



## การพัฒนาการเรียนการสอนนักศึกษาพยาบาลแบบบูรณาการโดยสอดแทรก คุณธรรม จริยธรรมและการคิดอย่างเป็นระบบในวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันการเจ็บป่วย ปีการศึกษา 2551

### Development a Model to Teach Health Promotion and Illness Prevention with the Integration of Ethics, Morals and Systematic Thinking for Nursing Students Academic Year 2008

รัตน์ดาวรรณ คลังกลาง พย.ม.\*

#### **บทคัดย่อ**

การวิจัยในชั้นเรียนนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการเรียนการสอนแบบบูรณาการโดยสอดแทรกคุณธรรมจริยธรรมและการคิดอย่างเป็นระบบในวิชาการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วย ในหัวข้อ “การสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวม การป้องกันปัญหาสุขภาพ และการใช้กระบวนการพยาบาลบนพื้นฐานทฤษฎีการดูแลด้วยความอ่อนโยนในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยของบุคคล ครอบครัว และชุมชนในวัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยสูงอายุ” โดยคำนึงถึงสิทธิมนุษยชนและจริยธรรม ผู้ร่วมวิจัย คือ อาจารย์ที่ร่วมสอน และนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 ที่ลงทะเบียนเรียนวิชาการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย ภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2551 จำนวน 124 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก การทบทวนบทเรียน บันทึกการเรียนรู้ และการสังเกตพฤติกรรม วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

กระบวนการพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการนี้ เป็นการพัฒนาทั้งความรู้เชิงทฤษฎี คุณลักษณะส่วนบุคคลอย่างทั่วถึงที่ผู้เรียนสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการเรียนที่หลากหลายและแปรเปลี่ยนใหม่ เช่น การศึกษาผู้รับบริการจริงในชุมชน การประชุมกลุ่มย่อยการใช้กระบวนการสุนทรีย์สนทน การสรุปความคิดรวบยอด ด้วยแผนที่ความคิด ซึ่งส่งผลให้นักศึกษามีการเรียนรู้ในการสร้างนิสัยที่ดี สนับสนุนกับการเรียน การกล้าแสดงออกมากขึ้น และได้ช่วยเหลือกันในการเรียนแบบอื่น

ผลการประเมินการเรียนการสอนในทุกด้านอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x} = 4.18$ ,  $SD = 0.33$ ) และนักศึกษาได้พัฒนาความรู้ ทักษะและประสบการณ์ พัฒนาการคิดอย่างเป็นระบบ และพัฒนาคุณธรรม จริยธรรมในระดับมาก ( $\bar{x} = 4.36$ ,  $SD = 0.43$ ), ( $\bar{x} = 4.44$ ,  $SD = 0.13$ ), ( $\bar{x} = 4.20$ ,  $SD = 0.19$ ) ตามลำดับ และจากการรับรู้สมรรถนะรายชั้นปีและคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์โดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x} = 4.28$ ,  $SD = 0.25$ ) และพบว่า มีความพึงพอใจต่อการเรียนการสอนแบบบูรณาการโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x} = 4.33$ ,  $SD = 0.13$ )

**คำสำคัญ:** การเรียนการสอนแบบบูรณาการ การสอนสอดแทรกคุณธรรม จริยธรรม การคิดอย่างเป็นระบบ

#### **Abstract**

This classroom participatory action research was conducted to develop a model to integrate ethics, morals, and systematic thinking into the teaching included holistic health promotion, prevention of health

\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น



problems, and application of the nursing process based on caring theory and the consideration of human rights and ethics in promoting health and preventing illnesses of an individual, the family, and the community throughout the lifespan. Research participants included four nursing instructors and 124 second – year nursing students registered for the course “health promotion and illness prevention” in the first semester of the 2008 academic year. Data collection by focus group discussions, in-depth interview questions, content review, behavioral observation and interview. Quantitative data were analyzed to obtain percents, means, and standard deviations. A content analysis was conducted to analyze qualitative information.

This development of an integrated teaching model was the development of both theoretical knowledge and comprehensive individual characteristics. As a result, learners could apply what they learned further in the future. Various teaching – learning methods implemented in this study such as assessing actual clients in the community, small group meetings, aesthetic dialogues, and mind – mapping allowed nursing students to develop a good work ethic, enjoy learning, become more outspoken, and another in learning in other courses. An evaluation of student learning was at a high level in every aspect ( $\bar{x} = 4.18$ , SD = 0.33). Students reported high levels of knowledge, experiences and skills ( $\bar{x} = 4.36$ , SD = 0.43), systematic thinking ( $\bar{x} = 4.44$ , SD = 0.13), and ethics and morals ( $\bar{x} = 4.20$ , SD = 0.19). The perceived second- year student competency level and desirable student characteristics were also high ( $\bar{x} = 4.28$ , SD = 0.25). More importantly, students were highly satisfied with this integrated teaching – learning model ( $\bar{x} = 4.33$ , SD = 0.13).

**Keywords:** integration, ethics, morals, systematic thinking

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การจัดการศึกษาในวิชาชีพการพยาบาล เป็นกระบวนการพัฒนาศักยภาพนักศึกษาให้เป็นบุคลากรพยาบาลที่มีความรู้ ทักษะ และจริยธรรม มีความพร้อมที่จะเป็นพยาบาลที่มีคุณภาพ การพัฒนาศักยภาพของนักศึกษาจึงเป็นกระบวนการพัฒนาทักษะในการคิดวิเคราะห์ มีวิจารณญาณ มีความสามารถในการแก้ปัญหา และการเรียนรู้ด้วยตนเองโดยใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม และการพัฒนาจริยธรรมเป็นกระบวนการที่สำคัญในการพัฒนานักศึกษาให้คิดดี ทำดี ตระหนักรถึงความรับผิดชอบต่อผู้ใช้บริการต่อสังคมและต่อตนเอง กระบวนการจัดการเรียนการสอนจึงต้องปรับเปลี่ยนให้สอดรับกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ<sup>1</sup> และเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต (Life Long Learning)<sup>2</sup>

การจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการ ผุ่งเชื่อมโยงความรู้ ความคิดรวบยอด หรือทักษะเข้าด้วยกัน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้แบบองค์รวม ทั้งด้านพุทธิพิสัย จิตพิสัย และทักษะพิสัย<sup>3</sup> ทั้งนี้การจัด

การศึกษาต้องเป็นไปเพื่อพัฒนานักศึกษาไทยให้เป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ สติปัญญา ความรู้ มีคุณธรรม มีจริยธรรม และวัฒนธรรมในการดำรงชีวิต สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข<sup>4</sup> วิทยาลัยพยาบาลรามราชนนี ขอนแก่น เป็นสถาบันการศึกษาพยาบาลที่มีนโยบายการจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการที่สอดแทรกคุณธรรม จริยธรรมและการคิดอย่างเป็นระบบ มีกิจกรรมการพัฒนานักศึกษาโดยใช้ระบบครอบครัวในบริบทของวิทยาลัยพยาบาลรามราชนนี ขอนแก่น โดยเน้นการพัฒนากระบวนการคิดอย่างเป็นระบบ<sup>5</sup> ควบคู่กับการกล่อมเกลาคุณธรรม จริยธรรม

ผู้วจัยในฐานะที่เป็นอาจารย์พยาบาลของวิทยาลัยพยาบาลรามราชนนี ขอนแก่น และเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดการเรียนการสอนวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันการเจ็บป่วย ได้ตระหนักรถึงความสำคัญในการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการ จึงได้นำแนวคิดดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในวิชาในหัวข้อ “การสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวม การป้องกันปัญหาสุขภาพ การใช้กระบวนการพยาบาลบนพื้นฐานทฤษฎีการดูแล



ด้วยความเอื้ออาทรในการสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันการเจ็บป่วยของบุคคล ครอบครัว และชุมชนในวัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยสูงอายุ” สำหรับนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 รุ่นที่ 11 ภาคการศึกษาต้น ปีการศึกษา 2551 ซึ่งผู้จัดมุ่งหวังว่าการจัดการเรียนการสอนนี้จะช่วยพัฒนาการคิดและพัฒนากระบวนการเรียนรู้ในภาคทฤษฎี ช่วยเสริมสร้างวิธีการคิดอย่างเป็นระบบ การคิดวิเคราะห์ พัฒนาทักษะการคิดเชื่อมโยงและพัฒนาคุณธรรม จริยธรรม ด้านความซื่อสัตย์ ความรับผิดชอบและความเอื้ออาทร รวมทั้งพัฒนาทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและการสื่อสารเพื่อเป็นประโยชน์ในการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนให้มีประสิทธิภาพในโอกาสต่อไป

### **วัตถุประสงค์การวิจัย**

เพื่อพัฒนากระบวนการและผลลัพธ์ของการจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการโดยการสอดแทรกคุณธรรม จริยธรรมและการคิดอย่างเป็นระบบในวิชาการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วย

### **กรอบแนวคิดการวิจัย**

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้ใช้แนวคิดการจัดการเรียนที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง (Students centered) และมุ่งผลลัพธ์ให้ผู้เรียนเกิดการคิดอย่างเป็นระบบจนสามารถอธิบายถึงความเชื่อมโยงของปรากฏการณ์ที่สำคัญซึ่งมีความเกี่ยวพันเชื่อมโยงกับปรากฏการณ์อื่นทั้งเชิงกายภาพและเชิงสังคม<sup>๖</sup> ให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนการสอนอย่างกระตือรือร้น ส่งเสริมให้ผู้เรียนได้ร่วมทำงานกลุ่ม โดยส่งเสริมให้มีกิจกรรมกลุ่มในลักษณะต่างๆ หลากหลายในการเรียนการสอน และส่งเสริมให้ผู้เรียนมีโอกาสได้ลงมือทำกิจกรรมต่างๆ อย่างแท้จริงด้วยตนเอง และสร้างเสริมความมั่นใจให้เกิดขึ้นในตัวผู้เรียน เน้นการปลูกฝังจิตสำนึก ค่านิยม และคุณธรรม จริยธรรมที่ถูกต้อง

### **วิธีดำเนินการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (Participatory Action Research, PAR) เพื่อพัฒนาการจัดการเรียนการสอน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น ชั้นปีที่ 2 รุ่นที่ 11 จำนวน 124 คน แบ่งกลุ่มทั้งหมด 8 กลุ่ม ๆ ละ 15-16 คน ที่เรียนวิชาการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วย ภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2551

การเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ (Quantitative method) และเชิงคุณภาพ (Qualitative method) เพื่อนำมาใช้พัฒนาสถานการณ์การจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการ วิธีการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งระหว่างการจัดการเรียนการสอน และสิ้นสุดกระบวนการเรียนการสอน ได้แก่ ข้อมูลเชิงปริมาณโดยการใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสอบถามเด็ก และการสนทนากลุ่ม การใช้แผนที่ความคิด และการใช้กระบวนการสุนทรีย์สนทนากลุ่ม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถาม ความคิดเห็นต่อการจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการ แบบประเมินสมรรถนะชั้นปีและคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2 ตามการรับรู้ของตนของนักศึกษาภายหลังการจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการ แบบประเมินความพึงพอใจของนักศึกษาภายหลังการจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการ แบบบันทึกการเรียนรู้และแบบการสังเกตพฤติกรรมของนักศึกษา แบบบททวนการเรียนรู้ แบบสัมภาษณ์และแบบสนทนากลุ่ม

การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์แอล法ของครอนบาก (Cronbach's alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ความคิดเห็นของผู้เรียนที่มีต่อการจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการ แบบประเมินสมรรถนะชั้นปีและคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ และแบบประเมินความพึงพอใจ เท่ากับ 0.85, 0.81 และ 0.82 ตามลำดับ

#### **ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล**

ระยะที่ 1 ขั้นเตรียมการสอนแบบบูรณาการได้ดำเนินการเขียนแผนการสอนแบบบูรณาการโดยสอดแทรกคุณธรรม จริยธรรมในวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันการเจ็บป่วย ออกแบบการเรียนการ



สอนโดยใช้กรานต์คีกษา สтанการณ์จริงในชุมชน การใช้กระบวนการกรุ่น การใช้สุนทรีย์สันทนา การใช้แผนที่ความคิด การใช้วิจัยเป็นฐาน และการใช้โครงงาน

ระยะที่ 2 ขั้นเตรียมการสอนแบบบูรณาการและขั้นการเรียนรู้จากผู้บริการจริงในชุมชนเป็นการจัดการเรียนรู้ในสภาพจริง โดยมีคำาณหลักให้จากการเรียนในชั้นเรียน ให้ผู้เรียนไปหาคำตอบจากบุคคลในชุมชน ซึ่งในกระบวนการเรียนการสอนมีกระบวนการที่ล่องเสริม ให้ผู้เรียนได้คิดวิเคราะห์การศึกษาบุคคลทั้งรายบุคคล และรายกลุ่ม โดยมีผู้สอน ให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ ดูแล นักศึกษาอย่างเอื้ออาทรและร่วมกิจกรรมการเรียนการสอนกับผู้เรียนอย่างต่อเนื่อง สำหรับการสอนด้วยครุภัณฑ์ จิริยธรรมจะมีทั้งในขณะที่เรียนในชั้นเรียน ในขณะการเข้ากลุ่มภูมิปัญญา การศึกษากับผู้รับบริการจริง ซึ่งจะมีใน 3 ลักษณะ คือ ความซื่อสัตย์ ความผิดรับชอบ และความเอื้ออาทร

ระยะที่ 3 ขั้นการประเมินผลการสอนแบบบูรณาการที่หลากหลาย คือ การประเมินผลระหว่างปฏิบัติ (Formative evaluation) เพื่อสรุปการจัดการเรียนการสอนเป็นระยะ และหาทางปรับปรุงรูปแบบอย่างต่อเนื่อง และการประเมินผลการเปลี่ยนแปลงและประเมินผลลัพธ์การวิจัย ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ (Summative evaluation)

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยอาศัยความเป็นเหตุเป็นผล หรือสรุปผลการวิจัยตามประเด็นที่ผู้วิจัยวิเคราะห์ได้เกี่ยวกับรูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่เหมาะสม กรณีศึกษา เอกสารประกอบการสอน แบบประเมินผลทั้งหมด สื่อการสอนอื่นๆ และการประเมินบทบาทผู้เรียนและผู้สอน ตลอดจนการสนับสนุนจากสถาบันการศึกษา

จิริยธรรมการวิจัย เป็นลิ่งที่ผู้วิจัยตระหนักและให้ความสำคัญอย่างยิ่งจึงต้องมีการพิทักษ์ลิทิกลุ่มผู้ร่วมวิจัยในทุกขั้นตอน ข้อมูลที่ได้จากโครงการวิจัยครั้งนี้จะถูกเก็บเป็นความลับ ส่วนการนำเสนอข้อมูล และผลการวิจัยเป็นการนำเสนอในภาพรวม

## ผลการวิจัย

1. ผลวิเคราะห์สภาพการจัดการเรียนการสอนวิชาการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วยในปีการศึกษา 2550 ได้ข้อสรุปที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนในวิชา ดังนี้

1.1 ปัญหาและความต้องการของนักศึกษา คือ เนื้อหาวิชามากเกินกว่าหน่วยกิตที่กำหนด 2) ข้อสอนไม่ตรงกับความเข้าใจของนักศึกษา 3) นักศึกษาไม่มีจินตนาการในการนำไปใช้และไม่สามารถต่อยอดความเข้าใจจากทฤษฎีสู่การปฏิบัติได้ 4) พฤติกรรมที่พึงประสงค์ลดน้อยลง ดังตัวอย่าง

“...ครูที่สอนอย่างเดียว เพราะมีตัวอย่างมากมาย ที่อยากนำมาให้นักศึกษาได้รับทราบ...” (อาจารย์ที่ร่วมสอนวิชานี้มา 2 ปี..จากการสนทนากลุ่ม)

“...นักศึกษาเข้าห้องเรียนไม่ตรงเวลา บางคนนอนไปนอน เพราะกลุ่มนักศึกษามีมาก ทำให้อาจารย์ไม่ทันสังเกต...” (นักศึกษาที่ผ่านวิชานี้..จากการสนทนากลุ่ม)

1.2 แนวทางการพัฒนาการจัดการเรียนการสอน จากการที่อาจารย์และนักศึกษาที่เคยเรียนวิชานี้มาได้ร่วมกันวิเคราะห์แนวทางในการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนให้ดีขึ้น จึงพบว่า แนวทางการพัฒนาได้แก่ 1) ลดสาระที่ซ้ำซ้อนกันโดยการบูรณาการ เนื้อหาของวิชานี้จากหลายเรื่อง 2) ลดความซ้ำซ้อนในการเรียนเรื่องที่เกี่ยวข้องที่เรียนมาแล้ว 3) ลดความซ้ำซ้อนในการเรียนตามกลุ่มเป้าหมาย 4) จัดการเรียนจากสถานการณ์ในชีวิตจริงของผู้รับบริการ 5) สร้างบรรยากาศที่ท้าทายความคิด ความเชื่อ และความสามารถของผู้เรียน 6) สร้างบรรยากาศการเรียนแบบการทำงานเป็นกลุ่ม และสร้างกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบร่วมกับผู้อื่น 7) เลริมสร้างทักษะเชิงคุณธรรม จิริยธรรม ดังตัวอย่าง

“...เรื่องที่นักศึกษาเรียนมาแล้ว ไม่ต้องสอนซ้ำ ให้นักศึกษากลับไปทบทวนและมีการบันทึกการเรียนรู้จากนั้นอาจารย์ก็ทบทวนในชั้นเรียน...” (อาจารย์ที่ร่วมสอนวิชานี้มา 5 ปี..จากการสนทนากลุ่ม)

“...การลงศึกษาในสถานการณ์จริงต้องมีแนวทาง หรือแนวคิดมาหลักให้กับนักศึกษา เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและเป็นประโยชน์กับการเรียนจริง ๆ...” (นักศึกษาที่ผ่านวิชานี้..จากการสนทนากลุ่ม)



## 2. การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการโดยสอดแทรกคุณธรรมจริยธรรมและการคิดอย่างเป็นระบบในวิชาการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วย

การพัฒนาครั้งนี้เป็นการพัฒนาทั้งความรู้เชิงทฤษฎี คุณลักษณะส่วนบุคคลที่ผู้เรียนสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการเรียนที่หลากหลายและแปลกลใหม่ เช่น การศึกษาผู้รับบริการจริงในชุมชน การประชุมกลุ่มย่อย การใช้กระบวนการสุนทรีย์สันทนา การสรุปความคิดรวบยอดด้วยแผนที่ความคิดทำให้นักศึกษาเกิดความรู้สึกท้าทาย สนูกับการเรียนนักศึกษามีโอกาสสะท้อนแนวคิดซึ่งกันและกัน มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลกันกิจกรรมที่จัดให้ผู้เรียนได้แก่ การเรียนโดยใช้ผังความคิด (Mind mapping) แบ่งกลุ่มระดมสมอง ซึ่งเป็นการเสริมการเรียนรู้แบบกลุ่ม (Group learning) การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory learning) โดยให้กลุ่มผู้เรียนทำงานร่วมกัน แบ่งหน้าที่ช่วยเหลือเพื่อน การใช้กระบวนการสุนทรีย์สันทนา จนก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการเรียนรู้ร่วมกัน วิธีการจัดการเรียนรู้นี้จะช่วยให้ผู้เรียนได้มีโอกาสศึกษาวิเคราะห์ความรู้สึกและพฤติกรรมของตนเองและผู้รับบริการอย่างเป็นองค์รวมทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณอย่างลึกซึ้ง ส่งผลให้เกิดความรู้ เกิดการพัฒนาการคิดอย่างเป็นระบบ พัฒนาคุณธรรมจริยธรรมผู้เรียนผ่านวิธีการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษาจริงในชุมชน เป็นการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ให้ผู้เรียนได้เลือกและสร้างกระบวนการเรียนรู้ โดยวิธีการศึกษาค้นคว้าอย่างลุ่มลึกด้วยตนเอง และใช้แหล่งเรียนรู้ที่หลากหลาย ซึ่งผู้เรียนได้รับประสบการณ์ตรงและได้เรียนรู้วิธีการแก้ปัญหา รู้จักการทำงานอย่างมีระบบ รู้จักการวางแผนการทำงาน ฝึกการคิดวิเคราะห์และเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วย

เมื่อถึงสุดการเรียน นักศึกษามีความสามารถแสดงข้อคิดเห็นได้ดีขึ้น กล้าแสดงออกมากขึ้น มีความสุขในการเรียน และช่วยเหลือกันมากกว่าการเรียนแบบอื่น ดังต่อไปนี้

“การสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับบริการเป็นสิ่งที่จำเป็นในการเก็บข้อมูล และจำเป็นสำหรับวิชาชีพพยาบาล” (นักศึกษาหญิงชั้นปีที่ 2 ที่เรียนวิชานี้...จาก การสนทนากลุ่ม)

“นักศึกษามีโอกาสแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระหลากหลาย ได้เรียนรู้จากความคิดเห็นที่เหมือนกัน และแตกต่างกัน พัฒนากระบวนการคิดวิเคราะห์อย่างบูรณาการและเป็นระบบ” (นักศึกษาชั้นปีที่ 2 ที่ศึกษาระบบทุกคล้ายรุ่น...จากการสนทนากลุ่ม)

## 3. การประเมินผลการเรียนการสอนแบบบูรณาการโดยสอดแทรกคุณธรรมจริยธรรมและการคิดอย่างเป็นระบบในวิชาการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วย

3.1 ความคิดเห็นของนักศึกษาที่มีต่อกระบวนการจัดการเรียนรู้แบบบูรณาการ พ布ว่า ค่าเฉลี่ยความคิดเห็นในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x} = 4.21$ ,  $SD = 0.14$ ) โดยเมื่อพิจารณารายด้าน พ布ว่า ส่วนใหญ่ค่าเฉลี่ยความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ได้แก่ การจัดกิจกรรมการเรียนรู้สร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้เรียนและผู้รับบริการ ( $\bar{x} = 4.29$ ,  $SD = 0.46$ ) การจัดการเรียนรู้ให้โอกาสผู้เรียนปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ มากขึ้นภายใต้การแนะนำปรีกษาของผู้สอนอย่างใกล้ชิด ( $\bar{x} = 4.28$ ,  $SD = 0.58$ ) และจากการทบทวนบทเรียนและการสัมภาษณ์ พบว่า กระบวนการเรียนการสอน มีวิธีการเรียนการสอนที่น่าสนใจ ส่งเสริมการเรียนรู้ ที่มีบรรยากาศเป็นกันเอง ทำให้นักศึกษากล้าแสดงความคิดเห็น ไม่เครียด เป็นการเรียนที่กระตุ้นให้ทุกคนได้แสดงความคิดเห็น ทำให้นักศึกษาเกิดแรงบันดาลใจในการศึกษาดันความคิดเห็น มากขึ้น

3.2 ความคิดเห็นของนักศึกษาต่อการมีส่วนร่วมในการจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการ พบว่า นักศึกษาส่วนมากได้มีโอกาสในการพัฒนามากถึงมากที่สุดในการแสดงความรู้ การเรียนที่หลากหลาย วิธีตามความถนัดของตนเอง ได้แลกเปลี่ยนกับเพื่อน ได้เชื่อมต่อประสบการณ์การเรียนกับชีวิตจริง การเรียนวิชาอื่นและได้ทำงานเป็นทีมและข้อที่มีคะแนนมากที่สุดคือ มีโอกาสฝึกการทำงานเป็นทีม ความมีวินัย และความรับผิดชอบมีปฏิสัมพันธ์แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน กับเพื่อนและกลุ่ม

3.3 ความคิดเห็นของนักศึกษาที่มีต่อการจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการด้านการวัดและการประเมินผล พบว่า ค่าเฉลี่ยความคิดเห็นในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x} = 4.18$ ,  $SD = 0.33$ ) โดยเมื่อพิจารณา รายด้านพบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับมาก ได้แก่



