



วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

Princess of Naradhiwas University Journal

บทความวิจัย

- การศึกษาพฤษภาคมและฤทธิ์ในการยับยั้งเชื้อจุลินทรีย์จากสารสกัดเมล็ดพริกขี้หนู
- รูปแบบการแก้ปัญหาทารกแรกเกิด – 28 วันตาย ในสถานการณ์ความไม่สงบของจังหวัดนราธิวาส ปี 2564-2564
- รูปแบบการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันของวัยรุ่น: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ
- รูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ
- ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความรู้ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และภาวะโภชนาการสำหรับนักเรียนมุสลิมประมปลายที่มีภาวะพอมในจังหวัดปัตตานี: การศึกษานำร่อง
- ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการกล่าวขวัญกลลอสต่อความกลัว ความปวดและเวลา ในระยะที่ 1 ของการคลอดของผู้คลอดมุสลิมครั้งแรก
- ผลของโปรแกรมการบริหารข้อเข่าด้วยท่าฤๅษีตัดต้นเพื่อชะลอการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิของหญิงวัยกลางคนที่มีน้ำหนักร่างกายเกินมาตรฐาน
- ผลของการให้คำแนะนำโดยใช้แอปพลิเคชันบนอุปกรณ์เคลื่อนที่ต่อความรู้และการปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อยเสี่ยงต่ำก่อนจำหน่ายจากแผนกฉุกเฉิน
- องค์ประกอบการจัดบริการการแพทย์วิถีใหม่ภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 แผนกผู้ป่วยนอกในสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- ปัจจัยทำนายการยอมรับวัคซีน COVID-19 ในบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลสงขลา
- พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมและไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลนาท่ามใต้ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง
- การประเมินความต้องการจำเป็นในการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล

บทความวิชาการ

- การถอดบทเรียนความสำเร็จของพยาบาลผู้นำในการบริหารจัดการบริการฉีดวัคซีนโควิด-19 แบบเบ็ดเสร็จ: กรณีศึกษาศูนย์ฉีดวัคซีน สงขลา
- แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ให้บริการที่ใช้กัญชาทางการแพทย์

บทความต่างประเทศ

- Management Practices of Filipino Nursing Deans as Curriculum and Instruction Leaders

วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
Princess of Naradhiwas University Journal

ปีที่ 15 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2566

วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ รับผิดชอบตีพิมพ์ผลงานทางวิชาการประเภทบทความวิจัย บทความวิชาการ บทความปริทัศน์ บทความพิเศษ และบทความปกิณกะ ทั้งนี้บทความต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่นใดมาก่อนนับจากวันที่ผู้เขียนได้ส่งบทความต้นฉบับนี้มายังกองบรรณาธิการ

- วัตถุประสงค์**
1. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความทางวิชาการ สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ เช่น ด้าน การแพทย์ (Medicine) ด้านการพยาบาล (Nursing) ด้านทันตกรรม (Dentistry) ด้านสาธารณสุขศาสตร์ (Health profession) และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ
 2. เพื่อสร้างเครือข่ายทางวิชาการทั้งในสถาบันการศึกษาและสถาบันวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง
 3. เพื่อตอบสนองพันธกิจหลักในการสร้างองค์ความรู้ และการเผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานทางวิชาการของมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

สำนักงาน กองบรรณาธิการวารสาร
มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
อำเภอเมือง จังหวัดนราธิวาส 96000
โทร. 0-7370-9030 ต่อ 1611 โทรสาร 0-7370-9030
<http://journal/pnu.ac.th>, E-mail: pnu_jr@hotmail.com

วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
Princess of Naradhiwas University Journal

ปีที่ 15 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2566

ที่ปรึกษา	กองบรรณาธิการ	
ศ.ดร.นพ.กระแส ชนะวงศ์	ศาสตราจารย์ ดร.ถวิล พึ่งมา	สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง
ผศ.ดร.จงรัก พลาศัย	ศาสตราจารย์ ดร.ชาญวิทย์ วัชรพุทธิ	มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
รศ.ดร.รสสุคนธ์ แสงมณี	ศาสตราจารย์ ดร.รัตนศิริ ทาโด	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผศ.ดร.สุพัฒน์ ศรีสวัสดิ์	Prof Dr.Saryono	University of Jenderal Soedirman, Indonesia
รศ.ดร.ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์	Dr.Ahmed H.A. Dabwan	TATI University College, Terengganu, Malaysia
ผศ.ดร.สายทอง แก้วฉาย	Dr.Samantha Chandranath Karunarathna	Kunming Institute of Botany, CAS, China
อาจารย์มารียะ ปุเต๊ะ	รองศาสตราจารย์ ดร.ประณีต ส่งวัฒนา	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
	รองศาสตราจารย์ ดร.ศราวุธ ปาลีโภชน์	มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
	รองศาสตราจารย์ ดร.มณฑล เลิศกณานิชกุล	มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
บรรณาธิการ	รองศาสตราจารย์ ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมธ	มหาวิทยาลัยทักษิณ
ผศ.มุตลินท์ โตเปเราะ	รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล	มหาวิทยาลัยบูรพา
	รองศาสตราจารย์ ดร.พวงผกา คงวัฒนานนท์	มหาวิทยาลัยมหิดล
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงเนตร ธรรมกุล	มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พนม สุขจันทร์	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จงกล สายสิงห์	มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
ผศ.วนิดา หะยีชะ	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เด่นนภา แซ่หล่อ	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
อาจารย์วนิดา อาแว	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วินิกาญจน์ กองสุวรรณ	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
	พ.อ.รศ.ดร.นพ.นครินทร์ ศันสนยุทธ์	มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
กองจัดการ	พ.ท.ผศ.นพ.ดร. ชิริยศักดิ์ นิยมานนท์	วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประทาน ศรีชัย	อาจารย์ ดร.รุ่งนภา จันทรา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราญบุรีธานี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์เดชณัย จุ้ยชุม	อาจารย์ ดร.รุ่งรัตน์ สุขะเดชะ	มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
อาจารย์ไพธาว นิสนะนิ	อาจารย์ ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา
นางสาวณฤมล รัตนธานี	อาจารย์ ดร.นภชา สิงห์วีระธรรม	วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก สถาบันพระบรมราชชนก
นางปิยนุช วัจนศิริ	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มนัสวี อุดลยรัตน์	มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
นางสาวชมัชชียะห์ เจ๊ะสาเม๊ะ	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฟูซียะห์ หะยี	มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรอนงค์ สมทรัพย์	มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ธิดารัตน์ หวังสวัสดิ์	มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์นิชรีน เจ๊ะมามะ	มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
เจ้าของ	อาจารย์ ดร.โตมร นุ่นแก้ว	มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์	อาจารย์ ดร.เครือวัลย์ ห้วนกิ่ง	มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
	อาจารย์ ดร.อรอุทัย พรหมสงค์	มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
กำหนดออก	อาจารย์ ดร.มุสลีฮา เจ๊ะขอ	มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
ปีละ 3 ฉบับ ดังนี้	อาจารย์ ดร.อามีน่า เบญจมานะ	มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน	อาจารย์ ดร.อนุสรา คำนคร	มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม		
ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม		

วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ เป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์อย่างน้อยจำนวน 2 ท่านต่อบทความ และบทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการหรือมหาวิทยาลัย-นราธิวาสราชนครินทร์ ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

ปีที่ 15 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2566

บทบรรณาธิการ

วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ฉบับนี้ เป็นปีที่ 15 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2566 เป็นวารสารที่เผยแพร่ผลงานวิจัยและบทความทางวิชาการ เฉพาะสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ (Health Science) ด้านการแพทย์ พยาบาล ทันตกรรม สาธารณสุขศาสตร์ และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการส่งเสริม สนับสนุนและเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ แลกเปลี่ยนความรู้ของนักวิชาการทั้งภายในและภายนอกองค์กรในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง และในโอกาสนี้วารสารขอแจ้งการเปลี่ยนแปลงบรรณาธิการเป็น ผู้ช่วยศาสตราจารย์มุสลิมห์ โต๊ะเปเราะ (อาจารย์สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์) เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของวารสารฯ บรรณาธิการรู้สึกภาคภูมิใจ และเป็นเกียรติอย่างยิ่งที่มีผลงานจากหลากหลายหน่วยงานลงตีพิมพ์เผยแพร่ โดยในฉบับนี้มี 15 บทความ เป็นบทความวิจัย 13 บทความ บทความวิชาการ 2 บทความ โดยเป็นบทความภาษาไทย จำนวน 14 เรื่อง บทความภาษาอังกฤษจากประเทศฟิลิปปินส์ จำนวน 1 เรื่อง

กองบรรณาธิการขอขอบคุณผู้เขียนทุกท่านที่ร่วมส่งผลงานมาเผยแพร่ในวารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ซึ่งเป็นวารสารกลุ่มที่ 1 ได้รับการรับรองคุณภาพและอยู่ในฐานข้อมูล TCI (TCI1) และได้รับการคัดเลือกเข้าสู่ฐานข้อมูล ASEAN Citation Index (ACI) จึงหวังเป็นอย่างยิ่งว่าบทความจากวารสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้อ่านทั้งในทางวิชาการและวิชาชีพ และในสภวาระดิถีขึ้นปีใหม่ พ.ศ. 2566 ขออำนวยการให้ทุกท่านประสบแต่ความสุข ความเจริญตลอดไปเทอญ และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าวารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ จะได้รับความไว้วางใจในการเผยแพร่ผลงานที่มีคุณค่าของท่านต่อไป

ผู้ช่วยศาสตราจารย์มุสลิมห์ โต๊ะเปเราะ
บรรณาธิการ

ปีที่ 15 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2566

สารบัญ

บทความวิจัย	หน้าที่ Page	Research Article
การศึกษาพฤกษเคมีและฤทธิ์ในการยับยั้งเชื้อจุลินทรีย์จาก สารสกัดเมล็ดผักข่า ปริฉัตร ปักยี, สุกัลักษณ์ พักคำ, สรโรจ แสงวิเชียร, ธารา ชินะกาญจน์, พีรยา อานมณี	1	The Study on Phytochemical and Antimicrobial Activities of Momordica cochinchinensis (Lour.) Spreng. Seeds Extract Parichat Puksee, Supalak Fakkham, Sanjai Sangvichien, Thara chinakran, Peeraya Arnmanee
รูปแบบการแก้ปัญหาทารกแรกเกิด – 28 วันตาย ในสถานการณ์ความไม่สงบของจังหวัดนราธิวาส ปี 2564-2565 รอยัน หะยิมะเย็ง, ยามีละ มุซอ, เพ็ญศิริ สิริกุล, วณิสา หะยิเซะ	18	A model for solving the problem of Neonatal death in the unrest situation of Narathiwat Province, 2021-2022 Royan Hayeemayeng, Yameilah Musoor, Phensiri Sirikun, Wanisa Hayeese
รูปแบบการสร้างความเข้มแข็งทางใจร่วมกับการใช้ แอปพลิเคชันของวัยรุ่น: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็น ระบบ ปณิตา แคล้วอ้อม, วินิกาญจน์ คงสุวรรณ	39	The Model for Resilience Enhancement with Application Usage of Adolescent: A Systematic Review Panita Kleawaom, Vineekarn Kongsuwan,
รูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ บุคอรียะ มะมิง, วินิกาญจน์ คงสุวรรณ	62	Aggressive Management Model in Schizophrenic Patients: A Systematic Review Bukhori Maming, Vineekarn Kongsuwan,
ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดย การมีส่วนร่วมของครอบครัว ต่อความรู้ พฤติกรรมการ บริโภคอาหาร และภาวะโภชนาการสำหรับนักเรียนมุสลิม ประถมปลายที่มีภาวะผอมในจังหวัดปัตตานี: การศึกษา นำร่อง แวนูร์มี วาเลาะ, พงศศิลป์ เพ็งมาก, อุมามพร บุญญโสพรรณ	98	Effects of Self-Efficacy Promoting Program through Family Participation upon Food Consumption Knowledge and Nutritional Status among Upper-Primary School Underweight Muslim Children, Pattani Province: A Pilot study Waenurmee Waloh, Pajongsil Perngmark, Umaporn Boonyasopun

ปีที่ 15 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2566

สารบัญ...

บทความวิจัย	หน้าที่ Page	Research Article
ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการกล่าว ซิกรุลลอฮ์ต่อความกลัว ความปวดและเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอดของผู้คลอดมุสลิมครั้งแรก นูไรฮัน ฮิตเต, สุรีย์พร กฤษเจริญ, วารangkana ชัชเวช	121	The Effects of an Educational Program with Recitation of the Zikrullah on Fear, Pain and Duration of First Stage Labor Among Muslim Primiparous Women Nuraihan Hitae, Sureeporn Kritcharoen, Warangkana Chatchawet
ผลของโปรแกรมการบริหารข้อเข่าด้วยท่าฤๅษีตัดต้นเพื่อ ชะลอการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิของหญิงวัย กลางคนที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน วรายุทธ คตวงศ์, อรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง	141	Effects of Knee Joint Exercises with Thai Hermit Exercise Program on Primary Knee Osteoarthritis Delay among Overweight Middle-aged Women Varayuth Khotwong, Atthawit Singasalasang
ผลของการให้คำแนะนำโดยใช้แอปพลิเคชันบนอุปกรณ์ เคลื่อนที่ต่อความรู้และการปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแล ผู้บาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อยเสี่ยงต่ำก่อนจำหน่ายจาก แผนกฉุกเฉิน ฟุรซาน บินซา, เนตรนภา ขุพันธ์, กนิษฐา นาคะ	157	Effectiveness of Discharge Instruction on Mobile Application toward Knowledge and Care Practice of Caregivers of Patients with Low Risk Mild Traumatic Brain Injury before Discharge from Emergency Department Fursan Binsa, Natenapha Khupantavee, Kaniththa Naka,
องค์ประกอบการจัดบริการการแพทย์วิถีใหม่ภายใต้ สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 แผนกผู้ป่วยนอก ในสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นกษา สิงห์วีระธรรม	173	Factor Analysis on New Normal Medical Services during COVID-19's Outbreak in Out Patient Department of Health Care Provider under Ministry of Public Health Kittiporn Nawsuwan, Noppcha Singweratham
ปัจจัยทำนายการยอมรับวัคซีน COVID-19 ในบุคลากร ทางการแพทย์ ของโรงพยาบาลสงขลา ก๊วยศักดิ์ บำรุงเสนา	187	Factors Predicting COVID-19 Vaccine Acceptance among Health Care Workers of Songkhla Hospital Kusak Bumrungsena

ปีที่ 15 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2566

สารบัญ...

บทความวิจัย	หน้าที่ Page	Research Article
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมและไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลนาท่ามใต้ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง นันทยา เสนีย์, วรรัตน์ สุขคุ้ม, จันทร์เพ็ญ เลิศวนวัฒนา	203	Health Promotion Behaviors of the Elderly participating in Activities and Excluding from Activities in Elderly School, Natamtai Sub-district, Mueang District, Trang Province. Nuntaya Sanee Worarat Sukkum, Janpen Leartwanawattana
การประเมินความต้องการจำเป็นในการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล ดวงเนตร ธรรมกุล, เรณู ขวัญยืน, อรณัฐ ชุศรี, ณัฐพี ใจงาม	219	Needs Assessment in Training Courses for Caregivers on Dependent Elderly Care DOUNGNETRE THUMMAKUL, RENU KWANYUEN, ORRANUCH CHUSRI, NATRAPEE JAINGAM
บทความวิชาการ	หน้าที่ Page	Review Article
การถอดบทเรียนความสำเร็จของพยาบาลผู้นำในการบริหารจัดการบริการฉีดวัคซีนโควิด19 แบบเบ็ดเสร็จ: กรณีศึกษาศูนย์ฉีดวัคซีน สงขลา เพ็ญศิริ อัทธาวงศ์, ประณีต ส่องวัฒนา	234	Lesson Learned from the Successfulness of Nurses' Leaders in the Management of Comprehensive Covid-19 Vaccination Service: A Case Study in Vaccination Center, Songkhla Phensiri Atthawong, Praneed Songwathana,
แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ให้บริการที่ใช้กัญชาทางการแพทย์ โฆมพักตร์ มณีวัต, ศศิگانต์ นิมมานรัชต์, พุฒิสักดิ์ พุทธวิบูลย์, ยุพาวิดี ขันทบปลั่ง, ดวงสุดา ศิริปัญญามิ, สุมามิตา สวัสดิ์ดิโนนาท, สหัส บิลละหลี, ปิยะนันท์ วัฏกลางกูร, ศุภวัฒน์ เล่าหาวิริยาคม	250	Integrative Guidelines for the Nursing Care of Patients Using Cannabis for Medicinal Purposes Khomapak Maneewat, Sasikaan Nimmaanrat, Puttisak Puttawibul, Yupawadee Kantabanlang, Duangsuda Siripituphum, Sumamita Sawasdinaruenart, Sahas Bilalee, Piyanun Wangkulangkul, Suphawatt Laohawiriyakamol

ปีที่ 15 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2566

สารบัญ...

บทความต่างประเทศ	หน้าที่ Page	Research Article
Management Practices of Filipino Nursing Deans as Curriculum and Instruction Leaders Helen Abiera – Carandang, Inero Ancho	266	Management Practices of Filipino Nursing Deans as Curriculum and Instruction Leaders Helen Abiera – Carandang, Inero Ancho



การศึกษาพฤกษเคมีและฤทธิ์ในการยับยั้งเชื้อจุลินทรีย์จากสารสกัดเมล็ดฟักข้าว

The Study on Phytochemical and Antimicrobial Activities of *Momordica cochinchinensis* (Lour.)

Spreng. Seeds Extract

ปริฉัตร ปักซี่^{1*}, ศุภลักษณ์ ฟักคำ², สรรใจ แสงวิเชียร², ชารา ชินะกาญจน์², พีรยา อานมณี¹
Parichat Puksee^{1*}, Supalak Fakkham², Sanjai Sangvichien², Thara chinakran², Peeraya Arnmanee¹

(Received: April 4, 2022; Revised: October 10, 2022; Accepted: October 26, 2022)

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาองค์ประกอบทางพฤกษเคมี ฤทธิ์ในการยับยั้งและฆ่าเชื้อจุลินทรีย์ของสารสกัดเมล็ดฟักข้าว ด้วยเฮกเซนและเอทานอล โดยวิธีการทดสอบฤทธิ์การยับยั้งการเจริญของเชื้อจุลินทรีย์ด้วยวิธี Disc diffusion ทดสอบค่าระดับความเข้มข้นต่ำสุดที่สามารถยับยั้งการเจริญของเชื้อจุลินทรีย์ ด้วยวิธี Micro broth dilution ทดสอบค่าระดับความเข้มข้นต่ำสุดที่สามารถฆ่าเชื้อจุลินทรีย์ด้วยวิธี Spot test จากผลการศึกษาสารสกัดหยาบจากเมล็ดฟักข้าวด้วยเอทานอล พบองค์ประกอบทางพฤกษเคมี กลุ่มแอลคาลอยด์ เทอร์พีนอยด์ ซาโปนิน และ ฟลาโวนอยด์ แต่ไม่พบในสารสกัดหยาบด้วยเฮกเซน และการศึกษาฤทธิ์ในการยับยั้งการเจริญของเชื้อจุลินทรีย์ *M. furfur*, *S. aureus* และ *K. pneumoniae* ได้ และการหาค่าความเข้มข้นต่ำที่สุดที่สามารถยับยั้งการเจริญของเชื้อจุลินทรีย์ พบว่า สารสกัดจากเมล็ดฟักข้าวสามารถยับยั้ง *M. furfur*, *S. aureus* และ *K. pneumoniae* ได้ และสารสกัดจากเมล็ดฟักข้าวด้วยตัวทำละลายเฮกเซนและเอทานอลสามารถยับยั้งและฆ่า *M. furfur* ได้ โดยมีค่าความเข้มข้นต่ำสุดที่สามารถยับยั้งการเจริญของเชื้อจุลินทรีย์ เท่ากับ 125 และ 15.625 มิลลิกรัมต่อมิลลิตร และค่าความเข้มข้นต่ำที่สุดที่สามารถฆ่าเชื้อจุลินทรีย์ มากกว่าเท่ากับ 125 และ 62.5 มิลลิกรัมต่อมิลลิตร นอกจากนี้ สารสกัดจากเมล็ดฟักข้าวด้วยเฮกเซนและเอทานอลสามารถยับยั้งได้เพียง *S. aureus* และ *K. pneumoniae* ซึ่งสามารถส่งเสริมการนำเมล็ดฟักข้าวที่เป็นส่วนเหลือทิ้งทางการเกษตรไปใช้พัฒนาเป็นตำรับยาสมุนไพรเพื่อใช้ในการรักษาโรคเกี่ยวกับทางผิวหนังต่อไปได้

คำสำคัญ: จัดบริการการแพทย์วิถีใหม่ โรคโควิด-19 แผนกผู้ป่วยนอก

¹สาขาวิชาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

¹Applied Thai Traditional Medicine, Suan Sunandha Rajabhat University

²คณะบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

²The Graduate School, Suan Sunandha Rajabhat University

* Corresponding Author: parichat.pu@kmpht.ac.th



Abstract

This research aims to study the phytochemical and antimicrobial activity of *Momordica cochinchinensis* (Lour.) Spreng. seeds (Gac seed) extracts with hexane and ethanol by testing the activity of inhibiting the microorganisms' growth with Disc diffusion method. To examine the minimum level of concentration that could inhibit the microorganisms' growth by using Micro broth dilution method. In addition, to investigate the minimum of concentration that could inhibit the microorganisms' growth using Spot test method. The results of the study of crude extracts from Gac seeds with ethanol were revealed that there were phytochemical compounds of alkaloids, terpenoids, saponins, and flavonoids but they were not found in crude extracts with hexane and in the study of the inhibitory activity of the microorganisms *M. furfur*, *S. aureus* and *K. pneumoniae*. The determination result of the minimum inhibition concentration of the microorganisms' growth was revealed that Gac seeds extracts could inhibit *M. furfur*, *S. aureus* and *K. pneumoniae*. Besides, Gac seeds extracts with hexane and ethanol solvents could inhibit and kill *M. furfur*. The Minimum Inhibitory Concentrations (MIC) value of the microorganisms' growth was 125 and 15.625 mg/mL, respectively and The Minimum Fungicidal Concentration (MFC) was greater than 125 and 62.5 mg/mL, respectively. In addition, Gac seeds extracts with hexane and ethanol solvents were able to inhibit only *S. aureus* and *K. pneumoniae* in which it could promote the utilization of agricultural residues of saccharin and develop a medicinal formulation for the treatment of skin diseases in the future.

Keywords: New normal of medical services, Covid-19, Out patient

บทนำ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2560 มาตรา 55 ได้กำหนดให้รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง และส่งเสริมสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด ซึ่งในแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี กระทรวงสาธารณสุข สู่เป้าหมาย “มั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน” แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560 - 2564) ได้กล่าวถึงการนำผลผลิตและวัสดุเหลือใช้ทางการเกษตรจากพืชมาพัฒนาเพื่อเพิ่มมูลค่าผลผลิตทางการเกษตรและลดปัญหาสิ่งแวดล้อม โดยการพัฒนาสมุนไพรได้ถูกขับเคลื่อนตามนโยบายผ่านแผนแม่บทว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ปี 2560 - 2564 ส่งเสริมการพึ่งพาตนเอง



และสร้างความมั่นคงทางระบบยา โดยลดการนำเข้าสารเคมี และยาแผนปัจจุบันจากต่างประเทศ (Ministry of Health, 2017) ต่อการนำมาใช้ในการรักษาโรคและโรคติดเชื้อ

ปัจจุบันโรคติดเชื้อเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากมีแนวโน้มสูงขึ้นทุก ๆ ปี จากผลสำรวจข้อมูลด้านสถิติข้อมูลบริการผู้ป่วยภาพรวม สถาบันโรคผิวหนัง ปีงบประมาณ 2559 – 2562 ซึ่งโรคติดเชื้อบริเวณผิวหนังมีสาเหตุมาจากเชื้อจุลินทรีย์หลายชนิด ได้แก่ เชื้อแบคทีเรีย เชื้อรา และเชื้อไวรัส (Rangseepanurat, Janwittayanuchit, Peungmuang, Ngamurult, & Choowongwattana, 2013) โดยเชื้อ จุลชีพเป็นสาเหตุของโรคติดเชื้อที่มีการปรับตัว และทั้งนี้การใช้ยาปฏิชีวนะในการรักษาโรคติดเชื้อที่เกินขนาดหรือใช้อย่างไม่สมเหตุสมผล ส่งผลให้เชื้อจุลินทรีย์ดื้อยาปฏิชีวนะ และนำไปสู่ปัญหาสำคัญในการรักษาทางการแพทย์ (Jaratpongpasut & Laappara, 2018) โดยโรคเกลื้อนเป็นกลุ่มโรคผิวหนังจากเชื้อราที่ก่อเกิดพยาธิสภาพบริเวณผิวหนังชั้นนอกของร่างกาย พบได้บ่อยในบริเวณผิวหนังที่มีต่อมไขมันมาก เช่น ใบหน้า ต้นคอ หน้าอก และหลัง อาจเกิดอาการคันเวลาเหงื่อออก (Residency Training in Dermatology, Department of Dermatology, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, 2017) จากรายงานการศึกษาทางระบาดวิทยาขององค์การอนามัยโลก พบว่าเชื้อก่อโรคเกลื้อน (Tinea versicolor, Pityriasis versicolor) เกิดจากโรคเชื้อรากลุ่ม *Malassezia spp.* โดยเฉพาะในผู้ที่มีเหงื่อออกมาก เช่น ทำงานแบกหาม ขับริยนต์ ผู้ที่ทำงานกลางแจ้ง (ชาวไร่ ชาวนา กรรมกร) นักกีฬา หรือผู้ที่ใส่เสื้อผ้าที่อับเหงื่อเป็นเวลานาน เป็นต้น (Grice & Dawson, 2017) และผู้ที่เป็นเกลื้อนซ้ำแล้วซ้ำอีก อาจมีภาวะบางอย่างที่สนับสนุนให้เกิดโรค เช่น การตั้งครรภ์ ภาวะโลหิตจาง ขาดอาหาร วัณโรค เอชไอวี หรือการที่ได้รับสเตียรอยด์ (Steroid) ติดต่อกันเป็นเวลานาน เป็นต้น (Saunte, Gaitanis, & Hay, 2020) และโรคของการติดเชื้อที่ผิวหนัง เช่น แผลพุพอง (Impetigo), การอักเสบของต่อมขน (Folliculitis), ฝี (Furuncles), ฝีผักบัว (Carbuncles), เซลล์เนื้อเยื่ออักเสบ (Cellulitis), การติดเชื้อที่แผล กระแสโลหิต, ระบบทางเดินปัสสาวะ, ปอดบวม, โรคอาหารเป็นพิษ, โรคที่เกิดจากการติดเชื้อของแบคทีเรีย หรือ Staphylococcal Scalded Skin Syndrome (SSSS) และ กลุ่มอาการที่ช็อกซิกซ์หรือ Toxic Shock Syndrome (TSS) ซึ่งมีสาเหตุเกิดจากเชื้อ *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*) (Sittisak, 2015) และเช่นเดียวกันกับเชื้อจุลินทรีย์ในตระกูลวงศ์ *Enterobacteriaceae* (Rangseepanurat et al., 2013) ซึ่งการรักษาในเบื้องต้นจะต้องใช้ยาปฏิชีวนะตามเชื้อแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุของโรค กรณีที่อาการไม่รุนแรงอาจใช้ยาปฏิชีวนะรูปแบบรับประทาน แต่หากมีอาการรุนแรงหรือมีอาการตามระบบร่วมด้วย อาจต้องใช้ยาปฏิชีวนะรูปแบบยาฉีด (Muanprom, 2020) และตามศาสตร์ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน เกษตรกรรมไทยโบราณ กองประกอบโรคศิลปะที่ส่งเสริมการรักษาด้วยการใช้พืชสมุนไพรในการดูแลรักษาโรคผิวหนัง เช่น ขมิ้นชัน ทองพันชั่ง บัวบก กระเทียม ขุมเห็ดเทศ พลู มะคำดีควาย ว่านมหากาฬ พักข้าว เป็นต้น (Division of Healing Arts, 1998)



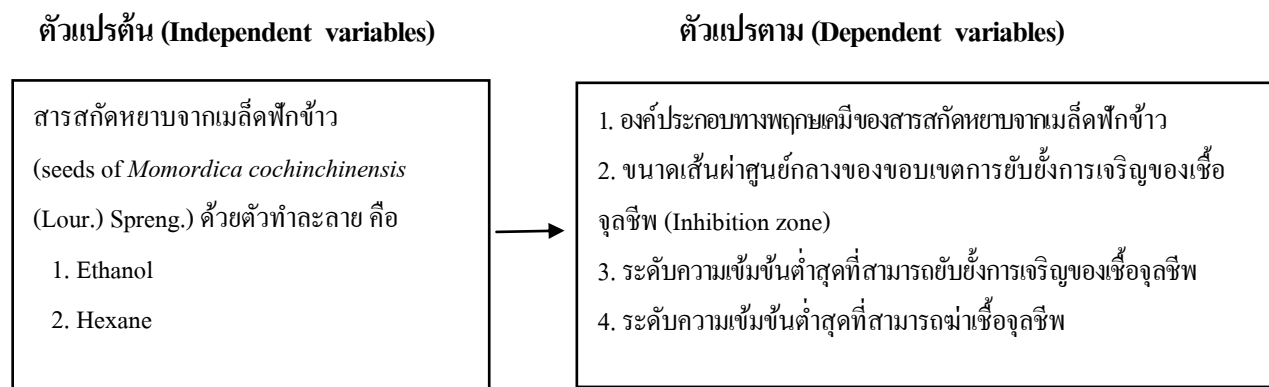
ฟักข้าว หรือ Gac (*Momordica cochinchinensis* (Lour.) Spreng.) เป็นพืชตระกูลแตง (Cucurbitaceae) ชื่ออื่น ๆ จี๊กาเครือ ฟักข้าว ฟักเข้ หมากอุบข้าว โดยมีลักษณะ เป็นพืชไม้เถาเลื้อย อายุหลายปี (Bpidipon, 2014) พบได้ในประเทศแถบอาเซียน เช่น เวียดนาม อินเดีย บังคลาเทศ จีน พม่า มาเลเซีย ลาว และไทย (Songsee, 2012) มีรายงานพบว่า ฟักข้าว มีสารในกลุ่มโพลีฟีนอล (Polyphenol) คือ เบต้าแคโรทีน (Beta-Carotene) ซึ่งเป็นสารที่มีฤทธิ์ต่อต้านอนุมูลอิสระ (Antioxidant) ป้องกันการเสื่อมของร่างกาย อัตราการเกิดมะเร็งและโรคชนิดอื่น ๆ (Bpidipon, 2014) ส่วนเนื้อผลและเยื่อหุ้มเมล็ดของฟักข้าว มีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาหลายฤทธิ์ เช่น ฤทธิ์ด้านการอักเสบ (Muller-Maatsch et al., 2017) และ ฤทธิ์การต้านอนุมูลอิสระ (Sarma, Babu, Krishna, & Basha, 2011) โดยส่วนของเปลือก ผล และ เยื่อหุ้มเมล็ดของฟักข้าวส่วนใหญ่มีสารกลุ่ม carotenoids (β -carotene, α -carotene, lutein และ lycopene) (Kubola & Siriamornpun, 2011) ส่วนเมล็ดและรากของฟักข้าวมีสารสำคัญจำพวกกลุ่มซาโปนินเป็นจำนวนมาก (Lin, Liu, Yang, & Yua, 2012) โดยทางการแพทย์พื้นบ้านใช้ส่วนรากและใบต้มน้ำดื่มช่วย แก้ไข้ ถอนพิษ แก้ปวดเมื่อย ขับเสมหะ ส่วนของเมล็ด นำมาคั่วและบดเป็นผงแห้ง ผสมกับน้ำมันทาช่วย แก้ท้องเสีย บวมช้ำ รักษาโรคผิวหนัง เช่น กลากเกลื้อน (Pamornprawat, 2013) ด้วยเหตุนี้ จึงทำการศึกษาพฤษเคมีและฤทธิ์ในการยับยั้งเชื้อจุลินทรีย์จากสารสกัดหยาบจากเมล็ดฟักข้าว เพื่อทราบแนวการนำเมล็ดฟักข้าวไปใช้ประโยชน์เพื่อให้ได้ประสิทธิภาพสูงสุด ส่งเสริมการใช้พืชสมุนไพร และเพิ่มมูลค่าผลผลิตทางการเกษตรให้กับเมล็ดฟักข้าวที่เป็นส่วนเหลือทิ้งทางการเกษตร อีกทั้งยังใช้เป็นฐานข้อมูลพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์ที่สามารถนำมาพัฒนาและประยุกต์ใช้ในการพัฒนาผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์และอุตสาหกรรมในเชิงพาณิชย์ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาองค์ประกอบทางพฤษเคมีของสารสกัดหยาบจากเมล็ดฟักข้าว
2. เพื่อศึกษาฤทธิ์ของสารสกัดหยาบจากเมล็ดฟักข้าว ในการยับยั้งการเจริญของเชื้อจุลินทรีย์
3. เพื่อศึกษาความเข้มข้นของสารสกัดหยาบจากเมล็ดฟักข้าว ระดับความเข้มข้นต่ำสุดที่สามารถยับยั้งการเจริญของเชื้อจุลินทรีย์
4. เพื่อศึกษาความเข้มข้นของสารสกัดหยาบจากเมล็ดฟักข้าว ระดับความเข้มข้นต่ำสุดที่สามารถฆ่าเชื้อจุลินทรีย์



กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการวิจัย

รูปแบบการศึกษาเชิงทดลอง (Experimental Research) ประเภทการวิจัยพื้นฐานวิทยาศาสตร์
ห้องปฏิบัติการเคมีและห้องปฏิบัติการเชิงทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ เมล็ดผักข่า (*Momordica cochinchinensis* (Lour.) Spreng.)
วงศ์แตง Cucurbitaceae (Concise encyclopedia of plants in Thailand, 2017) ช่วงเดือนกรกฎาคม –
สิงหาคม 2021 ในพื้นที่อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. การศึกษาทางพฤกษเคมีของสารสกัดจากเมล็ดผักข่า ด้วยวิธี Colorimetric assay โดยการ
อาศัยปฏิกิริยาการเกิดสีหรือตะกอน ด้วยการตรวจสอบสารจำนวน 5 ชนิด ประกอบด้วย อัลคาลอยด์
เทอร์ปีนอยด์ ซาโปนิน ฟลาโวนอยด์ และแทนนิน

2. การทดสอบฤทธิ์การยับยั้งการเจริญของเชื้อจุลชีพ ด้วยวิธี Disc diffusion โดยใช้อุปกรณ์
เครื่องเวอร์เนียคาลิเปอร์ (Vernier Calipers) ในการวัดขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง (Inhibition zone) ของ
ขอบเขตการยับยั้งการเจริญของเชื้อจุลชีพที่เกิดขึ้นในหน่วยมิลลิเมตร (mm)

3. การทดสอบค่าระดับความเข้มข้นต่ำสุดที่สามารถยับยั้งการเจริญของเชื้อจุลชีพ (Minimal
inhibition concentration: MIC) ด้วยวิธี Micro broth dilution โดยเปรียบเทียบการออกฤทธิ์ของสารสกัด
หยาบจากเมล็ดผักข่ากับสารมาตรฐานยาปฏิชีวนะ Ketoconazole Amikacin และ Tetracycline

4. การทดสอบค่าระดับความเข้มข้นต่ำสุดที่สามารถฆ่าเชื้อแบคทีเรีย (Minimum bactericidal
concentration: MBC) และการทดสอบค่าระดับความเข้มข้นต่ำสุดที่สามารถฆ่าเชื้อรา (Minimum
fungicidal concentration: MFC) ด้วยวิธี Spot test โดยนำผลความเข้มข้นของสารสกัดหยาบที่สามารถ



ยับยั้งเชื้อจุลินทรีย์ได้ในการทดสอบของ MIC มาทดสอบต่อในจานอาหารเลี้ยงเชื้อ และนำไปบ่มที่สภาวะเดียวกับข้างต้น และอ่านค่าระดับความเข้มข้นต่ำสุดที่สามารถฆ่าเชื้อเชื้อแบคทีเรียได้เป็นค่า MBC และค่าระดับความเข้มข้นต่ำสุดที่สามารถฆ่าเชื้อราได้เป็นค่า MFC

ขั้นตอนการศึกษาวิจัย

1. **คัดเลือกและเตรียมเมล็ดฟักข้าว** ในเขตพื้นที่อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี โดยเก็บเกี่ยวช่วงเดือนกรกฎาคม - สิงหาคม และคัดเลือกเมล็ดจากผลสุกของฟักข้าว เป็นส่วนที่อยู่ส่วนในสุดภายในผลฟักข้าว เมล็ดสีน้ำตาลเข้ม ลักษณะผิวขรุขระ นำไปล้างทำความสะอาด และอบแห้งที่อุณหภูมิ 50 องศาเซลเซียส โดยใช้เครื่องตู้อบความร้อน (Hot air oven) เป็นเวลา 24 – 48 ชั่วโมง

2. **การสกัดสาร** นำเมล็ดฟักข้าวที่อบแห้งแล้ว มาบดให้ละเอียดด้วยเครื่องบด (Blender) ใช้ตัวทำละลาย ได้แก่ เอทานอล (Ethanol) และเฮกเซน (Hexane) โดยใช้เมล็ดฟักข้าว (กรัม) ต่อตัวทำละลาย (มิลลิลิตร) ในอัตราส่วน 1 : 5 สกัดสารด้วยวิธีการหมัก (Maceration technique) ทำการแช่ในภาชนะที่มีฝาปิดสนิทนาน 7 วัน ที่อุณหภูมิห้อง จากนั้นกรองเอาของแข็งออก และนำสารละลายที่ได้ ระเหยตัวทำละลายออก ด้วยเครื่องระเหยแห้งสุญญากาศ (Rotary evaporator) และคำนวณหาเปอร์เซ็นต์สารสกัดหยาบ (%Yield)

$$\text{เปอร์เซ็นต์สารสกัดหยาบ (\%Yield)} = \frac{\text{น้ำหนักสารสกัดหยาบ (กรัม)}}{\text{น้ำหนักพืชสมุนไพรแห้งที่เริ่มต้น (กรัม)}} \times 100$$

3. **การเตรียมอาหารเลี้ยงเชื้อ** ชั่งอาหารเลี้ยงเชื้อตามน้ำหนักที่กำหนด 65 กรัม ในการเตรียม Sabouraud Dextrose Agar (SDA) และ 30 กรัม ในการเตรียม Sabouraud Dextrose Broth สำหรับเชื้อรา *M. furfur* (Thongkhwa, Samaae, Puti, & Poonthananiwatkul, 2018) สำหรับอาหารเลี้ยงเชื้อแบคทีเรีย *S. aureus* และ *K. pneumoniae* ชั่งอาหารเลี้ยงเชื้อตามน้ำหนักที่กำหนด 38 กรัม ในการเตรียม Mueller Hinton Agar (MHA) และ 21 กรัม ในการเตรียม Mueller Hinton Broth (MHB) (Suwanakit, 2008) ปรับปริมาตรอาหารเลี้ยงเชื้อด้วยการเติมน้ำกลั่นให้ครบ 1 ลิตร ละลายด้วยความร้อน ปิดจุลภาชนะด้วยสำลี นำอาหารเลี้ยงเชื้อที่ละลายแล้วไปทำให้ปราศจากเชื้อ (Sterilization) ด้วยหม้อนึ่งความดันไอน้ำ (Autoclave) ที่อุณหภูมิ 121 องศาเซลเซียส เป็นเวลา 15 นาที และจึงบรรจุในภาชนะเพาะเลี้ยงที่ผ่านการนึ่งฆ่าเชื้อแล้ว ปิดฝาให้สนิทแล้วเก็บไว้ในตู้เย็นที่อุณหภูมิ 4 องศาเซลเซียส

4. **การเตรียมเชื้อจุลินทรีย์ในการทดสอบ** สำหรับเชื้อรา *M. furfur* (Thongkhwa et al., 2018) เลี้ยงลงบนอาหาร SDA บ่มที่อุณหภูมิ 28 องศาเซลเซียส เป็นเวลา 5 วัน แล้วนำโคโลนีของเชื้อมาเจือจางใน



อาหาร SDB ที่ฆ่าเชื้อแล้วปริมาณ 1 มิลลิลิตร เทียบความขุ่นเท่ากับ McFarland Standard No.1 จะได้เชื้อประมาณ $1 \times 10^5 - 1 \times 10^6$ cells/ml

สำหรับเชื้อแบคทีเรีย *S. aureus* และ *K. pneumoniae* (Suwanakit, 2008) เลี้ยงลงบนอาหาร MHA บ่มที่อุณหภูมิ 35-37 องศาเซลเซียส ภายใต้สภาวะที่มีออกซิเจนเป็นเวลา 24 ชั่วโมง แล้วนำโคโลนีของเชื้อมาเจือจางในอาหารเลี้ยงเชื้อ MHB บ่มที่อุณหภูมิ 35-37 องศาเซลเซียส ภายใต้สภาวะที่มีออกซิเจนเป็นเวลา 24 ชั่วโมง จากนั้นนำมาเทียบความขุ่นให้ได้ McFarland standard No. 0.5 จะได้เชื้อประมาณ 1×10^8 cells/ml

5. การตรวจสอบพิษเคมีของสารสกัดหยาบจากเมล็ดผักขาว (Chatteeranan, Sabaijai, & Niyomtai, 2013)

5.1 สารกลุ่มแอลคาลอยด์

ชั่งสารสกัดหยาบ จำนวน 200 มิลลิกรัม และเติมสารละลาย 10% H_2SO_4 ในปริมาตร 1.0 มิลลิลิตร ผสมให้เข้ากันและอุ่นบนเครื่องอังไอน้ำ (water bath) นาน 5 นาที จากนั้นกรองส่วนที่ไม่ละลายออก ทำให้เย็นลงที่อุณหภูมิห้อง นำของเหลวที่ได้ มาหยดสารละลายดราเจนดอร์ฟ (Dragendorff's reagent) จำนวน 5 หยด แล้วเขย่าให้เข้ากัน การแปลผลหากปรากฏตะกอนสีส้มแดง แสดงว่าพบแอลคาลอยด์ ในสารสกัดหยาบ

5.2 สารกลุ่มเทอร์ปีนอยด์

ชั่งสารสกัดหยาบ จำนวน 200 มิลลิกรัม ทำการละลายด้วยคลอโรฟอร์ม ในปริมาตร 1.0 มิลลิลิตร เขย่าให้เข้ากัน กรองส่วนที่ไม่ละลายออก จากนั้นนำของเหลวที่ได้ ค่อย ๆ เติมกรดซัลฟิวริกเข้มข้น (Absolute H_2SO_4) ในปริมาตร 0.5 มิลลิลิตร ลงไป การแปลผลหากปรากฏวงแหวนสีน้ำตาลตรงรอยต่อระหว่างชั้นของสารสกัดหยาบกับกรดซัลฟิวริก แสดงว่าพบ กลุ่มเทอร์ปีนอยด์ ในสารสกัดหยาบ

5.3 สารกลุ่มซาโปนิน

ใช้การทดสอบแบบการเกิดฟอง โดยชั่งสารสกัดหยาบ จำนวน 200 มิลลิกรัม เติมน้ำกลั่น ในปริมาตร 5.0 มิลลิลิตร จากนั้นนำไปอุ่นบนเครื่องอังไอน้ำ นาน 5 นาที แล้วจึงเขย่าอย่างแรง การแปลผลหากปรากฏฟองถาวรเกิดขึ้นในหลอดทดลอง แสดงว่าพบ กลุ่มซาโปนิน ในสารสกัดหยาบ

5.4 สารกลุ่มฟลาโวนอยด์

ชั่งสารสกัดหยาบ จำนวน 200 มิลลิกรัม ทำการละลายด้วย 50% เอทานอล ในปริมาตร 1.0 มิลลิลิตร เขย่าให้เข้ากัน จากนั้นกรองส่วนที่ไม่ละลายออก นำของเหลวที่ได้ ใส่หลอดแมกนีเซียม ขนาดชิ้นเล็ก ๆ ลงไป จำนวน 1 ชิ้น และเติมกรดไฮโดรคลอริกเข้มข้น (HCl) จำนวน 5 หยด เขย่าก่อนนำไป



อุณหภูมิเครื่องอังไอน้ำ นาน 5 นาที การแปลผลหากสารละลายเปลี่ยนเป็นสีเหลือง ส้ม หรือแดง แสดงว่าพบ กลุ่มฟลาโวนอยด์ ในสารสกัดหยาบ

5.5 สารกลุ่มแทนนิน

ซึ่งสารสกัดหยาบมา 200 มิลลิกรัม ทำการเติมน้ำกลั่น ในปริมาตร 1.0 มิลลิลิตร จากนั้นนำไปอุณหภูมิเครื่องอังไอน้ำ นาน 5 นาที กรองส่วนที่ไม่ละลายออก นำของเหลวที่ได้ มาหยดสารละลายเฟอริกคลอไรด์ (1% FeCl_3) จำนวน 5 หยด และเขย่าให้เข้ากัน การแปลผลหากปรากฏสารละลายเป็นสีเขียวดำ หรือน้ำเงินดำ แสดงว่าพบ กลุ่มแทนนิน ในสารสกัดหยาบ

6. การทดสอบฤทธิ์การยับยั้งการเจริญของเชื้อจุลินทรีย์ ด้วยวิธี Disc diffusion

การทดสอบฤทธิ์การยับยั้งการเจริญของเชื้อจุลินทรีย์ ด้วยวิธี Disc diffusion (Patpoowadon, Ali Qosim, & Watanabe, 2010) นำเชื้อ *M. furfur* ที่เพาะเลี้ยงในอาหาร SDB มาเจือจาง ให้มีปริมาณเชื้อเทียบเท่ากับ McFarland standard No.1 แล้วใช้ไม้พ่นสำลีจุ่มเชื้อ บิดข้างหลอดพอหมาด ป้ายให้ทั่วผิวหน้าอาหารเลี้ยงเชื้อ SDA โดยเกลี่ยให้มีความสม่ำเสมอทั่วผิวอาหาร ใช้ไม้พ่นสำลีปราศจากเชื้อ (Sterile swab) วาง Filter disc ที่ได้รับการหยดตัวอย่างที่มีความเข้มข้น 2.5-10 มิลลิกรัม ไว้แล้วลงบนผิวอาหารวัน โดยใช้ตัวทำละลายที่ใช้ละลายตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุมลบ Negative control บ่มในตู้บ่มเชื้อที่อุณหภูมิ 28 องศาเซลเซียส เป็นเวลา 3-5 วัน ประเมินผลการทดสอบโดยการวัดขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางของขอบเขตการยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อจุลินทรีย์ (Inhibition zone) ที่เกิดขึ้นในหน่วยมิลลิเมตร (mm)

สำหรับแบคทีเรีย วิธีการเตรียมและวิธีการทดสอบเช่นเดียวกันกับเชื้อรา แต่ใช้ MHB แทน SDB ใช้ MHA แทน SDA ให้มีความขุ่นเทียบเท่า McFarland standard No. 0.5 จากเชื้อที่เลี้ยงในอาหาร MHB ทำการบ่มในตู้บ่มเชื้อที่อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ก่อนการอ่านผลใช้เวลาในการทดสอบเป็นเวลา 24 ชั่วโมง (Phongsawat & Jamdit, 2016) ทดสอบหาค่าความเข้มข้นต่ำที่สุดที่ยับยั้งเชื้อจุลินทรีย์ ด้วยวิธี Micro broth dilution ทดสอบค่าความเข้มข้นต่ำที่สุดที่สามารถฆ่าเชื้อจุลินทรีย์ด้วยวิธี Spot test

7. การทดสอบค่าระดับความเข้มข้นต่ำสุดที่สามารถยับยั้งการเจริญของเชื้อจุลินทรีย์ (Seesukrong, Juntree, & Hanpakpoom, 2016) และการทดสอบค่าระดับความเข้มข้นต่ำสุดที่สามารถฆ่าเชื้อจุลินทรีย์ (Supaphon, 2018)

7.1 เชื้อรา *M. furfur* เติบโตอาหารเลี้ยงเชื้อ SDB ปริมาตร 100 ไมโครลิตร ลงใน 96-well plate (ปริมาตรรวม 200 ไมโครลิตร/หลุม) หลุมทดสอบที่ 1-12 จากนั้นเติมสารสกัดหยาบความเข้มข้น 125 มิลลิกรัมต่อมิลลิลิตร ปริมาตร 100 ไมโครลิตร ลงในหลุมทดสอบที่ 1 ผสมให้เข้ากัน ทำการเจือจางสารสกัดแบบ 2-fold serial dilution จากหลุมทดสอบที่ 1 จนถึงหลุมที่ 12 ซึ่งจะมีความเข้มข้นเท่ากับ 0.061 มิลลิกรัมต่อมิลลิลิตร เตรียม suspension ของเชื้อ โดยวิธีเจือจางเชื้อให้มีความขุ่นเท่ากับ



McFarland standard No. 1 ตั้งแต่หลุมที่ 1-12 โดยมีกลุ่มควบคุมบวก (positive control) และกลุ่มควบคุมลบ (negative control) แล้วนำไปบ่มที่อุณหภูมิ 28 องศาเซลเซียส และแต่ละการทดลองทำการทดสอบ 3 ซ้ำ อ่านผลการทดลองที่ 3-5 วัน

7.2 เชื้อแบคทีเรีย *S. aureus* และ *K. pneumoniae* เติบโตอาหารเลี้ยงเชื้อ MHB ปริมาตร 50 ไมโครลิตร ลงใน 96-well plate (ปริมาตรรวม 200 ไมโครลิตร/หลุม) หลุมทดสอบที่ 1-11 หลุมที่ 12 เติบโตอาหาร MHB ปริมาตร 100 ไมโครลิตร จากนั้นเติมน้ำสารสกัดความเข้มข้น 1.024 มิลลิกรัมต่อมิลลิกรัม ปริมาตร 50 ไมโครลิตร ลงในหลุมทดสอบที่ 1 ผสมให้เข้ากัน ทำการเจือจางสารสกัดแบบ 2-fold serial dilution จากหลุมทดสอบที่ 1 จนถึงหลุมที่ 10 ซึ่งจะมีความเข้มข้นเท่ากับ 2 ไมโครกรัมต่อมิลลิกรัม เตรียม suspension ของเชื้อโดยวิธีเจือจางเชื้อให้มีความขุ่นเท่ากับ McFarland standard No. 0.5 ตั้งแต่หลุมที่ 1-11 โดยมีหลุมทดสอบที่ 11 เป็น positive control และหลุมที่ 12 เป็น negative control แล้วนำไปบ่มที่อุณหภูมิ 35-37 องศาเซลเซียส และแต่ละการทดลองทำการทดสอบ 3 ซ้ำ อ่านผลการทดลองที่ 24 ชั่วโมง

7.3 การหาค่า MBC หรือ MFC นำผลทุกความเข้มข้นของสารสกัดหยาบที่สามารถยับยั้งเชื้อจุลินทรีย์ได้ในการทดสอบ MIC บนอาหารเลี้ยงเชื้อ สำหรับเชื้อราบนอาหาร SDA และ สำหรับแบคทีเรียบนอาหาร MHA แล้วนำจานอาหารไปบ่มที่สภาวะเดียวกับการทดสอบข้างต้น

การอ่านผลหลุมที่เชื้อไม่เจริญเติบโต บันทึกเป็นค่าความเข้มข้นต่ำสุดที่ยับยั้งเชื้อได้ (MIC) ด้วยการสังเกตความขุ่นของสารละลายของหลุมทดสอบ ถ้าขุ่นแสดงว่าเชื้อสามารถเจริญเติบโตได้ แต่ถ้าสารละลายในหลุมยังคงใสอยู่ แสดงว่าเชื้อถูกยับยั้งการเจริญเติบโตด้วยสารสกัดหยาบที่ทดสอบ

จากนั้นเพาะเชื้อบนอาหารเลี้ยงเชื้อ (Standard plate agar) จากหลุมที่เชื้อไม่เจริญเติบโต บ่มเชื้อที่ 35-37 องศาเซลเซียส นาน 24 ชั่วโมง บันทึกผลความเข้มข้นต่ำสุดที่เชื้อไม่เจริญบนอาหารเลี้ยงเชื้อแบคทีเรีย (MBC) ทำการทดลองซ้ำอย่างน้อย 3 ซ้ำ สำหรับเชื้อราใช้เวลาในการทดสอบก่อนการอ่านค่าผล 3-5 วัน บันทึกผลความเข้มข้นต่ำสุดที่เชื้อไม่เจริญบนอาหารเลี้ยงเชื้อรา (MFC)

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) สำหรับการทดสอบฤทธิ์การยับยั้งการเจริญของเชื้อจุลินทรีย์ด้วยวิธี Disc diffusion, การทดสอบค่าระดับความเข้มข้นต่ำสุดที่สามารถยับยั้งการเจริญของเชื้อจุลินทรีย์โดยวิธี Micro broth dilution และการทดสอบค่าระดับความเข้มข้นต่ำสุดที่สามารถฆ่าเชื้อจุลินทรีย์ โดยวิธี spot test



ผลการวิจัย

1. การศึกษาพิษของเมลิคตินจากเมล็ดผักขาว

จากการนำสารสกัดของเมลิคตินจากผักขาวที่แช่สกัดด้วยตัวทำละลายเฮกเซนและเอทานอลมาทดสอบสารพิษของเมลิคตินโดยใช้ปฏิกิริยาทางเคมี โดยทดสอบกลุ่มสารพิษของเมลิคตินเบื้องต้นจำนวน 5 ชนิด ได้แก่ แอลคาลอยด์ เทอร์พีนอยด์ ซาโปนิน ฟลาโวนอยด์ และแทนนิน โดยการอาศัยปฏิกิริยาการเกิดสี หรือตะกอน ได้ผลการทดสอบ พบสารในปริมาณมากของกลุ่มแอลคาลอยด์, เทอร์พีนอยด์ ซาโปนิน และฟลาโวนอยด์ โดยสารสกัดจากเมลิคติน ผักขาวด้วยเฮกเซนตรวจไม่พบสารพิษของเมลิคติน ดังตารางที่ 1

2. การทดสอบฤทธิ์ด้านเชื้อจุลินทรีย์ของสารสกัดหยาบ ด้วยวิธี Disc diffusion

สารสกัดจากเมลิคตินผักขาวด้วยตัวทำละลายเฮกเซนและเอทานอลมีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางของขอบเขตการยับยั้งการเจริญของเชื้อรา *M. furfur* เชื้อแบคทีเรีย *S. aureus* และ *K. pneumoniae* โดยมีฤทธิ์ยับยั้งเชื้อจุลินทรีย์ของสารสกัดด้วยวิธี Disc Diffusion พบว่าสารสกัดด้วยตัวทำละลายเอทานอลให้ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางของขอบเขตการยับยั้งการเจริญของเชื้อจุลินทรีย์มากที่สุดต่อเชื้อรา *M. furfur* ที่ความเข้มข้นต่ำสุดเท่ากับ 5 มิลลิกรัม เท่ากับ 9.55 ± 0.09 มิลลิเมตร ต่อเชื้อแบคทีเรีย *S. aureus* ที่ความเข้มข้นต่ำสุดเท่ากับ 1.024 มิลลิกรัม เท่ากับ 7.17 ± 0.29 มิลลิเมตร และ *K. pneumoniae* ที่ความเข้มข้นต่ำสุดเท่ากับ 0.512 มิลลิกรัม เท่ากับ 7.08 ± 0.07 มิลลิเมตร (ดังตารางที่ 2)

3. การทดสอบค่าระดับความเข้มข้นต่ำสุดที่สามารถยับยั้งการเจริญของเชื้อจุลินทรีย์ และการทดสอบค่าระดับความเข้มข้นต่ำสุดที่สามารถฆ่าเชื้อจุลินทรีย์

3.1 การทดสอบค่าระดับความเข้มข้นต่ำสุดที่สามารถยับยั้งการเจริญของเชื้อจุลินทรีย์ ด้วยวิธี Micro broth dilution

ผลการทดสอบค่าระดับความเข้มข้นต่ำสุดที่สามารถยับยั้งการเจริญของสารสกัดหยาบเมลิคตินผักขาวด้วยเฮกเซนและเอทานอล สำหรับเชื้อรา *M. furfur* พบมีค่าเท่ากับ 125 และ 15.625 มิลลิกรัมต่อมิลลิลิตร ตามลำดับ และค่าระดับความเข้มข้นต่ำสุดที่สามารถยับยั้งการเจริญของเชื้อแบคทีเรีย *S. aureus* และ *K. pneumoniae* ของสารสกัดหยาบเมลิคตินผักขาวด้วยเฮกเซนและเอทานอล อยู่ในระดับเท่ากันมีค่าเท่ากับ 1.024 และ 0.512 มิลลิกรัมต่อมิลลิลิตร ตามลำดับ (ดังตารางที่ 3)

3.2 การทดสอบค่าระดับความเข้มข้นต่ำสุดที่สามารถฆ่าเชื้อจุลินทรีย์ ด้วยวิธี Spot test

ค่า MFC ของสารสกัดหยาบเมลิคตินผักขาวด้วยเอทานอลและเฮกเซน ที่สามารถฆ่าเชื้อรา *M. furfur* ได้ เท่ากับ 62.500 มิลลิกรัมต่อมิลลิลิตร และเท่ากับมากกว่า 125 มิลลิกรัมต่อมิลลิลิตร ตามลำดับ ยาต้านเชื้อรามาตรฐาน Ketoconazole มีค่าความเข้มข้นต่ำสุดที่สามารถฆ่าเชื้อราได้ เท่ากับ 0.062 มิลลิกรัมต่อมิลลิลิตร



ค่า MBC ของสารสกัดหยาบเมล็ดผักขาวด้วยเอทานอลและเฮกเซน ที่สามารถฆ่าเชื้อแบคทีเรีย *S. aureus* และ *K. pneumoniae* พบการเจริญเติบโตของเชื้อแบคทีเรียบนผิวอาหาร ในขณะที่ค่าความเข้มข้นต่ำสุดที่สามารถฆ่าเชื้อแบคทีเรียได้ของยาต้านเชื้อแบคทีเรียมาตรฐาน Tetracycline และ Amikacin เท่ากับ 0.004 และ 0.016 มิลลิกรัมต่อมิลลิลิตร ตามลำดับ (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 1 แสดงผลการทดสอบองค์ประกอบทางพฤกษเคมีของสารสกัดหยาบเมล็ดผักขาวด้วยเฮกเซน และเอทานอล

ตัวอย่างพืช	องค์ประกอบ พฤกษเคมี	สารละลาย	
		เฮกเซน	เอทานอล
seeds <i>Momordica</i>	Alkaloid	-	+++
<i>cochinchinensis</i> (Lour.) Spreng.	Terpenoid	-	+++
	Saponin	-	+++
	Flavonoid	-	+++
	Tannin	-	-

หมายเหตุ: +++ คือ ตรวจพบ, - คือ ตรวจไม่พบ

ตารางที่ 2 แสดงผลการทดสอบฤทธิ์ต้านจุลชีพของสารสกัดด้วยวิธี Disc diffusion

จุลชีพ	น้ำหนักที่ ทดสอบ (mg)	ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางของขอบเขตการยับยั้ง การเจริญของเชื้อจุลชีพ (ค่าเฉลี่ย $\pm$ S.D.)	
		เฮกเซน	เอทานอล
<i>M. furfur</i>	10.000	15.540 $\pm$ 1.190	16.370 $\pm$ 0.390
	7.500	10.960 $\pm$ 0.580	12.660 $\pm$ 0.940
	5.000	8.470 $\pm$ 0.770	9.550 $\pm$ 0.090
	2.500	ND	ND
<i>S. aureus</i>	4.096	7.330 $\pm$ 0.140	8.170 $\pm$ 0.290
	2.048	7.170 $\pm$ 0.140	7.480 $\pm$ 0.030
	1.024	7.080 $\pm$ 0.140	7.170 $\pm$ 0.290
	0.512	ND	ND
<i>K. pneumoniae</i>	4.096	7.980 $\pm$ 0.230	8.580 $\pm$ 0.380
<i>K. pneumoniae</i>	2.048	7.800 $\pm$ 0.260	8.030 $\pm$ 0.200
	1.024	7.100 $\pm$ 0.100	7.230 $\pm$ 0.210



จุลชีพ	น้ำหนักที่ ทดสอบ (mg)	ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางของขอบเขตการยับยั้ง การเจริญของเชื้อจุลชีพ (ค่าเฉลี่ย $\pm$ S.D.)	
		เฮกเซน	เอทานอล
		0.512	7.020 $\pm$ 0.030
			7.080 $\pm$ 0.070

หมายเหตุ: ND คือ Not Detected *แสดงเป็นค่าเฉลี่ย $\pm$ S.D. จากผลการทดลอง 3 ซ้ำ

ตารางที่ 3 แสดงผลการทดสอบค่าระดับความเข้มข้นต่ำสุดที่สามารถยับยั้งการเจริญของเชื้อจุลชีพ (MIC) ด้วยวิธี Micro broth dilution และการทดสอบค่าระดับความเข้มข้นต่ำสุดที่สามารถฆ่าเชื้อจุลชีพ (MBC หรือ MFC) ด้วยวิธี Spot test

จุลชีพ	สารสกัดหยาบเมล็ดพืชข้าว				ยาปฏิชีวนะ	MIC (มิลลิกรัม/ มิลลิลิตร)
	เฮกเซน		เอทานอล			
	MIC	MBC / MFC (มิลลิกรัม/ มิลลิลิตร)	MIC	MBC / MFC (มิลลิกรัม/ มิลลิลิตร)		
<i>M. furfur</i>	125	>125	15.625	62.500	Ketoconazole	0.062
<i>S. aureus</i>	1.024	NA	0.512	NA	Tetracycline	0.004
<i>K. pneumoniae</i>	1.024	NA	0.512	NA	Amikacin	0.016

หมายเหตุ: NA คือ No Activity

อภิปรายผล

การศึกษาองค์ประกอบทางพฤกษเคมีของสารสกัดหยาบจากเมล็ดพืชข้าว โดยสารสกัดหยาบเมล็ดพืชข้าวด้วยเอทานอล พบองค์ประกอบทางพฤกษเคมี ได้แก่ แอลคาลอยด์ เทอร์พีนอยด์ ซาโปนิน และ ฟลาโวนอยด์ โดยผลการทดสอบแตกต่างกันเนื่องด้วยชนิดของตัวทำละลาย ด้วยพืชมีสารประกอบมากมายหลายชนิด และมีคุณสมบัติแตกต่างกัน เช่น สารบางชนิดเป็นสารที่มีขี้ผึ้งที่สามารถละลายได้ดีในแอลกอฮอล์ ได้แก่ ซาโปนิน ฟลาโวนอยด์ ฟีนอลิก แอลคาลอยด์ เทอร์พีนอยด์ แทนนิน หรือสียางชนิด เป็นต้น และสารบางชนิดเป็นสารไม่มีขี้ผึ้งที่ไม่สามารถละลายน้ำได้แต่ละลายได้ดีในตัวทำละลายสารอินทรีย์ ได้แก่ กลุ่มน้ำมันหอมระเหย (volatile oils) เช่น ไขมัน หรือสียางชนิด เป็นต้น (Sroikaom, 2020) แสดงให้เห็นว่าสารสำคัญของสารสกัดจากเมล็ดพืชข้าวมีองค์ประกอบพฤกษเคมีที่ตรวจพบได้ สามารถละลายด้วยตัวทำละลายจำพวกมีขี้ผึ้งอย่างเอทานอล (Kubola & Siriamornpun,



2011) และจากรายงานการศึกษาพิษวิทยาของผักขำในส่วนของการเปลือก เนื้อหุ้มเมล็ด เนื้อผล และเมล็ดของผักขำ พบสารกลุ่มฟีนอลิก ฟลาโวนอยด์ และปริมาณสารไลโคปีน และกลุ่มสารเบต้าแคโรทีนพบมากสุดในเนื้อหุ้มเมล็ด (Sarma et al., 2011)

จากผลการศึกษาฤทธิ์ของสารสกัดหยาบจากเมล็ดผักขำในการยับยั้งการเจริญของเชื้อจุลินทรีย์ พบว่าสารสกัดหยาบจากเมล็ดผักขำด้วยเอทานอลและเฮกเซน สามารถยับยั้งเชื้อรา *M. furfur* เชื้อแบคทีเรีย *S. aureus* และ *K. pneumoniae* ได้ เนื่องจากเป็นการคัดแยกเบื้องต้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยการศึกษาเกี่ยวกับฤทธิ์ต้านเชื้อจุลินทรีย์ของสารสกัดผักขำ (*Momordica cochinchinensis*) (Pruksakorn et al., 2018) ต่อเชื้อแบคทีเรียแกรมบวกและแบคทีเรียแกรมลบ ซึ่งส่วนของสารสกัดด้วยตัวทำละลายเอทานอลนั้นแสดงค่า Inhibition zone ที่มากกว่า (Innun, 2012)

จากผลการศึกษาความเข้มข้นของสารสกัดหยาบจากเมล็ดผักขำ ระดับความเข้มข้นต่ำสุดที่สามารถยับยั้งการเจริญของเชื้อจุลินทรีย์ พบว่าสารสกัดหยาบจากเมล็ดผักขำด้วยเฮกเซนและเอทานอลมีระดับความเข้มข้นต่ำสุดที่สามารถยับยั้งการเจริญของเชื้อรา *M. furfur* เชื้อแบคทีเรีย *S. aureus* และ *K. pneumoniae* ค่าระดับความเข้มข้นของสารสกัดด้วยตัวทำละลายเอทานอลได้ค่า MIC ที่ต่ำกว่า แสดงว่าสามารถยับยั้งเชื้อจุลินทรีย์ได้ดีกว่า ซึ่งผลการทดลองนี้สอดคล้องกับการศึกษาองค์ประกอบพิษวิทยาโดยสารสกัดที่ได้จากตัวทำละลายในกลุ่มที่มีขั้วสูง ตรวจพบสารสำคัญที่ส่งผลต่อการออกฤทธิ์ทางชีวภาพได้ (Vittaya & Chalad, 2020) และสอดคล้องกับผลการศึกษาของพืชสมุนไพร 7 ชนิด ที่แสดงให้เห็นว่าสารสกัดจากพืชสมุนไพรนั้นมีฤทธิ์ยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อรากลุ่มเดอมาโตไฟต์ และเชื้อรา *C. albicans* ที่เป็นเชื้อรากลุ่มยีสต์แบบเดียวกับ *M.furfur* ได้ (Pruksakorn et al., 2018) และมีฤทธิ์ในการยับยั้งการเจริญเติบโตของแบคทีเรียแกรมบวกและแกรมลบ (Alkhafaji et al., 2019)

การศึกษาความเข้มข้นของสารสกัดหยาบจากเมล็ดผักขำ ระดับความเข้มข้นต่ำสุดที่สามารถฆ่าเชื้อจุลินทรีย์ พบว่า สารสกัดด้วยเอทานอลและเฮกเซน มีระดับความเข้มข้นต่ำสุดที่สามารถยับยั้งการเจริญและสามารถฆ่าเชื้อ *M. furfur* (Pruksakorn et al., 2018) แม้ว่าสารสกัดหยาบจากเมล็ดผักขำสามารถยับยั้งการเจริญของเชื้อแบคทีเรีย *S. aureus* และ *K. pneumoniae* ได้ แต่ไม่สามารถฆ่าเชื้อแบคทีเรียชนิดดังกล่าวได้ โดยมีรายงานเกี่ยวกับสารสำคัญของผักขำที่สกัดด้วยตัวทำละลายเมทานอล อะซิโตน และ เฮกเซน ที่มีฤทธิ์ในการยับยั้งเชื้อแบคทีเรีย ได้แก่ *P.aeruginosa*, *K. pneumoniae*, *E. coli* และ *S. aureus* (Tinrat, 2014) และสารสกัดด้วยเมทานอลจากเนื้อผลผักขำมีฤทธิ์ในการต้านจุลินทรีย์มากที่สุดต่อแบคทีเรียแกรมลบ อย่าง *E. Coli* และมีฤทธิ์ในการสามารถฆ่าเชื้อแบคทีเรียได้น้อยที่สุด (Tinrat, 2014) นอกจากนี้มีรายงานสารสกัดสมุนไพรหลายชนิดด้วยเอทานอลมีฤทธิ์ยับยั้งเชื้อแบคทีเรีย แต่ไม่มีความเข้มข้นใดของสารสกัดของพลูควาและกระวานที่สามารถฆ่าเชื้อจุลินทรีย์ได้ (Pangchrom & Kanchanawat, 2015)



จากผลวิจัยข้างต้น แสดงให้เห็นว่าสารสกัดหยาบจากเมล็ดผักขาวที่ใช้ตัวทำละลายเฮกเซนและเอทานอล นั้นมีฤทธิ์ในการยับยั้งเชื้อแบคทีเรียแกรมบวกและแกรมลบที่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจขึ้นอยู่กับชนิดและสัดส่วนองค์ประกอบของสารสกัด ซึ่งจะแปรเปลี่ยนไปตามสภาพของตัวอย่างพืช แหล่งที่มาตัวทำละลายและสถานะที่ใช้ในการสกัด โดยในการสกัดนั้นต้องคำนึงถึงควมมีขี้และไม่มีขี้ของตัวทำละลายที่ใช้ในการสกัด ซึ่งส่งผลให้องค์ประกอบทางพฤกษเคมีที่ได้มีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาที่แตกต่างกัน

สรุป

จากผลการศึกษา พบองค์ประกอบทางพฤกษเคมีของสารสกัดจากเมล็ดผักขาวอย่างกลุ่มแอลคาลอยด์, เทอร์พีนอยด์ ซาโปนิน และฟลาโวนอยด์ และมีฤทธิ์ในการยับยั้งการเจริญของเชื้อจุลินทรีย์ที่ความเข้มข้นแตกต่างกัน โดยมีค่าความเข้มข้นระดับต่ำสุดที่สามารถยับยั้งและสามารถทำการเจริญของเชื้อ *M. furfur* และสารสกัดจากเมล็ดผักขาวสามารถยับยั้งการเจริญของเชื้อแบคทีเรียได้แต่ยังไม่สามารถฆ่าแบคทีเรียอย่าง *S. aureus* และ *K. pneumoniae*

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. สามารถเป็นแนวทางในการสร้างและพัฒนาผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของสารสกัดเมล็ดผักขาวเพื่อรักษา/บำบัดในกลุ่มผู้ป่วยโรคผิวหนังที่เกิดจากเชื้อกลุ่มดังกล่าว
2. สามารถส่งเสริมและเพิ่มมูลค่าวัสดุเหลือใช้ทางการเกษตร นำไปต่อยอดพัฒนาในเชิงการแพทย์และเชิงพาณิชย์ได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาแยกสารบริสุทธิ์ (pure compound) ขององค์ประกอบทางพฤกษเคมีในสารสกัดหยาบจากเมล็ดผักขาวด้วยเอทานอลเพื่อทราบสัดส่วนและชนิดสารต่าง ๆ
2. ควรทดสอบความเป็นพิษของสารสกัดต่อเซลล์ผิวหนังปกติก่อนการนำไปต่อยอดพัฒนาผลิตภัณฑ์
3. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระดับความสามารถในการต้านเชื้อจุลินทรีย์กับตัวทำละลายชนิดอื่น เช่น น้ำ หรือน้ำมัน
4. ควรศึกษาฤทธิ์ในการต้านการอักเสบที่มีสาเหตุมาจากเชื้อจุลินทรีย์
5. ควรพัฒนาผลิตภัณฑ์ที่เป็นทางเลือกเชิงทางการแพทย์และเชิงพาณิชย์ในการใช้ต้านเชื้อจุลินทรีย์ก่อโรค



รายการอ้างอิง (References)

- Alkhafaji, Q., Mohammed, I., Saadedin, S., Al-Awadei, S., Abedulhussein, T., & Al-Jussani, G., (2019). Antimicrobial Activity of Momordica cochinchinensis Seeds and Seeds Aril Extract, *Jordan Journal of Earth and Environmental Sciences*, 10(4), 252-255.
- Bpidipon, S. (2014). *Record of the land 2 Vegetables are medicine to preserve life (Gacs)* (4th ed.). Bangkok: Prime Printing Co.,Ltd. 86-89. (in Thai).
- Chatteeranan, S., Sabaijai, W., & Niyomtai, S. (2013). The Determination of Phytochemical content, Antioxidant activity, and Mineral from The Plukenetia Volubilis L. leaves. *Pibulsongkram Rajabhat University Journal of Science and Technology*, 41(3), 723-730.
- Concise encyclopedia of plants in Thailand (2017). *Gac fruit*. *Thai Forest Bulletin*. Retrieved from <http://www.dnp.go.th/botany/detail.aspx>
- Division of Hraling Arts. (1998). Textbook of Thai Traditional. *Medicine and Pharmacy*, 73-75.
- Grice, E. A., & Dawson, T. L. (2017). Host-microbe interactions: Malassezia and human skin. *Current Opinion in Microbiology*, 40, 81-87.
- Innun, A. (2012). Antimicrobial activity of Gac fruit (Momordica cochinchinensis). *I-SEEC Proceeding-Science and Engineering*, 2013, 1-6.
- Jaratpongpasut, R., & Laappra, K. (2018). *Proper use of Antibiotics for people*. *Infectious Disease Association of Thailand*. Retrieved from <https://pidst.net/A743.html>.
- Kubola, J., & Siriamornpun, S. (2011). Phytochemicals and antioxidant activity of different fruit fractions (peel, pulp, aril and seed) of Thai gac (Momordica cochinchinensis Spreng). *Food Chemistry*, 127(3), 1138-1145
- Lin, Z., Liu, X., Yang, F., & Yua, Y.Q., (2012). Structural characterization and identification of five triterpenoid saponins isolated from Momordica cochinchinensis extracts by liquidchromatography/tandem mass spectrometry. *International Journal of Mass Spectrometry*, 328-329, 43-66.
- Ministry of Health. (2017). *National Master Plan on Thai Herb Development Vol.1* (2nd ed.). Nonthaburi: TS interprint Company Limited. (in Thai).
- Muanprom, K., (2020). *Bacterial skin infection*. Faculty of Medicine Siriraj Hospital Mahidol University. Retrieved from https://www.si.mahidol.ac.th/th/division/HpH/admin/download_files/36_49_1.pdf



- Muller-Maatsch, J., Sprenger, J., Hempel, J., Kreiser, F., Carle, R. & Schweiggert, R.M. (2017). Carotenoids from gac fruit aril [*Momordica cochinchinensis* (Lour.) preng.] are more bioaccessible than those from carrot root and tomato fruit. *Food Research International*, 99, 928-935
- Pamornprawat, K. (2013). *Gac's a valuable local plant*. (pp.43). Bangkok: Morchawbarn printing (in Thai).
- Pangchrom, K., & Kanchanawat, P. (2015). Antibacterial activity of Betelnut, Garlic and Cardamom from Ethanol Extract, Huachiew Chalermprakiet University. *Huachiew Chalermprakiet Science and Technology Journal*, 1(2), 56-65.
- Patpoowadon, S., Ali Qosim, W., & Watanabe N. K. (2010). *Garcinia Diversity Assessment and Genetic Study to Inhibition of Microbial Proliferation*. Kasetsart University, Bangkok. Retrieved from <http://research.rdi.ku.ac.th> (in Thai).
- Phongsawat, S., & Jamdit, S. (2016). Antibacterial Activities of Some Fruit Peels against Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. *Science and Technology Rajamngala University of Technology Thanyaburi Journal*, 5(1), 63-69.
- Pruksakorn, P., Jaima, C., Punyajai, P., Mekha, N., Autthateichai, R., & Dhepakson, P. (2018). Antifungal activity of *Rhinacanthus* (L.) Kurz Extracts Against Dermatophytes. *Journal of Thai Traditional and Alternative Medicine*, 16(2), 205-217.
- Rangseepanurat, W., Janwittayanuchit, I., Peungmuang, P., Ngamurulert, S., & Choowongwattana, S. (2013). *Medical Bacterial Infection Diagnosis* (4th ed.). Bangkok: Chulalongkorn Publishing House University. (in Thai).
- Residency Training in Dermatology, Department of Dermatology, Faculty of Medicine Siriraj Hospital. (2017). *Ringworm*. from <http://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/>.
- Sarma, D.S., Babu, A.V., Krishna, K.R. & Basha, P.P. (2011). *Phytochemical studies and biological activities on fruits of Momordica cochinchinensis*. from <https://www.researchgate.net/publication/29207078.Phytochemical.Study.and.biological.active>
- Saunte, D.M., Gaitanis, G., & Hay, R.J., (2020). *Malassezia*-Associated Skin Diseases, The Use of Diagnostics and Treatment. *Cellular and Infection Microbiology*, 10, 112.
- Seesukrong, A., Juntree, K., & Hanpakpoom, S. (2016). The antibacterial activity of weed extracts. *Valayaalongkorn Rajabhat University Research and Development Journal*, 11(1), 69-82.



- Sittisak, S. (2015). *Diagnosis of Common Pathogenic Bacteria*. Phitsanulok: Naresuan University. (in Thai).
- Songsee, P. (2012). Gac's local plant to high value for health. *Khon Kaen Agriculture Journal*, 40, Department of Plant Science and Agricultural Resources, Faculty of Agriculture, Khon Kaen University, 1(6), 1-6.
- Sroikaom, S. (2020). *Principle for Herbal Active Compounds Extraction*. Research and Development Institute of KU, Kasetsart University. From www.3.rdi.ku.ac.th/cl/webpages/Knowledge.htm (in Thai).
- Supaphon, P. (2018). Antimicrobial, Antioxidant and Anti-alpha-glucosidase Activities of Crude Extracts from Fruits of *Malpighia glabra*. *Tahi Science and Technology Journal (TSTJ)*, 28(5), 831-841.
- Suwanakit, J. (2008). *Preparation and Evaluation of Herbal acne and Clear liquid Products*. A Dissertaion Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Dortor, Chiang Mai University, from <http://www.archive.lib.cmu.ac.th>.
- Thongkhao, S., Samaae, S., Puti, N., & Poonthananiwatkul, B., (2018). Effects of *Datura fastuosa* Leaf Extract on *Trichophyton* spp. *The 3rd National Science and Technology Conference (NSCIC 2018)*, Yala Rajabhat University, 655-661. (in Thai).
- Tinrat, S., (2014). Comparison of Antioxidant and Antimicrobial Activities of Unripeand Ripe Fruit Extracts of *Momordica cochinchinensis* Spreng (Gac fruit). *International Journal of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences*, 28(1), 75-82.
- Vittaya, L. & Chalad, C., (2020). *Extraction, Characterization and biological studies of phytochemicals from Calophyllum inophyllum*. Faculty of Science and Fisheries Technology, Rajamangala University of Technology Srivijaya, Sikao, Trang, 39-44. (in Thai).



รูปแบบการแก้ปัญหาทารกแรกเกิด – 28 วันตาย ในสถานการณ์ความไม่สงบ ของจังหวัดนราธิวาส ปี 2564-2565

A model for solving the problem of Neonatal death in the unrest situation of Narathiwat Province, 2021-2022

รอยัน หะยีมะเย่ง^{1*}, ยามีละ มุซอ¹, เพ็ญศิริ สิริกุล¹, วานิสา หะยีเซ²
Royan Hayeemayeng^{1*}, Yameilah Musoor¹, Phensiri Sirikun¹, Wanisa Hayeese²

(Received: October 5, 2022; Revised: November 18, 2022; Accepted: December 13, 2022)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินความเหมาะสมรูปแบบการแก้ปัญหาทารกแรกเกิด – 28 วันตาย ในสถานการณ์ความไม่สงบของจังหวัดนราธิวาส เป็นงานวิจัยแบบผสมผสาน แบ่งเป็น 2 ส่วน 1) วิจัยเชิงคุณภาพ แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน คือ ศึกษาสถานการณ์สภาพปัญหา วิเคราะห์องค์ประกอบ และพัฒนารูปแบบการแก้ปัญหาทารกแรกเกิด - 28 วันตาย 2) วิจัยเชิงปริมาณ เพื่อประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการแก้ไขปัญหามาจากความคิดเห็นของพยาบาลผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก จังหวัดนราธิวาส คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบบังเอิญ มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 206 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามความคิดเห็นที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (IOC) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าระหว่าง 0.67-1.00 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยสถิติพรรณนา ผลการศึกษา พบว่ารูปแบบการแก้ปัญหาทารกแรกเกิด - 28 วันตาย ในสถานการณ์ความไม่สงบของจังหวัดนราธิวาส ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 การบริหารจัดการ 7 ด้าน และส่วนที่ 2 ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงาน 4 ด้าน และพบว่ารูปแบบการแก้ปัญหาทารกแรกเกิด - 28 วันตายในสถานการณ์ความไม่สงบของจังหวัดนราธิวาส มีความเหมาะสมมาก ค่าเฉลี่ย 4.14 ± 0.458 เมื่อจำแนกค่าเฉลี่ยรายด้าน ส่วนที่ 1 การบริหาร

¹สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส

¹public health office Narathiwat Province

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

² Faculty of Nursing, Princess of Naradhiwas University

* Corresponding Author: Royanss@gmail.com



จัดการ 7 ด้าน ค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการจัดบุคลากรปฏิบัติงาน 4.19 ± 0.547 รองลงมาด้านการวางแผน 4.18 ± 0.568 ด้านการรายงานผลการปฏิบัติ 4.17 ± 0.558 ด้านการประสานงาน 4.15 ± 0.571 ด้านการจัดการองค์กร 4.14 ± 0.549 ด้านการอำนวยความสะดวก 4.09 ± 0.630 และด้านงบประมาณ 4.00 ± 0.584 ส่วนที่ 2 ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงาน 4 ด้าน ค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ระบบบริการมีคุณภาพ 4.24 ± 0.529 รองลงมาระบบข้อมูลสารสนเทศ 4.15 ± 0.585 ทีมงานมีประสิทธิภาพ 4.11 ± 0.569 และภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม 4.06 ± 0.583 ตามลำดับ

คำสำคัญ : ทารกแรกเกิด ปัญหาทารกแรกเกิด - 28 วันตาย สถานการณ์ความไม่สงบ รูปแบบการแก้ปัญหา

Abstract

This research aimed to develop and assess the suitability of a model for solving the problem of neonatal death in the unrest situation in Narathiwat Province in 2021–2022. There are two sections to the integrated model. 1) qualitative research was divided into three steps: the study of problem situations, analysis of the composition, and development of a model for solving neonatal death 2) quantitative research to assess the appropriateness of the problem-solving model. The tool used was a questionnaire developed by the researcher, which passed the content compliance check (IOC) with a value between 0.67-1.00. The study's findings revealed that the problem-solving model for neonatal death in Narathiwat Province's unrest situation was divided into two parts: part 1 was composed of seven aspects of management, and part 2 was composed of four factors supporting its implementation. Problem-solving model is very appropriate, mean 4.14 ± 0.458 . When classifying the side of the average by the side, it was found that in Part 1, Staffing had the highest average value of 4.19 ± 0.547 , followed by Planning at 4.18 ± 0.568 , Reporting 4.17 ± 0.558 , Co-ordinating 4.15 ± 0.571 , Organizing 4.14 ± 0.549 , Directing 4.09 ± 0.630 , and Budgeting 4.00 ± 0.584 , respectively. Part 2 Factors supporting the implementation, The highest average was Service System 4.24 ± 0.529 , followed by Information system 4.15 ± 0.585 , Teams work 4.11 ± 0.569 , and Participation 4.06 ± 0.583 respectively.

Keywords: neonatal, problem of neonatal death, unrest situation, model for solving

บทนำ

จากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560-2564 ได้กำหนดหลักการสำคัญ คือ การยึดหลักการพัฒนาที่ยั่งยืนและยึดคนเป็นศูนย์กลางในการพัฒนา ซึ่งเป็นการดำเนินการ



อย่างต่อเนื่อง จากแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9-11 ที่ผ่านมา เพื่อลดความเหลื่อมล้ำและขับเคลื่อนการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ จากการเพิ่มการผลิตบนฐานการใช้ภูมิปัญญาและนวัตกรรม โดยได้มีการบูรณาการนโยบายที่สำคัญของประเด็นการปฏิรูปประเทศ จำนวน 37 วาระ และนโยบายไทยแลนด์ 4.0 ซึ่งประเด็นหลักที่ถูกกล่าวถึงในทุกแผนพัฒนาเศรษฐกิจที่ผ่านมามาจนถึงปัจจุบัน คือ การพัฒนาคน โดยเริ่มตั้งแต่ก่อนการตั้งครรภ์จนกระทั่งเกิด ซึ่งการเกิดและมีชีวิตอยู่รอด นับว่าเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญ ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะต้องเป็นผู้วางแผนในการจัดบริการด้านสุขภาพที่มีความรัดกุมทั้งระยะสั้นและระยะยาว เพื่อให้เด็กที่เกิดมามีคุณภาพในการพัฒนาประเทศต่อไป (Office of the National Economic and Social Development Councils, 2006) ดังนั้น งานอนามัยแม่และเด็กจึงเป็นตัวบ่งชี้สถานะสุขภาพที่สำคัญ โดยเฉพาะการตายของทารกแรกเกิด - 28 วัน ซึ่งเป็นตัวบ่งบอกถึงสุขภาพ ความเป็นอยู่ และการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของมารดาในขณะตั้งครรภ์

สถานการณ์ปัญหาทารกตายในเขตสุขภาพที่ 12 ซึ่งครอบคลุมพื้นที่จังหวัดตรัง พัทลุง สงขลา สตูล ปัตตานี ยะลา และจังหวัดนราธิวาส ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขในระดับพื้นที่อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากมีอัตราทารกตายที่สูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดไว้คือ ไม่เกิน 3.6 ต่อพันทารกเกิดมีชีพ โดยอัตราทารกตาย ปี 2562 – 2564 ที่ผ่านมา คือ 3.76, 3.44 และ 4.00 ต่อพันทารกเกิดมีชีพ ตามลำดับจากรายงานการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีพ.ศ. 2562 - 2564 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส มีแนวโน้มอัตราทารกตายของจังหวัดนราธิวาส พบว่า สูงถึง 5.48, 4.15 และ 4.97 ต่อพันทารกเกิดมีชีพ ตามลำดับ โดยสาเหตุการตายของทารกแรกเกิด - 28 วัน มีด้วยกันหลายสาเหตุ ได้แก่ ภาวะคลอดก่อนกำหนด ความพิการแต่กำเนิด ภาวะขาดออกซิเจนระยะคลอด และสาเหตุอื่นๆ เช่น ปอดติดเชื้อ ติดเชื้อในกระแสเลือด และภาวะความดันเลือดในปอดสูง [แบบฟอร์ม (ก-1) ข้อมูลการตายของมารดาและ/หรือทารกตายปริกำเนิด ของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย] สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก (moderate to severe RDS) ของ Khataliya, Hattaya, Suntree, Pornchanok, & Saranya, (2019) ที่พบร่วมในเด็กตายคลอด มีสาเหตุจากคลอดก่อนกำหนด ซึ่งบางสาเหตุสามารถป้องกันได้ จากกระบวนการให้บริการดูแลสุขภาพมารดาในระยะตั้งครรภ์ และจากสรุปผลการประชุมวิเคราะห์สาเหตุการตายของทารกแรกเกิด - 28 วัน ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2562 - เดือนกุมภาพันธ์ 2563 จำนวน 17 ราย พบว่า มีความพิการแต่กำเนิด 7 ราย ร้อยละ 41.2 คลอดก่อนกำหนด 6 ราย ร้อยละ 35.3 ติดเชื้อในกระแสเลือด 2 ราย ร้อยละ 11.8 ปอดบวม 1 ราย ร้อยละ 5.9 และมีภาวะสูดสำลักขี้เทาในทารกแรกเกิด 1 ราย ร้อยละ 5.9 หญิงตั้งครรภ์ทุกรายได้รับโฟลิก โดยได้รับครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์เฉลี่ย 13 สัปดาห์ จากการศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสำเร็จของงานอนามัยแม่และเด็ก ใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ พบว่า สาเหตุการเสียชีวิตส่วนใหญ่เกิดจากสาเหตุที่สามารถป้องกันได้ ในบริบทของสูติศาสตร์สมัยใหม่ มีเพียงน้อยรายที่น่าจะ



เป็นเหตุสุควิถี อีกทั้งวิถีชีวิต ความเชื่อ ศาสนา และวัฒนธรรมบริบท 3 จังหวัดภาคใต้ ที่เป็นบรรทัดฐานปฏิบัติตนของหญิงตั้งครรภ์ บางรายไม่เห็นความสำคัญของการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนและการรับบริการส่งเสริมสุขภาพ ทั้งหมดนี้แสดงให้เห็นว่า อนามัยแม่และเด็กทั้งระดับปัจเจก สังคม และระบบบริการสาธารณสุข ยังต้องใช้ความพยายามบริหารจัดการอย่างเข้มแข็งอีกหลายเท่าตัว (Sriwipha, Nirachara, Jamaree, & Pomchai, 2015) อีกข้อค้นพบสำคัญถึงปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสำเร็จในงานอนามัยแม่และเด็ก 3 จังหวัดชายแดนใต้ คือ 1) กำลังคนผู้ปฏิบัติงานด้านอนามัยแม่และเด็กเปลี่ยนผู้รับผิดชอบบ่อย เพราะเป็นงานที่ยาก ต้องใช้ทักษะ/ประสบการณ์ค่อนข้างสูงในการประเมินและจัดการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง อัตราการล้มตามระบบยังไม่เอื้อ เมื่อมีเจ้าหน้าที่ใหม่มาปฏิบัติงานจะมีการโอนงานเพื่อตนจะได้ไปรับผิดชอบงานอื่น ส่งผลกระทบต่อคุณภาพของงานอนามัยแม่และเด็ก 2) ความเชื่อที่ยังคงมีอยู่และเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานการปฏิบัติตนของหญิงตั้งครรภ์ ตลอดจนสถานการณ์ความไม่สงบ ทำให้การดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กขาดความต่อเนื่อง รวมถึงผลวิเคราะห์ประเด็นปัญหาของทีมงานสุขภาพในจังหวัดนราธิวาส ยังได้สะท้อนข้อคิดเห็นว่าส่วนหนึ่งมาจากสถานการณ์ความไม่สงบที่ทำให้มีความยากลำบากในบางพื้นที่ ทำให้เกิดความเบื่อหน่ายของการปฏิบัติงานด้านอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ รวมถึงหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ที่มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ที่ค่อนข้างแตกต่างจากพื้นที่อื่น และยังมีความเชื่อและวิถีชีวิตที่อาจส่งผลต่อการเสียชีวิตของทารกแรกเกิด - 28 วัน เช่น ความเชื่อในเรื่องการรับประทานอาหารและยา ที่เชื่อว่าการกินยาบำรุงเลือด การรับประทานอาหารปริมาณมากขณะตั้งครรภ์ อาจทำให้มดลูกขยายตัว ทารกมีตัวโตส่งผลให้คลอดยาก รวมถึงวิถีชีวิตที่สตรีมุสลิมจะต้องฟังฟังสามี และเป็นผู้มีบทบาทในการตัดสินใจในการกระทำที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์ เช่น การพาไปสถานบริการเพื่อการฝากครรภ์ การอนุญาตให้วางแผนคุมกำเนิด เป็นต้น (Sriwipha et al., 2015) จากประเด็นปัญหาเหล่านี้ทำให้ผู้วิจัยต้องการศึกษาและพัฒนารูปแบบการแก้ปัญหาทารกแรกเกิด - 28 วันตาย ในสถานการณ์ความไม่สงบของจังหวัดนราธิวาส ให้เกิดความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ และสามารถนำไปปฏิบัติในพื้นที่เพื่อลดอัตราการตายของทารกแรกเกิด - 28 วันในจังหวัดนราธิวาส ให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการแก้ปัญหาทารกแรกเกิด - 28 วันตาย ในสถานการณ์ความไม่สงบของจังหวัดนราธิวาส
2. เพื่อประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการแก้ปัญหาทารกแรกเกิด - 28 วันตาย ในสถานการณ์ความไม่สงบของจังหวัดนราธิวาส



วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) แบ่งเป็น 2 ส่วน โดยส่วนที่ 1 การวิจัยเชิงคุณภาพ มี 3 ขั้นตอน และส่วนที่ 2 การวิจัยเชิงปริมาณ มี 1 ขั้นตอน รวมทั้งสิ้น 4 ขั้นตอน ดังนี้

ส่วนที่ 1 วิจัยเชิงคุณภาพ

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาเอกสารและข้อมูลสถานการณ์และปัญหาทารกแรกเกิด - 28 วันตาย ในสถานการณ์ความไม่สงบของจังหวัดนราธิวาส โดยเป็นรูปแบบงานวิจัยคุณภาพเชิงวิเคราะห์ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล เป็นเอกสารที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ทราบสถานการณ์และปัญหาที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย แบบฟอร์ม (ก-1) ข้อมูลการตายของมารดาและ/หรือทารกตายปริกำเนิด (Department of health, 2021) เอกสารรายงานผลการปฏิบัติงานตามแผนการตรวจราชการและนิเทศงาน กระทรวงสาธารณสุข รายงานการประชุม Dead case conference ของจังหวัดนราธิวาส ปี 2563 จำนวน 17 กรณี (จำนวน 1 ใน 3 ของจำนวน 49 เหตุการณ์ทารกแรกเกิด - 28 วันตาย) รายงานประจำปีของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส และเอกสารการทบทวนกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย ร่วมกันทบทวนเอกสารรายงานที่เกี่ยวข้อง นำมาสรุปประเด็นสำคัญตามแบบสรุปแล้วให้ผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส ตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล การศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลสถานการณ์ทารกแรกเกิด - 28 วันตาย ในจังหวัดนราธิวาส ดังนี้

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลสถานการณ์ทารกแรกเกิด - 28 วันตาย ในจังหวัดนราธิวาส ในช่วงปีงบประมาณ 2564 - มีนาคม 2565 โดยวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ

1.2 ข้อมูลการศึกษารายกรณี (Case Study) จากการทบทวนรายงานประชุม Dead case และข้อมูลการทบทวนกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ มาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis) เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อสรุปมาตรการป้องกันทารกแรกเกิด - 28 วันตาย

ขั้นตอนที่ 2 การศึกษาและวิเคราะห์องค์ประกอบของรูปแบบการแก้ปัญหาทารกแรกเกิด - 28 วันตาย ในสถานการณ์ความไม่สงบของจังหวัดนราธิวาส โดยผู้วิจัยได้นำแนวคิด ทฤษฎี และเอกสารที่เกี่ยวข้อง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล เป็นเอกสารที่เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบในการพัฒนารูปแบบฯ ประกอบด้วย

1. หลักการบริหารจัดการองค์กร POSDCoRB (Kusum, 2019; Thanisara, 2019) ซึ่งเป็นหลักในการบริหารจัดการองค์กรที่ใช้กันทั้งในภาครัฐและเอกชนที่ผู้มีอำนาจบริหารมีหน้าที่และบทบาทการ



บริหารอยู่ 7 ประการ P = Planning การวางแผน O = Organizing การจัดการองค์กร S = Staffing การจัดการด้านบุคลากร D = Directing การควบคุมสั่งการ Co = Coordinating การประสานงาน R = Report การรายงาน และ B = Budgeting การจัดการงบประมาณ

2. แนวคิดการจัดการระบบสุขภาพ: Health System (World Health Organization, 2010) Desirable Health Systems principle of Six Building Blocks plus One (Sirikasem, 2020) ประกอบด้วย 1) ภาวะผู้นำ และ 2. แนวคิดการจัดการระบบสุขภาพ : Health System (World Health Organization, 2010) Desirable Health Systems principle of Six Building Blocks Plus One (Sirikasem, 2020) ประกอบด้วย 1) ภาวะผู้นำ และการอภิบาลระบบ (Leadership and Governance) 2) ระบบบริการสุขภาพ (Service Delivery System) 3) กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce) 4) ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ (Health Information System) 5) การเข้าถึงยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่จำเป็น (Access to Essential Medicines and Health Technology) 6) การเงินการคลัง และการแบ่งปันทรัพยากร (Financing System) 7) Plus : ระบบสุขภาพชุมชน (Community Health System)

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis) เพื่อให้ได้มาซึ่งองค์ประกอบของรูปแบบการแก้ปัญหาทารกแรกเกิด - 28 วันตายในสถานการณ์ความไม่สงบของจังหวัดนราธิวาส

ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนารูปแบบการแก้ปัญหาทารกแรกเกิด - 28 วันตาย ในสถานการณ์ความไม่สงบของจังหวัดนราธิวาส โดยเป็นรูปแบบที่พัฒนาฯ จากขั้นตอนที่ 1 และ 2

ผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยกำหนดเฉพาะเจาะจง ผู้ให้ข้อมูลในการกำหนดรูปแบบการแก้ไขปัญหา ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก พยาบาลห้องคลอด และหัวหน้าห้องคลอด จาก 13 อำเภอ จำนวน 30 คน ร่วมทบทวนกิจกรรมในการป้องกันปัญหาในบริบทแต่ละพื้นที่ ส่วนที่ 2 ประกอบด้วย ทีมวิจัย 4 คน ตัวแทนหัวหน้าห้องคลอด 1 คน ตัวแทนหัวหน้าหออภิบาลทารกแรกเกิด 1 คน พยาบาลที่รับผิดชอบงานแม่และเด็กโรงพยาบาลชุมชน ที่ไม่มีปัญหาทารกแรกเกิด - 28 วันตาย ในปี 2563 จำนวน 3 คน และทีมสหวิชาชีพ คือ กุมารแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร อย่างละ 1 คน รวมจำนวน 12 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล แนวคำถามแผนผังก้างปลา หรือแผนผังสาเหตุและผล (Cause and Effect Diagram) หรือผังก้างปลา (Wannarat, 2010; Prachasan, 2022) ประกอบด้วย สาเหตุที่เกี่ยวข้อง การทบทวนแนวทางแก้ไขปัญหา การจัดการระบบงาน โอกาสพัฒนา และแบบเก็บข้อมูลตารางการวิเคราะห์ 3P: Purpose - Process - Performance (The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization, 2017))

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยนำเอกสารการทบทวน และการประชุมกลุ่ม จากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลมารวบรวม จัดกลุ่มวิเคราะห์ตามกรอบแนวคิดการบริหารจัดการและการจัดระบบสุขภาพ กำหนด



เนื้อหาสาระและประเด็นสำคัญในแต่ละองค์ประกอบของรูปแบบการแก้ปัญหาทารกแรกเกิด - 28 วันตายของจังหวัดนราธิวาส นำข้อมูลที่เป็นรูปธรรมจากส่วนที่ 1 ของ 13 อำเภอที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการองค์กร ทั้ง 7 ประเด็น และการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 4 ประเด็นมาสังเคราะห์ และจัดหมวดหมู่บรรจุในกรอบการออกแบบรูปแบบการพัฒนา

ส่วนที่ 2 การวิจัยเชิงปริมาณ

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินระดับความเหมาะสมของรูปแบบการแก้ปัญหาทารกแรกเกิด - 28 วันตายในสถานการณ์ความไม่สงบของจังหวัดนราธิวาส

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร คือ คณะกรรมการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กระดับอำเภอของจังหวัดนราธิวาส และผู้เกี่ยวข้อง จาก 13 อำเภอ จำนวน 274 คน

ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดตัวอย่าง โดยการเทียบเคียงประชากรและขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากตารางสำเร็จรูปในการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Krejcie and Morgan (1970) จากขนาดประชากร 280 คน ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 162 คน เพื่อความครอบคลุมในการเฝ้าระวังทารกแรกเกิด-28 วันตาย ผู้วิจัยจึงได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุม ดังนี้ 1) ผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 111 แห่ง ๆ ละ 1 คน รวม 111 คน 2) หัวหน้าห้องคลอดโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลละ 1 คน รวม 13 คน 3) หัวหน้างานแผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลละ 1 คน รวม 13 คน 4) หัวหน้าหออภิบาลผู้ป่วยเด็ก NICU โรงพยาบาลทั่วไปแห่งละ 1 คน รวม 2 คน 5) ตัวแทนผู้ปฏิบัติงานแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลละ 2 คน รวม 26 คน 6) ตัวแทนผู้ปฏิบัติงานแผนกห้องคลอด โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลละ 2 คน รวม 26 คน รวมทั้งสิ้น 191 คน โดยทำการสุ่มแบบบังเอิญ (Accidental Sampling) เพื่อเป็นตัวแทนในแต่ละกลุ่ม และมีผู้เกี่ยวข้องที่อาสาร่วมตอบแบบสอบถามเพิ่มอีก 18 คน ทำให้มีกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเชิงปริมาณทั้งหมด 206 คน

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ เพื่อประเมินระดับความเหมาะสม การเป็นไปได้ของรูปแบบฯ ซึ่งพัฒนาขึ้นประกอบด้วย แบบสอบถามความคิดเห็นที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น ตามองค์ประกอบของร่างรูปแบบการแก้ปัญหาทารกแรกเกิด - 28 วันตาย เป็นแบบสอบถามแบบมีโครงสร้างตามองค์ประกอบการบริหารจัดการ และปัจจัยสนับสนุน แบ่งเป็น 4 ตอน โดยเป็นแบบสอบถามที่พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องจากขั้นตอนที่ 2

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง และสถานที่ปฏิบัติงาน

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความเหมาะสมด้านการบริหารจัดการ การเป็นไปได้ของรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นรวม 7 ด้าน 36 ข้อย่อย ประกอบด้วย 1) ด้านการวางแผน จำนวน 5 ข้อ 2) ด้านการจัดองค์กร



จำนวน 6 ข้อ 3) ด้านการจัดบุคลากรปฏิบัติงาน จำนวน 5 ข้อ 4) ด้านการอำนวยการ จำนวน 5 ข้อ 5) ด้านการประสานงาน จำนวน 5 ข้อ 6) ด้านการรายงานผลการปฏิบัติงาน จำนวน 5 ข้อ และ 7) ด้านงบประมาณ จำนวน 5 ข้อ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนความสำเร็จในการแก้ปัญหาทารกแรกเกิด - 28 วันตายในสถานการณ์ความไม่สงบของจังหวัดนราธิวาส รวม 21 ข้อ ประกอบด้วย 1) ด้านระบบบริการสุขภาพจำนวน 5 ข้อ 2) ด้านระบบข้อมูลสารสนเทศ จำนวน 5 ข้อ 3) ด้านทีมงานที่มีประสิทธิภาพ จำนวน 6 ข้อ และ 4) ด้านการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จำนวน 5 ข้อ

