



วารสาร การพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา Nursing Public Health and Education Journal ปีที่ 16 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2558 ISBN 0859-3949

การจัดการตนเองและครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

* ลักขณา ขอบเสียง

การแสดงผลงานความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย

* เสกสรรค์ มาตวั่งแสง, รศ. ดร.สิริมา ภิญโญนันตพงษ์, ร.ศ. ดร.บุญเชิด ภิญโญนันตพงษ์, ดร.ราชันย์ บุญธิมา

ผลของการใช้คู่มือดูแลตนเองต่อประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแลที่มีภาวะซึมเศร้า

* วัลลภา ทรงพระคุณ, ปาริชาติ มาบัน

ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 - 6 ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์

* พิชราภรณ์ ไชยสังข์ เสาวลักษณ์ ทรัพย์อาภรณ์, ดร.ยศพล เหลือโสมภา

ปัจจัยที่มีอิทธิพลเชิงสาเหตุที่มีผลต่อความตั้งใจแสดงพฤติกรรมการใช้งาน

ระบบ E-learning ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี

* อาคม ไพธิสุวรรณ, สุภาภรณ์วรรณ

ปัจจัยที่มีผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาล

ในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์

* ดร.สุชาดา อินทรกำแหง ณ ราชสิมา

อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลัน

แบบโมอิลอยด์ ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

* จุฑาทิพย์ ไพเรืองโสม, สุรพล เวียงนนท์, กฤติกา สุวรรณรุ่งเรือง, สุพรรณิ พรหมเทศ

การสนับสนุนจากสามีการสนับสนุนจากครอบครัวและปัจจัยส่วนบุคคล

ที่มีอิทธิพลต่อการดำรงบทบาทมารดาวัยรุ่น

* สุกัญญา ปานเจริญ, แพรพรรณ แสงทองรุ่งเจริญ

ประสบการณ์ความสุขของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราในเขตภาคใต้

* นุราฮิดา เจ๊ะมามะ, วิภาวี คงอินทร์และจารุวรรณ มานะสุการ

การดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าของผู้สูงอายุ

* ดร. ปณณธร ชัยวัฒน์, ดร. สมานจิต ภิรมย์รัตน์

การรับรู้ ทักษะคิด และการมีส่วนร่วมในระบบประกันคุณภาพการศึกษาภายใน

ของบุคลากรวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสายบุรี

* วรรณภา พิพัฒน์อนวงศ์, ภัทธนาธิษฐ์ จอแสง, สุปราณี ไชยขจรกุล, ปัทมา นนทรี และณิชา กองอินทร์



วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา

ปีที่ 16 ฉบับที่ 3 กันยายน ธันวาคม 2558 ISBN 0859-3949

วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิชาการในรูปแบบรายงานวิจัย (Research Article) และบทความปริทัศน์ (Review Article) สาขาการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา

กำหนดการออกวารสาร

ทุกๆ 4 เดือน (ปีละ 3 ฉบับ)

มกราคม เมษายน

พฤษภาคม สิงหาคม

กันยายน ธันวาคม

เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา

312 หมู่ 11 ต.บ้านต้อม อ.เมือง จ.พะเยา 56000

โทรศัพท์ 0-5443-1779 โทรสาร 0-5443-1889

ที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ ดร. เวทิน นพินิตย์

ผู้อำนวยการ Professional Associates of Thailand

ดร. สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา

บรรณาธิการ

ดร. ปณณธร ชัชรรัตน์

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ดร. กฤตพัทธ์ ฝึกฝน ดร. ดลนภา หงษ์ทอง

เลขานุการ

อาจารย์จรรยา แก้วใจบุญ

อาจารย์สมศรี ทาทาน

อาจารย์อัมพร ยานะ

อาจารย์วรัญญากร โนใจ

อาจารย์สุพิชญา เสมอเชื้อ

นางสาว วินิตตรา เพ็งเสงี่ยม

กองบรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.อุทัย ภิรมย์รัตน์

มหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น

รองศาสตราจารย์ ดร.สุภารัตน์ ลิทธิสมบัติ

มหาวิทยาลัยเดอนะเนชั่น

รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพลนธการกิจกุล

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

รองศาสตราจารย์ ดร.พรรณพิไล ศรีอาราณ์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เดชา ทำดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นฤมล สิงห์ตง

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ดร.สมานจิต ภิรมย์รัตน์

ผู้อำนวยการหลักสูตรศึกษาศาสตรดุษฎีบัณฑิต

มหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น

ดร.บรรจง ไชยรินคำ

มหาวิทยาลัยพะเยา

ดร.ประจวบ แผลมหลัก

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

ดร.นุสรา ประเสริฐศรี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สรรพสิทธิประสงค์

ดร.สุชาดา อินทรคำแห่ง ณ ราชสีมา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์

ดร.ปณณธร ชัชรรัตน์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา

ดร.กฤตพัทธ์ ฝึกฝน

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา

ดร.ดลนภา หงษ์ทอง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา

สารบัญ

	หน้า
● การจัดการตนเองและครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง	3
● การแสดงหลักฐานความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่น ของแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย	12
● ผลของการใช้คู่มือดูแลตนเองต่อประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแลที่มีภาวะซึมเศร้า	23
● ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมบริโภคอาหาร ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 – 6 ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์	36
● ปัจจัยที่มีอิทธิพลเชิงสาเหตุที่มีผลต่อความตั้งใจแสดงพฤติกรรมการใช้งาน ระบบ E-learning ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี	46
● ปัจจัยที่มีผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาล ในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์	56
● อัตรารอดชีพของผู้ป่วยเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันแบบไม่อีลอยด์ ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	64
● การสนับสนุนจากสามีการสนับสนุนจากครอบครัวและปัจจัยส่วนบุคคล ที่มีอิทธิพลต่อการดำรงบทบาทมารดาวัยรุ่น	74
● ประสิทธิภาพความสุขของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราในเขตภาคใต้	83
● การดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าของผู้สูงอายุ	100
● การรับรู้ ทักษะคิด และการมีส่วนร่วมในระบบประกันคุณภาพการศึกษาภายใน ของบุคลากรวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่	109



การจัดการตนเองและครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

Self- and Family Management in Chronic Kidney Disease

ลักขณา ขอบเสียง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

บทคัดย่อ

โรคไตเรื้อรังเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขของนานาประเทศรวมทั้งประเทศไทย แนวทางการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังที่สำคัญคือการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจัดการตนเองและสนับสนุนให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิต ควบคุมอาหาร ควบคุมความดันโลหิตและควบคุมการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ทั้งนี้เพื่อชะลอการเสื่อมของไตและคงไว้ซึ่งการทำงานที่ของไตให้ยาวนานที่สุด ป้องกันการดำเนินโรคไปสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย อันจะทำให้ผู้ป่วยเหล่านั้นมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา บทความนี้นำเสนอแนวคิดที่ได้ปรับปรุงใหม่ในการจัดการตัวเองของผู้ป่วยและครอบครัว (Self-and family management) สำหรับผู้ป่วยไตเรื้อรัง โดยได้ปรับแนวคิดที่เน้นให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และมุ่งเน้นการแยกแยะบทบาทหน้าที่ของแต่ละส่วนในกระบวนการจัดการโรคไตเรื้อรังภายใต้เงื่อนไขของผู้ป่วยแต่ละราย ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญและเป็นกลไกกลางในการเชื่อมโยงในการจัดการการดูแลตนเองของผู้ป่วยและการจัดการของครอบครัว ทั้งนี้เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการรักษา และตอบสนองความยั่งยืนด้านนโยบายสุขภาพและยกระดับวิธีการการจัดการตนเองและครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังให้เกิดผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

คำสำคัญ : การจัดการตนเองและครอบครัว, โรคไตเรื้อรัง

Abstract

Chronic kidney disease is a chronic disease that creates public health problems of other countries, including Thailand. The guidelines for the care of patients with chronic kidney is also important are the self-management of the patient and the participation of family to encourage patients to modify their lifestyle, diet control, blood pressure control, and medication control. In order to slow chronic kidney disease progression and maintain the kidney's function the longest from the early stages, which will allow those patients with a quality of life improved. This paper presents a revised concept for self-management of patients and their families (Self-and family management) for patients with chronic kidney disease. This concept that focuses on family involvement, support for self-management of chronic kidney disease patients and is focused on identifying the roles of each part of the process of managing chronic kidney disease, the condition of each patient. Therefore, the nurses have an important role in linking a central mechanism to manage patients caring and the management of patient's family with chronic kidney disease. In order to decrease cost effectiveness and



meet sustainability in health policy and elevate themselves and their families how to manage patients with chronic kidney disease results more efficiently.

Keywords : Self-and Family Management, Chronic Kidney Disease

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease; CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขอย่างหนึ่งของประเทศไทย เมื่อการดำเนินของโรคเข้าสู่ภาวะโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End stage kidney disease) ร่างกายไม่สามารถขจัดของเสียออกจากร่างกาย ตลอดจนมีภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่และกรดต่างในร่างกาย ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต เช่น การล้างไตทางช่องท้อง การฟอกเลือด หรือการปลูกถ่ายไต เพื่อยืดชีวิตและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (สมพร ชินโนรสและ ชูติมา ดีปัญญา, 2556)

ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2557 (ไทยรัฐ ออนไลน์, 2557) สถานการณ์โรคไตของประชากรในประเทศระบุว่าคนไทยป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังประมาณ 8,000,000 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย 2000,000 ราย และมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นปีละประมาณ 10,000 ราย รอคอยผ่าตัดเปลี่ยนไตใหม่ประมาณ 40,000 ราย ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไตเพียงปีละ 400 รายเท่านั้น โดยใช้เวลารอประมาณ 3 ปี มีผู้เสียชีวิตจากไตวายมากกว่าปีละ 13,000 ราย ซึ่ง 1 ใน 3 นั้นมีอายุน้อยกว่า 60 ปี และที่สำคัญผู้ป่วยไต 1 รายจะมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยอยู่ที่ 30,000 บาทต่อคนต่อเดือน เนื่องจากต้องได้รับการฟอกไตด้วยวิธีฟอกเลือด หรือล้างไตผ่านหน้าท้อง ซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูง ทำให้แต่ละปีต้องใช้งบประมาณมากกว่า 3,000 ล้านบาท และคาดว่าในปี 2560 นี้จะต้องใช้งบประมาณมากกว่า 17,000 ล้านบาท

โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเป็นโรคที่ไม่มีทางรักษาให้หายขาด ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง มี

ผลกระทบทางกายและทางใจ เกิดความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า ท้อแท้และสิ้นหวังในการดำเนินชีวิต รวมทั้งความสามารถในการปฏิบัติงานเปลี่ยนแปลงไป อันจะมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และการวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เป็นดัชนีชี้วัดหนึ่งของการประเมินผลลัพธ์ของการรักษาซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากประสิทธิภาพของการรักษาโรคไม่ได้มุ่งเน้นเพียงให้ผู้ป่วยรอดชีวิตเท่านั้น แต่ยังต้องพิจารณาถึงการมีชีวิตที่ยืนยาว การทนทุกข์ทรมานกับอาการของโรค และผลข้างเคียงของการรักษาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยให้น้อยที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ (สมพร ชินโนรสและ ชูติมา ดีปัญญา, 2556) ดังนั้นการได้รับการวินิจฉัยและแนวทางการปฏิบัติตั้งแต่ระยะเริ่มแรกจึงมีความสำคัญยิ่ง

แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่ระยะเริ่มแรกมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยชะลอการเสื่อมของไตคงไว้ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยยืดระยะเวลาการดำเนินโรคเข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายให้นานที่สุด เนื่องจากพบว่าระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจะเริ่มลดลงเมื่อการดำเนินโรคเข้าสู่ภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 2-3 (Moderate CKD) และจะลดลงเรื่อยๆเมื่อเข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ดังนั้นเมื่อการดำเนินโรคมีความรุนแรงมากขึ้นผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลและจัดการตนเอง

อย่างไรก็ตามจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมกับโรคเนื่องจากโรคไตเรื้อรังในระยะเริ่มต้นถึงปานกลางเป็นระยะที่ยังไม่ปรากฏอาการผิดปกติที่ชัดเจนทำให้ผู้ป่วยไม่เห็นความสำคัญและไม่ตระหนักถึงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (สุนิสาสิมม, 2556) ทั้งนี้จากผลการวิจัยที่ผ่านมาได้มีการกล่าวถึงแนวคิดการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยเสนอแนะไว้ว่าการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังให้มีการจัดการตนเองที่เหมาะสมจะทำให้มีประสิทธิภาพในการปรับปรุงผลลัพธ์ทางคลินิกและช่วยลดค่าใช้จ่าย



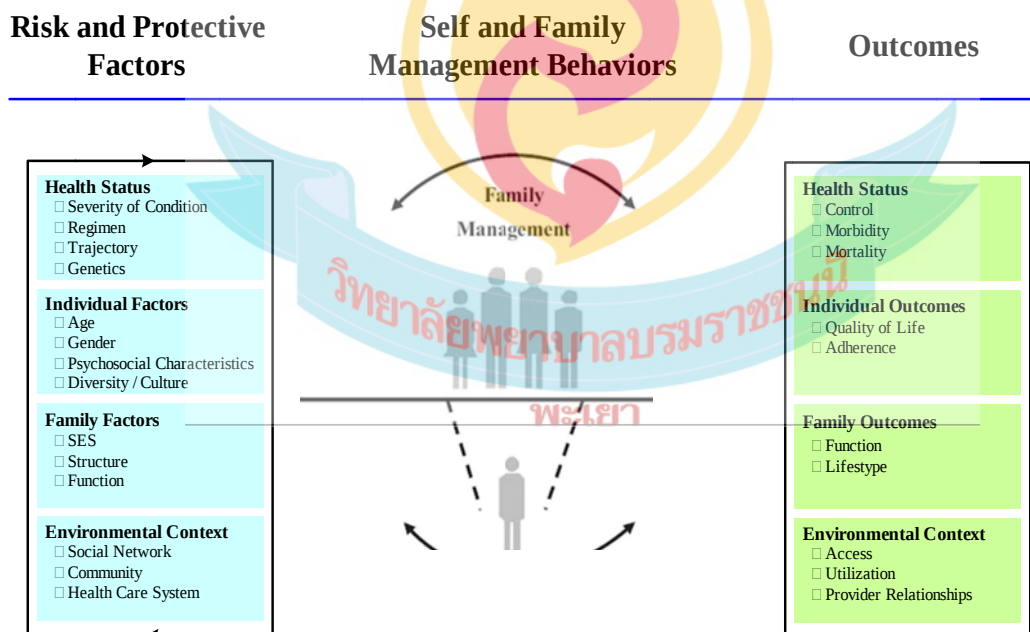
ได้มากกว่าการให้ความรู้เพียงอย่างเดียว(สุนิสาสิม, 2556) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าแนวคิดการจัดการตนเองนั้นเป็นกลวิธีหนึ่งที่มีความสนใจในการนำมาเป็นแนวทางช่วยเหลือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังให้เหมาะสมได้

วัตถุประสงค์ของบทความนี้ ผู้เขียนต้องการนำเสนอกรอบแนวคิดที่ได้ปรับปรุงใหม่สำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ด้วยหลักวิธีการจัดการตนเองและครอบครัว (Self-and family management) โดยผู้เขียนได้นำเสนอในมิติของการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ซึ่งมีความเป็นพลวัตร พร้อมทั้งวิจารณ์ความเหมือนความแตกต่างของแนวคิดซึ่งจะมีประโยชน์ในการใช้เป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาการให้บริการสุขภาพในมิติของการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ยั่งยืน

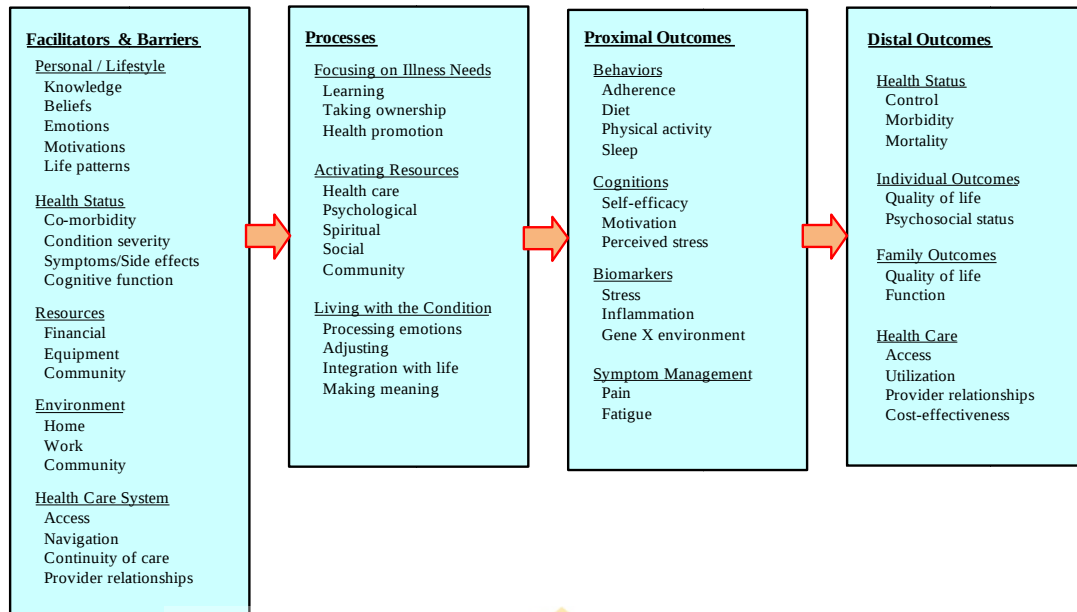
แนวคิดใหม่ในการจัดการตนเองและครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

การจัดการตนเอง หมายถึง ความรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยและครอบครัวในการจัดการกับโรคและการรักษาด้วยตนเองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนส่งเสริมสุขภาพและเป็นการหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกันระหว่างผู้ป่วยครอบครัวและเจ้าหน้าที่สุขภาพโดยใช้ความรู้ความเชื่อทักษะและความสามารถในการกำกับตนเองและการสนับสนุนทางสังคม (สุนิสาสิม, 2556)

ในปี ค.ศ. 2015 Margaret Grey และคณะ (2015) ได้นำเสนอกรอบแนวคิดที่ได้ปรับปรุงใหม่จากกรอบแนวคิดเดิมในรูปที่ 1 เกี่ยวกับการจัดการตัวเองและครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยเกื้อหนุนและอุปสรรคกระบวนการ ผลลัพธ์ระยะสั้น และผลลัพธ์ระยะยาว ดังรูปที่ 2 และมีรายละเอียดดังนี้



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการจัดการตนเองและครอบครัว
(The Original Self- and Family Management Framework)
(Grey M, Knafl K and Mccorkle R, 2006)



รูปที่ 2 กรอบแนวคิดการจัดการตนเองและครอบครัวที่ปรับปรุงใหม่
(The Revised Self- and Family Management Framework)
(Grey M, Schulman-Green D, Knafl K and Reynolds NR, 2015)

1. ปัจจัยเกื้อหนุนและอุปสรรค (Facilitators and Barrier)

หัวข้อนี้กล่าวถึงรายละเอียดของคุณลักษณะเฉพาะของรูปแบบการใช้ชีวิตสถานะสุขภาพ แหล่งสนับสนุนสภาพแวดล้อม และระบบบริการสุขภาพ เนื่องจากปัจจัยเหล่านี้ต่างมีผลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้งสิ้น นอกจากนั้นแล้วยังได้อธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับคำจำกัดความของ “สังคมและวัฒนธรรม” ต่อการจัดการครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดการในครอบครัวที่มีผู้ป่วยร่วมอยู่ด้วย ซึ่งการสร้างเครือข่ายทางสังคมของครอบครัวนับเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีในการเป็นปัจจัยเกื้อหนุนให้ผู้ป่วยเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเอง ในขณะที่ตัวกันอาจเป็นอุปสรรคต่อการจัดการตนเองด้วยเช่นกันในกรณีที่ต้องมีการตอบสนองกับบุคคลที่อยู่นอกเครือข่ายสังคมของครอบครัวดังนั้นจะต้องมีแนวทางการจัดการดังกล่าวดังนี้

คุณลักษณะเฉพาะของรูปแบบการใช้ชีวิต (Personal/Life style)

ปัจจัยด้านคุณลักษณะเฉพาะบุคคลและรูปแบบการใช้ชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเอง ประกอบด้วย ภูมิความรู้ของผู้ป่วย ความเชื่อ อารมณ์ แรงจูงใจและรูปแบบการใช้ชีวิต จะมีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว จะเห็นได้ว่า ความรู้เกี่ยวกับเงื่อนไขต่างๆ ของการใช้ชีวิตเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความจำเป็นและมีส่วนร่วมในการจัดการตนเอง ความเชื่อด้านสุขภาพมีอิทธิพลต่อหลายๆอย่างในการดูแลรักษาของผู้ป่วย ด้านอารมณ์ก็จะมีอิทธิพลต่อการจัดการตนเอง ความทุกข์ทางจิตใจทำให้เกิดความเครียด ความกลัวความวิตกกังวลและอารมณ์จะมีผลในเชิงบวกหรือเชิงลบเกี่ยวกับการจัดการตนเองและการจัดการกับอาการของโรคไตเรื้อรังเช่นภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จะมีผลกระทบด้านการจัดการตนเอง ทำให้ผู้ป่วยไม่สนใจดูแลรักษาตนเองเป็นต้น โดยเฉพาะในผู้ป่วยไตเรื้อรังที่เป็นเด็ก สิ่งแวดล้อมและ



สภาพบรรยากาศภายในครอบครัวจะมีผลโดยตรงต่อผู้ป่วยเป็นอย่างมาก การสร้างแรงจูงใจสำหรับการจัดการตนเอง ประสพการณ์การจัดการตนเอง ตลอดจนการยอมรับต่อการเปลี่ยนชีวิตที่จะเกิดขึ้นจะมีอิทธิพลและเป็นทักษะต่อพฤติกรรมจัดการตนเองอย่างยิ่ง สำหรับครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง การดูแลจากบุคคลในครอบครัวร่วมกันจะส่งผลต่อผู้ป่วยเป็นอย่างมาก นอกจากนี้การมีความรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลที่ถูกต้อง การรู้จักปรับระดับการบริโภคของผู้ป่วยในบ้าน ตลอดจนการรู้เป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยแต่ละกรณี เป็นสิ่งสำคัญมากสำหรับแนวทางการจัดการตนเองส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดียิ่งขึ้น ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและสร้างความเข้าใจร่วมกันเกี่ยวกับการพิจารณาเลือกแนวทางการรักษาและวางแผนเป้าหมายการรักษาจะก่อให้เกิดการตัดสินใจที่เหมาะสมมากยิ่งขึ้นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย

สถานะสุขภาพ (Health status)

สถานะสุขภาพของแต่ละบุคคลและแต่ละครอบครัว จะมีผลกระทบต่อความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วย ปัจจัยที่เกี่ยวข้องประกอบด้วยโรคที่เกิดร่วมกับโรคที่เป็นอยู่เช่น ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมักจะมีโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วม ซึ่งระดับความรุนแรงของโรคมีผลต่อการจัดการตนเอง เช่น เป็นโรคไตเรื้อรังในระยะต่างๆ ก็จะมี ความรุนแรงต่างกันอาการและผลข้างเคียงของโรครวมทั้งการรับรู้ของผู้ป่วยและครอบครัวต่อโรคที่เป็นอยู่ ปัจจัยเหล่านี้จะก่อให้เกิดความซับซ้อนของการรักษาและจำเป็นต่อการจัดการตนเองและครอบครัว

แหล่งสนับสนุน (Resources)

มีผลต่อการจัดการตนเองในหลายมิติ ประกอบด้วย สถานะทางการเงิน วัสดุอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง และระบบสนับสนุนจากชุมชนมีผลต่อการ

จัดการตนเอง เพราะถ้าผู้ป่วยหรือครอบครัวมีสถานะทางการเงินและหรือแหล่งสนับสนุนอื่นๆไม่ดีย่อมส่งผลต่อแนวทางการรักษา ถึงแม้จะมีหน่วยงานสาธารณสุขสนับสนุนก็ตาม

สภาพแวดล้อม (Environmental) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทั้งที่บ้านและอาชีพ ที่ทำงาน ตลอดจนชุมชนที่อาศัย ล้วนแล้วแต่มีผลต่อการจัดการตนเองทั้งสิ้น แต่สภาพแวดล้อมที่บ้านเป็นสิ่งสำคัญที่สุดที่จะนำไปสู่ความสำเร็จของแนวทางการจัดการตนเอง เช่นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้อง ถ้าสภาพแวดล้อม สถานที่ล้างไตไม่เหมาะสมจะทำให้การจัดการตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวไม่ประสบความสำเร็จ รวมทั้งสถานที่ทำงานและชุมชนที่อยู่อาศัย ล้วนมีผลต่อการจัดการตนเองและครอบครัวเช่น สุขอนามัยด้านบริโภค การเข้าร่วมกิจกรรม และการใช้ยาสมุนไพร ยาพื้นบ้านดังนั้นการที่บุคคลและครอบครัวที่อาศัยอยู่ในชุมชนใดๆ ชุมชนสามารถมีอิทธิพลที่สำคัญเกี่ยวกับความสามารถในการจัดการการเจ็บป่วย เช่นในชุมชนเมืองมักยุ่งยากที่จะหาสถานที่ที่ปลอดภัยในการออกกำลังกายหรือการทำกิจกรรมต่างๆ หรือการหาอาหารเพื่อสุขภาพ แต่ในขณะที่ครอบครัวที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชนบทยังเผชิญกับความท้าทายในการเข้าถึงบริการที่จำเป็นและความต้องการการสนับสนุน

ระบบบริการสุขภาพ (Health systems)

เป็นส่วนที่สำคัญอีกประการ ซึ่งประกอบด้วย การเข้าถึงระบบบริการ แนวทางปฏิบัติ ระบบการดูแลต่อเนื่อง และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ จะมีผลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวในการจัดการโรคไตเรื้อรัง การขาดโอกาสในการเข้าถึงด้านการดูแลรักษาหรือการดูแลรักษาที่ไม่ต่อเนื่องย่อมส่งผลโดยตรงและทำให้กระบวนการจัดการตนเองขาดประสิทธิภาพ

จะเห็นได้ว่าปัจจัยต่างๆข้างต้นเป็นทั้งปัจจัยเกื้อหนุน และอุปสรรคต่อการจัดการตนเอง ซึ่ง



สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การให้ความรู้ที่เฉพาะเจาะจงกับลักษณะของโรค การรับรู้ความเชื่อ แหล่งสนับสนุน สภาพแวดล้อม และการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพมีส่วนช่วยให้การจัดการตนเองประสบความสำเร็จ ดังนั้นจึงต้องคำนึงและประเมินปัจจัยต่างๆ เหล่านี้เป็นเบื้องต้นก่อนเสมอ

2. กระบวนการจัดการตนเอง

(Self-management processes)

รูปแบบของกระบวนการจัดการตนเองที่ Margaret Grey และคณะ (2015) ได้ปรับปรุงและนำเสนอในแนวคิดใหม่นี้ ยังได้มีการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามวิธีการแบบการสังเคราะห์ห่อหุ้ม (Meta synthesis) เพื่อกำหนดกรอบแนวคิดใหม่ รวมทั้งยังได้ค้นคว้าเพิ่มเติมจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของ Ryan and Sawin (2009) ซึ่งได้นำเสนอเกี่ยวกับกระบวนการจัดการตนเองเพื่อการเสริมสร้างความรู้และความเชื่อของผู้ป่วย เช่น การให้รับรู้ถึงความสามารถตนเอง การสร้างทักษะและความสามารถของตนเอง เช่น การตรวจสอบตนเอง และสิ่งอำนวยความสะดวกด้านสังคม เช่น การได้รับการสนับสนุนเพื่อส่งเสริมในกระบวนการจัดการทางอารมณ์ของผู้ป่วยซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็นมากสำหรับการจัดการโรคเรื้อรังต่างๆ โดยกระบวนการจัดการตนเองและครอบครัวผู้ป่วยในแนวคิดที่ได้ปรับปรุงใหม่นี้จะประกอบด้วย การจัดการตนเองที่มุ่งเน้นตามความต้องการของความเจ็บป่วย การสนับสนุนกระตุ้นการจัดการตนเองและการใช้ชีวิตกับสภาวะความเจ็บป่วยดังนี้

การจัดการตนเองที่มุ่งเน้นตามความต้องการของความเจ็บป่วย (Focusing on Illness Need)

โดยจะสะท้อนถึงการเรียนรู้เกี่ยวกับสภาวะการเป็นเจ้าของความต้องการด้านสุขภาพ ผู้ป่วยและครอบครัวต้องบอกถึงความต้องการการดูแล การตอบสนองต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น รวมถึงตระหนัก

และใส่ใจต่อโรคพร้อมที่จะดูแลตนเองร่วมกับครอบครัว เพื่อการสร้างกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ตรงกับความต้องการและตอบสนองต่อความเจ็บป่วยตามรายกรณี ดังนั้นสิ่งสำคัญคือพยาบาลต้องประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวให้ตรงตามความเจ็บป่วย เพื่อจะได้จัดกิจกรรมการดูแลส่งเสริมสุขภาพได้ตรงประเด็น โดยมีผู้ป่วยและครอบครัวร่วมเรียนรู้และตระหนักในการดูแลตนเองร่วมด้วย ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังบางรายอาจมีความต้องการการดูแลตนเองตามกรณี เช่น การรับประทานยาเฉพาะโรค การออกกำลังกาย การควบคุมความดันโลหิต การรับประทานยาตามแผนการรักษา หรือการดูแลตนเองในการฟอกเลือด หรือการล้างไตทางหน้าท้อง เป็นต้น

การสนับสนุนการจัดการตนเอง (Activating resources)

เป็นการมุ่งเน้นไปที่ระบบการดูแลสุขภาพ ดังนั้นควรมีแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้คุณภาพ ตามมาตรฐาน มีการจัดระบบบริการตั้งแต่การเข้าถึงบริการ จนกระทั่งการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การดูแลด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมักจะมีภาวะเครียด เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ดังนั้นพยาบาลนอกจากจะดูแลด้านร่างกายแล้วต้องประเมินและดูแลด้านจิตใจร่วมด้วย การประเมินความรู้ความเชื่อของผู้ป่วย โดยเชื่อว่าความรู้และความเชื่อส่งผลกระทบต่อสมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) ในการปฏิบัติพฤติกรรม ดังนั้นพยาบาลจึงต้องประเมินพื้นฐานด้านความรู้และความเชื่อที่ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมของผู้ป่วยแต่ละรายก่อนให้การดูแลเพื่อนำไปสู่การให้ความรู้ที่สอดคล้องกับความรู้และความเชื่อของแต่ละบุคคล นอกจากนี้ยังสนับสนุนทางสังคมและชุมชนยังเอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่ดีได้ พยาบาลต้องทำหน้าที่เอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคม ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือกันระหว่างบุคคลครอบครัวและเจ้าหน้าที่สุขภาพเช่นการสนับสนุนข้อมูลโดยการ



แจกคู่มือการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังการสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพหรือเจ้าหน้าที่สุขภาพได้ง่ายเช่นการโทรศัพท์ติดต่อสอบถามหรือขอคำแนะนำเพิ่มเติมเมื่อมีปัญหาหรือข้อสงสัย (สุนิสาสีผม, 2556)

การใช้ชีวิตกับสภาวะความเจ็บป่วย (Living with the condition)

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจะมีการตอบสนองทางอารมณ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงอันจะส่งผลต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น พยาบาลและครอบครัวควรทำหน้าที่คอยให้คำแนะนำช่วยเหลือผู้ป่วยในการจัดการด้านอารมณ์เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในทางลบ รวมถึงการจัดการถึงการปรับตัวของผู้ป่วย ประเมินผู้ป่วยว่าสามารถปรับตัวกับโรคที่เป็นอยู่ได้หรือไม่ สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ถูกต้องหรือไม่ เพื่อจะได้คอยดูแลช่วยเหลือได้ตรงประเด็น ให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวผสมผสานการใช้ชีวิตภายใต้ความเจ็บป่วยได้อย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมถึงการให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายในชีวิต ตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเองที่ช่วยในการชะลอความเสื่อมของไตด้วยตนเองโดยพยาบาลทำหน้าที่คอยให้คำแนะนำเกี่ยวกับเป้าหมายที่เหมาะสมจะเห็นได้ว่าปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยคุกคาม (Facilitators and barrier) จะส่งผลต่อกระบวนการการจัดการตนเองและครอบครัว (Self-management processes) ซึ่งจะเชื่อมโยงถึงผลลัพธ์ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว (Proximal and distal outcomes)ตามมา

3. ผลลัพธ์ระยะสั้น (Proximal Outcome)

ผลลัพธ์ระยะสั้น (Proximal outcome) ประกอบด้วยพฤติกรรมด้านสุขภาพการรับรู้ข้อบ่งชี้ทางชีวภาพ (Biomarkers) การจัดการกับอาการและ

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการจัดการด้วยตัวเองและครอบครัว ซึ่งจะเป็นสิ่งนำไปสู่ผลลัพธ์ในระยะยาวที่ดี

พฤติกรรมด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการพักผ่อนที่เพียงพอการรับรู้ประกอบด้วย ความสามารถในการจัดการตนเอง การสร้างแรงจูงใจ การจัดการความเครียด

ข้อ บ่ง ชี้ ทาง ชี ว ภา พ (Biomarkers) ประกอบด้วย การลดความเครียด การลดความรุนแรงของโรค ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การ จัด การ กับ อ า การ (Symptom management) เช่น ซีด เหนื่อยอ่อนเพลีย การขับถ่ายปัสสาวะ เป็นต้น

จากการค้นคว้างานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าการรับรู้การยอมรับการเปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวจะต้องเป็นส่วนเดียวกันและต้องร่วมกันจัดการรับมือกับอาการของผู้ป่วยที่จะมีขึ้นทุกรูปแบบวิธีการเรียนรู้สังคมตามทฤษฎีต่างๆ ตามที่ Margaret Grey และคณะ (2015) ได้นำเสนอการสร้างแรงจูงใจผ่านการฝึกอบรมกลุ่มคนงานที่ป่วยโรคเบาหวานและโรคข้ออักเสบ เพื่อสร้างแรงจูงใจ เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น ด้วยวิธีจากการที่มุ่งเน้นในรูปแบบการให้คำปรึกษาผู้ป่วยเป็นแบบศูนย์กลางเพื่อให้เกิดความรู้ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยการช่วยเหลือเพื่อนที่ป่วยด้วยกัน โดยให้ผู้ป่วยสำรวจและค้นหาวิธีแก้ไขปัญหาและความสับสนในใจตามวิธีการที่ Margaret Grey และคณะ (2015) ได้นำเสนอไว้วิธีการสร้างแรงบันดาลใจจะตระหนักและยอมรับว่าผู้ป่วยย่อมมีระดับอาการป่วยที่แตกต่างกัน ดังนั้นจึงต้องมีการเตรียมความพร้อมที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมที่จะเกิดขึ้นได้ เทคนิคการสร้างแรงบันดาลใจได้ถูกนำมาใช้มากขึ้นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการจัดการกับอาการของโรคเรื้อรัง นอกจากนั้นแล้ว Margaret Grey และคณะ (2015) ได้นำเสนอการปรับปรุงประสิทธิภาพการจัดการตนเอง ด้วยการให้ตัว



บ่งชี้ทางชีวภาพ (Biomarker) เช่นลดความเครียด ลดการอักเสบ เข้ามาร่วมด้วย

การจัดการกับอาการ (Symptom management) โดยมากแล้วมักจะพิจารณาแยกออกจากการจัดการตนเอง แต่ในความเป็นจริงแล้วผู้ป่วยและครอบครัวกลับต้องเผชิญกับความท้าทายในการจัดการกับอาการโรคเรื้อรังเหล่านั้น ดังนั้นการจัดการกับอาการความเจ็บปวด จึงต้องจัดอยู่ในส่วนของการจัดการตนเองด้วย

4. ผลลัพธ์ระยะยาว (Distal Outcomes)

กรอบแนวคิดที่นำเสนอในบทความนี้ ผลลัพธ์ระยะยาวยังคงไม่มีการเปลี่ยนแปลงมากนัก นอกเหนือจากการประเมินค่าใช้จ่ายและความคุ้มค่าที่เกิดขึ้น ยังมีผลลัพธ์ระยะยาวด้านต่างๆ ดังนี้

สภาวะสุขภาพ (Health status) ประกอบด้วย การควบคุม อัตราการเกิดโรคอัตราการป่วยและอัตราการเสียชีวิต

ผลลัพธ์ส่วนบุคคล (Individual outcomes) ประกอบด้วยคุณภาพชีวิต และสภาวะของสุขภาพจิตแล้วแต่มีความสำคัญต่อความรู้สึกของความเป็นอยู่ของผู้ป่วยและส่งผลลัพธ์การรักษา

ผลลัพธ์ด้านครอบครัว (Family out-comes) ประกอบด้วยคุณภาพชีวิตของบุคคลในครอบครัว และการทำหน้าที่ของบุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การทำหน้าที่ของบุคคลในครอบครัวจะมีความสำคัญยิ่งต่อการจัดการตนเองและครอบครัว

ระบบบริการสุขภาพ (Health care) ประกอบด้วย การเข้าถึงบริการ สิทธิประโยชน์สัมพันธภาพกับผู้ให้บริการ และประสิทธิผลการรักษา

วิจารณ์

กรอบแนวคิดการจัดการตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามที่ Margaret Grey และคณะได้นำเสนอไว้ทั้งสองครั้งนั้น ผู้เขียนได้ศึกษาวิเคราะห์แล้วพบว่า มีประเด็นที่คล้ายคลึงกัน

และแตกต่างกันโดยแนวคิดเดิมนั้นยังขาดรายละเอียดที่ชัดเจนในขั้นตอนกระบวนการจัดการผู้ป่วยและครอบครัว (Process of the self-and family management) และขั้นตอนการประเมินผลลัพธ์ ซึ่งถือว่าเป็นขั้นตอนที่สำคัญมาก เนื่องจากเป็นส่วนที่ต้องอธิบายถึงแนวทางการปฏิบัติ และการวัดผลลัพธ์ที่ชัดเจนของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อการดูแลการจัดการที่ถูกต้อง กรอบแนวคิดที่ปรับปรุงใหม่ที่น่าสนใจในบทความนี้ ให้ความสำคัญของการจัดการตนเองและครอบครัวร่วมกันและมุ่งเน้นในด้านการสร้างความรู้ความเข้าใจในบทบาทการจัดการตนเองและครอบครัวที่มีผู้ป่วย ซึ่งเป็นการปรับปรุงจากกรอบแนวคิดเดิม เพื่อสะท้อนให้เห็นถึงความซับซ้อนของการจัดการตัวเองและครอบครัว โดยได้อธิบายชี้แจงในส่วนที่เป็นปัจจัยเกื้อหนุนและอุปสรรคในการจัดการผู้ป่วย กระบวนการจัดการตนเองและสมาชิกในครอบครัว ตลอดจนการนำเสนอผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น โดยคาดหวังว่ากรอบแนวคิดที่ปรับปรุงใหม่นี้ จะสามารถนำมาใช้เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติ และการวิจัยด้านการจัดการตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวได้ในอนาคต โดยเฉพาะในส่วนงานที่มีการจัดการโรคที่ซับซ้อน เช่นโรคไตเรื้อรังโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น

แนวคิดที่ได้ปรับปรุงใหม่ในการจัดการตนเองและครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ทำให้พยาบาลและผู้ดูแลสามารถทำความเข้าใจถึงปัจจัยเกื้อหนุนและอุปสรรค กระบวนการจัดการตนเอง ผลลัพธ์ที่เกิดจากการจัดการตนเองทั้งในระยะสั้นและระยะยาวได้ละเอียดมากขึ้น สะท้อนให้เห็นมุมมองที่ชัดเจนขึ้น กล่าวคือ ปัจจัยเดียวกัน ได้แก่ การดำเนินโรค สิ่งแวดล้อมด้านร่างกาย การรับรู้สามารถเป็นได้ทั้งปัจจัยเกื้อหนุนและอุปสรรค ความเข้าใจดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ในการออกแบบแผนการดูแลรักษา (Intervention) การประเมินผลลัพธ์ (Outcomes) อันจะนำไปสู่การใช้กระบวนการวิจัยในการทดสอบต่อไป



นอกจากนั้นแล้ว เพื่อพัฒนาระบบการดูแลที่ยั่งยืน จำเป็นต้องมีนโยบายด้านสุขภาพที่สอดคล้องต่อการนำไปประยุกต์ เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดียิ่งขึ้น ทั้งนี้นโยบายดังกล่าวจะต้องพิจารณาการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว โดยพยาบาลและทีมสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการออกแบบแนวทางปฏิบัติตามกรอบแนวคิดและนำไปประยุกต์ใช้ ทั้งนี้เพื่อให้บรรลุเป้าหมายทั้งในระยะสั้นและระยะยาวได้ในที่สุด

สรุปกรอบแนวคิดที่ได้รับการปรับปรุงใหม่เกี่ยวกับการจัดการตนเองและครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (Self-and Family Management) ที่นำเสนอจะเน้นจะเป็นการพัฒนาอีกระดับของการจัดการตนเองของผู้ป่วย และยังเป็นแนวทางสำหรับการศึกษาดูตามพฤติกรรมของผู้ป่วยและ ครอบครัว และพัฒนาบทบาทอิสระของพยาบาล ซึ่งจะเป็นกลไกกลางในการเชื่อมโยงและประสานการรักษากับบุคลากรทีมสุขภาพ เพื่อการจัดการการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวให้เกิดผลลัพธ์ที่ดียิ่งขึ้นรวมถึงยังเป็นแนวทางที่อำนวยความสะดวกในการออกแบบงานวิจัยที่เหมาะสมภายใต้บริบทของผู้ป่วยแต่ละรายทั้งนี้เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการรักษา เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและตอบสนองความยั่งยืนด้านนโยบายสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

- ไทยรัฐ ออนไลน์. (2557). เผยสถานการณโรคไตในไทย คาดป่วยไตเรื้อรังแล้ว 8 ล้านคน. (สืบค้นเมื่อ9 มีนาคม 2557); เข้าถึงได้จาก <http://www.thairath.co.th/content/408650>.
- สมพร ชินโนรส และ ชุตินา ดีปัญญา. (2556).คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือด.วารสาร เกื้อการุณย์, 20(1), 5-14.
- สุนิสา สีมม. (2556). การจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง.วารสารพยาบาลสภาาชาดไทย, 6 (1),12-18.
- Grey M, Knafk K and Mccorkle R. (2006). A framework for the study of self-and family Management of chronic conditions. *Nurse Outlook*, 54, 278-286.
- Grey M, Schulman-Green D, Knafk K andReynolds NR. (2015). A revised self-and family Management framework. *Nurse Outlook*, 63, 162-170.
- Ryan P and Sawin KJ. (2009). The individual land family self-management theory: background and perspectives on context, process, and outcome. *Nurse Outlook*, 57, 217-225.



การแสดงผลฐานความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของแบบ ประเมินพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย

Validity and Reliability Evidence of Health Behavior Assessment Form of Preschool Children

เสกสรร มาตังแสง

โรงเรียนเทศบาลวัดเนินสุทธาวาส

รองศาสตราจารย์ ดร.สิริมา ภิญโญนันตพงษ์

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

รองศาสตราจารย์ ดร.บุญเชิด ภิญโญนันตพงษ์

มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

ดร.ราชนันท์ บุญธิมา

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์สำคัญเพื่อสร้างแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยโดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะเพื่อ 1) แสดงหลักฐานความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาและความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างของแบบประเมิน 2) แสดงหลักฐานความเชื่อมั่นของแบบประเมินและดัชนีความสอดคล้องของผู้ประเมินกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย เป็นนักเรียนชั้นอนุบาลปีที่ 3 อายุ 5-6 ปี ที่กำลังศึกษาในโรงเรียนสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดชลบุรีภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2557 ซึ่งได้มาจากการสุ่มแบบสองขั้นตอน (Two-Stage Random Sampling) จำนวน 120 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยซึ่งเป็นมาตรฐานประเมินค่า 4 ระดับที่วัดพฤติกรรมสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่ด้านสุขอนามัยส่วนตัว ด้านทันตสุขภาพ ด้านการบริโภค และด้านความปลอดภัย

ผลการวิจัยพบว่า แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยมี 4 ด้าน แต่ละด้านมี 3 ตัวบ่งชี้รวม 12 ตัวบ่งชี้ แต่ละตัวบ่งชี้ประกอบด้วยข้อรายการ 3 ข้อ รวม 36 ข้อซึ่งได้แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่มีคุณภาพโดยมีการแสดงผลฐาน ดังนี้ 1) หลักฐาน

แสดงความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินมีค่า IOC สูง อยู่ระหว่าง .60 - 1.00 หลักฐานแสดงความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างของแบบประเมินโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ CITC มีค่าอยู่ระหว่าง .20 - .86 และการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันว่าแบบประเมินที่สร้างขึ้นมีโมเดลอันดับแรก (First order) เหมาะสมกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ได้ค่า Chi-square เท่ากับ 154.87 ($P < .05$) ค่า GFI เท่ากับ .83 และค่า RMSEA เท่ากับ .14 2) หลักฐานแสดงความเชื่อมั่นของแบบประเมินโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's Alpha) โดยรวมของผู้ประเมินคนที่ 1 คนที่ 2 และคนที่ 3 เท่ากับ .90 , .93 และ .93 ตามลำดับและหลักฐานแสดงดัชนีความสอดคล้องของผู้ประเมินโดยใช้สูตร RAI เท่ากับ .95 ซึ่งมีค่าสูงตามเกณฑ์

คำสำคัญ : พฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย , การสร้างแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ, หลักฐานความเที่ยงตรง , ความเชื่อมั่น , ดัชนีความสอดคล้องของผู้ประเมิน

Abstract

The main purpose of this research was to construct a health behavior assessment form of



preschool children. The specific objectives of the study were to examine 1) the content validity evidence and the construct validity of the assessment form; and 2) the reliability evidence of the assessment form, and also the Rater Agreement Index of the assessors. The sample used in the research was 120 kindergarten students, with 5-6 years of age, who were studying at schools under Chonburi Local Administrative Organization, in second semester of 2014 academic year selected by two-stage random sampling. The research instrument was a 4-rating scale health behavior assessment form of preschool children in 4 areas of Personal Health, Dental Health, Consumption, and Safety.

The research results revealed that the assessment form consisted of 4 areas with 3 indicators each, totally 12 indicators. Each indicator comprised 3 items, totally 36 items. A health behavior assessment form of preschool children with quality was therefore obtained with evidence as follows. 1) The IOC of content validity evidence of the assessment form was between .60-1.00. The construct validity evidence of the assessment form using CITC was between .20-.86. The confirmatory factor analysis indicated that the first order of the constructed form had a goodness of fit with the empirical data with Chi-square of 154.87 ($P < .05$), GFI of .83, and RMSEA of .14. 2) The reliability evidence of the assessment form using Cronbach's alpha of 1st, 2nd, and 3rd assessors was .90, .93 and .93 respectively. The rater agreement index evidence of the assessors using RAI was .95 which was high according to the criteria.