ระบบการวัดผลและการประเมินผลมีความสอดคล้องกับสมรรถนะทางวิชาชีพในรายวิชากำหนด ( $\bar{x} = 4.44$ ,  $SD = 0.50$ ) ผู้สอนนำผลการประเมินไปใช้ในการพัฒนาการเรียนรู้ที่มุ่งสู่การสรุปความรู้ร่วมกันของผู้เรียน ( $\bar{x} = 4.23$ ,  $SD = 0.68$ ) ใช้วิธีการประเมินที่หลากหลายโดยเน้นการประเมินตามสภาพจริง โดยการสังเกตพฤติกรรมในขณะทำการสอนของผู้เรียน ( $\bar{x} = 4.18$ ,  $SD = 0.38$ ) ผู้สอนมีการประเมินผลร่วมกันในหลายกิจกรรมส่งผลให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้อย่างมีคุณภาพ ( $\bar{x} = 4.15$ ,  $SD = 0.58$ ) การประเมินผลมีการบูรณาการคุณธรรม จริยธรรม และการคิดอย่างเป็นระบบทำให้ผู้เรียนได้พัฒนาตนเอง ( $\bar{x} = 3.94$ ,  $SD = 0.64$ )

### 3.3 ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการ มีดังนี้

1) ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้เรียน ด้านการพัฒนาความรู้ ทักษะและประสบการณ์ ด้านการพัฒนาการคิดอย่างเป็นระบบและด้านการพัฒนาคุณธรรม จริยธรรมของผู้เรียน พบว่า ค่าเฉลี่ยความคิดเห็นทั้ง 3 ด้าน ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x} = 4.36$ ,  $SD = 0.43$ ), ( $\bar{x} = 4.20$ ,  $SD = 0.19$ ) และ ( $\bar{x} = 4.44$ ,  $SD = 0.13$ ) ตามลำดับ

จากการสอบถามพบว่า กระบวนการเรียนรู้แบบบูรณาการ ทำให้ผู้เรียนได้พัฒนาในหลายด้าน เช่น การจัดระบบความคิด การโต้แย้งอย่างสร้างสรรค์ และมีเหตุผล ฝึกความรับผิดชอบต่อตนเองและกลุ่ม เสริมสร้างความสามัคคี ความร่วมมือกันทำงาน และการตระหนักรู้

2) ผลที่เกิดขึ้นกับผู้สอน พบว่า ผู้สอนได้เรียนรู้รูปแบบการสอนแบบบูรณาการ และการเขียนแผนการสอน ชี้งหาลายหัวข้อที่นำมาบูรณาการเพื่อไม่ให้ข้าช้อน เป็นลำดับขั้นตอน/สอนร่วมกัน มีการพัฒนาการสอนหลากหลายกิจกรรมที่ผู้สอนได้พัฒนากระบวนการ การเรียนการสอนโดยให้นักศึกษามีส่วนร่วมในการประเมินกระบวนการเรียนการสอน ผลการเรียนการสอน บรรยายคำไม่จำเจเปลี่ยนสถานที่ตามโจทย์หรือประเด็นคำถาม ออกรูปแบบการเรียนการสอนให้สอดคล้องกับบริบทของการจัดกิจกรรมอื่น ๆ ของวิทยาลัยได้

บทเรียนที่ได้ คือ หน้าที่ของผู้สอนไม่ว่าจะเปลี่ยนรูปแบบการจัดการเรียนการสอนแบบใด ต้องสร้างนักศึกษาให้มีคุณภาพ อาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญ

ในสาขานี้จะเป็นสิ่งที่ท้าทายนักศึกษา เพราะการจัดการเรียนรู้แบบบูรณาการจะต้องพัฒนาความต้องการของนักศึกษา พัฒนาการทำงานเป็นทีม ความรับผิดชอบ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ความอดทน ทักษะการแก้ปัญหา การคิดอย่างเป็นระบบ และการพัฒนาด้านคุณธรรม จริยธรรม และรูปแบบการจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการยังส่งเสริมให้ผู้สอนได้มีการพัฒนาตนเองทั้งในด้านความรู้ และปรับกระบวนการทัศน์ ส่งเสริมให้มีการพัฒนาและผลิตนวัตกรรมด้านการเรียนการสอนที่ส่งเสริมการเรียนรู้ของนักศึกษา

การจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการ ผู้สอนต้องเป็นผู้ที่สามารถถ่ายทอดความรู้ให้กับนักศึกษาได้เป็นอย่างดี การฝึกสังเกต การฝึกบันทึก และการให้ข้อมูลย้อนกลับ การฝึกการเสริมแรงให้กับนักศึกษา เตรียมทั้งเนื้อหาและวิธีการจัดบรรยายการสื่อสาร ให้อีกด้วย การเรียนรู้สู่ใจนักศึกษาเป็นรายบุคคล แสดงความเอื้ออาทรและเป็นกันยานมิตรกับนักศึกษา จัดกิจกรรมให้นักศึกษาได้คิด ปรับปรุงตนเอง และแสดงออกอย่างสร้างสรรค์ จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนความรู้ จากกลุ่ม ใช้สื่อการสอน ใช้แหล่งเรียนรู้ สภาพการณ์จริง และประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

3.4 การรับรู้ของนักศึกษาหลังสิ้นสุดการเรียนเกี่ยวกับสมรรถนะรายชั้นปีและคุณลักษณะที่พึงประสงค์ พบว่า คะแนนรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x} = 4.28$ ,  $SD = 0.25$ ) สมรรถนะรายชั้นปีรายข้อส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ทำงานเป็นทีม และติดต่อสื่อสารกับบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ เท่ากัน ( $\bar{x} = 4.67$ ,  $SD = 0.47$ ) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ สอนและให้คำปรึกษาทางสุขภาพ ( $\bar{x} = 3.98$ ,  $SD = 0.58$ ) ส่วนการประเมินคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ของนักศึกษาพยายามมาสตร์ชั้นปีที่ 2 ตามการรับรู้ของตนเองของนักศึกษา เมื่อสิ้นสุดการจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x} = 4.36$ ,  $SD = 0.43$ ) รายข้อส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ เป็นผู้มีความสามารถในการคิดวิเคราะห์ คิดอย่างมีวิจารณญาณ คิดเป็นระบบและแก้ปัญหาอย่างมีระบบ ( $\bar{x} = 4.67$ ,  $SD = 0.47$ ) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ มีความสามารถใช้ทักษะที่จำเป็นต่อการดำรงชีพในสังคม ได้แก่ การใช้ภาษาไทยได้อย่างถูกต้อง



ใช้ภาษาลากูในระดับที่สื่อสารได้อย่างน้อย 1 ภาษา และใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม ( $\bar{x} = 3.85$ , SD = 0.54)

**4. ความพึงพอใจของนักศึกษาต่อการเรียนการสอนแบบบูรณาการ** พนวานักศึกษามีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x} = 4.33$ , SD = 0.13) เมื่อพิจารณาอย่างด้านอยู่ในระดับมาก ได้แก่ ด้านผู้สอน ( $\bar{x} = 4.30$ , SD = 0.46) ด้านกระบวนการเรียนการสอน ( $\bar{x} = 4.40$ , SD = 0.49) ด้านการวัดและการประเมินผล ( $\bar{x} = 4.34$ , SD = 0.48) ด้านรูปแบบกิจกรรม ( $\bar{x} = 4.28$ , SD = 0.45) ตามลำดับ

**5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการ** นักศึกษาขาดการเตรียมตัวก่อนเรียนโดยเฉพาะในช่วงโmontage ทั้งในด้านการเตรียมความรู้ การเตรียมเอกสาร การทำความเข้าใจเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับเนื้อหาที่ศึกษา นักศึกษามีศักยภาพพื้นฐานที่ค่อนข้างแตกต่างกัน จำนวนนักศึกษากลุ่มใหญ่เกินไปนักศึกษามีประสบการณ์ในการจัดบริการสุขภาพในชุมชนค่อนข้างน้อย จึงมีอุปสรรคในการจินตนาการถึงกิจกรรมบางอย่างที่ต้องการจะดำเนินอย่างยิ่งที่ต้องได้รับคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา ประจำกลุ่มอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง การดำเนินการประชุมกลุ่มย่อย และสรุปร่วมกันระหว่างกลุ่ม มีความเหมาะสมมากได้รับประโยชน์จากการเรียนรู้ระหว่างกลุ่ม สร้างความคิดเชิงระบบ มีบรรยายการสอนเรียนรู้ที่น่าสนใจ และมีเจตคติที่ดีต่อการเรียนรู้ และสร้างการเรียนรู้ที่บูรณาการเป็นองค์รวมเพื่อพัฒนาผู้เรียนให้มีคุณลักษณะที่พึงประสงค์ต่อไป

## การอภิปรายผล

**การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการโดยสอดแทรกคุณธรรม จริยธรรมและการคิดอย่างเป็นระบบใช้วิธีการเรียนรู้ที่หลากหลายและแปลงใหม่ เช่น การศึกษาผู้รับบริการจริงในชุมชน การประชุมกลุ่มย่อย โดยใช้กระบวนการสุนทรีย์สันหนา การสรุปความคิดรวบยอดด้วยแผนที่ความคิด เป็นการกระตุ้นให้ผู้เรียนได้คิดวิเคราะห์ได้ มีความน่าสนใจ ทำให้เห็นภาพจริง ๆ รวมถึงได้เรียนรู้วิธีการดำเนินชีวิตของบุคคลในวัยที่ศึกษาทั้งในด้านทัศนคติ ความเชื่อ วิธีการดูแลสุขภาพของบุคคลทั้งยามปกติและยามเจ็บป่วย รวมทั้งพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ**

จะเห็นได้ว่า การจัดกระบวนการเรียนรู้โดยมีการเชื่อมโยงและผสมผสานกระบวนการสอนในสภาพจริง ทำให้ผู้เรียนสามารถนำความรู้และประสบการณ์ไปใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม<sup>7</sup> และเป็นการพัฒนาเพื่อให้การจัดการเรียนการสอนเกิดประโยชน์สูงสุด<sup>8</sup> ซึ่งการจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการในการศึกษาพยาบาล ต้องพัฒนาทั้งความรู้ ทัศนคติต่อผู้รับบริการและวิชาชีพ การปฏิบัติตามหลักวิชาการทั้งทางวิทยาศาสตร์ การแพทย์ หรือการแพทย์ทางคลินิกและศาสตร์ด้านมนุษยวิทยา มาประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้รับบริการ และสามารถนำทรัพยากรในท้องถิ่นมาใช้อย่างเหมาะสม รวมถึงการปลูกฝังด้านคุณธรรม จริยธรรมอยู่ตลอดเวลา ดังนั้นการจัดรูปแบบการเรียนการสอนแบบบูรณาการ จึงควรมีความหลากหลาย เน้นการเรียนรู้ตามสภาพจริง การเรียนรู้ร่วมกัน การเรียนรู้จากธรรมชาติ การเรียนรู้จากการปฏิบัติจริง และมีการวัดและการประเมินผลที่สอดคล้องกับการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ โดยประเมินจากการปฏิบัติ และประเมินตามสภาพจริง<sup>9</sup> ซึ่งการเรียนการสอนแบบบูรณาการจะทำให้คนมีความสมบูรณ์มากขึ้น มีความรู้ที่มีความหมายมากขึ้น<sup>9</sup>

การมีส่วนร่วมในการจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการ นักศึกษาส่วนมากได้มีโอกาสในการพัฒนามากถึงมากที่สุดในการแสวงหาความรู้ การเรียนที่หลากหลายวิธีตามความถนัดของตนเอง ได้แลกเปลี่ยนกับเพื่อน ได้เชื่อมต่อประสบการณ์การเรียนกับชีวิตจริง การเรียนวิชาอื่นและได้ทำงานเป็นทีม และข้อที่มีคะแนนมากที่สุด คือ มีโอกาสฝึกการทำงานเป็นทีม ความมีวินัย ความรับผิดชอบและมีปฏิสัมพันธ์แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันกับเพื่อนและกลุ่ม<sup>10,11</sup> ซึ่งจากการจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการทำให้ผู้เรียนที่ได้พัฒนาทั้งความรู้ ความคิด แนวทางการปฏิบัติ และอารมณ์ความรู้สึก กระบวนการการทำงานเป็นกลุ่มจึงหล่อหลอมทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพแก่สมาชิกด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของหลายการศึกษาที่ผ่านมา<sup>12,13,14</sup> จะเห็นได้ว่า กระบวนการเรียนการสอนที่เน้นให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมทั้งด้านกระบวนการคิด และได้ลงมือกระทำการที่สอดคล้องกับประสบการณ์ จริงใกล้ๆ ตัว และเกิดขึ้นในชีวิตจริงหรือใกล้เคียงความเป็นจริงมากที่สุด สอดคล้องกับข้อเสนอแนะ จากการศึกษาของหลาย การศึกษาที่ผ่านมา<sup>14,15,16</sup> ที่เสนอแนะไว้ว่า วิธีการเรียนการสอนที่ดีไม่ควรแยกจากวิถีชีวิตและควรเน้นการปฏิบัติ



ด้วยความเต็มใจ และสนใจเรื่องที่เรียน เรียนตาม ความถนัดของตน และเลือกหัวข้อที่สนใจเพื่อการนำไปใช้ในวิชีวิตของตนหรือนำไปพัฒนาผู้รับบริการ จะทำให้ผู้เรียนมีความสุขในการเรียนมากขึ้น และจะเป็นอีกแรงที่กระตุนให้ผู้เรียนตั้งใจเรียน ค้นหาข้อมูล และหัวเรื่องสร้างความรู้มากขึ้น จึงช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนเก่งขึ้นด้วย

ความพึงพอใจของนักศึกษาต่อการเรียนการสอนแบบบูรณาการ พนบว่า นักศึกษามีความพึงพอใจในระดับสูง ทั้งนี้ เพราะการเรียนการสอนแบบบูรณาการ เป็นลักษณะหนึ่งของการเรียนรู้ที่ผู้เรียนมีส่วนร่วม หรือ การเรียนรู้แบบเน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง ซึ่งครุจะมีบทบาทเปลี่ยนแปลงไป แทนที่จะถ่ายทอดความรู้แล้ว ให้ผู้เรียนทำตาม ครุต้องพยายามทางทำให้ผู้เรียน เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง<sup>16,19</sup> การที่ผู้เรียนได้ลงมือทำ กิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง การช่วยเหลือ และเปลี่ยน ความรู้ซึ่งกันและกัน แบ่งหน้าที่และรับผิดชอบต่อหน้าที่ ของตนเองจะทำให้ผู้เรียนเห็นความสำคัญของตนเอง และผู้อื่น<sup>20,21,22,23</sup> เมื่อวิเคราะห์รายด้าน พนบว่า นักศึกษามีความพึงพอใจในรูปแบบกิจกรรมการบูรณาการมากที่สุด ทั้งนี้ เพราะการทำกิจกรรมบูรณาการ อาจารย์ต้องให้ ความสนใจอิบายวิธีการทำกิจกรรม ตรวจสอบความ เป็นไปได้ และติดตามความก้าวหน้าของกิจกรรม ให้คำ แนะนำปรึกษาเกี่ยวกับวิธีการทำกิจกรรมบูรณาการของ นักศึกษาแต่ละกลุ่ม ซึ่งทำให้นักศึกษามีสัมพันธภาพ ที่ดีกับอาจารย์และทำให้นักศึกษารู้สึกว่าตนเองได้รับ ความสนใจจากอาจารย์ ความรู้สึกเช่นนี้ก่อให้เกิดความ พึงพอใจในการเรียนสูงขึ้น

### ข้อเสนอแนะ

1. นำการเรียนการสอนนี้ไปประยุกต์ใช้ได้ทั้ง การเรียนการสอนที่เป็นภาคทฤษฎีและการปฏิบัติ โดย เฉพาะวิชาที่ต้องการพัฒนาทั้งองค์ความรู้ การคิด วิเคราะห์ การคิดอย่างมีวิจารณญาณ การคิดแบบองค์รวม รวมทั้งทัศนคติ การปรับพฤติกรรม และแนวปฏิบัติ ตลอดจนการพัฒนาคุณธรรม จริยธรรมของนักศึกษา
2. การเรียนการสอนแบบนี้ ควรมีสัดส่วนผู้สอน ต่อผู้เรียนไม่มากนัก คือ กลุ่มละ 15-16 คน จึงจะมี

ความเหมาะสม และการจัดกิจกรรมการเรียนการสอน ถ้าใช้เวลาเฉพาะที่กำหนดให้ยังไม่เพียงพอ

3. รูปแบบวิธีการเรียนการสอนควรจัดตาม สภากาจินช์ มีทั้งการเรียนรู้ด้วยตนเอง การเรียนรู้ร่วมกัน การเรียนรู้จากการปฏิบัติจริง จะทำให้เกิดการพัฒนานักศึกษาแบบองค์รวมและ สมบูรณ์ขึ้น

4. ควรมีการส่งเสริมให้จัดในทุกรายวิชาทั้ง หลักสูตรที่สามารถทำได้และควรมีการจัดทำอย่างต่อเนื่อง เพื่อฝึกการคิดเป็นระบบ อ่านเป็น และการประยุกต์ใช้ได้

5. ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนา กิจกรรมการเรียน การสอนในรายวิชาอื่น ๆ เพื่อประสิทธิภาพของการจัด การเรียนการสอนต่อไป

### เอกสารอ้างอิง

1. อรพวรรณ ลือบุญรัชชัย. การเรียนการสอนเพื่อ พัฒนาความคิดวิจารณญาณทางพยาบาลศาสตร์. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2538; 7 (2): สิงหาคม 2538.
2. สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนัก นัยกรรัฐมนตรี. พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542. กรุงเทพฯ: บริษัทพริกหวานกราฟฟิค จำกัด; 2542.
3. สิริพัชร์ เจริญวิโรจน์. การจัดการเรียนการสอน แบบบูรณาการ. กรุงเทพฯ: บุ๊ค พอยท์; 2546.
4. สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ. แนวทาง การประกันคุณภาพการศึกษาภายใน: เพื่อเตรียม ความพร้อมการประเมินภายนอก. กรุงเทพฯ: บริษัท พิมพ์ดี; 2543.
5. McGranahan, J. จุฬารสก. การคิดอย่างเป็นระบบ: การ ประยุกต์ใช้ในการเรียนการสอน. นนทบุรี: โครงการ สวัสดิการวิชาการ สถาบันพระมาราชนก; 2551.
6. Neuliep JW. Assessing the reliability and validity of the Generalized Ethnocentrism Scale. Journal of Intercultural Communication Research 2002; 31: 201-215.
7. วิเศษ ชินวงศ์. การจัดการเรียนการสอนแบบบูรณา การ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์; 2544.



8. วัฒนพร ระงับทุกข์. แผนการสอนที่เน้นผู้เรียน เป็นศูนย์กลาง. กรุงเทพฯ: วัฒนาพานิช; 2543.
9. สำลี รักสุทธิ์ และคณะ. เทคนิควิธีการพัฒนา หลักสูตร: หลักสูตรแบบบูรณาการ. กรุงเทพฯ: อนันต์การพิมพ์; 2544.
10. สุวิมล วงศ์วนิช. ทิศทางใหม่และมาตรฐานของ การประเมินผู้เรียน. ในระบบและความการประเมิน ผลการเรียนรู้แนวใหม่. กรุงเทพฯ: คณะกรรมการคุรุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2546.
11. กรมวิชาการ กระทรวงศึกษาธิการ. ร่วมปฏิรูปการ เรียนรู้กับครูต้นแบบ: การจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียน เป็นสำคัญ. กรุงเทพฯ: หน่วยศึกษานิเทศน์ กรมสามัญศึกษา; 2545.
12. กันทิลา อิฐรัตน์, วงศ์รัตน์ ทะมังคลาง, ศุภรัตน์ เวช สุวรรณ. การพัฒนารูปแบบการสอนที่เน้นผู้เรียน เป็นศูนย์กลางในวิชาปฏิบัติการพยาบาล ผู้รับ บริการที่มีภาวะสุขภาพพิจิตเบี่ยงเบนในคลินิก. (รายงานการวิจัย). ขอนแก่น: คณะกรรมการคุรุศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2543.
13. กนกวรรณ พุ่มทองดี, พรรณดี ตันติคิรินทร์, จกกลณี ศรีจักรโภคต์. การจัดกิจกรรมการสอนที่เน้นผู้เรียน เป็นศูนย์กลางในวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพเบี่ยงเบน 2. ขอนแก่น: คณะกรรมการคุรุศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2544.
14. นฤรี ลี่ทองอินทร์, ศรีมาศ ปิยะวัฒนพงศ์, ประสนสุข ศรีแสตนป่าง, เพชรไสว ลิ้มตระกูล. การพัฒนา รูปแบบการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนที่เน้นผู้ เรียนเป็นศูนย์กลางในวิชาปฏิบัติการบำบัดทางการ พยาบาลเบื้องต้น. (รายงานการวิจัย). ขอนแก่น: คณะกรรมการคุรุศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2545.
15. สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, กฤตยา แสงเจริญ. รูปแบบ การจัดกิจกรรมการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็น ศูนย์กลางในวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2. (รายงานการวิจัย). ขอนแก่น: คณะกรรมการคุรุศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2544.
16. สมจิต แడนลีแก้ว และคณะ. การพัฒนารูปแบบ การจัดการเรียนการสอนโดยเน้นผู้เรียนเป็น ศูนย์กลางในหัวข้อกระบวนการพยาบาลชุมชน. (รายงานการวิจัย). ขอนแก่น: คณะกรรมการคุรุศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2545.
17. วิทย์ มูลคำ, อรทัย มูลคำ. 20 วิธีการจัดการเรียนรู้. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัดภาพพิมพ์; 2545.
18. ทิศนา แซมมณี และคณะ. การพัฒนากระบวนการคิด. นครปฐม : ศูนย์ศึกษาพัฒนาครู คณะกรรมการคุรุศาสตร์ สถาบันราชภัฏนครปฐม; 2549.
19. ทิศนา แซมมณี. ศาสตร์การสอน: องค์ความรู้เพื่อ การจัดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2545.
20. สุมณฑา พรหมบุญ และคณะ. การเรียนรู้แบบมี ส่วนร่วม: โครงการพัฒนาคุณภาพการเรียนการสอน. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่ง ชาติ; 2540.
21. ทัยชนก บัวเจริญ, ดวงใจ ลิมติสกุล. การ พัฒนาการเรียนการสอนที่ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง: กรณีศึกษาวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น และ ปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น. วารสารสมาคม พยาบาลฯ สาขาวิชาคตตะวันออกเฉียงเหนือ 2552; 27(2): 57-64.
22. พรพิพิชญ์ บุญพวง, ศรีเทียน ตรีศิริรัตน์, ปชาณัฐ ตันติโกสุม. ผลการดำเนินโครงการสอดแทรกการ เรียนการสอนจริยธรรมเชิงพุทธในวิชาภาคปฏิบัติ การพยาบาล. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชา คตตะวันออกเฉียงเหนือ 2550; 25(2): 61-67.
23. จุฬาภรณ์ โสตะ, พรพิพิชญ์ คำโพ, ภาณี ฤทธิมาก, ณัชชานนท์ เขลาต. แนวทางการพัฒนาการสอน แทรกการสร้างเสริมสุขภาพในการเรียนการสอน. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชาคตตะวันออก เฉียงเหนือ 2550; 25(2): 68-75.



