



# วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

ปีที่ 18 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2560 ISBN 0859-3949

## วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิชาการในรูปแบบรายงานวิจัย (Research Article) และบทความปริทัศน์ (Review Article) สาขาการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา

## กำหนดการออกวารสาร

ทุกๆ 4 เดือน (ปีละ 3 ฉบับ)  
มกราคม – เมษายน  
พฤษภาคม – สิงหาคม  
กันยายน – ธันวาคม

## เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา  
312 หมู่ 11 ต.บ้านต๋อม อ.เมือง จ.พะเยา 56000  
โทรศัพท์ 0-5443-1779 โทรสาร 0-5443-1889

## ที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ ดร.เวทิน นพินิตย  
ผู้อำนวยการ Professional Associates of Thailand  
ดร.สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์  
ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

## บรรณาธิการ

ดร.ทักษิภา ชัชรรัตน์

## ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ดร.กฤตพัทธ์ ฝีกฝน ดร.ดลนภา หงส์ทอง

## เลขานุการ

อาจารย์จรรยา แก้วใจบุญ  
อาจารย์สมศรี ทาทาน  
อาจารย์อัมพร ยานะ  
อาจารย์วรัญญากร โนใจ  
อาจารย์ฐิติพร เรือนกุล  
นายเอกชัย หมั่นขัติย์

## กองบรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.อุทัย ภิรมย์รัตน์  
มหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น  
รองศาสตราจารย์ ดร.สุดารัตน์ ลิขิตสมบัติ  
มหาวิทยาลัยพะเยา  
รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพล นธการกิจกุล  
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
รองศาสตราจารย์ ดร.พรรณพิไล ศรีอาภรณ์  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เดชา ทำดี  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นฤมล สิงห์ดง  
สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย  
เทคโนโลยีสุรนารี  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมานจิต ภิรมย์รัตน์  
ผู้อำนวยการหลักสูตรศึกษาศาสตรดุษฎีบัณฑิต  
มหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น  
ดร.บรรจง ไชยรินคำ  
มหาวิทยาลัยพะเยา  
ดร.ประจวบ แผลมหลัก  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา  
ดร.นุสรา ประเสริฐศรี  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ์ประสงค์  
ดร.สุชาดา อินทรกำแหง ณ ราชสีมา  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์  
นครสวรรค์  
ดร.ทักษิภา ชัชรรัตน์  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา  
ดร.กฤตพัทธ์ ฝีกฝน  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา  
ดร.ดลนภา หงส์ทอง  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

# สารบัญ

หน้า

- ประสพการณ์ : การดูแลผู้ป่วยเด็กพึ่งพาเครื่องช่วยหายใจที่บ้านโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลาง 3
- การพยาบาลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า 14
- การพัฒนาจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์กับนักศึกษาพยาบาล Generation Z 28
- การพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมสำหรับชมรมผู้สูงอายุ ตำบลเหล่าหลวง จังหวัดร้อยเอ็ด 36
- สถานการณ์การสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แก่ลูกจ้างในสถานประกอบการเขตภาคเหนือตอนล่าง 47
- การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่ายสุขภาพจิตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำนาดี อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ 55
- การพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 เพิ่มในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด 69
- พฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกรบ้านทุ่งนางครวญ ตำบลชะแล อำเภอทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี 84
- ผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้บทเรียนงานเว็บ (Web-Based Instruction) ในรายวิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน 2 สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม 95
- ผลการเรียนรู้การวางแผนยุทธศาสตร์ด้วยการลงมือปฏิบัติจริงของนิสิตหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) มหาวิทยาลัยพะเยา 106
- ปัจจัยทำนอกรดำรงการตั้งครรภ์หรือยุติการตั้งครรภ์ : ทัศนคติของวัยรุ่น 113



# ประสบการณ์ : การดูแลผู้ป่วยเด็กพึ่งพาเครื่องช่วยหายใจที่บ้าน โดยครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

Experience : Pediatric Ventilator Home Care  
by Family-Centered Care

วรรณฤดี ชาร์วีศรีกุล  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สอนางพินิติประสงค์

## บทคัดย่อ

แนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เป็นแนวคิดสำคัญที่มีการนำมาใช้อย่างต่อเนื่องทั้งในกลุ่มผู้ป่วยเด็กและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่จำเป็นต้องพึ่งพาการดูแลจากครอบครัว วัตถุประสงค์ของบทความวิชาการนี้ เพื่อถ่ายทอดประสบการณ์ผ่านกรณีตัวอย่างผู้ป่วยเด็กที่จำเป็นต้องพึ่งพาเครื่องช่วยหายใจ โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง แนวคิดนี้ประกอบด้วย การแลกเปลี่ยนข้อมูลร่วมกัน การยอมรับ ให้เกียรติ ระวังบุคคล การเป็นหุ้นส่วน และร่วมมือกัน การเจรจาต่อรอง เพื่อเตรียมครอบครัวในการตัดสินใจนำบุตรกลับบ้าน การเตรียมเครื่องมือ (เช่น เครื่องช่วยหายใจ เครื่องดูดเสมหะ แท็งก์บรรจุออกซิเจน) วัสดุ อุปกรณ์ สวมใส่แวตล้อม ที่อยู่อาศัย ตลอดจนช่วยให้ครอบครัวได้เรียนรู้ ฝึกปฏิบัติ การดูแลจนเกิดชำนาญ การจัดการกับปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ของผู้ป่วยเด็ก การปรับการดูแลให้เข้ากับวิถีชีวิตและบริบทของครอบครัว ตลอดจนการหาแหล่งช่วยเหลือ การประสานแหล่งชุมชน การติดตามอาการ เพื่อให้ครอบครัวสามารถดูแลบุตรพึ่งพาเครื่องช่วยหายใจที่บ้านได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี และปลอดภัย

**คำสำคัญ :** ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง การดูแลเครื่องช่วยหายใจที่บ้าน การพยาบาลผู้ป่วยเด็ก

## Abstract

Family-centered care concept is an important that has been consistently applied in pediatric patients and chronic diseases patients. Especially the patients who need to rely on family care. The purpose of this article is to share experiences through case studies of children who need to ventilator dependent and applying the family-centered care concept. This concept consists of the information sharing, respect and honoring difference, partnership and collaboration and negotiation prepare for a family make decision to take the children back home. The preparation included tool (for example: respirator, suction machine, oxygen tank) materials, environment, home, learning for practice to care until professional practice, to deal with the problems of patients; physical, psychological and emotional and adjusted care to the context of their lives and families. As well as to help family finding source of help, coordination community, follow up signs and symptom. Participation of all this for a family to take care of ventilator dependent children at home is quality of life and safely.



**Keyword :** Family-Centered Care, Ventilator home care, Pediatric Nursing

## บทนำ

ผู้ป่วยเด็กที่จำเป็นต้องพึ่งพาเครื่องช่วยหายใจ จัดเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องพึ่งเทคโนโลยี (Technology dependent) ซึ่งในยุคสมัยที่มีเทคโนโลยีที่ก้าวหน้า การแพทย์ที่ทันสมัย ผู้ป่วยเด็กได้รอดจากภาวะวิกฤติของชีวิต จึงนับเป็นบทบาทที่ทำทนายของทีมนักวิชาการทางสุขภาพในการช่วยครอบครัวให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องที่บ้าน แนวคิดการดูแลครอบครัวเป็นศูนย์กลางเป็นแนวคิดสำคัญที่มีการนำมาใช้อย่างต่อเนื่องในกลุ่มผู้ป่วยเด็กและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพาการดูแลจากครอบครัว วัตถุประสงค์ของบทความวิชาการนี้ เพื่อถ่ายทอดประสบการณ์ผ่านกรณีตัวอย่าง โดยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแลครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการแลกเปลี่ยนข้อมูลร่วมกัน การยอมรับ ให้เกียรติระหว่างบุคคล การเป็นหุ้นส่วนการร่วมมือกัน การเจรจาต่อรอง เพื่อเตรียมครอบครัวในการตัดสินใจ นำบุตรกลับบ้าน ตลอดจนการช่วยให้ครอบครัวสามารถดูแลบุตรที่ต้องพึ่งพาเครื่องช่วยหายใจที่บ้านได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี และปลอดภัย

## อุบัติการณ์ผู้ป่วยเด็กที่ต้องพึ่งพาเครื่องช่วยหายใจ

ผู้ป่วยเด็กที่ต้องพึ่งพาเครื่องช่วยหายใจ เป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถหายใจได้เองอย่างมีประสิทธิภาพ โดยอาจเกิดจากพยาธิสภาพของระบบประสาท กล้ามเนื้อ หรือระบบหายใจเอง ด้วยความก้าวหน้าทางการแพทย์ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีโอกาสมีชีวิตรอดมากขึ้น แต่บางคนยังจำเป็นต้องพึ่งพาเครื่องช่วยหายใจ จึงจัดผู้ป่วยกลุ่มนี้อยู่ในกลุ่มผู้ป่วยเด็กที่พึ่งพาเทคโนโลยี (Technology dependent) ซึ่งจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์เครื่องมือช่วยชดเชย ทดแทนความบกพร่องหรือสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะในร่างกาย และต้องการผู้ที่มีทักษะในการดูแล (Heaton, Noyes, Sloper, &

Shah, 2003; Wegner, 1988) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเติบโต มีชีวิตอยู่ได้ การดำเนินการให้ผู้ป่วยเด็กได้กลับบ้าน ขณะที่ยังต้องพึ่งเทคโนโลยีนั้น มีมานานตั้งแต่ปี ค.ศ. 1980 (Boroughs & Dougherty, 2009) Fields, Coble, Pollack, & Kaufman (1991) ได้รายงานถึงการติดตามผู้ป่วยเด็กที่ต้องพึ่งพาเทคโนโลยี จำนวน 28 คน ในโรงพยาบาล 8 แห่ง โดยเป็นเด็กที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ 23 ราย ใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดแรงดันบวกตลอดเวลา 5 ราย ติดตามผู้ป่วย 2 ปี พบว่าเด็กยังต้องพึ่งพาเครื่องช่วยหายใจต่อเนื่อง 13 ราย (46%) หยุดการพึ่งพาเทคโนโลยี 10 ราย (53%) และเด็กที่มีปัญหาทางระบบประสาทเสียชีวิต 5 ราย (18%) ส่วนในสหราชอาณาจักร (UK) ช่วงปี ค.ศ. 2001 มีเด็กที่ต้องพึ่งพาเทคโนโลยีทางกายภาพบำบัดมีมากถึงกว่า 6000 คน และจากการสำรวจผู้ป่วยเด็กที่ต้องพึ่งพาเทคโนโลยี 38 ราย พบว่าเป็นเด็กที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ 6 ราย ใช้หลอดลมคอ 5 ราย ใช้ออกซิเจน 4 ราย ใช้เครื่องดูดเสมหะ 9 ราย ใช้การพ่นยาฝอยละออง 8 ราย และมีถึง 2 ใน 3 ที่ใช้เครื่องมือ อุปกรณ์มากกว่า 2 ชนิด (Heaton, Noyes, Sloper, & Shah, 2003)

ในประเทศไทยมีการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยเด็กที่ต้องพึ่งพาเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งสามารถพบได้ในเขตกรุงเทพมหานคร เช่น โรงพยาบาลรามารามาธิบดี โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ได้กระจายออกสู่โรงพยาบาลในระดับภูมิภาค ในช่วงหลายปี ที่ผ่านมา โรงพยาบาลในระดับตติยภูมิในส่วนภูมิภาค เช่น จังหวัดขอนแก่น จังหวัดอุบลราชธานี ก็พบว่ามีการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเด็กและครอบครัวในกลุ่มนี้ให้มีโอกาสกลับบ้าน ไม่ต้องอาศัยอยู่ในโรงพยาบาลยาวนาน หรือตลอดชีวิต การที่ผู้ป่วยเด็กได้มีโอกาสกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน ทำให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีโดยรวมของผู้ป่วยและครอบครัว (Bond, Phillips, & Rollins, 1994) เด็กได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่บ้าน มีคนที่คุ้นเคย ได้รับความรัก ความอบอุ่น และมีผลถึงการเติบโต พัฒนาการ การได้สัมผัสถึงจิต วิญญาณ วัฒนธรรม ความเชื่อ ประเพณี ในสิ่งแวดล้อมของครอบครัว อีกทั้งยังมีผลต่อความ





เป็นอยู่ วิถีชีวิตของคนในครอบครัว ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าที่พัก ในการมาดูแลบุตรที่โรงพยาบาล (Fields, Coble, Pollack, & Kaufman, 1991; Johnson, 2000) พยาบาลมีความเชี่ยวชาญในการดูแลสุขภาพ นับเป็นวิชาชีพที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยเด็กและครอบครัว มีการนำแนวคิดการดูแลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลาง มาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลเด็กกันอย่างแพร่หลาย (Bond, Phillips, & Rollins, 1994) โดยการมีส่วนร่วมกันระหว่างครอบครัวและทีมสุขภาพจนเกิดประสบการณ์ทำให้ครอบครัวมีศักยภาพในการดูแลเกิดการจัดระบบภายในครอบครัวให้สอดคล้องตามสภาพวิถีชีวิต การทำสัมมาชีพ การป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้น (Coffman, 1995) ครอบครัวได้รับการตอบสนองความต้องการ และมีความพึงพอใจในคุณภาพการดูแลที่เกิดขึ้น (Kuo, Houtrow, Arango, Kuhlthau, Simmons, & Neff, 2012; Fields, Coble, Pollack & Kaufman, 1991; Tearl & Hertzog, 2007)

### แนวคิดการดูแลครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family-centered care)

การดูแลครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family-centered care: FCC) หมายถึง รูปแบบหรือวิธีการที่ครอบครัวและทีมสุขภาพ ร่วมกันในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย โดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการดูแล เริ่มตั้งแต่การตัดสินใจแจ้งถึงการมีกิจกรรมการดูแลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ในปัจจุบันมีการนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพมากขึ้น ทั้งในคลินิกโรงพยาบาล ชุมชนและที่บ้าน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเด็กที่ต้องพึ่งเทคโนโลยี เช่น การใส่หลอดลมคอ การพึ่งเครื่องช่วยหายใจ เป็นต้น เพื่อก่อให้เกิดความสัมพันธ์แบบมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ความร่วมมือ และการดูแลสุขภาพระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพหรือทีมสุขภาพ (Attharos, 2003; Boroughs & Dougherty, 2009; Cockett, 2012; Franck & Callery, 2004; Hockenberry, Wilson & Rodgers, 2013; Johnson,

2000; Kuo, Houtrow, Arango, Kuhlthau, Simmons, & Neff, 2012; Tearl & Hertzog, 2007; Toly, Musil & Carl, 2012) นอกจากนั้นยังมีหลายองค์กร เช่น The Family Voice, the Maternal and Child Health Bureau (MCHB), the American Academy of Pediatrics (AAP) และ the Institute for Patient-and Family-Centered Care (IPFCC) ได้พัฒนาและนำแนวคิดนี้มาใช้ ซึ่ง Dennis Z. Kuo และคณะได้รวบรวมแนวคิดนี้พบว่ามีความสอดคล้องกันสรุปได้ 5 องค์ประกอบหลักที่สำคัญ คือ 1) การแลกเปลี่ยนข้อมูลร่วมกัน (Information sharing) 2) การยอมรับ ให้เกียรติในความแตกต่างระหว่างบุคคล (Respect and Honoring Difference) 3) การเป็นหุ้นส่วนและร่วมมือกัน (Partnership and Collaboration) 4) การเจรจาต่อรอง (Negotiation) และ 5) การดูแลตามบริบทของครอบครัวและชุมชน (Care in context of family and community) (Kuo, Houtrow, Arango, Kuhlthau, Simmons, & Neff, 2012)

### บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่จำเป็นต้องพึ่งพาเครื่องช่วยหายใจ

การดูแลผู้ป่วยเด็กที่จำเป็นต้องพึ่งพาเครื่องช่วยหายใจที่บ้าน เป็นเรื่องที่ท้าทาย ซับซ้อนของสมาชิกในครอบครัวเนื่องจากจำเป็นต้องใช้เครื่องมือตลอดเวลา อย่างต่อเนื่อง ทั้งกลางวันกลางคืน และเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน เมื่อถึงช่วงเวลาที่จำเป็นต้องตัดสินใจนำผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้ดูแลจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอจากสมาชิกในครอบครัวโดยมีเป้าหมายที่สำคัญ คือสุขภาพของผู้ป่วย อันเป็นที่รัก และผูกพันกันในครอบครัว ภายใต้การดำเนินชีวิตที่สมดุล ความรู้สึกที่ดีต่อกัน ครอบครัวจึงจำเป็นต้องเตรียมตัวเพื่อปรับเปลี่ยนบทบาทเป็นผู้ดูแลจากการศึกษาและรวบรวมพบว่าครอบครัวควรมีบทบาทที่สำคัญ (ณัฐฐนิช ทองสัมฤทธิ์และปรีชวัน จันทร์ศิริ, 2559; มาณี ชัยวีระเดช, นรลักษ์ณ์ เอื้อกิจ และอารีย์วรรณ อ่วมตาน, 2556; Hockenberry,



Wilson & Rodgers, 2013; Huang and Peng, 2010;) ดังนี้

1. การตัดสินใจ จะเห็นได้ว่าการตัดสินใจที่สำคัญเป็นการรับผู้ป่วยกลับบ้าน ซึ่งต้องได้รับความเห็นชอบ ความร่วมมือของคนในครอบครัว
2. การจัดเตรียมสถานที่ และจัดหาวัสดุอุปกรณ์
3. การแสวงหาความรู้ ทักษะในการดูแล การรับคำปรึกษา ข้อมูลข่าวสาร
4. การจัดกิจกรรมการดูแลที่สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตของครอบครัว และการประกอบอาชีพ
5. การประกอบอาชีพเพื่อให้มีรายได้ไว้ใช้จ่ายในครอบครัว
6. การสนับสนุนจากครอบครัว เครือญาติ สังคม ชุมชนทั้งด้านร่างกาย แรงใจ ค่าใช้จ่าย
7. การปรับตัว การเผชิญปัญหาและการรับมือกับปัญหา เช่น ไฟดับ น้ำไม่ไหล ค่าใช้จ่ายรถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยยามฉุกเฉิน
8. การสนับสนุนการปรับตัวทางจิตสังคมของทั้งผู้ป่วย ผู้ดูแลการให้กำลังใจจากครอบครัว ความเข้าใจ การแบ่งเวลาให้ได้ผ่อนคลายเพื่อช่วยลดความเครียด ความเบื่อหน่ายความกลัว ความเหนื่อยล้า
9. การประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น การไฟฟ้า สาธารณสุขใกล้บ้าน การตรวจตามนัด การเยี่ยมบ้าน

จากบทบาทดังกล่าว พยาบาลจึงมีส่วนสำคัญในการสื่อสารให้ครอบครัวเข้าใจในบทบาทของครอบครัว ซึ่งการช่วยเหลือเกื้อกูลกันในครอบครัว จะทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัวมีความแน่นแฟ้น ครอบครัวสามารถรับมือจัดการกับสถานการณ์ต่างๆได้ ไม่เกิดปัญหาความแตกแยก การหย่าร้างตามมา

**บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้านโดยยึดหลักครอบครัวเป็นศูนย์กลาง: กรณีตัวอย่าง**

การนำแนวคิดการดูแลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลางมาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยเด็กใช้เครื่องช่วย

หายใจที่บ้าน มีการเผยแพร่ในลักษณะของกรณีตัวอย่างมีน้อย จึงหวังไว้ว่าการเรียนรู้จากประสบการณ์ในครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ในการบริหารจัดการและดูแลผู้ป่วยรายอื่นต่อไป

กรณีตัวอย่างเด็กชายไทย อายุ 12 ปี เป็นบุตรชายคนเดียวของครอบครัวเดียว บิดาอายุ 48 ปี มารดา อายุ 45 ปี ได้รับอุบัติเหตุถูกรถยนต์ชนขณะข้ามถนนทำให้ได้รับบาดเจ็บที่กระดูกสันหลังส่วนคอ เกิดอัมพาตต่ำกว่าคอลงมา เด็กได้ผ่านภาวะวิกฤตในชีวิต มีการไหลเวียนล้มเหลว ภาวะช็อก เลือดลมเหลว ได้รับการดูแล รักษาในหอผู้ป่วยหนัก จนอาการคงที่ บิดาและมารดาติดตามดูแลเยี่ยมบุตรสม่ำเสมอ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุย สื่อสารได้ รับประทานอาหารได้เอง โดยมีคนป้อน แต่ไม่สนใจหายใจได้เอง ไม่มีแรงในการขับเสมหะออกจากปอดเพียงพอ ได้รับการใส่ท่อหลอดลมคอ ซึ่งทีมรักษาได้วินิจฉัยว่าผู้ป่วยเด็กจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นระยะเวลานาน อาจจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจตลอดชีวิต ทีมจึงได้ร่วมกันพิจารณาถึงการดูแลผู้ป่วยที่ต้องพึ่งเครื่องช่วยหายใจที่บ้าน ซึ่งพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ให้การดูแลเป็นหลักและใกล้ชิดกับผู้ป่วยเด็กและครอบครัว จึงได้ใช้แนวคิดการดูแลโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางในกระบวนการเตรียมผู้ป่วยเด็กและครอบครัว การสอนฝึกปฏิบัติ จนเกิดความชำนาญ มั่นใจสามารถดูแลผู้ป่วยเด็กที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้านได้อย่างปลอดภัย ซึ่งประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ดังนี้ 1) การแลกเปลี่ยนข้อมูลร่วมกัน 2) การยอมรับ ให้เกียรติ ความแตกต่างระหว่างบุคคล 3) การเป็นหุ้นส่วนและร่วมมือกัน 4) การเจรจา ต่อรองที่มีความยืดหยุ่น 5) การดูแลตามบริบทวิถีชีวิตของครอบครัวซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การแลกเปลี่ยนข้อมูลร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง เปิดเผย จริงใจ เป็นกลาง มีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน เห็นพ้องร่วมกันและมีประโยชน์ โดยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพ ด้วยท่าที่เป็นมิตร การแนะนำตนเองให้บิดา มารดา ทราบว่าเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีความชำนาญมีประสบการณ์ในการดูแล



ผู้ป่วยเด็กที่ต้องพึ่งเครื่องช่วยหายใจและการเสนอตัวให้การช่วยเหลือการติดตามเยี่ยมสม่ำเสมอ สร้างความคุ้นเคย ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการ การดูแล รักษาที่ผู้ป่วยได้รับประจำวัน

การประเมินสภาพของครอบครัว ควรคำนึงถึง วิถีชีวิต ความเป็นอยู่ วัฒนธรรม อาชีพ รายได้ที่อยู่อาศัย แหล่งประโยชน์ ศาสนา ความเชื่อ การเดินทาง ใช้ระยะเวลาในการประเมินเป็นช่วงๆ เพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี ได้ข้อมูลที่เป็นจริง ผู้ถูกประเมินไม่รู้สึกรู้สึกถูกคุกคาม การพูดคุยทักทายถึงความเป็นอยู่ การเดินทาง เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่พบได้ในวิถีชีวิตของคนที่อาศัยอยู่ชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย ทำให้พยาบาลประเมินสภาพครอบครัว ความเป็นอยู่ วิถีชีวิต ได้ง่ายขึ้น ซึ่งพบว่าครอบครัวนี้อาศัยอยู่ด้วยกัน 3 คน บิดา มารดา มีบุตร 1 คน (ผู้ป่วย) เนื่องจากอายุมากแล้ว จึงไม่มีบุตรอีก นับถือศาสนาพุทธ ไปวัด ทำบุญ ตักบาตร ตามวันสำคัญทางศาสนา บิดาเปิดร้านซ่อมจักรยานยนต์โดยใช้ชั้นล่างของบ้าน ซึ่งเป็นบ้านไม้สองชั้น มารดาเป็นแม่บ้านอยู่บ้าน นอกจากนี้ยังช่วยปู่ ย่า ทำนา ทำให้มีข้าวรับประทานในครอบครัวได้ทั้งปี (ซึ่งยังพบได้ทั่วไปในวิถีชีวิตคนในชนบท) ครอบครัวมีเงินสำรองจ่ายในครัวเรือนได้บ้างไม่อึดอัด

เมื่อพยาบาลได้ข้อมูลเบื้องต้นที่พบว่าครอบครัวประกอบอาชีพที่ตนน่าจะสามารถแบ่งเวลาในการดูแลบุตรที่ป่วยได้ ทีมสุขภาพได้ร่วมกันพิจารณาถึงโอกาสและความเป็นไปได้ในการส่งผู้ป่วยกลับบ้าน การตัดสินใจของแพทย์ผู้รักษามีส่วนสำคัญยิ่งในทีมสุขภาพ ซึ่งจะเป็นผู้ตัดสินใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยพร้อมในการที่จะกลับไปดูแลที่บ้านได้อย่างปลอดภัย ส่วนการตัดสินใจของครอบครัวในการรับผู้ป่วยกลับไปดูแลที่บ้านเป็นส่วนที่สำคัญเช่นกัน ซึ่งทีมสุขภาพต้องชี้แจง ให้ข้อมูลอย่างเพียงพอ เพื่อการตัดสินใจของครอบครัวภายใต้ภาวะสุขภาพของบุตร การดำเนินชีวิตและการประกอบอาชีพ พยาบาลเป็นผู้ทำการสอนการดูแล การจัดเตรียมวัสดุ อุปกรณ์ สถานที่ และการประสานงานทั้งในทีมสุขภาพ และครอบครัว

2. การยอมรับ ให้เกียรติ ระหว่างบุคคล (Respect and Honoring Difference) เป็นขั้นตอนหนึ่งที่ควรเกิดขึ้นก่อนการเป็นหุ้นส่วนร่วมมือกัน การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ทำตามความเชื่อ พิธีกรรม ศาสนา ประเพณีนิยมในวาระต่างๆ เช่น วันขึ้นปีใหม่ วันเด็ก วันสงกรานต์ การได้รับข่าวดี การฉลองวันเกิดและได้รับของขวัญ ช่วยให้เด็กได้รับประสบการณ์ในด้านบวกและความสุขของจิตใจในวัยเยาว์ (Darvill, Harrington, & Donovan, 2009) ยังเป็นสิ่งให้เด็กได้เรียนรู้ และซาบซึ้งถึง ความดี ความกตัญญู การมีชีวิตอยู่ ผู้ป่วยเด็กที่พบได้จัดกิจกรรมในบริเวณหอผู้ป่วย โดยความร่วมมือของทีมสุขภาพและครอบครัว ทำให้เกิดบรรยากาศความไว้วางใจการยอมรับและให้เกียรติระหว่างบุคคล นอกจากนี้การตระหนักถึงความต้องการ ความชอบของผู้ป่วย พบว่าเป็นเด็กใจดี ร่าเริง เชื่อฟังบิดา มารดา มีความตั้งใจเรียน และใช้เวลาว่างอ่านหนังสือ จึงได้วางแผนร่วมกับมารดาในการจัดให้บุตรได้มีกิจกรรมการอ่านหนังสือ เกมคณิตศาสตร์ และจัดหาอาหารที่ชอบตามโอกาสที่เอื้ออำนวย

การทำให้เกิดการเคารพ นับถือ ในทักษะความชำนาญในฐานะผู้เชี่ยวชาญการดูแล พยาบาลควรมีส่วนร่วมในการดูแลการแก้ปัญหาเป็นผู้นำในการสอน การบริหาร จัดการ ภายในหอผู้ป่วย โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและครอบครัว

3. การเจรจาต่อรอง (Negotiation) เปิดเผยตรงไปตรงมา มีความจริงใจเป็นพื้นฐาน เพื่อประเมินความต้องการและการตัดสินใจของครอบครัว ดังนี้

3.1 ชี้แจงให้ทราบถึงผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน เนื่องจากมีกล้ามเนื้ออ่อนแรงต่ำกว่าคอลงมา หลังได้รับอุบัติเหตุ ทำให้ไม่สามารถหายใจได้เอง สอบถามถึงความต้องการนำบุตรกลับบ้านพร้อมเครื่องช่วยหายใจ

3.2 ชี้แจงให้ทราบถึงผลดี และผลกระทบที่มีต่อผู้ป่วยและครอบครัว เช่นการได้อยู่ร่วมกันที่บ้าน ได้มีวิถีชีวิตตามปกติ และแจ้งถึงผลกระทบ เช่นภาระการดูแล ความเครียด



3.3 แจ้างสิทธิในการตัดสินใจตามกฎหมาย ซึ่งผู้ที่จะตัดสินใจในกรณีนี้ คือบิดา มารดา และเป็นผู้เลี้ยงดูบางครอบครัวสิทธิตามกฎหมายเป็นของบิดา มารดา แต่อาจมีบุคคลอื่นในครอบครัวเป็นผู้หารายได้หลักของครอบครัว และมีผู้ดูแลเป็นอีกคน ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นคนในครอบครัว เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย ดังนั้นในบางครอบครัว พยาบาลต้องมีการพูดคุย ให้คำปรึกษาให้ครอบครัวบุคคลที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยรายนั้นๆ

3.4 การให้ข้อมูลที่สำคัญ ดังนี้ ผู้ดูแลซึ่งควรมีอย่างน้อย 2 คน คือผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลรอง ในกรณีนี้มารดาเป็นผู้ดูแลหลัก บิดาเป็นผู้ดูแลรอง โดยกิจกรรมที่ต้องดูแล ไม่จำเป็นต้องดูแลตลอดเวลา สามารถแบ่งเวลามาดูแลที่บ้านได้เป็นระยะ และบ้านควรมีไฟฟ้า อากาศถ่ายเทดี ไม่ใกล้แหล่งกำเนิดไฟ เพราะต้องมีออกซิเจนไว้ใช้ในยามฉุกเฉิน

3.5 ชี้แจงให้บิดา มารดา ทีมสุขภาพยอมรับในการตัดสินใจของครอบครัวเป็นหลัก ไม่ว่าจะคำตอบนั้นจะเป็นอย่างไร ตระหนักถึงประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญ สร้างความมั่นใจว่าไม่ใช่การผลักภาระ การเป็นหุ้นส่วนจะยังคงดีกว่าครอบครัวจะสามารถอยู่ได้ด้วยตนเอง

3.6 ตระหนักถึงจุดแข็งของครอบครัวพบว่า บิดาประกอบอาชีพเกี่ยวกับเครื่องยนต์ จึงไม่รู้สึกลัวอุปกรณ์เครื่องมือทางช่างแพทย์ และเคยเป็นอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน มีความคุ้นเคยกับชุมชนและองค์การบริหารส่วนตำบล มารดาเป็นแม่บ้านอยู่ที่บ้าน ครอบครัวรักใคร่ปรองดอง มีย่า และครอบครัวลุง ป้า ที่ไปมาหาสู่ช่วยเหลือกันเป็นประจำ

3.7 เปิดโอกาสให้ถาม สร้างความเชื่อมั่น ให้ทางเลือกเพื่อการตัดสินใจโดยบิดา มารดา ได้สอบถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับเครื่องมืออุปกรณ์ที่ต้องใช้ การช่วยเหลือที่จะได้รับ เช่น การให้ยืมเครื่องช่วยหายใจ ถังออกซิเจน อุปกรณ์พ่นยาจนกว่าจะหมดความต้องการใช้งาน การฝึกปฏิบัติจนชำนาญ ครอบครัวมีความพร้อมและมั่นใจ จึงจะให้กลับบ้าน

3.8 การให้เวลาในการตัดสินใจ บิดา มารดา ได้ขอเวลาในการตัดสินใจ โดยได้ขอกลับไปปรึกษาครอบครัวที่ประกอบไปด้วย ย่า ลุงและป้า และได้กลับมาแสดงความจำนงต้องการนำบุตรกลับบ้านพร้อมเครื่องช่วยหายใจ

#### 4. การเป็นหุ้นส่วนและร่วมมือกัน (Partnership and Collaboration)

4.1 การเตรียมผู้ป่วยเด็กด้านร่างกาย ซึ่งเป็นความท้าทายของทีมสุขภาพและครอบครัวในการฟื้นฟูสภาพปอดให้ผู้ป่วยสามารถใช้ออกซิเจนในชั้นบรรยากาศปกติ เพื่อลดภาวะการใช้ออกซิเจนที่บ้านไม่ใช้ยา หรือใช้เท่าที่จำเป็น

4.2 การเตรียมผู้ป่วยเด็กในด้านจิตใจ โดยเฉพาะการจัดการกับอารมณ์ของเด็กที่ต้องการดูแลที่ซับซ้อน(Cockcroft, 2012)ที่ไม่สามารถดูแลตนเองต้องพึ่งพาคนอื่นไม่ได้รับการตอบสนองตามต้องการหรือไม่ครบถ้วน เด็กจะมีพฤติกรรมในการต่อต้าน เช่น ฉุนเฉียว เอาแต่ใจ ต้องทันใจ แสดงอาการส่ายหน้า ร้องไห้ ต้านเครื่องช่วยหายใจ การประเมินผู้ป่วยในมิติด้านจิตวิญญาณ พบว่า ผู้ป่วยและครอบครัวนับถือศาสนาพุทธ เชื่อในบุญ บาป การกตัญญูบุพการี พยาบาลได้พูดคุยกับผู้ป่วยเด็กให้ตระหนักถึงความรัก ความผูกพัน ความอดทน เสียสละของบุพการี เพื่อให้เด็กมีความอดทน ปรับอารมณ์ มีกำลังใจที่จะสู้ชีวิต นอกจากนี้เด็กยังเคยมีประสบการณ์ในการทำสมาธิ จึงแนะนำให้สวดมนต์ ทำสมาธิ และแผ่เมตตา เพื่อให้จิตใจสงบ ควบคุมอารมณ์ ความรู้สึก และเกิดกุศลกับตนเองและครอบครัว การร่วมมือกันตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างมีเหตุผล จัดกิจกรรมให้ผ่อนคลาย เช่น การฟังเพลง อ่านหนังสือ ดูทีวี

4.3 การคำนึงถึงสัมพันธภาพในครอบครัว โดยให้บิดา มารดา ทราบถึงผลกระทบที่อาจเกิดกับครอบครัวได้จากการดูแล กิจกรรมประจำวัน การใช้เทคโนโลยี การปฏิบัติที่ยุ่งยาก ความมุ่งมั่นฟื้นฟูสุขภาพอายุของเด็ก การจัดการกับอารมณ์ของเด็ก การอบรมเลี้ยงดู ความยาวนานในการดูแล ซึ่งมีอิทธิพลต่อวิถีชีวิตที่ปกติหน้าที่ในครอบครัว การแยกจากสังคม





การเงินของครอบครัว เกิดความเครียดและอาจทำให้ผู้ดูแลบุตรมีอาการซึมเศร้าครอบครัวควรมีวิธีในการเผชิญความเครียดที่เกิดขึ้น โดยสร้างความเข้มแข็ง ความปองดองในครอบครัว ให้การสนับสนุน ให้กำลังใจ ในการดูแลบุตรของมารดา อีกทั้งมารดาควรได้รับการเติมเต็มในมิติของความเป็นบุคคล การคงไว้ซึ่งความหวัง การมองโลกในแง่ดี และการสนับสนุนจากภายนอก (Brophy, 1994; Cockett, 2012)

4.4 การสอนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเด็กที่ใช้เครื่องช่วยหายใจควรคำนึงถึงความต้องการของครอบครัวใน 5 ประเด็น ดังนี้ 1) ต้องการข้อมูลเกี่ยวกับเทคโนโลยีและความมั่นใจในความปลอดภัยของเทคโนโลยี 2) เทคนิคในการดูแล การประเมิน การตัดสินใจทางคลินิก การแก้ปัญหา 3) การดูแลในอิริยาบถต่างๆ 4) การอยู่ในการดูแลของแพทย์และพยาบาล 5) ครอบครัวได้ดูแลบุตร โดยปราศจากการควบคุม 6) การดูแลประจำวันที่ดีและจำเป็น (Mendes, 2013; Pongpaka Borvorluck, 2012) จึงได้แบ่งการสอนการดูแลสุขภาพตามความซับซ้อนของการเรียนรู้ ใช้เวลา 1-2 ชั่วโมงต่อครั้ง และมีการนัดหมายให้เฝ้าต่อทั้งผู้สอนและผู้เรียน เช่น กายวิภาคของทางเดินอาหารและระบบหายใจ การใช้ยา และผลข้างเคียงการเติบโต พัฒนาการวินัยรุ่น การช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น การช่วยเหลือเมื่อหลอดลมคอหลุด จุดต้นการดูแลท่อหลอดลมคอ การระบายเสมหะ การใช้ถุงบีบช่วยหายใจ การพ่นยา การดูแลให้เครื่องช่วยหายใจทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ การทำความสะอาดวงจรมือ วัสดุ อุปกรณ์

พยาบาลเป็นวิชาชีพหนึ่งที่ทำให้การดูแลในเชิงป้องกันหรือเกิดปัญหาทางสุขภาพ จึงมีบทบาทสำคัญในการสอนการดูแลที่คำนึงถึงภาวะแทรกซ้อน เช่น การจัดเปลี่ยนท่าเพื่อป้องกันแผลกดทับ การจัดอาหารและการประเมินการเติบโตเพื่อไม่ให้เด็กอ้วนหรือผอมเกินไป การช่วยเหลือเมื่อท่อหลอดลมคอหลุด การดูแลที่ตระหนักถึงการติดเชื้อและการประเมินการติดเชื้อ การดูแลเบื้องต้นเมื่อพบว่ามีอาการติดเชื้อก่อนที่จะปรึกษาแพทย์ ข้อมูลที่จำเป็นในการแจ้งแพทย์ เพื่อ

ขอรับการรักษาซึ่งบางครั้งบิดาไม่จำเป็นต้องนำบุตรมาเอง

4.5 การฝึกปฏิบัตินานมากกว่า 2 เดือน ผู้สอนต้องประเมินว่าต้องสอนอะไร และอย่างไร ไม่มากเกินไป นัดหมายการสอน โดยใช้เวลาที่สะดวกของทั้งสองฝ่าย มีการสอนทุกวันๆ ละ 1-2 ชั่วโมง ผู้เรียนจะได้ไม่รู้สึกยุ่งยาก จนไม่อยากเรียน และปฏิเสธที่จะนำบุตรกลับบ้าน สอนพร้อมกันสองคนทั้งบิดาและมารดา โดยพบว่าบิดาสามารถตัดสินใจในการแก้ปัญหาได้ดีกว่ามารดาแลกเปลี่ยนข้อมูลอย่างสม่ำเสมอเพื่อลดความคับข้องใจ ร่วมมือกันฝึกปฏิบัติร่วมกับพยาบาล และทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องฝึกทำทุกวันจนเกิดความชำนาญ

4.6 การฝึกการดูแลเสมือนที่บ้าน เพื่อให้บิดาและมารดาที่มีความพร้อมและมั่นใจ โดยทุกกิจกรรมมีพยาบาลเป็นเพียงที่ปรึกษาบิดา มารดาได้เป็นผู้ดูแลบุตรเอง เรียนรู้การปฏิบัติตามสถานการณ์จริง มีการทดลองกำหนดเวลาที่แน่นอน เพื่อลดภาระการดูแลบุตร และรบกวนบุตร เช่น ดูดเสมหะก่อนรับประทาน อาหาร 3 มื้อ ตื่นนอน และก่อนนอน รวม 5 ครั้งต่อวัน มารดาได้รวบกระชับเวลาในช่วงตื่นนอนกับการดูดเสมหะก่อนอาหารมื้อเช้า และในการดูดเสมหะก่อนมื้ออาหารในบางมื้อ เมื่อมารดาพบว่าเสมหะมีไม่มากนัก จะใช้การกระตุ้นการไอ และใช้หัวดูดจ่อดูดเสมหะจากภายนอกหลอดลมคอ และพยาบาลได้ประเมินอาการพบว่า มีอาการคงที่และไม่มีเสมหะสะสม การฝึกให้เด็กนอนมากขึ้นในช่วงกลางคืน และตื่นกลางวันเพื่อให้มารดาเชื่อมั่นว่ากลางคืนขณะหลับไม่จำเป็นต้องดูดเสมหะบ่อยๆ นอกจากนี้มารดาได้เลือกการผูกยึดท่อหลอดลมคอโดยประยุกต์ใช้สายดูดเสมหะ มาผูกยึดแทนสายผูกจากโรงพยาบาลซึ่งเป็นผ้าสกปรกง่าย ต้องเปลี่ยนบ่อย ทำให้ลดภาระการเปลี่ยนสายผูกยึด สายไม่บาดคอและพัฒนาวิธีการผูกให้ปลายสายชี้ออกปลายมน ไม่ทิ่มผิวเนื้อบริเวณที่ผูก บิดา-มารดาได้ใช้เวลาฝึกการดูแลเสมือนจริง ประมาณ 1 เดือนจึงมีความพร้อมในการนำบุตรกลับบ้าน



4.7 การร่วมกันจัดเตรียมเครื่องมือ เช่น เครื่องช่วยหายใจถังออกซิเจนเครื่องดูดเสมหะวัสดุอุปกรณ์อื่นๆ ประกอบด้วย ถังปั๊มช่วยหายใจชุดพ่นยา/เครื่องพ่นยา สายดูดเสมหะ ลูกสูบยางแดง ไม้พันสำลี หม้อต้ม คีมคีบ (forceps) สารน้ำ สารละลายที่จำเป็น เช่น น้ำสะอาดปราศจากเชื้อ 0.9% โซเดียมคลอไรด์ 70% อัลกอฮอล์

4.8 การเตรียมห้องผู้ป่วยที่บ้าน ต้องไม่เป็นที่เก็บของ สะอาด ไม่มีฝุ่นและมีระบบไฟฟ้า ครอบครัวยุคใหม่ได้ตัดสินใจใช้บ้านเช่า โดยได้กันห้อง แบ่งพื้นที่ส่วนหน้าของบ้าน ซึ่งมีการระบายอากาศดี เด็กสามารถมองเห็นถนนหน้าบ้านได้ และจะได้ใกล้ชิดกับคนอื่นๆ ซึ่งมีกิจกรรมรวมกันที่ห้องโถงด้านหน้า

4.9 การจัดการสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและนอกตัวบ้าน (มีป้ายติดห้ามสูบบุหรี่ หรือจุดไฟใกล้ถังออกซิเจน) สิ่งแวดล้อมรอบบ้านการกำจัดวัสดุ มูลฝอย และการรักษาสิ่งแวดล้อม

4.10 การประสานการไฟฟ้าส่วนภูมิภาคของท้องถิ่น โดยบิดาได้ประสานแจ้งว่าเมื่อมีเหตุไฟฟ้าดับ ขอให้ช่วยรีบแก้ไข เนื่องจากมีผู้ป่วยเด็กที่ใช้เครื่องช่วยหายใจอยู่ในพื้นที่

4.11 การจัดเตรียมสมุดบันทึกประวัติประจำตัวผู้ป่วยที่มีข้อมูลสำคัญ เช่น อากาศ สภาพที่คงอยู่ การตั้งเครื่องช่วยหายใจ ขนาด เบอร์ท่อ หลอดลมคอ บันทึกเบอร์โทรฉุกเฉิน ไว้ใช้เมื่อจำเป็น เช่น แพทย์/พยาบาลฉุกเฉิน รถฉุกเฉิน การไฟฟ้า ส่วนภูมิภาคใกล้บ้าน โรงพยาบาลใกล้บ้าน ผู้ให้บริการหลังการขายเครื่องช่วยหายใจ

4.12 การประสานงานระบบการส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพและติดตามอย่างต่อเนื่อง การส่งผู้ป่วยกลับบ้าน มีการประสานให้ทีมสุขภาพที่อยู่ใกล้บ้านผู้ป่วย เข้ามาร่วมในการปรึกษาหารือ การดูแล การจัดหาวัสดุ อุปกรณ์ การเป็นที่ปรึกษา การส่งต่อฉุกเฉิน เช่น โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในผู้ป่วยรายนี้ สามารถขอรับวัสดุ เช่น สายดูดเสมหะในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล มีการ

ติดตามเยี่ยมบ้านทุกเดือนและการมาตรวจตามนัดกับแพทย์เจ้าของไข้ทุก 6 เดือน

5. การดูแลตามบริบทของครอบครัวในชุมชน (Care in context of family and community)

ผู้ป่วยเด็ก จำหน่ายกลับบ้านหลังนอนโรงพยาบาล 1 ปี 8 เดือน โดยรู้สึกตัวดี พุดคุย สนทนาได้ เคี้ยวรับประทานอาหารได้เอง แต่ต้องมีคนป้อน ไม่สามารถเคลื่อนไหวเองได้ต่ำกว่าคอลงมา ไม่สามารถหายใจได้เองอย่างเพียงพอ ปอดไม่มีพยาธิสภาพใส่ท่อหลอดลมคอ และต้องใช้เครื่องช่วยหายใจในอัตรการหายใจปกติของเด็ก และใช้ออกซิเจนเท่ากับชั้นบรรยากาศ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ครอบครัวและพยาบาลที่รับผิดชอบผู้รับมกันออกแบบการดูแลที่บ้านเพื่อให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตที่บ้าน ทดลองปฏิบัติ ประเมินผลและประเมินปรับปรุงจนเกิดกิจกรรม ดังนี้ บิดา มารดาได้ขยายมานอนกับบุตรที่บ้านยาในห้องติดกับโถงบ้านในการเปิดช่องมรดอย่างเดียวน เนื่องจากบิดาไม่สบายใจกลัวว่าบริเวณช่องมรดไม่สะอาดพอ และยังเป็นผลดีเพราะควันจากท่อไอเสียรถมีผลต่อทางเดินหายใจและระยะทางจากบ้านยามาร้านไม่ไกลกันมากนัก ห่างกัน 200-300 เมตร บิดา มารดาสามารถเดินทางระหว่างบ้านยาและร้านซ่อมรถได้ง่ายการดูแลเหมือนในวิถีชีวิตปกติของบิดา มารดา ดังนี้ ตื่นนอนช่วงเช้าบิดา มารดา ช่วยกันอาบน้ำเช็ดตัว ดูดเสมหะ จัดทำนอนให้ มารดาจัดหาอาหารรับประทานร่วมกัน 3 มื้อ โดยมารดาได้ป้อนข้าวบุตร บิดาไปร้านซ่อมรถ มารดาทำงานบ้าน อยู่กับบุตร และไปช่วยที่ร้านในบางเวลา ตอนเย็นเช็ดตัวอาบน้ำ ดูดเสมหะก่อนนอน สวดมนต์ ไหว้พระ เช็กตรวจสอบข้อต่อชุดสาย การทำงานของเครื่องช่วยหายใจและเข้านอน ในช่วงแรกของการกลับบ้าน บิดา มารดาเข้านอน 22.00 น. ดูทีวี ได้ตั้งนาฬิกาปลุกเพื่อมาดูบุตร 1 ครั้งในช่วง 02.00 น. และตื่นนอนในเวลา 06.30 น. ในระหว่างวันเด็กจะดูทีวี ฟังเพลง มารดาว่างจากการทำหนังสือให้อ่านและได้จัดหาที่ตั้งยัดหนังสือให้อ่าน ซึ่งมารดาสอนให้บุตรยังคงต้องอ่านหนังสือเพื่อจะได้มีความรู้ทันการเปลี่ยนแปลงของโลก ฝึกทำสมาธิ สวดมนต์ ไหว้พระ



ได้ร่วมประเพณีนิยม เช่น วันขึ้นปีใหม่ วันเด็กได้รับของขวัญ มีเด็กเพื่อนบ้านมาเล่นด้วย วันเกิด วันสงกรานต์ การทำบุญตักบาตรหน้าบ้าน มารดาไปวัดใกล้บ้าน บางโอกาสบิดายืมรถญาติพาไปทำบุญที่วัดใกล้บ้าน (เครื่องช่วยหายใจมีแบตเตอรี่ประมาณ 2 ชั่วโมง) และบิดาวางแผนซื้อแบตเตอรี่สำรองไว้ใช้งาน การมาตรวจตามนัด ในช่วงแรกนัด 3 เดือน และ 6 เดือน โดยใช้รถกระบะของญาติ และประสานสถานีนามาย์ใกล้บ้าน ให้เอื้อต่อการรับสายดูดเสมหะ และน้ำสะอาดปราศจากเชื้อ และให้มีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในพื้นที่ทุกเดือนภายใน 2 ปี ที่ผ่านมา เมื่อติดตามเยี่ยมพบว่าผู้ป่วยยังคงหายใจได้เองไม่เพียงพอ ยังต้องพึ่งเครื่องช่วยหายใจ สีหน้าแจ่มใส ดูทีวี ฟังเพลง เป็นหลัก ไม่พบว่าผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยจนต้องกลับเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งสามารถวิเคราะห์ได้ว่าเนื่องจากสิ่งแวดล้อมที่บ้านไม่มีผู้ป่วยรายอื่นเหมือนในโรงพยาบาล และบิดา มารดา ดูแลบุตรเพียงคนเดียว อีกทั้งผู้ป่วยมีกลไกการกลืนที่ดีจึงลดโอกาสเกิดการสำลักได้ง่าย(ขณะที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลมีการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่มีผลถึงระบบหายใจส่วนล่าง 2 ครั้ง ไม่พบข้อติดหรือแผลกดทับ บิดา มารดา ยังคงประกอบอาชีพเดิม มีรายได้เพียงพอต่อการใช้จ่าย และเก็บออมบ้าง ทุกคนในครอบครัวมีวิถีชีวิตอยู่อย่างปกติ มีรอยยิ้มแจ่มใส และยังคงชอบคุณทิมสุขภาพที่ให้การดูแลเสมอมา

## วิจารณ์

การดูแลไทยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family-centered care) เป็นแนวคิดสำคัญที่พยาบาลควรคำนึงถึงเป็นอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ต้องการ

พึ่งพาการดูแลจากครอบครัว โดยมีการแลกเปลี่ยนข้อมูล การยอมรับ ให้เกียรติกัน การเจรจาต่อรองความร่วมมือกัน เพื่อให้ครอบครัวมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องที่บ้าน เกิดการฟื้นฟู สร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทของครอบครัว และวิถีชีวิตในชุมชน เกิดความเข้าใจ เอื้ออาทร ต่อกันระหว่างทิมสุขภาพด้วยกัน และระหว่างครอบครัวกับทิมสุขภาพ ความสำเร็จในการส่งผู้ป่วยเล็กที่ใช้เครื่องช่วยหายใจกลับบ้าน ขึ้นอยู่กับความร่วมมือร่วมใจ ความมุ่งมั่น การเป็นหุ้นส่วนกันของทิมสุขภาพและครอบครัวในทุกระดับการดูแล รวมถึงการสนับสนุนในระดับนโยบาย เนื่องจากเครื่องช่วยหายใจเด็ก มีราคาค่อนข้างสูง การดูแลต้องมีความระมัดระวังทั้งเครื่องมือและอันตรายที่อาจเกิดกับผู้ป่วย ซึ่งต้องการดูแลที่มีความชำนาญเพื่ออย่างไรก็ตามการส่งต่อผู้ป่วยกลับไปโรงพยาบาลชุมชน ขณะใส่เครื่องช่วยหายใจ เมื่อพบว่ามีการคงที่แล้ว ยังไม่สามารถทำได้ในปัจจุบันในหลายพื้นที่ในระดับอำเภอ เนื่องจากโรงพยาบาลชุมชนไม่มีความพร้อมในเรื่องของเครื่องมืออุปกรณ์ในเด็ก เจ้าหน้าที่ยังไม่ได้รับการฟื้นฟู อบรมความรู้ในการดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ จึงขาดความมั่นใจในการรับผู้ป่วยไว้เพื่อส่งต่อผู้ป่วยกลับบ้าน ซึ่งหากโรงพยาบาลชุมชนมีศักยภาพเพียงพอในการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มนี้ น่าจะเป็นผลดีต่อผู้ป่วยและครอบครัว เนื่องจากเป็นสถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน ในด้านนี้ควรมีการส่งเสริมพัฒนาบุคลากรให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถรับมือกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงตามยุคสมัยและความต้องการของครอบครัว



## เอกสารอ้างอิง

- ณัฐรุณิซ ทองสัมฤทธิ์และปรีชวัน จันทร์ศิริ. (2559).ภาวะจิตสังคมในมารดาเด็กโรคปอดเรื้อรัง. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, ก.ย.- ต.ค., 60(5), 575 – 88.
- มาณี ชัยวีระเดช,นรลักษ์ณธ์ เอื้อกิจ, อาทิตย์วรรณอ่วมตาน. (2556). ประสบการณ์การเป็นผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 33 (2), 31-46.
- Attharos, T. (2003). *Development of a family-centered care model for children with cancer in a pediatric cancer unit*. Unpublished M.N.S. (Pediatric Nursing), Mahidol University, Bangkok.
- Bond, N., Phillips, P., & Rollins, J. A. (1994). Family-centered care at home for families with children who are technology dependent. *Pediatric nursing*, 20(2), 123.
- Boroughs, D., & Dougherty, J. A. (2009). Care of technology-dependent children in the home. *Home Healthcare Nurse*, 27(1), 37-42.
- Brophy, P. (1994). Commentary on Caring for chronically ill children at home: factors that influence parents' coping. *J PEDIATR NURS*, 1993, 8(4), 211-25.
- Cockett, A. (2012). Technology dependence and children: a review of the evidence. *Nursing Children & Young People*, 24(1), 32-35.
- Coffman, S. (1995). Crossing lines: parents' experiences with pediatric nurses in the home. *Rehabilitation Nursing Research*, 4(4), 138-143.
- Darvill, J., Harrington, A., & Donovan, J. (2009). Caring for ventilated children at home -- the child's perspective. *Neonatal, Pediatric & Child Health Nursing*, 12(3), 9-13.
- Fields, A. I., Coble, D. H., Pollack, M. N., & Kaufman, J. (1991). Outcome of home care for technology dependent children: Success of an independent, community based case management model. *Pediatric pulmonology*, 11(4), 310-317.
- Franck, L., & Callery, P. (2004). Re-thinking family-centred care across the continuum of children's healthcare. *Child: care, health and development*, 30(3), 265-277.
- Heaton, J., Noyes, J., Sloper, P., & Shah, R. (2003). *Technology-dependent children and family life*. Social Policy Research Unit. University of York: York. .
- Hockenberry, M.J., Wilson D.,Rodgers, C.C. (2013). *Wong's Essentials of Pediatric Nursing*. Elsevier. Missouri. Canada.
- Huang, W.T. and Peng, J.M. (2010) Role adaptation of family caregivers for ventilator-dependent patients: transition from respiratory care ward to home. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 1686–1694.
- Johnson, B. H. (2000). Family-centered care: Four decades of progress. *Families, Systems, & Health*, 18(2), 137.
- Kuo, D., Houtrow, A., Arango, P., Kuhlthau, K., Simmons, J., & Neff, J. (2012). Family-Centered Care: Current Applications and Future Directions in Pediatric Health Care. *Maternal & Child Health Journal*, 16(2), 297-305





## เอกสารอ้างอิง

- Mendes, M. A. (2013). Parents' Descriptions of Ideal Home Nursing Care for Their Technology-Dependent Children. *Pediatric Nursing*, 39(2), 91-96.
- Pongpaka Borvornluck, W. K., Rozzano C. Locsin (2012). Needs of Family Care-Givers during Patients Depending on Life-Sustaining Technologies in a Hospital. *Songkla Med J*, Jul-Aug 30 (4).
- Tearl, D. K., & Hertzog, J. H. (2007). Home discharge of technology-dependent children: evaluation of a respiratory-therapist driven family education program. *Respiratory care*, 52(2), 171-176.
- Toly, V. B., Musil, C. M., & Carl, J. C. (2012). A longitudinal study of families with technology-dependent children. *Research in Nursing & Health*, 35(1), 40-54.
- Wegner, C. B. (1988). *Technology Dependent Children: Hospital Vs. Home Care*. Philadelphia: Science Information Resource Center.

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครเวียงจันทน์



# การพยาบาลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า

## Nursing care of Adolescent with Depression

ภุมรินทร์ อินชวณี

ชนานันท์ แสงปาก

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช

สุภาพเหมือนชู

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พิษณุโลก

### บทคัดย่อ

ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นเกิดขึ้นได้ง่าย ทั้งนี้เพราะในช่วงวัยรุ่น พัฒนาการทางสติปัญญาเริ่มเป็นนามธรรมมากขึ้น มีการมองตนเองและมองไปยังอนาคตข้างหน้า ถ้าสภาพแวดล้อมที่มีความเครียดสูง และขาดการประคับประคองที่เหมาะสม ก็อาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งลักษณะอาการแสดงออกคล้ายผู้ใหญ่หลายอย่าง เช่น รู้สึกเศร้าสลด ความสนใจลดลง หงุดหงิด เบื่อหน่าย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ไม่กล้าสร้างสัมพันธ์ภาพกับเพศตรงข้าม ดังนั้นการพยาบาลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าจึงควรเริ่มต้นด้วยการประเมินอารมณ์ซึมเศร้าทางด้านอารมณ์ พฤติกรรม ความคิด และด้านสรีรวิทยาว่ามีความเศร้าระดับต่ำ ระดับปานกลาง หรือระดับรุนแรง ให้การวินิจฉัยการพยาบาลที่มีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองผู้อื่น สูญเสียการเรียน การทำงาน และทางสังคมเพียงใด จากนั้นให้การพยาบาลอย่างครอบคลุมถึง การป้องกันอันตราย การสนับสนุนการปรับตัว การเข้าสังคม และการพัฒนาคุณค่าในตนเองเพื่อให้วัยรุ่นสามารถพัฒนาตนเองเข้าสู่วัยผู้ใหญ่อย่างมีความสุข

**คำสำคัญ :** วัยรุ่น ภาวะซึมเศร้า การพยาบาล

### Abstract

Depression in adolescents occurs easily because the cognitive development starts to be more abstract. They look at themselves and their future. If the environment surrounds with high stress and lack of proper support, depression will occur. Depression symptoms of adolescent are similar to those in adults, such as feeling sad, reduce fun, irritability, bored. low self-esteem, and afraid to build a relationship with the opposite gender. Therefore, nursing care for adolescent with depression should start with an assessment of depression emotions, behaviors, and thoughts, as well as physiology aspects to evaluate level of depression, low, moderate, or severe level. Setting the nursing diagnoses if they are at risk of self-harm or others, lose work classes, or society or not. Then, nursing interventions should be performed by covered all these aspects, including: preventing harmfulness, support



them for adaptation, help them to be involved in society, and develop their self-esteem so that they can develop themselves to be happy adults.

