห์การถดถอยแบบโลจิสติกพหุ (multinomial logistic regression) เพื่อหาตัวทำนาย (predictor) ของระดับความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณของโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี (ร้อยละ 41.2) เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 62.7) มีระดับการศึกษาอยู่ในชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 68) รายได้เฉลี่ย 5,001-10,000 บาท ต่อเดือน (ร้อยละ 28.6) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 65.4) มีพฤติกรรมสุขภาพ ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 79.1) มีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 35.3) (ตารางที่ 1)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
1. อายุ		
- 35-39 ปี	15	9.8
- 40-49 ปี	22	14.4
- 50-59 ปี	34	22.2
- 60-69 ปี	63	41.2
- 70-79 ปี	19	12.4
2. เพศ		
- ชาย	57	37.3
- หญิง	96	62.7
3. ระดับการศึกษา		
- ประถมศึกษา	104	68.0
- มัธยมศึกษา	25	16.3
- ปวช./ปวส	10	6.5
-ปริญญาตรี	10	6.5
- ไม่ได้เรียน	4	2.6



ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
4.รายได้เฉลี่ย		
- น้อยกว่า 5,000 บาท	39	25.4
- 5,001-10,000 บาท	44	28.6
- 10,001-20,000 บาท	43	28.1
- 20,001-30,000 บาท	24	15.7
- มากกว่า 30,000 บาท	3	2.0
5.สถานภาพสมรส		
- โสด	22	14.4
- คู่	100	65.4
- หย่า/แยก	10	6.5
- หม้าย	21	13.7
6.สูบบุหรี่		
- สูบบุหรี่	32	20.9
- ไม่สูบบุหรี่	121	79.1
7.โรคประจำตัว		
- ความดันโลหิตสูง	54	35.3
- เบาหวาน	11	7.2
- ไขมันในเลือดสูง	12	7.8
- ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง	21	13.7
- มีโรคอื่นๆ	18	11.8
- สุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว	37	24.2

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (n=153 คน)

ประสบการณ์การรับรู้ข้อมูลข่าวสารพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 63.5) โดยรับรู้จากแหล่งข้อมูลข่าวสารที่เป็น สื่อต่างๆ ได้แก่ โทรทัศน์ วิทยุ อินเทอร์เน็ต มากที่สุด (ร้อยละ 20.3) มากกว่าครึ่งได้รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 58.2) ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองเกี่ยวกับอาการอ่อนแรงของร่างกายซีกใดซีกหนึ่ง (ร้อยละ 26.8) อย่างไรก็ตามพบว่า ไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับข้อควรปฏิบัติเมื่อมีอาการสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 47.7)

ระดับความรู้ของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ในประเด็นสาเหตุการเกิดโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างขาดความรู้ เข้าใจผิด คิดว่าสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองเกิดจากการหกล้ม และขาดความรู้เข้าใจในประเด็นผู้ป่วยโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูงถ้าอาการดีขึ้นแล้วสามารถหยุดการรับประทานยาได้ นอกจากนี้ส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างไม่ทราบว่า ผู้ที่มีดัชนีมวลกายมากกว่า²⁵



มีโอกาasเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และไม่ทราบว่ามีสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (ตารางที่ 2)

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง			
1.โรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์อัมพาตเกิดจากสาเหตุจากการหกล้ม	75 (49.0%)	55 (35.9%)	23 (15.0%)
2.อายุมากกว่า 35ปีขึ้นไปมีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	97 (63.4%)	19 (12.4%)	37 (24.2%)
3.ผู้ที่เคยโรคหลอดเลือดสมองแล้วไม่กลับเป็นซ้ำอีก	67 (43.8%)	54 (35.3%)	32 (20.9%)
4. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ไม่ส่งผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	51 (33.3%)	78 (51.0%)	24 (15.7%)
5.ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติ	124 (81.0%)	11 (7.2%)	18 (11.8%)
6.ถ้ามีระดับความดันโลหิตสูงมากค่าความดันโลหิต $\geq 140/90$ มิลลิเมตรปรอท และ/หรือน้ำตาลในเลือด 125-154 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์จะมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองสูง (แถบสีเหลือง)	107 (69.9%)	13 (8.5%)	33 (21.6%)
7.ผู้ที่มีดัชนีมวลกายมากกว่า 25 มีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	82 (53.6%)	12 (7.8%)	59 (38.6%)
8. โรคหัวใจไม่ใช่สาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	51 (33.3%)	48 (31.4%)	54 (35.3%)
9.ตาพร่ามัว เดินเซไม่ใช่ เป็นอาการนำของโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์อัมพาต	62 (40.5%)	60 (39.2%)	31 (20.3%)
10.หากมีอาการแขนขาอ่อนแรง 1 ข้างพูดไม่ชัดมุมปากตกอย่างใดอย่างหนึ่งจัดเป็นอาการนำของโรคหลอดเลือดสมอง	121 (79.1%)	12 (7.8%)	20 (13.1%)
11.เมื่อพบผู้ป่วยฉุกเฉินแขนขาอ่อนแรง 1 ข้างพูดไม่ชัดมุมปากตกโทรแจ้งสายด่วน 1669	124 (81.0%)	7 (4.6%)	22 (14.4%)
12.เมื่อพบผู้ป่วยฉุกเฉินแขนขาอ่อนแรงพูดไม่ชัดมุมปากตกควรรีบไปโรงพยาบาลภายใน 5 ชั่วโมง	88 (57.5%)	29 (19.0%)	36 (23.5%)
13.การเดินทางหรือการเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่องวันละ 30-45 นาทีช่วยลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	109 (71.2%)	17 (11.1%)	27 (17.6%)
14.การรับประทานอาหารหวานและไขมันเป็นประจำจะเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	124 (81.0%)	12 (7.8%)	17 (11.1%)
15.สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูงถ้าอาการดีขึ้นท่านสามารถหยุดการรับประทานยาได้	64 (41.8%)	70 (45.8%)	19 (12.4%)

ตารางที่ 2 ร้อยละความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุดมีระดับคะแนนความรู้ 46.4 รองลงมา มีระดับคะแนนความรู้ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 37.3 และต่ำสุด คือ มีระดับ



คะแนนความรู้สูง คิดเป็นร้อยละ 16.3 (ตารางที่ 3)

ระดับความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง และสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง	จำนวน (n =153)	ร้อยละ
ความรู้น้อย	71	46.4
ความรู้ปานกลาง	57	37.3
ความรู้สูง	25	16.3

ตารางที่ 3 ระดับความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง

ผลจากการวิเคราะห์การถดถอยแบบโลจิสติกพหุ (Multinomial logistic regression Mode) พบว่า ปัจจัยที่ศึกษา ได้แก่ อายุ เพศ การสูบบุหรี่ และโรคความดันโลหิตสูงสามารถร่วมทำนายความผันแปรของระดับความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ได้ร้อยละ 19.20 (Nagelkerke $R^2=.192$, $p<.05$) โดยสรุปได้ดังนี้

- 1) คนที่ไม่มีโรคความดันโลหิตสูงเมื่อเทียบกับคนที่มีโรคความดันโลหิตสูงและโรคร่วมจะมีโอกาสที่มีความรู้ในระดับปานกลางจะลดลงเท่ากับ .232 เท่า หรือลดลงร้อยละ 76.8 ($1-.232=.768$) เมื่อเทียบกับความรู้ที่อยู่ในระดับสูง
- 2) คนที่มีโรคความดันโลหิตสูงเมื่อเทียบกับคนที่มีโรคความดันโลหิตสูงและโรคร่วม จะมีโอกาสที่มีความรู้ในระดับปานกลางน้อยจะลดลงเท่ากับ .150 เท่า หรือลดลงร้อยละ 85 ($1-.150=.85$) เมื่อเทียบกับความรู้ที่อยู่ในระดับสูง (ตารางที่ 4) ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง มีผลต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง นั่นคือ คนที่มีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ในระดับปานกลาง จะช่วยป้องกันการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อเทียบกับ คนที่เป็นความดันโลหิตสูงและมีโรคร่วม (OR=.232, OR=.150)

ตัวแปรตาม	B	SE	Wald	Sig.	Odd	95% CI Interval	
						LB	UB
ความรู้ในระดับปานกลาง							
อายุ (Reference: 70-79 ปี)							
35-39 ปี	.640	.836	.587	.444	1.897	.369	9.756
40-49 ปี	.822	.747	1.209	.271	2.274	.526	9.833
50-59 ปี	.550	.658	.698	.404	1.733	.477	6.296
60-69 ปี	-.257	.625	.169	.681	.774	.227	2.633
เพศ (Reference: หญิง)							
ชาย	.180	.436	.171	.679	1.198	.509	2.817
สูบบุหรี่ (Reference: สูบบุหรี่)							
ไม่สูบบุหรี่	.054	.529	.011	.918	1.056	.375	2.977
โรคความดันโลหิตสูง (Reference: ไม่มีโรคความดันโลหิตสูงและโรคร่วม)							
ไม่มีโรคความดันโลหิตสูง	-1.462	.582	6.309	.012	.232	.074	.725
มีโรคความดันโลหิตสูง	-1.899	.604	9.891	.002	.150	.046	.489
ค่าคงที่	.862	.926	.866	.352			



ตัวแปรตาม	B	SE	Wald	Sig.	Odd	95 % CI Interval		
						LB	UB	
ความรู้ในระดับสูง								
อายุ (Reference: 70-79 ปี)								
35-39 ปี	.761	1.036	.540	.463	2.140	.281	16.295	
40-49 ปี	.906	.889	1.038	.308	2.474	.433	14.132	
50-59 ปี	-.043	.888	.002	.961	.958	.168	5.464	
60-69 ปี	-.138	.783	.031	.860	.871	.188	4.040	
เพศ (Reference: หญิง)								
ชาย	-.349	.577	.366	.545	.705	.227	2.187	
สูบบุหรี่ (Reference: สูบบุหรี่)								
ไม่สูบบุหรี่	.196	.728	.072	.788	1.216	.292	5.070	
โรคความดันโลหิตสูง (Reference: ไม่มีโรคความดันโลหิตสูงและโรคร่วม)								
ไม่มีโรคความดันโลหิตสูง	1.228	1.135	1.170	.279	3.415	.369	31.603	
มีโรคความดันโลหิตสูง	-.142	1.203	.014	.906	.868	.082	9.178	
ค่าคงที่	1.929	1.489	1.678	.195				
Chi-square = 28.097 df = 8 Sig = .001 Nagelkerke = .192								
กำหนดให้ความรู้ในระดับสูงเป็น reference group								

Chi-square = 28.097 df = 8 Sig = .001 Nagelkerke = .192

กำหนดให้ความรู้ในระดับสูงเป็น reference group

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อระดับความรู้ด้วยสถิติ Multinomial logistic regression

LB: Lower bound, Upper bound

อภิปรายผล

อภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับน้อย เนื่องจากประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ มีตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไปและมีระดับการศึกษาส่วนใหญ่เป็นประถมศึกษา ไม่เคยประสบการณการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง หรืออัมพฤกษ์ อัมพาต และไม่เคยได้รับความรู้การปฏิบัติเมื่อมีอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งรายงานว่า การรับรู้อาการเตือนของประชาชนในจังหวัดสระบุรีมีระดับน้อย¹⁸ ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองสูงจะมีระดับความรู้โรคหลอดเลือดสมองต่ำ^{15,18} แตกต่างจากการศึกษาของน้อมจิตต์ นวลเนตร ที่พบว่ากลุ่มคนที่เสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง⁸

2. โรคความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยทำนาย (predictor) ระดับความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ในขณะที่อายุ เพศ และการสูบบุหรี่ไม่สามารถทำนายของระดับความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองได้ โดยในกลุ่มคนที่มีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองในระดับปานกลางนั้น จะพบว่าในคนไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และคนที่เป็โรคความดันโลหิตสูง จะมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองน้อยกว่า เมื่อเทียบกับ คนที่เป็นความดันโลหิตสูงและมีโรคร่วม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงพบว่า มีระดับปานกลาง¹⁵⁻¹⁶ และระดับความรู้สูง¹⁷ และมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับเหมาะสม²² เนื่องจากในกลุ่มคน



ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองผ่านการสอนสุขศึกษาจากบุคลากรทางการแพทย์ขณะเข้ารับบริการในระบบสุขภาพ ส่วนในบุคคลที่ไม่มีโรคความดันโลหิตสูงนั้น อาจเกิดจากความสนใจและมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพและป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ในการศึกษานี้พบว่า อายุ เพศ และการสูบบุหรี่ไม่สามารถทำนายระดับความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของกานตริชา กำแพงแก้ว และคณะ⁷ โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูงจะมีระดับการรับรู้การเตือนโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง อายุ และเพศมีความสัมพันธ์กับระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง^{10,12} โดยเพศเป็นปัจจัยทำนายความรู้เกี่ยวกับโรคและการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง¹³ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากลักษณะกลุ่มตัวอย่างซึ่งส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายและไม่สูบบุหรี่เป็นส่วนใหญ่จึง ส่งผลต่ออำนาจการทำนาย

จากการศึกษานี้สามารถนำไปสู่การวางแผนป้องกันโรคหลอดเลือดสมองนั้น ต้องการให้ความรู้แก่ประชาชนจังหวัดสระบุรีเกี่ยวกับสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองและข้อควรปฏิบัติเมื่อมีอาการสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง การรับประทานยาและการรักษาอย่างต่อเนื่อง การควบคุมน้ำหนักตัวเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแข็งตัวและอุดตัน โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติ 2-3 เท่า¹ โรคเบาหวานทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแข็งตัวได้ง่าย¹ กลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและมีโรคร่วมของจังหวัดสระบุรีจำเป็นต้องได้รับการกระตุ้นความรู้เพื่อให้มีระดับความรู้ที่เหมาะสม นอกจากนี้ควรแนะนำช่องทางการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองให้แก่ประชาชนได้แก่ โทรทัศน์ วิทยุ อินเทอร์เน็ต แต่อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้มีข้อจำกัดอาจไม่สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มประชากรในจังหวัดอื่นของประเทศไทย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. กลุ่มบุคคลที่มีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูงและโรคร่วม ควรได้รับส่งเสริมการให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
2. ในการสอนสุขศึกษาต้องเน้นสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองและข้อควรปฏิบัติเมื่อมีอาการสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง และการรับประทานยาต่อเนื่องในกลุ่มเสี่ยงผู้ป่วยโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูง
3. ควรสร้างความตระหนักรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยควบคุมน้ำหนักตัวและโรคหัวใจ

References

1. Prasat Neurological Institute. Clinical nursing practice guidelines for stroke. 1st ed. Bangkok:Thana Press Company;2016.(in Thai)
2. World Stroke Organization. The top 10 causes of death. (Internet). 2021(cited 2021 Sep 18) Available from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death> (accessed 18 September 2021).
3. World Stroke Organization. Global stroke factsheet (Internet). 2021(cited 2021 Sep 18) Available from https://www.world-stroke.org/assets/downloads/WSO_Global_Stroke_Fact_Sheet.pdf (accessed 18 September 2021).
4. Institute of Research, Knowledge Management and Standards for Disease Control. The National Strategies in prevention and control communicable diseases for 5 years (2017-2021). 1st ed. Bangkok:Emotion



- Art Company;2017.(in Thai)
5. Bureau of Non Communicable Disease. Report NCDs situation: diabetes mellitus hypertension and related risk factors in 2019. 1st ed. Bangkok: Uksorngraphic & Design Press Company;2019.(in Thai)
 6. Saraburi Provincial Health Office. Health Data Center(HDC) (Internet). 2021(cited 2021 Sep 18). available from <https://sri.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>.
 7. Kumpangkaew K, Wilaipun Venus. Relationships between perceived risk, perceived warning signs and self-care behavior in older adults at risk of cerebrovascular disease. Nursing Journal of the Ministry of Public Health 2015;2(40):40-56.(in Thai)
 8. Nualnetr N, Srikha D. Knowledge on the stroke and behaviors to reduce the risk of stroke among risk persons in Samliam community, Muang district, Khon Kaen province. Journal of Medical Technology Physical Therapy 2012;24(3):318-26.(in Thai)
 9. Saengsuwan J, Suangpho P, Tiamkao S. Knowledge of stroke risk factors and warning signs in patients with recurrent stroke or recurrent transient ischemic attack in Thailand. Neurology Research International 2017;2017:1-7.(in Thai)
 10. Nicol MB, Thrift AG. Knowledge of risk factors and warning signs of stroke. Vascular Health and Risk Management 2005;1(2):137-47.
 11. Saeko U, Jitpanya C. A study of stroke awareness among patients at risk of stroke in Bangkok metropolitan. Princess of Naradhiwas University Journal 2014;6(2):13-23.(in Thai)
 12. Nansseu JR, Atangana CP, Petnga SN, Kamtchum-Tatuene J, Noubiap JJ. Assessment of the general public's knowledge of stroke: A cross-sectional study in Yaounde, Cameroon. Journal of the Neurological Sciences 2017;378:123-9.
 13. Singhard S. Predictive factors of knowledge and stroke prevention among risk elderly. Research and Development Health System Journal 2015;8(2):182-8.(in Thai)
 14. Cheng HG, McBride, Phillips MR. Relationship between knowledge about the harms of smoking and smoking in the 2010 Global adult tobacco in China survey. Tobacco Control 2015;24:54-66.
 15. Missriya S, John J. Assess the prevalence of hypertension and knowledge regarding the prevention stroke. Asian Journal of Pharmaceutical and Clinical Research 2017;10(8):177-80.
 16. Abate AT, Bayu N, Mariam TG. Hypertensive patients' knowledge of risk factors and warning signs of stroke at Felege Hiwot referral hospital, Northwest Ethiopia: A cross-sectional study, Hindawi Neurology Research International 2019;2019:1-7.
 17. Muanmee W, Tepsuriyanont S, Wannapornsiri C, Siripornpibul T. Factors influencing preventive behaviors for cerebrovascular disease among hypertensive patients. Journal of Nursing and Health Science 2015; 9(2):156-65. (in Thai)
 18. Kittiboonthawal P, Yingrengreung S, Srithanya S. Perception of stroke warning signs among risk patients. Nursing Journal of the Ministry of Public Health 2013;13(1556):132-41.(in Thai)
 19. Pramooosinsub K, Sunthornnat W, Wattananonsathien W. Perceptions of stroke warning signs and management among high risk patients. Christian University of Thailand Journal 2018;24(1):41-54.



(in Thai)

20. Toebsoongnoen S, Kuhirunyaratn P. Perception level toward stroke signs among hypertension patients of Botong Sub-district health, Pakchong district, Nakhon Ratchasima province. *Srinagarind Medical Journal* 2560;32(5):482-90.(in Thai)
21. Kamkhiew R, Mattavangkul C. Stroke warning signs perception, self-care behaviors and family support between controlled and uncontrolled hypertension in the responsible area of Bang Krai Nai sub-district health promoting hospital, Nonthaburi province. *Disease Control Journal* 2018;44(2):130-44.(in Thai)
22. Lalun A, Vutiso P. Factors predicting stroke preventive behaviors of hypertensive patients at Na Fai sub-district health promoting hospital in Chang Wat Chaiyaphum. *Thai Journal of Nursing* 2021;70(2):27-36.



ปัจจัยที่ส่งผลต่อพลังสุขภาพจิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

Factors Affecting Resilience Quotient of End Stage Renal Disease Patients Receiving Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis

ศรินยา พลสิงห์ชาญ¹ คมวัฒน์ รุ่งเรือง¹

Sarinya Polsingchan¹ Komwat Rungruang¹

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสурินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹Boromarajonani College of Nursing Surin, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Corresponding author: Komwat Rungruang; Email: komwat_cmu@hotmail.com

Received: March 14, 2022 Revised: May 20, 2022 Accepted: May 30, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับพลังสุขภาพจิต ภาวะซึมเศร้า และแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิต และปัจจัยที่ส่งผลต่อพลังสุขภาพจิต ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องที่เข้ารับบริการที่คลินิกล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลสุรินทร์ ซึ่งได้จากการสุ่มอย่างง่าย โดยวิธีการจับฉลาก จำนวน 121 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) แบบสอบถามพลังสุขภาพจิต 3) แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า และ 4) แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม มีความเชื่อมั่นทั้งฉบับโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค มีค่าเท่ากับ .81, .85 และ .87 ตามลำดับ เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน 2564 ถึง 31 มกราคม 2565 วิเคราะห์ข้อมูล โดยวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ แบบขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อพลังสุขภาพจิต ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง คือแรงสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้าซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนของพลังสุขภาพจิตได้ร้อยละ 51.00 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($\text{Adjusted } R^2 = .51, p < .01$) ซึ่งสร้างตัวแบบสมการถดถอยพหุคูณ โดยสร้างสมการในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน ได้ดังนี้ $\hat{Y} = .56$ (แรงสนับสนุนทางสังคม) $- .33$ (ภาวะซึมเศร้า) ดังนั้นควรมีการพัฒนาโปรแกรมหรือสื่อที่เหมาะสมในการส่งเสริมพลังสุขภาพจิต แรงสนับสนุนทางสังคม และป้องกันภาวะซึมเศร้า

คำสำคัญ: พลังสุขภาพจิต; ภาวะซึมเศร้า; ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย; การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง



Factors Affecting Resilience Quotient of End Stage Renal Disease Patients Receiving Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis

Sarinya Polsingchan¹ Komwat Rungruang¹

¹Boromarajonani College of Nursing Surin, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Corresponding author: Komwat Rungruang; Email: komwat_cmu@hotmail.com

Received: March 14, 2022 Revised: May 20, 2022 Accepted: May 30, 2022

Abstract

This research aimed to study the resilience quotient, depression, social support and factors related to resilience quotient and factors affecting resilience quotient of patients with end stage renal disease receiving continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD). The sample used in this research consisted of 121 end stage renal disease patients receiving CAPD at the CAPD clinic of Surin Hospital. They were randomly selected using the drawing method. The research instruments were a questionnaire consisting of four parts: 1) demographic data, 2) resilience quotient questionnaire, 3) depression questionnaire, and 4) social support questionnaire. The reliability of the questionnaires were assessed using Cronbach's alpha coefficients, which were equal to .81, .85 and .87, respectively. Data were collected between June, 1 2021 and January 31, 2022. The data were analyzed using multiple regression analysis. The results showed that factors affecting resilience quotient among end stage renal disease patients receiving CAPD were social support and depression. Both social support and depression were able to explain 51.00 percent of the variance in the resilience quotient with statistical significance at the level of .01 ($R^2=.51$, $p<.01$). The created multiple regression equation is: $\hat{Y}=.56$ (social support) $-.33$ (depression). Therefore, appropriate programs or media should be developed to promote the resilience quotient and social support to help prevent depression.

Keywords: resilience quotient; depression; end stage renal disease patients; continuous ambulatory peritoneal dialysis

ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคไตวายเรื้อรัง เป็นปัญหาทางสาธารณสุขระดับโลก ที่พบว่าการเกิดอุบัติการณ์ของโรคที่เพิ่มขึ้นทุกปี ในทุกประเทศทั่วโลก และยังมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ¹ จากการศึกษาของสมาคมโรคไตนานาชาติ พบว่า จากประชากรกว่าสามพันล้านคนทั่วโลก พบร้อยละ 10 ของประชากรทั่วโลก ที่เป็นโรคไตวายเรื้อรัง และในแต่ละปีมีผู้ป่วยจำนวนมากกว่า 1,000,000 คน ที่เสียชีวิตด้วยโรคนี้² ซึ่งโรคไตวายเรื้อรังประกอบด้วย 5 ระยะ ตามระดับของค่าประเมินการทำงานของไต (Estimated Glomerular Filtration Rate – eGFR) หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีอาจทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End-stage renal disease : ESRD) ซึ่งต้องได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือการล้างไตทางช่องท้องและการปลูกถ่ายไต³ (renal replacement therapy) จากรายงานข้อมูลการบำบัดทดแทนไตในประเทศไทย ปีพ.ศ.2563 ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตสูงถึง 170,774 ราย หรือคิดเป็น 2,580 รายต่อล้านประชากร ในจำนวนนี้เป็นฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 129,724 ราย และการล้างไตทางช่องท้องต่อเนื่อง 34,467 ราย และการปลูกถ่ายไต จำนวน 6,583 ราย โดยเฉพาะวิธีการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องพบว่าเพิ่มขึ้นจาก 20,216 คน ในปี พ.ศ. 2559 เป็น 34,467 คนในปี พ.ศ. 2563⁴

จากแนวโน้มของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องเพิ่มสูงขึ้น ทำให้ประเทศไทยมีนโยบายชุดสิทธิประโยชน์คุ้มครองสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ให้มีการครอบคลุมการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องเป็นลำดับแรก หรือ Peritoneal dialysis (PD) First Policy โดยเน้นให้ผู้ป่วยล้างไตผ่านทางช่องท้อง เริ่มตั้งแต่การผ่าตัดสาย Tenckhoff และส่งน้ำยาล้างไตทางโปรซีดีให้ผู้ป่วยล้างไตผ่านทางช่องท้องที่บ้าน⁵ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้มากขึ้นสามารถทำการล้างไตทางช่องท้องได้ด้วยตนเองที่บ้านทำให้ลดค่าใช้จ่ายทางสังคมตามมาซึ่งวิธีนี้ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องมีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเองตามขั้นตอนเทคนิคปราศจากเชื้อ การบันทึกสารน้ำเข้า-ออก การควบคุมอาหาร รวมถึงการประเมินภาวะแทรกซ้อน ซึ่งทั้งหมดนี้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลต้องปฏิบัติด้วยตนเอง และมีความอดทนที่จะอยู่กับโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายซึ่งไม่อาจหายขาดได้ ทำให้เกิดความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายทุกซักระยะ ความยากลำบากในการอยู่กับความเจ็บป่วยไปตลอดชีวิต ปัจจัยเหล่านี้ล้วนกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมากมาย ในการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตอันเนื่องจากภาวะของโรคและการรักษา หากผู้ป่วยไม่สามารถยอมรับปรับตัว อาจส่งผลกระทบต่อด้านจิตสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ส่งผลกระทบให้เกิดภาวะซึมเศร้า โดยในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 50.42⁶ พลังสุขภาพจิตจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่งที่ทำให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหาและปรับตัวได้ดี เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ความยากลำบากในชีวิต สามารถจัดการกับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงและมีการปรับตัวให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้ด้วยความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต มีความสุข และมีคุณภาพชีวิต⁷ ดังนั้นพลังสุขภาพจิตจึงมีความสำคัญในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่าเพิ่มขึ้น สามารถเผชิญปัญหาหรือความตึงเครียดของจิตใจ เพื่อที่จะสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและในกลุ่มพยาบาลจบใหม่ ได้แก่ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ความเครียด ความซึมเศร้า⁸⁻⁹ สถานภาพทางเศรษฐกิจ ภาระทางครอบครัว ความมั่นใจต่อการปฏิบัติ การพยาบาล การประสบเหตุการณ์ความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคมและบุคลิกภาพ¹⁰ และปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม¹¹ อย่างไรก็ตามพลังสุขภาพจิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องอาจมีความแตกต่างจากกลุ่มที่เคยศึกษาวิจัยมาก่อน เนื่องจากพลังสุขภาพจิตขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ หลายด้านทั้งปัจจัยส่วนบุคคล



ปัจจัยภายในบุคคล ปัจจัยภายนอกบุคคลและงานวิจัยเกี่ยวกับพลังสุขภาพจิตในกลุ่มที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ยังมีจำกัดและไม่ครอบคลุมถึงปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิต ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพลังสุขภาพจิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขต่อไป

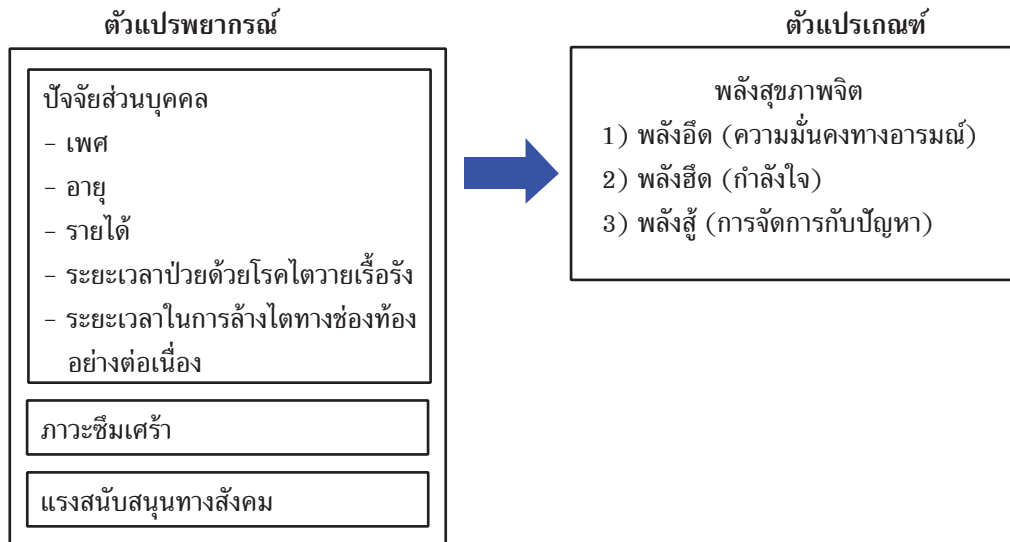
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับพลังสุขภาพจิต ภาวะซึมเศร้า และแรงสนับสนุนทางสังคม ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิต ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพลังสุขภาพจิต ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องจะพบปัญหาต่างๆ หลายด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านร่างกายจากพยาธิสภาพของโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ทำให้มีอาการเหนื่อย อ่อนเพลียมากขึ้น ง่วงมากกว่าปกติ คลื่นไส้ อาเจียน คันตามผิวหนัง มีอาการบวม รวมทั้งความเสี่ยงในการติดเชื้อจากการล้างไตทางช่องท้อง เมื่อมีการติดเชื้อเกิดขึ้นจะส่งผลทำให้ต้องปรับเปลี่ยนการรักษาและอาจมีอันตรายถึงชีวิตได้ 2) ปัญหาด้านจิตสังคม ได้แก่ความรู้สึกในคุณค่าของตนเองลดลง การสูญเสียภาพลักษณ์ และบทบาทในครอบครัว มีปัญหาเพศสัมพันธ์ และสัมพันธ์ภาพกับคู่สมรส 3) ปัญหาด้านเศรษฐกิจอันเนื่องมาจากรูปแบบการรักษาและภาวะอ่อนเพลียจากพยาธิสภาพของโรค อาจมีผลให้ต้องปรับเปลี่ยนงานหรือออกจากงาน เป็นการเพิ่มภาระให้แก่ครอบครัว รวมถึงถ้าเกิดภาวะแทรกซ้อนก็ต้องใช้จ่ายในการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เพิ่มขึ้น

จากปัญหาดังกล่าวผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงต้องอาศัยพลังสุขภาพจิตที่ดี คือความสามารถในการเรียนรู้และปรับตัว เมื่อเกิดสถานการณ์ยากลำบากหรืออุปสรรคในชีวิต สามารถผ่านพ้นมาได้อย่างเข้มแข็ง จนสามารถเอาชนะอุปสรรคและจัดการกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ ยอมรับและปรับตัวได้เพื่อก้าวไปสู่สภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งจะสอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับพลังสุขภาพจิต⁷ ที่ผู้วิจัยใช้เป็นกรอบในการศึกษาครั้งนี้ 3 ด้าน ได้แก่ 1) พลังอดีต (ความมั่นคงทางอารมณ์) หมายถึงการทนต่อแรงกดดัน มีอารมณ์ที่มั่นคงไม่อ่อนไหวง่ายไม่เครียดง่ายควบคุมอารมณ์ได้ดี 2) พลังอดีต (กำลังใจ) หมายถึง การมีกำลังใจที่เข้มแข็งในการดำรงชีวิตต่อไป 3) พลังสู้ (การจัดการกับปัญหา) หมายถึงการต่อสู้ชนะอุปสรรค มีวิธีคิดบวกไม่หนีปัญหา มีแนวทางแก้ไขและจัดการกับปัญหาได้ แต่อย่างไรก็ตามการจะมีพลังสุขภาพจิตที่ดีหรือไม่ดีนั้นยังขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายด้านได้แก่ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยเอง เช่น เพศ อายุ รายได้ ระยะเวลาป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรัง ระยะเวลาในการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ภาวะซึมเศร้า และแรงสนับสนุนทางสังคม โดยปัจจัยดังกล่าวถือว่าเป็นทั้งปัจจัยภายในและภายนอกตัวบุคคลที่จะส่งผลต่อพลังสุขภาพจิต (ดังแผนภาพที่ 1)



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยปัจจัยที่ส่งผลต่อพลังสุขภาพจิต ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงพยากรณ์ (predictive correlational research design) มีรายละเอียดของการดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากร คือ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องที่เข้ารับบริการที่คลินิกล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลสุรินทร์ ปีงบประมาณ 2563 ซึ่งมีผู้ป่วย จำนวน 265 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องที่เข้ารับบริการที่คลินิกล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลสุรินทร์ ซึ่งได้จากการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 121 คน โดยวิธีการจับฉลาก โดยมีรายละเอียดดังนี้

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ได้มาโดยคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power ใช้ Linear multiple regression: fix model, R^2 deviation from zero กำหนดค่า Effect size=.15 ค่า Alpha=.05 และค่า Power =.85 ตัวแปรอิสระ 7 ตัวแปร จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 115 คน และป้องกันการสูญเสียของกลุ่มตัวอย่าง เพิ่มร้อยละ 5 ของจำนวนกลุ่มตัวอย่าง คิดเป็น 6 คน รวมกลุ่มตัวอย่าง คือ 121 คน ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คือ 115-121 คน

โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าสู่วิจัย (inclusion criteria) ดังนี้

1. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องที่เข้ารับบริการที่คลินิกล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลสุรินทร์ และไม่มีการเจ็บป่วยรุนแรงจนต้องรับไว้ในโรงพยาบาล
2. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีตอบคำถามได้
3. ผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ รายได้ ระยะเวลาป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรัง และระยะเวลาในการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง



ส่วนที่ 2 แบบประเมินพลังสุขภาพจิต ผู้วิจัยใช้แบบประเมินพลังสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต⁷ โดยมีข้อคำถาม 20 ข้อ สอบถามถึงความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา โดยแบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านพลังใจ (ความมั่นคงทางอารมณ์) จำนวน 10 ข้อ 2) ด้านพลังใจ (กำลังใจ) จำนวน 5 ข้อ และ 3) ด้านพลังสู้ (การจัดการกับปัญหา) จำนวน 5 ข้อ เป็นแบบสอบถามประเมินค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 (ไม่จริง) 2 (เดือนละครั้งหรือน้อยกว่า) 3 (เดือนละ 2-4 ครั้ง) และ 4 (มากกว่า 4 ครั้งต่อเดือน) จำนวน 20 ข้อ และกลับค่าคะแนนในข้อคำถามที่เป็นนิเสธ (ข้อความเชิงลบ) การแปลผลระดับพลังสุขภาพจิตตามเกณฑ์มาตรฐาน⁷

องค์ประกอบของพลังสุขภาพจิต	ต่ำกว่าเกณฑ์	เกณฑ์ปกติ	สูงกว่าเกณฑ์
ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ (ข้อ 1-10)	<27	27-34	>34
ด้านกำลังใจ (ข้อ 11-15)	<14	14-19	>19
ด้านการจัดการกับปัญหา (ข้อ 16-20)	<13	13-18	>18
ผลรวม	<55	55-69	>69

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Center for Epidemiologic studies-Depression Scale (CES-D) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทย¹² แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรม โดยสอบถามว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นเกิดบ่อยเพียงใดในช่วงระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา แบบประเมินนี้มีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ เป็นแบบสอบถามประเมินค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 0 (ไม่เคย) 1 (นาน ๆ ครั้ง : 1-2 วันต่อสัปดาห์) 2 (ค่อนข้างบ่อย : 3-4 วันต่อสัปดาห์) และ 3 (บ่อยครั้ง : 5-7 วันต่อสัปดาห์) จำนวน 20 ข้อ และใช้เกณฑ์ในการประเมินผลโดยพิจารณาจากระดับคะแนนค่ามาตรฐานเพื่อบ่งชี้ภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสมสำหรับคนไทย มากกว่าหรือเท่ากับ 19 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้า¹³ แบ่ง 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนรวม 42.00 - 60.00 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้า อยู่ในระดับ มาก

คะแนนรวม 19.00 - 41.00 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้า อยู่ในระดับ ปานกลาง

คะแนนรวม 0.00 - 18.00 หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม (The Multidimensional Scale of Perceived Social Support : MSPSS) ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม (MSPSS)¹⁴ แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้านได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว จำนวน 5 ข้อ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน จำนวน 5 ข้อ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 5 ข้อ เป็นแบบสอบถามประเมินค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 (น้อยที่สุด) 2 (น้อย) 3 (ปานกลาง) 4 (มาก) และ 5 (มากที่สุด) จำนวน 20 ข้อ และใช้เกณฑ์ในการประเมินผล¹⁵ โดยพิจารณาจากระดับคะแนนเฉลี่ย แบ่ง 3 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00 หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับ มาก

คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.66 หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับ ปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33 หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับ น้อย

การหาคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาตรฐานทั้ง 3 ฉบับ ไปทดลองเครื่องมือ (Try out) กับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง จำนวน 30 คน และหาความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค



พบว่า มีค่าความเชื่อมั่น ด้านพลังสุขภาพจิต ด้านภาวะซึมเศร้า และ ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ได้เท่ากับ .81, .85 และ .87 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในช่วง 1 มิถุนายน 2564 ถึง 31 มกราคม 2565 โดยมีขั้นตอนดำเนินงานดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอเก็บข้อมูลถึงหัวหน้าหน่วยล่างใต้ทางช่องท้อง โรงพยาบาลสุรินทร์เพื่อแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง
2. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหน่วยล่างใต้ทางช่องท้องและพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ในการประสานงานกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งหากกลุ่มตัวอย่างรายใดยินยอม ผู้วิจัยจะเข้าไปแนะนำตัวแก่ผู้ป่วยชี้แจงวัตถุประสงค์ และผลประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ พร้อมให้การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และกลุ่มตัวอย่างสามารถที่จะถอนตัวจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลต่อการรักษาและการพยาบาล
3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 121 ฉบับ และตรวจนับแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืน พบว่า ได้รับกลับคืนจำนวนและมีความสมบูรณ์จำนวน 121 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 ผู้วิจัยจึงดำเนินการลงข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยเรื่องนี้ได้รับการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ เลขที่ P-EC 01-01-64 ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบวัตถุประสงค์การวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจงสิทธิที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการรับการรักษา สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่างที่ทำการวิจัย โดยผู้วิจัยเสนอการวิจัยในภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามมาดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล 1) ข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินพลังสุขภาพจิต ภาวะซึมเศร้าและแรงสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์เชิงพรรณนาได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) จำนวน (Quantity) ร้อยละ (Percentage) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระยะเวลาป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรัง ระยะเวลาในการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ภาวะซึมเศร้า และแรงสนับสนุนทางสังคม กับ พลังสุขภาพจิต โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพลังสุขภาพจิต ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน โดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูปทางสังคมศาสตร์

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 63 คน ร้อยละ 52.10 เพศหญิงจำนวน 58 คน ร้อยละ 47.90 มีอายุระหว่าง 20-85 ปี ($\bar{X}$ =54.98, SD=13.45) มีสถานภาพ คู่ ร้อยละ 58.70 นัถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 99.20



จบการศึกษา ระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 62.80 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 55.40 มีรายได้ระหว่าง 0-40,000 บาท ($\bar{X}=5,191.74$, $SD=8,516.66$) ไม่เพียงพอต่อรายจ่าย ร้อยละ 71.90 ใช้สิทธิการรักษาบัตรทอง 30 บาท ร้อยละ 88.40 ระยะเวลาป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรัง ระหว่าง 1-468 เดือน (39 ปี) ($\bar{X}=52.49$, $SD=71.17$) ระยะเวลาล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ระหว่าง 1-400 เดือน (33.33 ปี) ($\bar{X}=33.21$, $SD=65.21$) และส่วนใหญ่ล้างไตวันละ 4 ครั้ง ร้อยละ 81.80

ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาระดับพลังสุขภาพจิต ภาวะซึมเศร้า และแรงสนับสนุนทางสังคม ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง พบว่า พลังสุขภาพจิตในภาพรวม อยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ ($\bar{X}=48.98$, $SD=10.20$) ภาวะซึมเศร้าในภาพรวมพบว่า มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ($\bar{X}=35.28$, $SD=15.15$) และแรงสนับสนุนทางสังคม ในภาพรวม พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.28$, $SD=.56$) เมื่อพิจารณารายบุคคลพบว่า พบว่าส่วนใหญ่มีระดับพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ จำนวน 89 คน (ร้อยละ 73.60) ดังแสดงในตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 แสดงระดับพลังสุขภาพจิต ภาวะซึมเศร้าและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง จำแนกรายด้าน (n=121)

ปัจจัยรายด้าน	ผลการประเมิน		
	Mean	SD	แปลผล
ด้านพลังสุขภาพจิต	48.98	10.20	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ
พลังฮึด (ความมั่นคงทางอารมณ์)	24.45	4.94	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ
พลังฮึด (กำลังใจ)	12.45	3.20	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ
พลังสู้ (การจัดการกับปัญหา)	12.07	3.01	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ
ด้านภาวะซึมเศร้า	35.28	15.15	ซึมเศร้าปานกลาง
ด้านการได้รับแรงสนับสนุนจากสังคม	3.28	.56	ระดับปานกลาง
แรงสนับสนุนจากครอบครัว	3.73	.82	ระดับมาก
แรงสนับสนุนจากเพื่อน	1.58	.89	ระดับน้อย
แรงสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์	4.52	.56	ระดับมากที่สุด



ตารางที่ 2 แสดงระดับพลังสุขภาพจิต ภาวะซึมเศร้า และแรงสนับสนุนทางสังคม ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง จำแนกรายคน (n=121)

ปัจจัยรายด้าน	ผลการประเมินและการแปลผล		
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
ด้านพลังสุขภาพจิต	ต่ำกว่าเกณฑ์	เกณฑ์ปกติ	สูงกว่าเกณฑ์
ภาพรวม	89 (73.60)	26 (21.50)	6 (5.00)
พลังฮึด (ความมั่นคงทางอารมณ์)	80 (66.10)	35 (28.90)	6 (5.00)
พลังฮึด (กำลังใจ)	74 (61.20)	46 (38.00)	1 (.80)
พลังสู้ (ด้านการจัดการกับปัญหา)	84 (69.40)	30 (24.80)	7 (5.80)
ด้านภาวะซึมเศร้า	ไม่มีภาวะซึมเศร้า	ภาวะซึมเศร้าปานกลาง	ภาวะซึมเศร้ามาก
ภาพรวม	31 (25.60)	38 (31.40)	52 (43.00)
ด้านการได้รับแรงสนับสนุนจากสังคม	น้อย	ปานกลาง	มาก
ภาพรวม	3 (2.50)	89 (73.50)	29 (24.00)
แรงสนับสนุนจากครอบครัว	6 (5.00)	53 (43.80)	62 (51.20)
แรงสนับสนุนจากเพื่อน	97 (80.20)	20 (16.50)	4 (3.30)
แรงสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์	1 (0.80)	3 (2.50)	117 (96.70)

ส่วนที่ 3 ผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิต ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องโดยการศึกษาความสัมพันธ์สหสัมพันธ์ภายในระหว่างตัวบ่งชี้ ดังแสดงในตารางที่ 3 พบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในระหว่างปัจจัยแต่ละด้านกับพลังสุขภาพจิต พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวก และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง -.47 ถึง .84



ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างปัจจัยรายด้านกับพลังสุขภาพจิต ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (n=121)

ปัจจัยรายด้าน	A1.1	A1.2	A2	A3	A4	A5	B	C	Y
ปัจจัยส่วนบุคคล (A)									
เพศชาย (A1.1)	1.00	-1.00**	.05	.03	-.06	-.01	-.03	-.06	.01
เพศหญิง (A1.2)		1.00	-.05	-.03	.06	.01	.02	.06	-.02
อายุ (A2)			1.00	.02	.26**	.17	-.15	.02	.01
รายได้ (A3)				1.00	-.09	-.13	-.12	.08	.04
ระยะเวลาป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรัง(A4)					1.00	.84**	-.01	-.04	.12
ระยะเวลาล้างไตทางช่องท้องฯ (A5)						1.00	-.08	.05	.14
ภาวะซึมเศร้า (B)							1.00	-.24**	-.47**
แรงสนับสนุนทางสังคม(C)								1.00	.64**
พลังสุขภาพจิต (Y)									1.00

**p<.01

ส่วนที่ 4 ผลการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพลังสุขภาพจิต ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนดังแสดงในตารางที่ 4 พบว่า ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม (C) และด้านภาวะซึมเศร้า (B) สามารถทำนายพลังสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยที่ปัจจัยด้านด้านแรงสนับสนุนทางสังคม (C) สามารถทำนายพลังสุขภาพจิต สูงสุด มีค่าน้ำหนักความสำคัญในรูปคะแนนมาตรฐานเท่ากับ .56 และด้านภาวะซึมเศร้า (B) มีค่าน้ำหนักความสำคัญในรูปคะแนนมาตรฐานเท่ากับ -.33 โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของพลังสุขภาพจิต ได้ร้อยละ 51.00 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (Adjusted $R^2 = .51$, $p < .01$) ซึ่งสร้างตัวแบบสมการถดถอยพหุคูณ โดยสร้างสมการในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน ได้ดังนี้ $\hat{Y} = .56$ (แรงสนับสนุนทางสังคม) $- .33$ (ภาวะซึมเศร้า)

ตารางที่ 4 ค่าน้ำหนักความสำคัญของตัวแปรปัจจัยในแต่ละด้านที่ส่งผลต่อพลังสุขภาพจิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (n=121)

	b	β	SE _b	t
แรงสนับสนุนทางสังคม(C)	.68	.56	.08	8.46**
ภาวะซึมเศร้า (B)	-.22	-.33	.04	-5.02**
Dubin-Watson= 2.15				
R = .72 $R^2 = .51$ Adjusted $R^2 = .51$ F=25.17**				

**p< .01

อภิปรายผล

1. ระดับพลังสุขภาพจิต ภาวะซึมเศร้า และแรงสนับสนุนทางสังคม ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

จากผลการวิจัยพบว่าระดับพลังสุขภาพจิตมีค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ ระดับภาวะซึมเศร้ามีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง และแรงสนับสนุนทางสังคมมีค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสามารถ

อธิบายได้ว่าระดับพลังสุขภาพจิตในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยต้องดูแลตนเองเกี่ยวกับการเปลี่ยนถ่ายน้ำล้างช่องท้องเป็นประจำทุกวัน ๆ ละ 4 ครั้ง ๆ ละประมาณ 1 ชั่วโมง ต้องจัดเตรียมสถานที่สำหรับเปลี่ยนถ่ายน้ำที่สะอาด และเป็นสัดส่วน การดูแลแผลช่องทางออกของสาย (exit site) ควบคุมอาหาร จำกัดปริมาณน้ำดื่ม รับประทานยาตามแพทย์สั่ง ซึ่งเป็นกิจกรรมนอกเหนือจากแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันตามปกติ ซึ่งกระทบต่อความมั่นคงทางอารมณ์ กำลังใจ และการจัดการปัญหา นอกจากนี้ผลการวิจัยเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 55.40 จากภาวะของโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ส่งผลทำให้มีอาการเหนื่อยง่าย ความสามารถทางร่างกายลดลง จึงทำให้ไม่สามารถทำงานหรือประกอบอาชีพได้ และรายได้ไม่เพียงพอต้องกู้ยืมร้อยละ 71.90 ซึ่งเป็นผลมาจากไม่ได้ประกอบอาชีพ จึงทำให้ผู้ป่วยมีพลังสุขภาพจิตต่ำ สอดคล้องกับการศึกษา¹⁶ ที่พบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเองแบบต่อเนื่องทำงานหรือกิจกรรมต่าง ๆ ได้ไม่นานเท่าที่เคย (79.50%) และมากกว่า 1 ใน 3 (66.70%) ทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยความยากลำบากและต้องใช้ความพยายามมากขึ้น ส่งผลเกี่ยวกับบทบาทด้านอารมณ์ของผู้ป่วย

ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องอยู่ในระดับปานกลาง สามารถอธิบายได้ว่าอาจเนื่องมาจากการที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในชีวิตทั้งการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่เกิดจากการเจ็บป่วย ความยากลำบากในการดำเนินชีวิตอันเป็นผลจากโรคที่ทำให้ร่างกายอ่อนแอลงไม่สามารถดูแลตนเองได้เหมือนเดิม บางกิจกรรมต้องพึ่งพาบุคคลอื่น ปัจจัยเหล่านี้อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้และเกิดภาวะซึมเศร้าในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การล้างไตทางช่องท้องมีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าได้สูงที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและการผ่าตัดปลูกถ่ายไต¹⁷

แรงสนับสนุนทางสังคมมีค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์สูงสุด รองลงมาคือสมาชิกในครอบครัว และเพื่อน สามารถอธิบายได้ว่าผู้ป่วย กลุ่มนี้เป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาโดยการชดเชยการทำหน้าที่ของไตไปตลอดชีวิต และขั้นตอนในการล้างไตทางช่องท้องอาจทำให้เกิดความยากลำบากในกลุ่มผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ตามลำพัง มีอายุมาก และมีโรคร่วมอื่น ๆ ที่ส่งผลให้มีข้อจำกัดทางด้านร่างกายในการเปลี่ยนถ่ายน้ำล้างไตด้วยตนเอง และการที่ผู้ป่วยต้องพึ่งพาบุคคลรอบข้างในการเปลี่ยนถ่ายน้ำล้างไต การดำเนินชีวิตประจำวัน หรือการเดินทางมาพบแพทย์ตามนัด อาจส่งผลให้ผู้ป่วยหรือสมาชิกในครอบครัวเกิดความเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ หรือสูญเสียพลังอำนาจ รวมทั้งกลุ่มเพื่อนของผู้ป่วยกลุ่มนี้จะเข้ามามีบทบาทหรือส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยได้ลำบากเนื่องจากสภาวะของโรคต้องอาศัยความรู้และความเชี่ยวชาญเฉพาะในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นจึงทำให้แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง¹⁸ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง¹¹ และผลการวิจัยพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์สูงสุดอธิบายได้ว่าเนื่องจากคลินิกล้างไตทางช่องท้องเป็นหน่วยงานเฉพาะที่ให้บริการผู้ป่วยกลุ่มล้างไตทางช่องท้องในการติดตามอาการของผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่องในการประเมินผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ติดตามภาวะโภชนาการ การประเมินความสามารถในการล้างไตทางช่องท้องเพื่อป้องกันการติดเชื้อและปัญหาอื่น ๆ การเปลี่ยนถ่ายน้ำล้างไตตามระยะเวลา ดังนั้นแรงสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์จึงสูงที่สุดมากกว่ากลุ่มสมาชิกในครอบครัวและกลุ่มเพื่อน ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการศึกษา¹⁹ ที่พบว่าแหล่งสนับสนุนทางสังคมมาจากครอบครัวเป็นอันดับหนึ่ง รองลงมา คือ บุคคลพิเศษ และเพื่อนตามลำดับ

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิต ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

จากผลการวิจัยพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง คือ แรงสนับสนุนทางสังคมซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังสุขภาพจิต และ



ภาวะซึมเศร้าที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับพลังสุขภาพจิต อธิบายได้ว่าการมีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับมากจะมีพลังสุขภาพจิตในระดับสูงเนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแรงกระตุ้นที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าตนเองมีความมั่นคงทางอารมณ์ มีกำลังใจ มีคุณค่าในตนเอง ทำให้สามารถจัดการปัญหาต่างๆ ได้ สอดคล้องกับการศึกษา⁹ ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า นอกจากนี้ภาวะซึมเศร้าที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับพลังสุขภาพจิตอธิบายได้ว่าการภาวะซึมเศร้าในระดับมากจะมีพลังสุขภาพจิตต่ำทั้งนี้เนื่องจากภาวะซึมเศร้าจะทำให้ความมั่นใจในความสามารถของตนเองลดลง ขาดความมั่นคงทางอารมณ์ และไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตัวเองได้เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง มองเหตุการณ์ต่างๆ ในเชิงลบ ซึ่งจะทำให้ระดับพลังสุขภาพจิตลดลงสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความเข้มแข็งทางใจในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยหากผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีภาวะซึมเศร้าน้อยก็จะมีอาการความเข้มแข็งทางใจสูง^{8,20} ($r = -.041$, $p < .05$; $r = -.743$, $p < .01$) ตามลำดับ และสอดคล้องกับการศึกษา²¹ การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจกับการปรับตัวด้านจิตใจของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจำนวน 113 คน พบว่าการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ($r = -.31$)

3. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพลังสุขภาพจิต ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง จากผลการวิจัยพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้า สามารถอธิบายความแปรปรวนของพลังสุขภาพจิต ได้ร้อยละ 51.00 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายพลังสุขภาพจิตได้มากที่สุด ซึ่งอธิบายได้ว่าเนื่องจากผู้ป่วยจะต้องปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตอันเป็นผลมาจากภาวะของโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายและการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การปรับเปลี่ยนบทบาทภายในครอบครัว การประกอบอาชีพ การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง การพึ่งพาตนเองได้ลดลง ดังนั้นแรงสนับสนุนทางสังคมทั้งจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์จึงมีความสำคัญในผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่จะทำให้ผู้ป่วยมีจิตใจที่มั่นคง ไม่หวั่นไหว สามารถควบคุมจิตใจแม้มีเรื่องเครียดหรือทุกข์ใจก็ยังสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้ มีมุมมองทางบวกที่คิดว่าปัญหาทุกอย่างมีทางแก้ไข อดทนกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น มีขวัญและกำลังใจ การสร้างแรงจูงใจให้ตัวเองไม่ท้อถอย พร้อมสู้กับปัญหา สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อความเข้มแข็งทางใจในการแก้ปัญหาและความเข้มแข็งทางอารมณ์²² และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุและผู้สูงอายุโรคเบาหวาน^{11,23} นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพลังสุขภาพจิต ซึ่งภาวะซึมเศร้าอาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการเบื่อหน่าย หดหู่ ท้อแท้ และสิ้นหวังในชีวิตซึ่งจะส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม และเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา²⁴ และมีการจัดการตนเองลดลง²⁵ ทำให้ผู้ป่วยขาดความใส่ใจในการดูแลสุขภาพตนเอง ดังนั้นภาวะซึมเศร้าจึงส่งผลต่อพลังสุขภาพจิตทำให้พลังสุขภาพจิตของผู้ป่วยต่ำกว่าเกณฑ์

อย่างไรก็ตามจากผลการศึกษาที่พบว่า เพศ รายได้ อายุ ระยะเวลาป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรัง และระยะเวลาในการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ไม่มีอิทธิพลต่อพลังสุขภาพจิต อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงมีประสบการณ์ชีวิตและความสามารถในการเผชิญเรื่องต่างๆ ไม่แตกต่างกันจึงทำให้เพศไม่ส่งผลต่อพลังสุขภาพจิต สอดคล้องกับการศึกษา¹¹ ที่พบว่าเพศไม่มีอิทธิพลต่อพลังสุขภาพจิต ปัจจัยด้านรายได้พบว่าไม่มีอิทธิพลต่อพลังสุขภาพจิตเนื่องจากสังคมไทยในปัจจุบันมีระบบประกันสุขภาพเข้ามามีบทบาทในการรับผิดชอบค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยร่วมด้วย จึงทำให้ไม่มีอิทธิพลต่อพลังสุขภาพจิต สอดคล้องกับการศึกษา¹¹ ที่พบว่าความเพียงพอของรายได้ไม่สามารถทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ สำหรับปัจจัยด้านอายุพบว่าไม่มีอิทธิพลต่อพลังสุขภาพจิตเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ยอยู่ในวัยกลางคน ที่ผ่านประสบการณ์ในการดำเนินชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรังและการรักษาด้วยการ

ล้างไตทางช่องท้องและมีประสบการณ์ในการจัดการแก้ไขปัญหามาระยะเวลาหนึ่งจึงทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นคงทางอารมณ์ มีกำลังใจ และสามารถจัดการกับปัญหาต่างๆ ได้ ซึ่งพลังสุขภาพจิตจะเกี่ยวข้องกับความสามารถของบุคคลในการปรับตัว ต่อสถานการณ์เป็นหลักมากกว่าความแตกต่างของอายุ นอกจากนั้นระยะเวลาป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรัง และระยะเวลา ในการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องไม่มีอิทธิพลต่อพลังสุขภาพจิตอธิบายได้กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาป่วยเป็นโรคไตวาย เรื้อรังเฉลี่ย 52.49 เดือน และระยะเวลาในการล้างไตเฉลี่ย 33.21 เดือน ซึ่งเป็นระยะเวลานานพอที่จะทำให้ผู้ป่วย มีประสบการณ์ในการรักษา มีการปรับตัว เรียนรู้ที่จะอยู่กับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และสามารถปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรคได้ ทำให้ปัจจัยดังกล่าวไม่มีผลต่อพลังสุขภาพจิต

ข้อเสนอแนะ

1. จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง มีระดับพลังสุขภาพจิตต่ำกว่าเกณฑ์ มีภาวะซึมเศร้ามาก และแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง จึงควรมีการพัฒนาโปรแกรมหรือสื่อที่เหมาะสมในการส่งเสริมพลังสุขภาพจิต แรงสนับสนุนทางสังคม และป้องกันภาวะซึมเศร้า
2. จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้า สามารถร่วมกันทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องได้ร้อยละ 51.00 แสดงว่ายังมี ปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลต่อพลังสุขภาพจิต จึงควรมีศึกษาปัจจัยด้านอื่น ๆ เช่น ปัจจัยด้านความเข้มแข็งภายในของผู้ป่วย และปัจจัยด้านจิตวิญญาณ ในการศึกษาครั้งต่อไป

References

1. Levey SA, et al. National kidney foundation practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. American College of Physicians,2003;139,137-47.
2. National Kidney Foundation. CKD-EPI Creatinine Equation. [Online], (cited on 2020, 10 August). Available from: www.kidney.org/content/ckd-epi-creatinine-equation-2009;2015.
3. Thanakitjaru, P. Current situation of chronic kidney disease in Thailand. Journal of the Department of Medical Services,2015;40(5),5-17.(in Thai)
4. Thailand renal replacement therapy: year 2020. [Internet].2020 (cited 2021 Jul 2). Available from:<https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2021/10/Final-TRT-report-2020.pdf>;2020.
5. Kankarn W. PD first policy holistic nursing in CAPD patients: challenge role under PD first policy. Journal of Nursing and Health Care,2015;33(4),6-14.(in Thai)
6. Artiwitchayanon A. Depression in patients with continuous ambulatory peritoneal dialysis. BJM, 2017;4(2), 67-78.(in Thai)
7. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Resilience quotient concept. Nonthaburi: Office of mental health development Ministry of Public Health,2012.(in Thai)
8. Polsingchan S, Rungruang K. Factors related to resilience quotient of end stage renal disease (ESRD) patients receiving hemodialysis at Surin hospital. Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal, 2018;10(1),129-41.(in Thai)
9. Khongphaisansophon A, Soonthornchaiya R. Factors related to resilience among older persons with major depressive disorder. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health2016;30(2),127-42.(in Thai)



10. Jannoppakhun J, Supapitiporn S. Predictive factors for the resilience quotient of new nursing graduates on rotational duty at Chulalongkorn hospital. *Thai Journal of Nursing Council* 2015;30(2),113–26.(in Thai)
11. Parayat C, Kangchai W, Somanusorn S. Predictive factors of resilience among elderly. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University* 2016;24(2),97–106.(in Thai)
12. Worapongsathor T, Pandii W, Triamchaisri S. The validity characteristics of the CES–D Depression Scale .*Thai Journal of Clinical Psychology* 1990: 21(1),26–45.(in Thai)
13. Kuptniratsaikul V, Ketumarn P. The study of the center for epidemiologic studies–depression scale (CES–D) in Thai people. *Siriraj Medical Journal* 1997;49(5),442–8.(in Thai)
14. House JS. *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison–Wesley;1981.
15. Srisaard B. *Introduction of research*. 8th edition. Bangkok:Suviriyasarn;2010.(in Thai)
16. Khamkhom U, Wathayu N, Rattanathanya D. Factors predicting quality of life among chronic kidney disease patients receiving continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University* 2015;27(2),60–71.(in Thai)
17. Lin YH, Yang Y, Chen SY, Chang CC, Chiu PF, Huang CY. The depression status of patients with end–stage renal disease in different renal replacement therapies. *International of Urological Nursing* 2011;5(1),14–20.
18. Photipim M, et al. Factors related to the resilience quotient of the older adults living in a community, Nakhon Ratchasima Province. *Journal of Vongchavalitkul University* 2021;34(1),22–33.(in Thai)
19. Lortajakul C, Ratanapreriyanuch S, Sanamjang P. Depression, social support, and quality of life of the end stage chronic kidney disease patients with hemodialysis. *Journal of Nursing Science Chulalognkorn Universit* 2018;30(3),141–52.(in Thai)
20. Liu YM, Chang HJ, Wang RH, Yang LK, Lu KC, Hou YC. Role of resilience and social support in alleviating depression in patients receiving maintenance hemodialysis. *Therapeutics and Clinical Risk Management* 2018;14,441–51.
21. Rodriguez–Rey R, Garcia–Llana H, Jareno EM, Gorris JL, Molina P, Selgas R. Resilience is related to better psychological adaptation to hemodialysis treatment in patients with chronic kidney disease. *Proceedings of Fourth World Congress on Positive Psychology*, June 25–28, Lake Buena Vista, Florida, USA;2015.
22. Li J, Theng YL, Foo S. Does psychological resilience mediate the impact of social support on geriatric depression?An exploratory study among Chinese older adults in Singapore. *Asian Journal of Psychiatry* 2015;14,22–7.
23. Chunsorn N, Kangchai W, Rattanaajarna S. Predictive factors of resilience among elderly with diabetes. *Journal of Nursing and Health Sciences* 2018;12(2),12–24.(in Thai)
24. Nabolsi MM, Wardam L, Al–Halabi JO. Quality of life, depression, adherence to treatment and illness perception of patients on haemodialysis. *Int J Nurs Pract* 2015;21(1),1–10.
25. Artiwichayanon A, Keeratiyutawong P, Duangpaeng S. Predictors of self–management in patients with chronic kidney disease undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Rama Nurs J* 2015: 21(2),172–85.(in Thai)



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในเขตภาคเหนือตอนล่าง

Factors Associated with Health Promoting Behaviors among Registered Nurses in a Hospital in the Lower Northern Region

ชนิษฐา เมฆอรุณกมล¹

Khanittha Mekaroonkamol¹

¹ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร

¹Nursing Department, Naresuan University Hospital

Corresponding author: Khanittha Mekaroonkamol; Email: Khanitthame@nu.ac.th

Received: March 29, 2022 Revised: April 13, 2022 Accepted: June 24, 2022

บทคัดย่อ

งานวิจัยแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและเพื่อค้นหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในเขตภาคเหนือตอนล่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 310 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามตอบด้วยตนเอง ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน และสหสัมพันธ์อันดับ ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($Mean=2.72$, $SD=.37$) อายุ ($r_s=.16$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และสถานภาพสมรส ($\eta=.19$) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) สำหรับปัจจัยภายในบุคคล พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการสร้างเสริมสุขภาพ ($r_s=.58$) และการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ ($r_s=.34$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ ($r_s=-.32$) และความเครียด ($r_s=-.32$) มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาปัจจัยภายนอกบุคคล พบว่า แผนกที่ปฏิบัติงาน ($\eta=.32$) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ผลการศึกษานี้ มีข้อเสนอแนะต่อผู้บริหาร โดยควรคำนึงถึง อายุ สถานภาพสมรส และแผนกที่ปฏิบัติงาน ในการออกแบบโครงการหรือกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และควรจัดให้มีโครงการหรือกิจกรรมในการลดความเครียดที่หลากหลาย จัดให้มีสถานที่ออกกำลังกาย ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ

คำสำคัญ: การรับรู้ความสามารถตนเอง; การรับรู้ประโยชน์; การรับรู้อุปสรรค; พยาบาลวิชาชีพ; พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ



Factors Associated with Health Promoting Behaviors among Registered Nurses in a Hospital in the Lower Northern Region

Khanittha Mekaroonkamol¹

¹Nursing Department, Naresuan University Hospital

Corresponding author: Khanittha Mekaroonkamol; Email: Khanitthame@nu.ac.th

Received: March 29, 2022 Revised: April 13, 2022 Accepted: June 24, 2022

Abstract

This cross-sectional study aimed to assess health-promoting behavior and to explore factors associated with health-promoting behavior among registered nurses in a hospital in the lower northern region. A sample of 310 registered nurses was recruited through stratified random sampling. Data were collected using a self-administrated questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, Spearman Rank correlation coefficient, and Eta correlation. The results revealed that the average score for health-promoting behavior was categorized at a moderate level (Mean=2.72, SD=.37). Age ($r_s=.16$) was significantly positive related to health-promoting behavior, and marital status ($\eta=.19$) was significantly related to health-promoting behavior ($p<.05$). In addition, for intrinsic factors, it was found that self-efficacy on health promotion practice ($r_s=.58$) and perceived benefits on health promotion practice ($r_s=.34$) had significant positive relationships with health-promoting behavior, while perceived barriers on health promotion practice ($r_s=-.32$) and stress ($r_s=-.32$) had significant negative relationships with health-promoting behavior. When considering extrinsic factors, it was found that the work department ($\eta=.32$) had a significant relationship with health-promoting behavior ($p<.05$). This study recommends that the organization should consider age, marital status, and working department when developing projects and activities to promote health promotion activities. Moreover, several recreational activities and attractive exercise equipment should be provided to relieve stress. Promotion of self-efficacy and health-promoting awareness should be implemented.