## การส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสำหรับสตรี ในชุมชนเมือง จังหวัดขอนแก่น

### The Promotion for Cervical Cancer Screening among Urban Women in Khon Kaen Province\*

นิตยา ภานินัย พย.ม.\*\* ลักษ์ ปะยะบัณฑิตกุล PhD\*\*\*

#### **บทคัดย่อ**

วัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เพื่อศึกษาสถานการณ์การรับการตรวจคัดกรอง และพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในชุมชนเมือง โดยใช้รูปแบบการประเมิน การตอบสนอง และการประเมินผลอย่างรวดเร็ว วิธีดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินอย่างรวดเร็ว ด้วยวิธีการสำรวจอย่างรวดเร็ว โดยเครื่องมือที่สร้างขึ้น 2) การตอบสนองอย่างรวดเร็ว เป็นการดำเนินงานตามวิธีการส่งเสริมการตรวจคัดกรองที่ได้ออกแบบไว้ และ 3) การประเมินผลการดำเนินงานทุกขั้นตอน เป็นการทำงานร่วมกับชุมชน การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณนำมาวิเคราะห์ทางสถิติเป็นความถี่และร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพนำมารวบรวม วิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า สตรีกลุ่มเป้าหมาย ไม่เคยตรวจคัดกรอง ร้อยละ 24.1 ปัจจัยขัดขวางที่ทำให้สตรีกลุ่มเป้าหมาย ไม่ไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก คือ ขาดความรู้ มีความอาย ไม่มีเวลาไปตรวจ การจัดบริการในคลินิก ยังไม่เอื้อต่อการมารับการตรวจคัดกรอง ระบบข้อมูลของสตรีกลุ่มเป้าหมายยังไม่เป็นปัจจุบัน และขาดการนำข้อมูลไปวางแผน การดำเนินงานในปัจจุบัน และชุมชนยังมีส่วนร่วมน้อย ดังนั้นวิธีการส่งเสริมการตรวจคัดกรอง ได้แก่ 1) การสำรวจ ข้อมูลสตรีกลุ่มเป้าหมายและบันทึกไว้ในฐานข้อมูลระบบคอมพิวเตอร์ ได้ข้อมูลเป็นปัจจุบันและนำข้อมูลไปวางแผนในการติดตามความครอบคลุมการตรวจคัดกรองต่อไป 2) การปรับเปลี่ยนวิธีการให้บริการตรวจคัดกรองในชุมชน มีการเดินแจกใบประชาสัมพันธ์ในตอนเย็นก่อนวันตรวจโดยเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครชุมชน และจัดกิจกรรมเปิดความรู้สู่ชุมชนก่อนจัดบริการตรวจคัดกรอง ซึ่งผลการดำเนินงาน พบว่า อัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในชุมชนเพิ่มขึ้น สตรีกลุ่มเป้าหมายและชุมชน มีความพึงพอใจในการจัดบริการในชุมชนและในคลินิก ข้อเสนอแนะ คือ การส่งเสริมให้สตรีในชุมชนเมืองมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต้องใช้วิธีการที่หลากหลายร่วมกัน รวมทั้ง ต้องให้ผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม

**คำสำคัญ :** การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การส่งเสริมสุขภาพ

#### **Abstract**

The objective of this research aimed to explore cervical cancer screening situation and develop methods in order to promote the screening in urban community. Method Rapid Assessment, Response and Evaluation Model (RARE) was utilized as operational framework. There were three stages: 1) Rapid Assessment, the screening situation was explored and methods of screening promotion were designed; 2) Rapid Response, screening promotion methods were conducted, and 3) Evaluation of the implementation of the screening

\*วิทยานิพนธ์ปริญญาโทสาขาวิชาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\*\*นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\*\*\*อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



promotion. All of 3 stages were participated with community. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics. Qualitative data were analyzed using content analysis. The results showed that 24.1% of women have never had the screening. The obstacle factors affected the screening included insufficient knowledge, be shy, scare and lack of time. Moreover, the campaign for screening test in the community had less community participation. The service system did not appropriate and information system did not update. The methods of the screening promotion were designed to respond to the obstacle factors and community needs included: 1) improving services in community according to community needs by health providers and health volunteers and provide health education and 2) improving services in clinic by set up fast track and new channel. The outcome was found that the screening rate was increased. Community and target women were satisfied with the screening service. The recommendations: The promotion for the cervical cancer screening in urban community have to use various methods and community participation are important.

**Keywords:** cervical cancer screening, health promotion

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัจจัย

โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาทั่วโลกที่พบบ่อยในสตรีเป็นอันดับ 2 รองจากโรคมะเร็งเต้านม และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของสตรีเป็นอันดับ 3<sup>1,2</sup> ประเทศไทยมีอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูก 24.7 ต่อประชากรแสนคนต่อปี ในแต่ละปีจะเสียชีวิตประมาณร้อยละ 40–50<sup>3</sup> ในปี พ.ศ. 2549 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกมากเป็นลำดับที่ 3 รองจากมะเร็งตับและถุงน้ำดี<sup>4</sup> และผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกกลุ่มเป้าหมายอายุ 35–60 ปี ของจังหวัดขอนแก่น ในปี พ.ศ. 2548–2550 พบร้อยละ 0.20, 2.57 และ 0.96 ต่อประชากรพันคนตามลำดับ<sup>1,5,6</sup> ความเจ็บป่วยเรื้อรังจากโรคมะเร็งปากมดลูกนั้นthon ต่อสุขภาพ ทั้งร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจ ทำให้ครอบครัวขาดรายได้ ขาดกำลังแรงงานและสูญเสียค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษา

โรคมะเร็งปากมดลูกสามารถควบคุมและป้องกันได้ โดยวิธีการตรวจคัดกรอง ซึ่งสามารถตรวจพบความผิดปกติในระยะเริ่มแรกและรักษาให้หายได้ในอัตราที่สูง<sup>2,7</sup> ลดอัตราการเสียชีวิตได้กว่าร้อยละ 90<sup>2,8</sup> และเป็นวิธีที่ได้รับการยืนยันว่ามีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพสูงเป็นที่ยอมรับทั่วโลก ประเทศไทยมีนโยบายในการควบคุมและป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก และสนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินงาน<sup>6,7</sup> แต่จาก

การสำรวจผลการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า ความครอบคลุมของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีไทยยังคงต่ำมาก มีเพียงร้อยละ 5 เท่านั้น<sup>9</sup> ผลการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสตรีอายุ 35, 40, 45, 50, 55 และ 60 ปี ของจังหวัดขอนแก่นที่ผ่านมาในปี พ.ศ. 2548–2550 พบร้อยละ 39.98, 61.12 และ 70.16 ตามลำดับ<sup>1,5,6</sup> สำหรับอัตราการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในศูนย์แพทย์ชุมชนที่ศึกษาในปี พ.ศ. 2548–2550 มีเพียงร้อยละ 34.07, 3.18 และ 20.95 ตามลำดับ

ปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการไม่ไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก คือ ขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกและวิธีการตรวจคัดกรอง มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการตรวจคัดกรอง และอยาที่จะมาตรวจ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านเศรษฐกิจ และสังคม ทำให้สตรีไม่มีเวลาไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก<sup>10,11</sup> การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลและชุมชนมีส่วนร่วมอย่างมากในการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากเป็นเรื่องที่มีความซับซ้อนและเกี่ยวข้องกับความเชื่อวัฒนธรรม การทำงาน เชิงรุกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเน้นการปฏิบัติตามเฉพาะช่วงรถรังค์ ขาดความต่อเนื่องและการติดตามกลุ่มเป้าหมายที่ไม่ได้รับการตรวจ การประชาสัมพันธ์ยังไม่ทั่วถึงและไม่ต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังพบว่า สถาน



บริการด้านสุขภาพยังไม่มีฐานข้อมูลของผู้ที่มารับบริการการตรวจมะเร็งปากมดลูกที่ชัดเจน การจัดทำทะเบียนสตอริกลุ่มเป้าหมายยังไม่เป็นระบบ<sup>10,12</sup>

จากสถานการณ์ดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะหากร่วมในการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยนำเอารูปแบบการประเมิน การตอบสนองและการประเมินผลอย่างรวดเร็ว (Rapid Assessment Response and Evaluation: RARE) มาใช้ในการศึกษาครั้งนี้เนื่องจากรูปแบบ RARE ให้ความสำคัญกับบริบท สถานการณ์และตัวบุคคล มีการประเมินแบบรวดเร็วอย่างต่อเนื่อง<sup>13</sup> ทำให้เข้าใจบริบททางสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ และวิถีชีวิตที่เกี่ยวข้อง กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทั้งระดับบุคคล ระดับชุมชน และระดับนโยบาย มีการจัดกิจกรรมส่งเสริม การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นกิจกรรมที่มีความเป็นไปได้และสอดคล้องกับบริบทของชุมชน ซึ่งจะทำให้สตอริกลุ่มเป้าหมายยอมรับและตัดสินใจในการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก รวมทั้งมีการประเมินผลร่วมกันของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะทำให้ชุมชนเกิดศักยภาพในการป้องกันโรคมะเร็งในสตรีได้ในที่สุด

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์การรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 35-60 ปี ปัจจัยที่ส่งเสริมและข้อห่วงการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในชุมชนเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

## วิธีดำเนินการวิจัย

### 1. ระยะเตรียมการ

1.1 ประชุมร่วมกับผู้นำชุมชนและเจ้าหน้าที่ของศูนย์แพทย์เพื่อตั้งคณะกรรมการในชุมชนจำนวน 10 คน คือ พยาบาลผู้รับผิดชอบงานควบคุมและป้องกันมะเร็งปากมดลูก อสม. สตรีอายุ 35-60 ปี ที่เคยและไม่เคยผ่านการตรวจแพปสเมียร์ (Pap smear) ตัวแทนกลุ่มสตรีในชุมชน หรือผู้ที่ชุมชนไว้วางใจ และให้ความเคารพนับถือ สามีของสตรีอายุ 35-60 ปี ประธานชุมชน มีบทบาทตรวจสอบและสะท้อนข้อมูลที่ทีมวิจัยภาคสนาม รวมรวมแล้วนำเสนอด้วยวิธีการที่มีประสิทธิภาพและให้คำแนะนำ

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ การจัดทำแผนกิจกรรมให้การช่วยเหลือในการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและตัดเลือกทีมวิจัยภาคสนาม มีจำนวน 9 คน ประกอบด้วย หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน พยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์สุขภาพชุมชน เจ้าหน้าที่ทันตภัณฑ์ประจำศูนย์สุขภาพชุมชน อสม. สตรีที่เคยและไม่เคยผ่านการตรวจแพปสเมียร์ มีบทบาทหน้าที่เก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล นำข้อมูลที่ค้นพบมาสร้างเป็นแผนกิจกรรมการช่วยเหลือและนำเสนอต่อคณะกรรมการในชุมชน เพื่อตรวจสอบข้อมูล

### 1.2 ประชุมร่วมกับผู้ที่เกี่ยวข้อง

1.3 การอบรมผู้วิจัยและทีมวิจัยภาคสนาม เรื่องหลักการประเมิน การตอบสนองและการประเมินอย่างรวดเร็ว การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล

### 2. ระยะดำเนินการ

2.1 การประเมินอย่างรวดเร็ว โดยใช้วิธีการสำรวจอย่างรวดเร็ว การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การทำแผนที่ การสังเกต รายละเอียด ตามประเด็นต่างๆ ดังนี้ 1) บริบทเก็บข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมในชุมชน สังคม วัฒนธรรมและวิถีชีวิตของคนในชุมชนบุคลากร และองค์กรต่างๆ ในชุมชน การเข้าถึงบริการและการได้รับข้อมูลข่าวสาร 2) ปัจจัยส่งเสริมและข้อห่วงการตรวจคัดกรองในระดับบุคคล ระดับครอบครัว ชุมชนและระดับนโยบายและการให้บริการ 3) กิจกรรมการส่งเสริม การตรวจคัดกรองที่ผ่านมาและต้องการให้ดำเนินการต่อไป แล้วนำข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยโปรแกรม SPSS ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

จำนวนผู้ให้ข้อมูลจำแนกตามวิธีการเก็บข้อมูลได้แก่ 1) การสนทนากลุ่ม จำนวน 1 ครั้ง ประกอบด้วยผู้นำชุมชน และผู้ให้บริการกลุ่มละ 6 คน ผู้เชี่ยวชาญ คือ สตรีเคยตรวจ 8 คน สตรีไม่เคยตรวจ 5 คน 2) การสัมภาษณ์เชิงลึก ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน 6 คน ผู้ให้บริการ 10 คน ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 12 คน คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูก 1 คน ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูก 1 คน สตรีอายุ 35-60 ปี ที่เคยตรวจแพปสเมียร์ 5 คน สตรีอายุ 35-60 ปี ที่ไม่เคยตรวจแพปสเมียร์ 5 คน 3) การสำรวจความคิดเห็น คือ ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 85 คน ประกอบด้วย สมาชิกในครอบครัวสตรี 30 คน สตรีเคยตรวจ 30 คน สตรีไม่เคยตรวจ 25 คน



2.2 ระยะตอบสนองอย่างรวดเร็ว ผู้จัดยังคงร่างออกแบบกิจกรรมตอบสนองตามข้อค้นพบ จัดลำดับความสำคัญของการตอบสนองและนำเสนอต่อคณะกรรมการเพื่อขอความเห็นชอบถึงความเป็นไปได้ในเชิงปฏิบัติและความเหมาะสมของกิจกรรมในการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเป้าหมาย ประชาชนผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อจัดเตรียมการดำเนินงานตามกิจกรรมให้การช่วยเหลือที่เลือกดำเนินการไว้ปฏิบัติตามกิจกรรมให้การช่วยเหลือตามแผนที่วางไว้ใน การส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 35-60 ปี ในชุมชนที่ตอบสนองความต้องการของชุมชนอย่างเหมาะสม จัดกิจกรรมเปิดความรู้สู่ชุมชน และจัดรณรงค์ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในชุมชนในวันที่ 14 พฤษภาคม 2552 ที่ศาลาในชุมชน และมีการพัฒนาระบบการให้บริการในคลินิกควบคู่ไปด้วย

### 2.3 ระยะประเมินผลอย่างรวดเร็ว

1) การประเมินระหว่างดำเนินการ (Formative evaluation) มีการสะท้อนการประเมิน ประเมินพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้สู่ปัญหา อุปสรรค และมีการปรับแผนการปฏิบัติเป็นระยะๆ ตามความเหมาะสม

2) การประเมินผลหลังเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรมประเมินตามตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้นตามตั้งแต่ประสิทธิภาพของกิจกรรมที่ดำเนินการ เพื่อประเมินผลจากการทำกิจกรรม เช่น จำนวนผู้ที่ได้รับการตรวจแพปสเมียร์ การยอมรับและความพึงพอใจต่อ กิจกรรมที่จัดขึ้นในชุมชน โดยมีการประชุมร่วมกับทีมวิจัยภาคสนาม คณะกรรมการในชุมชนและผู้สนใจ เพื่อนำเสนอผลการประเมิน การปฏิบัติตามกิจกรรม ปัญหาอุปสรรคและมีการสนทนากลุ่มเปลี่ยนเรียนรู้ พร้อมข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน

การจัดการข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล มีจัดการข้อมูลที่ได้มาจากการสำรวจ วิธี เช่น ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้โปรแกรม SPSS ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูลโดยตรวจสอบแบบสามเล้า (Triangulation) เพื่อยืนยันผลการวิจัยที่ได้

จริยธรรมในการวิจัย มีการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มผู้ร่วมวิจัยทุกขั้นตอน และซึ่งเจงวัตถุประสงค์การศึกษาให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามข้อสงสัยก่อนตัดสินใจเข้าร่วม

โครงการวิจัยและขอคำยินยอมในการให้ข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลหลัก ผู้ร่วมวิจัยสามารถปฏิเสธไม่เข้าร่วมโครงการหรือปฏิเสธการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา

## ผลการวิจัย

### 1. การประเมินอย่างรวดเร็ว

1.1 บริบท สังคม วัฒนธรรม วิถีชีวิตของคนในชุมชน 1) ชุมชนที่ศึกษาเป็นชุมชนในเขตเทศบาลนครขอนแก่น มีความหลากหลายในการเดินทางเข้ารับบริการด้านสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน สตรีกลุ่มเป้าหมายสามารถเลือกใช้ระบบบริการได้ตามความพึงพอใจในชุมชนมีลิ้งแวดล้อมที่ช่วยส่งเสริมให้สตรีรวมตัวกันในการทำกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในชุมชน เช่น ในชุมชนมีบริเวณลานกีฬาศูนย์เด็กเล็กของชุมชนตั้งอยู่ในบริเวณเดียวกัน และร้านขายของชำ ผู้นำชุมชนและแกนนำชุมชนซึ่งส่วนมากเป็นสตรีซึ่งเกี่ยวข้องกับกลุ่มที่มีความสำคัญในการขับเคลื่อนการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในชุมชน การดำเนินงานด้านสาธารณสุขมีการประสานงานกับศูนย์แพทย์ชุมชน วัดหนองแรง และเทศบาลนครขอนแก่นซึ่งได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี ชุมชนมีศักยภาพและเป็นผู้นำหลายด้าน 2) วัฒนธรรม และสังคมของคนในชุมชน มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม ความเชื่อ ระดับการศึกษา มีหลากหลายอาชีพส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างซึ่งมีทั้งแบบผลัดเปลี่ยนเวลาทำงานและทำงานประจำประชากรทั้งหมด 1,100 คน เพศชาย 513 คน เพศหญิง 587 คน เป็นสตรีอายุ 35-60 ปี จำนวน 116 คน มีการเคลื่อนย้ายเข้าออกของคนในชุมชนบ่อย ทำให้ความสัมพันธ์ของคนในชุมชนบางกลุ่มมีความสัมพันธ์กันน้อย ประชาชนในชุมชนยังยึดถือประเพณี และทำบุญในเทศกาลประเพณี คนในชุมชนมีการสร้างสัมพันธ์กันโดยการจัดกิจกรรมที่เป็นส่วนรวมของชุมชน ขึ้นบ่อย ๆ 3) ผู้นำชุมชนและแกนนำชุมชนซึ่งส่วนมากเป็นสตรี ถือว่าเป็นกลุ่มที่มีความสำคัญในการขับเคลื่อนการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

### 1.2 ปัจจัยส่งเสริมและข้อห้ามการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

1.2.1 ปัจจัยระดับบุคคล ซึ่งได้แก่ 1) ความรู้ และการรับรู้เกี่ยวกับโรคและการตรวจคัดกรอง



มะเร็งปากมดลูก สตรีรู้จักและเข้าใจรายละเอียดของโรค เป็นอย่างดี ร้อยละ 49.1 พ渥รู้จักและได้ยินมาบ้างแต่ไม่เข้าใจรายละเอียดร้อยละ 43.6 ไม่รู้จักแต่เคยได้ยินว่า เป็นมะเร็งแล้วตาย ร้อยละ 5.5 และไม่เคยมีความรู้เรื่องนี้มาก่อนเลยร้อยละ 1.8 สตรีกลุ่มที่เลี้ยง คือ สตรีกลุ่มที่มีการเปลี่ยนคุณอนามัยคนนอกจากนั้นยังมีสตรีที่มีความรู้ความเข้าใจการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไม่ถูกต้อง เช่น มีความเข้าใจว่า อสม. มีส่วนช่วยเวลาตรวจแพเพเมียร์ จึงทำให้มีอยากรไปตรวจและสตรียังไม่มั่นใจวิธีการตรวจแพเพเมียร์ว่าเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพ จึงต้องการตรวจยืนยันด้วยเครื่องมือชนิดอื่นอีก 2) สตรีมีการรับรู้ที่ยังไม่ถูกต้อง เช่น ไม่มีการผิดปกติจึงไม่ไปตรวจคัดกรองร้อยละ 43.6 สตรีมีความเชื่อว่าเมื่อไม่ได้แต่งงานหรือเลิกกับสามีแล้ว ไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกจึงไม่จำเป็นต้องไปตรวจ สตรีมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเนื่องจากเคยมีประสบการณ์ในทางลบ เช่น การติดเชื้อหลังจากไปตรวจได้รับบริการที่ล่าช้า และไม่ได้รับการแจ้งผลหลังตรวจ 3) สตรีกลุ่มเป้าหมาย มีหลากหลายอาชีพส่วนใหญ่เป็นอาชีพรับจ้างซึ่งมีทั้งแบบแพลดเปลี่ยนเวลาทำงาน มีการเคลื่อนย้ายเข้าออกของคนในชุมชนบ่อย ทำให้ความสัมพันธ์ของคนในชุมชนน้อย และการเข้าถึงสตรีกลุ่มเป้าหมายค่อนข้างยาก สตรีอายุ 35-60 ปี ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 45-49 ปี ร้อยละ 25.9 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 81 มีบุตรจำนวน 2 คน ร้อยละ 36.2 อาชีพแม่บ้านร้อยละ 37.9 ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการรักษาพยาบาลร้อยละ 70.7 ส่วนใหญ่จบประถมศึกษาร้อยละ 34.5 ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด ร้อยละ 21.0 4) สตรีที่มีความตระหนักในการดูแลตนเองในการป้องกันมะเร็งปากมดลูกจะไปรับการตรวจทุกปีด้วยตนเองไม่จำเป็นต้องมีคนมาช่วย ส่วนสตรีที่ไม่มีความตระหนัก ไม่เห็นความสำคัญถึงแม้จะมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคเป็นอย่างดีก็ไม่สนใจที่จะไปตรวจ และสตรีบางคนให้ความสำคัญกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกน้อยกว่าการตรวจวินิจฉัยโรคอื่น เช่น การตรวจเต้านมด้วยวิธีแมมโมแกรม (Mammogram) 5) ความกลัว เช่น กลัวพบความผิดปกติร้อยละ 27.3 กลัวเจ็บร้อยละ 7.3 และจากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า สตรีกลัวความจริงถ้าเป็นโรคนี้แล้วไม่สามารถยอมรับได้ เพราะถ้าเจ็บป่วย

แล้วบั้นthonชีวิต และทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ เพราะมีภาระที่ต้องหาเงินเลี้ยงครอบครัว และหาเงินมาดูแลรักษาตัวเอง 6) ความอาย เพราะอวัยวะเพศเป็นส่วนลับไม่ควรเปิดเผยให้คนอื่นเห็นจึงทำให้สตรีส่วนมากจะรู้สึกอายไม่ว่าจะไปตรวจที่สถานบริการใดก็ตาม พบว่า สตรีไม่ไปรับการตรวจคัดกรองเนื่องจากอายร้อยละ 27.3 เช่น อายผู้ตระจิที่เป็นคนคุ้นเคยหรือหมอมือผู้ชาย อา yal ตรวจมีนักศึกษามุงดูหลายคน และสตรีบางคนอาย เนื่องจากเป็นบริเวณที่มีความสกปรกหรือความผิดปกติของอวัยวะใกล้เคียง เช่น ริดสีดวงทวาร 7) เศรษฐกิจ พบว่า สตรีกลุ่มเป้าหมายส่วนมากเป็นวัยทำงานต้องออกไปประกอบอาชีพ ถ้าหากไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่โรงพยาบาลต้องเสียเวลาทั้งวัน พบว่า ร้อยละ 18.2 ไม่ไปตรวจคัดกรองเพราะว่าไม่ว่าง 8) สตรีกลุ่มเป้าหมายส่วนมากใช้สิทธิบัตรสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) มีความไม่มั่นใจในค่ารักษาเมื่อเจ็บป่วยว่าจะมีสิทธิเท่าเทียมกับสิทธิการรักษาอื่น และบางคนไม่มั่นใจวิธีการตรวจคัดกรองด้วยวิธีการแพเพเมียร์เพียงอย่างเดียว ต้องการใช้เครื่องมืออื่นตรวจเพิ่มเติม