**Keywords :** Adolescent, Depression, Nursing care

## บทนำ

วัยรุ่นถือเป็นทรัพยากรที่สำคัญและมีค่ามากที่สุดส่วนหนึ่งของประเทศ เนื่องจากวัยรุ่นเป็นกลุ่มสำคัญที่จะต้องเป็นผู้สืบเนื่องความเป็นไปของสังคม และสามารถพัฒนาสังคมต่อไป วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากและรวดเร็วในหลายๆ ด้านพร้อมกัน อิริคสัน (Erickson, 1968) ได้กล่าวไว้ในทฤษฎีบุคลิกภาพว่า วัยรุ่นเป็นวัยที่มีพัฒนาบุคลิกในหลายๆ ด้าน เช่น การพัฒนาความมีเอกลักษณ์กับความรู้สึกลับสน (identity vs. identity confusion) ถ้าวัยรุ่นไม่สามารถผ่านพัฒนาการในด้านต่างๆ ได้ จะเกิดการสับสนในบทบาทของตนเอง และอาจทำให้เกิดปัญหาทางจิตใจได้ง่ายเมื่อต้องประสบกับภาวะวิกฤติในชีวิต ทั้งนี้ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะหนึ่งที่สามารถเกิดขึ้นได้ง่ายในวัยรุ่น และปัจจุบันมีแนวโน้มสูงขึ้น ในต่างประเทศมีรายงานความชุกของโรคซึมเศร้าอยู่ที่ร้อยละ 7 ในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นโดยร้อยละ 75 ของโรคซึมเศร้าในผู้ใหญ่มักมีอาการซึมเศร้าครั้งแรกตอนเป็นเด็กหรือวัยรุ่น (Jacobs , Reinecke , Gollan and Kane, 2008) สำหรับในประเทศไทย จากรายงานปี พ.ศ. 2551 พบว่าคนไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า 1.5 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 3.3 ของประชากรทั้งหมด และวัยรุ่นไทยมีภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลในอัตรา 548 และ 185 รายต่อประชากรหนึ่งแสนรายตามลำดับ มีแนวโน้มการฆ่าตัวตายสูงขึ้นถึง 5.77 ต่อประชากรหนึ่งแสนราย (กรมสุขภาพจิต,

2552) ดังนั้น เพื่อป้องกันปัญหาดังกล่าวผู้เขียนจึงเขียนบทความฉบับนี้ขึ้น โดยมีเนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้วัยรุ่นเกิดภาวะซึมเศร้า อาการและอาการแสดงของวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าและกระบวนการพยาบาลในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้เพื่อเป็นแนวทางให้ผู้อ่านใช้ในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

## ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

จากการศึกษาพบว่าปัจจัยของการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้ 2 ปัจจัยดังนี้ 1) ปัจจัยภายใน 2) ปัจจัยภายนอก

### 1. ปัจจัยภายใน

1.1 ปัจจัยด้านชีววิทยา (biological factor) โดยทั่วไปสามารถอธิบายถึงการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ว่าการเปลี่ยนแปลงของสารชีวเคมีในสมองโดยมีการลดลงของสารสื่อประสาทที่สำคัญได้แก่ซีโรโทนิน (serotonin) และนอร์เอพิเนฟริน (norepinephrine) การลดลงของสารสื่อประสาทจะทำให้เซลล์ประสาทในสมองไม่ถูกกระตุ้นส่งผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งหลักการให้ยาต้านอาการซึมเศร้าจะช่วยปรับสมดุลของสารเคมีในสมอง (มานิช หล่อตระกูล, 2558) และบุคคลที่มีญาติสนิทมีภาวะซึมเศร้าจะมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้านานกว่าบุคคลที่ไม่มีญาติสนิทมีภาวะซึมเศร้า ส่วนเด็กที่มีบิดาหรือมารดาเป็นโรคซึมเศร้ามักมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้สูงถึง 3 เท่าของเด็กที่มีบิดาหรือมารดาไม่มีภาวะซึมเศร้า (มานิช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

### 1.2 ปัจจัยด้านฮอร์โมน (hormonal factor)

การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเพศในช่วงวัยรุ่นถือเป็นปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งที่ส่งผลให้วัยรุ่นเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้าสูงโดยจากการศึกษาพบว่าวัยรุ่นเพศ



หญิงมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศชายถึง 2 เท่า (Santrock, 2014)

1.3 ปัจจัยเกี่ยวกับพันธุกรรม (genetic factor) เชื่อว่าการเกิดภาวะซึมเศร้าเป็นลักษณะการบกพร่องทางพันธุกรรมที่ถ่ายทอดจากรุ่นหนึ่งไปยังอีกรุ่นหนึ่งในโรคซึมเศร้าพบว่าฝาแฝดไข่ใบเดียวกันถ้าคนใดคนหนึ่งเกิดโรคซึมเศร้าโอกาสที่ฝาแฝดอีกคนจะเกิดโรคนี้อาจสูงถึงร้อยละ 45 ถึง 60 ส่วนฝาแฝดที่เกิดจากไข่คนละใบพบโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคซึมเศร้าวัยละ 12 (Vacarolis, 2002)

1.4 ปัจจัยด้านจิตวิทยา (psychological factor) ในด้านนี้ฟรอยด์ (freud) ได้อธิบายในทฤษฎีจิตวิเคราะห์ว่าพัฒนาการด้านจิตใจเริ่มตั้งแต่ในวัยเด็ก โดยเกิดจากความไม่สมหวังการสูญเสียและการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นบกพร่องจนทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกคับข้องใจและไม่มีคุณภาพภูมิใจในตนเองทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (สุนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2554)

1.5 ทฤษฎีพฤติกรรมนิยม-ปัญญานิยม (cognitive behavior factor) ในทฤษฎีพฤติกรรมนิยม-ปัญญานิยมอธิบายว่าวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะมีความคิดบิดเบือนไปในทางลบอันเกิดมาจากความเครียดและความกดดันข้อดีต่างๆ ที่ตนเองต้องเผชิญและมองว่าชีวิตมืดแต่ความยากลำบากทุกขัทรมาณจนมีภาวะซึมเศร้า ความคิดเชิงลบและการมีทัศนคติที่ผิดปกติมาจากประสบการณ์เดิมและเป็นสิ่งสำคัญต่อความคิดในปัจจุบัน เพราะถ้าประสบการณ์เดิมเป็นทางบวกวัยรุ่นก็จะคิดในปัจจุบันอย่างเหมาะสม แต่ถ้าประสบการณ์เดิมไปในทางลบก็มีแนวโน้มที่วัยรุ่นจะคิดและตีความไปในทางลบตามประสบการณ์ที่ผ่านมาจนทำให้เกิดภาวะเครียดและซึมเศร้า (Lewinsohn et al., 2003)

1.6 บุคลิกภาพมีกลุ่มบุคลิกภาพผิดปกติที่เรียกว่าบุคลิกภาพผิดปกติแบบซึมเศร้า (depressive personality disorder) เป็นลักษณะของบุคลิกภาพที่ไม่กล้าตัดสินใจและชอบตำหนิตนเองอยู่เสมอและรู้สึกว่ามีคุณค่าในตนเองต่ำและชอบที่จะเปรียบเทียบกับตนเองกับบุคคลอื่น (Klein & Bessaha, 2009) บุคลิกภาพแบบซึมเศร้าจะพบในช่วงวัยรุ่นของวัยรุ่นและพบว่าเป็นโรคซึมเศร้าหรืออาการผิดปกติทางจิตในผู้ใหญ่ (Caspi & Shiner, 2006)

1.7 ปัจจัยการเผชิญปัญหา (Coping) Garcia (2010) ศึกษาว่าถ้าวัยรุ่นมีการปรับตัวเมื่อเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นไม่เหมาะสมจะทำให้เกิดความเครียดและความกดดันซึ่งในความเครียดของวัยรุ่นคิดว่าเป็นความยุ่งยากซับซ้อนต่อชีวิตดำเนินชีวิตของตนเองจนเกิดภาวะซึมเศร้า

## 2. ปัจจัยภายนอก

2.1 ปัจจัยด้านเพศภาวะซึมเศร้าเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิด อารมณ์และพฤติกรรมที่ผิดปกติไปจากเดิมและสามารถเกิดขึ้นได้ในทุกเพศทุกวัย (Beck, 2011) พบว่าวัยรุ่นเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศชายถึง 2 เท่า (Santrock, 2014)

2.2 ปัจจัยของระดับการศึกษาพบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับคะแนนภาวะซึมเศร้าโดยผู้ที่มีการศึกษาต่ำพบภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง ซึ่งบุคคลที่มีการศึกษาต่ำอาจมีข้อจำกัดและความไม่เข้าใจในการแปลความและประมวลผลเพื่อการนำข้อมูลมาปรับใช้แก้ไขปัญหาในชีวิตจนทำให้เกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้าตามมา (Achenbach & Rescorla, 2001)

2.3 ปัจจัยด้านเศรษฐกิจอาชีพและรายได้กรมสุขภาพจิต (2552) กล่าวว่าในสภาพปัญหาทางเศรษฐกิจในปัจจุบันส่งผลให้บุคคลเกิดความเครียด





กังวลทั้งเรื่องค่าใช้จ่ายที่สูงและรายรับไม่เพียงพอกับรายจ่ายและสภาพสังคมสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงจนทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า

2.4 ปัจจัยด้านครอบครัว พบว่า วัยรุ่นที่อยู่ในสถาบันหรือชุมชนที่มีสิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสมเลวร้าย รวมถึงครอบครัวที่ขาดความอบอุ่นก็จะทำให้วัยรุ่นมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะซึมเศร้า (Seeley et al., 2009)

2.5 ปัจจัยทางด้านพฤติกรรมการใช้สารเสพติดจากรายงานของสำนักกระบาดวิทยา (2552) พบว่าในกลุ่มนักเรียนที่เสียชีวิตจากการตั้งใจทำร้ายตนเองมีสาเหตุมาจากการมีภาวะซึมเศร้าและการใช้สารเสพติด จะเห็นว่าการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นนั้นมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องบางปัจจัยไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ต้องเผชิญอยู่ทุกวัน ทำให้วัยรุ่นมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้า เมื่อพบภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ในระดับเล็กน้อยขึ้นไปก็ต้องได้รับการบำบัดแก้ไข เพราะถ้าไม่ได้รับการบำบัดมีโอกาสพัฒนาความรุนแรงจนเกิดปัญหาและความสูญเสียด้านอื่นตามมา ทั้งนี้ต้องอาศัยการประเมินจากอาการและอาการแสดงที่วัยรุ่นแสดงออกมาว่า สามารถบ่งชี้ได้ว่ามีภาวะซึมเศร้าหรือไม่มีในด้านใด และความรุนแรงเป็นอย่างไร จนนำไปสู่การแก้ไขปัญหาได้ตรงจุด

อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นจะมีอาการคล้ายคลึงกับภาวะซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ วัยรุ่นบอกได้ถึงความรู้สึกเศร้า เศร้า ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมและความรู้สึกเหมือนหมดเรี่ยวแรงจะทำอะไร พบปัญหาการกินและการนอนได้บ่อยบางรายเบื่ออาหาร แต่บางรายจะกินจุมากขึ้น ปัญหาการนอนอาจเป็นได้ตั้งแต่นอนไม่หลับตื่นกลางคืน หรือตื่นเช้ากว่าปกติ ซึ่งทำให้วัยรุ่นรู้สึกเหนื่อยในตอนกลางวันวัยรุ่นที่ซึมเศร้าหลายรายจะหมกมุ่นและคิดมากเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพและรูปร่างหน้าตา

รู้สึกว่าคุณค่าของตัวเองไม่มีคุณค่าและมีความท้อแท้ในชีวิตในรายที่เป็นรุนแรงอาจมีความคิดหรือพยายามที่จะฆ่าตัวตาย ในระยะก่อนวัยรุ่น จะพบภาวะซึมเศร้าในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง แต่เมื่อเข้าสู่วัยรุ่นจะพบภาวะซึมเศร้าในเด็กหญิงมากกว่าเด็กชาย เป็น 1-2 เท่า เพราะเด็กหญิงวัยรุ่นจะมีความเครียดมากกว่าวัยรุ่นชาย (Steinberg, 2001) เนื่องจากสาเหตุต่างๆ คือ

#### 1. ลักษณะอาการแยกตามเพศ

1.1 ในวัยรุ่นหญิงจะพบกับความตึงเครียดหลายๆ อย่างในช่วงวัยนี้ มาจากวัยรุ่นชาย เช่น การเข้าสู่วัยสาว การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และในขณะเดียวกัน การถูกทารุณกรรมทางเพศในวัยเด็กก็อาจเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในช่วงวัยรุ่น

1.2 เด็กผู้หญิงจะมีปฏิกิริยาความตึงเครียดโดยการเก็บกดความรู้สึกไว้ภายใน โดยคร่ำครวญถึงปัญหา และความรู้สึกสิ้นหวัง ขณะที่เด็กชายจะยอมรับความตึงเครียดโดยการเบี่ยงเบนความรู้สึก หรือผลักดันความรู้สึกนั้นออกไป โดยใช้พฤติกรรมก้าวร้าว การใช้ยาเสพติด หรือ แอลกอฮอล์ตั้งนั้นเมื่อต้องพบกับความตึงเครียดในระดับเดียวกัน เด็กหญิงจึงตอบสนองความตึงเครียดมากกว่าโดยกลายเป็นภาวะซึมเศร้า

2. วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า มีลักษณะอาการแสดงออกคล้ายกับผู้ใหญ่หลายอย่าง โดยพิจารณาจากอาการ 4 กลุ่ม คือ

2.1 ลักษณะอารมณ์ มีความรู้สึกเศร้าสลด ความสนุกสนานลดลง หงุดหงิด เบื่อหน่าย รู้สึกผิด ไม่สามารถจัดการกับปัญหาต่างๆ ได้ และเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าอาจรู้สึกว่ามีเพศตรงข้ามมาชอบหรือรักเขา เพราะเขามีปมด้อย จะรู้สึกว่าตนเองไม่มีโอกาสที่จะมีชีวิตสมรสที่เป็นสุข ความรู้สึกไร้ค่านั่นอาจทำให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายได้



2.2 ลักษณะความคิด คิดถึงตนเองในแง่ร้าย และสิ้นหวัง ต่ำหนิตัวเอง ประเมินตนเองในทางลบ คิดว่าตนเองบกพร่องล้มเหลว และคิดถึงการฆ่าตัวตาย

2.3 ลักษณะการแสดงออก จะแสดงออกด้วยความเฉยชา เบื่อหน่าย มีการเคลื่อนไหวช้า นอนหลับยาก และดูเศร้าอย่างชัดเจน ชอบแยกตัว ร้องไห้บ่อยครั้ง อาจจะไม่พอใจต่อภาวะซึมเศร้าของตน หงุดหงิดอยากจะระเบิดออกมา และเมื่อความโกรธลดลง ก็มักจะเกิดความรู้สึกผิดตามมา นอกจากนี้ จะพบว่าเด็กมีความสามารถทางการเรียนลดลง เข้าสังคมกับเพื่อนน้อย แยกตัวจากกิจกรรมหรือกลุ่มเพื่อน หมดหวัง และปฏิเสธการช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง

2.4 ลักษณะทางจิต พบอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ หมดริ้วแรง ส่วนอาการน้ำหนักลดพบได้น้อยกว่าในผู้ใหญ่ ในเด็กจะพบอาการหูแว่ว ส่วนในวัยรุ่นจะพบอาการหลงผิด

จะเห็นได้ว่า ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ที่แสดงออกมา ทั้งด้านกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม มีผลต่อการเรียนรู้ การทำความเข้าใจ การแก้ปัญหา การตัดสินใจ มีผลต่อสัมพันธ์ทางเข้าสังคมกับเพื่อน ครู และสมาชิกในครอบครัว ไม่มีสมาธิในการเรียน การเรียนตกต่ำ มีความผิดปกติของภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล อาจมีอาการทางคลินิก ซึ่งเกี่ยวข้องกับการทำงานที่การงาน และพบว่า ความรุนแรงและช่วงเวลาของอาการซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้น จะเพิ่มปัจจัยเสี่ยงในการใช้สารเสพติด บุหรี่ แอลกอฮอล์ เพิ่มการฆ่าตัวตาย การคิดฆ่าผู้อื่น มีการตอบสนองต่อจิตบำบัดลดน้อยลง และมีปัญหาทางจิตมากขึ้นในช่วงวัยรุ่นตอนปลายการประเมินและวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าที่รวดเร็ว และตรงกับสภาพปัญหาที่แท้จริงจะทำให้วัยรุ่นสามารถเผชิญกับปัญหานั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## กระบวนการพยาบาลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า

กระบวนการพยาบาลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้ามีรูปแบบที่ไม่แตกต่างจากกระบวนการพยาบาลภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ 2) การวินิจฉัยทางการแพทย์ 3) การวางแผนการพยาบาล 4) การปฏิบัติการพยาบาล 5) การประเมินผลการพยาบาล

### 1. การประเมินภาวะสุขภาพ

การประเมินภาวะสุขภาพที่สอดคล้องกับสภาพที่แท้จริงของบุคคล จะช่วยให้พยาบาลสามารถกำหนดแผนการพยาบาลที่เหมาะสมกับระดับของภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้จากผลการศึกษาพบว่า การประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น มี 4 ระดับ คือ 1) อารมณ์เศร้าตามสถานการณ์ 2) อารมณ์เศราระดับต่ำ 3) อารมณ์เศร้าระดับปานกลาง และ 4) อารมณ์เศราระดับรุนแรง ทั้งนี้สามารถอธิบายระดับความรุนแรง ตามอาการที่แสดงออกมา ใน 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ (affective) ด้านพฤติกรรม (behavior) ด้านความคิด (cognitive) และด้านสรีรวิทยา (physiology) มีแนวทางในการประเมิน ดังนี้

1.1 อารมณ์เศร้าตามสถานการณ์ (Transient depression) เป็นความรู้สึกเศร้าเมื่อบุคคลรู้สึกผิดหรือเผชิญกับสถานการณ์ในชีวิตประจำวันที่ผิดหวัง ล้มเหลว หรือไม่สมปรารถนา โดยเฉพาะในวัยรุ่น ที่เป็นช่วงเวลาของการปรับเปลี่ยน ชีวิตในด้านต่างๆ เช่น การเรียนที่หนัก การเตรียมตัวสอบเข้ามหาวิทยาลัย ซึ่งอาจทำให้วัยรุ่นมีความเครียดและวิตกกังวล ที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าได้ (เรไร ทิวะทัศน์ , 2548 อ่างโน ศุภชัย ตู่กลาง และคณะ , 2555) การแสดงออกต่อเหตุการณ์ มีลักษณะดังนี้



1) ด้านอารมณ์ รู้สึกผิดหวังต่อเหตุการณ์ หงุดหงิด ไม่พอใจ รู้สึกเศร้าใจ

2) ด้านพฤติกรรม แสดงอาการถึงความเศร้า เสียใจ และร้องไห้ออกมา

3) ด้านความคิด ความคิดหมกมุ่นอยู่กับความผิดหวัง

4) ด้านสรีรวิทยา เหน็ดเหนื่อย อ่อนล้าอ่อนเพลีย

1.2 อารมณ์เศร้าระดับต่ำ (Mild depression) เป็นอารมณ์เศร้าที่เริ่มเบี่ยงเบนจากความเศร้าปกติ มีอาการเศร้าต่อเนื่องและเพิ่มขึ้นกว่าระดับแรก ดังนี้

1) ด้านอารมณ์ มีความรู้สึกโกรธวิตกกังวล รู้สึกผิด ผิดหวัง ล้มเหลว เศร้า และหมดหวัง ด้านพฤติกรรมน้ำตาไหล

2) ด้านพฤติกรรม มีพฤติกรรมถดถอย น้ำตาไหล แสดงออกไม่เหมาะสมกับวัย กระสับกระส่าย แยกตัว ใช้สารเสพติด ชอบดื่มและวิวาทเหมือนเด็กเกร อังธพาล มีเพศสัมพันธ์โดยขาดการระมัดระวัง

3) ด้านความคิด คิดกังวล หมกมุ่นอยู่กับการสูญเสีย ต่ำหิวตนเองและผู้อื่น ความรู้สึกขัดแย้งในใจ

4) ด้านสรีรวิทยา คลื่นไส้ อาเจียนหรือรับประทานอาหารมากเกินไป นอนไม่หลับ หรือนอนมากเกินไปปวดศีรษะ ปวดหลัง เจ็บหน้าอก

1.3 อารมณ์เศร้าระดับกลาง (Moderate depression) เป็นอารมณ์เศร้าที่แสดงถึงปัญหาการปรับตัวเพิ่มสูงขึ้นและเริ่มมีความผิดปกติ แสดงที่ 4 ลักษณะ ดังนี้

1) ด้านอารมณ์ ความรู้สึกเศร้าจิตใจห่อเหี่ยว ไม่มีแรง สิ้นหวัง มีดมน มองโลกในแง่ร้าย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ

2) ด้านพฤติกรรม เคลื่อนไหวเชื่องช้า ถดถอย พุดช้าหรือไม่พูด รำพึงรำพันแต่ความทุกข์ของตน แยกตัว ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น สนใจสุขอนามัยตนเองลดลง เพิ่มการใช้สารเสพติด พยายามจะทำร้ายตนเอง

3) ด้านความคิด กระบวน การคิดเชื่องช้า ไม่ค่อยมีสมาธิหรือขาดความสนใจสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ย้ำคิดย้ำทำ คิดวกวน มองโลกในแง่ร้าย แสร้งออกด้วยคำพูดหรือพฤติกรรมในทางทำร้ายตนเอง

4) ด้านสรีรวิทยา คลื่นไส้ อาเจียนหรือรับประทานอาหารมากเกินไป นอนไม่หลับ หรือนอนมากเกินไปปวดศีรษะ การนอนผิดปกติประจำเดือนขาด ความผิดปกติทางเพศลดลง ปวดศีรษะ ปวดหลัง เจ็บหน้าอก เจ็บท้อง ไม่มีพละกำลัง อ่อนเพลียเมื่อยล้า ห่อเหี่ยวใจ มีความรู้สึกดีในตอนเช้าและเลวลงในตอนกลางวัน ระบบสื่อประสาทผิดปกติ

1.4 อารมณ์เศร้าระดับรุนแรง (Severe depression) เป็นอารมณ์เศร้าที่รุนแรงมาก แสดงอาการผิดปกติ ดังนี้

1) ด้านอารมณ์รู้สึกสิ้นหวัง ไม่มีคุณค่าเฉยเมย โดดเดี่ยว รู้สึกเศร้ามากจนไม่มีทางจะดีขึ้นได้เลย ไม่รู้สึกยินดียินร้ายใดๆ ทั้งสิ้น

2) ด้านพฤติกรรมเคลื่อนไหวเชื่องช้า ถดถอยมักยืนถือ เหย การเคลื่อนไหวไม่มีจุดหมาย เดินช้า ยืนหรือนั่งทำไต่จะอยู่ในท่านั้นนานๆ หลงผิด ไม่สนใจสุขอนามัยของตน แยกตัวจากสังคม ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

3) ด้านความคิด มีความคิดหลงผิด โดยเฉพาะหลงผิดคิดว่าผู้อื่นคิดร้ายต่อตนเอง หลงผิดว่าตนเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ สับสน ตัดสินใจไม่ได้ ไม่มีสมาธิต่อสิ่งใดๆ ประสาทหลอน ต่ำหิวตัวเอง และคิดทำร้ายตนเอง



4) ด้านสรีรวิทยา การเคลื่อนไหวร่างกาย เชื่องช้า เฉื่อยชา การย่อยอาหารช้า ท้องผูก ไม่ปัสสาวะและรู้สึกดีขึ้นตอนกลางวัน ระบบการสื่อสารประสาทเสื่อม

ดังนั้นการประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น พยาบาลควรต้องประเมินให้ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน ทั้ง ด้านอารมณ์ ด้านพฤติกรรม ด้านความคิด และด้านสรีรวิทยา เพื่อนำไปสู่การให้วินิจัยการพยาบาลที่สอดคล้องกับระดับความรุนแรงที่บุคคล

## 2. การวินิจฉัยทางการพยาบาล

ภายหลังจากได้ข้อมูลจากการประเมินภาวะสุขภาพ พยาบาลสามารถกำหนดเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้ตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น นำไปสู่การวางแผนการพยาบาล ทั้งแผนการพยาบาลในระยะสั้น และแผนการพยาบาลในระยะยาว การตั้งข้อวินิจฉัยการพยาบาลให้สอดคล้องกับการประเมินภาวะสุขภาพ สามารถกำหนดได้หลายข้อ ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงการดูแลครอบคลุมทั้งทางด้านกาย จิตใจ และสังคม ดังตัวอย่างต่อไปนี้

1. เสี่ยงทำร้ายตนเองเนื่องจากความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า สิ้นหวัง

Subjective Data : "ผมเป็นคนไม่มีค่าอะไรอีกแล้ว อยู่ไปก็ไม่มีความสุข"

Objective Data : จากการสังเกต นั่งแยกตัว สีหน้าไม่สดชื่น ร้องไห้บ่อยๆ

: ผลจากการใช้แบบทดสอบความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) พบว่า คะแนนอยู่ในระดับต่ำ

2. การจัดการกับสภาพปัญหาไม่เหมาะสมเนื่องจากทักษะการเผชิญปัญหา

Subjective Data : "เวลามีปัญหาเกิดขึ้น ผมไม่รู้จะทำอย่างไร จึงเก็บไว้คนเดียว"

Objective Data : จากการประเมินบุคลิกภาพ มีลักษณะพึงพา (Dependent) มารดา แก้ปัญหาให้เสมอ

2.3 การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นบกพร่องเนื่องจากขาดความสนใจในสิ่งแวดล้อม

Subjective Data : "ผมไม่ค่อยมีเพื่อน ชอบอยู่คนเดียว เล่นเกมส์ เล่นเฟสบุ๊คส์กับคนที่ไม่รู้จัก"

Objective Data : จากการสังเกต มีคนคนเดียวเงียบๆ ก้มหน้าเล่นสมาร์โฟนของตัวเอง

2.4 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ เนื่องจากมีความคิดเชิงลบ ความคิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า มองโลกในแง่ร้าย

Subjective Data : "ใครจะมารักมาสนใจผม สอบเข้ามหาลัยฯ ไม่ได้ เหมือนคนหมดอนาคต เป็นไร้ค่าของเพื่อนๆ แล้วจะสู้หน้าใครได้"

Objective Data : ขณะพูด ก้มหน้า สีหน้าเศร้าหมอง ตาแดงๆ เหม่อลอยบ่อยๆ

2.5 บกพร่องในการดูแลสุขภาพอนามัยกิจวัตรประจำวัน

Subjective Data : "อยากอยู่เฉย ไม่อยากทำอะไร"

Objective Data : จากการสังเกต มีร่างกายไม่สะอาด สีหน้าไม่สดชื่น

## 3. การวางแผนการพยาบาล

ในการวางแผนการพยาบาล มีทั้งระยะสั้นและแผนระยะยาว โดยมีวัตถุประสงค์ กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์ของการพยาบาล ดังนี้

3.1 แผนระยะสั้น มุ่งให้การพยาบาลตามข้อวินิจฉัยการพยาบาลแต่ละข้อโดยพิจารณาตามวัตถุประสงค์ของการพยาบาลตามสภาพของผู้ป่วยแต่ละราย ดังตัวอย่างต่อไปนี้





## วัตถุประสงค์

1. ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะเสี่ยงต่ออันตรายที่อาจเกิดขึ้นทั้งภาวะรู้ตัวและไม่รู้ตัวของผู้ป่วย

**กิจกรรมการพยาบาล :** มุ่งเน้นการป้องกันอันตราย ดังนี้

1) จัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย สะอาด และปราศจากสิ่งกระตุ้นเน้นการสร้างบรรยากาศที่ทำให้รู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย เก็บของใช้ต่างๆ ที่อาจเป็นอันตราย เช่น มีด กรรไกร เข็ม ยาที่ใช้ภายในบ้าน ต้องหมั่นตรวจจำนวนเม็ดยา (กรณีทานยาเอง) กรณีจำเป็นต้องผูกมัดผู้ป่วยเพื่อป้องกันการทำร้ายตนเอง พยาบาลควรอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความจำเป็นของการจำกัดพฤติกรรมด้วยท่าทีที่เป็นมิตร เสียงดังฟังชัด น้ำเสียงมั่นคง ชัดเจน ไม่คุกคาม ไม่ให้เกิดความรู้สึกเหมือนถูกลงโทษ ใช้การผูกมัดด้วยเทคนิคที่ปลอดภัย ดูแลอย่างใกล้ชิด ประเมินอาการ ความรู้สึก ทุก 30 นาที ประคับประคองด้านความรู้สึกหากอาการสงบ พยาบาลสามารถพิจารณาเลิกผูกมัดทันที **ส่งเสริม** ให้ผู้ป่วยได้พูดระบายความรู้สึก (วีระชัย เศษะนิริตชัย, 2551)

2) อยู่กับผู้ป่วย ดูแลและป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นในขณะที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ ถ้าเป็นหอผู้ป่วยควรจัดเตียงให้ใกล้พยาบาล โต๊ะทำงานของพยาบาล รวมทั้งสามารถมองเห็นได้ง่าย บางครั้งจำเป็นต้องใช้กล้องวงจรปิดช่วยดูพฤติกรรมของผู้ป่วย ในจุดที่เหมาะสม และคงไว้ซึ่งสิทธิของผู้ป่วย

3) สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย สร้างความไว้วางใจและเป็นมิตรกับผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ ในตัวของพยาบาล จนนำไปสู่การระบายความรู้สึกที่แท้จริงออกมา ซึ่งอาจเริ่มจากกิจกรรมที่ผ่อนคลาย เช่น กิจกรรมสนทนาการ ที่เน้นความสนุกสนาน สร้างความคุ้นเคยระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล การใช้ดนตรีบำบัด คือการฟังเสียงดนตรี

บรรเลงร่วมกับมีเสียงในธรรมชาติ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย ผ่อนคลาย นำไปสู่การสนทนาที่ช่วยให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกออกมาได้

4) กระตุ้นให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกและสิ่งที่เป็นปัญหาสามารถทำได้หลายแนวทาง เช่น การสนทนาเพื่อการบำบัด การทำจิตบำบัด จะทำให้บุคคลมองเห็น รู้จัก เข้าใจปัญหา สามารถแก้ไขปัญหาด้วยกระบวนการคิด มีแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสม เกิดการเรียนรู้ใหม่ รวมทั้งแนะนำผู้ป่วยว่าผู้ป่วยตั้งเป้าหมายในการทำงานและการปฏิบัติตัวอย่างไร เพราะจะทำให้ตัวเองรู้สึกแย่มากขึ้นหากทำไม่ได้อย่างที่หวัง ในขณะเดียวกัน หากผู้ป่วยพูดถึงความตาย อยู่่าบอกว่า “อย่าคิดมาก” “ให้เลิกคิด” คำพูดทำนองนี้อาจทำให้เขารู้สึกว่าพยาบาลไม่สนใจรับรู้ปัญหาของเขา (พจนานุกรมแปลภาษา, 2557)

5) วางแผนร่วมกับผู้ป่วยและญาติพยาบาล ควรแนะนำให้ญาติหรือคนใกล้ชิดใส่ใจ สนใจในคำพูดที่สะท้อนความคิดของผู้ป่วยที่เสี่ยงการฆ่าตัวตาย (พจนานุกรมแปลภาษา, 2552) เช่น “เป็นคนไม่มีค่าอะไรอีกแล้ว” “อยู่ไปก็ไม่มีความสุข” “ถ้าฉันไม่อยู่สักคน คงทำให้อะไรดีขึ้น” การสังเกตพฤติกรรม เช่น แยกตัว ไม่สนใจดูแลตนเอง ขาดความสนใจในกิจกรรมที่ชื่นชอบ และเคยรู้สึกสนุกสนานก่อน สนับสนุนให้ญาติรับฟังปัญหาของผู้ป่วยที่ช่วงเวลาเขาทุกข์ใจมากที่สุด เพราะวัยรุ่นเมื่อมีปัญหาจะปรึกษาเพื่อนเป็นส่วนใหญ่ แต่ด้วยวุฒิภาวะที่ไม่ต่างกันเท่าใดนักของเพื่อน ทำให้มุมมองและแนวทางแก้ปัญหามักไม่เหมาะสม ฉะนั้น ญาติอาจมีส่วนร่วมในการชี้ให้ผู้ป่วยได้มองเห็นปัญหาในแง่มุมต่างๆ ได้เห็นทางเลือกอื่นๆ ในการแก้ปัญหามันให้กำลังใจ กล่าวชื่นชม ให้รางวัล เรียนรู้ที่จะเข้าใจและยอมรับความต่างของกันและกัน (สายฝน เอกวารงกูร, 2554) และแนะนำญาติในการเฝ้าระวังการทำร้ายตนเอง และไม่ควรปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียว



โดยเฉพาะในช่วงที่ซึมเศร้ามาก ผู้ป่วยอาจมีความคิดทำร้ายตนเอง

2. ผู้ป่วยสามารถระบายปัญหาและปรับตัวอย่างเหมาะสม

**กิจกรรมการพยาบาล:** มุ่งเน้นการสร้างสัมพันธ์ภาพและส่งเสริมการปรับตัว

1) ประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าว่าอยู่ในระดับใด อารมณ์เศร้าตามสถานการณ์ อารมณ์เศร้ายุทธศาสตร์ต่ำ อารมณ์เศร้ายุทธศาสตร์ระดับปานกลาง และ อารมณ์เศร้ายุทธศาสตร์รุนแรง

2) จัดสภาพการณ์ให้ผู้ป่วยระบายความต้องการและอารมณ์เศร้า ได้แก่ กิจกรรมกลุ่มบำบัดที่ฝึกกระบวนการคิด การแก้ปัญหา (Problem-Solving Therapy) ที่เหมาะสม ฝึกทักษะการกล้าแสดงออก เช่น กลุ่มกิจกรรมสังสรรค์สัมพันธ์ คือการได้ร่วมกิจกรรมแนะนำตนเองต่อเพื่อนๆ สมาชิกในกลุ่ม กิจกรรมนันทนาการ อาทิ การร้องเพลง การเต้นที่เหมาะสมกับวัยรุ่น กิจกรรมอาชีพบำบัด เช่น การประดิษฐ์พวงกุญแจเก๋ๆ เพื่อให้ผู้รับการบำบัดเกิดความกล้าแสดงออกในทางที่สร้างสรรค์ เข้าใจและยอมรับตนเอง (Self-understanding) เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self esteem) มากขึ้น เป็นกำลังใจกับผู้ที่กำลังรู้สึกท้อแท้ในชีวิต (พจนานุกรม วัชระพันธ์, 2551)

3) สอนให้ผู้ป่วยระบายความต้องการและอารมณ์เศร้าอย่างเหมาะสม เช่น การใช้ศิลปะบำบัด คือวาดภาพระบายความรู้สึก ที่สามารถแสดงความคิดความรู้สึกในปัจจุบันของผู้ป่วยผ่านภาพวาดนั้นๆ จะทำให้พยาบาลสามารถประเมินสภาพอารมณ์ได้อย่างถูกต้อง และให้ความช่วยเหลือได้ตรงกับสภาพปัญหา

4) ช่วยผู้ป่วยสืบค้นต้นเหตุของปัญหาและความเศร้าโดยพยาบาลใช้รูปแบบการสนทนาเพื่อการบำบัด เมื่อผ่านระยะที่ 1 ระยะเริ่มแรกของการสร้างสัมพันธ์ภาพ (Initial Phase) ผู้ป่วยมีความไว้วางใจใน

ตัวพยาบาล เริ่มพูดถึงปัญหาของตัวเอง เข้าสู่ระยะที่ 2 ระยะแก้ไขปัญหา (Working Phase) ผู้ป่วยจะพูดถึงตัวเองมากขึ้น บอกความรู้สึกที่แท้จริง และอาจเป็นความรู้สึกที่ไม่เคยบอกใครก็ได้ พยาบาลต้องรับฟังอย่างตั้งใจสนใจและทำความเข้าใจ และติดตามเรื่องราวอย่างใกล้ชิด (สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2554 : 105) ซึ่งพยาบาลต้องใช้เทคนิคการสนทนาเพื่อการบำบัดที่ถูกต้องและเหมาะสมกับสถานการณ์นั้นๆ จะช่วยให้การสืบค้นหาต้นเหตุของปัญหาและค้นหาสาเหตุร่วมกับผู้ป่วยเป็นไปอย่างชัดเจน

3. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมที่ดีมีพฤติกรรมเหมาะสมและเพิ่มคุณค่าในตนเอง

**กิจกรรมการพยาบาล :** มุ่งเน้นการส่งเสริมพฤติกรรมที่ดีและพัฒนาคุณค่าในตนเอง ดังนี้

1) ให้การยอมรับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในโอกาสผู้ป่วยในการปรับตัวเมื่อผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมบางอย่างที่ไม่เหมาะสม พยาบาลควรหลีกเลี่ยงการตำหนิ ที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผิด จนไม่กล้าแสดงความคิดเห็น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผิด จนไม่กล้าแสดงความคิดเห็นใดๆ ออกมา ทำความเข้าใจถึงสาเหตุของการแสดงพฤติกรรมเหล่านั้น ผู้ป่วยบางรายต้องใช้ระยะเวลาการปรับตัว มากกว่าคนอื่น

2) กระตุ้นสนับสนุนพฤติกรรมที่เหมาะสมของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมที่ดีเหมาะสม ให้แรงเสริมทางบวก พยาบาลสามารถกล่าวชมเชย ภายหลังพฤติกรรมดังกล่าวเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกภูมิใจในตนเอง กล้าแสดงออกมากขึ้น

3) ให้ข้อมูลย้อนกลับอย่างเหมาะสมเป็นสะท้อนในมุมมองของพยาบาลตามเรื่องราวหรือเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยอธิบาย เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าพยาบาลใส่ใจ สนใจในสิ่งที่ผู้ป่วยเล่า

4) สร้างความมั่นใจและคุณค่าในตนเองแก่ผู้ป่วยเรียนรู้การตั้งเป้าหมายระยะสั้นตามความสามารถตนเอง ที่ทำให้เห็นผลของความสำเร็จ



5) จัดสภาพการณ์ให้ผู้ป่วยมีโอกาสประสบความสำเร็จและให้กำลังใจเช่น สนับสนุน ให้เข้าร่วมกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ ร่วมประดิษฐ์ดอกมะลิเนื่องในวันแม่แห่งชาติ เพื่อจำหน่าย นำเงินมาช่วยมูลนิธิโรงพยาบาลต่างๆ หรือจัดให้เข้ากลุ่มกิจกรรมแลกเปลี่ยนแนวทางแก้ปัญหาที่เคยประสบความสำเร็จที่ผ่านมา เพื่อเป็นแนวทางในการนำไปปรับใช้ให้กับผู้ป่วยรายอื่นๆ จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่าในตนเอง และนำมาซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

**3.2 แผนระยะยาว** มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และเน้นการดำรงชีวิตที่เหมาะสมในอนาคต การวางแผนระยะยาวมุ่งเน้นการพัฒนาผู้ป่วยดังนี้

**วัตถุประสงค์**

1. ผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาและควบคุมสถานการณ์ชีวิตตนเอง

**กิจกรรมการพยาบาล :** มุ่งเน้นการพัฒนาคุณค่าในตนเอง สนับสนุนความสามารถในการทำงาน การเผชิญปัญหา และการปรับตัวในครอบครัวและสังคม ดังนี้

1) ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมและตัดสินใจในการกำหนดเป้าหมายการพยาบาล พยาบาลสนับสนุนการพูดและขยายความรู้เกี่ยวกับความสามารถในการควบคุมดูแลตนเองของผู้ป่วย

2) สนับสนุนเป้าหมายในทางบวกของผู้ป่วยที่เป็นไปได้และกระตุ้นให้ฝึกปฏิบัติ

2. ผู้ป่วยพูดถึงสิ่งที่จะสนับสนุนการบรรลุเป้าหมาย และความพึงพอใจของตน

**กิจกรรมการพยาบาล :** เน้นการส่งเสริมความรู้สึกพึงพอใจในตนเองและคุณค่าแห่งตน ดังนี้

1) การยอมรับและไม่ตำหนิเมื่อผู้ป่วยระบายนามณ์โกรธ

2) สนับสนุนให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญปัญหาและการสูญเสีย

3) กระตุ้นให้ผู้ป่วยแสวงหาสิ่งสนับสนุนในการจัดการกับสภาพปัญหาของตน เช่น การยึดมั่นหลักการทางศาสนา เป็นต้น

4) กระตุ้นผู้ป่วยให้อภิปรายแนวปฏิบัติที่สามารถแสวงหาได้โดยพยาบาลร่วมพิจารณาสนับสนุนแนวคิดที่เหมาะสม

5) สร้างความมั่นใจแก่ผู้ป่วยว่าผู้ป่วยไม่ต้องอยู่คนเดียว เมื่อรู้สึกวุ่นวายตัวก็ยังมีแหล่งที่สามารถช่วยเหลือได้

6) พยายามสร้างความมั่นใจและสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถใช้แหล่งบริการในชุมชนอย่างเหมาะสม

**3.3 ผลลัพธ์ของการพยาบาล หรือเกณฑ์การประเมินผล** ในการวางแผนการพยาบาล จะกำหนดวัตถุประสงค์ของกิจกรรมการพยาบาลไว้ในการกำหนดกิจกรรมการพยาบาล จะมุ่งประเมินผลลัพธ์ของการพยาบาลที่พฤติกรรมต่างๆ เช่น

1. ผู้ป่วยไม่มีส่วนใดส่วนหนึ่งในร่างกายได้รับอันตรายจากการคิดทำร้ายตนเอง มีความปลอดภัยในชีวิต

2. ผู้ป่วยอภิปรายถึงการสูญเสียกับบุคคลากรและครอบครัว

3. ผู้ป่วยไม่มีความคิดซ้ำเรื่องอยู่กับที่ในเรื่องการสูญเสีย

4. ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายที่เป็นไปได้กับตนเอง

5. ผู้ป่วยพยายามปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ

6. ผู้ป่วยควบคุมตนเองในสถานการณ์ต่างๆ

7. ผู้ป่วยระบายความรู้สึกพึงพอใจ

8. ผู้ป่วยพอใจในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น



9. ผู้ป่วยสามารถรับรู้ความจริงได้

10. ผู้ป่วยแก้ปัญหาได้

11. ผู้ป่วยนอนหลับได้ 6-8 ชั่วโมง/คืน

1.2 ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ ไม่มีอาการขาดอาหาร

1.3 ผู้ป่วยอาบน้ำ ทำความสะอาดผม และแต่งกายสะอาดโดยไม่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ

#### 4. การปฏิบัติการพยาบาล

การปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วย เน้นหลักการที่สำคัญ ดังนี้

1. การป้องกันอันตราย ผู้ป่วยอารมณ์เศร้า มีแนวโน้มในการทำร้ายตนเองสูง ทั้งในภาวะรู้ตัวและไม่รู้ตัว พยาบาลต้องดูแลใกล้ชิด จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบปลอดภัยจากสิ่งของที่ผู้ป่วยจะใช้เป็นอาวุธ จัดบุคลากรดูแลให้อยู่ในสายตา

2. การใช้เทคนิคการสื่อสาร และสร้างสัมพันธภาพติดต่อกับผู้ป่วยรายบุคคล สร้างความไว้วางใจ แสดงความเห็นใจ เข้าใจ กระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยระบายความคับข้องใจ

3. การสอนผู้ป่วย ใช้เทคนิคการสอนรูปแบบต่างๆ เช่น การสอนการปรับตัวยุติปัญหา การปรับตัวในสังคม การพัฒนาพฤติกรรมกล้าแสดงออก การฝึกการคลายเครียด รวมถึงการสอนทักษะการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

4. การให้คำปรึกษา เน้นการให้คำปรึกษา การปรับตัว การเผชิญปัญหา และการแก้ปัญหาต่างๆ ทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการดำเนินชีวิตในสังคม

5. การพัฒนาพฤติกรรมที่เหมาะสม การฝึกพฤติกรรมที่เหมาะสม การฝึกและฟื้นฟูทักษะการดำรงชีวิตในสังคม การให้ข้อมูลย้อนกลับที่เหมาะสม

6. การแนะนำแหล่งบริการที่สะดวกสำหรับผู้ป่วย และครอบครัวเมื่อมีปัญหาเช่นสายด่วน online

7. การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาต้านอาการตามแผนการรักษา ยารักษาอาการทางจิตและยาต้านอาการเศร้าทุกประเภทนอกจากจะให้ผลในด้านการรักษาแล้ว ยังมีผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ เช่น ปากแห้ง คอแห้งกระหายน้ำ ความดันโลหิตต่ำ อาการไม่สุขสบายที่เกิดจากยาจะทำให้ผู้ป่วยไม่ร่วมซื้อในการรักษา ผู้ป่วยอาจจะบอกว่าหน้ามืดจะเป็นลมหลังได้รับยา ซึ่งเป็นผลจากความดันโลหิตต่ำจากยาตัวอย่างชื่อ ยาที่นิยมใช้รักษา คือ Sertraline (Zoloft) Imipramine (Tofranil) Phenelzine (Nardil) Fluoxetine (Prozac) Amitriptyline (Tryptanol) ผลข้างเคียงที่สำคัญ เช่น ยาในกลุ่ม Tricyclic Antidepressant (Imipramine Amitriptyline) ควรระวังในการใช้กับผู้ป่วยที่มีประวัติการแพ้ยาในกลุ่มนี้ ผู้ป่วยโรคต่อหิน ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะหัวใจล้มเหลว และหญิงมีครรภ์ หรืออยู่ในระหว่างให้นมบุตร ยากลุ่ม SSRIs (Fluoxetine Sertraline) จะมีผลทำให้การทำงานของ Serotonin เพิ่มขึ้นเกินกว่าปกติซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการกระวนกระวาย ตื่นเต้น ม่านตาขยาย หัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอ ความดันโลหิตสูง เหงื่อออกมาก ปวดท้อง มีไข้สูง กล้ามเนื้อกระตุก ชักและเสียชีวิตได้ ยากลุ่ม MAOIs (Phenelzine) มีข้อควรระมัดระวังในการรับประทานอาหารที่มี Tyramine เช่น เนยแข็ง อาหารที่มีส่วนผสมของยีสต์สูง จะมีผลทำให้เกิดความดันโลหิตสูง (hypertensive crisis) ผู้ป่วยจะมีอาการปวดศีรษะอย่างแรง อาเจียน ตัวร้อน เจ็บหน้าอก นอกจากนั้นยาบางกลุ่ม ก็มีข้อควรระวังในการใช้ร่วมกัน ที่พยาบาลควรใส่ใจในรายละเอียดของผู้ป่วยแต่ละราย





## 5. การประเมินผลการพยาบาล

การประเมินผลการพยาบาล เป็นการพิจารณาถึงความสำเร็จของการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ได้ดำเนินไปแล้วว่าได้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้เพียงใด การปรับผลการพยาบาลอาศัยการรวบรวมข้อมูลโดยการใช้คำถาม เพื่อประเมินสถานการณ์ดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยยังมีอันตรายที่พึงหลีกเลี่ยงอีกหรือไม่
2. ผู้ป่วยยังมีความคิดร้ายตนเองอีกหรือไม่
3. ผู้ป่วยรู้จักที่จะแสวงหาแหล่งช่วยเหลือนอกโรงพยาบาลอีกไหม เมื่อเกิดความรู้สึกคิดทำร้ายตนเอง
4. ผู้ป่วยได้อธิบายเรื่องการสูญเสียของตากับบุคลากรและบุคคลในครอบครัวบ้างหรือไม่
5. ผู้ป่วยได้พูดถึงความรู้สึกและพฤติกรรมของคนที่เกิดขึ้นเมื่อมีอาการเศร้าหรือไม่
6. ผู้ป่วยยังมีความคิดซ้ำๆ ในเรื่องของการสูญเสียอยู่อีกหรือไม่
7. ความโกรธจากการสูญเสียของผู้ป่วยได้มีการระบายออกอย่างเหมาะสมหรือไม่
8. ผู้ป่วยสามารถกำหนดเป้าหมายของตนเองที่เป็นไปได้หรือไม่
9. ผู้ป่วยสามารถพูดถึงตนเองในทางบวกทั้งอดีต ปัจจุบันและอนาคตได้หรือไม่
10. ผู้ป่วยสามารถบอกถึงเหตุการณ์ในชีวิตที่จะควบคุมได้หรือไม่
11. ผู้ป่วยสามารถร่วมในกิจกรรม เช่น กิจกรรมทางศาสนา และพึงใจในสิ่งสนับสนุนเหล่านั้นเพียงใด
12. ผู้ป่วยพยายามมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นอย่างเหมาะสมหรือไม่
13. ผู้ป่วยอยู่ในความเป็นจริง และไม่มีอาการหลงผิดหรือไม่

14. ผู้ป่วยมีสมาธิและตัดสินใจในการดูแลตนเองได้ดีเพียงใด

15. ผู้ป่วยเลือกและบริโภคอาหารที่มีคุณค่าอย่างพอเพียงหรือไม่

16. ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนและตื่นนอนได้เป็นปกติ

17. ผู้ป่วยแสดงให้เห็นถึงการปรับตัวที่ดีด้านสุขอนามัย และการมองชีวิตในทางบวกหรือไม่เพียงใด

18. ผู้ป่วยยังบ่นเกี่ยวกับปัญหาการทางร่างกายอีกบ้างหรือไม่

ผลที่ได้จากการประเมินผล พยาบาลสามารถนำมาสรุปประเมินการให้การพยาบาลว่าบรรลุวัตถุประสงค์เพียงใด ตามเกณฑ์การประเมินผลที่ตั้งไว้หรือไม่ เพื่อหาปัญหาใดสามารถให้การพยาบาลแก้ไขได้ ปัญหาใดยังคงต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง ปัญหาใดมีหมดไปในระยะสั้นแต่อาจเกิดขึ้นได้อีก จึงต้องวางแผนในระยะยาว เพื่อป้องกันปัญหาที่อาจตามมา เพราะความคิด ความรู้สึก ที่นำมาซึ่งความเจ็บป่วยทางอารมณ์อย่างโรคซึมเศร้า ประเมินได้จากการพูดคุยซักถาม และการสังเกต ร่วมกันทั้งจากพยาบาลและญาติที่ใกล้ชิดผู้ป่วย

## พิจารณา

การพยาบาลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าต้องใช้กระบวนการพยาบาล ซึ่งประกอบไปด้วย การประเมินสภาพผู้ป่วย การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งต้องมีความรู้และทักษะในทุกๆด้าน จะทำให้วัยรุ่นได้รับการพยาบาลที่ดี ป้องกันความเสี่ยงที่รุนแรงของภาวะซึมเศร้าที่อาจเกิดขึ้น คือการฆ่าตัวตายซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่มีความใคร่อยากให้เกิด พยาบาลอาจประเมินผลการพยาบาลโดยพิจารณาจากปฏิกิริยาของผู้ป่วยหลังจากได้รับการ



พยาบาลตามข้อวินิจฉัยต่างๆ ซึ่งได้แก่ ผู้ป่วยไม่ทำ  
อันตรายตนเอง อารมณ์ซึมเศร้าและวิตกกังวลลดลง  
มองโลกในแง่ดีมากขึ้น ความรู้สึกมีคุณค่าของตัวเองสูง  
ขึ้น สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ โดยไม่ต้องกระตุ้น

ไม่เกิดอุบัติเหตุ หกล้ม หรือได้รับอันตรายเนื่องจาก  
อาการข้างเคียงของยา ไม่มีอาการข้างเคียงของยา  
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองดีขึ้น รวมถึงสามารถปฏิบัติ  
กิจวัตรประจำวันได้เหมาะสมกับช่วงวัย

## เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (2552). ผลจากการสำรวจภาวะบาดวิद्याโรคทางจิตเวชในคนไทยการศึกษาระดับชาติปี 2551. *หนังสือ*

*แนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). อุบลราชธานี: ศิริธรรม ออฟเซ็ท. 1-101.

กรมสุขภาพจิต. (2551). *สถิติโรคซึมเศร้า*. วันที่ค้นข้อมูล 27 มกราคม 2558, เข้าถึงได้จาก <http://www.snm.moph.go.th>

จุฑามาศ วังทะพันธ์. (2551). ผลการช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในภาวะวิกฤตทางอารมณ์. *ยโศภนศาสตร์*, 10(1), 288.

เจษฎา ทองแก้ว และคณะ. (2552). ความชุกของภาวะซึมเศร้าในพยาบาลของโรงพยาบาลศรีนครินทร์. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 54(1), 35-37.

ธรรณิทร์ กองสุข และคณะ. (2551). *ความชุกของโรคซึมเศร้าในคนไทย : การศึกษาระดับชาติ ปี 2551*. เอกสารระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในประเทศไทย.

พจนนา เปลี่ยนเกิด. (2552). *ปัจจัยทำนายความเครียดของทหารที่ปฏิบัติงานในกองอำนวยการ จังหวัดนราธิวาส*.

วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยา การปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

มณฑา โชคชัยไพศาล, ประภาพร สังข์ประไพ, สุนทรี เรือนตระกูล และมยุศรี กลีบโกมุต. (2553). เทคนิคการใช้ CBT สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่เขตตรวจราชการที่ 9. นครสวรรค์: ศูนย์สุขภาพจิตที่ 3.

มานิช หล่อตระกูล (2558). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ : คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนนิชัย. (2558). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ 4*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี.

วีระชัย เตชะนิตติชัย. (2551). *การบำบัดโดยวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยในโครงการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสิมาราชนครินทร์*. การศึกษาอิสระ ปริญญามหาบัณฑิตสาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ศุภชัย ตู่กลาง, อรรถพร ทองแดง, อิศักดิ์ สาตรา และสุชีรา ภัทรายุตวรรตน์. (2555). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนวัยรุ่นตอนต้นในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา จังหวัดสมุทรสาคร. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 57(3), 283-294.

สมภาพ รื่องตระกูล. (2556). *ตาราจิตเวชศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 10) กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

สายฝน เอกวางกูร. (2554). *รู้จัก เข้าใจ ดูแล ภาวะซึมเศร้า*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: บริษัท ส.เอเซียเพรส, 1-36.

สุธิกาญจน์ ไชยลาภ. (2548). ภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการวิจัยและบทบาทของพยาบาล. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 6(2) :63-76.

สุพัตรา จันทรสุวรรณ, สุนทรี่ มะชาตย์, ปวีดา โพธิ์ทอง. (2555). การใช้แผนผังความคิดในการฝึกวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิต. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 13(3) :81-89.



## เอกสารอ้างอิง

- สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว. (2554). *การพยาบาลจิตเวช = Psychiatric nursing* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- อรรวรรณ จุลวงษ์, พงนา เปลี่ยนเกิด, สมพิศ เกิดศิริ, อัญธิดา สระแก้ว. (2556). การสร้างเครื่องมือวัดสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชของนักเรียนพยาบาลกองทัพบก. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 14(3) :50-58.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for ASEBA school-age forms & profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families Beck, J. S. (2011). *Cognitive therapy: Basics and beyond (2nd ed.)*. New York: Guilford.
- Caspi, A., & Shiner, R. L. (2006). Personality development. In N. Eisenberg, W. Damon, & E. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology: Vol. 3. Social, emotional, and personality development*. (6<sup>th</sup> ed., pp. 300–365). Hoboken, NJ: Wiley.
- Erikson, E.H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. New York: W.W. Norton.
- Garcia C. (2010). Conceptualization and measurement of coping during adolescence: a review of the literature. *NursScholarsh*. Jun;42(2):166-85.
- Jacobs RH, Reinecke MA, Gollan JK, Kane P. (2008). Empirical evidence of cognitive vulnerability for depression among children and adolescents: A cognitive science and developmental perspective. *Clinical Psychology*, 28 :759-782.
- Klein DN, Shankman SA, Lewinsohn PM, Seeley JR. (2009). Subthreshold depressive disorder in adolescents: Predictors of escalation to full syndrome depressive disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48:703–710
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Seeley, J. R., Klein, D. N., & Gotlib, I. H. (2003). Psychosocial functioning of young adults who have experienced and recovered from major depressive disorder during adolescence. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 353-363.
- Santrock, J. W. (2014). *Adolescence*. New York: McGraw-Hill Education.
- Seeley J, Stice E, Rohde P. Screening for depression prevention: Identifying adolescent girls at high risk for future depression. (2001). *Journal of Abnormal Psychology*, 118:161–170.
- Steinberg, L., & Morris, A. S. (2001). Adolescent development. *Annual Review of Psychology*, 52, 83-110.
- Vaccaro, E. M. (2002). *Foundation of psychiatric mental health nursing (4th ed.)*. Philadelphia: W.B. Saunders.



# การพัฒนาจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ กับนักศึกษาพยาบาล Generation Z The Humanize health care development in Generation Z Nursing Students

พัทธวรรณ ชูเลิศ  
บุษตา สุชาติ  
มนัสชนก ภูพานิชย์  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีรัมย์

## บทคัดย่อ

การพัฒนา นักศึกษาพยาบาลให้มีจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์เป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากสังคมคาดหวังให้วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ต้องให้การดูแลแบบองค์รวมอย่างเท่าเทียม นักศึกษาพยาบาลในยุคปัจจุบันเป็นผู้ที่เกิดในค.ศ. 1995- 2000 ที่จึงเรียกว่า Generation Z นั้น เติบโตมาพร้อมกับเทคโนโลยี เทคโนโลยีจึงกลายเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมการดำรงอยู่ของคนกลุ่มนี้และในเวลาก่อนยุคเทคโนโลยี จนสูญเสียความสามารถในการมีมนุษย์สัมพันธ์กับผู้อื่น และการทำงานเป็นทีม ดังนั้น การพัฒนา นักศึกษาพยาบาล Generation Z ให้มีจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์จึงเป็นสิ่งที่ท้าทายสำหรับสถาบันศึกษาด้านพยาบาล บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับคุณสมบัติของนักศึกษาที่อยู่ใน Generation Z และกระบวนการพัฒนาจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์สำหรับนักศึกษาพยาบาลประกอบด้วย 6 ขั้นตอนสำคัญได้แก่ 1) การปลูกฝังนักศึกษาให้ตระหนักถึงความสำคัญของจิตบริการ 2) การสร้างจิตสำนึกสาธารณะโดยให้มีกิจกรรมที่ให้การช่วยเหลือและเป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม 3) การเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกาย จิตใจ ความรู้และการติดต่อสื่อสาร

4) การสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง 5) การเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง 6) การให้นักศึกษาได้เรียนรู้จากสภาพจริงและกระบวนการสะท้อนคิด

**คำสำคัญ :** จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ นักศึกษาพยาบาล Generation Z

## Abstract:

Nursing student development in humanize health care is especially. Because the society expected that nursing is a profession providing a holistic care for all clients equally. Currently, nursing student are persons who were born 1995 -2000 name is Generation Z, growing with technology, technology become a pass of there the culture. They spend time with technology until losing there ability in human relationship and work as a team. Therefore the development for Generation Z student be able to provide humanize health care will be a challenge for nursing institute. This article promote understanding about Generation Z students characteristics and present the process of humanize health care





development for nursing student, with include 6 steps as following : 1) Making nursing student real life significant of a humanize health care. 2) Building a public consciousness with activities a supportive and productive the society. 3) Preparation of body, mind, knowledge and communication. 4) Building self-confidence. 5) Participatory in activities continuing. 6) Learning in real situations and using reflection.