Key Words : Health behavior of preschool children, Construction of a health behavior assessment form, Validity evidence, Reliability, Rater Agreement Index

บทนำ

เด็กปฐมวัยเป็นช่วงวัยที่สำคัญที่สุดของการวางรากฐานพัฒนาการทุกด้านทั้งทางร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคมและสติปัญญา เป็นช่วงวัยแห่งพลังการเรียนรู้และการเจริญเติบโตของชีวิต ซึ่งการปูพื้นฐานให้เด็กมีความพร้อมนั้นขึ้นอยู่กับ การฝึกอบรมเลี้ยงดูเด็กตั้งแต่เยาว์วัยการจัดการศึกษาและการพัฒนาเด็กปฐมวัยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เด็กทุกคนเจริญเติบโตและเรียนรู้ได้อย่างมีความสุข ให้มีความพร้อมตามศักยภาพของแต่ละบุคคลภายใต้บริบทสังคมวัฒนธรรมที่เด็กอาศัยอยู่ ด้วยความรัก ความเอื้ออาทร และความเข้าใจของทุกคน เพื่อสร้างรากฐานคุณภาพชีวิตให้เด็กพัฒนาไปสู่ความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ ดังที่สิริมา ภิญโญนันตพงษ์ (Sirima Pinyoanuntapong, 2013) ได้กล่าวไว้ว่า การพัฒนาคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของเด็กปฐมวัยไทย ผู้ปกครองต้องคอยดูแลและคอยสอนเด็ก โรงเรียนต้องเตรียมพร้อมในการจัดให้เด็กมีทั้งความรู้และคุณธรรม และการเตรียมพร้อมเด็กสำหรับการอยู่ในโลกภายนอกทุกส่วนของสังคมต้องเป็นแบบอย่างที่ดีสำหรับเด็กซึ่งสอดคล้องกับจุดหมายหลักสูตรการศึกษาปฐมวัย พุทธศักราช 2546 ที่มุ่งให้เด็กมีพัฒนาการสมวัยทุกด้าน สำหรับพัฒนาการด้านร่างกายเป็นพัฒนาการที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง ดังที่ได้กำหนดไว้ในมาตรฐานคุณลักษณะที่พึงประสงค์ข้อที่ 1 คือมีร่างกายเจริญเติบโตตามวัยและมีสุขนิสัยที่ดีโดยเป็นการส่งเสริมสนับสนุนให้เด็กปฐมวัยมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงสมวัย รู้จักการดูแลสุขภาพ การปฏิบัติตนตามสุขอนามัย รู้จักการรักษาความปลอดภัยของตนเองและผู้อื่นในกิจวัตรประจำวัน (สำนักมาตรฐานและวิชาการ, 2546) ซึ่งคุณลักษณะดังกล่าวเป็นสิ่งที่สำคัญที่ควรส่งเสริมให้กับเด็กปฐมวัย



เป็นอย่างแรกเพราะการมีสุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์จะเป็นจุดเริ่มต้นและเป็นพื้นฐานของการพัฒนาทุกด้าน เด็กที่มีวิถีสุขภาพที่ดีย่อมสามารถก้าวไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีรวมทั้งสามารถพัฒนาทักษะด้านต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพพร้อมที่จะก้าวไปสู่โลกแห่งการเรียนรู้ตั้งนั้นในช่วง 6 ปีแรกของชีวิตจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการสร้างรากฐานสำหรับสุขภาพ

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ.2554 – 2559) ได้ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพ ในยุทธศาสตร์การพัฒนาคนสู่สังคมแห่งการเรียนรู้ตลอดชีวิตอย่างยั่งยืน พบว่าสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงในปัจจุบัน คนไทยได้รับการพัฒนาศักยภาพทุกช่วงวัย แต่ยังมีปัญหาด้านสติปัญญา คุณภาพการศึกษา และมีพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพ โดยเด็กมีภาวะโภชนาการเกินและโรคอ้วนจากพฤติกรรมบริโภคที่ไม่เหมาะสม โดยในปี 2549 เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีภาวะโภชนาการเกินถึงร้อยละ 10.6 และคาดว่าอีก 10 ปีข้างหน้า 1 ใน 5 ของเด็กปฐมวัยจะเป็นโรคอ้วน และได้กำหนดให้มีการส่งเสริมการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม โดยสร้างเสริมสุขภาพคนไทยให้มีความแข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ พัฒนาความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว ชุมชน (สำนักงานคณะกรรมการแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2555) การส่งเสริมสุขภาพจะเป็นวิธีที่ช่วยให้ประชาชนสุขภาพดี เปรียบเสมือนการฉีดวัคซีนทางสังคมทำให้สังคมมีภูมิคุ้มกัน โดยเริ่มต้นตั้งแต่วัยเด็ก (Childhood) เป็นวัยที่เหมาะสมอย่างยิ่งสำหรับการส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่เด็กเริ่มเรียนรู้พฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพ เริ่มสร้างทัศนคติ คุณค่า ตลอดจนการรับรู้ในเรื่องสุขภาพ พฤติกรรมที่เรียนรู้ในช่วงวัยเด็กจึงเป็นพื้นฐานสำคัญต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในวัยผู้ใหญ่ (ลดวาลัย ประทีปชัยกูร, 2545) เพราะเด็กเป็นผู้ที่กำลังเจริญเติบโตและการพัฒนาการเป็นผู้ใหญ่ในอนาคต การส่งเสริมให้เด็กสามารถดูแลสุขภาพตนเองตามวัยโดย

ฝึกฝนและดูแลให้เด็กกระทำอย่างถูกต้องจะทำให้เด็กมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ดี (วิมล ธนสุวรรณ, 2551) การที่จะรู้ว่าเด็กแต่ละคนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมถูกต้องหรือไม่ สามารถสังเกตได้จากการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของเด็กแต่ละคน เพื่อได้ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพช่วยให้ครูและผู้เกี่ยวข้องหาวิธีในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องให้กับเด็กตั้งแต่เยาว์วัย

ในการประเมินพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยให้ได้ผลตรงกับความเป็นจริงต้องอาศัยเครื่องมือวัดที่มีคุณภาพซึ่งจะส่งผลต่อความน่าเชื่อถือของผลการวิจัยการบ่งบอกถึงคุณภาพของเครื่องมือวัดที่ใช้ในการวิจัยคือความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นดังที่ ขวาล แพร่ตกุล (2552) ได้กล่าวไว้ว่า เครื่องมือวัดที่ดีจะต้องมีความเที่ยงตรงสูง โดยสามารถทำหน้าที่วัดในสิ่งที่เราต้องการจะวัดได้อย่างถูกต้องตามความมุ่งหมาย และต้องมีความเชื่อมั่นสูง โดยสามารถให้คะแนนคงที่และแน่นอน ซึ่งสอดคล้องกับบุญเชิด ภิญโญนนตพงษ์ (2553) ได้กล่าวถึง ลักษณะของเครื่องมือวัดที่มีคุณภาพว่าจะต้องมีความเที่ยงตรงและต้องมีความเชื่อมั่นหรือความเชื่อถือได้ จึงจะเชื่อได้ว่าเป็นเครื่องมือวัดที่ดีสำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยซึ่งเป็นชนิดมาตรประเมินค่า (Rating Scales) 4 ระดับโดยแบ่งพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยออกเป็น 4 ด้านได้แก่ด้านสุขอนามัยส่วนตัว ด้านทันตสุขภาพ ด้านการบริโภค และด้านความปลอดภัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการสังเกตพฤติกรรมสุขภาพของเด็กตามสภาพจริงขณะปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดังที่สิริมา ภิญโญนนตพงษ์ (2553) ได้กล่าวถึงการวัดและประเมินตามสภาพจริงว่าเป็นวิธีการที่เหมาะสมกับเด็กปฐมวัย เนื่องจากเด็กปฐมวัยเรียนรู้ได้ดีที่สุดโดยผ่านกิจกรรมการปฏิบัติ (Children-learn best through movement) ดังนั้นการประเมินพฤติกรรมเด็กควรทำการวัดและประเมินขณะเด็กทำกิจกรรมอยู่



จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพนั้นมีความสำคัญอย่างยิ่งที่ควรได้รับการประเมินเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการดูแลให้เหมาะสมและจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยไม่พบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย ซึ่งเป็นเครื่องมือที่จำเป็นและสำคัญมากที่จะช่วยให้ครูรู้ถึงระดับพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย ซึ่งการที่จะประเมินพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยได้อย่างถูกต้องและนำผลการประเมินไปใช้ให้เกิดประโยชน์ได้นั้นคุณภาพของแบบประเมินที่จะนำไปใช้ต้องมีความเชื่อถือได้ โดยพิจารณาจากคุณสมบัติที่สำคัญของเครื่องมือวัด คือ ความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่น ผู้วิจัยจึงสนใจสร้างแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยที่มีคุณภาพ โดยการแสดงหลักฐานความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยเพื่อให้ได้เครื่องมือวัดที่มีคุณภาพนำไปใช้ในการศึกษาปฐมวัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์สำคัญเพื่อสร้างแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยโดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะเพื่อ 1) แสดงหลักฐานความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินและความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างของแบบประเมิน 2) แสดงหลักฐานความเชื่อมั่นของแบบประเมินและดัชนีความสอดคล้องของผู้ประเมิน

ระเบียบวิธีการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย

ขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อให้ทราบถึงแนวคิด

และองค์ประกอบต่างๆของพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย

2. สัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) กับผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ และด้านการศึกษาปฐมวัยเกี่ยวกับองค์ประกอบต่างๆของพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย

3. จัดการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ครูปฐมวัยที่มีประสบการณ์การสอนเด็กปฐมวัยในโรงเรียนสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดชลบุรี ไม่น้อยกว่า 5 ปี จำนวน 12 ราย

4. นำข้อมูลเหล่านั้นมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ได้เป็นนิยามเชิงปฏิบัติการ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขอนามัยส่วนตัวด้านทันตสุขภาพด้านการบริโภคและด้านความปลอดภัย

5. สร้างแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยจำนวน 4 ด้าน แต่ละด้านมี 3 ตัวบ่งชี้ รวม 12 ตัวบ่งชี้ แต่ละตัวบ่งชี้ประกอบด้วยข้อรายการ 6 ข้อ รวม 72 ข้อ

6. ออกแบบกฎเกณฑ์การให้คะแนน (Scoring Rubric) เป็นชนิดมาตราประเมินค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ที่กำหนดค่าระดับ 1-4 ดังนี้ คะแนน 1 หมายถึงเด็กไม่แสดงพฤติกรรมหรือแสดงพฤติกรรมไม่ถูกต้องคะแนน 2 หมายถึงเด็กแสดงพฤติกรรมได้ด้วยตนเองเป็นบางครั้งคะแนน 3 หมายถึงเด็กแสดงพฤติกรรมได้ด้วยตนเองเป็นส่วนใหญ่นักเรียน 4 หมายถึง เด็กแสดงพฤติกรรมได้ด้วยตนเองทุกครั้ง

7. นำแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่านพิจารณาตรวจสอบความสอดคล้องของข้อรายการประเมินกับนิยามเชิงปฏิบัติการเพื่อแสดงหลักฐานความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

8. นำแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย ไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างคือเด็กนักเรียนชาย – หญิง อายุ 5 – 6 ปีที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นอนุบาลปีที่ 3 ภาคเรียนที่ 2 ปี



การศึกษา 2557 ของโรงเรียนสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดชลบุรี จำนวน 120 คนซึ่งได้มาจากการสุ่มแบบสองขั้นตอน (Two-Stage Random Sampling)

9. นำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อแสดงหลักฐานความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง(Construct Validity) แสดงหลักฐานความเชื่อมั่นของแบบประเมิน (Reliability) และแสดงหลักฐานดัชนีความสอดคล้องของผู้ประเมิน (RAI)

10. จัดทำแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยฉบับสมบูรณ์ และคู่มือการใช้

การจัดกระทำและวิเคราะห์ข้อมูล

1. แสดงหลักฐานความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยใช้ค่า IOC (Index of Item Objective Congruence)

2. แสดงหลักฐานค่าอำนาจจำแนกรายข้อโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนข้อรายการแต่ละข้อกับคะแนนรวมข้ออื่นๆ ในแต่ละด้านของแบบประเมินโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์CITC (Corrected Item-total Correlation)

3. แสดงหลักฐานความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างด้วยวิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirm Factor Analysis)

4. แสดงหลักฐานความเชื่อมั่นของแบบประเมินโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's Alpha)

5. แสดงหลักฐานดัชนีความสอดคล้องของผู้ประเมินโดยใช้สูตร RAI (Rater Agreement Index)

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่าแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยมี 4 ด้านแต่ละด้านมี 3 ตัวบ่งชี้รวม 12 ตัวบ่งชี้ แต่ละตัวบ่งชี้ประกอบด้วยข้อรายการ 3 ข้อ รวม 36 ข้อซึ่งเป็นมาตรฐานประเมินค่า 4 ระดับ ได้แก่ 1) ด้านสุขอนามัยส่วนตัวประกอบด้วยตัวบ่งชี้การรักษาความสะอาดของใบหน้า และลำตัว การ

รักษาความสะอาดมือ เท้าและเล็บ และการรักษาความสะอาดในการขับถ่าย 2) ด้านทันตสุขภาพประกอบด้วยตัวบ่งชี้การแปรงฟันอย่างถูกวิธี การรักษาความสะอาดช่องปาก และการรักษาความสะอาดอุปกรณ์แปรงฟัน 3) ด้านการบริโภคประกอบด้วยตัวบ่งชี้การบริโภคอาหารหลัก การบริโภคเครื่องดื่มนม และการปฏิบัติตนขณะรับประทานอาหาร 4) ด้านความปลอดภัยประกอบด้วยตัวบ่งชี้การใช้ของเล่น เครื่องมือเครื่องใช้ต่างๆ การใช้เครื่องเล่นสนาม บ่อทราย และการใช้สถานที่ภายในบริเวณโรงเรียน ซึ่งแบบประเมินที่สร้างขึ้นมีคุณภาพสามารถใช้ประเมินพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยได้ โดยมีการแสดงหลักฐานความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่น ดังนี้

1. การแสดงหลักฐานความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาและความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง ของแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยปรากฏผลดังนี้

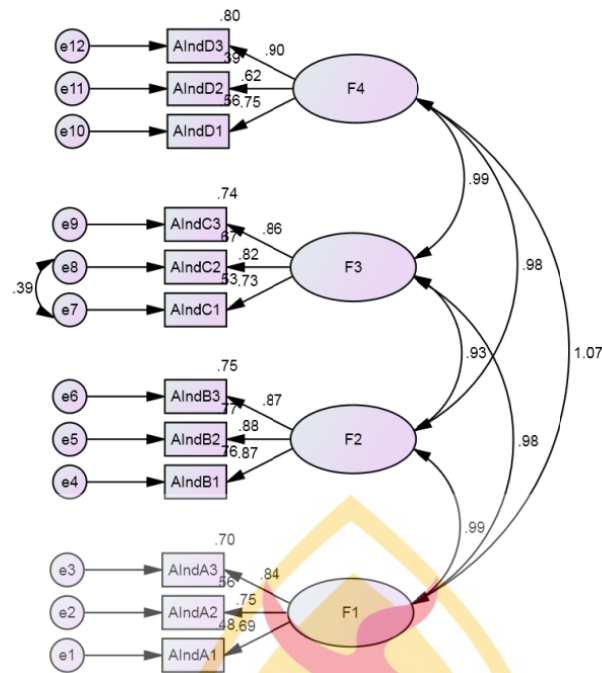
1.1 หลักฐานแสดงความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินโดยการนำแบบประเมินที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ประเมินค่า IOC แล้วคัดเลือกข้อที่มีค่าอยู่ระหว่าง .60 - 1.00

1.2 หลักฐานแสดงค่าอำนาจจำแนกรายข้อของแบบประเมินโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนข้อรายการแต่ละข้อกับคะแนนรวมข้ออื่นๆ แต่ละด้านของแบบประเมินโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ CITC แล้วคัดเลือกไว้จำนวน 36 ข้อ ที่มีค่าอยู่ระหว่าง .20 - .86

1.3 หลักฐานแสดงความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างของแบบประเมินด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis) พบว่า โมเดลของแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยเหมาะสมพอดีกับข้อมูลเชิงประจักษ์ จำแนกตามองค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยได้ค่า Chi-square



เท่ากับ 154.87 ($P < .05$) ค่า GFI เท่ากับ .71 และค่า RMSEA เท่ากับ .14 ซึ่งแสดงว่าโมเดลของการประเมินกับข้อมูลเชิงประจักษ์มีความเหมาะสมดี ปรากฏผลดังแสดงในภาพประกอบ 1



Chi-square = 154.87 ,df = 47 , P = .00
GFI = .83 , AGFI = .71 , RMSEA = .14 , CFI = .96

ภาพประกอบ 1 ผลการประมาณค่าสัมประสิทธิ์องค์ประกอบโมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับหนึ่ง (First Order)

และได้ค่า SRW (Standardized Regression Weights) และค่า SMC (Squared Multiple Correlations) ซึ่งเป็นความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของแต่ละข้อรายการ มีค่าตั้งแต่ .63 - .90 และ .39 - .80 ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง



ตาราง 1 ค่าสถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน

โครงสร้างแบบประเมิน	ตัวบ่งชี้	SRW	SMC
1. ด้านสุขอนามัยส่วนตัว	1.1 การรักษาความสะอาดของใบหน้าและลำตัว	.69	.48
	1.2การรักษาความสะอาดมือ เท้าและเล็บ	.74	.56
	1.3การรักษาความสะอาดในการขับถ่าย	.84	.70
2. ด้านทันตสุขภาพ	2.1 การแปรงฟันอย่างถูกวิธี	.87	.76
	2.2 การรักษาความสะอาดช่องปาก	.88	.77
	2.3การรักษาความสะอาดอุปกรณ์แปรงฟัน	.87	.75
3. ด้านการบริโภค	3.1 การบริโภคอาหารหลัก	.73	.53
	3.2 การบริโภคเครื่องดื่ม ขนม	.82	.67
	3.3 การปฏิบัติตนขณะรับประทานอาหาร	.86	.74
4. ด้านความปลอดภัย	4.1 การใช้ของเล่น เครื่องมือเครื่องใช้ต่างๆ	.75	.56
	4.2 การใช้เครื่องเล่นสนาม บ่อทราย	.63	.39
	4.3 การใช้สถานที่ภายในบริเวณโรงเรียน	.90	.80

2. การแสดงหลักฐานความเชื่อมั่นของแบบประเมินและดัชนีความสอดคล้องของผู้ประเมินของแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยปรากฏผลดังนี้

2.1 หลักฐานแสดงความเชื่อมั่นของแบบประเมิน พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's Alpha) ของคะแนนแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยโดยรวมของผู้ประเมินคนที่ 1 คนที่ 2 และคนที่ 3 เท่ากับ .90 , .93 และ .93 ตามลำดับ ซึ่งมีค่าสูงกว่า .70 ทุกค่า แสดงว่าแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีค่าความเชื่อมั่นตามเกณฑ์สามารถนำไปใช้ได้ดังแสดงในตาราง

ตาราง 2 ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมิน

โครงสร้างแบบประเมิน	ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's Alpha)		
	ผู้ประเมินคนที่ 1	ผู้ประเมินคนที่ 2	ผู้ประเมินคนที่ 3
1. ด้านสุขอนามัยส่วนตัว	0.67	0.71	0.87
2. ด้านทันตสุขภาพ	0.80	0.81	0.93
3. ด้านการบริโภค	0.82	0.86	0.83
4. ด้านความปลอดภัย	0.66	0.78	0.58
รวม	0.90	0.93	0.93



2.2 หลักฐานแสดงดัชนีความสอดคล้องของผู้ประเมินโดยใช้สูตร RAI (Rater Agreement Index) โดยใช้วิธีการของเบอร์รี – สตอก (Burry-Stock, Judith A. and other, 1966) มีค่าเท่ากับ .95 แสดงว่าแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีค่าดัชนีความสอดคล้องของผู้ประเมินมีค่าสูงเป็นไปตามเกณฑ์ตั้งแต่ .70ขึ้นไปจึงสามารถนำไปประเมินพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยได้

อภิปรายผล

ผลการวิจัย พบว่า แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยมี 4 ด้านแต่ละด้านมี 3 ตัวบ่งชี้ รวม 12 ตัวบ่งชี้ แต่ละตัวบ่งชี้ประกอบด้วยข้อรายการ 3 รายการ รวม 36 รายการซึ่งเป็นมาตรฐานประเมินค่า 4 ระดับ ได้แก่ 1) ด้านสุขอนามัยส่วนตัวประกอบด้วยตัวบ่งชี้การรักษาความสะอาดของใบหน้า ผมและศีรษะ การรักษาความสะอาดมือ เท้าและเล็บ และการรักษาความสะอาดในการขับถ่าย 2) ด้านทันตสุขภาพประกอบด้วยตัวบ่งชี้การแปรงฟันอย่างถูกวิธีการรักษาความสะอาดช่องปาก และการรักษาความสะอาดอุปกรณ์แปรงฟัน 3) ด้านการบริโภคประกอบด้วยตัวบ่งชี้การบริโภคอาหารหลัก การบริโภคเครื่องดื่มนม และการปฏิบัติตนขณะรับประทานอาหาร 4) ด้านความปลอดภัยประกอบด้วยตัวบ่งชี้การใช้ของเล่น เครื่องมือเครื่องใช้ต่างๆ การใช้เครื่องเล่นสนาม บ่อทราย และการใช้สถานที่ภายในบริเวณโรงเรียนซึ่งในการตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัย เพื่อให้มีความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่น ผู้วิจัยมีประเด็นสำคัญในการอภิปรายผล ดังนี้

1. การแสดงหลักฐานความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินและความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างของแบบประเมินสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1.1 หลักฐานแสดงค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมิน โดยการหาค่า IOC ซึ่งได้ค่าระหว่าง .60 - 1.00 แสดงว่าแบบประเมินพฤติกรรม

สุขภาพของเด็กปฐมวัยที่สร้างขึ้นสามารถประเมินได้ตรงตามนิยามเชิงปฏิบัติการที่กำหนดไว้เป็นไปตามเกณฑ์ตั้งแต่ .50 ขึ้นไป จึงสามารถนำไปใช้ได้ซึ่งสอดคล้องกับบุญเชิด ภิญโญอนันตพงษ์ (2553) ศิริชัย กาญจนวาสี (2552) กมลวรรณ ตังธนากานท์ (2557) และบุญศรี พรหมมาพันธุ์ (2556) ที่กล่าวว่าดัชนีความสอดคล้องจะต้องมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ .50 จึงจะถือว่าข้อรายการนั้นวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์

1.2 หลักฐานแสดงค่าอำนาจจำแนกรายข้อโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนข้อรายการแต่ละข้อกับคะแนนรวมแต่ละด้านของแบบประเมินโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ CITC ได้ค่าอยู่ระหว่าง .20 ถึง .86 แสดงว่าแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพมีค่าอำนาจจำแนกเป็นไปตามเกณฑ์ตั้งแต่ .20 ขึ้นไปจึงสามารถนำไปใช้ได้ซึ่งสอดคล้องกับบุญเชิด ภิญโญอนันตพงษ์ (2553) ที่กล่าวว่าค่าอำนาจจำแนกรายข้อของเครื่องมือวัดจะมีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ -1.0 ถึง +1.0 ในทางทฤษฎีต้องการค่าอำนาจจำแนกที่มีค่าบวกสูงๆ เข้าใกล้ +1.0 แต่ในทางปฏิบัติจะเลือกข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ +0.2 ขึ้นไปสอดคล้องกับสมคิด พรหมจรรย์ (2555) ที่กล่าวว่าข้อคำถามที่มีค่าเข้าใกล้ 1.0 แสดงว่าข้อคำถามนั้นมีค่าอำนาจจำแนกสูงสามารถนำไปใช้ได้ แต่ถ้าข้อคำถามข้อใดมีค่าต่ำเข้าใกล้ 0 แสดงว่าข้อคำถามนั้นมีค่าอำนาจจำแนกต่ำ ใช้ไม่ได้และสอดคล้องกับพรณี ลีกิจวัณณะ (2556) ที่กล่าวถึงการกำหนดเกณฑ์อำนาจจำแนกของแบบประเมินที่จะเลือกมาใช้ตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไปจนถึงระดับสูง และสูงมาก คือมีค่าตั้งแต่ .20 ขึ้นไป ข้อที่มีอำนาจจำแนกต่ำกว่า .20 โดยปกติจะไม่นำมาใช้

1.3 หลักฐานแสดงค่าความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis) พบว่าโมเดลของแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยเหมาะสมพอดีกับข้อมูลเชิงประจักษ์ จำแนกตาม



องค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยได้ ค่า Chi-square เท่ากับ 154.87(P <.05) ค่าGFI เท่ากับ .71 และค่า RMSEA เท่ากับ .14 ซึ่งแสดงว่า โมเดลของการประเมิณกับข้อมูลเชิงประจักษ์มีความเหมาะสมดี ผลการทดสอบดังกล่าวเป็นการแสดงหลักฐานว่าแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยมีความเที่ยงตรงในการประเมินเมื่อพิจารณาจากไปสู่การตรวจให้คะแนนโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์มีความเหมาะสมดีกันทุกองค์ประกอบโดยในแต่ละองค์ประกอบจะมีส่วนย่อยที่มีความเกี่ยวข้องกันทั้งนี้ เป็นเพราะว่าในแต่ละส่วนย่อยที่มีการแบ่งกลุ่มข้อรายการนั้น ผู้วิจัยพิจารณาการแบ่งกลุ่มย่อยตามลักษณะของข้อรายการประเมินโดยยึดนิยามเชิงปฏิบัติการของแต่ละองค์ประกอบตามเกณฑ์ เนื่องจากในแต่ละข้อรายการประเมินประกอบด้วยข้อรายการประเมินครบตามจุดประสงค์ ผลการวิเคราะห์จึงให้ผลสอดคล้องกันและเป็นพยานหลักฐานสนับสนุนความเที่ยงตรงของแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นซึ่งสอดคล้องกับบุญเชิด ภิญโญอนันตพงษ์ (2545) ได้กล่าวถึงการแสดงหลักฐานความเที่ยงตรงว่าเครื่องมือประเมินนั้นสามารถประเมินขอบเขตความหมายหรือคุณลักษณะประจำตามโครงสร้างทางทฤษฎีที่สมมติขึ้นนั้นได้เพียงใดคำว่า โครงสร้าง(Construct) ในที่นี้ให้หมายถึงตัวประกอบ(Factor) จึงเรียกความเที่ยงตรงตามโครงสร้างนี้อีกอย่างหนึ่งว่า “หลักฐานแสดงความเที่ยงตรงตามองค์ประกอบ” และสอดคล้องกับ สิริมา ภิญโญอนันตพงษ์ (SirimaPinyoanuntapong, 2013A) ที่ได้ศึกษาองค์ประกอบอุปนิสัยธรรมของเด็กปฐมวัยด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory FactorAnalysis) ผลการศึกษาพบว่าองค์ประกอบอุปนิสัยธรรมของเด็กปฐมวัย มี 8 ด้าน ซึ่งพิจารณาจากผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับหนึ่ง (First Order) และอันดับสอง (SecondOrder) ซึ่งโมเดลขององค์ประกอบกับข้อมูลเชิงประจักษ์มีความเหมาะสมดี แสดงว่า องค์ประกอบอุปนิสัยธรรมของ

เด็กปฐมวัย ประกอบด้วย 8 ด้านแต่ละด้านมี 3 ตัวบ่งชี้ รวม 24 ตัวบ่งชี้ ได้แก่ ความขยัน ความประหยัด ความซื่อสัตย์ ความมีระเบียบวินัย ความสุขภาพ ความสะอาด ความสามัคคี และความมีวินัย

2. การแสดงหลักฐานความเชื่อมั่นของแบบประเมินและดัชนีความสอดคล้องของผู้ประเมินสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

2.1 หลักฐานแสดงความเชื่อมั่นของแบบประเมินโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's Alpha) พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยโดยรวมของผู้ประเมินคนที่ 1 คนที่ 2 และคนที่ 3 เท่ากับ .90 , .93 และ .93 ตามลำดับ แสดงว่าแบบประเมินมีค่าความเชื่อมั่นสูงตามเกณฑ์ตั้งแต่ .70 ขึ้นไป จึงสามารถนำไปใช้ได้ ดังที่บุญเชิด ภิญโญอนันตพงษ์ (2557) ได้กล่าวถึงเกณฑ์การพิจารณาระดับความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้ ควรมีค่าความเชื่อมั่นตั้งแต่ .70 ขึ้นไปจึงถือว่ามีความเชื่อมั่นสูงสอดคล้องกับบุญชม ศรีสะอาด (2556) ได้กล่าวถึงความเชื่อมั่นของเครื่องมือวัดควรมีค่าสูง คือ .70 ขึ้นไปจึงถือว่ามีความเชื่อมั่น และสอดคล้องกับจอห์นสัน, เพนนี่ และกอร์ดอน (Johnson, Penny & Gordon, 2009) ได้กล่าวถึงความเชื่อมั่นแบบสอดคล้องภายในของเครื่องมือวัดที่คำนวณได้ว่า หากมีค่าตั้งแต่ .70 ขึ้นไปถือว่าเครื่องมือวัดที่พัฒนาขึ้นมีคุณภาพด้านความเชื่อมั่นอยู่ในระดับใช้ได้ และหากมีค่าตั้งแต่ .70 - .80 ถือว่าเครื่องมือวัดที่พัฒนาขึ้นมีคุณภาพด้านความเชื่อมั่นอยู่ในระดับปานกลางส่วนในกรณีที่มีค่าตั้งแต่ .80 - 1.00 ถือว่าเครื่องมือวัดที่พัฒนาขึ้นมีคุณภาพด้านความเชื่อมั่นอยู่ในระดับสูง

2.2 หลักฐานแสดงดัชนีความสอดคล้องของผู้ประเมินโดยใช้สูตร RAI (Rater Agreement Index) โดยใช้วิธีการของเบอร์รี่ - สตอก (Burry-Stock, Judith A. and other, 1966) พบว่า ค่าดัชนีความสอดคล้องของผู้ประเมิน 3 คน มีค่าเท่ากับ .95 ซึ่งมีค่าเข้าใกล้ 1.00 แสดงให้เห็นว่าแบบประเมินที่ผู้วิจัย



สร้างขึ้นมีค่าดัชนีความสอดคล้องของผู้ประเมินเป็นไปตามตามเกณฑ์ตั้งแต่ .70 ขึ้นไป จึงสามารถนำไปใช้ได้ สอดคล้องกับเบอร์รี – สตอก (Burry-Stock, Judith A. and other, 1966) ที่กล่าวว่า ค่าดัชนีความสอดคล้อง RAI ที่คำนวณได้จะมีค่า 0 – 1.00 ถ้าค่าที่คำนวณได้เข้าใกล้ 1 แสดงว่ามีความสอดคล้องกันมาก ถ้าค่าที่คำนวณได้เข้าใกล้ 0 แสดงว่ามีความสอดคล้องกันน้อย และสอดคล้องกับ มิ่ง เทพครเมือง และวาริน ชมตะคุ (2555) ที่กล่าวว่า ค่าดัชนีความสอดคล้องRAI จะเป็นตัวบ่งชี้ถึงระดับความสอดคล้องของคะแนนที่ได้จากการประเมินของผู้ประเมินตั้งแต่ 2 คน หรือมากกว่า จะมีค่าตั้งแต่ 0 ถึง 1 หากค่าที่คำนวณได้เข้าใกล้ 1 แสดงว่าผู้ประเมินให้คะแนนได้สอดคล้องต้องกัน และหากค่าที่คำนวณได้เข้าใกล้ 0 แสดงว่าผู้ประเมินให้คะแนนไม่สอดคล้องต้องกัน

เอกสารอ้างอิง

- กมลวรรณ ตังชนกานนท์. (2557). *การวัดและประเมินทักษะการปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ขวาล แพร่สกุล. (2552). *เทคนิคการวัดผล*. พิมพ์ครั้งที่ 7 (ฉบับพิมพ์ซ้ำ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2556). *การวิจัยเบื้องต้น*. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- บุญเชิด ภิญโญนนท์พงษ์. (2553). *คุณภาพเครื่องมือวัด*. ใน *ประมวลสาระชุดวิชาการพัฒนา เครื่องมือสำหรับการประเมินการศึกษา หน่วยที่ 3*. พิมพ์ครั้งที่ 5. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- . (2545). *รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ เรื่อง การวัดประเมินการเรียนรู้*. กรุงเทพฯ: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- . (2557). *เอกสารประกอบการสอนรายวิชาระเบียบวิธีวิจัยและสถิติเพื่อการวิจัยทางการศึกษา*. กรุงเทพฯ: มปป.
- บุญศรี พรหมมาพันธุ์. (2556). *การสร้างและตรวจสอบคุณภาพแบบทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์ทางการ เรียน*. ใน *เอกสารการสอนชุดวิชา การพัฒนาเครื่องมือวัดด้านพฤติกรรมศาสตร์ หน่วยที่ 6*. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- พรรณี ลีกิจวัฒน์. (2556). *การวิจัยทางการศึกษา*. กรุงเทพฯ: สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้า เจ้าคุณทหารลาดกระบัง.
- มิ่ง เทพครเมือง และวาริน ชมตะคุ. (2555). *การตรวจสอบความสอดคล้องของผู้ประเมินจากการ ประเมินคุณลักษณะอันพึงประสงค์ ของนักเรียนโรงเรียนสาธิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร (ฝ่ายประถม)*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ลดาวลย์ ประทีปชัยกุล. (2545). *การพยาบาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย*. สงขลา: อลลาร์ดเพลส.
- วิมล ธนสุวรรณ. (2551). *การสร้างเสริมสุขภาพเด็ก*. เล่ม 1. เชียงใหม่: นพบุรีการพิมพ์.



เอกสารอ้างอิง

- ศิริชัย กาญจนวาสี. (2552). *ทฤษฎีการทดสอบแบบดั้งเดิม*. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานคณะกรรมการแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2555). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11(พ.ศ.2554 – 2559)*. กรุงเทพฯ: สำนักนายกรัฐมนตรี.
- สำนักมาตรฐานและวิชาการ. (2546). *คู่มือหลักสูตรการศึกษาปฐมวัย พุทธศักราช 2546*. กรุงเทพฯ: ครูสภา.
- สิริมา ภิญโญนนตพงษ์. (2553). *การวัดและประเมินแนวใหม่: เด็กปฐมวัย*. กรุงเทพฯ: ดอกหญ้า.
- สมคิด พรหมจ้อย. (2555). การสร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวัดและประเมินมาตรฐานการเรียนรู้กลุ่มทักษะ. ใน *เอกสารการสอนชุดวิชา การวัดและประเมินอิงมาตรฐานการเรียนรู้ หน่วยที่ 12*. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- Buray – Stock, Judith A.; Laurie, Cecelia, Chissom, Brad S. (1996, April). Rater Agreement Indexes For Performance Assessment. *Education and Psychological measurement*. 2 (56): 251 – 261.
- Johnson, Penny & Gordon. (2009). *Assessing performance: Designing, scoring, and validating performance tasks*. New York: Guilford Press.
- Sirima Pinyoanuntapong. (2013A). A Model for Promoting the Development of Basic Dharma Traits in PreschoolChildren. *Asia-Pacific journal of Research in Early Childhood Education*. September 7(3), pp. 45-67.
- . (2013B). *The Development of Thai Early Childhood Curriculum to Promote Desirable Characteristics of PreschoolChildren*. *Procedia – Socail and Behavioral Science* 88 pp. 321 – 327.

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม

พะเยา



ผลของการใช้คู่มือดูแลตนเองต่อประสบการณ์การดูแลของ ผู้ดูแลที่มีภาวะซึมเศร้า

Effects of self-help manual on caregiving experiences of caregivers with depression

วัลลภา ทรงพระคุณ

คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ

ปาริชาติ มาปัน

กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลหนองป่าครั่ง

บทคัดย่อ

ปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคเรื้อรังอัตราเพิ่มมากขึ้นในประเทศไทย ซึ่งผู้ป่วยต้องพึ่งพาบุคคลสำคัญที่รับภาระการดูแล ในขณะที่ผู้ดูแลยังขาดความชัดเจนในการได้รับการสนับสนุนเพื่อสามารถเผชิญกับปัญหาอุปสรรคในการดูแล การวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาผลของการใช้คู่มือดูแลตนเองต่อประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นผู้ดูแลที่มีภาวะซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 56 คน สุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลองจำนวน 28 คน (ใช้คู่มือการดูแลตนเอง) และกลุ่มควบคุมจำนวน 28 คน โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มได้รับการติดต่อทางโทรศัพท์สัปดาห์ละครั้ง เพื่อติดตามสอบถามความก้าวหน้าในการดูแลตนเองเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแล ผู้ดูแลทั้งสองกลุ่มได้รับการประเมิน จำนวน 3 ครั้ง โดยใช้แบบสอบถามประสบการณ์การดูแล (Experience of Caregiving Inventory) ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนรวมประสบการณ์การดูแลทางด้านลบของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนลดลงในระยะหลังการทดลองทันที และลดลงอย่างต่อเนื่องในระยะติดตามผล 4 สัปดาห์หลังการทดลอง ในขณะที่ค่าเฉลี่ยคะแนนรวมประสบการณ์การดูแลทางด้านบวกของกลุ่มตัวอย่าง

ทั้งสองกลุ่มในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนเพิ่มขึ้นในระยะหลังการทดลองทันที แต่พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนรวมประสบการณ์การดูแลทางด้านบวกของทั้งสองกลุ่มลดลงในระยะติดตามผล 4 สัปดาห์หลังการทดลอง จะเห็นได้ว่าการใช้คู่มือดูแลตนเองมีส่วนช่วยเพิ่มประสบการณ์การดูแลทางด้านบวกและช่วยลดประสบการณ์การดูแลทางด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

คำสำคัญ : คู่มือดูแลตนเอง ประสบการณ์การดูแล ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

Abstract

The prevalence of chronic illnesses is increasing markedly in Thailand. Primary caregivers give most to support individuals with chronic illnesses, while little is known about how best to support caregivers to deal with the adverse effects of caring. To evaluate the effectiveness of self-help manual for enhancing the caregiving experience in primary caregivers of individuals with chronic illnesses. Caregivers were randomized to an intervention (self-help manual) (n=28) or control



(n=28) group. In addition, both groups also received a short weekly telephone call. Participants were assessed at three time points; the outcome measure was the Experience of Caregiving Inventory. Two- way repeated measure ANOVA procedure, including between group and within-group factors, was implemented. The findings showed there was a significant reduction in the total negative experience of caring, from baseline to post-treatment, in the intervention group participants of the self-help manual compared with the control group and treatment effects were maintained at one-month follow-up. Similarly, a significant improvement in the total positive experience of caring showed, from pretest to posttest, in both of the intervention group and the control group, these outcomes in contrast were reduced at one-month follow-up. In conclusion, self-help manual strengthen caregivers' positive experience and reduces their negative experience of caring.

Keywords : Self-help manual, Caregiving experiences, Chronic illnesses

บทนำ

การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เป็นภาวะเจ็บป่วยที่ต้องใช้ระยะเวลาต่อเนื่องยาวนานในการรักษาทำให้ต้องพึ่งพาบุคคลในครอบครัว ญาติพี่น้อง ลูกหลานเป็นบุคคลสำคัญที่รับภาระการดูแลและแก้ไขปัญหาทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ต้องให้การสังเกตอย่างใกล้ชิด พยายามแสวงหาความรู้ข้อมูล

เพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์เพื่อทำความเข้าใจอาการของผู้ป่วย การปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยความระมัดระวัง ร่วมกับการช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วย ตลอดจนการฟื้นฟูสภาพแก่ผู้ป่วยด้วยความอดทน เพราะผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะพิการ หรือผู้ป่วยที่ยังปรับตัวไม่ได้ต้องการเวลาในการเรียนรู้ หรือฝึกทักษะต่างๆ ที่ต้องการกำลังใจโดยใช้เวลากับผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่างๆด้วยตนเอง ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังดังกล่าว อาจส่งผลให้ผู้ดูแลหลักหรือสมาชิกในครอบครัวมีภาวะเหนื่อยล้า เครียด ท้อแท้ (กลุ่มงานวิจัยและศูนย์โรคเรื้อรังวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีเชียงใหม่, 2555) การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย ในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องระยะเวลานาน (Vaingankar et al., 2012)

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นประชาชนอีกกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดประสบการณ์ทางด้านลบต่อตนเอง และต่อการดูแลผู้ป่วย ก่อให้เกิดภาวะเครียด ภาวะความเหนื่อยล้า และภาวะสุขภาพของผู้ดูแล อาจส่งผลกระทบต่อให้เกิดความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลได้ ภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้ในผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพ และเจ็บป่วยด้วยโรคทางอายุรกรรม จากงานวิจัยเรื่องภาวะซึมเศร้าและการรับรู้ในความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยการฟอกไต ผลการศึกษาพบว่าทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมีภาวะซึมเศร้า และญาติผู้ดูแลเกิดความอ่อนล้าและความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล และระดับความซึมเศร้าของผู้ป่วยและญาติ มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล



การปรับกระบวนการคิดและพฤติกรรมสามารถใช้ในรูปแบบของคู่มือการดูแลตนเอง (Self - help manual) เป็นคู่มือช่วยเหลือตนเองบนพื้นฐานหลักการปรับความคิดและพฤติกรรม ที่สามารถช่วยให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับตนเอง และกระตุ้นให้ปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพจิตได้ด้วยตนเองอย่างเป็นอิสระ ตามแนวทางที่กำหนดไว้ในหนังสือหรือคู่มือ (Gregory, Canning, Lee, & Wise, 2004; Jorm, Christensen, Griffiths, & Rodgers, 2002) ซึ่งเป็นวิธีการหนึ่งที่ช่วยเพิ่มระดับความเข้มแข็งทางจิตใจ ในการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ประคับประคองญาติผู้ดูแลให้สามารถดูแลความคิดและอารมณ์ของตนเองได้ตามสภาพการณ์ที่เป็นจริง (Campbell & Smith, 2003) ผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งมีความต้องการการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณจากผู้ดูแล ในขณะที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีข้อจำกัดด้านเวลาและภาวะทางเศรษฐกิจ จึงมีการะต้องทำงานนอกบ้านเพื่อหารายได้แก่ครอบครัว อาจส่งผลต่อประสบการณ์ทางลบในการดูแลจากการได้รับผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในระยะเวลาที่ยาวนาน ซึ่งอาจส่งผลต่อการเกิดภาวะอารมณ์และประสบการณ์การดูแลทางลบของผู้ดูแล ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการใช้คู่มือดูแลตนเอง (Self-help manual) ในการปรับความคิดและพฤติกรรม ซึ่งเป็น การบำบัดอีกรูปแบบหนึ่งที่มีประสิทธิภาพในการประเมิน และระบุมุมมองที่บิดเบือนที่ส่งผลต่อภาวะอารมณ์ของตนเอง ช่วยให้เกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์จริงจากการอ่าน การระบายความรู้สึกของตนเองที่เกิดขึ้นต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ผ่านการเขียนบันทึกในหนังสือ การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ตามแนวทางที่กำหนดไว้ในหนังสือ ซึ่งอาจเป็นแนวทางช่วย

ลดประสบการณ์การดูแลทางด้านลบและเพิ่มประสบการณ์ทางด้านบวกของผู้ดูแลที่มีภาวะซึมเศร้า

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการใช้คู่มือดูแลตนเองต่อประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแลที่มีภาวะซึมเศร้า

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) ชนิด 2 กลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (pretest-posttest control group design) และวัดระยะติดตามผล 4 สัปดาห์หลังการทดลอง ในผู้ดูแลที่มีภาวะซึมเศร้า

ประชากรและการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับการรักษา ปี พ.ศ. 2558 ที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเทศบาลตำบลหนองป่าครั่ง เป็นผู้ดูแลที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงระดับปานกลาง ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัคร เข้าร่วมโครงการ จำนวน 56 คน โดยเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria) มีดังนี้

- เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลเทศบาลตำบลหนองป่าครั่งซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักมากกว่า 6 เดือน
- เป็นผู้ดูแลที่มีระดับความซึมเศร้าระหว่าง 9-15 ตามแบบวัดระดับความซึมเศร้า PHQ9
- ไม่มีประวัติปัญหาทางพัฒนาการและ/หรือการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิต



- อายุ 18 ปีขึ้นไป

- สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้

จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับสลากเพื่อลดความลำเอียงในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมในกลุ่มควบคุม จำนวน 28 คน หรือ กลุ่มทดลอง จำนวน 28 คน ซึ่งจำนวนดังกล่าวได้จากตารางการวิเคราะห์พลังการทดสอบ (Power analysis) ที่ระดับความมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 อำนาจการทดสอบ (power) ที่ 0.80 และ ขนาดอิทธิพล (effect size) ที่ระดับ 0.77 (การศึกษาของ Gregory, Canning, Lee, & Wise (2004) เรื่อง Cognitive Bibliotherapy for Depression: A Meta-Analysis คำนวณค่า effect size ได้ที่ขนาด 0.77 ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่ถอนตัวออกจากการวิจัย อันเนื่องมาจากตามโปรแกรมผู้วิจัยมีการติดต่อทางโทรศัพท์และการพบกลุ่มตัวอย่างทุกสัปดาห์อย่างต่อเนื่อง

กลุ่มทดลอง ผู้ดูแลที่มีภาวะซึมเศร้าที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการรายบุคคลจะใช้คู่มือช่วยเหลือตนเองสำหรับผู้มีภาวะซึมเศร้าเพื่อปรับความคิดและพฤติกรรม ร่วมกับการติดต่อทางโทรศัพท์สัปดาห์ละครั้งๆ ละ 5 นาที เพื่อติดตามสอบถามความก้าวหน้าในการดูแลตนเองเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแล และการใช้คู่มือช่วยเหลือตนเอง ผู้ดูแลกลุ่มนี้จะได้รับการประเมิน จำนวน 3 ครั้ง ในระหว่างเข้าร่วมโครงการวิจัย คือ ครั้งที่ 1 ในสัปดาห์แรก ครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 8-9 หลังเสร็จสิ้นการใช้คู่มือเล่มที่ 8 และครั้งที่ 3 ในสัปดาห์ที่ 12-13 (4 สัปดาห์หลังจากการประเมินครั้งที่ 2)

กลุ่มควบคุม ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะ

ซึมเศร้าที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการแต่ละคนจะได้รับการติดต่อทางโทรศัพท์สัปดาห์ละครั้งๆ ละ 5 นาที เพื่อเป็นการติดตามสอบถามความก้าวหน้าในการดูแลตนเองเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแล ในช่วง 8 สัปดาห์ของการเข้าร่วมโครงการวิจัย (ในขณะที่กลุ่มทดลองอยู่ระหว่างการใช้คู่มือช่วยเหลือตนเอง) ในสัปดาห์ที่ 12 (เมื่อกลุ่มทดลองเสร็จสิ้นการประเมินผลตามโปรแกรมแล้ว) หลังจากนั้น ผู้ดูแลกลุ่มนี้จะได้รับคู่มือช่วยเหลือตนเอง หลังเสร็จสิ้นการประเมินสัปดาห์ที่ 12 และใช้คู่มือนี้ตามลำพัง ทั้งนี้ผู้ดูแลกลุ่มนี้จะได้รับการประเมิน จำนวน 3 ครั้ง ระหว่างเข้าร่วมโครงการวิจัย คือ ครั้งที่ 1 ในสัปดาห์แรก ครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 8 และ ครั้งที่ 3 ในสัปดาห์ที่ 12

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

การศึกษาครั้งนี้ใช้คู่มือช่วยเหลือตนเองเพื่อปรับกระบวนการคิด และพฤติกรรมสำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า (Good Mood Guide: A self-help manual for depression) ซึ่งพัฒนาขึ้นโดย Life Line South Coast (NSW) ประเทศออสเตรเลีย (Phipps et.al., 2004) ซึ่งผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้แปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทย ใช้กับโครงการวิจัยผู้ป่วยซึมเศร้าในประเทศไทย (Songprakun, 2012a; Songprakun, 2012b; Songprakun, 2012c) สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้จัดแบ่งเนื้อหาสาระจากคู่มือเดิม 8 บทให้เป็น 8 เล่ม เพื่อความสะดวกและเหมาะสมในการนำมาใช้ในผู้ดูแลที่มีภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย



คู่มือทั้ง 8 เล่มนี้ประกอบด้วยเนื้อหาส่วนที่เป็นหลักการการปรับกระบวนการคิดและพฤติกรรม และเทคนิคการช่วยเหลือตนเอง ตลอดจนกิจกรรมที่ได้ฝึกปฏิบัติ ตามที่กำหนดในคู่มือ โดยกำหนดให้ใช้เวลาทำคู่มือสัปดาห์ละ 1 เล่ม รวมระยะเวลาใช้คู่มือทั้งสิ้นจำนวน 8 สัปดาห์ เพื่อการบำบัดที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ ความคิดที่บิดเบือน ให้มีความสมเหตุสมผล ทำให้เข้าใจสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นได้ตามความเป็นจริง ตลอดจนการกระตุ้นการทํากิจกรรมที่เกิดประโยชน์ การบันทึกเรื่องราวที่เกี่ยวข้องกับตนเองอย่างเป็นอิสระ ทำให้เกิดความเข้าใจตนเองด้านความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมตามสภาพการณ์ที่เป็นจริงผ่านเรื่องราวในหนังสือที่ช่วยส่งเสริมทักษะการเผชิญความเครียด และทักษะด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลสำหรับอาสาสมัครที่เป็นผู้ดูแล ประกอบด้วย. เพศ อายุ สถานภาพสมรส สถานภาพการทำงาน ระดับการศึกษา

2) แบบสอบถามประสบการณ์ของผู้ดูแล (Experience of Caregiving Inventory: ECI) ของ Szmukler, G. et al.(1996) ตามแนวคิดแบบแผนการเผชิญความเครียดของลาซาลัส แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย Mccann, Songprakun, Stephenson (2015)จำนวน 66 ข้อคำถาม ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ 0 = ไม่เคยเลย 1 = น้อยครั้งมาก 2 = เคยเป็นบางครั้ง 3 = เคยบ่อยๆ และ 4 = เคยเกือบตลอดเวลา ประกอบด้วย

องค์ประกอบย่อย 10 subscale แบ่งเป็นประสบการณ์ทางด้านลบ 8 subscale คือ พฤติกรรมที่เป็นปัญหา (difficult behaviours) อาการทางด้านลบ (negative symptoms) ความมีอคติต่อผู้ป่วย (stigma) ปัญหาการรับบริการสุขภาพ(problems with services) ผลกระทบต่อครอบครัว (effects on family) ความต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือ (need to back up) ความรู้สึกพึ่งพา (dependency) และ ความรู้สึกสูญเสีย (loss) และประสบการณ์ทางด้านบวก 2 subscale คือ ประสบการณ์ส่วนบุคคลทางบวก (positive personal experiences) และ สัมพันธภาพเชิงบวก (good aspect of relationship) ระดับคะแนนประสบการณ์ทางด้านลบระดับสูง และประสบการณ์ทางด้านบวกระดับต่ำแสดงถึงการเผชิญกับประสบการณ์การดูแลทางด้านลบค่าความเชื่อมั่นของครอนบาค (Cronbach's alpha) = 0.95 (Mccann, Songprakun, Stephenson, 2015)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) แบบสอบถามประสบการณ์ของผู้ดูแล (Experience of Caregiving Inventory: ECI) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องกับการประเมินในกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า และนำแบบสอบถามหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.95

2) คู่มือช่วยเหลือตนเองเพื่อปรับกระบวนการคิดและพฤติกรรม จำนวน 8 เล่ม นำไปตรวจสอบความเหมาะสมด้านเนื้อหาในกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการปรับ



ความคิดและพฤติกรรม จากนั้น นำคู่มือทั้ง 8 เล่มไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 3 ราย เพื่อทดสอบความเป็นไปได้และปรับแก้ให้เกิดความสะดวก ชัดเจน ก่อนนำไปใช้ในการวิจัย

การรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลประสิทธิภาพการดูแลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยเก็บรวบรวมข้อมูลที่บ้านเป็นรายบุคคล จำนวน 3 ครั้ง ระยะเวลาก่อนการทดลอง (สัปดาห์แรก) ระยะเวลาหลังการทดลองทันที (สัปดาห์ที่ 8-9) และระยะติดตาม 4 สัปดาห์หลังการทดลอง (สัปดาห์ที่ 12-13) กลุ่มทดลองมีการใช้คู่มือช่วยเหลือตนเอง 8 เล่ม ใช้เวลาเล่มละ 1 สัปดาห์ รวมระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยอาสาสมัครกลุ่มทดลองจะรับผิดชอบอ่านทำความเข้าใจ ทำกิจกรรมและปฏิบัติตามคำแนะนำในคู่มือและประเมินระดับภาวะซึมเศร้าและความทุกข์ทรมานทางใจของตนเองพร้อมบันทึกลงในคู่มือแต่ละเล่มตามลำดับ ร่วมกับการชี้แนะแนวทางการใช้คู่มือในแต่ละสัปดาห์เป็นรายบุคคลที่บ้านเพื่อใช้คู่มือเล่มต่อไปและการติดต่อด้านการดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะซึมเศร้าผ่านทางโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละประมาณ 5 นาที เก็บรวบรวมข้อมูลโดยทีมนักวิจัยจำนวน 3 คน ซึ่งมีการจัดสรรโดยผู้วิจัยให้การรวบรวมข้อมูลรายบุคคลอย่างต่อเนื่องจากอาสาสมัครแต่ละคนตลอดระยะเวลาของการรวบรวมข้อมูล ซึ่งมีการกำหนดแนวคำถามในการติดต่อทางโทรศัพท์ให้ทีมวิจัยเป็นไปในทางเดียวกัน พร้อมทั้งมีการอภิปรายร่วมกันเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