**1.2.2 ปัจจัยระดับครอบครัวและชุมชน** สมาชิกในครอบครัวมีบทบาทสนับสนุนให้สตรีไปรับการตรวจเพียงร้อยละ 4 เนื่องจากเห็นว่าเป็นเรื่องของสตรี แกนนำสุขภาพในชุมชน ส่วนมากเป็นสตรีมีบทบาทในการสื่อสารและประชาสัมพันธ์ร้อยละ 43.6 แกนนำมีความรู้แต่ยังไม่สามารถถ่ายทอดความรู้ได้ดี จึงทำให้ยังไม่สามารถจูงใจให้กลุ่มสตรีในชุมชนมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้

**1.2.3 ปัจจัยระดับนโยบายและการให้บริการ** กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสำหรับสตรีกลุ่มเสี่ยง สตรีที่มาฝากครรภ์ และสตรีหลังคลอด โดยสนับสนุนด้านงบประมาณในการดำเนินการ การจัดบริการในคลินิก สถานที่ และระบบยังไม่เอื้อต่อการมารับการตรวจคัดกรอง ขาดแนวทางในการปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษรระบบข้อมูลของสตรีกลุ่มเป้าหมายยังไม่เป็นปัจจุบัน และขาดการนำข้อมูลไปวางแผนการดำเนินงานในปีต่อไป

**1.3 กิจกรรมในการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในชุมชน** พบว่า 1) การสำรวจ



กลุ่มเป้าหมายยังไม่ครอบคลุมกับกลุ่มเป้าหมายที่มีอยู่จริงในพื้นที่และไม่เป็นปัจจุบัน รายงานมีความช้าช้อนต้องรายงานหลายหน่วยงาน ข้อมูลของผู้ที่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในปีที่ผ่านมา�ังไม่มีการนำมาวิเคราะห์เพื่อวางแผนการให้บริการในปีต่อไป 2) การประชาสัมพันธ์รูปแบบเดียว และไม่ครอบคลุมพื้นที่ล่วงมากเป็นบทบาทของ อสม. ในชุมชน 3) ยังไม่มีการแจ้งผลการตรวจเป็นลายลักษณ์อักษร ห้องตรวจภายในคลินิกเป็นสัดส่วน แต่ควรมีม่านบังสายตา 4) การจัดบริการเชิงรุกในชุมชนมีความเหมาะสมร้อยละ 87.3 แต่การดำเนินงานที่ผ่านมาดำเนินการในเวลาราชการเท่านั้น พบว่า มีสตรีกลุ่มเป้าหมายมารับบริการน้อย เพราะสตรีกลุ่มเป้าหมายต้องออกไปทำงานในเวลาเดียวกันกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่

**2. การตอบสนองอย่างรวดเร็ว กิจกรรมที่คัดทำทำงานในชุมชน ให้ความเห็นชอบและเห็นความสำคัญว่าควรปฏิบัติเป็นอันดับแรก มีเป้าหมายและวิธีการดำเนินงานดังนี้**

เป้าหมายที่ 1 การพัฒนาระบบฐานข้อมูลสตรีกลุ่มเสี่ยงและข้อมูลการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในชุมชนให้เป็นปัจจุบัน ซึ่งการดำเนินการได้มีการสำรวจข้อมูลพื้นฐานสตรีกลุ่มเสี่ยงอายุ 35-60 ปีในชุมชนที่อยู่จริง พิจารณาและประเมินความเสี่ยงตามมาตรฐาน ที่มีความต้องการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และนำข้อมูลดังกล่าวมาจัดเก็บในระบบฐานข้อมูลขององค์กร สำหรับการใช้วิธีการเพื่อความสะดวกในการทำงาน และใช้วิธีการติดตามความครอบคลุมการรับการตรวจคัดกรองของสตรีในชุมชนมากที่สุด

เป้าหมายที่ 2 การเพิ่มอัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในชุมชน ด้วยการจัดบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในชุมชน โดยใช้บริการเชิงรุกมีการประชาสัมพันธ์ที่หลากหลายวิธี เช่น ประกาศเสียงตามสาย เดินรณรงค์ประชาสัมพันธ์ในช่วงเย็นของวันก่อนให้บริการตรวจพร้อมการแจกใบเชิญชวน มีการประชาสัมพันธ์กิจกรรมเสริม เช่น การตรวจหมู่เลือดพรีการตอบคำถามชิงรางวัล และจัดกิจกรรมเปิดความรู้ชุมชนก่อนจัดบริการตรวจคัดกรองในชุมชน โดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกโดยแพทย์เพื่อสร้างความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ และการถ่ายทอดประสบการณ์

ตรงเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยสตรีต้นแบบที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกและดูแลตนเองได้เป็นอย่างดี

**เป้าหมายที่ 3:** การพัฒนาระบบบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในคลินิก โดยจัดบริการให้อีกใน การรับการตรวจคัดกรองเช่น การขยายเวลาการให้บริการและจัดช่องทางต่างให้บริการตรวจคัดกรอง การจัดห้องตรวจให้มีดีชิดเป็นสัดส่วน ปรับการแจ้งผลการตรวจตามความต้องการของสตรีที่มาตรวจ ร่วมกับการแจ้งผลทางไปรษณีย์ทุกราย

**3. การประเมินผล พบร่วม 1)** มีระบบเก็บข้อมูลพื้นฐานของสตรีกลุ่มเป้าหมาย และการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก บันทึกไว้ในฐานข้อมูลของศูนย์แพทย์และชุมชนในโปรแกรม Excel เพื่อนำไปใช้ในการติดตามความครอบคลุมและวางแผนในปีต่อไป 2) การจัดกิจกรรมปิดความรู้ชุมชน มีผู้เข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 58 คน ซึ่งได้รับความสนใจและต้องการให้จัดกิจกรรมอีกในปีต่อไป กิจกรรมที่จัดขึ้นอีกให้สตรีในชุมชนได้รับความรู้เพิ่มขึ้นและสามารถรับบริการตรวจคัดกรองได้ อัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในชุมชนเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2551 มีสตรีกลุ่มเป้าหมายรับการตรวจคัดกรองเพิ่มขึ้นอีก 19 คน 3) การปรับเวลาให้บริการในคลินิกมีสตรีมาตรวจคัดกรองที่ศูนย์จำนวน 39 คน จากการสอบถามผู้ให้บริการและผู้รับบริการพบว่า เสียงสะท้อนส่วนใหญ่มีความพึงพอใจเนื่องจากได้รับความสะดวก รวดเร็ว

## การอภิปรายผล

ปัจจัยข้อดีที่ทำให้สตรีในเขตเมืองไม่มารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก คือ 1) ไม่ว่าจะเนื่องจากสตรีกลุ่มเป้าหมายส่วนมากเป็นวัยทำงาน ต้องออกไปทำงานนอกบ้าน<sup>9,11</sup> ส่วนผู้ที่ทำงานอยู่ที่บ้านมีภาระที่ไม่สามารถไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ เช่น ร้านขายของชำ รับจ้างชั่วคราว เสื้อผ้า หรือแม่ค้าขายขนมในตลาด ต้องเตรียมขนมไปขายในตอนเย็น 2) สตรีในชุมชนเนื่องมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับดี เพราะมีโอกาสได้รับข้อมูลจากหลายแห่ง แต่ก็ยังไม่เพียงพอที่จะทำให้ตัดสินใจไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากยังต้องการความเข้าใจ



และความเชื่อมั่นจากเจ้าหน้าที่ผู้ที่รับผิดชอบและผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับเรื่องนี้ เช่น แพทย์ เจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ และผู้รับผิดชอบเกี่ยวกับสิทธิการรักษา 3) ความอาย เพราะอวัยวะเพศไม่ควรเปิดเผยให้คนอื่นเห็นและการปรับการตรวจด้วยกล้องว่าและการแจ้งผลการตรวจให้คนอื่นรู้ มีสตอรีบานคนถือว่าเป็นเรื่องที่อายทำให้ไม่อยากไปตรวจอีก<sup>10,14</sup> 4) ไม่มั่นใจในระบบบริการด้านสุขภาพ 5) ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนน้อย<sup>6</sup> ส่วนปัจจัยที่ส่งเสริมให้สตรีในชุมชนเมืองมารับการตรวจมะเร็งปากมดลูก คือ ความกล้า ทำให้สตรีในชุมชนไปรับการตรวจด้วยกล้องดูแลสุขภาพ เมื่อจากยังมีภาระที่ต้องรับผิดชอบต้องดูแลสุขภาพไม่ให้เจ็บป่วย ประเด็นใหม่ที่ส่งเสริมให้สตรีในชุมชนเมืองรับการตรวจด้วยกล้องมะเร็งปากมดลูก คือ ต้องการตรวจด้วยกล้องเพื่อตรวจสุขภาพ ซึ่งจะเป็นผลประโยชน์ในการตรวจแผนที่จะทำประกันชีวิตคุ้มครองชีวิตเมื่อเจ็บป่วย จากโรคมะเร็ง รูปแบบการให้บริการตรวจด้วยกล้องมะเร็งปากมดลูก ในการทำวิจัยครั้งนี้ถือว่าประสบผลสำเร็จ และมีความแตกต่างจากทุกครั้งที่ทางศูนย์แพทย์เคย์จัตต์รงค์ จากการนำรูปแบบ RARE มาใช้ในการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการมารับการตรวจด้วยกล้องมะเร็งปากมดลูก มีการสำรวจความต้องการของสตรีกลุ่มเป้าหมายและชุมชน และให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการระบุปัญหา การวางแผนและออกแบบบริการและร่วมดำเนินกิจกรรมในทุกขั้นตอน ใช้ศักยภาพของชุมชนและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันทำให้ได้กิจกรรมที่ชุมชนต้องการเหมาะสมตามบริบทที่เป็นอยู่จริง ไม่ใช่เป็นการวางแผนโดยเจ้าหน้าที่เพียงฝ่ายเดียว ได้มีการประชาสัมพันธ์และจัดกิจกรรมส่งเสริมการตรวจด้วยกล้องมะเร็งปากมดลูกในชุมชนที่หลากหลายวิธี มีการประชาสัมพันธ์อย่างทั่วถึง จึงทำให้ประชาชนและสตรีในชุมชนมีการตื่นตัวสนใจเข้าร่วมกิจกรรมจำนวนมาก และสตอรีกลุ่มเป้าหมายมารับการตรวจด้วยกล้องมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น<sup>15,16</sup> ดังนั้นแสดงว่า การใช้รูปแบบ RARE ในการส่งเสริมการตรวจด้วยกล้องมะเร็งปากมดลูกในชุมชนมีกรอบในการทำงานที่ชัดเจนเนื่องจากดึงผู้ที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมทั้งกระบวนการ ทำให้เข้าใจบริบท เหตุปัจจัยที่เชื่อมโยงกับประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างครอบคลุม จึงทำให้ได้กิจกรรมส่งเสริมการ

ตรวจด้วยกล้องกับบริบทของชุมชนต้องการและสอดคล้องกับบริบทของชุมชน<sup>13</sup>

การพัฒนาระบบข้อมูลของการดูแลสุขภาพ เช่น ข้อมูลของสตอรีกลุ่มเสี่ยงในชุมชนเมือง ซึ่งมีการเคลื่อนย้ายตลอดเวลา ทำให้เป็นปัจจุบันค่อนข้างยาก ซึ่งการดำเนินงานต้องอาศัย օสม. ผู้นำชุมชนและคนในชุมชน ซึ่งเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิด คุ้นเคยกับชุมชนเป็นอย่างดี เข้ามาดำเนินงานร่วมกันเพื่อให้ได้ระบบข้อมูลสุขภาพชุมชนครอบคลุมครอบคลุม<sup>10,17,18,19,20</sup>

### ข้อเสนอแนะ

การส่งเสริมให้สตรีในชุมชนเมืองมารับการตรวจด้วยกล้องดูแลสุขภาพได้ใช้วิธีการที่หลากหลายร่วมกัน รวมทั้งให้ผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่กระบวนการเก็บรวมรวมข้อมูลเพื่อให้สามารถเข้าถึงข้อมูลที่แท้จริง การคิดค้นวิธีการแก้ไขปัญหาเพื่อให้ได้วิธีการที่สามารถปฏิบัติได้จริงและสอดคล้องกับวิถีชุมชน จนถึงกระบวนการประเมินผลเพื่อแก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานต่อไปและควรมีการสร้างแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก เพื่อใช้สำรวจสตอรีกลุ่มเป้าหมายที่มีจำนวนมาก เป็นการให้ความรู้ซึ่งจะทำให้สตรีรับรู้ถึงความเสี่ยง และมีความตระหนักรู้ทำให้สตรีมารับการตรวจด้วยกล้องมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณทีมวิจัยภาคสนาม คณะทำงานในชุมชน ผู้ให้ข้อมูลหลักทุกท่านที่ได้ให้คำแนะนำในการวิจัย

### เอกสารอ้างอิง

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. รายงานประจำปี 2549. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา; 2549.
- Berek JS. (Ed.). Berek & Novak's Gynecology. 4<sup>th</sup> ed. The USA: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
- จตุพล ศรีสมบูรณ์, ประภาพร สุ่ประเสริฐ. Cervical cancer: Prevention and treatment. เชียงใหม่: จrss ธุรกิจการพิมพ์; 2551.



4. Langhorne M, Fulton JS, Otto SE. Oncology nursing. 5<sup>th</sup> ed. The United States of America: Mosby Elsevier; 2007.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. รายงานประจำปี 2548. ขอนแก่น: คลังナンาวิทยา; 2548.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. รายงานประจำปี 2550. ขอนแก่น: คลังナンาวิทยา; 2550.
7. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธี Pap smear. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: [ม.ป.พ.]; 2549.
8. สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์. แนวทางเวชปฏิบัติการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและการรักษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของปากมดลูก. [ม.ป.ท.]: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด; 2547.
9. ผันสุ ชุมวรรษายีและบัณฑิต ชุมวรรษายี. ทำไมสตรีไทยจึงไม่ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก. ศรีนเครินทร์เวชสาร 2550; 22(4): 369-375.
10. ปิยะรัตน์ นิลอัยยิกา. การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก. (วิทยานิพนธ์). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2548.
11. รุจิรา ดวงวงศ์. ปัจจัยที่มีผลต่อการมารับตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่อหญิงสตรี เทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น. [ม.ป.ท.]: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2547.
12. ระدم เจือกโวน. สถานการณ์และผลการดำเนินงานของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกวิธีเซลล์วิทยาในโครงการการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลุกระดับชาติ (วิทยานิพนธ์). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.
13. Needle RH, Troller RT, Goosby E, Bates CH, Von ZD. Methodologically sound repaid assessment and response: Providing timely data for policy development on drug use intervention and HIV prevention. International Journal of Drug Policy 2000; 11: 19-23.
14. World Health Organization, [WHO]. Strengthening cervical cancer prevention in Europe. [online] n.d. [cited 2008 February 3]. Available from: www.euro.who.int/document/e 90992.pdf.
15. สุภัคศิริ เอื้อประมงค์. การพัฒนาการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพสตรีในการตรวจมะเร็งปากมดลูกในพื้นที่ตำบลในเมือง อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น (รายงานการศึกษาอิสระ). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
16. Moskowitz JM, Kazinets G, Wong JM, Ira B . Health is strength: A community health education program to improve breast and cervical cancer screening among Korean American Women in Alameda county. Cervical detection and prevention 2007; 31(2): 173-183.
17. เพชรใส่ ลิ่มตระกูล และคณะ. รายงานการวิจัย การพัฒนาบริการสุขภาพปฐมภูมิของศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง. [ม.ป.ท.: ม.ป.พ.]; 2551.
18. สมพงษ์ โพธิบัติ, พนิษฐา พานิชาชีวงศ์กุล, ลักษณ์ ปิยะบัณฑิตกุล. การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ในวัยรุ่น โดยใช้รูปแบบการประเมิน การตอบสนอง และการประเมินผลอย่างรวดเร็ว: กรณีศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชาคตตะวันออกเฉียงเหนือ 2551; 26(1): 29-36.
19. ลักษณ์ ปิยะบัณฑิตกุล. การประเมิน การตอบสนอง และการประเมินผลอย่างรวดเร็ว: ทางเลือกใหม่สำหรับพยาบาลชุมชน. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชาคตตะวันออกเฉียงเหนือ 2552; 27(7): 1-8.
20. นิลวรรณ ฉันทะปรีดา และคณะ. การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม: บทสะท้อนคิด “ผู้หญิงชนบท อีสานกับการตรวจหามะเร็งปากมดลูก”. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชาคตตะวันออกเฉียงเหนือ 2546; 21(2): 11-19.



## การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพประชากรกลุ่มเสี่ยงระยะก่อนเบาหวาน ในชุมชนแห่งหนึ่งของจังหวัดชัยภูมิ\*

### Health Behavior Promotion Pre-diabetes People in One Community at Chaiyaphum Province\*

เข็มทอง ตรีเนตรไพบูลย์ พย.ม.\*\* เพชรใส่ ลิ้มตะระกุล วท.ม.\*\*\*

#### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อศึกษาสภาพการณ์และพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงระยะก่อนเบาหวานในชุมชนแห่งหนึ่งของจังหวัดชัยภูมิ ผู้ร่วมวิจัย ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงระยะก่อนเบาหวาน 15 คน สมาชิกครอบครัวของกลุ่มเสี่ยงระยะก่อนเบาหวาน 8 คน สมาชิกองค์กรในชุมชน 10 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลแก้กคร้อและองค์กรบริหารส่วนตำบลช่องสามหม้อ 6 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แนวทางการสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง แนวทางการสนทนากลุ่ม การสังเกตและจดบันทึก ดำเนินการวิจัยเป็น 4 ขั้นตอน คือ 1) ศึกษาสภาพการณ์ และวิเคราะห์ปัญหา 2) ร่วมวางแผน และตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ไขปัญหา 3) ปฏิบัติตามแผน สะท้อนผลการปฏิบัติ และปรับปรุงการปฏิบัติ 4) การประเมินผล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย พบระดับน้ำปัญญา ดังนี้ 1) กลุ่มเสี่ยงระยะก่อนเบาหวานมีปัจจัยเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเบาหวาน และขาดความตระหนักในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพตนเอง 2) ไม่มีการจัดกิจกรรมและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพแก่กลุ่มเสี่ยงระยะก่อนเบาหวานในชุมชน 3) การบริการตรวจด้วยตนเอง และการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพกลุ่มเสี่ยงระยะก่อนเบาหวานยังไม่ครอบคลุมและต่อเนื่อง ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยร่วมกันจัดทำแนวทางการดำเนินงาน และปฏิบัติตามแนวทางดังนี้ 1) พัฒนาทักษะการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงระยะก่อนเบาหวาน โดย จัดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมแก่กลุ่มเสี่ยงระยะก่อนเบาหวาน ติดตามเขี่ยมบ้านให้คำปรึกษารายบุคคล และยกย่องแก่กลุ่มเสี่ยงระยะก่อนเบาหวานและครอบครัว และให้ความรู้ในชุมชน 2) ส่งเสริมความเข้มแข็งของชุมชน โดยส่งเสริมให้สมาชิกองค์กรในชุมชนจัดตั้งกลุ่มออกกำลังกาย ระดมทุนในชุมชนสนับสนุนการจัดหาอุปกรณ์และปรับปรุงสถานที่ให้เอื้อต่อการออกกำลังกาย 3) ตรวจด้วยตนเองและประเมินภาวะสุขภาพกลุ่มเสี่ยงระยะก่อนเบาหวาน ในชุมชนให้ครอบคลุมปีละ 1 ครั้ง ในรายที่มีปัจจัยเสี่ยงและปัญหาสุขภาพร่วม เช่น ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง อ้วน และสูบบุหรี่ ควรได้รับการตรวจด้วยตนเองปีละ 2 ครั้ง และส่งเสริมให้ สม. ติดตามเฝ้าระวังภาวะสุขภาพกลุ่มเสี่ยงระยะก่อนเบาหวานในชุมชนอย่างต่อเนื่อง เดือนละ 1 ครั้ง จากการดำเนินงานตามแนวทาง พบร่วม กลุ่มเสี่ยงระยะก่อนเบาหวานมีความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในด้าน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุมน้ำหนัก ส่งผลให้มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารลดลงอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ น้อยกว่า 100 มิลลิกรัม เปอร์เซ็นต์ 11 คน (ร้อยละ 73.3)

**คำสำคัญ:** ประชากรกลุ่มเสี่ยงระยะก่อนเบาหวาน การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพประชากรกลุ่มเสี่ยงระยะก่อนเบาหวาน การมีส่วนร่วมของชุมชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

\* วิทยานิพนธ์ปริญญาโทสาขาวิชาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\*\* นักศึกษาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\*\*\* รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



## Abstract

This action research was conducted to investigate current situation and develop a guideline to promote healthy behaviors among individuals who were at risk for developing diabetes mellitus in one community at Chaiyaphum province. Key informants and participants were fifteen individual who had pre-diabetes conditions, eight family members of those at-risk, ten community organization members and, six public health officers from Kaeng-Khro Hospital and Tambon Chong Sam Mor Administrative Office. Data were collected through semi-structure interviews, focus group discussions, observations, and field notes. The study was conducted four phases; 1) situational and problem analyses, 2) planning and selecting alternatives solution to the problems, 3) implementing the plan, reflecting and adjusting the implementation, and 4) evaluation. A content analysis was conducted to analyze qualitative information and descriptive statistics were calculated to assess quantitative data.

Situational analysis revealed that there were several problems with health behavior promotion for individuals with pre-diabetes conditions. These included 1) the risk group possessed many risk factors for developing diabetes and they lacked the awareness of the importance of health promoting behaviors, 2) there were no activities and no environmental settings to support health promoting behaviors for pre-diabetes individuals, 3) health screening and surveillance services for pre-diabetes individuals were incomplete and not continuing. The researcher and all participants collaborated to construct a plan of intervention to address these problems in the followings. 1) Improving health promoting behaviors for pre-diabetes individuals by organizing a participatory learning, conducting home visits to provide both personal and group counseling for pre-diabetes individuals and their families, and providing community health education through billboards and community news towers. 2) Strengthening the community capacities in organizing activities by encouraging the community organization members to found an exercise club, conducting a community fund-raising to acquire necessary equipments and space to exercise, and improving the physical environment to create a space for exercise. 3) Screening for and surveying the pre-diabetes individuals by implementing an annual comprehensive health screening and for those who were at risk and had other health problems such as hypertension, obesity, and smoking would receive a health screening twice a year, and improving the health volunteers skills in basic health screening and encouraging them to conduct a monthly health survey of individuals with diabetic risks.

After the project implementation, the pre-diabetes individuals had increased awareness in modifying their behaviors in terms of diet, exercise, and weight control. These led to the reduction of fasting blood glucose to under 100 mg/dl in eleven individuals (73.3%).

