



# วารสารการพยาบาลและการศึกษา

## JOURNAL OF NURSING AND EDUCATION

ปีที่ 13 เล่มที่ 4 ตุลาคม-ธันวาคม 2563 Volume 13 Number 4 October-December 2020

### ■ บทความวิจัย

- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
- ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว
- ความตั้งใจอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิ
- คุณภาพชีวิตนักศึกษา วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
- อำนาจการทำนายของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่มีผลต่อความสุขของผู้สูงอายุในชุมชนเขตเทศบาลเมืองสุรินทร์
- ผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองต่อความรู้ เจตคติและทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองของนักศึกษาพยาบาล
- ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการรับรู้ทักษะการดูแลผู้ป่วยปลอดภัยของพยาบาลสี่เหล่า
- ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครปฐม

### ■ แนะนำหนังสือ

- ปฏิวัติการสอน สู่ห้องเรียน 4.0 ด้วย Google for Education

สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

#### ❖ วัตถุประสงค์ของวารสาร

วารสารการพยาบาลและการศึกษา เป็นวารสารในกลุ่มสาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ที่อยู่ในฐานข้อมูลของศูนย์ดัชนีอ้างอิงวารสารไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. เผยแพร่ผลงานวิจัยและบทความวิชาการ ด้านการพยาบาล การผดุงครรภ์ การศึกษาพยาบาล และสุขภาพ
2. เป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ทางวิชาการของพยาบาล อาจารย์พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพ
3. เสริมสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างสถาบันการศึกษาและองค์กรทางสุขภาพทั่วประเทศ

#### ❖ ขอบเขต

วารสารการพยาบาลและการศึกษา รับผิดชอบเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความวิชาการ ทางพยาบาลและสุขภาพ และรายงานการศึกษาทางคลินิกของการพยาบาลทุกสาขา รับผิดชอบทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และต้องเป็นบทความที่ยังไม่เคยตีพิมพ์ที่ใดมาก่อน

#### ❖ การพิชฌุพิจารย์

วารสารการพยาบาลและการศึกษา เป็นวารสารที่มีคณะกรรมการพิชฌุพิจารย์ ที่ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิในหลากหลายสาขา จากสถาบันต่างๆ พิจารณาตรวจคุณภาพของทุกเรื่อง อย่างน้อย 2 คน ประเภทของการการพิชฌุพิจารย์ จะเป็นแบบ Double Blinded และผู้เขียนจะต้องปรับแก้ให้เรียบร้อย ก่อนการได้รับการตีพิมพ์ บทความข้อคิดเห็นต่างๆ ที่ตีพิมพ์ในวารสารเป็นความคิดเห็นของผู้เขียน วารสารและกองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วย

#### ❖ กำหนดออกวารสาร ปีละ 4 ฉบับ

มกราคม-มีนาคม เมษายน-มิถุนายน

กรกฎาคม-กันยายน ตุลาคม-ธันวาคม

**เจ้าของ:** สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

**สำนักงาน:** อาคารสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

อาคาร 4 ชั้น 7 ถนนนิตวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ

อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

#### ❖ The Journal Aim

The Journal of Nursing and Education (JONAE) is a peer-reviewed technological and scientific journal that is included Thailand Journal Citation Index Center: (TCI center). JONAE's primary aims are:

1. To provide a forum for original research and academic articles to the field of clinical nursing, midwifery, nursing education and health care.
2. To stand for exchanging academic and clinical experiences of nursing faculties and healthcare providers.
3. To promote collaborative networks of academic institutes and healthcare organizations in Thailand.

#### ❖ Scope

The Journal of Nursing and Education (JONAE) publishes original research articles, academic articles, and clinical studies in all areas of nursing. We accept both Thai and English writing to publication, however, articles have not been published in anywhere before.

#### ❖ Peer Reviewers

The Journal of Nursing and Education (JONAE) is a peer-reviewed journal. Peer review is the system that we use to assess the quality of scientific research and academic articles by independent experts in the field as reviewers. All submitted manuscripts will be reviewed by at least two reviewers, The type of judgment is double blinded, prior accepting before publication. All authors must take public responsibility for the content of their paper.

#### ❖ Quarterly Issue

January-March April-June

July-September October-December

**Owner:** Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

**Office:** Office of the Permanent Secretary for Ministry of Public Health

4 Building.7 floor. Health Workforce Development Ti wanon Road, Tumbol Talatkwan District Muang Nonthaburi Province Nonthaburi Thailand 11000

❖ คณะที่ปรึกษา

ศ.เกียรติคุณ ดร.กิตติชัย วัฒนานิก	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รศ.ดร.ทัศนีย์ บุญทอง	นายกสภาการพยาบาล
นายแพทย์ประทีป ธนกิจเจริญ	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ศ.ดร.ศิริพร จิรวัดมนกุล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ศ.ดร.ประนอม โอทกานนท์	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

❖ บรรณาธิการ

ดร.เบญจวรรณ ทิมสุวรรณ	ข้าราชการบำนาญ กระทรวงสาธารณสุข
-----------------------	---------------------------------

❖ ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ดร.ปัทมา ทองสม	สถาบันพระบรมราชชนก
----------------	--------------------

❖ กองบรรณาธิการ

รศ.ดร.รัชณี สรรเสริญ	สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
รศ.ดร.เอื้อมพร ทองกระจ่าย	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.ดร.พูลสุข หึงคานนท์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
รศ.ดร.อาภาพร เผ่าวัฒนา	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.ดร.สมใจ พุทธิพิทักษ์ผล	สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
ผศ.ดร.วรรณรัตน์ ลาวัง	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ผศ.ดร.จินดา งามสุทธิ	ข้าราชการบำนาญ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ดร.จรีวรรณ มณีแสง	มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น
ดร.กาญจนา จันทร์ไทย	สำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข
ดร.ลิลลี่ ศิริพร	ข้าราชการบำนาญ กระทรวงสาธารณสุข
ดร.วารีวรรณ ศรีวานิชย์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา	วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
อาจารย์วิภา เพ็งเสี้ยม	วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา
อาจารย์เฟื่องฟ้า นรพัลลภ	ข้าราชการบำนาญ กระทรวงสาธารณสุข
อาจารย์เบญจพร ทิพย์ผลผลกุล	สถาบันพระบรมราชชนก
พันเอกหญิง ดร.วาสนา นัยพัฒน์	วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก
Dr.Patricia W. Nishimoto	Oncology Clinical Nurse Specialist/Tripler Army Medical Center USA

❖ ฝ่ายผู้จัดการ

นางสาวมยุรี ศรีอุตร	สถาบันพระบรมราชชนก
นางรัชณีพร ไชยมิ่ง	สถาบันพระบรมราชชนก
นางอัญชลี ปัญญวิรัช	สถาบันพระบรมราชชนก
นางสาวพุทธพร จันทะบาล	สถาบันพระบรมราชชนก

# บรรณาธิการแถลง

## สวัสดีค่ะ

วารสารการพยาบาลและการศึกษาได้ดำเนินการตีพิมพ์บทความวิชาการและบทความวิจัยที่เป็นประโยชน์ทางการพยาบาลและการสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมให้เกิดความเข้มแข็งทางวิชาการ และเผยแพร่ผลงานอันเป็นประโยชน์ต่อการบริการการพยาบาลการศึกษาระบบสาธารณสุข ผลที่ได้จากการวิจัยต้องนำไปใช้ประโยชน์และต่อยอดองค์ความรู้ต่อไป ในการพัฒนาระบบสุขภาพ

วารสารฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 4 ซึ่งเป็นฉบับสุดท้ายของที่ 13 ประจำเดือน ตุลาคม-ธันวาคม 2563 ได้รวบรวมบทความไว้อย่างน่าสนใจในหลากหลายมิติ เช่น ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างของกระดูกของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิ คุณภาพชีวิตนักศึกษา วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ อำนาจการทำนายของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่มีผลต่อความสุขของผู้สูงอายุในชุมชนเขตเทศบาลเมืองสุรินทร์ ผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ต่อความรู้ เจตคติและทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองของนักศึกษาพยาบาล ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการรับรู้ทักษะการดูแลผู้ป่วยปลอดภัย ของพยาบาลสีเกล้า ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครปฐม เป็นเนื้อหาที่น่าสนใจมาก

ทางกองบรรณาธิการคาดหวังเป็นอย่างยิ่งว่าบทความในวารสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ ต่อผู้อ่านทั้งในทางวิชาการการวิจัยและวิชาชีพและหากผู้เขียนหรือผู้อ่านท่านใดมีบทความวิจัย ทางด้านการพยาบาล การบริหารการพยาบาล การศึกษาพยาบาล และการสาธารณสุข สามารถส่งมาได้ Thai Journals Online (ThaiUO) ทางเว็บไซต์ [www.tci-thaijo.org](http://www.tci-thaijo.org) โดยจะปรากฏชื่อวารสาร "การพยาบาลและการศึกษา" และทางอีเมล [nursing2551@gmail.com](mailto:nursing2551@gmail.com)

กองบรรณาธิการ  
วารสารการพยาบาลและการศึกษา

# สารบัญ

## Contents

หน้า  
Page

### ✦ บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ของอาสาสมัคร  
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ณัฐรดา แฮคคา, วรรณรัตน์ ลาวัง, สมสมัย รัตนกรีกากุล

Factors Related to Care Readiness for Persons with Dementia among Village Health  
Volunteers

Natrada Haekham, Wannarat Lawang, Somsamai Rattana greethakul ..... 1

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อ  
และโครงสร้างกระดูกของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว

รสริน สมใจ, วรรณรัตน์ ลาวัง, ชัญญชิตาดุษฎี ทูลศิริ

Factors Influencing Preventive Behaviors against Musculoskeletal Disorders among  
Family Caregivers of Persons with Physical Disability

Rosarin Somjai, Wannarat Lawang, Chananchidadussadee Toonsiri ..... 18

ความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิ

อรจิรา วรรณะพงษ์, ทศนีย์ รวีวรกุล, เพลินพิศ บุญยมาลิก

Intention to Stay in Primary Care Unit among Nurses

Onchira Vadtanapong, Tassanee Rawiworrakul, Plernpit Boonyamalik ..... 34

คุณภาพชีวิตนักศึกษา วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

มาลีวัล เลิศสาครศิริ, จุรีย์ นฤมิตเลิศ, อนุชา พรหมกันยา

The Quality of Life of Students in Saint Louis College

Maleewan Lertsakornsiri, Juree Narumitlert, Anucha Promkanya ..... 49

อำนาจการทำนายของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่มีผลต่อความสุขของผู้สูงอายุ  
ในชุมชนเขตเทศบาล เมืองสุรินทร์

ธิดารัตน์ คณิงเพียร, สุขุมล แสนพวง

The predictive power of the self-esteem on happiness of aging people in  
Muang Surin Municipality

Thidarat Kanungpiarn, Sukhumal Sanpaung ..... 64

ผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองต่อความรู้ เจตคติและทักษะ  
การตรวจเต้านมด้วยตนเองของนักศึกษาพยาบาล

ศุภรัตน์ แจ่มแจ่ม, วิรดา อรรถเมธากุล, ศิวะพร ประยูรเทพ

The Effects of Breast Self-Examination Acquisition Program on Knowledge,  
Attitude and Breast Self-Examination Skill Among Nursing Students

Supparat Jamjang, Wirada Atthamaethakul, Siwaporn Prayoontap ..... 77

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการรับรู้ทักษะการดูแลผู้ป่วยปลอดภัย  
ของพยาบาลสี่เหล่า

วัชรภรณ์ เปาโรหิตย์, จิรภิญญา คำรัตน์, ศุภิสมา มาลาผอย, จตุพร เฉลิมเรืองรอง

The Association between Knowledge, Attitude, and Perception of Patient Safety  
Skills of the Armed Forces Nurses

Watcharaporn Paorohit, Jirapinya Khamrath, Supisa Malafoy,

Jatuporn Charermrueangrong ..... 92

ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาในโรงพยาบาลส่งเสริม  
สุขภาพตำบล จังหวัดนครปฐม

อรอนงค์ สุขเสาร์, นิตยา เพ็ญศิริินภา, พรทิพย์ กิระพงษ์

Factors Affecting the Performance of Medication Error Prevention of  
Sub-district Health Promoting Hospitals in Nakhon Pathom Province

Onanong Suksao, Nittaya Pensirinapa, Phonthip Geerapong ..... 105

✦ **แนะนำหนังสือ** ..... 120

ชื่อหนังสือ ปฏิบัติการสอน สู่ห้องเรียน 4.0 ด้วย Google for Education

ผู้เขียน ดนัยศักดิ์ กาโร

ผู้แนะนำหนังสือ : เบญจวรรณ ทิมสุวรรณ



# ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน\*

## Factors Related to Care Readiness for Persons with Dementia among Village Health Volunteers\*

ณัฐรดา แสคำ\*\* วรณรัตน์ ลาวั่ง\*\*\* สมสมัย รัตนกรีทากุล\*\*\*

Natrada Heakham\*\* Wannarat Lawang\*\*\*

Somsamai Rattanagreethakul\*\*\*

Received : 26/6/63

Revised : 18/11/63

Accepted : 22/11/63

### บทคัดย่อ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นทรัพยากรสำคัญในระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะยาว การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม. และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างเป็น อสม. ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่จังหวัดชลบุรี จำนวน 240 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2562 ถึง มกราคม 2563 โดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแล แบบสอบถามการรับรู้บทบาทการดูแล ทักษะติดต่อการดูแล การสนับสนุนการปฏิบัติบทบาท และความพร้อมในการดูแลที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน โดยแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแล มีค่า KR 20 เท่ากับ .63 แบบสอบถาม การรับรู้บทบาทการดูแล ทักษะติดต่อการดูแล การสนับสนุนการปฏิบัติบทบาท และความพร้อมในการดูแล มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .92 .72 .93 .97 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติความสัมพันธ์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

**ผลการศึกษา** พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $M = 72.08$ ,  $S.D. = 13.26$ ,  $Madj = 3.60$ ) ทุกด้านมีความพร้อมอยู่ในระดับมาก ยกเว้นด้านการประเมินความต้องการ การด้านสุขภาพและด้านการจัดทำฐานข้อมูล มีความพร้อมอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์

\* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

\*\* นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

\*\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

\* Thesis of Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Burapha University

\*\* Student of Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Burapha University

\*\*\* Assist Professor, Faculty of Nursing, Burapha University



ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมได้แก่ การรับรู้บทบาทการดูแล ( $r = .669, p < .001$ ) การสนับสนุนการปฏิบัติบทบาท ( $r = .525, p < .001$ ) ทักษะคิดต่อการดูแล ( $r = .344, p < .001$ ) ภาวะสุขภาพของ อสม. ( $r = .173, p < .01$ ) และความรู้เกี่ยวกับการดูแล ( $r = .170, p < .01$ )

**สรุป** การศึกษาครั้งนี้ได้องค์ความรู้เกี่ยวกับความพร้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งพยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพควรพัฒนา อสม. ให้มีความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยเน้นการเพิ่มการรับรู้บทบาทการดูแล สนับสนุนการปฏิบัติบทบาท ส่งเสริมทัศนคติที่ดีต่อการดูแล เพิ่มพูนการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง และให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลเพื่อให้ อสม. มีความพร้อม และศักยภาพในการดูแล ให้เกิดคุณภาพการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างมีประสิทธิภาพ

**คำสำคัญ:** ความพร้อมในการดูแล ผู้มีภาวะสมองเสื่อม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

## Abstract

Village health volunteer is an essential resource in public health long-term care system for persons with dementia. This descriptive correlational research aimed to describe association between health volunteers' care readiness and selected factors. Multi-stage sampling technique was used to recruit 240 village health volunteers in Chonburi province. Data collection had been performed between November 2019 and January 2020. Research tool consist of questionnaires regarding the Health Perception, the Care Knowledge (KR-20 = .63), the Care Role Perception, the Care Attitude, the Care Role Support, and the Care Readiness (Cronbach's alpha coefficients were .92 .72 .93 .97 respectively). Descriptive statistics and Pearson correlation statistics were performed to analyze the data.

**The results** revealed that the care readiness persons with dementia of participants in overall was rated at a high level (M = 72.08, S.D. = 13.26, Madj = 3.60). When considering each aspect, it was found that all readiness aspects were rated at a high level; except for assessing health needs and establishing a database aspects were rated at a moderate level. Factors that positively correlated with the care readiness persons with dementia among participants were the care role perception ( $r = .669$ ,  $p < .001$ ), the care role support ( $r = .525$ ,  $p < .001$ ), the care attitude ( $r = .344$ ,  $p < .001$ ), the perceived health status ( $r = .173$ ,  $p < .01$ ), and the care knowledge ( $r = .170$ ,  $p < .01$ ). In conclusion, this study provided knowledge about the care readiness persons with dementia among village health volunteers.

**These findings suggest** that nurse and other health personnel should develop the program to promote the care readiness persons with dementia among village health volunteers through increasing the care role perception, the care role support, the care attitude, the perceived health status, and the care knowledge. Consequently, care readiness and care potential would be improved in order to enhance the quality of care for persons with dementia.

**Keywords:** Care Readiness, Perdiness, persons with Dementia, Village Health Volunteer(s)

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อทั่วโลก ในปี พ.ศ. 2563 ประเทศไทยพบผู้มีภาวะสมองเสื่อมประมาณ 450,200 คน และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 1,233,200 คน ภายในปี พ.ศ. 2593<sup>1</sup> ซึ่งภาวะสมองเสื่อมเป็นความผิดปกติที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด เมื่ออาการมากขึ้นจนถึงระยะสุดท้ายของโรคอาจจะสูญเสียสมรรถภาพสมองด้านการรู้คิด และทางกาย ทำให้ไม่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าใดๆ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และอยู่ในภาวะพึ่งพา หรือเป็นผู้มีภาวะติดเตียง<sup>2</sup> บางครั้งถูกจัดให้เป็นหนึ่งภาวะที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องในระยะยาวเช่นเดียวกับคนพิการ จะพบปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรม ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้น้อยลง<sup>3</sup> ดังนั้นการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะยาวที่บ้าน จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

เป้าหมายสำคัญของการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะยาวคือ การชะลอความเสื่อมของสมอง การชะลอการเกิดภาวะพึ่งพา และการควบคุมป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน<sup>3</sup> ประเทศไทยได้กำหนดนโยบายส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวดูแลเป็นหลักภายใต้การสนับสนุนให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมช่วยเหลือ<sup>4</sup> ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิดนวัตกรรมดูแลผู้ที่มีภาวะเรื้อรัง (Innovation Care for Chronic Condition Framework [ICCC]) ขององค์การอนามัยโลก<sup>5</sup> ที่กล่าวว่า การดูแลผู้ที่มีภาวะเรื้อรังระยะยาวที่ประสบความสำเร็จต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย 3 ส่วน ได้แก่ 1) สมาชิกในครอบครัว 2) ทีมสุขภาพเชิงรุก ได้แก่ พยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง และ 3) ทีมหุ้นส่วนชุมชน ได้แก่ ผู้นำ และอาสาสมัครในชุมชน โดยแต่ละส่วนจะทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะต้องมีความพร้อมในการดูแล อย่างไรก็ตามการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมนั้นมีความยากและซับซ้อนต่างจากการดูแลผู้เจ็บ

ป่วยด้วยโรคเรื้อรังทั่วไป<sup>6</sup> ส่งผลกระทบต่อครอบครัวหลายด้าน โดยปัญหาดังกล่าวจะเพิ่มขึ้นตามความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม<sup>2</sup> สะท้อนว่าการดูแลโดยครอบครัวเพียงฝ่ายเดียวนั้นไม่เพียงพอ จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนการดูแลจากเครือข่ายอื่นๆ มากขึ้น ดังนั้น การป้องกันปัญหาดังกล่าวจึงต้องสนับสนุนให้หุ้นส่วนชุมชนเข้ามามีส่วนช่วยดูแล โดยประเทศไทยมีมาตรการส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลนี้

อสม. เป็นกลุ่มผู้ขับเคลื่อนงานด้านสาธารณสุขในชุมชนที่สำคัญ สามารถนำนโยบายสุขภาพสู่ประชาชน เกิดเป็นรูปธรรมช่วยส่งเสริมให้ชุมชนมีการจัดการตนเอง เพื่อคุณภาพการดูแลสมาชิกในชุมชนกระทรวงสาธารณสุข สนับสนุนให้ อสม. มีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพ เฝ้าระวังโรค ดูแลผู้สูงอายุ ผู้เจ็บป่วยในชุมชน รวมทั้งคนพิการในชุมชน<sup>7</sup> ซึ่งความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม. ถือเป็นภารกิจของ อสม. ถึงความสามารถของตนในการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ยังไม่พบการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม. แต่เป็นการศึกษาความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของญาติผู้ดูแลที่ พบว่า มีความพร้อมภาพรวมค่อนข้างต่ำ<sup>8</sup> ซึ่งไม่สามารถสะท้อนความพร้อมของ อสม. ได้เนื่องจากมีบริบทที่แตกต่างกัน ผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญดังกล่าวจึงได้ศึกษาความพร้อมของ อสม. ในการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยเทียบเคียงกับบทบาทของ อสม. ในการดูแลคนพิการในชุมชน<sup>7</sup> ซึ่งประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการค้นหาและประเมินความต้องการด้านสุขภาพ 2) ด้านการจัดทำฐานข้อมูล 3) ด้านการจัดทำแผนการดูแล ประสานงาน และส่งต่อ 4) ด้านการดูแลเชิงรุก 5) ด้านการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว และ 6) ด้านการประเมินผลการดูแล

เนื่องจากผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวัน รวมทั้งความผิดปกติ สับสน ไม่รู้วัน เวลา และสถานที่ หากมีอาการมากอาจไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลยเปรียบเสมือนเป็นคนที่พิการ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความพร้อมของ อสม. ในการปฏิบัติบทบาทการดูแลสุขภาพประชาชนร่วมกับการประยุกต์กรอบแนวคิดนวัตกรรม การดูแลผู้ที่มีภาวะเรื้อรัง<sup>5</sup> ทำให้สามารถระบุปัจจัยที่น่าจะมีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม. ได้หลายประการได้แก่ 1) การรับรู้ภาวะ สุขภาพของ อสม. เป็นความรู้สึกรหรือความคิดเห็นของบุคคลที่ประเมินสุขภาพของตนเองว่า มีภาวะสุขภาพดีมากน้อยเพียงใด ซึ่งหาก อสม. มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีจะตระหนักว่า ตนเองแข็งแรง และสามารถต้านทานโรคได้ จึงไม่กังวลเกี่ยวกับสุขภาพ และเกิดความคาดหวังในการปฏิบัติ จึงพร้อมที่จะปฏิบัติบทบาท สอดคล้องกับการศึกษาที่ว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแล<sup>8</sup> 2) การรับรู้บทบาทการดูแลเป็นความรู้สึกรหรือความคิดเห็นของ อสม. เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมหน้าที่ตามความคาดหวังของสังคม ได้แก่ การค้นหาและประเมินความต้องการด้านสุขภาพ การจัดทำฐานข้อมูล การจัดทำแผนการดูแล การดูแลเชิงรุก การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว และการประเมินผลการดูแล ซึ่งหาก อสม. มีการรับรู้บทบาทมาก จะยอมรับและเข้าใจว่า ตนเองต้องมีหน้าที่ความรับผิดชอบใด มักแสวงหาแนวทางพัฒนาตนเองเพื่อทำหน้าที่นั้น จนเกิดความพร้อมที่จะปฏิบัติบทบาทมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การรับรู้บทบาทมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติการณ์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการของ อสม.<sup>9</sup> 3) ความรู้เกี่ยวกับการดูแล เป็นความเข้าใจของ อสม. ในเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่เกิดจากการเรียนรู้ หรือได้รับ

การเตรียมมาก่อน ทั้งที่เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม และการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ถ้า อสม. มีความรู้สูงจะเกิดความเข้าใจว่าสิ่งใดถูก/สิ่งใดผิด สิ่งใดควรทำ/สิ่งใดไม่ควรทำ ทำให้มั่นใจในการเลือกวิธีการปฏิบัติ และนำไปสู่ความพร้อมในการปฏิบัติบทบาทที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมของ อสม.<sup>10</sup> 4) ทักษะคิดต่อการดูแล เป็นความรู้สึกรหรือความคิดเห็นของ อสม. ในลักษณะเห็นด้วย/ไม่เห็นด้วย พอใจ/ไม่พอใจ ครอบคลุมทัศนคติต่อผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและทัศนคติต่อการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ถ้า อสม. มีทัศนคติทางบวกจะเกิดแรงจูงใจภายในตัวบุคคลที่จะกระตุ้นให้บุคคลเกิดความรู้สึกรอยากจะทำปฏิบัติ จึงมีแนวโน้มทำให้บุคคลพัฒนาตนเองจนนำไปสู่ความพร้อมที่ดี<sup>5</sup> สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ทัศนคติของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง<sup>11</sup> 5) การสนับสนุนการปฏิบัติบทบาทการดูแล เป็นการรับรู้หรือความคิดเห็นของ อสม. ที่มีต่อความช่วยเหลือจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลเกี่ยวกับการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ครอบคลุมการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการประเมินคุณค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร ถ้า อสม. รับรู้ว่าตนเองได้รับการช่วยเหลือในการปฏิบัติจากคนรอบข้างจะเกิดแรงจูงใจที่ช่วยผลักดันให้บุคคลอยากจะทำปฏิบัติ หรือคำจูงใจให้สามารถพัฒนาตนเองต่อสู้กับปัญหา จนนำไปสู่ความพร้อม<sup>5</sup> สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติ การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการของ อสม.<sup>9</sup>

ดังนั้น อสม. จึงเป็นทีมหุ้นส่วนชุมชนที่มีความสำคัญในระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะยาว ที่ต้องมีความพร้อมในการดูแล ผู้วิจัยในบทบาทของพยาบาลจึงได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่างๆ ดังกล่าวข้างต้น กับความพร้อมของ อสม. ใน

การดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่จังหวัดชลบุรี ซึ่งมีการเพิ่มสัดส่วนประชากรวัยสูงอายุอย่างรวดเร็วและมีผู้มีภาวะสมองเสื่อม หรือผู้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมกระจายอยู่ในชุมชนจำนวนมาก การคัดกรองภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดชลบุรี พบผู้มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมคิดเป็นร้อยละ 12.25<sup>12</sup> ผลการศึกษาจะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน เจ้าหน้าที่ นักวิชาการ สถานบริการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้พัฒนาวิธีการเสริมศักยภาพสำหรับ อสม. ด้านการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน นำไปสู่การช่วยเหลือ และช่วยเสริมคุณภาพการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมที่ดีกว่าเดิม

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความพร้อมของ อสม. ในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมของ อสม. ในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม

### สมมุติฐานการวิจัย

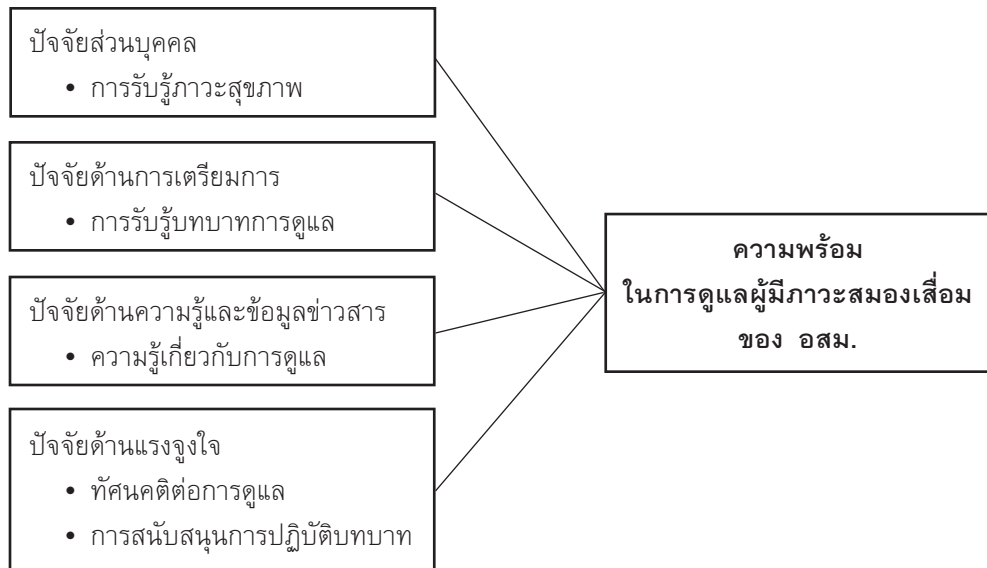
การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการดูแล การรับรู้บทบาทการดูแล ทศนคติต่อการดูแล และการสนับสนุนการปฏิบัติบทบาท มีความสัมพันธ์กับความพร้อมของ อสม. ในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ประยุกต์กรอบแนวคิดนวัตกรรม การดูแลภาวะเรื้อรัง (The Innovation Care for Chronic Condition Framework [ICCC]) เป็นกรอบแนวคิดที่องค์การอนามัยโลกพัฒนาขึ้น<sup>5</sup> เพื่อ

เป็นแนวทางในการดูแลผู้มีภาวะเรื้อรังผ่านการสนับสนุนของทีมผู้ดูแลสุขภาพและหุ้นส่วนในชุมชน ซึ่งระบบการเชื่อมโยงและการปฏิสัมพันธ์สามารถพิจารณาได้ 3 ระบบ ได้แก่ ระบบเล็ก (Micro System) ระบบกลาง (Meso system) และระบบใหญ่ (Macro System) โดยแต่ละระบบมีบทบาทหน้าที่ที่แตกต่างกัน การวิจัยนี้เน้นการประยุกต์เฉพาะระดับเล็กเนื่องจากเป็นระบบที่ใกล้ชิดและมีปฏิสัมพันธ์กับผู้มีภาวะเรื้อรังมากที่สุด ซึ่งในระดับนี้กำหนดให้มีการจัดตั้งการดูแลสุขภาพทั้ง 3 ส่วน เป็นหุ้นส่วนกัน คือ 1) ผู้มีภาวะเรื้อรังและครอบครัว 2) หุ้นส่วนชุมชน และ 3) ทีมดูแลสุขภาพแต่ละกลุ่มจะทำหน้าที่ได้ดีที่สุดเมื่อมีความพร้อมในการทำบทบาทซึ่งจะเป็นนำไปสู่ความสามารถ ในการดูแลบุคคลอื่นการที่ อสม. จะสามารถให้การดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมได้ดีมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับความพร้อมของ อสม. ที่ได้รับการเตรียมการ (Prepared) เช่น การสร้างความเข้าใจ การยอมรับ หรือการรับรู้บทบาท ต่อมาเป็นการให้ข้อมูลสำคัญ (Informed) เช่น การให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง หรือให้ความรู้จนเกิดความเข้าใจ และการสร้างแรงจูงใจ (Motivated) ที่กระตุ้นการปฏิบัติ ทั้งแรงจูงใจภายใน หรือแรงจูงใจค่าจุน

จากกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติม ผู้วิจัยสรุปปัจจัยที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับความพร้อมของ อสม. ในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (การรับรู้ภาวะสุขภาพ) ปัจจัยด้านความรู้ และข้อมูลข่าวสาร (ความรู้เกี่ยวกับการดูแล) ปัจจัยด้านการเตรียมการ (การรับรู้บทบาทการดูแล) และปัจจัยด้านแรงจูงใจ (ทัศนคติต่อการดูแลและการสนับสนุนการปฏิบัติบทบาท) (ดังภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational Research)

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (Population) เป็นบุคคลที่ขึ้นทะเบียนเป็น อสม. และยังคงปฏิบัติงานอยู่ในจังหวัดชลบุรี จำนวน 10,432 คน<sup>12</sup>

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) เป็น อสม. ที่ขึ้นทะเบียนเป็น อสม. และยังคงปฏิบัติงานอยู่ในจังหวัดชลบุรี โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 20-59 ปี 2) ปฏิบัติงานเป็น อสม. อย่างน้อย 1 ปี 3) อ่านและเขียนภาษาไทยได้ และ 4) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ที่สามารถให้ข้อมูลได้

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้เพียงพอต่อการใช้สถิติความสัมพันธ์ เพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผู้วิจัยคำนึงถึงการควบคุมความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Alpha) ที่ .05 ค่าอำนาจการทดสอบ (Power of Test) ที่ .80 เนื่องจากยัง

ไม่มีงานวิจัยที่คล้ายคลึงมาก่อน ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect Size) ระหว่างขนาดเล็กและขนาดกลางคือ .20 ซึ่งเป็นขนาดที่เหมาะสมสำหรับงานวิจัยทางการแพทย์ เมื่อเปิดตารางสำเร็จรูปสำหรับสถิติความสัมพันธ์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน<sup>13</sup> ได้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 194 คน เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์และความคลาดเคลื่อนของข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ของที่คำนวณได้ 14 การศึกษานี้จึงมีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 240 คน กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มหลายขั้นตอน ได้แก่ 1) การสุ่มอำเภอตัวอย่างในจังหวัดชลบุรี จำนวน 10 อำเภอ ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่ใส่คืน จำนวน 5 อำเภอ 2) การสุ่ม รพ.สต. ตัวอย่างจนได้ รพ.สต. ตัวอย่าง 5 รพ.สต. ใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายแบบไม่ใส่คืน 3) การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง อสม. ในแต่ละ รพ.สต. โดยประสานงานเจ้าหน้าที่นำทะเบียนรายชื่อ อสม. ที่เข้าคุณสมบัติมาคำนวณจำนวน อสม. ตามสัดส่วนและสุ่มอย่างง่ายแบบไม่ใส่คืนจนได้ตามสัดส่วนที่กำหนด

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม มี 3 ส่วน ดังนี้

### ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน

1.1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และอาชีพ

1.2 ข้อมูลบริบทการทำงานเป็น อสม. ได้แก่ ระยะเวลาการเป็น อสม. ประสบการณ์การดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม การอบรมการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม

### ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ ผู้วิจัยใช้มาตรวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพชนิดตัวเลข (Numeric Rating Scale) มีลักษณะเป็นเส้นตรงที่มีขีดแบ่งช่องเท่าๆ กัน และมีหมายเลขกำกับตั้งแต่ 0-10 คะแนน โดยให้กลุ่มตัวอย่างเลือกเพียงระดับเดียวที่ตรงกับความคิดเห็นมากที่สุด จาก 0 คะแนน หมายถึง การรับรู้สุขภาพของตนเองว่าไม่แข็งแรงเลย/ ไม่ดีเลย ส่วน 10 คะแนน หมายถึง การรับรู้สุขภาพของตนเองว่าแข็งแรงมากที่สุด/ ดีที่สุด/ ดีเยี่ยมการแปลผลถ้าคะแนนสูงแสดงว่า มีการรับรู้สุขภาพของตนเองดีเยี่ยม ถ้าคะแนนต่ำแสดงว่า มีการรับรู้สุขภาพของตนเองต่ำแสดงว่า ไม่แข็งแรงเลย/ ไม่ดีเลย แบ่งเป็น 3 ช่วงคะแนน<sup>15</sup> ได้แก่ ช่วง 1-3 คะแนนคือ การรับรู้สุขภาพอยู่ในระดับน้อย ช่วง 4-6 คะแนนคือ ระดับปานกลาง และช่วง 7-10 คะแนนคือ ระดับมาก

2.2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแล ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีจำนวน 12 ข้อ ครอบคลุม 2 ด้าน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม และการดูแลภาวะสมองเสื่อม ลักษณะคำตอบมี 2 ตัวเลือก ถ้าตอบผิดให้ 0 คะแนน ถ้าตอบถูกให้ 1 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-12 คะแนน ถ้าคะแนนสูง แสดงว่า อสม. มี

ความรู้ในระดับดี ส่วนการแปลผลเพื่อการพรรณนามี 3 ระดับ<sup>15</sup> คือ คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 ร้อยละ 60-79 และตั้งแต่ร้อยละ 80 หมายถึง อสม. มีความรู้ในระดับต่ำ ปานกลาง และสูงตามลำดับ

2.3 แบบสอบถามทัศนคติต่อการดูแล ใช้แบบประเมินทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของบุญพา ณ นคร (2555) มีจำนวน 10 ข้อ เป็นทัศนคติทางบวก ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ (น้อยที่สุดถึงมากที่สุด) คะแนนตั้งแต่ 1-4 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 10-40 คะแนน ถ้าคะแนนสูง แสดงว่า อสม. มีทัศนคติที่ดี ส่วนการแปลผลเพื่อการบรรยายมี 3 ระดับ<sup>15</sup> คือ ค่าเฉลี่ยปรับฐานอยู่ในช่วง 1.00-2.00, 2.01-3.00 และ 3.01-4.00 หมายถึง อสม. มีทัศนคติในระดับไม่ดี ปานกลาง และดีตามลำดับ

2.4 แบบสอบถามการสนับสนุนการปฏิบัติบทบาท ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีจำนวน 10 ข้อ ครอบคลุม 4 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากร และด้านการประเมินผล ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง) คะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 10-50 คะแนน ถ้าคะแนนสูง แสดงว่า อสม. ได้รับการสนับสนุนการปฏิบัติบทบาทมาก การแปลผลเพื่อการบรรยายมี 3 ระดับ<sup>15</sup> คือ ค่าเฉลี่ยปรับฐานอยู่ในช่วง 1.00-2.33, 2.34-3.66 และ 3.67-5.00 หมายถึง อสม. ได้รับการสนับสนุนการปฏิบัติบทบาทในระดับน้อย ปานกลาง และมากตามลำดับ

2.5 แบบสอบถามการรับรู้บทบาทการดูแล ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการรับรู้บทบาทการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการของ อสม. ของภริญา จำปาศรี (2560) มีจำนวน 20 ข้อ ครอบคลุม 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการค้นหาและประเมินความต้องการ

ด้านสุขภาพ ด้านการจัดทำฐานข้อมูล ด้านการจัดทำแผนการดูแล ประสานงาน และส่งต่อ ด้านการดูแลเชิงรุก ด้านการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว และด้านการประเมินผลการดูแล ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ (ไม่รับรู้เลยถึงรับรู้มาก) คะแนนตั้งแต่ 1-4 คะแนนรวมอยู่ในช่วง 20-80 คะแนน ถ้าคะแนนสูงแสดงว่า อสม. มีการรับรู้บทบาทสูง ส่วนการแปลผลเพื่อการบรรยายมี 3 ระดับ 15 คือ ค่าเฉลี่ยปรับฐานอยู่ในช่วง 1.00-2.00, 2.01-3.00 และ 3.01-4.00 หมายถึง อสม. มีการรับรู้ในระดับน้อย ปานกลาง และมากตามลำดับ

### ส่วนที่ 3 ความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม.

ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการรับรู้บทบาทการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการของ อสม. ของภริยา จำปาศรี (2560) มีจำนวน 20 ข้อ ครอบคลุม 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการค้นหาและประเมินความต้องการด้านสุขภาพ ด้านการจัดทำฐานข้อมูล ด้านการจัดทำแผนการดูแล ประสานงาน และส่งต่อ ด้านการดูแลเชิงรุก ด้านการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว และด้านการประเมินผลการดูแล ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ (ไม่พร้อมเลยถึงพร้อมที่สุด) คะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนนรวมอยู่ในช่วง 20-100 คะแนน ถ้าคะแนนสูงแสดงว่า อสม. มีความพร้อมมาก ส่วนการแปลผลเพื่อการบรรยายมี 5 ระดับ<sup>16</sup> คือ ค่าเฉลี่ยปรับฐานอยู่ในช่วง 1.00-1.49, 1.50-2.49, 2.50-3.49, 3.50-4.49 และ 4.49-5.00 หมายถึง อสม. มีความพร้อมในระดับน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุดตามลำดับ

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน แล้วนำมาคำนวณ หาค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content

Validity Index: CVI) พบว่า ทุกเครื่องมืออยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป<sup>14</sup> หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่คัดเลือกต่อการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม การสนับสนุนการปฏิบัติบทบาทการดูแล การรับรู้บทบาทการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม และความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมไปทดลองใช้กับกลุ่มอสม.ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ที่ยอมรับได้คือ 0.70 ขึ้นไป<sup>17</sup> ได้เท่ากับ .72 .93 .92 และ .97 ตามลำดับ ส่วนแบบทดสอบความรู้ ผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีของคูเดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson: KR) สูตร KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .63

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2562-มกราคม พ.ศ. 2563 โดยผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย และรายละเอียดการเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือ ทำการสุ่ม อสม. ตัวอย่างประสาน งานภายในชุมชน และการนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเบื้องต้นเกี่ยวกับช่วงวัน-เวลาที่สะดวก ซึ่งตรงกับวันประชุมสามัญประจำเดือนโดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างภายหลังการประชุม หลังจากนั้นผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ตามเวลาที่ได้นัดหมาย แนะนำตนเองกับกลุ่มตัวอย่างพร้อมอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย อธิบายเกี่ยวกับแบบสอบถาม และชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งตอบข้อสงสัยต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย จึงเริ่มทำแบบสอบถาม ซึ่งการตอบแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 20-40 นาที



## จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัสจริยธรรม 02-10-2562 ลงวันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2562 หลังจากได้รับการอนุญาตผู้วิจัยเข้าพบและแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง และชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยชี้ให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ตามความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างว่าจะยินยอมเข้าร่วมการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานแต่อย่างใด และสามารถออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องบอกเหตุผล ข้อมูลจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ โดยจะใช้เลขรหัสแทนชื่อ นามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง คำตอบนำมาใช้เฉพาะในการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น การนำเสนอผลงานวิจัย ผู้วิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และการทำลายข้อมูลจะกระทำภายหลังจากผลการวิจัยมีการเผยแพร่และตีพิมพ์แล้ว

## การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean, M) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation, S.D.) ค่าเฉลี่ยที่ปรับ (Adjusted Mean, Madj) ค่ามัธยฐาน (Median, Med) และค่าพิสัยระหว่าง ควอไทล์ (Inter Quartile Range, IQR) และสถิติอ้างอิง คือ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product-Moment Correlation Coefficient) กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ .05 การทดสอบพบว่า การกระจายของข้อมูลเป็นไปตามข้อตกลงของการใช้สถิติความ สัมพันธ์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

## ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 240 คน ตอบแบบสอบถามครบทุกคน (ร้อยละ 100) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 20-59 ปี ( $M = 50.41$ ,  $S.D. = 7.94$ ) ส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย อายุอยู่ในช่วง 45-59 ปี (ร้อยละ 79.2) โดยประมาณ 3 ใน 4 เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 76.2) จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 47.9) รองลงมา คือ มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. (ร้อยละ 17.9) ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด (ร้อยละ 37.9) รองลงมา คือ ทำไร่/ทำสวน (ร้อยละ 26.3)

1.2 กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติบทบาทของ อสม. ระหว่าง 1-39 ปี ( $Med = 10$ ,  $IQR = 12$ ) โดยมากกว่าครึ่งปฏิบัติงานมาแล้ว 1-10 ปี (ร้อยละ 53.4) ที่เหลือปฏิบัติงาน 11-20 ปี (ร้อยละ 35.8) และ 21 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 10.8) ตามลำดับ ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์การดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม (ร้อยละ 90.0) และไม่เข้ารับการอบรมการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมมาก่อน (ร้อยละ 93.3)

### ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม

2.1 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $M = 7.45$ ,  $S.D. = 1.70$ ) ส่วนใหญ่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 70.4) รองลงมา คือ ระดับปานกลาง (ร้อยละ 28.8) และระดับน้อย (ร้อยละ 0.8)

2.2 กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 8.71$ ,  $S.D. = 1.54$ ) โดยมากกว่าครึ่ง มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 50.0) รองลงมา คือ ระดับต่ำ (ร้อยละ 32.0) และระดับสูง (ร้อยละ 18.0) เมื่อพิจารณารายด้าน พบ

ว่า ความรู้ทั้งสองด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยความรู้เกี่ยวกับโรคภาวะสมองเสื่อมมีคะแนนมากกว่า ความรู้ด้านการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ( $M = 4.70$ ,  $S.D. = 1.01$ ,  $M = 4.68$ ,  $S.D. = 1.02$  ตามลำดับ)

2.3 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนน การได้รับการสนับสนุนการปฏิบัติบทบาทของ อสม. ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $M = 39.83$ ,  $S.D. = 5.53$ ,  $M_{adj} = 3.98$ ) โดยส่วนใหญ่หรือประมาณ 3 ใน 4 ได้รับการสนับสนุนการปฏิบัติบทบาทอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 75.0)

2.4 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนทัศนคติต่อการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 27.79$ ,  $S.D. = 3.89$ ,  $M_{adj} = 2.78$ ) โดยส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 77.1)

2.5 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้บทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 60.47$ ,  $S.D. = 9.73$ ,  $M_{adj} = 3.02$ ) โดยส่วนใหญ่หรือประมาณ 3 ใน 4 มีการรับรู้ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 75.4)

### ส่วนที่ 3 ความพร้อมในการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม.

กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมในการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $M = 72.08$ ,  $S.D. = 13.26$ ,  $M_{adj} = 3.60$ ) โดยประมาณครึ่งหนึ่งมีความพร้อมในระดับมาก (ร้อยละ 50.4) เมื่อพิจารณา ด้านพบว่า ทุกด้านมีความพร้อมอยู่ในระดับมาก ยกเว้นความพร้อมด้านการประเมินความต้องการด้านสุขภาพ และด้านการจัดทำฐานข้อมูล ที่มีความพร้อมอยู่ในระดับปานกลาง ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ค่าที่เป็นไปได้ คะแนนจริง ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับของ อสม. ความพร้อมในการดูแลภาพรวมและรายด้าน ( $n = 240$ )

ความพร้อม	ค่าที่เป็นไปได้	คะแนนจริง	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ยปรับฐาน	การแปลผล
ภาพรวม	20-100	27-100	72.08	13.26	3.60	มาก
- การประเมินความต้องการ	3-15	4-15	10.40	2.26	3.47	ปานกลาง
- การจัดทำฐานข้อมูล	2-10	2-10	6.63	1.61	3.32	ปานกลาง
- การจัดทำแผน	3-15	3-15	10.55	2.15	3.52	มาก
- การดูแลเชิงรุก	4-20	4-20	14.26	2.99	3.57	มาก
- การส่งเสริมการมีส่วนร่วม	4-20	6-20	15.09	3.10	3.75	มาก
- การประเมินผลการดำเนินงาน	4-20	6-20	15.16	3.34	3.79	มาก

### ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของกลุ่มตัวอย่างในระดับปานกลาง ได้แก่ การรับรู้บทบาทการดูแล

( $r = .669$ ,  $p < .001$ ) การสนับสนุนการปฏิบัติบทบาท ( $r = .525$ ,  $p < .001$ ) ทัศนคติต่อการดูแล ( $r = .344$ ,  $p < .001$ ) ภาวะสุขภาพของ อสม. ( $r = .173$ ,  $p < .01$ ) และความรู้เกี่ยวกับการดูแล ( $r = .170$ ,  $p < .01$ ) ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของกลุ่มตัวอย่าง (n = 240)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
การรับรู้บทบาทการดูแล	.669	< .001
การสนับสนุนการปฏิบัติบทบาท	.525	< .001
ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแล	.344	< .001
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	.173	< .01
ความรู้เกี่ยวกับการดูแล	.170	< .01

### สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยแรก ที่ศึกษาความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม. และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมดังกล่าว จึงเป็นการศึกษาที่ช่วยเติมเต็มองค์ความรู้เกี่ยวกับความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม. ผลการวิจัยสามารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา ได้ดังนี้

ความพร้อมในการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม พบว่าอสม. มีความพร้อมในการ

ปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมภาพรวมอยู่ในระดับมาก กลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่งมีความพร้อมอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 50.4) เมื่อพิจารณาความพร้อมในแต่ละด้าน พบว่า ด้านการประเมินผลการดูแล อสม. มีความพร้อมมากที่สุด รองลงมา คือ ด้านการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ด้านการดูแลเชิงรุก ด้านการจัด ทำแผนการดูแล ประสานงาน และส่งต่อด้านการประเมินความต้องการด้านสุขภาพ และด้านการจัดทำฐานข้อมูล ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่า อสม. มีการรับรู้ภายในของตนเองถึงความสามารถในการทำกิจกรรมหรือปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม

ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก อสม. เป็นหุ้นส่วนชุมชนที่เป็นทรัพยากรบุคคลที่สำคัญในระบบการสาธารณสุข

ที่ปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้มีภาวะเรื้อรังในชุมชน โดยมีส่วนร่วมในการตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย อารมณ์ ของผู้มีภาวะเรื้อรัง ซึ่งสอดคล้องตามกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง<sup>5</sup> ทำให้กลุ่มบุคคลเหล่านี้ได้รับโอกาสในการพัฒนาศักยภาพด้านความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพผู้มีภาวะเรื้อรังกลุ่มอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยติดเตียง ผู้สูงอายุ เป็นต้น จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งจะเห็นได้จากการที่รัฐบาลมีโครงการส่งเสริมให้ อสม. เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของประชาชน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 จนถึงปัจจุบัน ซึ่ง อสม. ที่ถูกคัดเลือกเข้ามาเพื่อดูแลด้านสุขภาพของประชาชน จะต้องได้รับการฝึกอบรมทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ เพื่อให้มีความรู้และความพร้อมในการปฏิบัติหน้าที่<sup>7</sup> จึงเป็นไปได้ในการที่จะมีความพร้อมภาพรวมในระดับมาก

อย่างไรก็ตาม ความพร้อมในการดูแลภาพรวมของ อสม. กลุ่มตัวอย่างยังไม่อยู่ในระดับมากที่สุด อาจเนื่องมาจาก อสม. ยังมีความพร้อมบางด้านในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านการประเมินความต้องการด้านสุขภาพ และด้านการจัดทำฐานข้อมูล ซึ่งด้านดังกล่าวจะเป็นการปฏิบัติที่มีความเฉพาะเจาะจงในเรื่องของภาวะสมองเสื่อม อาทิ การค้นหาข้อมูล และประเมินความต้องการของผู้มีภาวะสมองเสื่อม การวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของผู้มีภาวะสมองเสื่อม และสมาชิกในครอบครัว ช่วยให้ข้อมูลเพื่อระบุ

ระดับความรุนแรงของอาการ และผลกระทบที่ตามมา การดูแล อสม. สามารถที่จะปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเตียง แต่ยังไม่เฉพาะเจาะจงกับการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งยังไม่พร้อมที่ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ (ร้อยละ 90.0) และไม่ได้เข้ารับการอบรมการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมาก่อน (ร้อยละ 93.3) แสดงให้เห็นถึง ความจำเป็นของการพัฒนาเพิ่มความร่วมมือให้เพิ่มมากขึ้น

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม. จังหวัดชลบุรี ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อม ได้แก่ การรับรู้บทบาทการดูแล การสนับสนุนการปฏิบัติบทบาท ทักษะติดต่อการดูแล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการดูแล ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง<sup>5</sup> ที่ระบุว่า ในการจัดการภาวะเรื้อรังด้วยการสนับสนุนของทีมหุ้นส่วนในชุมชน (ในการศึกษานี้คือ อสม.) ซึ่งมีความสำคัญกับผู้ที่มีภาวะเรื้อรังเนื่องจาก ใกล้และมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ที่มีภาวะเรื้อรัง โดยทีมหุ้นส่วนในชุมชนจะทำหน้าที่ได้ดีที่สุดเมื่อมีความพร้อมในการทำบทบาทที่ผ่านการเตรียมการ (Prepared) การให้ข้อมูลสำคัญ (Informed) และการสร้างแรงจูงใจ (Motivated) ที่กระตุ้นการปฏิบัติ ทั้งแรงจูงใจภายใน หรือแรงจูงใจค้ำจุน ทั้งนี้แต่ละตัวแปร มีรายละเอียด ดังนี้

การรับรู้บทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม. ในระดับปานกลาง ( $r = .669, p < .01$ ) แสดงว่าเมื่อ อสม. ยอมรับและเข้าใจในบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นก็จะส่งผลให้มีความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นเช่นกัน ทั้งนี้เนื่องมาจาก การรับรู้บทบาทที่เหมาะสม จะเข้าใจงานที่ได้รับหมายหมาย

ทั้งต่อตนเองและผู้อื่น เป็นเสมือนการเตรียมการเบื้องต้น จึงเป็นผลทำให้บุคคลพยายามเรียนรู้ในบทบาท จนเกิดความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้วยเช่นกัน<sup>5</sup> ดังนั้น เมื่อ อสม. มีการรับรู้บทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับมากก็ย่อมที่จะเข้าใจและรู้สึกยอมรับในการปฏิบัติการดูแล พยายามแสวงหาแนวทางในการพัฒนาตนเอง จนทำให้เกิดความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมตามบทบาทหน้าที่รับผิดชอบที่คาดหวังได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การรับรู้บทบาทการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>18</sup> และสอดคล้องกับปัจจัยความพร้อมด้านการรับรู้บทบาทการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติบทบาทที่ นพสุมรรณภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว หรือทางร่างกายของ อสม. ในจังหวัดนครปฐม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 ( $r = .57$ )<sup>9</sup>

การสนับสนุนการปฏิบัติบทบาทในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม. ในระดับปานกลาง ( $r = .525, p < .01$ ) เมื่อ อสม. รับรู้ว่าจะตนเองได้รับการสนับสนุนการปฏิบัติบทบาทในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น ก็จะส่งผลให้มีความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นเช่นกัน เนื่องจากการได้รับสนับสนุนการปฏิบัติบทบาทจากบุคคลรอบข้าง ทำให้บุคคลรู้สึกมีกำลังใจ และเกิดแรงผลักดันจากภายนอกจนเกิดจูงใจในการปฏิบัติและต่อสู้กับปัญหา จนส่งผลถึงความพร้อมในการปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม<sup>5</sup> ดังนั้น เมื่อ อสม. กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ว่าจะตนเองได้รับการสนับสนุนในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมจากบุคคลรอบข้าง ได้แก่ ด้านข้อมูล การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านทรัพยากร สนับสนุนด้านการประเมินผล ที่ได้รับจากเครือข่ายทางสังคม

ก็จะทำให้ อสม. มีแรงผลักดันในการต่อสู้กับความยากลำบาก เกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติ ทาวิธีรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้น จนนำไปสู่ความร่วมมือในการดูแลได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การได้รับสนับสนุนการปฏิบัติบทบาทมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .654, p > .01$ )<sup>18</sup> และพบว่า ปัจจัยความพร้อมด้านการได้รับสนับสนุนการปฏิบัติบทบาทมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติบทบาทฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว หรือทางร่างกาย ของ อสม. ในจังหวัดนครปฐม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 ( $r = .57$ )<sup>9</sup>

ทัศนคติของ อสม. ที่มีต่อการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม. ในระดับปานกลาง ( $r = .344, p < .001$ ) แสดงว่าเมื่อ อสม. มีทัศนคติต่อการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นก็จะส่งผลให้มีความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นเช่นกัน ทั้งนี้เนื่องจาก มาจากทัศนคติเป็นความรู้สึกหรือความคิดเห็นของบุคคลที่แสดงออกต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ว่าเห็นด้วยหรือไม่ ชอบ/ไม่ชอบต่อสิ่งนั้น หากเห็นด้วยจะเกิดแรงจูงใจ หรือกระตุ้นการปฏิบัติ พยายามแสวงหาหรือเรียนรู้จนนำไปสู่ความการปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม<sup>5</sup> ดังนั้น เมื่อ อสม. มีทัศนคติที่ดี หรือสูงต่อการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมจากการเกิดแรงจูงใจภายในเชิงบวกที่มีกระตุ้นการแสวงหาแนวทางการพัฒนาตนเอง จนเกิดความพร้อมในการดูแลมากขึ้น สอดคล้องกับทัศนคติของพยาบาลในการดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลช่วยเหลือและสร้างเสริมสุขภาพของญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .321, p > .01$ )<sup>11</sup>

การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม. ในระดับต่ำ ( $r = .173, p < .01$ ) แสดงว่า เมื่อ อสม.