จากการศึกษาครั้งนี้ ข้อมูลที่รวบรวมได้นำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เพื่อวิเคราะห์ความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ปัจจัยหลัก คือ ค่าเฉลี่ยคะแนนประสิทธิภาพการดูแลตลอดจนวิเคราะห์ความแตกต่างระยะเวลา 3 ครั้ง คือระยะก่อนการทดลอง ระยะ หลังการทดลองทันที และระยะติดตาม 4 สัปดาห์หลังการทดลอง ซึ่งเปรียบเทียบทั้งความแตกต่างภายในกลุ่ม และความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทางที่มีการวัดซ้ำ Two-way repeated measures ANOVA

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 56 คน สุ่มอย่างง่ายจับสลากเข้ากลุ่มทดลองจำนวน 28 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 28 คน ผลการศึกษาพบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันด้านปัจจัยส่วนบุคคล โดยกลุ่มตัวอย่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกัน (48.6 และ 47.9 ปี ตามลำดับ) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (89.3% และ 75.0% ตามลำดับ) ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ (60.7% และ 57.1% ตามลำดับ) กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (32.1 % และ 57.1% ตามลำดับ) และส่วนใหญ่มีสถานภาพมีงานทำ (67.9% และ 71.4% ตามลำดับ)

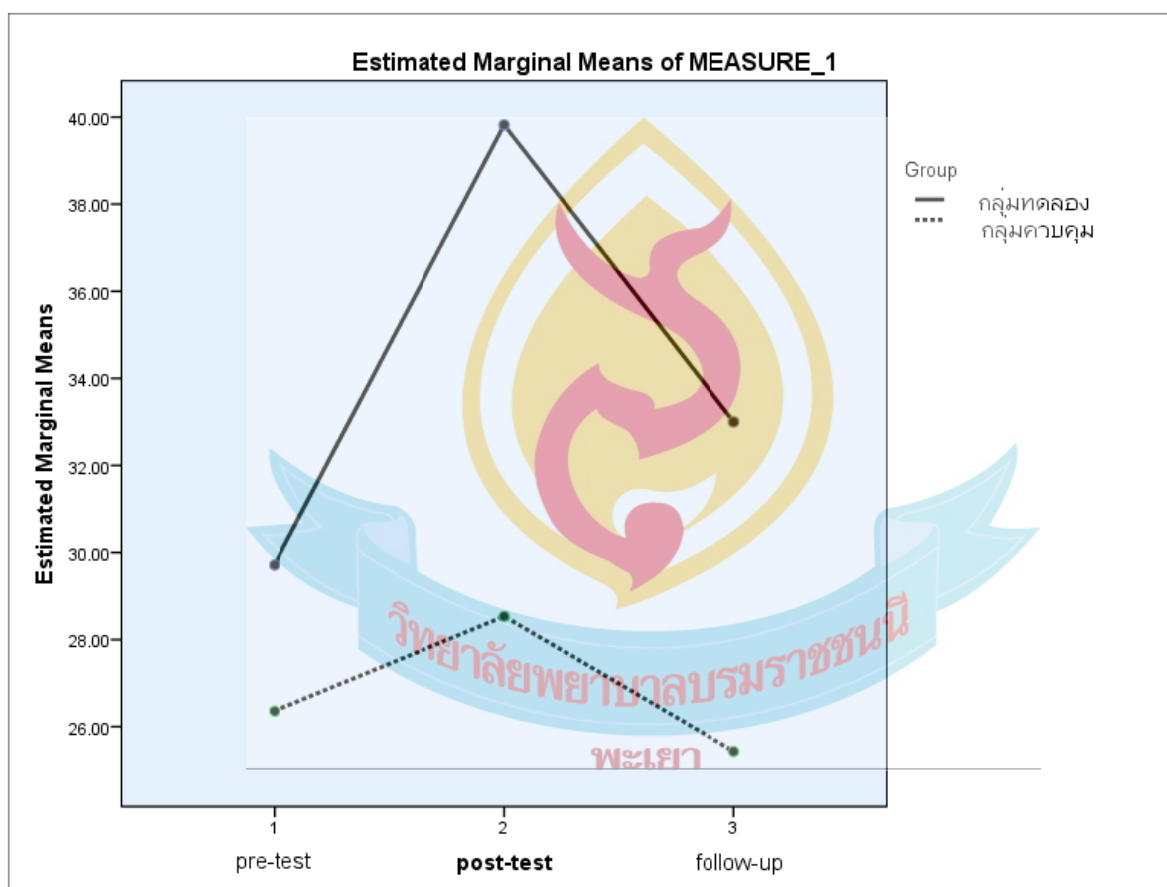
2. ข้อมูลประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่าง



2.1 ประสิทธิภาพการดูแลทางด้านบวก

จากการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนรวมประสิทธิภาพการดูแลทางด้านบวกของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนเพิ่มขึ้นในระยะหลังการทดลองทันที แต่พบว่าคุณค่าเฉลี่ยคะแนนรวมประสิทธิภาพการดูแลทางด้านบวกของทั้งสองกลุ่มลดลงในระยะติดตามผล 4 สัปดาห์หลังการทดลอง อย่างไรก็ตามในกลุ่มทดลองมีระดับการเพิ่มขึ้นของคุณค่าเฉลี่ยคะแนนรวมประสิทธิภาพการดูแลทางด้านบวกที่มากกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลองทันที และค่าเฉลี่ยคะแนนในระยะติดตามผล 4 สัปดาห์หลังการทดลองในระดับสูงกว่ากลุ่มควบคุม ดังแสดงในแผนภาพที่ 1

แผนภาพที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนรวมประสิทธิภาพการดูแลทางด้านบวกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์



จากผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Two-way repeated measure ANOVA) ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนรวมประสิทธิภาพการดูแลทางด้านบวกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์หลังการทดลอง พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนรวมประสบการณ์การดูแลทางด้านบวกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์หลังการทดลอง

ความแปรปรวน	SS	df	MS	F
ความแตกต่างภายในกลุ่ม				
ระยะเวลา	1190.333	2	595.167	8.614***
ระยะเวลา x กลุ่ม	440.619	2	220.310	3.189*
ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม				
กลุ่ม	2302.881	1	2302.881	27.968***

*** $p < 0.001$ * $p < 0.05$

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนรวมประสบการณ์การดูแลทางด้านบวกของผู้ดูแลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้วิธีการ Bonferroni เพื่อเปรียบเทียบรายคู่ พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนรวมประสบการณ์การดูแลทางด้านบวกของผู้ดูแล ระหว่าง ระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลองทันที นอกจากนี้พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์หลังการทดลอง แต่ไม่พบความแตกต่างระหว่างระยะก่อนการทดลอง และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์หลังการทดลอง สำหรับกลุ่มควบคุมพบว่าไม่มีความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนรวมประสบการณ์การดูแลทางด้านบวกของผู้ดูแล ระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์หลังการทดลอง

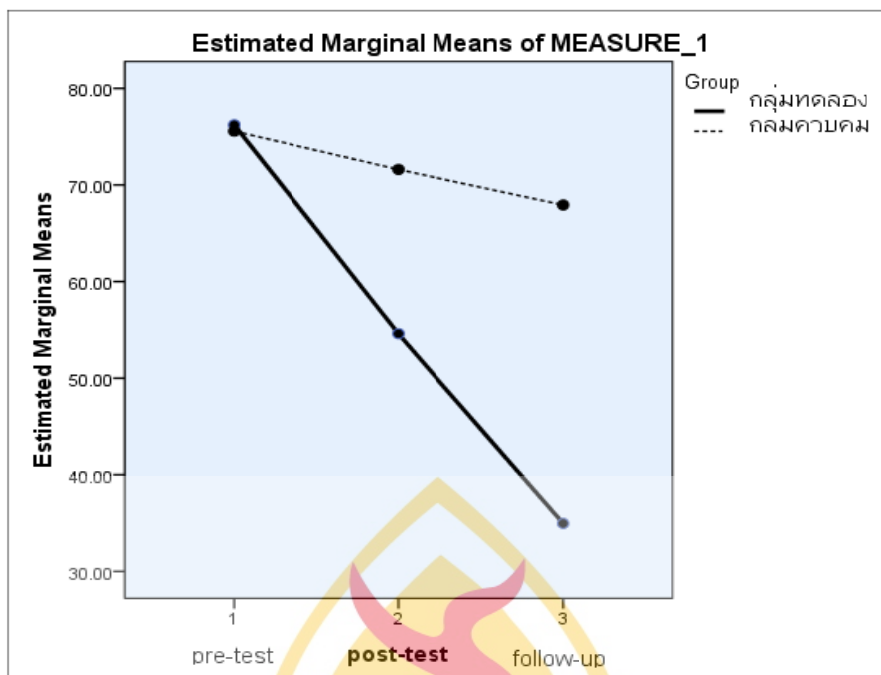
ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนรวมประสบการณ์การดูแลทางด้านบวกของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าค่าเฉลี่ยระหว่างสองกลุ่มในระยะก่อนการทดลองมีค่าต่างกัน 3.357 คะแนน ซึ่งน้อยกว่าในระยะหลังการทดลองทันทีซึ่งมีค่าต่างกัน 11.285 และในระยะติดตามผล 4 สัปดาห์หลังการทดลองซึ่งมีค่าต่างกัน 7.571 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนรวมประสบการณ์การดูแลทางด้านบวกมากกว่าผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมทั้งระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์หลังการทดลอง

1.1 ประสบการณ์การดูแลทางด้านลบ

จากการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนรวมประสบการณ์การดูแลทางด้านลบของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนลดลงในระยะหลังการทดลองทันที และลดลงอย่างต่อเนื่องในระยะติดตามผล 4 สัปดาห์หลังการทดลอง แต่อย่างไรก็ตามในกลุ่มทดลองมีการลดลงของค่าเฉลี่ยคะแนนรวมประสบการณ์การดูแลทางด้านลบที่มากกว่ากลุ่มควบคุมทั้งในระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์หลังการทดลอง ดังแสดงในแผนภาพที่ 2



แผนภาพที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนรวมประสบการณ์การดูแลทางด้านลบของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์



จากผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Two-way repeated measure ANOVA) ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนรวมประสบการณ์การดูแลทางด้านลบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์หลังการทดลอง พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนรวมประสบการณ์การดูแลทางด้านลบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์หลังการทดลอง

ความแปรปรวน	SS	df	MS	F
ความแตกต่างภายในกลุ่ม				
ระยะเวลา	16745.393	2	8372.696	15.193***
ระยะเวลา x กลุ่ม	7912.655	2	3956.327	7.179**
ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม				
กลุ่ม	11352.149	1	11352.149	10.666**

*** $p < 0.001$ ** $p < 0.01$



เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนรวมประสิทธิผลการดูแลทางด้านลบของผู้ดูแลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้วิธีการ Bonferroni เพื่อเปรียบเทียบรายคู่ พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนรวมประสิทธิผลการดูแลทางด้านลบของผู้ดูแล ระหว่างระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์หลังการทดลอง สำหรับกลุ่มควบคุมพบว่าไม่มีความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนรวมประสิทธิผลการดูแลทางด้านลบของผู้ดูแล ระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์หลังการทดลอง

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนรวมประสิทธิผลการดูแลทางด้านลบของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าค่าเฉลี่ยระหว่างสองกลุ่มในระยะก่อนการทดลองมีค่าต่างกัน 0.643 คะแนน ซึ่งน้อยกว่าในระยะหลังการทดลองทันทีซึ่งมีค่าต่างกัน 17.000 และในระยะติดตามผล 4 สัปดาห์หลังการทดลองซึ่งมีค่าต่างกัน 32.965 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนรวมประสิทธิผลการดูแลทางด้านลบน้อยกว่าผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมทั้งระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์หลังการทดลอง

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังภายหลังใช้คู่มือดูแลตนเองเพื่อการปรับความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการรับการติดต่อทางโทรศัพท์ สัปดาห์ละครั้ง พบว่ามีค่าเฉลี่ยคะแนนรวมประสิทธิผลการดูแลทางด้านลบลดลงจากระยะก่อนการทดลอง และลดลงอย่างต่อเนื่องในระยะติดตาม 4 สัปดาห์หลังการทดลอง โดยมีการลดลงของค่าเฉลี่ยคะแนนรวมประสิทธิผลการดูแลทางด้านลบที่

มากกว่าทั้งในระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์หลังการทดลอง เมื่อเทียบกับผู้ดูแลกลุ่มควบคุมที่ได้รับการติดต่อทางโทรศัพท์ สัปดาห์ละครั้งเพียงอย่างเดียว นอกจากนี้พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนรวมประสิทธิผลการดูแลทางด้านลบของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนเพิ่มขึ้นในระยะหลังการทดลองทันที แต่พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนรวมประสิทธิผลการดูแลทางด้านลบของทั้งสองกลุ่มลดลงในระยะติดตามผล 4 สัปดาห์หลังการทดลอง อย่างไรก็ตามในกลุ่มทดลองมีระดับการเพิ่มขึ้นของค่าเฉลี่ยคะแนนรวมประสิทธิผลการดูแลทางด้านลบที่มากกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลองทันที และค่าเฉลี่ยคะแนนในระยะติดตามผล 4 สัปดาห์หลังการทดลองในระดับสูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Mccann, Songprakun, & Stephenson (2015) ที่ศึกษาผลของคู่มือการช่วยเหลือตนเองในการเพิ่มประสิทธิผลการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า ผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยคะแนนรวมประสิทธิผลการดูแลทางด้านลบลดลงในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามในระดับที่มากกว่ากลุ่มควบคุม ในขณะที่ผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยคะแนนรวมประสิทธิผลการดูแลทางด้านลบเพิ่มขึ้นทั้งหลังการทดลองและระยะติดตามในระดับที่มากกว่ากลุ่มควบคุม นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Eckshtain and Gaynor's (2012) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการปรับความคิดและพฤติกรรมและสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาและเด็กที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่าสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาและเด็กที่มีภาวะซึมเศร้ามียกระดับที่สูงขึ้น และช่วยลดภาวะเครียดของมารดาในการดูแลเด็กระหว่างได้รับการรักษา ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการที่



ผู้ดูแลจากการศึกษาได้รับการบำบัดที่เหมาะสม เช่นเดียวกับการศึกษาครั้งนี้ที่ผู้ดูแลได้ใช้คู่มือดูแลตนเองเพื่อการปรับความคิดและพฤติกรรม ส่งผลให้ผู้ดูแลมีศักยภาพในการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม สามารถตอบสนองด้านร่างกายและจิตอาารมณ์ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างเหมาะสม อีกทั้งยังสามารถปรับตัวกับบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ ทำให้เกิดประสบการณ์การดูแลทางด้านลบลดลง และมีประสบการณ์การดูแลทางด้านบวกเพิ่มขึ้น

คู่มือการดูแลตนเองเพื่อปรับความคิดและพฤติกรรมจากการศึกษาครั้งนี้ อาจช่วยให้ผู้ดูแลเพิ่มประสบการณ์ทางด้านบวกและลดประสบการณ์ทางด้านลบในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการที่ผู้ดูแลได้รับการบำบัดที่เหมาะสมใช้คู่มือการดูแลตนเองเพื่อปรับความคิดและพฤติกรรม ส่งผลให้ผู้ดูแลมีศักยภาพในการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม สามารถตอบสนองด้านร่างกายและจิตอาารมณ์ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ดูแลอยู่ได้อย่างเหมาะสม อีกทั้งยังสามารถปรับตัวกับบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ ทำให้ลดระดับของความซึมเศร้าของตนเอง อาจช่วยให้ผู้ดูแลเพิ่มประสบการณ์ทางด้านบวกและลดประสบการณ์ทางด้านลบในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญมากเนื่องจากประสบการณ์การดูแลทางด้านบวกจะช่วยพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาแก่ผู้ดูแล (Cotton et al., 2013) ในทางกลับกันประสบการณ์การดูแลทางด้านลบของผู้ดูแลจะส่งเสริมให้เกิดการตำหนิตนเองในการดูแลผู้เจ็บป่วย (Cuipers et al., 2010) อาจก่อให้เกิดภาวะวิกฤติในสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้เจ็บป่วย จะเห็นได้ว่าคู่มือการดูแลตนเองเพื่อปรับความคิดและพฤติกรรมจากการศึกษาครั้งนี้อันประกอบด้วยแนวทางและ

กิจกรรมการสนับสนุนช่วยเหลือ ที่สามารถช่วยเพิ่มประสบการณ์การดูแลทางบวกให้แก่ผู้ดูแลซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ดูแลมีศักยภาพในการเผชิญกับปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้

การวิจัยนี้สรุปได้ว่าคู่มือดูแลตนเองเพื่อปรับความคิดและพฤติกรรมสามารถช่วยเพิ่มประสบการณ์ทางด้านบวกและช่วยลดประสบการณ์ทางด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ ซึ่งเป็นแนวทางในการนำคู่มือดูแลตนเองไปใช้เพื่อช่วยเพิ่มประสบการณ์การดูแลที่เหมาะสมสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในระดับโรงพยาบาล และในชุมชนต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาจากผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ขอขอบคุณมหาวิทยาลัยพายัพ ที่สนับสนุนทุนวิจัย ขอขอบพระคุณคณะกรรมการจริยธรรมการท้าวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ที่อนุมัติการท้าวิจัยในครั้งนี้ขอขอบคุณ Life Line South Coast ประเทศออสเตรเลีย ที่อนุญาตให้นำคู่มือแปลเป็นฉบับภาษาไทย ขอขอบพระคุณผู้มีส่วนในการสนับสนุนการดำเนินการวิจัยทุกท่าน และขอขอบคุณศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเทศบาลหนองป่าครั่งพร้อมเจ้าหน้าที่ ตลอดจนอาสาสมัครทุกท่านที่ให้ความร่วมมืออย่างดียิ่ง



เอกสารอ้างอิง

- กลุ่มงานวิจัย และศูนย์โรคเรื้อรังวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีเชียงใหม่. (2555). *คู่มือการประเมินและดูแลตนเองสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง*. (ออนไลน์) เข้าถึงข้อมูลเมื่อ 10 พฤศจิกายน 2556, จาก http://www.bcmc.ac.th/web56/ingroup/files/vijai/yoursele_2.pdf.
- Campbell, L. F., & Smith, T. P. (2003). Integrating self-help books into psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology In Session*, 59(2), 177-186.
- Cotton, S.M., McCann T.V., Gleeson J.F., Crisp K., Murphy B.P. & Lubman D.I. (2013). *Coping strategies in carers of young people with a first episode of psychosis. Schizophrenia Research*, 146(1-3), 118-124.
- Cuijpers, P., Donker, T., van Straten, A., Li, J., & Andersson G. (2010). Is guided self-help as effective as face-to-face psychotherapy for depression and anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis of comparative studies. *Psychological Medicine*, 40, 1943-1957.
- Eckshtain, D., & Gaynor, S.T. (2012). Combining individual cognitive behaviour therapy and caregiver-child sessions for childhood depression: an open trial. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 17(2), 266-283.
- Gregory, R. J., Canning, S. S., Lee, T. W., & Wise, J. C. (2004). Cognitive bibliotherapy for depression: A meta-analysis. *Professional psychology. Research and Practice*, 35(3), 275-280.
- Jorm, A. F., Christensen, H., Griffiths, K. M., & Rodgers, B. (2002). Effectiveness of complementary and self-help treatments for depression. *MJA*, 176, 84-95.
- Mccann, T. V., Songprakun, W., & Stephenson, J. (2015). A randomized controlled trial of guided self-help for improving the experience of caring for carers of clients with depression. *Journal of Advanced Nursing*, jan.12624
- Phipps, A. B., Eldelman, S., Perkins, D. P., Barisic, M. L., Deane, F. P., & Gould, G. V. (2004). *The Good Mood Guide: A self-help manual for depression (seconded.)*. Wollongong, NSW: Lifeline South Coast (NSW).



เอกสารอ้างอิง

- Songprakun, W., & McCann, T.V. (2012a). Effectiveness of a self-help manual on the promotion of resilience in individuals with depression in Thailand: a randomised controlled trial. *BMC Psychiatry*, 12: 1-10.
- Songprakun, W., & McCann, T.V. (2012b). Evaluation of a cognitive behavioural self-help manual for reducing depression: a randomized controlled trial. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19, 647-653.
- Songprakun, W., & McCann, T.V. (2012c). Evaluation of a bibliotherapy manual for reducing psychological distress in people with depression: a randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 68, 2674-2684.
- Szmukler, G.I., Burgess, P., Herrman, H., Benson, A., Colusa, S., & Bloch S. (1996) Caring for relatives with serious mental illness: The development of the 'Experience of Caregiving Inventory'. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 31, 137-148.
- Vaingankar, J.A., Subramaniam, M., Abidin, E., He, V.Y., & Chong, S.A. (2012). How Much Can I Take? : Predictors of Perceived Burden for Relatives of People with Chronic Illness. *Ann Acad Med Singapore*. 41, 212-20

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี

พะเยา



ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรม การบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 – 6 ที่มี น้ำหนักเกินเกณฑ์

The Effectiveness of Empowerment Promoting Program on food consumption behaviors of Overweight, Elementary School Students Grade 4-6

พัชรภรณ์ ไชยสังข์ เสาวลักษณ์ ทรัพย์อารณ์
ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา
ดร.ยศพล เหลือโสมนภา
ภาควิชาการพยาบาลเด็กผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 – 6 ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จากรายงานการตรวจสุขภาพประจำปีของนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์เมื่อเทียบกับส่วนสูงตามมาตรฐานของสัดส่วนที่กำหนดเรียนอยู่ในโรงเรียนตำบลบึงศาล อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก กลุ่มละ 34 ราย กลุ่มทดลองเข้าโปรแกรม 4 ครั้ง ใช้เวลา 16 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับความรู้ตามปกติ เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร แบบสอบถามการเสริมสร้างพลังอำนาจ และแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสถิติ independent t-test และ paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจต่อ

พฤติกรรมการบริโภคอาหารสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.000$) และภายหลังการใช้โปรแกรม กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.000$)

คำสำคัญ: โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ, พฤติกรรมการบริโภคอาหาร, น้ำหนักเกินเกณฑ์

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effectiveness of empowerment promoting program on food consumption behaviors of overweight, elementary school students, grade 4-6. Research samples were purposively selected from health report of overweight elementary school students grade 4-6 of school in Buengsanongkalak District, Nakonnayok Province. Two groups of students, thirty four (34) each, were assigned into one experimental group and one control group.



The experimental group received the empowerment program four (4) times in sixteen (16) weeks, while the control group received routine education. The research instruments were the empowerment program on food consumption behaviors, the perceived empowerment questionnaire and a set of questionnaires on food consumption behaviors. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, t-test independent and pair t-test.

The results showed that the subjects in the experimental group significantly improved their empowerment after participating in the empowerment program on food consumption behaviors and the level was significantly higher than that of the control group ($p < 0.000$). After the experiment, the mean score on perceived empowerment program on food consumption behaviors, was also significantly higher than that of control group ($p < 0.000$).

Keywords : Empowerment promoting Program, Food consumption behaviors, Overweight

บทนำ

สภาพสังคมที่เปลี่ยนไปทำให้เด็กมีพฤติกรรม การกินที่ไม่พึงประสงค์มากยิ่งขึ้นซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังไม่ติดต่อหลายชนิดเมื่อเติบโตขึ้น เป็นภาระในการดูแลรักษา ทั้งในระดับครอบครัวและ ประเทศ รัฐจะต้องลงทุนด้านการบริการทางการแพทย์ มากขึ้น การสำรวจพบว่าเด็กไทยมีพฤติกรรม การกินหวานเพิ่มขึ้นซึ่งเป็นแหล่งที่มาของน้ำตาลได้แก่ เครื่องดื่มประเภทน้ำหวาน น้ำอัดลม ที่ส่งผลต่อภาวะ โภชนาการเกิน และมีข้อมูลจากกรมอนามัย กระทรวง สาธารณสุขร่วมกับสำนักคณะกรรมการการศึกษาขั้น พื้นฐาน ที่ได้จากการศึกษาสถานการณ์การจำหน่าย

น้ำอัดลมในโรงเรียนนำร่อง 19 โรงเรียน ในปี พ.ศ. 2551 พบว่ามีถึงร้อยละ 6.2 ของโรงเรียนมัธยมที่มี การจำหน่ายน้ำอัดลม จากข้อมูลดังกล่าวจึงเป็นเหตุให้ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงาน เขตพื้นที่การศึกษา (สพท.) ได้จัดนโยบายโรงเรียน ปลอดน้ำอัดลม งดการจำหน่ายขนมกรุบกรอบและ อาหารน้ำตาลมากที่จะทำให้เกิดปัญหาฟันผุตามมา (รัฐมนตรีพัฒนาพงศ์, 2550; กรมอนามัย กระทรวง สาธารณสุข, 2552)

ส่วนปัญหาน้ำหนักเกินเกณฑ์ถึงการเป็นโรค อ้วนถือเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง อัมพฤกษ์ อัมพาต โรคไม่ติดต่อเหล่านี้ไม่ได้มีผลกระทบเฉพาะบุคคลผู้ที่เป็นโรคเท่านั้น แต่ยังส่งผลไปถึงครอบครัว ชุมชน รวมไปถึงการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ โดยจากรายงานแผนยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหาโรคไม่ ติดต่อเรื้อรัง ได้ประมาณการสูญเสียรายได้จากผลผลิต ประชาชาติ (GDP) ของประเทศไทยจากโรคหัวใจและ อัมพาต ใน พ.ศ.2558 จะมีการสูญเสียสะสมประมาณ 52,150 ล้านบาท แต่ถ้ามีการป้องกันควบคุมโรค ดังกล่าวได้จะลดการสูญเสียรายได้ผลผลิต ร้อยละ 10 – 20 จากการสูญเสียทั้งหมด นอกจากนี้ยังพบว่าการ เสียชีวิตจากโรคเรื้อรังจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นร้อยละ 17 ในปี พ.ศ.2558 (คณะกรรมการอำนวยการลดปัจจัย เสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, 2550) โรค เหล่านี้เกิดจากการสังสมพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะในเรื่องการรับประทานอาหารมาตั้งแต่ ในช่วงก่อนวัยเรียน ซึ่งเป็นวัยที่ต้องการสารอาหารที่มี ประโยชน์ต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการทุกด้าน ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสติปัญญา แต่ ณ ขณะนี้ประเทศไทยกำลังเผชิญปัญหาโภชนาการใน เด็กไทย ซึ่งปัจจุบันพบว่ามีภาวะโภชนาการเกินและ เป็นโรคอ้วนมากขึ้น ดังเห็นได้จากรายงานการสำรวจ สุขภาพประชาชนไทย พบว่าเด็กที่มีน้ำหนักมากกว่า เกณฑ์มีอัตราสูงเพิ่มขึ้นพบว่าจากเด็กจำนวน 4-5 คน จะพบเด็กที่มีน้ำหนักมากกว่าเกณฑ์ 1 คน และเห็นได้



ชัดเจนในโรงเรียนที่อยู่ในเขตเมือง จากการสำรวจภาวะโภชนาการเด็กอายุ 4 - 12 ปี ในกรุงเทพมหานคร (สมาคมโภชนาการแห่งประเทศไทยและศูนย์วิจัย, 2553)

โรคอ้วนนั้นเป็นปัญหาระดับโลก โดยจากรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO) ในปี 2011 ที่พบว่าเด็กทั่วโลกมีปัญหาภาวะโภชนาการเกินสูงถึง 155 ล้านคนและในจำนวนดังกล่าวมีเด็ก 30-45 ล้านคน ที่เป็นโรคอ้วน โดยเฉพาะในยุโรปมีเด็กที่ป่วยเป็นโรคอ้วนเพิ่มขึ้นถึงปีละ 400,000 คน ทำให้องค์การอนามัยโลกต้องจัดทำยุทธศาสตร์ระดับโลกเรื่องอาหาร กิจกรรมทางกายและสุขภาพ (Epstein, 1996) และแผนปฏิบัติการลดโรคไม่ติดต่อ (World Health Organization, 2008) จากการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กวัยเรียนพบว่ามากกว่า 1 ใน 4 ของนักเรียนมีพฤติกรรมรับประทานอาหารไม่เหมาะสม กล่าวคือ กลุ่มเด็กอ้วนและเริ่มอ้วนมีการรับประทานอาหารว่างเช้าและอาหารว่างบ่าย ส่วนนักเรียนชายกลุ่มเริ่มอ้วนจะรับประทานอาหารก่อนนอนทุกวันคิดเป็นร้อยละ 12.5 ชนิดของอาหารที่นักเรียนรับประทานบ่อย 5-6 วัน/สัปดาห์ ได้แก่ เนื้อสัตว์ติดมัน คิดเป็นร้อยละ 18.3 และอาหารประเภททอด คิดเป็นร้อยละ 14.9 (O'Dea, 2008)

จากการศึกษาข้อมูลอนามัยโรงเรียนและการตรวจสุขภาพนักเรียน ในตำบลบึงศาล อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก ซึ่งเป็นพื้นที่เขตปริมณฑลที่มีความเจริญและอยู่ใกล้เขตเมืองหลวง นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน 2 ได้ศึกษาชุมชนดังกล่าวพบว่า อัตราความชุกของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 4-6 ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์มีถึงร้อยละ 36.32 นักเรียนส่วนใหญ่ (>50%) นิยมรับประทานอาหารประเภทไก่ทอด พิซซ่า น้ำอัดลม และขนมกรุบกรอบเป็นประจำ (นักศึกษาศาสตร์ ปีที่ 4 วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา, 2557) ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะ

เป็นส่วนหนึ่งของสถาบันการศึกษาพยาบาลที่ต้องร่วมรับผิดชอบภาวะสุขภาพประชาชนในพื้นที่ ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาองค์ความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน จึงนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Gibson, 1993) โดยผสมผสานการช่วยเหลือแบบกระบวนการกลุ่มเน้นการปรับให้เข้ากับแบบแผนการดำเนินชีวิตของกลุ่มตัวอย่างร่วมกับเนื้อหาที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยต่างๆอันจะส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ต่อไปอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 - 6 ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจและคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 - 6 ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ก่อนทดลอง หลังการทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Design) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 - 6 ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์โรงเรียนตำบลบึงศาล อำเภอองครักษ์ จังหวัดปทุมธานีระหว่างเดือน สิงหาคม ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ.2557

กลุ่มประชากรใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์รวม 2 แห่ง ในตำบลบึงศาล อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก จากรายงานการตรวจสุขภาพประจำปี จำนวน 102 คน (นักศึกษาศาสตร์



ศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา, 2557)

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยมีเกณฑ์คัดเลือก ดังนี้ นักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์เมื่อเทียบกับส่วนสูงตามมาตรฐานของสัดส่วนที่กำหนด(กราฟน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงของเพศชาย-หญิงในการติดตามการเจริญเติบโตด้านภาวะอ้วน – ผอมของนักเรียนอายุ 4 – 12 ปี) (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2552) กลุ่มตัวอย่างดังกล่าวมีความสมัครใจ และได้รับอนุญาตจากทางโรงเรียนและผู้บริหารโรงเรียนในการเป็นกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัย ยินดีร่วมกิจกรรมกลุ่ม 4 ครั้ง คัดเลือกกลุ่มควบคุมโดยวิธีการจับคู่ให้มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มทดลองให้มากที่สุด (match pair) โดยพิจารณาแต่ละคู่ดังนี้ เป็นเพศเดียวกัน อยู่ในระดับการศึกษาชั้นปีเดียวกัน ค่าน้ำหนักตามเกณฑ์กราฟน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงอยู่ระดับเดียวกัน กลุ่มทดลอง 34 ราย และกลุ่มควบคุม 34 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยได้แก่ โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจสร้างและดำเนินกิจกรรมโดยผู้วิจัยกรอบของการพัฒนาโปรแกรมมาจากการใช้ทฤษฎีการสร้างเสริมพลังอำนาจ (Gibson, 1993) โดยผสมผสานการช่วยเหลือแบบกระบวนการกลุ่ม ร่วมกับเนื้อหาที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยต่างๆกิจกรรมในโปรแกรมประกอบด้วย การบรรยายการสร้างเสริมพลังอำนาจกระบวนการกลุ่มวิเคราะห์ปัญหาหาแนวทางแก้ไขพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ชีวิตและฝึกปฏิบัติ 4 ครั้ง รวมระยะเวลา 4 เดือนโดยครอบคลุมหัวข้อบรรยายและกิจกรรมร่วมกัน

2. เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลมี 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ 15 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้พลังอำนาจแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภค จำนวน 20 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบสอบถามปลายปิดใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ให้คะแนนเป็นรายข้อตามระดับการรับรู้พลังอำนาจของนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ประกอบด้วย 4 ระดับผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดการรับรู้พลังอำนาจของประภาศิริโรจน์ (2553) และ ลมัยนิมิตรถวิล และคณะ. (2556) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจ Gibson (1993) ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงโดยนำไปใช้กับนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์จำนวน 20 รายที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Chronbach's Coefficient Alpha) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .88

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการบริโภคอาหารจำนวน 18 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบสอบถามปลายปิดใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) 4 ระดับให้คะแนนเป็นรายข้อตามเป็นพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมฯ 1 เดือนผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสัมภาษณ์ พฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ที่มีภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์มาตรฐานโรงเรียนสาธิตแห่งมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ศูนย์วิจัยและพัฒนาการศึกษาของเครือข่ายปววิทยาลัย (2550) ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงโดยนำไปใช้กับนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์จำนวน 20 รายที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Chronbach's Coefficient Alpha) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .86



การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. คณะคณะผู้วิจัยได้นำเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย (E.4/2557) วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซาเพื่ออนุมัติเมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว จึงได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยตามขั้นตอน

2. ขออนุญาตสาธารณสุขอำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายกเพื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ณ โรงเรียนบ้านลาดช้าง และโรงเรียนบ้านหัวหมอน

3. เลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ คณะผู้วิจัยแนะนำตนเอง แจ้งวัตถุประสงค์ให้กลุ่มตัวอย่างทราบ สอบถามความสนใจในการเป็นผู้ถูกวิจัย

4. อธิบายการพิทักษ์สิทธิในการเข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเข้าใจและยินดียอมรับโครงการและลงลายมือชื่อแล้ว ได้รับอนุญาตจากทางโรงเรียนและผู้ปกครองนักเรียนในการเป็นกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัย คณะผู้วิจัยเริ่มสัมภาษณ์เพื่อเก็บข้อมูลตามแบบสอบถาม รวมทั้งชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูงตามวิธีการที่กำหนดไว้

5. ผู้วิจัยนัดวันเพื่อเชิญกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจโดยกระบวนการกลุ่มทั้งสิ้น 4 ครั้ง ณ โรงเรียนบ้านลาดช้าง และโรงเรียนบ้านหัวหมอน และดำเนินการตามที่กำหนดไว้ในโปรแกรมกลุ่มควบคุมได้รับความรู้ตามปกติ คือ ให้ความรู้เรื่องพฤติกรรมโภชนาการของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษา โดยมีบอร์ดความรู้ติดในห้องเรียน

6. ประเมินผลการใช้โปรแกรม โดยสัมภาษณ์ผู้ถูกวิจัยด้วยแบบสอบถามชุดเดียวกันกับที่ใช้ก่อนการวิจัย และนำผลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูล

วิธีวิเคราะห์ข้อมูล

การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานค่าสถิติ t-test independent และ pair t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานพบว่านักเรียนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุ 10 ปี (ร้อยละ 44.1 และร้อยละ 41.2) ระดับการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 4 (ร้อยละ 47.1) มีสมาชิกในครอบครัวที่มีรูปร่างอ้วน (ร้อยละ 67.6 และ 76.5) ได้รับเงินจากผู้ปกครองน้อยกว่า 20 บาทต่อวัน (ร้อยละ 58.8 และ 48.2) รับประทานอาหารนอกบ้านนานๆ ครั้ง (ร้อยละ 82.4 และ 91.1) ไม่รู้สีกว่าตนเองอ้วน (ร้อยละ 82.4 และ 64.7) ไม่เคยควบคุมหรือลดน้ำหนัก (ร้อยละ 79.4 และ 73.5) ไม่เคยได้รับข้อมูล ข่าว คำแนะนำหรือความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารหรือภาวะโภชนาการเกิน (ร้อยละ 70.6 และ 73.5) มีคนในครอบครัวที่มีรูปร่างอ้วน (ร้อยละ 61.8 และร้อยละ 82.4) มารดาจบการศึกษาระดับการศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 44.1 และ 38.2) และระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 47.1 และ 23.5) รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนต่ำกว่า 5000 บาท (ร้อยละ 38.2 และ 47.1) บิดามีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 70.6 และ 82.4) มารดามีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 73.5 และ 67.6)

ตอนที่ 2 การรับรู้พลังอำนาจแห่งตนเองต่อพฤติกรรมโภชนาการ พบว่าภายหลังการใช้โปรแกรมนักเรียนกลุ่มทดลองมีการรับรู้พลังอำนาจแห่งตนเองต่อพฤติกรรมโภชนาการเพิ่มขึ้นจากก่อนทดลองที่ระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.000$) ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการรับรู้พลังอำนาจแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภคของนักเรียนกลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้โปรแกรม

การรับรู้พลังอำนาจแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภค	n	$\bar{X}$	SD	t	df	p
ก่อนใช้โปรแกรม	34	48.97	6.098	-9.382	33	.000
หลังใช้โปรแกรม	34	57.56	4.364			

p=0.05

พบว่าภายหลังการใช้โปรแกรม นักเรียนกลุ่มทดลองมีการรับรู้พลังอำนาจแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภคสูงกว่ากลุ่มควบคุม ที่ระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.000) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการรับรู้พลังอำนาจแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภคของนักเรียนกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองภายหลังการใช้โปรแกรม

การรับรู้พลังอำนาจแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภค	n	$\bar{X}$	SD	t	df	p
กลุ่มทดลอง	34	57.56	4.364	4.775	66	0.000
กลุ่มควบคุม	34	52.24	4.818			

p=0.05

ตอนที่ 3 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

พบว่าภายหลังการใช้โปรแกรม นักเรียนกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพิ่มขึ้นจากก่อนทดลอง ที่ระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.000) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนกลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้โปรแกรม

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	n	$\bar{X}$	SD	t	df	p
ก่อนใช้โปรแกรม	34	43.00	8.254	-7.168	33	.000
หลังใช้โปรแกรม	34	52.12	4.036			

p=0.05

พบว่าภายหลังการใช้โปรแกรม นักเรียนกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารสูงกว่ากลุ่มควบคุม ที่ระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.000) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองภายหลังการใช้โปรแกรม

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	n	$\bar{X}$	SD	t	df	p
กลุ่มทดลอง	34	52.118	4.036	4.775	66	.000
กลุ่มควบคุม	34	47.53	4.223			

p=0.05



อภิปรายผล

ผลการศึกษา พบว่า เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ 16 สัปดาห์ พบว่าภายหลังการทดลองนักเรียนกลุ่มทดลองมีการรับรู้พลังอำนาจแห่งตนเพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนทดลองและ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p = 0.000$) ซึ่งเป็นไปตาม วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 ทั้งนี้อธิบายได้ว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่พัฒนาตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1993) โดยมุ่งเน้นการพัฒนาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษา พัฒนาการทางด้านต่างๆ ของเด็กวัยเรียน โภชนาการในเด็กวัยเรียน รวมทั้งศึกษางานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับกับโปรแกรมหรือกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ พฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กวัยเรียน และมีความเหมาะสมในการนำมาใช้กับนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ผู้วิจัยได้นำข้อมูลดังกล่าวมาออกแบบโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแห่งตนที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายและสามารถช่วยปรับพฤติกรรมให้เป็นไปในทิศทางที่ถูกต้อง รวมทั้งเสริมสร้างความมั่นใจว่าให้กับนักเรียนว่าตนเองมีพลังอำนาจในการเลือกสิ่งที่ต้องการบริโภคที่เหมาะสมและเห็นความสำคัญของภาวะน้ำหนักตัวเกิน กิจกรรมในโปรแกรมจึงมีความหลากหลายและเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายส่งผลให้มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียน ภายหลังการใช้โปรแกรม กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.000$) ซึ่งเป็นไปตาม วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 จะเห็นได้ว่าผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1993) ที่ว่าใช้กระบวนการกลุ่มวิเคราะห์ปัญหาหาแนวทางแก้ไข พุดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์สาธิตและฝึกปฏิบัติร่วมกัน

จากข้อมูลพื้นฐานพบว่านักเรียนส่วนใหญ่ได้รับเงินจากผู้ปกครองไปโรงเรียนน้อยกว่า 20 บาทต่อวัน และส่วนมากจะนำเงินที่ได้ไปซื้อขนมอย่างน้อยวันละ 10 บาท สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นว่านักเรียนรับประทานขนมเกือบทุกวัน ซึ่งขนมเหล่านี้อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ค่าดัชนีมวลกายเพิ่มขึ้น ดังนั้นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในโรงเรียนจึงต้องเห็นความสำคัญของการป้องกันการเกิดภาวะโภชนาการเกินในเด็กวัยเรียน และกำหนดเป็นมาตรการหรือนโยบายการขายอาหารหรือขนมที่ส่งเสริมสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะโภชนาการเกินและเกิดโรคอ้วนในเด็กวัยเรียนโรคเหล่านี้เกิดจากการสั่งสมพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องโดยเฉพาะในเรื่องการรับประทานอาหารมาตั้งแต่ต้นช่วงก่อนวัยเรียน ซึ่งเป็นวัยที่ต้องการสารอาหารที่มีประโยชน์ต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการทุกด้าน ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสติปัญญา แต่ ณ ขณะนี้ประเทศไทยกำลังเผชิญปัญหาทุพโภชนาการในเด็กไทย ซึ่งปัจจุบันพบว่าภาวะโภชนาการเกินและเป็นโรคอ้วนมากขึ้น ดังเห็นได้จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยพบว่าเด็กที่มีน้ำหนักมากกว่าเกณฑ์มีอัตราสูงเพิ่มขึ้นพบว่าจากเด็กจำนวน 4-5 คนจะพบเด็กที่มีน้ำหนักมากกว่าเกณฑ์ 1 คน และเห็นได้ชัดเจนในโรงเรียนที่อยู่ในเขตเมือง จากการสำรวจภาวะโภชนาการเด็กอายุ 4 – 12 ปี ในกรุงเทพมหานคร (สมาคมโภชนาการแห่งประเทศไทยและศูนย์วิจัย, 2553)

จากการศึกษาข้อมูลพื้นฐานยังพบอีกว่าสมาชิกในครอบครัวส่วนมากมีรูปร่างอ้วน นักเรียนส่วนใหญ่รับประทานอาหารนอกบ้านนานๆ ครั้งและส่วนใหญ่ไม่ได้ใช้เงินที่ได้จากผู้ปกครองไปซื้ออาหารกลางวัน ซึ่งเป็นข้อมูลสนับสนุนว่านักเรียนรับประทานอาหารที่ปรุงในครอบครัว และห่อมารับประทานกลางวัน หรือรับประทานอาหารที่ทางโรงเรียนจัดไว้ให้ ดังนั้นการให้ความรู้หรือคำแนะนำแก่ผู้ปรุงอาหารในครอบครัวมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ทั้งต่อนักเรียนเองหรือ



แม้กระทั่งสมาชิกในครอบครัวนอกจากนี้ยังพบว่านักเรียนส่วนใหญ่ไม่รู้สึกรู้ว่าตนเองอ้วนหรือมีน้ำหนักเกิน ไม่เคยควบคุมหรือลดน้ำหนักและไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารหรือภาวะโภชนาการเกิน ดังนั้นการให้ข้อมูลสุขภาพผ่านช่องทางการสื่อสารที่เหมาะสมกับเด็กวัยเรียนจึงเป็นสิ่งสำคัญ เช่นการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ในโรงเรียน การนำความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่ถูกต้องมาบรรจุไว้ในกิจกรรมการเรียนการสอน การออกแบบสื่อประชาสัมพันธ์ที่เหมาะสมกับวัยของเด็ก

เมื่อศึกษาค่าเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจแห่งตนในภาพรวมพบว่าค่าเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจแห่งตนภายหลังจากการใช้โปรแกรมเพิ่มขึ้นจากก่อนใช้โปรแกรม และเมื่อศึกษารายข้อพบว่าค่าเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจแห่งตนภายหลังจากการใช้โปรแกรมเพิ่มขึ้นจากก่อนใช้โปรแกรมถึง 19 รายการจาก 20 รายการ ซึ่งเป็นสิ่งที่ยืนยันประสิทธิภาพของโปรแกรมสำหรับรายการที่มีผลต่างค่าเฉลี่ยก่อน-หลังการใช้โปรแกรมสูงที่สุด 3 รายการคือนักเรียนสามารถลดการรับประทานอาหารไขมันสูง เช่น หมูสามชั้น ไข่แดง ไก่ทอด รองลงมาคือ นักเรียนสามารถบอกผู้ปกครองให้ประกอบอาหารด้วยวิธีการต้ม นึ่ง ปิ้งย่าง ได้ นักเรียนสามารถเลือกสั่งอาหารมากินอาหารประกอบด้วย วิธีต้ม นึ่ง และนักเรียนสามารถศึกษารายละเอียดของธงโภชนาการเพื่อกินอาหารได้ถูกสัดส่วน เหล่านี้เป็นความรู้พื้นฐานสำคัญที่ส่งเสริมให้นักเรียนมั่นใจในตนเองและสามารถเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสมมีประโยชน์ได้ จึงส่งผลให้มีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ถูกต้องสูงขึ้น แต่อย่างไรก็ตามมีค่าเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจแห่งตน 1 รายการที่ลดลงจากก่อนการทดลอง ได้แก่ นักเรียนสามารถหลีกเลี่ยงการกินอาหารที่ประกอบด้วยวิธี ผัด ทอด ปิ้ง ซึ่งหมายความว่านักเรียนมีโอกาสได้รับประทานอาหารประเภทผัด ทอด ปิ้งจากในครอบครัว และในโรงเรียนและอาจไม่สามารถหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหาร

ประเภทดังกล่าวได้ จึงส่งผลให้เกิดความไม่มั่นใจว่าตนเองมีพลังอำนาจในการปฏิเสธที่จะรับประทานอาหารประเภทผัด ทอด ปิ้งได้

เมื่อศึกษาค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนกลุ่มทดลองในภาพรวมพบว่าภายหลังใช้โปรแกรมมีผลต่างของค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรม และเมื่อศึกษารายข้อพบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องภายหลังใช้โปรแกรมสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรม 9 รายการจาก 18 รายการ โดยข้อที่มีผลต่างของค่าเฉลี่ยมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ นักเรียนกินขนมขบเคี้ยว รองลงมาคือดื่มนมสดพรมันเนยมีไขมันต่ำ และ การเคี้ยวอาหารจนละเอียดทุกคำก่อนกลืน สิ่งเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะสามารถปรับเปลี่ยนให้นักเรียนมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง ดังนั้นเมื่อมีการจัดโปรแกรมให้กับนักเรียน จึงทำให้นักเรียนเห็นความสำคัญและปฏิบัติตามกิจกรรมเหล่านี้ได้ดีขึ้น ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยหลังการใช้โปรแกรมเพิ่มขึ้น

อย่างไรก็ตามยังมีรายการที่มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องของนักเรียนกลุ่มทดลอง อีก 9 รายการ ที่ลดลงจากก่อนการทดลองจาก 18 รายการ โดยรายการที่มีผลต่างค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ การดื่มนมที่มีรสหวานและรสช็อกโกแลต รองลงมาคือกินอาหารว่างอีก 1 มื้อก่อนนอน และโฆษณาตามสื่อต่างๆ ไม่มีส่วนผลักดันในการซื้ออาหารมาบริโภค และการกินอาหารค่ำและหมดได้ในเวลาอันรวดเร็วซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ต้องได้รับการแก้ไข โดยเฉพาะการให้คำแนะนำที่ถูกต้องจากผู้ปกครองหรือครูเมื่อเด็กชมโฆษณาสินค้าผ่านสื่อต่างๆ การเลือกดื่มนมที่ไม่มีน้ำตาลและการไม่รับประทานอาหารหรือขนมก่อนนอน ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการสำรวจพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของเด็กวัยเรียนของ O'Dea ที่พบว่ามากกว่า 1 ใน 4 ของนักเรียนมีพฤติกรรมรับประทานอาหารไม่เหมาะสม กล่าวคือ กลุ่มเด็กอ้วนและเริ่มอ้วนมีการรับประทาน



อาหารว่างเช้าและอาหารว่างบ่าย ส่วนนักเรียนชายกลุ่มเริ่มอ้วนจะรับประทานอาหารก่อนนอนทุกวันคิดเป็นร้อยละ 12.5 ชนิดของอาหารที่นักเรียนรับประทานบ่อย 5-6 วัน/สัปดาห์ ได้แก่ เนื้อสัตว์ติดมัน คิดเป็นร้อยละ 18.3 และอาหารประเภททอด คิดเป็นร้อยละ 14.9 (O'Dea, 2008) ปัญหาน้ำหนักเกินเกณฑ์ถึงการเป็นโรคอ้วนถือเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง อัมพฤกษ์ อัมพาต โรคไม่ติดต่อเหล่านี้ไม่ได้มีผลกระทบเฉพาะบุคคลผู้ที่เป็นโรคเท่านั้น แต่ยังส่งผลไปถึงครอบครัว ชุมชน รวมไปถึงการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ โดยจากรายงานแผนยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้ประมาณการสูญเสียรายได้จากผลผลิตประชาชาติ (GDP) ของประเทศไทยจากโรคหัวใจและอัมพาต ใน พ.ศ.2558 จะมีการสูญเสียสะสมประมาณ 52,150 ล้านบาท แต่ถ้ามมีการป้องกันควบคุมโรคดังกล่าวได้จะลดการสูญเสียรายได้ผลผลิต ร้อยละ 10 - 20 จากการสูญเสียทั้งหมด นอกจากนี้ยังพบว่าการเสียชีวิตจากโรคเรื้อรังจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นร้อยละ 17 ในปี พ.ศ.2558 (คณะกรรมการอำนวยการลดปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, 2550)





เอกสารอ้างอิง

- คณะกรรมการอำนวยการลดปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. (2550). ร่างแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทยพ.ศ. 2550-2559.เข้าถึงเมื่อ ตุลาคม 2556, จาก <http://www.thaiphc.net/journal/amor/fulltext.PDF>
- เครือวัลย์ ปาวีลย์. (2550). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐานในนักเรียนระดับประถมศึกษาปีที่ 4-6โรงเรียนสาธิตแห่งมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ศูนย์วิจัยและพัฒนาการศึกษา (บางเขน) วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษาภาควิชาพลศึกษา,บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา. (2554). รายงานการสำรวจชุมชนวิชาปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน 2.[อัดสำเนา]. นครนายก: วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา.
- ประภา ชิวโรจน์ และคณะ. (2553). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจและการปฏิบัติการณ์ของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา; ปีที่18 ฉบับเพิ่มเติม.
- รัชณี มนุพิพัฒน์พงศ์.(2552). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกินของนักเรียนประถมศึกษาในจังหวัดลพบุรี.วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ลมัย นิมิตรถวิล และคณะ. (2556). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้อำนาจพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก ดัชนีมวลกาย และเปอร์เซ็นต์ไขมันในผู้ใหญ่ที่เป็นโรคอ้วน. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ ปีที่3 ฉบับที่7 กันยายน - ธันวาคม (108-120)
- สมาคมโภชนาการแห่งประเทศไทยและศูนย์วิจัย.(2553). สร้างเด็กไทยให้เต็มศักยภาพด้วยอาหารและโภชนาการ. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี.
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข. (2552). การตรวจสุขภาพด้วยตนเองสำหรับนักเรียนชั้น ม.1-ม.6.นนทบุรี:กระทรวงสาธารณสุข.
- Epstein, L.H. (1996). Family-based behavioral intervention for obese children. *International Journal of Obesity*, 20: S14-S21.
- Gibson, C.H.A. (1993). A concept analysis of empowerment *Journal of Advanced Nursing*.16(3) 354-361.
- O'Dea, J. (2008).Why do kids eat healthful food? Perceived benefits of and barriers to healthful eating and physical activity among children and adolescents.*The American Dietetic Association*, 103(4):497-504.
- World Health Organization.(2008). 2008-2013 action planfor the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases. Retrieved May 3, 2012, from http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597418_eng.pdf



ปัจจัยที่มีอิทธิพลเชิงสาเหตุที่มีผลต่อความตั้งใจแสดงพฤติกรรม การใช้งานระบบ E-learning ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

The Predictors of nursing student's behavior intend to use
an E-learning at Boromarajonani college of Nursing,
Suphanburi

อาคม โพธิ์สุวรรณ, สุภาภรณ์วรรณ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลเชิงสาเหตุที่มีผลต่อความตั้งใจแสดงพฤติกรรมการใช้งานระบบอีเลิร์นนิ่งของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรีเป็นการวิจัยเชิงปริมาณประชากรคือนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 – ชั้นปีที่ 4 กำลังศึกษาอยู่ในปีการศึกษา 2556 เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 342 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นโดยแบ่งออกเป็น 5 ส่วนซึ่งประกอบด้วยส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ซึ่งเป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เพศ ชั้นปี และข้อมูลอื่นๆ ส่วนที่ 2 สอบถามปัจจัยการรับรู้ประโยชน์การใช้งานระบบอีเลิร์นนิ่งส่วนที่ 3 สอบถามปัจจัยความง่ายในการใช้งานระบบอีเลิร์นนิ่งส่วนที่ 4 สอบถามปัจจัยด้านทัศนคติในการใช้งานระบบอีเลิร์นนิ่งและส่วนที่ 5 สอบถามปัจจัยด้านความตั้งใจแสดงพฤติกรรมการใช้งานระบบอีเลิร์นนิ่ง โดยแบบสอบถามส่วนที่ 2-5 คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับคือมากที่สุดมากปานกลางน้อย และน้อยที่สุด มีค่าความเชื่อมั่นเป็น .87, .79, .81,

และ .89 ตามลำดับสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่การแจกแจงความถี่ค่าสูงสุดค่าต่ำสุดค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานหาความสัมพันธ์ อำนาจการทำนายและวิเคราะห์อิทธิพลเชิงสาเหตุ (Path analysis)

ผลการวิจัยพบว่าอิทธิพลของตัวแปรที่มีผลกระทบของความตั้งใจแสดงพฤติกรรมการใช้งานระบบอีเลิร์นนิ่งในนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตมากที่สุดคือตัวแปรด้านทัศนคติในการใช้งานระบบ โดยมีอิทธิพลทางตรง (ATU) ($B = .37$) รองลงมาคือตัวแปรการรับรู้ความง่ายในการใช้งานระบบโดยมีอิทธิพลทางอ้อม (PEU) ($B = .2372$) และน้อยสุดคือตัวแปรการรับรู้ประโยชน์ของระบบโดยมีอิทธิพลทางตรง (PU) ($B = .135$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งอิทธิพลของตัวแปรต่างๆในแบบจำลองสามารถอธิบายความผันแปรของผลกระทบของความตั้งใจแสดงพฤติกรรมการใช้งานระบบอีเลิร์นนิ่งของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี (BIU) ได้ร้อยละ 39.76 ($R^2 = .3976$)



คำสำคัญ : โมเดลการยอมรับเทคโนโลยี,
อิทธิพลเชิงสาเหตุ, พฤติกรรมการใช้งาน, นักศึกษา
พยาบาล

Abstract

The change of education paradigms is affected by the development of communication and information technology. Most of university are used technology as an education tool for teaching and learning. E-learning is one of the most famous tool for teaching and learning online without the barrier of time and place. Students can access online materials anytime and anywhere with the internet connection. However, learning online isn't success without the usage of students of e-learning system. This research was aimed to study the students' behavior intend to use an e-learning system of Boromrajonani college of Nursing, Suphanburi (BCNS) and to identify what factors affect the usage of BCNS e-learning. Technology acceptance model (TAM) was used as a research framework. Population included nursing students' year 2-4 who study at BCNS. Data were collected from 342 nursing students and path analysis were used to analysis research data. The results show that the factors have an influence in students intend to use e-learning system is attitude toward usage an e-learning, perceive an easy of usage e-learning, and perceive the usefulness of e-learning in order. The model can be predicted the influential factors 39.76 percent ($R^2 = .3976$).