**Keyword :** Humanize health care, Generation Z, Nursing Students

## บทนำ

การผลิตบัณฑิตพยาบาลที่มีมาตรฐาน ให้เป็น คนที่มีความสมบูรณ์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สติปัญญา นั่นคือ การพยาบาลด้วยจิตที่เมตตา เอื้ออาทร ดูแล ผู้รับบริการบนพื้นฐานแนวคิดของจิตบริการด้วย หัวใจความเป็นมนุษย์ (humanized health care) (สงศรีกิตติรักษ์ตระกูล,2554) ซึ่งจะสอดคล้องกับ มาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาล ศาสตร์ ที่ต้องการคุณลักษณะบัณฑิตที่ประสงค์ คือมี คุณธรรมจริยธรรมเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็น มนุษย์มีความรับผิดชอบและมีความเอื้ออาทรแต่ นักศึกษาพยาบาล ในยุคปัจจุบัน คือเด็กเกิดในปี 1995 ถึง 2009 หรือเป็นนักศึกษาพยาบาล Generation Z ที่มีอายุประมาณ 18- 22 ปี ที่เติบโต มาพร้อมกับเทคโนโลยีและอุปกรณ์อำนวยความสะดวก ให้ความบันเทิงกับเทคโนโลยีมากกว่าจิตใจมนุษย์ ฉะนั้น การพัฒนาจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ จึงต้องมีแนวทางให้สอดคล้องกับบริบทของนักศึกษา พยาบาลในยุคปัจจุบัน ซึ่งบทความนี้จะอธิบายเกี่ยวกับ นิยามและลักษณะของนักศึกษาพยาบาล Generation Z นิยามของจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ แนวทางและกระบวนการสร้างจิตบริการด้วยหัวใจความ เป็นมนุษย์ เพื่อที่อาจารย์ผู้สอนจะสามารถนำไปปรับใช้ กับนักศึกษาพยาบาลได้อย่างเหมาะสมต่อไป

## นิยาม Generation Z

มีนักวิชาการทั้งชาวไทยและต่างประเทศได้ให้ นิยามของ Generation Z ไว้หลากหลายดังนี้

Palley (2012) ได้ให้นิยาม Generation Z ไว้ว่าเป็นเจนเนอเรชั่นด้อยประสบการณ์ที่เกิดหลังปี ค.ศ. 1995 มีความเชี่ยวชาญในการใช้เทคโนโลยีอย่างแท้จริง มีความเป็นเลิศทางเทคโนโลยี (Tech Savvy) (McQueen,2011) โดมากับความก้าวหน้าทางการ สื่อสารและเทคโนโลยีสื่อต่างๆ ไม่ว่าจะเป็น อินเทอร์เน็ต การส่งข้อความผ่านทางจอมือถือ สมาร์ท โฟนและแท็บเล็ต ปรารถนาจากช่วงชีวิตของโทรศัพท์บ้าน หรือการเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตแบบดั้งเดิม แยกไม่ออก ระหว่างโลกออนไลน์กับโลกแห่งความเป็นจริง เพราะ อุปกรณ์เคลื่อนที่ที่จะเชื่อมต่อพวกเขาเข้ากับโลกไว้ ตลอดเวลา สิ่งเหล่านี้จะสร้างระบบความคิดที่มีลักษณะ เฉพาะต่อง่ายเฉพาะอย่างยิ่งการเข้าถึงข้อมูล เพราะ เด็กวัยนี้ถูกเลี้ยงดูมากับอุปกรณ์สมัยใหม่ ในบางครั้ง กลุ่มคนในเจนเนอเรชั่นนี้จะถูกเรียกว่า Generation Wii, iGeneration, Gen Tech, Digital Natives, NetGen และ Facebook Generation (Lee, 2013 ,Pornphanh ,2016)

Sladek and Grabinger (2014) กล่าวว่า Generation Z เป็นกลุ่มคนที่เกิดในช่วงระหว่างปี ค.ศ. 1996 ถึง 2009 Generation Z ถูกกำหนดขึ้นด้วย ตัวอักษรภาษาอังกฤษตัวสุดท้ายเพราะการมาถึงของ พวกเขาเป็นสัญลักษณ์ของจุดสิ้นสุดของการถูกกำหนด บทบาท ขนบธรรมเนียม และประสบการณ์ที่ชัดเจน ไม่ว่าจะเป็นการแสดงออก การคิด และการทำงานที่ แตกต่างไปจากคนในเจนเนอเรชั่นก่อน Generation Z ถูกหล่อหลอมมาด้วยวิกฤตต่างๆ ที่เกิดขึ้น มาในช่วงวัย ของพวกเขา อาทิ การเกิดขึ้นของการระดมยิงใน โรงเรียน อุณหภูมิโลกที่เปลี่ยนแปลง การก่อการร้าย และความแตกต่างของเศรษฐกิจครั้งใหญ่ วิกฤตการณ์ เหล่านี้ได้ทำให้เด็ก Generation Z มีความระมัดระวัง และเน้นการปฏิบัติมากกว่าเจนเนอเรชั่นก่อน แต่พวกเขาก็เต็มเปี่ยมไปด้วยแรงบันดาลใจที่อยากเปลี่ยนแปลง โลกนี้



จิราภรณ์ อรุณากูร (2557) กล่าวว่า “เด็กยุค Generation Z” มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ กล้าแสดงออกดีมาก ฉลาดรอบรู้เพราะพวกเขาโตมาด้วยความรู้รอบด้าน สามารถค้นหาข้อมูลบนโลกอินเทอร์เน็ตได้อย่างอิสระ แต่ก็มีข้อเสียอยู่บ้างคือ อาจจะมีโลกส่วนตัวสูง นึกถึงแต่เรื่องของตัวเองเพราะการติตโซเชียลทำให้ไม่ออกไปทำกิจกรรมนอกบ้าน จนถูกเรียกอีกอย่างว่าเป็นเด็ก Gen Me (เจนเนเรชั่นมี)

McQueen (2011) ได้กล่าวถึงลักษณะของ Generation Z นอกจากจากที่กล่าวมาข้างต้น ว่า

1. การเป็นผู้ใหญ่ก่อนกำหนด (Prematurely mature) เด็ก Generation Z มีการเปิดรับมากขึ้น มีประสบการณ์มากขึ้น และมีการทดลองที่มากกว่าเด็กวัยเดียวกันในเจนเนเรชั่นก่อน ภาวะเริ่มเจริญพันธุ์ก่อนวัยราว 1-2 ปี

2. การถูกเอาใจ (Pampered) เด็ก Generation Z มีจำนวนพี่น้องน้อยกว่าเด็กในเจนเนเรชั่นก่อนเพราะการหดตัวของขนาดครอบครัวที่กว่า 60% จะมีบุตรเพียง 2 คนหรือน้อยกว่านั้น จึงทำให้ความสนใจ ความรักใคร่ และเงินทองถูกใช้หมดไปกับเด็กในเจนเนเรชั่นนี้อย่างไม่เคยมีมาก่อน ฉะนั้น การประนีประนอม ความเป็นทีม และการแบ่งปัน จะถูกมองว่าไม่ใช่วิสัยของเด็ก Generation Z

3. มีอำนาจ (Empowered) เด็ก Generation Z มักถูกเรียกว่า “ประชาชนตัวน้อย” เพราะเด็กในวัยนี้ถูกมองว่าเป็นผู้ใหญ่ย่อส่วนที่ได้รับการคาดหวังว่าจะมีความสามารถในการตัดสินใจ การควบคุมตนเอง และความสามารถในการใช้เหตุผลในระดับเดียวกับผู้ใหญ่

4. ไม่ชอบเสี่ยง (Risk averse) เด็ก Generation Z เติบโตขึ้นมาในยุคที่ความเสี่ยงเป็นสิ่งที่ยอมรับไม่ได้ “การไม่สนอะไรทั้งสิ้น (Throwing caution to the wind)” ถูกมองว่าเป็นการไม่เอาใจใส่ ซึ่งในปัจจุบัน ความเสี่ยงถูกมองว่าเป็นหนทางนำไปสู่ความล้มเหลว อันตราย ความผิดหวัง และภัยคุกคามแทนที่จะถูกมองว่าเป็นส่วนที่จำเป็นต่อการใช้ชีวิตในโลกแห่งความจริง

5. ได้รับความปกป้อง (Protected) เด็ก Generation Z กำลังเติบโตขึ้นมาในสภาวะแวดล้อมที่พวกเขาได้รับการปกป้องคุ้มครองโดยพ่อแม่ที่อยู่ในเจนเนเรชั่นเอ็กซ์ ซึ่งเคยถูกเลี้ยงดูมาอย่างอิสระ

นอกจากนี้ เด็ก Generation Z ยังมีจุดอ่อนเกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับโลกแห่งความจริงหรือโลกออฟไลน์ ซึ่งส่งผลกระทบต่อเรื่องของทักษะต่างๆ ทั้งฟัง พูด อ่าน เขียน สาเหตุเป็นเพราะคนกลุ่มนั้นไม่ค่อยชินกับการใช้เวลาส่วนมากกดแป้นพิมพ์และแสดงความคิดเห็นผ่านทางพื้นที่ออนไลน์ ทำให้ทักษะพื้นฐานในเจนเนเรชั่นก่อนหน้านั้นถูกเพิกเฉย ซึ่งก็ไม่น่าจะมีปัญหาแต่อย่างใดถ้าคนในโลกเป็นคน Generation Z เหมือนกันหมด แต่ในความเป็นจริงแล้วคน Generation Z ยังคงอยู่ในสังคมกับคนอื่นหลายๆ ช่วงอายุ ดังนั้นการปรับตัวและการพัฒนาความสามารถพื้นฐานนั้นจึงมีความจำเป็นอยู่ (วิทยา ชีวรุโนทัย, 2555)

จากการศึกษาของเมทธิ ระดาบุตรและคณะ (2554) เกี่ยวกับ สมรรถนะการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก สังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า นักศึกษาชั้นปีที่ 1 มีการใช้บริการอินเทอร์เน็ต ในการสืบค้นข้อมูล มากที่สุดและนักศึกษาชั้นปีที่ 3 มีการใช้บริการอินเทอร์เน็ตในการส่งจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (e-mail) มากที่สุด ระดับความสามารถในการใช้คอมพิวเตอร์ เฉพาะโปรแกรมสำเร็จรูป Microsoft Windows , Microsoft Word และ Microsoft Power point มีระดับความสามารถในการใช้โดยรวมระดับมาก ระดับความสามารถในการใช้งานอินเทอร์เน็ตโดยรวมมีทักษะในระดับมาก ผลการวัดความรู้ความสามารถในการใช้งานคอมพิวเตอร์ พบว่านักศึกษามีค่าคะแนนเฉลี่ยเรื่องความรู้เรื่องคอมพิวเตอร์เบื้องต้นโดยรวมอยู่ในระดับมาก ความรู้เรื่องระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ตมีค่าคะแนนเฉลี่ย อยู่ในระดับมากที่สุด

ที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า เด็กยุค Generation Z จะมีความรู้สึกว่าตัวเองพิเศษยิ่งกว่า และเชื่อมั่นยิ่งกว่า อะไร ๆ ก็ต้องให้ได้เดี๋ยวนั้น ชีวิตมีเทคโนโลยีมา



เป็นส่วนสำคัญ เป็นเด็กมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ กล้าแสดงออกดีมาก ฉลาดรอบรู้เพราะพวกเขาโตมากับความรู้รอบด้าน สามารถค้นหาข้อมูลบนโลกอินเทอร์เน็ตได้อย่างอิสระ แต่ก็มีความเสี่ยงอยู่บ้างคืออาจจะมีโลกส่วนตัวสูง นึกถึงแต่เรื่องของตัวเองเพราะการติดสื่อสังคมออนไลน์ที่ทำให้ไม่ออกไปทำกิจกรรมนอกบ้าน พวกเขามักจะไม่เชื่อในสิ่งที่สังคมมองว่าเป็นเรื่องปกติ จนทำให้บางครั้งก็อาจใช้ชีวิตในแบบไม่ถูกต้อง ฉะนั้นการจะพัฒนาจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในเด็ก Generation Z หรือนักศึกษาพยาบาล Generation Z ต้องเข้าใจธรรมชาติของเด็กก็จะสามารถพัฒนาให้เกิดจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ได้ไม่ยาก

#### ลักษณะของนักศึกษาพยาบาล Generation Z

ลักษณะของนักศึกษาพยาบาล Generation Z ไม่มีนักวิชาการท่านใด กล่าวไว้อย่างชัดเจน แต่จากนิยามข้างต้นจะเห็นได้ว่า Generation Z คือช่วงอายุประมาณ 18-22 ปี ซึ่งเป็นช่วงอายุของนักศึกษาในระดับอุดมศึกษา ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรีสาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2552 ได้กำหนดคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์หลักๆ ซึ่งนอกจากความรู้ความสามารถทางการพยาบาลและศาสตร์ที่เกี่ยวข้องแล้ว ยังต้องมีคุณธรรม จริยธรรม เคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ มีความซื่อสัตย์สุจริต มีความซื่อสัตย์สุจริต มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี ถ้าอาจารย์ผู้สอนพัฒนาให้นักศึกษาพยาบาลให้มีจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

Sladek and Grabinger (2014) ได้รวบรวมปัจจัยที่ช่วยสร้างการมีส่วนร่วมของเด็ก Generation Z เพื่อเป็นแนวทางในการที่จะพัฒนาจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในนักศึกษาพยาบาล Generation Z

1. สร้างตัวตนบนโลกดิจิทัล เพราะ Generation Z ไม่เห็นความแตกต่างของโลกจริงกับโลกเสมือน หากสิ่งที่ไม่ใช่ตัวตนบนโลกออนไลน์ก็ไม่มีตัวตนบนโลกความเป็นจริงของเด็ก Generation Z เช่นกัน

2. ให้เสียงกับพวกเขา เด็กเหล่านี้ต้องการและคาดหวังว่าจะมีคนได้ยินเสียงของพวกเขา เพราะเด็กพวกนี้ต้องการการมีส่วนร่วมและมีความตระหนัก แต่พวกเขาถูกเพิกเฉย พวกเขาจึงต้องการสถานที่ที่พวกเขาสามารถเข้าร่วมกับผู้ใหญ่ และความเห็นของพวกเขาจะมีผู้รับฟังและพิจารณา รวมไปถึงช่วยสร้างความแตกต่าง การอนุญาตให้เข้าร่วมโครงการต่างๆ จะช่วยสร้างความภักดีและยอมรับจาก Generation Z

3. สร้างข้อตกลงของชุมชน Generation Z มีแรงบันดาลใจและมีทักษะที่สามารถเปลี่ยนแปลงโลก พวกเขารักกับบุคคลที่ใส่ใจ ความตั้งใจ ผลกระทบ สร้างความเข้าใจ และสนับสนุนพวกเขาในการสร้างความแตกต่าง

4. สร้างโอกาสมีส่วนร่วมผ่านมือถือ การตลาดแบบดั้งเดิมไม่สอดคล้องมาถึง Generation นี้ได้ เพราะพวกเขาจะไม่สนใจลงมือลงมือจากโทรศัพท์มือถือ

5. เสนอตารางเวลาที่ยืดหยุ่น เพราะวิถีชีวิตของพวกเขาไม่ได้เพื่อการเรียนหรือทำงานตามตารางเวลา

6. มอบโครงสร้างให้ แม้พวกเขาจะมีอิสระในการทำงาน แต่พวกเขาต้องการทราบว่ากำลังทำอะไรให้กับสิ่งใด การแข่งขันที่รุนแรง พ่อแม่ที่ตามใจลูก ระบบการเรียนในโรงเรียนจะขัดเกลากับเด็กเหล่านี้ มีโครงสร้าง สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพเมื่อรับรู้เป้าหมายของการทำงาน

7. ให้ผลตอบแทน การเติบโตมากับวิดีโอเกมและของเล่นที่รายงานผลให้เขาทราบทุกครั้งที่เขาเล่นเกมจบ ทำให้พวกเขาเคยชินและคาดหวังกับการได้รับผลตอบแทนทันที ไม่ใช่เพราะพวกเขาเป็นกลุ่มคนที่เอาตนเองเป็นศูนย์กลาง แต่เป็นเพราะพวกเขาต้องการไปถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ พวกเขาต้องการทราบว่าสิ่งใดที่ทำแล้วดี สิ่งใดที่ทำแล้วไม่ดี จะทำสิ่งใดเพื่อให้ได้ผลงานที่ดีกว่า

8. การสร้างการทำงานเป็นทีม Generation Z ใช้เวลาเกือบทั้งหมดของชีวิตไปกับการให้ความร่วมมือ พวกเขาให้ความคิดเห็นกับครอบครัว เพื่อนและคนแปลกหน้าในโลกอินเทอร์เน็ต เมื่อพวกเขาต้องการความช่วยเหลือพวกเขาจะเข้าไปสู่สังคมในโลกออนไลน์ของตน





9. ลงทุนในพฤติกรรมการสอน Generation Z ขาดทักษะด้านการสื่อสารระหว่างบุคคล แต่พวกเขาไม่ใช่คนเกียจคร้านในการเรียนรู้ พวกเขาเพียงไม่เห็นความจำเป็นในทักษะนี้ในชีวิต พวกเขาจึงต้องการการชี้แนะในทักษะการบริการและการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเพื่อที่จะต่อต้านธรรมชาติของพวกเขาที่มีแนวโน้มจะพึ่งพาเทคโนโลยีทุกอย่าง โดยวิธีที่ดีที่สุดคือการจับคู่ที่เลี้ยงให้กับ Generation Z ความเป็นที่เลี้ยงจะเชื่อมช่องว่างระหว่างวัยและเกิดการเรียนรู้กันและกัน

จากปัจจัยดังกล่าว อาจารย์ผู้สอนต้องนำมาปรับให้สอดคล้องกับแนวทางและกระบวนการพัฒนาจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ที่พัฒนาให้เกิดในนักศึกษาพยาบาล Generation Z

### จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์เป็นสิ่งที่ต้องอาศัยการหล่อหลอมและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เริ่มตั้งแต่ที่ตัวบุคคลที่จะแสดงให้เห็นถึงการมีจิตบริการที่ได้รับการปลูกฝังจนเกิดเป็นนิสัยและแสดงออกมาด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ซึ่งมีนักวิชาการได้ให้ความหมายของจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ไว้ดังนี้

มกราพันธ์ จุฑารส (2553) กล่าวถึง จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (Humanize health care) ว่าเป็น จิตบริการที่เน้นจิตแห่งความเมตตา เอื้ออาทร โดยเฉพาะในระบบสุขภาพไทย เป็นระบบบริการสุขภาพที่เน้นความเป็นองค์รวม คือการดูแลทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ เพื่อบำบัดทุกข์และบำรุงสุขแก่ผู้เจ็บป่วยและประชาชนทั่วไป จำเป็นต้องอาศัยองค์ความรู้ทางวิชาการ/วิชาชีพ เทคโนโลยีที่เหมาะสมโดยเฉพาะต้องให้บริการเชิงมิติมนุษย์และสังคมควบคู่ไปด้วย นอกจากนี้ยังมีการกล่าวถึงการแพทย์ที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ (Humanized medicine) และการแพทย์ที่คำนึงถึงศักดิ์ศรีและคุณค่าของความเป็นมนุษย์ด้วยเช่นกัน

สังศรี กิตติรักษ์ตระกูล และคณะ (2554) กล่าวว่า จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์เป็น

พฤติกรรมของทุกคนที่อยู่ในองค์กรที่มีการดูแลเอาใจใส่ ประดุจญาติมิตร ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ก่อให้เกิดความสุขทั้ง ผู้ให้และผู้รับ โดยยึดหลักพรหมวิหาร 4 ได้แก่ เมตตา คือความปรารถนาดีต่อกันและกัน มีความห่วงใยและเอื้ออาทร กรุณา คือ การช่วยเหลือเกื้อกูลระหว่างกันและกัน มุทิตา คือ การชื่นชมยินดี ซึ่งกันและกัน การพลอยยินดี และ อุเบกขา คือ การวางใจเป็นกลางในผลของการกระทำด้วยเหตุและผล

ประเวศ ะสี (2550) กล่าวว่า จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (Humanization of care) หมายถึง การให้บริการด้วยความเอาใจใส่ดุจญาติมิตรของเรา อย่างเป็นองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ก่อให้เกิดความสุขใจทั้งผู้ให้และผู้รับ

จากที่กล่าวมาข้างต้น พอสรุปได้ว่า จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ นั้น เป็นพฤติกรรมของคนที่แสดงถึงการดูแลเอาใจใส่ ด้วยจิตแห่งความเมตตา เอื้ออาทร ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ก่อให้เกิดความสุขใจทั้งผู้ให้และผู้รับ ซึ่งการเกิดจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์นั้น ซึ่งจากความหมายดังกล่าวจะค่อนข้างสวนทางกับเด็ก Generation Z ที่ยึดเอาตัวเองเป็นใหญ่ ฉะนั้น ต้องพิจารณาถึงองค์ประกอบของจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ว่ามีอะไรที่จะสามารถนำไปปรับหรือฝึกให้เกิดขึ้นในนักศึกษาพยาบาล Generation Z

### องค์ประกอบของจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

นักศึกษาพยาบาล Generation Z ที่จะไปเป็นพยาบาลที่มีหน้าที่ให้บริการแก่ผู้รับบริการแบบองค์รวม นั่นคือ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งการให้บริการที่ครอบคลุมต้องอาศัยใช้ศาสตร์และศิลป์ในการทำงานและกระบวนการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการบริการคือ การให้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ซึ่งมีองค์ประกอบดังนี้ (วราพร วันไชยธนวงศ์และคณะ,2551)





1. ความเห็นอกเห็นใจและปรารถนาให้เขาพ้นทุกข์ เป็นการกระทำที่แสดงให้เห็นถึงความเอาใจใส่ มองผู้รับบริการทุกคนเป็นเสมือนญาติมิตร

2. ความเข้าใจบริบทของผู้รับบริการที่มีความแตกต่างกันทางวัฒนธรรม เช่น มีการตัดสินใจแก้ปัญหา หรือเลือกวิธีการที่เหมาะสมสอดคล้องกับผู้รับบริการที่มีวัฒนธรรมความเชื่อที่แตกต่างกัน

3. การสร้างความไว้วางใจแก่ผู้รับบริการ เป็นการกระทำที่ทำให้ผู้รับบริการ เป็นการกระทำที่ทำให้ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกไว้วางใจว่าจะดูแลเขาได้อย่างดี อย่างเต็มความรู้ความสามารถและความเสมอภาค มีความเท่าเทียมกัน ไม่เลือกปฏิบัติ

4. ความมีสติ สัมผัสปัญญะคือทำงานอย่างมีสติ รู้ผิด รู้ชอบ แสดงออกถึงความสามารถในการตัดสินใจได้ว่าอะไรควร หรือไม่ควรปฏิบัติและให้การบริการที่เหมาะสมกับบริบทของผู้รับบริการแต่ละราย

5. ความมุ่งมั่น เป็นการกระทำที่แสดงถึงความตั้งใจจริง และมุ่งมั่นที่จะให้การดูแลอย่างมีคุณภาพ ด้วยความเข้าใจในความต้องการของผู้รับบริการ เข้าใจความแตกต่างระหว่างบุคคล และข้อต่อที่จะดูแล

6. ความสุขจากการให้โดยไม่หวังผลตอบแทน คือทำแล้วไม่ทุกข์ เป็นความสุข ความพึงพอใจจากการที่ได้ให้ ที่ได้ลงมือทำด้วยจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

ในการพัฒนาจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ต้องอาศัยแนวทางการพัฒนาหลายด้านๆ พร้อมๆกัน เพราะการพัฒนาตนเองให้มีจิตบริการด้วยใจความเป็นมนุษย์นั้นเป็นเรื่องละเอียดอ่อน มีความเป็นปัจเจก และเป็นมิติทางสังคม วัฒนธรรมและจิตวิญญาณ ซึ่งมีกระบวนการดังนี้

### กระบวนการสร้างจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์(มกราพันธ์ จุฑะรสก,255-)

1. การปลูกฝังให้ตระหนักถึงความสำคัญของจิตบริการ การสอนให้เห็นถึงการมีเหตุผลความจำเป็นสอนให้แบ่งปันไม่เห็นแก่ตัว สะท้อนคิดกับเด็กเชิงเหตุผล

2. การสร้างจิตสำนึกโดยให้มีกิจกรรมที่ให้การช่วยเหลือและเป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม

3. การเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกาย จิตใจ ความรู้และการติดต่อสื่อสาร ผู้ที่พร้อมจะดูแลผู้อื่นได้ดีนั้นก่อนต้องมีสภาพร่างกายและจิตใจที่เข้มแข็งก่อน เมื่อมีความพร้อมทั้งร่างกาย จิตใจ และความรู้แล้ว ก็ต้องมีการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นด้วย จึงเกิดประโยชน์สูงสุด

4. การสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง จะมีส่วนช่วยให้เกิดจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

5. การเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง การพัฒนาจิตบริการควรได้เข้าร่วมกิจกรรมที่ก่อให้เกิดจิตอาสาอย่างต่อเนื่อง

6. การให้นักศึกษาได้เรียนรู้จากสภาพจริง โดยใช้กระบวนการสะท้อนคิดในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลด้วยกันจะช่วยให้พัฒนาจิตบริการได้ดียิ่งขึ้น

จากกระบวนการสร้างจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ดังกล่าว นั้น อาจารย์ผู้สอนหรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องควรวางแผนหรือพัฒนาให้เกิดกระบวนการเหล่านี้กับนักศึกษาพยาบาล Generation Z ซึ่ง ศุภรใจ เจริญสุขและคณะ(2558) ได้ศึกษา การพัฒนาหลักสูตรสำหรับพัฒนาอาจารย์ในการจัดการศึกษาแบบบูรณาการเพื่อพัฒนากระบวนการคิด

อย่างเป็นระบบและจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในสังคมพหุวัฒนธรรม พบว่า หลักสูตรการพัฒนาอาจารย์ในการจัดการศึกษาแบบบูรณาการเพื่อพัฒนากระบวนการคิดอย่างเป็นระบบและจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้สังคมพหุวัฒนธรรม มีโครงสร้าง 4 หน่วยการเรียนรู้ ได้แก่ การคิดอย่างเป็นระบบ สนุทริยสนทนา จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ และสังคมพหุวัฒนธรรม รวม 18 ชั่วโมง และการทดสอบประสิทธิผลของหลักสูตรพบว่า คะแนนความรู้หลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $Z = 2.86$ ) และจากการสอบถามความคิดเห็นต่อการอบรมพบว่า อาจารย์ยัง



พอใจต่อหลักสูตรในระดับมากที่สุด ( $\bar{x} = 4.75$  S.D. = 0.46) เห็นว่าเป็นหลักสูตรที่บูรณาการสามารถนำไปใช้ได้ในปีบริบทที่หลากหลาย และมีความสุขในการอบรม มีอาจารย์นำไปขยายผลในการสอนและการพัฒนานักศึกษาต่อ ร้อยละ 60.71 และ ศุกร์ใจ เจริญสุขและคณะ(2559) ศึกษาเกี่ยวกับผลของการสอนที่เน้นการคิดอย่างเป็นระบบ และจิตสำนึกสาธารณะในปีบริบทของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีรัช พบว่าระดับจิตสำนึกสาธารณะของนักศึกษาพยาบาล ในภาพรวม อยู่ในระดับมากและเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนระดับจิตสำนึกสาธารณะพบว่าหลังการสอน นักศึกษาพยาบาล มีคะแนนระดับจิตสำนึกสาธารณะสูงกว่าก่อนการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05( $t = 15.03$ )

## วิจารณ์

การพัฒนาจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์สำหรับนักศึกษาพยาบาล Generation Z นั้นต้องอาศัย การมีส่วนร่วมหลายด้าน เพราะการจะเกิดจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ต้องเริ่มตั้งแต่การตระหนักถึงความสำคัญของจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ เป็นสิ่งที่ต้องเกิดขึ้นในตัวบุคคล และต้องได้รับการพัฒนาหล่อหลอมอย่างต่อเนื่อง จากประเด็นดังกล่าว ทำให้เห็นว่าการพัฒนาจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ที่เป็นรูปธรรมดังนี้

1. การพัฒนาหลักสูตรด้านการจัดการเรียนการสอน เป็นสิ่งตั้งต้นที่อาจารย์ผู้สอนจะนำเรื่องจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ไปบูรณาการกับวิชาที่สอนเพื่อให้เกิดจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์
2. อาจารย์ผู้สอนต้องทำให้ดูเป็นตัวอย่างเป็นแบบอย่างที่ดี ให้นักศึกษาได้สัมผัสถึงการมีจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์
3. รูปแบบการเรียนการสอนต้องตอบสนองความต้องการของนักศึกษา เช่น การใช้เทคโนโลยีในการช่วยสอนการแข่งขัน มีรางวัลเป็นต้น
4. การจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตรที่ส่งเสริมการมีจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ เช่น กิจกรรมจิตอาสาต่างๆสร้างกลุ่มกิจกรรมการทำความดีต่างๆ
5. นักศึกษาเองต้องตระหนักและเห็นความสำคัญของจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ซึ่งการสร้างความตระหนักนั้นคือการทำให้เห็นประโยชน์และเป้าหมายของสิ่งที่ทำ

สิ่งเหล่านี้ ตลอดระยะเวลาการศึกษาพยาบาล 4 ปี ถ้านักศึกษาพยาบาลได้รับการปลูกฝังและกระทำอย่างต่อเนื่อง คาดว่าเมื่อนักศึกษาจบการศึกษาไปเป็นพยาบาล จะให้การบริการที่เป็นประโยชน์สูงสุดแก่ผู้รับบริการ



## เอกสารอ้างอิง

- จิราภรณ์อรุณากร.(16 กันยายน 2557).พ่อแม่เลี้ยงลูกอย่างไร ใน ‘ยุค Gen Z’.สืบค้นเมื่อ 15 สิงหาคม 2559, จาก <http://www.thaihealth.or.th/Content/25728-พ่อแม่เลี้ยงลูกอย่างไร%20ใน%20ยุค%20Gen%20Z>.html.
- มกราพันธ์ จุฑารสก. (2553). *กระบวนการเรียนรู้จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ภายใต้ระบบครอบครัวเสมือน*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- มกราพันธ์ จุฑารสก. (2556). *การคิดอย่างเป็นระบบ: การประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนการสอน* (ฉบับปรับปรุง). นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
- เมทนี รัตนาบุตรและคณะ. (2554). สมรรถนะการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. *วารสารวิทยบริการ*, 22(1), 109-116.
- สงศรี กิตติรักษตระกูล และคณะ. (2554). การพัฒนารูปแบบเครือข่ายจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของวิทยาลัยสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก. *วารสารกองการพยาบาล*, 38(1):16-30.
- ประเวศ วะสี. (2550). *นโยบายและแนวทางการวิจัยของชาติระยะยาว : ความยั่งยืนเป็นสุขร่วมกันในสังคมไทย*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ประเสริฐผลิตผลการพิมพ์. (2551, 28 เมษายน).จากวาทกรรมถึงรูปธรรมการแพทย์ที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์. *มติชน*, น.9.
- วิทยา ชีวรุโนทัย. (2555). *รักและผูกพัน เจเนอเรชั่นแซต*. กรุงเทพฯ : ฐานบุ๊คส์
- ศุภรีใจ เจริญสุขและคณะ. (2558). การพัฒนาหลักสูตรสำหรับพัฒนาอาจารย์ในการจัดการศึกษาแบบบูรณาการ เพื่อพัฒนากระบวนการคิดอย่างเป็นระบบและจิตบริการด้วยหัวใจ ความเป็นมนุษย์ ในสังคมพหุวัฒนธรรม. *วารสารสภาพยาบาล*, 30(3).25-38.
- ศุภรีใจ เจริญสุขและคณะ.(2559). ผลการสอนที่เน้นการคิดอย่างเป็นระบบและจิตสำนึกสาธารณะในบริบทของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีนรัช. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 10(2).61-71.
- Lee, N. (2013). *Counterterrorism and Cybersecurity: Total Information Awareness*: Springer.
- McQueen, M. (2011). *Ready or not...here come gen Z*. Retrieved .Retrieved August 15, 2016, from <http://michaelmcqueen.net/phocadownload/parentsteachers/Ready%20or%20not,%20here%20come%20Gen%20Z.pdf>.
- Pornphanh. (2016, October 9). *เรื่องจริงวัยรุ่นยุคใหม่ Gen Z คนเกิดหลัง 1995*. Retrieved October 30, 2016, from <http://teen.mthai.com/variety/62288.html>.
- Parry, E., & Urwin, P. (2011). Generational Differences in Work Values: A Review of Theory and Evidence. *International Journal of Management Reviews*, 13(1), 79-96. doi: 10.1111/j.1468-2370.2010.00285.x
- Palley, W. (2012). *GEN Z: Digital in their DNA*. New York: JWT Intelligence.
- Sladek, S., & Grabinger, A. (2014, February 26). *Gen Z the first generation of the 21<sup>st</sup> century Has arrived! XYZ University*. Retrieved October 30, 2016 from [http://xyzuniversity.com/wpcontent/uploads/2014/02/GenZ\\_Final.pdf](http://xyzuniversity.com/wpcontent/uploads/2014/02/GenZ_Final.pdf).



# การพัฒนา รูปแบบการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก ผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม สำหรับชมรมผู้สูงอายุ ตำบลเหล่าหลวง จังหวัดร้อยเอ็ด

## The Development of Dental Health Promotion Model using Participatory process for Elderly Club in Lao Luang Sub- District, Roi-Et Province

ขวัญจิตร ชมภูวิเศษ ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ  
โรงพยาบาลเกษตรร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

### บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการจำเป็นของการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ และพัฒนา รูปแบบการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลเหล่าหลวง จำนวน 75 คน ที่ได้มาจากกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยวิธีการจับฉลาก เครื่องมือที่ใช้ในกรวิจัยเป็นแบบ การจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมและแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากและการดูแลสุขภาพช่องปาก และแบบสอบถามความพึงพอใจ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที (Paired t-test) ผลการศึกษาพบว่า 1) ผู้สูงอายุสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลเหล่าหลวง (ร้อยละ 72.0) เป็นหญิง อายุเฉลี่ย 69 ปี เกินครึ่ง (ร้อยละ 64.0) และสถานภาพสมรสคู่ 2) ขั้นตอนการพัฒนา รูปแบบการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุสำหรับชมรมผู้สูงอายุตำบลเหล่าหลวง ประกอบด้วย คือ การประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ การวางแผนปฏิบัติการร่วมกับทันตแพทย์ ทันตภิบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การปฏิบัติการ

พัฒนาการรู้ความสามารถของตน การประเมินผล การปฏิบัติการ และการเรียนรู้จากการปฏิบัติ และเปลี่ยนเรียนรู้ และ 3) ภายหลังการพัฒนา พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมาย มีผลต่างของคะแนนเฉลี่ย ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้น มากกว่าก่อนการพัฒนาดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value < 0.05) ส่วนการดูแลสุขภาพช่องปากพบว่า ภายหลังการพัฒนา ผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายมีผลต่างของคะแนนเฉลี่ยการดูแลสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้นมากกว่า ก่อนการพัฒนาดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value < 0.05) และผู้สูงอายุ มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ โดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=3.80, SD.= 0.47)

**คำสำคัญ :** การสร้างเสริมสุขภาพสุขภาพช่องปาก ผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วม

### Abstract

The purpose of this research are to investigate problems and needs of elderly about oral health promotion activities and to develop of activities promoting oral health of





elderly, The samples consisted of 75 elderly in Lao Luang sub-district who were sampled by simple random sampling. Data were collected using the model of activities promoting oral health of elderly, test of knowledge about oral health and oral health care, and form for the Assessment of satisfaction. The data were analyzed by frequency, percentage, mean standard deviation, and paired t-test. The research results were as follows: 1) The elderly club members, Lao Luang sub district were mostly female (72.0%), mean age 69 years, married (64.0%) 2) model of dental health promotion activities on participatory for elderly club Lao Luang sub-district divided into assessment of elderly health status, operational planning with dentists, dental nurse and public health officers, to improve the efficacy of their operations, evaluation of operations, and learning from practice knowledge sharing. 3) After development of elderly target had difference between mean scores of knowledge about oral health care increased more than before to develop a statistically significant (p-value <0.05). It was also found that after developed elderly target group had different average scores of oral health care increased more, before development of statistical significance (p-value <0.05)

**Key Words** : Dental Health Promotion, Elderly, Participatory

## บทนำ

ผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงตามกลุ่มอายุเดือนมกราคม-สิงหาคม พ.ศ.2558 พบว่า ปัญหาหลักในผู้สูงอายุยังคงเป็นผู้สูงอายุที่มีฟันแท้สับ 4 คู่สับขึ้นไป ร้อยละ 29.1 มีฟันแท้และ/หรือ ฟันเทียมสับ 4 คู่สับขึ้นไป ร้อยละ 55.4 มีฟันแท้ใช้งาน 20 ซี่ขึ้นไป ร้อยละ 44.0 แปรงฟันแท้ก่อนนอน ร้อยละ 61.2 และ ผู้สูงอายุที่ได้รับบริการป้องกัน/รักษาฟัน ร้อยละ 49.5 (สำนักทันตสาธารณสุข, 2559 : 11-12) สอดคล้องกับ วรวงศ์นาม นิลวีรี (2556: 14-16) ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุ 60-74 ปี ร้อยละ 88.3 มีการสูญเสียฟันบางส่วนและร้อยละ 7.2 สูญเสียฟันทั้งปากและการสูญเสียฟันยังคงเพิ่มขึ้นต่อเนื่องตามอายุจนเมื่ออายุ 80-89 ปีพบสูญเสียฟันทั้งปากสูงถึงร้อยละ 32.2 ความต้องการใส่ฟันเทียมทั้งปากในผู้สูงอายุ 60-74 ปีลดลงจากร้อยละ 4.1 ในการสำรวจครั้งที่ 6 เป็นร้อยละ 2.5 ทั้งนี้ลดลงเนื่องมาจากมีการรณรงค์ใส่ฟันทั้งปากเพื่อการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2548 จนถึงปัจจุบัน ผู้สูงอายุ 60-74 ปีร้อยละ 57.8 มีฟันแท้ใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ เฉลี่ย 18.8 ซี่ต่อคน ร้อยละ 43.3 มีฟันหลังสับกันอย่างน้อย 4 คู่สับ ส่วนในกลุ่มอายุ 80-89 ปี มีเพียงร้อยละ 23.5 ที่มีฟันแท้ใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ และมีฟันหลังที่ใส่ทดเต็มสบกันอย่างน้อย 4 คู่สับเพียงร้อยละ 15.6 แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพการบำบัดแก้ไขที่ลดลงชัดเจน แม้จำนวนฟันแท้ใช้งานในกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้นจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากการสำรวจครั้งก่อนๆ แต่ฟันแท้ที่เหลืออยู่นี้ยังมีปัญหาโรคและความผิดปกติในช่องปากที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลที่เหมาะสม เช่น โรคปริทันต์ที่มีการทำลายของกระดูกรองรับรากฟันร่วมด้วย พบร้อยละ 32.1 โดยร้อยละ 11.4 เป็นโรคปริทันต์อักเสบที่อยู่ในระดับรุนแรงมาก มีร่องลึกปริทันต์ตั้งแต่ 6 มิลลิเมตรขึ้นไป ซึ่งเสี่ยงต่อการอักเสบ ปวดบวม ฟันโยกและการสูญเสียฟัน ฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ 48.3 และรากฟันผุ เป็นปัญหาที่สัมพันธ์กับเหงือกกรัน ซึ่งจะพบมากถึงร้อยละ 17.2 และการสูบบุหรี่ ร้อยละ 16.3 ยังคงสูบบุหรี่เฉลี่ย 8.3 มวน/วัน(กรมอนามัย, 2556:13-18) ปัญหา



ดังกล่าวเป็นผลจากพฤติกรรมสุขภาพเรื่องของการทำความสะอาดช่องปากและการไปรับบริการการรักษา ดังนั้น ประเด็นที่ควรให้ความสำคัญ สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ คือ การสื่อสารความรู้ให้เข้าใจและตระหนักเรื่อง การดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเองที่ถูกต้อง ซึ่งช่องทางหลักที่ได้รับข้อมูลสูงสุด คือ การสื่อสารผ่านบุคลากรสาธารณสุข และผ่านทางสื่อโทรทัศน์แล้ว การสนับสนุนให้มีการตรวจคัดกรอง กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับบริการรักษาตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม จึงเป็นเรื่องสำคัญและจำเป็นในการลดการสูญเสียฟัน พร้อมกับการใส่ฟันบางส่วน และทั้งปากเพื่อทดแทนฟันที่สูญเสีย

เช่นเดียวกับสถานการณ์ปัญหาดังกล่าว สอดคล้องกับรายงานสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในจังหวัดร้อยเอ็ดปี 2554 พบว่า การมีฟันแท้หรือฟันเทียม ใช้เคี้ยวอาหารได้อย่างเหมาะสม (ฟันหลัง 4 คู่ สบขึ้นไป) ผลการดำเนินงาน ร้อยละ 62.3 สูงกว่าเป้าหมายของระดับประเทศ ร้อยละ 52.0 (สำนักงานสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 7, 2556: 19) เช่นเดียวกับผลการสำรวจสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลเหล่าหลวงปี 2558 จากผู้สูงอายุ 28 คน พบว่า เพศชาย 8 คน ร้อยละ 33.3 หญิง 20 คน ร้อยละ 66.7 ไม่ได้แปรงฟันก่อนนอน 4 คน ร้อยละ 3.3 สูงกว่า 2 คน ร้อยละ 6.7 เคี้ยวหมาก 11 คน ร้อยละ 36.7 ไม่ได้ดูแลสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้นเท่ากันและได้รับการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น ปัญหาในช่องปากลดลง สภาวะเหงือกอักเสบลดลง และเกิดนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปากด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น เช่น เพลงส่งเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโดยใช้ดนตรีพื้นบ้านอีสาน

แนวทางการแก้ปัญหาดังกล่าวข้างต้น ให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากกลุ่มวัยผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้สังเคราะห์รูปแบบการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุจากผลการวิจัยของ

Coleman (2005); ศศิธร มาร์ตัน, เสริมพงษ์ คุณาวงค์ และ รวีวรรณ ต้นสุวัฒน์ (2557) ; ปิยวรรณ เหลาสา (2558); Tousignant and others (2007) และคนอื่นๆ พบว่า รูปแบบการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 5 ชั้น คือ ชั้นการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ชั้นการวางแผนปฏิบัติการร่วมกับทันตแพทย์ ทันตภิบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ชั้นการปฏิบัติการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตน ชั้นการประเมินผลการปฏิบัติการ และชั้นการเรียนรู้จากการปฏิบัติการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ รูปแบบการจัดกิจกรรมที่นำมาการสังเคราะห์ดังกล่าวข้างต้นเป็นกิจกรรมที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุได้ตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพช่องปากมากขึ้น เช่น การแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก มีความรู้และใส่ใจการดูแลสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้นเท่ากันและได้รับการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น ปัญหาในช่องปากลดลง สภาวะเหงือกอักเสบลดลง และเกิดนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปากด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น เช่น เพลงส่งเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโดยใช้ดนตรีพื้นบ้านอีสาน

อย่างไรก็ตามการดำเนินดังกล่าวจะประสบผลสำเร็จได้ต้องได้รับความร่วมมือจากเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่ดังเช่นผลการศึกษาของศรีไพร ปอสิงห์ และอนงค์ หาญสกุล (2554: 39-53) พบว่า การใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตามโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก การส่งเสริมการออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพทั่วไป และด้านอาหารและโภชนาการ พบว่า ผู้สูงอายุมีระดับความรู้ในการมีส่วนร่วมต่อการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง โดยภาพรวมก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมมี



ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 21.24 (S.D.=1.57) หลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้เพิ่มขึ้นเป็น 25.11 (S.D.=2.82) และผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t=11.73$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าระดับความรู้และการปฏิบัติตัวในการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุเป็นแนวทางในการเพิ่มระดับการส่งเสริมสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุได้ และยังพบว่าการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุทำให้ได้รูปแบบการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุตามบริบทของพื้นที่ ตามความต้องการของผู้สูงอายุที่สามารถปรับรูปแบบการรับบริการทางด้านสุขภาพ ภายใต้การมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้สูงอายุเองที่มีบทบาทที่สำคัญในการดำเนินกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพได้ด้วยตนเอง

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุในตำบลเหล่าหลวงยังมีปัญหาสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุหลายประเด็น ดังเช่น การไม่แปรงฟันก่อนนอน การสูบบุหรี่/ดื่มแอลกอฮอล์ การไม่ดูแลซอกฟัน จำนวนฟันแท้ การสบฟันแท้/ฟันเทียมน้อยกว่า 4 คู่สบ การใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ทั้งปาก และการได้รับบริการป้องกัน/การรักษาเพื่อรักษาฟันแท้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม สำหรับชมรมผู้สูงอายุตำบลเหล่าหลวง จังหวัดร้อยเอ็ด ขึ้น เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปากอันเป็นกิจกรรมที่จะส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการจำเป็นของการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ สำหรับชมรมผู้สูงอายุตำบลเหล่าหลวง

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุสำหรับชมรมผู้สูงอายุตำบลเหล่าหลวง

3. เพื่อประเมินผลรูปแบบการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ สำหรับชมรมผู้สูงอายุตำบลเหล่าหลวง

### ระเบียบวิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นงานวิจัย เรื่อง รูปแบบการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม สำหรับชมรมผู้สูงอายุตำบลเหล่าหลวง จังหวัดร้อยเอ็ด ครั้งนี้เป็นการวิจัยและประเมิน ใช้เวลาดำเนินการ 11 เดือน คือ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคมถึงเดือนพฤศจิกายน 2559 ผู้วิจัยได้ออกแบบวิจัยเป็น 3 ระยะดังรายละเอียดต่อไปนี้

การวิจัยระยะที่ 1 การสำรวจสภาพปัจจุบัน ปัญหาและความต้องการจำเป็นของรูปแบบการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม

1. กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ตัวแทนผู้สูงอายุ 75 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบตรวจสุขภาพช่องปาก และแบบสอบถาม แบ่งเป็นตอนที่ 1 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก และตอนที่ 2 การปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ หากคุณภาพเครื่องมือโดยการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมและหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอแบคพบว่า มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อตั้งแต่ 0.47-0.86 และค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.89

### 3. การดำเนินการ

3.1 ศึกษาเอกสาร ตำรา งานวิจัยและสืบค้นข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต เพื่อการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักการ แนวคิด ทฤษฎีเพื่อเป็นองค์ประกอบหรือตัวแปรการวิจัย



3.2 ตรวจสอบสภาพช่องปากผู้สูงอายุและสำรวจความคิดเห็น โดยทันตแพทย์ ทันตภิบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยใช้แบบสำรวจที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อศึกษาสภาพปัจจุบันปัญหา และความต้องการจำเป็นของจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 75 คน

3.3 วิเคราะห์ข้อมูลและสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการศึกษา พร้อมทั้งยกร่างรูปแบบการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม

3.4 คัดเลือกข้อมูลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อร่วมกันแก้ปัญหาการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ

**4. สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล** การวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์การจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถาม โดยใช้การวิเคราะห์สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

**การวิจัยระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม**

1. **กลุ่มเป้าหมาย** ได้แก่ ตัวแทนผู้สูงอายุ 75 คน ตัวแทนแกนนำชุมชน 13 คน ทันตแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 6 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 6 คน พัฒนาชุมชน อบต.เหล่าหลวง 2 คน และสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล 6 คน รวม 108 คน

2. **วิธีดำเนินการวิจัย** กำหนดและยกร่างรูปแบบการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมและร่างโครงการวิจัยและพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม และกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้เชี่ยวชาญโดยพิจารณาจากความรู้ความสามารถในสาขาอาชีพและประสบการณ์ทำงานมีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Homogenous groups) แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ด้านการพัฒนาระบบสุขภาพระดับ

อำเภอ ด้านการวัดและประเมินผล และด้านทันตสาธารณสุข

**3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เป็นแบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ หากคุณภาพเครื่องมือวิจัยโดยการวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item objective congruence) โดยใช้เทคนิค Rovineli and Hambleton (พวงรัตน์ ทวีรัตน์, 2536: 117) พบว่า แบบประเมินความเหมาะสมมีส่วนร่วมตั้งแต่ 0.80-1.00

**4. สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล** การวิเคราะห์ความเหมาะสมของรูปแบบการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม โดยใช้สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

**การวิจัยระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมไปสู่การปฏิบัติ**

1. **กลุ่มตัวอย่าง** ได้แก่ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลเหล่าหลวง กลุ่มตัวอย่างคำนวณจากสูตรของ Cohen (1970: 811-831) ได้กลุ่มตัวอย่างเป็น 75 คน ซึ่งได้มาจากการชักตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยวิธีการจับฉลาก

**เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)** คือ 1) ชายและหญิงที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลเหล่าหลวง 2) อายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป 3) ไม่มีความพิการหรือเป็นโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม 4) ไม่มีปัญหาการได้ยิน การมองเห็น การพูด และสามารถสื่อสารเข้าใจได้ และ 5) เต็มใจเข้าร่วมการวิจัย **เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)** คือ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยให้ครบทุกขั้นตอนของการดำเนินการวิจัย

2. **เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการวิจัย** ในขั้นตอนนี้แบ่ง เป็น 2 ประเภท คือ





2.1 เครื่องมือที่ใช้ในพัฒนา คือ รูปแบบการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม หากคุณภาพเครื่องมือโดยการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม และหาค่าความเชื่อมั่น โดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค พบว่ามีค่าอำนาจจำแนกรายข้อตั้งแต่ 0.47-0.86 และค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.89 และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม หากคุณภาพเครื่องมือวิจัย โดยการวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้อง โดยใช้เทคนิค Rovineli and Hambleton (พวงรัตน์ ทวีรัตน์, 2536: 117) พบว่ามีดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.60-1.00

### 3. วิธีดำเนินการวิจัย

3.1 กำหนดพื้นที่วิจัย ได้แก่ โรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลเหล่าหลวง

3.2 ดำเนินการตามขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการเน้นการวิจัยแบบยึดประสบการณ์ปฏิบัติ เริ่มต้นจากการที่ผู้วิจัยประชุมผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย เพื่อชี้แจงรายละเอียดและแนวทางปฏิบัติ พร้อมทั้งเตรียมพื้นที่วิจัยวางแผน ผู้วิจัยแบ่งการวิจัยเป็น 5 ขั้นตอน การวิเคราะห์สถานการณ์ การวางแผนปฏิบัติการ การดำเนินงาน การติดตามและประเมินผล และการเรียนรู้จากการปฏิบัติและปรับเปลี่ยนเรียนรู้

3.3 สรุปและรายงานผลการทดลองใช้รูปแบบ

### 4. สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 การวิเคราะห์การปฏิบัติกิจกรรมตามโครงการวิจัยและพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม โดยใช้สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4.2 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากและการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุก่อนและหลังดำเนินการ โดยใช้สถิติทดสอบ Paired t-test

5. จริยธรรมการวิจัย กระบวนการวิจัยได้ปฏิบัติ โดยคำนึงถึงสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยทุกขั้นตอน และเสนอขออนุมัติโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ 1/2560 ก่อนดำเนินการวิจัย

### ผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการศึกษาดำเนินการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. สภาพปัญหาและความต้องการจำเป็นของการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลเหล่าหลวง ส่วนใหญ่เป็นหญิง (ร้อยละ 72.0) เป็นหญิง อายุเฉลี่ย 66 ปี เกินครึ่ง (ร้อยละ 64.0) สถานภาพสมรสคู่ และก่อนการพัฒนาผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของสภาวะช่องปากผู้สูงอายุ รอยโรคในช่องปากของปากผู้สูงอายุ ปัญหาสุขภาพช่องปากที่พบในผู้สูงอายุ และการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ โดยรวม คิดเป็นร้อยละ 64.4

2. รูปแบบการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุสำหรับชมรมผู้สูงอายุตำบลเหล่าหลวง การสังเคราะห์รูปแบบการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ พบว่า ขั้นตอนการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมประกอบด้วยคือ ขั้นการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ (2) ขั้นการวางแผนปฏิบัติการร่วมกับทันตแพทย์ ทันตภิบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (3) ขั้นการปฏิบัติการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตน (4) ขั้นการประเมินผลการปฏิบัติการ และ (5) การเรียนรู้จากการปฏิบัติแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทั้งนี้ผู้เชี่ยวชาญได้ความสอดคล้องของการตรวจสอบความสมเหตุสมผลเชิงทฤษฎี และความเป็นไปได้ของรูปแบบการจัด



กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ พบว่า มีค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.80-1.00 พร้อมทั้งเสนอแนะให้จัดกิจกรรมและฝึกปฏิบัติซ้ำๆ การจัดกลุ่มให้ความรู้ และกลุ่มเป้าหมายต้องมีอิสระในการวางแผนและจัดการการเรียนรู้ของตัวเอง ประเด็นการเรียนรู้ควรอยู่ในรูปของ“จะอย่างไร เมื่อ...”

### 3. ผลลัพธ์ของรูปแบบการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ

#### 3.1 การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากก่อนและหลังการพัฒนา

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุก่อนและหลังการพัฒนา

โดยรวม

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก	Mean	SD	Mean diff.	95% CI		p-value
				Lower	upper	
ก่อนการพัฒนา	18.98	3.65	5.56	4.78	6.33	<.001*
หลังการพัฒนา	24.54	2.16				

\*p-value<0.05

จากตารางที่ 1 ภายหลังการพัฒนา พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายมีผลต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) โดยมีผลต่างของคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 5.56 คะแนน (95% CI=1.58-2.61)

#### 3.2 การเปรียบเทียบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุก่อนและหลังการพัฒนา

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุก่อนและหลังการพัฒนา โดยรวม

การดูแลสุขภาพช่องปาก	Mean	SD	Mean diff.	95% CI		p-value
				Lower	upper	
ก่อนการพัฒนา	1.66	0.28	0.97	0.89	1.03	<.001*
หลังการพัฒนา	2.63	0.16				

\*p-value<0.05

จากตารางที่ 2 ภายหลังการพัฒนา พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายมีผลต่างของคะแนนเฉลี่ยการดูแลสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) โดยมีผลต่างของคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.97 คะแนน (95% CI=0.89-1.03)

5.3 ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ โดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean= 3.80, SD.= 0.47)



## อภิปรายผล

ผู้วิจัยได้อภิปรายตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ผู้สูงอายุสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลเหล่าหลวง (ร้อยละ 72.0) เป็นหญิง อายุเฉลี่ย 69 ปี เกินครึ่ง (ร้อยละ 64.0) สถานภาพสมรสคู่ และก่อนการพัฒนาผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของสภาวะช่องปากผู้สูงอายุ รอยโรคในช่องปากของปากผู้สูงอายุ ปัญหาสุขภาพช่องปากที่พบในผู้สูงอายุ และการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ โดยรวม คิดเป็นร้อยละ 64.4 เช่นเดียวกับ Coleman (2005) ซึ่งพบว่าดัชนีฟันผุถอนอด (ระดับตัวฟัน) อยู่คนละกว่า 17 ซึ่งประมาณร้อยละ 15.0 โรคฟันผุที่รากฟันมีอัตราความชุกประมาณครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุ (ร้อยละ 51.0) ร้อยละ 41.0 ของผู้สูงอายุมีฟันผุเหลือแต่ราก มีการสูญเสียฟันเพิ่มขึ้น มีจำนวนฟันผุถอนอดเพิ่มขึ้น มีฟันสึกเพิ่มขึ้น และมีการลุกลามของโรคปริทันต์เพิ่มขึ้น อุบัติการณ์ของโรคในช่องปากที่ยังพบได้ในอัตราสูง (ชาลิวชัย ไห้สงวน, 2546: 78-90) ; พบรอยโรคในช่องปากร้อยละ 10.9 (ปริญญา ผกานนท์, 2557: 12) ; ร้อยละ 50.0 ไปพบทันตแพทย์เพื่อรักษาและร้อยละ 25.9 ไม่เคยพบทันตแพทย์ (สุภาพร แสงอ่วม, 2556: 64) และ พบว่า ผู้สูงอายุ 219 คน มีความจำเป็นในการรับบริการใส่ฟันเทียม ร้อยละ 72.6 ผู้ที่ไม่มีฟันทั้งปากและไม่มีฟันหนึ่งสลับทั้งสองข้างมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมากกว่า ร้อยละ 54.4 และ 75.7 ตามลำดับ (รัตนา จันทร, 2558)

2. การประมวลเอกสาร การสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และข้อเสนอแนวคิดจากเวทีการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง พบว่า รูปแบบการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ สำหรับชมรมผู้สูงอายุตำบลเหล่าหลวง ประกอบด้วย 5 ชั้น คือ ชั้นการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ชั้นการวางแผน

ปฏิบัติการร่วมกับทันตแพทย์ ทันตภิบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ชั้นการปฏิบัติการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตน ชั้นการประเมินผลการปฏิบัติการและชั้นการเรียนรู้จากการปฏิบัติแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทั้งนี้ผู้เชี่ยวชาญได้ความสอดคล้องของการตรวจสอบความสมเหตุสมผลเชิงทฤษฎี และความเป็นไปได้ของรูปแบบการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ พบว่า มีค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.80-1.00 พร้อมทั้งเสนอแนะให้จัดกิจกรรมและฝึกปฏิบัติซ้ำๆ การจัดกลุ่มให้คร่าวๆ และกลุ่มเป้าหมายต้องมีอิสระในการวางแผนและจัดการการเรียนรู้ของตัวเอง ประเด็นการเรียนรู้ควรอยู่ในรูปของ “จะทำอย่างไร เมื่อ...” สอดคล้องกับผลการวิจัยของ ศรีญทิพย์ ชาลีเครือ (2550) ซึ่งพบว่า การสร้างเสริมสุขภาพช่องปากของชมรมผู้สูงอายุจังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วย ขั้นตอนวิเคราะห์สถานการณ์ การดำเนินงาน และการติดตามและประเมินผล เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ ลูติพร ศิริบุรานนท์ (2554) ได้ศึกษาผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุที่ได้รับการใส่ฟันเทียม โปรแกรมประกอบการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ การวางแผนปฏิบัติการร่วมกับทันตแพทย์ การปฏิบัติการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนและการประเมินผลการปฏิบัติการ และในทำนองเดียวกับผลการศึกษาของ ปิยวรรณ เหลาสา (2558) ซึ่งพบว่า ระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานแบบมีส่วนร่วมของชุมชนการวิจัยประกอบไปด้วยการวางแผน การปฏิบัติการสังเกต และการสะท้อนผล

3. ภายหลังจากพัฒนา พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายมีผลต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) โดยมีผลต่างของคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 5.56



คะแนน (95% CI=1.58-2.81) ผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายมีผลต่างของคะแนนเฉลี่ยการดูแลสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้นมากกว่า ก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value < 0.05) โดยมีผลต่างของคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.97 คะแนน (95% CI=0.89-1.03) และผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}$  = 3.80, SD.= 0.47) เช่นเดียวกับผลการวิจัยของสุกัญญา ชาติมนตรี และสมบูรณ์ ศิลากุล (2555) ซึ่งพบว่า แกนนำผู้สูงอายุเห็นว่าตนเองมีความรู้ และใส่ใจในการดูแลสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้นเท่ากัน คือ ร้อยละ 90.0 และได้รับบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น ร้อยละ 86.0 ผลการจัดกิจกรรมจากการประเมินโดยแกนนำ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีกิจกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากดีขึ้น และจากการประเมินโดยผู้ศึกษาเปรียบเทียบกับผลการศึกษาในปี 2554 ผู้สูงอายุมีปัญหาในช่องปากลดลงจากร้อยละ 54.2 เป็นร้อยละ 37.7 สภาวะเหงือกอักเสบลดลงจากร้อยละ 82.0 เป็นร้อยละ 56.4 สอดคล้องกับผลการศึกษาของปิยะนุช เอกก้านตรง, บังอร อิศาสวรรณ์ และศรินญา เครื่องฉาย (2551) ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุเห็นว่าตนเองมีความรู้เพิ่มขึ้น และใส่ใจในการดูแลสุขภาพช่องปากมากขึ้นเท่ากันคือ ร้อยละ 90.0 และได้รับบริการสุขภาพช่องปากมากขึ้น 86.0 ผลการศึกษาของฐิติพร ศิริบุรานนท์ (2554) ซึ่งพบว่า

ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริม การดูแลสุขภาพช่องปาก ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากน้อยกว่าและมีความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนต่อการดูแลสุขภาพช่องปากและฟันเทียมมากกว่าก่อน การเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และผลการศึกษาของวิราวรรณ วิโรจน์รัตน์, ขวัญใจ อำนางค์ชัยเชื้อ, ศิริพันธ์ ฐาสัตย์, พรทิพย์ มาลาธรรม และจิณณ์สิธา ณรงค์ศักดิ์ (2557) ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจสูงกว่าก่อนให้บริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value < 0.05) และผู้สูงอายุและผู้ดูแลที่เข้าถึงบริการได้สูงขึ้นกว่าก่อนให้บริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value < 0.05) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ โดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean= 3.80, SD.= 0.47) สอดคล้องกับผลการศึกษาของบรรเจิด สิงขโรทัย และศุภรชิตพล ยศพรไพบูลย์ (2557: 39-52) พบว่า ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการทางทันตกรรมในภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีความพึงพอใจต่อปัจจัยบริการที่ให้บริการทางทันตกรรมสูงสุด คือ ด้านความรู้ความสามารถของทันตแพทย์ด้านทักษะความชำนาญของทันตแพทย์ และด้านการรักษาด้วยความเอาใจใส่และจริงใจตามลำดับ





## เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ .(2559). การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของประเทศไทยตามแผนปฏิบัติการระหว่างประเทศมาดริดว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุ พ.ศ. 2545-2559. กรุงเทพฯ : บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).
- กรมอนามัย .(2556). รายงานผลการสำรวจ สภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 7 ประเทศไทย พ.ศ. 2555. นนทบุรี: สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย.
- ชอบ เข้มกลัด และ โกวิท พวงงาม. (2547). การวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมเชิงประยุกต์. กรุงเทพมหานคร: เสมาธรรม.
- ชาญชัย ไห้สงวน .(2546). การศึกษาระยะเวลาทางระบาศรีของสภาวะทันตสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงของโรคในช่องปากของผู้สูงอายุในชุมชนร่มเกล้า กรุงเทพมหานคร. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ฐิติพร ศิริบุญานนท์ .(2554). ผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุที่ได้รับการใส่ฟันเทียม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน
- บรรเจิด สิงขรไทย์ และครรชิตพล ยศพรไพบูลย์. ความพึงพอใจของผู้รับบริการทันตกรรมคณะทันตแพทย์ในโรงเรียนแพทย์. วารสารวิทยาลัยบัณฑิตศึกษากิจการ มข. 7(1): ม.ค.-มิ.ย.57; 39-52.
- ปริญญา ผกานนท์ .(2557). ผลของการกินหมากต่อสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุตำบลน้ำแสบ อำเภอรามราชบุรี จังหวัดอุบลราชธานี. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี.
- ปิยวรรณ เหลาสา .(2558). การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลทุ่งแสงทอง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2536). วิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: ส่วนทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- พิสิษฐ์ พิริยาพรวิไล, เกรก้า กลั่นวิจิต และไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์ .(2557). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุครบวงจรแบบบูรณาการ (ปีที่ 2). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- รัตนา จันทน์. คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในคลินิกทันตกรรม. วารสารวิชาการเขต 12. 27(1) : เดือนมกราคม-เมษายน 2559: 41-47.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านอู่เม่า .(2558). รายงานโครงการร่วมมือเพื่อผู้สูงอายุแบบยั่งยืน ตำบลเหล่าหลวง อำเภอกะหรังบุรีรัมย์ จังหวัดร้อยเอ็ด. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านอู่เม่า.
- วรางคนา เวชวิจิ .(2556). รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย.
- วิเชียร เกตุสิงห์. ค่าเฉลี่ยกับการแปลความหมาย: เรื่องง่ายๆ ที่บางครั้งก็พลาดได้. ข่าวสารการวิจัยการศึกษา. 1(4) : กุมภาพันธ์-มีนาคม 2538 : 9-13.