รับรู้ว่ามีภาวะสุขภาพดีมากขึ้น จะส่งผลให้มีความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นเช่นกัน อาจเนื่องมาจาก บุคคลที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพว่าตนเองมีสุขภาพที่ดี ไม่ต้องวิตกกังวลเมื่อต้องปฏิบัติกิจกรรม จนทำให้บุคคลเกิดความพร้อมในการดูแลแตกต่างกันด้วยเช่นกัน ดังนั้นเมื่อ อสม. มีการรับรู้ถึงสภาวะสุขภาพตนเองที่ดีแล้ว จะรู้สึกตนเองแข็งแรง หรือสามารถต้านโรคได้ ก็จะไม่วิตกกังวล เกิดความหวังในการปฏิบัติ และรู้ว่าตนเองมีความสามารถในการปฏิบัติ ทนความลำบากในการปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้ที่มีภาวะเรื้อรังในชุมชน เช่น การดูแลสุขภาพเชิงรุกในชุมชนได้ จนนำไปสู่การเกิดความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมได้ สอดคล้องกับปัจจัยการรับรู้ด้านภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .274, p < .05$ )<sup>8</sup>

ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและการดูแลมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม. ในระดับต่ำ ( $r = .170, p < .01$ ) แสดงว่าเมื่อ อสม. มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นก็จะส่งผลให้มีความพร้อมในการดูแล ผู้มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นเช่นกัน เนื่องจาก บุคคลที่มีความรู้เกิดจากประสบการณ์ที่ได้รับข้อมูลและได้เรียนรู้มา จะเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ว่าสิ่งใดถูก/สิ่งใดผิด สิ่งใดควรทำ/สิ่งใดไม่ควรทำ จนนำไปสู่ความมั่นใจในการเลือกปฏิบัติจนเกิดความพร้อมในการปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม<sup>5</sup> ความรู้ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ส่งเสริมการกระทำในการปฏิบัติงานตามความรับผิดชอบเพื่อให้เกิดความมั่นใจ การเลือกวิธีปฏิบัติ และการนำไปใช้ได้อย่างเหมาะสม ซึ่งอาจได้รับมาจากการฟัง การอ่าน หรือการมองเห็น จะทำให้บุคคลพยายามที่จะทำความเข้าใจกับความรู้นั้นๆ ได้อย่างเหมาะสม และส่งผลทำให้นำไปสู่ความร่วมมือในการปฏิบัติบทบาทได้ ดังนั้น เมื่อ อสม. ได้ข้อมูลและเรียนรู้จนมีความรู้ที่ดี หรือสูง

เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม จะเกิดความเข้าใจใน เรื่อง การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม การปฏิบัติงานที่ดี ทั้งความรับผิดชอบและเข้าใจถึงสาเหตุของโรค ความ ผิดปกติ ตลอดจนการดูแลที่ถูกต้องและเหมาะสม ทำให้ อสม. เกิดความมั่นใจ และมีความพร้อมในการ ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมากขึ้น สอดคล้องกับการ ศึกษาที่พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ อย่างมีนัย สำคัญทางสถิติ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.319 ( $p < .01$ )<sup>10</sup>

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ ประโยชน์

1. นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุข อำเภอกันทรวิชัย รพ.สต. ผู้บริหารระดับท้องถิ่น (นายกเทศมนตรี หรือนายกองค์การบริหารส่วน ตำบล) ควรให้ความสำคัญหรือตระหนักถึงความ พร้อมของ อสม. ในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ทั้ง 6 ด้าน 1) ด้านการค้นหาและประเมินความต้องการ ด้านสุขภาพ 2) ด้านการจัดทำฐานข้อมูล 3) ด้านการจัดทำแผนการดูแล ประสานงาน และส่งต่อ 4) ด้าน การดูแลเชิงรุก 5) ด้านการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของ ครอบครัว และ 6) ด้านการประเมินผลการดูแล เป็นต้น และนำมากำหนดนโยบายให้มีการประเมิน ความพร้อมตลอดจนการวางมาตรการในการดูแลผู้ มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม. โดยเฉพาะด้านการค้นหา และประเมินความต้องการด้านสุขภาพและการจัดทำ ฐานข้อมูลที่เป็นระบบต่อไป

2. พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน และบุคลากรที่เกี่ยวข้องควรพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความพร้อมใน การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม. โดยพิจารณา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมดังกล่าว ได้แก่ การเพิ่มการรับรู้บทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

ด้วยการให้รายละเอียดบทบาทต่างๆ การส่งเสริม ทักษะคติในเชิงบวกต่อการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ด้วยการชี้ให้เห็นผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากภาวะสมอง เสื่อมและประโยชน์ของการดูแล และให้ความรู้เกี่ยวกับ การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมผ่านการอบรมกลุ่ม อสม. ตลอดจนการพัฒนาาระบบสนับสนุนการปฏิบัติ บทบาทการปฏิบัติของ อสม. เช่น การให้คำปรึกษา ข้อมูลข่าวสาร เครื่องมือ-อุปกรณ์ที่จำเป็น โดยเฉพาะ ในกลุ่ม อสม. ที่มีการรับรู้สุขภาพสุขภาพไม่ดี เพื่อ เพิ่มความพร้อมของ อสม. นำไปสู่คุณภาพการดูแล ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างมีประสิทธิภาพ

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาต่อยอดปัจจัยปัจจัยทำนาย ความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม. โดยเฉพาะปัจจัยที่ได้จากการศึกษา และปัจจัยอื่นที่ ได้จากการทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติม

2. ควรมีการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพในประเด็น ความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาความพร้อมที่มี ประสิทธิภาพมากขึ้น

3. ควรมีการวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการ เตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม. อาทิ โปรแกรมการเพิ่มการรับรู้บทบาทการดูแล ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม โปรแกรมการส่งเสริมทัศนคติใน เชิงบวกต่อการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม โปรแกรมให้ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม และการ พัฒนารูปแบบระบบสนับสนุนการปฏิบัติบทบาทการ ปฏิบัติของ อสม.

## กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยครั้งนี้ “ได้รับการสนับสนุนการวิจัย จากพัฒนาบัณฑิตศึกษา จากสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2563” จึงขอขอบพระคุณ ณ ที่นี้

## REFERENCES

1. Chunharat S., Jongudomsuk P., Noppamane C., Nimmannit A., Health Systems Research Institute: HSRI. 2012. Faculty of Medicine Siriraj Hospital. Mahidol University.
2. Wongsari S., Phunthong S., Dementia Syndrome in the Elderly: Nursing Care and Caring or Relatives Caregiver; HCU Journal, 2018. 22(43-44), 166-179. (in Thai)
3. DetPhratham P., Rehabilitation of the Elderly with Dementia. Siriraj Publisher Academic Works Office of the Dean, 2018. Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University. Bangkok: PA Living Company Limited.
4. Mueangphaisan W. Dementia: Prevention, Assessment and Care. Bangkok: Department of Preventive and Social Medicine. Mahidol University; 2013. (in Thai)
5. World Health Organization (WHO). Innovative Care for Chronic Condition: Building Block for Action. Retrieved From <http://apps.who.int/diabetes/publication/icccreport/en/>
6. Srinim N., Nontaput T., Professional Home-Based Care for Persons with Dementia. EAU Heritage Journal Science and Technology; 2017. 11(2): 82-89. (in Thai)
7. Department of Health Service Support. Standardized Training Course for Village Health Volunteers (Health Volunteers) Health Managers by Age Group 2014. Health Education Division, Department of Health Service Support. Ministry of Public Health. (in Thai)
8. Sutthilak C., Factors Predicting Health Status on Caregivers of Elderly People with Dementia. Journal of The Royal Thai Army Nurses; 2017, 19(1): 191-200. (in Thai)
9. Jampasri P., Factors Influencing Rehabilitation Practice for Persons with Physical Disability among Village Health Volunteers in Nakhon Pathom Province. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University; 2017,25(3): 76-88. (in Thai)
10. Phromathat P., Factors Influencing Care Readiness of Caregivers in Transitional Heart Care from Hospitals to Homes. 2011, Mahidol University / Bangkok. (in Thai)
11. Chukaew S., Knowledge, Attitude, and Practice Perceived by Nurses in Helping and Promoting Caregivers' Health. Rama Nurs J [Internet]. 1 [cited 2020 Jun.24];18(2):249-58. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RNJ/article/view/8973> (in Thai)
12. Chon Buri Provincial Health Office Summary of the Operation According to the Ministry of Public Health's Budget Plan for the Year 2018. Chonburi Provincial Health Office. Ministry of Public Health. (in Thai)
13. Polit, D. F. & Beck, C.T. Nursing Research Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. New York: Appleton & Lange. 2012.
14. Sirsatidtrakul B., Research Methodology in Nursing (6th edition). Bangkok: Chulalongkorn University. 2012. (in Thai)
15. Best, J. W., & Khan, J. V. Research in Education. Cape Town: Pearson Education Inc. Green, L. W., & Kreu. 2006.
16. Sinjaru T., Research and Statistical Data Analysis with SPSS and AMOS (17th edition). Bangkok: Business R&D Ordinary Partnership.2017. (in Thai)

17. Baramée J., *Statistics for Health Research and Data Analysis with SPSS program*. Chonburi: Srisorn printing. 2008. (in Thai)
18. Panuthai S., *Factors Related to Readiness for Hospital Discharge among Hospitalized Patients in Tertiary Hospitals*. *Rama Nurs Journal* 2014, 23(1). (in Thai)





# ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการ ผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูก ของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว\*

Factors Influencing Preventive Behaviors against  
Musculoskeletal Disorders among Family Caregivers  
of Persons with Physical Disability\*

รสริน สมใจ\*\* วรณรัตน์ ลาวัง\*\*\* ชนัญชิตาดุษฐฎี ทูลศิริ\*\*\*

Rosarin Somjai\*\* Wannarat Lawang\*\*\*

Chananchidadussadee Toonsiri\*\*\*

Received : 26/6/63

Revised : 17/11/63

Accepted : 18/11/63

## บทคัดย่อ

กลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกเป็นปัญหาสุขภาพในญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่จำเป็นต้องมีพฤติกรรมการป้องกันที่เหมาะสม การวิจัยเชิงพรรณนาแบบความสัมพันธ์เชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูก และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่อาศัยอยู่ในจังหวัดชลบุรี จำนวน 200 คนที่ได้มาจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2562-มกราคม พ.ศ. 2563 โดยใช้แบบสัมภาษณ์ ได้แก่ ข้อมูลพื้นฐาน ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค ( $KR-20 = 0.80$ ) ทศนคติต่อการป้องกันโรค การเข้าถึงบริการสุขภาพ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกัน (ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาคอยู่ระหว่าง 0.82-0.96) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันฯ ภาพรวม ด้านการจัดการความเครียด และด้านการปรับเปลี่ยนท่าทางอยู่ในระดับสูง ส่วนพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายและด้านการบริหารกล้ามเนื้ออยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งตัวแปรการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค และทัศนคติต่อ

\* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

\*\* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

\*\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

\* Thesis of Master of Nursing Science (Community Nurse Practitioner), Faculty of Nursing, Burapha University

\*\* Student of Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Burapha University

\*\*\* Assist Professor, Faculty of Nursing, Burapha University

การป้องกันโรคมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันฯ ร่วมกันอธิบายพฤติกรรมกรรมการป้องกันฯ ได้ร้อยละ 42.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $R^2 = 0.426$ ,  $F = 5.881$ ,  $p < 0.05$ )

**สรุป** การศึกษาครั้งนี้ได้องค์ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งพยาบาล และบุคลากรที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปใช้พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการป้องกันฯ ในกลุ่มญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว โดยเพิ่มการสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคม ให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันตลอดจนเพิ่มทัศนคติที่ดีต่อการป้องกัน จะทำให้ญาติผู้ดูแลมีสุขภาพที่ดีและสามารถดำรงบทบาทการดูแล นำมาซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งญาติผู้ดูแลและคนพิการต่อไป

**คำสำคัญ:** พฤติกรรมการป้องกัน กลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูก ญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว

## Abstract

This predictive correlational research aimed to describe preventive behaviors against musculoskeletal disorders among family caregivers and to determine factors influencing those preventive behaviors. Data were carried out from November 2019 to January 2020. Research instruments were interviews including basic information, preventive behavior knowledge (KR-20 = 0.80), the preventive behavior attitude, the health service accessibility, the social support, and the preventive behaviors (Cronbach's alpha coefficients = 0.82–0.96). Descriptive statistics and stepwise multiple regression statistics were performed to analyze the data.

**The results** revealed that the preventive behaviors against musculoskeletal disorder among participants in overall, the stress management dimension, and the posture adjustment dimension were rated at high levels. While the exercise dimension and the muscle relaxation dimension were rated at medium levels. The social support, together with the preventive behavior knowledge, and the preventive behavior attitude could explain 42.6% ( $R^2 = 0.426$ ,  $F = 5.881$ ,  $p < 0.05$ ) of the variance accounted for the preventive behaviors.

**In brief**, this study provided knowledge about preventive behaviors against musculoskeletal disorders among family caregivers and factors influencing those preventive behaviors. Nurses and other health personnel should develop the program to promote preventive behaviors in the family caregiver through increasing supports from social networks, providing preventive behavior knowledge, and improving the preventive behavior attitude. Consequently, family caregivers have good health and can maintain their caregiving role in order to improve quality of life both family caregivers and persons with physical disabilities.

**Keywords:** Preventive Behaviors, Musculoskeletal Disorders, Family Caregivers, Persons with Physical Disability

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความพิการทางการเคลื่อนไหวเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประชากรทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2562 พบว่า คนไทยได้รับการจดทะเบียนเป็นคนพิการและยังมีชีวิตอยู่ ณ วันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2563 จำนวน 2,027,500 ราย โดยประชากรประมาณครึ่งหนึ่ง มีความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางกาย<sup>1</sup> ซึ่งบุคคลเหล่านี้มีข้อจำกัดทางการเคลื่อนไหว-การทรงตัว และมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้น้อยลงหรือไม่ได้เลยจนต้องพึ่งพาบุคคลอื่น การดูแลคนพิการในสังคมไทยภายใต้แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 5 เน้นการดูแลคนพิการระยะยาว โดยให้คนพิการกลับไปดำรงชีวิตอยู่ที่บ้านและฟื้นฟูสมรรถภาพผ่านการส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลภายใต้การสนับสนุนและช่วยเหลือจากภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อให้คนพิการมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างปกติสุขและเสมอภาคจากแนวทางข้างต้น ครอบครัวของคนพิการโดยเฉพาะ “ญาติผู้ดูแล” ถือเป็นทรัพยากรที่สำคัญในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวในระยะยาว

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับบริบทการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว พบว่า ญาติผู้ดูแลต้องทำกิจกรรมการดูแลจำนวนมาก ยุ่งยากและ ละเอียด ซึ่งใช้เวลาในการดูแลในแต่ละวันยาวนานและต่อเนื่องหลายปี<sup>2</sup> จากภารกิจดังกล่าว ญาติผู้ดูแลต้องเรียนรู้และฝึกทักษะที่สำคัญ รวมทั้งต้องปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต ซึ่งอาจเกิดความไม่สมดุลในการดำเนินชีวิต เกิดความรู้สึกรับภาระ เครียดเหนื่อยล้า ละเลยในการดูแลสุขภาพตนเอง ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมา โดยปัญหาสุขภาพอันดับต้นๆ ที่พบในญาติผู้ดูแล คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูก<sup>2, 3</sup> ซึ่งปัจจุบันประเทศไทยมี

นโยบายการป้องกัน รักษา และดูแลผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้ญาติผู้ดูแลได้รับบริการดังกล่าวโดยปริยาย ในขณะที่กลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกนั้นยังถูกมองข้ามและไม่ได้รับการแก้ไขปัญหายังเป็นรูปธรรม

กลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกเป็นความผิดปกติเกิดขึ้นกับโครงร่างของร่างกาย ได้แก่ กล้ามเนื้อ ข้อต่อ เอ็นกล้ามเนื้อ เอ็นกระดูก รวมถึงเส้นประสาท ทั้งแบบเรื้อรังหรือเฉียบพลัน ทำให้เกิดอาการปวด บวม แดง ชา ข้อติดแข็ง และเคลื่อนไหวลำบาก ทำให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้น้อยลง<sup>3</sup> ซึ่งมีสาเหตุหลักมาจากปัจจัยด้านการยศาสตร์ ได้แก่ การทำกิจกรรมออกแรงยกของหนัก การเคลื่อนไหวซ้ำๆ หรือการทำกิจกรรมในท่าทางที่ไม่เหมาะสม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวมีอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกและมีอาการปวดตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะบริเวณหลังส่วนล่าง คอ ไหล่ และข้อมือ<sup>2, 4-5</sup> ซึ่งสัมพันธ์กับกิจกรรมการดูแล ได้แก่ การยกหรือเคลื่อนย้ายคนพิการ การจัดทำหรือเปลี่ยนท่านอน การดูแลท่าทางเดิมซ้ำๆ หรืออยู่ในท่าที่ไม่เหมาะสม เช่น เอี้ยว/บิดเอี้ยวลำตัว ก้ม/เงยหีบของ หรือยืน/นั่งเป็นเวลานาน จากปัจจัยเสี่ยงข้างต้น การแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพและตรงจุดที่สุด คือ การเสริมสร้างให้ญาติผู้ดูแลมีพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกที่เหมาะสม

พฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกเป็นการกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อหลีกเลี่ยงอาการผิดปกติ จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันฯ พบในกลุ่มผู้ประกอบ

อาชีพพยาบาล<sup>6</sup> กลุ่มผู้ประกอบการอาชีพผลิตยางพารา<sup>7</sup> กลุ่มพนักงานนวดแผนไทย<sup>8</sup> ซึ่งพฤติกรรมกรรมการป้องกันฯ สามารถสรุปได้ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการบริหารกล้ามเนื้อ ด้านการจัดการความเครียด และด้านการปรับเปลี่ยนท่าทาง โดยมีปัจจัยที่น่าจะมีอิทธิพล ได้แก่ อายุ เพศ ดัชนีมวลกาย ประสบการณ์ในการดูแล ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค ทักษะติดต่อการป้องกันโรค การเข้าถึงบริการสุขภาพ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมและสภาพแวดล้อมในการดูแล อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบการศึกษาในกลุ่มผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ที่มีข้อจำกัดทางการเคลื่อนไหวในบริบทการดูแลจริงที่บ้านอย่างญาติผู้ดูแล จึงเป็นองค์ความรู้ที่สำคัญและต้องการการเพิ่มเติม

จากข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาพฤติกรรมกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกในกลุ่มญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดังกล่าว เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานที่นำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมหรือกลวิธีการดำเนินงานสนับสนุนพฤติกรรมกรรมการป้องกันให้เหมาะสมกับวิถีการดำเนินชีวิตและบริบทการดูแล ซึ่งจะช่วยให้ญาติผู้ดูแลมีสุขภาพที่ดีและสามารถดำรงรักษาบทบาทการดูแลได้ อันจะมาซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งญาติผู้ดูแลและคนพิการต่อไป อีกทั้งยังเป็นการพัฒนาบทบาทการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการการดูแลผู้ที่มีภาวะเรื้อรังระยะยาวให้มีคุณภาพต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว

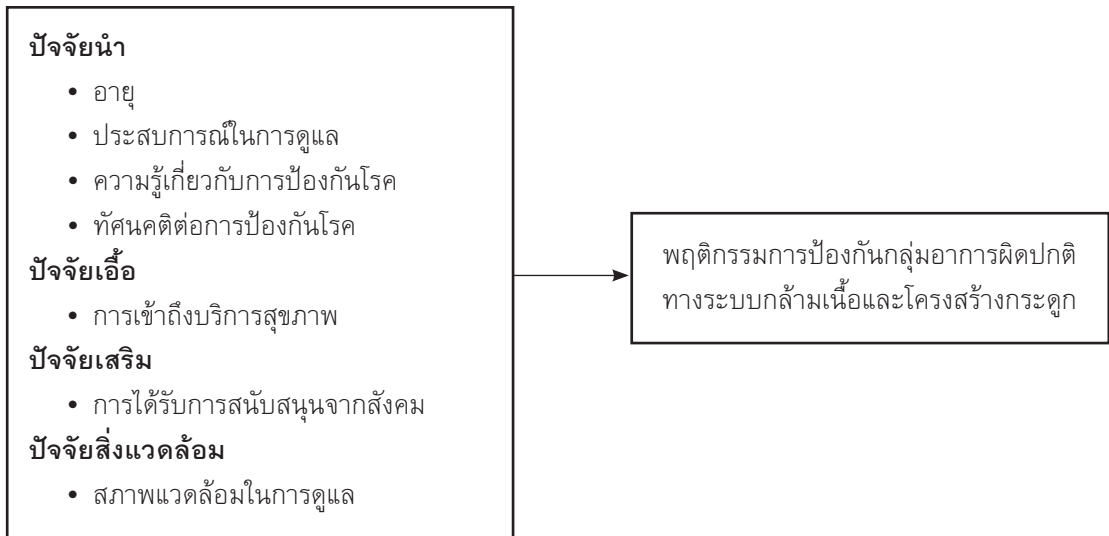
### กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์แบบจำลองการวางแผนและการประเมินผลการดำเนินงาน (PRECEDE-PROCEED Model) ของ Green and Kreuter<sup>9</sup> ซึ่งเป็นแบบจำลองที่ได้รับการยอมรับว่าสามารถอธิบายปรากฏการณ์ของพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในส่วนของ PRECEDE ในขั้นตอนการประเมินด้านระบาดวิทยาพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม และขั้นตอนการประเมินทางการศึกษาและระบบนิเวศวิทยาที่ระบุสาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสม ซึ่งมี 3 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยนำ (Predisposing) เป็นปัจจัยพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการกระทำพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งเป็นคุณลักษณะของบุคคลที่ติดตัวกับบุคคลเหล่านั้นมาก่อนแล้ว 2) ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) เป็นคุณลักษณะของสิ่งแวดล้อมทั้งกายภาพ และสังคมวัฒนธรรมที่เป็นทรัพยากรช่วยเกื้อกูลให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ 3) ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) เป็นปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่า พฤติกรรมนั้นได้รับการสนับสนุนส่งเสริมหรือไม่ได้รับการสนับสนุนส่งเสริม อาจจะเป็นรางวัล ผลตอบแทน หรือการลงโทษ รวมถึงการได้รับการเสริมแรงจากบุคคลรอบข้าง

ผู้วิจัยได้ประยุกต์แบบจำลองการวางแผน และการประเมินผลการดำเนินงานในส่วนของ PRECEDE ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ที่สอดคล้องกับญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว และพฤติกรรมกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูก เพื่อกำหนดเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดพฤติกรรมกรรมการป้องกันดังกล่าวที่เหมาะสมและครอบคลุม โดยการศึกษาครั้งนี้พฤติกรรมเป้าหมายเป็นพฤติกรรมกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกของญาติผู้ดูแล พิจารณปัจจัยที่น่าจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเป้าหมาย 4 กลุ่มปัจจัย ประกอบด้วย

- 1) ปัจจัยนำ ได้แก่ อายุ ประสบการณ์ในการดูแล ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค ทักษะติดต่อการป้องกันโรค
- 2) ปัจจัยเอื้อให้เกิดพฤติกรรม ได้แก่ การเข้าถึง บริการสุขภาพ
- 3) ปัจจัยเสริมให้เกิดพฤติกรรมต่อเนื่อง ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากสังคม และ
- 4) ปัจจัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สภาพแวดล้อมในการ

ดูแล ทั้งนี้ในส่วนของปัจจัยทางพันธุกรรมที่มีการระบุ ว่าก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ แต่เป็นปัจจัยที่ไม่สามารถจัดกระทำหรือไม่สามารถจัดกิจกรรมเพื่อเปลี่ยนแปลงได้ จึงไม่ได้กล่าวถึงในการศึกษาครั้งนี้ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

## สมมุติฐาน

อายุ ประสบการณ์ในการดูแล ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค ทักษะติดต่อการป้องกันโรค การเข้าถึง บริการสุขภาพ การได้รับการสนับสนุนจากสังคม และ สภาพแวดล้อมในการดูแลสามารถร่วมกันทำนาย พฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบ กล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกของญาติผู้ดูแลคน พิการทางการเคลื่อนไหว

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlational Design)

## ประชากรที่ศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** เป็นญาติผู้ดูแลคนพิการทางการ เคลื่อนไหวที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดชลบุรีประมาณ การจากจำนวนคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่ได้รับการจดทะเบียนความพิการตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไป ใน พื้นที่ปี พ.ศ. 2562 ถึงปัจจุบัน มีจำนวน 12,725 ราย<sup>10</sup> (ข้อมูล ณ วันที่ 4 มิถุนายน 2562)

**กลุ่มตัวอย่าง** เป็นญาติผู้ดูแลคนพิการทางการ เคลื่อนไหวที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดชลบุรีที่มี คุณสมบัติตามเกณฑ์ ได้แก่ 1) เป็นผู้ดูแลหลักของ บิดา มารดา สามีหรือภรรยา บุตรหรือญาติที่ได้รับการจดทะเบียนว่าเป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่มีระดับความพิการตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไปที่ต้องการ การพึ่งพิงอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่า

ตอบแทน 2) มีอายุตั้งแต่ 20-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง และ 3) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้

**การกำหนดกลุ่มตัวอย่าง** ให้เพียงพอต่อการใช้สำหรับการศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์เชิงทำนายโดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณ ผู้วิจัยคำนึงถึงการควบคุมความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 ซึ่งกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Alpha) ที่ .05 ค่าอำนาจการทดสอบ (Power of Test) ที่ .80 และค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) ที่ .08 ซึ่งอยู่ระหว่างขนาดเล็กถึงกลางตามคำแนะนำขนาดอิทธิพลที่เหมาะสมสำหรับงานวิจัยทางการแพทย์ที่ไม่มีลักษณะคล้ายคลึงมาก่อน ภายหลังเปิดตารางสำเร็จรูปสำหรับสถิติถดถอยพหุคูณที่จำนวนตัวแปร 7 ตัวแปร ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 172 ราย<sup>11</sup> เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 20<sup>12</sup> การวิจัยนี้วางแผนขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 206 ราย ซึ่งได้กลุ่มตัวอย่างมาจากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Sampling) โดยทำการสุ่มเป็นลำดับลดหลั่นตามอำเภอ ตำบล และหมู่บ้านในพื้นที่เขตเมือง-ชนบท แต่เนื่องจากข้อมูลที่ได้บางส่วนไม่สมบูรณ์ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่นำมาวิเคราะห์จริงจำนวน 200 ราย

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

**ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลพื้นฐาน** ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย 1) ข้อมูลญาติผู้ดูแล ได้แก่ ข้อมูลลักษณะทางประชากรและข้อมูลสุขภาพ 2) ข้อมูลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ได้แก่ ข้อมูลลักษณะทางประชากรและข้อมูลสุขภาพ และ 3) ข้อมูลบริบทการดูแล ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างคนพิการและญาติผู้ดูแล การพักอาศัยกับคนพิการ จำนวนชั่วโมงในการ

ดูแล ประสพการณ์ในการดูแล กิจกรรมการดูแล และสภาพแวดล้อมในการดูแล

ทั้งนี้ การประเมินสภาพแวดล้อมในการดูแลมีจำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบมี 2 ตัวเลือก ให้เลือกเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด เกณฑ์การให้คะแนน คือ ถ้าตอบไม่ใช่ ให้ 0 คะแนน ถ้าตอบใช่ให้ 1 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-10 คะแนน ถ้าคะแนนสูงแสดงว่า ญาติผู้ดูแลมีสภาพแวดล้อมในการดูแลไม่เหมาะสมสูง ส่วนการแปลผลเพื่อการพรรณนามี 3 ระดับ<sup>13</sup> คือ คะแนนเฉลี่ย 0.01-2.99, 3.00-6.99 และ 7.00-10.00 หมายถึง ญาติผู้ดูแลมีสภาพแวดล้อมในการดูแลไม่เหมาะสมในระดับต่ำ ปานกลาง และสูงตามลำดับ

**ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค** ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีข้อคำถาม 10 ข้อ ครอบคลุม 2 ด้าน ได้แก่ 1) กลุ่มอาการผิดปกติ และ 2) พฤติกรรมการป้องกันฯ ลักษณะคำตอบมี 2 ตัวเลือก ถ้าตอบผิดให้ 0 คะแนน ถ้าตอบถูกให้ 1 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-10 คะแนน ถ้าคะแนนสูง แสดงว่า ญาติผู้ดูแลมีความรู้ในระดับดี ส่วนการแปลผลเพื่อการพรรณนามี 3 ระดับ 13 คือ คะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าร้อยละ 60.00, ร้อยละ 60.00-79.00 และตั้งแต่ร้อยละ 80.00 หมายถึง ญาติผู้ดูแลมีความรู้ในระดับต่ำ ปานกลาง และสูงตามลำดับ

**ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ทัศนคติต่อการป้องกันโรค** ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีข้อคำถาม 10 ข้อ ครอบคลุม 2 ด้าน ได้แก่ 1) ทัศนคติด้านบวก และ 2) ทัศนคติด้านลบ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราวัดประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง) คะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน (ด้านบวก) และ 5-1 คะแนน (ด้านลบ) คะแนนรวมอยู่ในช่วง 10-50 คะแนน ถ้าคะแนนสูง แสดงว่า ญาติผู้ดูแลมีทัศนคติ

ในระดับสูง ส่วนการแปลผลเพื่อการบรรยายมี 3 ระดับ<sup>13</sup> คือ ค่าเฉลี่ยปรับฐานอยู่ในช่วง 1.00–2.33, 2.34–3.66 และ 3.67–5.00 หมายถึง ญาติผู้ดูแลมีทัศนคติในระดับต่ำ ปานกลาง และสูงตามลำดับ

**ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพ** ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีข้อคำถาม 8 ข้อครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่ 1) ความเพียงพอ 2) ความสามารถสะดวกในการไปแหล่งบริการ 3) ความสะดวกเมื่อใช้บริการ 4) ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ และ 5) การยอมรับในการใช้บริการ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง) คะแนนตั้งแต่ 1–5 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 8–40 คะแนน ถ้าคะแนนสูง แสดงว่า ญาติผู้ดูแลสามารถเข้าถึงบริการในระดับสูง ส่วนการแปลผลเพื่อการบรรยายมี 3 ระดับ<sup>13</sup> คือ ค่าเฉลี่ยปรับฐานอยู่ในช่วง 1.00–2.33, 2.34–3.66 และ 3.67–5.00 หมายถึง ญาติผู้ดูแลสามารถเข้าถึงบริการได้ในระดับต่ำ ปานกลาง และสูงตามลำดับ

**ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์การได้รับการสนับสนุนทางสังคม** ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีข้อคำถาม 16 ข้อ ครอบคลุมจากการสนับสนุนเครือข่ายทางสังคม ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว เพื่อนหรือเพื่อนบ้าน อสม. และพยาบาลชุมชนหรือเจ้าหน้าที่สุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านอารมณ์ความรู้สึก ห่วงใย รักและผูกพัน เห็นอกเห็นใจ 2) ด้านการให้ความช่วยเหลือหรือการให้บริการและกระทำเพื่อช่วยเหลือ 3) ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร การชี้แนะ/การให้คำปรึกษา 4) ด้านการสะท้อนคิดหรือสนับสนุนให้ประเมินตนเอง ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ (ไม่ได้เลยถึงเป็นประจำ) คะแนน ตั้งแต่ 0–3 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0–48 คะแนน ถ้าคะแนนสูง แสดงว่า ญาติผู้ดูแลได้รับการ

สนับสนุนทางสังคมในระดับสูง ส่วนการแปลผลเพื่อการบรรยายมี 3 ระดับ<sup>13</sup> คือ ค่าเฉลี่ยปรับฐานอยู่ในช่วง 1.00–0.99, 1.00–1.99 และ 2.00–3.00 หมายถึง ญาติผู้ดูแลสามารถเข้าถึงบริการได้ในระดับต่ำ ปานกลาง และสูงตามลำดับ

**ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรม การป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อ และโครงสร้างกระดูก** ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีข้อคำถาม 15 ข้อ ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ 1) การออกกำลังกาย 2) การบริหารกล้ามเนื้อ 3) การจัดการความเครียด และ 4) การปรับเปลี่ยนท่าทาง ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ (ไม่ได้เลยถึงเป็นประจำ) คะแนนตั้งแต่ 0–3 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0–45 คะแนน ถ้าคะแนนสูง แสดงว่า ญาติผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคม ส่วนการแปลผลเพื่อการบรรยายมี 3 ระดับ<sup>13</sup> คือ ค่าเฉลี่ยปรับฐานอยู่ในช่วง 1.00–0.99, 1.00–1.99 และ 2.00–3.00 หมายถึง ญาติผู้ดูแลมีพฤติกรรมป้องกันฯ ในระดับต่ำ ปานกลาง และสูงตามลำดับ

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำทุกแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน แล้วนำมาหาค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) ได้เท่ากับ 0.8 ยกเว้นแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการป้องกัน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.9 หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้ในผู้ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็ง KR-20 ได้เท่ากับ 0.80 ส่วนแบบสัมภาษณ์ทัศนคติต่อการป้องกันโรค การเข้าถึงบริการสุขภาพ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันฯ นำมาหาค่าสัมประสิทธิ์



แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.83, 0.88, 0.96 และ 0.92 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้<sup>12</sup>

## จริยธรรมการวิจัย

ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เลขที่รับรอง 05-06-2562 ลงวันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2562 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2562-เดือนมกราคม พ.ศ. 2563 โดยประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) ในพื้นที่ที่สุ่มได้ เพื่อชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัยและนัดหมายวัน-เวลาและสถานที่ที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก ผู้วิจัยเข้าเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นผู้นำไปตามบ้านของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวตามวัน-เวลาที่ได้นัดหมาย ผู้วิจัยแนะนำตนเองกับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมบอกวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย รายละเอียดและแบบสัมภาษณ์ และขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยและลงในเอกสารยินยอม ผู้วิจัยจึงดำเนินการสัมภาษณ์โดยใช้เวลาประมาณ 45-60 นาทีต่อคน ซึ่งในระหว่างการสัมภาษณ์ อสม. จะเป็นผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวแทน

## สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ช่วงคะแนน (Range) ค่าเฉลี่ย (Mean, M) ค่าเฉลี่ยภาพรวมหรือค่าเฉลี่ยที่ปรับ (Adjusted Mean, Madj) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation, SD) ค่ามัธยฐาน (Median, Med) และค่าพิสัยระหว่าง

ควอไทล์ (Interquartile Range, IQR) ของข้อมูลพื้นฐาน ข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และพฤติกรรมการป้องกันการเกิดกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูก และการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Statistics) ที่ค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 ซึ่งก่อนวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้ทดสอบข้อมูลพบว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ

## ผลการวิจัย

ผลการวิจัยนำเสนอเป็น 4 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลพื้นฐาน 2) ข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 3) ข้อมูลพฤติกรรมการป้องกันฯ และ 4) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันฯ

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน

1. ญาติผู้ดูแลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 21-59 ปี (Med = 48.0, IQR = 14) ส่วนมากอยู่ในช่วงผู้ใหญ่ตอนปลาย (45-59) (ร้อยละ 63.0) ประมาณ 3 ใน 4 เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 75.0) มีสถานภาพ สมรสคู่มากที่สุด (ร้อยละ 68.0) เกือบทั้งหมดได้รับการศึกษา (ร้อยละ 94.5) มากกว่าครึ่งจบชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 53.0) มากกว่า 3 ใน 4 ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 79.0) โดยอาชีพ 3 อันดับแรก คือ เกษตร กรรม ค่าขาย/ธุรกิจส่วนตัว และรับจ้างชั่วคราว ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายในครอบครัว (ร้อยละ 72.5) ที่เหลือนั้นไม่เพียงพอ (ร้อยละ 27.5)

กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 53.5) โดย 3 อันดับแรกเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด โรคไขมันในเลือดสูง และโรคเบาหวานซึ่ง 1 ใน 10 ได้รับการวินิจฉัยมีความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูก (ร้อยละ 9.3) ส่วนใหญ่มีอาการปวดตามบริเวณส่วนต่างๆ ของร่างกาย (ร้อยละ 88.0) ตำแหน่งที่มีอาการปวด 3 อันดับแรกคือ บริเวณหลังส่วนล่าง (ร้อยละ 84.0) หลังส่วนบน

(ร้อยละ 69.3) และไหล่ (ร้อยละ 47.2) ทั้งนี้ มีการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองอยู่ระหว่าง 2-10 คะแนน (M = 5.13, S.D. = 1.86) ซึ่งมากกว่า 2 ใน 3 มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 68.5)

2. คนพิการทางการเคลื่อนไหวที่ได้รับการดูแลจากกลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 21-92 ปี (Med = 63, IQR = 25) ส่วนมากเป็นวัยสูงอายุ (ร้อยละ 57.5) เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 50.0) เท่ากับเพศชาย มีชีวิตอยู่ร่วมกับความพิการตั้งแต่ 1-12 ปี (Med = 3.0, IQR=3) โดยประมาณครึ่งหนึ่งพิการเป็นอยู่ในช่วง 1-3 ปี (ร้อยละ 51.5) ทั้งนี้มากกว่า 3 ใน 4 ของผู้รับการดูแลมีโรคประจำตัวร่วมกับความพิการ (ร้อยละ 77.7) 3 อันดับแรก คือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 86.4) โรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 41.6) และโรค เบาหวาน (ร้อยละ 33.8) มีระดับความพิการเป็นระดับ 4 มากที่สุด (ร้อยละ 47.5) รองลงมาเป็นระดับ 3 (ร้อยละ 36.0) และระดับ 5 (ร้อยละ 16.7)

3. บริบทการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นบุตรที่ทำหน้าที่ดูแลบิดา/มารดามากที่สุด (ร้อยละ 39.5) รองลงมาเป็นผู้สมรส (ร้อยละ 32.5) เป็นบุตร (ร้อยละ 11.5) ตามลำดับ ส่วนใหญ่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับคนพิการ (ร้อยละ 86.0) ทำหน้าที่ดูแลคนพิการระหว่าง 3-16 ชั่วโมง/วัน (M = 8.2, S.D. 3.19) และมีประสบการณ์การดูแลคนพิการระหว่าง 1-12 ปี (Med = 3, IQR = 3) อยู่ในช่วง 1-3 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 53.0) รองลงมาคือ 4-6 ปี (ร้อยละ 30.7) และ 7-9 ปี (ร้อยละ 9.3) ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีท่าทางในขณะให้การดูแลคนพิการที่เป็นความเสี่ยงทางการยศาสตร์ (ร้อยละ 96.0) โดยท่าทางที่เสี่ยง 3 อันดับแรก คือ บิดตัว/เอี้ยวตัวหยิบจับสิ่งของบ่อยๆ (ร้อยละ 81.3) เอื้อมหยิบสิ่งของอยู่ในระดับสูงกว่าไหล่ (ร้อยละ 71.5) และใช้มือหรือแขนออกแรงซ้ำๆ บ่อยๆ (ร้อยละ

58.9) ส่วนสภาพแวดล้อมในการดูแลคนพิการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีความเสี่ยงทางกายภาพ (ร้อยละ 96.5) โดยสภาพแวดล้อมที่เสี่ยง 3 อันดับแรก คือ พื้นที่หรือทางเดินมีแสงสว่างไม่เพียงพอ/มืดสลัว (ร้อยละ 76.2) พื้นที่หรือทางเดินมีสิ่งของวางกีดขวาง (ร้อยละ 49.7) และสิ่งของที่ใช้จัดวางในระดับสูงกว่าไหล่/ต่ำกว่าหัวเข่าเกินไป (ร้อยละ 43.0)

## ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกัน

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Range = 3-10, M = 7.45, S.D. = 1.48) มีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการป้องกันโรค ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Range = 13-43, M = 31.18, S.D. = 6.40,  $M_{adj} = 3.12$ ) มีคะแนนเฉลี่ยการเข้าถึงบริการสุขภาพภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Range = 22-36, M = 29.12, S.D. = 3.32) และมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การได้รับการสนับสนุนจากสังคมภาพรวมอยู่ในระดับสูง (Range = 25-48, M = 36.29, S.D. = 5.23)

## ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกัน

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกัน ภาพรวมอยู่ในระดับสูง (Range = 19-44, M = 31.36, S.D. = 5.88,  $M_{adj} = 2.09$ ) โดยพฤติกรรมด้านจัดการความเครียดมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดและอยู่ในระดับสูง (Range = 0-9, M = 7.31, S.D. = 1.42,  $M_{adj} = 2.43$ ) รองลงมาคือ ด้านการปรับเปลี่ยนท่าทางและอยู่ในระดับสูง (Range = 6-18, M = 16.13, S.D. = 2.89,  $M_{adj} = 2.30$ ) ด้านการออกกำลังกายและอยู่ในระดับปานกลาง (Range = 0-9, M = 5.10, S.D. = 2.08,  $M_{adj} = 1.69$ ) และด้านการบริหารกล้ามเนื้อ และอยู่ในระดับปานกลาง (Range = 6-18, M = 3.09 คะแนน, S.D. = 1.44,  $M_{adj} = 1.54$ ) ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** คะแนนเต็ม คะแนนจริง ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าเฉลี่ยภาพรวม และการแปลผล พฤติกรรมการป้องกันฯ ของญาติผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่าง (n = 200)

พฤติกรรมการป้องกันฯ	คะแนนเต็ม	คะแนนจริง	ค่าเฉลี่ย (S.D.)	ค่าเฉลี่ยภาพรวม	แปลผล
ด้านการจัดการความเครียด	0-9	3-9	7.31 (1.42)	2.43	สูง
ด้านการปรับเปลี่ยนท่าทาง	0-18	6-18	13.81 (2.60)	2.30	สูง
ด้านการออกกำลังกาย	0-9	0-9	5.10 (2.08)	1.69	ปานกลาง
ด้านการบริหารกล้ามเนื้อ	0-9	0-6	3.09 (1.44)	1.54	ปานกลาง
ภาพรวม	0-45	19-44	31.59 (5.86)	2.10	สูง

#### ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันฯ

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงทำนายระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันฯ พบว่าตัวแปรที่มีอิทธิพลและถูกเลือกเข้าสมการทำนายพฤติกรรมการป้องกันฯ ของกลุ่มตัวอย่างมี 3 ตัวแปร ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ( $\beta = .528, p < .001$ ) ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค ( $\beta = .919, p < .001$ ) และทัศนคติต่อการป้องกัน

โรค ( $\beta = .139, p < .05$ ) โดยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันฯ ของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 42.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $R^2 = 0.426, F = 5.881, p < .05$ ) และเขียนเป็นสมการทำนายได้ดังนี้ ดังตารางที่ 2

พฤติกรรมการป้องกันของญาติผู้ดูแล =  $.471$  (การได้รับการสนับสนุนทางสังคม) +  $.232$  (ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค) +  $.152$  (ทัศนคติต่อการป้องกันโรค) แสดงข้อมูลดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ค่าการวิเคราะห์การถดถอยระหว่างตัวทำนายพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกของกลุ่มตัวอย่าง (n = 200)

ตัวแปรที่เข้าสมการ	สัมประสิทธิ์การถดถอย		t	p-value
	b	Beta		
การได้รับการสนับสนุนทางสังคม	.528	.471	8.308	<.001***
ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค	.919	.232	3.622	<.001***
ทัศนคติต่อการป้องกันโรค	.139	.152	2.425	<.05

R = 0.652; R<sup>2</sup> = 0.426 ; R<sup>2</sup>adj = 0.417 ; F = 5.881, p < .05\*