บทนำ

ลักษณะการเรียนรู้ในระบบอิเล็กทรอนิกส์หรืออีเลิร์นนิ่ง (E-learning) คือการเรียนการสอนในรูปแบบที่ถ่ายทอดเนื้อหาผ่านทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์ไม่ว่าจะเป็นเครือข่ายอินเทอร์เน็ต อินทราเน็ต หรือสัญญาณดาวเทียม ฯลฯ การเรียนแบบอีเลิร์นนิ่ง ได้เข้ามามีบทบาท ต่อการเรียนการสอนในปัจจุบันที่ต่อเนื่องในช่วงหลายปีที่ผ่านมา โดยเฉพาะในสถาบันในระดับอุดมศึกษาแม้กระทั่งในหลายๆหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน ได้นำการเรียนการสอนแบบอีเลิร์นนิ่งมาใช้ในการจัดการเรียนการสอนและการฝึกอบรม อย่างแพร่หลาย และหลากหลายวัตถุประสงค์ของการใช้ที่ต่างกันไป สำหรับวัตถุประสงค์ด้านการศึกษา ก็เพื่อมุ่งเน้นให้นักศึกษาสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง โดยไม่มีข้อจำกัดในด้านเวลา สถานที่ ผู้เรียน และผู้สอน ดังนั้นความต้องการในการเรียนแบบนี้จึงเป็นที่นิยมมาโดยลำดับตามพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ.2542 ฉบับที่ 3 (พ.ศ.2553) หมวดที่ 9 มาตรา 66 ที่ว่าผู้เรียนมีสิทธิได้รับการพัฒนาขีดความสามารถในการใช้เทคโนโลยีเพื่อการศึกษาเพื่อให้มีความรู้และทักษะ สามารถแสวงหาความรู้ด้วยตนเองได้อย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต ดังนั้นกระบวนการจัดการเรียนการสอนต้องส่งเสริมให้ผู้เรียนสามารถที่จะพัฒนาศักยภาพด้านการเรียนของตนได้อย่างเต็มที่ผู้สอนจึงจำเป็นต้องจัดการเรียนการสอนที่เน้นการเรียนรู้เพื่อให้ผู้เรียนเกิดทักษะการเรียนรู้ที่จำเป็น ส่งผลให้รูปแบบของการเรียนรู้เกิดความหลากหลายในสังคมโลกปัจจุบัน

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี เป็นสถาบันการศึกษาแห่งหนึ่งที่สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข มีพันธกิจคือการ ผลิตบัณฑิตพยาบาลและพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขที่มีคุณภาพ ฯ โดยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี ได้ใช้หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พ.ศ. 2555 (หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พ.ศ. 2555) ในส่วนของกระบวนการจัดการเรียนการสอนแบบ



อีเลิร์นนิ่ง ได้เป็นนโยบายหนึ่งของทางวิทยาลัยที่ต้องการส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ของผู้เรียน ที่เอื้อประโยชน์ด้านการส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเอง สามารถเข้าถึงได้ทุกที่ทุกเวลาโดยมีรายวิชาที่ทำการจัดการเรียนการสอน ได้แก่ ภาควิชาการพยาบาลชุมชน ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นต้น ทั้งนี้ ผู้สอนได้มีการชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ต่อการจัดการเรียนการสอนแบบอีเลิร์นนิ่งแก่ผู้เรียนโดยสอดคล้องเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของหลักสูตรแต่ละรายวิชา รวมทั้งจัดระบบอินเทอร์เน็ตไร้สาย (Wireless) สนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อเอื้อกับผู้เรียนให้ผู้เรียน แต่จากการสำรวจข้อมูลเบื้องต้น ในปีการศึกษา 2555 พบว่าเมื่อพิจารณาด้านการจัดการเรียนการสอนแบบอีเลิร์นนิ่งของแต่ละรายวิชา ไม่ถึงร้อยละ 30 ของรายวิชาทั้งหมด และเมื่อมุ่งไปที่กลุ่มผู้เรียน พบว่านักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต มีการเข้าไปเรียนรู้โดยใช้ระบบอีเลิร์นนิ่งไม่ถึงร้อยละ 20 ซึ่งถือว่าเป็นปัญหาสำคัญของการจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ของผู้เรียน ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาถึงปัจจัยเชิงสาเหตุของความตั้งใจแสดงพฤติกรรมการใช้อีเลิร์นนิ่งของนักศึกษาพยาบาลเป็นอันดับแรกก่อน อันเนื่องมาจากเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักสำคัญของการพัฒนาการจัดการเรียนการสอน

การทบทวนวรรณกรรมถึงแนวทางการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนโดยใช้เทคโนโลยี แบบอีเลิร์นนิ่ง พบว่ามีวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้เทคโนโลยีมาใช้ในการพัฒนาการสอนกับผู้เรียน ดังนี้ วิไลลักษณ์ เสรีตระกูล (2551) ศึกษาสังเกตการณ์ระยะยาวของการยอมรับอีเลิร์นนิ่ง (e-Learning) กรณีศึกษา: นักศึกษาระดับปริญญาตรีมหาวิทยาลัยกรุงเทพโดยใช้โมเดลการยอมรับเทคโนโลยี (Technology Acceptance Model หรือ TAM) มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา พบว่าปัจจัยด้านประสบการณ์ทักษะการใช้คอมพิวเตอร์และการใช้อินเทอร์เน็ต จำนวนชั่วโมง

การใช้ต่อสัปดาห์การรับรู้ความง่ายในการใช้งานการรับรู้ประโยชน์ และทัศนคติที่มีต่อการใช้อีเลิร์นนิ่งมีอิทธิพลต่อความตั้งใจที่จะใช้อีเลิร์นนิ่งผลการวิจัยยืนยันแนวคิดตามโมเดลการยอมรับเทคโนโลยีคือการรับรู้ความง่ายในการใช้มีอิทธิพลต่อความตั้งใจที่จะใช้และมีอิทธิพลต่อความต่อเนื่องในการใช้อีเลิร์นนิ่ง (e-Learning) บุชราประกอบธรรม (2556) ศึกษาการยอมรับเครือข่ายสังคมออนไลน์ของนักศึกษา: กรณีศึกษามหาวิทยาลัยกรุงเทพโดยใช้แบบจำลองการยอมรับเทคโนโลยี (TAM) ผลการวิจัยพบว่าการรับรู้ความง่ายในการใช้งานการรับรู้ประโยชน์และอิทธิพลของสังคมมีอิทธิพลต่อทัศนคติที่มีต่อการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์และทัศนคติที่มีต่อการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์มีอิทธิพลต่อความตั้งใจใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์

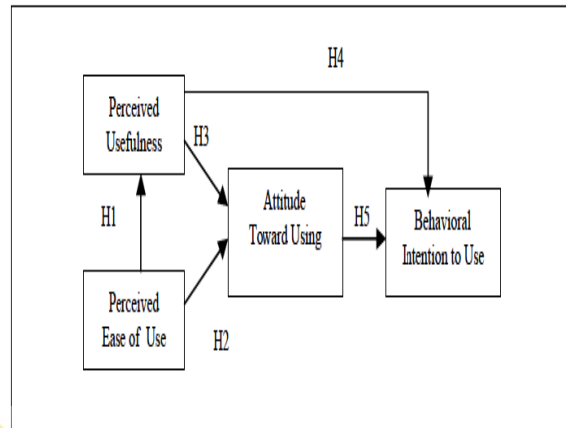
ดังนั้นจะเห็นว่าการใช้แบบจำลอง การยอมรับเทคโนโลยี (Technology Acceptance Model หรือ TAM) เป็นแบบจำลองที่ถูกนำมาประยุกต์ใช้อย่างแพร่หลายและได้รับการยอมรับด้านการศึกษาถึงสาเหตุ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้เทคโนโลยีของผู้เรียน และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความตั้งใจแสดงพฤติกรรมการใช้งานใช้ระบบอีเลิร์นนิ่ง (Behavior intend to use) ได้แก่ ปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ (Perceived usefulness) ปัจจัยการรับรู้ความง่ายของการใช้งาน (perceived ease of use) และปัจจัยทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ (attitude toward usage) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้อีเลิร์นนิ่ง (e-Learning) มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายอิทธิพลของพฤติกรรมการใช้งานระบบการใช้งานแบบอีเลิร์นนิ่ง (e-Learning)

จากปัญหาของการใช้ระบบการจัดการเรียนการสอนแบบการใช้อีเลิร์นนิ่ง (e-Learning) ที่กล่าวข้างต้นของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สุพรรณบุรี ผู้วิจัยจึงจำเป็นต้องศึกษาถึงปัจจัยเชิงสาเหตุ ที่มีผลต่อความตั้งใจในการใช้ระบบอีเลิร์นนิ่งในนักศึกษา



พยาบาลฯ ผู้วิจัยจึงทำการประยุกต์ใช้โมเดลการยอมรับเทคโนโลยี (Technology Acceptance Model หรือ TAM) มาเป็นแนวทางในการศึกษา และทำการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่มีอิทธิพลสูงกับการใช้อีเลิร์นนิ่งของผู้เรียนที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมคือปัจจัยการรับรู้ประโยชน์การใช้งานระบบอีเลิร์นนิ่ง ปัจจัยความง่ายในการใช้งานระบบอีเลิร์นนิ่งและปัจจัยด้านทัศนคติในการใช้งานระบบอีเลิร์นนิ่งต่อความตั้งใจแสดงพฤติกรรมการใช้งานระบบอีเลิร์นนิ่งของผู้เรียน ทั้งนี้เพื่อให้ทราบถึงสาเหตุและอิทธิพลในด้านปัจจัยต่อการจัดการเรียนการสอนแบบใช้อีเลิร์นนิ่งของผู้เรียนและสามารถนำผลการวิจัยดังกล่าว มาใช้พัฒนาการจัดการเรียนการสอนนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตให้มีประสิทธิภาพและเหมาะสมต่อไป

ภาพที่1 โมเดลการยอมรับเทคโนโลยี (Technology Acceptance Model: TAM) ที่มา: เดวิสแบกอสลี และ วอร์ชาว (DavidBagozzi and Warshaw, 1989: 985)



วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลเชิงสาเหตุที่มีผลต่อความตั้งใจแสดงพฤติกรรมการใช้งานระบบอีเลิร์นนิ่งของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

แนวคิดเกี่ยวกับแบบจำลองการยอมรับเทคโนโลยี (Technology Acceptance Model: TAM)

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณเพื่อหาปัจจัยที่มีอิทธิพลเชิงสาเหตุ (Path analysis) กับความตั้งใจแสดงพฤติกรรมการใช้งานระบบอีเลิร์นนิ่งของนักศึกษาพยาบาลศาสตรวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

ประชากร/กลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาทั้งหมดเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 – 4 ที่กำลังศึกษาอยู่ในปีการศึกษา 2556 จำนวน 360 คนโดยจำแนกเป็นชั้นปีดังนี้ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 จำนวน 167 คน นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 จำนวน 97 คน นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 4 จำนวน 96 คน พื้นที่ที่ศึกษาวิจัยคือ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี ทั้งนี้ผู้วิจัยไม่ได้ทำการศึกษาในนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1 เนื่องจากนักศึกษาชั้นปีที่ 1 เพิ่งเข้ามาสู่ระบบการ



เรียนการสอนโดยศึกษาในรายวิชาหมวดพื้นฐานทั่วไป ซึ่งยังไม่ได้จัดการเรียนการสอนแบบอีเลิร์นนิ่ง (E-learning) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษา นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2-4 เท่านั้น

แบบจำลองเชิงสมมุติฐานของตัวแปรด้านการรับรู้ ประโยชน์ระบบ การรับรู้ความง่ายต่อการใช้งาน ทักษะคติในการใช้งาน ต่อความตั้งใจแสดงพฤติกรรม การใช้งานระบบอีเลิร์นนิ่ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นโดยแบ่งออกเป็น 5 ส่วนซึ่งประกอบด้วยส่วนที่ 1. ข้อมูลทั่วไป ซึ่งเป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อโดยมีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง แบบสอบถามในส่วนที่ 2. ถึงส่วนที่ 5. เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์การใช้งานระบบอีเลิร์นนิ่งจำนวน 10 ข้อ ความง่ายในการใช้งานระบบอีเลิร์นนิ่งจำนวน 8 ข้อ ทักษะคติในการใช้งานระบบอีเลิร์นนิ่งจำนวน 10 ข้อ ความตั้งใจแสดงพฤติกรรม การใช้งานระบบอีเลิร์นนิ่งจำนวน 5 ข้อ โดยคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับคือมากที่สุดมากปานกลางน้อยและน้อยที่สุด ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามทั้งหมดจำนวน 360 ฉบับ ได้แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์กลับคืนมาจำนวน 342 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 95.00

การเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือน มกราคม 2557 – เมษายน 2557 และวิเคราะห์ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 342 คนโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปสถิติทางสังคมศาสตร์สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนของการวิเคราะห์อิทธิพลเชิงสาเหตุ (Path analysis) ใช้โปรแกรมลิสเรล (LISREL) เพื่อตรวจสอบอิทธิพลเชิงสาเหตุใน

มาตรการจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยฉบับนี้ได้ผ่านการตรวจสอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรีดำเนินการตรวจสอบโครงร่างวิจัยด้านจริยธรรมการวิจัยก่อนที่จะดำเนินการจัดทำผลงานวิจัย โดยในขั้นตอนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยให้ความสำคัญต่อการปกป้องและพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูลตลอดการเก็บข้อมูลโดยคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยตามความสมัครใจ มีการชี้แจงรายละเอียด แก่ผู้ให้ข้อมูล เพื่อบอกให้ทราบถึงหัวข้อที่สอบถาม การขออนุญาต เก็บข้อมูลโดยการใช้แบบสอบถาม ระยะเวลาที่ใช้ การขอให้ตรวจสอบความถูกต้องเมื่อสิ้นสุดการตอบแบบสอบถาม การไม่เปิดเผยข้อมูลใดๆ ที่สามารถเกี่ยวโยงถึงผู้เข้าร่วมวิจัย การนำข้อมูลเอกสารจากการเก็บข้อมูลไปอภิปรายเผยแพร่ในลักษณะข้อมูลโดยรวม และการนำเสนอทางวิชาการเท่านั้น โดยไม่มีผลประโยชน์ใดๆ ทับซ้อน ซึ่งผู้ให้ข้อมูลสามารถไม่ตอบคำถามใดๆ ที่รู้สึกไม่สะดวกใจและสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยหรือความร่วมมือนั้นในขั้นตอนใดๆ ของการวิจัยได้เมื่อต้องการหรือขอข้อมูลกลับได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องบอกเหตุผล อีกทั้งการปฏิเสธการให้ข้อมูล จะไม่มีผลต่อการเรียนการสอนผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลซักถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลาที่ให้ข้อมูล และให้เวลาคิดทบทวนก่อนตัดสินใจให้คำตอบด้วยความสมัครใจ รวมทั้งจะรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูลด้วยการหลีกเลี่ยงการใช้นาม



จริงโดยใช้รหัสในการจัดเก็บข้อมูล มีการขอให้ผู้ให้ข้อมูลเซ็นใบยินยอมในการยินยอมเป็นผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีการเก็บใบยินยอมรวมทั้งข้อมูลต่างๆ ไว้ในที่ ที่ผู้วิจัยสามารถเข้าถึงข้อมูลได้เพียงเท่านั้น

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลเชิงสาเหตุ (Path analysis) กับความตั้งใจแสดงพฤติกรรมการใช้งานระบบอีเลิร์นนิ่ง ของนักศึกษาพยาบาลศาสตรวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรีประชากรจำนวน 360 คนได้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 342 คนจากนั้นผู้วิจัยได้ใช้การวิเคราะห์อิทธิพลเชิงสาเหตุโดยใช้โปรแกรมลิสเรล (LISREL) เพื่อตรวจสอบอิทธิพลเชิงสาเหตุในแบบจำลองเชิงสมมุติฐาน

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในแบบจำลองแสดงในรูปเมตริกสหสัมพันธ์ (correlation matrix)

ตัวแปร	2	3	4
1. ความตั้งใจแสดงพฤติกรรมใช้งานระบบ E-learning (BIU)	.249**	.068	.061
2. การรับรู้ประโยชน์การใช้งานระบบ E-learning (PU)	-.021	.773**	
3. การรับรู้ความง่ายในการใช้งานระบบ E-learning (PEU)		.115*	
4. ทศคติในการใช้งานระบบ E-learning (ATU)			

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

จากตารางที่ 1 ได้ทำการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยภาพรวมแสดงให้เห็นว่า ตัวแปรที่นำมาศึกษานั้นต่างมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน โดยตัวแปรการรับรู้ประโยชน์การใช้งานระบบอีเลิร์นนิ่ง (PU) มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจ

แสดงพฤติกรรมการใช้งานระบบอีเลิร์นนิ่งของนักศึกษาพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ($r = .249$) ตัวแปรการรับรู้ประโยชน์การใช้งานระบบอีเลิร์นนิ่ง (PU) มีความสัมพันธ์กับทัศนคติในการใช้งานระบบอีเลิร์นนิ่ง (ATU) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ($r = .773$) และตัวแปรการรับรู้ความง่ายในการใช้งานระบบอีเลิร์นนิ่ง (PEU) มีความสัมพันธ์กับทัศนคติในการใช้งานระบบอีเลิร์นนิ่ง (ATU) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($r = .115$) ซึ่งจากลักษณะของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรข้างต้นมีความเหมาะสมที่จะนำไปวิเคราะห์อิทธิพลเชิงสาเหตุจากนั้นนำเมทริกซ์สหสัมพันธ์ข้างต้นมากำหนดข้อมูลจำเพาะตามรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสมมุติฐานในแบบจำลองแล้วทำการประมาณค่าพารามิเตอร์ตลอดจนตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างแบบจำลองเชิงสมมุติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์โดยแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสถิติวัดความสอดคล้องกลมกลืนระหว่างแบบจำลองเชิงสมมุติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์

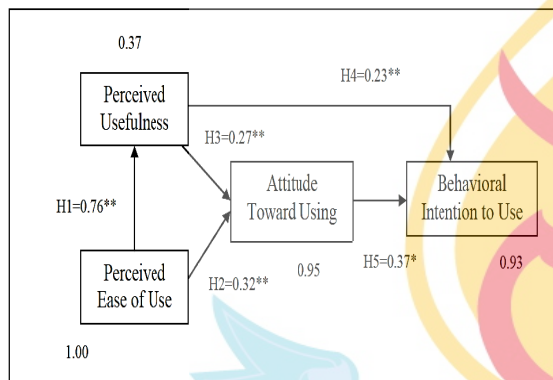
ค่าสถิติ	ค่า	เกณฑ์ของความสอดคล้อง
1. ไค - สแควร์ (χ^2)	0.16 ($p = .667$)	มีค่าเข้าใกล้ศูนย์ และไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-Value มากกว่า .05)
2. ดัชนีความกลมกลืน (Goodness of fit : GFI)	1.00	มีค่าเข้าใกล้ 1 (มากกว่า .90)
3. ดัชนีความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว (Adjusted Goodness of fit : AGFI)	0.99	มีค่าเข้าใกล้ 1 (มากกว่า .90)
4. ดัชนีรากกำลังสองเฉลี่ยของเศษ (Root mean Squared Residual : RMR)	0.004	มีค่าเข้าใกล้ศูนย์ (มากกว่า .90)
5. ค่าความคลาดเคลื่อนในรูปคะแนนมาตรฐานที่มีค่าสูงสุด (Largest Standardized residual)	1.16	มีค่าไม่เกิน 2.0
6. กราฟคิว - พลอต (Q - Plot) ชันกว่าเส้น	ทะแยงมุม	ความชันมากกว่าเส้นทะแยงมุม

จากตารางที่ 2 พบว่าค่าไคสแควร์ (χ^2) มีค่าเท่ากับ 0.16 และไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



($P = .667$) แสดงว่ายอมรับสมมุติฐานศูนย์ (H_0) ที่ว่าแบบจำลองเชิงสมมุติฐานมีรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรไม่แตกต่างจากข้อมูลเชิงประจักษ์ นอกจากนี้ดัชนีวัดความสอดคล้องกลมกลืนอื่นๆเช่น GFI, AGFI มีค่าเข้าใกล้ 1 ค่า RMR มีค่าเข้าใกล้ศูนย์ ความคลาดเคลื่อนในรูปคะแนนมาตรฐานไม่มีค่าใดมีค่าเกิน 2.0 ตลอดจนกราฟ Q – Plot มีความชันมากกว่าเส้นทะแยงมุมซึ่งค่าต่างๆเหล่านี้ล้วนบ่งชี้ให้เห็นถึงความสอดคล้องกลมกลืนระหว่างแบบจำลองเชิงสมมุติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์ทั้งสิ้น

ภาพที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเชิงสาเหตุระหว่างตัวแปรที่ได้จากการประมาณค่าพารามิเตอร์ในแบบจำลองเชิงสมมุติฐาน



* $P < .05$, ** $P < .01$

Chi-Square=0.16, df=1, P-value=0.667, FMSEA=0.000

จากภาพที่ 2 พบว่าค่าประมาณสัมประสิทธิ์อิทธิพลเชิงสาเหตุในแบบจำลองที่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์แล้วโดยทุกค่ามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในส่วนการวิเคราะห์แยกค่าอิทธิพลเชิงสาเหตุระหว่างตัวแปรผู้วิจัยได้นำผลจากการประมาณค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเชิงสาเหตุมาวิเคราะห์แยกค่าเพื่อพิจารณาอิทธิพลทางตรง (Direct effect : DE) อิทธิพลทางอ้อม (Indirect Effect : IE) และอิทธิพลรวม (Total Effect : TE) แสดงค่าดังกล่าวในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าอิทธิพลทางตรงอิทธิพลทางอ้อมและอิทธิพลรวมของตัวแปรในแบบจำลองเชิงสมมุติฐานที่มีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ตัวแปร	ความตั้งใจใช้งานระบบฯ (BIU)			ทัศนคติในการใช้งานระบบฯ (ATU)			การรับรู้ประโยชน์ใช้งานระบบฯ (PU)		
	อิทธิพลรวม (TE)	อิทธิพลทางอ้อม (IE)	อิทธิพลทางตรง (DE)	อิทธิพลรวม (TE)	อิทธิพลทางอ้อม (IE)	อิทธิพลทางตรง (DE)	อิทธิพลรวม (TE)	อิทธิพลทางอ้อม (IE)	อิทธิพลทางตรง (DE)
ทัศนคติในการใช้งานระบบฯ (ATU)	0.370**	-	0.370**	-	-	-	-	-	-
การรับรู้ประโยชน์ใช้งานระบบฯ (PU)	0.135*	-0.111*	0.230*	-0.270*	-	-0.270*	-	-	-
การรับรู้ความง่ายในการใช้งานระบบฯ (PEU)	0.237*	0.237*	-	0.114*	-0.226*	0.320*	0.760*	-	0.760*

* $P < .05$, ** $P < .01$

จากภาพที่ 2 และตารางที่ 3 พบว่าตัวแปรในแบบจำลองเชิงสมมุติฐานที่มีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์แล้วโดยทั้งหมดมีอิทธิพลซึ่งกันและกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีลักษณะอิทธิพลเชิงสาเหตุดังนี้

อิทธิพลทางตรง

ตัวแปรผลกระทบกับความตั้งใจแสดงพฤติกรรมการใช้งานระบบอีเลิร์นนิ่งนักศึกษาพยาบาลศาสตรวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี (BIU) ของแบบจำลอง ได้รับอิทธิพลทางตรงจากตัวแปรทัศนคติในการใช้งานระบบอีเลิร์นนิ่ง (ATU) เป็นปริมาณสูงสุด ($B = .370$) รองลงมาคือการรับรู้ประโยชน์ของระบบอีเลิร์นนิ่ง (PU) ($B = .230$) โดยอิทธิพลดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อิทธิพลทางอ้อมและอิทธิพลรวม

จากแบบจำลองในภาพที่ 2 และตารางที่ 3 พบว่าอิทธิพลทางอ้อมของตัวแปรต่างๆที่ส่งผลผ่านไปยังตัวแปรผลกระทบกับความตั้งใจแสดงพฤติกรรมการใช้งานระบบอีเลิร์นนิ่งของนักศึกษาพยาบาลศาสตร



วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี (BIU) ได้รับอิทธิพลทางอ้อมจากตัวแปรการรับรู้ความง่ายในการใช้งานระบบอีเลิร์นนิ่งเป็นปริมาณสูงสุด ($B = .237$) รองลงมาคือการรับรู้ประโยชน์ของระบบอีเลิร์นนิ่ง (PU) ($B = -0.111$) โดยอิทธิพลดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อิทธิพลรวมของตัวแปรแต่ละตัวที่มีผลกระทบกับความตั้งใจแสดงพฤติกรรมการใช้งานระบบอีเลิร์นนิ่งของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์มากที่สุดคือตัวแปรทัศนคติในการใช้งานระบบอีเลิร์นนิ่ง (ATU) ($B = .370$) รองลงมาคืออิทธิพลทางอ้อมจากตัวแปรการรับรู้ความง่ายในการใช้งานระบบอีเลิร์นนิ่ง (PEU) ($B = .237$) และน้อยสุดคืออิทธิพลทางตรงของตัวแปรการรับรู้ประโยชน์ของระบบอีเลิร์นนิ่ง (PU) ($B = .135$) โดยอิทธิพลดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อิทธิพลของตัวแปรต่างๆทุกตัวแปรในรูปแบบจำลองสามารถอธิบายความผันแปรของผลกระทบของความตั้งใจแสดงพฤติกรรมการใช้งานระบบอีเลิร์นนิ่งของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี (BIU) ได้ร้อยละ 39.76 ($R^2 = .3976$)

อภิปรายผล

จากผลการการศึกษาพบว่าตัวแปรทัศนคติในการใช้งานระบบอีเลิร์นนิ่ง (ATU) ($B = .370$) มีอิทธิพลทางตรงกับพฤติกรรมการใช้งานระบบอีเลิร์นนิ่งของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ อาทิตย์เกียรติกำจรและภูมิพรธรรมสถิตเดช (2557) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับเทคโนโลยี Interactive Whiteboard ในการเรียนการสอนของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลพบว่าปัจจัยทัศนคติที่เกี่ยวข้องกับการใช้เทคโนโลยีมีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลกับความตั้งใจในการใช้เทคโนโลยี และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ บุขรา

ประกอบธรรม (2556) ที่พบว่าปัจจัยด้านทัศนคติของนักศึกษาที่มีต่อการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์มีอิทธิพลต่อความตั้งใจใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01

จากผลการศึกษาพบว่าตัวแปรการรับรู้ความง่ายในการใช้งานระบบอีเลิร์นนิ่ง (PEU) ($B = .237$) มีอิทธิพลทางอ้อมกับพฤติกรรมการใช้งานระบบอีเลิร์นนิ่งของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

เดวิส (Davis, 1989) กล่าวว่า ความเชื่อของผู้ใช้เทคโนโลยี ที่คาดหวังต่อระบบสารสนเทศที่มีการพัฒนาขึ้นและเป็นเป้าหมายจะใช้ต้องมีความง่ายในการเรียนรู้ที่จะใช้งานและไม่ต้องใช้ความพยายามมากจากการศึกษาของ อรทัย เลื่อนวัน (2555) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ของข้าราชการและลูกจ้างประจำกรมการพัฒนาชุมชน พบว่าปัจจัยการรับรู้ความง่ายต่อการใช้งานเทคโนโลยีสารสนเทศมีอิทธิพลต่อการยอมรับเทคโนโลยีสารสนเทศ และจากการศึกษาของ สุภาภรณ์วรอรุณ และอาคม โพธิ์สุวรรณ (2558) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้เทคโนโลยีเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่าปัจจัยทัศนคติต่อปัจจัยการรับรู้ความง่ายต่อการใช้งานเทคโนโลยี และปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ต่อการใช้เทคโนโลยี มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตัวแปรการรับรู้ประโยชน์ของระบบอีเลิร์นนิ่ง (PU) ($B = .135$) มีอิทธิพลทางตรงกับพฤติกรรมการใช้งานระบบอีเลิร์นนิ่งของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

เดวิส (Davis, 1989) กล่าวว่าปัจจัยการรับรู้ถึงประโยชน์ของเทคโนโลยีผู้กระทำได้สามารถเรียนรู้ขั้นตอนและวิธีการใช้งานเทคโนโลยีที่ง่ายทำให้เกิดแรงกระตุ้นต่อผู้บริโภคทำให้เกิดความต้องการทดลองใช้



เทคโนโลยีและเมื่อทำการทดลองที่หลากหลายมิติก็จะเห็นประโยชน์ที่ได้รับจากการใช้เทคโนโลยีนั้นเกิดขึ้นและทำให้เกิดกระบวนการรับรู้ถึงประโยชน์ของเทคโนโลยีส่งผลต่อพฤติกรรมการยอมรับและใช้เทคโนโลยีสอดคล้องกับการศึกษาของวังและวัง (Wang and Wang, 2009) ศึกษาปัจจัยซึ่งมีอิทธิพลต่อการยอมรับและการใช้งานระบบการเรียนรู้ผ่านเว็บของผู้สอนระดับการศึกษาขั้นสูงของประเทศไต้หวัน ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ที่เกิดจากการใช้เทคโนโลยีถือว่าเป็นปัจจัยสำคัญในการเชื่อมโยงปัจจัยภายนอกอันนำไปสู่การยอมรับและการใช้งานระบบ

จากผลการวิจัยฉบับนี้แสดงให้เห็นว่า นักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรีมีการรับรู้ถึงประโยชน์ต่อการใช้ระบบอีเลิร์นนิ่ง มีการรับรู้ถึงความสะดวกในการใช้ระบบอีเลิร์นนิ่ง และเมื่อเห็นประโยชน์และรับรู้วิธีการใช้งานมากขึ้น ก็ย่อมส่งผลให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อการใช้งานระบบอีเลิร์นนิ่ง และส่งผลไปสู่ความตั้งใจแสดงพฤติกรรมการใช้งานระบบอีเลิร์นนิ่งต่อไป

ผลการวิจัยสอดคล้องกับสมมติฐานของเอจเซน และฟิชเบิน (Ajzen & Fishbein, 1980) กล่าวว่าทัศนคติของผู้ใช้เทคโนโลยีนั้นถือว่าเป็นเจตนาที่เกิดขึ้นจากผลของการรับรู้ถึงประโยชน์และการรับรู้ถึงความสะดวกในการใช้ระบบนั้นๆ ซึ่งหากผู้ใช้ระบบรับรู้ว่าการใช้เทคโนโลยีนั้นมีประโยชน์หรือใช้งานง่าย ผู้ใช้ระบบก็จะเกิดทัศนคติที่ดีต่อระบบนั้นก็จะส่งผลต่อยอดไปยังความตั้งใจที่จะใช้เทคโนโลยีนั้นๆ ดังนั้นปัจจัยด้านทัศนคติในการใช้งานระบบอีเลิร์นนิ่ง ปัจจัยการรับรู้ความสะดวกในการใช้งาน และปัจจัยการรับรู้ถึงประโยชน์ต่อการใช้งานเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และมีผลกระทบต่อความตั้งใจแสดงพฤติกรรมการใช้งานระบบอีเลิร์นนิ่งของนักศึกษาพยาบาลศาสตรวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี

ดังนั้นการที่จะให้เกิดความตั้งใจแสดงพฤติกรรมการใช้งานระบบอีเลิร์นนิ่งของนักศึกษา

พยาบาลในการเรียนการสอนตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตนั้นจากผลการศึกษาทำให้ทราบว่าสาเหตุของความตั้งใจแสดงพฤติกรรมต่อการใช้อีเลิร์นนิ่งของประชากรที่ศึกษา ก็คือปัจจัยด้านทัศนคติที่ดีต่อการจัดการเรียนการสอน ดังนั้นการจัดการเรียนการสอนระบบอีเลิร์นนิ่ง ควรจะต้องมีการเตรียมความพร้อมของผู้สอน ผู้เรียน การเตรียมปัจจัยองค์ประกอบอื่นๆ ที่จะเอื้อต่อการเรียนการสอนในระบบ และเตรียมปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนต่อการเรียนรู้ เช่น สภาพห้องเรียน บทเรียน ระบบความไวอินเทอร์เน็ต การเข้าถึงการใช้ระบบที่ง่ายไม่ยุ่งยาก ทั้งความง่ายต่อการใช้งาน จะเป็นการเอื้อให้ผู้เรียนเกิดพฤติกรรมในการใช้มากขึ้น และเมื่อผู้เรียนใช้งานง่ายและเห็นประโยชน์ โดยจากประสบการณ์ของตัวผู้เรียนเองและการป้อนข้อมูลชี้แจงโดยตัวผู้สอนให้กับผู้เรียน ก็ย่อมส่งผลให้เกิดแนวโน้มของการรับรู้ที่ดีของผู้เรียน มีทัศนคติที่ดีต่อการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ระบบอีเลิร์นนิ่ง ซึ่งจะนำไปสู่ความตั้งใจแสดงพฤติกรรมการใช้งานระบบนี้ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ดี ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี ที่ได้สนับสนุนงบประมาณการดำเนินการวิจัยประจำปีงบประมาณ 2557 ขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่ให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถามผู้วิจัยและเข้าร่วมโครงการวิจัย และขอขอบคุณทีมวิจัยที่ร่วมดำเนินงานวิจัย จนทำให้รายงานผลการศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี



เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงศึกษาธิการ. (2553). พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติพ.ศ.2542 ฉบับที่ 3. (พ.ศ.2553). สืบค้นจาก: <https://www.mwit.ac.th/~person/01-statutes/NationalEducation.pdf>
- บุษรา ประกอบธรรม. (2556). ศึกษาการยอมรับเครือข่ายสังคมออนไลน์ของนักศึกษา. มหาวิทยาลัยกรุงเทพคณะบริหารธุรกิจมหาวิทาลัยกรุงเทพ (วิทยาเขตรังสิต).
- วิไลลักษณ์ เสรีตระกูล. (2551). ศึกษาสังเกตการณ์ระยะยาวของการยอมรับ e-Learning กรณีศึกษา: นักศึกษาระดับปริญญาตรีมหาวิทยาลัยกรุงเทพ. สืบค้นจาก: http://www.bu.ac.th/knowledgecenter/epaper/jan_june2007/Wilailuk.pdf
- สุภาภรณ์ วรอรุณ และ อาคม โพธิ์สุวรรณ. (2558). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้เทคโนโลยีเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดสุพรรณบุรี ประเทศไทย. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี.
- อรทัย เลื่อนวัน. (2555). ปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับเทคโนโลยีสารสนเทศ: กรณีศึกษากรมพัฒนาชุมชนศูนย์ราชการแจ้งวัฒนะ. ปริญญาบริหารธุรกิจ มหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยราชมนคลจัญบุรี.
- อาทิตย์ เกียรติกำจร และ ภูมิพรธรรมสถิตเดช. (2557). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับเทคโนโลยี: กรณีศึกษาการใช้เทคโนโลยี Interactive Whiteboard ในการเรียนการสอนของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล.
- Ajjan, H., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting behavior*. Englewood Cliffs, NJ: PrenticeHall.
- Davis, F. D. (1989). Perceived usefulness, perceived ease of use, and user acceptance of information technology . *MIS Quarterly*, 13(3): 319–340.
- Davis, F. D.; Bagozzi, R. P.; Warshaw, P. R. (1989). User acceptance of computer technology: A comparison of two theoretical models. *Management Science*, 35: 982–1003.
- Wang, W., & Wang, C. (2009). An Empirical Study of Instructor Adoption of Web-based Learning Systems. *Computers & Education*, 53(3), 761–774.



ปัจจัยที่มีผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาล ในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์

Variables Affecting Learning Achievement of Nursing Students In Boromarajonani college of Nursing , Swanpracharak Nakhonsawan.

ดร.สุชาดา อินทรกำแหง ณ ราชสีมา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีความมุ่งหมายเพื่อ 1) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลในด้านนักศึกษา ด้านอาจารย์ ด้านการเรียนการสอน ด้านทรัพยากรสนับสนุน และด้านการบริการนักศึกษาในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ 2) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาล กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาล 3) ค้นหาตัวพยากรณ์ที่ดีและสร้างสมการพยากรณ์ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 4 จำนวน 189 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ตัวแปร 5 ด้าน จำนวน 12 ปัจจัย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า

1. ปัจจัยที่มีผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลในระดับมากมี 3 ด้าน คือด้านนักศึกษา ด้านอาจารย์ ด้านการเรียนการสอน มีผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลในระดับปานกลางคือ ด้านทรัพยากรสนับสนุน และด้านการบริการนักศึกษา

2. ปัจจัยทุกตัวในด้านนักศึกษา ด้านอาจารย์ ด้านการเรียนการสอน ด้านทรัพยากรสนับสนุน และด้านการบริการนักศึกษา มีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ปัจจัยที่เป็นตัวพยากรณ์ที่ดีในการพยากรณ์ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลคือ 1) คะแนนเฉลี่ยระดับมัธยมปลาย 2) ความสามารถด้านการสอนของอาจารย์ 3) การจัดการเรียนการสอนภาคทฤษฎี 4) ความรู้ด้านการพยาบาลของอาจารย์ มีค่าอำนาจในการพยากรณ์ร่วมกันได้ร้อยละ 32.2

คำสำคัญ : ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน



Abstract

The purpose of this study were 1) to study factors affecting learning achievement toward student factors, teacher factors, organization of teaching and learning factors, students' welfare factors and facilitators factors in Boromarajonani College of Nursing Swanpracharak Nakhonsawan. 2) to investigate the relationship between the factors were affecting learning Achievement and learning achievement of nursing students 3) to search for good predictors which could predict learning achievement of nursing students for construct of the Predictive equation for learning achievement of nursing students. The samples were 189 forth year nursing students who were studying in the first semester of academic year 2009 at Boromarajonani College of Nursing Swanpracharak Nakhonsawan. The instrument was used for collecting data was a questionnaire designed to elicit respondents perception regarding 12 factors affecting learning achievement of nursing students. The statistic employed for the analysis of data were percentage, mean, standard deviation, pearson' product moment correlation and stepwise multiple regression.

The finding were as follows 1) the factors affecting learning achievement in high level were student factors, teacher factors, organization of teaching and learning factors and middle level were students' welfare factors and facilitators factors. 2) All factors were correlation to learning achievement of nursing students at the statistical level of 0.5 3) the factors affecting learning achievement were grade point average from

high school, teaching ability of teachers in nursing college, organization of theoretical teaching and learning, nursing knowledge of teachers. The predictive power of these predictors were 32.2 %.