ตอนที่ 4 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 1 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ เพื่อหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ซึ่งการใช้ค่าเฉลี่ยแปลความหมายตามเกณฑ์ (Boonchom, 2010)

คะแนนเฉลี่ย 4.21 – 5.00 หมายถึง เห็นด้วยกับรูปแบบฯ ว่ามีความเหมาะสมมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.41 – 4.20 หมายถึง เห็นด้วยกับรูปแบบฯ ว่ามีความเหมาะสมมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.61 – 3.40 หมายถึง เห็นด้วยกับรูปแบบฯ ว่ามีความเหมาะสม ปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.81 – 2.60 หมายถึง เห็นด้วยกับรูปแบบฯ ว่ามีความเหมาะสมน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.80 หมายถึง เห็นด้วยกับรูปแบบฯ ว่ามีความเหมาะสมน้อยที่สุด

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือขึ้นตอนที่ 3 และ 4 ได้ตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และให้ความคิดเห็นข้อเสนอแนะ หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ โดยเครื่องมือในขึ้นตอนที่ 4 ได้ค่าความสอดคล้อง IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้เกี่ยวข้องด้านการบริหารจัดการองค์กร และการจัดการระบบสุขภาพ ประกอบด้วย พยาบาลหัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ ตัวแทนสาธารณสุขอำเภอ ผู้รับผิดชอบงานยุทธศาสตร์และการงานประเมินผล ระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสาธารณสุขอำเภอ พยาบาลผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก และนักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 10 คน โดยการใช้วิธีการหาความเชื่อมั่นด้วย วิธีการหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามภาพรวม เท่ากับ 0.98

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลและจริยธรรมงานวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส ตามหนังสือรับรองเลขที่ 37/2565 วันที่ 31 สิงหาคม 2565 โดยการวิจัยครั้งนี้ ก่อนที่จะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล จะมีการชี้แจงการให้ข้อมูลแก่ผู้ให้ข้อมูล ที่มีความพร้อมและยินดี ให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่มีความเชื่อมโยงหรือระบุตัวตนของ



ผู้ให้ข้อมูลแต่อย่างใด กลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการให้ข้อมูลได้โดยไม่ได้รับผลกระทบใดๆ รวมถึงการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล สรุป และอภิปรายผล จะเป็นการนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ การศึกษาสภาพและปัญหาทารกแรกเกิด - 28 วันตาย ในสถานการณ์ความไม่สงบของจังหวัดนราธิวาส

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาข้อมูลสถานการณ์ทารกแรกเกิด - 28 วันตาย ในจังหวัดนราธิวาส มีสถานพยาบาลที่ให้บริการการคลอด จำนวนทั้งสิ้น 13 แห่ง จำแนกเป็นโรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 2 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 11 แห่ง ผลการศึกษา พบว่า

1. สถานการณ์ทารกแรกเกิด - 28 วันตาย ในจังหวัดนราธิวาส ช่วงปีงบประมาณ 2564 และปีงบประมาณ 2565 (ตุลาคม 2564 ถึงมีนาคม 2565) พบว่า มีทารกแรกเกิด - 28 วันตาย จำนวน 86 ราย เมื่อจำแนกรายปีงบประมาณ 2564 และตุลาคม 2564 ถึง มีนาคม 2565 มีทารกแรกเกิด - 28 วันตาย จำนวน 59 และ 27 ราย คิดเป็นอัตรา 4.98 และ 4.97 ต่อการเกิดมีชีพพันคน ตามลำดับ

2. สาเหตุการตายของทารกแรกเกิด - 28 วันตาย ปี 2564 - 2565 จำแนกสาเหตุการตายตามแบบฟอร์ม (ก-1) ประกอบด้วย 4 สาเหตุหลัก (ไม่รวมทารกตายในครรภ์) คือ 1) การคลอดก่อนกำหนด จำนวน 43 ราย (ร้อยละ 50.00) 2) ความพิการแต่กำเนิดรวมถึงความพิการอื่น ๆ จากความไม่สมบูรณ์ของอวัยวะที่เกิดจากภาวะคลอดก่อนกำหนด จำนวน 13 ราย (ร้อยละ 15.12) 3) ภาวะขาดออกซิเจนขณะคลอด จำนวน 8 ราย (ร้อยละ 9.30) และ 4) ตายจากสาเหตุอื่นๆ จำนวน 22 ราย (ร้อยละ 25.58)

3. ปัจจัยด้านมารดาที่เกี่ยวข้องการเสียชีวิตของทารกแรกเกิด - 28 วันตาย ได้แก่

3.1) ด้านอายุของมารดา พบว่า มารดามีอายุน้อยอยู่ที่ 29.31 ปี (S.D. = 7.288) อายุน้อยที่สุด 15 ปี และอายุมากที่สุด 47 ปี และหากพิจารณาตามกลุ่มอายุพบว่า กลุ่มอายุ 20-35 ปี มีการตายของทารกแรกเกิด - 28 วันตาย สูงที่สุด จำนวน 60 คน (ร้อยละ 69.77) รองลงมา คือกลุ่มอายุมากกว่า 35 ปี จำนวน 19 คน ร้อยละ 22.09 และกลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปี จำนวน 7 คน ร้อยละ 8.14

3.2) ด้านจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ พบว่า มีทารกแรกเกิด - 28 วันตาย จากมารดาที่ตั้งครรภ์ครั้งแรก จำนวน 28 คน (ร้อยละ 32.56) รองลงมาคือ ครรภ์ที่ 2 จำนวน 24 คน (ร้อยละ 27.91) ครรภ์ที่ 4 ขึ้นไป จำนวน 20 คน (ร้อยละ 23.25) และครรภ์ที่ 3 จำนวน 14 คน (ร้อยละ 16.28)

3.3) ด้านฝากครรภ์และอายุครรภ์ พบว่า มารดามีการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ จำนวน 48 คน (ร้อยละ 55.81) ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ จำนวน 38 คน (ร้อยละ 44.19) มาฝากครรภ์ช้า หรือฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์เกิน 12 สัปดาห์ จำนวน 29 คน (ร้อยละ 33.33) เมื่อพิจารณาอายุครรภ์ของมารดาที่มีทารกแรกเกิดเสียชีวิต พบว่า มารดาที่คลอดอายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ จำนวน 43 คน (ร้อยละ 50.00)



รองลงมา คือ มารดาที่มีอายุครรภ์ 37 - 42 สัปดาห์ จำนวน 41 คน (ร้อยละ 47.67) และอายุครรภ์มากกว่า 42 สัปดาห์ จำนวน 2 คน (ร้อยละ 2.33) อายุครรภ์เฉลี่ยเท่ากับ 34.12 สัปดาห์ (S.D. = 5.985) อายุครรภ์ที่คลอดน้อยที่สุด คือ 28 สัปดาห์ และอายุครรภ์มากที่สุด เท่ากับ 44 สัปดาห์

3.4) การคลอด พบว่า ทารกที่เสียชีวิตที่เกิดจากการคลอดปกติในสถานพยาบาลของรัฐ จำนวน 43 คน (ร้อยละ 50.00) และผ่าตัดคลอด จำนวน 41 คน (ร้อยละ 47.67) และอีก 2 คน คลอดที่บ้าน (ร้อยละ 2.33)

4. ปัจจัยด้านทารก พบว่า ทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดระหว่าง 2,500 - 3,999 กรัม จำนวน 34 คน (ร้อยละ 39.53) รองลงมา คือ น้ำหนักแรกเกิด 1,000 - 2,499 กรัม จำนวน 25 (ร้อยละ 29.07) น้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 1,000 กรัม จำนวน 24 คน (ร้อยละ 27.91) และน้ำหนักแรกเกิดมากกว่า 4,000 กรัม จำนวน 3 คน (ร้อยละ 3.49) น้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ยเท่ากับ 2,120.41 กรัม (S.D. = 1136.06) น้ำหนักน้อยที่สุด 555 กรัม และน้ำหนักสูงที่สุด 4,800 กรัม

5. ข้อสรุปมาตรการสำคัญที่ได้จากการศึกษารายกรณี (Case Study) และข้อมูลการทบทวนกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ แยกเป็น 4 มิติ มีดังนี้

มิติคุณภาพ

5.1 Structure: กำหนดโครงสร้างของคณะกรรมการทุกระดับ การบริหารจัดการลงสู่ระดับปฏิบัติการได้อย่างครอบคลุม ผู้บริหารมีวิสัยทัศน์ที่ดี เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง และมีการกำหนดเป้าหมายวางแผน ควบคุมกำกับติดตามงานอย่างต่อเนื่อง

5.2 Strategic: มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาศักยภาพที่สอดคล้องกับทุกระดับ โดยมีส่วนร่วมของเครือข่ายทั้งภายในและภายนอกในการจัดทำแผนการแก้ปัญหาทางอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่ มีแผนปฏิบัติงาน (action plan) และมีตัวชี้วัดการปฏิบัติงานที่ชัดเจน

5.3 Service system : การจัดการบริการที่มีคุณภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐาน มีระบบบริหารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ ปรับปรุงแนวทางปฏิบัติการดูแลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงและการส่งต่อที่รวดเร็ว การป้องกันหญิงตั้งครรภ์คลอดก่อนกำหนด การป้องกันภาวะทารกขาดออกซิเจนขณะคลอด การป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำ ก่อนส่งต่อ การคัดกรองเพื่อลดการคลอดติดไหล่ และการกำหนดระบบส่งต่อในการรักษาแบบด่วน (Fast track newborn) การจัดการบริการสำหรับหญิงตั้งครรภ์ผ่านการรับรองคุณภาพ การรายงานสถานการณ์ความเสี่ยงที่เกิดจากให้บริการต่อผู้บริหารทราบ นำเสนอปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงาน การเฝ้าระวังความเสี่ยงในทุกระยะการตั้งครรภ์จนถึงคลอด และมีบริการที่สะดวกและมีประสิทธิภาพ

มิติเอกภาพ

5.4 Participate : การประสานงานกับภาคีเครือข่าย เพื่อให้การจัดการบริการสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ สนับสนุนให้เกิดเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แสวงหาความร่วมมือกับภาครัฐ



ภาคเอกชนท้องถิ่นและชุมชน ในการสนับสนุนการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก รวมถึงการสร้างเครือข่ายทางวิชาการ การบริหารจัดการ และการให้บริการหญิงตั้งครรภ์ในสถานบริการและในชุมชน เครือข่ายการติดตามหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอดที่มีระบบการติดตามเยี่ยมเชิงรุก โดยทีมสหวิชาชีพอย่างชัดเจน และการกำหนดมาตรการทางสังคมหรือข้อตกลงที่เกี่ยวข้อง มีระบบการปฏิบัติงานในลักษณะของเครือข่ายที่เชื่อมโยงกันทั้งโรงพยาบาลระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล และเครือข่ายชุมชนอย่างเป็นเอกภาพ

มิติตักษภาพ

5.5 Staff /Teams work: มีบุคลากรเพียงพอและเหมาะสมต่อการให้บริการ การพัฒนาทักษะและฟื้นฟูองค์ความรู้ของบุคลากรที่เกี่ยวข้องต่อเนื่องสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ สร้างพฤติกรรมบริการที่ดี การสร้างแรงบันดาลใจและแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ทีมงานมีสัมพันธภาพและการสื่อสารที่ดีต่อกัน และสนับสนุนการพัฒนาผลงานด้านวิชาการ นวัตกรรมการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่

มิตិประสิทธิภาพ

5.6 Information system: จัดทำฐานข้อมูลด้านงานอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด ที่เป็นระบบครบถ้วน ถูกต้อง และทันสมัย มีผู้ประสานงานและบริหารจัดการข้อมูลทั้งภายในและภายนอกหน่วยงานเพื่อความสะดวก รวดเร็ว ทันสมัย และเป็นที่ยอมรับ มีการนำผลการประเมินงานมาพัฒนาแก้ไข และปรับปรุงการดำเนินงานอยู่เสมอ มีระบบการคืนข้อมูลและรายงานผลการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กให้กับภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

5.7 Monitoring & Evaluation: การติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง สร้างระบบการติดตามประเมินผลงาน จัดการประเมินผลการปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็กตามมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 2 ผลการศึกษาและวิเคราะห์องค์ประกอบของรูปแบบการแก้ปัญหาทารกแรกเกิด - 28 วันตาย ในสถานการณ์ความไม่สงบของจังหวัดนราธิวาส ผู้วิจัยได้นำแนวคิดหลักการบริหารจัดการองค์กร POSDCoRB และ Desirable Health Systems principle of Six Building Blocks Plus One มาวิเคราะห์เพิ่มเติมและนำมาสรุปเป็นกรอบแนวคิดองค์ประกอบที่จะนำมาจัดทำร่างรูปแบบการแก้ปัญหาทารกแรกเกิด - 28 วันตาย โดยนำหลักการทั้ง 7 ด้าน และประยุกต์แนวคิดการจัดระบบสุขภาพ 4 ด้าน ประกอบด้วย ระบบบริการมีคุณภาพ ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ ประยุกต์ภาวะผู้นำและกำลังคนด้านสุขภาพ เป็นทีมงานมีประสิทธิภาพ ประยุกต์ระบบสุขภาพชุมชน เป็น ภาาเครือข่ายมีส่วนร่วม ประยุกต์ภาวะผู้นำและกำลังคนด้านสุขภาพ เป็น ทีมงานมีประสิทธิภาพ ประยุกต์ระบบสุขภาพชุมชน เป็น ภาาเครือข่ายมีส่วนร่วม ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดองค์ประกอบสำคัญของรูปแบบการแก้ปัญหาทารกแรกเกิด - 28 วันตาย ในสถานการณ์ความไม่สงบของจังหวัดนราธิวาส

ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนารูปแบบการแก้ปัญหาทารกแรกเกิด - 28 วันตาย ในสถานการณ์ความไม่สงบของจังหวัดนราธิวาส โดยกำหนดสาระสำคัญตามประเด็นเนื้อหาจากขั้นตอนที่ 1 และกรอบแนวคิดองค์ประกอบหลักการบริหารจัดการองค์กร POSDCoRB 7 ด้าน และประยุกต์แนวคิดการจัดระบบสุขภาพ 4 ด้าน จากขั้นตอนที่ 2 มาจัดทำรูปแบบการแก้ไขปัญหทารกแรกเกิด - 28 วันตายในสถานการณ์ความไม่สงบของจังหวัดนราธิวาส ดังภาพที่ 2



รูปแบบการแก้ปัญหาทารกแรกเกิด -28 วันตายในสถานการณ์ความไม่สงบของจังหวัดนราธิวาส

ด้านการวางแผน

- (1) หน่วยงานมีการกำหนดนโยบาย เป้าหมายการแก้ปัญหาทารกตาย สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ (ด้านสาธารณสุข) ทุกระดับ
- (2) มีกระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระดับหน่วยงาน ที่มีการวิเคราะห์สถานการณ์การแก้ปัญหาทารกตาย ในสถานการณ์ความไม่สงบของจังหวัดนราธิวาสแบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายทั้งภายในและภายนอก แล้วแปลงสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม
- (3) มีการวางแผนการจัดทำฐานข้อมูลด้านงานอนามัยแม่และเด็กในแต่ละอำเภอ เพื่อนำมาใช้อ้างอิงประโยชน์การวิเคราะห์และพัฒนารูปแบบการแก้ปัญหาทารกตายได้อย่างครอบคลุม
- (4) มีการผลักดันงานอนามัยแม่และเด็ก เป็นวาระการติดตามในประชุม คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับจังหวัด(คปสจ.) ซึ่งมีผลต่อการบริหารจัดการและการสนับสนุนงบประมาณ
- (5) ดำเนินการวางแผนดูแลระหว่างตั้งครรภ์และวางแผนการคลอดสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง เช่น การฝากครรภ์ตามกำหนด การปฏิบัติตาม และการกำหนดวิธีคลอดให้กับหญิงตั้งครรภ์เสี่ยง เป็นต้น

ด้านการจัดองค์กร

- (1) มีการกำหนดให้มีโครงสร้างของคณะกรรมการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กให้มีการกระจายอำนาจในเชิงการบริหารจัดการลงไปสู่ระดับปฏิบัติการ ครอบคลุมอำเภอ พหุ/พชช มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กเพื่อแก้ปัญหาทารกตายในสถานการณ์ความไม่สงบของจังหวัดนราธิวาสขึ้นเพื่อความเป็นเอกภาพในการดำเนินงาน
- (2) มีการจัดโครงสร้างของคณะกรรมการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กเพื่อแก้ปัญหาทารกตายในสถานการณ์ความไม่สงบของจังหวัดนราธิวาส เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เข้าถึงระบบบริการที่ครอบคลุม
- (3) มีบริการกำหนดโครงสร้างในการทำงานสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีขึ้นก่อนน้อยที่สุด ปฏิบัติได้สะดวกและมีประสิทธิภาพ
- (4) หน่วยงานทุกระดับกำหนดให้มีผู้รับผิดชอบงานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อการบริหารจัดการฐานข้อมูลด้านงานอนามัยแม่และเด็กอย่างเป็นระบบและทันสมัย
- (5) มีการจัดรูปแบบของคณะกรรมการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กที่เอื้อต่อการทำงานเป็นเครือข่ายเชื่อมโยงถึงชุมชน เพื่อให้การให้บริการที่สอดคล้องกับสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่

ด้านการจัดบุคลากรปฏิบัติงาน

- (1) มีการกำหนดคุณสมบัติบุคลากรในแต่ละตำแหน่งหลักในการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก เช่น แพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข และพนักงานสาธารณสุขชุมชน
- (2) มีการพัฒนาทักษะและองค์ความรู้ของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ทั้งครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์ อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และภาคีเครือข่ายที่เป็นกลไกในการผลักดันและขับเคลื่อนงานด้านการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ ในการผลักดันและขับเคลื่อนงานด้านการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่
- (3) มีการจัดมาตรฐานการประเมินผลการปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็กของหน่วยงานที่เหมาะสมเป็นไปตามมาตรฐาน
- (4) มีระบบกลไกในการบริหารจัดการความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการงานอนามัยแม่และเด็กในหน่วยงานอย่างชัดเจนและปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง
- (5) มีการจัดบุคลากรในหน่วยงานหรือแผนกที่ให้บริการในคลินิกฝากครรภ์ ห้องคลอด และหลังคลอดให้เพียงพอ เหมาะสมต่อการให้บริการในแต่ละแผนก

ด้านการอำนวยความสะดวก

- (1) ผู้บริหารขององค์กรมีวิสัยทัศน์ที่ดี เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงและนำนวัตกรรมมาพัฒนาทางด้านอนามัยแม่และเด็กอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง
- (2) ผู้บริหารมีความสามารถในการบริหารจัดการตามแผนงาน และพันธกิจขององค์กร ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- (3) ผู้บริหารเป็นผู้นำในการสร้างแรงบันดาลใจและแรงจูงใจในการปฏิบัติงานอยู่เสมอ
- (4) ผู้บริหารและคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กมีการสื่อสารที่ดี เพื่อสร้างความเข้าใจให้ผู้ปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็ก ตามแนวทางที่เป็นไปตามวิสัยทัศน์ พันธกิจและเป้าหมายเดียวกันทั้งเครือข่าย
- (5) ผู้บริหารมีการมอบหมายอำนาจหน้าที่ในการตัดสินใจหรือสั่งการให้กับหัวหน้างาน ซึ่งต้องเป็นไปตามแผนปฏิบัติงาน (action plan) และมีตัวชี้วัดการปฏิบัติงานที่ชัดเจน

ด้านการประสานงาน

- (1) มีการกำหนดผู้รับผิดชอบหลักในการทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานเชื่อมโยงและบริหารจัดการข้อมูลภายในเครือข่ายการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่ เพื่อการติดตามและคืนข้อมูลการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่รับผิดชอบ
- (2) มีระบบการประสานงานอนามัยแม่และเด็กที่มีข้อกำหนดร่วมกัน โดยนำเทคโนโลยีการสื่อสารมาใช้ประสานงานทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน เพื่อความสะดวก รวดเร็ว ทันสมัย และเป็นที่ยอมรับ
- (3) มีระบบการประสานการรายงานสถานการณ์อนามัยแม่และเด็กของพื้นที่ตามระบบโครงสร้างและสายงานที่กำหนด
- (4) มีการประสานงานและสนับสนุนให้เกิดเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวมทั้งเครือข่ายในชุมชนอื่นๆ เพื่อเป็นกลไกขับเคลื่อนการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในชุมชน
- (5) มีการประสานงานเพื่อสร้างเครือข่ายความร่วมมือทางวิชาการ ในการบริหารจัดการและให้บริการหญิงตั้งครรภ์ในสถานบริการและในชุมชน

ด้านการรายงานผลปฏิบัติงาน

- (1) มีการพัฒนาระบบการติดตาม ประเมินผลงาน ตามแผนยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการในทุกระดับ
- (2) มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานด้านอนามัยแม่และเด็กตามพันธกิจของหน่วยงาน
- (3) มีการรายงานสถานการณ์ความเสี่ยงที่เกิดจากให้บริการในงานอนามัยแม่และเด็กให้กับผู้บริหารทราบทุกครั้ง
- (4) มีการนำเสนอปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานผ่านคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก อย่างสม่ำเสมอเพื่อให้ปัญหาได้มีการแก้ไขได้ทันสถานการณ์ของพื้นที่
- (5) มีการนำผลการประเมินงาน มาพัฒนาแก้ไข และปรับปรุงการดำเนินงานอยู่เสมอ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและเป็นไปตามเป้าหมายองค์กร



ภาพที่ 2 รูปแบบการแก้ปัญหาทารกแรกเกิด - 28 วันตาย ในสถานการณ์ความไม่สงบของจังหวัดนราธิวาส



2. ผลการศึกษาเชิงปริมาณ เพื่อประเมินความเหมาะสมรูปแบบการแก้ปัญหาทารกแรกเกิด - 28 วันตาย ในสถานการณ์ความไม่สงบของจังหวัดนราธิวาส เป็นการแสดงความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้ในการนำสู่การปฏิบัติ ความเป็นประโยชน์ และความครอบคลุมของรูปแบบการแก้ปัญหาทารกแรกเกิด - 28 วันตายในสถานการณ์ความไม่สงบของจังหวัดนราธิวาส พบว่า

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่าง 206 คน เป็นเพศหญิง จำนวน 205 คน (ร้อยละ 99.50) เพศชาย จำนวน 1 คน (ร้อยละ 0.50) จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี จำนวน 198 คน (ร้อยละ 96.91) ระดับปริญญาโท จำนวน 8 คน (ร้อยละ 3.09) ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ (ร้อยละ 100) และปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 111 คน (ร้อยละ 53.88) โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 84 คน (ร้อยละ 40.78) และโรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 11 คน (ร้อยละ 5.34) ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 100

2. ความคิดเห็นต่อแนวทางการบริหารจัดการที่นำมาใช้เพื่อแก้ปัญหาทารกแรกเกิด - 28 วันตาย กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 206 คน ได้แสดงความคิดเห็นต่อรูปแบบในการแก้ปัญหาดังกล่าวว่ามี ความเหมาะสมมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.14 ± 0.458 เมื่อจำแนกรายละเอียดในแต่ละด้าน พบว่า ส่วนที่ 1 การบริหารจัดการ 7 ด้าน ค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการจัดบุคลากรปฏิบัติงาน 4.19 ± 0.547 รองลงมาด้านการวางแผน 4.18 ± 0.568 ด้านการรายงานผลการปฏิบัติ 4.17 ± 0.558 ด้านการประสานงาน 4.15 ± 0.571 ด้านการจัดการองค์กร 4.14 ± 0.549 ด้านการอำนวยความสะดวก 4.09 ± 0.630 และด้านงบประมาณ 4.00 ± 0.584 ส่วนที่ 2 ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงาน 4 ด้าน ค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ระบบบริการมีคุณภาพ 4.24 ± 0.529 รองลงมาระบบข้อมูลสารสนเทศ 4.15 ± 0.585 ทีมงานมีประสิทธิภาพ 4.11 ± 0.569 และภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม 4.06 ± 0.583 ตามลำดับ

อภิปรายผล

ส่วนที่ 1 การพัฒนารูปแบบการแก้ปัญหาทารกแรกเกิด - 28 วันตาย ในสถานการณ์ความไม่สงบของจังหวัดนราธิวาส อภิปรายผล ดังนี้

การพัฒนารูปแบบการแก้ปัญหาทารกแรกเกิด - 28 วันตาย ในสถานการณ์ความไม่สงบของจังหวัดนราธิวาส ให้มีความสำคัญกับการจัดการบริการที่มีคุณภาพ เพื่อเฝ้าระวังและบริหารความเสี่ยงครอบคลุมทุกมิติอย่างเป็นระบบ เป็นการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยแก่หญิงตั้งครรภ์และทารก (World Health Organization, 2019) โดยเฉพาะการบริหารจัดการระบบบริหารความเสี่ยง (Risk management) ที่ครอบคลุมความเสี่ยงทางคลินิกที่เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญ (The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization), 2021) ทั้งการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดขณะคลอด การส่งต่อ Fast track และกำหนดให้มีการกำกับ ติดตาม ประเมินมาตรฐานคุณภาพ



บริการอย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้ทุกสถานบริการมีระบบบริการดูแลสุขภาพมารดาในทุกะยะที่มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การเฝ้าระวังและคัดกรองภาวะแทรกซ้อนใน หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและหญิงตั้งครรภ์อายุมากเป็นสิ่งสำคัญ และจำเป็นในการป้องกันความเสี่ยงสูงที่อาจ เกิดขึ้น (Supawadee, Chaweewan, Ratchanee, Chywasan, & Patcharaporn, 2020) รูปแบบการแก้ไขปัญหา ทารกแรกเกิด - 28 วันตาย ในสถานการณ์ความไม่สงบของจังหวัดนราธิวาส จึงป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิด จากบุคลากรที่มีประสบการณ์น้อย ไม่เข้าใจปัญหาที่กำลังเกิดขึ้นและไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ทันทั่วทั้ง ที่ด้วยการกำหนดให้จัดบุคลากรที่มีคุณสมบัติและทักษะในแต่ละตำแหน่งหลักในการดำเนินงานอนามัยแม่ และเด็กที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาพัฒนารูปแบบบันทึกเพื่อการส่งต่อการดูแลและติดตาม สุขภาพทารกเกิดก่อนกำหนดต่อเนื่องที่บ้าน (Hayeese, Wangsawat, Mayae, Damkiam, & Chueakula, 2020) ที่แสดงให้เห็นว่า พยาบาลและผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพทารกเกิดก่อนกำหนด ต้องมีความรู้ ความสามารถในการนำรูปแบบบันทึกนี้ไปเป็นแนวทางในการดูแลเพื่อให้ทารกเกิดก่อนกำหนดได้รับการ ติดตามสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และได้รับการแก้ไขปัญหาสุขภาพได้อย่างครอบคลุม บุคลากรต้องมีความ ชำนาญและความรอบรู้ทางวิชาการ ต้องมีหน้าที่หาความรู้ ฝึกฝนทักษะของตนอยู่เสมอ เพื่อผลประโยชน์ สูงสุดของผู้ป่วย (Chayaphat, La-Ongdao, & Thida, 2022) สามารถดูแลหญิงตั้งครรภ์อย่างเหมาะสมต่อเนื่อง จนถึงระยะคลอด และระยะหลังคลอด รูปแบบการแก้ไขปัญหาทารกแรกเกิด - 28 วันตาย ในสถานการณ์ ความไม่สงบของจังหวัดนราธิวาส กับการนำไปใช้แก้ปัญหาในพื้นที่ที่มีความไม่ปลอดภัยจากเหตุการณ์ ความไม่สงบของจังหวัดนราธิวาส ด้วยการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย ช่วยกัน กำหนดมาตรการในการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ ลดการลงปฏิบัติงานในพื้นที่เสี่ยงของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข ทำให้เกิดความคล่องตัวในการปฏิบัติงาน รวมถึงลดความเสี่ยงที่อาจจะไม่ความปลอดภัยใน การเดินทาง และช่วยสร้างความเข้าใจแก่ประชาชนในพื้นที่ ที่ประชาชนเกิดความระแวงระวังตัวมากกว่า ปกติ (Orasa, Suwat, Sukanya, Worasit, & Savitri, 2010) จะทำให้เพิ่มความครอบคลุมของการติดตาม กลุ่มเป้าหมายในชุมชน ให้มารับบริการตามนัดอย่างต่อเนื่องด้วย อีกทั้งการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน ด้วยการขับเคลื่อนในรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล ระดับอำเภอ จะสามารถจัดการดูแล สุขภาพหญิงตั้งครรภ์ที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ที่มีอัตลักษณ์เฉพาะได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ninlapa, Sukon, and Srisuda (2019) ให้ข้อเสนอแนะว่าพยาบาลชุมชนมี บทบาทสนับสนุนให้ชุมชนเข้มแข็ง ร่วมทำงานโดยคำนึงถึงบริบทสังคมวัฒนธรรมของคนในชุมชน โดย มีเป้าหมายในสร้างเสริมสุขภาพ ต้องให้ความสำคัญกับกระบวนการการเรียนรู้ ทุนทางสังคม การสร้างพลัง อำนาจ และการปรับระบบบริการสุขภาพ โดยสร้างการมีส่วนร่วมของแกนนำที่มีอาสาสมัครสาธารณสุข หมู่บ้าน และกลุ่มเยาวชนให้ร่วมเป็นแกนในการสร้างเสริมสุขภาพระดับครอบครัว รวมถึง การขยาย เครือข่ายบูรณาการทำงาน ค้นหาและใช้ศักยภาพขององค์กรในพื้นที่นับว่าเป็นการลงทุนอย่างคุ้มค่า



(Smylie et al., 2016) เนื่องจาก ปัญหาในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ เป็นจังหวัดชายแดนที่มีบริบทพื้นที่เกิดเหตุการณ์ความไม่สงบ ส่งผลให้เกิดปัญหาและความหวาดระแวงทั้งฝ่ายรัฐ บุคลากรทางศาสนา (บางส่วน) และประชาชน ทั้งโดยตั้งใจและไม่ตั้งใจ ยากจะแก้ไขด้วยบุคคลใดบุคคลหนึ่ง หรือองค์กรใดองค์กรหนึ่ง แต่ต้องเป็นความร่วมมือกันทั้งชุมชนและสังคม ในลักษณะของการมีส่วนร่วมในการจัดการการเรียนรู้แบบเครือข่ายอย่างเป็นรูปธรรม (Pinsuda, 2017)

การพัฒนารูปแบบการแก้ปัญหาทารกแรกเกิด - 28 วันตาย ในสถานการณ์ความไม่สงบของจังหวัดนราธิวาส ต้องมีการวางแผนแก้ไขปัญหาดังแต่ระดับหน่วยงาน โดยการกำหนดเป้าหมาย และนโยบายการแก้ไขปัญหาคือสอดคล้องและเชื่อมโยงกับแผนยุทธศาสตร์ในแต่ละระดับ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทั้งภายในและภายนอก และสามารถแปลงยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยให้มีการวางแผนการจัดทำฐานข้อมูลสภาพกลางด้านงานอนามัยแม่และเด็กในแต่ละอำเภอเพื่อใช้ในการวิเคราะห์และพัฒนาการแก้ปัญหาทารกแรกเกิด - 28 วันตายอย่างครอบคลุม มีการรายงานผลปฏิบัติงาน (reporting) อย่างต่อเนื่อง พัฒนาระบบการติดตาม ประเมินผลงานในทุกระดับ รายงานสถานการณ์ความเสี่ยงจากการให้บริการให้ผู้บริหารทราบทุกครั้ง และเสนอปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานผ่านคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กอย่างสม่ำเสมอ พร้อมนำผลการประเมินมาพัฒนาแก้ไข และปรับปรุง การดำเนินงานให้เกิดประสิทธิภาพและเป็นไปตามเป้าหมายขององค์กร สอดคล้องกับผลการศึกษา เรื่อง รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากแบบมีส่วนร่วมในเด็กอายุ 6-12 ปี ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การวิเคราะห์ปัญหาและกำหนดเป้าหมาย 2) การวางแผนดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปาก 3) การลงมือปฏิบัติตามแผนและการกำกับติดตาม และ 4) การประเมินผลการดำเนินงาน สามารถทำให้นักเรียนมีทักษะการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพช่องปากที่สูงกว่าก่อนดำเนินกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Teeraporn, Angsana, Oranut, & Chanapong, 2020) ทั้งนี้ การพัฒนา รูปแบบการแก้ปัญหาทารกแรกเกิด - 28 วันตาย ในสถานการณ์ความไม่สงบของจังหวัดนราธิวาส จำเป็นต้องมีระบบข้อมูลสารสนเทศ ที่มีความเชื่อมโยงอย่างเป็นระบบทั้งจังหวัด มีระบบการคืนข้อมูล และรายงานผลการดำเนินงานให้กับภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง มีการรายงานผลปฏิบัติงานที่ครอบคลุมตามแผนยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการในทุกระดับ มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานด้านอนามัยแม่และเด็กตามพันธกิจของหน่วยงาน มีการสนับสนุนงบประมาณที่ครอบคลุมทุกขั้นตอน เพื่อใช้ในการจัดซื้อครุภัณฑ์การแพทย์ในการพัฒนาศักยภาพการบริการที่เพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษา เรื่อง องค์ประกอบและตัวชี้วัดความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประเทศไทย (Kittiporn, Noppcha & Phayong, 2020) ที่พบว่า อาสาสมัคร เป็นปัจจัยภายนอกในการควบคุมโรคเชิงรุก การสื่อสาร



การวางแผน การติดตาม การค้นหาข้อมูลการบันทึก และรายงานผล ตลอดจน การจัดการงบประมาณ สนับสนุนอุปกรณ์และเวชภัณฑ์

โดยสรุปแล้วการพัฒนาารูปแบบให้มีความปลอดภัย ทั้งผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ และชุมชนด้วยการ จัดการวางรูปแบบที่เหมาะสมที่สามารถป้องกันสาเหตุความเสี่ยงทางคลินิกที่สำคัญแก่ผู้รับบริการด้วยการ จัดระบบบริการที่มีคุณภาพ จัดบุคลากรที่มีศักยภาพอย่างเหมาะสม มีระบบข้อมูลที่มีประสิทธิภาพและการ บริการจัดการองค์กรที่ดี สอดคล้องกับบริบท และอาศัยการมีส่วนร่วมในการทำงานกับชุมชนและภาคี เครือข่าย จะสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยแก่มารดาและทารก บุคลากร และชุมชนจะทำให้เกิดความ ปลอดภัยได้ ทั้ง 3 มิติ (The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization), 2021) จึงทำให้ผลการ ประเมินรูปแบบฯ มีความเหมาะสมมาก ที่ค่าเฉลี่ย 4.14 ± 0.458

ส่วนที่ 2 การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการแก้ปัญหาทารกแรกเกิด - 28 วันตาย ใน สถานการณ์ความไม่สงบของจังหวัดนราธิวาส อภิปรายผล ดังนี้ การที่กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้เกี่ยวข้องกับการ นำรูปแบบการแก้ปัญหาทารกแรกเกิด - 28 วันตาย ในสถานการณ์ความไม่สงบของจังหวัดนราธิวาส ไปใช้ในพื้นที่ได้ให้ความเห็นว่า รูปแบบดังกล่าวมีความเหมาะสมมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.14 ± 0.458 ย่อม สะท้อนความเป็นไปได้ ในการนำไปใช้ประโยชน์ในการแก้ปัญหาในพื้นที่ของตนเอง สอดคล้องกับ การศึกษารูปแบบการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามหลัก 3 อ ในโรงเรียนผู้สูงอายุ (Navarat, Sunee, Rattiporn, & Diana, 2020) ที่พบว่า รูปแบบต้องมีความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และประโยชน์ต่อ ผู้สูงอายุ ซึ่งผลการประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบโดยรวมอยู่ในระดับมาก สามารถอธิบายได้ว่ารูปแบบ การแก้ไขปัญหายาๆ เปรียบเสมือนคู่มือที่ต้องเกิดจากการเห็นด้วยของผู้เกี่ยวข้อง เพื่อให้ตอบสนองความ ต้องการของผู้ใช้จึงจะมีผลต่อการแก้ไขปัญหาลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุป

การพัฒนาและประเมินรูปแบบการแก้ปัญหาทารกแรกเกิด - 28 วันตาย ในสถานการณ์ความไม่ สงบของจังหวัดนราธิวาส พบว่า มีรูปแบบการแก้ปัญหาทารกแรกเกิด - 28 วันตาย ในสถานการณ์ความไม่ สงบของจังหวัดนราธิวาส ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ การบริหารจัดการ 7 ด้าน ปัจจัยสนับสนุนการ ดำเนินงาน 4 ด้าน และผลการประเมินรูปแบบการแก้ปัญหาทารกแรกเกิด - 28 วันตาย ในสถานการณ์ความ ไม่สงบของจังหวัดนราธิวาส มีความเหมาะสมมาก ที่ค่าเฉลี่ย 4.14 ± 0.458 ซึ่งผู้วิจัยจะนำเสนอต่อ คณะกรรมการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก และคณะกรรมการ service plan สาขาทารกแรกเกิดของจังหวัด นราธิวาส เพื่อพิจารณาการนำไปใช้ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็กในทุกอำเภอของจังหวัด นราธิวาส และติดตามเฝ้าระวังการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในคลินิกฝากครรภ์ ทั้ง รพสต.และ โรงพยาบาลทุกแห่ง การเฝ้าระวังความเสี่ยงที่ห้องคลอด และหน่วยบริบาลทารกแรกเกิด 2 แห่งใน



โรงพยาบาลทั่วไป ตลอดจนใช้เป็นรูปแบบในการกำกับติดตามประเมินคุณภาพงานอนามัยแม่และเด็กของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. การนำรูปแบบการแก้ปัญหาทารกแรกเกิด – 28 วันตาย ในสถานการณ์ความไม่สงบของจังหวัดนราธิวาส ไปใช้ในพื้นที่ ควรออกแบบการดำเนินงานในแต่ละประเด็นขององค์ประกอบให้เป็นรูปธรรมตามบริบทของพื้นที่ และประเมินประสิทธิผลต่อการลดอัตราตายในทารกแรกเกิด – 28 วันตาย ในพื้นที่ต่อไป
2. คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก จังหวัดนราธิวาส ร่วมกับคณะกรรมการ Service Plan ควรประเมินรับรองคุณภาพการจัดบริการอนามัยแม่และเด็ก ทุกอำเภออย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยต่อไป

1. การวิจัยเชิงทดลองศึกษาผลการใช้รูปแบบการแก้ปัญหาทารกแรกเกิด – 28 วันตาย ในสถานการณ์ความไม่สงบของจังหวัดนราธิวาส
2. พัฒนาโปรแกรมหรือรูปแบบส่งเสริมพฤติกรรมหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด
3. การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมาฝากครรภ์ตามเกณฑ์ในพื้นที่สีแดง จังหวัดนราธิวาส

รายการอ้างอิง (References)

- Boonchom, S. (2010). *Preliminary research*. (8th printed). Bangkok: Suweeriyasarn. (in Thai).
- Chayaphat, T., La-Ongdao, W., & Thida, K. (2022). Nursing Knowledge and Practice according to Patient Safety Goals of Registered Nurses, Bhumibol Adulyadej Hospital. *Regional Health Promotion Center 9 Journal 2022*, 16(2), 673-689.
- Department of health. (2021). *Perinatal Death Review Guideline*. Bangkok: Agricultural cooperative printing demonstrations of Thai Co., Ltd. (in Thai).
- Hayeese, W., Wangsawat, T., Mayae, S., Damklia, W., & Chueakula, N. (2020). Continuous Home Care: Development of a Documentation Format for Premature Infant Referral and Follow-Up. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 7(2), 244-259.
- Khataliya, I., Hattaya, A., Suntree, P., Pornchanok, S., & Saranya, C. (2019). Risk Factors for Death Among Preterm Infants with Respiratory Distress Syndrome at Lampang Hospital Thailand., *Journal of Health Science*, 28:108-160.



- Kittiporn, N., Noppcha, S., & Phayong, T., (2020). Compositions and Indicators for Successful Implementation of Novel Coronavirus (COVID-19) in the Community of Village Health Volunteers (VHVs). in Thailand. The Southern College Network. *Journal of Nursing and Public Health*. 7(2), ๓-๖.
- Krejcie, R.V., & Morgan, D.W. (1970). *Krejcie and Morgan Table ; Determining Sample Size for Research Activities*. Educational and Psychological Measurement. Retrieved September 21, 2022 from https://www.researchgate.net/publication/349118299_
- Kusum, W. (2019). *What is 'POSDCORB' Model ; Health promotion and education*. Retrieved September 20, 2022 from <https://www.publichealthnotes.com/what-is-posdcorb-model/>
- Navarat, W., Sunee K., Rattiporn, B., & Diana, M. (2020). Model of Health Promotion Activities in a School for the Elderly Using 3 Dimensions (Diet, Exercise, and Emotion) The Southern College Network. *Journal of Nursing and Public Health*, 7(2), 1-12.
- Ninlapa, J., Sukon, W., Srisuda, R. (2019). *Community Participation in Health Promotion*. *Mahachula Academic Journal*. 365-381.
- Office of the National Economic and Social Development Council. (2006). *National Economic and Social Development Plan Twelfth Edition 2017-2021*. Retrieved June 21, 2022 from <http://library.nhrc.or.th/ULIB/dublin.php?ID=9265>.
- Orasa, K., Suwat, W., Sukanya, L., Worasit, S., & Savitri, L. (2010). *Synthesis of health systems in the unrest situation in the southern border provinces*. Retrieved September 15, 2022 from <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/3014?Locale-attribute=th>
- Pinsuda, S. (2017). *Health status of the three southern border provinces: Problems that can be solved by managing participatory network learning*. Retrieved November 15, 2022 from <https://www.dpu.ac.th/ces/upload/km/>
- Prachasan, S. (2022). *Knowledge management ; Fish Bone Diagram & Mind Map®*. Retrieved August 21, 2022 from <http://www.prachasan.com/mindmapknowledge/fishbonemm.htm>
- Sirikasem, S. (2020). *Knowledge Management of Desirable Health Systems using the principle of Six Building Blocks Plus One*. Retrieved August 3, 2022 from [DHS KnowledgeManagement.pdf](#)
- Smylie, J., Kirst, M., McShane, K., Firestone, M., Wolfe, S., & O'Campo, P. (2016). Understanding the role of Indigenous community participation in Indigenous prenatal and infant-toddler health promotion programs in Canada: A realist review. *Social Science & Medicine*, 150: 128-43.



- Sriwipha, I., Nirachara, L., Jamaree, S., & Pornchai, S. (2015). *Situations and factors affecting the success of maternal and child health work in 3 southern border provinces*. Retrieved November 15, 2022 from <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle>
- Supawadee, T., Chaweewan, D., Ratchanee, P., Chywasan, K., & Patcharaporn, J. (2020). Impact of Maternal Age on Obstetric Complications among Women. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*. 7(2), 300-311.
- Teeraporn, P., Angsana, B., Oranut, P., & Chanapong, R. (2020). Participatory Action Research to Promote Oral Health among Primary School Children in Rural Suphanburi Province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*. 7(2), 272-285.
- Thanisara, K., (2019). Process and Technique of POSDCoRB. *Journal of Association of Professional Development of Educational Administration of Thailand (JAPDEAT)*. 1(3), 15-22.
- The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization), (2017). *Effective Work Routine*. Retrieved November 15, 2022 from <http://web.sut.ac.th/in/images/02HA201.pdf>
- The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization), (2021). *3P Safety*. Retrieved September 15, 2022 from <https://www.thecoverage.info/news/content/1235>
- Wannarat, J. (2010). *17 Thinker Tools 8th printing, Bangkok, National Productivity Institute*. Retrieved November 15, 2022 from <https://www.ftpi.or.th/book/17-problem-solving-devices>
- World Health Organization. (2010). *Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A Handbook of Indicators and Their Measurement Strategies*. Geneva: WHO Document Production Services. Retrieved June 20, 2022 from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/>
- World Health Organization. (2019). *Patient Safety*. Retrieved November 11, 2022 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safe>



รูปแบบการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันของวัยรุ่น: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

The Model for Resilience Enhancement with Application Usage of Adolescent: A Systematic Review

ปณิดา แคล้วอ้อม^{1*}, วินีกาญจน์ คงสุวรรณ¹

Panita Kleawaom^{1*}, Vineekarn Kongsuwan¹

(Received: March 21, 2022; Revised: August 11, 2022; Accepted: August 24, 2022)

บทคัดย่อ

การทบทวนวรรณกรรมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสรุปองค์ความรู้จากงานวิจัยเกี่ยวกับรูปแบบการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันของวัยรุ่น โดยการสืบค้นข้อมูลงานวิจัยจากฐานข้อมูล ได้แก่ CINAHL, PubMed, ProQuest, ThaiJO, TDC-ThaiLIS และ Google Scholar ระหว่างปี พ.ศ. 2555 ถึง พ.ศ. 2564 วิเคราะห์และสังเคราะห์จัดลำดับความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ของ The Joanna Briggs Institute และได้คัดเลือกงานวิจัยมาสังเคราะห์จำนวน 10 เรื่อง ผลการศึกษาพบว่าแนวคิดที่ใช้เป็นกรอบในการสร้างรูปแบบการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจ ประกอบด้วย 1) แนวคิดเกี่ยวกับการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจและความสามารถในการเผชิญปัญหาและฟื้นฟ้อุปสรรค ได้แก่ กรอทเบอร์ก (Grotberg) และแคโรล ริฟฟ์ (Carol Ryff) 2) แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมรูปแบบออนไลน์ ได้แก่ SilverCloud Health และ 3) แนวคิดที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การเสริมสร้างความเข้มแข็งของจิตใจทางพระพุทธศาสนา และการปรึกษาเชิงบูรณาการ

ผลการสังเคราะห์พบว่า รูปแบบกิจกรรมส่วนใหญ่เป็นการดำเนินกิจกรรมแบบรายกลุ่ม ส่วนการทำกิจกรรมแบบรายบุคคลนิยมทำในรูปแบบออนไลน์ ซึ่งทำกิจกรรมในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาและนักศึกษาของมหาวิทยาลัย รูปแบบการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันดังกล่าวสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในวัยรุ่นเพื่อเพิ่มความสามารถในการเผชิญปัญหาและฟื้นฟ้อุปสรรคได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: การสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจ แอปพลิเคชัน วัยรุ่น การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่

¹ Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Hatyai Campus

*Corresponding Author: panita@bcnnakhon.ac.th



Abstract

This literature review aims to summarize the knowledge from the study of resilience enhancement model with application usage of adolescent by researching the articles retrieved from the following database: CINAHL, PubMed, ProQuest, ThaiJO, TDC-ThaiLIS, and Google Scholar from 2012 to 2021. The research data were analyzed using summaries of articles and synthesized by applying the criteria of The Joanna Briggs Institute. The results from synthesizing 10 selected research articles were found that the concepts used as a framework for building a mental strength model consisted of; 1) The concepts about resilience enhancement and the adversity quotient of Grotberg and Carol Ryff 2) The concepts related to the online program called SilverCloud Health, and 3) The related concepts such as Buddhist mental strengthening and integrative counseling.

The results of the synthesis revealed that most of activities were group activities to build up mental strength and coping skills. For individual activities were mostly managed in online platform. The activities were also conducted with high school students and university students as the sample group. These models can be applied with adolescent in order to enhance their resilience and overcome the adversity appropriately.

Keywords: The resilience enhancement, Application, adolescent, Systematic review

บทนำ

วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงและมีความสำคัญในการพัฒนาสังคมและประเทศชาติ จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก พบว่าช่วงวัยรุ่นจะเกิดปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น โดยในช่วงวัยรุ่นช่วงอายุ 14 ปี เป็นต้นไปจะเข้าสู่ช่วงที่เกิดปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ ซึมเศร้า กังวล เครียด โดยจากการศึกษาพบว่าวัยรุ่นมีการประสบกับเหตุการณ์ดังเครียด กดดัน ก็ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตได้มาก (Wisess, Pengsakum, & Sutawatnatcha, 2014) ทั้งนี้พบว่าจากรายงานการสำรวจสถานะทางสังคม วัฒนธรรมและสุขภาพจิต พ.ศ. 2561 พบว่าวัยรุ่นไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มีคะแนนสุขภาพจิตเฉลี่ยเท่ากับ 31.56 คะแนน จาก 45 คะแนน เมื่อพิจารณาแต่ละช่วงวัย ปรากฏว่าช่วงวัยที่มีคะแนนสุขภาพจิตต่ำที่สุดคือช่วงวัยรุ่นที่มีอายุ 15-24 ปี (National Statistical Office, 2021) และข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2563 กลุ่มวัยรุ่นก็มีระดับคะแนนสุขภาพจิตต่ำที่สุดเช่นกันเมื่อเทียบกับวัยอื่น ๆ จากการสำรวจวัยรุ่นในประเทศไทย พบนักเรียนชั้นมัธยมปลายมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 16.4 และมีความคิดฆ่าตัวตายร้อยละ 15.7 (Phuipha, Bunthumporn, & Vuthiarpa, 2018) นอกจากนี้ยังพบว่าในปัจจุบันมีแนวโน้มของปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่นเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้การดำเนินชีวิตประจำวันมีความบกพร่อง



ไป (Nintachan, Thanoi, Sangon, Pattanamas, & Intharaksa, 2017) ดังนั้นหากวัยรุ่นไม่มีความเข้มแข็งทางใจก็ทำให้ไม่สามารถที่จะเผชิญอุปสรรคต่าง ๆ ในชีวิตได้

ความเข้มแข็งทางใจ (resilience enhancement) หมายถึง การที่บุคคลสามารถที่จะเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ มีสติแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม (Grotberg, 1995) และนำวิธีแก้ไขปัญหาหรือการเผชิญกับอุปสรรคต่าง ๆ มาใช้เมื่อเกิดวิกฤติหรือปัญหาในชีวิต (Department of mental health, 2019) โดยแนวคิดของกรอทเบอร์ก แบ่งออกเป็น 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ ฉันมี (I have) หมายถึง การมีแหล่งสนับสนุนภายนอกที่ช่วยให้บุคคลมีความเข้มแข็งขึ้นในชีวิต ฉันเป็น (I am) หมายถึง ความเข้มแข็งของแต่ละคนที่มีอยู่ในตัวเอง และฉันสามารถ (I can) เป็นทักษะการใช้สติในการจัดการแก้ไขปัญหาอุปสรรคและเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ตามแนวคิดของกรอทเบอร์ก ความแข็งแกร่งในชีวิตจะมีการพัฒนาไปตามแต่ละช่วงชีวิต โดยในช่วงวัยรุ่นนั้นเป็นช่วงที่มีการพัฒนาอัตลักษณ์ของตนเอง เป็นวัยที่มีคำถามกับตนเองมากมาย อาจมีความสับสนในเอกลักษณ์ของตนเอง ส่งผลให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมเสี่ยงอันจะนำมาซึ่งปัญหาต่อตนเอง ครอบครัว สังคมได้ นอกจากนั้นพบว่าโครงสร้างที่สมบูรณ์ของความเป็นเอกลักษณ์ในวัยรุ่นประกอบด้วยการรู้จักตนเอง รู้จักวิธีการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น รู้ว่าตนเองมีความสามารถในเรื่องใด (Nakwaree, Nintachan, & Sangon, 2015) โดยการผสมผสานองค์ประกอบของความแข็งแกร่งในชีวิตและโครงสร้างของความเป็นเอกลักษณ์ในวัยรุ่นเข้าด้วยกันช่วยให้วัยรุ่นสามารถฟันฝ่าอุปสรรคต่าง ๆ ในชีวิตได้ (Grotberg, 2003) ดังนั้นการส่งเสริมให้วัยรุ่นเกิดความเข้มแข็งทางใจจะช่วยให้วัยรุ่นสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ สรรหาแหล่งประโยชน์ในการเผชิญปัญหา และปรับตัวกับสถานการณ์ที่กดดันได้เป็นอย่างดี นำไปสู่ความสุขในการเรียนรู้และการใช้ชีวิต (Bundasak, Nabkasorn, & Vatanasin, 2017)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาจะพบว่าการพัฒนาความรู้และทักษะเสริมแรงจิตใจผ่านทางแอปพลิเคชันเป็นสิ่งที่นิยมใช้กันแพร่หลาย ใช้ไม่ซับซ้อนจนเกินไป ประหยัดค่าใช้จ่าย การใช้งานรูปแบบแอปพลิเคชันสอดคล้องกับความต้องการของวัยรุ่นในปัจจุบัน วัยรุ่นมีโอกาสดแสดงความคิดเห็นและเข้าใจได้ดีกว่าการประชุมกลุ่มธรรมดา วัยรุ่นบางรายกล้าแสดงออกผ่านทางข้อความมากกว่าจะพูดต่อหน้าผู้อื่นในเรื่องเกี่ยวกับความไม่สบายใจต่าง ๆ (Laksap, & Duangsong, 2015) นอกจากนี้การเรียนรู้ผ่านแอปพลิเคชันเป็นช่องทางในการกระตุ้นความรู้และทักษะเพื่อให้วัยรุ่นนำไปใช้ได้จริง (Somton, Aungsuroch, & Suktrakul, 2017) และนอกจากนี้เด็กกลุ่ม Generation Z เป็นกลุ่มที่เติบโตมาพร้อมกับเทคโนโลยีและการติดต่อสื่อสารรอบตัวที่ถูกพัฒนาขึ้นอย่างต่อเนื่อง การสื่อสารของเด็กกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นการสื่อสารผ่านข้อความในรูปแบบออนไลน์มากกว่าการพูดคุยกันแบบปกติ (Yuwakosol, & Chompukum, 2021) ประกอบกับปัจจุบันมีการแพร่ระบาดของ covid-19 ทำให้วัยรุ่นต้องมีการปรับตัวโดยใช้



การเรียนรู้ผ่านรูปแบบออนไลน์ มีการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารที่เป็นที่นิยมอย่างกว้างขวางและสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน เหมาะสำหรับวัยรุ่นให้มีความเข้าถึงง่ายและตรงประเด็น

อย่างไรก็ตามแม้ว่าการศึกษามีความเกี่ยวข้องกับการสร้างความเข้มแข็งทางใจของวัยรุ่นในประเทศไทยจะมีการศึกษามากขึ้นตามลำดับ แต่การศึกษาแบบรวบรวมองค์ความรู้โดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่ทำให้เกิดประเด็นของการพัฒนาการสร้างความเข้มแข็งทางใจของวัยรุ่นยังไม่ชัดเจน และยังไม่พบการสรุปความรู้ที่มีอยู่แล้วมาบูรณาการเกี่ยวกับลักษณะของรูปแบบที่ใช้โดยเฉพาะเจาะจงกับวัยรุ่นเพื่อส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจ จากความสำคัญของปัญหาที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบการสร้างความเข้มแข็งทางใจรวมกับการใช้แอปพลิเคชัน โดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเพื่อให้ได้งานวิจัยที่เป็นข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีคุณภาพ โดยผลที่ได้จากการศึกษาจะนำมาใช้เพื่อเป็นแนวทางหนึ่งในการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของวัยรุ่นได้อย่างเหมาะสมต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ใช้แนวคิดการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เพื่อวิเคราะห์ สังเคราะห์ และสรุปเกี่ยวกับรูปแบบการสร้างความเข้มแข็งทางใจรวมกับการใช้แอปพลิเคชันของวัยรุ่น โดยอาศัยกระบวนการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบของ The Joanna Briggs Institute (2014) ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้ 1) การกำหนดหัวข้อ 2) การกำหนดวัตถุประสงค์สำหรับการทบทวน 3) การกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย 4) การสืบค้นงานวิจัย 5) การประเมินคุณภาพงานวิจัย 6) การสกัดข้อมูล 7) การสังเคราะห์ข้อมูลจากผลการวิจัย และ 8) การนำเสนอผลการทบทวน

วัตถุประสงค์

เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์รูปแบบการสร้างความเข้มแข็งทางใจรวมกับการใช้แอปพลิเคชันของวัยรุ่น

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) จากงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการสร้างความเข้มแข็งทางใจรวมกับการใช้แอปพลิเคชันของวัยรุ่น ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน (The Joanna Briggs Institute, 2014) ดังนี้

1. กำหนดหัวข้อสำหรับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
2. กำหนดวัตถุประสงค์สำหรับการทบทวน เพื่อเป็นแนวทางของการทบทวนงานวิจัย
3. กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย



เกณฑ์คัดเข้า/คัดออก

งานวิจัยที่นำมาทบทวนครั้งนี้มีรูปแบบการวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันของวัยรุ่น ที่เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง งานวิจัยกึ่งทดลอง และงานวิจัยแบบผสม ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษที่รายงานไว้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 ถึง 2564 (ค.ศ. 2012 - 2021) โดยเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัยตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ด้วยเครื่องมือ PICO ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การกำหนด PICO

เกณฑ์การกำหนด PICO	การกำหนด Keywords
P: (Population): วัยรุ่น	P: (Population): Adolescent, teenage, วัยรุ่น
I: (Intervention): รูปแบบเกี่ยวกับการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจร่วมกับการใช้แอปพลิเคชัน	I: (Intervention): Resilience-enhancing program with application, Resilience Enhancement program with application, รูปแบบการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจร่วมกับการใช้แอปพลิเคชัน
C: (Comparison): การดูแลแบบปกติ	C: (Comparison): Standard care, การดูแลแบบปกติ
O: (Outcome): ความสามารถในการเผชิญปัญหาและฟื้นฝ่าอุปสรรค	O: (Outcome): Adversity quotient, ความสามารถในการเผชิญปัญหาและฟื้นฝ่าอุปสรรค

การคัดเลือกรายงานวิจัยตามเกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) มีรายละเอียดดังนี้

- เป็นงานวิจัยภาษาอื่นที่ไม่ใช่ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ กลุ่มตัวอย่างไม่ใช่วัยรุ่น และไม่ใช่รายงานวิจัยหรือบทความเข้าถึงเฉพาะบทคัดย่อ

4. สืบค้นรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องตามเกณฑ์ที่กำหนดดังต่อไปนี้

4.1 กำหนดคำสำคัญ (Keywords) โดยใช้หลัก PICO แสดงถึงลักษณะประชากร วิธีการจัดกระทำ และตัวแปรผลลัพธ์ของการศึกษา ทั้งนี้ใช้การปรับคำสำคัญตามผลการสืบค้นในแต่ละครั้งเพื่อช่วยให้ประเด็นในการรวบรวมวรรณกรรมครอบคลุม เหมาะสม และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาได้ดังนี้



- ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ Adolescent, teenage, วัยรุ่น
 - รูปแบบการศึกษา ได้แก่ Resilience-enhancing intervention with application, Resilience Enhancement intervention with application, รูปแบบการสร้างความเข้มแข็งทางใจร่วมกับการใช้แอปพลิเคชัน
 - บริบทที่ศึกษา ได้แก่ adversity quotient, ความสามารถในการเผชิญปัญหาและฟื้นฝ่าอุปสรรค
- 4.2 กำหนดแหล่งสืบค้นข้อมูลทั้งในประเทศไทย ได้แก่ Google scholar, ThaiJo, TDC-ThaiLIS, จากระบบฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์, ห้องสมุดคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ ส่วนวรรณกรรมต่างประเทศสืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ CINAHL, PubMed, ProQuest
5. การประเมินคุณภาพงานวิจัย โดยวิธีการที่ใช้ในการประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้เกณฑ์ของ The Joanna Briggs Institute (2014) ซึ่งมีการจัดลำดับความน่าเชื่อถือของงานวิจัยเป็น 5 ระดับ
6. การรวบรวมและสกัดข้อมูล การสกัดข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยที่ศึกษาและใส่ลงในตารางสรุปงานวิจัยที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยชื่อผู้วิจัย ปีที่ศึกษาวิจัย ระดับความน่าเชื่อถือของงานวิจัย กลุ่มตัวอย่าง กรอบแนวคิด รูปแบบวิธีดำเนินการวิจัย รูปแบบของโปรแกรม และผลการวิจัย
7. การวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล โดยการนำผลการวิจัยที่ศึกษามาใช้การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ และนำผลการวิเคราะห์งานวิจัยมาสังเคราะห์ จำนวน 10 เรื่อง
8. อภิปรายผลซึ่งเป็นการเสนอผลการทบทวนวรรณกรรม ข้อคิดเห็นและเสนอแนะแนวทางการทำวิจัยต่อไป

ผลการวิจัย

1. การสืบค้นและคัดเลือกงานวิจัย

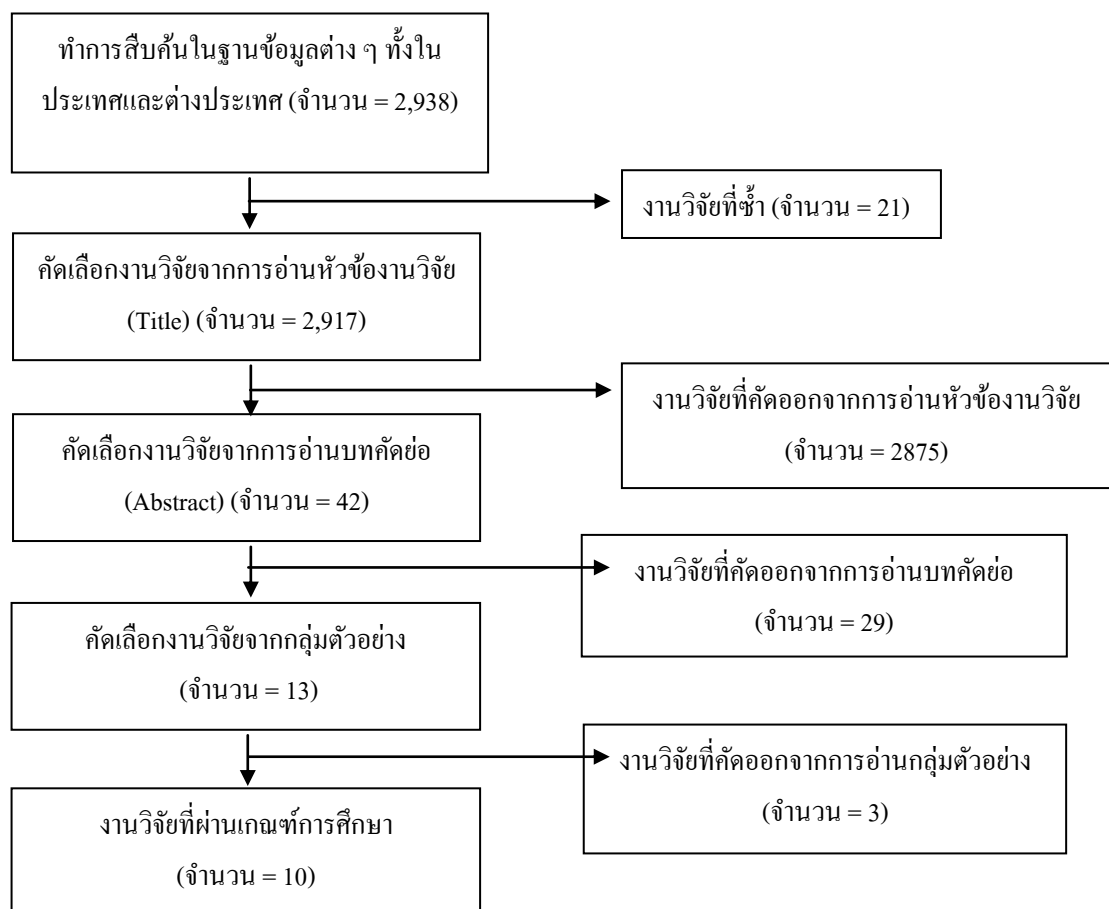
ผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวกับรูปแบบการสร้างความเข้มแข็งทางใจร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันของวัยรุ่น โดยคัดเลือกเนื้อหาที่ตรงกับประเด็นที่ต้องการศึกษามาสังเคราะห์จำนวน 10 เรื่อง จัดระดับความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ของ The Joanna Briggs Institute (2014) และสังเคราะห์งานวิจัยดังแสดงในตารางที่ 2



ตารางที่ 2 การประเมินระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ (The Joanna Briggs Institute, 2014)

ลักษณะหลักฐานเชิงประจักษ์		จำนวน (เรื่อง)
Level 1	Experimental Designs	5
Level 2	Quasi- Experimental Designs	4
Level 3	Observational – Analytic Designs	1

การพิจารณาจากเกณฑ์การคัดเลือกรงานวิจัย เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของงานวิจัย เพื่อคัดกรองงานวิจัยที่มีความซ้ำซ้อนออก ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กระบวนการคัดเลือกรงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาทบทวนวรรณกรรม

ลักษณะของการศึกษาที่รวมอยู่ในการทบทวนอย่างเป็นระบบ

มีบทความจากการสืบค้นในฐานข้อมูลทั้งในประเทศและต่างประเทศ จำนวน 2,938 บทความ และจำนวน 42 บทความ ที่ได้คัดเลือกรงานวิจัยจากการอ่านหัวข้องานวิจัยและอ่านบทคัดย่อ มีจำนวน 10



บทความ จาก 13 งานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์การศึกษา โดยพบว่า เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง จำนวน 5 เรื่อง วิจัย
กึ่งทดลอง จำนวน 4 เรื่อง และการวิจัยแบบผสม จำนวน 1 เรื่อง

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวม

แบบฟอร์มการสรุปและสังเคราะห์งานวิจัยที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น ประกอบด้วย ชื่อผู้วิจัย ปีที่
ศึกษาวิจัย ระดับความน่าเชื่อถือของงานวิจัย กลุ่มตัวอย่าง กรอบแนวคิด รูปแบบวิธีดำเนินการวิจัย
รูปแบบของโปรแกรม และผลการวิจัย



2. ผลจากการสกัดข้อมูลงานวิจัย

การทบทวนงานวิจัยพบรูปแบบการสร้างเสริมพลังทางใจร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันของวัยรุ่น ดังรายละเอียดที่แสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ข้อมูลแสดงรูปแบบการสร้างเสริมพลังทางใจร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันของวัยรุ่น

ผู้แต่ง ปี ค.ศ.	จำนวนและลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	รูปแบบการวิจัย/แนวคิด	กิจกรรมและระยะเวลา	ผลการวิจัย
Nakwaree et al. (2015) Level 2.c (The Joanna Briggs Institute, 2014)	นักเรียนที่กำลังศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ในพื้นที่อำเภอหนึ่งของจังหวัดอ่างทอง 2 โรงเรียน ปีการศึกษา 2557 ช่วงเดือน พ.ย. 2557 - ม.ค.2558 จำนวน 60 คน	การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบกึ่งทดลอง (Quasi experiment design) แนวคิดการศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดของ Grotberg, 1995 เกี่ยวกับองค์ประกอบของความเข้มแข็งในชีวิต 3 องค์ประกอบ ได้แก่ I am, I can, I have	เป็นการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม กลุ่มละ 30 คน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 60-90 นาที ติดต่อกัน 6 สัปดาห์	ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยของความเข้มแข็งในชีวิตของนักเรียนหลังการเข้าร่วมโปรแกรม สูงกว่าก่อนเข้าร่วม โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งในชีวิตของนักเรียนระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่ากลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยของความเข้มแข็งในชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)
Wises et al. (2014) Level 2.c (The Joanna Briggs Institute, 2014)	นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนนายกัฒนากร อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายกที่กำลังเรียนอยู่ในช่วง เดือนมิถุนายน-ตุลาคม 2556 ทั้งหญิงและชาย	การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบกึ่งทดลอง (Quasi experiment design) แนวคิด การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดของ Grotberg, (1995) เกี่ยวกับองค์ประกอบของ ความ	เป็นการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม จำนวน 75 คน สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ๆ ละ 90 นาที ติดต่อกัน 4 สัปดาห์	1.ก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยความเครียดเท่ากับ 16.22 ค่าเฉลี่ยซึมเศร้าเท่ากับ 19.43 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 15.19) หลังการทดลอง 1 เดือน ค่าเฉลี่ยความเครียดเท่ากับ 16.23 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 15.30) ค่าเฉลี่ยภาวะ



ผู้แต่ง ปี ค.ศ.	จำนวนและลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	รูปแบบการวิจัย/แนวคิด	กิจกรรมและระยะเวลา	ผลการวิจัย
	จำนวน 75 คน	แข็งแกร่งในชีวิต 3 องค์ประกอบ ได้แก่ I am, I can, I have		ซึมเศร้าเท่ากับ 21.39 (หลังเข้าร่วมโปรแกรม 1 เดือน ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.05) 2.หลังโปรแกรม 3 เดือน ค่าเฉลี่ยความเครียดเท่ากับ 8.11 ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 14.11 หลังเข้าร่วมโปรแกรม 3 เดือน ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.05)
Palma-Gomez et al. (2020) Level 1.c (The Joanna Briggs Institute, 2014)	นักศึกษามหาวิทยาลัย โดยแบ่งเป็น 3 เงื่อนไข คือ 1.Control group 71 คน 2.Intervention group 1 85 คน 3.Intervention group 2 89 คน	การศึกษาครั้งนี้มีวิธีการวิจัยแบบ randomized controlled trial แนวคิด ไม่ระบุ	เป็นการดำเนินกิจกรรมกลุ่มแบบออนไลน์ 1 กลุ่ม แบบ face to face 1 กลุ่ม และกลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม ตามเงื่อนไข เข้าร่วมกิจกรรมในวันเดียวกันทั้ง 3 กลุ่ม (10 วันก่อนทำการทดสอบ)	ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า หลังการทดลองคะแนนความเข้มแข็งทางใจ, คะแนนความเครียดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการประเมินคะแนนความเข้มแข็งทางใจพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 11 คน (4.5 %) ที่มีคะแนนความเข้มแข็งทางใจระดับสูง (มากกว่า 88 คะแนน) ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 4 คน อยู่ในกลุ่มควบคุมจำนวน 4 คนอยู่ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม



ผู้แต่ง ปี ค.ศ.	จำนวนและลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	รูปแบบการวิจัย/แนวคิด	กิจกรรมและระยะเวลา	ผลการวิจัย
				ออนไลน์ และอีกจำนวน 3 คน อยู่ในกลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมแบบ face to face (p = 0.7)
Enrique et al. (2019) Level 1.c (The Joanna Briggs Institute, 2014)	นักศึกษาของวิทยาลัยจำนวน 75 คน และสุ่มเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 25 คน	การศึกษาครั้งนี้มีวิธีการวิจัยแบบ randomized controlled trial แนวคิดใช้แนวคิด SilverCloud Health ผู้ให้บริการเกี่ยวกับโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบออนไลน์ ที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีและการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ	เป็นการดำเนินกิจกรรมรายบุคคล ซึ่งเข้าใช้งานผ่านทางอินเทอร์เน็ตเพื่อส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจและความเป็นอยู่ที่ดีของนักศึกษาและสามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ตลอด 24 ชั่วโมง เป็นเวลาทั้งหมด 7 สัปดาห์	ผลการศึกษาพบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สื่อทางอินเทอร์เน็ต ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างได้ฝึกทักษะการเรียนรู้ และกลยุทธ์ใหม่ ๆ ที่มุ่งสร้างความเข้มแข็งทางใจและความสามารถในการรับมือกับอุปสรรค และความเครียดทางใจได้เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง โดยเฉพาะโรคซึมเศร้าและวิตกกังวล (แต่ไม่มีการสรุปผลทางสถิติไว้ในบทความ)
Enrique, et al. (2020) Level 1.c (The Joanna	นักศึกษาของวิทยาลัยจำนวน 83 คน และสุ่มเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) intervention with human support จำนวน 29 คน	การศึกษาครั้งนี้มีวิธีการวิจัยแบบ randomized controlled trial แนวคิดใช้แนวคิด SilverCloud Health ผู้	เป็นการดำเนินกิจกรรมรายบุคคล ซึ่งเข้าใช้งานผ่านเว็บไซต์ทางอินเทอร์เน็ตเพื่อส่งเสริม	ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่าจากกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมงานวิจัยครบทั้ง 7 สัปดาห์ทั้งหมด 36 คน มีความพึงพอใจกับโปรแกรมและพบว่าใช้งานได้ง่าย คิดเป็น 46.46 % ซึ่งแสดงให้เห็นพัฒนาการ



ผู้แต่ง ปี ค.ศ.	จำนวนและลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	รูปแบบการวิจัย/แนวคิด	กิจกรรมและระยะเวลา	ผลการวิจัย
Briggs Institute, (2014)	2) intervention with automated support จำนวน 26 คน 3) waiting list control group จำนวน 28 คน	ให้บริการเกี่ยวกับโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบออนไลน์	ความเข้มแข็งทางใจ ที่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ตลอดเวลา 24 ชั่วโมง เป็นเวลาทั้งหมด 7 สัปดาห์	สำคัญในด้านการสร้างความเข้มแข็งทางใจและความสามารถในการเผชิญปัญหา
Herrero et al. (2019) Level 1.c (The Joanna Briggs Institute, 2014)	นักศึกษามหาวิทยาลัยที่มีระดับคะแนนความเข้มแข็งทางใจต่ำ 464 คน ถูกสุ่มให้เข้ากลุ่มตัวอย่างที่แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ใจ ๆ ละ 232 คน	การศึกษาค้นคว้านี้มีวิธีการวิจัยแบบ randomized controlled trial แนวคิด ใช้แนวคิดแบบจำลองของ Ryff เกี่ยวกับความเป็นอยู่ที่ดี เพื่อเสริมสร้าง ความเข้มแข็งทางใจและทักษะการเผชิญปัญหา	เป็นการดำเนินกิจกรรมรายบุคคล ซึ่งเป็นโปรแกรมการใช้สื่ออินเทอร์เน็ต เพื่อเสริมสร้าง ความเข้มแข็งทางใจ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 6 สัปดาห์	ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จะมีส่วนช่วยให้มีการใช้สื่ออินเทอร์เน็ตในการเสริมสร้าง ความเข้มแข็งทางใจเพิ่มมากขึ้น ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความเข้มแข็งทางใจของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลองในโปรแกรมมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
Chaiwong, & Maneepun. (2020) Level 2.c	นักศึกษายาบาลศาสตร์ รุ่นที่ 1 คณ ะ พ ย า บ า ล ศ า ส ต ร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ทั้งเพศ หญิงและเพศ	การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบกึ่งทดลอง (Quasi experiment design) แนวคิดการศึกษาค้นคว้านี้ใช้กรอบแนวคิดของ	เป็นการดำเนินกิจกรรมกลุ่มทั้งหมด 8 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ในวันจันทร์	พฤติกรรม การปรับตัวของนักศึกษายาบาล หลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 สัปดาห์ และระยะติดตามผล 3 เดือน มีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (Wilks' Lambda = .113,



ผู้แต่ง ปี ค.ศ.	จำนวนและลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	รูปแบบการวิจัย/แนวคิด	กิจกรรมและระยะเวลา	ผลการวิจัย
(The Joanna Briggs Institute, 2014)	ชายที่เข้าศึกษาในปีการศึกษา 2561 จำนวน 32 คน	Grotberg (1995) เกี่ยวกับองค์ประกอบของ ความแข็งแกร่งในชีวิต 3 องค์ประกอบ ได้แก่ I am, I have, I can	และวันพุธ เวลา 19.00-20.30น. ใช้ระยะเวลาในการทดลอง ทั้งหมด 4 สัปดาห์	$F(2, 30) = 117.45$, $\eta^2 = .887$ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปรับตัวของนักศึกษาพยาบาลภายหลังการทดลอง ในช่วงระยะเวลาที่แตกต่างกันด้วยวิธี Bonferroni พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปรับตัวของนักศึกษาพยาบาลในระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 สัปดาห์ และระยะติดตามผล 3 เดือนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยพบว่านักศึกษาพยาบาลมีพฤติกรรมปรับตัวดีขึ้นตามช่วงระยะเวลาที่ผ่านมา
Chayakul (2020) Level 2.c (The Joanna Briggs Institute, 2014)	นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัย พยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา จำนวน 11 คน	การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research design) ชนิดกลุ่ม เดียวกัน วัดก่อน และหลังการทดลอง (One group pre-posttest design) แนวคิด การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิด	เป็นการดำเนินกิจกรรม กลุ่มจำนวน 3 ครั้ง ครั้ง ละ 60 นาที ห่างกันครั้ง ละ 1 สัปดาห์	ผลการวิจัยพบว่าผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพลังสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างก่อน และหลังการทดลองในโปรแกรมมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนน พลังสุขภาพจิตทั้งโดยรวมและรายด้านทั้ง 3 ด้าน หลังการทดลองใน โปรแกรมสูงกว่าก่อนการ



ผู้แต่ง ปี ค.ศ.	จำนวนและลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	รูปแบบการวิจัย/แนวคิด	กิจกรรมและระยะเวลา	ผลการวิจัย
		ของ Grotberg (1995) เกี่ยวกับองค์ประกอบของ ความแข็งแกร่งในชีวิต 3 องค์ประกอบ ได้แก่ I am, I have, I can		ทดลองในโปรแกรมดั่งนั้นโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมพลังสุขภาพจิตในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลได้
Pannadharo et al. (2020) Level 3.e (The Joanna Briggs Institute, 2014)	นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 จำนวนทั้งสิ้น 329 คน โดยการเทียบตารางของ Krejcie and Morgan (1970)	การวิจัยครั้งนี้การวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed method) แนวคิด ใช้แนวคิดเกี่ยวกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจทางพระพุทธศาสนา	เป็นการดำเนินกิจกรรมกลุ่มโดยใช้หลักธรรมทางพระพุทธศาสนา ได้แก่ โลกธรรม 8, อริยสัจ 4, ทางสายกลาง, การเจริญจิตภาวนา, ไตรสิกขา	กลุ่มตัวอย่างของนักเรียนส่วนใหญ่เห็นว่าการตัดสินใจหรือแก้ปัญหาในการคบเพื่อนต่างเพศด้วยตนเอง อยู่ในระดับความคิดเห็นปานกลาง จำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 37.4 ระดับรองลงมาก็คือ ระดับความคิดเห็นมาก จำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 35.2 ระดับความคิดเห็นมากที่สุด จำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 15.2 ระดับความคิดเห็นน้อย จำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 10.1 และระดับความเห็นน้อยที่สุด จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 2.0 ตามลำดับ มีค่าเฉลี่ย 3.52 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .937 และการแปลผลค่าเฉลี่ยว่าการตัดสินใจหรือการแก้ปัญหาในการคบเพื่อนต่างเพศด้วยตนเองอยู่ในระดับมาก



ผู้แต่ง ปี ค.ศ.	จำนวนและลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	รูปแบบการวิจัย/แนวคิด	กิจกรรมและระยะเวลา	ผลการวิจัย
Rongpol, Koolnaphadol, and Lngang (2021) Level 1.d (The Joanna Briggs Institute, 2014)	นักศึกษาที่ครอบครัวยุติ ผลกระทบ จากสถานการณ์ความ ไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ โดยผู้วิจัย ดำเนินการคัดเลือกโดย การสุ่มแบบ เฉพาะเจาะจง คือ มหาวิทยาลัย ราชภัฏสงขลา จำนวน 30 คน	การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Designs) แนวคิด กรอบแนวคิดการศึกษาผล ของรูปแบบการปรึกษาเชิงบูรณา การ	เป็นรูปแบบการปรึกษา เชิงบูรณาการรายบุคคล จำนวน 12 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที และรูปแบบ การปรึกษาผ่านสื่อ สังคมออนไลน์จำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที	1) นักศึกษาที่ได้รับรูปแบบการปรึกษาเชิง บูรณาการ มี ค่าเฉลี่ยคะแนนการฟื้นฟูทาง อารมณ์ หลังการทดลองเพิ่มขึ้นกว่าระยะก่อนการ ทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 2) นักศึกษาที่ได้รับรูปแบบการปรึกษาเชิง บูรณาการผ่านสื่อสังคมออนไลน์ มีค่าเฉลี่ย คะแนนการฟื้นฟูทางอารมณ์ในระยะหลังการ ทดลอง และระยะติดตามเพิ่มขึ้นกว่าระยะก่อน การทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



3. สรุปผลการศึกษา

จากการทบทวนวรรณกรรมในช่วง 2012-2021 หรือ พ.ศ.2555-2564 จำนวน 10 ปี เกี่ยวกับรูปแบบการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันของวัยรุ่น ซึ่งสืบค้นจากฐานข้อมูลงานวิจัย ได้แก่ Cochrane Library, PubMed, CINAHL, Google Scholar และ ThaiJO โดยใช้คำสำคัญในการสืบค้น ได้แก่ ความเข้มแข็งทางใจ, วัยรุ่น ส่วนภาษาอังกฤษ ใช้คำสำคัญที่เกี่ยวกับ Resilience Enhancement intervention with application AND Adolescent, Teenage, intervention, Program โดยคัดเลือกรายงานวิจัยที่เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง จำนวน 5 เรื่อง วิจัยกึ่งทดลอง จำนวน 4 เรื่อง และการวิจัยแบบผสมผสาน จำนวน 1 เรื่อง และเป็นวิจัยฉบับภาษาไทยจำนวน 6 เรื่อง จากฐานข้อมูล Google Scholar และวิจัยที่เป็นภาษาอังกฤษจำนวน 4 เรื่อง จากฐานข้อมูล PubMed มาทำการทบทวนวรรณกรรม

กลุ่มตัวอย่าง

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งหมด 10 เรื่อง เกี่ยวกับรูปแบบการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันของวัยรุ่น พบว่า กลุ่มตัวอย่างจะเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา จำนวน 3 เรื่อง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีช่วงอายุระหว่าง 13 – 18 ปี และอายุมากกว่า 18 ปี เป็นนักศึกษามหาวิทยาลัย ซึ่งอาจจะครอบคลุมถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นอีกด้วย

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งหมด 10 เรื่อง เกี่ยวกับรูปแบบการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันของวัยรุ่น พบว่ามีการใช้แนวคิดของ Grotberg (1995) จำนวน 4 เรื่อง ซึ่ง Grotberg แบ่งความเข้มแข็งทางจิตใจเป็น 3 องค์ประกอบ ของการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจ และยังใช้แนวคิดแบบจำลองสุขภาพจิตของ Ryff and Singer (1996) จำนวน 1 เรื่อง เพื่อส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจและทักษะการเผชิญปัญหา และใช้แนวคิดเกี่ยวกับโปรแกรม Online ได้แก่ SilverCloud Health จำนวน 2 เรื่อง ซึ่งเป็นผู้ให้บริการเกี่ยวกับโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบออนไลน์ ที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีตามหลักการจิตวิทยาเชิงบวกและการเสริมสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจ และนอกจากนี้ยังมีแนวคิดที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การเสริมสร้างเสริมความเข้มแข็งของจิตใจทางพระพุทธศาสนา และแนวคิดการปรึกษาเชิงบูรณาการ

รูปแบบกิจกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งหมด 10 เรื่อง เกี่ยวกับรูปแบบการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันของวัยรุ่น พบว่าส่วนใหญ่เป็นการทำกิจกรรมแบบรายกลุ่ม จำนวน 6 เรื่อง



และในการทำกิจกรรมแบบรายบุคคลจำนวน 4 เรื่อง โดยส่วนใหญ่การทำกิจกรรมแบบรายบุคคลจะนิยมทำในรูปแบบออนไลน์

เครื่องมือที่ใช้

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งหมด 10 เรื่อง พบว่ามีเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ซึ่งเป็นโปรแกรมหรือกิจกรรมที่ช่วยในการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์เกี่ยวกับการสร้างความเข้มแข็งทางใจ ได้แก่ แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต จำนวน 3 เรื่อง แบบประเมิน Connor-Davidson Resilience Scale จำนวน 4 เรื่อง และแบบประเมิน Brief Resilience Scale จำนวน 2 เรื่อง นอกจากนี้ยังพบว่ามีเครื่องมืออื่น ๆ ที่ใช้ประเมินผลลัพธ์ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วยทางจิต จำนวน 1 เรื่อง แบบประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิต จำนวน 1 เรื่อง แบบประเมิน Perceived Stress Scale จำนวน 1 เรื่อง แบบประเมิน Ryff Scales of Psychological Well-Being จำนวน 1 เรื่อง แบบประเมิน Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) และแบบประเมิน Generalized Anxiety Disorder Questionnaire ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแนวคิดและกลุ่มตัวอย่างที่นำมาใช้ในการศึกษางานวิจัย



กลุ่มตัวอย่าง

- นักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ได้แก่ Nakwaree et al. (2015); Wises et al. (2014); Pannadharo et al. (2020)
- นักศึกษามหาวิทยาลัย ได้แก่ Palma-Gomez et al. (2020); Enrique et al. (2019); Enrique et al. (2020); Herrero et al. (2019); Chaiwong and Maneepun. (2020); Chayakul (2020); Rongpol et al. (2021)

รูปแบบกิจกรรม

- การทำกิจกรรมรายบุคคล ได้แก่ Enrique et al. (2019); Enrique et al. (2020); Herrero et al. (2019); Rongpol et al. (2021)
- การทำกิจกรรมรายกลุ่ม ได้แก่ Nakwaree et al. (2015); Wises et al. (2014); Chaiwong and Maneepun. (2020); Chayakul (2020); Pannadharo et al. (2020); Palma-Gomez et al. (2020)

สรุปประเด็นจากการ ทบทวนวรรณกรรม

แนวคิด/ทฤษฎี

1) แนวคิดเกี่ยวกับการสร้างความเข้มแข็งทางใจและความสามารถในการเผชิญปัญหาและฟื้นฟ้อุปสรรค ได้แก่

- Grotberg (1995) ได้แก่ Nakwaree et al. (2015); Wises et al. (2014); Chaiwong and Maneepun. (2020); Chayakul (2020)

- Carol Ryff (1989) ได้แก่ Herrero et al. (2019)

2) แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมรูปแบบ Online

- SilverCloud Health (2012) ได้แก่ Enrique et al. (2019); Enrique et al. (2020)

3) แนวคิดที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

- การเสริมสร้างความเข้มแข็งของจิตใจทางพระพุทธศาสนา ได้แก่ Pannadharo et al. (2020)

- การปรึกษาเชิงบูรณาการ ได้แก่ Rongpol et al. (2021)

เครื่องมือเกี่ยวกับการสร้างความเข้มแข็งทางใจ

- Connor-Davidson Resilience Scale ได้แก่ Enrique et al. (2019); Enrique et al. (2020); Herrero et al. (2019); Palma-Gomez et al. (2020)

- Brief Resilience Scale ได้แก่ Enrique et al. (2019); Enrique et al. (2020)

- แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต ได้แก่ Nakwaree et al. (2015); Wises et al. (2014); Chayakul (2020)

แผนภาพที่ 2 สรุปประเด็นจากการทบทวนวรรณกรรม



อภิปรายผล

จากการทบทวนวรรณกรรม ลักษณะทั่วไปของงานวิจัยที่นำเข้ามาทบทวนในครั้งนี้ มีจำนวน 10 เรื่อง เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง จำนวน 5 เรื่อง วิจัยกึ่งทดลอง จำนวน 4 เรื่อง และการวิจัยแบบผสมผสาน จำนวน 1 เรื่อง โดยอภิปรายผลได้ดังนี้

1. การศึกษาวิจัยจำนวน 3 ใน 10 เรื่องที่ศึกษาในนักเรียนมัธยมศึกษา ช่วงอายุระหว่าง 13-18 ปี เนื่องจากการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจควรจะเริ่มตั้งแต่ช่วงวัยรุ่นตอนต้น เพราะวัยรุ่นจะมีการพัฒนาการเจริญเติบโตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ Wises et al. (2014) ที่กล่าวว่า การใช้โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ เป็นแนวทางที่ช่วยให้จิตใจมีความเข้มแข็งมากขึ้น สามารถปรับตัวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตได้อย่างเหมาะสม และพบว่าส่วนใหญ่จะเป็นนักศึกษามหาวิทยาลัย อายุมากกว่า 18 ปี เป็นกลุ่มบุคคลที่อยู่ในช่วงการเปลี่ยนแปลงของชีวิตจากระดับชั้นมัธยมเข้าสู่ระดับมหาวิทยาลัย ซึ่งจะต้องมีการปรับตัวมาก เป็นผู้ที่มีความรับผิดชอบสูงขึ้น โดยอาจทำให้นักศึกษาเกิดความเครียดและไม่มีความสุขด้านการเรียน รวมทั้งการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของมหาวิทยาลัย ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา เช่น ความวิตกกังวล ความเครียด ภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของ Chaiwong & Maneepun (2020) ที่กล่าวว่า การเสริมสร้างความเข้มแข็งในชีวิต เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้บุคคลสามารถปรับตัวได้ดี มีความสามารถในการเผชิญปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ในชีวิตได้

2. งานวิจัยส่วนใหญ่พบว่าการนำแนวคิดการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจของ Grotberg (1995) มาใช้เป็นแนวคิดพื้นฐานในการศึกษาวิจัย ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบของการสร้างความเข้มแข็งทางใจ ได้แก่ ฉันเป็น (I am), ฉันมี (I have) และฉันสามารถ (I can) ซึ่งจากการเข้าร่วมกิจกรรมพบว่าสามารถทำให้วัยรุ่นมีความเข้มแข็งทางใจเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Nakwaree et al. (2015); Chayakul (2020) ที่กล่าวว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมทำให้วัยรุ่นมีความเข้มแข็งทางใจ เพิ่มขึ้น และมีพฤติกรรมการปรับตัวต่อความเครียดหรือสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ดีขึ้นตามเวลาที่ผ่านไป และสอดคล้องกับแนวคิดกรอทเบิร์ก กล่าวว่า ความเข้มแข็งทางใจเป็นทักษะการใช้สติในการจัดการแก้ไข ปัญหาอุปสรรคและเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และสอดคล้องกับการใช้แนวคิดของแบบจำลองสุขภาพจิตของ Ryff & Singer (1996) เพื่อส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจและทักษะการเผชิญปัญหาของบุคคล ทั้งนี้ยังมีการนำแนวคิดของ SilverCloud Health ซึ่งเป็นผู้ให้บริการเกี่ยวกับโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบออนไลน์ มาประยุกต์ใช้ร่วมกับแนวคิดการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจ ที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีตามหลักการจิตวิทยาเชิงบวกและการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ

3. รูปแบบการทำกิจกรรมมีทั้งการทำกิจกรรมรายบุคคลและรายกลุ่ม ซึ่งการออกแบบกิจกรรมรายกลุ่มจะเน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจและเพิ่ม



ทักษะความสามารถในการเผชิญปัญหา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Rongpol et al. (2021) กล่าวว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีความเข้มแข็งทางใจมากขึ้น สามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมมากขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม สามารถเพิ่มความสามารถในการเผชิญปัญหา และการบำบัดแบบรายบุคคล ส่วนใหญ่จะนิยมทำในรูปแบบออนไลน์ โดยทำให้กลุ่มตัวอย่างเข้าถึงการทำกิจกรรมได้ง่ายกว่า สามารถจัดสรรเวลาของตนเองที่จะเข้าร่วมกิจกรรมสะดวกกว่า ประหยัดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Enrique et al (2019); Enrique et al. (2020) ที่กล่าวว่า การเข้าร่วมกิจกรรมรูปแบบออนไลน์ เป็นการดำเนินกิจกรรมรายบุคคล ซึ่งเข้าใช้งานผ่านทางอินเทอร์เน็ตเพื่อส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจและความเป็นอยู่ที่ดีของนักศึกษาและสามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ตลอด 24 ชั่วโมง โดยกำหนดระยะเวลาสิ้นสุดในการ เข้าร่วมกิจกรรมที่แน่นอน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถจัดสรรเวลาของตนเองในการเข้าร่วมกิจกรรมในรูปแบบออนไลน์ได้สะดวกมากยิ่งขึ้น

4. การทำกิจกรรมที่ช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของวัยรุ่น ส่วนใหญ่จะมีเครื่องมือที่พัฒนาโดยนักวิจัย ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย และมีเครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ที่เป็นแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ ในรูปแบบต่าง ๆ ซึ่งขึ้นอยู่กับแนวคิดหรือรูปแบบในการดำเนินการจัดกิจกรรม นอกจากนี้ยังพบว่าเครื่องมือการประเมินอื่นร่วมด้วย ได้แก่ แบบประเมินความเครียด (Perceived Stress Scale), แบบประเมิน Ryff Scales of Psychological Well-Being , แบบประเมิน Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) และแบบประเมินความวิตกกังวล (Generalized Anxiety Disorder Questionnaire)

5. จุดแข็งของงานวิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นวิจัยกึ่งทดลอง มีกลุ่มตัวอย่างเหมาะสมและจำนวนเพียงพอต่อการศึกษาวิจัย นอกจากนี้พบว่าการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจที่พบในวัยรุ่นโดยรูปแบบการทำกิจกรรมผ่านแอปพลิเคชัน หรือแบบออนไลน์มีจำนวนน้อย โดยยุคปัจจุบันเด็กวัยรุ่น Generation Z จะเติบโตมาพร้อมกับเทคโนโลยีการสื่อสารมากขึ้น ซึ่งหากมีการพัฒนารูปแบบกิจกรรมร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันได้ ก็จะเป็นประโยชน์และมีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษามากขึ้น

สรุป

จากการทบทวนวรรณกรรม ลักษณะทั่วไปของงานวิจัยที่นำมาทบทวน มีจำนวน 10 เรื่อง เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง จำนวน 5 เรื่อง วิจัยกึ่งทดลอง จำนวน 4 เรื่อง และการวิจัยแบบผสมผสาน จำนวน 1 เรื่อง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับการสร้างความเข้มแข็งทางใจของวัยรุ่น และแสดงให้เห็นว่าหลังเข้าร่วมการศึกษาของงานวิจัย พบคะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วม



การศึกษาวิจัย ช่วยเพิ่มทักษะความสามารถในการเผชิญปัญหาและฟันฝ่าอุปสรรคที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของวัยรุ่น ดังนั้นหากมีการพัฒนาโปรแกรมควรมุ่งถึงความเหมาะสมของรูปแบบกิจกรรม กลุ่มตัวอย่าง และแนวคิดทฤษฎีที่มีความเกี่ยวข้อง สามารถช่วยให้โปรแกรมที่พัฒนาเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

พยาบาลวิชาชีพหรือผู้ที่มีความเกี่ยวข้องในการดูแลวัยรุ่นในสถานศึกษาสามารถนำไปใช้เป็นรูปแบบ/แนวทางในการสร้างความเข้มแข็งทางใจ หรือสามารถนำแนวทางที่มีอยู่แล้วมาบูรณาการกับการใช้เทคโนโลยีที่มีส่วนช่วยในการส่งเสริมให้วัยรุ่นสามารถเผชิญปัญหาและฟันฝ่าอุปสรรคในชีวิตได้อย่างเหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบเฉพาะเจาะจงที่ทำการกิจกรรมผ่านแอปพลิเคชัน หรือรูปแบบออนไลน์มากขึ้น อาจจะมีการนำเทคโนโลยีเข้ามามีส่วนร่วมในการออกแบบการดำเนินกิจกรรมที่มีความเหมาะสมกับวัยรุ่น และส่งผลให้วัยรุ่นเกิดการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อนำไปสู่เป้าหมายให้สามารถเผชิญปัญหาและฟันฝ่าอุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตได้อย่างเหมาะสม

รายการอ้างอิง (References)

- Bundasak, T., Nabkasorn, C., & Vatanasin, D. (2017). Factors predicting resilience in underprivileged adolescents. *Journal of psychiatric nursing and mental health*, 31(1), 13-28.
- Chaiwong, N., & Maneepun, N. (2020). The effects of the resilience enhancement program on adjustment of the first year nursing students in faculty of nursing at Buriram Rajabhat university. *Udonthani hospital medical journal*, 28(3), 315-325.
- Chayakul, K. (2020). Effect of resilience quotient enhancement program among nursing students of boromarajonani college of nursing, Nakhonratchasima. *The journal of boromarajonani college of nursing, Nakhonratchasima*, 24(2), 96-107.
- Department of mental health. (2019). *Resilience Quotient*. Retrieved November 20, 2021 from <https://www.dmh.go.th/covid19/pnews/files.pdf>.



- Enrique, A., Mooney, O., Salamanca-Sanabria, A., Lee, C.T., Farrell, S., & Richards, D. (2019). Assessing the efficacy and acceptability of an internet-delivered intervention for resilience among college students: A pilot randomised control trial protocol. *The application of information technology in mental and behavioural health*, 17(September 2019), 1-7.
- Enrique, A., Mooney, O., Salamanca-Sanabria, A., Lee, C.T., Farrell, S., & Richards, D. (2020). Assessing the efficacy and acceptability of a web-Based intervention for resilience among college students: pilot randomized controlled trial, *JMIR formative research*, 4(11), 1-17.
- Grotberg, E. H. (1995). *A guide for promoting resilience in children: Strengthening the human spirit*. (Early childhood development: Practice and Reflection No.8). The Hague, the Netherlands, the Bernard Van Leer Foundation.
- Grotberg, E. H. (2003). *Resilience for today: Gaining strength from adversities*. Connecticut: Praeger Publish.
- Herrero, R., Mira, A., Cormo, G., Etchemendy, E., Banos, R., Garcia-Palacios, A., ... Botella, C. (2019). An Internet based intervention for improving resilience and coping strategies in university students: Study protocol for a randomized controlled trial, *Internet Interventions* 16(March 2019), 43-51.
- Krejcie, R.V., & Morgan, D.W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. *Education and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610
- Laksap, J., & Duangsong, R. (2015). The effects of health education program with application LINE for teenage pregnancy prevention among mathayomsuksa 2 students, secondary school, Khon Kaen province, *Journal of health education*, 40(2), 51-63.
- Nakwaree, K., Nintachan, P., & Sangon, S. (2015). Effect of the resilience – enhancing program in junior high school students, *Journal of psychiatric nursing and mental health*, 29(2), 46-63.
- National Statistical Office. (2021). *The results of the mental health survey of people in Thailand*. Retrieved November 20, 2021 from http://www.nso.go.th/sites/2014/DocLib/2563/190864_11.pdf
- Nintachan, P., Thanoi, W., Sangon, S., Pattanamas, M., & Intharaksa, C. (2017). Factors predicting resilience in underprivileged adolescents. *Journal of psychiatric nursing and mental health*, 31(1), 13-28.



- Pannadharo, P.P., Amsumali, P.P., Kittipanno, P.S., Saengsai, P., Lanwong, A., Boonpiyo, C., & Prasri, S. (2020). Guidelines for creating a form of integrated mental strength in buddhist style of khon kaen wittayayon school students in the face of disappointment. *Journal of modern learning development*, 5(2), 97-116.
- Palma-Gomez, A., Herrero, R., Banos, R., Garcia-Palacios, A., Castaneiras, C., Lidia Fernandez, ... Botella, C. (2020). Efficacy of a self-applied online program to promote resilience and coping skills in university students in four Spanish-speaking countries: study protocol for a randomized controlled trial, *BMC Psychiatry*, 20(April 2020), 1-15.
- Phuipha, T., Bunthumporn, N., & Vuthiarpa, S. (2018). The effect of a life-Skill training program on the depressive symptom of senior high school students. *Journal of the royal thai army nurses*, 7(4), 104-118.
- Rongpol, M., Koolnaphadol, P., & Lngang, P. (2021). The enhancement of emotional resilience of undergraduate students whose families were affected by the unrest situation in the southern border provinces through integrative counseling model. *Research for community service journal*, 7(1), 34-53.
- Ryff, C.D., & Singer, B., (1996). Psychological well-being: meaning, measurement, and implications for psychotherapy research. *Psychother Psychosom.* 65, 14–23.
- Somton, S., Aungsuroch, Y., & Suktrakul, S. (2017). The effect of psycho-education combined with social media program on symptom severity of persons with bipolar disorder, *Journal of the royal thai army nurses*, 20(1), 252-260.
- The Joanna Briggs Institute. (2014). *Reviewers' Manual 2014 Edition Australia: Solito Fine Colour Printers*. Retrieved November 1, 2021 from <http://www.joannabriggs.org/assets/docs/reviewer-014.pdf>
- Wises, N., Pengsa-ium, V., & Sutawatnatcha, S. (2014). Effects of resilience program on stress and depression among junior high School students. *Journal of Nursing and Education*, 7(4), 104-118.
- Yuwakosol, S., & Chompukum, P. (2021). Opinion and media usage among generations in the digital age, College of social communication innovation, *Journal of Science and Technology*, 9(2), 10-25.



รูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท: การทบทวนวรรณกรรม อย่างเป็นระบบ

Aggressive Management Model in Schizophrenic Patients: A Systematic Review

บุคอรื มะมิง^{1*}, วินีกาญจน์ คงสุวรรณ¹

Bukhori Maming^{1*}, Vineekarn Kongsuwan¹

(Received: March 21, 2022; Revised: June 27, 2022; Accepted: July 26, 2022)

บทคัดย่อ

การทบทวนงานวรรณกรรมครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท โดยการวิเคราะห์และสังเคราะห์เกี่ยวกับแนวคิด รูปแบบ และผลลัพธ์การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว โดยการสืบค้นงานวิจัยจากฐานข้อมูล ได้แก่ CINAHL, PubMed, ProQuest, ThaiJO, TDC-ThaiLIS และ Google Scholar ระหว่างปี พ.ศ. 2555-2564 วิเคราะห์ข้อมูลของผลงานวิจัยโดยใช้การสรุปความและสังเคราะห์จัดลำดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ของ The Joanna Briggs Institute (2014) และได้คัดเลือกงานวิจัยทั้งหมด 10 เรื่อง ประกอบด้วยงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ งานวิจัยและพัฒนา งานวิจัยกึ่งทดลอง และงานวิจัยเชิงทดลอง ทำการวิเคราะห์และพบว่าแนวคิดที่ใช้เป็นกรอบในการสร้างรูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวมี 6 แนวคิดที่ใช้ในการบำบัด ได้แก่ 1) การจัดการความโกรธ 2) การจัดการตนเอง 3) สติบำบัด 4) การปรับความคิดและพฤติกรรม 5) การแสดงออกแบบบทบาทสมมติ และ 6) การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และพบมีแนวคิดที่เกี่ยวข้อง 5 แนวคิด ได้แก่ 1) สัมพันธภาพระหว่างบุคคล 2) กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา 3) การเสริมสร้างแรงจูงใจ 4) การเผชิญความเครียด และ 5) ความเข้มแข็งทางจิตใจ ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวพบการดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม ได้แก่ การรับรู้และตระหนักถึงความคิด ความรู้สึก และอารมณ์ของตนเองที่จะนำไปสู่พฤติกรรมก้าวร้าว การฝึกประยุกต์ใช้ทักษะการแสดงออกอย่างเหมาะสม ในชีวิตประจำวัน ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมส่วนใหญ่ครั้งละ 60-90 นาที ใช้ระยะเวลา 1-4 สัปดาห์

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่

¹ Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Hatyai Campus

*Corresponding Author: bukhyr@bcnyala.ac.th



ผลการใช้รูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวที่ลดลง มีการแสดงออกของอารมณ์หรือการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม และมีสุขภาวะที่เพิ่มขึ้น รูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวดังกล่าวสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการลดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทได้ดี

คำสำคัญ: พฤติกรรมก้าวร้าว ผู้ป่วยจิตเภท การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว รูปแบบการบำบัด การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

Abstract

The propose of this systematic review was to study Aggressive Management Model (AMM) in schizophrenic patients by analyzing and synthesizing of concepts, patterns, and outcomes that reduce aggressive behavior. Research articles were retrieved from the following database: CINAHL, PubMed, ProQuest, ThaiJO, TDC-ThaiLIS and Google Scholar from 2012-2021. The research data were analyzed using summaries of articles and synthesized by using the criteria of The Joanna Briggs Institute (2014). There were 10 selected articles (n=10) related to action research, research and development, quasi-experimental research, and experimental research. The results of analysis revealed that there were 6 concepts used as a framework for constructing AMM: 1) Anger Management 2) Self-management 3) Mindfulness Based Cognitive Therapy 4) Cognitive and Behavior Adjustment Therapy 5) Assertive Training: Role-Playing, and 6) Muscle relaxation. Moreover, there were others 5 related concepts included with 1) Peplau's Interpersonal Relations Theory 2) Psychoeducation Group 3) Motivational Enhancement 4) Stress Management, and 5) Mental Strength. The results of the study found that a pattern of AMM was the operation of group activity which were self-recognition and awareness, feelings, and emotions that lead to aggressive behavior, skills training for assertiveness, and application in daily life. The majority of program activities' duration was 60-90 minutes each time from 1-4 weeks. The outcomes of applying AMM were the aggressive behavior of patients has decreased, the emotional confrontation and expression was coped up more appropriately, and the happiness of life was increased. These models or programs can be utilized in clinics in order to reduce aggressive behavior in schizophrenic patients.

Keyword: Aggressive Behavior, Schizophrenic patients, Aggressive management, model, Systematic Review



บทนำ

พฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท เป็นปัญหาที่สำคัญและพบได้บ่อย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง สอดคล้องกับองค์การอนามัยโลกที่รายงานภาวะของโรคจิตเภทเป็นลำดับต้น (World Health Organization, 2019) โดยผู้ป่วยจิตเภทมีโอกาสก่อความรุนแรงถึงร้อยละ 87.8 (National Institute of Mental Health, 2019) และมีแนวโน้มของพฤติกรรมหรือการแสดงออกที่เป็นลักษณะของพฤติกรรมก้าวร้าวที่เพิ่มสูงขึ้นกว่าประชากรทั่วไป 2-10 เท่า ทั้งนี้ยังพบพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทต่อตนเอง เช่น การทำร้ายตนเอง ถึงร้อยละ 49 และพฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่น เช่น การทำร้ายร่างกายจนได้รับบาดเจ็บรุนแรง ร้อยละ 38 (Sheilagh, 2017) และร้อยละ 81.97 เป็นสาเหตุที่ญาตินำผู้ป่วยมารักษาในโรงพยาบาล (Singhakant, 2015) และเป็นสาเหตุหลักของการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล เพราะผู้ป่วยถูกกระตุ้นได้ง่ายกว่าผู้ที่ไม่เคยแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว (Lotrakul & Sukanich, 2015) ในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทยังเป็นกลุ่มผู้ป่วยทางจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence) ถึงร้อยละ 43.22 (Department of Public Health, 2020) ทั้งนี้ยังพบว่า มีความชุกของพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนร้อยละ 24.6 (Lalitanantpong, 2018) ขณะที่หอผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมก้าวร้าว ร้อยละ 42.5 แบ่งออกเป็นพฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด ร้อยละ 28.8 พฤติกรรมก้าวร้าวทางร่างกาย ได้แก่ ทำร้ายตนเอง ร้อยละ 26.9 ทำร้ายผู้อื่นร้อยละ 26 และทำลายสิ่งของ ร้อยละ 18.3 (Chaiprem, 2013)

พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเอง สัมพันธภาพภายในครอบครัว บุคคลในชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่อาจเกิดอันตรายและความหวาดกลัว ไม่ปลอดภัย และไม่ยอมรับให้ผู้ป่วยกลับมาอยู่กับครอบครัวและชุมชน เนื่องจากผู้ป่วยบางรายมีพฤติกรรมที่รุนแรง สะเทือนขวัญและเกิดความเสียหายต่อทรัพย์สิน ก่อให้เกิดความเสียหายทางเศรษฐกิจและสังคม (Fangkaew & Dangdomyouth, 2019; Singhakant, 2015; Sirintarakoon, Chaichumni, & Yimyuean, 2019) จึงถือว่าเป็นพฤติกรรมที่เป็นปัญหาสำคัญที่ควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและทันทั่วถึง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า รูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภทมีหลายวิธี ได้แก่ การบำบัดโดยการใช้อิทธิฤทธิ์บำบัด การบำบัดทางจิตสังคม เช่น การให้สุขภาพจิตศึกษา การให้การปรึกษาแก่ครอบครัว การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม การฝึกทักษะการจัดการกับความคิดและการเรียนรู้ ทักษะในการควบคุมความโกรธ อีกทั้งยังพบวิธีการจัดการความโกรธด้วยสติบำบัด และทักษะการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ซึ่งเป็นวิธีหนึ่งลดการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยที่มีอาการจิตได้ (Chamnan, Thugiaroenkul, & Skulphan, 2017; Kulon, Suravarangkul, & Mahanat, 2021; Kanthasaiour & Piboonarluk, 2020; Rabiab, Lueboonthavatchai, & Thato, 2013; Sirintarakoon et al., 2019) จะเห็นได้ว่าแนวทางการดูแลช่วยเหลือและการจัดการไม่ให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวเป็นสิ่ง



สำคัญ และส่วนใหญ่จะเป็นการดูแลหลังจากการเกิดเหตุการณ์ ผู้วิจัยจึงเห็นว่าการจัดการไม่ให้เกิดเหตุการณ์ก้าวร้าวขึ้น มีความสำคัญและสามารถที่จะดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง และสามารถลดอุบัติเหตุหรือความรุนแรงได้ ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าแนวทางการป้องกันและการจัดการเหตุการณ์ก้าวร้าวส่วนใหญ่เป็นการดูแลแบบเชิงรับในระยะหลังวิกฤตหรือการฝึกทักษะต่างๆ เช่น การจัดการความโกรธที่มุ่งเน้นเฉพาะกับการจัดการกระบวนการคิดและให้ความรู้การจัดการความโกรธ ซึ่งยังไม่มีมีการควบคุมหรือการกำกับตนเองจากภายใน จึงอาจทำให้ขาดการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพและไม่ครอบคลุมปัญหาที่พบในผู้ป่วยก้าวร้าวที่จะเสริมสร้างให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองและการแสดงออกของพฤติกรรมที่เหมาะสมหรือป้องกันไม่ให้เกิดความรุนแรงที่เพิ่มมากขึ้น

ปัจจุบันแม้มีการศึกษาจำนวนมากเกี่ยวกับแนวคิด รูปแบบการจัดการ และผลลัพธ์ที่สำคัญ แต่ยังขาดการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่จะสามารถนำองค์ความรู้จากรูปแบบการบำบัดที่มีอยู่แล้วมาบูรณาการในการจัดการเหตุการณ์ก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท อีกทั้งยังสามารถพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด จากความสำคัญของปัญหาเหตุการณ์ก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภทที่กำลังมาข้างหน้า ผู้จัดทำจึงมีความสนใจศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการเหตุการณ์ก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ได้แนวทางการจัดการเหตุการณ์ก้าวร้าวที่มีประสิทธิภาพสูงสุด สามารถลดอุบัติเหตุของพฤติกรรมที่จะเกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น ทรัพย์สินและชุมชน อีกทั้งยังทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และได้รับการยอมรับจากสังคมต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษา วิเคราะห์และสังเคราะห์รูปแบบการจัดการเหตุการณ์ก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท ภายใต้การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ใช้แนวคิดการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เป็นการศึกษาเพื่อวิเคราะห์ สังเคราะห์และสรุปเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการเหตุการณ์ก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท โดยอาศัยกระบวนการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบของ The Joanna Briggs Institute (2014) ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้ 1) การกำหนดหัวข้อ 2) การกำหนดวัตถุประสงค์และคำถามสำหรับการทบทวน 3) การกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย 4) การสืบค้นงานวิจัย 5) การประเมินคุณภาพงานวิจัย 6) การสกัดข้อมูล 7) การสังเคราะห์ข้อมูลจากผลการวิจัย และ 8) การนำเสนอผลการทบทวน



ประชากร

ประชากรสำหรับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ คือ งานวิจัยเชิงทดลอง (Experimental design) งานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) งานวิจัยและพัฒนา (Research and Development) และงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Operational study) ที่ศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท คัดเลือกงานวิจัยที่ตีพิมพ์ย้อนหลังใน 10 ปี คือ ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2555-2564 (ค.ศ. 2012-2021) เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษตามเกณฑ์ PICO ดังตารางที่ 1

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) จากงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยกระบวนการทบทวน 8 ขั้นตอน (The Joanna Briggs Institute, 2014) ดังนี้

1. การกำหนดหัวข้อสำหรับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
2. กำหนดวัตถุประสงค์และคำถามสำหรับการทบทวน เพื่อเป็นแนวทางและระบุจุดมุ่งหมายของการทบทวน
3. การกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย

เกณฑ์คัดเข้า/คัดออก

ประเภทของการวิจัยที่นำมาทบทวน เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง งานวิจัยกึ่งทดลอง งานวิจัยและพัฒนา และงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ ซึ่งเป็นงานวิจัยการทบทวนวรรณกรรมที่ศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภททั้งที่เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษที่รายงานไว้โดยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555-2564 หรือปี ค.ศ. 2012-2021 โดยเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัยตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ด้วยเครื่องมือ PICO ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การกำหนด PICO

P: (Population) = ผู้ป่วยจิตเภทก้าวร้าว	P: (Population)= ผู้ป่วยจิตเภท, โรคจิตเภท, Schizophrenic Patients, Schizophrenia
I: (Intervention) = รูปแบบหรือแนวทางการลดพฤติกรรมก้าวร้าว/รุนแรง	I: (Intervention) = โปรแกรมการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าว, การบำบัดพฤติกรรมก้าวร้าว, การลดพฤติกรรมก้าวร้าว, การจัดการพฤติกรรมรุนแรง, Aggressive program, Aggressive model, Aggressive treatment, Aggressive management
C (Comparison): การดูแลแบบปกติ	C: การดูแลตามปกติ, Standard care, treatment as



P: (Population) = ผู้ป่วยจิตเภทก้าวร้าว	P: (Population)= ผู้ป่วยจิตเภท, โรคจิตเภท, Schizophrenic Patients, Schizophrenia
	usual
O: (Outcome) = การลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท	O: การลดพฤติกรรมก้าวร้าว, Efficacy of program, Effectiveness

การคัดเลือกรงานวิจัยตามเกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) มีรายละเอียดดังนี้

- เป็นงานวิจัยภาษาอื่นที่ไม่ใช่ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ กลุ่มตัวอย่างไม่ใช่ผู้ป่วยจิตเภท และไม่ใช่รายงานวิจัยหรือบทความเข้าถึงเฉพาะบทความคัดย่อ

4. การสืบค้นงานวิจัย มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

4.1 กำหนดคำสำคัญ (Keywords) โดยใช้หลัก PICO แสดงถึงลักษณะประชากร วิธีการ จัดกระทำ และตัวแปรผลลัพธ์ของการศึกษา ทั้งนี้ใช้การปรับคำสำคัญตามผลการสืบค้นในแต่ละครั้ง เพื่อช่วยให้ประเด็นในการรวบรวมวรรณกรรมครอบคลุม เหมาะสม และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาได้ ดังนี้

- ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภท, Schizophrenic Patients, Schizophrenia
- รูปแบบการศึกษา ได้แก่ โปรแกรมการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าว, การบำบัดพฤติกรรมก้าวร้าว, การลดพฤติกรรมก้าวร้าว, การจัดการพฤติกรรมรุนแรง, Aggressive program, Aggressive management, Aggressive intervention, Aggressive treatment, Aggressive model
- บริบทที่ศึกษา ได้แก่ การลดพฤติกรรมก้าวร้าว

4.2 กำหนดแหล่งสืบค้นข้อมูลในประเทศไทย ได้แก่ ThaiJO, TDC-ThaiLIS, ระบบฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์, ห้องสมุดคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ ส่วนวรรณกรรมต่างประเทศสืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ CINAHL, PubMed, ProQuest และ Google Scholar

4.3 ทำการคัดเอกสารอ้างอิงของวรรณกรรมเพื่อคัดกรองงานวิจัยที่มีความซ้ำซ้อนออก และพิจารณาจากเกณฑ์การคัดเลือกรงานวิจัย เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของงานวิจัย

5. การประเมินคุณภาพงานวิจัย โดยวิธีการที่ใช้ในการประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้เกณฑ์ของ The Joanna Briggs Institute (2014) ซึ่งมีการจัดลำดับความน่าเชื่อถือของงานวิจัยเป็น 5 ระดับ

6. การรวบรวมและสกัดข้อมูล การสกัดข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยที่ศึกษาและใส่ลงในตารางสรุปงานวิจัยที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยผู้ศึกษา/ปี/ระดับวิจัย กลุ่มตัวอย่าง/วิธีการดำเนินวิจัย



ทฤษฎี/แนวคิด รูปแบบกิจกรรม/ระยะเวลา เครื่องมือ และผลการวิจัยจากงานวิจัยที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม

7. การวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล โดยการนำผลการวิจัยที่ศึกษามาใช้ในการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ และนำผลการวิเคราะห์งานวิจัยมาสังเคราะห์ จำนวน 10 เรื่อง

8. การนำเสนอผลการทบทวน หลังจากการวิเคราะห์ข้อมูล ทั้งในส่วนของระเบียบวิธีวิจัยและผลการวิจัย โดยการวิเคราะห์และสังเคราะห์เกี่ยวกับแนวคิด รูปแบบ และผลลัพธ์การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวที่ได้จากการสืบค้นงานวิจัย จำนวน 10 เรื่อง

ผลการวิจัย

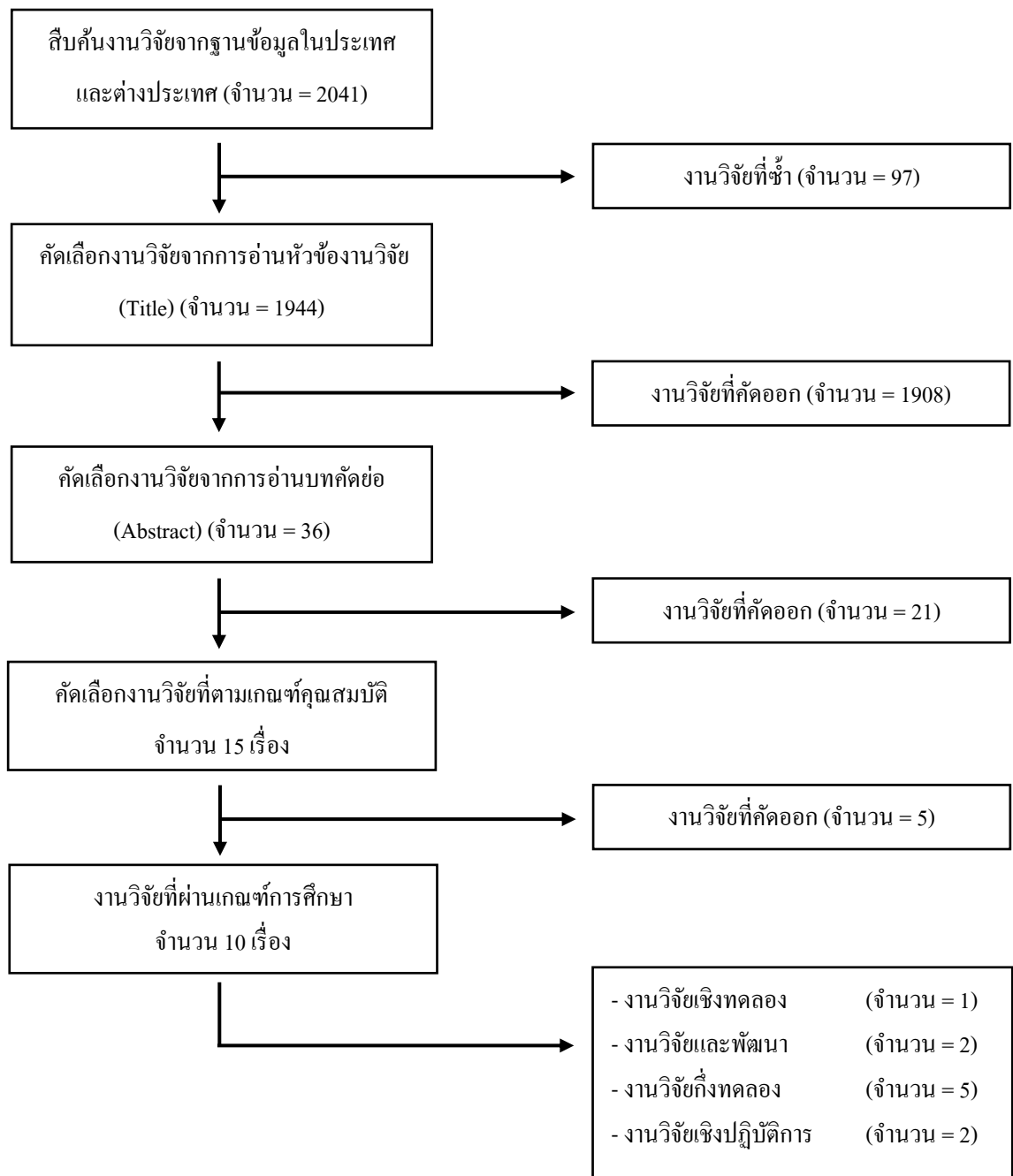
1. การสืบค้นพบบงานวิจัย

ผลจากการสืบค้นพบบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 10 เรื่อง จัดระดับความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ของ The Joanna Briggs Institute (2014) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การประเมินระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ (The Joanna Briggs Institute, 2014)

ระดับ	ลักษณะของหลักฐานเชิงประจักษ์	จำนวน (เรื่อง)
ระดับ 1	การวิจัยเชิงทดลอง การสังเคราะห์ความรู้เชิงซ้อนนอภิมานจากงานวิจัยแบบทดลองเชิงสุ่มทางคลินิก	1
ระดับ 2	การวิจัยกึ่งทดลอง การสังเคราะห์ความรู้เชิงซ้อนนอภิมานจากงานวิจัยกึ่งทดลอง การทดลองในกลุ่มเดียวกันแบบวัดผลก่อน-หลัง หรือการวิจัยแบบไม่ทดลองชนิดมีกลุ่มเปรียบเทียบ	7
ระดับ 3	การวิจัยโดยการสังเกตเชิงวิเคราะห์ การทบทวนอย่างเป็นระบบจากงานวิจัยเชิงวิเคราะห์ การวิจัยแบบไม่ทดลองชนิดมีกลุ่มควบคุม การวิจัยเชิงสังเกตที่ไม่มีกลุ่มควบคุม	2

การพิจารณาจากเกณฑ์การคัดเลือกรงานวิจัย เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของงานวิจัย เพื่อคัดกรองงานวิจัยที่มีความซ้ำซ้อนออก ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กระบวนการคัดเลือกรงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาทบทวนวรรณกรรม

ลักษณะของการศึกษาที่รวมอยู่ในการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

มีงานวิจัยจากการสืบค้นในฐานข้อมูลทั้งในประเทศและต่างประเทศ ได้แก่ CINAHL, PubMed, ProQuest, ThaiJO, TDC-ThaiLIS และ Google Scholar จำนวน 2041 เรื่อง และจำนวน 36 เรื่อง ที่ได้คัดเลือกรจากหัวข้องานวิจัยและบทคัดย่อ มีจำนวน 10 เรื่อง จาก 15 เรื่องงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์



การศึกษาตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด โดยพบว่า เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง จำนวน 1 เรื่อง งานวิจัยกึ่งทดลอง จำนวน 5 เรื่อง งานวิจัยและพัฒนา จำนวน 2 เรื่อง และงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ จำนวน 2 เรื่อง

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

แบบฟอร์มการสรุปและสังเคราะห์งานวิจัยที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น ประกอบด้วย ชื่อผู้ศึกษา ปีที่ศึกษาวิจัย ระดับความน่าเชื่อถือของงานวิจัย กลุ่มตัวอย่าง วิธีดำเนินการวิจัย ทฤษฎี/กรอบแนวคิด รูปแบบดำเนินการวิจัย เครื่องมือและผลการวิจัย



2. ผลจากการสกัดข้อมูลงานวิจัย

การทบทวนงานวิจัยพบรูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท ดังรายละเอียดในตารางที่ 3
 ตารางที่ 3 สกัดเนื้อหาจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ศึกษา/ปี/ระดับ วิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/วิธีดำเนินวิจัย	ทฤษฎี/ แนวคิด	รูปแบบกิจกรรม/ระยะเวลา	เครื่องมือ	ผลการวิจัย
Fangkaew and Dang- Domyouth, (2019) ระดับ 2.d (The Joanna Briggs Institute, 2014)	กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยจิตเภทชายที่มี พฤติกรรมก้าวร้าว อายุ ระหว่าง 20-59 ปี ที่มารับ การรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระศรีมหา โพธิ์ จำนวน 40 คน คัดเลือกโดยสุ่มกลุ่ม ตัวอย่างแบบเจาะจง วิธีดำเนินวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยเชิง ปริมาณแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental	แนวคิดการ จัดการความ โกรธของ Novaco (1975) ร่วมกับ แนวคิดการ บำบัดทาง ความคิดและ พฤติกรรม ของ Beck (1995)	รูปแบบกิจกรรม พยาบาลเป็นผู้ดำเนินกิจกรรม เป็นกิจกรรมกลุ่มๆ ละ 10 คน ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน จำนวน 8 กิจกรรม ดังนี้ - ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมความคิด ได้แก่ 1) การสร้าง สัมพันธภาพ 2) การรับรู้สัญญาณเตือนความโกรธ - ขั้นตอนที่ 2 ขั้นการปรับความคิดร่วมกับการ ฝึกซ้อมทักษะ ได้แก่ 3) การปรับความคิดร่วมกับ การฝึกทักษะการหายใจ 4) การปรับความคิด ร่วมกับฝึกทักษะการผ่อนคลายจากกายสู่ใจ 5) การปรับความคิดร่วมกับการฝึกทักษะการ จินตนาการ 6) การปรับความคิดร่วมกับการฝึกทักษะการพูด	- เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการความ โกรธที่เน้นการปรับความคิด - เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บ รวบรวมข้อมูล คือ แบบ ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของ Yudofsky, Silver, and Jackson (1986) - เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับ การทดลอง คือ แบบวัดความ โกรธของ Spielberger (1996) - เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือก กลุ่มตัวอย่าง คือ	- ผู้ป่วยจิตเภทที่ ได้รับการจัดการ ความ โกรธ มี พฤ ติ ก ร ร ม กั ว ร ้า ว ห ลั ง ทดลองลดลงกว่า ก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < .05$) - ผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มที่ได้รับการ จั ด ก า ร ค วาม โ ก ร ธ ด้วย การ



ผู้ศึกษา/ปี/ระดับ วิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/วิธีดำเนินวิจัย	ทฤษฎี/ แนวคิด	รูปแบบกิจกรรม/ระยะเวลา	เครื่องมือ	ผลการวิจัย
	design) ศึกษาแบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง - กลุ่มทดลอง 20 คน - กลุ่มควบคุม 20 คน		- ขั้นตอนที่ 3 ขั้นการนำมาประยุกต์ใช้ได้แก่ 7) การนำมาประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ในชีวิตประจำวัน 8) การป้องกันไม่ให้เกิดความโกรธและสรุปเนื้อหาทั้งหมด ระยะเวลา - ครั้งละ 90 นาที สัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง ใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ - เก็บข้อมูลทั้งหมด 2 ครั้ง คือ ก่อนและหลังทดลอง	1. แบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) 2. แบบประเมินสมรรถภาพทางสมอง (MMSE-THAI)	ปรับความคิดมี พ ฤ ตี ก ร ร ม ก้าวร้าวลดลงกว่า กลุ่มที่ได้รับการ พยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < .05$)
Kanaree, Tungpun- kom, and Sethabou- pha (2021) ระดับ 2.d (The Joanna	กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยจิตเภทชายที่มี พฤติกรรมก้าวร้าว มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มาับการรักษาที่ แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาล สวนปรุง จำนวน 18 คน คัดเลือกโดยสุ่มกลุ่ม	แนวคิดการ จัดการความ โกรธของ Novaco (1975)	รูปแบบกิจกรรม พยาบาลเป็นผู้ดำเนินกิจกรรม เป็นกิจกรรมกลุ่มๆ ละ 9 คน ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน จำนวน 5 กิจกรรม ดังนี้ - ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมความคิด 1) การรู้จักพฤติกรรมก้าวร้าว 2) ผลกระทบของพฤติกรรมก้าวร้าวและรับรู้	- เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการกับ ความโกรธ - เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บ รวบรวมข้อมูล คือ แบบสังเกต พฤติกรรมก้าวร้าวของ Dit-ung (2000)	- ผู้ป่วยจิตเภท ห ลั ง ไ้ ด้ ร ับ โ ป ร แ ก ร ม มี ค ะ แ น น เ ฉี ย พ ฤ ตี ก ร ร ม ก้าวร้าวลดลงกว่า ก่ อ น ไ้ ด้ ร ับ



ผู้ศึกษา/ระดับ วิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/วิธีดำเนินวิจัย	ทฤษฎี/ แนวคิด	รูปแบบกิจกรรม/ระยะเวลา	เครื่องมือ	ผลการวิจัย
Briggs Institute, 2014)	ตัวอย่างแบบเจาะจง วิธีดำเนินวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยเชิง ปริมาณแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) ศึกษาแบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง - กลุ่มทดลอง 9 คน - กลุ่มควบคุม 9 คน	สัญญาณเตือนทางร่างกาย - ขั้นตอนที่ 2 ขั้นฝึกทักษะ 3) การฝึกการป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว 4) การฝึกการพูดแสดงความรู้สึกและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ - ขั้นตอนที่ 3 ขั้นการประยุกต์ใช้ 5) การใช้บทบาทสมมติไปประยุกต์ใช้กับ เหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน ระยะเวลา - ครั้งละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ระยะเวลา 3 สัปดาห์ - เก็บข้อมูลทั้งหมด 2 ครั้ง คือ 1 สัปดาห์ก่อน ทดลอง และหลังสิ้นสุดโปรแกรม 1 สัปดาห์	สัญญาณเตือนทางร่างกาย - ขั้นตอนที่ 2 ขั้นฝึกทักษะ 3) การฝึกการป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว 4) การฝึกการพูดแสดงความรู้สึกและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ - ขั้นตอนที่ 3 ขั้นการประยุกต์ใช้ 5) การใช้บทบาทสมมติไปประยุกต์ใช้กับ เหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน ระยะเวลา - ครั้งละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ระยะเวลา 3 สัปดาห์ - เก็บข้อมูลทั้งหมด 2 ครั้ง คือ 1 สัปดาห์ก่อน ทดลอง และหลังสิ้นสุดโปรแกรม 1 สัปดาห์	- เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือก กลุ่มตัวอย่าง คือ 1. แบบสังเกตพฤติกรรม ก้าวร้าวของ Dit-ung (2000) 2. แบบประเมินอาการทางจิต ผู้ป่วยโรคจิตเภท (PANSS-T) ฉบับภาษาไทย ของ Nilchaikovit, Ueanong, Kessawai, and Thomyangkoon (2000) 3. แบบประเมินพุทธิปัญญา (MoCA) ของ Hemrungronj (2007)	โปรแกรมอย่างมี นัยสำคัญทาง สถิติ ($Z = -2.719$, $p < .01$) - ผู้ป่วยจิตเภทที่ ได้รับโปรแกรมมี คะแนนเฉลี่ย พฤติกรรม ก้าวร้าวหลังการ ทดลองลดลงกว่า กลุ่มควบคุมอย่าง มีนัยสำคัญทาง สถิติ ($Z = -3.289$, $p < .01$)



ผู้ศึกษา/ปี/ระดับ วิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/วิธีดำเนินวิจัย	ทฤษฎี/ แนวคิด	รูปแบบกิจกรรม/ระยะเวลา	เครื่องมือ	ผลการวิจัย
Kulon et al. (2021) ระดับ 2.d (The Joanna Briggs Institute, 2014)	กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยจิตเภทชายที่มี พฤติกรรมรุนแรงที่เกิดจาก การควบคุมตนเองไม่ได้ อายุ 20-59 ปี ที่มารับการ รักษาในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชชนครินทร์ จำนวน 48 คน วิธีดำเนินวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยเชิง ปริมาณแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) ศึกษาแบบสองกลุ่ม วัดซ้ำ - กลุ่มทดลอง 24 คน	แนวคิด สุขภาพจิต ศึกษาของ Anderson et al. (1980) ร่วมกับ แนวคิดการ เสริมสร้าง แรงจูงใจของ Miller and Rollnick (2002) แนวคิดการ เผชิญ ความเครียด ของ Lazarus	รูปแบบกิจกรรม พยาบาลเป็นผู้ดำเนินกิจกรรม เป็นกิจกรรมกลุ่ม จำนวน 6 กิจกรรม ดังนี้ 1) รู้จักฉันเธอ และพฤติกรรมรุนแรงนั้นสำคัญ อย่างไร 2) การทำความเข้าใจกับโรคจิตเภท 3) ผู้พิชิตโรคจิตเภท 4) การเลิกสูรา ยาเสพติด ชีวิตมีสุข 5) การผ่อนคลายง่ายนิดเดียว 6) ความสามารถที่ฉันมีและการช่วยเหลือทาง สังคม ระยะเวลา - ครั้งละ 60 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง (ทุกวันจันทร์ พุธ ศุกร์) วันละ 2 กิจกรรม (เช้า บ่าย) ใช้ระยะเวลา 1 สัปดาห์ - เก็บข้อมูลทั้งหมด 3 ครั้ง คือ ก่อนทดลอง หลัง	- เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการปรับตัวของ บุคคลในภาวะเสี่ยง - เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บ รวบรวมข้อมูล คือ แบบ ประเมินการจัดการพฤติกรรม รุนแรงของ Kongsut, Chaisri, and Teangtum (2013) - เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือก กลุ่มตัวอย่าง คือ 1. แบบประเมินอาการทางจิต ของผู้ป่วยจิตเภท ฉบับพระศรี มหาโพธิ์ 2. แบบทดสอบสภาพสมอง ของไทย (TMSE) 3. แบบประเมินพฤติกรรม	- ผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มทดลองมีการ จัดการพฤติกรรม รุนแรงหลัง ทดลองและระยะ ติดตามผลสูงกว่า ก่อนได้รับ โปรแกรมอย่างมี นัยสำคัญทาง สถิติ ($p < .05$) - ผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มทดลองมีการ จัดการพฤติกรรม รุนแรงก่อน หลัง ทดลอง และ ระยะติดตามผล



ผู้ศึกษา/ปี/ระดับ วิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/วิธีดำเนินวิจัย	ทฤษฎี/ แนวคิด	รูปแบบกิจกรรม/ระยะเวลา	เครื่องมือ	ผลการวิจัย
	- กลุ่มควบคุม 24 คน	and Folkman (1984) และ แนวคิด Resilience Quotient ของ Grotberg (1995)	ทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน	ก๊าวร้าวของ Yudofsky et al. (1986)	สูง กว่า กลุ่ม ควบคุมอย่างมี นัยสำคัญทาง สถิติ ($p < .05$)
Rabiab et al. (2013) ระดับ 2.d (The Joanna Briggs Institute, 2014)	กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยจิตเภท มีปัญหา พฤติกรรมก๊าวร้าววัยผู้ใหญ่ อายุ 20-59 ปี ทั้งเพศชาย และเพศหญิง ที่มารับการ รักษาในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 40 คน คัดเลือกโดย สุ่มกลุ่มตัวอย่างตามความ	แนวคิดการ จัดการความ โกรธของ Novaco (1975) ร่วมกับ แนวคิดการ ฝึกการผ่อนคลาย	รูปแบบกิจกรรม พยาบาลเป็นผู้ดำเนินกิจกรรม เป็นกิจกรรมกลุ่มๆ ละ 10 คน ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน จำนวน 6 กิจกรรม ดังนี้ - ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมความคิด ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพ และค้นหาสาเหตุของ พฤติกรรมก๊าวร้าว 2) การวิเคราะห์การเกิดพฤติกรรมก๊าวร้าว - ขั้นตอนที่ 2 ขั้นการฝึกทักษะ	- เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการฝึกการผ่อนคลาย กลายกล่อมเนื้อร่วมกับการ ควบคุมความโกรธ - เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บ รวบรวมข้อมูล คือ แบบ ประเมินพฤติกรรมก๊าวร้าวของ Yudofsky et al. (1986) - เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับ	- พฤติกรรม ก๊าวร้าวของกลุ่ม ที่ 1 ได้รับ โปรแกรมหลัง การทดลองมีค่า คะแนนลดลงกว่า ก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < .05$)



ผู้ศึกษา/ระดับ วิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/วิธีดำเนินวิจัย	ทฤษฎี/ แนวคิด	รูปแบบกิจกรรม/ระยะเวลา	เครื่องมือ	ผลการวิจัย
	สะดวก วิธีดำเนินวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยเชิง ปริมาณแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) ศึกษาแบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง - กลุ่มทดลอง 20 คน - กลุ่มควบคุม 20 คน	กล้ามเนื้อของ Jacobson (1962)	3) การฝึกทักษะด้วยวิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ 4) การฝึกทักษะด้วยวิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ร่วมกับการควบคุมความโกรธจากเหตุการณ์ใน อดีต - ขั้นตอนที่ 3 ขั้นการประยุกต์ใช้ 5) การนำทักษะมาใช้โดยแสดงบทบาทสมมติ 6) การนำทักษะการผ่อนคลายกล้ามเนื้อร่วมกับการ ควบคุมความโกรธมาประยุกต์ใช้ ระยะเวลา ครั้งละ 60 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ระยะเวลา 4 สัปดาห์ - เก็บข้อมูลทั้งหมด 2 ครั้ง คือ ก่อนและหลังทดลอง	การทดลอง คือ 1.แบบวัดความโกรธของ Spielberger (1996) 2.แบบประเมินการผ่อนคลาย กล้ามเนื้อของ Rabiab et al. (2013)	- พฤติกรรม ก้าวร้าวของกลุ่ม ที่ 1 คือ รับ โปรแกรมหลัง การทดลองมีค่า คะแนนลดลงกว่า กลุ่มที่ได้รับการ พยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < .05$)
Kanthasaibour and Piboonarluk (2020) ระดับ 2.d (The Joanna	กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรม รุนแรง อายุระหว่าง 14-60 ปี ที่มารับการรักษาที่แผนก ผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวช	แนวคิดการ จัดการตนเอง ของ Ryan and Sawin (2009)	รูปแบบกิจกรรม พยาบาลเป็นผู้ดำเนินกิจกรรม เป็นกิจกรรมกลุ่ม ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดังนี้ 1) การค้นหาสาเหตุของพฤติกรรมรุนแรง 2) โรคจิตเภทกับพฤติกรรมรุนแรง	- เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการ พฤติกรรมรุนแรงด้วยตนเอง - เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บ ข้อมูล คือ	- พฤติกรรม รุนแรงของผู้ป่วย จิตเภทหลังการ ทดลอง 2 สัปดาห์ และ 4



ผู้ศึกษา/ระดับ วิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/วิธีดำเนินการวิจัย	ทฤษฎี/ แนวคิด	รูปแบบกิจกรรม/ระยะเวลา	เครื่องมือ	ผลการวิจัย
Briggs Institute, 2014)	ศาสตร์สมเด็จพระเจ้า จำนวน 40 คน คัดเลือกโดย สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง วิธีดำเนินการวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็น การศึกษาแบบวิจัยและ พัฒนา (Research & Development) - กลุ่มทดลอง 20 คน - กลุ่มควบคุม 20 คน	ประยุกต์กับ แนวคิด ทางการ พยาบาล ได้แก่ ทฤษฎี สัมพันธภาพ ระหว่าง บุคคลของ Peplau (1991) กลุ่ม สุขภาพจิต ศึกษาของ Brown (2015) และกลุ่ม บำบัดของ Yalom (1991)	3) การจัดการอาการทางจิตกับการลดพฤติกรรม รุนแรง 4) การควบคุมตนเองจากพฤติกรรมรุนแรง 5) การเผชิญปัญหาการควบคุมตนเองจาก พฤติกรรมรุนแรง 6) การประเมินการควบคุมตนเองจากพฤติกรรม รุนแรง ระยะเวลา ครั้งละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 4 ครั้ง ระยะเวลา 2 สัปดาห์ - เก็บข้อมูลทั้งหมด 3 ครั้ง คือ ก่อนทดลอง หลัง ทดลอง 2 สัปดาห์ และหลังทดลอง 4 สัปดาห์	1. แบบประเมินระดับความ รุนแรงพระศรีฯ (PVSS) - เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือก กลุ่มตัวอย่าง คือ 1. แบบประเมินระดับอาการ ทางจิต (BPRS) 2. แบบประเมินระดับความ รุนแรงพระศรีฯ (PVSS)	สัปดาห์ ของกลุ่ม ทดลองลดลงกว่า ก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < .05$) - พฤติกรรม รุนแรงของผู้ป่วย จิตเภทหลังการ ทดลอง 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ ของกลุ่ม ทดลองลดลงกว่า กลุ่มควบคุมอย่าง มีนัยสำคัญทาง สถิติ ($p < .05$)



ผู้ศึกษา/ปี/ระดับ วิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/วิธีดำเนินการวิจัย	ทฤษฎี/ แนวคิด	รูปแบบกิจกรรม/ระยะเวลา	เครื่องมือ	ผลการวิจัย
Sirintarangkoon et al. (2019) ระดับ 2.d (The Joanna Briggs Institute, 2014)	กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรม รุนแรง อายุ 20-59 ปี ที่มา รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วย ใน โรงพยาบาลสวนสราญ รมย์ จำนวน 60 คน คัดเลือกโดยผู้ วิจัยและพัฒนา (Research & Development) - กลุ่มทดลอง 30 คน - กลุ่มควบคุม 30 คน	แนวคิดสติ บำบัด (MBCT) ของ Segal Williams and Teasdale (2002) ร่วมกับการ ปรับความคิด และ พฤติกรรม ของ Beck (1995) และ แนวคิดการ จัดการความ	รูปแบบกิจกรรม พยาบาลเป็นผู้จัดกิจกรรม เป็นกิจกรรมกลุ่มๆ ละ 9- 12 คน ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ดังนี้ - ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมความคิด 1) การจัดการความวุ่นวายใจ 2) เส้นทางความโกรธ - ขั้นตอนที่ 2 ขั้นการฝึกทักษะ 3) รู้จักสมาธิ 4) สติกับการดำเนินชีวิต - ขั้นตอนที่ 3 ขั้นการประยุกต์ใช้ในสถานการณ์อื่น 5) การคิดเชิงบวก 6) สัมพันธภาพกับคนใกล้ชิด 7) การสื่อสารด้วยสติ 8) รักตนเอง รักผู้อื่น ระยะเวลา ครั้งละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง	- เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการความ โกรธด้วยสติบำบัด - เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บ รวบรวมข้อมูล คือ 1. แบบประเมินการแสดงความ โกรธของ Wongsuvan (1999) 2. แบบวัดสุขภาวะตาม แนวคิดของ Phoolcharoen (2001)	- กลุ่มทดลอง และ ควบคุมมี ค่าเฉลี่ยการแสดงความ โกรธ แตกต่างกันอย่าง มีนัยสำคัญทาง สถิติ ($F = 744.10, p < .01$) และค่าเฉลี่ยที่ ลดลงหลังการ ทดลอง และเมื่อ สิ้นสุดการ ติดตาม ($F = 33.47, p < .01$) - กลุ่มทดลอง



ผู้ศึกษา/ระดับ วิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/วิธีดำเนินวิจัย	ทฤษฎี/ แนวคิด	รูปแบบกิจกรรม/ระยะเวลา	เครื่องมือ	ผลการวิจัย
		โกรธของ Novaco (1975)	(วันเว้นวัน) - ระยะเวลารวม 3 สัปดาห์ - เก็บข้อมูลทั้งหมด 3 ครั้ง คือ ก่อนทดลอง หลัง ทดลอง 1 เดือน และสิ้นสุดการติดตามผล 3 เดือน		และควบคุมมี ค่าเฉลี่ยสุขภาวะ แตกต่างกันอย่าง มีนัยสำคัญทาง สถิติ ($F = 5557.49, p < .01$) และค่าเฉลี่ยที่ เพิ่มขึ้นหลังการ ทดลอง และเมื่อ สิ้นสุดการ ติดตาม ($F = 11.56, p < .01$)
Chamnan et al. (2017) ระดับ 3.e (The Joanna	กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรม ก้าวร้าวจากการจัดการกับ ความโกรธไม่เหมาะสมที่มี	แนวความคิด จัดการความ โกรธของ Novaco	รูปแบบกิจกรรม พยาบาลเป็นผู้ดำเนินกิจกรรม เป็นกิจกรรมกลุ่ม ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้ - ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมความคิด โดยการสอนให้	- เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการความ โกรธของ Dit-ung (2000) - เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บ	- ผู้ป่วยจิตเภทที่ เข้าร่วมการศึกษา ร้อยละ 100 ไม่ เกิดพฤติกรรม



ผู้ศึกษา/ระดับ วิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/วิธีดำเนินวิจัย	ทฤษฎี/ แนวคิด	รูปแบบกิจกรรม/ระยะเวลา	เครื่องมือ	ผลการวิจัย
Briggs Institute, 2014)	อายุ 18-59 ปี ที่มารับการ รักษาในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จำนวน 14 คน คัดเลือกโดย สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง และพยาบาลวิชาชีพจำนวน 4 คน วิธีดำเนินการวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยเชิง ปฏิบัติการ (Operational study)	(1975)	รู้จักกับความคิด ความโกรธ และการรับรู้อารมณ์ ของตน - ขั้นตอนที่ 2 ขั้นการฝึกทักษะในการป้องกันการ เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ได้แก่ ฝึกการหายใจ การนับ ในใจ การออกจากสถานการณ์ และการพูดถึง ความรู้สึกของตัวเอง - ขั้นตอนที่ 3 ขั้นการประยุกต์ใช้ในสถานการณ์อื่น ระยะเวลา ครั้งละ 60-90 นาที ต่อเนื่องกันทุกวัน จนครบการบำบัดจำนวน 5 วันภายใน 1 สัปดาห์ - เก็บข้อมูลทั้งหมด 2 ครั้ง คือ 1 สัปดาห์ก่อน ทดลอง และหลังสิ้นสุดโปรแกรม 1 สัปดาห์	รวบรวมข้อมูล คือ 1. แบบสังเกตพฤติกรรม ก้าวร้าวของ Dit-ung (2000) 2. แบบสำรวจความคิดเห็น ของทีมพยาบาลต่อการ ใช้โปรแกรมของ Jansiri (2010) - เครื่องมือที่ใช้คัดกลุ่มตัวอย่าง คือ แบบประเมินอาการทางจิต ผู้ป่วยจิตเภทฉบับภาษาไทย (PANSS-T) ของ Nilchaikovit et al. (2000)	ก้าวร้าว ภายหลัง ได้รับโปรแกรม - ข้อมูลความ คิดเห็นของทีม พยาบาลต่อการ ใช้โปรแกรมการ จัดการความ โกรธสำหรับ ผู้ป่วยจิตเภท พบว่าร้อยละ 100 เห็นด้วยว่า สามารถลด พฤติกรรม ก้าวร้าวได้
Akaruan, Tungpun-	กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรม	แนวคิดการ จัดการความ	รูปแบบกิจกรรม พยาบาลเป็นผู้ดำเนินกิจกรรม เป็นกิจกรรมกลุ่ม	- เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการความ	- ผู้ป่วยจิตเภทที่ เข้าร่วมการศึกษา



ผู้ศึกษา/ระดับ วิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/วิธีดำเนินวิจัย	ทฤษฎี/ แนวคิด	รูปแบบกิจกรรม/ระยะเวลา	เครื่องมือ	ผลการวิจัย
kom, and Skulphan (2017) ระดับ 3.e (The Joanna Briggs Institute, 2014)	ก๊วร้ายที่ติดบุหรี ที่มารับ การรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสวนปรุง จำนวน 30 คน และพยาบาล วิชาชีพจำนวน 6 คน วิธีดำเนินการวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยเชิง ปฏิบัติการ (Operational study)	โ ก ร ธ ข อ ง Novaco (1975)	ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน จำนวน 5 กิจกรรม ดังนี้ - ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมความคิด 1) การรู้จักพฤติกรรมก๊วร้าย 2) ผลกระทบของพฤติกรรมก๊วร้ายและรับรู้ สัญญาณเตือนทางร่างกาย - ขั้นตอนที่ 2 ขั้นการฝึกซ้อมทักษะ 3) การฝึกการป้องกันการเกิดพฤติกรรมก๊วร้าย 4) การฝึกทักษะการพูดแสดงความรู้สึกและการ ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ - ขั้นตอนที่ 3 ขั้นการประยุกต์ใช้ 5) การใช้บทบาทสมมติไปประยุกต์ใช้กับ เหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน ระยะเวลา ครั้งละ 60-90 นาที - เก็บข้อมูลทั้งหมด 2 ครั้ง คือ 1 สัปดาห์ก่อน ทดลอง และหลังสิ้นสุดโปรแกรม 1 สัปดาห์	โกรธของ Dit-ung (2000) - เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บ รวบรวมข้อมูล คือ 1. แบบสังเกตพฤติกรรม ก๊วร้ายของ Dit-ung (2000) 2. แบบวัดระดับการคิด นิโคติน 3. แบบประเมินความคิดเห็น ของบุคลากรทางการพยาบาล ต่อการใช้โปรแกรม - เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือก กลุ่มตัวอย่าง คือ แบบประเมิน อาการทางจิตผู้ป่วยโรคจิตเภท (PANSS-T) ของ Nilchaikovit et al. (2000)	ร้อยละ 100 ไม่ เกิดพฤติกรรม ก๊วร้าย ตลอด 1 สัปดาห์ภายหลัง ได้รับโปรแกรม - ข้อมูล ความ คิดเห็นของทีม พยาบาลต่อการ ใช้โปรแกรมการ จัดการ ความ โกรธ สำหรับ ผู้ป่วยจิต เภท พบว่าร้อยละ 100 เห็น ด้วย ว่า สามารถ ลด พ ฤ ติ ก ร ร ม



ผู้ศึกษา/ปี/ระดับ วิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/วิธีดำเนินวิจัย	ทฤษฎี/ แนวคิด	รูปแบบกิจกรรม/ระยะเวลา	เครื่องมือ	ผลการวิจัย
					ก้าวร้าวได้
Mei and Wen (2021) ระดับ 1.c (The Joanna Briggs Institute, 2014)	กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุ 20-59 ปี ที่เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ซ้ำใน 1 ปีที่มารับบริการที่ ศูนย์สุขภาพจิตในไต้หวัน (Psychiatric Center in Taiwan) ทั้งเพศชายและ เพศหญิง จำนวน 60 คน วิธีดำเนินการวิจัย การศึกษานี้เป็น การศึกษาเชิงทดลอง (Randomized Controlled Trial) - กลุ่มทดลอง 30 คน - กลุ่มควบคุม 30 คน	การ ประยุกต์ใช้ แนวคิด Cognitive Based Violence Intervention Program (ICB-VIP) ใน การจัดการ พฤติกรรม รุนแรง	รูปแบบกิจกรรม - พยาบาลเป็นผู้ดำเนินกิจกรรม เป็นกิจกรรมกลุ่ม - กิจกรรมของ ICB-VIP จะเกี่ยวกับการรับรู้และ การรู้คิดทางปัญญา ความเข้าใจทางสังคม รวมถึง การควบคุมอารมณ์ที่เหมาะสม โดยมีการประยุกต์ กิจกรรมจากโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทาง ปัญญา เช่น Neuropsychological Educational Approach to Remediation (NEAR) การฝึกทักษะ การคิดและบูรณาการกับจิตบำบัด (Cognitive remediation therapy, CRT) การฝึกทักษะพัฒนา ศักยภาพของสมอง (Compensatory Cognitive Training manual) เป็นต้น รูปแบบกิจกรรม จะเริ่มต้นด้วยการสร้าง สัมพันธภาพ ช่วงดำเนินกิจกรรม และการสิ้นสุด กิจกรรมด้วยการอภิปราย ประกอบด้วย 4 ส่วน	- เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการฟื้นฟู สมรรถภาพทางปัญญา - เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บ รวบรวมข้อมูล คือ 1. แบบประเมิน Aggression Frequency (Modified Overt Aggression Scale, MOAS) 2. แบบประเมินภาวะด้านชา ต่อความรู้สึก (Toronto Alexithymia Scale-20, TAS- 20) 3. แบบวัดการแสดงออก ความโกรธ (AQ) 4. แบบวัดความหุนหันพลัน	- ผู้ป่วยมี พฤติกรรมความ หุนหันพลันแล่น ภาวะด้านชาต่อ ความรู้สึก การ แสดงออกความ โกรธ และความ ก้าวร้าว ที่ลดลง กว่าก่อนได้รับ โปรแกรมอย่างมี นัยสำคัญทาง สถิติ ($p < .05$) - ผู้ป่วยสามารถ ควบคุมอารมณ์ และมีทักษะการ



ผู้ศึกษา/ระดับ วิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/วิธีดำเนินวิจัย	ทฤษฎี/ แนวคิด	รูปแบบกิจกรรม/ระยะเวลา	เครื่องมือ	ผลการวิจัย
			1. กิจกรรมที่ส่งเสริมความสามารถทางประสาท จิตวิทยา เช่น การประมวลผล การควบคุมการรับรู้ จากสถานการณ์ที่ถูกระตุ้น	แผ่นของ Buss-Perry 5. Reasoning and Thinking Styles (REI)	ดั ด ลี น ไ จ ที่ เหมาะสมที่สูง กว่าก่อนได้รับ
			2. การระบุนอารมณ์พื้นฐาน การใช้การจัดการ สิ่งแวดล้อม และความยืดหยุ่นทางปัญญา	- เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือก กลุ่มตัวอย่าง คือ	โปรแกรมอย่างมี นัย สำ คัญ ทา ง
			3. การแยกแยะระหว่างข้อเท็จจริงและสมมติฐาน ตามลักษณะของพวกเขาก่อนในการโต้ตอบกับผู้อื่น ก่อให้เกิดเหตุการณ์รุนแรง	1. แบบประเมินอาการทางจิต ผู้ป่วยโรคจิตเภท (PANSS)	สถิติ ($p < .05$) - ผู้ป่วยมีค่า
			4. การฝึกการแสดงบทบาทสมมติในชีวิตจริงซ้ำๆ อย่างเป็นระบบ เพื่อจัดการความรุนแรง และการ ควบคุมสิ่งกระตุ้น	2. แบบสอบถาม Cognitive Failure (CFQ)	ค ะ แ น น พ ฤ ตี ก ร ร ม ก้าวร้าวที่ลดลง ภายหลังการ ได้รับ และระยะ ติดตามผลอย่างมี นัย สำ คัญ ทา ง
			ระยะเวลา ครั้งละ 60-90 นาที - เก็บข้อมูลทั้งหมด 3 ครั้ง คือ ก่อนทดลอง หลัง ทดลอง และระยะติดตามผล		สถิติ ($p < .05$)



ผู้ศึกษา/ปี/ระดับ วิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/วิธีดำเนินวิจัย	ทฤษฎี/ แนวคิด	รูปแบบกิจกรรม/ระยะเวลา	เครื่องมือ	ผลการวิจัย
Nihayati et al., (2020) ระดับ 2.d (The Joanna Briggs Institute, 2014)	กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรม ก้าวร้าวที่มีอายุ 20-59 ปี ที่มา รับ บริการ ที่ ศูนย์ สุขภาพ Pacar Keling และ Kedungdoro จำนวน 36 คน วิธีดำเนินการวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยเชิง ปริมาณ แบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) ศึกษาแบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง - กลุ่มทดลอง 18 คน - กลุ่มควบคุม 18 คน	แนวคิดการ ฝึกความกล้า แสดงออกใน รูปแบบของ การแสดง บทบาท สมมติ (Assertive Training: Role-Playing) ของ Morris Robinson, & Eisenberg, (2005) จาก แนวคิด Assertive	รูปแบบกิจกรรม - พยาบาลเป็นผู้ดำเนินกิจกรรม เป็นกิจกรรมกลุ่ม - กิจกรรมจะเน้นการให้ผู้ป่วยได้มีการให้แสดง บทบาทสมมติ แล้วฝึกการจัดการความโกรธโดย การแสดงออกของความโกรธที่เหมาะสม เพื่อช่วย ในการลดความวิตกกังวล โดยการผ่อนคลายและ การกล้าแสดงออก จากนั้นให้เรียนรู้ แบบการวาง เงื่อนไขกระทำของสกินเนอร์โดยใช้เทคนิคการ ชี้แนะและการเสริมแรงทางบวก ระยะเวลา ครั้งละ 60 นาที ดำเนินกิจกรรม 3 สัปดาห์ - เก็บข้อมูลทั้งหมด 2 ครั้ง คือ ก่อนทดลอง และ หลังสิ้นสุดโปรแกรม	- เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการฝึกความกล้า แสดงออก โดยการแสดง บทบาทสมมติ - เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บ รวบรวมข้อมูล คือ แบบ ประเมินความสามารถในการ ควบคุมความโกรธ และ พฤติกรรมก้าวร้าว มี 4 ด้าน คือ ด้านวาจา ด้านสิ่งแวดล้อม ต่อ ตนเองและต่อผู้อื่น	- ผู้ป่วยจิตเภทที่ ได้รับ การ ฝึก ควา ม กล้า แสดงออก (แบบ บทบาทสมมติ) หลัง ทดลอง ค ะ แ น น พ ฤ ติ ก ร ร ม ก้าวร้าวลดลงกว่า ก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < .05$) สามารถเพิ่ม ทักษะการจัดการ ความโกรธและ ค ว บ คู ม



ผู้ศึกษา/ปี/ระดับ วิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/วิธีดำเนินวิจัย	ทฤษฎี/ แนวคิด	รูปแบบกิจกรรม/ระยะเวลา	เครื่องมือ	ผลการวิจัย
		training ของ Wolpe (1958)			พ ฤ ตี ก ร ร ม กั ว รั าว ข อ ง ผู้ ป ่วย ป ้อง กั น ไม่ ใ ห้ ผู้ ป ่วย ก ิ ด พ ฤ ตี ก ร ร ม ร ุน แ ร ง จ ึ น



3. สรุปผลการวิจัย

การทบทวนวรรณกรรม เรื่องรูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท ดังตารางที่ 3 ในข้างต้น พบว่า จากการทบทวนวรรณกรรมระหว่างปี พ.ศ. 2555–2564 หรือปี ค.ศ. 2012–2021 งานวิจัยจากฐานข้อมูลออนไลน์ คือ CINAHL, PubMed, ProQuest, ThaiJO, TDC-ThaiLIS และ Google Scholar โดยใช้คำสำคัญในการสืบค้น ได้แก่ พฤติกรรมก้าวร้าว AND โรคจิตเภท, ผู้ป่วยจิตเภทก้าวร้าว ส่วนภาษาอังกฤษ ใช้คำสำคัญที่เกี่ยวกับ Aggressive Behavior AND Schizophrenic Patients, Schizophrenia AND program, treatment, intervention, management, model โดยคัดเลือกงานวิจัยตามเกณฑ์คัดเข้าที่กำหนดไว้ พบงานวิจัยทั้งหมด 10 เรื่อง งานวิจัยที่เป็นภาษาไทยจำนวน 8 เรื่อง เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง จำนวน 4 เรื่อง และงานวิจัยและพัฒนา จำนวน 2 เรื่อง งานวิจัยเชิงปฏิบัติการ จำนวน 2 เรื่อง จากฐานงานวิจัย ThaiJO และ TDC-ThaiLIS และงานวิจัยที่เป็นภาษาอังกฤษ จำนวน 2 เรื่อง เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง จำนวน 1 เรื่อง และงานวิจัยกึ่งทดลอง จำนวน 1 เรื่อง จากฐานงานวิจัย PubMed และ Google Scholar สามารถสรุปประเด็นสำคัญของรูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้

ลักษณะเฉพาะส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างจะเป็นเพศชาย จำนวน 4 ใน 10 เรื่อง และพบว่าส่วนใหญ่จะอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นถึงวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย ช่วงอายุ 20-59 ปี จำนวน 7 เรื่อง ช่วงวัยรุ่นตอนปลายจนถึงผู้ใหญ่ตอนปลายที่มีอายุระหว่าง 14-59 ปี จำนวน 2 เรื่อง และอยู่ในวัยสูงอายุ อายุมากกว่า 60 ปี 1 เรื่อง และพบว่าโดยส่วนใหญ่จะมีกลุ่มตัวอย่างอยู่ระหว่าง 14-60 คน นอกจากนี้ยังพบว่า มีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทก้าวร้าวที่ติดบุหรี่ จำนวน 1 เรื่อง อีกทั้งยังพบว่าโดยส่วนใหญ่ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในหรือหอผู้ป่วย จำนวน 9 เรื่อง และกลุ่มผู้ป่วยในชุมชน จำนวน 1 เรื่อง โดยจะมีการดำเนินกิจกรรมกลุ่มในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีความรุนแรงของอาการทางจิต

แนวคิดที่นำมาใช้ในการสร้างรูปแบบ

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งหมด 10 เรื่อง พบว่า แนวคิดที่ใช้เป็นกรอบในการสร้างรูปแบบในการบำบัด 6 แนวคิด ได้แก่ 1) การจัดการความโกรธ 2) การจัดการตนเอง 3) สติบำบัด 4) การปรับความคิดและพฤติกรรม 5) การแสดงออกแบบบทบาทสมมติ 6) การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และมีแนวคิดที่เกี่ยวข้อง 5 แนวคิด 1) สัมพันธภาพระหว่างบุคคล 2) กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา 3) การเสริมสร้างแรงจูงใจ 4) การเผชิญความเครียด และ 5) ความเข้มแข็งทางจิตใจ และพบว่า โดยส่วนใหญ่ นำแนวคิดการจัดการความโกรธของ Novaco (1975) มาใช้เป็นแนวคิดพื้นฐานในการศึกษาวิจัย โดยพบจำนวน 6 ใน 10 เรื่อง ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นเตรียมความคิด ขั้นการฝึกทักษะ และขั้นการนำไปประยุกต์ใช้ นอกจากนี้ยังมีการใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Ryan, & Sawin (2009) จำนวน 1 เรื่อง และแนวคิด



Assertive Training: Role-Playing ของ Morris (2005) จำนวน 1 เรื่อง และแนวคิดสติบำบัดของ Segal et al. (2002) จำนวน 1 เรื่อง แนวคิดสุขภาพจิตศึกษาของ Anderson et al. (1980) จำนวน 1 เรื่อง แนวคิด Cognitive Based Violence Intervention Program (ICB-VIP) จำนวน 1 เรื่อง อีกทั้งยังมีการนำแนวคิดหรือทฤษฎีมาใช้ร่วมกันในการสร้างโปรแกรม ได้แก่ แนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) ของ Beck (1995) จำนวน 2 เรื่อง แนวคิดการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อของ Jacobson (1962) จำนวน 1 เรื่อง รวมถึงการประยุกต์กับแนวคิดการบำบัดทางการพยาบาล 2 แนวคิด ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลของ Peplau (1991) กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาของ Brown (2015) และแนวคิดกลุ่มบำบัดของ Yalom (1991) จำนวน 1 เรื่อง และการประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจของ Miller and Rollnick (2002) แนวคิดการเผชิญความเครียดของ Lazarus and Folkman (1984) และแนวคิด Resilience Quotient ของ Grotberg (1995) จำนวน 1 เรื่อง ซึ่งส่วนใหญ่จะแบ่งเป็นกลุ่มการบำบัดทางความคิด พฤติกรรมบำบัด เพื่อการจัดการการความคิด การควบคุมอารมณ์ที่จะนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมและการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม รวมถึงการประยุกต์ใช้กลุ่มบำบัด การบำบัดทางสังคมอื่นๆ และแนวคิดเกี่ยวกับการเสริมแรงเพื่อช่วยในการให้ผู้ป่วยได้ค้นหาสาเหตุของปัญหาในตนเองและเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มาใช้ในการออกแบบรูปแบบเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำไปใช้ในการลดพฤติกรรมก้าวร้าวในชีวิตประจำวันต่อไป ซึ่งผลการวิจัยพบว่าสามารถลดพฤติกรรมก้าวร้าวได้

รูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งหมด 10 เรื่อง พบว่า ในการดำเนินกิจกรรมมีรูปแบบรายกลุ่ม จำนวน 10 เรื่อง โดยมีพยาบาลเป็นผู้ดำเนินกิจกรรม โดยจะมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมอยู่ระหว่าง 9-12 คน ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเข้าร่วมกิจกรรมทุกกิจกรรม เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และวิธีการต่างๆ ระหว่างผู้ป่วยเอง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแนวคิดและทฤษฎีที่นำมาประยุกต์ใช้ โดยส่วนใหญ่รูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียม ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจ การทำความรู้จักกับความโกรธ และการรับรู้อารมณ์ตนเอง ขั้นฝึกทักษะการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว ได้แก่ การปรับความคิด การฝึกผ่อนคลาย การฝึกการหายใจ การเผชิญความเครียดโดยจัดการกับสิ่งกระตุ้น การเสริมสร้างแรงจูงใจ การเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต การฝึกสติในการดำเนินชีวิต การฝึกพูดแสดงความรู้สึก และกิจกรรมการให้ความรู้ และขั้นประยุกต์ใช้ในสถานการณ์อื่น ได้แก่ การประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันโดยใช้บทบาทสมมติ โดยสรุปรูปแบบกิจกรรมเน้นการให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้และการตระหนักรู้ต่อความคิด ความรู้สึกและอารมณ์ของตนเอง อีกทั้งยังมีการฝึกทักษะในการแสดงออกที่เหมาะสม เพื่อปรับพฤติกรรมต่างๆ ร่วมกับการปรับความคิดควบคู่กัน และการนำมาประยุกต์ใช้ชีวิตประจำวัน โดยส่วนใหญ่ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในหรือหอการบำบัด จำนวน 9 เรื่อง และกลุ่มผู้ป่วยในชุมชน จำนวน 1 เรื่อง



โดยมีระยะเวลาในการจัดกิจกรรมครั้งละ 60-90 นาที ทั้งนี้อาจจะใช้เวลาค่อนข้างมากในการดำเนินกิจกรรมของบางงานวิจัย เนื่องจากระยะเวลาที่บุคคลจะมีสมาธิได้ให้ความสนใจในการรับรู้ไม่เกิน 60 นาที กิจกรรมจะอยู่ระหว่าง 1-6 ครั้ง/สัปดาห์ เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องระยะห่างของแต่ละครั้งสามารถที่จะปรับเปลี่ยนได้ตามบริบท ระยะเวลาตลอดการดำเนินกิจกรรมอยู่ในช่วง 1-4 สัปดาห์ สำหรับในระยะยาวจะมีการติดตามถึง 3 เดือนหลังได้รับการทดลองขึ้นอยู่กับวิธีการดำเนินการวิจัย

การประเมินผลสัมฤทธิ์การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว

มีเครื่องมือในการประเมินผลสัมฤทธิ์พฤติกรรมก้าวร้าว/รุนแรง ได้แก่ แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของ Yudofsky et al. (1986) แบบสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าวของ Dit-ung (2000) แบบประเมินระดับความรุนแรงพระศรีฯ (PVSS), แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS), แบบประเมินการจัดการพฤติกรรมรุนแรง และแบบประเมินความสามารถในการควบคุมความโกรธและพฤติกรรมก้าวร้าว ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแนวคิดที่นำมาใช้ เป็นแบบประเมินที่พบในงานวิจัย จำนวน 9 เรื่อง นอกจากนี้ยังพบว่ามีเครื่องมืออื่นๆ ที่ใช้ประเมินผลสัมฤทธิ์ ได้แก่ แบบประเมินการแสดงความโกรธของ Spielberg (1996) และแบบวัดสุขภาวะของ Phoolcharoen (2001) จำนวน 1 เรื่อง และมีการประเมินอื่นๆ ร่วมด้วย ได้แก่ แบบวัดความหุนหันพลันแล่นของ Buss and Perry (1992) และแบบประเมินภาวะด้านชาต่อความรู้สึก (TAS-20) จำนวน 1 เรื่อง, แบบวัดระบบนิโคตินในผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแนวคิดและกลุ่มตัวอย่างที่นำมาใช้ในการศึกษา และพบว่า มีเครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง จำนวน 2 เรื่อง คือ แบบประเมินการแสดงความโกรธของ Spielberg (1996)



ลักษณะเฉพาะส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

- เพศชาย ได้แก่ Fangkaew and Dangdomyouth (2019); Kanaree et al. (2021); Kanthasaibour and Piboonarluk (2020); Kulon et al. (2021)
- เพศชายและหญิง ได้แก่ Rabiab et al. (2013); Sirintarakoon et al. (2019); Chamnan, (2017); Akaruan, Tungpunkom, and Skulphan (2017); Mei and Wen (2021); Nihayati et al. (2020)
- วัยรุ่นตอนปลายจนถึงวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (อายุระหว่าง 14-60 ปี) ได้แก่ Fangkaew and Dangdomyouth (2019); Kanthasaibour and Piboonarluk (2020); Kulon et al. (2021), Rabiab et al. (2013); Sirintarakoon et al. (2019); Chamnan et al. (2017); Akaruan et al. (2017), Mei and Wen (2021); Nihayati et al. (2020)
- วัยสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ได้แก่ Kanaree et al. (2021)

แนวคิดที่นำมาใช้ในการสร้างรูปแบบ

- การจัดการความโกรธของ Novaco (1975) ได้แก่ Fangkaew and Dangdomyouth (2019); Kanaree et al. (2021); Sirintarakoon et al. (2019); Rabeab et al. (2013); Chamnan et al. (2017); Akaruan et al. (2017)
- การฝึกแสดงออกแบบบทบาทสมมติ (1975) ได้แก่ Nihayati et al. (2020)
- การจัดการตนเองของ Ryan and Sawin (2009) ได้แก่ Kanthasaibour and Piboonarluk (2020)
- สติบำบัด (2002) ได้แก่ Sirintarakoon et al. (2019)
- สุขภาพจิตศึกษาของ Anderson, Hogarty, and & Reiss (1980) ได้แก่ Kulon et al. (2021)
- แนวคิด Cognitive Based Violence ได้แก่ Mei and Wen (2021)
- การประยุกต์ใช้การผ่อนคลายกล้ามเนื้อของ Jacobson (1962) ได้แก่ Rabiab et al. (2013)
- การประยุกต์ใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของ Beck (1995) ได้แก่ Fangkaew and Dangdomyouth (2019); Sirintarakoon et al. (2019)
- การประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางจิตวิทยาของ Peplau (1991) กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาของ Brown (2015) และกลุ่มบำบัดของ Yalom (1991) ได้แก่ Kanthasaibour and Piboonarluk (2020)
- การประยุกต์ใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจของ Miller and Rollnick (2002) การเผชิญความเครียดของ Lazarus and Folkman (1984) แนวคิด Resilience Quotient ของ Grotberg (1995) ได้แก่ Kulon et al. (2021)

รูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท

รูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว

- การดำเนินกิจกรรมรายกลุ่ม ได้แก่ Fangkaew and Dangdomyouth (2019); Kanaree et al. (2021); Kanthasaibour and Piboonarluk (2020); Kulon et al. (2021); Rabiab et al. (2013); Sirintarakoon et al. (2019); Chamnan et al. (2017); Akaruan et al. (2017), Mei and Wen (2021); Nihayati et al. (2020)
- ระยะเวลา ครั้งละ 60-90 นาที ต่อเนื่องกัน 1-4 สัปดาห์ ได้แก่ Fangkaew and Dangdomyouth (2019); Kanaree et al. (2021); Kanthasaibour and Piboonarluk (2020); Kulon et al. (2021); Rabiab et al. (2013); Sirintarakoon et al. (2019); Chamnan et al. (2017); Akaruan et al. (2017), Mei and Wen (2021); Nihayati et al. (2020)

การประเมินผลสัมฤทธิ์การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว

- แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของ Yudofsky et al. (1986) ได้แก่ Fangkaew and Dangdomyouth (2019); Kulon et al. (2021); Rabiab et al. (2013).
- แบบสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าวของทฤษฎี ดิชจูอิง ได้แก่ Kanaree et al. (2021); Chamnan et al. (2017); Akaruan et al. (2017)
- แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS) ได้แก่ Kanthasaibour and Piboonarluk (2020)
- แบบประเมินความสามารถในการควบคุมความโกรธ และพฤติกรรมก้าวร้าว ได้แก่ Nihayati et al. (2020)
- แบบประเมินการจัดการพฤติกรรมรุนแรง ได้แก่ Kulon et al. (2021)
- แบบประเมินการแสดงความโกรธของ Spielberger (1996) ได้แก่ Sirintarakoon et al. (2019); Fangkaew, & Dangdomyouth (2019); Rabiab et al. (2013)
- แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว (MOAS) ได้แก่ Mei and Wen (2021)

แผนภาพที่ 2 สรุปประเด็นจากการทบทวนวรรณกรรม



จากการทบทวนวรรณกรรมจำนวน 10 เรื่อง เกี่ยวกับรูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวที่นำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่นำรูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในรูปแบบต่างๆ มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อลดการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ดังนี้

1. ลักษณะเฉพาะส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว จากการศึกษาวิจัยจำนวน 4 ใน 10 เรื่องที่ศึกษาในผู้ป่วยเพศชาย เนื่องจากปัจจัยทางด้านเพศที่ส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวที่มีมากกว่าหรือรุนแรงกว่าเพศหญิง รวมถึงอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทที่แนวโน้มเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Lejoyeux, Nivoli, Basquin, Petit, Chalvin, and Embouazza (2013) และพบว่าส่วนใหญ่จะอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นถึงวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย ช่วงอายุ 20-59 ปี เนื่องจากมีแนวโน้มในการดำเนินของโรคที่มีสูง และการศึกษาในวัยสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุมักมีพฤติกรรมก้าวร้าวจากการเสื่อมถอยของร่างกาย เช่น การสูญเสียการมองเห็นและการได้ยินที่ชัดเจน อารมณ์แปรปรวนง่าย สอดคล้องกับการศึกษาของ Kanaree et al. (2021) โดยจะมีการดำเนินกิจกรรมกลุ่มในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีความรุนแรงของอาการทางจิต

2. แนวคิดที่นำมาใช้ในการสร้างรูปแบบ โดยส่วนใหญ่พบว่ามีการนำแนวคิดการจัดการความโกรธของ Novaco (1975) มาใช้เป็นแนวคิดพื้นฐานในการศึกษาวิจัย ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นเตรียมความคิด ขั้นการฝึกทักษะ และขั้นการนำไปประยุกต์ใช้ ซึ่งหลังการเข้าร่วมการบำบัดพบว่าสามารถลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Akaruan et al. (2017); Chamnan et al. (2017); Kanaree et al. (2021) ที่กล่าวว่า การป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและการแสดงออกของความโกรธที่ไม่เหมาะสมในผู้ป่วยจิตเภททำได้โดยการฝึกทักษะการจัดการกับความโกรธ อารมณ์ความรู้สึกที่มากขึ้นทางลบโดยผ่านกระบวนการกลั่นกรองทางความคิด และสอดคล้องกับแนวคิดของ Novaco (1975) กล่าวว่า พฤติกรรมก้าวร้าวมีความเกี่ยวข้องกับความโกรธและอารมณ์โกรธ หากผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนให้มีการจัดการกับอารมณ์โกรธที่เหมาะสมด้วยการปรับความคิดและฝึกทักษะในการจัดการความโกรธ ทำให้สามารถควบคุมความโกรธและลดการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทได้ โดยมีหลักการ คือ การเปลี่ยนแปลงกระบวนการรับรู้และการจัดการต่อสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดอารมณ์โกรธนำมาสู่การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ทั้งนี้มีการนำมาปรับใช้ร่วมกับแนวคิดอื่นๆ เพื่อประยุกต์ใช้การฝึกทักษะต่างๆ ได้แก่ การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของ Beck (1995) ในการฝึกทักษะ ซึ่งช่วยพัฒนาโครงสร้างความคิดที่มีต่อสถานการณ์ต่างๆ ที่มากระตุ้นให้เกิดความโกรธไปในทางที่เหมาะสมและยืดหยุ่นมากขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการตระหนักรู้อารมณ์ของตนเองผ่านการสังเกตจากปฏิกิริยาทางร่างกายที่เกิดขึ้น เกิดความตระหนักรู้ความโกรธของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Fangkaew and Dangdomyouth (2019) การฝึกทักษะตามแนวคิดสติบำบัด (MBCT) ของ Segal et al.



(2002) ที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีสมาธิ ฝึกสติ ซึ่งนำไปสู่การปล่อยวางอารมณ์ มีความคิดทางบวก นำไปสู่การลดอารมณ์ทางลบ (Sirintarangkoon et al., 2019) รวมทั้งการฝึกทักษะการผ่อนคลายกล้ามเนื้อตามแนวคิดของ Jacobson (1962) ที่ช่วยในเรื่องการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Rabiab et al. (2013) และนำทักษะต่างๆ ที่เรียนรู้นำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Nihayati et al. (2020) ที่ใช้แนวคิด Assertive Training: Role-Playing ของ Morris et al. (2005) ที่จะฝึกให้ผู้ป่วยฝึกทักษะการแสดงออกที่เหมาะสมในการใช้ชีวิตประจำวัน ซึ่งหลังการเข้าร่วมการบำบัดพบว่า สามารถลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภทได้

นอกจากนี้มีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะส่งผลให้สามารถควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับการศึกษาของ Kulon et al., (2021) โดยประยุกต์ใช้แนวคิดสุขภาพจิตศึกษาของ Anderson et al. (1980) ร่วมกับแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจของ Miller and Rollnick (2002) แนวคิดการเผชิญความเครียดของ Lazarus and Folkman (1984) และแนวคิด Resilience Quotient ของ Grotberg (1995) ซึ่งช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการเตรียมความพร้อมในการรับมือกับภาวะวิกฤติหรือภาวะเสี่ยงต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ และสามารถปรับตัวรับมือกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้ดีขึ้น ทั้งนี้ยังนำการประเมินการควบคุมตนเองจากพฤติกรรมรุนแรงจากแนวคิดการจัดการตนเองของ Ryan and Sawin (2009) ที่เน้นการฝึกให้ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายการสังเกตอาการ ตัดสินใจ การวางแผน การลงมือปฏิบัติ และการประเมินตนเองพบว่าช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะในการควบคุมตนเองที่จะเผชิญกับการคุกคามจากความเจ็บป่วยได้ (Kanthasaibour and Piboonarluk 2020) ซึ่งช่วยลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภทได้ดีภายหลังการเข้าร่วมการบำบัด

3. รูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวมีการดำเนินกิจกรรมมีรูปแบบรายกลุ่ม โดยมีพยาบาลเป็นผู้ดำเนินกิจกรรม ซึ่งการออกแบบกิจกรรมจะต้องคำนึงถึงความเหมาะสมของการใช้แนวคิดและทฤษฎี ช่วยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเข้าร่วมกิจกรรม เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และวิธีการต่างๆ ระหว่างผู้ป่วยเอง เป็นกระบวนการบำบัดที่ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ เกิดแนวทางการแก้ไข ปัญหา ได้รับการประทับประคองจิตใจซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดปัจจัยบำบัดต่างๆ กล้าเปิดเผยตนเอง เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน สามารถรับรู้ถึงความสามารถของตนเอง เกิดความมุ่งมั่นที่จะปรับปรุงตนเอง (Yalom, 1991) โดยรูปแบบกิจกรรมเน้นการให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้และการตระหนักรู้ต่อความคิด ความรู้สึก และอารมณ์ของตนเอง อีกทั้งยังมีการฝึกทักษะในการแสดงออกที่เหมาะสม เพื่อปรับพฤติกรรมต่างๆ ร่วมกับการปรับความคิดควบคู่กัน และการนำมาประยุกต์ใช้ชีวิตประจำวัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sirintarangkoon et al. (2019) และโดยส่วนใหญ่ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน หอการบำบัดหรือหอฟื้นฟูสภาพ



ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมไม่ควรนานเกินไป เนื่องจากระยะเวลาที่บุคคลจะมีสมาธิได้ให้ความสนใจในการรับรู้ไม่เกิน 60 นาที (Kanthasaibour & Piboonarluk, 2020) กิจกรรมจะอยู่ระหว่าง 1-6 ครั้ง/สัปดาห์ เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องระหว่างของแต่ละครั้งและปรับเปลี่ยนได้ตามบริบทระยะเวลาตลอดการดำเนินกิจกรรมอยู่ในช่วง 1-4 สัปดาห์ ซึ่งหลังการวัดและติดตามผลพบว่า สามารถลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภทได้

4. การประเมินผลลัพธ์การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในการใช้โปรแกรมหรือรูปแบบต่างๆ ที่ใช้ในการบำบัดผู้ป่วย ส่วนใหญ่พัฒนาโดยนักวิจัยและมีเครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ที่เป็นแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวในรูปแบบต่างๆ ซึ่งขึ้นอยู่กับแนวคิด/ทฤษฎี หรือรูปแบบในการจัดกิจกรรม ซึ่งภายหลังการเข้าร่วมการบำบัดพบว่า คะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มทดลองลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มกลุ่มควบคุม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Akaruan et al., 2017; Chamnan et al., 2017; Fangkaew, & Dangdomyouth, 2019; Kanaree et al., 2021; Kanthasaibour, & Piboonarluk, 2020; Kulon et al., 2021; Mei, & Wen, 2021; Nihayati et al., 2020; Rabiab et al., 2013) ส่งผลให้ไม่เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวออกมา นอกจากนี้ยังพบว่าเครื่องมือที่ใช้ประเมินผลลัพธ์ ได้แก่ แบบประเมินการแสดงความโกรธ และแบบวัดสุข ภาวะที่สะท้อนความสามารถในการควบคุมตนเอง จากการศึกษาของ Sirintarangkoon et al. (2019) ซึ่งส่งผลต่อการดำรงชีวิตที่นำไปสู่ความสุขตามศักยภาพของแต่ละบุคคลทั้งทางกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ให้มีความพึงพอใจนำไปสู่ความสุขในการดำรงชีวิต และมีการประเมินอื่นร่วมด้วย ได้แก่ แบบวัดความรุนแรงบนพื้นฐานของ Buss and Perry (1992) และแบบประเมินภาวะด้านชาต่อความรู้สึก (TAS-20) แบบวัดระบบนิโคตินในผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่

สรุป

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ในการศึกษา วิเคราะห์และสังเคราะห์แนวคิด รูปแบบ และผลลัพธ์การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 10 เรื่อง เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง จำนวน 1 เรื่อง งานวิจัยกึ่งทดลอง จำนวน 5 เรื่อง งานวิจัยและพัฒนา จำนวน 2 เรื่อง และงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ จำนวน 2 เรื่อง ซึ่งพบว่าแนวคิดที่นำมาใช้สร้างรูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวมี 6 แนวคิดที่ใช้ในการบำบัด ได้แก่ 1) การจัดการความโกรธ 2) การจัดการตนเอง 3) สติบำบัด 4) การปรับความคิดและพฤติกรรม 5) การแสดงออกแบบบทบาทสมมติ และ 6) การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และพบมีแนวคิดที่เกี่ยวข้อง 5 แนวคิด ได้แก่ 1) สัมพันธภาพระหว่างบุคคล 2) กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา 3) การเสริมสร้างแรงจูงใจ 4) การเผชิญความเครียด และ 5) ความเข้มแข็งทางจิตใจ มี



รูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวพบการดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม ได้แก่ การรับรู้และตระหนักถึงความคิด ความรู้สึก และอารมณ์ของตนเองที่จะนำไปสู่พฤติกรรมก้าวร้าว การฝึกประยุกต์ใช้ทักษะการแสดงออกอย่างเหมาะสมในชีวิตประจำวัน ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมส่วนใหญ่ครั้งละ 60-90 นาที ใช้ระยะเวลา 1-4 สัปดาห์ ผลการใช้รูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่ศึกษาเกี่ยวกับการจัดการ ป้องกัน และลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภทแสดงให้เห็นว่าหลังเข้าร่วมการศึกษาของงานวิจัย พบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภทต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และป้องกันการอุบัติการณ์หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากพฤติกรรมก้าวร้าวที่อาจก่อให้เกิดความเสียหายทางเศรษฐกิจและสังคม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

พยาบาลสามารถนำไปใช้เป็นรูปแบบ/แนวทางในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวได้ดีในผู้ป่วยจิตเภท และสามารถนำรูปแบบการบำบัดที่มีอยู่แล้วมาบูรณาการในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว อีกทั้งยังเป็นแนวทางในการพัฒนางานวิจัยที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยโรคทางจิตเวชอื่นๆ ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวให้มีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาส่วนใหญ่จะเป็นการดูแลหลังจากการเกิดพฤติกรรม ซึ่งรูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวส่วนใหญ่เป็นการดูแลแบบเชิงรับในระยะหลังวิกฤตหรือการฝึกทักษะต่างๆ โดยเน้นการใช้การบำบัดทางความคิด และพฤติกรรมบำบัด รูปแบบกิจกรรมอาจจะทำให้ผู้ป่วยต้องใช้ทักษะการคิด การใช้วิจารณญาณที่มากเกินไปจนศักยภาพของผู้ป่วยเอง ซึ่งไม่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยบางรายที่มีความผิดปกติหรือความบกพร่องทางความคิดและการรับรู้ หรืออาจมีการศึกษาที่มีกิจกรรมหรือรูปแบบการบำบัดหลากหลายมากขึ้น อาจจะมีการนำนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีเข้ามามีส่วนร่วมในการออกแบบหรือดำเนินกิจกรรม ซึ่งมีรูปแบบที่มีหลากหลายและมีความเหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้และบรรเทาตามวัตถุประสงค์อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อนำไปสู่การใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้

รายการอ้างอิง (References)

- Akaruan, T., Tungpunkom, P., & Skulphan, S. (2017). Effectiveness of Implementing the Anger Management Program Among Patients with Schizophrenia Addicted to Tobacco, Suan Prung Psychiatric Hospital, Chiang Mai Province. *Journal of Suanprung*, 33(2), 18-31.



- Anderson, C. M., Hogarty, G. E., & Reiss, D. J. (1980). Family treatment of adult schizophrenic patients: A psycho-educational approach. *Schizophrenia Bulletin*, 6(3), 490–505.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive Therapy: Basic and Beyond*. New York: Guilford Press.
- Brown, W. N. (2015). *Psychoeducational groups: process and practice*. New York: Routledge Taylor and Francis Group.
- Buss, A.H., & Perry, M. (1992). The Aggression Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*. 30(3), 452-459.
- Chaiprem, M. (2013). Preliminary report: Aggressive behavior of psychiatric patients and nursing staff management. *Journal of Mental Health of Thailand*, 21(1), 57-65.
- Chamnan, W., Thugiaroenkul, P., & Skulphan, S. (2017). Effectiveness of Implementing the Anger Management Program for Patients with Schizophrenia: A Case Study of Uttaradit Hospital. *Nursing Journal*, 33(3), 68-85.
- Department of Public Health. (2020). *Manual Care System of Serious Mental Illness with High Risk to Violence for Hospital in Department of Public Health*. Bangkok: Prosperous Plus Company Limited. (in Thai)
- Dit-ung, H. (2000). *Teaching Anger management to Prevent Aggression for patients with Schizophrenia at Prasrimahabodi Hospital* (Master of Nursing Science in Psychiatric and Mental Health Nursing). Khon Kaen University, Khon Kaen. (in Thai)
- Fangkaew, P., & Dangdomyouth, P. (2019). The Effect of Anger Management Emphasizing Cognitive Therapy on Aggressive Behavior of Schizophrenic Patient. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 33(1), 53-69.
- Grotberg, E. H. (1995). *A guide to promoting resilience in children: strengthening the human spirit*. The Hague: The Bernard van Leer Foundation.
- Hemrungronj, S. (2007). *The Montreal Cognitive Assessment, MoCA Thai version 15*. Retrieved December 12, 2021 from [www.http://mocatest.org](http://mocatest.org)
- Jacobson, E. (1962). *You Must Relax*. New York: Mc Graw-Hill Boo.
- Jansiri, C. (2010). *Effectiveness of implimenting the caregiver training regrading behavior modification of ADHD program Suan Prung Psychiatric Hospital, Chiang Mai Province* (Master of Nursing Science in Psychiatric and Mental Health Nursing). Chiang Mai University, Chiang Mai. (in Thai)



- Kanaree, P., Tungpunkom, P., & Sethabouppha, H. (2021). Effect of the Anger Management Program on Aggressive Behavior among Elderly Patients with Schizophrenia, Suan Prung Psychiatric Hospital, Chiang Mai Province. *Journal of Phrapokklao Nursing College*, 32(1), 18-31.
- Kanthasaibour, P., & Piboonarluk, W. (2020). The Development of Integrative Nursing Therapies on Schizophrenic Patient with Violent Behavior. *Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry*, 14(1), 55-69.
- Kongsut, P., Chaisri, S., & Teangtum, S. (2013). The Development Empowerment Program on Management with Drinking Behavior of Alcohol Dependence Patients. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 27(1), 45-61.
- Kulon, N., Suravarangkul, J., & Mahanat, T. (2021). The Effectiveness of Resilience Program on Self-Control for Violent Behaviors of Schizophrenic Patients. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 35(3), 23-41.
- Lalitanantpong, D. (2018). *Psychiatric Emergencies*. Bangkok: Chulalongkorn University. (in Thai)
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer-Verlag.
- Lejoyeux, M., Nivoli, F., Basquin, A., Petit, A., Chalvin F., & Embouazza, H. (2013). An investigation of factors increasing the risk of aggressive behavior among schizophrenic patients. *Forensic Psychiatry*, 97(4), 1-6.
- Lotrakul, M., & Sukanich, P. (2015). *Psychiatric Ramathibodi (4th ed)*. Bangkok: Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University. (in Thai)
- Mei, C. H., & Wen, C. O. (2021). Effects of Integrated Violence Intervention on Alexithymia, Cognitive, and Neurocognitive Features of Violence in Schizophrenia: A Randomized Controlled Trial. *Brain Sciences*, 11(7), 837-856.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: preparing people for change (2nd ed)*. New York: Guilford Press.
- Morris, A. S., Robinson, L., & Eisenberg, N. (2005). *Applying a Multi Method Perspective to the Study of Developmental Psychology*. Washington DC: E. Diener Eds.
- National Institute of Mental Health. (2019). *Schizophrenia*. Retrieved December 12, 2021 from <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/schizophrenia>.
- Nihayati, H. E., Irfan, R. K., Rachmawati, P. D., Yusuf A., Rizki, F., Dian, T., & Fildzah, C. Y. (2020). Assertive Training in the form of Role-Playing to Control the Aggressive of people



- with Schizophrenia in the community. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 24(9), 786-794.
- Nilchaikovit, T., Uneanong, S., Kessawai, D., & Thomyangkoon, P. (2000). The Thai version of the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia: criterion validity and interrater reliability. *The Journal of the Medical Association of Thailand*. 83(6), 646-651.
- Novaco, R. W. (1975). *Anger control: The development and evaluation of an experimental treatment*. Lexington, Mass: D.C. Health.
- Peplau, H. E. (1991). *Interpersonal relations in nursing: Aconceptual framework of reference for psychodynamic nursing*. New York: Springer Publishing Co, Inc.
- Phoolcharoen, W. (2001). *Health, Values and Strategies for Society*. Bangkok: Health Systems Research Institute. (in Thai)
- Rabeab, K., Lueboonthavatchai, O. & Thato, R. (2013). The Effect of Muscle Relaxation and Anger Control Training Program on Aggressive Behaviors in Schizophrenic Patients. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 27(2), 69-84.
- Ryan, P., Sawin K. J. (2009). The individual and family self-management theory: background and perspectives on context, process, and outcomes. *Nursing Outlook*. 57(4), 217-25.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. New York: The Guilford Press.
- Sheilagh, H. (2017). Aggressive Behavior Among Persons With Schizophrenia and Those Who Are Developing Schizophrenia: Attempting to Understand the Limited Evidence on Causality. *Schizophrenia Bulletin*. 43(5), 1021-1026.
- Singhakant, S. (2015). In *Sitdhiraksa, N. Violence Behaviors*. Psychiatry Siriraj DSM-5. Bangkok: Prayoonsanthai Printing. (in Thai)
- Sirintarakoon, W., Chaichumni, N., & Yimyuean, S. (2019). The Development of an Anger Management with Mindfulness-Based Cognitive Therapy Program for Schizophrenic Patients having Violence Behavior. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 33(3), 68-85.
- Spielberger, C. D. (1996). *Manual for the state-trait anger expression inventory (STAXI)*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.



- The Joanna Briggs Institute. (2014). *Reviewers' Manual 2014 Edition*. Australia: Solito Fine Colour Printers. Retrieved November 1, 2021 from <http://www.joannabriggs.org/assets/docs/reviewer-2014.pdf>
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*. California: Stanford University Press.
- Wongsuvan, T. (1999). *The effect of group rational emotive behavior therapy on anger of adolescent students* (Master of Arts Program in Psychology). Chulalongkorn University, Bangkok. (in Thai)
- World Health Organization. (2019). *Schizophrenia*. Retrieved December 12, 2021 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>.
- Yalom, I. D. (1991). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Yudofsky, S., Silver, J. M., & Jackson, W. (1986). The overt aggressive scale for the objective rating scale of verbal and physical aggression. *American Journal of Psychiatry*, 143(1), 35-39.



ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว
ต่อความรู้ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และภาวะโภชนาการสำหรับนักเรียนมุสลิม
ประอมปลายที่มีภาวะผอมในจังหวัดปัตตานี: การศึกษานำร่อง

**Effects of Self-Efficacy Promoting Program through Family Participation upon Food
Consumption Knowledge and Nutritional Status among Upper-Primary School
Underweight Muslim Children, Pattani Province: A Pilot study**

แวนูร์มี วาเลาะ^{1*}, พงศ์ศิลป์ เพ็งมาก¹, อุมาร บุญญโสพรรณ¹

Waenurmee Waloh^{1*}, Pajongsil Perngmark¹, Umaporn Boonyasopun¹

(Received: July 20, 2022; Revised: October 7, 2022; Accepted: November 14, 2022)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความรู้ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และภาวะโภชนาการในนักเรียนมุสลิมประอมปลายที่มีภาวะผอมในจังหวัดปัตตานี: การศึกษานำร่อง กลุ่มตัวอย่าง นักเรียนมุสลิมฯ จำนวน 10 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด และได้รับการดูแลตามโปรแกรมฯ เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน, แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของครอบครัว ซึ่งเครื่องมือทั้งหมดได้ผ่านการประเมินความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน มีค่าความเที่ยงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ 0.87, 0.83, 0.75 ตามลำดับ ส่วนแบบสอบถามความรู้หาค่าความสอดคล้องภายในโดยใช้สูตรครูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) ได้เท่ากับ 0.85 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการทดสอบสมมติฐานการวิจัยใช้สถิติ

ผลการวิจัย พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนมุสลิมฯ หลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) แต่น้ำหนักของของนักเรียนมุสลิมฯ ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

¹Faculty of Nursing, Princess of Songkla University

* Corresponding Author: Waenurmee.w@pnu.ac.th



ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมฯ สามารถส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เป็นโปรแกรมที่มีคุณค่าและสามารถนำไปใช้ในการดูแลนักเรียนมุสลิมฯ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้เหมาะสม และส่งเสริมการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวให้ดีขึ้น

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความรู้ด้านการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การมีส่วนร่วมของครอบครัว นักเรียนมุสลิมประถมปลายที่มีภาวะผอม

Abstract

The purpose of this pilot study was to study the effects of self-efficacy promoting program through family participation upon food consumption knowledge and nutritional status among upper-primary school underweight Muslim children. The samples consisted of 10 underweight Muslim children, selected by purposive sampling. The group participated in the self-efficacy promoting program. Data were collected through the self-efficacy in food consumption questionnaire (SeQ), the food behavior questionnaire (FbQ) of the school - aged children, and the family participation questionnaire (FpQ). The instruments were validated its contents by 3 experts. The instruments received Cronbach's alpha yielding at 0.87, 0.83, and 0.75, respectively. The FkQ was tested using Kuder - Richardson 20 (KR - 20) yielding at 0.85. Descriptive statistics including frequency, percentage, mean, standard deviation and t-test were used to analyze data.

The results revealed that after participation in the program, the mean scores of self-efficacy (Se), food consumption knowledge (Fk), and food behavior (Fb)-the underweight Muslim children were significantly greater than before participating in the program with a statistical significance at .05 $p < 0.01$. However, the body weight of the children before and after participation in the program were not different.

In conclusion, according to the study results, the program was able to increase self - efficacy of students in food consumption, which it can be implemented in schools aiming to change students' food consumption behaviors and to help improve their weight.

Keywords: Effects of Self Efficacy Promoting Program through Family Participation, Self-Efficacy, Food consumption knowledge, Food consumption behaviors, Family participation, Underweight children Upper-Primary School Children Muslim



บทนำ

ภาวะผอมในนักเรียนยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญทางด้านสาธารณสุข จากรายงานภาวะโภชนาการของนักเรียนในประเทศทั่วโลกพบนักเรียนที่มีอายุระหว่าง 6-12 ปี มีภาวะผอมถึง 4.8 % (World Health Organization, 2018) และจากรายงานของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ปี พ.ศ. 2560 พบภาวะโภชนาการของนักเรียนที่มีอายุ 6-12 ปี มีภาวะผอมถึง 5 % (Department of Health, 2018) ในปี พ.ศ. 2562 พบนักเรียนในภาคใต้มีภาวะผอมที่เพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 5.83 เป็นร้อยละ 6.41 ในปี พ.ศ. 2563 (Department of Health, 2020) สอดคล้องกับรายงานของสำนักงานสุขภาพที่ 12 พบความชุกของนักเรียนที่มีภาวะผอมสูงถึงร้อยละ 5.19 (Department of Health, 2020) จากการศึกษาข้อมูลภาวะโภชนาการของนักเรียนในจังหวัดปัตตานี พบว่านักเรียนมีภาวะผอมมากที่สุดกว่าจังหวัดอื่น ๆ ในภาคใต้ตอนล่างถึงร้อยละ 4.75 (Pattani Provincial Public Health, 2020) จากภาวะผอมของนักเรียนที่เพิ่มสูงขึ้นส่งผลกระทบต่อเด็กและครอบครัว โดยนักเรียนที่มีภาวะผอมจะมีน้ำหนักตัวต่ำกว่ามาตรฐาน การเจริญเติบโตของร่างกายเป็นไปได้ช้า ระดับเซรั่มปัญญาลดลง การเจริญเติบโตของสมองและพัฒนาการจะหยุดชะงักลง (Mo-suwan, 2016) มีผลต่อระดับสติปัญญา อารมณ์เปลี่ยนแปลงบ่อย ส่งผลให้เติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่ไม่มีคุณภาพ

การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะผอมในนักเรียนมุสลิมฯ ในประเทศไทยพบได้น้อยมาก ในปีพ.ศ. 2551 ได้มีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะผอมที่สำคัญสำหรับนักเรียนมุสลิมฯ ในจังหวัดนครราชสีมา พบว่านักเรียนมุสลิมฯ มีความรู้ด้านการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง และมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่ครบ 3 มื้อ/วัน โดยมีมื้อเช้าเป็นมื้ออาหารที่นักเรียนมุสลิมฯ มองข้ามไม่บริโภคมากที่สุด และรับประทานเนื้อสัตว์ นม ไข่ และจำพวกถั่วอย่างไม่สม่ำเสมอ นักเรียนมุสลิมฯ ให้เหตุผลว่ามีความรู้สึกเบื่อหน่ายที่ต้องบริโภคอาหารจำพวกเนื้อสัตว์ 6 ซ่อนกินข้าว, ไข่ 1 ฟอง, ผัก 4 ท็อป, ผลไม้ 3 ส่วน และนม 2 แก้วต่อวัน (Leangwattapong, Leumtong, & Hayi-mayaeng, 2008) โดยนักเรียนมุสลิมฯ มีพฤติกรรมชอบบริโภคอาหารสำเร็จรูป และขนมในช่วงเวลาว่างมีอาหารทำให้รับประทานอาหารในมื้อหลักได้ลดลงส่งผลให้นักเรียนได้รับสารอาหารที่ไม่ครบถ้วนในแต่ละวัน (Noksaeng & Suwannachok, 2014; Ninkron, 2011) อีกทั้งปัจจัยภายในครอบครัวเป็นปัจจัยร่วมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนมุสลิมฯ โดยผู้ปกครองขาดการดูแลแก้ไขปัญหภาวะโภชนาการอย่างต่อเนื่อง และผู้ปกครองไม่เห็นความสำคัญของการจัดสรรรายการอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการตามหลักศรัทธาในศาสนาอิสลาม (ตอยิบ) ให้นักเรียนมุสลิมฯ ได้บริโภคทุกวัน (Chuachomket, Sangperm, & Prasopkittikun, 2015; Sangpum, 2011) รวมทั้งการมีวิถีชีวิต ลักษณะการประกอบอาชีพที่แตกต่างกันย่อมส่งผลให้นักเรียนมุสลิมฯ ได้รับการดูแลด้านอาหารและโภชนาการไม่ดีเท่าที่ควร อาทิเช่น บางครอบครัวประกอบอาชีพกรีดยางเริ่มกรีดยางตั้งแต่เช้ามืดทำให้ผู้ปกครองไม่



สามารถจัดเตรียมอาหารเข้าได้อย่างสม่ำเสมอ (Chaimongkol & Pinkaew, 2017) ซึ่งจะนำไปสู่การขาดการจัดการแก้ไขปัญหา ติดตามผลภาวะโภชนาการของนักเรียนมุสลิมฯ อย่างต่อเนื่อง (Sangpum, 2011) จะเห็นได้ว่าด้วยบริบทในการดำเนินชีวิต และวัฒนธรรมในพื้นที่ รวมทั้งปัจจัยทางด้านครอบครัวเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้นักเรียนมุสลิมฯ มีความรู้ความเข้าใจการบริโภคอาหารตามหลักคตอยิบ และพฤติกรรมกรบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง

การส่งเสริมความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรบริโภคอาหารสำหรับนักเรียนมุสลิมฯ เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลให้มีความเหมาะสมและต่อเนื่อง โดยการนำเอาแนวคิดจากทฤษฎีการเรียนรู้มาประยุกต์ใช้อย่างเป็นระบบ เพิ่มศักยภาพและสมรรถนะแห่งตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยมีจุดเน้นส่งเสริมให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในตนเอง มีความคาดหวังผลลัพธ์ที่ได้จากการกระทำ และมีความพยายามในการกระทำพฤติกรรมนั้นให้ประสบความสำเร็จ ซึ่งกระบวนการส่งเสริมให้เกิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนได้คืบคลานขึ้น ประกอบด้วยการใช้คำพูดชักจูงเพื่อส่งเสริมให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติให้ความรู้ หรือแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้อง และการสร้างประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเองจะช่วยเพิ่มความมั่นใจในตนเองมากยิ่งขึ้นในการปฏิบัติที่ถูกต้อง

ครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมหน่วยแรกที่มีความใกล้ชิดกับเด็กวัยเรียน ครอบครัวผู้ดูแลหลักมีหน้าที่ดูแลเอาใจใส่ ตลอดจนมีหน้าที่ช่วยเหลือรับผิดชอบดูแลสมาชิกในครอบครัวซึ่งกันและกัน (Jewpattanakul, 2016) ในบริบทสังคมมุสลิมนั้นครอบครัวจะมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อการเลี้ยงดูบุตรจากบทบัญญัติตามคัมภีร์อัลกุรอานได้ระบุอย่างชัดเจนว่าบุตรนั้นเป็นสิ่งที่ถูกประทานลงมาเพื่อถูกทดสอบจากพระผู้เป็นเจ้า รวมทั้งได้มีการกำหนดให้มี “อามานะห์” หรือการปฏิบัติหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายจากพระผู้เป็นเจ้าอย่างเต็มที่ที่สุด (Lutfi, 2013) ซึ่งหากมีสมาชิกในครอบครัวมีปัญหาทางด้านสุขภาพ ครอบครัวย่อมเป็นหน่วยแรกที่จะเข้ามามีบทบาท รับผิดชอบดูแล แสวงหาวิธีการปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว (Smuseneto, 2016) อีกทั้งนักเรียนตอนปลายเป็นวัยที่ยังไม่สามารถดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลได้ดี ยังต้องการพึ่งพาจากครอบครัวอยู่เป็นบางส่วน รวมไปถึงการจัดเตรียม การปรุงอาหาร และการรับประทานอาหารร่วมกันด้วยเช่นกัน (Royal College of Pediatricians of Thailand, 2017) ครอบครัวจึงควรเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อที่จะส่งเสริมให้สามารถทำบทบาทดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นการส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการเตรียมอาหาร การทำอาหาร และร่วมกันรับประทานอาหารที่บ้านเพื่อสร้างความเข้าใจซึ่งกันและกัน ถือเป็นกลยุทธ์สำคัญในการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของเด็กวัยเรียนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรบริโภคอาหาร

ในศาสนาอิสลามพระเจ้าโปรดยกพรานให้บุคคลมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง มีภาวะโภชนาการที่สมส่วนตามวัย หลักศาสนาสนับสนุนให้บุคคลเมื่อมีปัญหาสุขภาพต้องแสวงหาแนวทางในการดูแล



รักษาดนเอง ซึ่งในคัมภีร์อัลกุรอานได้ระบุอย่างชัดเจนถึงบทบัญญัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองทางด้านโภชนาการว่า “จงกินจงดื่มแต่จงอย่าน้อยจนเกินไป แท้จริงอัลลอฮ์ไม่ทรงรักบุคคลซึ่งตระหนี่ในการกินอาหาร”(Surah Al-Baqarah 2:172) และจากบทบัญญัติที่กล่าวว่า “โอ้มนุษย์ทั้งหลายจงบริโภคสิ่งที่ได้รับ การอนุมัติ (ฮาลาล) และเป็นสิ่งที่มีความค่าทางโภชนาการ (ตอยยิบ) จากที่มีอยู่ในแผ่นดิน อัลกุรอาน (2:168)” (Taeali, 2021) จากข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงความสำคัญในการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของนักเรียนมุสลิมฯ ให้มีความรับผิดชอบโดยอยู่บนพื้นฐานของหลักศรัทธาศาสนาอิสลามมาเป็นแบบแผนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร จะเห็นได้ว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนมุสลิมฯ ประถมปลายที่มีภาวะผอมต้องอาศัยปัจจัยภายในตัวบุคคล คือ การพัฒนาสมรรถนะของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว และต้องคำนึงถึงวิถีชีวิตและวัฒนธรรมตามหลักศรัทธาในศาสนาอิสลามร่วมด้วย เพื่อให้ นักเรียนมุสลิมฯ สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่อง และยั่งยืน

จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการส่งเสริมสมรรถนะของนักเรียนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร (Uzsen, & Basbakkal, 2018; Choojan, 2017) และการเข้ามามีส่วนร่วมของครอบครัว (Sangsawang, Chupradit, Chunpradub, Chairat, & Singsri, 2020) มาปรับใช้ในการส่งเสริมสมรรถนะของนักเรียนเพื่อแก้ไขปัญหภาวะผอม อย่างไรก็ตามงานวิจัยที่ผ่านมามุ่งเน้นในการให้ความรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในรูปแบบทั่วไป ไม่มีการส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล และไม่มีรูปแบบที่จำเพาะเจาะจงสำหรับนักเรียนมุสลิมฯ จึงไม่สอดคล้องกับกับบริบทเท่าที่ควร จึงทำให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนมุสลิมฯ ขาดความต่อเนื่อง ซึ่งการส่งเสริมให้นักเรียนมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นสิ่งที่จำเป็นและเพื่อให้แก้ไขปัญหภาวะผอมได้อย่างยั่งยืน (Choojan, 2017) ร่วมกับการสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล รับรู้ปัญหา วางแผนแก้ไขปัญหามีส่วนร่วมในการจัดเตรียมอาหาร ปรุงอาหารอาหารที่กำหนดในแง่ของพลังแห่งความรักจากครอบครัว (Ampansirirat, Chukumnird, Singhasem, Suwanraj, & Phromjuang, 2022) และเป็นอาหารที่มีความคุณค่าทางโภชนาการสูง (ตอยยิบ) รวมทั้งมีการรับประทานอาหารร่วมกันเพื่อสร้างความเข้าใจที่ดีซึ่งกันและกัน มีส่วนร่วมในการรับรู้ประโยชน์ และมีส่วนร่วมในการประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร และประเมินภาวะโภชนาการร่วมกัน ด้วยเหตุนี้ครอบครัวจึงควรเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลนักเรียนที่บ้าน เพื่อความต่อเนื่อง เพื่อที่จะช่วยให้เด็กวัยเรียนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ส่งเสริมภาวะโภชนาการเพื่อสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรงต่อไป ผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริมภาวะโภชนาการของนักเรียนมุสลิมฯ จึงสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว เพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร และมีความ



สอดคล้องกับวัฒนธรรม และหลักศรัทธาในศาสนาอิสลาม ส่งผลให้นักเรียนมุสลิมประสบผลสำเร็จที่มีภาวะพอมมีการเจริญเติบโตที่สมวัยต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว เพื่อส่งเสริมความรู้การบริโภคอาหาร ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร และส่งเสริมภาวะโภชนาการสำหรับนักเรียนมุสลิมฯ
2. เพื่อศึกษาความเป็นไปได้การนำโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว เพื่อส่งเสริมความรู้การบริโภคอาหาร ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร และส่งเสริมภาวะโภชนาการสำหรับนักเรียนฯ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนาโปรแกรมครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) ของ Bandura (1997) เป็นต้นแบบในการพัฒนาโปรแกรมร่วมกับบูรณาการองค์ความรู้จากการวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยคัดเลือกและแบ่งระดับการประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation Working Party, 2014) ได้รูปแบบของการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 4 ประการ (Tahereh, Tahereh, Naheed, & Mahmood, 2014) ได้แก่ (1) การสนับสนุนให้นักเรียนสามารถปฏิบัติให้สำเร็จด้วยตนเอง (performance accomplishment) (2) การได้เห็นตัวอย่างในการปฏิบัติจากผู้อื่น (vicarious experience) (3) การสื่อสารเชิงใจ (verbal persuasion) และ (4) ภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ (physiological and affective states) โดยคาดว่าถ้าบุคคลมีความคาดหวัง หรือมีความมั่นใจในสมรรถนะของตนเองแล้วนั้นจะสามารถทำในกิจกรรมที่คาดหวังได้สำเร็จ และแนวคิดการมีส่วนร่วมของ Cohen and Uphoff (1980) ซึ่งมี 4 ขั้นตอน: (1) ร่วมคิด/ตัดสินใจ/วางแผน (2) ร่วมดำเนินการ/ปฏิบัติ (3) ร่วมกันรับผลประโยชน์ และ (4) ร่วมประเมินผลมาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมบทบาทหน้าที่ของครอบครัว รวมทั้งได้นำเอาหลักคำสอนของศาสนาอิสลาม โดยเลือกใช้หลักศรัทธา (Taeali, 2021) ได้แก่ ศรัทธาในพระเจ้า ศรัทธาบทบัญญัติในคัมภีร์อัลกุรอาน และศรัทธาต่อสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นมาใช้พัฒนาโปรแกรม



วิธีการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ 1) นักเรียนมุสลิมประมาณปลายที่มีภาวะพอมที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนประถมศึกษาของรัฐบาลภายใต้การสำนักงานศึกษาธิการจังหวัดปัตตานี จำนวน 10 คน 2) ผู้ดูแลหลักที่มีหน้าที่ดูแลรับผิดชอบเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนมุสลิมฯ จำนวน 10 คน

กลุ่มตัวอย่าง

คุณสมบัติของนักเรียน

1) นักเรียนมุสลิมฯ กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ทั้งเพศชายและเพศหญิง ปีการศึกษา 2564 ที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนประถมศึกษาของสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาปัตตานี (สพป.) เขต 3

2) นักเรียนมุสลิมฯ มีน้ำหนักเมื่อเทียบกับเกณฑ์ส่วนสูงวัยเดียวกัน มีค่าต่ำกว่า-2 S.D.