## เอกสารอ้างอิง

- วิราพรธณ วิโรจน์รัตน์, ขวัญใจ อำนาจสัจย์เชื้อ, ศิริพันธ์ สาสัจย์, พรทิพย์ มาลาธรรม และจินณฉิธา ณรงค์ศักดิ์.  
การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น. *วารสารสภาการพยาบาล*. 29 (3) :  
กรกฎาคม-กันยายน 2557.
- ศริญญาพิชญ์ ชาลีเครือ (2550). *การศึกษาการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากของชมรมผู้สูงอายุจังหวัดขอนแก่น*.  
ศูนย์อนามัยที่ 6 จังหวัดขอนแก่น.
- ศศิธร มาร์ตัน, เสริมพงษ์ คุ้มวงศ์ และรวีวรรณ ต้นสุวัฒน์ (2557). *การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ*.  
โครงการจัดตั้งวิทยาเขตนครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์.
- ศรีไพร ปอสิงห์ และอนงค์ หาญสกุล (2554). ประสิทธิภาพโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความจำและ  
พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลหนองบัวโคก อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ.  
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น. 19 (1): ตุลาคม 2554-มีนาคม 2555: 39-53.
- สำนักงานสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 7 (2556). *แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (SERVICE PLAN) เขตสุขภาพที่ 7*  
*สาขาทันตกรรม*. ขอนแก่น : สำนักงานสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 7.
- สำนักทันตสาธารณสุข. (2557). *แนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุขประจำปี 2557*. กรมอนามัย  
กระทรวงสาธารณสุข.
- สมพร ประสงค์, อัญชลีพร ตาดี, คล่อง สอนทะ, บุญยู ฤาพรม, ประสงค์ ใจยศ และคม ไชยชุมศักดิ์ (2557).  
*รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชมรมผู้สูงอายุ ชุมชนริมคลอง ตำบลซึ้ง อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน*.  
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ้ง อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน.
- สำนักทันตสาธารณสุข (2559). *ผลการสำรวจสถานะทันตสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงตามกลุ่มอายุ ปีงบประมาณ 2559*.  
สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- สุกัญญา ชาตมินทร์ และสมบุรณ์ ศิลากุล (2555). *การพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชมรมผู้สูงอายุ*  
*ของชมรมผู้สูงอายุฟ้าประทาน ตำบลตาจ่าง อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์*. โรงพยาบาลส่งเสริม  
สุขภาพตำบลตาจ่าง อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์
- สุภาพร แสงอ่วม. ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อ การเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในเขตภาคเหนือตอนล่างประเทศไทย  
การศึกษาแบบภาคตัดขวาง. *เชียงใหม่ทันตสาร*. 36 (1) ม.ค.-มิ.ย. 2558
- สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล, วีระ ศิริสมุด, แก้วกุล ตันติพิสิฐกุล,ยศ ตีระวัฒนานนท์ และลลิตี อิงศรีสว่าง (2556).  
*รายงานผลการศึกษาเบื้องต้นการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2556 ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพ*  
*ผู้สูงอายุและผู้พิการ*. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)
- Best, John W. (1977). *Research in Education*. 3<sup>rd</sup> ed. Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice  
Hall, Inc.
- Bloom, Benjamin S. and Others. (1956). *Taxonomy of Educational Objectives*. New york :  
David McKay Co. , Inc
- Cohen, J. Approximate power and sample size determination for common one-sample and two-  
sample hypothesis tests. *Educational and Psychological Measurement*, 30, 1970: 811-  
831.
- Knowles, M.S. (1984). *Self - directed learning: A neglected species*. (3<sup>rd</sup> ed). Houston:  
Gulf Publishing Co.,



# สถานการณ์การสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แก่ลูกจ้างใน สถานประกอบการเขตภาคเหนือตอนล่าง

## Breastfeeding Support Situation Among Employee in Workplaces in Lower Northern Area

ประทุมมา ฤทธิโพธิ์ พรรณทิภา บัวคล้าย ศิริชนก พลันขจร  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ จ.พิษณุโลก  
ปริญญญาพร จันทร์ศรี  
โรงเรียนบ้านคลองน้ำไหลใต้ จ.กำแพงเพชร

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาสถานการณ์การสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในสตรีวัยทำงานในเขตภาคเหนือตอนล่าง ประเทศไทย โดยประเมินการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ของสถานประกอบการระดับผู้บริหารจำนวน 100 ราย โดยการสุ่มแบบแบ่งชั้น โดยกำหนดให้มีผู้บริหารทุกลักษณะของสถานประกอบการ ส่งการประเมินออนไลน์ทางอิเล็กทรอนิกส์เมล์ เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ลักษณะทั่วไปของสถานประกอบการ และการจัดแหล่งสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในสถานประกอบการ ส่วนที่สองแบบสอบถามการสนับสนุนของนายจ้างสำหรับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นมาตราประเมินค่า พัฒนาโดย Rojjanasriwat (2008) โดยใช้เทคนิคการแปลเครื่องมือวิจัยแบบแปลย้อนกลับ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ราย เท่ากับ 0.88 และทดสอบเครื่องมือวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย ค่าความเชื่อมั่น 0.82 หลังจากนั้นพัฒนาเป็นแบบประเมินออนไลน์โดยใช้โปรแกรม Google Form ส่งให้ผู้รับผิตชอบที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับสวัสดิการลูกจ้างผู้บริหารองค์กรที่มีสมาชิกหรือลูกจ้างที่อยู่ในสถานะแม่ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทั้งในสถานประกอบการของรัฐ รัฐวิสาหกิจ และโรงงานอุตสาหกรรม ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุน

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แก่ลูกจ้างมีผลอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 4.47-5.06 นอกจากนี้การจัดการเกี่ยวกับการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นั้นไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานที่ควรดำเนินการ ดังนั้นเพื่อให้เกิดความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สถานประกอบการมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องสนับสนุนอุปกรณ์และจัดพื้นที่สำหรับลูกจ้างที่มีความต้องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในขณะที่ต้องมาทำงานเพื่อให้เกิดความสำเร็จดังกล่าว

**คำสำคัญ :** การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การสนับสนุน ลูกจ้าง สถานประกอบการ

### Abstract

The purpose of this descriptive research was to study breastfeeding support and factor among women employee in lower northern area in Thailand. The 100 informants were selected by stratified random sampling and they were evaluated breastfeeding supports in workplaces via E-mail. The research instruments included the characteristics and breastfeeding support in workplace and the EMPLOYERS' SUPPORT FOR BREASTFEEDING



QUESTIONNAIRE (ESBQ) was rating scale questionnaire crated by Rojjanasrirat (2013) and it was translated research instrument process. ESBQ was validated by 5 experts (0.88) and the acceptable reliability (0.82) was tested by 30 samples. This research instrument was developed in Google form; then, this questionnaire sent to responsible people of breastfeeding support in workplaces directly. The results of this study presented that all aspect of breastfeeding support in this part was average levels ( $\bar{X} = 4.47-5.06$ ). According to this information, the workplaces did not provide breastfeeding support to employeeexclusively. Therefore, they would like to meet successful organizations of breastfeeding support;the responsible people should follow the breastfeeding in workplace policy rigorously.

**Keywords :** breastfeeding, support, employee, workplace

## บทนำ

นมแม่เป็นอาหารที่องค์ยูนิเซฟที่สุดสำหรับเด็กทารก ซึ่งควรได้รับนมแม่อย่างเดียวเป็นเวลา 6 เดือนเต็มภายหลังคลอด หลังจากนั้นจึงสามารถให้อาหารอื่นเสริมตามวัยได้ ทั้งนี้เนื่องจากนมแม่มีประโยชน์นานับประการ เป็นอาหารที่เหมาะสมที่สุดสำหรับทารก มีความจำเป็นต่อการเจริญเติบโต การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันของร่างกายทารก ช่วยลดภาวะภูมิแพ้ และลดอัตราการเสียชีวิตของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ได้สูงถึงร้อยละ 13 (World Health Organization [WHO], 2012) ด้วยเหตุผลเบื้องต้นกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ชัดเจนโดยจัดให้มีการดำเนินงานโครงการโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูกในแผนยุทธศาสตร์สุขภาพกระทรวงสาธารณสุขด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค วาง

นโยบายที่ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างน้อย 6 เดือนและให้นมแม่ควบคู่กับอาหารที่เหมาะสมจนถึง 2 ปี กำหนดไว้ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 50 (กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

สำหรับสถานการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในประเทศไทย จากรายงานการสำรวจสถานะสุขภาพเด็กไทย (Multiple Indicator Cluster Surveys: MICS) ในปี 2555 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติด้วยการสนับสนุนขององค์การกองทุนเด็กแห่งสหประชาชาติ (United Nations Children's Fund: UNICEF) พบว่า ปี 2555 อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยังมีในช่วงอายุ 0-1, 3 และ 6 เดือนอยู่ที่ร้อยละ 30, 15 และ 12.3 ตามลำดับ เปรียบเทียบกับปี 2549 ในช่วงอายุเดียวกันอยู่ที่ร้อยละ 11.6, 7.6 และ 5.9 จึงเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นแต่ยังไม่บรรลุเป้าหมายอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยังมีน้อยกว่า 6 เดือนของกรมอนามัย (มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย, 2557)

จากสถานการณ์ปัจจุบัน สตรีออกทำงานนอกบ้านเพิ่มขึ้นเพื่อช่วยแบ่งเบาภาระครอบครัว ครอบคลุมกลุ่มวัยเจริญพันธุ์ อายุ 15-44 ปีที่เป็นกลุ่มแรงงานสำคัญในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ส่งผลรูปแบบการดูแลบุตรหลังคลอดของกลุ่มวัยเจริญพันธุ์ต้องเปลี่ยนแปลง เนื่องจากสตรีเหล่านั้นภายหลังคลอดบุตรต้องกลับมาประกอบอาชีพเพื่อจุนเจือครอบครัว ประกอบกับข้อจำกัดของจำนวนวันลาหลังคลอดของบางอาชีพ โดยสตรีที่ทำงานในสถานประกอบการหรือทำงานในบริษัทเอกชนจะได้รับสิทธิในการลาคลอดไม่เทียบเท่าแม่หลังคลอดที่รับราชการ ยกตัวอย่างแม่ที่ทำงานในบริษัทเอกชนสามารถลาคลอดได้ 90 วันโดยได้รับสิทธิ์ค่าทำคลอดบุตรแบบเหมาจ่าย 13,000 บาท ต่อการคลอดหนึ่งครั้ง สำหรับเงินช่วยเหลือการหยุดงานเพื่อคลอดบุตรทางประกันสังคมจะมอบเงินชดเชยเพียงร้อยละ 50 ของเงินเดือนเป็นระยะเวลา 90 วัน

ด้วยเหตุผลเบื้องต้นสตรีหลังคลอดบุตรที่เป็นลูกจ้างในสถานประกอบการจะรีบกลับมาทำงาน ส่งผลให้สตรีวัยทำงานไม่สามารถดำเนินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้สำเร็จตามนโยบายของประเทศที่ระบุไว้เนื่องจาก





ปัญหาด้านร่างกาย เช่น เหนื่อยล้า นมคัดตึง เป็นต้น รวมทั้งการทำงานหนักมากกว่าบทบาทบุรุษ ทั้งบทบาทแรงงานในสถานประกอบการและการต้องกลับมาดำรงบทบาทผู้ดูแลความเรียบร้อยในครอบครัว รวมทั้งการพลาจจากกันระหว่างบุตรและแม่จากการที่ต้องทำงานต่างถิ่น เป็นต้น นอกจากนี้ช่วงเวลาการทำงานไม่เอื้อต่อการปั๊มน้ำนมหรือไม่มีสถานที่ที่เหมาะสมในการปั๊มนมหรือจัดเก็บน้ำนม เป็นต้น ทำให้สตรีหลังคลอดดังกล่าวหยุดการเลี้ยงลูกด้วยนมก่อนเป้าหมายที่ต้องการสอดคล้องกับการศึกษาของ สุสณห์ชัยมัยและคณะ (2545) พบว่าแม่ที่ทำงานในจังหวัดเชียงใหม่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่นาน 4 เดือน มีเพียงร้อยละ 17.2 และเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ร่วมกับนมผสมร้อยละ 43.1

จากเหตุผลที่กล่าวมาเบื้องต้น ผู้วิจัยต้องการศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันของการสนับสนุนการเลี้ยงบุตรทารกในสถานที่ทำงานต่างๆ เช่น สถานประกอบการของรัฐ สถานประกอบการของรัฐวิสาหกิจ และโรงงานอุตสาหกรรม เป็นต้น โดยการศึกษาครั้งนี้จะศึกษาข้อมูลสถานการณ์การสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ผ่านเครือข่ายออนไลน์ทางอิเล็กทรอนิกส์ อีเมลล์ และวิเคราะห์สถานการณ์ในภาพรวมเกี่ยวกับการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในสถานประกอบการ ประกอบด้วยนโยบายของสถานประกอบการ การดำเนินการจัดการสิ่งแวดล้อม และการสนับสนุนต่างๆ และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของสมาชิกในปัจจุบันที่สถานประกอบการดำเนินการในปัจจุบัน ผลการศึกษาครั้งนี้จะเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการนำมาประกอบการพัฒนาเครือข่ายการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แก่สตรีในสถานประกอบการในเขตภาคเหนือตอนล่าง รวมทั้งการจัดแนวทางสนับสนุนที่เหมาะสมต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์การสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แก่ลูกจ้างในสถานประกอบการเขตภาคเหนือตอนล่าง

## ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาสถานการณ์และความต้องการการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในสตรีวัยทำงานในเขตภาคเหนือตอนล่าง ประเทศไทย

## ประชากร

ผู้บริหารสถานประกอบการหรือผู้รับผิดชอบหลักด้านงานบุคคลที่มีสมาชิกหรือลูกจ้างที่อยู่ในสถานะมารดาที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่สถานประกอบการของรัฐ สถานประกอบการของรัฐวิสาหกิจ และโรงงานอุตสาหกรรม เป็นต้น โดยเป็นบุคคลที่รับผิดชอบในองค์กรหรือสถานประกอบการดังนี้ 0-50, 50-200, 201-500 และมากกว่า 500 คน โดยมีสมาชิกในองค์กรเป็นหญิงวัยเจริญพันธุ์และมีประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในเขตภาคเหนือตอนล่าง

## กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกเป็นผู้บริหารของสถานประกอบการหรือผู้บริหารงานบุคคล คัดเลือกวิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นโดยกำหนดให้มีผู้บริหารทุกลักษณะของสถานประกอบการจากประชากรที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด ผู้วิจัยเปิดตาราง Power Analysis (Cohen, 1988) อ้างในชนากานต์ บุญชู และคณะ, 2554) เพื่อคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ ( $\alpha = .05$ ) ค่าอำนาจการวิเคราะห์ (Power Analysis = .80) การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการวิจัยของดาริน ด่านเทศ (2559) เรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวสำหรับหญิงตั้งครรภ์ทำงานนอกบ้านต่อเจตคติและความตั้งใจเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ( $d = 0.6$ ) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 45 คน ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ สำหรับการศึกษานี้ผู้วิจัยกำหนดระยะเวลาการส่งคำตอบคืนผ่านการประเมินออนไลน์ทางอิเล็กทรอนิกส์เมลล์ระยะเวลา 3 เดือน ได้คำตอบ



จากกลุ่มตัวอย่าง 100 ราย จึงเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้

### เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่หนึ่งเป็นลักษณะทั่วไปของสถานประกอบการ และการจัดแหล่งสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในสถานประกอบการ ส่วนที่สองแบบสอบถามการสนับสนุนของนายจ้างสำหรับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (EMPLOYERS' SUPPORT FOR BREASTFEEDING QUESTIONNAIRE (ESBQ)) สำหรับประเมินความต้องการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในสถานประกอบการ แบบสอบถามเป็นมาตราประเมินค่า (1-7 คะแนน) พัฒนาโดย Rojjanasrirat (2008) โดยใช้เทคนิคการแปลเครื่องมือวิจัย แบบแปลย้อนกลับของบริสลิน (Brislin, 1970 อ้างใน เกศศิริ วงษ์คงคำ, 2559 )

การตรวจสอบเครื่องมือวิจัยฉบับแปลโดยผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นการตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของภาษาที่ใช้ในการแปล ซึ่งเป็นไม่ใช่ผู้วิจัย จำนวน 9 ราย คือ แพทย์ 1 ราย พยาบาล 2 ราย และผู้ประกอบการโรงงาน 2 ราย ค่าความตรงเท่ากับ 0.88 การทดสอบเครื่องมือวิจัย โดยไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย ค่าความเชื่อมั่นโดย Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.81 หลังจากนั้นพัฒนาเป็นแบบประเมินออนไลน์โดยใช้โปรแกรม Google Form เพื่อส่งให้ผู้รับผิดชอบที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องสวัสดิการลูกจ้างผู้บริหารองค์กรที่มีสมาชิกหรือลูกจ้างที่อยู่ในสถานประกอบการที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่สถานประกอบการของรัฐ รัฐวิสาหกิจ และโรงงานอุตสาหกรรม

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยนเรศวร เห็นชอบและอนุมัติผ่านแบบสอบถามออนไลน์ในการขออนุญาตเก็บข้อมูล

2. เมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยติดต่อตัวแทนประสานงานกับหน่วยงานที่ได้รับการคัดเลือก เพื่อเป็นผู้ให้ข้อมูลตอบแบบสอบถามออนไลน์

3. ผู้ให้ข้อมูลตอบแบบสอบถามออนไลน์และส่งกลับคืนโดยตรงมาที่ อีเล็คตรอนิกส์เมลล์วิจัยชื่อ wijainommae@gmail.com ภายในช่วงระยะเวลาที่กำหนดเก็บข้อมูล 3 เดือน

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่โครงการ COA No207/2014 และ IRB No 259/57 สำหรับข้อมูลจากแบบสอบถามออนไลน์ทางอีเล็คตรอนิกส์เมลล์ไทย ไม่มีการพบปะโดยตรงระหว่างผู้ให้ข้อมูลและผู้วิจัย อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้ส่งโครงการวิจัยฉบับย่อเพื่อประกอบการพิจารณาตอบแบบสอบถามของผู้ให้ข้อมูลพร้อมแบบสอบถามออนไลน์ ข้อมูลที่ได้รับจะผ่านการวิเคราะห์ของโปรแกรมโดยตรงในภาพรวมและไม่สามารถเชื่อมโยงโดยตรงถึงผู้ให้ข้อมูลได้หากไม่มีการขออนุญาตพบโดยตรง ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับ การรวบรวมข้อมูลและการนำเสนอข้อมูลจะกระทำอย่างเคารพศักดิ์ศรีและความเป็นมนุษย์ของผู้ให้ข้อมูลและจะนำมาใช้เฉพาะในการศึกษาเท่านั้นและเสนอในภาพรวม การเข้าร่วมโครงการเป็นไปโดยสมัครใจ ผู้ให้ข้อมูลจะส่งมาตามความสมัครใจสู่อีเล็คตรอนิกส์เมลล์กลางของการวิจัยครั้งนี้และให้ตอบแบบสอบถาม โดยไม่ต้องมีการเซ็นยินยอมเพื่อที่จะได้ไม่ต้องมีการเปิดเผยชื่อของผู้ตอบและไม่มีผลใดๆ กรณีที่ไม่ส่งแบบสอบถามคืนหรือไม่ให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัย นอกจากนี้ผู้วิจัยแสดงรายละเอียดข้อมูลสำหรับติดต่อกรณีผู้ร่วมวิจัยสงสัยต้องการซักถามข้อข้องใจ และมีเวลาติดต่อทบทวนก่อนให้คำตอบด้วยความสมัครใจเนื่องจากให้ระยะเวลาในการส่งแบบสอบถามออนไลน์คืนภายใน 3 เดือน



## ผลการวิจัย

### ข้อมูลสถานประกอบการ

สำหรับข้อมูลสถานประกอบการที่ส่งคำตอบแบบสอบถามออนไลน์ มีจำนวน 100 สถานประกอบการ แยกเป็นระดับสถานประกอบการที่มีลูกจ้าง 0-50 คน (52 ราย) สถานประกอบการที่มีลูกจ้าง 51-200 คน (30 ราย) สถานประกอบการที่มีลูกจ้าง 201-500คน (13 ราย) สถานประกอบการที่มีลูกจ้างมากกว่า 500คน (5 ราย) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลจำนวนระดับสถานประกอบการแบ่งตามจำนวนพนักงานในสถานประกอบการ

ระดับสถานประกอบการ	จำนวน	ร้อยละ
0-50คน	52	52
50-200คน	30	30
201-500คน	13	13
มากกว่า 500 คน	5	5

### การจัดแหล่งสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในสถานประกอบการ

สำหรับการจัดการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้จัดพื้นที่หรือการสนับสนุนอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น พื้นที่ปั๊มนม การสนับสนุนอุปกรณ์ต่างๆ หรือการเอื้ออำนวยเวลาในการปั๊มนมมีเพียงร้อยละ 40 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การจัดแหล่งสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในสถานประกอบการ (N=100)

การจัดแหล่งสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในสถานประกอบการ	จำนวน	ร้อยละ
จัดพื้นที่สนับสนุน	40	40
ไม่ได้จัดพื้นที่สนับสนุน	60	60

### การสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในสถานประกอบการ

เมื่อสอบถามผู้บริหารเกี่ยวกับนโยบายการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในสถานประกอบการส่วนใหญ่จะทราบแนวทางการดำเนินการตามนโยบายดังกล่าว และผู้บริหารรับรู้ข่าวสารสถานประกอบการเป็นปัจจัยสำคัญที่จะส่งเสริมให้ลูกจ้างเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาต่อไปมากกว่าร้อยละ 70 อย่างไรก็ตามความตั้งใจที่จะจัดการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในสถานประกอบการที่รับผิดชอบมีเพียงร้อยละ 50 และ สำหรับความต้องการการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของผู้บริหารเมื่อระบุลงไปในรายละเอียดของแบบสอบถาม พบว่าทัศนคติของสถานประกอบการต่อการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อยู่ระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 4.47, S.D.=4.13$ ) ความเชื่อของนายจ้างต่อการแสดงบทบาทแม่ด้วยการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของลูกจ้างอยู่ระดับสูง ( $\bar{X} = 5.06, S.D.=1.02$ ) และความจำเป็นในการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และการจัดการปัญหาอุปสรรคอยู่ระดับสูง ( $\bar{X} = 5.00, S.D.=2.08$ ) ดังตารางที่ 3



ตารางที่ 3 สถานการณ์การสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (N=100)

ประเด็น	Mean	Median	Mode	Max	Min	S.D.
1. ทศนคติของสถานประกอบการต่อการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	4.47	4	4	6	2	4.47
2. ความเชื่อของนายจ้างต่อการแสดงบทบาทแม่ด้วยการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของลูกจ้าง	5.06	4	4	7	1	1.02
3. ความจำเป็นในการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และการจัดการปัญหาอุปสรรค	5.00	4	4	7	1	2.00

### อภิปรายผล

การเปลี่ยนแปลงทางสังคม จากสังคมชนบทเป็นสังคมเมือง จากสังคมเกษตรเป็นสังคมอุตสาหกรรมใหม่อย่างรวดเร็ว ประกอบกับเศรษฐกิจที่บีบบังคับให้แม่ต้องออกไปทำงานนอกบ้านเพื่อช่วยเหลือภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว ทำให้ลูกมีโอกาสได้รับนมแม่ในช่วงระยะเวลาสั้นๆไม่เป็นไปตามเป้าหมาย จากผลการศึกษาพบว่าในทุกประเด็นที่เกี่ยวกับการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แก่ลูกจ้างอยู่ในระดับปานกลางและสูง ค่าเฉลี่ย 4.47-5.06 แต่พบว่าการดำเนินการจริงเกี่ยวกับการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ร้อยละ 40 เช่น ซึ่งสถานประกอบการทราบนโยบายแต่ไม่ได้ให้ความสำคัญในประเด็นดังกล่าวส่งผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อเนื่องของลูกจ้าง สอดคล้องกับการศึกษาของสุพัตรา สุทธิประภา (2544) ที่ระบุว่าบริษัทในสถานที่ทำงานที่ไม่อำนวยความสะดวกสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อไป

นอกจากนี้การจัดการเกี่ยวกับการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นั้นไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่ควรดำเนินการคือมีเพียงพื้นที่ระบุว่าเป็นนมแม่ แต่ไม่มีการสนับสนุนอุปกรณ์หรือเอื้อประโยชน์ใดๆ แก่ลูกจ้างการดำเนินการต่างๆ เป็นไปในระดับความต้องการส่วนบุคคลของลูกจ้างที่ต้องบริหารจัดการเอง ซึ่งเจตคติและความตั้งใจเป็นปัจจัยสำคัญหนึ่งในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำเร็จ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาลูกจ้างที่เป็นสตรี

ที่ทำงานนอกบ้านที่ต้องมีเจตคติและความตั้งใจต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่จะเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จตามเป้าหมายด้านการศึกษาของดาร์ริน ด่านเทศ (2559) และอรนุช เพ็ชรปรีชา และสุดประนอม สมันตเวคิน (2557) ซึ่งพบว่าปัจจัยที่ทำให้แม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ยาวนาน คือ ทศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และความตั้งใจที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทำให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่นานกว่าแม่ที่ไม่ได้ตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มารดา กลุ่มที่ตั้งใจจะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จึงทำทุกวิถีทางเพื่อให้ตนเองสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้นานที่สุด ดังนั้นเพื่อให้เกิดความสำเร็จยิ่งขึ้นในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สถานประกอบการมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องสนับสนุนอุปกรณ์หรือเอื้อประโยชน์แก่ลูกจ้างที่ต้องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เมื่อกลับมาทำงานเพื่อให้เกิดความสำเร็จดังกล่าวซึ่งสนับสนุนโดยการศึกษาของสันหา ยิ้มยิ้ม (2555) พบว่าหากสถานประกอบการมีการพัฒนาการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะส่งผลให้ลูกจ้างนั้นคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อเนื่องต่อไป

จากสถานการณ์การสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากการศึกษาครั้งนี้ สถานประกอบการเป็นปัจจัยสำคัญที่จะสนับสนุนหรือเสริมพลังอำนาจให้ลูกจ้างของตนเองตามเป้าหมายที่วางไว้ เพื่อให้แม่มีการรับรู้ว่าคุณสมบัติสมรรถนะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้แม้ว่าตนเองจะต้องกลับมาทำงาน คล้ายคลึงกับการศึกษาของ วิภารัตน์สุวรรณไวพัฒนา (2554) ที่





ศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจในสตรีที่ต้องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ซึ่งจะต้องทำให้แม่มีความรู้สึกว่าตนเองมีสมรรถนะเพื่อให้ดำเนินการได้สำเร็จ ซึ่งผลลัพธ์ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางบวกต่อวงการสุขภาพซึ่งในที่นี้คือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นพื้นฐานในการหล่อหลอมบุคลิกภาพเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่โดยเป็นผลจากการเลี้ยงดูของบิดามารดาและผู้ที่เกี่ยวข้องใกล้ชิด การช่วยให้เด็กได้มีชีวิตเริ่มต้นที่ดีตั้งแต่อยู่ในครรภ์และการได้รับความอบอุ่นของแม่ผ่านกระบวนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะเป็นการเริ่มต้นที่ดีของการเจริญเติบโตและพัฒนาการอย่างสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ ส่งผลให้

เด็กเหล่านี้จะเป็นบุคคลที่มีคุณภาพและเป็นกำลังที่สำคัญในการพัฒนาประเทศชาติต่อไป

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณมหาวิทยาลัยนเรศวรที่สนับสนุนทุนวิจัยในการศึกษาครั้งนี้ Prof. Dr.Wilaiporn Rojjanasrirat จาก Graceland University, Independence Campus Missouri ประเทศสหรัฐอเมริกา ที่เอื้อเฟื้อเครื่องมือวิจัยในครั้งนี้ และขอขอบพระคุณผู้ให้ข้อมูลและผู้ประสานงานทุกท่านที่ส่งผลให้การศึกษาค้นคว้าสำเร็จ





## เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *แผนยุทธศาสตร์สุขภาพกระทรวงสาธารณสุขด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค พ.ศ. 2557 (5 Flagship Projects)*. สืบค้นเมื่อ 20 มิถุนายน 2560, จาก <https://www.anamai.moph.go.th/download/download/แผนยุทธศาสตร์กรมอนามัย2557.pdf>
- เกศศิริ วงษ์คงคำ.(2559). *การแปลข้อมูลวิจัยทางการพยาบาล*. สืบค้นเมื่อ 14 เมษายน 2560, จาก [http://www.ns.mahidol.ac.th/download/article/article\\_20160323112431.pdfenglish/th/ns\\_academic/56/08/research\\_tool.html](http://www.ns.mahidol.ac.th/download/article/article_20160323112431.pdfenglish/th/ns_academic/56/08/research_tool.html)
- ชนากานต์ บุญชู, ยุวดี เกตุสัมพันธ์, สุทธิพล อุดมพันธ์รัก, จุฬารัตน์พลเยี่ยม, ปรีชญา พลเทพ และสมาธิก CoPวิจัย. (2554). *ขนาดกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยเชิงปริมาณ*. เอกสารชุมชนนักปฎิบัติ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลศิริราชพยาบาล. สืบค้นเมื่อ 20 มิถุนายน 2560, 2017 from <https://www1.si.mahidol.ac.th>
- ดาริน ด้านเทศ. (2559). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนอกบ้านต่อเจตคติและความตั้งใจเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผดุงครรภ์ชั้นสูง, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย. (2557). *แผนการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่*. สืบค้นเมื่อ 13 เมษายน 2557, จาก <http://www.thaibreastfeeding.org/upload/content/file/plan.docx>
- วิภารัตน์ สุวรรณไวพฒนะ.(2554). *การเสริมสร้างพลังอำนาจในสตรีที่ต้องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่*. สืบค้นเมื่อ 13 เมษายน 2557, จาก [journal.knc.ac.th/pdf/17\\_2\\_2554\\_5.pdf](http://journal.knc.ac.th/pdf/17_2_2554_5.pdf)
- สุพัตรา สุทธิประภา. (2544). *การสนับสนุนของทีมงานในการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาในมารดาที่ทำงานนอกบ้าน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสตรี, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุสัณหา ยิ้มแย้ม. (2545). *รายงานการวิจัยเรื่อง ปัจจัยทางด้านสังคมเศรษฐกิจ วัฒนธรรม และนโยบายที่มีต่อการปฏิบัติการให้นมลูกบุตรในแม่ที่ทำงานในเขตจังหวัดเชียงใหม่*. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์.
- สุสัณหา ยิ้มแย้ม. (2555). *การพัฒนาการสนับสนุนการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ในสถานประกอบการ*. *วารสารสภาการพยาบาล*, 27(2), 122-123.
- อรนุชเขาว์ปรีชา, และสุดประนอมสมันตเวทิน.(2557). *ผลของโปรแกรมการสอนและการติดตามทางโทรศัพท์ต่อพฤติกรรมการเลี้ยงทารกด้วยนมแม่และระยะเวลาการเลี้ยงทารกด้วยนมแม่อย่างเดียว*. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*, 15(28), 37-50.
- Rojjacasirat, W. (2008). *Employers' Support of Breastfeeding Working Mothers: Psychometric Assessment*. Funded by Office of Grant and Research, University of Kansas School of Nursing; Kansas, USA.
- World Health Organization.(2012). *Adolescent Health*. Retrieved 30 June, 2015, from [http://www.who.int/topics/sdolescent\\_health/en/](http://www.who.int/topics/sdolescent_health/en/)



การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่ายสุขภาพจิต  
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลค่านาดี  
อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ

The Development of a Health Care Network for Psychiatric  
Patient in Khamnadee Sub-District, MeuangBuengKan District,  
BuengKan Province

ชลินดา จันทร์งาม  
นิสิตปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต  
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  
เทพอุทิศ กวีสิทธิ์  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  
กฤษณ์ ขุนลิก  
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

**บทคัดย่อ**

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่ายสุขภาพจิตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลค่านาดี อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ กลุ่มเป้าหมายเป็นกลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตจำนวน 56 คนประกอบด้วยผู้ใหญ่บ้านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 24 คน กระบวนการวิจัยประกอบด้วย การวิเคราะห์ปัญหา การวางแผนแก้ไขปัญหา การปฏิบัติการและการติดตามประเมินผล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพด้วยวิธีการตอบแบบสอบถาม การสังเกตและการสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัย กระบวนการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่ายสุขภาพจิตครั้งนี้ ประกอบด้วย 9 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การรวบรวม

ข้อมูล 2) การวิเคราะห์บริบทพื้นที่ 3) การวิเคราะห์ปัญหา 4) การกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหา 5) การจัดทำแผนงาน/โครงการ 6) การบริหารจัดการแผน 7) การปฏิบัติการตามแผน 8) การติดตามและประเมินผล และ 9) การสรุปผล กระบวนการดังกล่าวนำไปสู่แนวทางการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่เหมาะสมคือ การออกติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านโดยเครือข่ายสุขภาพจิต การสร้างพลังให้ชุมชนเข้ามารับดำเนินการในปัญหาเอง การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลและจัดระบบบริการสาธารณสุขให้ผู้ป่วยจิตเวชเข้าถึงได้สะดวก โดยปัจจัยความสำเร็จในครั้งนี้ประกอบด้วย การสร้างเครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชน โดยดึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทสำคัญ โดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นคู่ประสานงานและเชื่อมต่องาน ข้อเสนอแนะการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชนต้องอาศัยศักยภาพและความเข้มแข็งของชุมชนเป็นพื้นฐาน โดยมีกระบวนการจัดการเพื่อให้หน่วยงานรัฐ



สนับสนุนงบประมาณและวิชาการโดยยึดหลักการ  
ทำงานร่วมกันเป็นภาคีเครือข่ายอย่างดุลยภาพ

**คำสำคัญ :** การพัฒนาการดูแล เครือข่าย  
สุขภาพจิต ผู้ป่วยจิตเวช

## Abstract

This action research aimed to find out the care model of psychiatric patients in Khamnadee Sub-District, MeuangBuengKan District, BuengKan Province. The Participants were divided into two groups as 56 community leaders, health volunteers, and caregivers and the 24 psychiatric patients. The study process was consisted with problem analysis, problem solution planning, workshop, and monitoring and evaluation. Data collection included both quantitative and qualitative. It applied methods of questionnaires and interviews. The data was analyzed by descriptive statistics: Frequency, Percentage, Average and Standards Deviation. Qualitative data was collected by the content analysis. The results of this research found that the development processes of a health care network for psychiatric patients consisted of 9 steps including: 1) gathering information, 2) context analysis, 3) analysis of the problem, 4) the guidelines formulation, 5) the preparation of plans/activities, 6) arranging plans, 7) implementation plan, 8) monitoring and evaluation and 9) conclusion. This process was leading to the community care model of

appropriate psychiatric care which included home visit activities with the community network, to empowering communities to take action themselves, capacity building the key actors in the community in personal skills and to organize health services to have convenient access for psychiatric patients to have better health care. In conclusion, the success factors included empowering the community network and the local government organization to take action and responsibility while the sub-district health promoting hospital was positioned as the coordinator. Suggestion of this study should be empowering the community network and supportive of all the key actors both public and private sector in the area to come along to work together as partners where as the main purpose is to support the local network and their partnership to involve activities with managerial effectively.

**Key word :** The Development of a Health Care, Network for Psychiatric Patient, Psychiatric Patients

## บทนำ

โรคทางจิตเวชเป็นโรคเรื้อรังและเป็นโรคทางสมองอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยควบคุมตนเองได้ไม่ดี ต้องดูแลตัวเองอย่างต่อเนื่องและอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีอยู่ 2 ประการสำคัญ คือ 1) ต้องดูแลไม่ให้ขาดยา และ 2) ครอบครัวหรือคนรอบข้างต้องช่วยกันดูแลผู้ป่วยให้ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันได้อย่างปกติ เพราะหากเกิดสภาพแวดล้อมที่แปลกแยก กดดัน กีดกันหรือรังเกียจ อาจเพิ่มปัญหาต่อการรักษามากยิ่งขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกดดัน ปลีกตัวหรือ





อาละวาดขึ้นมาได้ ประกอบกับต้องให้ความรัก ความห่วงใย เอาใจใส่ดูแลอย่างใกล้ชิด ไม่ให้ผู้ป่วยขาดยา หากผู้ป่วยปฏิเสธการทานยาควรปรึกษาจิตแพทย์ทันที (เจษฎา โชคดำรงสุข, 2557) ขณะนี้ทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคจิตเภท 26 ล้านคน คิดเป็นอัตราป่วย 7 ต่อ 1,000 คน ในประชากรวัยผู้ใหญ่ ส่วนใหญ่จะเริ่มป่วยในช่วงปลายวัยรุ่น อายุระหว่าง 15-35 ปี (รัชตะ รัชตะนาวิน, 2557) โดยเฉลี่ยมีผู้ป่วยเพียงครึ่งหนึ่งที่เข้าถึงบริการบำบัดรักษาและในประเทศกำลังพัฒนา ผู้ป่วยร้อยละ 90 ยังเข้าไม่ถึงการรักษา การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตมีแนวโน้มสูงขึ้น และภายในปี 2563 องค์การอนามัยโลก (WHO) กล่าวว่า ภาวะการเจ็บป่วยทางจิตจะคิดเป็นร้อยละ 11 ของการเจ็บป่วยทุกโรครวมกัน (Burden of Disease) โรคที่เป็นสาเหตุของการสูญเสีย 10 อันดับแรก เป็นโรคทางจิตเวชถึง 5 โรค ได้แก่ โรคซึมเศร้า การติดเหล้า โรคจิตทางอารมณ์ โรคจิตเภท และโรคย้ำคิดย้ำทำ (รัชตะ รัชตะนาวิน, 2557) สำหรับสถานการณ์ผู้ป่วยโรคทางจิตในประเทศไทย กรมสุขภาพจิตรายงานในปี 2556 พบผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด 1,152,044 ราย (รัชตะ รัชตะนาวิน, 2557) ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท 409,003 ราย มากเป็นอันดับ 1 ของผู้ป่วยโรคทางจิตเวชทั้งหมด ผลการศึกษพบว่าผู้ป่วยเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาประมาณร้อยละ 50 เนื่องจากมีโรงพยาบาลจิตเวชเพียง 17 แห่งทั่วประเทศ ในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวเป็นกระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาระบบบริการ 2 เรื่องหลัก ประการแรกคือการเพิ่มการเข้าถึงของผู้ป่วยได้กระจายการรักษาโรคจิตเภท รวมทั้งการรักษาโรคทางจิตเวชอื่นๆ เช่น ยาต้านซึมเศร้า ยาคลายเครียดวิตกกังวล ยาแก้นอนหลับ เป็นต้น รวมทั้งขนาด 35 รายการ ซึ่งยานี้เป็นตัวเดียวกับที่ใช้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวช ให้ผู้ป่วยทุกรายเข้าถึงยาสามารถไปปรึกษาได้อย่างต่อเนื่องที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน 736 แห่งทั่วประเทศ ประการที่ 2 ได้ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ออกเยี่ยมบ้านที่มีผู้ป่วยจิตเวช ช่วยดูแลผู้ป่วยร่วมกับครอบครัว ให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคจิตเวช ซึ่งโรคนี้จัดเป็นโรคเรื้อรัง

รักษาควบคุมอาการได้และอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้เหมือนคนทั่วไป และจากสถิติผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคานาตีในระหว่างปี พ.ศ.2556-2558 พบว่า มีการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลเครือข่าย จำนวน 16, 20, และ 30 ราย ตามลำดับ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคานาตี, 2556, 2557, 2558) จากข้อมูลการเยี่ยมบ้าน เมื่อเทียบกับตัวชี้วัดงานสาธารณสุขของจังหวัดปทุมธานี เกี่ยวกับการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเรื้อรังที่จำใจต้องได้รับการเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยทั้งหมดในพื้นที่ แต่จากผลการดำเนินงานดังกล่าวพบว่า ยังน้อยกว่าเกณฑ์ที่ตั้งไว้ คือ ร้อยละ 66.67

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน เช่น บุคลากรสาธารณสุข เครือข่ายสุขภาพจิต เป็นต้น เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชจะมีพฤติกรรมแตกต่างกันขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพของโรค และระดับความรุนแรงของอาการ โรคจิตที่เป็นโรคเรื้อรังและมีโอกาสกลับมาซ้ำสูง ทำให้เกิดการเสื่อมถอยด้านบุคลิกภาพและการทำหน้าที่ลดลง ก่อให้เกิดผลกระทบหลายด้าน ประกอบกับนโยบายการเพิ่มตารางหมื่นเตียงรับผู้ป่วยในโรงพยาบาล มีผลทำให้ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังจะได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเมื่ออยู่ในภาวะวิกฤตเท่านั้น โดยรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชแบบใหม่นั้นเน้นการดูแลรักษาในชุมชนของผู้ป่วยด้วยเหตุผลที่ว่า การรักษามุ่งเน้นในการบรรเทาทางจิตเป็นสำคัญ เพื่อลดจำนวนวันของการอยู่ในโรงพยาบาลส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชกลับสู่ครอบครัวและชุมชนในขณะที่ยังมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ถึงแม้ว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเวชส่วนใหญ่จะมีความบกพร่องในการดูแลตนเองทำให้เกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาจนต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลซ้ำแล้วซ้ำอีก ส่งผลให้มีโอกาสเป็นผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังมากขึ้น (เมธิตา พงษ์ศักดิ์ศรี และคณะ, 2552) แต่มีผู้ป่วยจิตเภทบางส่วนที่มีความสามารถในการดูแลตนเองได้ คิดเป็นร้อยละ 73.10 (จันทรา ธีระสมบุญ, 2542) โดยสามารถปฏิบัติตัวในการดำเนินชีวิตประจำวันไม่ขัดต่อสภาพความเจ็บป่วย ปรับตัวให้อยู่กับโรคได้ สามารถอาศัยอยู่



ในชุมชนได้เป็นเวลานานโดยไม่ป่วยซ้ำ ช่วยลดปัญหา และผลกระทบที่เกิดขึ้นได้ การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ในผู้ป่วยจิตเภทต้องดูแลในเรื่องโปรแกรมการรักษา ตามด้วยการให้ความรู้การรับประทานยาและการ สนับสนุนทางสังคม การได้รับความสนับสนุนส่งผลต่อ การรับรู้คุณค่า และแรงจูงใจต่อการรักษา การมีส่วนร่วม ร่วมทางสังคมส่งเสริมเครือข่ายที่มีคุณภาพแก่ผู้ป่วย (ขวัญสุดา บุญทศ และคณะ, 2556) การดูแลผู้ป่วยจิต เวชโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ทำให้ผู้ป่วยจิตเวช ได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชที่มี ปัญหาเรื้อรังในชุมชนมีอัตราการทุเลาลง

ผลจากการศึกษาของ จุฑารัตน์ กรวยทอง (2552) ในเรื่องผลการสำรวจเกี่ยวกับพฤติกรรมการ ดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ป่วย พบว่า ญาติผู้ป่วย ต้องการให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยขณะที่ ผู้ป่วยใช้ชีวิตอยู่ที่บ้านและอยู่ในชุมชน เพื่อส่งเสริมให้ เกิดความสำเร็จในการบำบัดรักษาผู้ป่วย นอกจากนี้ ญาติผู้ป่วยยังต้องการการสนับสนุนทั้งเครื่องมือที่จะ ช่วยในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและญาติยังมีทัศนคติ ค่อนข้างน้อยต่อการดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิตของ ผู้ป่วย เช่นเดียวกับการศึกษาของ ประไพพร บัวคอม (2552) ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนส่วนใหญ่เป็น หน้าที่ของญาติ แต่ชุมชนยังไม่มีส่วนร่วมในการดูแล ผู้ป่วยซึ่งถ้าชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจะส่งผล ให้การบำบัดรักษาเป็นไปได้ดียิ่งขึ้น การศึกษาของ นัยนา ดวงศรี (2551) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังใน ชุมชนได้รับการดูแลดีขึ้น ครอบครัวและชุมชนให้การ ยอมรับและเข้าใจที่ดีขึ้นมีกิจกรรมการดูแลดีขึ้น ครอบครัวและชุมชนให้การยอมรับและเข้าใจปัญหาที่ เกิดขึ้น และจากการศึกษาของ บัวทอง สถาน (2550) พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านจำเป็นต้องได้รับการดูแลจาก การมีส่วนร่วมในชุมชนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหลังจาก ได้รับการดูแลจากชุมชน ผู้ป่วยจิตเวชมีอัตราการทุเลาลง

ส่งผลให้เกิดความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยจิตเวช ซึ่ง จากการศึกษาดังกล่าวผู้วิจัย พบว่า การเข้ามามีส่วน ร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช จะส่งผลทำให้ การรักษาผู้ป่วยจิตเวชดีขึ้น จากสภาพปัญหาดังกล่าวผู้ ศึกษาในฐานะเป็นเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลค่านาดี จึงได้ศึกษาการพัฒนาการ ดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่ายสุขภาพจิตโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลค่านาดีขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวช ดำรงชีวิตที่ปกติมากที่สุด เช่น การดูแลกิจวัตร ประจำวันด้วยตนเอง การทำงานอดิเรก การรับประทาน ยา การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม อาการไม่กำเริบที่ รุนแรง ญาติดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีกำลังใจในการดูแล ผู้ป่วย และภาคีเครือข่ายมีความรู้ มีทักษะ สามารถ จัดการแก้ไขปัญหามืออาชีพได้อย่างเหมาะสม และมีส่วน ร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนของตนเองและ ใกล้เคียงพัฒนางานสุขภาพจิตสู่ความยั่งยืนต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของ เครือข่ายสุขภาพจิตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ค่านาดี อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ
2. เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วย จิตเวชของเครือข่ายสุขภาพจิตโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลค่านาดี อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัด บึงกาฬ
  - 2.1 บริบทและกระบวนการการดูแลผู้ป่วย จิตเวช
  - 2.2 การควบคุมโรคและการใช้ยาของผู้ป่วย จิตเวช
  - 2.3 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาระบบ การดูแลผู้ป่วยจิตเวช



## ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามวงรอบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 1 วงรอบ (Loop) เพื่อค้นหารูปแบบการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่ายสุขภาพจิต

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ เครือข่ายสุขภาพจิตและผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งเป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงได้กลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1

1. กลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิต ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน (8 คน) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (24 คนและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ญาติของผู้ป่วย 1 คน/ผู้ป่วย 1 คน (24 คน)

2. กลุ่มผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 24 คน จาก 300 คน เฉลี่ยหมู่บ้านละ 3 คน จำนวน 8 หมู่บ้าน

**เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย (inclusion criteria), มีดังนี้**

**กลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิต**

1) เป็นผู้ใหญ่บ้านในเขตตำบลที่มีผู้ป่วยจิตเวชอาศัยอยู่

2) เป็น อสม. ที่รับผิดชอบหลังคาเรือนที่มีผู้ป่วยอาศัยอยู่

3) เป็นญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ให้การดูแลผู้ป่วยมาอย่างน้อย 6 เดือน

4) เป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะดี พูด เขียน อ่านภาษาไทยหรือภาษาถิ่นได้เป็นอย่างดี

5) ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

6) ไม่มีโรคทางกายหรือโรคทางจิตเวช

7) อาศัยอยู่ในพื้นที่ตลอดระยะเวลาการทำวิจัย

**กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเวช** เนื่องจากเป็นประชากรที่เปราะบาง มีข้อจำกัดในการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจึงคัดเลือกตัวอย่างผู้ป่วยจิตเวชแบบเจาะจง 24 คน จาก 300 คน เฉลี่ยหมู่บ้านละ 3 คน โดยมีเกณฑ์คัดเลือก ดังนี้

1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเวช อายุ 20-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ในพื้นที่

2) เป็นผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในภาวะอาการสงบ สามารถพูดคุยสื่อสารรู้เรื่อง โดยประเมินจาก Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ประเมินโดยญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช เลือกกลุ่มผู้ป่วยระดับที่ 2 เข้าร่วมวิจัย

3) ตั้งใจภาพในการเข้าร่วมวิจัย เช่น แสดงความคิดเห็นและให้ข้อมูลได้

4) เข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้

5) ได้รับการยินยอมจากญาติให้เข้าร่วมวิจัย

**เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)**

**กลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิต**

1) ไม่ประสงค์จะร่วมโครงการอีกต่อไป

2) ผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยระหว่างการเข้าร่วมการทำกระบวนการวิจัย

3) ผู้ที่เสียชีวิตระหว่างการวิจัย

4) ผู้ที่มีฐานะหรือมีความจำเป็นต้องเดินทางออกนอกพื้นที่ระหว่างการวิจัย

**กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเวช**

1) ญาติไม่ประสงค์จะให้เข้าร่วมวิจัยต่อไป

2) อาการทางจิตกำเริบขณะสัมภาษณ์หรือมีอาการเจ็บป่วยระหว่างช่วงการวิจัย

3) นัดหมายแล้วติดตามเยี่ยมไม่พบผู้ป่วยหรือผู้ป่วยมีฐานะเดินทางออกนอกพื้นที่



- 4) ผู้ที่เสียชีวิตระหว่างการวิจัย
- 5) ไม่สมัครใจเข้ารับการสัมภาษณ์จนจบข้อคำถาม

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่

1. ขั้นตอนของการพัฒนา ได้แก่

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของเครือข่ายสุขภาพจิต แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเวช โดยญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

1.2 แบบทดสอบความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

1.3 แบบสอบถามระดับการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

1.4 แบบประเมินความพึงพอใจของเครือข่ายสุขภาพจิตที่เข้าร่วมกระบวนการ

1.5 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบบันทึกกิจกรรม แบบบันทึกภาคสนาม และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก

2. ขั้นตอนการนำสิ่งที่เราพัฒนาไปใช้ ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของเครือข่ายสุขภาพจิตแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเวช โดยญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

2.2 แบบสอบถามผลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยเครือข่ายสุขภาพจิต

2.3 แบบประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชโดยเครือข่ายสุขภาพจิต

2.4 แนวคำถามการสนทนากลุ่มปัจจัยแห่งความสำเร็จ

**วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล**

1.ติดต่อขอหนังสือจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ถึงผู้ใหญ่บ้านในตำบลค่านาดี องค์การบริหารส่วนตำบลค่านาดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลค่านาดี เพื่อแจ้งให้พื้นที่ได้ทราบพร้อมขออนุญาตใช้เป็นพื้นที่วิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ประสานงานกับผู้ประสานงานชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

3. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยใช้แบบสอบถาม แบบประเมินการบันทึกกิจกรรมจากกระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการใช้ระเบียบการวางแผน (Planning)

4. เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการบันทึกกิจกรรม การบันทึกภาคสนามที่ได้จากการสังเกตปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในระยะเวลาปฏิบัติการ (Action) และระยะสังเกตการณ์ (Observation)

5. เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยใช้แบบสอบถาม แบบประเมินและแบบสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง และการบันทึกกิจกรรมจากการสนทนากลุ่มในระยะสะท้อนผล (Reflection)

6. รวบรวมตรวจสอบแบบสอบถาม แบบประเมินและแบบสัมภาษณ์ที่สมบูรณ์แล้วลงรหัสเพื่อนำไปประมวลข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล

**การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง**

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หมายเลขจริยธรรมเลขที่ PH 064/2559 ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย การรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาในการรวบรวม





ข้อมูล พร้อมทั้งชี้แนะสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ให้ผู้ให้ข้อมูลทราบ ผู้ให้ข้อมูลสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ข้อมูลที่ได้จะถูกได้รับการปกปิดและจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม และนำไปใช้เพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น รวมทั้งจะทำลายข้อมูลทันทีหลังจากได้รายงานวิจัยที่แล้วเสร็จอย่างสมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูลข้อมูลส่วนบุคคล หาค่าสถิติการแจกความถี่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัยการวิจัยครั้งนี้มีการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลบริบทการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

1.1 ข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่ตำบลค่านาดี แบ่งการปกครองออกเป็น 8 หมู่บ้าน มีจำนวนหลังคาเรือน 1,205 หลัง จำนวนประชากรทั้งหมด 5,628 คน ประชากรชาย 2,846 คน (50.65%) ประชากรหญิง 2,772 คน (49.34%) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีจำนวน 92 คน กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชมีจำนวน 30 คน ผู้ป่วยจิตเวชชาย 17 คน (56.66%) ผู้ป่วยจิตเวชหญิง 13 คน (43.33%) กระจายในทุกหมู่บ้าน โดยหมู่ที่ 4 บ้านห้วยเรือใหญ่ มีจำนวนผู้ป่วยจิตเวชมากที่สุด คือ จำนวน 7 คน (23.33%) รองลงมาคือบ้านซุมภูทอง หมู่ 7 จำนวน 6 คน (20.00%) เสร็จ

1.2 ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่ตำบลค่านาดีพบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเวชก่อนการพัฒนา ผู้ที่มีบทบาทหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจะให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะ

ออกติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านปีละ 1 ครั้ง ผู้ป่วยจิตเวชอาการสงบให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง ถ้าผู้ป่วยจิตเวชมีอาการกำเริบซ้ำ จะส่งตัวผู้ป่วยไปรับยา

#### ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคล

2.1 กลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิต มีประชากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (76.79%) เพศชาย (23.21%) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31 - 40 ปี (42.85%) รองลงมาคืออายุระหว่าง 41 - 50 ปี (35.71%) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (85.71%) รองลงมาคือสถานภาพหม้าย/หย่าร้าง (8.94%) การศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา (64.28%) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม (82.14%) รองลงมาคือ อาชีพรับจ้าง (10.71%) รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 15,001 - 20,000 บาท (26.78%) รองลงมาคือมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 20,001 - 25,000 บาท (23.21%) บทบาททางสังคมส่วนใหญ่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช (42.85%) รองลงมาคือผู้ใหญ่บ้าน (14.30%)

2.2 กลุ่มผู้ป่วยจิตเวช คุณลักษณะประชากรผู้เข้าร่วมงานวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชมีประชากรส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (54.17%) เพศหญิง (45.83%) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 26-40 ปี (66.67%) รองลงมาคืออายุระหว่าง 15-25 ปี (25.00%) สถานภาพสมรสส่วนใหญ่สมรส (41.67%) รองลงมาคือสถานภาพ หม้าย/หย่า/แยก (45.83%) การศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา (58.33%) อาชีพส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม (41.67%) รองลงมาคือ ว่างงาน (33.33%) รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่ น้อยกว่า 5,000 บาท (62.50%) รองลงมาคือมีรายได้ อยู่ระหว่าง 5,000 บาทขึ้นไป (37.50%) ระยะเวลาการเจ็บป่วยส่วนใหญ่มีระยะเวลา 4 ปี (50.00%) รองลงมาคือมีระยะเวลาป่วย 2 ปี (29.17%) ด้านการวินิจฉัยโรค



โรคจิตเภท (Schizophrenia) (58.33%) รองลงมาคือ  
โรคซึมเศร้า (Depression) (29.16%)

ส่วนที่ 3 กระบวนการดำเนินงานการ  
พัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่ายสุขภาพจิต

### 1. ชั้นวางแผน (Planning)

กิจกรรมที่ 1 การศึกษาบริบทในการดูแล  
ผู้ป่วยจิตเวช

กิจกรรมที่ 2 การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อ  
ร่วมวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชโดยใช้การ  
วิเคราะห์สาเหตุของปัญหาด้วยแผนภูมิก้างปลา  
(Fishbone Diagram)

กิจกรรมที่ 3 จัดทำแผนปฏิบัติการ(Action  
plan)โดยใช้กระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อ  
วางแผนแบบมีส่วนร่วม A-I-C เพื่อจัดทำแผนปฏิบัติ  
การ (Action Plan) โครงการที่สมาชิกผู้เข้าร่วมประชุม  
ให้ความเห็นชอบดำเนินการจำนวน 10 โครงการ

กิจกรรมที่ 4 เสนอโครงการเพื่อขอสนับสนุน  
งบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบลค่านาดี

### 2. ชั้นปฏิบัติตามแผน (Action)

กิจกรรมที่ 5 ปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการจาก  
การประชุมจัดทำแผนปฏิบัติการ(Action plan) โดยมี  
มติและความเห็นพ้องร่วมกันของกลุ่มเพื่อจัดทำ  
ดำเนินการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดย  
เครือข่ายสุขภาพจิต พ.ศ. 2559 คือ

1. โครงการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชและ  
ครอบครัว “เยี่ยมยาม ถามข่าว”

2. โครงการส่งเสริมประชาชนให้มีสุขภาพจิตดี

3. โครงการออกกำลังกายคลายเครียด  
ระยะเวลาดำเนินโครงการ ระหว่างเดือนมกราคม ถึง  
เดือนพฤษภาคม พ.ศ.2559 และมีกิจกรรมของ  
โครงการ ได้แก่

1) กิจกรรมออกติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชที่  
บ้านโดยเครือข่ายสุขภาพจิต

2) สำรวจปัญหา ความต้องการการช่วยเหลือ

3) สนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์หรืออื่นๆตาม  
เหมาะสม

4) กิจกรรมอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคทาง  
จิตเวชแก่ประชาชนในชุมชน

5) กิจกรรมออกกำลังกายคลายเครียดเพื่อ  
สุขภาพ

6) กิจกรรมปฏิบัติธรรมในวันพระ (ทุกวันขึ้น  
15 ค่ำ)

7) กิจกรรมประชาคมสร้างกฎเกณฑ์เกี่ยวกับ  
การควบคุมปัจจัยที่ทำให้เกิดการกำเริบของโรค คือ  
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

### 3. ชั้นสังเกตผลการปฏิบัติงาน (Observation)

กิจกรรมที่ 6 การสังเกตการณ์ปฏิบัติตาม  
แผนการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่าย  
สุขภาพจิต ตามแผนปฏิบัติการ 3 โครงการ 7 กิจกรรม  
ดังนี้

1. โครงการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชและ

ครอบครัว “เยี่ยมยาม ถามข่าว” พบว่า กลุ่มเครือข่าย  
สุขภาพจิตและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีกิจกรรมออก

ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวช โดยดำเนินการเยี่ยม ทุก  
2 ครั้ง/สัปดาห์ รวมทั้งการสำรวจปัญหา ความต้องการ

การช่วยเหลือ เพื่อสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์หรืออื่นๆตาม  
เหมาะสม มีกิจกรรมการอบรมให้ความรู้แก่

กลุ่มเป้าหมายดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข  
เดือนละ 1 ครั้งกิจกรรมประชาคมสร้างกฎเกณฑ์

เกี่ยวกับการควบคุมปัจจัยที่ทำให้เกิดการกำเริบของโรค  
คือ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

2. โครงการส่งเสริมประชาชนให้มีสุขภาพจิตดี  
พบว่า เครือข่ายสุขภาพจิตมีกิจกรรมปฏิบัติธรรมในวัน

พระ (ทุกวันขึ้น 15 ค่ำ) ณ วัดศรีบุญเรือง ตำบลค่านาดี  
อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ

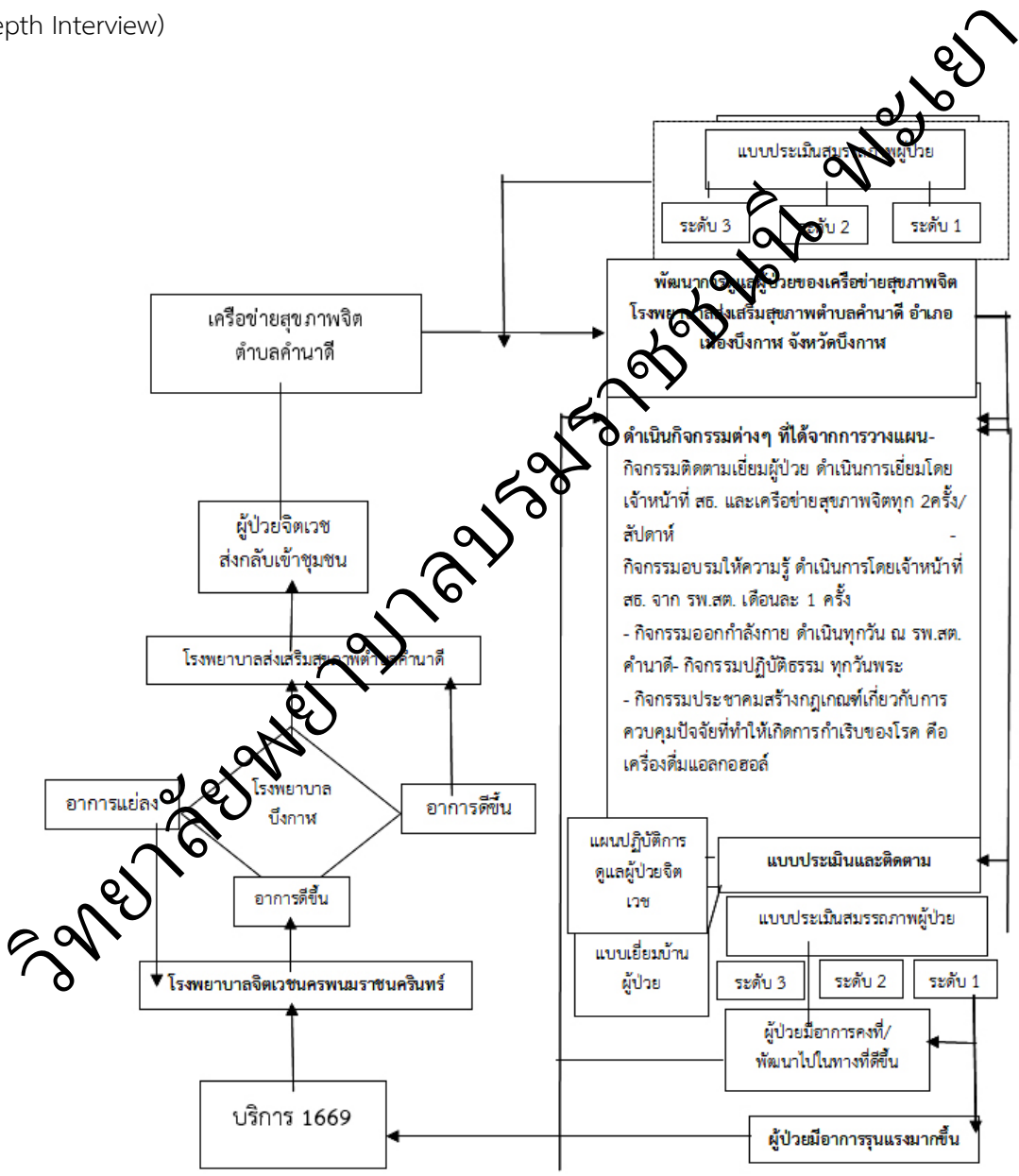


3. โครงการออกกำลังกายคล้ายเครียด พบว่า กลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตมีกิจกรรมออกกำลังกาย  
ดำเนินการทุกวัน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลค่านาดี

กิจกรรมที่ 7 การติดตามและประเมินผล

1. ประเมินผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเวช ด้วยการติดตามผลการรักษาในสมุดบันทึกประจำตัวผู้ป่วยและ  
แบบประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชหลังการพัฒนา

2. ประเมินผลจากแบบสอบถามโดยเครือข่ายสุขภาพจิตหลังการพัฒนา และแบบสัมภาษณ์เจาะลึก (In -  
Depth Interview)



ภาพประกอบที่ 1 กระบวนการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่ายสุขภาพจิตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ  
ตำบลค่านาดี อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ



#### ส่วนที่ 4 ผลการดำเนินงานการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่ายสุขภาพจิต

1. ผลการเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่ายสุขภาพจิต ก่อนและหลังการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) ดังแสดงตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่ายสุขภาพจิต ก่อนและหลังการพัฒนา ( $n=56$ )

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช $n=56$	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		P-Value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ระดับต่ำ (คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60)	34	60.71	1	1.79	.001*
ระดับปานกลาง (คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60-ร้อยละ 80)	16	28.58	9	16.07	.001*
ระดับสูง (คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	6	10.71	46	82.14	.001*

จากตาราง พบว่า ก่อนการพัฒนาความรู้ส่วนมากเครือข่ายสุขภาพจิต มีระดับความรู้ต่ำ จำนวน 34 คน (ร้อยละ 60.71) หลังการพัฒนาส่วนใหญ่มีความรู้เพิ่มขึ้นในระดับมากถึง จำนวน 46 คน (ร้อยละ 82.14) รองลงมา มีความรู้ในระดับปานกลาง จำนวน 9 คน (ร้อยละ 16.07)

#### 2. ระดับการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยเครือข่ายสุขภาพจิต

จากการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่ายสุขภาพจิตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำนาดี หลังการพัฒนาพบว่า มีการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในทั้ง 4 ด้าน เพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนา ซึ่งจากผลเฉลี่ยคะแนนระดับการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่ายสุขภาพจิต ก่อนการพัฒนา อยู่ในระดับปานกลางและหลังการพัฒนา อยู่ในระดับมากซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) ดังแสดงตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่ายสุขภาพจิต ก่อนและหลังการพัฒนา ( $n=56$ )

ผลการเปรียบเทียบการปฏิบัติ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช $n=56$	ผลการเปรียบเทียบ		ระดับการปฏิบัติ	P-Value
	$\bar{X}$	SD		
ก่อนการพัฒนา	2.03	0.38	ปานกลาง	.001*
หลังการพัฒนา	2.51	0.13	มาก	.001*

#### 3. ความพึงพอใจของเครือข่ายสุขภาพในการเข้าร่วมโครงการ

การประเมินความพึงพอใจของเครือข่ายสุขภาพจิตทั้งหมด จำนวน 56 คน พบว่า เมื่อพิจารณารายชื่อเครือข่ายสุขภาพจิตที่มีความพึงพอใจในการเข้าร่วมโครงการได้แก่ ความพึงพอใจในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวมากถึง (ร้อยละ 96.42) และด้านความคิดในการดำเนินโครงการต่อเนื่อง โดยความร่วมมือของชุมชนและเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลจังหวัด (ร้อยละ 94.64)





#### 4. แบบประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช

ตารางที่ 3 จำนวนผู้ป่วยจิตเวช ที่ได้รับการคัดกรองแยกระดับอาการของผู้ป่วยก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา

ระดับอาการป่วยของผู้ป่วยจิตเวช	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		P-Value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ระดับที่ 1 ผู้ป่วยอาการรุนแรง เป็นผู้ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ควบคุมความสงบของผู้อื่นหรือเป็นผู้ที่อยู่ตามลำพังไม่ยุ่งกับใคร	2	8.33	2	8.33	.001*
ระดับที่ 2 ผู้ป่วยอาการทุเลาปานกลางเป็นผู้ที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง และอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้บ้าง แต่ยังมีอาการทางจิตเหลืออยู่	9	37.50	8	33.34	.001*
ระดับที่ 3 ผู้ป่วยอาการทุเลามาก ผู้ป่วยพึ่งตนเองได้ หรือประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ อาจช่วยเหลือผู้อื่นได้	13	54.17	14	58.33	.001*
รวม	24	100.00	24	100.00	

จากตาราง พบว่า หลังจากที่ได้ให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่เข้าร่วมกระบวนการวิจัยในครั้งนี้เป็นผู้ประเมินพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชภายหลังการพัฒนา ผู้ป่วยจิตเวชมีอาการดีขึ้น 1 ราย คือ ผู้ป่วยที่มีอาการในระดับ 2 เปลี่ยนเป็นผู้ป่วยที่มีอาการเป็นระดับที่ 3 จำนวน 1 ราย

5) ขั้นตอนการจัดทำแผนงาน/โครงการ 6) ขั้นตอนการบริหารจัดการแผน 7) ขั้นตอนการปฏิบัติการตามแผน 8) ขั้นตอนการติดตามและประเมินผล และ 9) ขั้นตอนการสรุปผล

#### อภิปรายผล

จากการวิจัยเรื่องการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่ายสุขภาพจิตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลค่านาดี ในรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการด้วยกระบวนการของ Kemmis และ Mc Taggart ในครั้งนี้ ผู้วิจัยมีประเด็นสำคัญที่จะอภิปรายผลดังนี้

#### ส่วนที่ 5 ปัจจัยความสำเร็จการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่ายสุขภาพจิต

กิจกรรมที่ 8 เป็นกระบวนการสะท้อนผล (Reflect) พบว่า ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานในทุกกิจกรรมดำเนินไปด้วยดีอุปสรรค เกิดผลลัพธ์ต่อผู้ป่วยจิตเวชที่สำคัญคือ 1) เครือข่ายสุขภาพจิต 2) ชุมชน 3) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทในการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน และ 4) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลค่านาดี

การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่ายสุขภาพจิตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลค่านาดี อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ สรุปเป็น 9 ขั้นตอนดังนี้ 1) ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล 2) ขั้นตอนการวิเคราะห์บริบทในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช 3) ขั้นตอนการวิเคราะห์ปัญหา 4) ขั้นตอนการกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาการจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action plan)

1. การวิเคราะห์บริบทการดูแลผู้ป่วยจิตเวช พบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่ตำบลค่านาดี ก่อนการพัฒนา เป็นการดำเนินงานโดยยึดนโยบายของหน่วยงานราชการเป็นหลักกำหนดแผนงาน การดำเนินงานจากระดับสูงให้ปฏิบัติตามแนวทางซึ่งอาจไม่สอดคล้องกับความต้องการและปัญหาในชุมชน โดยผู้ที่มีบทบาทหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแต่ละรายในชุมชนคือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแต่การดำเนินงานโดยกระบวนการของ A-I-C หลังการพัฒนาทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้มีปฏิสัมพันธ์กัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเครือข่ายสุขภาพจิต ได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหา การ



ออกแบบกิจกรรมการดูแล เป็นการกำหนดแผนงาน/โครงการจากระดับล่างโดยชุมชนเพื่อชุมชน ซึ่งสามารถตอบสนองต่อปัญหาและสอดคล้องกับความต้องการของชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ ประไพรวบคอม (2552) พบว่า กระบวนการที่ชุมชนมีส่วนร่วมโดยใช้เทคนิค A-I-C ซึ่งเป็นกระบวนการที่ชุมชนมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน เป็นการนำศักยภาพที่มีอยู่ในชุมชนมาเอื้อประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เน้นการบริการต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสูครอบครัวและชุมชน เป็นการบริการเชิงรุก ประสานและดำเนินการตามขั้นตอน นอกจากนี้จากการศึกษาของ สุทธิศักดิ์ นรดี (2555) ได้พบว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่เน้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ การวางแผน และการหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน จะสามารถสร้างเครือข่ายและส่งผลดีต่อการดำเนินงานแก้ไขปัญหาที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

2. กระบวนการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่ายสุขภาพจิต พบว่า มี 9 ขั้นตอนโดยแต่ละขั้นตอนได้มีเครือข่ายสุขภาพจิตเข้ามามีบทบาทร่วมในทุกขั้นตอน เป็นกระบวนการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่ายสุขภาพจิต เป็นไปตามกระบวนการแก้ไขปัญหของชุมชน สอดคล้องกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน (Community Participation) เป็นแนวคิดการพัฒนาแนวใหม่ที่จะทำโดยประชาชนเกิดความศรัทธาและพึ่งพิงตนเองได้ (Self reliance) มีความเชื่อมั่นในตนเอง (Self confidence) และมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ (Sense of belonging) ในการดำเนินการพัฒนาโครงการในชุมชน ซึ่งจะนำไปสู่ความสามารถและประสิทธิภาพในการปกครองตนเองตามระบอบประชาธิปไตย รวมทั้งนำไปสู่การพัฒนาคนให้มีขีดความสามารถยืนหยัดพึ่งตนเองได้อย่างแท้จริง สอดคล้องกับความหมายของการมีส่วนร่วมของอรรถกัณฑ์ (2552) คือกระบวนการซึ่งประชาชนมีโอกาสได้แสดงทัศนะ แลกเปลี่ยนข้อมูลและความคิดเห็น เพื่อแสวงหาทางเลือกการตัดสินใจเกี่ยวกับโครงการที่เหมาะสมและเป็นที่ยอมรับร่วมกัน ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องจึงควรเข้าร่วมในกระบวนการนี้ตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่ง

ถึงการติดตามและประเมินผลเพื่อก่อให้เกิดความเข้าใจและการรับรู้ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อทุกฝ่าย

3. กระบวนการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่ายสุขภาพจิต พบว่า เครือข่ายสุขภาพจิตมีระดับความรู้มากที่สุดในด้านการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยที่มีภาวะหวาดระแวง หลักสำคัญต้องอธิบายข้อสงสัยและไม่ได้เถียง (100.00%) มีการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชทั้ง 4 ด้าน โดยรวมเพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนา ซึ่งจากผลเฉลี่ยคะแนนระดับการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่ายสุขภาพจิต ก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลางและหลังการพัฒนาอยู่ในระดับมาก รวมถึง ผู้ป่วยจิตเวชมีอาการดีขึ้น 1 ราย คือผู้ป่วยในระดับที่ 2 เปลี่ยนเป็นผู้ป่วยระดับที่ 3 จำนวน 1 ราย ซึ่งการศึกษาดังกล่าวได้สอดคล้องกับรูปแบบที่เกิดจากกระบวนการศึกษาในครั้งนี้ คือ กระบวนการหาปัญหาร่วมกัน การหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน และการดำเนินการกิจกรรมที่จะแก้ปัญหาร่วมกันในชุมชน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ณิชฐาจริย์ อุดชุมพิสัย (2549) และนัยนา ดวงศรี (2551) พบว่า การสร้างการมีส่วนร่วมของแกนนำในชุมชนในด้านการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมส่งผลให้การป้องกันปัญหาจิตเวชในชุมชนเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับผลการศึกษาของบัวทอง สถาน (2550) ได้ศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน กรณีศึกษาโรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน คือ ประชุมเชิงปฏิบัติการทั้งเจ้าหน้าที่และ อสม. จากนั้นร่วมกันคัดกรองผู้ป่วยจิตเวช และจัดลำดับผู้ป่วยจิตเวชเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนและผู้ป่วยที่มีปัญหาไม่ซับซ้อน โดยผู้ป่วยระดับที่ 2 และ 3 เป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาไม่มาก ได้รับการดูแลจากการมีส่วนร่วมจากชุมชน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หลังจากได้รับการดูแลแบบมีส่วนร่วมจากชุมชน ผู้ป่วยจิตเวชมีอาการทุเลาลง และผลการศึกษาของประไพรวบคอม (2552) และกรองจิต วลัยศรี (2551) ซึ่งพบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการดูแลอย่าง



ต่อเนื่อง และมีอาการทุเลาลงได้ นอกจากนี้ผลการศึกษาของประไพโร บัวคอม (2552) การประเมินความพึงพอใจของแกนนำต่อการเข้าร่วมโครงการฯ พบว่าแกนนำมีความพึงพอใจมากที่สุดในผลงานที่ผ่านมาจากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัว (96.92%) และความพึงพอใจต่อการดำเนินงานต่อเนื่องโดยความร่วมมือของคนในชุมชน (96.38%) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่ายสุขภาพจิตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลค่านาดีในครั้งนี้ การประเมินความพึงพอใจของเครือข่ายสุขภาพจิตต่อการเข้าร่วมโครงการฯ พบว่า เครือข่ายสุขภาพจิตมีความพึงพอใจมากที่สุดในผลงานที่ผ่านมาจากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัว (96.42%) และความพึงพอใจต่อการดำเนินงานต่อเนื่องโดยความร่วมมือของคนในชุมชน (94.64%)

4. ปัจจัยความสำเร็จต่อกระบวนการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่ายสุขภาพจิต ได้แก่ 1) เครือข่ายสุขภาพจิต 2) ชุมชน 3) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตำบลค่านาดี ปัจจัยทั้ง 3 อย่างมีผลต่อความสำเร็จต่อกระบวนการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่ายสุขภาพจิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญศรี เปลี่ยนขำ (2542) ได้อธิบายปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในงานสาธารณสุขได้แก่

1) ความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่ของรัฐกับประชาชน และการประสานงานที่ดีต่อกัน 2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารในระบอบราชการ การดำเนินงานของหน่วยงานและ 3) ปัจจัยทางด้านชุมชน การจัดระเบียบสังคมและวัฒนธรรมของชุมชนในแต่ละชุมชนเป็นปัจจัยที่เอื้ออำนวยแตกต่างกันออกไปของชุมชน

#### กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความรู้และช่วยเหลืออย่างสูงยิ่งจาก ผศ.นง.เทพอุทิศ ก้วสิทธิ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และดร.กฤษณ์ ขุนลิก เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม รวมทั้งผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย ขอขอบพระคุณ พญ.ปริเปรม ศรีทสมศักดิ์ หัวหน้ากลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลบึงกาฬ นางเบญจพรรณ สมภักดี สาธารณสุขอำเภอเมืองบึงกาฬ นายพงษ์รัตน์ ไกรพรหม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ นายกานต์ ประปูลณะ เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน นายวิระศักดิ์ ศรีเหล่าเจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน และผู้นำชุมชนที่ให้การสนับสนุนการวิจัย ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ รพ.สต.ค่านาดี และ อสม.ทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีน่าน

พะเยา



## เอกสารอ้างอิง

- กรองจิต วลัยศรี.(2551). รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่มีปัญหาว่าบซ้อนที่บ้านโดยชุมชนมีส่วนร่วม:กรณีโรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ขวัญสุดา บุญทศ สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล และ อมรรัตน์ ศรีคำสุขไซโตะ.(2556).การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเภท.วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.58(1); 89-100.
- จันทร์หา ชีระสมบุรณ์.(2542).การประเมินผลโครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี.วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย.8(1); ตุลาคม 2542-มกราคม 2543.49-58.
- จุฬารัตน์ กรวยทอง.(2552).พฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ป่วยในเขตตำบลกู่ อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- เจษฎา โชคดำรงสุข.(2557).กรมสุขภาพจิตเร่งเยียวยา ครอบครัวผู้เสียชีวิต ส่งทีม MCAT ดูแลจิตใจ.Retrieved December 10, 2015, from<http://www.thaipr.net/health/642568>
- ณัฐธารีย์ อุดชุมพิสัย.(2549). การมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชน ในด้านการจัดการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต จังหวัดนครพนม. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- นัยนา ดวงศรี.(2551).การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังในชุมชน:กรณีศึกษา เทศบาลตำบลคำเขื่อนแก้ว อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร . วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- บัวทอง สदान.(2550). รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์จังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ประไพระ บัวคอม.(2552). กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช: กรณีศึกษาโรงพยาบาลสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เมธิดา พงษ์ศักดิ์ศรี ขวัญฤทัย ธนารักษ์ ینگคณา สามัตถิยะ และอรอุมา ภูโสภาน.(2552). การสำรวจความต้องการของชุมชนในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชตามแนวทางกิจกรรมบำบัด/อาชีวบำบัด. วารสารเทคนิคการแพทย์เชียงใหม่.42(1).71-81.
- รัชตะ รัชตะนาวิน.(2550). ผู้ป่วยจิตเวชไทยพุ่งทะลุล้าน โรคจิตเภทสูงที่สุดกว่า 4 แสนราย. Retrieved December 10, 2015,from<http://www.manager.co.th/Home/ViewNews.aspx?NewsID=9570000117185>.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลค่านาดี.(2556). รายงานผู้ป่วยจิตเวชในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลค่านาดี ประจำปี 2556. บึงกาฬ: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลค่านาดี.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลค่านาดี.(2557). รายงานผู้ป่วยจิตเวชในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลค่านาดี ประจำปี 2557. บึงกาฬ: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลค่านาดี.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลค่านาดี.(2558). รายงานผู้ป่วยจิตเวชในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลค่านาดี ประจำปี 2558. บึงกาฬ: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลค่านาดี.
- สุทธิศักดิ์ นรดี.(2555). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคนพิการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลโพสนา อำเภอกำแพง จังหวัดหนองคาย. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- อรทัย ก๊กผล.(2552). การมีส่วนร่วมของประชาชน. ในสำนึกนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. กรุงเทพฯ. ประชุมช่างจำกัด.





# การพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐาน

## โครงสร้าง 43 แฟ้มในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

### อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

The Quality Management Model for 43 Public Health Data Folders

in Primary Care Unit Network

at Chaturaphakphiman District, Roi-Et Province

รติยา วิภักดิ์

นิสิตสาธิตสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

นิรุตตรณ เทรินโปล์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เสถียรพงษ์ ศิวินา

โรงพยาบาลเกษตรวิสัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

#### บทคัดย่อ

คุณภาพฐานข้อมูลทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข มีความสำคัญยิ่งต่อการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีความมุ่งหมายเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้มและเปรียบเทียบคุณภาพข้อมูลก่อนและหลังดำเนินการพัฒนา ดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 1) ชั้นศึกษาสภาพปัญหาการดำเนินงาน 2) ชั้นการปฏิบัติการตามรูปแบบที่กำหนด และ 3) ชั้นประเมินผลกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการคุณภาพข้อมูล จำนวน 46 คนเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการตอบแบบสอบถาม การสังเกต และการสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบใช้ Chi-square test ( $\chi^2$ ), Fisher Exact

test สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการพัฒนารูปแบบจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้มประกอบด้วย 6 ขั้นตอน 20 กิจกรรม คือ 1) ชั้นเตรียมการ 2) ชั้นดำเนินการพัฒนาโดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 3) ชั้นพัฒนาบุคลากร 4) ชั้นนิเทศติดตามการดำเนินงาน 5) ชั้นประเมินผลการดำเนินงาน และ 6) ชั้นการสะท้อนกลับและสรุปผล หลังการพัฒนาระบบการดังกล่าวทำให้ได้รูปแบบแนวคิดการพัฒนา คือ CHA\_TU Model ซึ่งส่งผลให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการคุณภาพข้อมูลมีความรู้เจตคติ และการปฏิบัติที่ดีขึ้น คุณภาพข้อมูลด้านความถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลาเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 84.61 เป็นร้อยละ 98.73 และมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก (Mean= 4.66, S.D.=0.35)



สรุป การพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพ ข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม มีปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การวางแผนแบบมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง การทำงานเป็นทีมเครือข่ายโดยการมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมการติดตามนิเทศงานในระหว่างการทำงาน มีการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการในระดับเครือข่ายอย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากร มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ทำให้เกิดความตระหนักในการปฏิบัติและการมีช่องทางในการการสะท้อนกลับข้อมูลที่ง่ายและสะดวก จึงทำให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

**คำสำคัญ :** คุณภาพข้อมูลสุขภาพ ข้อมูล 43 แฟ้ม หน่วยบริการปฐมภูมิ

## Abstract

Quality of database in medical and public health was always vital to developing the country's health system. This action research was conducted with its objectives to develop the data quality management model of the 43 public health folders and to compare its quality before and after development. The study was divided into 3 phases: 1) preliminary stage, 2) action stage and 3) evaluation stage. The sample group consisted of 46 respondents who were involved in data quality management. Data collection was obtained through questionnaires, observations, and interviews before being analyzed by using descriptive statistics such as frequency, percentage, average, standard deviation, Chi-square test ( $\chi^2$ ), and Fisher Exact test. To

obtain qualitative data, a content analysis was employed.

The results showed that the development process of data quality management model for the 43 public health folders included 6 stages and 20 activities as follows: 1) preparation stage, 2) action stage by stakeholders, 3) human development stage, 4) supervision and following-up stage, 5) evaluation stage, and 6) reflection and conclusion stage. The development of such process had formed a new development concept called the CHA\_TU model which in turn resulted in an increasing of knowledge, a better practice and a better attitude of those who were involved in data quality management. Moreover, data quality (accuracy, completeness, and timeliness) had increased from 84.61 to 98.73 percent and its satisfaction was found to be at a high level (Mean = 4.66, S.D. = 0.35).

In summary, the development of data quality management model for the 43 public health folders comprised factors of success as follows: a participatory planning by stakeholders, working as a teamwork in a network (stakeholders taking part in all activities), a supervision to be made during an implementation stage, a workshop to be recurrently held in a network level for developing the potential of personnel, exchanging and sharing knowledge to raise awareness in practice, and channels for easy and convenient feedback (reflection). These factors contributed to a more effective operation.



**Keywords :** quality health information, 43 public health data folders, Primary Care Unit

## บทนำ

ข้อมูลข่าวสารเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการบริหารงานในทุกๆระดับ ตั้งแต่ระดับปฏิบัติการ จนถึงระดับบริหาร และในการกำหนดนโยบายต่างๆ ผู้บริหารยุคใหม่ต้องการข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ เพื่อใช้ในการประเมินสถานการณ์ ใช้ในการคาดการณ์เหตุการณ์ เพื่อการตัดสินใจที่ถูกต้องแม่นยำ และมีความผิดพลาดที่น้อยที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ อันจะนำมาสู่องค์กรที่มีสมรรถนะสูง ข้อมูลข่าวสารที่ทันสมัยและมีความถูกต้อง รวมถึงมีการจัดเก็บอย่างเป็นระบบจะช่วยให้องค์กรสามารถกำหนดทิศทางและนโยบายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นในการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสิ่งที่จะต้องคำนึงถึง คือ การพัฒนาคุณภาพของข้อมูลให้ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ เทียบตรง รวมทั้งองค์ประกอบที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้ข้อมูลที่มีคุณภาพ (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตระหนักถึงความสำคัญ ของระบบข้อมูลสุขภาพและเทคโนโลยีสารสนเทศต่อการพัฒนาระบบสุขภาพ (Health System) จึงกำหนดนโยบายที่จะพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพและเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพให้มีประสิทธิภาพและจัดการระบบข้อมูลที่กระจัดกระจาย (Fragmented) ให้สอดคล้องกับกระบวนการดำเนินงานด้านสุขภาพ ซึ่งได้จัดทำโครงการพัฒนาระบบการเชื่อมโยงข้อมูลมาตรฐาน (Standard Data Set) จากเริ่มแรกเป็น 18 แฟ้ม ในระดับสถานีอนามัยและ 12 แฟ้ม ในระบบโรงพยาบาล ต่อมาพัฒนาเป็น 21 แฟ้ม (ชินจิต หรัยลอย, 2551)

ปัจจุบันพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม โดยให้การดำเนินการจัดเก็บและส่งออกข้อมูลเป็นฐานข้อมูลรายบุคคล (Individual record) จากสถานบริการทุกระดับมาอย่างสำนั กนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปี 2550 ในรูปแบบโครงสร้างมาตรฐานข้อมูล 18 แฟ้ม และในปี 2555 ได้ปรับเป็น 43 แฟ้ม เพื่อการส่งต่อ ข้อมูลการป่วยและการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรครายบุคคล ซึ่งได้เพิ่มโครงสร้างมาตรฐาน ข้อมูลของผู้ป่วยในและอื่นๆโดยสถานบริการทุกแห่ง จะต้องส่งข้อมูลรายบุคคลไปรวมกันที่คลังข้อมูลสุขภาพ ระดับจังหวัด (Health Data center) สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดเพื่อรวบรวมส่งมายังสำนั กนโยบายและยุทธศาสตร์ เพื่อเป็นข้อมูลสุขภาพระดับประเทศ สำหรับการใช้ประโยชน์ร่วมกัน (กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมานและสำนั กงาน สาธารณสุขอำเภอจตุรพักตรพิมาน ได้ร่วมกันพัฒนา ระบบข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพให้มีคุณภาพ เพื่อให้หน่วยบริการมีข้อมูลสุขภาพสำหรับให้บริการ ประชาชนตามกลุ่มเป้าหมายต่างๆได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา และมีประสิทธิภาพ โดยพัฒนา ระบบข้อมูลในรูปแบบของระบบคลังข้อมูลด้าน การแพทย์และสุขภาพ (Data Center) ระดับอำเภอ และเชื่อมต่อไปยังจังหวัดเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนและ ถูกต้องโดยข้อมูลดังกล่าวสอดคล้องตามโครงสร้าง ข้อมูลมาตรฐานด้านการแพทย์และสุขภาพที่กระทรวง สาธารณสุขกำหนด และระบบสามารถจัดทำเป็น รายงานเพื่อประโยชน์ต่อผู้ใช้งานในระดับสถานบริการ คือโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ (โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน, 2557) ซึ่งจากผลการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า การ พัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพตามมาตรฐานโครงสร้าง 43



แฟ้ม ยังมีอุปสรรคและปัญหาในการดำเนินงานอย่างมาก ข้อมูลขาดคุณภาพและความน่าเชื่อถือ เนื่องจากขาดความถูกต้อง ขาดความครบถ้วน ขาดความครอบคลุม และส่งไม่ทันเวลา ดังจะเห็นได้จากข้อมูลปี 2556 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ระงับการจ่ายเงินชดเชยตามผลงานการให้บริการชั่วคราว (Pending) เนื่องจากข้อมูลมีความผิดปกติในแฟ้มบุคคล (Person) พบว่าจำนวนคนที่อาศัยอยู่จริงในเขตรับผิดชอบมีจำนวนสูงกว่าความเป็นจริงเมื่อเทียบกับจำนวนประชากรสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) และไม่มีการจำหน่ายบุคคลที่เสียชีวิตแล้วออกจากฐานข้อมูลในแฟ้มโรคเรื้อรัง (Chronic) จึงทำให้ข้อมูลไม่น่าเชื่อถือ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2556) และผลการส่งข้อมูล 43 แฟ้ม ปี 2557 พบว่า คุณภาพด้านความถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 88.56 คุณภาพด้านความครบถ้วนของข้อมูล คิดเป็นร้อยละ 75.81 และคุณภาพด้านความทันเวลา คิดเป็นร้อยละ 89.62 (โรงพยาบาลจุฬารัตนพิกุล 2557) จากข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าคุณภาพข้อมูลอยู่ในระดับต่ำ เมื่อเทียบกับเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอื่นในจังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งจะเห็นได้จากข้อมูลอยู่ที่ ร้อยละ 95.88 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด, 2557) และผลการจัดสรรเงินตามผลงานบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP Workload) และส่งจ่ายตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการหน่วยบริการปฐมภูมิ (QOF) ปี 2558 เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอจตุรพักตรพิมานได้รับการจัดสรรเงินลดลงอย่างเห็นได้ชัดเมื่อเทียบกับเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอื่นๆ ในจังหวัดร้อยเอ็ด (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2558)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องการใช้เทคนิคการประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (AIC) ร่วมกับแนวคิดวิจัยเชิงปฏิบัติการ

(Action Research) และการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการพบว่าภายหลังการพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลลงทะเบียนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้ปฏิบัติงานมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนาและผลการลงทะเบียนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีความถูกต้องเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p < 0.05$ ) (อรวิพงษ์ ตีเสมอ, 2554) และพบว่า การดำเนินการตามวงจรพัฒนาคุณภาพของเดมิง และร่วมกับกำหนดแผนปฏิบัติการกิจกรรมต่างๆ ทำให้คุณภาพข้อมูลด้านความครบถ้วน ถูกต้อง และด้านความทันเวลา เพิ่มขึ้นจากก่อนการดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ศศิธร ไชยสังข์, 2554) ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความประสงค์ที่จะพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด ให้มีคุณภาพและมีความน่าเชื่อถือ สามารถนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ได้อย่างแท้จริงและถูกต้องโดยใช้การประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (AIC) แนวคิดการจัดการ แนวคิดด้านคุณภาพข้อมูล และแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการจำนวน 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Plan) การลงมือปฏิบัติงาน (Action) การสังเกตผลการปฏิบัติงาน (Observation) และการสะท้อนผลกลับ (Reflection) มาเป็นเครื่องมือในการจัดการคุณภาพข้อมูลของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิให้มีคุณภาพดียิ่งขึ้น ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้ในการกำหนดนโยบาย การได้รับจัดสรรงบประมาณ การติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป





## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทของพื้นที่ สภาพปัญหา และอุปสรรคในการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้มในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภोजตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

2. เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้มในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภोजตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด ให้มีคุณภาพในด้านความถูกต้อง ด้านความครบถ้วน และด้านความทันเวลา

3. เพื่อประเมินผลกระบวนการพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้มในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภोजตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

## ระเบียบวิธีวิจัย

### การดำเนินวิจัย

การวิจัยเรื่องการพัฒนากระบวนการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภोजตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ดเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ เคมมิสและแม็คแทกการ์ท (Kemmis and McTasgart, 1990) ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน 20 กิจกรรม ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1** ขั้นเตรียมการประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1) ศึกษาบริบทพื้นที่และสภาพปัญหาต่างๆ 2) เก็บรวบรวมข้อมูล 3) ติดต่อประสานงานผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินการ

**ขั้นตอนที่ 2** ขั้นดำเนินการพัฒนาโดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องตามกระบวนการ ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 4) จัดทำคำสั่งคณะกรรมการดำเนินงาน 5) ประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วมในภาพของเครือข่ายเพื่อร่วมกัน

วิเคราะห์สถานการณ์และหาแนวทางแก้ปัญหา

6) จัดทำแผนปฏิบัติการของเครือข่าย

**ขั้นตอนที่ 3** ขั้นพัฒนาบุคลากรประกอบด้วย กิจกรรมที่ 7) อบรมเชิงปฏิบัติการ 8) ประกาศนโยบาย โดยผู้บริหาร

**ขั้นตอนที่ 4** ขั้นนิเทศติดตาม ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 9) จัดตั้งทีมผู้เชี่ยวชาญเป็นทีมพี่เลี้ยงในด้านต่างๆ 10) เพิ่มช่องทางการติดต่อสื่อสารด้านข้อมูล 11) Check ตรวจสอบคุณภาพข้อมูล 12) Edit ดำเนินการแก้ไขให้ถูกต้อง 13) Sent ส่งข้อมูล HDC, สปสข.

**ขั้นตอนที่ 5** ขั้นประเมินผล ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 14) ประเมิน KAP 15) ประเมินคุณภาพข้อมูล 16) ประเมินความพึงพอใจผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินการ

**ขั้นตอนที่ 6** ขั้นสะท้อนกลับผลการปฏิบัติงาน ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 17) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียนร่วมกัน 18) คืบข้อมูลสู่หน่วยบริการทุกแห่ง 19) กำหนดมาตรการ แนวทาง และสร้างคู่มือการดำเนินงาน 20) ประกาศนโยบายการดำเนินงานพัฒนาระบบข้อมูล 43 แฟ้ม โดยผู้บริหาร

## ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย

**1. ประชากร** คือ เจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการเก็บรวบรวมข้อมูล การบันทึกข้อมูล การตรวจสอบข้อมูล การจัดส่งข้อมูล และผู้รับผิดชอบงานข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้มที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภोजตุรพักตรพิมาน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวนทั้งหมด 203 คน

**2. กลุ่มเป้าหมาย** ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยการกำหนด



คุณสมบัติจากเจ้าหน้าที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 46 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพมีจำนวนทั้งหมด 6 ฉบับ ดังนี้

**ฉบับที่ 1** แบบสอบถามลักษณะทางประชากร ข้อมูลด้านความรู้ เจตคติและการปฏิบัติในการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม

**ฉบับที่ 2** แบบสัมภาษณ์อุปสรรคปัญหาและข้อเสนอแนะในการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม

**ฉบับที่ 3** แบบบันทึกผลการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐาน โครงสร้าง 43 แฟ้ม ประกอบด้วยรายการแฟ้ม ข้อมูลทั้งหมด 43 แฟ้มข้อมูล เพื่อบันทึกผลการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความถูกต้อง ด้านความครบถ้วน และด้านความทันเวลา

**ฉบับที่ 4** แบบบันทึกสังเกตการณ์มีส่วนร่วมระหว่างดำเนินการตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

**ฉบับที่ 5** แบบบันทึกผลการสรุปกิจกรรมถอดบทเรียน AAR (After Action Review)

**ฉบับที่ 6** แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ร่วมวิจัยในการดำเนินการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยนำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาหาความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์แล้วนำมาหาค่า IOC ซึ่งสูตรของ Rowinelli และ Hambleton, 1977 (อ้างใน อรรถพงษ์

ดีเสมอ, 2554) กำหนดให้ค่า IOC (Index of Congruence) มีค่า 0.5 ขึ้นไปจึงจะถือว่าสอดคล้องกันพบว่ามีค่า IOC ระหว่าง 0.66-1.00 ทุกข้อ

2. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) จำนวน 30 คนวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยแบบสอบถามด้านความรู้ใช้วิธี KR20 (Kuder-Richardson Formula 20) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.75 แบบสอบถามเจตคติ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79 แบบสอบถามการปฏิบัติ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82 และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ร่วมวิจัย มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87 โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลแล้วจัดหมวดหมู่ตามประเด็น

2. ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. ทดสอบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการจัดการคุณภาพข้อมูล โดยใช้สถิติ Chi-square test ( $\chi^2$ ) และ Fisher' Exact test

### จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ การรับรอง PH025/2559 ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงสิทธิประโยชน์ในการให้ข้อมูล โดยผู้ให้ข้อมูลจะเป็นผู้ตัดสินใจในการเข้าร่วมการศึกษาโดยสมัครใจ หากผู้ที่เกี่ยวข้องในงานวิจัยครั้งนี้ไม่ยินดีเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัย



ก็จะไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น หรือในระหว่างการศึกษาวิจัยจะขอถอนตัวไม่เข้าร่วมกิจกรรมย่อมได้

## ผลการวิจัย

ผลการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด ประกอบด้วย 3 ระยะ ดังนี้

**ระยะที่ 1** ขึ้นเตรียมการได้ศึกษาบริบทของพื้นที่ สภาพปัญหาและอุปสรรคในการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการคุณภาพข้อมูล ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 63) อายุตั้งแต่ 31-40 ปี (ร้อยละ 41.3) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 60.9) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า (ร้อยละ 89.1) เป็นผู้ปฏิบัติงานเป็นตำแหน่งสาขาชีพ (ร้อยละ 36.9) มีประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับข้อมูล 43 แฟ้ม เป็นระยะเวลา 1-3 ปี (ร้อยละ 65.2) โดยระยะเวลาเฉลี่ย 3 ปี (S.D.= 209) ทำสุด 1 ปี สูงสุด 10 ปีได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบงานข้อมูล 43 แฟ้ม (ร้อยละ 84.8) ทราบและตระหนักดีต่อของการบันทึกข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา (ร้อยละ 89.1) เคยได้รับการนิเทศหรือติดตาม (ร้อยละ 54.3) และเคยผ่านการอบรมหรือได้รับฟังการถ่ายทอด (ร้อยละ 65.2)

1.2 ข้อมูลด้านความรู้ ด้านเจตคติ และด้านการปฏิบัติต่อการจัดการข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 47.83) มีเจตคติอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 58.70) และมีการปฏิบัติอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 67.40)

1.3 ข้อมูลด้านสภาพปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง พบว่า **ปัญหาด้านการบันทึกข้อมูล** เนื่องจากโปรแกรมที่ใช้ในแต่ละงานมีหลายหน้าต่างที่ต้องเข้าบันทึก ต้องใช้เวลาในการบันทึกมาก จึงทำให้การลงบันทึกข้อมูลไม่ทัน และมีภาระต้องรับผิดชอบในการบันทึกหลายงาน มีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนในเรื่องไขข้อของแต่ละแฟ้มข้อมูล **ด้านการส่งออกข้อมูล** พบว่าระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ตไม่เสถียร ทำให้แฟ้มสะดวกในการปฏิบัติงาน มีการส่งออกข้อมูลแค่เดือนละครั้ง จึงไม่มีโอกาสแก้ไขข้อมูลให้ถูกต้องก่อนส่งไปยังส่วนกลาง **ด้านการตรวจสอบข้อมูล** พบว่าโปรแกรมที่ใช้ในการประมวลผลตรวจสอบข้อมูลเบื้องต้น (OPPP2010) ยังมีข้อบกพร่องไม่สามารถตรวจสอบความผิดพลาดได้ครบ **ด้านวัสดุอุปกรณ์**ที่ยังไม่พอใช้กับปริมาณงานที่ต้องบันทึกข้อมูล และคนไม่เพียงพอเนื่องจากภาระงานมาก **ด้านการควบคุมกำกับและติดตาม** พบว่ายังขาดการนิเทศติดตามที่จริงจังของหัวหน้าหน่วยงาน ทำให้ผู้ปฏิบัติไม่ให้ความร่วมมือและไม่เห็นความสำคัญเท่าที่ควร ขาดแรงจูงใจ ภาระงานมากเหนื่อยล้ากับการทำงานรวมถึงความไม่ชัดเจนของนโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อยในแต่ละปีเกี่ยวกับแฟ้มข้อมูลที่ต้องการ ทำให้การบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง และส่งข้อมูลไม่ทันเวลา

1.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม พบว่า ระดับการศึกษา ประสบการณ์ทำงาน การได้รับมอบหมายงาน การได้รับการอบรมชี้แจง มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการจัดการข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนเพศ อายุ สถานภาพสมรส และการได้รับนิเทศติดตามพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการจัดการข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้มดังตาราง 1



ตาราง 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม

ปัจจัยด้านบุคคล	ระดับการปฏิบัติ		$\chi^2$ (p-value)	Fisher' Exact (p-value)
	ระดับต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	ระดับสูง จำนวน (ร้อยละ)		
<b>เพศ</b>			3.130	
- ชาย	8(47.1)	9(52.9)	(0.077)	
- หญิง	14(47.8)	15(52.2)		
<b>อายุ(ปี)</b>			0.087	
- < 36 ปี	12(54.5)	10(45.5)	(0.768)	
- 36 ปีขึ้นไป	10(41.7)	14(58.3)		
<b>สถานภาพสมรส</b>			2.174	
- โสด	8(44.4)	10(56.6)	(0.140)	
- สมรส	14(50.0)	14(50.0)		
<b>การศึกษา</b>				28.174
- อนุปริญญา หรือเทียบเท่า	2(40.0)	3(60.0)		(0.001)*
- ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	20(48.8)	21(51.2)		
<b>ประสบการณ์ทำงาน(ปี)</b>				4.261
- < 3 ปี	16(53.3)	14(46.7)		(0.039)*
- 3 ปีขึ้นไป	6(37.5)	10(62.5)		
<b>การได้รับมอบหมายงาน</b>				22.261
- ได้รับมอบหมาย	18(46.2)	21(53.8)		(0.001)*
- ไม่ได้รับมอบหมาย	4(57.1)	3(42.9)		
<b>ได้รับการอบรมชี้แจง</b>			0.087	
- เคย	15(50.0)	15(50.0)	(0.001)*	
- ไม่เคย	7(43.8)	9(56.2)		
<b>ได้รับการนิเทศติดตาม</b>			0.348	
- เคย	13(52.0)	12(48.0)	(0.555)	
- ไม่เคย	9(42.9)	12(57.1)		

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ระยะที่ 2 ขึ้นดำเนินการได้ศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (PAOR)





**การวางแผน (Planning)** 1) ประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วมในภาพของเครือข่าย เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และหาแนวทางแก้ปัญหา  
2) ร่วมกันจัดทำเป็นแผนปฏิบัติการของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

**การปฏิบัติ (Action)** 1) จัดทำคำสั่งคณะกรรมการดำเนินงานโดยเครือข่ายมีส่วนร่วม  
2) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการอย่างต่อเนื่องในทุกๆ เดือน  
3) ผู้บริหารกำหนดทิศทางและประกาศนโยบายที่ชัดเจนในการจัดการคุณภาพข้อมูล 43 แฟ้ม

**การสังเกตการณ์ (Observation)** 1) ทีมผู้เชี่ยวชาญจะเป็นทีมพี่เลี้ยงดูแล ให้คำปรึกษา และช่วยเหลือในด้านต่างๆ เช่น Hardware, Software, Peopleware 2) ทีมระดับ CUP ร่วมนิเทศติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง 3) ได้เพิ่มช่องทางการติดต่อสื่อสารด้านข้อมูล 4) Check: ตรวจสอบคุณภาพข้อมูลก่อนส่งส่วนกลาง 5) Edit: ดำเนินการแก้ไขข้อมูลให้ถูกต้อง 6) Sent: ส่งข้อมูล HDC จังหวัด และ สปช.

**การสะท้อนกลับผลการปฏิบัติงาน (Reflection)** 1) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันถอดบทเรียนหลังการดำเนินงาน เพื่อสะท้อนปัญหาอุปสรรคในแต่ละกิจกรรม พร้อมทั้งร่วมหาแนวทางแก้ไขปัญหามารวมของ CUP 2) ทำการคืนข้อมูลสู่หน่วยบริการทุกแห่ง 3) กำหนดมาตรการ แนวทาง และสร้างคู่มือปฏิบัติงาน 4) ประกาศนโยบาย การดำเนินงานพัฒนาระบบข้อมูล 43 แฟ้ม โดยผู้บริหาร CUP

**ระยะที่ 3** ชั้นประเมินผลกระบวนการพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ก่อนและหลังดำเนินการพัฒนา

1. เปรียบเทียบด้านความรู้ ด้านเจตคติ และด้านการปฏิบัติต่อการจัดการคุณภาพข้อมูล 43 แฟ้ม

ก่อนและหลังดำเนินการพัฒนา พบว่าหลังดำเนินการพัฒนาผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการคุณภาพข้อมูลส่วนใหญ่มีระดับความรู้โดยรวมเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง (ร้อยละ 47.8) เป็นระดับสูง (ร้อยละ 97.8) มีระดับเจตคติโดยรวมเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดีโดยก่อนดำเนินการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.75 (S.D.=0.49) และหลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.20 (S.D.=0.38) มีระดับการปฏิบัติโดยรวมเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดีโดยก่อนดำเนินการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.28 (S.D.=0.52) และหลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.54 (S.D.=0.32)

2. เปรียบเทียบคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม หลังดำเนินการพัฒนา พบว่าคุณภาพข้อมูลเพิ่มขึ้นกว่าก่อนดำเนินการพัฒนาทั้งด้านความถูกต้อง ด้านความครบถ้วน และด้านความทันเวลา เมื่อพิจารณารายแฟ้ม พบว่า ส่วนใหญ่มีความถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 100.00 และแฟ้มที่มีความถูกต้องต่ำ ได้แก่ แฟ้ม CHRONIC (ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง) และแฟ้ม DIAGNOSIS\_OPD (การวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยนอก) คิดเป็นร้อยละ 99.17 ด้านความครบถ้วน ได้แก่ แฟ้ม DRUG\_OPD (การจ่ายยาสำหรับผู้ป่วยนอก) และแฟ้ม PROCEDURE\_OPD (หัตถการของผู้ป่วยนอก) ส่วนด้านความทันเวลา สามารถส่งได้ทันเวลาทุกแฟ้ม คิดเป็นร้อยละ 100.00

3. ประเมินความพึงพอใจของผู้ร่วมวิจัย พบว่าผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีความพึงพอใจต่อกระบวนการดำเนินงานจัดการคุณภาพข้อมูล 43 แฟ้ม คิดเป็นร้อยละ 100.00 (Mean=4.71, S.D.=0.22) โดยส่วนใหญ่ มีความพึงพอใจมากที่สุดในขั้นเตรียมการ (Mean=4.76, S.D.=0.26) รองลงมาคือขั้นดำเนินการ (Mean= 4.70, S.D. = 0.35) และขั้นประเมินผล (Mean = 4.66, S.D.=0.35) ตามลำดับ ดังตาราง 2



ตาราง 2 ระดับความพึงพอใจโดยรวมของผู้ร่วมวิจัยต่อกระบวนการดำเนินงานจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภोजตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

ระดับความพึงพอใจ	จำนวน (n = 46)	ร้อยละ (%)
ระดับน้อย (1.00-2.33)	0	0.00
ระดับปานกลาง (2.34-3.66)	0	0.00
ระดับมาก (3.67-5.00)	46	100.00
Mean = 4.71, S.D. = 0.22, Max = 5.00, Min = 4.13		

4. สรุปผลการศึกษากระบวนการดำเนินการพัฒนาซึ่งได้แบ่งขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยเป็น 3 ระยะ คือ ขั้นศึกษาสภาพปัญหาในการดำเนินงาน ขั้นการปฏิบัติการตามรูปแบบที่กำหนด และขั้นประเมินผลรูปแบบการพัฒนาการจัดการคุณภาพข้อมูล 43 แฟ้ม สามารถนำมาสร้างเป็นรูปแบบแนวคิดที่เหมาะสมในการพัฒนาคือ CHA\_TU Model ซึ่งได้จากการรวบรวมข้อมูลระหว่างที่ทำการศึกษาในทุุกกิจกรรม ผู้วิจัยและทีมได้ทำการสัมภาษณ์เชิงลึก และจากการสังเกตการณ์ ทำให้สามารถสรุปรายละเอียดได้ดังต่อไปนี้

C คือ Channel and Check หมายถึง มีช่องทางการสื่อสารในการสะท้อนข้อมูลที่ง่ายและสะดวก มีการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง

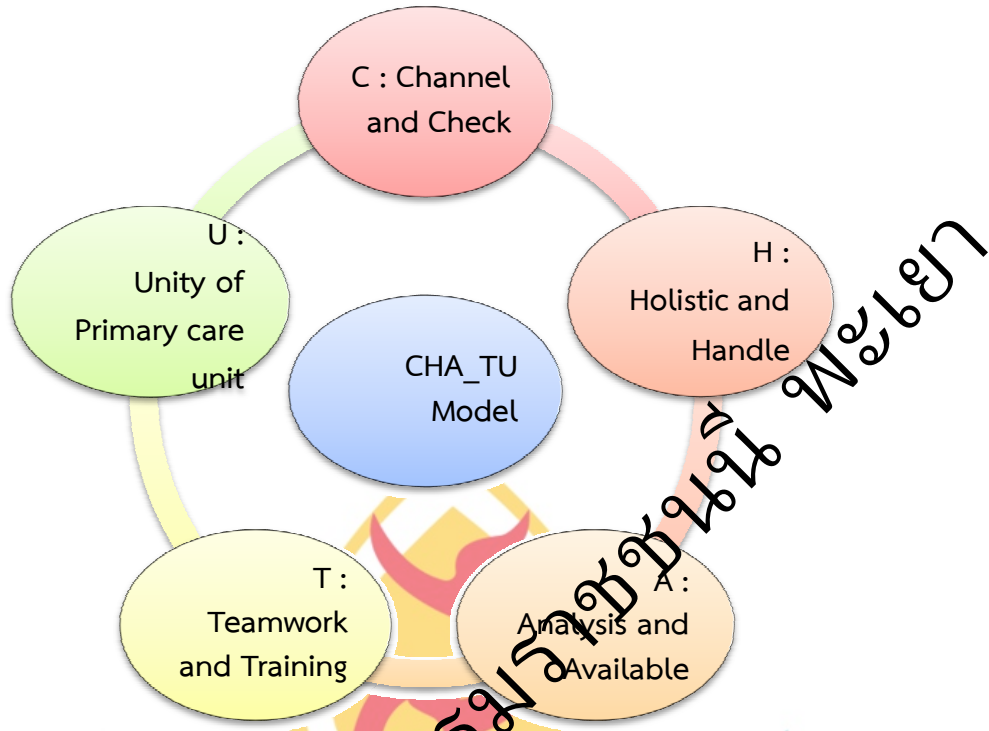
H คือ Holistic and Handle หมายถึง มีการจัดการแบบองค์รวมโดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมดช่วยกันวางแผนนำไปสู่การปฏิบัติ และร่วมกันพัฒนาขึ้นทุกด้าน

A คือ Analysis and available หมายถึง ทำการวิเคราะห์ข้อมูลที่มีคุณภาพให้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง เพื่อใช้ในการวางแผนให้บริการและดูแลสุขภาพประชาชน

T คือ Teamwork and Training หมายถึง การทำงานเป็นทีมเครือข่ายร่วมกันในการพัฒนา และทำการฝึกอบรมให้มีความรู้ เกิดทักษะ และสามารถนำไปปฏิบัติได้ถูกต้อง

U คือ Unity of Primary Care Unit หมายถึง ความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันความกลมกลืนสามัคคีกันของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

CHA\_TU Model หมายถึง แนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวางแผนแก้ปัญหาและดำเนินการตามกระบวนการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภोजตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด โดยมีเป้าหมายคือ คุณภาพข้อมูลที่ต้องการ ครบถ้วน และทันเวลาดังภาพประกอบ 1



## อภิปรายผล

ผลการศึกษการพัฒนา รูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้มในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ดสามารถนำมาเป็นข้ออภิปรายที่มีสาระสำคัญ ดังนี้

ความรู้ด้านการจัดการข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 47.8) โดยความรู้ด้านการบันทึกและการจัดเก็บข้อมูลอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 39.1) แสดงว่าเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องได้ดำเนินการจัดเก็บและบันทึกข้อมูลได้ในระดับหนึ่งแต่ไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดซึ่งมีเจ้าหน้าที่เพียงบางส่วนเท่านั้นที่เคยผ่านการอบรม (ร้อยละ 65.2) เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า การอบรมมีความสัมพันธ์กับความรู้ และการปฏิบัติต่อการจัดการคุณภาพข้อมูล

ตามมาตรฐานแฟ้มโครงสร้าง 43 แฟ้ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value}=0.002$ ) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ วิทยา พลาอาด, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และสาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง (2554) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่พยากรณ์คุณภาพข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัวของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสตูล พบว่า การได้รับการอบรมเป็นปัจจัยที่พยากรณ์คุณภาพข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัวของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสตูล และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุจรรยา ทั้งทอง (2556) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพข้อมูลด้านสุขภาพ (21 แฟ้ม) ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพข้อมูลด้านสุขภาพ (21 แฟ้ม) ได้แก่ การฝึกอบรมระดับเครือข่ายหน่วยบริการ ( $p\text{-value}=0.002$ ) การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้ อาจเนื่องมาจากการได้รับการฝึกอบรม



เป็นการพัฒนาความรู้และทักษะของผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งการจัดอบรมภายในเครือข่ายบริการสุขภาพต้องจัดหลักสูตรได้ตรงกับปัญหาและความต้องการของเจ้าหน้าที่ที่จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพข้อมูลสุขภาพ

2. เจตคติต่อการจัดการข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แพ้ม ผลการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่มีเจตคติอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 58.7) รองลงมาคือ ระดับปานกลาง (ร้อยละ 41.3) ซึ่งจะพบว่าในการดำเนินงานตามนโยบายสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ร้อยเอ็ด และกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปี 2550 จนถึงปัจจุบันได้ให้ความสำคัญกับระบบข้อมูลด้านสุขภาพและเทคโนโลยีสารสนเทศ ในการจัดทำข้อมูลให้มีคุณภาพทั้งด้านความถูกต้อง ครบถ้วน และทันการณ การเชื่อมโยงเครือข่ายเพื่อการใช้ประโยชน์ข้อมูล ร่วมกัน ลดความซ้ำซ้อนในการจัดทำรายงานของหน่วย บริการ และการได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงเป็นผลรวมของกระบวนการที่ก่อให้เกิดการจูงใจ อารมณ์ และ ความยอมรับของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการจัดการคุณภาพ ข้อมูล 43 แพ้ม ให้มีคุณภาพและน่าเชื่อถือ ทั้งนี้ ในการแสดงความคิดเห็นด้านเจตคติจึงอยู่ในระดับดี

3. การปฏิบัติตามการจัดการข้อมูลตาม มาตรฐานโครงสร้าง 43 แพ้ม ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตามอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 67.4) รองลงมา คือ ระดับปานกลาง (ร้อยละ 30.4) ซึ่งจะพบว่าในการ ดำเนินงานการปฏิบัติตามการจัดการคุณภาพข้อมูล 43 แพ้ม มีปัจจัยหลายด้านที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นด้าน โปรแกรม (Soft Ware) พบว่าโปรแกรมบันทึกข้อมูลมี ความซ้ำซ้อน การส่งออกข้อมูลใช้เวลานาน และยังขาด คู่มือการใช้ ด้านผู้ใช้งาน (People Ware) พบว่า เจ้าหน้าที่ยังขาดความรู้และทักษะในการใช้ คอมพิวเตอร์ ชื่นจิต หล่ายลอย (2551) ถึงแม้ว่าผล การศึกษาจะมีการปฏิบัติตามในระดับดีก็ตาม แต่ไม่ได้