Keywords: Learning Achievement

บทนำ

การพยาบาลเป็นงานบริการสาธารณสุขที่จำเป็นในสังคม การพยาบาลที่มีคุณภาพมีปัจจัยจากการผลิตและการใช้บุคลากรที่มีประสิทธิภาพ (ประนอม โอทกานนท์, 2543 : 3) ในส่วนการผลิตพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทยนั้น กระทรวงสาธารณสุข ผลิตพยาบาลวิชาชีพได้มากที่สุดในแต่ละปี การจัดการศึกษาพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบันอยู่ในความรับผิดชอบของสถาบันพระบรมราชชนก ซึ่งมีวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดอยู่ 29 แห่ง กระจายอยู่ในภาคต่างๆ ของประเทศ (สถาบันพระบรมราชชนก, 2553 : 20) วิทยาลัยพยาบาลเหล่านี้ทำหน้าที่ผลิตพยาบาลวิชาชีพเพื่อตอบสนองความต้องการกำลังคนด้านการพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก ซึ่งกระบวนการจัดการศึกษาในสาขาพยาบาลศาสตร์มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ได้ผู้สำเร็จการศึกษามีคุณลักษณะอันพึงประสงค์ตามมาตรฐานวิชาชีพของสภาการพยาบาล และกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2552 กอปรด้วย คุณธรรม จริยธรรม ความรู้ ทักษะทางปัญญา ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบต่อสังคม การคิดวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ (คณะกรรมการการอุดมศึกษา, 2552)



วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ เป็นวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก โดยใช้หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ของสถาบันพระบรมราชชนก ซึ่งเป็นหลักสูตรกลางที่ทุกวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดใช้ผลิตพยาบาลวิชาชีพ ใช้เวลาศึกษาตลอดหลักสูตร 4 ปี ซึ่งใน พ.ศ. 2553 (ปีการศึกษา 2552) มีนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 4 เรียนอยู่ จำนวน 189 คน จากจำนวนที่รับเข้าเรียน 196 คน โดยที่จำนวนที่ขาดหายไป 7 คน คิดเป็นร้อยละ 3.6 นั้นมีสาเหตุจากการลาออกกลางคัน และถูกพักการเรียน(วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์, 2553) นอกจากนี้จากรายงานสรุปการประชุมกรรมการบริหารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ ในปี 2551 -2553 พบว่า มีนักศึกษาชั้นปีอื่นๆ ที่ต้องเรียนซ้ำชั้น และลงทะเบียนเรียนใหม่ในรายวิชาที่มีผลการเรียนไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินผลตามที่หลักสูตรกำหนด ซึ่งเป็นการสูญเสียเปล่าทางการศึกษาพยาบาลอย่างมากเพราะวิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพในสาขาขาดแคลนของประเทศ ไทย การที่นักศึกษาพยาบาลมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่างกันมากเช่นนี้ ย่อมแสดงให้เห็นว่ามีปัจจัยบางอย่างที่มีอิทธิพลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาล นอกจากนี้องค์ประกอบที่สำคัญมากประการหนึ่งที่ใช้พิจารณาประสิทธิภาพของการจัดการศึกษา คือ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษา (ศุภวรรณ พันธุศักดิ์, 2542 : 3) ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาล เพื่อนำผลที่ได้จากการศึกษามาเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการผลิตพยาบาลวิชาชีพให้มี

ประสิทธิภาพยิ่งขึ้นและลดการสูญเสียเปล่าทางการศึกษาต่อไป

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลครั้งนี้ ใช้ทฤษฎีตัวป้อน-สภาพแวดล้อม-ผลลัพธ์ (I-E-O Model) ของแอสติน (Astin,1993) เป็นกรอบในการกำหนดปัจจัยด้านต่างๆ ความหมายของทฤษฎีมีดังนี้ คือ Input หรือปัจจัยนำเข้า หมายถึง ลักษณะของนักศึกษาเมื่อเริ่มเข้าเรียน E คือ Environment หมายถึง สภาพแวดล้อมที่เป็นปัจจัยหลักที่มีผลต่อการพัฒนานักศึกษา ประกอบด้วย ลักษณะของสถาบัน หลักสูตร อาจารย์ กลุ่มเพื่อน การมีส่วนร่วมของนักศึกษา O คือ Outcome หรือผลลัพธ์ หมายถึง ลักษณะของนักศึกษาหลังจากที่ได้ประสบกับสภาพแวดล้อมต่างๆแล้ว โดยมีความเชื่อพื้นฐานตามทฤษฎีนี้ว่า ผลลัพธ์ทางการเรียนของนักศึกษาเกิดจากปัจจัยลักษณะของนักศึกษาเมื่อเริ่มเข้าเรียน ร่วมกับปัจจัยสภาพแวดล้อมภายในสถาบันการศึกษาที่เป็นปัจจัยหลักในการพัฒนานักศึกษา รวมทั้งปัจจัยที่มีผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาล ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ด้านนักศึกษา ด้านอาจารย์ ด้านการเรียนการสอน ด้านทรัพยากรสนับสนุน และด้านการบริการนักศึกษา กลุ่มตัวแปรปัจจัยในแต่ละด้านได้จากผลการวิจัยทั้งในและต่างประเทศที่สอดคล้องกับบริบทสังคมไทย รวมทั้งสอดคล้องกับสภาพการจัดการศึกษาพยาบาลของวิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ สำหรับผลลัพธ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลนั้น มุ่งเน้นศึกษาในด้านผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ซึ่งเป็นจุดมุ่งหมายหลักของการผลิตพยาบาลวิชาชีพ



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลในด้านนักศึกษา ด้านอาจารย์ ด้านการเรียนการสอน ด้านทรัพยากรสนับสนุน และด้านการบริการนักศึกษาในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาล กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาล

3. ค้นหาตัวพยากรณ์ที่ดี และสร้างสมการพยากรณ์ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์

ระเบียบวิธีการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการวิจัยนี้ได้แก่ นักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 4 ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 4 ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ ภาคการศึกษาที่ 2 ในปีการศึกษา 2552 (พ.ศ.2553) จำนวน 189 คน

ตัวแปรในการวิจัยประกอบด้วย

ตัวแปรอิสระหรือตัวแปรพยากรณ์ ได้แก่ ปัจจัยที่มีผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลได้แก่

1.ปัจจัยด้านนักศึกษาได้แก่ (X1)

1.1 คะแนนเฉลี่ยระดับมัธยมปลาย (X11)

1.2 ความพอใจที่จะเรียนก่อนเข้าเรียน (X12)

1.3 การสนับสนุนจากผู้ปกครอง (X13)

2. ปัจจัยด้านอาจารย์ได้แก่ (X2)

2.1 ความรู้ด้านการพยาบาลของอาจารย์ (X21)

2.2 ความชำนาญในการปฏิบัติการการพยาบาลของอาจารย์ (X22)

2.3 ความสามารถด้านการสอนของอาจารย์ (X23)

3. ปัจจัยด้านการเรียนการสอนได้แก่ (X3)

3.1 การจัดการเรียนการสอนภาคทฤษฎี (X31)

3.2 การจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ (X32)

4. ปัจจัยด้านทรัพยากรสนับสนุนได้แก่ (X4)

4.1 ความพร้อมของห้องปฏิบัติการพยาบาล (X41)

4.2 ความพร้อมของห้องสมุด (X42)

5. ปัจจัยด้านการบริการนักศึกษา (X5)

5.1 การจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตร (X51)

5.2 การจัดสวัสดิการนักศึกษา (X52)

ตัวแปรตามหรือตัวแปรเกณฑ์ ได้แก่ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์เป็นแบบสอบถามมี 2 ตอนโดยตอนที่ 1 เป็นแบบตรวจรายการ (Check List) สอบถามข้อมูลของผู้ตอบแบบสอบถามในเรื่อง



คะแนนเฉลี่ยระดับมัธยมปลาย และความพอใจที่จะเรียนก่อนเข้าเรียน และตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาล ทั้ง 5 ด้าน รวม 12 ปัจจัย เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ มีผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach, 1970 : 161) โดยรวมทั้งฉบับ 0.94 ในรายด้านมีค่าความเชื่อมั่นปัจจัยด้านนักศึกษา 0.86 ปัจจัยด้านอาจารย์ 0.89 ปัจจัยด้านทรัพยากรสนับสนุน 0.86 ปัจจัยด้านการเรียนการสอน 0.78 ปัจจัยด้านการบริการนักศึกษา 0.83 การแปลระดับคะแนนความคิดเห็นของนักศึกษาพยาบาลโดยใช้เกณฑ์ (ประคอง กรรณสูตร, 2538 : 117) ดังนี้

4.50 – 5.00 หมายถึง มีผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลในระดับมากที่สุด
3.50 -4.49 หมายถึง มีผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลในระดับมาก
2.50-3.49 หมายถึง มีผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลในระดับปานกลาง
1.50 – 2.49 หมายถึง มีผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลในระดับน้อย
1.00- 1.49 หมายถึง มีผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลในระดับน้อยที่สุด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยดำเนินการประสานงานกับอาจารย์ประจำชั้นของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 เพื่อนัดหมายการเก็บรวบรวมข้อมูลจากนักศึกษา แล้วเมื่อถึงกำหนดเวลาที่

นัดหมายผู้วิจัยดำเนินการแจกแบบสอบถามให้กับนักศึกษาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างโดยเลขที่ของแบบสอบถามจะตรงกับเลขประจำตัวนักศึกษา และรอรับแบบสอบถามกลับคืนจากนักศึกษาด้วยตัวเอง ซึ่งผู้วิจัยเก็บข้อมูลในเดือนมิถุนายน 2552 ได้แบบสอบถามคืนจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 189 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 และทุกฉบับมีความสมบูรณ์ และเก็บข้อมูลผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลโดยการขอข้อมูลเกรดเฉลี่ยรวมของกลุ่มตัวอย่างในปีการศึกษา 2552 จากงานวัดประเมินผลการศึกษาขอวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยที่มีผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลในด้านต่างๆ ด้วยค่าเฉลี่ย และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยทั้ง 12 ตัวกับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation)
3. วิเคราะห์หาตัวพยากรณ์ที่ดีโดยวิธีการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบหลายขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression)

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยที่มีผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลในระดับมากมี 3 ด้าน คือ ด้านนักศึกษา (ในเรื่องการสนับสนุนจากผู้ปกครอง) ด้านอาจารย์ ด้านการเรียนการสอน มีผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลใน



ระดับปานกลางคือ ด้านทรัพยากรสนับสนุน และด้านการบริการนักศึกษา

2. ปัจจัยทุกตัวในด้านนักศึกษา ด้านอาจารย์ ด้านการเรียนการสอน ด้านทรัพยากรสนับสนุน และด้านการบริการนักศึกษามีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ปัจจัยที่เป็นตัวพยากรณ์ที่ดีในการพยากรณ์ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาล คือ

1) คะแนนเฉลี่ยระดับมัธยมปลาย (X11) 2) ความสามารถด้านการสอนของอาจารย์ (X23) 3) การจัดการเรียนการสอนภาคทฤษฎี (X31) 4) ความรู้ด้านการพยาบาลของอาจารย์ (X21) มีค่าอำนาจในการพยากรณ์ร่วมกันได้ร้อยละ 32.2

สมการพยากรณ์ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลโดยใช้ตัวพยากรณ์ที่ดีจะได้ สมการถดถอยในรูปแบบคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐาน ดังนี้

$$Y = 33.84 + 9.40 (X11) + .88 (X23) + .36 (X31) - 1.5 (X21)$$

$$Z = .39 (Z11) + .32 (Z23) + .18 (Z31) - .20 (Z21)$$

อภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลในระดับมากมี 3 ด้าน คือ ด้านนักศึกษา (ในเรื่องการสนับสนุนจากผู้ปกครอง) ด้านอาจารย์ ด้านการเรียนการสอน มีผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลในระดับปานกลาง คือ ด้านทรัพยากรสนับสนุน และด้านการบริการนักศึกษา ส่วนผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการ

เรียนของนักศึกษาพยาบาล พบว่า ปัจจัยทุกตัวในด้านนักศึกษา ด้านอาจารย์ ด้านการเรียนการสอน ด้านทรัพยากรสนับสนุน และด้านการบริการนักศึกษา มีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชาสารสนเทศทางการพยาบาลและการค้นหาของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ (อาคม โพธิ์สุวรรณ และสุภาภรณ์ วรอรุณ, 2549) ที่ศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยด้านความรู้พื้นฐานเดิม พฤติกรรมการเรียน เจตคติต่อวิชา พฤติกรรมการสอนของอาจารย์ ทักษะคิดต่อการจัดการเรียนการสอน ปัจจัยที่สนับสนุนการเรียนการสอนกับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชาสารสนเทศทางการพยาบาลและการค้นหา พบว่า ปัจจัยด้านเจตคติต่อวิชา ด้านพฤติกรรมการเรียน ด้านทักษะคิดต่อการจัดการเรียนการสอน มีผลทางตรงต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชาสารสนเทศทางการพยาบาลและการค้นหา และปัจจัยด้านพฤติกรรมการสอนของครูและปัจจัยสนับสนุนการเรียนรู้ มีอิทธิพลทางอ้อมต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชาสารสนเทศทางการพยาบาลและการค้นหา และการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนทั้งทางตรงและทางอ้อม คือ นิสัยในการเรียน เวลาที่ใช้ศึกษาเพิ่มเติม ทักษะคิดทางการเรียน แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ ลักษณะของเพื่อน และบรรยากาศวิชาการภายในสถาบัน คุณภาพการสอน เกรดเฉลี่ยเดิม บรรยายภาศครอบครั้ว (อภิญา อิงอาจ, 2548)

สำหรับตัวแปรพยากรณ์ที่ดีในการพยากรณ์ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาล คือ คะแนนเฉลี่ยระดับมัธยมปลาย ความสามารถด้านการสอนของอาจารย์ การจัดการเรียนการสอนภาคทฤษฎี



ความรู้ด้านการพยาบาลของอาจารย์ สามารถร่วมกัน
พยากรณ์ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษา
พยาบาลได้นั้น สอดคล้องกับผลการศึกษาปัจจัยที่มีผล
ต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาล
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัย
นครพนม (นรากร พลหาญ, 2013) ที่พบว่า ปัจจัย
ภายในและปัจจัยภายนอก ได้แก่ ด้านสภาพครอบครัว
การเรียนและการปรับตัวทางการเรียนวินัยในการเรียน
ของนักศึกษา ทักษะคตินักศึกษาต่อวิชาชีพ อาจารย์
ที่ปรึกษา พฤติกรรมการสอนของอาจารย์
ความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อน การบริการของสถานศึกษา
และสภาพแวดล้อมของสถานศึกษา อยู่ในระดับ
ค่อนข้างสูงทุกด้าน และปัจจัยทุกด้านที่กล่าวมามี
อำนาจในการทำนายผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของ
นักศึกษาพยาบาลได้ร้อยละ 97.20 อย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ 0.01





เอกสารอ้างอิง

- คณะกรรมการการอุดมศึกษา. (2552). *ประกาศคณะกรรมการการอุดมศึกษาเรื่อง แนวทางการ
คณะทำงานจัดทำกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรีสาขาวิศวกรรมศาสตร์* สภาคณบดี
นรากร พลหาญ. (2013). ปัจจัยที่มีผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาล
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม. *วารสารมหาวิทยาลัย
มหาสารคาม*. (เมษายน, 1)
- ประคอง กรรณสูตร. (2538). *สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 7) กรุงเทพฯ :
โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประนอม โอทกานนท์ .(2543) *การประกันคุณภาพการศึกษาสาขาพยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพฯ :
โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ .(2552) *ทะเบียนนักศึกษา.นครสวรรค์ :*
ฝ่ายวิชาการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์
- ศุภวรรณ พันธุ์รักดี. (2542). *ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนิสิตแพทย์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ*. ปริญญาโท กศ.ม. กรุงเทพฯ :
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร.
- สถาบันพระบรมราชชนก. (2553). *สมุดบันทึกสถาบันพระบรมราชชนกประจำปี 2552*. นนทบุรี :
สถาบันพระบรมราชชนก.
- อาคม โพธิ์สุวรรณ และสุภาภรณ์ วรอรุณ. (2549). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชา
สารสนเทศทางการพยาบาลและการค้นหาของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์*. วิทยาลัยพยาบาล
บรมราชชนนี สุพรรณบุรี.
- อภิญญา อิงอาจ. (2548). *ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน
วิชาสถิติเบื้องต้นของนักศึกษามหาวิทยาลัยกรุงเทพ*. สืบค้นวันที่ 17 มกราคม 2558, เข้าถึงได้
จาก http://www.bu.ac.th/knowledgecenter/epaper/july_dec2005/index.html.
- Astin, A. W. (1993). *What Matters in college.? : Four Critical Year Revisited*. San
Francisco : Jossey-Bass.
- Cronbach, L. J. (1970). *Essential of Psychological Testing*. 3rd ed. New York : Harper



อัตราการรอดชีพของผู้ป่วยเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลัน แบบไมอีลอยด์ ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

SURVIVAL OF CHILDHOOD ACUTE MYELOID LEUKEMIA PATIENTS AT SRINAGARIND HOSPITAL, KHON KAEN UNIVERSITY

จุฑาทิพย์ ไพเรืองโสม

นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิทยาการระบาด คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

สุรพล เวียงนนท์

ภาควิชาการเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

กฤติกา สุวรรณรุ่งเรือง

หน่วยมะเร็ง โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

สุพรรณิ พรหมเทศ

ภาควิชาระบาดวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทคัดย่อ

โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันแบบไมอีลอยด์ในเด็ก (acute myeloid leukemia, AML) พบประมาณร้อยละ 15-20 ของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวทั้งหมด การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินและเปรียบเทียบอัตราการรอดชีพผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันแบบไมอีลอยด์ตามเพศ กลุ่มอายุ และภูมิลำเนา ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2547 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2556 และติดตามผลการรักษาจนถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2557 โดยใช้ข้อมูลผู้ป่วยจากฐานข้อมูลแบบโรงพยาบาลจากทะเบียนมะเร็งจังหวัดขอนแก่น และเวชระเบียนโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น วิเคราะห์อัตราการรอดชีพโดย Kaplan Meier method

ผลการศึกษา มีผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือด

ขาวเฉียบพลันแบบไมอีลอยด์ ทั้งหมด 67 ราย พบในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง (1.6:1) ติดตามผลการรักษา 1,760.7 คน-เดือน เสียชีวิตทั้งหมด 47 ราย คิดเป็นอัตราการตาย 2.6 ต่อ 100 คน-เดือน (95%CI, 2.0-3.5) อัตรารอดชีพที่ 3, 6, 9, 12, 36, 60 เดือน เท่ากับร้อยละ 79.1 (95%CI, 67.3-87.0), 65.6 (95%CI, 52.9-75.6), 54.9 (95%CI, 42.3-65.9), 42.7 (95%CI, 30.7-54.2), 28.2 (95%CI, 17.7-39.5) และ 28.2 (95%CI, 17.7-39.5) ตามลำดับค่ามัธยฐานระยะเวลารอดชีพ 10.4 เดือน (95%CI, 6.9-14.4) อายุเพศและภูมิลำเนาไม่มีผลต่ออัตราการรอดชีพสูตรอัตรารอดชีพของผู้ป่วยในการศึกษานี้ใกล้เคียงกับประเทศที่มีข้อจำกัดของทรัพยากรในการรักษา แต่ยังคงต่ำกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว



คำสำคัญ อัตรารอดชีพมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันแบบไมอีลอยด์ชนิดไม่จำเพาะ

ABSTRACT

Acute Myeloid Leukemia (AML) is the second most common of childhood leukemia, after acute lymphocytic leukemia. AML comprises approximately 15–20% of all childhood leukemia. This study aimed to assess and compare the survival rates of children with acute myeloid leukemia by gender, age group and remoteness of residence. We sourced the data from KhonKaen Cancer Registry and medical records at Srinagarind Hospital on children with acute myeloid leukemia, diagnosed and treated at Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, KhonKaen University during January 1, 2003 to December 31, 2012. All patients were followed-up till December 31, 2014. The Kaplan Meier method was applied to calculate observed survival. We identified 67 cases of children diagnosed with acute myeloid leukemia. Boys were common than girls (1.6:1). All patients had been diagnosed morphologically verified. The total follow-up time was 1,760.7 person-months, and the total number of deaths was 47. The mortality rate was 2.6 per 100 person-months (95%CI, 2.0-3.5). The probability at 3, 6, 9, 12, 36, 60 months overall survival was 79.1(95%CI, 67.3-87.0), 65.6(95%CI, 52.9-75.6), 54.9(95%CI, 42.3-65.9), 42.7(95%CI, 30.7-54.2), 28.2(95%CI, 17.7-39.5), 28.2(95%CI, 17.7-39.5), respectively. The median survival time was 10.4 months (95%CI, 6.9-14.4). Age at diagnosis, sex and

remoteness of residence had no effect on survival. Survival rates of childhood AML patients in this study were similar to those of limited resource countries but lower than those of developed countries.

Keyword : survival, childhood cancer, acute myeloid leukemia, KhonKaen

บทนำ

โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในเด็ก โดยพบโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันแบบลิมโฟบลาสต์ (acute lymphoblastic leukemia, ALL) ได้บ่อยกว่ามะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันแบบไมอีลอยด์ (acute myeloblastic leukemia, AML) (Bhatia & Neglia, 1995) โดยพบ AML ประมาณร้อยละ 15-20 ของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวทั้งหมด (Asif et al., 2011) อุบัติการณ์ของผู้ป่วยเด็ก AML ในสหราชอาณาจักรจำแนกตามช่วงอายุ 1-4 ปี 5-9 ปี และ 10-14 ปีในเพศชายเท่ากับ 10.6, 6.7, 6.3 ต่อประชากรเด็กล้านคนส่วนในเพศหญิงเท่ากับ 10.6, 4.3, 6.5 ต่อประชากรเด็กล้านคนต่อปี (Cancer Research UK, 2012) สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์มะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันแบบไมอีลอยด์ในเด็กเท่ากับ 8.6 ต่อประชากรเด็กล้านคนและมีความแตกต่างในการเกิดอุบัติการณ์ระหว่างเพศชายและเพศหญิง (Wiangnon et al., 2011) ในจังหวัดสงขลาพบอัตราอุบัติการณ์มะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันแบบไมอีลอยด์ 4.2 ต่อประชากรเด็กล้านคนต่อปี (Demanelis et al., 2015) สำหรับวิธีการรักษาผู้ป่วย AML ที่นิยมและได้ผลที่สุดคือการให้เคมีบำบัดโดยผู้ป่วยจะได้เคมีบำบัดหลายชนิดเป็นชุดตามระยะเวลาที่กำหนด (Protocol) อย่างต่อเนื่องและใช้



เวลายาวนาน การให้เคมีบำบัดมีผลข้างเคียงต่อระบบโลหิตวิทยา ระบบทางเดินอาหาร ระบบหัวใจ ระบบประสาท และเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการกีดการทำงานของไขกระดูกทำให้เกิดการติดเชื้อซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต (อรุณ เจตศรีสุภาพ, 2543; สมพร ยาเกา, 2557) รวมทั้งส่งผลกระทบต่อภาวะจิตใจ สังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

อัตรารอดชีพสำหรับผู้ป่วยเด็กที่เป็น AML ในประเทศไทยยังไม่ดีขึ้น จากการศึกษาของชมรมมะเร็งเด็กแห่งประเทศไทยในปี พ.ศ.2546-2548 พบอัตรารอดชีพร้อยละ 35.5 (Wiangnon et al., 2011) และจากการศึกษาเปรียบเทียบของอัตรารอดชีพระยะยาวที่จังหวัดขอนแก่นตั้งแต่ พ.ศ.2528-2552 พบว่าอัตรารอดชีพของผู้ป่วยเด็กที่เป็น AML ร้อยละ 37 โดยพบว่าอัตรารอดชีพไม่ค่อยมีการเปลี่ยนแปลง กล่าวคือร้อยละ 21, 45, 34 ในช่วงพ.ศ.2528-2538, 2539-2548 และ 2549-2552 ตามลำดับ (Wiangnon et al., 2014) ทั้งๆที่มีการพัฒนาและใช้สูตรการรักษา (national protocol) ที่มีมาตรฐานเทียบเท่าสูตรมาตรฐานสากลตั้งแต่ พ.ศ. 2549 (ชมรมโรคมะเร็งเด็กแห่งประเทศไทย, 2557) ส่วนการศึกษาอัตรารอดชีพอื่นๆ ในประเทศไทยพบว่าอัตรารอดชีพของผู้ป่วยเด็ก AML ยังต่ำเช่นเดียวกัน สุพจน์ คำสะอาดทำการศึกษาในผู้ป่วยเด็กที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในช่วงพ.ศ.2536-2540 พบว่ามีอัตรารอดชีพ 5 ปีร้อยละ 38.1 (95%CI,9.8-67.0) (สุพจน์ คำสะอาด และคณะ, 2547) และพัชรี กาญจนวัฒน์ ศึกษาอัตรารอดชีพในผู้ป่วยเด็กที่เป็น AML ที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าอัตรารอดชีพ 2 ปี เท่ากับร้อยละ 37.5 (พัชรี กาญจนวัฒน์, 2551) ผลการรักษาผู้ป่วยเด็กที่เป็น AML ในประเทศอิหร่านระหว่าง พ.ศ. 2547-2551 พบมีอัตรารอดชีพร้อยละ 44.2 (Amir et al., 2013) ในขณะที่ผลการรักษา AML ในประเทศที่ทรัพยากรการรักษาไม่จำกัดได้ผล

ดีกว่ามาก เช่นในสหรัฐอเมริกาพบว่าอัตรารอดชีพร้อยละ 60-70 (American Cancer Society, 2014) การรักษาเมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิด AML จำเป็นต้องใช้สูตรเคมีบำบัดที่มีความเข้มข้น (intensive chemotherapy) ซึ่งมีผลแทรกซ้อนสูง โดยเฉพาะการติดเชื้อจากภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ นอกจากนั้นยังต้องอาศัยการรักษาแบบประคับประคองที่ดี (supportive care) ผู้ป่วยต้องเข้าถึงการรักษาได้รวดเร็วในประเทศไทยได้จัดให้มีโปรแกรมการรักษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและเมะเร็งต่อมน้ำเหลืองในผู้ป่วยเด็กตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2555) ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีมาตรฐานและทั่วถึง รวมทั้งมีแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย AML (ThaiPOG protocol) ขึ้นเพื่อเป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ ซึ่งอาจส่งผลให้อัตรารอดชีพของผู้ป่วย AML เพิ่มขึ้นจากความสำคัญดังกล่าวการศึกษานี้จึงเป็นการศึกษาประเมินอัตรารอดชีพผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันแบบไม่อีลอยด์ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยมีรูปแบบการศึกษาแบบ hospital-based ซึ่งผลการศึกษาที่ได้อาจใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนและพัฒนาระบบการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยเด็กมีอัตรารอดชีพที่ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินอัตรารอดชีพผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันแบบไม่อีลอยด์ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์
2. เพื่อเปรียบเทียบอัตรารอดชีพผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันแบบไม่อีลอยด์ตามเพศ กลุ่มอายุ และพื้นที่อยู่อาศัย



ระเบียบวิธีการวิจัย

วัตถุประสงค์และวิธีการ

เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบ retrospective cohort study โดยศึกษาอัตราการรอดชีพของผู้ป่วยเด็กที่เป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิด AML อายุต่ำกว่า 15 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยและมีผลตรวจทางพยาธิวิทยายืนยัน (histological proved) ว่าเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันแบบไมอีลอยด์ โดยใช้รหัสโรคตาม International Childhood Cancer Classification (ICCC) (Steliarova-Foucher et al., 2005) และผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2547 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2556 และติดตามผลการรักษาไปจนถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2557

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยทำหนังสือขออนุญาตทำวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลไปยังคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ และกำหนดเวลาเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทำการคัดลอกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ภูมิภาค วันที่ได้รับการวินิจฉัยและลงทะเบียนที่หน่วยมะเร็ง สถานะของผู้ป่วยครั้งสุดท้ายและวันที่เสียชีวิตจากฐานข้อมูลทะเบียนมะเร็งจังหวัดขอนแก่น เวชระเบียน โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เพื่อบันทึกลงแบบบันทึกข้อมูลอัตราการรอดชีพของผู้ป่วยเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันแบบไมอีลอยด์ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นโดยปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านกุมารเวชศาสตร์ คือ รศ.นพ.สุรพล เวียงนนท์ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จากนั้น

คำนวณอัตราการรอดชีพของผู้ป่วยโดยรวมและอัตราการรอดชีพระหว่างเพศ อายุ และภูมิภาคของผู้ป่วยเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันแบบไมอีลอยด์โดยใช้วิธีการของ Kaplan-Meier

การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นเลขที่ HE581097 เมื่อ 9 เมษายน 2558

ผลการวิจัย

มีผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันแบบไมอีลอยด์ 67 ราย เป็นเพศชาย 41 ราย เพศหญิง 26 ราย (สัดส่วน 1.6:1) มีอายุน้อยกว่า 8 ปีอายุเฉลี่ย 7.3 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.6 ปี) ผู้ป่วยมีอายุ 10-14 ปีมากที่สุด ร้อยละ 38.8 รองลงมาคืออายุ 0-4 ปี ร้อยละ 34.3 และอายุ 5-9 ปี ร้อยละ 26.9 ตามลำดับ ผู้ป่วยทุกรายได้รับการวินิจฉัยจากผลของไขกระดูกที่มีเซลล์มะเร็งแบบ blast มากกว่าร้อยละ 20

มีผู้ป่วยได้รับการส่งต่อมาจากจังหวัดต่างๆ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผู้ป่วยส่วนมากมีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดอุดรธานี ร้อยละ 25.4 รองลงมาคือ จังหวัดหนองคาย ร้อยละ 17.9 และจังหวัดขอนแก่น ร้อยละ 10.4 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)



ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันแบบไม่อีลอยด์

ลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	41	61.2
หญิง	26	38.8
อายุ		
0-4 ปี	23	34.3
5-9 ปี	18	26.9
10-14 ปี	26	38.8
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน,ปี)	7.3 (4.6)	
ค่ามัธยฐาน (ปี)	8.0 (0-14.9)	

ระยะเวลาติดตามผลการรักษา 1,760.7 คน-เดือน เมื่อสิ้นสุดการศึกษา คือ 31 ธันวาคม 2557 มีผู้เสียชีวิตทั้งหมด 47 ราย คิดเป็นอัตราการตาย 2.6 ต่อ 100 คน-เดือน (95%CI, 2-3.5) อัตรารอดชีพที่ 3, 6, 9, 12, 36, 60 เดือนร้อยละ 79.1 (95%CI, 67.3- 87.0), 65.6 (95%CI, 52.9-75.6), 54.9 (95%CI, 42.3-65.9), 42.7 (95%CI, 30.7-54.2), 28.2 (95%CI, 17.7-39.5) และ 28.2 (95%CI, 17.7-39.5) ตามลำดับ ค่ามัธยฐานระยะเวลารอดชีพของผู้ป่วยเท่ากับ 10.4 เดือน (95%CI,6.9-14.4) (ตารางที่ 2)

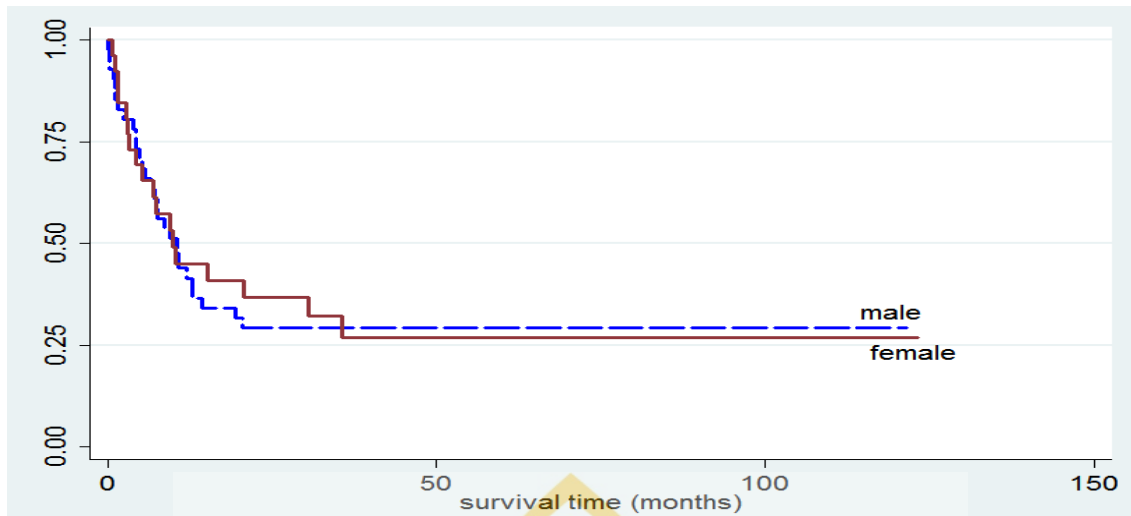
ตารางที่ 2 ระยะเวลารอดชีพของผู้ป่วยเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันแบบไม่อีลอยด์

ระยะเวลารอดชีพ	อัตราการรอดชีพ (ร้อยละ)	95%CI
3 เดือน	79.1	67.3-87.0
6 เดือน	65.6	52.9-75.6
9 เดือน	54.9	42.3-65.9
12 เดือน	42.7	30.7-54.2
36 เดือน	28.2	17.7-39.5
60 เดือน	28.2	17.7-39.5

อัตราการรอดชีพของผู้ป่วยเด็ก AML เพศชายและเพศหญิงไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยเพศชายมีอัตราการรอดชีพที่ 60 เดือน เท่ากับร้อยละ 29.3 (95%CI, 16.4-43.4) ค่ามัธยฐานการรอดชีพ



เท่ากับเท่ากับ 10.5 เดือน (95%CI, 5.7-14.4) ส่วนเพศหญิงมีอัตราการรอดชีพที่ 60 เดือน เท่ากับร้อยละ 26.8 (95%CI, 11.0-45.6) ค่ามัธยฐานการรอดชีพเท่ากับ 9.9 เดือน (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 โค้งการรอดชีพของผู้ป่วยเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันแบบไม่อีลอยด์

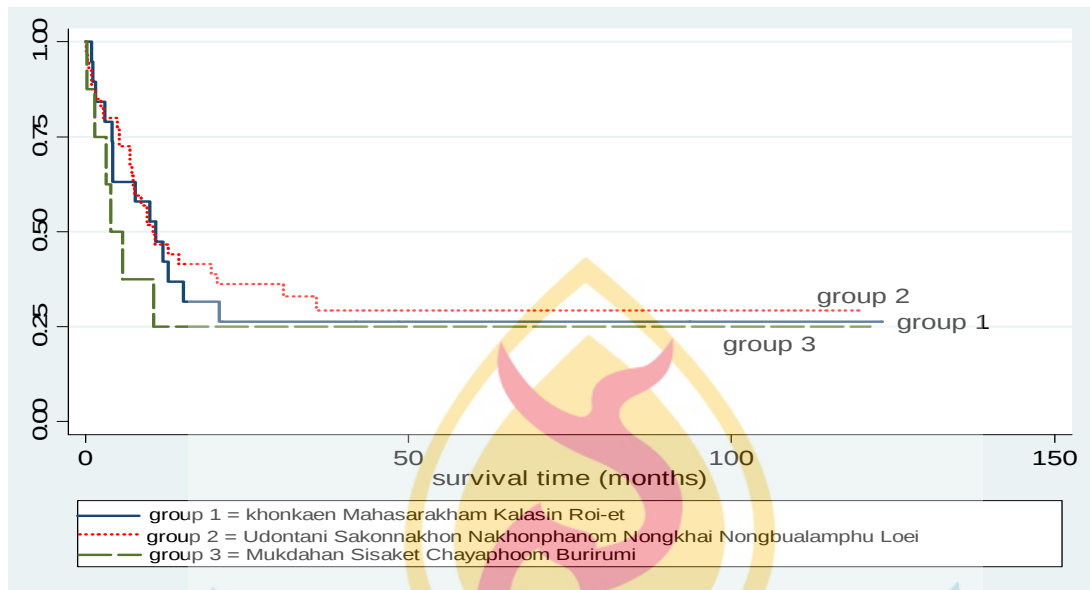
อัตราการรอดชีพของผู้ป่วยเด็ก AML ระหว่างกลุ่มอายุไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้ป่วยที่มีอายุ 0-4 ปี 5-9 ปี และ 10-14 ปี ที่ 60 เดือน เท่ากับ 17.4 (95%CI, 5.4-34.9), 27.8 (95%CI, 10.1-48.9) และ 36.5 (95%CI, 18.4-54.4) ตามลำดับ และมีค่ามัธยฐานระยะเวลาการรอดชีพ เท่ากับ 5.2 เดือน (95%CI, 2.3-10.8), 10.7 เดือน (95%CI, 7.4-30.6) และ 14.4 เดือน (95%CI, 4.9-NA) ตามลำดับ (ภาพที่ 2)



ภาพที่ 2 โค้งการรอดชีพของผู้ป่วยเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันแบบไม่อีลอยด์ ระหว่างกลุ่มอายุ



อัตราการรอดชีพของผู้ป่วยเด็ก AML ระหว่างภูมิภาคไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้ป่วยที่มีภูมิภาคอยู่ในกลุ่มที่ 1 (ขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด กาฬสินธุ์) ภูมิภาคอยู่ในกลุ่มที่ 2 (สกลนคร นครพนม อุดรธานี หนองคาย หนองบัวลำภู และเลย) และภูมิภาคอยู่ในกลุ่มที่ 3 (มุกดาหาร ศรีสะเกษ ชัยภูมิ บุรีรัมย์) ที่ 60 เดือน เท่ากับร้อยละ 26.3 (95%CI, 9.6-46.7), 29.3(95%CI,15.5-44.5) และ 25.0 (95%CI, 3.7-55.8) ตามลำดับ และมีค่ามัธยฐานระยะเวลาการรอดชีพเท่ากับ 10.8 เดือน (95%CI, 4.1-20.7) 10.4 เดือน (95%CI, 7.1-30.6) และ 3.8 เดือน (95%CI, 0.2-NA) ตามลำดับ (ภาพที่ 3)



ภาพที่ 3 ไค์การปลอดเหตุการณ์ของผู้ป่วยเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันแบบไม่อีลอยด์ ตามภูมิภาค

อภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นการศึกษาอัตราการรอดชีพของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันแบบไม่อีลอยด์ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยใช้ข้อมูลฐานทะเบียนมะเร็งโรงพยาบาล (hospital-based) ผลการศึกษาโดยภาพรวมพบว่าผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีพที่ 5 ปี ร้อยละ 28.2 และมีค่ามัธยฐานระยะเวลาการรอดชีพเท่ากับ 10.4 เดือนซึ่งอัตราการรอดชีพนี้ไม่แตกต่างจากการศึกษาอื่นๆในประเทศไทย (สุพจน์ คำสะอาด, 2547; พัชรี กาญจนวัฒน์, 2551) และอิหร่าน (Amir et al, 2013) อย่างไรก็ตามอัตราการรอดชีพจากการศึกษานี้แตกต่างกันอย่างมากกับอัตราการรอดชีพในประเทศที่ทรัพยากรและวิทยาการในการรักษาโรคที่ไม่จำกัด

Stack ได้รายงานอัตราการรอดชีพสำหรับผู้ป่วยเด็ก AML ในประเทศไอร์แลนด์ระหว่างปี พ.ศ.2537-2543 พบว่าผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีพเท่ากับร้อยละ 70.1 (Stack et al., 2007) และในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าผู้ป่วยเด็ก AML ระหว่างปี.ศ.2546-2552 มีอัตราการรอดชีพ 5 ปีเท่ากับร้อยละ 64 (American Cancer Society, 2014)



การรักษาผู้ป่วย AML จำเป็นต้องใช้ยาเคมีบำบัดชนิดเข้มข้น (intensive chemotherapy) ปัจจุบันในการพยากรณ์โรคขึ้นอยู่กับความผิดปกติระดับโครโมโซมและโมเลกุลบางชนิด รวมทั้งการตอบสนองต่อการรักษาโดยวัดจากระดับเซลล์มะเร็งที่เหลือภายหลังจากการให้ยาเคมีบำบัด (minimal residual disease) (ชมรมโรคมะเร็งเด็กแห่งประเทศไทย, 2557) โดยทั่วไปเพศและอายุของผู้ป่วยเด็กที่เป็น AML ไม่มีผลต่อการรักษา (Amir et al, 2013; Demanelis et al., 2015) ผลจากการศึกษานี้ได้ผลเช่นเดียวกัน

การเข้าถึงการรักษาและการรักษาภาวะแทรกซ้อนได้ทันท่วงที โดยเฉพาะการติดเชื้อร่วมกับการมีเม็ดเลือดขาวต่ำเป็นปัจจัยที่สำคัญต่ออัตราการรอดชีพ ในประเทศไทยได้มีมาตรการส่งเสริมให้ประชากรเข้าถึงการรักษาอย่างเท่าเทียมกันตามนโยบายของสำนักงานประกันสุขภาพตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2555) รวมทั้งมีการรักษาสำหรับโครงการ disease management สำหรับมะเร็งเม็ดเลือดขาวแบบเฉียบพลันและมะเร็งต่อมน้ำเหลือง โดยใช้สูตรการรักษาที่เป็นมาตรฐานสากล ตั้งแต่ พ.ศ. 2549 (ชมรมโรคมะเร็งเด็กแห่งประเทศไทย, 2557) เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการรอดชีพที่รายงานโดยสุพจน์ คำสะอาด ศึกษาอัตราการรอดชีพที่สถาบันเดียวกันในระหว่างปี พ.ศ. 2536-2540 พบว่าอัตราการรอดชีพในการศึกษานี้ต่ำกว่า (38.1 vs. 28.2) ถึงแม้จะใช้นโยบายการเข้าถึงการรักษาแล้ว (สุพจน์ คำสะอาด และคณะ, 2547) อาจเนื่องจากการใช้สูตรการรักษาที่เข้มข้นขึ้นมากขึ้น แล้วทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะการติดเชื้อ เป็นที่น่าสังเกตว่าอัตราการรอดชีพต่ำลงอย่างมากภายหลัง 1 ปี อาจเนื่องจากผู้ป่วยจำนวนหนึ่งเกิดเป็นโรคซ้ำ (relapse) ใน

การศึกษานี้ไม่ได้ศึกษาโรคที่เป็นซ้ำและอาจรวมไปถึงการมารับการรักษาไม่ต่อเนื่องซึ่งเป็นผลมาจากปัญหาด้านสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม (socioeconomic) และปัญหาด้านการเงิน (Wiangnon et al., 2014)

ในการศึกษานี้อัตราการรอดชีพของผู้ป่วยตามภูมิฐานะพบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Almasi-Hashiani Amir ในประเทศอิหร่าน (Amir et al, 2013) โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีภูมิฐานะอยู่ในกลุ่มที่ 1 (ขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด กาฬสินธุ์) ภูมิฐานะอยู่ในกลุ่มที่ 2 (สกลนคร นครพนม อุดรธานี หนองคาย หนองบัวลำภู และเลย) และภูมิฐานะอยู่ในกลุ่มที่ 3 (มุกดาหาร ศรีสะเกษ ชัยภูมิ บุรีรัมย์) มีอัตราการรอดชีพที่ใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 26.3, 29.3 และ 25.0 ตามลำดับ ส่วน Youlden รายงานผู้ป่วย AML ในประเทศออสเตรเลีย พบว่าอัตราการรอดชีพมีความสัมพันธ์กับที่อยู่อาศัย โดยที่ผู้ป่วยที่อาศัยใกล้เมืองมีอัตราการรอดชีพดีกว่าคนที่อาศัยห่างไกล (Youlden et al., 2011)

อัตราการรอดชีพเป็นผลของการรักษาโดยรวม มีผลจากหลายปัจจัย การพัฒนาการรักษาตามปัจจัยพยากรณ์โรคจึงมีความจำเป็น เพื่อให้การรักษาที่เหมาะสม การรักษาแบบประคับประคอง (supportive) มีความจำเป็นอย่างยิ่งภายหลังการให้ยาเคมีบำบัดอย่างเข้มข้น จึงต้องมีการพัฒนาต่อไปให้ครบวงจรสรุปอัตราการรอดชีพของผู้ป่วยเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันแบบไม่อีลอยด์ในการศึกษานี้ใกล้เคียงกับประเทศที่มีข้อจำกัดของทรัพยากรในการรักษา แต่ยังต่ำกว่าประเทศที่พัฒนาแล้วควรมีการพัฒนาการรักษาและจำแนกความเสี่ยงของโรค รวมทั้งการรักษาแบบประคับประคองให้ดียิ่งขึ้น



กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่หน่วยมะเร็งทะเบียนมะเร็งจังหวัดขอนแก่นและคุณไพพร ศรีประยงค์ พยาบาล
หน่วยโรคเลือดและมะเร็งในเด็ก โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่อนุเคราะห์
ข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์และช่วยเหลือจนการศึกษาในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

ชมรมโรคมะเร็งเด็กแห่งประเทศไทย.(2557). *แนวทางการรักษาโรคมะเร็งในเด็กพ.ศ.2557*.กรุงเทพฯ:

เอ็มพรีนซ์คอร์ปอเรชั่น.

พัชรี กาญจนวัฒน์. (2551). *การศึกษาค่าใช้จ่ายและผลการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิด*

เฉียบพลันในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์. [ออนไลน์].เข้าถึงได้จาก

http://202.28.48.80/nc/thesis_detail.php?id=122. (วันที่ค้นข้อมูล: 20 กันยายน 2557).

สมพร ยาเกา. (2557). *มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันแบบไมอีลอยด์ (Acute Myeloid*

Leukemia: AML)[ออนไลน์].เข้าถึงได้จาก

www.si.mahidol.ac.th/Th/division/nursing/NDivision/.../1_100_1.pdf

(วันที่ค้นข้อมูล: 20 กันยายน 2557).

สุพจน์ คำสะอาด, สุรพล เวียงนนท์, กฤติกา สุวรรณรุ่งเรือง, สุจินันท์ ทรสิทธิ์, ศิริพร รุ่งเรือง,

ภานุทัศน์ กฤษเพชรรัตน์. (2547). การรอดชีพผู้ป่วยมะเร็งเด็กที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์

พ.ศ.2536 ถึง 2540. *วารสารกุมารเวชศาสตร์*, 43 (1), 25-31.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2555). *คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2555*.

นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

อรุณี เจตศรีสุภาพ, สุรพล เวียงนนท์, พัทธ คำวิสัยศักดิ์. (2543). อัตราการหายของมะเร็งเม็ดเลือดขาว

ในเด็ก. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 15 (3), 206-214.

Ajiki W, Tsukuma H, Oshima A. (2004). Survival rate of childhood cancer patients

In Osaka, Japan. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 34(1), 50-54.

American Cancer Society.(2014). *Leukemia in childhood*. [online]. Retrieved August 20,

2014, from: http://www.cancer.org/cancer/leukemia_in_children/index.

American Cancer Society.(2014). *Special Section: Cancer in children &*

adolescents (Cancer facts & figures 2014). [online]. Retrieved August 22, 2014. from:

<http://www.cancer.org/Cancer/leukemia/special-section-2014.pdf>



เอกสารอ้างอิง

- Amir AH, ZareifarS, Soheil Z, Mehran K, Esmaeil K, Abolfaz l M. (2013).Survival rate ofchildhoodleukemia in Shiraz, Southern Iran.*Iranian Journal ofPediatrics*,23 (1), 53–58.
- AsifN, Hassan K, Yasmeen N. (2011). Acute myeloblastic leukemia in children. *International Journal of Pathology*, 9(2), 67-70.
- Bhatia S, Neglia JP. (1995). Epidemiology of childhood acute myelogenousleukemia *Journal of Pediatric Hematology-Oncology*, 17 (2), 94-100.
- Cancer Research UK.(2012). *Average number of new cases per year and age-specificIncidencerates per million population, UK*.Retrieve August 20, 2014.from: <http://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/type/aml/about/>.
- Demanelis K, Sriplung H, Meza R, Wiangnon S, Rozek LS, Scheurer ME, et al. (2015).Differences in childhood leukemia incidence and survival between southern Thailand and the United States: a population-based analysis.*Pediatric Blood & Cancer*,62(10), 1790-1798.
- Stack M, Walsh PM, Comber H, Ryan CA, O’Lorcain P.(2007). Childhood cancer survival in Ireland: a population-based study.*Archives of Disease in hildhood*,92(10),890-897.
- Steliarova-Foucher E, Stiller C, Lacour B, Kaatsch P. (2005). *International classificationof childhood cancer*,third edition. [online].Retrieved May 20, 2014.from:<http://www.interscience.wiley.com>.
- Wiangnon S, Jetsrisusarb A, KomvilaisakP,Suwanruangruang K.(2014). Childhood cancer Incidenceand survival 1985-2009, KhonKaen, Thailand. *Asian PacificJournal of Cancer Prevention*, 15(18),7989-7993.
- Wiangnon S, Veerakul G, Nuchprayoon I, Seksarn P, Hongeng S, Krutvecho T, et al.(2011). Childhood cancer incidence and survival 2003-2005, Thailand: studyfrom the Thai Pediatric Oncology Group. *Asian Pacific Journal of CancerPrevention*,12(9), 2215-2220.
- Youlden DR, Baade PD, Valery PC, Ward LJ, Green AC, Atiken JF. (2011). Differentials insurvival for childhood cancer in Australia by remoteness of residence andareadisadvantage.*Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 20(8),1649-1656.



การสนับสนุนจากสามีการสนับสนุนจากครอบครัว และปัจจัยส่วนบุคคล

ที่มีอิทธิพลต่อการดำรงบทบาทมารดาวัยรุ่น

Spouse support, Family support, and Personal Factors Influencing Maternal role attainment in Adolescent Mothers

สุดกัญญา ปานเจริญ

แพรวพรรณ แสงทองรุ่งเจริญ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการสนับสนุนจากสามีการสนับสนุนจากครอบครัวและปัจจัยส่วนบุคคลบางประการที่มีอิทธิพลต่อการดำรงบทบาทมารดาวัยรุ่นกลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจงเป็นมารดาวัยรุ่นที่นำบุตรอายุ 4 เดือน - 1 ปี มารับวัคซีน ณ แผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรมโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 200 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการสนับสนุนจากสามีแบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัวและแบบสอบถามการดำรงบทบาทมารดา ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .92, .91 และ .95 ตามลำดับวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สันไคสแควร์ และวิเคราะห์การทำนายด้วยสถิติถดถอยแบบเชิงชั้นผลการวิจัยพบว่า 1. คะแนนการสนับสนุนจากสามีการสนับสนุนจากครอบครัว และการดำรงบทบาทมารดาโดยรวมอยู่ในระดับมาก 2. การสนับสนุนจากสามี การสนับสนุนจากครอบครัวรายได้ครอบครัวและ

ระดับการศึกษาของมารดา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดำรงบทบาทมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและการสนับสนุนจากครอบครัวและระดับการศึกษาของมารดา สามารถร่วมกันทำนายการดำรงบทบาทมารดาได้ร้อยละ 38.5

คำสำคัญ: การสนับสนุนจากสามีการสนับสนุนจากครอบครัวการดำรงบทบาทมารดา

Abstract

The purpose of this predictive descriptive research was to examine influences of spouse support, family support and personal factors on maternal role attainment in teenagemothers. The purposive sample included 200 teenagemothers bringing their 4 months - 1 year infants to attainingwell baby clinic at Sawanpracharak Hospital. Research instruments included a demographic questionnaire, the spouse support questionnaire, the family support questionnaire, and the maternal role attainment questionnaires. Their Cronbach's alpha reliability were .92, .91, and .95, respectively. Data were analyzed by using Pearson's correlation and Chi-square to



test correlation between variables. Hierarchical regression analyses were employed to test the predictors.

Results revealed as follows: 1. Mean total scores of spouse support, family support, and maternal role attainment were in high level. 2. Spouse support, family support, family income and mother education were positively correlated to maternal role attainment. Family support and mother education were significant predictors, with 38.5 % in the prediction of maternal role attainment.