**Keywords:** pre-diabetes people, health behavior promotion pre-diabetes people in community, community participation

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัจจัย

สถานการณ์โรคเบาหวานในปัจจุบันอยู่ในภาวะวิกฤติ องค์กรอนามัยโลกระบุว่าตั้งแต่ปี ค.ศ. 2003 ถึง 2005 ประชากรที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 71 โดยในปี ค.ศ. 2005 จะมีผู้ป่วยโรคเบาหวานถึง 344 ล้านคน

และมีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานถึงปีละประมาณ 3.2 ล้านคนซึ่งมากกว่าโรคเอดส์ที่มีคนเสียชีวิตประมาณ 3 ล้านคนต่อปี จึงถือว่าโรคเบาหวานเป็นโรคที่อันตราย สูงสุด<sup>1</sup> พนอุบัติการณ์สูงมากที่สุดในกลุ่มอายุ 40-59 ปี และมีความชุกมากที่สุดในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป<sup>2,3</sup>



มีการคาดประมาณว่ามากกว่า 350 ล้านคนของประชากรทั่วโลก มีภาวะด้วยน้ำตาลในเลือดสูงแต่ยังไม่ถึงเกณฑ์ที่นิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน คือค่าระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่างค่าของคนปกติและคนที่เป็นโรคเบาหวาน เรียกกลุ่มน้ำตาลสูงเสี่ยงระยะก่อนเบาหวาน (Pre-diabetes) ซึ่งจำแนกได้เป็น 2 ชนิด คือ ความทนกลูโคสผิดปกติ (Impaired glucose tolerance: IGT) และระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารผิดปกติ (Impaired fasting glucose: IFG) และคาดว่าในปี 2025 จะมีจำนวนประชากรที่มีความทนกลูโคสผิดปกติถึง 472 ล้านคน สหพันธ์เบาหวานนานาชาติดาดัตประมวลผลร้อยละ 40-50 ของประชากรที่มีความทนกลูโคสผิดปกติ จะพัฒนาไปเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ภายใน 5-10 ปี<sup>3,4,5</sup> สำหรับในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2548 พบรความชุกโรคเบาหวานในประชากรที่มีอายุ 40 ปีขึ้น ร้อยละ 3.69 จังหวัดชัยภูมิพบความชุกร้อยละ 3.33<sup>6</sup> ปัจจุบันในปี พ.ศ. 2551 อำเภอแก้งคร้อพบความชุกโรคเบาหวานร้อยละ 3.37 และในหมู่บ้านที่ทำการศึกษามีความชุกโรคเบาหวาน ร้อยละ 5.77<sup>7</sup>

ปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดโรคเบาหวาน คือ ปัจจัยที่เป็นผลจากพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ พฤติกรรมการไม่ควบคุมน้ำหนักตัวหรือความอ้วน การขาดการออกกำลังกาย การบริโภคอาหารไม่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ รวมถึงการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมด้านความเครียด<sup>2,8</sup> ผลกระทบจากโรคเบาหวานทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคแทรกซ้อนทางหลอดเลือดขนาดใหญ่ร้อยละ 759 ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนถึง 3 เท่า โดยจ่ายค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยเท่ากับ 1,670.09 บาทต่อครั้งต่อราย หรือในภาพรวมทั้งประเทศ 12,500 ล้านบาทต่อปี<sup>10</sup> มีการศึกษายืนยันว่าการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุมน้ำหนักในกลุ่มเสี่ยงระยะก่อนเบาหวานสามารถลดอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานลงได้<sup>11,12,13</sup> ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพเหล่านี้เป็นทักษะส่วนบุคคลที่สามารถพัฒนาหรือเพิ่มสมรรถนะของบุคคลและชุมชน ให้สามารถควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพและพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น โดยใช้กลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรอตตาวา<sup>14</sup> นอกจากนี้ยังมีการพัฒนางานวิจัยที่ให้ข้อเสนอแนะการนำแนวคิดการมีส่วนร่วม

มาใช้ จช่วยเพิ่มประสิทธิภาพให้กลุ่มประชาชนที่เข้ามา มีส่วนร่วมมีสุขภาพดีและป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในชุมชนได้<sup>15</sup>

การศึกษาปรากฏการณ์ในหมู่บ้านที่ทำการศึกษาปี พ.ศ. 2551 พบรกลุ่มเสี่ยงระยะก่อนเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารผิดปกติ จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 15.15 ของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป มีปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ คือ มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัมต่ำต่อตารางเมตร มีประวัติด้านกรรมพันธุ์ มีประวัติโรคความดันโลหิตสูง<sup>7</sup> และพบว่าการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงระยะก่อนเบาหวานมีเพียงการให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพหลังแจ้งผลเลือดในตรวจด้วยตนเอง 1 ครั้ง ซึ่งการตรวจด้วยตนเองไม่ครอบคลุมและต่อเนื่อง กลุ่มเสี่ยงระยะก่อนเบาหวานส่วนใหญ่ทราบว่าตนเองเป็นกลุ่มเสี่ยงแต่ไม่รู้ลึกกลัวการเป็นโรคเบาหวาน เนื่องจากไม่มีอาการผิดปกติ สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ไม่ได้ควบคุมการรับประทานอาหาร ไม่มีการออกกำลังกายเป็นประจำ และไม่ได้ควบคุมน้ำหนัก จากปรากฏการณ์ และความเป็นมาของปัญหา ผู้วัยยังตระหนักรถึงความสำคัญของการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงนี้ เพราะจะส่งผลดีทั้งต่อผู้ที่มีความเสี่ยง คือ ยึดระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานให้นานที่สุดหรือมีภาวะสุขภาพดี สามารถทำงานและดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ครอบครัวไม่ต้องเสียเวลาดูแลผู้ป่วยและเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล รวมทั้งลดผลกระทบที่จะเกิดขึ้นต่อสังคมประเทศไทยที่ต้องสูญเสียงบประมาณจำนวนมากมหาศาลในการดูแลรักษาผู้ป่วย และลดปัญหาระบบบริการสุขภาพต่างๆ ดังนั้นผู้วัยยังสนใจที่จะศึกษาการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพประชากรกลุ่มเสี่ยงระยะก่อนเบาหวานในชุมชน ให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร และการควบคุมน้ำหนักตัวให้ถูกต้องเหมาะสมสมกับวิถีการดำเนินชีวิตและบริบทของชุมชนเพื่อลดอุบัติการณ์และผลกระทบที่จะเกิดจากโรคเบาหวาน

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสภาพการณ์และพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงระยะก่อนเบาหวานในชุมชนแห่งหนึ่งของจังหวัดชัยภูมิ



## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้เก็บรวบรวมข้อมูลจากทะเบียนรายงานที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน จากการสัมภาษณ์ การสัมภาษณ์ 18 กันยายน 2551-28 กุมภาพันธ์ 2552

ผู้ร่วมวิจัยและผู้ให้ข้อมูล เลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ได้แก่ กลุ่มเลี้ยงระยะก่อนเบาหวาน 15 คน สมาชิกครอบครัวของกลุ่มเลี้ยงระยะก่อนเบาหวาน 8 คน สมาชิกองค์กรในชุมชน 10 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลแก้ไขครัวและองค์กรบริหารส่วนตำบลซองสามหมู่ 6 คน การวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่นซึ่งให้ไว้ ณ วันที่ 18 กันยายน 2551

เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ แนวทางการสัมภาษณ์ ที่มีโครงสร้างสำหรับประชากรกลุ่มเลี้ยงระยะก่อนเบาหวาน และสมาชิกครอบครัวของกลุ่มเลี้ยงระยะก่อนเบาหวาน แนวทางการสัมภาษณ์กลุ่มสำหรับสมาชิกองค์กรในชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

วิธีการดำเนินการวิจัย มี 4 ขั้นตอนดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสภาพการณ์ พฤติกรรมสุขภาพ และความต้องการในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพประชากรกลุ่มเลี้ยงระยะก่อนเบาหวานในชุมชน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์และการสัมภาษณ์จากผู้ร่วมวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลทุกด้านโดยศึกษาข้อมูลจากเอกสารทะเบียนสถิติรายงานต่าง ๆ รวมทั้งนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาบริบทของชุมชน เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ของโรคเบาหวานในชุมชน สรุปประเด็นปัญหาและความต้องการในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพประชากรกลุ่มเลี้ยงระยะก่อนเบาหวานในชุมชน**

**ขั้นตอนที่ 2 วางแผน ตัดสินใจเลือกแนวทางการแก้ไขปัญหา โดยจัดเวทีเสนาชุมชน นำเสนอข้อมูล ประเด็นปัญหาและความต้องการในการส่งเสริม พฤติกรรมสุขภาพประชากรกลุ่มเลี้ยงระยะก่อนเบาหวาน ในชุมชน เปิดโอกาสให้ผู้ร่วมวิจัยทุกคนได้ร่วมแสดงความคิดเห็น ร่วมกันวางแผนแนวทางแก้ไขปัญหา ให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชน และร่วมกันตัดสินใจ**

ว่าจะดำเนินการตามแผนได้อย่างไร สรุปแผนการดำเนินงาน/กิจกรรม

**ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติตามแผน สะท้อนผลการปฏิบัติ และปรับปรุงการปฏิบัติ โดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง มีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมตามแผนทั่วไป สะท้อนผลการปฏิบัติและปรับปรุงการปฏิบัติโดยการเสนาชุมชนหรือสัมภาษณ์กลุ่มร่วมกันระหว่างผู้ร่วมวิจัยและผู้วิจัยเป็นระยะ เดือนละ 1 ครั้ง จำนวน 5 ครั้ง**

**ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผล ประเมินผลกระทบจากการจัดกิจกรรม การเข้าร่วมกิจกรรม ความคิดเห็นต่อการเข้าร่วมในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอนของผู้เข้าร่วมวิจัย การสัมภาษณ์กลุ่มเลี้ยงระยะก่อนเบาหวานเพื่อประเมินพฤติกรรมสุขภาพ และจัดเวทีเสนาชุมชนเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แสดงความคิดเห็นของผู้ร่วมวิจัยเกี่ยวกับการดำเนินงานที่ผ่านมาทั้งหมด ประเมินผลลัพธ์ โดยการวัดค่าต่ำชนิด มวลกายและระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารของประชากรกลุ่มเลี้ยงระยะก่อนเบาหวาน**

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ความถี่ ค่าเฉลี่ย และร้อยละ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

## ผลการวิจัย

**1. สถานการณ์ของโรคเบาหวานในชุมชน พบว่า มีอัตราซักสูตร้อยละ 5.77 เจ้าหน้าที่จากองค์กรท้องถิ่น ไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการป้องกันโรคเบาหวานในชุมชน กลุ่มเลี้ยงระยะก่อนเบาหวานมีปัจจัยเลี้ยงสูงต่อการเกิดโรคเบาหวานและขาดความตระหนักรู้ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพตนเอง ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องขาดการวางแผนแก้ไขปัญหาการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานในชุมชนร่วมกัน กลุ่มเลี้ยงระยะก่อนเบาหวานได้รับการตรวจคัดกรองและเฝ้าระวังภาวะสุขภาพไม่ครอบคลุมและต่อเนื่อง ครอบครัวและชุมชนต้องการให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขตรวจคัดกรองและประเมินภาวะสุขภาพแก่กลุ่มเลี้ยงระยะก่อนเบาหวานในชุมชน ปีละ 2 ครั้ง และแจ้งแผนปฏิบัติงานให้ชุมชนทราบอย่างชัดเจน สมาชิกองค์กรในชุมชนไม่มีการจัดกิจกรรมและสื่อแพร่หลายที่เอื้อต่อการส่งเสริม**



พุทธิกรรมสุขภาพกลุ่มเลี้ยงโรคเบาหวานในชุมชน เช่น ไม่มีสถานที่สำหรับออกกำลังกาย ในหมู่บ้าน ไม่มีการให้ความรู้และการประชาสัมพันธ์ เกี่ยวกับโรคเบาหวานในชุมชน สรุปประเด็นปัญหาและ ความต้องการในการส่งเสริมพุทธิกรรมสุขภาพกลุ่ม เลี้ยงระยะก่อนเบาหวานในชุมชน ได้ดังนี้ 1) กลุ่มเลี้ยง ระยะก่อนเบาหวานมีปัจจัยเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรค เบาหวาน และขาดความตระหนักรisk ในการส่งเสริม พุทธิกรรมสุขภาพตนเอง 2) ไม่มีการจัดกิจกรรมและ สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมพุทธิกรรมสุขภาพแก่ กลุ่มเลี้ยงระยะก่อนเบาหวานในชุมชน 3) เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขตรวจด้วยตนเองและเฝ้าระวังภาวะสุขภาพ กลุ่มเลี้ยงระยะก่อนเบาหวานยังไม่ครอบคลุมและต่อเนื่อง

## 2. แนวทางการส่งเสริมพุทธิกรรมสุขภาพ ประจำกรุ่มเลี้ยงระยะก่อนเบาหวานในชุมชน

ประเด็นปัญหาที่ 1: กลุ่มเลี้ยงระยะก่อนเบาหวาน มีปัจจัยเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเบาหวาน และขาดความตระหนักรisk ในการส่งเสริมพุทธิกรรมสุขภาพตนเอง มีแนวปฏิบัติ เพื่อพัฒนาทักษะการส่งเสริมพุทธิกรรมสุขภาพกลุ่มเลี้ยงระยะก่อนเบาหวาน ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 จัดกระบวนการเรียนรู้แบบมี ส่วนร่วมในชุมชนแก่กลุ่มเลี้ยงระยะก่อนเบาหวาน เพื่อ สร้างความตระหนักรisk ในการส่งเสริมพุทธิกรรมสุขภาพ มี กลุ่มเลี้ยงระยะก่อนเบาหวาน เข้ารับการอบรม 11 คน รวมทั้งผู้ร่วมวิจัยและประชาชนที่สนใจเข้ารับการอบรม ทั้งหมด 44 คน โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นวิทยากร กระบวนการและให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการ และการควบคุมน้ำหนัก พยาบาลวิชาชีพหัวหน้างานโรคไม่ติดต่อเป็นวิทยากร ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน นักวิชาการสาธารณสุข เป็นวิทยากรให้ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย สมาชิกองค์กรชุมชนช่วยจัดเตรียมสถานที่ อุปกรณ์เครื่องเสียง และอาหารกลางวันสำหรับผู้เข้าร่วมเรียนรู้ ผลการดำเนิน กิจกรรม พบร่วม กลุ่มเลี้ยงระยะก่อนเบาหวานและ ผู้เข้าร่วมอบรมมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น และแล่ประับการณ์ของตนเองอย่างเปิดเผย สนับสนุน โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถเล่าประสบการณ์ ตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน อึ้งสาเหตุ อาการ ผลกระทบ และการส่งเสริมพุทธิกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมระดับ

น้ำตาล ทำให้กลุ่มเลี้ยงระยะก่อนเบาหวานและผู้เข้าร่วม อบรมได้เรียนรู้จากประสบการณ์จริง และเมื่อวิทยากร สรุปประเด็นความรู้อีกครั้ง ทำให้กลุ่มเลี้ยงระยะก่อน เบาหวานและผู้เข้าร่วมอบรมเกิดการเรียนรู้ มีความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคเบาหวานและเกิดความตระหนักรisk ที่จะส่งเสริม พุทธิกรรมสุขภาพของตนเอง แต่ยังมีกลุ่มเลี้ยงระยะ ก่อนเบาหวานและสมาชิกครอบครัวบางคนไม่สามารถเข้าร่วมการอบรมได้ เนื่องจากมีความจำเป็น สมาชิก ผู้เข้าร่วมอบรมได้เสนอแนะว่าควรให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อให้ความรู้เป็นรายบุคคล และกลุ่ม สมาชิกองค์กรในชุมชนเสนอแนะว่าควรจะมีการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับโรคเบาหวานในชุมชนอย่าง ต่อเนื่อง จึงได้ปรับปรุงแผนนำสู่การปฏิบัติในกิจกรรมที่ 2 และกิจกรรมที่ 3

กิจกรรมที่ 2 ติดตามเยี่ยมบ้านให้คำปรึกษารายบุคคลและรายกลุ่มแก่กลุ่มเลี้ยงระยะก่อนเบาหวานและ ครอบครัว โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. ติดตาม เยี่ยมบ้าน เดือนละ 1 ครั้งในกลุ่มที่มีภาวะโภชนาการ ปกติและท้วม จำนวน 7 คน ติดตามเยี่ยมเดือนละ 2 ครั้ง ในกลุ่มที่มีภาวะโภชนาการระดับอ้วนและขาดความตระหนักรisk ในการส่งเสริมพุทธิกรรมสุขภาพ จำนวน 8 คน และได้ติดตามเยี่ยมรายกลุ่มในชุมชน จำนวน 2 ครั้ง ผล การดำเนินกิจกรรม พบร่วม กลุ่มเลี้ยงระยะก่อนเบาหวาน และครอบครัวมีความพึงพอใจที่เจ้าหน้าที่มีความสนใจ และห่วงใยสุขภาพของคนในชุมชนทำให้กลุ่มเลี้ยง ระยะก่อนเบาหวานและครอบครัวมีความรู้ และเกิด ความตระหนักรisk ในการส่งเสริมพุทธิกรรมสุขภาพกลุ่ม เลี้ยงระยะก่อนเบาหวาน โดยเฉพาะการรับประทานอาหารตามความต้องการพลงงานของร่างกาย

กิจกรรมที่ 3 ให้ความรู้ในชุมชน โดยจัดทำป้าย ประชาสัมพันธ์และให้ความรู้ทางหอกระจายข่าว โดย สมาชิกองค์กรในชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีการ จัดทำป้ายสื่อสารความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเบาหวาน 3 ป้าย ดังนี้ 1) “บ้านสะอาดร่วมด้านภัยเบาหวาน” ติดตั้ง ไว้ด้านหน้าบ้านชั้นตู้โทรศัพท์ 2) “มาตรฐาน โรคเบาหวานกันเถอะ” เนื้อหาในป้ายประกอบด้วย สาเหตุ อาการ การวินิจฉัย และโรคแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ติดตั้งไว้ที่ค่าลากลางบ้านของหมู่บ้าน 3) “คุณน้ำหนัก พิชิตโรคเบาหวาน” เนื้อหาในป้าย ประกอบด้วย



การรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการ การออกกำลังกาย และการควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติ ติดตั้งไว้ที่ศาลากลางบ้านของหมู่บ้าน ส่วนการประชาสัมพันธ์ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานทางโทรกระจายข่าว โดยผู้นำชุมชนสัปดาห์ละ 1 ครั้งในวันศุกร์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เดือนละ 1 ครั้ง ผลการดำเนินกิจกรรม พบว่า ผู้ใหญ่บ้านบอกว่าตั้งแต่ติดป้ายประชาสัมพันธ์ที่ศาลากลางบ้าน สังเกตเห็นชาวบ้านให้ความสนใจไปยืนอ่านและจับกลุ่มพูดคุยกันเกี่ยวกับเรื่องโรคเบาหวานมากขึ้น จากการสังเกตและสัมภาษณ์ ประชากรในชุมชนบอกว่า ได้ยินการประชาสัมพันธ์ทางโทรกระจายข่าวเกี่ยวกับโรคเบาหวานมากขึ้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไปให้ความรู้ทางโทรกระจายข่าวในชุมชน 2 ครั้ง

**ประเด็นปัญหาที่ 2:** ไม่มีการจัดกิจกรรมและสิ่งแวดล้อม ที่เอื้อต่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ แก่กลุ่มเสี่ยงระยะก่อนเบาหวานในชุมชน มีแนวปฏิบัติเพื่อส่งเสริมความเข้มแข็งของชุมชนในการจัดกิจกรรม และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเสี่ยงระยะก่อนเบาหวาน ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ส่งเสริมสมาชิกองค์กรในชุมชนจัดตั้งกลุ่มกำลังกาย และดำเนินกิจกรรมการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง ผลการดำเนินกิจกรรม พบว่า สามารถจัดตั้งกลุ่มกำลังกายโดยมีสมาชิกกลุ่ม 40 คน มีการจัดตั้งกรรมการบริหารกลุ่มออกกำลังกาย 10 คน มีแก่นำออกกำลังกาย 5 คน และมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้การสนับสนุนช่วยสาธิตการออกกำลังแบบแอโรบิกและรำแพลง สมาชิกกลุ่มให้ความสนใจและมาร่วมออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและมีจำนวนมากขึ้น กลุ่มเสี่ยงระยะก่อนเบาหวานที่ไม่เคยออกกำลังกายก็มาออกกำลังกายร่วมกับเพื่อนเป็นประจำ ชาวบ้านมีความตื่นตัวและสนใจการออกกำลังกายมากขึ้น มีการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอในวันอาทิตย์ พุธ และศุกร์ เวลา 16.00-17.00 น.

กิจกรรมที่ 2 ส่งเสริมสมาชิกครอบครัว และอสม. ให้ช่วยเหลือสนับสนุนการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงระยะก่อนเบาหวาน โดยให้ความรู้คำปรึกษาครอบครัวขณะเยี่ยมบ้าน และพัฒนาทักษะ อสม. ใน การตรวจคัดกรองเบื้องต้น และการติดตามเฝ้าระวังภาวะสุขภาพกลุ่มเสี่ยงระยะก่อนเบาหวานในชุมชน อย่างต่อเนื่อง ผลการดำเนินกิจกรรม พบว่า สมาชิกครอบครัวให้การช่วยเหลือสนับสนุนให้กลุ่มเสี่ยงระยะก่อนเบาหวานได้ออกกำลังกายร่วมกับกลุ่มออกกำลังกายในชุมชน ช่วยจัดเตรียมอาหารและคอยให้กำลังใจ กระตุ้นเตือนให้ควบคุมน้ำหนักเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน อสม. ดำเนินการ ชั่วโมงต่อวัน วัดรอบเอว และประเมินดัชนีมวลกายให้กลุ่มเสี่ยงระยะก่อนเบาหวานและสมาชิกกลุ่มออกกำลังกาย เดือนละ 1 ครั้ง

ตำบลช่องสามหม้อ และมีการระดมทุนในชุมชนจัดซื้อเลือยดให้สมาชิกกลุ่มออกกำลังกายจัดซื้อสถานที่สาธารณะที่อยู่ติดกับศูนย์สหกรณ์ร้านค้าหมู่บ้านเพื่อไว้ประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน และปรับปรุงถนนหน้าศูนย์สหกรณ์ร้านค้าหมู่บ้านให้เป็นสถานที่รวมกลุ่มออกกำลังกาย

**ประเด็นปัญหาที่ 3:** เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตรวจคัดกรองและเฝ้าระวังภาวะสุขภาพกลุ่มเสี่ยงระยะก่อนเบาหวานยังไม่ครอบคลุมและต่อเนื่อง มีแนวปฏิบัติ เพื่อตรวจคัดกรองและเฝ้าระวังภาวะสุขภาพแก่กลุ่มเสี่ยงระยะก่อนเบาหวานในชุมชนให้ครอบคลุมและต่อเนื่อง ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ตรวจคัดกรอง และประเมินภาวะสุขภาพกลุ่มเสี่ยงระยะก่อนเบาหวานในชุมชนให้ครอบคลุม ปีละ 2 ครั้ง และมีแผนปฏิบัติงานแจ้งให้ชุมชนทราบอย่างชัดเจน ผลการดำเนินกิจกรรม พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขตรวจคัดกรองและประเมินภาวะสุขภาพกลุ่มเสี่ยงระยะก่อนเบาหวานในชุมชนครั้งที่ 1 มีประชากร กลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไปมารับการตรวจคัดกรองร้อยละ 80.00 สำหรับกลุ่มเสี่ยงระยะก่อนเบาหวานได้รับการตรวจคัดกรองครบจำนวน 15 คน และมีแผนการตรวจคัดกรองครั้งที่ 2 อีก 6 เดือนสำหรับผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงและปัญหาสุขภาพร่วม เช่น ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง อ้วน และสูบบุหรี่

กิจกรรมที่ 2 ส่งเสริมสมาชิกครอบครัว และอสม. ให้ช่วยเหลือสนับสนุนการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงระยะก่อนเบาหวาน โดยให้ความรู้คำปรึกษาครอบครัวขณะเยี่ยมบ้าน และพัฒนาทักษะ อสม. ใน การตรวจคัดกรองเบื้องต้น และการติดตามเฝ้าระวังภาวะสุขภาพกลุ่มเสี่ยงระยะก่อนเบาหวานในชุมชน อย่างต่อเนื่อง ผลการดำเนินกิจกรรม พบว่า สมาชิกครอบครัวให้การช่วยเหลือสนับสนุนให้กลุ่มเสี่ยงระยะก่อนเบาหวานได้ออกกำลังกายร่วมกับกลุ่มออกกำลังกายในชุมชน ช่วยจัดเตรียมอาหารและคอยให้กำลังใจ กระตุ้นเตือนให้ควบคุมน้ำหนักเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน อสม. ดำเนินการ ชั่วโมงต่อวัน วัดรอบเอว และประเมินดัชนีมวลกายให้กลุ่มเสี่ยงระยะก่อนเบาหวานและสมาชิกกลุ่มออกกำลังกาย เดือนละ 1 ครั้ง