\*p < .05\*, p < .01\*\*, p < .001\*\*\*

## อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษา พฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิตกตึงทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกที่สัมพันธ์กับการดูแลของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันดังกล่าวในบริบทของจังหวัดชลบุรี ซึ่งเป็นตัวแทนของพื้นที่มีจำนวนคนพิการในลำดับต้นๆ ของประเทศไทย ความหลากหลายทางวัฒนธรรม และความหลากหลายของสภาพแวดล้อมที่มีทั้งพื้นที่ชุมชนเมืองและชุมชนเขตอุตสาหกรรม และพื้นที่ชุมชนชนบทที่มีพื้นที่สูง หรือพื้นที่ราบ ได้กลุ่มตัวอย่างมาจากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Sampling) โดยทำการสุ่มเป็นลำดับลดหลั่นตามอำเภอ ตำบล และหมู่บ้านซึ่งสามารถนำไปอ้างอิงในวงกว้าง ถือได้ว่าเป็นการศึกษาที่ช่วยเติมเต็มองค์ความรู้ทางด้านการศึกษาและสุขภาพของญาติผู้ดูแลและด้านการพยาบาลอาชีวอนามัย ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

1. พฤติกรรมการป้องกันฯ ของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ในจังหวัดชลบุรี พบว่าภาพรวม อยู่ในระดับสูงค่อนข้างมาทางปานกลาง ( $M_{adj} = 2.09$ ) แสดงให้เห็นว่า ญาติผู้ดูแลในพื้นที่ของจังหวัดชลบุรีนั้นสามารถกระทำหรือปฏิบัติกิจกรรมเพื่อหลีกเลี่ยงความผิตกตึงทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกที่เกิดจากการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวได้อย่างเหมาะสมมาก เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด ( $M_{adj} = 2.43$ ) และด้านการปรับเปลี่ยนท่าทาง ( $M_{adj} = 2.30$ ) ที่มีคะแนนเฉลี่ยทั้งสองด้านอยู่ในระดับสูง แต่ในขณะที่พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย ( $M_{adj} = 1.69$ ) และด้านการบริหากกล้ามเนื้อ ( $M_{adj} = 1.54$ ) มีคะแนนเฉลี่ยทั้งสองด้านอยู่ในระดับปานกลาง

ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการจัดการความเครียดเป็นสิ่งที่ยุติผู้ดูแลต้องเผชิญอยู่เสมอจากบริบทการดูแลคนพิการ ประกอบกับการศึกษาที่ผ่านมาเน้นพัฒนาการวิถีจัดการความเครียดในญาติ<sup>14</sup> จึงทำให้ผลการศึกษามีพฤติกรรมด้านนี้สูง ดังเช่นรายชื่อที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างจะหาเวลาทำกิจกรรมพักผ่อนหย่อนใจ ( $M = 2.47, S.D. = 0.67$ ) ควบคุมอารมณ์/ผ่อนคลายความเครียด ( $M = 2.45, S.D. = 0.55$ ) หรือสังเกตอารมณ์/หลีกเลี่ยงเหตุการณ์ที่ตึงเครียด ( $M = 2.40, S.D. = 0.68$ ) เป็นต้น ดังการศึกษาในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ทำงานนอกบ้านที่สามารถจัดการกับอารมณ์ของตนเองด้วยการยอมรับ การระบายความเครียด และการคิดถึงหน้าที่ในการตอบแทนความรักของผู้ป่วยที่มีให้ตนเอง<sup>15</sup> สำหรับพฤติกรรมการปรับเปลี่ยนท่าทางสามารถอธิบายได้ว่า จากบริบทการดูแลที่กลุ่มตัวอย่างต้องทำกิจกรรมการดูแลที่มีความเสี่ยงทางการยศาสตร์ จึงจำเป็นต้องปรับตัวเองให้มีจิตวางหรือปรับเปลี่ยนท่าทางให้เหมาะสม จึงทำให้พฤติกรรมด้านนี้อยู่ในระดับสูง ดังเช่นผลการวิจัยรายชื่อที่พบว่าเมื่อต้องยืนนานๆ ญาติผู้ดูแลจะลงน้ำหนักบนขาข้างใดข้างหนึ่งสลับกันไป ( $M = 2.47, S.D. = 0.57$ ) เมื่อหยิบสิ่งของอยู่ในระดับสูงกว่าไหล่ ญาติผู้ดูแลจะใช้แทนต่อแทนการเขย่งหรือเอี้ยว ( $M = 2.40, S.D. = 0.61$ ) เมื่อต้องเอื้อมหยิบสิ่งของ จะจัดของเข้ามาใกล้ๆ และหลีกเลี่ยงการบิดหรือเอี้ยวตัว ( $M = 2.30, S.D. = 0.63$ ) เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างของกลุ่มผู้ประกอบอาชีพพยาบาล<sup>6</sup>

ในขณะที่พฤติกรรมการป้องกันด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากการให้การดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวเป็นงานที่มีกิจกรรมจำนวนมาก กิจกรรมที่ทำหนัก และยุ่งยากซับซ้อนจนบางครั้งเหนื่อยจนเหงื่อออก ประกอบกับ

ใช้เวลาในการทำหน้าที่ดูแลนานเฉลี่ย 8 ชั่วโมงต่อวัน (S.D. = 3.19) จึงทำให้ญาติผู้ดูแลมีเวลาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองลดลง ซึ่งรวมถึงเวลาในการออกกำลังกายด้วย ดังผลการศึกษารายข้อที่พบว่า ญาติผู้ดูแลออกกำลังกายนอกเหนือจากการทำงานหรือการดูแล (M = 1.58, S.D. = 1.09) และอบอุ่นร่างกายก่อนและผ่อนคลายร่างกายหลังออกกำลังกาย (M = 1.45, S.D. = 0.86) ตามลำดับ เช่นเดียวกับพฤติกรรมกรรมการบริหารกล้ำเนื้อที่พบว่า ญาติผู้ดูแลมีการบริหารกล้ำเนื้อก่อนการดูแล (M = 1.55, S.D. = 0.81) และผ่อนคลายกล้ำเนื้อหลังการดูแล (M = 1.54, S.D. = 0.82) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ญาติผู้ดูแลคนพิการมีพฤติกรรมออกกำลังกายน้อยกว่าผู้ที่ไม่ทำหน้าที่การดูแล (OR = 2.85, 95%CI = 1.8, 4.6)<sup>2</sup>

อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ญาติผู้ดูแลจะมีพฤติกรรมป้องกัน ในระดับสูง แต่ก็ยังได้รับการวินิจฉัยมีความผิดปกติทางระบบกล้ำเนื้อและโครงสร้างกระดูก (ร้อยละ 9.3) แล้วส่วนใหญ่ยังระบุว่า มีอาการปวดตามบริเวณส่วนต่างๆ ของร่างกาย (ร้อยละ 88.0) โดยตำแหน่งที่มีอาการปวด 3 อันดับแรก คือ บริเวณหลังส่วนล่าง (ร้อยละ 84.0) หลังส่วนบน (ร้อยละ 69.3) และไหล่ (ร้อยละ 47.2) ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของยุพารณ์ จันทร์พิมล<sup>7</sup> พบว่า ผู้ประกอบอาชีพผลิตยางพารากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง แต่ยังมีอาการบาดเจ็บของระบบโครงร่างกล้ำเนื้อ คือ ปวดคกกล้ำเนื้อขา (ร้อยละ 79.47) ปวดคกกล้ำเนื้อหลัง (ร้อยละ 72.63) ซึ่งพยาบาลและบุคลากรยังต้องให้ความสำคัญกับการสนับสนุนการมีพฤติกรรมป้องกัน ที่เหมาะสมมากขึ้น

3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน และทัศนคติต่อการป้องกัน ซึ่งสามารถร่วม

กันทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกัน ได้ (ร้อยละ 42.6) หรือประมาณเกือบครึ่งหนึ่งของการทำนาย แสดงให้เห็นว่า ปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยที่จะช่วยให้ญาติคนพิการทางการเคลื่อนไหวเกิดพฤติกรรมกรรมการป้องกัน สอดคล้องกับกรอบแนวคิด PRECEDE MODEL ของ Green & Kreuter<sup>9</sup> ที่กล่าวไว้ว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีสาเหตุมาจากสหปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม เมื่อบุคคลได้รับปัจจัยเสริมจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจากบุคคลรอบข้างและปัจจัยนำที่อยู่ในตัวบุคคลที่มีอิทธิพล กระตุ้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายในและนำไปสู่การแสดงออกของพฤติกรรมกรรมการป้องกันที่เหมาะสม ซึ่งในการวิจัยนี้ พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลเป็นปัจจัยนำ คือ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค ทัศนคติต่อการป้องกันโรค และปัจจัยเสริม คือ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่สามารถทำให้เกิดพฤติกรรมกรรมการป้องกัน ของญาติผู้ดูแลคนพิการนำไปสู่การพฤติกรรมกรรมการป้องกัน ที่พึงประสงค์อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก เมื่อญาติผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมและบุคคลรอบข้าง ได้แก่ ครอบครัว/เพื่อน/เพื่อนบ้านและอสม./เจ้าหน้าที่สุขภาพ ในรูปแบบต่างๆ เช่น กำลังใจ สิ่งของ ความรู้ และข้อมูลข่าวสาร ซึ่งทำให้ญาติผู้ดูแลได้รับรู้และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการป้องกันที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กัญญ์ฐิณี บำรุงวงศ์<sup>8</sup> พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงาน นายจ้าง และเจ้าหน้าที่สุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ำเนื้อของพนักงานนวดแผนไทย (r = .264, p < .001)

เมื่อญาติผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคม ร่วมกับการมีความรู้ยิ่งช่วยทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกัน ได้มากขึ้น อาจเนื่องมาจากความรู้เป็น

ปัจจัยภายในที่บุคคลรับรู้และเข้าใจในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง รวมถึงประสบการณ์ต่างๆ ที่เคยได้รับและเป็นส่วนประกอบที่สำคัญในจิตใจให้บุคคลแสดงพฤติกรรมสุขภาพออกมา<sup>9</sup> หากญาติผู้ดูแลมีความรู้มีความเข้าใจที่ถูกต้องว่า สิ่งใดถูกต้อง/สิ่งใดไม่ถูกต้อง สิ่งใดควร/สิ่งใดไม่ควรปฏิบัติ จึงมีแนวโน้มในการแสดงออกพฤติกรรมการป้องกันฯ ที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑามาศ ศษโคตร และศิริราณี อินทรหนองไผ่<sup>16</sup> พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงานของพนักงาน ( $r = .43, p < .01$ )

นอกจากการที่ญาติผู้ดูแลคนพิการได้รับการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคแล้วหากญาติผู้ดูแลมีทัศนคติต่อการป้องกันโรคที่ดีก็จะยิ่งมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมตามมา อาจเนื่องมาจากทัศนคติเป็นความเชื่อหรือความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆ ซึ่งความรู้สึกดังกล่าวมีทั้งด้านบวกและด้านลบ เป็นปัจจัยพื้นฐานในตัวบุคคลที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมต่างๆ<sup>9</sup> หากญาติผู้ดูแลมีทัศนคติที่ดีหรือเห็นด้วยกับการป้องกันโรคและพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เหมาะสม จึงมีแนวโน้มในการแสดงออกพฤติกรรมการป้องกันฯ ที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของกัญญ์ฐิมพ์ บำรุงวงศ์<sup>8</sup> ที่พบว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อของพนักงานนัดแผนไทย ( $r = .170, p < .001$ )

สำหรับการศึกษาคั้งนี้ ปัจจัยเหล่านี้ไม่มีอิทธิพลทางสถิติที่ผู้วิจัยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ แต่ในสถานการณ์จริงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันฯ ปัจจัยที่ไม่มีอิทธิพลหรือไม่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันฯ ได้แก่ อายุ ประสบการณ์ในการดูแล การเข้าถึงการบริการด้านสุขภาพ และสภาพแวดล้อมในการดูแล การไม่มีอิทธิพลอาจเนื่องมาจาก 1) การได้รับบทบาทการ

เป็นญาติผู้ดูแลคนพิการนั้นเป็นประสบการณ์ใหม่ของแต่ละบุคคล บางคนได้รับบทบาทตั้งแต่อายุยังน้อย บางคนได้รับบทบาทเมื่อมีอายุมาก กล่าวคือ การที่ญาติผู้ดูแลมีอายุมาก ก็ไม่ได้หมายความว่า จะมีประสบการณ์ในการดูแลมากด้วยเช่นกัน ดังนั้น อายุที่มากหรือน้อยจึงไม่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันฯ 2) ญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวส่วนใหญ่มีกิจกรรมในการดูแลที่มากและหลากหลายที่ต้องปฏิบัติ การมีประสบการณ์การดูแลจะมากหรือน้อยจึงไม่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันฯ 3) จากนโยบายการสร้างเสริม รักษา ป้องกันและฟื้นฟูสุขภาพที่คล้ายคลึงกันในพื้นที่จังหวัดชลบุรี จึงทำให้ปัจจุบันญาติผู้ดูแลสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้อย่างเท่าเทียม ดังนั้น การเข้าถึงการบริการสุขภาพจะมากหรือน้อย จึงไม่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันฯ และ 4) การดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวเป็นการดูแลที่จำกัดบริเวณในการดูแล ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เมื่อพาคนพิการมาดูแลต่อที่บ้านจะพยายามต่อเติมหรือจัดสภาพแวดล้อมเพื่อให้เอื้ออำนวยความสะดวกในการทำบทบาท ทำให้สภาพแวดล้อมในการดูแลจึงไม่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันฯ ทำให้ตัวแปรเหล่านี้ไม่ผันแปรมากพอที่จะทำให้มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลง

## ข้อเสนอแนะ

### การนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. หน่วยงานสาธารณสุขจังหวัด/ สาธารณสุขอำเภอ/ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ควรให้ความสำคัญกับกลุ่มญาติผู้ดูแล เป็นกลุ่มเป้าหมายอีกกลุ่มหนึ่งในการให้บริการสุขภาพ โดยนำผลการศึกษาพฤติกรรมป้องกันการเกิดกลุ่มอาการผิดปกติของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ไปกำหนดนโยบายและวางแผนปฏิบัติการเชิงรุกในการดูแลสุขภาพญาติผู้ดูแล เพื่อป้องกันภาวะเรื้อรังด้านกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูก

2. พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง สามารถนำผลการศึกษาไปเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรม การป้องกันที่เหมาะสมในญาติผู้ดูแลคนพิการทางการ เคลื่อนไหว โดยเพิ่มการสนับสนุนจากเครือข่ายทาง สังคม ให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน ตลอดจนเพิ่ม ทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรม โดยประเมินพฤติกรรม การป้องกันฯ ครอบคลุมทุกด้าน เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการ พัฒนาพฤติกรรมการป้องกันฯ โดยเฉพาะด้านด้านการ ออกกำลังกาย และด้านการบริหารกล้ามเนื้อที่อยู่ใน ระดับปานกลาง จะทำให้ญาติผู้ดูแลมีสุขภาพที่ดีและ สามารถดำรงรักษาบทบาทการดูแลได้

### การวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาผลของพัฒนาโปรแกรมส่งเสริม พฤติกรรมการป้องกันฯ ในกลุ่มญาติผู้ดูแลคนพิการ ทางการเคลื่อนไหว โดยเพิ่มการสนับสนุนจาก เครือข่ายทางสังคม ให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน ตลอดจนเพิ่มทัศนคติที่ดีต่อการป้องกัน

## REFERENCES

1. Department of Empowerment of Persons with Disability, Report about Situation of People with Disabilities in Thailand [online]. 2020 [cited 2020/4/1]. Available from: <http://dep.go.th/uploads/Docutents/61ccc2d9-8e3f-4f75-a361-368f5c6a4b80> รายละเอียดข้อมูล คนพิการ%20มีค63.pdf. (in Thai)
2. Lawang W., et al., Family Caregivers of Adults with Acquired Physical Disability: Thai Case-Control Study. *International Journal of Nursing Practice*, 2015; 21(1): 70–78.
3. Suzuki, K. & Tamakoshi, K., Caregiving Activities Closely Associated with The Development of Low-Back Pain Among Female Family Caregivers. *Journal of Clinical Nursing*, 2016; 25: 15–16.
4. Darragh AR., Musculoskeletal Discomfort, Physical Demand, and Caregiving Activities in Informal Caregivers. *Journal of Applied Gerontology*, 2015; 34 (6): 734–760.
5. Reis, S. et al., Prevalence of Symptoms of Musculoskeletal Injuries Related to The Work of Caregiver-Case Study of a Social Institution. [online]. 2016 [cited 2020/2/13].
6. Wongthanakit, S. et al., Factors Related to Low Back Pain Preventive Behavior Among Nursing Personal in Governmental Hospitals, Nonthaburi Province. *Journal of Public Health*, 2548; 35(2): 109–118. (in Thai)
7. Jantarapimol, Y. Health Status and Health Preventive Behaviors Among Rubber Plantation Workers. Master's Thesis in Nursing Science Program (Occupational Health Nurse Practitioner), Chiang Mai University; 2007. (in Thai)
8. Bamrungwong, K. Factors Influencing Musculoskeletal Disorder Prevention Behaviors of Thai Massage Practitioners Master's Thesis in Science Program, Nakhon Pathom: Mahidol University; 2014. (in Thai)
9. Green, L. W. and Kreuter, M. W., Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach. New York: McGraw Hill; 2005.
10. Sanitpol, W., Data of People with Disabilities in Chon Buri [ออนไลน์]. 2019 [cited 2019/10/12]. Available from: <http://thainews.prd.go.th/th/>. (in Thai)
11. Polit, F. D. & Beck, C. L., *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice*. 9th ed. India: Wolters Kluwer; 2017.
12. Srisatidnarakul, B., *The Methodology in Nursing Research*, Bangkok: U & I Media Co.,Ltd; 2555.

13. Best, J. W. and Kahn, J. V., *Research in Education*. 10th ed. Boston: Pearson Education; 2006.
14. Lawang W, Horey D, Blackford J, Sunsern R, & Riewpaiboon W., Support Interventions for Caregivers of Physically Disabled Adults: A Systematic Review. *Nursing & Health Sciences*, 2013; 15: 534–545.
15. Sangmanee, S., Apanantikun, M., Siraphongam, Y., Case study: Adaptation of Working caregiver for stroke patients. *Ramathibodi Nursing Journal*, 2555; 18(1): 119–133. (in Thai)
16. Kochakot, J. and Intaranongpai, S., Workplace Accident Prevention Behavior for Factory Workers in Mahasarakham Province. *Journal of Humanities and Social Sciences Mahasarakham University*, 2560; 36(5): 12–20. (in Thai)





# ความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ ในหน่วยบริการปฐมภูมิ

## Intention to Stay in Primary Care Unit among Nurses

อรจิรา วรธนะพงษ์\* ทศนีย์ รวิวรกุล\*\* เพ็ญพิศ บุญยมาลิก\*\*

Onchira Vadtanapong\* Tassanee Rawiworrakul\*\*

Plernpit Boonyamalik\*\*

Received : 16/6/63

Revised : 9/11/63

Accepted : 13/11/63

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ ในหน่วยบริการปฐมภูมิ และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ ในหน่วยบริการปฐมภูมิ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตบริการสุขภาพภาคเหนือ จำนวน 236 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ด้วย Google forms ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนกันยายน 2562 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

**ผลการศึกษา** พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 69.5) มีความตั้งใจคงอยู่ในงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ อยู่ในระดับสูง (Mean = 2.62, S.D. = 0.62) โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจคงอยู่ในงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความพึงพอใจในงาน ความผาสุกในครอบครัว และระดับการศึกษา ผลการวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ความพึงพอใจในงาน และความผาสุกในครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจคงอยู่ในงานได้ร้อยละ 22.5 ( $F = 22.512, p\text{-value} < .001$ )

จากผลการศึกษานี้ ผู้บริหารควรมีการประเมินภาระงาน และจัดสรรทรัพยากรบุคคลในหน่วยงานให้เพียงพอกับปริมาณของงาน ให้ความสำคัญธรรมชาติในการประเมินผลงาน รวมทั้งให้รางวัลเมื่อปฏิบัติงานได้ดีหรือบรรลุเป้าหมาย ควรส่งเสริมและเปิดโอกาสให้พยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิได้พัฒนาตนเองตามความต้องการ เพื่อเพิ่มความพึงพอใจในงาน และควรส่งเสริมการสร้างความสุขในครอบครัวให้กับพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อให้สามารถส่งผลต่อความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิ

**คำสำคัญ:** ความตั้งใจคงอยู่ในงาน พยาบาลวิชาชีพ หน่วยบริการปฐมภูมิ ความผาสุกในครอบครัว ความพึงพอใจในงาน

\* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจุฬารัตน์

\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

\* Register Nurse, Chulabhorn Hospital

\*\* Assistant Professor, Department of Public Health, Faculty of Public Health, Mahidol University

## ABSTRACT

The objective of this cross-sectional study was to examine intention to stay and related factors of registered nurses in primary care units. Sample was 236 registered nurses working at primary care units in northern region of Thailand. The data were collected through online questionnaires by using Google forms from May to September 2019. Pearson Product Moment Correlation Coefficient and Stepwise Multiple Regression Statistics were employed to examine association between studied factors and intention to stay of registered nurses in primary care units.

The results show that the intention to stay of registered nurses in primary care units was mostly at a high level (69.5%, Mean = 2.62, S.D. = 0.62). Job satisfaction, family well-being and educational level were significantly associated with intention to stay related to intention to stay of registered nurses in primary care units. Multiple regression analysis revealed that job satisfaction and family well-being could explain the variance of intention to stay of registered nurses in primary care units by 22.5% ( $F = 22.512$ ,  $p\text{-value} < .001$ ).

According to this study, the administrators should evaluate workloads and allocate human resources in the department to be sufficient for the amount of work, fairness in assessing work, including rewards when performing well or achieving goals. Opportunities should be promoted and provided for registered nurses in primary care units to develop themselves as needed to increase job satisfaction, and family well-being should be promoted among registered nurses in primary care units because it can affect the intention to stay in the work of registered nurses in primary care units.

**Keywords:** Intention to Stay, Nurses, Primary Care Unit, Family Well-being, Job Satisfaction

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในระบบบริการสุขภาพ พยาบาลวิชาชีพเป็นส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในระบบการดูแลสุขภาพของประชาชน และพยาบาลวิชาชีพถือเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีสัดส่วนมากที่สุดในสถานบริการสุขภาพ เป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีค่า (Human Capital) และเป็นอัตรากำลังด้านสุขภาพในโครงสร้างระบบบริการสาธารณสุขที่สำคัญต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และมีบทบาทสำคัญต่อการให้บริการแก่ประชาชน<sup>1</sup> ปัจจุบันการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของทุกประเทศทั่วโลก จำเป็นต้องมีการปรับตัวเพื่อให้มีศักยภาพเพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงของสภาพปัญหาสุขภาพของประชาชนที่มีความหลากหลายและซับซ้อนมากขึ้น องค์การอนามัยโลกจึงได้เสนอแนวทางในการสร้างความเข้มแข็งให้แก่ระบบบริการสุขภาพโดยใช้แนวคิดของการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) ประเทศไทยจึงได้มีการปฏิรูประบบบริการสุขภาพโดยการยกระดับสถานอนามัย (สอ.) ให้เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เพื่อปรับเปลี่ยนแนวทางการรักษาพยาบาล เป็นการส่งเสริมสุขภาพ เกิดการพัฒนาหน่วยบริการระดับปฐมภูมิให้มีศักยภาพมากขึ้น โดยมีภารกิจสำคัญ 5 ด้าน คือ การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาล โดยให้บริการสิ้นสุดที่บริการผู้ป่วยนอก (OPD) การฟื้นฟูสภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภค<sup>2</sup> เพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว

ทั้งนี้ เมื่อเกิดการปฏิรูประบบบริการสุขภาพที่เน้นแนวคิดของการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) พบปัญหาที่สำคัญ คือ การกระจายตัวของพยาบาลวิชาชีพที่ไม่กระจายไปยังหน่วยงานของรัฐในชนบทห่างไกล นอกจากนี้ พบว่า อัตรากำลังความต้องการพยาบาลวิชาชีพเพื่อปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีความขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพ คิด

เป็นร้อยละ 43 และจากสถิติมีพยาบาลวิชาชีพได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพโดยประมาณ 180,000 คน แต่ทำงานในระบบสุขภาพเพียง 130,000 คน ขณะที่มีความต้องการพยาบาลวิชาชีพถึง 160,000 คน<sup>3</sup> จากสภาพปัญหาการขาดแคลนอัตรากำลังทางการพยาบาลที่สะสมมานานอย่างต่อเนื่อง ทำให้สภาการพยาบาลร่วมกับรัฐบาลดำเนินกลยุทธ์ต่าง ๆ เพื่อลดการสูญเสีย หรือเพิ่มการอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพไว้ในระบบสุขภาพ แต่ยังไม่สามารถคงพยาบาลวิชาชีพไว้ในระบบบริการสุขภาพได้ ทำให้พยาบาลวิชาชีพที่เหลืออยู่ในระบบบริการสุขภาพ ต้องรับภาระงานที่หนักขึ้นในการให้บริการสุขภาพ<sup>4</sup> และยังส่งผลกระทบต่อองค์กรสุขภาพโดยตรงอีกด้วย อย่างไรก็ตาม การที่จะทราบว่าพยาบาลวิชาชีพมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติงานอยู่ในวิชาชีพนั้น จำเป็นต้องทราบว่าบุคคลนั้น มีความตั้งใจคงอยู่ในงานมากน้อยเพียงใด มีปัจจัยอะไรที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับความตั้งใจคงอยู่ในงาน และในลักษณะใดบ้าง

ความตั้งใจคงอยู่ในงาน (Intention to Stay) เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความเป็นไปได้ที่จะอยู่ในงานต่อไป หรือไปจากงานที่ทำอยู่ปัจจุบัน<sup>5</sup> จากการศึกษาพบว่าความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ ส่วนใหญ่มีระดับความตั้งใจคงอยู่ในงานระดับปานกลาง<sup>6</sup> ซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจคงอยู่ในงานมีหลายปัจจัย โดยตามแนวคิดของ Ellenbecker<sup>5</sup> มี 2 ปัจจัยสำคัญ ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคลและครอบครัว (Individual Characteristics) ครอบครัวเป็นระบบสังคมที่มีการปฏิสัมพันธ์กับระบบอื่นๆ ทั้งภายในและภายนอกครอบครัว กระบวนการของชีวิตครอบครัวจึงเป็นพลวัต<sup>7</sup> การรับภาระความรับผิดชอบในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ<sup>8</sup> หากครอบครัวของพยาบาลวิชาชีพมีความผาสุกในครอบครัวจะส่งผลให้เกิดกำลังใจในการทำงาน และการให้บริการอย่างมีคุณภาพ<sup>9</sup> และอีกปัจจัยหนึ่ง คือ ความพึงพอใจในงาน

(Job Satisfaction) เป็นการรับรู้ทางบวกของบุคคลที่มีต่อการทำงานที่ปฏิบัติอยู่<sup>10</sup> และเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ<sup>11</sup> แสดงให้เห็นว่าถ้าบุคคล มีความพึงพอใจในงานมากจะเปลี่ยนงานน้อย ซึ่งทั้งสองปัจจัยดังกล่าวอาจเป็นปัจจัยส่งเสริม หรือเป็นปัจจัยอุปสรรคต่อความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นการทำการศึกษาเกี่ยวกับพยาบาลวิชาชีพในระดับปริญญาตรีและปริญญาโท โดยยังไม่พบการศึกษาความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตภาคเหนือ เนื่องจากแต่ละองค์กรมีบริบทที่แตกต่างกัน การที่บุคคลจะทำงานต่อไปในองค์กร ส่วนหนึ่งมีสาเหตุมาจากสภาพความจำเป็นของตัวเอง การประเมินความรู้สึกระดับบุคคลจึงมีความสำคัญ ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความสำคัญดังกล่าว จึงทำการศึกษาความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยศึกษาความตั้งใจคงอยู่ในงานตามกรอบแนวคิดของ Ellenbecker<sup>5</sup> ซึ่งผลการศึกษาจะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานในระดับปฐมภูมิ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นข้อมูลสารสนเทศในการกำหนดนโยบาย กลยุทธ์ส่งเสริมการบริหารจัดการ และให้การสนับสนุนปัจจัยที่เอื้อต่อการจัดการอัตรากำลังของพยาบาลวิชาชีพต่อไป

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิ

## สมมติฐานการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลและครอบครัว ความผูกพันในครอบครัว และความพึงพอใจในงาน มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพหน่วยบริการปฐมภูมิ

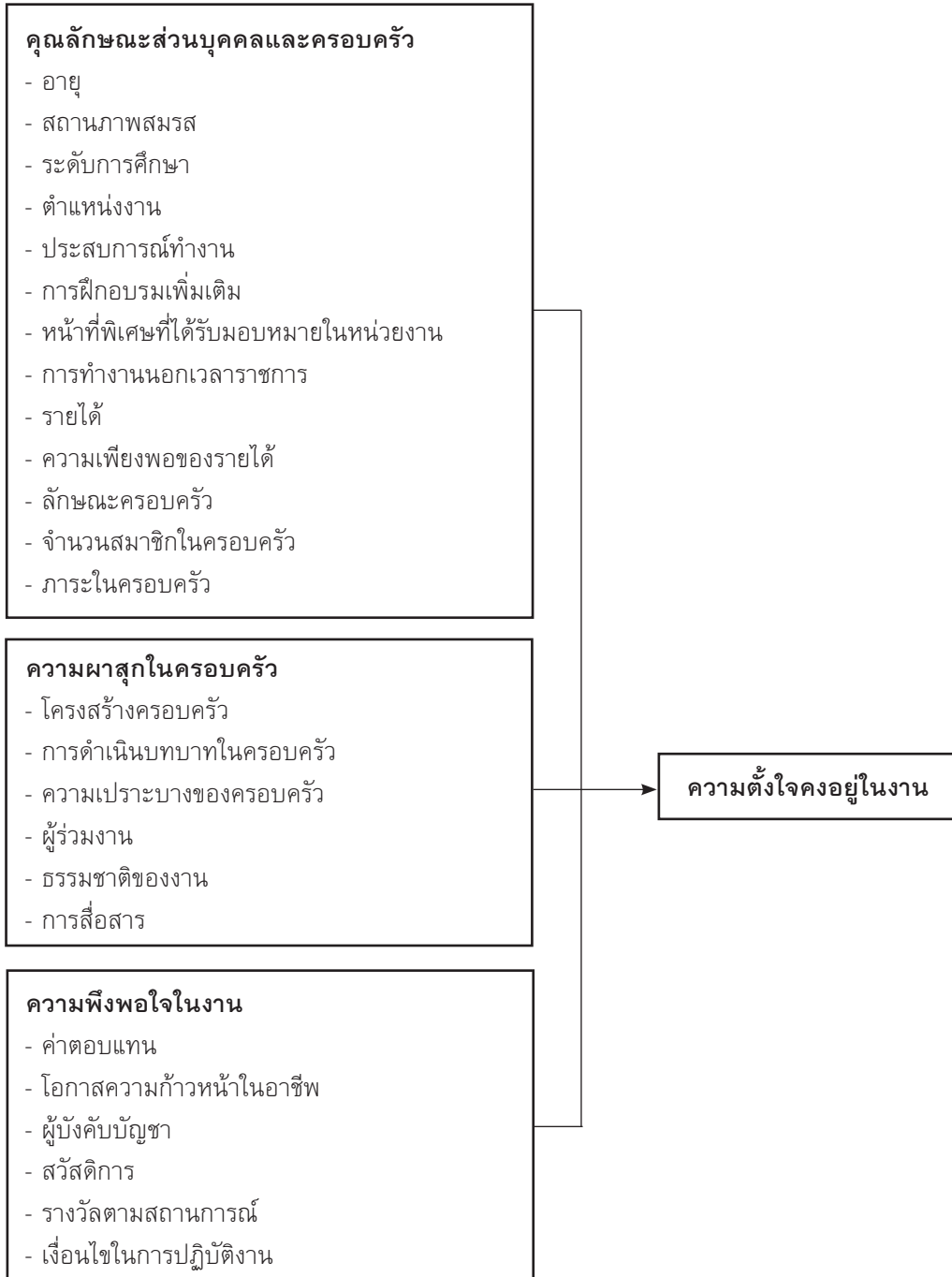
2. คุณลักษณะส่วนบุคคลและครอบครัว ความผูกพันในครอบครัว และความพึงพอใจในงาน สามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพหน่วยบริการปฐมภูมิได้

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Descriptive Cross-sectional Study) โดยใช้แนวคิดของ Ellenbecker<sup>5</sup> ที่นำเสนอรูปแบบเพื่ออธิบายปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจคงอยู่ในงาน 2 ปัจจัยสำคัญ ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ ความมั่นคง เพศ ความรับผิดชอบต่อครอบครัว รายได้ของครอบครัว เชื้อชาติ/ศาสนา สถานภาพสมรส และความพึงพอใจในงาน ประกอบด้วย ลักษณะของความพึงพอใจในงานภายนอก ได้แก่ ความเครียดและภาระงาน ความเป็นอิสระและการควบคุมชั่วโมงการทำงาน ความเป็นอิสระและการควบคุมกิจกรรมการทำงาน เงินเดือนและผลประโยชน์ และการรับรู้การมีโอกาสได้งานแห่งอื่นที่เป็นจริง ส่วนลักษณะของความพึงพอใจในงานภายใน ได้แก่ ความรู้สึกเป็นอิสระ สัมพันธภาพระหว่างเพื่อนร่วมงาน ลักษณะขององค์กร ซึ่งปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจคงอยู่ในงาน ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดของ Ellenbecker<sup>5</sup> มาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ โดยตัวแปรอิสระ ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคลและครอบครัว ความผูกพันในครอบครัว ความพึงพอใจในงาน และตัวแปรตาม ได้แก่ ความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิ แสดงดังภาพที่ 1

## ตัวแปรอิสระ

## ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

## วิธีดำเนินการวิจัย

**ประชากร** ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 3,070 คน ในหน่วยบริการปฐมภูมิเขตภาคเหนือ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงกระทรวงสาธารณสุข แบ่งตามเขตบริการสุขภาพในภาคเหนือออกเป็น 3 เขต คือ เขต 1 ได้แก่ เชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน ลำปาง ลำพูน เชียงราย น่าน พะเยาแพร่ เขต 2 ได้แก่ ตาก พิชณุโลก เพชรบูรณ์ สุโขทัย อุตรดิตถ์ และเขต 3 ได้แก่ กำแพงเพชร นครสวรรค์ พิจิตร อุทัยธานี

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ พยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ปฏิบัติงานทางการพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ ไม่น้อยกว่า 1 ปี กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตรของ Wayne W. Daniel<sup>12</sup> ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 236 คน โดยแบ่งพื้นที่ศึกษาตามเขตบริการสุขภาพในภาคเหนือออกเป็น 3 เขต ทำการสุ่มเลือกจังหวัดในเขตๆ ละ 1 จังหวัด จาก การสุ่มอย่างง่าย (Sample Random Sampling) ได้แก่ เขต 1 จังหวัดเชียงใหม่ เขต 2 จังหวัด พิชณุโลก และเขต 3 จังหวัดอุทัยธานี จากนั้นติดต่อขออนุญาตเก็บข้อมูลในจังหวัดที่สุ่มได้ โดยติดต่อไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งเมื่อได้รับอนุญาตจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแล้ว จะติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพื่อขออนุญาตส่งลิงค์แบบสอบถามออนไลน์ผ่านระบบสารบรรณออนไลน์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนั้นๆ ไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่ง โดยให้พยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม จากนั้นจึงจะติดต่อไปยังเจ้าหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอีกครั้ง เพื่อติดตามการตอบแบบสอบถามจนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่คำนวณไว้

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1** แบบสอบถามคุณลักษณะส่วนบุคคลและครอบครัวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ มีทั้งหมด 15 ข้อ

**ส่วนที่ 2** แบบสอบถามความพึงพอใจในครอบครัวของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์เครื่องมือวัดความพึงพอใจในครอบครัวของ อรวรรณ ลิขิตพรสวรรค์<sup>9</sup> ที่พัฒนาจากแนวคิดความพึงพอใจในครอบครัวของ Caldwell<sup>7</sup> ลักษณะแบบสอบถามเป็นการประเมินการรับรู้ความพึงพอใจในครอบครัว มีจำนวน 22 ข้อ ประกอบด้วย 1) ด้านโครงสร้างครอบครัว จำนวน 6 ข้อ โดยมีข้อความแสดงให้เห็นถึงแรงสนับสนุนภายในครอบครัวและความผูกพันกลมเกลียวในครอบครัว 2) ด้านการดำเนินบทบาทในครอบครัว จำนวน 10 ข้อ โดยข้อความแสดงให้เห็นถึงการเตรียมพร้อมในบทบาทและการมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจของครอบครัว 3) ด้านความเปราะบางของครอบครัว จำนวน 6 ข้อ เป็นข้อความแสดงให้เห็นถึงความมั่นคงในครอบครัว ซึ่งข้อความทั้งหมดมีทั้งทางบวกและทางลบ โดยแบ่งเป็นข้อความทางบวก 17 ข้อ และข้อความทางลบ 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ แปลผลจากคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 4 คะแนนเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 1 แบ่งระดับคะแนนที่ต้องการวัดเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำปานกลาง และสูง

**ส่วนที่ 3** แบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยผู้วิจัยประยุกต์เครื่องมือวัดความพึงพอใจในงานของ นลินรัตน์ ทองนิรันดร์<sup>1</sup> ที่ได้พัฒนาเครื่องมือขึ้นตามแนวคิดของ Spector<sup>10</sup> มีทั้งหมด 25 ข้อ เป็นการวัดความพึงพอใจในงาน 9 ด้าน ได้แก่ ด้านค่า

ตอบแทน 4 ข้อ ด้านโอกาสความก้าวหน้าในอาชีพ 3 ข้อ ด้านผู้บังคับบัญชา 2 ข้อ ด้านสวัสดิการ 2 ข้อ ด้านรางวัลตามสถานการณ์ 3 ข้อ ด้านเงื่อนไขในการปฏิบัติงาน 3 ข้อ ด้านผู้ร่วมงาน 2 ข้อ ด้านธรรมชาติของงาน 3 ข้อ และด้านการสื่อสาร 3 ข้อ โดยข้อคำถามมีทั้งทางบวกและทางลบ แบ่งเป็นข้อคำถามทางบวก 19 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-7, 9-15, 18-22 และข้อคำถามทางลบ 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 8, 16, 17, 23, 24, 25 ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ แปลผลจากคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 4 คะแนนเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 1 แบ่งระดับคะแนนที่ต้องการวัดเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ ปานกลาง และสูง

**ส่วนที่ 4** แบบสอบถามเกี่ยวกับความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยผู้วิจัยประยุกต์เครื่องมือวัดความตั้งใจคงอยู่ในงานของวรารัตน์ บุญธนะ<sup>13</sup> เป็นการวัดความรู้สึกต่อความตั้งใจคงอยู่ในงาน ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ข้อ โดยเป็นข้อคำถามทางบวก มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ แปลผลจากคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 4 คะแนนเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 1 แบ่งระดับคะแนนที่ต้องการวัดเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ ปานกลาง และสูง

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรง (Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ให้ตรวจสอบความถูกต้องด้านเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และนำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยกำหนดเกณฑ์ดัชนีความตรงตามเนื้อหาที่ยอมรับได้ .80 ขึ้นไป<sup>14</sup> ซึ่งแบบสอบถามความพึงพอใจในครอบครัวของพยาบาลวิชาชีพ แบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ และแบบสอบถามความตั้งใจคงอยู่

ในงานของพยาบาลวิชาชีพ มีค่า CVI เท่ากับ .86, .99, และ .97 ตามลำดับ

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ตรวจสอบความตรงเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน จากนั้นนำผลมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค โดยค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้เท่ากับ .70 ขึ้นไป<sup>14</sup> ซึ่งแบบสอบถามความพึงพอใจในครอบครัวของพยาบาลวิชาชีพ แบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ และแบบสอบถามความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89, .75, และ .89 ตามลำดับ

### จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้เสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้รับเอกสารรับรองเลขที่ COA. NO. MUPH 2019-046 วันที่รับรอง 7 มีนาคม 2562 โดยผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามทั้ง 4 ส่วน มาลงในระบบ Google forms พร้อมแนบเอกสารชี้แจงโครงการวิจัย และหนังสือยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัยไว้ในระบบ Google forms มีการอธิบายถึงวัตถุประสงค์การวิจัย การดำเนินการวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูล และการนำเสนอผลวิจัยจะเป็นในภาพรวม อธิบายถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ที่มีสิทธิที่จะตอบหรือปฏิเสธการตอบแบบสอบถาม ทั้งนี้ ข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามจะเป็นความลับระหว่างผู้วิจัยและผู้ตอบแบบสอบถามเท่านั้น และข้อมูลจะได้รับการทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย ซึ่งเมื่อยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย จึงให้ลงนามในเอกสารยินยอม

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อโครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัย และจัดส่งไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ประสงค์จะเก็บรวบรวมข้อมูล 3 จังหวัด โดยเมื่อได้รับหนังสืออนุญาตจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด จึงติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอีกครั้ง เพื่อขออนุญาตส่งลิงค์แบบสอบถามผ่านระบบสารบรรณออนไลน์ให้หน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมด รวมจำนวน 467 แห่ง โดยให้พยาบาลวิชาชีพหน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละ 1 คน เป็นผู้ตอบแบบสอบถามผ่านระบบ Google forms จากนั้นทำการติดตามการเก็บข้อมูลกับเจ้าหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิ รวม 3 ครั้ง โดย ครั้งที่ 1 ได้กลุ่มตัวอย่างที่ตอบกลับแบบสอบถาม จำนวน 65 คน คิดเป็นอัตราการตอบกลับ ร้อยละ 13.92 ครั้งที่ 2 ได้กลุ่มตัวอย่างที่ตอบกลับแบบสอบถาม จำนวน 112 คน คิดเป็นอัตราการตอบกลับ ร้อยละ 37.90 และครั้งที่ 3 ได้กลุ่มตัวอย่างที่ตอบกลับแบบสอบถาม 59 คน คิดเป็นอัตราการตอบกลับ ร้อยละ 50.54 และได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างครบ 236 คน ตามที่ได้คำนวณไว้

## สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถิติที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) โดยวิเคราะห์ข้อมูลด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลและครอบครัว ความพึงพอใจในครอบครัว ความพึงพอใจในงาน และความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยใช้การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติวิเคราะห์ (Analytical Statistic) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง

คุณลักษณะส่วนบุคคลและครอบครัว ความพึงพอใจในครอบครัว และความพึงพอใจในงาน กับความตั้งใจคงอยู่ในงาน โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) รวมถึงวิเคราะห์หาตัวแปรที่สามารถทำนายความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพหน่วยบริการปฐมภูมิ ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ก่อนนำตัวแปรเข้าสู่การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว แก๊ซตัวแปรตามมาตรา (Nominal Scale) และอันดับมาตรา (Ordinal scale) ด้วยวิธีการสร้างตัวแปรหุ่น (Dummy-coding Variables)

## ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 93.2) มีอายุเฉลี่ย 43.92 ปี (S.D. = 8.46) สถานภาพสมรสคู่อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน (ร้อยละ 53.8) ระดับการศึกษาปริญญาตรี (ร้อยละ 75.8) ไม่ได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติม (ร้อยละ 57.6) เป็นพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ร้อยละ 64.8) ทำงานอยู่ในช่วง 1-10 ปี (ร้อยละ 58.9) มีหน้าที่พิเศษที่ได้รับมอบหมายในหน่วยงาน (ร้อยละ 48) ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ (ร้อยละ 75) รายได้มากกว่า 30,001 บาท (ร้อยละ 74.6) มีรายได้พิเศษ (ร้อยละ 79.7) และรายได้ไม่เพียงพอ มีหนี้สิน (ร้อยละ 35.3) ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 58) มีสมาชิกในครอบครัว 4-6 คน (ร้อยละ 58.9) และไม่มีภาระในการดูแล (ร้อยละ 54.2)

ความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยรวมพบว่า ส่วนใหญ่มีความตั้งใจคงอยู่ในงานในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 69.5 ความพึงพอใจในครอบครัวของพยาบาลวิชาชีพหน่วยบริการปฐมภูมิ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ



87.7 (Mean = 2.87, S.D. = 0.35) เมื่อพิจารณาตามรายองค์ประกอบของความพึงพอใจในครอบครัวพบว่า โครงสร้างครอบครัว ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 83.9 (Mean = 2.83, S.D. = 0.38) การดำเนินบทบาทในครอบครัว ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 90.7 (Mean = 2.90, S.D. = 0.31) และความเปราะบางในครอบครัว ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง โดยคิดเป็นร้อยละ 81.8 (Mean = 2.80, S.D. = 0.43)

ความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพหน่วยบริการปฐมภูมิ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง โดยคิดเป็นร้อยละ 82.2 (Mean = 2.14, S.D. = 0.40) เมื่อพิจารณาองค์ประกอบรายด้าน พบว่า ด้าน

ที่มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจสูงสุด 3 ลำดับแรก คือ เงื่อนไขในการปฏิบัติงาน (Mean = 2.82) ธรรมชาติของงาน (Mean = 2.81) และผู้ร่วมงาน (Mean = 2.75) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในงานน้อยที่สุด 3 ลำดับแรก คือ โอกาสความก้าวหน้าในอาชีพ (Mean = 1.94) การสื่อสาร (Mean = 2.05) ค่าตอบแทน (Mean = 2.13)

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่า ในคุณลักษณะส่วนบุคคลและครอบครัว มีเพียงระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value < .09) แสดงดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ความสัมพันธ์ด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลและครอบครัวกับความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพหน่วยบริการปฐมภูมิ (n = 236)

คุณลักษณะส่วนบุคคลและครอบครัว	ความตั้งใจคงอยู่ในงาน	
	r	p-value
อายุ	0.090	0.166
สถานภาพสมรส (โสด)	-0.041	0.532
สถานภาพสมรส (คู่)	0.025	0.706
ระดับการศึกษา	0.169	0.009*
ตำแหน่งงาน (พยาบาลวิชาชีพ)	-0.105	0.108
การอบรมอื่น ๆ/การศึกษาเฉพาะทางเพิ่มเติม	-0.047	0.471
ประสบการณ์ทำงาน	0.116	0.076
การทำงานนอกเวลาราชการ	0.032	0.628
หน้าที่พิเศษที่ได้รับมอบหมายในหน่วยงาน	0.117	0.074
รายได้ประจำ	0.072	0.274
ความเพียงพอของรายได้	0.086	0.185
จำนวนสมาชิกในครอบครัว	0.047	0.474
ลักษณะครอบครัว (ครอบครัวเดี่ยว)	0.011	0.872
ลักษณะครอบครัว (ครอบครัวขยาย)	0.022	0.735
ภาวะในครอบครัว	-0.089	0.173

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .01

ความพึงพอใจในครอบครัว ทั้งปัจจัยรายด้านและ ความพึงพอใจโดยรวมมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจคง อยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพหน่วยบริการปฐมภูมิ

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value < .05) ดังตาราง ที่ 2

**ตารางที่ 2** ความสัมพันธ์ด้านความพึงพอใจในครอบครัวกับความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพหน่วย บริการปฐมภูมิ ( $n = 236$ )

ความพึงพอใจในครอบครัว	ความตั้งใจคงอยู่ในงาน	
	r	p-value
ด้านโครงสร้างครอบครัว	0.241	<0.001*
ด้านการดำเนินบทบาทในครอบครัว	0.267	<0.001*
ด้านความเปราะบางของครอบครัว	0.164	0.008*
<b>ปัจจัยความพึงพอใจในครอบครัวโดยรวม</b>	<b>0.283</b>	<b>&lt;0.001*</b>

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .01

ความพึงพอใจในงานทั้งปัจจัยรายด้านและ ความพึงพอใจในภาพรวม มีความสัมพันธ์กับความ ตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพหน่วยบริการ

ปฐมภูมิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value < .05) ยกเว้นปัจจัยย่อย ด้านเงื่อนไขในการปฏิบัติงาน แสดง ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความพึงพอใจในงานกับความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาล วิชาชีพหน่วยบริการปฐมภูมิ ( $n = 236$ )

ความพึงพอใจในงาน	ความตั้งใจคงอยู่ในงาน	
	r	p-value
ด้านค่าตอบแทน	0.390	<0.001**
ด้านโอกาสความก้าวหน้าในอาชีพ	0.330	<0.001**
ด้านผู้บังคับบัญชา	0.151	0.020*
ด้านสวัสดิการ	0.320	<0.001**
ด้านรางวัลตามสถานการณ์	0.264	<0.001**
ด้านเงื่อนไขในการปฏิบัติงาน	0.100	0.874
ด้านผู้ร่วมงาน	0.344	<0.001**
ด้านธรรมชาติของงาน	0.560	<0.001**
ด้านการสื่อสาร	-0.352	<0.001**
<b>ปัจจัยความพึงพอใจในงานโดยรวม</b>	<b>0.445</b>	<b>&lt;0.001**</b>

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .05

\*\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .01

การวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุขั้นตอน พบว่า ความผาสุกในครอบครัว และความพึงพอใจในงาน มีอิทธิพลต่อความตั้งใจคงอยู่ในงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value < .01) โดยคะแนนความพึงพอใจในงานที่เพิ่มขึ้น 1 คะแนน ทำให้มีความตั้งใจคงอยู่ในงานเพิ่มขึ้น 0.939 และคะแนนความผาสุกในครอบครัวเพิ่มขึ้น 1 คะแนน ทำให้มีความตั้งใจคงอยู่ในงานเพิ่มขึ้น 0.338 โดยสามารถสร้างสมการการทำนายระดับความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาล

วิชาชีพได้ ดังนี้  $Y = -0.705 + 0.939 + 0.338$  ซึ่งอธิบายการเปลี่ยนแปลงของระดับความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้ร้อยละ 22.5 ( $R^2 = 0.225$ ,  $F = 22.512$ ,  $p$ -value = < .001) โดยตัวแปรที่มีอิทธิพลสูงสุด คือความพึงพอใจในงาน ( $Beta = 0.939$ ,  $p$ -value < .001) สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงของระดับความตั้งใจคงอยู่ในงานได้ประมาณร้อยละ 19.8 ( $R^2 = 0.198$ ) ดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพหน่วยบริการปฐมภูมิ