Keywords : Spouse support, Family support, Maternal role attainment

บทนำ

ประเทศไทยในปี 2547-2551 พบว่าการมีบุตรของมารดาที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปีคิดเป็นร้อยละ 14.7, 11.4, 13.43, 21.9, 23.7 ตามลำดับ (กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข, 2552) ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (2550-2554) ที่กำหนดไว้ว่า เป้าหมายการมีบุตรของหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปีไม่เกินร้อยละ 10 จากสถิติปี 2553 จังหวัดที่มีอัตราแม่วัยรุ่นสูงสุด คือ จังหวัดนครสวรรค์ คิดเป็นร้อยละ 28.60 รองลงมา คือ จังหวัดลพบุรี คิดเป็น ร้อยละ 26.10 และปี 2554 มีแนวโน้มว่าจังหวัดนครสวรรค์สูงสุด โดยข้อมูล 6 เดือน (ก.ย.53-มี.ค.54) มีจำนวนแม่วัยรุ่น สูงถึงร้อยละ 25.03 รองลงมาจังหวัดอุทัยธานี ร้อยละ 24.20 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร, 2554)

จากการที่วัยรุ่นต้องรับบทบาทการเป็นมารดา ก่อนวัยอันควร ประกอบกับการขาดความรู้ในการเลี้ยงดูทารก โดยเฉพาะความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมทารกจะทำให้มารดาวัยรุ่นไม่สามารถตอบสนองความต้องการของทารกได้ ซึ่งจะส่งผล

กระทบต่อทารกทำให้ทารกไม่ได้รับความรักความสนใจจากมารดา อาจถูกทำร้ายหรือถูกทอดทิ้ง ซึ่งจะมีผลต่อการเจริญเติบโตและการพัฒนาการของทารกและอาจก่อให้เกิดปัญหาสังคมตามมาได้ (เยวาลักษณ์ เสรีเสถียรและฤติบุณยภักดิ์, 2550) นอกจากนั้นการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังเป็นปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคม มารดาวัยรุ่นต้องชะงักการศึกษาออกจากโรงเรียนหรือออกจากงานไม่มีอาชีพขาดรายได้หรือต้องประกอบอาชีพที่มีรายได้ต่ำ เศรษฐกิจของครอบครัวไม่ดีและชีวิตครอบครัวไม่ราบรื่นมีอัตราการศึกษาที่สูง ปัญหาเหล่านี้สะท้อนถึงการไม่สามารถปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของมารดาวัยรุ่น

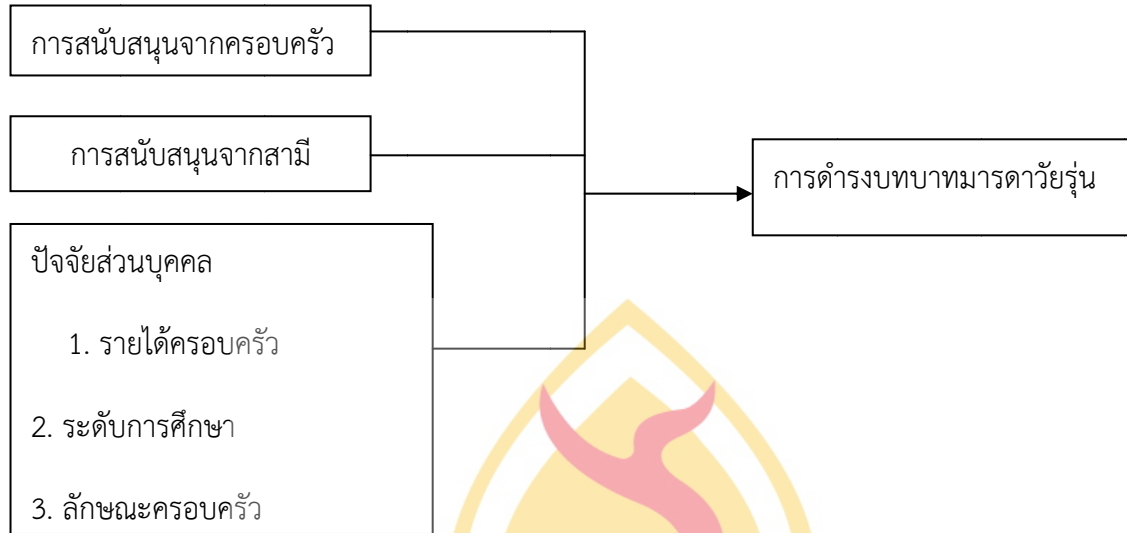
การประสบความสำเร็จในการดำรงบทบาทการเป็นมารดานั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เมอร์เซอร์ (Mercer, 1981) ได้ศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในบทบาทการเป็นมารดาได้แก่ปัจจัยด้านมารดา ปัจจัยด้านบุตร และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม โดยผู้วิจัยคัดสรรปัจจัยบางประการที่คาดว่าจะมีอิทธิพลต่อการดำรงบทบาทการเป็นมารดาของมารดาวัยรุ่นในระยะหลังคลอดดังนี้คือการสนับสนุนจากสามี การสนับสนุนจากครอบครัวและปัจจัยส่วนบุคคลบางประการ ได้แก่ รายได้ ครอบครัว ลักษณะครอบครัว และประสบการณ์เลี้ยงดูเด็กก่อน

อย่างไรก็ตามมีการศึกษากันอยู่บ้างว่ามีปัจจัยต่างๆที่มีอิทธิพลต่อการดำรงบทบาทมารดาแต่สำหรับมารดาวัยรุ่นปัจจัยต่างๆที่มีอิทธิพลนั้นอาจแตกต่างกันไปจากมารดาทั่วไป ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำรงบทบาทมารดาวัยรุ่นและผลการวิจัยที่ได้จะสามารถใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลหรือจัดโครงการส่งเสริมให้มารดาวัยรุ่นสามารถดำรงบทบาทการเป็นมารดาได้อย่างเหมาะสมต่อไป



กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ดัดแปลงมาจากรูปแบบความสำเร็จในการแสดงบทบาทการเป็นมารดาของเมอร์เซอร์เป็นกรอบแนวคิดพื้นฐานในการศึกษาซึ่งได้แก่การสนับสนุนจากสามีการสนับสนุนจากครอบครัวและปัจจัยส่วนบุคคลบางประการได้แก่รายได้ครอบครัวลักษณะครอบครัวและประสบการณ์เลี้ยงเด็กที่มีอิทธิพลต่อผลลัพธ์การปรับตัวคือการดำรงบทบาทมารดาวัยรุ่นซึ่งจากแนวคิดดังกล่าวได้เขียนกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการสนับสนุนจากสามีการสนับสนุนจากครอบครัวและการดำรงบทบาทมารดาวัยรุ่น
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากสามีการสนับสนุนจากครอบครัวและปัจจัยส่วนบุคคลในมารดาวัยรุ่นได้แก่รายได้ครอบครัวลักษณะครอบครัวและประสบการณ์เลี้ยงดูเด็กก่อนกับการดำรงบทบาทมารดาวัยรุ่น
3. เพื่อศึกษาอิทธิพลของการสนับสนุนจากสามีการสนับสนุนจากครอบครัวและปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่รายได้ครอบครัวลักษณะครอบครัวและประสบการณ์เลี้ยงดูเด็กก่อนที่มีต่อการดำรงบทบาทมารดาวัยรุ่น

สมมติฐานการวิจัย

1. การสนับสนุนจากสามีการสนับสนุนจากครอบครัวและปัจจัยส่วนบุคคลบางประการได้แก่รายได้ครอบครัวลักษณะครอบครัวและประสบการณ์เลี้ยงดูเด็กก่อนมีความสัมพันธ์กับการดำรงบทบาทมารดาวัยรุ่น
2. การสนับสนุนจากสามีการสนับสนุนจากครอบครัวและปัจจัยส่วนบุคคลบางประการได้แก่รายได้ครอบครัวลักษณะครอบครัวและประสบการณ์เลี้ยงดูเด็กก่อนสามารถทำนายการดำรงบทบาทมารดาวัยรุ่นได้



สมมติฐานการวิจัย

1. การสนับสนุนจากสามีการสนับสนุนจากครอบครัวและปัจจัยส่วนบุคคลบางประการได้แก่ รายได้ครอบครัวลักษณะครอบครัวและประสบการณ์เลี้ยงดูเด็กก่อนมีความสัมพันธ์กับการดำรงบทบาทมารดาวัยรุ่น

2. การสนับสนุนจากสามีการสนับสนุนจากครอบครัวและปัจจัยส่วนบุคคลบางประการได้แก่ รายได้ครอบครัวลักษณะครอบครัวและประสบการณ์เลี้ยงดูเด็กก่อนสามารถทำนายการดำรงบทบาทมารดาวัยรุ่นได้

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงทำนายมีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาการสนับสนุนจากสามี การสนับสนุนจากครอบครัวและปัจจัยส่วนบุคคลบางประการได้แก่รายได้ครอบครัวลักษณะครอบครัวและประสบการณ์เลี้ยงดูเด็กก่อนที่มีอิทธิพลต่อการดำรงบทบาทมารดาวัยรุ่นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นมารดาหลังคลอดครั้งแรกที่มีอายุไม่เกิน 18 ปี ที่นำบุตรอายุ 4 เดือน - 1 ปีมารับวัคซีนแผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรมโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์การเลือกตัวอย่างเป็นการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้ 1. เป็นมารดาหลังคลอดครั้งแรกที่มีอายุไม่เกิน 18 ปี 2. สามารถเข้าใจภาษาไทยได้ดี 3. ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาโดยลงนามในแบบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย 4. บุตรไม่มีภาวะผิดปกติและ 5. อยู่ด้วยกันกับสามี โดยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power Analysis) เพื่อคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ

นัยสำคัญ (α) .05, ค่าอำนาจการวิเคราะห์ (Power Analysis) = .80, Anticipated Effect Size ขนาด Moderate Value = .15 จำนวนตัวแปรต้น = 5 และนำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจาก Statistic calculator version 2.0 (Soper, 2009) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 91 คนที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้และเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกอย่างน้อยร้อยละ 10 จากที่คำนวณได้เพื่อเผื่อไว้ในกรณีที่ข้อมูลไม่สมบูรณ์ในการวิจัยครั้งนี้ได้รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 200 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีทั้งหมด 4 ชุดได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของมารดาวัยรุ่นและครอบครัวประกอบด้วยข้อความที่เกี่ยวกับอายุระดับการศึกษารายได้ครอบครัว/เดือนอาชีพลักษณะครอบครัวและประสบการณ์เลี้ยงดูเด็กก่อนแบบสอบถามการสนับสนุนจากสามีแบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นแบบสอบถามของดาวรินทร์พรสวัสดิ์ (2553) มีทั้งหมด 15 ข้อ มีคำตอบให้เลือกประเมินค่า 5 ระดับการแปลผลคะแนนการสนับสนุนจากสามี/ครอบครัวโดยรวม คะแนนรวมของแบบสอบถามทั้งชุดจะอยู่ในช่วง 15 คะแนน ถึง 75 คะแนน แบ่งตามเกณฑ์ดังนี้ คะแนนรวม 15-35 หมายถึง การสนับสนุนจากสามี/ครอบครัวน้อย คะแนนรวม 36-55 หมายถึง การสนับสนุนจากครอบครัวปานกลางคะแนนรวม 56-75 หมายถึง การสนับสนุนจากสามี/ครอบครัวมากโดยค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ .92 และ .91 ตามลำดับแบบแบบสอบถามการดำรงบทบาทมารดาเป็นแบบสอบถามของดาวรินทร์พรสวัสดิ์ (2553) ทั้งหมด 52 ข้อข้อความมีคำตอบให้เลือกประเมินค่า 5 ระดับการแปลผลคะแนนการดำรงบทบาทมารดาโดยรวม



คะแนนรวมของแบบสอบถามทั้งหมดจะอยู่ในช่วง 52 คะแนน ถึง 260 แบ่งตามเกณฑ์ดังนี้ คะแนนรวม 52-121 หมายถึง การดำรงบทบาทมารดาน้อยคะแนนรวม 122-191 หมายถึงการดำรงบทบาทมารดาปานกลางคะแนนรวม 192-260 หมายถึงการดำรงบทบาทมารดามาก ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ .95 ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ภายหลังได้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงการพิทักษ์สิทธิและยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ร้อยละค่าเฉลี่ยพิสัย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation) และการวิเคราะห์ถดถอยแบบเชิงชั้น (Hierarchical regression analysis)

ผลการวิจัย

1. มารดามีอายุ 18 ปี ร้อยละ 57.5 อายุเฉลี่ย 17.23 ปี (S.D. = 1.04, range = 15 - 18) สามีมีอายุ 15-20 ปี ร้อยละ 54.0 อายุเฉลี่ย 21.01 ปี (S.D. = 3.83, range = 16-34) บุตรเป็นเพศหญิงร้อยละ 54.5 บุตรอายุเฉลี่ย 4.99 เดือน (S.D. = 3.10, range = 1-12) มารดาจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือปวช. ร้อยละ 74.5 สามีจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือปวช. ร้อยละ 64.0 มารดาไม่ได้ประกอบอาชีพหรือ / แม่บ้านร้อยละ 47.5 สามีประกอบอาชีพรับจ้างอื่นๆ ร้อยละ 55.0 รายได้ของครอบครัวอยู่ในช่วง 5,000 - 10,000 บาท ร้อยละ 53.5 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 11,807.5 บาทส่วนมาก

เป็นครอบครัวขยายร้อยละ 79.0 และไม่เคยมีประสบการณ์เลี้ยงดูเด็กก่อนมาก่อนร้อยละ 61.0

2. มารดาได้รับการสนับสนุนจากสามีโดยรวมอยู่ในระดับมากโดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 56.19 (S.D. = 10.49, range = 15 - 75) ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับมากโดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 59.14 (S.D. = 9.61, range = 20-75) การดำรงบทบาทมารดาโดยรวมอยู่ในระดับมากโดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 211.21 (S.D. = 24.95, range = 131-255)

3. การสนับสนุนจากสามี การสนับสนุนจากครอบครัวและรายได้ครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดำรงบทบาทมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .42$ $p < .01$; $r = .89$ $p < .01$; $r = .25$ $p < .01$ ตามลำดับ) (ตารางที่ 1) และระดับการศึกษาของมารดา มีความสัมพันธ์กับการดำรงบทบาทมารดาไว้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 (ตารางที่ 2)

4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำรงบทบาทมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว ($\beta = .54$, $p < .01$) และระดับการศึกษาของมารดา ($\beta = .16$, $p < .01$) การสนับสนุนจากครอบครัวและสามารถร่วมกันทำนายการดำรงบทบาทมารดาได้ร้อยละ 36.7 (ตารางที่ 3)



ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างการสนับสนุนจากสามีการสนับสนุนจากครอบครัวและรายได้กับการดำรงบทบาทมารดาวัยรุ่น

ตัวแปร	การดำรงบทบาทมารดา
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (r)
- การสนับสนุนจากสามี	.42**
-การสนับสนุนจากครอบครัว	.89**
- รายได้ครอบครัว	.25**

*P < .05, **p < .01

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษาของมารดากับการดำรงบทบาทมารดาวัยรุ่น

ระดับการศึกษาของมารดา	การดำรงบทบาทมารดา				รวม	
	ปานกลาง		มาก			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ประถมศึกษา	18	9.0	24	12.0	42	21.0
มัธยมศึกษาหรือปวช.	33	16.5	125	62.5	158	79.0
รวม	51	25.5	149	74.5	200	100

$\chi^2 = 8.43^{**}$, df = 1, P - value = .01

**P < .01, *P < .05

ตารางที่ 3 ค่าสถิติวิเคราะห์การถดถอยแบบเข้าทีละตัวเพื่อทำนายการดำรงบทบาทการเป็นมารดา

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์		t
	b	Beta	
Constant (a)	69.91		2.54*
การสนับสนุนจากครอบครัว	1.39	.54	6.63**
ระดับการศึกษาของมารดา	9.22	.16	2.71**
F	17.16**		
R ²	.385		
Adjust R ²	.362		

*P < .05, **p < .01

โดยสามารถสร้างตัวแบบของความสัมพันธ์ได้ดังนี้

$$\text{การดำรงบทบาทการเป็นมารดา} = 69.91 + 1.39 (\text{การสนับสนุนจากครอบครัว}) + 9.22 (\text{ระดับการศึกษาของมารดา})$$



อภิปรายผล

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัยได้ดังนี้

การสนับสนุนจากครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการดำรงบทบาทมารดาวัยรุ่นพบว่าแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญของมารดาวัยรุ่นคือมารดาของตนเองสามารถอธิบายได้ว่ามารดาของวัยรุ่นหลังคลอดจะมาอยู่ด้วยเกือบทุกคนเพื่อคอยให้การช่วยเหลือในด้านการช่วยเหลือดูแลบุตรให้และแบ่งเบาภาระงานบ้านต่างๆตลอดจนการจัดหาอาหารสำหรับหญิงหลังคลอดและคอยดูแลในการปฏิบัติตัวประกอบกับในสภาพของสังคมไทยที่เป็นครอบครัวขยายความผูกพันของมารดากับมารดาวัยรุ่นในระยะหลังคลอดเป็นความผูกพันที่เกี่ยวข้องกันโดยทางสายโลหิตและมีการติดต่อเยี่ยมเยียนกันอยู่เสมอโดยเฉพาะมารดาจะมีความผูกพันกับบุตรมากกว่าบุคคลอื่นๆไม่ว่าบุตรจะแต่งงานแล้วและแยกจากครอบครัวออกมาอยู่ตามลำพังซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจันทรา ว่องวิวัฒนกุล (2552)

รองลงมาเป็นการสนับสนุนจากสามีมีความสัมพันธ์กับการดำรงบทบาทมารดาวัยรุ่นสามารถอธิบายได้ว่ามารดาวัยรุ่นหลังคลอดจะมีการปฏิสัมพันธ์กับสามีดังนั้นสามีจึงเป็นแหล่งที่ให้การสนับสนุนทางสังคมแก่มารดาวัยรุ่นและประกอบกับในสถานการณ์การให้กำเนิดทารกนั้นเป็นการเพิ่มจำนวนสมาชิกในครอบครัวซึ่งนับว่าเป็นพัฒนาการของครอบครัวที่สำคัญขั้นตอนหนึ่งและสามีเป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดแนบแน่นมีความรักเอื้ออาทรสนใจทุกข์สุขของกันและกันสอดคล้องการศึกษาของดาวรินทร์พรสวัสดิ์ (2553) ที่พบว่าการสนับสนุนจากสามีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดำรงบทบาทมารดา

รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการดำรงบทบาทมารดาแสดงว่ารายได้เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการรับรู้บทบาทการเป็นมารดา มารดาที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่มั่นคงภายหลังการคลอดบุตรจะส่งผลให้มารดาคิดว่าการมีบุตรเป็นการเพิ่มภาระรายจ่ายของครอบครัวและอาจทำให้มารดาไม่พร้อมที่จะดูแลบุตรของตนเองได้ (จันทรา ว่องวิวัฒนกุล, 2552) รายได้ของครอบครัวเป็นแหล่งประโยชน์อย่างหนึ่งและมีผลต่อการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของมารดา การมีรายได้ที่เพียงพอจะช่วยให้มารดามีโอกาสแสวงหาข้อมูลความรู้ที่เป็นประโยชน์จากแหล่งต่างๆ ได้มากขึ้นซึ่งจะช่วยให้มารดามีความพร้อมต่อการเป็นมารดาและสามารถแสดงบทบาทการเป็นมารดาได้อย่างเหมาะสม

ระดับการศึกษา มีผลต่อบทบาทมารดาในการเลี้ยงดูบุตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานกล่าวคือการศึกษาเป็นสิ่งช่วยให้บุคคลมีการพัฒนาทางด้านสติปัญญา มีความสามารถในการเรียนรู้และการปรับตัวและมีผลต่อการรับรู้และเข้าถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมซึ่งมารดาที่มีการศึกษาสูงอาจหาข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับการเป็นมารดาและการเลี้ยงดูบุตรจึงช่วยให้มีความพร้อม และสามารถแสดงบทบาทการเป็นมารดาได้ดีกว่า สอดคล้องกับรัศมีศรีนนท์และคณะ (2549) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการแสดงบทบาทการเป็นมารดาในระยะหลังคลอดพบว่าระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวเข้าสู่บทบาทการเป็นมารดาได้ดีกว่ามารดาที่มีการศึกษาต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกับการศึกษาของมยุรีจันทน์เทศ (2556) พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการดำรงบทบาทมารดาวัยรุ่น



ลักษณะครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับการดำรงบทบาทมารดาหมายถึงการดำรงบทบาทมารดาไม่ได้ขึ้นอยู่กับลักษณะครอบครัวแสดงว่าไม่ว่าลักษณะครอบครัวเดี่ยวหรือครอบครัวขยายจะไม่มีผลต่อการดำรงบทบาทมารดาซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานอธิบายได้ว่าการดำรงบทบาทมารดาเป็นการประเมินเกี่ยวกับความรู้สึกและความสามารถในการกระทำบทบาทมารดาคล้ายคลึงกับการศึกษาของ ดาวรินทร์ พรสวัสดิ์ (2553) พบว่าลักษณะของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับการดำรงบทบาทมารดาวัยรุ่นในการปฏิบัติพฤติกรรมการเป็นมารดาเลี้ยงดูบุตรและไม่สามารถทำนายการแสดงบทบาทการเป็นมารดาของมารดาวัยรุ่นในระยะหลังคลอดได้เช่นเดียวกับการศึกษาของมยุรจันทน์เทศ (2556) พบว่า ลักษณะครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับการดำรงบทบาทมารดาวัยรุ่น

ประสบการณ์การเลี้ยงดูเด็กก่อนไม่มีความสัมพันธ์กับการดำรงบทบาทมารดาอธิบายได้ว่าถ้าหากมารดาที่ไม่มีประสบการณ์แต่ได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆจากทั้งพยาบาลตั้งแต่ห้องคลอดหลังคลอดและรวมถึงสามีและญาติจะช่วยให้มารดามีความมั่นใจและมีความรู้มากพอที่จะดูแลบุตรจะช่วยให้มารดาสามารถปรับตัวกับบทบาทมารดาได้ดีและจะสามารถดำรงบทบาทมารดาที่ดีต่อไปได้

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำรงบทบาทมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว ($\beta = .54, p < .01$) และระดับการศึกษาของมารดา ($\beta = .16, p < .01$) การสนับสนุนจากครอบครัวและสามารถร่วมกันทำนายการดำรงบทบาทมารดาได้ร้อยละ 38.5 อธิบายได้ว่าถ้ามารดาวัยรุ่นมีการสนับสนุนจากครอบครัวที่ดีรวมทั้งมารดาวัยรุ่นมีระดับการศึกษาสูงจะช่วยให้มารดาวัยรุ่นเกิด

ความมั่นใจในการที่จะดูแลบุตรมั่นใจในการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทการเป็นมารดาจะทำให้มารดาสามารถดำรงบทบาทมารดาได้สอดคล้องกับการศึกษาของจันทรา ว่องวัฒนกุล (2552) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากมารดาเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำรงบทบาทมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นปัจจัยทำนายความสำเร็จในการดำรงบทบาทการเป็นมารดา (Nystrom & Ohrling, 2004; Pakdewong, 2006) แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญต่อความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาได้แก่ การสนับสนุนจากมารดาตนเอง (Mercer, 1985) สามี เพื่อน ญาติ และบุคลากรทางสุขภาพ แต่จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าสามีไม่ใช่การสนับสนุนจากปัจจัยทำนายการดำรงบทบาทมารดาอาจเป็นเพราะมารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยายร้อยละ 79.0 ไม่ได้ประกอบอาชีพ/แม่บ้านร้อยละ 47.5 และสามีมีอายุในช่วง 15-20 ปี การศึกษาของสามีอยู่ในระดับมัธยมศึกษาหรือปวช. ร้อยละ 64.0 ทำให้มารดาต้องพึ่งพาการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นส่วนใหญ่



เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข. (2552). แผนยุทธศาสตร์กรมอนามัยพ.ศ. 2553 – 2556. กรุงเทพฯ : สำนักส่งเสริมสุขภาพ.
- จันทร์หา ว่องวัฒนกุล. (2552).อิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคมต่อการแสดงบทบาทการเป็นมารดา ในมารดาที่ทารกแรกเกิดมีภาวะตัวเหลืองและได้รับการส่องไฟ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดาวรินทร์ พรสวัสดิ์. (2553).การสนับสนุนจากสามีการสนับสนุนจากครอบครัวและปัจจัยส่วนบุคคลบางประการที่มีอิทธิพลต่อการดำรงบทบาทมารดาวัยรุ่น.วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาวิทยาลัยบูรพา.
- มยุรี จันทน์เทศ.(2556).การส่งเสริมมารดาวัยรุ่นที่ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ให้ประสบความสำเร็จในบทบาทการเป็นมารดาที่มีคุณภาพ. ราชบุรี : ศูนย์อนามัยที่ 4.
- เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร และ ฤดี ปุ่บางกะดี. (2550).การพัฒนาศักยภาพ:การส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีภาวะเสี่ยง. ในการประชุมวิชาการครั้งสุดท้ายปี 5: ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัชนี ศรีนนท์. (2549).การสนับสนุนจากคู่สมรสและการแสดงบทบาทการเป็นมารดาในระยะหลังคลอด. ราชบุรี: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร. (2554). สถานการณ์แม่วัยใส (วัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พร้อม) ในจังหวัดกำแพงเพชร 2554.ค้นเมื่อ 12 ตุลาคม 2554, จาก <http://www.wrote107.blogspot.com>.
- Mercer, R. T. (1981).A theoretical framework for studying factor that impact on the maternal role.NursingResearch,30(2), 73-77.
- Mercer, R. T. (1985).The process of maternal role attainment over the first year.Nursing Research, 34 (4), 198–204.
- Nystrom, K. &Ohrling, K. (2004).Parenthood experiencesduring the child's first year: literature review.Journal of Advanced Nursing, 46(3), 319-330.
- Pakdewong, P. (2006).Structural model developmentof Mercer's maternal role attainment in Thai HIV-seropositive mothers.Bangkok : Thailand.
- Soper, D. (2009). Statistic calculator version 2.0.Retrieved September 13, 2009, from <http://www.Danielsoper.com/statcalcalc01.aspx>.



ประสบการณ์ความสุขของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราใน เขตภาคใต้

Happiness Experiences of the Elderly Living in Residential Care Facilities in Southern Area

นุชาอีดา เจ๊ะมามะ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา

วิภาวี คงอินทร์และจารุวรรณ มานะสุรการ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ หาดใหญ่

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายประสบการณ์ความสุขของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราในเขตภาคใต้ ใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอร์มินิวติก ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้สูงอายุที่พักอาศัยในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านทักษิณ จำนวน 10 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เจาะลึกรายบุคคลและการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมระหว่างเดือนมีนาคม – เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2558 วิเคราะห์ข้อมูลโดยประยุกต์ใช้วิธีของแวน มาเนน ผลการศึกษา พบว่าความสุขของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา เป็นความสุขที่เน้นความสุขด้านจิตใจ โดยผู้ให้ข้อมูลสะท้อนความหมายของความสุขออกมาเป็น 6 ลักษณะ คือ (1) เป็นความสุขภายใต้ข้อแม้ ของกฎเกณฑ์ กฎระเบียบ (2) ปลอดภัย (3) หลุดพ้นจากความเครียด (4) มีความสุขใจ (5) ใจสงบ ไม่มีความทุกข์ และ (6) พึงพอใจกับชีวิตที่เป็นอยู่ วิธีการที่ทำให้เกิดความสุขขณะอยู่ในสถานสงเคราะห์ ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนออกมา 5 วิธี คือ (1) ไม่ยึดติด/รู้จักปล่อยวาง (2) ทำกิจกรรมทุกอย่างให้เกิดความสบาย

ใจ (3) หลีกเลียงความขัดแย้ง (4) คิดว่าตนเองยังมีคุณค่า และ (5) รู้จักการให้อภัย ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสุขของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ฯ ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อน 6 ปัจจัยหลัก คือ (1) การมีกิจกรรมให้เข้าร่วม (2) การมีสิ่งแวดล้อมที่ดี (3) การได้รับการตอบสนองด้านปัจจัยพื้นฐาน (4) การมีภาพลักษณ์ต่อตนเองดี/ภูมิใจในตนเอง เป็นที่ยอมรับของสังคม (5) การมีเพื่อน และ (6) การมีความสัมพันธ์ที่มีความหมาย การศึกษาครั้งนี้ทำให้เข้าใจประสบการณ์ความสุขของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราในเขตภาคใต้ ผลการศึกษานี้สามารถเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลและผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในการนำไปส่งเสริมการจัดกิจกรรมสร้างสุข และนำไปพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความสุขให้กับผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา

คำสำคัญ : ประสบการณ์ความสุขผู้สูงอายุ
สถานสงเคราะห์คนชรา



Abstract

The aim of this qualitative study was to describe the happiness experiences among elderly living in residential care facilities in the southern area of Thailand. Hermeneutic phenomenology was used as a method of the study. Informants comprised of 10 elderly living in Ban Taksin Social Welfare Development Center. Data were collected using in-depth individual interview and non-participatory observation during March to June, 2015. Data were analyzed using a modified van Manen's approach. The findings of this study revealed that meaning of happiness from the experiences of the informants living in residential care facilities in southern area was emphasized "happiness of mind", which was described as 6 characteristics: 1) happiness under conditions of rules and regulations, 2) freedom from having burden, 3) disengagement seriousness, 4) happy mind, 5) calm mind, no suffering, and 6) satisfaction with the present life. The informants reflected 5 techniques to create happiness including 1) non-attachment/learning to let go, 2) doing all activities with a comfort mind, 3) avoiding conflict, 4) valuing self-worth, and 5) learning to forgive. In addition, the informants reflected 6 major factors related to happiness of the elderly who lived in residential care facilities composed of 1) having activities for participation, 2) having a good environment, 3) receiving responses on

fundamental factors (needs), 4) having good self-image/pride in oneself/being accepted by society, 5) having friends, and 6) having meaningful relationships. This study provided an understanding of the happiness experiences of the elderly living in residential care facilities in the southern area. The findings of this study provide the fundamental data for nurses and caregivers in creating activities to promote elder's happiness.

Key words : Happiness Experience, Aging, Residential Care Facilities

บทนำ

สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในปัจจุบันมีสัดส่วนประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งจะมีผลกระทบเกิดขึ้นมากมายทั้งผลกระทบด้านสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจ ด้านครอบครัวและชีวิตการเป็นอยู่ การปรับตัวต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคม(กรมสุขภาพจิต, 2555) ผู้สูงอายุซึ่งเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายในรูปแบบการเสื่อมถอย มีปัญหาเกิดขึ้นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ผู้สูงอายุจึงเป็นวัยที่มักจะพึ่งพามากกว่าวัยอื่น ทำให้ผู้สูงอายุอาจเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลงซึ่งจะก่อให้เกิดปัญหาด้านจิตใจของผู้สูงอายุตามมา (อัมพร, กาญจนา, และพรณี, 2555) ในขณะที่โครงสร้างของสังคมในปัจจุบันเป็นสังคมที่มี การเปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยาย สู่การเป็นครอบครัวเดี่ยว ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากลูกหลานไม่มากเท่าที่ควร ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จึงมักจะถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพังหรือไม่ได้รับการดูแลจากบุตรหลาน



(สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2555) ทำให้ผู้สูงอายุจำเป็นต้องเข้าพักรักษาในสถานสงเคราะห์คนชรา

ในปัจจุบันมีการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 โดยมุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุมีการพัฒนาศักยภาพของตนเอง ดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่า และคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ความเป็นอยู่ที่ดี มีส่วนร่วมทางสังคม (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2553) และยังมีการให้การบริการด้านสถานสงเคราะห์คนชราเพื่อรองรับผู้สูงอายุที่ไม่มีที่อยู่อาศัย สถานสงเคราะห์คนชราจึงเป็นสถานที่สำหรับผู้สูงอายุที่เข้ามาอยู่ร่วมกัน ด้วยความจำเป็นบางอย่างจากสาเหตุต่างๆที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องเข้ามาอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชรา โดยพบว่าสาเหตุหลักที่เข้ามาอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราได้แก่ (1) ไม่มีที่อยู่อาศัย (2) ไม่มีรายได้ (3) ผู้สูงอายุไม่ต้องการเป็นภาระให้ลูกหลาน (4) ผู้สูงอายุขาดคุณสมบัติดูแล และ (5) ผู้สูงอายุถูกผลักดันให้เข้ามาอยู่ในสถานสงเคราะห์ (นิภาพรและ สุธิดา, 2552, นุราชฮีดา, 2558) แม้ว่าสาเหตุดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุเลือกเข้าพักในสถานสงเคราะห์คนชราแต่อาจเกิดปัญหาเกิดขึ้นอีกเช่นกันที่สามารถส่งผลต่อการรับรู้ความทุกข์ ความสุขของผู้สูงอายุ

ความสุขเรียกได้ว่าเป็นอารมณ์ความรู้สึกของบุคคลที่เกิดขึ้นหลายระดับแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับสภาวะทางอารมณ์ของบุคคลนั้นๆว่าจะมีความสุขเพียงใด ความสุขเกิดจากการที่บุคคลนั้นมีความสุขสมดุลงันระหว่างสุขภาพกายและสุขภาพจิต มีความพึงพอใจต่อตนเอง สังคม และสภาพชีวิตที่เป็นอยู่ สามารถที่จะปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงได้ รวมถึงการที่บุคคลได้รับการ

ตอบสนองตามความต้องการ ได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่น (ชุตีไกร, 2551; วิทยากร, 2550; อริพร, 2549) จากการศึกษาเรื่องความสุขของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราในจังหวัดนครปฐม พบว่าผู้สูงอายุมีความสุขอยู่ในระดับมาก มีมุมมองต่อความสุขว่า เกิดจากการช่วยเหลือตนเองได้ ยอมรับต่อการเปลี่ยนแปลงต่อสภาพร่างกาย การมีศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวทางจิตใจ การได้รับการยอมรับจากเพื่อนร่วมสถานสงเคราะห์ (สุจิตราและนงนุช, 2557) และการศึกษาทัศนคติเรื่องความสุขในผู้สูงอายุกรณีศึกษาบ้านวัยทองนิเวศน์ให้นิยามความสุขในผู้สูงอายุว่าเป็นความสุขที่เกิดจากการมีสุขภาพร่างกายที่ดีและจิตใจสดชื่น มีความพึงพอใจในชีวิตปัจจุบัน ได้มีการช่วยเหลือผู้อื่นให้มีความสุข มีการตระหนักถึงคุณค่าในตนเองและสามารถที่จะปฏิบัติตามหลักพระพุทธศาสนา (วรรณวิสาข์, 2551)

ความสุขที่เกิดขึ้นในตัวบุคคลขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านต่าง ๆ จากการศึกษาเรื่อง ความสุขของคนไทย: การดำเนินชีวิตอย่างมีคุณธรรม จิตวิญญาณและความภูมิใจในตนเอง ของ รศรินทร์, ประเวช, และ เรวดี (2553) พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสุขในชีวิต มี 3 ด้านคือ (1) ปัจจัยด้านการใช้ชีวิตอย่างมีคุณธรรม ได้แก่ การรักษาศีลห้าครบทุกข้อ การทำสมาธิ ความรู้สึกว่าตนเองเคร่งศาสนา (2) สภาวะทางจิตวิญญาณ ได้แก่ การให้โอกาสผู้อื่นก่อนตนเอง ความรู้สึกเป็นสุขเมื่อช่วยเหลือผู้อื่น การบริจาค และ (3) ความภูมิใจในตนเอง ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคมนอกจากนี้การที่ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมทางสังคมร่วมกับผู้อื่น มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น และการรับรู้สภาวะแวดล้อมทางสังคม ก็ยังช่วยให้ผู้สูงอายุมี



ความสุขได้เช่นกัน (สุธรรม, ชุตติไกร, โชคชัย, และ พิทยา, 2552) จากการศึกษาเรื่องความสุขของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ บ้านบางแค พบว่า ระดับความสุขมีความแตกต่างกันตามปัจจัยทางสังคม คือความสัมพันธ์กับครอบครัว เนื่องจากผู้สูงอายุบ้านบางแคส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล จึงมีครอบครัวมาเยี่ยมสม่ำเสมอ มีความสัมพันธ์กับครอบครัว เป็นอย่างดี ระดับความสุขของผู้สูงอายุจึงสัมพันธ์กับความสัมพันธ์ในครอบครัว (เการัตน์, 2553) ซึ่งมีความแตกต่างจากผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราในพื้นที่ภาคใต้ ที่มีผู้สูงอายุเข้าพักอาศัยจากต่างถิ่นโดยส่วนใหญ่ ความสัมพันธ์ในครอบครัว การมาเยี่ยมของบุคคลในครอบครัวยังพบได้น้อย โดยเฉพาะในบริบทของพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ที่เป็นพื้นที่เสี่ยงจากเหตุการณ์ความไม่สงบ ซึ่งมีความแตกต่างจากสถานที่อื่น ๆ จึงเป็นประเด็นที่ผู้วิจัยเห็นว่าประสบการณ์ความสุขของผู้สูงอายุมีความแตกต่างกัน

ความสุขเป็นความต้องการของมนุษย์ทุกคน ในปัจจุบันมีผู้ศึกษาเกี่ยวกับเรื่องความสุขในประชาชนทั่วไปหลากหลายประเด็น ไม่ว่าจะเป็นการประเมินระดับความสุข การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสุข แต่ก็เป็นการศึกษาจากมุมมองการมองความสุขของบุคคลภายนอกโดยใช้เครื่องมือการวัดความสุขที่มีผู้สร้างขึ้นมาใช้ประเมินความสุขของประชาชนทั่วไป แต่สำหรับความสุขของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราย่อมมีความแตกต่างจากความสุขของบุคคลทั่วไปที่มีปัจจัยต่าง ๆ เอื้อต่อการทำให้เกิดความสุขได้ สำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรานั้นยังขาดปัจจัยบางประการ ความสุขจึง

อาจมีความแตกต่างไปจากคนทั่วไปผู้วิจัยต้องการทำความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์ความสุขของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชรา เกี่ยวกับความหมายของความสุข ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสุขของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราตามประสบการณ์ของผู้สูงอายุเอง การวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาจึงเป็นการศึกษาที่ผู้วิจัยเห็นว่า มีความเหมาะสมที่สุด ในการที่จะสอบถามและเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราโดยตรง เพื่อให้ได้ผลออกมาเป็นประสบการณ์ความสุขของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราที่แท้จริงและสามารถนำผลการวิจัยไปพัฒนาเป็นโปรแกรมส่งเสริมความสุขของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่ออธิบายประสบการณ์ความสุขของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราในเขตภาคใต้

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) แบบปรากฏการณ์วิทยา ผู้ให้ข้อมูลเป็น ผู้สูงอายุที่พักในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุนบ้านทักษิณ จำนวน 10 ราย ใช้การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด และเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติ ดังนี้

1. มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. ไม่มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่เป็นอุปสรรคต่อการสัมภาษณ์ได้แก่ การสื่อสารภาษา การได้ยิน การมองเห็นและการรับรู้สติปัญญา



3. ผู้ให้ข้อมูลที่ประเมินระดับความสุขมากกว่า 5 คะแนนขึ้นไปถือว่าเป็นผู้ให้ข้อมูลที่มีความสุข

เก็บข้อมูลระหว่างเดือน มีนาคม 2558 – มิถุนายน 2558 ใช้วิธีการรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป การสังเกต และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

เครื่องมือที่ใช้ (1) ตัวผู้วิจัย (2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล (3) แนวคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์ความสุขของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา (4) แบบบันทึกภาคสนาม (field note) และ (5) อุปกรณ์สนาม

รวบรวมข้อมูลโดยวิธีการดังนี้

1. การสัมภาษณ์ (interview) ใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก โดยให้ผู้ให้ข้อมูลได้เล่าประสบการณ์และความรู้สึกต่างๆ ครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการวิจัย ในการสัมภาษณ์ใช้เวลาประมาณ 30-60 นาทีต่อครั้ง ผู้วิจัยทำการบันทึกเทปเสียงสนทนาจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลทุกรายเพื่อให้ได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ครบถ้วนสมบูรณ์

2. การสังเกต (observation) ผู้วิจัยใช้การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (non-participant observation) ซึ่งทำควบคู่ไปกับการสัมภาษณ์ โดยสังเกตบรรยากาศขณะสัมภาษณ์ สีหน้าท่าทาง น้ำเสียง และพฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูล ลักษณะบุคลิกภาพ สัมพันธภาพที่มีต่อผู้วิจัยและผู้อื่น ลักษณะการติดต่อสื่อสารด้วยการใช้ภาษาพูดและภาษาท่าทาง รวมถึงการสังเกตสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่บริเวณรอบๆ เพื่อนำมาประกอบการวิเคราะห์ข้อมูล

3. การจดบันทึกภาคสนาม กระทำร่วมกับการสัมภาษณ์ ซึ่งผู้วิจัยจดบันทึกสรุปสั้นๆ เฉพาะประเด็นสำคัญที่เกิดขึ้น ประกอบด้วย ใคร ทำอะไร ที่ไหน เมื่อไร อย่างไร รวมทั้งการบันทึกการสื่อสารที่ไม่เป็นคำพูด ตามความเป็นจริงโดยไม่ตีความ เพื่อค้นหาและประเมินข้อมูลเพิ่มเติมระหว่างการสัมภาษณ์จากเทปบันทึกการสัมภาษณ์ ทำให้มองประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลได้อย่างสมบูรณ์

4. การแปลผลข้อมูลรายวัน โดยการถอดเทปข้อมูลหลังจากการสิ้นสุดการสัมภาษณ์ในแต่ละวัน ถอดเทปทั้งหมดเป็นข้อความที่เกิดขึ้นจากการสัมภาษณ์ โดยการถอดข้อความเป็นคำต่อคำ แล้วตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเหล่านั้นอีกครั้งโดยการเปิดเทปฟังซ้ำๆ แล้วอ่านบทสัมภาษณ์อย่างละเอียด หากมีประเด็นไหนที่ผู้วิจัยยังไม่เข้าใจ ผู้วิจัยกลับไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลใหม่อีกครั้ง จนกว่าไม่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้น

5. การจัดการข้อมูล

5.1 บทสัมภาษณ์ (transcript file) ประกอบด้วยบทสัมภาษณ์และข้อมูลจากการสังเกต รวมทั้งความคิดเห็นของผู้วิจัย โดยจัดการข้อมูลออกเป็น 3 คอลัมน์ คอลัมน์แรก ซึ่งกว้างที่สุดเป็นบทสัมภาษณ์ และอีก 2 คอลัมน์ถัดมาเป็นการตั้งประโยคสำคัญ และการแปลความหมายของผู้วิจัย

5.2 บันทึกส่วนตัว (personal file) ประกอบด้วยความคิดเห็นของผู้วิจัยและการสะท้อนคิดจากประสบการณ์เดิมของผู้วิจัย ปัญหาและอุปสรรคที่พบ เป็นต้น

5.3 บันทึกการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น (analytical file) ประกอบด้วยบันทึกการสะท้อนคิดเกี่ยวกับคำถามในการสัมภาษณ์ ที่นำไปสู่



การตอบคำถามการวิจัย การเลือกข้อมูลและการให้ความหมายของข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

ดำเนินการโดยยึดหลักพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยเสนอโครงร่างต่อคณะกรรมการการประเมินจริยธรรมในการทำวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และผ่านการขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลต่อผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านทากิณ ผู้วิจัยได้แจ้งให้ผู้ให้ข้อมูลทราบถึงแนวทางการปฏิบัติของผู้วิจัยเพื่อป้องกันอันตรายหรือผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ให้ข้อมูล และผู้วิจัยยึดถือปฏิบัติตามแนวทางอย่างเคร่งครัด

ความน่าเชื่อถือของข้อมูล

การศึกษาวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาเป็นการศึกษาที่ให้ความสำคัญกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ไม่มีการใช้วิธีการทางสถิติหรือตัวเลขมายืนยันผลการศึกษาเหมือนการศึกษาเชิงปริมาณ โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นของงานวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาใช้เป็นวิธีการยืนยันความน่าเชื่อถือของงานวิจัย (trustworthiness) ประกอบด้วย การเลือกผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้มีประสบการณ์ในเรื่องที่ศึกษา การได้รับข้อมูลอย่างชัดเจนจากผู้ให้ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลโดยพิจารณาสภาพการณ์ที่เกิดปรากฏการณ์ และผลการวิจัยได้รับการยอมรับว่าน่าเชื่อถือจากผู้อ่านที่มีประสบการณ์ในเรื่องนั้นๆ (อารีย์วรรณ, 2553) วิธีการตรวจสอบข้อมูลที่ใช้กันมากในงานวิจัยเชิงคุณภาพ คือ การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (triangulation)

การวิเคราะห์ข้อมูลประยุกต์ใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลแบบเฮอร์มินิวติคตามแบบของแวนมานเนน (van Manen, 1990)

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า ความสุขของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราฯ เป็นความสุขที่เน้นความสุขด้านจิตใจและแตกต่างจากความสุขภายนอกสถานสงเคราะห์ โดยผู้ให้ข้อมูลสะท้อนความหมายของความสุขออกมาเป็น 6 ลักษณะคือ (1) เป็นความสุขภายใต้ข้อแม้ (กฎเกณฑ์ กฎระเบียบ) (2) ปลอดภัย (3) หลุดพ้นจากความเครียด (4) มีความสุขใจ (5) ใจสงบ ไม่มีความทุกข์ และ (6) พึงพอใจกับชีวิตที่เป็นอยู่

ดังนี้

1. ความสุขภายใต้ข้อแม้ (กฎเกณฑ์ กฎระเบียบ)

แม้ในสถานสงเคราะห์คนชราจะมีความเป็นอิสระน้อยกว่า มีกฎระเบียบ กฎเกณฑ์ต่าง ๆ แต่ผู้สูงอายุสามารถมีความสุขได้ภายใต้กฎเกณฑ์ต่าง ๆ ที่มีอยู่ได้ดังตัวอย่างคำกล่าวนี้

“ความสุขแบบคนชราที่มีกฎเกณฑ์มีระเบียบ

ทำตามเหมือนข้างนอกไม่ได้...เราก็ทำตามกฎเราก็มีความสุขก็ไม่มีอะไร มีความสุขภายใต้กฎเกณฑ์”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10 เพศชาย อายุ 71 ปี)

2. การปลอดภัย

สำหรับความสุขในสถานสงเคราะห์คนชราแตกต่างจากความสุขภายนอกสถานสงเคราะห์ในประเด็นของการปลอดภัย ไม่ต้องรับผิดชอบกับสิ่งต่าง ๆ นอกจากรับผิดชอบต่อตัวเองเท่านั้น ดังคำกล่าวนี้



“มันก็เนี่ยะที่บอกไป มันตัดความรับผิดชอบ
อายุมากแล้วตัดความรับผิดชอบที่ต้องมาดูแลตัวเอง
มากมาย แค่อุบัติเหตุประจำตัวเราแค่นั้นเอง”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7 เพศชาย อายุ 75 ปี)

3. การหลุดพ้นความเครียด

ผู้ให้ข้อมูลระบุว่าขณะอยู่ภายนอกสถาน
สงเคราะห์คนชรา มีเรื่องต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดความเครียด
ต่างจากอยู่ในสถานสงเคราะห์ที่ไม่ต้องรับรู้เรื่องราวที่
ทำให้เกิดเครียดและไม่ต้องมีความรับผิดชอบในเรื่องต่าง ๆ
และยังหลุดพ้นจากแรงกดดันที่เป็นต้นเหตุทำให้ต้อง
เข้ามาอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา ดังคำกล่าวนี้

“ความสุข่อ คือความสุขมีทุกด้าน ตอนอยู่ที่
บ้านเรามีปัญหา ไม่ใช่ปัญหาไร่นะ คือว่ามีปากมีเสียง
หรือว่าอยู่ร่วมกันไม่ได้ พอมาอยู่ที่นี่เราก็หมดปัญหา
ตรงนั้น”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7 เพศชาย อายุ 75 ปี)

4. ความสุขใจ

ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ความหมายความสุขว่า
เกี่ยวข้องกับความสุขใจ ไม่มีความเครียดและไม่คิด
มาก ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดความสุขขึ้นในใจได้ดัง
ตัวอย่างคำกล่าวนี้

“ก็มีความสุขใจ ไม่ได้คิดอะไรแล้ว สบายใจ
เขาเรียกว่ามีความสุขแล้ว ไม่เครียดเลย”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2 เพศหญิง อายุ 81 ปี)

5. ใจสงบ ไม่มีความทุกข์

การที่ผู้ให้ข้อมูลมีจิตใจที่สงบ ไม่มีความทุกข์
เป็นความหมายของความสุขในสถานสงเคราะห์คนชรา
ดังตัวอย่างคำกล่าวนี้

“ก็ถ้าใจเราไม่มีทุกข์ ก็มีความสุขอยู่แล้ว”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2 เพศหญิง อายุ 81 ปี)

6. พึงพอใจกับชีวิตที่เป็นอยู่

นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ความหมายของ
ความสุขในสถานสงเคราะห์คนชรา คือความพึงพอใจกับ
ชีวิตที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ดังตัวอย่างคำกล่าวนี้

“อายุตั้งก็ปีแล้วเดี๋ยวก็ตายแล้ว 3 ปี 4 ปี 5 ปี
ตายหรือเปล่า เราก็ไม่รู้เลยเราก็มีความสุขตามสภาพที่
มีอยู่ดีกว่า”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7 เพศชาย อายุ 75 ปี)

วิธีการที่ผู้ให้ข้อมูลใช้ในการทำให้เกิด
ความสุขขณะอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา โดยผู้ให้
ข้อมูลสะท้อนออกมาเป็น 5 วิธี ได้แก่ (1) การไม่ยึด
ติด/รู้จักปล่อยวาง (2) ทำกิจกรรมทุกอย่างให้เกิด
ความสบายใจ (3) หลีกเลี่ยงความขัดแย้ง (4) คิดว่า
ตนเองยังมีคุณค่า และ (5) รู้จักการให้อภัย ดังนี้

1. การไม่ยึดติด/รู้จักปล่อยวาง

ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนวิธีการทำให้มีความสุข
ขณะอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราว่า ความสุขจะ
เกิดขึ้นได้ต้องไม่ยึดติด รู้จักปล่อยวาง เพราะจะทำให้
เกิดความสบายใจและเกิดความสุขขึ้นดังตัวอย่างคำ

กล่าวนี้
“ปล่อยวางให้มาก เราถึงจะมีความสุข ไม่
เครียด เราต้องปล่อยวาง”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2 เพศหญิง อายุ 81 ปี)

2. ทำกิจกรรมทุกอย่างให้เกิดความสบายใจ

การทำกิจกรรมต่าง ๆ เป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้
เกิดความสุขขณะอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา ซึ่งจะมี



กิจกรรมที่หลากหลายแตกต่างกันไป แต่ทุก ๆ กิจกรรมที่ผู้สูงอายุเลือกทำจะช่วยให้เกิดความสุขใจและความสุขขึ้นดังตัวอย่างคำกล่าวนี้

“ก็มีแบบนี้แหละ ทำโน่นทำนี่ ทำเรื่อย ๆ ทำทุกอย่างให้สบายใจ ไม่ต้องคิดอะไรมาก”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4 เพศชาย อายุ 77 ปี)

3. หลีกเลี่ยงความขัดแย้ง

การใช้วิธีหลีกเลี่ยงความขัดแย้งเพื่อทำให้เกิดความสุขเป็นอีกวิธีหนึ่งที่ผู้ให้ข้อมูลใช้เป็นวิธีที่ทำให้เกิดความสุขในขณะที่อยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา นอกจากจะหลีกเลี่ยงความขัดแย้งระหว่างผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราด้วยกันแล้ว ยังมีการหลีกเลี่ยงความขัดแย้งระหว่างเจ้าหน้าที่ด้วย เพื่อให้อยู่ด้วยกันอย่างมีความสุขดังตัวอย่างคำกล่าวนี้

“เราทำตามกฎระเบียบของเรา ทีเลี้ยงก็ทำตามกฎระเบียบของเขา ไม่ล้ำแดนกัน ก็ไม่ทะเลาะกัน ไม่ขัดแย้งกัน”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6 เพศหญิง อายุ 67 ปี)

4. คิดว่าตนเองยังมีคุณค่า

ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนให้เห็นอีกว่า การคิดว่าตนเองยังมีคุณค่าเป็นวิธีที่พบว่าผู้ให้ข้อมูลใช้ในการทำให้เกิดความสุขขณะอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราดังตัวอย่างคำกล่าวนี้

“คนที่ไม่ทำอะไรเลยคือคนที่ไม่มีคุณค่า อยู่ไปวัน ๆ คอยเวลาที่จะตาย ตายเมื่อไหร่ก็จบพอดี เราอายุที่นี้เราต้องสร้างคุณค่า ผลประโยชน์ต่อตนเอง ไม่ใช่ผลประโยชน์อะไรหรือหมายความว่าเราได้เงินมันไม่ใช่ แต่มันคือความมีคุณค่าในตัวเรา เรามีคุณค่าอะ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3 เพศหญิง อายุ 69 ปี)

5. รู้จักการให้อภัย

การรู้จักการให้อภัยก็เป็นอีกวิธีหนึ่งที่พบว่าผู้ให้ข้อมูลใช้ในการทำให้เกิดความสุข ในขณะที่อยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราดังตัวอย่างคำกล่าวนี้

“...ผู้สูงอายุเรานี้มีปัญหาเราก็อภัยซึ่งกันและกัน...เราจะทะเลาะกันทำไมเราต้องทำดีกันนะ ต่างคนต่างมาในนี้เราต่างเจ็บปวดกันทั้งนั้น...แต่ในเมื่อเรามาตรงนี้เราช่วยกันรักษากันดีกว่า”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9 เพศชาย อายุ 74 ปี)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสุขของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ฯ ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อน 6 ปัจจัยหลัก คือ (1) มีกิจกรรมให้เข้าร่วม (2) มีสิ่งแวดล้อมที่ดี (3) ได้รับการตอบสนองด้านปัจจัยพื้นฐาน (4) มีภาพลักษณ์ต่อตนเองดี/ภูมิใจในตนเอง เป็นที่ยอมรับของสังคม (5) มีเพื่อน และ (6) มีความสัมพันธ์ที่มีความหมายดังนี้

1. การมีกิจกรรมให้เข้าร่วม

การมีกิจกรรมต่าง ๆ ให้เข้าร่วมไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมการออกกำลังกาย กิจกรรมนันทนาการ กิจกรรมสร้างรายได้ และกิจกรรมทางศาสนา เป็นปัจจัยอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรามีความสุขดังตัวอย่างคำกล่าวนี้