3) นักเรียนมุสลิมฯ มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง

คุณสมบัติครอบครัวผู้ดูแลหลัก

1) ผู้ดูแลหลักของนักเรียนมุสลิมฯ ที่คอยให้การช่วยเหลือในการจัดเตรียมอาหาร ประปรุงแต่งอาหารเป็นประจำทุกวัน

2) มีอายุ 25 ปีขึ้นไป และสามารถอ่านออก เขียนได้ สื่อสารภาษาไทย หรือภาษามลายูได้ตามปกติ

3) พักอาศัยอยู่บ้านเดียวกับนักเรียนมุสลิมฯ และยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย โปรแกรมฯ, คู่มือรวมใจทำอิบาอะฮ์ตามหลักตอยิบ, แบบบันทึกการติดตามทางโทรศัพท์, สื่อวีดิทัศน์

1.1 โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) ของ Bandura (1997) แนวคิดการมีส่วนร่วมของ Cohen and Uphoff (1980) และแนวคิดหลักศรัทธาในศาสนาอิสลาม

1.2 คู่มือรวมใจทำอิบาอะฮ์ตามหลักตอยิบ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อใช้ในการประกอบแผนการสอน และให้นักเรียนมุสลิมฯ และผู้ปกครองอ่านทำความเข้าใจ และมีการนำคู่มือรวมใจทำอิบาอะฮ์ตามหลักตอยิบฉบับร่างให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษามลายูแปลเนื้อหาจากภาษาไทยเป็นภาษามลายู

1.3 แบบบันทึกการติดตามทางโทรศัพท์ สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

1.4 สื่อวีดิทัศน์ เรื่องเด็กมุสลิมดีมีมารยาทตามหลักศรัทธาของศาสนาอิสลาม ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ (ตอยิบ) และเรื่องการส่งเสริมความรู้เพื่อเด็กไทยสุขภาพ



ตีสมส่วน: สำหรับนักเรียน (Department of Health, 2018) เพื่อให้ให้นักเรียนเกิดการรับรู้ประโยชน์ และเห็นคุณค่าของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรบริโภคอาหาร ทำให้เกิดความตระหนักจากการได้รับรู้ข้อดีของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรบริโภคอาหาร เพื่อคงไว้ในการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

1.5 เครื่องชั่งน้ำหนักระบบดิจิตอล TANITA (HA-378) ความละเอียด 0.10 กิโลกรัม เครื่องชั่งน้ำหนักตรวจสอบความเที่ยงก่อนการชั่งทุกครั้งด้วยวิธีการเทียบกับเครื่องมือมาตรฐาน คือลูกตุ้มน้ำหนักขนาด 5 กิโลกรัม โดยผลการทดสอบทุกครั้งของการชั่งลูกตุ้มจะต้องมีน้ำหนัก 5 กิโลกรัมเท่ากันเสมอ และกำหนดเวลาชั่งเป็นเวลาเดียวกัน

1.6 ไม้วัดส่วนสูง ยี่ห้อ FBT ชนิดมีฐาน (47301) ความละเอียด 0.50 เซนติเมตร ผ่านการเทียบค่าโดยวัดส่วนสูงในเด็กวัยเรียนคนเดียวกัน 2 ครั้ง ได้ค่าจากการวัดทั้ง 2 ครั้งแตกต่างกันไม่เกิน 0.50 เซนติเมตร และกำหนดเวลาวัดส่วนสูงเป็นเวลาเดียวกัน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของนักเรียน ซึ่งมีข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา การพักอาศัย จำนวนสมาชิกในครอบครัว ประเภทของครอบครัว มีอาหารที่เด็กวัยเรียนรับประทานเป็นประจำ และผู้ดูแลที่มีหน้าที่หลักในการประกอบอาหาร จำนวน 7 ข้อ

2.2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครอง ซึ่งมีข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ ความสัมพันธ์กับนักเรียน สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ประสบการณ์การได้รับความรู้การส่งเสริมพฤติกรรมกรบริโภคอาหารของนักเรียน จำนวน 15 ข้อ และแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวจำนวน 10 ข้อ

2.3 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นเครื่องมือวัดความมั่นใจในความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรบริโภคอาหารสำหรับนักเรียนมุสลิมฯ ให้ประสบความสำเร็จ ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Ninkron (2011) ที่สร้างขึ้นตามทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวกจำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (ratio scale) 5 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน ข้อความที่เชื่อมั่นมากที่สุด = 5, เชื่อมั่นมาก = 4, เชื่อมั่นปานกลาง = 3, เชื่อมั่นน้อย = 2 และไม่มั่นใจเลย = 1 โดยคะแนนจะมีค่าระหว่าง 10-50 คะแนน มีการแบ่งการรับรู้สมรรถนะเป็น 3 ช่วง คือ ระดับต่ำ (10-23 คะแนน) ระดับปานกลาง (24-37 คะแนน) และระดับสูง (38-50 คะแนน)

2.4 แบบสอบถามความรู้เรื่องการบริโภคอาหารในนักเรียนมุสลิมฯ จำนวน 15 ข้อ เป็นเครื่องมือวัดความรู้การบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการที่ถูกต้องตามหลักศรัทธาในศาสนาอิสลาม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบถูกผิด เป็นคำถามถูกจำนวน 11 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 1, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 15 และข้อคำถามผิดจำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 2, 3, 13, 14 สำหรับ



การแบ่งช่วงคะแนนรวมของแบบสอบถามความรู้เรื่องการบริโภคอาหารอยู่ระหว่าง 0-15 คะแนน มีการแบ่งคะแนนความรู้เรื่องการบริโภคอาหารเป็น 3 ช่วง คือ ระดับต่ำ (0-5 คะแนน) ระดับปานกลาง (6-10 คะแนน) และระดับสูง (11-15 คะแนน)

2.5 แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนมุสลิมฯ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และดัดแปลงจากแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กวัยเรียนที่มีภาวะผอมของ Ninkron (2011) ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในเด็กมุสลิมวัยเรียนตอนปลายที่มีภาวะผอม จำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามด้านบวกจำนวน 11 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1, 2, 3, 6, 7, 9, 12, 13, 16, 19, 20 และข้อคำถามทางลบ จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 4, 5, 8, 10, 11, 14, 15, 17, 18 ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า (ratio scale) 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ (2 คะแนน) ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (1 คะแนน) และไม่ปฏิบัติเลย (0 คะแนน) ซึ่งมีระดับคะแนนตั้งแต่ 0-2 รวมทั้งหมด 40 คะแนน มีการแบ่งคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็น 3 ช่วง คือ ระดับต่ำ (0-12 คะแนน) ระดับปานกลาง (13-24 คะแนน) และระดับสูง (25-36 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

การดำเนินงานวิจัยครั้งนี้ ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative research) และใช้แบบสัมภาษณ์เป็นเครื่องมือในการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยมีขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือวิจัย ดังนี้

1. ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย (1) โปรแกรมฯ (2) แบบสอบถามความรู้ฯ (3) แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และ (4) แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวในการวิจัยเชิงปริมาณไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางจำนวน 3 ท่าน คือ แพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการส่งเสริมภาวะโภชนาการ การระบาดของภาวะทุพโภชนาการของเด็กมุสลิมวัยเรียน และมีความเชี่ยวชาญทางด้านการใช้ภาษาในท้องถิ่น (มลายู) จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการส่งเสริมภาวะโภชนาการของเด็กวัยเรียนจำนวน 1 ท่าน และหัวหน้าพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับงานอนามัยโรงเรียนจำนวน 1 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความครอบคลุมของเนื้อหา ความเข้าใจและความชัดเจนของข้อคำถาม และความเหมาะสมของภาษา

สำหรับโปรแกรมฯได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิเป็นที่เรียบร้อยแล้วก่อนนำไปปฏิบัติจริงสำหรับแบบสอบถามความรู้ฯ และแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวนำมาหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index [CVI]) โดยคำนวณหาค่าความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือทั้งหมด ([S-CVI]) ได้เท่ากับ 1



สำหรับแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร นำมาหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index [CVI]) โดยคำนวณหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา ของเครื่องมือแต่ละชุด (IS-CVI) ได้เท่ากับ 0.89 และ 0.96

คู่มือรวมใจทำอึบาคะสุตามหลักตอยยิบ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้จากคู่มือการจัดการ โภชนาการเด็กมุสลิม วิทยุหัดเคินที่มีภาวะขาดสารอาหารของ Tohman (2011) และทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เพิ่มเติม พิจารณา ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ภายหลังปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของ ผู้เชี่ยวชาญ ผู้วิจัยนำคู่มือรวมใจทำอึบาคะสุตามหลักตอยยิบเข้าสู่กระบวนการแปลสองภาษาจากอาจารย์ทั้ง 2 ท่านจากภาคนมนุษยศาสตร์เอกภาษามลายู มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี เพื่อตรวจสอบ ความถูกต้องของการใช้ภาษามลายู และความหมายยังคงเดิม ถูกต้องตามหลักไวยากรณ์เป็นที่เรียบร้อยแล้ว ก่อนนำไปปฏิบัติจริง

2. เครื่องมือวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างแบบ สัมภาษณ์ตามขั้นตอน ดังนี้

2.1 ศึกษาเอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างแบบสัมภาษณ์

2.2 กำหนดขอบเขตของข้อมูลที่ต้องการศึกษา

2.3 นำแบบสัมภาษณ์ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านประกอบด้วย แพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญ เกี่ยวกับการส่งเสริมภาวะโภชนาการ การระบาดของภาวะทุพโภชนาการของเด็กมุสลิมวัยเรียน และมีความ เชี่ยวชาญทางด้านการใช้ภาษาในท้องถิ่น (มลายู) จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการส่งเสริมภาวะโภชนาการของเด็กวัยเรียนจำนวน 1 ท่าน และหัวหน้าพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับงาน อนามัยโรงเรียนจำนวน 1 ท่าน พิจารณาประเด็นคำถามสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย รวมถึง ความถูกต้องเหมาะสมและปรับปรุงแก้ไขด้านภาษาตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและหาค่าความ สอดคล้อง ได้ = 1.00

2.4 นำแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องและแก้ไขปรับปรุงเรียบร้อยแล้วไปเก็บ ข้อมูลสำคัญในการวิจัยต่อไป

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ไปทดลองใช้กับนักเรียน และผู้ดูแลหลักที่มี ลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในโรงเรียนชุมชนบ้านปาแคปาลัส จำนวน 10 ราย หาค่าความเที่ยงของ แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน, แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และแบบสอบถาม การมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.87, 0.83 และ 0.75 ตามลำดับ ส่วนแบบสอบถามความรู้ฯ นำมาหาค่าความสอดคล้องภายใน



(internal consistency reliability) โดยใช้สูตรคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (Kuder–Richardson 20 หรือ KR-20) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.85

เครื่องชั่งน้ำหนักตรวจสอบความเที่ยงก่อนการชั่งทุกครั้งด้วยวิธีการเทียบกับเครื่องมือมาตรฐาน คือ ลูกตุ้มน้ำหนักขนาด 5 กิโลกรัม โดยผลการทดสอบทุกครั้งของการชั่งลูกตุ้มจะต้องมีน้ำหนัก 5 กิโลกรัมเท่ากันเสมอ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยมีการดำเนินงานวิจัยตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวผู้วิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลโครงการวิจัยผ่านคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โดยจัดส่งตามลำดับขั้น
2. ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการ โรงเรียนเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการวิจัย
3. ผู้วิจัยเข้าพบครูประจำชั้น ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการวิจัย
4. ผู้วิจัยเข้าพบนักเรียนและผู้ปกครองในโรงเรียนที่ได้รับการสุ่มเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์ที่นักเรียนและผู้ปกครองจะได้รับ ขอความร่วมมือกับกลุ่มตัวอย่างในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีคุณครูคอยช่วยเหลือผู้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล และมีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยต้องได้รับความยินยอมทั้งจากนักเรียนและผู้ปกครอง และใช้ระยะเวลาในคาบศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองของนักเรียน เพื่อไม่ให้กระทบต่อการเรียนของนักเรียน คือ ช่วงเวลา 14.00-15.00 น. ของทุกวัน
5. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลตามแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของนักเรียนและผู้ปกครอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน, แบบสอบถามความรู้ฯ และแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และชั่งน้ำหนัก-วัดส่วนสูงเพื่อประเมินภาวะโภชนาการของนักเรียน โดยผู้วิจัยได้ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถาม นำแบบสอบถามที่ได้รับคืนมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามลำดับขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวผู้วิจัยจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงผู้อำนวยการ โรงเรียนเพื่อประสานงานการทดลองการใช้โปรแกรมฯ และชี้แจงการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย
2. ทดลองดำเนินการตามโปรแกรมที่วางไว้ตามแนวทางการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยมีคุณครูประจำชั้น และผู้วิจัยคอยให้คำแนะนำตลอดการดำเนินการ
3. ดำเนินการสัมภาษณ์ตามแนวทางการปฏิบัติการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวกับนักเรียน และครอบครัวโดยใช้ช่วงเวลาในคาบศึกษาค้นคว้า และสอดคล้องกับ



ช่วงเวลากิจกรรมการเรียนรู้ของนักเรียน คือช่วงเวลา 14.00-15.00 น. ของทุกวัน พร้อมแจกคู่มือรวมใจทำอึบาคะสุตามหลักตอยิบ และประเมินผลการนำแบบประเมินไปใช้

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป หาค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน โดยใช้สถิติทีคู่ (paired t-test)
2. วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) เป็นการตีความหมายของเนื้อหา

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงจริยธรรมของนักวิจัย โดยเสนอโครงร่างวิจัยเพื่อพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ คณะกรรมการศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ พิจารณารหัสโครงการ PSU IRB 2021 – Nur 010 ลงวันที่ 21 เมษายน พ.ศ. 2564 จากนั้นทำหนังสือเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลแก่ผู้อำนวยการโรงเรียนที่จะศึกษา ทีมวิจัยใช้ระยะเวลา 1 ชั่วโมงในการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย โดยมีคุณครูประจำชั้นคอยช่วยเหลือผู้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจำนวน 10 ข้อ, แบบสอบถามความรู้จำนวน 15 ข้อ และแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารจำนวน 20 ข้อ และช่วยเหลือตลอดการดำเนินการตามขั้นตอนของโปรแกรม และมีการพิทักษ์สิทธิ์ให้แก่กลุ่มตัวอย่างทุกรายไว้เป็นลายลักษณ์อักษรในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย การนำเสนอข้อมูลทั้งหมดจะถูกนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อ การวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถหยุดหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา ซึ่งการปฏิเสธครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของนักเรียน และครอบครัวผู้ดูแลหลัก มีรายละเอียด ดังนี้

1.1. ข้อมูลทั่วไปของนักเรียน แบ่งเป็นเพศหญิง และเพศชายร้อยละ 50.00 เท่ากัน มีอายุเฉลี่ย 11.60 ปี (S.D. = .516) ส่วนใหญ่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ร้อยละ 60.00 นักเรียนมีภาวะโภชนาการโดยใช้เกณฑ์มาตรฐานอ้างอิงน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงอยู่ในภาวะผอม นอกจากนี้ นักเรียนส่วนใหญ่พักอาศัยร่วมกับบิดา มารดาร้อยละ 100 มีมารดาเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการรับประทานอาหารของนักเรียนเป็นหลัก

1.2. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลหลักสมาชิกในครอบครัวเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 100) มีอายุเฉลี่ย 41.10 ปี (S.D. = 4.508) ความสัมพันธ์ของนักเรียนกับสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นมารดา ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาจำนวน 6 คน (ร้อยละ 60.0) อาชีพส่วนใหญ่ประกอบ



อาชีพเกษตรกร/กรีดยาง จำนวน 7 คน (ร้อยละ 70.0) ครอบครัวของนักเรียนมีรายได้เฉลี่ย 8,840 บาทต่อเดือน ครอบครัวมีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่ายจำนวน 7 คน (ร้อยละ 70.0) อาหารประเภทโปรตีนที่เด็กวัยเรียนรับประทานเป็นประจำในครอบครัว ได้แก่ ไข่วันละ 1 ฟอง ผู้ดูแลหลักไม่รับรู้ภาวะพอมของนักเรียนมุสลิมร้อยละ 100.0 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปและจำนวน (คน) ของนักเรียนมุสลิมฯ ผู้ดูแลหลักที่ได้ทดลองใช้โปรแกรม (นาร่อง)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)
นักเรียนมุสลิมประถมปลายที่มีภาวะพอม	10	ผู้ดูแลหลัก	10
เพศ		เพศ	
หญิง	5	หญิง	10
ชาย	5		
อายุ (ปี)		อายุ (ปี)	
11	4	30 - 40	6
12	6	> 40	4
การศึกษา		การศึกษา	
ป.5	4	ประถม	2
ป.6	6	มัธยมศึกษา	6
		อนุปริญญา	2
สมาชิกที่อาศัยอยู่ร่วมกันในครอบครัว (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)		อาชีพ	
บิดาและมารดา	10	ลูกจ้างกรีดยาง	7
พี่น้อง 1-2 คน	7	รับจ้าง	2
พี่น้อง 3-4 คน	3	ค้าขาย	1
ปู่ ย่า	1		
จำนวนสมาชิกในครอบครัว (คน)		รายได้	
2-4 คน	6	< 7000 บาท	2
5-7 คน	4	70000 บาทขึ้นไป	8
มื้ออาหารที่นักเรียนรับประทานเป็นประจำ		ความเพียงพอของรายได้	
อาหารเช้า	3	เพียงพอกับรายจ่าย	7
อาหารเที่ยง	10	ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	3
อาหารเย็น	8	สถานภาพสมรสคู่	10



ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)
อาหารประเภทโปรตีนที่รับประทานเป็นประจำ		ความสับสน	
ในครอบครัว		มารดา	10
เนื้อสัตว์ ปลา ได้รับวันละ 6 ซ้อนกินข้าว	8	การรับรู้ภาวะผอม	
ไข่ไก่ (1 ฟอง/วัน)	7	ไม่ทราบว่ามีภาวะผอม	10
ถั่วลิสง ถั่วเขียว และถั่วดำ	2		
นม (1-2 แก้ว/วัน)	5		

1.3 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านการบริโภคอาหาร ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัว ก่อนและหลังทดลองใช้โปรแกรมฯ ของนักเรียนมุสลิมฯ

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านการบริโภคอาหาร ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัว ก่อนและหลังทดลองทดลองใช้โปรแกรมฯ ของนักเรียนมุสลิมฯ โดยใช้สถิติทีคู่ (Paired t-test) พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านการบริโภคอาหาร ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร สูงกว่าก่อนทดลองใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -10.14, -3.61, -8.83, p < .01$) ตามลำดับ โดยค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนก่อนทดลองใช้โปรแกรมฯ เท่ากับ 29.40 (S.D. = 5.62) และค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนหลังทดลองใช้โปรแกรมฯ เท่ากับ 41.80 (S.D. = 3.76) และค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านการบริโภคอาหารก่อนได้รับโปรแกรมฯ เท่ากับ 10.20 (S.D. = 1.03) และค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านการบริโภคอาหารหลังทดลองใช้โปรแกรมฯ เท่ากับ 12.10 (S.D. = 1.79) และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนทดลองใช้โปรแกรมฯ เท่ากับ 17.90 (S.D. = 5.36) และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารหลังทดลองใช้โปรแกรมฯ เท่ากับ 29.90 (S.D. = 2.60) แต่ค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวก่อนและหลังทดลองใช้โปรแกรมฯ ไม่แตกต่างกัน ($t = -2.81, p > .01$) โดยค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวก่อนทดลองใช้โปรแกรมฯ เท่ากับ 23.23 (S.D. = 2.28) และค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวหลังทดลองใช้โปรแกรมฯ เท่ากับ 23.61 (S.D. = 2.39) ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะ
 แห่ตน ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านการบริโภคอาหาร ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรบริโภคอาหาร และ
 ค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวก่อนและหลังทดลองใช้โปรแกรมฯ ของนักเรียนมุสลิมฯ โดยใช้สถิติทีคู่ ($n = 10$)

ตัวแปร	ก่อนทดลองใช้โปรแกรมฯ		หลังทดลองใช้โปรแกรมฯ		t	p
	M	S.D.	M	S.D.		
การรับรู้สมรรถนะแห่ตน	29.40	5.62	41.80	3.76	-10.14	.00*
ความรู้ด้านการบริโภคอาหาร	10.20	1.03	12.10	1.79	-3.61	.00*
พฤติกรรมกรบริโภคอาหาร	17.90	5.36	29.90	2.60	-8.83	.00*
ค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัว	23.23	2.28	23.61	2.39	-2.81	.02

หมายเหตุ: * $P < .001$

2. ความเป็นไปได้ในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่ตนโดยการมีส่วนร่วม ของครอบครัว

2.1 ผลการทดลองใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่ตนโดยการมีส่วนร่วมของ
 ครอบครัวสำหรับนักเรียนมุสลิมฯ ทดลองในนักเรียนมุสลิมฯ เพศชาย 5 คน เพศหญิง 5 คน และ
 ครอบครัวผู้ดูแลหลัก จากการศึกษาพบว่านักเรียนมุสลิมฯ และครอบครัวผู้ดูแลหลักมีความเห็นว่า
 โปรแกรมฯ มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ โดยในด้านที่ 1 ขั้นตอนในแต่ละกิจกรรมของโปรแกรม
 มีความเหมาะสม สามารถนำไปใช้ในระดั้มากที่สุด (Mode = 5) ด้านที่ 2 การนำคู่มือรวมใจทำอียาอะฮ์
 ตามหลักตอยิบ และแบบบันทึกพฤติกรรมกรบริโภคอาหารในชีวิตประจำวันไปใช้ในการส่งเสริม
 ภาวะโภชนาการรูปแบบการบันทึกมีความน่าสนใจ จูงใจให้ปฏิบัติตาม และมีความเป็นไปได้ในการ
 นำไปใช้ในระดั้มากที่สุด (Mode = 5) และด้านที่ 3 สื่อวิดีโอและอุปกรณ์ที่ใช้ นักเรียนมุสลิมฯ มี
 ความเห็นว่าสื่อที่นำมาใช้ในโปรแกรมฯ มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในแต่ละกิจกรรม และ
 สอดคล้องกับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่ตนของนักเรียนมุสลิมฯ ควบคู่กับหลักคำสอนของ
 ศาสนาอิสลาม มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในระดั้มากที่สุด (Mode = 5) อย่างไรก็ตามนักเรียน
 มุสลิมฯ ได้เสนอแนะให้มีการปรับระยะเวลาการดำเนินกิจกรรมลดเหลือเพียง 40 นาทีจากระยะเวลาเดิม
 1 ชั่วโมงเพื่อให้มีความกระชับมากยิ่งขึ้น

สำหรับคู่มือรวมใจทำอียาอะฮ์ตามหลักตอยิบที่ได้นำหลักการของศาสนาอิสลามมา
 ประยุกต์ใช้โดยสื่อสารด้วยภาษาไทยและภาษามลายูในท้องถิ่นนั้นมีส่วนที่ทำให้ผู้รับบริการซึ่งเป็น
 นักเรียนมุสลิมฯ และครอบครัวผู้ดูแลหลักในชุมชนมุสลิมรู้สึกประทับใจ และให้ความคิดเห็นที่ตรงกัน
 ว่า คู่มือที่จัดทำขึ้นมีประโยชน์มาก สามารถทำความเข้าใจเนื้อหาได้เป็นอย่างดี สามารถนำไป



ประยุกต์ใช้ได้จริงในบริบทสังคมมุสลิม ดังตัวอย่างคำกล่าว (ของครูประจำชั้น นักเรียนมุสลิมฯ และ ผู้ดูแลหลัก)

ตัวอย่าง 1 บางส่วนของการสนทนากับผู้วิจัยหลัก กับนักเรียนมุสลิมฯ เพศหญิง ชั้น ประถมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 1 ราย เกี่ยวกับการใช้ประโยชน์ของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น

“ปกติหนูกินข้าวแคว้นละ 2 มื้อ มื้อเที่ยงหนูไม่ชอบทานข้าว หนูชอบกินขนมกรุบกรอบ เพราะ ขนมมีรสชาติอร่อย เคี้ยวเพลิน และที่บ้านไม่มีใครบังคับให้หนูกินข้าว แต่หลังจากเข้าร่วมกิจกรรม กับกะ (แทนสรพนามผู้วิจัย) หนูกินข้าววันละ 3 มื้อ ที่บ้านจะมีแม่คอยกำชับให้กินข้าวตรงเวลาเสมอ และแม่จะคอยกระตุ้นให้หนูกินไข่ เนื้อไก่ ปลา และนมมากยิ่งขึ้น ”

ตัวอย่าง 2 บางส่วนของการสนทนากับผู้วิจัยหลัก กับผู้ดูแลหลักเพศหญิง อายุ 34 ปี ที่เข้าร่วม ในโครงการวิจัย จำนวน 2 ราย สอบถามเกี่ยวกับประโยชน์ของกลุ่มมือในโปรแกรมฯ

“ลูกของกะไม่ชอบทานผัก โดยเฉพาะผักคะน้า กะหล่ำปลี แครอท เพราะมันแข็ง เคี้ยวยาก แต่ หลังจากเข้าร่วมกิจกรรมกับกะ (แทนสรพนามผู้วิจัย) กะกลับไปอ่านคู่มือ และลองปรับเมนูอาหารที่ ทำ โดยการนำผักไปต้มให้สุกและนึ่งก่อนไปทำเมนูข้าวผัด ลูกของกะทานผักได้เพิ่มขึ้น และในคู่มือที่ กะให้มา (แทนสรพนามผู้วิจัย) มีรูปภาพประกอบเยอะ มีตัวหนังสือน้อย สามารถนำมาใช้ปรับใช้ได้ จริง”

ตัวอย่าง 3 บางส่วนของการสนทนากับผู้วิจัยหลัก กับครูประจำชั้นเพศหญิงจำนวน 1 ราย สอบถามเกี่ยวกับประโยชน์ของแบบบันทึกการรับประทานอาหาร และโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น

“ในโรงเรียนไม่มีการดำเนินกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมภาวะโภชนาการสำหรับเด็กวัยเรียนที่มี ภาวะผอมที่จำเพาะเจาะจง รูปแบบการดำเนิน โปรแกรมในครั้งนี้ที่น้อง (แทนสรพนามผู้วิจัย) ได้ ดำเนินการที่ว่า (แทนสรพนามครูประจำชั้น) มีประโยชน์ต่อตัวเด็กนักเรียนเป็นอย่างมาก เด็กนักเรียน จะได้รับรู้ปัญหาของตนเอง และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารของตนเองได้ดียิ่งขึ้น และในส่วนท้ายของคู่มือฯยังมีแบบบันทึกการรับประทานอาหารให้เด็กวัยเรียนสามารถจดบันทึก พฤติกรรมบริโภคอาหารของตนเองมาเปรียบเทียบได้เป็นอย่างดี อีกทั้งยังมีการนำครอบครัวเข้ามามี ส่วนร่วมตลอดการดำเนินการของ โปรแกรมเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องได้ดียิ่งขึ้น ”

กล่าวโดยสรุปโปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้นมีลำดับขั้นตอนต่อเนื่องเข้าใจง่าย เนื้อหาที่ถูกต้อง เหมาะสม และมีองค์ประกอบที่สามารถนำไปใช้ได้จริง เนื้อหาใช้ภาษามลายูซึ่งสอดคล้องกับบริบท สังคมมุสลิม และมีคู่มือรวมใจทำอาหาร



อภิปรายผล

ผลการศึกษาการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวสำหรับนักเรียนมุสลิมประถมปลายที่มีภาวะผอมสามารถอภิปรายผล ได้ดังนี้

1. ความรู้ด้านการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการ และมีคุณค่าทางโภชนาการ (ตอยยิบ) ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีความรู้ด้านการบริโภคอาหารสูงกว่าก่อนทดลองใช้โปรแกรมฯ ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมฯ สามารถใช้ในการส่งเสริมสมรรถนะของตนเอง ส่งเสริมการกระบวนคิด และวางแผนการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เนื่องจากการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อแก้ไขปัญหภาวะผอมในนักเรียนได้ดี โดยอยู่บนพื้นฐานของหลักศาสนาอิสลาม และสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การให้ความรู้ที่มีแบบแผนจะช่วยส่งเสริมพัฒนาการและการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง โดยก่อนการให้ความรู้ควรมีการประเมินความรู้ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง เพื่อนำมาวางแผนและหาวิธีการให้ความรู้ที่เหมาะสม และการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีความเหมาะสมกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของเด็กวัยเรียนมากที่สุด เพื่อให้เด็กวัยเรียนสามารถนำความรู้ที่ได้มาลงไปสู่การปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด (Uzsen & Basbakkal, 2018; Choojan, 2017; Ninkron, 2011; Sadjapong, 2009)

2. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร สูงกว่าก่อนทดลองใช้โปรแกรมฯ อธิบายได้ว่านักเรียนชอบรับประทานขนมกรุบกรอบ เยลลี่ ลูกอม ช็อคโกแลต และขนมแต่งกลิ่นที่มีสีสัณฐานรับประทานตามสื่อโฆษณาชวนเชื่อ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นอาหารที่ไม่มีคุณค่าทางโภชนาการ (ตอยยิบ) (Rana, Ali, & Toseef, 2017) และนักเรียนให้เหตุผลว่า มีความรู้สึกเบื่อหน่ายที่ต้องบริโภคอาหารจำพวกเนื้อสัตว์ ไข่ ผักผลไม้ และนมในปริมาณมาก (Alee, 2011; Sangpum, 2011) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่ส่งเสริมให้นักเรียนมุสลิมในประเทศไทยมีภาวะผอม คือนักเรียนมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย โดยนักเรียนยังคงบริโภคอาหารสำเร็จรูป และขนมในช่วงเวลาระหว่างมื้ออาหาร จะทำให้นักเรียนอ้วน ส่งผลให้รับประทานอาหารในมื้อหลักได้ลดลง และลดโอกาสที่จะได้รับสารอาหารชนิดอื่น ๆ ซึ่งมีสารอาหารที่จำเป็นต่อร่างกาย และอาจส่งผลเสียต่อสุขภาพในระยะยาวต่อไป (Lillahkul & Suphankul, 2018)

จากโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวได้มีการนำหลักศรัทธาในศาสนาอิสลามมาประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนจากการทดลองนำร่องในครั้งนี้ ผลการศึกษาพบว่านักเรียนมีความตระหนักรู้เกี่ยวกับการรับประทาน



อาหารให้ครบ 5 หมู่ และได้รับสารอาหารที่เพียงพอต่อร่างกาย และมีคุณค่าทางโภชนาการ (ตอยิบ) มากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Uzsen and Basbakkal (2018) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้ผ่านรูปแบบเกมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารของนักเรียนในประเทศตุรกี พบว่า หลังได้รับโปรแกรมนักเรียนมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีสารอาหารครบ 5 หมู่มากขึ้น โดยนักเรียนไม่มีพฤติกรรมการบริโภคขนมก่อนมื้ออาหารหลัก และหลีกเลี่ยงขนมหวาน และสามารถรับประทานอาหารในมื้อหลักได้เพิ่มมากยิ่งขึ้น

3. ภาวะโภชนาการ ระยะเวลาที่ใช้ในการทดลองนำร่องของโปรแกรมเพียง 1 สัปดาห์ มีผลทำให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวที่ไม่ชัดเจน โดยอัตราการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวที่เหมาะสมสำหรับนักเรียนที่มีภาวะผอมอายุระหว่าง 6-12 ปี อยู่ระหว่าง 0.5-1 กิโลกรัมต่อสัปดาห์ และส่วนสูงเพิ่มขึ้นระหว่าง 1-2 เซนติเมตร/3 เดือน ซึ่งการติดตามการเจริญเติบโตของร่างกายโดยการวัดส่วนสูงเป็นการประเมินที่ต้องอาศัยระยะเวลาในการประเมินที่ค่อนข้างนาน (Mo-suwan, 2016) รวมถึงโปรแกรมที่สร้างขึ้นจากการวิจัยครั้งนี้ไม่ได้เป็นการควบคุมสัดส่วนปริมาณพลังงานที่นักเรียนควรได้รับในแต่ละวันอย่างเข้มงวด แต่อาศัยหลักการที่ง่ายแก่การเรียนรู้ตามระยะพัฒนาการทางสังคมและสติปัญญาที่นักเรียนจะสามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวในนักเรียนตอนปลายที่มีภาวะผอมไม่ควรเป็นการเพิ่มน้ำหนักตัวเร็วเกินไปเนื่องจากอาจส่งผลกระทบต่อการเจริญเติบโตตามวัยของนักเรียนได้ (Department of Health, 2018; Mo-suwan, 2016)

4. ความเป็นไปได้ในการนำโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวสำหรับนักเรียนมุสลิมประถมปลายที่มีภาวะผอมไปใช้จำนวน 10 ราย พบว่า นักเรียนมุสลิมฯ ได้ทบทวนตัวเอง ปรับความรู้สึกรู้สึกนึกคิดของตนเอง และใช้หลักศรัทธาในบทบัญญัติคัมภีร์อัลกุรอานเพื่อนำมาเป็นหลักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนมุสลิมฯ ในคัมภีร์อัลกุรอานได้ระบุอย่างชัดเจนถึงแนวทางการบริโภคอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ (หลักตอยิบ) โดยเน้นอาหารที่มีประโยชน์ มีความสะอาด มีคุณค่าทางด้านโภชนาการ อีกทั้งเน้นที่คุณภาพเป็นประการสำคัญ นอกจากนี้กิจกรรมของโปรแกรมฯ ไม่ส่งผลกระทบต่อระยะเวลาในการเรียนและส่งผลเสียต่อสุขภาพ โดยมีการนัดหมายการทำกิจกรรม และการจัดบันทึกพฤติกรรมการบริโภคอาหารในช่วงเวลาที่ไม่มีการเรียน และทำการนัดหมายวันเวลาที่แน่นอนไว้ล่วงหน้า จากรูปแบบการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรม เช่น กิจกรรมการชมสื่อวีดิทัศน์ตัวแบบ โดยใช้ตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ (modeling) เสนอผ่านสื่อวีดิทัศน์เรื่องเด็กมุสลิมดีมีมารยาทตามหลักศรัทธาของศาสนาอิสลามที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับหลักศรัทธาในพระเจ้า และการส่งเสริมการบริโภคอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ (ตอยิบ) และเรื่องการส่งเสริมความรู้เพื่อเด็กไทยสุขภาพดีสมส่วน: สำหรับเด็กวัยเรียน ผ่าน



ช่องทางวิถีโอะจะช่วยสนับสนุนให้นักเรียนมุสลิมฯ มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมากขึ้น และส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารได้ดียิ่งขึ้น

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความรู้ด้านการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และภาวะโภชนาการในนักเรียนมุสลิมตอนปลายที่มีภาวะพอมช่วยเสริมสร้างสมรรถนะของนักเรียนต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและเพื่อแก้ไขปัญหาภาวะพอมได้ดีขึ้น

สรุป

การศึกษาเรื่องนี้ ความคิดเห็นของนักเรียนมุสลิมฯ ผู้ดูแลหลัก และคุณครูประจำชั้นในโรงเรียนประถมศึกษา ครั้งนี้ พบว่า ภายหลังการทดลองใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว พบว่านักเรียนมุสลิมฯ มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความรู้การบริโภคอาหารที่ดีขึ้น และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการที่ดีขึ้น อีกทั้งผู้ดูแลหลักภายในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลการบริโภคอาหารของนักเรียนมุสลิมฯ มากยิ่งขึ้น และภายหลังการนำโปรแกรมไปทดลองใช้กับนักเรียนมุสลิมฯ พบว่านักเรียนมุสลิมฯ ผู้ดูแลหลัก และคุณครูประจำชั้นมีความพึงพอใจในขั้นตอนการใช้โปรแกรมฯ และมีความเห็นตรงกันว่าโปรแกรมสามารถนำไปใช้ได้จริง ผลการศึกษาในครั้งนี้มีประโยชน์ในการส่งเสริมความรู้การบริโภคอาหาร การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร และภาวะโภชนาการของนักเรียนมุสลิมฯ มีการเจริญเติบโตทางด้านสติปัญญา และร่างกายที่สมบูรณ์ สมวัยต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ควรนำแนวปฏิบัติ และเครื่องมือของโปรแกรมเพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการที่มีจุดแข็งในด้านการใช้คู่มือสองภาษา และการใช้หลักศรัทธาในศาสนาอิสลามมาปรับใช้ในการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจปรับทัศนคติ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของนักเรียน โดยมีครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการติดตามและสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อให้นักเรียนมุสลิมฯ ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องมีคุณภาพและมีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตสังคมมุสลิม
2. พยาบาลในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิควรนำโปรแกรมฯ ไปใช้ในการส่งเสริมภาวะโภชนาการของนักเรียนมุสลิมฯ โดยให้ความรู้ สนับสนุนความสามารถในการปฏิบัติตัว สร้างความตระหนักแก่นักเรียนมุสลิมฯ



ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมอย่างต่อเนื่องโดยการติดตามประเมินผลในระยะยาว เป็นระยะเวลาทุก 3 เดือน 6 เดือน หรือทุก 1 ปี เพื่อติดตามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการประเมินภาวะโภชนาการ

2. ควรมีการศึกษาในกลุ่มนักเรียนช่วงชั้นอื่น ๆ ต่อไป เช่น ในช่วงระดับชั้นประถมศึกษาตอนต้น กลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น เพื่อศึกษาถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมฯ ในการส่งเสริมความรู้ด้านการบริโภคอาหาร ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และภาวะโภชนาการในกลุ่มตัวอย่างอื่นที่มีภาวะผอม

แหล่งทุนสนับสนุน

งานวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากเงินกองทุนวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์ ประจำปีงบประมาณ 2564

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ผู้ให้การสนับสนุนทุนวิจัย และท้ายที่สุดขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

รายการอ้างอิง (References)

- Alee, T. (2011). *Dietary Behavior of Elementary School Students in the School to Community Kamiyor Elementary School of Muang District, Pattani Province*. A Minor Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Education in Community Development Education Prince of Songkla University, Songkhla (in Thai)
- Ampansirirat, A., Chukumnird, S., Singhasem, P., Suwanraj, M., & Phromjuang, k. (2022). Mothers' Cooking: Perspectives of Givers and Takers. *TRENDS IN SCIENCES*, 19(6), 1-12.
- Bandura, A. (1997). Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Chaimongkol, L., & Pinkaew, S. (2017). The Survey on Situation and Attitude of Key Persons in Operating the School-based Nutrition Promotion Program in Songkhla Province. *Journal of Research Unit on Science, Technology and Environment for Learning*, 8(1), 67-84.



- Choojan, S. (2017). Development of Health Education on Child Centered Program in Self-Efficacy and Food Consumption Behavior among School-Aged Children in Lamlukka District, Pathumthani Province. *The Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 19(3), 158-164
- Chuachomket, N., Sangperm, P., & Prasopkittikun, T. (2015). Parental Factors Influencing Breakfast Consumption Among Sixth Grade Students in Narathiwat Province. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 7(3), 15-25
- Cohen, J.M., & Uphoff, N.T. (1980). Participation Place in rural development. Seeking clarity through Specificity. *World Development*, 8(13), 213-235.
- Department of Health. (2018). *Situation report and trends of factors affecting to the health of Thai children in 2017*. Retrieved July 15, 2019 from <http://www.moph.go.th>.
- Department of Health. (2020). *Annual Report Planning Division, Department of Health Ministry of Public Health 2019*. Bangkok: WvothaiPrinting. (in Thai)
- Jewpattanakul, Y. (2016). *Family Nursing*. Nakhon Pathom: Mahidol University Press. (in Thai)
- Leangwattapong, K., & Leumtong, S., & Hayi -mayaeng, R. (2008). *The Effectiveness of Parents and Public Health Worker Participation Programs. to address the problem of underweight in elementary school students Narathiwat Province*. (in Thai)
- Lillahkul, R., & Suphankul, P. (2018). Lifestyles of Thai Muslims Classified by Age Group in the Southern Border Provinces and Health Promoting Behaviors according to Principle 6. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 5(2), 302-312.
- Lutfi, I. (2013). *Muslim life principles* (4nd ed.). Pattani: Friendship Printing House. (in Thai)
- Mo-suwan, L. (2016). Malnutrition in Children. *Pediatrics*, 1, 275-288.
- Ninkron, P. (2011). *Effects of the Program for Behavioral Modification Food Consumption by the Self - Efficacy Theory and Social Support among Students of Primary School Level 5 - 6 in Banmor District, Saraburi Province*. Retrieved September 15, 2020 from http://digital_collect.lib.buu.ac.th/dcms/files/51912432/title.pdf
- Noksaeng, T., & Suwannachok, S. (2014). Guidelines for the development of skinny children in Ban Muang Tia School, Mae Lan District, Pattani Province. *Khon Kaen University Institute Research Journal*, 9(17), 1444-1452.



- Pattani Provincial Public Health. (2020). *Statistics of school-aged children between the ages of 6-12 years wasting. classified by age group Gender of school-age children in Pattani Province*. Retrieved August 30, 2020 from <http://www.ptn.hdc.moph.go.th>.
- Rana, E., Ali, K., & Toseef, A. (2017). Malnutrition in primary school-age children: A case of urban and slum areas of Bahawalpur, Pakistan". *International Journal of Social Economics*, 38(9), 748–766.
- Royal College of Pediatricians of Thailand. (2017). *Manual for Parents To disseminate knowledge on child care and development at school age children 6-12 years old*. Retrieved January 23, 2022 from <http://www.thaipediatrics.org>.
- Sadjapong, U. (2009). *Using Life Skill Activities to Enhance Food Consuming Behaviors of Primary Students at Municipality, Phrae Province. Master of Education (Health Promotion)*. Prince of Chiangmai University, Chiangmai. (in Thai)
- Sangpum, M. (2011). Development of learning activity package for muslim caregivers in promoting nutritional status of preschool children in Pattani province. *AL NUR Graduate School Journal Yala Islamic University*, 5(9), 97-103.
- Sangsawang, J. Chupradit, P. Chunpradub, P. Chairat, N., & Singsri, T. (2020). *The Relationship between Parents' Personal Factors and Parental Involvement Behavior in Promoting Preschool Children's Learning in Preschool Learning Center*. Boromarajonani College of Nursing, Songkhla. (in Thai)
- Smuseneto, A. (2016). Beliefs of Thai Muslim families in Pattani Province. *Journal of Faculty of Humanities and Social Sciences*, 12(1), 77-121.
- Taeali, A. (2021). *Tayyip food from the provisions of Islam*. Halal Institute. Prince of Songkla University. Retrieved January 23, 2022 from <http://www.halinist.psu.ac.th>
- Tahereh, D., Tahereh, R., Naheed, A., & Mahmood, R. (2014). Effect of nutrition education intervention based on Pender's Health Promotion Model in improving the frequency and nutrient intake of breakfast consumption among female Iranian student. *Public Health Nutrition*, 17(3), 657-666
- The Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation Working Party. (2014). *JB I Grades of Recommendation*. Retrieved February 5, 2021 from: [https:// Joanna Briggs.org/sites/default/files/2019-05/JBI-grades-of-recommendation_2014.pdf](https://JoannaBriggs.org/sites/default/files/2019-05/JBI-grades-of-recommendation_2014.pdf)



- Tohman, W. (2011). *Development of a manual for nutrition management of Muslim toddlers with malnutrition*. Master of Science in Nursing Community Medicine Nursing Faculty of Nursing Prince of Songkla University, Songkhla. (in Thai)
- Uzsen, H., & Basbakkal, Z. (2018). A Game-based Nutrition Education: Teaching Healthy Eating to Primary School Students. *The Journal of Pediatric Research*, 6(1), 18-23.
- World Health Organization. (2018). *Global Nutrition Policy Review 2016-2017: country progress in creating enabling policy environments for promoting healthy diets and nutrition*. Retrieved from <http://www.School%20%20lunch/WHO%20wasthing.pdf>



ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการกล่าวซิกรุลลอฮ์ต่อความกลัว ความปวด
และเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอดของผู้คลอดมุสลิมครั้งแรก

The Effects of an Educational Program with Recitation of the Zikrullah on Fear,
Pain and Duration of First Stage Labor Among Muslim Primiparous Women

นูไรฮัน ฮิตะ^{1*}, สุรีย์พร กฤษเจริญ², วรางคณา ชัชเวช²

Nuraihan Hitae^{1*}, Sureeporn Kritcharoen², Warangkana Chatchawet²

(Received: June 23, 2022; Revised: August 14, 2022; Accepted: September 7, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการกล่าวซิกรุลลอฮ์ต่อความกลัว ความปวด และเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอดของผู้คลอดมุสลิมครั้งแรก ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการกล่าวซิกรุลลอฮ์กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่เคยคลอดบุตรมาก่อน ที่มารับบริการแผนกฝากครรภ์และแผนกห้องคลอดโรงพยาบาลบันนังสตา จังหวัดยะลา จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 ราย และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการกล่าวซิกรุลลอฮ์ แบบบันทึกการกล่าวซิกรุลลอฮ์ในระยะคลอด และแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด ซึ่งเครื่องมือได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติไคสแควร์ สถิติทีอิสระ และสถิติแมน-วิทนียู

ผลการศึกษา พบว่า (1) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความกลัวในระยะปากมดลูกเปิดเร็วและระยะเปลี่ยนผ่านน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.17, p < .001$; $t = 7.91, p < .001$) (2) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วและระยะเปลี่ยนผ่านน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทาง

¹โรงพยาบาลบันนังสตา ยะลา

¹Bannangsata hospital, Yala

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

²Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

*Corresponding Author: nuraihan4815111@gmail.com



สถิติ ($t = 3.08, p < .001; U = 304.50, Z = -2.21, p < .05$) และ (3) กลุ่มทดลองใช้เวลาเฉลี่ยในระยะที่ 1 ของการคลอดสั้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = .82, p > .05$) จากผลการศึกษานี้ พยาบาลที่ดูแลผู้คลอดมุสลิมโดยเฉพาะครรภ์แรกสามารถนำโปรแกรมฯ ไปประยุกต์ใช้เพื่อลดความกลัว และอาการปวดในระยะที่ 1 ของการคลอด เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นในระหว่างการรอคลอด

คำสำคัญ: ความกลัว ความปวด ระยะที่ 1 ของการคลอด โปรแกรมการให้ความรู้ การกล่าวซิกรุลลอฮ์

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effect of educational program with recitation of the Zikrullah on fear, pain, and duration of first stage labor among primiparous Muslim women as in an experimental group with the women in a control group who have been taken care by using the traditional method. There were 60 primiparous Muslim women of first-stage-labor who obtained from purposely selected sampling and were receiving care service from an antenatal clinic and delivering unit at Bannangsata Hospital, Yala province. They were assigned into an experimental group (30 participants) who received the educational program with recitation of the Zikrullah, and a control group (30 participants) who received usual nursing care. The research instruments comprised of three parts, including (1) An integrated educational program with the recitation of the Zikrullah, (2) The recording form of the Zikrullah recitation while giving birth, and (3) The questionnaires regarding personal, pregnancy, and delivery information. The instruments were content validated by three experts and the data received were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, chi-square, independent t-test, and Mann-Whitney U test.

The results revealed that: (1) The experimental group had a mean score of fear during the active phase and the transitional phase statistically significantly less than that of the control group ($t = 8.17, p < .001; t = 7.91, p < .001$) (2) The experimental group had a mean score of pain during the active phase and the transitional phase statistically significantly less than that of the control group ($t = 3.08, p < .001; U = 304.50, Z = -2.21, p < .05$) and (3) The experimental group had an average duration of the first stage labor shorter than that of the control group ($t = .82, p > .05$) but the difference was not statistically significant.

The results showed that the educational program with recitation of the Zikrullah could help to reduce fear and labor pain in the first stage of labor in primiparous Muslims. Thus, the nurses should apply this intervention with them in order to lessen the complications that would occur during the waiting period before giving birth.

Keywords: Fear, Pain, First Stage Labor, Educational Program, The Zikrullah recitation



บทนำ

การคลอดบุตรสร้างความปรี๊ดป๊าดแก่ครอบครัวหญิงตั้งครรภ์ แต่กระบวนการคลอดตามธรรมชาติทำให้หญิงตั้งครรภ์ต้องเผชิญกับความกลัวและความปวดอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยความกลัวและความปวดในระยะคลอดนั้นมีความสัมพันธ์กัน กล่าวคือ เมื่อหญิงตั้งครรภ์มีความกลัวอยู่ในระดับสูง จะก่อให้เกิดความปวดที่เพิ่มสูงขึ้นเมื่อเข้าสู่ระยะคลอด (Karapakdee, Deoisres, & Chuahorm, 2019) โดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรกมักขาดความรู้และไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ในระยะคลอดได้ (Wigert et al., 2020) โดยทั่วไปหญิงตั้งครรภ์มีความกลัวเกี่ยวกับความเจ็บปวด กระบวนการคลอด (Johnson et al., 2019) ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ทั้งต่อตนเองและทารกในครรภ์ (Hassanzadeh, Abbas-Alizadeh, Meedya, Mohammad-Alizadeh-Charandabi, & Mirghafourvand, 2020) การสูญเสียการควบคุมตนเองหรือความสามารถในการคลอด (Karapakdee et al., 2019) หรือการถูกทอดทิ้งให้อยู่คนเดียว กลัวสถานที่คลอด (Samankasikom, Chatchawet, Kritcharoen, Chungpaibulpatana, & Boonsin, 2016) รวมถึงการรักษาและบุคลากรทางการแพทย์ (Panyoi, Phumdoung, & Thitimapong, 2015) โดยความกลัวเหล่านั้นก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งความเครียดจะกระตุ้นการหลั่งสารแคทีโคลามีน (catecholamine) อะดรีนาลีน (adrenaline) และคอร์ติซอล (cortisol) ออกสู่กระแสเลือดเพิ่มขึ้น (Japakeeya, Phumdoung, & Chunuan, 2021) ทำให้หลอดเลือดทั่วร่างกายหดตัวและเพิ่มแรงดันของหลอดเลือดส่วนปลาย (Kaewsiri & Chuamuangsarn, 2018) ลดปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงรก เป็นสาเหตุของภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Lohitthai, Chemama, & Siriphan, 2017) การคลอดก่อนกำหนด (Howham & Mayukhachot, 2021) และทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน (Karapakdee et al., 2019) อีกทั้งความเครียดยังขัดขวางการทำงานของตัวรับสัญญาณประสาทที่กล้ามเนื้อ ผลักทำให้กล้ามเนื้อหดตัวผิดปกติ ส่งผลทำให้ผู้คลอดรับรู้ความปวดเพิ่มมากขึ้น (Junge et al., 2018) โดยความปวดที่เพิ่มมากขึ้นนั้น จะส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มีความกลัวเพิ่มมากขึ้นเป็นวงจรต่อเนื่อง เรียกกลุ่มอาการนี้ว่า ความกลัว ความเครียดและความปวด (fear tension pain syndrome) (Dick-Read, 1984) และจะส่งผลให้ระยะเวลาการคลอดยาวนานขึ้น (Mualimah, Nurbaeti, & Palupi, 2020) ดังนั้นการจัดความกลัวและความปวดเพื่อลดระยะเวลาการคลอดจึงเป็นสิ่งสำคัญ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบแนวทางการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์เพื่อตัดวงจรความกลัว-ความเครียด-ความปวด หลายหลายวิธี ได้แก่ การเตรียมตัวทางด้านร่างกายและจิตใจให้มีความพร้อมในการคลอด (Kordi, Bakhshi, Masoudi, & Esmaily, 2017) การจัดการความปวดในระยะคลอด (Ahmadi & Bagheri, 2017) และการช่วยเหลือจากญาติ (Promkunta, Baosoung, & Sansiriphun, 2020) เป็นต้น ซึ่งรูปแบบการพยาบาลดังกล่าวเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยพัฒนาความสามารถและเพิ่มความมั่นใจในการเผชิญความกลัวและความปวดในระยะคลอด เป็นการพยาบาลที่ตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม แต่ยังไม่ครอบคลุมความต้องการทางด้านจิตวิญญาณซึ่งเป็นความต้องการอย่างแท้จริงของหญิงตั้งครรภ์มุสลิม



หญิงตั้งครรภ์มุสลิมมีความต้องการการดูแลในระยะคลอดที่มีความแตกต่างทางด้านค่านิยม ความเชื่อ และวัฒนธรรม การได้รับการยอมรับในความเป็นปัจเจกบุคคล และการดูแลที่อำนวยความสะดวกให้หญิงตั้งครรภ์ได้ปฏิบัติตามความเชื่อที่ไม่ขัดต่อการรักษา เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์สามารถเผชิญกับความปวดได้ดี (Waichompu & Siriphan, 2018) นอกจากความกลัวดังกล่าวข้างต้นที่เป็นสาเหตุของความปวดในระยะคลอดแล้ว ยังพบว่า หญิงตั้งครรภ์มุสลิมยังมีความกลัวเกี่ยวกับบททดสอบของอัลลอฮ์ (Laeson, 2016) โดยมุสลิมเชื่อว่า ทุกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นซึ่งรวมถึงการเผชิญกับการคลอดแล้วเป็นบททดสอบของชีวิต หากผู้ใดอดทน และขอความช่วยเหลือจากอัลลอฮ์เมื่อประสบกับความทุกข์หรือความเจ็บป่วย พระองค์จะทรงให้อยู่ในแนวทาง ที่ถูกต้อง (Desmawati, Kongsuwan, & Chatchawet, 2019)

มีการศึกษาเพื่อจัดการความกลัว ความปวดและลดระยะเวลาการคลอดที่ตอบสนองความต้องการการดูแล ทางด้านจิตวิญญาณของผู้คลอดมุสลิม ได้แก่ การอ่านหรือการฟังอัลกุรอาน (Desmawati, Kongsuwan, & Chatchawet, 2020; Irmawati, Hadju, Syamsuddin, & Arundhana, 2020; Lohitthai et al., 2017) การวิงวอนขอพร ต่ออัลลอฮ์ (Desmawati, 2016) การกล่าวซิกรุลลอฮ์ (การรำลึกถึงอัลลอฮ์) (Mualimah et al., 2020) หรือแม้กระทั่ง การรับประทานน้ำเชื่อมจากผลอินทผลัม (Fathi & Amraei, 2019) แต่กิจกรรมมีข้อจำกัดในการปฏิบัติจริงใน ระยะคลอด ซึ่งมีความปวดที่รุนแรงและยาวนาน ดังนั้นศาสนิกที่ผู้คลอดสามารถปฏิบัติได้ง่ายขณะรอคลอด คือ การกล่าวรำลึกถึงอัลลอฮ์ (ซิกรุลลอฮ์) ซึ่งเป็นการกล่าวคำสั้น ๆ อย่างแผ่วเบาและกระทำซ้ำ ๆ ทำให้ผู้กล่าว มีจิตใจที่สงบ โดยการหายใจขณะกล่าวซิกรุลลอฮ์ทำให้การหายใจมีคุณภาพ ช่วยเพิ่มการแลกเปลี่ยนก๊าซได้ดี อีกทั้งยังช่วยเร่งการทำงานของคลื่นแอลฟา (alpha waves) ในสมอง กระตุ้นทางด้านจิตใจ มีผลต่อการทำงาน ของระบบลิมบิก ช่วยลดความกลัวและความวิตกกังวลได้ (Ibrahim, 2018) และกระตุ้นการหลั่งของฮอร์โมน เอนดอร์ฟิน (Iskandar & Dirhamsyah, 2019) ผู้คลอดรู้สึกผ่อนคลายจากความปวด ไม่มีการรบกวนการหลั่งของ ฮอร์โมนออกซิโทซิน (Kulneejiitmethi, 2017) ทำให้มดลูกหดตัวมีประสิทธิภาพซึ่งมีผลต่อระยะเวลาการ คลอดที่สั้นลง (Sukontrakoon, 2016)

ผู้วิจัยจึงมีความต้องการนำรูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่เน้นการจัดการความกลัว ความปวดใน ระยะคลอดและลดระยะเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอด โดยการนำแนวคิดของ Dick-Read (1984) ร่วมกับการนำ หลักความเชื่อทางศาสนาอิสลามและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผ่านโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการ กล่าวซิกรุลลอฮ์ เพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของผู้คลอดมุสลิม โดยการให้ความรู้แก่ หญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับการคลอด การปฏิบัติตัวในระยะคลอด การฝึกกล่าวซิกรุลลอฮ์ การแนะนำสถานที่คลอด ด้วยสื่อการสอนที่เห็นภาพ การติดตามทางโทรศัพท์ และให้ผู้คลอดได้กล่าวซิกรุลลอฮ์ตลอดระยะที่ 1 ของการ คลอด เพื่อให้ได้รูปแบบของโปรแกรมที่เป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลผู้คลอดมุสลิมครั้งแรกโดย ตอบสนองความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณให้ผู้คลอดมีความสามารถในการเผชิญกับความกลัวและความ ปวด เพื่อลดระยะเวลาในการคลอดได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพต่อไป



วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความกลัว ความปวดและเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอดระหว่างผู้คลอดมุสลิมครั้งแรกที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการกล่าวซิกรุลลอฮ์กับผู้คลอดมุสลิมครั้งแรกที่ไม่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

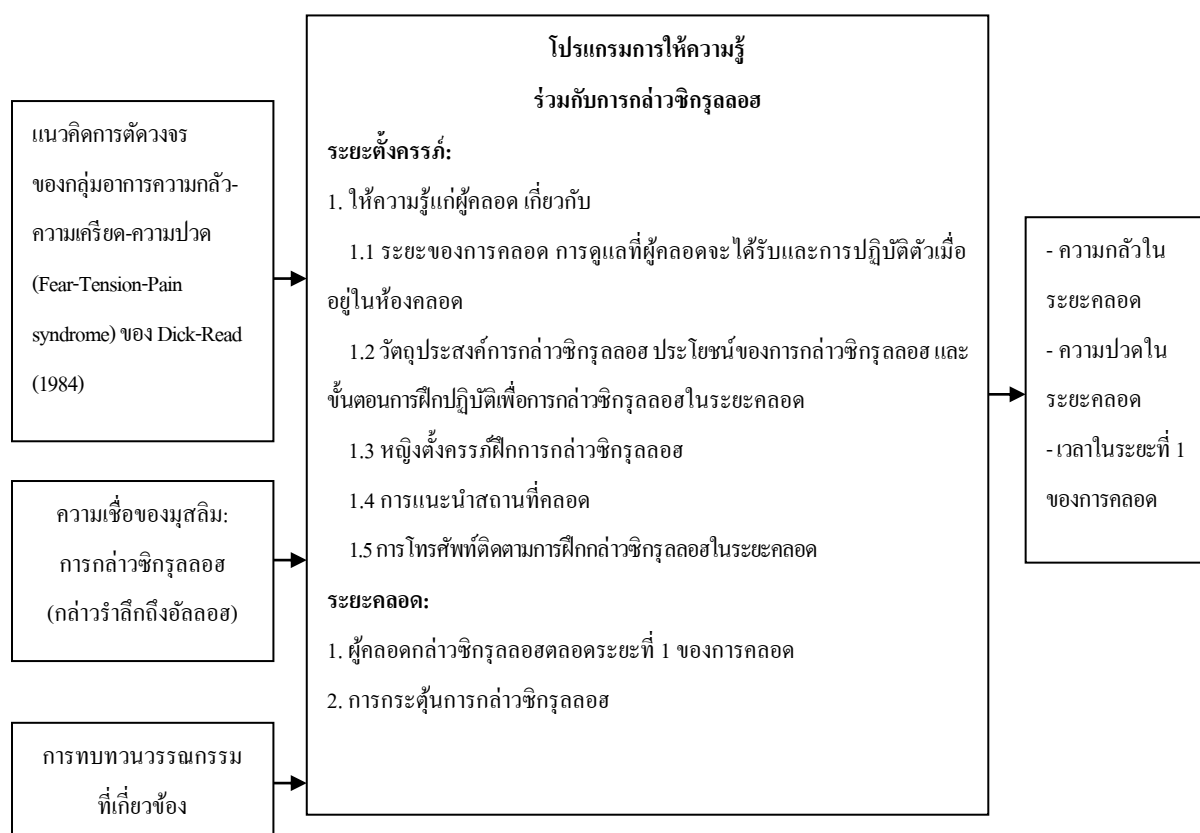
กรอบแนวคิด

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดของ Dick-Read (1984) ร่วมกับหลักความเชื่อทางศาสนาอิสลามและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งแนวคิดของ Dick-Read (1984) เชื่อว่า ความกลัว ความเครียด และความปวดมีความสัมพันธ์กันอย่างต่อเนื่องเป็นกลุ่มอาการของความกลัว ความเครียด และความปวด โดยความกลัวนั้นเป็นสาเหตุของความปวดในการคลอดปกติ เกิดจากความไม่รู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอดและสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงในระยะคลอด ส่งผลให้เกิดความตึงเครียด ร่างกายจึงกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้ระบบกล้ามเนื้อและระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการคลอดถูกรบกวน ส่งผลกระทบทำให้มดลูกหดตัวผิดปกติ เกิดการรับรู้ความปวดที่เพิ่มมากขึ้น และมีผลต่อการเปิดขยายของปากมดลูกช้า ทำให้ระยะเวลาการคลอดยาวนาน โดย Dick-Read (1984) เชื่อว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอดและวิธีการเผชิญความปวดด้วยเทคนิคการผ่อนคลายในระยะคลอด ช่วยตัดวงจรความกลัว ความเครียด และความปวดได้ โดยการลดสัญญาณความปวดที่ส่งไปยังสมอง (Phumdoung, 2016) ทำให้ผู้คลอดสามารถทนต่อความปวดและยอมรับการเปลี่ยนแปลงในระยะคลอดได้ ทำให้การคลอดดำเนินไปตามปกติโดยปราศจากความปวดเป็นการลดการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ส่งผลให้การหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูกไม่ถูกรบกวน จึงช่วยลดระยะเวลาการคลอด (Kaewsiri & Chuamuangsang, 2018)

ความเชื่อตามวิถีอิสลาม พบว่า มุสลิมมีความต้องการการดูแลที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อในมิตีที่มีความสัมพันธ์ที่ดีกับอัลลอฮ์ (Therhachakul, Phibal, & Hattthakit, 2016) โดยการปฏิบัติศาสนกิจช่วยให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤตในระยะคลอดไปด้วยดี (Waichompu & Siriphan, 2018) ดังนั้นเพื่อให้ได้รูปแบบของโปรแกรมที่มีความเหมาะสมกับผู้คลอดมุสลิม ผู้วิจัยจึงนำการกล่าวรำลึกถึงอัลลอฮ์ (ซิกรุลลอฮ์) ให้ผู้คลอดได้กล่าวในระยะคลอด ซึ่งเป็นเครื่องหมายแสดงถึงความผูกพันและความศรัทธาที่มีต่ออัลลอฮ์ (Usman, 2009) จากการศึกษา พบว่า ขณะกล่าวซิกรุลลอฮ์ทำให้การหายใจมีคุณภาพ ช่วยเพิ่มการแลกเปลี่ยนก๊าซ กระตุ้นให้เกิดกระบวนการส่งสัญญาณคลื่นแอลฟา (alpha waves) ไปยังสมอง และช่วยเร่งการทำงานของคลื่นแอลฟาในสมอง ทำให้รู้สึกสงบ ผ่อนคลาย (Ibrahim, 2018) และมีความสุข (Hamsyah & Subandi, 2017) ซึ่งเป็นสภาวะที่มีความพร้อมในการรับข้อมูล นอกจากนี้การกล่าวซิกรุลลอฮ์ยังเป็นการกระตุ้นทางด้านจิตใจ มีผลต่อการทำงานของระบบลิมบิกและกระตุ้นการหลั่งของฮอร์โมนเอนดอร์ฟิน ส่งผลให้การรับรู้ความกลัวและความปวดลดลง (Iskandar & Dirhamsyah, 2019)



นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอดและเทคนิคการบรรเทาปวดในระยะคลอดแก่ผู้คลอดช่วยขจัดความกลัว ความปวดและลดระยะเวลาการคลอดได้ (Ahmadi & Bagheri, 2017; Dick-Read, 1984) เนื่องจากการให้ความรู้นั้นทำให้ผู้คลอดมีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการคลอดและวิธีการเผชิญการคลอด รับรู้ถึงสถานการณ์ต่าง ๆ ในระยะคลอดได้ โดยการให้ความรู้กระตุ้นการทำงานของเซลล์สมองให้เกิดการเรียนรู้ และไปกระตุ้นการทำงานของระบบลิมบิกในการแสดงปฏิกิริยาทางอารมณ์ออกมา (Tarita, 2017) ทำให้ผู้คลอดมีความกลัวลดลง เมื่อความกลัวลดลง ความปวดก็ลดลงเช่นกันตามแนวคิดของ Dick-Read (1984) ส่งผลต่อระยะเวลาการคลอดที่สั้นลง ภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

สมมติฐานการวิจัย

ผู้คลอดมุสลิมครั้งแรกที่ได้รับการพยาบาลปกติและโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการกล่าวซิกรุลลอฮ์มีคะแนนเฉลี่ยความกลัว ความปวดและเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอดน้อยกว่าผู้คลอดมุสลิมครั้งแรกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว



วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดหลังการทดลอง (two-group, posttest only design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่เคยคลอดบุตรที่มารับบริการแผนกฝากครรภ์และแผนกห้องคลอด โรงพยาบาลบันนังสตา จังหวัดยะลา โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวนทั้งสิ้น 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 30 ราย และกลุ่มทดลอง จำนวน 30 ราย เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม 2564 ถึง เดือนมกราคม พ.ศ. 2565 ซึ่งมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (1) อายุครรภ์ 32 สัปดาห์ขึ้นไป เมื่อเริ่มการศึกษา (2) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ และไม่มีโรคประจำตัว (3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และ (4) สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้ และเกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (1) ผู้คลอดมีภาวะแทรกซ้อนระหว่างรอคลอด เช่น ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะรกลอก ตัวก่อนกำหนด ภาวะที่มดลูกหดรัดตัวรุนแรงผิดปกติ เป็นต้น หรือไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามขั้นตอนการวิจัย (2) ทารกในครรภ์อยู่ในภาวะเครียด (EFM category II-III) หรือมีขี้เทาในน้ำคร่ำ (thick meconium stained) และ (3) แรกที่ห้องคลอดปากมดลูกเปิดมากกว่า 4 เซนติเมตร การศึกษาครั้งนี้ไม่พบการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ เท่ากับ 0.80 และกำหนดค่านัยสำคัญที่ .05 ($\alpha = .05$) ได้ขนาดอิทธิพลจากการคำนวณ เท่ากับ 3.83 ผู้วิจัยจึงใช้ขนาดอิทธิพล (ES) = .80 ซึ่งเป็นค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ของสถิติที่ จากนั้นเปิดตารางอำนาจการทดสอบของ Polit and Beck (2012) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 25 ราย ทั้งนี้เพื่อเพิ่มอำนาจในการทดสอบและป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 20% (Pitisuthitham & Pichiansunthorn, 2013) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 30 ราย รวมทั้งสิ้น 60 ราย

เครื่องมือในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการกล่าวชิกรูกลอส ประกอบด้วย (1) แผนการสอน ที่ครอบคลุมเนื้อหา เรื่อง ระยะของการคลอด การปฏิบัติตัวและการดูแลผู้คลอดเมื่ออยู่ในห้องคลอด ประโยชน์ของการกล่าวชิกรูกลอสและแนวทางการฝึกปฏิบัติเพื่อการกล่าวชิกรูกลอสในระยะคลอด (2) สื่อนำเสนอภาพนิ่ง (PowerPoint) มีเนื้อหาสอดคล้องกับแผนการสอน (3) บทกล่าวชิกรูกลอส ได้แก่ คำว่า “ซุบฮานัลลอฮ อัลฮัมดุลิลลาฮ อัลลอฮูอักบัร” และ (4) แบบบันทึกการติดตามการฝึกกล่าวชิกรูกลอสทางโทรศัพท์ เพื่อการฝึกปฏิบัติการกล่าวชิกรูกลอสที่ต่อเนื่องจนถึงระยะคลอด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง คือ แบบบันทึกการกล่าวชิกรูกลอสในระยะคลอด ซึ่งจะเริ่มบันทึกการกล่าวชิกรูกลอสด้วยตนเองเมื่อเข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์จริง โดยบันทึก ทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าปากมดลูกจะเปิด 10 เซนติเมตร



3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ (1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการตั้งครุฑ และข้อมูลการคลอด (2) แบบวัดระดับความกลัวด้วยสายตา (VAS) และ (3) แบบวัดระดับความปวดด้วยสายตา (VAS)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย โปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการกล่าวชุกรูกลอส ได้แก่ แผนการสอน สื่อนำเสนอภาพนิ่ง (PowerPoint) บทกล่าวชุกรูกลอส แบบบันทึกการติดตามการฝึกกล่าวชุกรูกลอสทางโทรศัพท์ และแบบบันทึกการกล่าวชุกรูกลอสในระยะคลอด ผู้วิจัยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ จำนวน 2 ท่าน และอาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ จำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง หลังจากนั้นผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไข

สำหรับแบบประเมินระดับความกลัวด้วยสายตา (VAS) และแบบประเมินระดับความปวดด้วยสายตา (VAS) ผู้วิจัยไม่ได้นำไปหาความตรงและความเที่ยงอีกเนื่องจากเป็นเครื่องมือมาตรฐานและมีการนำไปใช้อย่างแพร่หลาย และมีค่าความเที่ยงสูง เท่ากับ 0.99 (Promkunta et al., 2020) และ 0.93 (Bandidpanicha et al., 2019) ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยปฏิบัติตามจรรยาบรรณของนักวิจัยอย่างเคร่งครัด โดยได้ดำเนินการภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (PSU IRB 2021 St Nur 012) และภายหลังการพิจารณาผ่านความเห็นชอบอนุญาตการเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลบันนังสตา จังหวัดยะลา ผู้วิจัยได้เข้าพบหัวหน้าแผนกฝากครรภ์และแผนกห้องคลอด เพื่อชี้แจงรายละเอียดขั้นตอนการเก็บกลุ่มตัวอย่าง และดำเนินการเพื่อพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแนะนำตัว ระบุวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินวิจัยและระยะเวลาในการเก็บข้อมูลอย่างชัดเจน ไม่เปิดเผยชื่อของผู้เข้าร่วมวิจัย และผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีความประสงค์จะออกจากการวิจัย สามารถยุติการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ทันทีโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลและไม่ส่งผลกระทบใด ๆ ต่อแผนการรักษาของแพทย์ และการปฏิบัติการพยาบาลที่ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับ อีกทั้งการนำเสนอผลการวิจัยจะเป็นในลักษณะภาพรวมเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย มีการลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยจึงเริ่มทำการเก็บข้อมูล

หลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เมื่อวันที่ 12 พฤษภาคม 2564 ผู้วิจัยได้เริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุม จำนวน 30 ราย ซึ่งทั้ง 30 ราย ไม่มีญาติเฝ้าคลอด เนื่องจากอยู่ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19



โรงพยาบาลบันนังสตาจึงปรับแนวปฏิบัติจากเดิมที่อนุญาตให้ญาติเฝ้าคลอดได้เป็น ไม่อนุญาตให้ญาติเฝ้าคลอด ดังนั้นก่อนการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองซึ่งตามแนวทางของโปรแกรมฯ เดิมจะมีญาติให้การสนับสนุนและช่วยเหลือผู้คลอดในระยะคลอดร่วมด้วยตามแนวทางของโรงพยาบาลบันนังสตา ผู้วิจัยจึงต้องปรับโปรแกรมฯ ไม่มีญาติร่วมด้วย ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยที่มีการปรับดังกล่าวต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และมีมติ “รับรอง” วันที่ 27 ตุลาคม 2564 (PSU IRB 2021 St Nur 012) หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงเข้าพบผู้อำนวยการ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าแผนกฝากครรภ์และแผนกห้องคลอด เพื่อชี้แจงการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวและเริ่มต้นเก็บข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลของกลุ่มควบคุมให้เสร็จก่อนจึงเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มทดลองเพื่อป้องกันการปนเปื้อน (contamination)

1. ขั้นเตรียมการ: ภายหลังได้รับการพิจารณาอนุมัติการเก็บข้อมูล (1) ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าแผนกห้องคลอด หัวหน้าแผนกฝากครรภ์ และเจ้าหน้าที่พยาบาลประจำแผนกฝากครรภ์และห้องคลอด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการทำการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และ (2) เตรียมความพร้อมของผู้ช่วยวิจัย (พยาบาลในหน่วยงานที่ศึกษา) ในการใช้แบบประเมินระดับความกลัวและความปวดด้วยสายตา รวมถึงการช่วยกระตุ้นให้ผู้คลอดกล่าวชิกรูลตลอดระยะเวลาที่ 1 ของการคลอด

2. ขั้นตอนการทดลอง: แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตาม ภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ขั้นตอนการทดลอง



การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป เพื่อวิเคราะห์หาความแตกต่างทางสถิติของการศึกษาค้างนี้ เมื่อกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการตั้งครรภ์และข้อมูลการคลอดของผู้คลอดมุสลิมครั้งแรก วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการตั้งครรภ์ ข้อมูลการคลอด และความกลัวในระยะตั้งครรภ์ของผู้คลอดมุสลิมครั้งแรก ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทีอิสระ และสถิติไคสแควร์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ไม่มีความแตกต่างกัน

3. ก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ทดสอบการกระจายข้อมูลของความกลัว ความปวดและเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอดของผู้คลอดมุสลิมครั้งแรกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติโคลโมโกรอฟ-สเมียร์นอฟ (Kolmogorov-Smirnov test) และสถิติความเบ้และความโด่ง (standardized skewness and kurtosis) พบว่า มีการกระจายข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบปกติ ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลไปวิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลความกลัวระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ความกลัวระยะเปลี่ยนผ่าน ความปวดระยะปากมดลูกเปิดเร็วและเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอดโดยใช้สถิติทีอิสระ ยกเว้นความปวดในระยะเปลี่ยนผ่านของกลุ่มควบคุมที่มีการกระจายข้อมูลเป็นแบบไม่ปกติ จึงนำข้อมูลไปวิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลความปวดระยะเปลี่ยนผ่านโดยใช้สถิติแมน-วิทนีย ยู

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 22.93 ปี ($SD = 3.97$) ทุกรายมีสถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 46.67) มีอาชีพเป็นแม่บ้าน (ร้อยละ 56.67) มีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย (ร้อยละ 73.33) ในขณะที่ตั้งครรภ์กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นหญิง ตั้งครรภ์แรก (ร้อยละ 96.67) ฝากครรภ์ตามเกณฑ์ (ร้อยละ 70.00) ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการคลอดมาก่อน (ร้อยละ 96.67) อายุครรภ์เมื่อมาคลอดเฉลี่ย 39.07 สัปดาห์ ($SD = 1.26$) การคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์เฉลี่ย 2,858.33 กรัม ($SD = 216.49$) ส่วนใหญ่ในระหว่างรอคลอดดื่มน้ำเปล่าตัวเอง (ร้อยละ 93.33) น้ำคร่ำมีลักษณะใส (ร้อยละ 70.00) ไม่ได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก (ร้อยละ 96.67) กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 24.90 ปี ($SD = 4.37$) ทุกรายมีสถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 33.33) มีอาชีพเป็นแม่บ้าน (ร้อยละ 40.00) มีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย (ร้อยละ 66.67) ในขณะที่ตั้งครรภ์กลุ่มควบคุมทุกรายเป็นหญิง ตั้งครรภ์แรก ฝากครรภ์ตามเกณฑ์ (ร้อยละ 83.33) ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการคลอดมาก่อน (ร้อยละ 86.67) อายุครรภ์เมื่อมาคลอด



เฉลี่ย 38.83 สัปดาห์ ($SD = 1.02$) การคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์เฉลี่ย 2,836.50 กรัม ($SD = 219.77$) ส่วนใหญ่ในระหว่างรอคลอดถุงน้ำคร่ำแตกเอง (ร้อยละ 96.67) ทุกรายมีน้ำคร่ำลักษณะใส ไม่ได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก (ร้อยละ 96.67)

2. การเปรียบเทียบความกลัวในระยะคลอด พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความกลัวในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ($M = 51.57, SD = 17.13$) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 83.80, SD = 13.15$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.17, p < .001$) และมีคะแนนเฉลี่ยความกลัวในระยะเปลี่ยนผ่าน ($M = 52.37, SD = 25.90$) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 92.17, SD = 9.44$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.91, p < .001$) (ตารางที่ 1)

3. การเปรียบเทียบความปวดในระยะคลอด พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ($M = 74.03, SD = 13.67$) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 84.57, SD = 12.76$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.08, p < .001$) (ตารางที่ 1) และมีคะแนนความปวดในระยะเปลี่ยนผ่าน ($Mdn = 91.00, n = 30$) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($Mdn = 99.50, n = 30$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($U = 304.50, Z = -2.21, p < .05$) (ตารางที่ 2)

4. การเปรียบเทียบเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอด พบว่า กลุ่มทดลองใช้เวลาในระยะที่ 1 ของการคลอดเฉลี่ย 590.70 นาที ($SD = 289.19$) น้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ใช้เวลาในระยะที่ 1 ของการคลอดเฉลี่ย 653.47 นาที ($SD = 302.11$) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = .82, p > .05$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความกลัว ความปวดและระยะเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอดของผู้คลอดมุสลิมครั้งแรก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทีอิสระ ($N=60$)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=30)				กลุ่มควบคุม (n=30)				t
	Min	Max	M	SD	Min	Max	M	SD	
ความกลัว									
ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว	20	84	51.57	17.13	50	100	83.80	13.15	8.17***
ระยะเปลี่ยนผ่าน	5	100	52.37	25.90	69	100	92.17	9.44	7.91***
ความปวด									
ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว	48	98	74.03	13.67	51	100	84.57	12.76	3.08**
เวลาในระยะที่ 1		123				132			
ของการคลอด	151	0	590.70	289.19	120	0	653.47	302.11	.82 ^{ns}

หมายเหตุ ** $p < .01$, *** $p < .001$, ^{ns} = not statistically significant



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลความปวดในระยะเปลี่ยนผ่านของผู้คลอดมุสลิมครั้งแรก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติแมนวิทนี ยู เทส (N=60)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=30)				กลุ่มควบคุม (n=30)				Z
	M	Md	SD	Mean ranks	M	Md	SD	Mean ranks	
ความปวด									
ระยะเปลี่ยนผ่าน	89.40	91.00	10.53	25.65	94.07	99.50	8.80	35.35	-2.21*

หมายเหตุ * $p < .05$

อภิปรายผล

การได้เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการกล่าวซิกรุลลอฮ์ของผู้คลอดมุสลิมครั้งแรกมีผลให้ความกลัวทั้งในระยะปากมดลูกเปิดเร็วและระยะเปลี่ยนผ่านน้อยกว่าผู้คลอดมุสลิมครั้งแรกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เนื่องจากโปรแกรมที่ได้รับประกอบด้วยกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอด การลดปวดด้วยการกล่าวซิกรุลลอฮ์และการแนะนำสถานที่คลอดตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ช่วยลดสิ่งเร้าที่มากระตุ้นการรับรู้ความเครียดของผู้คลอด โดยกระตุ้นการทำงานของสมองส่วนอะมิกดาลา (amygdala) ทำให้สามารถควบคุมความรู้สึกกลัวได้ (Rattaya, Suwanpakdee, & Lahukam, 2021) ส่งผลให้ผู้คลอดเข้าสู่ระยะคลอดอย่างมั่นใจ สามารถเผชิญกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงในระยะคลอดได้ มีความกลัวการคลอดลดลง (Serçekuş & Başkale, 2016) กล่าวคือ การให้ความรู้เป็นการตัดวงจรความกลัว ความเครียดและความปวดตามแนวคิดของ Dick-read (1984) ซึ่งผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ทั้งในรูปแบบการเตรียมตัวเพื่อการคลอดโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมทางด้านร่างกายและการฝึกทักษะการลดปวดในระยะคลอด ทำให้มีความกลัวการคลอดลดลงทั้งในระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเปิดเร็วและระยะเปลี่ยนผ่าน ($p < .001$, $p < .001$, และ $p < .01$ ตามลำดับ) (Khwanmueang, Chunuan, & Thitimapong, 2020) เช่นเดียวกับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นแรกที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอด โดยการให้ข้อมูลความรู้ผ่านการชมวิดีโอเรื่อง การบรรเทาความเจ็บปวด และการปฏิบัติขณะรอคลอด ซึ่งเป็นกิจกรรมหนึ่งของโปรแกรมฯ และการอยู่ด้วยของญาติผู้หญิงตลอดเวลาในระยะคลอด ทำให้ความกลัวการคลอดลดลง ($p < .01$) (Karapakdee et al., 2019) นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบงานวิจัยที่น่าหลักความเชื่อของมุสลิมด้วยวิธีการกล่าวซิกรุลลอฮ์มาเป็นตัวจัดกระทำเพื่อลดความกลัวของหญิงตั้งครรภ์ เนื่องจากมุสลิมมีความเชื่อเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตที่ผนวกกับหลักศาสนาโดยเฉพาะในยามเจ็บป่วยซึ่งรวมถึงระยะคลอด อีกทั้งมุสลิมมีความต้องการใกล้ชิดกับอัลลอฮ์เพื่อให้ตนเองมีสิ่งยึดเหนี่ยว



จิตใจและจิตวิญญาณ ดังนั้นการกล่าวชุกรุลลอฮ์จึงเป็นการดูแลที่ตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของมุสลิม (Wahyuni, Anies, Soejoenoes, & Putra, 2018) เป็นการกระทำที่สามารถปฏิบัติได้โดยง่ายในระยะลอด ไม่ยุ่งยาก เมื่อผู้คลอดกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ ได้กล่าวชุกรุลลอฮ์ร่วมด้วยทำให้ผู้คลอดมีความสุข (Hamsyah & Subandi, 2017) เอนดอร์ฟินหลังมากขึ้น (Iskandar & Dirhamsyah, 2019) สามารถเบี่ยงเบนการรับรู้ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ (Japakeeya et al., 2021) ส่งผลให้ความกลัวลดลง สอดคล้องกับการศึกษาที่ให้ผู้คลอดมุสลิมครั้งแรกกล่าวชุกรุลลอฮ์ตั้งแต่ปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตรขึ้นไป พบว่า หลังกล่าวชุกรุลลอฮ์กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลในระยะปากมดลูกเปิดเร็วลดลง ($p < .001$) (Nurbaeti, 2015) เช่นเดียวกับการศึกษาหญิงตั้งครรภ์แรกที่ได้กล่าวรำลึกถึงอัลลอฮ์มีระดับความเครียดและกลุ่มอาการของภาวะซึมเศร้าก่อนคลอด 1 สัปดาห์ ลดลง ($p < .001$ และ $p < .004$) (Wahyuni et al., 2018)

เมื่อหญิงตั้งครรภ์เข้าสู่ระยะคลอดโดยปราศจากความกลัว ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มีการรับรู้ความปวดลดลง (Sangtongrungrachoen & Ngamkham, 2019) จากการยับยั้งการส่งกระแสประสาทความเจ็บปวดผ่านสัญญาณจากเรติคูลาร์ เปลือกสมองและทาลามัส ซึ่งเป็นการส่งเสริมการยับยั้งการส่งกระแสประสาทจากไขสันหลังในระดับสมอง (technique enhancing descending inhibitory pathways) โดยสมองจะส่งคำสั่งผ่านทางเส้นประสาทนำเข้า (afferent nerve) เพื่อยับยั้งการเปิดประตูควบคุมความปวด (gate control) ที่ไขสันหลัง ทำให้ผู้คลอดไม่เกิดการปวด (Phumduang, 2016) นอกจากนี้การกล่าวชุกรุลลอฮ์ทำให้เอนดอร์ฟินหลังซึ่งออกฤทธิ์ควบคุมความปวดที่พรีไซแนปติก ไซต์ (presynaptic sites) โดยยับยั้งการหลั่งสับสแตนซ์ พี (substance P) ที่ระบบประสาทส่วนปลาย และออกฤทธิ์ที่ประสาทโพสต์ไซแนปติก ไซต์ (postsynaptic sites) โดยยับยั้งการส่งผ่านของกระแสประสาทความปวดจากสมองได้อีกด้วย (Lohitthai et al., 2017) สอดคล้องกับการศึกษาที่นำวิธีการให้ความรู้ผนวกกับความเชื่อของมุสลิมแก่หญิงตั้งครรภ์ในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การอ่านอัลกุรอานของ Desmawati et al. (2019) ที่ให้ความรู้แก่หญิงในระยะตั้งครรภ์เกี่ยวกับการเตรียมตัวคลอดและเทคนิคการบรรเทาปวดในระยะคลอด ผนวกกับการอ่านอัลกุรอานในระยะคลอด ทำให้มีความปวดในระยะคลอดลดลง เช่นเดียวกับการวิจัยของ Lohitthai et al. (2017) พบว่า การอ่านอัลกุรอานในระยะคลอดร่วมกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระยะคลอด ทำให้ผู้คลอดครั้งแรกมีความปวดทั้งในระยะปากมดลูกเปิดเร็วและระยะเปลี่ยนผ่านลดลง รวมทั้งการฟังอัลกุรอานช่วยบรรเทาความปวดในระยะคลอด (Mostafa, Narjes, & Marzieh, 2019) นอกจากนี้การศึกษาที่นำวิธีการกล่าวชุกรุลลอฮ์มาเป็นตัวจัดกระทำ โดยให้หญิงตั้งครรภ์มุสลิมครั้งแรกกล่าวชุกรุลลอฮ์ในระยะคลอดตั้งแต่ปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตรขึ้นไป มีความปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วลดลง (Nurbaeti, 2015) ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าเมื่อผู้คลอดที่ได้รับโปรแกรมฯ เข้าสู่ระยะคลอดโดยปราศจากความกลัวแล้ว ส่งผลให้ความปวดในระยะคลอดลดลงตามวงจรความกลัว ความเครียดและความปวดของ Dick-read (1984) นั่นเอง



เมื่อความกลัวและความปวดในระยะคลอดของผู้คลอดมุสลิมครั้งแรกที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการกล่าวซิกรุลลอฮ์ลดลง ทำให้ผู้คลอดกลุ่มทดลองใช้เวลาเฉลี่ยในระยะที่ 1 ของการคลอดสั้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เนื่องจากตามแนวคิดของ Dick-Read (1984) เชื่อว่า ความกลัว ความเครียด และความปวด มีความสัมพันธ์กันอย่างต่อเนื่องเป็นวงจรความกลัว ความเครียด และความปวด (fear-tension-pain cycle) โดยความกลัวกระตุ้นให้เกิดความเครียด ซึ่งความเครียดจะกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้ระบบกล้ามเนื้อและระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการคลอดถูกรบกวน ส่งผลกระทบต่อการหดตัวของมดลูกที่ผิดปกติ ทำให้ผู้คลอดรับรู้ความปวดมากขึ้นและมีระยะเวลาการคลอดที่ยาวนาน ดังนั้นเมื่อผู้คลอดเข้าสู่ระยะคลอดโดยปราศจากความกลัวและความปวดผ่านโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการกล่าวซิกรุลลอฮ์ โดยโปรแกรมฯ ดังกล่าวช่วยส่งเสริมผู้คลอดให้เกิดการเรียนรู้และสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเมื่อเข้าสู่ระยะคลอด ช่วยกระตุ้นการทำงานของระบบลิมบิก (limbic system) ในการแสดงปฏิกิริยาทางอารมณ์ (Tarita, 2017) ทำให้ผู้คลอดมีความกลัวลดลง อีกทั้งการกล่าวซิกรุลลอฮ์ช่วยให้การหายใจมีคุณภาพ (Ibrahim, 2018) ทำให้กล้ามเนื้อมดลูกได้รับออกซิเจนเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้คลอดมีความปวดลดลงดังที่ได้อภิปรายไว้ข้างต้น เมื่อโปรแกรมฯ สามารถตัดวงจรความกลัว ความเครียดและความปวดได้ การหลั่งของฮอร์โมนออกซิโทซินจะเป็นปกติ ส่งผลให้มดลูกหดตัวได้ดีและมีประสิทธิภาพ ช่วยลดระยะเวลาการคลอดให้เร็วขึ้นได้ (Sukontrakoon, 2016)

อย่างไรก็ตามเมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่า เวลาในระยะที่ 1 ของการคลอดของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากระยะเวลาการคลอดนั้นนอกจากจะมีความเชื่อมโยงกับความกลัว ความปวด และปัจจัยทางด้านความเชื่อแล้ว ยังมีปัจจัยอื่น ๆ เข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น ช่องทางคลอด ขนาดทารก ความแรงของการหดตัวของมดลูก รวมถึงท่าทางของผู้คลอดในขณะรอคลอดด้วย (Somsap, 2019; Mano, Chunuan, & Samankasikom, 2021; Chaitikul & Wisanskoonwong, 2019) สอดคล้องกับการศึกษาที่นำหลักความเชื่อทางศาสนาอิสลามด้วยวิธีการฟังอัลกุรอานใช้เวลาในระยะที่ 1 ของการคลอดนานกว่ากลุ่มควบคุม (Kocak, Göçen, & Akin, 2021) อย่างไรก็ตามหากมีการจัดกระทำที่ส่งเสริมความก้าวหน้าในการคลอดร่วมด้วยทำให้ลดระยะเวลาการคลอดได้ ดังการศึกษาของ Desmawati et al. (2020) ที่บูรณาการการจัดทำแนวตั้ง การใช้เทคนิคการหายใจและการดูหน้าท้อง ร่วมกับการนำหลักความเชื่อทางศาสนาอิสลามด้วยวิธีการอ่านอัลกุรอานทำให้กลุ่มทดลองใช้เวลาในระยะปากมดลูกเปิดเร็วน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

สรุป

จากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการกล่าวซิกรุลลอฮ์ ด้วยวิธีการให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอด การปฏิบัติตัวในระยะคลอด การแนะนำสถานที่คลอด ร่วมกับการนำหลักความเชื่อทางศาสนาอิสลามโดยการติดตามการฝึกกล่าวซิกรุลลอฮ์



ทางโทรศัพท์และการกล่าวซิกรุลลอฮ์ในระยะคลอด ช่วยกระตุ้นทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณ มีความกลัวและความปวดในระยะคลอดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรใช้โปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการกล่าวซิกรุลลอฮ์ในการดูแลผู้คลอดมุสลิมเพื่อช่วยลดความกลัวและความปวดในระยะคลอดร่วมกับการพยาบาลตามปกติ เพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของผู้คลอดมุสลิม
2. ควรมีรูปแบบการจัดการอื่น ๆ ร่วมกับการกล่าวซิกรุลลอฮ์ เช่น การจัดทำแนวตั้ง และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น เพื่อช่วยส่งเสริมความก้าวหน้าในการคลอด และลดระยะเวลาการคลอดต่อไป

รายการอ้างอิง (References)

- Ahmadi, L., & Bagheri, F. (2017). The effectiveness of educating mindfulness on anxiety, fear of delivery, pain catastrophizing and selecting caesarian section as the delivery method among nulliparous pregnant women. *Nursing Practice Today*, 4(1), 52-63.
- Bandidpanicha, P., Luangkwan, S., Ponsane, N., Pooraya, L., Srikao, S., & Tuphimai, B. (2019). The effect of dynamic meditation on stress, labor pain and pain coping behaviors during the stage of labor. *Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospital*, 34(1), 37-54.
- Chaitikul, S., & Wisanskoonwong, P. (2019). Effects of fowler's position with warm compression on pain and duration of active phase in primiparous parturients. *Journal of Nursing and Health Care*, 37(3), 39-48.
- Desmawati, D. (2016). Effect of invocation (Do'a) on pain-coping behaviors of primiparous Muslim women during the three hours of the active phase of labor. *Belitung Nursing Journal*, 2(5), 99-106.
- Desmawati, D., Kongsuwan, W., & Chetchawet, W. (2019). Effect of nursing intervention integrating an Islamic praying program on labor pain and pain behaviors in primiparous Muslim women. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 24(3), 220-226.
- Desmawati, D., Kongsuwan, W., & Chatchawet, W. (2020). The effects of childbirth preparation nursing intervention integrating Islamic praying program on duration of labor and neonatal outcomes in primiparous Muslim women. *Walailak Journal*, 17(10), 1048-1059.
- Dick-Read, G. (1984). *Childbirth without fear* (5th ed.). New York: Harper & Row.



- Fathi, L., & Amraei, K. (2019). Effects of phoenix dactylifera syrup consumption on the severity of labor pain and length of the active phase of labor in nulliparous women. *Iran Journal of Nursing*, 31(116), 18-27.
- Hamsyah, F., & Subandi, (2017). Dzikir and happiness: A mental health study on an Indonesian Muslim Sufi group. *Journal of spirituality in mental health*, 19(1), 80–94.
- Hassanzadeh, R., Abbas-Alizadeh, F., Meedya, S., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., & Mirghafourvand, M. (2020). Fear of childbirth, anxiety, and depression in three groups of primiparous pregnant women not attending, irregularly attending, and regularly attending childbirth preparation classes. *BMC Woman's Health*, 20(180), 1-8.
- Howham, C., & Mayukhachot, S. (2021). A study of predicting factors of the fear of childbirth. *Journal of health science research*, 15(1), 24-34.
- Ibrahim, I. (2018). Study of the process of calling God's name from scientific glasses: Aspect of Dzirkullah by science. *Humanities and Social Science Reviews*, 6(3), 30-37.
- Irmawati, Hadju, V., Syamsuddin, S., & Arundhana, A. I. (2020). The effect of listening to the recitation of Qur'an (Murottal Ar-Rahman surah) on the level of anxiety of pregnant women in Siti Fatimah maternal and child hospital. *International Conference on Women and Societal Perspective on Quality of Life*, 30(2), 238-242.
- Iskandar, M., & Dirhamsyah. (2019). The effect of Dhikrullah on brain health according to neuroscience. *Asian Social Work Journal*, 4(2), 71-77.
- Japakeeya, N., Phumdoung, S., & Chunuan, S. (2021). Effects of listening to Holy Quran and Zikrullah recitation on stress and physiological stress responses among Muslim pregnant women with premature uterine contractions: A randomized controlled trial. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 41(4), 1-14.
- Johnson, A. R., Kumar, M. G., Jacob, R., Jessie, M. A., Mary, F., Agrawal, T., & Raman, V. (2019). Fear of childbirth among pregnant women availing antenatal services in a maternity hospital in rural Karnataka. *Indian Journal Psychological Medicine*, 41(4), 318-322.
- Junge, C., Soest, T., Weidner, K., Seidler, A., Eberhard-Gran, M., & Garthus-Niegel, S. (2018). Labor pain in women with and without severe fear of childbirth: A population-based, longitudinal study. *Birth*, 45, 469–477.
- Kaewsiri, P., & Chuamuangsang, D. (2018). Non-pharmacological approaches to management of labor pain. *Nakhon Phanom university journal*, 10(1), 173-180.