ตัวแปร	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		p-value
	B	Std. Error	Beta	t	
วุฒิการศึกษา	0.072	0.105	0.041	0.681	0.497
ความผาสุกในครอบครัว	0.338	0.123	0.166	2.739	0.007*
ความพึงพอใจในงาน	0.939	0.152	0.386	6.185	<0.001*

ค่าคงที่ = -0.705,  $R = 0.475$ ,  $R^2 = 0.225$ , Adjusted  $R^2 = 0.215$ ,  $F = 22.512$

\*  $p$ -value < .01

## อภิปรายผล

**1. ความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพหน่วยบริการปฐมภูมิ** ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลวิชาชีพหน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่ (ร้อยละ 69.5) มีความตั้งใจคงอยู่ในงานอยู่ในระดับสูง (Mean = 2.62, S.D. = 0.62) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วริฎากร ธนอักษรสวัสดิ์<sup>15</sup> ที่พบว่าพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตั้งใจจะปฏิบัติงานต่อไปร้อยละ 91 ซึ่งเป็นผลดีต่อหน่วยบริการพยาบาลและองค์กรพยาบาล เนื่องจากแสดงให้เห็นว่าพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมียังคงอยู่ในระบบต่อไป

**2. ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลและครอบครัว** มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพหน่วยบริการปฐมภูมิ

จากผลการศึกษาพบว่า มีเพียงระดับการศึกษาเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในระดับต่ำ ( $r = 0.169$ ,  $p$ -value = .009) ซึ่งส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาปริญญาตรี (ร้อยละ 75.8) รองลงมา คือระดับปริญญาโท (ร้อยละ 23.8) แสดงให้เห็นว่าระดับการศึกษาในวิชาชีพพยาบาลของประเทศไทยได้มีการปรับมาตรฐานการศึกษาขั้นต่ำเป็นระดับปริญญาตรี และมีการกำหนดขอบเขต บทบาท และหน้าที่ในการปฏิบัติงานไว้อย่างชัดเจน<sup>4</sup> ระดับการศึกษาจึงมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจคงอยู่ในงาน โดยสอดคล้องกับการศึกษาของจาริณี ศรีประเสริฐ<sup>16</sup> ที่พบว่าระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจคงอยู่ในงาน

**3. ความผาสุกในครอบครัว** มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาล

**วิชาชีพหน่วยบริการปฐมภูมิ** จากผลการศึกษาพบว่า ความผาสุกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยอธิบายได้จากข้อมูลความผาสุกในครอบครัวของพยาบาลวิชาชีพหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งส่วนใหญ่มีความผาสุกในครอบครัวอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 87.7 แสดงให้เห็นว่าพยาบาลวิชาชีพหน่วยบริการปฐมภูมิสามารถจัดสรรเวลาการทำงานกับชีวิตครอบครัวได้ เนื่องมาจากลักษณะงานที่ทำงานเป็นเวลา ไม่ต้องเปลี่ยนผลัดเวรบ่อย/ดึก ทำให้สามารถแสดงบทบาทในครอบครัวได้เต็มที่ จึงเห็นได้ว่าความผาสุกในครอบครัวมีผลต่อความตั้งใจอยู่ในงาน โดยความผาสุกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิระดับต่ำ ( $r = 0.283$ ,  $p\text{-value} < .001$ ) สันนิษฐานสมมติฐานที่ว่าความผาสุกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยสอดคล้องกับการศึกษา เรื่อง ความผาสุกในครอบครัว ของอรรวรรณ ลิขิตพรสวรรค์<sup>9</sup> ที่พบว่าพยาบาลสาธารณสุขมีความผาสุกในครอบครัว ในระดับสูง (ร้อยละ 66.1) อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ วริญากร ธนอัศวสวัสดิ์<sup>15</sup> ที่พบว่าเวลาว่างกับชีวิตส่วนตัวของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ในงาน ทั้งนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความผาสุกในครอบครัวกับความตั้งใจอยู่ในงาน ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาความรับผิดชอบต่อเครือข่าย<sup>5,8</sup> โดยศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลต่อความตั้งใจอยู่ในงานของพยาบาล ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์กับความตั้งใจอยู่ในงาน

**4. ความพึงพอใจในงาน มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพหน่วยบริการปฐมภูมิ** ผลการศึกษาพบว่า ความพึง

พอใจในงานมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพหน่วยบริการปฐมภูมิ อธิบายได้จากพยาบาลวิชาชีพหน่วยบริการปฐมภูมิ มีความพึงพอใจในงานระดับปานกลาง (ร้อยละ 82.2) และเมื่อพิจารณาตามองค์ประกอบรายด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในงานสูงสุด 3 ลำดับ ได้แก่ ด้านเงื่อนไขในการปฏิบัติงาน ด้านธรรมชาติของงาน ด้านผู้ร่วมงาน และค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในงานน้อยที่สุด 3 ลำดับ ได้แก่ ด้านโอกาสความก้าวหน้าในอาชีพ ด้านการสื่อสาร ด้านค่าตอบแทน จึงเห็นได้ว่าความพึงพอใจในงานส่งผลต่อความตั้งใจอยู่ในงาน โดยความพึงพอใจในงานมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพหน่วยบริการปฐมภูมิ ( $r = 0.445$ ,  $p\text{-value} < .001$ ) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Ellenbecker<sup>5</sup> ที่กล่าวว่าปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจอยู่ในงานมี 2 ปัจจัยคือ ปัจจัยส่วนบุคคล และความพึงพอใจในงาน สรุปได้ว่าเมื่อพยาบาลวิชาชีพหน่วยบริการปฐมภูมิ มีความพึงพอใจในงานเพิ่มมากขึ้นจะมีความตั้งใจอยู่ในงานเพิ่มขึ้นด้วย ความพึงพอใจในงานเป็นความรู้สึก หรือทัศนคติที่มีต่องาน เป็นผลมาจากการที่บุคคลเข้าไปมีส่วนร่วมในงานที่ทำ ซึ่งเมื่อบุคคลเกิดความพึงพอใจในงานจะส่งผลให้บุคคลนั้นมีขวัญและกำลังใจในการทำงาน มีความมุ่งมั่นที่จะทำงานให้สำเร็จและมีความตั้งใจอยู่ในงานต่อไป<sup>1</sup> และหากบุคคลนั้นมีความพึงพอใจในงานต่ำ เช่น รู้สึกไม่พอใจในค่าจ้าง ลักษณะงานหรือการทำหน้าที่ของหัวหน้างาน ก็จะทำให้บุคคลรู้สึกเบื่อหน่าย ไม่อยากทำงาน ไม่มีความสุขในการทำงาน และเกิดความตั้งใจลาออก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวัชร ขาวผ่อง<sup>6</sup> ที่พบว่าความพึงพอใจในงานมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจอยู่ในงาน

**5. ความสามารถของปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลและครอบครัว ปัจจัยด้านการปฏิบัติงาน** ในการทำนายความตั้งใจอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพหน่วยบริการปฐมภูมิ ผลการ

วิเคราะห์ความสามารถในการทำนายความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่า ความพึงพอใจในงาน และความผาสุกในครอบครัว เป็นปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value < .001) โดยสามารถร่วมทำนายได้ร้อยละ 22.5 ( $R^2 = 0.225$ ,  $p$ -value < .001) ดังนั้น จึงสนับสนุนสมมติฐานที่ว่า ความพึงพอใจในงานและความผาสุกในครอบครัว สามารถร่วมทำนายความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยตัวแปรที่มีอิทธิพลสูงสุด คือ ความพึงพอใจในงาน ( $Beta = 0.939$ ,  $p$ -value < .001) ทั้งนี้ ความพึงพอใจในงานและความผาสุกในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจคงอยู่ในงานและมีอิทธิพลต่อความตั้งใจคงอยู่ในงาน เกิดจากหน่วยบริการปฐมภูมินั้น เป็นหน่วยที่ให้บริการทั้งด้านการรักษา การป้องกัน การส่งเสริม และการฟื้นฟูสุขภาพ ผสมผสานเป็นองค์รวม ทำให้มีความหลากหลายในบทบาท เช่น การให้การดูแลผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุข การออกเยี่ยมบ้านเพื่อฟื้นฟูดูแลผู้ป่วย รวมทั้งการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมและป้องกันการเกิดโรคให้กับประชาชน<sup>15</sup> ซึ่งเป็นบทบาทที่ชัดเจนและสามารถปฏิบัติงานได้อย่างอิสระภายใต้ขอบเขตที่กำหนด มีการกำหนดภารกิจหลักชัดเจน และเป็นงานที่ไม่ก้าวท้าวกันระหว่างบุคลากรด้านอื่น<sup>4</sup> อีกทั้งยังทำงานกันเป็นทีม มีเครือข่ายสนับสนุนช่วยเหลือ มีอิสระในการทำงาน ได้รับการยอมรับว่าเป็นคนสำคัญของชุมชน และเข้ากับผู้นำระบบบริการปฐมภูมิได้ รวมถึงระยะเวลาที่ทำงานในเวลาปกติสามารถสร้างความพึงพอใจในงานได้มากกว่าที่ต้องทำในเวลาที่ไม่บุคคลอื่นไม่ต้องทำงาน ทำให้พยาบาลวิชาชีพหน่วยบริการปฐมภูมิเกิดความพึงพอใจในงานและมีเวลาในการใช้ชีวิตกับครอบครัว เกิดความผาสุกในครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวีชรา ชาวพ่อง<sup>6</sup> ที่พบว่าความ

พึงพอใจในงานด้านความสมดุลระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัว/ครอบครัว ( $Beta = 0.316$ ) ด้านโอกาสดำเนินงาน ( $Beta = 0.255$ ) และด้านผลการปฏิบัติงาน ( $Beta = -0.176$ ) สามารถร่วมทำนายความตั้งใจคงอยู่ในงาน อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของนลินรัตน์ ทองนิรันดร์<sup>1</sup> ที่ศึกษาในพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน โดยพบว่าความพึงพอใจด้านค่าตอบแทน โอกาสการเติบโตทางอาชีพ และเงื่อนไขการทำงาน สามารถร่วมอธิบายความตั้งใจคงอยู่ในงาน ได้ร้อยละ 12.60

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. กำหนดกลยุทธ์หรือนโยบายที่จะทำให้พยาบาลวิชาชีพในองค์กรเกิดพึงพอใจในงานเพิ่มมากขึ้น และอยู่ในอาชีพได้นานขึ้น โดยจัดทำแผนสำรวจความต้องการในการพัฒนาตนเองของพยาบาลวิชาชีพหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อส่งเสริมโอกาสความก้าวหน้าทางอาชีพได้ตรงตามความต้องการอย่างต่อเนื่อง รวมถึงสนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานมีความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานและครอบครัว โดยจัดสรรภาระงานให้เหมาะสม อันจะส่งผลไปถึงความผาสุกในครอบครัว

2. มีการจัดระบบการรับฟังความคิดเห็นหรือปัญหา และระบบที่ปรึกษาแก่พยาบาลวิชาชีพหน่วยบริการปฐมภูมิ สร้างบรรยากาศที่ดีในการทำงานเพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีในองค์กร และระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติงาน

3. จัดให้มีการประชุมภายในหน่วยงานเป็นประจำ เพื่อชี้แจงนโยบาย ตอบข้อสงสัยในการปฏิบัติงาน ประเมินภาระงาน และจัดสรรทรัพยากรบุคคลในหน่วยงานให้เพียงพอกับปริมาณของงาน เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพหน่วยบริการปฐมภูมิ ในหน่วยงานนั้น ๆ รู้สึกถึงการมีส่วนร่วมในการทำงาน และเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร

### ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยที่สามารถติดตามและประเมินความตั้งใจคงอยู่ในงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อดูปัจจัยเสี่ยงต่อการลาออกหรือโยกย้ายงาน
2. ควรมีการศึกษาความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพในเชิงคุณภาพ เพื่อหาปัจจัยจูงใจที่สัมพันธ์กับความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ ให้นานที่สุด
3. ควรมีการศึกษาวิเคราะห์ห้วงค์ประกอบอื่นๆ ที่ส่งผลต่อความผูกพันในครอบครัวของพยาบาลวิชาชีพหน่วยบริการปฐมภูมิ เช่น การเผชิญปัญหาการรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นต้น

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ สมาคมศิษย์เก่าบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ได้ให้ทุนสนับสนุนบางส่วนในการทำวิจัยครั้งนี้

### REFERENCES

1. Thongniran, N. Intention to Stay in Occupation of Registered Nurse at a Community Hospital Region 1: Central, Thailand. *Journal of Nursing Division*, 2014; 42(3): 69–83. (in Thai)
2. Nursing Division, Ministry of Public Health. *Standard of Community Nursing*. 2nd ed. Bangkok: Thammasat University, 2001. (in Thai)
3. Sawaengdee, K. Analyses of Workload and Productivity of 12 Public Hospital Nurses in Region 2 of Thailand. *Journal of Health Science*, 2015; 24(4): 741–750. (in Thai)
4. Srisuphan, W. & Sawaengdee, K. Policy Recommendation to Solve the Problem of Professional Nurse Shortage in Thailand. *Thai Journal of Nursing Council*, 2012; 27(1): 5–12. (in Thai)
5. Ellenbecker, C. A Model of Job Retention for Home Health Care Nurse. *Journal of Advanced Nursing*, 2004; 47(3): 303–310.
6. Khaowphong, W. Factors Predicting Job Satisfaction and Intent to stay of Professional Nurses in Private Hospitals of the Eastern region. Master of Nursing Science Program in Nursing Administration Thesis. Burapha University, 2013. (in Thai)
7. Caldwell, S. M. Measuring Family Well-being: Conceptual Model, Reliability, Validity, and Use. In C.F. Waltz and O.A. Stickland (Eds.) *Measurement of Nursing Outcome*. New York: Springer Publishing Company, 1988: 396–422.
8. McCarhy, G., Tryrell, M. P., & Lehan, E. Intention to Leave or Stay in Nursing. *Journal of Nursing Management*, 2007; 15(3): 248–255.
9. Likitpornswan, O. Factors Related to Family Well-being among Public Health Nurses in the Department of Health under Bangkok Metropolitan Administration. *Journal of Public Health Nursing*, 2009; 24(3): 1–20. (in Thai)
10. Spector, P. *Job Satisfaction: Application, Assessment, Causes and Consequences*. London: Sage Publication, 1997.
11. Boyle, D. M., Bott, M. J., Hansen, H. E., Woods, C. Q., & Taunton, R. L. Manager' Leadership and Critical Care Nurses' Intent to Stay. *American Journal of Critical Care*, 1999; 8(6): 361–371.
12. Wayne, W. D. *Biostatistics: A Foundation of Analysis in the Health Sciences*. 6th ed. John Wiley & Sons, Inc., 1995: 180.

13. Boonnasa, W. Relationship of Intention to Stay, Personal Work Goal and Goal Commitment: A Case Study of a Hospital. Master of Arts (Liberal Arts) Thesis. Thammasat University, 2007. (in Thai)
14. Srisatidnarakul, B. Leadership and Strategic Management in Nursing Organization for the 21st Century. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House, 2008. (in Thai)
15. Thanaoakkharasahwat, W. The Relationship between Quality of Work Life with Job Retention of Professional Nurses in Primary Care Units Region 3. Master of Nursing Science (Nursing Administration) Thesis. Naresuan University, 2014. (in Thai)
16. Sriprasirt, J. Attitude toward Retention, Subjective Norm, Perceived Retention Control and Intention to Stay among Professional Nurses in Tertiary Hospitals, Northern Region. Master of Nursing Science (Nursing Administration) Thesis. Chiangmai University, 2007. (in Thai)



# คุณภาพชีวิตนักศึกษา วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

## The Quality of Life of Students in Saint Louis College

มาลีวัล เลิศสาครศิริ\* จุรีย์ นฤมิตรเลิศ\*\* อนุชา พรหมกันยา\*\*\*

Maleewan Lertsakornsiri\* Juree Narumitlert\*\* Anucha Promkanya\*\*\*

Received : 21/4/63

Revised : 11/11/63

Accepted : 12/11/63

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง เพื่อศึกษาลักษณะและความแตกต่างคุณภาพชีวิตนักศึกษา วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาชั้นปีที่ 1-4 คณะพยาบาลศาสตร์ คณะกายภาพบำบัด คณะจิตวิทยา จำนวน 256 คน ปีการศึกษา 2562 เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในวิจัยเป็นแบบสอบถามประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล และคุณภาพชีวิตของนักศึกษา วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว และเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่โดยวิธี LSD

**ผลการวิจัย** พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของนักศึกษาทั้ง 3 คณะวิชาอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.90 (SD = .36) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมอยู่ในระดับมากที่สุด คะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 4.29 (S.D. = .47) ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 3.40 (S.D. = .44) นักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มีคุณภาพชีวิตโดยรวมสูงสุดคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.94 (S.D. = .33) สำหรับคุณภาพชีวิตรายด้านและโดยรวมของนักศึกษาจำแนกตามชั้นปีพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้นคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมที่ไม่มีความแตกต่าง เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ พบว่าชั้นปีที่มีคุณภาพชีวิตต่างกัน ได้แก่ นักศึกษาชั้นปีที่ 2 กับชั้นปีที่ 4 และนักศึกษาชั้นปีที่ 3 กับชั้นปีที่ 4

**ข้อเสนอแนะ** ผู้บริหาร คณาจารย์และบุคลากรที่เกี่ยวข้องควรพิจารณาและปรับปรุงสิ่งแวดล้อมภายในสถาบันให้ดีขึ้น เพื่อให้คุณภาพชีวิตของนักศึกษาดีขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งนักศึกษาชั้นปีที่ 4

**คำสำคัญ:** คุณภาพชีวิต นักศึกษา

\* รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

\*\*\* อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

\* Associate Professor, Faculty of Nursing, St. Louis College

\*\* Assistant professor, Faculty of Nursing, St. Louis College

\*\*\* Nurse Instructor, Faculty of Nursing, St. Louis College



## Abstract

This study was cross-sectional descriptive research. The purpose was to study the difference quality of life in Saint Louis College. The 256 samples were 1<sup>st</sup>-4<sup>th</sup> year students from nursing faculty, physical therapy, and psychology, academic year 2019 in Saint Louis College. The samples were selected by multi-stage sampling. The research instrument was questionnaire consisting of personal data, and quality of life of students. The data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, one-way ANOVA and Least significant difference (LSD)

**The results** indicated that the overall quality of life of the 1<sup>st</sup>-4<sup>th</sup> year students at a high level with an average score of 3.90 (S.D. = .36). The social relations was the highest average score of 4.29 (S.D. = .47) and environmental quality of life was the lowest average score of 3.40 (S.D. = .44). Nursing students had the highest overall quality of life, the average score was 3.94 (S.D. = .33). The quality of life by aspect and overall of students classified by year was the statistically significant level of .05. Except the quality of life in the environment that there is no difference. Multiple comparison test found that the overall quality of life of the 1<sup>st</sup>-4<sup>th</sup> year students were 2 pairs of differences, namely 2<sup>nd</sup> year students with 4<sup>th</sup> year students, and 3<sup>rd</sup> year students with 4<sup>th</sup> year students.

**This study suggests** that administrators, faculty and related personnel should consider and improve the environment within the institution in order to improve the quality of life of students especially the 4<sup>th</sup> year students.

**keywords:** Quality of Life, Students

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ในฐานะสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร มีจัดการเรียนการสอน 3 คณะวิชา คือ คณะพยาบาลศาสตร์ คณะกายภาพบำบัดและคณะจิตวิทยา ตระหนักดีถึงความจำเป็นที่จะต้องตอบสนองพันธกิจของสถาบัน สังคม และประเทศชาติในการผลิตบัณฑิตที่มีคุณภาพ มีความรู้และมีความชำนาญในศาสตร์เฉพาะสาขา รวมทั้งรอบรู้ในศาสตร์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เป็นไปตามเจตนารมณ์และความมุ่งหมายของพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2553<sup>1</sup> ที่ได้ระบุว่า “การจัดการศึกษาต้องเป็นไปเพื่อมุ่งพัฒนาคนไทยให้เป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ สติปัญญา ความรู้ มีคุณธรรม จริยธรรมและวัฒนธรรมในการดำรงชีวิต สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข” สามารถประกอบวิชาชีพบนพื้นฐานความรักและเมตตาธรรม ส่งเสริมคุณค่าและศักดิ์ศรีของมนุษย์ เป็นผู้ใฝ่รู้ รัก การศึกษาค้นคว้า และเป็นผู้นำในการพัฒนาตนเอง วิชาชีพและสังคมอย่างต่อเนื่อง ดังวิสัยทัศน์การพัฒนาอุดมศึกษาตามแผนพัฒนาการศึกษาระดับอุดมศึกษา ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564)<sup>2</sup> ที่ “มุ่งพัฒนาผู้เรียนให้มีความรู้คุณธรรม มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความสุขในสังคม” ซึ่งการจัดการศึกษาที่มีทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ เพื่อผลิตบุคลากรทางวิชาชีพ ให้เป็นผู้ที่มีความสามารถทั้งในด้านวิชาการ และมีความรู้ ความสามารถในการศาสตร์สาขานั้นๆ เป็นอย่างดี เพื่อความปลอดภัยและความมั่นใจของผู้รับบริการ พร้อมทั้งมีเจตคติที่ดีต่อวิชาชีพในการปฏิบัติงานตามลักษณะของวิชาชีพ สามารถใช้ความรู้และทักษะต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม

การเรียนการสอนที่เน้นหนักทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ นักศึกษาต้องมีการฝึกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ ต้องปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยตั้งแต่เช้าหรืออยู่เวรเป็นงานที่ต้องรับผิดชอบชีวิตมนุษย์ ทำให้นักศึกษาต้องมีความรับผิดชอบสูงทั้งต่อตนเองและ

บุคคลอื่น ต้องมีความเสียสละ และต้องใช้ความระมัดระวังอย่างสูงซึ่งถือว่าเป็นหัวใจของการเรียนการสอน การเรียนการสอนภาคปฏิบัติอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของนักศึกษา ดังการศึกษาของตีวาพร ทองสุข พรรณวดี พุทธิวัฒน์ และพิศสมัย อรทัย<sup>3</sup> ที่พบว่านักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ที่ยังไม่ได้ขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาล จะมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารเหมาะสมกว่า ชั้นปีที่ 2-4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การที่นักศึกษาพยาบาลชั้นฝึกปฏิบัติงานนั้น จำเป็นต้องเผชิญกับความเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมานของผู้อื่นและยังเผชิญกับภาวะสุขภาพของตนเองโดยตรง ซึ่งมีผลมาจากการใกล้ชิดกับผู้ป่วย ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ทั้งยังเผชิญกับความตึงเครียดจากญาติผู้ป่วย อาจารย์ นิสิต และงานที่ต้องรับผิดชอบ อาจส่งผลถึงการพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ การรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา เป็นต้น โดยอาจมีผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของนักศึกษาทางด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจอารมณ์และสังคม ทั้งนี้ข้อมูลสถิติการเจ็บป่วยของนักศึกษาวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ชั้นปีที่ 1-4 ทั้ง 3 คณะวิชา<sup>4</sup> ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ ตั้งแต่เดือนมกราคม-ธันวาคม 2561 รวมทั้งสิ้น 727 ครั้ง คณะพยาบาลศาสตร์จำนวน 554 ครั้ง คณะกายภาพบำบัดจำนวน 114 ครั้ง และคณะจิตวิทยาจำนวน 59 ครั้ง จะเห็นได้ว่านักศึกษาซึ่งเป็นวัยที่มีการพัฒนาจากวัยรุ่นเข้าสู่ผู้ใหญ่ นักศึกษาต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม เช่น การเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับระบบการศึกษา การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ สภาพแวดล้อม การพักผ่อนนอนหลับ ความวิตกกังวล ความเครียดและการจัดการความเครียด การปรับตัวของนักศึกษาในการใช้ชีวิตในวิทยาลัย การอยู่หอพัก การทำกิจกรรมต่างๆ ของวิทยาลัย การเรียนการสอน ความคาดหวังของบิดา มารดา ผู้ปกครองและสังคม การเห็นคุณค่าในตนเอง ความ

มั่นใจและการเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง เป็นต้น<sup>5</sup> ซึ่งสิ่งต่างๆ ดังกล่าวล้วนมีผลต่อคุณภาพชีวิตของนักศึกษาทั้งสิ้น

คุณภาพชีวิต เป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลที่มีต่อสถานะในชีวิตของบุคคลนั้นๆ เกี่ยวกับ ความเป็นอยู่ที่ดี มีความสุข ความพึงพอใจในชีวิต ความสมดุลระหว่างความคาดหวังและการได้รับการตอบสนอง ตามเป้าหมายรวมของชีวิต ความมีประโยชน์ต่อสังคม หรือคุณค่าของชีวิต ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม<sup>6</sup> ความแตกต่างของคุณภาพชีวิตขึ้นกับปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ เชื้อชาติ ศาสนา อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา ปัจจัยทางสังคม และวัฒนธรรม การที่นักศึกษามีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้นจึงรวมไปถึงทุกๆ ด้าน ได้แก่ การมีคุณสมบัติทั้งร่างกาย จิตใจ การได้รับการตอบสนองทั่วไป ให้กินดี อยู่ดี มีความสุขลักษณะ มีการดำรงชีวิตอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อม และเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม ดังการศึกษาของมาลีวัล เลิศสาครศิริ และชะบา คำปัญญา<sup>7</sup> ซึ่งเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตที่พบว่าคุณภาพส่วนบุคคลเกี่ยวกับชั้นปี เงินที่ได้รับเป็นค่าใช้จ่ายรายเดือน และสถานที่พักอาศัย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การศึกษาของพรรณิการ์ พุ่มจันทร์<sup>8</sup> ที่ได้ศึกษาและเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของนักศึกษาแพทย์ชั้นปริญญาตรี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เกี่ยวกับเพศ ชั้นปี เกรดเฉลี่ยสะสม รายได้ต่อเดือนของนักศึกษาและสถานที่พักอาศัย พบว่า ชั้นปีต่างกันมีระดับคุณภาพชีวิตด้านชีวิตการเรียน ด้านชีวิตสังคม และด้านที่อยู่อาศัยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เกรดเฉลี่ยสะสม และสถานที่พักอาศัยต่างกันมีระดับคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและด้านที่อยู่อาศัยแตกต่างกันอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นักศึกษาแพทย์ส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 3.67 และการศึกษาของจินตนา กิ่งแก้ว และณัฐธยาน์ บุญมาก<sup>9</sup> ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมของนักศึกษาแต่ละชั้นปีมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .000$ )

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น คณะผู้วิจัยตระหนักถึงความจำเป็นในการศึกษาคุณภาพชีวิตของนักศึกษาทุกชั้นปี ของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ที่มีลักษณะบริบทต่างๆ แตกต่างจากสถาบันของรัฐ ดังนั้นจึงศึกษาลักษณะคุณภาพชีวิตของนักศึกษา รวมทั้งเปรียบเทียบความแตกต่างคุณภาพชีวิตของนักศึกษาในแต่ละชั้นปี เนื่องจากยังไม่มีการศึกษามาก่อนทั้งในระดับคณะวิชา และสถาบัน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของนักศึกษา ให้ดียิ่งขึ้น เนื่องจากคุณภาพชีวิตนักศึกษามีความสำคัญ ถ้านักศึกษาได้รับการพัฒนาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสติปัญญาอย่างเต็มศักยภาพ ตอบสนองตามความต้องการของนักศึกษาได้ จะส่งผลให้นักศึกษามีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความสามารถในการเรียน การดำเนินชีวิต เมื่อสำเร็จการศึกษาสามารถทำงานรับใช้สังคมได้อย่างมีคุณภาพ

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาลักษณะคุณภาพชีวิตของนักศึกษาแต่ละคณะวิชา วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างคุณภาพชีวิตของนักศึกษา วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ จำแนกตามชั้นปี

### สมมติฐานการวิจัย

คุณภาพชีวิตของนักศึกษาชั้นปีที่ 1-4 วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ มีความแตกต่างกัน

## คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

คุณภาพชีวิตของนักศึกษา หมายถึง นักศึกษามีการรับรู้ความเป็นอยู่ที่ดี ผลรวมของความพึงพอใจในชีวิต การเป็นไปตามความต้องการภาพรวมของประสบการณ์ชีวิต การได้รับการตอบสนองตามเป้าหมายรวมของชีวิต ความมีประโยชน์ต่อสังคม หรือคุณค่าของชีวิต ความสุขโดยทั่วไป ความสมดุลระหว่างความคาดหวังและการได้รับการตอบสนอง ประกอบด้วยองค์ประกอบต่างๆ ดังนี้

1. ด้านสุขภาพร่างกาย คือ การรับรู้สุขภาพทางด้านร่างกายของนักศึกษา ที่มีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สุขภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสบาย การรับรู้สุขภาพความสามารถที่จะจัด การกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การนอนหลับและพักผ่อน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน ทำงาน เป็นต้น

2. ด้านจิตใจและอารมณ์ คือ การรับรู้สุขภาพด้านจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจและความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเครียด หรือกังวล เป็นต้น

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม คือ การรับรู้ทางด้านความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคม

4. ด้านสิ่งแวดล้อม คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและ

มั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่างๆ การคมนาคมสะดวก การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการและมีกิจกรรมในเวลาว่าง

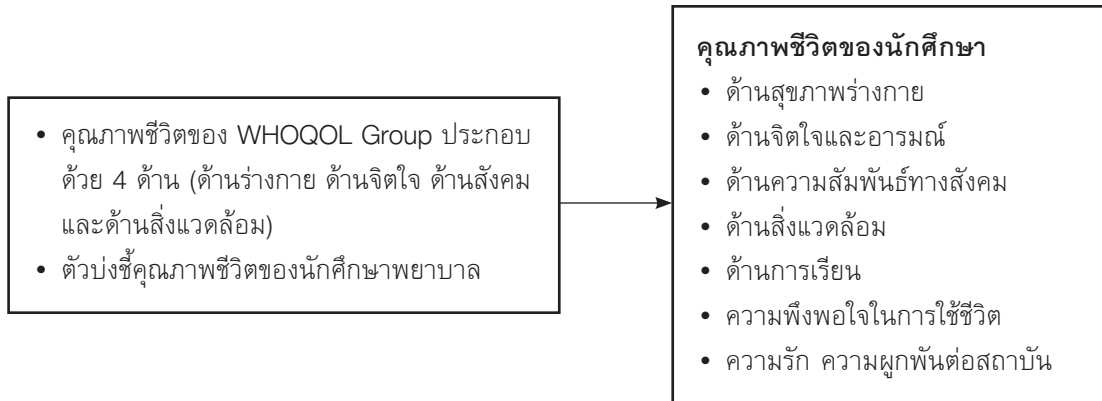
5. ด้านการเรียน คือ การรับรู้ในเชิงวิชาการหรือสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการเรียนของนักศึกษา ในด้านกิจกรรมการเรียนการสอนได้เรียนตามวัตถุประสงค์ ได้รับความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาตนเองและวิชาชีพ เป็นต้น

6. ความพึงพอใจในการใช้ชีวิต คือ การรับรู้ของนักศึกษาที่มีความพึงพอใจในการใช้ชีวิตในวิทยาลัย เกี่ยวกับรู้สึกสนุกในการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ มีผลการเรียนเป็นที่พอใจ มีความสุขในการใช้ชีวิต เป็นต้น

7. ความรัก ความผูกพันต่อสถาบัน คือ ความรู้สึกของนักศึกษาที่มีต่อวิทยาลัย เกี่ยวกับ รู้สึกอบอุ่นเมื่อมาอยู่ในวิทยาลัย จะรักษาชื่อเสียงของวิทยาลัย รู้สึกไม่พอใจเมื่อมีการกล่าวถึงวิทยาลัยในทางเสียชื่อเสียง ยินดีเสียสละเวลาส่วนตนเพื่อวิทยาลัย เป็นต้น

## กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดของ WHOQOL Group<sup>6</sup> ที่กำหนดคุณภาพชีวิตประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม และจากการทบทวนวรรณกรรมจากงานวิจัยเรื่อง ผลการพัฒนาตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ<sup>10</sup> คณะผู้วิจัยได้เพิ่มอีก 3 ด้าน คือ ด้านการเรียน ความพึงพอใจในการใช้ชีวิต และความรัก ความผูกพันต่อสถาบัน ดังแผนภาพที่ 1



### แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (Cross-Sectional Descriptive Research)

**ประชากร** คือ นักศึกษาชั้นปีที่ 1-4 คณะพยาบาลศาสตร์ คณะกายภาพบำบัด คณะจิตวิทยา วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ รวม 710 คน กลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณจากสูตรการหา

ขนาดตัวอย่างของยามาเน<sup>11</sup> ระดับความเชื่อมั่น 95% สัดส่วนความคลาดเคลื่อนจากการสุ่มตัวอย่างเท่ากับ 5% ( $e = .05$ ) ได้จำนวนตัวอย่าง 256 คน เลือกตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Sampling) โดยคิดสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างจากแต่ละคณะ และแต่ละชั้นปี ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาชั้นปีที่ 1-4 แต่ละคณะวิชา

คณะวิชา	จำนวนนักศึกษา (คน)								รวมกลุ่มตัวอย่าง
	ชั้นปีที่ 1		ชั้นปีที่ 2		ชั้นปีที่ 3		ชั้นปีที่ 4		
	ประชากร	ตัวอย่าง	ประชากร	ตัวอย่าง	ประชากร	ตัวอย่าง	ประชากร	ตัวอย่าง	
พยาบาลศาสตร์	130	46	129	46	140	50	139	50	192
กายภาพบำบัด	10	4	16	6	32	12	25	10	32
จิตวิทยา	29	10	24	9	13	5	21	8	32
รวม	169	60	169	61	185	67	187	68	256

จากนั้นสุ่มอย่างง่ายจากแต่ละชั้นปีของแต่ละคณะวิชา ให้ได้กลุ่มตัวอย่างครบจำนวนตามจำนวน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาชั้นปีที่ 1-4 จาก 3 คณะวิชา ที่มีรหัสประจำตัวนักศึกษาในระดับชั้นปีเดียวกัน ลงทะเบียนเรียนในปีการศึกษา 2562 และมีความยินดีที่จะร่วมโครงการ

วิจัย เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาชั้นปีที่ 2-4 จาก 3 คณะวิชา ที่เรียนตกชั้น

**เครื่องมือวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1** ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ชั้นปี คณะวิชา คะแนนเฉลี่ยสะสม ศาสนา เงินที่ได้รับสำหรับใช้จ่ายรายเดือน ค่าใช้จ่ายในการศึกษาและสถานที่พักอาศัย

**ส่วนที่ 2** คุณภาพชีวิตของนักศึกษา คณะผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดของ WHOQOL group โดยปรับปรุงจากแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของนักศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชบุรี<sup>12</sup> และตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 10 จำนวน 57 ข้อ ลักษณะเป็นคำถามเชิงบวกและเชิงลบ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (1-5) จากไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง การแปลผลโดยแบ่งระดับจากคะแนนเฉลี่ยเป็น 5 ระดับ 13 คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.80 หมายถึง คุณภาพชีวิตน้อยที่สุด คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง ระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 2.61- 3.40 หมายถึง ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.41- 4.20 หมายถึง ระดับมาก และคะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้ค่า IOC (Index of Item Objective Congruence) เท่ากับ .89 ได้นำไปทดลองใช้กับนักศึกษามหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ จำนวน 40 คน และนำมาหาความเที่ยงโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .95

### จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เลขที่รับรองจริยธรรม E.045/2562 ณ ลงวันที่ 10 กันยายน 2562 หลังจากได้รับการอนุญาตผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลกับกลุ่ม

ตัวอย่างโดยชี้แจงรายละเอียดของวัตถุประสงค์การวิจัยให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ตามความสมัครใจ พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเองตามความสมัครใจ การตอบหรือไม่ตอบแบบสอบถาม และการรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล ผู้ยินดีตอบได้เซ็นยินยอมในแบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Consent Form)

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาชั้นปีที่ 1-4 คณะพยาบาลศาสตร์ คณะกายภาพบำบัด คณะจิตวิทยา วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ตอบแบบสอบถามระหว่างวันที่ 15 พฤศจิกายน 2562-10 มกราคม 2563 โดยคณะผู้วิจัยประสานงานกับอาจารย์ประจำชั้นนักศึกษาแต่ละชั้นปี และแต่ละคณะวิชา เพื่อขอความร่วมมือและตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่าง มีการชี้แจงรายละเอียดวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง การรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูลซึ่งไม่สามารถระบุผู้ให้ข้อมูล และไม่มีผลกระทบต่อ การเรียนและการดำเนินชีวิตในวิทยาลัย โดยจะมีการสรุปผลการวิจัยในภาพรวมเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาปรับปรุงต่อไป ภายหลังที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามแล้ว คณะผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทุกฉบับ ได้แบบสอบถามสมบูรณ์ที่สามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด 256 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลจากแบบสอบถามวิเคราะห์โดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคล คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตนักศึกษา

2. วิเคราะห์ความแตกต่างคุณภาพชีวิตของนักศึกษาแต่ละชั้นปี โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) เมื่อพบความแตกต่างจึงทำการทดสอบรายคู่ด้วยวิธี Least significant difference (LSD)

### ผลการวิจัย

ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาชั้นปีที่ 1-4 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 95.30

นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 84.30 ส่วนมากอายุ 20-21 ปีร้อยละ 40.50 คะแนนเฉลี่ยสะสม 3-3.5 ร้อยละ 45.60 เงินที่ได้รับใช้จ่ายรายเดือนระหว่าง 5,001-6,000 บาทร้อยละ 28.90 ค่าใช้จ่ายในการศึกษาโดยได้รับทุนจากโรงพยาบาลร้อยละ 37.10 และอยู่หอพักนักศึกษาภายในวิทยาลัยร้อยละ 56.60 สำหรับแต่ละคณะวิชา ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของนักศึกษาชั้นปีที่ 1-4 จำแนกตามคณะวิชา

ลักษณะส่วนบุคคล	คณะกายภาพบำบัด		คณะจิตวิทยา		คณะพยาบาลศาสตร์		รวม 3 คณะวิชา	
	จำนวน (32)	ร้อยละ	จำนวน (32)	ร้อยละ	จำนวน (192)	ร้อยละ	จำนวน (256)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>								
ชาย	2	6.30	5	15.60	5	2.60	12	4.70
หญิง	30	93.70	27	84.40	187	97.40	244	95.30
<b>อายุ</b>								
18-19 ปี	3	9.40	6	18.80	15	7.80	24	9.40
20-21 ปี	10	31.20	15	46.80	79	41.16	104	40.50
22-23 ปี	14	43.70	8	25.00	76	39.50	98	38.30
24-29 ปี	5	15.70	3	9.40	22	11.45	30	11.80
<b>คะแนนเฉลี่ยสะสม</b>								
2.00-2.49	1	3.10	5	15.60	8	4.20	14	5.50
2.5-0- 2.99	15	46.90	12	37.50	83	43.20	110	43.00
3-00-3.50	15	46.90	12	37.50	90	46.90	117	45.60
> 3.50	1	3.10	3	9.40	11	5.70	15	5.90
<b>ศาสนา</b>								
พุทธ	27	84.30	25	96.20	164	85.50	216	84.30
คริสต์	3	9.40	6	18.80	26	13.50	35	13.70
อิสลาม	2	6.30	1	3.10	2	1.00	5	2.00

## ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	คณะกายภาพบำบัด		คณะจิตวิทยา		คณะพยาบาล ศาสตร์		รวม 3 คณะวิชา	
	จำนวน (32)	ร้อยละ	จำนวน (32)	ร้อยละ	จำนวน (192)	ร้อยละ	จำนวน (256)	ร้อยละ
<b>เงินที่ได้รับใช้จ่ายรายเดือน (บาท)</b>								
น้อยกว่า 4,000	7	21.80	6	18.80	16	8.30	29	11.30
4,001-5,000	10	31.30	6	18.80	56	29.20	72	28.20
5,001-6,000	4	12.50	8	25.00	62	32.30	74	28.90
6,001-7,000	5	15.60	4	12.50	20	10.40	29	11.30
มากกว่า 7,000	6	18.80	8	24.90	38	19.80	42	20.30
<b>ค่าใช้จ่ายในการศึกษา</b>								
เงินตนเอง	3	9.40	1	3.10	9	4.70	13	5.10
เงินครอบครัว	8	25.00	21	65.70	44	22.90	73	28.50
ทุนรัฐบาล (กยศ., กรอ.)	20	62.50	8	25.00	47	24.50	75	29.30
อื่นๆ (ทุนรพ.)	1	3.10	2	6.30	92	47.90	95	37.10
<b>สถานที่พักอาศัย</b>								
หอพักภายในสถาบัน	2	6.30	1	3.10	142	74.10	145	65.60
หอพักภายนอก สถาบัน	2	6.30	1	3.10	7	3.60	11	34.40
ห้องเช่า/คอนโด	12	37.50	2	6.30	29	15.10	52	20.30
อพาร์ทเมนท์								
บ้านที่อยู่กับ	15	48.80	11	34.40	10	5.20	42	16.40
บิดา-มารดา								
บ้านญาติ/บ้านเช่า/ แฟลต	1	3.10	17	53.10	4	2.00	6	2.40

คุณภาพชีวิตโดยรวมของนักศึกษา พบว่า อยู่ในระดับมากคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.90 (S.D. = .36) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมอยู่ในระดับมากที่สุด คะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 4.29 (S.D. = .47) ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 3.40 (S.D. = .44) นักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์มีคุณภาพชีวิตโดยรวมสูงสุดอยู่ในระดับมากคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.94

(S.D. = .33) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมอยู่ในระดับมากที่สุดคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.34 (S.D. = .43) คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 3.38 (S.D. = .44) คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงสุดและต่ำสุดคณะกายภาพบำบัดและคณะจิตวิทยา เช่นเดียวกับคณะพยาบาลศาสตร์ ดังตารางที่ 3



**ตารางที่ 3** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคุณภาพชีวิตนักศึกษา วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ แยกตามคณะวิชา และโดยรวม

คุณภาพชีวิต	คณะกายภาพบำบัด (n=32)		คณะจิตวิทยา (n=32)		คณะพยาบาลศาสตร์ (n=192)		รวม 3 คณะ (n=256)	
	Mean (S.D.)	ระดับ	Mean(S.D.)	ระดับ	Mean (S.D.)	ระดับ	Mean (S.D.)	ระดับ
ด้านสุขภาพร่างกาย	3.67(.38)	มาก	3.67(.48)	มาก	3.95(.39)	มาก	3.88(.41)	มาก
ด้านจิตใจและอารมณ์	4.15(.44)	มาก	3.97(.56)	มาก	4.22(.45)	มากที่สุด	4.18(.47)	มาก
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	4.22(.48)	มากที่สุด	4.07(.61)	มาก	4.34(.43)	มากที่สุด	4.29(.47)	มากที่สุด
ด้านสิ่งแวดล้อม	3.42(.46)	มาก	3.46(.43)	มาก	3.38(.44)	ปานกลาง	3.40(.44)	ปานกลาง
ด้านการเรียน	3.87(.50)	มาก	3.69(.59)	มาก	3.78(.50)	มาก	3.78(.51)	มาก
ความพึงพอใจในการใช้ชีวิต	3.68(.58)	มาก	3.55(.74)	มาก	3.73(.54)	มาก	3.70(.58)	มาก
ความรักความผูกพันต่อสถาบัน	4.08(.59)	มาก	3.82(.72)	มาก	4.20(.55)	มาก	4.13(.59)	มาก
โดยรวม	3.87(.35)	มาก	3.75(.45)	มาก	3.94(.33)	มาก	3.90(.36)	มาก

สำหรับคุณภาพชีวิตรายด้านและโดยรวมของ นักศึกษา วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ จำแนกตามชั้นปีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้น คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมที่ไม่มีความแตกต่าง ดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตรายด้านและโดยรวมของนักศึกษา วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ (n = 256)

คุณภาพชีวิต	แบ่งกลุ่ม	Sum of Squares	df	Mean Square	F-value	p-value
ด้านสุขภาพร่างกาย	ระหว่างกลุ่ม	1.67	3	.56	3.33	.020*
	ภายในกลุ่ม	42.06	252	.17		
	รวม	43.73	255			
ด้านจิตใจและอารมณ์	ระหว่างกลุ่ม	2.75	3	.92	4.29	.006*
	ภายในกลุ่ม	53.78	252	.21		
	รวม	56.53	255			
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	ระหว่างกลุ่ม	2.96	3	.99	4.69	.003*
	ภายในกลุ่ม	53.08	252	.21		
	รวม	56.04	255			
ด้านสิ่งแวดล้อม	ระหว่างกลุ่ม	1.33	3	.44	2.29	.080
	ภายในกลุ่ม	48.57	252	.19		
	รวม	49.89	255			

ตารางที่ 4 (ต่อ)

คุณภาพชีวิต	แบ่งกลุ่ม	Sum of Squares	df	Mean Square	F-value	p-value
ด้านการเรียน	ระหว่างกลุ่ม	4.18	3	1.39	5.57	.001*
	ภายในกลุ่ม	63.00	252	.25		
	รวม	67.19	255			
ความพึงพอใจในการใช้ชีวิต	ระหว่างกลุ่ม	6.97	3	2.32	7.55	<.001*
	ภายในกลุ่ม	77.54	252	.31		
	รวม	84.50	255			
ความรักความผูกพันต่อสถาบัน	ระหว่างกลุ่ม	4.29	3	1.43	4.34	.005*
	ภายในกลุ่ม	83.07	252	.33		
	รวม	87.36	255			
โดยรวม	ระหว่างกลุ่ม	2.51	3	.84	7.05	<.001*
	ภายในกลุ่ม	29.86	255	.12		
	รวม	32.37	255			

\*p&lt;.05

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ คุณภาพชีวิตโดยรวมมีความแตกต่างกัน 2 คู่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ นักศึกษาชั้นปีที่ 2 กับนักศึกษาชั้นปีที่ 4 และนักศึกษาชั้นปีที่ 3 กับนักศึกษาชั้นปีที่ 4 ส่วนคุณภาพชีวิตรายด้านที่แตกต่าง 3 คู่ คือ ความพึงพอใจในการใช้ชีวิต ดังนี้ นักศึกษาชั้นปีที่ 1 กับนักศึกษาชั้นปีที่ 4 นักศึกษาชั้นปีที่ 2 กับนักศึกษาชั้นปีที่ 4 และนักศึกษาชั้นปีที่ 3 กับนักศึกษาชั้นปีที่ 4 ที่มีความแตกต่าง 2 คู่ คือ

คุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ดังนี้ นักศึกษาชั้นปีที่ 2 กับนักศึกษาชั้นปีที่ 4 และ นักศึกษาชั้นปีที่ 3 กับนักศึกษาชั้นปีที่ 4 ส่วนคุณภาพชีวิตที่แตกต่าง 1 คู่ คือ ด้านสุขภาพร่างกายและการเรียน นักศึกษาชั้นปีที่ 2 กับนักศึกษาชั้นปีที่ 4 ด้านจิตใจและอารมณ์ นักศึกษาชั้นปีที่ 1 กับนักศึกษาชั้นปีที่ 3 ความรักความผูกพันต่อสถาบัน นักศึกษาชั้นปีที่ 3 กับนักศึกษาชั้นปีที่ 4 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่คุณภาพชีวิตของนักศึกษา วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ จำแนกตามชั้นปี

คุณภาพชีวิต	ชั้นปี	ชั้นปีที่ 1	ชั้นปีที่ 2	ชั้นปีที่ 3	ชั้นปีที่ 4
ด้านสุขภาพร่างกาย	ชั้นปีที่ 2			.006*	.026*
ด้านจิตใจและอารมณ์	ชั้นปีที่ 1				.026*
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	ชั้นปีที่ 2				.011*
	ชั้นปีที่ 3				.010*
ด้านการเรียน	ชั้นปีที่ 2				.005*
ความพึงพอใจในการใช้ชีวิต	ชั้นปีที่ 1				.021*
	ชั้นปีที่ 2				.000*
	ชั้นปีที่ 3				.007*
ความรักความผูกพันต่อสถาบัน	ชั้นปีที่ 3				
โดยรวม	ชั้นปีที่ 2				.012*
	ชั้นปีที่ 3				.000*

\* p<.05

## อภิปรายผล

ผลการวิจัย พบว่า นักศึกษาวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้เนื่องจากวิทยาลัยมีระบบการจัดการเรียนการสอนที่สอดคล้องกับความต้องการของนักศึกษาและสังคม โดยเน้นนักศึกษาเป็นศูนย์กลาง มีอาจารย์ประจำชั้น อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์หอพัก และจิตตาคิการที่ดูแล ให้คำแนะนำ/คำปรึกษาทั้งทางด้านวิชาการและการดำเนินชีวิต ให้ความช่วยเหลือนักศึกษาอย่างใกล้ชิด ดึงข้อมูลส่วนบุคคลที่นักศึกษาส่วนใหญ่อยู่หอพัก ภายในวิทยาลัย มีสวัสดิการให้กับนักศึกษาที่เจ็บป่วย ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ทั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา กิ่งแก้วและณัฐยานัน บุญมาก<sup>9</sup> พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของนักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยรวมทุกชั้นปีอยู่ในระดับดี การศึกษาของ มาลีวัล เลิศสารศิริ และวิลลาวัลย์ เฟิงพานิชย์<sup>14</sup> ที่พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของนักศึกษาพยาบาล สถาบันอุดมศึกษาเอกชน เขตกรุงเทพมหานคร มี