“เราอยู่ที่นี่มีความสุขมากแล้ว เต็มที่แล้วอะ บางสิ่งบางอย่างที่เราไม่เคยได้เราก็ได้ สิ่งที่เราไม่เคยได้ทำเราก็ได้ทำ...ก็เช่นเวลาที่มีนักศึกษามาทำกิจกรรมแบบนี้เราอยู่ที่บ้านเราไม่เคยได้สัมผัส บางทีเขามาให้ความรู้กับเรา เราก็ได้แตกออกไป... ได้ข้อคิดขึ้นมาไปสอนลูกสอนหลานต่อไป...”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6 เพศหญิง อายุ 67 ปี)



2. การมีสิ่งแวดล้อมที่ดี/การบริการที่ดี
สิ่งแวดล้อมและการบริการที่ดี เป็นปัจจัย
หนึ่งที่เกี่ยวข้องกับความสุขของผู้สูงอายุในสถาน
สงเคราะห์คนชรา รวมถึงการอยู่ในสถานที่ที่ดี มี
บรรยากาศดี ได้รับการบริการที่ดี มีการดูแลเอาใจใส่
พูดจาดี และได้รับความปลอดภัยดังตัวอย่างคำกล่าวนี้

“สถานที่ สิ่งแวดล้อมนี้ก็มีปลอดภัยไป
สถานที่กว้างเราสามารถมองต้นไม้อะไรก็ได้ บรรยากาศ
ดี...เราก็มีความสุขที่เราได้เห็นต้นไม้ที่เขียวชอุ่ม มีสิ่ง
ประดับเล็กๆน้อยๆ มีน้ำพุ ต้นไม้ต้นหญ้าก็ตัด
เรียบร้อย...เหมือนเราอยู่ในสวนสาธารณะที่เขาจัดไว้ดี
...ที่นี้ความสุขด้านสิ่งแวดล้อมดี...จิตใจเราได้ปลอดภัย
ไป”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7 เพศชาย อายุ 75 ปี)

3. การได้รับการตอบสนองด้านปัจจัยพื้นฐาน
การได้รับการตอบสนองด้านปัจจัยพื้นฐาน 4
ปัจจัย ที่ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่าทำให้ผู้สูงอายุในสถาน
สงเคราะห์คนชรามีความสุข ไม่ต้องดิ้นรนที่จะหาสิ่ง
สนับสนุนต่าง ๆ มาตอบสนองความต้องการของตนเอง
ดังตัวอย่างคำกล่าวนี้

“ก็คิดว่าทางนี้ก็อยู่แล้ว ถ้าอยู่ที่บ้านก็คงไม่
มี อาหาร กับข้าว ต้องใช้ค่าใช้จ่าย ที่นี้ก็ไม่ต้อง
เพราะว่าเขาเลี้ยงดูอยู่ ที่หลับที่นอนก็มีผู้บริจาคให้ เรา
ไม่ต้องดิ้นรนอะ ไม่ต้องเดือดร้อนเรื่องเงิน”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2 เพศหญิง อายุ 81 ปี)

4. การมีภาพลักษณ์ต่อตนเองดี/ภูมิใจใน
ตนเอง และเป็นที่ยอมรับของสังคม

การที่ผู้ให้ข้อมูลมีภาพลักษณ์ต่อตนเองดี มี
ความภาคภูมิใจในตนเอง และเป็นที่ยอมรับของสังคม

เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความสุขได้ในสถานสง
เคราะห์คนชราดังตัวอย่างคำกล่าวนี้

“เหมือนกับว่าเวลาเราติดต้องงานอะไรแบบนี้
เขามีเทศกาลอะไร วันสงกรานต์อะไรพวกนี้ เขาก็จัด
ให้ผู้สูงอายุเราไปแสดงความคิดเห็น ออกไปแสดงอะไร
ด้วย วันก่อนก็เทศกาลวันสงกรานต์เขาก็ขอให้ไป
ประกวดนางนพมาศ...ก็ได้รองอันดับหนึ่ง”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6 เพศหญิง อายุ 67 ปี)

5. การมีเพื่อน

การมีเพื่อนเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ข้อมูลได้
สะท้อนให้เห็นว่า การได้อยู่ในสถานสงเคราะห์นี้ ทำ
ให้ผู้ให้ข้อมูลได้มีเพื่อนสนิท/เพื่อนรู้ใจ/เพื่อนที่ปรึกษา
ทำให้ไม่เหงาและไม่รู้สึกโดดเดี่ยวดังตัวอย่างคำกล่าวนี้

“ก็นั่งคุยกับเพื่อน คนแก่ด้วยกันก็คุยเรื่อง
โน้นเรื่องนี้ตามประสาคนแก่”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1 เพศชาย อายุ 75 ปี)

6. ความสัมพันธ์ที่มีความหมาย

การที่ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนว่าปัจจัยด้าน
ความสัมพันธ์ที่มีความหมาย มีส่วนทำให้เกิดความสุข
ได้ขณะอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา ไม่ว่าจะเป็น
ความสัมพันธ์กับบุคคลใดก็ตาม แต่มันเป็นสิ่งยึดเหนี่ยว
ด้านจิตใจของผู้สูงอายุ เช่นความสัมพันธ์กับแฟน
ความสัมพันธ์กับบุตร และความสัมพันธ์กับ
ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคม
ผู้สูงอายุบ้านทักซิณ เป็นต้น ดังตัวอย่างคำกล่าวนี้

“ก็ได้มาอยู่ใกล้ลูก เดี่ยวลูกก็มา ลูกมาไม่ได้ก็
โทรหาลูก ได้เห็นเขา เขาได้ดีเราก็ดีใจ...เพราะกำลังใจ
ลูก”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8 เพศหญิง อายุ 64 ปี)



อภิปรายผล

จากที่กล่าวมานี้เป็นประสบการณ์ที่ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนออกมาเกี่ยวกับความสุขของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา ผลจากการศึกษาเรื่องประสบการณ์ความสุขของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราปรากฏข้อมูลที่เป็นประเด็นสำคัญในการนำมาอภิปราย เพื่อนำไปสู่ข้อเสนอแนะอื่นๆดังต่อไปนี้

ความหมายความสุขของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา

จากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงความหมายความสุขของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ความหมายเกี่ยวกับความสุขของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา หมายถึง เน้นความสุขด้านจิตใจและเป็นความสุขที่มีความแตกต่างจากผู้สูงอายุที่อยู่ภายนอกสถานสงเคราะห์คนชรา โดยผู้ให้ข้อมูลสะท้อนออกมาเป็น 6 ลักษณะได้แก่ (1) ความสุขภายใต้ข้อแม้ (กฎเกณฑ์ กฎระเบียบ) (2) การปลอดภัย (3) การหลุดพ้นจากความเครียด (4) ความสุขใจ (5) ใจสงบ ไม่มีความทุกข์ และ (6) พึงพอใจกับชีวิตที่เป็นอยู่ จากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ความหมายที่แตกต่างไปจากการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งยังไม่พบว่าในผลการศึกษา ที่ผ่านมานั้น ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนความหมายออกมาในเรื่องของความสุขที่อยู่ภายใต้ข้อแม้ กฎเกณฑ์กฎระเบียบต่าง ๆ ขณะที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา และความสุขจากการปลอดภัย หลุดพ้นจากความเครียด อาจเนื่องจากผู้สูงอายุที่เข้ามาพักอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรานั้น เข้ามาพักอาศัยด้วยสาเหตุที่แตกต่างกันออกไป สำหรับบางคนเข้ามาพักอาศัยด้วยสาเหตุจากปัญหาในครอบครัวทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียด เมื่อเข้ามาพัก

อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราแล้ว ผู้สูงอายุไม่ต้องประสบกับเหตุการณ์ดังกล่าว เป็นการขจัดต้นตอของสาเหตุที่ทำให้เครียดได้ จึงทำให้ผู้สูงอายุที่เข้ามาพักอาศัยนั้น มีความสุขมากขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนเข้าพักในสถานสงเคราะห์คนชรา สำหรับบางคนที่เข้ามาพักอาศัยอยู่ด้วยสาเหตุที่ไม่อยากรับการชะลอตัวของร่างกาย ไม่อยากเป็นภาระให้กับผู้อื่น เมื่อเข้ามาพักอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราแล้ว ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขมากขึ้น เนื่องจากไม่ต้องรับภาระต่างๆเช่นเดิม เพียงแค่รับผิดชอบกับตัวเองในการดำเนินชีวิตประจำวันเท่านั้น

ในขณะที่สถานสงเคราะห์คนชราเป็นสถานที่ที่ต้องรับเลี้ยงดูผู้สูงอายุหลายคน ทุกคนเมื่อเข้ามาพักอาศัยแล้วจะต้องอาศัยอยู่ร่วมกัน จึงทำให้สถานที่นี้จำเป็นต้องมีกฎระเบียบ มีกฎเกณฑ์ต่างๆเพื่อให้ทุกคนอยู่ร่วมกันได้ โดยไม่ทำให้เกิดปัญหา ผู้สูงอายุจึงมีการปรับตัวให้เข้ากับกฎระเบียบ กฎเกณฑ์ต่าง ๆ เพื่อให้อยู่ร่วมกับคนอื่นได้อย่างมีความสุข อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุมีประสบการณ์ชีวิตมากมายที่ผ่านมา จึงทำให้การปรับตัวนั้นทำได้ง่ายขึ้น และเมื่อสามารถปรับตัวได้ จึงทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขกับการอยู่ร่วมกันภายใต้กฎระเบียบ กฎเกณฑ์ดังกล่าวได้ และจะเห็นว่าความสุขของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราเป็นความสุขที่เกิดขึ้นจากใจ ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายไปในทางที่เสื่อมลงเรื่อย ๆ มีสภาพร่างกายที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตบ้าง และยังอาศัยอยู่ในสถานที่ที่มีข้อจำกัด กฎเกณฑ์ต่าง ๆ ของสถานที่ ซึ่งอาจจะมีผลต่อความสุขของผู้สูงอายุได้ แต่ผู้สูงอายุสามารถที่จะมีความสุขได้โดยความสุขของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิทยากร



(2550) ได้ให้ความหมายความสุขว่าเป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นหลายระดับตั้งแต่ความสบายใจเล็กน้อย จนถึงมีความเพลิดเพลินใจ และจากการศึกษาของ ชนิตา, พิมสุภาว, ขวัญตา, และรัชณี (2555) เรื่องทัศนคติของผู้สูงอายุไทยต่อสุขภาพจิตตามแนววิถีพุทธ ให้ความหมายความสุขว่าเป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นทั้งสุขและทุกข์รวมทั้งความพึงพอใจในชีวิต โดยความรู้สึกเป็นสุขเกิดจากรู้สึกสงบในใจ และยังมีความพึงพอใจในชีวิต

จากการศึกษาของ พิศุทธิภาและอรัญญา (2555) รายงานว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะทางจิตสูง ได้แก่ การมีจิตใจสงบสุขซึ่งประกอบไปด้วย การมีสติเท่าทันอารมณ์ตนเอง ยอมรับความจริงของชีวิต มีการศึกษาและปฏิบัติธรรมเพื่อให้มีจิตใจที่สงบสุข สำหรับความสุขที่หมายถึงการมีความพึงพอใจในชีวิตที่เป็นอยู่ตามที่ผู้สูงอายุได้สะท้อนความหมายออกมาเป็นความรู้สึกจากการที่มีความพึงพอใจกับสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน แม้ว่าจะเป็นสภาพความเป็นอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราก็ตาม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ วรรณวิสาข์ (2551) พบว่าผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรามีความสุขจากการพึงพอใจในชีวิตปัจจุบัน ผู้สูงอายุเห็นว่าความสุขความทุกข์อยู่ที่ใจตัวเอง ไม่ต้องดิ้นรน ไม่ต้องขวนขวาย และแสวงหาความสุขเท่าที่เป็นไปได้

วิธีการทำให้เกิดความสุข

ผลจากการศึกษาผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนวิธีการทำให้เกิดความสุข ออกมาเป็น 5 วิธี ได้แก่ (1) การไม่ยึดติด/รู้จักปล่อยวาง (2) ทำกิจกรรมทุกอย่างให้เกิดความสบายใจ (3) หลีกเลี้ยงความขัดแย้ง (4) คิดว่า

ตนเองยังมีคุณค่า และ (5) รู้จักการให้อภัย สามารถอภิปรายได้ ดังนี้

ตามหลักความเชื่อของศาสนาพุทธ สิ่งที่จะทำให้เกิดความสุขได้นั้นคือ การได้อยู่กับปัจจุบัน รู้จักปล่อยวางในสิ่งที่เกิดขึ้นแล้ว และสิ่งที่กำลังเกิดขึ้นในอนาคต ควบคุมความอยากได้ที่ไม่มีที่สิ้นสุด รวมทั้งการหลีกเลี้ยงความขัดแย้ง ไม่ใช้ความรุนแรง ไม่ทะเลาะและให้ใช้หลักเวรย่อมระงับด้วยการไม่จองเวร รู้จักการให้อภัย ทั้งการให้อภัยตนเองและให้อภัยผู้อื่น (มงคล, 2550) สำหรับการทำกิจกรรมทุกอย่างให้เกิดความสบายใจ เป็นวิธีที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขเนื่องจากกิจกรรมช่วยให้เกิดความผ่อนคลาย มีความเพลิดเพลิน ผู้สูงอายุจะมีความสุขเพิ่มขึ้นจากการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในระดับสูง มีความสุขจากการได้เข้าร่วมกิจกรรมกับสังคม การทำกิจกรรมที่ตนเองชอบ และทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อนฝูง (พิศุทธิภา และอรัญญา, 2555; สุจิตรา และนนุช, 2557) และการตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง ก็เป็นอีกวิธีการหนึ่งที่ทำให้ให้เกิดความสุขในผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุเห็นว่าวิธีการคิดว่าตนเองยังมีคุณค่า สามารถที่จะช่วยเหลือหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้เป็นส่วนช่วยให้จิตใจเกิดความสุขได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ วรรณวิสาข์ (2551) พบว่าความสุขจะเกิดขึ้นได้จากการกำหนดตนเองหรือเลือกทำอะไร เลือกดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเอง สามารถตัดสินใจการกระทำต่าง ๆ ด้วยตนเอง และรู้สึกประสบความสำเร็จในชีวิตทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองมีศักดิ์ศรีและมีคุณค่าในชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ สุจิตราและนนุช (2557) พบว่าความสุขที่เกิดจากการตระหนักถึงคุณค่าในตนเองทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขอยู่ในระดับสูง เป็นวิธีหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความภาคภูมิใจในสิ่งที่ตนเองได้กระทำ ทำ



ให้มีความคิดว่าตนเองยังมีคุณค่า มีความหมายยังสามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้ จึงเป็นวิธีการที่เพิ่มความสุขให้ผู้สูงอายุ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสุขของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา

ผลจากการศึกษาผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสุขของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราออกมา 6 ปัจจัยสามารถอธิบายได้ดังนี้

มีกิจกรรมให้เข้าร่วม เป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขจากการที่เข้าร่วมกิจกรรมของทางศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ที่มีกิจกรรมต่าง ๆ ที่หลากหลายในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต ในขณะที่พักอาศัยอยู่ที่นี่ ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีกิจกรรมทำไม่เกิดความเหงา จึงทำให้ผู้สูงอายุเกิดความสุขขึ้นซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิทมา (2555) พบว่าปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายในที่มีผลต่อความสุขของผู้สูงอายุตอนปลาย เกิดจากการใช้เวลาในการปฏิบัติภารกิจทางสังคมและศาสนา มีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อระดับความสุขของผู้สูงอายุในทำนองเดียวกันการศึกษาของ พิศุทธิภาและอรุณญา (2555) พบว่าประเด็นของการทำกิจกรรมต่างๆในชีวิต เช่น การทำกิจกรรมร่วมกับสังคม การทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว การทำกิจกรรมที่ตนเองชอบ การทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อนฝูง การทำกิจกรรมตามภาระหน้าที่รับผิดชอบ ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขเพิ่มขึ้นสำหรับการศึกษาของ วิทธิลักษณ์, ศศิพัฒน์, และภาวิณี, (2551) ยังพบอีกว่าการเข้าร่วมกิจกรรมก่อให้เกิดความสุข เพราะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความผ่อนคลายทั้งนี้การเข้าร่วมกิจกรรมกับเพื่อนรุ่นราวคราวเดียวกัน

จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี มีความสุข และการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน ก็ยังช่วยให้ผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่นในตนเองที่ยังสามารถกระทำการสิ่งต่างๆได้ตามความสามารถที่มีอยู่ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุจิตราและนงนุช (2557) พบว่าความสุข อันเกิดจากการเข้าร่วมกิจกรรมของสถานสงเคราะห์ช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสุขอยู่ในระดับสูง ผู้สูงอายุจะรู้สึกมีความสุขกับการได้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ มีความสุขที่ได้รับรางวัล ได้ยิ้ม ได้หัวเราะ ผ่อนคลายความเครียด และสามารถทำให้ผู้สูงอายุเกิดการปรับตัวอยู่ร่วมกันได้ดี

นอกจากนี้กิจกรรมนันทนาการก็เป็นส่วนหนึ่งของการทำกิจกรรมที่จะช่วยเยียวยา และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากกิจกรรมนันทนาการนั้นเป็นกิจกรรมที่ช่วยให้เกิดความเพลิดเพลิน เกิดความผ่อนคลาย ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสุข จากกิจกรรมนันทนาการต่างๆที่ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมขณะอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ก็ล้วนทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ กัลพฤกษ์ (2555) พบว่ากิจกรรมนันทนาการบำบัดเป็นทางเลือกหนึ่งที่จะช่วยในการเยียวยาและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งมีรูปแบบกิจกรรมนันทนาการที่หลากหลายแตกต่างกันไป และเน้นการจัดกิจกรรมที่มีความเพลิดเพลิน สนุกสนาน และจากการศึกษาของ สุพิชชา (2551) เรื่องผลของโปรแกรม นันทนาการที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมนันทนาการอยู่ในระดับมากที่สุด และผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตและสภาวะทางสังคมที่ดีกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งแสดงว่าผู้สูงอายุมีความสุข มีความเพลิดเพลินกับกิจกรรมนันทนาการดังนั้นการเข้าร่วม



กิจกรรมนันทนาการ และกิจกรรมต่าง ๆ ดังได้กล่าวข้างต้นจึงเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรามีความสุขประการหนึ่ง

มีสิ่งแวดล้อมที่ดี/การบริการที่ดี

เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมให้ผู้ให้ข้อมูลมีความสุขจากการที่ได้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี มีบรรยากาศดี ส่งผลให้สุขภาพจิตดีขึ้น รวมถึงการจัดบริการต่างๆที่เหมาะสม การได้รับการบริการที่ดีจากเจ้าหน้าที่ที่ดูแล ก็ส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลมีความสุขได้ สอดคล้องกับมาตรฐานการจัดสิ่งแวดล้อม สถานที่ที่มีความปลอดภัย ไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ มีการแบ่งพื้นที่อย่างเหมาะสม ทั้งมีลานกิจกรรม อำนวยความสะดวก แก่ผู้สูงอายุ เป็นมุมออกกำลังกาย มุมนันทนาการ มุมพักผ่อน พื้นที่สีเขียว มีสถานที่รับประทานอาหารเป็นสัดส่วน หรือมีห้องประกอบพิธีทางศาสนา (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ, 2555) นอกจากนี้การศึกษาด้านความต้องการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมพบว่าผู้สูงอายุต้องการสภาพแวดล้อมภายนอกตัวบ้าน โดยเป็นบ้านที่มีลานกว้างไว้สำหรับทำกิจกรรม มีโต๊ะไม้ มีต้นไม้ใหญ่เพื่อให้ร่มเงา (สกลชัย, 2557) ซึ่งบรรยากาศของศูนย์นี้มีความร่มรื่น มีต้นไม้ สวนดอกไม้ และลานกิจกรรมต่าง ๆ เป็นต้น

ได้รับการตอบสนองปัจจัยพื้นฐาน

เป็นปัจจัยหนึ่งที่ผู้สูงอายุต้องการได้รับการตอบสนองความต้องการของตนเองในทุกๆด้าน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องทัศนคติต่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีความสุขของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร พบว่าปัจจัยขั้นพื้นฐานในการดำเนินชีวิตมีความสำคัญต่อ

การมีความสุขในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.136 และให้ความสำคัญกับการมีบ้าน/ที่อยู่อาศัย รองลงมาคือด้านยารักษาโรค ลำดับต่อมาคือด้านอาหาร และอีก 2 ปัจจัยได้แก่ด้านเครื่องนุ่งห่ม กับการดูแลสุขภาพภาพไม่มีผลต่อความสุข (วิทธิลักษณ์, ศศิพัฒน์, และภาวิณี, 2551) นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ สุธรรม (2553) ที่กล่าวว่าความสุขภายนอกมักจะสัมพันธ์กับปัจจัยด้านต่าง ๆ ในการดำรงชีวิตการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างมนุษย์ด้วยกัน และความสุขที่เกิดจากปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งประกอบด้วยความสุขจากการมีปัจจัยสี่ ที่เพียงพอ และมีความมั่นคงในชีวิต

มีภาพลักษณ์ต่อตนเองดี/ภูมิใจในตนเอง และเป็นที่ยอมรับในสังคม

ไม่เพียงแต่ความสุขที่เกิดจากปัจจัยภายนอกเพียงอย่างเดียว แต่ผู้สูงอายุยังสามารถมีความสุขได้จากปัจจัยภายในที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุ มีความสุข สอดคล้องกับการศึกษาของ สุธรรม (2553) อธิบายว่าความสุขเกิดขึ้นได้จากองค์ประกอบหลายอย่าง ทั้งความสุขภายนอกและความสุขภายในซึ่งความสุขภายในเป็นความสุขที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ ประกอบด้วยความสุขจากการมีอิสรภาพ ความภาคภูมิใจในตนเอง ความดีงามและความสงบ และจากการศึกษาของ ปิยะกมลและบัวทอง (2555) พบว่าการสนับสนุนทางสังคม โดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า การสนับสนุนด้านอารมณ์ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางใจสูงกว่าด้านอื่นๆ



มีเพื่อน

ซึ่งมีทั้งเพื่อนที่สนิท และไม่สนิท เพื่อนรู้ใจ (แฟน) เพื่อนที่ปรึกษา เป็นส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุไม่เกิดความเหงา ไม่รู้สึกโดดเดี่ยวขณะที่อยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา ซึ่งผู้สูงอายุคิดว่าการมีเพื่อนแบบนี้ยังช่วยให้ผู้สูงอายุอยู่ด้วยกัน คอยตักเตือนกัน ร่วมกิจกรรมต่างๆร่วมกัน จึงมีส่วนทำให้เกิดความสุขได้เช่นกัน และการที่มีเพื่อนรู้ใจหรือมีแฟน ไม่จำเป็นต้องอยู่ด้วยกัน เพียงแค่สามารถพูดคุย ปรึกษากัน ดูแลกันก็เพียงพอแล้วซึ่งสอดคล้องกับเรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้สูงอายุที่อธิบายว่าเพศสัมพันธ์ในผู้สูงอายุไม่ได้หมายถึงการมีเพศสัมพันธ์กันเท่านั้น แต่หมายถึงการแสดงความรัก การแสดงความเอื้ออาทรต่อกัน ซึ่งเป็นการบ่งบอกว่าบุคคลนั้นเปิดเผยตนเองต่อบุคคลอื่นอย่างไร แสดงถึงความมั่นใจในตนเอง และการนับถือตนเอง (ศิริพันธุ์, 2554) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ สุจิตราและนงนุช (2557) พบว่าความสุขอันเกิดจากการสื่อสารกับเพื่อน ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขในระดับสูง จากการที่เป็นผู้สูงอายุที่มนุษย์สัมพันธ์ดี มีการทักทาย พูดคุยกันมีการสื่อสารกันดี ลดความตึงเครียดทำให้เกิดบรรยากาศที่อบอุ่นในสถานสงเคราะห์คนชรา

เครื่องยึดเหนี่ยวตัวบุคคลได้แก่ บุตร หลาน สามี/ภรรยา รวมทั้งคนใกล้ชิด และยังสอดคล้องกับงานวิจัยอื่นๆที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อสุขภาพจิตของคนไทยด้วย (Hengudomsab, Koedbankham, & Kangchai, 2007; Nanthamongkolchai, Tuntichaivanit, Munsawaengsub, & Charupoonphol, 2009)

มีความสัมพันธ์ที่มีความหมาย

พะเยา

เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของผู้สูงอายุที่ใช้เป็นที่ยึดเหนี่ยวด้านจิตใจ เช่นความสัมพันธ์กับแฟน ความสัมพันธ์กับบุตรหลาน และความสัมพันธ์กับผู้อำนวยความสะดวกในการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชนิตา, และคณะ (2555) ที่กล่าวว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใช้เครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจที่เป็นตัวบุคคลเป็นหลักมากกว่าศาสนา



เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2555). *คู่มือโปรแกรม 16 สัปดาห์เพื่อพัฒนาความสุข 5 มิติ ในผู้สูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัยพัฒน.
- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2553). *พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546*. กรุงเทพมหานคร: เทพเพ็ญวานิชย์.
- กัลพลักษ์ พลศร. (2555). กิจกรรมนันทนาการบำบัดทางเลือกหนึ่งในการช่วยเยียวยาผู้สูงอายุ. *วารสาร คณะพลศึกษา*, 15 (2), 1-6.
- ชนิตา ประดิษฐ์สถาพร, พิมสุภาว์จันทะโสเถถ์, ขวัญใจ อำนาจสตัยเชื้อ, และรัชณี สรรเสริญ. (2555). สุขภาวะจิตของผู้สูงอายุไทยตามแนววิถีพุทธ. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 26 (1), 69-79.
- ชุติไกร ตันติชัยวนิช. (2551). *ความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดระยอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- นิภาพร พุ่มซ้อน, และสุธิดา สิงหสุต. (2552). *วิถีชีวิตผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค 2*. สารนิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยศิลปากร, กรุงเทพมหานคร.
- นุรชาฮิดา เจ๊ะมามะ. (2558). *ประสบการณ์ความสุขของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราในเขตภาคใต้*. วิทยานิพนธ์ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ปิยะกมล วิจิตรศิริ, และบัวทอง สว่างโสภาคกุล. (2555). ความเป็นปราชญ์ การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวัดสารอด เขตราชบุรี กรุงเทพมหานคร. *วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์*, 38 (2), 139-151.
- พิศุทธิภา เมธิกุล, และอรัญญา ต้อยคำภีร์. (2555). ประสบการณ์การสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จในผู้สูงอายุ ที่มีสุขภาวะทางจิตสูงการวิจัยเชิงคุณภาพ. *วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*, 13 (2), 15-24.
- ณาร์ตน์ ยุพรัตน์. (2553). *ความสุขของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค*. วิทยานิพนธ์ ศีลศาสตรมหาบัณฑิต (สังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา) มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม, กรุงเทพมหานคร.
- มงคล กริชติทายาวุธ. (28 เมษายน 2550). *ความสุขจากหนังสือ Time magazine (เรื่องที่ 956) สืบค้นเมื่อ 3 พฤษภาคม 2558, จาก*
http://www.mongkoldham.com/text%5CsanRMC_956.pdf
- รศรินทร์ เกรย์, ประเวศ ตันติพิวัฒนสกุล, และ เรวดี สุวรรณพเก้า. (2553). ความสุขของคนไทย: การดำเนินชีวิตอย่างมีคุณธรรม จิตวิญญาณและความภูมิใจในตนเอง. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 18 (2), 71-85.



เอกสารอ้างอิง

- วรรณวิสาข์ ไชโย. (2551). *พรรณนาเรื่องความสุขในผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาบ้านวัยทองนิเวศน์สาขาวิชาปรัชญาและศาสนา ภาควิชามนุษยศาสตร์ คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.*
- วิทธิลักษณ์ จันทรธนะสมบัติ, ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, และ ภาวิณี อามาศย์ทัศน์. (2551). *ทักษะต่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีความสุขของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร กรณีศึกษาศูนย์บริการสาธารณสุข 40 บางแค. วารสารพัฒนวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 9 (2), 47-53.*
- วิหิตา ธรรมเจริญ. (2555). *อิทธิพลของปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายในที่มีผลต่อความสุขของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สถิติประยุกต์) คณะสถิติประยุกต์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.*
- วิทยากร เชียงกุล. (2550). *ความรักการสร้างสรรคและความสุข. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สายธาร.*
- ศิริพันธุ์ สาสัติย์. (2554). *การพยาบาลผู้สูงอายุ : ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: แอคทีฟพริ้นท์.*
- สกลัย สมนานุสรณ์. (2557). *ศึกษาความต้องการรูปแบบที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพบริเวณรอบที่พักอาศัยสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ. วารสารธุรกิจปริทัศน์, 6(2), 75-89.*
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (2555). *สุขภาพคนไทย 2555: ความมั่นคงทางอาหาร เงินทองของมายา ข้าวปลาสิของจริง. มหาวิทยาลัยมหิดล.*
- สำนักส่งเสริมและพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ. (2555). *มาตรฐานบ้านพักผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.*
- สุจิตรา สมพงษ์, และนงนุช โรจนเลิศ. (2557). *ความสุขของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราในจังหวัดนครปฐม. วารสารพยาบาลตำรวจ, 6 (1), 204-218.*
- สุธรรม นันทมงคลชัย, ชูติไกร ตันติชัยวนิช, โชคชัย หมั่นแสงวงทรัพย์, และพิทยา จารุพลผล. (2552). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุหญิง จังหวัดระยอง ประเทศไทย. วารสารจดหมายเหตุทางแพทย์, 92 (7), 8-12.*
- สุธรรม นันทมงคลชัย. (2553). *ผู้สูงอายุไทย: สถานการณ์สุขภาพและการพัฒนาความสุข. วารสารสาธารณสุขศาสตร์, 40 (1), 101-111.*
- สุพิชชา ชุ่มภาณี. (2551). *ผลของโปรแกรมนันทนาการที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (นันทนาการ). มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.*



เอกสารอ้างอิง

- อริพร อิศระเสนีย์. (2549). *ความสุขและความสามารถในการเผชิญปัญหาของกลุ่มครูอาสาสมัครในพื้นที่
ประจวบคีรีขันธ์*. การค้นคว้าอิสระปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่,
เชียงใหม่.
- อัมพร เบญจพลพิทักษ์, กาญจนา วณิชขจรณีย์, และ พรรณี ภาณุวัฒน์สุข. (2555). *คู่มือความสุข 5 มิติ
สำหรับผู้สูงอายุ*. นนทบุรี: ปิยะพันธ์พับลิชชิง.
- อารีวรรณ อ่วมตานี. (2553). *การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล Qualitative research in nursing* (หน้า 119-
121). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Nanthamongkolchai, S., Tuntichaivanit, C., Munsawaengsub, C., & Charupoonphol,
P. (2009). Factors influencing life happiness among elderly female in Rayong
province, Thailand. *Journal of the Medication Association of Thai*, 92(7), 8-12.
- Hengudomsub, P., Koedbankham, J., & Kangchai, W. (2007). Physical health and
psychological well-being in Thai older adult: Social comparison as a mediator.
Journal of Science and Technology and Humanities, 5 (1-2), 43-55.
- Van Manen, M. (1990). *Researching lived experience human science for an action sensitive
pedagogy*. New York: State University New York Press.





การดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าของผู้สูงอายุ

Valuable Living of The Elderlies

ดร. ปณณธร ชัชวรัตน์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา

ดร. สมานจิต ภิรมย์รัตน์

มหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น

บทคัดย่อ

การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเป็นสิ่งจำเป็น และเป็นเรื่องเร่งด่วนที่ควรเร่งรีบในการดำเนินการ การส่งเสริมคุณค่าของผู้สูงอายุไว้ให้นานที่สุดให้ผู้สูงอายุ ดำรงชีวิตอยู่อย่างมีศักดิ์ศรีและพึ่งตนเองได้เป็นสิ่งสำคัญ การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ศึกษาลักษณะการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ใน อ.เมือง จ. พะเยา ที่สมัครใจในการให้ข้อมูล ด้วยการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 100 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามลักษณะการดำรงชีวิตประจำวันที่มีคุณค่าของผู้สูงอายุเป็นลักษณะเลือกตอบ 1 คำตอบประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ อาชีพ สถานภาพสมรส การอาศัยอยู่ และโรคประจำตัว จำนวน 7 ข้อ และ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าของผู้สูงอายุประกอบด้วย การดูแลตนเองด้านร่างกาย จำนวน 21 ข้อ การดูแลตนเองด้านจิตใจ จำนวน 13 ข้อ และการดูแลตนเองด้านสังคม จำนวน 12 ข้อ ตรวจสอบความเที่ยงตรงเนื้อหา (Content Validity) เพื่อหาค่า IOC ตั้งแต่ 0.60-1.00 และค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ 0.828 ผลการศึกษา ปรากฏว่า

1. ลักษณะการดำรงชีวิตประจำวันอย่างมีคุณค่าของผู้สูงอายุพบว่าภาพรวมของการดูแลตนเอง

ด้านร่างกายด้านจิตใจและด้านสังคมอยู่ในระดับมากที่สุด

2. การดูแลตนเองด้านร่างกายรายข้อที่มีระดับมากที่สุดได้แก่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันส่วนตัวต่างๆได้ด้วยตนเองอาบน้ำวันละ 2 ครั้ง เข้า-เย็นเพื่อให้ร่างกายสะอาดสดชื่นนอนหลับพักผ่อนเพียงพออย่างน้อยคืนละ 5-6 ชั่วโมง

3. การดูแลด้านจิตใจรายข้อที่มีระดับมากที่สุด ได้แก่ เป็นสมาชิกที่สำคัญคนหนึ่งของคนรอบคร้ว รู้สึกว่าตนเองมีค่ามีประโยชน์ต่อบุคคลในครอบครัวมีอารมณ์ดีร่าเริงสนุกสนานยอมรับกับร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปเช่นผิวหนังเหี่ยวแห้งผมร่วงตาพร่ามัวและพอใจในบทบาทหน้าที่ของตนที่มีต่อครอบครัวเช่นการช่วยเหลือบ้านการช่วยเหลือญาติบุตรหลานเลือกทำกิจกรรมต่างๆเหมาะสมกับความสามารถที่ท่านจะกระทำได้ และปฏิบัติตามคำสอนของศาสนาเพื่อให้ตนเองมีความสุขและมีสมาธิ

4. การดูแลตนเองด้านสังคมรายข้อที่มีระดับมากที่สุดได้แก่ท่านและสมาชิกในครอบครัวมีความรักและผูกพันต่อกัน เต็มใจให้ความช่วยเหลือกิจกรรมในสังคมตามความสามารถและกำลังเป็นที่ชื่นชอบของหมู่เพื่อนในวัยเดียวกัน และมีความสุขที่มีโอกาสได้ช่วยเหลือผู้อื่นที่มีปัญหา

คำสำคัญ : ดำรงชีวิต คุณค่า
ผู้สูงอายุ



Abstract

There is a need and an urgent priority for the development of the elderly's quality of living. The promotion of quality of life for the elderly to live longer in their dignity and being self-reliant are essential. The objective of this descriptive research is to study the ways the elderly maintain their valuable living. Research samples of this study are 100 volunteer elderly selected at random who live in Muang district of Phayao province. The questionnaires according to the research objective are designed for only one response for each. They are two parts ; 1) data concerned sex, income, occupation , marital status, living condition and disease , and 2) data concerned their own ways of looking for themselves in terms of physical, (21) item , spiritual (13 items) and social (12 items). As for the content validity testing the IOC ranged between 0.60 – 1.00 and the reliability by Cronbach Alpha equals 0.828 . The study revealed as follows :

1. The ways in which the elderly maintained their living in physical , spiritual and social in over all were at highest level.

2. The highest level activities concerning physical issue were the day – to – day done by themselves in taking a bath 2 times, morning and evening, everyday to refresh the body, and slept at least 5-6 hours a night.

3. The highest level activities concerning spirit issue were being a good member of a

family , being good contributions to persons in family, being in good emotion and enjoyable , accepted changes in the body such as the dry skin and the blurred eyes, accepted the roles and duties in taking care of house and nieces and nephews, selected the case-do activities and practice according to religious teaching for the benefit of happiness and meditated life.

4. As for the social issue the highest activities were the good relationship between the elderly and family members, happy to help social activities as of their own capacity, be friend in same old ages and being happy to help other people who have problems.

Keyword : living, valuable, aged people

บทนำ

ประเทศไทยนับเป็นอีกประเทศหนึ่งที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) ตามนิยามองค์การสหประชาชาติ (United Nations: UN) ได้ให้นิยามผู้สูงอายุ (Older person) หมายถึงประชากรทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปและได้แบ่งระดับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) หมายถึง สังคมหรือประเทศที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศหรือมีประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปีมากกว่าร้อยละ 7 ของประชากรทั้งประเทศ แสดงว่าประเทศนั้นกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) หมายถึงสังคมหรือประเทศที่



มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศหรือมีประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปี มากกว่าร้อยละ 14 ของประชากรทั้งประเทศ แสดงว่าประเทศนั้นเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ระดับสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มที่ (Super-aged society) หมายถึงสังคมหรือประเทศที่มีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ แสดงว่าประเทศนั้นเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มที่ (United Nations, 2007) สำหรับประเทศไทย สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2551) สรุปว่าไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ตั้งแต่ปี 2005 โดยมีประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 10.4 ของประชากรทั้งประเทศและคาดว่าจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ในช่วงปี 2024-2025 การตระหนักถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งสำคัญส่งผลให้ภาครัฐกำหนดมาตรการเตรียมการรองรับให้การดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุเหล่านั้นมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้นโดยกำหนดยุทธศาสตร์"การเตรียมความพร้อมสังคมไทยสู่สังคมผู้สูงอายุ" เป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์หลักของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 ด้วยการมีแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564) เพื่อกำหนดทิศทางนโยบายยุทธศาสตร์และมาตรการต่างๆ ที่ใช้ดำเนินการด้านผู้สูงอายุให้ชัดเจน (วิพรรณประจวบเหมาะ, 2553)

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุจำนวนและสัดส่วนประชากรที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วดังกล่าวข้างต้นทำให้ผู้สูงอายุเริ่มเป็นปัญหาสำคัญทั้งในระดับครอบครัวชุมชนและประเทศเนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมถอยทุกด้านทั้งด้านร่างกายจิตใจและสังคม (ประนอมโอทกานนท์, 2554: 11-24) ซึ่งปกติการรับรู้สุขภาพกายมีความสัมพันธ์กันอย่างมากกับจิตใจของผู้สูงอายุ (รักษพลสนิทยาและวิราภรณ์โพธิ์ศิริ , 2554: 55) ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงไม่ว่าจะเป็นการทำงานสังคมความสัมพันธ์ในครอบครัวหรือเขตที่อยู่อาศัยซึ่งกล่าวได้ว่าเป็นปัจจัยภายนอกหรือการเปลี่ยนแปลงทางด้าน

จิตใจเช่นอารมณ์เศร้าเบื่อหน่ายนอนไม่หลับ ฯลฯ ซึ่งกล่าวได้ว่าเป็นปัจจัยภายในล้วนส่งผลกระทบต่อความสุขของผู้สูงอายุทั้งสิ้นนอกจากนี้ทฤษฎีการเสื่อมและการถดถอยซึ่งเป็นศาสตร์ทางด้านชีวภาพอธิบายไว้ว่าเมื่อสิ่งมีชีวิตมีอายุมากขึ้นอวัยวะต่างๆในร่างกายถูกใช้งานมากขึ้นก็จะเกิดการเสื่อมถอยทั้งด้านร่างกายจิตใจและสังคม (ประนอมโอทกานนท์, 2554: 11-24) การเตรียมพร้อมที่จะรับมือกับปัญหาต่างๆที่จะเกิดขึ้นกับกลุ่มผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งจำเป็นเร่งด่วนที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องวางแผนรองรับปัญหาดังกล่าวเป็นเบื้องต้นในบรรดาปัญหาที่จะเกิดขึ้นนั้นปัญหาสุขภาพร่างกายเป็นปัญหาพื้นฐานของผู้สูงอายุสถานการณ์ด้านสุขภาพพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประเมินสุขภาพตนเองว่ามีสุขภาพดีปัญหาที่มักพบบ่อยในผู้สูงอายุได้แก่การมองเห็นการได้ยินการเกิดอุบัติเหตุความพิการและต้องการความช่วยเหลือและสวัสดิการโรคของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้แก่ความดันโลหิตสูงความผิดปกติของต่อมไร้ท่อและโรคเบาหวาน (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2551: 119)

จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2551) พบว่าไม่ถึงครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุประเมินว่าตนเองมีสุขภาพดีและมีผู้สูงอายุเป็นโรคความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 31.7 โรคเบาหวานร้อยละ 13.3 และโรคหัวใจร้อยละ 7.0 ทางด้านจิตใจพบว่าร้อยละ 51.2 ของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวบอกว่ารู้สึกเหงารวมทั้งวิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุก็เปลี่ยนไปเพราะเกษียณอายุจากการทำงานมีกิจกรรมหรือมีส่วนร่วมทางสังคมลดลงทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสียบทบาทและความรู้สึกในคุณค่าของตนเองลดลงจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวผู้สูงอายุต้องมีการปรับตัวอย่างมากซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันรวมถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้นายแพทย์บรรลุศิริพานิชประธานมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (2552: 13-17) กล่าวว่าความก้าวหน้าทางการแพทย์ที่ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องทำให้ประชากรมี



อายุยืนยาวขึ้นประกอบกับนโยบายการวางแผนครอบครัวทำให้อัตราการเกิดลดลงสัดส่วนของผู้สูงอายุจึงมากขึ้นตามลำดับและมีอายุคาดเฉลี่ย (Life Expectancy) เพิ่มขึ้นเป้าหมายระยะยาวของการพัฒนาผู้สูงอายุไม่ใช่ว่าหาทางช่วยเหลือผู้สูงอายุ เพราะเป็นการมองอนาคตว่าจะเต็มไปด้วยภาระที่ทุกคนต้องช่วยกันรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุที่นับวันแต่จะเพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อยๆ แต่เป้าหมายสำคัญของการพัฒนาผู้สูงอายุคือการทำให้ผู้สูงอายุเป็นสมาชิกที่เข้มแข็งและมีส่วนร่วมในการพัฒนาสังคมซึ่งจะทำได้จากการที่ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีและยังต้องมีความรู้ความสามารถและโอกาสในการทำงานต่างๆ รวมทั้งมีเงินสำหรับการใช้สอยเพื่อสิ่งจำเป็นในชีวิตซึ่งหากทำได้จะทำให้ผู้สูงอายุเป็นสมาชิกที่ทำคุณประโยชน์ให้กับสังคมได้มากกว่าประชากรในวัยอื่นๆ การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเป็นสิ่งจำเป็นและเป็นเรื่องเร่งด่วนที่รัฐควรเร่งรีบในการดำเนินการหากไม่มีการดำเนินการใดๆ เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุของไทยก็จะมีแนวโน้มที่จะต้องเผชิญกับปัญหาความยากจนของผู้สูงอายุรวมถึงปัญหาต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้นจากการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุพบว่าส่วนใหญ่จะศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงหรือปัจจัยที่ควรป้องกันเพื่อความสำเร็จในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในขณะที่แนวโน้มในปัจจุบันจะมีการศึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนหรือแหล่งที่ผู้สูงอายุอาศัยเป็นฐานในการพัฒนา (Hsu et al., 2010: 548)

แผนระยะยาวผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2565) ภายใต้ความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 5 กรกฎาคม 2545 ได้กำหนดยุทธศาสตร์ในเรื่องการคุ้มครองผู้สูงอายุโดยมีนัยสำคัญของแผนฯ เพื่อให้เจ้าหน้าที่ทุกภาคส่วนในสังคมนำยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติในเรื่องการจัดบริการและการส่งเสริมคุณค่าของผู้สูงอายุไว้นานที่สุดให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอยู่อย่างมีศักดิ์ศรีและพึ่งตนเองได้ การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุเป็นความรู้สึกเชื่อภายในตนขั้นพื้นฐานที่ผู้สูงอายุรู้สึกว่าเป็นที่รักเป็นคน

มีประโยชน์และมีความสามารถซึ่งเป็นความรู้สึกที่ผู้สูงอายุมองเห็นความสามารถของตนเองในการเผชิญต่อการเปลี่ยนแปลงเมื่อสูงวัยดังนั้นหากผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองไร้ความสามารถขาดความมั่นใจเครียดซึมเศร้าสิ้นหวังกับอนาคตจะมีแนวโน้มที่คิดว่าตนเองหมดคุณค่าด้วยผู้สูงอายุที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงจะสามารถปรับตัวกับภาวะไร้ความสามารถและความเจ็บป่วยเรื้อรังได้ตรงกันข้ามกับผู้สูงอายุที่การเห็นคุณค่าในตนเองต่ำจะมีสุขภาพทรุดโทรมและไร้สมรรถภาพด้านร่างกาย (Walker S.N. 1988: 76-90) ดังนั้นกิจกรรมของการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุต้องเป็นกระบวนการเพิ่มสมรรถนะให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้นส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีขึ้นทั้งในด้านร่างกายจิตใจและสังคม (กระทรวงสาธารณสุขกรมอนามัย 2547) ผู้วิจัยจึงได้สนใจศึกษาวิจัยในเรื่องนี้ ข้อมูลที่ได้จะเป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยตนเองอย่างมีความสุข

วัตถุประสงค์การวิจัย

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาลักษณะการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าของผู้สูงอายุ

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยสำรวจ เพื่อศึกษาลักษณะการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าของผู้สูงอายุ โดยสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะการดำรงชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ใน ต. บ้านต้อม อ. เมือง จ. พะเยา

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ใน อ. เมือง จ. พะเยา ที่สมัครใจในการให้ข้อมูล ด้วยการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 100 คน



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม ลักษณะการดำรงชีวิตประจำวันที่มีคุณค่าของผู้สูงอายุ เป็นลักษณะเลือกตอบ 1 คำตอบ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ เพศอายุ รายได้ อาชีพ สถานภาพสมรส การอาศัยอยู่ และโรคประจำตัว จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าของผู้สูงอายุประกอบด้วย การดูแลตนเองด้านร่างกาย จำนวน 21 ข้อ การดูแลตนเองด้านจิตใจ จำนวน 13 ข้อ และการดูแลตนเองด้านสังคม จำนวน 12 ข้อ

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ของแบบสอบถาม โดยคณะผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา แล้วทำการปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน (Content Validity) และความชัดเจนของการใช้ภาษา เพื่อให้แบบสอบถามครอบคลุมและเหมาะสมกับเนื้อหาการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าของผู้สูงอายุได้ค่า IOC ตั้งแต่ 0.60-1.00

2. การหาความเชื่อมั่น (Reliability) หลังจากปรับปรุงแบบสอบถามตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ คณะผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามทดลองกับผู้สูงอายุ ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มประชากรที่ศึกษา จำนวน 30 คน เพื่อวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Coefficient Alpha's Cronbach) โดยได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.828

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การทำวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคนวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา ตามหนังสือรับรองจริยธรรมวิจัย เลขที่ 3529900034432 ออกวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2558 โดยผู้วิจัยทำเอกสารขอความยินยอมให้กลุ่มตัวอย่างลงนามเพื่อเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย โดยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงเป็นลายลักษณ์อักษรในแบบสอบถาม โดยแจ้งวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการวิจัย ลักษณะแบบสอบถาม และรายละเอียดในการตอบแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะตอบหรือไม่ตอบคำถามได้โดยไม่มีผลใดๆ ต่อการปฏิบัติงาน ผู้วิจัยจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. การเตรียมพื้นที่ชุมชน โดยการประสานงานขอความร่วมมือในการปฏิบัติงานกับผู้นำชุมชนหน่วยงานและบุคคลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

2. สืบหาข้อมูลโดยสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับแบบสอบถามลักษณะการดำรงชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ผู้สูงอายุ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60 มีอายุ 60-65 ปี ร้อยละ 37 รองลงมาอายุมากกว่า 75 ปี ร้อยละ 25 มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 69 ผู้สูงอายุเป็นเกษตรกร ร้อยละ 37 และไม่ได้ทำงานร้อยละ 26 มีรายได้เพียงพอใช้จ่าย ร้อยละ 70 อาศัยอยู่กับคู่สมรส/บุตร/หลาน ร้อยละ 56 และอยู่ลำพังคน



เดี่ยวร้อยละ 12 กลุ่มผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว ร้อยละ 65 เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 30 โรคเกาต์ร้อยละ 3 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 47 มีไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 14 โรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 2 โรคหอบหืด ร้อยละ 1 และโรคไต ร้อยละ 1 ผู้สูงอายุรักษาโรค ด้วยการซื้อยามากินเอง ร้อยละ 6 แพทย์พื้นบ้านและแพทย์แผนไทย ร้อยละ 1 และ แพทย์แผนปัจจุบันร้อยละ 92

ลักษณะการดำรงชีวิตประจำวันอย่างมีคุณค่าของผู้สูงอายุในการดูแลตนเองด้านร่างกายพบว่า ภาพรวมของการดูแลตนเองด้านร่างกาย อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 2.68$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า มีระดับมากที่สุด 4 ข้อ ได้แก่ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ส่วนต่างๆได้ด้วยตนเอง ($\bar{X} = 2.65$) อาบน้ำวันละ 2 ครั้งเช้า-เย็นเพื่อให้ร่างกายสะอาดสดชื่น ($\bar{X} = 2.60$) นอนหลับพักผ่อนเพียงพออย่างน้อยคืนละ 5-6 ชั่วโมง ($\bar{X} = 2.59$) และเมื่อท่านรู้สึกไม่สบายท่านขอความช่วยเหลือจากคนในครอบครัวหรือคนใกล้ชิด ($\bar{X} = 2.50$) ส่วนข้อที่มีระดับการปฏิบัติน้อยที่สุด คือ ดื่มกาแฟเป็นประจำมากกว่า 1 แก้วต่อวัน ($\bar{X} = 0.92$)