- Karapakdee, C., Deoisres, W., & Chuahorm, U. (2019). Effects of labor support program by a female relative on fear of childbirth and perception of childbirth experience among first-time adolescent mothers. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 27(2), 20-29.
- Khwanmueang, P., Chunuan, S., & Thitimapong, B. (2020). Effect of childbirth preparation program with continuous labor support on labor pain of first-time teenage pregnant women. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 30(3), 115-127.
- Kocak, M. Y., Göçen, N. N., & Akin, B. (2021). The effect of listening to the recitation of the Surah Al-Inshirah on labor pain, anxiety and comfort in Muslim women: A randomized controlled study. *Journal of Religion and Health*, 1-15.
- Kordi, M., Bakhshi, M., Masoudi, S., & Esmaily, H. (2017). Effect of a childbirth psychoeducation program on the level of fear of childbirth in primigravid women. *Evidence based Care Journal*, 7(3), 26-34.
- Kulneejittmethi, T. (2017). Pain and pain management during labor. *Apheit Journal*, 6(2), 158-165.
- Laeson, I. (2016). *Program of Allah*. Retrieved from <http://www.cicot.or.th/th/article/detail/9/11/กำหนดการของอัลเลาะห์.html>
- Lohitthai, S., Chemama, N., & Siriphan, S. (2017). Effects of reading AL-koran involving family support of pain level in the first stage of labor among primiparae. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 4(1), 115-130.
- Mano, R., Chunuan, S., & Samankasikorn, W. (2021). Effects of the Maneevej exercise technique with pranayama breathing on labor pain and duration of labor in primiparous women. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 8(1), 69-84.
- Mostafa, E., Narjes, A., & Marzieh, K. (2019). Investigating the visual-oral effect of Quran verses on the intensity of labor pain among prim-parous patients. *Journal of Research on Religion and Health*, 5(1), 112-122.
- Mualimah, N., Nurbaeti, I., & Palupi, P. (2020). The effectiveness of dhikr to intensity of pain during active phase in mothers getting inducing labour. *Jurnal Keperawatan Padjadjaran*, 8(2), 192-200.
- Nurbaeti, I. (2015). The effectiveness of dhikr toward decreasing anxiety and labor pain during active phase of first stage among primigravida. *Jurnal Ners*, 10(1). 30-37.



- Panyoi, R., Phumdoung, S., & Thitimapong, B. (2015). Fear of childbirth and coping strategies for fear of childbirth of adolescent pregnant women. *Journal of Nursing Science and Health*, 38(4), 34-43.
- Phumdoung, S. (2016). *Maternity-Child Nursing*. Bangkok: Allied press. (in Thai)
- Pitisuthitham, P., & Pichiansunthorn, C. (2013). *Textbook of clinical research*. Bangkok: Faculty of Tropical Medicine Mahidol University. (in Thai)
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (9th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott.
- Promkunta, N., Baosoung, C., & Sansiriphun, N. (2020). Effect of social support on fear of childbirth among primiparous parturients. *Nursing Journal*, 47(3), 40-49.
- Rattaya, M., Suwanpakdee, W., & Lahukam, B. (2021). Fear management of childbirth in adolescent pregnant women. *Medical Journal of Srisaket Surin Burirum Hospital*, 36(3), 563-574.
- Samankasikorn, W., Chatchawet, W., Kritcharoen, S., Chungpaibulpatana, W., & Boonsin, K. (2016). Effect of childbirth preparation model on childbirth experience for primipara and their supporters. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 36(1), 99-104.
- Sangtongrungrachoen, P., & Ngamkham, S. (2019). Pain management in labor based on the neuromatrix theory. *Journal of Nurses Association of Thailand Northern Region*, 25(2), 1-12.
- Serçeku, P., & Başkale, H. (2016). Effects of antenatal education on fear of childbirth, maternal self-efficacy and parental attachment. *Midwifery*, 34, 166-172.
- Somsap, Y. (2019). Nurse-Midwife with upright postures arrangement in the first stage of labor. *Nursing Journal*, 46(1), 210-220.
- Sukontrakoon, P. (2016). Progression of labour: The midwifery roles. *Journal of the Royal Thai Army Nurses*, 17(2), 1-6.
- Tarita, A. (2017). *Effect of brain-based learning with predict-observe-explain strategy on science achievement, science process skills, and instructional satisfaction of grade 6 students*. Master Thesis of Education in Curriculum and Instruction, Prince of Songkla University. (in Thai)
- Therhachakul, J., Phibal, A., & Hatthakit, U. (2016). Spiritual care needs on a relationship with another person and a higher power of the Muslim patients who had surgery in the surgical department in one hospital center, Southern border provinces in Thailand. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 8(1), 39-52.
- Usman, S. (2009). *nobility fo the Zikrullah*. Retrieved from <http://www.islamhouse.com/th/article/227916>.



- Wahyuni, S., Anies, Soejoenoes, A., & Putra, S. T. (2018). Psychoeducation dhikr increases spiritual responses of primiparous women. *INC 2018 - The 9th International Nursing Conference: Nurses at the Forefront Transforming Care Science and Research*, 22-28.
- Waichompu, N., & Siriphan, S. (2018). Humanized care in intrapartum care: Southern border context. *Princess of Naradhiwas University Journal of Humanities and Social Science*, 5(1), 113-127.
- Wigert, H., Nilsson, C., Dencker, A., Begley, C., Jangsten, E., Sparud-Lundin, C., ... Patel, H. (2020). Women's experiences of fear of childbirth: a metasynthesis of qualitative studies. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 15(1), 1-17.



ผลของโปรแกรมการบริหารข้อเข่าด้วยท่าฤๅษีตัดต้นเพื่อชะลอการเกิด
โรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิของหญิงวัยกลางคนที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน

**Effects of Knee Joint Exercises with Thai Hermit Exercise Program on Primary
Knee Osteoarthritis Delay among Overweight Middle-aged Women**

วรายุส คตวงศ์^{1*}, อรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง¹

Varayuth Khotwong^{1*}, Atthawit Singsalasang¹

(Received: August 23, 2022; Revised: October 5, 2022; Accepted: October 11, 2022)

บทคัดย่อ

หญิงวัยกลางคนที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน ถือว่าเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิเป็นอย่างมาก ปัจจัยที่สำคัญ ได้แก่ น้ำหนักเกิน เพศและอายุ การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงทดลอง เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการบริหารข้อเข่าด้วยท่าฤๅษีตัดต้นเพื่อชะลอการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ ที่พัฒนามาจากทฤษฎีแรงงูใจในการป้องกันโรค ต่อหญิงวัยกลางคนที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม วัดก่อน-หลังการทดลอง และติดตามผล 8 สัปดาห์ สุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่ายจากหญิงวัยกลางคนที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในเขตอำเภอประโคนชัย จำนวน 74 คน จำแนกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 37 คน โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีค่าความเห็นที่สอดคล้องของผู้ทรง (interrater opinion) เท่ากับ 0.91 ประเมินผลโดยใช้แบบสอบถาม มีค่าความเชื่อมั่น 0.89 บรรยายข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบ T-test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของผลของโปรแกรมการบริหารข้อเข่าด้วยท่าฤๅษีตัดต้น สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ผลการวิจัยเสนอแนะให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำโปรแกรมฯ ไปประยุกต์ใช้จัดกิจกรรมให้กับหญิงวัยกลางคนที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน เพื่อชะลอการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ คำสำคัญ : ท่าฤๅษีตัดต้น โรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ หญิงวัยกลางคนที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน

¹ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

¹ Public Health Faculty of Public Health Nakhon Ratchasima Rajabhat University

*Corresponding Author: varayuth573022031@gmail.com



Abstract

Middle aged overweight woman is regarded as a population at high risk of developing primary knee osteoarthritis. Age, gender, and overweight were significant indicators to develop the disease. A quasi-experimental design was used to investigate effects of a knee exercise program on prevention of primary osteoarthritis, which the exercise program was design based on Thai hermit postures and concepts of motivation in disease prevention of middle aged overweight women. The program received interrater opinion from experts at 0.91. Also, the program was evaluated by a questionnaire, received its reliability at 0.89. The samples were 74 middle aged overweight women living in Prakhonchai district, selected with simple random sampling. This quasi-experimental study divided participants into 2 groups; 37 persons for an experimental group and 37 persons for a control group. The participants did pre- and post-tests, and were followed up for 8 weeks during the program. Descriptive statistics and the t test were used to analyze data.

The results of the experiment revealed that after implementing the knee training program with the experimental group, the group was measured in terms of the mean score of the effects of the program, which was greater than before the experiment and noticeably greater than the control group ($p < 0.001$). Thus, it is suggested to public health officers that the program be used among overweight middle-aged women to help delay primary knee osteoarthritis.

Key words: Thai hermit exercise, Primary osteoarthritis, Middle-aged overweight woman

บทนำ

ข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิในปัจจุบันมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี และเป็นปัญหาสุขภาพทางสาธารณสุขที่สำคัญของอนามัยโลก ความรุนแรงที่เพิ่มขึ้นของโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ ประเมินได้จากอาการปวดข้อ ฟังผิด ข้อฝืดขัดมากขึ้น และการเคลื่อนไหวน้อยลง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดข้อเข่าเสื่อมมีหลายปัจจัย ได้แก่ อายุ น้ำหนักเกิน พันธุกรรม และการทำงานต่าง ๆ ซึ่งจะส่งผลให้ข้อเข่าผิดรูป ทำให้ลดช่องว่างของข้อเข่าลดลงจากกิจกรรมที่มีแรงกดต่อข้อเข่า เช่น การนั่งคุกเข่า พับเพียบ จัดสมาธิ นั่งยอง ๆ (Chaichana, 2018) ภาวะข้อเข่าเสื่อมเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ปัจจุบันเริ่มพบมากขึ้นในวัยกลางคน ในช่วงอายุ 40 - 59 ปี เนื่องจากเป็นวัยทำงานมีการใช้ข้อเข่ามากเกินไป สถานการณ์ประเทศไทย พบว่า ประชากรที่ป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมมีมากกว่า 6 ล้านคน ซึ่งพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย สถิติจำนวนครั้งวินิจฉัยโรค พบว่าจำนวนผู้ป่วยปี พ.ศ. 2561 มีเพิ่มขึ้นร้อยละ 75.69 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2560 รายงานสถานการณ์ปี พ.ศ. 2564 พบว่าประชากรมีภาวะอ้วน



มากกว่า 20.80 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 37.50 ของประชากรทั้งหมดในประเทศไทย โดยโรคข้อเข่าเสื่อม มีความสัมพันธ์กับผู้ที่มือน้ำหนักมากเนื่องจากมีภาวะการลงน้ำหนักที่มากเกินไปทำให้ผิวกระดูกอ่อนบางลง จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า เมื่อเพศหญิงเข้าสู่วัยหมดประจำเดือน โครงสร้างกระดูกอ่อนบริเวณข้อจะบางลงจากผลของระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนที่ลดลงเป็นผลให้เส้นเอ็นต่าง ๆ หย่อนยาน โดยเฉพาะรอบข้อเข่ารวมไปถึงกล้ามเนื้อต้นขาด้านหน้ากล้ามเนื้อเกิดการอ่อนแรงทำให้เกิดข้อเข่าเสื่อมได้ง่ายขึ้น (Kankayan, 2020)

ระบบบริการสุขภาพ (Health service system) ที่เกี่ยวกับการพัฒนาระบบบริการแพทย์แผนไทย บริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรคและฟื้นฟูสุขภาพ จัดให้มีคลินิกบริการทางการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกแบบครบวงจรมีการบริการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพระหว่างแพทย์แผนปัจจุบัน ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและมีมาตรฐานบริการ (Department of Thai Traditional and Alternative Medicine, 2016) โดยเฉพาะโรคข้อเข่าเสื่อม ในศาสตร์แพทย์แผนไทย พบว่าการออกกำลังกายหรือการบริหารข้อเข่าแบบไทยที่เรียกว่า ฤๅษีคัตตณ เป็นการออกกำลังกายหรือการบริหารร่างกายแบบ Active range of Motion Exercise เพื่อรักษาและเป็นการบริหารร่างกายแบบการออกกำลังกายเพื่อป้องกันข้อติดหรือเพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อ เพิ่มกำลังกล้ามเนื้อโดยเฉพาะกล้ามเนื้อต้นขาด้านหน้า ได้แก่ ท่าแก้มกลอนและท่าเข้าขัด ท่าดำรงกายอายุยืน และท่าแก้ไหล่ขาและเข้าขัด (Poolsuk, 2016)

ในช่วงปี พ.ศ. 2561 - 2563 โรงพยาบาลประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ รายงานผลจากโรงพยาบาลพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาอาการปวดเข่าที่มีอายุอยู่ในช่วง 40 - 59 ปี จำนวน 643 คน 659 คน และ 696 คน ตามลำดับ (Prakhonchai Hospital, 2021) แสดงให้เห็นว่าผู้มารับบริการที่มีอาการปวดเข่าในกลุ่มอายุดังกล่าวมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2563 หญิงที่มีอายุ 40 - 59 ปี ที่มารับบริการและอาศัยอยู่ในอำเภอประโคนชัยมารับการรักษา มีจำนวนทั้งหมด 455 คน จากแนวโน้มผู้มารับบริการโรคข้อเข่าเสื่อมที่เพิ่มขึ้น และยังพบพฤติกรรมที่ใช้ข้อเข่าหนักเกินไป น้ำหนักเกินค่ามาตรฐาน และขาดการออกกำลังกายเพื่อบริหารข้อ ดังนั้นการกระตุ้นให้หญิงวัยกลางคนที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานเห็นความรุนแรงจากการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ เพื่อให้หญิงวัยกลางคนที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อชะลอการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์ ซึ่งได้อธิบายว่า หากบุคคลรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและความรุนแรงของโรค บุคคลจะเกิดแรงจูงใจในการยับยั้งและปฏิบัติพฤติกรรมไม่พึงประสงค์และเมื่อบุคคลรับรู้ถึงผลดีที่ได้จากการปฏิบัติพฤติกรรม ลดภาวะคุกคามและรับรู้ความสามารถตนเอง บุคคลก็จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เป็นไปตามคำแนะนำ ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเน้นการสนับสนุนทางสังคมในเรื่องของด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านวัสดุ



สิ่งของ เพื่อส่งเสริมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมที่ด้อยอาศัยการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอและใช้ระยะเวลาในการรักษานาน

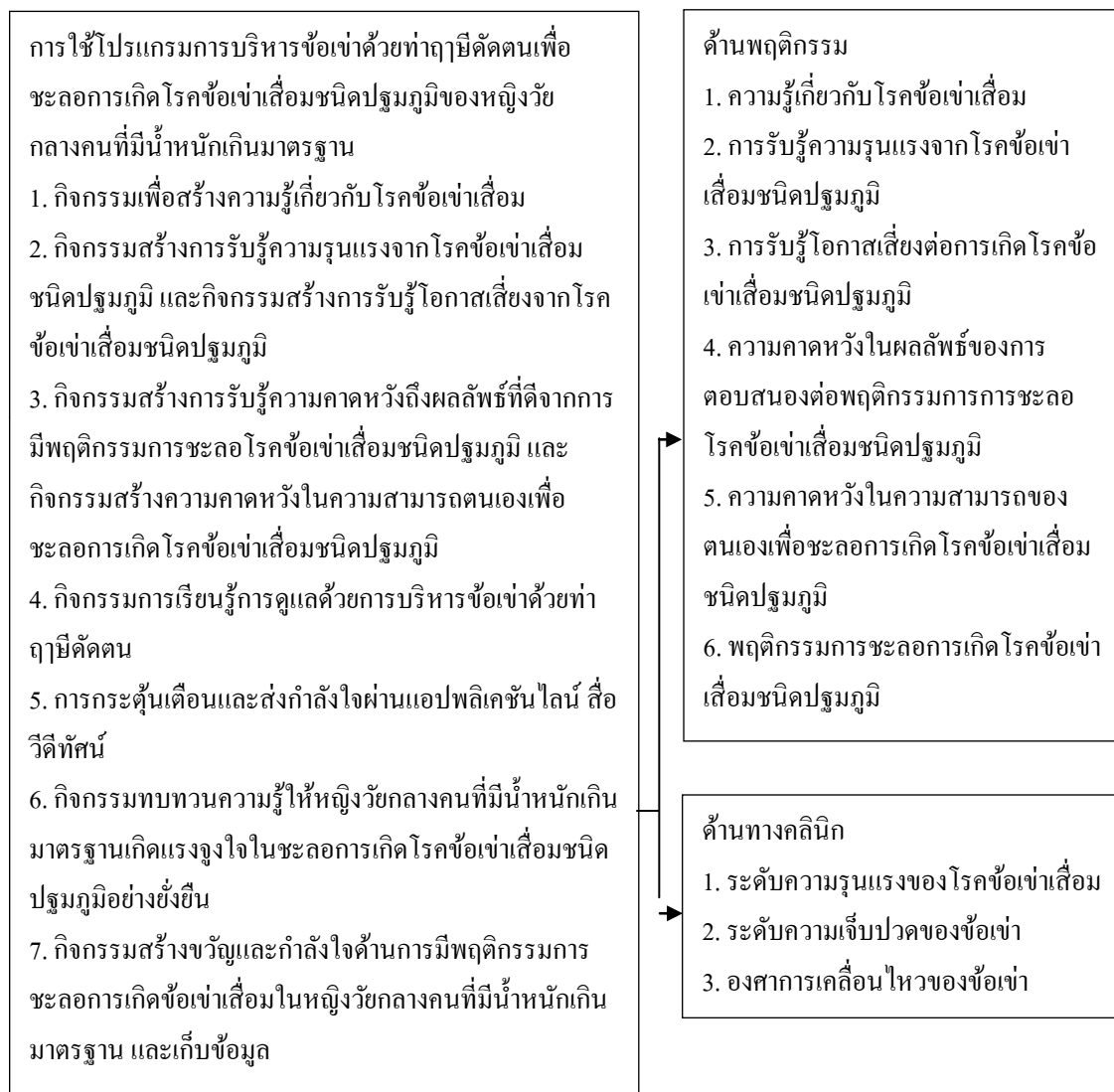
จากความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาโรคข้อเข่าเสื่อมดังกล่าว ผู้วิจัยสนใจที่จะทำการศึกษาการดูแลข้อเข่า โดยการป้องกันด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทยให้มีประสิทธิภาพ โดยผู้วิจัยจะศึกษาผลของโปรแกรมการบริหารข้อเข่าด้วยท่าฤๅษีคัดคนเพื่อชะลอการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิในหญิงวัยกลางคนที่มือน้ำหนักเกินมาตรฐาน โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์ ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม นำมากำหนดการวัดประสิทธิผลของโปรแกรม ซึ่งผลที่ได้จะเป็นแนวทางสำหรับการจัดกิจกรรมในการป้องกัน ดูแลรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมในกลุ่มหญิงวัยกลางคนที่มือน้ำหนักเกินมาตรฐานในหน่วยบริการสาธารณสุข รวมไปถึงการประยุกต์ใช้ในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในผลลัพธ์ ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง พฤติกรรมการชะลอการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ ระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม อาการเจ็บปวดของข้อเข่า และองค์การเคลื่อนไหวของข้อเข่า ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในผลลัพธ์ ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง พฤติกรรมการชะลอการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ ระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม อาการเจ็บปวดของข้อเข่า และองค์การเคลื่อนไหวของข้อเข่า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ศึกษาผลของโปรแกรมการบริหารข้อเข่าด้วยท่าฤๅษีคัดคนเพื่อชะลอการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ ของหญิงวัยกลางคนที่มือน้ำหนักเกินมาตรฐาน จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า มีการนำแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม มาแก้ไขปัญหาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการชะลอโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิของหญิงวัยกลางคนที่มือน้ำหนักเกิน มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองดีขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค (Rogers, 1975 อ้างถึงใน Sota, 2011) ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในรูปแบบกึ่งทดลองนำมาประยุกต์สร้างเป็นโปรแกรมการบริหารข้อเข่าด้วยท่าฤๅษีคัดคนทั้งหมด 7 ท่า เพื่อชะลอการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ ของหญิงวัยกลางคนที่มือน้ำหนักเกินมาตรฐาน ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) มีรูปแบบการศึกษาเป็นสองกลุ่มวัดโปรแกรมฯ ก่อนและหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงวัยกลางคนที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน ในเขตอำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 37 ราย มีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ หญิงวัยกลางคนที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานที่มีอายุ 40 – 59 ปี ดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์อ้วนระดับ 1



ระดับความรุนแรงโรคข้อเข่าเสื่อม (Oxford knee Score) ที่มีคะแนน 30-39 คะแนน ระดับความเจ็บปวดของข้อเข่า (WOMAC) ระดับปานกลาง และองศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่า น้อยกว่า 100 องศาเข้าร่วมในโปรแกรม เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา เข้าร่วมโครงการไม่ครบตามกำหนด และขอยุติการเข้าร่วมกิจกรรม

การคำนวณขนาดตัวอย่าง แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ใช้การคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประชากร 2 กลุ่ม ที่อิสระต่อกัน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ (Jirawatkul, 2015) กลุ่มละ 37 คน โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ อยู่ในอำเภอประโคนชัยพื้นที่ตำบลต่างแห่งกัน และใช้วิธีจับคู่ (Match pair) กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มในเรื่อง อายุ ค่าดัชนีมวลกาย และอาชีพหลัก

$$N/\text{กลุ่ม} = \frac{2(Z\alpha + Z\beta)^2 \sigma^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

สูตรของ Jirawatkul (2015)

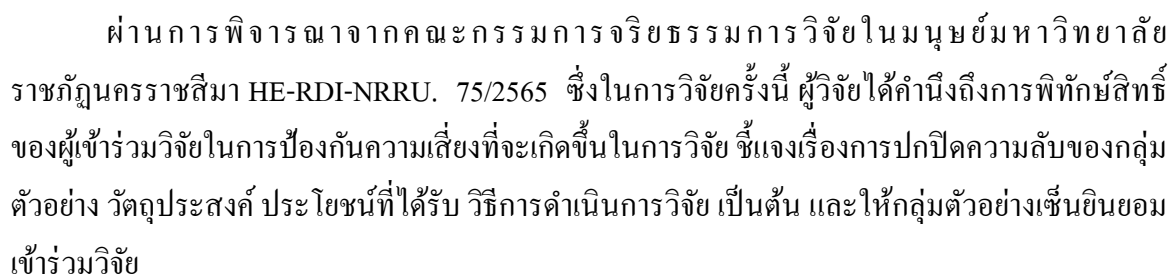
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา แบ่งเป็น 2 ส่วน

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการบริหารข้อเข่าด้วยท่าฤๅษีคัดค้านเพื่อชะลอการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิของหญิงวัยกลางคนที่มึนน้ำหนักรุนแรงมาตรฐาน และคู่มือการดูแลข้อเข่าเสื่อมด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง อาชีพหลัก ระดับการศึกษาสูงสุด รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว ระยะการเจ็บปวดของข้อเข่า ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 3 การรับรู้ความรุนแรง จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 4 การรับรู้โอกาสเสี่ยง จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 5 ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนองต่อพฤติกรรม จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 6 ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรม จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 7 พฤติกรรมการชะลอการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 8 แบบประเมินระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 12 ข้อ ส่วนที่ 9 แบบประเมินอาการปวดข้อเข่า จำนวน 25 ข้อ ส่วนที่ 10 การวัดองศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่า จำนวน 11 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ใช้การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 0.91 จากนั้นนำมาแก้ไข และทดลองใช้กับหญิงวัยกลางคนที่มึนน้ำหนักรุนแรงมาตรฐาน จำนวน 30 ท่าน เพื่อหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) โดยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.89

วิธีการรวบรวมข้อมูล เริ่มเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง 37 ราย พร้อมกันกลุ่มเปรียบเทียบ 37 ราย ดังภาพที่ 2





การวิเคราะห์ข้อมูล ในส่วนข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อย ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบโปรแกรมฯของหญิงวัยกลางคนที่มึ้น้ำหนักเกินมาตรฐานก่อน และหลังการทดลอง รวมทั้งระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้ค่าสถิติที่ ประกอบด้วย ที่แบบจับคู่ (paired t-test) และทีอิสระ (Independent t-test)

ผลการวิจัย

ผลของโปรแกรมฯ มี 3 ส่วนและผลเป็นดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 50-54 ปี ร้อยละ 35.14 มีอายุเฉลี่ย 49.43 ปี (S.D. = 5.38) มีน้ำหนักระหว่าง 50-59 กิโลกรัม ร้อยละ 59.45 มีน้ำหนักเฉลี่ย 58.40 กิโลกรัม (S.D. = 4.00) มีส่วนสูงระหว่าง 150-159 เซนติเมตร ร้อยละ 64.86 มีส่วนสูงเฉลี่ย 155.41 เซนติเมตร (S.D. = 4.88) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 89.19 จบการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา ร้อยละ 70.27 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 1,000-5,000 บาท ร้อยละ 75.68 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 78.38 และมีระยะเวลาเจ็บปวดของข้อเข่าระหว่าง 1-6 เดือน ร้อยละ 37.84 (S.D. = 1.08)

กลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 40-44 และ 45-50 ร้อยละ 27.03 มีอายุเฉลี่ย 48.43 ปี (S.D. = 5.80) มีน้ำหนักระหว่าง 50-59 กิโลกรัม ร้อยละ 62.16 มีน้ำหนักเฉลี่ย 58.75 กิโลกรัม (S.D. = 4.63) มีส่วนสูงระหว่าง 150-159 เซนติเมตร ร้อยละ 62.16 มีส่วนสูงเฉลี่ย 155.68 เซนติเมตร (S.D. = 5.31) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 81.08 จบการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา ร้อยละ 72.97 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 1,000-5,000 บาท ร้อยละ 81.08 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 83.78 และมีระยะเวลาเจ็บปวดของข้อเข่าระหว่าง 1-6 เดือน ร้อยละ 45.95 (S.D. = 7.99)

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบของโปรแกรม ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของโปรแกรมภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง (n = 37)

ผลโปรแกรมฯ	$\bar{x}$	S.D.	Mean diff.	95% CI	t	P - value
ความรู้						
ก่อนทดลอง กลุ่มทดลอง	1.48	1.16				
หลังทดลอง กลุ่มทดลอง	9.37	0.72	7.89	8.34 to 7.44	34.94	<0.001



ผลโปรแกรมฯ	$\bar{x}$	S.D.	Mean diff.	95% CI	t	P - value
ก่อนทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบ	1.40	0.95				
หลังทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบ	1.43	1.01	0.02	-0.48 to 0.42	-0.11	0.906
การรับรู้ความรุนแรง						
ก่อนทดลอง กลุ่มทดลอง	13.94	4.65				
หลังทดลอง กลุ่มทดลอง	28.54	1.14	14.59	16.18 to 13.00	18.52	<0.001
ก่อนทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบ	14.08	3.60				
หลังทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบ	14.10	3.58	0.02	-1.69 to 1.64	-0.03	0.974
การรับรู้โอกาสเสี่ยง						
ก่อนทดลอง กลุ่มทดลอง	13.13	4.44				
หลังทดลอง กลุ่มทดลอง	28.91	1.46	15.10	16.61 to 13.60	20.53	<0.001
ก่อนทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบ	13.02	3.02				
หลังทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบ	13.05	3.02	0.02	-1.42 to 13.37	-0.03	0.969
ความคาดหวังในผลลัพธ์						
ก่อนทดลอง กลุ่มทดลอง	14.29	4.47				
หลังทดลอง กลุ่มทดลอง	29.40	0.59	15.40	16.85 to 13.95	20.37	<0.001
ก่อนทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบ	13.24	3.13				
หลังทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบ	13.27	3.12	-0.02	-1.47 to 1.42	-0.03	0.970
ความคาดหวังในความสามารถ						
ก่อนทดลอง กลุ่มทดลอง	13.45	4.26				
หลังทดลอง กลุ่มทดลอง	28.86	0.94	15.40	16.85 to -13.95	21.44	<0.001
ก่อนทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบ	12.81	3.21				
หลังทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบ	12.83	3.21	-0.02	-1.51 to 1.46	-0.3	0.971
พฤติกรรมการชะลอการเกิดโรค						
ก่อนทดลอง กลุ่มทดลอง	10.45	0.60				
หลังทดลอง กลุ่มทดลอง	29.00	1.13	18.54	18.96 to 18.12	87.95	<0.001
ก่อนทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบ	10.78	0.97				
หลังทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบ	10.81	0.96	-0.02	-0.47 to 0.42	-0.12	0.905
ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม						
ก่อนทดลอง กลุ่มทดลอง	34.97	1.42				
หลังทดลอง กลุ่มทดลอง	43.21	2.43	8.24	9.17 to 7.31	17.75	<0.001
ก่อนทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบ	34.75	1.44				



ผลโปรแกรมฯ	$\bar{x}$	S.D.	Mean diff.	95% CI	t	P - value
หลังทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบ	34.81	1.48	-0.05	-0.73 to 0.62	-0.15	0.874
อาการเจ็บปวดของข้อเข่า						
ก่อนทดลอง กลุ่มทดลอง	5.18	0.08				
หลังทดลอง กลุ่มทดลอง	2.03	0.09	-3.14	-2.89 to -3.39	-25.19	<0.001
ก่อนทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบ	5.05	0.97				
หลังทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบ	5.02	0.10	0.27	-0.25 to 0.30	0.19	0.84
องศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่า						
ก่อนทดลอง กลุ่มทดลอง	82.56	11.03				
หลังทดลอง กลุ่มทดลอง	112.1					
	6	7.57	29.59	33.98 to 25.20	13.45	<0.001
ก่อนทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบ	80.35	11.60				
หลังทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบ	80.62	11.70	-0.27	-5.67 to 5.13	-0.10	0.921

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบของโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

จากการเปรียบเทียบผลของโปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีผลของโปรแกรมฯ หลังการทดลอง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงมาตรฐานของโปรแกรมระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบริหารข้อเข่าด้วยท่าฤๅษีคัตตะกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติหลังการทดลอง (n = 74)

ผลโปรแกรมฯ	$\bar{x}$	S.D.	Mean diff	95% CI Of Mean diff	t	P - value
ความรู้						
กลุ่มทดลอง	9.37	0.72	7.94	7.53 to 8.35	38.82	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	1.43	1.01				
การรับรู้ความรุนแรง						
กลุ่มทดลอง	28.54	1.14	14.43	13.18 to 15.68	23.30	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	14.10	3.58				
การรับรู้โอกาสเสี่ยง						
กลุ่มทดลอง	28.91	1.46	15.86	14.75 to 16.97	28.71	<0.001



ผลโปรแกรมฯ	$\bar{x}$	S.D.	Mean diff	95% CI Of Mean diff	t	P - value
กลุ่มเปรียบเทียบ	13.02	3.02				
ความคาดหวังในผลลัพธ์						
กลุ่มทดลอง	29.40	0.59	16.13	15.07 to 17.19	30.85	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	13.27	3.12				
ความคาดหวังในความสามารถ						
กลุ่มทดลอง	28.86	0.94	16.02	14.91 to 17.14	29.05	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	12.83	3.21				
พฤติกรรมและการชะลอการเกิดโรค						
กลุ่มทดลอง	29.00	1.13	18.18	17.70 to 18.67	74.37	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	10.81	0.96				
ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม						
กลุ่มทดลอง	43.21	2.43	8.40	7.46 to 9.34	17.89	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	34.81	1.48				
อาการเจ็บปวดของข้อเข่า						
กลุ่มทดลอง	2.03	0.95	-2.99	-3.26 to -2.71	-21.39	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	5.02	0.10				
องศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่า						
กลุ่มทดลอง	112.16	7.57	31.54	26.95 to 36.12	13.76	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	80.62	11.70				

อภิปรายผล

การศึกษานี้ พบว่า โปรแกรมการบริหารข้อเข่าด้วยท่าฤๅษีดัดตนมีผลทำให้กลุ่มทดลองมีการชะลอการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ประเด็นที่ 1 โปรแกรมการบริหารข้อเข่าด้วยท่าฤๅษีดัดตนด้านความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม สูงกว่าก่อนเข้าร่วมการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งผลการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดขึ้นเนื่องจากกลุ่มหญิงวัยกลางคนที่มึ้นน้ำหนักเกินมาตรฐาน ได้รับกิจกรรมบริหารข้อเข่า การบรรยายเรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม อาการ สาเหตุ การป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม การดูแลรักษาเกี่ยวกับอาการ และสาเหตุการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม ร่วมกับการแจกคู่มือโรคข้อเข่าเสื่อม การประเมินตนเอง การวัด



ระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งผลของการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดขึ้นเนื่องจากกลุ่มหญิงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานได้มีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม โปรแกรมนี้มีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ Phiphatsombat (2018) ; Chansorn (2018) ; Panpet (2020) ; Songsang (2020) ; Chan-ae (2018) พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ประเด็นที่ 2 โปรแกรมการบริหารข้อเข่าด้วยท่าฤๅษีตัดตนตามทฤษฎีแรงงูในการป้องกันโรค

การศึกษาครั้งนี้ มีคู่มือเป็นสื่อการดูแลข้อเข่าเสื่อมด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทย โดยคู่มือฉบับนี้ได้ผ่านการรวบรวมพิจารณาคุณภาพ จากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาออร์โธปิดิกส์ และแพทย์แผนไทยผู้เชี่ยวชาญ มีสื่อการสอนจากวีดิทัศน์ เอกสารประกอบการสอน และกิจกรรมต่าง ๆ แต่ละสัปดาห์การนำสื่อการสอนต่าง ๆ มาผสมผสานทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมตามทฤษฎีของโรเจอร์ ประกอบไปด้วย การรับรู้ความรุนแรงจากโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนองต่อพฤติกรรมและการชะลอโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ ความคาดหวังในความสามารถของตนเองเพื่อชะลอการโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ พฤติกรรมการชะลอการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โปรแกรมจะมีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ Chaichana (2018) รับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคข้อเข่าเสื่อม ความคาดหวังในผลการปฏิบัติตัว ความคาดหวังในความสามารถตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Lamcharoen (2018) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์การดูแลตนเองและพฤติกรรม หลังการทดลองใช้โปรแกรมมากกว่าก่อนการทดลองใช้โปรแกรม และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับงานวิจัยของ Chan-ae (2018) การรับรู้ความสามารถตนเองในผลลัพธ์สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมศึกษา และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) Simanta (2018) ; Wirunpan (2018) กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมดีขึ้นมากกว่าการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ประเด็นที่ 3 โปรแกรมการบริหารข้อเข่าด้วยท่าฤๅษีตัดตนในเชิงทางคลินิก

การศึกษาครั้งนี้ หญิงวัยกลางคนที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานกลุ่มตัวอย่าง ได้รับโปรแกรมการบริหารข้อเข่าด้วยท่าฤๅษีตัดตนเพื่อชะลอการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ ในเรื่องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการชะลอการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ โดยใช้ศาสตร์ด้านการแพทย์แผนไทยท่าบริหารข้อเข่าด้วยท่าฤๅษีตัดตนทั้งหมด 7 ท่า โดยมีการบันทึกข้อมูลในการติดตามการบริหารข้อเข่าทุกวัน และมีการส่งรูปภาพในกลุ่มแอปพลิเคชันไลน์เพื่อติดตามผล ทำให้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม



ของกลุ่มตัวอย่างหญิงวัยกลางคนที่มึนน้ำหนักเกินมาตรฐานเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี โปรแกรมนี้มีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ Boonti (2020) กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรุนแรงของโรคก่อนเข้าร่วมโปรแกรมในระดับปานกลาง และหลังเข้าร่วมโปรแกรมในระดับน้อย ระดับความรุนแรงของโรคลดลง หลังเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value < 0.05) และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Luelparp (2016) ; Kaewsangsai (2020) ค่าเฉลี่ยความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมหลังได้รับโปรแกรมลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 Phiphatsombat (2018) ; Saengsongsin (2017) ; Inkaew (2019) กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยอาการปวดข้อเข่า ต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) Khaohit (2020) หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนรวมค่าเฉลี่ยพิสัยของข้อเข่า และท่าเหยียดเข่า ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Thammakongthong (2019) ภายหลังให้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของอาการเคลื่อนไหวข้อเข่าเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และงานวิจัยของ Ruo (2020) ได้ศึกษาประสิทธิภาพของการออกกำลังกายแบบจีนสำหรับอาการของโรคข้อเข่าเสื่อม ทำให้ผู้ป่วยที่มีอาการปวดเข่ามีการเคลื่อนไหวของข้อเข่าในการใช้ชีวิตดีขึ้นในการทำกิจวัตรประจำวัน และต้องศึกษาในระยะยาวเพื่อประสิทธิผลต่อไป

สรุป

จากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมในการศึกษาครั้งนี้มีผลทำให้หญิงวัยกลางคนที่มึนน้ำหนักเกินมาตรฐานกลุ่มทดลองมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบริหารข้อเข่าด้วยท่าฤๅษีดัดตน จนทำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการชะลอการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม ชนิดปฐมภูมิได้ดีขึ้น อีกทั้งยังได้รับคู่มือการดูแลด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทย และการติดตามทางกลุ่มแอปพลิเคชันไลน์ที่เป็นการกระตุ้นเตือนให้กำลังใจจึงแสดงให้เห็นมีพฤติกรรมเพื่อชะลอการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิอย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

การวิจัยครั้งนี้ พบว่า โปรแกรมการบริหารข้อเข่าด้วยท่าฤๅษีดัดตนเพื่อชะลอการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ สามารถสร้างความรู้ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคโรคข้อเข่าเสื่อมชนิด



ปฐมนิเทศ ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมนิเทศ และพฤติกรรมการชะลอการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมนิเทศของหญิงวัยกลางคนที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานได้ ดังนั้น จึงควรให้เจ้าหน้าที่ หรือผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับหญิงวัยกลางคนที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานประยุกต์ใช้โปรแกรมดังกล่าวเป็นกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้หญิงวัยกลางคนที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานสามารถนำองค์ความรู้ที่ได้รับไปถ่ายทอดให้กับผู้อื่นเพื่อเกิดมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทย ทำฤๅษีคัดคนอย่างถูกต้อง

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรนำโปรแกรมบริหารข้อเข่าด้วยข้อเข่าฤๅษีคัดคนเพื่อชะลอการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมนิเทศในครั้งนี้ไปทดลองใช้กับหญิงวัยกลางคนที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในพื้นที่อื่น ๆ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน และเพศชายที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน

2.2 ควรมีการศึกษาของโปรแกรมการบริหารข้อเข่าด้วยท่าฤๅษีคัดคนในรูปแบบเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบที่เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวต่อไป

รายการอ้างอิง (References)

- Boonti, S. (2020). The Effect of Exercise Self-Management Program on Disease Severity in Adult Women with Osteoarthritis. *Journal of Nursing Message*. 47(3), 300 – 313.
- Chaichana, N. (2018). Effects of incentive programs together with peer reinforcement on joint prevention behaviors. Osteoarthritis in overweight women. *Journal of Public Health*. 48(3), 271 – 283.
- Chan-ae, P. (2018). A study of the application of Thai traditional medicine to reduce pain of osteoarthritis of the knee. self in the elderly Ban Nong Bua Luang, Phang Khon District, Sakon Nakhon Province. *Journal of Management Technology*. 2(1), 30 – 42.
- Chansorn, S. (2018). Effects of Tai Chi exercise promotion program to reduce knee pain in elderly with osteoarthritis. In the hospital, Thai traditional medicine and combined medicine Bangkok. *Journal of Thai Traditional and Alternative Medicine*. 16(1), 44 – 50.
- Department of Thai Traditional and Alternative Medicine. (2016). *Guide to Thai Traditional and Alternative Medicine Practice Guidelines in Comprehensive Thai Traditional and Alternative Medicine Service Clinics*. Bangkok : Charoen Phachit. (in Thai).
- Inkaew, C. (2019). The effectiveness of the program in reducing knee osteoarthritis problems in the elderly with knee arthritis. Alzheimer's. *Journal of Medicine District*. 11 (33), 293 – 302.



- Jirawatkul, A. (2015). *Statistics in Health Sciences for Research. (4)*. Bangkok: Wittayapat. (in Thai).
- Kaewsangsai, A. (2020). Effects of Iyenka Yoga exercise on the severity of osteoarthritis in the elderly. *Journal of Nursing Message*. 47(1), 175 – 184.
- Kankayan, C. (2020). Slowing the incidence of osteoarthritis of the knee before entering old age. Lanna Public Health Journal, *Journal of Ramathibodi Nursing Message*. 26(1), 5 – 17.
- Khaohit, D. (2020). The effect of the support system nursing program. and educate the severity of the disease physical fitness and self-care behaviors of the elderly with knee osteoarthritis in the community, provincial Maha Sarakham. *Kuakarun Journal*. 27(1), 7 – 19.
- Lamcharoen, N. (2018). Effects of a self-care program to reduce knee pain in elderly people with Knee arthritis. Debauch, Chaisathan Sub-district, Mueang Nan District, Nan Province. *Journal of Nursing and Health Care*. 36(3), 107 – 116.
- Luelarp, K. (2016). Effects of an informational program on motivation and skill development in osteoarthritis severity and body weight in overweight osteoarthritis elderly. *Journal of Nursing and Health*. 14(1), 24 – 37.
- Panpet, T. (2020). Effects of exercise promotion program. and herbal knee mask to reduce pain Knees of the elderly with osteoarthritis In the family doctor's clinic, Nong Wang Temple Khon Kaen Municipality *Public Health Research Journal Khon Kaen University*. 13(3), 24 – 33.
- Phiphatsombat, P. (2018). The effect of health management program on quality of life of patients with knee arthritis Alzheimer's. *Journal of Health Education*. 41(1), 114 – 125.
- Poolsuk, P. (2016). Results of the program to promote knee exercise with hermit pose for Relief. Pain in patients with osteoarthritis. *Journal of Public Health*. 46(2), 191 – 202.
- Prakhonchai Hospital. (2021). *Annual Report 2021 Prakhon Chai Hospital, Buriram Province 2021*. Hospital Prakhonchai, Buriram Province. (In Thai).
- Ruo, J. L. (2020). Effectiveness of Traditional Chinese Exercise for Symptoms of Knee Osteoarthritis. *International. Journal of Environmental Research and Public Health*. 1 – 18.
- Saengsongsin, T. (2017). Effects of resistance-enhancing exercise program on disease severity and Knee performance in elderly rubber planters with osteoarthritis. *Royal Thai Army Medical Journal*. 70(3), 139 – 147.



- Simanta, D. (2018). Effects of exercise program with elastic bands in combination with health behavior promotion. To slow down osteoarthritis of the elderly in Kut Hae Subdistrict, Loeng Nok Tha District Yasothon Province. *Journal Nursing and Health Care*. 36(2), 41 – 48.
- Songsang, T. (2020). The effect of the program to promote the exercise of knee joints for pain relief. Thai traditional medicine in the elderly with osteoarthritis Phichit Province Research. *Journal Health and Nursing*. 36(2), 164-176.
- Sota, C. (2011). *Concepts, theories and applications for health behavior development*. Khon Kaen: Department of Health Education Faculty of Public Health Khon Kaen University. (in Thai).
- Thammakongthong, S. (2019). Effects of exercise program with elastic bands. on the ability to use the joints of the legs and knee mobility in patients with osteoarthritis. *Journal of Public Health Nurses*. 33, 51 – 66.
- Wirunpan, B. (2018). Effects of Self-Management Support Program on Knee Arthritis Prevention Behavior. deterioration and quality of life of middle-aged women Ubon Ratchathani Province. *Journal of Nursing and Health Care*. 36(2), 196 – 204.



ผลของการให้คำแนะนำโดยใช้แอปพลิเคชันบนอุปกรณ์เคลื่อนที่ต่อความรู้
และการปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อยเสี่ยงต่ำก่อนจำหน่ายจาก
แผนกฉุกเฉิน

Effectiveness of Discharge Instruction on Mobile Application toward Knowledge and
Care Practice of Caregivers of Patients with Low Risk Mild Traumatic Brain Injury
before Discharge from Emergency Department

ฟูรซาน บินซา¹, เนตรนภา คู่พันธ์วิ^{2*}, ขนิษฐา นาคะ²
Fursan Binsa¹, Natenapha Khupantavee^{2*}, Kanittha Naka²

(Received: September 9, 2022; Revised: December 7, 2022; Accepted: December 20, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้คำแนะนำโดยใช้แอปพลิเคชันบนอุปกรณ์เคลื่อนที่ต่อความรู้และการปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อยเสี่ยงต่ำก่อนจำหน่ายจากแผนกฉุกเฉิน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 50 ราย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 25 ราย คือ กลุ่มควบคุมที่ได้รับคำแนะนำตามมาตรฐานปกติและกลุ่มทดลองที่ได้รับคำแนะนำผ่านแอปพลิเคชัน เครื่องมือที่ใช้ในวิจัย ประกอบด้วย แอปพลิเคชันแบบสอบถามความรู้และแบบสอบถามการปฏิบัติการดูแล ได้ค่าความเชื่อมั่นของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน 20 เท่ากับ .82 และ .84 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย สถิติที่คู่ และสถิติทีอิสระ ผลการวิจัยมีดังนี้ 1) คะแนนเฉลี่ยความรู้การดูแลของผู้ดูแลฯ ในกลุ่มทดลองหลังได้รับคำแนะนำโดยใช้แอปพลิเคชันฯ สูงวก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 13.52, p < .05$) 2) คะแนนเฉลี่ยความรู้การดูแลของผู้ดูแลฯ ในกลุ่มทดลอง สูงวกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 19.90, p < .05$)

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวราชนครินทร์

¹Faculty of Nursing Princess of Naradhiwas University

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

²Faculty of Nursing Prince of Songkla University

*Corresponding Author: Natenaphakhupantavee@gmail.com



และ 3) และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลหลังการบาดเจ็บ 24 ชั่วโมงของผู้ดูแลฯ ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับคำแนะนำตามมาตรฐานปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 15.13, p < .05$) ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการให้คำแนะนำโดยใช้แอปพลิเคชันฯ สามารถทำให้ผู้ดูแลฯ มีความรู้การดูแลผู้ป่วยได้มากขึ้น ดังนั้น พยาบาลจึงควรนำแอปพลิเคชันฯ บนอุปกรณ์เคลื่อนที่ไปใช้ในการให้คำแนะนำผู้ดูแลฯ เพื่อให้สามารถนำไปใช้ในการเฝ้าระวังและติดตามอาการและอาการแสดงที่เป็นอันตรายของผู้บาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อยเสี่ยงต่ำอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

คำสำคัญ: การให้คำแนะนำ แอปพลิเคชันบนอุปกรณ์เคลื่อนที่ การปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อยเสี่ยงต่ำ แผนกฉุกเฉิน

Abstract

This quasi-experimental study aimed to determine the effectiveness of discharge instruction on mobile application toward knowledge and care practice of caregivers of patients with mild traumatic brain injury in low risk before discharge from emergency department in the lower-southern provinces. Purposive sampling was used to select 50 participants into the study. The participants were divided into two groups; 25 participants per group. The control group received usual nursing care, whereas the experimental group received discharge instruction through mobile application. The research instruments consisted of mobile application, a questionnaire asking about knowledge and a questionnaire asking about care practice which the the questionnaires received the reliability KR20 at .82 and .84, respectively. The data were analyzed using descriptive statistics, dependent t-test and independent t-test. The study results showed as follows: (1) The mean score of using mobile application in the experimental group was significantly higher than before using the mobile application ($t = 13.52, p < .05$) (2) The mean score of caregivers' knowledge and care practice for patients with mild traumatic low risk brain injury in the experimental group was significantly higher than the control group ($t = 19.90, p < .05$) and (3) The mean score of the 24-hour post-injury care practice in the experimental group using mobile application was significantly higher than the control group receiving usual care ($t = 15.13, p < .05$). The results also showed that using mobile application enabled caregivers to provide better care for the patients. Therefore, it is suggested for nurses to use this application as a part of the patient care; recommend to caregivers to observe and track the patients' conditions at home.



Keywords: Discharge instruction, Mobile application, Caregivers of patients with low risk mild traumatic brain injury, Emergency department

บทนำ

ผู้บาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อยกลาสโกว์โคมา (Glasgow Coma Scale, GCS) อยู่ในช่วง 13 ถึง 15 คะแนน (Phuenpathom & Sikitwilaikul, 2019) โดยเป็นกลุ่มที่พบมากที่สุดจำนวน 55.9 ล้านรายต่อปี เมื่อเทียบกับความรุนแรงระดับอื่น ๆ (Dewan et al., 2018) ในประเทศไทยพบจำนวนของกลุ่มบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อยมากที่สุดเช่นกัน คิดเป็นร้อยละ 70-90 (Sanguansin, 2018)

ผู้บาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อยเสี่ยงต่ำ ซึ่งเป็นผู้บาดเจ็บที่มีระดับคะแนนกลาสโกว์โคมา เท่ากับ 15 คะแนน แต่อาจพบปัญหาการกลับมาด้วยภาวะเลือดออกในสมอง โดยพบผู้บาดเจ็บจำนวน 1 รายใน 10 ราย (ร้อยละ 10) (Somsri, Sukonthasarn, & Wangsrikhun, 2016) และจำนวน 9 ราย จากจำนวนผู้บาดเจ็บทั้งหมด 721 ราย (ร้อยละ 1.2) (Thaweekhoon & Pearkao, 2019) ที่กลับมาโรงพยาบาลซ้ำด้วยอาการไม่รู้สีกตัว ผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง พบว่ามีภาวะเลือดออกในสมอง หรือกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนที่สามารถเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ 24 ชั่วโมงหลังการบาดเจ็บ คิดเป็นร้อยละ 72.8-88.3 (Samakit & Wannasitong, 2018; Theadom et al., 2016) โดยพบอาการปวดศีรษะ ลืมง่าย และอ่อนล้ามากที่สุด (Utaisang & Pearkao, 2016; Theadom et al., 2016) และในระยะยาวจะส่งผลให้คุณภาพการทำงานลดลง (Samakit & Wannasitong, 2018; Theadom et al., 2016) จะเห็นได้ว่า ผู้บาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อยเสี่ยงต่ำภายหลังจำหน่ายจากแผนกฉุกเฉิน ยังไม่ถือว่าเป็นกลุ่มที่ปลอดภัย ยังคงมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะเลือดออกในสมองและเกิดกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน

การพยาบาลที่สำคัญในกลุ่มผู้บาดเจ็บกลุ่มนี้ ประกอบด้วย การให้คำแนะนำอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งในด้านเนื้อหาและวิธีการให้คำแนะนำ เพื่อลดความรุนแรงของภาวะเลือดออกในสมองและอุบัติการณ์การเกิดกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนได้ โดยเนื้อหาต้องครอบคลุมในเรื่องการเฝ้าระวังและติดตามอาการและอาการแสดงที่เป็นอันตรายของภาวะเลือดออกในสมองและการปฏิบัติดูแลที่เหมาะสม ได้แก่ กิจกรรมที่ต้องการให้ผู้บาดเจ็บได้พักการใช้สมอง กิจกรรมที่ป้องกันการเกิดอาการที่คลุมเครือหรือส่งเสริมให้เกิดภาวะเลือดออกในสมอง กิจกรรมที่ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุหากเกิดภาวะเลือดออกในสมองและกิจกรรมที่ให้ผู้บาดเจ็บค่อย ๆ กลับมาปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามเดิม เพื่อป้องกันการเกิดอาการผิดปกติทางสมองเรื้อรัง (Gioia & Collin, 2006; Ontario Neurotrauma Foundation, 2018; Somsri et al., 2016) นอกจากนี้ รูปแบบการให้ข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพและเป็นระบบเป็นประเด็นสำคัญ



ที่จะส่งผลต่อความรู้และความต่อเนื่องในการปฏิบัติการดูแล ทำให้มีการเพิ่มขึ้นของความรู้จนสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม (Chaisongmuang & Pearkao, 2017) ร่วมกับการประยุกต์ใช้เทคโนโลยี แอปพลิเคชันที่สามารถออกแบบระบบการแจ้งเตือนและติดตาม ที่ส่งผลให้ผู้ใช้สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Benferdia & Zakaria, 2014)

จากการทบทวนวรรณกรรมในกลุ่มบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อยถึงด้อยที่ผ่านมา พบว่า การให้คำแนะนำส่วนใหญ่จะให้ผ่านวาทะร่วมกับการใช้ภาพพลิก แผ่นพับหรือคู่มือสำหรับทบทวนคำแนะนำขณะอยู่ที่บ้าน (Somsri et al., 2016) การใช้บริการส่งข้อความสั้น ๆ เพื่อแจ้งเตือนและติดตามอาการขณะอยู่บ้าน (Short Message Service [SMS]) (Suffoletto et al., 2013) การใช้วิดีโอบนคอมพิวเตอร์ (Hoek et al., 2020) และโปรแกรมคอมพิวเตอร์บนสมาร์ตโฟน (Thaweekhoon & Pearkao, 2019) โดยเนื้อหาการให้คำแนะนำก่อนจำหน่ายจากแผนกฉุกเฉินยังไม่ครอบคลุมในทุกประเด็น โดยเน้นคำแนะนำเรื่องการเฝ้าระวังและติดตามอาการและอาการแสดงที่เป็นอันตรายของภาวะเลือดออกในสมองหลังการบาดเจ็บ 24 ชั่วโมงเป็นหลัก โดยยังขาดคำแนะนำเรื่องการพักการใช้สมองและการค่อย ๆ กลับมาปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามปกติ ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญโดยพบข้อสรุปจากการศึกษาว่าการไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำดังกล่าว เป็นหนึ่งในปัจจัยที่ส่งผลต่อความรุนแรงของการเกิดกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนได้ในอนาคต (Ontario Neurotrauma Foundation, 2018)

จะเห็นได้ว่า วรรณกรรมที่ศึกษาในกลุ่มผู้บาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อยถึงด้อยที่ผ่านมาพบว่า เนื้อหาการให้คำแนะนำที่ยังไม่ครอบคลุมการพักการใช้สมองและการค่อย ๆ กลับมาปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามปกติอย่างชัดเจน รวมทั้งยังไม่พบการใช้เครื่องมือในการให้คำแนะนำที่มีรูปแบบการแจ้งเตือนและติดตามอย่างทันทั่วทั้งที่ร่วมกับเชื่อมโยงกับสายด่วนการแพทย์ฉุกเฉิน หมายเลข 1669 ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาการให้คำแนะนำในผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อยถึงด้อยโดยใช้เทคโนโลยีด้านแอปพลิเคชันและประยุกต์ใช้กระบวนการเรียนการสอนของทฤษฎีการเรียนรู้กาเย่ (Gagne, 2005) ซึ่งเป็นรูปแบบการให้ความรู้อย่างเป็นระบบ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อยถึงด้อยสามารถดูแลผู้บาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อยถึงด้อยได้อย่างปลอดภัย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้การดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อยถึงด้อยในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้การดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อยถึงด้อยหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม



3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลหลังการบาดเจ็บ 24 ชั่วโมงของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อยเสี่ยงต่ำหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวทางการดูแลผู้บาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อยเสี่ยงต่ำในแนวทางเวชปฏิบัติกรณีสมองบาดเจ็บ พ.ศ. 2562 (Phuenpathom & Sikitwilaikul, 2019) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องร่วมกับประยุกต์ใช้กระบวนการเรียนการสอนของทฤษฎีการเรียนรู้กาเย่ (Gagne, 2005) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. แนวทางเวชปฏิบัติกรณีสมองบาดเจ็บ พ.ศ. 2562 ได้แนะนำให้ผู้บาดเจ็บพักรักษาตัวที่บ้าน โดยต้องเฝ้าระวังและติดตามอาการและอาการแสดงที่เป็นอันตรายทุก 2-4 ชั่วโมง (Phuenpathom & Sikitwilaikul, 2019)

2. การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า การปฏิบัติตัวที่สำคัญของผู้บาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อยเสี่ยงต่ำต้องสังเกตอาการและอาการแสดงที่เป็นอันตรายทุก 4 ชั่วโมง จนครบ 24 ชั่วโมงร่วมกับการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อพักการใช้สมองและการค่อย ๆ กลับมาปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามเดิมเพื่อป้องกันการเกิดอาการผิดปกติทางสมองเรื้อรัง ทั้งนี้เนื่องจากบางอาการ ผู้บาดเจ็บไม่สามารถสังเกตได้ด้วยตัวเอง เช่น อาการซึมลง หมดสติ จึงจำเป็นต้องมีผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วม (Ontario Neurotrauma Foundation, 2018)

3. ทฤษฎีการเรียนรู้กาเย่ (Gagne, 2005) เป็นแนวคิดเกี่ยวกับการสอน จัดเป็นทฤษฎีที่อยู่ในกลุ่มผสมผสาน โดยประยุกต์ใช้กระบวนการเรียนการสอน เป็นหลักการในการจัดกิจกรรมหรือออกแบบสื่อเพื่อใช้ในการนำเสนอเนื้อหา ประกอบด้วย 9 องค์ประกอบ ได้แก่ การเร้าความสนใจ การบอกวัตถุประสงค์ การทบทวนความรู้เดิม การนำเสนอเนื้อหา ชี้แนะแนวทางการเรียนรู้ กระตุ้นการตอบสนอง บทเรียน การให้ข้อมูลย้อนกลับ การทดสอบความรู้ใหม่ และการสรุปและนำไปใช้

วิธีการวิจัย

วิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบวัดก่อนและหลังการทดลองมีกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อศึกษาผลของการให้คำแนะนำโดยใช้แอปพลิเคชันบนอุปกรณ์เคลื่อนที่ต่อความรู้และการปฏิบัติ การดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อยเสี่ยงต่ำก่อนจำหน่ายจากแผนกฉุกเฉิน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อยเสี่ยงต่ำก่อนจำหน่ายจากแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดภาคใต้ตอนล่าง



การเลือกและคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ ได้เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนดดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) (1) อายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป (2) เป็นผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อยถึงย่ำแย่ที่มีระดับคะแนนกลาสโกว์โคมาเท่ากับ 15 คะแนน และแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านจากแผนกฉุกเฉินในช่วงเวลา 08.00 น. ถึง 23.00 น. (3) เป็นผู้ที่อยู่อาศัยร่วมกับผู้บาดเจ็บหลังจำหน่ายจากแผนกฉุกเฉินอย่างน้อย 24 ชั่วโมงหลังการบาดเจ็บ (4) มีอุปกรณ์เคลื่อนที่ที่ใช้งานได้และสามารถใช้เทคโนโลยีบนมือถือและแท็บเล็ตได้ (5) สามารถสื่อสาร อ่านและเขียนภาษาไทยได้

เกณฑ์ยุติการเข้าร่วมวิจัย (termination criteria) (1) ไม่สามารถดูแลผู้บาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อยถึงย่ำแย่ครบ 24 ชั่วโมง หลังการบาดเจ็บ (2) เกิดปัญหาขัดข้องของแอปพลิเคชันหรืออุปกรณ์เคลื่อนที่ระหว่างการทดลอง

นอกจากนี้ผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการจับคู่ (matching) ได้แก่ ประสิทธิภาพการดูแลผู้บาดเจ็บสมองและความสามารถพื้นฐานการใช้เทคโนโลยีบนมือถือและแท็บเล็ต เนื่องจากเป็นตัวแปรภายนอกที่ส่งผลต่อการปฏิบัติการดูแล

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของ Polit and Beck (2012) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 กำหนดขนาดของอำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .80 และหาขนาดอิทธิพล (effect size) ใช้สูตรการวิเคราะห์การทดสอบ (power analysis) สำหรับสถิติที่ จากงานวิจัยเรื่อง ผลของการวางแผนการจำหน่ายผู้บาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อยจากแผนกฉุกเฉินต่อความรู้และการปฏิบัติของผู้ดูแล (Somsri et al., 2016) ได้ค่าอิทธิพลเท่ากับ 4.16 แต่เนื่องจากรูปแบบการให้คำแนะนำที่มีความแตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงปรับลดขนาดอิทธิพลให้เท่ากับ .80 ได้ขนาดกลุ่มรวมทั้งหมด 50 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 รายและกลุ่มควบคุม 25 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เครื่องมือดำเนินการวิจัยได้แก่ คู่มือการใช้งานแอปพลิเคชันการให้คำแนะนำผู้ดูแลฯ แอปพลิเคชันการให้คำแนะนำผู้ดูแลฯ และแผนการสอนการใช้แอปพลิเคชัน ส่วนที่ 2 ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อยถึงย่ำแย่ 2) แบบสอบถามความรู้การดูแล 3) แบบสอบถามการปฏิบัติการดูแลที่เหมาะสมของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อยถึงย่ำแย่



การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง เครื่องที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบจำนวน 3 ท่าน โดยมีรายละเอียด 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เนื้อหาคำแนะนำในแอปพลิเคชัน 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามความรู้ ได้ค่าCVI เท่ากับ 1 แบบสอบถามการปฏิบัติการดูแล ได้ค่าCVI เท่ากับ .91

การตรวจสอบความเที่ยง (reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ในผู้ดูแลที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย โดยแบบสอบถามความรู้ได้ค่าความเชื่อมั่นของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน 20 เท่ากับ .82 และแบบสอบถามการปฏิบัติการดูแลได้ค่าความเชื่อมั่นของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน 20 เท่ากับ .84

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยฉบับนี้พิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ต่อศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และได้รับการรับรองเมื่อวันที่ 22 มิถุนายน พ.ศ. 2563 รหัสรับรอง PSU IRB 2020 – NSI และจากคณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ และได้รับการรับรองเมื่อวันที่ 25 มิถุนายน พ.ศ. 2563 รหัสรับรอง SKH IRB 2020-StdNrt-ON2-06011

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้แบ่งการดำเนินการวิจัยเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนเตรียมการทดลอง ขั้นตอนการทดลอง และขั้นตอนการประเมินผล โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการเตรียมความพร้อมผู้วิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดำเนินการขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เตรียมผู้ช่วยวิจัย คึกขานำร่อง และสถานที่ในการดำเนินการวิจัย

2. ขั้นตอนการทดลอง โดยผู้วิจัยขอความร่วมมือจากพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานในเวรนั้น ตรวจสอบข้อมูลผู้ดูแลฯ ที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน ตามเกณฑ์ที่ได้กำหนด เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างที่ตรงตามเกณฑ์ ผู้วิจัยจะขอความร่วมมือจากพยาบาลวิชาชีพติดต่อกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อสอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วม พยาบาลแนะนำผู้วิจัยแก่ผู้ดูแลฯ และผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย กระบวนการเก็บข้อมูล เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัยให้ลงชื่อในใบพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยดำเนินการในกลุ่มควบคุม คือ กลุ่มตัวอย่างจะได้รับคำแนะนำตามมาตรฐานปกติ และกลุ่มทดลอง คือ กลุ่มตัวอย่างจะได้รับคำแนะนำผ่านการใช้แอปพลิเคชันฯ ประกอบด้วย 6 โหมด ประกอบด้วย โหมดวิดีโอทัศนคำแนะนำ โหมดประเมินความเข้าใจก่อนกลับบ้าน โหมดเอกสารคำแนะนำ โหมดการตั้งค่าเวลา



เดือน โหมคประเณินอาการขณะอยู่ที่บ้าน และโหมคเบอร์ติดต่อโรงพยาบาล โดยข้อมูลการประเณินจะแสดงในเว็บไซค์ติดตามอาการ ในกรณีทีผลลัพท์การประเณินแสดงให้เห็นว่า ผู้บาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อยเสี่ยงต่ำ มีอาการและอาการแสดงทีเป็นอันตรายอย่างน้อย 1 อาการ ผู้วิจัยจะติดต่อกลับไปยังผู้ดูแลฯ ทันที เพื่อยืนยันข้อมูลซ้ำและให้คำแนะนำตามความเหมาะสม

3. ขั้นตอนการประเณินผล ประเณินผลโดยผู้ช่วยวิจัยทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เก็บรวบรวมข้อมูลความรู้การดูแลและการปฏิบัติการดูแลทีเหมาะสมภายใน 1 วัน หลังการบาดเจ็บ 24 ชั่วโมง ผ่านการโทรศัพท์ติดตาม

สถิติทีใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้บาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อยเสี่ยงต่ำ ใช้สถิติพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ กรณีเป็นตัวแปรต่อเนื่อง ได้แก่ อายุ วิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติทีอิสระ ในกรณีกลุ่มตัวแปรไม่ต่อเนื่อง ได้แก่ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ ความสัมพันธ์ ประสพการณ์การดูแลผู้บาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อย และความสามารถพื้นฐานการใช้เทคโนโลยีบนมือถือและแท็บเล็ต วิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square)

2. คะแนนเฉลี่ยความรู้การดูแลภายในกลุ่มทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทีคู่ (dependent t-test)

3. คะแนนเฉลี่ยความรู้การดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วิเคราะห์โดยใช้สถิติทีอิสระ (dependent t-test)

4. คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทีอิสระ (independent t-test)

ทั้งนี้ มีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ ดังนี้

1. สถิติทีคู่ (dependent t-test) มีการทดสอบการแจกแจงของข้อมูลตามโค้งปกติ (normal distribution)

2. สถิติทีอิสระ (independent t-test) มีการทดสอบการแจกแจงของข้อมูลตามโค้งปกติ (normal distribution) และความเป็นเอกพันธ์ของความแปรปรวน (homogeneity of variance)

ผลการทดสอบพบว่า เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ



ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (ร้อยละ 52 และ 72 ตามลำดับ) มีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกันทั้ง 2 กลุ่ม เฉลี่ย 40.92 (S.D. = 14.18) และ 37.63 (S.D. = 13.02) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 36 และ 28 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส (ร้อยละ 80 และ 48 ตามลำดับ) กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 40) ส่วนกลุ่มทดลองส่วนมากประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 32) ความสัมพันธ์กับผู้นำระดับสูงในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นบิดา/มารดา (ร้อยละ 40) กลุ่มทดลองเป็นสามี/ภรรยา (ร้อยละ 30) ส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์การดูแลผู้นำระดับเล็กน้อยเลยต่ำ ร้อยละ 96 เท่ากัน และความสามารถพื้นฐานการใช้เทคโนโลยีบนมือถือและแท็บเล็ตอยู่ในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 96) และระดับมาก (ร้อยละ 4) เท่ากันทั้ง 2 กลุ่ม

2. จากผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้การดูแลของผู้นำระดับเล็กน้อยเสี่ยงต่ำในกลุ่มทดลองหลังได้รับคำแนะนำโดยใช้แอปพลิเคชันฯ ก่อนจำหน่ายจากแผนกฉุกเฉินพบว่าสูงกว่าก่อนได้รับคำแนะนำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 13.52, p < .05$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้การดูแลของผู้นำระดับเล็กน้อยเสี่ยงต่ำก่อนและหลังได้รับคำแนะนำโดยใช้แอปพลิเคชันฯ ให้คำแนะนำผู้นำระดับเล็กน้อยเสี่ยงต่ำก่อนจำหน่ายจากแผนกฉุกเฉิน ($n = 25$)

คะแนนเฉลี่ยความรู้ การดูแล	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		df	t	p-value
	M	S.D.	M	S.D.			
กลุ่มทดลอง ($n = 25$)	8.12	5.04	22.28	1.20	24	13.52	.001

df = degree of freedom

3. จากผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลของผู้นำฯ ในกลุ่มทดลองหลังได้รับคำแนะนำโดยใช้แอปพลิเคชันฯ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับคำแนะนำตามมาตรฐานปกติก่อนจำหน่ายจากแผนกฉุกเฉินแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 19.90, p < .05$) (ตารางที่ 2)



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้การดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อยเสี่ยงต่ำในกลุ่มทดลองหลังได้รับคำแนะนำโดยใช้แอปพลิเคชันฯ กับกลุ่มควบคุมหลังได้รับคำแนะนำตามมาตรฐานปกติ ก่อนจำหน่ายจากแผนกฉุกเฉิน (N = 50)

คะแนนเฉลี่ยความรู้ การดูแล	หลังทดลอง		df	t	p-value
	M	S.D.			
กลุ่มควบคุม (n = 25)	12.56	2.12	48	19.90	.001
กลุ่มทดลอง (n = 25)	22.28	1.21			

df = degree of freedom

4. จากผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแลฯ ในกลุ่มทดลองหลังได้รับคำแนะนำโดยใช้แอปพลิเคชันฯ สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับคำแนะนำตามมาตรฐานปกติก่อนจำหน่ายจากแผนกฉุกเฉินแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 15.13, p < .05$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลหลังการบาดเจ็บ 24 ชั่วโมงของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อยเสี่ยงต่ำในกลุ่มทดลองหลังได้รับคำแนะนำโดยใช้แอปพลิเคชันการให้คำแนะนำ ผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อยเสี่ยงต่ำกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับคำแนะนำตามมาตรฐานปกติ (N = 50)

คะแนนเฉลี่ย การปฏิบัติการดูแล	หลังทดลอง		df	t	p-value
	M	S.D.			
กลุ่มควบคุม (n = 25)	4.04	1.34	48	15.13	.001
กลุ่มทดลอง (n = 25)	9.12	1.01			

df = degree of freedom

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้การดูแลของผู้ดูแลฯ ก่อนและหลังได้รับคำแนะนำโดยใช้แอปพลิเคชันฯ (ตารางที่ 1) พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าเมื่อเปรียบเทียบช่วงก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 13.52, p < .05$) เนื่องจากผู้ดูแลฯ ได้รับคำแนะนำโดยใช้แอปพลิเคชันฯ ที่มีการประยุกต์ใช้กระบวนการเรียนการสอนอย่างเป็นระบบของทฤษฎีการเรียนรู้กาเย ทั้ง 9 องค์ประกอบเป็นแนวทางในการให้คำแนะนำ ประกอบด้วย องค์ประกอบที่ 1 ได้แก่ การเร่งรัดความสนใจ เป็นขั้นตอนการเร่งรัดให้ผู้ดูแลฯ เกิดความสนใจโดยใช้คู่มือแนะนำการใช้แอปพลิเคชันฯ ที่มีสีสันหลากหลาย ภาพที่คล้ายกับอุปกรณ์เคลื่อนที่ที่ใช้งานจริง ลักษณะของตัวอักษรชัดเจน นำเสนอ



ข้อมูลในรูปแบบของวิทัศน์ เอกสารอินโฟกราฟฟิกและมีระบบแจ้งเตือนเพื่อใช้ในการเฝ้าระวังและติดตามอาการ องค์ประกอบที่ 2 ได้แก่ การบอกวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ดูแลฯ ได้ทราบถึงความคาดหวังและมองเห็นภาพรวมของการใช้แอปพลิเคชันในการให้คำแนะนำผู้ดูแลฯ เพื่อให้ผู้ดูแลฯ ได้เข้าใจการเฝ้าระวังและติดตามอาการและวิธีการดูแลผู้บาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อยถึงดํา องค์ประกอบที่ 3 ได้แก่ การทบทวนความรู้เดิม โดยการสอบถามและประเมินความรู้การดูแลก่อนได้รับคำแนะนำจากแอปพลิเคชันฯ องค์ประกอบที่ 4 ได้แก่ การชี้แนะแนวทางการเรียนรู้ เป็นขั้นตอนที่ชี้แนะแนวทางในการใช้แอปพลิเคชันฯ และการชี้แนะแนวทางของคำแนะนำโดยพยาบาลวิชาชีพในวิทัศน์ องค์ประกอบที่ 5 ได้แก่ การนำเสนอเนื้อหา เป็นขั้นตอนในการให้ข้อมูลผู้ดูแลฯ องค์ประกอบที่ 6 ได้แก่ การกระตุ้นการตอบสนองบทเรียนกระตุ้น การตอบสนองบทเรียน เป็นขั้นตอนการประเมินความเข้าใจของผู้ดูแลฯ องค์ประกอบที่ 7 ได้แก่ การให้ข้อมูลย้อนกลับ เป็นขั้นตอนต่อเนื่องภายหลังประเมินความเข้าใจของผู้ดูแลฯ โดยการให้ข้อมูลย้อนกลับในเรื่องการใช้งานแอปพลิเคชันฯ เรื่องคำแนะนำการดูแลฯ ในกรณีที่ผู้ดูแลฯ ไม่ผ่านการทดสอบจะใช้โหมดเอกสารคำแนะนำอธิบายเพิ่มเติมในประเด็นที่ผู้ดูแลฯ ยังเข้าใจไม่ชัดเจน องค์ประกอบที่ 8 ได้แก่ การทดสอบความรู้ใหม่ เป็นขั้นตอนต่อเนื่องภายหลังให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อประเมินความเข้าใจในการใช้งานแอปพลิเคชันฯ โดยให้ผู้ดูแลฯ ฝึกการใช้งานแอปพลิเคชันผ่านอุปกรณ์เคลื่อนที่ และประเมินความเข้าใจของเนื้อหาภายหลังได้รับคำแนะนำจากโหมดวิทัศน์ องค์ประกอบที่ 9 ได้แก่ การสรุปและนำไปใช้ เป็นขั้นตอนสุดท้ายต้องสรุปประเด็นสำคัญให้ผู้ดูแลฯ

โดยการสรุปขั้นตอนการใช้งานแอปพลิเคชันฯ ในภาพรวมและส่วนที่สำคัญเพื่อใช้ในการทบทวนและติดตามอาการและอาการแสดงที่เป็นอันตรายขณะอยู่ที่บ้าน ได้แก่ โหมดวิทัศน์คำแนะนำ โหมดเอกสารคำแนะนำ โหมดประเมินอาการขณะอยู่บ้าน และโหมดหมายเลขโทรศัพท์เพื่อติดต่อโรงพยาบาล และการสรุปเนื้อหาคำแนะนำในการดูแลผู้บาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อยถึงดํา ซึ่งจะนำเสนอในช่วงท้ายของวิทัศน์และเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลฯ ซักถามในประเด็นต่าง ๆ ที่ยังมีข้อสงสัย การนำกระบวนการเรียนการสอนของทฤษฎีการเรียนรู้สู่ภาคปฏิบัติสอดคล้องกับการศึกษาของที่ผ่านมาที่ออกแบบโปรแกรมการให้ความรู้โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ภาคปฏิบัติเช่นกัน โดยพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังได้รับโปรแกรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Chaisongmuang & Pearkao, 2017)

นอกจากนี้การนำเสนอเนื้อหาในรูปแบบวิทัศน์และเอกสารอินโฟกราฟฟิก ซึ่งเป็นรูปแบบที่น่าสนใจ ทันสมัย มีเสียง มีภาพนิ่ง และภาพเคลื่อนไหวที่เกี่ยวข้องประกอบ โดยเอกสารในรูปแบบของอินโฟกราฟฟิกเป็นการนำเสนอเนื้อหาที่มีความซับซ้อนด้วยภาพและสีที่เป็นองค์ประกอบเด่น ที่สอดคล้องกับการรับรู้ของสมองที่สร้างความทรงจำผ่านภาพได้ดี โดยลักษณะการนำเสนอในรูปแบบ



ดังกล่าวจะส่งผลต่อการทำงานของสมองในส่วนของความจำ (cognitive load) จนสามารถอธิบายความรู้ได้อย่างรวดเร็วและชัดเจน จนสมองมีการสร้างความทรงจำในระยะยาวเกิดขึ้น (long-term memory) (Brame, 2015) รวมทั้งแอปพลิเคชันดังกล่าวจะอยู่ในอุปกรณ์เคลื่อนที่ที่ทำให้สะดวกต่อการพกพาและสามารถหยิบใช้เพื่อทบทวนความรู้ได้ตลอดเวลา (Karinchai, 2011)

นอกจากนี้ยังมีโหมคทดสอบความเข้าใจก่อนกลับบ้านที่ออกแบบมาให้สอดคล้องกับหลักเทคนิคสอนกลับ (teach back method) ซึ่งเป็นเทคนิคที่ให้ผู้ดูแลฯ ทบทวนความเข้าใจภายหลังได้รับคำแนะนำจากวิดิทัศน์ เพื่อให้มั่นใจได้ว่าได้รับข้อมูลที่ครบถ้วนและถูกต้องก่อนจำหน่ายจากแผนกฉุกเฉิน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่ใช้หลักเทคนิคสอนกลับสามารถเพิ่มการคงเหลือของความรู้ได้จากร้อยละ 49.0 เป็นร้อยละ 78.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 19.90, p < .05$) (Slater, Huang, & Dalawari, 2017)

นอกจากนี้การได้รับคำแนะนำผ่านแอปพลิเคชันฯ ที่มีความน่าสนใจ ทันสมัย ใช้วิธีที่ความหลากหลายในการนำเสนอข้อมูล เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำตามมาตรฐานปกติที่ใช้รูปแบบการให้คำแนะนำด้วยวาจาพร้อมกับเอกสารประกอบ ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยความรู้การดูแลมากกว่ากลุ่มผู้ดูแลฯ ที่ได้รับคำแนะนำตามมาตรฐานปกติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลการใช้แอปพลิเคชันในการให้ความรู้ผู้ป่วยในการดูแลแผล พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Chang, Hou, Yeh, & Lee, 2020) และผลจากการวิเคราะห์อภิมาน (meta-analysis) จากการศึกษาเดียวกัน โดยนำข้อมูลผู้ป่วยและผู้ดูแลที่ได้รับรูปแบบการให้คำแนะนำโดยใช้วาจา เอกสาร และวิดิทัศน์จำนวน 1,460, 3,395 และ 459 รายตามลำดับ พบว่าการคงเหลือของความรู้ที่ให้คำแนะนำในรูปแบบของวิดิทัศน์มากที่สุด อยู่ในช่วงร้อยละ 66.8 ถึง 75.7 รองลงเป็นรูปแบบการให้คำแนะนำโดยใช้เอกสารและวาจา อยู่ในช่วงร้อยละ 57.8 ถึง 71.2 และ 47 ถึง 61.7 ตามลำดับ (Hoek et al., 2020)

จากผลการศึกษาเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแลฯ ในกลุ่มทดลองที่ได้รับคำแนะนำโดยใช้แอปพลิเคชันฯ กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับคำแนะนำตามมาตรฐานปกติ พบว่าผู้ดูแลฯ ในกลุ่มทดลองหลังได้รับคำแนะนำโดยใช้แอปพลิเคชันฯ เนื่องจากการรับคำแนะนำผ่านแอปพลิเคชันฯ และนำเสนอข้อมูลร่วมกับใช้แนวคิดกระบวนการเรียนการสอนอย่างเป็นระบบของทฤษฎีการเรียนรู้กาเย่ ส่งผลให้ผู้ดูแลฯ เกิดการเรียนรู้ เข้าใจในเนื้อหาอย่างลึกซึ้ง จนสามารถปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับหลายข้อสรุปจากการผลการวิจัยที่ผ่านมาที่เลือกใช้เทคโนโลยีแอปพลิเคชันเป็นรูปแบบในการให้คำแนะนำ พบว่าผลลัพธ์ทางสุขภาพภายหลังติดตามดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Armitage, Kassavou, & Sutton, 2020) นอกจากนี้แอปพลิเคชันการให้คำแนะนำผู้ดูแลผู้ป่วยระดับเล็กน้อยเสี่ยงต่ำออกแบบให้มีระบบการแจ้งเตือนทุก 4



ชั่วโมงจนครบ 24 ชั่วโมงหลังการบาดเจ็บ และระบบติดตามในโหมคประเมินอาการขณะอยู่ที่บ้าน และเชื่อมโยงไปยังสายด่วนการแพทย์ฉุกเฉิน หมายเลข 1669 ถือเป็นลักษณะเด่นของรูปแบบแอปพลิเคชันที่สามารถข้ามข้อจำกัดการให้ข้อมูลต่อหน้า (Karinchai, 2011)

สรุป

ให้คำแนะนำโดยใช้แอปพลิเคชันบนอุปกรณ์เคลื่อนที่ต่อความรู้และการปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อยเสี่ยงต่ำก่อนจำหน่ายจากแผนกฉุกเฉิน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 50 ราย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมได้รับคำแนะนำตามมาตรฐานปกติ และกลุ่มทดลองได้รับคำแนะนำผ่านแอปพลิเคชันฯ โดยผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้การดูแลของผู้ดูแลฯ ในกลุ่มทดลองหลังได้รับคำแนะนำโดยใช้แอปพลิเคชันฯ สูงวก่อก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คะแนนเฉลี่ยความรู้การดูแลของผู้ดูแลฯ ในกลุ่มทดลอง สูงวก่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลหลังการบาดเจ็บ 24 ชั่วโมงของผู้ดูแลฯ ในกลุ่มทดลองสูงวก่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับคำแนะนำตามมาตรฐานปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการให้คำแนะนำโดยใช้แอปพลิเคชันฯ สามารถทำให้ผู้ดูแลฯ มีความรู้การดูแลและผู้ป่วยได้มากขึ้น ดังนั้น พยาบาลจึงควรนำแอปพลิเคชันฯ บนอุปกรณ์เคลื่อนที่ไปใช้ในการให้คำแนะนำผู้ดูแลฯ เพื่อให้สามารถนำไปใช้ในการเฝ้าระวังและติดตามอาการและอาการแสดงที่เป็นอันตรายของผู้บาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อยเสี่ยงต่ำอย่างต่อเนื่องต่อที่บ้าน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล แอปพลิเคชันฯ ที่มีระบบแจ้งเตือนและเชื่อมโยงกับสายด่วนการแพทย์ฉุกเฉิน หมายเลข 1669 เป็นอีกหนึ่งเครื่องมือของพยาบาลแผนกฉุกเฉินเพื่อใช้ประกอบการให้คำแนะนำในกลุ่มบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อยเสี่ยงต่ำก่อนจำหน่ายจากแผนกฉุกเฉิน เพื่อเพิ่มคุณภาพการให้คำแนะนำทั้งในด้านการให้ความรู้และการเฝ้าระวังติดตามอาการและอาการแสดงที่เป็นอันตรายขณะอยู่ที่บ้าน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1 ควรพัฒนารูปแบบการให้คำแนะนำที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับผู้รับบริการที่มีความสามารถพื้นฐานในการใช้มือถือและแท็บเล็ตน้อยกว่าระดับมาก



2 ควรศึกษาติดตามผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้บาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อยถึงย่ำแย่ เช่น เปรียบเทียบอุบัติการณ์การกลับมาโรงพยาบาลด้วยภาวะเลือดออกในสมองหรือการเกิดกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนของกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำโดยใช้แอปพลิเคชันและกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำตามมาตรฐานปกติ

รายการอ้างอิง (References)

- Armitage, L.C., Kassavou, A., & Sutton, S. (2020) Do mobile device apps designed to support medication adherence demonstrate efficacy? A systematic review of randomised controlled trials, with meta-analysis. *British Medical Journal*, 10, 1-9.
- Benferdia, Y., & Zakaria, N., H. (2014). *A systematic literature review of content-based mobile health* *Journal of Information Systems Research and Innovation*.
- Brame, C.J. (2015). Effective educational videos. Retrieved Principles and guidelines for maximizing student learning from video content. *Life Sciences Education*. 15(4). 46-55.
- Chaisongmuang, P., & Pearkao, C. (2017). Effects of first aid to sudden cardiac arrest program for high-school students in northeast Thailand. *Nursing Journal of the Ministry of Public*, 118-132.
- Chang, H. Y., Hou, Y. P., Yeh, F. H., & Lee, S. S. (2020). The impact of an mHealth app on knowledge, skills and anxiety about dressing changes: A randomized controlled trial. *Journal of advanced nursing*, 76(4), 1046–1056.
- Dewan, M. C., Rattani, A., Gupta, S., Baticulon, R. E., Hung, Y. C., Punchak, M., ... & Park, K. B. (2018). Estimating the global incidence of traumatic brain injury. *Journal of neurosurgery*, 1-18.
- Gagne, R. M. (2005). *Principles of instructional design*. Wadsworth/Thomson Learning.
- Gioia, G., & Collinsin, M. (2006). *Acute concussion evaluation care plan*. Retrieved from https://www.cdc.gov/headsup/pdfs/providers/ACE_care_plan_school_version_a.pdf
- Hoek, A.E., Anker, S., Van Beeck, E.F., Burdorf, A., Rood, P., & Haagsma, J., A. (2020). Patient discharge Instructions in the emergency department and their effects on comprehension and recall of discharge instructions: A systematic review and meta-analysis. *Annals of Emergency Medicine*, 75(3), 435–444.



- Karinchai, K. (2011). *Factors influencing applications downloading for iPhone* (Master of Science Program in Innovation and Technology Management). College of Innovation, Thammasat University. Bangkok. (in Thai)
- Phuenpathom, N., & Sikitwilaikul, T. (2019). *Clinical practice guidelines for traumatic brain Injury*. Retrieved from <http://www.neurosurgerycmu.com/files/2019/12/GPG-final-2562-compressed.pdf>
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2012). *Nursing research, principles and methods*. (9th ed.) Philadelphia, Pa., Lippincott Williams & Wilkins. *Nursing Practice*. (8th Edition). Philadelphia, PA., Lippincott Williams & Wilkins
- Samakit, N., & Wannasitorg, A. (2018). Relationships between headache, fatigue, sleep disturbance, and performance in mild head injury patients. *Journal of Nursing and Health Care*, 34(2), 152–163.
- Sanguansin, R. (2018). *Caring for head injury patients to specific disease certification (1st)*. Faculty of medicine Prince of Songkhla university (in thai)
- Slater, B.A., Huang, Y., & Dalawari, P. (2017). The impact of teach-back method on retention of key domains of emergency department discharge instructions. *The Journal of Emergency Medicine*, 53(5), e59–e65.
- Somsri, S., Sukonthasarn, A., & Wangsrikhun, S. (2016). Effects of emergency department discharge planning for persons with mild traumatic brain Injury on caregivers' knowledge and practices. *Nursing Journal*, 44(1), 86-98.
- Suffoletto, B., Akers, A., McGinnis, K.A., Calabria, J., Wiesenfeld, H.C., & Clark, D.B. (2013). A sex risk reduction text-message program for young adult females discharged from the emergency department. *Journal of Adolescent Health*, 53(3), 387-393.
- Thaweekhoon, R., & Pearkao, C. (2019). Effects of a smartphone application on knowledge discharge outcome among patients with mild traumatic brain injury. *Journal of the Royal Thai Army Nurses*, 20(2), 272-279.
- Theadom, A., Parag, V., Dowell, T., McPherson, K., Starkey, N., Barker-Collo, S., ... Feigin V., L. (2016). Persistent problems 1 year after mild traumatic brain injury, a longitudinal population study in New Zealand. *The British Journal of General Practice*, 66(642), e16-e23.



Utaisang, A., & Pearkao, C. (2016). *Factors associated with severity level of post-concussion syndrome in patients with mild traumatic brain injury*. Retrieved from <https://gsbooks.gs.kku.ac.th/59/ingrc2016/pdf/MMO10.pdf>.



องค์ประกอบการจัดบริการการแพทย์วิถีใหม่ภายใต้สถานการณ์การระบาดโรคโควิด-19

แผนกผู้ป่วยนอก ในสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

Factor Analysis on New Normal Medical Services during COVID-19's Outbreak in Out Patient Department of Health Care Provider under Ministry of Public Health

กิตติพร เนาว์สุวรรณ¹, นกษา สิงห์วีระธรรม^{2*}

Kittiporn Nawsuwan¹, Noppcha Singweratham^{2*}

(Received: September 17, 2022; Revised: November 1, 2022; Accepted: November 14, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปริมาณนี้เพื่อศึกษาองค์ประกอบการจัดบริการการแพทย์วิถีใหม่ภายใต้สถานการณ์การระบาดโรคโควิด-19 แผนกผู้ป่วยนอก ในสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ที่ให้บริการในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลทุกระดับ จำนวน 3,200 คน ใช้วิธีสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามผ่าน Google form ได้ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ระหว่าง .67 – 1.00 และค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .967 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis : EFA) สกัดปัจจัยด้วยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบหลักใช้วิธีหมุนแกนองค์ประกอบแบบอโรโกลอนด้วยวิธีแวนเดอร์แมทซ์

ผลการวิจัย พบว่าองค์ประกอบการจัดบริการการแพทย์วิถีใหม่ภายใต้สถานการณ์การระบาดโรคโควิด-19 แผนกผู้ป่วยนอก ในสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ 32 ตัวบ่งชี้ ประกอบด้วย 1) การจัดการสภาพแวดล้อม มี 8 ตัวบ่งชี้ 2) การใช้อุปกรณ์ป้องกันตัวและมาตรการการปฏิบัติงาน มี 12 ตัวบ่งชี้ 3) การบริหารจัดการ มี 5 ตัวบ่งชี้ 4) สิ่งสนับสนุน มี 3 ตัวบ่งชี้

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

¹Boromarajonani College of Nursing, Songkhla, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

^{2*}คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

^{2*}Faculty of Public Health, Chiang Mai University

* Corresponding Author: Noppcha@hotmail.com



และ 5) สัญลักษณ์การแจ้งเตือน มี 4 ตัวบ่งชี้ โดยทั้ง 5 องค์ประกอบ 32 ตัวบ่งชี้สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของ ตัวบ่งชี้ ได้ร้อยละ 66.73 โดยมีค่าไอเกน เท่ากับ 20.02, 2.24, 1.77, 1.41 และ 1.25 ตามลำดับ

ดังนั้นโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับควรนำองค์ประกอบและตัวบ่งชี้ไปเป็นแนวทางในการปรับรูปแบบการให้บริการเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด-19 ตลอดจนโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ

คำสำคัญ: จัดบริการการแพทย์วิถีใหม่ โรคโควิด-19 แผนกผู้ป่วยนอก

Abstract

This quantitative research aimed to investigate factor analysis on new normal of medical services during COVID-19's outbreak in out patient department of Health care provider under Ministry of Public Health. The samples were 3,200 medical professionals working under the Ministry of Public Health, recruited by multi-stage random sampling. The questionnaire was used to collect data through google form with its validity ranging from .67-1.00 and its Cronbach's alpha coefficient reliability—at .967. Data were analyzed using Exploratory Factor Analysis (EFA), and the factor extraction was performed by principal component analysis using factor rotation in form of orthogonal rotation with varimax. The results were found as follows:

The new normal of medical services during COVID-19's Outbreak in Out patient department consisted of 5 components and 32 indicators. The 5 components included 1) Environmental management with 8 indicators, 2) Use of personal protective equipment and action plan with 12 indicators, 3) Administrative management with 5 indicators, 4) Facility with 3 indicators, and 5) Warning sign with 5 indicators. The 5 components and 32 indicators received a cumulative percentage variance at 66.73 which had Eigen value presented at 20.02, 2.24, 1.77, 1.41 and 1.25, respectively.

Keywords: New normal of medical services, Covid-19, Out patient

บทนำ

จากการพบเชื้อไวรัสอุบัติใหม่โคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ในเมืองอู่ฮั่น ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีนในช่วงปลายปี พ.ศ. 2562 เป็นเชื้อโคโรนาสายพันธุ์ที่ก่อโรคในคนโดยวันที่ 30 มกราคม พ.ศ. 2563 (Zhou et al., 2020) องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) ได้ประกาศให้



การระบาดของโรคดังกล่าวเป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern : PHEIC) (World Health Organization, 2020) และประเทศไทยได้มีราชกิจจานุเบกษา ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด-19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ในวันที่ 26 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 (Ministry of Public Health, 2020) ที่เกิดจากการแพร่กระจายเชื้อผ่านการสัมผัสและละอองฝอยน้ำมูกน้ำลาย (Respiratory Droplets) ที่มีขนาดอนุภาคมากกว่า 5 – 10 ไมครอนซึ่งไม่พบว่าแพร่กระจายเชื้อทางอากาศ (Zhou et al., 2020)

การเกิดโรคอุบัติใหม่เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ (Morens & Fauci, 2013) การให้บริการทางด้านสุขภาพมีเหตุการณ์ที่เสี่ยงต่อการฟุ้งกระจาย (Aerosol generating procedure : AGP) ซึ่งทำให้เกิดขนาดอนุภาคน้อยกว่า 5 ไมครอน และมีโอกาสทำให้เกิดการฟุ้งกระจายของโรคโควิด-19 ได้ (Singh, Maurya, Sharma, Kapoor, & Mittal, 2021; Innes et al., 2021) ทั้งนี้หลักการการควบคุมโรคติดเชื้อ ประกอบด้วย การบริหารจัดการในสถานพยาบาล (Administrative controls) การควบคุมสภาพแวดล้อม (Environmental controls) และการป้องกันระบบทางเดินหายใจ (Respiratory tract protection) (Sangsajja & Paradee, 2007; Bamrasnaradura Infections Disease Institute, 2017a) โดยจะให้ความสำคัญอย่างยิ่งในการลดหรือเจือจางจำนวนเชื้อโรคในอากาศ หลักการที่สำคัญคือ การทำให้มีการระบายอากาศ (Ventilation) โดยการเติมอากาศเข้ามาและระบายออกไปภายนอก ร่วมกับการใช้การหมุนเวียนอากาศภายในห้อง (Recirculation) ผ่านระบบ HEPA Filtration ที่มี HEPA Filter (High Efficiency Particulate Air Filter) ซึ่งจะช่วยกรองกำจัดเชื้อโรค (Bamrasnaradura Infections Disease Institute, 2017b) หากสถานบริการมีการนำหลักการควบคุมโรคติดเชื้อไปประยุกต์ใช้ก็จะทำให้สามารถจัดบริการได้อย่างปลอดภัย

ในภาวะวิกฤติดังกล่าวสถานบริการด้านสุขภาพต้องปรับและดำเนินการบริการรักษาสุขภาพผู้ป่วยให้ได้ตามปกติในรูปแบบการแพทย์วิถีใหม่ (New Normal of Medical Service) (Lum et al., 2021; Health Administration Division, 2020) เช่น การตั้งจุดคัดกรอง การเฝ้าระวังในโรงพยาบาล การใช้อุปกรณ์ป้องกัน การแยกห้องตรวจคัดกรอง ตลอดจนการส่งยาไปที่บ้าน เป็นต้น (Department of medical service, 2021) ทั้งนี้เพื่อให้ทุกบริการยังดำเนินการได้อยู่รวมถึงการให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งถือได้ว่าเป็นบริการด่านหน้าที่มีโอกาสเสี่ยงสูงในการสัมผัสผู้ป่วย และในหลายๆแผนกมีเหตุการณ์ที่เสี่ยงต่อการฟุ้งกระจาย อีกทั้งการให้บริการการแพทย์วิถีใหม่เป็นสิ่งใหม่สำหรับบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในการให้บริการทางด้านสุขภาพ ที่ยังไม่มีการศึกษาองค์ประกอบของการจัดบริการ ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงสนใจศึกษาองค์ประกอบการจัดบริการการแพทย์วิถีใหม่ในบุคลากร



แผนผู้ป่วยนอกของสถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเพื่อนำองค์ประกอบที่ได้ ไปพัฒนาเป็นรูปแบบของการจัดบริการเพื่อป้องกันโรคอุบัติใหม่ที่จะเกิดขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาองค์ประกอบการจัดบริการการแพทย์วิถีใหม่ภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 แผนผู้ป่วยนอก ในสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางอากาศในสถานพยาบาล (Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute, 2017) ประกอบด้วย 3 ประการ ได้แก่ 1) การควบคุมการบริหารจัดการ (Administrative controls) เน้นการกำหนดนโยบาย การกำหนดผู้รับผิดชอบ การกำหนดมาตรการอย่างชัดเจน การฝึกอบรมบุคลากร และการให้ความรู้แก่ประชาชน 2) การควบคุมสิ่งแวดล้อม (Environmental controls) เป็นการป้องกันและการควบคุมโรคที่มีการแพร่กระจายทางอากาศ เป็น 2 ระดับ คือการควบคุมที่แหล่งแพร่เชื้อจากผู้ป่วยและห้องปฏิบัติการ (Primary environmental controls) และการควบคุมอากาศโดยรอบบริเวณแหล่งโรค (Secondary environmental controls) รวมทั้งการควบคุมคุณภาพอากาศ และมาตรฐานการออกแบบระบบปรับอากาศ 3) การควบคุมป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจ (Respiratory-Protection controls) เน้นการใช้อุปกรณ์ป้องกัน การให้ความรู้ การกระตุ้นเตือน เป็นต้น นอกจากนี้ใช้แนวคิดแนวทางปฏิบัติ การปรับเปลี่ยนแบบบริการการดูแลรักษาผู้ป่วยนอก (OPD) ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ของ Department of medical service, (2021) เน้นการคัดกรองผู้ป่วยนอก (OPD) ในผู้ป่วยทั่วไป การจัดขั้นตอนรูปแบบการบริการ ตลอดจนการเตรียมจุดบริการต่าง ๆ จึงกำหนดมาเป็นกรอบแนวคิดขององค์ประกอบ 4 ด้าน ประกอบด้วยด้านการบริหารจัดการ ด้านการควบคุมสิ่งแวดล้อม ด้านการป้องกันระบบทางเดินหายใจ และด้านความปลอดภัย

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีเชิงพรรณนา (Descriptive Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ที่ให้บริการในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ที่ปฏิบัติงานใน รพศ., รพท., รพช. และ รพ.สต.

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ที่ให้บริการในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก (Outpatient department : OPD) และแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน (Emergency department : ED) คลินิกโรคระบบทางเดินหายใจ (Acute Respiratory Illness: ARI) ระบบ



คัดแยกผู้ป่วย (Triage System) ห้องผู้ป่วยแยกโรคทางเดินหายใจ (Airborne infection isolation room: AIIR) แผนกทันตกรรม (Dental department) และแผนกหู คอ จมูก (Ear Nose and Throat : ENT) ในพื้นที่ที่ทำการศึกษาศึกษา 9 จังหวัด ได้แก่ อุบลราชธานี สระบุรี ปัตตานี น่าน อุดรธานี สมุทรปราการ เชียงใหม่ ร้อยเอ็ด และตาก ทั้งที่เป็น รพศ., รพท., รพช. และ รพ.สต. จำนวน 3,200 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง 20 เท่าของตัวบ่งชี้ (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2019) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้มีตัวบ่งชี้จำนวน 40 ตัวบ่งชี้ จึงได้กลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อย 800 คน ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความน่าเชื่อถือของการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากการเก็บข้อมูลในภาพรวมของประเทศทั้ง 4 ภูมิภาค จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 4 เท่า ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 3,200 คน

การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน สำหรับโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ผู้วิจัยสุ่มพื้นที่ในโรงพยาบาลที่มีความเสี่ยงสูงและพื้นที่เสี่ยง พื้นที่ละ 3 แผนก จากนั้น กำหนดสัดส่วนบุคลากรทางการแพทย์ในแต่ละแผนกแล้วจึงสุ่มแบบบังเอิญ สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สุ่มอำเภอจำนวนร้อยละ 50 ของจำนวนอำเภอในแต่ละจังหวัด ในแต่ละอำเภอ เลือก รพ.สต. ทุก รพ.สต.