หมายความว่า จะปฏิบัติได้ถูกต้องตามเงื่อนไขของแต่ละ แพ้มข้อมูล ซึ่งมีรายละเอียดและเงื่อนไขต่างๆ มาก การ ที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจเนื่องมาจากเจ้าหน้าที่ ต้องปฏิบัติตามหน้าที่ หรือตามนโยบายที่กำหนด เท่านั้น แต่ยังขาดความตระหนักในด้านคุณภาพของ ข้อมูล ขาดความรู้ความเข้าใจที่ชัดเจนเพราะการ ปฏิบัติการจัดการคุณภาพข้อมูล 43 แพ้ม มีรายละเอียด ที่ซับซ้อนในแต่ละแพ้มข้อมูล ต้องมีความรู้ระดับที่ จะสามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ ส่งผลให้ข้อมูลมีคุณภาพและน่าเชื่อถือ

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการ ปฏิบัติการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐาน โครงสร้าง 43 แพ้ม ผลการศึกษาพบว่า ระดับ การศึกษา ประสบการณ์ทำงาน การได้รับมอบหมาย งาน การได้รับการอบรมชี้แจงและระดับความรู้มี ความสัมพันธ์กับการจัดการข้อมูลตามมาตรฐาน โครงสร้าง 43 แพ้ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p$ -value=0.001, 0.039, 0.002) ส่วนเพศ อายุ สถานภาพสมรส และการได้รับนิเทศติดตาม พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับจัดการข้อมูลตามมาตรฐาน โครงสร้าง 43 แพ้มซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชื่นจิต หล่ายลอย (2551) ได้ศึกษาความถูกต้องของ ข้อมูล 18 แพ้ม ของสถานีอนามัย จังหวัดชัยนาท พบว่า การมอบหมายหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์กับความ ถูกต้องของข้อมูล 18 แพ้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 ( $p$ -value=0.027) การที่ผลการวิจัย ปรากฏเช่นนี้ อาจเนื่องมาจากการที่ผู้ที่ได้รับ มอบหมายหน้าที่ก็ต้องปฏิบัติงานตามที่ได้รับมอบหมาย จึงมีความจำเป็นต้องรับผิดชอบหน้าที่ตามที่ได้รับ มอบหมายให้ดี เพื่อให้เกิดคุณภาพของการปฏิบัติงาน และจะต้องศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมด้วยตนเองเสมอจึง ส่งผลกระทบต่อคุณภาพข้อมูล ระดับการศึกษา และ ประสบการณ์ทำงาน มีความสัมพันธ์กับการจัดการ





ข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แพ้มี อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p$ -value=0.001, 0.039) ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาของ ชื่นจิต หล้าลอย (2551) พบว่า ระดับการศึกษาและ ประสบการณ์ทำงานไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความ ถูกต้องของข้อมูล 18 แพ้มี การที่ผลการวิจัยปรากฏ เช่นนี้ อาจเนื่องมาจากการจัดการคุณภาพข้อมูลตาม มาตรฐานโครงสร้าง 43 แพ้มี เป็นนโยบายที่กระทรวง สาธารณสุขกำหนดให้ทุกหน่วยบริการต้องจัดเก็บและ ส่งออกข้อมูลให้ส่วนกลางเพื่อนำไปประมวลผล และใช้ ประโยชน์ข้อมูลร่วมกันในระดับประเทศ ซึ่งยังเป็นเรื่อง ใหม่ที่ให้ดำเนินการอย่างจริงจังเมื่อปี 2557 ที่ผ่านมา ในการดำเนินงานมีความยุ่งยากและซับซ้อนในระบบ ฐานข้อมูล อีกทั้งในด้านการบันทึกข้อมูล ด้านการ ตรวจสอบข้อมูล และการส่งออกข้อมูล รวมถึง โปรแกรมการใช้งานที่ใช้ในการบันทึกที่มีความ หลากหลายทางโครงสร้าง ดังนั้น ระดับการศึกษาย่อม เป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาบุคคลในการเรียนรู้สิ่ง ใหม่และก้าวทันเทคโนโลยียุคข้อมูลข่าวสารไร้พรมแดน อีกทั้งประสบการณ์ทำงาน ย่อมส่งผลให้การปฏิบัติงาน ออกมาดี เนื่องจากคนที่มีประสบการณ์มากย่อมมี ความรู้ความเข้าใจในงานมากกว่าคนไม่มีประสบการณ์ หรือมีประสบการณ์น้อย สำหรับการได้รับการอบรม ชี้แจงและระดับความรู้ มีความสัมพันธ์กับการ ปฏิบัติการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐาน โครงสร้าง 43 แพ้มี สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุจรยา ทังทอง (2556) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการ พัฒนาคุณภาพข้อมูลด้านสุขภาพ (21 แพ้มี) ของ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลจังหวัดขอนแก่น พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการ พัฒนาคุณภาพข้อมูลด้านสุขภาพ (21 แพ้มี) ได้แก่ การฝึกอบรมระดับเครือข่ายหน่วยบริการ ( $p$ -value=0.002) การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจ

เนื่องมาจากการได้รับการฝึกอบรมเป็นการเพิ่มพูน ความรู้และพัฒนาทักษะของผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งระดับ ความรู้ที่ดีย่อมส่งผลให้การปฏิบัติงานได้ดีและมี คุณภาพ ดังนั้นระดับความรู้จึงมีความสัมพันธ์กับการ ปฏิบัติการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐาน โครงสร้าง 43 แพ้มี

5. สภาพปัญหาและอุปสรรคในการ ดำเนินงาน พบว่า เจ้าหน้าที่ขาดความรู้ความเข้าใจใน การบันทึกและการจัดเก็บข้อมูล 43 แพ้มี การบันทึก ข้อมูลไม่เป็นปัจจุบันทำให้ข้อมูลไม่ทันเวลา ไม่มีแนวทางในการดำเนินงานที่ชัดเจนและไม่ได้ ตรวจสอบข้อมูลก่อนส่ง รวมถึงอุปกรณ์คอมพิวเตอร์ไม่ ทันสมัยและไม่เพียงพอ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษา ของ วีระคุณ พิงชัย (2555) ซึ่งได้ศึกษาการจัดการ คุณภาพฐานข้อมูลการให้บริการวัคซีนตามระบบ ฐานข้อมูล 18 แพ้มี ในสถานีอนามัยอำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ ปฏิบัติงานไม่สามารถดำเนินการได้อย่างถูกต้อง เนื่องจากไม่มีแนวทางในการดำเนินงานอย่างเป็นลำดับ การบันทึกข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน ไม่ได้ตรวจสอบและ กำหนดรหัสสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่ถูกต้องไว้ใน แพ้มีข้อมูล ไม่ได้ตรวจสอบรุ่นหรือปรับปรุงโครงสร้าง ฐานข้อมูลตามที่กำหนดและเครื่องคอมพิวเตอร์ไม่ พร้อมสำหรับการใช้งาน การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้ อาจเนื่องมาจาก ความไม่ชัดเจนของนโยบายกระทรวง ที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อยในแต่ละปีเกี่ยวกับข้อมูลที่ ต้องการ ทำให้การบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วนและไม่ ถูกต้อง รวมถึงขาดการควบคุมกำกับ การนิเทศติดตามที่จริงจังของหัวหน้าหน่วยงาน ทำให้ผู้ปฏิบัติไม่ให้ความร่วมมือและไม่เห็นความสำคัญเท่าที่ควร

6. กระบวนการจัดการคุณภาพข้อมูล ตามมาตรฐานแพ้มีโครงสร้าง 43 แพ้มี ในเครือข่าย หน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัด



ร้อยเอ็ด โดยใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนอย่างมีส่วนร่วม (A-I-C) ร่วมกับแนวคิดของ Stephen Kemmis & McTaggart ซึ่งประกอบด้วยการวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ พบว่า ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีความรู้ เจตคติ และมีการปฏิบัติเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา รวมถึงคุณภาพข้อมูลดีขึ้นทั้งด้านความถูกต้อง ความครบถ้วนและความทันเวลา สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อรรถพงษ์ ดีเสมอ (2554) ได้ศึกษาการพัฒนาแบบการจัดการคุณภาพข้อมูล การลงทะเบียนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของหน่วยทะเบียนในจังหวัดสุรินทร์ พบว่า มีการดำเนินงานลงทะเบียนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยรวมอยู่ในระดับมากและเพิ่มขึ้น มีความถูกต้อง และครอบคลุมการมีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเป็นผลจากการลงทะเบียนเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

7. ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้มในเครือข่ายบริการปฐมภูมิอำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด คือ การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วน การมีคณะกรรมการจัดการคุณภาพข้อมูลระดับเครือข่าย และการกำหนดบทบาทของคณะกรรมการที่ชัดเจน ทำให้การดำเนินงานเป็นไปด้วยความรวดเร็วและมี

ประสิทธิภาพการทำงานเป็นทีม การได้รับความร่วมมือและการมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรม การดำเนินงานจะทำให้เกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญของคุณภาพข้อมูลที่ดี จะส่งผลให้เกิดการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ การติดตามนิเทศงานในระหว่างการทำงานจะช่วยให้รับรู้ปัญหาและสามารถให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหาได้ทันท่วงที ผู้ปฏิบัติงานมีกำลังใจที่จะทำงานต่อเนื่องจากบรรลุผลสำเร็จ รวมถึงการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการในระดับเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง จะทำให้ผู้ปฏิบัติมีความรู้ เกิดทักษะมีความสนใจในการทำงาน และสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง รวมถึงการมีช่องทางการติดต่อสื่อสารในการสะท้อนข้อมูลที่ยากและสะดวก เป็นการส่งเสริมและสนับสนุนการปฏิบัติงานตามเป็นการกระตุ้นให้มีการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง

#### กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความรู้ และ ความช่วยเหลืออย่างสูงยิ่งจาก ผศ.ดร.นิรุวรรณ เทรินโบล อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และ ดร.เสฐียรพงษ์ ศิวินา อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมรวมทั้งผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย ขอขอบคุณนายแพทย์สุพัชร์ศัศย์ พันธุ์ศิลา ผอ.รพ.จตุรพักตรพิมาน ที่ให้การสนับสนุนการวิจัยขอขอบคุณเจ้าหน้าที่รพ.สต.ทุกแห่ง ที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี



## เอกสารอ้างอิง

- ชื่นจิต หรั่งลอย. (2551). *ความถูกต้องของข้อมูล 18 แฟ้ม ของสถานีอนามัย จังหวัดชัยนาท*.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน. (2557). *รายงานผลการตรวจสอบข้อมูล 43 แฟ้มเบื้องต้น*. สรุปรายงาน  
การประชุมคณะกรรมการสารสนเทศ (เอกสารรายงาน). ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน.
- วิทยา พลอาอด, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และสาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง. (2554). ปัจจัยที่พยากรณ์คุณภาพข้อมูลใน  
แฟ้มสุขภาพครอบครัวของหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดสตูล. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 25(5),  
18-29.
- วีระวุธ เพ็งชัย. (2555). *การจัดการคุณภาพฐานข้อมูลการให้บริการวัดซีนตามระบบฐานข้อมูล 18  
แฟ้มในสถานีอนามัยอำเภอขุนหาญจังหวัดศรีสะเกษ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหา  
บัณฑิตมหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ศศิธร ไชยล้ำ. (2554). *การจัดการคุณภาพฐานข้อมูลการจ่ายชดเชยค่าบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลห้วย  
ทับทันจังหวัดศรีสะเกษ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัย  
มหาสารคาม.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. (2557). *เอกสารประกอบการประชุมแนวทางการบันทึกและส่งออก  
ข้อมูล 43 แฟ้ม (เอกสารรายงาน)*. ร้อยเอ็ด: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2556). *คู่มือการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ*. ขอนแก่น:  
โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- . (2558). *แนวทางการดำเนินงานระบบข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอกบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค  
รายบุคคล (OP/PP Individual data) ปี 2558*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *คู่มือการปฏิบัติงานการเก็บและจัดส่ง  
ข้อมูลตามโครงการฐานข้อมูลด้านสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข*. นนทบุรี: กระทรวง  
สาธารณสุข.
- สุจรรยา ทังทอง. (2556). ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพข้อมูลด้านสุขภาพ (21 แฟ้ม) ของเจ้าหน้าที่  
สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน  
มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 1(3), 37-47.
- อรรถเทพย์ ดีเสมอ. (2554). *การพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลการลงทะเบียนผู้มีสิทธิหลักประกัน  
สุขภาพถ้วนหน้าของหน่วยทะเบียนในจังหวัดสุรินทร์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหา  
บัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- Kemmis, S. & McTaggart, R. (1988). *The Action Research Planner*. 3rd ed. Victoria: Deakin  
University Press.



# พฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ในเกษตรกรบ้านทุ่งนางครวญ ตำบลชะแล อำเภothongPhaPhum จังหวัดกาญจนบุรี

Protection behavior of chemical pesticides among farmers of Ban  
Thung Nang Khruan, Chalaesuddistrict, Thong PhaPhum district,  
Kanchanaburi province.

มงคล รัชชะ สุรเดช สำราญจิตต์ จุฑามาศ นุสนท้าว ศรธรรม สุขตะกั่ว  
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง  
อนุวัฒน์ อัครศิสุวรรณ  
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

## บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ความรู้เกี่ยวกับอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช 2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่ออันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช 3) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช พฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรบ้านทุ่งนางครวญ ตำบลชะแล อำเภothongPhaPhum จังหวัดกาญจนบุรี กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 170 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผ่านการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ (Validity) และความเชื่อมั่นทั้ง 4 ข้อ (Reliability) มีค่าเท่ากับ 0.77, 0.77, 0.84 และ 0.76 ตามลำดับวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบสถิติ ไค-สแควร์

ผลการวิจัย พบว่า เกษตรกรส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 62.9 อายุ 21-40 ปี ร้อยละ 64.3

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,001 – 50,000 บาท ร้อยละ 36.5 ระดับการศึกษามัธยม ร้อยละ 48.2 ความรู้เกี่ยวกับอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอยู่ (ร้อยละ 37.6) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่ออันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช (ร้อยละ 37.1) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช (ร้อยละ 36.5) อยู่ในระดับต่ำ และพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช (ร้อยละ 38.8) ในระดับปานกลาง

จากการศึกษาความสัมพันธ์ พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่ออันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ ความรู้เกี่ยวกับอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05





**คำสำคัญ :** พฤติกรรม สารเคมีกำจัดศัตรูพืช  
เกษตรกร

## Abstract

The objectives of this research were to study 1) Knowledge about hazardous substances from the using pesticide 2) Risk perception from the using pesticide 3) Perceived self-efficacy to prevent hazards from the using pesticide and 4) Hazard protection behavior from using pesticide and the factor which correlated with behavior for the using of chemical pesticide of agriculturist at Ban Thung Nang Khruan, Chalaesub district, TongPhaPhum district, Kanchanaburi provin. 170 samples were collected by using a questionnaire that content was approved by experts, the reliability of the questionnaire all of 4 items calculated by Cronbach's alpha coefficient were 0.77,0.77, 0.84 and 0.76 respectively. The data were analyzed by using descriptive statistic, percentage, mean, standard deviation and chi-square.

The results showed that the most of them were male (62.9%) their age average 21-40 years (64.9%). The agriculturists had average income about 10,001-50,000 bath (36.5%), graduated in secondary school (48.2%), had about the knowledge about hazardous substances from the using pesticide (37.6%), risk perception from the using pesticide (37.1%) and perceived self-efficacy to prevent hazards from the using pesticide (36.5%) in low level. Moreover, they had a medium level about hazard protection behavior from using pesticide (38.8%).

The correlation study was found that the risk perception from the using pesticide and perceived self-efficacy to prevent hazards from the using pesticide correlated with hazard protection behavior from using pesticide at level as 0.01 by statistical significance and the study the knowledge about hazardous substances from the using pesticide correlated hazard protection behavior from using pesticide at level as 0.05 by statistical significance.

**Keywords:** Behavior, Pesticides, Agriculturists.

## บทนำ

สารกำจัดศัตรูพืชมีการใช้อย่างกว้างขวาง และบทบาทมากในด้านเกษตรกรรม อย่างไรก็ตาม ปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อทั้งสุขภาพและสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งปัจจุบันมีการนำเข้าสารกำจัดศัตรูพืชเพิ่มสูงขึ้นทุกปีเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศไทยและต่างประเทศ พบว่า การใช้สารกำจัดศัตรูพืชในประเทศไทยมีปริมาณสูงกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว (แสงโสม ศิริพานิช,2556)

สถานการณ์การนำเข้าสารกำจัดศัตรูพืชพบว่า ช่วงระหว่างปี 2553-2558 มีการนำเข้าสารกำจัดศัตรูพืช ปริมาณ 117, 815, 164, 538, 134, 480, 172, 826, 147, 375 และ 149, 546 ตัน ตามลำดับซึ่งคิดเป็นมูลค่า 17,956, 22,070, 19,378, 24,416, 22,812 และ 19,326 ล้านบาทตามลำดับ (สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร,2558.) จากสถานการณ์การใช้สารเคมีทางการเกษตรของประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปีในขณะที่พื้นที่เพาะปลูกยังคงมีอยู่เท่าเดิม ในปี 2556 พบว่า มีมูลค่าการนำเข้าเป็นจำนวนมากกว่า 24,416 ล้านบาท ซึ่งเป็นการบ่งชี้ว่าเกษตรกรของประเทศไทยมีปริมาณการใช้สารเคมีทางการเกษตรต่อไร่เพิ่มสูงขึ้น แม้ว่าสารเคมีทางการเกษตรจำพวกปุ๋ยจะเป็นประโยชน์ต่อการเจริญเติบโตของพืช



อาหาร ช่วยลดความเสี่ยงในเรื่องความเสียหายต่อผลผลิต ทำให้ผลิตภาพทางการเกษตรเพิ่มสูงขึ้น สร้างรายได้ให้แก่เกษตรกรและเศรษฐกิจของประเทศ แต่การใช้สารเคมีที่มากเกินไปจนเกินความจำเป็น

สารเคมีกำจัดศัตรูพืชแบ่งเป็น 2 ประเภทหลักคือ ประเภทที่มีฤทธิ์ตกค้างยาวนาน ได้แก่ กลุ่มออร์กาโนคลอรีน (Organochlorine) ระยะเวลาตกค้างของสารเคมียาวนานประมาณ 30 ปี สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่นิยมใช้ เช่น ดีดีที (DDT) ดีลด์ริน (Dieldrin) ออลดริน (Aldrin) ท็อกซาฟีน (Toxaphene) คลอเดน (Chlordane) และลินเดน (Lindane) เป็นต้น และประเภทที่สลายตัวเร็ว ได้แก่ กลุ่มออร์กาโนฟอสเฟต (Organophosphate) เช่น มาลาไอธอน (Malathion) และ เฟนิโตรไธออน (Fenitrothion) เป็นต้น กลุ่มคาร์บาเมต (Carbamate) เช่น คาร์บาริล (Carbaryl) คาร์โบฟูแรน (Carbofuran) และเมโทมิล (Methomyl) เป็นต้น และ กลุ่มไพรีทรอยด์ (Pyrethroid) เช่น เดลตาเมธริน (Deltamethrin) เพอร์เมธริน (Permethrin) เรสเมธริน (Resmethrin) และไบโอเรสเมธริน (Bioresmethrin) เป็นต้น ระยะเวลาตกค้าง ประมาณ 3-15 วัน (กรมควบคุมมลพิษ,2556)

ผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชก่อให้เกิดการปนเปื้อนในดิน อากาศ และแหล่งน้ำธรรมชาติ บริเวณใกล้เคียง และทำให้เกิดการสะสมโดยตรงในพืช เมื่อสัตว์อื่นกินพืช น้ำที่ปนเปื้อนทำให้เกิดผลกระทบต่อห่วงโซ่อาหาร ทำให้ระบบนิเวศเสียสมดุล โดยจะกระทบอย่างยิ่งการลดลงของจำนวนประชากรสัตว์ป่า สัตว์บก และสัตว์เลื้อยคลาน ซึ่งเป็นผลจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช (IsraMahmood et al,2016)

สารเคมีกำจัดศัตรูพืชสามารถเข้าสู่ร่างกายได้ 3 ทางคือ 1) ทางการกินซึ่งเกิดจากการกินอาหารที่ปนเปื้อนสารเคมีกำจัดศัตรูพืชหรือเกิดจากพฤติกรรมที่สุกลักษณะไม่ดีเช่น การไม่ล้างมือก่อนกินอาหาร หรือกินผักไม่ล้างเป็นต้น 2) ทางการหายใจ เกิดจากการสูดดมสารเคมีกำจัดศัตรูพืชขณะฉีดพ่น หรือ อยู่บริเวณ

ใกล้เคียงบริเวณฉีดพ่นสารเคมี เป็นต้น และ 3) การสัมผัสทางผิวหนัง ซึ่งเกิดจากการสัมผัสโดยตรงทางผิวหนังในระหว่างการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ผลกระทบต่อสุขภาพจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ซึ่งความรุนแรงต่อร่างกาย ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น ชนิดของสาร ระยะเวลาการสัมผัส ปริมาณการสัมผัส เป็นต้น ส่งผลก่อให้เกิดอาการพิษเฉียบพลัน (Acute toxicity) เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดหัว ปวดกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้อเกร็ง กระจกตาอักเสบ ท้องร่วง ท้องใจ ติดขัด ตาพร่า แสบตา เป็นต้น และพิษเรื้อรัง (Chronic Toxicity) เช่น มะเร็ง อัมพาต โรคผิวหนังต่างๆ การเป็นหมัน การพิการของทารกแรกเกิด การสูญเสียการได้ยิน การเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ เป็นต้น (สำนักงานคณะกรรมการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กระทรวงสาธารณสุข, 2558 )

จังหวัดกาญจนบุรีตั้งอยู่ในเขตภาคกลางตอนล่าง 1 (นครปฐม กาญจนบุรี ราชบุรี และสุพรรณบุรี) ซึ่งประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและมีพื้นที่ทำการเกษตร 2,995,946 ไร่ พืชหลักได้แก่ ข้าว อ้อย มันสำปะหลัง ข้าวโพด หน่อไม้ฝรั่ง เป็นต้น ซึ่งเกษตรกรพบปัญหาการระบาดของศัตรูพืชมาตลอด ซึ่งแนวโน้มการระบาดของศัตรูพืชมีแนวโน้มมากขึ้นทุกปี เกษตรกรส่วนใหญ่มีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในการแก้ปัญหาดังกล่าว (สำนักงานเกษตรจังหวัดกาญจนบุรี,2559)

จากข้อมูลเบื้องต้นจะเห็นได้ว่า จังหวัดกาญจนบุรี เป็นจังหวัดที่มีพื้นที่การเกษตรขนาดใหญ่ และมีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างแพร่หลาย ซึ่งหากเกษตรกรมีการพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ไม่ถูกต้องย่อมก่อให้เกิดความเสี่ยงและผลกระทบต่อสุขภาพตามมา ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกรบ้านทุ่งนางครวญ ตำบลชะแล อำเภอดงพญาณี จังหวัดกาญจนบุรี เพื่อเป็นข้อมูลในการส่งเสริมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีในอนาคต



## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช
2. เพื่อศึกษาการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่ออันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช
3. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช
4. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

## ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) พฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกรบ้านทุ่งนางครวญ ตำบลชะแล อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกของอาสาสมัครเพื่อเข้าร่วมการวิจัย คือ เป็นประชากร ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างเกษตรกร ปลูกข้าวโพดและมันสำปะหลัง ที่มีประวัติเคยใช้สารเคมีทางการเกษตร ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป และอาศัยอยู่ในพื้นที่ทำการศึกษ จำนวน 283 คน จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสูตรทราโรว์มานน์ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องศึกษา 170 คน โดยวิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ คร่าวเรือนละ 1 คน ส่วนเกณฑ์การออกของอาสาสมัครโครงการวิจัย คือ ไม่เป็นเกษตรกรที่ปลูกข้าวโพดและมัน ตัวเองที่ถูกเลือกไม่สมัครใจตอบแบบสอบถาม ไม่เป็นเกษตรกรที่ปลูกข้าวโพดและปลูกมันสำปะหลังอาศัยอยู่ในตำบลชะแลน้อยกว่า 1 ปี ป่วยหนักไม่สามารถให้ข้อมูลได้ และ บอกละเลิกการเข้าร่วมโครงการ

## เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม (Questionnaires) โดยแบ่งได้ 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามลักษณะปัจจัยส่วนบุคคล ลักษณะแบบสอบถาม เป็นแบบเลือกตอบ และเติมข้อความ ได้แก่ เพศ อายุ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ระดับการศึกษา ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ (check list) จำนวน 4 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยลักษณะแบบสอบถามปลายปิด จำนวน 34 ข้อ ค่าคะแนนเป็นค่าต่อเนื่อง ให้เลือกตอบ 3 ตัวเลือก ใช่, ไม่ใช่, ไม่ทราบ โดยเลือกเพียงคำตอบเดียว การให้คะแนน ดังนี้

ตอบถูก	ได้	1	คะแนน
ตอบผิด	ได้	0	คะแนน
ตอบไม่ทราบ	ได้	0	คะแนน

ค่าพิสัยของคะแนนจริง (สูงสุด - ต่ำสุด) เท่ากับ 26.00 คะแนน ค่าเฉลี่ยของกลุ่ม (  $\bar{X}$  ) เท่ากับ 21.99 คะแนน และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 5.46 คะแนน คำนวณการแบ่งเกณฑ์ คือ ระดับสูงมีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง มากกว่า  $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$  ถึงคะแนนสูงสุดระดับปานกลาง มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง  $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$  และระดับต่ำมีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง คะแนนต่ำสุด ถึงน้อยกว่า  $\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$  ดังนี้

มีความรู้ระดับสูง ค่าคะแนนระหว่าง 24 ถึง 34 คะแนน

มีความรู้ระดับปานกลาง ค่าคะแนนระหว่าง 19 ถึง 24 คะแนน

มีความรู้ระดับต่ำ ค่าคะแนนระหว่าง 8 ถึง 18 คะแนน



ตอนที่ 3 แบบวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่ออันตรายจากใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช เป็นการวัดแบบมาตรา  
ประเมินรวมค่า จำนวน 27 ข้อ (Summated Rating Scale) มีมาตรในการวัดประเมิน 4 ค่า ให้เกษตรกร  
เลือกตอบเพียงคำตอบเดียวในแต่ละประโยคจาก จริงที่สุด จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย ค่าคะแนนเป็นช่วงมาตร  
(Internal Scale) มีค่าอยู่ระหว่าง 1 – 108 คะแนนเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

		ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
จริงที่สุด	มีค่าคะแนน	4	1
จริง	ค่าคะแนน	3	2
ไม่จริง	มีค่าคะแนน	2	3
ไม่จริงเลย	ค่าคะแนน	1	4

ค่าพิสัยของ คะแนนจริง (สูงสุด – ต่ำสุด) เท่ากับ 38.00 คะแนน ค่าเฉลี่ยของกลุ่ม ( X ) เท่ากับ 84.24  
คะแนน และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 7.36 คะแนน คำนวณการแบ่งเกณฑ์ คือระดับสูง มีค่าคะแนน  
อยู่ระหว่าง มากกว่า  $X + \frac{1}{2} S.D.$  ถึงคะแนนสูงสุด ระดับปานกลาง มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง  $X \pm \frac{1}{2} S.D.$  และ  
ระดับต่ำ มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง คะแนนต่ำสุด ถึงน้อยกว่า  $X - \frac{1}{2} S.D.$  ดังนี้

การรับรู้ระดับสูง	ได้คะแนนระหว่าง 89 ถึง 107 คะแนน
การรับรู้ระดับปานกลาง	ได้คะแนนระหว่าง 81 ถึง 88 คะแนน
การรับรู้ระดับต่ำ	ได้คะแนนระหว่าง 69 ถึง 80 คะแนน

ตอนที่ 4 แบบวัดการรับรู้ความสามารถตนเอง ในการป้องกันอันตรายจากใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช เป็น  
การวัดแบบมาตราประเมินรวมค่า (Summated Rating Scale) จำนวน 31 ข้อ มีมาตรในการวัด ประเมิน 4 ค่า  
ให้เกษตรกรเลือกตอบเพียงคำตอบเดียวในแต่ละประโยคจาก ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมากไม่ปฏิบัติ ไม่ปฏิบัติ  
เลย ค่าคะแนนเป็นช่วงมาตร (Internal Scale) มีค่าอยู่ระหว่าง 1 – 124 คะแนนเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

		ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ปฏิบัติมากที่สุด	มีค่าคะแนน	4	1
ปฏิบัติมาก	มีค่าคะแนน	3	2
ไม่ปฏิบัติ	มีค่าคะแนน	2	3
ไม่ปฏิบัติเลย	มีค่าคะแนน	1	4

ค่าพิสัยของคะแนนจริง (สูงสุด – ต่ำสุด) เท่ากับ 47 คะแนน ค่าเฉลี่ยของกลุ่ม ( X ) เท่ากับ 95.21  
คะแนน และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 9.27 คะแนน คำนวณการแบ่งเกณฑ์ คือระดับสูง มีค่าคะแนนอยู่  
ระหว่าง มากกว่า  $X + \frac{1}{2} S.D.$  ถึงคะแนนสูงสุด ระดับปานกลาง มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง  $X \pm \frac{1}{2} S.D.$  และระดับต่ำ  
มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง คะแนนต่ำสุด ถึงน้อยกว่า  $X - \frac{1}{2} S.D.$  ดังนี้

การรับรู้ระดับสูง (มาก)	ได้คะแนนระหว่าง	100 ถึง 118 คะแนน
การรับรู้ระดับปานกลาง	ได้คะแนนระหว่าง	91 ถึง 99 คะแนน
การรับรู้ระดับต่ำ (น้อย)	ได้คะแนนระหว่าง	71 ถึง 90 คะแนน





ตอนที่ 5 แบบวัดพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช เป็นการวัดแบบมาตรา  
ประเมินรวมค่า (Summated Rating Scale) จำนวน 45 ข้อ มีมาตรในการวัดประเมิน 4 ค่า ให้เกษตรกร  
เลือกตอบเพียงคำตอบเดียวในแต่ละประโยคจาก ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมากไม่ปฏิบัติ ไม่ปฏิบัติเลย ค่าคะแนน  
เป็นช่วงมาตร (Internal Scale) มีค่าอยู่ระหว่าง 1 – 180 คะแนนเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

		ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ปฏิบัติมากที่สุด	มีค่าคะแนน	4	1
ปฏิบัติมาก	ค่าคะแนน	3	2
ไม่ปฏิบัติ	มีค่าคะแนน	2	3
ไม่ปฏิบัติเลย	ค่าคะแนน	1	4

ค่าพิสัยคะแนนจริง (สูงสุด – ต่ำสุด) เท่ากับ 79.00 คะแนน ค่าเฉลี่ยของกลุ่ม (X) เท่ากับ 137.22  
คะแนน และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 15.12 คะแนนคำนวณการแบ่งเกณฑ์ คือระดับสูง มากกว่า  $X + \frac{1}{2} S.D.$  ระดับปานกลาง มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง  $X \pm \frac{1}{2} S.D.$  และระดับต่ำ มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง คะแนนต่ำสุด  
ถึงน้อยกว่า  $X - \frac{1}{2} S.D.$  ดังนี้

ระดับสูง	ได้คะแนนระหว่าง	146 ถึง 172 คะแนน
ระดับปานกลาง	ได้คะแนนระหว่าง	132 ถึง 145 คะแนน
ระดับต่ำ	ได้คะแนนระหว่าง	93 ถึง 130 คะแนน

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

##### ตรวจสอบความเที่ยงตรง (Validity)

โดยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ของเครื่องมือโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ  
แก้ไข และให้ข้อเสนอแนะแล้วนำเครื่องมือนี้มาปรับปรุงแก้ไข ตามความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ

##### ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

โดยการนำแบบวัดตัวแปรต่างๆ ที่สร้างขึ้นไปทดสอบใช้กับเกษตรกรในพื้นที่วิจัยใกล้เคียง จำนวน 30 คน  
และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นดังนี้ ความรู้เกี่ยวกับสารเคมีจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชคะแนน  
ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.774 หรือมีโอกาสเสี่ยงต่ออันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช คะแนนความ  
เชื่อมั่นเท่ากับ 0.774 หรือมีความสามารถตนเองในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช  
คะแนนความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84 พฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากสารเคมีจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ความ  
เชื่อมั่นเท่ากับ 0.76

##### การเก็บรวบรวมข้อมูล

จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตามแผนการดำเนินงานดังนี้

1. ขอความอนุเคราะห์จากผู้นำชุมชนในการเข้าพื้นที่เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยชี้แจงแบบสอบถามและอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย
3. ผู้วิจัย ลงพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่มีการคัดเลือกเข้าร่วมโครงการวิจัย ด้วยตนเอง

##### การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งได้ ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล สถิติที่ใช้วิเคราะห์ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล โดยใช้สถิติทดสอบ Chi-square



## ผลการวิจัย

เกษตรกรตำบลชะแล อำเภอทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี ส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศ หญิง (ร้อยละ 62.9 และ 37.1 ตามลำดับ) มีอายุในช่วงระหว่าง 21- 40 ปี ร้อยละ 64.3 รองลงมาอายุในช่วงระหว่าง 40 - 60 ปี ร้อยละ 22.0 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนในช่วงระหว่าง 10,001- 50,000 บาท ร้อยละ 36.5 รองลงมารายได้เฉลี่ยต่อเดือนในช่วงระหว่าง 5,001 - 10,000 บาท ร้อยละ 25.3 การศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 48.2 รองลงมาจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 32.4 ดังแสดงไว้ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละของลักษณะปัจจัยส่วนบุคคล

ลักษณะปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
n = 170		
เพศ		
ชาย	107	62.9
หญิง	63	37.1
อายุ (ปี)		
15 - 21	19	11.2
22 - 40	108	64.3
41 - 60	37	22.0
61 ปีขึ้นไป	4	2.4
รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน		
น้อยกว่า 5,000	27	15.9
5,001 - 10,000	43	25.3
10,001 - 50,000	62	36.5
50,001 - 100,000	6	3.5
missing	32	18.8
ระดับการศึกษาของเกษตรกร		
ประถมศึกษา	55	32.4
มัธยมศึกษา	82	48.2
อาชีวศึกษาขึ้นไป	13	7.6
Missing	20	11.8

เกษตรกรในตำบลชะแล อำเภอทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี มีระดับความรู้เกี่ยวกับอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในระดับต่ำ ร้อยละ 37.6 รองลงมามีความรู้ระดับสูง ร้อยละ 33.5 ดังแสดงไว้ในตารางที่ 2



ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของเกษตรกรในตำบลชะแล อำเภอดงพญาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

n = 170

ระดับความรู้เกี่ยวกับอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ระดับสูง(25- 34 คะแนน)	57	33.5
ระดับปานกลาง (19- 24คะแนน)	49	28.8
ระดับต่ำ ( 8-18 คะแนน)	64	37.6

เกษตรกรในตำบลชะแล อำเภอดงพญาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี มีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่ออันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในระดับต่ำ ร้อยละ 37.1 รองลงมาคือระดับสูง ร้อยละ 31.8 และระดับปานกลาง ร้อยละ 31.2 ตามลำดับดังแสดงไว้ในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของเกษตรกรในตำบลชะแล อำเภอดงพญาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี จำแนกตามระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่ออันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

n = 170

ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่ออันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง(89 - 107 คะแนน)	54	31.8
ระดับปานกลาง (81 - 88 คะแนน)	53	31.2
ระดับต่ำ ( 69 - 80 คะแนน)	63	37.1

เกษตรกรในตำบลชะแล อำเภอดงพญาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี ส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ในระดับน้อย ร้อยละ 36.5 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 31.8 และระดับสูง ร้อยละ 31.8 ดังแสดงไว้ในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของเกษตรกรในตำบลชะแล อำเภอดงพญาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี จำแนกตามระดับการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

n = 170

ระดับการรับรู้ความสามารถตนเอง	จำนวน (คน)	การป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช (ร้อยละ)
ระดับสูง(100 - 118 คะแนน)	54	31.8
ระดับปานกลาง ( 91 - 99 คะแนน)	54	31.8
ระดับต่ำ ( 71 - 90 คะแนน)	62	36.5

เกษตรกรในตำบลชะแล อำเภอดงพญาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี มีพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในระดับ ปานกลาง ร้อยละ 38.8 รองลงมาในระดับสูง ร้อยละ 32.9 และระดับต่ำ ร้อยละ 28.2 ดังแสดงไว้ในตารางที่ 5



ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของเกษตรกรในตำบลชะแล อำเภอทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี จำแนกตามระดับพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

n = 170

ระดับพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง(146 – 172 คะแนน)	56	32.9
ระดับปานกลาง ( 131 – 145 คะแนน)	66	38.8
ระดับต่ำ ( 93 – 130 คะแนน)	48	28.2

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการใช้สารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืช ของเกษตรกร ตำบลชะแล อำเภอทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า เพศ อายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และระดับการศึกษาของเกษตรกร ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร และพบว่า ความรู้เกี่ยวกับอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่ออันตราย จากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชและการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในตำบลชะแล อำเภอทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรีดังแสดงไว้ในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการใช้สารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืช ของเกษตรกรตำบลชะแล อำเภอทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี

n = 170

ปัจจัยส่วนบุคคล	Chi - square	P - value
เพศ	75.437	.062
อายุ	2564.720	.426
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	2216.470	.253
ระดับการศึกษา	181.014	.342
ความรู้เกี่ยวกับอันตรายจากการใช้สารเคมี กำจัดศัตรูพืช	1507.787	.016
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่ออันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช	2163.050	.020
การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช	2856.644	.000

### อภิปรายผล

1. ด้านปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า เกษตรกรส่วนใหญ่ที่ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเป็นเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชกับระดับแอนโซมโคลินเอสเตอเรสในเลือดเกษตรกรตำบลแดล อำเภอรณภูมิ จังหวัดสุรินทร์ (สิทธิชัย ยอดสุวรรณ,2550) พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 87.34 เนื่องจากสรีระของเพศชายแข็งแรงกว่าเพศหญิง ทนต่องานที่ใช้กำลังได้มากกว่าจึงทำให้งานฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชส่วนใหญ่จึงเป็นเพศชายมากกว่า มีอายุระหว่าง 21-40 ปี อายุเฉลี่ย 34.26 ปี มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 10,001 – 50,000 บาท และเกษตรกรส่วนใหญ่จบการศึกษา ระดับมัธยมศึกษาซึ่งแตกต่างกับ การศึกษาพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร อำเภอเชียงแสน





จังหวัดเชียงราย (สมพร เมืองมูลมา, 2551) พบว่า เกษตรกรมีอายุเฉลี่ย 45.44 ปี จบการศึกษาชั้นสูงสุดอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษามากที่สุด ส่วนมากมีรายได้ต่ำสุดระหว่าง 500 – 2,500 บาท และรายได้สูงสุดอยู่ที่ 6,001 บาท

2. ด้านความรู้เกี่ยวกับอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช พบว่า เกษตรกรโดยภาพรวมมีความรู้ในระดับต่ำ ร้อยละ 37.6 ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาเรื่อง ความรู้และพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรตำบลวังสรรพรส อำเภอลง จังหวัดจันทบุรี (สมาน ผดุงศิลป์, 2556) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรอยู่ในระดับมาก และการศึกษาพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรส ของเกษตรกร ตำบลทุ่งปี อำเภอม่วง จังหวัดเชียงใหม่ (อำพร สมสิงห์คำ, 2552) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 81.4 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอาศัยประสบการณ์ ระยะเวลา และไม่ได้มีความรู้ หรือทักษะโดยตรงเกี่ยวกับอันตรายของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

3. ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่ออันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและการรับรู้ความสามารถตนเอง ในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช พบว่า โดยภาพรวมมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในระดับต่ำ 37.1 และการรับรู้ความสามารถตนเอง ในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยภาพรวม พบว่า การรับรู้ความสามารถตนเอง อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 36.5 เนื่องจากเกษตรกรขาดความตระหนักถึงอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และอาจเป็นผลจากการขาดความรู้เกี่ยวกับอันตรายในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

4. ด้านพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยภาพรวม พบว่า เกษตรกรมีพฤติกรรมที่ต้องอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 38.8 สอดคล้องกับศึกษาพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรไร่อ้อย (ชุตินญา ดานะ, 2557) พบว่า มีพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

โดยรวมมีความเหมาะสมอยู่ในระดับปานกลาง ( $X = 2.49$ ,  $SD = 0.88$ ) นอกจากนี้ยังพบว่ามีพฤติกรรมการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลและวิธีการกำจัดภาชนะบรรจุสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ใช้แล้วไม่ถูกต้อง ซึ่งจะเป็นปัญหาต่อสิ่งแวดล้อม ทำให้สารพิษตกค้างในดิน ในแหล่งน้ำและเป็นอันตรายต่อสัตว์น้ำ และผู้บริโภคแตกต่างกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในปัสสาวะของเกษตรกร ตำบลท่างาน อำเภอบุโขยง จังหวัดพิษณุโลก (กมล กลิ่นน้อย, 2552) พบว่า เกษตรกรมีพฤติกรรมที่ต้องอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 58 และการศึกษาพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรส ของเกษตรกร ตำบลทุ่งปี อำเภอม่วง จังหวัดเชียงใหม่ (อำพร สมสิงห์คำ, 2552) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช อยู่ในระดับดี ร้อยละ 96.2

5. ด้านความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่ออันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและ การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีทางการเกษตรของเกษตรกรในอำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี (สุระชัย ยะเครือ, 2550) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงอันตรายจากการใช้สารเคมีทางการเกษตรมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมี แต่แตกต่างจากการศึกษาของ อำพร สมสิงห์คำ (อำพร สมสิงห์คำ, 2552) พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

เมื่อเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ และระดับการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้



สารเคมีกำจัดศัตรูพืชไม่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคล ( $p\text{-value} > 0.05$ ) ดังนั้นจากการศึกษานี้จะเห็นว่าปัจจัยทั้ง 3 ด้าน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

โดยตรง จึงจำเป็นต้องให้ความรู้ โดยการสร้างจิตสำนึกให้เกษตรกรมีความตระหนักถึงอันตรายของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช เพื่อให้เกษตรกรมีพฤติกรรมที่ถูกต้องต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

- กมล กลิ่นน้อย. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในร่างกายของเกษตรกร ตำบลท่างาน อำเภอวัดโบสถ์ จังหวัดพิษณุโลก. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร
- กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม(2556). ภูมิปัญญาชาวบ้านในการใช้สารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืช.สืบค้นเมื่อ 1 มีนาคม 2558, จาก [http://www.pcd.go.th/Public/Publications/template/pesticide\\_wisdom56.pdf](http://www.pcd.go.th/Public/Publications/template/pesticide_wisdom56.pdf)
- ชุตินา ดานะ. (2557). พฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรไร่อ้อย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- สมพร เมืองมูลมา. (2551). พฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร ไร่อ้อย เชียงแสน จังหวัดเชียงราย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย.
- สมาน ผดุงศิลป์. (2556). ความรู้และพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรตำบลวังสรรพรส อำเภอขลุง จังหวัดจันทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา
- สิทธิชัย ยอดสุวรรณ. (2550). พฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในสวนผลไม้ ของเกษตรกร อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
- สุระชัย ยะเครือ (2550) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีทางการเกษตรของเกษตรกรในอำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- แสงโสม ศิริพานิช. (2556). สถานการณ์และผลกระทบต่อสุขภาพจากสารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืช. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์, 44, 689-92.
- สำนักการเกษตรจังหวัดกาญจนบุรี (2559). ข้อมูลเศรษฐกิจการเกษตร. ค้นเมื่อ 7 เมษายน 2558, จาก <http://www.kanchanaburi.doae.go.th/page/agridata2.html>
- สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร. (2558). ข้อมูลเศรษฐกิจการเกษตร: ปัจจัยการผลิต. ค้นเมื่อ 7 เมษายน 2558, จาก: [http://www.oae.go.th/ewt\\_news.php?nid=146](http://www.oae.go.th/ewt_news.php?nid=146)
- สำนักโรคจากสารประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมกระทรวงสาธารณสุข (2558). ผลกระทบต่อสุขภาพจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช. ค้นเมื่อ 7 เมษายน 2558, จาก: <http://envoc.dcc.moph.go.th/contents/new/106>
- อำพร เหมสิงห์คำ. (2552). พฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรส ของเกษตรกร ตำบลทุ่งบัว อำเภอแม่ม่วง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.
- IsraMahmood ,SameenRuqaiamadi , KanwalShazadi , AlvinaGuland Khalid Rehman Hakeem (2016). *Effects of Pesticides on Environment*. Springer International Publishing Switzerland. Accessed April 26, 2016 Available from: <https://www.researchgate.net/publication/286042190>



# ผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้บทเรียนผ่านเว็บ (Web-Based Instruction)

ในรายวิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน 2

สำหรับ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

The effect of Web Based Instruction (WBI), learning in the subject: Community Health Nursing II among the nursing students, Boromarajonnanee College of Nursing, Phayao.

แดนชัย ขอนจิตร์ ดุสิตา ไชยสมบัติ และ สุทธิณี มหามิตร วงศ์แสน  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

## บทคัดย่อ

การศึกษาผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้บทเรียนผ่านเว็บ (Web-based Instruction) ในรายวิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน 2 สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและศึกษาความพึงพอใจของนักศึกษารูปแบบวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลอง มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง 49 รายและกลุ่มควบคุม 50 ราย กลุ่มทดลองได้รับการเรียนรู้โดยใช้บทเรียนผ่านเว็บ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการเรียนรู้แบบปกติ (กรณีศึกษาร่วมกับบรรยาย) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบวัดความรู้ก่อนและหลังการเรียน การรายงานผลการศึกษารายวิชา (เกรด) และแบบประเมินความพึงพอใจในการจัดการเรียนรู้โดยใช้บทเรียนผ่านเว็บ การวิเคราะห์

ข้อมูลใช้สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละและค่าเฉลี่ย การเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนภายในกลุ่มใช้สถิติแบบ Paired t-test และระหว่างกลุ่มใช้ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความรู้ของนักศึกษาที่เรียนโดยใช้บทเรียนผ่านเว็บเพิ่มขึ้นกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.05$  แต่ระหว่างกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันของคะแนนความรู้ นักศึกษามีความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนรู้โดยใช้บทเรียนผ่านเว็บ (WBI) โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก ทั้งในด้านกิจกรรมการเรียนรู้ ด้านรูปแบบลักษณะของบทเรียนและด้านเนื้อหา จากผลการจัดการเรียนรู้โดยใช้บทเรียนผ่านเว็บไม่มีความแตกต่างจากการเรียนแบบปกติ อาจจะเป็นผลมาจากสภาพแวดล้อมที่นักศึกษาทั้งสองกลุ่มยังมีการทำกิจกรรมร่วมกันภายในรายวิชานี้และรายวิชาอื่นๆ แต่อย่างไรก็ตามการจัดการเรียนรู้โดยใช้บทเรียนผ่านเว็บยังคงเป็นทางเลือกที่



นำเสนอใจในการจัดการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง ทั้งยังส่งเสริมทักษะด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ICT Literacy) ซึ่งเป็นหนึ่งในทักษะสำคัญในศตวรรษที่ 21 ด้วย

**คำสำคัญ :** บทเรียนผ่านเว็บ WBI อนามัยชุมชน นักศึกษาพยาบาล

## Abstract

This quasi-experiment aimed to test the effect of Web-based Instruction (WBI) learning on an increasing of knowledge among nursing students who studied Community Health Nursing II at Boromarajonnai College of Nursing, Phayao. The student was randomly divided into two groups; 49 nursing students were an intervention group studied using WBI; another 50 nursing students were control group who received regular teaching using a case study. Community Diagnosis knowledge was conducted before and after intervention. Grade Point Average (GPA) also collected for comparing the effect of WBI. In addition, student's satisfaction toward WBI was assessed. Descriptive statistic such as percentage, mean and standard deviation were used to describe demographic data. Dependent t-test was used to test knowledge scores within the group; whereas, Independent t-test was used to compare the difference of knowledge between control and intervention group.

Research reveals that knowledge scores in the intervention group at post

intervention was significantly higher than before studied ( $p < 0.05$ ). However, there was no difference of knowledge scores between two groups. Students had high satisfaction toward WBI. It was possible that contamination was the reason for no difference of knowledge scores between two groups since students live in the same school. However, WBI was one of teaching methods using for enhancing student center learning and promoting ICT literacy, part of 21<sup>st</sup> century skills.

**Keywords :** Web-based Instruction (WBI), Community Health Nursing, Nursing Student

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนะยา เป็นสถาบันการศึกษาพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีภารกิจหลักในการผลิตบัณฑิตพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของระบบสุขภาพของประเทศ (วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนะยา, 2556) ทั้งนี้การผลิตบัณฑิตพยาบาลที่มีคุณภาพ มีความสามารถให้บริการด้านสุขภาพอนามัย นับเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบโดยตรงของสถาบันการศึกษาพยาบาล ที่จะต้องมีการเร่งรัดพัฒนาการจัดการศึกษาให้มีคุณภาพ โดยหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตกำหนดให้นักศึกษาต้องเรียนทั้งสิ้น 144 หน่วยกิต

วิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน 2 เป็นวิชาหนึ่งในกลุ่มวิชาพื้นฐานวิชาชีพ ซึ่งเป็นวิชาที่มีความสำคัญวิชาหนึ่งของการศึกษาในชั้นปีที่ 4 มีจำนวน 3 หน่วยกิต จัดการเรียนการสอนในภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2558 มีลักษณะรายวิชา





คือ แนวคิด ทฤษฎี หลักการพยาบาลชุมชนแบบองค์รวม บทบาทพยาบาลอนามัยชุมชน การสาธารณสุขมูลฐาน การเสริมสร้างความเข้มแข็งและการมีส่วนร่วมของชุมชน การศึกษาวิถีชุมชน การประเมินภาวะสุขภาพชุมชน การวินิจฉัยชุมชน การวางแผน การดำเนินงาน และการประเมินผลการแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชนโดยใช้กระบวนการพยาบาลชุมชน บนพื้นฐานการดูแลด้วยความเอื้ออาทร และการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์โดยยึดหลักจริยธรรมและสิทธิมนุษยชน โดยผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่น เลือกใช้ทรัพยากรและเทคโนโลยีที่เหมาะสม (วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา, 2555: หน้า 99) ในการจัดการเรียนการสอนเป็นภาคทฤษฎีทั้งหมดจำนวน 48 ชั่วโมง มีผู้สอนหลักเป็นอาจารย์พยาบาลในกลุ่มการสอนการพยาบาลอนามัยชุมชน ทั้งนี้จากผลการประเมินในปีการศึกษา 2557 ที่ผ่านมา ซึ่งมีการจัดการเรียนการสอนแบบ Project Based Learning โดยมอบหมายให้นักศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลในชุมชนจริง นำเสนอโครงงานแก่ชุมชน ทั้งนี้พบปัญหาในเรื่องการบริหารจัดการเวลาที่ต้องให้นักศึกษาลงชุมชนบ่อยครั้ง ใช้เวลามากไป นักศึกษาจึงได้ให้ข้อเสนอแนะว่าควรจำลองเหตุการณ์ในห้องเรียนเกี่ยวกับการวินิจฉัยปัญหาชุมชน และผลการประเมินจากผู้รับบริการ/อาจารย์ผู้สอน/เพื่อนอาจารย์ให้ช่วยแนะนำในการปรับปรุงใช้กรณีศึกษาเพิ่มเติม และพัฒนาทักษะด้านสารสนเทศให้นักศึกษา (วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา, 2557)

จากการค้นคว้าของทีมผู้วิจัยพบว่า การเรียนรู้โดยใช้บทเรียนผ่านเว็บ (Web-Based Instruction, WBI) ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งของการเรียนรู้แบบคอมพิวเตอร์เป็นฐาน (Computer-based Learning) คือการนำคอมพิวเตอร์เพื่อช่วยในการเรียนหรือฝึกอบรม โดยผู้เรียนอาศัยเรียนจากโปรแกรม

มัลติมีเดียที่ออกแบบไว้บนจอคอมพิวเตอร์ (จิรัฏฐ์แจ่มสว่าง, 2556) ถือว่าเป็นกิจกรรมที่สนองต่อกระบวนการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญได้เป็นอย่างดี และยังเป็นกิจกรรมที่ครูสามารถพัฒนาผู้เรียนให้สามารถนำความรู้จากการค้นคว้ามาประยุกต์ใช้กับชีวิตจริงได้เป็นอย่างดี อีกทั้งกิจกรรมการเรียนยังสามารถปฏิรูปเด็กยุคใหม่ในสังคมไทยให้รู้จักสร้างวัฒนธรรมการเรียนรู้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนที่เรียกว่า “การศึกษาตลอดชีวิต” (Life-Long Education) (ลัดดาศิลา น้อย และ อังคณา ตุงคะนาค, 2553) และยังเป็น การส่งเสริมทักษะด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ICT Literacy) ทักษะหนึ่งที่มีความสำคัญมาก ในศตวรรษที่ 21 (วิจารณ์ พานิช, 2555)

ดังนั้นทีมผู้วิจัย จึงได้นำการเรียนรู้โดยใช้บทเรียนผ่านเว็บ มาทดลองใช้ในการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาการพยาบาลครอบครัวชุมชน 2 หัวข้อ การประเมินสถานะอนามัยชุมชน, การวินิจฉัยปัญหาสุขภาพชุมชน, การวางแผนและดำเนินงานแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน และ การประเมินผลการดำเนินงานแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน รวมทั้งสิ้น 12 บทเรียน ใช้เวลาทั้งสิ้น จำนวน 25 ชม. ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ มีการใช้บทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนผ่านเครือข่าย อินเทอร์เน็ต ซึ่งเป็นการเรียนรู้ที่ปรับวิธีการให้ตรงกับรูปแบบการเรียนรู้ของผู้เรียน ทำให้เกิดการเรียนรู้ได้รวดเร็ว ประสิทธิภาพสูงและเข้าใจได้มากขึ้น การนำเอาเทคโนโลยีมาใช้ในการจัดการเรียนรู้ทำให้สามารถติดตามกิจกรรมการเรียนรู้ของผู้เรียนและสามารถนำข้อมูลใหม่มาใช้เสริมกระบวนการเรียนได้อย่างรวดเร็ว และการออกแบบกระบวนการเรียนสามารถทำให้ประสบการณ์การเรียนรู้ของผู้เรียนกว้างขึ้น และเชื่อมการเรียนในห้องเรียนกับชีวิตจริงได้ เพื่อเป้าหมายให้นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2558 ได้มีความรู้ความเข้าใจ ในเนื้อหารายวิชาการ



พยาบาลครอบครัวชุมชนได้ดีขึ้น สามารถสอบผ่านตามเกณฑ์มาตรฐานในรายวิชา และ ส่งเสริมทักษะด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษา ก่อนและหลังการเรียนโดยใช้บทเรียนผ่านเว็บ (WBI)
2. เปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาระหว่างกลุ่มที่จัดการเรียนการสอนโดยใช้บทเรียนผ่านเว็บ (WBI) และ กลุ่มที่ได้รับการเรียนการสอนแบบปกติ (กรณีศึกษาร่วมกับบรรยาย)
3. ศึกษาความพึงพอใจของนักศึกษาที่มีต่อการจัดการเรียนการสอนโดยใช้บทเรียนผ่านเว็บ (WBI)

### ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experiment research) แบบวัด 2 กลุ่ม (The Pretest-Posttest Design) โดยทดลองการวิจัย ระหว่าง 1 กรกฎาคม 2558 ถึง 30 ตุลาคม 2558

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร : นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ปีการศึกษา 2558 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม จำนวน 99 คน

กลุ่มตัวอย่างและวิธีการเลือกตัวอย่าง : ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายเป็นระบบ เลือกกลุ่มตัวอย่างจากนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 โดยการเรียงลำดับตามเกรดเฉลี่ย หลังจากนั้นจับคู่โดยให้ลำดับเลขคู่คู่กับลำดับเลขคี่ แล้วสุ่มจับเข้าเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยได้กลุ่มทดลองจำนวน 49 ราย เป็นการเรียนการสอนโดยใช้บทเรียนผ่านเว็บ (WBI) และกลุ่มควบคุมจำนวน 50 ราย เป็นการเรียนการสอนแบบปกติ (การใช้กรณีศึกษาร่วมกับการบรรยาย)

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบวัดความรู้ ประกอบด้วยข้อคำถาม 65 ข้อ ตาม Test Blue Print ที่ผ่านการวิพากษ์ข้อสอบจากทีมวิพากษ์จำนวน 3 ท่าน มีการวิเคราะห์หาค่าเชื่อมั่นของชุดการสอบ KR-20 ได้เท่ากับ 0.70
  2. แบบประเมินความพึงพอใจต่อการเรียนการสอนผ่านเว็บ (WBI) ประยุกต์ใช้จากงานวิจัยของยอดชาย ขุนสังวาล (2553) ประกอบด้วยข้อคำถาม 17 ข้อ เรียงลำดับคะแนน 5 ระดับ จาก น้อยที่สุด น้อยปานกลาง มาก และ มากที่สุด ที่ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89
  3. แบบวัดทัศนคติต่อการเรียนการสอนผ่านเว็บ (WBI) ประยุกต์ใช้จากงานวิจัยของ Chaikoolvatana & Haddawy (2006) ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ เรียงลำดับคะแนน 5 ระดับ จาก น้อยที่สุด น้อยปานกลาง มาก และ มากที่สุด ที่ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78
- การรวบรวมข้อมูล**
1. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างเป็นระบบ เพื่อแบ่งนักศึกษาเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
  2. ในกลุ่มทดลอง มีกระบวนการออกแบบการเรียนประกอบไปด้วย 1) Online activities เป็นกิจกรรมการเรียนรู้ออนไลน์ทั่วไป ที่ผู้เรียนดำเนินกิจกรรมการเรียนรู้ตามเนื้อหาวิชา รวมทั้ง มีแหล่งเรียนรู้ ที่ผู้เรียนต้องศึกษาตามรายละเอียดเนื้อหาวิชา และทำการเรียนรู้ผ่านสื่อต่างๆ ในระบบ 2) Interchange เป็นส่วนที่ใช้ในการสื่อสารระหว่างผู้เรียน เพื่อนร่วมชั้น ผู้สอน และบุคคลอื่นที่ได้รับอนุญาตให้เข้าถึงระบบได้ แต่จัดเป็นระบบ online ที่ไม่จำเป็นต้องได้รับการโต้ตอบแบบทันทีทันใด 3) Face



to Face: Real time activities เป็นกิจกรรมการเรียนรู้ที่จัดขึ้นโดยมีเป้าหมายให้ผู้เรียนได้พบกับเพื่อนร่วมชั้น ผู้สอน และบุคคลอื่น ที่จัดว่าเป็นผู้รู้เฉพาะทางในแต่ละด้าน สามารถให้คำแนะนำในเรื่องต่างๆ ที่กำลังศึกษาอยู่ได้ สามารถโต้ตอบ สื่อสารและพูดคุยกันได้ในทันที การสื่อสารแต่ละครั้งจะมีการใช้สื่อ หรือเครื่องมือที่ใช้เป็นตัวเชื่อมโยงการสื่อสารระหว่างกัน ได้แก่ การจัดทำเว็บไซต์ผ่าน Google Site การจัดทำและจัดส่งไฟล์ผ่านระบบการเรียนการสอนออนไลน์ (E-learning) การทำข้อสอบออนไลน์ผ่านเว็บ Kahoot และการประเมินผลการเรียนรู้ผ่านเว็บ Padlet