Keywords: self-efficacy; perceived benefits; perceived barriers; health-promoting behavior; registered nurse



ความเป็นมาและความสำคัญ

องค์การอนามัยโลก ให้ความหมายของคำว่า “สุขภาพ” ไว้ว่า “สภาวะของความสมบูรณ์ทางกาย จิตใจ และ สุนัขภาวะทางสังคม มิใช่เพียงการปราศจากโรคภัยไข้เจ็บเท่านั้น”¹ จากความหมายดังกล่าว จะเห็นว่าสุขภาพเป็น แนวคิดเชิงบวก ที่ให้ความสำคัญกับการมีสุขภาพดี สอดคล้องกับ เพนเดอร์ ระบุว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลกระทำโดยมีเป้าหมายสำคัญในการยกระดับความเป็นอยู่ที่ดี และการบรรลุเป้าหมาย ในการมีสุขภาพที่ดีของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม ในการควบคุมดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งพฤติกรรมสร้างเสริม สุขภาพตามแบบแผนการดำเนินชีวิตประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย โภชนาการ สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การพัฒนาด้านจิตวิญญาณ และการจัดการความเครียด² ดังนั้น การคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี ควรดำเนินการในบุคคลที่มีสุขภาพปกติ (normal health) ผ่านการสร้างเสริมสุขภาพ

พยาบาลเป็นกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขที่เป็นหลักของระบบสุขภาพ เมื่อคิดเป็นส่วนสำคัญของบุคลากรด้านสุขภาพ ในวิชาชีพอื่น พบว่า พยาบาลจะมีสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 50 ทั้งนี้ ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในเขตภาคเหนือตอนล่างมีสัดส่วน ของพยาบาลต่อเจ้าหน้าที่วิชาชีพอื่นของโรงพยาบาล ในปี พ.ศ.2560-2562 คิดเป็นร้อยละ 56.26, 57.79 และ 57.48 ตามลำดับ³ มีการทำงานที่ต้องผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนปฏิบัติงานทั้งเวรเช้า เวรบ่าย และเวรดึก ซึ่งพยาบาลจะต้องวางแผน ในการสร้างเสริมสุขภาพระดับบุคคลของตนเอง และพยาบาลมีโอกาสมากที่สุดในการดำเนินงานด้านสร้างเสริมสุขภาพ ให้กับผู้รับบริการ ทั้งนี้ จากการศึกษาในพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนของประเทศสหรัฐอเมริกาที่อายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป ปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และมีคะแนนการพัฒนาด้านจิตวิญญาณและสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ในระดับสูง⁴ ส่วนการศึกษาในพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน เมืองจาร์กาตา ประเทศอินโดนีเซีย มีคะแนน รวมของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับดี ร้อยละ 52.50 มีคะแนนการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 85.80 ในขณะที่มีการออกกำลังกาย อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 35.20⁵ สอดคล้องกับการศึกษาในหน่วยบริการด้านสุขภาพ และสถาบันการศึกษา จำนวน 6 แห่ง ทางตะวันออกเฉียงใต้ของเมืองเพนซิลวาเนีย ที่พบว่าพยาบาลวิชาชีพ มีคะแนน การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดในระดับต่ำ⁶ นอกจากนี้พบว่า การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรม สร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค มีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ⁷ อีกทั้งมีรายงานการศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคกลาง พบว่า ดัชนีมวลกาย การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ⁸

จากปัจจัยข้างต้น สอดคล้องกับแนวคิดของ Seifert et al.⁹ ที่ระบุว่า ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ความเครียด การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถในการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และปัจจัยภายนอก ได้แก่ แผนกที่ปฏิบัติงาน ตารางการปฏิบัติงาน (การทำงานล่วงเวลา) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับโมทัศน์หลักในแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่างโมทัศน์ หลักที่สำคัญ คือ 1) ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล 2) อารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรม และ 3) ผลลัพธ์เชิงพฤติกรรม² ดังนั้น การสร้างเสริมสุขภาพให้กับผู้รับบริการมีสุขภาพดี พยาบาลจะต้องมีพฤติกรรม สร้างเสริมสุขภาพของตนเองที่เหมาะสมเพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีและมีสุขภาพแข็งแรง พร้อมให้บริการแก่ผู้อื่นได้

โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในเขตภาคเหนือตอนล่าง ให้บริการระดับตติยภูมิและเป็นแหล่งฝึกงานของนิสิต พยาบาล ที่ปฏิบัติงานจะต้องแสดงบทบาททั้งในส่วนของการปฏิบัติงานวิชาชีพ และการเป็นผู้นำทีมงานของนิสิตกลุ่มสาขา วิทยาศาสตร์สุขภาพ ประกอบกับการทำงานในระบบบริการสุขภาพที่ซับซ้อน จึงต้องพัฒนานตนเองอย่างต่อเนื่อง และ ดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสมเพื่อเป็นต้นแบบที่ดีทางสุขภาพ จากข้อมูลการศึกษาพบว่า การหาความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยภายในบุคคล ปัจจัยภายนอกบุคคลกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพยังมีน้อย ประกอบกับปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ ดัชนีมวลกาย การรับรู้ ประกอบด้วยการรับรู้ความสามารถ การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ



ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ โดยจะนำข้อมูลไปใช้ในการเสนอผู้บริหารวางแผนนโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและใช้เป็นแนวทางในการให้การสนับสนุนส่งเสริมให้พยาบาลมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสม สามารถให้บริการด้านสร้างเสริมสุขภาพให้กับผู้รับบริการต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

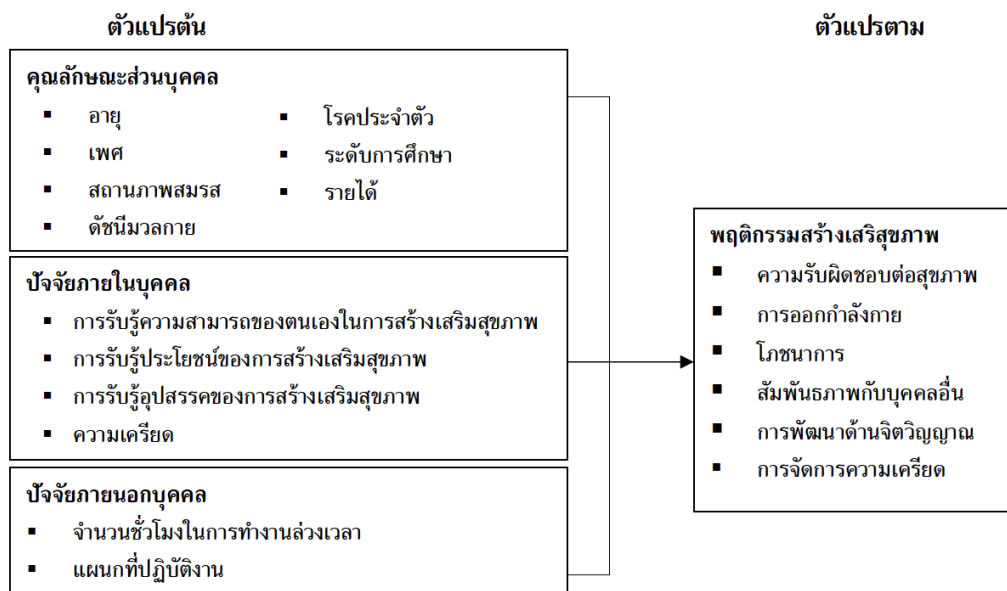
1. เพื่อประเมินพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในเขตภาคเหนือตอนล่าง
2. เพื่อค้นหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในเขตภาคเหนือตอนล่าง

สมมุติฐานการวิจัย

คุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยภายในบุคคล และ ปัจจัยภายนอกบุคคล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในเขตภาคเหนือตอนล่าง

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดของการวิจัยนี้ ใช้แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ โดยมีโน้ตหลักที่สำคัญประกอบด้วย 1) ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว ระดับการศึกษา และ รายได้ 2) อารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรม ปัจจัยด้านนี้มีความสำคัญในการสร้างเสริมแรงจูงใจให้เกิดความมุ่งมั่นในการกระทำพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ที่ทำให้บุคคลเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การวิจัยนี้ เรียกว่า ปัจจัยภายในบุคคล ประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ และความเครียด ส่วนปัจจัยภายนอกบุคคล ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย จำนวนชั่วโมงในการทำงานล่วงเวลา และแผนกที่ปฏิบัติงาน และ 3) ผลลัพธ์เชิงพฤติกรรม เมื่อบุคคลปฏิบัติแล้วบุคคลจะเกิดพฤติกรรมผลลัพธ์ ประกอบด้วย พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ตามแบบแผนการดำเนินชีวิต มี 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย โภชนาการ สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การพัฒนาด้านจิตวิญญาณ และการจัดการความเครียด ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยในครั้งนี้ เป็นงานวิจัยแบบตัดขวาง (cross section research)

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในเขตภาคเหนือตอนล่าง เดือนตุลาคม 2563 จำนวน 527 คน

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ โดยผู้วิจัยได้ทำการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการคำนวณขนาดตัวอย่างใช้สูตรประมาณการค่าเฉลี่ยจากโปรแกรม n4Studies¹⁰ โดยกำหนดค่าประชากร=527 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=2.94 และ ค่าความคลาดเคลื่อนจากการสุ่มที่ยอมรับให้แตกต่างจากส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละ=.30¹¹ ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 218 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่าง 305 คน จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างให้เป็นจำนวนเต็มสิบ ในการศึกษาเป็น 310 คน

การสุ่มตัวอย่าง สุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ โดยมีชั้นภูมิ คือ แผนกที่ปฏิบัติงาน และคำนวณค่ากลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วน มีเกณฑ์การคัดเข้า คือ พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในเขตภาคเหนือตอนล่าง ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป และยินดีเข้าร่วมงานวิจัย และมีเกณฑ์การคัดออก คือ พยาบาลวิชาชีพที่เจ็บป่วยและหยุดพักการรักษา ระหว่างการเก็บข้อมูล และตอบข้อคำถามไม่ครบ ผู้วิจัย ส่งแบบสอบถามไปถึงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 310 ชุด ได้รับการตอบ จำนวน 288 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 92.90

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร หมายเลขโครงการวิจัย คือ P3-0111/2564

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถาม 6 ส่วน รวมทั้งหมด 83 ข้อ ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเครียด ประยุกต์จากแบบประเมินความเครียด (ST-5) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 5 ข้อ มาตรฐานเป็น 4 ระดับ โดย 0 หมายถึง แทบไม่มีอาการหรือความรู้สึกตามข้อคำถาม จนถึง 3 หมายถึง เป็นประจำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการสร้างเสริมสุขภาพ ประยุกต์จากของ Sutherasan & Jumgpai boonpatana¹² จำนวน 8 ข้อ และผู้วิจัยพัฒนาเพิ่ม 1 ข้อ รวมเป็นจำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 7 ข้อ ประยุกต์จากของ Sutherasan & Jumgpai boonpatana¹² โดยส่วนที่ 3-5 มาตรฐานเป็น 5 ระดับ โดย 1 หมายถึงการรับรู้ในระดับน้อยที่สุด และ 5 การรับรู้ในระดับมากที่สุด

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ประยุกต์จากแบบสอบถามลีลาชีวิตการส่งเสริมสุขภาพ ฉบับภาษาไทยของ Suwonnaroop¹³ จำนวน 45 ข้อ มาตรฐานเป็น 4 ระดับ โดย 1 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติ จนถึง 4 ปฏิบัติสม่ำเสมอ

การแปลผลคะแนน ความเครียด แปลผลคะแนน ดังนี้ คะแนน 0-4 เครียดเล็กน้อย คะแนน 5-7 เครียดปานกลาง คะแนน 8-9 เครียดมาก และคะแนน 10-15 เครียดมากที่สุด ในส่วนของแบบสอบถามส่วนที่ 3-5 มีการแปลผลคะแนน ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง การรับรู้ระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67 หมายถึง การรับรู้ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00 หมายถึง การรับรู้ระดับมาก สำหรับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.00 พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00



พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 3.01–4.00 พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา IOC ทั้งฉบับ ได้ค่า .93 ผู้วิจัยนำไปทดลองกับกลุ่มพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลพิจิตร จำนวน 30 คน นำมาคำนวณหาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถาม ความเครียด การรับรู้ความสามารถของตนเองในการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เท่ากับ .83, .85, .92, .86 และ .94 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบการกระจายของข้อมูล ด้วยวิธีการ Shapiro-Wilk Test พบว่า ข้อมูลมีการกระจายไม่ปกติ จึงทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ และใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ สเปียร์แมน (Spearman Rank correlation coefficient; r_s) และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อีตา (Eta correlation; η) โดย r มีค่า -1 ถึง +1 เครื่องหมาย - และ + บอกทิศทางของความสัมพันธ์ โดย r ค่า .10–.39 มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ค่า .40–.69 มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง และค่า .70 ขึ้นไป มีความสัมพันธ์ในระดับมาก ส่วน η มีค่า 0 ถึง 1 ถ้าค่า Eta มีค่าน้อยกว่าหรือเท่ากับ .30 แปลว่ามีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ถ้าค่า .31–.50 แปลว่ามีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง และถ้ามีค่ามากกว่า .50 ขึ้นไป แปลว่ามีความสัมพันธ์ระดับสูง Kanjanawasee¹⁴

ผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีอายุเฉลี่ย 31.70 ปี (SD=7.15) ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 21–30 ปี ร้อยละ 55.56 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 94.44 มีสถานภาพโสด ร้อยละ 63.89 ดัชนีมวลกายปกติ (18.5–22.9) ร้อยละ 51.74 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 75.35 ระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 94.44 มีรายได้ต่อเดือนเพียงพอ ร้อยละ 75.35 จำนวนชั่วโมงในการทำงานต่อเวลาต่อเดือน 8–40 ชั่วโมง (Mean=51.34, SD=34.69; M=200, Min=8) ร้อยละ 43.40 แผนกที่ปฏิบัติงาน งานการพยาบาลผู้ป่วยใน ร้อยละ 44.09 ดังตารางที่ 1 ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ของกลุ่มตัวอย่าง (n=288)

คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
21–30 ปี	160	55.56
31–40 ปี	79	27.43
41–50 ปี	46	15.97
51–60 ปี	3	1.04
Mean=31.70, SD=7.15, Min=23, Max=59		
เพศ		
ชาย	16	5.56
หญิง	272	94.44



คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพ		
โสด	184	63.89
คู่	92	31.94
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	12	4.17
น้ำหนัก (กิโลกรัม) Mean=57.56, SD=12.51		
ส่วนสูง (เซนติเมตร) Mean=159.36, SD=5.85		
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/เมตร ²)		
ผอม (BMI<18.50)	36	12.50
ปกติ (BMI 18.50–22.90)	149	51.74
น้ำหนักเกิน (BMI 23.00–24.90)	34	11.80
อ้วน (BMI ตั้งแต่ 25.00)	69	23.96
Mean=22.60, SD=4.43		
โรคประจำตัว		
ไม่มี	217	75.35
มี	71	24.65
วุฒิการศึกษาสูงสุด		
ปริญญาตรี	272	94.44
ปริญญาโท	16	5.56
รายได้ต่อเดือน		
เพียงพอ	217	75.35
ไม่เพียงพอ	71	24.65
จำนวนชั่วโมงในการทำงานสัปดาห์ต่อเดือน		
ไม่มี	56	19.45
8–40 ชั่วโมง (1–5 เวิร์)	125	43.40
48–80 ชั่วโมง (6–10 เวิร์)	79	27.43
88–120 ชั่วโมง (11–15 เวิร์)	24	8.33
128–160 ชั่วโมง (16–20 เวิร์)	1	.35
168–200 ชั่วโมง (21–25 เวิร์)	3	1.04
Mean=51.34, SD=34.69, Median=40, Min=8, Max=200		
แผนกที่ปฏิบัติงาน		
งานการพยาบาลผู้ป่วยใน	127	44.09
งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก	28	9.72
งานการพยาบาลอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน	12	4.17



คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
งานการพยาบาลพิเศษ	16	5.56
งานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติ	61	21.18
งานการพยาบาลผ่าตัด	24	8.33
งานการพยาบาลวิสัญญี	13	4.51
งานสนับสนุนการพยาบาล	2	.70
งานบริการปฐมภูมิและสร้างเสริมสุขภาพ	5	1.74

การวิเคราะห์พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\text{Mean}=2.72$, $\text{SD}=.37$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ($\text{Mean}=3.04$, $\text{SD}=.47$) และด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ ($\text{Mean}=3.04$, $\text{SD}=.55$) อยู่ในระดับมาก ส่วนด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ($\text{Mean}=2.69$, $\text{SD}=.50$) ด้านโภชนาการ ($\text{Mean}=2.56$, $\text{SD}=.47$) ด้านการจัดการความเครียด ($\text{Mean}=2.51$, $\text{SD}=.51$) และด้านการออกกำลังกาย ($\text{Mean}=2.27$, $\text{SD}=.59$) อยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยรวม และรายด้าน

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับการแปลผล
พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	2.72	.37	ปานกลาง
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	2.69	.50	ปานกลาง
ด้านการออกกำลังกาย	2.27	.59	ปานกลาง
ด้านโภชนาการ	2.56	.47	ปานกลาง
ด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น	3.04	.47	มาก
ด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ	3.04	.55	มาก
ด้านการจัดการความเครียด	2.51	.51	ปานกลาง

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า อายุ ($r_s=.16$) และการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ ($r_s=.34$) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการสร้างเสริมสุขภาพ ($r_s=.58$) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ แต่การรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ ($r_s=-.32$) และความเครียด ($r_s=-.32$) มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ส่วนสถานภาพสมรส ($\eta=.19$) มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และแผนกที่ปฏิบัติงาน ($\eta=.32$) มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ดังตารางที่ 3



ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

ตัวแปร	พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (n=288)		
	ค่าสหสัมพันธ์	ระดับความสัมพันธ์	p-value
คุณลักษณะส่วนบุคคล			
อายุ	$r_s=.16$	ต่ำ (เชิงบวก)	.005*
ดัชนีมวลกาย	$r_s=.07$		.259
เพศ	$\eta=.07$		.220
สถานภาพสมรส	$\eta=.19$	ต่ำ	.013*
โรคประจำตัว	$\eta=.01$		.837
ระดับการศึกษา	$\eta=.11$		.068
รายได้	$\eta=.06$		.290
ปัจจัยภายในบุคคล			
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการสร้างเสริมสุขภาพ	$r_s=.58$	ปานกลาง (เชิงบวก)	<.001*
การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ	$r_s=.34$	ต่ำ (เชิงบวก)	<.001*
การรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ	$r_s=-.32$	ต่ำ (เชิงลบ)	<.001*
ความเครียด	$r_s=-.32$	ต่ำ (เชิงลบ)	<.001*
ปัจจัยภายนอกบุคคล			
จำนวนชั่วโมงในการทำงานล่วงเวลา	$r_s=-.09$		.137
แผนกที่ปฏิบัติงาน	$\eta=.32$	ปานกลาง	.004*

η =eta coefficient, r_s =Spearman's rho, * $p<.05$

อภิปรายผล

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=2.72, SD=.37) อธิบายได้ว่า พยาบาลมีการปฏิบัติงานเป็นผลดี อาจจะไม่สามารถปฏิบัติตามข้อแนะนำในการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่เหมาะสมได้ และการทำงานพยาบาล มีความรับผิดชอบสูงส่งผลให้มีความเครียดในการทำงาน เมื่อมีความเครียดจะส่งผลให้พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพลดลง ผลการศึกษาสอดคล้องกับของ Vimonwattana et al¹⁵ ศึกษาในพยาบาลวิชาชีพ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.19, SD=.43) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Zeng et al¹⁶ ที่พบว่าพยาบาลจาก 42 โรงพยาบาลในประเทศจีน มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Uchendu et al¹⁷ รายงานว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพภาพรวมของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้มีอายุน้อยกว่า 40 ปี ร้อยละ 82.99 กลุ่มตัวอย่างของ Vimonwattana et al¹⁵ พยาบาลมีอายุเฉลี่ย 36 ปี และกลุ่มตัวอย่างของ Zeng et al¹⁶ พยาบาลอายุน้อยกว่า 35 ปี ร้อยละ 82.20 ทั้งนี้ ผลการวิจัยสอดคล้องกันอาจเนื่องมาจากพยาบาลส่วนใหญ่อายุน้อยกว่า 40 ปี และเป็นช่วงวัยที่ต้องปฏิบัติงานแบบผลัดเช้า บ่าย ดึก มากกว่าพยาบาลที่มีอายุมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาคั้งนี้ ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพรายข้อ การปฏิบัติงานหมุนเวียนเช้า บ่าย ดึก ทำให้ไม่มีเวลาออกกำลังกาย (Mean=3.77, SD=1.06) อยู่ในระดับมาก ซึ่งการรับรู้อุปสรรคที่มากมีผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพลดลง



เมื่อพิจารณารายด้านของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า ด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ อยู่ในระดับมาก สำหรับด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านโภชนาการ ด้านการจัดการความเครียด และด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านออกกำลังกาย จะเป็นด้านที่มีคะแนนภาพรวมน้อยที่สุด (Mean=2.27, SD=.59 ระดับปานกลาง) สอดคล้องกับการศึกษาของ Vimonwattana et al.¹⁵ พบว่า ด้านการออกกำลังกายมีคะแนนภาพรวม น้อยที่สุด (Mean=2.48, SD=.93 ระดับปานกลาง) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Wahid et al.⁵ พบว่า ด้านที่ต่ำที่สุดคือการออกกำลังกาย (Mean=2.30, SD=.50) เนื่องจากการไม่มีเวลา ไม่สามารถเลือกวิธีการที่เหมาะสมกับเวลาในการออกกำลังกาย สอดคล้องกับ George et. al.¹⁸ ระบุว่า อุปสรรคของการออกกำลังกายในบุคลากรทางสุขภาพ คือ ไม่มีเวลา ซึ่งเกี่ยวข้องกับสภาพอากาศที่ไม่เหมาะสม และประเด็นความปลอดภัยในการออกกำลังกาย และ Ross et. al.¹⁹ ระบุว่า การคงไว้ซึ่งการออกกำลังกายต่อเนื่องจะเป็นพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ประเด็นหนึ่งในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน โรคอ้วน และโรคเรื้อรัง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า

อายุ ($r=.16$) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ หมายความว่า เมื่ออายุเพิ่มขึ้นพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพจะเพิ่มขึ้น อายุมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลซึ่งจะเพิ่มตามอายุจนสูงสุดในวัยผู้ใหญ่และอาจลดลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ⁶ อธิบายได้ว่า อายุที่เพิ่มขึ้นทำให้ความใส่ใจในสุขภาพและมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพเพิ่มขึ้น ประกอบกับพยาบาลจะมีความรู้เป็นผลดีที่ลดลง จึงจัดการเวลาในการออกกำลังกาย กำหนดโภชนาการที่เหมาะสม สร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น มีการพัฒนาจิตวิญญาณ และมีการจัดการความเครียดที่เหมาะสมได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Kasempipatpong & Sutheeprasert²⁰ ศึกษาในบุคลากรโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร และการศึกษาของ Chaikongkiat et. al.²¹ ศึกษาในพยาบาลจังหวัดยะลา ทั้งสองงานวิจัยพบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีอายุมากกว่า 30 ปี ร้อยละ 44.44 และกลุ่มตัวอย่างของ Kasempipatpong & Sutheeprasert²⁰ มีอายุเฉลี่ย 39.30 ปี และกลุ่มตัวอย่างของ Chaikongkiat et. al.²¹ ช่วงอายุ 30-40 ปี ร้อยละ 40.22 ผลการศึกษาสอดคล้องกันอาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีอายุเฉลี่ยมากกว่า 30 ปี แต่ผลการศึกษาของ Vimonwattana et. al.¹⁵ และ Nejat & Abedi²² ศึกษาพยาบาลในโรงพยาบาลเนซีมาฟี ในเมืองซูซา พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากปัจจัยอื่นร่วม เช่น สถานภาพคู่ โดยผลการศึกษาของ Vimonwattana et. al.¹⁵ ไม่พบการศึกษาสถานภาพคู่ ส่วน Nejat & Abedi²² พบว่ามีสถานภาพคู่ ร้อยละ 75.20

สถานภาพสมรส ($\eta=.19$) มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยในการศึกษาครั้งนี้ พบรายงาน สถานภาพโสด มากที่สุด คือ ร้อยละ 63.89 อธิบายได้ว่า ผู้ที่มีสถานภาพโสดสามารถจัดการเวลาในการดำเนินการพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้ เนื่องจากไม่มีภาระครอบครัวในการดูแล สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Zeng et al.¹⁶ ที่พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลในประเทศจีน อย่างไรก็ตาม Chaikongkiat et. al.²¹ และ Nejat & Abedi²² พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อาจเนื่องจากพยาบาลวิชาชีพมีสถานภาพคู่ ร้อยละ 75.00 และ ร้อยละ 75.20 ตามลำดับ สถานภาพสมรสที่แตกต่างกันอาจเป็นตัวแปรหนึ่งที่ทำให้ผลการวิจัยแตกต่างกัน

ในส่วนของประเด็น ดัชนีมวลกาย เพศ โรคประจำตัว ระดับการศึกษา และรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจาก การศึกษานี้ กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ที่มิน้ำหนักผอมและปกติ ร้อยละ 64.24 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 94.40 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 75.35 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 94.44 และมีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 75.35 ซึ่งเป็นคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ที่มีความคล้ายคลึงกัน ประกอบกับมีปัจจัยด้านความคิดและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม เช่น การรับรู้ความสามารถของตนเอง

ในการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับ Wittayapun et al²³ พบว่าดัชนีมวลกาย เพศ โรคประจำตัว ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับ Somton²⁴ ที่พบว่า เพศ รายได้ โรคประจำตัวของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลหลังสวน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพภาพรวม

เมื่อพิจารณาปัจจัยภายในบุคคล พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการสร้างเสริมสุขภาพ ($r_s=.58$) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ ($r_s=.34$) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า หากพยาบาลมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง และรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ จะมีคะแนนพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพที่เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ระบุว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งหมายถึง ความสามารถในการจัดระเบียบกิจกรรม และดำเนินการพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งการรับรู้ความสามารถของตนเองมีอิทธิพลต่อการรับรู้อุปสรรคต่อการกระทำ ดังนั้น การรับรู้ความสามารถของตนเอง ทำให้ความมุ่งมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้น การรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่เพิ่มขึ้น จะส่งผลให้การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ลดลง และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ผลลัพธ์เชิงบวกที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งนี้เมื่อการรับรู้ความสามารถของตนเองและการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จะทำให้พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ² สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Sutherasan & Jumgpai boonpatana¹² พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองในการ สร้างเสริมสุขภาพ ($r=.68$) และการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ ($r=.40$) มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ ($r_s=-.32$) มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมสร้างเสริม สุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หมายถึง คะแนนการรับรู้อุปสรรคมากมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในระดับน้อย สอดคล้องกับ Pender et al² ที่อธิบายว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม เป็นการรับรู้ถึงอุปสรรค หรือ สิ่งขัดขวางที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เช่น ความไม่รู้ ไม่มีเวลา ชี้แจง ไม่สะดวกค่าใช้จ่าย สภาพอากาศเปลี่ยนแปลง เป็นต้น ซึ่งการรับรู้อุปสรรคมีผลกระทบโดยตรงต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพโดย เป็นสิ่งที่ขัดขวางต่อการปฏิบัติพฤติกรรม ทั้งนี้สอดคล้องกับ ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ข้อคำถามการประเมินการรับรู้ อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพรายข้อ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การปฏิบัติงานหมุนเวียนเข้า บ่าย ดึก ทำให้ไม่มี เวลาออกกำลังกาย อยู่ระดับมาก (Mean=3.77, SD=1.06) ซึ่งการปฏิบัติงานพยาบาลประจำการอยู่เวรเข้า บ่าย ดึก เป็นการปฏิบัติกิจวัตรไม่ปกติทำให้เป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Wilson (2006 อ้างถึงใน Sutherasan, Jumgpai boonpatana¹²) พบว่า การปฏิบัติงานเวรเข้า บ่าย ดึก มีความสัมพันธ์ทาง ลบกับการสร้างเสริมสุขภาพเพราะเป็นการทำงานในยามวิกาล การผลัดเปลี่ยนเวลาปฏิบัติงานอยู่บ่อย ๆ ร่างกายต้อง ปรับตัวอยู่เสมอ การพักผ่อนไม่แน่นอนทำให้เกิดความเหนื่อยล้า ต้องการการพักผ่อนหลังเลิกงานมากกว่าจะสนใจ การสร้างเสริมสุขภาพ และยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Sutherasan & Jumgpai boonpatana¹² พบว่าการรับรู้ อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ ($r=-.18$) มีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความเครียด ($r_s=-.32$) มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ แสดงว่าบุคคลที่มีความเครียดมากจะมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพน้อย ในทางกลับกันบุคคลที่มี ความเครียดน้อยจะมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมาก อธิบายได้ว่า เมื่อบุคคลมีความเครียดเกิดขึ้นจะมีการปรับตัว และแสดงพฤติกรรมออกมาทั้งด้านบวกและด้านลบ อาจจะบอความคับข้องใจในลักษณะต่างๆ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการใช้ยา เพื่อบรรเทาอาการเครียด หรืออาจมีพฤติกรรมไม่สนใจเอาใจใส่ในการดูแลตนเองเป็นผล



ให้มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพไม่เหมาะสม บุคคลที่มีความเครียดเพียงเล็กน้อยเป็นสิ่งจำเป็น ช่วยกระตุ้นให้มีการปรับตัวทั้งทางร่างกายและจิตใจ ทั้งนี้ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเครียดอยู่ระดับปานกลาง (Mean=5.43, SD=2.94) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Duangsoithong & Chawawakrasasin²⁵ พบว่าพยาบาลมีความเครียดระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับหรือนอนมาก (Mean=1.42, SD=.93) เพราะการปฏิบัติงานเวรเข้า บ่าย ดึก เปลี่ยนเวลาปฏิบัติงานอยู่ บ่อยๆ ทำให้แบบแผนการพักผ่อนไม่เป็นระบบ และความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพภาพรวม สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Wittayapun et al²³ ศึกษาในบุคลากรศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี พบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ($r=-.30$)

ในส่วนของปัจจัยภายนอก ได้แก่ แผนกที่ปฏิบัติงาน และจำนวนชั่วโมงในการทำงานล่วงเวลา พบว่า แผนกที่ปฏิบัติงาน ($\eta=.32$) มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับแนวคิด Seifert et al⁹ ที่ระบุว่า ปัจจัยภายในบุคคลและปัจจัยภายนอกบุคคลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบความต่างจำแนกตามแผนกที่ปฏิบัติงาน พบว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพสูงสุด คือ งานบริการปฐมภูมิและสร้างเสริมสุขภาพ (Mean=2.60, SD=.55) และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพต่ำสุด คือ งานสนับสนุนการพยาบาล (Mean=1.50, SD=.71) เนื่องจากงานบริการปฐมภูมิและสร้างเสริมสุขภาพเป็นหน่วยงานที่ดูแลการสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากร พยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกนี้จึงมีความใส่ใจในการสร้างเสริมสุขภาพตนเอง ส่วนงานสนับสนุนการพยาบาลเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบเรื่องการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลประกอบกับสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 บุคลากรปฏิบัติงานในการเฝ้าระวัง สอบสวน ป้องกันควบคุมโรคโควิด 19 มีภาระงานมาก ปฏิบัติงานทั้งในเวลาราชการและรับปฎิษานอกเวลาราชการ ส่งผลให้มีข้อจำกัดในการสร้างเสริมสุขภาพตนเอง อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับ Somton²⁴ และ Nejat & Abedi²² ที่พบว่า แผนกที่ปฏิบัติงานไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ในส่วนของจำนวนชั่วโมงในการทำงานล่วงเวลา ($r_s=-.09$) ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพภาพรวม แต่อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาของ Kasempipatpong & Sutheeprasert²⁰ พบว่า ชั่วโมงการทำงานต่อวันของบุคลากรโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพภาพรวมและการป้องกันโรคของบุคลากร

ข้อเสนอแนะในการประยุกต์ใช้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ผู้บริหาร ควรคำนึงถึง อายุ สถานภาพสมรส และแผนกที่ปฏิบัติงาน ในการออกแบบโครงการหรือกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งนี้ควรจัดให้มีโครงการหรือกิจกรรมในการลดความเครียดที่หลากหลาย จัดให้มีสถานที่ออกกำลังกาย ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาล สหสาขาวิชาชีพ และบุคลากรสายสนับสนุน ซึ่งอาจแตกต่างกันเพื่อนำผลการศึกษาไปวางแผนในการจัดโครงการพัฒนาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพให้เหมาะสมในบุคลากรแต่ละกลุ่ม ออกแบบโครงการหรือกิจกรรมเพื่อสนับสนุนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและประเมินผลโครงการ

References

1. Constitution of the World Health Organization. In World Health Organization: basic documents. 45th ed. Geneva:WHO;2006.



2. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 7th ed. Upper Saddle River, NJ:Pearson;2015.
3. Faculty of Medicine. Statistical reporting of human resource 2017–2019. Phitsanulok: Human Resources Department reporting;2019.(in Thai)
4. Kurnat-Thoma E, El-Banna M, Oakcrum M, Tyroler J. Nurses' health promoting lifestyle behaviors in a community hospital. *Appl Nurs Res* 2017;35:77–81.doi:10.1016/j.apnr.2017.02.012.
5. Wahid AE, Puckpinyo A, Thepthien B. Health status and health promoting behaviors among community health nurses in Jakarta, Indonesia. *J Public Hlth Dev* 2018;16(2):15–28.
6. Thacker K, Stavarski DH, Brancato V, Flay C, Greenawald D. An investigation into the health-promoting lifestyle practices of RNs. *AJN* 2016;116(4):24–30.doi:10.1097/01.NAJ.0000482141.42919.b7.
7. Shaahmadi F, Shojaeizadeh D, Sadeghi R, Arefi Z. Factors influencing health promoting behaviours in women of reproductive age in Iran: based on Pender's health promotion model. *Maced J Med Sci* 2019;7(14):2360–4.doi:10.3889/oamjms.2019.460.
8. Srisodsuluk P. The factors influencing health promoting behaviors of nurse instructors under the Central Network Nursing College of Ministry of Public Health [Master Thesis]. Nakhon Pathom: Christian University of Thailand;2014.(in Thai)
9. Seifert CM, Chapman LS, Hart JK, Perez P. Enhancing intrinsic motivation in health promotion and wellness. *Am J Health Promot* 2012;26(3):TAHP1–12.doi:10.4278/ajhp.26.3.tahp.
10. Ngamjarus C, Chongsuvivatwong V. n4Studies: Sample size and power calculations for iOS [The Royal Golden Jubilee Ph.D. Program]. Songkla: The Thailand Research Fund&Prince of Songkla University; 2014.
11. Kooariyakul A, Chidnayee S, Yottavee W, Netchang S, Naktang N. Health promoting behaviors of Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit's Officers. *BCNUT J* 2014;6(1):48–62.(in Thai).
12. Sutherasan S, Jumgpaiboonpatana W. Factors influencing health promoting behaviors among professional nurses in Nursing Service Division, Government University Hospitals [Research report]. Songkla: Songklanagarind Hospital;2009.(in Thai)
13. Suwonnaroop N. Health-promoting lifestyle profile-II Thai version [Questionnaire]. Bangkok: Faculty of Nursing, HRH Princess Chulabhorn College of Medical Science;2020.
14. Kanjanawasee S. Classical test theory. 6th ed. Bangkok: Chulalongkorn University;2009.
15. Vimonwattana N, Sangkapong T, Panriansaen R. Factors affecting the health promotion behaviors of professional nurses in Faculty of Medicine, Vajra Hospital, Navamindradhiraj University. *KJN* 2017; 24(2):67–81.(in Thai)
16. Zeng W, Shang S, Fang Q, He S, Li J, Yao Y. Health promoting lifestyle behaviors and associated predictors among clinical nurses in China: a cross-sectional study. *BMC Nurs* 2021;20:230.doi:10.1186/s12912-021-00752-7.
17. Uchendu C, Windle R, Blake H. Perceived facilitators and barriers to Nigerian nurses' engagement in health promoting behaviors: a socio-ecological model approach. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17(4):1314. doi: 10.3390/ijerph17041314.



18. George LS, Lais H, Chacko M, Retnakumar C, Krishnapillai V. Motivators and barriers for physical activity among health-care professionals: a qualitative study. *Indian J Community Med* 2021;46(1):66–9. doi:10.4103/ijcm.IJCM_200_20.
19. Ross A, Bevans M, Brooks AT, Gibbons S, Wallen GR. Nurses and health-promoting behaviors: knowledge may not translate into self-care. *AORN J* 2017;105(3):267–75. doi:10.1016/j.aorn.2016.12.018.
20. Kasempipatpong C, Suthesprasert T. Factors related to health promotion and disease prevention behaviors of personnel at Chaophraya Yommarat Hospital, Suphanburi Province. *JHS* 2015;24(1):41–9.(in Thai)
21. Chaikongkiat P, Chantarasiripoot B, Sulaiman P. Health literacy and other factors related to health promoting behaviors among professional nurses. *SCNJ* 2021;8(3):240–53.(in Thai)
22. Nejat K, Abedi HA. Evaluation of health promotion activities in nurses. *J Nov Appl Sci* [internet]. 2015 [cited 12 July 2020]; 4(6):715–20. Available from: <http://jnasci.org/wp-content/uploads/2015/06/JNASCI-2015-715-720.pdf>
23. Wittayapun Y, Wasuwithitkul S, Somboon S. Personal factors, health status, and health promoting behaviors among staff of The HRH Princess Maha Chakri Sirindhorn Medical Center. *Journal of Public Health Nursing* 2012;26(3):16–30.(in Thai)
24. Somton W. Health promotion behavior of nursing staff in Langsuan Hospital, Chumphon Province. *Reg 11 Med J* 2014;28(1):37–47.(in Thai)
25. Duangsoithong T, Chawanakrasaasin K. Stress and related factors among professional nurses working in the Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment. *JHS* 2014;23(4):695–703.(in Thai)



พฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและเครื่องดื่มบำรุงกำลัง ของนิสิตพยาบาล มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

The Behaviors of Consuming Dietary Supplementary Products and Energy Drinks among Nursing Students, Srinakharinwirot University

จารุวรรณ ไผ่ตระกูล¹ ศรีสุตา รัศมีพงศ์¹ นวรัตน์ จงเจษฎ์² มณีรัตน์ จับจิตต์³

Jaruwan Phaitrakoon¹ Srisuda Rassameepong¹ Nawarat Chongchet² Maneerat Jubjitt³

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ²โรงพยาบาลสุรินทร์

³โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

¹Faculty of Nursing, Srinakharinwirot University, ²Surin Hospital

³Vajira Hospital, Faculty of Medicine, Navamindhiraj University

Corresponding author: Jaruwan Phaitrakoon; Email: jaruwanph@g.swu.ac.th

Received: April 26, 2021 Revised: February 25, 2022 Accepted: June 24, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมบริโภค และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและเครื่องดื่มบำรุงกำลังของนิสิตพยาบาล มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ชั้นปี 1-4 จำนวน 196 คน ใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน ผลจากการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ร้อยละ 49.00 และซื้อเครื่องดื่มบำรุงกำลัง ร้อยละ 41.80 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร คือ เกรดเฉลี่ยสะสม และด้านคุณภาพและความน่าเชื่อถือของผลิตภัณฑ์ มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s=.15$ และ $.33$) ซึ่งจะแปลผลได้ว่า เกรดเฉลี่ยสะสม และทัศนคติของการตัดสินใจซื้อผลิตภัณฑ์ มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มบำรุงกำลัง พบว่าปัจจัยช่องทางการจำหน่าย มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มบำรุงกำลังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s=.16$) ผลการวิจัยในครั้งนี้ นำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาหรือออกแบบโปรแกรมในการแก้ปัญหาการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและเครื่องดื่มบำรุงกำลังของนิสิตพยาบาล ซึ่งเป็นผู้นำด้านการสร้างเสริมสุขภาพแก่ประชาชน โดยเน้นความสำคัญของการบริโภคอาหาร และลดการใช้เครื่องดื่มบำรุงกำลังที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ

คำสำคัญ: เครื่องดื่มบำรุงกำลัง; นิสิตพยาบาลศาสตร์; พฤติกรรมการบริโภค; ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร



The Behaviors of Consuming Dietary Supplementary Products and Energy Drinks among Nursing Students, Srinakharinwirot University

Jaruwan Phaitrakoon¹ Srisuda Rassameepong¹ Nawarat Chongchet² Maneerat Jubjitt³

¹Faculty of Nursing, Srinakharinwirot University, ²Surin Hospital

³Vajira Hospital, Faculty of Medicine, Navamindrahaj University

Corresponding author: Jaruwan Phaitrakoon; Email: jaruwanph@g.swu.ac.th

Received: April 26, 2021 Revised: February 25, 2022 Accepted: June 24, 2022

Abstract

The aim of this study was to find out the consumption behaviors and factors correlated with consuming dietary supplements and energy drinks among nursing students of Srinakharinwirot University. The sample consisted of 196 nursing students (1–4 years). The statistics used to analyze the data were percentage, mean and standard deviation, and Spearman's rank correlation coefficient. The main findings showed that 49.00% of the sample consumed dietary supplementary products and 41.80% consumed energy drinks. The factors related to the consumption of dietary supplements were: Grade Point Average (GPA) and knowledge of quality and reliability of the product; the correlation coefficients (r_s) were .15 and .33 ($p=.03$, .01), respectively, which means that the GPA and knowledge of quality and reliability of the product varies consumption level of dietary supplements. The factor related to the level of energy drink consumption was the distribution channel. The correlation coefficient (r_s) was .16 ($p=.02$) which means that energy drink consumption level varies with distribution channel. The results of this study can be used as basic information for the design and development of programs to address consumption behavior problems of dietary supplements and energy drinks among nursing students, who are leaders in public health promotion. The emphasis should be on the importance of reducing energy drink consumption that impacts health.

Keywords: energy drinks; nursing students; consumption behavior; dietary supplements

ความเป็นมาและความสำคัญ

ปัจจุบันการบริโภคของประชาชนมีความเสี่ยงต่อสุขภาพ โดยเฉพาะเรื่องคุณค่าของอาหารที่รับประทาน ซึ่งนิยมบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเป็นหนึ่งในผลิตภัณฑ์สุขภาพที่สามารถซื้อได้ง่ายและได้รับความนิยมจากผู้บริโภค เนื่องจากเชื่อว่าจะทำให้ได้รับสารอาหารเพิ่มมากขึ้น พฤติกรรมดังกล่าวส่วนมากพบในคนวัยรุ่นและวัยทำงาน โดยมีสาเหตุจากการขยายตัวของสังคมเมืองอย่างรวดเร็ว และแรงผลักดันทางเศรษฐกิจ ทำให้คนต้องทำงานนอกบ้านมากขึ้นการรับประทานผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในปัจจุบันมีเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก ด้วยการสร้างแรงจูงใจต่อผู้บริโภคในรูปแบบการขาย การโฆษณา การส่งเสริมการขายที่หลากหลาย ประกอบกับแนวโน้มทางการตลาดของผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในประเทศไทย มีการแข่งขันทางด้านราคาและการจำหน่ายในร้านสะดวกซื้อมากขึ้น¹ จากการสำรวจความคิดเห็นในเรื่องพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนอายุ 15 ปี ขึ้นไป 4 ภาค รวมกรุงเทพฯ และปริมณฑล จำนวน 512 คนในเดือนตุลาคม 2559 พบว่ากลุ่มตัวอย่างยังมีความเข้าใจในเรื่องการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง โดยร้อยละ 70 คิดเห็นว่าผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเป็นสิ่งจำเป็นต้องรับประทานเป็นประจำ พบในกลุ่มอายุ 21-30 ปีมากที่สุดร้อยละ 74² ซึ่งผลิตภัณฑ์เสริมอาหารคือผลิตภัณฑ์ที่ใช้รับประทานนอกเหนือจากการรับประทานอาหารตามปกติ โดยจะมีส่วนประกอบของสารอาหารและอาจมีส่วนประกอบอื่น ๆ เช่น เอนไซม์ หรือ โยเกิร์ตผลิตภัณฑ์เสริมอาหารนั้นไม่เหมือนกับยา (drugs) จึงไม่มีผลในการป้องกันหรือรักษาโรค และเป็นผลิตภัณฑ์ที่ใช้สำหรับบุคคลทั่วไปที่ต้องการดูแลสุขภาพ ไม่ใช่ผู้ป่วย ในทางเภสัชกรรม “ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร” จะแตกต่างจาก “อาหารเสริม (dietary supplement)” ซึ่ง อาหารเสริม หมายถึงอาหารที่รับประทานเพิ่มเติมนอกเหนือจากอาหารหลัก(อาหารมีประโยชน์ 5 หมู่) โดยการให้อาหารเสริมมีวัตถุประสงค์ต่าง เช่น เพื่อช่วยให้สุขภาพแข็งแรง เพื่อเพิ่มพลังงานให้กับร่างกาย หรือเพื่อช่วยให้ร่างกายมีการเจริญเติบโตที่ดี เป็นต้น

นอกจากนี้ผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มบำรุงกำลังเข้ามามีบทบาทในชีวิตประจำวันของผู้บริโภคมากขึ้นและกำลังเป็นที่นิยมอย่างแพร่หลายในกลุ่มคนทำงานเกือบทุกสาขาอาชีพทั้งหญิงและชาย โดยเฉพาะกลุ่มผู้ใช้แรงงานทางด้านอุตสาหกรรมหรือกลุ่มคนที่ต้องออกกำลังในการทำงานและกิจกรรมต่าง ๆ ทำให้เกิดอาการอ่อนเพลียเมื่อยล้าหลังจากการทำงานหรือกิจกรรมดังกล่าว เนื่องจากเครื่องดื่มบำรุงกำลัง มีสาร “เคเฟอีน” จึงเป็นสารตัวสำคัญที่ช่วยกระตุ้นให้ร่างกายสดชื่นได้ สารเหล่านี้มักจะอยู่ในเครื่องดื่มประเภท ชา (tea) กาแฟ (coffee) หรือเครื่องดื่มบำรุงกำลังยี่ห้อต่าง ๆ ที่มีส่วนผสมหลัก คือ “สารเคเฟอีน” ในปริมาณที่ไม่เกิน 50 มิลลิกรัม ต่อ 1 ขวด ที่ออกฤทธิ์กระตุ้นประสาททำให้รู้สึกตื่นเต้นและสดชื่นในบางรายที่บริโภคเครื่องดื่มบำรุงกำลังอาจจะนอนไม่หลับได้เช่นกัน ผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มบำรุงกำลังขณะนี้เป็นที่นิยมบริโภคกันอย่างแพร่หลายมีกลุ่มเป้าหมายของตลาดผู้บริโภคที่กว้างขึ้นเพราะนอกจากจะมีกลุ่มผู้ใช้แรงงานแล้วยังมีบุคคลทั่วไป นิสิต นักศึกษา ที่หันมาดื่มเครื่องดื่มบำรุงกำลังเพิ่มขึ้น เพื่อต้องการความสดชื่นให้ร่างกายและใช้ในการอ่านหนังสือสอบ เมื่อมีกลุ่มเป้าหมายที่กว้างขึ้นผู้ประกอบการหลายรายเล็งเห็นถึงยอดขายอันมหาศาลจึงแข่งขันผลิตเครื่องดื่มบำรุงกำลังออกมาหลากหลายรูปแบบเพื่อขยายตลาดและตอบสนองความต้องการของตลาดในกลุ่มแต่ละกลุ่ม ทำให้การทำธุรกิจประเภทเครื่องดื่มบำรุงกำลังมีการแข่งขันชิงส่วนแบ่งทางการตลาดมากขึ้น³

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าอัตราการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของนักศึกษาพยาบาล พบว่ามีส่วนใหญ่มักมีการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร (ร้อยละ 79.80) เนื่องจากมีทัศนคติว่าการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเพื่อบำรุงสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง (ร้อยละ 54.22) โดยการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมาจากเพื่อนให้คำแนะนำซึ่งมีอิทธิพลต่อการเลือกซื้ออาหารเสริม (ร้อยละ 40.96) และซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ร้านขายยา⁴ นอกจากนี้พบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานอาหารเสริม และเครื่องดื่มบำรุงกำลัง ได้แก่ อายุ ผลิตภัณฑ์ ราคา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ช่องทางการจัดจำหน่าย และการส่งเสริมทางการตลาด⁵⁻⁶ ทั้งนี้พยาบาลเป็นวิชาชีพที่ให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน บทบาทของการสร้างเสริมสุขภาพจึงเป็นสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ที่รวมไปถึงการบริโภคอาหารเสริม และเครื่องดื่มบำรุงกำลัง เนื่องจากการสร้างเสริมสุขภาพควรเริ่มต้นส่งเสริมตั้งแต่การเป็นนิสิตพยาบาล ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจทำงานวิจัยเรื่อง “พฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและเครื่องดื่มบำรุงกำลัง ของนิสิตพยาบาล



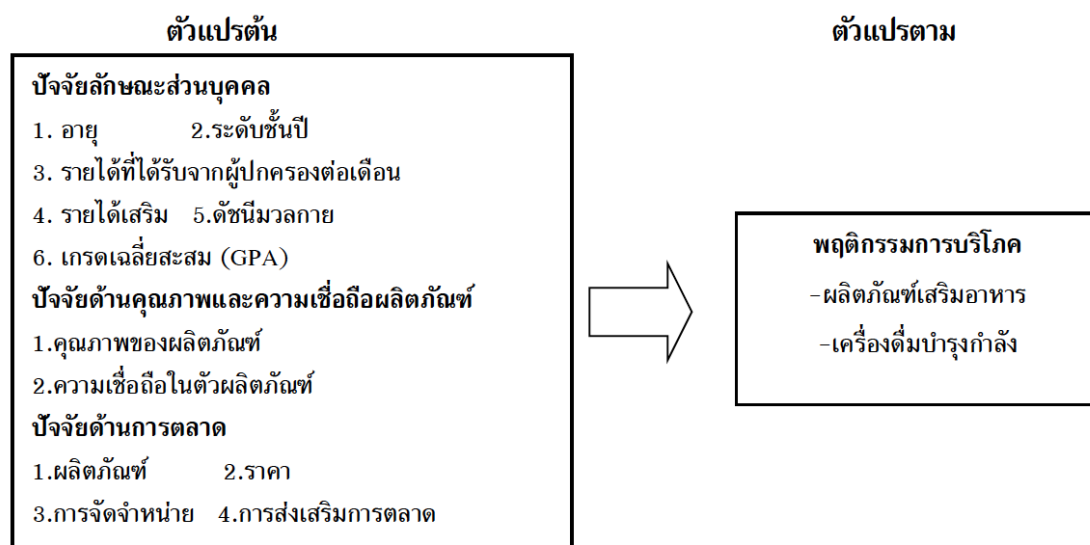
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ” เพื่อศึกษาพฤติกรรมบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและเครื่องดื่มบำรุงกำลัง และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและเครื่องดื่มบำรุงกำลังของนิสิตพยาบาล มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประกอบไปด้วย ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านคุณภาพและความเชื่อถือผลิตภัณฑ์ และปัจจัยด้านการตลาด โดยเพิ่มปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลที่น่าสนใจ เช่น เกรดเฉลี่ยสะสม (GPA) และดัชนีมวลกายในการทำวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากปัจจัยดังกล่าวยังไม่มีการวิจัยศึกษาในตัวแปรเหล่านี้ อย่างไรก็ตามผลของงานวิจัยนี้สามารถเป็นแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพในการเลือกรับประทานอาหารถูกต้องต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและเครื่องดื่มบำรุงกำลังของนิสิตพยาบาล
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและเครื่องดื่มบำรุงกำลังของนิสิต

พยาบาล

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัยการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ นิสิตปริญญาตรี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย

ศรีนครินทรวิโรฒ ปีการศึกษา 2561 จำนวน 487 คน (นิสิตชั้นปีที่ 1 2 3 และ 4 จำนวน 116 117 94 และ 160 คน ตามลำดับ) ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้สูตร กรณีที่ประชากรมีจำนวนแน่นอน ของ Yamane⁷ ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 196 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ด้วยการจับฉลาก ชั้นปี ละ 49 คน เก็บข้อมูลการวิจัยตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2561-มกราคม พ.ศ. 2562

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมวิจัยจากคณะกรรมการสำหรับพิจารณาโครงการที่ทำในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ หมายเลขการรับรองจริยธรรม SWUEC-028/61E ลงวันที่ 23 เมษายน 2561 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ได้รับการยินยอมให้ข้อมูล โดยผู้วิจัยได้แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ชี้แจงเอกสารผู้มีส่วนร่วมในงานวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ลงนามยินยอมเข้ารับการวิจัยด้วยความสมัครใจ หากมีผลต่อการเรียนกลุ่มตัวอย่าง สามารถยกเลิกการทำแบบสอบถามได้ทันที