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมและข้อมูลจากวิธีการเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายปิดให้เลือกตอบ ตามเกี่ยวกับ ขนาดโรงพยาบาล ตำแหน่ง อายุ ประสบการณ์การทำงาน และการให้บริการ รวม 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามการจัดบริการการแพทย์วิถีใหม่ภายใต้สถานการณ์ระบาดโรคโควิด-19 ตามความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์ในแผนกที่ปฏิบัติงาน ประกอบด้วยด้านการบริหารจัดการ (Administrative control) จำนวน 9 ข้อ ด้านการควบคุมดูแลสิ่งแวดล้อม (Environmental control) จำนวน 6 ข้อ การป้องกันระบบทางเดินหายใจ (Respiratory protection) จำนวน 17 ข้อ และด้านความปลอดภัย จำนวน 8 ข้อ รวมทั้งสิ้น 40 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นข้อคำถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) จาก 5 คะแนน หมายถึง มากที่สุด ถึง 1 คะแนน หมายถึง น้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อ 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านวิศวกรรมควบคุมโรคติดเชื้อทางอากาศ 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการด้านโรคติดเชื้อ 1 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยการตรวจสอบค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ที่มีค่า IOC ระหว่าง .67 – 1.00



การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ มาทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้รับบริการใน รพศ./รพท. รพช. และรพ.สต. จำนวน 30 คน โดยแบบสอบถามการจัดบริการการแพทย์วิถีใหม่ภายใต้สถานการณ์ระบาดโรค โควิด-19 ตามความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .967

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเข้าร่วมเป็นทีมวิจัยและเก็บข้อมูล จากนั้นประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การสุ่มตัวอย่าง แก่ผู้ช่วยวิจัยแต่ละจังหวัด ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูลแบบ Online Survey โดยผู้วิจัยดำเนินการส่งแบบสอบถามออนไลน์ไปยังตัวแทนผู้ช่วยนักวิจัยแต่ละโรงพยาบาล ผ่าน Application Line ก่อนส่งต่อไปยังกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิ์และชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยในแบบสอบถามออนไลน์ จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามและความสมบูรณ์ของแบบสอบถามของแต่ละพื้นที่ในทุก ๆ วัน จนครบจำนวนที่ต้องการแล้วจึงยุติการรับแบบสอบถามโดยแจ้งและแสดงความขอบคุณไปยังผู้ช่วยวิจัยผ่าน Application Line เช่นเดิม จากนั้นจึงตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูล พบว่ามีข้อมูลได้รับกลับคืนมาและความสมบูรณ์จำนวน 3,200 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis : EFA) สกัดปัจจัย (Factor Extraction) ด้วยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (Principal Component Analysis : PCA) ใช้วิธีหมุนแกนองค์ประกอบ (Factor Rotation) แบบออร์โธโกนอล (Orthogonal Rotation) ด้วยวิธีแวนิแมกซ์ (Varimax) และกำหนดน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Loading) มากกว่า .50 ทั้งนี้ผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) (Hair et al., 2019) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การมีข้อมูลลักษณะการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) โดยพิจารณาจากกราฟ Normal Probability Plot พบว่าข้อมูลส่วนใหญ่จะอยู่รอบ ๆ เส้นตรง ดังนั้นสรุปได้ว่า ลักษณะของข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ

2. ผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติวิเคราะห์องค์ประกอบ โดยความเหมาะสมของข้อมูลจากค่าดัชนีไคเซอร์ - เมเยอร์ - ออลกิน (The Kaiser – Mayer – Olkin Measure of Sampling Adequacy : MSA) พบว่ามีค่าเท่ากับ .967 ซึ่งมีค่าสูงกว่า .50 และค่าเข้าใกล้ 1 แสดงว่าข้อมูลมีความสัมพันธ์ในระดับสูงมาก และค่าไควสแควร์ ที่ได้จาก Bartlett's Test of Sphericity มีค่าเท่ากับ



66091.76 ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สรุปได้ว่าเมตริกซ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กัน ดังนั้นจึงมีความเหมาะสมในการนำข้อมูลไปวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ

จริยธรรมการวิจัยมนุษย์

ผู้วิจัยขอจริยธรรมการวิจัยจากสำนักพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ (สคม.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข หมายเลข COA No.IHRP2021152, IHRP No.071-2564 วันที่รับรองตั้งแต่ 27 ตุลาคม 2564

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า เป็นบุคลากรทางแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป (S) ร้อยละ 24.3 รองลงมาปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป (M1) ร้อยละ 17.6 โดยปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพร้อยละ 55.2 มีอายุเฉลี่ย 40.46 ปี (S.D. = 10.86) อายุต่ำสุด 19 ปี อายุสูงสุด 60 ปี ประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 17.58 ปี (S.D. = 11.14) ประสบการณ์ต่ำสุด 1 ปี ประสบการณ์สูงสุด 40 ปี ทั้งให้ข้อมูลว่าช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 แผนกทันตกรรมมีการปิดให้บริการมากที่สุดร้อยละ 31.8

2. ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบการจัดบริการการแพทย์วิถีใหม่ภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 แผนกผู้ป่วยนอก ในสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ 35 ตัวบ่งชี้ โดยตัดตัวบ่งชี้ออกหนึ่งตัวเนื่องจากน้ำหนักตัวบ่งชี้อยู่ที่ 2 องค์ประกอบ ซึ่งมีผลต่างไม่ถึง 0.2 และองค์ประกอบที่ 6 มีจำนวนตัวแปรเพียง 2 ตัวบ่งชี้ จึงตัดองค์ประกอบที่ 6 ดังนั้นจึงเหลือ 5 องค์ประกอบ 32 ตัวบ่งชี้ ประกอบด้วย 1) การจัดการสภาพแวดล้อม มี 8 ตัวบ่งชี้ 2) การใช้อุปกรณ์ป้องกันตัวและมาตรการการปฏิบัติงาน มี 12 ตัวบ่งชี้ 3) การบริหารจัดการ มี 5 ตัวบ่งชี้ 4) สิ่งสนับสนุน มี 3 ตัวบ่งชี้ และ 5) สัญลักษณ์การแจ้งเตือน มี 4 ตัวบ่งชี้ (ดังภาพที่ 1) โดยทั้ง 5 องค์ประกอบ 32 ตัวบ่งชี้ สามารถรวมกันอธิบายความแปรปรวนของตัวบ่งชี้ ได้ร้อยละ 66.73 โดยมีค่าไอเกน เท่ากับ 20.02, 2.24, 1.77, 1.41 และ 1.25 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

สำหรับค่าน้ำหนักของตัวบ่งชี้แต่ละตัวบ่งชี้ในองค์ประกอบการจัดบริการการแพทย์วิถีใหม่ภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 แผนกผู้ป่วยนอก ในสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้ (ตารางที่ 2)

องค์ประกอบที่ 1 การจัดการสภาพแวดล้อม มี 8 ตัวบ่งชี้ โดยมีค่าน้ำหนักของตัวบ่งชี้ตั้งแต่ .770 - .715 โดยตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้สูงสุดได้แก่ การจัดสถานที่ (.770) ส่วนตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้ต่ำสุดได้แก่ การจัดการขยะติดเชื้อ (.715)

องค์ประกอบที่ 2 การใช้อุปกรณ์ป้องกันตัวและมาตรการการปฏิบัติงาน มี 12 ตัวบ่งชี้ โดยมีค่าน้ำหนักของตัวบ่งชี้ตั้งแต่ .733 - .515 โดยตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้สูงสุดได้แก่ การใช้คู่มือการใช้

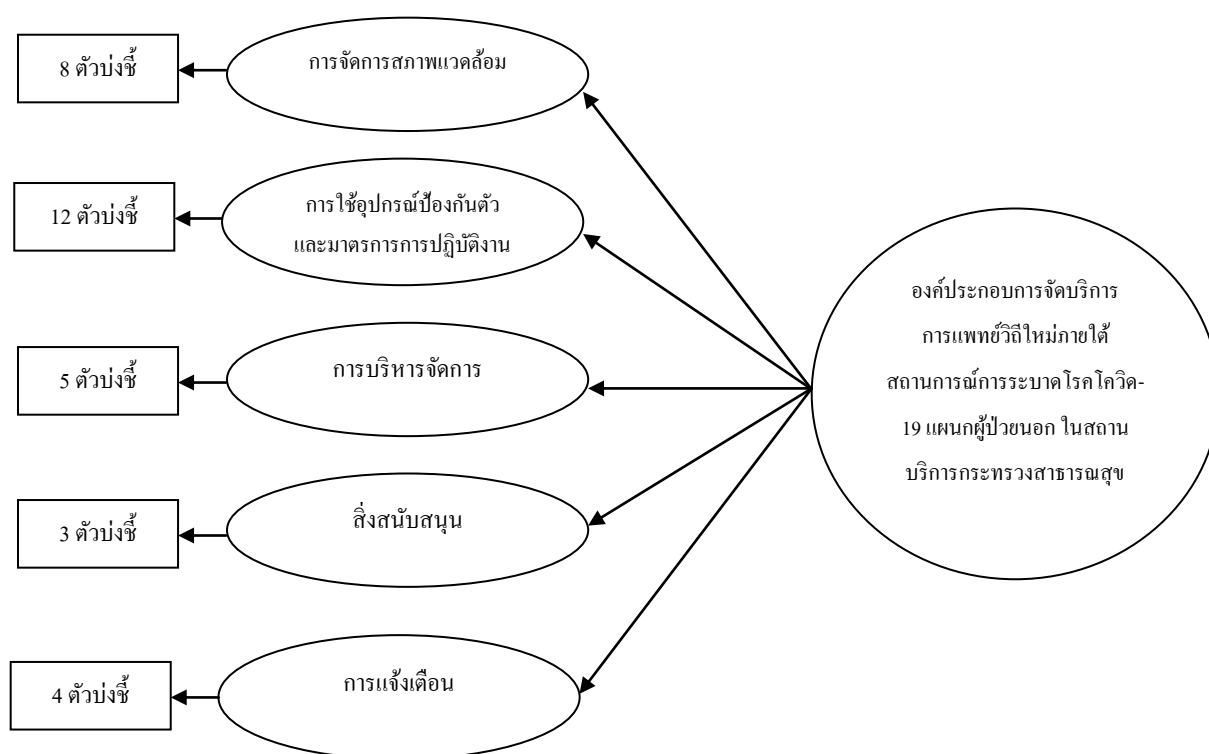


Personal protection equipment (.733) ส่วนตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้ต่ำสุด ได้แก่ การเปิดประตูขณะ การให้บริการ (.515)

องค์ประกอบที่ 3 การบริหารจัดการ มีตัวบ่งชี้จำนวน 5 ตัวบ่งชี้ โดยมีค่าน้ำหนักของตัวบ่งชี้ ตั้งแต่ .730 - .620 โดยตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้สูงสุด ได้แก่ การกำหนดแนวปฏิบัติในการลด ระยะเวลาการสัมผัสผู้ป่วยและสิ่งส่งตรวจ (.730) ส่วนตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้ต่ำสุด ได้แก่ การให้ ความรู้แก่ผู้มารับบริการและญาติ (.620)

องค์ประกอบที่ 4 สิ่งสนับสนุนมี 3 ตัวบ่งชี้ โดยมีค่าน้ำหนักของตัวบ่งชี้ตั้งแต่ .744 - .681 โดย ตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้สูงสุด ได้แก่ ความเพียงพอของบุคลากรในการปฏิบัติงาน (.744) และตัว บ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้ต่ำสุด ได้แก่ การได้รับสวัสดิการ/ค่าตอบแทนตามความเสี่ยงของงาน (.681)

องค์ประกอบที่ 5 สัญลักษณ์การแจ้งเตือน มี 4 ตัวบ่งชี้ โดยมีค่าน้ำหนักของตัวบ่งชี้ตั้งแต่ .716 - .552 โดยตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้สูงสุด ได้แก่ แสดงขั้นตอนการจำแนกผู้ป่วย (.716) และตัว บ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้ต่ำสุด ได้แก่ มีป้ายเตือนการสวมหน้ากากอนามัยทุกจุดบริการ (.552)



ภาพที่ 1 องค์ประกอบการจัดการบริการการแพทย์วิถีใหม่ภายใต้สถานการณ์การระบาดโรคโควิด-19
แผนกผู้ป่วยนอก ในสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข



ตารางที่ 1 ค่าไอเคน ร้อยละของความแปรปรวนและร้อยละสะสมของความแปรปรวนองค์ประกอบการจัดบริการการแพทย์วิถีใหม่ภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 แผนกผู้ป่วยนอก ในสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

องค์ประกอบ	ค่าไอเคน	ร้อยละของความแปรปรวน	ร้อยละสะสมของความแปรปรวน
การจัดการสภาพแวดล้อม	20.02	50.06	50.06
การใช้อุปกรณ์ป้องกันตัวและมาตรการการปฏิบัติงาน	2.24	5.60	55.66
การบริหารจัดการ	1.77	4.42	60.08
สิ่งสนับสนุน	1.41	3.53	63.61
สัญลักษณ์การแจ้งเตือน	1.25	3.12	66.73

ตารางที่ 2 คำนวณน้ำหนักองค์ประกอบการจัดบริการการแพทย์วิถีใหม่ภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 แผนกผู้ป่วยนอก ในสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

องค์ประกอบ / ตัวบ่งชี้	ค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้
องค์ประกอบที่ 1 การจัดการสภาพแวดล้อม	
1. การจัดสถานที่	.770
2. การปรับปรุงโครงสร้างด้านอาคาร	.767
3. การจัดการอัตราการไหลเวียนของอากาศ (Air change)	.761
4. การกำหนดทิศทางของอากาศ	.730
5. การทำความสะอาดพื้นผิวสัมผัส	.731
6. การกำหนดตำแหน่งการนั่งของผู้รับบริการ	.730
7. การคัดกรอง/คัดแยกผู้ป่วยที่มารับบริการ	.717
8. การจัดการขยะติดเชื้อ	.715
องค์ประกอบที่ 2 การใช้อุปกรณ์ป้องกันตัวและมาตรการการปฏิบัติงาน	
1. การใช้คู่มือการใช้ Personal protection equipment	.733
2. การใช้คู่มือการใช้ Hand hygiene	.741
3. การใช้ฉากกั้นระหว่างผู้รับบริการกับผู้ให้บริการ	.693
4. การเว้นระยะการนั่ง 1-2 เมตร	.630
5. การกำหนดเส้นทางการเดินในโรงพยาบาล	.627
6. การจำกัดจำนวนผู้เข้ารับบริการ	.621
7. การให้บริการในห้องแยก	.612
8. การจัดบริการแบบเบ็ดเสร็จ ณ จุดเดียว (One stop service)	.540



องค์ประกอบ / ตัวบ่งชี้	ค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้
9. การจัดบริการจุดล้างมือ	.536
10. การสวมใส่ที่ป้องกันสายตา	.534
11. การสวมถุงมือป้องกัน	.519
12. การเปิดประตูขณะการให้บริการ	.515
องค์ประกอบที่ 3 การบริหารจัดการ	
1. การกำหนดแนวปฏิบัติในการลดระยะเวลาการสัมผัสผู้ป่วยและสิ่งส่งตรวจ	.730
2. การกำหนดผู้รับผิดชอบในการดำเนินงานควบคุมโรคโควิด-19	.722
3. การกำหนดนโยบายเรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ	.696
4. การให้ความรู้และฝึกอบรมบุคลากร	.580
5. การให้ความรู้แก่ผู้มารับบริการและญาติ	.620
องค์ประกอบที่ 4 สิ่งสนับสนุน	
1. ความเพียงพอของบุคลากรในการปฏิบัติงาน	.744
2. ความเพียงพอของอุปกรณ์ในการปฏิบัติงาน	.724
3. การได้รับสวัสดิการ/ค่าตอบแทนตามความเสี่ยงของงาน	.681
องค์ประกอบที่ 5 สัญลักษณ์การแจ้งเตือน	
1. แสดงขึ้นตอนการจำแนกผู้ป่วย	.716
2. มีจุดการแยกคัดผู้ป่วยอย่างชัดเจน	.716
3. จัดป้ายแสดงจุดคัดกรองและอธิบายกระบวนการเพื่อกระตุ้นผู้มารับบริการ	.592
4. มีป้ายเตือนการสวมหน้ากากอนามัยทุกจุดบริการ	.552

อภิปรายผล

องค์ประกอบการจัดบริการการแพทย์วิถีใหม่ภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 แผนกผู้ป่วยนอก ในสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ 32 ตัวบ่งชี้ ประกอบด้วย 1) การจัดการสภาพแวดล้อม 2) การใช้อุปกรณ์ป้องกันตัวและมาตรการการปฏิบัติงาน 3) การบริหารจัดการ 4) สิ่งสนับสนุน และ 5) สัญลักษณ์การแจ้งเตือน โดยทั้ง 5 องค์ประกอบ 32 ตัวบ่งชี้สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของตัวบ่งชี้ ได้ร้อยละ 66.73 จะเห็นว่าผลการวิเคราะห์องค์ประกอบทั้ง 5 องค์ประกอบมีความสัมพันธ์กัน ทั้งนี้องค์ประกอบดังกล่าวเป็นไปตามหลักการการควบคุมโรคติดเชื้อ ประกอบด้วย การบริหารจัดการในสถานพยาบาล (Administrative controls) การควบคุมสภาพแวดล้อม (Environmental controls) และการป้องกันระบบทางเดินหายใจ (Respiratory tract protection) (Sangsajja & Paradee, 2007; Bamrasnaradura Infections Disease Institute, 2017a) ที่มีความครอบคลุมในทุกองค์ประกอบในการจัดบริการการแพทย์วิถีใหม่ ที่สอดคล้องกับหลักทางด้านระบาดวิทยา



ของโรคโควิด-19 ที่แพร่กระจายเชื้อจากฝอยละอองที่มีขนาดใหญ่กว่า 5 ไมครอน (Droplet precautions) (Wilson, Corbett, & Tovey, 2020) ซึ่งมาตรการดังกล่าวยังใช้ลดความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อจากฝอยละอองที่มีขนาดเล็กกว่า 5 ไมครอน (Air-borne precautions) อีกด้วย (Zhou et al., 2020)

ทั้งนี้องค์ประกอบของการจัดการสภาพแวดล้อมมีค่าไอเกนมากที่สุด อธิบายได้ว่าการจัดการสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน เช่นการปรับปรุงพื้นที่ การกำหนดเส้นทางการรับบริการของผู้รับบริการ รวมถึงการมีห้องความดันลบ (Negative pressure room) ห้องความดันบวก (Positive pressure room) ในการจัดบริการในแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ทั้งนี้การควบคุมสภาพแวดล้อม (Environmental controls) เป็นกระบวนการหนึ่งในการป้องกันการโรคแพร่เชื้อทางอากาศ (Airborne disease) ที่มีการติดต่อโรคผ่านทางอากาศ (Airborne transmission) (Qian et al., 2010; Qian & Zheng, 2010) โรคโควิด-19 ที่เป็โรคที่มีการแพร่กระจายเชื้อผ่านการสัมผัสและผ่านทาง Respiratory Droplets ที่มีขนาดอนุภาคมากกว่า 5-10 ไมครอน แต่ไม่พบว่าการแพร่กระจายเชื้อทางอากาศ (Zhou et al., 2020) ดังนั้นจึงสนับสนุนการปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้เหมาะกับการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะในสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้สถานบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขถือว่าเป็นหน่วยงานหลักในดูแลสุขภาพประชาชนทั่วไปที่ต้องเปิดบริการได้ตามปกติในรูปแบบการแพทย์วิถีใหม่ (New Normal of Medical Service) (Lum et al., 2021) แต่จะเห็นได้ว่าที่ผ่านมามาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านอาคารและสภาพแวดล้อมของสถานบริการสุขภาพสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จะยังไม่ได้เน้นการป้องกันโรคที่เกิดจากการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ (Design and Construction Division, 2017) ทั้งนี้มีคู่มือการปรับปรุงคุณภาพอากาศในสถานพยาบาล (Sangsajja & Paradee, 2007; Bamrasnaradura Infections Disease Institute, 2017b) แนะนำแล้วก็ตาม ทั้งนี้ควรมีการพิจารณาดำเนินการควบคุมสภาพแวดล้อมให้เป็นรูปธรรม ทั้งนี้ควรรวมถึงการจัดบริการนอกสถานบริการร่วมด้วยเช่น ในโรงพยาบาลสนาม (Health Administration Division, 2020; Department of Medical service, 2021)

สำหรับองค์ประกอบการใช้อุปกรณ์ป้องกันตัวและมาตรการการปฏิบัติงาน มีค่าไอเกนรองลงมา อธิบายได้ว่า การใช้อุปกรณ์ในการป้องกันตัวเอง (Personal protection equipment) เป็นหนึ่งในหลักการการควบคุมโรคติดเชื้อ ในด้านการป้องกันระบบทางเดินหายใจ (Respiratory tract protection) ทั้งนี้การใช้อุปกรณ์ในการป้องกันตัวอย่างถูกวิธีและมีมาตรฐานทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการจะช่วยป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคได้ (Centers for Disease Control and Prevention, 2015) แต่ถ้าหากการป้องกันการติดต่อของโรคติดเชื้อดำเนินด้วยการใช้อุปกรณ์ในการป้องกันตัวเองเพียงอย่างเดียว นั้น ก็จะส่งผลกระทบต่อความขาดแคลน (World Health Organization, 2020) ทำให้การป้องกันโรคติดเชื้อไม่ได้ประสิทธิผลเท่าที่ควร ดังนั้นควรพิจารณาองค์ประกอบด้านอื่น ๆ ร่วมด้วย



ข้อจำกัดในการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากการเก็บข้อมูลระหว่างการระบาดในช่วงปลายปี พ.ศ. 2564 ซึ่งเป็นการระบาดระลอกที่ 3 ไปแล้ว ความรู้ การปฏิบัติตัวของเจ้าหน้าที่ และการปรับพื้นที่ในการจัดบริการ อาจจะมีผลทำให้องค์ประกอบต่อการจัดบริการการแพทย์วิถีใหม่มีความชัดเจนและเป็นไปตามหลักการการควบคุมโรคติดเชื้อในสถานพยาบาล

สรุป

องค์ประกอบการจัดบริการการแพทย์วิถีใหม่ภายใต้สถานการณ์การระบาดโรคโควิด-19 แผนกผู้ป่วยนอก ในสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ 32 ตัวบ่งชี้ ประกอบด้วย 1) การจัดการสภาพแวดล้อม มี 8 ตัวบ่งชี้ 2) การใช้อุปกรณ์ป้องกันตัวและมาตรการการปฏิบัติงาน มี 12 ตัวบ่งชี้ 3) การบริหารจัดการ มี 5 ตัวบ่งชี้ 4) สิ่งสนับสนุน มี 3 ตัวบ่งชี้ และ 5) สัญลักษณ์การแจ้งเตือน มี 4 ตัวบ่งชี้ โดยทั้ง 5 องค์ประกอบ 32 ตัวบ่งชี้สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของตัวบ่งชี้ได้ร้อยละ 66.73 ดังนั้นสถานบริการในกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับควรนำรูปแบบไปปรับใช้ ให้เกิดเป็นรูปธรรมและต่อเนื่องเพื่อเป็นการป้องกันโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำที่อาจจะเกิดขึ้นได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

สถานบริการในทุกระดับทั้งภาครัฐและเอกชนควรพิจารณาหลักการการควบคุมโรคติดเชื้อ ประกอบด้วย 1) การจัดการสภาพแวดล้อมด้านสถานที่ การกำจัดขยะติดเชื้อ 2) การใช้อุปกรณ์ป้องกันตัวและมาตรการการปฏิบัติงานโดยการใช้คู่มือและการจัดการอากาศ 3) การบริหารจัดการ เช่นการกำหนดแนวปฏิบัติในการลดระยะเวลาการสัมผัสผู้ป่วยและสิ่งส่งตรวจ และการให้ความรู้ 4) สิ่งสนับสนุนทั้งความเพียงพอของบุคลากรและการได้รับสวัสดิการ/ค่าตอบแทนตามความเสี่ยงของงาน และ 5) การจัดทำสัญลักษณ์การแจ้งเตือนรวมทั้งการแสดงขั้นตอนการจำแนกผู้ป่วย ไปเป็นแนวทางในการปรับรูปแบบการให้บริการเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด-19 ให้เกิดเป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง เพื่อเป็นการป้องกันโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคตข้างหน้า

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาการประยุกต์และการดำเนินงานตามหลักการการควบคุมโรคติดเชื้อสถานบริการในทุกระดับประกอบว่าได้มีการดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรมและต่อเนื่องหรือไม่ เพื่อเป็นประเมินความต่อเนื่องและความพร้อมในการจัดบริการในรูปแบบการแพทย์วิถีใหม่



รายการอ้างอิง (References)

- Bamrasnaradura Infections Disease Institute. (2017).(a). *Manual on Ventilation Quality Improvement in Health Care Building*. Nonthaburi: Bamrasnaradura Infections Disease Institute. (in Thai).
- Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute. (2017).(b) *Handbook for improving air quality in healthcare facilities*. Nonthaburi: Aksorn Graphic and Design. (in Thai).
- Centers for Disease Control and Prevention, (2015). *Hierarchy of Controls*. Centers for Disease Control and Prevention. Retrieved July 20, 2022 from <https://www.cdc.gov/niosh/topics/hierarchy/default.html>. (in Thai).
- Department of medical service. (2021). *Guideline on Dental Treatment for New normal services over COVID – 19 Outbreak*. Nonthaburi: Ministry of Public Health. (in Thai).
- Design and Construction Division. (2017). *Health service system Benchmark on Building and Environment in Health care provider under Ministry of Public Health*. Nonthaburi: Department of Health Service Support. (in Thai).
- Hair, F. J., Black, C. W., Babin, J. B., & Anderson, E. R. (2019). *Multivariate Data Analysis* (8th ed). New Jersey: Pearson Education.
- Health Administration Division. (2020). *Management on New Normal Medical Service*. Samut Sakhon: Born To Be Publishing CO.LTD. (in Thai).
- Innes, N., Johnson, I. G., Al-Yaseen, W., Harris, R., Jones, R., KC, S.,..., Gallaghare, J. E. (2021). A systematic review of droplet and aerosol generation in dentistry. *Journal of dentistry*, 105, 1-13.
- Lum, B. X., Liu, E. H., Archuleta, S., Somani, J., Bagdasarian, N., Koh, C. S.,..., Fisher, A. D. (2021). Establishing a New Normal for Hospital Care: A whole of hospital approach to Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *Clinical infection disease*, 73(9), e3136-e3143.
- Ministry of Public Health. (2020). *Archives COVID - 19 Join forces Unite Through the crisis. Bangkok*. Bangkok: The War Veterans Organization of Thailand Under Royal Patronage of His majesty the King Printing. (in Thai).
- Morens, M. D., & Fauci, S. A. (2013). Emerging infection disease: Threats to human health and global stability. *PLOS Pathogens*, 9(7), 1003467.
- Qian, H., & Zheng, X. (2010). Ventilation control for airborne transmission of human exhaled bio- in buildings. *Journal of Thoracic Disease*, 10(Suppl), S2295-S2304.



- Qian, H., Li, Y., Seto, W. H., Ching, P., Ching, W. H., & Sun, H. Q. (2010). Natural ventilation for reducing airborne infection in hospital. *Building and Environment*, 45, 559-565.
- Sangsajja, C., & Paradee, S. (2007). *Manual on Ventilation Quality Improvement in Health care Building*. Nonthaburi: Bamrasnaradura Infections Disease Institute. (in Thai).
- Singh, H., Maurya, R. K., Sharma, P., Kapoor, P., & Mittal, T. (2021). Aerosol generating procedural risks and concomitant mitigation strategies in orthodontics amid COVID-19 pandemic - An updated evidence-based review. *International orthodontics*, 19(3), 329-345.
- Wilson, N., Corbett, S., & Tovey, E. (2020). Airborne Transmission of Covid-19: Guidelines and Governments Must Acknowledge the Evidence and Take Steps to Protect the Public. *The British Medical Journal*, 370, m3206.
- World Health Organization. (2020). *Shortage of Personal Protective Equipment Endangering Health Workers Worldwide*. Geneva: World Health Organization.
- Zhou, J., Cao, Z., Wang, W., Huang, H., Zheng, F., Xie, Y.,... Zhou, Z. (2020). First patient management of COVID-19 in Changsha, China: a case report. *BMC Infectious Diseases*, 20(824), 1-6.



ปัจจัยทำนายการยอมรับวัคซีน COVID-19 ในบุคลากรทางการแพทย์ ของโรงพยาบาลสงขลา

Factors Predicting COVID-19 Vaccine Acceptance among Health Care Workers of Songkhla Hospital

กุศศักดิ์ บำรุงเสนา^{1*}

Kusak Bumrungsena^{1*}

(Received: October 18, 2022; Revised: December 2, 2022; Accepted: December 13, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นแบบเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (Cross-sectional Analytic study) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการยอมรับวัคซีน COVID-19 ในบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลสงขลา เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ ถึง 30 เมษายน พ.ศ. 2564 โดยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้น มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา IOC รายตัวแปรระหว่าง 0.6 - 1.0 และได้ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.85 แบ่งเป็นวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) วิเคราะห์ปัจจัยทำนายการยอมรับวัคซีน COVID-19 โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณทีละขั้นตอน (Stepwise multivariate linear regression) ที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 ผลพบบุคลากรตอบแบบสอบถามทั้งหมด 488 คน มีการยอมรับวัคซีนร้อยละ 56.56 ปัจจัยทำนายการยอมรับวัคซีน COVID-19 คือ ฉีดวัคซีนไข้วัดใหญ่ตามฤดูกาลในปีที่ผ่านมา บุคคลที่เชื่อถือแนะนำให้ฉีดวัคซีน COVID-19 ไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากวัคซีนไข้วัดใหญ่ บุคลากรด้านสำนักงาน เพศชาย ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ COVID-19 ขณะปฏิบัติงานลดลง สถานภาพอยู่ด้วยกัน มีผลทำให้มีผู้ป่วยใหม่ลดลง ซึ่งสามารถทำนายได้ร้อยละ 30.00 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

¹กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลสงขลา

¹Occupational Health Department, Songkhla Hospital

*Corresponding Author: Kusak2005@yahoo.com



การสร้างการยอมรับวัคซีนในบุคลากรทางการแพทย์ ควรมุ่งเน้นในกลุ่มที่ไม่ได้ฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่ตามฤดูกาลในปีที่ผ่านมา เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากวัคซีนไขหวัดใหญ่ บุคลากรที่ดูแลผู้ป่วย บุคลากรผู้หญิง ผู้ที่มีสถานภาพโสด โดยให้บุคคลที่บุคลากรมีความเชื่อถือช่วยในการกระตุ้นให้ตระหนักถึงประโยชน์ของวัคซีนในการช่วยลดจำนวนผู้ป่วยและลดความเสี่ยงติดเชื้อ COVID-19 ขณะปฏิบัติงาน

คำสำคัญ: ปัจจัยทำนาย วัคซีนโควิด การยอมรับ บุคลากรทางการแพทย์

Abstract

This research is a cross-sectional analytic study aiming to investigate factors predicting COVID-19 vaccine acceptance among health care workers of Songkhla hospital. Data were collected between February 1st and April 30th, 2021 through questionnaire. The content validity of the IOC for each variable was between 0.6 - 1.0, and Cronbach's Alpha was 0.85. The data were analyzed by descriptive statistics; number, percentage, mean and standard deviation. The factors predicting COVID-19 vaccine acceptance were analyzed using Stepwise Multivariate linear regression statistics at a confidence level of 0.05. The results showed that among 488 health care workers, only 56.56% had positive opinion towards the vaccine. The predicting factors for accepting the COVID-19 vaccine were seasonal influenza in past years, recommendations from trustworthy persons, having received vaccine without any side effect, Male, office personnel, the risk of contracting COVID-19 while working is reduced, marital status, reduced the new cases. Which can predict 30.00% at p-value = 0.001

Building vaccine acceptance among health care workers should target on those who have not received seasonal influenza vaccination in the past year, or those who had side effect from receiving influenza vaccine, personnel taking care of patients, female, single. In addition, recommendations from trusted persons may help people realize advantages of the vaccine, for example, reducing patients and infection risks.

Keywords: Prediction factor, COVID-19 vaccine, Acceptance, Health care workers



บทนำ

Coronavirus disease 2019 (COVID-19) หรือโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 เป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจที่เกิดจากไวรัส Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) โดยมีการรายงานการระบาดครั้งแรก ในเมืองอู่ฮั่น สาธารณรัฐประชาชนจีน ในปลายปี พ.ศ. 2562 ต่อมาเกิดการระบาดของ COVID-19 ในหลายประเทศและมีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้น เป็นเหตุให้องค์การอนามัยโลกประกาศให้ “โรคระบาด COVID-19 เป็นสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ” (World Health Organization, 2021)(b) การระบาด COVID-19 นอกจากจะส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยและเสียชีวิตแล้ว ยังส่งผลต่อระบบบริการสาธารณสุข การใช้ชีวิตประจำวัน ชีวิตการทำงานของผู้คนส่วนมาก และยังมีกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจในหลายประเทศทั่วโลก ปัจจุบันยังไม่มีการรักษาโรค COVID-19 แบบเฉพาะเจาะจง ดังนั้นการป้องกันไม่ให้เกิดการติดเชื้อจึงยังคงเป็นแนวทางในการลดจำนวนผู้ป่วย ลดการเสียชีวิตและลดการระบาดของโรค โดยเฉพาะการได้รับวัคซีนเพื่อสร้างภูมิคุ้มกัน องค์การอนามัยโลกรายงานว่ามีการพัฒนาวัคซีน COVID-19 จำนวน 66 ผลิตภัณฑ์ที่มีการทดลองทางคลินิก มีเทคนิคในการพัฒนา 10 รูปแบบและการบริหารยา 4 รูปแบบ โดยส่วนใหญ่เป็นการฉีดเข้ากล้ามเนื้อเป็นหลัก (World Health Organization, 2021)(a) และจากการรายงานประสิทธิภาพของวัคซีน นอกจากจะกระตุ้นให้สร้างภูมิคุ้มกันแล้ว ยังมีผลช่วยลดความรุนแรงของโรค ขณะเดียวกันก็มีการรายงานผลข้างเคียงหลังจากได้รับวัคซีน เช่น ปวดบวมบริเวณที่ฉีด อาการไข้ ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตัว คลื่นไส้อาเจียน โดยส่วนใหญ่จะมีอาการเล็กน้อย เนื่องจากเป็นช่วงเริ่มต้นของการให้วัคซีนในวงกว้าง ทำให้ปัจจุบันยังไม่สามารถประเมินประสิทธิภาพได้ในประชากรกลุ่มที่ฉีดวัคซีน บางกลุ่มและยังไม่มีรายงานถึงระดับของภูมิคุ้มกันที่ถูกกระตุ้นด้วยวัคซีนว่าจะสามารถอยู่ในร่างกายของมนุษย์และป้องกันการติดเชื้อได้เป็นระยะเวลานานเท่าไร (World Health Organization, 2021)(c)

การควบคุมไม่ให้เกิดการระบาดของโรค COVID-19 โดยการสร้างภูมิคุ้มกันด้วยการให้วัคซีน จำเป็นต้องมีจำนวนผู้ที่ได้รับวัคซีนมากพอที่จะทำให้เกิดภูมิคุ้มกันหมู่ (Herd immunity) ทั้งนี้มีการประมาณจากจำนวนเฉลี่ยของการติดเชื้อทุติยภูมิที่เกิดจากผู้ติดเชื้อรายเดียว (Basic reproduction numbers : R_0) ของโรค COVID-19 ที่เท่ากับ 2.2 (ผู้ติดเชื้อหนึ่งรายสามารถแพร่เชื้อให้คนอื่นจำนวน 2.2 ราย) ต้องสร้างภูมิคุ้มกันให้ประชากรถึงร้อยละ 67 จึงจะทำให้เกิดภูมิคุ้มกันหมู่และควบคุมไม่ให้เกิดการระบาดได้ (Randolph & Barreiro, 2020) แต่จากการวิจัย พบว่าการยอมรับวัคซีน COVID-19 มีความหลากหลายตามกลุ่มคนที่ทำการสำรวจและแตกต่างกันในแต่ละประเทศ ซึ่ง Lazarus et al. (2021) ได้ทำการวิจัยการยอมรับวัคซีน COVID-19 ในกลุ่มประชากรทั่วไปใน 19 ประเทศ โดยมีการยอมรับวัคซีนเฉลี่ยร้อยละ 71.50 สูงที่สุดคือ สาธารณรัฐประชาชนจีนร้อยละ 90.00 และต่ำสุดคือ สหพันธรัฐ



ร้อยละ 55.00 (Lazarus et al., 2021) ส่วนการวิจัยเฉพาะในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ การวิจัยในบุคลากรทางการแพทย์ของประเทศคองโก (Kabamba et al., 2020) การวิจัยในบุคลากรทางการแพทย์ของรัฐลออสแอองเจลิส ประเทศสหรัฐอเมริกา (Gadoth et al., 2020) การวิจัยในกลุ่มบุคลากรพยาบาลของเขตบริหารพิเศษฮ่องกง แห่งสาธารณรัฐประชาชนจีน (Wang et al., 2020) พบว่ามีการยอมรับวัคซีน COVID-19 เพียง ร้อยละ 27.70 52.70 และ 40.00 ตามลำดับ ซึ่งมีการยอมรับที่น้อยกว่าประชาชนทั่วไป การศึกษาของ Desye (2022) พบปัจจัยที่สัมพันธ์กับการยอมรับวัคซีน COVID-19 ในบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ อายุ เพศชาย วิชาชีพแพทย์ ประวัติได้รับวัคซีนไข้วัดใหญ่ การคำนึงถึงประสิทธิภาพของวัคซีน การรับรู้อันตรายของโรค

สำหรับประเทศไทยได้มีการวางแผนที่จะฉีดวัคซีน COVID-19 ให้กับประชากรกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ผู้ที่มีโรคประจำตัวในกลุ่ม 7 โรค (โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตวายเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง โรคอ้วน โรคมะเร็งและโรคเบาหวาน) และผู้หญิงตั้งครรภ์ โดยเฉพาะกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์จะเป็นกลุ่มเป้าหมายในอันดับต้น ๆ เนื่องจากเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการให้บริการผู้ป่วย แต่เนื่องจากข้อมูลการวิจัยด้านคลินิกของวัคซีน COVID-19 ในปัจจุบันมีค่อนข้างจำกัดและยังไม่มีข้อมูลการสำรวจการยอมรับที่จะฉีดวัคซีน COVID-19 ในบุคลากรทางการแพทย์ ผู้วิจัยจึงสนใจวิจัยเพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการยอมรับวัคซีน COVID-19 ในบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อเป็นแนวทางในการให้ความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) สร้างการยอมรับวัคซีน COVID-19 ในบุคลากรทางการแพทย์ และเป็นแบบอย่างให้แก่ประชาชนทั่วไป

วัตถุประสงค์

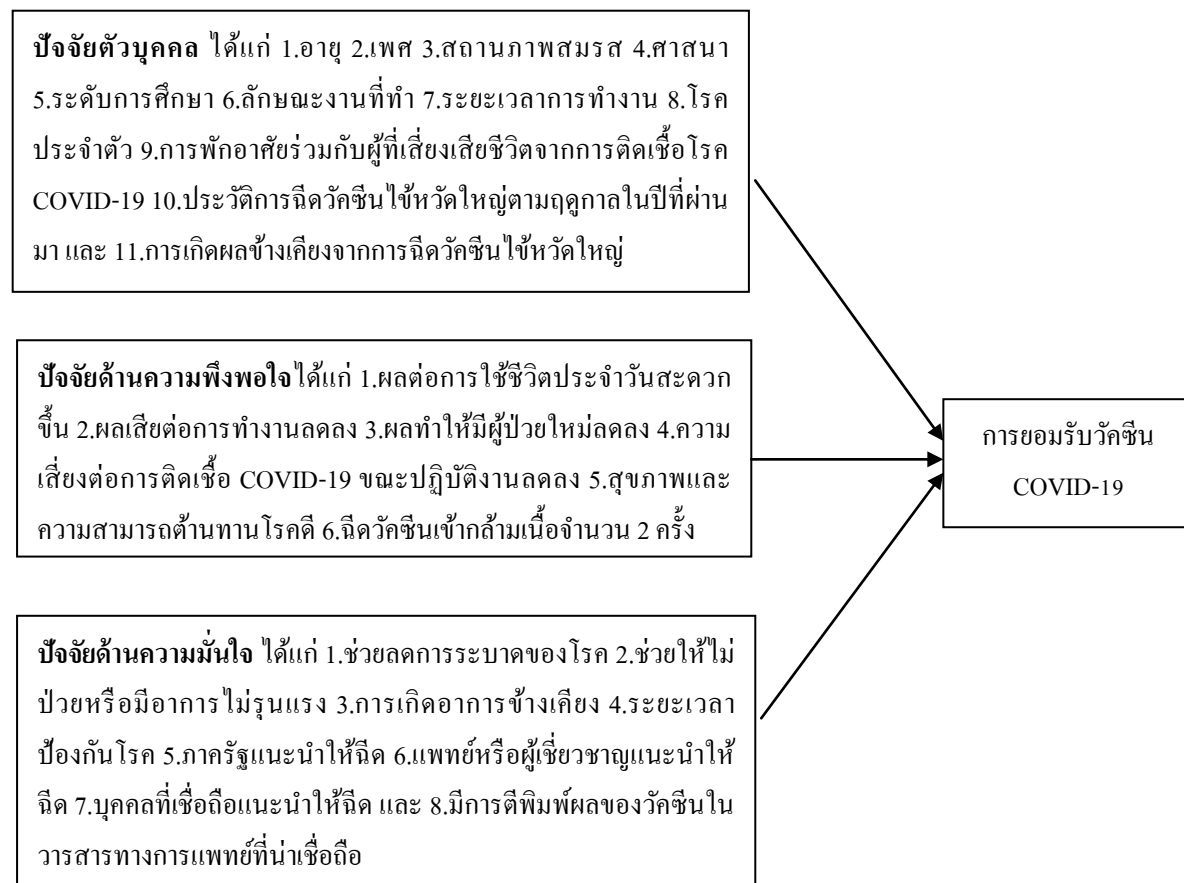
1. เพื่อศึกษาการยอมรับวัคซีน COVID-19 ในบุคลากรทางการแพทย์ ของโรงพยาบาลสงขลา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการยอมรับวัคซีน COVID-19 ในบุคลากรทางการแพทย์ ของโรงพยาบาลสงขลา

กรอบแนวคิด

ตามทฤษฎีของ MacDonald (2015) ความลังเลใจ ในการรับวัคซีนจะอยู่ระหว่างการยอมรับอย่างเต็มที่จากความต้องการวัคซีนสูงกับการปฏิเสธการรับวัคซีนอย่างสิ้นเชิง การตัดสินใจยอมรับวัคซีนมีองค์ประกอบ 3 อย่าง คือ ความพึงพอใจ (Complacency) ความสะดวก (Convenience) และความมั่นใจ (Confidence) หรือ “3Cs Model” ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีมาประยุกต์ใช้สร้างกรอบแนวคิดการเป็น 3 กลุ่ม คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ความพึงพอใจ และความมั่นใจ ดังภาพที่ 1 แต่เนื่องจากการศึกษาใน



บุคลากรทางการแพทย์ซึ่งมีการให้บริการฉีดวัคซีนในสถานที่ทำงานและให้สามารถเข้ารับการฉีดได้ตลอดเวลา จึงไม่ได้มีการศึกษาด้านความสะดวก



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการวิจัย

การวิจัยเป็นแบบเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytic study) ประชากรที่ทำการวิจัยเป็นบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ใช้ F-test และ Linear multiple regression: fix model, R^2 deviation from zero กำหนดค่าอิทธิพล (Effect size) ขนาดกลาง = 0.15 (Cohen, 1988) ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = 0.05 และค่า Power = 0.95 ตัวแปรอิสระ (Number of predictors) 25 ตัวแปร ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 242 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า คือ บุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา ที่ยังคงปฏิบัติงาน ณ เดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือน



เมษายน พ.ศ. 2564 ที่สามารถตอบแบบสอบถามออนไลน์และสามารถอ่านภาษาไทยได้ และเกณฑ์การคัดออก คือ คนที่ไม่สมัครใจทำแบบสอบถาม เมื่อทำการเก็บข้อมูลมีผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมดจำนวน 488 คนซึ่งมากกว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามออนไลน์ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติรับวัคซีนไข้วัดใหญ่ จำนวน 11 ตัวแปร ได้แก่ 1.อายุ 2.เพศ 3.สถานภาพสมรส 4.ศาสนา 5.ระดับการศึกษา 6.ลักษณะงานที่ทำ 7.ระยะเวลาการทำงาน 8.โรคประจำตัว 9.การพักอาศัยร่วมกับผู้ที่เสี่ยงเสียชีวิตจากการติดเชื้อโรค COVID-19 10.ประวัติการฉีดวัคซีนไข้วัดใหญ่ตามฤดูกาลในปีที่ผ่านมา และ 11.การเกิดผลข้างเคียงจากการฉีดวัคซีนไข้วัดใหญ่

ตัวแปรตามคือ การตัดสินใจในการยอมรับวัคซีน COVID-19 แบ่งเป็น 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ไม่มีคิดแน่นอน = 1 น่าจะไม่คิด = 2 ไม่แน่ใจ = 3 น่าจะคิด = 4 และคิดแน่นอน = 5

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านความพึงพอใจในการยอมรับวัคซีน COVID-19 จำนวน 6 ตัวแปร ได้แก่ 1. ผลต่อการใช้ชีวิตประจำวันสะดวกขึ้น 2.ผลเสียต่อการทำงานลดลง 3.ผลทำให้มีผู้ป่วยใหม่ลดลง 4.ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ COVID-19 ขณะปฏิบัติงานลดลง 5.สุขภาพและความสามารถต้านทานโรคดี 6.ฉีดวัคซีนไข้วัดใหญ่น้อยจำนวน 2 ครั้ง และปัจจัยด้านความมั่นใจในการยอมรับวัคซีน COVID-19 จำนวน 8 ตัวแปร 1.ช่วยลดการระบาดของโรค 2.ช่วยให้ไม่ป่วยหรือมีอาการไม่รุนแรง 3.การเกิดอาการข้างเคียง 4.ระยะเวลาป้องกันโรค 5.ภาครัฐแนะนำให้ฉีด 6.แพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญแนะนำให้ฉีด 7.บุคคลที่เชื่อถือแนะนำให้ฉีด และ 8.มีการตีพิมพ์ผลของวัคซีนในวารสารทางการแพทย์ที่น่าเชื่อถือ เป็นแบบประเมินประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ไม่มีเลย = 1 น้อย = 2 ไม่แน่ใจ = 3 มาก = 4 และมากที่สุด = 5 โดยเกณฑ์การแปลผลคือ คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.80 = ไม่มีเลย 1.81 – 2.60 = น้อย 2.61 – 3.40 = ปานกลาง 3.41 – 4.20 = มาก และ 4.21 – 5.00 = มากที่สุด

พัฒนาแบบสอบถาม โดยสร้างคำถามจากกรอบแนวคิดวิจัย แล้วให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เป็นแพทย์เชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยา 1 ท่าน แพทย์เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อ 1 ท่านและผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย 1 ท่าน ประเมินความตรงของแบบสอบถามแบบ Item-Objective Congruence (IOC) โดยคำนวณค่า IOC รายตัวแปรได้ค่าระหว่าง 0.6 - 1.0 และประเมินความน่าเชื่อถือของแบบสอบถาม โดยการนำ Pilot test ในบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไปต่างจังหวัด จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.85



จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยในครั้งนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ โรงพยาบาลสงขลา เลขที่โครงการ SKH IRB 2021-Md-IN3-1018 รับรองวันที่ 4 มีนาคม พ.ศ.2564

การเก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยแบบสอบถามออนไลน์ โดยทำหนังสือแจ้งเวียนโครงการและ QR code แบบสอบถามให้กับหัวหน้างานทุกงานในโรงพยาบาลสงขลา และประชาสัมพันธ์ผ่านกลุ่มแอปพลิเคชัน Line เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสงขลา เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ ถึง 30 เมษายน พ.ศ. 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป แบ่งเป็น วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) วิเคราะห์ปัจจัยปัจจัยทำนายการยอมรับฉีดวัคซีน COVID-19 ในบุคลากรทางการแพทย์ โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณทีละขั้นตอน (Stepwise multivariate linear regression) ที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05

ทั้งนี้ก่อนการวิเคราะห์สถิติถดถอยเชิงพหุคูณ ผู้วิจัยได้แปลงตัวแปร Nominal และ Ordinal Scale ให้เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy Variable) คือ มีค่า 0 กับ 1 ก่อนจึงจะนำไปวิเคราะห์ และผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2010) ของสถิติที่ใช้ ดังนี้

1. ข้อมูลมีลักษณะการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) และตัวแปรอิสระ และตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้น (Linearity) โดยพิจารณาจากกราฟ Normal Probability Plot พบว่าได้เส้นตรงแนวทแยง
2. ทดสอบความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนที่ต้องมีความเป็นเอกภาพ (Homoscedasticity) และข้อมูลไม่มี Outliers โดยพิจารณาจากกราฟ Scatter Plot พบว่ามีการกระจายของจุดห่างจากเส้นตรงอย่างสมมาตร และอยู่ระหว่าง ± 3
3. ตัวแปรอิสระแต่ละตัวไม่มีความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้นสูง (Multicollinearity) โดยพิจารณาจากค่า Tolerance น้อยที่สุดเท่ากับ 0.509 และค่า VIF มากที่สุดเท่ากับ 1.963
4. ไม่เกิดปัญหาความคลาดเคลื่อนมีความสัมพันธ์ (Autocorrelation) โดยพิจารณาจากค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.526



ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง (n = 488)

คุณลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
- หญิง	431	88.32
- ชาย	57	11.68
อายุเฉลี่ย 42.06 ปี (S.D. = 10.8 ปี)		
สถานภาพ		
- โสด/หม้าย/อย่า/แยกกันอยู่	190	38.93
- คู่/อยู่ด้วยกัน	298	61.07
ศาสนา		
- พุทธ	425	87.09
- อื่น ๆ	63	12.91
ระดับการศึกษา		
- มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	68	13.93
- ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	314	64.35
- สูงกว่าปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	106	21.72
ลักษณะงาน		
- บุคลากรด้านคลินิก	338	69.26
- บุคลากรด้านสำนักงาน	150	30.74
ประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 17.36 ปี (S.D. = 11.04 ปี)		
โรคประจำตัว		
- มี	39	8.00
- ไม่มี	449	92.00
อาศัยร่วมบ้านกับเด็กเล็ก ผู้สูงอายุหรือผู้มีโรคประจำตัว		
- ใช่	266	54.51
- ไม่ใช่	222	45.49



จากตารางที่ 1 มีผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 488 คน มีอายุเฉลี่ย 42.06 ปี (SD = 10.8 ปี) มีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 17.36 ปี (S.D. = 11.04 ปี) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 88.32 มีสถานะภาพอยู่ด้วยกันร้อยละ 61.07 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 87.09 การศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าร้อยละ 64.35 ทำงานในลักษณะให้บริการผู้ป่วยร้อยละ 69.26 ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 92.00 และอาศัยรวมบ้านกับเด็กเล็ก ผู้สูงอายุหรือผู้มีโรคประจำตัวร้อยละ 54.51

ตารางที่ 2 ประสิทธิภาพการฉีดวัคซีนไข้วัดใหญ่ตามฤดูกาลและการยอมรับวัคซีน COVID-19 (n = 488)

คุณลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
การฉีดวัคซีนไข้วัดใหญ่ตามฤดูกาลในปีที่ผ่านมา		
- ได้รับ	391	80.12
- ไม่ได้รับ	97	19.88
การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการฉีดวัคซีนไข้วัดใหญ่		
- ไม่มี	439	89.96
- มี	49	10.04
การยอมรับวัคซีน COVID-19		
- ไม่คิดแน่นอน	29	5.94
- น่าจะไม่คิด	63	12.91
- ไม่แน่ใจ	120	24.59
- น่าจะคิด	132	27.05
- คิดแน่นอน	144	29.51

จากตารางที่ 2 ส่วนใหญ่ได้รับการฉีดวัคซีนไข้วัดใหญ่ตามฤดูกาลในปีที่ผ่านมาร้อยละ 80.12 และไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังจากการฉีดวัคซีนไข้วัดใหญ่ร้อยละ 89.96 โดยการยอมรับในการฉีดวัคซีน COVID-19 มากที่สุด คือ คิดแน่นอน ร้อยละ 29.51

ตารางที่ 3 ปัจจัยด้านความพึงพอใจและความมั่นใจในการยอมรับวัคซีน COVID-19 (n = 488)

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	S.D.	แปลผล
ด้านความพึงพอใจ			
- ผลต่อการใช้ชีวิตประจำวันสะดวกขึ้น	3.22	0.79	ปานกลาง
- ผลเสียต่อการทำงานลดลง	2.89	0.92	ปานกลาง



ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	S.D.	แปลผล
- ผลทำให้มีผู้ป่วยใหม่ลดลง	3.34	0.79	ปานกลาง
- ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ COVID-19 ขณะปฏิบัติงานลดลง	3.35	0.76	ปานกลาง
- สุขภาพและความสามารถต้านทานโรคดีขึ้น	3.33	0.67	ปานกลาง
- ฉีดวัคซีนเข้ากล้ามเนื้อจำนวน 2 ครั้ง	3.37	0.64	ปานกลาง
ด้านความมั่นใจ			
- การช่วยลดการระบาดของโรค	3.49	0.73	มาก
- ช่วยให้ไม่ป่วยหรือมีอาการไม่รุนแรง	3.39	0.68	ปานกลาง
- การเกิดอาการข้างเคียง	3.07	0.62	ปานกลาง
- ระยะเวลาป้องกันโรคหลังฉีด	3.22	0.57	ปานกลาง
- ภาครัฐแนะนำให้ฉีดวัคซีน COVID-19	3.53	0.81	มาก
- แพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญแนะนำให้ฉีดวัคซีน COVID-19	3.43	0.81	มาก
- บุคคลที่ท่านเชื่อถือแนะนำให้ฉีดวัคซีน COVID-19	3.19	0.84	ปานกลาง
- มีการตีพิมพ์ผลของวัคซีนในวารสารทางการแพทย์ที่น่าเชื่อถือ	3.18	0.83	ปานกลาง

จากตารางที่ 3 พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อบุคลากรทางการแพทย์ในการยอมรับวัคซีน COVID-19 ในระดับมาก คือ การช่วยลดการระบาดของโรค ภาครัฐแนะนำให้ฉีดวัคซีน COVID-19 และแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญแนะนำให้ฉีดวัคซีน COVID-19 มีค่าเฉลี่ย 3.49 3.53 และ 3.43 คะแนนตามลำดับ ส่วนปัจจัยด้านอื่น ๆ จะให้ความสำคัญในระดับปานกลาง โดยปัจจัยที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ผลเสียต่อการทำงานลดลง มีค่าเฉลี่ย 2.89 คะแนน

ตารางที่ 4 ปัจจัยทำนายการยอมรับวัคซีน COVID-19 (Stepwise multivariate linear regression) (n = 488)

ปัจจัยทำนาย	β	S.E.	Beta	t	P-value
- ฉีดวัคซีนไข้วัดใหญ่ตามฤดูกาลในปีที่ผ่านมา	0.574	0.118	0.191	4.843	<0.001**
- บุคคลที่เชื่อถือแนะนำให้ฉีดวัคซีน COVID-19	0.433	0.058	0.301	7.404	<0.001**
- ไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากวัคซีนไข้วัดใหญ่	0.409	0.156	0.102	2.625	0.009*
- บุคลากรด้านสำนักงาน	0.319	0.103	0.122	3.110	0.002*
- เพศชาย	0.298	0.144	0.080	2.075	0.039*



ปัจจัยทำนาย	β	S.E.	Beta	t	P-value
- ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ COVID-19 ขณะปฏิบัติงานลดลง	0.271	0.084	0.171	3.241	0.001*
- สถานภาพคู่/อยู่ด้วยกัน	0.207	0.095	0.084	2.168	0.031*
- มีผลทำให้มีผู้ป่วยใหม่ลดลง	0.179	0.081	0.117	2.210	0.028*
R = 0.558, R ² = 0.312, adj. R ² = 0.300, df = 479, F = 4.304 S.E.est = 1.006, P-value < 0.001					

* หมายถึง P < 0.05 ** หมายถึง P < 0.001

จากตารางที่ 4 พบว่าปัจจัยทำนายการยอมรับวัคซีน COVID-19 ในบุคลากรทางการแพทย์ มากที่สุดคือ นีควัคซีนไขหวัดใหญ่ตามฤดูกาลในปีที่ผ่านมา (Beta = 0.191) และรองลงมา คือ บุคคลที่เชื่อถือแนะนำให้นีควัคซีน COVID-19 (Beta = 0.301) โดยทั้ง 8 ปัจจัยสามารถร่วมทำนายการยอมรับวัคซีน COVID-19 ในบุคลากรทางการแพทย์ได้ร้อยละ 30.00 (adj.R² = 0.300) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และมีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการทำนาย 1.006 โดยสามารถเขียนเป็นสมการทำนายได้ดังนี้

คะแนนดิบ

การยอมรับวัคซีน COVID-19 ในบุคลากรทางการแพทย์ = $-0.359 + 0.574$ (นีควัคซีนไขหวัดใหญ่ตามฤดูกาลในปีที่ผ่านมา) + 0.433 (บุคคลที่เชื่อถือแนะนำให้นีควัคซีน COVID-19) + 0.409 (ไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากวัคซีนไขหวัดใหญ่) + 0.319 (บุคลากรด้านสำนักงาน) + 0.298 (เพศชาย) + 0.271 (ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ COVID-19 ขณะปฏิบัติงานลดลง) + 0.207 (สถานภาพคู่/อยู่ด้วยกัน) + 0.179 (มีผลทำให้มีผู้ป่วยใหม่ลดลง)

คะแนนมาตรฐาน

Z (การยอมรับวัคซีน COVID-19 ในบุคลากรทางการแพทย์) = 0.191 (นีควัคซีนไขหวัดใหญ่ตามฤดูกาลในปีที่ผ่านมา) + 0.301 (บุคคลที่เชื่อถือแนะนำให้นีควัคซีน COVID-19) + 0.102 (ไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากวัคซีนไขหวัดใหญ่) + 0.122 (บุคลากรด้านสำนักงาน) + 0.080 (เพศชาย) + 0.171 (ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ COVID-19 ขณะปฏิบัติงานลดลง) + 0.084 (สถานภาพคู่/อยู่ด้วยกัน) + 0.117 (มีผลทำให้มีผู้ป่วยใหม่ลดลง)

อภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า บุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลสงขลามีการยอมรับวัคซีน COVID-19 รวมคิดเป็นร้อยละ 56.56 โดยแบ่งเป็น น่าจะฉีดและฉีดแน่นอนร้อยละ 27.05 และ 29.51 ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากช่วงที่ทำการวิจัยเป็นช่วงที่รัฐมนตรีโยกย้ายกำหนดให้นีควัคซีน COVID-19 กับบุคลากรทางการแพทย์เป็นกลุ่มแรกจึงมีการยอมรับวัคซีนที่สูง แต่พบว่าการยอมรับยังน้อยกว่าการฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่ตามฤดูกาลในปีที่ผ่านมาที่ร้อยละ 80.12 อาจเกิดจากบุคลากรบางส่วนยังไม่มั่นใจใน



วัคซีน COVID-19 ซึ่งได้รับการอนุมัติใช้ภายใต้ภาวะฉุกเฉินซึ่งยังไม่มีผลการศึกษาในมนุษย์ในวงกว้าง เหมือนกับการอนุมัติใช้วัคซีนไขหวัดใหญ่ตามฤดูกาลปีก่อนหน้า

การวิจัยครั้งนี้พบว่า ปัจจัยทำนายการยอมรับวัคซีน COVID-19 ในบุคลากรทางการแพทย์ ของโรงพยาบาลสงขลา คือ ถัดวัคซีนไขหวัดใหญ่ตามฤดูกาลในปีที่ผ่านมา บุคคลที่เชื่อถือแนะนำให้ฉีดวัคซีน COVID-19 ไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากวัคซีนไขหวัดใหญ่ บุคลากรด้านสำนักงาน เพศชาย ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ COVID-19 ขณะปฏิบัติงานลดลง สถานภาพคู่/อยู่ด้วยกัน มีผลทำให้มีผู้ป่วยใหม่ลดลง ซึ่งสามารถทำนายได้ร้อยละ 30.00 ($\text{adj.}R^2 = 0.300$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และมีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการทำนาย 1.006 สามารถอธิบายได้ดังนี้

การได้ฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่ตามฤดูกาลในปีที่ผ่านมา สามารถอธิบายความแปรปรวนของการยอมรับวัคซีน COVID-19 ($\beta = 0.191$, $p < 0.001$) แสดงให้เห็นว่า หากบุคลากรมีการฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่ตามฤดูกาลในปีที่ผ่านมาจะส่งผลให้การยอมรับวัคซีน COVID-19 เพิ่มขึ้น 0.191 ทั้งนี้เนื่องจากการยอมรับที่จะฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่ตามฤดูกาล แสดงถึงการมีทัศนคติที่ดีต่อการรับวัคซีนเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันโรค สอดคล้องกับการวิจัยหลายฉบับ (Wang et al., 2022; Youssef et al., 2022; Desye, 2022) ที่พบว่าผู้ที่ได้รับวัคซีนไขหวัดใหญ่ มีแนวโน้มให้ความสนใจในการป้องกันโรกระบบทางเดินหายใจ มีความรู้และเชื่อมั่นเกี่ยวกับวัคซีนจะยอมรับวัคซีน COVID-19 มากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับวัคซีนไขหวัดใหญ่

บุคคลที่เชื่อถือแนะนำให้ฉีดวัคซีน COVID-19 สามารถอธิบายความแปรปรวนของการยอมรับวัคซีน COVID-19 ($\beta = 0.301$, $p < 0.001$) แสดงให้เห็นว่า บุคลากรมีความมั่นใจในการยอมรับวัคซีน COVID-19 เมื่อมีบุคคลที่ตนเองเชื่อถือให้คำแนะนำให้ฉีดวัคซีน COVID-19 ส่งผลให้การยอมรับวัคซีน COVID-19 เพิ่มขึ้น 0.301 สอดคล้องกับการวิจัยของ Youssef et al. (2022) ที่พบว่าหากได้รับคำแนะนำจากผู้ที่มีความน่าเชื่อถือจะทำให้เกิดการยอมรับวัคซีน COVID-19 เพิ่มขึ้น

ไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากวัคซีนไขหวัดใหญ่ สามารถอธิบายความแปรปรวนของการยอมรับวัคซีน COVID-19 ($\beta = 0.102$, $p = 0.009$) แสดงให้เห็นว่า หากบุคลากรเคยได้รับและไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากวัคซีนไขหวัดใหญ่ จะมีความมั่นใจว่าเมื่อรับวัคซีน COVID-19 แล้ว มีความปลอดภัย จะไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์เช่นกัน ส่งผลให้การยอมรับวัคซีน COVID-19 เพิ่มขึ้น 0.102 สอดคล้องกับ Nguyen, Holdt, Brehaut, Hoe, & Wilson, (2011) ที่กล่าวว่า การรับรู้ถึงเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากวัคซีนเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจยอมรับหรือปฏิเสธวัคซีนใหม่

บุคลากรด้านสำนักงาน สามารถอธิบายความแปรปรวนของการยอมรับวัคซีน COVID-19 ($\beta = 0.122$, $p = 0.002$) แสดงให้เห็นว่า บุคลากรที่มีหน้าที่หลักในการทำงานในส่วนของสำนักงาน ส่งผลให้การยอมรับวัคซีน COVID-19 เพิ่มขึ้น 0.122 ซึ่งผลต่างกับการวิจัยของ Youssef et al. (2022)



ที่พบว่า บุคลากรด่านหน้าที่ต้องทำงานดูแลผู้ป่วย จะมีการยอมรับมากกว่าบุคลากรที่ทำงานด้านสำนักงาน ทั้งนี้อาจจะเกิดจากช่วงการระบาดมีผู้ป่วยมารับบริการจำนวนมาก โรงพยาบาลสงขลา จึงมอบหมายให้บุคลากรที่ทำงานสำนักงานมาช่วยงานทางด้านคลินิกด้วย ทำให้คนกลุ่มนี้เกิดความกังวลเรื่องการติดเชื้อ จึงมีแนวโน้มที่จะยอมรับวัคซีนเพื่อเป็นการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อมากขึ้น

เพศชาย สามารถอธิบายความแปรปรวนของการยอมรับวัคซีน COVID-19 ($\beta = 0.080$, $p = 0.039$) แสดงให้เห็นว่า ผู้ชายมีแนวโน้มให้การยอมรับวัคซีน COVID-19 เพิ่มขึ้น 0.080 สอดคล้องกับการวิจัยของ Youssef et al. (2022) ที่วิจัยในประเทศเลบานอนพบว่าผู้ชายมีการยอมรับวัคซีน COVID-19 เป็น 1.99 เท่าของผู้หญิง ค่าอธิบายที่เป็นไปได้สำหรับปรากฏการณ์นี้อาจเป็นเพราะอัตราเสียชีวิตจากการติดเชื้อ COVID-19 ในเพศชายสูงกว่าเพศหญิง (Nasiri et al, 2020) ทำให้เพศชายเกิดความกังวล และมีความพึงพอใจหากการรับวัคซีนจะช่วยลดการเสียชีวิตได้

ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ COVID-19 ขณะปฏิบัติงานลดลง สามารถอธิบายความแปรปรวนของการยอมรับวัคซีน COVID-19 ($\beta = 0.171$, $p = 0.001$) แสดงให้เห็นว่า บุคลากรจะมีความพึงพอใจหากการได้รับวัคซีนจะลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ COVID-19 ขณะปฏิบัติงาน ส่งผลให้การยอมรับวัคซีน COVID-19 เพิ่มขึ้น 0.171 สอดคล้องกับการวิจัยของ Youssef et al. (2022) ที่อธิบายได้ด้วยข้อเท็จจริงที่ว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานด่านหน้าจะรับรู้ตนเองว่ามีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ COVID-19 มากขึ้น เนื่องจากจากการดูแลผู้ป่วยซึ่งอาจจะมีผู้ป่วยบางคนติดเชื้อ COVID-19 มารับบริการ

สถานภาพคู่/อยู่ด้วยกัน สามารถอธิบายความแปรปรวนของการยอมรับวัคซีน COVID-19 ($\beta = 0.084$, $p = 0.031$) แสดงให้เห็นว่า บุคลากรที่มีสถานภาพคู่หรืออยู่ด้วยกัน ส่งผลให้การยอมรับวัคซีน COVID-19 เพิ่มขึ้น 0.84 สอดคล้องกับการวิจัยของ Wang et al. (2020) ที่พบว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรส/คู่อมีการยอมรับวัคซีน COVID-19 เป็น 1.70 เท่าของคนโสด ทั้งนี้เนื่องจากคนที่สมรสหรืออยู่ด้วยกันอาจจะมีความต้องการมีชีวิตอยู่กับคู่รักจึงยอมรับวัคซีนเพื่อเป็นการป้องกันตนเองจากการเสียชีวิตจาก COVID-19

การรับวัคซีนมีผลทำให้มีผู้ป่วยใหม่ลดลง สามารถอธิบายความแปรปรวนของการยอมรับวัคซีน COVID-19 ($\beta = 0.117$, $p = 0.028$) แสดงให้เห็นว่า บุคลากรทางการแพทย์มีความพึงพอใจหากคนส่วนใหญ่ได้รับวัคซีนจะทำให้การติดเชื้อลดลงผู้ป่วยใหม่ก็จะลดลงด้วย ส่งผลให้การยอมรับวัคซีน COVID-19 เพิ่มขึ้น 0.117 สอดคล้องกับการวิจัยของ Desye (2022) ที่กล่าวว่าบุคลากรทางการแพทย์มีความคาดหวังว่าการรับวัคซีนจะช่วยป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 และจะทำให้จำนวนผู้ป่วยลดลง



สรุป

การวิจัยครั้งนี้ พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลสงขลามีการยอมรับวัคซีน COVID-19 ร้อยละ 56.56 พบปัจจัยที่ทำนายการยอมรับวัคซีน COVID-19 ในบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลสงขลา คือ นิสัยวัคซีนไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลในปีที่ผ่านมา บุคคลที่เชื่อถือแนะนำให้นิสัยวัคซีน COVID-19 ไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากวัคซีนไข้หวัดใหญ่ บุคลากรด้านสำนักงาน เพศชาย ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ COVID-19 ขณะปฏิบัติงานลดลง สถานภาพคู่/อยู่ด้วยกัน มีผลทำให้มีผู้ป่วยใหม่ลดลง ซึ่งสามารถทำนายได้ร้อยละ 30.00

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การควบคุมไม่ให้เกิดการระบาดของโรค COVID-19 โดยการสร้างภูมิคุ้มกันด้วยการให้วัคซีน จำเป็นต้องมีจำนวนผู้ที่ได้รับวัคซีนมากพอที่จะทำให้เกิดภูมิคุ้มกันหมู่ การสร้างการยอมรับวัคซีน COVID-19 ในบุคลากรทางการแพทย์ นอกจากจะเพิ่มจำนวนผู้มีภูมิคุ้มกันแล้ว ยังจะเป็นแบบอย่างให้แก่ประชาชนทั่วไปด้วย การสร้างการยอมรับวัคซีนในบุคลากรทางการแพทย์ ควรมุ่งเน้นในกลุ่มที่ไม่ได้ฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลในปีที่ผ่านมา เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากวัคซีนไข้หวัดใหญ่ บุคลากรที่ดูแลผู้ป่วย บุคลากรผู้หญิง ผู้ที่มีสถานภาพโสด โดยให้บุคคลที่บุคลากรมีความเชื่อถือช่วยในการกระตุ้นให้ตระหนักถึงประโยชน์ของวัคซีนในการช่วยลดจำนวนผู้ป่วยและลดความเสี่ยงติดเชื้อ COVID-19 ขณะปฏิบัติงาน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เพื่อให้มีความครอบคลุม ลอดคติ และสามารถตอบข้อสงสัยเกี่ยวกับแบบสอบถามได้ และควรมีการศึกษาปัจจัยด้านความสะดวก (Convenience) ด้วย เพื่อให้ครบถ้วนตาม “3Cs Model”

รายการอ้างอิง (References)

- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Desye, B (2022). *Prevalence and Determinants of COVID-19 Vaccine Acceptance Among Healthcare Workers: A Systematic Review*. Front. Public Health 10:941206.



- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191.
- Gadoth, A., Halbrook, M., Martin-Blais, R., Gray, A., Tobin, N., Ferbas, K., ... Rimoin, A. (2020). *Assessment of COVID-19 vaccine acceptance among healthcare workers*. in Los Angeles.
- Hair, J.F., Black, B.B., Babin, B.J., & Anderson, R.E. (2010). *Multivariate Data Analysis: A global perspective 7th ed.* New Jersey: Pearson Printice Hall.
- Kabamba, N.M., Kabamba, N.L., Ngoie, M.G., Banza, D. B., Mbidi, M.J., Luhata, LC., ... & Mukamba, M.E. (2020). Acceptability of Vaccination Against COVID-19 Among Healthcare Workers in the Democratic Republic of the Congo. *Pragmatic and observational research*, 11, 103–109.
- Lazarus, J., Ratzan, S., Palayew, A., Gostin, L., Larson, H., Rabin, K., ... El-Mohandes, A. (2021). A global survey of potential acceptance of a COVID-19 vaccine. *Nature Medicine*, 27(2), 225-228.
- MacDonald, N. E. (2015). Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. *Vaccine*, 33(34), 4161–4164.
- Nasiri, M.J., Haddadi, S., Tahvildari, A., Farsi, Y., Arbabi, M., Hasanzadeh, S., Jamshidi, P., ... Mirsaeidi, M. (2020) COVID-19 Clinical Characteristics, and Sex-Specific Risk of Mortality: Systematic Review and Meta-Analysis. *Front. Med.* 7:459.
- Nguyen, T., Holdt, H.K., Brehaut, J.C., Hoe, E., Wilson K. (2011). Acceptance of a pandemic influenza vaccine: a systematic review of surveys of the general public. *Infect Drug Resist.* 4, 197-207.
- Randolph, H. E., & Barreiro, L. B. (2020). Herd Immunity: Understanding COVID-19. *Immunity*, 52(5), 737–741.
- Wang, J., Jing, R., Lai, X., Zhang, H., Lyu, Y., Knoll, M. D. & Fang, H. (2020). Acceptance of COVID-19 Vaccination during the COVID-19 Pandemic in China. *Vaccines*, 8(3), 482.



- Wang, K., Wong, E., Ho K. F., Cheung, A., Chan, E., Yeoh, E. K. & Wong, S. (2020). Intention of nurses to accept coronavirus disease 2019 vaccination and change of intention to accept seasonal influenza vaccination during the coronavirus disease 2019 pandemic: A cross-sectional survey. *Vaccine*, 38(45), 7049–7056.
- Wang, L., Wang, Y., Cheng, X., Li X., Yang, Y. & Li, J. (2022). *Acceptance of coronavirus disease 2019 (COVID-19) vaccines among healthcare workers: A meta-analysis*. *Front. Public Health* 10:881903.
- World Health Organization. (2021)(a). *COVID-19 vaccine tracker and landscape*. Retrieved February 12, 2021 from <https://www.who.int/publications/m/item/draft-landscape-of-COVID-19-candidate-vaccines>
- World Health Organization. (2021)(b). *IHR Emergency Committee on Novel Coronavirus (2019-nCoV)*. Retrieved February 12, 2021 from [https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihf-emergency-committee-on-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihf-emergency-committee-on-novel-coronavirus-(2019-ncov))
- World Health Organization. (2021)(c). *WHO's 'Vaccine Explained' series*. Retrieved November 28, 2022 from <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/covid-19-vaccines/explainers>
- Youssef, D., Abou-Abbas, L., Berry, A., Youssef, J., Hassan, H. (2022). Determinants of acceptance of Coronavirus disease-2019 (COVID-19) vaccine among Lebanese health care workers using health belief model. *PLoS ONE*, 17(2): e0264128.



**พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมและไม่เข้าร่วมกิจกรรม
ในโรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลนาท่ามใต้ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง**

**Health Promotion Behaviors of the Elderly participating in Activities and Excluding
from Activities in Elderly School, Natamtai Sub-district, Mueang District,
Trang Province.**

นันทยา เสนีย์*, วรรัตน์ สุขคุ้ม¹, จันทรเพ็ญ เลิศวันวัฒนา¹

Nuntaya Sane^{1*}, Worarat Sukkum¹, Janpen Leartwanawattana¹

(Received: June 29, 2022; Revised: November 10, 2022; Accepted: December 6, 2022)

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมและไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปอาศัยอยู่ในตำบลนาท่ามใต้ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง ได้มาจากการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive) ที่เข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 56 คน และไม่เข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 100 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเอง ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญ และทดสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธี Cronbach's alpha coefficient มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.95 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างระหว่างเดือน สิงหาคมถึงเดือนพฤศจิกายน 2562 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติอนุมาน ได้แก่ independent t – test

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ มีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = .000, .001 และ .000 ตามลำดับ)

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ตรัง

¹Boromarajonani College of Nursing, Trang

*Corresponding Author: nuntayasa@bcent.ac.th



แสดงให้เห็นว่าการเข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โรงเรียนผู้สูงอายุ

Abstract

The purpose of this study was to compare health promotion behaviors of the elderly who participating in activities and those who exclude from activities in the elderly school located in , Natamtai Sub-district, Muang District, Trang province. The sample of the study consisted of a group of 56 seniors who attended the school and a group of 100 seniors who did not attend the school, selected by purposive sampling. A questionnaire was used to collected data which consisted of 2 parts; personal information and individuals' health promotion behaviors. The questionnaire was verified by experts and received Cronbach 's alpha coefficient at 0.95. Data were collected between August to November 2019, and analyzed by descriptive statistics such as means, percentage, mean and standard deviation to evaluate both groups' quality of life. Data were also analyzed for normal distribution and by independent t-test among groups with confidence interval of 95%.

The results of the study showed that the health promotion behaviors of the elderly were at a high level. When categorizing in each aspect, it was found that the elderly who participated in activities had health promotion behaviors higher than and those who did not participate in the activities—of the elderly schools with a statistical significance (p-value = .000, .001 and .000, respectively).

Keywords: Health promotion behavior, Elderly school

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรผู้สูงอายุทุกประเทศทั่วโลกกำลังก้าวไปสู่ทิศทางที่สูงขึ้น องค์การสหประชาชาติได้เปิดเผยการรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุโลกว่า ปัจจุบัน 1 ใน 9 ของประชากรโลกมีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป และมีแนวโน้มจะเพิ่มเป็น 1 ใน 5 ภายในปี พ.ศ. 2550 (ค.ศ. 2593) โดยในช่วงปี 2001-2100 จะเป็นศตวรรษแห่งผู้สูงอายุ กล่าวคือ มีประชากรอายุ 60 ปี มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด หรือมีประชากรอายุ 65 ปี ขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 7 ของประชากรทั้งหมด จึงนับเป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์โลกที่จำนวนของประชากรผู้สูงอายุจะมีสัดส่วน



มากกว่าประชากรเด็ก และมีประชากรผู้สูงอายุวัยปลาย เพิ่มมากขึ้นกว่าศตวรรษที่ผ่านมาประกอบกับ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2593 (ค.ศ. 2050) ในปี 2021 สหประชาชาติ พบว่า โลกของเรามีประชากรผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปี ขึ้นไป) จำนวน 1,082 ล้านคน คิดเป็น ร้อยละ 13.7 ของประชากรโลก นั้นหมายความว่าสังคมโลกกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย ประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนสูงขึ้น จึงทำให้ประเทศไทยเป็นสังคม ผู้สูงอายุ (Aged Society) เพราะมีจำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 18.8 และอีก 20 ปี ข้างหน้าคาดว่าประเทศไทยจะมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มจาก 12.5 ล้านคนในปี 2564 เป็น 20.5 ล้านคน ในปี 2583 ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 31.4 ของประชากรทั้งหมด นั่นคือ การเข้าสู่สังคมสูงอายุระดับสุดยอด (Super – Aged Society) (Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute, 2022) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ทำให้ภารกิจในการดูแลด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุของหน่วยงานภาครัฐเพิ่มมากขึ้น มีพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ฉบับ แก้ไข พ.ศ. 2553 ที่มุ่งเน้นเกี่ยวกับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตโดยการจัดการขององค์กรหน่วยงานต่าง ๆ สอดคล้องกับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-พ.ศ. 2564) ที่กำหนดยุทธศาสตร์ด้านการ ส่งเสริมผู้สูงอายุไว้เช่นกัน โรงเรียนผู้สูงอายุจึงเป็นอีกหนึ่งรูปแบบของการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริม ผู้สูงอายุให้เกิดการเรียนรู้ตลอดชีวิตเป็นการพัฒนาทักษะและการศึกษาตามอัธยาศัยของผู้สูงอายุ กิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุจะเป็นเรื่องที่ผู้สูงอายุสนใจและมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตช่วย เพิ่มพูนความรู้ทักษะชีวิตที่จำเป็นโดยวิทยากรจิตอาสาหรือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องขณะเดียวกันนั้นก็ เป็นพื้นที่ที่ผู้สูงอายุจะได้แสดงออกถึงศักยภาพโดยการถ่ายทอดภูมิความรู้ประสบการณ์ที่สั่งสมแก่ บุคคลอื่นเพื่อสืบสานภูมิปัญญาให้คงคุณค่ากับชุมชน (Department of Elderly Affairs, 2016)

ตำบลนาท่ามใต้ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง มีผู้สูงอายุจำนวน 515 คน คิดเป็นร้อยละ 10.47 จาก ประชากรทั้งหมดในตำบลนาท่ามใต้ (Central registry office Department of Provincial Administration, 2018) และจากข้อมูลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาท่ามใต้ พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพ เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 53.2 ปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุคือ โรคเบาหวาน มี ปัญหาทางด้านการเคลื่อนไหวลำบากจากข้อเข่าเสื่อม และปัญหาด้านจิตใจพบว่าปัญหาการนอนหลับ ไม่สนิท และมีภาวะแทรกซ้อนหากไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม ปัญหาต่างๆเหล่านี้ถ้าผู้สูงอายุปรับตัว ไม่ได้จะก่อให้เกิดความหงุดหงิด ซึมเศร้า คิดว่าตนเองหมดความหมาย ไม่มีคุณค่า เกิดปัญหาทางด้าน สุขภาพจิต และโรคเรื้อรังหรือโรคไม่ติดต่อตามมา ทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาท่ามใต้ ร่วมกับวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง จึงมองเห็นถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าวที่จะเกิดกับ ผู้สูงอายุจึงได้ร่วมมือกันกับภาคีเครือข่ายในชุมชน ไม่ว่าจะเป็นประชาชนในชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน



อบต. โรงเรียนและวัดในพื้นที่ ร่วมกันจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลนาท่ามใต้ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง ขึ้นที่วัดนานอน เพื่อตอบสนองความต้องการแก้ไขปัญหาของผู้สูงอายุในชุมชนให้ดีขึ้น โดยมีผู้สูงอายุ เข้าโรงเรียนฯ ทั้งหมดจำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 10.87 ของประชากรผู้สูงอายุในพื้นที่ ซึ่งจะเห็นได้ว่ายังมีผู้สนใจเข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุยังมีจำนวนน้อยจึงควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ เนื่องจากในโรงเรียนผู้สูงอายุได้จัดกิจกรรมที่หลากหลาย โดยเฉพาะ กิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย โภชนาการ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด

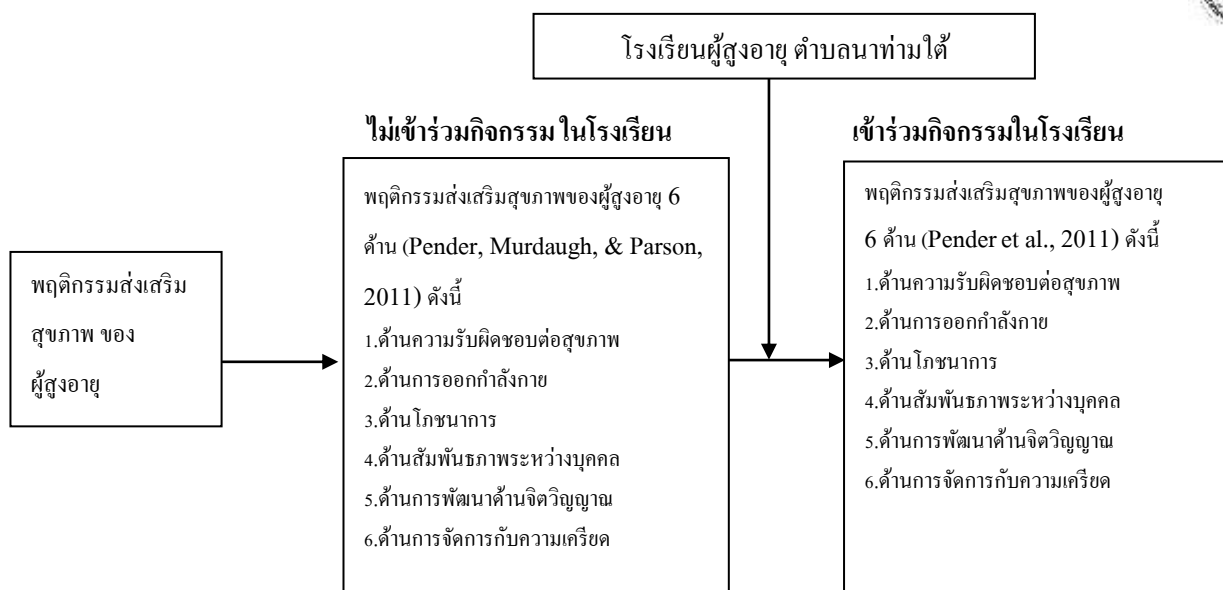
ดังนั้นผู้วิจัยมีความตระหนักถึงความสำคัญของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ เพราะหากผู้สูงอายุ ได้รับการส่งเสริมให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมจะช่วยชะลอความเสื่อมของร่างกาย และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากความสูงวัยที่สอดคล้องกับนโยบายการปฏิรูประบบสุขภาพ ซึ่งเน้นให้ประชาชนดูแลตนเอง สนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพด้านต่าง ๆ เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การคัดกรองในกลุ่มเสี่ยง เป็นต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมและผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลนาท่ามใต้ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง และเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมและผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลนาท่ามใต้ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง นำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการวางแผนทางการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ดี ในการดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสม ช่วยเหลือตนเองได้ตามอัตภาพและไม่เป็นภาระแก่ผู้อื่น ซึ่งจะช่วยให้บรรลุเป้าหมายของการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ กับผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลนาท่ามใต้ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาตามกรอบแนวคิดในการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยนำรูปแบบการวัดวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของวอกเกอร์ชีคริสต์และเพนเดอร์ (Pender, Murdaugh, & Parson, 2011 อ้างใน Jariyasakulwong & Charoenkit., 2015) 6 ด้าน ประกอบด้วย ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด สรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเปรียบเทียบ (Descriptive Comparative Study) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมและไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลนาท่ามใต้ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง โดยเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนสิงหาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2562 ซึ่งมีรายละเอียดการศึกษาดังนี้

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และอาศัยอยู่ในเขตตำบลนาท่ามใต้ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง ที่ให้ความยินยอมในการเก็บข้อมูลวิจัยในครั้งนี้จำนวน 156 คน โดยผู้วิจัยได้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากประชากรทั้งหมด 515 คน ด้วยวิธีการคำนวณขนาดตัวอย่าง 1 กลุ่มตัวอย่างโดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระกัน (Sukanan, Jariyaslip, Tummanon & Chitphakdi, 2011; Unnapirak, Wirotat, Kongsuriyanawin, & Termsetcharoen, 2012) สำหรับการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้ข้อมูลค่าเฉลี่ย 93 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.87 จากงานวิจัยของของ Sukanan et al. (2011) เรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 และข้อมูลค่าเฉลี่ย 96 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.22 จากงานวิจัยของ Unnapirak et al. (2012) เรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ที่ระดับนัยสำคัญที่ 0.05 แล้วจึงสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม



ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน 56 คน และกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน 100 คน ซึ่งกำหนดคุณสมบัติของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรม ดังนี้

1. สามารถเคลื่อนไหว ปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้ด้วยตนเอง เช่น การเรียกรถประจำทาง การโดยสารรถประจำทาง การทำงานบ้าน การจ่ายตลาดได้ด้วยตนเอง โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น เป็นต้น
 2. สามารถสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย สนทนาระหว่างบุคคลได้
 3. ยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามในการทำวิจัยครั้งนี้
- เครื่องมือวิจัย**

โรงเรียนผู้สูงอายุได้จัดหลักสูตรการเรียนการสอนเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยดำเนินกิจกรรม จำนวน 6 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกันประมาณ 2 สัปดาห์ รวมระยะเวลาในการจัดกิจกรรม 3 เดือน ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

1. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ สอนเกี่ยวกับการสังเกตอาการผิดปกติต่างๆของร่างกาย และรับบริการที่สถานบริการด้านสุขภาพ
2. การออกกำลังกาย โดยเน้นการมีส่วนร่วม หรือเป็นแกนนำในการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ เช่น การเดินบาสโลบ และแอโรบิก เป็นต้น
3. โภชนาการ สอนเกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหารอย่างถูกต้องเหมาะสมทั้งในเรื่องของชนิด ปริมาณ และคุณค่าของอาหาร
4. การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สอนเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่น การให้เกียรติซึ่งกันและกัน
5. การพัฒนาจิตวิญญาณ ฝึกการทำจิตใจให้สงบโดยการฝึกสมาธิเพื่อสุขภาพ
6. การจัดการกับความเครียด ฝึกการจัดการกับความเครียด โดยการจัดกิจกรรมสันทนาการ การวาดภาพระบายสี

การดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้ง ใช้เวลาประมาณ 4 ชั่วโมง ผู้เข้าร่วมกิจกรรม ประกอบด้วย นักเรียนในโรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลนาท่ามใต้ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่าง และผู้ให้ความรู้ ประกอบด้วย อสม. เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาท่ามใต้ เจ้าหน้าที่องค์กรบริหารส่วนตำบลนาท่ามใต้ อาจารย์และนักศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ตรัง และเจ้าหน้าที่พัฒนาสังคมและมนุษย์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการรวบรวมข้อมูลจากเอกสารตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน แล้วคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องด้วยการคำนวณ



ดัชนีความตรงตามเนื้อหา(Content Validity Index : CVI) โดยคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 0.5- 1.0 ผลค่าดัชนีความสอดคล้องของแบบสอบถามทั้งหมด คือ 0.85 โดยแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลจำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส แหล่งรายได้หลัก จำนวนสมาชิกในครอบครัว โรคประจำตัว การเข้ารับการศึกษามหาวิทยาลัยในโรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลนาโพธิ์ อำเภอมือง จังหวัดตรัง

ส่วนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งผู้ศึกษาใช้แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพ ปรับปรุงมาจาก Sarasang and Rattanapanya (2016) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ โดยทดสอบหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามกับผู้สูงอายุที่ศึกษาอยู่ในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลนาโพธิ์ อำเภอมือง จังหวัดตรัง จำนวน 15 คน และผู้สูงอายุที่ไม่ได้ศึกษาอยู่ในโรงเรียนผู้สูงอายุในตำบลเดียวกันจำนวน 15 คน แล้วทดสอบหาความเชื่อมั่นด้วยวิธีของ Cronbach 's alpha coefficient มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.80 ซึ่งแบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แบ่งการพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ออกเป็น 6 ด้าน คือ 1) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ จำนวน 7 ข้อ 2) ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 5 ข้อ 3) ด้านโภชนาการ จำนวน 10 ข้อ 4) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล จำนวน 8 ข้อ 5) ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ จำนวน 11 ข้อ และ 6) ด้านการจัดการกับความเครียด จำนวน 6 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่าระดับ (Rating Scale) 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบ

แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นแบบการวัดประเมินค่า 5 ระดับ (Rating Scale) โดยประยุกต์จากแนวทางของ ลิเคิร์ต (Likert Scale) เพื่อให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ โดยกำหนดเป็น 5 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน ของข้อคำถามที่แสดงถึงพฤติกรรมที่ดีที่สุดจนถึงน้อยที่สุดให้คะแนน 5, 4, 3, 2, 1 คะแนน ตามลำดับ ส่วนข้อคำถามที่ตรงกันข้ามกันจะให้คะแนนกลับกัน กำหนดคะแนน ดังนี้

5 = ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ เป็นประจำสม่ำเสมอ เช่น ปฏิบัติทุกวัน

4 = ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ เป็นบ่อยครั้ง เช่น ปฏิบัติอย่างน้อย 5-6 วันต่อสัปดาห์

3 = ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ บางครั้ง เช่น ปฏิบัติอย่างน้อย 3-4 วันต่อสัปดาห์



2 = ปฏิบัตินานๆ ครั้ง หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ นาน ๆ ครั้ง เช่น ปฏิบัติอย่างน้อย 1-2 วันต่อสัปดาห์

1 = ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ผู้ตอบไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นเลย

สำหรับการแปลผลพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมและรายด้านพิจารณาตามเกณฑ์ ซึ่ง Sarasang (2018) คัดแปลงมาจากเกณฑ์การให้คะแนนแบบวัดการประเมินวิถีชีวิตและลักษณะนิสัยทางสุขภาพของเพนเดอร์เมื่อพิจารณาคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นรายด้านจะได้เกณฑ์ระดับดังนี้

ด้าน	ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง	ระดับสูง
1. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	น้อยกว่า 15.4	15.4-21.0	มากกว่า 21.0
2. การออกกำลังกาย	น้อยกว่า 11.0	11.0-15.0	มากกว่า 15.0
3. โภชนาการ	น้อยกว่า 22.0	22.0-30.0	มากกว่า 30.0
4. การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	น้อยกว่า 17.6	17.6-24.0	มากกว่า 24.0
5. การพัฒนาจิตวิญญาณ	น้อยกว่า 24.2	24.2-33.0	มากกว่า 33.0
6. การจัดการกับความเครียด	น้อยกว่า 13.2	13.2-18.0	มากกว่า 18.0
รวม	น้อยกว่า 103.4	103.4-141.0	มากกว่า 141.0

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนคร โดยยึดหลักเกณฑ์ตามประกาศเอสซิกิ เลขที่ 81/2562 ลงวันที่ 29 มีนาคม 2562

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเก็บรวบรวมระหว่างเดือนสิงหาคม – พฤศจิกายน 2562 โดยทีมวิจัยได้ประสานงานกับผู้นำในพื้นที่ เข้าพบผู้สูงอายุเพื่อดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด จากนั้นผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัยและให้ข้อมูลการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง พร้อมเปิดโอกาสให้ซักถาม ลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัย และดำเนินการเก็บข้อมูลโดยให้ผู้วิจัยอ่านแบบสอบถามให้ผู้สูงอายุรับฟังและอธิบายข้อคำถามที่ไม่เข้าใจในการตอบคำถามแต่ละข้อ ใช้เวลาประมาณ 45 – 60 นาที หลังจากนั้นตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำตอบที่ได้รับ เมื่อครบถ้วนถูกต้องถือว่ากลุ่มตัวอย่างสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย



การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลเชิงพรรณนาของข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส แหล่งรายได้หลัก สถานภาพการเป็นอยู่ปัจจุบัน จำนวนสมาชิกในครอบครัว โรคประจำตัว การเข้ารับการศึกษานในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลนาท่ามใต้ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาในรูปร้อยละ

2. การเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมและไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลนาท่ามใต้ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง โดยใช้สถิติ Independent t-test ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% เนื่องจากการแจกแจงของข้อมูลเป็นโค้งปกติ นำเสนอผลการศึกษานในรูปค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ค่า t และค่า p-value

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ ($n = 56$) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 91.07) อายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 60-69 ปี มากที่สุดร้อยละ 64.28 สถานภาพสมรสอยู่ด้วยกันมากที่สุดร้อยละ 58.92 แหล่งรายได้หลักส่วนใหญ่มาจากการทำงานด้วยตนเอง ร้อยละ 64.28 ส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวจำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 46.43 ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 57.14 ส่วนการเข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุทุกครั้ง ร้อยละ 92.86

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ ($n = 100$) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 48 มีสถานภาพสมรสอยู่ด้วยกันมากที่สุด ร้อยละ 53 มีแหล่งรายได้หลักจากการทำงานด้วยตนเองมากที่สุด ร้อยละ 39 การมีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 5 คนขึ้นไปมากที่สุด ร้อยละ 39 ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 54

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมและผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลนาท่ามใต้ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง ในด้านต่าง ๆ 6 ด้าน คือ ด้านความรับผิดชอบ ต่อสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ ด้านการจัดการความเครียด



ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้านของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรม (n = 56) และไม่เข้าร่วมกิจกรรม (n = 100) ในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลนาท่ามใต้ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	คะแนนเต็ม	เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียน			ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียน		
		$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
1.ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	35	30.58	2.34	ระดับสูง	25.79	5.12	ระดับสูง
2.การออกกำลังกาย	25	20.78	2.40	ระดับสูง	15.95	3.45	ระดับสูง
3.โภชนาการ	50	41.94	3.10	ระดับสูง	38.25	4.88	ระดับสูง
4.การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	40	33.98	4.28	ระดับสูง	31.94	4.80	ระดับสูง
5.การพัฒนาจิตวิญญาณ	55	45.87	4.71	ระดับสูง	41.21	8.08	ระดับสูง
6.การจัดการกับความเครียด	30	22.48	3.17	ระดับสูง	19.83	3.79	ระดับสูง
รวม	235	195.66	11.37	ระดับสูง	172.97	23.79	ระดับสูง

จากตารางที่ 1 คะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมและไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมและไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลนาท่ามใต้ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง โดยรวม และรายด้านอยู่ในระดับสูง

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระหว่างผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมกับผู้สูงอายุไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ (n=56)				ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ (n=100)	
	$\bar{X}$	S.D.	t	P-value	$\bar{X}$	S.D.
1. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	30.58	2.34	6.61	.000	25.79	5.12
2. การออกกำลังกาย	20.78	2.40	9.27	.000	15.95	3.45
3. โภชนาการ	41.94	3.10	5.10	.000	38.25	4.88



พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ (n=56)				ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียน ผู้สูงอายุ (n=100)	
	$\bar{X}$	S.D.	t	P-value	$\bar{X}$	S.D.
4. การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	33.98	4.28	2.64	.009	31.94	4.80
5. การพัฒนาจิตวิญญาณ	45.87	4.71	3.95	.000	41.21	8.08
6. การจัดการกับความเครียด	22.48	3.17	4.43	.000	19.83	3.79
รวม	195.66	11.37	6.71	.000	17.297	23.79

จากตารางที่ 2 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมและไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน 6 ด้าน ประกอบด้วย ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณและด้านการจัดการกับความเครียด พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

การเข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลนาท่ามใต้ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kittheerawutwong and Mekrungruangwong (2016) ที่พบว่า การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆของชมรม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีผลการศึกษา ดังนี้

ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับสูง เนื่องจากความรับผิดชอบต่อสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่บุคคลมีความสนใจเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเอง โดยการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง การพบผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับ และการค้นหาหรือสนใจความผิดปกติของร่างกายที่เกิดขึ้น ซึ่งผู้สูงอายุกระทำได้โดยการแสวงหาความรู้ทางด้านสุขภาพจากการอ่านหนังสือต่าง ๆ การสังเกตการเปลี่ยนแปลงและความผิดปกติของร่างกาย การตรวจสุขภาพประจำปีอย่างน้อยปีละ 1-2 ครั้ง ตลอดจนการพูดคุยหรือบอกเล่าอาการกับบุคลากรทางด้านสุขภาพ ซึ่งในการศึกษา



ครั้งนี้การเข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลนาท่ามใต้ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง ทำให้ผู้สูงอายุได้รับทราบถึงข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพที่เป็นประโยชน์และสามารถนำไปปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดีและป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sripan (2011) ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร ผู้สูงอายุมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับดีมากร้อยละ 56.9 ออกกำลังกายอยู่ในระดับดีมากร้อยละ 25.8 รับประทานอาหารอยู่ในระดับดีร้อยละ 45.0 สามารถจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 30.9

ด้านการออกกำลังกายในระดับสูง มีการปฏิบัติออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที เช่น การรำมวยจีน การวิ่งเหยาะ เป็นต้น จนเหงื่อออก หรือสนใจในการทำกิจกรรมการทำงานบ้านที่ต้องใช้แรง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Reerom (2016) ผู้สูงอายุมีความต้องการสร้างเสริมสุขภาพทางกาย 1) จัดกิจกรรมการออกกำลังกายกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม เช่น การเดิน การวิ่งเหยาะ การยืดเส้นยืดสาย การบริหารร่างกายโดยเป็นกิจกรรมแบบต่อเนื่อง 2) จัดโปรแกรมการตรวจสุขภาพให้เหมาะสมกับวัย โครงการออกเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ 3) ฝึกอบรมกิจกรรมทางกาย การรับประทานอาหารที่ปลอดภัยเหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ 4) อบรมวิธีการเรียนรู้ช่องทางการดูแลสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่องเปิดโรงเรียนผู้สูงอายุ 5) จัดประกวดสุขภาพผู้สูงอายุสุขภาพดีเพื่อเป็นต้นแบบที่ดี 6) จัดหาสิ่งจำเป็นที่เหมาะสมที่เอื้อประโยชน์การมีสุขภาพดีผู้สูงอายุ 7) จัดแหล่งทรัพยากรทางอาหารให้สะดวกในการแสวงหาได้ง่าย เช่น ตลาดสด 8) สนับสนุนการผลิตแหล่งอาหารที่เป็นธรรมชาติเน้นเศรษฐกิจพอเพียง เช่น ปลูกผักเลี้ยงปลาไว้ประกอบอาหารเอง 9) จัดสถานที่ออกกำลังกาย อุปกรณ์ออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย

ด้านโภชนาการอยู่ในระดับสูง พบว่า มีพฤติกรรมด้านโภชนาการ ไม่รับประทานอาหารรสจัด ดื่มนมเป็นประจำ ดื่มน้ำวันละ 6-8 แก้วต่อวัน เลือกรับประทานผักผลไม้ รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ หลีกเลี่ยงการบริโภคเนื้อสัตว์ติดมัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sripan (2011) ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร ผู้สูงอายุมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับดีมากร้อยละ 56.9 ออกกำลังกายอยู่ในระดับดีมากร้อยละ 25.8 รับประทานอาหารอยู่ในระดับดีร้อยละ 45.0 สามารถจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 30.9

ด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอยู่ในระดับสูง พบว่า ผู้สูงอายุมีการพูดคุยปรึกษาหารือและร่วมรับผิดชอบต่อความเป็นอยู่ของสมาชิกในครอบครัวเป็นประจำซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kongla and Kongla (2015) ที่พบว่า กิจกรรมที่ผู้สูงอายุจะมีส่วนร่วมร่วมกับชุมชนส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมทางศาสนา เช่น การไปวัดทำบุญและมีการพบปะกับญาติ บุตรหลาน และเพื่อนในวัยเดียวกันเสมอทำให้ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในระดับสูง เช่นเดียวกับผลงานวิจัยของ Jitsophakul (2014) ศึกษา



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่ที่ 6 ตำบลบึงศาล อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 01 การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมจะทำให้บุคคลได้รับความช่วยเหลือในด้านวัตถุ มีความรักใคร่ผูกพันเป็นเพื่อนและมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่าง ๆ ซึ่งจะช่วยให้ส่งเสริมการใช้ความสามารถในการดูแลตนเอง สอดคล้องกับแนวคิดของ Pender (1987) ที่กล่าวว่าการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้บุคคลดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพช่วยส่งเสริมภาวะสุขภาพและช่วยป้องกันการเจ็บป่วย

ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง ฟังพอใจกับสิ่งที่ผ่านมาเพราะใช้ชีวิตตามที่มุ่งหวังอย่างดีแล้ว ยอมรับได้ในร่างกายที่เสื่อมโทรมถดถอย สามารถตั้งเป้าหมายในการดำเนินชีวิตในแต่ละวันและทำอย่างเต็มความสามารถ อีกทั้งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกันส่งผลให้พฤติกรรมการพัฒนาจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chantarangsiwarakul (2010) ได้กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพเนื่องจากแต่ละบุคคลประกอบด้วย ร่างกาย จิตใจ และ จิตวิญญาณที่มีความสัมพันธ์กันไม่สามารถแยกส่วนจากกันได้ ต้องมีการประสานกันของแต่ละองค์ประกอบเพื่อให้สามารถดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี และผู้ที่มีการพัฒนาจิตวิญญาณจะเป็นผู้ที่ไม่ยึดติดกับตัวตน สามารถยอมรับความเป็นตัวตนในปัจจุบัน และยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นพร้อมทั้งสามารถใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีความสุข มีความคิดสร้างสรรค์ สามารถสร้างประโยชน์ทั้งต่อตนเองและผู้อื่นและเปิดโอกาสให้กับตนเองได้พบกับสิ่งที่แปลกใหม่และท้าทายในชีวิตซึ่งก่อให้เกิดความสุขทางจิตใจ

ด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับสูง พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ เนื่องจากการที่สามารถจัดการความเครียดได้ในทางที่สร้างสรรค์โดยการฝึกคิดถึงแต่สิ่งที่ดีในทางบวกจะส่งผลให้สุขภาพกายและสุขภาพจิตดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sripan (2011) ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร ผู้สูงอายุมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับดีมากร้อยละ 56.9 ออกกำลังกายอยู่ในระดับดีมากร้อยละ 25.8 รับประทานอาหารอยู่ในระดับดีร้อยละ 45.0 สามารถจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 30.9

ถ้าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพครบทั้ง 6 ด้านดังกล่าว ก็จะเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีและมีความสุข ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับ Putdon (2018) ได้ศึกษา พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลหนองหัวแรต อำเภอหนองบุญมาก



จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองหลังเข้าโรงเรียนสูงกว่าก่อนเข้าโรงเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ 6 ด้าน ประกอบด้วย ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด เปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลนาท่ามใต้ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง ระหว่างผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมและไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียน ผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง และเมื่อจำแนกรายด้านพบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทุกด้านอยู่ในระดับสูง สูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการเรียนการสอน ผลการศึกษาสามารถนำไปใช้ในการสอดแทรกในวิชาการพยาบาล ผู้สูงอายุทั้งทฤษฎีและปฏิบัติ เพื่อนำไปใช้ในการจัดกิจกรรมของนักศึกษาพยาบาลในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
2. ด้านการพยาบาล จากผลการศึกษาสามารถเป็นแนวทางการพยาบาลในการส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อนำไปวางแผนในการสร้างเสริมสุขภาพที่ดี
3. ด้านการวิจัย ผลการศึกษาสามารถนำไปศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพิ่ม เพื่อหาความสัมพันธ์และปัจจัยทำนาย นอกจากนี้ยังสามารถศึกษาในกลุ่มวัยอื่น ๆ หรือศึกษาในปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และควรศึกษาเชิงทดลองหรือติดตามผลระยะยาวเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพระหว่าง 2 กลุ่ม

รายการอ้างอิง (References)

Central registry office Department of Provincial Administration. (2018). *Population in Trang Province*. Retrieved from <https://clib.psu.ac.th/images/ratana/APA-6-edition.pdf>



- Chantarangsiwarakul, W. (2010). Health promoting behaviors. Health status and of the elderly at the nursing home for the elderly in Nakhon Sawan Province. *Health Science Research Journal*, 4(2), 12 – 20.
- Department of Elderly Affairs. (2016). *School Manual for the Elderly*. Bangkok: Division of Elderly Potential Promotion. (in Thai).
- Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute (TGRI). (2022). *Situation of the Thai Elderly 2021*. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research Mahidol University. (in Thai).
- Jariyasakulwong, P., & Charoenkit, W. (2015). (Master's thesis). *Factors affecting Health-promoting behaviors of early adult hypertensive patients*. Faculty of Nursing Science, Mahidol University Kasetsart University Kamphaeng Saen Campus (in Thai).
- Jitsopakul, N. (2014). Factors related to health promotion behavior of the elderly in the community, Village No. 6, Bueng San Sub-district, Ongkharak District, Nakhon Nayok Province. *Journal of Pathum Thani University*, 6(3), 171 – 178.
- Kittheerawutwong, N., & Mekrungruangwong, S. (2016). Factors influencing the health behavior of the elderly living in the community. *Burapha University Journal of Public Health*, 11(1), 63 – 74.
- Kongla, M., & Kongla, J. (2015). *Health promoting behaviors of the elderly in the responsible area of Tha Hai Subdistrict Health Promoting Hospital, Sri That District, Udon Thani Province*. National conference papers and research presentations “Create and develop for progress towards the ASEAN Association 2nd time 18 – 19 June 2015 at Nakhon Ratchasima College, Muang District, Nakhon Ratchasima Province” (in Thai).
- Pender, N.J. (1987). *Health promotion in Nursing Paractice*. (2nd ed.). Stamford, CT : Appleton Lange.
- Pender, N.J., Murdaugh, C.L., & Parsons, M.A. (2011). *Predicting Health Promating Lifestyle in the Workplace, in Nursing Research*, 39,3- R
- Putdon, T. (2018). Health promotion behaviors of the elderly pre and post – test in elderly school of Nonghuarat Sub - district Municipality, amphur Nongbunmak , Nakhon Ratchasima . *Health Research and Development Journal Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office*, 3(2), 73-89.