**3. การประเมินผล ผลการปฏิบัติตามแนวทางการดำเนินงาน พบว่า กลุ่มเสี่ยงระยะก่อนเบาหวานมี**



พฤติกรรมการออกกำลังกายหรือออกแรงเพิ่มขึ้น รับประทานอาหารครบ 3 มื้อและตรงเวลามากขึ้น และพยายามรับประทานข้าวตามปริมาณที่ตนเองควรรับประทาน เนื่องจากนักวิจัยจากการจัดกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน ทำให้มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานมากขึ้น รู้สึกกลัวไม่อยากเป็นผู้ป่วยเบาหวานและการออกกำลังกายร่วมกันในชุมชนทำให้เกิดความสนุก ไม่น่าเบื่อ รวมทั้งรู้สึกสนับสนุนตัวส่งผลให้ส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายลดลง จำนวน 9 คน คงเดิม จำนวน 1 คน มีค่าดัชนีมวลกายเพิ่มขึ้น จำนวน 5 คน ส่วนการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร พบว่า มีค่าระดับน้ำในเลือดหลังอดอาหารลดลงอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ มีค่าน้อยกว่า 100 มิลิกรัมเปอร์เซ็นต์ จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 73.3 และไม่พบผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่

## การอภิปรายผล

### 1. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงระยะก่อนเบาหวาน

**1.1 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร** กลุ่มเสี่ยงระยะก่อนเบาหวานได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร เมื่อได้มีการจัดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในชุมชน โดยให้กลุ่มเสี่ยงระยะก่อนเบาหวานแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เกี่ยวกับการรับประทานอาหารในการป้องกันโรคเบาหวาน ผู้วัยได้สอดแทรกการให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการโดยยกตัวอย่างการได้รับพลังงาน จากสารอาหารที่ได้จากการรับประทานอาหารต่อวันของกลุ่มเสี่ยงระยะก่อนเบาหวาน การคำนวณ พลังงานที่ร่างกายต้องการต่อวันอย่างถูกต้อง การเปรียบเทียบกับขนาดร่างกายและพลังงานที่ใช้เปรียบเทียบให้เห็นความแตกต่างของพลังงานที่ร่างกายได้รับ กับพลังงานที่ร่างกายต้องการต่อวัน และการจัดเตรียมอาหารที่จะรับประทานตามพลังงานที่ร่างกายต้องการโดยมีหุ่นอาหารประกอบว่าจะเลือกรับประทานอาหารอย่างไรจะได้รับสารอาหารที่ให้พลังงานเพียงพอ กับความต้องการของร่างกาย ซึ่งจะเน้นไปที่สารอาหารคาร์โบไฮเดรตที่ได้รับจาก ข้าว ขนมจีน และก๋วยเตี๋ยว เนื่องจากกลุ่มเสี่ยงระยะก่อนเบาหวานส่วนมากได้รับพลังงานจากสารอาหารคาร์โบไฮเดรตที่ได้จากอาหาร

เหล่านี้มากเกินความต้องการของร่างกาย พร้อมสาธิตการรับประทานอาหารโดยให้กลุ่มเสี่ยงระยะก่อนเบาหวานได้ทดลองกำหนดสัดส่วนของขนมจีนที่เป็นสารอาหารคาร์โบไฮเดรต ในการรับประทานอาหารกลางวันร่วมกันหลังจบกระบวนการเรียนรู้ นอกจากนี้ยังมีการติดตามเยี่ยมบ้านให้คำปรึกษารายบุคคลและรายกลุ่ม แก่กลุ่มเสี่ยงระยะก่อนเบาหวานและครอบครัว เรื่องการรับประทานอาหาร รวมทั้งการให้ความรู้ในชุมชน กิจกรรมเหล่านี้ทำให้กลุ่มเสี่ยงระยะก่อนเบาหวาน มีความตระหนักรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการและตามพลังงานที่ต้องการ โดยรับประทานอาหารประเภทแป้ง/ข้าวและอาหารที่มีรสหวานลดลง รับประทานผักและผลไม้ที่ไม่หวานมากเพิ่มขึ้น ซึ่งหลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม อธิบายว่า เป็นการเรียนรู้โดยผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง เป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์ เน้นให้ผู้เรียนค้นหาความรู้ด้วยตนเองจากประสบการณ์ที่ผ่านมา และเป็นการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ<sup>16</sup> สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อน ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การมาตรวจตามแพทย์นัด การดูแลเท้า และการได้รับการสนับสนุนการดูแลตนเองจากญาติ ดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ และยังพบว่า ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดกลุ่มทดลองลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญสำหรับกลุ่มญาติ พบว่า ภัยหลังการทดลองมีพฤติกรรมให้การสนับสนุนผู้ป่วยเบาหวานให้ดูแลตนเองดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ และยังพบว่า ญาติในกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าลดลงกว่าก่อนการทดลองและลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ<sup>17</sup>

**1.2 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกาย** กลุ่มเสี่ยงระยะก่อนเบาหวานที่ไม่เคยออกกำลังมาก่อน มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น หลังจากที่ชุมชนมีการรวมกลุ่มจัดตั้งกลุ่มออกกำลังกายในชุมชน และมีกิจกรรมการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องสัปดาห์ละ 3 ครั้ง กลุ่มเสี่ยงระยะก่อนเบาหวานมีการซักซานกันไปออกกำลังกายเนื่องจากบอกว่าได้ออกกำลังกายกับเพื่อนทำให้มีความสนุกสนาน



และรู้สึกสบายนั้น สอดคล้องกับแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ คือ การสร้างพลังอำนาจ การสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการทางสังคมที่จะช่วยสนับสนุนหรือช่วยเพิ่มความสามารถให้บุคคลหรือกลุ่มได้มองเห็นปัญหาของตน วิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริงของปัญหาและสามารถแก้ปัญหาได้โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ เป็นความรู้สึกของบุคคลว่าเข้าสามารถควบคุมชีวิตของเขาระดับใด<sup>18</sup> และการสร้างกิจกรรมในชุมชนโดยมีการรวมกลุ่มออกกำลังกาย ด้วยยานยนต์ในชุมชน และมีชุมรมผู้สูงอายุที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานให้มีการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง<sup>19</sup> นอกจากนี้จากการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในชุมชน การให้คำปรึกษาขณะเยี่ยมบ้าน รวมทั้งการสื่อสารความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานในชุมชน กิจกรรมเหล่านี้ทำให้กลุ่มเลี้ยงระยะก่อนเบาหวานและครอบครัวมีความพึงพอใจที่เจ้าหน้าที่มีความสนใจและห่วงใยสุขภาพของคนในชุมชน ทำให้มีความรู้และเกิดความตระหนักในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงระยะก่อนเบาหวาน สอดคล้องกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วยความรักใคร่ห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือด้านการเงิน ลิ่งของ แรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับ และข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และประเมินตนเอง<sup>20, 21</sup>

**1.3 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก** จากการที่กลุ่มเสี่ยงระยะก่อนเบาหวานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย ทำให้มีน้ำหนักลดลงจำนวน 9 คน ซึ่งส่วนมากเป็นกลุ่มที่ภาวะโภชนาการระดับอ้วน น้ำหนักคนเดิมจำนวน 1 คน สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชนเขตเทศบาลเมืองนครพนม พบว่า กลุ่มเสี่ยงมีการรับประทานอาหารเหมาะสมมากขึ้น ออกกำลังกายมากขึ้น สามารถลดน้ำหนักและควบคุมน้ำหนักได้<sup>22</sup> และจากการลดน้ำหนักและควบคุมน้ำหนักได้ ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงระยะก่อนเบาหวาน มีระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร ลดลงอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ มีค่าน้ำอ้อยกว่า 100 มิลลิกรัมเปอร์เซนต์ จำนวน 11 คน (ร้อยละ 73.3) สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่ยืนยันว่าการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุม

น้ำหนักตัวในกลุ่มเสี่ยงระยะก่อนเบาหวานสามารถลดอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานลงได้<sup>12, 13, 14</sup> ซึ่งส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงระยะก่อนเบาหวานกลุ่มนี้ไม่สามารถควบคุมน้ำหนักตัวได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่รู้ว่าควรดูแลตนเองเรื่องอาหาร และพยายามควบคุมอาหารประเภทแป้ง น้ำตาล และไขมัน แต่ในบางรายไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เป็นบางช่วงเวลาซึ่งเป็นระยะสั้นและลิ่งแวดล้อม เช่น ช่วงของเทศกาลต่าง ๆ หรือช่วงฤดูกาลผลไม้ที่ชื่นชอบ ทำให้ไม่สามารถควบคุมอาหารได้<sup>23, 24</sup>

**2. การมีส่วนร่วมของชุมชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง** ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงระยะก่อนเบาหวาน เริ่มจากการร่วมค้นหาปัญหาโดยผู้ร่วมวิจัยมีความยินดีและสมัครใจที่จะเข้าร่วมในการวิจัย ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลร่วมวิเคราะห์ปัญหา ร่วมวางแผนทางแนวทางแก้ไขปัญหาโดยใช้เวทีส่วนชุมชน เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้ ความคิดเห็น กลุ่มเสี่ยงระยะก่อนเบาหวานได้แสดงความคิดเห็นว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานแต่ยังมีพฤติกรรมสุขภาพไม่ถูกต้อง ต้องการให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาให้ความรู้ คำแนะนำในชุมชน จัดตั้งกลุ่มออกกำลังกายและดำเนินกิจกรรมออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องสัปดาห์ละ 3 ครั้ง มีการระดมทุนในชุมชนสนับสนุนการจัดทำอุปกรณ์ และสถานที่ออกกำลังกาย และปรับปรุงสถานที่ให้เอื้อต่อการออกกำลังกาย รวมทั้งการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานในชุมชน โดยจัดทำป้ายความรู้ และการประชาสัมพันธ์ทางหอกระจายข่าว จากการดำเนินกิจกรรมตั้งกล่าวทำให้กลุ่มเสี่ยงระยะก่อนเบาหวานมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร และการควบคุมน้ำหนัก ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงของค่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารลดลง ชุมชนมีความเข้มแข็งสามารถจัดกิจกรรมและลิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการออกกำลังกายของกลุ่มเสี่ยงระยะก่อนเบาหวานและประชากรในชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดบริการด้านสุขภาพได้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของชุมชน ทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยและชุมชนมีความพอใจและภาคภูมิใจที่ได้มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา รวมทั้งการได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมกิจกรรม สอดคล้องกับแนวคิดการมีส่วน



ร่วมที่สรุปความหมายของการมีส่วนร่วมเป็น 2 แนวทาง คือ 1) การมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการที่เกิดความร่วมมือ หรือร่วมประสานงานกันในโครงการพัฒนาต่าง ๆ และ 2) การมีส่วนร่วมเป็นการสร้างพลังให้ประชาชนเกิดทักษะความรู้ และประสบการณ์ ในการที่จะมีความรับผิดชอบมากขึ้นเพื่อการพัฒนาตนเอง<sup>25,26</sup> และสอดคล้องกับแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ คือ การสร้างพลังอำนาจที่อธิบายว่ากระบวนการการสร้างพลังอำนาจคือการเรียนรู้จากการกระทำ (Learning by doing หรือ interactive learning through action) นั่นคือต้องเปิดโอกาสให้คนได้มีประสบการณ์ตรงในกระบวนการการคิดวิเคราะห์ ฝึกทักษะในกระบวนการแก้ไขปัญหาโดยใช้กระบวนการกลุ่มและใช้การเสวนา (Dialogue)<sup>18</sup>

### ข้อเสนอแนะ

1. แนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ประชากรกลุ่มเสี่ยงระยะก่อนเบาหวานในชุมชน สามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแผนปฏิบัติงานของโรงพยาบาล หรือศูนย์สุขภาพชุมชน โดยต้องพิจารณาบริบทของพื้นที่นั้น ๆ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการแก้ปัญหาต้องเห็นความสำคัญ และพร้อมที่จะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติ
2. ส่งเสริมให้ครอบครัวและชุมชน มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือสนับสนุนการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเสี่ยงระยะก่อนเบาหวานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงระยะก่อนเบาหวานมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง
3. การวิจัยครั้งต่อไปได้แก่ การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่ไม่ควบคุณการรับประทานอาหารในงานบุญประเพณี การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น และองค์การบริหารส่วนตำบลซองสามหมู่ อำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ ที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัย

### เอกสารอ้างอิง

1. สุกกร บัวสาย. องค์กรอนามัยโลกเฉาหวานร้ายกว่าเอ็ดส์เพระคุกามมนุษย์มากที่สุด. [ออนไลน์]. 2548 [อ้างเมื่อ 16 พฤษภาคม 2551]. จาก <http://www.thaihealth.net/h/article591.html>
2. อิธิ สนับบุญ, วรรณ วงศ์ภารวัฒน์. การดูแลรักษาเบาหวานแบบองค์รวม. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาล: โรงพยาบาล; 2549.
3. Munden J, editor. Diabetes mellitus: A guide to patient care. The United States of America: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
4. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์ปัญหาเบาหวานและน้ำตาลในเลือดสูง. [ออนไลน์]. 2550 [อ้างเมื่อ 24 สิงหาคม 2550] จาก <http://www.tncdreducerisk.com/cms/index.php>
5. City Health Information. Diabetes prevention and management. The New York City Department of Health and Mental Hygiene 2005; 24(1): 1–6.
6. สำนักโรคไม่ติดต่อ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา. ความชุกของสถานะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อในประชากรไทย อายุ 15–74 ปี สาธารณะสุขเขตที่ 13 พ.ศ. 2548. [ออนไลน์] 2551 [อ้างเมื่อ 8 เมษายน 2551] จาก: <http://www.dpck5.com/NCD/diabetes.html>.
7. โรงพยาบาลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ. ทะเบียนคัดกรองโรคเบาหวาน. ชัยภูมิ: โรงพยาบาลแก้งคร้อ; 2551.
8. King H, Aubert RE, Herman WH. Global burden of diabetes, 1995–2025: Prevalence, numerical estimates, and projection. Diabetes Care 1998; 21(9): 1414–1431.
9. Davies MJ, Tringham JR, Troughton J, & Khunti KK. Prevention of type 2 diabetes mellitus. A review of the evidence and its application in a UK setting. Diabetic Medicine 2004; 21: 403–414.
10. จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. สถานสุขภาพคนไทย. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โครงการสำนักพิมพ์สถาบันนวัตกรรมระบบสาธารณสุข; 2543.



11. Knowler WC, Barret-Connor E, Fowler SE, Hamman RF, Lachin JM, Walker EA, et al. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med* 2002; 346(6): 393–403.
12. Pan XR, Li GW, Hu YH, Wang JX, Yang WY, An ZX, et al. Effects of diet and exercise in preventing NIDDM in people with impaired glucose tolerance. The Da Qing IGT and Diabetes Study. *Diabetes Care* 1997; 20(4): 537–544.
13. Toumilehto J, Lindstrom J, Eriksson JG, Vallen TT, Hamalainen H, Ilanne-Parikka P, et al. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med* 2001; 344(18): 1343–1350.
14. สมจิต หนูเจริญกุล, วัลลา ตันตโยทัย, รวมพร คงกำเนิด. (บรรณาธิการ). การส่งเสริมสุขภาพ: แนวคิด ทฤษฎี และปฏิบัติการพยาบาล. นครศรีธรรมราช: มหาวิทยาลัยลักษณ์; 2543.
15. Satterfield DW, Volansky M, Caspersen CJ, Engelgau MM, Bowman BA, Geiss LS, et al. Community-based lifestyle interventions to prevent type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2003; 26(9): 2643–2652.
16. Kolb DA. Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development. New Jersey: Prentice Hall. Inc; 1984.
17. อุมาภรณ์ สนับสนันติ. การประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอน การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ร่วมกับการเรียนรู้ แบบมีส่วนร่วมเพื่อตัดโรคเบาหวานด้วยตนเอง อำเภอท่าตะโโก จังหวัดนครสวรรค์. [วิทยานิพนธ์ ปริญญาสารัณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอก: สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์]. กรุงเทพฯ: บัณฑิต วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2544.
18. นิตย์ ทศนิยม. การส่งเสริมสุขภาพ: มิติการสร้าง พลังอำนาจ. วารสารคณะพยาบาลมหาวิทยาลัย ขอนแก่น 2545; 25(2-3): 103–114.
19. นิตยกร ลุนพรหม, วันเพ็ญ ปั้นราช. การพัฒนา การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานใน ชุมชนบ้านดงอุดม ตำบลหนองบัว อําเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2552; 27(3): 48–56.
20. House JS. Work stress and social support. Reading, MA: Addison Wesley; 1981.
21. อโนชา ศรีญญาจันน์, สุจิตรา ลี้มอำนวย. ผล การส่งเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพัฒนาระบบดูแล ตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2552; 27(2): 41–46.
22. พีระอารีรัตน์ และคณะ. การพัฒนาพฤติกรรมการ ส่งเสริมสุขภาพในเขตชุมชนเทศบาลเมืองนครพนม. วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคอีสาน 2544; 16(5): 20–28.
23. ชนิษฐา นันทบุตร, กล้าเพชริญ โชคบำรุง, วรรณภา นิวาสวัต, พีรพงษ์ บุญสวัสดิ์กุลชัย, ทัยชนก บัวเจริญ, อรุณ ศรีรักษา, และคณะ. การศึกษา และการพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน บนพื้นฐานทางสังคมวัฒนธรรมของท้องถิ่นอีสาน. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2546.
24. ปิยะฉิดา นาคราเบเกอร์, ชนิษฐา นันทบุตร, บำเพ็ญฤทธิ แสงชาติ. เกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวาน : ความรู้ ที่ผลิตโดยชาวบ้านในชุมชนชนบทอีสาน. วารสาร สมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2551; 26(1): 14–20.
25. Kahssay HM, Oakley P. Community involvement in health development: A review of the concept and practice. Geneva: WHO; 1999.
26. ศิริพร รองหานาม. การพัฒนาระบบบริการพยาบาล แบบองค์รวมสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาล มหาสารคาม. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชา ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2552; 27(3): 22–30.



## ผลของโปรแกรมส่งเสริมการทำหน้าที่ครอบครัว เพื่อป้องกันการติดเกม ของเด็กวัยเรียนต่อการทำหน้าที่ครอบครัว: กรณีศึกษาครอบครัว<sup>\*</sup> ในเขตเทศบาลนครนราธิวาส\*

### Effects of Family Functions Program for Game Addiction Prevention in School-Age Children: Case Study in Nakhonratchasima Municipality

ลัดดาวรรณ ทรัพย์เจริญสุข พย.ม.\*\* ดาวรุณี จงอุดมการณ์ PhD\*\*\*

#### บทคดีย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองดำเนินการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดสองครั้ง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการทำหน้าที่ครอบครัว เพื่อการป้องกันการติดเกมของเด็กวัยเรียนในครอบครัว โดยสุ่มเก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม-กันยายน 2552 กลุ่มตัวอย่างเป็นครอบครัวที่มีเด็กวัยเรียนอายุ 6-12 ปี ที่เล่นเกมคอมพิวเตอร์ และอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลนครนราธิวาส\* ที่กำลังศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา ในเขตโกร์เรียนเทศบาล จังหวัดนครราชสีมา โดยการสุ่มจำนวน 20 ครอบครัว โปรแกรมส่งเสริมการทำหน้าที่ครอบครัว เพื่อการป้องกันการติดเกมแบ่งเป็น 2 ตอน คือ ตอนที่ 1 เป็นกิจกรรมเพื่อการส่งเสริมการทำหน้าที่ครอบครัว เพื่อป้องกันการติดเกม ตอนที่ 2 เป็นการส่งจดหมายกระตุ้นเตือนไปให้ครอบครัวที่บ้านหลังจากที่มีการดำเนินการให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมหน้าที่ของครอบครัว ประมาณ 2 สัปดาห์ หลังจากนั้นผู้วิจัยนัดประเมินผลครอบครัวกลุ่มตัวอย่างอีก 4 สัปดาห์หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการทำหน้าที่ครอบครัว เพื่อการป้องกันการติดเกมของเด็กวัยเรียน

ผลการศึกษา พบว่า ภายนหลังการทดลองครอบครัวของเด็กวัยเรียนที่มีพฤติกรรมการเล่นเกมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวด้านการแก้ปัญหาสูงกว่าก่อนทดลอง ( $t=3.79, p<0.05$ ) พฤติกรรมการเล่นเกมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวด้านการสื่อสารสูงกว่าก่อนทดลอง ( $t=3.46, p<0.05$ ) พฤติกรรมการเล่นเกมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวด้านบทบาทสูงกว่าก่อนทดลอง ( $t=3.90, p<0.05$ ) ค่าเฉลี่ยของคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวด้านการตอบสนองทางอารมณ์สูงกว่าก่อนทดลอง ( $t=3.24, p<0.05$ ) ค่าเฉลี่ยของคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวด้านความผูกพันสูงกว่าก่อนทดลอง ( $t=3.75, p<0.05$ ) ค่าเฉลี่ยของคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวด้านความคุ้มพุทธิกรรมสูงกว่าก่อนทดลอง ( $t=3.74, p<0.05$ ) ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการให้โปรแกรมส่งเสริมการทำหน้าที่ครอบครัว เพื่อการป้องกันการติดเกมของเด็กวัยเรียนในครอบครัวเด็กวัยเรียนมีผลทำให้ครอบครัวของเด็กวัยเรียนมีการทำหน้าที่ของครอบครัวในการป้องกันการติดเกมดีขึ้น

**คำสำคัญ:** ครอบครัว โปรแกรมส่งเสริมการทำหน้าที่ครอบครัว ครอบครัวของเด็กวัยเรียน เกม

\* วิทยานิพนธ์ปริญญาโทสาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\*\*นักศึกษาพยาบาลสาขาวิชาพยาบาลครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\*\*\*รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



## Abstract

This study used the Quasi-Experimental method of a one group pretest-posttest design aimed to study the effects of the Family Function Encouragement Program for prevention of game addiction in school-aged children. The study was conducted during August–September, 2009. Information was gathered from a random sample of families which had school-aged children between 6–12 years old who played computer games. Twenty families were randomly selected from families living in Nakhonratchasima municipality, whose children were studying in the primary school within the municipality in Nakhonratchasima Province. Processes for the Family Function Encouragement Program for prevention of game addiction were divided into two sections. Section 1 consisted of activities for encouraging the family function to help prevent game addiction. Section 2 involved sending letters to families' homes for motivation. The letters were sent about two weeks after the knowledge of family function encouragement was provided in section 1. Approximately four weeks later the researcher made appointments with the sample families to conduct post family assessments of the knowledge received during the program of family function encouragement for game addict prevention.

Post trial results of families which have school-aged children who show game player addictive behavior found: A higher average score in the families' function of problems solution than they received in the pre-trail ( $t=3.79$ ,  $p<0.05$ ). A higher average score in the families' function of communicating than they received in the pre-trail ( $t=3.46$ ,  $p<0.05$ ). A higher average score in the families' function of rolls than they received in the pre-trail ( $t=3.90$ ,  $p<0.05$ ). A higher average score in the families' function of emotional reactions than they received in the pre-trail ( $t=3.24$ ,  $p<0.05$ ). A higher average score in the families' function of relationships than they received in the pre-trail ( $t=3.75$ ,  $p<0.05$ ). A higher average score in the families' function of behavior controlling than they received in the pre-trail ( $t=3.74$ ,  $p<0.05$ ). Results of the Family Function Encouragement Program in this study were shown to be positive. Therefore the program should be used with other families which have school-aged children to help increase the functioning of the child within the family and in prevention of game addiction.