3. ในกลุ่มควบคุม มีการออกแบบการเรียนรู้โดยมีการบรรยายเนื้อหา และมอบหมายกรณีศึกษาให้นักศึกษาได้วิเคราะห์ตามความรู้ที่ได้รับฟังจากการบรรยาย โดยมีการนำเสนอในห้องเรียนเป็นระยะตามเนื้อหาของบทนั้นๆ

4. ผู้วิจัยจัดเวทีให้นักศึกษาทั้งสองกลุ่มนำเสนอผลงานการเรียนรู้ ในประเด็นของการวางแผนแก้ไขปัญหาอนามัยชุมชน โดยมีเพื่อนนักศึกษา อาจารย์ และ ผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะ

5. กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มเข้าประเมินการวัดความรู้ตามเนื้อหาของวิชา

6. กลุ่มที่คล้อยเข้าประเมินความพึงพอใจและแบบวัดทัศนคติที่มีต่อการเรียนการสอนผ่านเว็บ

ผู้วิจัยรวบรวมผลการประเมินความรู้และดาวนี้เพื่อแสดงผลการประเมินจาก Google Sheet และตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถามแล้วนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของนักศึกษา และความพึงพอใจ วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนาโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละและค่าเฉลี่ย

2. เปรียบเทียบคะแนนการวัดความรู้ก่อนและหลังการเรียน โดยใช้สถิติทดสอบแบบที่ (Dependent t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

3. เปรียบเทียบคะแนนการวัดความรู้ระหว่างกลุ่ม โดยใช้สถิติทดสอบแบบที่ (Independent t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

4. ทำการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) สำหรับวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

### จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา (เลขที่ 09/58 ลว. 5 สิงหาคม 2558)

### ผลการวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่าลักษณะส่วนบุคคลของทั้งสองกลุ่ม มีความใกล้เคียงกันทางด้านเพศ อายุ และเกรดเฉลี่ยสะสม (GPA) แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่เรียนบทเรียนผ่านเว็บ(WBI) มีเพศชายจำนวน 6 คนและเพศหญิงจำนวน 43 คน ส่วนกลุ่มที่เรียนปกติมีเพศชายจำนวน 4 คนและเพศหญิงจำนวน 46 คน ด้านอายุ กลุ่มที่เรียนบทเรียนผ่านเว็บ(WBI) มีอายุเฉลี่ย 21.86 ปี ส่วนกลุ่มที่เรียนแบบปกติมีอายุเฉลี่ย 21.90 ปี และด้านเกรดเฉลี่ยสะสม (GPA) กลุ่มที่เรียนบทเรียนผ่านเว็บ(WBI) มีเกรดเฉลี่ย 3.05 ส่วนกลุ่มที่เรียนแบบปกติมีเกรดเฉลี่ย 3.04 ดังตารางที่ 1



**ตารางที่ 1** ข้อมูลส่วนบุคคลของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2558  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา (n = 99 คน)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=49)	กลุ่มควบคุม (n=50)	p-value
เพศ			0.695
ชาย	6 (12.20)	4 (8.00)	
หญิง	43 (87.80)	46 (92.00)	
อายุ(ปี), mean±SD	21.86 ± 0.82	21.90 ± 0.79	0.666
เกรดเฉลี่ยสะสม, mean±SD	3.05 ± 0.32	3.04 ± 0.34	0.600

\*Significant at p-value < 0.05

ผลการเปรียบเทียบความรู้ภายในกลุ่ม พบว่ากลุ่มนักศึกษาที่เรียนโดยใช้บทเรียนผ่านเว็บ (WBI) มีค่าคะแนนเฉลี่ยของการสอบหลังเรียน ( $\bar{x} = 36.98$ ) สูงกว่าคะแนนสอบก่อนเรียน ( $\bar{x} = 31.00$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** การเปรียบเทียบคะแนนการวัดความรู้ก่อนและหลังการเรียน

	ก่อนการเรียน	หลังการเรียน	t	p-value
คะแนนการวัดความรู้, mean±SD	31.00 ± 4.11	36.98 ± 5.98	6.942**	< 0.001

\*Significant at p-value < 0.01

ผลการเปรียบเทียบความรู้ระหว่างกลุ่ม พบว่า นักศึกษาพยาบาลศาสตร์บัณฑิตทั้งสองกลุ่มมีค่าคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มที่เรียนโดยใช้บทเรียนผ่านเว็บ(WBI) มีค่าคะแนนเฉลี่ย ( $\bar{x} = 36.98$ ) สูงกว่ากลุ่มที่เรียนแบบปกติ ( $\bar{x} = 36.12$ ) ทั้งนี้จากการกับการเปรียบเทียบผลการศึกษารายวิชา (เกรด) ระหว่างกลุ่ม โดยกลุ่มทดลองมีจำนวนและร้อยละของนักศึกษาที่ได้เกรด A (7(14.29%)) มากกว่ากลุ่มควบคุม (4(8%)) ส่วนเกรด B+, B มีจำนวนและร้อยละที่ใกล้เคียงกัน และเกรด C+ กลุ่มทดลอง (5(10.20%)) มีจำนวนและร้อยละที่น้อยกว่ากลุ่มควบคุม (6(12%)) ดังตารางที่ 3 และ 4

**ตารางที่ 3** การเปรียบเทียบคะแนนการวัดความรู้ระหว่างกลุ่ม

	กลุ่มทดลอง (n=49)	กลุ่มควบคุม (n=50)	t	p-value
คะแนนการวัดความรู้, mean±SD	36.98 ± 5.98	36.12 ± 4.66	0.798	0.427





ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบผลการศึกษารายวิชา (เกรด) ระหว่างกลุ่ม

เกรด	กลุ่มทดลอง (n=49)	กลุ่มควบคุม (n=50)
A (≥80%)	7 (14.29%)	4 (8%)
B+ (≥75%)	19 (38.78%)	21 (42%)
B (≥70%)	18 (36.73%)	19 (38%)
C+ (≥65%)	5 (10.20%)	6 (12%)
C (≥60%)	0 (0%)	0 (0%)
รวม	49 (100%)	50 (100%)

ผลการประเมินพบว่า ความพึงพอใจของนักศึกษาที่มีต่อการจัดการเรียนการสอนโดยใช้บทเรียนผ่านเว็บ (WBI) อยู่ในระดับดีมาก โดยมีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 4.20 โดยในด้านกิจกรรมที่เรารู้มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 4.31 รองลงมาเป็นด้านรูปแบบลักษณะของบทเรียนมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.19 ส่วนด้านเนื้อหาที่มีค่าน้อยที่สุดเท่ากับ 4.09 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความพึงพอใจของนักศึกษาที่มีต่อการจัดการเรียนการสอนโดยใช้บทเรียนผ่านเว็บ (WBI)

รายการประเมิน	ค่าเฉลี่ย ± SD
<b>1.ด้านรูปแบบลักษณะของบทเรียน</b>	<b>4.19 ± 0.45</b>
1.1 รูปแบบของบทเรียนแยกเป็นกิจกรรมที่มองเห็นได้ชัดเจนและเริ่มการเรียนรู้ได้ง่าย	4.12 ± 0.60
1.2 ขนาดของตัวอักษรชัดเจนและเหมาะสม	4.31 ± 0.68
1.3 ลำดับขั้นตอนของกิจกรรมมีความชัดเจนและเข้าใจง่าย	4.02 ± 0.69
1.4 มีภาพ/เสียงประกอบที่เหมาะสมกับเนื้อหา	4.16 ± 0.59
1.5 มีสื่อที่ช่วยในการโต้ตอบระหว่างผู้เรียนและผู้สอนที่เหมาะสม	4.35 ± 0.60
<b>2.ด้านเนื้อหา</b>	<b>4.09 ± 0.42</b>
2.1 เนื้อหาที่เรียนมีระดับความยากง่ายเหมาะสม	4.02 ± 0.43
2.2 เนื้อหาเรียงตามหลักสูตร และ วัตถุประสงค์ของการเรียน	4.14 ± 0.61
2.3 ปริมาณเนื้อหาของแต่ละบทเรียนมีความเหมาะสมกับเวลาเรียน	3.94 ± 0.66
2.4 เทคนิคการนำเสนอสื่อต่างๆ มีความเหมาะสมกับเนื้อหา	4.16 ± 0.62
2.5 บทเรียนทำให้นักศึกษาสามารถเข้าใจเนื้อหาได้ดี	3.88 ± 0.70
2.6 บทเรียนมีความแปลกใหม่ ทันสมัย ไม่ซ้ำซาก	4.20 ± 0.54
2.7 แบบทดสอบมีความเหมาะสม สอดคล้องกับเนื้อหา	4.27 ± 0.49
<b>3.ด้านกิจกรรมการเรียนรู้</b>	<b>4.31 ± 0.42</b>
3.1 กิจกรรมการเรียนรู้มีรูปแบบที่หลากหลาย	4.35 ± 0.56
3.2 กิจกรรมการเรียนรู้ช่วยเสริมในการเรียนรู้ของผู้เรียน	4.35 ± 0.66



รายการประเมิน	ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD
3.3 กิจกรรมการเรียนรู้ช่วยเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้โต้ตอบกับผู้สอนได้	4.41 $\pm$ 0.50
3.4 ผู้เรียนมีความตั้งใจเรียนมากขึ้นเมื่อเรียนด้วยบทเรียนผ่านเว็บ (WBI)	4.10 $\pm$ 0.68
3.5 ผู้เรียนมีอิสระในการเรียนรู้ด้วยตนเอง	4.35 $\pm$ 0.60
รวม	4.20 $\pm$ 0.36

นอกจากนั้นผลการสะท้อนคิดของนักศึกษาในการเรียนรู้โดยใช้บทเรียนผ่านเว็บ (WBI) สรุปได้ดังนี้

1. การเรียนรู้ด้วยบทเรียนผ่านเว็บ WBI เป็นการเรียนรู้ที่แปลกใหม่ ให้เล่นเกมผ่านเว็บ quiz มีการตอบคำถามจากการเล่นเกมสีในห้องเรียน การเล่นเกมจึงเป็นเหมือนการทดสอบความรู้ที่มีอยู่
2. มีการใช้โปรแกรมทางคอมพิวเตอร์ excel, mail, word และโปรแกรมอื่นๆอีกมากมาย
3. มีการสืบค้นหาข้อมูลแต่ละครั้ง ใน google ได้ สร้างเว็บไซต์ได้เอง ส่งงานโดยผ่านวีดิโอออนไลน์ การเรียนทางคอมพิวเตอร์ถือว่าเป็นการเรียนที่สะดวกอย่างหนึ่งสำหรับนักศึกษา ในบทเรียนวีดิโอในการเรียนการสอนถือว่าดีเพราะเห็นภาพได้ชัดเจน การใช้ข้อมูลจากอินเทอร์เน็ตประกอบให้การตัดสินใจว่าข้อมูลหรือความถี่ แรงชนิดไหนที่ต้องให้ความรุนแรงก็สะดวก ซึ่งการใช้คอมพิวเตอร์และมีครูผู้สอนเป็นที่ปรึกษาทำให้เราสามารถโต้ตอบและสืบหาข้อมูลจากแหล่งข้อมูลผ่านอินเทอร์เน็ตได้โดยง่าย
4. น่าสนใจ เป็นการเรียนที่ดี ไม่น่าเบื่อ กระจำงแรงมากขึ้น ได้มีทักษะการคิด ได้ร่วมกันแก้ไขปัญหาภายในกลุ่ม กระบวนการคิดไม่ใช่แค่อยู่ในกรอบ

การตรวจงานก็เร็วกว่าส่งแบบเป็นเล่มที่ปรินท์ออกมา การเรียนการสอนมีความน่าสนใจแปลกใหม่ การเรียนการสอนแบบออนไลน์ทำให้ได้เรียนรู้สิ่งใหม่ๆที่แตกต่างจากที่เคยเรียนมาก่อน การเรียนการสอนในห้องเรียนสนุกมาก การเรียนรู้ด้วยบทเรียนผ่านเว็บจะมีข้อดีในเรื่องการตอบโต้ระหว่างครูผู้สอนกับนักศึกษา การเรียนรู้ด้วยบทเรียนนี้ทำให้ได้เรียนรู้อะไรที่แปลกใหม่และหลากหลาย การเรียนแบบนี้ก็ทันสมัยดี การเรียนแบบนี้เป็นการเรียนที่สนุกนักศึกษาสามารถเรียนรู้ได้ตลอด ก็จะทำให้เราดูมีภูมิความรู้ ก็ทำให้รู้สึกสนุกสนาน รู้สึกตื่นเต้นที่แบบทดสอบเป็นเกมส์ ชัยชนะในการเรียน ข้อดีอีกอย่างของการเรียนรู้แบบนี้คือจะช่วยให้เราเห็นถึงปัญหาในการเรียนของตัวเองเราจะแก้ปัญหาได้ตรงจุดมากขึ้นอีกทั้งยังเป็นการเรียนที่แปลกใหม่ไม่ค่อยเบื่อหรือง่วงนอนในเวลาเรียน จำได้ดีมากขึ้น จำได้นาน รู้สึกตื่นเต้น ผ่อนคลาย ผ่านวีดิโอ และได้ฝึกการทำโปรแกรมต่างๆโดยมีอาจารย์สอนประกอบ มีทักษะในการแก้ไขปัญหาโดยมีอาจารย์เป็นผู้ชี้แนะแนวทางในการส่งงานทุกครั้งก็จะมีคอมเม้นมาไม่น่าเบื่อซึ่งแตกต่างจากการฟังบรรยายอย่างเดียว เป็นต้น



## อภิปรายผล

จากผลการเปรียบเทียบความรู้ภายในกลุ่มพบว่ากลุ่มนักศึกษาที่เรียนโดยใช้บทเรียนผ่านเว็บ (WBI) มีค่าคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความรู้หลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แต่ทั้งนี้ ผลการเปรียบเทียบความรู้ระหว่างกลุ่มพบว่า นักศึกษาพยาบาลศาสตร์กลุ่มที่เรียนโดยใช้บทเรียนผ่านเว็บ (WBI) มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่เรียนแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จะเห็นได้ว่า การเรียนแบบ WBI สามารถพัฒนาความรู้ของผู้เรียนให้เพิ่มขึ้น ซึ่งการเรียนแบบ WBI สามารถตอบสนองผู้เรียนได้ มากกว่าการจัดการศึกษาในห้องเรียนโดยเฉพาะการเข้าถึงเนื้อหา ผู้เรียนสามารถเชื่อมโยงเนื้อหา องค์ความรู้ต่างๆที่มีมากกว่าในตำราที่ใช้สอน ช่วยให้ผู้เรียน เกิดการเรียนรู้ตามศักยภาพและความสนใจ (ณัฐฐิสิตา ศิริรัตน์, 2549) สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริพร อังวัฒนา และคณะ (2550) ที่พบว่าการพัฒนาการเรียนการสอนด้วยบทเรียนโปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอนทั้งให้นักศึกษาเข้าใจบทเรียนมากขึ้น สามารถบทเรียนได้ด้วยตนเอง โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ช่วยสอนยังเป็นสื่อการเรียนการสอน ที่ช่วยให้ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเนื้อหาให้คำปรึกษาทางสุขภาพมากขึ้น (อัศวิน บูษามะกันคำ และ คณะ, 2552) นอกจากนี้ การศึกษาพฤติกรรมการเรียน แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ทางการเรียน และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ ของ ภัสพร ขำวิชา (2550) พบว่าพฤติกรรมเรียนในชั้นเรียนและการเรียนนอกชั้นเรียนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

แต่อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยครั้งนี้ ไม่มีความแตกต่างระหว่างผลการเรียนของกลุ่ม WBI และ กลุ่มปกติซึ่งจัดการเรียนโดยใช้กรณีศึกษาร่วมกับการ

บรรยาย สามารถอธิบายได้ว่า อาจเป็นผลมาจากการจัดการเรียนการสอนที่ไม่ได้แยกกลุ่มนักศึกษาทั้งสองกลุ่มออกอย่างชัดเจน อีกทั้งนักศึกษาทั้งสองกลุ่มยังมีการนำเสนอโครงการนวัตกรรมร่วมกัน นอกจากนี้ นักศึกษาทั้งสองกลุ่มพักอาศัยอยู่ในหอพักภายในวิทยาลัยเดียวกัน ซึ่งมีการพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และทำกิจกรรมร่วมกัน ทำให้นักศึกษาทั้งสองกลุ่มเกิดการเรียนรู้ที่ไม่แตกต่างกัน

ผลการประเมินความพึงพอใจของนักศึกษาที่มีต่อการจัดการเรียนการสอนโดยใช้บทเรียนผ่านเว็บ (WBI) พบว่าอยู่ในระดับดีมาก โดยมีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 4.20 โดยในด้านกิจกรรมการเรียนรู้มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 4.31 รองลงมาเป็นด้านรูปแบบลักษณะของบทเรียนมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.19 ส่วนด้านเนื้อหา มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดเท่ากับ 4.09 นักศึกษาให้ข้อคิดเห็นว่าการเรียนแบบ WBI มีความน่าสนใจ เป็นการเรียนที่ดีไม่น่าเบื่อ กระจำงแจ่มมากขึ้น ได้มีทักษะการคิดได้ร่วมกันแก้ไขปัญหาภายในกลุ่ม กระบวนการคิดไม่ใช่แค่อยู่ในกรอบ การตรวจงานรวดเร็ว การเรียนการสอนมีความน่าสนใจแปลกใหม่ การเรียนการสอนแบบออนไลน์ทำให้ได้เรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ที่แตกต่างจากที่เคยเรียนมาก่อน การเรียนการสอนในห้องเรียนสนุกมาก การเรียนรู้ด้วยบทเรียนผ่านเว็บจะมีข้อดีในเรื่องการตอบโต้สนทนาระหว่างครูผู้สอนกับนักศึกษา การเรียนรู้ผ่านกิจกรรมนี้ทำให้ได้เรียนรู้อะไรที่แปลกใหม่และหลากหลาย การเรียนแบบนี้ก็ทันสมัยดี การเรียนแบบนี้เป็นการเรียนที่สนุกนักศึกษาสามารถเรียนรู้ได้ตลอด ก็จะทำให้เราดูมีภูมิความรู้ ก็ทำให้รู้สึกสนุกสนาน รู้สึกตื่นเต้นที่แบบทดสอบเป็นเกมส์ ชัยชนะในการเรียน ข้อดีอีกอย่างของการเรียนรู้แบบนี้คือจะช่วยให้เราเห็นถึงปัญหาในการเรียนของตัวเองเราจะแก้ปัญหาได้ตรงจุดมากขึ้น อีกทั้งยังเป็นการเรียนที่แปลกใหม่ไม่ค่อยเบื่อหรือ่วงนอนในเวลาเรียน จำได้ดีมากขึ้น จำได้นาน รู้สึกตื่นเต้น



ผ่อนคลาย ผ่านวิดีโอและได้ฝึกการทำโปรแกรมต่างๆ โดยมีอาจารย์สอนประกอบ มีทักษะในการแก้ไขปัญหา โดยมีอาจารย์เป็นผู้ชี้แนะแนวทางในการส่งงานทุกครั้ง ก็จะมีคอมเม้นมา ไม่น่าเบื่อซึ่งแตกต่างจากการฟังบรรยายอย่างเดียว เป็นต้น ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริพร อังวัฒนา และ คณะ (2550) ที่พบว่า การพัฒนาการเรียนการสอนด้วยบทเรียนโปรแกรม คอมพิวเตอร์ช่วยสอนทำให้นักศึกษาเกิดแรงจูงใจ มีความพึงพอใจมากที่สุดเนื่องจาก รูปแบบสื่อการสอนที่ทันสมัย เป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่งที่จะช่วยให้การเรียนบรรลุผลตามวัตถุประสงค์ โดยเฉพาะสื่อที่มีการส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองให้มากที่สุด จะทำให้ผู้เรียน มีความเข้าใจ บทเรียนได้ดียิ่งขึ้น และหากผู้สอนสามารถนำความรู้ในด้านเนื้อหา มาจัดลำดับขั้นตอนและ ขบวนการโดยใช้สื่อที่มีประสิทธิภาพเช่นประยุกต์คอมพิวเตอร์มาใช้ในการเรียนการสอนและจัดสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ที่มีความยืดหยุ่น จะทำให้เกิดความพึงพอใจทั้งผู้เรียนและผู้สอนได้ นอกจากนี้ WBI ยังออกแบบให้เลื้อยต่อการ มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนกับ เนื้อหาทันสมัย ไม่น่าเบื่อ เข้าถึงง่าย ไม่มีข้อจำกัดในการเดินทางมาศึกษา ผู้เรียนสามารถศึกษาที่ใดก็ได้ และสะดวกทำให้ผู้เรียนเกิดความพึงพอใจ (ศูนย์เทคโนโลยีทางการศึกษา สำนักงานบริหารการศึกษานอกโรงเรียน, 2546)

ทั้งนี้ ผลการประเมินความพึงพอใจของ นักศึกษาในการเรียนรู้โดยใช้บทเรียนผ่านเว็บ (WBI) มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก ซึ่งกล่าวโดยสรุปได้ว่า การ

เรียนรู้โดยใช้บทเรียนผ่านเว็บ (WBI) เป็นอีกหนึ่ง ทางเลือกในการจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้ ผู้เรียนเป็นศูนย์กลางให้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง โดย นักศึกษาสามารถเรียนรู้ได้จากทุกที่ ทุกเวลา และเกิด ทักษะด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ICT Literacy) ที่จะนำไปใช้ประโยชน์ในสายวิชาชีพต่อไปใน อนาคตได้

### กิตติกรรมประกาศ

รายงานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดีโดยได้รับความร่วมมือจากนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 ภาคการเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2558 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา ในการเป็นส่วนหนึ่งของการวิจัย ในการจัดการเรียนรู้โดยใช้บทเรียนผ่านเว็บ (Web-based Instruction - WBI) ซึ่งเป็นการจัดการเรียน การสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง เพื่อส่งเสริมทักษะ ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ICT Literacy) หนึ่งในทักษะในการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 โดยที่นักศึกษาสามารถศึกษาได้ตามความถนัดของ ตนเอง และสามารถเปิดใช้งานได้จากทุกที่ ทุกเวลา (Anywhere Anytime) และขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ทุก ท่าน ที่กรุณา ตรวจสอบ เครื่องมือวิจัยให้ ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราช ชนนี พะเยา และ คณะกรรมการพิจารณาทุนอุดหนุน วิจัยครั้งนี้ เป็นผลให้งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้เป็น อย่างดี





## เอกสารอ้างอิง

จิรัฏฐ์ แจ่มสว่าง. (2556). *U-Learning*. [online]. [15 กค.2558].

Available from: [www.ku.ac.th/icted2008/download/u-Learning\\_jirat.pdf](http://www.ku.ac.th/icted2008/download/u-Learning_jirat.pdf)

ณัฐฐิตา ศิริรัตน์. (2549). *แนวทางการสร้างและพัฒนาบทเรียน E-Learning*. สถาบันพัฒนาผู้บริหารการศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ. กรุงเทพฯ.

ภัสพร ขำวิชา. (2550). พฤติกรรมการเรียนแรงจูงใจใฝ่ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์. *วารสารการศึกษาพยาบาล*, 1(1) พฤษภาคม- สิงหาคม. หน้า 45-61.

ลัดดา ศิลาน้อย และ อังคณา ตุงคะสมิต. (2553). *เอกสารประกอบการอบรม เรื่อง การพัฒนาการเรียนการสอนด้วยโครงงาน*. ขอนแก่น: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

วิจารณ์ พานิช. (2555). *วิธีสร้างการเรียนรู้เพื่อศิษย์ในศตวรรษที่ 21*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสดศรี-สฤษดิ์วงศ์.

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา. (2556). *รายงานประจำปี 2556 พะเยา*. นครนิวยอร์ก: พิมส์.

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา. (2555). *มคอ.2 รายละเอียดของหลักสูตร หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต*. เอกสารอัดสำเนา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา. (2557). *รายงานการวัดประเมินผลการศึกษาของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 ภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2557*. เอกสารอัดสำเนา

ศิริพร อังวัฒนา วราภรณ์ บุญเชียง รังสิยา นาริออร์ และวิลาวัลย์ เตือนราชภูริ. (2550). การพัฒนาการเรียนการสอน ด้วยบทเรียนโปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอนกระบวนวิชา 551492 การพยาบาลชุมชน 2: การเยี่ยมบ้าน. *วารสารการศึกษาพยาบาล*, 18(1) มกราคม- เมษายน. หน้า 79-87.

ศูนย์เทคโนโลยีทางการศึกษา สำนักงานบริหารงานการศึกษานอกโรงเรียน. (2546). *รายงานการวิจัยพัฒนาการและ ทิศทางของ E-Learning ในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: บางกอกบล็อก

อัศวินี นามะกันคำ, สมบัติ สุกุลพรรณ และ ซาลินี สุวรรณยศ. (2550). *ประสบการณ์ในการเรียนของนักศึกษาพยาบาลที่เรียนด้วยวิธีการจัดการเรียนการสอนแบบ E-Learning*. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.



# ผลการเรียนรู้การวางแผนยุทธศาสตร์ ด้วยการลงมือปฏิบัติจริง ของนิสิตหลักสูตรวิทยาศาสตร์บัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) มหาวิทยาลัยพะเยา

## The Effect Of Learning By Doing On Strategic Planing Of Science (Public Health) Students, Univercity Of Phayao

ประวิทย์ หล่มหลัก  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

### บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการเรียนรู้แบบลงมือปฏิบัติจริงเรื่องการวางแผนกลยุทธ์ ในรายวิชา 324342 การบริหารสาธารณสุข คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา กลุ่มเป้าหมายในการศึกษาครั้งนี้คือนิสิตหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์ ที่ลงทะเบียนเรียนในภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2559 จำนวน 41 คน เครื่องมือในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วยแผนการสอนที่ประกอบด้วยการสอนภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติในการฝึกปฏิบัติจริงในชุมชน แบบสอบถามแบบประเมินคุณภาพของแผนกลยุทธ์ และแบบประเมินความพึงพอใจต่อกระบวนการเรียนการสอน วิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมสำเร็จรูปโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการพรรณนาข้อมูล และใช้สถิติ one-sample t-test ในการเปรียบเทียบความแตกต่างความรู้และทัศนคติหลังเรียนกับเกณฑ์มาตรฐาน และใช้ paired-sample t-test ในการเปรียบเทียบความแตกต่างความรู้และทัศนคติก่อนเรียนและหลังเรียน ผลการวิจัยพบว่านิสิตมีความรู้และทัศนคติหลังเรียนสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน และมีความรู้และทัศนคติหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นิสิตสามารถวางแผนกลยุทธ์ตั้งแต่

การวิเคราะห์ห้วงการ กำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าประสงค์ กำหนดกลยุทธ์ การจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ได้ถูกต้องตามหลักวิชาการ และมีความพึงพอใจต่อกระบวนการเรียนการสอนทั้งภาพรวมและรายข้ออยู่ในระดับสูง ซึ่งแสดงว่าการเรียนการสอนแบบลงมือปฏิบัติจริงช่วยให้นิสิตเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความพึงพอใจต่อการเรียน

**คำสำคัญ :** การเรียนรู้แบบลงมือปฏิบัติจริง การวางแผนกลยุทธ์

### Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effect of learning by doing on strategic planning in 324342; public health administration, School of Medicine, University of Phayao. The target groups were 41 parallel program ; public health and laws students who registered in the second semester of the year 2016. The research instruments were theoretical and practical lesson plan, questionnaire, strategic plan evaluation form and satisfaction evaluation form. Data was analyzed by computer program using frequency, percentage, mean and standard deviation for describing data and using one-



sample t-test and paired-sample t-test for comparing data. The result showed that the students' knowledge and attitude score after learning higher than standard level and before learning score. They were able to analyze organization, vision, mission, goal, strategy and strategy map correctly. They satisfied in learning process at high level. The results confirm that learning by doing is good for learning efficiency and satisfaction.

**Keyword :** Learning by doing, strategic planning

## บทนำ

ตามพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2545 หมวด 4 มาตราที่ 22 ได้กล่าวว่า“การจัดการศึกษาต้องยึดหลักว่าผู้เรียนทุกคนมีความสามารถเรียนรู้และพัฒนาตนเองได้และถือว่าผู้เรียนมีความสำคัญที่สุดกระบวนการจัดการศึกษาต้องส่งเสริมให้ผู้เรียนสามารถพัฒนาตามธรรมชาติและเต็มตามศักยภาพ” และมาตราที่ 24 (1) จัดเนื้อหาสาระและกิจกรรมให้สอดคล้องกับความสนใจและความถนัดของผู้เรียนโดยคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล (2) ฝึกทักษะกระบวนการคิด การจัดการการเผชิญสถานการณ์และการประยุกต์ความรู้มาใช้เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาและ (3) จัดกิจกรรมให้ผู้เรียนได้เรียนรู้จากประสบการณ์จริง ฝึกการปฏิบัติให้ทำได้คิดเป็นทำเป็นรักการอ่านและเกิดการใฝ่รู้อย่างต่อเนื่อง (สำนักงานรับรองมาตรฐานและประเมินคุณภาพการศึกษา, 2545)

ตามเกณฑ์การประกันคุณภาพภายใน สถานศึกษาระดับอุดมศึกษา พ.ศ. 2553 ที่กล่าวถึง พันธกิจที่สำคัญที่สุดของสถาบันการศึกษาคือการผลิตบัณฑิตหรือการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนให้ผู้เรียนมีความรู้ในวิชาการและวิชาชีพมีคุณลักษณะตามหลักสูตรที่กำหนดการสอนในยุคปัจจุบันใช้หลักการของการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ

เน้นให้ผู้เรียนแสวงหาความรู้และพัฒนาความรู้ได้ด้วยตนเองรวมทั้งมีการฝึกและปฏิบัติในสภาพจริงของการทำงานเชื่อมโยงประยุกต์สิ่งที่เรียนรู้เข้ากับสังคมมีการจัดกิจกรรมและกระบวนการให้ผู้เรียนได้คิดวิเคราะห์ ประเมินและสร้างสรรค์สิ่งต่างๆ ส่งเสริมให้ผู้เรียนสามารถพัฒนาตามธรรมชาติและเต็มตามศักยภาพโดยสะท้อนจากการที่ผู้เรียนสามารถเลือกเรียนรายวิชาหรือเลือกทำโครงการหรือชิ้นงานตามความสนใจในขอบเขตเนื้อหาวิชานั้นๆ (ณัฐพงษ์ ฉายแสง ประทีป, 2558)

จากแนวคิดดังกล่าวจึงได้เกิดแนวทางการเรียนรู้ที่เอื้อประโยชน์สูงสุดให้แก่ผู้เรียนโดยใช้การเรียนรู้แบบลงมือปฏิบัติหรือ learning by doing ซึ่งเป็นวิธีการหนึ่งที่มีมุ่งเน้นทักษะปฏิบัติเป็นกระบวนการแสวงหาความรู้ที่เข้าใจที่มาซึ่งความรู้หรือข้อค้นพบใหม่เป็นการพัฒนาให้ผู้เรียนมีความใฝ่เรียนรู้สามารถเรียนรู้และพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องนอกจากนี้การสอนแบบลงมือปฏิบัติยังช่วยเพิ่มพูนคุณภาพการเรียนรู้เช่น แรงจูงใจในการเรียนรู้ (Motivation) การเรียนรู้เชิงรุก (Active Learning) ที่ผู้เรียนค้นพบความรู้ด้วยตนเอง และเพิ่มการมีทักษะการถ่ายโยงความรู้ (Transferable Skills) (Evans & Abbott, 1998 อ้างถึงใน ณัฐพงษ์ ฉายแสง ประทีป, 2558) ผู้วิจัยได้เห็นความสำคัญของการจัดการเรียนรู้แบบลงมือปฏิบัติที่จะช่วยพัฒนาผู้เรียนให้เป็นผู้มีความรู้และรู้จักการทำงานร่วมกับผู้อื่นซึ่งเป็นคุณลักษณะอันพึงประสงค์ที่สอดคล้องกับพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ

รายวิชา 324342 การบริหารสาธารณสุข (Public Health Administration) เป็นวิชาในหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขแขนงอนามัยชุมชน มีการจัดการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและการปฏิบัติ จำนวนหน่วยกิต 2 หน่วยกิต 2 (1-2-3) กล่าวคือมีการเรียนภาคทฤษฎีจำนวน 1 หน่วยกิต หรือ 1 ชั่วโมงต่อสัปดาห์เป็นเวลา 16 สัปดาห์ และภาคปฏิบัติจำนวน 1 หน่วยกิตหรือ 2 ชั่วโมงต่อสัปดาห์เป็นเวลา 16 สัปดาห์ (มหาวิทยาลัยพะเยา, 2559) ซึ่งสิ่งที่สะท้อนผลลัพธ์ของการเรียนการสอนที่สำคัญคือ นิสิตสามารถนำความรู้ภาคทฤษฎีไปสู่ภาคปฏิบัติได้อย่างสมดุล ดังนั้นผู้วิจัยจึงศึกษาผลการ



เรียนรู้การวางแผนยุทธศาสตร์ ด้วยการลงมือปฏิบัติจริงของนิสิตหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) มหาวิทยาลัยพะเยาเพื่อนำผลที่ได้ไปเป็นแนวทางหนึ่งในการจัดการเรียนการสอนของสาขาวิชาอนามัยชุมชนให้สามารถพัฒนาผู้เรียนให้เป็นผู้ที่ใฝ่เรียนรู้มีทักษะในการนำความรู้ภาคทฤษฎีไปสู่ภาคปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม ซึ่งเป็นคุณสมบัติที่สำคัญที่จะนำไปใช้ได้ในการวิชาอื่น ๆ ในการศึกษาต่อและในการดำเนินชีวิตต่อไปในอนาคตด้วย

### วัตถุประสงค์การวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อผลการเรียนรู้แบบลงมือปฏิบัติจริงเรื่องการวางแผนกลยุทธ์ ในรายวิชา 324342 การบริหารสาธารณสุข คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยาโดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะเพื่อ

1. เพื่อศึกษาผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ของนิสิตจากวิธีการสอนแบบลงมือปฏิบัติเรื่องการวางแผนกลยุทธ์ ในรายวิชา 324342 การบริหารสาธารณสุข (Public Health Administration) ประกอบด้วยความรู้เรื่องแผนกลยุทธ์ ทักษะต่อการจัดทำแผนกลยุทธ์ คุณภาพของแผนกลยุทธ์
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของนิสิตจากวิธีการสอนแบบลงมือปฏิบัติเรื่องการวางแผนกลยุทธ์ ในรายวิชา 32434 การบริหารสาธารณสุข (Public Health Administration)

### ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการเรียนรู้แบบลงมือปฏิบัติจริงเรื่องการวางแผนกลยุทธ์ ในรายวิชา 324342 การบริหารสาธารณสุข คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา กลุ่มเป้าหมายในการวิจัยครั้งนี้คือนิสิตหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณาจารย์นิเทศศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 ที่ลงทะเบียนเรียนในภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2559 จำนวน 41 คน โดย

ภาคทฤษฎีเรียนในห้องเรียนของมหาวิทยาลัย ส่วนภาคชุมชนแบ่งกลุ่มนิสิตออกเป็น 3 กลุ่ม มีสมาชิกกลุ่มละ 13-14 คน ฝึกปฏิบัติที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยเคียน ตำบลแม่กา จำนวน 2 กลุ่ม (เข้าศึกษาไม่พร้อมกัน) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ใส อำเภอเมือง จังหวัดพะเยาจำนวน 1 กลุ่ม ซึ่งการฝึกปฏิบัติจริงในชุมชนผู้สอนได้มอบหมายให้นิสิตประสานงานและสร้างความสัมพันธ์กับชุมชนด้วยตนเอง

### เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย

1. แผนการสอนรายวิชา 324342 การบริหารสาธารณสุข เรื่องการวางแผนกลยุทธ์ ที่ประกอบด้วย การสอนภาคทฤษฎีเรื่องเนื้อหาของแผน ประเภทของแผน กระบวนการวางแผนกลยุทธ์ และการประเมินผล และการสอนภาคปฏิบัติประกอบด้วย การฝึกปฏิบัติตั้งแต่ฝึกหัดในชั้นเรียน และแผนการฝึกปฏิบัติวางแผนกลยุทธ์ในชุมชนคือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
2. แบบสอบถามการวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบวัดวัดความรู้เรื่องการวางแผนกลยุทธ์ เป็นแบบสอบถามให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือกจำนวน 20 ข้อ ส่วนที่ 3 เป็นแบบวัดทัศนคติต่อการวางแผนกลยุทธ์ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ และส่วนที่ 4 เป็นคำถามปลายเปิดให้แสดงความความคิดเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับการวางแผนกลยุทธ์
3. แบบประเมินคุณภาพของแผนกลยุทธ์ เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) เพื่อพิจารณาคุณภาพของกิจกรรมตามกระบวนการวางแผนกลยุทธ์ ได้แก่กำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ การกำหนดเป้าประสงค์ การวิเคราะห์ปัจจัยภายในการวิเคราะห์ปัจจัยภายนอก การวิเคราะห์ SWOT Matrix การกำหนดกลยุทธ์ ในการพัฒนา การกำหนดแผนงานและโครงการ การจัดแผนงานและโครงการตาม Balance Score Card และการทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ โดยแบ่งเป็น





2 ข้อพิจารณาคือเหมาะสมแล้ว และต้องปรับปรุงจำนวน 10 ข้อ

4. แบบประเมินความพึงพอใจต่อกระบวนการเรียนสอนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ

ทั้งนี้เครื่องมือทั้ง 4 รายการได้รับการประเมินความเหมาะสมจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามและแบบประเมินความพึงพอใจไปทดลองใช้กับนิสิตสาขาวิชาอนามัยชุมชนจำนวน 40 คน แล้วนำมาวิเคราะห์ความเที่ยงโดยแบบวัดความรู้หาค่าความเที่ยงโดยสูตร KR20 ของคูเดอร์และริชาร์ดสัน (ปราณี หลาเบ็ญสะ, 2559) ได้ค่าความเที่ยง 0.72) ส่วนแบบวัดทัศนคติต่อการวางแผนกลยุทธ์และแบบประเมินความพึงพอใจ หาค่าความเที่ยงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัค (ปราณี หลาเบ็ญสะ, 2559) ได้ค่าความเที่ยง 0.84 และ 0.90 ตามลำดับ

#### วิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยโปรแกรมสำเร็จรูปและใช้สถิติดังนี้

1. การพรรณนาลักษณะทางประชากร ความรู้เรื่องการวางแผนกลยุทธ์ คุณภาพของการวางแผนกลยุทธ์และความพึงพอใจต่อกระบวนการเรียนการสอนใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างความรู้และทัศนคติก่อนและหลังเรียนใช้สถิติ paired t-test

ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการคำถามปลายเปิดและการอภิปรายปัญหาการเรียนการสอนโดยการวิเคราะห์สาระ (Content analysis)

#### ผลการวิจัย

1. ลักษณะทางประชากร พบว่า ส่วนใหญ่เพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 85.4 อายุ 21 ปี ร้อยละ 58.5 เรียนในสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ (อนามัยชุมชน) คู่ขนานนิติศาสตร์ ร้อยละ 75.6 ภูมิลำเนาอยู่ภาคเหนือ ร้อยละ 70.7 รองลงมาคือจังหวัดภาคอีสาน ร้อยละ 19.5

ผลการเรียนกลุ่มที่มากที่สุดระหว่าง 2.00-2.49 ร้อยละ 39 และกลุ่มเป้าหมายทุกคนไม่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการวางแผนกลยุทธ์มาก่อน

2. ความรู้เรื่องการวางแผนกลยุทธ์ พบว่า ก่อนการทดลองนิสิตมีความรู้เรื่องการวางแผนกลยุทธ์เฉลี่ย 11.61คะแนน (SD=2.91) ส่วนใหญ่มีความรู้ระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 61 ที่เหลือมีความรู้ในระดับต่ำคิดเป็นร้อยละ 39 หลังเรียนกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องการวางแผนกลยุทธ์เฉลี่ยสูงกว่าเดิมเป็น 15.49 คะแนน (SD=2.08) ส่วนใหญ่มีความรู้ระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 70.7 รองลงมาที่มีความรู้ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 29.3 เมื่อทดสอบความแตกต่างพบว่านิสิตมีความรู้เรื่องการวางแผนกลยุทธ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ( $t=-11382$ ,  $df=40$ ,  $P \text{ value}= 0.01$ ) โดยเมื่อเปรียบเทียบความรู้หลังเรียนกับเกณฑ์มาตรฐานขั้นต่ำคือ 12 คะแนน (ร้อยละ 60) นิสิตมีความรู้สูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานขั้นต่ำทุกคน

3. ทัศนคติต่อการวางแผนกลยุทธ์ พบว่า ก่อนการทดลองนิสิตมีทัศนคติต่อการวางแผนกลยุทธ์ว่ามีความยากภาพรวมอยู่ในระดับสูง ( $X = 4.62$ ,  $SD=0.27$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่านิสิตมีทัศนคติว่ากิจกรรมที่มีความยากที่สุดคือ SWOT Matrix ( $X=4.85$ ,  $SD.= 0.36$ ) รองลงมาคือ รองลงมาคือการจัดแผนงานและโครงการตาม Balance Score Card ( $X= 4.73$ ,  $SD.= 0.50$ ) เมื่อแบ่งกลุ่มพบว่านิสิตทุกคนมีทัศนคติต่อการวางแผนกลยุทธ์ว่ามีความยากอยู่ในระดับสูง หลังเรียนนิสิตมีทัศนคติต่อการวางแผนกลยุทธ์ว่ามีความยากภาพรวมอยู่ในระดับสูงเช่นเดิมแต่มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่า ( $X= 3.74$ ,  $SD.= 0.31$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่านิสิตมีทัศนคติว่ากิจกรรมที่มีความยากที่สุดคือ SWOT Matrix ( $X= 3.95$ ,  $SD.= 0.50$ ) รองลงมาคือการทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ( $X= 3.83$ ,  $SD.= 0.44$ ) และการจัดแผนงานและโครงการตาม Balance Score Card ( $X= 3.83$ ,  $SD.= 0.59$ ) เมื่อแบ่งกลุ่มพบว่านิสิตส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อการวางแผนกลยุทธ์ว่ามีความยากอยู่ในระดับสูงแต่มีจำนวนที่ลดลงจากก่อนเรียนคือร้อยละ 61 ที่เหลือ



ร้อยละ 39 มีทัศนคติต่อการวางแผนกลยุทธ์ว่ามีความยากอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อทดสอบความแตกต่างพบว่านิสิตมีทัศนคติต่อการวางแผนกลยุทธ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ( $t=53.38$ ,  $df=40$ ,  $P \text{ value}= 0.01$ ) เมื่อเปรียบเทียบความรู้หลังเรียนกับเกณฑ์มาตรฐานขั้นต่ำคือค่าเฉลี่ย 3.50 นิสิตมีทัศนคติสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานขั้นต่ำทุกคน

3. คุณภาพของการวางแผนกลยุทธ์ พบว่านิสิตได้ฝึกปฏิบัติการวางแผนกลยุทธ์ในการพัฒนางานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 3 งาน โดยกลุ่มที่ 1 พัฒนางานอนามัยแม่และเด็ก กลุ่มที่ 2 พัฒนางานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และกลุ่มที่ 3 พัฒนางานดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผลของการวางแผนพบว่าแต่ละกลุ่มมีประเด็นที่ต้องปรับปรุงในทุกขั้นตอน แต่มีกิจกรรมที่ต้องปรับปรุงคือ การวิเคราะห์องค์กร กล่าวคือนิสิตไม่สามารถกำหนดปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกที่สำคัญได้อย่างคมชัดจึงส่งผลกระทบต่อกิจกรรมอื่นคือ SWOT Matrix การกำหนดกลยุทธ์ การกำหนดโครงการ และการทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์

4. การระดับความพึงพอใจต่อกระบวนการเรียนการสอนในภาพรวม พบว่า อยู่ในระดับสูง ( $X=4.43$ ,  $SD.= 0.21$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่านิสิตมีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูงในทุกประเด็นการประเมิน โดยมีค่าเฉลี่ย 3.98-4.85 สำหรับประเด็นนิสิตมีความพึงพอใจสูงสุดสามอันดับแรกคือ 1) การดูแลของอาจารย์ผู้สอน 2) การวางแผนกลยุทธ์เป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องใช้ในอนาคต 3) ประสิทธิภาพที่ได้จากการปฏิบัติจริงและความเหมาะสมของการจัดของที่ระลึกสำหรับผู้ให้ข้อมูล (อันดับที่ 3 กลุ่มเป้าหมายมีความพึงพอใจเท่ากัน 2 ประเด็น) โดยมีค่าเฉลี่ย 4.85, 4.68 และ 4.66 ตามลำดับ ส่วนประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่ำสุดคือความเหมาะสมของการจัดจำนวนนิสิตในแต่ละกลุ่มโดยมีค่าเฉลี่ย 3.98

5. ผลจากการอภิปรายปัญหาของการดำเนินการมีประเด็นที่ส่งผลกระทบต่อกระบวนการเรียน คือ ระยะเวลาเริ่มดำเนินการนิสิตบางคนมีทัศนคติไม่ดีต่อการออกชุมชน การจัดทำหนังสือประสานงานมี

หลายขั้นตอน สมาชิกมีจำนวนมากเกินไป ที่สำคัญที่สุดคือการขาดประสบการณ์ในการวิเคราะห์สถานการณ์ SWOT Matrix และการแปลงผล SWOT Matrix ไปสู่การกำหนดกลยุทธ์ในการทำงาน ซึ่งต้องเสียเวลากับกิจกรรมส่วนนี้ค่อนข้างมาก

### อภิปรายผล

1. ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนรู้ของนิสิตด้านความรู้พบว่านิสิตมีความรู้หลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับนัยสำคัญ และเมื่อพิจารณาผลการสอบหลังเรียนพบว่านิสิตทุกคนมีความรู้เรื่องการวางแผนกลยุทธ์เกินเกณฑ์มาตรฐานขั้นต่ำคือร้อยละ 60 จึงกล่าวได้ว่าการสอนแบบลงมือปฏิบัติส่งผลทำให้นิสิตมีความก้าวหน้าในการเรียนรู้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของเจนศักดิ์ คชนิล และ ยมลภัทธกร ทรัพย์ (2556) ที่ได้วิจัยเรื่องการพัฒนาการเรียนรู้นักเรียนในท้องเรียนของนิสิตสาขาบริหารงาน การบริหารหรือการวิจัยของจารุกิติ์ สายสิงห์ (2558) ที่ได้ศึกษาผลสัมฤทธิ์การเรียนการสอนรายวิชาการบริหารสารสนเทศ 2 โดยเน้นรูปแบบฝึกปฏิบัติจริงการทดสอบหลังเรียนมีนิสิตผ่านเกณฑ์จำนวน 56 คนคิดเป็นร้อยละ 90.32 นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการวิจัยของ ญัฐพงษ์ ฉายแสงประทีป (2558) ที่ได้วิจัยเรื่องผลการจัดการเรียนรู้แบบลงมือปฏิบัติในรายวิชา TMT423 ระเบียบวิธีวิจัยสำหรับอุตสาหกรรมท่องเที่ยวที่พบว่า การเรียนแบบลงมือปฏิบัติพบว่าผู้เรียนผ่านเกณฑ์ที่กำหนดคือได้คะแนนร้อยละ 50 ขึ้นไปจำนวน 15 คนคิดเป็นร้อยละ 55 ของผู้เรียนทั้งหมดโดยมีผู้เรียนจำนวน 4 คนที่มีผลการทดสอบร้อยละ 80 ขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 14.81 ของผู้เรียนทั้งหมด อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาคะแนนหลังเรียน พบว่ามีค่าเฉลี่ยไม่สูงมากนักทั้งนี้เนื่องจากเนื้อหาเรื่องการวางแผนกลยุทธ์เป็นเรื่องใหม่ มีความสลับซับซ้อน แต่ต้องเรียนรู้ในระยะเวลาสั้น อาจส่งผลทำให้นิสิตยังมีความเข้าใจที่ลึกซึ้งเพียงพอ

2. ผลการศึกษาของนิสิตด้านทัศนคติต่อการวางแผนกลยุทธ์ พบว่านิสิตมีทัศนคติต่อการแผน



กลยุทธ์ว่ามีความยากลดลงจากเดิม และแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ทั้งนี้เป็นผลสืบเนื่องจากนิสิตได้รับความรู้และมีการปฏิบัติที่ทำให้ส่งเสริมให้มีความเข้าใจมากขึ้น จึงส่งผลทำให้นิสิตมีทัศนคติที่ดีต่อการวางแผนกลยุทธ์มากขึ้น ซึ่งสามารถอธิบายตามทฤษฎี KAP ได้ว่าความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมจะมีลักษณะเป็นเส้นตรง กล่าวคือ ความรู้จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและจะส่งผลไปยังการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในที่สุด นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับแนวคิดในเรื่องทัศนคติ กล่าวคือ ทัศนคติเป็นผลพวงจากการเรียนรู้ และการได้รับข่าวสารต่างๆ ผ่านประสบการณ์ตรงหรือกระบวนการทางสังคม ก่อให้เกิดความรู้สึกของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง และมีผลต่อการตอบสนองสิ่งนั้น (อรวรรณ ปิลันธน์โอวาท, 2542 อ้างถึงในธัญญชล บุญยิ้ม , 2555)

3. การประเมินคุณภาพของแผนกลยุทธ์ที่นิสิตทำขึ้นพบว่ามีบางกิจกรรมที่ปรับปรุง เช่น การวิเคราะห์สถานการณ์ SWOT Matrix และการแปลงผล SWOT Matrix ไปสู่การกำหนดกลยุทธ์ในการทำงาน เป็นต้น ทั้งนี้เนื่องจากรายวิชานี้มีเนื้อหาหลังเรียนนิสิตจึงมีเวลาในการปฏิบัติกรวางแผนกลยุทธ์ไม่มากพอซึ่งสามารถอธิบายตามทฤษฎีการเรียนรู้ของไทเลอร์ ได้ว่าคนเราจะเรียนรู้ได้ดีเมื่อมีการจัดการเรียนรู้ที่ต่อเนื่อง มีการจัดช่วงลัดบ้าง และมีการบูรณาการประสบการณ์การเรียนรู้ จึงเป็นแบบแผนของปฏิสัมพันธ์ ระหว่างผู้เรียนกับสถานการณ์ที่แวดล้อม (รัตติพงษ์ ใจเทิด, 2560) ด้วยข้อจำกัดดังกล่าวจึงทำให้นิสิตไม่สามารถปฏิบัติได้ดีเท่าที่ควร

4. จากการประเมินความพึงพอใจต่อการเรียนการสอนพบว่าโดยรวมนิสิตมีความพึงพอใจในระดับมากซึ่งสอดคล้องกับวิจัยของจารุกิตติ์ สายสิงห์ (2558) ที่ได้ศึกษาผลสัมฤทธิ์การเรียนการสอนรายวิชาการบริหารสารสนเทศ 2 โดยเน้นรูปแบบฝึกปฏิบัติจริงที่พบว่านิสิตมีความพึงพอใจภาพรวมในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่านิสิตมีความพึงพอใจต่อการดูแลของอาจารย์ผู้สอนมากที่สุดซึ่งสอดคล้องกับผลการประเมินผู้สอนในระบบการประเมินผู้สอนออนไลน์

ที่พบว่านิสิตประมาณอาจารย์ผู้สอนในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 4.73 ในส่วนของประเด็นที่นิสิตมีความพึงพอใจต่ำสุดคือความเหมาะสมของการจัดจำนวนนิสิตในแต่ละกลุ่ม ทั้งนี้เนื่องจากการแบ่งกลุ่มออกเป็น 3 กลุ่มๆ ละ 13-14 คน จากการสัมภาษณ์นิสิตหลังการดำเนินกิจกรรมนิสิตสะท้อนว่าการแบ่งกลุ่มใหญ่ส่งผลกระทบต่อการแบ่งงาน การนัดหมายในการออกชุมชน เนื่องจากนิสิตมีเวลาว่างไม่ค่อยตรงกัน รวมถึงการเดินทางเนื่องจากมหาวิทยาลัยมีนโยบายให้นักนิสิตนำรถจักรยานยนต์มาใช้ระหว่างการเดินทางภายในมหาวิทยาลัย

ดังนั้นจากผลการวิจัยอาจสรุปได้ว่าการสอนเรื่องการวางแผนกลยุทธ์ในรายวิชา 324342 การบริหารสารสนเทศ ซึ่งมีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้

1. มีการชี้แจงว่าการวางแผนกลยุทธ์เป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องใช้ในอนาคตและการเรียนรู้เพื่อให้เกิดความเข้าใจอย่างแท้จริงต้องลงมือปฏิบัติ
2. มีการวางแผนการปฏิบัติร่วมกันระหว่างผู้สอนกับนิสิตโดยเน้นการทำแผนที่จะนำไปสู่การปฏิบัติจริงได้อย่างเหมาะสม เช่น การแบ่งกลุ่ม การกำหนดชุมชนเป้าหมาย เป็นต้น
3. มีการทดสอบก่อนเรียนเพื่อประเมินความรู้อ้างอิงต้นของนิสิต
4. มีการบรรยายเนื้อหาโดยเน้นที่ การวิเคราะห์สถานการณ์ SWOT Matrix และการแปลงผล SWOT Matrix ไปสู่การกำหนดกลยุทธ์ในการทำงาน
5. ผู้สอนต้องประสานชุมชนเป้าหมายเบื้องต้น ควรเป็นชุมชนที่มีความสัมพันธ์อันดีกับผู้สอนหรือสถาบัน จากนั้นให้นิสิตฝึกประสานงานด้วยตนเอง แต่ผู้สอนต้องให้คำแนะนำแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน มีกระบวนการสนับสนุนการทำงานที่เหมาะสมเช่น การอำนวยความสะดวกในการทำหนังสือประสานงาน การเดินทาง เป็นต้น
6. มีการเวทีนำเสนอเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ อย่างกัลยาณมิตร การให้คำแนะนำเชิงสร้างสรรค์ ไม่ตำหนิให้เสียบรรยากาศ



7. จัดกิจกรรมเสริมสร้างบรรยากาศการทำงานกลุ่ม เช่นมีการรับประทานอาหารร่วมกัน เป็นต้น
8. ผู้สอนต้องคอยดูแล ต้องคอยกระตุ้น ให้กำลังใจ ให้คำปรึกษาตลอดกระบวนการเรียนรู้ และที่สำคัญคือมีเวลามากพอที่จะเปิดโอกาสให้นักเรียนได้ฝึกจนเกิดความชำนาญ

### เอกสารอ้างอิง

จารุกิตต์ สายสิงห์. (2558). ผลสัมฤทธิ์การเรียนการสอนรายวิชาการบริหารสารสนเทศ 2 โดยเน้นรูปแบบฝึกปฏิบัติจริง. *The 1st National Conference on Technology and Innovation Management (NTIM 2015)* |RajabhatMahaSarakham University | MahaSarakham| Thailand | 12–18 May 2015.

เจนศักดิ์ คชนิลและยมลภัทร ภัทรคุปต์ (2556). การศึกษาเปรียบเทียบวิธีการเรียนการสอน 3 รูปแบบวิชาการเขียนแบบสถาปัตยกรรมสำหรับนิสิตหลักสูตรบริหารการก่อสร้าง. *วารสารเศรษฐศาสตร์อุตสาหกรรม* ปีที่ 12 ฉบับที่ 1 เลขหน้า : 82-89 ปี พ.ศ. : 2556.

ธัญญชล บุญยิ้ม (2555) *ปัจจัยที่มีต่อกระบวนการยอมรับระบบแลกเปลี่ยนข้อมูลของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี*. การศึกษาค้นคว้าอิสระปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต วิชาเอกการจัดการทั่วไป คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี.

ณัฐพงษ์ ฉายแสงประทีป (2558) *ผลการจัดการเรียนรู้แบบลงมือปฏิบัติในรายวิชาTMT423 ระเบียบวิธีวิจัยสำหรับอุตสาหกรรมท่องเที่ยว*. สืบค้นเมื่อวันที่ 2 กรกฎาคม 2560 จากเว็บไซต์ <https://www.spu.ac.th/tlc/files/2015/17/naataponng-ch.pdf>

ปราณี หลาเบ็ญสะ (2559) *การหาคคุณภาพเครื่องมือวัดและประเมินผล*. สืบค้นเมื่อวันที่ 2 กรกฎาคม 2560 จากเว็บไซต์ <http://edu.yru.ac.th/evaluate/attach/14655510032015>

มหาวิทยาลัยพะเยา, (2559). *คู่มือนิสิตระดับปริญญาตรี* ปริญญาตรี Kushner 2 ปริญญา และปริญญาตรี *ควบปริญญาโท*. เอกสารอัดสำเนา

รัตติพงษ์ ไจมหา (2560). *ทฤษฎีการเรียนรู้และระบบการสอน*. สืบค้นเมื่อวันที่ 2 กรกฎาคม 2560 จากเว็บไซต์ <https://prezi.com/nz40gikkcc/presentation/>

สำนักงานรับรองมาตรฐานและประเมินคุณภาพการศึกษา (องค์การมหาชน). 2545. *หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินคุณภาพภายนอกของสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน*. กรุงเทพฯ : สมศ.





# ปัจจัยทำนายการดำรงการตั้งครรภ์หรือยุติการตั้งครรภ์ : ทัศนคติของวัยรุ่น

## Factors Predicting about Remaining or termination of pregnancy : Adolescence's Opinions

จรรยา แก้วใจบุญ  
วิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี พะเยา

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทัศนคติของวัยรุ่นต่อการตั้งครรภ์และปัจจัยทำนายการตั้งครรภ์หรือยุติการตั้งครรภ์ โดยศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็น หญิงวัยรุ่น ที่มีอายุระหว่าง 15-19 ปี ในช่วงเดือนธันวาคม 2559 ถึง เดือนเมษายน 2560 เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย จำนวน 307 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.66-1 และนำไปทดลองใช้ วิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Coefficient Cronbach) เท่ากับ 0.87 วิเคราะห์ข้อมูลโดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ปัจจัยทำนายการตั้งครรภ์หรือยุติการตั้งครรภ์ วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Chi-squar และ Logistic Regression ผลการศึกษา พบว่าวัยรุ่นมีทัศนคติต่อการตั้งครรภ์ ร้อยละ 73.6 และมีทัศนคติต่อการยุติการตั้งครรภ์ ร้อยละ 26.4 และทัศนคติของวัยรุ่นที่มีต่อการตั้งครรภ์ในรายด้าน พบว่ามีค่าเฉลี่ยในระดับปานกลางทุกด้าน โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านวัฒนธรรม ( $\bar{X}$ =3.46, S.D.=0.68) รองลงไปคือ ด้านความเชื่อส่วนบุคคล ( $\bar{X}$ =3.30, S.D. = 0.43) ด้านเศรษฐกิจ ( $\bar{X}$ =3.12, S.D. = 0.42) ด้านสังคม ( $\bar{X}$ =2.95, S.D. = 0.51) และด้านครอบครัว ( $\bar{X}$ =2.82, S.D. = 0.42) ส่วนปัจจัยทำนาย

การตัดสินใจดำรงการตั้งครรภ์ พบว่า ด้านความเชื่อส่วนบุคคล (OR = .0032, 95% CT = .109-3.50) และด้านเศรษฐกิจ (OR = .622, 95% CT = .297-.969) สามารถทำนายการยุติการตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.05) โดยพบว่า วัยรุ่นที่มีทัศนคติด้านความเชื่อส่วนบุคคลต่อการตั้งครรภ์ในระดับน้อย และด้านเศรษฐกิจในระดับน้อยมีแนวโน้มที่จะยุติการตั้งครรภ์มากกว่าจะดำรงการตั้งครรภ์

**คำสำคัญ :** ปัจจัยทำนาย ทัศนคติของวัยรุ่น การตั้งครรภ์ การยุติการตั้งครรภ์

### Abstract

The purpose of this research was to study adolescence's opinions toward the pregnancy and Factors Predicting about Remaining or termination of pregnancy. The sample was 307 of female adolescents who lived in Amphoe Muang Phayao and ages 15 – 19 in December 2016 to April 2017. The self-invented questionnaire was quality-checked by 3 of the specialist and was found the Index Of Item (IOC) as 0.66-1 and the Cronbach alpha coefficient as 0.87. The data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi-Square and Multiple



Regression. Research reveals that 73.6 percent of adolescence had the opinions toward the Remaining the baby in the pregnancy, whereas 26.4 percent of them had the opinionstoward the termination. The study showed moderate level of overall score of culture ( $\bar{x}$ =3.34, S.D.=0.43) personal beliefs ( $\bar{x}$ =3.30, S.D.= 0.53) economic ( $\bar{x}$ =3.12, S.D.=0.42) social ( $\bar{x}$ =2.95, S.D.=0.51) andfamily ( $\bar{x}$ =2.82, S.D.=0.42). The results of Logistic Regression revealed that personal beliefs and economic could predict termination of pregnancy ( $p < 0.05$ ).