ในการดูแลตนเองด้านจิตใจพบว่า ภาพรวมของการดูแลตนเองด้านจิตใจ อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 2.72$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า มีระดับมากที่สุด 7 ข้อ ได้แก่ เป็นสมาชิกที่สำคัญคนหนึ่งของคนรอบรู้เป็นสมาชิกที่สำคัญคนหนึ่งของคนรอบรู้ ($\bar{X} = 2.72$) รู้สึกว่าตนเองมีค่ามีประโยชน์ต่อบุคคลในครอบครัว ($\bar{X} = 2.65$) มีอารมณ์ดีร่าเริงสนุกสนาน ($\bar{X} = 2.63$) ยอมรับกับร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปเช่น ผิวหนังเหี่ยวย่นสายตาวัวและพอใจในบทบาทหน้าที่ของตนที่มีต่อครอบครัวเช่นการช่วยดูแลบ้าน การช่วยเหลือญาติบุตรหลาน ($\bar{X} = 2.60$) เลือกทำกิจกรรมต่างๆเหมาะสมกับความสามารถที่ท่านจะกระทำได้ ($\bar{X} = 2.54$) และปฏิบัติตามคำสอนของศาสนาเพื่อให้ตนเองมีความสุขและมีสมาธิ ($\bar{X} = 2.50$) ส่วนในการดูแลตนเองด้านสังคมพบว่า ภาพรวมของการดูแลตนเองด้านสังคม อยู่ในระดับมากที่สุด

($\bar{X} = 2.47$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า มีระดับมากที่สุด ได้แก่ ท่านและสมาชิกในครอบครัวมีความรักและผูกพันต่อกัน ($\bar{X} = 2.62$) เต็มใจให้ความช่วยเหลือกิจกรรมในสังคมตามความสามารถและกำลัง ($\bar{X} = 2.58$) เป็นที่ชื่นชอบของหมู่เพื่อนในวัยเดียวกัน และมีความสุขที่มีโอกาสได้ช่วยเหลือผู้อื่นที่มีปัญหา ($\bar{X} = 2.50$)

อภิปรายผล

ผู้สูงอายุ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60 มีอายุ 60 – 65 ปี ร้อยละ 37 รองลงมา มีอายุมากกว่า 75 ปี ร้อยละ 25 มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 69 ผู้สูงอายุเป็นเกษตรกร ร้อยละ 37 และไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 26 มีรายได้เพียงพอใช้จ่ายร้อยละ 70 อาศัยอยู่กับคู่สมรส/บุตร/หลาน ร้อยละ 56 และอยู่ลำพังคนเดียว ร้อยละ 12 ซึ่งเป็นลักษณะของผู้สูงอายุในต่างจังหวัดของภาคเหนือ

กลุ่มผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว ร้อยละ 65 เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 30 โรคเกาต์ร้อยละ 3 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 47 มีไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 14 โรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 2 โรคหอบหืด ร้อยละ 1 และโรคไต ร้อยละ 1 ผู้สูงอายุรักษาโรค ด้วยการซื้อยามากินเอง ร้อยละ 6 แพทย์พื้นบ้านและแพทย์แผนไทย ร้อยละ 1 และแพทย์แผนปัจจุบัน ร้อยละ 92 ซึ่งสอดคล้องกับ สภาพการณ์และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในบริบทเชิงพื้นที่นิคมอุตสาหกรรม : กรณีศึกษาตำบลสามบัณฑิต อำเภอดุสิต จังหวัดพระนครศรีอยุธยา (กัลพฤกษ์ พลศรี, 2558) ที่พบว่า ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค ซึ่งโรคประจำตัวของผู้สูงอายุประกอบด้วย 1. โรคปอด 2. โรคความดันโลหิตสูง 3. โรคหอบ 4. โรคข้อเข่า 5. โรคไขมันอุดตันเส้นเลือด 6. โรคไวรัสตับอักเสบ 7. โรคหัวใจ 8. โรคเบาหวาน 9. โรคเป็นลมซึ่งผู้สูงอายุ จะได้รับการรักษาโรคดังกล่าวเป็นประจำทุกเดือนจากสถานพยาบาลในพื้นที่ บางคนก็ซื้อยาจากร้านขายยาในพื้นที่ เพราะมีอุปสรรคด้านการเดินทาง



ลักษณะการดำรงชีวิตประจำวันอย่างมีคุณค่าของผู้สูงอายุพบว่าภาพรวมของการดูแลตนเองด้านร่างกาย อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 2.68$) ด้านจิตใจ อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 2.72$) และการดูแลตนเองด้านสังคมพบว่าภาพรวมของการดูแลตนเองด้านสังคม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 2.47$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมของการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหลวงพ่อบนพื้นฐานของปัจจัยส่วนบุคคลและการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว (มารีสาประทุมมา, 2550) ที่พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านร่างกายด้านจิตใจด้านสังคมและด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูงทุกด้านเมื่อพิจารณาการดูแลตนเองด้านร่างกายเป็นรายข้อพบว่ามียกระดับมากที่สุด 4 ข้อ ได้แก่ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันส่วนต่างๆได้ด้วยตนเองอาบอาบน้ำวันละ 2 ครั้งเช้า-เย็นเพื่อให้ร่างกายสะอาดสดชื่นนอนหลับพักผ่อนเพียงพออย่างน้อยคืนละ 5-6 ชั่วโมงซึ่งสอดคล้องกับ 9 ประการเพื่อชีวิตสดใสของผู้สูงอายุ หมายถึงกิจกรรมที่ควรปฏิบัติเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2542 : 78 -109) ประกอบด้วย 1) อาบน้ำทุกวันแปรงฟันสะอาดอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง 2) กินอาหารสุกสะอาดวันละ 3 มื้อให้ถื 5 หมู่ 3) ออกกำลังกายสามครั้งต่ออาทิตย์ครั้งละไม่น้อยเกิน 30 นาที 4) ดื่มน้ำสะอาดอย่าให้ขาดวันละ 6-8 แก้ว 5) พักผ่อนให้เพียงพอวันละ 6-8 ชั่วโมงปลอดโปร่งแจ่มใส 6) งดสิ่งเสพติดคหาญาติมิตรใกล้ชิดครอบครัว 7) ดูแลบ้านเรือนของใช้เสื้อผ้าให้สะอาดตาน่าใช้ 8) ตรวจสุขภาพให้ถ้วนถี่ปละครั้งเป็นอย่างน้อย 9) ผักใฝ่ในธรรมประกอบกรรมดีอารีต่อทุกคนและเมื่อท่านรู้สึกไม่สบายท่านขอความช่วยเหลือจากคนในครอบครัวหรือคนใกล้ชิด ซึ่งสอดคล้องกับการประเมินผลความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลบางไทรป่าอำเภอบางเลนจังหวัดนครปฐม (ศรินยาสุริยะฉาย, 2552) พบว่า การได้รับการดูแลจากญาติเมื่อยามเจ็บป่วยอยู่ระดับมาก ($X = 3.59$, S.D. = 1.119)

เมื่อพิจารณาการดูแลตนเองด้านจิตใจเป็นรายข้อพบว่ามียกระดับมากที่สุด 7 ข้อ ได้แก่ เป็นสมาชิกที่สำคัญคนหนึ่งของคนรอบคร้วรู้สึกว่าคุณค่ามีประโยชน์ต่อบุคคลในครอบครัวมีอารมณ์ดีร่าเริงสนุกสนานยอมรับกับร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปเช่น ผิวหนังเหี่ยวย่นสายตาพร่ามัวและพอใจในบทบาทหน้าที่ของตนที่มีต่อครอบครัวเช่นการช่วยดูแลบ้าน การช่วยเหลือบุตรหลานเลือกทำกิจกรรมต่างๆเหมาะสมกับความสามารถที่ท่านจะกระทำได้ และปฏิบัติตามคำสอนของศาสนาเพื่อให้ตนเองมีความสุขและมีสมาธิซึ่งสอดคล้องกับการประเมินผลความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลบางไทรป่าอำเภอบางเลนจังหวัดนครปฐม (ศรินยาสุริยะฉาย, 2552) พบว่า ด้านการยอมรับนับถือจากบุคคลในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง ($X = 3.40$, S.D. = .844) เมื่อจำแนกรายข้อดังนี้เป็นที่พึงของบุตรหลานเสมือนหนึ่งเป็นเสาหลักของครอบครัวอยู่ระดับมาก ($X = 3.55$, S.D. = 1.106) รองลงมาคือบุคคลรอบข้างให้ความสำคัญเห็นคุณค่าในตนเองเคารพยกย่องนับถือและเชื่อฟังระดับมาก ($X = 3.50$, S.D. = 1.092) ความรู้สึกว่าคุณค่าและมีศักดิ์ศรีอยู่ระดับปานกลาง ($X = 3.47$, S.D. = 1.021)

เมื่อพิจารณาการดูแลตนเองด้านสังคมเป็นรายข้อ พบว่ามียกระดับมากที่สุด ได้แก่ท่านและสมาชิกในครอบครัวมีความรักและผูกพันต่อกัน เต็มใจให้ความช่วยเหลือกิจกรรมในสังคมตามความสามารถและกำลังเป็นที่ชื่นชอบของหมู่เพื่อนในวัยเดียวกันและมีความสุขที่มีโอกาสได้ช่วยเหลือผู้อื่นที่มีปัญหาซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลทองหลาง อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก (ภูริชญาเทพศิริ, 2555) ที่พบว่าผู้สูงอายุในตำบลทองหลาง อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก มีความรู้สึมีความสุขในการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมเช่นเข้าร่วมงานเทศกาลตามประเพณี งานบุญ งานวัด



ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขสนุกสนานรู้สึกสดชื่นมีชีวิตชีวา และรื่นรมย์กับสิ่งรอบตัว ทั้งนี้ความเบิกบานอาจก่อให้เกิดการทำกิจกรรมกับเพื่อนหรือกลุ่มผู้สูงอายุในวัยเดียวกันหรืออาจเป็นความเบิกบานจากการได้ทำสิ่งที่ตนเองชอบงานในยามว่างเก็บเกี่ยวความสุขเล็กๆน้อยๆที่อยู่รอบตัว รวมทั้งการมีอารมณ์ขันและทำให้ผู้สูงอายุที่มีโอกาสปฏิสัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคมมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กัลพฤกษ์ พลศร.(2558). *สภาพการณ์และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในบริบทเชิงพื้นที่นิคมอุตสาหกรรม :กรณีศึกษาตำบลสามบั้งทิต อำเภอบุณฑล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา*. การนำเสนอผลงานวิชาการในการประชุมทางวิชาการ ครั้งที่ 53 มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ภุชญา เทพศิริ. (2555). *คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลทองหลาง อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก*. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเกริก.
- บรรลุ ศิริพานิช . (2552). *หนังสือธรรมลีลา*.ฉบับที่ 101 เม.ย.52
- ประนอม โอทกานนท์. (2554). *ชีวิตที่สุขสมบูรณ์ของผู้สูงอายุไทยหลักการทำงานวิจัยและบทเรียนจากประสบการณ์*.พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มาริสา ประทุมมา. (2550). *การศึกษาพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหลวงพ่อบ้านบนพื้นฐานของปัจจัยส่วนบุคคลและการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว*.ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาวิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพบัณฑิต.วิทยาลัยมหาวิทยาลัยศิลปากร.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. (2551). *รายงานการวิจัยการขยายกำหนดเกษียณอายุ และการออมสำหรับวัยเกษียณอายุ*.กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวงแรงงาน.
- รักษพล สนิทยา และ วิราภรณ์ โพธิศิริ. (2554). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในจังหวัดน่าน*.ในการประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติครั้งที่ 3, 16-17 กุมภาพันธ์ 2554.กรุงเทพมหานคร: เดือนตุลาคม. หน้า 55.
- วิพรรณ ประจวบเหมาะ. (2553). *โครงสร้างระบบการติดตามและประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564)*. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 53 ฉบับที่ 9 วันจันทร์ที่ 8 มีนาคม 2553.
- ศรินยา สุริยะฉาย. (2552). *การประเมินผลความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลบางไทรป่าอำเภอบางเลนจังหวัดนครปฐม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตภาควิชาพื้นฐานทางการศึกษาบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศิลปากร.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุกรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข. (2542). *ผู้สูงอายุในประเทศไทย*. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2551). *ประมวลสถิติที่สำคัญของประเทศไทยพ.ศ. 2551*. CD-ROM. กลุ่มบูรณาการข้อมูลสถิติ. กรุงเทพฯ.



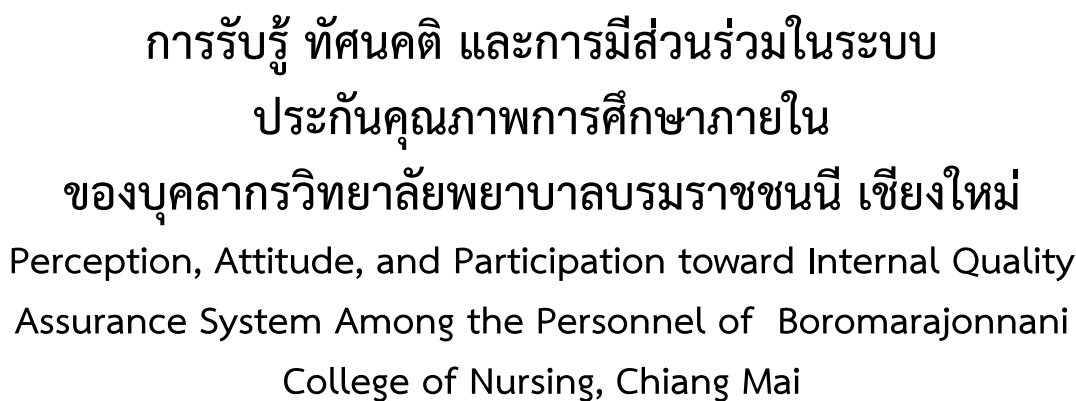
เอกสารอ้างอิง

สำนักสถิติเศรษฐกิจสังคมและประชากร. (2551). รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย 2550. กรุงเทพฯ : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

Hsu, H. C., et al. (2010). *Evaluation of A Community-Based Ageing Intervention Program*. *Educational Gerontology*. 36: 547-572.

United Nations.(2007). *World Economic and Social Survey 2007, Development in an Aging World*. New York: United Nations Publishing Section (Online). Available URL:<http://www.un.org/esa/policy/wess/> wess.สืบค้น 26 ตุลาคม 2558.





วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่



Abstract

This research aimed to study the perception, attitude, and participation among the personnel of Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai (BCNC) toward internal education quality assurance system together with the correlation of factors mentioned above. The population was 107 persons. The questionnaires were used to be research tools including with personal data, and the perception, attitude, and participation of personnel among internal quality assurance system. The reliability was 0.80 using Cronbach's Alpha Coefficient. The data were collected from June 2013 to May 2014. The statistics used for data analysis were frequency, percentage, mean, standard deviation, and Pearson's Product Moment Correlation Coefficient

The results revealed that 1) the overall perception of BCNC personnel on internal education quality assurance system was at high level. When considering each item, it was found that perception and understanding the system were at highest level, whilst selecting, recording and recognizing were at high level. 2) The attitude toward internal education quality assurance system was at high level in both overall and each item. 3) The participation on internal education quality assurance system was at highest level in both. 4) The overall perception factors were not statistically significant at .05 level in positive relation with the overall attitude factors as well as the relation of the overall attitude factor with the overall participation on the internal quality assurance system. But the positive relation between the

overall perception and the overall participation factors was statistically significant at .05 level.

Key words : Perception, Attitude, Participation, Internal Quality Assurance

บทนำ

การพัฒนามาตรฐานและการประกันคุณภาพการศึกษาไทยในปัจจุบัน อาศัยหลักการ ภายใต้พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พุทธศักราช 2542 แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2545 ที่กำหนดให้มีระบบการประกันคุณภาพการศึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการศึกษาทุกระดับ ประกอบด้วยระบบการประกันคุณภาพภายใน และระบบการประกันคุณภาพภายนอก โดยเน้นการพัฒนาคุณภาพการศึกษาที่ครอบคลุมพันธกิจหลัก 4 ประการ ได้แก่ การผลิตบัณฑิต การวิจัย การบริการทางวิชาการ และการทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม เพื่อให้ได้ผลผลิตของสถานศึกษาที่มีคุณภาพ และสามารถรับใช้สังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากผลการวิจัยงานประกันคุณภาพวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ปีการศึกษา 2555 พบว่า การประเมินการประกันคุณภาพการศึกษาภายนอก โดยสำนักงานรับรองมาตรฐานและประเมินคุณภาพการศึกษา (สมศ.) ผลการประเมินในตัวบ่งชี้ที่ต้องปรับปรุงเร่งด่วน คือ ผลการวิชาการที่ได้รับการรับรองคุณภาพ และตัวบ่งชี้ที่ต้องปรับปรุง คือ งานวิจัยหรืองานสร้างสรรค์ที่ตีพิมพ์เผยแพร่ ซึ่งสมศ. จะต้องประเมินวิทยาลัยฯ รอบต่อไปในปีการศึกษา 2559

คณะผู้วิจัยในฐานะที่เป็นบุคลากรสังกัดวิทยาลัยฯ และมีหน้าที่ดำเนินงานการประกันคุณภาพการศึกษา พบว่า แม้จะดำเนินงานการประกันคุณภาพการศึกษาภายในมาหลายปี รวมทั้งมีการพัฒนาปรับปรุงวิธีการดำเนินงานระบบการประกันคุณภาพการศึกษามาอย่างต่อเนื่อง แต่บุคลากรส่วนใหญ่ยังคงเห็นว่าการประกันคุณภาพการศึกษาเป็น



ภาระงานที่เพิ่มขึ้นจากงานประจำ การจะประสบความสำเร็จในการดำเนินงานจึงต้องอาศัยการรับรู้ทัศนคติ และการมีส่วนร่วมของคนในองค์กรที่มีต่อการพัฒนาคุณภาพการศึกษาภายใน ซึ่งเป็นเหตุกระตุ้นให้กระทำให้บรรลุจุดมุ่งหมายของกลุ่ม เกิดความรู้สึกรับผิดชอบ และแสดงถึงการมีส่วนร่วมของบุคลากรในองค์กรที่มีผลต่อเป้าหมายขององค์กร

ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการรับรู้ทัศนคติ และการมีส่วนร่วมในระบบคุณภาพการศึกษาภายในของบุคลากรวิทยาลัยฯ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผน ปรับปรุง พัฒนาระบบ และกลไกการดำเนินการประกันคุณภาพการศึกษาของวิทยาลัยฯ ให้ได้มาตรฐานตามเกณฑ์การประเมินของสถาบันพระบรมราชชนก สกอ. สมศ. และ ระบบและกลไกการประกันคุณภาพการศึกษาต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ ทัศนคติ และการมีส่วนร่วม ของระบบประกันคุณภาพการศึกษาภายในของบุคลากรวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ ทัศนคติ และการมีส่วนร่วมของระบบประกันคุณภาพการศึกษาภายในของบุคลากรวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่

ระเบียบวิธีการวิจัย

วิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research)

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาเป็นบุคลากรของวิทยาลัยฯ ได้แก่ อาจารย์ และบุคลากรสายสนับสนุน จำนวน 107 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล; เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพ และประสบการณ์ทำงาน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ระบบคุณภาพการศึกษาภายในของวิทยาลัยฯ โดยใช้แบบสอบถามของวุฒิชัย อารักษ์โพธิ์วงศ์ (2554) มีคำถาม 32 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ลักษณะคำถามตอบ “ใช่” ได้ 1 คะแนน และตอบ “ไม่ใช่” ได้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติที่มีต่อระบบคุณภาพภายในการศึกษาของวิทยาลัยฯ โดยใช้แบบสอบถามของวุฒิชัย อารักษ์โพธิ์วงศ์ (2554) มีคำถาม 24 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ลักษณะคำถามประมาณค่า 5 ระดับ (ตั้งแต่ 1 ถึง 5)

ส่วนที่ 4 แบบ สอบถามการมีส่วนร่วมระบบคุณภาพการศึกษาภายในของวิทยาลัยฯ โดยใช้แบบสอบถามของวุฒิชัย อารักษ์โพธิ์วงศ์ (2554) มีคำถาม 40 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน ลักษณะคำถามตอบ “ใช่” ได้ 1 คะแนน และตอบ “ไม่ใช่” ได้ 0 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

คณะผู้วิจัยนำแบบสอบถาม ไปหาค่าความเชื่อมั่นโดยทดลองใช้ในกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจริง จำนวน 30 ราย และนำมาวิเคราะห์โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีเชียงใหม่ ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลด้วยตนเองโดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยทำบันทึกข้อความถึงผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีเชียงใหม่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยและขออนุญาตเก็บข้อมูลจากกลุ่มประชากร



2. ภายหลังได้รับอนุญาต คณะผู้วิจัยอธิบายแบบสอบถาม เปิดโอกาสให้กลุ่มประชากรซักถามข้อสงสัย หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม
3. ผู้วิจัยนำวันรับแบบสอบถามคืน ตรวจสอบสมบูรณ์ของข้อมูล หากไม่ครบถ้วนให้กลุ่มประชากรตอบแบบสอบถามให้ครบถ้วนอีกครั้ง และกล่าวขอบคุณในการให้ความร่วมมือ
4. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูล ประมวลผล และวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติแจกแจงความถี่ (frequency) และร้อยละ (percentage)
2. การรับรู้ ทศนคติ และการมีส่วนร่วม ใช้สถิติแจกแจงความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)
3. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ ทศนคติ และการมีส่วนร่วม ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ประชากรเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 93.8 มีอายุระหว่าง 25-40 ปี และมากกว่า 40-55 ปี คิดเป็นร้อยละ 50 และ 39 ตามลำดับ การศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 57.8 เป็นข้าราชการ คิดเป็น ร้อยละ 62.5 และมีประสบการณ์ทำงานมากกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 54.7

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับคะแนนการรับรู้ระบบคุณภาพการศึกษาภายในของวิทยาลัยฯของประชากร

การรับรู้ระบบการประกันคุณภาพการศึกษาภายในของวิทยาลัยฯ	$\bar{X}$	S.D.	อยู่ในระดับ
คะแนนการรับรู้ระบบคุณภาพการศึกษาฯ โดยรวม	28.11	4.23	มาก
ด้านการรับทราบระบบประกันคุณภาพฯ	7.91	0.53	มากที่สุด
ด้านการเลือกรับระบบประกันคุณภาพฯ	6.13	2.15	มาก
ด้านการทำความเข้าใจระบบประกันคุณภาพฯ	7.13	1.43	มากที่สุด
ด้านการบันทึกและจดจาระบบประกันคุณภาพฯ	6.13	2.15	มาก

จากตารางที่ 1 พบว่าค่าเฉลี่ยของการรับรู้ระบบคุณภาพการศึกษาภายในโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 28.11) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการรับทราบระบบการประกันคุณภาพการศึกษาฯ และด้านการทำความเข้าใจระบบประกันคุณภาพการศึกษาฯ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 7.91, 7.13 ตามลำดับ) รองลงมา มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก คือ ด้านการเลือกรับระบบประกันคุณภาพการศึกษาฯ และ ด้านการบันทึกและจดจาระบบการประกันคุณภาพการศึกษาฯ ($\bar{X}$ = 6.13 เท่ากัน)



ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับคะแนนทัศนคติที่มีต่อระบบการคุณภาพการศึกษาภายในของวิทยาลัยฯ ของประชากร

ทัศนคติที่มีต่อระบบการประกันคุณภาพการศึกษาภายใน ของวิทยาลัยฯ	$\bar{X}$	S.D.	อยู่ใน ระดับ
คะแนนทัศนคติต่อระบบการประกันคุณภาพฯ โดยรวม	3.92	0.46	มาก
ด้านความเข้าใจที่มีต่อระบบประกันคุณภาพฯ	3.99	0.59	มาก
ด้านความรู้สึกที่มีต่อระบบประกันคุณภาพฯ	3.76	0.54	มาก
ด้านพฤติกรรมที่มีต่อระบบประกันคุณภาพฯ	4.01	0.48	มาก

จากตารางที่ 2 พบว่าค่าเฉลี่ยของทัศนคติที่มีต่อระบบการประกันคุณภาพการศึกษาภายในโดยรวมและรายด้านทั้งหมดอยู่ในระดับมาก ซึ่งทัศนคติที่มีต่อระบบการประกันคุณภาพการศึกษาฯ ด้านพฤติกรรมต่อระบบการประกันคุณภาพการศึกษาฯ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 4.01$) และด้านความรู้สึกต่อระบบการประกันคุณภาพการศึกษาฯ มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X} = 3.76$)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับคะแนนการมีส่วนร่วมระบบการประกันคุณภาพการศึกษาภายในของวิทยาลัยฯ ของประชากร

การมีส่วนร่วมระบบการประกันคุณภาพการศึกษาภายใน ของวิทยาลัยฯ	$\bar{X}$	S.D.	อยู่ใน ระดับ
คะแนนการมีส่วนร่วมระบบประกันคุณภาพฯ โดยรวม	34.86	7.61	มากที่สุด
ด้านการสนับสนุนข้อมูล	7.03	1.71	มากที่สุด
ด้านการร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น	6.94	2.01	มากที่สุด
ด้านการวางแผนร่วมกัน	6.77	2.10	มากที่สุด
ด้านการร่วมปฏิบัติ	7.20	1.47	มากที่สุด
ด้านการติดตามประเมินผล	6.92	1.73	มากที่สุด

พะเยา

จากตารางที่ 3 พบว่าค่าเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมระบบการประกันคุณภาพการศึกษาภายในโดยรวมและรายด้านทั้งหมดอยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งด้านการร่วมปฏิบัติในระบบประกันคุณภาพการศึกษามีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 7.20$) และด้านการติดตามประเมินผลในระบบประกันคุณภาพการศึกษามีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X} = 6.92$)



ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ระบบคุณภาพการศึกษาภายในของวิทยาลัยฯ โดยรวมกับทัศนคติที่มีต่อระบบคุณภาพการศึกษาภายในของวิทยาลัยฯ โดยรวม และการรับรู้ระบบคุณภาพการศึกษาภายในของวิทยาลัยฯ โดยรวมกับการมีส่วนร่วมระบบคุณภาพการศึกษาภายในของวิทยาลัยฯ โดยรวมของประชากร

การรับรู้ระบบคุณภาพการศึกษาภายใน ของวิทยาลัยฯ โดยรวม	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
ทัศนคติที่มีต่อระบบคุณภาพการศึกษาภายในของ วิทยาลัยฯ โดยรวม	.115 (p = .336)
การมีส่วนร่วมระบบคุณภาพการศึกษาภายในของ วิทยาลัยฯ โดยรวม	.251 (p = .046)

จากตารางที่ 4 พบว่า การรับรู้ระบบการประกันคุณภาพฯ โดยรวมไม่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อระบบการประกันคุณภาพฯ โดยรวม แต่การรับรู้ระบบการประกันคุณภาพฯ โดยภาพรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมระบบการประกันคุณภาพฯ โดยภาพรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .251, p = .046$) จึงพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ระบบคุณภาพการศึกษาภายในของวิทยาลัยฯ กับการมีส่วนร่วมระบบคุณภาพการศึกษาภายในของวิทยาลัยฯ เป็นรายด้าน ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ระบบคุณภาพการศึกษาภายในของวิทยาลัยฯ รายด้านกับกับการมีส่วนร่วมระบบคุณภาพการศึกษา ภายในของวิทยาลัยฯ รายด้านของประชากร

การรับรู้ระบบคุณภาพฯ การมีส่วนร่วมระบบคุณภาพฯ	ด้านการรับทราบ ระบบประกัน คุณภาพการศึกษาฯ	ด้านการเลือก รับระบบประกัน คุณภาพ การศึกษาฯ	ด้านการทำความเข้าใจระบบประกัน คุณภาพการศึกษาฯ	ด้านการบันทึกและ จัดจาระบบประกัน คุณภาพการศึกษาฯ
ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)				
ด้านการสนับสนุนข้อมูลใน ระบบประกันฯ	.126 (p = .320)	.289 (p = .020)	.402 (p = .001)	.289 (p = .020)
ด้านการร่วมแลกเปลี่ยนความ คิดเห็นในระบบประกันฯ	-.046 (p = .717)	.227 (p = .072)	.157 (p = .216)	.227 (p = .072)
ด้านการวางแผนร่วมกันใน ระบบประกันฯ	.261 (p = .037)	.162 (p = .200)	.365 (p = .003)	.162 (p = .200)
ด้านการร่วมปฏิบัติในระบบ ประกันฯ	.034 (p = .791)	.222 (p = .079)	.161 (p = .205)	.222 (p = .079)
ด้านการติดตามประเมินผลใน ระบบประกันฯ	.121 (p = .339)	-.055 (p = .664)	.136 (p = .284)	-.055 (p = .664)



จากตารางที่ 5 พบว่า การรับรู้ระบบคุณภาพ การศึกษาภายในของวิทยาลัยฯด้านการเลือกรับระบบ ประกันคุณภาพการศึกษาฯ ด้านการทำความเข้าใจ ระบบประกันคุณภาพการศึกษาฯ ด้านการบันทึกและ จดจากระบบประกันคุณภาพการศึกษาฯ มีความสัมพันธ์ ทางบวกกับการมีส่วนร่วมระบบคุณภาพการศึกษาภายใน ของวิทยาลัยฯ ด้านการสนับสนุนข้อมูลในระบบประกัน คุณภาพการศึกษาฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .289, .402, \text{และ} .289$ ตามลำดับ, $p = .020, .001$ และ $.020$ ตามลำดับ) และการรับรู้ระบบคุณภาพการศึกษา ภายในของวิทยาลัยฯด้านการรับทราบระบบประกัน คุณภาพการศึกษาฯ ด้านการทำความเข้าใจระบบประกัน คุณภาพการศึกษาฯมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วน ร่วมระบบคุณภาพการศึกษาภายในของวิทยาลัยฯด้าน การวางแผนร่วมกันในระบบประกันคุณภาพการศึกษาฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .261, .365$ ตามลำดับ, $p = .037$ และ $p = .003$ ตามลำดับ)

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติ ต่อระบบการประกันคุณภาพการศึกษาภายในของ วิทยาลัยฯ โดยรวม และกับการมีส่วนร่วมระบบ คุณภาพการศึกษาภายในของวิทยาลัยฯโดยรวมของ ประชากร

ทัศนคติที่มีต่อระบบ การประกันคุณภาพฯ โดยรวม	ค่า สัม ป ระ สั ท ธิ์ สหสัมพันธ์ (r)
การมีส่วนร่วมระบบ คุณภาพฯโดยรวม	$.059(p = .643)$

จากตารางที่ 6 พบว่า ทัศนคติที่มีต่อระบบการประกัน คุณภาพฯ โดยรวมไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม ในระบบการประกันคุณภาพฯโดยรวม

อภิปรายผล

การรับรู้ระบบประกันคุณภาพการศึกษาฯ โดยรวมอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของสุ ติพร ฉันทเฉลิมพงศ์ (2557) เรื่อง การรับรู้และการมี ส่วนร่วมในการประกันคุณภาพการศึกษาภายในของ บุคลากรสังกัดหน่วยงาน คณะ มหาวิทยาลัยศรีปทุม วิทยาเขตชลบุรี พบว่า บุคลากรสังกัดหน่วยงาน คณะ มหาวิทยาลัยศรีปทุม วิทยาเขตชลบุรี มีการรับรู้การ ประกันคุณภาพอยู่ในระดับมาก ซึ่งปริยาพร วงศ์ อนุตรโรจน์ (2551) กล่าวว่า การรับรู้ เป็น กระบวนการที่เกิดแทรกกระหว่างสิ่งเร้า และการ ตอบสนอง โดยต้องอาศัยประสบการณ์เดิม ความ สนใจและความตั้งใจ สิ่งเร้าคือ ระบบการประกัน คุณภาพการศึกษาภายในที่ต้องมีหน่วยงานมาดูแล กำกับ การตอบสนองคือ การจัดการเรียนการสอนให้มี มาตรฐานและมีคุณภาพ โดยผู้จัดการเรียนการสอน ต้องเป็นผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์ ความสนใจและ ความตั้งใจจึงนำไปสู่ระบบการประกันคุณภาพที่ดีของ สถาบัน

ทัศนคติที่มีต่อระบบการประกันคุณภาพ การศึกษาฯ พบว่า ทัศนคติโดยรวมและรายด้านทุก ด้าน อยู่ในระดับมาก ซึ่งทัศนคติเป็นสิ่งที่สามารถที่จะรู้ หรือถูกตีความได้จากสิ่งที่คนพูดออกมาอย่างไม่เป็น ทางการ หรือจากการสำรวจที่เป็นทางการ หรือจาก พฤติกรรมของบุคคลเหล่านั้น (นันทพร มธุรพจนากุล, 2551) เมื่อการรับรู้เกิดขึ้นเป็นพฤติกรรมที่มีแนวโน้มที่ ดี มีความเข้าใจย่อมเกิดทัศนคติที่เป็นพฤติกรรมซึ่ง แสดงออกตามมาอย่างชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษา ของ สุจิตรา สุนธมัตติ (2555) เรื่องทัศนคติและการมี ส่วนร่วมต่องานประกันคุณภาพการศึกษาของบุคลากร คณะวิทยาศาสตร์ สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้า คุณทหารลาดกระบัง พบว่า ทัศนคติของบุคลากรต่อ งานประกันคุณภาพการศึกษา อยู่ในระดับมาก

การมีส่วนร่วมในระบบการประกันคุณภาพ การศึกษา พบว่า การมีส่วนร่วมโดยรวมและรายด้านทุก ด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งนรินทร์ชัย พัฒนพงศา



(2557) กล่าวว่า “การที่ฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดที่ไม่เคยได้เข้าร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ หรือเข้าร่วม การตัดสินใจหรือเคยมาเข้าร่วมด้วยเล็กน้อยได้เข้าร่วมด้วยมากขึ้น เป็นไปอย่างมีอิสรภาพ เสมอภาค มิใช่มีส่วนร่วมอย่างผิวเผินแต่เข้าร่วมด้วยอย่างแท้จริงยิ่งขึ้น และการเข้าร่วมนั้นต้องเริ่มตั้งแต่ขั้นแรกจนถึงขั้นสุดท้ายของโครงการ” สอดคล้องกับการศึกษา เรื่อง การประกันคุณภาพการศึกษาของคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ (2555) พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมในการประกันคุณภาพการศึกษาและมีเจตคติที่ดีต่อการมีส่วนร่วมในการดำเนินการประกันคุณภาพการศึกษา ปัจจัยที่ทำให้คณะฯ ประสบความสำเร็จในการดำเนินการประกันคุณภาพการศึกษานั้น บุคลากรส่วนใหญ่จะให้ความสำคัญในเรื่องความร่วมมือ ความรู้ความเข้าใจต่อการประกันคุณภาพการศึกษาและระบบการจัดเก็บเอกสารต่างๆ สำหรับกลยุทธ์ แนวทางหรือวิธีการที่จะช่วยให้เกิดผลสัมฤทธิ์ในการดำเนินงานด้านการประกันคุณภาพการศึกษาของคณะฯ นั้น บุคลากรจะให้ความสำคัญในเรื่องการให้ความรู้ความเข้าใจแก่บุคลากรเรื่องการประกันคุณภาพการศึกษา การสร้างแรงจูงใจในการทำงาน การทำงานเป็นทีม และการกำหนดให้งานประกันคุณภาพฯ เป็นหนึ่งในภาระงานที่ทุกคนต้องมีส่วนร่วม สอดคล้องกับ สุติพร ฉันทเฉลิมพงศ์ (2555) พบว่าบุคลากรสังกัดหน่วยงานคณะมหาวิทยาลัยศรีปทุม วิทยาเขตชลบุรี มีส่วนร่วมในการประกันคุณภาพอยู่ในระดับมาก การมีส่วนร่วมในการประกันคุณภาพการศึกษา จำแนกตามสถานภาพด้านอายุงาน ตำแหน่งงาน จำนวนครั้งที่อบรม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ สอดคล้องกับ สุจิตรา สุนธมัตติ (2555) ทำการศึกษา เรื่องทัศนคติและการมีส่วนร่วม ต่องานด้านประกันคุณภาพการศึกษาของบุคลากรคณะวิทยาศาสตร์ สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง พบว่า การมีส่วนร่วมต่องานด้านการประกันคุณภาพการศึกษา อยู่ในระดับปานกลาง การเปรียบเทียบ

ทัศนคติและการมีส่วนร่วมต่องานด้านประกันคุณภาพการศึกษา พบว่า บุคลากรที่เป็นผู้บริหารและไม่ใช่ผู้บริหาร มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในงานด้านการประกันคุณภาพการศึกษาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนบุคลากรที่มีเพศต่างกัน สถานภาพต่างกัน ประสบการณ์ในการสอน/การทำงานต่างกัน การทำหน้าที่ด้านประกันคุณภาพต่างกัน มีส่วนร่วมต่องานด้านการประกันคุณภาพการศึกษาไม่แตกต่างกัน

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ระบบประกันคุณภาพการศึกษาภายใน ทัศนคติที่มีต่อระบบประกันคุณภาพการศึกษาภายใน และการมีส่วนร่วมในระบบประกันคุณภาพการศึกษาภายในฯ พบว่า การรับรู้ระบบคุณภาพฯ ด้านการเลือกัระบบฯ ด้านการทำความเข้าใจระบบฯ ด้านการบันทึกและจดจำระบบฯ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมระบบฯ ด้านการสนับสนุนข้อมูลในระบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการรับรู้ระบบฯ ด้านการรับทราบระบบฯ ด้านการทำความเข้าใจระบบฯ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมระบบฯ ด้านการวางแผนร่วมกันในระบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งการประกันคุณภาพการศึกษาจะประสบผลสำเร็จได้ จำเป็นต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง นอกจากนั้นการประกันคุณภาพการศึกษายังมีความสำคัญต่อการบริหารงานของหน่วยงาน รวมทั้งเป็นเครื่องมืออย่างหนึ่งในการบริหารการศึกษา ซึ่งการประกันคุณภาพการศึกษาที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล จะนำไปสู่คุณภาพของผู้สำเร็จการศึกษา ตลอดจนทำให้หน่วยงานเกิดการปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และการมีบุคลากรผู้รับผิดชอบด้านการประกันคุณภาพการศึกษาโดยตรง ทำให้สามารถแข่งขันกับสถาบันการศึกษาอื่นๆ ได้ ซึ่งวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ เล็งเห็นความสำคัญและความจำเป็นของการประกันคุณภาพการศึกษาภายในของวิทยาลัย โดยการดำเนินการประกันคุณภาพการศึกษานั้นมีความสอดคล้องกับเกณฑ์การ



ประเมินของสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สกอ.) ระบบการประกันคุณภาพการศึกษาของสถาบันพระบรมราชชนก และเป็นไปตามนโยบายการประกันคุณภาพการศึกษาของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ ตลอดจนการได้รับการรับรองจากสำนักงานรับรองมาตรฐานและประเมินคุณภาพการศึกษา (สมศ.)

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์ ขอขอบคุณผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ ที่เล็งเห็นความสำคัญของการประกันคุณภาพการศึกษาภายใน อนุญาตให้ทำการศึกษาในครั้งนี้ ขอขอบคุณคณาจารย์และบุคลากรที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี และขอขอบคุณทีมวิจัยที่สละเวลาทุ่มเทช่วยกันจนวิจัยสำเร็จสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

- คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ. (2555). *ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานประกันคุณภาพของคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ*.
- คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- นรินทร์ชัย พัฒนพงศา. (2557). *การมีส่วนร่วม: หลักการพื้นฐาน เทคนิคและกรณีตัวอย่างพิมพ์ครั้งที่ 2*. กรุงเทพฯ: สิริลักษณ์การพิมพ์.
- นันทพร มธูรพนากุล. (2551). *ทัศนคติและความคาดหวังของผู้บริหารทรัพยากรมนุษย์และผู้บริหารอื่นๆ ที่มีต่อการปฏิบัติงานของหน่วยงานทรัพยากรมนุษย์ในองค์กรธุรกิจ*. ภาคนิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต โครงการบัณฑิตศึกษาการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์. (2551). *จิตวิทยาการศึกษา*. กรุงเทพฯ: ศูนย์ส่งเสริมกรุงเทพฯ.
- วุฒิชัย อารักษ์โพชนงค์. (2554). *อิทธิพลของการรับรู้ ทัศนคติและการมีส่วนร่วมที่มีต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานของบุคลากรสายสนับสนุน มหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐตามระบบคุณภาพภายใน*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- สุจิตรา สุคนธมิตี. (2555). *ทัศนคติและการมีส่วนร่วมต่องานด้านประกันคุณภาพการศึกษาของบุคลากรคณะวิทยาศาสตร์ สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง*. *วารสารวิทยาศาสตร์ลาดกระบัง*, 21 (1), 1-6.
- สุดีพร ฉันทเฉลิมพงศ์. (2555). *การรับรู้และการมีส่วนร่วมในการประกันคุณภาพการศึกษาภายในของบุคลากรสังกัดหน่วยงานคณะ มหาวิทยาลัยศรีปทุม วิทยาเขตชลบุรี*. *วารสารวิชาการศรีปทุมชลบุรี*, 9 (2), 53-60.

คำแนะนำ

การเตรียมต้นฉบับ

เพื่อพิมพ์วารสาร วพบ.พะเยา



วารสาร การศึกษา การพยาบาลและการสาธารณสุข ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพพะเยาเป็นเอกสารวิชาการที่ได้มาตรฐานสากลออกเป็นราย 4 เดือน (ปีละ 3 ฉบับ) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิชาการในรูปแบบรายงานวิจัย (Research Article) และบทความปริทัศน์ (Review Article) สาขาการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา

นิพนธ์ต้นฉบับของผลงานทั้ง 2 ชนิดดังกล่าวที่ส่งมา เพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์ ในวารสารฉบับนี้ ต้องเป็นผลงานใหม่ที่ไม่เคยได้รับตีพิมพ์เผยแพร่ในสิ่งพิมพ์ใดมาก่อน นิพนธ์ต้นฉบับแต่ละเรื่องจะได้รับการประเมินคุณภาพทางวิชาการ โดยผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาที่เกี่ยวข้องจำนวน 2 ท่าน ต่อเรื่อง

การเตรียมนิพนธ์ต้นฉบับ

ผลงานวิชาการ ทั้งรายงานวิจัย (Research Article) และบทความปริทัศน์ (Review Article) ต้องมีลักษณะ ดังนี้

1. ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
2. ชื่อผู้นิพนธ์ทุกคน และสถานที่ทำงาน โดยใช้ภาษาไทย
3. บทคัดย่อ (Abstract) ให้เขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษเป็นความเรียงย่อหน้าเดียว
4. ประกอบด้วยสาระสังเขปที่สำคัญและครบถ้วน คำสำคัญ (Key words) มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3-5 คำ

5. รายงานการวิจัย (Research Article) ประกอบด้วย บทนำ วัตถุประสงค์การวิจัย ระเบียบวิธีการวิจัย ผลการวิจัยอภิปรายผลกิตติกรรมประกาศ (หากมี) และเอกสารอ้างอิง

6. บทความปริทัศน์ (Review Article) ประกอบด้วย บทนำ สาระปริทัศน์ในประเด็นต่างๆ วิวิจารณ์ กิตติกรรมประกาศ (หากมี) และเอกสารอ้างอิง

7. การอ้างอิงในเนื้อความระบุนาม และปี และในรายการเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่อง ใช้ระบบของ APA ปี ค.ศ. 2011 รายละเอียดศึกษา จากหนังสือ Publication Manual of the American Psychological Association.

8. โปรดตรวจสอบ ต้นฉบับดูว่า ท่านได้เขียนหัวข้อต่างๆ และให้ข้อมูลครบถ้วน ใช้คำต่างๆ ถูกต้องตามพจนานุกรมไทย และอังกฤษ รวมทั้งคำศัพท์ทางวิชาการ และระบบการอ้างอิงได้ถูกต้อง

การอ้างอิงเอกสาร

ใช้รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิงระบบ American Psychological Association (APA) ดังตัวอย่าง

1. หนังสือ

ชื่อผู้นิพนธ์. (ปีที่พิมพ์). ชื่อหนังสือ (ครั้งที่พิมพ์ ตั้งแต่พิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป). เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์



บุญชม ศรีสะอาด. (2547). *วิธีการทางสถิติสำหรับการวิจัย*. (พิมพ์ครั้งที่4). กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น.

Kosslyn, S. M., & Rosenberg, R. S. (2004). *Psychology: The brain, the person, the world*(2nd ed.). Essex, England: Pearson Education Limited.

Mussen, P., Rosenzweig, M. R., Aronson, E., Elkind, D., Feshbach, S., Geiwitz., P. J., et al. (1973). *Psychology: An introduction*. Lexington, Mass.: Heath.

2. วารสาร

ชื่อผู้นิพนธ์. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่(ฉบับที่), หน้า.

เผชิญ กิจระการ และสมนึก ภัททิยธนี. (2545). ดัชนีประสิทธิผล (Effectiveness Index: E.I.). *วารสารการวัดผลการศึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 8(1), 30-36.

Klimoski, R., & Palmer, S. (1993). The ADA and the hiring process in organizations. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 45(2), 10-36.

3. หนังสือรวมเรื่อง (Book Review)

ชื่อผู้นิพนธ์. (ปีที่พิมพ์). ชื่อเรื่อง. ใน ชื่อบรรณาธิการ (บรรณาธิการ), ชื่อหนังสือ (ครั้งที่พิมพ์ตั้งแต่พิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป, หน้า). เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์

ประสม เนืองเฉลิม. (2549). *วิทยาศาสตร์พื้นฐาน: การจัดการเรียนรู้มิติทางวัฒนธรรมท้องถิ่นการบูรณาการความรู้พื้นฐานกับการจัดการเรียนรู้วิทยาศาสตร์เพื่อชุมชน: กรณีศึกษาจากแหล่งเรียนรู้ป่าปูดตา. ใน ฉลาด จันทรมสมบัติ (บรรณาธิการ), ศึกษาศาสตร์วิจัย ประจำปี 2548 – 2549 (หน้า 127 – 140). มหาสารคาม: สารคาม-การพิมพ์-สารคามเปเปอร์*

Coopper, J., Mirabile, R., & Scher, S. J. (2005). Actions and attitudes: The theory of cognitive dissonance. In T. C. Brock & M. C. Green (Eds.), *Persuasion: Psychological insights and perspectives* (2nd ed., pp. 63-79). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.

4. สื่ออิเล็กทรอนิกส์

ชื่อผู้นิพนธ์. (วันที่ เดือน ปีที่ปรับปรุงล่าสุด). ชื่อเรื่อง. วันที่ทำการสืบค้น, ชื่อฐานข้อมูลสำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. (3 ธันวาคม 2548). ธนาคารหลักสูตร. สืบค้นเมื่อ 1 มีนาคม 2550, จาก [http://db.onec.go.th/thaigifted/lessonplan/index.phpWollman, N. \(1999, November 12\). Influencing attitudes and behaviors for social change. Retrieved July 6, 2005, from http://www.radpsynet.org/docs/wollmanattitude.html](http://db.onec.go.th/thaigifted/lessonplan/index.phpWollman, N. (1999, November 12). Influencing attitudes and behaviors for social change. Retrieved July 6, 2005, from http://www.radpsynet.org/docs/wollmanattitude.html)

การส่งต้นฉบับ

ต้นฉบับที่ส่งมารับพิจารณาเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ ต้องจัดพิมพ์ด้วยกระดาษ A4 และ Font Angsanaขนาดตัวอักษร 16 โดยพิมพ์ หมายเลขหน้าทุกหน้าโดยส่งมาที่ E-mail : journal@bcnpy.ac.th หรือส่ง เป็นต้นฉบับ 4 ชุด พร้อมแผ่น CD 1 แผ่น ส่งที่

บรรณาธิการวารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา
312 หมู่ 11 ตำบลบ้านต้อม อำเภอเมือง
จังหวัดพะเยา รหัสไปรษณีย์ 56000



ผลงานทางวิชาการทุกเรื่องที่ได้รับการตีพิมพ์ผู้พิมพ์จะได้รับวารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา 1 ฉบับ ในกรณีที่ผู้พิมพ์ต้องการประสงค์จะซื้อเพิ่มเป็นรายฉบับ ราคาฉบับละ 120 บาท

การชำระค่าลงทะเบียนเมื่อผ่านการตรวจรูปแบบ

เมื่อผ่านการตรวจสอบรูปแบบของบทความแล้ว บรรณาธิการจะแจ้งให้ชำระค่าลงทะเบียนตีพิมพ์บทความบทความละ 2,000 บาท ชำระค่าลงทะเบียนตีพิมพ์บทความ โดยการโอนเงินมาที่ บัญชีธนาคารกรุงไทย สาขาพะเยา เลขบัญชี 512-0-69285-0 ชื่อบัญชี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี (งานวารสาร)

การบอกรับวารสาร

ผู้ประสงค์จะเป็นสมาชิกวารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา ต้องจ่ายปีละ 360 บาท (3 ฉบับ) หากประสงค์จะซื้อปลีกเป็นรายฉบับ ราคาฉบับละ 120 บาท สมาชิกหรือผู้อ่านท่านใดประสงค์จะขอข้อมูลหรือรายละเอียดเพิ่มเติมโปรดติดต่อกองบรรณาธิการ ได้ดังนี้

กองบรรณาธิการวารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา
312 หมู่ 11 ตำบลบ้านต๋อม อำเภอเมือง
จังหวัดพะเยา รหัสไปรษณีย์ 56000
โทรศัพท์ 0-5443-1779 ต่อ 105,114 โทรสาร 0-5443-1889
มือถือ 08-1882-2490 E-mail : journal@bcnpy.ac.th





ใบสมัครเป็นสมาชิกวารสาร

การพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ที่จะเป็นสมาชิก วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา มีกำหนด.....ปี
ตั้งแต่ ปีที่..... ฉบับที่..... ถึง
ปีที่..... ฉบับที่.....

โปรดส่งวารสารไปยัง.....ที่บ้าน
.....ที่ทำงาน

น.ส./นาง/นาย.....

โทร.

อัตราค่าสมัคร ปีละ 360 บาท

กำหนดออก ราย 4 เดือน ปีละ 3 ฉบับ (มกราคม-เมษายน), (พฤษภาคม – สิงหาคม), (กันยายน - ธันวาคม)

ข้าพเจ้าได้ส่ง () ตัวแลกเงินไปรษณีย์ () ธนาณัติ สั่งจ่าย ปณจ.พะเยา
() เงินสด () ดราพธนาคาร.....

จำนวน.....บาท (.....) มาพร้อมนี้

กรุณาออกใบเสร็จรับเงินในนาม

หมายเหตุ : ธนาณัติสั่งจ่ายไปรษณีย์พะเยา ในนาม ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

ลงชื่อ.....
วันที่...../...../.....

หมายเหตุ :

การชำระเงินให้ชำระโดยตรงกับ

บรรณาธิการ วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

ที่อยู่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

312 หมู่ 11 อำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา 56000