คะแนนเฉลี่ยรวมทุกชั้นปีอยู่ในระดับดีเช่นกัน และ การศึกษาของพิชฌาย์วีร์ ลินสวัสดิ์ และเบญจวรรณ พิพทาร์ต<sup>12</sup> ที่พบว่าคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี โดยรวมอยู่ในระดับดี สำหรับคุณภาพชีวิตรายด้าน พบว่าด้านความสัมพันธ์ทางสังคมอยู่ในระดับมากที่สุด มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดทั้ง 3 คณะวิชา (คณะกายภาพบำบัด คณะจิตวิทยา และคณะพยาบาลศาสตร์) ส่วนคะแนนต่ำสุดอยู่ในระดับปานกลางคือ คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งการที่มีคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมสูงสุด เกี่ยวข้องกับการที่วิทยาลัยได้จัดกิจกรรมต่างๆ เช่น การรับน้อง ปฐมนิเทศ การปัจฉิมนิเทศ พิธีมิสซาเปิดปีการศึกษา คริสต์มาส กิจกรรม วชล. กีฬาภายในและระหว่างสถาบัน การบริการวิชาการให้สังคม การออกค่ายอาสาพัฒนา เป็นต้น ซึ่งเป็นการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างรุ่นพี่รุ่นน้อง สังคม ชุมชนและบุคคลทั่วไป มีการกำหนดให้นักศึกษาแต่ละชั้นปีเป็นผู้รับผิดชอบจัดกิจกรรม

และนักศึกษาส่วนใหญ่เข้าร่วมกิจกรรม มีการลงทะเบียนเข้าร่วมในแต่ละกิจกรรม เพื่อนๆ แต่ละชั้นปีในคณะวิชาและต่างคณะวิชาให้การช่วยเหลือเกื้อกูลและคอยให้กำลังใจเป็นอย่างดี การที่นักศึกษาได้จัดกิจกรรมและร่วมงานต่างๆ ทำให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้ในการรู้จักการเข้าสังคม สำหรับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งเกี่ยวข้องกับวิทยาลัยมีสถานที่พักผ่อนหย่อนใจและทำกิจกรรมค่อนข้างน้อย จากการศึกษาที่วิทยาลัยตั้งอยู่ใจกลางเมืองหลวง มีข้อจำกัดทางสถานที่ในการที่จะขยายได้ รวมถึงมีพื้นที่จำกัดสำหรับการพักผ่อน ประกอบกับนักศึกษาส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่ในหอพักวิทยาลัย ซึ่งในแต่ละห้องพักจะมีนักศึกษาพักด้วยกัน 5 คน นักศึกษาจึงมีความรู้สึกที่ไม่สะดวก สบาย และไม่ค่อยมีอิสระเท่าที่ควร นอกจากนี้ร้านอาหารและเครื่องดื่มที่ให้บริการอาจจะไม่หลากหลาย และจำนวนไม่เพียงพอในบางวัน ทั้งนี้เนื่องจากนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2-4 คณะกายภาพบำบัดชั้นปีที่ 3-4 และชั้นปีที่ 4 คณะจิตวิทยา จะฝึกปฏิบัติงานภายนอกวิทยาลัย 2-4 วันในแต่ละสัปดาห์ ดังนั้นจำนวนร้านอาหาร และอาหารที่จำหน่ายจึงมีไม่มากเท่าที่ควร ในวันที่นักศึกษาทุกชั้นปีและทุกคณะวิชาเรียนในวิทยาลัยและพักเวลาใกล้เคียงกัน จำนวนอาหารจึงไม่เพียงพอกับปริมาณนักศึกษา และต้องเสียเวลานานในการรอซื้ออาหาร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า คุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชบุรี ด้านที่มีคะแนนสูงสุด คือ ด้านความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (Mean = 4.30, S.D. = .63) ด้านที่มีคะแนนต่ำสุด คือ ด้านที่อยู่อาศัย 12 อย่างไรก็ตาม ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของครูช และคณะ 15 เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาล จำนวน 2,012 คนจาก 9 ประเทศ คือ ซิลี อียิปต์ กรีซ ฮอองกง อินเดีย เคนยา โอมาน ซาอุดีอาระเบีย และสหรัฐอเมริกา ที่พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมสูงสุดใน

ด้านสุขภาพร่างกาย คะแนนต่ำสุดในด้านสังคม และการศึกษาของพรรณิกการ พุ่มจันทร์<sup>8</sup> ที่ศึกษาและเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของนักศึกษาแพทย์ชั้นปรีคลินิก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล พบว่า นักศึกษาแพทย์มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ได้แก่ ด้านการบริการที่ได้รับจากมหาวิทยาลัย ด้านชีวิตการเรียน ด้านชีวิตสังคมและด้านที่อยู่อาศัย ส่วนด้านความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอยู่ในระดับปานกลาง

คุณภาพชีวิตโดยรวมของนักศึกษา วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ จำแนกตามชั้นปีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้นคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมที่ไม่มีความแตกต่าง เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่พบว่าคุณภาพชีวิตด้านความพึงพอใจในการใช้ชีวิตทั้งนักศึกษาชั้นปีที่ 1, 2 และ 3 แตกต่างกับชั้นปีที่ 4 ส่วนคุณภาพชีวิตโดยรวมแตกต่าง 2 คู่ คือ นักศึกษาชั้นปีที่ 2 และ 3 กับนักศึกษาชั้นปีที่ 4 คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมที่ไม่แตกต่าง ทั้งนี้เนื่องจากนักศึกษาทุกชั้นปีของแต่ละคณะวิชา มีความคิดเห็นสอดคล้องกัน เกี่ยวกับข้อจำกัดทางกายภาพของวิทยาลัย หอพัก ร้านอาหาร และสถานที่พักผ่อน ออกกำลังกายและการทำกิจกรรมร่วมกันของนักศึกษา ในส่วนด้านความพึงพอใจในการใช้ชีวิตมีความแตกต่างกันนักศึกษาแต่ละชั้นปี ตั้งแต่ปี 1, 2 และ 3 กับนักศึกษาชั้นปีที่ 4 เนื่องจากวิทยาลัยได้จัดกิจกรรมที่ตรงกับความต้องการของนักศึกษา รู้สึกสนุกและพึงพอใจที่เข้าร่วมกิจกรรม มีความสุข ภูมิใจที่ได้เรียนในวิทยาลัย มีความสุข และพึงพอใจที่ใช้ชีวิตในวิทยาลัย มีทุนการศึกษาและสวัสดิการให้นักศึกษาเหมาะสม ได้รับคำแนะนำ และความสะดวกในการขอรับคำปรึกษาจากอาจารย์ประจำชั้น อาจารย์ที่ปรึกษาและเจ้าหน้าที่ฝ่ายสนับสนุนจากวิทยาลัย ในแต่ละปีการศึกษานักศึกษาจึงมีความพึงพอใจในการใช้ชีวิตเพิ่มขึ้น มีผลทำให้คุณภาพชีวิตโดยรวมของนักศึกษาชั้นปีที่ 2 และ 3 แตกต่างจากนักศึกษาชั้นปีที่ 4 อย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติที่ระดับ .05 ซึ่งนักศึกษาชั้นปีที่ 4 จะเรียนเป็นปีสุดท้าย ส่วนใหญ่นักศึกษาจะฝึกปฏิบัติงานภายนอกวิทยาลัยฯ นอกจากนี้นักศึกษาจะสนใจและมุ่งที่จะเรียนให้สำเร็จการศึกษา เตรียมตัวสำหรับการสอบขึ้นทะเบียนใบประกอบวิชาชีพ และหาสถานที่เพื่อทำงาน จึงมีผลทำให้คุณภาพชีวิตด้อยกว่าชั้นปีอื่น ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของกฤตธัช อันซีน<sup>16</sup> เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของนักศึกษา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี พบว่านักศึกษาที่กำลังศึกษาในชั้นปีที่แตกต่างกันมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันทางด้านบริการพื้นฐานและด้านความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน โดยคุณภาพชีวิตด้านบริการพื้นฐานนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มีคุณภาพชีวิตสูงกว่านักศึกษาชั้นปีที่ 4 ด้านความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินนักศึกษาชั้นปีที่ 2 มีคุณภาพชีวิตสูงกว่านักศึกษาชั้นปีที่ 1 และผลการศึกษาของจินตนา กิ่งแก้ว และณัฐธยาน์ บุญมาก<sup>9</sup> ที่พบว่าคุณภาพชีวิตของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา จังหวัดศรีสะเกษ มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมของนักศึกษาแต่ละชั้นปีมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .000$ ) โดยนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย และด้านจิตใจมากกว่านักศึกษาชั้นปี 2, 3 และ 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

### ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

คุณภาพชีวิตของนักศึกษาโดยรวมและแต่ละคณะวิชา พบว่าคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ดังนั้นการที่จะทำให้คุณภาพชีวิตของนักศึกษาดีขึ้น ผู้บริหาร คณาจารย์และทุกคนที่เกี่ยวข้องควรพิจารณาและปรับปรุงสิ่งแวดล้อมภายในสถาบันให้ดีขึ้น เช่น การจัดให้มีสถานที่พักผ่อนหย่อนใจและทำกิจกรรมมากขึ้น การปรับปรุงหอพักให้สะอาดและน่าอยู่ การจัดร้านอาหารและจำหน่ายอาหารให้เพียงพอกับความต้องการของ

นักศึกษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งนักศึกษาชั้นปีที่ 4 ที่มีคุณภาพชีวิตด้อยกว่าชั้นปีอื่น ๆ

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นลักษณะเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง ซึ่งมีข้อจำกัดเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ไม่สามารถสอบถามความรู้สึก ความต้องการ ปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของนักศึกษา ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาในลักษณะ Mixed method research ที่ผสมผสานระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยมีการสัมภาษณ์ ทำ Focus group นักศึกษา และบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เช่น อาจารย์ บุคลากรฝ่ายสนับสนุน รวมถึงการวิจัยพัฒนาคุณภาพชีวิตของนักศึกษา เป็นต้น

### กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณอธิการบดี วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ที่ได้กรุณาส่งเสริมและสนับสนุนงบประมาณในการวิจัยครั้งนี้

### REFERENCES

1. Office of the Prime Minister. National Education Act (No.3) 2010. (in Thai)
2. Higher Education Act B.E. 2562. Government Gazette May 1, 2019. (in Thai)
3. Thongsuk, S., Putawatana, P., & Orathai, P. Health Promoting Behaviors of Ramathibodi Nursing Students. Ramathibodi Nursing Journal.2012; 18 (2): 178–189. (in Thai)
4. Student Development Center St. Louis College. Summary of Illnesses of St. Louis College Students from Jan, 61–Dec, 61. Bangkok: Saint Louis College, 2018. (in Thai)
5. Insee, Ch. Nursing Life Quality Research Report in Private Educational Institutions in the Northeast Region of Thailand. Udon Thani:

- Ratchathani University, Udon Thani Campus, 2011. (in Thai)
6. WHOQOL Group. WHO-BREF: Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment. Geneva: WHO, 1998.
  7. Lertsakornsiri, M., & Khampunyo, C. Factors Associated with Health-Promoting Behaviors of Nursing Students at Saint Louis College During Practice in the Health Care Service. *Naresuan University Journal: Science and Technology*, 2017; (25)3: 67–76. (in Thai)
  8. Poomjan, P. The Study of Quality of Life of Preclinical Medical Students at Faculty of Medicine Siriraj Hospital. *Siriraj Medical Bulletin*, 2017; 10: 10–17. (in Thai)
  9. Kingkaew, J., & Boonmark, N. Quality of life among nursing students in Chalermkanchana Si Sa Ket University. *Journal of Sakon Nakhon Hospital*, 2018; 21(3): 105–117. (in Thai)
  10. Khamudom, P. The Development of Life Quality for Nursing Students of Nursing Colleges in Praboromarajchanok Institute for Health Workforce Development North Eastern Region. The Thesis of Master Degree of Educational Research and Evaluation Nakhon Ratchasima Rajabhat University; 2017. (in Thai)
  11. Yamane, T. *Statistic Introductory Analysis*. Harper International Edition, Tokyo, Japan, 1973.
  12. Sinsawad, P., & Pittard, B. Factors Related to Quality of Life of Nursing Student at Boromrajonani College of Nursing, Ratchaburi. *Kuarkarun Journal of Nursing*, 2016; 23(1): 7–20. (in Thai)
  13. Srisatinarangul, B. *The Methodology in Nursing Research*. 5th ed. Bangkok: U and I Intermedia, 2010. (in Thai)
  14. Lertsakornsiri, M., & Phengpanich, W. Factors Affective on Quality of Life of Nursing Students in the Private Higher Education Institution Bangkok Metropolis. *Journal of Nursing and Education*, 2020; 13(2): 93–106. (in Thai)
  15. Cruz, J.P., Felicilda-Reynaldo, R.F.D., Lam, S.C., Machuca Contreras, F.A., John Cecily, H.S. & Papathanasiou, I.V., et al. Quality of Life of Nursing Students from Nine Countries: A Cross-Sectional Study. *Nurse Education Today*, 2018; 66: 135–142.
  16. Unchoen, K. The students quality of life Suranaree University of Technology. Nakhon Ratchasima: Suranaree University of Technology, 2014. (in Thai)



# อำนาจการทำนายของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่มีผลต่อ ความสุขของผู้สูงอายุในชุมชนเขตเทศบาลเมืองสุรินทร์

## The Predictive Power of the Self-Esteem on Happiness of Aging People in Muang Surin Municipality.

ธิดารัตน์ คณิงเพียร \* สุขุมาล แสนพวง\*

Thidarat Kanungpiam\* Sukhumal Sanpaung\*

Received : 20/10/63

Revised : 18/11/63

Accepted : 23/11/63

### บทคัดย่อ

ความเสื่อมถอยตามวัย การเห็นคุณค่าในตนเองเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสุขสำหรับสูงอายุ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาอำนาจการทำนายของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่มีผลต่อความสุขของผู้สูงอายุ การวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุ 84 คน ในเขตเทศบาลเมืองสุรินทร์ สุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และแบบวัดความสุขของกรมสุขภาพจิต ซึ่งเป็นแบบวัดมาตรฐานจึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และหาค่าความเที่ยงด้วย สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.82 และ 0.94 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติถดถอยอย่างง่าย

**ผลการวิจัย** พบว่าผู้สูงอายุโดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 71.4) อายุเฉลี่ย 70.34 ปี มีรายได้ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 69) มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 71.4) และโดยส่วนใหญ่มีระดับความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป ( $\leq 26$  คะแนน ร้อยละ 73.8) ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.69 S.D. = 0.563) และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสามารถทำนายความสุขของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

**สรุป:** บุคลากรทางสุขภาพควรมีจัดกิจกรรมการส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมความสุขในผู้สูงอายุ

**คำสำคัญ:** ผู้สูงอายุ, ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง, ความสุข

\* พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

\* Professional Nurse (Teaching), Boromarajonani College of Nursing, Surin

## Abstract

As impairment of age, self-esteem is important factor for aging happiness. This study was a predictive research targeting to predict between the self-esteem and happiness of aging persons in Muang Surin Municipality. The methodology is correlational predictive research. Subjects were 84 aging persons aged 60 and older adults living in in Muang Surin Municipality, Surin Province that were chosen by random sampling. Data were collected by demographic questionnaire, the self-esteem questionnaire and Thai happiness indicators which is standard tool so the content validity was not testing. The reliability of questionnaires were 0.82 and 0.94 by using Cronbach's alpha coefficient. Data analysis are conducted by using frequency, percentage, mean and standard deviation. The relationship among all data is analyzed by using Pearson's correlation coefficient and the prediction is analyzed by using simple linear regression.

**The result** showed that most of sample were female (n=60, 71.4%), mean of age is 70.37, insufficient income(69%) and had chronic disease (71.4%) and overall happiness of the aging is low ( $\leq 26$  score, 73.8 %). The analysis result found that the self-esteem could predicted the happiness of aging persons  $p < .001$ .

**Conclude:** The study result suggest that the health care providers should organize activity to increase happiness of life in aging persons.

**Keywords:** Aging, Self-esteem, Happiness



## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความสุขเป็นสิ่งที่มนุษย์พึงปรารถนาและเป็นส่วนประกอบสำคัญของการมีชีวิตที่ดี การมีความสุขเป็นเป้าหมายสูงสุดของมนุษย์ชน<sup>1</sup> องค์การสหประชาชาติได้ประกาศให้วันที่ 20 มีนาคมของทุกปี เป็นวันแห่งความสุขสากล ซึ่งเป็นเป้าหมายขั้นพื้นฐานของชีวิตที่มนุษย์พึงได้รับ<sup>2</sup> กรมสุขภาพจิต ได้ให้นิยาม “ความสุข” (Happiness) หมายถึง สภาพชีวิตที่เป็นสุขอันเป็นผลจากการมีความสามารถในการจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิต มีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีโดยครอบคลุมถึงความดีงามภายในจิตใจ ภายใต้สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป<sup>3</sup> อย่างไรก็ตาม ด้วยปัจจัยเกี่ยวข้องที่แตกต่างกันของบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยสูงอายุ ซึ่งปัจจุบันสังคมไทยถือเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ของประเทศไทย จากการประมาณการประชากรไทยระหว่างปี พ.ศ. 2543 ถึง 2573 คาดว่าอีกประมาณ 30 ปีข้างหน้าหรือภายในปี พ.ศ. 2573 จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นประมาณ 17.7 ล้านคนหรือประมาณ 1 ใน 4 ของประชากรไทยทั้งประเทศ และในปี พ.ศ. 2563 จำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทยจะเพิ่มขึ้นเป็น 10.78 ล้านคนหรือร้อยละ 15.28<sup>4</sup>

ความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุสำคัญอย่างยิ่ง หากผู้สูงอายุที่มีความสุขจะมีความพึงพอใจในชีวิต ปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่เกิดขึ้น ส่งผลต่อการมีสุขภาพจิตดี การที่ผู้สูงอายุจะมีความสุขได้นั้น สิ่งแรกที่ผู้สูงอายุจะต้องทำ คือ การปรับตัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ความคิด อารมณ์ และสภาพความเป็นอยู่ของตนเอง โดยเริ่มจากการปรับใจของตนเองให้ เนื่องจากด้วยอายุร่างกายที่ค่อยๆ เสื่อมสภาพลงตามกาลเวลา ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักจะมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์<sup>5</sup> ความเสื่อมถอยทางสรีรวิทยาของผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดโรคภัยไข้เจ็บ มีความเปราะบางและต้องพึ่งพาผู้อื่น อาจทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยง

ต่อการมีความสุขลดลง<sup>5</sup> การสูญเสียศักยภาพในการทำหน้าที่ในชีวิตของตนเอง ต้องปรับเปลี่ยนจากเดิมเคยสามารถทำหน้าที่การทำงาน แสดงบทบาททางสังคมได้อย่างเต็มกำลัง กลับต้องมาอยู่ในภาวะพึ่งพาทั้งด้านกิจวัตรประจำวัน หรือแม้ กระทั่งด้านเศรษฐกิจรวมทั้งบทบาททางสังคม ผู้สูงอายุจำเป็นต้องรอคอยการช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว คู่ชีวิตหรือญาติพี่น้อง บางรายหากไม่มีผู้ดูแลต้องเผชิญกับความโดดเดี่ยวในชีวิต ดังนั้นในวัยสูงอายุ การที่ต้องเผชิญกับสภาพการณ์ในชีวิตเหล่านี้ ย่อมมีผลกระทบในด้านลบต่อจิตใจอย่างมากไม่ว่าจะเป็นอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงง่ายบางคนรู้สึกเศร้า เหงา อ้างว้าง ไม่นั่นใจในตนเอง น้อยใจง่าย รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระต่อผู้อื่น คิดว่าตนเองไร้ค่า สิ่งเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุต้องการการดูแลด้านจิตใจอย่างมาก<sup>6</sup> และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นหนึ่งในความสุข 5 มิติของกรมสุขภาพจิตในด้านความสุขสง่า ซึ่งเป็นความสามารถที่จำเป็น พื้นฐานของผู้สูงอายุที่จะทำให้มีความสุข ซึ่งหมายถึงผู้สูงอายุมีความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต มีความภาคภูมิใจ ความเชื่อมั่น ยอมรับนับถือ ให้กำลังใจตนเองได้ดี เห็นอกเห็นใจผู้อื่น มีลักษณะเอื้อเฟื้อแบ่งปันและมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้อื่นในสังคม<sup>7</sup> การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุให้มองเห็นคุณค่าในตนเองเป็นสิ่งที่จะนำพาผู้สูงอายุพบกับความสุขได้แม้ว่าจะมีโรคภัยไข้เจ็บก็จะมี ความเข้มแข็งทางใจในการเผชิญกับปัญหาได้และนำไปสู่การดำรงตนตามสภาวะได้อย่างมีคุณภาพ<sup>5,7</sup>

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นปัจจัยภายในตนของมนุษย์ที่สำคัญซึ่งจะนำพาบุคคลให้สามารถเผชิญกับเหตุการณ์ในชีวิต หรือปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เข้ามาได้ เนื่องจากเป็นความสามารถและความ รู้สึกพื้นฐานด้านสุขภาพจิตของบุคคล ที่ช่วยกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจ และความเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง อันจะทำให้เกิดความสุข<sup>5,7</sup> โรเซนเบิร์ก<sup>8</sup> ได้อธิบายถึง การเห็นคุณค่าในตนเองว่า

เป็นความคิดความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อตนเองในด้านการยอมรับนับถือตนเอง บุคคลที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง จะรู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญ ทำให้มีความเชื่อมั่นที่จะกระทำหน้าที่ต่าง ๆ ส่วนผู้ที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ จะรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไม่มีความสำคัญ การศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีผลกระทบเชิงบวกโดยตรงต่อความสุขของผู้สูงอายุ และการศึกษาของ Cheng and Furnham<sup>9</sup> พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับความสุข เช่นเดียวกับการศึกษาของวรรณวิสาร ไชโย ที่พบว่าความสุขเกิดจากการเห็นคุณค่าในตนเอง<sup>10</sup> ดังนั้น ความสุขเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและจำเป็นต่อการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพดี

เทศบาลเมืองสุรินทร์ มีผู้สูงอายุ จำนวน 5,659 คน<sup>11</sup> ลักษณะชุมชนเป็นบริบทของชุมชนเมือง มีความแออัด การดำเนินชีวิตที่มีการพึ่งพาอาศัยกันน้อย ต่างคนต่างทำมาหากิน ผู้สูงอายุจำนวนมากมีโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลระยะยาว ผู้สูงอายุต้องอยู่บ้านเพียงลำพังเพราะลูกหลานออกไปทำงาน ซึ่งอาจจะทำให้มีผลต่อสุขภาพจิตได้ เทศบาลเมืองสุรินทร์ให้ความสำคัญของการพัฒนาด้านสุขภาพของประชาชนและมีการวางแผนงานโครงการเพื่อพัฒนาคุณภาพผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี<sup>12</sup> เมื่อผู้สูงอายุมีความสุขจะเป็นตัวบ่งชี้สำคัญประการหนึ่งของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี เนื่องจากความสุขเป็นพลังจิตใจที่ทำให้ผู้สูงอายุสามารถปรับหรือเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในช่วงชีวิตได้อย่างสมดุล<sup>3</sup> การศึกษาความสุขของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองสุรินทร์ ว่าอยู่ในระดับใด และศึกษาถึงอำนาจการทำนายของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่มีผลต่อความสุขของผู้สูงอายุ โดยใช้กรอบแนวคิดของแนวคิดโรเซนเบิร์ก<sup>8</sup> ผลการวิจัยจะเป็นข้อสรุปเชิงประจักษ์ในการนำไปพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับบริบทจริงต่อไป

## วัตถุประสงค์เพื่อศึกษา

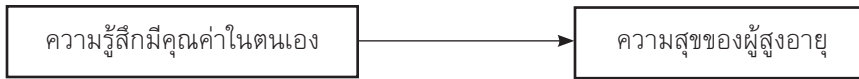
1. เพื่อศึกษาระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความสุขของผู้สูงอายุ ในชุมชนเขตเทศบาลเมืองสุรินทร์
2. เพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ต่อความสุขของผู้สูงอายุในชุมชน เขตเทศบาลเมืองสุรินทร์

## สมมติฐานการวิจัย

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสามารถทำนายความสุขของผู้สูงอายุได้

## กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดในการวิจัยของโรเซนเบิร์ก<sup>8</sup> ที่ได้อธิบายถึง การเห็นคุณค่าในตนเองว่าเป็นความคิดความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อตนเองในด้านการยอมรับนับถือตนเอง โดยอาจมีการประเมินตนเองในด้านลบหรือด้านบวกก็ได้ การเห็นคุณค่าในตนเองนั้น เกิดจากการที่บุคคลประเมินตนเองในลักษณะเฉพาะด้าน และในภาพรวม เมื่อมีการประเมินตนเองในลักษณะเฉพาะด้านในทาง บวกหลาย ๆ ด้าน เช่น การประเมินตนเองว่าเป็นคนมีความสามารถมีประโยชน์มีความน่าเคารพนับถือ เป็นต้น จะส่งผลให้การมีคุณค่าในตนเองในภาพรวมสูง การที่บุคคลรู้สึกต่อตนเองในเรื่องความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอย่างไร ก็จะนำไปสู่พฤติกรรม ดังนั้น แม้ว่าผู้สูงอายุจะมีการเสื่อมถอยด้านสุขภาพ แต่หากผู้สูงอายุมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่ดี ความสุขของผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นตามไปด้วย<sup>5,7,10</sup> ในงานวิจัยนี้จึงมุ่งที่จะศึกษาอำนาจการทำนายของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่มีผลต่อความสุขของผู้สูงอายุ ดังภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

## การดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlational Research) เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่มีผลต่อความสุขของผู้สูงอายุในชุมชนเขตเทศบาลเมืองสุรินทร์ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2562-มกราคม 2563

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป มีสัญชาติไทย มีภูมิลำเนาในเขตเทศบาลเมืองสุรินทร์

**ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง** กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การคำนวณจากโปรแกรมสำเร็จรูป G\*Power 3.1.9.2 ซึ่งเป็นโปรแกรมที่พัฒนามาจากพื้นฐาน Power analysis<sup>13</sup> กำหนดค่า Effect Size = 0.3 กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนเท่ากับ .05 และค่า power = 0.8 คำนวณได้ขนาดตัวอย่าง 84 ราย และในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญจากแต่ละเขตเทศบาลเมืองสุรินทร์ ซึ่งมีทั้งหมด 3 เทศบาล ซึ่งเป็นชุมชนที่มีสภาพความเป็นอยู่แบบสังคมเมือง สภาพแวดล้อมแออัด โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป มีสัญชาติไทย มีภูมิลำเนาในเขตเทศบาลเมืองสุรินทร์ 2) เป็นผู้สูงอายุที่ได้รับเงินสวัสดิการของผู้สูงอายุ และการดูแลทางสุขภาพจากเทศบาลเมืองสุรินทร์ 3) เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะติดเตียง 4) ไม่มีปัญหาในการติดต่อสื่อสาร สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย ถามตอบรู้เรื่อง และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

**เครื่องมือในการวิจัย** เป็นแบบสอบถาม มี 3 ส่วน คือ

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส อาชีพในอดีต ความเพียงพอของรายได้ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การได้รับการดูแล

2. แบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ผู้วิจัยใช้แบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งแปลมาจากแบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ Rosenberg<sup>8</sup> ฉบับภาษาไทยที่แปลโดยเยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์<sup>14</sup> มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ประกอบด้วยเป็นข้อคำถามทางบวก จำนวน 5 ข้อ และทางลบจำนวน 5 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเกิต (Likert Scale) 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 (ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง) จนถึง 4 (เห็นด้วย อย่างยิ่ง) ข้อคำถามที่มีความหมายเชิงลบ 5 ข้อ จะกลับคะแนนก่อนแล้วจึงรวมคะแนน การแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ย 3.00-4.00 หมายถึง มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูง ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.00-2.99 หมายถึง มีการเห็นคุณค่าในตนเองปานกลาง และค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.99 หมายถึง มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ จากนั้นรวมคะแนนทั้งหมด คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 10 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 40 คะแนน คะแนนยิ่งสูงหมายถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง

3. แบบวัดความสุข ผู้วิจัยใช้แบบประเมินดัชนีชี้วัดความสุขคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ (Thai Happiness Indicators (TMHI-15))<sup>3</sup> ฉบับมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เป็นการประเมินเหตุการณ์ อารมณ์ ความคิดเห็น ความรู้สึกของตนเอง และปัจจัยที่ทำให้สุข-ทุกข์ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา คำตอบจะมี 4 ตัวเลือก ข้อความด้านบวกให้คะแนน คือ 0 = ไม่เลย 1 = เล็กน้อย 2 = มาก 3 = มากที่สุด ส่วนข้อความด้านลบ ให้คะแนน 3 = ไม่เลย 2 = มีเล็กน้อย 1 = มีมาก 0 = มีมากที่สุด

การแปลผลการประเมินดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย 15 ข้อ มีคะแนนเต็ม 45 คะแนน เมื่อผู้ตอบได้ประเมินตนเองแล้ว และรวมคะแนนทุกข้อ คะแนนที่ได้นำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้ คะแนน 33-45 คะแนนหมายถึงมีความสุขมากกว่าคนทั่วไป (Good) คะแนน 27-32 คะแนน หมายถึงมีความสุขเท่ากับคนทั่วไป (Fair) เท่า กับหรือน้อยกว่า 26 คะแนน หมายถึง มีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป (Poor)

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตามตรงเนื้อหา (Content Validity) การศึกษาครั้งนี้ เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ดัชนีชี้วัดความสุขของคนไทย ซึ่งผู้วิจัยไม่ได้ทำการดัดแปลงใดๆ จากเครื่องมือต้นฉบับ จึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาซ้ำ และแบบประเมินนี้ได้มีการนำไปใช้ในการวิจัยในซึ่งผ่านการทดสอบในกลุ่มวัยสูงอายุมาแล้ว<sup>15</sup> การหาความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมด ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุในชุมชนเขตนอกเมืองสุรินทร์ ที่วิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อมมีความคล้ายคลึงกันกับกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนเทศบาลเมืองสุรินทร์ เลือกผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ทดลองใช้ แบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ดัชนีชี้วัดความสุขของคนไทยในการประเมินตนเอง และนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ แบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีค่าความเชื่อมั่น 0.82 ดัชนีชี้วัดความสุขของคนไทย มีค่าความเชื่อมั่น 0.94

### จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้เสนอโครงร่างการวิจัย ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ผ่านการรับรองจริยธรรม รหัส P-EC 11.1-04-62 เมื่อ วันที่ 25 ธันวาคม 2562

ในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำกฤษฎีกริธีกลุ่มตัวอย่าง โดยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูลพร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัยโดยไม่มีการบังคับใดๆ และชี้แจงให้ทราบว่า หากเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สามารถออกจากงานวิจัยได้ตลอดเวลาหากต้องการ โดยไม่ต้องอธิบายเหตุผล การเข้าร่วมการวิจัยจะไม่ทำให้เกิดผลเสียใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ การนำข้อมูลไปอภิปราย หรือพิมพ์เผยแพร่จะทำในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุแบบตัวต่อตัว ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีผู้ช่วยวิจัยเพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวน 2 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ที่มีความสนใจในการเข้าร่วมการวิจัย และมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ผู้วิจัยมีการเตรียมผู้ช่วยวิจัยโดยอธิบายความเป็นมา วัตถุประสงค์ของการทำวิจัย อธิบาย และสาธิตวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ผู้ช่วยวิจัย เริ่มตั้งแต่การแนะนำตัว การชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการสัมภาษณ์ตามเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และวิธีการบันทึกข้อมูล เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยมีความเข้าใจและสามารถใช้เครื่องมือได้อย่างถูกต้อง ขั้นตอนเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้ 1) ผู้วิจัยชี้แจงและประสานงานกับหัวหน้ากองบริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองสุรินทร์ เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล โดยใช้แบบสัมภาษณ์กับกลุ่มตัวอย่าง 2) ผู้วิจัยวิจัยที่สัมภาษณ์ผู้สูงอายุ แนะนำตัว อธิบายการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อยินยอมและลงนามในใบยินยอมแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุด้วยตนเอง 3) ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถามและนำมาวิเคราะห์ข้อมูล

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เกิดขึ้นรวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป โดยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความสุขของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์อำนาจในการทำนายความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่อความสุขของผู้สูงอายุด้วยสถิติถดถอยอย่างง่าย (Simple Regression Analysis) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การวิเคราะห์อำนาจในการทำนายความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่อความสุขของผู้สูงอายุด้วยสถิติถดถอยอย่างง่าย (Simple Regression Analysis) โดยผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ตามหลักการใช้สถิติดังกล่าว ดังนี้

1. ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) โดยพิจารณาจากกราฟ Normal Probability Plot พบว่า ค่าเฉลี่ยของข้อมูลส่วนใหญ่จะอยู่รอบๆ เส้นตรง ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (Normality) (ความสุข: skewness = 1.252 se = .263 kurtosis = 1.386 se = .520 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง: skewness = -.808 se = .263 kurtosis = 4.343 se = .520)

2. ตัวแปรต้นกับตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linearity) โดยการทดสอบสถิติเอฟ

(F-test) พบว่า ข้อมูลมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง ( $F = 15.460, p = .000$ )

3. ข้อมูลมีความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนเป็นเอกภาพ (Homoscedasticity) โดยพิจารณาจากกราฟ Scatterplot พบว่าจุดห่างจากเส้นตรงที่ 0 กระจายใกล้เคียงกัน และจุดกระจายไม่เกิน  $\pm 3$

4. ความอิสระของความคลาดเคลื่อน (Error) ของข้อมูลไม่สัมพันธ์กัน (ไม่มี Auto-Correlation) โดยพิจารณาจากค่า Durbin-Watson มีค่า 1.380

## ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 71.4) ส่วนมากมีอายุระหว่าง 60-69 ปี (ร้อยละ 48.8) รองลงมาอายุ 70-79 (ร้อยละ 39.3) อายุเฉลี่ย 70.37 ปี สถานภาพสมรส (ร้อยละ 53.6) จบการศึกษาระดับประถม (ร้อยละ 71.4) ประกอบอาชีพค้าขาย (ร้อยละ 38.1) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 98.8) รายได้ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 69.0) และรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 53.6) มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 71.4) ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา (ร้อยละ 89.3 และ ร้อยละ 83.3) เป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแล (ร้อยละ 71.4) กลุ่มที่มีผู้ดูแล ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตร (ร้อยละ 51.2) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ (n = 84)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	24	28.6
หญิง	60	71.4
<b>อายุ</b>		
60-69 ปี	41	48.8
70-79 ปี	33	39.3
80 ปีขึ้นไป	10	11.9
Mean=70.37 S.D.=6.42 Min= 62 Max=83		
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	11	10.8
คู่ / สมรส	56	53.6
หม้าย	29	28.4
หย่าร้าง	6	5.9
<b>ระดับการศึกษาสูงสุด</b>		
ไม่ได้เรียน	12	14.3
ประถมศึกษา	60	71.4
มัธยมศึกษา	3	3.6
ปวส./อนุปริญญา หรือเทียบเท่า	6	7.1
ปริญญาตรี	3	3.6
<b>อาชีพที่เคยทำในอดีต</b>		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	11	13.1
ทำงานบ้าน	5	6.0
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	4	4.8
เกษตรกร	12	14.3
ค้าขาย	32	38.1
อื่นๆ (เก็บของเก่า, รับจ้างทั่วไป)	20	23.7
<b>ศาสนา</b>		
พุทธ	83	98.8
อิสลาม	1	1.2

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ความเพียงพอของรายได้		
ไม่เพียงพอ	58	69
เพียงพอไม่เหลือเก็บ	25	29.8
เพียงพอเหลือเก็บ	1	1.2
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
ไม่มีรายได้	7	8.3
2,000-5,000	18	21.4
5,000-10,000	9	10.7
10,001-20,000	3	3.6
20,001 ขึ้นไป	2	2.4
โรคประจำตัว		
ไม่มี	24	28.6
มี	60	71.4
การสูบบุหรี่		
สูบบุหรี่	9	10.7
ไม่สูบบุหรี่	75	89.3
การดื่มสุรา		
ไม่ดื่มสุรา	70	83.3
ดื่มสุรา	14	16.7
การได้รับการดูแล		
มีผู้ดูแล	23	27.4
ไม่มี	61	72.6
ผู้ดูแล (23 คน)		
พี่น้องทางสายเลือด	3	3.6
ลูก	43	51.2
หลาน	8	9.5
ญาติ	4	4.8
จ้างผู้ดูแล	3	3.6

ระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.69 S.D. = 0.563) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง มี 5 ข้อ มีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง (Mean = 3.27–3.05) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ฉันมีความรู้สึกที่ดีต่อตัวฉันเอง (Mean = 3.27 S.D. = 0.563) ความรู้สึกมีคุณค่า

ในตนเองของผู้สูงอายุที่มีค่าเฉลี่ยระดับปานกลางมี 2 ข้อ ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง (Mean = 2.30–2.00) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ มี 2 ข้อ ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง (Mean = 1.98–1.76) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ โดยรวมฉันมีแนวโน้มที่จะรู้สึกว่าตนเองล้มเหลว (Mean = 1.76 S.D. = 0.770) ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ

การประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	Mean	S.D.	แปลผล
1. โดยทั่วไป ฉันรู้สึกพอใจกับตัวเอง	3.24	.529	สูง
2. บางครั้ง ฉันรู้สึกว่าตัวฉันไม่มีอะไรดีเลย	2.30	.875	ปานกลาง
3. ฉันรู้สึกว่าตัวฉันเองก็มีอะไรดี ๆ เหมือนกัน	3.08	.318	สูง
4. ฉันสามารถทำอะไรได้ดีเหมือน ๆ กับคนอื่น	3.07	.340	สูง
5. ฉันรู้สึกว่าตนเองไม่มีอะไรน่าภาคภูมิใจมากนัก	2.00	.694	ปานกลาง
6. ฉันรู้สึกบ่อย ๆ ว่าตนเองไร้ค่า	1.98	.821	ต่ำ
7. ฉันรู้สึกว่าตนเองมีค่าอย่างน้อยที่สุดก็เท่า ๆ กับคนอื่น	3.11	.440	สูง
8. ฉันเชื่อว่าฉันสามารถให้ความนับถือตนเองได้มากกว่านี้	3.05	.344	สูง
9. โดยรวมฉันมีแนวโน้มที่จะรู้สึกว่าตนเองล้มเหลว	1.76	.770	ต่ำ
10. ฉันมีความรู้สึกที่ดีต่อตัวฉันเอง	3.27	.499	สูง
<b>โดยรวม</b>	<b>2.69</b>	<b>0.563</b>	<b>ปานกลาง</b>

ระดับความสุขของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุส่วนมากมีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป (Poor) (ร้อยละ 73.8) รองลงมามีความสุขเท่ากับคนทั่วไป (Fair)

(ร้อยละ 25.0) น้อยที่สุด มีความสุขมากกว่าคนทั่วไป (Good) (ร้อยละ 1.2) ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** แสดงระดับความสุขของผู้สูงอายุ (n = 84)

ระดับความสุขของผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
มีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป (Poor) ( $\leq 26$ คะแนน)	62	73.8
มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป (Fair) (27–32 คะแนน)	21	25.0
มีความสุขมากกว่าคนทั่วไป (Good) (33–45 คะแนน)	1	1.2
<b>รวม</b>	<b>84</b>	<b>100.0</b>



ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับความสุขของผู้สูงอายุพบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความสุขของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .398$ )

ผลการวิเคราะห์อำนาจในการทำนายของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่มีผลต่อความสุขของผู้สูงอายุโดยใช้สถิติ Simple Linear Regression พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสามารถทำนายความสุข

ผู้สูงอายุ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ได้ร้อยละ 15.9

สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน  $Z = .398$

สมการในรูปคะแนนดิบ  $y = 10.845 + .159$

จากสมการดังกล่าวอธิบายได้ว่าเมื่อผู้สูงอายุมีระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีความสุขเพิ่มขึ้น 0.398 หน่วย ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์อำนาจในการทำนายของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่มีผลต่อความสุขของผู้สูงอายุ

ตัวแปร	ค่าคงที่	B	Beta	R2	F
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	10.845	.437	.398a	.159	15.460**

\*\*P<.001

## อภิปรายผล

จากผลการวิจัย สรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างประเมินตนเองด้านความสุขว่ามีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป (Poor) โดยมีระดับคะแนนความสุข  $\leq 26$  (ร้อยละ 73.8) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งต้องเผชิญกับภาวะการเจ็บป่วยในวัยสูงอายุ ส่งผลให้ความสามารถของผู้สูงอายุลดลง หรือในช่วงวัยนี้อาจจะประสบกับการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ทำให้มีความเปราะบางทางจิตใจ การจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิตลดลง 5,10 นอกจากนี้จากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ การมีรายได้ไม่เพียงพอเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับความสุข มีรายงานการวิจัยพบว่า ความสุขตามมุมมองของผู้สูงอายุส่วนหนึ่งคือ สุขจากการมีรายได้ 5,10 ดังนั้น ผลการวิจัยนี้จึงสะท้อนข้อมูลเชิงอัตวิสัยให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป อย่างไรก็ตาม

จากผลการวิจัยที่พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีอิทธิพลต่อความสุขของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยสามารถทำนายได้ร้อยละ 15.9 ซึ่งอธิบายได้ว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุถือเป็นตัวแปรสำคัญต่อความสุขของผู้สูงอายุ หากผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงจะมีความสุขสูงตามไปด้วย สอดคล้องกับการวิจัยของ Cheng and Furnham<sup>9</sup> ที่พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์และเป็นปัจจัยที่ทำนายความสุขของผู้สูงอายุได้ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการให้ความหมายของความสุขตามมุมมองของผู้สูงอายุ ที่ศึกษาโดย วรรณวิสาร ไชโย<sup>10</sup> และขวัญสุดา บุญทศ, ชนิษฐา นันทบุตร<sup>5</sup> ที่ระบุว่า ความมีคุณค่าเป็นองค์ประกอบหนึ่งในของความสุขของผู้สูงอายุ ความรู้สึกในคุณค่าของตนเอง (Self-Esteem) เป็นลักษณะสำคัญข้อหนึ่งของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดี<sup>3,5,10</sup> อาจกล่าวได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกมี

คุณค่าในตนเองจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสุข เพราะ การถูกให้คุณค่า หรือการมองตนเองว่ายังมีความ สำคัญ มีความพึงพอใจในชีวิต จะทำให้ดำเนินชีวิตได้ อย่างมีความสุข

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ประโยชน์

1. ด้านการพยาบาล บุคลากรทางสุขภาพพึง ตระหนักและพัฒนารูปแบบกิจกรรมที่สามารถเสริม สร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองแก่กลุ่มสูงอายุเพื่อ นำพาให้ผู้สูงอายุมีความสุขในปัจจุบันและชีวิต

2. ด้านการศึกษา ควรนำผลการวิจัยไปบูรณา การกับการเรียนการสอน เพื่อให้ตระหนักถึงความ สำคัญในการส่งเสริมระดับความมีคุณค่าในตนเองของ ผู้สูงอายุเพื่อสร้างความสุขแก่ผู้สูงอายุ

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการ ให้ความหมายของความสุข และคุณค่าในตนเองของ ผู้สูงอายุ เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนในการพัฒนา โครงการกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับ บริบทจริง

2. ศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อความสุขของผู้ สูงอายุ เช่น ปัจจัยด้านสุขภาพ ด้านผู้ดูแล และด้าน ความเพียงพอของรายได้ หรือการศึกษาเปรียบเทียบกับในกลุ่มผู้สูงอายุในชนบทกับในเมือง

3. ศึกษาวิจัยการพัฒนาโปรแกรมการเสริม สร้างความมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริม ความสุขของผู้สูงอายุ

ข้อจำกัดงานวิจัย กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้ ศึกษาเฉพาะตัวแปรระดับความคุณค่าในตนเองที่มีผล ต่อความสุข อย่างไรก็ตามแปรแทรกซ้อนอื่นอาจจะมี ผลต่อการมีความสุขของผู้สูงอายุ เช่น การมีโรคเรื้อรัง การมีผู้ดูแล เป็นต้น และเป็นการศึกษาเฉพาะผู้สูง อายุในชุมชนเขตเทศบาลเมือง

## กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี โดยได้รับทุน สนับสนุนทุนวิจัยจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

## REFERENCES

1. Gray R, Thongthai V, Suwannoppakoa R. Happiness is Universal. Bangkok: Charansanitwong Printing; 2010. (in Thai)
2. Tayapong, W. Happiness is Universal. Mental Health Foundation. Suanprung Hospital. [Internet]; [cited 2019/ 4 /12]. Available from: <http://www.mentalhealth-fsp.org/2184>
3. Mental Health Care Department. Ministry of Public Health. The Mental Health Questionair: Happiness Indicator –15 Items. Nontaburi: Ministry of public health; 2011.(in Thai)
4. The College of Population Studies, Chulalongkorn University. Aging Suvey in Thailand. The Aging Happiness Survey of Population College. the College of Population Studies. [Internet]; [cited 2019/4/12] Available from: [http://www.cps.chula.ac.th/newcps/hot\\_news\\_detail](http://www.cps.chula.ac.th/newcps/hot_news_detail)
5. Boontoch, k & Nuntaboot, K. Happiness, Distress and Mental Health of the Elderly in a Community in the Upper North Region of Thailand. Journal of the Psychiatric Association of Thailand. 2017; 62(3): 257–270.(in Thai)
6. Nuntasupawat.w. Th Elderly Nusing The Challenge with the Aging Population. 2<sup>ed</sup> Khonkhan: Khonkhan Printing; 2009.(in Thai)
7. The Office of Health Promotion Foundation. Support the Elderly to Create “5 Dimensions of appiness” [Internet];[cited 2020/4/6].. Available from: <https://www.thaihealth.or.th/Content/41860>

8. Rosenberg, M. Society and the Adolescent Self-Image. Princeton: Princeton University Press; 1965.
9. Cheng H & Furnham, A. Personality, Self-Esteem, and Demographic Prediction of Happiness and Depression. *Pers Individ Dif*, 2003; 34; 921-942.
10. Wanavisa Chaiyo The Research on the Concept of Happiness in the Elderly: A Case of Ban Wai Tong Niwet. Department of Humanities, Faculty of Humanities, Chiang Mai University; 2012
11. Muang Surin Manuplicity. The Elderly Information 2019. Muang Surin Manuplicity: Division of Public Health and Environment. Muang Surin Manuplicity. 2019. (in Thai)
12. Academic and Planning Division. Muang Surin Manuplicity. Surin Municipality Development Plan (2018-2019). Policy and Planning Analysis Section: Academic and Planning Division of Muang Surin Municipality.2019.(in Thai)
13. Cohen J. Quantitative Methods in Psychology: A Power Primer. *Psychological Bulletin* 1992;112(1)155-9.
14. Mahasitiwat.Y. The Relationship between Perception of Biopsychosocial Self Esteem and Health Behavior of Elderly People in Muang District of Saraburi Province. The Thesis of Master Degree, Adult Nursing. Mahidol university; 1986.(in Thai)
15. Khanthong.P. et al. Hapiness and Satisfaction of Elderly in NongKhon Subdisdriect, Mueang District Ubonratchatani province. *Journal of Traditional Thai Medical Research* 2017; 3 (2): 7-15.(in Thai)



# ผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ต่อความรู้ เจตคติและทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ของนักศึกษาพยาบาล

## The Effects of Breast Self-Examination Acquisition Program on Knowledge, Attitude and Breast Self-Examination Skill Among Nursing Students.

ศุภรัตน์ แจ่มแจ่ม\* วิรดา อรรถเมธากุล\* ศิวพร ประยูรเทพ\*

Supparat Jamjang\* Wirada Atthamaethakul\* Siwaporn Prayoontap\*

Received : 20/10/63

Revised : 18/11/63

Accepted : 23/11/63

### บทคัดย่อ

มะเร็งเต้านม เป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในสตรี และมีแนวโน้มการเกิดโรคในสตรีอายุน้อยลงเพิ่มมากขึ้น การตรวจเต้านมด้วยตนเองสามารถช่วยค้นหามะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรกได้ การวิจัยนี้เป็นแบบกึ่งทดลองหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองต่อความรู้ เจตคติและทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลปี 2 จำนวน 87 คน ได้รับโปรแกรมพัฒนาทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ประยุกต์การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบวัดความรู้ แบบสังเกตการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และการประเมินทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองเมื่อสิ้นสุดโครงการทดลอง 1 เดือน มีค่าความเชื่อมั่น 0.45 0.79 และ 0.47 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา แสดงจำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ยและ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติทดสอบค่าที (Paired t-test)

**ผลการวิจัย** พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ เจตคติ และทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพิ่มขึ้น (Mean = 9.61, 12.67 Mean = 4.23, 4.53 และ Mean = 8.74, 12.48 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

**สรุป** โปรแกรมพัฒนาทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สามารถนำมาใช้ในการสอนนักศึกษาพยาบาลในการตรวจเต้านมด้วยตนเองและเป็นแนวทางสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขนำไปใช้เพื่อส่งเสริมสุขภาพสตรีด้านการคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยใช้ในการสอนการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

**คำสำคัญ:** โปรแกรมพัฒนาทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ความรู้ เจตคติ ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองนักศึกษาพยาบาล

\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนীরาชบุรี

\* Professional Nurse, Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi

## Abstract

Breast cancer is the most common cancer in women. And prone to disease in younger women is increasing. Breast self-examination (BSC) is a screening method and the importance of early detection of breast cancer. This Quasi-experimental research aimed to study the effects of breast self-examination acquisition program on knowledge, attitude and breast self-examination skill among nursing students, using the concept of participatory learning in organizing the activities. In this study, 87 nursing students in second year of Borommarajonnani college of Nursing, Ratchaburi were recruited by purposive sampling selection. The sampling participated in 4 weeks of breast self-examination acquisition program. The tools used in collecting data were questionnaires, an observation of breast self-examination and evaluation of breast examination skills. Their reliabilities were 0.45, 0.79 and 0.47 in respectively. The data were collected twice, once before the experiment and after the experiment. The data were analyzed by percentage, means, standard deviations and Paired t-test.