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้เป็นใช้แบบสอบถามพฤติกรรมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและเครื่องดื่มบำรุงกำลัง ของนิสิตพยาบาล มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ซึ่งแบบสอบถามจะแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้ โดยแบบสอบถามนี้ได้ดัดแปลงมาจาก แบบสอบถามวิจัยปัจจัยด้านส่วนประสมทางการตลาดที่มีผลต่อพฤติกรรมการซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารบำรุงสมอง และความจำของผู้บริโภคในเขตกรุงเทพมหานครและ ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารทางอินเทอร์เน็ต⁵⁻⁶

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์เป็นแบบสอบถามแบบตรวจสอบรายการ (check list) ได้แก่ ระดับชั้นปีที่ศึกษา รายได้ต่อเดือน และรายได้เสริมของนิสิต โดยเป็นแบบสอบถามแบบปลายปิด อายุ เกรดเฉลี่ยสะสม (GPA) และดัชนีมวลกาย เป็นแบบสอบถามแบบปลายเปิดโดยให้เติมคำตอบตามความเป็นจริง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับเหตุผลในการตัดสินใจซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและเครื่องดื่มบำรุงกำลัง ประกอบด้วยด้านคุณภาพของผลิตภัณฑ์ และความน่าเชื่อถือในตัวผลิตภัณฑ์ เป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) มี 5 ระดับ แบ่งเป็น มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

แบบสอบถาม แต่ละข้อวิเคราะห์ข้อมูล โดยหาค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มีเกณฑ์พิจารณา คือ ระดับคะแนน 4.50–5.00, 3.50–4.49, 2.50–3.49, 1.50–2.49, และ 1.00–1.49 หมายถึง มีเหตุผลในการตัดสินใจซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและเครื่องดื่มบำรุงกำลังในระดับมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและเครื่องดื่มบำรุงกำลัง ในระยะเวลา 6 เดือน ประกอบด้วย ความถี่ ปริมาณ ราคา ชนิด และสถานที่ซื้อผลิตภัณฑ์ โดยเป็นแบบสอบถามแบบปลายเปิดให้เติมคำตอบตามความเป็นจริง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยทางการตลาดการตัดสินใจซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและเครื่องดื่มบำรุงกำลัง ประกอบด้วย ปัจจัยด้านผลิตภัณฑ์ ราคา ช่องทางการจัดจำหน่าย และส่งเสริมการตลาดเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) มี 5 ระดับ แบ่งเป็น มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด โดยเกณฑ์การแปลความหมายแบบเดียวกับแบบประเมิน ใน ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติที่มีผลต่อการตัดสินใจซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและเครื่องดื่มบำรุงกำลัง

คุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่สร้างขึ้นได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเพื่อทดสอบดัชนีความเที่ยงตรง (content validity index: CVI) ในแบบสอบถามประกอบด้วย

1) ทัศนคติที่มีผลต่อการตัดสินใจซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและเครื่องดื่มบำรุงกำลัง 2) ด้านปัจจัยทางการตลาดในการตัดสินใจซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและเครื่องดื่มบำรุงกำลัง ได้ค่า CVI เท่ากับ 1 นอกจากนี้ ได้มีการประเมินความเชื่อมั่น โดยใช้วิธีสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน จำนวน 30 คน โดยใช้วิธีสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .79 และ .88 ตามลำดับ



การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป เช่น อายุ ระดับชั้นปีที่ศึกษา รายได้ต่อเดือน รายได้เสริมของนิสิต เกรดเฉลี่ยสะสม (GPA) ดัชนีมวลกาย และพฤติกรรมการตัดสินใจซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและเครื่องดื่มบำรุงกำลังของนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์กับการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและเครื่องดื่มบำรุงกำลังของนิสิตพยาบาล มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒโดยใช้สถิติ Spearman's correlation coefficient (rs) หรือค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของนิสิต

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 196 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 181 คน คิดเป็นร้อยละ 92.30 ส่วนใหญ่อายุ 21 ปี จำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 26 ดัชนีมวลกายส่วนใหญ่อยู่ในระดับเกณฑ์ที่ปกติเท่ากับร้อยละ 56.60 เกรดเฉลี่ยสะสม (GPA) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.26 ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือน 4,001-5,000 บาท จำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 37.20 ซึ่งมีรายได้เสริม จำนวน 9 คน ส่วนใหญ่มีรายได้เสริมไม่เกิน 4,000 บาท จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 77.80

ส่วนที่ 2 เหตุผลในการตัดสินใจซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและเครื่องดื่มบำรุงกำลัง

ข้อมูลเหตุผลในการตัดสินใจซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและเครื่องดื่มบำรุงกำลังขึ้นกับคุณภาพ โดยนักศึกษาเห็นด้วยในด้านตัวยาที่มีอยู่ในผลิตภัณฑ์ และสรรพคุณที่มีอยู่ในผลิตภัณฑ์ อยู่ในระดับปานกลาง (mean=3.47 SD=.88) และมาก (mean=3.76 SD=.84) ตามลำดับ และในส่วนของความน่าเชื่อถือในตัวผลิตภัณฑ์พบว่านักศึกษาพิจารณาจากผลิตภัณฑ์มีชื่อเสียงและได้รับความนิยม คนที่รู้จักเคยทดลองใช้ ได้รับการรับรองจากสถาบันทางการแพทย์ หรือสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) อยู่ในระดับมาก (mean=3.63 SD=.85, mean=3.69 SD=.94 และ mean=4.37 SD=.74 ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความคิดเห็นหรือเหตุผลของการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ (n=196)

ข้อ	รายการ	ระดับความคิดเห็น (ร้อยละ)					$\bar{X}$ (SD)	ผลลัพธ์
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
		(5)	(4)	(3)	(2)	(1)		
คุณภาพของผลิตภัณฑ์								
1	ตัวยาที่มีอยู่ในผลิตภัณฑ์	22 (11.20)	76 (38.80)	76 (38.80)	18 (9.20)	4 (2.00)	3.47 (.88)	ปานกลาง
2	สรรพคุณที่มีอยู่ในผลิตภัณฑ์	37 (18.90)	89 (45.40)	59 (30.10)	9 (4.60)	2 (1.00)	3.76 (.84)	มาก
ความน่าเชื่อถือในตัวผลิตภัณฑ์								
1	ผลิตภัณฑ์ที่มีชื่อเสียงและได้รับความนิยม	27 (13.80)	90 (45.90)	63 (32.20)	13 (6.60)	3 (1.50)	3.63 (.85)	มาก
2	คนที่รู้จักเคยทดลองใช้	33 (16.80)	96 (49.00)	48 (24.50)	12 (6.10)	7 (3.60)	3.69 (.94)	มาก
3	ได้รับการรับรองจากสถาบันฯ	102 (52.00)	68 (34.70)	25 (12.80)	0 (.00)	1 (.50)	4.37 (.74)	มาก



ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการตัดสินใจซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และเครื่องดื่มบำรุงกำลัง ในระยะเวลา 6 เดือน

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการตัดสินใจซื้อผลิตภัณฑ์ของพบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 196 คน พบซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารจำนวน 96 คน คิดเป็นร้อยละ 49.00 ส่วนใหญ่ซื้อผลิตภัณฑ์ 1-2 ครั้ง/เดือนจำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 81.20 ปริมาณในการซื้อผลิตภัณฑ์ 1-2 ชิ้น/ครั้งจำนวน 87 คน คิดเป็นร้อยละ 90.60 ค่าใช้จ่าย (ต่อ 1 ชิ้น) 101-500 บาท จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 48.80 และกลุ่มตัวอย่างบริโภคเครื่องดื่มบำรุงกำลัง จำนวน 82 คน คิดเป็นร้อยละ 41.80 ส่วนใหญ่ซื้อผลิตภัณฑ์ 1-2 ครั้ง/เดือน จำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 63.40 ปริมาณในการซื้อผลิตภัณฑ์ 1-2 ชิ้น/ครั้ง จำนวน 76 คน คิดเป็นร้อยละ 92.70 ค่าใช้จ่าย (ต่อ 1 ชิ้น) 1-100 บาท จำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 97.60 สถานที่ซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และเครื่องดื่มบำรุงกำลัง ส่วนใหญ่ซื้อที่ร้านสะดวกซื้อ (7-11) รองลงมาคือร้านขายยา และห้างสรรพสินค้า ตามลำดับ โดยผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ซื้อบ่อย 3 อันดับแรก คือวิตามินซี ชุปไก่สกัด และน้ำมันตับปลา ส่วนเครื่องดื่มบำรุงกำลังที่ซื้อบ่อย 3 อันดับแรก กาแฟ (coffee) M150 (energy drink) และ สปอนเซอร์ (sports drink)

ตารางที่ 2 แสดงพฤติกรรมการซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร (n=96 คน) และเครื่องดื่มบำรุงกำลัง (n=82 คน)

รายละเอียด	ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร (n=96)		เครื่องดื่มบำรุงกำลัง (n=82)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1.การซื้อแบบบริโภค				
-ซื้อ	96	49.00	82	41.80
-ไม่ซื้อ	100	51.00	114	58.20
2.ความถี่ในการซื้อ				
-1-2 ครั้ง	78	81.20	52	63.40
-3-4 ครั้ง	15	15.70	20	24.40
-≥5 ครั้ง	3	3.10	10	12.20
3.ปริมาณในการซื้อผลิตภัณฑ์				
-1-2 ชิ้น/ครั้ง	87	90.60	76	92.70
-3-4 ชิ้น/ครั้ง	7	7.30	4	4.90
-≥5 ชิ้น/ครั้ง	2	2.10	2	2.40
4.ค่าใช้จ่าย (ต่อ 1 ชิ้น)				
-1-100 บาท	36	43.90	80	97.60
-101-500 บาท	40	48.80	2	2.40
- > 501 บาท	6	7.30	0	.00

ส่วนที่ 4 ปัจจัยมีความสัมพันธ์กับการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและเครื่องดื่มบำรุงกำลัง

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและเครื่องดื่มบำรุงกำลัง โดยใช้สถิติ Spearman's correlation coefficient (r_s) พบว่า เกรดเฉลี่ยสะสม (GPA) มีความสัมพันธ์กับ (r_s) เท่ากับ .15 ($p<.05$) คุณภาพและความน่าเชื่อถือของผลิตภัณฑ์ พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r_s) เท่ากับ .33 ($p<.01$) และช่องทางการจำหน่าย พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r_s) เท่ากับ .16 ($p<.05$) ดังแสดงในตารางที่ 3



ตารางที่ 3 ปัจจัยมีความสัมพันธ์กับการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและเครื่องดื่มบำรุงกำลัง

ปัจจัยส่วนบุคคล	ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร		เครื่องดื่มบำรุงกำลัง	
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r_s)	Sig.	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r_s)	Sig.
ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล				
อายุ	-.03	.65	-.03	.65
ระดับชั้นปี	-.01	.92	-.08	.23
เกรดเฉลี่ยสะสม (GPA)	.15	.03*	.01	.81
รายได้จากผู้ปกครอง/เดือน	.10	.15	.08	.23
รายได้เสริม/เดือน	.027	.70	.13	.05
ปัจจัยด้านคุณภาพผลิตภัณฑ์				
คุณภาพและที่น่าเชื่อถือของผลิตภัณฑ์	.33	.01**	.06	.36
ปัจจัยด้านการตลาด				
ปัจจัยผลิตภัณฑ์	.07	.29	.02	.76
ปัจจัยราคา	.07	.30	.03	.62
ปัจจัยช่องทางการจำหน่าย	.01	.95	.16	.02*
ปัจจัยส่งเสริมการขาย	.01	.97	-.03	.67

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

อภิปรายผล

จากการศึกษาวิจัยเรื่อง “พฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและเครื่องดื่มบำรุงกำลัง ของนิสิตพยาบาลมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ” สามารถนำมาอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัยได้ดังนี้

1. พฤติกรรมของการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและเครื่องดื่มบำรุงกำลังของนิสิตพยาบาล มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ พบว่ากลุ่มตัวอย่างซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารถึงร้อยละ 49.00 ส่วนใหญ่ซื้อผลิตภัณฑ์ 1-2 ครั้ง/เดือน ร้อยละ 81.20 และกลุ่มตัวอย่างบริโภคเครื่องดื่มบำรุงกำลัง ร้อยละ 41.80 ส่วนใหญ่ซื้อผลิตภัณฑ์ 1-2 ครั้ง/เดือน ร้อยละ 63.40 โดยสถานที่ซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และเครื่องดื่มบำรุงกำลัง ส่วนใหญ่ซื้อที่ร้านสะดวกซื้อ (7-11) รองลงมาคือร้านขายยา และห้างสรรพสินค้า ตามลำดับ โดยผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ซื้อบ่อย 3 อันดับแรก คือวิตามินซี ชูบโกสกัด และน้ำมันตับปลา ส่วนเครื่องดื่มบำรุงกำลังที่ซื้อบ่อย 3 อันดับแรก M150 (energy drink) และ สปอนเซอร์ (sports drink) สอดคล้องกับการศึกษาของบรรจง พลไชย⁴ ที่ศึกษาการแปรรูปผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของ นักศึกษาพยาบาล พบว่า ส่วนมากซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารทุก 1 เดือน (ร้อยละ 34.34) และซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ที่ร้านขายยา และสอดคล้องกับการศึกษาของกฤษฎา กุลกระจำ และสุวิไล โลวีรกรณ⁵ ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่ม ส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาเลือกซื้อเครื่องดื่ม ที่ร้านสะดวกซื้อ ร้อยละ 97.70 เหตุผลในการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์จากสรรพคุณ และโฆษณาที่มีดารา ที่ได้รับความนิยม

จากกลุ่มวัยรุ่น โดยซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารจากร้านขายยา หรือจากแหล่งที่ซื้อได้ง่าย ที่สามารถได้รับคำปรึกษาและช่วยในการตัดสินใจในการซื้อผลิตภัณฑ์จากพนักงานขาย หรือเภสัชกรประจำร้านซึ่งเป็นผู้มีความรู้ในการให้คำแนะนำในการบริโภค จะเห็นว่าจากหลายการศึกษาแสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลที่มีพฤติกรรมที่ใกล้เคียงกัน

นอกจากนี้ชนิดของเครื่องดื่มบำรุงกำลังที่บริโภคอันดับแรกของนิสิตพยาบาล มีความสอดคล้องกับการศึกษาของจิราภรณ์ เสาะกะ⁹ ที่ศึกษาการดื่มเครื่องดื่มชูกำลังของผู้ใหญ่ใช้แรงงานในตำบลต้นธง อำเภอมือง จังหวัดลำพูน พบว่ากลุ่มตัวอย่างบริโภคเครื่องดื่มชูกำลังอันดับแรก คือ กาแฟ (coffee) (ร้อยละ 67.8) เช่นเดียวกัน โดยเหตุผลในการตัดสินใจซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและเครื่องดื่มบำรุงกำลัง ประกอบด้วย 1) คุณภาพของผลิตภัณฑ์ ในด้านตัวยาที่มีอยู่ในผลิตภัณฑ์ และสรรพคุณที่มีอยู่ในผลิตภัณฑ์ อยู่ในระดับปานกลางและมากตามลำดับ และ 2) เหตุผลที่ทำให้เชื่อถือในตัวผลิตภัณฑ์ ซึ่งรวมถึงผลิตภัณฑ์ที่มีชื่อเสียงและได้รับความนิยม คนที่รู้จักเคยทดลองใช้ ได้รับการรับรองจากสถาบันทางการแพทย์ หรือสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) อยู่ในระดับมาก การที่นิสิตพยาบาลมีเหตุผลในการตัดสินใจซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและเครื่องดื่มบำรุงกำลังที่ดี อาจเป็นเพราะนิสิตมีความเชื่อว่าการบริโภคผลิตภัณฑ์ที่ทำให้เกิดประโยชน์ต่อร่างกาย ร่วมกับกระแสของการบริโภคผลิตภัณฑ์ดังกล่าวในกลุ่มวัยรุ่นที่มีการโฆษณาอยู่ทั่วไปทุกช่องทางการสื่อสารจนเป็นเรื่องปกติในชีวิตประจำวัน ประกอบกับการเรียนและการทำงานพยาบาลที่ต้องพักผ่อนไม่เป็นเวลาทำให้การบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและเครื่องดื่มบำรุงกำลังเป็นเรื่องปกติ ซึ่งเป็นไปตามการศึกษาของ ประจักษ์วงศ์ และภัทระ แสนไชยสุริยา¹ ที่ได้ศึกษาความซุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหารของบุคลากรในโรงพยาบาลสกลนคร ผลการศึกษาพบว่า บริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร 1 ครั้งต่อวัน และเหตุผลในการบริโภคคือ เพื่อบำรุงร่างกาย และสอดคล้องกับการศึกษาของ บรรจง พลไชย⁴ ที่ศึกษาทัศนคติและพฤติกรรมบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยนครพนม พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติที่ดีต่อการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเพื่อบำรุงสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง (ร้อยละ 54.22) อย่างไรก็ตามการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและเครื่องดื่มบำรุงกำลังเป็นสิ่งที่ไม่จำเป็นต้องบริโภคเนื่องจากผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมีส่วนประกอบของสารอาหาร และอาจมีส่วนประกอบอื่น ๆ เช่น เอนไซม์ หรือ โยอาหาร ซึ่งไม่มีผลในการป้องกันหรือรักษาโรค ส่วนเครื่องดื่มบำรุงกำลังจะมีสารเคเฟอีน ที่ออกฤทธิ์กระตุ้นประสาททำให้รู้สึกตื่นเต้นและสดชื่น⁹ หากร่างกายมีการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ได้รับสารอาหารครบถ้วน และนอนหลับพักผ่อนที่เพียงพอก็ไม่จำเป็นต้องบริโภคผลิตภัณฑ์ดังกล่าว

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและเครื่องดื่มบำรุงกำลังของนิสิตพยาบาลมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ปัจจัยมีความสัมพันธ์กับการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร คือ เกรดเฉลี่ยสะสม และคุณภาพและความเชื่อถือของผลิตภัณฑ์มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.15$ และ $.33$) ซึ่งจะแปลผลได้ว่า เกรดเฉลี่ยสะสม และคุณภาพและความน่าเชื่อถือของผลิตภัณฑ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร จากผลการวิจัยนี้ นิสิตซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร 3 อันดับแรก คือ วิตามินซี ซูเปอร์โกลด์ และน้ำมันตับปลา ซึ่งเป็นผลิตภัณฑ์ที่มีสรรพคุณในการบำรุงร่างกายและสมอง อาจส่งผลให้เพิ่มสมรรถนะของร่างกายในการเตรียมความพร้อมของการสอบได้ดี หรืออาจเป็นเพราะกลุ่มนิสิตที่มีเกรดเฉลี่ยหรือคะแนนในการสอบที่ดีอยู่แล้ว ต้องการรักษาระดับการเรียนให้สม่ำเสมอ จึงต้องพึ่งผลิตภัณฑ์เสริมอาหารจากการแนะนำของนิสิตที่เคยบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารแล้วได้ผลการเรียนที่ดี ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มบำรุงกำลัง พบว่าปัจจัยช่องทางการจำหน่าย มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มบำรุงกำลัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.16$) ซึ่งจะแปลผลได้ว่า ช่องทางการจำหน่ายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มบำรุงกำลัง



ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ จิตาภา พรหมสวาสดี⁵ นัทธมน เดชประภัสสร⁶ และ ญาดาณัฐ โชติวิจิตร¹⁰ พบว่า ช่องทางการจัดจำหน่าย มีความสัมพันธ์กับการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและเครื่องดื่มบำรุงกำลัง ทั้งนี้ จากการศึกษาของ ปารรณา พะสิม และวิไลลักษณ์ รัตนเพียรธัมมะ¹¹ ศึกษาปัจจัยส่วนประสมการตลาดที่มีผลต่อการตัดสินใจซื้อสินค้าช่องทางออนไลน์ของผู้บริโภคพบว่า ช่องทางการจัดจำหน่ายเป็นสิ่งที่สำคัญมากที่สุดในการตัดสินใจซื้อสินค้า นอกจากนี้จากการศึกษาของ ชวัล วิณิชยพันธ์ และปรีชา วิจิตรธรรมรส¹² ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนัก ของประชาชนในกรุงเทพมหานคร พบว่าปัจจัยด้านการตลาด ด้านช่องทางการจัดจำหน่ายพบว่าถ้าผู้บริโภคสามารถเข้าถึงผลิตภัณฑ์ได้ง่ายขึ้น 1 ระดับ มีโอกาสที่จะบริโภคผลิตภัณฑ์ฯ เพิ่มขึ้นประมาณ 63% ดังนั้นปัจจัยช่องทางการจำหน่าย มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคเครื่องดื่มบำรุงกำลังที่สำคัญมาก และทำให้ผลิตภัณฑ์สินค้าต่างๆ สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ง่ายในกลุ่มนักเรียนนักศึกษา โดยที่กลุ่มผู้บริโภคยังไม่ได้ศึกษาประโยชน์ หรือความจำเป็นของการบริโภคผลิตภัณฑ์ดังกล่าวที่มากพอ โดยในปัจจุบันช่องทางการตลาดผ่านระบบออนไลน์เป็นที่นิยมมาก จากการศึกษาของ ปิยะมาภรณ์ ช่วยชูหนู¹³ ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจซื้อสินค้าผ่านทางสังคมออนไลน์ พบว่าช่องทางการซื้อสินค้าบ่อยที่สุด คือ Facebook ประเภทสินค้าที่ซื้อบ่อยที่สุด คือ สินค้าแฟชั่น อย่างไรก็ตามขัดแย้งกับการศึกษาหลายชิ้น¹⁴⁻¹⁶ ที่พบว่าพฤติกรรมของผู้บริโภคในการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์อาหารเสริมมีความสัมพันธ์กับปัจจัยอื่นๆ เช่น ประเภท ราคาของผลิตภัณฑ์ การส่งเสริมการตลาด และภาพลักษณ์ของผลิตภัณฑ์ เป็นต้น

จากผลงานวิจัยพบว่า ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและเครื่องดื่มบำรุงกำลังของนิสิตพยาบาล ประกอบด้วยปัจจัยด้านอายุ และระดับชั้นปี อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างนั้นมาจากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ด้วยการจับฉลาก ชั้นปี ละ 49 คน ดังนั้นอายุและระดับชั้นปีของกลุ่มตัวอย่างจึงมีขนาดเท่ากันจึงไม่มีความสัมพันธ์กันกับการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและเครื่องดื่มบำรุงกำลัง ส่วนรายได้จากผู้ปกครอง และรายได้เสริม ไม่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและเครื่องดื่มบำรุงกำลัง อาจเป็นเพราะว่านิสิตเลือกบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและเครื่องดื่มบำรุงกำลัง ในความถี่ และปริมาณที่ซื้อไม่มาก ประกอบกับราคาไม่แพง จึงไม่สัมพันธ์กับรายได้จากผู้ปกครอง และรายได้เสริม ส่วนปัจจัยผลิตภัณฑ์ ราคา และส่งเสริมการขาย เป็นเพียงปัจจัยองค์ประกอบที่ไม่สัมพันธ์กับการเลือกซื้อ แต่จะเน้นช่องทางการจำหน่ายที่สะดวกต่อการซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และเครื่องดื่มบำรุงกำลัง เนื่องจากส่วนใหญ่ซื้อที่ร้านสะดวกซื้อ (7-11) มีอยู่ใกล้กับหอพักนิสิต ทำให้สามารถซื้อได้ตลอดเวลาที่ต้องการ

สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 196 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 181 คน คิดเป็นร้อยละ 92.30 ส่วนใหญ่อายุ 21 ปี จำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 26 ดัชนีมวลกายส่วนใหญ่อยู่ในระดับเกณฑ์ที่ปกติเท่ากับร้อยละ 56.60 เกรดเฉลี่ยสะสม (GPA) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.26 ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือน 4,001-5,000 บาท จำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 37.20 ซึ่งมีรายได้เสริม จำนวน 9 คน ส่วนใหญ่มีรายได้เสริมไม่เกิน 4,000 บาท จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 77.80

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ได้แก่

1) เกรดเฉลี่ยสะสม พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (rs) เท่ากับ .15 และค่านัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .03 ($p < .05$) ซึ่งหมายถึง เกรดเฉลี่ยสะสมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2) คุณภาพและความเชื่อถือของผลิตภัณฑ์ พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (rs) เท่ากับ .33 และค่านัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .01 ($p < .01$) ซึ่งหมายถึง คุณภาพและความน่าเชื่อถือของผลิตภัณฑ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มบำรุงกำลัง ได้แก่

1) ปัจจัยช่องทางการจำหน่าย พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r_s) เท่ากับ .16 และค่านัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ .02 ($p < .05$) ซึ่งหมายถึง ช่องทางการจำหน่าย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มบำรุงกำลัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยครั้งนี้ทำให้ทราบถึงร้อยละของนิสิตพยาบาลศาสตร์ ที่บริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และเครื่องดื่ม บำรุงกำลัง สามารถเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาหรือออกแบบโปรแกรมในการแก้ปัญหาการบริโภคอาหารที่อาจจะส่งผล ต่อสุขภาพของนิสิตได้ การศึกษาวิจัยในครั้งต่อไปควรมีการทำการศึกษานิสิตที่เรียนในหลักสูตรวิทยาศาสตร์สุขภาพ สาขาอื่น ๆ เพื่อทราบข้อมูลการบริโภค และปัจจัยที่ส่งผลให้นิสิตบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และเครื่องดื่มบำรุงกำลังต่อไป

กิจกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่สนับสนุนเงินรายได้คณะพยาบาลศาสตร์ ประจำปีงบประมาณ 2562 และนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่ร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

References

1. Prajukwong R, Sanchaisuriya P. Prevalence and factors related to dietary supplement consumption of personnel in Sakon Nakhon Hospital. Journal of Sakon Nakhon Hospital 2013;16(2):60-8.(in Thai)
2. Jittasirinuwat P. The survey found 70% of Thai mistakenly believe that supplementation is necessary to eat regularly [internet]. 2020 [cited 21 February 2017]. Available from: <https://www.hfocus.org/content/2017/02/13475>.(in Thai)
3. Prachachatturakit A. Energy drink competition 3.6 billion [internet]. 2018 [cited: 1 August 2019]. Available from: http://www.prachachat.net/news_detail.php?newsid=1486359105.(in Thai).
4. Ponchai B. A study of attitude and dietary supplement product consumption behavior among nursing student in Nakhon Phanom University. FDA Journal 2016;Jan-April:51-7.(in Thai).
5. Promsavast T. Marketing mix factors affecting maintaining brain and memory supplements' buying behavior of consumers in Bangkok [Master thesis]. Bangkok: Srinakharinwirot University;2012.(in Thai)
6. Dejpraporn N. Factors affecting online purchase decisions for dietary supplements in Thailand [Master thesis]. Bangkok: Thammasat University;2015.(in Thai)
7. Yothongyod M. Sawadisan P. [Internet]. 2008 [cited 2020 August 15]. Available from: <http://www.fsh.mi.th/km/wp-content/uploads/2014/04/resch.pdf>
8. Kulkrachang K. and Lowwirakorn S. Health Promotion Beverage Consumption Behavior of Boromarajjonnani College of Nursing Students, Nakhon Ratchasima. KKKU Journal for Public Health Research (KKU-JPHR) 2013;6(1):11-21.(in Thai)
9. Sawaka J. Energy drink consumption among workers in Tonthong Sub-district, Mueang District, Lamphun Province. [Master thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University.2015.(in Thai)
10. Chotvijit Y. Marketing strategies for healthy whey protein drink in the central region of Thailand. Western University Research Journal of Humanities and Social Science 2016;2(1):11-21.(in Thai)



11. Prasim P, Rattanapernthamma W. The marketing-mix factors influencing the decision-making via online of consumer. [Master thesis]. Bangkok: Krirk University.2018.(in Thai)
12. Vinijchaiyanun C, Vichitthamaros P. Factors affecting weight control dietary supplements consumption of people in Bangkok. WMS Journal of Management Walailak University 2017;6(1):84-90.(in Thai)
13. Chuaychunoo P. Factors affecting consumer buying decisions about goods on social media. [Master thesis]. Bangkok: Thammasat University.2016.(in Thai)
14. Yungyoo S, Bunjongmanee P. Factors influencing consumer behaviors in buying whey protein supplement for men in Prachuap Khiri Khan Province and Phetchaburi Province. FEU Academic Review 2017;11(2): 210-23.(in Thai)
15. Puppasri T, Kurvong P. The behaviors of consuming supplementary food of students Kamphaeng Phet Rajabhat University MaeSot. Naresuan Research Conference Time 12 Naresuan University 2015;1349-451. (in Thai)
16. Nitisaiwong K, Chunhachaicharachai A. The factors affect the decision to purchase supplements of consumer in Bangkok. Pathumthani University 2017;9(1):102-8.(in Thai)



การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ชนบทอีสานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

The Development of a Model for the Prevention of Hypertension in Risk Group in a Rural Isan Community through Community Participation

อังศวีร์ จันทะโคตร¹ นางอุไรวรรณ แสงส่อง² ดิษฐพล ใจชื่อ³ ณัฐสุดา คติชอบ¹ สิริทรัพย์ สีหะวงษ์¹

Angsawee Jantakot¹ Uraiwan Sangsong² Ditapol Jaisue³ Natsuda Khatichop¹ Sirisup Sihawong¹

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ²โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองไฮ กระทรวงสาธารณสุข

³วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹Faculty of Nursing Ubon Ratchathani University, ²Nong Hai Health Promoting Hospital Ministry of Public Health,

³SriMaha Sarakhm Nursing College, Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute,

Corresponding author: Angsawee Jantakot; Email: angsawee.t@ubu.ac.th

Received: May 6, 2021 Revised: April 13, 2022 Accepted: June 24, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน กลุ่มผู้ร่วมดำเนินการวิจัย คือ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 32 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 6 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ สัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ Paired sample t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า 1. ด้านสถานการณ์ปัญหาและความต้องการในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนพบว่า กลุ่มเสี่ยงมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงไม่เพียงพอ ขาดการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม และมีความต้องการที่จะเรียนรู้การป้องกันโรคความดันโลหิตสูง 2. กลวิธีในการพัฒนาแบบในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ได้แก่ 1) การส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง 2) การสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง 3) ส่งเสริมทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และ 4) การสร้างเครือข่ายความร่วมมือในชุมชนในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง 5) การสร้างสื่อการเรียนรู้ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนโดยการประยุกต์ใช้ศิลปวัฒนธรรม ภูมิปัญญาท้องถิ่นและการมีส่วนร่วมของชุมชน 3. ผลการดำเนินการ กลุ่มเสี่ยงมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมปฏิบัติตัวโดยรวมเหมาะสมขึ้นมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .01 โดยภายหลังการพัฒนา กลุ่มเสี่ยงทุกคนมีระดับความดันโลหิตลดลง และได้รูปแบบการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงในชุมชนที่เหมาะสมสอดคล้องกับวิถีชีวิตและบริบทของชุมชน

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วมของชุมชน; การรับรู้ความสามารถของตนเอง; การส่งเสริมสุขภาพ; โรคความดันโลหิตสูง



The Development of a Model for the Prevention of Hypertension in Risk Group in a Rural Isan Community through Community Participation

Angsawee Jantakot¹ Uraiwun Sangsong² Ditapol Jaisue³ Natsuda Khatichop¹ Sirisup Sihawong¹

¹Faculty of Nursing Ubon Ratchathani University, ²Nong Hai Health Promoting Hospital Ministry of Public Health,

³SriMaha Sarakhm Nursing College, Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute,

Corresponding author: Angsawee Jantakot; Email: angsawee.t@ubu.ac.th

Received: May 6, 2021 Revised: April 13, 2022 Accepted: June 24, 2022

Abstract

The objectives of this action research were to study the situation and needs in the prevention of hypertension in the community and to develop guidelines for the prevention of hypertension in the risk group in the community through community participation. The target group consisted of 32 people in the hypertension risk group, two officials from the Tambon health promoting hospital and six village health volunteers. The duration of the study was 1 year and 4 months. Descriptive statistics and paired sample t-tests were used to analyze quantitative data and content analysis was employed to analyze qualitative data. The study results revealed: 1. The situation analysis of the risk group included low knowledge of hypertension and self-efficacy and inappropriate eating habits, exercise and stress management. 2. The brainstorming session was held for planning the development of a practice guideline for the prevention of hypertension risk group in the community through community participation. The guideline were as follows: 1) improve knowledge of hypertension, 2) improve self-efficacy, 3) organize activities to improve health behaviors 4) conduct home visits and follow-up through the social network, 5) create learning materials to prevent hypertension in the community, by encouraging community participation through the arts, culture and local knowledge 3. The result: the risk group's knowledge of hypertension was improved at a low level of statistical significance ($p < .01$). The self-efficacy of the risk group before the development was at a moderate level. However, after development, it was increased to a high level of significance ($p < .01$). In conclusion, the risk group had behaviors before the development at an inappropriate level, but after development, the mean increased significantly ($p\text{-value} < .01$). The blood pressure levels of all people in the vulnerable group decreased. An effective model for the prevention of hypertension risk groups in community was developed.

Keywords: community participation; self efficacy; health promotion; hypertension

ความเป็นมาและความสำคัญ

ความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขอย่างมากในปัจจุบัน องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าความชุกของโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคน ในปี พ.ศ. 2568¹ สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง โดยพบว่าความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นจาก 12,342.14 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2556 เป็น 14,926.47 ต่อแสนประชากร³ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบ 841.32 รายต่อแสนประชากร² โดยพบกลุ่มเสี่ยงกลายเป็นผู้ป่วยสูงถึง 42.9 ต่อพันประชากร³ นอกจากนั้นข้อมูลจากการคัดกรองความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในประชากรวัย 35 ปีขึ้นไป พบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 27.37⁴ และพบกลุ่มเสี่ยงในช่วงอายุ 15 ปีขึ้นไปในระยะก่อนความดันโลหิตสูง (pre-hypertension) อีกด้วย

ความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งประกอบด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery disease) โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) และภาวะหัวใจล้มเหลว (heart failure)⁵ การเกิดโรคความดันโลหิตสูง มีปัจจัยสนับสนุนที่ทำให้เกิดโรคหลายด้าน ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพนับเป็นปัจจัยสำคัญซึ่งมีสาเหตุจากการมีรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ไม่สมดุลระหว่างการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารมากเกินไปไม่ออกกำลังกาย รับประทานอาหารรสเค็ม หวานและมันสูง การรับประทานผักผลไม้ไม่เพียงพอ การเคลื่อนไหวร่างกายน้อย เครียดเป็นประจำ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และได้รับควันบุหรี่มือสอง⁶⁻⁷ ปัจจัยดังกล่าวล้วนส่งผลให้เกิดความดันโลหิตสูงตามมา

การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) ถือเป็นตัวแปรสำคัญที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ต่อการดูแลตนเองที่ดีขึ้น⁸⁻¹⁰ การรับรู้ความสามารถของตนเองมีผลต่อการกระทำของบุคคล ถ้ารับรู้ความสามารถของตนเองในแต่ละสภาพการณ์แตกต่างกัน ก็อาจจะแสดงพฤติกรรมออกมาได้แตกต่าง ความสามารถของคนจะไม่ตายตัวยืดหยุ่นตามสภาพการณ์ ดังนั้นสิ่งที่กำหนดประสิทธิภาพของการแสดงออกจึงขึ้นอยู่กับ การรับรู้ความสามารถของตนเองในสภาวะนั้น ๆ หากเรามีความเชื่อว่าเรามีความสามารถ เราก็จะแสดงออกถึงความสามารถนั้นออกมา คนที่เชื่อว่าตนเองมีความสามารถจะมีความอดทนอดสาหัสไม่ท้อถอยง่ายและจะประสบความสำเร็จในที่สุด¹¹

ข้อมูลสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีพบว่าแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญที่ต้องเร่งดำเนินการในพื้นที่ โดยผลจากการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในประชากรกลุ่มอายุ 15 ปี ขึ้นไป ปี พ.ศ. 2563 จำนวน 19,731 คน พบกลุ่มประชาชนที่มีภาวะก่อนเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 75.08¹² และในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองไฮ จำนวน 8 หมู่บ้าน พบอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงใน พ.ศ. 2559-2563 คือ 30.2, 32.0, 32.5, 33.3, 35.8 ต่อพันประชากรตามลำดับ ซึ่งคิดเป็น .02 เท่าของทั้งประเทศ นอกจากนั้นข้อมูลผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงพบว่าจำนวนเพิ่มขึ้นด้วยอัตรา 228.0, 228.6, 229.1, 229.3 และ 229.8 ต่อพันประชากรตามลำดับ¹³ จะเห็นได้ว่ากลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีจำนวนมากกว่ากลุ่มที่ป่วยในชุมชนถึง 10 เท่า ซึ่งมีความเสี่ยงที่จะกลายเป็นกลุ่มป่วยในอนาคตต่อไป การจัดการและการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงจึงเป็นประเด็นสำคัญที่หน่วยงานด้านสาธารณสุข ตลอดจนภาคีเครือข่าย และประชาชนในชุมชนต้องให้ความสำคัญและเร่งดำเนินการเพื่อการป้องกันและการควบคุมการเกิดโรคความดันโลหิตสูงซึ่งจะส่งผลกระทบต่อด้านสุขภาพและด้านอื่น ๆ ตามมา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษาส่วนใหญ่มุ่งศึกษาเกี่ยวกับความรู้ ทักษะหรือการรับรู้และความสัมพันธ์เกี่ยวกับปัจจัยและการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน แต่การศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในบริบทชุมชนชนบทอีสาน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนยังมียังจำกัด นอกจากนั้นข้อมูลสถานการณ์เบื้องต้นในพื้นที่ พบว่าประชาชนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสมหลายประการ ได้แก่ การรับประทานอาหารรสเค็ม การออกกำลังกายไม่เพียงพอ



และไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน บางส่วนมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำ นอกจากนั้น ประชาชนและผู้ในชุมชนมีความสนใจและต้องการเรียนรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงก่อนที่จะเกิดปัญหา สุขภาพอื่น ๆ ตามมา รวมทั้งหน่วยงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่ยังไม่มีรูปแบบในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนอย่างชัดเจน ดังนั้นการพัฒนาแบบการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงในชุมชนได้เกิดความรู้ ความเข้าใจ มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) และมีการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสม และชุมชนได้เป็นผู้ร่วมรับรู้สภาพปัญหาของตนเอง และนำไปสู่การมีส่วนร่วมในการวางแผน การพัฒนาและการติดตามประเมินผลด้วยตัวชุมชนเอง ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความเข้มแข็งและการพัฒนาสุขภาพ ในชุมชนที่เหมาะสมสอดคล้องกับบริบทซึ่งจะทำให้มีสุขภาพที่ดีต่อไปอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

วัตถุประสงค์เฉพาะ มีดังนี้

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงในชุมชน
2. เพื่อศึกษากลวิธีและรูปแบบการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดยการมีส่วนร่วม

ของชุมชน

3. เพื่อประเมินผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดยการมีส่วนร่วม

ของชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สำหรับกลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินการ โดยมี 4 ขั้นตอน คือ ศึกษาสถานการณ์ปัญหา และความต้องการ (situation analysis) วางแผนพัฒนาแนวทางการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง (Planning: P) ปฏิบัติตามแผนงาน (Action: A) การสังเกต (Observation: O) สะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection: R) พื้นที่ศึกษาเป็น หมู่บ้านชนบทอีสาน จำนวน 1 หมู่บ้าน ซึ่งเป็นหมู่บ้านที่พบกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงจำนวนมากที่สุด ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย 1 ปี 4 เดือน ระหว่างเดือนมีนาคม 2563 ถึงเดือนพฤษภาคม 2564 ประชากรที่ศึกษา คือ ประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยเลือกกลุ่มผู้ร่วมดำเนินการวิจัยแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 40 คน ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 32 คน โดยมีคุณสมบัติในการเลือก คือ มีอายุ 15 ปี ขึ้นไป มีค่าความดันโลหิต $\geq 120/80$ mm.Hg. - $139/89$ mmHg. และมีปัจจัยเสี่ยงร่วมอย่างน้อย 1 ข้อ และ 2) กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 8 คน คือ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านจำนวน 6 คนและเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ที่รับผิดชอบงานโรคเรื้อรัง จำนวน 2 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์โครงสร้างและแนวทางการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง จำนวน 4 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 1) คำถามในการประเมินความรู้ความเข้าใจ มีข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ เลือก 2 คำตอบ คือ ใช่และไม่ใช่ คะแนนเต็ม 18 คะแนน การแปลผลคะแนนที่ใช้ในการพิจารณาแบ่งระดับโดยคิดค่าคะแนนจาก (คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด)/จำนวนชั้น¹⁴ สรุปผลเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลางและระดับต่ำ 2) คำถามในการรับรู้

ความสามารถของตนเอง มีข้อความ 12 ข้อ โดยการสร้างคำถามแบบของ Likert's Scale ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า Rating Scale เลือกตอบ 5 ตัวเลือก คือ ท่านมีความมั่นใจว่าสามารถที่จะปฏิบัติได้มากที่สุด ท่านมีความมั่นใจว่าสามารถที่จะปฏิบัติได้มาก ท่านมีความมั่นใจว่าสามารถที่จะปฏิบัติได้ปานกลาง ท่านมีความมั่นใจว่าสามารถที่จะปฏิบัติได้น้อย ท่านไม่มีความมั่นใจเลยว่าจะปฏิบัติได้ การแปลผลคะแนนที่ใช้ในการพิจารณาแบ่งระดับโดยคิดค่าคะแนนจาก $\bar{X} \pm SD^{15}$ สรุปผลเป็น 3 ระดับ คือ การรับรู้ความสามารถของตนเองมาก การรับรู้ความสามารถของตนเองปานกลาง การรับรู้ความสามารถของตนเองน้อย 3) คำถามในการประเมินพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง มีข้อความ 30 ข้อ โดยให้เลือกตอบและประมาณค่า (interval scale) มี 5 ระดับ การแปลผลคะแนนที่ใช้ในการพิจารณาแบ่งระดับโดยคิดค่าคะแนนจาก $\bar{X} \pm SD^{15}$ สรุปผลเป็น 3 ระดับ คือ พฤติกรรมเหมาะสมมาก พฤติกรรมเหมาะสม พฤติกรรมไม่เหมาะสม

ชุดที่ 2 แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) สำหรับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในประเด็นสถานการณ์ปัญหาและการดำเนินงานเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงในชุมชน

ชุดที่ 3 แนวคำถามในการสนทนากลุ่มสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ในประเด็นการดูแลการจัดการสุขภาพและปัญหาความต้องการของชุมชนในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงในชุมชน

ชุดที่ 4 แบบบันทึกการสังเกตพฤติกรรมการร่วมกิจกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อสม. เจ้าหน้าที่รพ.สต. ทุกกระบวนการ และเครื่องวัดความดันโลหิต

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ หาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยตรวจสอบความเหมาะสมด้านเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่านและนำแบบสัมภาษณ์มาหาค่าความเชื่อมั่น พบว่า แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงนำมาวิเคราะห์โดยวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) KR-20 ได้เท่ากับ .86 วิเคราะห์โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ในแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) เท่ากับ .82 และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ .83 และค่าความเที่ยงตรงของแบบสัมภาษณ์ (IOC) อยู่ระหว่าง .60-1.00

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการการวิจัยจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี เมื่อวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2563 เลขที่ UBU-REC-01/2563 โดยกลุ่มผู้ร่วมดำเนินการวิจัย จะได้รับการชี้แจงรายละเอียดการวิจัย ประโยชน์ สิ่งนี้อาจจะเกิดขึ้นระหว่างการศึกษา และกลุ่มผู้ร่วมดำเนินการวิจัยทุกคนที่เข้าร่วมการวิจัยต้องเซ็นใบยินยอม (consent form)

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและ paired sample t-test ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง (self-efficacy) ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) วิเคราะห์และสะท้อนคิดข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมจากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่มและการสังเกตพฤติกรรม โดยผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมทั้งจากการบันทึกเทปและการจดบันทึก มาถอดความบทสัมภาษณ์ที่ได้บันทึกไว้ในเทปบันทึกเสียงแบบคำต่อคำแล้วสรุปสาระสำคัญที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ศึกษา จากนั้นนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ สังเกต จดบันทึก มาตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้องและเก็บข้อมูลเสริมเพื่อให้มีเนื้อหาที่ครบถ้วน และนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยแยกประเด็นตามขอบเขตด้านเนื้อหาที่ศึกษา

ขั้นตอนการดำเนินการประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการโดยมีส่วนร่วมของชุมชน (situation analysis)



ดำเนินการศึกษาและรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม ดังนี้ 1) กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 32 คน โดยการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มเพื่อประเมินความรู้ความเข้าใจ การรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) และพฤติกรรมสุขภาพ ใช้เวลาครั้งละประมาณ 30-45 นาที และการสนทนากลุ่มร่วมกัน จำนวน 2 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 1 ชั่วโมง 2) กลุ่มอสม. จำนวน 6 คน โดยการสนทนากลุ่มจำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลา 1 ชั่วโมง และ 3) เจ้าหน้าที่ รพ.สต. จำนวน 2 คน โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก 1 ครั้ง ใช้เวลา 45 นาที จากนั้นนำข้อมูลทั้งหมดที่ได้รวบรวมมาวิเคราะห์ข้อมูลทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) แล้วสะท้อนสถานการณ์ปัญหาและความต้องการในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในขั้นตอนที่ 2

ขั้นตอนที่ 2 วางแผนพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (Planning: P) โดยมีการจัดประชุมเพื่อให้กลุ่มผู้ร่วมดำเนินการวิจัยได้รับการสะท้อนผลการศึกษาและการคืนข้อมูลสถานการณ์ปัญหาและความต้องการจากการศึกษาในขั้นตอนที่ 1 โดยใช้ระยะเวลา 1 วัน ณ ศาลากลางหมู่บ้าน มีกลุ่มผู้ร่วมดำเนินการวิจัยเข้าร่วม จำนวน 38 คน คือ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 32 คน อสม. จำนวน 4 คน เจ้าหน้าที่ รพ.สต. 2 คน นอกจากนั้นได้เชิญผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 3 คน ได้แก่ ตัวแทนจากองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้ใหญ่บ้าน และตัวแทนจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เข้าร่วมในกิจกรรมนี้ด้วย ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้นำเสนอข้อมูลผลการศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการของชุมชน จากนั้นได้กระตุ้นให้ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยได้แสดงความคิดเห็นและความรู้สึกเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาและความต้องการของชุมชน และร่วมกันเสนอความคิดเห็นเพื่อออกแบบและวางแผนการพัฒนารูปแบบในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงที่เหมาะสมกับสภาพและบริบทของชุมชนอย่างแท้จริง

ขั้นตอนที่ 3 ปฏิบัติตามแผนงาน (Action: A) การปฏิบัติตามแผนการดำเนินการโดยผู้ร่วมดำเนินการวิจัย และภาคีเครือข่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินการ ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการ ใช้ระยะเวลา 23 สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 4 การสังเกตประเมินผล (Observation: O) ดำเนินการติดตามประเมินผลโดยการสังเกตในทุกกระบวนการของการวิจัย โดยมีแบบบันทึกการสังเกตพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงรวมทั้งผลลัพธ์จากการพัฒนาความรู้ พัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียดของกลุ่มเสี่ยงด้วย

ขั้นตอนที่ 5 สะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection: R) โดยการสะท้อนการปฏิบัติว่ากิจกรรมใดที่ได้รับการพัฒนาตามแผนที่วางไว้และกิจกรรมใดที่ต้องได้รับการปรับปรุงแก้ไขเพื่อส่งต่อไปกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ ดำเนินการพัฒนาปรับปรุงต่อไป ซึ่งในวันส่งต่อข้อมูลมีภาคีเครือข่ายทั้งในส่วนของ องค์การบริหารส่วนตำบล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และตัวแทนจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เข้ามามีส่วนร่วมในการรับฟังเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนกระบวนการต่อไปได้

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์ปัญหา ความต้องการในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 32 คน พบว่า เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อายุพบกลุ่มเสี่ยงอายุน้อยที่สุด 18 ปีและอายุมากที่สุด 78 ปี โดยเฉลี่ยอายุ 48 ปี ค่าดัชนีมวลกาย พบน้ำหนักเกิน ร้อยละ 24.2 มีภาวะอ้วน 30.3 ความยาวรอบเอวเกิน ร้อยละ 54.5 สถานะภาพคู่มากที่สุด ร้อยละ 72.7 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 63.6 พบอาชีพเกษตรกรกรรมมากที่สุด ร้อยละ 84.8 ส่วนใหญ่ประวัติไม่มีญาติสายตรงป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 75.8 และพบว่าส่วนใหญ่ไม่รู้ว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 66.7

ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 43.75 ประเด็นที่เกิดความเข้าใจผิดมากที่สุด คือ กลุ่มเสี่ยงเข้าใจว่าความอ้วนมีความเกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานและไขมันในเลือดสูงเท่านั้นและการลดน้ำหนักสำคัญในผู้ที่มีไขมันในเลือดสูง ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) โดยรวมพบอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.89 (SD 1.19) โดยพบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการออกกำลังกายพบค่าเฉลี่ย 3.12 (SD 1.29)

จากการสนทนากลุ่ม พบว่า กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงไม่เหมาะสม ได้แก่ การออกกำลังกายไม่เพียงพอและไม่รูปแบบชัดเจน ขาดการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม และมีความต้องการที่จะเรียนรู้การป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ดังคำพูดของกลุ่มเสี่ยงที่กล่าวว่า “บ่ค่อยได้ออกกำลังกาย เอ็ดงานมากะเหมื่อยแล้ว” “เอ็ดงานกะล่าออกกำลังกาย” สะท้อนถึงพฤติกรรมการออกกำลังกายของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง “ผมบ่มั่นใจว่าเปลี่ยนแปลงสุขภาพตัวเองได้มากแค่ไหน โรคความดันผมกะบู้จัก” “แม่เคยลองกินอาหารจืด ๆ แต่เอ็ดบ่ได้เพราะมันบ่แซบ” “ยายเอ็ดบ่ได้ดอก เคยอยู่เคยเอ็ดมาแบบนี้” สะท้อนให้เห็นถึงการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง “ผงซุสใส่บ่ค่อยแซบน้อย ใส่หลายแซบหลาย” “ขาดป่น ขาดแจ่วกินข้าวบ่แล้วดอกครับ” “อาหารแซบต้องมีปลาแดก ปลาร้า” “มือได้คิดบ่ออกกะซื้อกับข้าวถุงมากิน” “ซื้ออาหารส่วนใหญ่บ่ได้อ่านฉลากดอกครับ เคยกินแบบได้กะหิบบเลยครับ” “อยู่บ้านฉันกินเนื้ออย่าง หมูกระทะเกือบทุกวันละ ลูก ๆ มักกิน เลยต้องกินน้ากัน” สะท้อนถึงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในการรับประทานและการเลือกซื้ออาหาร “เคยให้ลูกหลานบ่ฟังควม เว้าป่านได้กะบ่ฟัง” “คิดนำเงินนำทอง นำหนีน้าสิน บ่พออยู่พอกิน” “ลูกหลานไปเอ็ดงานกรุงเทพกะคิดน้าเขา” สะท้อนให้เห็นถึงการมีความเครียดและการจัดการความเครียดของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง นอกจากนั้นจากการสนทนากลุ่มในกลุ่ม อสม. และการสัมภาษณ์เชิงลึกในเจ้าหน้าที่ รพ.สต. พบว่า ในชุมชนมีการดำเนินการคัดกรองโรคเรื้อรังตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขแต่ไม่มีการแบ่งกลุ่มตามผลการคัดกรองที่ชัดเจน การดูแลและการจัดการสุขภาพส่วนใหญ่มุ่งไปที่กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ส่วนประชาชนกลุ่มเสี่ยงยังไม่มีจัดการหรือดำเนินการเกี่ยวกับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมีความต้องการและมีความสนใจในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงดังกล่าวด้วย

2. กลวิธีและรูปแบบการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงในชุมชนมีวิธีการและรูปแบบที่เกิดขึ้นโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนซึ่งสามารถสรุปประเด็นได้ ดังนี้

2.1 การเพิ่มความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและสร้างความตระหนักในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจในการนำไปปฏิบัติการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง มีรูปแบบกิจกรรม ได้แก่ 1) การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้ กิจกรรมการประเมินความรู้โดยการทำแบบทดสอบความรู้ความเข้าใจก่อนและหลังการอบรม กิจกรรมการบรรยายแบบมีส่วนร่วมเกี่ยวกับเรื่องโรคความดันโลหิตสูง กิจกรรมการอภิปรายกลุ่ม กิจกรรมการศึกษาค้นคว้า และการระดมสมองเพื่อหาแนวทางการแก้ไขตามใบงานการเรียนรู้ที่มอบหมาย และกิจกรรมการเรียนรู้โดยการหมุนเวียนเป็นฐานเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง 2) การสร้างความตระหนักรู้โดยการเรียนรู้ผ่านสื่อ VDO และเรียนรู้จากเรื่องเล่าของผู้ป่วยและครอบครัวตัวอย่างที่ได้รับผลกระทบทางด้านสุขภาพจากการเจ็บป่วยโรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งกิจกรรมการร่วมสะท้อนคิดจากการเรียนรู้

2.2 การสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy)¹¹ เป็นแนวทางในการส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีรูปแบบกิจกรรมประกอบด้วย 4 ส่วน คือ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ ได้แก่ กิจกรรมฝึกการอ่านฉลากอาหาร กิจกรรมการเดินเร็วและกายบริหาร กิจกรรมการทำสมาธิเพื่อผ่อนคลายความเครียด 2) กิจกรรมการนำเสนอตัวแบบ คือ



การนำผู้ที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม มาเล่าประสบการณ์ การดูแลตนเองเพื่อให้กลุ่มเสี่ยงเกิดความมั่นใจว่าตนเองสามารถปฏิบัติได้เหมือนกับตัวแบบ 3) การใช้คำพูดชักจูง ให้กลุ่มเสี่ยงรู้สึกว่าจะสามารถปฏิบัติได้จริงและเป็นประโยชน์ 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ โดยสร้างบรรยากาศให้เป็น ไปอย่างผ่อนคลายเป็นกันเอง ไม่เกิดความรู้สึกกดดันเพื่อให้กลุ่มเสี่ยงรู้สึกอยากปฏิบัติกิจกรรม

2.3 ส่งเสริมทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โดยการปฏิบัติกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่บ้าน ได้แก่ การปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อ ป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การเพิ่มกิจกรรมการออกกำลังกายและการบริหารร่างกาย การจัดการความเครียดโดย การฝึกทำสมาธิเพื่อผ่อนคลายความเครียด โดยก่อนเริ่มกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรค ความดันโลหิตสูงได้มีการกำหนดเป้าหมายและการทำข้อตกลงร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และทีม อสม. ซึ่งใน การปฏิบัติกิจกรรมทุกครั้งกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงจะต้องมีการบันทึกกิจกรรมและข้อมูลการเปลี่ยนแปลง ที่เกิดขึ้นในคู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่บ้านและมีทีม อสม.เป็นผู้กำกับติดตามและ เป็นผู้เสริมกำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

2.4 การสื่อสารประชาสัมพันธ์ข่าวสารผ่านเครือข่ายสังคมออนไลน์และการติดตามดูแลสุขภาพต่อเนื่องที่บ้าน โดยกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน เจ้าหน้าที่จาก รพ.สต.และทีม อสม. ในหมู่บ้าน ร่วมกันจัดตั้งกลุ่มผ่าน แอปพลิเคชันไลน์เพื่อเป็นช่องทางในการติดต่อสื่อสารและให้ข้อมูลด้านสุขภาพของเจ้าหน้าที่และ อสม. นอกจากนั้น มีระบบการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อกระตุ้น ส่งเสริม สนับสนุน ช่วยเหลือและเสริมพลังในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพที่บ้าน รวมทั้งเป็นการประเมินการเปลี่ยนแปลงผลจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองด้วย

2.5 การสร้างสื่อการเรียนรู้ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนโดยการประยุกต์ใช้ศิลปวัฒนธรรม และภูมิปัญญาท้องถิ่นและการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยในชุมชนมีแกนนำที่มีความสามารถและความชำนาญในการประพันธ์ บทกลอนและการขับร้องสรภัญญะทำนองอีสาน จึงได้ร่วมกันนำความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและวิธีการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันการเกิดโรคไปประพันธ์เป็นบทกลอนและถ่ายทอดให้กับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงได้ร่วมร้องขับ ร้องบทสรภัญญะความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและเผยแพร่ทางหอกระจายข่าวหมู่บ้าน รวมทั้งในงานบุญหรือ ประเพณีสำคัญของหมู่บ้าน

3. การประเมินผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดยการมี ส่วนร่วมของชุมชน การประเมินผลได้ดำเนินการติดตามและประเมินผลทั้งในระหว่างการทำโครงการและภายหลัง เมื่อสิ้นสุดการดำเนินการ ซึ่งผลการดำเนินการสามารถนำเสนอได้ในประเด็น ดังนี้

3.1 ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของกลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

พบว่ากลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงโดยรวมก่อนการพัฒนา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 43.75 ภายหลังการพัฒนาส่วนใหญ่ความรู้เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 90.63 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านการควบคุมน้ำหนักมีจำนวนผู้ที่มียกระดับความรู้ในระดับสูงขึ้นจากก่อนการพัฒนาสูงที่สุด รองลงมา คือ ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคและด้านการออกกำลังกาย จากร้อยละ 25.00 เป็นร้อยละ 93.75 และจาก ร้อยละ 18.75 เป็นร้อยละ 87.50 ตามลำดับ ส่วนด้านที่เพิ่มขึ้นจากก่อนพัฒนาน้อยที่สุด คือ ด้านการจัดการความเครียด จากร้อยละ 34.38 เป็นร้อยละ 93.75 แต่มีการพัฒนาที่ดีขึ้นมาก โดยกลุ่มเสี่ยงจำนวนมากมีความเข้าใจและสามารถ เชื่อมโยงในประเด็นของการสูบบุหรี่เพื่อจัดการความเครียดของตนเองทำให้เกิดมีระดับความดันโลหิตสูงขึ้นได้ตั้งแต่ ก่อนการพัฒนาและภายหลังการพัฒนา กลุ่มเสี่ยงสามารถตอบคำถามได้ถูกต้องจำนวนมากขึ้น ซึ่งพบระดับความรู้ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<.01$ ดังแสดงในตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงรายด้านก่อนและหลังการพัฒนา (n=32)

ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา	t	P
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)		
ด้านความรู้เกี่ยวกับโรค				
ระดับสูง	8(25.00)	30(93.75)		
ระดับปานกลาง	14(43.75)	2(6.25)	8.26	.000
ระดับต่ำ	10(31.25)	0(.00)		
ด้านการรับประทานอาหาร				
ระดับสูง	11(34.38)	31(96.88)		
ระดับปานกลาง	18(56.25)	1(3.13)	9.85	.000
ระดับต่ำ	3(9.38)	0(.00)		
ด้านการออกกำลังกาย				
ระดับสูง	6(18.75)	28(87.50)		
ระดับปานกลาง	4(12.50)	3(9.38)	8.41	.000
ระดับต่ำ	22(68.75)	1(3.31)		
ด้านการควบคุมน้ำหนัก				
ระดับสูง	5(15.63)	30(93.75)		
ระดับปานกลาง	0(.00)	1(3.13)	11.30	.000
ระดับต่ำ	27(84.38)	1(3.13)		
ด้านการจัดการความเครียด				
ระดับสูง	11(34.38)	30(93.75)		
ระดับปานกลาง	1(3.13)	1(3.13)	8.18	.000
ระดับต่ำ	20(62.50)	1(3.13)		
รวม	43.75	90.63	12.85	.000