**Keywords:** family, family function encouragement program, family of school-aged children, game

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การใช้อินเตอร์เน็ต เพื่อความบันเทิงโดยเฉพาะ การเล่นเกมได้เพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กวัยเรียน เนื่องจากเด็กดังกล่าวเริ่มรู้จักการเล่นเกมคอมพิวเตอร์ ตั้งแต่ในช่วงวัยเรียน จากการศึกษาในสหราชอาณาจักร พบว่า ร้อยละ 77.2 ของเด็กอายุ 11–16 ปี เล่นเกม คอมพิวเตอร์<sup>1</sup> จากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2545 พบว่า เด็กและเยาวชนอายุ 11–24 ปี ที่ว่า prestige ประมาณ 3 ล้านคนใช้คอมพิวเตอร์เพื่อ เล่นเกม<sup>2</sup> และจากการสำรวจพบว่า ร้อยละ 69 ของเด็ก และวัยรุ่นที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี ใช้คอมพิวเตอร์เพื่อ เล่นเกมคอมพิวเตอร์ และร้อยละ 21 ใช้เพื่อเล่น

เกมออนไลน์<sup>2</sup> จากการที่เด็กดังกล่าวนิยมเล่นเกม คอมพิวเตอร์มากขึ้น ทำให้เกิดผลกระทบที่ตามมาจากการเล่นเกมมากจนเกินไป จนกลายเป็นปัญหาการติด เกมที่เพิ่มความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะปัญหา ด้านอาชญากรรมดังเช่นกรณี Eric Harris และ Dylan Klebold นักเรียนมัธยมศึกษาโรงเรียน Columbine High School ที่ใช้อาวุธปืนยิงครุและนักเรียนในโรงเรียนเสียชีวิต และกรณีของเด็กนักเรียนโรงเรียนแห่งหนึ่งที่มีประวัติ การล่นเกม GTA นานๆ 3 ปี ซึ่งเกมดังกล่าวเป็นเกม ที่มีลักษณะเนื้อหาของการไล่ล่าฆ่าฟัน และมีความรุนแรง และได้ทำการฝ่าคนขับแท็กซี่ ซึ่งจากการสอบถมเด็ก ดังกล่าว พบว่า เด็กมีพฤติกรรมเลียนแบบการฟاحจาก



การเล่นเกมคอมพิวเตอร์ที่ตนเองเล่นมานาน จะเห็นได้ว่าการติดเกมนั้นยังนำไปสู่พฤติกรรมการก้าวร้าวที่รุนแรงจนล่วงผลกระทบต่อผู้อื่นได้<sup>3,4</sup>

ปัจจัยที่ทำให้เกิดการติดเกมของเด็กนั้นมีหลายสาเหตุ ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยด้านกายภาพ กล่าวคือ เกมคอมพิวเตอร์มีคุณสมบัติพิเศษ คือ สามารถตอบสนองความต้องการทางจิตใจของเด็ก กลุ่มเพื่อนก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เด็กติดเกม เนื่องจากการมีเพื่อนเข้ามาเล่นเกมร่วมด้วย จะทำให้เกิดความสนุกสนานเพิ่มขึ้น<sup>5,6,7,8</sup> สิ่งแวดล้อมก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เด็กติดเกมได้ จากการสำรวจของสำนักวิจัยເອແບຄໂພລ໌ พบรວม ร้อยละ 88.3 ของเด็กและเยาวชนตอบว่ามีร้านเกมในบริเวณใกล้บ้าน ร้อยละ 22.0 ตอบว่ามีร้านเกมในบริเวณใกล้บ้านมากกว่า 5 ร้าน และใช้เวลาเดินจากบ้านไปร้านเกมเฉลี่ย 10 นาทีเท่านั้น จึงทำให้เด็กมีโอกาสในการเข้าถึง และเล่นเกมคอมพิวเตอร์มากขึ้น<sup>5</sup>

เด็กติดเกมพบได้บ่อยในครอบครัวที่ไม่เคยฝึกให้เด็กมีวินัยในตัวเอง ขาดกฎระเบียบ กติกาในบ้าน ตามใจเด็กหรือมักจะใจอ่อนไม่ทำโทษเมื่อเด็กกระทำการบางครอบครัวมีลักษณะที่ sama chik ในครอบครัวต่างคนต่างอยู่ ไม่มีกิจกรรมที่ sama chik ทุกคนทำร่วมกัน หรือกิจกรรมที่สนุกสนานให้เด็กทำซึ่งทำให้เด็กเกิดความเหราความเบื่อหน่าย เด็กจึงต้องหากิจกรรมอื่นทำเพื่อให้ตัวเองสนุก<sup>9,10</sup>

จากการสำรวจสถิติร้านเกมที่ขึ้นทะเบียนร้านเกมในจังหวัดนราธิวาส พบว่า มีจำนวนร้านเกมทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียนจำนวน 839 ร้าน<sup>11</sup> ซึ่งเป็นจำนวนที่มากที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในจำนวนนี้ยังไม่รวมร้านเกมที่ยังไม่ได้ขึ้นทะเบียนร้านเกมอีกจำนวนมาก และจากการสังเกต พบว่า บริเวณใกล้เคียงแหล่งสถานศึกษา และห้างสรรพสินค้ามีร้านเกมเปิดให้บริการ และจากการสอบถามครอบครัวในเขตเทศบาลนครนราธิวาส พบว่า ครอบครัวมองว่าการเล่นเกมของเด็กไม่มีผลกระทบต่อครอบครัว ซึ่งครอบครัวมองว่าเป็นเรื่องปกติ และไม่ทำความเดือดร้อนให้ใคร สะท้อนให้เห็นถึงความตระหนักและความสำคัญของปัญหายังมีน้อยผู้วัยจังสันใจจะศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัวเพื่อป้องกันการติดเกมส์ของเด็กวัยเรียน

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการทำหน้าที่ครอบครัว เพื่อการป้องกันการติดเกมของเด็กวัยเรียนในครอบครัว

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการทำหน้าที่ครอบครัว เพื่อการป้องกันการติดเกมของเด็กวัยเรียนก่อนและหลังการให้โปรแกรม

## กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยใช้หลักการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่ของโนลส์<sup>12</sup> และทฤษฎีการทำหน้าที่ของครอบครัว (Family function) ตามแนวคิดของแมคมัสเตอร์ มาประยุกต์ใช้ในการทำวิจัยในครั้งนี้ โดยนำหลักการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่ของโนลส์ มาประยุกต์ใช้โดยการส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัว ผ่านการทำความรู้อย่างมีแบบแผนแก่ครอบครัว และทฤษฎีการทำหน้าที่ของครอบครัวตามแนวคิดของแมقمัสเตอร์ ผู้วัยจังสันใจใช้ในการส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัวในการป้องกันการติดเกม และการประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวแก่ครอบครัว (ภาพที่ 1)

## วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ ครอบครัวที่มีเด็กวัยเรียนอายุ 6-12 ปี ที่เล่นเกมคอมพิวเตอร์ อาศัยอยู่ร่วมในครัวเรือนเดียวกัน และอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลนครนราธิวาส ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนสิงหาคม-กันยายน 2552 จำนวน 20 ครอบครัว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวที่ผู้วัยจังสันใจ จากการบททวนวรรณกรรม โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการทำหน้าที่ของครอบครัวของแมقمัสเตอร์เป็นกรอบแนวคิด ประกอบด้วย ข้อคำถามที่ประเมินพฤติกรรมของครอบครัวทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ 1) การแก้ปัญหา (Problem solving) 2) การสื่อสาร (Communication) 3) บทบาท (Role) 4) การตอบสนองทางอารมณ์ (Affective responsiveness) 5) ความผูกพันทางอารมณ์ (Affective involvement) และ 6) การควบคุมพฤติกรรม (Behavior control)



**การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ 7 ท่าน และนำมาเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิหลังจากนั้นผู้วิจัยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับครอบครัวที่มีคุณสมบัติ เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ครอบครัว และนำมาปรับปรุงแก้ไขอีกรอบก่อนนำมาตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) และนำผลที่ได้มามวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์อัล法ของครอนบาก (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.80**

#### **เครื่องมือที่ใช้ในศึกษา ประกอบด้วย**

**1. เนื้อหาที่ใช้ในการประกอบคำบรรยาย ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้ทั่วไปเรื่องเกม แนวทางในการดูแลป้องกันการติดเกม การทำหน้าที่ของครอบครัวให้มีประสิทธิภาพ การควบคุมตนเอง มาใช้ในการสร้างเครื่องมือหลังจากนั้นผู้วิจัยนำเนื้อหาที่ได้เขียนเป็นสคริปคำบรรยายไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และนำมาใช้ประกอบคำบรรยาย**

**2. จดหมายกระตุ้นเตือน ผู้วิจัยได้จัดทำเพื่อกระตุ้นเตือนความจำเกี่ยวกับความรู้ที่ได้ให้ครอบครัวในการเล่นเกมอย่างสร้างสรรค์ของเด็กเรียนที่มีพฤติกรรมการเล่นเกมคอมพิวเตอร์ เพื่อต้องการให้ครอบครัวได้มีเวลาในการบททวน และมีเวลาในการเตือนครอบครัวเองในการปฏิบัติตามเพื่อป้องกันการติดเกมของเด็กวัยเรียน ซึ่งจะมีการส่งจดหมายกระตุ้นเตือนนี้ไปให้กับครอบครัวของเด็กวัยเรียน 2 สัปดาห์ ภายหลังได้รับโปรแกรม**

**3. เครื่องมือที่ใช้ในการลดพฤติกรรมการติดเกม คือ โปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ครอบครัว เพื่อป้องกันการติดเกมของเด็กวัยเรียนซึ่งเป็นกิจกรรมในการส่งเสริมการทำหน้าที่ครอบครัว เพื่อป้องกันการติดเกมของเด็กวัยเรียน ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 เป็นกิจกรรมเพื่อการส่งเสริมการทำหน้าที่ครอบครัว เพื่อป้องกันการติดเกม ประกอบด้วย 3 กิจกรรม และตอนที่ 2 เป็นการส่งจดหมายกระตุ้นเตือนไปให้ครอบครัวที่บ้านหลังจากที่มีการดำเนินการให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมหน้าที่ของครอบครัว ประมาณ 2 สัปดาห์ เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนให้**

ครอบครัวได้เกิดความตระหนัก และมีการทำกิจกรรมในการส่งเสริมการทำหน้าที่ครอบครัวในการป้องกันการติดเกมของเด็กวัยเรียนอย่างต่อเนื่อง

**4. คู่มือการทำหน้าที่ของครอบครัวเพื่อป้องกันการติดเกม ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการบททวนวรรณกรรม เอกสารและตำราที่เกี่ยวข้อง โดยได้มอบคู่มือเพื่อดำเนินการส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัวในการป้องกันการติดเกม เพื่อให้ครอบครัวได้ศึกษาด้วยตนเองเพิ่มเติม และปฏิบัติตามภายใน 1 สัปดาห์ หลังจากเสร็จสิ้นการส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัวเพื่อลดการติดเกม**

#### **การเก็บรวบรวมข้อมูล**

##### **1. ขั้นเตรียมการ**

**1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือจากคณะกรรมการคณาจารย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เพื่อเสนอขอรับการพิจารณาด้านจริยธรรม**

**1.2 ภายนอกได้รับการอนุมัติด้านจริยธรรม ผู้วิจัยติดต่อประสานงานพื้นที่ที่ต้องการศึกษา โรงเรียน และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษา รายละเอียดการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการทำการวิจัย**

##### **2. ขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล**

ผู้วิจัยแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัยและบรรยายรวมของกิจกรรมการวิจัยแก่ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบก่อนการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้ที่ยินดีให้ข้อมูลผู้วิจัยให้ลงลายมือชื่อในเอกสารขอความร่วมมือและใบยินดีในการเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างถูกเก็บเป็นความลับ นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมของผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด หลังจากนั้นประเมินครอบครัวทางด้านการทำหน้าที่ของครอบครัว และพฤติกรรมการเล่นเกมของเด็กวัยเรียน รวมถึงความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียด ขั้นตอนของโปรแกรมส่งเสริมการทำหน้าที่ครอบครัว เพื่อป้องกันการติดเกมของเด็กวัยเรียน และดำเนินการตามโปรแกรมตามขั้นตอนที่ได้เตรียมไว้โดยแบ่งกิจกรรมของการส่งเสริมการทำหน้าที่ครอบครัวออกเป็น 2 ตอน ดังนี้



**ตอนที่ 1** เป็นการส่งเสริมการทำหน้าที่ครอบครัวเพื่อป้องกันการติดเกม ประกอบไปด้วย 3 กิจกรรม ดังนี้  
**กิจกรรมที่ 1** รู้ทันโลก เข้าใจลูก กิจกรรมนี้ จะเป็นการบรรยายความรู้ประกอบสื่อการให้ความรู้เกี่ยวกับความรู้ทั่วไปเรื่องเกม เรื่องคอมพิวเตอร์ โดยกิจกรรม ดังกล่าวใช้เวลาประมาณ 60 นาที

**กิจกรรมที่ 2** สร้างความมีวินัย และความรับผิดชอบ กิจกรรมนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ครอบครัวที่มีลูกเล่นเกม เห็นความสำคัญในการแก้ไขปัญหา โดยการส่งเสริมความมีวินัย และความรับผิดชอบ รู้จักการแบ่งเวลา มีการสื่อสารในครอบครัวอย่างมีความหมาย และมีประสิทธิภาพ มีการจัดสิ่งแวดล้อมอย่างเหมาะสม เพื่อ เป็นแนวทางในการช่วยเหลือลูกให้เล่นเกมอย่างมีระบบ มีความรับผิดชอบ เพื่อป้องกันการติดเกม กิจกรรม ดังกล่าวใช้เวลาประมาณ 130 นาที

**กิจกรรมที่ 3** หลายครอบครัว หลายความคิด ช่วยลูกเรา กิจกรรมนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ครอบครัว แต่ละครอบครัวที่มาร่วมทำกิจกรรมได้มีโอกาสพูดคุย และเปลี่ยนความคิดเห็นกัน เป็นการเปิดโอกาสให้ทุก คนมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของแต่ละ

ครอบครัวในการดูแล ช่วยเหลือเด็กวัยเรียนในการ ป้องกันการติดเกม มีทัศนคติที่ดีในการช่วยเหลือ และ ได้แนวทางในการปรับใช้กับครอบครัวตนเอง เพื่อให้ ครอบครัวเกิดพลังในการช่วยเหลือป้องกันลูกติดเกม โดยกิจกรรมดังกล่าวใช้เวลาประมาณ 90 นาที

**ตอนที่ 2** การส่งจดหมายกระตุ้นเตือนไปให้ ครอบครัวที่บ้านหลังจากที่มีการดำเนินการให้ความรู้ เกี่ยวกับการส่งเสริมหน้าที่ของครอบครัว ประมาณ 2 สัปดาห์

เมื่อสิ้นสุดการให้โปรแกรม หลังจากนั้น 1 เดือน ผู้วิจัยประเมินผลการส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัว ใน การป้องกันการติดเกมของเด็กวัยเรียน

การวิเคราะห์ข้อมูล นำผลการวิจัยมาวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมสำหรับ SPSS for Window ข้อมูล ที่วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ และอัตรา ร้อยละ คะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวของกลุ่ม ตัวอย่างทั้งก่อนทดลองและหลังทดลอง วิเคราะห์ด้วย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและเปรียบเทียบค่า เฉลี่ยการทำหน้าที่ของครอบครัวก่อนทดลองและหลัง ทดลอง ด้วยวิธีการทดสอบคะแนนโดยใช้สถิติ Paired t-test

### ก่อน

#### การทำหน้าที่ของครอบครัวในการ ป้องกันการติดเกมตามกรอบ แนวคิดของแมคมาสเตอร์

1. ครอบครัวเลือกวิธีการในการป้องกัน แก้ไขปัญหาการเล่นเกม และดำเนินการ ป้องกันแก้ไขปัญหาการเล่นเกมไม่เหมาะสม
2. ครอบครัวสื่อสารเพื่อการการป้องกัน การเล่นเกมไม่ชัดเจน ไม่ตรงวัตถุประสงค์ ไม่ตรงเป้าหมาย
3. ครอบครัวมีการปฏิบัติพฤติกรรมที่ ไม่เหมาะสมในการป้องกันการเล่นเกม
4. ครอบครัวตอบสนองทางอารมณ์ต่อ กันในเรื่องการป้องกันการเล่นเกมไม่ เหมาะสม
5. ครอบครัวมีการแสดงความผูกพัน เพื่อตนเองในการป้องกันปัญหาการเล่นเกม มากกว่าผูกพันแบบเข้าใจลึกซึ้ง
6. ครอบครัวมีการควบคุมพฤติกรรม การป้องกันปัญหาเล่นเกมที่ไม่เหมาะสม



#### โปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ ครอบครัว เพื่อป้องกันการติดเกม ของเด็กวัยเรียน

1. ดำเนินการส่งเสริมการทำหน้าที่ ครอบครัว เพื่อป้องกันการติดเกม ประกอบด้วย
  - กิจกรรมที่ 1 รู้ทันโลก เข้าใจลูก
  - กิจกรรมที่ 2 สร้างความมีวินัย และ ความรับผิดชอบ
  - กิจกรรมที่ 3 หลายครอบครัว หลายความคิดช่วยลูกเรา



2. สัปดาห์
3. ส่งจดหมายกระตุ้นเตือนไปให้ ครอบครัวที่บ้าน

### หลัง

#### การทำหน้าที่ของครอบครัวในการ ป้องกันการติดเกมตามกรอบ แนวคิดของแมคมาสเตอร์

1. ครอบครัวเลือกวิธีการในการป้องกัน แก้ไขปัญหาการเล่นเกม และดำเนิน การป้องกันแก้ไขปัญหาการเล่นเกมที่ เหมาะสม
2. ครอบครัวสื่อสารเพื่อการป้องกัน การเล่นเกมที่ชัดเจน ตรงวัตถุประสงค์ และตรงเป้าหมาย
3. ครอบครัวมีการปฏิบัติพฤติกรรมที่ เหมาะสมในการป้องกันการเล่นเกม
4. ครอบครัวตอบสนองทางอารมณ์ต่อ กันในเรื่องการป้องกันการเล่นเกมที่เหมาะสม
5. ครอบครัวมีการแสดงความผูกพัน แบบเข้าใจลึกซึ้งในการป้องกันปัญหา การเล่นเกม
6. ครอบครัวมีการควบคุมพฤติกรรม การป้องกันปัญหาเล่นเกมที่เหมาะสม

### ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



## ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ครอบครัว กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะทั่วไปที่ใกล้เคียงกัน คือ ตัวแทนครอบครัวของเด็กส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.0 มีช่วงอายุอยู่ระหว่าง 21-30 ปี ร้อยละ 45.0 การศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 50.0 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 75.0 จำนวนสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่มีจำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 55.0 ตัวแทนครอบครัวส่วนใหญ่ คือ แม่ ร้อยละ 60.0 รองลงมา คือ เป็นพ่อ ร้อยละ 30.0 และผู้ปกครองที่เป็นผู้ดูแลหลักของเด็กวัยเรียน ร้อยละ 10.0 ตามลำดับ โครงการสร้างของครอบครัวเป็นแบบครอบครัวเดียว ร้อยละ 80.0 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 85.0 และรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 10,000-15,000 บาท ร้อยละ 55.0 และจากการศึกษาเด็กวัยเรียนที่เล่นเกมในครอบครัวกลุ่มตัวอย่างพบว่า จำนวนเด็กในครอบครัวที่เล่นเกม ส่วนใหญ่มี 1 คน ร้อยละ 85.0 โดยเป็นเพศชาย ร้อยละ 80.0 อายุของเด็กที่เล่นเกม ส่วนใหญ่มีอายุ 10 ปี ร้อยละ 35.0 อายุที่เด็กเริ่มเล่นเกม คือ 7 ปี ร้อยละ 40.0 สาเหตุการเล่นเกม คือ ตามเพื่อน ร้อยละ 70.0 ตัวแทนครอบครัวไม่รู้จักเกมที่ลูกเล่น ร้อยละ 90.0 ระยะเวลาเฉลี่ยในการเล่นเกมวันธรรมดากล่าว เล่น 2 ชั่วโมง ร้อยละ 45.0 และการเล่นเกม ในวันหยุดใช้ระยะเวลาเฉลี่ยเล่น 3 ชั่วโมง ร้อยละ 50.0

2. ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ คะแนนก่อนและหลังเข้ารับโปรแกรมส่งเสริมการทำ หน้าที่ครอบครัว เพื่อป้องกันการติดเกมของเด็กวัยเรียน ต่อการทำหน้าที่ครอบครัวด้านต่างๆ

2.1 ด้านการแก้ปัญหา พบว่า คะแนนการทำ หน้าที่ของครอบครัวเพื่อป้องกันการติดเกมของเด็ก วัยเรียนด้านการแก้ปัญหา มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.79 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.131 และค่าเฉลี่ยคะแนน ก่อนเข้ารับโปรแกรมที่มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.99 ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน 0.855

2.2 ด้านการสื่อสาร พบว่า คะแนนการทำหน้าที่ ของครอบครัวเพื่อป้องกันการติดเกมของเด็กวัยเรียน ด้านการสื่อสารมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.46 ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน 0.131 และค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนเข้ารับ โปรแกรมที่มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.38 ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน 0.799

2.3 ด้านบทบาท พบว่า คะแนนการทำหน้าที่ ของครอบครัวเพื่อป้องกันการติดเกมของเด็กวัยเรียน ด้านบทบาทมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.90 ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน 0.166 และค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนเข้ารับ โปรแกรมที่มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.02 ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน 0.768

2.4 ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ พบว่า คะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวเพื่อป้องกันการติด เกมของเด็กวัยเรียน ด้านการตอบสนองทางอารมณ์มี ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.24 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.319 และค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนเข้ารับโปรแกรมที่มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.15 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.455

2.5 ด้านความผูกพันต่อครอบครัว พบว่า คะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวเพื่อป้องกันการติด เกมของเด็กวัยเรียน ด้านการตอบความผูกพันต่อ ครอบครัวส่วนของทางอารมณ์มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.75 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.215 และค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนเข้ารับโปรแกรมที่มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.99 ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน 0.836

2.6 ด้านการควบคุมพฤติกรรม พบว่า คะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวเพื่อป้องกันการติด เกมของเด็กวัยเรียน ด้านการควบคุมพฤติกรรมต่อ ครอบครัวส่วนของทางอารมณ์มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.74 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.206 และค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนเข้ารับโปรแกรมที่มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.88 ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน 0.829

3. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐานของคะแนนก่อนและหลังเข้ารับโปรแกรม

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐานของคะแนนก่อนและหลังเข้ารับโปรแกรม ส่งเสริมการทำหน้าที่ครอบครัว เพื่อป้องกันการติดเกม ของเด็กวัยเรียนต่อการทำหน้าที่ครอบครัวด้านต่างๆ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนหลังได้รับโปรแกรมมากกว่าค่าเฉลี่ย ก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการแก้ปัญหา 2) ด้าน การสื่อสาร 3) ด้านบทบาท 4) ด้านการตอบสนองทาง อารมณ์ 5) ด้านความผูกพันต่อครอบครัว และ 6) ด้าน การควบคุมพฤติกรรม (ตารางที่ 1)