**The result** found that after experiment. The Sampling scored higher in knowledge, attitude and breast self-examination skill compared to before the experiment (Mean = 9.61, 12.67 Mean = 4.23, 4.53 และ Mean = 8.74, 12.48 respectively) at statistical significance level .001

**Concussion:** the breast self-examination acquisition program should be encouraged for implementation among nursing students. This program could be applied as a guild line for health promoting personnel and training of village health volunteers and increase the accuracy practice of breast self-examination for breast cancer screening.

**Keywords:** Breast Self-Examination Acquisition Program, Knowledge, Attitude, Self Breast Examination Skill, Nursing Students

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งเต้านมเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญทั่วโลก และมีความรุนแรงและอัตราการเจ็บป่วยมากขึ้นเป็นลำดับ เป็นมะเร็งที่พบเป็นอันดับ 1 ของโรคที่เกิดกับสตรี ในปี 2561 สถาบันวิจัยมะเร็งนานาชาติ องค์การอนามัยโลก รายงานพบผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมรายใหม่ทั่วโลก 2,088,849 ล้านคน เสียชีวิต 626,679 ราย และมีแนวโน้มเพิ่ม ขึ้นอย่างต่อเนื่อง<sup>1</sup> ในประเทศไทยพบอัตราการเสียชีวิตของสตรีจากโรคมะเร็งเต้านมเพิ่มจาก 10.5 คนต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2557 เป็น 13.3 คนต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2561 และจากรายงานของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบสตรีไทยป่วยเป็นมะเร็งเต้านมรายใหม่ประมาณ 13,000 คนต่อปีหรือ 35 คนต่อวัน และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี<sup>2</sup>

แม้ว่ามะเร็งเต้านมเป็นโรคที่พบบ่อย และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในสตรี แต่ก็เป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายได้และการพยากรณ์ของโรคค่อนข้างดีหากตรวจพบและให้การรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก การตรวจเต้านมเป็นประจำ จึงมีความสำคัญในการค้นหามะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรก ปัจจุบันที่นิยมมี 3 วิธี ได้แก่การตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Breast Self-Examination) การตรวจเต้านมโดยแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ (Clinical Breast Examination) และการตรวจเต้านมด้วยรังสี (Mammography) สมาคมโรคมะเร็งแห่งสหรัฐอเมริกา ได้แนะนำให้สตรีอายุ 20 ปีขึ้นไปตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกคน และควรตรวจเป็นประจำทุกเดือน อย่างน้อยเดือนละครั้ง องค์การอนามัยโลกได้เสนอแนะให้สตรีทุกคนตรวจเต้านมด้วยตนเอง เพื่อส่งเสริมความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองและกระตุ้นความตระหนักต่อความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งเต้านม<sup>1</sup> การตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นวิธีที่ประหยัดไม่เสียค่าใช้จ่ายทำได้ง่ายและสะดวก

การตรวจเต้านมด้วยตนเอง อย่างถูกต้องและสม่ำเสมอทุกเดือน จะทำให้ทราบลักษณะที่เป็นปกติของเต้านมตนเอง หากมีสิ่งผิดปกติที่เต้านมจะสามารถคลำพบก้อนขนาดเล็กได้โดยง่าย ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มาพบแพทย์ มักมาด้วยอาการคลำพบก้อนที่เต้านมหรือมีอาการเจ็บเต้านม การตรวจเต้านมด้วยตนเองจึงเป็นการค้นพบความผิดปกติของโรคมะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรก ซึ่งจะมีผลต่อการรักษาที่มีประสิทธิภาพและอัตราการรอดชีวิต พบว่าผลการรักษามะเร็งเต้านมในระยะแรก อัตราการรอดที่ 5 ปี สูงมากกว่า 95 เปอร์เซ็นต์<sup>3</sup>

กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญในการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม โดยการให้ความรู้และสร้างความตระหนักแก่ประชาชนเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง แต่การฝึกสอนให้สตรีตรวจเต้านมด้วยตนเองประสบความสำเร็จค่อนข้างน้อย เนื่องจากสตรีเชื่อว่าเป็นสิ่งที่น่าละอายและไม่ควรกระทำ และกลัวว่าจะตรวจพบว่าเป็นมะเร็ง จากการศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองในกลุ่มนักศึกษาหญิงระดับอุดมศึกษาในต่างประเทศ จำนวนกลุ่มตัวอย่างมีตั้งแต่ 251–2,186 คน<sup>4,6</sup> พบว่านักศึกษาหญิงตรวจเต้านมด้วยตนเองเพียงร้อยละ 10.1 และมีนักศึกษาถึงร้อยละ 55.4 มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเองในระดับต่ำ อุปสรรคของการไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเองได้แก่ การขาดความรู้ ไม่มีอาการแสดงของโรคและกลัวตรวจพบว่าเป็นมะเร็งเต้านม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่านักศึกษาระดับอุดมศึกษาตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือนสม่ำเสมอเพียงร้อยละ 17–27 และมีความรู้เรื่องมะเร็งเต้านม และตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับปานกลาง<sup>7</sup> สาเหตุที่ไม่ตรวจเนื่องจากคิดว่าตนเองอายุยังน้อย ไม่ใช่กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม และไม่มั่นใจว่าตรวจได้ถูกต้องหรือไม่ และผลการศึกษาใน

นักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลตำรวจอายุ 18-21 ปีพบว่า ไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเองถึงร้อยละ 41.4 ซึ่งเหตุผลที่ไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเองส่วนใหญ่ คือตรวจไม่เป็น<sup>8</sup>

นักศึกษาพยาบาล เป็นบุคคลหนึ่งที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมและเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่สำคัญในอนาคต จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องได้รับการส่งเสริมและพัฒนาให้มีความรู้ เจตคติ และทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ถูกต้อง การจัดการเรียนรู้เพื่อพัฒนาความรู้ความสามารถของนักศึกษาแบบ Active Learning เพื่อให้สอดคล้องกับการเป็นผู้เรียนในศตวรรษที่ 21 โดยให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนการสอนมากขึ้น ผู้สอนเป็นผู้กระตุ้นผู้เรียนและยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลางในการจัดกิจกรรมการเรียนการสอน จากการศึกษาที่ผ่านมาพบมีการนำแนวคิดต่าง ๆ มาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองและประเมินความรู้ เจตคติและทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองในกลุ่มสตรีวัยต่าง ๆ ได้แก่ แนวคิดการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน การสร้างแรงจูงใจ การส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ช่วยให้สตรีมีความรู้ มีทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพิ่มขึ้นและมีพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงขึ้น และพบว่า การนำโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมาใช้ในการพัฒนาการตรวจเต้านม ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ เจตคติ และทักษะในการตรวจเต้านมด้วยตนเองดีขึ้น<sup>9,10</sup> สำหรับในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลพบว่าได้มีการนำรูปแบบการสนับสนุนและให้ความรู้มาใช้ในนักศึกษาพยาบาลโดยเปิดโอกาสให้นักศึกษาได้มีส่วนร่วมในการเรียนรู้แบ่งเป็นกลุ่มย่อย ทำให้นักศึกษามีความรู้ และมีพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองเพิ่มขึ้น<sup>11</sup>

รูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) เป็นวิธีการเรียนรู้จากการกระทำ (Learning by Doing) ซึ่งเป็นพื้นฐานการพัฒนา

กระบวนการเรียนรู้ที่ดึงความสามารถของผู้เรียนออกมาในรูปของการเรียนรู้ (Active Learning) โดยยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลางในการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนเป็นการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาผู้เรียนทั้งด้านความรู้ ทักษะ และทักษะ ได้เป็นอย่างดี การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมประกอบด้วยหลักการเรียนรู้พื้นฐาน 2 อย่าง คือ 1) การเรียนรู้จากประสบการณ์จริงของคอล์บ<sup>12</sup> (Kolb, s Theory of Experience Learning) และ 2) กระบวนการกลุ่ม (Group Process) ในแต่ละองค์ประกอบของวงจรการเรียนรู้เชิงประสบการณ์นั้น ผู้เรียนแต่ละคนซึ่งมีประสบการณ์ติดตัวมาจะสามารถใช้ประสบการณ์ของตนเองให้เกิดประโยชน์สูงสุดหรือแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ตลอดจนทดลองใช้ความรู้ที่เรียนมาไปสู่การปฏิบัติได้ดีโดยผ่านกระบวนการกลุ่ม ฉะนั้นการให้ผู้เรียนได้ทำงานเป็นกลุ่มจะทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกันและช่วยกันทำงานให้บรรลุผลสำเร็จได้ด้วยดี ด้วยเหตุนี้คณะผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมพัฒนาทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพื่อเป็นแนวทางการเสริมสร้างความรู้ เจตคติเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง และทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองของนักศึกษาพยาบาล โดยโปรแกรมพัฒนาทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) ซึ่งได้มีการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมที่ประกอบด้วย การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ 4 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) ประสบการณ์ (Concrete Experience) ผู้เรียนได้เรียนรู้จากประสบการณ์ต่าง ๆ ด้วยตนเอง โดยการแสดงความคิดเห็นและความรู้สึกของกลุ่มเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมจากการดูวีดิทัศน์เรื่องสั้นเกี่ยวกับประสบการณ์การเป็นมะเร็งเต้านม การให้ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม ความเสี่ยง การตรวจวินิจฉัย และการพยากรณ์โรค โดยการบรรยายประกอบสไลด์ และวีดิทัศน์และสาธิตการตรวจเต้านมด้วยตนเองกับ

โมเดลด้าน 2) การสะท้อนและอภิปราย (Reflection and Discussion) การเรียนรู้ช่วยให้ผู้เรียนได้สัมผัสประสบการณ์จากผู้อื่นเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจเพิ่มมากขึ้น เป็นการสะท้อนความคิดและอภิปรายแลกเปลี่ยนความรู้และข้อมูลเรื่องมะเร็งเต้านมในปัจจุบันและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยให้วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ประโยชน์และอุปสรรคในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

3) ความคิดรวบยอด (Concept) ผู้เรียนนำความรู้จากการสะท้อนคิดเพื่อการเชื่อมโยงสร้างความคิดรวบยอดของประสบการณ์ที่ได้รับ ผู้เรียนสรุปความคิดรวบยอดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านม ความสำคัญของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และขั้นตอนของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

4) การทดลองปฏิบัติและประยุกต์แนวคิด (Active Experimentation) ผู้เรียนสร้างแนวทางการพัฒนาการปฏิบัติจากความคิดรวบยอดของประสบการณ์ที่ได้รับ สู่การปฏิบัติ ฝึกทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองกับโมเดลเต้านมแบบกลุ่มย่อยและฝึกแบบรายบุคคล เพื่อให้มีกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ที่ถูกต้อง และเจตคติที่ดีต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเองและสามารถตรวจเต้านมด้วยตนเองได้อย่างถูกต้องเกิดทักษะการตรวจเพื่อค้นหามะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรกได้ รวมทั้งยัง

เป็นการส่งเสริมความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง และความตระหนักต่อความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งเต้านม และผู้วิจัยเห็นว่าหากพัฒนาศักยภาพนักศึกษาพยาบาลจนสามารถให้ความรู้และสอนทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกวิธีให้กับประชาชนสตรีได้ก็จะเป็นการส่งเสริมให้ประชาชนสตรีมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอเกิดความตระหนักและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองมากขึ้น สามารถตรวจค้นหามะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรกและลดอัตราการเจ็บป่วยที่รุนแรงและการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งเต้านมได้

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองต่อความรู้ เจตคติ และทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองของนักศึกษาพยาบาล

### สมมติฐาน

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ เจตคติ และทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพิ่มขึ้น

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

#### โปรแกรมพัฒนาทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

1. การให้ความรู้และแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องมะเร็งเต้านม
2. การปรับเจตคติของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง
3. การสรุปความคิดรวบยอด ปัจจัยเสี่ยงและความรู้การตรวจเต้านมด้วยตนเอง
4. การประยุกต์แนวคิดและการฝึกปฏิบัติและสร้างทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

1. ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง
2. เจตคติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง
3. ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง



## วิธีการดำเนินการวิจัย

เป็นการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Study) แบบ 1 กลุ่มวัดก่อนหลัง (One Group Sampling ชนิด Pre- Post Test Design)

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2561 ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี จำนวน 88 คน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลองเลือกแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า คือ เป็นเพศหญิงมีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี และยินดีสมัครใจเข้าร่วมในการศึกษา เกณฑ์การคัดออก คือ มีอายุต่ำกว่า 20 ปี ไม่สมัครใจเข้าร่วมในการศึกษา และไม่สามารถอยู่ร่วมการทดลองได้ตลอดระยะเวลาของการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 87 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2561-กันยายน 2562

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

**เครื่องมือที่ใช้การทดลอง** ครั้งนี้ได้แก่

**1. โปรแกรมพัฒนาทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง** พัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ และกระบวนการกลุ่มในการจัดกิจกรรมของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย กิจกรรม 4 กิจกรรม ใช้เวลากิจกรรมละ 2 ชั่วโมง ทำกิจกรรมสัปดาห์ละครั้งเป็นเวลา 4 สัปดาห์ มีรายละเอียดแต่ละกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 ปรับเจตคติเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองให้นักศึกษาเขียนความรู้สึกเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมโดยแบ่งกลุ่มย่อย ให้สมาชิกกลุ่มทุกคนเขียนความรู้สึกของตนเองเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและให้คู่วิดีทัศน์เรื่องสั้นเกี่ยวกับประสบการณ์การเป็นมะเร็งเต้านมจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความรู้สึก ถ้าหากตนเองต้องป่วยโรคมะเร็งเต้านม

กิจกรรมครั้งที่ 2 ให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงอาการ การวินิจฉัย การตรวจรักษา และแนวทางการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมโดยการบรรยายประกอบสไลด์และ เปิดวีดิทัศน์เรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ให้กลุ่มตัวอย่างช่วยกันวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ประโยชน์และอุปสรรคในการตรวจเต้านมด้วยตนเองและแสดงความคิดเห็นในกลุ่มย่อย ผู้วิจัยสรุป แจกคู่มือการตรวจเต้านมด้วยตนเองและอธิบายใช้คู่มือและการลงบันทึก

กิจกรรมครั้งที่ 3 ให้ความรู้เรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ให้คู่วิดีทัศน์วิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สาธิตวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยใช้โมเดลเต้านม วิธีการตรวจดูความผิดปกติของเต้านมหน้ากระจก และให้กลุ่มตัวอย่างฝึกทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยใช้โมเดลเต้านม ครั้งที่ 1

กิจกรรมครั้งที่ 4 ให้กลุ่มตัวอย่างฝึกทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองครั้งที่ 2 โดยเริ่มจากวิธีการตรวจดูความผิดปกติของเต้านมหน้ากระจก และการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยใช้โมเดลเต้านมเป็นรายกลุ่มและรายบุคคลและบันทึกการตรวจเต้านมในคู่มือ ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องการตรวจเต้านมด้วยตนเองและการบันทึกการตรวจเต้านมในคู่มือของกลุ่มตัวอย่างและชี้แนะประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

**2. คู่มือการตรวจเต้านมด้วยตนเอง** คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เนื้อหาประกอบด้วยโรคมะเร็งเต้านม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง และแบบบันทึกการตรวจเต้านมด้วยตนเอง คู่มือการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้รับการตรวจสอบความถูกต้องและลำดับเนื้อหาและภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและทดลองใช้กับนักศึกษาที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ราย ประเมินผลแล้วนำมาปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริง

**3. แบบสังเกตความถูกต้องในการปฏิบัติ การตรวจเต้านมด้วยตนเอง** เป็นแบบสังเกตที่ ผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบประเมินวิธีปฏิบัติในการ ตรวจเต้านมด้วยตนเองของ ประภาธิตา วุฒิชยาและ คณะ<sup>13</sup> เพื่อใช้ในประเมินความถูกต้องในการปฏิบัติ การตรวจเต้านมด้วยตนเองในระหว่างการดำเนิน โปรแกรมมีจำนวน 8 ข้อ

**เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล** มี 4 ชุด ดังนี้

เต้านมในครอบครัว

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ข้อมูลทางสุขภาพ ประวัติการ เจ็บป่วยด้วยโรคเกี่ยวกับเต้านมในครอบครัว

2. แบบวัดความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและการ ตรวจเต้านมด้วยตนเองจำนวน 15 ข้อ เป็นคำถาม แบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก มีคำตอบที่ถูกต้องเพียง ข้อเดียว เกณฑ์การให้คะแนนถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนน และถ้าตอบผิดได้ 0 คะแนน คะแนนเต็มเท่ากับ 15 คะแนน การแปลผลคะแนน คะแนน 12-15 หมายถึง มีความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านม ด้วยตนเองอยู่ในระดับดี คะแนน 9-11 หมายถึง มีความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วย ตนเองอยู่ในระดับพอใช้ และคะแนนต่ำกว่า 9 หมายถึง มีความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วย ตนเองอยู่ในระดับน้อย

3. แบบประเมินเจตคติเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเองจำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับคือ 5 เห็นด้วยอย่างยิ่ง และ 1 = ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง การแปลผลแบ่ง เป็น 5 ระดับ ค่าเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง มีเจตคติในระดับดีมาก ค่าเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง มีเจตคติในระดับดี ค่าเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึงมีเจตคติในระดับปาน กลาง ค่าเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึงมีเจตคติในระดับ

ไม่ดี ค่าเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง มีเจตคติในระดับไม่ ดีอย่างยิ่ง

4. แบบประเมินทักษะเกี่ยวกับการตรวจเต้านม ด้วยตนเอง เป็นการประเมินทักษะการตรวจเต้านม ด้วยตนเอง รวม 15 ข้อ คะแนนเต็มเท่ากับ 15 คะแนน แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ 1) ทำที่ใช้ในการ ตรวจเต้านม เป็นการสอบถามประสบการณ์การตรวจ เต้านมด้วยตนเอง และความคิดเห็นเกี่ยวกับทักษะ การตรวจเต้านมด้วยตนเองในแต่ละขั้นตอนจำนวน 12 ข้อ เป็นแบบตัวเลือก ถูก-ผิด 2) ทำที่ใช้ในการ คลำเต้านม จำนวน 3 ข้อ เป็นการประเมินทักษะการ คลำเต้านม 3 ท่า ได้แก่ การคลำในท่าก้นหอย การ คลำในท่าขึ้นลง และการคลำในท่าลิ้มโดยกลุ่ม ตัวอย่างแสดงวิธีการคลำเต้านมกับโมเดลเต้านมและ ผู้วิจัย เป็นผู้ประเมินแบ่งเป็น 2 ระดับ ปฏิบัติถูกต้อง ให้ 1 คะแนน ปฏิบัติไม่ถูกต้องให้ 0 คะแนน การ แปลผลคะแนนทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง คะแนน 12-15 หมายถึง มีทักษะในระดับดี คะแนน 9-11 หมายถึง มีทักษะระดับพอใช้ คะแนนต่ำกว่า 9 หมายถึง มีทักษะระดับต้องปรับปรุง

### การตรวจหาคุณภาพของเครื่องมือ

1. โปรแกรมการพัฒนาทักษะการตรวจเต้านม ด้วยตนเอง และคู่มือได้รับการตรวจสอบความถูกต้อง ลำดับเนื้อหาและภาษารวมทั้งความสอดคล้องกับ กรอบแนวคิดโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ผู้วิจัยได้ ปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาที่มีคุณสมบัติคล้าย กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คนประเมินผลและนำผล มาปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริง

2. แบบสังเกตความถูกต้องในการปฏิบัติการ ตรวจเต้านมด้วยตนเองได้รับการตรวจสอบความตรง เียงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.89

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือทั้ง 3 ชุดให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมและความชัดเจนของภาษาและความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item-Objective Congruence Index) เท่ากับ 0.67-1.00 และได้นำเครื่องมือทั้ง 3 ชุดที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลจำนวน 30 คน คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยแบบวัดความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และแบบประเมินทักษะเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson K-R 20) ได้เท่ากับ 0.45 และ 0.47 แบบประเมินเจตคติเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้เท่ากับ 0.79

### จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนราธิวาส เลขที่ 008/2562 ลงวันที่ 6 ธันวาคม 2561 ก่อนดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้ชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยและผู้วิจัยอธิบายจนเข้าใจแล้วลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2561-กันยายน 2562 โดยมีขั้นตอนดังนี้ 1) ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามก่อนการทดลอง (Pre-Test) ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม

และการตรวจเต้านมด้วยตนเองแบบประเมินเจตคติเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และแบบประเมินทักษะเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง 2) ดำเนินการทดลองตามโปรแกรมพัฒนากิจกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มย่อยจำนวน 10 กลุ่ม กลุ่มละ 8-9 คน และดำเนินการจัดกิจกรรมตามโปรแกรม 4 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง 3) ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามและประเมินทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองหลังการทดลอง (Post-Test) เมื่อสิ้นสุดโครงการทดลอง 1 เดือน

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่าง คะแนนความรู้และเจตคติ และระดับทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองวิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบคะแนนความรู้ เจตคติเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม การตรวจเต้านมด้วยตนเองและทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองใช้สถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ซึ่งการกระจายข้อมูลของตัวแปรต้นและตัวแปรตามเป็นการกระจายแบบโค้งปกติ (Normal Distribution) ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงของการใช้สถิติ Paired t-test

### ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 87 คน ส่วนใหญ่มีอายุ 20-21 ปี (ร้อยละ 94.3) มากกว่าครึ่งมีภาวะโภชนาการปกติ (ร้อยละ 59.8) มีภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์และอ้วน (ร้อยละ 12.6) มีประวัติมีก้อนที่เต้านม 3 คน (ร้อยละ 3.45) มีบุคคลในครอบครัวที่มีก้อนที่เต้านมจำนวน 5 คน (ร้อยละ 5.75)

พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่าเกินกว่าครึ่ง ไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง (ร้อยละ 73.60) เหตุผลที่ทำให้ตรวจเต้านมด้วยตนเองส่วนมากอยาการู้ว่าจะมีก้อนหรือไม่ (ร้อยละ 45.65)

รองลงมาคือกลัวเป็นมะเร็งเต้านม (ร้อยละ 32.61) ตรวจเต้านมด้วยตนเองบ่อยครั้งเพียงใด เกินกว่าครึ่ง ไม่นั่นนอนแล้วแต่โอกาสที่ว่าง (ร้อยละ 60.90) รองลงมาตรวจ 1 ครั้งต่อเดือนหรือมากกว่า (ร้อยละ

21.70) เหตุผลที่ไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง ครั้งหนึ่ง เนื่องจากไม่รู้วิธีการตรวจเต้านมหรือตรวจไม่เป็น (ร้อยละ 54.79) รองลงมา ไม่มีอาการผิดปกติ (ร้อยละ 39.73) ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของนักศึกษาพยาบาลก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม พัฒนาทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (n = 87)

พฤติกรรม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>ท่านเคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง</b>		
เคย	23	26.40
ไม่เคย	64	73.60
<b>เหตุผลใดที่ทำให้ท่านตรวจเต้านมด้วยตนเอง</b>		
พบอาการผิดปกติของเต้านม	3	6.52
มีบุคคลใกล้ชิดเป็นมะเร็งเต้านม	0	0
ได้รับคำแนะนำจากแพทย์/พยาบาล	4	8.70
อยากรู้ว่าจะมีก้อนหรือไม่	21	45.65
กลัวเป็นมะเร็งเต้านม	15	32.61
มีการรณรงค์การตรวจเต้านมด้วยตนเอง	3	6.52
<b>ท่านตรวจเต้านมด้วยตนเองบ่อยครั้งเพียงใด</b>		
1 ครั้งต่อเดือนหรือมากกว่า	5	21.70
2-3 เดือนต่อครั้ง	2	8.70
ปีละ 1 ครั้ง	2	8.70
ไม่นั่นนอนแล้วแต่โอกาสที่ว่าง	14	60.90
<b>เหตุใดท่านจึงไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง</b>		
ไม่รู้วิธีการตรวจ/ตรวจไม่เป็น	40	54.79
ไม่เห็นความจำเป็นในการตรวจ	3	4.11
ไม่มีอาการผิดปกติ	29	39.73
กลัวเป็นการกระตุ้นทำให้เกิดโรคมะเร็งเต้านม	1	1.37

ความรู้ เจตคติเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง และทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาทักษะ การตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ด้านความรู้ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเองก่อน

การเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับพอใช้และน้อย (ร้อยละ 63.20 และร้อยละ 87) หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับดีเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 74.71) รองลงมาอยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 24.14) ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** จำนวนและร้อยละของระดับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (n = 87)

ระดับความรู้	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ดี	11	12.60	65	74.71
พอใช้	55	63.20	21	24.14
น้อย	21	24.10	1	1.45

### ด้านเจตคติ

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีเจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง อยู่ในระดับดีมากและระดับดี (ร้อยละ 77.00 และ

ร้อยละ 23.00) หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีเจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับดีมากเพิ่ม ขึ้น (ร้อยละ 60.92) และระดับดี ร้อยละ 39.08) ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** จำนวนและร้อยละของระดับเจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองก่อน และหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (n = 87)

ระดับเจตคติ	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ดีมาก	20	23.00	53	60.92
ดี	67	77.00	34	39.08

### ด้านทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

กลุ่มตัวอย่างมีทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองก่อนเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า ส่วนมากอยู่ในระดับพอใช้

และต้องปรับปรุง (ร้อยละ 56.32 และร้อยละ 40.23) หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีการพัฒนาทักษะที่ดีขึ้นอยู่ในระดับดีและพอใช้ (ร้อยละ 51.43 และร้อยละ 48.27) ดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** ระดับทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (n = 87)

ระดับ	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ดี	3	3.45	45	51.73
พอใช้	49	56.32	42	48.27
ต้องปรับปรุง	35	40.23	-	-

เปรียบเทียบความรู้และเจตคติเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้เจตคติเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง และทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองของ

กลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ เจตคติเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองหลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $< .001$  ดังตารางที่ 5

**ตารางที่ 5** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ เจตคติเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง และทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (n = 87)

คะแนน	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ความรู้	9.61	1.66	12.67	1.42	-16.98	<.001
เจตคติ	4.23	.42	4.53	.25	-7.20	<.001
ทักษะ	8.74	1.97	12.48	1.41	-14.16	<.001

### อภิปรายผลการวิจัย

#### ด้านความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

หลังการได้รับโปรแกรมการพัฒนาทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Mean = 12.67, S.D. = 1.42) มากกว่า

ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม (Mean = 9.61, S.D. = 1.66) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองสามารถพัฒนาให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเพิ่มขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากโปรแกรมพัฒนาทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองนี้ ใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

ประกอบ ด้วยการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential learning) ของตามแนวคิดของ Kolb<sup>12</sup> ซึ่งมีองค์ประกอบสำคัญ 4 ด้าน คือ ประสบการณ์ (Experience) ขึ้นการสะท้อนและอภิปราย (Reflection and Discussion) ขึ้นความคิดรวบยอด (Concept) และขึ้นการทดลอง/การประยุกต์แนวคิด (Experimentation/Application) และ 2) กระบวนการกลุ่ม (Group Process) ซึ่งกระบวนการเรียนรู้นี้ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์เดิมและได้รับการสร้างเสริมประสบการณ์ใหม่ โดยได้รับการกระตุ้นให้คิดแก้ปัญหาเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ซึ่งจะทำให้ผู้เรียนได้รับประสบการณ์ใหม่ๆ จากเพื่อนในกลุ่ม และมีการวิเคราะห์และสังเคราะห์สิ่งที่ได้เรียนรู้จากการสะท้อนคิดและอภิปรายจนได้ข้อสรุป เกิดองค์ความรู้ใหม่ที่ต่อยอดจากองค์ความรู้เดิม ซึ่งเป็นการเรียนรู้ที่ผู้เรียนมีความรับผิดชอบต่อการเรียนรู้ของตนเอง เป็นการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่จึงช่วยให้มีความเข้าใจและจดจำสอดคล้องกับงานวิจัยที่ทำการ ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และพบว่านักศึกษาพยาบาลมีความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเองมากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม<sup>11</sup> และมีการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการอบรมความรู้และทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขสตรีในชุมชน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมก่อนและหลังการอบรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>14</sup>

#### **ด้านเจตคติเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง**

หลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Mean = 4.53, S.D.=.25 ) มากกว่าก่อน

การเข้าร่วมโปรแกรม (Mean = 4.23, S.D. = .42) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการพัฒนาทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยใช้กระบวนการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติเพิ่มขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการจัดโปรแกรมการพัฒนาทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองในกิจกรรมที่ 1 ซึ่งเป็นการปรับเจตคติเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยการให้กลุ่มตัวอย่างได้แสดงความรู้สึกของตนเองเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม และให้สะท้อนความรู้สึกจากการควิทัศน์เรื่องสั้นเกี่ยวกับประสบการณ์การป่วยเป็นมะเร็งเต้านม ซึ่งเป็นเน้นประสบการณ์ด้านความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่าง และจากนั้นแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับกลุ่มเพื่อน ทำให้ได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็นและโต้แย้งอย่างเต็มที่ ผู้เรียนได้ข้อสรุปด้วยตนเองเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยผู้สอนกระตุ้นให้ผู้เรียนคิดและช่วยเพิ่มเติม เพื่อให้มีเจตคติที่ฝังแน่นมากขึ้น รวมถึงได้แจกคู่มือการตรวจเต้านมด้วยตนเองและให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกการตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน มีผลให้กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนเจตคติสูงขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ที่พบว่ากลุ่มทดลองเจตคติทางบวกเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม<sup>13</sup> และสอดคล้องกับการศึกษาจันจิรา ลีสว่าง และปาณิสรา ส่งวัฒนาวุฒิ ที่ศึกษาเปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ และทักษะในการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีพบว่ากลุ่มทดลองมีเจตคติเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม<sup>14</sup>

#### **ด้านทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง**

หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองของหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (Mean = 12.48, S.D. = 1.41) มากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม (Mean = 8.74,

S.D. = 1.97) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งเป็นผลมาจากโปรแกรมการพัฒนาทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่มีให้ความรู้แบบมีส่วนร่วมและกระบวนการกลุ่ม เปิดโอกาสให้รับผิดชอบต่อการเรียนรู้ด้วยตนเอง ลงมือปฏิบัติส่งเสริมให้เกิดความกระตือรือร้นฝึกแก้ปัญหาและการเรียนรู้จากผู้อื่น มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน การควิตทัศน์การตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีการสาธิตและฝึกปฏิบัติหลาย ๆ ครั้งทำให้เกิดทักษะในการตรวจเต้านมด้วยตนเองกับโมเดลหุ่นจำลอง โดยมีผู้วิจัยให้คำแนะนำทุกขั้นตอนของการปฏิบัติจนสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดทักษะในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และมีคู่มือการตรวจเต้านมด้วยตนเองสำหรับฝึกทบทวนความรู้ มีการใช้โมเดลหุ่นจำลองเต้านมฝึกปฏิบัติช่วยให้กลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้และลงมือฝึกปฏิบัติได้เสมือนจริงสร้างความมั่นใจ กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างคิดแก้ปัญหา ซึ่งเป็นวิธีการเรียนรู้จากการกระทำ (Learning by Doing) ซึ่งเป็นพื้นฐานการพัฒนากระบวนการเรียนรู้ที่ดึงความสามารถจากผู้เรียนออกมาร่วมกับการเรียนรู้จนเกิดทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพิ่มมากขึ้นสอดคล้องกับผลการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการอบรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุข ผลการวิจัยพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่างหลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05<sup>13</sup> การเรียนรู้จากประสบการณ์คือกระบวนการสร้างความรู้ทักษะ และเจตคติด้วยการนำเอาประสบการณ์เดิมของผู้เรียนมาบูรณาการเพื่อสร้างการเรียนรู้ใหม่ๆ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ เจตคติ และทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพิ่มมากขึ้นหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองสอดคล้องกับการศึกษา ของ แสงดาว ถิ่นหารวงษ์ ที่ศึกษาถึงการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยใช้รูปแบบการเรียนรู้ด้วยตนเอง เกิดการแสดงความคิดเห็น ฝึก

ปฏิบัติเพื่อวางแผนกิจกรรม การเปิดโอกาสให้ผู้เรียนเชื่อมโยงประสบการณ์เดิมกับความรู้ใหม่ มีส่วนร่วมในการอภิปรายประเด็นปัญหาภายหลังจากศึกษากระบวนการเหล่านี้เป็นการพัฒนาด้านพุทธิพิสัย จิตพิสัยและทักษะพิสัย<sup>15</sup>

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าโปรแกรมพัฒนาทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองสามารถนำมาใช้ในการฝึกนักศึกษาพยาบาลเรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และเป็นแนวทางสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในด้านการส่งเสริมสุขภาพและอาสาสมัครสาธารณสุขในการสอนการตรวจเต้านมด้วยตนเองต่อไป

### ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการสร้างความตระหนักแก่นักศึกษาพยาบาลให้เห็นความสำคัญของการตรวจเต้านมด้วยตนเองเนื่องจากผลวิจัยที่พบว่านักศึกษาพยาบาลที่ไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเองส่วนมากมีสาเหตุมาจากไม่รู้วิธีการตรวจหรือตรวจไม่เป็น และยังมีนักศึกษาที่ไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเองเพราะไม่เห็นความจำเป็นในการตรวจและไม่มีอาการผิดปกติ

2. โปรแกรมพัฒนาทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองนี้สามารถนำมาใช้กับนักศึกษาพยาบาลในการตรวจเต้านมด้วยตนเองและใช้เป็นแนวทางสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในด้านการส่งเสริมสุขภาพและอาสาสมัครสาธารณสุขนำไปใช้การสอนการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีได้

3. การใช้โมเดลเต้านมที่คล้ายจริงเป็นสื่อการสอนการตรวจเต้านมด้วยตนเองช่วยให้นักศึกษาพยาบาลมีความสนใจ กระตือรือร้นที่จะเรียนรู้ ช่วยให้เข้าใจวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองมากขึ้นและได้ทดลองลงมือฝึกปฏิบัติจริงกับหุ่นซึ่งส่งเสริมให้เกิดทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองในนักศึกษาพยาบาลได้ดียิ่งขึ้น



## ผลประโยชน์ทับซ้อน

บทความวิจัยนี้ไม่เคยตีพิมพ์ที่ใดมาก่อนและผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนราชนบุรี เลขที่ 008/2562

## กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาค้นคว้านี้ได้รับทุนสนับสนุนจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนราชนบุรี สถาบันพระบรมราชชนก ขอขอบคุณนักศึกษพยาบาลรุ่น 35 และอาจารย์ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน

## REFERENCES

1. World Health Organization. (2019). Breast Cancer: Diagnosis–Screening. [Internet]. [cited 2019/12/23]. Available from: <https://www.who.int/cancer/prevention/diagnosis-screening/breast-cancer/en/>.
2. National Cancer Institute. Hospital Cancer Registration, 2018. Bangkok: Newthammada Limited Printing, National Cancer Institute 2019. (in Thai).
3. American Cancer Society [Internet]. Breast Cancer Survival Rates. [cite 2019 /12/2]. Available from :<https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/understanding-a-breast-cancer-diagnosis/breast-cancer-survival-rates.html>.
4. Didarloo, A., Nabilou, B., & Khalkhali, R. Psychosocial Predictors of Breast Self-Examination Behavior among Female Students: an Application of the Health Belief Model Using Logistic Regression. BMC Public Health. 2017; 17(861): 1–8.
5. Latif, R. Knowledge and Attitudes of Saudi Female Students towards Breast Cancer: A Cross Sectional Study. Journal of Taibah University Medical Sciences, 2014; 9(4): 328–334.
6. Lavdaniti, M. Perceptions and Health Beliefs of Greek Nursing Students about Breast Self-Examination: A Descriptive Study. Journal of Nursing Practice, 2015; 21(6): 882–888.
7. Chinpattanawongsa, A. & Suwanpatikorn, K. Relationship Studies During the Benefit Awareness Perception, Obstacle, and Cognitive Ability and Behavior Self-Examination of Nursing Students. Public Health Journal. 2014; 28(3): 14–26. (in Thai).
8. Tiangkamol C, Wutikul Y, Throrungraung A. Relationships between Personal Factors, Belief of Health and Breast-Self Examination Behaviors of Nursing Student in the Police Nursing College Journal of Police Nursing. 2009 ;1(1): 99–112. (in Thai).
9. Jiteure, S., Chantawong, C., Krungkripetch, N. Effects of Motivation Program on Breast Self Examination of Early Adult Females in Khlung Municipality, Khlung District, Chanthaburi Province. Journal of Prapokklao Hospital Clinic Medical Education Center. 2017; 34 (1): 40–53. (in Thai).
11. Wiriya-alongkorn, W., et al. Effects of Breast-Examination Acquisition Program on Knowledge, Attitude and Accuracy of Practice of Breast Self-Examination among Female Village Health Volunteers in Wangchan District, Rayong Province. Thammasat Medical Journal. 2015; 15(2): 282–290. (in Thai).

11. Nunyhakaew, K., et al. Results of Support and Education Programs to Knowledge and Behavior Breast Self-examination in Nursing Students Phayao University. *Thai Journal of Nursing Council*. 2016; 31(2). 69–80. (in Thai).
12. Kolb AY, Kolb D. Learning Style and Learning Spaces: Enhancing Experimental Learning in Higher Education. *Acad Manag Learn Edu J*.2005; 4(2):193–212.
13. Wutticha, P., Rachakit N., and Maiarint, R. Evaluation of Breast Self-Examination among Eomen in Chiangrai Province in BSE Program to Continue the Desire of the Royal Grandmother. *Chiangrai Medical journal*. 2017; 9(1): 56–70. (in Thai).
14. Wiriya-alongkorn, W., et al. Effects of Breast-examination Acquisition Program on Knowledge, Attitude and Accuracy of Practice of Breast Self-examination among Female Village Health Volunteers in Wangchan District, Rayong Province. *Thammasat Medical Journal*. 2015; 15(2): 282–290. (in Thai).
15. Thinhanwong, S. Participatory Learning: From Theory to Practice in Children’s Literature Course. *Faculty of Humanities and Social Science*. 2015; 17(1): 1–11.



# ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการรับรู้ทักษะ การดูแลผู้ป่วยปลอดภัยของพยาบาลสี่เหล่า

## The Association between Knowledge, Attitude, and Perception of Patient Safety Skills of the Armed Forces Nurses

วัชรภรณ์ เปาโรหิตย์\* จิรภิญญา คำนธ์น์\*\*

ศุภิกา มาลาฝอย\*\* จตุพร เฉลิมเรืองรอง\*\*

Watcharaporn Paorohit\* Jirapinya Khamrath\*\*

Supisa Malafoay\*\* Jatuporn Charermrueangrong\*\*

Received : 26/6/63

Revised : 18/11/63

Accepted : 22/11/63

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติและการรับรู้ทักษะการดูแลผู้ป่วยปลอดภัยของพยาบาลสี่เหล่ากลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลทหารและพยาบาลตำรวจ จำนวน 1,079 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่แบบสอบถามความรู้ เจตคติ และการรับรู้ทักษะการดูแลผู้ป่วยปลอดภัยมีค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.68(KR-20) 0.87 และ 0.92 (Chronbach's alpha coefficient) ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าสถิติจำนวนร้อยละและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

**ผลการวิจัย** พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับเจตคติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความรู้มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการรับรู้ทักษะการดูแลผู้ป่วยปลอดภัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเจตคติและการรับรู้ทักษะการดูแลผู้ป่วยปลอดภัยมีความสัมพันธ์ในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.14, p < 0.01, r = 0.17, p < 0.01, = 0.64, p < 0.01$ ) ตามลำดับ

**สรุป** ผลการศึกษาสามารถใช้เป็นข้อมูลสำหรับการพัฒนาโปรแกรมการเพิ่มพูนความรู้ เจตคติ และทักษะการดูแลผู้ป่วยปลอดภัย เพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้ป่วยปลอดภัยได้อย่างเหมาะสมสำหรับพยาบาลวิชาชีพ

**คำสำคัญ:** ความรู้ เจตคติ การรับรู้ทักษะการดูแลผู้ป่วยปลอดภัย

\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ

\* Assistant Professor, Royal Thai Air Force Nursing College

\*\* อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ

\*\* Nurse InSTRUCTOR, Royal Thai Air Force Nursing College

## Abstract

This descriptive research aimed to examine the association between knowledge, attitude and perception of patient safety skills of the Armed Forces nurses. One thousand and seventy nine military nurses and police nurses were recruited by stratified random sampling method. Research instruments consisted of patient safety knowledge attitude and perception of patient safety skills questionnaire which reliability were 0.68 (KR-20) 0.87 and 0.92 (Chronbach' alpha coefficient) respectively. Data were analysed by frequency, percentage, and Pearson Product Moment Correlation Coefficient.

**The result** of the association between knowledge and attitude, knowledge and perception of patient safety skills, attitude and perception of patient safety skills were positively correlated ( $r = 0.14$ ,  $p < 0.01$ ,  $r = 0.17$ ,  $p < 0.01$ ,  $r = 0.64$ ,  $p < 0.01$ ) consequently.

**The results** of this study provided information to develop a program enhancing knowledge, attitude and skill of patient safety to promote a patient safety care for professional nurses appropriately.

**Conclude** The results of this study could be used as information for the development of programs for enhancing knowledge, attitudes and skills in patient safety. To promote the ability to provide appropriate safe patient care for registered nurses.

**Keywords:** Knowledge, Attitude, Perception of patient safety skills

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นพื้นฐานสำคัญในการให้บริการด้านสุขภาพ และให้สถานบริการร่วมกันกำหนดมาตรฐานและแนวทางในการดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัยเนื่องจากมีผู้ป่วยจำนวนมากหลายรายได้รับผลกระทบจากความผิดพลาดในการรักษาพยาบาลทำให้เกิดอาการที่ไม่พึงประสงค์ และอันตรายที่รุนแรงอย่างไม่ตั้งใจ มีผู้รับบริการได้รับการรักษาพยาบาลที่ไม่ปลอดภัยจำนวนมากจากรายงานขององค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 2017 พบการเสียชีวิตประมาณ 1,263 ราย พิการ 356 ราย และบาดเจ็บ 646 ราย ทำให้รัฐต้องสูญเสียเงินเพื่อชดเชยเป็นจำนวนมาก<sup>1</sup>

ในปี พ.ศ. 2560 ประเทศไทยมีการจัดทำรายงานผลการร้องเรียนการบริการของผู้ป่วยผ่านสายด่วน สปสช. 1330 และสรุปการจ่ายเงินชดเชยกรณีที่ได้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่ามีผู้ร้องเรียนทั้งสิ้น 823 คน ได้รับการชดเชย 661 คน และได้รับเงินชดเชยทั้งสิ้น 160.01 ล้านบาท ส่วนใหญ่เป็นการชดเชยกรณีเสียชีวิตและทุพพลภาพถาวร 324 คน (ร้อยละ 49.02) เป็นเงิน 116.01 ล้านบาท รองลงมาคือบาดเจ็บและเจ็บป่วยต่อเนื่อง 253 คน (ร้อยละ 38.28) เป็นเงิน 18.30 ล้านบาท และสูญเสียอวัยวะพิการ 84 คน (ร้อยละ 12.71) เป็นเงิน 18.23 ล้านบาท<sup>2</sup> ดังนั้นในการปฏิบัติการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย พยาบาลต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญเพื่อป้องกันความผิดพลาดและเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ (Adverse Event) และสร้างความมั่นใจให้ผู้รับบริการตามมาตรฐานและจริยธรรมแห่งวิชาชีพโดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือได้รับอันตรายใดๆ และความคาดหวังที่สำคัญของผู้ป่วยและญาติเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลคือความปลอดภัย<sup>3</sup>

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการรับรู้ทักษะด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย ในนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ ชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ พบว่าเจตคติและการรับรู้ทักษะด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนความรู้ไม่สัมพันธ์กับเจตคติและการรับรู้ทักษะด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย<sup>4</sup> และการศึกษาความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ในพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน 7 แห่งในจังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่า ความรู้ ทัศนคติความปลอดภัยของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย<sup>5</sup> นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า พบว่าคะแนนความรู้ และการปฏิบัติงานในด้าน Patient Care Process มีความสัมพันธ์กัน และคะแนนความรู้ด้าน Patient Care Goal ตามหลัก SIMPLE มีความสัมพันธ์กับคะแนนการปฏิบัติรวม Patient Care Goal<sup>6</sup>

จากรายงานปฏิบัติการความเสี่ยงของกลุ่มงานพยาบาลโรงพยาบาลตำรวจประจำปี พ.ศ. 2561 มีประเด็นที่รายงานมากที่สุด ในเรื่องการสื่อสารเพื่อการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดพลาด ไม่ครบถ้วน จำนวน 1,475 ครั้ง รองลงมาเป็นสิ่งส่งตรวจผิดชนิด Container ไม่ตรงกับใบส่งตรวจ ไม่เพียงพอหรือมีสภาพไม่พร้อมตรวจ ไม่ครบจำนวน 434 ครั้ง และเกิดปัญหาด้านการควบคุมการใช้ทรัพยากร เช่น การจัดสรรไม่เหมาะสม ใช้ไม่คุ้ม ไม่ถูกต้องตามมาตรฐาน บุคลากรไม่ปฏิบัติตามข้อกำหนด ขาดทักษะการในการปฏิบัติจำนวน 175 ครั้ง<sup>7</sup> จากอุบัติการณ์ดังกล่าวมีโอกาสเกิดขึ้นในโรงพยาบาลต่างๆ รวมถึงโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ซึ่งอาจ

จะส่งผลให้เกิดความสูญเสียโดยตรงต่อผู้ป่วยและญาติ ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากความผิดพลาด รวมทั้งความน่าเชื่อถือ และชื่อเสียงของโรงพยาบาล และอาจต้องเผชิญปัญหาด้านกฎหมายและจริยธรรม การเกิดอุบัติเหตุจากรายงานสะท้อนให้เห็นถึง ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย เจตคติต่อการดูแลผู้ป่วยที่คำนึงถึงความปลอดภัยเป็นหลัก และทักษะด้านการดูแลความปลอดภัยผู้ป่วย<sup>7</sup> การส่งเสริมความปลอดภัยการป้องกันความผิดพลาดและเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ จึงเป็นเป้า หมายสำคัญในการให้บริการสุขภาพ เพื่อสร้างความมั่นใจว่า ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาพยาบาลตามมาตรฐานภายใต้จริยธรรมแห่งวิชาชีพ การพยาบาล<sup>3</sup> โดยลักษณะการทำงานของพยาบาล สี่เหล่ามีสิ่งที่คล้ายคลึงกันมีระบบการให้บริการที่เน้นการให้บริการแก่ข้าราชการแต่ละเหล่าเป็นหลักและประชาชนทั่วไปซึ่งจัดเป็นงานบริการผู้ป่วยตามปกติ และยังมีส่วนด้านยุทธศาสตร์ที่บางครั้งมีความเร่งรีบและสับสนเสี่ยงต่อความผิดพลาด

การส่งเสริมความปลอดภัย เป็นเป้าหมายสำคัญที่พยาบาลทุกเหล่าที่ต้องตระหนักถึงความสำคัญและต้อง มีความรู้ความชำนาญในการให้การพยาบาลโดยมีเป้าหมายคือผู้ป่วยได้รับการบริการที่มีคุณภาพ และปลอดภัยเป็นสำคัญ การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการรับรู้ทักษะการดูแลผู้ป่วยปลอดภัย โดยใช้แนวคิดของ Singh and Malaviya<sup>8</sup> ที่อธิบายว่าความรู้และเจตคติมีความสัมพันธ์กัน ความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมปฏิบัติ เจตคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมปฏิบัติ โดยทำการศึกษาในพยาบาลทั้งสี่เหล่าที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ในสังกัดกระทรวงกลาโหมและสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ทั้งนี้เพื่อนำผล การศึกษามาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาความรู้ การเสริมสร้างเจตคติที่ดี และเพื่อส่งเสริมการให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย

## คำถามการวิจัย

1. ความรู้มีความสัมพันธ์กับเจตคติการดูแลผู้ป่วยปลอดภัยหรือไม่
2. ความรู้มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ทักษะการดูแลผู้ป่วยปลอดภัยหรือไม่
3. เจตคติมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ทักษะการดูแลผู้ป่วยปลอดภัยหรือไม่

## วัตถุประสงค์การวิจัย

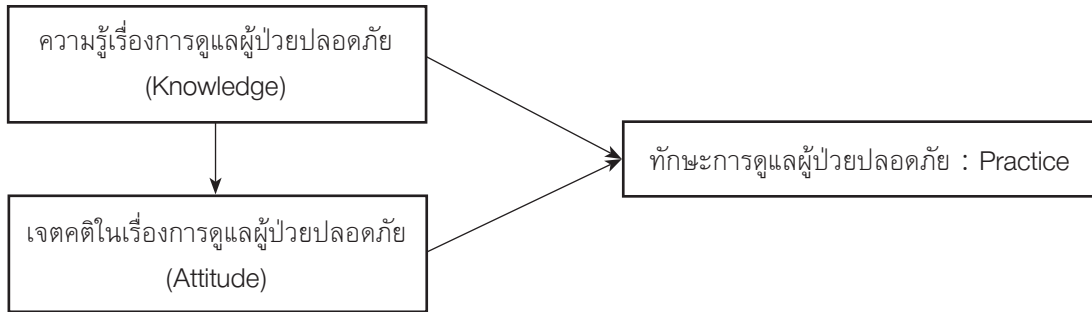
1. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับเจตคติการดูแลผู้ป่วยปลอดภัยของพยาบาลสี่เหล่า
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับการรับรู้ทักษะการดูแลผู้ป่วยปลอดภัยของพยาบาลสี่เหล่า
3. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติกับการรับรู้ทักษะการดูแลผู้ป่วยปลอดภัยของพยาบาลสี่เหล่า