3.2 ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

พบว่าโดยรวมกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.89 ภายหลังการพัฒนาค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 3.76 ซึ่งพบการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยรายด้านจากก่อนการพัฒนากับภายหลังการพัฒนามากที่สุดคือ การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการออกกำลังกาย จากค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.29 เพิ่มขึ้นเป็น 3.71 โดยกลุ่มเสี่ยงมีความมั่นใจว่าจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายให้ถูกต้องและเหมาะสมได้ รองลงมาคือ การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการจัดการความเครียด จากค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.12 เพิ่มขึ้นเป็น 3.81 และการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการควบคุมอาหาร จากค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.25 เพิ่มขึ้นเป็น 3.75 ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .01$ ดังแสดงในตารางที่ 2



ตารางที่ 2 การรับรู้ความสามารถของตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการพัฒนา (n=32)

การรับรู้ ความสามารถของ ตนเอง	ก่อนการพัฒนา $\bar{X}$	S.D.	ระดับ การรับรู้	หลังการพัฒนา $\bar{X}$	S.D.	ระดับ การรับรู้	t	P
ด้านการควบคุม อาหาร	3.25	1.36	ปานกลาง	3.75	1.12	มาก	3.94	.000
ด้านการออกกำลังกาย	2.29	.91	น้อย	3.71	3.87	มาก	7.06	.000
ด้านการจัดการ ความเครียด	3.12	1.29	ปานกลาง	3.81	1.07	มาก	6.78	.000
รวม	2.89	1.19	ปานกลาง	3.76	2.02	มาก	10.17	.000

การสะท้อนความคิดจากการสนทนากลุ่มในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง พบประเด็นการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) โดยกลุ่มเสี่ยงรับรู้ว่าคุณมีความเสี่ยงและรับรู้ว่าคุณสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้ รับรู้ความรุนแรงของสิ่งที่เกิดขึ้น ดังคำพูดกลุ่มเสี่ยงที่ว่า “เพิ่งรู้ว่าตัวเองว่าเป็นกลุ่มเสี่ยง” “เพิ่งจะอยู่กะกินคือกันกับเขาเป็นยังเขาจะเฮ็ดบ่ได้” “ค้นเป็นหละมันลั่นตรวยเอากะต้องปฏิบัติเอา”

3.3 ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารด้านโรคความดันโลหิตสูง การเดินเร็วและการทำสมาธิเพื่อผ่อนคลายความเครียดของกลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

พบว่า โดยรวมกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมสุขภาพก่อนการพัฒนาไม่เหมาะสม ค่าเฉลี่ย 2.19 ภายหลังการพัฒนาพบว่าพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับเหมาะสมค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 4.06 โดยพบด้านที่มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากก่อนพัฒนามากที่สุด คือ พฤติกรรมด้านการออกกำลังกายจากค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.84 เพิ่มขึ้นเป็น 3.99 รองลงมาคือ พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด จากค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.47 เพิ่มขึ้นเป็น 4.32 โดยกลุ่มเสี่ยงมีการจัดการความเครียดโดยการนั่งสมาธิ การฟังเพลงหรือดนตรีบรรเลง การพูดคุยกับเพื่อนสนิทหรือคนในครอบครัว พฤติกรรมด้านรับประทานอาหารเช้า จากค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.27 เพิ่มขึ้นเป็น 3.86 กลุ่มเสี่ยงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารโดยลดอาหารเค็ม ลดการใช้ผงชูรสในการประกอบอาหาร อ่านฉลากอาหารก่อนซื้อ ประกอบอาหารเป็นประเภท ต้ม นึ่ง แทนอาหารประเภทผัด ทอด ลดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เมื่อมีการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านทำให้ครอบครัวร่วมมือในการประกอบอาหารลดเค็มลดมันลงด้วย ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .01$ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการพัฒนา (n=32)

พฤติกรรม	ก่อนการพัฒนา $\bar{X}$	SD	ระดับ พฤติกรรม	หลังการพัฒนา $\bar{X}$	SD	ระดับ พฤติกรรม	t	P
ด้านรับประทานอาหารเช้า	2.27	.77	ไม่เหมาะสม	3.86	.99	เหมาะสมมาก	8.40	.000
ด้านการออกกำลังกาย	1.84	.97	ไม่เหมาะสม	3.99	1.21	เหมาะสมมาก	9.32	.000
ด้านการจัดการ ความเครียด	2.47	.80	เหมาะสม	4.32	.77	เหมาะสมมาก	8.93	.000
รวม	2.19	.85	ไม่เหมาะสม	4.06	.99	เหมาะสมมาก	12.35	.000



การสะท้อนความคิดจากการสนทนากลุ่มในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง พบว่ากลุ่มเสี่ยงสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยเฉพาะการออกกำลังกาย โดยมีกิจกรรมอื่นๆ ทำควบคู่ไปกับการเดินเร็ว คือ การแกว่งแขน การรำวง ย้อนยุค การรำไม้พลองและสามารถนั่งสมาธิเพื่อผ่อนคลายความเครียดได้ โดยประเด็นความเครียดที่ทำให้กลุ่มเสี่ยงเครียดเยอะที่สุดคือ การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 กลุ่มเสี่ยงเป็นห่วงลูกหลานที่ไปทำงานต่างจังหวัด เห็นว่าการนั่งสมาธิทำให้ตัวเองหยุดคิดสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดได้ โดยกลุ่มเสี่ยงมีวิธีการจัดการความเครียดด้วยตนเองควบคู่ไปด้วย คือ การสวดมนต์ การฟังเพลง การพูดคุยระบายความรู้สึกกับคนสนิท

3.4 การเปลี่ยนแปลงของค่าระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงหลังจากการพัฒนา

พบว่าค่าความดันโลหิตภายหลังการพัฒนาลดลงจากเดิม โดยก่อนการพัฒนาพบค่าเฉลี่ยของค่าความดันซิสโตลิกเท่ากับ 128.63 (SD=5.12) ภายหลังการพัฒนาพบค่าเฉลี่ย 119.38 (SD=6.69) ส่วนค่าความดันไดแอสโตลิก ก่อนการพัฒนาเท่ากับ 83.88 (SD=3.26) ภายหลังการพัฒนาพบค่าความดันเฉลี่ย 76.38 (SD=7.67) ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .01$ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการพัฒนา

ความดัน	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		t	P
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ความดันซิสโตลิก	128.63	5.12	119.38	6.69	7.48	.000
ความดันไดแอสโตลิก	83.88	3.26	76.38	7.67	4.62	.000

อภิปรายผล

กระบวนการในการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงในชุมชนชนบทอีสานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เกิดขึ้นจากความร่วมมือของกลุ่มผู้ร่วมดำเนินการวิจัยในการมองสถานการณ์ปัญหาหารือกันอย่างเข้าใจและเกิดความคิดร่วมกันในการป้องกันปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน โดยการนำข้อมูลสถานการณ์ปัญหามาร่วมระดมความคิดและออกแบบวางแผนการแก้ไขปัญหาร่วมกัน นำไปสู่การปฏิบัติการในการแก้ไขปัญหาด้อย่างเหมาะสมและตรงกับความต้องการของกลุ่มเสี่ยงและชุมชนได้อย่างแท้จริง เกิดการมีส่วนร่วมในรับรู้และเข้าใจสถานการณ์การวางแผน การปฏิบัติการ การสังเกต การติดตามและการประเมินเพื่อสะท้อนผลในการพัฒนาปรับปรุงและสะท้อนผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นการร่วมกันแก้ไขปัญห สอดคล้องกับแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ของ Kemmis & McTaggart¹⁶ ที่มุ่งเน้นบูรณาการปรับปรุงพัฒนาการปฏิบัติงานหรือสถานการณ์ปัญหาที่พบเป็นประจำให้ดียิ่งขึ้น โดยการนำเอาสถานการณ์ที่เกิดขึ้นมาวิเคราะห์สภาพปัญหาร่วมกัน ใช้แนวคิดทางทฤษฎีและประสบการณ์จากการปฏิบัติงานที่ผ่านมาเสาะหาข้อมูล วางแผนและวิธีการในการแก้ปัญหาร่วมกัน แล้วสะท้อนวิธีการดังกล่าวไปทดลองใช้กับกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องเป็นขั้นตอนในรูปแบบวงจรรูปเกลียวในการพัฒนา

การพัฒนารูปแบบในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน มีการดำเนินการจนได้รูปแบบกิจกรรม ได้แก่ 1) การส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการสร้างความตระหนักรู้ผ่านสื่อและบุคคลตัวอย่าง 2) การสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง ประกอบด้วย การใช้ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การนำเสนอตัวแบบ การใช้คำพูดชักจูงให้กลุ่มเสี่ยงรู้สึกสามารถปฏิบัติได้จริงและเป็นประโยชน์ และการกระตุ้นทางอารมณ์ 3) ส่งเสริมทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การเพิ่มกิจกรรมการออกกำลังกายและการบริหารร่างกาย การจัดการความเครียดโดยการฝึกทำสมาธิเพื่อผ่อนคลายความเครียด 4) การสร้างเครือข่ายความร่วมมือในชุมชนในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย เครือข่ายการสื่อสารและการให้ข้อมูลด้านสุขภาพจากเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ ทีม อสม.



ในหมู่บ้าน เครือข่ายผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการสนับสนุนทรัพยากร การกำหนดนโยบายและแผนงานโครงการ และเครือข่ายการติดตามประเมินผลการการดูแลสุขภาพที่บ้าน และ 5) การสร้างสื่อการเรียนรู้ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนโดยการประยุกต์ใช้ศิลปวัฒนธรรมและภูมิปัญญาท้องถิ่นและการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้แก่ สื่อการเรียนรู้ บทกลอนและการขับร้องสร้อยกลอนทำนองอีสาน¹⁷⁻¹⁹

ผลที่เกิดจากการพัฒนารูปแบบในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนสะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงในแต่ละด้าน ดังนี้ 1) ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงเพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนา 20 จากอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 43.75 เป็นร้อยละ 90.63 และการศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยภายหลังการให้ความรู้ค่าคะแนนความรู้ภายหลังการจัดกิจกรรมให้ความรู้เพิ่มขึ้น ซึ่งมีการจัดกิจกรรมการให้ความรู้ด้วยการบรรยายประกอบสื่อการเรียนรู้ที่หลากหลายรูปแบบ และพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม และความรู้ที่ได้สามารถนำไปใช้ได้จริงอีกด้วย 2) ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) จากเดิมค่าเฉลี่ยระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.87$, $SD=1.19$) เป็นค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.76$, $SD=2.02$) โดยกลุ่มเสี่ยงได้ผ่านกิจกรรมการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง 4 กิจกรรมหลัก จากทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) ของ Bandura¹⁵ โดยกิจกรรมการนำเสนอตัวแบบเป็นกิจกรรมที่กระตุ้นและเสริมแรงทำให้เกิดความมั่นใจมากขึ้นในการพยายามที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ²⁰⁻²² โดยได้ศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนเองที่มีผลต่อพฤติกรรมในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 3) ด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับไม่เหมาะสม ($\bar{X}=2.19$, $SD=.85$) หลังการพัฒนาพบค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ($\bar{X}=4.06$, $SD=.99$) โดยกลุ่มเสี่ยงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้ง 3 ด้าน ผ่านรูปแบบและกิจกรรมการพัฒนาร่วมกันของกลุ่มเสี่ยงและชุมชน²⁰⁻²⁴ ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยมีผลต่อระดับความดันโลหิตด้วย

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการศึกษาและพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงในบริบทพื้นที่อื่น ๆ ของชุมชนอีสานที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม รวมทั้งศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยทางสังคมที่มีผลกระทบต่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงซึ่งจะนำไปสู่การมีรูปแบบที่เหมาะสมสอดคล้องกับสภาพปัญหาและบริบทของสังคมแต่ละพื้นที่ นอกจากนี้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำผลการศึกษานี้ไปใช้ในการกำหนดนโยบายและจัดกิจกรรมส่งเสริม สนับสนุนและพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน รวมทั้งการพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพด้านอื่น ๆ ที่เกิดจากความร่วมมือของครอบครัว ชุมชน หน่วยงานบริการสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสุขต่อไป

References

1. World health organization. Hypertension 2019 [Internet]. [cited 2019 March 13]. Available from: <https://www.who.int/healthtopics/hypertension/>
2. Department of disease control. This report describes the situations of ncids. Bangkok: Aksorn graphic and design publishing limited partnership. 2021.(in Thai)
3. Lapatrada S, Sutham N, Chokchai M, Pimsurang T, Korrvan Y. Health promotion program to elderly with hypertension by family participation. J public health 2018;48(2):161-73.
4. Runghana A, Suteera H, Sasitorn R. The effects of health literacy enhancement program on hypertensive prevention behavior of pre-hypertension risk group at a community in Nakhon Pathom province. RTNMD journal 2018;45(3):509-26.(in Thai)



5. Yonglithipagon P, Nakmareong S, Mato L, Chanavirut R. A study of hypertensive patient's knowledge attitude and exercise behavior on the exercise for blood pressure control: a cross-sectional descriptive study. *J Med tech phy ther* 2019;31(3):310-24.(in Thai)
6. Moonsarnand S, Sumpowthong K. Effects of dietary behavior modification program guideline of the DASH with self-efficacy theory and social support on reducing the risk of hypertension among pre-hypertensive patients. *PHJBUU* 2016;11(1):87-98.
7. Onsrinoi N, Leelukkanaveera Y, Toonsiri C. Predictive factors of hypertension preventive behaviors among people with pre-hypertension. *Songklanagarind J Nurs.*2017;37(1):63-74.
8. Supasri S, Wungrath J, Boonchieng W. Effects of a health promotion program on perceived self-Efficacy and outcome expectations on self-care among elderly with hypertension, Chiang Rai province Thailand. *Thai journal of public health* 2021;51(1).(in Thai)
9. Kosalvit T, Kanyakan K, Khamwang T, Darunikorn P. Application of self-efficacy program on self-care behaviors in hypertensive patients at health promoting hospital, Kham Khuean Kao district, Yasothon province. *JRIHS* 2017;1(2).(In Thai)
10. Ubon Ratchathani Provincial Health office. Percentage of follow-up among suspected high blood pressure patients in health area 10 Ubon Ratchathani Province fiscal year 2020 [Internet].2020 [cited 15 June 2021], Available from: https://ubn.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report_kpi.php?flag_kpi_level=1
11. Bandura, A. Self-efficacy. In the Corsini encyclopedia of psychology (4th Ed). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons;2010.
12. Plaiyo J, Panpakdee O, Taikerd C. Effects of a promoting self-care participation program on perceived self-care ability, body weight, and blood pressure control in persons with hypertension. *Rama Nurs J* 2012;18(2).(in Thai)
13. Ministry of Health. Java Health Center Information System: JHCIS.[Internet];2020 [cited 2021 June 16]. Available from: <http://neo.moph.go.th/jhcis/index.php>
14. Best JW. Research in education. New Jersey. Prentice-Hall;1977.
15. Best JW. Research in education. New Jersey. Prentice-Hall;1981.
16. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner 3rd ed. Victoria. Deakin University;1988.
17. Chirongsee S, Khawbucha M. Intellectual cultural heritage managing into vernacular folklore a Sorapanya rhyme narrative by Bankor Senior Donngern Chiengyun Mahasarakham Province. *BUUART* 2018;134-52.
18. Thagrirach P. Taking care of the older persons with local wisdom. *MCU SSP* 2017;5(3):219-32. (in Thai)
19. Aekwarangkoon S, Noonil N, Nontapet O, Nuampet U. Application the local wisdom for developing health promotion among older adults in community. *Thai Journal of Nursing* 2018;67(2):18-26.(in Thai)
20. Ngonsamrong C, Salawongluk T. The potential development of self-care in elderly with hypertension to prevent complication in Thongchainau sub-district Pakthongchai District Nakhon Ratchasima Province. *Ratchaphruek Journal* 2019;17(1).(in Thai)
21. Kosalvit T. Application of self-efficacy program on self-care behaviors in hypertensive patients at health promoting hospital Khem Khuean Kao District Yasothon Province. *JRIHS* 2017;1(2):28-40.(in Thai)



22. Supasri S, Wungrath J, Boonchieng W. Effects of a health promotion program on perceived self-efficacy and outcome expectations on self-care among elderly with hypertension chiangrai province Thailand. THJPH 2021;51(1):33-42.(in Thai)
23. Thariwong A, Saranrittichi K. The development of a practice guideline for prevention of hypertension risk group in community. Research and development health system journal 2017;10(2):52-60.(in Thai)
24. Yonglitthipagon P, Nakmareong S, Mato L, Chanavirut R. A study of hypertensive patient's knowledge, attitude and exercise behavior on the exercise for blood pressure control: a cross-sectional descriptive study. JMTPT 2019;31(3):310-24.(In Thai)



ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้ปกครองเด็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช

Factors Predicting Health Literacy of Influenza among Children's Guardians in Child Development Centers, Tha Sala District, Nakhon Si Thammarat Province

อัสลิสา กาสอ¹ พัฒนศักดิ์ คำมณีจันทร์² สุปรียา แก้วสวัสดิ์²

Aslisa Kaso¹ Patthanasak Khammaneechan² Supreecha Kaewsawat²

¹นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ นครศรีธรรมราช

²สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ นครศรีธรรมราช

¹Graduate Student, Master of Public Health Program, Walailak University, Nakhon Si Thammarat

²School of Public Health, Walailak University, Nakhon Si Thammarat

Corresponding author: Aslisa Kaso; Email: Aslisa-1992@hotmail.com

Received: May 6, 2021 Revised: February 13, 2022 Accepted: February 24, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (descriptive cross-sectional study) มีวัตถุประสงค์เพื่อ
ประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของโรคไข้หวัดใหญ่ และวิเคราะห์
ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอท่าศาลา
จังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจำนวน 363 คน ทำการสุ่มคัดเลือกอย่างง่าย
จากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทั้งหมด 28 แห่ง เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคมถึงเดือนกันยายน 2563 โดยใช้แบบสอบถาม
ที่สร้างขึ้นมาโดยเฉพาะ ข้อคำถามได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพมาแล้วโดยมีค่า IOC=.96 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา
ของครอนบาคเท่ากับ .87 ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise
multiple regression analysis) ผลการวิจัยพบว่า ผู้ปกครองเด็กเกินครึ่งมีการรับรู้ภาวะสุขภาพและการรับรู้คุณภาพบริการ
สุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 52.30 และ 59.80 ตามลำดับ) และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพของโรคไข้หวัดใหญ่
อยู่ในระดับปฏิสัมพันธ์ (ร้อยละ 58.10) และปัจจัยเหล่านี้สามารถร่วมกันทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของโรคไข้หวัดใหญ่
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้ร้อยละ 33.80 ($p<.001$) ประกอบด้วย การรับรู้ภาวะสุขภาพ ($\beta=.268$, $p<.001$) การรับรู้
คุณภาพบริการสุขภาพ ($\beta=.296$, $p<.001$) ระดับการศึกษา ($\beta=.121$, $p=.007$) สถานภาพสมรส ($\beta=.107$, $p=.014$)
ประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของเด็ก ($\beta=.138$, $p=.002$) และ ปัญหาสุขภาพของเด็ก ($\beta=-.125$, $p=.004$)
ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุขควรให้ความสำคัญเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของเด็กและการให้บริการสุขภาพแก่ผู้ปกครองเด็ก
เพื่อให้ผู้ปกครองเข้าใจและตระหนักถึงกระบวนการดูแลสุขภาพสุขภาพของเด็ก และควรรณรงค์ให้เด็กได้รับวัคซีน
ป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ให้ครอบคลุม เพื่อลดอัตราป่วยและภาวะแทรกซ้อนของโรค

คำสำคัญ: การส่งเสริมสุขภาพ; ความรอบรู้ด้านสุขภาพ; โรคไข้หวัดใหญ่; สุขภาพเด็ก



Factors Predicting Health Literacy of Influenza among Children's Guardians in Child Development Centers, Tha Sala District, Nakhon Si Thammarat Province

Aslisa Kaso¹ Patthanasak Khammaneechan² Supreecha Kaewsawat²

¹Graduate Student, Master of Public Health Program, Walailak University, Nakhon Si Thammarat

²School of Public Health, Walailak University, Nakhon Si Thammarat

Corresponding author: Aslisa Kaso; Email: Aslisa-1992@hotmail.com

Received: May 6, 2021 Revised: February 13, 2022 Accepted: February 24, 2022

Abstract

This cross-sectional analytical study aimed to evaluate the level of perceived health status, perceived health service quality, and health literacy of influenza and to analyse factors predicting health literacy of influenza among children's guardians in child development centers of Tha Sala district, Nakhon Si Thammarat province. The subjects consisted of 363 guardians of children selected by simple random sampling method from 28 child development centers. Data were gathered from August to September, 2020, using a created questionnaire that had IOC = .96 and Cronbach's alpha reliability coefficient = .87. Descriptive statistics and stepwise multiple regression were used for data analyses. The results showed that most of the children's guardians perceived health status and perceived health service quality at a moderate level (52.30% and 59.80%, respectively). Children's guardians had health literacy of influenza at an interactive level (58.10%). These factors accounted for 33.8% of the variation in guardians' health literacy ($p < .001$), which included perceived health status ($\beta = .268$, $p < .001$), perceived health service quality ($\beta = .296$, $p < .001$), education ($\beta = .121$, $p = .007$) marital status ($\beta = .107$, $p = .014$), influenza vaccination of children ($\beta = .138$, $p = .002$), and health problems of children ($\beta = -.125$, $p = .004$). Therefore, public health personnel should focus on the health status of children and provide health services to children's guardians. Children's guardians should understand and be aware of the child health care process and should campaign for children to receive a comprehensive influenza vaccine to reduce the rate of morbidity and complications of the disease.

Keywords: health promotion; health literacy; influenza; child health



ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคไข้หวัดใหญ่เป็นโรคติดเชื้อไวรัสที่ระบบทางเดินหายใจที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ โดยพบการระบาดร้ายแรงที่สุดครั้งแรกในปี พ.ศ.2461-2462 ทำให้ผู้คนล้มป่วยทั่วโลกกว่าร้อยละ 50 และตายมากถึง 20 ล้านคน¹และมีการระบาดอย่างต่อเนื่อง เชื้อไวรัสมีการกลายพันธุ์อยู่ตลอดเวลาและทวีความรุนแรงมากขึ้นส่งผลให้เกิดอัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิตเพิ่มขึ้นทุกปี ดังสถานการณ์การเกิดโรคไข้หวัดใหญ่ในปี พ.ศ.2562 พบว่ามีผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ทั่วโลกประมาณ 1,000 ล้านราย ผู้ป่วยรุนแรง 3-5 ล้านราย และมีผู้เสียชีวิตสูงถึง 650,000 ราย² การเกิดโรคดังกล่าวจะพบมากในประเทศเขตอบอุ่นรวมถึงประเทศไทย ซึ่งประเทศไทยพบผู้ป่วยในปี พ.ศ.2562 เป็นสองเท่าของปี พ.ศ. 2561 โดยอัตราป่วย 276.95 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2561 และ 588.39 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ.2562³ โรคนี้มักพบในเด็กเป็นส่วนใหญ่ โดยเฉพาะในกลุ่มอายุระหว่าง 0-4 ปีมีอัตราป่วยสูงถึง 2,318.08 ต่อประชากรแสนคนซึ่งเป็นช่วงอายุที่มีอัตราป่วยสูงสุด⁴

อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช พบผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยเฉพาะกลุ่มในกลุ่มเด็กอายุ 0-4 ปี อัตราป่วยต่อประชากรแสนคนในปีพ.ศ.2560 2561 และ2562 เท่ากับ 188.84 360.30 และ 507.07 ตามลำดับ³ เนื่องจากอำเภอท่าศาลาเป็นพื้นที่เขตอบอุ่นรวมถึงบริบทของผู้ปกครองเด็กส่วนใหญ่ได้นำเด็กเข้ารับการเลี้ยงดู ฝึกทักษะในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมากถึง 1,886 คน ประกอบไปด้วยศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจำนวน 28 แห่งทั่วอำเภอ⁵ เนื่องจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นจุดศูนย์รวมเด็กที่เข้ามาเรียนฝึกทักษะพัฒนาการ รวมถึงยังเป็นแหล่งที่มีความแออัดจึงเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อโรคไข้หวัดใหญ่

ความรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครองเด็กมีความสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันการเกิดโรคในเด็ก Nutbeam⁶ ได้อธิบายไว้ว่าความรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะความสามารถของบุคคลในการแสวงหา เข้าถึงข้อมูล ทำความเข้าใจข้อมูล วิเคราะห์ แปลความหมาย ประเมินคุณค่าข้อมูลที่ได้และตัดสินใจนำข้อมูลสุขภาพที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ ทักษะความสามารถดังกล่าวได้จำแนกครอบคลุมตามองค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และการตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง⁶ เมื่อผู้ปกครองมีความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้องก็จะสามารถดูแลตนเองและสมาชิกในครอบครัวให้มีสุขภาพสมบูรณ์ แข็งแรง และปราศจากโรคภัยไข้เจ็บได้

จากการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพที่ผ่านมาพบว่าผู้ปกครองเด็กมีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำเด็กจึงมีแนวโน้มที่จะเจ็บป่วยได้ง่ายจนต้องเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาลและใช้บริการสุขภาพมากกว่า รวมถึงมีความสามารถในการป้องกันและดูแลสุขภาพน้อยกว่าผู้ปกครองเด็กที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพสูง⁷ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพ พบว่า เพศ อายุ การศึกษา รายได้ การจัดการสุขภาพและความเจ็บป่วยปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ⁸ และปัญหาสุขภาพของเด็ก⁹ จากปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายความรู้ด้านสุขภาพของโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อใช้เป็นแนวทางในการเพิ่มระดับความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ปกครองเด็กอันจะนำมาสู่การดูแลสุขภาพและป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทางสุขภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพ และความรู้ด้านสุขภาพของโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความรู้ด้านสุขภาพของโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอท่าศาลาจังหวัดนครศรีธรรมราช



สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพและการรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพสามารถทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอบำเหน็จณรงค์ จังหวัดนครราชสีมา

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (descriptive cross-sectional study) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคมถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2563 ในพื้นที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอบำเหน็จณรงค์ จังหวัดนครราชสีมา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอบำเหน็จณรงค์ จังหวัดนครราชสีมา จากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทั้งหมด 28 แห่ง จำนวนทั้งหมด 1,847 คน ซึ่งมีจำนวนเท่ากับจำนวนเด็กทำการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตร Krejcie และ Morgan ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 330 คน ผู้วิจัยได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อทดแทนในกรณีที่มีการตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จึงมีจำนวนทั้งหมด 363 คน จากนั้นทำการกระจายจำนวนกลุ่มตัวอย่างในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแต่ละแห่งในสัดส่วนที่เหมาะสมตามจำนวนเด็กที่เข้ารับบริการและทำการสุ่มอย่างง่ายโดยวิธีการจับสลากแบบไม่แทนที่เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแต่ละแห่งซึ่งมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1) เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (inclusion criteria)

- ผู้ปกครองมีความสมัครใจที่จะเข้าร่วมการศึกษาค้นคว้า
- ผู้ปกครองที่ดูแลเลี้ยงดูเด็กตั้งแต่แรกเกิดถึงปัจจุบัน
- ผู้ปกครองต้องเป็นบุคคลที่สามารถอบรม สั่งสอนดูแลเด็กได้

2) เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

- ผู้ปกครองย้ายออกจากชุมชนระหว่างเก็บข้อมูล
- ระหว่างการวิจัยผู้ปกครองเกิดอาการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามขึ้นมาโดยเฉพาะหลังจากทำการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและพิจารณาให้สอดคล้องและครอบคลุมกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัย โดยกำหนดตัวแปรและระดับของตัวแปรที่ต้องการให้ครอบคลุมตามกรอบแนวคิดการวิจัยและแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบจำนวน 11 ข้อ ได้แก่ เพศ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส อาชีพ สถานภาพที่เกี่ยวข้องกับเด็ก การได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของเด็กในปกครอง ปัญหาสุขภาพของเด็กในปกครอง และการดูแลเด็กในปกครองเมื่อเจ็บป่วยซึ่งเป็นมาตรวัดนามบัญญัติ (nominal scale) ส่วนอายุและรายได้เป็นมาตรวัดอันดับ (ordinal scale)

ส่วนที่ 2 การรับรู้ภาวะสุขภาพ ผู้วิจัยได้ประยุกต์มาจากการศึกษาของปถมพร พันธุ์อุบลจำนวน 10 ข้อ ซึ่งเป็นข้อคำถามแบบมาตรวัดประมาณค่า (Likert's scale) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด เกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือมีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60) ระดับปานกลาง (ระหว่างร้อยละ 60-79) และระดับสูง (ระหว่างร้อยละ 80-100)



ส่วนที่ 3 การรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพจำนวน 10 ข้อซึ่งเป็นข้อคำถามแบบมาตรวัดประมาณค่า (Likert's scale) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด เกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ มีการรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60) ระดับปานกลาง (ระหว่างร้อยละ 60-79) และระดับสูง (ระหว่างร้อยละ 80-100)

ส่วนที่ 4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของโรคไข้หวัดใหญ่ซึ่งประกอบด้วย 6 องค์ประกอบได้แก่

1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพซึ่งเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบแบบถูกและผิดจำนวน 15 ข้อ ส่วน 2) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพจำนวน 6 ข้อ 3) การสื่อสารสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ 4) การจัดการตนเองจำนวน 6 ข้อ 5) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ จำนวน 6 ข้อ และ 6) การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง จำนวน 6 ข้อ ซึ่งเป็นข้อคำถามแบบมาตรวัดประมาณค่า (Likert's scale) 5 ระดับ ได้แก่ ทุกครั้งบ่อยครั้งบางครั้งนาน ๆ ครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติเกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพของโรคไข้หวัดใหญ่อยู่ในระดับพื้นฐาน (น้อยกว่าร้อยละ 60) ระดับปฏิสัมพันธ์ (ร้อยละ 60-79) และระดับวิจารณ์ญาณ (ร้อยละ 80-100)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) ด้วยวิธีหาค่าความเที่ยงตรงรายข้อของแบบสอบถาม (Index of item-objective congruence, IOC) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านได้เท่ากับ .96 และทำการตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสอบถามหลังจากทำการทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่เก็บจริงจำนวน 30 คน โดยการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha method) ได้เท่ากับ .87 ซึ่งชุดคำถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ ได้เท่ากับ .88 ด้านการรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพได้เท่ากับ .54 และคำถามด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพของโรคไข้หวัดใหญ่ได้เท่ากับ .87 ซึ่งประสพชัย พสุนนท์ ได้อธิบายไว้ว่า ค่า IOC ที่สามารถยอมรับได้ควรมีค่ามากกว่า .50 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคที่สามารถยอมรับได้ควรมีค่ามากกว่า .70¹¹⁻¹²

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ซึ่งตัวแปรต้องเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ การศึกษาครั้งนี้มีตัวแปรต้นเป็นตัวแปรเชิงคุณภาพเป็นมาตราวัดนามบัญญัติ (nominal scale) และตัวแปรต่อเนื่องเป็นมาตราวัดอันดับ (ordinal scale) ตัวแปรตามเป็นตัวแปรต่อเนื่องเป็นมาตราวัดอันดับ (ordinal scale) ซึ่งตัวแปรต้นที่เป็นมาตราวัดนามบัญญัติและมาตราวัดอันดับจะแปลงข้อมูลให้เป็นตัวแปรหุ่น (dummy variable) คือ มีค่า 1 กับ 0 ก่อนจึงนำไปวิเคราะห์เพื่อทดสอบสมมติฐานที่กำหนดไว้

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ เลขที่ WUEC-20-200-01 ลงวันที่ 23 เดือนกรกฎาคม พ.ศ.2563 และผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยยึดหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ทุกขั้นตอน

ผลการวิจัย

คุณลักษณะส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 85.70) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 57.60) มีรายได้ต่อเดือนประมาณ 5,000-15,000 บาท (ร้อยละ 59.20) เป็นผู้ที่สมรส (ร้อยละ 85.70) และเป็นบิดา/มารดาของเด็ก (ร้อยละ 82.40) ประมาณครึ่งหนึ่งเป็นผู้ที่มีอายุอยู่ในช่วง 35-60 ปี (ร้อยละ 49.30) เรียนจบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษา



ตอนปลาย/ปวช.มากที่สุด (ร้อยละ 29.20) รองลงมาคือมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 22.60) และประถมศึกษา (ร้อยละ 21.20) ตามลำดับ ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปมากที่สุด (ร้อยละ 26.70) รองลงมาคือค้าขาย/ทำธุรกิจ (ร้อยละ 24.50) และแม่บ้าน/ทำงานบ้าน (ร้อยละ 17.90) ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาข้อมูลเกี่ยวกับเด็กในปกครองพบว่าเคยได้รับวัคซีนป้องกันโรคไขหวัดใหญ่ร้อยละ 68.00 ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา มีเด็กป่วยด้วยโรคไขหวัดใหญ่ร้อยละ 66.70 ซึ่งเมื่อเด็กเจ็บป่วยสถานพยาบาลที่ผู้ปกครองนำเด็กไปรักษามากที่สุดคือโรงพยาบาล (ร้อยละ 37.30) รองลงมาคือคลินิก (ร้อยละ 33.30) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ร้อยละ 18.70) ตามลำดับ

การรับรู้ภาวะสุขภาพและการรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพและการรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพในระดับปานกลางมากที่สุด (ร้อยละ 52.30, 59.80) รองลงมา คือ ระดับสูง (ร้อยละ 31.10, 26.20) และระดับต่ำ (ร้อยละ 16.50, 14.00) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ปกครองเด็ก (n=363)

ปัจจัย	ระดับ					
	ต่ำ		ปานกลาง		สูง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	60	16.5	190	52.3	113	31.1
การรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพ	51	14.00	217	59.80	95	26.20

เมื่อพิจารณาข้อคำถามการรับรู้ภาวะสุขภาพพบว่า ที่ผ่านมาผู้ปกครองเด็กมีความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของเด็กมาตลอด (ร้อยละ 55.10) และทราบถึงภาวะภูมิคุ้มกันร่างกายของเด็ก (ร้อยละ 55.10) รวมถึงสามารถวิเคราะห์และอธิบายสภาพร่างกายของเด็กกับโอกาสที่จะเจ็บป่วยได้ในระดับมาก (ร้อยละ 49.90) และผู้ปกครองส่วนใหญ่ทราบถึงภาวะสุขภาพของเด็กในปัจจุบันในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 32.20) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละข้อคำถามการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ปกครองเด็ก (n=363)

ข้อความ	น้อยที่สุด n (%)	น้อย n (%)	ปานกลาง n (%)	มาก n (%)	มากที่สุด n (%)
1. ที่ผ่านมาท่านเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของเด็กมาตลอด	0(0)	0(0)	71(19.60)	200(55.10)	92(25.30)
2. ที่ผ่านมาท่านรับรู้การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายของเด็กที่ท่านดูแล เมื่อเกิดอาการเจ็บป่วย	0(0)	2(0.60)	71(19.60)	175(48.20)	115(31.70)
3. เมื่อท่านทราบถึงผลการตรวจสุขภาพของเด็กที่ท่านดูแล ท่านได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์ถึงสาเหตุของการเกิดโรคไขหวัดใหญ่ในเด็ก	0(0)	20(5.50)	131(36.10)	151(41.60)	61(16.80)
4. ท่านได้เปรียบเทียบภาวะสุขภาพของเด็กที่ท่านดูแลทั้งในอดีตและปัจจุบันเป็นประจำเกี่ยวกับอาการของโรคไขหวัดใหญ่	0(0)	27(7.40)	119(32.80)	143(39.40)	74(20.40)



ข้อความ	น้อยที่สุด n (%)	น้อย n (%)	ปานกลาง n (%)	มาก n (%)	มากที่สุด n (%)
5. ท่านเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของเด็กที่ท่านดูแลในปัจจุบัน	0(0)	5(1.40)	63(17.40)	178(49.00)	117(32.20)
6. ท่านได้มีการคาดการณ์ภาวะสุขภาพของเด็กที่ท่านดูแลในอนาคต	1(0.30)	15(4.10)	118(32.50)	158(43.50)	71(19.60)
7. ท่านได้เตรียมความพร้อมในการรับมือกับการเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้นในเด็กที่ท่านดูแลในอนาคต	0(0)	7(1.90)	87(24.00)	164(45.20)	105(28.90)
8. ท่านเข้าใจถึงภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องของร่างกายของเด็กที่ท่านดูแล	0(0)	3(0.80)	79(21.80)	200(55.10)	81(22.30)
9. ท่านสามารถวิเคราะห์และอธิบายสภาพร่างกายของเด็กที่ท่านดูแลกับโอกาสที่จะเจ็บป่วยได้	1(0.30)	21(5.80)	95(26.20)	181(49.90)	65(17.90)
10. ท่านยอมรับว่าบางครั้งเด็กต้องเกิดอาการเจ็บป่วยจากโรคไข้หวัดใหญ่	9(2.50)	18(5.00)	103(28.40)	174(47.90)	59(16.30)

เมื่อพิจารณาข้อคำถามการรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพ พบว่า แพทย์มีความสนใจ เมื่อผู้ปกครองบอกเล่าถึงอาการเจ็บป่วยของเด็ก (ร้อยละ 56.20) แพทย์ตรวจร่างกายของเด็กอย่างเหมาะสม (ร้อยละ 55.90) รวมถึงพยาบาลมีการซักประวัติอาการเจ็บป่วยของเด็กได้อย่างเหมาะสม (ร้อยละ 53.40) พร้อมทั้งให้คำปรึกษาเกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ของแพทย์และพยาบาลโดยใช้ภาษาที่เข้าใจได้ง่าย (ร้อยละ 50.10) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละข้อคำถามการรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพของผู้ปกครองเด็ก (n=363)

ข้อความ	น้อยที่สุด n (%)	น้อย n (%)	ปานกลาง n (%)	มาก n (%)	มากที่สุด n (%)
1. ท่านเห็นว่าแพทย์มีความสนใจ เมื่อท่านบอกเล่าถึงอาการเจ็บป่วยของเด็กที่ท่านดูแล	1(0.30)	11(3.00)	54(14.90)	204(56.20)	93(25.60)
2. ท่านเห็นว่าแพทย์มีการตรวจร่างกายของเด็กที่ท่านดูแลได้อย่างเหมาะสม	1(0.30)	7(1.90)	60(16.50)	203(55.90)	92(25.30)
3. ท่านเห็นว่าพยาบาลมีการซักประวัติอาการเจ็บป่วยของเด็กได้อย่างเหมาะสม	0(0)	8(2.20)	78(21.50)	194(53.40)	83(22.90)
4. ท่านเห็นว่าการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ของแพทย์และพยาบาลใช้ภาษาที่เข้าใจได้ง่าย	0(0)	11(3.00)	86(23.70)	184(50.70)	82(22.90)
5. ท่านเห็นว่าทั้งแพทย์และพยาบาลให้ออกสาพูดคุยแสดงความรู้สึกหรือความกังวลใจเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของเด็ก	0(0)	20(5.50)	97(26.70)	182(50.10)	64(17.60)



ข้อความ	น้อยที่สุด n (%)	น้อย n (%)	ปานกลาง n (%)	มาก n (%)	มากที่สุด n (%)
6. ท่านเห็นว่าการจัดกิจกรรมรณรงค์ ป้องกันและดูแลสุขภาพเกี่ยวกับโรค ไข้หวัดใหญ่ทั้งภายในและภายนอกสถาน บริการอยู่เสมอ	2(0.60)	17(4.70)	129(35.50)	163(44.90)	52(14.30)
7. ท่านเห็นว่าสถานบริการมีการ ประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการฉีดวัคซีน ป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ที่น่าสนใจ	3(0.90)	16(4.40)	101(27.80)	174(47.90)	69(19.00)
8. ท่านเห็นว่าแพทย์มีความสนใจต่ออาการ ป่วยของเด็ก จึงมีการนัดติดตามอาการ ของเด็ก	0(0)	9(2.50)	89(24.50)	177(48.80)	88(24.20)
9. เมื่อท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับโรคไข้หวัด ใหญ่ ท่านสามารถสอบถามข้อมูลจาก พยาบาลได้	5(1.40)	17(4.70)	103(18.40)	176(48.50)	62(17.10)
10. ท่านเห็นว่าสถานบริการได้ร่วมมือกับ ศูนย์เด็กเล็กในการฉีดวัคซีนป้องกันโรค ไข้หวัดใหญ่ในเด็กทุกปี	4(1.10)	17(4.70)	82(22.60)	177(48.80)	83(22.90)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของโรคไข้หวัดใหญ่

กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพของโรคไข้หวัดใหญ่โดยรวมอยู่ในระดับปฏิสัมพันธ์มากที่สุด (ร้อยละ 58.10) รองลงมาคือระดับพื้นฐาน (ร้อยละ 34.40) และระดับวิจารณ์ญาณ (ร้อยละ 7.40) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาตามองค์ประกอบในแต่ละด้านพบว่า ส่วนใหญ่มีการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพในระดับปฏิสัมพันธ์ (ร้อยละ 84.80) มีความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพในระดับพื้นฐาน (ร้อยละ 42.40) นอกจากนี้ยังพบว่าส่วนใหญ่มีการสื่อสารสุขภาพ และการรู้เท่าทันสื่อ และสารสนเทศในระดับพื้นฐาน (ร้อยละ 62.80 และร้อยละ 60.60 ตามลำดับ) ส่วนการจัดการตนเองในระดับปฏิสัมพันธ์ ร้อยละ 43.00 และร้อยละ 43.50 ที่มีการตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องในระดับวิจารณ์ญาณ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละองค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพของโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้ปกครองเด็ก

องค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพของโรคไข้หวัดใหญ่	ระดับ					
	พื้นฐาน		ปฏิสัมพันธ์		วิจารณ์ญาณ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	41	11.30	308	84.80	14	3.90
ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ	154	42.40	140	38.60	69	19.00
การสื่อสารสุขภาพ	228	62.80	104	28.70	31	8.50
การจัดการตนเอง	84	23.10	156	43.00	123	33.90
การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	220	60.60	121	33.30	22	6.10
การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	64	17.60	141	38.80	158	43.50
ความรอบรู้ด้านสุขภาพของโรคไข้หวัดใหญ่โดยรวม	125	34.40	211	58.10	27	7.40



ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของโรคไข้หวัดใหญ่

ตัวแปรที่สามารถทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ($\beta = .268$) การรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพ ($\beta = .296$) การได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของเด็กในปกครอง ($\beta = .138$) ปัญหาสุขภาพของเด็กในปกครอง ($\beta = -.125$) ระดับการศึกษา ($\beta = .121$) และสถานภาพการสมรส ($\beta = .107$) และสามารถร่วมกันทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้ร้อยละ 33.80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 5 โดยสามารถเขียนสมการทำนายในรูปคะแนนดิบ ได้ดังนี้

$$Y = 26.334 + .510X_1 + .563X_2 + 3.193X_3 - 2.864X_4 + .909X_5 + 3.287X_6$$

ตารางที่ 5 ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้ปกครองเด็ก (Y)

ตัวพยากรณ์	B	S.E.	β	t	p-value
(Constant)	26.334	3.130		8.413	<.001
การรับรู้ภาวะสุขภาพ (X_1)	.510	.099	.268	5.153	<.001
การรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพ (X_2)	.563	.096	.296	5.876	<.001
การได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของเด็กในปกครอง (X_3)	3.193	1.021	.138	3.127	.002
ปัญหาสุขภาพของเด็กในปกครอง (X_4)	-2.864	.991	-.125	-2.889	.004
ระดับการศึกษา (X_5)	.909	.336	.121	2.708	.007
สถานภาพการสมรส (X_6)	3.287	1.334	.107	2.464	.014

$R = .581$ $R^2 = .338$ $F = 30.301$ $p\text{-value} < .001$

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาสามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

1. ผู้ปกครองเด็กส่วนใหญ่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 52.30) รองลงมาในระดับสูง (ร้อยละ 31.10) และระดับต่ำ (ร้อยละ 16.50) ตามลำดับ ซึ่งอธิบายได้ว่าผู้ปกครองเด็กมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่เพียงพอต่อการดูแลเด็ก ซึ่งร้อยละ 55.10 ผู้ปกครองเด็กเข้าใจถึงภาวะสุขภาพของเด็กมาโดยตลอดรวมถึงภาวะสุขภาพ ณ ปัจจุบัน (ร้อยละ 49) และทราบถึงภาวะภูมิคุ้มกันร่างกายของเด็กเป็นอย่างดี (ร้อยละ 55.10) อีกทั้งผู้ปกครองเด็กสามารถวิเคราะห์และอธิบายโอกาสการเจ็บป่วยของเด็กได้ (ร้อยละ 49.90) สามารถรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายของเด็กเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วย (ร้อยละ 48.20) รวมถึงผู้ปกครองเด็กได้เตรียมความพร้อมในการรับมือการเจ็บป่วยของเด็กในอนาคต (ร้อยละ 45.20) ดังนั้นจึงทำให้ผู้ปกครองเด็กมีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูงขึ้นไปทางสูงนั้น รวมถึงผู้ปกครองเด็กส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงจึงมีความเข้าใจและใส่ใจต่อเด็กมากกว่าเพศชาย¹³ ประกอบด้วยผู้ปกครองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพที่สามารถมีเวลาอยู่กับเด็ก ทำให้ผู้ปกครองสังเกตเห็นถึงพฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลงส่งผลให้ผู้ปกครองทราบถึงภาวะสุขภาพของเด็ก สอดคล้องกับการศึกษาของเฉลิมวิทย์ หาซึ้ง และเบญจามุกตพันธ์¹⁴ ที่ได้ศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า อธิบายได้ว่าผู้ปกครองเด็กมีความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นกับเด็กขึ้นอยู่กับความสนใจใส่ใจต่อสุขภาพของเด็ก รวมถึงความสามารถในการประเมินภาวะสุขภาพของเด็ก

2. ผู้ปกครองเด็กมีการรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 59.80) รองลงมาในระดับสูง (ร้อยละ 26.20) และระดับต่ำ (ร้อยละ 14) ตามลำดับ เนื่องจากการรับรู้คุณภาพ บริการสุขภาพเป็นการประเมินหรือการลงความเห็นเกี่ยวกับความดีเลิศของการให้บริการสุขภาพโดยรวม¹⁵ ผู้ปกครองเด็กเลือกเข้ารับบริการสุขภาพของโรงพยาบาลเนื่องจากการให้บริการที่ความครอบคลุม สามารถเข้าถึงบริการ ซึ่งการประเมินหรือลงนามความเห็น



ดังกล่าวขึ้นอยู่กับประสบการณ์ลักษณะการทำงานของแต่ละบุคคลและการปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์เพียงพอต่อการให้บริการสุขภาพ เมื่อพิจารณารายข้อผู้ปกครองเด็กจึงมีการรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพที่เหมาะสมต่อการเข้ารับบริการ¹⁶ กล่าวคือเมื่อผู้ปกครองเด็กเข้ารับบริการสุขภาพขั้นแรกจะมีพยาบาลทำหน้าที่ซักประวัติอาการป่วยของเด็กอย่างเหมาะสม (ร้อยละ 53.40) เมื่อเข้าพบแพทย์เล่าถึงอาการป่วยของเด็กแพทย์ให้ความสนใจเป็นอย่างดี (ร้อยละ 56.20) พร้อมมีการตรวจร่างกายเด็กอย่างเหมาะสม (ร้อยละ 55.90) และที่สำคัญคุณภาพบริการที่เหมาะสมต้องมีความง่ายต่อการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและการบริการ โดยการให้คำแนะนำและคำปรึกษาของแพทย์และพยาบาลใช้ภาษาที่สื่อสารกันแล้วเข้าใจได้ง่าย (ร้อยละ 50.70) เพื่อการสร้างบรรยากาศการให้บริการที่เป็นกันเองทำให้ผู้ปกครองเด็กมีความกล้าได้ตอบข้อมูลที่ป็นประโยชน์ต่อการดูแลเด็ก

3. ผู้ปกครองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพของโรคไข้หวัดใหญ่อยู่ในระดับปฏิสัมพันธ์ (ร้อยละ 58.1) เพียงพอต่อความต้องการในการดูแลเด็ก เนื่องจากระดับปฏิสัมพันธ์เป็นระดับที่ผู้ปกครองมีความสามารถในการค้นหา เลือกใช้ และจำแนกข้อมูลหรือข่าวสารที่ได้รับจากการสื่อสารที่หลากหลายรูปแบบ เพื่อนำมาใช้ในการเฝ้าสังเกตการพฤติกรรมหรือการเปลี่ยนแปลงในด้านสุขภาพของเด็ก ระดับปฏิสัมพันธ์ได้ยกระดับจากระดับพื้นฐานที่เพียงแค่มุ่งเน้นทักษะพื้นฐานของการใช้ชีวิตในการฟัง พูด อ่าน และการเขียน ซึ่งช่วยให้บุคคลเข้าใจข้อมูลที่น่ามาใช้ในการชีวิตประจำวัน และเข้าใจข้อมูลสุขภาพและสามารถปฏิบัติตัวตามคำแนะนำหรือร่วมมือกับการรักษาของแพทย์ได้¹⁷ เมื่อพิจารณาองค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพพบว่า ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ (ร้อยละ 42.40) การสื่อสารสุขภาพ (ร้อยละ 62.80) และการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ (ร้อยละ 60.60) อยู่ในระดับพื้นฐาน อธิบายได้ว่าผู้ปกครองเด็กสามารถอ่าน สื่อสาร และทำความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพทั้งการส่งเสริม ป้องกัน ดูแล และรักษาเกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ แต่ไม่สามารถแยกแยะข้อเท็จจริงของข้อมูลได้ ส่วนการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (ร้อยละ 84.80) และการจัดการตนเอง (ร้อยละ 43.00) อยู่ในระดับปฏิสัมพันธ์ เนื่องจากการเข้าถึงข้อมูลสื่อสารสนเทศในปัจจุบันสะดวกและรวดเร็วทำให้ผู้ปกครองเด็กเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพได้ทันทีเมื่อต้องการด้วยอุปกรณ์สื่อสารเคลื่อนที่ไม่ว่าจะเป็นโทรศัพท์มือถือ แท็บเล็ต รวมไปถึงคอมพิวเตอร์ ดังการศึกษาของภูมิพัฒน์ ตระกูลทัศน์เจริญ¹⁸ อธิบายว่าประชาชนมีการรับรู้และการใช้ประโยชน์จากข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพผ่านสื่อทางอินเทอร์เน็ตด้วยวิธีการค้นหาข้อมูลที่ตนเองสนใจและสามารถเลือกเว็บไซต์ที่น่าเชื่อถือได้ ซึ่งนำไปสู่การวางแผนและกำหนดเป้าหมายการดูแลสุขภาพของเด็กให้ห่างไกลจากการป่วยด้วยโรคไข้หวัดใหญ่ แต่ยังส่งผลเสียต่อผู้ปกครองที่ไม่สามารถแยกแยะข้อมูลข่าวสารนำไปสู่การสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่อย่างผิด ๆ โดยไม่ได้คัดกรองข้อมูลก่อน มีเพียงการตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง (ร้อยละ 43.50) เท่านั้นที่อยู่ในระดับวิจารณ์ญาณ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ปกครองเด็กสามารถตัดสินใจและเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งผลดีต่อสุขภาพเด็กเพื่อป้องกันการป่วยด้วยโรคไข้หวัดใหญ่ หลีกเลี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค ซึ่งมากกว่าครึ่งที่ผู้ปกครองนำเด็กเข้ารับการรักษาป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ (ร้อยละ 68.00) หากเด็กเกิดการเจ็บป่วยขึ้น ผู้ปกครองส่วนใหญ่เลือกนำเด็กเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล (ร้อยละ 37.30) ซึ่งได้รับการตรวจสุขภาพ การรักษา รวมถึงการให้คำแนะนำจากแพทย์โดยตรงดังนั้นจึงทำให้ผู้ปกครองเด็กส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพของโรคไข้หวัดใหญ่ อยู่ในระดับปฏิสัมพันธ์ ซึ่งเป็นระดับเดียวกับการศึกษาของพรพญา เตปิน วราภรณ์ บุญเชียง และศิริตรี สุทธิจิตต์¹⁹ ที่ได้ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก อาจเนื่องมาจากผู้ปกครองเด็กส่วนใหญ่ได้รับการศึกษามากกว่าระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 73.00) ซึ่งการศึกษาเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาทักษะการเรียนรู้ที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครองเด็กหากผู้ปกครองขาดความรอบรู้ด้านสุขภาพจะส่งผลให้ไม่สามารถทำความเข้าใจ ประเมินข้อมูล และตัดสินใจต่อการดูแลเด็กได้ รวมไปถึงไม่สามารถดูแลสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันการเกิดโรคไข้หวัดใหญ่ของเด็กในทางกลับกันเมื่อผู้ปกครองเด็กมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากขึ้นคุณภาพชีวิตของเด็กก็จะดีขึ้นไปด้วย²⁰ ซึ่งผู้ปกครองเด็กจึงสามารถเข้าใจการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้หวัดใหญ่จากการสืบค้น และเลือกใช้ข้อมูล รวมถึงสามารถจำแนกข้อมูลหรือข่าวสารที่ได้รับจากสื่อที่หลากหลายรูปแบบนำไปสู่การป้องกันและดูแลสุขภาพเด็กที่มีประสิทธิภาพ



4. ปัจจัยได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพ การได้รับวัคซีนป้องกันโรคไขหวัดใหญ่ของเด็กในปกครอง ปัญหาสุขภาพของเด็กในปกครอง ระดับการศึกษาและสถานภาพการสมรสสามารถทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของโรคไขหวัดใหญ่ของผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอนาทวี จังหวัดนราธิวาสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพสามารถทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของโรคไขหวัดใหญ่ของผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .268, p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของกอบกุล มาตีดานนงนุช โอบะ และปิ่นพ็ญ ศุภเมธพร²¹ ที่พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ เนื่องจากผู้ปกครองมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่เพียงพอต่อการดูแลสุขภาพเด็ก จึงทำให้ผู้ปกครองมีความเข้าใจสุขภาพของเด็กได้มากขึ้นไม่ว่าจะเป็นความต้านทานโรค ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค และความเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคไขหวัดใหญ่ได้รวมถึงการจัดการและเลือกปฏิบัติของผู้ปกครองเพื่อให้เด็กมีสุขภาพที่ดี การรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพสามารถทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของโรคไขหวัดใหญ่ของผู้ปกครองเด็กในศูนย์เด็กเล็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .296, p < .001$) จากการศึกษาของวัชรพร เชยสุวรรณ²² ได้อธิบายว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเกิดจากการเข้ารับบริการที่เหมาะสมอาจเป็นเพราะเมื่อผู้ปกครองทราบและเข้าใจกระบวนการทำงานในระบบการให้บริการสุขภาพทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน และผลกระทบในการเกิดโรค ซึ่งส่งผลให้ผู้ปกครองสามารถเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพของโรคไขหวัดใหญ่ประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโรคไขหวัดใหญ่ของเด็กสามารถทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของโรคไขหวัดใหญ่ของผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .138, p < .01$) ผู้ปกครองนำบุตรหลานเข้ารับการฉีดวัคซีนเป็นจำนวนมาก (ร้อยละ 68) เพื่อป้องกันการเกิดโรคไขหวัดใหญ่ในเด็กเนื่องจากการป่วยจากโรคไขหวัดใหญ่จะส่งผลให้มีอาการไม่สบายตัว การได้รับวัคซีนป้องกันโรคไขหวัดใหญ่สามารถป้องกันอาการรุนแรงและลดการเสียชีวิตได้ ซึ่งการยอมรับเข้ารับการฉีดวัคซีนต้องมีความเข้าใจต่อข้อมูลดังกล่าวก่อน ดังนั้นความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ทำให้ผู้ปกครองนำบุตรหลานมาฉีดวัคซีนป้องกันโรคไขหวัดใหญ่ สอดคล้องกับการศึกษาของ Aharon et. al.²³ พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการได้รับวัคซีนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .06, p < .05$) ประวัติปัญหาสุขภาพของเด็กสามารถทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของโรคไขหวัดใหญ่ของผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.125, p < .01$) สอดคล้องกับคำอธิบายของวรรณศิริ นิลเนตร และวาสนา เรืองจุติโพธิ์พาน²⁴ ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของบุคคลผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีทำให้ไม่เข้าใจกระบวนการเกิดโรค ไม่สามารถจดจำหรือเข้าใจคำแนะนำในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคที่เป็นได้จากการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของโรคไขหวัดใหญ่ของผู้ปกครองเด็กนั้นอยู่ในระดับปฏิสัมพันธ์ (ร้อยละ 58.10) จึงทำให้เด็กส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคไขหวัดใหญ่ (ร้อยละ 66.70) ได้ง่าย ระดับการศึกษาสามารถทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของโรคไขหวัดใหญ่ของผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.121, p < .01$) เนื่องจากการศึกษาปัจจัยพื้นฐานของการเรียนรู้ที่นำไปสู่การรู้หนังสือและสามารถทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไขหวัดใหญ่เพื่อนำมาใช้ในการส่งเสริม ป้องกัน ดูแล และรักษาสุขภาพของเด็กซึ่งระดับการศึกษาที่เพิ่มสูงขึ้นย่อมมีการรับรู้ความรู้ ความสามารถในด้านต่าง ๆ มากขึ้น รวมถึงการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดังการศึกษาของ Bodur Filiz และ Kalkan²⁵ พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพและสถานภาพสมรสสามารถทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของโรคไขหวัดใหญ่ของผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .107, p < .05$) เนื่องจากความสัมพันธ์ของคู่สมรสมีอิทธิพลต่อการสนับสนุนและคอยช่วยเหลือซึ่งกันและกันแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารและประสบการณ์ต่าง ๆ รวมไปถึงข้อมูลด้านสุขภาพ จึงทำให้ผู้ปกครองเด็กมีความสามารถนำข้อมูลด้านสุขภาพมาประกอบการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องแสดงให้เห็นว่าสถานภาพสมรสส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครองเด็กดังการศึกษาของธัญชนก ขุมทองวิราภรณ์ โพธิศิริ และขวัญเมือง แก้วคำเกิง²⁶ กล่าวว่า การเสนอแนะของคนในครอบครัวช่วยเสริมความสามารถด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพได้ สอดคล้องกับการศึกษาของแสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรา ประเสริฐศรี²⁷ พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ



ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. บุคลากรสาธารณสุขควรให้ความสำคัญเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของเด็กและการให้บริการสุขภาพแก่ผู้ปกครองเด็ก เพื่อให้ผู้ปกครองเข้าใจและตระหนักถึงกระบวนการดูแลรักษาสุขภาพของเด็ก และควรรณรงค์ให้เด็กได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ให้ครอบคลุม เพื่อลดอัตราป่วยและภาวะแทรกซ้อนของโรค

2. ควรออกแบบกิจกรรมส่งเสริมให้ความรู้แก่ผู้ปกครองเด็กเพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นเพื่อส่งผลให้ผู้ปกครองมีความรู้ ความเข้าใจและสามารถคิดวิเคราะห์แยกแยะข้อมูลข่าวสาร นำไปสู่การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติในการดูแลเด็กได้ถูกต้อง รวมถึงยังสามารถส่งต่อข้อมูลข่าวสารที่ได้รับแก่บุคคลรอบข้าง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษารายละเอียดเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกของกลุ่มตัวอย่างผู้ปกครองเด็ก ได้แก่ การเก็บข้อมูลที่เป็นเชิงคุณภาพ หรือการศึกษาวิจัยแบบผสมผสานเพื่อให้เข้าใจถึงรายละเอียดองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพของโรคไข้หวัดใหญ่

2. การศึกษาเปรียบเทียบจำนวนการเกิดโรคไข้หวัดใหญ่ของเด็กในช่วงเวลาก่อนและหลังมีการระบาดของโรคติดต่อทางเดินหายใจ เพื่อศึกษารายละเอียดองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพของโรคไข้หวัดใหญ่ รวมถึงสามารถนำข้อมูลเพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครองเด็กที่เหมาะสม

References

1. Surakiat A. Encyclopedia of the disease. Bangkok: Moh-Chao-Ban Publishing House;2012.(in Thai)
2. World Health Organization. Global Influenza Strategy 2019–2030 [internet]. 2019 [cited 2020January 25]. Available: https://www.who.int/influenza/global_influenza_strategy_2019_2030/en/
3. Bureau of Epidemiology. National Disease Surveillance (Report 506) [internet]. 2019 [cited 2019 February 23]. Available: <http://www.boe.moph.go.th/boedb/surdata/disease.php?ds=15>.
4. Department of disease control. Disease forecast influenza [internet]. 2019 [cited 2020January 21]. Available: <https://ddc.moph.go.th/dcd/newspic.php>.
5. NaKhon Si Thammarat Provincial Administrative Organization. Child development center [internet]. 2019 [cited 2019 December 26]. Available: <https://www.nakhonlocal.go.th/index.php>.
6. Chinta T. Health Literacy: A key Indicator towards good health behavior and health outcomes. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2018;19:1–11.(in Thai)
7. Thira W, Patarawan W, Onjira W, Monthichar C. Situation review and management mechanism of health literacy. Health Systems Research Institute.2015.(in Thai)
8. Ungsinun I. The development and application of ABCDE–Health literacy scale for Thai adults. Health Education Division Department of Health Service Support Ministry of Public Health 2014. (in Thai)
9. Ismail A, Ardini Y, Mohamad N, Bakar A. Association between parental oral health literacy and children’s oral health status. Rev Latinoam Hipertens 2018;13(3):312–6.
10. Patamaporn P. A relationship between health perception and health self caring behaviour of Thai Andropause Police Officers in Chonburi Province [Master thesis]. Bangkok: Srinakharinwirot University.2010.(in Thai)
11. Prasopchai P. Reliability of questionnaire in quantitative research. parichart journal, thaksin university 2014;27(1).(in Thai)



12. Prasopchai P. Validity of questionnaire for social science research. *Journal of Social Sciences Srinakharinwirot University* 2015;18:374–396.(in Thai)
13. Supachai P, Janjira S, Siriluck B, Nittaya R. Gender and social roles in literature, Isan teachings. *Bailan Journal, Ubon Ratchathani Rajabhat University* 2019;4(1),113–30.(in Thai)
14. Pataraporn Y. (2015). The patients' perception of the quality of private hospital health services. *Academic Services Journal, Prince of Songkla University* 2015;26(3),94–104.
15. Chalermwit H, Benja M. Caregiver's perception on dental caries of their children at day care den tars, Tha Khanso District, Kalasin Province. *Buriram Rajabhat University. The 17th National Graduate Research Conference and the 5nd Academic Seminar to Disseminate Research to the Community* 2016:657–71. (in Thai)
16. Chanita S, Pregamol R, Wanalada T. Health perceptions, health behaviors and health service needs among inmates with metabolic disorders. *Ramathibodi Nursing Journal* 2014;20(3):372–87.(in Thai)
17. Wimonrut B, Orathai R. Health literacy: situation and impacts on health status of the older adults. *APHEIT Journal of Nursing and Health* 2020;2(1),1–19.(in Thai)
18. Phumipat T. Perception and use of health information through the internet of middle-aged people in Phaholyothin Road Area Organization Association, Bangkok. *Academic Journal Phranakhon Rajabhat University* 2016;7(1):114–20.(in Thai)
19. Phonphaya T, Waraporn B, Siritree S. Parental health literacy and behavior to prevent hand-foot-and-mouth disease in child development center of Charoen Mueang Sub-district, Chiang Rai. *Lampang Medical Journal* 2018;39(2):72–80.(in Thai)
20. Wansiri N, Wassana R. Health literacy and nursing professionals. *Quality of Life and Low Journal* 2019; 25(2):1–18.(in Thai)
21. Kobkul M, Nongnut O, Pinhatai S. factors related to health literacy in patients with uncontrolled type 2 diabetes. *Journal of Nursing and Health Sciences* 2020;14(1):38–53.(in Thai)
22. Vacharaporn C. Health literacy: concept and application for nursing practice. *Royal Thai Navy Medical Journal* 2017;44(3):138–97.(in Thai)
23. Anat A, Haim N, Shmuel R, Orna B. Parents with high levels of communicative and critical health literacy are less likely to vaccinate their children. *Patient Education and Counseling* 2017;100(4):768–75.
24. Wansiri N, Wassana R. Health literacy and nursing professionals. *Quality of Life and Low Journal* 2019; 25(2):1–18.(in Thai)
25. BodurS, Filiz E,Kalkan I. Factors affecting health literacy in adults: a community-based study in Konya, Turkey. *International Journal of Caring Sciences* 2017;10(1):100–9.
26. Thanchanok K, Wilaporn P, Kwanmuang K. Factors influencing health literacy for people at risk of diabetes mellitus and hypertension of Uthai Thani and Ang Thong. *Veridian E-Journal, Science and Technology Silpakorn University* 2016;3(6):67–85.(in Thai)
27. Sangduan G, Nusara P. The relationship between health literacy and health behaviors among older adults who have multi-morbidity. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health* 2016;25(3):43–54.(in Thai)



ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบมีปฏิสัมพันธ์ ต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล และการควบคุมโรค ในผู้ป่วยเด็กโรคหืด อายุ 3-5 ปี

Effects of an Interactive Giving Information Program on Perceived Self-efficacy, Caring Behaviors of Caregivers and Disease Control in Children with Asthma Aged 3-5 Years.