- Reerom, W. (2016). *Health behaviors and needs for holistic health promotion of the elderly in Phrae Province*. (Master's Thesis, Surin Rajabhat University). (in Thai).
- Sarasang, C. (2018). *Quality of life and health promoting behaviors of the elderly. Thung Khao Phuang Subdistrict Chiang Dao District Chiang Mai Province*. (Master's Thesis, Chiang Mai University). (in Thai).
- Sarasang, C., & Rattanapanya, S. (2016). A Study on Quality of Life of the Elderly in Schools. Elderly people in Thung Khao Phuang Subdistrict Chiang Dao District Chiang Mai Province. *Journal of Science and Technology*, 27 (5), 957-966.
- Sripan, J. (2011). Health promotion behaviors of the elderly, Lang Suan District, Chumphon Province. *Journal Yala Rajabhat University*, 6(2), 123 – 130 .
- Sukanan, T., Jariyasilp, S., Tummanon, T., & Chitphakdi, P. (2011). Quality of life of the elderly in Ban Suan Municipality. *Chonburi Province. College of Public Health*, 41(3), 240-249.
- Unnapirak, L., Wirotarat, W., Kongsuriyanawin, W., & Termsetcharoen, W. (2012). The effectiveness of health promotion programs on the quality of life of the elderly in the elderly club. W. *Nursing Science Mahidol University*, 30 (2), 35-45.



การประเมินความต้องการจำเป็นในการอบรมหลักสูตรผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล

Needs Assessment in Training Courses for Caregivers on Dependent Elderly Care

ดวงเนตร ชรรณกุล^{1*}, เรณู ขวัญเย็น¹, อรณุช ชุศรี¹, ณัฐรพี ใจงาม¹
DOUNGNETRE THUMMAKUL^{1*}, RENU KWANYUEN¹, ORRANUCH CHUSRI¹, NATRAPEE JAINGAM¹

(Received: October 1, 2022; Revised: November 25, 2022; Accepted: December 20, 2022)

บทคัดย่อ

งานวิจัยเพื่อศึกษาและจัดลำดับความต้องการจำเป็นในการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มตัวอย่างได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในตำบลบ้านลองตอง อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี ระหว่างเดือน เมษายน ถึง พฤษภาคม 2565 จำนวน 66 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบประเมินความต้องการจำเป็นในการอบรมฯ ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง เท่ากับ 0.67-1.00 ตรวจสอบความเที่ยงด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้เท่ากับ 0.89 วิเคราะห์ข้อมูลโดย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิธีคำนวณหาดัชนีความต้องการจำเป็นแบบปรับปรุง (Priority Needs Index: PNI_{modified})

ผลวิจัยพบว่า ระดับความต้องการจำเป็นในการอบรมหลักสูตรฯตามสภาพจริงมีระดับปานกลาง (M=3.55, S.D.=0.50) ระดับความต้องการจำเป็นในการอบรมหลักสูตรฯตามสภาพที่คาดหวังมีระดับมากที่สุด (M=4.71, S.D.=0.45) ผลการจัดลำดับความต้องการจำเป็นฯ พบว่า ความต้องการจำเป็นในการอบรมสูงสุดถึงต่ำสุด ได้แก่ 1) การดูแลเพื่อคลายความเครียด 2) การใช้เทคโนโลยีให้เกิดประโยชน์สำหรับตนเองและผู้สูงอายุ 3) การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ: อาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ 4) สิทธิผู้สูงอายุตามรัฐธรรมนูญ/กฎหมายแรงงานที่ควรรู้ 5) ความจำเป็นของการดูแลผู้สูงอายุ: โรคเรื้อรัง ติดเตียง 6) การช่วยเหลือผู้สูงอายุเบื้องต้น 7) การใช้ยาในวัยสูงอายุ 8) ภาวะวิกฤติกับการปฐมพยาบาล 9) การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เนื่องจากชราภาพหรือมีปัญหาระบบทางเดินอาหาร ระบบทางเดินหายใจ ระบบขับถ่าย ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ และ 10) บทบาทและจริยธรรม

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

¹Faculty of Nursing, Suan Dusit University

*Corresponding Author: doungetre_thu@dusit.ac.th



ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ($PNI_{\text{modified}}=0.348, 0.346, 0.342, 0.336, 0.331, 0.329, 0.326, 0.315, 0.300$, และ 0.29) ซึ่งสามารถนำไปพัฒนาหลักสูตรที่สอดคล้องกับความต้องการ และเกิดประโยชน์ต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้

คำสำคัญ: การประเมินความต้องการ ผู้ดูแล การอบรม ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

Abstract

The objective of the research was to study the needs for training courses for caregivers on dependent elderly. The sample group was 66 village health volunteers from Ban Long Tong subdistrict, Song Phi Nong district, Suphanburi province. Data were collected from April 2022 to May 2022. The tool included a needs assessment survey which was verified by 3 experts, and received the Index of Consistency at 0.67-1.00, and Cronbach's alpha at 0.89. Data were analyzed by statistics including percentage, mean, standard deviation and modified priority needs index (PNI modified).

The results showed that needs for the training courses, from authentic assessment, were at a moderate level ($M=3.55$, $S.D.=0.50$). The provision for needs assessment in training was at the highest level ($M=4.71$, $S.D.=0.45$). The results showed that the training topics ranging from the most needed to the least were as follows: 1) Stress care 2) Technology in personal care and in senior care 3) Health promotion; food and nutrition for seniors 4) The rights of senior citizens; Labor law 5) Dependent elderly care 6) First aid for-elderly care 7) Drugs prescribed to elderly people 8) Crisis and first aid 9) Care for elderly people who are unable to help themselves due to age, gastrointestinal tract disease, respiratory, excretory, and genital diseases and 10) Roles and ethics of elderly caregivers ($PNI_{\text{modified}}=0.348, 0.346, 0.342, 0.336, 0.331, 0.329, 0.326, 0.315, 0.300$, and 0.290, respectively). The findings from the study can be used as a guideline for development of training courses for dependent elderly care.

Keywords: needs assessment, caregivers, training courses, the dependent older adults

บทนำ

จากสถานการณ์ทั่วโลกที่มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง นับจากปีพ.ศ. 2565 ต่อไปอีก 17 ปีหรือในปีพ.ศ. 2582 ไทยจะมีจำนวนประชากรสูงวัยเพิ่มมากขึ้นถึงร้อยละ 28 ของจำนวนประชากรทั้งหมด จนกลายเป็นสังคมสูงวัยในระดับสุดยอด (super aged society) (Foundation of Research and Development Institute for the Elderly, 2019) ทำให้เกิดผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิง คิดบ้าน คิดเตียงเพิ่มขึ้น



ตามมา การดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงกำลังเป็นปัญหาท้าทายสังคมไทยมากขึ้นตามจำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงคือไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ปีพ.ศ. 2559 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้จัดตั้งกองทุนเพื่อให้บริการการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง โดยมีผู้ดูแล (Caregivers: CG) ทำหน้าที่หลัก คือ การลงเยี่ยมบ้านช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน อาบน้ำ แต่งตัว ป้อนข้าว ป้อนยา คัดกรอง ประเมินปัญหาสุขภาพและให้บริการด้านสุขภาพเบื้องต้น โดยให้บริการตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care plan) ซึ่งมีบุคลากรด้านสุขภาพทำหน้าที่ผู้จัดการเคส (Care Manager: CM) เป็นผู้ทำไว้ให้ ทั้งนี้ พบว่าผู้ดูแลมีอยู่น้อย แล้วเป็นงานกึ่งอาสาสมัคร ทำให้คุณภาพการดูแลทำได้ไม่เต็มที่ (Hongthong, 2019) ปัญหาของผู้สูงอายุที่มีความชราเพิ่มขึ้น โรคเรื้อรังที่รักษาไม่หาย ทำให้ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้เพิ่มขึ้น บทบาทของผู้ดูแลจึงมีความสำคัญ โดยพบว่าบทบาทของผู้ดูแลที่ยังมีงานหลักทำ เมื่อมีผู้สูงอายุในครอบครัวที่ต้องพึ่งพิงทำให้ประสิทธิภาพของการทำงานหารายได้ลดลง ทำให้เกิดการขาดงานเพื่อมาทำหน้าที่ดูแล และมีความต้องการผู้ดูแลที่มากขึ้นสำหรับครอบครัวที่มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Fakeye, Samuel, Drabo, Bandeenn-Roche, & Wolff, 2022) ปัญหาเหล่านี้ สะท้อนกลับมาที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ต้องแบกรับหน้าที่การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับบุคลากรทีมสุขภาพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพสต.)

จากการลงพื้นที่ร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลบ้านลองตอง อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี ด้วยเป็นพื้นที่ที่มีมหาวิทยาลัยสวนดุสิตมีวิทยาเขตตั้งอยู่ การสนับสนุนองค์ความรู้เชิงวิชาการร่วมกับการพัฒนาศักยภาพคนในชุมชนเป็นภาระกิจหนึ่งของมหาวิทยาลัย ที่จะช่วยให้ชุมชนมีความเข้มแข็งและพึ่งพาตนเองได้ และจากการศึกษาพบว่าในภาคกลางมีประชากรทั้งหมด จำนวน 17.31 ล้านคน ซึ่งเป็นผู้สูงอายุจำนวน 3.12 แสนคน คิดเป็นร้อยละ 18.04 ของประชากร โดยในจังหวัดสุพรรณบุรีมีจำนวนประชากรทั้งหมด 8.35 แสนคน และเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 1.81 แสนคน คิดเป็นร้อยละ 21.68 ของประชากร (National Statistical Office, 2022) ซึ่งอำเภอสองพี่น้องเป็นอำเภอที่มีประชากรสูงอายุจำนวนมากในระดับต้น ๆ ของจังหวัดสุพรรณบุรี เมื่อจำแนกผู้สูงอายุเป็นกลุ่ม พบว่าเป็นกลุ่มติดสังคม 14,091 ราย ติดบ้าน 2,481 ราย และติดเตียง 141 ราย ตามลำดับ (Suphan Buri province, 2022) ซึ่งการดูแลสุขภาพในชุมชนมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกำลังสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ ร่วมกับบุคลากรทีมสุขภาพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพสต.)

อีกทั้งมีข้อสังเกตพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ดังนั้นแรงงานในวัยสูงอายุจึงเป็นกำลังสำคัญของการขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน มีงานวิจัยที่พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นบุคคลในครอบครัว มีผู้ดูแลผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 10 ที่เป็นผู้สมรส (Srithayarat, Arunsang, Lithongin, Piyawatpong, & Phunpanich, 2015) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุดูแลกันเอง เมื่อผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุหรือ



ผู้ดูแลที่เป็นคนในชุมชน หรือ ผู้ดูแลเป็น อสม. ที่รับบทบาทช่วยเหลือแทน ทำให้การดูแลมีความต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามประสิทธิภาพการดูแลขึ้นอยู่กับศักยภาพของผู้ดูแล และการกำกับติดตามโดยทีมสุขภาพ ซึ่งจะเห็นได้ว่าผู้ดูแลเป็นผู้ที่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างแท้จริง โดยพบว่าการสร้างความตระหนัก และการสร้างศักยภาพของการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ควรได้รับการจัดกระทำในผู้ดูแลให้ได้รับความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการพัฒนาศักยภาพฝึกอบรมผู้ดูแลเพื่อให้สามารถจัดการบริการตามแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้จริงอย่างถูกต้องและเหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลในระดับปฐมภูมิ ที่เป็นการดูแลในชุมชนและในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Lhimsoonthon, Sritanyarat, & Rungrengkolkit, 2019) นอกจากนี้พบว่าการส่งเสริมความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ต้องพึ่งพิง (Sittironnarit, Emprasertsuk, & Wannasewok, 2020) ดังนั้นการจัดการอบรมให้กับผู้ดูแลจึงเป็นสิ่งที่ควรจัดกระทำอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

จากพันธกิจของมหาวิทยาลัยกับการพัฒนาชุมชน และร่วมกันพัฒนาศักยภาพคนในชุมชน โดยการพัฒนาทักษะให้กับผู้ดูแล โดยการสร้างทักษะใหม่ (reskill) และยกระดับทักษะ (upskill) ซึ่งก่อนที่จะถึงขั้นตอนนี้จำเป็นต้องมีการประเมินความต้องการจำเป็นในการพัฒนาหลักสูตรการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้ทราบความแตกต่างระหว่างสิ่งที่ควรจะเป็นและสิ่งที่เป็นอย่างอยู่ในปัจจุบัน และสิ่งที่เป็นอย่างในปัจจุบันควรเปลี่ยนแปลงอะไรบ้าง เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการ และพัฒนาทักษะของผู้ดูแลที่มีอยู่เดิมให้ดีขึ้น อันจะนำไปสู่การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนให้มีความเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความต้องการจำเป็นในการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
2. เพื่อจัดลำดับความต้องการจำเป็นในการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

วิธีการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (survey research) เป็นการประเมินความต้องการจำเป็นอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การประเมินความต้องการจำเป็นของผู้ดูแลในการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากประชากรอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือผู้ดูแล



ผู้สูงอายุ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลองตอง อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 80 คน ในช่วงปลายเดือนมีนาคม-เมษายน 2565 โดยใช้หลักการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างตามแนวคิดของ Wongwanich (2015) ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 66 คน โดยกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติ ดังนี้ 1) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านลองตอง 2) สามารถดูแลผู้สูงอายุในหมู่บ้านได้ และ 3) ยินยอมเข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบประเมินความต้องการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีขั้นตอนการสร้าง ดังนี้ ศึกษาทฤษฎีเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาหลักสูตรอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หลักสูตรการดูแลระยะยาวในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้จัดทำหัวข้อหน่วยการเรียนรู้ 10 หัวข้อ ประกอบด้วย 1) ความจำเป็นของการดูแลผู้สูงอายุ: โรคเรื้อรัง ติดเตียง 2) ภาวะวิกฤติกับการปฐมพยาบาล 3) การช่วยเหลือผู้สูงอายุเบื้องต้น 4) การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เนื่องจากสภาพหรือมีปัญหากระบวนทางเดินอาหาร ระบบทางเดินหายใจ ระบบขับถ่าย และระบบอวัยวะสืบพันธุ์ 5) การใช้ยาในวัยสูงอายุ 6) การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ: อาหารโภชนาการ และการออกกำลังกายที่เหมาะสม 7) สุขภาพจิต การดูแลตนเองและผู้สูงอายุเพื่อคลายเครียด 8) สิทธิผู้สูงอายุตามรัฐธรรมนูญ/กฎหมายแรงงานที่ควรรู้ 9) บทบาทและจริยธรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และ 10) การใช้เทคโนโลยีให้เกิดประโยชน์สำหรับตนเองและผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) พิจารณาความเหมาะสมและความสอดคล้องของหลักสูตร โดยผู้เชี่ยวชาญสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ จำนวน 3 ท่าน พบว่ามีค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (item objective congruence: IOC) ระหว่าง 0.67-1 และดำเนินการสร้างแบบประเมินความต้องการอบรมหลักสูตรฯ ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ โดยใช้เกณฑ์กำหนดน้ำหนักคะแนนและมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตามวิธีของลิเคิร์ต จาก 1-5 โดยมีความหมายว่า สภาพจริงที่เป็นอยู่และสภาพที่ควรจะเป็นอยู่ในระดับน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ตามลำดับ และกำหนดเกณฑ์การแปลความหมายของค่าคะแนนตามวิธีของ Best and Kahn (2014) มี 5 ระดับ คือ

- ค่าเฉลี่ย 4.51 – 5.00 หมายถึง สภาพจริงที่เป็นอยู่และสภาพที่ควรจะเป็นอยู่ในระดับมากที่สุด
- ค่าเฉลี่ย 3.51 – 4.50 หมายถึง สภาพจริงที่เป็นอยู่และสภาพที่ควรจะเป็นอยู่ในระดับมาก
- ค่าเฉลี่ย 2.51 – 3.50 หมายถึง สภาพจริงที่เป็นอยู่และสภาพที่ควรจะเป็นอยู่ในระดับปานกลาง
- ค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.50 หมายถึง สภาพจริงที่เป็นอยู่และสภาพที่ควรจะเป็นอยู่ในระดับน้อย
- ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.50 หมายถึง สภาพจริงที่เป็นอยู่และสภาพที่ควรจะเป็นอยู่ในระดับน้อยที่สุด



จากนั้นทดลองใช้แบบประเมินตรวจสอบหาความเที่ยง (reliability) ในกลุ่ม อสม. จำนวน 30 คน ที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง หาค่าความสอดคล้องภายในของแบบประเมิน โดยใช้การหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.89

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลไปที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านลองตอง เมื่อได้รับอนุมัติผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยประสานงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านลองตอง เพื่อนัดกลุ่มตัวอย่างประชุมชี้แจงขั้นตอนการวิจัย และตั้งกลุ่ม Line แล้วนำแบบประเมินที่ผ่านการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิ ไปลงใน Google forms เพื่อสร้างคิวอาร์โค้ด (QR code) ให้พร้อมที่จะนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean: M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation: S.D.) และวิเคราะห์ข้อมูลความต้องการจำเป็นในการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในการจัดลำดับความสำคัญของความต้องการอบรมหลักสูตรฯ ใช้สูตร $PNI_{modified}$ ของ Wongwanich (2015) ดังนี้

$$PNI_{modified} = (I - D) / D$$

เมื่อ I = สภาพที่คาดหวัง; D = สภาพที่เป็นจริงในปัจจุบัน

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

การศึกษานี้ได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยได้รับการอนุมัติจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยสวนดุสิต เอกสารรับรองเลขที่ SDU-RDI 2022-005 ลงวันที่ 10 มีนาคม 2565 และพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดการวิจัยวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล การรักษาความลับและทำลายข้อมูล และให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจพร้อมลงนามยินยอมในแบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (consent form) และแจกคิวอาร์โค้ด (QR code) ให้ตอบแบบประเมินความต้องการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งผู้วิจัยใช้หลักการรักษาความลับข้อมูลโดยการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลทางคอมพิวเตอร์และไม่มีการระบุถึงตัวบุคคล เมื่อเสร็จงานวิจัยจะทำการลบทันที

ผลการวิจัย

จากการศึกษาผลการประเมินความต้องการจำเป็นในการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม เป็นเพศชาย จำนวน 9 คน (ร้อยละ 13.64) เพศหญิง จำนวน 57 คน (ร้อยละ 86.36) มีอายุอยู่ระหว่าง 29-68 ปี ($M=49.23$, $S.D.=11.79$) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 22 คน (ร้อยละ 33.33) ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 20



คน (ร้อยละ 30.30) ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) จำนวน 13 คน (ร้อยละ 19.70) ระดับประถมศึกษา จำนวน 7 คน (ร้อยละ 10.61) และระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ ชั้นสูง (ปวส.) และปริญญาตรี จำนวน 4 คน (ร้อยละ 6.06)

ผลการประเมินความต้องการจำเป็นในการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ระดับความต้องการอบรมหลักสูตรฯตามสภาพจริงมีความต้องการอบรมระดับปานกลาง ($M=3.55$, $S.D.=0.50$) โดย 7 หัวข้อการเรียนรู้มีความต้องการอบรมในระดับมาก โดยหัวข้อเรื่องที่มีคะแนนเฉลี่ยความต้องการอบรมสูงที่สุดตามสภาพจริง ได้แก่ เรื่องความจำเป็นของการดูแลผู้สูงอายุ: โรคเรื้อรัง ดิเคเตียง ($M=3.67$, $S.D.=0.48$) คะแนนเฉลี่ยรองลงมา ได้แก่ หัวข้อเรื่องการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เนื่องจากสภาพหรือมีปัญหาระบบทางเดินอาหาร ระบบทางเดินหายใจ ระบบขับถ่าย ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ ($M=3.64$, $S.D.=0.48$) ภาวะวิกฤติกับการปฐมพยาบาล และบทบาทและจริยธรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ($M=3.61$, $S.D.=0.49$) สำหรับ 3 หัวข้อการเรียนรู้ที่ผู้ดูแลมีความต้องการอบรมในระดับปานกลางตามสภาพจริง ได้แก่ การดูแลเพื่อคลายความเครียด ($M=3.48$, $S.D.=0.50$) ข้อสิทธิผู้สูงอายุตามรัฐธรรมนูญ/กฎหมายแรงงานที่ควรรู้ ($M=3.47$, $S.D.=0.53$) และการใช้เทคโนโลยีให้เกิดประโยชน์สำหรับตนเองและผู้ดูแลผู้สูงอายุ ($M=3.45$, $S.D.=0.50$) สำหรับระดับความต้องการจำเป็นในการอบรมหลักสูตรฯตามสภาพที่คาดหวัง พบว่า ทุกหัวข้อการเรียนรู้มีความต้องการอบรมในระดับมากที่สุด ($M=4.71$, $S.D.=0.45$) โดยหัวข้อเรื่องที่มีคะแนนเฉลี่ยความต้องการอบรมตามสภาพที่คาดหวังสูงที่สุด ได้แก่ หัวข้อเรื่องความจำเป็นของการดูแลผู้สูงอายุ: โรคเรื้อรัง ดิเคเตียง ($M=4.88$, $S.D.=0.33$) คะแนนเฉลี่ยรองลงมา ได้แก่ หัวข้อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ: อาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ ($M=4.76$, $S.D.=0.43$) ภาวะวิกฤติกับการปฐมพยาบาล ($M=4.74$, $S.D.=0.44$) สำหรับหัวข้อที่มีความต้องการอบรมตามสภาพที่คาดหวังด้วยคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ สิทธิผู้สูงอายุตามรัฐธรรมนูญ/กฎหมายแรงงานที่ควรรู้ ($M=4.64$, $S.D.=0.48$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับและลำดับความต้องการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามสภาพจริงและตามความคาดหวังของผู้ดูแล ($n=66$ คน)

หัวข้อหน่วยการเรียนรู้	สภาพที่เป็นจริง			สภาพที่คาดหวัง			ผลต่าง (Needs)	PNI _{modified}	ลำดับ
	M	S.D.	ระดับ	M	S.D.	ระดับ			
1.ความจำเป็นของการดูแลผู้สูงอายุ: โรคเรื้อรัง ดิเคเตียง	3.67	0.48	มาก	4.88	0.33	มากที่สุด	1.21	0.331	5
2.ภาวะวิกฤติกับการปฐมพยาบาล	3.61	0.49	มาก	4.74	0.44	มากที่สุด	1.13	0.315	8



หัวข้อหน่วยการเรียนรู้	สภาพที่เป็นจริง			สภาพที่คาดหวัง			ผลต่าง (Needs)	PNI _{modified}	ลำดับ
	M	S.D.	ระดับ	M	S.D.	ระดับ			
3.การช่วยเหลือผู้สูงอายุเบื้องต้น	3.55	0.53	มาก	4.71	0.46	มากที่สุด	1.16	0.329	6
4.การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เนื่องจากชราภาพหรือมีปัญหาระบบทางเดินอาหาร ระบบทางเดินหายใจ ระบบขับถ่าย และระบบอวัยวะสืบพันธุ์	3.64	0.48	มาก	4.73	0.45	มากที่สุด	1.09	0.300	9
5.การใช้จ่ายในวัยสูงอายุ	3.53	0.53	มาก	4.68	0.47	มากที่สุด	1.15	0.326	7
6.การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ: อาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ	3.55	0.50	มาก	4.76	0.43	มากที่สุด	1.21	0.342	3
7.การดูแลเพื่อคลายความเครียด	3.48	0.50	มาก	4.70	0.46	มากที่สุด	1.22	0.348	1
8.สิทธิผู้สูงอายุตามรัฐธรรมนูญ/กฎหมายแรงงานที่ควรรู้	3.47	0.53	มาก	4.64	0.48	มากที่สุด	1.17	0.336	4
9.บทบาทและจริยธรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ	3.61	0.49	มาก	4.65	0.48	มากที่สุด	1.04	0.290	10
10.การใช้เทคโนโลยีให้เกิดประโยชน์สำหรับตนเองและดูแลผู้สูงอายุ	3.45	0.50	มาก	4.65	0.48	มากที่สุด	1.2	0.346	2

ผลการจัดลำดับความต้องการจำเป็นในการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า หัวข้อที่มีความต้องการจำเป็นในการอบรมสูงสุดถึงต่ำสุด ได้แก่ หัวข้อ 1) การดูแลเพื่อคลายความเครียด (PNI_{modified}=0.348) 2) การใช้เทคโนโลยีให้เกิดประโยชน์สำหรับตนเองและดูแลผู้สูงอายุ PNI_{modified}=0.346) 3) การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ: อาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ PNI_{modified}=0.342) 4) สิทธิผู้สูงอายุตามรัฐธรรมนูญ/กฎหมายแรงงานที่ควรรู้ PNI_{modified}=0.336) 5) ความจำเป็นของการดูแลผู้สูงอายุ: โรคเรื้อรัง ดัดเตียง PNI_{modified}=0.331) 6) การช่วยเหลือผู้สูงอายุเบื้องต้น PNI_{modified}=0.329) 7) การใช้จ่ายในวัยสูงอายุ PNI_{modified}=0.326) 8) ภาวะวิกฤตกับการปฐมพยาบาล PNI



$\text{modified}=0.315$) 9) การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เนื่องจากชราภาพหรือมีปัญหาระบบทางเดินอาหาร ระบบทางเดินหายใจ ระบบขับถ่าย ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ $\text{PNI}_{\text{modified}}=0.300$) และ 10) บทบาทและจริยธรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ $\text{PNI}_{\text{modified}}=0.290$) ซึ่งผลจากการจัดลำดับความต้องการจำเป็นได้นำข้อมูลมาพัฒนาหลักสูตรสำหรับอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อไป

อภิปรายผล

ผลการศึกษาที่มีข้อค้นพบที่น่าสนใจ จึงขออภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยตามลำดับ ดังนี้

1. ความต้องการจำเป็นในการอบรมหลักสูตรดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลตามสภาพที่คาดหวัง เปรียบเทียบกับตามสภาพที่เป็นจริง พบว่า มีความแตกต่างของสภาพที่คาดหวังและสภาพที่เป็นจริงของความต้องการทุกด้าน ซึ่งจะพบตามธรรมชาติว่าความคาดหวังของคนมักจะสูงกว่าสภาพจริงเสมอ เพราะบุคคลความต้องการความเจริญก้าวหน้า (growth needs) ซึ่งเป็นความต้องการสูงสุดเพื่อให้ได้รับการยอมรับและความสำเร็จในชีวิตการทำงาน เป็นความต้องการภายใน เพื่อการพัฒนาตัวเอง เพื่อความเจริญเติบโต พัฒนาและใช้ความสามารถของตัวเองได้เต็มที่ และใช้ศักยภาพของตนเองที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด (Caulton, 2012) ดังนั้น เมื่อพบความแตกต่างของความต้องการจำเป็นในการอบรมหลักสูตรฯนี้ จึงได้นำไปพัฒนาหลักสูตรสำหรับอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อตอบสนองความต้องการตามสภาพที่คาดหวังของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งจะพบว่าการให้การดูแลต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพให้สามารถดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้ สอดคล้องกับการพัฒนาคู่มือหลักสูตรเพื่อยกระดับของ อสม. เป็น อสม.หมอบริการบ้าน และคู่มือการดูแลระยะยาว (Long term care) สำหรับทีมหมอครอบครัว (Department of Health Service Support, 2019; Working group to develop a long-term care manual, 2016; Nawawongsathean & Keawkamsorn, 2018) เนื่องจาก อสม.เป็นกำลังสำคัญของทีมสุขภาพในการเข้าถึงผู้ป่วย ผู้สูงอายุ ครอบครัว และสามารถขับเคลื่อนระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนให้เกิดระบบและกลไกที่ดีได้ จากการค้นหาปัญหาของ อสม.ในการดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้นในจังหวัดนครปฐม พบว่า ปัญหาที่พบมากที่สุดสามอันดับแรกคือไม่มั่นใจในการปฏิบัติงาน เพราะขาดความรู้และทักษะการปฏิบัติงาน ขาดที่ปรึกษาเมื่อพบปัญหาไม่สามารถแก้ไขได้ และไม่มั่นใจในการปฏิบัติงานเพราะไม่มีทีมสุขภาพไปร่วมปฏิบัติงาน โดยมีความต้องการให้หน่วยงานจัดอบรมเพิ่มความรู้ในระดับมากที่สุด หัวข้อที่ต้องการมากที่สุด 4 อันดับแรกได้แก่ การใช้ยารักษาโรคผู้สูงอายุ โรคที่พบในผู้สูงอายุและการรักษา การออกกำลังกายผู้สูงอายุบนเตียง และการฉีดอินซูลินและเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว (Danpradit, Kittichottiparnich, & Sribhen, 2019) ดังนั้นผลจากการทบทวนความต้องการจำเป็นในการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จึงมีความสำคัญ เพื่อให้สามารถพัฒนาศักยภาพและตอบสนองความต้องการอบรมของผู้ดูแลได้



2. ระดับความต้องการจำเป็นในการอบรมหลักสูตรดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลพบว่ามีความต้องการจำเป็นในการอบรมหลักสูตรฯตามสภาพที่คาดหวังทุกด้านในระดับมากที่สุดและมีความแตกต่างจากสภาพที่เป็นจริงทุกด้าน โดยมีความต้องการในระดับมาก ทั้งนี้จะขออภิปรายผลความต้องการจำเป็นตามสภาพที่คาดหวังที่มีความต้องการสูงสุดและต่ำสุดอย่างละ 2 ประเด็น ดังนี้ กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการจำเป็นของหัวข้อการอบรมตามสภาพที่คาดหวังในเรื่องการดูแลเพื่อคลายความเครียดอยู่ในระดับสูงที่สุด ความต้องการของผู้ดูแลขึ้นอยู่กับประสบการณ์และเหตุการณ์จริงที่เกิดจากการทำหน้าที่ต่าง ๆ ในชุมชน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลมีความต้องการทราบเรื่องการผ่อนคลายความเครียด เพื่อนำมาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุหรือนำมาใช้ลดความเครียดในการดำเนินชีวิต ด้วยอาจมีความกดดันและความเครียดเพิ่มขึ้นในการใช้ชีวิตประจำวัน จึงมีความประสงค์ต้องการการอบรมในเรื่องนี้ ซึ่งพบว่าผู้ดูแลชาวจีนที่ให้การดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ในครอบครัวในเวลามากกว่าหรือเท่ากับ 9 ชั่วโมงต่อวัน มีความเครียดในการดูแลสูงกว่าผู้ที่ให้การดูแลน้อยกว่า 9 ชั่วโมง ทำให้เกิดผลกระทบต่อการดูแลพักผ่อนไม่เพียงพอ และเกิดความเครียดในการดูแล (Yue, et al., 2022) นอกจากนี้ผู้ดูแลที่ยังทำงานอยู่ หากมีหน้าที่ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง จะทำให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลง มีโอกาสสูญเสียรายได้จากการจ้างงานเพิ่มสูงขึ้น ด้วยประสิทธิภาพในการทำงานลดลง (Fakeye et al., 2022) หากผู้ดูแลมีการปรับตัวและมองโลกในแง่ดี มีความยืดหยุ่นจะช่วยลดความเครียด ความเบื่อหน่ายในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงลงได้ และรับมือในการทำงานดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้ดีขึ้น (Nieto et al., 2022)

สำหรับความต้องการจำเป็นตามสภาพที่คาดหวังที่ผู้ดูแลมีความต้องการในระดับมากที่สุดที่มีคะแนนเฉลี่ยรองลงมา ได้แก่เรื่อง การใช้เทคโนโลยีให้เกิดประโยชน์สำหรับตนเองและผู้ดูแลผู้สูงอายุ ด้วยสภาพการณ์ในปัจจุบัน การใช้เทคโนโลยีมีความทันสมัยและก้าวไปข้างหน้าตลอดเวลา สามารถช่วยให้การทำงานมีความสะดวกรวดเร็วมากขึ้น ทำให้การติดต่อสื่อสารข้อมูลมีความชัดเจน ช่วยให้การทำหน้าที่ของผู้ดูแลมีความคล่องตัว หากพบปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สามารถใช้เทคโนโลยีค้นหาข้อมูล และประสานกับทางทีมสุขภาพได้อย่างรวดเร็ว การใช้เทคโนโลยีสามารถช่วยให้การดูแลผู้สูงอายุตามบ้านได้รับการตอบสนองความต้องการอย่างรวดเร็ว แต่จะพบปัญหาการใช้งานในผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้น ดังนั้นการจัดการเรียนรู้เรื่องการใช้เทคโนโลยี จึงควรมีการจัดกระทำอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ (Chen, Frennert, & Ostlund, 2022) นอกจากนี้จะพบว่าการใช้เทคโนโลยีผ่านทางโทรศัพท์มือถือในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นช่วยยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยตอบสนองความต้องการของบุคลากรทางการแพทย์ ครอบครัวและผู้ดูแลได้ดี (Liu et al., 2020) ทั้งนี้ได้มีการนำ Telemedicine มาใช้ในการติดตามผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาโรคระบบผิวหนังที่มีความเสี่ยงต่ำเพื่อเป็นการเฝ้าระวังเชิงรุก ในช่วงที่มีการระบาดใหญ่ของโรคโควิด-19 ซึ่งได้รับการยอมรับว่าเกิดประโยชน์เชิงรุกต่อทีมสุขภาพ แต่ทั้งนี้ควรคำนึงถึงปัญหาและอุปสรรค ความเชื่อที่ผู้ป่วยสูงอายุมี



ต่อการใช้เทคโนโลยีสุขภาพเคลื่อนที่ด้วย จึงจะเกิดประโยชน์ทั้งต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการ (Austin et al., 2021) นอกจากนี้การนำเทคโนโลยีทางอินเทอร์เน็ตที่เป็นที่นิยมใช้ในปัจจุบัน หากนำมาใช้อำนวยความสะดวกให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ควรทำแบบค่อยเป็นค่อยไป มีการฝึกอบรม ช่วยเหลือ สนับสนุน และให้ความมั่นใจว่ามีการติดตามผลอย่างเป็นระบบ เหมาะสมกับความสามารถของผู้ดูแล (Gelinat-Bronsard, Mortenson, Ahmed, Guay, & Auger, 2019)

ประเด็นความต้องการจำเป็นที่ผู้ดูแลตามสภาพที่คาดหวังมีความต้องการระดับมากที่สุด ที่มีคะแนนเฉลี่ยเป็น 2 อันดับสุดท้าย ได้แก่ การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เนื่องจากชราภาพหรือมีปัญหาระบบทางเดินอาหาร ระบบทางเดินหายใจ ระบบขับถ่าย ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ และบทบาทและจริยธรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้ดูแลในชุมชนเป็นอาสาสมัคร สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานกันมาอย่างต่อเนื่อง รับรู้บทบาทและปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุมาโดยตลอด และได้รับการถ่ายทอดมาจากรุ่นสู่รุ่น ทำให้ความต้องการอบรมในประเด็นเหล่านี้มีคะแนนเฉลี่ยที่ต่ำกว่าประเด็นอื่น แต่อย่างไรก็ตาม พบว่า หากมีกิจกรรมทางการแพทย์ที่ต้องให้การดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น มีข้อบ่งชี้ว่าผู้ดูแลมีความต้องการการฝึกอบรมที่เพิ่มมากขึ้น (Burgdorf, Arbaje, & Wolff, 2020) สำหรับประเด็นจริยธรรมของผู้ดูแลนั้น ควรเป็นจรรยาบรรณที่ถูกปลูกฝังให้เกิดความเข้าใจในงานที่ทำและให้มีความรักในการดูแล แม้จะเป็นการทำกิจกรรมเรื่องการดูแลการขับถ่าย การเปลี่ยนผ้าอ้อมที่เปื้อนอุจจาระ (Yu, 2018) อย่างไรก็ตามสำหรับผู้ดูแลที่มีภาระการดูแลที่เป็นภาระหนักโดยไม่มีผู้ช่วยดูแล แม้จะให้ความรู้เพิ่มเติมให้แต่อาจเกิดประโยชน์น้อย ด้วยผู้ดูแลเหล่านี้ต้องการแนวทางที่เหมาะสมในการดูแลโดยพึ่งพาตนเองมากกว่าการพัฒนาความรู้ ทักษะ ดังนั้น หลักสูตรการอบรมควรประเมินความต้องการของผู้ดูแลและพัฒนาวิธีการเฉพาะบุคคลให้เหมาะสม (Shepherd-Banigan et al., 2020) เพื่อให้การจัดอบรมหลักสูตรมีความเหมาะสมและตอบสนองความต้องการให้กับผู้ดูแลเฉพาะรายด้วย

สรุป

การสอบถามความต้องการจำเป็นในการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลในการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทำให้ทราบระดับความต้องการจำเป็นในการอบรมตามความคาดหวัง พบว่า 7 หัวข้อการเรียนรู้มีความต้องการตามความคาดหวังในระดับมากที่สุด หัวข้อที่มีความต้องการอบรมตามความคาดหวังสูงสุด ได้แก่ ความจำเป็นของการดูแลผู้สูงอายุ: โรคติดเชื้อ โรคเรื้อรัง ผลการจัดลำดับความต้องการจำเป็นในการอบรมหลักสูตรนี้ พบว่า การดูแลเพื่อคลายเครียด การใช้เทคโนโลยีให้เกิดประโยชน์สำหรับตนเองและผู้สูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ: อาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ เป็น 3 หัวข้อที่มีความต้องการจำเป็นในการอบรมสูงสุดและรองลงมาตามลำดับ



ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ควรนำข้อมูลความต้องการจำเป็นที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ มาพัฒนาหลักสูตรการอบรม ศักยภาพผู้ดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ดูแล และเกิดประโยชน์กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรนำผลการสำรวจความต้องการจำเป็นในการอบรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปพัฒนาหลักสูตรให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ดูแล และเพิ่มเติมประเด็นการดูแลให้เหมาะสมกับบริบทในแต่ละพื้นที่ โดยเฉพาะการเพิ่มเติมเนื้อหาที่ทันสมัยตามความต้องการ และเสริมกิจกรรมให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นคงทางอารมณ์ เพื่อสนับสนุน ส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีศักยภาพและได้รับการพัฒนาเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง และควรมีการทำวิจัยประเมินประสิทธิผลของหลักสูตร หรือวิจัยเชิงประเมินผลด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสถาบันวิจัยและพัฒนาการศึกษา มหาวิทยาลัยสวนดุสิต สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) ที่ให้การสนับสนุนทุนวิจัยเพื่อสนับสนุนงานมูลฐาน (Fundamental Fund) จากกองทุนวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ประจำปี 2565 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองตอง อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

รายการอ้างอิง (References)

- Austin, J., Neha, S., Meghan, H., Vanessa, N., Janya, B., Lucy, Z., & Eleni, L. (2021). Barriers and facilitators to mobile health and active surveillance use among older adults with skin disease. *Health Expectations*, 24(5), 1582-1592.
- Best, J. W. & Kahn, J. V. (2014). *Research in Education*. 10th Edition, Harlow: Pearson Education Limited.
- Burgdorf, J. G., Arbaje, A. I., & Wolff, J. L. (2020). Training needs among family caregivers assisting during home health, as identified by home health clinicians. *Association*, 21(12), 1914-1919.
- Caulton, J. R. (2012). The development and use of the theory of ERG: A literature review. *Emerging Leadership Journeys*, 5(1), 2- 8.



- Chen, X., Frennert, S., & Ostlund, B. (2022). The use of information and communication technology among older immigrants in need of home care: a systematic literature review. *Ageing International*, 47, 238–264.
- Danpradit, P., Kittichottippanich, B., & Sribhen, R. (2019). Problems and needs in basic elderly care of health volunteers in Nakhon Pathom province. *Vajira Nursing Journal*, 21(2), 23-33.
- Department of Health Service Support. (2019). *Manual for Officers to Elevate the VHV's to become VHV's*. Department of Health Service Support Ministry of Public Health. (in Thai)
- Fakeye, M. B. K., Samuel, L. J., Drabo, E. F., Bandeen-Roche, K., & Wolff, J. L. (2022). Caregiving-related work productivity loss among employed family and other unpaid caregivers of older adults. *Value in Health*, Available online 13 August 2022. Article in Press. corrected proof.
- Foundation of Research and Development Institute for the Elderly. (2019). *Check the Situation of the Thai Elderly Population*. Explore opportunities and challenges. Retrieved March 19, 2022, from <https://thaitgri.org/?p=40044>.
- Gelinas-Bronsard, D., Mortenson, W. B., Ahmed, S., Guay, C., & Auger, C. (2019). Co-construction of an Internet-based intervention for older assistive technology users and their family caregivers: stakeholders' perceptions. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 14(6), 602–611.
- Hongthong, P. (2019). *Caregiver in the Long-Term Care System. Who is he? Where did He Come from?*. E-MAGAZINE. Health manpower research and development office (OSMEP) (in Thai)
- Lhimsoonthon, B., Sritanyarat, W., & Rungrengkolkkit, S. (2019). Development of care services for older people with dementia in a primary care setting. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 23(3), 214-227.
- Liu, L., Azad-Khaneghah, P., Cruz, A. M., Stroulia, E., King, S., & Sayed, M. (2020). A mobile app for unlicensed support personnel who care for older adults with dementia. *International Society for Gerontechnology's (ISG) 12th World Conference of Gerontechnology*, October 6-9, 2020 (Virtual).
- National Statistical Office. (2022). *Population from Registration Classified by Age Group Regions and Provinces 2012 – 2021*. Retrieved November 26, 2022, from <http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/01.aspx>.



- Nawawongsathean, U., & Keawkamsorn, N. (2018). Curriculum development of the elderly school on health promotion for the elderly, social group in Sriwilai sub-district, Sriwilai district, BuengKan province. *Journal of Health Science and Community Public Health*, 1(1), 70-81.
- Nieto, A., Contador, I., Palenzuela, D. L., Ruisoto, P., Ramos, F., & Calvo, B. F. (2022). The distinctive role of grounded optimism and resilience for predicting burnout and work engagement: A study in Professional Caregivers of Older Adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 100, 104657.
- Shepherd-Banigan, M., Smith, V. A., Lindquist, J. H., Cary Jr, M. P., Miller, K. E. M., Chapman, J. G., & Van Houtven, C. H. (2020). Identifying treatment effects of an informal caregiver education intervention to increase days in the community and decrease caregiver distress: a machine-learning secondary analysis of subgroup effects in the HI-FIVES randomized clinical trial. *BioMed Central*, 21,189.
- Sittironnarit, G., Emprasertsuk, W., & Wannasewok, K. (2020). Quality of life and subjective burden of primary dementia caregivers in Bangkok, Thailand. *Asian Journal of Psychiatry*, 48, 101913.
- Srithayarat, W., Arunsang, P., Lithongin, M., Piyawatpong, S., & Phunpanich, L. (2015). *Lesson learned and synthesis continuity of elderly care among older person: A case study on stroke and dementia*. Bangkok: Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institution. (in Thai)
- Suphan Buri province. (2022). *Suphan Buri province Information Report*. Retrieved November 26, 2022 from https://3doctor.hss.moph.go.th/main/rp_ampur?rgion=5.
- Wongwanich, S. (2015). *Needs assessment research*. 3rd printing, revised edition. Bangkok: Chulalongkorn University Press. (in Thai)
- Working group to develop a long-term care manual. (2016). *Long Term Care Manual for Family Physician Team*. Office of Public Health Administration, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Bangkok: Cyberprint Company. (in Thai)
- Yu, Y. (2018). Towards a more just society? care ethics and caregivers in urban China. *Geoforum*, 96, 190-197.



Yue, L., Jia, C., Hu, B., Zhang, Z., Bai, M., Wang, S., & Yao, N. (2022). Caregiving stress among family caregivers of older adults living with disabilities in China. *Geriatric Nursing*, 47, 226-231.



การถอดบทเรียนความสำเร็จของพยาบาลผู้นำในการบริหารจัดการบริการฉีดวัคซีนโควิด19

แบบเบ็ดเสร็จ: กรณีศึกษาศูนย์ฉีดวัคซีน สงขลา

Lesson Learned from the Successfulness of Nurses' Leaders in the Management of Comprehensive Covid-19 Vaccination Service: A Case Study in Vaccination Center, Songkhla

เพ็ญศิริ อัทธาวงศ์^{1*}, ประณีต ส่องวัฒนา²

Phensi Atthawong^{1*}, Praneed Songwathana²

(Received: April 29, 2022; Revised: October 3, 2022; Accepted: October 18, 2022)

บทคัดย่อ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (หรือโควิด-19) ได้ส่งผลกระทบต่อสังคมในวงกว้างอย่างรวดเร็ว การหาแนวทางลดความรุนแรงและช่วยควบคุมการระบาดของไวรัสโควิด-19 มีความสำคัญยิ่งและหนึ่งในแนวทางซึ่งนำไปใช้ในหลายประเทศทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย คือ การให้วัคซีนป้องกันโควิด 19 โดยการระดมฉีดวัคซีนโควิด 19 ให้ได้ตามเป้าหมายหรือครอบคลุมประชากรทั้งหมดในเวลาอันสั้น อันเป็นภารกิจที่มีความท้าทายยิ่งสำหรับบุคลากรทางสุขภาพ และต้องการการบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ บทความนี้ นำเสนอประสบการณ์ของพยาบาลที่เป็นผู้นำในการบริหารจัดการบริการฉีดวัคซีนโควิด19 ให้ประชาชนเข้าถึงอย่างเท่าเทียมและครอบคลุมในระยะเวลาที่กำหนด ด้วยการออกแบบกระบวนการและระดมทรัพยากร เพื่อรองรับภาระงานในศูนย์ฉีดวัคซีนให้บรรลุเป้าหมาย ซึ่งใช้ตัวอย่างการบริหารจัดการบริการวัคซีนโควิด19 เพื่อให้ประชาชนในเขตพื้นที่บริการที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลสงขลา ที่จัดอยู่ในพื้นที่สีแดง(หรือมีความเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดสูง)ได้รับอย่างทั่วถึงเป็นกรณีศึกษา องค์ความรู้จากการถอดบทเรียนความสำเร็จในการบริหารจัดการของพยาบาล ประกอบด้วย 3 ระยะคือ 1) ระยะเตรียมการและทดสอบความพร้อมของระบบบริการ ได้แก่ การค้นหากลุ่มเป้าหมาย

¹กลุ่มงานการพยาบาลชุมชนโรงพยาบาลสงขลา

¹Community Nursing Department, Songkhla Hospital

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่

²Faculty of Nursing, Prince of Songkla University Hatyai

*Corresponding Author: phensi.attha@gmail.com



เพื่อการรับวัคซีนจัดทำแผนบริการและจัดตั้งทีมแบบเร่งด่วน ประชุมทีมและทดสอบความพร้อมในการบริการ 2) ระยะดำเนินการให้บริการฉีดวัคซีนแบบเบ็ดเสร็จ และ 3) ระยะประเมินผล พบว่ามีการบรรลุตัวชี้วัดในการดำเนินงาน คือ ประชาชนกลุ่มเป้าหมายสำคัญทุกกลุ่มรวมทั้ง กลุ่ม 608 ได้รับการฉีดวัคซีนตามเกณฑ์เป้าหมาย มากกว่าร้อยละ 70 และผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจในการบริการของศูนย์ฉีดวัคซีนโดยไม่มีข้อร้องเรียนในเรื่องระบบบริการฉีดวัคซีน

คำสำคัญ: พยาบาล ผู้นำบริหารจัดการบริการ ศูนย์วัคซีนโควิด19 สงขลา

Abstract

Corona virus 2019 (COVID-19) has rapidly and widely caused impacts to society. Seeking methods to reduce the severity and control the pandemic of COVID-19 is essential and one of the most significant methods which globally implemented including Thailand was vaccination. However, providing COVID-19 vaccine for all targeted population in a short period of time is an extremely challenging task for health care providers and it required a systematic management. This article is presented regarding experiences of nurses' leaders in managing and providing Covid-19 vaccination services to all people equally within the limited time by designing working process and mobilizing resources in order to reduce work load of workers in the vaccination center in achieving the target. As a result, a Covid-19 vaccination service management has been applied in this research for people in surrounding areas that are under the responsibility of Songkhla hospital which located in and categorized as a red zone (or high risk of pandemic areas) to refer to as a case study. The outcomes found from this lesson learned were divided into 3 stages: 1) Preparing and testing the readiness of an operating service system such as searching for the target group to be vaccinated, setting a plan and forming a team immediately, meeting and testing for a service readiness 2) Implementing a comprehensive vaccination service, and 3) Evaluating the service. The finding was found that the management has achieved the key result indicator in terms of the target citizen including 608 group (the group of 60 years old or older, seven chronic diseases, and pregnancy) who had been vaccinated which were higher than 70 percent and the client were satisfied with the service received from the vaccination center without any complaints.

Key words: nurse, the leader of service administration, COVID-19 vaccination center Songkhla



บทนำ

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ได้ส่งผลกระทบในวงกว้าง อย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในระยะสองปีที่ผ่านมา แม้ว่าจะใช้มาตรการป้องกันควบคุมโรคอย่างต่อเนื่อง แต่เครื่องมือสำคัญหนึ่งที่เป็นความหวังของทุกประเทศทั่วโลกเพื่อควบคุมการระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) คือ วัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หรือเรียกสั้นๆว่า วัคซีนโควิด-19 ซึ่งรัฐบาลไทยได้ตั้งเป้าหมายที่จะระดมการฉีดวัคซีนโควิด-19 ให้ได้ 100 ล้านโดส ภายในสิ้นปี 2564 (Government of Thailand, 2021) เป็นเป้าหมายที่ท้าทายเป็นอย่างยิ่งสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข นโยบายกระทรวงสาธารณสุขให้ทุกจังหวัดมีการจัดตั้งศูนย์ฉีดวัคซีนทั้งที่อยู่ภายในและนอกโรงพยาบาล โดยมีการระดมสรรพกำลังจากทุกภาคส่วนมาร่วมกันปฏิบัติงาน ดังนั้น การออกแบบกระบวนการและระดมทรัพยากร เพื่อรองรับภาระงานในศูนย์ฉีดวัคซีนให้ได้ครอบคลุมและทั่วถึงในระยะเวลาอันสั้น จึงเป็นความรู้ชุดใหม่ที่สังคมไทยจะได้ร่วมเรียนรู้

จากสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีการระบาดอย่างต่อเนื่อง จังหวัดสงขลาเป็นจังหวัดหนึ่งที่จัดอยู่ในพื้นที่สีแดง (มีความเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดสูง) มีการรับนโยบายในการฉีดวัคซีนให้ครอบคลุมประชาชนอย่างทั่วถึง ทำให้ทางผู้บริหารได้มีการประสานงานกันเพื่อที่จะจัดตั้งศูนย์ฉีดวัคซีนให้แก่ประชาชนในอำเภอเมืองจังหวัดสงขลาให้ได้รับบริการอย่างทั่วหน้า โรงพยาบาลสงขลาเป็นเจ้าภาพหลักในการดำเนินงาน โดยศูนย์บริการฉีดวัคซีนนี้ ตั้งอยู่ที่ สนามติณสูลานนท์ จังหวัดสงขลา ภายใต้การบริหารจัดการของกลุ่มภารกิจบริการปฐมภูมิ ซึ่งมีบทบาททำงานด้านหน้า มีพยาบาลวิชาชีพหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลชุมชนเป็นผู้นำในการจัดทีมงาน เพื่อจัดตั้งศูนย์ฉีดวัคซีนแบบเบ็ดเสร็จ ด้วยการประสานการทำงานร่วมกันของหลายหน่วยงาน ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์การบริหารส่วนจังหวัดสงขลา สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลฐานทัพเรือสงขลา โรงพยาบาลจิตเวชสงขลา ราชนครินทร์ เทศบาลนครสงขลา หน่วยงานราชการอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น

ศูนย์บริการฉีดวัคซีนเปิดให้บริการเริ่มแรก โดยการให้ประชาชนจองวัคซีนผ่าน Application สงขลาวัคซีน และได้เริ่มฉีดวัคซีนวันแรกเมื่อวันที่ 7 มิถุนายน 2564 มีเป้าหมายการให้วัคซีนโควิด-19 เพื่อลดอัตราการป่วยและเสียชีวิต มีกลุ่มเป้าหมายแรก คือ ประชาชนที่มีความเสี่ยงสูงที่จะป่วยรุนแรงและเสียชีวิตหากติดเชื้อ ได้แก่ กลุ่ม 608 คือ ประชาชนอายุมากกว่า 60 ปี และผู้ที่มีโรคประจำตัว 7 กลุ่มโรค (1.ผู้ป่วยโรคปอด และโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง 2.ผู้ที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด 3.ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 4.ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 5.โรคเมะเร็งทุกชนิด 6.โรคเบาหวาน 7.โรคอ้วน) และหญิงมีครรภ์ กลุ่มผู้พิการและด้อยโอกาส รวมทั้งกลุ่ม บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขด้านหน้า ทั้งภาครัฐและ



เอกชนและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมโรคโควิด-19 ที่มีโอกาสสัมผัสกับผู้ป่วยในงานกลุ่มเป้าหมายต่อมาคือ เด็กอายุ 12-18 ปี และแรงงานต่างชาติ

ในการดำเนินงานของศูนย์บริการฉีดวัคซีน เป้าหมายหลักคือให้ประชาชนมากกว่า 70% ของเขตอำเภอเมืองสงขลา ซึ่งเป็นพื้นที่รับผิดชอบของรพ.สงขลา (ประชากรทั้งสิ้น จำนวน 170,521 ราย) ต้องได้รับการฉีดวัคซีน อย่างไรก็ตาม พบว่า ผลการดำเนินงานในระยะสองเดือนแรก (ตั้งแต่ เดือน มิถุนายน ถึงเดือน กรกฎาคม 2564) ผู้มารับการฉีดวัคซีนมีเพียงครึ่งหนึ่ง ได้แก่ กลุ่มเป้าหมายสำคัญ (กลุ่ม 608) ที่เป็นกลุ่มแรกที่จำเป็นต้องได้รับวัคซีนก่อน พบว่า ได้รับวัคซีนเพียงจำนวน 12,061 ราย (จากเป้าหมาย 24,371 ราย คิดเป็น 49.48%) กลุ่มผู้ที่มีโรคประจำตัว 7 กลุ่มโรคมารับวัคซีนจำนวน 7,694 ราย (จากเป้าหมาย 10,992 ราย คิดเป็น 69.95%) (Songkhla Provincial Public Health Office, 2021) จากการวิเคราะห์ปัญหาพบว่า การที่ประชาชนไม่ยินยอมมารับบริการ เนื่องจากการขาดความเข้าใจ การไม่มั่นใจในความปลอดภัย การที่ผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าถึงเทคโนโลยี ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ที่ใช้ลงทะเบียนผ่าน Application ต่างๆของภาครัฐ และ บางรายไม่มีญาติหรือลูกหลานที่จะนำมาฉีดวัคซีนได้ หรือกรณีเป็นผู้พิการ การเดินทางลำบาก เป็นต้น จึงทำให้กลุ่มเป้าหมายเหล่านี้ไม่สามารถเข้าถึงและขาดการได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19 ดังนั้นจึงเป็นความท้าทายของการจัดบริการในขณะนั้นมาก บทความนี้ จึงนำเสนอองค์ความรู้จากการถอดบทเรียนความสำเร็จ ตามประสบการณ์ของพยาบาลที่เป็นผู้นำในการพัฒนาระบบการจัดบริการฉีดวัคซีนโควิด-19 สนามติณสุลานนท์ โรงพยาบาลสงขลา โดยบรรลุตัวชี้วัดเป้าหมายในการดำเนินงาน คือ ประชาชนกลุ่มเป้าหมายสำคัญ (กลุ่ม 608) ได้รับการฉีดวัคซีนมากกว่าร้อยละ 70 และผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจในการบริการของศูนย์ฉีดวัคซีนโดยไม่มีข้อร้องเรียนในเรื่องระบบบริการฉีดวัคซีน

กลวิธีในการดำเนินงานโดยการบริหารจัดการของพยาบาล จำแนกเป็น 3 ระยะ

1. ระยะเตรียมการและทดสอบความพร้อมเพื่อเปิดบริการ

1.1 ค้นหากลุ่มเป้าหมายเพื่อการรับวัคซีน ในฐานะหัวหน้าทีมบริหารจัดการ ได้เริ่มค้นหากลุ่มเป้าหมายด้วยวิธีการร่วมด้วยช่วยกันจัดกระบวนการการดำเนินงาน ซึ่งเป็นการสร้างการมีส่วนร่วมของทีมงานผู้เกี่ยวข้อง รวบรวมข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย ใช้วิธีให้ข้อมูลและความรู้กับกลุ่มเป้าหมาย ให้ทราบและตัดสินใจฉีดวัคซีนผ่านช่องทางต่าง ๆ โดยให้หน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายทุกแห่ง สํารวจข้อมูลกลุ่มเป้าหมายที่ต้องได้รับวัคซีน และการลงพื้นที่เชิงรุกของพยาบาลชุมชนและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสงขลา ในจุดที่สำคัญในการกระจายข่าว เช่น ตลาด ร้านน้ำชา มีการออกประชาสัมพันธ์แบบเชิงรุก เข้าถึงชุมชน การใช้รถสามล้อติดลำโพงประกาศข่าว เสียงตามสายในชุมชนผ่านหอกระจายข่าว รถประชาสัมพันธ์ของเทศบาล การขึ้นตัววิ่งป้ายประชาสัมพันธ์บริเวณแยกถนน และการเคาะ



ประตูบ้านของอสม. การออกรายการวิทยุ และทำหน้า web page ผ่านทางsocial media ต่างๆ รวมถึงการคิดนวัตกรรมต่างๆ เช่น คู่มือบัตรเชิญที่ช่วยให้การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ง่ายและสะดวก เป็นต้น

1.2 จัดทำแผนบริการและจัดตั้งทีมแบบเร่งด่วน

เชิญประชุมทีมที่เกี่ยวข้อง และจัดตั้งคณะกรรมการที่เป็นคณะทำงาน ประกอบด้วยหน่วยงานภายในและภายนอกโรงพยาบาลสงขลา และระดมความคิดในการบริหารจัดการศูนย์ฉีดวัคซีน เพื่อให้ประชาชนได้รับการอย่างรวดเร็ว โดยแบ่งทีมออกเป็น 4 จุดบริการ ได้แก่ จุดลงทะเบียน จุดคัดกรอง จุดให้บริการวัคซีน และจุดสังเกตอาการหลังรับวัคซีน และวางแผนระบบการทำงานโดยประกอบด้วย 4 S คือ

1. Structure ทำเลที่ตั้งของศูนย์ฉีดวัคซีน เลือกสถานที่ที่เหมาะสม สามารถรองรับคนจำนวนมาก มีการเสนอสถานที่หลายแห่ง ได้แก่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา องค์การบริหารส่วนจังหวัดสงขลา และสนามดินสุลนันทน์ จากสถานที่ได้เสนอนั้นได้มีการประชุมเลือกด้วยเหตุผล คือ สถานที่ที่ประชาชนรู้จักและสามารถเข้าถึงง่าย รองรับผู้คนได้จำนวนมาก การเดินทางเข้าออกได้หลายทาง มีที่จอดรถสะดวก มีระบบความปลอดภัย คือ สนามดินสุลนันทน์

2. Staff บุคลากรที่เกี่ยวข้องและมีความสำคัญในการดำเนินการ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักวิชาการ พยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทีมประชาสัมพันธ์ ทีมสนับสนุน เจ้าหน้าที่นักวิชาการคอมพิวเตอร์ ภาควิชาเภสัชฯ อบจ. อบต. เทศบาล อสม. ผู้นำชุมชน โรงพยาบาลฐานทัพเรือ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา สถาบันการศึกษาต่าง ๆ รวมถึงหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉิน (ER) โดยจัดให้มีหัวหน้าทีม (Key man) แต่ละจุดที่ทำหน้าที่ดูแลความเรียบร้อย และออกแบบหน้างานของจุดที่ตัวเองได้รับมอบหมาย ซึ่งคัดเลือกพยาบาลวิชาชีพจากหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่มีสัมพันธภาพที่ดี (Good Relationship) เป็นผู้ที่สามารถติดต่อสื่อสาร ประสานงาน เพื่อลดปัญหาด้านการสื่อสารกับคนจำนวนมากที่มาใช้บริการ และมีความยืดหยุ่นในการปฏิบัติงาน มีความมุ่งมั่นให้งานสำเร็จ

3. Service & System การให้บริการแก่ผู้รับบริการและระบบการจัดการที่ไม่มีความซับซ้อน ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย การทำความเข้าใจให้ผู้มารับบริการรับทราบทุกวัน และจัดให้มีบริการลงทะเบียน แก่ผู้มารับบริการแบบ walk in มีการจัดและปรับเปลี่ยนระบบบริการให้สอดคล้องกับสภาพที่เป็นปัจจุบัน และระบบบริการสามารถยืดหยุ่นได้ตลอดเวลา

4. Support การสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอก เช่น การบริการอินเทอร์เน็ตจากหน่วยงานโทรคมนาคมแห่งชาติ (TOT) เพื่อรองรับการบันทึกข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน (real time) รถไฟฟ้าสำรองกรณีฉุกเฉินเมื่อเกิดเหตุการณ์ขัดข้องของการไฟฟ้า การสนับสนุนอุปกรณ์เฝ้าอำนวยความสะดวก โต๊ะเก้าอี้ จากโรงเรียนในพื้นที่ พัฒนจากวัด เต็นส์จากแขวงกรมทางหลวง12 รถสุขาเคลื่อนที่ของ



เทศบาลนครสงขลา น้ำดื่มบริจาจาก เครื่องวัดอุณหภูมิแบบมีน้ำยาแอลกอฮอล์จาก หอดูดาว จุฬารักษาความปลอดภัยจากตำรวจจราจร ทหารเรือช่วยแรงงานเพื่อขนย้ายของ เป็นต้น

1.3 ประชุมทีม AAR (After/Action/Review) ในช่วงเย็นทุกวัน โดยมีพยาบาลหัวหน้าทีมแต่ละจุด ร่วมประชุมปรึกษาหารือ เนื่องจากต้องมีการทำงานประสานกัน ในการ AAR หลังให้บริการ เช่น พบว่า ปัญหาผู้สูงอายุ ผู้พิการ จึงเปิดจุดบริการแบบ One stop service การปรับปรุงระบบบริการให้สามารถเข้าถึงได้สะดวก และกรณีพบปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ จะได้นำมาวางแผนแก้ไข และสื่อสารให้ทีมงานรับทราบและเข้าใจ นำไปสู่การปฏิบัติงานที่ตรงกัน กรณีที่มีปัญหาต้องการความช่วยเหลือการตัดสินใจจากผู้บริหารระดับสูง จะมีการเชิญท่านมาร่วมประชุมด้วยในเย็นวันศุกร์ของสัปดาห์

1.4 ทดสอบความพร้อมในการบริการ โดยทดลองใช้ศูนย์ฉีดวัคซีน เป็นครั้งแรกเมื่อ 4 มิถุนายน 2564 ให้แก่กลุ่มที่จะเดินทางไปประกอบพิธีฮัจญ์ ในต่างประเทศกว่าร้อยคน เป็นการจักระบบบริการ ก่อนเปิดทำการจริงของศูนย์ฯ จากเหตุการณ์นี้ เป็นจุดดีที่ทำให้ได้เห็นกระบวนการและขั้นตอนต่าง ๆ ที่ได้วางแผนไว้ เหมือนการได้ปฏิบัติจริง เพื่อนำมาปรับปรุงและแก้ไขก่อนวันเปิดดำเนินการ ที่รองรับผู้มารับบริการจำนวนมากกว่าพันคนต่อวัน การเปิดศูนย์ฯ โดยผู้ว่าราชการจังหวัดสงขลาเป็นประธานในพิธีเปิด นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด นายกเทศบาลนครสงขลาและผู้เกี่ยวข้อง ดำเนินการฉีดวัคซีนให้กับกลุ่มเป้าหมายกลุ่มแรก คือ กลุ่ม 608 (ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป รวมทั้งกลุ่ม 7 โรคเสี่ยง หญิงตั้งครรภ์) ซึ่งได้วางแผนเป้าหมายวันละ 800-1,200 คน

2. ระยะดำเนินการให้บริการฉีดวัคซีนแบบเบ็ดเสร็จ กระบวนการบริหารจัดการ

ในขณะนี้ ใช้เทคนิคการบริหารจัดการทางการแพทย์สู่ความสำเร็จตามเป้าหมาย โดยพยาบาลวิชาชีพกลุ่มการพยาบาลชุมชนได้รับมอบหมายเป็นผู้นำรับผิดชอบในการจัดการได้แก่ ด้านการบริหารงานทั่วไป ด้านการบริหารจัดการกำลังคน การค้นหาภาคีเครือข่ายทั้งที่เป็นภาครัฐและภาคเอกชนมาเข้าช่วยเหลือ ด้านสถานที่ในการจัดบริการฉีดวัคซีน การจัดการด้านงบประมาณ ด้านข้อมูลข่าวสาร การสื่อสารประชาสัมพันธ์ และ ด้านการประสานความร่วมมือทั้งภายในและภายนอกองค์กร ซึ่งเทคนิคที่นำมาใช้ประกอบด้วย

1. การสื่อสาร/การเจรจา (Communication) ความสามารถในการเจรจาต่อรองและการควบคุมสถานการณ์ให้เป็นไปตามที่กำหนดเป็นสิ่งสำคัญ การใช้วิธีการเจรจาต่อรอง การโน้มน้าวใจที่เหมาะสมเพื่อให้ผู้ฟังคล้อยตามทางความคิด และยอมรับปรับเปลี่ยนช่วยเหลือ เนื่องจากการให้บริการศูนย์ฯเป็นจุดที่รวมกลุ่มคนจากหลายหน่วยงาน ต่างคนต่างความคิด อีกทั้งมีผู้มารับบริการจำนวนมาก ทำให้การทำงานต้องมีทักษะการสื่อสารควบคู่ไปด้วย เพื่อให้การทำงานราบรื่นมากยิ่งขึ้น โดยทักษะการสื่อสารไม่ได้ใช้กับสมาชิกในทีมเท่านั้น แต่ยังนำไปใช้กับสหวิชาชีพอื่นๆ และประชาชนที่มาใช้บริการด้วย ซึ่งในบางครั้งการสื่อสารผิดพลาดไม่ตรงกันไม่เข้าใจกันอาจทำให้เกิดความบาดหมาง เกิด



ความเข้าใจผิด และเกิดปัญหาขึ้นได้ ดังนั้นทักษะการสื่อสารจึงเป็นทักษะพื้นฐาน ที่นำมาใช้ช่วยให้การประสานงานการให้บริการที่ราบรื่น ประชาชนเกิดความพึงพอใจ

2. การตัดสินใจ (Decision Making) การบริหารจัดการศูนย์ฉีดวัคซีน ได้นำเทคนิคในการตัดสินใจมาใช้ โดยการคิดยึดตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และกระบวนการตัดสินใจบางครั้งต้องอาศัยความคิดและการตัดสินใจจากสมาชิกในทีมร่วมด้วย เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ตามมา คือ ผู้มารับบริการได้รับวัคซีนเพิ่มจำนวนมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ Jansuk, Sirisooksilp, and Kanjug (2021) ที่กล่าวว่า การตัดสินใจที่จะกระทำการสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือหลายสิ่งหลายอย่าง เพื่อความสำเร็จตรงตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ ในทางปฏิบัติ การตัดสินใจมักเกี่ยวข้องกับปัญหาที่ยุ่งยากสลับซับซ้อน และมีวิธีการแก้ไขปัญหามากกว่าหนึ่งทางเสมอ

3. การสร้างสัมพันธภาพ (Relationship) ในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการ และเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ เป็นการเน้นสัมพันธภาพเชิงบริการ เพื่อให้ผู้มารับวัคซีนเกิดความพึงพอใจ เช่น การให้ข้อมูลการรับวัคซีน การสร้างความเชื่อมั่นในการรับบริการวัคซีน การพูดคุยเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ การใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายๆ และการคำนึงถึงผลประโยชน์ของผู้รับบริการ อีกทั้งการพูดคุยเพื่อรักษาไว้ซึ่งสัมพันธภาพ โดยจะต้องพูดให้ได้ประโยชน์ร่วมกันทั้งสองฝ่าย

4. การทำงานเป็นทีม (Team work) การจัดตั้งทีมผู้รับผิดชอบแต่ละจุดของศูนย์ฯ มีการสรรหาสมาชิกทีมที่มีความสามารถควบคุมกำกับ พุดคุยเข้าใจงานในทิศทางเดียวกัน เพื่อให้การทำงานมีความก้าวหน้า และต้องมีการประชุมปรึกษาพูดคุย ถึงปัญหาที่เกิดขึ้นจะวางแผนในการรับมือกับปัญหาที่คล้ายคลึงกันอย่างไร สำหรับการทำงานเป็นทีมให้ประสบผลสำเร็จนั้น สมาชิกทุกคนในทีมต้องร่วมมือร่วมใจกัน ดำเนินงานตามเป้าหมายและบทบาทหน้าที่ที่กำหนดไว้ ภายใต้อากาศที่อบอุ่นเป็นกันเองเคารพและให้เกียรติซึ่งกันและกัน มีการติดต่อสื่อสารที่ชัดเจนและร่วมกัน แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างเปิดเผย รวมทั้งเชื่อมั่นในศักยภาพของทีมและเปิดโอกาสให้ทีมงานได้คิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการจัดบริการ (Kheawchan & Chantuk, 2017)

5. เทคนิคการจัดคนให้เหมาะสมกับงาน (Put the right man on the right job) การจัดการกำลังคนให้เหมาะสมกับงาน เป็นการให้คนทำงานในสิ่งที่เขาถนัด โดยพิจารณาจากบุคลิกภาพ อุปนิสัย ทักษะ หรือศักยภาพที่คนๆ นั้นมี เพื่อปรับปรุงการทำงาน หรือปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ทางการจัดการ ในองค์กรให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น ซึ่งพบว่า ในการบริหารศูนย์ฉีดวัคซีนครั้งนี้ได้มีการสรรหาสมาชิกทีม และหัวหน้าทีมที่มีความเหมาะสม มีความพร้อม มีความตั้งใจมุ่งมั่นกับงานตั้งแต่ต้น ด้วยการจัดตั้งทีมทั้งหมด 9 ทีม ได้แก่ ทีมรองรับผู้รับบริการ ทีมคัดกรองความเสี่ยง ทีมลงทะเบียน ทีมเตรียมวัคซีน ทีมฉีดวัคซีน ทีมจัดระเบียบแถว ทีมสังเกตอาการหลังรับวัคซีน ทีมดูแลกรณีภาวะฉุกเฉิน และทีมเอกสารข้อมูลข่าวสาร



6. การบริหารเวลา (Time management) การจัดการบริการศูนย์ฯ เพื่อให้มีประสิทธิภาพ และการทำงานในหลาย ๆ จุด จึงต้องมีการวางแผนการใช้เวลา การจัดระบบระเบียบในการปฏิบัติงานอย่างเหมาะสม รวมถึงการกำหนดเวลาเริ่มต้น เวลาสิ้นสุดของการให้บริการในแต่ละวัน ตลอดจนการทำงานเสร็จสมบูรณ์ จึงต้องมีทักษะในการบริหารเวลาเพื่อให้การดำเนินการสำเร็จตามระยะเวลาที่ตั้งไว้ ตรงตามเป้าหมายที่สุด เช่น ในแต่ละวันหากมีการนัดผู้มารับบริการจากพื้นที่ชุมชนจำนวนมาก การนัดหมายเลื่อนเวลา หรือการเพิ่มจุดให้บริการเพื่อช่วยให้ระยะเวลาการรอคอยน้อยที่สุด ดังนั้นการจัดการเรื่องเวลาจึงมีความสำคัญช่วยลดความไม่พึงพอใจของผู้มารับบริการลงได้

7. การบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล (Human resource management) ศูนย์นี้ควักชั้นจะมีพยาบาลหัวหน้าทีมทำหน้าที่บริหารจัดการ ประสานงานทั้งในด้านบริหารจัดการคน เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ต่างๆ ให้มีความเหมาะสม ประสานงานผู้ปฏิบัติงาน หรือจิตอาสาที่มาจากหน่วยงานอื่น ๆ ซึ่งจะมีการกำหนดปริมาณบุคลากรหรือทีมงานประจำในจำนวนที่เหมาะสม หากผู้รับบริการจำนวนมาก จะต้องจัดบุคลากรให้เพียงพอต่อการดำเนินการ และเป็นไปได้ด้วยความเรียบร้อย บางครั้ง จำเป็นต้องขอความร่วมมืออัตรากำลังคนจากหน่วยงานอื่น เช่น เทศบาลนครสงขลา โรงพยาบาลฐานทัพเรือสงขลา โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา หรือจิตอาสา เป็นต้น

8. การแก้ปัญหา (Problem solving) ในการแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นมีกระบวนการคิดแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ หลักในการแก้ปัญหานั้นพื้นฐาน มี 4 ขั้นตอน คือ 1) ระบุปัญหาให้ชัดเจนเพื่อกำหนดเป้าหมาย (Define Problem) 2) หาสาเหตุที่แท้จริงให้พบ (Understand Causes) 3) หาวิธีแก้ที่ใช่ แล้วลงมือทำ (Implement Solutions) 4) ติดตามผลที่ได้และทำให้ยั่งยืน (Sustain Performance) ซึ่งในศูนย์ฯ มีปัญหาเกิดขึ้นมากมายทุกวัน ทั้งประเด็นบุคลากร อุปกรณ์ของใช้ หรือความคาดหวังของประชาชน เป็นต้น เช่น ทีมที่หมุนเวียนกันมาทำงานมีการปรับเปลี่ยนทุกวัน ต้องแก้ปัญหาด้วยการมีหัวหน้าเฉพาะรายวัน และกรณีอุปกรณ์ชำรุด เสียหาย มีการแก้ปัญหาโดยการจัดอุปกรณ์ และขอรับบริจาคไว้สำรอง ปัญหาการสื่อสารกับประชาชนจำนวนมากที่หมุนเวียนเปลี่ยนหน้าทุกวัน โดยการจัดทำเป็นคลิปวิดีโอ ขั้นตอนการรับบริการ ควบคู่กับป้ายประชาสัมพันธ์ เป็นต้น

9. การบริหารโดยยึดวัตถุประสงค์ (Management by Objective : MBO) (Drucker, 2005) การบริหารที่จัดให้แต่ละบุคคลได้ทำงานและมีความรับผิดชอบอย่างเต็มที่ มีทิศทางในการทำงานร่วมกันที่ชัดเจน มีการทำงานเป็นทีม ทำให้การประสานระหว่างเป้าหมายของบุคคลและขององค์กรเป็นไปอย่างดีและเรียบร้อย ซึ่งในการบริหารของพยาบาลผู้นำได้มีการกำหนดวัตถุประสงค์ คือกลุ่มเป้าหมายเร่งด่วน ได้แก่ ผู้สูงอายุ 7 กลุ่มโรคเสี่ยง หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฉีดวัคซีนก่อนและตามด้วยประชาชนอายุ 12 ปีขึ้นไป ให้ได้มากกว่าร้อยละ 70 และมีการทำงานตามแผนอย่างเป็นระบบ ครอบคลุมต่อเนื่อง เพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้ การบริหารตามวัตถุประสงค์นี้ จำเป็นต้องมีการกำหนดเป้าหมาย



ของงานโดยมีกลไกควบคุม เช่น ประชุมติดตามงาน การตรวจสอบเป็นระยะให้มีการปฏิบัติงานเป็นไปตามเป้าหมาย

10. อิทธิพลทางสังคม (Social Power) การบริหารจัดการศูนย์ฉีดวัคซีนได้มีการใช้แนวคิดภาวะผู้นำเกี่ยวกับอิทธิพลทางสังคม หรือใช้สังคมกดดัน แต่กดดันไปในทางที่ดี ซึ่งเป็นทฤษฎีอิทธิพลทางสังคม (social influence) (French & Raven, 2017) พลังที่สร้างการเปลี่ยนแปลงในความเชื่อ ทศนคติ หรือพฤติกรรมของบุคคลอันเป็นผลจากการกระทำของผู้ใช้อิทธิพล (influencing agent) อำนาจทางสังคม (social power) อำนาจในรูปแบบหรือประเภทต่างๆ ซึ่งผู้นำนำมาใช้ให้เกิดอิทธิพลทางสังคม (Sawatsaringkarn, 2017) ดังนั้น การจะช่วยให้กลุ่มเป้าหมายมารับการฉีดวัคซีน ต้องใช้อิทธิพลของผู้นำในหมู่บ้านในชุมชน รวมทั้งอำนาจของผู้นำท้องถิ่นมาช่วยจัดการ เช่น การนำคนงานต่างชาติประมงซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบางมารับการฉีดวัคซีน

11. ระบบลีน (Lean) คือ การปรับการบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ผ่านการลดกระบวนการทำงานที่ไม่สร้างมูลค่า การบริหารศูนย์ฉีดวัคซีนในช่วงแรก ๆ มีการคีย์ข้อมูลจำนวนมากซ้ำซ้อน บางอย่างไม่จำเป็น จึงนำระบบลีนมาช่วย เช่น ยกเลิกการป้อนที่ใบนัดหรือใบรับรองการรับวัคซีน เปลี่ยนเป็นให้ดูผ่าน Application หมอพร้อม หรือยกเลิกขั้นตอนการตรวจสอบชื่อจากกระดานบอร์ด ช่วยลดค่าใช้จ่ายกระดาษ หมึกพิมพ์ ลดเวลารอคอยของผู้มารับบริการต้องเข้าคิวตรวจสอบรายชื่อ ให้เป็นการใช้ย่นบัตรประชาชนใบเดียว

3. ระยะประเมินผล

การประเมินผลลัพธ์การบริหารจัดการศูนย์ฉีดวัคซีนของพยาบาลในการเป็นผู้นำบริหารจัดการบริการฉีดวัคซีนโควิด-19 ให้ประชาชนเข้าถึงอย่างเท่าเทียมและครอบคลุม: กรณีศึกษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลสงขลา ประเมินในช่วงระยะเวลาการดำเนินการ 6 เดือน (มิถุนายน – พฤศจิกายน 2564) ได้มีการวัดผลเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ

3.1 ผลลัพธ์เชิงปริมาณ ซึ่งบรรลุตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. จำนวนผู้มารับบริการวัคซีนโควิด19 ทั้งหมด (ข้อมูล ณ วันที่ 30 พ.ย.64) ได้เกินเกณฑ์เป้าหมายที่วางไว้ทุกกลุ่ม (เกณฑ์ 70%) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 กลุ่มเป้าหมายที่มารับบริการ

กลุ่มเป้าหมาย	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
กลุ่มประชาชนทั่วไป	170,521	153,512	90.03
กลุ่มผู้สูงอายุ	24,358	20,243	83.11
กลุ่มโรคเรื้อรัง	10,078	9,282	92.10



2. ความพึงพอใจของผู้มารับบริการฉีดวัคซีนโควิด-19 โดยการสุ่มตามความสะดวก (ผ่านการตอบแบบสอบถามรูปแบบออนไลน์โดยสร้างคิวอาร์โค้ด และส่งคำตอบเข้าในระบบแบบสอบถามออนไลน์) จากผู้รับบริการจำนวน 150 คน พบว่า ผู้มารับบริการมีความพึงพอใจระดับมากที่สุด ในทุกประเด็น ได้แก่ ระบบการให้บริการการเข้ารับวัคซีน ระบบการลงทะเบียน ระบบการให้บริการวัคซีน พฤติกรรมบริการเจ้าหน้าที่/บุคลากร และ ความเหมาะสมของอาคารสถานที่อยู่ในระดับความพึงพอใจมากที่สุด ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความพึงพอใจของผู้มารับบริการฉีดวัคซีนโควิด-19 (N=150)

ความพึงพอใจในการบริการ	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ร้อยละ	ระดับความพึงพอใจ
1. ระบบการให้บริการการเข้ารับวัคซีน	4.60	0.72	91.90	มากที่สุด
2. ระบบการลงทะเบียน	4.57	0.39	91.40	มากที่สุด
3. ระบบการให้บริการวัคซีน	4.56	0.72	91.17	มากที่สุด
4. พฤติกรรมบริการเจ้าหน้าที่/บุคลากร	4.74	0.48	94.71	มากที่สุด
5. ความเหมาะสมของอาคารสถานที่	4.67	0.67	93.40	มากที่สุด

3.2 ผลลัพธ์เชิงคุณภาพ เกิดนวัตกรรมในการดำเนินงานที่สามารถแสดงข้อมูลเชิงประจักษ์ ซึ่งช่วยให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการการฉีดวัคซีนได้อย่างเท่าเทียม และครอบคลุม ทั้งจากการสังเกตและจากการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง (พยาบาล อสม.จิตอาสา เจ้าหน้าที่ บุคลากร ประจำจุดต่างๆ) ดังนี้

1. การบริการ Walk in แบบนัดหมาย โดยใช้ “คู่มือบัตรเชิญ” จากเหตุผลความต้องการให้ผู้รับบริการเข้าใจง่าย ๆ ใช้ได้สะดวกและสามารถนำมารับบริการได้จริง โดยมีเอกสารแจ้งการนัดล่วงหน้าเหมือนมีใบเบิกทางมาแล้วได้ฉีดวัคซีนแน่นอน มีวิธีการทำเป็นคู่มือที่มีการระบุวันที่ เวลา และการนัดเหลือเวลา ระบุเป้าหมายประชากรจากพื้นที่แต่ละตำบลที่แน่นอน เป็นเหมือนบัตรเชิญ ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่เห็นเชิงประจักษ์คือ ผู้มารับบริการพึงพอใจ และมีผู้มารับบริการที่ถือคู่มือมากกว่า 90% จากจำนวนที่แจกจ่าย ช่วยให้กลุ่มผู้สูงอายุมารับบริการเพิ่มขึ้น 20,243 ราย (83.11%) รวมทั้งเป็นแบบอย่างให้จังหวัดอื่นๆนำไปใช้ด้วย

2. “คู่มือประมง” จากกลุ่มลูกเรือประมงเป็นกลุ่มแรงงานที่เข้าถึงบริการได้น้อย มีปัญหาในการรับข่าวสาร และมีโอกาสเกิดการติดเชื้อแบบคลัสเตอร์ (Cluster) ได้ ดังนั้น จึงใช้กลวิธีเร่งรัดให้ได้รับวัคซีน โดยทำการแจกจ่ายคู่มือประมง ผ่านทางสมาคมประมง ช่วยให้ได้รับบริการได้ง่ายขึ้นและทางศูนย์ก็สามารถทราบจำนวนเป้าหมาย ในการบริหารจัดการทรัพยากร จำนวนวัคซีนและบุคลากรผู้



ให้บริการ ผลลัพธ์ แรงงานประมง ทั้งคนไทยและต่างด้าวได้เข้าถึงและรับบริการวัคซีนเข็ม1 จำนวน 1,071 คน (93.04%)

3. คู่มือ “7- Eleven” ในช่วงหลังที่กลุ่มเป้าหมายมาฉีดวัคซีนเริ่มน้อยลงเพราะคนส่วนใหญ่มารับบริการแล้ว ดังนั้น คู่มือ 7- Eleven จึงเป็นวิธีการเข้าถึงชุมชนแบบเชิงรุก เนื่องจากเข้าถึงง่าย เป็นที่รู้จักของคนจำนวนมาก ผลลัพธ์ ประชาชนในเขตเทศบาลนครสงขลาได้รับวัคซีนเข็ม 1 (เป้าหมายและผลงานเฉพาะคนในเขตเทศบาลนครสงขลา) จำนวน 85.01% (ข้อมูล ณ 23 พ.ย.64)

4. กิจกรรม “ส่งความห่วงใย นำผู้สูงอายุมาฉีดวัคซีน” แม้ว่าสามารถให้บริการวัคซีนในกลุ่ม 608 ได้ถึง 85% แล้ว (Songkhla Provincial Public Health Office, 2021) แต่ก็ยังมีผู้สูงอายุบางส่วนที่ยังไม่ได้มารับวัคซีน จึงได้จัดกิจกรรมส่งความห่วงใย นำผู้สูงวัยมาฉีดวัคซีน โดยให้ผู้นำชุมชนอสม. ไปค้นหาและงมมือผู้สูงอายุมารับวัคซีน ระยะเวลา 1 สัปดาห์ หากนำมาได้จำนวนมากที่สุดก็จะได้รับเงินรางวัล พร้อมเกียรติบัตร ผลลัพธ์ สามารถนำผู้สูงอายุมารับการฉีดวัคซีนได้เพิ่มขึ้นอีกจำนวน 289 ราย (53.32%)

5. ช่องทางด่วนรกรงสำหรับผู้สูงอายุและผู้พิการที่ไม่มีญาติหรือผู้ดูแล และ อยู่ห่างไกลไม่มีรถโดยสารประจำทาง หรือไม่มียานพาหนะในการเดินทาง ทำให้เกิดความไม่สะดวกในการมารับบริการ จึงได้จัดบริการรถรับ-ส่ง มายังศูนย์ฉีดวัคซีน และให้พยาบาล มาฉีดวัคซีนบนรถราง โดยที่ไม่ต้องเข้าไปรับบริการภายในอาคารเหมือนกับประชาชนทั่วไป และไม่ต้องรอนาน เป็นคิวด่วนให้ ซึ่งสร้างความพึงพอใจแก่ผู้สูงอายุและผู้พิการ และเพิ่มการเข้าถึงบริการวัคซีน ผลลัพธ์ คือประชาชนมีความพึงพอใจมาก 100 % (ในรายที่ใช้บริการรถราง)

6. ช่องทางด่วน Drive through การฉีดวัคซีนให้บนรถ แก่ผู้ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ทำให้ผู้มารับบริการได้เข้าถึงบริการได้ง่ายสะดวกและไม่ยุ่งยาก อีกทั้งยังอำนวยความสะดวกแก่ผู้ที่มาคนเดียว หรือไม่มีญาติมาด้วย ช่องทางด่วนจึงเป็นทางเลือกและเป็นการบริหารจัดการ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับประโยชน์จากการมารับบริการครั้งนี้ได้มากที่สุด ผลลัพธ์ผู้มารับบริการเฉลี่ย วันละ 20-30 ราย และ มีความพึงพอใจมาก 100%

7. จุดบริการกลุ่มเสี่ยง แบบ One stop service (ได้อัฒจรรย์ เปิดโล่ง) การบริหารจัดการให้มีการฉีดวัคซีนแก่กลุ่มที่มาจากพื้นที่เสี่ยง พื้นที่ระบาด เช่น ชุมชนบาราเซาะห์ ชุมชนบ่อนวัว โรงงาน แพลตา เป็นต้น โดยไม่ต้องให้กลุ่มคนเหล่านี้ เข้าไปภายในอาคารศูนย์ฉีด เพื่อเป็นการป้องกันและควบคุมโรค หากมีผู้ที่มีความเสี่ยงสูง ผู้ที่ปกปิดข้อมูลมารับบริการ ผลลัพธ์คือ ไม่พบการติดเชื้อในศูนย์ฉีดวัคซีน

8. สร้าง campaign 10 วัน 100% เปิดช่องทางให้ทุกตำบล เข้าถึงบริการเป็นช่องทางด่วน (ใช้สถานที่ได้อัฒจรรย์เปิดโล่ง) โดยจัดพยาบาลวิชาชีพประจำพ.สต. ดำเนินการฉีดวัคซีน และ ติดตามประชาชนที่ยังไม่มาฉีด โดยแบ่งเป็น 4 ช่อง 4 สี ซึ่งจะให้ประชาชนในหมู่บ้านในตำบลนั้นๆเข้าไปฉีด



วัคซีนตามจุดนัดในช่องที่ตรงกับตำบลตนเอง จัดขึ้นเป็นระยะเวลา 10 วัน ผลลัพธ์ เมื่อสิ้นสุดระยะเวลา campaign ได้ 86.91 - 90.18%

นอกจากนี้ จากความคิดเห็นจากผู้เกี่ยวข้องที่ผู้เขียนได้ประเมินโดยใช้การสุ่มถามตามความสะดวกในการให้ข้อมูล เพื่อประกอบการรายงานผลการบริหารจัดการของศูนย์ฯ เพื่อให้เห็นภาพรวมการทำงานและวิธีการที่ช่วยให้งานประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ ดังข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง ทุกจุดบริการฉีดวัคซีน พบว่ามีประเด็นสำคัญ ดังนี้

1. พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการที่จุดลงทะเบียน (เป็นตัวแทนที่คัดเลือกผู้ปฏิบัติงานจากประวัติการทำงานที่เป็นที่ยอมรับ) กล่าวถึงการทำงานว่า มีความรู้สึกดีและมีความภาคภูมิใจ ที่ได้รับเลือกให้อยู่ในจุดที่ต้องเจอจาต่อรอง เนื่องจาก หวัหน้าทีมและพยาบาลผู้ร่วมทีม ต้องมีทักษะการสื่อสาร เจรจาต่อรองกับผู้รับบริการ โดยสอดคล้องกับทฤษฎี หลักของความสามารถ (Technical Competency) ของ Chantarothon (2019) การจัดบุคคล ตามหลักความรู้ความสามารถซึ่งจุดนี้ เราต้องหาความรู้ อพเทสสถานการณ์โรค การรู้กว้าง รู้ในหลายๆด้าน และให้ความเห็นตรงกันว่า หากมีสถานการณ์คล้ายกรณีนี้ในอนาคต หรือมีการเปิดศูนย์ฉีดวัคซีนอีกครั้ง การบริหารระบบจัดคนให้ตรงกับความสามารถนี้มีความเหมาะสม โดยสอดคล้องกับทฤษฎีหลักของการแบ่งงานกันทำ (Division of Labor) (Kaewsanan & Chirinung, 2021) การสร้างความชัดเจน และความสมดุลระหว่างหน้าที่กับความรับผิดชอบโดยการแบ่งงานกันทำเช่น อสม.ทำหน้าที่รับลงทะเบียน พยาบาลวิชาชีพ ทำหน้าที่ในการให้คำแนะนำ และการให้คำปรึกษา และผู้ปฏิบัติหน้าที่แสวงหาข้อมูลใหม่ มีความกระตือรือร้น การพูดคุยด้วยน้ำเสียงที่เป็นมิตร มีจิตใจในการบริการ ทำให้การบริหารจัดการในจุดลงทะเบียนประสบความสำเร็จและผ่านลุล่วงไปได้ด้วยดี

2. ทหารที่มาช่วยดูแลความเรียบร้อย ที่เป็นผู้แทนกลุ่มจากความสมัครใจในการให้ข้อมูล ว่ามีความรู้สึกดีใจ และภูมิใจที่ได้รับใช้ประชาชน ได้ช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกให้กับประชาชน โดยการช่วยเหลือเงินให้คนชรา ผู้พิการ ช่วยขนของที่บางครั้งก็รู้สึกเหนื่อย ท้อ แต่ก็ยอมเหนื่อยเพื่อให้ประชาชนได้รับวัคซีน

3. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่เป็นผู้แทนกลุ่มจากความสมัครใจในการให้ข้อมูล ว่ามีความรู้สึกดีใจ ประทับใจ และมีความภาคภูมิใจที่ได้มาเป็นจิตอาสาในศูนย์ฯ การจัดระบบงานมีแผนดำเนินงานที่ดี เป็นระบบ มีการแบ่งสัดส่วนงานผู้รับผิดชอบ เจ้าหน้าที่ ทำให้ประสบความสำเร็จในการให้บริการแก่ผู้รับบริการ

4. พยาบาลฉีดวัคซีน ที่เป็นผู้แทนกลุ่มจากความสมัครใจในการให้ข้อมูล กล่าวว่าการจัดระบบงานมีการตั้งเกณฑ์ในการคัดแยกผู้ที่เข้ามารับวัคซีน การแบ่งงานกันทำ (Division of Labor) การสร้างความชัดเจน การแบ่งงานกันทำถือว่าเป็นความรับผิดชอบที่เป็นทางการ (Chantarothon, 2019) การ



แบ่งหน้าที่ในการทำงานทำให้ระบบงานลื่นไหล มีการบริหารคนเข้าออกรับวัคซีนได้เร็วยิ่งขึ้น การจัดระบบได้เป็นระเบียบและสะดวกมากยิ่งขึ้น

5. เจ้าหน้าที่ทำความสะอาดศูนย์วัคซีน ที่เป็นผู้แทนกลุ่มจากความสมัครใจในการให้ข้อมูล ว่าการแบ่งโซนการรับฉีดชอบทำความสะอาด ลักษณะของงานที่เพิ่มมากขึ้น หรือการปรับเปลี่ยนจำนวนผู้รับฉีดชอบทำความสะอาดแต่ละโซน เพื่อให้ทำงานที่ได้รับมอบหมายให้สำเร็จลุล่วง บรรลุตามแผนที่วางไว้

6. หัวหน้าผู้รักษาความปลอดภัย ดูแลประตูทางเข้า-ออกของศูนย์ฉีดวัคซีน ที่เป็นผู้แทนกลุ่มจากความสมัครใจในการให้ข้อมูล สะท้อนว่า รู้สึกเป็นเกียรติอย่างยิ่งที่ได้รับฉีดชอบในการปฏิบัติหน้าที่ นอกเหนือจากการการนั่งที่ประตูแล้ว ได้มีหน้าที่ในการจัดระเบียบเรียบร้อยของรถ ได้ช่วยเหลือในการเข็นรถนั่ง (wheelchair) สำหรับผู้สูงอายุ ได้เห็นถึงระบบการบริหารงานที่เป็นขึ้นเป็นตอนการทำงานของทุกภาคส่วนเป็นไปอย่างลงตัว

7. พยาบาลในจุดบริหารวัคซีน ที่เป็นผู้แทนกลุ่มจากความสมัครใจในการให้ข้อมูล ว่ามีการปรับตัวเข้ากับสถานการณ์การทำงาน การทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ มีความร่วมมือเป็นอย่างดีมาทำงานด้วยความตั้งใจ

จากการประเมินผลภาพรวมดังกล่าว สะท้อนถึงความสำเร็จจากการบริหารจัดการของศูนย์ฯ ด้วยการทำงานร่วมกันเป็นทีม และทุกฝ่ายมีส่วนร่วมในการคิด วางแผน และลงมือทำตลอดระยะเวลาที่ต่อเนื่อง อยู่ภายใต้สถานการณ์และข้อจำกัดที่เหมือนกัน แต่มีความมุ่งมั่นในการทำงานเพื่อเป้าหมายเดียวกัน ซึ่งสอดคล้องกับปัจจัยพื้นฐานที่จะทำงานให้สำเร็จ ประกอบด้วย ความพร้อมในการทำงานของบุคลากร ความพร้อมด้านทรัพยากร และนโยบายการบริหารงานของผู้นำองค์กร (Komol, 2020)

แนวคิดที่ใช้ในการบริหารจัดการบริการฉีดวัคซีนโควิด19 สู่ความสำเร็จ

จากการถอดบทเรียนและวิเคราะห์องค์ความรู้ที่ได้จากการบริหารจัดการบริการฉีดวัคซีนโควิด-19 ด้านความสำเร็จบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ คือ ประชาชนในพื้นที่ที่รับฉีดชอบได้รับวัคซีนมากกว่าร้อยละ 70 และสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเท่าเทียมและครอบคลุมทั้งกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส และ 7 กลุ่มโรคเรื้อรัง รวมถึงประชาชนทั่วไป และ ประชาชนผู้มารับบริการพึงพอใจ มีการแสดงความชื่นชมในสื่อต่างๆมากมาย ไม่เกิดข้อร้องเรียน พบว่า มีปัจจัยหลายประการเริ่มจากการวางแผนเตรียมความพร้อมที่ดี การมีนโยบายของผู้บริหารระดับสูงที่ชัดเจน การมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงานผู้รับผิดชอบ การมีส่วนร่วมและสนับสนุนจากภาคีเครือข่าย การมีทักษะในการบริหารจัดการแบบเบ็ดเสร็จ (Kheawchan & Chantuk, 2017) อีกทั้งใช้ทักษะต่าง ๆ ประกอบด้วย การสื่อสาร/การเจรจา การตัดสินใจ การสร้างสัมพันธภาพ การทำงานเป็นทีม เทคนิคการจัดคนให้เหมาะสมกับงาน การบริหารเวลา การบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล การแก้ปัญหาเฉพาะหน้า การบริหารโดยยึดวัตถุประสงค์ รวมถึงการตระหนักถึงอิทธิพลทางสังคม และการลิ้นระบบ มาใช้ใน



การดำเนินงานศูนย์วัคซีนในครั้งนี้ รวมทั้งยังได้มีการนำแนวคิด ทฤษฎีเชิงระบบ กลวิธีการระดมสมอง และหลักการสร้างสุขในการทำงาน มาปรับใช้ในการทำงานดังนี้

1. ทฤษฎีเชิงระบบ (Kheawchan & Chantuk, 2017) ปัจจัยนำเข้า (inputs) กระบวนการ (process) ผลผลิต (outputs) การจัดสรรปัจจัยนำเข้า เพื่อให้ได้ผลลัพธ์/ ผลผลิต คือจำนวนกลุ่มเป้าหมายมารับบริการ การบริการ (services) ขบวนการให้บริการวัคซีน หรือ ความพึงพอใจของบุคลากร ผู้ให้บริการด้วย นอกจากนี้ยังมีการย้อนกลับ (feedback) จากผลลัพธ์ไปที่ปัจจัยนำเข้าเพื่อไปใช้ในการปรับปรุงกระบวนการบริหารอย่างต่อเนื่อง สิ่งที่ต้องดูไปคือคุ้มค่าหรือไม่ เช่น มีการจัดทีมรองรับผู้มารับบริการจำนวนมาก แต่หากผู้มารับบริการ ไม่ได้จำนวนตามเป้าหมาย เกิดการสูญเสียทรัพยากร คน เงิน ของ และเวลา มีการรวบรวมข้อมูลหาจุดบกพร่อง คิดค้นนวัตกรรมในการช่วยเหลือให้งานประสบความสำเร็จ แล้วจึงนำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขข้อผิดพลาดต่อไป

2. กลวิธีการระดมสมอง (Brainstorming) หรือ ระดมความคิด (Suksawang, 2021) เพื่อปลูกไอเดียสร้างสรรค์ เนื่องจากการจัดบริการศูนย์วัคซีนครั้งนี้ มีบุคลากรในการปฏิบัติงานวันละ 50-70 คน แต่ละคน มาจากแต่ละฝ่ายต่างมีความถนัดที่แตกต่างกัน การระดมความคิดเห็นเป็นเทคนิคหนึ่งที่นิยมนำมาใช้เพื่อหาไอเดียสร้างสรรค์ใหม่ ๆ หรือใช้ในการระดมความคิดเพื่อแก้ไขปัญหา จากหลาย ๆ มุมมองให้ทุกคนได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ การระดมความคิดให้ได้ปริมาณมากที่สุด และ สรุปออกมาเป็น 3 กลุ่ม ไอเดียที่ดีพร้อมไปดำเนินการได้ ไอเดียดีรอการพิจารณา และ ไอเดียที่ต้องพิจารณา เช่น การให้บริการฉีดวัคซีนกับผู้สูงอายุที่เดินทางลำบาก มีการระดมสมอง เกิดข้อเสนอได้นวัตกรรมบริการ drive through หรือบริการฉีดในรถรางรับส่ง เป็นต้น สอดคล้องกับ Sawekwihari (2017) รูปแบบที่ดีที่สุด ความคิดแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันจะทำให้ได้มุมมองที่แตกต่างและมีความสมบูรณ์ของงานมากยิ่งขึ้น ทำให้เกิดนวัตกรรมสิ่งใหม่เกิดขึ้นมากมาย

3. หลักการสร้างสุขในการทำงาน การสร้างบรรยากาศให้ทุกคน ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ การสร้างสัมพันธภาพที่ดีในทุกระดับ พยายามผู้นำทีมจึงมีความสำคัญมากในการบริหารคนและงานให้มีความสุขและสร้างสุขในการทำงาน การมีความจริงใจกับเพื่อนร่วมงาน ปลูกความรักสามัคคี การสร้างสัมพันธ์ที่ดี แก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการผูกมิตรและการสื่อสารที่ชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับความสุขของคนทำงานของ Diener (2022) การมีความคิดเชิงบวก รู้สึกมีความสุขกับงานไม่ว่างานนั้นจะมีลักษณะอย่างไร จะสามารถรับมือกับงานนั้นได้เสมอ

สรุป

จากการจัดบริการศูนย์วัคซีน พบว่า ความสำเร็จด้านการฉีดวัคซีนให้แก่ประชาชน ได้ผลบรรลุตามเป้าหมาย และประสบความสำเร็จในด้านของการจัดการระบบ ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจใน



ระดับมากที่สุด โครงสร้างของการบริหารจัดการที่เกิดขึ้นจากกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงอย่างเท่าเทียมและครอบคลุม สามารถนำมาเป็นต้นแบบในการบริหารจัดการที่เหมาะสม ที่ควรประยุกต์ใช้ในอนาคต โดยเฉพาะกับสถานการณ์ฉุกเฉินที่มีลักษณะคล้ายคลึงได้ สิ่งที่ได้ นอกเหนือจากผลลัพธ์ที่เห็นเป็นรูปธรรมแล้ว ยังเกิดผลลัพธ์ในมิติอื่น คือสัมพันธภาพที่ดีของผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ โดยพบว่าบุคลากรทุกภาคส่วนที่ได้ช่วยเหลือสนับสนุน ชะท้อนว่าทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อทีมสหวิชาชีพ มีความสุขและเป็นเครือข่ายการทำงานที่ดีในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการวิจัยประสิทธิผลของการบริหารจัดการศูนย์ฉีดวัคซีนชนิดอื่น ๆ โดยใช้แนวคิดการบริหารจัดการแบบเบ็ดเสร็จ ด้านการศึกษา ควรนำผลการถอดบทเรียนในงานครั้งนี้ไปแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับนักศึกษาสาขาการบริหารทางการแพทย์ และ ด้านการบริการพยาบาลควรนำกลวิธีการบริหารจัดการของพยาบาลในการเป็นผู้นำการบริหารจัดการศูนย์ฯ ไปปรับใช้กับการบริหารจัดการบริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่มารับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ รวมทั้งในสถานการณ์ภัยพิบัติที่ต้องการการจัดการแบบสหวิชาชีพในเชิงรุกกับชุมชน

รายการอ้างอิง (References)

- Chantarothon, N. (2019). Strategy of Modern Organization Management Administration. *Journal of Industrial Education, Rajamangala University of Technology Thanyaburi*, 7(2), 60-70.
- Diener, E. (2022). *Happiness: the science of subjective well-being*. In R. Biswas-Diener & E. Diener (Eds), *Noba textbook series: Psychology*. Champaign, IL: DEF publishers. Retrieved from <http://noba.to/qnw7g32t>
- Drucker, P.F. (2005). *Concept of Peter Drucker*. Retrieved January 22, 2022 from http://file.siam2web.com/cmmmba/peter_drucker1.pdf.
- French, J., & Raven, B. (2017). *5 Forms of Power*. Retrieved December 21, 2021, from: <https://drpiyanan.com/2017/05/30/leadership-7/>
- Government of Thailand. (2021). *Ministry of Public Health to provide 100 million doses of vaccine to people by 2021*. Retrieved November 27, 2021, from: <https://www.thaigov.go.th/news/contents/details/43954>.
- Jansuk, J., Sirisooksilp, S., & Kanjug, P. (2021). Decision Making for School Administrators. *Udon Thani Rajabhat University Journal of Humanities and Social Science*, 10(2), 223-238.