## สมมุติฐานของงานวิจัย

1. ความรู้มีความสัมพันธ์กับเจตคติการดูแลผู้ป่วยปลอดภัย
2. ความรู้มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ทักษะการดูแลผู้ป่วยปลอดภัย
3. เจตคติมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ทักษะการดูแลผู้ป่วยปลอดภัย

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดของ Singh and Malaviya<sup>8</sup> ที่ได้อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และพฤติกรรม ว่า ความรู้ (Knowledge) ส่งผลให้เกิดเจตคติ (Attitude) ซึ่งส่งผลให้เกิดพฤติกรรมปฏิบัติ (Practice) โดยมีทัศนคติเป็นตัวกลางที่ส่งผลให้เกิดความรู้และการปฏิบัติ นั่นคือทัศนคติจะเกิดจากความรู้ที่มีอยู่ และการปฏิบัติจะแสดงออกไปตามทัศนคตินั้นๆ ดังภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

## วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research)

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลทหารและพยาบาลตำรวจ ที่ปฏิบัติงานกับผู้ป่วยของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช และโรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 3,019 คน

**กลุ่มตัวอย่าง** คือพยาบาลทหารบก พยาบาลทหารเรือ พยาบาลทหารอากาศและพยาบาลตำรวจ ในระดับพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือนนับถึงวันเก็บข้อมูล เป็นผู้ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้น 1 ที่ยังไม่หมดอายุ ของโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของ ทาโร ยามาเน่ (Yamane's Formula) จากประชากรทั้งหมด 3,019 คน กำหนดความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 2 ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ได้ขนาดตัวอย่าง 1,366 คน การสุ่มตัวอย่างเป็นแบบแบ่งชั้น ตามสัดส่วนของจำนวนพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแต่ละโรงพยาบาล พยาบาลทหารบก 864 คน สุ่มตัวอย่างได้ 391 คน พยาบาลทหารเรือ 750 คน สุ่มตัวอย่างได้ 339 คน พยาบาลทหารอากาศ 720 คน สุ่มตัวอย่างได้ 326 คน พยาบาลตำรวจ 685 คน

สุ่มตัวอย่างได้ 310 คน เมื่อได้จำนวนตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาล ได้ดำเนินการสุ่มหอดูผู้ป่วยใน และแผนกผู้ป่วยนอก คำนวณสัดส่วนของแต่ละหอดูผู้ป่วยในและแผนกผู้ป่วยนอกตามสัดส่วน

การเลือกตัวอย่าง เลือกแบบเจาะจง มีเกณฑ์คัดเข้า คือ เป็นพยาบาลระดับพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือนนับถึงวันเก็บข้อมูล มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้น 1 ที่ยังไม่หมดอายุ และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย เกณฑ์คัดออก คือ พยาบาลระดับต่ำกว่าวิชาชีพ ปฏิบัติงานน้อยกว่า 6 เดือนนับถึงวันเก็บข้อมูล ไม่มีใบประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้น 1 ตอบแบบประเมินไม่ครบถ้วน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามขึ้นเองโดยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างถามเกี่ยวกับ เหล่าทัพที่สังกัด เพศ อายุ และประสบการณ์การทำงาน

2. แบบสอบถามความรู้การดูแลผู้ป่วยปลอดภัย จำนวน 17 ข้อ ลักษณะเป็นคำถามแบบเลือกตอบ ถูก/ผิด มีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ตอบถูก

ได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ มีความรู้ระดับที่ควรปรับปรุงได้คะแนน 0-10 คะแนน มีความรู้ระดับพอใช้ ได้คะแนน 11-12 คะแนน มีความรู้ระดับดี ได้คะแนน 13-14 คะแนน และมีความรู้ในระดับดีมากได้คะแนน 15-17 คะแนน

3. แบบสอบถามเจตคติการดูแลผู้ป่วยปลอดภัย จำนวน 26 ข้อ เป็นเจตคติเชิงลบ 5 ข้อ และเจตคติเชิงบวก 21 ข้อ คำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ได้แก่ เจตคติเชิงบวก มากที่สุด = 4 คะแนน มาก = 3 คะแนน ปานกลาง = 2 คะแนน และน้อย = 1 คะแนน ในส่วนของเจตคติเชิงลบมากที่สุด = 1 คะแนน มาก = 2 คะแนน ปานกลาง = 3 คะแนน และน้อย = 4 คะแนน เกณฑ์ การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ เจตคติในระดับที่ควรปรับปรุงคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่า 2.50 เจตคติในระดับพอใช้คะแนนเฉลี่ย 2.50-2.99 เจตคติในระดับดีคะแนนเฉลี่ย 3.00-3.49 และเจตคติในระดับดีมากคะแนนเฉลี่ย 3.50 ขึ้นไป

4. แบบสอบถามการรับรู้ด้านทักษะการดูแลผู้ป่วยปลอดภัย จำนวน 30 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด = 4 คะแนน มาก = 3 คะแนน ปานกลาง = 2 คะแนน และน้อย = 1 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ การรับรู้ทักษะการดูแลผู้ป่วยปลอดภัยในระดับที่ควรปรับปรุงเฉลี่ยน้อยกว่า 2.50 ระดับพอใช้คะแนนเฉลี่ย 2.50-2.99 ระดับดีคะแนนเฉลี่ย 3.00-3.49 และระดับดีมากคะแนนเฉลี่ย 3.50 ขึ้นไป

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

คณะผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามความรู้การดูแลผู้ป่วยปลอดภัย และแบบสอบถามเจตคติการดูแลผู้ป่วยปลอดภัย และ

แบบสอบถามการรับรู้ด้านทักษะการดูแลผู้ป่วยปลอดภัย ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน วิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) กำหนดค่าที่ยอมรับได้ เท่ากับ .8 ขึ้นไป ได้ค่าอยู่ระหว่าง 0.82, 0.85 และ 0.83 ตามลำดับ และได้นำเครื่องมือไปหาความเที่ยง (Reliability) จากพยาบาลทุกเหล่า เหล่าละ 10 คน รวม 40 คน และหลังจากนั้นนำแบบสอบถามมาคำนวณหาความเที่ยง แบบสอบถามความรู้การดูแลผู้ป่วยปลอดภัย ใช้ สูตร KR-20 ได้ค่าความเที่ยง 0.68 แบบสอบถามเจตคติการดูแลผู้ป่วยปลอดภัยและแบบสอบถามการรับรู้ด้านทักษะการดูแลผู้ป่วยปลอดภัย หาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่า 0.87 และ 0.92 ตามลำดับ

### จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ เลขที่รับรอง IRB. No.133/61 ลงวันที่ 11 ตุลาคม 2561 ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนก และหัวหน้าหอผู้ป่วย และกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย การดำเนินการวิจัย ซึ่งแจ้งการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถหยุด หรือปฏิเสธและขอออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา และการวิจัยนี้คำนึงถึงความถูกต้อง สิทธิประโยชน์ และความเท่าเทียมกันของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลของผู้ตอบแบบสอบถามจะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อ นามสกุล และการนำเสนอผลการวิจัยเป็นไปในภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมได้ให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย (Consented Form)



## การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว คณะผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือ พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล/หัวหน้ากลุ่มงาน/ผู้อำนวยการกองการพยาบาลเพื่อขอเก็บข้อมูล คณะผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยนำแบบสอบถามใส่ซองปิดผนึก แล้วเข้าพบหัวหน้าแผนกและหัวหน้าหอผู้ป่วย อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม เมื่อทำแบบสอบถามครบ ให้ใส่ซองปิดผนึกส่งคืนคณะผู้วิจัยภายใน 1 สัปดาห์

## การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลระดับความรู้ เจตคติ และการรับรู้ทักษะการดูแลผู้ป่วยปลอดภัย วิเคราะห์โดยใช้สถิติ

เชิงพรรณนา แสดงจำนวน และร้อยละ ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการรับรู้ทักษะการดูแลผู้ป่วยปลอดภัย โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient)

## ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลกองทัพอากาศ (ร้อยละ 22.24) พยาบาลตำรวจ (ร้อยละ 25.67) พยาบาลกองทัพบก 279 คน (ร้อยละ 25.86) พยาบาลกองทัพเรือ 283 คน (ร้อยละ 26.23) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 1055 คน (ร้อยละ 97.76) ประสบการณ์ทำงานส่วนมากอยู่ระหว่าง 1-10 ปี (ร้อยละ 56.17) รองลงมา มีประสบการณ์การทำงาน 11-20 ปี (ร้อยละ 22.98) น้อยที่สุดมีประสบการณ์การทำงาน 31 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 3.33) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลสี่เหล่า (n = 1079)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>เหล่าทัพ</b>		
- กองทัพอากาศ	240	22.24
- ตำรวจ	277	25.67
- กองทัพบก	279	25.86
- กองทัพเรือ	283	26.23
<b>เพศ</b>		
- ชาย	24	2.24
- หญิง	1055	97.76
<b>ประสบการณ์ทำงาน</b>		
- 1-10 ปี	606	56.17
- 11-20 ปี	248	22.98
- 21-30 ปี	189	17.52
- 31 ปี ขึ้นไป	36	3.33

ระดับความรู้ เจตคติ และ การรับรู้ทักษะการดูแลผู้ป่วยปลอดภัยของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าน้อยกว่าครึ่งมีความรู้ดี (ร้อยละ 40.80) รองลงมาอยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 32.20) ด้านเจตคติ น้อยกว่าครึ่งมีทัศนคติในระดับดีมาก (ร้อยละ 47.60) รองลงมา

ทัศนคติในระดับดี (ร้อยละ 40.40) ด้านการรับรู้ทักษะการดูแลผู้ป่วยปลอดภัยเกินกว่าครึ่ง อยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 61.63) รองลงมาคือระดับดี (ร้อยละ 31) ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ระดับความรู้ เจตคติ และ การรับรู้ทักษะการดูแลผู้ป่วยปลอดภัยของกลุ่มตัวอย่าง (n = 1079)

ตัวแปร	ระดับ			
	ดีมาก จำนวน(ร้อยละ)	ดี จำนวน(ร้อยละ)	พอใช้ จำนวน(ร้อยละ)	ควรปรับปรุง จำนวน(ร้อยละ)
ความรู้	217( 20.00)	440 (40.80)	347 (32.20)	75(7.00)
เจตคติ	436(40.40)	514 (47.60)	123(11.40)	6(0.60)
การรับรู้ทักษะการดูแลผู้ป่วยปลอดภัย	665 (61.63)	335( 31.04)	75 (6.95)	4(0.38)

ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ เจตคติ และการรับรู้ทักษะการดูแลผู้ป่วยปลอดภัยของพยาบาลสี่เหล่า พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับเจตคติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ( $r = 0.14$ ,  $p < 0.01$ ) ความรู้มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการ

รับรู้ทักษะการดูแลผู้ป่วยปลอดภัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ( $r = 0.17$ ,  $p < 0.01$ ) เจตคติและการรับรู้ทักษะการดูแลผู้ป่วยปลอดภัยมีความสัมพันธ์ในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ( $r = 0.64$ ,  $p < 0.01$ ) ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ เจตคติ และ การรับรู้ทักษะการดูแลผู้ป่วยปลอดภัยของพยาบาลสี่เหล่า (n = 1079)

ตัวแปร	ความรู้	เจตคติ	การรับรู้ทักษะการดูแลผู้ป่วยปลอดภัย
ความรู้	$r = 1.00$		
เจตคติ	$r = 0.14^{**}$	$r = 1.00$	$r = 1.00$
การรับรู้ทักษะการดูแลผู้ป่วยปลอดภัย	$r = 0.17^{**}$	$r = 0.64^{**}$	

\*\* P value < .01

## อภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีความรู้การดูแลผู้ป่วยปลอดภัยระดับดี (ร้อยละ 40.80) รองลงมาคือระดับพอใช้ (ร้อยละ 32.20) เนื่องจากโรงพยาบาลทั้งสี่เหล่านี้เป็นสถานพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล การผ่านการรับรองได้นั้น ต้องปฏิบัติตามข้อกำหนดของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ที่มีหลักเกณฑ์สำคัญคือ คุณภาพและมาตรฐานในการดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัยสูงสุดทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ จึงต้องมีการอบรมให้ความรู้ตามหลักเกณฑ์ของการดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัย (Patient Safety) ไปยังพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน เพื่อให้เข้าใจหลักเกณฑ์การประกันคุณภาพและการบริการ<sup>6</sup> โดยมีเข็มมุ่งในการให้บริการคือความปลอดภัยของผู้รับบริการ โรงพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลทั้งสี่เหล่านี้ได้ผ่านการอบรมด้านการดูแลรักษาพยาบาลให้ผู้ป่วยปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอเพื่อใช้ความรู้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยปลอดภัย<sup>7</sup> นอกจากนี้โรงพยาบาลทั้งสี่เหล่านี้ได้พัฒนาความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยในรูปแบบต่างๆ เช่นการจัดกิจกรรม KM Day การส่งเสริมชุมชนนักปฏิบัติความรู้ดังกล่าวสามารถนำไปสู่การพัฒนาองค์กรให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ เพื่อเพิ่มพูนสมรรถนะในการปฏิบัติงานให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน<sup>6</sup> สืบเนื่องมาจากเข็มมุ่งในการให้บริการคือความปลอดภัยของผู้รับบริการ โรงพยาบาลทั้งสี่เหล่านี้จึง มีการจัดทำคู่มือมาตรฐานงานเรื่องผู้ป่วยปลอดภัยเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานในรูปแบบเอกสาร และ Electronic File เพื่อให้เกิดความสะดวกในการเรียนรู้ และเข้าถึงการให้ความรู้เรื่องผู้ป่วยปลอดภัยอย่างต่อเนื่องเป็นประจำทุกปี เช่น การจัดกิจกรรม CQI และ KM7ภายใต้การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ และคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลทั้งสี่เหล่านี้ มีการจัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องผู้ป่วยปลอดภัยให้กับพยาบาลวิชาชีพเริ่มตั้งแต่

การปฐมนิเทศซึ่งเป็นระยะเตรียมการก่อนปฏิบัติงานในบทบาทพยาบาลวิชาชีพ มีการทบทวนความรู้ภายใต้หลักการของความปลอดภัยผู้ป่วยสากล (International Patient Safety Goal) 6 เรื่อง ได้แก่การระบุตัวผู้ป่วยถูกต้อง การเพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสาร การพัฒนาระบบยาที่ต้องระมัดระวังสูงผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการผ่าตัด การล้างมืออย่างถูกวิธีเพื่อลดการติดเชื้อ และป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้รับบริการ<sup>7</sup> ด้วยเหตุผลที่ว่าความรู้เป็นพื้นฐานสำคัญที่ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย และเพื่อสร้างความมั่นใจในการรักษาพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยรวมทั้งการป้องกันความสูญเสียที่จะเกิดขึ้น<sup>9</sup> และผลการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่าเมื่อวิเคราะห์รายชื่อความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยปลอดภัยส่วนใหญ่ในกลุ่มตัวอย่างได้คะแนนมากคือ ความร่วมมือระหว่างบุคลากรที่มีสุขภาพมีผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ร้อยละ 99.80 ความพยายามในการพัฒนาคุณภาพการดูแลอย่างเป็นระบบส่งผลให้เกิดความปลอดภัย ร้อยละ 99.40 การทำงานร่วมกันเป็นทีมทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างปลอดภัยมากกว่าการแก้ปัญหาด้วยตัวเองเพียงลำพัง ร้อยละ 99.00 ข้อความที่ตอบถูกน้อยคือ ความรู้เรื่องการผูกมัดผู้ป่วย ร้อยละ 53.80 การสังเกตอาการผิดปกติระหว่างการให้เลือด ร้อยละ 56.30 และการเตรียมอิพิเนพรีน ร้อยละ 57.00 ความรู้ที่ไม่เพียงพอในเรื่องดังกล่าวอาจส่งผลต่อการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้ จึงควรพัฒนาความรู้เรื่องดังกล่าวให้เพิ่มมากขึ้น

ด้านเจตคติการดูแลผู้ป่วยปลอดภัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีเจตคติระดับดี (ร้อยละ 47.60) รองลงมาคือเจตคติอยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 40.40) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากโรงพยาบาลทั้งสี่เหล่านี้ให้ความสำคัญในการสร้างเจตคติทางบวกต่อการดูแลผู้ป่วยปลอดภัยที่ขับเคลื่อนโดยคณะกรรมการจริยธรรมวิชาชีพการพยาบาล และคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

ด้วยการปลูกฝังเจตคติทางบวกที่เน้นผู้ป่วยปลอดภัย การใช้แบบอย่างจากพยาบาลต้นแบบ เช่น พยาบาลพี่เลี้ยง พยาบาลหัวหน้าเวร และพยาบาลที่มีประสบการณ์ระดับเชี่ยวชาญ เพื่อเป็นแบบอย่างในการส่งเสริมเจตคติทางบวกของกลุ่มตัวอย่างต่อการดูแลผู้ป่วยปลอดภัย ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากสาเหตุที่สามารถป้องกันได้ และไม่เกิดเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ระหว่างเข้ารับการรักษาพยาบาลทำให้พยาบาลเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ การให้ความสำคัญของความปลอดภัยผู้ป่วยด้วยการจัดระบบความปลอดภัยในการดูแลรักษาพยาบาล จะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการได้รับยาและการได้รับเลือดไม่พลัดตกหกหล่นไม่เกิดแผลกดทับไม่เกิดการติดเชื้อในโรงพยาบาลและผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง ผลลัพธ์ดังกล่าวมีความสำคัญต่อวิชาชีพพยาบาลทำให้วิชาชีพได้รับความไว้วางใจและได้รับการยอมรับจากสังคม<sup>7</sup> ผู้ป่วยและญาติเกิดความพึงพอใจและนำมาซึ่งชื่อเสียงที่ดีของโรงพยาบาล

ด้านการรับรู้ทักษะด้านการดูแลผู้ป่วยปลอดภัยส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 61.63) รองลงมาคือระดับดี (ร้อยละ 31.04) ทั้งนี้เนื่องมาจากโรงพยาบาลทั้งสี่เหล่ามีการกำกับการปฏิบัติการพยาบาลให้เป็นไปตามคู่มือมาตรฐานงานเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย มีการจัดทำแนวทางปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Practice Guideline) การกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพการปฏิบัติงานตามมาตรฐานความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพได้แก่การป้องกันการติดเชื้อจากการใส่สายสวนปัสสาวะการป้องกันการเกิดแผลกดทับการป้องกันการพลัดตกหกหล่นการป้องกันการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการบริหารยาการป้องกันการติดเชื้อจากการใส่ท่อช่วยหายใจและการสื่อสารระหว่างทีมสหวิชาชีพโดยใช้ SBAR (Situation Background Assessment Recommendation)<sup>7</sup> การออกแบบแนวปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย เน้นที่การป้องกันและการเฝ้าระวังเชิงรุก ทั้ง

ในระยะก่อนระหว่าง และหลังเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วย<sup>12</sup> มีการดูแลให้คำแนะนำตามแนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบภายใต้การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพและคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลทั้งสี่เหล่า

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับเจตคติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.14, p < 0.01$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับเจตคติการดูแลผู้ป่วยปลอดภัย แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ระดับดีที่เกี่ยวข้องกับการมีเจตคติที่ดีต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Singh and Malaviya ที่อธิบายว่าความรู้และเจตคติมีความสัมพันธ์กัน<sup>8</sup> การดูแลผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความปลอดภัยและป้องกันความผิดพลาดที่เกิดขึ้นจากการดูแลรักษาพยาบาลนั้นต้องอาศัยความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยปลอดภัยพร้อมด้วยการมีเจตคติที่ดีอันจะนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการส่งเสริมความปลอดภัยผู้ป่วยด้วยที่ดีและจากแนวคิดที่ว่าหากบุคคลมีความรู้ดี มีเจตคติที่ดี จะสามารถนำความรู้ความเข้าใจที่มีอยู่ไปใช้ได้อย่างเหมาะสมถูกต้องในการแก้ปัญหาต่างๆ ในสถานการณ์ใหม่ๆ ทำให้เกิดประโยชน์ในการพัฒนางาน<sup>7</sup> การป้องกันเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ (Adverse Event) ที่อาจเกิดขึ้นด้วยการส่งเสริมศักยภาพด้านความรู้จะทำให้พยาบาลซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติ งานด้านการดูแลผู้ป่วยได้เกิดการตระหนักในการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยปลอดภัย เนื่องจากพยาบาลใกล้ชิดกับผู้ป่วย 24 ชั่วโมง<sup>5</sup>

เจตคติและการรับรู้ทักษะด้านการดูแลผู้ป่วยปลอดภัยมีความสัมพันธ์ในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.64, p < 0.01$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ว่าเจตคติมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ทักษะการดูแลผู้ป่วยปลอดภัย แสดงให้เห็นว่า

กลุ่มตัวอย่างที่มีเจตคติระดับดีเกี่ยวข้องกับการรับรู้ทักษะด้านการดูแลผู้ป่วยปลอดภัย สันนิษฐานแนวคิดของ Singhand Malaviya<sup>8</sup> ที่อธิบายว่าเจตคติมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติ ก่อนที่บุคคลจะเกิดพฤติกรรมใดๆ ก็ตาม บุคคลนั้นจะต้องมีเจตคติเกี่ยวกับเรื่องนั้น แล้วจึงลงมือปฏิบัติ และผลการศึกษาที่สอดคล้องกับการศึกษากลุ่มตัวอย่างในพยาบาลตำรวจที่พบว่าเจตคติกับการรับรู้ทักษะทางการพยาบาลตามหลักการดูแลความปลอดภัยผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กันในเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.731$ ,  $p < .001$ )<sup>7</sup> สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมความปลอดภัยในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาที่พบว่าพยาบาลที่มีทัศนคติด้านความปลอดภัยในการทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.318$ ,  $p < .01$ )<sup>10</sup> และสอดคล้องกับการศึกษา ความรู้เจตคติ และการปฏิบัติของบุคลากรโรงพยาบาลพระปกเกล้าเรื่องหลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อที่พบว่าเจตคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตามหลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ (Standard Precaution)<sup>11</sup> และสันนิษฐานการ ศึกษาในนักเรียนพยาบาลทหารอากาศชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศที่พบว่าเจตคติและการรับรู้ทักษะด้านการดูแลผู้ป่วยปลอดภัยมีความสัมพันธ์ในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>4</sup>

ความรู้มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการรับรู้ทักษะด้านการดูแลผู้ป่วยปลอดภัย ( $r = 0.17$ ,  $p < 0.01$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ว่าความรู้มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ทักษะการดูแลผู้ป่วยปลอดภัย แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ระดับดี เกี่ยวข้องกับการนำความรู้ไปสู่การปฏิบัติที่ดีและสันนิษฐาน แนวคิดของ Singh and Malaviya<sup>8</sup> อธิบายว่าความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติ ก่อนที่บุคคลจะเกิดพฤติกรรมใดๆ ก็ตาม

บุคคลนั้นจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องนั้นก่อนแล้วจึงเกิดเป็นพฤติกรรมการปฏิบัติเรื่องนั้น ซึ่งผลการศึกษาที่สอดคล้องกับการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชา ชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสมเด็จพระนั่งเกล้าที่พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้าน Patient Care Process กับการปฏิบัติงานด้าน Patient Care Process พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>6</sup> และสอดคล้องกับการศึกษาในพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน 7 แห่งในจังหวัดเพชรบูรณ์ที่ศึกษาความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพบว่า ความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วย<sup>5</sup> และสอดคล้องกับการศึกษาของ AbuARub<sup>9</sup> ที่พบว่าความรู้ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย การพัฒนาความรู้เป็นกระบวนการที่ผ่านการเรียนรู้และสะสมเพิ่มพูนต่อเนื่อง จนเกิดเป็นประสบการณ์ที่ใช้เป็นแนวทางเพื่อการปฏิบัติ และยังมีการศึกษาที่เกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยที่พบว่าความปลอดภัยของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ของพยาบาลและการสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ร่วมกัน<sup>12</sup> การส่งเสริมทักษะความปลอดภัยให้ดียิ่งขึ้นนั้นทำได้โดยการออกแบบแนวปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยที่เน้นการป้องกันและการเฝ้าระวังเชิงรุก ทั้งในระยะก่อนระหว่าง และหลังเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วย<sup>12-13</sup> การพัฒนาและการส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วยด้วยการจัดการความรู้ และการปลูกจิตสำนึกให้บุคลากรตระหนักและเห็นความสำคัญของความปลอดภัยของผู้ป่วยและการสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ร่วมกัน<sup>14</sup> จะสามารถนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ดีซึ่งความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหัวใจสำคัญของการบริการสุขภาพความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่พึงปรารถนาสำหรับผู้ป่วยญาติและบุคลากรทางการ

แพทย์ทุกฝ่ายและเป็นที่ยอมรับให้เห็นถึงการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลที่ได้มาตรฐาน<sup>14-15</sup>

### ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์จากผลการศึกษาสามารถใช้เป็นข้อมูลสำหรับการเพิ่มพูนความรู้ เจตคติ และทักษะการดูแลผู้ป่วยปลอดภัย เพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้ป่วยปลอดภัยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดย 1) พัฒนาโปรแกรมการเพิ่มพูนความรู้ด้วยวิธีการที่หลากหลาย เช่น การสร้างสถานการณ์จำลอง การวิเคราะห์กรณีศึกษา เป็นต้น 2) ด้านเจตคติและการรับรู้ทักษะด้าน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย ควรมีการวิจัยต่อยอดในประเด็นเกี่ยวกับ 1) การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย 2) การพัฒนาตัวชี้วัดความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาล

### REFERENCES

1. World Health Organization. Patient Safety: Making Healthcare Safer. Geneva: World Health Organization; 2017.
2. Saeheng, L., & Nitirat, P. Retrospective Study of Prima Facie Complaints According to Section 57 and 59 of National Health Security Act, B.E. 2545 in Health Settings in the 6<sup>th</sup> Health Service Region. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Surin, 2018; 8(2): 1-11. (In Thai)
3. Phanthusat, N., & Thongyu, R. Nursing Practice Guidelines According to Patient Safety Standards. Thai Red Cross Nursing Journal, 2017; 10(2): 1-13. (In Thai)
4. Paorohit, W., Amornrattanathada, C., & Khamrath, J. The Relationships of Knowledge, Attitude and Perceive of Patient Safety Skill of the Senior Air Force Student Nurses, Royal Thai Air Force Nursing College. Journal of The Royal Thai Army Nurses, 2018; 19(2): 241-248. (In Thai)
5. Kaewsomee, S., Wattayu, N., & Suwannarop, N. Factor Related to Nursing Practice for Patient Safety OF Registered Nurses in Community Hospitals, Phetchabun Province. Journal of Nursing Science, Chulalongkorn University, 2017; 29(3): 101-112. (in Thai)
6. Thongtip, S., & Chalongsuk, R., Professional Nurse's Knowledge and Practice for Patient Safety Goal, (SIMPLE Indicator) at Pranangkla Hospital, Nonthaburi Province. Thai Bulletin of Pharmaceutical Science, 2015; 9(2), 18-31. (in Thai)
7. Huttakee, P., & Kaewsongk, P. The Relationship between the Knowledge, Attitude, and Perceived Nursing Skill Based on Patient Safety of Professional Nurses in Police General Hospital. Journal of The Royal Thai Army Nurses, 2019; 20(2): 360-369. (in Thai)
8. Singh, I.N. & Malaviya, A.N. Long Distance Truck Drivers in India: HIV Infection and Their Possible Role in Disseminating HIV into Rural Areas. International Journal of STD and AIDS, 1994; ( 5): 137-138.
9. AbuAlRub, R. F., & Abu Alhijaa, E. H. The Impact of Educational Interventions on Enhancing Perceptions of Patient Safety Culture Among Jordanian Senior Nurses. Nurses Forum, 2014, 49(2): 139-150.
10. Boonbumroe, S. Work safety behaviors of Nurse in Maharat Nakhon Ratchasima, Nakhon Ratchasima. The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima, 2014; 20(2): 82-92. (in Thai)

11. Napradit, A. Knowledge Attitudes and Practices of Standard Precaution among Personnel. Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center, 2016; 33(1): 6–19. (in Thai)
12. Jirapeat, V. & Jirapeat, K. Patient Safety Management: Concept, Process and Guideline for Clinical Safety Practice. Bangkok: Eleven colors, 2007. (in Thai)
13. Nantsupawat, R., Junmahasathien, S., Phumvitchuvate, L., Charuwatcharapaniskul, U., Chareansanti, J., Keitlernapha, P., & Sunthorn, V. Patient Safety Culture and Nursing outcome Professional Nurse in Northern RegionalH. Nursing Journal, 2012; 38(4): 9–11. ( in Thai)
14. Chaleoykitti S., Kamprow P., & Promdet S. Patient Safety and Quality of Nursing Service. Journal of the Royal Thai Army Nurses, 2017; 18(1): 94–103. (in Thai)
15. Thiangchanya, P., Peeravud, J., Thanapattaraporn, M., & Ramkeaw, K. Nurses' Role in Enhancing patient Engagement in Safety. Songklanagarind Journal of Nursing, 2016; 36(3): 247–260. (In Thai)



# ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครปฐม

## Factors Affecting the Performance of Medication Error Prevention of Sub-district Health Promoting Hospitals in Nakhon Pathom Province

อรอนงค์ สุขเสาร์\* นิตยา เพ็ญศิริินภา\*\* พรทิพย์ กิระพงษ์\*\*  
Onanong Suksao\* Nittaya Pensirinapa\*\* Phonthip Geerapong\*\*

Received : 25/5/63

Revised : 21/8/63

Accepted : 3/11/63

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้รับผิดชอบงานด้านยา ปัจจัยด้านโครงสร้าง ปัจจัยการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายในการดำเนินงานป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2) การดำเนินงานป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา และ 3) อิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านโครงสร้าง และปัจจัยการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายต่อการดำเนินงานป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครปฐม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่รับผิดชอบหลักด้านยาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แห่งละ 1 คน รวม 134 คน ในช่วงเดือนมิถุนายน 2562-กรกฎาคม 2562 เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับ ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามปัจจัยด้านโครงสร้าง แบบสอบถามเกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา และแบบสอบถามเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการดำเนินงานป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครปฐม การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณแบบขั้นตอน

**ผลการวิจัย** พบว่า 1) ผู้รับผิดชอบงานด้านยาอายุเฉลี่ย 41.78 ปี ส่วนมากเป็นพยาบาลวิชาชีพร้อยละ 39.6 ระยะเวลาที่รับผิดชอบงานด้านยาอยู่ระหว่าง 1-5 ปี ร้อยละ 41.8 จำนวนเจ้าหน้าที่ 4-6 คน ร้อยละ 47.8 และเคยได้รับการอบรมความรู้ในเรื่องความคลาดเคลื่อนทางยาในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 66.4 ปัจจัยด้านโครงสร้างและปัจจัยการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 3.83) และ

\* นักศึกษาสาขารัฐศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

\*\* รองศาสตราจารย์สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

\* Student of Master of Public Health Program Department of Health Sciences Sukhothai Thammathirat University

\*\* Associate Professor Department of Health Sciences Sukhothai Thammathirat University



(Mean = 3.65) 2) การดำเนินงานป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 3.98) และ 3) การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่าปัจจัยด้านโครงสร้าง และปัจจัยสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่าย สามารถร่วมกันทำนายการดำเนินงานป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ร้อยละ 54.1

**สรุป** โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้รับการสนับสนุนหรือพัฒนาในส่วนของปัจจัยด้านโครงสร้าง และปัจจัยการสนับสนุนจากแม่ข่ายมากขึ้นจะสามารถช่วยให้ผลการดำเนินงานป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาดีขึ้น

**คำสำคัญ:** การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

## Abstract

This study aimed: 1) to determine personal factors of pharmacy-related personnel, structural factors, and supportive factors from health-care network nodes or hospitals for preventing medication errors at sub-district health promoting hospitals; 2) to study the performance of medication error prevention; and 3) to explore the influence of personal factors, structural factors, and node-support factors on the prevention of medication errors at sub-district health promoting hospitals in Nakhon Pathom province. The study participants were all 134 pharmacy-related health personnel, 1 each of 134 sub-district health promoting hospitals in the province. Data collection was conducted in June and July 2019, using a questionnaire with the reliability values of 0.828, 0.813, and 0.916 for structural factors, supportive factors, and medication error prevention, respectively. Statistics used were frequency, percentage, mean, standard deviation, and stepwise multiple regression analysis.

**The results** showed that: 1) for all participants, the average age was 41.78 years; most of them were registered nurses (39.6%), had 1–5 years of pharmaceutical work experiences (41.8%), worked at a sub-district health promoting hospital with 4–6 health workers (47.8%), and had attended medication error training within the past year (66.4%); and overall, structural (Mean = 3.83) and node-support factors (Mean = 3.65) were at the high levels; 2) the performance of medication error prevention was at the high level; (Mean = 3.98); and 3) The study was analyzed by stepwise multiple regression analysis and found the relation between the structural and node-support factors could 54.1% predict the performance of medication error prevention at the sub-district hospitals.

Conclusion, sub-district health promotion hospitals received structural factors and node-support factors support in higher level will be improved in medication error prevention.

**Keywords:** Medication Error, Sub-District Health Promoting Hospitals

## ความเป็นมาของปัญหา

ความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication Error) เป็นปัญหาที่สำคัญของระบบบริการสุขภาพในส่วนของระบบยา ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยอาจนำไปสู่การใช้ยาที่ไม่เหมาะสม การไม่ได้รับประโยชน์จากการใช้ยา การเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วย เช่น ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น ทูพพลภาพและอาจถึงแก่ชีวิตได้ โดยความคลาดเคลื่อนทางยาจะพบได้ในขั้นตอนต่างๆของกระบวนการใช้ยา ได้แก่ ขั้นตอนการสั่งใช้ยา (Prescribing Error) ขั้นตอนการคัดลอกคำสั่งใช้ยา (Transcribing Error) ขั้นตอนการจ่ายยา (Dispensing Error) และขั้นตอนการให้ยา (Administration Error)<sup>1</sup>

จากการรายงานของ Institute of Medicine (IOM) ในปี ค.ศ. 1999 ในหัวข้อเรื่อง “To Err is Human: Building a Safer Health System” มีการรายงานว่าในประเทศสหรัฐอเมริกาผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากความคลาดเคลื่อนทางการแพทย์จำนวน 44,000-98,000 คนต่อปี ซึ่งยาเป็นสาเหตุหนึ่งที่เกิดจากความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้น โดยความคลาดเคลื่อนทางการแพทย์ที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เป็นเหตุการณ์ที่สามารถป้องกันได้ไม่ใช่เหตุสุดวิสัย<sup>2</sup> รวมทั้งในประเทศสวีเดนได้พบรายงานการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในหน่วยบริการปฐมภูมิร้อยละ 42 โดยสองในสามของความผิดพลาดเกิดจากการไม่ได้เขียนวัตถุประสงค์ของการรักษาลงไปในใบสั่งยาและร้อยละ 1 เกิดจากการเขียนขนาดยาผิดในสหราชอาณาจักรพบความคลาดเคลื่อนทางยาในการสั่งใช้ยา พบร้อยละ 12 ประเทศซาอุดีอาระเบีย พบว่ามีความผิดพลาดจากการสั่งใช้ยาน้อยกว่าหนึ่งในห้าของความผิดพลาดในหน่วยบริการปฐมภูมิ และในประเทศเม็กซิโกพบความผิดพลาดในใบสั่งยาร้อยละ 58 ซึ่งส่วนมากเกิดจากขนาดยาที่ผิดและวิธีการให้ยาที่ผิดร้อยละ 27.6<sup>3</sup> นอกจากนี้ พบว่าในประเทศอังกฤษและประเทศเวลส์

มีแนวโน้มการรายงานอุบัติการณ์ด้านยาระหว่างปี ค.ศ. 2005-2010 เพิ่มขึ้นในทุกปี โดยเป็นการรายงานอุบัติการณ์จากหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมด 44,952 รายงาน คิดเป็น ร้อยละ 8.5 ของอุบัติการณ์ด้านยาทั้งหมด<sup>4</sup> และการศึกษาในหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care) ของสหราชอาณาจักรพบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาสูงถึงร้อยละ 50 ซึ่งมักเกิดจากปัญหาในเรื่องการขาดการทบทวนใบสั่งยา การสื่อสารระหว่างทีมสหวิชาชีพ และปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย<sup>5</sup> ซึ่งจากข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยาในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีการศึกษาในประเทศต่างๆ สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาในหน่วยบริการปฐมภูมิ เนื่องจากหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นหน่วยบริการทางสุขภาพที่มีความใกล้ชิดกับชุมชนแต่บุคลากรส่วนใหญ่กลับไม่ได้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านยา ดังนั้นเพื่อความปลอดภัยในการใช้ยา การพัฒนารูปแบบการให้บริการ และการวางแผนทางในส่วนที่เกี่ยวข้องกับยาจึงมีความจำเป็นอย่างมาก

ในประเทศไทย มีการศึกษาการประเมินผลกระบวนการประสานรายการยาที่มีต่อความคลาดเคลื่อนทางยาผู้ป่วยนอกโรคเบาหวานจากหน่วยบริการปฐมภูมิ ณ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ในปี พ.ศ. 2556 พบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาก่อนดำเนินการร้อยละ 4.82<sup>6</sup> ในปี พ.ศ. 2557 มีการศึกษาการพัฒนาระบบบริการด้านยาเพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ณ หน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอผักไห่ จังหวัดอยุธยา พบว่า ก่อนดำเนินการพบความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นตอนการสั่งใช้ยาร้อยละ 12.3<sup>7</sup> และในปี พ.ศ. 2561 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ พบอุบัติการณ์ของความคลาดเคลื่อนทางยาทั้งหมด 41 ครั้งต่อรายใบสั่งยา<sup>8</sup>

จากข้อมูลอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาในหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศจะพบว่า ความคลาดเคลื่อนทางยาที่พบยังมีไม่มากและส่วนใหญ่เป็นความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นตอนการสั่งใช้ยา และไม่มีการรายงานอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาที่รุนแรงเลย แต่อย่างไรก็ตามความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นตอนการสั่งใช้ยาก็สามารถส่งผลให้เกิดอันตรายได้ ดังนั้นถ้ามีการป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในหน่วยบริการปฐมภูมิก็จะช่วยเพิ่มความปลอดภัยด้านยาแก่ผู้ป่วยได้มากขึ้น

จากนโยบายของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) ที่มุ่งเน้นการปรับโครงสร้างประเทศไทยไปสู่ประเทศไทย 4.0 การปฏิรูปด้านสาธารณสุขของประเทศไทยด้วยธรรมณูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2559) โดยวางกรอบแผนด้านสาธารณสุขในระยะ 20 ปี เพื่อวางรากฐานของระบบสุขภาพให้เข้มแข็ง และให้ความสำคัญกับการอภิบาลระบบสุขภาพให้ยั่งยืน ลดความเหลื่อมล้ำ จัดระบบบริการ สุขภาพให้ครอบคลุมเป็นธรรม เพื่อการมีสุขภาพที่แข็งแรงของคนไทย<sup>9</sup> จากนโยบายดังกล่าวส่งผลให้เกิดการพัฒนากระบวนการสุขภาพในประเทศไทยในด้านคุณภาพบริการ ประสิทธิภาพ และความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ การลดความแออัดของผู้มารับบริการในสถานพยาบาลระดับสูง ทำให้มีการส่งต่อผู้ป่วยให้มารับบริการจากหน่วยบริการปฐมภูมิมากขึ้น

ดังนั้นหากสามารถป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ ก็จะช่วยให้เกิดความปลอดภัยและเป็นประโยชน์กับผู้ป่วย ช่วยทำให้ผลการรักษาของผู้ป่วยดีขึ้นอีกทั้งยังช่วยให้การบริการด้านการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีคุณภาพได้มาตรฐานตามเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ตีตรา จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึง “ปัจจัยที่มี

ผลต่อการดำเนินงานป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครปฐม” โดยปัจจัยที่นำมาศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ปัจจัยด้านโครงสร้างประกอบด้วย ด้านบุคลากร ด้านเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ ด้านการจัดหน่วยงาน และด้านงบประมาณ และปัจจัยการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายซึ่งประกอบด้วย การสนับสนุนด้านการสนับสนุนด้านบุคลากร และการสนับสนุนด้านวิชาการ เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อความปลอดภัยต่อผู้รับบริการ และช่วยพัฒนาคุณภาพระบบบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีคุณภาพได้มาตรฐานมากขึ้น

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลของผู้รับผิดชอบงานด้านยา ปัจจัยด้านโครงสร้าง และปัจจัยการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ในการดำเนินงานป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครปฐม
2. เพื่อศึกษาการดำเนินงานป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครปฐม
3. เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคลของผู้รับผิดชอบงานด้านยา ปัจจัยด้านโครงสร้างและปัจจัยการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ต่อการดำเนินงานป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครปฐม

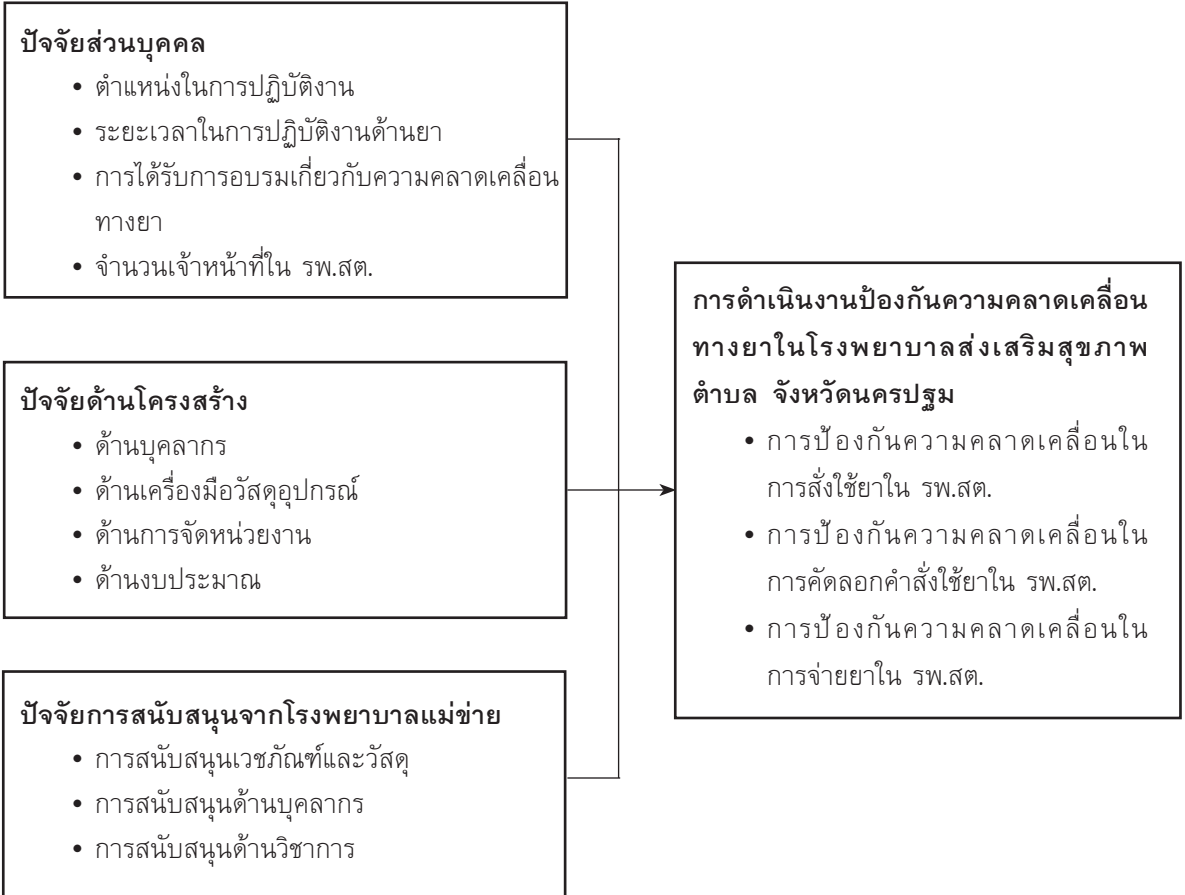
### สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านโครงสร้าง และปัจจัยการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายสามารถร่วมกันทำนายการดำเนินงานป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดนครปฐม

**กรอบแนวคิดในการวิจัย**

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดในเรื่องแนวทางการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาซึ่งแบ่งตามกระบวนการใช้ยามาใช้ในการศึกษาการดำเนินงานป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา ขั้นตอนการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกคำสั่งใช้ยา และขั้นตอนการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การดำเนินงานป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาในหน่วยบริการปฐมภูมิ สัมพันธ์กับ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน จำนวนเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบล ระยะเวลาในการปฏิบัติงานด้านยา และการได้รับการอบรมเกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนทางยา 2) ปัจจัยด้านโครงสร้าง จากแนวคิดของสตาร์ฟิลด์ (Starfield B.)<sup>10</sup> ในเรื่องของการบริการระดับปฐมภูมิ ในส่วนของปัจจัยด้านโครงสร้าง ได้แก่ ด้านบุคลากร ด้านเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ ด้านการจัดหน่วยงาน ด้านงบประมาณ และ 3) ปัจจัยการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่าย จากแนวคิดในเรื่องการสนับสนุนการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจากโรงพยาบาลแม่ข่าย<sup>11</sup> ได้แก่ การสนับสนุนเวชภัณฑ์และวัสดุ การสนับสนุนด้านบุคลากร และการสนับสนุนด้านวิชาการ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research)

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร**ที่ใช้ในการศึกษา คือ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดนครปฐม จำนวน 134 แห่ง มีจำนวนทั้งสิ้น 847 คน

กลุ่มตัวอย่าง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ในทุกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตำบลละ 1 คน รวม 134 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก คือ 1) ต้องเป็นผู้ที่รับผิดชอบหลักในการปฏิบัติงานด้านยา 2) ต้องปฏิบัติงานประจำที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดนครปฐมแห่งนั้นมาอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี เกณฑ์การคัดออก 1) ไม่ได้เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการปฏิบัติงานด้านยา 2) ปฏิบัติงานประจำที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดนครปฐมแห่งนั้นมาน้อยกว่า 1 ปี 3) ให้ข้อมูลได้ไม่ครบถ้วน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามความคิดเห็นที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของของกลุ่มตัวอย่าง มีจำนวน 9 ข้อ เป็นข้อคำถามชนิดเลือกตอบและชนิดเติมข้อความ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ระยะเวลาที่รับผิดชอบงานด้านยาใน รพ.สต. จำนวนเจ้าหน้าที่ใน รพ.สต. และการได้รับการอบรมความรู้ในเรื่องความปลอดภัยเคลื่อนทางยาในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยด้านโครงสร้างของ รพ.สต. จังหวัดนครปฐม

เป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Likert Scale) 5 ระดับ 1 มีจำนวน 9 ข้อ ในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาในด้านบุคลากร เครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ การจัดหน่วยงาน และงบประมาณ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายแก่ รพ.สต. จังหวัดนครปฐม เป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Likert Scale) มีจำนวน 6 ข้อ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการสนับสนุนด้านยา การสนับสนุนด้านบุคลากร และการสนับสนุนด้านวิชาการ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาของ รพ.สต. จังหวัดนครปฐม เป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Likert Scale) มีจำนวน 28 ข้อ โดยถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการสั่งจ่าย การคัดลอกคำสั่งจ่าย และการจ่ายยาใน รพ.สต.