ชยุตตรา ด่านลี¹ สุพัฒน์นา ศักดิษฐานนท์²

Chayuttra Danlee¹ Supattana Sakdisthanont²

¹นักศึกษาลัทธิศาสตร์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

¹Master Student in Nursing Science Program in Pediatric Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ²Faculty of Nursing, Khon Kaen University

Corresponding author: Chayuttra Danlee; Email: chayuttra.puk@gmail.com

Received: October 24, 2021 Revised: January 31, 2022 Accepted: March 25, 2021

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบมีปฏิสัมพันธ์ ต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล และการควบคุมโรคหืดได้ในผู้ป่วยเด็กโรคหืดอายุ 3-5 ปี กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ดูแลเด็กโรคหืดอายุ 3-5 ปี เลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากคลินิกเด็กโรคระบบทางเดินหายใจ แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 13 คนให้การพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลอง 13 คนได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบมีปฏิสัมพันธ์ผ่านไลน์วิดีโอคอล จำนวน 2 ครั้ง ครั้งละ 30-45 นาที ในสัปดาห์ที่ 2 และ 3 เพื่อพัฒนาความรู้ทักษะในการประเมินและการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืด และติดตามประเมินผลตามความคาดหวังการดูแล ตอบข้อสงสัย กระตุ้นให้กำลังใจ ในตอนเย็นทุกวันครั้งละ 10-15 นาที ผ่านไลน์วิดีโอคอล เก็บข้อมูลก่อนและหลังสิ้นสุดการทดลอง 4 สัปดาห์โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (CVI=1; Cronbach's alpha=.90) แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล (CVI=1; Cronbach's alpha=.74) และแบบประเมินการควบคุมโรคหืดในเด็กของ GINA 2018. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา พีชเชอร์ และสถิติที่ พบว่าหลังการทดลอง ผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบมีปฏิสัมพันธ์ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแล สูงกว่ากลุ่มควบคุม และสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ($p<.05$) อัตราการควบคุมโรคหืดได้ในเด็กโรคหืดอายุ 3-5 ปี ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบมีปฏิสัมพันธ์ผ่านทางวิดีโอคอล เพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล และเพิ่มพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดอายุ 3-5 ปีได้

คำสำคัญ: การให้ข้อมูลแบบมีปฏิสัมพันธ์; การรับรู้สมรรถนะแห่งตน; เด็กโรคหืด; ผู้ดูแล



Effects of an Interactive Giving Information Program on Perceived Self-efficacy, Caring Behaviors of Caregivers and Disease Control in Children with Asthma Aged 3–5 Year.

Chayuttra Danlee¹ Supattana Sakdisthanont²

¹Master Student in Nursing Science Program in Pediatric Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

²Faculty of Nursing, Khon Kaen University

Corresponding author: Chayuttra Danlee; Email: chayuttra.puk@gmail.com

Received: October 24, 2021 Revised: January 31, 2022 Accepted: March 25, 2021

Abstract

This study used a two-group pretest-posttest quasi-experimental research design that aimed to investigate the effects of an interactive information program on caregiver's perceived self-efficacy, caring behaviors and asthma control of children with asthma aged 3–5 years. The sample consisted of 26 caregivers of children with asthma aged 3–5 years which was selected by purposive sampling from the pediatric respiratory care clinic in Khon Kaen Hospital. Thirteen subjects in the control group received usual care, while 13 subjects in the experimental group received the interactive information program. During weeks 2 and 3, interactive information was given twice for 30–45 minutes via video call to develop skills in assessing and caring for children with asthma. Daily caregiver's performance of expected behaviors was monitored, questions were answered, and positive reinforcement was provided via video call. Data were collected before and 4 weeks after program implementation by using Caregivers' Perceived Self-Efficacy Assessment Scales (CVI=1; Cronbach's alpha=.90), Caregivers' Care Behaviors Assessment Scales (CVI=1; Cronbach's alpha=.74) and Asthma Control Level of Children Assessment Scales (Global Initiative for Asthma: GINA 2018). Data were analyzed using descriptive statistics, Fisher's exact test and t-test. The results showed that the caregivers' perceived self-efficacy and caring behaviors in the experimental group at week 4 after program implementation were significantly higher than caregivers in the control group ($p<.05$), and were significantly higher than those before attending the program ($p<.05$). Asthma control level of children with asthma aged 3–5 years between these two groups was no statistically significant ($p>.05$). The results suggest that the interactive information program can be used to promote caregivers' perceived self-efficacy and behaviors in caring for children with asthma aged 3–5 years. The results can serve as preliminary data for nurses to promote asthma management interventions via video calls to caregivers and their children with asthma.

Keywords: interactive information; perceived self-efficacy; children with asthma; caregivers



ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคหืด (asthma) เป็นโรคเรื้อรังระบบทางเดินหายใจ เกิดจากการอักเสบของผนังหลอดลมทำให้หลอดลมมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสารก่อภูมิแพ้และสิ่งแวดล้อมมากกว่าปกติ โรคหืดส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่ประมาณ 339 ล้านคนทั่วโลก¹ อุบัติการณ์โรคหืดในเด็กไทยพบร้อยละ 9² และพบอัตราการตาย 3.4 ต่อประชากร 1 แสนคน³ ผู้ป่วยเด็กโรคหืดต้องติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง หากอาการรุนแรงควบคุมโรคไม่ได้ ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล 1-3 วัน โดยมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อรายเท่ากับ 8,278 บาท มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อวันนอนเท่ากับ 2,675 บาท⁴ สถิติปี พ.ศ. 2560-2563 มีผู้ป่วยเด็กโรคหืดมารักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลขอนแก่นเพิ่มมากขึ้น อัตราการป่วยร้อยละ 4.1-4.8 อัตราการรักษาที่ฉุกเฉินร้อยละ 14.6-16.5 อัตราการนอนรักษาในโรงพยาบาลร้อยละ 12.5-14.3 โดยเฉพาะผู้ป่วยเด็กโรคหืดอายุ 3-5 ปี พบสูงสุดถึงร้อยละ 33-40⁵

ผู้ป่วยเด็กโรคหืดอายุ 3-5 ปี เป็นวัยที่ต้องพึ่งพาผู้ดูแลเป็นหลัก ซึ่งโรคหืดส่งผลกระทบต่อเด็กและครอบครัว⁶ เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี หลอดลมยังมีขนาดเล็กจึงมีโอกาที่จะตีบแคบอุดกั้นการหายใจ ผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่มีการควบคุมโรคไม่ได้จะมีอาการหอบหืดกำเริบได้ตลอดเวลา มีอาการไอ หอบเหนื่อย แน่นหน้าอก หายใจลำบาก มีเสียงดังวี๊ด ไอมากตอนกลางคืน ไม่สามารถนอนหลับได้ทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย ขาดสมาธิในการเรียนรู้ ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เหมือนเพื่อน ใช้จ่ายรักษามากแล้วไม่ทุเลา จำเป็นต้องมารักษาฉุกเฉินบ่อยๆ หรือเข้ารักษาในโรงพยาบาลทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด วิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยของเด็ก⁷⁻⁸ และกระทบต่อค่าใช้จ่ายในครอบครัว หากผู้ดูแลไม่สามารถดูแลเด็กโรคหืดได้อย่างเหมาะสมจะทำให้ควบคุมอาการของโรคหืดไม่ได้ ส่งผลทำให้อาการรุนแรงจนถึงขั้นเสียชีวิตได้⁶ The Global Initiative for Asthma (GINA)⁹ ได้พัฒนาแนวทางปฏิบัติเป็นมาตรฐานสากลในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืด เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลและควบคุมอาการของโรคได้ ประกอบด้วย 1) การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อลดการสัมผัสปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการหอบหืดกำเริบ 2) การใช้ยาที่ถูกต้องเหมาะสมและต่อเนื่อง 3) การประเมินและจัดการอาการกำเริบ และ 4) การให้ความรู้และฝึกทักษะผู้ดูแลให้สามารถดูแลผู้ป่วยเด็กได้ ซึ่งสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถควบคุมโรคหืดในผู้ป่วยเด็กได้ ส่วนใหญ่เกิดจากการใช้ยาอย่างไม่ถูกวิธีและไม่สม่ำเสมอ ขาดความรู้เรื่องโรคและสิ่งที่เป็นตัวกระตุ้น ไม่สามารถจัดการหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นต่างๆ ไม่สามารถสังเกตและจัดการอาการหอบหืดกำเริบได้¹⁰⁻¹¹

แนวคิดทฤษฎีการรับรู้ในสมรรถนะแห่งตน (self-efficacy theory) เป็นวิธีที่จะส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดได้ดีขึ้น Bandura¹² กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นการตัดสินความสามารถของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย เมื่อบุคคลมีความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถทำกิจกรรมใดได้สูง ก็จะมุ่งมั่นปฏิบัติเพื่อบรรลุตามความคาดหวังได้สูงเช่นกัน จากการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับต่ำมีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การรับรู้สมรรถนะของตนเองจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการจัดการตนเองของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืด¹³ ช่วยให้เด็กโรคหืดควบคุมโรคได้และสามารถลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาลง¹⁴ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการป้องกันอาการหอบหืดกำเริบในเด็กอายุแรกเกิดถึง 6 ปี ของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม¹⁵ ดังนั้น ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่ได้รับการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะมีการรับรู้ในสมรรถนะแห่งตนสูง และมีพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดดี จนสามารถควบคุมโรคหืดไม่ให้กำเริบได้เช่นเดียวกัน ในการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต้องผ่านกระบวนการเรียนรู้ให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลจนเกิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนสูง^{12,15} เพื่อให้ผลลัพธ์การเรียนรู้มีประสิทธิผลสูง ในยุคสมัยใหม่ต้องอาศัยการเรียนรู้แบบมีปฏิสัมพันธ์ (interactive learning)¹⁶⁻¹⁷ เป็นวิธีการเรียนรู้ที่ผู้เรียนมีปฏิสัมพันธ์กับการเรียนผ่านรูปแบบต่างๆ ที่สามารถ “ตอบโต้” กับผู้เรียนได้โดยการให้ข้อมูลแบบมีปฏิสัมพันธ์ (interactive information) เป็นการสื่อสารให้ข้อมูลโต้ตอบกันแบบสองทาง ผู้เรียนสามารถเรียนรู้หรือมีปฏิสัมพันธ์



โต้ตอบตามความต้องการได้ การให้ข้อมูลแบบมีปฏิสัมพันธ์ ผ่านไลน์วิดีโอคอล ที่เข้าถึงได้ง่ายรวดเร็วโต้ตอบได้ทันทีผ่านมือถือ จะช่วยให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้และพัฒนาทักษะการดูแลเพื่อควบคุมโรคหัดในเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹⁸ แต่การศึกษาที่ผ่านมาพบว่ากระบวนการเรียนรู้ยังไม่รู้รูปแบบชัดเจน รูปแบบการสอนส่วนใหญ่เป็นการศึกษาด้วยตนเอง เป็นการสื่อสารให้ความรู้ทางเดียวหรือเรียนรู้ผ่านโปรแกรมคอมพิวเตอร์ คู่มือ ซีดี วีดีโอ¹⁹⁻²⁰ เป็นการสอนแบบกว้างๆ ไม่เน้นเฉพาะวัย โดยเฉพาะช่วงอายุ 3-5 ปี ที่มีอัตราการป่วยสูงสุดและต้องพึ่งพาผู้ดูแล การให้ข้อมูลแบบมีปฏิสัมพันธ์ผ่านวิดีโอคอล และการควบคุมโรคหัดได้สำเร็จ ยังมีการศึกษาน้อย²¹

จากการทบทวนวรรณกรรมชี้ให้เห็นว่าการสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลโดยการเรียนรู้ให้ความรู้ฝึกฝนทักษะผ่านการให้ข้อมูลแบบมีปฏิสัมพันธ์ จะช่วยให้การดูแลเพื่อควบคุมโรคหัดได้ดีมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยเป็นพยาบาลดูแลผู้ป่วยเด็กจึงสนใจที่จะประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูราและแนวทางการให้ข้อมูลแบบมีปฏิสัมพันธ์ มาพัฒนาเป็นโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบมีปฏิสัมพันธ์ผ่านไลน์วิดีโอคอล ในการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลผ่านการเรียนรู้ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กโรคหัดอายุ 3-5 ปี ในกลุ่มที่มีระดับการควบคุมโรคได้บางส่วนและควบคุมโรคไม่ได้ เกิดความมั่นใจในสมรรถนะของตนเอง และมีพฤติกรรมดูแลเพื่อสามารถควบคุมโรคหัดในเด็กได้สำเร็จ

วัตถุประสงค์การวิจัย

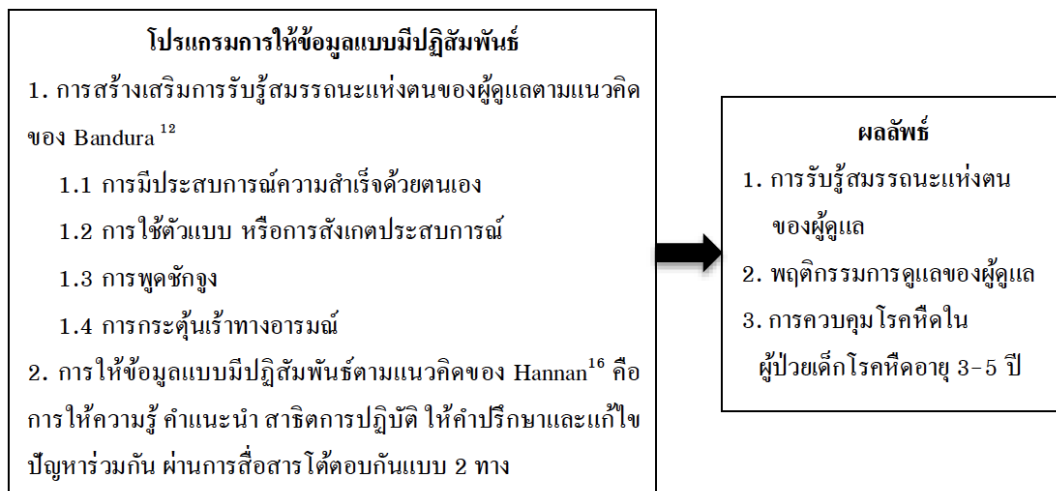
เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล และการควบคุมโรคในผู้ป่วยเด็กโรคหัดอายุ 3-5 ปี ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบมีปฏิสัมพันธ์ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ก่อนและหลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลอง ผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบมีปฏิสัมพันธ์ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัดอายุ 3-5 ปี สูงกว่า กลุ่มควบคุม
2. หลังการทดลอง ผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบมีปฏิสัมพันธ์ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัดอายุ 3-5 ปี สูงกว่า ก่อนการทดลอง
3. หลังการทดลอง ผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบมีปฏิสัมพันธ์ มีการควบคุมโรคหัดได้ในผู้ป่วยเด็กโรคหัดอายุ 3-5 ปี สูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy theory) ของ Bandura¹² ร่วมกับแนวทางการให้ข้อมูลแบบมีปฏิสัมพันธ์ (interactive information)¹⁶ มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบมีปฏิสัมพันธ์ โดยใช้ 4 วิธีการในการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัดอายุ 3-5 ปี ตามแนวคิดของ Bandura¹² ดังนี้ 1) การมีประสบการณ์ความสำเร็จด้วยตนเอง (enactive mastery experiences) 2) การใช้ ตัวแบบ (model) หรือการสังเกตประสบการณ์ (vicarious experience) 3) การพูดยืนยัน (verbal persuasion) 4) การกระตุ้นเร้าทางอารมณ์ (emotional arousal) ผ่านกระบวนการเรียนรู้ในการให้ข้อมูลแบบมีปฏิสัมพันธ์ มีลักษณะเป็นการสื่อสารโต้ตอบกันแบบสองทางระหว่างผู้ดูแลกับผู้วิจัย ผู้ดูแลมีส่วนร่วมและฝึกปฏิบัติตลอดกระบวนการอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่การประเมินปัญหาอุปสรรคที่ไม่สามารถดูแลเพื่อควบคุมการกำเริบของโรคหัดได้ การตั้งเป้าหมายร่วมกัน การเฝ้าติดตามการปฏิบัติ และการประเมินผลการดูแล ในทุก ๆ ขั้นตอน ผู้วิจัยทำหน้าที่ส่งเสริมสนับสนุนแลกเปลี่ยนข้อมูล ให้ความรู้ คำแนะนำ สาธิตการปฏิบัติและให้ผู้ดูแลสาธิตย้อนกลับ ให้คำปรึกษาและแก้ไขปัญหาร่วมกัน ด้วยวิธีการไลน์วิดีโอคอล ในการสื่อสารข้อมูลระหว่างกันได้อย่างต่อเนื่อง มีเนื้อหาครอบคลุมแนวทางการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัดอายุต่ำกว่า 5 ปี ของผู้ดูแล เมื่อผู้ดูแลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่สูงและคาดหวังความสำเร็จที่สูงจะส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลเพื่อควบคุมโรคหัดในเด็กได้อย่างถูกต้องสม่ำเสมอ ด้วยความมานะพยายามจนสามารถควบคุมโรคหัดได้สำเร็จ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังทดลอง (quasi-experimental two groups pretest -posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยเด็กโรคหัดอายุ 3-5 ปี ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคระบบทางเดินหายใจเด็กแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ.2564 คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 13 คน เลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์เฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีคุณสมบัติเป็นบิดา มารดา หรือญาติใกล้ชิดที่ระบุว่าเป็นผู้ดูแลหลัก อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยเด็กโรคหัดอายุ 3-5 ปี ที่มีการควบคุมโรคได้บางส่วนหรือควบคุมโรคไม่ได้ มีโทรศัพท์มือถือใช้สื่อสารทางไลน์วิดีโอคอลได้ เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา

(COVID-19) ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างในช่วงอายุที่ต้องการศึกษาลดลง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บข้อมูลโดยจัดกลุ่มตัวอย่างให้ 13 คนแรก เข้ากลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบมีปฏิสัมพันธ์จนเสร็จสิ้น และ 13 คนต่อมาเข้ากลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยป้องกันมิให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลประสบการณ์ในระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการสำรวจข้อมูลรายชื่อผู้ป่วยเด็กโรคหัดอายุ 3-5 ปี จัดเด็กในกลุ่มที่ทำการศึกษาทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีวันนัดตรวจที่ไม่ตรงกัน เพื่อไม่ให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลประสบการณ์กัน

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน¹² การให้ข้อมูลแบบมีปฏิสัมพันธ์⁶ และแนวทางในการวินิจฉัยและรักษาโรคหัดในเด็ก⁹ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องเหมาะสมของภาษาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 4 คน ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา นำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลคล้ายกลุ่มตัวอย่าง 3 คน เพื่อทดสอบความชัดเจนของเนื้อหา ภาษา ความเข้าใจ ก่อนนำไปใช้จริง ได้แก่

1.1 โปรแกรมการให้ข้อมูลแบบมีปฏิสัมพันธ์ ที่บูรณาการจากวิธีการสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน¹² 4 วิธี คือ การกระตุ้นเร้าทางอารมณ์ การใช้ตัวแบบหรือการสังเกตประสบการณ์ การมีประสบการณ์ความสำเร็จด้วยตนเอง และการพูดชักจูง ร่วมกับการให้ข้อมูลแบบมีปฏิสัมพันธ์ โดยมีการดำเนินกิจกรรมดังนี้ 1) กิจกรรมสร้างสัมพันธ์ภาพเตรียมความพร้อมทั้งทางร่างกายและจิตใจ ลดความเครียดวิตกกังวลโดยวิธีการกระตุ้นเร้าทางอารมณ์ เริ่มตั้งแต่วันแรกและต่อเนื่องไปทุก ๆ วัน ทุกครั้งที่มีการให้ข้อมูลแบบมีปฏิสัมพันธ์ทางไลน์วิดีโอคอล โดยการพูดคุยอย่างเป็นกันเอง เปิดโอกาสให้ระบายปัญหาอุปสรรคในการดูแล วางแผนช่วยเหลือให้การดูแลร่วมกัน ตั้งเป้าหมายการดูแลร่วมกัน เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถดูแลควบคุมโรคหัดในเด็กอายุ 3-5 ปี ได้สำเร็จ 2) กิจกรรมให้ความรู้และพัฒนาทักษะ การดูแล โดยมีการมีประสบการณ์ความสำเร็จด้วยตนเอง และ การใช้ตัวแบบหรือการสังเกตประสบการณ์ มีเนื้อหาเกี่ยวกับโรคหัดในเด็ก สาเหตุการเกิดโรค ปัจจัยเสี่ยงและ สิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการกำเริบ อาการและอาการแสดง วิธีการดูแล การใช้ยาพ้นสุดขยายหลอดลมการจัดการอาการเมื่อเกิดอาการหอบหืดกำเริบและการดูแลต่อเนื่องในระยะยาว โดยวิธีการเรียนรู้ผ่านตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น ผ่านตัวแบบในรูปของสัญลักษณ์ (symbolic-modeling) ได้แก่ คู่มือและวีดิทัศน์ และตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง (self-modeling) คือผู้วิจัยและผู้ดูแลจากตัวแทนในกลุ่ม พัฒนาทักษะการดูแล โดยวิธีการจัดให้ผู้ดูแลได้มีประสบการณ์ความสำเร็จในการปฏิบัติได้ด้วยตนเอง โดยผ่านการสาธิตฝึกทักษะและสาธิตย้อนกลับจากผู้ดูแลที่ปฏิบัติจริงกับเด็กโรคหัด พร้อมให้กำลังใจ ยกย่องชมเชย กิจกรรมให้ความรู้และพัฒนาทักษะการดูแลจำนวน 3 ครั้ง ๆ ละ 45-60 นาที ทุกวันพฤหัสบดี ในครั้งแรกจัดสนทนากลุ่มย่อย 2-3 คน พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ดูวีดิทัศน์การดูแลเด็กโรคหัด การดูแลตัวแบบจากผู้วิจัยและผู้ดูแลจากตัวแทนในกลุ่ม ฝึกปฏิบัติในเรื่องการใช้ยาพ้นสุดผ่านกรวยพ่นยา การจัดการอาการเมื่อเกิดอาการกำเริบ พร้อมมอบคู่มือและวีดิทัศน์ให้ผู้ดูแลนำไปศึกษาทบทวนต่อที่บ้าน ทุกวันพฤหัสบดีสัปดาห์ที่ 2 และ 3 วีดิโอคอล สอบถามอาการผู้ป่วยเด็ก ปัญหาและอุปสรรคในการดูแล หาแนวทางแก้ไข วางแผนการดูแลร่วมกันทั้งการกำหนดปัญหา เป้าหมาย การปฏิบัติดูแล และการประเมินผล ทบทวนความรู้และพัฒนาทักษะตามปัญหาที่พบ ให้ความรู้ คำแนะนำ สาธิตทักษะและให้ผู้ดูแลสาธิตย้อนกลับ พร้อมให้กำลังใจ ยกย่องชมเชยเมื่อประสบความสำเร็จ 3) กิจกรรมติดตามประเมินผลการดูแลโดยวิธีการพูดชักจูง ทุกเย็น ทุก ๆ วันใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที ด้วยวิธีโทรศัพท์ผ่านไลน์วิดีโอคอล ประเมินวิธีการใช้ยาพ้นผ่านกรวย ประเมินสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย ประเมินการจัดการลดสิ่งกระตุ้นทั้งในและนอกบ้าน ประเมินการใช้ยา พร้อมหาแนวทางร่วมกันในการปรับปรุงแก้ไข ให้คำแนะนำ พร้อมให้กำลังใจโดยการใช้คำพูดชักจูง ยกย่องชมเชยเมื่อประสบความสำเร็จและ



กระตุ้นเตือนการดูแลที่ถูกต้อง พร้อมติดตามประเมินผลในช่วงเย็นวันถัดไป 4) กิจกรรมการวางแผนการดูแลโดยวิธีการพูดชักจูง ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น เพื่อเป็น แนวทางการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล โดยกำหนดปัญหาการดูแล ตั้งเป้าหมาย พัฒนทักษะ และประเมินผล ผ่านการให้ข้อมูลแบบมีปฏิสัมพันธ์ทางไลน์วีดีโอคอล ให้ความรู้ สอน สาธิต ฝึกทักษะตามวิธีเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจนเกิดความมั่นใจในสมรรถนะแห่งตน

1.2 สื่อวีดิทัศน์ เรื่อง “ช่วยน้องหนูควบคุมอาการโรคหืด” เป็นสื่อที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีความยาว 10 นาที ประกอบด้วย โรคหืดคืออะไร สิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการหอบหืดกำเริบ อาการของโรคหืด การดูแลเมื่อเด็กเป็นโรคหืด การใช้ยาพ่นสูดขยายหลอดลม และอาการที่ต้องมาพบแพทย์ ใช้ประกอบกิจกรรมด้านประสบการณ์จากตัวแบบ

1.3 คู่มือโรคหืดในเด็ก ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยพยาธิสรีระ สาเหตุการเกิดโรค ปัจจัยเสี่ยงและสิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการโรคหืดกำเริบ อาการและอาการแสดง วิธีการดูแล การใช้ยาพ่นสูดขยายหลอดลม การจัดการอาการเมื่อเกิดอาการหอบหืดกำเริบและการดูแลต่อเนื่องในระยะยาว การลงบันทึกประจำวันในคู่มือเกี่ยวกับการใช้ยาพ่นสูดขยายหลอดลม อาการเปลี่ยนแปลง และการจัดการอาการหอบหืดกำเริบ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและแนวทางในการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในเด็ก⁹ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 4 คน ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา หาค่าความเชื่อมั่นเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลและผู้ป่วยเด็กโรคหืดอายุ 3-5 ปี 2) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดอายุ 3-5 ปี จำนวน 16 ข้อ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้สัญญาณเตือน ด้านการหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้น ด้านการใช้ยาอย่างถูกต้องต่อเนื่อง และด้านการจัดการอาการกำเริบ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับได้ค่า CVI เท่ากับ 1.0 และสัมประสิทธิ์อัลฟ่าครอนบาคเท่ากับ .90 3) แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืด อายุ 3-5 ปีของผู้ดูแล จำนวน 16 ข้อ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการประเมินและจัดการอาการ ด้านการจัดการปัจจัยกระตุ้น ด้านการใช้ยา และด้านการปฏิบัติการดูแลทั่วไป ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับได้ค่า CVI เท่ากับ 1.0 และสัมประสิทธิ์อัลฟ่าครอนบาคเท่ากับ .74 4) แบบประเมินการควบคุมโรคหืด ใช้แบบประเมินมาตรฐานสากลของ GINA⁹ จำนวน 5 ข้อ ใช้ประเมินอาการกำเริบในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา แปลผล 3 ระดับ คือการควบคุมโรคได้ดี การควบคุมโรคได้บางส่วน และการควบคุมโรคไม่ได้

จริยธรรมในการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE632068 ของโรงพยาบาลขอนแก่นเลขที่ KEMOU63007 และได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างลงนามในหนังสือยินยอมภายหลังได้รับการบอกกล่าวและสมัครใจ

วิธีดำเนินการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบมีปฏิสัมพันธ์เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดอายุ 3-5 ปี แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลของผู้ดูแล และแบบประเมินการควบคุมโรคหืดในผู้ป่วยเด็ก หลังจากนั้นกลุ่มตัวอย่างได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์ และได้รับการพยาบาลตามปกติ แล้วผู้วิจัยทำการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลโดยจัดเข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบมีปฏิสัมพันธ์ ครั้งที่ 2-3 คน ระยะเวลาในการเข้าร่วมโปรแกรมประมาณ 60 นาที ดำเนินการดังนี้



1. ประเมินความพร้อมและการกระตุ้นร้ทางอารมณ์ โดยการสร้างสัมพันธ์ภาพ ลดความ วิตกกังวล ชักถามถึงปัญหาต่าง ๆ ในการดูแลเด็ก สังเกตสีหน้าท่าทาง การพูดคุย ใช้เวลา 5 นาที

2. ให้กลุ่มตัวอย่างเล่าประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จในการป้องกันอาการหอบหืดกำเริบในเด็กและ กล่าวชมเชยการปฏิบัติที่ประสบความสำเร็จนั้น ๆ ใช้เวลา 10 นาที

3. ให้กลุ่มตัวอย่างดูตัวอย่างจากวีดิทัศน์เรื่องโรคหืดในเด็ก และผู้วิจัยได้ใช้ตัวแบบคือผู้วิจัยเองและผู้ดูแล ภายในกลุ่ม สนทนาแลกเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการป้องกันอาการหอบหืดที่เหมาะสม พร้อมฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาพ่น สูดผ่านกรวยพ่นยา ฝึกประเมินสังเกตอาการหอบหืดกำเริบและการจัดการอาการ พร้อมกับฝึกบันทึกข้อมูลในแบบบันทึก สุขภาพ ใช้เวลา 30 นาที

4. ทบทวนเพิ่มเติมในเรื่องการใช้ยาพ่นสูด ปฏิบัติการพ่นยาตามขั้นตอน วิธีการจัดการอาการหอบหืดกำเริบ อธิบายและปฏิบัติการสื่อสารผ่านไลน์ วีดีโอคอล ใช้เวลาประมาณ 15 นาที

5. หลังสิ้นสุดการสังเกตตัวแบบและการฝึกปฏิบัติ ผู้วิจัยพูดสนับสนุนใจให้ผู้ดูแลปฏิบัติกิจกรรมการป้องกัน อาการหอบหืดในเด็กด้วยตัวเอง ชี้ให้เห็นถึงผลดีของการป้องกันอาการหอบหืดในเด็กที่เหมาะสม พร้อมมอบวีดิทัศน์ และคู่มือการดูแลไปทบทวนที่บ้าน

สัปดาห์ที่ 2 และ 3 ทุกเย็นวันพฤหัสบดี ผู้วิจัยไลน์วีดีโอคอลติดต่อกับกลุ่มตัวอย่างที่ละคน เพื่อให้ความรู้และพัฒนา ทักษะการดูแลครั้งที่ 2 และ 3 ใช้เวลา 30-45 นาที วางแผนการดูแลร่วมกัน กำหนดปัญหา เป้าหมาย การปฏิบัติ และประเมินผล ให้ความรู้และพัฒนาทักษะตามปัญหา ให้คำแนะนำ สาธิตทักษะและให้สาธิตย้อนกลับ ให้กำลังใจ ชมเชยเมื่อประสบความสำเร็จ

สัปดาห์ที่ 1-4 ทุก ๆ วันในตอนเย็น ผู้วิจัยไลน์วีดีโอคอลติดต่อกับกลุ่มตัวอย่างที่ละคน ประเมินผลการดูแลทุก ๆ วัน ใช้เวลา 10-15 นาที ประเมินวิธีการใช้ยาพ่นผ่านกรวย การจัดการลดสิ่งกระตุ้น ประเมินการใช้ยา กระตุ้นเตือนการ ดูแลที่ถูกต้องและนัดหมายในช่วงเย็นวันถัดไป

สัปดาห์ที่ 4 ครั้งที่ 2 หลังสิ้นสุดการทดลองครบ 4 สัปดาห์ กลุ่มทดลองพบกับผู้วิจัย ใช้เวลาประมาณ 30 นาที ให้กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนฯ แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลของผู้ดูแลฯ และ ประเมินการควบคุมโรคในผู้ป่วยเด็กโรคหืดโดยใช้แบบสอบถามชุดเดิม ต่อจากนั้นผู้วิจัยสรุป เปิดโอกาสให้ซักถาม สาธิตและฝึกปฏิบัติซ้ำหากยังไม่มั่นใจ กล่าวขอบคุณและจ่ายค่าตอบแทนคนละ 300 บาท

กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติดังนี้ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลตอบ แบบสอบถามเช่นเดียวกัน หลังจากนั้นได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์และการพยาบาลตามปกติ โดยการให้คำแนะนำ เรื่อง การหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้น การใช้ยา การมาตรวจตามนัด ต่อมาในสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มควบคุม เพื่อตอบแบบสอบถามชุดเดิมและเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้วยความสมัครใจ และจ่ายค่าตอบแทน คนละ 300 บาท

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ป่วยเด็กโรคหืดอายุ 3-5 ปี วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบ ความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มโดยใช้ fisher's exact test เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ของผู้ดูแล คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการดูแลของผู้ดูแล ก่อนและหลังการทดลองในแต่ละกลุ่ม โดยใช้สถิติ paired t-test เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติ independent t-test และเปรียบเทียบการควบคุม โรคหืดในผู้ป่วยเด็กอายุ 3-5 ปี ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ fisher's exact test



ผลการวิจัย

1. ภายหลังการทดลอง ผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบมีปฏิสัมพันธ์ มีคะแนนเฉลี่ย การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดอายุ 3-5 ปี สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดอายุ 3-5 ปีของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและ พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล ผู้ป่วยเด็กโรคหืดอายุ 3-5 ปี	กลุ่มทดลอง				paired	p-value
	ก่อนทดลอง (n =13)		หลังทดลอง (n = 13)		t-test	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยรวม	46.15	10.10	61.15	2.07	6.040	.000*
- ด้านการรับรู้สัญญาณเตือน	8.92	2.69	11.23	1.09	4.407	.000*
- ด้านการป้องกันปัจจัยเสี่ยงที่กระตุ้น	12.61	3.30	18.61	1.75	7.019	.000*
- ด้านการใช้ยาถูกขั้นตอนและต่อเนื่อง	12.76	2.68	16.00	.00	5.381	.000*
- ด้านการจัดการอาการหอบหืดกำเริบ	12.53	2.96	15.30	.94	3.007	.005*
พฤติกรรมการดูแลโดยรวม	48.92	7.29	60.38	1.85	5.223	.000*
- ด้านการประเมินอาการ	3.53	.66	3.92	.27	2.132	.027*
- ด้านการจัดการปัจจัยเสี่ยง	11.61	2.87	17.46	1.19	4.900	.000*
- ด้านการใช้ยา	20.69	2.83	23.61	.50	3.916	.001*
- ด้านการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมฯ	13.07	1.97	15.38	.65	4.407	.000*

* $p < .05$

2. ภายหลังการทดลอง ผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบมีปฏิสัมพันธ์มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดอายุ 3-5 ปี สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดอายุ 3-5 ปี ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและ พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล ผู้ป่วยเด็กโรคหืดอายุ 3-5 ปี	หลังทดลอง				t-test	p-value
	กลุ่มทดลอง (n =13)		กลุ่มควบคุม (n=13)			
	$\overline{X}$	SD	$\overline{X}$	SD		
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยรวม	61.15	2.07	47.07	6.40	7.534	.000*
- ด้านการรับรู้สัญญาณเตือน	11.23	1.09	9.46	1.98	2.817	.005*
- ด้านการป้องกันปัจจัยเสี่ยงที่กระตุ้น	18.61	1.75	13.61	1.93	6.890	.000*
- ด้านการใช้ยาถูกขั้นตอนและต่อเนื่อง	16.00	.00	12.84	2.57	4.413	.000*
- ด้านการจัดการอาการหอบหืดกำเริบ	15.30	.94	11.15	1.95	6.905	.000*



การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและ พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล ผู้ป่วยเด็กโรคหัดอายุ 3-5 ปี	หลังทดลอง				t-test	p-value
	กลุ่มทดลอง (n =13)		กลุ่มควบคุม (n=13)			
	$\overline{X}$	SD	$\overline{X}$	SD		
พฤติกรรมดูแลโดยรวม	60.38	1.85	48.46	5.65	7.230	.000*
-ด้านการประเมินอาการ	3.92	.27	3.46	.51	2.828	.005*
-ด้านการจัดการปัจจัยเสี่ยงที่กระตุ้น	17.46	1.19	11.76	2.52	7.351	.000*
-ด้านการใช้ยาถูกขั้นตอนและต่อเนื่อง	23.61	.50	20.23	3.29	3.660	.001*
-ด้านการจัดการอาการหอบหืดกำเริบ	15.38	.65	13.00	1.87	4.341	.000*

* p<.05

3. ภายหลังการทดลอง ผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบมีปฏิสัมพันธ์ มีอัตราการ ควบคุมโรคหัดได้ในผู้ป่วยเด็กโรคหัดอายุ 3-5 ปี ไม่แตกต่างกัน (p>.05) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบอัตราการควบคุมโรคหัดได้ในผู้ป่วยเด็กโรคหัดอายุ 3-5ปี ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

การควบคุมโรคหัด	กลุ่มทดลอง (n=13)		กลุ่มควบคุม (n=13)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ก่อนการทดลอง					.378 ^F
ควบคุมโรคหัดได้	0	0	0	.0	
ควบคุมโรคหัดได้บางส่วน	12	92.3	8	61.5	
ควบคุมโรคหัดไม่ได้	1	7.7	5	38.5	
หลังการทดลอง					1.000 ^F
ควบคุมโรคหัดได้	13	100.0	12	92.3	
ควบคุมโรคหัดได้บางส่วน	0	.0	1	7.7	
ควบคุมโรคหัดไม่ได้	0	.0	0	.0	

^F=Fisher's Exact Test (p>.05)

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยสามารถอภิปรายผลได้ตามสมมติฐานการวิจัยดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ภายหลังการทดลอง ผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบมีปฏิสัมพันธ์ มีคะแนนเฉลี่ย การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัดอายุ 3-5 ปี สูงกว่า ก่อนทดลอง ผลการศึกษาดังกล่าว สามารถอธิบายได้ว่า เป็นผลจากการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบมีปฏิสัมพันธ์เพื่อเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura¹² ที่กล่าวว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นกระบวนการทางความคิดที่เชื่อมระหว่างความรู้และการกระทำ การกระทำพฤติกรรมของคนเรานั้น (behavior) เกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงไปต้องอาศัยปัจจัยทางสภาพแวดล้อม (environment factor) และปัจจัยส่วนบุคคล (personal factor) เช่น สติปัญญา ชีวภาพ และการรับรู้ ดังนั้นเมื่อผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งเป็นกระบวนการ



การเรียนรู้การให้ข้อมูลแบบมีปฏิสัมพันธ์ (interactive information) เป็นการสื่อสารโต้ตอบกันแบบสองทาง ระหว่างผู้ดูแลกับผู้วิจัยผ่านวีดิโอคอล ที่ผู้ดูแลมีส่วนในการเรียนรู้ด้วยตัวเอง สามารถควบคุมกิจกรรมการเรียนรู้หรือมีปฏิสัมพันธ์ได้ตอบตามความต้องการได้¹⁶ บุคคลจึงเกิดการเรียนรู้พัฒนาความสามารถของตนเอง เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนที่จะดำเนินการกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ ภายใต้ความรู้ความเข้าใจและทักษะที่ถูกต้อง ในการปฏิบัติกิจกรรมให้บรรลุเป้าหมายได้สำเร็จ จึงนำไปสู่การปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมโรคหิดในเด็กอายุ 3-5 ปี ได้สำเร็จตามความคาดหวัง โดยใช้แนวทางการควบคุมโรคหิด⁹ ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องโรคหิด การประเมินอาการ การใช้ยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น การจัดการอาการ และการดูแลต่อเนื่องในระยะยาว โดยผ่านแหล่งการเรียนรู้ 4 วิธี¹² ได้แก่ ประสิทธิภาพความสำเร็จของตนเอง การใช้ตัวแบบหรือการสังเกตประสบการณ์ การพูดชักจูง และการกระตุ้นเร้าทางอารมณ์ ด้วยกระบวนการเรียนรู้การให้ข้อมูลแบบมีปฏิสัมพันธ์ผ่านการสื่อสารโต้ตอบทางวีดิโอคอล ทั้งการให้ข้อมูลความรู้ คำแนะนำ สอน สาธิตร่วมกับการสาธิตย้อนกลับเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจ โดยมีการดำเนินกิจกรรมดังนี้ 1) กิจกรรมสร้างสัมพันธ์ภาพและลดความวิตกกังวล 2) กิจกรรมให้ความรู้และพัฒนาทักษะการดูแลการดูแลตัวแบบจากผู้วิจัยและผู้ดูแล ให้ผู้ดูแลมีประสบการณ์ความสำเร็จในการปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ให้กำลังใจ และชมเชยเมื่อประสบความสำเร็จ 3) กิจกรรมติดตามประเมินผลการดูแล ทุก ๆ วัน ประเมินวิธีการใช้ยาฟันสูตร สังเกตสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย การจัดการลดสิ่งกระตุ้น กระตุ้นเตือนการดูแลที่ถูกต้อง 4) กิจกรรมวางแผนการดูแลร่วมกันกับผู้ดูแล ผู้ดูแลลงบันทึกการดูแลสุขภาพประจำวันในคู่มือ ดังนั้นโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบมีปฏิสัมพันธ์ด้วยการสื่อสารผ่านไลน์วีดิโอคอลทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่มีประสิทธิภาพขึ้น เกิดการเรียนรู้และการกระทำพฤติกรรมแก้ไขปัญหที่ตรงจุดบรรลุตามเป้าหมาย ทำให้ผู้ดูแลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมในการดูแลเด็กโรคหิดอายุ 3-5 ปี สูงกว่าก่อนการทดลอง สอดคล้องกับการศึกษาที่ใช้โทรศัพท์มือถือสื่อสารให้ข้อมูลผ่านวีดิโอคอล พยาบาลมีการให้คำแนะนำที่ถูกต้องไปพร้อมกัน พบว่า ผู้ดูแลมีทักษะได้ถูกต้อง ทำให้สามารถควบคุมโรคหิดในเด็กได้ดีขึ้น¹⁸ และพบว่าผู้ดูแลเด็กที่เป็น โรคหิดที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่าสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุม²¹

สมมติฐานที่ 2 ภายหลังการทดลอง ผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบมีปฏิสัมพันธ์ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหิดอายุ 3-5 ปี สูงกว่า กลุ่มควบคุม ผลการศึกษาดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่า การจัดโปรแกรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น ด้วยวิธีการ 4 วิธี ตามทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura¹² มีส่วนช่วยให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะกระทำพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหิดอายุ 3-5 ปี ได้สำเร็จ ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินโปรแกรมผ่าน 4 วิธีการที่ทำให้ผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานประกอบด้วย 1) การกระตุ้นเร้าทางอารมณ์ เป็นการเตรียมความพร้อมทางร่างกายและอารมณ์ตั้งแต่วันแรกและทุกครั้งที่ได้วีดิโอคอลสื่อสารโต้ตอบกัน โดยการสร้างสัมพันธ์ภาพและลดความวิตกกังวล สอดคล้องตามทฤษฎีของ Bandura¹² ที่กล่าวว่า ในการตัดสินใจความสามารถของบุคคล ส่วนหนึ่งอาศัยอาการแสดงทางกายและสภาพอารมณ์ที่ถูกกระตุ้น เมื่อเผชิญกับภาวะตึงเครียดหรือสถานการณ์ที่คุกคาม จะมีผลต่อความรู้สึกในทางลบ เช่น เกิดความกลัว ความวิตกกังวล ทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองลดลง ถ้าได้รับการถูกกระตุ้นเร้าทางอารมณ์ได้ จะทำให้การรับรู้ความสามารถของตนดีขึ้น อันจะทำให้การแสดงออกถึงความสามารถดีขึ้นด้วย ดังนั้นกิจกรรมดังกล่าวทำให้ผู้ดูแลได้พูดคุยระบายความรู้สึกวิตกกังวลกับผู้วิจัย ทำให้เกิดความผ่อนคลายส่งผลต่อการเรียนรู้ จึงเกิดการการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ใช้กิจกรรม “จิตผ่อนคลาย กายสงบ” โดยการนั่งสมาธิก่อนเริ่มการทดลองในทุกกิจกรรม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีการเรียนรู้ที่ดีขึ้นและทำให้การรับรู้ความสามารถของตนดีขึ้น²² 2) การใช้ตัวแบบหรือการสังเกตประสบการณ์ ในการวิจัยนี้ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง คือผู้วิจัย ผู้วิจัยเป็นตัวอย่างที่ผู้ดูแลสามารถมีปฏิสัมพันธ์ได้โดยตรง และสามารถเลียนแบบพฤติกรรมได้อย่างชัดเจนผ่านวีดิโอคอล โดยผู้วิจัยสามารถเพิ่มเติมหรือปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมกับปัญหาของผู้ดูแลและสถานการณ์ในขณะนั้นได้ เช่น ผู้ดูแล

แสดงการพ่นยาโดยผ่านกรวยพ่นยาไม่ถูกต้องทั้งเทคนิคและวิธีการ ผู้วิจัยก็จะสาธิตผ่านวีดีโอคอลให้เห็น และให้ผู้ดูแลสาธิตย้อนกลับ พร้อมแนะนำแก้ไขจนถูกต้องที่ตรงจุด และได้รับการติดตามประเมินจากผู้วิจัยอย่างต่อเนื่อง และมีตัวแบบในรูปของสัญลักษณ์ ได้แก่ คู่มือและวีดิทัศน์ “ช่วยน้องหนูควบคุมอาการโรคหืด” ที่มีเนื้อหาวิธีการดูแลควบคุมหืดในเด็กอายุ 3-5 ปีของผู้ดูแล มีภาพประกอบคำบรรยายสั้น ๆ พร้อมสาธิตการพ่นยาผ่านตัวแบบคล้ายผู้ดูแล และมีแบบบันทึกประเมินการเกิดอาการกำเริบ การจัดการอาการและการใช้ยาของผู้ดูแลเพื่อใช้ติดตามพฤติกรรมดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้ดูแลสามารถศึกษาด้วยตนเองตามต้องการ ดังนั้นการใช้การสอนสาธิตและการเรียนรู้ผ่านตัวแบบหรือจัดประสบการณ์ผ่านตัวแบบที่ประสบความสำเร็จในการกระทำให้ผู้ดูแลได้เห็น โดยเฉพาะอย่างยิ่งตัวแบบนี้มีลักษณะหรืออยู่ในสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกับผู้ดูแลมากเท่าไร จะทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าเขาจะสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ ถ้าเขาพยายามจริงและไม่ย่อท้อจึงมีผลทำให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน¹² สอดคล้องกับการศึกษาที่มีการใช้ตัวแบบเป็นบุคคลจริงในการแสดงบทบาทสมมติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการป้องกันสิ่งกระตุ้น²² และการที่ใช้ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริงเพื่อถ่ายทอดประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหืดของตนเอง เพื่อให้ผู้สังเกตเชื่อมั่นว่าพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงออกมานั้นมีความเหมาะสมและตนเองสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นตามได้²³ เนื่องจากมีความคล้ายคลึงกับตนเอง 3) ประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง ความสำเร็จในการลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง ผู้วิจัยได้กำหนดกิจกรรมเพื่อให้ผู้ดูแลได้ฝึกทักษะจนประสบความสำเร็จด้วยตนเองในประเด็น การใช้ยา การจัดการปัจจัยกระตุ้น การสังเกตและการจัดการอาการกำเริบ โดยผ่านการสาธิต ฝึกทักษะ และสาธิตย้อนกลับจากผู้ดูแล ผ่านวีดีโอคอลติดตามทุกวัน เพื่อเป็นการทบทวนประสบการณ์ผ่านการปฏิบัติจริง และเกิดความสำเร็จได้ด้วยตนเองตามทฤษฎีของ Bandura¹² ที่กล่าวว่าประสบการณ์ของการได้รับความสำเร็จเป็นแหล่งสำคัญมากที่สุดในการสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ถ้าหากบุคคลใดได้สร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองขึ้นมาแล้ว ก็มักจะมีความพยายามในการทำกิจกรรมที่กำหนด ถึงแม้จะต้องเผชิญกับอุปสรรคต่าง ๆ ก็ไม่ย่อท้อง่าย มีผลทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในความสามารถของตนมากขึ้นจากการประสบความสำเร็จได้ด้วยตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่มีการจัดกระทำโดยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ตรงในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืด พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมของกลุ่มทดลองภายหลังทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง¹³ ดังนั้นการจัดให้บุคคลได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และฝึกฝนพฤติกรรมที่ต้องการจนสำเร็จ ส่งผลให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการมีพฤติกรรมที่ต้องการนั้นเพิ่มสูงขึ้น 4) การใช้คำพูดชักจูงเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่น และพยายามปฏิบัติพฤติกรรมดูแลจนสำเร็จ โดยผู้วิจัยกล่าวแสดงความชื่นชม โน้มน้าวให้ผู้ดูแลเชื่อมั่นในความสามารถของตนที่จะกระทำกิจกรรมนั้นได้ ด้วยการวีดีโอคอลติดตามพฤติกรรมของผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การให้คำแนะนำ ตามปัญหาความต้องการของผู้ดูแล การให้คำชมเชย การพูดสนับสนุนและให้กำลังใจมีส่วนช่วยให้การรับรู้สมรรถนะและพฤติกรรมในการดูแลเพิ่มขึ้น^{15,21}

สมมติฐานที่ 3 หลังการทดลองผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบมีปฏิสัมพันธ์ มีการควบคุมโรคได้ในผู้ป่วยเด็กโรคหืดอายุ 3-5 ปี มากกว่ากลุ่มควบคุม ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง การควบคุมโรคหืดในกลุ่มทดลองมีการควบคุมโรคได้ ร้อยละ 100.0 ส่วนกลุ่มควบคุมมีการควบคุมโรคได้ ร้อยละ 92.3 ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p>.05$) จึงไม่สนับสนุนสมมติฐาน และพบว่าผู้ป่วยเด็กโรคหืดในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองมีการควบคุมโรคไม่ได้เลย แต่หลังการทดลองมีการควบคุมโรคได้ทั้งหมด ผลการศึกษาสามารถอธิบายได้ว่า หลังการทดลอง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการควบคุมโรคได้ไม่แตกต่างกัน เพราะผู้ดูแลได้พาเด็กโรคหืดมาตรวจรักษากับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและพยาบาลให้คำแนะนำเรื่องการใช้ยา การปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง ผู้ดูแลกลุ่มควบคุมได้มีการศึกษาหาความรู้ด้วยตนเองจากประสบการณ์ และผู้ป่วยทุกคนมีการรักษาด้วยยาประจำเป็นยากลุ่มสเตียรอยด์ที่สามารถรักษาควบคุมโรคหืดได้ดีตามระยะเวลาการรักษาที่เพิ่มขึ้น จึงทำให้ระดับการควบคุมโรคทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่ใช้ยากลุ่มสเตียรอยด์และพ่นยาผ่านกรวยพ่นยาได้ถูกต้องจะควบคุมโรคได้ดี²⁴



จากผลการศึกษาวิจัยดังกล่าว สามารถสรุปได้ว่า โปรแกรมการให้ข้อมูลแบบมีปฏิสัมพันธ์ สามารถเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล และการควบคุมโรคในผู้ป่วยเด็ก โรคหืดอายุ 3-5 ปีได้ โดยผ่านกระบวนการเรียนรู้การให้ข้อมูลแบบมีปฏิสัมพันธ์ผ่านการสื่อสารโต้ตอบกันทางวิดีโอคอล ทั้งการให้ข้อมูลความรู้ คำแนะนำ สอน สาธิตร่วมกับการสาธิตย้อนกลับ วางแผนการดูแลและติดตามประเมินผล เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจ มีความมั่นใจในตนเองมากขึ้นมีการรับรู้ในสมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นจาก 4 วิธี คือ การกระตุ้นเร้าทางอารมณ์ การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ การจัดประสบการณ์ความสำเร็จด้วยตนเองและการใช้คำพูดจูงใจ มีส่วนส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดอายุ 3-5 ปี สามารถควบคุมจัดการอาการตั้งแต่เริ่มมีสัญญาณเตือน รับรู้และปฏิบัติเพื่อป้องกันหรือหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่กระตุ้นให้เกิดอาการกำเริบ การใช้ยาถูกต้องขึ้นตอนและต่อเนื่อง และการจัดการอาการเมื่อเกิดอาการกำเริบ ช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความสามารถ มั่นใจในการปฏิบัติการดูแลเพื่อป้องกันอาการหอบหืดกำเริบได้อย่างมีประสิทธิภาพนำไปสู่การดำเนินชีวิตที่เป็นปกติของผู้ป่วยเด็กโรคหืดอายุ 3-5 ปี ได้ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้ในการสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการดูแลและติดตามประเมินผลต่อเนื่องที่บ้าน ด้วยวิธีวิดีโอคอลเป็นการสื่อสารให้ข้อมูลที่เข้าถึงผู้ดูแลได้ทันเหตุการณ์ รวดเร็วและเข้าถึงง่าย
2. ด้านการวิจัย ควรติดตามและศึกษาในระยะยาว และศึกษาในขนาดตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณทุนสนับสนุนมูลฐาน Fundamental Fund : FF ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น กองทุนส่งเสริม ววน. ที่ได้ให้ทุนสนับสนุนงานวิจัยในครั้งนี้

References

1. Global Asthma Network. The global asthma report 2018. [internet]. 2018 [cited 2022 Mar 22]. Available from <http://globalasthmanetwork.org/Global%20Asthma%20Report%202018.pdf>.
2. Nasamon W, Suchada S, Jitlada D. Prevalence of asthma, level of control and factors associated with asthma control in Thai elementary school students in Bangkok. Asian Pac J Allergy Immunol 2014;32:287-92. (in Thai)
3. Worldlifeexpectancy. Death rate from asthma. [internet]. 2021. [cited 2021 May 19]. Available from <https://www.worldlifeexpectancy.com>.
4. Yodyin K, Sutham J, Manoyot N, Unchalee P. Medical service charges of childhood asthmatic patients admitted at Maharaj Nakorn Chiangmai hospital. Isan Journal of Pharmaceutical Sciences 2012;8(2):53-9. (in Thai)
5. Information management of medical informatics group in Khon Kaen hospital. Statistics of children with asthma [unpublished]. Khon Kaen: Khon Kaen Hospital;2021.
6. Wathanachai P, Aree P, Lamchang S. Asthma severity, family management behavior and asthma symptom control in children among family caregivers. Nursing Journal 2016;43(2):1-12.(in Thai)
7. Niyomwit K. Nursing care for ill children with acute asthmatic attack. Journal of Phrapokklao Nursing College 2017;28(1):149-60.(in Thai)



8. Dangsuwan T. Childhood asthma. *Journal of the Department of Medical Services* 2016;41(4):5-15. (in Thai)
9. Global Initiative for Asthma (GINA). [internet]. 2018 [cited 2019 Jun 1]. Available from <http://ginasthma.org/2018-gina-report-global-strategy-for-asthma-management-and-prevention>.
10. Nookong A, Payakkaraung S, Pongsaranuntakul Y, Chudapongse S. Caregivers' management for children with asthma. *Journal of Nursing Science* 2012;30(1):49-60.(in Thai)
11. Ton S. Clinical outcomes of pediatric asthma at asthma clinic of Phimai hospital. *Maharat Nakhon Ratchasima Hospital Medical Bulletin* 2017;39(3):173-82.(in Thai)
12. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Physiological Review* 1997; 84(2):191-215.
13. Pontan K, Ratchanakun P. The effects of a self-efficacy program on the health care behaviors of teachers of school-age children with asthma. *Journal of Nursing and Health Care* 2019;37(2):160-9.
14. Wood MR, Price JH, Dake JA, Telljohann SK, Khuder SA. African American parents'/guardians' health literacy and self-efficacy and their child's level of asthma control. *Journal of Pediatric Nursing* 2010; 25(5):418-27.
15. Wattana P. Effect of self-efficacy enhancement program on parents' behavior toward asthma prevention in children. [Master Thesis in Pediatric Nursing]. Chiang Mai: Chiang Mai University;2007.(in Thai)
16. Hannan J, Brooten D, Page T, Galindo A, Torres M. Low-income first-time mothers: effects of APN follow-up using mobile technology on maternal and infant outcomes. *Global Pediatric Health* 2016;3:1-10.
17. Sessoms D. Interactive instruction: Creating interactive environments through tomorrow's teachers. *International Journal of Technology in Teaching and Learning* 2008;4(2):86-96.
18. Shields MD, Alqahtani F, Rivey MP, McInlay JC. Mobile direct observation of therapy (MDOT)-a rapid systematic review and pilot study in children with asthma. *PLoS ONE* 2018;13(2):1-24.
19. Khwansuk N, Nookong A. The effect of a home environmental management program for children with asthma on caregivers' management behavior. *Journal of Nursing Science* 2011;29(3):94-102.(in Thai)
20. Chuaykaen B. The effect of health promoting program on caring behaviors of caregivers of the pre-school children with asthma. *Journal of Nursing Division* 2013; 40(3):41-55.(in Thai)
21. Zarei AR, Jahanpour F, Alhani F, Razazan N, Ostovar A. The impact of multimedia education on knowledge and self-efficacy among parents of children with asthma: a randomized clinical trial. *Journal of Caring Sciences* 2014;3(3):185-92.
22. Piengjai C, Teerarungsikul N, Sananreangsak S. Effect of perceived self-efficacy enhancement program on caring behaviors among caregivers of children with acute respiratory infection. *Thai Journal of Nursing* 2018;67(3):1-9.(in Thai)
23. Pimkhot N, Suebsoh W, Teewunda D. Effect of perceived self-efficacy and social support on behavior modification of asthma patients. *The Public Health Journal of Burapha University* 2013;8(2):81-91. (in Thai)
24. Tangcheewawatthanakul C. Factors associated with disease controlled in childhood asthma at Phang-nga Hospital. *Region 11 Medical Journal* 2018;32(4):1269-82.(in Thai)



การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลชลบุรี

The Development of a Care Model for Patients with Depression in Chronic Disease Chonburi Hospital

ทัศนีย์ เชื้อมทอง¹ อาริรัช จ่านงค์ผล¹ กรรณิชน์ ทองชัย¹

Tusanee Choumthong¹ Areerat Chamnongpol¹ Kornrat Thongchoi¹

¹โรงพยาบาลชลบุรี

¹Chonburi Hospital

Corresponding author: Tusanee Choumthong; Email: tchoumthong@gmail.com

Received: April 20, 2022 Revised: June 4, 2022 Accepted: June 24, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มโรคเรื้อรัง และศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลชลบุรี การวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า โดยการทบทวนเวชระเบียนจำนวน 30 ราย สันทนากลุ่มพยาบาลและสัมภาษณ์ผู้ป่วย ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มโรคเรื้อรัง ตามกรอบแนวคิดของโดนาปีเดียน และระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแล กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง จำนวน 70 คน และกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพจำนวน 110 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย แบบวัดความรู้ แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการดูแล และแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ผลการวิจัย ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มโรคเรื้อรัง ที่มีองค์ประกอบ 3 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านโครงสร้าง ได้แก่ บุคลากร แนวทางการดูแล ระบบการสื่อสาร และการติดตามผลลัพธ์ 2) ด้านกระบวนการ ได้แก่ การประกาศเป็นนโยบายและถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ การอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการดูแล การดำเนินการตามแนวทางการดูแล การสื่อสาร และการติดตามผลลัพธ์ 3) ด้านผลลัพธ์ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแล และความปลอดภัยจากการทำร้ายตัวเองของผู้รับบริการ ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วย การปฏิบัติตามแนวทางการดูแล และความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลของผู้ให้บริการ หลังการพัฒนารูปแบบ พบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้ป่วยไม่มีความคิดทำร้ายตัวเอง ไม่เกิดอุบัติเหตุการฉีกทำร้ายตัวเอง และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแล อยู่ในระดับมากที่สุด พยาบาลมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีการปฏิบัติตามแนวทางการดูแล และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแล มากกว่าค่าเป้าหมายร้อยละ 80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า; โรคเรื้อรัง; รูปแบบการดูแล



The Development of a Care Model for Patients with Depression in Chronic Disease Chonburi Hospital

Tusanee Choumthong¹ Areerat Chamnongpol¹ Kornrat Thongchoi¹

¹Chonburi Hospital

Corresponding author: Tusanee Choumthong; Email: tcoumthong@gmail.com

Received: April 20, 2022 Revised: June 4, 2022 Accepted: June 24, 2022

Abstract

The aim of this research and development study were to develop a care model for patients with depression in chronic disease in Chonburi hospital and to investigate the outcomes of the care model. Three phases of research were conducted, including 1) situation analysis by reviewing medical records, nurse focus group discussions, and patient interviews, 2) development of the care model for patients with depression in chronic disease based on the Donabedian framework, and 3) outcome evaluation of the care model with the sample of 70 chronic disease patients and 110 professional nurses. The research instruments used were a depression assessment form, patient satisfaction assessment form, knowledge assessment form, compliance assessment form and the professional nurse satisfaction assessment form. The results showed that the care model for patients with depression in chronic disease, Chonburi hospital, consisted of 3 components: 1) structure: personnel, care guidelines, communication system, and outcome indicators, 2) process: announcement of a policy and deployment into practice, training on care guidelines, implementation of the care guidelines, communicating and monitoring outcomes, 3) outcomes: depression, satisfaction with the care model and safety from suicide attempts by patients, knowledge, guideline compliance, and satisfaction with the care model of nurses. After implementing the model, it was found that depression among chronic disease patients was significantly reduced at the .05 level. The patients had no thoughts of self-harm, no incidence of suicide and patients were satisfied with the care model at the highest level. The nurses had a statistically significant increase in knowledge at the .05 level, followed practice guidelines, and were more satisfied with the model than the target of 80% at a statistically significant level of .05.