**Keywords :** Factors Predicting, Adolescence’s Opinions, Pregnancy, Termination

## บทนำ

วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นอย่างมาก ทำให้ต้องมีการปรับตัวหลายด้านพร้อมกัน ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงยุคโลกาภิวัตน์ ซึ่งมีกระบวนการเปลี่ยนแปลงของสังคม วัฒนธรรมอย่างรวดเร็ว การได้รับอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมภายนอก และสื่อต่างๆ รวมถึงความเป็นอิสระทางความคิดของวัยรุ่น การขาดประสบการณ์การใช้ทักษะชีวิตที่เหมาะสม จึงเป็นวัยที่จะเกิดปัญหาได้มากที่สุดและรุนแรง ซึ่งปัญหาที่พบมากและเกิดผลกระทบต่อวัยรุ่น ครอบครัวและสังคม เป็นอย่างกว้าง คือการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร (พนม อนุชิต, 2550) ทำให้วัยรุ่นต้องรับผลกระทบที่ส่งผลกระทบต่อความเป็นชีวิตโดยเฉพาะการตัดสินใจต่อการดำรงการตั้งครรภ์และการยุติการตั้งครรภ์

จากสถานการณ์ของโลกพบปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยพบว่าในแต่ละปีมีสตรีวัยรุ่นคลอดบุตร ทั่วโลกประมาณ 14 ล้านคน มากกว่าร้อยละ 90 อยู่ในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา อัตราคลอดในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี เฉลี่ยทั่วโลกประมาณ 65 รายต่อสตรีวัยรุ่น 1,000 ราย (UNICEF, 1998 , Beth Azar,

2012) สำหรับประเทศในสมาคมอาเซียน ปัญหาวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ที่ตั้งครรภ์และคลอดในอัตราสูง คือ ลาว ฟิลิปปินส์ อินโดนีเซีย กัมพูชาและไทย สถิติการคลอดในวัยรุ่น เท่ากับ 110, 53, 52,48 และ 47 ต่อ 1000 คน ตามลำดับ (World Health Organization, 2013 : 155-165) สำหรับประเทศไทย มีวัยรุ่น ร้อยละ 13.25 ของจำนวนประชากรทั้งหมด คือประมาณ 8,693,238 คนพบปัญหาการตั้งครรภ์และคลอดบุตรในวัยรุ่น มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างมากและต่อเนื่อง โดยใช้ปี 2550 พบสถิติการตั้งครรภ์และคลอดในวัยรุ่นอายุ 10-14 ปี ร้อยละ 0.30 และอายุ 15-19 ปี ร้อยละ 14.60 และในปี 2555 พบสถิติการตั้งครรภ์และคลอดในวัยรุ่นอายุ 10-14 ปี ร้อยละ 0.50 และอายุ 15-19 ปี ร้อยละ 16.10 เมื่อเทียบกับอัตราการคลอดในวัยรุ่นในรอบ 10 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546- 2556 พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างมาก โดยเพิ่มจากอัตรา 39.2 ต่อ 1000 คน เพิ่มขึ้นเป็น 53.8 ต่อ 1000 คน (บุญฤทธิ์ สุขรัตน์, 2557) และจังหวัดพะเยา ในปี 2558 พบปัญหาการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น 15-19 ปีจำนวนมาก โดยพบอัตราการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี มากถึงร้อยละ 15.3 สถิติการคลอดบุตรในวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี ร้อยละ 12.75 การคลอดซ้ำ ร้อยละ 11.5 ซึ่งถือว่าเป็นสถิติที่สูงกว่าเกณฑ์ (เกณฑ์กำหนดไม่เกินร้อยละ 10) นอกจากนี้ร้อยละ 80 เป็นการตั้งครรภ์ที่ยังไม่พร้อม (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา, 2558) ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวเป็นอย่างมาก รวมถึงปัญหาด้านสังคมที่อาจตามมาในอนาคต

ผลกระทบของการตั้งครรภ์ที่ยังไม่พร้อม ในช่วงวัยรุ่น มีผลต่อความไม่พร้อมทางภาวะการเจริญพันธุ์ ด้านจิตใจ อารมณ์ สูงมากการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมของวัยรุ่น เป็นการตั้งครรภ์ในขณะที่ยังสองฝ่ายยังไม่มี ความพร้อมในทุก ๆ ด้าน จึงก่อให้เกิดปัญหาตามมาอย่างมากทั้งทางด้านตัวของวัยรุ่นเอง ครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคม ปัญหาการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์นี้ส่งผลกระทบต่ออนาคตของวัยรุ่นอย่างมาก ด้วยโดยเฉพาะฝ่ายหญิงที่เป็นฝ่ายที่ตั้งครรภ์ส่วนใหญ่



กำลังศึกษาเล่าเรียนอยู่ ทำให้ต้องหยุดพักการเรียน บางคนเลือกที่จะออกจากการศึกษากลางคัน ซึ่งก็หมายถึงอนาคตการเรียนก็หมดไปอย่างสิ้นเชิงบางรายเมื่อตั้งครรภ์ก็ไม่กล้าบอกพ่อแม่ ผู้ปกครองทราบ แต่ก็ไม่สามารถปกปิดได้ตลอดไป จึงตัดสินใจหนีออกจากบ้านไปเผชิญชีวิตด้วยตนเอง เมื่อคลอดลูกก็จะเกิดปัญหาตามมามากมาย โดยเฉพาะปัญหาทางเศรษฐกิจและปัญหาสังคมในบางกรณี เมื่อตั้งครรภ์ขึ้นมาจะทำให้เกิดภาวะจำยอมที่ต้องแต่งงานกัน โดยทั้งสองฝ่ายยังไม่มีความพร้อมสำหรับการใช้ชีวิตคู่ที่ต้องมีการเลี้ยงดูบุตร ทำให้เกิดปัญหาครอบครัวซึ่งนำไปสู่การหย่าร้างในที่สุด ในบางกรณีตัดสินใจทำแท้งเพื่อยุติการตั้งครรภ์ โดยหวังว่าเมื่อไม่ตั้งครรภ์ แล้วจะสามารถกลับมาใช้ชีวิตและศึกษาเล่าเรียนได้ตามปกติ ในความเป็นจริงแล้วการทำแท้งเป็นเรื่องที่ผิดทั้งทางด้านศีลธรรม กฎหมาย และค่านิยมของสังคม และที่สำคัญที่สุดคือส่งผลกระทบต่อสุขภาพ โดยเฉพาะในผู้ที่ตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ ในบางรายที่ทำแท้งโดยผู้ทำไม่ใช่แพทย์อาจเป็นอันตรายรุนแรง เช่น ตกเลือด ติดเชื้ออย่างรุนแรง ทำให้เสียชีวิตได้ หรือบางรายอาจต้องผ่าตัด ตัดมดลูกทิ้ง ทำให้ไม่สามารถตั้งครรภ์ได้อีกเลยตลอดชีวิต (unicef,2015) และจากการสำรวจการทำแท้งโดยกรมอนามัยระบุว่าผู้หญิงร้อยละ 40 ที่ขอให้ทำแท้งเป็นนักเรียนที่ศึกษาอยู่ในโรงเรียน/มหาวิทยาลัย โดยร้อยละ 20 มีอายุต่ำกว่า 20 ปี และร้อยละ 60.5 มีอายุต่ำกว่า 25 ปี นอกจากนี้ ร้อยละ 67.5 ของเยาวชนหญิงที่ขอทำแท้งนั้นมิได้ต้องการตั้งครรภ์ แลกร้อยละ 71.6 ไม่ได้ใช้การคุมกำเนิดแต่อย่างใด และจากสถิติการทำแท้งของวัยรุ่นในประเทศไทย ปี 2558 พบจำนวน 2,489 ราย เป็นการแท้งเอง ร้อยละ 56.9 และทำแท้ง ร้อยละ 43.1 (กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง,2558) ถือว่าเป็นสถิติที่สูงมาก หากการทำแท้งเป็นวิธีการที่ไม่ปลอดภัย เป็นการเสี่ยงอันตราย และอาจถึงเสียชีวิตได้ นับเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศเป็นอย่างมาก

จากปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเพิ่มมากขึ้น และนับทวีความรุนแรงขึ้น ส่งผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและเด็กทารกอย่างมากมาย แสดงถึงการ

ดำเนินการด้านการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของประเทศไทยยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร ดังเห็นได้จากอัตราการคลอดในวัยรุ่น และอัตราการทำแท้งของวัยรุ่น ซึ่งเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดของ Millennium Development Goals ของประเทศไทยยังคงมีการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (บุญฤทธิ์ สุจริตน์,2557) นอกจากนี้งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น พบว่าวัยรุ่นมีความไม่พร้อมที่จะตั้งครรภ์และเกือบทั้งหมดไม่พร้อมที่จะมีบุตร (ร้อยละ 94.1) และมีปัญหาทางจิตสังคม ได้แก่ เศร้า หดหู่ ผิด ไม่มีค่า ซึ่งจำเป็นต้องมีการวางแผนการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเมื่อปัญหาต่างๆ ได้เกิดขึ้นแล้ว (ศรุตยา รองเลื่อนและคณะ,2555) ดังนั้นเพื่อให้เป็นการเฝ้าระวังปัญหาด้านการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น รวมถึงการยุติการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ ควรกระทำตั้งแต่วัยรุ่นยังไม่เกิดปัญหานั้นคือควรเฝ้าระวังในวัยรุ่นทั่วไปที่ยังไม่เกิดปัญหาการตั้งครรภ์ จะทำให้ทราบถึงข้อมูลพื้นฐานและความคิดเห็นของวัยรุ่นทั่วไปที่ยังไม่ตั้งครรภ์ต่อการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นและการตัดสินใจต่อการดำรงการตั้งครรภ์หรือยุติการตั้งครรภ์ ว่ามีความคิดเห็นอย่างไร เพื่อที่จะได้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวางแผนดำเนินการต่างๆ กับวัยรุ่นตั้งแต่วัยตั้งครรภ์ ดังนั้นการศึกษาทัศนคติของวัยรุ่นเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ในด้านการดำรงการตั้งครรภ์หรือยุติการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จึงเป็นความจำเป็น เพื่อให้เห็นแนวโน้มของทัศนคติวัยรุ่นและแนวโน้มในอนาคตของปัญหาด้านวัยรุ่นที่ต้องให้ความสำคัญ เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องสามารถนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนป้องกันปัญหาและผลกระทบของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นรวมถึงกำหนดกลวิธีการให้ความช่วยเหลือ ให้คำปรึกษาแก่วัยรุ่นได้อย่างทันเหตุการณ์และเหมาะสมต่อการเปลี่ยนแปลงของวัยรุ่นไทยยุคปัจจุบัน



## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาทัศนคติของวัยรุ่นต่อการตั้งครรภ์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการดำรงการตั้งครรภ์หรือยุติการตั้งครรภ์ ตามทัศนคติของวัยรุ่น

## ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทัศนคติของวัยรุ่นต่อการตั้งครรภ์และปัจจัยทำนายการดำรงการตั้งครรภ์หรือยุติการตั้งครรภ์ ตามทัศนคติของวัยรุ่น โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นวัยรุ่นเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา ในช่วงเดือนธันวาคม 2559 ถึง เดือนเมษายน 2560 จำนวน 307 คน โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างคือ อายุ 15 – 19 ปี เป็นเพศหญิงและยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

### 1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ วัยรุ่นในเขตพื้นที่ อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา จำนวนทั้งสิ้น 5,958 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 307 คน (Krejcie & Morgan.) ในช่วงเดือนธันวาคม 2559 ถึง เดือนเมษายน 2560 โดยมีคุณสมบัติดังนี้

- 1) อายุ 15 – 19 ปี
- 2) เพศหญิง
- 3) ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยสุ่มตัวอย่างจากกลุ่มวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 15-19 ปี ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา ในช่วงเดือนธันวาคม 2559 ถึงเดือน เมษายน พ.ศ. 2560

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามซึ่งผู้ตอบแบบสอบถามและแบบสอบถามทัศนคติของวัยรุ่นต่อการตั้งครรภ์โดยผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือ เป็นแบบสอบถามลักษณะเลือกตอบแบบประมาณค่า จำนวน 2 ตอน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อถูก/ผิด เป็นแบบสอบถามในลักษณะเลือกตอบ จำนวน 5 ด้าน ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา ประวัติการตั้งครรภ์ สถานภาพครอบครัว การพักอาศัย ลักษณะที่พักอาศัย รายได้ของครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามทัศนคติของวัยรุ่นต่อการตั้งครรภ์ด้านการดำรงการตั้งครรภ์และการยุติการตั้งครรภ์เป็นแบบสอบถามลักษณะเลือกตอบแบบให้ประมาณค่า แบ่งออกเป็น 5 ด้าน คือ ด้านความเชื่อส่วนบุคคล ด้านครอบครัว ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ และด้านวัฒนธรรม มีจำนวนทั้งหมด 29 ข้อลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ

มากที่สุดอย่างยิ่ง	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถาม มากที่สุด
เห็นด้วยค่อนข้างมาก	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามมาก
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามปานกลาง
เห็นด้วยเล็กน้อย	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามเพียงเล็กน้อย
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถาม





โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อความ ดังนี้

	คะแนนข้อความทางบวก	คะแนนข้อความทางลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1
เห็นด้วยค่อนข้างมาก	4	2
เห็นด้วยปานกลาง	3	3
เห็นด้วยเล็กน้อย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5

### การแปลผลคะแนน

การแปลผลคะแนนความคิดเห็นของวัยรุ่นต่อการดำรงการตั้งครรภ์หรือยุติการตั้งครรภ์ ระดับคะแนนเฉลี่ยดังนี้

4.00 - 5.00	หมายถึงเห็นด้วยต่อการดำรงการตั้งครรภ์ระดับมากที่สุด/มีแนวโน้มยุติการตั้งครรภ์น้อยที่สุด
3.50 - 4.49	หมายถึง เห็นด้วยต่อการดำรงการตั้งครรภ์ระดับมาก/มีแนวโน้มยุติการตั้งครรภ์น้อย
2.50 - 3.49	หมายถึง เห็นด้วยต่อการดำรงการตั้งครรภ์ระดับปานกลาง/มีแนวโน้มยุติการตั้งครรภ์ในระดับปานกลาง
1.50 - 2.49	หมายถึง เห็นด้วยต่อการดำรงการตั้งครรภ์ระดับน้อย/แนวโน้มยุติการตั้งครรภ์ในระดับมาก
1 - 1.49	หมายถึง เห็นด้วยต่อการดำรงการตั้งครรภ์ระดับน้อยที่สุด/แนวโน้มยุติการตั้งครรภ์ในระดับมากที่สุด

### การแปลผลคะแนนโดยภาพรวม

โดยใช้แบ่งระดับคะแนนการตัดสินใจตาม normal curve โดยมีค่าคะแนนดังนี้

ค่าคะแนนร้อยละของการตัดสินใจของวัยรุ่นต่อการตั้งครรภ์หรือยุติการตั้งครรภ์  
 คะแนนมากกว่า 87 คะแนน หมายถึง มีความคิดเห็นในการดำรงการตั้งครรภ์ระดับมาก  
 คะแนน 58 - 87 คะแนน หมายถึง มีความคิดเห็นในการดำรงการตั้งครรภ์ระดับปานกลาง  
 คะแนนน้อยกว่า 58 คะแนน หมายถึง มีความคิดเห็นในการดำรงการตั้งครรภ์ระดับน้อย/  
 คิดเห็นต่อการยุติการตั้งครรภ์

### การแปลผลคะแนนด้านความเชื่อส่วนบุคคล

โดยใช้แบ่งระดับคะแนนการตัดสินใจตาม normal curve โดยมีค่าคะแนนดังนี้

ค่าคะแนนร้อยละของการตัดสินใจของวัยรุ่นต่อการตั้งครรภ์หรือยุติการตั้งครรภ์  
 มากกว่า 24 คะแนน หมายถึง มีความคิดเห็นในการดำรงการตั้งครรภ์ระดับมาก  
 16 - 24 คะแนน หมายถึง มีความคิดเห็นในการดำรงการตั้งครรภ์ระดับปานกลาง  
 น้อยกว่า 16 คะแนน หมายถึง มีความคิดเห็นในการดำรงการตั้งครรภ์ระดับน้อย/  
 คิดเห็นต่อการยุติการตั้งครรภ์



### การแปลผลคะแนนด้านครอบครัว

โดยใช้แบ่งระดับคะแนนการตัดสินใจตาม normal curve โดยมีค่าคะแนนดังนี้  
 ค่าคะแนนร้อยละของการตัดสินใจของวัยรุ่นต่อการตั้งครรภ์หรือยุติการตั้งครรภ์  
 มากกว่า 21 คะแนน หมายถึง มีความคิดเห็นในการดำรงการตั้งครรภ์ระดับมาก  
 14 - 21 คะแนน หมายถึง มีความคิดเห็นในการดำรงการตั้งครรภ์ระดับปานกลาง  
 น้อยกว่า 14 คะแนน หมายถึง มีความคิดเห็นในการดำรงการตั้งครรภ์ระดับน้อย/  
 คิดเห็นต่อการยุติการตั้งครรภ์

### การแปลผลคะแนนด้านสังคม

โดยใช้แบ่งระดับคะแนนการตัดสินใจตาม normal curve โดยมีค่าคะแนนดังนี้  
 ค่าคะแนนร้อยละของการตัดสินใจของวัยรุ่นต่อการตั้งครรภ์หรือยุติการตั้งครรภ์  
 มากกว่า 15 คะแนน หมายถึง มีความคิดเห็นในการดำรงการตั้งครรภ์ระดับมาก  
 10 - 15 คะแนน หมายถึง มีความคิดเห็นในการดำรงการตั้งครรภ์ระดับปานกลาง  
 น้อยกว่า 10 คะแนน หมายถึง มีความคิดเห็นในการดำรงการตั้งครรภ์ระดับน้อย/  
 คิดเห็นต่อการยุติการตั้งครรภ์

### การแปลผลคะแนนด้านเศรษฐกิจ

โดยใช้แบ่งระดับคะแนนการตัดสินใจตาม normal curve โดยมีค่าคะแนนดังนี้  
 ค่าคะแนนร้อยละของการตัดสินใจของวัยรุ่นต่อการตั้งครรภ์หรือยุติการตั้งครรภ์  
 มากกว่า 12 คะแนน หมายถึง มีความคิดเห็นในการดำรงการตั้งครรภ์ระดับมาก  
 8 - 12 คะแนน หมายถึง มีความคิดเห็นในการดำรงการตั้งครรภ์ระดับปานกลาง  
 น้อยกว่า 8 คะแนน หมายถึง มีความคิดเห็นในการดำรงการตั้งครรภ์ระดับน้อย/  
 คิดเห็นต่อการยุติการตั้งครรภ์

### การแปลผลคะแนนด้านวัฒนธรรม

โดยใช้แบ่งระดับคะแนนการตัดสินใจตาม normal curve โดยมีค่าคะแนนดังนี้  
 ค่าคะแนนร้อยละของการตัดสินใจของวัยรุ่นต่อการตั้งครรภ์หรือยุติการตั้งครรภ์  
 มากกว่า 15 คะแนน หมายถึง มีความคิดเห็นในการดำรงการตั้งครรภ์ระดับมาก  
 10 - 15 คะแนน หมายถึง มีความคิดเห็นในการดำรงการตั้งครรภ์ระดับปานกลาง  
 น้อยกว่า 10 คะแนน หมายถึง มีความคิดเห็นในการดำรงการตั้งครรภ์ระดับน้อย/  
 คิดเห็นต่อการยุติการตั้งครรภ์

เครื่องมือได้รับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านและนำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา จากการหาค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้อง (Index of Item – Objective Congruence : IOC ) ได้ค่าความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 0.66-1.00 และตรวจสอบโดยการทดลองนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์ผลเพื่อปรับปรุงแก้ไขและนำไปใช้จริงและวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น  $\alpha$ -Coefficient ของ Cronbach ได้เท่ากับ 0.87 เครื่องมือได้รับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา เลขที่ 04/60 เลขที่โครงการ/รหัส ID 1570500217649



3. การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและทดสอบการตั้งครุฑโดยแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ และปัจจัยทำนายการดำรงการตั้งครุฑหรือยุติการตั้งครุฑ โดยใช้สถิติ Chi-squar และ Logistic Regression

## ผลการวิจัย

### 1. ข้อมูลส่วนบุคคล

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษา ประวัติการตั้งครุฑ สถานภาพครอบครัว การพักอาศัย ลักษณะที่พักอาศัย และรายได้ของครอบครัวตั้งเดือน (n = 307)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>1.อายุ</b>		
- วัยรุ่นอายุ 15-16 ปี	129	42.0
- วัยรุ่นอายุ 17-19 ปี	59	58.0
<b>2.ระดับการศึกษา</b>		
- วัยรุ่นมีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น	73	23.8
- วัยรุ่นมีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	149	48.5
- วัยรุ่นมีการศึกษาในระดับอนุปริญญา/ปวส.	20	6.5
- วัยรุ่นมีการศึกษาในระดับอุดมศึกษา	65	21.2
<b>3.ประวัติการตั้งครุฑ</b>		
- เคย	6	2
- ไม่เคย	301	98
<b>4.สถานภาพครอบครัว</b>		
- บิดา – มารดาอยู่ด้วยกัน	212	69.1
- บิดา – มารดาแยกกันอยู่	37	12.1
- บิดา – มารดาอย่าร้างกัน	43	14
- บิดา – มารดาเสียชีวิต	15	49
<b>5.การพักอาศัย</b>		
- บิดาและมารดา	203	66.1
- มารดา	51	16.6
- บิดา	20	6.5
- อื่นๆ	33	10.7
<b>6.ลักษณะที่พักอาศัย</b>		
- บ้านตนเอง	280	91.2
- บ้านเช่าหรือหอพัก	22	7.2
- บ้านญาติ	5	1.6
<b>7.รายได้ของครอบครัว(ต่อเดือน)</b>		
- น้อยกว่า 5,000	39	12.7
- 5,001-10,000	100	32.6
- 10,001-20,000	84	27.4
- มากกว่า 20,000	84	27.4



จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 307 คน มีอายุอยู่ระหว่าง 15 – 19 ปี โดยพบว่า อายุ 17-19 ปี มากที่สุด ร้อยละ 58 และ อายุ 15-16 ปี ร้อยละ 42 กำลังศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช.มากที่สุด ร้อยละ 48.5 ไม่เคยตั้งครรรค์ ร้อยละ 98 ส่วนใหญ่บิดา- มารดาอยู่ด้วยกัน 69.1 พักอาศัยอยู่กับบิดา - มารดามากที่สุด ร้อยละ 66.1 ลักษณะที่พักอาศัยเป็นบ้านตนเอง ร้อยละ 91.2 ส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัว ต่อเดือน 5,001 – 10,000 บาท ร้อยละ 32.6

2. ทักษะของวัยรุ่นต่อการตั้งครรรค์

ตารางที่ 2 ร้อยละของทักษะของวัยรุ่นเกี่ยวกับการดำรงการตั้งครรรค์หรือยุติการตั้งครรรค์ภาพรวม ( n = 307)

ทักษะของวัยรุ่นเกี่ยวกับการดำรงการตั้งครรรค์หรือยุติการตั้งครรรค์	ร้อยละ
- การดำรงการตั้งครรรค์	73.6
- ยุติการตั้งครรรค์	26.4

จากตารางที่ 2 พบว่า วัยรุ่นมีทักษะเกี่ยวกับการดำรงตั้งครรรค์ ร้อยละ 73.6 และยุติการตั้งครรรค์ ร้อยละ 26.7

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทักษะวัยรุ่นต่อการดำรงการตั้งครรรค์ ในรายชื่อ ( n = 307)

รายการ	ทักษะของวัยรุ่นต่อการดำรงการตั้งครรรค์		
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การแปลผล
<b>ด้านความเชื่อส่วนบุคคล</b>			
1. เมื่อตั้งครรรค์จากความผิดพลาดจะต้องรับผิดชอบกับเรื่องนี้	4.42	.75	ระดับมาก
2. การตั้งครรรค์ทำให้เสียโอกาสในการเรียนและอนาคต	4.06	.98	ระดับมาก
3. การตั้งครรรค์จะทำให้สูญเสียภาพลักษณ์ของตนเอง	2.27	1.08	ระดับน้อย
4. การยุติการตั้งครรรค์สำหรับฉันเป็นเรื่องที่น่ายินดี	3.58	1.21	ระดับมาก
5. หากดำรงการตั้งครรรค์ต่อไปจะทำให้ฉันอายคนรอบข้าง	2.99	1.28	ปานกลาง
6. การยุติการตั้งครรรค์สำหรับฉันเป็นเรื่องน่ากลัวและอันตรายมาก	4.19	.99	ระดับมาก
7. หากดำรงการตั้งครรรค์ต่อไปจะทำให้สูญเสียช่วงชีวิตในวัยรุ่น	2.63	1.20	ปานกลาง
8. การดำรงการตั้งครรรค์ทำให้ชีวิตเปลี่ยนไปและยุ่งยากมากขึ้น	2.23	1.01	ระดับน้อย
<b>ค่าเฉลี่ยรวม</b>	3.30	0.43	ปานกลาง
<b>ด้านครอบครัว</b>			
1. เมื่อครอบครัวยอมรับการตั้งครรรค์ฉันจะดำรงการตั้งครรรค์ต่อไป	4.10	.93	ระดับมาก
2. เมื่อคู่รักไม่ยอมรับการตั้งครรรค์ฉันจะยุติการตั้งครรรค์	2.14	1.33	ระดับน้อย
3. การตั้งครรรค์ทำให้ครอบครัวเสื่อมเสียชื่อเสียง	2.71	1.25	ปานกลาง
4. การยุติการตั้งครรรค์เป็นการลดภาระของตนเองและครอบครัว	2.80	1.32	ปานกลาง
5. การตั้งครรรค์ในวัยรุ่นจะทำให้เกิดความขัดแย้งในครอบครัว	2.63	1.14	ปานกลาง
6. การตั้งครรรค์เป็นเรื่องที่ดีสำหรับคนในครอบครัว	2.34	1.14	ระดับน้อย
7. หากดำรงการตั้งครรรค์ต่อไปจะทำให้ครอบครัวผิดหวังและอับอาย	3.00	1.26	ปานกลาง
<b>ค่าเฉลี่ยรวม</b>	2.82	.42	ปานกลาง





รายการ	ทัศนคติของวัยรุ่นต่อการดำรงการตั้งครรรค์		
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การแปลผล
<b>ด้านสังคม</b>			
1. การค้นหาจากคนรอบข้างทำให้ต้องการยุติการตั้งครรรค์	3.29	1.37	ปานกลาง
2. การตั้งครรรค์ในวัยรุ่นเป็นเรื่องที่ไม่ดีและน่าอายในสังคมไทย	2.87	1.25	ปานกลาง
3. การยุติการตั้งครรรค์ในวัยรุ่นเป็นเรื่องปกติและสังคมยอมรับ	2.49	1.20	ระดับน้อย
4. ไม่ควรยุติการตั้งครรรค์เพราะเป็นเรื่องผิดกฎหมาย	3.49	1.20	ปานกลาง
5. การยุติการตั้งครรรค์ในวัยรุ่นเป็นการช่วยลดปัญหาของสังคม	2.61	1.29	ปานกลาง
<b>ค่าเฉลี่ยรวม</b>	2.95	.51	ปานกลาง
<b>ด้านเศรษฐกิจ</b>			
1. การดำรงการตั้งครรรค์ต้องมีความพร้อมทั้งด้านการงานและการเงินที่ดี	4.14	1.06	ระดับมาก
2. ควรยุติการตั้งครรรค์เมื่อฐานะทางการเงินไม่เพียงพอต่อการเลี้ยงดูบุตร	2.69	1.33	ปานกลาง
3. การดำรงการตั้งครรรค์จะเป็นการเพิ่มภาระทางการเงิน	2.55	1.11	ปานกลาง
4. เมื่อตั้งครรรค์ในวัยรุ่นทำให้ไม่สามารถเลี้ยงดูบุตรได้เนื่องจากไม่มีรายได้ จึงควรยุติการตั้งครรรค์	3.12	1.35	ปานกลาง
<b>ค่าเฉลี่ยรวม</b>	3.12	.42	ปานกลาง
<b>ด้านวัฒนธรรม</b>			
1. การตั้งครรรค์ในวัยรุ่นถือว่าเป็นการขัดต่อธรรมเนียมประเพณีไทย ไม่ควรดำรงการตั้งครรรค์ต่อไป	2.72	1.29	ปานกลาง
2. การตั้งครรรค์ควรเกิดขึ้นหลังแต่งงานแล้วเท่านั้น	3.27	1.16	ระดับน้อย
3. การยุติการตั้งครรรค์ถือว่าเป็นบาปอย่างมาก	4.04	1.08	ระดับมาก
4. การยุติการตั้งครรรค์เป็นเรื่องที่ผิดศีลธรรมและจริยธรรม	3.95	1.12	ระดับมาก
5. ในปัจจุบันการดำรงการตั้งครรรค์ของวัยรุ่นเป็นเรื่องปกติ	2.85	1.20	ปานกลาง
<b>ค่าเฉลี่ยรวม</b>	3.46	.68	ปานกลาง

จากตารางที่ 3 ทัศนคติของวัยรุ่นต่อการตั้งครรรค์ ด้านความเชื่อส่วนบุคคลภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}=3.30$ , S.D. = 0.53) และเมื่อศึกษาในรายข้อ พบว่า ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือเมื่อตั้งครรรค์จากความผิดพลาดจะต้องรับผิดชอบกับเรื่องนี้ ( $\bar{X}=4.42$ , S.D.=0.75) การยุติการตั้งครรรค์สำหรับฉันเป็นเรื่องน่ากลัวและอันตรายมาก ( $\bar{X}=4.19$ , S.D. = 0.99) สำหรับประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การดำรงการตั้งครรรค์ทำให้ชีวิตเปลี่ยนแปลงและยุ่งยากมากขึ้น ( $\bar{X}=2.23$ , S.D. = 1.01)

ด้านครอบครัว ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}=2.82$ , S.D. = 0.42) และเมื่อศึกษาในรายข้อ พบว่า ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ เมื่อครอบครัวยอมรับการตั้งครรรค์ฉันจะดำรงการตั้งครรรค์ต่อไป ( $\bar{X}=4.10$ , S.D. = 0.93) สำหรับประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ เมื่อคู่รักไม่ยอมรับการตั้งครรรค์ฉันจะยุติการตั้งครรรค์ ( $\bar{X}=2.14$ , S.D. = 1.33)



ด้านสังคม ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}$ =2.95, S.D. = 0.51) และเมื่อศึกษาในรายข้อ พบว่า ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ไม่ควรยุติการตั้งครรภ์เพราะเป็นเรื่องผิดกฎหมาย ( $\bar{X}$ =3.49, S.D. = 1.20) สำหรับประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การยุติการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นเรื่องปกติและสังคมยอมรับ ( $\bar{X}$ =2.49, S.D. = 1.20)

ด้านเศรษฐกิจ ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}$ =3.12, S.D. = 0.42) และเมื่อศึกษาในรายข้อ พบว่า ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ การดำรงการตั้งครรภ์ต้องมีความพร้อมทั้งด้านการงานและการเงินที่ดี ( $\bar{X}$ =4.14, S.D. = 1.03) สำหรับประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การดำรงการตั้งครรภ์จะเป็นการเพิ่มภาระทางการเงิน ( $\bar{X}$ =2.55, S.D. = 1.11)

ด้านวัฒนธรรม ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}$ =3.34, S.D. = 0.43) และเมื่อศึกษาในรายข้อ พบว่า ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ การยุติการตั้งครรภ์ถือว่าเป็นบาปอย่างมาก ( $\bar{X}$ =4.04, S.D. = 1.08) สำหรับ ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นถือว่าเป็นการขัดต่อธรรมเนียมประเพณีไทย ไม่ควรดำรงการ ตั้งครรภ์ต่อไป ( $\bar{X}$ =2.72, S.D. = 1.29)

3. ปัจจัยทำนายการตัดสินใจของวัยรุ่นต่อการดำรงการตั้งครรภ์หรือยุติการตั้งครรภ์

ตารางที่ 4 แสดงการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการตัดสินใจดำรงการตั้งครรภ์หรือยุติการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น ด้วยสถิติ Logistic Regression และ  $\chi^2$  - test

Factor	การตัดสินใจของวัยรุ่น		Odd Ratio	95% confidence interval	p-value
	ร้อยละ				
	ยุติการตั้งครรภ์	ดำรงการตั้งครรภ์			
ด้านความเชื่อส่วนบุคคล					
-ระดับน้อย	100	0	1.632	.109-3.50	0.000*
-ระดับปานกลาง	48.5	51.5			
-ระดับมาก	15.5	84.5			
ด้านครอบครัว					
-ระดับน้อย	37.5	62.5	.422	.800-2.905	.20
-ระดับปานกลาง	24.9	75.1			
-ระดับมาก	29.3	70.7			
ด้านสังคม					
-ระดับน้อย	16.7	83.30	.450	.876-2.806	.13
-ระดับปานกลาง	23.2	76.8			
-ระดับมาก	31.9	68.1			
ด้านเศรษฐกิจ					
-ระดับน้อย	50	50	.622	.297-.969	0.03*
-ระดับปานกลาง	33.8	66.2			
-ระดับมาก	17.9	82.1			
ด้านวัฒนธรรม					
-ระดับน้อย	20	80	.575	.887-3.557	.10
-ระดับปานกลาง	20	80			
-ระดับมาก	29	71			

\*P-value<0.050



จากตารางที่ 4 ปัจจัยทำนายการตัดสินใจ ดำรงการตั้งครรภ์หรือการยุติการตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value} < 0.050$ ) ได้แก่ ด้านความเชื่อส่วนบุคคล ( $OR = 1.632, 95\% \text{ CT} = .109\text{-}3.50$ ) และด้านเศรษฐกิจ ( $OR = .622, 95\% \text{ CT} = .297\text{-}.969$ ) สามารถทำนายการดำรงการตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ ) โดยพบว่า วัยรุ่นที่มีทัศนคติด้านความเชื่อส่วนบุคคลต่อการตั้งครรภ์ในระดับมาก และด้านเศรษฐกิจในระดับมากมีแนวโน้มที่จะดำรงการตั้งครรภ์มากกว่ายุติการตั้งครรภ์

### อภิปรายผล

จากการศึกษาทัศนคติของวัยรุ่นต่อการตั้งครรภ์ ในด้านการดำรงการตั้งครรภ์หรือการยุติการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา อภิปรายได้ดังนี้

#### ทัศนคติของวัยรุ่นต่อการตั้งครรภ์

จากผลการวิจัย พบว่า วัยรุ่นมีทัศนคติต่อการตั้งครรภ์ในด้านการดำรงการตั้งครรภ์ ร้อยละ 73.6 และ การยุติการตั้งครรภ์ ร้อยละ 26.4 อธิบายได้ว่าส่วนใหญ่ วัยรุ่นมีทัศนคติต่อการจะดำรงการตั้งครรภ์ไว้ เนื่องจากวัยรุ่นส่วนใหญ่เป็นวัยรุ่นตอนปลายและมีการศึกษาในระดับอุดมศึกษาโดยวัยรุ่นตอนปลายจะมีช่วงอายุระหว่าง 17- 19 ปีเป็นช่วงที่สภาพร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงเจริญเติบโตสมบูรณ์เต็มที่และตัดสินใจในเรื่องอนาคตของตัวเองได้มองเห็นความสามารถที่จะพัฒนาต่อเพื่อสร้างอนาคต สร้างอาชีพที่เหมาะสม บรรลุหน้าที่ของตัวเอง ซึ่งกฎหมาย (วินิตดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุพาน, 2550) นอกจากนี้สังคมยุคปัจจุบันที่เปิดโอกาสให้นักเรียนนักศึกษาได้มีโอกาสศึกษาถึงแม้จะมีการตั้งครรภ์ สอดคล้องกับ พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาค่าการตั้ง ครรภ์ในวัยรุ่น (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2559) ในมาตรา 6 ให้สถานศึกษาดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาค่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ดังต่อไปนี้ (1) จัดให้มีการเรียนการสอนเรื่องเพศวิถีศึกษาให้เหมาะสมกับช่วงวัยของนักเรียนหรือนักศึกษา (2) จัดหาและพัฒนาผู้สอนให้

สามารถสอนเพศวิถีศึกษาและให้คำปรึกษาในเรื่องการป้องกันและแก้ไขปัญหาค่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นแก่นักเรียนหรือนักศึกษา (3) จัดให้มีระบบการดูแลช่วยเหลือ และคุ้มครองนักเรียนหรือนักศึกษาซึ่งตั้งครรภ์ให้ได้รับการศึกษาด้วยรูปแบบที่เหมาะสมและต่อเนื่อง รวมทั้งจัดให้มีระบบการส่งต่อให้ได้รับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์และการจัดสวัสดิการสังคมอย่างเหมาะสม จึงทำให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่กำลังศึกษาในสถานศึกษาได้รับการช่วยเหลือและคุ้มครอง ส่งผลให้วัยรุ่นมีทัศนคติเชิงบวกต่อการดำรงการตั้งครรภ์มากขึ้น เมื่อพิจารณาทางด้าน พบว่า วัยรุ่นมีทัศนคติต่อการดำรงการตั้งครรภ์ในระดับปานกลางโดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ด้านวัฒนธรรม ( $\bar{X} = 3.34, SD = 0.68$ ) รองลงไปคือด้านความเชื่อส่วนบุคคล ( $\bar{X} = 3.30, SD = 0.43$ ) เนื่องจากปัจจุบันวัยรุ่นนิยมการอยู่ด้วยกันก่อนสมรสมากขึ้น วัฒนธรรมเรื่องเพศเป็นเรื่องปกติ (มาลี เกื้อนพคุณ, 2554) จึงทำให้สังคมมีการยอมรับมากขึ้นในด้าน การตั้งครรภ์โดยที่ยังไม่ได้แต่งงาน ความเชื่อของวัยรุ่นยุคปัจจุบันจึงมีการปรับเปลี่ยนทำให้วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์มีความรู้สึกอับอายน้อยลง เมื่อพิจารณาผลการวิจัยด้านความเชื่อส่วนบุคคลในรายข้อพบว่า เมื่อตั้งครรภ์จากความผิดพลาดจะต้องรับผิดชอบกับเรื่องนี้ ( $\bar{X} = 4.42, SD = 0.75$ ) รวมถึง มีทัศนคติต่อการยุติการตั้งครรภ์เป็นเรื่องน่ากลัวและอันตรายมาก ( $\bar{X} = 4.19, SD = 0.99$ ) นอกจากนี้ในด้านวัฒนธรรมไทยยังมีความเชื่อเรื่องบาปบุญและเกรงว่าจะเกิดอันตรายจากการทำแท้ง และมีความเชื่อต่อการทำแท้งเป็นเรื่องที่บาป ผิดศีลธรรม และธรรมเนียมประเพณีไทย ทำให้ความคิดเห็นต่อการยุติการตั้งครรภ์เป็นเรื่องที่ไม่เหมาะสม เมื่อพิจารณา รายข้อพบว่า วัยรุ่นมีความคิดเห็นต่อการยุติการตั้งครรภ์ถือว่าเป็นบาปอย่างมาก ( $\bar{X} = 4.04, SD = 1.08$ ) สอดคล้องกับปวีณภัทร นิธิตันติวัฒน์, ขวัญใจ เพทาย ประกายเพชร (2558) ที่ว่าคนส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์เพราะขาดความรู้ในการคุมกำเนิด แต่เมื่อเกิดการตั้งครรภ์ การทำแท้งก็ถือว่าเป็นสิ่งที่ผิด เป็นการฆ่าคน ผิดศีลธรรม และ ผิดกฎหมาย เป็นสิ่งไม่ดี คนที่ทำเรื่องแบบนี้ต้องโหดร้าย เห็นแก่ตัวมาก เพราะการฆ่าคนอื่น



เป็นเรื่องน่าทำให้พบว่าวัยรุ่นมีทัศนคติที่จะดำรงการตั้งครรรค์ต่อไป นอกจากนี้ด้านครอบครัวก็เป็นสิ่งสำคัญที่จะให้คำแนะนำรวมถึงการสนับสนุนช่วยเหลือวัยรุ่นเมื่อเกิดปัญหา โดยครอบครัวที่ดีคือสมาชิกในครอบครัวมีเวลาให้กัน แสดงความรัก ให้ความอบอุ่น รู้จักการชมเชยเมื่อเด็กกระทำความดี มีการพูดคุยถึงเรื่องต่างๆ ที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน ใช้เหตุผลเมื่อสมาชิกกระทำ ความผิด วัยรุ่นที่เกิดมาในครอบครัวที่มีพื้นฐานที่ดีจะ ทำให้รักตัวเองและมีความรักให้กับผู้อื่นเมื่อเผชิญกับ สถานการณ์ที่ยุ้งยากก็จะสามารถแก้ไขสิ่งนั้นได้ด้วย ตนเองและเมื่อเขาเติบโตขึ้นเป็นผู้ใหญ่ก็จะมองโลกในแง่ดีและไม่เป็นภาระให้แก่สังคม (พนม เกตุมาน, 2557) สอดคล้องกับผลการวิจัยในรายชื่อ ที่พบว่า หากครอบครัวยอมรับการตั้งครรรค์นั้นจะดำรงการตั้งครรรค์ต่อไป วัยรุ่นมีทัศนคติในระดับมาก ( $\bar{X}=4.10$ ,  $SD=0.93$ )

นอกจากนี้ในด้านเศรษฐกิจ วัยรุ่นส่วนใหญ่มีทัศนคติเกี่ยวกับการดำรงการตั้งครรรค์ต้องมีความพร้อมทั้งด้านการงานและการเงินที่ดี ( $\bar{X}=4.14$ ,  $SD=1.03$ ) อธิบายได้ว่าวัยรุ่นที่ตัดสินใจตั้งครรรค์มีหลายปัจจัยเข้ามาเกี่ยวข้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ซึ่งเกี่ยวข้องกับความเป็นอยู่และความสะดวกสบายของชีวิตของบุคคล แต่ทั้งนี้ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยอีกหลายด้าน เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล ครอบครัว สถานศึกษา บริบททางสังคมวัฒนธรรมและเศรษฐกิจ (ศรีเพ็ญ ตันติเวส, 2556) จากผลการวิจัยพบว่า วัยรุ่นมีทัศนคติที่ว่า หากจะดำรงการตั้งครรรค์ ต้องมีความพร้อมทั้งด้านการงานและการเงินที่ดี ซึ่งในด้านเศรษฐกิจอาจดูได้จากการประกอบอาชีพของบิดามารดาที่ตั้งครรรค์และสามีจะเป็นตัวบ่งบอกฐานะทางเศรษฐกิจและสภาพความเป็นอยู่ได้ (ดลฤดี เพชรสว่างและคณะ, 2554) ถ้าหากมีฐานะทางเศรษฐกิจที่ไม่ดีจะมีการตัดสินใจยุติการตั้งครรรค์เนื่องจากยังไม่มีความพร้อม ไม่ต้องการลาออกจากโรงเรียน อับอายหากตั้งครรรค์ ไม่อยากโดนต่อว่า ไม่ต้องการให้ผู้ปกครองทราบที่ตั้งครรรค์และอับอายจากการกระทำของตนเอง นอกจากนี้ ส่วนใหญ่หญิงตั้งครรรค์ที่ไม่พร้อมจะมีบุตร ร้อยละ 64.7 ยังเป็นนักเรียนและอยู่ในระหว่างศึกษาอยู่ ไม่มีอาชีพ ไม่มี

รายได้ ยังต้องพึ่งพาบิดา มารดา กลัวและไม่กล้าที่จะบอกบิดา มารดา เกี่ยวกับการตั้งครรรค์ในครั้งนี้ (ศรีเพ็ญ ตันติเวสและคณะ, 2556) ซึ่งการที่ผู้หญิงจะตัดสินใจตั้งครรรค์และมีบุตรนั้น ต้องพิจารณาเกี่ยวกับความพร้อมหลาย ๆ ด้าน ทั้งด้านความเชื่อส่วนบุคคล ด้านเศรษฐกิจ สอดคล้องกับผลการวิจัยในครั้งนี้ที่ว่า วัยรุ่นมีทัศนคติในด้านการดำรงการตั้งครรรค์ เนื่องจากครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างมีฐานะทางเศรษฐกิจที่ไม่ดีมีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 54.8 และส่วนใหญ่ได้รับการเลี้ยงดูโดยบิดามารดาที่อาศัยอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 69.1 จึงทำให้ไม่พร้อมคิดเห็นต่อการตัดสินใจยุติการตั้งครรรค์น้อย แต่ถ้าหากครอบครัวมีฐานะทางเศรษฐกิจที่ไม่ดีอย่างส่งผลต่อการตัดสินใจยุติการตั้งครรรค์

#### ปัจจัยทำนายทัศนคติของวัยรุ่นต่อการดำรงการตั้งครรรค์หรือยุติการตั้งครรรค์

ปัจจัยทำนายทัศนคติของวัยรุ่นต่อการตัดสินใจดำรงการตั้งครรรค์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P<0.05$ ) ได้แก่ปัจจัยด้านความเชื่อส่วนบุคคล ( $OR = 1.632$ ,  $95\% CI = .109-3.50$ ) และด้านเศรษฐกิจ ( $OR .622$ ,  $95\% CI = .297-.969$ ) โดยพบว่าวัยรุ่นที่มีทัศนคติต่อการดำรงการตั้งครรรค์ในด้านความเชื่อส่วนบุคคลและด้านเศรษฐกิจในระดับมากมีแนวโน้มต่อการดำรงการตั้งครรรค์มากกว่าการยุติการตั้งครรรค์ เนื่องจากความเชื่อส่วนบุคคลของวัยรุ่นถือว่าการดำรงการตั้งครรรค์ต่อไปจะทำให้ชีวิตเปลี่ยนไปและยุ่งยากมากขึ้น สูญเสียภาพลักษณ์ของตนเอง สูญเสียช่วงชีวิตในวัยรุ่น และอาจทำให้อุบัติการณ์เลว ประกอบกับในด้านเศรษฐกิจการดำรงการตั้งครรรค์ต้องมีความพร้อมทั้งด้านการงานและการเงินที่ดี วัยรุ่น เป็นวัยของการศึกษาเล่าเรียนยังไม่ถึงงานทำให้ไม่มีรายได้ หรือมีไม่เพียงพอ ทำให้มีทัศนคติในรายชื่อที่ว่า ควรยุติการตั้งครรรค์เมื่อฐานะทางการเงินไม่เพียงพอต่อการเลี้ยงดูบุตร เพราะการดำรงการตั้งครรรค์วัยรุ่นส่วนใหญ่เห็นว่าจะเป็นการเพิ่มภาระทางด้านการเงินสอดคล้องกับการศึกษา สถานการณ์อนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชน ปี 2558 พบว่า การยุติการตั้งครรรค์ของวัยรุ่น ด้วย





เหตุผลทางเศรษฐกิจ มากถึงร้อยละ 62.6 (กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง, 2558) ประกอบกับความเชื่อเรื่องต่อการตั้งครรภ์ในเชิงลบ ทำให้ผู้หญิงต้องใช้เวลาในการคิดใคร่ครวญหาเหตุผล และความสอดคล้องกับวิถีชีวิตตน (ปวีณภัทร นิธิตันตวิวัฒน์,ขวัญใจ เพทหายประกายเพชร ,2559). หากวัยรุ่นรับรู้เชิงลบ วิตกกังวลต่อการเผชิญอยู่ในตนเองและสังคม มีความละเอียดและกังวลต่อ

ภาพลักษณ์ โดยเฉพาะหากตั้งครรภ์โดยไม่มีความพร้อม ก็จะมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์มากขึ้น ในทางตรงกันข้ามหากวัยรุ่นมีทัศนคติต่อการดำรงการตั้งครรภ์ในระดับมาก ในด้านความเชื่อส่วนบุคคล และด้านเศรษฐกิจ ก็จะมีแนวโน้มต่อการดำรงการตั้งครรภ์

### เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย. (2559). พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.เล่ม 133 ตอนที่ 30 ก.
- กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง. (2558) สถานการณ์อนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชน ปี 2558. กรมอนามัย สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กระทรวงสาธารณสุข.
- ดลฤดี เพชรขว้างและคณะ. (2554) การตั้งครรภ์วัยรุ่นและปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่น. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา.
- บุญฤทธิ์ สุรัตน์. (2557).การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น : นโยบาย แนวทางการดำเนินงาน และติดตามประเมินผล.พิมพ์ครั้งที่ 2.กระทรวงสาธารณสุข.นนทบุรี.
- ปฏิญญาเอี่ยมสำอาง,รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์, พรนภา หินอสน์(2556) ปัจจัยเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ซ้ำที่ไม่ตั้งใจของวัยรุ่น. วารสารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา. 8 (1),55-56.
- ปวีณภัทร นิธิตันตวิวัฒน์,ขวัญใจ เพทหายประกายเพชร (2559). การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และการทำแท้ง :แนวทางป้องกันสำหรับวัยรุ่น. วารสารวิทยาลัยพยาบาลกรุงเทพ.32(2),133-141.
- วินัดดา ปิยะศิลป์ และ พนมเกตมมาน. (2550).ตำราจิตวิทยาเด็กและวัยรุ่น เล่ม 2. กรุงเทพฯ : พิมพ์ลักษณ์ พนม เกตมมาน.(2550).ปัญหาพฤติกรรมวัยรุ่นAdolescent Problems. สืบค้นเมื่อ 5มกราคม2560, จาก:[http://www.psychlin.co.th/new\\_page\\_57.htm](http://www.psychlin.co.th/new_page_57.htm).
- มาลี เกื้อนพคุณ,ศศพร ป่องกฤษ, พัชรา อุบลสวัสดิ์. (2554). การตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่น : เหตุผลที่ไม่ยุติการตั้งครรภ์. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ.นนทบุรี: ฉบับที่ 7 (1)
- ศรุตยารองกลิ่น,ภัทรวลัย ตลิ่งจิตร และสมประสงค์ ศิริบริรักษ์.(2555).การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น: การสำรวจปัญหาและความต้องการสนับสนุนในการรักษาพยาบาล. วารสารพยาบาลศิริราช. 5(1),14-28
- ศรีเพ็ญ ตันติเวสส และคณะ.(2556). สถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทย.นนทบุรี
- สุริยเดวทรีปาดิ.(2557).พัฒนาการและการปรับตัวในวัยรุ่น.สืบค้นเมื่อ5 มกราคม 2560จาก Mahidol University National Institute for Child and Family Development Web site : <http://www.nicfd.cf.mahidol.ac.th/th/images/documents/3.pdf+&cd=1&hl=th&ct=clnk&gl=t>.



## เอกสารอ้างอิง

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา.(2558). *สรุปผลการดำเนินงาน สาธารณสุขจังหวัดพะเยารายงาน  
ปีงบประมาณ 2558*. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา.
- Beth Azar, M.A. (2012). Adolescent Pregnancy Prevention. *American Journal of Public Health*  
102(10): 1837-1841.
- World Health Organization (1998). *Adolescent pregnancy Department of Child and Adolescent  
Health and Development*. Geneva.
- World Health Organization (2011). *Preventing early pregnancy and poor reproductive  
outcomes among adolescents In developing countries: what the evidence says*.  
(Online) Retrieved สืบค้นเมื่อ 5 มกราคม 2560 from [http://www.who.int/mch/adolescent/documents/preventing\\_early\\_pregnancy/en/](http://www.who.int/mch/adolescent/documents/preventing_early_pregnancy/en/)
- World Health Organization.(2013). *World Health Statistics 2013, Adolescent fertility rate  
(per 1000 girls aged 15-19 years) 2005-2010*. (Online) สืบค้นเมื่อ 5 มกราคม 2560  
from [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/81965/1/9789241564588\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/81965/1/9789241564588_eng.pdf?ua=1).
- UNICEF Thailand.(2015). *Situation Analysis of Adolescent Pregnancy in Thailand*. Bangkok:  
UNICEF.

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพะเยา



# คำแนะนำ

## การเตรียมต้นฉบับ เพื่อพิมพ์วารสาร วพบ.พะเยา



วารสาร การพยาบาลการสาธารณสุข และ การศึกษา ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา เป็นเอกสารวิชาการที่ได้มาตรฐานสากล ออกเป็นราย 4 เดือน (ปีละ 3 ฉบับ) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริม และเผยแพร่ผลงานวิชาการในรูปแบบรายงานวิจัย (Research Article) และบทความปริทัศน์ (Review Article) สาขาการพยาบาล การสาธารณสุข และ การศึกษา

นิพนธ์ต้นฉบับของผลงานทั้ง 2 ชนิดดังกล่าว ที่ส่งมา เพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์ ในวารสารฉบับนี้ ต้องเป็นผลงานใหม่ที่ไม่เคยได้รับตีพิมพ์เผยแพร่ในสื่อ สิ่งพิมพ์ใดมาก่อน นิพนธ์ต้นฉบับแต่ละเรื่องจะได้รับการประเมินคุณภาพทางวิชาการ โดยผู้ทรงคุณวุฒิใน สาขาที่เกี่ยวข้องจำนวน 2 ท่าน เรื่อง

### การเตรียมนิพนธ์ต้นฉบับ

รายงานวิจัย (Research Article) ประกอบด้วย ดังนี้

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

6. วัตถุประสงค์การวิจัย
7. ระเบียบวิธีการวิจัย
8. ผลการวิจัย
9. อภิปรายผล
10. กิตติกรรมประกาศ (หากมี)
11. เอกสารอ้างอิง

บทความปริทัศน์ (Review Article) ประกอบด้วย

1. ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
2. ชื่อผู้นิพนธ์ทุกคน และสถานที่ทำงาน โดยใช้ภาษาไทย
3. บทคัดย่อ (Abstract) ให้เขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษเป็นความเรียงย่อหน้าเดียว ประกอบด้วยสาระสังเขปที่สำคัญและครบถ้วน
4. คำสำคัญ(Key words) มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3-5 คำ
5. บทนำ
6. สาระปริทัศน์ในประเด็นต่างๆ
7. วิจาร์ณ
8. กิตติกรรมประกาศ (หากมี)
9. เอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงในเนื้อความระบุนาม และปี และ ในรายการเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่อง ใช้ระบบของ APA ปี ค.ศ. 2011 รายละเอียดศึกษาจากหนังสือ Publication Manual of the American Psychological Association.



โปรดตรวจสอบ ต้นฉบับดูว่า ท่านได้เขียน หัวข้อต่างๆ และให้ข้อมูลครบถ้วน ใช้คำต่างๆ ถูกต้องตามพจนานุกรมไทย และอังกฤษ รวมทั้ง คำศัพท์ทางวิชาการ และระบบการอ้างอิง ได้ถูกต้อง

### การอ้างอิงเอกสาร

ใช้รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิงระบบ American Psychological Association (APA) ดัง ตัวอย่าง

#### 1. หนังสือ

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

บุญชม ศรีสะอาด. (2547). *วิธีการทางสถิติ สำหรับการวิจัย*. (พิมพ์ครั้งที่4).

กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น.

Kosslyn, S. M., & Rosenberg, R. S. (2004). *Psychology: The brain, the person, the world*(2<sup>nd</sup> 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.

เผชญิ 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 (ครั้งที่พิมพ์ ตั้งแต่พิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป, หน้า). เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์

ประสม เนื่องเฉลิม (2549). วิทยาศาสตร์พื้นฐาน

การจัดการเรียนรู้มิติทางวัฒนธรรม

ที่เอื้อต่อการบูรณาการ ความรู้พื้นฐาน

กับการจัดการเรียนรู้วิทยาศาสตร์เพื่อ

ชุมชน: กรณีศึกษาจากแหล่งเรียนรู้ป่าปู

ตา. ใน ฉลาด จันทรมสมบัติ

(บรรณาธิการ), *ศึกษาศาสตร์วิจัย*

ประจำปี 2548 – 2549 (หน้า 127 –

140). มหาสารคาม: สารคาม-การพิมพ์-

สารคามเปเปอร์

Cooper, 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* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 63-

79). Thousand Oaks, CA, US: Sage

Publications, Inc.

#### 4. สื่ออิเล็กทรอนิกส์

ชื่อผู้นิพนธ์. (วันที่ เดือน ปีที่ปรับปรุงล่าสุด).

ชื่อเรื่อง. วันที่ทำการสืบค้น, ชื่อ

ฐานข้อมูล

สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. (3

ธันวาคม 2548). *ธนาคารหลักสูตร*. สืบค้น





เมื่อ 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>

บัญชีธนาคารกรุงไทย สาขาพะเยา เลขบัญชี 512-0-69285-0 ชื่อบัญชี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี (งานวารสาร)

### การส่งต้นฉบับ

ต้นฉบับที่ส่งมารับพิจารณาเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ ต้องจัดพิมพ์ด้วย Font Angsana ขนาดตัวอักษร 16 จำนวนไม่เกิน 15 หน้า โดยพิมพ์หมายเลขหน้าทุกหน้า ผู้นิพนธ์สามารถส่งด้วยการ Submit วารสาร การพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา ในฐาน ThaiJo หรือ ส่งมาที่ E-mail : [journal@bcnpy.ac.th](mailto:journal@bcnpy.ac.th)

ผลงานทางวิชาการทุกเรื่องที่ได้รับการตีพิมพ์ ผู้นิพนธ์จะได้รับวารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา 1 ฉบับ ในกรณีที่ผู้นิพนธ์ต้องการ ประสงค์จะซื้อเพิ่มเป็นรายฉบับ ราคาฉบับละ 150 บาท

### การบอกรับวารสาร

ผู้ประสงค์จะเป็นสมาชิกวารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา ต้องจ่ายปีละ 450 บาท (3 ฉบับ) หากประสงค์จะซื้อปลีกเป็นรายฉบับ ราคาฉบับละ 150 บาท สมาชิกหรือผู้อ่านท่านใดประสงค์จะขอข้อมูลหรือรายละเอียดเพิ่มเติมโปรดติดต่อกองบรรณาธิการ ได้ดังนี้

กองบรรณาธิการวารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา  
212 หมู่ 11 ตำบลบ้านต๋อม อำเภอเมือง  
จังหวัดพะเยา รหัสไปรษณีย์ 56000  
โทรศัพท์ 0-5443-1779 ต่อ 105,114  
โทรสาร 0-5443-1889  
มือถือ 06-1289-5926  
E-mail : [journal@bcnpy.ac.th](mailto:journal@bcnpy.ac.th)

### การชำระค่าลงทะเบียนเมื่อผ่านการตรวจรูปแบบ

เมื่อผ่านการตรวจสอบรูปแบบของบทความแล้ว บรรณาธิการจะแจ้งให้ชำระค่าธรรมเนียมตีพิมพ์บทความ บทความละ 2,000 บาท ชำระค่าลงทะเบียนตีพิมพ์บทความ โดยการโอนเงินมาที่