- Kaewsanan, K. & Chirinung, P. (2021). Organization Management to Success. *Journal of Buddhist Sociology Rajamangala University of Technology Rattanakosin*. 6(4), 88-108.
- Kheawchan, K., & Chantuk, T. (2017). *Teamwork to increase work efficiency*. Retrieved November 7, 2021, Retrieved from <https://so01.tci-thaijo.org/index.php/journaldtc/article/download/135704/101384/>.
- Komol, S. (2020). *Report on the study of organizational management measures in Phrae situation. Outbreak of covid-19 Division of Non-Communicable Diseases, Year2020*. Retrieved December 13, 2021 from <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1169820210818084708.pdf>
- Sawatsaringkarn, P. (2017). *5 Forms of Power [French & Raven] Encyclopedia of Administration and Management*. Retrieved November 26, 2021. from <https://drpiyanan.com/2017/05/30/leadership-7>.
- Sawekwihari, N. (2017). *Factors Affecting Service Satisfaction of Ramathibodi Hospital*. Retrieved December 13, 2021 from: http://ethesisarchive.library.tu.ac.th./thesis/2017/TU_2017_5802030428_5885_6091.pdf
- Songkhla Provincial Public Health Office. (2021). *Information System for Information Management of COVID-19, Songkhla Province*. Retrieved November 27, 2021 from <https://healthcare.skho.moph.go.th/>
- Suksawang, S. (2021) *Brainstorming, Creative Techniques and Innovation Development*. Retrieved December 2021 from <https://www.sasimasuk.com/15847806/brain-writing>.



แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ใช้บริการที่ใช้กัญชาทางการแพทย์

Integrative Guidelines for the Nursing Care of Patients Using Cannabis for Medicinal Purposes

โหมพักตร์ มณีวัต¹, ศศิกานต์ นิมมานรัชต์², พุฒิสักดิ์ พุทธวิบูลย์,
ยุพาดี ขันทบัลลัง³, ดวงสุดา ศิริปิณฑุมิ^{1*}, สุมามิตา สวัสดิ์ดิโนนาท¹,
สหัส บิลละห์², ปิยะนันท์ วงศ์กลางกูร², ศุภวัฒน์ เลหาวิริยะกมล²

Khomapak Maneewat¹, Sasikaan Nimmaanrat², Puttisak Puttawibul²,
Yupawadee Kantabanlang³, Duangsuda Siripituphum^{1*}, Sumamita Sawasdinanart¹,
Sahas Bilalee², Piyanun Wangkulangkul², Suphawut Laohawiriyakamol²

(Received: May 30, 2022; Revised: August 2, 2022; Accepted: September 7, 2022)

บทคัดย่อ

ประเทศไทยมีประกาศให้นำกัญชามาใช้ทางการแพทย์ได้ถูกต้องตามกฎหมายในปี พ.ศ. 2562 ทำให้เกิดกระแสความนิยม มีผู้ใช้บริการที่นำมาใช้และที่ต้องการใช้เพิ่มขึ้น พยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิกจึงมีโอกาสดูแลผู้ป่วยหรือให้การดูแลผู้ใช้บริการกลุ่มนี้ ปัจจุบันความรู้เกี่ยวกับกัญชาเพื่อการแพทย์ไม่มีการจัดสอนในหลักสูตร การฝึกอบรมยังไม่แพร่หลาย อีกทั้งยังไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ประกาศใช้ในประเทศไทย ร่วมกับแนวปฏิบัติและองค์ความรู้ที่มีอยู่ในขณะนี้พัฒนาขึ้นในบริบทอื่น จึงอาจส่งผลต่อสมรรถนะในการดูแลผู้ใช้บริการได้ แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ใช้บริการที่ใช้กัญชาทางการแพทย์ฉบับนี้ พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบตามขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติจากแนวปฏิบัติที่มีอยู่แล้วโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุดที่มีอยู่ในปัจจุบัน ผ่านการประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านกัญชาทางการแพทย์ภายใต้ความร่วมมือระหว่างวิชาชีพแพทย์และพยาบาลและความสัมพันธ์สอดคล้องกับการปฏิบัติในองค์กรวัฒนธรรมสุขภาพของไทย

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

¹ Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

² คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

² Faculty of Medicine, Prince of Songkla University

³ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราญบุรีธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

³ Boromarajonani College of Nursing Suratthani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

* Corresponding Author: duangsuda.wo@psu.ac.th



แนวปฏิบัติ ประกอบด้วย 4 หมวดหมู่หลัก 22 ข้อย่อย หมวดที่ 1 ความรู้พื้นฐานที่จำเป็นเกี่ยวกับกัญชาเพื่อการแพทย์ ประกอบด้วย 8 ข้อเสนอแนะย่อย หมวดที่ 2 การดูแลผู้ใช้บริการที่ใช้กัญชาเพื่อการแพทย์ ประกอบด้วย 6 ข้อเสนอแนะย่อย หมวดที่ 3 การบริหารยาหรือผลิตภัณฑ์กัญชาเพื่อการแพทย์ ประกอบด้วย 4 ข้อเสนอแนะย่อย และหมวดที่ 4 จริยธรรมในการบริหารยาหรือ/ผลิตภัณฑ์กัญชาเพื่อการแพทย์ ประกอบด้วย 4 ข้อเสนอแนะย่อย แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นนี้จะนำไปสู่ขั้นตอนการวางแผนนำไปทดลองใช้กับประชากรเป้าหมาย (Implementation of guidance) ประเมินผลลัพธ์ ประสิทธิภาพ ความยืดหยุ่นในการใช้ ความง่าย ความเป็นไปได้ในการใช้ ปัจจัยสนับสนุน ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อประกาศใช้ต่อไป

คำสำคัญ: กัญชาทางการแพทย์ แนวปฏิบัติการพยาบาล ความรู้เกี่ยวกับกัญชา

Abstract

In 2019, Thai federal government has announced the legal use of cannabis in medical care. Since then, the number of cannabis users has been rising up due to its popularity. Resulting in a higher chance of nurses and other healthcare providers in dealing with this group of patients. Presently, medical cannabis knowledge is relatively new and not yet integrated in nursing curriculum and its training course is barely widespread. Moreover, there is no ideal nursing practice guideline announced in Thailand that could develop in other contexts. Hence, it may affect the performance of nurses towards the patients. Culturally sensitive holistic-integrative nursing guidelines for the nursing care of patients using cannabis for medical purposes was therefore developed based on the current best available evidence using the ADAPTE process for guideline adaptation proposed by the ADAPTE collaboration and the drafting guideline was also approved by expert panels and revised as suggested.

This final draft guideline consisted of 4 main categories with 22 sub-sections, including; essential knowledge of medical cannabis in section 1 which was contained with 8 sub-recommendations. Section 2 was provided with the best care for medical cannabis users which was obtained with 6 sub-suggestions. Section 3 was about administration of medicines or medicinal cannabis products which was consisted of 4 sub-advice. Finally, section 4, concerned about ethics in the administration of medicines or medicinal cannabis products which was consisted of 4 sub-suggestions. The developed guidelines would lead to the planning process for trials with the target population in implementation of guidance, results evaluation, effectiveness, flexibility, easiness, feasibility in usage, contributing factors, and obstacles in practicing for further promulgation.



Keywords: Cannabis for Medical Purposes, Integrative Nursing Guidelines, Medical cannabis knowledge

บทนำ

นับตั้งแต่ประเทศไทยมีประกาศให้นำกัญชามาใช้ทางการแพทย์ได้ถูกต้องตามกฎหมาย ทำให้มีการตื่นตัวของทุกภาคส่วนรวมทั้งการแพทย์และสาธารณสุข แต่ในปัจจุบันข้อสรุปจากหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ที่คุณภาพดีถึงปานกลางมีจำกัด สนับสนุนประสิทธิผลหรือประโยชน์ในการใช้เฉพาะบางกลุ่มโรค หรือพิจารณาใช้ในกรณีที่แผนการรักษาตามมาตรฐานที่มีอยู่แล้วไม่ได้ผล แต่ไม่แนะนำให้ใช้เป็นทางเลือกแรกในการรักษา (Allan et al., 2018; Department of Health, 2018; MacCallum & Rosso, 2018; Nugent et al., 2017; Queensland Health, 2018; Russell, et al., 2018) ซึ่งสวนทางกับกระแสความนิยมในการใช้กัญชาทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทยที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว การประกาศใช้ในระยะเวลาดังกล่าวและรวดเร็วในขณะที่การศึกษาประสิทธิผล วิธีการนำมาใช้ และความปลอดภัยยังไม่ประจักษ์ชัดเจน ร่วมกับยังไม่มีการจัดสอนในหลักสูตร หรือการฝึกอบรมยังไม่แพร่หลาย ดังนั้นการนำสารสกัดกัญชามาใช้เพื่อการแพทย์จึงนับเป็นเรื่องใหม่ ไม่ได้มีข้อกำหนดหรือประกาศชัดเจนที่มีผลบังคับใช้เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่รับผิดชอบของวิชาชีพพยาบาลเกี่ยวกับกัญชาเพื่อการแพทย์ โดยวิชาชีพพยาบาลมีความรับผิดชอบทางจริยธรรมในการดูแลผู้ให้บริการที่น่าผลิตภัณฑ์สารสกัดกัญชามาใช้ทางการแพทย์ หรือยาตำรับแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม บนพื้นฐานองค์ความรู้ที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อลดความเสี่ยง อันตราย และเพิ่มความปลอดภัย เพื่อให้ผู้ให้บริการได้ประโยชน์จากการใช้อย่างสูงสุด

แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ให้บริการที่ใช้กัญชาทางการแพทย์ฉบับนี้จึงพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับกัญชาเพื่อการแพทย์ที่ดีที่สุดที่มีอยู่ในปัจจุบันตามขั้นตอน (integrative literature review) พัฒนาขึ้นเป็นข้อเสนอแนะ ตามแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติจากแนวปฏิบัติที่มีอยู่แล้วให้เหมาะสมกับระบบบริการสุขภาพในบริบทวัฒนธรรมไทย เพื่อเป็นแนวทางการตัดสินใจในคลินิกสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ให้บริการเฉพาะราย เพื่อลดความเสี่ยง ส่งเสริมความปลอดภัย ได้ประโยชน์ทางการรักษา เกิดผลลัพธ์สุขภาพทางบวก มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นจากการใช้ ซึ่งแนวปฏิบัตินี้ควรใช้ควบคู่กับแนวปฏิบัติมาตรฐานอื่นที่เกี่ยวข้องร่วมกับการติดตามการเปลี่ยนแปลงของการพัฒนาองค์ความรู้ ตลอดจนข้อกฎหมาย หรือ ประกาศที่เกี่ยวข้องที่ทันสมัยเป็นปัจจุบันอยู่เสมอ



ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ให้บริการที่ใช้กัญชาทางการแพทย์ในครั้งนี้ ใช้ระเบียบวิธีการพัฒนาแนวปฏิบัติจากแนวปฏิบัติที่มีอยู่แล้ว (guideline adaptation) ซึ่งเป็นการนำแนวปฏิบัติที่มีอยู่มาดัดแปลงปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบท ตามขั้นตอน ADAPTE methodology ของ Adaptation Working Group (ADAPTE II Collaboration, 2010; AGREE Next Steps Consortium, 2019; Dizon, et al., 2016)

การพัฒนาข้อเสนอแนะโดยประยุกต์ดัดแปลงจากข้อเสนอแนะของแนวปฏิบัติคุณภาพที่ดีที่พัฒนาขึ้นโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based guidelines) ที่มีอยู่แล้วอย่างเป็นระบบ โดยคำนึงถึงความเหมาะสมของบริบทการนำไปใช้ (Contextualization) (Fervers et al., 2011; Schünemann et al., 2017) ร่วมกับแนวคิดการปรับแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นในประเทศพัฒนาแล้วให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศกำลังพัฒนา (Guideline contextualization approach) โดยคำนึงระบบการดูแล การปฏิบัติของบุคลากร ลักษณะเฉพาะของผู้ให้บริการ และทรัพยากร (Gonzalez-Suarez et al., 2013) รวมทั้งนโยบายกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ประกาศ กฎระเบียบข้อบังคับ กฎหมายของประเทศ ตลอดจนการเพิ่มเติมองค์ความรู้ใหม่ที่เกี่ยวข้องที่ดีที่สุดที่มีอยู่ในปัจจุบันเพื่อให้มีความทันสมัย ใช้เป็นแนวทางการตัดสินใจในการปฏิบัติเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ที่มีคุณภาพมาตรฐาน ลดความต่างหรือความหลากหลายในการปฏิบัติ ประกันคุณภาพการปฏิบัติเพื่อเพิ่มผลลัพธ์สุขภาพทางบวกให้กับผู้ให้บริการ (Dizon et al., 2016; Dizon, Machingaidze, & Grimmer, 2016) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. กำหนดชื่อ ขอบเขต เป้าหมายของแนวปฏิบัติที่ต้องการพัฒนา

เริ่มจากการพิจารณาความจำเป็นในการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ วิเคราะห์อธิบายความเป็นเหตุเป็นผล ความจำเป็น ประโยชน์ที่ได้จากการพัฒนาแนวปฏิบัติ ทบทวนนโยบายที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันกำหนดวัตถุประสงค์ของการพัฒนาแนวปฏิบัติ กำหนดประชากรเป้าหมาย ลักษณะหน่วยงานองค์กรที่จะใช้แนวปฏิบัติ ระยะเวลาในการดำเนินการ งบประมาณในการจัดทำ โดยนำแนวคิดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมก่อนเริ่มมาเป็นแนวทางในการกำหนดคำถามหลักที่จะตอบในแนวปฏิบัติ ยึดตามแนวคิด PICO (Schardt, Adams, Owens, Keitz, & Fontelo, 2007) กำหนดประเด็นหลัก หัวข้อที่จำเป็น ประเด็นการปฏิบัติที่สำคัญและการนำไปศึกษาเพิ่มเติม คำถามเฉพาะที่ได้กำหนดเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติฯ ดังนี้

- | | |
|------------------------|---|
| P: Population | ผู้ให้บริการที่ใช้หรือสนใจจะใช้กัญชาทางการแพทย์ |
| I: Intervention | การพยาบาล/แนวปฏิบัติการดูแล |
| C: Comparison/ context | บริบทโรงพยาบาลของไทย |



O: Outcomes

เพื่อลดความเสี่ยง ส่งเสริมความปลอดภัย ได้ประโยชน์ทางการรักษา
เกิดผลลัพธ์สุขภาพทางบวก

โดยร่างกำหนดขอบเขตของแนวปฏิบัติได้จากความเห็นพ้องต้องกันของทีม แล้วนำเสนอเพื่อขอคำปรึกษาเพื่อปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ ผลที่ได้นำไปอภิปรายขอข้อคิดเห็นจากตัวแทนของกลุ่มต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างครบถ้วน โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มผู้ให้บริการ พยาบาลที่จะใช้แนวปฏิบัติ เพื่อให้ครอบคลุมประชากรทุกกลุ่ม ก่อนนำมาพิจารณาแก้ไขเป็นฉบับสุดท้าย หลังจากนั้นเมื่อได้ขอบเขตฉบับสุดท้ายแล้วจะเผยแพร่ให้กับผู้ที่เกี่ยวข้องทราบ เพื่อยืนยันความถูกต้องเหมาะสมอีกครั้ง ในการนี้ได้กำหนดผู้เขียนแนวปฏิบัติ 1 คน ส่วนสมาชิกที่เหลือทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์สังเคราะห์ข้อเสนอแนะ การสร้างฉันทามติ พันธะสัญญาการให้คำมั่นของทีมวิจัยที่จะมุ่งมั่นพัฒนาแนวปฏิบัติ

2. การทบทวนวรรณกรรมก่อนเริ่ม (Preliminary systematic literature review) โดยทำการค้นคว้าสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากองค์ความรู้ งานวิจัย โดยเฉพาะแนวปฏิบัติฯ เกี่ยวกับการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ที่มีอยู่ในปัจจุบันทั้งในและต่างประเทศอย่างเป็นระบบ รวมทั้งการพิจารณาคุณภาพระดับความน่าเชื่อถือ ประเมินความเพียงพอ ความครอบคลุม ความเป็นไปได้ ของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่จะนำมาใช้พัฒนาแนวปฏิบัติ พิจารณาความน่าเชื่อถือของแนวปฏิบัติที่มีอยู่ ความครอบคลุมในประเด็นที่ต้องการพัฒนาแนวปฏิบัติ ตลอดจนคุณภาพและระดับของคำแนะนำของแนวปฏิบัติ

สำหรับแนวปฏิบัติที่เลือกมาพัฒนาเป็นข้อเสนอแนะในแนวปฏิบัติฉบับนี้ ได้แก่ แนวปฏิบัติพยาบาลในการดูแลผู้ใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ โดยคณะกรรมการพยาบาลวิชาชีพของรัฐประจำสภาแห่งชาติ (National Council of State Boards of Nursing: NCSBN, 2017, as cited in American Cannabis Nurse Association, 2017) ในสหรัฐอเมริกา สมาคมพยาบาลแคนาดาและสหพันธ์พยาบาล (Registered Nurse Association of Ontario, 2017) และพยาบาลผดุงครรภ์แห่งออสเตรเลีย (Hillier, et al., 2011) ขอบเขตมาตรฐานการปฏิบัติของพยาบาลสำหรับผู้ใช้สารสกัดกัญชาองค์ประกอบของแนวปฏิบัติคล้ายคลึงกัน ข้อเสนอแนะมีความสอดคล้องกัน

3. การประเมินตัดสินคุณภาพของแนวปฏิบัติที่เลือกสรร (Rating the quality of evidence) ประเมินตัดสินระดับความน่าเชื่อถือของคำแนะนำ (Strength of recommendation GRADE) โดยใช้ AGREE II (ADAPTE II Collaboration, 2010; AGREE Next Steps Consortium, 2019) การประเมินตัดสินคุณภาพแนวปฏิบัติที่เลือกสรรมาโดยใช้ AGREE II ได้ 95 – 97 % ซึ่งอยู่ในระดับดีมาก

4. การประยุกต์ดัดแปลงข้อเสนอแนะที่มีความเหมาะสมในการปฏิบัติในบริบทเฉพาะ (Schünemann et al., 2017) การสกัดเนื้อหาข้อเสนอแนะ คำแนะนำจากแนวปฏิบัติที่เลือก พิจารณาความสอดคล้องนำมาพิจารณาเลือกข้อเสนอแนะที่มีความเหมาะสม และเป็นไปได้ในการปฏิบัติ



มาดัดแปลงหรือประยุกต์เป็นข้อเสนอแนะ จัดลำดับความสำคัญของคำแนะนำ ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ

5. พัฒนาร่างแนวปฏิบัติ การพัฒนาเขียนข้อเสนอแนะ พร้อมด้วยระดับของคำแนะนำ โดยการพิจารณาร่วมกับทีมพัฒนา ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้ทรงคุณวุฒิ การเผยแพร่ พัฒนาร่างข้อเสนอแนะตามคำถามเฉพาะ (PICOT) และขอบเขตของแนวปฏิบัติที่กำหนดไว้ ส่งขอรับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญภายนอก ก่อนนำคำแนะนำมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไข แล้วนำมาอภิปรายร่วมกับตัวแทนผู้เกี่ยวข้อง กลุ่มเป้าหมาย ประเมินคุณภาพ ความเหมาะสมของข้อเสนอแนะ คำนึงถึงข้อดีข้อเสีย ก่อนรับรองเป็นข้อเสนอแนะฉบับสุดท้าย ร่วมกันวางแผนการนำไปทดลองใช้กับประชากรเป้าหมาย (Implementation of guidance) ประเมินผลลัพธ์ ประสิทธิภาพ ความยืดหยุ่นในการใช้ ความง่าย ความเป็นไปได้ในการใช้ ปัจจัยสนับสนุน ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติ (Gonzalez-Suarez et al., 2013; Harrison, Legare, Graham, & Fervers, 2010; Martínez García et al., 2012)

ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการแพทย์สำหรับผู้ใช้บริการที่ใช้กัญชาทางการแพทย์

ข้อเสนอแนะสำหรับแนวทางการปฏิบัติที่ปลอดภัยเมื่อให้การดูแลผู้ใช้บริการที่นำสารสกัดกัญชามาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์บนพื้นฐานขององค์ความรู้หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อลดอันตราย (reduce harm) และส่งเสริมความปลอดภัย (enhance safety) ของผู้ใช้บริการ (Allan et al., 2018; Alsherbiny & Li, 2019; Department of health 2018; Lucas, GaleHis, & Schneider, 2018; MacCallum & Rosso, 2018; Nugent et al., 2017; McGowan et al., 2016; Martínez et al., 2012; Smith, Azariah, Lavender, Stoner, & Bettiol, 2015; Whiting et al., 2015; World Medical Association, 2013) แบ่งออกเป็น 4 หมวด ได้แก่

หมวดที่ 1 ความรู้พื้นฐานที่จำเป็นเกี่ยวกับกัญชาเพื่อการแพทย์ (Essential Knowledge)

หมวดที่ 2 การดูแลผู้ใช้บริการที่ใช้กัญชาเพื่อการแพทย์ (Clinical Encounter Considerations)

หมวดที่ 3 การบริหารยาหรือผลิตภัณฑ์กัญชาเพื่อการแพทย์ (Practice Considerations)

หมวดที่ 4 จริยธรรมในการบริหารยาหรือผลิตภัณฑ์กัญชาเพื่อการแพทย์ (Ethical Considerations)

หมวดที่ 1 ความรู้พื้นฐานที่จำเป็นเกี่ยวกับกัญชาเพื่อการแพทย์

1. พยาบาลควรมีความรู้ในเรื่องกฎหมาย ประกาศ ข้อกำหนดที่เกี่ยวข้องกับกัญชาเพื่อการแพทย์ที่เป็นปัจจุบันอยู่เสมอและปฏิบัติตามได้กฎหมาย (Ministry of Public Health, 2019)

กัญชาเสรีทางการแพทย์เป็นนโยบายเร่งด่วนของรัฐบาลที่ต้องการส่งเสริมให้กัญชาเป็นพืชเศรษฐกิจและนำมาใช้ในทางการแพทย์ได้อย่างเสรีและมีประสิทธิภาพ ถึงแม้กัญชาจะมีสรรพคุณ



ในการรักษาโรคแต่ก็ยังจัดอยู่ในรายชื่อัญชียาเสพติดให้โทษประเภท 5 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ ฉบับที่ 7 พ.ศ. 2562 ทั้งนี้ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ระบุชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 กำหนดให้นำแคนนาบิไดโอด (Cannabidiol, CBD) ซึ่งมีความบริสุทธิ์มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 99 โดยมีเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (Tetrahydrocannabinol, THC) ไม่เกินร้อยละ 0.01 โดยน้ำหนัก และสารสกัดหรือผลิตภัณฑ์จากสารสกัดที่มีซีบีดี (CBD) เป็นส่วนประกอบหลักและมีสารทีเอชซี (THC) ไม่เกินร้อยละ 0.2 โดยน้ำหนักออกจากยาเสพติดให้โทษในประเภท 5

กัญชาได้รับอนุญาตให้นำมาใช้เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ภายใต้การดูแลและควบคุมของแพทย์ โดยต้องใช้ตามวัตถุประสงค์ทางยาหรือผลิตภัณฑ์สมุนไพร รวมทั้งการวิจัยและการพัฒนาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ภายใต้การควบคุมตามกฎหมาย ผู้ป่วยสามารถนำกัญชาติดตัวได้ไม่เกินปริมาณที่จำเป็นสำหรับใช้รักษาโรคเฉพาะตัวโดยมีใบสั่งยาหรือหนังสือรับรองของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ทั้งนี้การดำเนินการใด ๆ เกี่ยวกับกัญชาต้องขออนุญาตจากคณะกรรมการอาหารและยา มิฉะนั้นต้องรับโทษทางอาญาในความผิดเกี่ยวกับกัญชา

โรคหรืออาการที่ได้รับอนุญาตให้ใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ตามประกาศของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (Department of Medical Services, 2021) มี 3 กลุ่มอาการดังนี้

กลุ่มที่ 1 กลุ่มที่ใช้แล้วได้ประโยชน์: ภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากเคมีบำบัด (chemotherapy induced nausea and vomiting) โรคลมชักที่รักษายากหรือไม่ตอบสนองต่อการรักษามาตรฐาน (intractable epilepsy) ภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็ง (spasticity) จากโรคปลอกประสาทเสื่อมแข็งหรือโรคเอ็มเอส (multiple sclerosis, MS) และ ภาวะปวดประสาท (neuropathic pain)

กลุ่มที่ 2 กลุ่มที่ใช้แล้วน่าจะได้ประโยชน์: การควบคุมอาการการจัดการความปวดในกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) มะเร็งระยะสุดท้าย (end-stage cancer) พาร์กินสัน (Parkinson) อัลไซเมอร์ (Alzheimer) ภาวะวิตกกังวลทั่วไป (generalized anxiety disorders) โรคปลอกประสาทอักเสบของระบบประสาทส่วนกลาง (demyelinating diseases)

กลุ่มที่ 3 กลุ่มที่ใช้แล้วอาจได้ประโยชน์: การใช้รักษาโรคเมเร็ง

2. พยาบาลควรมีความรู้ในการบริหารกัญชาเพื่อการแพทย์

การบริหารกัญชาเพื่อการแพทย์แก่ผู้ใช้บริการขึ้นกับข้อกำหนดจากสภาองค์กรวิชาชีพและนโยบายเฉพาะของหน่วยงาน โดยทั่วไปแล้วการบริหารกัญชาเพื่อการแพทย์กระทำโดยผู้ใช้บริการ หากผู้ใช้บริการอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถบริหารเองได้ให้ญาติที่เป็นผู้ดูแลผู้ใช้บริการโดยชอบธรรม หรือบุคคลที่ผู้ใช้บริการมอบหมายเป็นผู้บริหารให้แทน



พยาบาลไม่ควรบริหารกัญชาเพื่อการแพทย์โดยตรงแก่ผู้ให้บริการ เว้นแต่มีประกาศ หรือข้อกำหนดที่มีผลคุ้มครองทางกฎหมาย หรือในกรณีที่มีคำสั่งการรักษาชัดเจน พยาบาลให้การช่วยเหลืออำนวยความสะดวกในการบริหารกัญชาเพื่อการแพทย์ได้ โดยพยาบาลควรอยู่ร่วมสังเกตในขณะ ผู้ให้บริการบริหารกัญชาเพื่อการแพทย์ และควรมีการบันทึกการใช้จากการร่วมสังเกต ไม่บันทึกจากคำบอกเล่า

พยาบาลควรรายงานอาการข้างเคียง อาการไม่พึงประสงค์ ตามระบบและเอกสาร ที่กระทรวงสาธารณสุข หรือ ที่หน่วยงานประกาศกำหนด และมีการป้องกันการเข้าถึงกัญชาเพื่อการแพทย์จากบุคคลอื่น จัดเก็บในสถานที่ ภาชนะ บรรจุภัณฑ์ที่ปิดล็อกได้ การเก็บป้องกันไม่ให้บุคคลอื่นสามารถหยิบไปใช้ได้ และควรการทิ้งบรรจุภัณฑ์ที่ใช้แล้วตามแนวปฏิบัติ แต่เนื่องจากยังไม่มีแนวปฏิบัติในประเทศไทย จึงควรมีการกำหนดแนวปฏิบัติขึ้นให้มีผลบังคับในหน่วยงาน

3. พยาบาลควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบแคนนาบินอยด์ในร่างกาย (endocannabinoid system, ECS) ตัวรับแคนนาบินอยด์ (cannabinoid receptors, CBR) สารแคนนาบินอยด์ (cannabinoids) กลไกการทำงานและความสัมพันธ์ระหว่างกัน

ระบบแคนนาบินอยด์ในร่างกายสร้างขึ้นโดยธรรมชาติ ถูกค้นพบประมาณปี ค.ศ. 1973 ประกอบด้วยสารแคนนาบินอยด์ ตัวรับแคนนาบินอยด์ และเอนไซม์ (enzymes) ที่เกี่ยวข้องกับการสังเคราะห์ (synthesis) และการทำลาย (degradation) แคนนาบินอยด์ เชื่อว่าตัวรับแคนนาบินอยด์ทั่วร่างกายเมื่อจับกับแคนนาบินอยด์ที่ผลิตในร่างกาย (endocannabinoids) หรือแคนนาบินอยด์ที่สร้างในพืชกัญชา (phytocannabinoids) ช่วยส่งเสริมการรักษาสมดุลในร่างกาย (homeostasis) โดยแคนนาบินอยด์ที่นำมาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ที่รู้จักกันอย่างแพร่หลาย คือ ทีเอชซี (THC) รวมทั้ง ซีบีดี (CBD) และ แคนนาบินอล หรือ ซีบีเอ็น (CBN)

4. พยาบาลควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของกัญชา (pharmacology of cannabis) และหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้กัญชาทางการแพทย์และนำมาประยุกต์ใช้กับผู้ให้บริการได้อย่างเหมาะสม

การนำกัญชามาใช้กับปัญหาสุขภาพทางการแพทย์ควรมาจากข้อสรุปขององค์ความรู้ที่ได้มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์คุณภาพระดับปานกลางถึงดี (moderate to high-quality evidence) จากการทดลองทางคลินิกแบบสุ่มที่เปรียบเทียบกับยาหลอก (randomized placebo-controlled studies) และควรเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุดที่มีอยู่ในปัจจุบัน กล่าวคือ

กลุ่มโรคหรืออาการที่มีวิจัคุณภาพปานกลางถึงดีรองรับประโยชน์จากการใช้ ได้แก่ อาการคลื่นไส้อาเจียนจากเคมีบำบัด (chemotherapy-induced nausea and vomiting, CINV) ภาวะชักในเด็กที่



ควบคุมยากหรือใช้ยาร่วมกันตั้งแต่สองชนิดอย่างเพียงพอแล้วไม่ได้ผล (intractable epilepsy) อาการปวดเรื้อรังในผู้ใหญ่จากมะเร็งและไม่ใช่มะเร็ง ปวดจากความผิดปกติเส้นประสาท (neuropathic pain) ปวดจากการหดเกร็งของกล้ามเนื้อในโรคเอ็มเอส

กลุ่มโรคหรืออาการที่มีวิจัยคุณภาพปานกลางรองรับประโยชน์จากการใช้ ได้แก่ อาการปวดตามกล้ามเนื้อ (fibromyalgia) ทั่วร่างกาย ลดความดันในลูกตาในโรคต้อหิน การใช้กับผู้ใช้บริการที่มีปัญหาการนอน หรือการส่งเสริมการนอนหลับ

กลุ่มโรคหรืออาการที่มีวิจัยรองรับประโยชน์จากการใช้จำกัด ได้แก่ การเพิ่มความอยากอาหาร (appetite) ควบคุมการลดลงของน้ำหนักตัวในผู้ป่วย HIV/ AIDS (cachexia) ภาวะเครียดผิดปกติหลังเกิดเหตุการณ์รุนแรง (post-traumatic stress disorder, PTSD) ประสิทธิภาพในการควบคุมอาการในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง พบว่า ยังไม่มีความชัดเจนมีข้อจำกัดทั้งคุณภาพและปริมาณของหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่จะมาสนับสนุน

กลุ่มโรคหรืออาการที่วิจัยพบว่าไม่มีประสิทธิผลในการนำมาใช้แต่มีงานวิจัยจำกัด เช่น กลุ่มอาการปวดเฉียบพลัน (acute pain)

กลุ่มโรคหรืออาการที่ผลจากงานวิจัยไม่สอดคล้องกันและงานวิจัยมีจำกัด เช่น การทำลายเซลล์มะเร็ง ภาวะเบื่ออาหารขาดสารอาหารรุนแรงในผู้ป่วยมะเร็ง การบำบัดผู้ติดสารเสพติด

5. พยาบาลควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์ (adverse effects) ที่มีโอกาสเกิดขึ้นจากการนำกัญชามาใช้ทางการแพทย์

อาการไม่พึงประสงค์จากการนำกัญชามาใช้ทางการแพทย์ขึ้นกับสภาวะ (condition) และยาที่ได้รับในปัจจุบัน (current medications)

การใช้กัญชาในผู้ใช้บริการที่มีแนวโน้มจะเกิดภาวะต่อไปนี้ อาจเพิ่มความรุนแรง หรือ การกำเริบขึ้นได้ เช่น เพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ ง่วงนอน มึนเวียนศีรษะ (dizziness) ความดันโลหิตลดลงเมื่อเปลี่ยนท่า (postural hypotension) ปากแห้ง ตาแห้ง การขับปัสสาวะลดลง ประสาทหลอน (hallucination) หวาดระแวง (paranoid) วิตกกังวล (anxiety) ความบกพร่องของสมาธิ (impaired attention) ความจำ (memory) (อาจขึ้นกับอายุและปริมาณที่ใช้) และการควบคุมการประสานกันของกล้ามเนื้อท่าทางการเคลื่อนไหว (psychomotor performance) โดยเฉพาะผู้ที่มีพยาธิสภาพอยู่แล้ว

อาจทำให้อาการของโรคเหล่านี้กำเริบได้ ได้แก่ หอบหืด (asthma) หลอดลมอักเสบ (bronchitis) ถุงลมโป่งพอง (emphysema) โรคหัวใจ (cardiac disease) ภาวะติดสุราหรือสารเสพติดชนิดอื่น (alcohol or other drugs dependence)



อาจพบอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า มีความคิดฆ่าตัวตาย (suicidal ideation) คลื่นไส้ (nausea) ขาดแรงใจ (asthenia) บ้านหมุน (vertigo)

ตัวรับแคนนาบินอยด์ ไม่พบที่ก้านสมอง (brainstem) ศูนย์ควบคุมการทำงานของหัวใจและการหายใจ (Cardiorespiratory centers) จึงทำให้เชื่อว่าไม่เกิดการเสียชีวิตจากการใช้แคนนาบินอยด์เกินขนาด

การใช้ผิดประเภท (cannabis use disorder) หรือ มีปัญหาจากการใช้ มีการใช้ที่ไม่ใช่เพื่อการแพทย์จนทำให้เกิดผลกระทบต่อร่างกายหรือจิตใจ หรือพบอาการผิดปกติตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders fifth edition หรือ DSM-5

ในรายที่ใช้ขนาดสูงติดต่อกันเป็นเวลานาน เช่น ทุกวัน หรือ เกือบทุกวันติดต่อกันหลายเดือน อาจพบกลุ่มอาการถอนยา (cannabis withdrawal syndrome) เช่น มีปัญหาการนอน (insomnia) ไม่อยากอาหาร (loss of appetite) กระสับกระส่าย (restlessness) ไวต่อการกระตุ้น (irritability) โกรธง่าย ผันร่าย รู้สึกว่าความฝันเกิดขึ้นจริง (vivid dream)

6. การออกฤทธิ์ หรือประสิทธิผลของการใช้กัญชาเพื่อการแพทย์มีความหลากหลายขึ้นกับชนิดของผลิตภัณฑ์ที่นำมาใช้ ช่องทางที่ให้ เนื่องจากยังไม่ผ่านการรับรองว่าเป็นยาจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาจึงไม่มีคำแนะนำสำหรับขนาดมาตรฐานแต่เป็นการปรับเพิ่มขนาดโดยผู้ใช้ตามหลัก “start low go slow”

7. พยาบาลควรประเมินผลติดตามการรับรู้ต่อประสิทธิผลของผู้ใช้ครอบคลุมถึงรายละเอียดการปรับเพิ่มขนาด การตอบสนอง อาการและการบรรเทาอาการ ตลอดจนอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการที่ใช้กัญชาเพื่อการแพทย์อย่างต่อเนื่อง

8. พยาบาลควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ใช้บริการที่จัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากการใช้กัญชาเพื่อการแพทย์

กลุ่มวัยรุ่น (adolescence) การศึกษาในกลุ่มที่ใช้เพื่อความบันเทิงพบว่าสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ ความสำเร็จความก้าวหน้าในชีวิต อาชีพการงาน รายได้ หากจำเป็นต้องใช้ให้พิจารณาประโยชน์กับความเสี่ยงอย่างรอบคอบ ข้อเสนอแนะในปัจจุบันจึงให้หลีกเลี่ยงในผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 25 ปี

กลุ่มวัยเจริญพันธุ์ (fertility) อาจมีความสัมพันธ์กับการหลั่งฮอร์โมนที่มีผลต่อการฝังตัวของตัวอ่อนทำให้เกิดความล้มเหลวในการฝังตัวของตัวอ่อน (failed embryo implantation) ความแปรปรวนหรือความผิดปกติของการหลั่งฮอร์โมนที่อาจมีผลต่อการสร้างสเปิร์ม (spermatogenesis) จึงไม่แนะนำให้ใช้ในสตรีวัยเจริญพันธุ์ รวมทั้งหญิงตั้งครรภ์ซึ่งอาจมีผลต่อพัฒนาการของตัวอ่อน น้ำหนักของทารก



อย่างไรก็ตามยังไม่มีการศึกษาที่ชัดเจนในปัจจุบันต่อการพัฒนาการสมองของตัวอ่อน หรือทารกในครรภ์ หากสัมผัสกับสารเสพติดกัญชา หรือผ่านทางน้ำนม

กลุ่มผู้ป่วยทางจิตเวช กัญชาอาจจะทำให้เกิดการกำเริบของอาการทางจิตเวชที่เป็นอยู่ได้ (existing psychoses) กลุ่มที่เสี่ยง หรือมีประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย โรคจิตประสาท โรคจิตเภท (Schizophrenia) โรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar disorder) โรคทางจิตเวชอื่น ๆ

หมวดที่ 2 การดูแลผู้ใช้บริการที่ใช้กัญชาเพื่อการแพทย์

1. การประเมินสภาพผู้ใช้บริการเกี่ยวกับอาการ อาการแสดงของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้กัญชาเพื่อการแพทย์

โดยอาการและอาการแสดงของอาการพึงประสงค์ที่พบบ่อยได้แก่ เพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ ง่วงนอน มีเวียนศีรษะ ความดันโลหิตลดลง ปากแห้ง ตาแห้ง การขับปัสสาวะลดลง ประสาทหลอน หวุดหาว วิดกกังวล ความบกพร่องของสมาธิ ความจำ การประสานกันของกล้ามเนื้อ ทำทางการเคลื่อนไหวร่างกาย อาจพบรุนแรงขึ้นในผู้ที่มีความผิดปกติของการเคลื่อนไหว (dyskinetic disorders) รวมทั้งอาการที่สัมพันธ์กับหอบหืด หลอดลมอักเสบ กลืนลำบาก อาการพึงประสงค์ที่พบได้ไม่บ่อยนัก ได้แก่ อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า มีความคิดฆ่าตัวตาย คลื่นไส้ ขาดแรงจูงใจ เวียนศีรษะบ้านหมุน

บางรายหากได้รับกัญชาด้วยวิธีรับประทานปริมาณมากต่อเนื่องเป็นเวลานาน จะมีอาการปวดท้อง อาเจียนรุนแรงจากกัญชา (hyperemesis syndrome) หลังอาบน้ำอุ่นแล้วอาการดีขึ้น

2. ประเมินการรับรู้ของผู้ใช้บริการต่อประสิทธิผล การเกิดอาการไม่พึงประสงค์อย่างต่อเนื่อง

3. แนะนำให้ผู้ใช้นั้นที่ทราบละเอียดการปรับเพิ่มขนาด อาการ ประสิทธิผล การบรรเทาอาการ การเกิดอาการไม่พึงประสงค์

4. ควรสื่อสารข้อมูลที่ได้จากการประเมินสภาพผู้ใช้บริการไปยังบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้อง แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารภายในทีมสุขภาพ ตลอดจนวางแผนการดูแลผู้ใช้บริการร่วมกัน

5. ควรมีการบันทึกข้อมูลที่ได้จากการประเมินสภาพผู้ใช้บริการลงในบันทึกที่เกี่ยวข้องของหน่วยงานอย่างสมบูรณ์ ถูกต้องกระจ่างชัดเจน และบุคลากรที่เกี่ยวข้องสามารถเข้าถึงได้

6. การเก็บรักษาหรือผลิตภัณฑ์กัญชา โดยศึกษาวิธีเก็บ วันหมดอายุ จากฉลาก หรือเอกสารกำกับผลิตภัณฑ์ หากเป็นรูปแบบที่เป็นพืชกัญชาสดที่ยังไม่แปรรูป (raw cannabis) ควรเก็บในที่แห้ง และเย็น โดยควรเก็บในบรรจุภัณฑ์ที่ปิดล็อก เก็บให้พ้นมือเด็ก หรือ ผู้อื่นที่สามารถเข้าถึงและนำไปใช้ได้ ทั้งนี้การทิ้งบรรจุภัณฑ์ยาหรือผลิตภัณฑ์กัญชาที่ไม่ใช้แล้วควรปฏิบัติตามหลักการทิ้งยาที่มีการควบคุมตามประกาศข้อกำหนดของภาครัฐ หรือสถานบริการสุขภาพ



หมวดที่ 3 การบริหารยา หรือผลิตภัณฑ์สุขภาพเพื่อการแพทย์

1. พยาบาลไม่ควรบริหารยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพเพื่อการแพทย์แก่ผู้ใช้บริการ โดยตรง เว้นแต่ได้รับอนุญาตตามกฎหมาย
2. พยาบาลอาจบริหารยา หรือผลิตภัณฑ์สุขภาพเพื่อการแพทย์ได้ในกรณีที่ผ่านการรับรองให้เป็นยา จากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา หรือกรณีอยู่ในรายการบัญชียาหลักแห่งชาติ ร่วมกับต้องมีคำสั่งการรักษาจากแพทย์
3. การให้ความช่วยเหลือในการบริหารและเรื่องที่เกี่ยวข้องให้ปฏิบัติตามประกาศหรือข้อกำหนดจากภาครัฐ สภาวิชาชีพและสถานบริการสุขภาพ
4. พยาบาลควรมีการบันทึกรายงานข้อมูลที่ได้จากการประเมินสภาพ ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเพื่อการแพทย์ของผู้ใช้บริการ การสื่อสารรายงานตามระบบที่ได้มีการกำหนดไว้

หมวดที่ 4 จริยธรรมในการบริหารยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพเพื่อการแพทย์

1. พยาบาลพึงตระหนักว่ามีความรับผิดชอบในการสร้างเสริมสุขภาพตลอดจนป้องกันอันตรายต่อสุขภาพและชีวิตของผู้ใช้บริการตลอดจนกระทำการอันควรเพื่อป้องกันอันตรายซึ่งเห็นว่าจะเกิดกับผู้ใช้บริการ
2. พยาบาลมีความรับผิดชอบในการปฏิบัติตามมาตรฐาน ร่วมกับการปฏิบัติต่อผู้ใช้บริการ ในฐานะบุคคล การเคารพความต่างระหว่างบุคคล การเคารพสิทธิผู้ใช้บริการในการตัดสินใจ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาในทุกขั้นตอน การพิทักษ์สิทธิผู้ใช้บริการ
3. พยาบาลควรเข้าถึงปฏิบัติต่อผู้ใช้บริการโดยปราศจากการตัดสินใจเกี่ยวกับการเลือกใช้ หรือความประสงค์ในการเลือกใช้บริการจัดการอาการ ความทุกข์ทรมาน หรือปัญหาสุขภาพทางการแพทย์
4. พยาบาลพึงตระหนักในเจตคติความเชื่อของตนเองเกี่ยวกับการนำยามาใช้เพื่อการรักษา และไม่นำอคติความเชื่อส่วนตัวมาตัดสินในการดูแลผู้ใช้บริการ

สรุป

การพยาบาลผู้นำยามาใช้กับปัญหาสุขภาพทางการแพทย์ พยาบาลควรยึดหลักคุณธรรม จริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพ คือหัวใจของการดูแลผู้ใช้บริการ แม้ว่าการนำยามาใช้ในการแพทย์มีหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับดีรองรับประสิทธิผลและความปลอดภัยจำกัด ผู้ใช้บริการส่วนใหญ่แสวงหา มาใช้ด้วยตนเอง ได้รับข้อเท็จจริงเกี่ยวกับประโยชน์ ความเสี่ยง วิธีใช้ ไม่ครบถ้วนเพียงพอ ใช้ผลิตภัณฑ์ที่ไม่ผ่านการรับรองคุณภาพ ก่อผลเป็นโรคใหม่ไม่มีการจัดสอนในหลักสูตร



ซึ่งการนำกฎหมายมาใช้กับปัญหาสุขภาพทางการแพทย์ถือเป็นความรับผิดชอบของพยาบาลในการดูแลผู้ใช้บริการที่นำกฎหมายใช้ทางการแพทย์ให้ปลอดภัย ลดความเสี่ยงจากการใช้ ได้ประโยชน์เพื่อการรักษา พยาบาลจึงควรพัฒนาตนเองให้มีสมรรถนะเพียงพอที่จะตอบข้อซักถาม ให้คำปรึกษาที่ถูกต้องตามข้อเท็จจริงที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์และศาสตร์ที่เกี่ยวข้องได้ นำมาเป็นปัญหาความต้องการหนึ่งของผู้ใช้บริการในการติดตามการใช้ ผลข้างเคียง การให้คำแนะนำตามบทบาทวิชาชีพภายใต้สัมพันธภาพที่ดี โดยไม่นำอคติมาตัดสิน ไม่ว่าจะมีความพอใจ เจตคติ การรับรู้ ความกลัวต่ออันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ใช้ ความไม่เชื่อถือเป็นประโยชน์ผลิตภัณฑ์เป็นเช่นไรก็ตาม

ข้อเสนอแนะ

แนวปฏิบัตินี้ควรใช้ควบคู่กับแนวปฏิบัติมาตรฐานอื่นที่เกี่ยวข้องร่วมกับการติดตามการเปลี่ยนแปลงของการพัฒนาองค์ความรู้ ตลอดจนข้อกฎหมาย หรือประกาศที่เกี่ยวข้องที่ทันสมัยเป็นปัจจุบันอยู่เสมอ แนวปฏิบัติในการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ใช้บริการที่ใช้กฎหมายทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้น จะนำไปสู่ขั้นตอนการวางแผนนำไปทดลองใช้กับประชากรเป้าหมาย (implementation of guidance) ประเมินผลลัพธ์ ประสิทธิภาพ ความยืดหยุ่นในการใช้ ความง่าย ความเป็นไปได้ในการใช้ ปัจจัยสนับสนุน ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติ การปรับปรุงแก้ไขครั้งสุดท้ายเพื่อประกาศใช้เป็นแนวทางการตัดสินใจทางคลินิกสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ใช้บริการเพื่อพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติและเพิ่มผลลัพธ์สุขภาพทางบวกสำหรับผู้ใช้บริการที่ใช้กฎหมายทางการแพทย์ต่อไป

รายการอ้างอิง (References)

- ADAPTE II Collaboration. (2010). *ADAPTE Resource Toolkit for Guideline Adaptation Version 2.0*. [Online] Retrieved November 24, 2019, from [http://www.g-i-n.net/document-store/working-groups-documents/adaptation/adapte-resourcetoolkit-guideline-adaptation-2-0.pdf/view?](http://www.g-i-n.net/document-store/working-groups-documents/adaptation/adapte-resourcetoolkit-guideline-adaptation-2-0.pdf/view?search%20term%3DADAPTE)
- AGREE Next Steps Consortium. (2019). *The AGREE II instrument*. 2013. Retrieved December 15, 2019 from <http://www.agreetrust.org>.
- Allan, G. M., Ramji, J., Perry, D., Ton, J., Beahm, N. P., Crisp, N., ... & Lindblad, A. J. (2018). Simplified guideline for prescribing medical cannabinoids in primary care. *Canadian Family Physician*, 64(2), 111-120.



- Alsherbiny, M.A., & Li, C.G. (2019). Medicinal Cannabis-Potential drug interactions. *Medicines*, 6(1), 3.
- American Cannabis Nurses Association. (2017). *Scope and standards of practice for cannabis nurses*. Retrieved November 24, 2019 from <https://www.cannabismnurses.org/scope-and-standards-of-practice-for-cannabis-nurses>
- Department of Health. (2018). *Clinical guidance on cannabis for medical use*. Retrieved December 15, 2019 from <https://health.gov.ie/wp-content/uploads/2018/07/Clinical-guidance-on-cannabis-for-medical-use.pdf>
- Department of Medical Services. (2021). Guidance on Cannabis for Medical Use. (4th ed.). Retrieved May 21, 2021 from <https://mnfda.fda.moph.go.th/narcotic/wp-content/uploads/2021/04/Guidance-Updated-v-update-V.4260464.pdf>
- Dizon, J. M., Grimmer, K., Louw, Q., Kredo, T., Young, T., & Machingaidze, S. (2016). South African Guidelines Excellence (SAGE): adopt, adapt, or contextualise? *South African Medical Journal*, 106(12), 1177-1178.
- Dizon, J. M., Machingaidze, S., & Grimmer, K. (2016). To adopt, to adapt, or to contextualise? The big question in clinical practice guideline development. *BMC research notes*, 9(1), 1-8.
- Fervers, B., Burgers, J. S., Voellinger, R., Brouwers, M., Browman, G. P., Graham, I. D., ... & ADAPTE Collaboration. (2011). Guideline adaptation: an approach to enhance efficiency in guideline development and improve utilisation. *BMJ quality & safety*, 20(3), 228-236.
- Gonzalez-Suarez, C., Dizon, J. M. R., Grimmer, K., Rafunan, M., Estrada, L. L., & Malleta, A. (2013). Implementation of recommendations from the PARM stroke inpatient rehabilitation guideline: a plan of action. *Clinical Audit*, 5, 77-89.
- Harrison, M. B., Légaré, F., Graham, I. D., & Fervers, B. (2010). Adapting clinical practice guidelines to local context and assessing barriers to their use. *Canadian medical association journal*, 182(2), E78-E84.
- Hillier, S., Grimmer-Somers, K., Merlin, T., Middleton, P., Salisbury, J., Tooher, R., & Weston, A. (2011). FORM: an Australian method for formulating and grading recommendations in evidence-based clinical guidelines. *BMC medical research methodology*, 11(1), 1-8.



- Lucas, C. J., Galettis, P., & Schneider, J. (2018). The pharmacokinetics and the pharmacodynamics of cannabinoids. *British journal of clinical pharmacology*, 84(11), 2477-2482.
- MacCallum, C. A., & Russo, E. B. (2018). Practical considerations in medical cannabis administration and dosing. *European journal of internal medicine*, 49, 12-19.
- Martínez García, L., Arévalo-Rodríguez, I., Solà, I., Haynes, R. B., Vandvik, P. O., & Alonso-Coello, P. (2012). Strategies for monitoring and updating clinical practice guidelines: a systematic review. *Implementation Science*, 7(1), 1-10.
- McGowan, J., Muratov, S., Tsepke, A., Issina, A., Slawewski, E., & Lang, E. S. (2016). Clinical practice guidelines were adapted and implemented meeting country-specific requirements—the example of Kazakhstan. *Journal of clinical epidemiology*, 69, 8-15.
- Ministry of Public Health. (2019). *Narcotic Drugs Act No.7, B.E.2562*. Retrieved 6 December 2021, from https://mnfda.fda.moph.go.th/narcotic/wp-content/uploads/2021/02/T_0001.pdf
- Nugent, S. M., Morasco, B. J., O'Neil, M. E., Freeman, M., Low, A., Kondo, K., ... & Kansagara, D. (2017). The effects of cannabis among adults with chronic pain and an overview of general harms: a systematic review. *Annals of internal medicine*, 167(5), 319-331.
- Queensland Health. (2018). *Clinical guidance: for the use of medicinal cannabis products in Queensland*. Retrieved December 15, 2019 from https://www.health.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0023/634163/med-cannabis-clinicalguide.pdf.
- Registered Nurse Association of Ontario. (2017). *Engaging Clients Who Use Substances*. Retrieved December 15, 2019 from <https://rno.ca/bpg/guidelines/engaging-clients-who-use-substances>
- Russell, K., Cahill M., Gowen, K., Cronquist, R., Smith, V., Borris-Hale, C., ... , Sutton-Johnson, S., (2018). The NCSBN National Nursing Guidelines for the nursing care of patients using Medical Marijuana. *Journal of Nursing Regulation*, 9(2), S1 – S60.
- Schardt, C., Adams, M. B., Owens, T., Keitz, S., & Fontelo, P. (2007). Utilization of the PICO framework to improve searching PubMed for clinical questions. *BMC medical informatics and decision making*, 7(1), 1-6.



- Schünemann, H. J., Wiercioch, W., Brozek, J., Etzeandía-Ikobaltzeta, I., Mustafa, R. A., Manja, V., ... & Akl, E. A. (2017). GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks for adoption, adaptation, and de novo development of trustworthy recommendations: GRADE-ADOLOPMENT. *Journal of clinical epidemiology*, 81, 101-110.
- Smith, L. A., Azariah, F., Lavender, V. T., Stoner, N. S., & Bettiol, S. (2015). Cannabinoids for nausea and vomiting in adults with cancer receiving chemotherapy. *The Cochrane database of systematic reviews*, 12(11).
- Whiting, P. F., Wolff, R. F., Deshpande, S., Di Nisio, M., Duffy, S., Hernandez, A. V., ... & Kleijnen, J. (2015). Cannabinoids for medical use: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of the American Medical Association*, 313(24), 2456-2473.
- World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *The Journal of the American Medical Association*, 310(20), 2191-2194.



Management Practices of Filipino Nursing Deans as Curriculum and Instruction Leaders

Helen Abiera – Carandang^{1*}, Inero Ancho²

(Received: August 19, 2022; Revised: December 16, 2022; Accepted: December 29, 2022)

Abstract

Academic operation of nursing program is challenging. The deans who served as a program administrator were once working as nurses in the clinical setting or faculty members of nursing schools. Deans are expected to manage the nursing program and produce graduate nurses ready to practice the profession. This qualitative study which involved 19 participants was done to identify the common management practices and competencies of the deans as described by themselves, students, faculty members, and immediate supervisor utilizing a multicase study design. Curriculum and Instructional Leadership domain covered the common management practices of the functions and responsibilities of deans as stipulated by the Commission on Higher Education (CHED) Memorandum Order Number 15 series 2017. The results show that the dean as an instructional leader was engaged in curriculum and instructional development and evaluation with the involvement of faculty members and stakeholders. The deans were advancing change and innovation of instruction and assessment and promoting the use of digital resources.

Keywords: nursing, dean, educational management, curriculum, instruction

Introduction

Nursing education facilitated in nursing schools are led and managed by the nursing school deans. Bitterova, Haskova, and Pisonova (2014) stated that the quality of teaching and learning processes at each level of system of education is influenced significantly by the quality of school

¹College of Graduate Studies and Teacher Education Research, Philippine Normal University

² College of Human Ecology, University of the Philippines Los Baños

*Corresponding Author: ivancho@up.edu.ph



leaders and managers. This will enable them to improve management proficiency in academic circles which can help prepare to take management tasks in the future. The roles of the deans in the management of schools are crucial especially in the domain of curriculum and instruction. The dean should manage this important area in the academics to make the school perform well.

Tolarba (2016) in his presentation during the First International Nursing Education Conference organized by the Association of Deans of Philippine Colleges of Nursing, emphasized that the deans of nursing schools/colleges have an obligation and a responsibility to make sure that the future nurses are well-prepared to be successful regardless of where they choose to practice the profession. He also emphasized the need to reexamine nursing standards in response to globalization and the need to establish focus on redesigning nursing curriculum, pedagogy, and nursing education in general to meet the current demand as well as anticipate what lies ahead in the future. Nurse educators must be prepared to be leaders as the success of the organization is dependent on their leaders (Patterson & Krouse, 2015)

Bouws, Candela, and Bonnema (2016) noted that nursing in the academic field, was a crossroads between higher education and health. Indicated that there were very few studies that addressed the process of knowledge development or the knowledge development needs of academic nursing deans. In nursing schools, the new deans were appointed from the pool of faculty after the term of appointment had expired, while in some schools, a new applicant may be considered when the dean's position is vacated or it is being applied to by the faculty and ensure the application process until approval from top management was sought. Hence, the development of a management framework for deans is crucial to guide the academic leadership of the dean, to support the deans in the performance of their responsibilities and to allow more opportunities to engage in changes in the pursuit of excellence. Ngowi and De Jager (2016) reported that universities must pursue excellence in the functions of teaching and research.

Moreover Henk, Wepner, Lovell, and Melnick (2017) emphasized that to become effective leader of any school, college, or division, nursing deans must respond continuously to multiple internal and external demands. The role of the dean is multifaceted that requires a range of administrative competence from academic and scholarly leadership, resource and personnel management, governance, strategic planning and execution, faculty and staff development, climate setting, advocacy, external and public affairs, relationship building, community engagement, alumni relations, assessment, and possibly fundraising.



The present study sought to identify the common management practices and competencies of the deans as described by themselves, students, faculty members, and immediate supervisor. In 2017, the Commission on Higher Education led the shift to outcomes-based education. Memorandum Order Number 15 in nursing education, particularly article VI known as “Required Resources”, Section 12 states that the administration indicates that the functions and responsibilities of the dean in six (6) areas namely, (1) administration, (2) curriculum and instruction, (3) faculty, (4) resource management, (5) research and extension and (6) linkages.

Methodology

This study utilized a multi-case study design primarily concerned in identifying common themes among deans, faculty, students, and immediate superior. The study was conducted in two schools of nursing in the Philippines which are recognized as Center of Excellence in Nursing Education in the Philippines, consistently on Top Performing Schools in Nurses’ Licensure Examination and with at least Level III accreditation. The participants were selected deans, faculty members, students and immediate superior by the dean.

Measures were ensured for safety and protection from harm in the room where actual data gathering were done for both participants and researcher during the face-to-face interview. In the on-line interview, the participants were given the autonomy to find a comfortable place while the researcher conducted the interview process in a private room that ensured privacy and confidentiality of data. The research instrument was validated by experts from the field of nursing, educational management, and curriculum and instruction. The experts’ comments were integrated by the researchers and was used during the pilot testing.

The names of the participants were kept anonymous. There were no force or coercion, thus the principle of respect was observed. Table 1 showed the number of participants of each school and the total number of participants.

Table 1 *The participants of the Study*

<i>Nursing School</i>	<i>Number of Participants</i>
<i>Nursing School A</i>	<i>11</i>
<i>Nursing School B</i>	<i>8</i>
<i>Total</i>	<i>19</i>



This study used Creswell' steps of data analysis process that is described as specific to the general and using multiple levels of analysis: Step # 1.) Organizing and preparing the data for analysis. This involves transcribing the interviews, taking photos of the documents and downloading materials from websites before sorting and arranging data into different types depending on the sources of information. Step # 2.) Reading and looking at all data and reflecting on the overall meaning, the general ideas that the participants said, the tone of the ideas, the impression of the overall depth, credibility, and use of the information. Step #3.) Coding all the data by bracketing chunks and wrote a word that represented a category and labeled those categories into terms.

The linear, hierarchical approach building were used and followed by the steps as cited by Creswell (2009) in data analysis. The steps include # (1) organizing and preparing all the raw data that includes transcripts, field notes, images and arranging those into different types depending on the sources of information, step # (2) reading all throughout all the data and get the general sense of the information, step # (3) using the coding process by organizing the material into chunks or segments of text before bringing meaning to information through taking text data or picture gathered together, segmenting sentences (or paragraphs) and images into categories and labeling those with a term and used the actual language of the participant.

Results and Discussion

Case 1: Nursing School A

Table 2 summarizes the management practices of deans as described by themselves, students, faculty members and immediate superior.

Table 2 *Summary of Management Practices of Dean and as Described by Students and the Faculty Members of School Nursing A*

CURRICULUM AND INSTRUCTION									
Dean			Students			Faculty Members			
Leading	in	curriculum	Leading	in	curriculum	Leading	in	curriculum	
development			development		and	development			
			implementation						
Engaging		with	Engaging	with	stakeholders	Engaging	with	stakeholders	and
stakeholders			and professional	groups		professional	groups		



CURRICULUM AND INSTRUCTION

Dean	Students	Faculty Members
Introducing strategies for improving quality		Ensuring quality

The following narratives are the discussion of the management practices in Curriculum and Instruction, as described by the deans, students and the faculty members from interview, the review of available documents, observation, and digital analysis of School Nursing A.

DEAN'S MANAGEMENT PRACTICES AS DESCRIBED BY THEMSELVES

Dean 1 of Nursing School A stated that their academic operations were focused on Curriculum and Instruction which was reflected on the Strategic Plan for four (4) years. She expressed that: *"University xxx is depending so much on the strategic plan. The Strategic Plan is 2018 to 2022. From the start, we sat down (referring to department head) so we could do projection. What resources do we need? And how many faculty members which need to complete the PhD degree?"*

The responses of Dean 1 were supported by a Strategic and Annual Operational by the documents available. It was found out that School Nursing A has the strategic framework plan for five years and the Annual Operational Plan and an Annual Performance Review. From the plan, it was indicated in its key result areas that instruction and curricula had to be relevant and responsive to nursing education and industry trends, and it also included activities such as a review and updating of academic programs and instructional materials.

Other management practices by Dean 1 were identified. These includes the conduct of curriculum audit, the conduct of meeting after the meeting, the development and the process of assessment, the creation of curriculum committee, and the assignment of faculty member as curriculum review and development coordinators. The curriculum will be reviewed every end of the semester. Dean 1 described that after the curriculum meeting, respective department head conducted meeting with faculty members to develop and see improvements and the revisions that need to be done. Then the final syllabus will be approved by the dean.

He added that a curriculum committee was organized, which was headed by herself, and the members were department heads, senior faculty members, student representatives, and alumni representatives.



Moreover, Dean 1 emphasized that the gathered insights and inputs from stakeholders such as the Philippine Nurses Association, the training officers of their partner hospitals and their alumni for the curriculum development, review, and enhancement were instrumental in improving management practices. She created a committee for curriculum development and improvement. Dean 1 said:

“We created a new committee. We call it the Industry Advisory board, and that it is composed of our partners in the hospital, training officers of affiliating hospitals and base hospitals. So invited also one from DOH to evaluate our community nursing practice. We invited some alumni working in different fields so that they will give feedback.”

Likewise, Dean 1 relayed that she conducted the faculty evaluation, while the department head facilitated the evaluation of the clinical instructors in the clinical area.

Dean 1 had implemented ways to assess learning using different assessment tools, which include the Skills Manual and Student Competency Handbook. Based on an observation, the handbook was accessible to students because it was available in the University Bookstore.

Dean 1 conveyed that she employed a control mechanism in the final output of materials developed by the faculty members. It was also mentioned that innovative approaches were more on the area of instruction like competency checklist and learners’ portfolio. One distinct approach was the use of Table of Specification, and this practice was benchmarked by other schools of the university. The dean believed that the instruction must be implemented well. Dean 1 mentioned:

“We develop our own tools, rubrics, competency checklist of students and introduced the use of learners’ portfolio. Our innovations are more on area of instructions because we believed that if it is implemented well, everything will go on, everything will follow.”

Moreover, Dean 1 employed a management practice on faculty attributes’ self - assessment and competencies as an innovative strategy. She described that it is a way to identify their strengths and limitations from evidence collected during the semester. Likewise, it serves as basis for assigning classes to faculty members. She added that assignment of faculty load becomes more objective which contributes to strengthening the implementation of curriculum and instruction. Additionally, the portfolio contains the faculty members’ professional goals, philosophy, roles as teachers, competencies, and evidence and reflection journals.



DEAN'S MANAGEMENT PRACTICES AS DESCRIBED BY THE STUDENTS

These were the management practices of Dean of Nursing School A as described by the students. The students who acted as participants from Nursing School A emphasized that their responses were based on their observations to the Dean. They relayed that during clinical duty, the Dean ensured that the needed learning resources were attended to through collaboration and coordination with hospital partners.

Student 3 mentioned with the details that they were provided a working space in a unit by the hospital. The nursing school provided computer units for documentation in the hospital when the hospital had restrictions. These were their statements,

"Last year, the hospital had their computerized system. The dean had a meeting with the attorney and chief nurse of hospital A. She asserted for our welfare. We complained before during our meeting that we do not have a working space and a table in the Surgery Unit. She asserted and we were provided by a working space and table."

From these statements, the participant stated that their learning needs were addressed by the dean. The student also noted the efforts of the dean in providing the resources in certain area of the hospital.

Student 3 observed that the dean used the modern equipment, students' portfolio, and the presence of trained clinical instructor to achieve quality learning environment. She shared:

"The dean intervened on evidence-based practices like in the high-fidelity model mannequin. She assigned Clinical Instructor so as to understand the use of it, on how it will contribute to the learning of the students and the integration of the use of portfolio as an intervention, new facilities, and creating a better learning environment for the students."

Student 4 mentioned that the dean conducted the meeting with the faculty members during the curriculum development process. She said:

"I feel like there are a lot of meetings that happened with the dean and the clinical instructors. She takes every suggestion that the clinical instructor gives, so I feel like that really helps in building our curriculum."

Also, the dean looked into the contents, including the nursing skills demonstrated in the skills laboratory were used in actual clinical setting. The use of evidence-based practice during their clinical practice was also emphasized, as mentioned:



“We do an evidence-based in the hospital as told by the Clinical Instructor and as instructed by the dean so as there are reasons before we do things.”

Student 3 relayed that in terms of Research course, the Dean being the Research teacher set the standard guidelines among students.

DEAN’S MANAGEMENT PRACTICES AS DESCRIBED BY THE FACULTY MEMBERS

Faculty member 2 described the management practices of the dean in Curriculum and Instruction that the dean was engaged in the development of the curriculum and instruction. She said: *“She knows the ins and outs of the curriculum and the instruction. She is very particular about it. She sees to it that before, during and after the implementation of the new curriculum. She made sure that she was part and still part of it. She is part of the revisiting of the curriculum.”*

Faculty member 1 pointed out that the collaboration with local and international partners had helped the school to excel at every curriculum aspect of the nursing curriculum. Also, the assessment tools like examination papers with Table of Specifications were being asked to submit to the dean to ensure alignment of the written, taught, and tested curriculum.. He said: *“Examinations with TOS and rationale were submitted to the Dean.”*

Faculty member 4 indicated that the dean ensured all faculty members participated in developing the curriculum and there was a faculty representative per year level. These representative and faculty-volunteers became members of the curriculum committee with the dean. The committee was the one who decides for the changes to be made in the curriculum. She added that there was a curriculum review before the start of the semester and during the semester. The faculty members must work right away on the new updates especially those from CHED memoranda and guidelines.

Faculty member 3 relayed that before the semester starts, a faculty meeting was conducted by the dean to present the goals of the curriculum and instruction. She would like to know all the updates, concerns, and issues of the faculty per year level in terms of the different courses in the curriculum. She said: *“Every start of the semester, we would have always had the meeting in preparation. She has already a goal and make sure it was cascaded to the level of the faculty.”*

Faculty member 1 said that the dean checked the alignment of activities with CHED standards or with the new policies of the university and mentioned that each faculty member was required by the dean to submit semestral report and annual report as a feedback mechanism where suggestions and recommendations in teaching and instructions were placed. She said:



“Our semestral report is part of our output. On what are our suggestions, recommendations when it comes to teaching and instructions.”

Faculty member 1 provided the details on the semestral reports. These reports were consolidated and presented in the faculty meeting in a forum. He described it as:

“Two-page report and the Dean and the Associate Dean, they consolidate the facilitating tasks and hindering factors. They will present the hindering factors in a faculty meeting then it will be discussed why those hindering tasks were identified and then it becomes an open forum with suggestions.”

Likewise, he added that the dean does micro-management by looking into details in everything in the school of nursing like class observation.

It was also observed that a class checker does the job of checking the faculty in the class every class hour.

The statements gathered during the interview with the faculty-participants on management practices were validated during the observation. It was noted that there was the focus made by the dean to ensure the relevance of the curriculum through review of alignment of the curriculum with the standards of the CHED, continuous improvement, and the engagement of the dean in the process of the curriculum design, the participation of the faculty members in curriculum development, the formation of a curriculum committee who were responsible in the finality of the curriculum. Likewise, the conduct of the meeting among the heads per year level and the open communication with the faculty members of the goal of the school at the start of every semester were noted as management practices for curriculum development and evaluation. The goals were reflected in the Strategic Plan.

The management practices of the Dean in School Nursing A and the management practices described by the students and faculty members were similar. Importantly, specific samples of these management practices were mentioned by the students.

Case 2: Nursing School B

The table below summarized the management practices of the deans as described by themselves, students, faculty members and immediate superior.



Table 3 *Summary of Management Practices of the Deans as Described by Students and the Faculty Members of School Nursing B*

CURRICULUM AND INSTRUCTION		
Dean	Students	Faculty Members
Leading in curriculum development	Leading in curriculum development	Leading in curriculum development
Engaging with stakeholders	Implementing curriculum audit	Engaging with stakeholders and professional groups
Ensuring quality		Ensuring quality
Implementing innovation		Conducting faculty evaluation
Leading curriculum evaluation		Ensuring attainment of standards in curriculum development and implementation

The following narratives discussed the management practices in Curriculum and Instruction, as described by the deans, students and faculty members from interview, review of available documents, observation, and digital analysis of Nursing School B.

DEANS' MANAGEMENT PRACTICES AS DESCRIBED BY THEMSELVES

Dean 1 of Nursing School B added that it took them years to finalize and have the curriculum approved. She described that there was a committee composed of representatives of students, stakeholders, administrative council, and the Board of Regents. She said: *"It took us two years for the curriculum revision and development. It was not that easy because we need to consult with the students' representatives and other stakeholders. Then, the next level is to get an approval from the admin council and the BOR. There are a lot of layers of representation at the middle prior to final approval of Board of Regents."*

The Dean mentioned stakeholders' consultation which happened in the nursing school, along with other university-wide practices. The consultation happens twice a year following the cited agenda. She said, *"The stakeholders' consultation I think the most is twice a year. The first is the planning of budget and the second is for the evaluation?"*



She also narrated having a core process that was established already for the curriculum development, and said: *"We have established the core process of curriculum development. One of the best practices that I see in the level of the dean is curriculum audit. Every semester, we have a curriculum audit or known as a curriculum review. It is a session with faculty members and with the students evaluating how it was implemented".*

She added that there was the extensive review of the existing syllabi especially when there are new courses in the new curriculum which are being implemented for the first time. The collaboration with other administrative services were sought. She determined the resources and trainings needed and provided them to the library. She narrated: *"What trainings are needed? What books are needed? We coordinate with the library and they helped us. Which one you wish to recommend? Indeed, it is coordinated with them."* Dean 1 mentioned that there was huge budget for laboratory resources. He said, *"I want to buy defibrillator. We have already an interactive board for Human Anatomy."*

Dean 3 mentioned that they do curriculum audit at the start of the semester by doing the curriculum mapping. He described that the dean reminded of the specific activities and the schedules must be followed. He said: *"Mapping happens at the start of the semester. We will know which items are not done at the previous semesters just to carry it over at the next semester just to make sure that everything is covered"*

He also mentioned that he did a class observation twice a semester, one-on-one mentoring sessions after the observation, the faculty meetings, and the morning rounds. He discussed that a faculty meeting was conducted at the end of the semester for students' deliberation. He said: *"The dean also sits in the classes to observe and then I call the faculty members after observations just for one-on-one mentoring. There are also meetings with the dean."*

Likewise, Dean 3 did a daily routine on a class supervision. He said: *"I also do rounds in the morning just to make sure that everything is in place before the students could come, and to make sure that the faculty members are in place, lectures are in place."*

DEANS' MANAGEMENT PRACTICES AS DESCRIBED BY THE STUDENTS

Student 1 from Nursing School B told that the faculty members used variety of teaching and learning methodologies in a class. The assessment tools, including ward classes, activity-based and a revalida were utilized. He said: *"We would have our oral revalidas and presentation. Although they*



have the traditional based learning, it is an activity-based learning and it's very interactive when it comes to our lessons. First year, second semester was when we started doing duty. In our ward class, we would teach the patients regarding a health teaching."

Students 1 and 3 from Nursing School B added that there was learning resource made available for the students at the start of the semester and there was a course orientation. They received a copy of the course syllabus which served as their guide of the topics. He said,

"With regards to how the teaching and lectures are given are quite efficient for us students because the start of each subject and the start of each topic, we would be given of course starting the semester."

Student 3 from Nursing School B said: *"On the first day of school, there will be a course orientation. The course syllabus and learning outcomes will be given to us on that day."*

Student 1 from Nursing School B mentioned that research was introduced already in a professional course. He added that students participated in an international research conference which was organized by the School of Nursing. He said: *"As early as first year we have been exposed to aspect about research, such as forming hypothesis, data collection and research methodologies."*

Student 1 from Nursing School B pointed out that there was additional requirements beyond the usual required standards. He mentioned: *"We have additional cases for Nursing School B standard and for those additional cases we need those to graduate. So, if we do not meet the college requirements for that given case or that given procedure and then we will not be able to graduate."*

Students 2 and 3 from Nursing School B described that Dean 2 observed online classes and the former deans observed classes both in school and in clinical duty. He also did the morning rounds with the students. Furthermore, it was mentioned that there were skills evaluation checklist, using standardized rubrics and return demonstration for nursing skill. She said: *"We do our return demonstrations and even during our clinical practices, we always bring a copy of a checklist or like an evaluation checklist for performances and individual."*

Student 2 described how Dean 2 did the faculty and class observation. She said: *"He's trying his best to oversee the discussion as well. He enters sometimes into our classes. He's stays for quite a while, so I feel like he really gauges the teachers and the activities of the students."*

Student 3 from Nursing School B emphasized that the Dean 4 monitored closely the compliance in curriculum and instruction like the missed clinical duty and examinations of the students. He said: *"She made sure that we would not have any missed duties. For example, we would*



have extensions. She makes sure that we would fill-in with those extensions and in class for missed exams and other stuff. She would make sure that we would be able to fill in those missed exams and the return demonstrations.”

DEAN’S MANAGEMENT PRACTICES AS DESCRIBED BY THE FACULTY MEMBERS

Faculty member 3 mentioned that Dean 4 invited stakeholders for consultations in developing the curriculum. She said:

“Our dean is very significant in the crafting of the curriculum. We were able to invite significant people and get insightful inputs from them. So, we were able to make a good stakeholders’ consultations for the improvement of the curriculum. We have yearly consultation including our alumni.”

Moreover, she added that the key people were involved in the implementation of the curriculum audit every semester. The Quality Assurance Officer of the college was the key people involved in the audit. On the document review, there was the Quality Assurance Office which issued guidelines and protocols. She said:

“Surely, we have semestral Course Audit. At the end of the semester, Quality Assurance Officer of the college spearhead the Course Audit in coordination with the Dean. It’s our core process and the primary implementer is the Quality Assurance Officer.”

She described that the results of the Course Audit were reported to the dean. Then the dean conducted a meeting among faculty members on ways to improve the curriculum and instruction and curriculum audit. She said: *“The Quality Control Officer reports the findings to the dean. A meeting is held to discuss the results, so that's where the dean comes in.”*

She added that the dean conducted classroom and RLE observations during face to face and online classes. Faculty member 2 mentioned that the classroom observation was conducted and as a requirement in the role of the dean. He said: *“Classroom observation is a requirement.”*

Faculty member 1 shared that the dean followed CHED memorandum in the implementation of the minimum requirements of the curriculum and integrated the school’s graduate attributes. She said, *“Do not get lost of CHED memo because of the minimum requirements which should be integrated in the curriculum and then add the graduate attribute.”*



Furthermore, she added that in the implementation of flexible learning, an evaluation of the module was also conducted. She said: *"We enhanced the module evaluation at the middle of the semester."*

The management practices as described by the deans, students and faculty members were similar in terms of leading curriculum development. Stakeholder engagement was also one of the similar management practices, as described by the deans and faculty members.

The deans as a program administrator of Bachelor of Science in Nursing manifest leadership in curriculum and instruction. Based on CHED Memorandum Order # 15 (2017), the deans have the responsibilities to lead in the development implementation of the curriculum and instructional standards. Likewise, SEAMEO Competency Framework for Southeast Asian School Heads also indicated that one of success competencies of Schools Heads is the Instructional Leadership. In the review made by Christopher Day and Pamela Sammons (2014) on Successful School Leaders by Education Development Trust, it was noted that instructional leadership has a big impact on student outcomes at nearly four times than transformational leadership because it focuses on enhancing effective teaching and learning. From a UNESCO paper by Stabback (2016) curriculum was described as what, why, how, and when the students learn. Moreover, it is also used to achieve learning outcomes by the students that facilitates the realization of societal demands and government policies.

The curriculum provides clarifications on key questions related to political, social and cultural concerns. A quality curriculum enables students to acquire and develop the knowledge, skills and values, capabilities, and competencies towards meaningful and productive lives. Furthermore, it was noted that good teaching and learning are enhanced by quality, relevant and effective curriculum. Also, the management practices by the deans on curriculum development and improvement are critical in the development of the community. The criteria for quality curriculum has to be aimed with four categories as (1) development of curriculum, (2) the curriculum in itself, (3) implementation of the curriculum, and (4) evaluation of the curriculum. Development of the curriculum has to be planned and systematic, inclusive and consultative, led by curriculum professionals, cyclical in nature and sustainable.

The engagement with stakeholders in curriculum and instruction projects of the deans were an obvious management practice. This was supported by the study of Belita, Carter, and Lukorious, (2020) which stated that health care environment has been changing fast and stakeholder engagement is recognized significantly in curriculum development and renewal. Such practice is believed to



initiate innovation in teaching and learning. The authentic stakeholder engagement offers help to clients, students, faculty and in general, nursing profession. Another study from Dalrymple, Auerbach, and Schussler (2017); Nosek, Scheckel, Waterbury, MacDonald, and Wozney (2017) pointed out that when students were key stakeholders and positive learning experiences are enhanced, succession management is also being supported.

Aside from students as key players in stakeholders' engagement, the clinical partners were also recognized as a key player. Contribution in curriculum is focused on knowledge and skills development according to D' Antonio et al. (2013), as cited in this study of Belita et al. (2020) In this same study, the four (4) facilitators of positive stakeholder engagement were identified. These were (1) positive leadership, (2) empowerment, (3) sense of ownership, and (4) culture of equality. Firstly, Axtell, Avery, & Westra, (2010); Nosek et al. 2017) described that the positive leadership in stakeholder engagement was the use of effective communication and interpersonal skills in showing support, drawing out inspiration, and making personal connections to promote a culture of safety. Secondly, empowerment is a facilitator for positive stakeholder engagement. Nosek et al. (2017) described that empowerment is achieved when the stakeholders' contributions were acknowledged. The third facilitator is sense of ownership. D'Antonio, Walsh Brennan, and Curley (2013); Nosek et al. (2017) emphasized that this sense of ownership is developed when stakeholders were involved early in the development of shared goals and vision. This was done by Dean 1 as this was reflected from her response, *"We did something new in this new curriculum because we need to start from the top. You need to identify the institutional outcome, the graduate attributes. We organize our curriculum committee which I head, including members ng department heads, faculty, senior faculty teaching each of the subjects, students' representative per year level, alumni."*

The last facilitator for positive stakeholder engagement is culture of equality. Chiang, Chapman, and Elder (2011) described this as when there is democratic processes and principles for decision making like active listening, objectivity and respect for ideas equal and fair distribution of power and the role was action-oriented. This facilitator – culture of equality was sensed from the response of Dean 1 as:

"We need to sit down so for the curriculum meeting. Then we will agree on how it will be done."

Deans as a program-administrator initiated change and innovation. Cerna (2014), described that innovation was about implementation of improved ideas, knowledge, and practices such in process and product while change is the transformation or alteration of an intended or unintended



phenomenon which may be differentiated by pace and scope. From the report of OECD 2016, innovation helped in the improvement of learning outcomes of students thus, the quality of education. Likewise, it was also mentioned that innovation in education enhances equity in the access to and equality in learning outcomes. In terms of innovation, it can stimulate efficient provisions on public-service and education. Lastly, education must be relevant on the changes in the needs of the society and economy like the practices on teaching, learning and organization that are considered the skills for innovation.

The dean gained insights which served as input for curriculum and instructional improvement and for faculty development. On the other hand, School of Nursing 2, it was discovered that one of the innovations was the early introduction of research in students' requirement and additional clinical cases that improved students' learning outcomes. In the study of Llomaki and Lakkala (2018) on the innovative digital school model, one of the elements is digital resources. In this element, it includes utility of technical resources, pupil's digital competence, teachers' digital competence and pedagogical and technical training and support. Moreover, in the same report by OECD, there were domains of educational leadership that are needed to understand the integration of technology into learning. One domain is mature leadership who knows the use of technology in school as to when it is beneficial or not and an effective and supportive leader who understand the effective use of technology in teaching and learning process. Thus, this poses a challenge to the Deans.

From the responses yielded during the interview from the deans, it was obvious that innovation in digital resources was on the availability and utilization of technical resources like the simulators – Apollo and Stanly and interactive equipment, the teachers' digital competence, and pedagogical and technical training and support.

In addition to the utilization of technical resources under the innovation on digital resources, the teachers' digital competence and pedagogical and technical training and support were present.

Conclusions & Recommendations

The nursing education as the foundation of nursing practice in the Philippines is managed and led by the deans. The dean's scope of practice is prescribed at its minimum by the Commission of Higher Education. Deans were facing the responsibilities and roles in the academe in the area of curriculum development and instructional leadership to perform multitude roles amidst the challenges of changing demographics, societal demands, and technology advancements.



The dean as an instructional leader was engaged in curriculum and instructional development and evaluation with the involvement of faculty members, and stakeholders. In initiating change and innovative ideas, the deans were advancing change and innovation of instruction and assessment and promoting the use of digital resources.

After considering the above findings and conclusions, this study recommended that leadership and management trainings could be provided to enhance the knowledge, values and skills of the deans, especially the novice ones on management competencies. Furthermore, it is crucial to provide opportunities and growth and development programs that enhance their roles as an instructional leader, an academic leader for faculty, strategic resource manager, promoter for research and extension, builder of networks and sustainer of professional relationship, manager of quality assurance, and an inspiration of personal excellence.

References

- Axtell, S. A., Avery, M., & Westra, B. (2010). Incorporating cultural competence content into graduate nursing curricula through community-university collaboration. *Journal of Transcultural Nursing*, 21(2), 183–191.
- Belita, E. Carter, N., & Lukosius, D. (2020). Stakeholder engagement in nursing curriculum development and renewal initiatives: a review of the literature. *Quality Advancement in Nursing Education – Avancees en formation infirmiere* Vol. 6.
- Bitterova, M., Haskova, A., & Pisonova, M. (2014). School leader's competencies in management area. *Procedia Social and Behavior Sciences* Vol. 149.
- Bouws, M., Candela, L., & Bonnema, J. (2016). The novice nursing dean: A qualitative study of the lived experience. *Journal of Nursing Education and Practice*. 6(8).
- Cerna, L. (2014). "Innovation, governance and reform in education", CERI Conference. www.oecd.org/edu/ceri/CERI%20Conference%20Background%20Paper_formatted.pdf.
- CHED Memorandum Order No. 15 (2017). *Policies, standards, and guidelines of Bachelor of science in nursing*. Retrieved from <http://api.ched.ph/api/v1/download/4268>
- Chiang, C., Chapman, H., & Elder, R. (2011). Overcoming challenges to collaboration: Nurse educators' experiences in curriculum change. *Journal of Nursing Education*, 50(1), 27–33.
- Creswell, J.W. (2009). *Research design qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. (3rd ed.). Sage Publications, Inc.



- Dalrymple, S. E., Auerbach, A. J., & Schussler, E. E. (2017). Taking a community approach to curriculum change. *International Journal for the Scholarship of Teaching and Learning*, 11(2).
- D'Antonio, P. O., Walsh Brennan, A. M., & Curley, M. A. Q. (2013). Judgment, inquiry, engagement, voice: Re-envisioning an undergraduate nursing curriculum using a shared decision-making model. *Journal of Professional Nursing*, 29(6), 407–413.
- Henk, W., Wepner, S. Lovell, S., & Melnick, S. (2017). Education deans' beliefs about essential ways of thinking, being, and acting: A national survey. *Journal of Higher Education Management*. 32(1).
- Llomaki, L., & Lakkala, M. (2018). Digital technology and practices for school improvement: innovative digital school model. *Research and Practice in Teaching and Enhanced Learning* 13(25).
- Ngowi, A., & Jager, H. (2016). *A competency-based approach to recruiting and developing academic leaders review*. Retrieved from <https://www.semanticscholar.org/paper/A-Competency-Based-Approach-toRecruiting-and-%E2%80%93-A-Ngowi-Jager/ca9042d3a22abfe105f8582948ed2e9d5a81fd2a>
- Nosek, C. M., Scheckel, M. M., Waterbury, T., MacDonald, A., & Wozney, N. (2017). The collaborative improvement model: An interpretive study of revising a curriculum. *Journal of Professional Nursing*, 33(1), 38–50.
- Patterson, B., & Krouse, A. (2015). Competencies for leaders in nursing education. *Nursing Education Perspective*, 36 (2), 76 – 82.
- Stabback, P. (2016). *What makes a quality curriculum?* IBE UNESCO International Bureau of Education.
- Tolarba, J. (2016). *Nursing education in the global age*. Proceedings of the 1st International Conference on Nursing Education . Manila, Philippines



คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับ วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ เป็นวารสารที่รับตีพิมพ์เผยแพร่บทความวิจัยและบทความวิชาการ ที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ เช่น ด้านการแพทย์ (Medicine) ด้านการพยาบาล (Nursing) ด้านทันตกรรม (Dentistry) ด้านสาธารณสุขศาสตร์ (Health profession) และด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยบทความที่จะตีพิมพ์เผยแพร่ ต้องเป็นผลงานวิจัยที่แล้วเสร็จไม่เกิน 5 ปี ไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่นเมื่อได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์ ถ้าเป็นบทความวิจัยที่เป็นหรือเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์/ดุษฎีนิพนธ์ ต้องมีหนังสือรับรอง และลงนามทั้งอาจารย์ที่ปรึกษาหลักและนักศึกษาผู้ทำวิทยานิพนธ์/ดุษฎีนิพนธ์ กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการแก้ไขต้นฉบับเพื่อความเหมาะสมและเป็นไปตามเกณฑ์ที่กองบรรณาธิการกำหนด โดย บทความที่จะตีพิมพ์เผยแพร่ ต้องผ่านการพิจารณา กลั่นกรอง ตรวจสอบ จากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer review) ที่มีความรู้ ความชำนาญ มีประสบการณ์ ในด้านที่เกี่ยวข้องในการประเมินบทความ เพื่อให้ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ ที่เป็นประโยชน์ ก่อนการตีพิมพ์เผยแพร่ จำนวนอย่างน้อย 2 ท่าน โดยจะไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้เขียนและผู้ประเมินบทความ (Double blinded peer review)

ประเภทของบทความ

1. บทความวิจัย
2. บทความวิชาการ
3. บทความปริทัศน์ บทความพิเศษ และปกิณกะ

การเตรียมบทความต้นฉบับ

1. ต้นฉบับพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป MS Word 97/03 for Windows แบบอักษร Angsana New ขนาดตัวอักษร 16 อักษรปกติ พิมพ์หน้าเดียวบนกระดาษ A4 ระยะขอบกระดาษ ด้านบน-ด้านล่าง 2.54 ซม. ด้านใน 3.17 ซม. ด้านนอก 2.54 ซม. ไม่เกิน 12 หน้า (ไม่รวมรายการอ้างอิง)
2. ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ไว้หน้าแรกตรงกลาง ขนาดตัวอักษร 18 ตัวหนา
3. ชื่อผู้เขียน ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ อยู่ใต้ชื่อเรื่องโดยชิดขอบกระดาษด้านขวา ขนาดตัวอักษร 14 อักษรปกติ และให้ระบุตัวเลขเป็นตัวยกท้ายชื่อผู้เขียน เพื่อแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับสถานที่ทำงานของผู้เขียนบทความทุกคนไว้ที่เชิงอรรถในหน้าแรก



4. ชื่อหน่วยงานของผู้เขียน ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ อยู่ส่วนล่างสุด ที่เชิงอรรถในหน้าแรก ขนาดตัวอักษร 12 ปกติ ระบุหน่วยงานรองและหน่วยงานหลัก และระบุตัวเลขเป็นตัวยกหน้าชื่อหน่วยงานผู้เขียนทุกท่าน และ E-mail Address ของผู้เขียนหลักเพื่อเป็น Corresponding Author

5. บทคัดย่อ (Abstract) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ความยาวไม่เกิน 300 คำ

6. คำสำคัญ (Key words) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (จำนวน 3-5 คำ)

7. การพิมพ์หัวข้อ หัวข้อใหญ่สุด ให้ชิดขอบด้านซ้าย หัวข้อย่อยเว้นห่างจากหัวข้อใหญ่ 4 ตัวอักษร และหัวข้อย่อยขนาดเดียวกัน ต้องพิมพ์ให้ตรงกัน เมื่อขึ้นหัวข้อใหญ่ ควรเว้นระยะพิมพ์หนึ่งบรรทัด

8. การใช้ตัวเลข คำย่อ และวงเล็บควรใช้เลขอารบิกทั้งหมด ใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น (ระบุคำเต็มไว้ในครั้งแรก) การวงเล็บภาษาอังกฤษ ควรใช้ดังนี้ (Student centered learning)

9. กรณีมีรูปภาพ บันทึกเป็นไฟล์ที่มีนามสกุล JPEGs หรือ Tiffs เท่านั้น

10. บทความวิจัย ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

10.1 บทคัดย่อ (Abstract)

10.2 บทนำ (Introduction) ระบุความสำคัญของปัญหาการวิจัย กรอบแนวคิด สมมุติฐาน การทบทวนหรืออ้างอิงเอกสาร/ทฤษฎี/งานวิจัย ที่นำไปสู่กรอบแนวคิดหรือวัตถุประสงค์การวิจัย

10.3 วัตถุประสงค์ (Objectives)

10.4 วิธีการวิจัย (Research methodology) ระบุแบบแผนการวิจัยการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างและการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การหาคุณภาพเครื่องมือ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล

10.5 ผลการวิจัย (Results) เสนอผลที่พบตามวัตถุประสงค์การวิจัยตามลำดับอย่างชัดเจน ควรเสนอในรูปแบบตารางหรือแผนภูมิ

10.6 อภิปรายผล (Discussion) เสนอเป็นความเรียง ชี้ให้เห็นถึงความเชื่อมโยงของผลการวิจัยกับกรอบแนวคิด และงานวิจัยที่ผ่านมา ไม่ควรอภิปรายเป็นข้อ ๆ แต่ชี้ให้เห็นถึงความเชื่อมโยงของตัวแปรที่ศึกษาทั้งหมด

10.7 สรุป (Conclusions) ระบุข้อสรุปที่สำคัญ สอดคล้องกับวัตถุประสงค์หรือไม่

10.8 ข้อเสนอแนะ (Suggestion) ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ และสำหรับการวิจัยต่อไป

10.9 รายการอ้างอิง (References) ต้องเป็นรายการที่มีการอ้างอิงไว้ในเนื้อหาเท่านั้น รายการอ้างอิงที่นำมาอ้างอิงต้องมีความทันสมัย ทันต่อเหตุการณ์ และควรตีพิมพ์เผยแพร่ไม่เกิน 5 ปีย้อนหลัง และให้เขียนเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด



11. บทความวิชาการ ประกอบด้วย

11.1 บทคัดย่อ (Abstract)

11.2 บทนำ (Introduction)

11.3 เนื้อเรื่อง (Content) แสดงสาระสำคัญที่ต้องการนำเสนอตามลำดับ

11.4 บทสรุป (Conclusion)

11.5 ข้อเสนอแนะ (Suggestion)

11.6 รายการอ้างอิง (References)

12. การพิมพ์เอกสารอ้างอิง

ให้ใช้ APA Formatted References, 6th edition ศึกษารายละเอียดได้ที่ <http://www.wooster.edu/psychology/apa-crib.html>

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

1. การอ้างอิงในเนื้อหา

ใช้ระบบนาม-ปี (Author's last name – year of Publication) ถ้าชื่อผู้เขียนเป็นภาษาไทยให้แปลเป็นภาษาอังกฤษ ตัวอย่างเช่น

ผู้เขียน 1 คน: (Siriphan, 2016)

ผู้เขียน 2 คน: (Siriphan & Kaewchai, 2016)

ผู้เขียน 3-5 คน: การอ้างครั้งแรกให้ใส่ชื่อสกุลของทุกคน และการอ้างครั้งต่อไปให้ใส่เฉพาะชื่อสกุลของคนแรก แล้วตามด้วย et al. ตัวอย่างเช่น
(Seeley, VanPutte, Regan, & Russo, 2016) ในการอ้างครั้งแรก
และ (Seeley et al., 2016) ในการอ้างครั้งต่อไป

ผู้เขียนมากกว่า 6 คน: อ้างครั้งแรกและครั้งต่อ ๆ ไป ให้ใส่เฉพาะชื่อสกุลของคนแรก แล้วตามด้วย et al. เช่น (Chongchareon et al., 2016)

2. การอ้างอิงในรายการอ้างอิง

2.1 การอ้างอิงทั่วไป

- 1) ถ้าผู้เขียนไม่เกิน 7 คน ใส่ชื่อผู้เขียนทุกคน ถ้ามากกว่า 8 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก และตามด้วย ... และชื่อผู้เขียนคนสุดท้าย
- 2) ถ้าแหล่งอ้างอิงมาจากหนังสือ หนังสือออนไลน์ หรือ ebook ให้เรียงชื่อหนังสือ
- 3) ถ้าแหล่งอ้างอิงมาจากวารสาร ให้เรียงชื่อวารสาร



4) ถ้าแหล่งอ้างอิงเป็นเอกสารสืบเนื่องจากการประชุมวิชาการ ให้เอียงชื่อการประชุม

5) สำหรับรายการอ้างอิงที่ไม่มีภาษาอังกฤษให้แปลเป็นภาษาอังกฤษ และให้วงเล็บ (in Thai)

ตัวอย่างเช่น

Oliveira, L.F., Correa, J.L.G., Tosato P.G., Borges S.V., Alves J.G.L.F., & Fonseca, B.E.

(2011). Sugarcane Bagasse Drying in a Cyclone: Influence of Device Geometry and Operational Parameters. *Drying Technology*, 29, 946-952.

Grimm, A., Elustondob, D., Mäkelä, M., Segerström M., Kalén, G., Fraikin L., ...

Larsson, H. S. (2017). Drying recycled fiber rejects in a bench-scale cyclone: Influence of device geometry and operational parameters on drying mechanisms. *Fuel Processing Technology*, 167, 631-640.

Suriyawongpaisarn, P., Srithamrongsawat, S., Hempisut, P., Aueasiriwon, B., Pholpark,

A., & Wannasri. A. (2013) *The Emergency Management System of the Regional Emergency Medical System*. Health Insurance System Research Office (HISRO). Health System Research Institute (HSRI). (in Thai)

2.2 ผู้เขียนเป็นหน่วยงาน ตัวอย่างเช่น

National Institute of Emergency Medicine. (2014). *The gap of Thai Emergency Medicine:*

Report Emergency Medical Service System 2013. (1st ed.) Bangkok. NP Press

Muangjunburee, P. (2012). *Welding Engineering*. Songkhla: Educational Technology,

Faculty of Engineering, Prince of Songkla University.

2.3 การอ้างอิงเฉพาะบทในหนังสือ ตัวอย่างเช่น

Sahieam, C. (2014). Nurse case management for clients with diabetes mellitus. In Sindhu

S, Wongrod P. (editor). *Case management for clients with diabetes mellitus and hypertension* (2nd ed.) (pp.9-46). Bangkok: Wattanakanpim Printing.

Benedyk, J. (2010). Aluminum alloys for lightweight automotive structures. *Materials,*

Design and Manufacturing for Lightweight Vehicles, Woodhead Publishing Series in Composites Science and Engineering, 79-113.

2.4 การอ้างอิงเอกสารจากอินเทอร์เน็ต ตัวอย่างเช่น

Inada, K. A. (1995). Buddhist reponse to the nature of human rights. *Journal of Buddhist*

Ethics Retrieved May 21, from <http://www.psu.edu/~jbe.html>



2.5 วิทยานิพนธ์ ตัวอย่างเช่น

Siriphan, S. (2011). *Development of an Instructional Model Emphasizing Cultural Competency of Nursing Students*. A Dissertaion Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Doctor of Philosophy School of Educational Studies Sukhothai Thammathirat Open University. (in Thai).

2.6 บทความในวารสาร

Sangnimitchaikul, W. (2012). Student-centered learning: A case study of Instructional model in the nursing care of children and adolescents course at the faculty of Nursing, Thammasat University. *Journal of Nursing and Education*, 5(2), 64-76.

ข้อแนะนำในการส่งต้นฉบับ

เมื่อผู้เขียนเตรียมไฟล์ต้นฉบับตามการเตรียมต้นฉบับบทความวิจัย/บทความวิชาการแล้ว สามารถส่งไฟล์ต้นฉบับทาง

E-mail: pnu_jr@hotmail.com และ <https://www.tcithaijo.org/index.php/pnujr/login>

โดยลงทะเบียนสมาชิกเข้าเว็บไซต์ แล้วทำตามคำแนะนำสำหรับการใช้งานเบื้องต้นของระบบ ThaiJO (สำหรับผู้แต่ง Author) ซึ่งมีรายละเอียดตามหัวข้อดังนี้

- การลงทะเบียนผู้เขียน (Author Register) (ผู้ที่ยังไม่มี Username, Password ในระบบ ThaiJO)
- การส่งบทความ (Submission)
- รอตตรวจสอบสถานะ การตอบรับ/ปฏิเสธ ทาง E-mail

ข้อแนะนำการส่งเอกสารที่เกี่ยวข้อง

ผู้เขียนศึกษา ตรวจสอบขั้นตอนการส่งบทความวิจัย/วิชาการ และต้องดาวน์โหลดเอกสารที่เกี่ยวข้อง ที่เว็บไซต์ <http://journal.pnu.ac.th> หลังจากนั้นส่งเอกสารที่เกี่ยวข้องและบทความต้นฉบับ จำนวน 1 ชุด ทางไปรษณีย์ ส่งมาที่

บรรณาธิการวารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

ชั้น 3 สำนักงานอธิการบดี มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

99 ม. 8 ต. โลกเขื่อน อ. เมือง

จ. นราธิวาส 96000



การติดต่อวารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

ติดต่อได้ที่ งานวารสาร (คุณปิยนุช วัจนศิริ หรือ คุณชมชัยยะห์ เจ๊ะสาแม๊ะ)

Tel 073-709-030 ต่อ 1161, Fax 073-709-030 ต่อ 1173

Mobile phone 09-3604-3247 E-mail: pnu_jr@hotmail.com

Research Article

- The Study on Phytochemical and Antimicrobial Activities of *Momordica cochinchinensis* (Lour.) Spreng. Seeds Extract
- A model for solving the problem of Neonatal death in the unrest situation of Narathiwat Province, 2021-2022
- The Model for Resilience Enhancement with Application Usage of Adolescent: A Systematic Review
- Aggressive Management Model in Schizophrenic Patients: A Systematic Review
- Effects of Self-Efficacy Promoting Program through Family Participation upon Food Consumption Knowledge and Nutritional Status among Upper-Primary School Underweight Muslim Children, Pattani Province: A Pilot study
- The Effects of an Educational Program with Recitation of the Zikrullah on Fear, Pain and Duration of First Stage Labor Among Muslim Primiparous Women
- Effects of Knee Joint Exercises with Thai Hermit Exercise Program on Primary Knee Osteoarthritis Delay among Overweight Middle-aged Women
- Effectiveness of Discharge Instruction on Mobile Application toward Knowledge and Care Practice of Caregivers of Patients with Low Risk Mild Traumatic Brain Injury before Discharge from Emergency Department
- Factor Analysis on New Normal Medical Services during COVID-19's Outbreak in Out Patient Department of Health Care Provider under Ministry of Public Health
- Factors Predicting COVID-19 Vaccine Acceptance among Health Care Workers of Songkhla Hospital
- Health Promotion Behaviors of the Elderly participating in Activities and Excluding from Activities in Elderly School, Natamtai Sub-district, Mueang District, Trang Province.
- Needs Assessment in Training Courses for Caregivers on Dependent Elderly Care

Review Article

- Lesson Learned from the Successfulness of Nurses' Leaders in the Management of Comprehensive Covid-19 Vaccination Service: A Case Study in Vaccination Center, Songkhla
- Integrative Guidelines for the Nursing Care of Patients Using Cannabis for Medicinal Purposes

Review Article

- Management Practices of Filipino Nursing Deans as Curriculum and Instruction Leaders

มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

อำเภอเมือง จังหวัดนราธิวาส 96000

โทร. 0-7370-9030 โทรสาร 0-7370-9030

<http://journal.pnu.ac.th>

E-mail: pnu_jr@hotmail.com