Keywords: depression; chronic disease; care model



ความเป็นมาและความสำคัญ

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญที่พบได้ทั่วโลก จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO)¹ ในปี ค.ศ. 2017 มีสถิติของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั่วโลกประมาณ 32² ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 4.4 ของประชากรโลก โดยพบประมาณร้อยละ 5 ในวัยผู้ใหญ่ และร้อยละ 5.7 ในผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ภาวะซึมเศร้าสามารถนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ โดยพบว่า ผู้มีภาวะซึมเศร้ามีความคิดอยากตายถึงร้อยละ 60 และฆ่าตัวตายสำเร็จร้อยละ 15² ภาวะซึมเศร้าหมายถึง อาการที่แสดงถึงความเบี่ยงเบนทางอารมณ์ ความคิด การรับรู้ ร่างกายและพฤติกรรม มีลักษณะความผิดปกติทางอารมณ์ที่ชัดเจน อาการสำคัญที่พบบ่อย ได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้าท้อแท้ เบื่อหน่ายหงุดหงิด ไม่สนใจในสิ่งที่เคยทำ มีความคิดด้านลบ ต่ำห็นตนเอง รู้สึกตนเองไม่มีค่า คิดช้า ความจำเสื่อม ขาดสมาธิ ไม่มีแรง เบื่ออาหาร น้ำหนักลดนอนไม่หลับ และมีความคิดอยากตายโดยมีอาการเหล่านี้อย่างน้อย 2 สัปดาห์³ ปัจจัยที่เป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าเกิดจากความผิดปกติของสารสื่อประสาท พันธุกรรม เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิต บุคลิกภาพส่วนตัวในด้านสังคม เช่น สถานะทางสังคม เศรษฐกิจ ความลำบากยากจน ความขาดแคลนในการดำรงชีวิต ความเปล่าเปลี่ยว การแยกตัว และความเครียด ภาระงานมากเกินไป สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี การอบรมเลี้ยงดู ความเชื่อ และศาสนา การดื่มสุรา ยาคุมกำเนิด ยารักษาโรคหัวใจ ยาลดความดันโลหิตสูงบางชนิด และโรคทางกาย²⁻³

จากรายงานการศึกษาภาวะโรคขององค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทางกายมีภาวะซึมเศร้าเป็นโรคร่วม และมีภาวะทุพพลภาพจากภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ⁴ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังทางกายมีภาวะซึมเศร้า ประมาณอย่างน้อยร้อยละ 20 และพบเป็นสองเท่าของอัตราที่พบในประชากรทั่วไป⁵ ซึ่งปัจจุบันโรคเรื้อรังทางกาย ที่เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของโลก ได้แก่ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง และโรคเบาหวาน⁶⁻⁷ จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยประมาณ 17-27% โรคเบาหวานมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยประมาณ 10-24%⁴ โรคถุงลมโป่งพองมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยประมาณ 20-50% โรคมะเร็ง มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย ประมาณ 10-38% โรคเส้นเลือดในสมองตีบหรือแตกมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย ประมาณ 14-19% พาร์กินสันมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย ประมาณ 35% รวมถึงอาการปวดเรื้อรังพบปัญหาภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย 30-54%⁸ ภาวะซึมเศร้าก่อให้เกิดผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าทำให้อาการของโรคเรื้อรังทางกายรุนแรงมากขึ้น ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง ส่งผลต่อการฟื้นฟูหายจากอาการเจ็บป่วยทางกาย⁹ เนื่องจากอารมณ์ซึมเศร้าจะทำให้ผู้ป่วยขาดพลังกายและพลังใจ ทำให้ความสามารถดูแลตนเองลดลงไป หลีกเลียงกิจกรรมประจำวัน ไม่สนใจฟื้นฟูดูแลสุขภาพร่างกาย ไม่ร่วมมือ ไม่สนใจดูแลตนเอง การนอนหลับไม่ดี ทำให้ผลการรักษาโรคไม่ดี ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกหมดกำลังใจ สิ้นหวัง รู้สึกไม่มีประโยชน์ เกิดความกังวลว่าตนเองเป็นภาระของบุคคลใกล้ชิด รู้สึกไร้ค่า ไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป และเป็นสาเหตุสำคัญอันดับแรกที่ทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังฆ่าตัวตายสำเร็จ¹⁰ โดยพบว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมีสาเหตุมาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ร้อยละ 19.4¹⁰

ดังนั้นจึงมีความสำคัญและจำเป็นที่พยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่ให้การดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง จะต้องมีการประเมินคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สื่อสารข้อมูลกับทีมผู้ให้การดูแล เพื่อเฝ้าระวังและรีบให้การดูแลรักษาได้ทันเวลาจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้อง สามารถป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้ารุนแรงหรือผลกระทบที่รุนแรงตามมาได้¹⁰ ช่วยตอบสนองเป้าหมายของโรงพยาบาล ในด้านคุณภาพและความปลอดภัย ตอบสนองนโยบายและแผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิตในประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาคุณภาพระบบบริการและวิชาการสุขภาพจิตและจิตเวช เป้าประสงค์ : 2.1 ประชาชนได้รับการดูแลและเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่มีคุณภาพ ทั้งในภาวะปกติและภาวะวิกฤต¹¹ และตอบสนองนโยบายกระทรวงสาธารณสุขในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม พัฒนาระบบการดูแลด้านสุขภาพจิต¹²

โรงพยาบาลชลบุรี เป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 850 เตียง จากข้อมูลสถิติผู้มารับบริการมีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน เฉลี่ย 50,091 รายต่อปี โรคที่พบมาก 5 ลำดับแรกส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคมะเร็ง จำนวน 7,375 ราย



คิดเป็นร้อยละ 14.72 โรคเบาหวาน จำนวน 4,821 ราย คิดเป็น ร้อยละ 9.62 โรคหัวใจจำนวน 3,434 ราย คิดเป็น ร้อยละ 6.86 โรคหลอดเลือดสมองจำนวน 1,710 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.41 และโรคทางเดินหายใจเรื้อรังจำนวน 1,016 ราย คิดเป็น ร้อยละ 2.03¹³ นอกจากนี้ยังพบว่า ในปี พ.ศ. 2556, 2557 และปี พ.ศ. 2560 มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ฆ่าตัวตายสำเร็จในหอผู้ป่วยจำนวน 1 ราย, 1 ราย และ 2 ราย ตามลำดับ¹⁴ จากการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยพยายามทำร้ายตัวเอง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชลบุรี ในปี พ.ศ. 2561- 2563 พบว่า สาเหตุมาจากมีภาวะซึมเศร้า เนื่องจากปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทางกาย ร้อยละ 14.4, 19.4, และ 21.1 ตามลำดับ¹³ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และจากการทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลชลบุรี พบว่า ยังไม่มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ ที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยยังพ้องความรู้ความเข้าใจและการปฏิบัติที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มโรคเรื้อรัง รวมทั้งระบบการสื่อสารระหว่างทีมผู้ให้การดูแล และการติดตามประเมินผลลัพธ์ยังไม่ชัดเจน

จากปัญหาสถานการณ์ดังกล่าว ผู้ศึกษาซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ได้ตระหนักถึงความสำคัญและความจำเป็นที่จะต้องศึกษาวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า และพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มโรคเรื้อรังโรงพยาบาลชลบุรี เนื่องจากเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว เศรษฐกิจ ต้นทุนค่าใช้จ่ายขององค์กร สังคม และประเทศชาติ ผลที่ได้จากการศึกษานี้ จะทำให้โรงพยาบาลชลบุรี มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มโรคเรื้อรังที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มโรคเรื้อรัง ที่นอนรักษาในหอผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลือได้อย่างครอบคลุม มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแล ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลชลบุรี
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มโรคเรื้อรังโรงพยาบาลชลบุรี
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มโรคเรื้อรังโรงพยาบาลชลบุรี

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มโรคเรื้อรัง และศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลชลบุรี ระยะเวลาดำเนินการในช่วงเดือน เมษายน 2564 – มีนาคม 2565

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) ผู้วิจัยดำเนินการภายหลังการอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลชลบุรี ตามเอกสารเลขที่ 30/2564 รหัสวิจัย 11/64/Nq โดยพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัยและการรักษาความลับของผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยมีขั้นตอนการวิจัยเป็น 3 ระยะคือ

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การดูแล ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลชลบุรี ตามกรอบแนวคิดการพัฒนาคุณภาพของ โดนาบีเดียน¹⁵ 3 ด้านได้แก่ ด้านโครงสร้าง (structure) ด้านกระบวนการ (process) และด้านผลลัพธ์ (output) ในช่วงเดือน เมษายน พ.ศ.2564 โดยวิธีการสุ่มทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 30 ราย ทบทวนรายงานอุบัติการณ์การทำร้ายตัวเองของผู้ป่วยในโรงพยาบาล ผู้วิจัยสนทนากลุ่ม (focus group) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย อายุกรรม พยาบาลจิตเวช และผู้เกี่ยวข้อง ในด้านการดูแล ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง



ที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 9 คน และสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ที่นอนรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 8 คน เครื่องมือวิจัยที่ใช้ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลผลการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย บันทึก รายงานอุบัติการณ์ แบบสนทนากลุ่ม (focus group) แบบมีโครงสร้าง แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่มีภาวะซึมเศร้า แบบมีโครงสร้าง จากนั้นผู้วิจัยสรุปสถานการณ์และประเด็นปัญหาการดูแล

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มโรคเรื้อรังโรงพยาบาลชลบุรี ดำเนินการ ในช่วงเดือนพฤษภาคม-สิงหาคม พ.ศ.2564 ตามลำดับดังนี้

1) ผู้วิจัยศึกษาแนวคิดทฤษฎี เอกสาร ตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า การสร้าง รูปแบบ และการพัฒนาคุณภาพการดูแล ประมวลข้อมูลทั้งจากแนวคิด ทฤษฎี และจากผลการศึกษาศาสนาการดูแล ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลชลบุรี ที่ได้จากในระยะที่ 1 นำมาใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนารูปแบบการดูแล

2) กำหนดทีมที่เกี่ยวข้อง และบทบาทในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย ทีมการพยาบาล และแพทย์ที่ปรึกษา

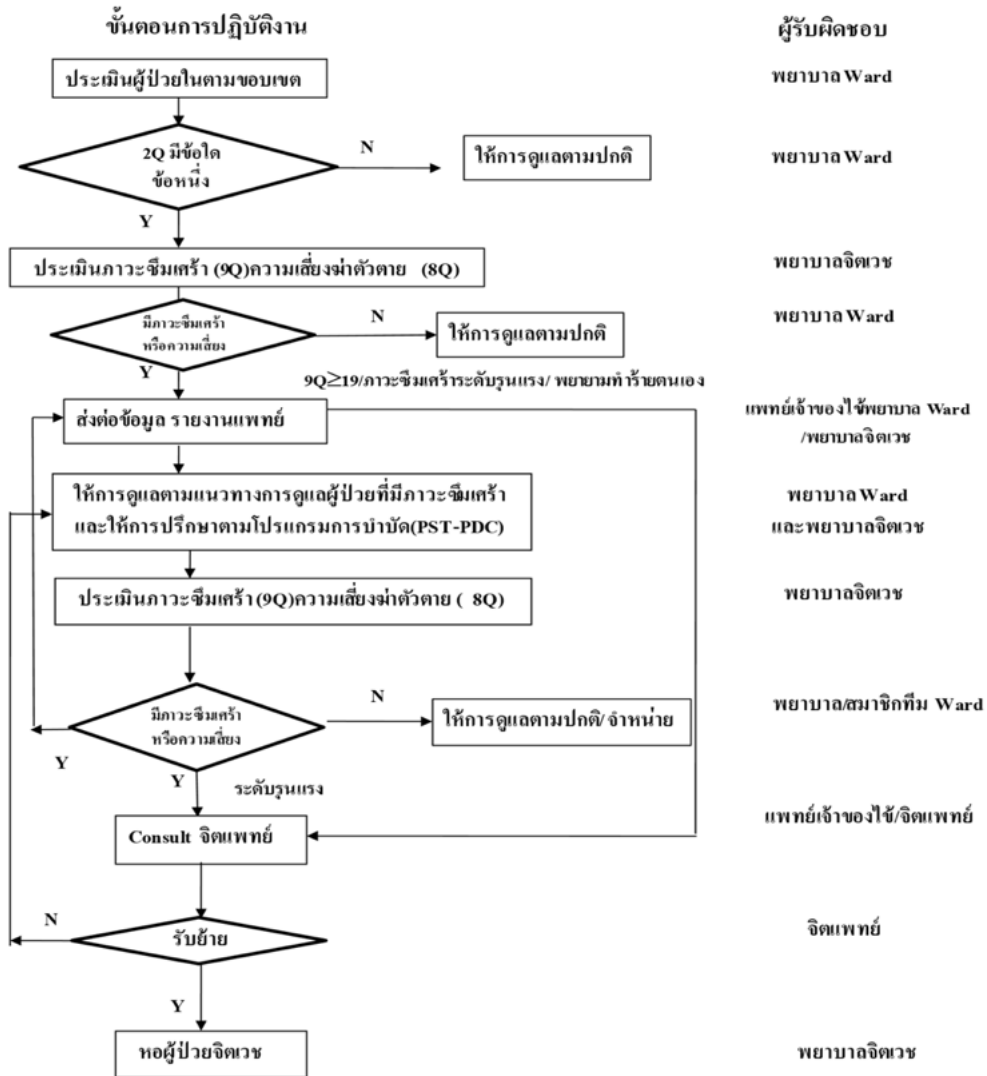
3) ร่างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มโรคเรื้อรังโรงพยาบาลชลบุรี โดยผู้วิจัยจัดประชุมระดมสมอง ร่วมกับทีมที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ปัญหา และโอกาสพัฒนารูปแบบการดูแล ตั้งแต่แรกเริ่มผู้ป่วยไว้ในหอผู้ป่วยจนจำหน่าย พร้อมทั้งกำหนดผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการดูแล ตามกรอบแนวคิดการพัฒนาคุณภาพของ โดนาปีเตียน¹⁵ ครอบคลุมองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านโครงสร้าง (structure) ด้านกระบวนการ (process) และด้านผลลัพธ์ (output)

4) พัฒนาเครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบเก็บรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มโรคเรื้อรัง และพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มโรคเรื้อรัง (ดังภาพที่ 1) จากแนวคิดทฤษฎีและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก ของสภาวิจัยด้านการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC)¹⁶ เพื่อใช้ประกอบในรูปแบบการดูแล

5) ผู้วิจัยนำร่างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มโรคเรื้อรังโรงพยาบาลชลบุรี และเครื่องมือวิจัย ที่ได้ นำเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อพิจารณาความสอดคล้อง เหมาะสม เมื่อได้รับคำแนะนำ ผู้วิจัยนำไปปรับปรุงแก้ไข จนได้ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มโรคเรื้อรังโรงพยาบาลชลบุรี และเครื่องมือวิจัย

6) ผู้วิจัยนำรูปแบบการดูแล และเครื่องมือวิจัยที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ กับกลุ่ม ตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรมชาย พยาบาลจิตเวช ที่มีประสบการณ์ทำงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป จำนวน 15 คน และผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้แก่ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคเบาหวาน ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป มีภาวะซึมเศร้า โดยประเมินจากแบบประเมิน 2Q พบมี 1 ข้อขึ้นไปและ 9Q พบว่า มีคะแนน 7-18 (ระดับน้อย ถึงปานกลาง) มีวันนอนโรงพยาบาลไม่น้อยกว่า 2 วัน และสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ จำนวน 5 คน ในช่วงเดือน พฤษภาคม-สิงหาคม พ.ศ.2564 และนำผลการทดลองใช้ มาปรับปรุงรูปแบบการดูแล และแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มโรคเรื้อรัง ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

7) ผู้วิจัยจัดประชุมอบรมเพื่อเพิ่มความรู้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 2 วัน ประชุมชี้แจงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำสู่การปฏิบัติ ใช้ระบบการสื่อสารระหว่างทีมผู้ให้การดูแล การติดตามผลลัพธ์ และวิเคราะห์ประเมินผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มโรคเรื้อรัง



ภาพที่ 1 แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มโรคเรื้อรัง

ระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มโรคเรื้อรัง ที่พัฒนาขึ้น โดยนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มโรคเรื้อรัง ในด้านภาวะซึมเศร้า ความพึงพอใจ และความปลอดภัยจากการทำร้ายตัวเองของผู้ป่วย ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มโรคเรื้อรัง การปฏิบัติตามรูปแบบการดูแล ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มโรคเรื้อรัง และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ในช่วงเดือน กันยายน-ธันวาคม พ.ศ.2564 กลุ่มตัวอย่างได้แก่

3.1 ผู้ให้บริการ คัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม พิเศษอายุรกรรม และหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลชลบุรี ในช่วงเดือนกันยายน – ธันวาคม พ.ศ. 2564 ที่มีประสบการณ์ทำงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ตลอด และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย โดยใช้พยาบาลวิชาชีพทั้งหมดทุกคนที่เข้าเกณฑ์ตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 110 คน

3.2 ผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ป่วยด้วยโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคเบาหวาน ที่เข้าพักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม พิเศษอายุรกรรม โรงพยาบาลชลบุรี ในช่วง



เดือนกันยายน-ธันวาคม พ.ศ.2564 จำนวน 70 คน คัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดดังนี้ มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป มีภาวะซึมเศร้า โดยประเมินจากแบบประเมิน 2Q พบมี 1 ข้อขึ้นไปและ 9Q พบว่ามีคะแนน 7-18 (ระดับน้อยถึงปานกลาง) มีวันนอนโรงพยาบาลไม่น้อยกว่า 2 วัน สามารถสื่อสารภาษาไทยได้

เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยวิกฤต เช่น ใส่เครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง โดยประเมินจากแบบประเมิน 9Q พบว่ามีคะแนน ≥ 19 หรือมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับรุนแรง โดยประเมินจากแบบประเมิน 8Q พบว่ามีคะแนน ≥ 17

เกณฑ์ถอนออก (Withdrawal criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ตลอด เช่น มีอาการทรุดลง จำหน่ายหรือย้ายก่อนสิ้นสุดการดูแล

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการจากการเปิดตารางสำเร็จรูป (Cohen's table) ทดสอบแบบทางเดียว โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 อำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ .80 และขนาดอิทธิพลของตัวแปร (Effect size) เท่ากับ .50 นำค่าที่ได้มาเปิดตารางสำเร็จรูปจะต้องใช้ขนาดตัวอย่างจำนวน 64 ราย แต่เพื่อป้องกันข้อมูลขาดหายจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการเพิ่มอีก 10% รวมเป็นจำนวน 70 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์สำหรับผู้รับบริการ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ แหล่งให้ความช่วยเหลือสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค เข้านอนรักษาอยู่ในโรงพยาบาลมานาน และคะแนนภาวะซึมเศร้า

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q และ 9Q ที่พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต³

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลชลบุรี ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์สำหรับผู้ให้บริการ ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ตำแหน่ง ประสิทธิภาพ ท่อผู้ป่วย/หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มโรคเรื้อรัง

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มโรคเรื้อรังของพยาบาลวิชาชีพ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จากแบบวัดความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต³ เป็นแบบคำถามให้เลือกตอบ ถูก ผิด จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มโรคเรื้อรังของพยาบาลวิชาชีพ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากขั้นตอนการปฏิบัติที่กำหนดในแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มโรคเรื้อรัง มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มโรคเรื้อรัง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีลักษณะคำตอบเป็น มาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ จำนวน 9 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลไปตรวจสอบคุณภาพ ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่พัฒนาขึ้น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ได้แก่ แพทย์ จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาล จำนวน 1 คน หัวหน้าพยาบาล พยาบาลวิชาชีพด้านอายุรกรรม จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 คน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) โดยแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มโรคเรื้อรังมีค่า CVI=.97 แบบวัดความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มโรคเรื้อรังของพยาบาลวิชาชีพมีค่า CVI=.97 แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการดูแล

ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มโรคเรื้อรังของพยาบาลวิชาชีพมีค่า $CVI=.98$ แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มโรคเรื้อรังมีค่า $CVI=1$ และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มโรคเรื้อรัง มีค่า $CVI=1$

2. การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้ (try out) กับพยาบาลวิชาชีพ และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาลชลบุรีที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา จำนวนกลุ่มละ 30 ราย ตรวจสอบหาค่าความเที่ยง (reliability) ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) ได้แก่ แบบวัดความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มโรคเรื้อรังของพยาบาลวิชาชีพ มีค่า $reliability=.94$ มีความยากง่ายระหว่าง .20-.78 ค่าอำนาจจำแนกระหว่าง .20-.64 แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มโรคเรื้อรังของพยาบาลวิชาชีพ มีค่า $reliability=.91$ แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มโรคเรื้อรังมีค่า $reliability=.90$ และแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มโรคเรื้อรังมีค่า $reliability=.96$

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปและสถิติ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ ภาวะซึมเศร้า ความคิดทำร้ายตัวเองและจำนวนอุบัติเหตุทำร้ายตัวเอง ความพึงพอใจของผู้ป่วย ความรู้ การปฏิบัติตามรูปแบบการดูแล และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแล และคะแนนความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (paired t-test)
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วย การปฏิบัติตามแนวทางการดูแล ของพยาบาลวิชาชีพ และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ หลังการใช้รูปแบบการดูแล กับเกณฑ์ค่าเป้าหมายตัวชี้วัดของหน่วยงานร้อยละ 80 โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (one-sample t-test)

ผลการวิจัย

1. การศึกษาสถานการณ์การดูแล ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลชลบุรี จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย รายงานอุบัติการณ์การทำร้ายตัวเองของผู้ป่วย การสนทนากลุ่ม (focus group) พยาบาล และการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบข้อมูลดังนี้

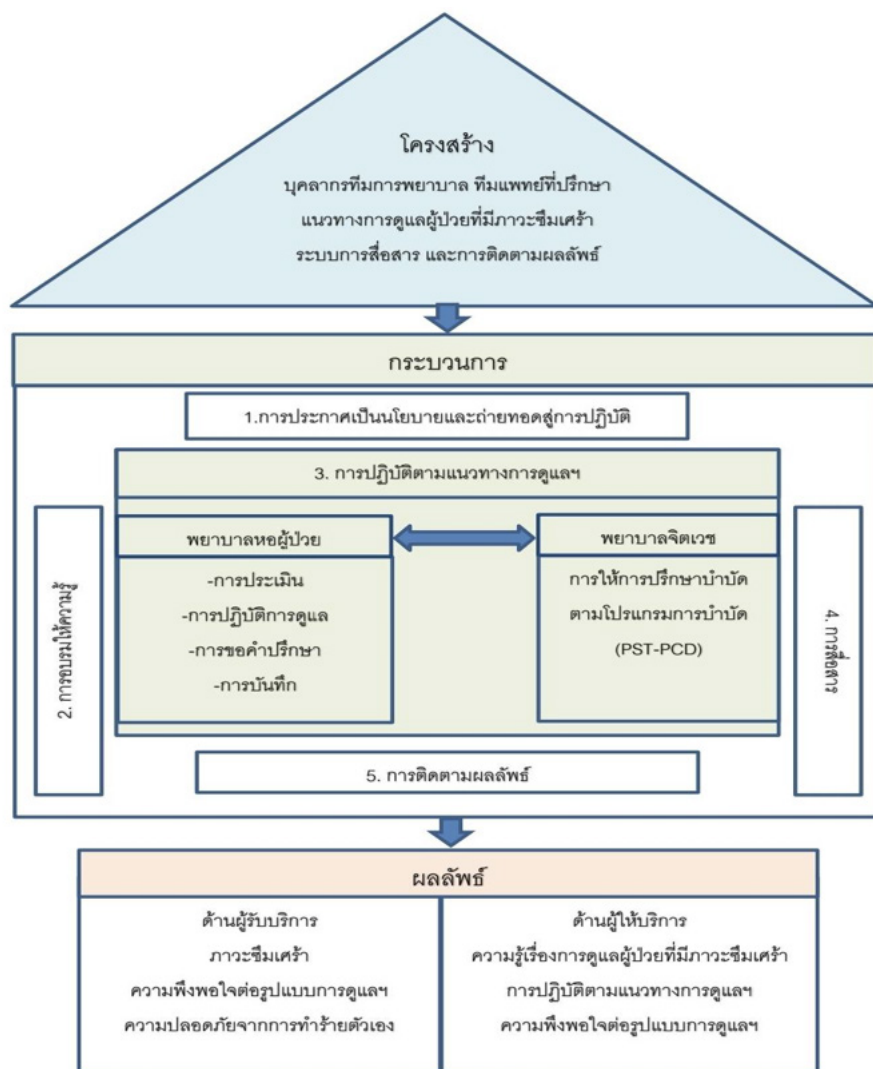
1.1. ด้านโครงสร้าง ได้แก่ บุคลากรพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยยังไม่มีความรู้ ทักษะการประเมิน และการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า บทบาทหน้าที่พยาบาลไม่ชัดเจน ไม่มีแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ ไม่มีโปรแกรมการบำบัดภาวะซึมเศร้าที่ใช้เป็นแนวทางเดียวกัน ระบบการสื่อสารระหว่างทีมไม่ชัดเจน ไม่ได้กำหนดการติดตามตัวชี้วัดผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า

1.2. ด้านกระบวนการ ได้แก่ การประเมินและการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ตามกระบวนการพยาบาลไม่ต่อเนื่อง ไม่มีรูปแบบแนวทางการดูแลที่ชัดเจน บุคลากรไม่ทราบขั้นตอนการปฏิบัติและการสื่อสารกับทีมทั้งภายในหน่วยงานและระหว่างหน่วยงาน การบันทึกทางการแพทย์ไม่ครอบคลุมต่อเนื่อง ขาดการติดตามผลลัพธ์การดูแล

1.3. ด้านผลลัพธ์ ได้แก่ ผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ไม่ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าต่อเนื่อง และผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสม ผู้ป่วยบางคนมีความคิดทำร้ายตัวเอง ผู้ป่วยและพยาบาล ไม่พึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลในปัจจุบัน



2. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มโรคเรื้อรังโรงพยาบาลชลบุรี รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มโรคเรื้อรังโรงพยาบาลชลบุรีที่พัฒนาขึ้น โดยใช้กรอบแนวคิดการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า และแนวคิดการพัฒนาคุณภาพของ โดนาปีเตียน¹⁵ ประกอบด้วย 3 ด้านคือ 1) ด้านโครงสร้าง ได้แก่ บุคลากร มีทีมการพยาบาลและทีมแพทย์ที่ปรึกษา มีแนวทางการดูแล ระบบการสื่อสารระหว่างทีมผู้ให้การดูแล การติดตามผลลัพธ์ 2) ด้านกระบวนการ ได้แก่ การประกาศเป็นนโยบายและถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ การอบรมให้ความรู้พยาบาลเกี่ยวกับแนวทางการดูแล การดำเนินการตามแนวทางการดูแล การสื่อสาร และการติดตามผลลัพธ์ 3) ด้านผลลัพธ์ มีการประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแล ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแล และความปลอดภัยจากการทำร้ายตัวเองของผู้รับบริการ ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วย การปฏิบัติตามแนวทางการดูแล และความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลของผู้ให้บริการ โดยรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มโรคเรื้อรังโรงพยาบาลชลบุรีที่พัฒนาขึ้น ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มโรคเรื้อรังโรงพยาบาลชลบุรี



3. ประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มโรคเรื้อรังโรงพยาบาลชลบุรี ผลลัพธ์ด้านผู้รับบริการ ดังนี้

ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย ร้อยละ 58.6 มีอายุ 40-59 ปี ร้อยละ 44.3 มีอายุเฉลี่ย 53.94 ปี (SD=17.21) ส่วนใหญ่มีการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 44.3 อาชีพว่างงาน ร้อยละ 47.1 รายได้เพียงพอ ร้อยละ 64.3 แหล่งให้ความช่วยเหลือคือครอบครัว ร้อยละ 94.3 การวินิจฉัยโรคส่วนใหญ่เป็นมะเร็ง ร้อยละ 44.3 นอนรักษาอยู่ในโรงพยาบาลมานานเฉลี่ย 8.86 วัน (SD=10.81)

ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง พบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแล ส่วนใหญ่มีระดับภาวะซึมเศร้า อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 68.6 และอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 31.4 มีคะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ย 11.29 (SD=3.89) หลังการพัฒนารูปแบบการดูแล ส่วนใหญ่ ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 74.3 และอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 25.7 มีคะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ย 5.29 (SD=2.51) และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าก่อนกับหลังการพัฒนารูปแบบการดูแล ด้วยสถิติ Pair t-test พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบการดูแล ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแล (n=70)

ภาวะซึมเศร้า	ก่อนการพัฒนารูปแบบดูแล		หลังการพัฒนารูปแบบการดูแล			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ไม่มีภาวะซึมเศร้า (< 7 คะแนน)	-	-	52	74.3		
ระดับน้อย (7-12 คะแนน)	48	68.6	18	25.7		
ระดับปานกลาง (13-18 คะแนน)	22	31.4	-	-		
ระดับรุนแรง (≥ 19 คะแนน)	-	-	-	-		
คะแนนรวม	Mean=11.29	SD=3.89	Mean=5.29	SD=2.51	t=17.81	p=.000*
ภาวะซึมเศร้า						

*p<.05

ความปลอดภัยจากการทำร้ายตัวเอง ของผู้ป่วยขณะนอนรักษาในโรงพยาบาล พบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแล ผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังมีความคิดทำร้ายตัวเอง ร้อยละ 44.3 หลังการพัฒนารูปแบบการดูแล ไม่มีความคิดทำร้ายตัวเอง ร้อยละ 100 และไม่มีอุบัติการณ์ผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังทำร้ายตัวเองขณะนอนรักษาในโรงพยาบาล

ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ต่อรูปแบบการดูแล พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบการดูแล ผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังมีความพึงพอใจรายข้อ อยู่ในระดับมากที่สุดทุกข้อ และมีความพึงพอใจเฉลี่ยรวมทุกข้อ อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean=3.80, SD=.27) คิดเป็นร้อยละความพึงพอใจ 94.89 และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของร้อยละความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ต่อรูปแบบการดูแล กับเกณฑ์ค่าเป้าหมาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจมากกว่าค่าเป้าหมายร้อยละ 80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



ผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ ดังนี้

ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.4 อายุ 20-30 ปี ร้อยละ 63.6 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ >10 ปี ร้อยละ 30.0 ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 53.6

ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มโรคเรื้อรังของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ก่อนการพัฒนา รูปแบบการดูแล ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 88.2) มีความรู้ในระดับปานกลาง มีคะแนนความรู้เฉลี่ย 9.78 (SD=.95) หลังการพัฒนา รูปแบบการดูแล ทุกคน (ร้อยละ 100) มีความรู้ในระดับดี มีคะแนนความรู้เฉลี่ย 13.63 (SD=.70) และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังการพัฒนา รูปแบบการดูแล ด้วยสถิติ Pair t-test พบว่า หลังการพัฒนา รูปแบบการดูแล ความรู้ของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ดังตารางที่ 2) ตารางที่ 2 ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มโรคเรื้อรังของพยาบาลวิชาชีพ (n=110)

ระดับความรู้	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา			
	รูปแบบการดูแล		รูปแบบการดูแล			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระดับดี (ร้อยละ 80-100)	4	3.6	110	100		
ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79)	97	88.2	-	-		
ระดับน้อย (น้อยกว่าร้อยละ 60)	9	8.2	-	-		
คะแนนรวมเฉลี่ย	Mean=9.78	SD=.95	Mean=13.63	SD=.70	t=61.83	p=.000*

*p<.05

การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มโรคเรื้อรังของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า หลังการพัฒนา รูปแบบการดูแล มีการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มโรคเรื้อรัง อยู่ในระดับดีมาก (Mean=97.65,SD=3.61) และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของร้อยละการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มโรคเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมกับเกณฑ์ค่าเป้าหมาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตามแนวทางการดูแล มากกว่าค่าเป้าหมายร้อยละ 80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของร้อยละการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มโรคเรื้อรังของพยาบาลวิชาชีพ กับเกณฑ์ค่าเป้าหมายร้อยละ 80 (n=110)

การปฏิบัติ	$\bar{X}$	SD	One-sample t-test		
			$\bar{d}$	t	p-value
เกณฑ์เป้าหมาย	80	-			
ค่าเฉลี่ยของร้อยละการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มโรคเรื้อรังของพยาบาลวิชาชีพ	97.65	3.61	109	51.23	.000*

*p<.05

ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มโรคเรื้อรังของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มโรคเรื้อรัง อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean=3.50, SD=.30) คิดเป็นร้อยละความพึงพอใจ 87.55 และเมื่อเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยของร้อยละความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง ต่อรูปแบบการดูแล กับเกณฑ์ค่าเป้าหมาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจมากกว่าค่าเป้าหมายร้อยละ 80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลชลบุรี สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ได้ดังนี้

1. จากผลการศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลชลบุรี พบประเด็นสำคัญได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มโรคเรื้อรัง ไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือตามกระบวนการพยาบาลอย่างเหมาะสมต่อเนื่อง ผู้ป่วยบางคนมีความคิดทำร้ายตัวเอง ผู้ป่วยและพยาบาลไม่พึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลในปัจจุบัน อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังส่วนใหญ่เข้าพักรักษาในหอผู้ป่วยโรคทางกาย พยาบาลส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ไม่มีความรู้ ไม่เข้าใจวิธีการประเมินคัดกรอง และการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ไม่มีการกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพและระหว่างหน่วยงานจิตเวช ขาดการติดตามผลลัพธ์การดูแลด้านจิตใจ ซึ่งการวิเคราะห์สถานการณ์ในการศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดของโดนาปีเดียน¹⁵ ที่มีความครอบคลุมการดำเนินงานขององค์กร ประกอบด้วย ด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ ทำให้ทราบถึงรายละเอียดของสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ที่มีภาวะซึมเศร้าและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และนำไปสู่การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มโรคเรื้อรังให้มีคุณภาพได้ ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ เกษร ไชยวุฒิ¹⁷ ที่ศึกษาการปฏิบัติการในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสันติสุข จังหวัดน่าน พบว่า หน่วยงานไม่มีแบบคัดกรองเตรียมไว้พร้อมใช้ในแผนกผู้ป่วยใน ไม่มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการคัดกรองภาวะซึมเศร้า พยาบาลขาดความรู้ เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและทักษะการคัดกรอง ด้านกระบวนการพบว่า พยาบาลคัดกรองโดยวิธีการสังเกตและ ด้านผลลัพธ์ ไม่มีการรายงานผลการปฏิบัติการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

2. การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มโรคเรื้อรังที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ด้านคือ ด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ โดยผู้วิจัยเริ่มจากการศึกษาสถานการณ์สภาพปัญหาจริงในการทำงาน จากทีมผู้ดูแล ผู้ป่วย และการทบทวนวรรณกรรม จากนั้นจึงนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาารูปแบบการดูแลที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและบริบทของโรงพยาบาล มีองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างครอบคลุม แบบองค์รวม มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับเป้าหมายของโรงพยาบาล ในด้านคุณภาพและความปลอดภัย สอดคล้องกับนโยบายและแผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิตในประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาคุณภาพระบบบริการและวิชาการสุขภาพจิตและจิตเวช เป้าประสงค์: 2.1 ประชาชนได้รับการดูแลและเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่มีคุณภาพ ทั้งในภาวะปกติและภาวะวิกฤต¹¹ และสอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ในด้านการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม พัฒนาระบบการดูแลด้านสุขภาพจิต¹²

3. ผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มโรคเรื้อรัง ช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง มีภาวะซึมเศร้าลดลง ผู้ป่วยไม่มีความคิดทำร้ายตัวเอง ไม่เกิดอุบัติเหตุทำร้ายตัวเองขณะนอนรักษาในโรงพยาบาล และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแล อยู่ในระดับมากที่สุด พยาบาลมีความรู้เพิ่มขึ้น มีการปฏิบัติตามแนวทางการดูแล และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแล ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ในกระบวนการของรูปแบบการดูแล ที่พัฒนาขึ้น ได้กำหนดให้มีทีมพยาบาล



และทีมแพทย์ที่ปรึกษาให้การดูแลร่วมกัน มีการอบรมให้ความรู้ทีมพยาบาลในเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า มีแนวทางการดูแล ที่พัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎีและหลักฐานเชิงประจักษ์ มาใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ระหว่างทีมสหวิชาชีพ มีโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา สำหรับพยาบาลจิตเวชใช้ในการให้การปรึกษาผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มโรคเรื้อรัง ที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีการรับรู้หรือมีมุมมองต่อปัญหาในทางบวกและมีทักษะในการแก้ปัญหา ที่มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น มีระบบการสื่อสารข้อมูลระหว่างทีมผู้ให้การดูแล ที่สะดวก รวมทั้งมีการติดตามผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง ทำให้พยาบาลสามารถปฏิบัติตามแนวทางการดูแลได้ครบถ้วน เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มโรคเรื้อรังได้รับการดูแลครอบคลุมด้านจิตใจมากขึ้น มีภาวะซึมเศร้าลดลง ปลอดภัยจากการทำร้ายตัวเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ สิริรัตน สุขอร่าม, นงพิมล นิมิตรอนันท์, ศศิธร รุจนเวช¹⁸ ที่พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม การดูแลแบบร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตดีขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ นัฏกานต์ มั่นตะสูตร, สมบัติ สกุลพรรณ, ดาราวรรณ ตะปันทา¹⁹ ที่แสดงให้เห็นว่าโปรแกรม การบำบัดด้วยการแก้ปัญหาสามารถนำไปใช้ลดภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยและปานกลาง ในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลงานวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารทางการพยาบาลควรกำหนดนโยบาย และสนับสนุนการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มโรคเรื้อรัง ให้ครอบคลุมทุกหน่วยงาน และมีการเตรียมความพร้อมทีมพยาบาลในด้านความรู้ เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า โดยมีทีมพยาบาลจิตเวชเป็นที่ปรึกษา รวมทั้งมีการติดตามประเมินประสิทธิภาพ และประสิทธิผลต่อไป
2. ผู้ปฏิบัติการพยาบาลควรปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มโรคเรื้อรัง ในทุกหน่วยงาน อย่างต่อเนื่อง
3. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มโรคเรื้อรัง สามารถนำไปขยายผลหรือเป็นแบบอย่างให้ โรงพยาบาลอื่นนำไปใช้ได้ โดยพิจารณาความเหมาะสมตามบริบทของแต่ละโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาผลการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มโรคเรื้อรังในด้านการติดตามผล ภาวะซึมเศร้า ต่อเนื่องหลังจำหน่าย เพื่อการปรับปรุงพัฒนารูปแบบให้ดียิ่งขึ้น
2. ควรมีการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยอื่นๆในโรงพยาบาล โดยการนำกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มโรคเรื้อรัง ไปใช้เป็นแนวทางการพัฒนาต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ดร.ศุภรใจ เจริญสุข ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี ในการเป็นที่ปรึกษาและให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัยครั้งนี้

References

1. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneva: World Health Organization;2017.
2. Lortrakul M, Sukanich P. Ramathibodi psychiatry. 4th ed. Department of Psychiatry Science: Faculty of Medicine Ramathibodi Mahidol University; 2015.(in Thai)



3. Department of Mental Health. Handbook of training instructors on depression patient service system for nurses/public health academics. Nonthaburi: Ministry of Public Health;2015.(in Thai)
4. Jiang C Hong, Zhu F, Qin T Ting. Relationships between chronic diseases and depression among middle-aged and elderly people in China: a prospective study from CHARLS. *Current Medical Science* 2020;40(5):858–70.
5. Ould Brahim L, Lambert SD, Feeley N, Coumoundouros C, Schaffler J, McCusker J, et al. The effects of self-management interventions on depressive symptoms in adults with chronic physical disease(s) experiencing depressive symptomatology: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2021;21(1):584.
6. Kanchanapibulong A. Situation report of NCDs, diabetes, high blood pressure and related risk factors 2019. Nonthaburi: Department of Disease Control Ministry of Public Health;2020.(in Thai)
7. World Health Organization. Noncommunicable diseases [internet]. 2020 [cited 2021 April 17]. Available from: https://www.who.int/health-topics/noncommunicable-diseases#tab=tab_1.
8. Tisayakorn P. Because physical disease and depression are related [internet].2020 [cited 2021 April 17]. Available from: <https://www.bodyandmindclinicbkk.com/bodyandmindconnection>.(in Thai).
9. Nasif J. The emotional impact of chronic illness. *Journal of Psychology & Clinical Psychiatry*.2015;3 (6):1–4.doi:10.15406/jpcpy.2015.03.00177.
10. Gürhan N, Beşer NG, Polat Ü, Koç M. Suicide risk and depression in individuals with chronic illness. *Community Ment Health J*.2019;55(5):840–8.
11. Department of Mental Health. 5-year government action plan (2018–2022) [internet]. [cited 2021 April 17]. Available from: [https://www.dmh.go.th/intranet/p2562/government action plan %205%20years%20Department of Mental Health%20\(B.E.%202063-2565\) %20\(1\).pdf](https://www.dmh.go.th/intranet/p2562/government%20action%20plan%205%20years%20Department%20of%20Mental%20Health%20(B.E.%202063-2565)%20(1).pdf).(in Thai)
12. Ministry of Public Health. Policy of the ministry of public health in 2021[internet]. [cited 2021 April 17]. Available from: <https://www.moph.go.th>.(in Thai)
13. Chonburi Hospital. Statistical report of Chonburi hospital service recipients for the year 2020. Chonburi: Chonburi Hospital;2020.(in Thai)
14. Chonburi Hospital. The incident report patient committed suicide in Chonburi Hospital. Chonburi: Chonburi Hospital;2019.(in Thai)
15. Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. New York: Oxford University Press;2003.
16. National Health and Medical Research Council. A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines: how to put the evidence into practice: implementation and dissemination strategies toolkit 4. [Internet]. 2000 [cited 2021 Jun 3]. Available from: <http://nla.gov.au/nla.obj-790831275>.
17. Chaiwut G. Nursing practice for depression screening in chronically ill patients, in-patient department, Santisuk Hospital, Nan Province [Master of Nursing Science in Mental Health and Psychiatric Nursing]. Chiang Mai: Chiang Mai University;2009.(in Thai)
18. Sukaram S, Nimitanan N, Rujanavej S. Effects of a multidisciplinary team’s collaborative care program on the prevention of depression in patients with type 2 diabetes. *Journal of the Royal Thai Army Nursing* 2018;19(special):251–61.(in Thai)



19. Mantasuot N, Sakulphan S, Tapinta D. Effect of problem-solving therapy program on depression among patients with end stage renal disease receiving hemodialysis. *Nursing Journal* 2020;47(1):301–12.(in Thai)



ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพตามรูปแบบวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม

Nurses' Opinions on the Use of Health Status Assessment based on a Cultural Model for Transcultural Clients

ลัดดาวัลย์ พุทธรักษา¹ สมใจ นกดี²

Laddawan Puttaruksa¹ Somjai Nokdee²

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ²โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา

¹Faculty of Nursing, Burapha university ²Bhudasothon Hospital, Chachoengsao Province

Corresponding author: Laddawan Puttaruksa; Email: laddawanp2550@gmail.com

Received: October 24, 2021 Revised: June 22, 2022 Accepted: June 30, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพตามรูปแบบวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบอาสาสมัคร (Voluntary Sampling) จำนวน 40 คน จากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานตั้งแต่ 3 ปี ขึ้นไป มีประสบการณ์การดูแลผู้รับบริการต่างเชื้อชาติ ศาสนา ในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลพุทธโสธร ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลการใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพและสรุปความคิดเห็น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ กำหนดค่าที่ยอมรับได้คือ มีค่ามัธยฐานเท่ากับหรือมากกว่า 3.50 และมีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์น้อยกว่า 1.50 ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่ยอมรับได้ว่าพยาบาลวิชาชีพมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน (consensus) ผลการวิจัยพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความคิดเห็นว่าแบบประเมินภาวะสุขภาพตามรูปแบบวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม ในประเด็นความสำคัญ และประเด็นความเหมาะสม ในระดับมากที่สุด ทั้ง 4 หัวข้อหลัก และ 19 หัวข้อย่อย เรียงลำดับจากมากไปหาน้อยดังนี้ 1) ด้านการดูแลสุขภาพตามวิถีชีวิตของผู้รับบริการ (Mdn=4.81, IQR=.00) 2) ด้านพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของผู้รับบริการ (Mdn=4.78, IQR=.04) 3) ด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้รับบริการ (Mdn=4.75, IQR=.10) และ 4) ด้านปัจจัยส่วนบุคคลของผู้รับบริการ (Mdn=4.71, IQR=.13) ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าแบบประเมินฯ มีความสำคัญ และมีความเหมาะสม ใช้เป็นแบบประเมินภาวะสุขภาพฯ ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าแบบประเมินฯ จะเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลวิชาชีพในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้รับบริการแบบเป็นองค์รวม โดยคำนึงถึงความเชื่อและวัฒนธรรมของผู้รับบริการ

คำสำคัญ: แบบประเมินภาวะสุขภาพ; ผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม; รูปแบบวัฒนธรรม



Nurses' Opinions on the Use of Health Status Assessment based on a Cultural Model for Transcultural Clients

Laddawan Puttaruksa¹ Somjai Nokdee²

¹Faculty of Nursing, Burapha university ²Bhudasothon Hospital, Chachoengsao Province

Corresponding author: Laddawan Puttaruksa; Email: laddawanp2550@gmail.com

Received: October 24, 2021 Revised: June 22, 2022 Accepted: June 30, 2022

Abstract

This research aimed to study nurses' opinions on use of health status assessment based on a cultural model for transcultural clients. The sample consisted of 40 voluntarily selected registered nurses with more than three years working experience caring for clients from various nationalities in the inpatient department of Bhudasothon hospital. The researcher collected data on the use of the health assessment form using an opinion questionnaire from these nurses and summarized their opinions. The data were analyzed using the median and interquartile range with the median being at least 3.50 and the interquartile range being less than 1.50. These are acceptable criteria for registered nurses to establish a consistent opinion. The results showed that the opinions of professional nurses on the health status assessment based on a cultural model for transcultural clients in terms of importance and suitability were at the highest level. Four main topics and 19 sub-topics were arranged from greatest to least median, as follows: 1) healthcare according to the lifestyle of the service recipients (Mdn=4.81, IQR=.00), 2) lifestyle behavior of the service recipients (Mdn=4.78, IQR=.04), 3) the environment affecting the health of service recipients (Mdn=4.75, IQR=.10), and 4) personal factors of service recipients (Mdn=4.71, IQR=.13). The results showed that the assessment was important and appropriate for use as a health assessment. The researchers hope that this assessment tool will be useful for professional nurses in assessing the health status of their clients in a holistic manner that is congruent with the beliefs and culture of clients.