การแปลผลคะแนน ปัจจัยด้านโครงสร้าง ด้านการสนับสนุนจากแม่ข่าย ด้านการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา แบ่งระดับดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.50–5.00 มีปัจจัยด้านโครงสร้าง ด้านการสนับสนุนจากแม่ข่าย ด้านการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาอยู่ในระดับสูงมาก 3.50–4.49 มีปัจจัยด้านโครงสร้าง ด้านการสนับสนุน จากแม่ข่าย ด้านการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา อยู่ในระดับสูง 2.50–3.49 มีปัจจัยด้านโครงสร้าง ด้านการสนับสนุนจากแม่ข่าย ด้านการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา อยู่ในระดับปานกลาง 1.50–2.49 มีปัจจัยด้านโครงสร้าง ด้านการสนับสนุนจากแม่ข่าย ด้านการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา อยู่ในระดับต่ำ 1.00–1.49 มีปัจจัยด้านโครงสร้าง ด้านการสนับสนุนจากแม่ข่าย ด้านการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาอยู่ในระดับต่ำมาก

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามปลายเปิด เป็นการถามเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการดำเนินงานป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครปฐม ใน 1 ปีที่ผ่านมา เป็นข้อความที่มีลักษณะให้เติมข้อความลงในช่องว่าง

**การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ** เมื่อผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือเสร็จแล้วและผ่านการผ่านการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษา ไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน พิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และนำมาวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index : IOC ) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.67-1.00 โดยแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านโครงสร้าง ปัจจัยการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ปัจจัยเกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา เท่ากับ 0.85, 0.84 และ 0.86 ตามลำดับ จากนั้นได้นำแบบสอบถามมาหาความเที่ยง (Reliability) โดยทดสอบ (try out) กับผู้รับผิดชอบงานด้านยาที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ในจังหวัดกาญจนบุรี และจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จำนวน 30 คน นำมาหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาคอนบราค (Conbrach's Alpha Coefficient) พบว่าปัจจัยด้านโครงสร้าง ปัจจัยสนับสนุนจากแม่ข่าย และการดำเนินงานป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาคอนบราคเท่ากับ 0.828 0.813 และ 0.916 ตามลำดับ

### **จริยธรรมการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ตั้งแต่วันที่ 5 มีนาคม 2562 เลขที่รหัสโครงการ IRB-SHS 2018/1004/48 หลังจากผ่านการพิจารณาจริยธรรมแล้ว ผู้วิจัยได้แนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ ในการทำวิจัยซึ่งให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ตามความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างว่าจะยินยอมเข้าร่วมการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการทำงานประจำของผู้ตอบแบบสอบถามแต่อย่างใด และสามารถออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องบอกเหตุผลการตอบ แบบสอบถามสามารถตอบตามความเป็นจริง และแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ มีการรักษาความลับของผู้ตอบแบบสอบถามโดยผู้ตอบไม่ต้องระบุชื่อ นามสกุลในแบบสอบถาม การวิเคราะห์ข้อมูลและการนำเสนอข้อมูลจะเป็นลักษณะภาพรวมไม่มีการเชื่อมโยงถึงตัวบุคคล ผู้วิจัยจะเก็บแบบสอบถามไว้เป็นความลับ และจะทำลายแบบสอบถามเมื่อสิ้นสุดการทำวิจัย

### **การเก็บรวบรวมข้อมูล**

หลังจากได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัย ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ถึงนายแพทย์สาธารณสุข จังหวัดนครปฐม เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลจากรพ.สต.ทุกแห่งในจังหวัดนครปฐม จากนั้นนำหนังสือที่ได้รับการอนุมัติจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครปฐมไปแจ้งต่อหัวหน้าสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอในจังหวัดนครปฐม เพื่อขออนุญาตแบบสอบถามไปให้ กลุ่มตัวอย่างตามที่ได้เลือกไว้แต่ละ รพ.สต. โดยผู้วิจัยได้มีเอกสารชี้แจงรายละเอียดการดำเนินการวิจัย และหากยินยอมให้ลงนามในใบยินยอม ขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามและส่งข้อมูลกลับคืนผู้วิจัยภายในวันที่ 31 กรกฎาคม 2562

## การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลปัจจัยด้านโครงสร้าง ปัจจัยการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่าย และการดำเนินงานป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดนครปฐม ส่วนการวิเคราะห์เพื่อสร้างสมการพยากรณ์การดำเนินงานป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดนครปฐมจากปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านโครงสร้าง และปัจจัยการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่าย โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

## ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 75.4) ส่วนมากมีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี (ร้อยละ 31.3) อายุเฉลี่ย 41.78 ปี สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 66.4)

วุฒิการศึกษาปริญญาตรี (ร้อยละ 85.8) เป็นพยาบาลวิชาชีพ (ร้อยละ 39.6) ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อยู่ระหว่าง 1-10 ปี (ร้อยละ 41.0) ระยะเวลาที่รับผิดชอบงานด้านยาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อยู่ระหว่าง 1-5 ปี (ร้อยละ 41.8) จำนวนเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีจำนวน 4-6 คน (ร้อยละ 47.8) และเคยได้รับการอบรมความรู้ในเรื่องความคลาดเคลื่อนทางยาในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 66.4)

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านโครงสร้างของการให้บริการด้านยา 4 ด้าน คือ 1) ด้านบุคลากร 2) ด้านเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ 3) ด้านการจัดหน่วยงาน และ 4) ด้านงบประมาณ พบว่า ปัจจัยด้านโครงสร้างการให้บริการด้านยาของ ภาพรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 3.83) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านบุคลากร ด้านเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ และด้านการจัดหน่วยงาน อยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ย (Mean = 3.85) (Mean = 3.98) (Mean = 3.94) ตามลำดับ ด้านงบประมาณมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.16) ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ระดับความคิดเห็นของผู้รับผิดชอบงานด้านยาเกี่ยวกับปัจจัยด้านโครงสร้างของการให้บริการด้านยาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (n = 134)

ปัจจัยด้านโครงสร้าง	Mean	S.D.	ระดับ
ด้านบุคลากร	3.85	0.779	สูง
ด้านเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์	3.98	0.795	สูง
ด้านการจัดหน่วยงาน	3.94	0.731	สูง
ด้านงบประมาณ	3.16	0.943	ปานกลาง
<b>รวม</b>	<b>3.83</b>	<b>0.630</b>	<b>สูง</b>



ผลการวิเคราะห์ปัจจัยการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายในการให้บริการด้านยา 3 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านเวชภัณฑ์และวัสดุ 2) การสนับสนุนด้านบุคลากร และ 3) การสนับสนุนด้านวิชาการ พบว่า ปัจจัยการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายในการให้บริการด้านยาของใน พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 3.65, S.D. = .775) เมื่อ

พิจารณารายด้านพบว่า การสนับสนุนด้านเวชภัณฑ์และวัสดุ และการสนับสนุนด้านวิชาการอยู่ในระดับสูง (Mean = 3.64, S.D. = .767 และ (Mean = 3.71, S.D. = .849) การสนับสนุนด้านบุคลากรอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.49, S.D. = 1.060) ดังตารางที่ 2 การสนับสนุนด้านบุคลากรอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.49, S.D. = 1.060) ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ระดับความคิดเห็นของผู้รับผิดชอบงานด้านยาในส่วนปัจจัยการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายในการให้บริการด้านยาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (n = 134)

ปัจจัยการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่าย	Mean	S.D.	ระดับ
1. การสนับสนุนด้านเวชภัณฑ์และวัสดุ	3.64	0.767	สูง
2. การสนับสนุนด้านบุคลากร	3.49	1.060	ปานกลาง
3. การสนับสนุนด้านวิชาการ	3.71	0.849	สูง
<b>รวม</b>	<b>3.65</b>	<b>0.755</b>	<b>สูง</b>

ผลการวิเคราะห์การดำเนินงานป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นตอน 3 ขั้นตอนคือ 1) การป้องกันการคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา 2) การป้องกันการคลาดเคลื่อนในการคัดลอกคำสั่งใช้ยา และ 3) การป้องกันการคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา พบว่าภาพรวมมีการดำเนินการป้องกันความคลาดเคลื่อนอยู่ในระดับสูง (Mean = 3.98, S.D. = .512)

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยา ความคลาดเคลื่อนจากการคัดลอกคำสั่งใช้ยา และความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยา มีการป้องกันอยู่ในระดับสูง (Mean = 4.04, S.D. = .494), (Mean = 3.68, S.D. = .922), (Mean = 3.98, S.D. = .568) ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** ระดับความคิดเห็นของผู้รับผิดชอบงานด้านยาในส่วนการดำเนินงานป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รายขั้นตอน (n=134)

ขั้นตอนการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา	Mean	SD	ระดับ
1. การป้องกันความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยา	4.04	0.494	สูง
2. การป้องกันความคลาดเคลื่อนจากการคัดลอกคำสั่งใช้ยา	3.68	0.922	สูง
3. การป้องกันความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยา	3.98	0.568	สูง
<b>รวม</b>	<b>3.98</b>	<b>0.512</b>	<b>สูง</b>

**ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์**ของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านโครงสร้าง ปัจจัยการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่าย และการดำเนินงานป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า ปัจจัยด้านโครงสร้าง ปัจจัยการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่าย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดำเนินงานป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .718 และ .523 ตามลำดับ ส่วนตัวแปร ระยะเวลาที่รับผิดชอบงานด้านยา จำนวนเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล ตำแหน่งที่ปฏิบัติงานในปัจจุบัน ไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดนครปฐม ส่วนการได้รับการอบรมเกี่ยวกับความรู้ในเรื่องความคลาดเคลื่อนทางยาในรอบ 1 ปี มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาของโรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบล ในจังหวัดนครปฐม ระดับต่ำ ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลวิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านโครงสร้างและปัจจัยการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายต่อการดำเนินงานป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดนครปฐม พบว่า คะแนนรวมปัจจัยด้านโครงสร้าง ร่วมกับคะแนนรวมปัจจัยการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) เท่ากับ .736 ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจพหุคูณ ( $R^2$ ) เท่ากับ .541 ดังนั้นคะแนนรวมปัจจัยด้านโครงสร้างร่วมกับคะแนนรวมปัจจัยสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่าย สามารถร่วมกันทำนายการดำเนินงานป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้ร้อยละ 54.1 (ตารางที่ 4)

**ตารางที่ 4** ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรพยากรณ์การดำเนินงานป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาในรูปคะแนนดิบ (B) และคะแนนมาตรฐาน (Beta) ของสมการถดถอยพหุคูณที่ใช้ทำนายการดำเนินงานป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดนครปฐม ที่ได้จากการคัดเลือกตัวแปรด้วยวิธีการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) (n = 134)

ค่าคงที่/ตัวแปรพยากรณ์	B	Beta	t	p-value
ค่าคงที่	44.766	.615	8.199	<.001
ปัจจัยด้านโครงสร้าง	1.556	.190	8.749	<.001
ปัจจัยสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่าย	.602		2.706	.008

**R = .736,  $R^2 = .541$ , F = 77.303**

สามารถเขียนสมการพยากรณ์การดำเนินงานป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่สัมพันธ์กับคะแนนรวมปัจจัยด้าน

โครงสร้างร่วมกับคะแนนรวมปัจจัยการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ในรูปของคะแนนมาตรฐาน ดังนี้  
การดำเนินงานป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา = .615 Z1 + .190 Z2

โดยที่  $Z_1$  = ค่ามาตรฐานของคะแนนรวม  
ปัจจัยด้านโครงสร้าง

$Z_2$  = ค่ามาตรฐานของคะแนนรวม  
ปัจจัยสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่าย

**ข้อเสนอแนะ** ผู้รับผิดชอบงานด้านยาของ  
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครปฐม  
ได้ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกัน  
ความคลาดเคลื่อนทางยา ดังนี้ ด้านโครงสร้าง มี  
ปัญหาอุปสรรคด้านบุคลากรมากที่สุด คือขาด  
บุคลากรด้านยา และบุคลากรใน รพ.สต. ไม่เพียงพอ  
รองลงมาคือสถานที่ที่มีพื้นที่จำกัด และยังมีไม่มีโครงสร้าง  
ที่เหมาะสมตามมาตรฐาน ด้านการสนับสนุนจาก  
โรงพยาบาลแม่ข่าย มีปัญหาการสนับสนุนด้านยามาก  
ที่สุด เช่น การปรับบัญชียาโดยไม่ได้แจ้งให้ทราบ  
ชนิดยาไม่หลากหลาย ยาอายุสั้น ได้รับยาไม่ครบ  
และการชน ส่งยาที่ รพ.สต.ต้องดำเนินการเอง รอง  
ลงมาคือ การสนับสนุนด้านบุคลากร ต้องการให้แม่  
ข่ายสนับสนุนบุคลากรมาช่วยที่ รพ.สต. ช่วยเป็นพี่  
เลี้ยงให้คำปรึกษา และช่วยส่งบุคลากรที่มีความ  
เชี่ยวชาญมาทบทวนเวชระเบียนของ รพ.สต. ด้านการ  
ป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา มีปัญหาเกี่ยวกับการ  
คัดลอกคำสั่งใช้ยามากที่สุด นอกจากนี้ยังมีปัญหา  
เกี่ยวกับนโยบายการสนับสนุนการใช้ยาสมุนไพร  
ไม่สอดคล้องกับผู้รับบริการ หรือความต้องการการใช้  
ยาของผู้รับบริการมากที่สุด

## อภิปรายผล

ปัจจัยด้านบุคลากร ปัจจัยด้านโครงสร้าง ปัจจัย  
การสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายในการดำเนิน  
งานป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาของโรงพยาบาล  
ส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครปฐม

ปัจจัยด้านบุคลากร พบว่าด้านบุคลากร  
ด้านเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ และด้านการจัดหน่วยงาน  
มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ส่วนด้านงบประมาณ  
เป็นด้านเดียวที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง

ทั้งนี้อาจเป็นเพราะขาดบุคลากรด้านยา อาจเนื่องจาก  
ไม่มีอัตราการจัดงานบุคลากรให้มาปฏิบัติงานได้อย่าง  
เพียงพอ สถานที่ที่มีพื้นที่จำกัด และยังมีไม่มีโครงสร้าง  
ที่เหมาะสมตามมาตรฐาน

การสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายในภาพ  
รวมอยู่ในระดับสูง โดยพบว่าโรงพยาบาลส่งเสริม  
สุขภาพตำบลได้รับการสนับสนุนด้านวิชาการ รวมทั้ง  
การสนับสนุนเวชภัณฑ์และวัสดุในระดับสูง ซึ่งแสดง  
ให้เห็นถึงต้นทุนด้านการสนับสนุนที่ดีของแม่ข่าย  
แต่ก็ยังพบว่ามี รพ.สต. ที่ต้องการสนับสนุนเวชภัณฑ์  
จากโรงพยาบาลแม่ข่าย รวมทั้งการสนับสนุน  
ด้านบุคลากรเป็นด้านที่มีการสนับสนุนน้อยที่สุด โดย  
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ให้ข้อเสนอแนะ  
ว่าอยากให้แม่ข่ายช่วยสนับสนุนด้านบุคลากรให้  
มากยิ่งขึ้น จึงถือเป็นโอกาสในการพัฒนาซึ่งต้องเกิด  
จากความร่วมมือกันระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายและ  
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการพัฒนาการ  
ดำเนินงานด้านยาต่อไป

การดำเนินงานป้องกันความคลาดเคลื่อนทาง  
ยาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ในภาพรวมอยู่ในระดับระดับสูง แสดงให้เห็นว่า  
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครปฐมให้  
ความสำคัญต่อการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา  
เป็นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อวิเคราะห์จำแนก  
เป็นรายด้าน คือ ขั้นตอนการสั่งใช้ยา ขั้นตอนการจ่ายยา  
ขั้นตอนการคัดลอกคำสั่งใช้ยา ทุกด้านอยู่ในระดับสูง  
ซึ่งอาจเป็นผลเนื่องมาจากหน้าที่สำนักสนับสนุนระบบ  
สุขภาพปฐมภูมิ ได้กำหนดเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.  
ติดดาว<sup>12</sup> และดำเนินการขับเคลื่อนมาตั้งแต่  
ปีงบประมาณ 2560 โดยกำหนดให้โรงพยาบาล  
ส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการพัฒนากระบวนการ  
ให้บริการทางเภสัชกรรม เพื่อการส่งมอบยาให้ผู้ป่วย  
อย่างถูกต้องและเหมาะสม ตลอดจนมีการเฝ้าระวัง  
การเกิดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา (Medi-  
cation Error) เพื่อส่งเสริมให้เกิดความปลอดภัยแก่

ผู้มารับบริการ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นครปฐม ได้ขับเคลื่อนและมอบนโยบายแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดนครปฐมทุกแห่ง ให้ดำเนินการตามเกณฑ์ คุณภาพ รพ.สต. ดิตดาว จึงอาจส่งผลให้โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการนำเกณฑ์ไปพัฒนา คุณภาพบริการ จนนำไปสู่การพัฒนาและดำเนินงาน ป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาในการให้บริการใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

อิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้าน โครงสร้าง และปัจจัยการสนับสนุนจากโรงพยาบาล แม่ข่ายต่อการดำเนินงานป้องกันความคลาดเคลื่อน ทางยาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ปัจจัยด้านโครงสร้างมีอิทธิพลมากที่สุดในการ ทำนายการดำเนินงานป้องกันความคลาดเคลื่อนทาง ยาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัด นครปฐม โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยที่เป็นคะแนน มาตรฐานเท่ากับ .615 ( $Beta = .615$ ) อภิปรายได้ ว่าการมีทรัพยากรพื้นฐานทั้งในด้านบุคลากร ด้าน เครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ ด้านการจัดหน่วยงาน และด้าน งบประมาณ เป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างยิ่งต่อการให้ บริการด้านยาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และช่วยให้มีการดำเนินงานที่ดีในการป้องกัน ความคลาดเคลื่อนทางยาในโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล สอดคล้องกับแนวคิดของสตาร์ฟิลด์<sup>10</sup> ที่กล่าวว่าโครงสร้างเป็นทรัพยากรขั้นพื้นฐานที่จำเป็น ที่จะช่วยให้เกิดบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ และ สอดคล้องการวิจัยของ มาเนียส (Manias) และ คณะ<sup>13</sup> ที่พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมใน ส่วนโครงสร้างของโรงพยาบาลมีผลต่ออัตราเสี่ยงใน การเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา

ปัจจัยสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายมีอิทธิพล ในการทำนายการดำเนินงานป้องกันความคลาด- เคลื่อนทางยาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดนครปฐม ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยที่เป็น

คะแนนมาตรฐานเท่ากับ .190 ( $Beta = .190$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของสมหญิง พุ่มทอง พัชรี ดวงจันทร์ และกัญญาดา อนุวงศ์<sup>14</sup> ที่ศึกษาการ ประเมินการกระจายแนวคิดและบรรทัดฐานของสังคม เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล พบว่าปัจจัย ที่มีผลต่อการดำเนินโครงการ ได้แก่ การสนับสนุน จากผู้บริหาร คักยภาพของบุคลากรที่ร่วมดำเนิน โครงการ ความร่วมมือและการสนับสนุนจากโรง พยาบาลแม่ข่าย สอดคล้องกับสำนักสนับสนุนระบบ สุขภาพปฐมภูมิ<sup>12</sup> ที่กำหนดเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต. ดิตดาว โดยให้ความสำคัญของการสนับสนุนจาก แม่ข่ายในการขับเคลื่อนพัฒนางานด้านยาในโรง พยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสอดคล้องกับ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์<sup>15</sup> ที่ศึกษาวิจัยเรื่องผลการ ประเมินการบริหารจัดการการคลังเครือข่ายบริการ ปฐมภูมิ (CUP) และการพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อการ บริหารจัดการคลังของสถานพยาบาลปฐมภูมิ ได้มี ข้อเสนอแนะว่าการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิจำเป็น ต้องอาศัยการทำงานร่วมกันเป็นเครือข่าย เชื่อมโยง และมีการบูรณาการการจัดบริการในลักษณะองค์รวม มีการสนับสนุนช่วยเหลือกันในการทำงานของเครือข่าย ทั้งในด้านกำลังคน งบประมาณ เทคโนโลยี (เวชภัณฑ์ วัสดุ ข้อมูล องค์ความรู้) และการเชื่อมต่อด้านการ บริการและการสื่อสารข้อมูล ดังนั้นการสนับสนุนจาก โรงพยาบาลแม่ข่ายที่ดีจะมีผลให้การดำเนินงาน ป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลประสบความสำเร็จ

### ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ผู้บริหารควรนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้เป็น แนวทางในการพัฒนาระบบการป้องกันความคลาด เคลื่อนทางยาโดยรวมกันทบทวนเกี่ยวกับข้อจำกัด ต่าง ๆ เช่น งบประมาณ บุคลากรสถานที่ที่เกี่ยวข้อง

กับการดำเนินงานด้านยา ที่ไม่เพียงพอในการขับเคลื่อน การดำเนินงานด้านยา และวางแผนแก้ไขต่อไป

2. โรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล ควรร่วมกันทบทวนแนวทางการ สนับสนุนบุคลากร การสนับสนุนเวชภัณฑ์ เพื่อให้ สามารถร่วมกันพัฒนาตลอด และแก้ปัญหาาร่วมกัน

ข้อเสนอแนะในการวิจัย ควรมีการศึกษาปัจจัย ต่างๆ ที่มีผลต่อความคลาดเคลื่อนทางยาที่ครอบคลุม ในทุกมิติ และ ควรมีการศึกษากิจกรรมเพื่อเสริมสร้าง ประสิทธิภาพการสั่งจ่ายยาของบุคลากรใน รพ.สต. เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาที่อาจเกิดขึ้น

## REFERENCES

1. The Association of Hospital Pharmacy. The Preventing of Medication Error for Patient Safety, 2 ed. Bangkok, 2005. (in Thai)
2. Institute of Medicine, To Err is Human: Building a Safer System. [Cited 2018/3/31]; Available from: <http://www.nap.edu/catalog/9728.html>
3. World Health Organization. Medication Errors: Technical Series on Safer Primary Care. 2016. [Cited 2018/3/21], Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252274/9789241511643-engpdf?sequence=1>
4. Cousins, D H., Gerrett, D. and Warner, B. A review of Medication Incidents Reported to the National Reporting and Learning System in England and Wales over 6 Years (2005-2010), Br Journal of Clinical Pharmacology, 2012; 74(4): 597-604
5. Garfield, S., Barber, N., Walley, P., Willson, A. and Eliasson, L. Quality of Medication use in Primary Care-Mapping the Problem, Working to a Solution: a Systematic Review of the Literature, BMC Med: 2009; 7(50): 1-8.
6. Bhoomapirat, W. Evaluation of Medication Reconciliation Process in Outpatients with Diabetes from Primary Care Units at Nopparat Rajathanee Hospital, Veridian E-Journal Science and Technolog , Silpakorn University:2015; 2(1): 65-73 (in Thai)
7. Kunthong, K., Fuangchan, A. Development of Medication Service System to Reduce Medication Error for Patients with Chronic Diseases at Phakhai Primary Care Unit, Ayutthaya, Master of Pharmacy, Phitsanulok: Naresuan University; 2015. (in Thai)
8. Phianthum, C., Ploylearmsang, C., Anusor sangiam, W. Outcome of Medication Errors Reduction Procedure in Phukieo Health Promoting Hospitals, Chaiyaphum Province, Master of Pharmacy (Clinical Pharmacy), Maha Sarakham, Mahasarakham University; 2018 (in Thai)
9. Ministry of Public Health, National Patient Safety Goal 2007-2008, Nonthaburi, 2007. (in Thai)
10. Starfield, B. Primary Care: Concept, Evaluation and Policy. New York: Oxford University Press, Inc; 1992
11. Supawong, C. Sub-District Health Promoting Hospitals Manual, 2ed, Bangkok: The War Veterans Organization of Thailand; 2009 (in Thai)
12. Primary Care Cluster, Manual of Tid Daw Sub-district Health Promoting Hospitals 2019. [Cited 2019 11/16]. Available from: [http://cro.moph.go.th/cppho/download/969\\_26122018.pdf](http://cro.moph.go.th/cppho/download/969_26122018.pdf) (in Thai)
13. Manias, E. et al. Medication Error Trends and Effects of Person-Related, Environment-Related and Communication-Related Factors on Medication Errors in a Paediatric Hospital. Journal of Paediatrics and Child Health Hospital: 2019; 55(3): 320-326. (in Thai)

14. Puntong, S., Duangchan, P., & Anuwong, K., Evaluation of Diffusion of Concept of Social Norm about Antibiotic Smart Use. [Cited 2019/11/16]. Available from: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4205?locale-attribute=th> (in Thai)
15. Srithamrongsawat S., The Results of Study, Evaluation of Management, Finance, Primary Care Network and Development of Information System for the Management of Primary Health-care Facility. Research Report (online) [Cited 2019 /8/2]. Available from: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/3341?locale-attribute=th> (in Thai)





## แนะนำหนังสือ

### Book Review Article

ผู้เขียนแนะนำหนังสือ : เบญจวรรณ ทิมสุวรรณ

ชื่อหนังสือ : ปฏิวัติการสอน สู่ห้องเรียน 4.0

ด้วย Google for Education

ชื่อผู้เขียน : ดนัยศักดิ์ กาโร

ปีที่พิมพ์ : 2562

หนังสือ เรื่องปฏิวัติการสอน สู่ห้องเรียน 4.0 ด้วย Google for Education มีทั้งหมด 5 บท

**บทที่ 1 เป็นบทนำ** ผู้เขียนได้กล่าวอยู่ สองประเด็นหลัก คือ ICT กับครูในยุค 4.0 การเข้ามาของสังคมในยุค 4.0 ส่งผลกระทบให้ต้องปรับตัว ต้องขับเคลื่อนกระบวนการทำงานกับความคิดสร้างสรรค์ และนวัตกรรมที่มีการนำเทคโนโลยีใหม่ๆ เข้ามาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน เช่นเดียวกันการจัดการศึกษาจะต้องปรับเปลี่ยนเป็นการศึกษายุค 4.0 ให้สอดคล้องกับการจัดการเรียนการสอนในศตวรรษที่ 11 ต้องมีการนำเทคโนโลยีเข้ามาใช้ ต้องรู้และเข้าใจเทคโนโลยีสมัยใหม่ พร้อมทั้งชี้แนะข้อดี ข้อเสียของเทคโนโลยีให้กับผู้เรียน และสังคมได้ ครูจำเป็นต้องอย่างยิ่งที่จะต้องมีการปรับเปลี่ยนตัวเองในหลายหลายด้านไม่ว่าจะเป็น การจัดการเรียนการสอน การปฏิบัติงานที่สามารถนำเทคโนโลยี และนวัตกรรมทางการศึกษามาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสม รวมถึงการพัฒนา นวัตกรรมใหม่ใหม่ เพื่อนำมาใช้ในการถ่ายทอดสู่ผู้เรียน ในบทนี้ผู้เขียนได้กล่าวถึงครู ที่ต้องทำงานอย่างร่วมมือกับคนอื่นเพื่อนำเอาเทคโนโลยีใหม่ๆ เข้าสู่ห้องเรียน และเตรียมผู้เรียนสู่โลกกว้าง โดยครูต้องพัฒนา 7 ทักษะ คือ ทักษะการบริหารห้องเรียน ทักษะการทำให้บทเรียนมีความสอดคล้องกับชีวิตจริง ทักษะการคิดเชิงวิพากษ์ ทักษะทางเทคโนโลยี ทักษะความคิดเป็นสากล ทักษะความร่วมมือ และทักษะการพัฒนานวัตกรรม นอกจากนี้ บทบาทครูที่ต้องกระทำ คือ ครูต้องอุทิศตนให้กับผู้เรียนในแนวทางเดิมที่เคยใช้มา และขณะเดียวกันก็สอนให้ ผู้เรียนได้เดินเข้าสู่โลกแห่งศตวรรษที่ 21 โดยมีบทบาทสำคัญห้าประการ 5 คือ ประการที่ 1 ให้ความสำคัญกับเทคโนโลยี ครูต้องสอนผู้เรียนโดยใช้คอมพิวเตอร์ มีการวิจัยทางอินเทอร์เน็ต การเปิดโลกกว้างเพื่อแสวงหา ข้อมูลใหม่ๆ มาพัฒนาวิธีการสอนแบบเก่าๆ ประการที่ 2 ยึดเป้าหมายเดิม แต่ด้วยสิ่งใหม่ๆ โดยเทคโนโลยี สารสนเทศจะเป็นตัวอำนวยความสะดวกต่อกระบวนการเรียนรู้ ประการที่ 3 ให้ความสำคัญกับเทคนิคการเรียนรู้อื่นๆ ครูต้องเป็นนักวิจัยที่ล้ำหน้า ในเรื่องการเรียนรู้ของผู้เรียน และนำผลการวิจัยสู่ห้องเรียน เข้าใจความแตกต่างระหว่างสไตล์การเรียนรู้ในรูปแบบต่างๆ สามารถกำหนดสไตล์การเรียนรู้ที่เหมาะสมกับผู้เรียนของตนได้ ประการที่ 4 เป็นพี่เลี้ยงทั้งในห้องเรียนและนอกห้องเรียน ประการที่ 5 เน้นการกระทำ ครูจะต้องสร้างจิตสำนึกความเป็นพลเมืองโลก และกระตุ้นให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมอย่างแข็งขัน สำหรับทักษะการสอนในศตวรรษที่ 21 ที่ครูต้องมี คือทักษะพื้นฐานซึ่งเป็นทักษะที่จะช่วยให้ครูสามารถสื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์ และจัดทำเอกสาร

รายวิชา การเข้าถึงแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ได้ เช่น ทักษะการใช้ E-mail การสร้างและนำเสนอเอกสารรายวิชาออนไลน์ เทคนิคการค้นหาแหล่งข้อมูลที่ดี เทคนิคการเพิ่มข้อความใน Blog /Wiki/Internet Page เป็นต้น และทักษะเกี่ยวกับศาสตร์การสอนและแหล่ง ข้อมูลออนไลน์ (Pedagogy & Online Resources) เป็นทักษะที่ช่วยให้ผู้เรียนผูกพันกับการเรียนรู้ตามสภาพจริงมากขึ้น โดยการสร้าง Public Forum เพื่อให้ผู้เรียนได้แสดงออก ได้สร้างการคิดเชิงวิพากษ์ในวัฒนธรรมแบบตั้ง เติมของห้องเรียน และใช้แหล่งข้อมูลที่ดี เพื่อเพิ่มพูนเนื้อหา รายวิชา ทักษะการเป็นพลเมืองดิจิทัล เป็นทักษะที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมดิจิทัล มากกว่าจะเกี่ยวข้องกับการสอน เป็นทักษะที่จะนำไปสู่การคิดเชิงวิพากษ์การสะท้อนข้อมูล

นอกจากนี้ผู้เขียนยังได้นำเสนอเกี่ยวกับการเลือกใช้สื่อการสอน โดยแบ่งออกเป็น 4 รูป รูปแบบที่ 1 การเลือกใช้สื่อการเรียนการสอนแบบกลุ่มใหญ่ รูปแบบที่ 2 การเลือกใช้สื่อการเรียนการสอนแบบกลุ่มย่อย รูปแบบที่ 3 การเลือกใช้สื่อในการเรียนการสอนแบบทางไกล รูปแบบที่ 4 การเลือกใช้สื่อในการเรียนการสอนแบบเน้นอัตราความก้าวหน้าของแต่ละบุคคล ผู้เขียนยังแนะนำให้รู้จัก Google for Education โดยแบ่งออกเป็นเครื่องมือหลัก เช่น Gmail, Calendar, Classroom Contact, Drive, Docs, Form และชุดเครื่องมือเสริมที่สามารถนำมาศึกษารายละเอียดและใช้ได้เป็นอย่างดี เช่น YouTube, Maps, Blogger เป็นต้น

**บทที่ 2 การบริหารจัดการข้อมูลออนไลน์ด้วย Google Drive** ผู้เขียนกล่าวถึงคุณสมบัติของ Google Drive แนะนำการใช้งาน Google Drive ได้อธิบายวิธีการเข้าใช้งาน Google Drive โดยอธิบายแต่ละส่วน คือ ส่วนที่ 1 กล่าวถึงกลุ่มคำสั่งต่างๆ สำหรับจัดการไฟล์ข้อมูล ส่วนที่ 2 กลุ่มเมนูในการเข้าถึงไฟล์เอกสารต่างๆ ภายในไดรฟ์ ส่วนที่ 3 ส่วนของไฟล์ข้อมูลที่อยู่ในไดรฟ์ โดยมีรายละเอียดของแต่ละเรื่อง และภาพประกอบที่สามารถเรียนรู้และดำเนินการเองได้

**บทที่ 3 การสร้างห้องเรียนออนไลน์ด้วย Google Classroom** ผู้เขียนกล่าวถึง คุณสมบัติของ Google Classroom แนะนำการใช้งาน Google Classroom เช่น การเข้าใช้งาน Google Classroom การใช้งานในส่วนของคุณครูผู้สอน การเปลี่ยนรูปแบบการแสดงผล การจัดการข้อมูลผู้เรียน การกำหนดสิทธิ์ของผู้เรียน การปรับตั้งค่าของชั้นเรียน การเพิ่มครูผู้สอนเข้าชั้นเรียน การสร้างประกาศในชั้นเรียน การสร้างประกาศ โดยการแนบวิดีโอ การ YouTube การสร้างประกาศโดยการแนบไฟล์จาก Google Drive การสร้างประกาศ โดยการเพิ่มลิงค์เว็บไซต์ การสร้างการบ้าน การตรวจการบ้าน การตั้งคำถาม การใช้งานส่วนตัวของผู้เรียน เมนูหลัก ฟังก์ชันการทำงาน การสร้างประกาศของผู้เรียน การส่งการบ้าน การประยุกต์ใช้งานสำหรับการเรียน การสอน

**บทที่ 4 การสร้างข้อสอบออนไลน์ ด้วย Google Forms** ผู้เขียนอธิบายวิธีการพร้อมภาพประกอบ ในประเด็นต่าง ได้แก่ คุณสมบัติของ Google Forms แนะนำการใช้งาน Google Forms การประยุกต์ใช้ Google Forms สำหรับการจัดการเรียนการสอน การตรวจผลคะแนนแบบทดสอบ

**บทที่ 5 การพัฒนา เว็บไซต์ด้วย Google Sites** ในบทนี้ผู้เขียนได้ให้สาระเกี่ยวกับการพัฒนา เว็บไซต์โดยเริ่มตั้งแต่ คุณสมบัติของ Google Sites แนะนำการใช้งาน Google Sites และการสร้างเว็บไซต์ ด้วย Google Sites โดยอธิบายเป็นขั้นตอน รวม 4 ขั้นตอน และเพิ่มตัวอย่าง กรณีศึกษาการพัฒนาเว็บไซต์ รายวิชา และกรณีศึกษาการพัฒนาเว็บไซต์ครูผู้สอน และตัวอย่างเว็บไซต์ที่สร้างและพัฒนาด้วย Google Sites

หนังสือเล่มนี้สามารถเป็นคู่มือในการเรียนรู้ด้วยตนเอง เพื่อพัฒนาตนเองในการจัดการเรียนการสอนโดย นำเทคโนโลยีมาใช้



## ประชาสัมพันธ์การส่งบทความวิจัยเพื่อตีพิมพ์ใน วารสารการพยาบาลและการศึกษา

ผู้ที่ส่งบทความตีพิมพ์ หากไม่ได้เป็นสมาชิกวารสาร ต้องสมัครเป็นสมาชิก อย่างน้อย 3 ปี (เฉพาะผู้เขียนชื่อแรก) ลักษณะของบทความที่ตีพิมพ์

1. เป็นบทความด้านการศึกษาพยาบาลและสาธารณสุข การบริการการพยาบาลและสาธารณสุข และสุขภาพที่เกี่ยวข้อง
2. รับผิดชอบเฉพาะบทความวิจัยและบทความวิชาการ
3. การเสนอต้นฉบับที่ตีพิมพ์ผู้เขียนต้องไม่เสนอบทความที่เคยตีพิมพ์ในวารสารและแหล่งพิมพ์อื่นมาก่อน
4. รับทั้งต้นฉบับภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
5. บทความต้องผ่านการพิจารณาจากผู้ประเมินภายนอก สำหรับบทความวิจัยในมนุษย์ต้องได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยให้แนบสำเนาใบรับรองจริยธรรมการวิจัยมาพร้อมกับบทความที่จะส่งขอตีพิมพ์ด้วย
6. เนื้อหาและข้อคิดเห็นใดๆ ที่ตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาลและการศึกษาถือเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียนเท่านั้น

### การส่งต้นฉบับบทความวิจัย/วิชาการ เพื่อขอรับการตีพิมพ์

ผู้เขียนบทความต้องศึกษารายละเอียดและหลักเกณฑ์การจัดทำต้นฉบับตามที่วารสารกำหนด ทั้งนี้โปรดตรวจสอบการพิมพ์ และคำผิดแก้ไขให้ถูกต้อง และส่งบทความเข้าระบบ Thai Journals Online (ThaiJO) ทางเว็บไซต์ [www.tci-thaijo.org](http://www.tci-thaijo.org) โดยจะปรากฏชื่อวารสาร “การพยาบาลและการศึกษา” ทั้งนี้ ขอให้ศึกษาคำอธิบายและสมัครเป็นผู้แต่งบทความ (Author Register) โดยดำเนินการตามขั้นตอนที่ระบุใน หน้าเว็บไซต์ พร้อมทั้งส่งบทความดังกล่าวทางอีเมล (E-mail : [nursing2551@gmail.com](mailto:nursing2551@gmail.com)) มาให้กองบรรณาธิการ ด้วยอีกช่องทางหนึ่ง ซึ่งหากไม่สามารถดำเนินการหรือส่งไฟล์ได้ กรุณาติดต่อหน่วยวารสารการพยาบาล และการศึกษา โทร. 0-2590-1828 หรือทางอีเมล [nursing2551@gmail.com](mailto:nursing2551@gmail.com)

### การพิจารณาคุณภาพของบทความ

1. บทความวิจัยและบทความวิชาการ ทางกองบรรณาธิการวารสารจะพิจารณาเบื้องต้น ในด้านคุณภาพของ บทความ และการพิมพ์ หากเห็นว่าไม่มีคุณภาพเพียงพอจะไม่ดำเนินการต่อ หรืออาจส่งให้ปรับแก้ไขก่อน บทความที่พิจารณา แล้วเหมาะสม มีคุณภาพ จะส่งผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกตามความเชี่ยวชาญของสาขาวิชา พิจารณากลับกรอง (Peer review) อย่างน้อย 2 ท่าน
2. เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณา ผลเป็นประการใดทางกองบรรณาธิการจะแจ้งให้ท่านทราบ
3. ข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิท่านต้องปรับแก้ หากไม่ปรับแก้จะไม่ได้รับการตีพิมพ์ และระยะเวลาการแก้ไขไม่ควรเกิน 2 สัปดาห์

## หลักเกณฑ์และรูปแบบการจัดทำต้นฉบับบทความวิจัยเพื่อ ขอรับการตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาลและการศึกษา

ทั้งนี้เมื่อบทความได้รับการตีพิมพ์ ผู้เขียนบทความจะได้รับวารสารฉบับที่บทความนั้นตีพิมพ์ จำนวน 3 ฉบับ โดยจะส่งให้ผู้เขียนที่เป็นชื่อแรก

### ข้อกำหนดในการเตรียมต้นฉบับ

- ขนาดกระดาษ เอ 4 ความยาวทั้งหมดไม่เกิน 15 หน้า
- กรอบของข้อความ ในแต่ละหน้าให้มีขอบเขตดังนี้ จากขอบบนของกระดาษ 1.25 นิ้ว ขอบล่าง 1.0 นิ้ว ขอบซ้าย 1.25 นิ้ว ขอบขวา 1.0 นิ้ว

- ระยะห่างระหว่างบรรทัด หนึ่งช่วงบรรทัดของเครื่องคอมพิวเตอร์

- ตัวอักษร ใช้ TH SarabunPSK) และพิมพ์ตามที่กำหนดดังนี้

#### ● ชื่อเรื่อง (Title)

- ภาษาไทย ขนาด 24 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
- ภาษาอังกฤษ ขนาด 24 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง

#### ● ชื่อผู้เขียน (ทุกคน)

- ชื่อผู้เขียน ภาษาไทย - อังกฤษ ชื่อย่อวุฒิการศึกษา ขนาด 18 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
- ตำแหน่ง/สถานที่ปฏิบัติงาน ผู้เขียน ภาษาไทย-อังกฤษ ขนาด 16 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง | บทคัดย่อ
- ชื่อ “บทคัดย่อ” และ “Abstract” ขนาด 16 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
- ชื่อความบทคัดย่อภาษาไทย ภาษาอังกฤษ ขนาด 16 point ตัวธรรมดา กำหนดขีดขอบ ความยาวไม่เกิน 1 หน้า ภาษาไทย และ 1 หน้าภาษาอังกฤษ

- คำสำคัญ (Keywords) ให้พิมพ์ต่อท้ายบทคัดย่อ (Abstract) ทั้งภาษาไทย และอังกฤษ ควรเลือกคำสำคัญที่เกี่ยวข้องกับบทความ ประมาณ 4-5 คำ ขนาด 16 point

#### ● รายละเอียดบทความ

- หัวข้อใหญ่ ขนาด 17 point ตัวหนา กำหนดขีดซ้าย
- หัวข้อรอง ขนาด 17 point ตัวหนา กำหนดขีดซ้าย
- ตัวอักษร ขนาด 16 point ตัวธรรมดา กำหนดขีดขอบ
- ย่อหน้า 0.5 นิ้ว

#### สำหรับบทความวิจัยรายละเอียดเนื้อหา กำหนด ดังนี้

- ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา
- วัตถุประสงค์การวิจัย
- สมมุติฐาน

- กรอบแนวคิดในการวิจัย (อธิบายการศึกษานี้ นำแนวคิดอะไรของใครมาใช้ พร้อมสรุป เป็นแผนภูมิประกอบ)

- วิธีดำเนินการวิจัย ให้รายละเอียดของประชากร การกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่าง การสุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ระบุ รายละเอียดของเครื่องมือ การหาคุณภาพของเครื่องมือ การเก็บรวบรวมข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิจัย

- ผลการวิจัย

- สรุปและอภิปรายผล

- ข้อเสนอแนะ การนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์ และการวิจัยครั้งต่อไป

- เอกสารอ้างอิง (ไม่เกิน 15 ชื่อเรื่อง)

#### ■ คำศัพท์ ให้ใช้ศัพท์บัญญัติของราชบัณฑิตยสถาน

■ **ภาพและตาราง** กรณีมีภาพและตารางประกอบ ชื่อภาพให้ระบุคำว่า ภาพที่ ไว้ได้ ภาพประกอบ และจัดข้อความบรรยายภาพให้อยู่กึ่งกลางหน้ากระดาษ ชื่อตารางให้ระบุคำว่า ตารางที่ หัวตารางให้จัดชิดซ้ายของหน้ากระดาษ และได้ภาพประกอบหรือตารางให้บอกแหล่งที่มาโดยพิมพ์ใต้ชื่อภาพ ใช้ตัวอักษรขนาด 14 point ตัวปกติ เส้นของตารางให้มีเพียง 3 เส้น เส้นหัวข้อตารางและเส้นปิดท้ายตาราง

#### ■ กิตติกรรมประกาศ ให้ประกาศเฉพาะการได้รับทุนสนับสนุนการวิจัย

#### ■ การเขียนเอกสารอ้างอิง

1) เอกสารอ้างอิงที่เป็นภาษาไทยจะต้องแปลเป็นภาษาอังกฤษทุกรายการ โดยผู้เขียนที่จะ ส่งบทความวิจัย/วิชาการ เพื่อขอตีพิมพ์ในวารสารฯ ต้องเขียนเอกสารอ้างอิงโดยจัดเรียงคู่กัน คือ เรียงเอกสาร อ้างอิงภาษาอังกฤษที่แปลขึ้นก่อน และเติมคำว่า “(in Thai)” ต่อท้าย แล้วตามด้วยเอกสารอ้างอิงภาษาไทย

**หมายเหตุ** การให้ผู้เขียนจัดเรียงการเขียนเอกสารอ้างอิงลักษณะนี้ เพื่อให้กองบรรณาธิการ ใช้ในการตรวจสอบความถูกต้องของการอ้างอิง โดยสำหรับขั้นตอนการตีพิมพ์ ทางกองบรรณาธิการจะปรับใช้ เฉพาะรายการเอกสารอ้างอิงที่แปลเป็นภาษาอังกฤษแล้ว

#### ตัวอย่างการแปลเอกสารอ้างอิงภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ

Tirakanan, S. Multivariate variables analysis in social science research. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 2011. (in Thai)

สุวิมล ตีรกานันท์, การวิเคราะห์ตัวแปรพหุในงานวิจัยทางสังคมศาสตร์ กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553

2) เอกสารอ้างอิงทุกฉบับต้องมีการอ้างอิงที่กล่าวถึงในบทความ

3) ใช้ระบบตัวเลขในการอ้างอิง โดยพิมพ์ด้วยก

4) เรียงลำดับการอ้างอิงตามเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ โดยเรียงลำดับหมายเลขอ้างอิง เริ่มจากหมายเลข 1, 2, 3 ไปตามลำดับที่อ้างก่อน-หลัง โดยใช้เลขอารบิก และทุกครั้งที่มีการอ้างซ้ำจะต้องใช้ หมายเลขเดิมในการอ้างอิง

5) การอ้างอิงเอกสารมากกว่า 1 ฉบับต่อเนื่องกัน จะใช้เครื่องหมายติงศกัณฑ์ (hyphen หรือ -) เชื่อมระหว่างฉบับแรกถึงฉบับสุดท้าย เช่น 1-3 แต่ถ้าอ้างอิงถึงเอกสารที่มีลำดับไม่ต่อเนื่องกัน จะใช้เครื่องหมาย จุลภาค (Comma หรือ ,) โดยไม่มีการเว้นช่วงตัวอักษร เช่น 4,6,10

- รูปแบบการพิมพ์เอกสารอ้างอิงทำบทความ ให้พิมพ์ตามลำดับการอ้างอิงตามหมายเลขที่ ได้อย่างถึงในเนื้อหาของบทความ และไม่แยกประเภทของเอกสารที่ใช้อ้างอิง
- รายละเอียดการเขียนเอกสารอ้างอิงทำบทความ ให้ใช้ตามระบบ แวนคูเวอร์ (Vancouver) ดังนี้

#### การอ้างอิงบทความจากวารสาร (Articles in Journals) มีรูปแบบการอ้างอิง ดังนี้

ชื่อผู้แต่ง (Author) ชื่อบทความ (Title of the article), ชื่อวารสาร (Title of the Journal) ปีที่พิมพ์ (Year); เล่มที่ของวารสาร (Volume & Number/Issue): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย (Page).

**ตัวอย่าง** รัชณี ศุภจินทรรัตน์ และคณะ, ปัจจัยทำนายความต้องการออกจางานของอาจารย์พยาบาล. Journal of Nursing Science, 2012; 30(2): 23-34.

#### การอ้างอิงเอกสารที่เป็นหนังสือหรือตำรา ประกอบด้วย 2 แบบ

1. การอ้างอิงหนังสือทั้งเล่ม มีรูปแบบการอ้างอิง ดังนี้

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

**ตัวอย่าง** รัสสรค์ ประเสริฐศรี, ภาวะผู้นำ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: Diamond in Business World; 2551.

2. การอ้างอิงบทใดบทหนึ่งของหนังสือ ที่มีผู้แต่งรายบทและมีบรรณาธิการหนังสือ (Chapter in a book) มีรูปแบบการอ้างอิง ดังนี้

ชื่อผู้แต่ง (Author), ชื่อบท (Title of a chapter), ใน (In): ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/Editor (S) ชื่อหนังสือ (Title of the book), ครั้งที่พิมพ์ (Edition), เมืองที่พิมพ์ (Place of Publication): สำนักพิมพ์ (Publisher); ปีพิมพ์ (Year), หน้า/p. หน้าแรก- หน้าสุดท้าย.

**การอ้างอิงเอกสารที่เป็นหนังสือประกอบการประชุม/รายงานการประชุม (Conference proceeding) มีรูปแบบ ดังนี้**

ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปี ที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม เมืองที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

**การอ้างอิงบทความที่นำเสนอในการประชุม/สรุปผลการประชุม (Conference paper) มีรูปแบบ ดังนี้**

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง ใน/in: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/editor(s), ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปี ที่ประชุม สถานที่จัดประชุม, เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์, ปีที่พิมพ์ หน้า/p. หน้าแรก- หน้าสุดท้าย.

#### การอ้างอิงเอกสารที่เป็นวิทยานิพนธ์ (Thesis/Dissertation) มีรูปแบบการเขียนอ้างอิง ดังนี้

ชื่อผู้เขียน ชื่อเรื่อง ประเภท/ระดับปริญญา, เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้ ปริญญา

**ตัวอย่าง** จุฑามาศ สนกกน. ปัจจัยที่มีผลต่อแรงจูงใจในการพัฒนาตนเองเพื่อการสร้างสรรค์ผลงานทางวิชาการของอาจารย์สถาบันอุดมศึกษาเอกชน วิทยานิพนธ์ครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.

**การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Materia)** ใช้การอ้างอิงตามรูปแบบประเภทของเอกสาร โดยจะเพิ่มเติมข้อมูลบอกประเภทของสื่อเอกสารที่นำมาอ้างอิง วันที่สืบค้นข้อมูล และแหล่งที่มาของข้อมูล ดังนี้

ชื่อผู้แต่ง (Author), ชื่อบทความ (Title of the article) [ประเภทของสื่อ]. ปีที่พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]. เข้าถึงได้จาก/Available from: <http://.....>

**ตัวอย่าง** ยุทธนา พรหมณี, วิวัฒนาการทางความคิดเกี่ยวกับผู้นำ : ทฤษฎีภาวะผู้นำ [ออนไลน์]. 2551 [เข้าถึงเมื่อ 2556/3/17]. เข้าถึงได้จาก: [WWW.pnCC.ac.th/pncc/wrod/re/r22.doc](http://WWW.pnCC.ac.th/pncc/wrod/re/r22.doc)

#### **การอ้างอิงบทความวารสารบนอินเทอร์เน็ต (Journal article on the Internet)**

ชื่อผู้แต่ง (Author), ชื่อบทความ (Title of the article) ชื่อวารสาร (Title of the Journal) [ประเภทของสื่อ]. ปีที่พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]; ปีที่/เล่มที่: หน้า/about screen. เข้าถึงได้จาก/Available from: <http://.....>

**ตัวอย่าง** วนิตา สติประเสริฐ, ยุวดี ลีลัคนาวีระ และพรนภา หอมสินธุ์, ผลการชี้แนะต่อพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ วารสารการพยาบาลและการศึกษา [ออนไลน์]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 2558/12/25]; 8 (3): 33-51. เข้าถึงได้จาก: [http:// www.scppk.com/\\_tps-13/marticle.php?id=113114](http://www.scppk.com/_tps-13/marticle.php?id=113114)

## ■ Research Article

- Factors Related to Care Readiness for Persons with Dementia among Village Health Volunteers
- Factors Influencing Preventive Behaviors against Musculoskeletal Disorders among Family Caregivers of Persons with Physical Disability
- Intention to Stay in Primary Care Unit among Nurses
- The Quality of Life of Students in Saint Louis College
- The predictive power of the self-esteem on happiness of aging people in Muang Surin Municipality
- The Effects of Breast Self-Examination Acquisition Program on Knowledge, Attitude and Breast Self-Examination Skill Among Nursing Students
- The Association between Knowledge, Attitude, and Perception of Patient Safety Skills of the Armed Forces Nurses
- Factors Affecting the Performance of Medication Error Prevention of Sub-district Health Promoting Hospitals in Nakhon Pathom Province

## ■ Book Review article

- ปฏิวัติการสอน สู่ห้องเรียน 4.0 ด้วย Google for Education



**PRABOROMARAJCHANOK  
INSTITUTE MINISTRY OF PUBLIC HEALTH**

E-mail: [nursing2551@gmail.com](mailto:nursing2551@gmail.com)