Keywords: the health status assessment; transcultural clients; cultural model

ความเป็นมาและความสำคัญ

จากกระแสการเคลื่อนย้ายถิ่นระหว่างประเทศในโลกยุคปัจจุบันมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและเพิ่มจำนวนมากขึ้น ซึ่งประเทศไทยติดอันดับ Top 20 ของประเทศปลายทางการย้ายถิ่นของแรงงานข้ามชาติในภูมิภาค ASEAN ฉะนั้นจึงมีแรงงานประเทศเพื่อนบ้านย้ายเข้ามาทำงานในประเทศไทยเป็นจำนวนมาก¹ และผลจากการสำรวจการย้ายถิ่นของประชากรไทยในปี พ.ศ. 2563 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ผู้ย้ายถิ่นในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา มีจำนวนทั้งสิ้น 1.05 ล้านคน เป็นชาย .53 ล้านคน และหญิง .52 ล้านคน (ร้อยละ 50.5 และร้อยละ 49.5 ตามลำดับ) ผู้ย้ายถิ่นส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในภาคกลางมากที่สุด .38 ล้านคน (ร้อยละ 36.1) รองลงมา คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ .25 ล้านคน (ร้อยละ 23.5) ภาคเหนือ .17 ล้านคน (ร้อยละ 16.4) ภาคใต้ .17 ล้านคน (ร้อยละ 16.0) และกรุงเทพมหานคร .08 ล้านคน (ร้อยละ 8.0)² จากสถานการณ์ข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่าหน่วยงานด้านสาธารณสุขจะต้องเตรียมตั้งรับการเปลี่ยนแปลงด้านลักษณะผู้รับบริการที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม โดยเฉพาะต้องเตรียมความพร้อมด้านบุคลากร ให้มีความรู้ความเข้าใจ ถึงการเปลี่ยนแปลงทางสังคม การเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมผู้รับบริการ รวมถึงการวางแผนเพื่อปรับแนวทางการดูแลด้านสุขภาพให้เหมาะสมกับบริบทที่เปลี่ยนแปลงไปด้วย³ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม (transcultural nursing) ซึ่งเป็นการพยาบาลที่เน้นการให้คุณค่าและการปฏิบัติโดยเปรียบเทียบความเหมือนและความแตกต่างทางวัฒนธรรมของบุคคลหรือชุมชน รวมทั้งวิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลและการให้บริการทางการแพทย์ ค่านิยมเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และแบบแผนของพฤติกรรมต่าง ๆ ของคนในเชื้อชาติหรือวัฒนธรรมที่ต่างกันไป เพื่อให้การตอบสนองที่สอดคล้องกับความต้องการการดูแลเฉพาะของเชื้อชาติหรือวัฒนธรรมนั้น⁴

ทฤษฎีการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมเป็นการนำแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม (holistic nursing) มาผสมผสานกับแนวคิดมานุษยวิทยา (anthropology) ซึ่งโลนิงเจอร์กล่าวไว้ว่า บุคคลที่มีสิ่งแวดล้อม บริบท และอาศัยอยู่ในสถานที่แตกต่างกัน จะมีการรับรู้และความต้องการการพยาบาลที่ต่างกันไปด้วย⁵ โดยกำหนดกรอบแนวคิดทางการแพทย์พยาบาลเป็น 4 มิติ คือ 1) ด้านสิ่งแวดล้อมทั้งทางกายภาพ และสังคม เช่น ค่านิยม บรรทัดฐานของแต่ละบุคคล 2) ด้านบุคคล พิจารณาจากแผนการดำเนินชีวิต และพฤติกรรมที่แตกต่าง 3) ด้านสุขภาพ ต้องผสมผสานความเชื่อทางวัฒนธรรมของผู้รับบริการกับมาตรฐานการพยาบาลในปัจจุบัน และ 4) การพยาบาลโดยเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง⁵⁻⁶ และโลนิงเจอร์ พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยตามแนวคิดทฤษฎีดังกล่าวเป็น 2 รูปแบบ⁶ คือ 1) รูปแบบการดูแลเชิงวัฒนธรรม (cultural care model) เป็นการดูแลโดยคำนึงถึงค่านิยม ความเชื่อ สภาพสิ่งแวดล้อม และภาษา แบ่งการดูแลเป็น 2 ระบบ คือ การดูแลโดยใช้องค์ความรู้พื้นบ้านซึ่งถ่ายทอดรุ่นต่อรุ่น และระบบการดูแลเชิงวิชาชีพโดยตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาพยาบาลที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมความเชื่อของผู้รับบริการ (professional health care system) ซึ่ง โคลน์แมน⁷ อธิบายเพิ่มเติมอีก 1 ระบบคือ ระบบการดูแลภาคประชาชน (Popular sector of health care) เป็นระบบการดูแลที่ใหญ่ที่สุดโดยครอบครัว และชุมชน และ 2) รูปแบบการดูแลที่เน้นสมรรถนะทางวัฒนธรรมของ เคมพินฮา (cultural competence) เน้นกระบวนการพัฒนาสมรรถนะทางวัฒนธรรมของผู้ให้บริการ ซึ่งต้องตระหนักถึงการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษาของผู้รับบริการ ประกอบด้วยสมรรถนะ 5 ด้าน⁸ คือ การตระหนักรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม การมีองค์ความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม การมีทักษะทางวัฒนธรรม ความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ใช้บริการต่างวัฒนธรรม และความปรารถนาที่จะมีสมรรถนะทางวัฒนธรรม

จากข้อมูลข้างต้นนี้พบว่า มี 2 องค์ประกอบที่สำคัญในการพัฒนาการพยาบาลโดยคำนึงถึงผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม คือ 1) ผู้ให้บริการจะต้องพัฒนาสมรรถนะการพยาบาลให้มีความพร้อมในการดูแลผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม ได้อย่างเหมาะสม และ 2) องค์การพยาบาลต้องมีส่วนร่วมในการสร้างสรรค์เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความต้องการของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งแบบประเมินภาวะสุขภาพที่มีความเกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมความเชื่อของผู้รับบริการเพื่อนำข้อมูลมาวางแผนการพยาบาลโดยเชื่อมโยงและสอดคล้องกับความเชื่อ วัฒนธรรมของผู้รับ



บริการ ซึ่งผู้วิจัยทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับเครื่องมือประเมินภาวะสุขภาพที่สะท้อนถึงการดูแลข้ามวัฒนธรรม พบผลการศึกษาในต่างประเทศ 3 เรื่องคือ 1) Giger and Davidhizar⁹ ศึกษาแบบประเมินสภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ ตามแนวคิดการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม โดยมีองค์ประกอบ 6 มิติ คือ การสื่อสาร การเปิดพื้นที่ส่วนตัว องค์การทางสังคม ด้านเวลา ด้านการควบคุมสิ่งแวดล้อม และ ด้านการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพ 2) Fujiwara¹⁰ ศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลสู่ความเป็นเลิศ โดยให้ความสำคัญในการทำความเข้าใจและเข้าถึงพื้นที่ส่วนตัว การสื่อสาร และเข้าใจสิ่งแวดล้อมของผู้รับบริการต่างวัฒนธรรม และ 3) Moorhead, Johnson, Maas and Swanson¹¹ ศึกษาแบบประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล 4 ด้าน คือ ความต้องการบริการพยาบาลแบบเป็นองค์รวม ความสามารถในการดูแล ผู้รับบริการต่างวัฒนธรรม ความพึงพอใจในการบริการ และความสามารถในการปรับตัวของผู้รับบริการ และสำหรับงานวิจัยในประเทศไทย พบนักวิจัยที่ทำการศึกษเกี่ยวกับแบบประเมินสมรรถนะทางวัฒนธรรมทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ คือ สุดศิริ หิรัญขุนทด หทัยรัตน์ แสงจันทร์ ประณีต สงวัฒนา และวงจันทร์ เพชรพิเชฐชัย¹² และ วีนุช วิบูลย์พันธ์¹³ พบว่าพยาบาลวิชาชีพจะต้องมีสมรรถนะทางวัฒนธรรม 7 ด้านคือ การรับรู้ความต่างทางวัฒนธรรม การติดต่อสื่อสาร การคิดริเริ่มนวัตกรรมการให้บริการ การบริหารความเสี่ยง ภาวะผู้นำและการบริหารจัดการ กระบวนการพยาบาล และจริยธรรม นอกจากนี้ยังพบนักวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับเกณฑ์และมาตรฐานบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม คือ ลัดดาวัลย์ พุทธิรักษา อารีรัตน์ ขำอยู่ และจันทจุฑา ชัยเสนา ตาลาส¹⁴ พบว่ามี 3 มาตรฐาน คือ เชิงโครงสร้าง เชิงพฤติกรรม และ เชิงผลลัพธ์ ประกอบด้วย 17 องค์ประกอบในการบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม และพบว่า ชฎารัตน์ ครุฑศุทธิพิพัฒน์ และสุวิณี วิวัฒน์วานิช¹⁵ ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ใน 5 ด้าน คือ ความปลอดภัย ความพึงพอใจต่อบริการ การสื่อสาร การดูแลสุขภาพตามวิถี และการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นยังไม่พบการศึกษาเพื่อพัฒนาแบบประเมินภาวะสุขภาพโดยเชื่อมโยงความเกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมเพื่อใช้ในบริบทไทย เหตุนี้ผู้วิจัยจึงดำเนินการศึกษาวิจัยโดย บูรณาการจากแนวคิดการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของ Leininger and McFarland¹⁶ และแนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรมของ Giger and Davidhizar⁹ โดยใช้เทคนิคเดลฟาย (delphi technique) รวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมในประเทศไทยจำนวน 18 ท่าน และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล 3 รอบสรุปเป็นฉันทมติได้ประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก 19 องค์ประกอบย่อย คือ (1) องค์ประกอบด้านปัจจัยส่วนบุคคล มี 6 องค์ประกอบย่อย คือ เพศ อายุ เชื้อชาติ ศาสนา อาชีพ และระดับการศึกษา (2) องค์ประกอบด้านพฤติกรรมการดำเนินชีวิต มี 5 องค์ประกอบย่อย คือ การรับรู้และการดูแลสุขภาพ การบริโภคอาหาร การขับถ่าย การออกกำลังกาย และการพักผ่อนนอนหลับ (3) องค์ประกอบด้านการดูแลสุขภาพ มี 5 องค์ประกอบย่อย คือ ความเชื่อตามศาสนา พฤติกรรมที่สอดคล้องกับช่วงเวลา ความเชื่อและการให้ความหมายการดูแลสุขภาพ ความเชื่อเรื่องการดูแลตนเองระยะตั้งครรภ์และการคลอด ความเชื่อการดูแลสุขภาพระยะใกล้เสียชีวิต และ (4) องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม มี 3 องค์ประกอบย่อย คือ วิถีชีวิตของบุคคลตามแหล่งที่อยู่อาศัย ลักษณะที่พักอาศัย และแนวทางการดูแลผู้เจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว ชุมชน สังคม¹⁷

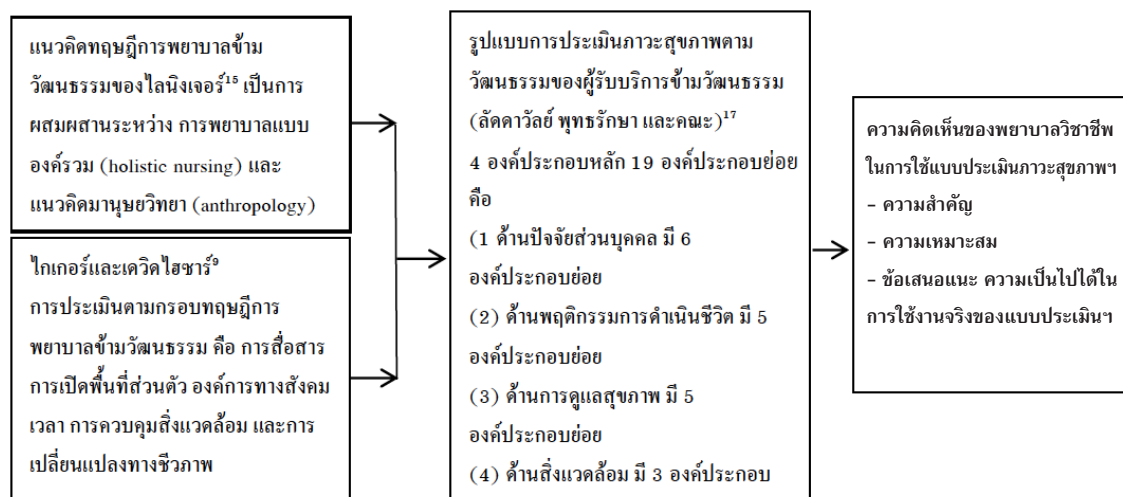
ภายหลังที่ผู้วิจัยทำการพัฒนาแบบประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรมโดยฉันทมติจากผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมแล้ว ผู้วิจัยเล็งเห็นความสำคัญของการประเมินประสิทธิภาพการใช้งานได้จริงของแบบประเมินฯ จึงทำการศึกษาความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพตามรูปแบบวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม โดยให้ผู้ปฏิบัติงาน คือ พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ทดลองใช้แบบประเมินฯ โดยประเมินความเหมาะสม และความเป็นไปได้ในการใช้ได้จริงของแบบประเมินฯ เพื่อนำข้อมูลจากผลการวิจัยไปพัฒนาแบบประเมินฯ ให้สามารถใช้งานเพื่อประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรมได้อย่างถูกต้อง

ซึ่งผลการวิจัยนี้จะทำให้พยาบาลมีความมั่นใจนำไปใช้ประเมินภาวะสุขภาพผู้รับบริการตามวัฒนธรรม เพื่อวางแผนการพยาบาล และให้การพยาบาลผู้รับบริการรายบุคคลอย่างเป็นองค์รวมสอดคล้องกับความต้องการทางวัฒนธรรมความเชื่อต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพตามรูปแบบวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยบูรณาการจากแนวคิดการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของ Leininger and McFarland¹⁶ และแนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรมของ Giger and Davidhizar⁹ ในการพัฒนาแบบประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม โดยใช้เทคนิค เดลฟาย (delphi technique) ได้ประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก 19 องค์ประกอบย่อย¹⁷ โดยในการนำเสนอรายงานวิจัยครั้งนี้เป็นการนำเสนอความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แบบการประเมินภาวะสุขภาพฯ ในประเด็นความสำคัญ ความเหมาะสม ของแบบประเมิน รวมถึงข้อเสนอแนะ ความเป็นไปได้ในการใช้งานจริงของแบบประเมินฯ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) โดยการรวบรวมความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แบบการประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม ระหว่างวันที่ 15 มิถุนายน พ.ศ.2561-วันที่ 31 สิงหาคม พ.ศ.2561 ดังนี้

ประชากร/กลุ่มตัวอย่าง คือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพุทธโสธร โดยมีระยะเวลาในการปฏิบัติงานตั้งแต่ 3 ปี ขึ้นไป มีประสบการณ์การดูแลผู้รับบริการต่างเชื้อชาติ หรือ



ต่างศาสนา หรือต่างวัฒนธรรมความเชื่อ ผู้วิจัยใช้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบอาสาสมัคร (voluntary sampling) เป็นการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดจากสมาชิกที่อาสาเข้ามามีส่วนร่วมเป็นหน่วยตัวอย่างด้วยความเต็มใจ จำนวน 40 คน เพื่อทดลองใช้แบบการประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรม โดยผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์คัดเข้าคือ ปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ที่โรงพยาบาลพุทธโสธร 3 ปี ขึ้นไป มีประสบการณ์การดูแลผู้รับบริการต่างเชื้อชาติ หรือต่างศาสนา หรือต่างวัฒนธรรมความเชื่อ และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ และผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์คัดออกคือ ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพในช่วงเวลาดำเนินโครงการจนไม่สามารถทำการพยาบาลและประเมินผลการใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมได้

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับข้อมูลการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยผู้วิจัยอธิบายข้อมูล ดังนี้ วัตถุประสงค์การดำเนินโครงการ วิธีการใช้แบบประเมิน รายละเอียดในแบบประเมิน รายละเอียดการเข้าร่วมโครงการวิจัย ระยะเวลาการดำเนินการวิจัย รวมถึงสิทธิในการยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัย หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ เมื่อสิ้นสุดการทดลองใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรม กลุ่มตัวอย่างทำการประเมินความสำคัญ ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ในการใช้งานจริงของแบบประเมิน แต่ละองค์ประกอบ โดยผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นภาพรวม ไม่ระบุรายบุคคล ทั้งข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง และทำการเก็บรักษาไว้โดยไม่เปิดเผยต่อสาธารณะ ผู้วิจัยคำนึงถึงจริยธรรมในการทำวิจัยทุกขั้นตอน และผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถหยุดการเข้าร่วมการวิจัยได้ตามความสมัครใจโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งนี้ผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลเมื่อมีการเผยแพร่ผลการวิจัยแล้ว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ดังรายละเอียดต่อไปนี้

แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผู้วิจัยกำหนดประเด็นเพื่อให้พยาบาลวิชาชีพแสดงความคิดเห็น ใน 2 ประเด็นหลัก คือ ความสำคัญ และความเหมาะสม ของแบบประเมิน โดยผู้วิจัยกำหนดรายละเอียดการประเมินตามแบบประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม เป็น 4 ข้อหลัก 19 ข้อย่อย¹⁷ ดังนี้ ข้อหลักที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้รับบริการที่มีความต่างทางวัฒนธรรม มี 6 ข้อย่อย คือ เพศ อายุ เชื้อชาติและสัญชาติ ศาสนา อาชีพ และระดับการศึกษาของผู้รับบริการ หัวข้อหลักที่ 2 ด้านพฤติกรรมการณ์การดำเนินชีวิตของผู้รับบริการที่มีความต่างทางวัฒนธรรม มี 5 ข้อย่อย คือ พฤติกรรมการรับรู้และการดูแลสุขภาพ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการขับถ่าย พฤติกรรมการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการพักผ่อนนอนหลับ หัวข้อหลักที่ 3 ด้านการดูแลสุขภาพตามวิถีชีวิตของผู้รับบริการที่มีความต่างทางวัฒนธรรม มี 5 ข้อย่อย คือ ความเชื่อตามศาสนา ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกับช่วงเวลา การให้ความหมายเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ความเชื่อเรื่องการดูแลตนเองในระยะตั้งครรภ์และการคลอด และความเชื่อในการดูแลสุขภาพในระยะใกล้เสียชีวิต และ หัวข้อหลักที่ 4 ด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้รับบริการที่มีความต่างทางวัฒนธรรม มี 3 ข้อย่อย คือ วิถีชีวิตของบุคคลตามแหล่งที่อยู่อาศัย ลักษณะงานที่ทำ และแนวทางการดูแลผู้เจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว ชุมชน สังคม ตามความเชื่อและวัฒนธรรม โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นแบบสอบถามแบบมาตรประมาณค่า (rating scale) มี 5 ระดับ จาก 5-1 กำหนดให้ 5 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพเห็นด้วยว่าข้อมูลในแบบประเมินในข้อนั้นมีความสำคัญในระดับมากที่สุดสำหรับการใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรม และกำหนดให้ 1 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพเห็นด้วยว่าข้อมูลในแบบประเมินในข้อนั้นมีความสำคัญในระดับน้อยที่สุดสำหรับการใช้ในการประเมิน



ภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรม ทั้งนี้ได้กำหนดความหมายในการให้คะแนน ความคิดเห็นในประเด็นความเหมาะสมต่อการใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมในทำนองเดียวกับความคิดเห็นด้านความสำคัญ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity) ของแบบสอบถาม ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์พยาบาล 1 ท่าน ผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาล 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลในสถาบันอุดมศึกษาที่มีการศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไป 3 ท่าน ซึ่งทุกท่านมีประสบการณ์ในการประเมินภาวะสุขภาพ และมีประสบการณ์การดูแลผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรมอย่างน้อย 5 ปี และ/หรือ มีผลงานวิชาการเกี่ยวกับการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมปรากฏในช่วง 5 ปีย้อนหลัง (พ.ศ.2555-พ.ศ.2560) ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ของแบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพภาพรวม เท่ากับ .90 และมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) แต่ละข้อคำถามหลัก อยู่ระหว่าง .88-1.00 ดังนั้น ข้อหลักที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้รับบริการที่มีความต่างทางวัฒนธรรม ค่า CVI=.88 หัวข้อหลักที่ 2 ด้านพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของผู้รับบริการที่มีความต่างทางวัฒนธรรม ค่า CVI=.92 หัวข้อหลักที่ 3 ด้านการดูแลสุขภาพตามวิถีชีวิตของผู้รับบริการที่มีความต่างทางวัฒนธรรม ค่า CVI=1.00 และหัวข้อหลักที่ 4 ด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้รับบริการที่มีความต่างทางวัฒนธรรม ค่า CVI=.89

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงการวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เลขที่ 118 / 2560 (ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 19 กรกฎาคม พ.ศ.2560-วันที่ 15 มีนาคม พ.ศ.2561 ฉบับที่ 2 (ต่ออายุครั้งที่ 1) ลงวันที่ 16 มีนาคม พ.ศ.2561 - วันที่ 31 สิงหาคม พ.ศ.2561) และได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพุทธโสธร เลขที่ BSH-IRB 012/2561 (ลงวันที่ 15 มิถุนายน พ.ศ.2561 - วันที่ 14 มิถุนายน พ.ศ.2562) เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลพุทธโสธรเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัย

2. ผู้วิจัยให้ข้อมูลกับพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพุทธโสธร เกี่ยวกับโครงการวิจัยประกอบด้วยวัตถุประสงค์ การดำเนินโครงการ วิธีการใช้แบบประเมิน รายละเอียดในแบบประเมิน รายละเอียดการเข้าร่วมโครงการวิจัย ระยะเวลาการดำเนินการวิจัย และให้ข้อมูลเกี่ยวกับจริยธรรมการวิจัย ดังนี้ โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยบูรพา และโรงพยาบาลพุทธโสธรเรียบร้อยแล้ว ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยสมัครใจเข้าร่วมด้วยตนเอง และมีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ การบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยไม่มีผลกระทบต่อสิ่งใดที่ท่านพึงได้รับต่อไป ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวท่านเป็นความลับ จะเปิดเผยเฉพาะส่วนที่เป็นสรุปผลการวิจัยเท่านั้น จากนั้นผู้วิจัยใช้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบอาสาสมัคร (voluntary sampling) เป็นการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดจากสมาชิกที่อาสาเข้ามามีส่วนร่วมเป็นหน่วยตัวอย่างด้วยความเต็มใจ จำนวน 40 คน และให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนลงลายมือชื่อในเอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (consent form)

3. กำหนดช่วงเวลาให้กลุ่มตัวอย่างทดลองใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น¹⁷ เป็นเวลา 2 สัปดาห์ ระหว่างวันที่ 15 มิถุนายน พ.ศ.2561-1 กรกฎาคม พ.ศ.2561 พร้อมกันนี้ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดการใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม ดังนี้ ใช้แบบประเมินนี้เพื่อประเมินข้อมูลเบื้องต้นทางวัฒนธรรมของผู้รับบริการที่มีความแตกต่างกัน ด้านเชื้อชาติ ศาสนา วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี เป็นต้น เพื่อนำผลการประเมินมาใช้วางแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมความเชื่อของผู้รับบริการ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก 19 องค์ประกอบย่อย คือ (1) ด้านปัจจัยส่วนบุคคลของผู้รับบริการที่มีความต่างทางวัฒนธรรม มี 6 องค์ประกอบย่อย คือ เพศ อายุ เชื้อชาติและสัญชาติ



ศาสนา อาชีพ และระดับการศึกษาของผู้รับบริการ (2) องค์ประกอบด้านพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของผู้รับบริการที่มีความต่างทางวัฒนธรรม มี 5 องค์ประกอบย่อย คือ พฤติกรรมการรับรู้และการดูแลสุขภาพตามความเชื่อและวัฒนธรรม พฤติกรรมการบริโภคอาหารตามความเชื่อและวัฒนธรรม พฤติกรรมการขับถ่าย พฤติกรรมการออกกำลังกายตามความเชื่อและวัฒนธรรม และพฤติกรรมการพักผ่อนนอนหลับ (3) องค์ประกอบด้านการดูแลสุขภาพตามวิถีชีวิตของผู้รับบริการที่มีความต่างทางวัฒนธรรม มี 5 องค์ประกอบย่อย คือ ความเชื่อตามศาสนา ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมที่สอดคล้องกับช่วงเวลา ตามประเพณี ความเชื่อและการให้ความหมายเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวัน ความเชื่อเรื่องการดูแลตนเองในระยะตั้งครรภ์และการคลอด และความเชื่อในการดูแลสุขภาพในระยะใกล้เสียชีวิต และ (4) องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้รับบริการที่มีความต่างทางวัฒนธรรม มี 3 องค์ประกอบย่อย คือ วิถีชีวิตของบุคคลตามแหล่งที่อยู่อาศัย ในองค์กร และสังคมที่ผู้รับบริการอาศัยอยู่ ลักษณะที่พักอาศัย ลักษณะงานที่รับผิดชอบ ที่ทำงาน และแนวทางการดูแลสุขภาพเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว ชุมชน สังคมตามความเชื่อและวัฒนธรรม

4. เมื่อกลุ่มตัวอย่างที่ทดลองใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นแล้ว¹⁷ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ

5. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามความคิดเห็น ที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นจึงนำข้อมูลมาลงรหัสเพื่อวิเคราะห์ผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) และผู้วิจัยสรุปความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น¹⁷ โดยการวิเคราะห์ข้อมูลจากคำตอบที่เป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ข้อความนั้นมีความสำคัญ หรือมีความเหมาะสม ระดับน้อยที่สุด ระดับน้อย ระดับปานกลาง ระดับมาก และระดับมากที่สุด เพื่อหาค่ามัธยฐาน (Median=Mdn) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range=IQR) ซึ่งค่ามัธยฐานระหว่าง 3.50-5.00 จะหมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีความคิดเห็นต่อข้อความนั้นว่ามีแนวโน้มที่จะใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมฯ ระดับมาก (Mdn=3.50-4.49) ถึงมากที่สุด (Mdn=4.50-5.00) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์มีค่าน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.50 จะหมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีความคิดเห็นต่อข้อความนั้นสอดคล้องกัน¹⁸ หลังจากนั้นแปลผลข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบการบรรยาย

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพแผนกอายุรกรรม คิดเป็นร้อยละ 42.5 รองลงมาคือ แผนกศัลยกรรม คิดเป็นร้อยละ 30 ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 31-35 ปี คิดเป็นร้อยละ 32.5 รองลงมาอายุระหว่าง 25-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 27.5 โดยมีระยะเวลาปฏิบัติงาน 6-10 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30 รองลงมาคือ 11-15 ปี คิดเป็นร้อยละ 27.5 และ 16-20 ปี คิดเป็นร้อยละ 22.5 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม หอผู้ป่วย อายุ และระยะเวลาปฏิบัติงาน

รายการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. หอผู้ป่วย		
1.1 อายุรกรรม	17	42.5
1.2 ศัลยกรรม	12	30.0
1.3 หอผู้ป่วยหนัก	6	15.0
1.4 สูติกรรม	5	12.5
2. อายุ (ปี)		
2.1 25-30 ปี	11	27.5
2.2 31-35 ปี	13	32.5
2.3 36-40 ปี	9	22.5
2.4 41-45 ปี	5	12.5
2.5 46-50 ปี	2	5.0
3. ระยะเวลาปฏิบัติงาน		
3.1 3-5 ปี	4	10.0
3.2 6-10 ปี	12	30.0
3.3 11-15 ปี	11	27.5
3.4 16-20 ปี	9	22.5
3.5 21-25 ปี	3	7.5
3.6 มากกว่า 25 ปี	1	2.5

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น¹⁷ ใน 2 ประเด็น ดังนี้ คือ

1. ประเด็นความสำคัญในการนำข้อคำถามนั้นมาใช้เป็นแบบประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรม หมายถึง ข้อคำถามในหัวข้อหลัก หรือหัวข้อย่อยนั้นสามารถเชื่อมโยงถึงภาวะสุขภาพอันเกิดขึ้นจากวัฒนธรรมความเชื่อของผู้รับบริการได้จริง ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแล เพื่อวางแผนการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการ ครอบคลุมวัฒนธรรมความเชื่อของผู้รับบริการ และส่งเสริมคุณภาพการบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมมากขึ้นด้วย ซึ่งพยาบาลวิชาชีพมีความคิดเห็นว่าข้อคำถามหลักทั้ง 4 ข้อ และข้อคำถามย่อยทั้ง 19 ข้อ สามารถนำมาใช้เป็นแบบประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรมในระดับความสำคัญมากที่สุด โดยหัวข้อหลักที่ 3 ด้านการดูแลสุขภาพตามวิถีชีวิตของผู้รับบริการที่มีความต่างทางวัฒนธรรม มีระดับความสำคัญสูงสุด (Mdn=4.81, IQR=.00) รองลงมาคือหัวข้อหลักที่ 2 ด้านพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของผู้รับบริการที่มีความต่างทางวัฒนธรรม (Mdn=4.78, IQR=.04) หัวข้อหลักที่ 4 ด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้รับบริการที่มีความต่างทางวัฒนธรรม (Mdn=4.75,



IQR=.10) และหัวข้อหลักที่ 1 ด้านปัจจัยส่วนบุคคลของผู้รับบริการที่มีความต่างทางวัฒนธรรม (Mdn=4.71, IQR=.13) ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาผลการวิจัยประเด็นความสำคัญของหัวข้อย่อยในแบบประเมินพบว่า ทุกข้ออยู่ในระดับมากที่สุดเช่นกัน โดยมีค่า Mdn ระหว่าง 4.58–4.90 และมีค่า IQR ระหว่าง 0–.96 และมีหัวข้อที่มีระดับคะแนนสูงสุด 6 อันดับแรกคือ (3.2) ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมที่สอดคล้องกับช่วงเวลาตามประเพณี (3.1) ความเชื่อตามศาสนาที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพ (1.1) เพศของผู้รับบริการ (3.3) ความเชื่อและการให้ความหมายในการดูแลสุขภาพ (4.1) วิถีชีวิตของบุคคลในชุมชน และ (4.2) ลักษณะที่พึงอาศัย ลักษณะงาน ตามลำดับ

2. ประเด็นความเหมาะสมในการนำข้อคำถามนั้นมาใช้เป็นแบบประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรม หมายถึง ข้อคำถามในหัวข้อหลัก หรือหัวข้อย่อยนั้น มีความชัดเจนในการซักถาม เข้าใจง่าย โดยผู้รับบริการ และผู้ให้บริการ มีความเข้าใจในข้อคำถามนั้น ๆ ตรงกัน ซึ่งพยาบาลวิชาชีพมีความคิดเห็นว่าข้อคำถามหลักทั้ง 4 ข้อ และข้อคำถามย่อยทั้ง 19 ข้อ สามารถนำมาใช้เป็นแบบประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรมในระดับความเหมาะสมมากที่สุด โดยหัวข้อหลักที่ 4 ด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้รับบริการที่มีความต่างทางวัฒนธรรม มีระดับความเหมาะสมมากที่สุด (Mdn=4.78, IQR=.04) รองลงมาคือ หัวข้อหลักที่ 1 ด้านปัจจัยส่วนบุคคลของผู้รับบริการที่มีความต่างทางวัฒนธรรม (Mdn=4.75, IQR=.10) หัวข้อหลักที่ 3 ด้านการดูแลสุขภาพตามวิถีชีวิตของผู้รับบริการที่มีความต่างทางวัฒนธรรม (Mdn=4.75, IQR=.12) และหัวข้อหลักที่ 2 ด้านพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของผู้รับบริการที่มีความต่างทางวัฒนธรรม (Mdn=4.52, IQR=.06) ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาผลการวิจัยประเด็นความเหมาะสมของหัวข้อย่อยในแบบประเมินพบว่า ทุกข้ออยู่ในระดับมากที่สุดเช่นกัน โดยมีค่า Mdn ระหว่าง 4.53–4.84 และมีค่า IQR ระหว่าง 0–.27 โดยมีหัวข้อที่มีคะแนนสูงสุด 6 อันดับแรกคือ (2.2) พฤติกรรมการบริโภคอาหารตามความเชื่อและวัฒนธรรม (3.3) ความเชื่อและการให้ความหมายเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ (3.1) ความเชื่อตามศาสนาที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพ (3.2) ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมที่สอดคล้องกับช่วงเวลาตามประเพณี (2.3) พฤติกรรมการขับถ่าย และ (2.4) พฤติกรรมการออกกำลังกายตามความเชื่อและวัฒนธรรม ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพในประเด็น ความสำคัญ และความเหมาะสม ของแบบประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม วิเคราะห์ผลเป็นค่ามัธยฐาน (Mdn) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) (n=40)

ตัวอย่างประเด็นพิจารณา ต่อแบบการประเมินภาวะสุขภาพ	ความสำคัญ		ความเหมาะสม	
	Mdn(IQR)	ระดับ	Mdn(IQR)	ระดับ
1. ด้านปัจจัยส่วนบุคคลของผู้รับบริการ	4.71(.13)	มากที่สุด	4.75(.10)	มากที่สุด
1.1 เพศของผู้รับบริการ เพศที่แตกต่างกันย่อมเป็นเหตุให้เป็นโรคที่แตกต่างกันได้	4.81(0)	มากที่สุด	4.71(.15)	มากที่สุด
1.2 อายุของผู้รับบริการ ช่วงวัยของมนุษย์ที่แตกต่างกัน ส่งผลต่อภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปแตกต่างกัน	4.75(.10)	มากที่สุด	4.75(.27)	มากที่สุด
1.3 เชื้อชาติ และสัญชาติของผู้รับบริการ ส่งผลต่อสุขภาพที่แตกต่างกัน เช่น ชาวยุโรปจะเป็นโรคปอด โรคหัวใจและโรคเบาหวาน	4.67(.13)	มากที่สุด	4.71(.15)	มากที่สุด
1.4 ศาสนาของผู้รับบริการ ศาสนามีอิทธิพลต่อความเชื่อที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพ	4.63(.16)	มากที่สุด	4.67(.20)	มากที่สุด



ตัวอย่างประเด็นพิจารณา ต่อแบบการประเมินภาวะสุขภาพ	ความสำคัญ		ความเหมาะสม	
	Mdn(IQR)	ระดับ	Mdn(IQR)	ระดับ
1.5 อาชีพ ผู้รับบริการที่มีอาชีพแตกต่างกัน เช่น ไรคไค ทำงานเป็นกะ ทำงานออฟฟิศ ไรคคอฟฟิศชินโครม	4.58(.13)	มากที่สุด	4.63(.16)	มากที่สุด
1.6 ระดับการศึกษา ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าจะ ตระหนักรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ หรือมีทางเลือกการ รักษามากกว่า	4.63(.16)	มากที่สุด	4.53(.18)	มากที่สุด
2. ด้านพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตของผู้รับบริการ	4.78(.04)	มากที่สุด	4.52(.06)	มากที่สุด
2.1 พฤติกรรมการการรับรู้และการดูแลสุขภาพ เช่น มีไข้ ต้องรับประทานยา paracetamol 2 เม็ดจึงจะหาย หรือ ไม่สบายห้ามสระผม	4.71(.13)	มากที่สุด	4.81(.07)	มากที่สุด
2.2 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร เช่น อาหารสุกๆดิบๆ รสชาติอาหารที่รับประทานเป็นประจำ	4.75(.10)	มากที่สุด	4.84(0)	มากที่สุด
2.3 พฤติกรรมการขับถ่าย เช่น มีพฤติกรรมกลั่น ปัสสาวะ	4.78(.96)	มากที่สุด	4.81(0)	มากที่สุด
2.4 พฤติกรรมการออกกำลังกาย เช่น ถือว่าการทำงาน ประจำที่ใช้แรงเป็นการออกกำลังกาย หรือออกกำลังกาย เมื่อไหร่ก็ได้	4.71(.13)	มากที่สุด	4.81(0)	มากที่สุด
2.5 พฤติกรรมการพักผ่อนนอนหลับ เช่น หลับ ๆ ตื่น ๆ หรือนอนดึก	4.71(0.13)	มากที่สุด	4.71(.13)	มากที่สุด
3. ด้านการดูแลสุขภาพตามวิถีชีวิตของผู้รับบริการ	4.81(0)	มากที่สุด	4.75(.12)	มากที่สุด
3.1 ความเชื่อตามศาสนา ที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพ เช่น การให้พระรดน้ำมนต์ การใช้ยาสมุนไพร	4.84(0)	มากที่สุด	4.84(.05)	มากที่สุด
3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมที่สอดคล้องกับ ช่วงเวลาตามประเพณี หรือศาสนา เช่น พิธีถือศีลอด	4.90(0)	มากที่สุด	4.88(.12)	มากที่สุด
3.3 ความเชื่อและการให้ความหมายเกี่ยวกับการดูแล สุขภาพในชีวิตประจำวัน เช่น ดื่มน้ำทำให้ร้อนหลับสบาย	4.81(0)	มากที่สุด	4.84(0)	มากที่สุด
3.4 ความเชื่อเรื่องการดูแลตนเองในระยะตั้งครรภ์และการ คลอด เช่น หญิงหลังคลอดเชื่อว่าการรับประทานข้าวต้มกับ เกลือช่วยกระตุ้นให้ดื่มน้ำมาก ๆ น้ำนมจะออกมากขึ้น	4.78(.04)	มากที่สุด	4.81(.11)	มากที่สุด
3.5 ความเชื่อในการดูแลสุขภาพพระยะใกล้เสียชีวิต เช่น เชื่อ ว่าการกินน้ำ เป็นอาการนำก่อนเสียชีวิต หรือ เชื่อว่าการทำ สังฆทาน การสวดคัวร์ แล้วจะได้ไปสวรรค์	4.76(.20)	มากที่สุด	4.63(.16)	มากที่สุด



ตัวอย่างประเด็นพิจารณา ต่อแบบการประเมินภาวะสุขภาพ	ความสำคัญ		ความเหมาะสม	
	Mdn(IQR)	ระดับ	Mdn(IQR)	ระดับ
4 ด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้รับบริการที่มีความต่างทางวัฒนธรรม	4.75(.10)	มากที่สุด	4.78(.04)	มากที่สุด
4.1 วิธีชีวิตของบุคคลในชุมชนตามแหล่งที่อยู่อาศัย แบบแผนประเพณีของบุคคลในชุมชน/สังคม การเลี้ยงดู	4.81(0)	มากที่สุด	4.78(.05)	มากที่สุด
4.2 ลักษณะที่พักอาศัย ลักษณะงานที่รับผิดชอบ ที่ทำงาน หรือสถานบริการสาธารณสุขที่รับบริการ ส่งผลต่อสุขภาพ เช่น คนงานโรงงานทำฟูกเป็นโรคระบบทางเดินหายใจ	4.81(0)	มากที่สุด	4.78(.04)	มากที่สุด
4.3 แนวทางการดูแลผู้เจ็บป่วยในครอบครัว ชุมชน สังคม ตามความเชื่อ และวัฒนธรรม เช่น การลดน้ำหนักใส่สิ่งไม่ดี หรือเด็กป่วยอา่อน ห้ามนำเข้าสู่สังคม และห้ามเรียน	4.78(.04)	มากที่สุด	4.75(.10)	มากที่สุด

อภิปรายผลการวิจัย

พยาบาลวิชาชีพแสดงความคิดเห็นต่อแบบประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม ในประเด็นความสำคัญ และประเด็นความเหมาะสม พบว่า ทั้ง 4 หัวข้อหลัก และ 19 หัวข้อย่อย มีความสำคัญ และมีความเหมาะสมในการใช้เป็นแบบประเมินสภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมฯ ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับ ผลการวิจัยของ Potter¹⁹ และ Anderson²⁰ พบว่าการประเมินภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ ควรต้องให้ครอบคลุมอย่างเป็นองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และวัฒนธรรมความเชื่อส่วนบุคคลของผู้รับบริการ จะทำให้ได้รับข้อมูลจากผู้รับบริการครอบคลุมอย่างเป็นองค์รวม สามารถให้บริการตรงตามความต้องการและผู้รับบริการพึงพอใจมากยิ่งขึ้น²¹⁻²² นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ Joyce and Linda²³ ที่กล่าวว่า พยาบาลทุกคนที่ได้รับความไว้วางใจให้ดูแล ผู้รับบริการจะต้องพยายามสืบค้นข้อมูลความต้องการทางวัฒนธรรมทุกวิถีทางเพื่อส่งมอบการดูแลที่มีความละเอียดอ่อนทางวัฒนธรรมที่ปราศจากอคติโดยการประเมินจากเพศ เชื้อชาติ ศาสนา หรือวัฒนธรรมความเชื่อเฉพาะบุคคล โดยมีรายละเอียดความคิดเห็นภายหลังการทดลองใช้แบบประเมินฯ ดังนี้

จากผลการวิจัยพยาบาลวิชาชีพมีความคิดเห็นว่า ข้อมูลการดูแลสุขภาพตามวิถีชีวิตของผู้รับบริการ พฤติกรรมการดำเนินชีวิต สิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้รับบริการ และปัจจัยส่วนบุคคลของผู้รับบริการ มีความสำคัญในระดับมากที่สุด ในการนำมาใช้เป็นแบบประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม เนื่องจากสามารถเชื่อมโยงถึงภาวะสุขภาพอันเกิดขึ้นจากวัฒนธรรมความเชื่อของผู้รับบริการได้จริง และสามารถนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการวางแผนการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการครอบคลุมวัฒนธรรมความเชื่อของผู้รับบริการ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Purnell and Paulanka²⁴ และ Andrews and Boyle²⁵ ที่กล่าวว่า การทำความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลวิถีชีวิต ความเชื่อ พฤติกรรมการใช้ชีวิต อายุ เพศ และสิ่งรอบๆ ตัวของผู้รับบริการจะทำให้พยาบาลเข้าใจความต้องการทางวัฒนธรรมสุขภาพของผู้รับบริการมากขึ้น ทั้งนี้พยาบาลจะต้องพัฒนาทักษะการทำความเข้าใจ และตระหนักถึงความแตกต่างทางวัฒนธรรมของผู้รับบริการด้วย และเมื่อพิจารณาผลการวิจัยประเด็นความสำคัญของหัวข้อย่อยในแบบประเมิน พบว่า ทุกข้ออยู่ในระดับมากที่สุดเช่นกัน ซึ่งพยาบาลวิชาชีพมีความคิดเห็นว่า ประเด็นข้อคำถามที่มีความสำคัญสูงสุด 6 อันดับแรกคือ ข้อคำถามเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมที่สอดคล้องกับช่วงเวลาตามประเพณี

กับผลการศึกษาของ Spector²⁶ กล่าวว่า ช่วงเวลาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพดีความได้ว่า ความแตกต่างในแต่ละช่วงอายุ และช่วงเวลาตามความเชื่อทางศาสนาซึ่งเป็นข้อมูลที่น่ามาประเมินการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพได้ ข้อคำถามเกี่ยวกับความเชื่อตามศาสนาที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพ เพศของผู้รับบริการ และข้อคำถามเกี่ยวกับความเชื่อและการให้ความหมายในการดูแลสุขภาพ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Joyce and Linda²³ ที่ว่า ปัจจัยส่วนบุคคลมีผลต่อภาวะสุขภาพ พยาบาลต้องให้ความสำคัญเกี่ยวกับข้อมูล เพศ อายุ ศาสนา ความเชื่อของบุคคลนั้นด้วย ส่วนข้อคำถามเกี่ยวกับวิถีชีวิตของบุคคลในชุมชน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Bernard²⁷ ที่ว่าครอบครัวคนผิวสีในประเทศอเมริกาวิถีชีวิตที่เป็นเอกลักษณ์เฉพาะถ่ายทอดรุ่นสู่รุ่นและสามารถเชื่อมโยงภาวะสุขภาพได้ และข้อคำถามเกี่ยวกับลักษณะที่พบบ่อย ลักษณะงาน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Berry²⁸ ที่ว่าชาวมองโกเลียทุกคนที่เกิดมาจะมีจุดปานดำเชื่อมโยงกับการเกิดโรคปลอกประสาทอักเสบ (multiple sclerosis) ซึ่งเกิดจากความผิดปกติของระบบประสาททั้งส่วนกลางและส่วนปลาย

จากผลการวิจัยพยาบาลวิชาชีพมีความคิดเห็นว่าข้อคำถามทุกข้อมีความเหมาะสม คือ มีความชัดเจนในการซักถาม เข้าใจง่าย โดยผู้รับบริการ และผู้ให้บริการมีความเข้าใจในข้อคำถามนั้น ๆ ตรงกัน อยู่ในระดับมากที่สุดเช่นกัน โดยมีหัวข้อที่มีความเหมาะสมในระดับคะแนนสูงสุด 6 อันดับแรก ส่วนใหญ่เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลด้านกายภาพเฉพาะบุคคล ประกอบด้วย พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการขับถ่าย และพฤติกรรมการออกกำลังกายตามความเชื่อและวัฒนธรรม จะเห็นได้ว่าข้อมูลในแบบสอบถามนี้ผู้รับบริการสามารถตอบข้อมูลได้โดยง่าย ไม่มีความซับซ้อนในข้อคำถาม สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Nieveen and Folmer²⁹ กล่าวว่าแบบประเมินที่ดีควรเป็นแบบประเมินที่เข้าใจง่าย มีมิติความสัมพันธ์กับสิ่งที่ต้องการประเมิน โดยผู้รับการประเมินตีความตรงตามที่คุณประเมินต้องการประเมินอย่างชัดเจน ส่วนข้อคำถามเกี่ยวกับความเชื่อและการให้ความหมายเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ความเชื่อตามศาสนา และความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมที่สอดคล้องกับช่วงเวลาตามประเพณี เป็นข้อคำถามที่มีความเหมาะสมเพื่อใช้ข้อมูลที่ได้ระบุความต้องการทางด้านวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อสุขภาพ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Higginbottom และคณะ³⁰ ที่ว่า ค่านิยม ความเชื่อ ศาสนา วิถีชีวิต ภาษา เชื้อชาติ ประสบการณ์ความเป็นปัจเจกบุคคล และความแตกต่างทางภูมิหลังของผู้รับบริการส่งผลต่อการดูแลสุขภาพที่แตกต่างกัน ดังนั้นพยาบาลควรทำความเข้าใจกับวิถีชีวิต ภูมิหลัง การให้ความหมายต่อความเชื่อของผู้รับบริการจะส่งผลให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมเป็นองค์รวมมากขึ้นด้วย ทั้งนี้รวมถึงความเชื่อเรื่องการมีชีวิตและการเลือกวิถีการเสียชีวิตตามความเชื่อ³¹

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลวิชาชีพ และองค์กรพยาบาลสามารถนำแบบประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรมฉบับนี้ไปใช้ เพื่อประเมินภาวะสุขภาพที่เกิดจากวัฒนธรรมความเชื่อของผู้รับบริการได้จริง เนื่องจากข้อมูลในแบบประเมินนี้มีความสำคัญสามารถเชื่อมโยงภาวะสุขภาพอันเกิดขึ้นจากวัฒนธรรมความเชื่อของผู้รับบริการ ซึ่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวางแผนการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการครอบคลุมวัฒนธรรมความเชื่อของผู้รับบริการ ส่งเสริมคุณภาพการบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมมากขึ้น และข้อคำถามมีความชัดเจน เข้าใจง่าย โดยผู้รับบริการ และผู้ให้บริการมีความเข้าใจในข้อคำถามนั้น ๆ ตรงกัน ซึ่งสามารถใช้ควบคู่กับแบบประเมินภาวะสุขภาพที่ใช้ในปัจจุบันได้

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาผลลัพธ์ทางการพยาบาล ความครอบคลุมความต้องการทางวัฒนธรรมของผู้รับบริการ
2. พัฒนานวัตกรรมเพื่อส่งเสริมบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม เช่น รูปแบบการพยาบาลที่เหมาะสม รูปแบบ



การพัฒนาศักยภาพพยาบาลวิชาชีพให้ตระหนักถึงความแตกต่างทางวัฒนธรรม และพัฒนาอุปกรณ์เสริมประสิทธิภาพการพยาบาล เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ได้กรุณาสละเวลาและให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้ ขอกราบขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบความถูกต้องของเครื่องมือและให้คำชี้แนะระหว่างการทำวิจัย นอกจากนี้ขอขอบพระคุณ สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) และ มหาวิทยาลัยบูรพา ผู้มอบทุนเพื่อทำการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ผู้สนับสนุนการดำเนินการวิจัย

References

1. International Organization for Migration (IOM). World migration report 2018 [internet]. 2020 [cited 2022 Jan 1]. Available from: https://www.iom.int/sites/g/files/tmzbd1486/files/country/docs/china/r5_world_migration_report_2018_en.pdf.
2. National Statistical Office. The 2020 migration survey [internet]. 2020 [cited 2022 Jan 1]. Available from: http://www.nso.go.th/sites/2014/DocLib13/2563/report_Migration_63.pdf.
3. Songwathana P. Nursing research across cultures: research concepts and issues. Thai Journal of Nursing Council.2014;29(4):5-21.(in Thai).
4. Leininger M. Cultural care diversity and universality: a theory of nursing. New York: John Wiley & Sons;1991.
5. Leininger M. Culture care diversity and universality: a theory of nursing. New York: National League for Nursing press redistributed by Jones and Barlett Publishers;2001.
6. Leininger M. Culture care theory: a major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. Journal of Transcultural Nursing.2002;13:189-92.
7. Kleinman. Patients and healers in the context of culture; an exploration of the borderland between anthropology medicine, and psychiatry, Berkley. 5th ed. London: University of California Press [internet]. 1981 [cited 2022 Jan 1]. Available from: <https://www.amazon.com/Patients-Healers-Context-Culture-Anthropology/dp/0520045114>.
8. Campinha-Bacote J. The process of cultural competence in the delivery of health care services: a model of care. Journal of Transcultural Nursing.2002;13:181-4.
9. Giger JN, Davidhizar RE. Transcultural nursing: assessment and intervention. 4th ed. St. Louis: Mosby;2008.
10. Fujiwara Y. Culturally congruent care: a concept analysis. J JPN Academy of Midwifery.2008;22(1):7-16.
11. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Nursing outcomes classification. 5th ed. St. Louis: Mosby;2013.
12. Hiranchunha S, Sangchan H, Songwathana P, Petpichetchian W. Cultural competence in nursing: concept to practice. Thai Journal of Nursing Council.2007;22:9-27.(in Thai)
13. Wiboonpan W, Prachusllpa G. Transcultural nursing competency of professional nurse: private hospitals. Journal of Nursing Chulalongkorn University.2009;21:29-43.(in Thai)
14. Puttaruksa L, Khumyu A, Chaisena DJ. The development of performance criteria and standards for transcultural nursing services. Nursing Journal of the Ministry of Public Health.2017;27:168-84.(in Thai)



15. Khrutsutthipipat C, Wiwatvanich S. Indicators of cross-cultural nursing outcomes. *Journal of Nursing Chulalongkorn University*.2017;29(3):19-29.(in Thai)
16. Leininger MM, McFarland MR. *Transcultural nursing: concepts, theories research and practice*. 3rd ed. Albany (NY): McGraw Hill;2002.
17. Puttaruksa L, Chaisena DJ. The development of health status assessment based on cultural model for transcultural clients. *Journal of Phrapokklao Nursing College*.2021;32(1):92-108.(in Thai)
18. Liamputtong P. *Qualitative research methods*. Australia & New Zealand: Oxford University Press;2009.
19. Potter PA, Perry AG, Stockert P, Hall A. *Fundamental of Nursing*. 9th ed. St. Louis: Mosby;2017.
20. Anderson NL, Boyle JD, Davidhizar RE, Giger JN, McFarland MR, Papadopoulos I, Wehbe-Alamah H. Chapter 7. Cultural health assessment. In M.K. Douglas & D.F. Paequiao (Eds.), *Core curriculum in transcultural nursing and health care [Supplement]*. *Journal of Transcultural Nursing*.2010;21(1) (Suppl.1).
21. Songwathana P, Siriphan S. Thai nurses' cultural competency in caring for clients living in a multicultural setting. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*.2015;19(1):19-31.
22. Dudus KI. Cultural competence: an evolutional concept analysis. *Nursing Education Perspectives*.2012; 33(5):317-321.
23. Joyce NG, Linda GH. *Transcultural nursing: Assessment and Intervention*. St. Louis: Mosby;2021.
24. Purnell LD, Paulanka BJ. *Transcultural health care*. 2nd ed. Philadelphia: F.A. Davis;2008.
25. Andrews M, Boyle J. *Transcultural concepts in nursing care*. 7th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer;2016.
26. Spector R. *Cultural diversity in health and illness*. 9th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall;2016.
27. Bernard A. The black family: a generational casualty of war. *European Journal of Academic Essays*. 2017;4(3):82-6.
28. Berry J. Mongolian spots: causes, pictures, and outlook. *Medical News Today* [internet]. 2017 [cited 2022 Jan 1]. Available from: www.medicalnewstoday.com
29. Nieveen N, Folmer E. Formative evaluation in educational design research [internet]. 2013 [cited 2022 Jan 1]. Available from: <https://scholar.google.co.th/scholar>
30. Higginbottom GMA, Richter MS, Mogale RS, Oritz L, Yong S, Mollel O. Identification of nursing assessment model/tools validated in clinical practice for use with diverse ethnocultural groups: an integrative review of the literature. *BMC Nurs*.2011;10:1-11.
31. Schim SM, Doorenbos AZ. Three-dimensional model of cultural congruence: Framework for intervention. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*.2010;6(3):256-70.



การสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาบทบาทของวิทยาลัย ภายใต้พระราชบัญญัติสถาบันพระบรมราชชนกในการสร้างความเข้มแข็ง ของบุคลากรสาธารณสุข สำหรับการสนับสนุนทีมหมอครอบครัว Synthesis of Policy Recommendations to Improve the Role of Colleges under the Praboromarajchanok Institute Act to Strengthen the Health Workforce to Support the Primary Care Cluster.

อติญาณ์ ศรเกษตริน¹ อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์¹ จินตนา ทองเพชร¹ วารุณี เกตุอินทร์¹ ดาราวรรณ รองเมือง²

รุ่งนภา จันทรา² เบญจพร รัชตารมย์³ บุญเรือง ขาวนวล⁴

Atiya Sarakshetrin¹ Atcharawadee Sriyasak¹ Jintana Tongpeth¹ Varunee Ketin¹ Daravan Rongmuang²

Rungnapa Chanttra² Benjaporn Rajataram³ Bunrean Kaonuan⁴

¹วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสู่ราษฎร์ธานี ³สถาบันพระบรมราชชนก ⁴คณะ
วิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ

Corresponding author; Atiya Sarakshetrin E-mail: Atiya_s@hotmail.com

Received: May 31, 2021 Revised: December 25, 2021 Accepted: March 30, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาบทบาทของวิทยาลัยภายใต้พระราชบัญญัติสถาบันพระบรมราชชนกในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของบุคลากรสาธารณสุขสำหรับการสนับสนุนทีมหมอครอบครัว เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในกระทรวงสาธารณสุข และประชาชน เก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากอาจารย์พยาบาล และบุคลากรสาธารณสุขสำหรับการสนับสนุนทีมหมอครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบข้อเสนอเชิงนโยบายฯ ดังนี้

1. วิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก

1.1 ควรปรับปรุงหลักสูตรการศึกษาพยาบาลและหลักสูตรที่ตอบสนองความต้องการของพื้นที่ โดยเน้นการทำงานของทีมสหวิชาชีพ

1.2 สำรวจความต้องการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรสาธารณสุขในการบริการสุขภาพปฐมภูมิและระบบสุขภาพปฐมภูมิเพื่อพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรที่สอดคล้องกับบริการสุขภาพปฐมภูมิ

1.3 จัดหลักสูตรอบรมเกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพปฐมภูมิที่ครอบคลุมทุกสาขาวิชาชีพของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิและเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิตามความต้องการของพื้นที่

1.4 จัดทำแผนพัฒนากำลังคนสายอาจารย์อย่างชัดเจน และดำเนินการพัฒนาสมรรถนะอาจารย์ผู้สอนเพื่อให้มีสมรรถนะที่จะพัฒนานักศึกษาพยาบาล

1.5 ประสานความร่วมมือทำงานเชิงรุกร่วมกับเครือข่ายสุขภาพในการพัฒนาเป็นศูนย์ความเชี่ยวชาญหรือเป็นเลิศที่ได้มาตรฐาน เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยและเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ

2. สถาบันพระบรมราชชนก

2.1 พัฒนาระบบการจัดการข้อมูลกำลังคน และอาจารย์สังกัดสถาบันพระบรมราชชนกเพื่อการตัดสินใจทั้งจำนวน คุณวุฒิ ความเชี่ยวชาญ และการกระจายตามเขตสุขภาพ

2.2 สนับสนุนวิทยาลัยในการจัดทาระบบและกลไกเพื่อทำข้อตกลงหรือความร่วมมือกับหน่วยบริการ สำหรับการสนับสนุนทีมหมอครอบครัว

2.3 จัดการสื่อสารนโยบายการพัฒนาบุคลากรอย่างชัดเจนทั้งการบริหารจัดการ และการดำเนินงานด้านการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรสาธารณสุข ให้ความรู้ ทักษะในการดำเนินงานบริการระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

คำสำคัญ: ข้อเสนอเชิงนโยบาย; ทีมหมอครอบครัว; บุคลากรสาธารณสุข



Synthesis of Policy Recommendations to Improve the Role of Colleges under the Praboromarajchanok Institute Act to Strengthen the Health Workforce to Support the Primary Care Cluster.

Atiya Sarakshetrin¹ Atcharawadee Sriyasak¹ Jintana Tongpeth¹ Varunee Ketin¹ Daravan Rongmuang²

Rungnapa Chandra² Benjaporn Rajataram³ Bunrean Kaonuan⁴

Atiya Sarakshetrin¹ Atcharawadee Sriyasak¹ Jintana Tongpeth¹ Varunee Ketin¹ Daravan Rongmuang²

Rungnapa Chandra² Benjaporn Rajataram³ Bunrean Kaonuan⁴

Corresponding author; Atiya Sarakshetrin E-mail: Atiya_s@hotmail.com

Received: May 31, 2021 Revised: December 25, 2021 Accepted: March 30, 2022

Abstract

The mixed methods design aimed to synthesize policy recommendations for improving the role of the colleges under Praboromarajchanok Institute Act to strengthen health personnel in support of the Primary Care Cluster. Qualitative data were collected through in-depth interviews and focus group discussions with stakeholders under the Ministry of Public Health and people in public. Quantitative data were gathered from nursing instructors and healthcare providers who support the Primary Care Cluster. The quantitative data were analyzed using descriptive statistics. Content analysis was used for qualitative data. The findings found:

1. Colleges under Praboromarajchanok Institute should do the following:

- 1.1 Improve nursing education programs and courses to meet local needs of and focus on multidisciplinary teams,
- 1.2 Survey the need for competency development among public health personnel in primary health systems,
- 1.3 Organize training courses related to primary health systems covering multidisciplinary team development in primary health systems which meet local needs,.
- 1.4 Develop a manpower plan and increase nursing instructors' teaching competencies,
- 1.5 Collaborate to work proactively with health networks to develop a standardized excellence center and to support the operations of the primary health service network.

2. Praboromarajchanok Institute should act the following:

- 2.1 Develop a manpower information management system and lecturers under the Praboromarajchanok Institute for decision making in terms of numbers, qualifications, expertise and distribution by public health region.
- 2.2 Support the colleges in establishing systems and mechanisms to enter into agreements or cooperation with services to support primary care teams.
- 2.3 Clearly communicate personnel development policies, both in terms of management and implementation of skills development for public health personnel to acquire knowledge and skills to operate the primary health service.

Keywords: policy recommendation synthesis; primary care team; health personnel



ความเป็นมาและความสำคัญ

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายคลินิกหมอครอบครัวเพื่อการพัฒนาบริการปฐมภูมิและปฏิรูประบบบริการสุขภาพด้านปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยฉบับปี พ.ศ. 2560 กำหนดในหมวด 16 การปฏิรูปประเทศมาตรา 258 ด้านอื่น ๆ ข้อ (5) ระบุให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสมและสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี รวมถึงแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ตลอดจนมีพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 แก้ไขปัญหาเรื่องการเข้าถึงบริการและความเหลื่อมล้ำในการรักษาพยาบาล และเพื่อให้การปฏิรูประบบสุขภาพปฐมภูมิเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และสนับสนุนให้มีการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (คลินิกหมอครอบครัวเดิม) โดยให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มุ่งหมายดูแลสุขภาพของบุคคลในเขตพื้นที่รับผิดชอบในลักษณะองค์รวม ตั้งแต่แรกต่อเนื่อง และผสมผสานครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิรวมทั้งเชื่อมโยงกับครอบครัวชุมชนและบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ¹ ในการดำเนินงานบริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นการพลิกกลับสามเหลี่ยมการให้บริการของระบบสาธารณสุขไทยที่ปัจจุบันตั้งบนยอดสามเหลี่ยม ให้กลับมาวางบนฐานของสามเหลี่ยมด้านกว้างเพื่อความมั่นคงแข็งแรงของระบบบริการสาธารณสุขไทย การดำเนินงานให้บริการสุขภาพปฐมภูมิจะประสบความสำเร็จได้ต้องได้รับความร่วมมือจากบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับร่วมกันผลักดันนโยบายและขับเคลื่อนเพื่อประโยชน์สุขของประชาชน²

องค์ประกอบของการดำเนินงานให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ สิ่งสำคัญที่ทำให้เกิดผลผลิตของงานขึ้นมาได้ คือ ทีมผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิจึงถึงผู้ผ่านการฝึกอบรมด้านสุขภาพปฐมภูมิเพื่อเป็นผู้สนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว บุคลากรกลุ่มนี้มีความสำคัญในการเติมเต็มให้การบริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นไปได้อย่างครอบคลุมกับความต้องการทางด้านสุขภาพ (health needs) ของประชาชน ปัจจุบันการจัดทีมที่มีสหวิชาชีพออกไปดูแลประชาชนในพื้นที่เป็นการช่วยลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการได้ดี ทำให้มีทีมเข้าไปดูแลคนในพื้นที่ได้ครอบคลุมมากขึ้น ทำให้ประชาชนเกิดการสร้างสุขภาพจากภายในตัวเอง ภายในครอบครัว ไปสู่การร่วมสร้างสุขภาพให้กับชุมชน และสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน³ จากการดำเนินนโยบายดังกล่าวคาดว่าจะส่งผลให้ประชาชนทุกกลุ่มมีสุขภาพดีผ่านการส่งเสริมและการสร้างเสริมสุขภาพให้ยังคงมีสุขภาพที่แข็งแรง รวมถึงการคัดกรองโรคเรื้อรังสามารถดำเนินการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือเข้าสู่ระบบการรักษาอย่างรวดเร็ว สามารถควบคุมสภาวะทางคลินิกของโรคได้ นอกจากนี้ยังสามารถดูแลประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคทั่วไปเล็กน้อย โดยไม่ต้องไปรับบริการในหน่วยบริการในระดับที่สูงขึ้น ลดค่าใช้จ่ายทั้งภาครัฐและค่าใช้จ่ายของประชาชน สามารถชะลอการดำเนินไปของโรค หรือลดอาการแทรกซ้อนของโรคลงได้ นอกจากนี้การปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิดังกล่าวจะช่วยให้เกิดความพึงพอใจต่อการรับบริการ รวมถึงเพิ่มความเสมอภาคของประชาชนในการเข้าถึงบริการและสถานะทางสุขภาพของประชาชน⁴ การดำเนินงานตามนโยบายคลินิกหมอครอบครัวที่ประสบความสำเร็จเกิดจากความเข้มแข็งของบุคลากรสาธารณสุขที่ช่วยสนับสนุนทีมหมอครอบครัว

หัวใจสำคัญของการสนับสนุนบุคลากรสาธารณสุขให้มีความเข้มแข็งในการทำงานด้านหน้า สามารถทำงานได้อย่างมีคุณภาพและบูรณาการมากยิ่งขึ้น และสามารถรวมพลังทำงานร่วมกันเป็นทีมหลายระดับตั้งแต่ระดับปฐมภูมิไปจนถึงระดับตติยภูมิ การเพิ่มสมรรถนะของบุคลากรให้มีความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะที่สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลจะสามารถแก้ไขปัญหาการทำงาน เกิดการประสานงานทำงานและความร่วมมือ ซึ่งการเพิ่มสมรรถนะของบุคลากรสามารถทำได้หลายวิธี เช่น การฝึกอบรม การสอนงาน การหมุนเวียนงาน การดูงานนอกสถานที่ เป็นต้น⁵ จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการวิเคราะห์การดำเนินงานให้บริการสุขภาพปฐมภูมิมิข้อเสนอเรื่อง การเร่งรัด



การจัดการกำลังคนโดยเพิ่มบุคลากรโดยเฉพาะในกลุ่มนักรักษาพยาบาลบัณฑิตชุมชน พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยาคลินิก รวมทั้งเภสัชกรที่ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิเพื่อเพิ่มความเข้มแข็งในการทำงาน ตามแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในกลุ่มที่สามารถผลิตร่วมกับสถาบันการศึกษาในพื้นที่ รวมถึงการผลิตบุคลากรและพัฒนาองค์ความรู้ที่สอดคล้องกับบทบาทของทีมหมอกรอบครัวเรือนตลอดจนวางแผนการสนับสนุนวิชาการและพัฒนาสมรรถนะเฉพาะด้านที่จำเป็นแก่บุคลากรสาธารณสุขในด้านการบริการและบริหารจัดการอย่างเป็นระบบในระดับเขตพื้นที่และจังหวัดเพื่อให้สามารถหนุนเสริมการดำเนินงานทีมหมอกรอบครัวเรือนได้อย่างครอบคลุมในทุกพื้นที่⁶

สถาบันพระบรมราชชนก เป็นสถาบันอุดมศึกษาในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีหน้าที่หลักในการผลิตบุคลากรสาธารณสุข รวมทั้งบทบาทด้านการพัฒนาบุคลากรที่สอดคล้องกับพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 และตอบสนองแผนการจัดระบบบริการสุขภาพ (service plan) การที่มหาวิทยาลัยสถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2562 ทำให้สถาบันพระบรมราชชนกเป็นสถาบันอุดมศึกษาเฉพาะทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จึงเป็นโอกาสให้สถาบันพระบรมราชชนกได้ทบทวนกลยุทธ์ในการสร้างและพัฒนาหลักสูตรปัจจุบัน⁷ ในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของบุคลากรสาธารณสุข สมรรถนะของอาจารย์สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก เพื่อให้สอดคล้องกับพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ในการผลิตบุคลากรสาธารณสุขให้มีสมรรถนะที่พร้อมต่อการสนับสนุนการดำเนินงานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ แต่จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับบทบาทของสถาบันพระบรมราชชนกและวิทยาลัยภายใต้สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ดังนั้นคณะผู้วิจัย ซึ่งเป็นบุคลากรในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ที่เกี่ยวข้องกับการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ จึงเห็นความสำคัญของการศึกษาในประเด็นบทบาทของวิทยาลัยภายใต้พระราชบัญญัติสถาบันพระบรมราชชนกในการสร้างความเข้มแข็งของบุคลากรสาธารณสุขสำหรับการสนับสนุนทีมหมอกรอบครัวเรือนดังกล่าว ตลอดจนศึกษาสถานการณ์การพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข สมรรถนะบุคลากรด้านสาธารณสุขสำหรับการสนับสนุนการดำเนินงานของทีมหมอกรอบครัวเรือน ทั้งนี้เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาสังเคราะห์เป็นข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาบทบาทของวิทยาลัยภายใต้พระราชบัญญัติสถาบันพระบรมราชชนกในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของบุคลากรสาธารณสุขสำหรับการสนับสนุนทีมหมอกรอบครัวเรือนเพื่อสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพปฐมภูมิของประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาบทบาทของวิทยาลัยภายใต้พระราชบัญญัติสถาบันพระบรมราชชนกในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของบุคลากรสาธารณสุขสำหรับการสนับสนุนทีมหมอกรอบครัวเรือน

วิธีศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (mixed method) ทั้งเชิงปริมาณ (quantitative study) และเชิงคุณภาพ (qualitative study) ดำเนินการวิจัยตามระเบียบวิธีการวิจัย ดังนี้

การวิจัยเชิงปริมาณ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสมรรถนะบุคลากรด้านสาธารณสุขสำหรับการสนับสนุนทีมหมอกรอบครัวเรือน และเพื่อศึกษาสมรรถนะของอาจารย์สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ในการพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุขสำหรับการสนับสนุนทีมหมอกรอบครัวเรือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร ประกอบด้วย 1) อาจารย์ที่รับผิดชอบงานด้านบริการวิชาการฯ หรืองานพัฒนาบุคลากรฯ 2) บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานทีมหมอกรอบครัวเรือน และ 3) อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลและวิทยาลัยการสาธารณสุข ที่รับผิดชอบการเรียนการสอน ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1) กลุ่มอาจารย์ที่รับผิดชอบงานด้านบริการวิชาการฯ หรืองานพัฒนาบุคลากรฯ สุ่มคัดเลือกแบบเจาะจง



จำนวน 39 คน โดยเลือกจากวิทยาลัยละ 1 คน

2) บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานที่หมอบรรพเคราะห์ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการคำนวณจากสูตรของคอกเรนในกรณีที่ไม่ทราบจำนวนประชากร⁸ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 384 คน และสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน โดยสุ่มตัวอย่างจากบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในทีมหมอบรรพเคราะห์ในเขตสุขภาพที่ 1-12 เขตละ 3 จังหวัด และสุ่มอย่างง่ายจังหวัดละ 11 คน

3) อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลและวิทยาลัยการสาธารณสุข ที่รับผิดชอบการเรียนการสอน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีการคำนวณจากสูตรของ ทาโร ยามาเน่⁹ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % ได้ตัวอย่าง 336 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอนโดยเลือกจากเครือข่ายวิทยาลัย 5 เครือข่าย หลังจากนั้นสุ่มอย่างง่ายเพื่อให้ได้วิทยาลัยเครือข่ายละ 3-4 วิทยาลัย สุ่มแบบแบ่งชั้นตามสัดส่วนและสุ่มอย่างง่ายในแต่ละวิทยาลัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามสถานการณ์การพัฒนาศูนย์สาธารณสุขสำหรับการสนับสนุนทีมหมอบรรพเคราะห์ สำหรับอาจารย์ 2) แบบสอบถามสมรรถนะบุคลากรสาธารณสุข และ 3) แบบสอบถามสมรรถนะอาจารย์ในการพัฒนาศูนย์สาธารณสุข

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย โดย

การหาความตรงตามเนื้อหา (content validity) ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ให้คะแนนความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item Objective Congruence: IOC) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของเครื่องมือทุกฉบับอยู่ระหว่าง .60- 1.00 ปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นนำแบบสอบถามไปหาความเที่ยง (reliability) โดยทดลองใช้กับที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ของแบบสอบถามสถานการณ์การพัฒนาศูนย์สาธารณสุขสำหรับการสนับสนุนทีมหมอบรรพเคราะห์เท่ากับ .76 แบบสอบถามสมรรถนะบุคลากรสาธารณสุขสำหรับการสนับสนุนทีมหมอบรรพเคราะห์เท่ากับ .96 และแบบสอบถามสมรรถนะอาจารย์ในการพัฒนาศูนย์สาธารณสุขสำหรับการสนับสนุนทีมหมอบรรพเคราะห์ เท่ากับ .82

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่งแบบสอบถามไปยังกลุ่มตัวอย่างโดยดำเนินการทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากหน่วยงานที่เก็บรวบรวมข้อมูลและประสานงานกับผู้รับผิดชอบในหน่วยที่เก็บข้อมูล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล และนำส่งแบบสอบถามออนไลน์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

การวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์การพัฒนาศูนย์สาธารณสุข สำหรับการสนับสนุนทีมหมอบรรพเคราะห์ และเพื่อวิเคราะห์บทบาทของสถาบันพระบรมราชชนกและวิทยาลัยในสังกัดตามพระราชบัญญัติสถาบันพระบรมราชชนกในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของบุคลากรสาธารณสุขสำหรับการสนับสนุนทีมหมอบรรพเคราะห์

ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิกระทรวงสาธารณสุขด้านกำลังคนและด้านบริการปฐมภูมิ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดและหัวหน้าส่วนที่เกี่ยวข้องในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/ผู้อำนวยการ และรองผู้อำนวยการวิทยาลัย สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข/อาจารย์ที่รับผิดชอบ

งานด้านบริการวิชาการหรืองานพัฒนาบุคลากรของวิทยาลัยพยาบาลและวิทยาลัยการสาธารณสุข สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข และเลือกแบบบังเอิญในกลุ่มประชาชน และการวิเคราะห์บทบาทของสถาบันพระบรมราชชนกและวิทยาลัยสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกกับพระราชบัญญัติสถาบันพระบรมราชชนก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ สัมภาษณ์เชิงลึกแบบมีโครงสร้างสำหรับผู้บริหารและอาจารย์ผู้รับผิดชอบฯ สำหรับผู้ทรงคุณวุฒิ สัมภาษณ์เชิงลึกแบบมีโครงสร้างสำหรับประชาชน และ แบบสนทนากลุ่มอาจารย์วิทยาลัยพยาบาลและวิทยาลัยการสาธารณสุข

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย โดย

การหาความตรงตามเนื้อหา (content validity) ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ให้คะแนนความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item Objective Congruence: IOC) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของเครื่องมือทุกฉบับอยู่ระหว่าง .60- 1.00 ปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นนำแบบสอบถามไปหาค่าความเที่ยง (reliability) โดยทดลองสัมภาษณ์กับกลุ่มผู้ให้ข้อมูล จำนวน 3 คน เพื่อหาความเข้าใจตรงกันของผู้ให้ข้อมูล พบว่าประเด็นสัมภาษณ์ทำให้ผู้ให้ข้อมูลหลักมีความเข้าใจตรงกัน

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

รวบรวม วิเคราะห์จำนวนและลักษณะหลักสูตรการพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ที่ดำเนินการโดยวิทยาลัยสังกัดพระบรมราชชนก วิเคราะห์เนื้อหาพระราชบัญญัติสถาบันพระบรมราชชนก สัมภาษณ์เชิงลึกแบบมีโครงสร้างและการสนทนากลุ่มกับผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงานบริการการ/พัฒนาบุคลากรของแต่ละวิทยาลัย ผู้ทรงคุณวุฒิกระทรวงสาธารณสุข และประชาชน

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ที่ได้จากการทบทวนเอกสาร การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่มโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา

จากการดำเนินการตามระเบียบวิธีการวิจัย ผู้วิจัยได้ผลการวิจัยในแต่ละประเด็นที่น่าสนใจเพื่อนำไปสังเคราะห์เป็นข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาบทบาทของวิทยาลัยภายใต้พระราชบัญญัติสถาบันพระบรมราชชนก ในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของบุคลากรสาธารณสุขสำหรับการสนับสนุนที่หมดกรอบครีว ดังนี้

1. สถานการณ์การพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุขสำหรับการสนับสนุนที่หมดกรอบครีว พบว่าทุกวิทยาลัยมีความพร้อมในการดำเนินงานตามบทบาทและภารกิจของวิทยาลัยและสภามหาวิทยาลัยที่ต้องมีการบริการวิชาการตามมาตรฐานอุดมศึกษาของสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สกอ.) และมีการดำเนินงานพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุขตามนโยบายของสถาบันพระบรมราชชนกหรือตามความต้องการของพื้นที่ หรือความต้องการของเขตสุขภาพเพื่อรองรับแผนพัฒนาระบบสุขภาพ เช่น หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติฉุกเฉิน หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยวิกฤต และหลักสูตรการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และจัดอบรมตามทิศทางความต้องการของประเทศ เช่น หลักสูตรอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ หรือจัดอบรมตามความเชี่ยวชาญของอาจารย์ในวิทยาลัย เช่น หลักสูตรอบรมเวชปฏิบัติครอบครัว และหลักสูตรการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง นอกจากนี้ยังมีการวางแผนการดำเนินการจัดอบรมเพื่อตอบสนองการดูแลประชาชนในระบบสุขภาพปฐมภูมิ วิทยาลัยมีการพัฒนาความเชี่ยวชาญของอาจารย์ในแต่ละสาขาวิชาให้สอดคล้องกับการจัดทำหลักสูตรต่างๆ ที่เขตสุขภาพต้องการ และเป็นปัญหาสุขภาพของพื้นที่ นอกจากนี้ยังมีการสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานอื่นๆ ในการจัดการอบรมที่เกิดจากการที่วิทยาลัยต้องการสร้างความเชี่ยวชาญของอาจารย์อย่างต่อเนื่อง จากการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลหลักเห็นพ้องกันว่า บุคลากรด้านสาธารณสุขควรมีสมรรถนะที่จะปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิควรมีสมรรถนะด้านภาวะผู้นำในการทำงานเป็นทีม ประสานความช่วยเหลือและการทำงานได้จากการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณพบว่าสมรรถนะบุคลากรด้านสาธารณสุขสำหรับการสนับสนุนที่หมดกรอบครีวในภาพรวม ตามความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานในทีมหมด



ครอบครัวยุ่ระดับสูงทุกด้านโดยด้านบริการที่ดีมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (Mean=4.18, SD=.79) ส่วนด้านความพึงพอใจวิชาชีพในงานมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด (Mean=3.83, SD=.97) และพบว่า สมรรถนะอาจารย์สังกัดสถาบันพระบรมราชชนกในการพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุขสำหรับการสนับสนุนนโยบายที่มหอครอบครัวในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (Mean=3.97, SD=.71) เมื่อพิจารณาสมรรถนะรายข้อ พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ยกเว้นความรู้ ความเข้าใจหลักการที่มหอครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.58, SD=.93)

2. จากการวิเคราะห์ พระราชบัญญัติสถาบันพระบรมราชชนก บทบาทของวิทยาลัยภายใต้พระราชบัญญัติสถาบันพระบรมราชชนกที่ทำหน้าที่ในการผลิตและพัฒนาบุคลากรสุขภาพด้านระบบสุขภาพปฐมภูมิ ควรมีการสร้าง ความเข้าใจ เสริมสร้างสมรรถนะอาจารย์ เพื่อร่วมผลิตหลักสูตรพยาบาลให้กับหน่วยงานอื่น และมีการประสานความร่วมมือกับหน่วยบริการสุขภาพหรือคณะพยาบาลศาสตร์ในต่างประเทศ และการพัฒนาบุคลากรสุขภาพด้านบริการสุขภาพปฐมภูมิ เช่น การเปิดหลักสูตรเฉพาะทางที่มีเพิ่มเติมจากหลักสูตรพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว รวมทั้งการสร้างการมีส่วนร่วมและการเรียนรู้ร่วมกับชุมชน

3. จากข้อค้นพบในข้อ 1-2 ผู้วิจัยได้สังเคราะห์เป็นข้อเสนอเชิงนโยบายจากผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อพัฒนาแนวทางในการพัฒนาบทบาทของวิทยาลัยภายใต้พระราชบัญญัติสถาบันพระบรมราชชนกสำหรับการสนับสนุนที่มหอครอบครัวดังนี้

3.1 การปรับปรุงหลักสูตรการศึกษาพยาบาล และจัดหลักสูตรอบรมที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการปฐมภูมิ ที่ครอบคลุมทุกสหสาขาวิชาชีพตามองค์ประกอบของคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิตามความต้องการของพื้นที่

3.2 สำรวจความต้องการในการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิในการดำเนินการร่วมกับที่มหอครอบครัวและระบบบริการปฐมภูมิ ทั้งระดับประเทศ และระดับเขตสุขภาพ

3.3 กำหนดแผนการบริการวิชาการระยะยาวและแนวทางที่ชัดเจนแก่วิทยาลัยในการบริหารจัดการเพื่อพัฒนาศักยภาพของบุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

3.4 จัดทำแผนพัฒนากำลังคนสายอาจารย์อย่างชัดเจน ทั้งนี้เพื่อพัฒนาสมรรถนะอาจารย์ผู้สอนเรื่องระบบสุขภาพปฐมภูมิเพื่อให้อาจารย์มีสมรรถนะในการพัฒนานักศึกษาให้มีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานในระบบสุขภาพปฐมภูมิได้อย่างมีคุณภาพ และรองรับการดำเนินงานพัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิในการปฏิบัติงานเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของที่มหอครอบครัว

3.5 สร้างความร่วมมือเชิงเครือข่ายในการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศหรือเชี่ยวชาญที่ได้มาตรฐานในการสนับสนุนการปฏิบัติงานของที่มหอครอบครัว

3.6 พัฒนาระบบการจัดการข้อมูลกำลังคนโดยเฉพาะอาจารย์ผู้ปฏิบัติงานในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกแบบเบ็ดเสร็จเพื่อการตัดสินใจ ทั้งจำนวน คุณวุฒิ ความเชี่ยวชาญ และการกระจายตามเขตสุขภาพ

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยอภิปรายตามประเด็นที่ค้นพบดังนี้

1. จากสถานการณ์การพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุขสำหรับการสนับสนุนที่มหอครอบครัว พบว่า ทุกวิทยาลัยมีความพร้อมในการดำเนินงานตามบทบาทและภารกิจของวิทยาลัยและสหวิชาชีพที่ต้องมีการบริการวิชาการแก่สังคมตามมาตรฐานอุดมศึกษาของสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา และดำเนินงานพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุขตามนโยบายของสถาบันพระบรมราชชนก หรือตามความต้องการของพื้นที่ หรือความต้องการของเขตสุขภาพ อธิบายได้ว่า ทุกวิทยาลัยอยู่ภายใต้ต้นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่มีนโยบายการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จึงมีการบูรณาการแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพทุกสาขากับบริการระดับปฐมภูมิแก่ประชาชน



ดังนั้นทุกวิทยาลัยจึงมีการพัฒนาหลักสูตรที่พัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อสนับสนุนการทำงานของบริการสุขภาพปฐมภูมิ และปี 2563 มีหลักสูตรที่พัฒนาขึ้นจากสถาบันเฉพาะทางและสถาบันการศึกษาที่รับผิดชอบ เช่น สถาบันทันตกรรม สังกัดกรมการแพทย์สภาเภสัชกรรม และวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกที่มีความพร้อมในการจัดอบรมหลักสูตรที่สนับสนุนการทำงานในบริการสุขภาพปฐมภูมิ สอดคล้องกับที่ผู้ให้ข้อมูลหลักที่เป็นผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรด้านสาธารณสุขและคณะผู้บริหารสถาบันพระบรมราชชนกให้ความเห็นว่า ทุกวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก มีความพร้อมในการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรด้านสาธารณสุขตามนโยบาย หรือตามความต้องการของพื้นที่ หรือความต้องการของเขตสุขภาพเพื่อรองรับแผนพัฒนาระบบสุขภาพ ซึ่งรูปแบบการพัฒนาบุคลากรนั้นควรมีความหลากหลาย ใช้การจัดการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ (adult learning) ที่เหมาะสมกับการพัฒนาผู้เรียนวัยผู้ใหญ่และการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์¹⁰ ใช้วิธีวิทยาทางการวิจัย (research methodology) เป็นกรอบในการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายบริการปฐมภูมิมีคุณลักษณะ “คิดเป็น-ทำเป็น-เรียนรู้อย่างต่อเนื่องมีการเรียนรู้แบบประสานความร่วมมือกับโรงพยาบาลหรือแหล่งฝึกที่มีความพร้อมในลักษณะของรูปแบบต่างๆ เช่น การจัดอบรม การประชุมเชิงปฏิบัติการ การลงปฏิบัติจริงในพื้นที่ศึกษาปัญหาหรือสถานการณ์และนำมาวิเคราะห์ร่วมกัน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของทีมสหวิชาชีพ ทั้งรูปแบบต่างๆ ต้องมีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และดำเนินการอย่างต่อเนื่อง จากการศึกษาศึกษาสมรรถนะบุคลากรด้านสาธารณสุขสำหรับภาระสนับสนุนที่หมอครอบครัว พบว่า ผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีบทบาทกำหนดนโยบายและแพทย์ที่ปฏิบัติงานหน่วยบริการปฐมภูมิเห็นพ้องกันว่า บุคลากรด้านสาธารณสุขควรมีสมรรถนะที่จะปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิคือ ต้องมีทักษะที่ต้องนำไปใช้ให้เกิดผลลัพธ์เกิดกับประชาชน เช่นการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นของพยาบาลและประชาชนว่า ควรมีสมรรถนะด้านภาวะผู้นำในการทำงานเป็นทีม ประสานความช่วยเหลือและการทำงานได้ทุกระดับ ทั้งการนำนโยบายลงสู่การปฏิบัติ ในขณะที่เดียวกันแพทย์ที่ปฏิบัติในหน่วยบริการปฐมภูมิได้ให้ความคิดเห็นว่าแพทย์ควรมีสมรรถนะด้านเวชศาสตร์ครอบครัวที่มุ่งเน้นการดูแลครอบครัว ชุมชน และให้การดูแลประชาชนแบบเป็นองค์รวม (holistic care) สอดคล้องกับแนวคิดของการขับเคลื่อนการดำเนินงานของคลินิกหมอครอบครัวเดิม³ ว่าคลินิกหมอครอบครัวต้องให้บริการทางการแพทย์แบบองค์รวม จากความคิดเห็นของแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานด้านการทำงานหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ และประชาชนที่เคยรับบริการจากหน่วยบริการปฐมภูมิทุกคนให้ความเห็นร่วมกันว่า บุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายบริการปฐมภูมิควรมีสมรรถนะด้านการรักษาโรค การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งเป็นการดูแลแบบครอบคลุมผสมผสาน เพื่อให้ครอบคลุมกับความต้องการทางด้านสุขภาพ (health needs) ของประชาชน³ จึงเป็นสิ่งที่ยืนยันได้ว่าสมรรถนะด้านการรักษาการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสภาพ เป็นสิ่งที่มีความสำคัญการปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ จากการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณพบว่า ผู้ปฏิบัติงานในที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิมีความคิดเห็นว่าสมรรถนะบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในภาพรวมอยู่ระดับสูงทุกด้าน ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือด้านบริการที่ดี บทบาทผู้ให้บริการเป็นหนึ่งในบทบาทหลักในการทำงานของบุคลากรปฐมภูมิที่บุคลากรผู้ปฏิบัติงานทุกคนที่จะต้องทำหน้าที่ให้บริการแก่ผู้มารับบริการทุกคน⁶ สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ของคลินิกหมอครอบครัวที่ให้การดูแลใกล้ชิดกับประชาชน โดยยึดหลักการ “บริการทุกคน ทุกที่ ทุกอย่างด้วยเทคโนโลยี”¹¹ ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐาน ให้บริการอย่างสม่ำเสมอตามความจำเป็นที่ประชาชนต้องการ ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยรวมในระดับสูงที่สุดคือด้านความพึงพอใจในงาน ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่พบว่า บุคลากรด้านสาธารณสุขเห็นว่าสมรรถนะทางด้านเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นสมรรถนะที่จำเป็นของแพทย์ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เห็นว่าแพทย์ต้องจบทางด้านเวชศาสตร์ครอบครัวหรือเวชปฏิบัติครอบครัว



ที่ทำงานโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง มุ่งเน้นการดูแลครอบครัว ชุมชน และพยาบาลควรมีสมรรถนะด้านเวชปฏิบัติ เพราะจะทำให้มีความรู้ความสามารถในการตรวจรักษาโรคเบื้องต้น ซึ่งสมรรถนะด้านเวชศาสตร์ครอบครัวและเวชปฏิบัติทั่วไปของบุคลากรสาธารณสุขเป็นหนึ่งในสมรรถนะหลักในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ⁶ การที่บุคลากรในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิมีสมรรถนะด้านเวชศาสตร์ครอบครัวและเวชปฏิบัติทั่วไป จะส่งเสริมให้ระบบบริการปฐมภูมิเข้มแข็ง สามารถสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ ในส่วนของการศึกษาสมรรถนะของอาจารย์สังกัดสถาบันพระบรมราชชนกในการพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุขสำหรับการสนับสนุนทีมหมอครอบครัว จากการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่าอาจารย์ต้องมีความรู้ในศาสตร์ด้านปฐมภูมิและศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อจัดทำหลักสูตรให้สอดคล้องด้านเวชศาสตร์ครอบครัวและเวชปฏิบัติทั่วไป มีความรู้ความเข้าใจหลักการจัดการบริการปฐมภูมิ หลักการดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและการดูแลแบบองค์รวม¹² มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการศึกษาโดยใช้ฐานชุมชน ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณพบว่า สมรรถนะอาจารย์สังกัดสถาบันพระบรมราชชนกในการพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุขเพื่อสำหรับการสนับสนุนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในภาพรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาสมรรถนะรายข้อย่อย พบว่าอาจารย์พยาบาลส่วนใหญ่ประเมินตนเองว่าตนเองมีสมรรถนะที่สนับสนุนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอยู่ในระดับสูง โดยสมรรถนะด้านหลักการดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและการดูแลแบบองค์รวมมีค่าคะแนนสูงสุด รองลงมา 3 อันดับ คือ มีความรู้ความเข้าใจหลักการดูแลโดยมุ่งเน้นครอบครัว มีความรู้ความเข้าใจหลักมุ่งเน้นชุมชน และมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน แสดงให้เห็นว่า อาจารย์พยาบาลเป็นต้นแบบการพยาบาลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและจัดการเรียนการสอนตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตของสถาบันพระบรมราชชนกที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและการดูแลแบบองค์รวม ทั้งอาจารย์พยาบาลจะต้องมีสมรรถนะที่ต้องสอดคล้องกับแนวโน้มการศึกษาพยาบาลที่จะพัฒนาผู้เรียน และอำนวยความสะดวกในการเรียนรู้ (facilitate learning) ทั้งในห้องเรียน การปฏิบัติบนคลินิกและการปฏิบัติในชุมชนเพื่อสอดคล้องกับนโยบายทีมหมอครอบครัว อีกทั้งนโยบายของสถาบันพระบรมราชชนกที่ได้มอบหมายเอกลักษณ์ในการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพของสถาบันพระบรมราชชนกเน้นศักยภาพเชิงวิชาชีพส่งเสริมให้ชุมชนและท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการจัดการศึกษา⁷

2. ผลการวิเคราะห์บทบาทของสถาบันพระบรมราชชนก และวิทยาลัยในสังกัดตามพระราชบัญญัติสถาบันพระบรมราชชนกในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของบุคลากรสาธารณสุขสำหรับการสนับสนุนทีมหมอครอบครัว พบว่าพระราชบัญญัติสถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ.2562 เป็นสถาบันอุดมศึกษาเฉพาะทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพที่จัดการศึกษาระดับอุดมศึกษาตามกฎหมายว่าด้วยการศึกษาแห่งชาติ มีหน้าที่ผลิตบัณฑิตและพัฒนาบุคลากรให้สอดคล้องกับแนวนโยบายแห่งรัฐ เป็นการเปิดโอกาสให้สถาบันมีอิสระที่จะอนุมัติการเปิดหลักสูตรการเรียนการสอนหรือหลักสูตรการอบรมที่ตอบสนองต่อความต้องการของระบบสุขภาพ¹³ กอปรการตราพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562 ให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิให้บริการในพื้นที่ จึงได้มีการกำหนดหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายทีมหมอครอบครัว¹⁴ ที่ทำงานร่วมในเชิงสหวิชาชีพ ทั้งนี้จากการศึกษาการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวในจังหวัดตาก ทีมทำงานยังมีความรู้ไม่เพียงพอในทิศทางเดียวกัน จึงควรมีการพัฒนาองค์ความรู้ของทีมหมอครอบครัวให้ได้มาตรฐานเป็นที่ยอมรับ¹⁸ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุขหรือเจ้าพนักงานสาธารณสุขต้องมีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานชุมชนในมิติของการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันควบคุมโรค ตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว ทีมหมอครอบครัวมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องได้รับการพัฒนาเพื่อให้การดูแลตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัวมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น¹⁴

3. ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาบทบาทของวิทยาลัยภายใต้พระราชบัญญัติสถาบันพระบรมราชชนกในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของบุคลากรสาธารณสุขสำหรับการสนับสนุนทีมหมอครอบครัว มีดังนี้

3.1 วิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก

3.1.1 ควรปรับปรุงหลักสูตรการศึกษาพยาบาลและหลักสูตรที่ตอบสนองความต้องการของพื้นที่

โดยเน้นการทำงานของทีมสหวิชาชีพ หรือปรับรูปแบบกิจกรรมการเรียนการสอนเสริมหลักสูตรให้มีการบูรณาการระบบสุขภาพปฐมภูมิเพื่อให้ผู้สำเร็จการศึกษาสามารถปฏิบัติงานได้ทันทีภายหลังสำเร็จการศึกษา

3.1.2 สำรวจความต้องการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรสาธารณสุขในการบริการสุขภาพปฐมภูมิและระบบสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรที่สอดคล้องกับบริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่เป็นบทบาทของวิทยาลัยตามพระราชบัญญัติสถาบันพระบรมราชชนกในการผลิตและพัฒนาบุคลากรสุขภาพระดับปฐมภูมิ

3.1.3 จัดหลักสูตรอบรมเกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพปฐมภูมิที่ครอบคลุมทุกสาขาวิชาชีพของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิและเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิตามความต้องการของพื้นที่ โดยการอบรมจะต้องการส่งเสริมการทำงานเชื่อมโยงแบบสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ประสานกับภาคีเครือข่ายต่างๆ ในชุมชนเพื่อการตอบสนองการผลิตและพัฒนาบุคลากรตามสาขาวิชาชีพที่สอดคล้องกับความต้องการของบริการสุขภาพปฐมภูมิตามแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขของกระทรวง

3.1.4 จัดทำแผนพัฒนากำลังคนสายอาจารย์อย่างชัดเจน และดำเนินการพัฒนาสมรรถนะอาจารย์ผู้สอนเพื่อให้มีสมรรถนะที่จะพัฒนานักศึกษาพยาบาล หรือสาขาวิชาชีพอื่นให้มีความรู้ความสามารถที่จะไปปฏิบัติงานในบริการระดับปฐมภูมิได้อย่างมีคุณภาพ และมีกลไกในการสร้างแรงจูงใจในการพัฒนางาน บริการวิชาการ

3.1.5 ประสานความร่วมมือทำงานเชิงบูรณาการร่วมกับเครือข่ายสุขภาพในการพัฒนาเป็นศูนย์ความเชี่ยวชาญหรือเป็นเลิศที่ได้มาตรฐาน เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิและเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิที่ให้บริการแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่องทั้งทางด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสุขภาพ และเชื่อมโยงกับการจัดบริการในระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ

3.2 สถาบันพระบรมราชชนก

3.2.1 พัฒนาระบบการจัดการข้อมูลกำลังคน และอาจารย์สังกัดสถาบันพระบรมราชชนกแบบเบ็ดเสร็จเพื่อการตัดสินใจทั้งจำนวน คุณวุฒิ ความเชี่ยวชาญ และการกระจายตามเขตสุขภาพ เพื่อส่งเสริมและขับเคลื่อนการดำเนินงานของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในการปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิและเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิและใช้วางแผนจัดการสุขภาพให้ตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ทั้งระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน

3.2.2 สนับสนุนวิทยาลัยในการจัดทาระบบและกลไกเพื่อทำข้อตกลงหรือความร่วมมือกับหน่วยบริการสำหรับการสนับสนุนทีมหมอครอบครัว และเชื่อมโยงระบบการบริการวิชาการระหว่างสถาบันพระบรมราชชนกกับวิทยาลัย ประสานงานระหว่างวิทยาลัย สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สาขาวิชาชีพด้านสุขภาพ หน่วยบริการ กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

3.2.3 จัดการสื่อสารนโยบายการพัฒนาบุคลากรอย่างชัดเจนทั้งการบริหารจัดการ และการดำเนินงานด้านการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรสาธารณสุข ให้มีความรู้ ทักษะในการดำเนินงานบริการระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ค้นคว้าหาความรู้เทคโนโลยีใหม่ๆ รวมทั้งสามารถให้คำปรึกษาเรื่องวิจัยหรือเป็นพี่เลี้ยงในการดำเนินการวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้และพัฒนางานได้ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. การวิเคราะห์ความพร้อม อัตรากำลัง และภาระงานของบุคลากรสายคณาจารย์ ที่ปฏิบัติงานในสถาบันพระบรมราชชนก ในการพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข สำหรับการสนับสนุนทีมหมอครอบครัวและระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

2. การศึกษาสมรรถนะหลักของกำลังคนที่ปฏิบัติงานในทีมหมอครอบครัวและระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิทั้งเขตเมือง กึ่งเมือง และชนบท



กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่สนับสนุนทุนวิจัย

References

1. Royal Thai Government Gazette. Praboromarajchanok Institute Act B.E.2562.[internet]. Bangkok: Royal Thai Government; 2019 [cited 2020 Jun 1] Available from: http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2562/A/043/T_0040.PDF(in Thai)
2. Nursing Division Ministry of Public Health. Primary Care Cluster Nursing Services Guideline. Nonthaburi: Ministry of Public Health;2018.(in Thai)
3. Mekton S. Performance guideline of primary care cluster for primary care unit. Nonthaburi: Bureau of Health Administration, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health;2016.(in Thai)
4. Social and Administrative Pharmacy Research Unit Faculty of Pharmacy, Silpakorn University Health Intervention and Health Assessment Programme (HITAP). Synthesis Research for Economic Evaluation of Primary Care Cluster Policy. (Research Report). Nonthaburi: Health Systems Research Institute;2019. (HSRI.) (in Thai)
5. Office of the Civil Service Commission. Competency Manual. Department of Development system and Job Specification of the Civil Service Commission;2010.(in Thai)
6. Srivanichakorn S, Chompikul J, Sillabutra J, Suthisukon K, Thamma–Aphiphol K & Viripiomgool S The integrated research program on the holistic care model development for the elderly, final report. 2013. Nakornprathom: ASEAN Institute for Health Development;2013.(in Thai)
7. Praboromarajchanok Institute. Praboromarajchanok Institute Strategic plan B.E. 2560–2564. Policy and Plan Department Praboromarajchanok Institute. Ministry of Public Health;2018.(in Thai)
8. Cohen J. Statistical Power Analysis for Behavioral Sciences. New York: Academic Press;1977.
9. Yamane T. Statistics: An Introductory Analysis. 3rded. New York: Harper and Row;1973.
10. Sakcharoen P. Adult Learning Theory and Self-Directed Learning Concept: Learning Process for Promoting Lifelong Learning. Journal of The Royal Thai Army Nurses.2015,16(1):8–13.(in Thai)
11. Health Care Services Driven and Reform. Working Group. Primary care cluster Protocol. 2016. [cited 2020 Jun 1] Available from: http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/Guidelines%20PCC.pdf
12. Research and Health Manpower Development. Primary Care Cluster Unit Cost Analysis. (Research Report). Nonthaburi: International Health Policy Program Ministry of Public Health;2018. (in Thai)
13. Sarakshetrin A. Policy Recommendation Synthesis for Nursing College on Health personnel development for Primary Care Cluster. Individual Study Report. Public Health Administration (High Level) Course. Ministry of Public Health;2019.(in Thai)
14. Hasanee K, Sobsamai I. Development of Primary Care Cluster in a Dense Urban Area, Samutprakan Province. Journal of Health Science 2019;28(4):667–78.(in Thai)



คำแนะนำผู้พิมพ์

เพื่อให้การจัดทำวารสารไปด้วยความเรียบร้อยและมีคุณภาพ วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขจึงขอแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับการจัดทำวารสารและการเตรียมต้นฉบับบทความ ดังต่อไปนี้

1. วารสารฯ ได้กำหนดผลงานวิชาการที่จะลงเผยแพร่ในวารสาร ดังนี้

1.1 เป็นผลงานวิชาการในรูปของบทความวิชาการหรือบทความวิจัยที่เขียนเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ ในสาขาการพยาบาล การสาธารณสุข หรือสาขาที่เกี่ยวข้อง

1.2 เป็นผลงานวิชาการที่ไม่เคยลงตีพิมพ์ในหนังสือและวารสารใดมาก่อน และผู้เขียนจะต้องไม่ส่งบทความเพื่อไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นในเวลาเดียวกัน

1.3 หากเป็นบทความสืบเนื่องจากงานวิจัยต้องได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสถาบันใดสถาบันหนึ่ง หรือเป็นงานวิจัยที่เป็นไปตามข้อกำหนดของจริยธรรมการวิจัย

2. วารสารฯ กำหนดอัตราค่าธรรมเนียมในการบริหารจัดการบทความเพื่อเผยแพร่ในอัตราบทความละ 6,000 บาท (หกพันบาทถ้วน) (การชำระเงินจะเกิดขึ้นก่อนที่วารสารฯ จะส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ เมื่อได้ชำระเงินแล้วทางวารสารฯ จะไม่คืนเงินในทุกกรณี)

3. วารสารฯ กำหนดการเตรียมต้นฉบับบทความวิชาการหรือบทความวิจัย ตามรูปแบบดังนี้

3.1 การตั้งค่านำกระดาษ ให้ตั้งค่านำกระดาษ A4 จัดขอบกระดาษด้านบน-ล่าง-ซ้าย-ขวา ด้านละ 1 นิ้ว พิมพ์โดยใช้ฟอนต์ EucrosiaUPC ขนาด 16 และ single space และมีเนื้อหามบทคัดย่อและเอกสารอ้างอิงไม่เกิน 15 หน้า

3.2 ขนาดและรูปแบบการพิมพ์ ให้ใช้ดังนี้

รายการ	ลักษณะอักษร	ตำแหน่งการพิมพ์	ขนาด
ชื่อบทความ	ตัวหนา	กลางหน้ากระดาษ	18-20
ข้อมูลผู้พิมพ์ (ไทยและอังกฤษ)	ตัวปกติ	กลางหน้ากระดาษ	14
บทคัดย่อ	ตัวหนา	กลางหน้ากระดาษ	18
Abstract	ตัวหนา	กลางหน้ากระดาษ	18
หัวข้อใหญ่	ตัวหนา	ชิดซ้าย	18
หัวข้อย่อย	ตัวหนา	ย่อหน้า (เคาะ 1 tab)	16
หัวข้อย่อย	ตัวปกติ	ย่อหน้า (เคาะ tab)	16
เนื้อหาของบทคัดย่อและบทความ	ตัวปกติ	จัดข้อความชิดขอบทั้งสองข้าง	16
การเน้นข้อความในบทความ	ตัวปกติ	ตัวหนา หรือ ตัวเอียง	16
ข้อความในตาราง	ตัวปกติ	ข้อความให้ชิดซ้าย ส่วนตัวเลขให้ชิดขวา	14-16
ตัวเลขอ้างอิง	superscript	ตัวยกท้ายข้อความ	16
References	ตัวปกติ ใช้ลำดับตัวเลข	ชิดซ้าย	16



3.3 ในการพิมพ์เนื้อหาแต่ละย่อหน้าให้พิมพ์ต่อเนื่องกันไปจนจบย่อหน้า ไม่กด Enter ในระหว่างย่อหน้า ไม่ใช้การเคาะ space เพื่อจัดคำหรือจัดหน้า และในการเว้นวรรคระหว่างประโยคหรือคำเดียว ให้ใช้เว้นวรรคใหญ่ หรือเท่ากับการกด space 2 เคาะ

4. การเตรียมเนื้อหาของผลงานวิชาการ กำหนดให้เขียนดังนี้

4.1 ชื่อบทความวิชาการหรือชื่อบทความวิจัย ผู้เขียนควรกำหนดชื่อให้กระชับ มีความสอดคล้องหรือสะท้อนถึงประเด็นสำคัญของบทความ และควรหลีกเลี่ยงการระบุชื่อบุคคลหรือสถานที่ในชื่อบทความ (หากจำเป็นต้องระบุให้อธิบายไว้ในขอบเขตหรือระเบียบวิธีทำวิจัย)

4.2 ในส่วนข้อมูลผู้พิมพ์ กำหนดให้บรรทัดแรกระบุชื่อและนามสกุลภาษาไทยของผู้แต่งหลักและผู้แต่งร่วมในบรรทัดเดียวกัน (ใช้ตัวเลขแบบตัวยกเพื่อการอ้างอิงต้นสังกัด) จากนั้นบรรทัดถัดไปให้ระบุชื่อและนามสกุลภาษาอังกฤษของผู้แต่งหลักและผู้แต่งร่วมในบรรทัดเดียวกัน (ใช้ตัวเลขแบบตัวยกเพื่อการอ้างอิงต้นสังกัด) บรรทัดถัดไปให้ระบุหน่วยงานต้นสังกัดของผู้พิมพ์ (ทางวารสารฯ ของสงวนสิทธิ์ในการแสดงแค่ชื่อคณะฯ และสถาบันเท่านั้น) ในบรรทัดสุดท้ายให้เขียน “Corresponding author: (ชื่อภาษาอังกฤษ); Email: (อีเมลที่ใช้ติดต่อ)”

4.3 บทคัดย่อภาษาไทยให้เขียนบทคัดย่อแบบย่อหน้าเดียว (ไม่กด Enter ระหว่างย่อหน้า) มีความยาวไม่เกิน 300 คำ การเขียนบทคัดย่อไม่ควรมีการอ้างอิงในบทคัดย่อ (สำหรับบทความวิชาการก็ให้เตรียมบทคัดย่อภาษาไทยเช่นเดียวกัน) สำหรับบทคัดย่อภาษาอังกฤษ (Abstract) ให้เขียนในลักษณะเดียวกันกับบทคัดย่อภาษาไทยจากนั้นตามด้วยคำสำคัญ 3-5 คำ ตัวอย่างเช่น

คำสำคัญ: การจัดการตนเอง; การส่งเสริมสุขภาพ; ความดันโลหิตสูง; ผู้สูงอายุ

Keywords: self-management; health promotion; hypertension; elderly

4.4 บทนำและวัตถุประสงค์ เป็นการเขียนความเป็นมาหรือความสำคัญควรเขียนสาระหรือข้อมูลสำคัญที่เป็นประเด็นหลักของบทความหรือการวิจัยเขียนให้กระชับ ตรงประเด็นและแสดงถึงความสำคัญหรือปัญหาที่ต้องทำการศึกษา อีกทั้งอธิบายวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย หรือของการเขียนบทความวิจัย โดยอาจจะเพิ่มเป็นหัวข้อใหม่หรือไม่ก็ได้

4.5 วิธีดำเนินการวิจัย เป็นการเขียนอธิบายกระบวนการทำวิจัยตามหลักระเบียบวิธี ส่วนการเขียนบทความวิชาการ หากเป็นไปได้ให้อธิบายกระบวนการได้มาซึ่งเนื้อหาหรือการสังเคราะห์ความรู้ที่ปรากฏในบทความ

4.6 ผลการวิจัยเป็นการเขียนผลการวิเคราะห์ข้อมูลหรือข้อค้นพบจากการวิจัย การเขียนผลการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ให้เขียนสิ่งที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์การวิจัย โดยแยกเป็นประเด็น ๆ ให้ชัดเจน พร้อมยกตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูล ส่วนการเขียนผลการวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative research) หากมีการนำเสนอข้อมูลด้วยตารางควรออกแบบตารางให้เหมาะสมและสอดคล้องสถิติที่ใช้ในแต่ละประเภท อธิบายข้อมูลในตารางก่อน โดยนำเสนอข้อมูลที่จำเป็น การอธิบายข้อมูลควรหลีกเลี่ยงการกล่าวซ้ำกับสิ่งที่แสดงในตาราง จากนั้นทำการแทรกตาราง โดยรูปแบบตารางจะไม่มีเส้นแนวตั้ง (ดังตัวอย่าง) ชื่อของตารางควรเป็นข้อมูลสั้น ๆ ไม่เกินหนึ่งบรรทัด วางไว้ด้านบนของตาราง



ตัวอย่างการเขียนตาราง

ตารางที่ 1 ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	34	.55
หญิง	28	.45
การสูบบุหรี่		
เคย	23	.37
ไม่เคย	39	.63

สำหรับการเขียนค่าสถิติต่าง ๆ ให้พิมพ์ชิดกัน ใช้ทศนิยมสองตำแหน่ง กรณีที่มีค่าไม่ถึง 1.00 หรือระหว่าง .01-.99 ไม่ต้องเขียนเลข 0 หน้าทศนิยม ตัวอย่างการเขียนค่าสถิติต่าง เช่น Mean=15.60 SD=1.28 $r=.75$ $p<.01$ เป็นต้น

4.7 สรุปและอภิปรายผล เป็นการสรุปและแปลความหมายของผลการวิจัย ไม่กล่าวซ้ำกับผลการวิจัย การอภิปรายจะเป็นการอธิบายเหตุผลว่าข้อค้นพบหรือสิ่งที่เกิดขึ้นสามารถอธิบายด้วยหลักการหรือทฤษฎีใดบ้าง ผลการวิจัยสอดคล้องหรือขัดแย้งกับผลการวิจัยของคนอื่นที่เคยทำไว้หรือไม่อย่างไร ทั้งนี้ในการอภิปรายควรสนับสนุนด้วยข้อมูลที่เป็นเหตุเป็นผลอธิบายโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และมีการอ้างอิง (in-text citation) อย่างเหมาะสม

4.8 ข้อเสนอแนะในการเขียนข้อเสนอแนะ ควรเขียนข้อเสนอแนะเพื่อการนำผลการวิจัยไปใช้หรือสำหรับการทำวิจัยต่อยอดในอนาคต ทั้งนี้ข้อเสนอแนะควรสืบเนื่องจากข้อค้นพบจากการวิจัยครั้งนี้ ไม่ใช่ข้อเสนอแนะตามหลักการโดยทั่วไป

4.9 การใช้ภาษาไทยให้ยึดหลักการใช้คำตามราชบัณฑิตยสถานพยายามหลีกเลี่ยงการใช้ภาษาอังกฤษในข้อความภาษาไทยยกเว้นกรณีจำเป็น หลีกเลี่ยงการใช้คำยืมนอกจากเป็นคำที่ยอมรับกันโดยทั่วไป การแปลศัพท์อังกฤษเป็นไทย หรือการเขียนทับศัพท์ภาษาอังกฤษให้ยึดหลักของราชบัณฑิตยสถาน

4.10 ในการนำผลงานของผู้อื่นมาใช้ในบทความ ขอให้ผู้เขียนใช้ข้อมูลจากแหล่งที่มีความน่าเชื่อถือและทันสมัยไม่เกิน 10 ปี มีการระบุชื่อผู้เขียนและปีพิมพ์ปรากฏอย่างชัดเจน ควรอ้างอิงจากแหล่งหรือเอกสารที่เป็นต้นตอของข้อมูล และบทความใดที่มีการตรวจสอบพบว่าเข้าข่าย Plagiarism จะถูกตัดสิทธิ์ในการพิจารณาลงตีพิมพ์

4.11 หากบทความมีภาพประกอบ ให้ใช้ภาพสี โดยระบุชื่อภาพไว้ด้านบนของภาพ หากเป็นภาพที่เป็นผลงานของบุคคลอื่น ให้ระบุที่มาของภาพไว้ที่ใต้ภาพ พร้อมทั้งมีการอ้างอิงด้วยตัวเลขหลังข้อความระบุที่มา และให้ทำการเขียนอ้างอิงท้ายเล่มด้วย เช่น

ที่มา: <http://www.wallpapers.eu.com/view/sunrise-reflection-ocean-city-maryland-other.html>²

4.12 การเขียนอ้างอิง วารสารฯ กำหนดให้ใช้การอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style) จำนวน 15-20 รายการ การอ้างอิงในเนื้อหา (in-text citation) ให้นำตัวเลขอารบิกแสดงลำดับของเอกสารอ้างอิงมารวบรวมเขียนไว้ท้ายเนื้อหาส่วนที่มีการอ้างอิงและใช้ตัวยก และเรียงลำดับหมายเลข 1,2,3 ... ตามที่ปรากฏในเนื้อหา ไม่เว้นช่วงตัวอักษร (เช่น เนื้อหา1,7) หากมีการอ้างอิงเอกสารมากกว่าหนึ่งแหล่งและมีลำดับต่อเนื่องกันให้ใช้เครื่องหมายติดกัน (-) เชื่อมระหว่างเอกสารชิ้นแรกถึงชิ้นสุดท้าย แต่หากลำดับเอกสารไม่ต่อเนื่องกันให้ใช้เครื่องหมายจุลภาคคั่นตัวเลข (เช่น เนื้อหา1-3,6,9) และตัวเลขที่แสดงเอกสารอ้างอิง จะต้องตรงกับรายการเอกสารอ้างอิงในท้ายบทความ



การเขียนเอกสารอ้างอิง (References) ท้ายบทความ ให้อ้างอิงตามหมายเลขที่มีการอ้างอิงแทรกเนื้อหา (in-text citation) และเรียงลำดับต่อเนื่องกันโดยไม่แยกประเภทของเอกสารอ้างอิง เพื่อให้เป็นไปตามข้อกำหนดของฐานข้อมูลอาเซียน (ASEAN Citation Index:ACI) รายการอ้างอิงที่เป็นภาษาไทยให้ทำการแปลเป็นภาษาอังกฤษทุกรายการและให้ระบุคำว่า (in Thai) ไว้ท้ายรายการ และให้พิมพ์ต่อเนื่องกันไปจนจบแต่ละรายการ โดยไม่กด Enter ระหว่างกลาง (กด Enter เมื่อสิ้นสุดรายการเท่านั้น) และไม่เคาะ space เพื่อทำการจัดคำหรือจัดหน้า

สำหรับตัวอย่างของการเขียนเอกสารอ้างอิงที่ใช้อยู่ ได้แก่

การอ้างอิงบทความจากวารสาร ให้เขียนชื่อสกุลของผู้แต่งขึ้นก่อน เว้นวรรคตามด้วยอักษรย่อของชื่อต้น และชื่อกลางโดยไม่มีเครื่องหมายใด ๆ คั่น (กรณีผู้เขียนเป็นคนไทยให้เขียนนามสกุลเป็นภาษาอังกฤษ เว้นวรรคตามด้วยอักษรแรกของชื่อผู้เขียน เช่น ปราณอม ใจเก่งกล้า ให้เขียนเป็น Jaikengkla P. เป็นต้น) ถ้าผู้เขียนมีหลายคนแต่ไม่เกิน 6 คนให้ใส่ชื่อทุกคนโดยใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นระหว่างแต่ละคน และหลังชื่อสุดท้ายให้ใช้เครื่องหมายมหัพภาค (.) หากผู้เขียนมีมากกว่า 6 คนให้ใส่ชื่อผู้เขียน 6 คนแรก คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค และตามด้วยคำว่า “et al.” สำหรับข้อความขอให้ใช้ตัวพิมพ์เล็ก ตลอดทั้งข้อความ (ยกเว้นอักษรแรกของประโยค หรือคำเฉพาะ) ส่วนชื่อวารสารขอให้ใช้ชื่อเต็มของวารสารนั้น ๆ ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงจากวารสาร เช่น

References

1. Siritharungsri B, Soranastaporn S, Surachet M. Demand and the impact of the elderly living alone. *Journal of Gerontology and Geriatric Medicine* 2011;12(3):11–22.(in Thai).
2. Kaewprom C, Curtis J, Deane FP. Factors involved in recovery from schizophrenia; a qualitative study of Thai mental health nurses. *Nursing and Health Science* 2011;13:323–7.

สำหรับบทความที่มีรหัสประจำบทความดิจิทัล (Digital Object Identifier: DOI) ให้ระบุรหัสประจำบทความ เช่น

3. Mookadam F. Social support and its relationship to morbidity and mortality after acute myocardial infarction. *Arch Intern Med* 2004;164(14):1514–8. doi:10.1001/archinte.164.14.1514.

สำหรับบทความวารสารที่เผยแพร่บนอินเทอร์เน็ตหรือฐานข้อมูล ให้ผู้ค้นคว้าอ้างอิงข้อมูลจากแหล่งข้อมูลเดิมก่อนที่จะนำมาเผยแพร่เว็บไซต์ (โดยทั่วไปผู้เผยแพร่จะแจ้งแหล่งข้อมูลเดิมไว้ที่หน้าเว็บไซต์) หรือหากเป็นไปได้ขอให้หลีกเลี่ยงการอ้างอิงจากหน้าเว็บเพจ

การอ้างอิงจากหนังสือ การเขียนชื่อผู้เขียนหนังสือให้ใช้ข้อกำหนดเดียวกับชื่อผู้เขียนวารสาร ชื่อหนังสือให้ใช้ตัวอักษรตัวใหญ่เฉพาะอักษรตัวแรกของชื่อหนังสือและชื่อเฉพาะ นอกนั้นเป็นอักษรตัวเล็กหมด ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงจากหนังสือ เช่น

4. Streubert HJ, Carpenter DR. *Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative*. Garland Publishing; 2001.
5. Department of Mental Health. *Annual report 2006*. Bangkok: Idea Square. 2006.(in Thai).



การอ้างอิงจากวิทยานิพนธ์ให้ระบุประเภทหรือระดับปริญญาในวงเล็บเหลี่ยม เมืองที่ตั้งของมหาวิทยาลัย ชื่อมหาวิทยาลัย และปีที่ได้ส่งเล่มวิทยานิพนธ์ ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงจากวิทยานิพนธ์ เช่น

6. Mawat W. Clinical situational analysis of nursing management for patients with chronic kidney disease, Wang Nuea Hospital, Lampang Province [Master thesis]. Chiangmai: Chiangmai University. 2012. (in Thai).

การอ้างอิงจากฐานข้อมูลบนอินเทอร์เน็ตให้ระบุคำว่า [internet] ที่ท้ายชื่อเอกสาร ระบุวันที่เปิดเอกสาร โดยใช้คำว่า [Cited DD Month YYYY] ในวงเล็บเหลี่ยม และที่อยู่ของข้อมูลในอินเทอร์เน็ตโดยใช้คำว่า “Available from” อย่างไรก็ตามขอให้ผู้พิมพ์พิจารณาอ้างอิงจากแหล่งข้อมูลเดิมที่มีคนนำมาเผยแพร่ทางเว็บไซต์เพื่อให้เกียรติแก่เจ้าของข้อมูล ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงจากฐานข้อมูลบนอินเทอร์เน็ต เช่น

7. Olsen NC. Self-reflection: Foundation for meaningful nursing practice [internet]. 2015 [cited 14 August 2020]. Available from: http://www.reflectionsonnursingleadership.org/Pages/Vol39_2_Olsen_Nightingale.aspx
8. Leungratanamart L, Sudjainark S, Wattanaviroj N, Meelai. Factors influencing the executive function in preschool-age children. Nursing Journal of the Ministry of Public Health [internet]. 2021 [cited 23 March 2022];31(3):15-27. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/255634/173945>. (in Thai).

ส่วนเอกสารอ้างอิงในรูปแบบอื่นๆ ขอให้ผู้เขียนศึกษาเพิ่มเติมได้จากหลักการเขียนอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์ของคู่มือช่วยชูวงศ์ จากหอสมุดวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ที่

<http://lib.med.psu.ac.th/libmed2557/index.php/2013-09-04-07-04-05/2013-09-19-09-00-33/vancouver-style>

5. การส่งต้นฉบับบทความให้ผู้เขียนส่งบทความต้นฉบับบทความผ่านระบบ Thai Journal Online (ThaiJo) ทั้งนี้ผู้เขียนจะต้องทำการลงทะเบียนเพื่อเป็นสมาชิก ThaiJo ได้ที่ <https://www.tci-thaijo.org/> จากนั้นให้ผู้เขียนเข้าเว็บไซต์วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข โดยผ่านการสืบค้นผ่านเว็บไซต์ ThaiJo หรือเข้าไปที่ <http://www.tci-thaijo.org/index.php/tnaph> และให้ปฏิบัติตามคำแนะนำในการส่งต้นฉบับ ซึ่งทาง ThaiJo ได้เตรียมไว้ที่เมนู “For Author” ที่ขวามือของหน้าจอ หากมีปัญหาในการส่งต้นฉบับบทความผ่านระบบออนไลน์ให้ติดต่อกลับที่วารสารฯ

6. การจัดการบทความวิชาการเพื่อตีพิมพ์ในวารสาร เป็นไปตามขั้นตอนดังนี้

6.1 ผู้เขียนทำการส่งบทความวิชาการผ่านระบบออนไลน์ ThaiJo เมื่อสำเร็จทางกองบรรณาธิการวารสารจะได้รับจดหมายแจ้งเตือนจากระบบ ThaiJo ว่ามีบทความส่งเข้ามาที่วารสาร

6.2 บรรณาธิการวารสารฯ จะทำการตรวจสอบคุณภาพและรูปแบบของบทความเบื้องต้น หากพบไม่เป็นไปตามข้อกำหนดของวารสารฯ ก็จะส่งกลับให้ผู้พิมพ์ทำการแก้ไข จากนั้นให้ผู้พิมพ์ส่งบทความที่แก้ไขแล้วกลับเข้ามาใหม่ผ่านเมลของระบบ ThaiJo (โดยใช้ระบบ submission เดิม)

6.3 สำหรับบทความที่มีคุณภาพและรูปแบบตามที่วารสารฯ กำหนด ทางวารสารฯ จะส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 2-3 ท่านทำการพิจารณาและประเมินคุณภาพด้วยกระบวนการ double blinded review



6.4 เมื่อบทความได้รับการพิจารณาและประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ทางวารสารฯ จะส่งบทความกลับให้ผู้พิมพ์ทำการแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ให้ผู้พิมพ์ทำการแก้ไขและส่งบทความกลับผ่านระบบออนไลน์ภายในเวลาที่กำหนด (ในขั้นตอนนี้จะใช้ระยะเวลาและจำนวนครั้งมากหรือน้อยขึ้นกับมติเห็นชอบในคุณภาพของบทความจากกองบรรณาธิการวารสาร)

6.5 เมื่อบทความได้รับการแก้ไขจนมีคุณภาพสมบูรณ์แล้ว กองบรรณาธิการจะนำบทความไปจัดเรียงพิมพ์ และตรวจสอบความถูกต้องทั้งรูปแบบและการพิมพ์อักษร ในขณะเดียวกันจะส่งบทความให้ผู้พิมพ์ทำการตรวจสอบและยืนยันเนื้อหาบทความอีกครั้ง หากมีการแก้ไขกองบรรณาธิการจะนำกลับมาแก้ไข และเมื่อเสร็จเรียบร้อยแล้ว บทความจะถูกนำไปจัดทำเป็นวารสารในที่สุด

7. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขนี้มีกำหนดออกปีละ 3 ฉบับ ดังนี้ ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม และ ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม และตั้งแต่ฉบับที่ 1 ปีที่ 29 (มกราคม – เมษายน 2562) เป็นต้นไป ทางวารสารฯ จะเผยแพร่ในระบบออนไลน์ผ่านระบบ Thai Journal Online เท่านั้น ผู้สนใจเล่มวารสารฯ สามารถดาวน์โหลดไฟล์ต้นฉบับของวารสารได้ที่หน้าเว็บไซต์วารสาร



การติดต่อ

ผู้พิมพ์หรือผู้สนใจสามารถติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่

1. บรรณาธิการวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ดร.ศุภกรใจ เจริญสุข

โทรศัพท์/โทรสาร: 02-590-1974, 086-155-6862

E-mail : sukjai@bnc.ac.th

2. รองบรรณาธิการวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ดร.เชษฐา แก้วพรม

โทรศัพท์/โทรสาร : 02-590-1834, 086-382-4635

E-mail : wlg2552@gmail.com

3. ผู้จัดการ/ผู้ประสานงาน วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

นางสาวไศรี นวลอินทร์

โทรศัพท์/โทรสาร: 02-590-1834

E-mail : n.tnaph@gmail.com