**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวเพื่อป้องกันการติดเกม ก่อนและหลังเข้ารับโปรแกรม

| หน้าที่ครอบครัว           |      | $\bar{x}$ | S.D.  | t       | df |
|---------------------------|------|-----------|-------|---------|----|
| ด้านการแก้ปัญหา           | ก่อน | 1.99      | 0.855 | -9.253* | 19 |
|                           | หลัง | 3.79      | 0.131 |         |    |
| ด้านการสื่อสาร            | ก่อน | 2.38      | 0.799 | -6.085* | 19 |
|                           | หลัง | 3.46      | 0.131 |         |    |
| ด้านบทบาท                 | ก่อน | 2.02      | 0.768 | -11.18* | 19 |
|                           | หลัง | 3.90      | 0.166 |         |    |
| ด้านการตอบสนองทางอารมณ์   | ก่อน | 2.15      | 0.455 | -7.66*  | 19 |
|                           | หลัง | 3.24      | 0.319 |         |    |
| ด้านความผูกพันต่อครอบครัว | ก่อน | 1.99      | 0.836 | -8.745* | 19 |
|                           | หลัง | 3.75      | 0.215 |         |    |
| ด้านการควบคุมพฤติกรรม     | ก่อน | 1.88      | 0.829 | -1.445* | 19 |
|                           | หลัง | 3.74      | 0.206 |         |    |

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

## การอภิปรายผล

ผลจากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวเพื่อป้องกันการติดเกมของเด็กวัยเรียน ภายหลังการได้รับโปรแกรมเพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางในการป้องกันการติดเกม ของเด็ก ที่กล่าวถึง ข้อปฏิบัติในการดูแลเด็ก มีดังนี้ 1) สร้างความมีวินัยและความรับผิดชอบตั้งแต่ยังเล็ก 2) ลดโอกาสการเข้าถึงคอมพิวเตอร์ และอินเทอร์เน็ต 3) ใช้มาตรการทางการเงิน 4) พังและพูดดีต่อกัน 5) จับถูก ชื่นชม ให้กำลังใจ 6) ร่วมกำหนดติกาอย่างเป็นรูปธรรม และบังคับใช้อย่างเข้มแข็งแต่่อ่อนโยน (อ่อนน้อม แข็งใน) 7) มีทางออกที่สร้างสรรค์ให้เด็ก 8) สร้างร้อยยิมเล็ก ๆ ในครอบครัว 9) ควบคุมอารมณ์และสร้างความสุขเล็ก ๆ ในใจของพ่อแม่เอง 10) เริ่มต้นการเปลี่ยนแปลงตัว<sup>9,13</sup> และสอดคล้องกับวิธีการป้องกัน และแก้ไขเด็กติดเกม ไว้ว่า วิธีการป้องกัน และแก้ไขเด็กติดเกม คือ ความสัมพันธ์ที่ดีของพ่อแม่ลูก และจัดระเบียบในบ้าน เช่น ความใกล้ชิดสนิทสนมที่ดี จะช่วยให้เกิดการเชื่อฟัง การยอมรับกัน การมีเหตุผล กิจกรรมภายในครอบครัว ที่มีความเพลิดเพลิน ความสุขใจ จะดึงเด็กไม่ให้ติดเกม ก่อน

ชื่อเกม กำหนดกดติกาพื้นฐาน ถ้าจะมีเกมในบ้าน ต้องกำหนดเวลา และเงื่อนไขในการเล่น อย่าเปิดโอกาสให้เด็กเล่นโดยขาดการควบคุม<sup>11,14</sup> และสอดคล้องกับศิริไชย ทรงสังวนศรี<sup>10</sup> ที่กล่าวไว้ว่า พ่อแม่สามารถป้องกันการติดเกมได้ โดยเริ่มต้นด้วยการป้องกัน ไม่ได้ห้ามเด็กเล่นเกม แต่ให้เด็กเรียนรู้การเล่นเกมอย่างถูกต้อง มีกติกา มีการตกลงกันก่อน และพ่อแม่จะเจาะจงตามที่ตกลงกัน ดังนี้ 1) พ่อแม่ควรมีความรู้เรื่องเกม แยกแยะประเภทของเกม เลือกใช้เกมที่เป็นประโยชน์แก่ลูกได้ 2) จัดระบบการเล่นเกมตั้งแต่ต้นให้ลูกฝึกที่จะเล่นเกมที่กำหนดได้ตามเวลาที่ตกลงกัน ควรตกลงกันได้ก่อนที่จะมีเกมในบ้าน ไม่ควรกำหนดตามหลังปัญหาที่เกิดขึ้นแล้ว 3) การเล่นเกมต้องควบคุมได้ อยู่ในสายตาพ่อแม่ ไม่ให้เลี้ยงหน้าที่อื่น ๆ 4) พ่อแม่ค่อยกำกับให้เป็นไปตามที่ตกลงกันไว้อย่างจริงจัง 5) เมื่อมีการละเมิด ให้กลับมาทบทวนอย่างจริงจังว่าเกิดปัญหาอุปสรรคใดที่ทำให้ไม่ทำตามนั้น กำหนดมาตรการควบคุมเพิ่มเติม 6) การป้องกันที่ควรทำล่วงหน้าก่อนคือการฝึกให้เด็กมีการควบคุมตนเองไม่ตามใจเด็กไม่ปล่อยเด็ก

## ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัวในการป้องกันการติดเกมของเด็กวัยเรียนนี้ไปให้บริการกับครอบครัวในเชิงรุก เช่น งานด้านการส่งเสริมสุขภาพ งานด้านการให้คำปรึกษาครอบครัว และหน่วยงานสุขศึกษาต่าง ๆ ไปใช้ในการส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัวเพื่อการป้องกันการติดเกมของเด็กวัยเรียนต่อไป

2. นำประสบการณ์มาเป็นแนวทางสำหรับบุคคลกรทางด้านสุขภาพ และนักศึกษาพยาบาลที่ใช้ในการส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัว เพื่อการป้องกันการติดเกมของเด็กวัยเรียน

3. ควรมีการศึกษา และติดตามผลของการส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัวในระยะยาวร่วมด้วย

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ รศ.กัลยา พัฒนาศรี และ พศ.พรรณจัน พรรรณเซชฐ์ ที่ได้กรุณาให้คำชี้แนะ และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ จนกระตุ้นวิทยานิพนธ์สำเร็จ



## เอกสารอ้างอิง

1. Phillips CA, Rolls S, Rouse A, Griffiths MD. Home video game playing inschoolchildren: A study of incidence and pattern of play. *J Adolesc*; 1995.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ รายงานผลการสำรวจความคิดเห็นของผู้ปกครองเกี่ยวกับการใช้อินเตอร์เน็ต หรือคอมพิวเตอร์ของบุตรหลาน/สมาชิกในครัวเรือนในเขตกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2546. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2546.
3. สุทธิพร นิราพร. ความสัมพันธ์ระหว่างการเล่นเกมคอมพิวเตอร์กับผลลัพธ์ทางการเรียนและพฤติกรรมก้าวร้าวของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย (รายงานการศึกษาอิสระ). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2547.
4. วรัมพร สถาปนิกันท์. ผลกระทบของเกมออนไลน์ต่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคม และวัฒนธรรม : กรณีศึกษาเขตบางกะปิ และเขตสะพานสูง (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2549.
5. นพดล กรณิการ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการติดเกมออนไลน์ในกลุ่มเด็กและเยาวชนไทยในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล. กรุงเทพฯ: สำนักวิจัยเอนแบคโปรดส์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ; 2548.
6. วรพจน์ พวงสุวรรณ. การศึกษาพฤติกรรมการเล่นเกมคอมพิวเตอร์ของเด็กนักเรียนในเขตกรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2541.
7. Griffiths M. Violent video games and aggression: A review of the literature. *AggressViolent Behav*; 1999.
8. Colwell J, Payne J. Negative correlates of computer game play in adolescents. *Br J Psychol*; 2000.
9. สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชบูรณะ คู่มือโปรแกรมพัฒนาศักยภาพเยาวชนและครอบครัว ยุคไซเบอร์. กรุงเทพฯ :สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชบูรณะ. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2549.
10. ศิริไชย ทรงส่วนศรี, โซมิตา ภาระสุทธิโพลลิสู, สุวรรณ เรืองกาญจนเศรษฐี. พฤติกรรมการเล่นเกมคอมพิวเตอร์และปัญหาการติดเกมในวัยรุ่น. นำเสนอในการประชุมวิชาการราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทยประจำปี 2548 กรุงเทพมหานคร 10-12 ตุลาคม; 2548
11. สถาบันสุขภาพจิตเด็ก และวัยรุ่นราชบูรณะ และสถาบันรามจิตติ. รายงานข้อมูลจากแบบสำรวจพฤติกรรมการเล่นเกม ในวัยรุ่น การดูแลลูก ๆ กับการเล่นเกม. กรุงเทพฯ: สถาบันสุขภาพจิตเด็ก และวัยรุ่นราชบูรณะ และสถาบันรามจิตติ; 2549.
12. Knowles N. *The modern Practice of Adult Education*. Newyok : Association Press; 1984.
13. สุจารี ถทพิรา, สร้อย อันุสรณ์ธีรกุล, สมพร วัฒนน-กุลเกียรติ, สุกัญญา เรืองสุวรรณ. ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการทำหน้าที่ของครอบครัวกับการปฏิบัติพัฒนกิจในบทบาทการดูแลของหญิงตั้งครรภ์ วัยรุ่น. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชาคตตะวันออกเฉียงเหนือ 2549; 24(3): 55-62.
14. สำราย ใจวิจิตร, จันทร์จัล สอนทิลัด, เพลินพิศ โคงทองคง, กัณศณา สัดทัดสำราญการณ์, นิสิต ศักยพันธ์. การศึกษาความรุนแรงในเด็กนักเรียนในโรงเรียนจังหวัดอุดรธานี. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชาคตตะวันออกเฉียงเหนือ 2550, 25(3): 64-72.



**ความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมในการทำงาน คุณลักษณะส่วนบุคคล  
ของพยาบาลวิชาชีพกับตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์ทางการพยาบาลของหอผู้ป่วย  
ด้านความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลทั่วไป  
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ\***

**The Relationships between Nurse Work Environment, Nurse Characteristics,  
and Nurse-sensitive Indicator: Nurse Jobs Satisfaction, Inpatient Care  
General Hospitals, Northeastern Thailand**

อภิวันทน์ ไทยงามศิลป พย.ม.\*\* วรรณชนก จันทชุม วท.ด.\*\*\*

### **บทคิดย่อ**

การวิจัยเชิงสหสัมพันธ์นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และความสามารถในการพยากรณ์ของสภาพแวดล้อมในการทำงานและคุณลักษณะส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยกับตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางการพยาบาลของหอผู้ป่วยด้านความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยทำการวิเคราะห์ระดับหอผู้ป่วย ในแผนกศัลยกรรม อายุรกรรม ศัลยกรรมกระดูกและข้อ และสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลทั่วไป ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 13 แห่ง จำนวน 104 หอผู้ป่วย เครื่องมือในการวิจัยแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามคุณลักษณะทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ 2) แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะของสภาพแวดล้อมในการทำงาน โดยใช้ The Nursing Work Environment Index-Revised<sup>1</sup> 3) แบบประเมินความพึงพอใจในงานของพยาบาลของสำนักการพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปจากข้อมูลรายบุคคล นำมารวบเป็นข้อมูลระดับหอผู้ป่วย แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และวิเคราะห์การทดสอบโดยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย พบว่า 1) สภาพแวดล้อมในการทำงาน มีความสัมพันธ์กับทางบวกในระดับปานกลางถึงสูง ตัวชี้วัดของหอผู้ป่วยด้านความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ ทั้งรายด้านและโดยรวม ( $r = 0.53-0.70$ ) 2) คุณลักษณะส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย ด้านระยะเวลาปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำ ( $r = 0.24$ ) กับตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางการพยาบาลของหอผู้ป่วยด้านความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ 3) ตัวแปรอิสระที่สามารถร่วมกันพยากรณ์ตัวชี้วัดของหอผู้ป่วยด้านความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ สภาพแวดล้อมในการทำงานด้านความสามารถในการควบคุมการปฏิบัติการพยาบาล สภาพแวดล้อมในการทำงานด้านความมืออาชีวะ และคุณลักษณะส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย ด้านระยะเวลาปฏิบัติงาน โดยสามารถอธิบายความผันแปรของตัวแปรตามได้ ร้อยละ 57.3 ( $p < 0.05$ )

**คำสำคัญ :** ความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ ตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางการพยาบาล สภาพแวดล้อมในการทำงาน ของพยาบาลวิชาชีพ

\* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\*\* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\*\*\* รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



## Abstract

The purposes of this correlation research study was to examine relationships and to identify if independent variables were good predictors between the nursing work environment, nurse characteristics, and nurse-sensitive indicator which was nurse jobs satisfaction, general hospitals, northeastern Thailand. The study was done at a nursing unit level. Study sample were 104 Medical, Surgical, Orthopedic and Obstetric-Gynecological nursing units in 13 general hospitals. Study instrument was a questionnaire composed of three sections. The first section included questions asking about nurse characteristics data. The second section was questions asking about nurse work environment which was modified from The Nursing Work Environment Index- Revised<sup>1</sup>. For the work environment, it divided into four parts which were nurse control over practice, nurse autonomy, doctor - nurse relationships, and organization support. The third section included questions asking about nurse job satisfaction which was the questionnaire of Thai Bureau of Nursing. The data analyses were done at the nursing unit level and reported in terms of mean, standard deviation, Pearson's correlation, and Stepwise Multiple Regression.

Results indicated that all parts of work environment had positive correlations with nurse job satisfaction ranged from  $r = 0.53$  to  $0.73$  at  $0.05$  level of significance. Nurse characteristics, year of working experience had low positive correlation with nurse job satisfaction ( $r = 0.24$ ). The results showed that variables of work environment (control over nurse practice and nurse autonomy), nurse characteristic (years of working experience) did explain total amount of variance of nurse job satisfaction all together 57.3 percents.

**Keywords :** nurse job satisfaction, nurse-sensitive indicator, nurse work environment, professional nurse

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภายใต้กระแสโลกาภิวัตน์ที่สgapapแวดล้อมทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองของโลก มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ระบบเศรษฐกิจมีความเชื่อมโยงสับซ้อนขึ้น การเปลี่ยนแปลงการปฏิรูประบบสาธารณสุข จึงได้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยให้ความสำคัญกับระบบการบริการที่ใช้นั่นทุนต่ำ และผลลัพธ์สูง (Good Health and Low cost) มีการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์ ในขณะเดียวกันก็ต้องมีมาตรฐานระบบบริการการดูแล (Standard of care) เป็นมาตรฐานเชิงวิชาการที่พร้อมที่จะให้สังคมตรวจสอบได้ถึงคุณภาพของการให้บริการ รวมทั้งมีระบบรองคุณภาพบริการ

กลุ่มการพยาบาล ซึ่งมีกลุ่มบุคลากรจำนวนมากที่สุดในโรงพยาบาลต้องมีการดำเนินการเพื่อให้สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป และให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพในแต่ละหน่วยบริการ ทางการพยาบาลมากขึ้น ซึ่งจำเป็นต้องมีการกำหนดเครื่องชี้วัดคุณภาพไว้ เพื่อเป็นเครื่องมือที่จะสะท้อนว่า การบริการหรือการดูแลผู้รับบริการนั้นมีคุณภาพใน

ระดับใด<sup>2</sup> สำนักการพยาบาลได้นำกรอบแนวคิดการวัดผลลัพธ์ของ Holzemer<sup>3</sup> มาเป็นกรอบในการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพทางการพยาบาล ปัจจัตุร ฉบับที่ 4 ศึกษาพบว่า ถ้าโรงพยาบาลได้พยาบาลมีความพึงพอใจในงานต่อ ความพึงพอใจของผู้รับบริการ (Patients satisfaction) ในบริการพยาบาลจะลดลง ในทางตรงข้าม ถ้าพยาบาลมีความพึงพอใจในงานสูง จะพบว่า ความพึงพอใจในบริการจะสูงด้วย

จากการศึกษาของ Aiken & Patrician<sup>1</sup> ที่ได้ทำการวิจัยใน 5 ประเทศของทวีปยุโรปและอเมริกา เกี่ยวกับความสัมพันธ์ของสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ที่ส่งผลต่อคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยให้มีความปลอดภัย ผลการศึกษายืนยันว่าจำนวนผู้ป่วยที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มความเสี่ยงของความอ่อนล้าทางอารมณ์และความไม่พึงพอใจของพยาบาลที่ทำงานอยู่ และส่งผลต่ออัตราการตายของผู้ป่วย และอัตราการติดเชื้อในแพลตต์ตัดที่เพิ่มสูงขึ้น ผลการศึกษาดังกล่าว สรุปแนวคิดในการจัดการสgapapแวดล้อม เพื่อสนับสนุนให้เกิดการทำงานที่ดีของพยาบาล และดึงดูดให้พยาบาล



คงอยู่ในวิชาชีพไว้ว่า สภាពยาบาลล้มในการทำงานที่ส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ ควรประกอบด้วย คุณลักษณะที่สำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ความมีอิสรภาพในวิชาชีพ 2) การควบคุมสิ่งแวดล้อมและการปฏิบัติทางการพยาบาล 3) สมัพันธ์ภาพระหว่างแพทย์และพยาบาลในการปฏิบัติงาน และ 4) การสนับสนุนขององค์กร ในการบริหารจัดการทางการพยาบาล ดังนั้น สภាពยาบาลล้มในการทำงานจึงนับเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาลด้านความพึงพอใจในการทำงาน นอกจากนี้การจัดการสิ่งแวดล้อมที่ดี มีคุณภาพ เป็นการแสดงถึงความรับผิดชอบขององค์กรต่อผู้ปฏิบัติงานในองค์กรและสังคม รวมทั้งช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ปฏิบัติงาน<sup>1</sup> นอกจากนี้จากปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ที่อาจส่งผลต่อความพึงพอใจในการทำงานของพยาบาลแล้วบุญใจ ศรีสุติย์นรากร<sup>5</sup> ได้วิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการ พบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และประสบการณ์การทำงาน ล้วนมีผลต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาล

ดังนั้น ผู้บริหารทางการพยาบาลต้องก้าวให้ทันการเปลี่ยนแปลงและจำเป็นต้องมองถึงความสำคัญของการจัดการเชิงผลลัพธ์ที่สะท้อนให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ โดยเฉพาะการวัดผลลัพธ์ในระดับหน่วยงาน ใน การศึกษารั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำแนวคิดในรูปแบบการวิจัยเชิงผลลัพธ์ทางสุขภาพของ Holzemer<sup>3</sup> มาเป็นกรอบในการศึกษา โดยทำการศึกษาว่าปัจจัยนำเข้าขององค์กร คือ สภាពยาบาลล้มในการทำงาน และปัจจัยนำเข้าของผู้ให้บริการ ได้แก่ คุณลักษณะทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยจะมีความสัมพันธ์ และร่วมกันพยากรณ์ตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์ทางการพยาบาลของหอผู้ป่วยด้านความพึงพอใจในงานของพยาบาลได้หรือไม่ โดยศึกษาในระดับหอผู้ป่วย ในโรงพยาบาลทั่วไปของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ทั้งนี้เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริหารทางการพยาบาล สนับสนุนให้เกิดการพัฒนาสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่ดี ส่งเสริมให้บุคลากรเกิดความพึงพอใจ มีความสุขในการปฏิบัติงาน เกิดคุณภาพการบริการพยาบาลที่เป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการในที่สุด

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสภាពยาบาลล้มในการทำงานกับตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์ทางการพยาบาลของหอผู้ป่วยด้านความพึงพอใจในงานของพยาบาล

2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพกับตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์ทางการพยาบาลของหอผู้ป่วยด้านความพึงพอใจในงานของพยาบาล

3. ศึกษาความสามารถในการร่วมกันพยากรณ์ของสภាពยาบาลล้มในการทำงาน คุณลักษณะส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพต่อตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์ทางการพยาบาลของหอผู้ป่วย ด้านความพึงพอใจในงานของพยาบาล

## กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษารั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดของ Holzemer<sup>3</sup> ซึ่งได้เสนอรูปแบบของการศึกษาวิจัยผลลัพธ์ทางสุขภาพ (The Outcomes Model for Health Care Research) มาใช้ เนื่องจากกรอบแนวคิดดังกล่าวคำนึงถึงความสำคัญและความเกี่ยวข้องซึ่งกันและกันของปัจจัยนำเข้า กระบวนการและผลลัพธ์ ที่เกิดขึ้นอย่างครอบคลุมในแต่ละมุมต่าง ๆ ทั้งจากมุมมองของผู้รับบริการ (Client) ผู้ให้บริการ (Provider) และองค์กร (Setting)

ตัวแปรตาม คือ ตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์ทางการพยาบาลของหอผู้ป่วยด้านความพึงพอใจในการทำงานของพยาบาล ซึ่งเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดคุณภาพทางการพยาบาล ที่สำนักการพยาบาลกำหนดให้เป็นตัวชี้วัดระดับชาติที่สำคัญ และสะท้อนถึงคุณภาพการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลในองค์กรพยาบาล ส่งผลต่อกระบวนการการทำงานหรือการให้บริการแก่ผู้ป่วยและผู้รับบริการ ซึ่งหากบุคลากรพยาบาลในหอผู้ป่วย มีความพึงพอใจในงานที่ดี ย่อมส่งผลต่อพฤติกรรมการให้บริการ มีความรักในงาน มีความรับผิดชอบต่อวิชาชีพ เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยและความสำเร็จขององค์กรในที่สุด

ตัวแปรอิสระ คือ สภាពยาบาลล้มในการทำงานของพยาบาล ซึ่งเป็นปัจจัยนำเข้าในมุมมองขององค์กร และคุณลักษณะส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย ซึ่งเป็นปัจจัยนำเข้าในมุมมองของผู้ให้บริการ โดยผู้วิจัยเลือกใช้แนวคิดในการจัดการสภាពยาบาลล้ม เพื่อการสนับสนุนให้เกิดการทำงานที่ดีของพยาบาล และสามารถ



ดึงดูดให้พยาบาลคงอยู่ในวิชาชีพของ Aiken & Patrician ซึ่งกล่าวถึงสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพว่า ควรประกอบด้วย คุณลักษณะที่สำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ความมีอิสระในการตัดสินใจตามมาตรฐานวิชาชีพ 2) ความสามารถในการควบคุมสภาพแวดล้อมในหน่วยงานให้เกิดการปฏิบัติการพยาบาล 3) สัมพันธภาพและความร่วมมือระหว่างแพทย์-พยาบาล ใน การปฏิบัติงาน และ 4) การสนับสนุนขององค์กรในการบริหารจัดการทางการพยาบาล และประเมินได้จากแบบประเมินคุณลักษณะของสิ่งแวดล้อมในการทำงานของพยาบาล The Revised Nursing Work Environment Index (NWI-R) ซึ่งจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ยังไม่พบว่ามีนำมาใช้ศึกษาวิจัยในประเทศไทยมาก่อน พน เฉพาะในงานวิจัยของต่างประเทศ ทั้งนี้เครื่องมือดังกล่าวได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ และได้รับการยอมรับจากสมาคมพยาบาลแห่งสหราชอาณาจักรและสภากาชาดระหว่างประเทศ ในการเป็นเครื่องมือที่บ่งบอกถึงประสิทธิภาพการจัดการสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องในการทำงานของหน่วยบริการพยาบาล โดยตรงที่สามารถสะท้อนให้เห็นถึงผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่สำคัญ

### วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลทั่วไปของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 13 แห่ง ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน ในเรื่องอัตราครองเตียง ลักษณะความรุนแรงของผู้ป่วย ลักษณะงานบริการพยาบาล และการทำหัตถการ ได้แก่ หอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม ศัลยกรรมกระดูกและข้อ สูติ-นรีเวชกรรม (ไม่นับรวม หอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอดปกติ) จำนวนทั้งสิ้น 104 หอผู้ป่วย โดยข้อมูลของหอผู้ป่วยได้มาจากพยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นตัวแทนของหอผู้ป่วย ที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป การสุ่มกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพของแต่ละหอผู้ป่วย ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Cochran<sup>6</sup> และเพิ่มอีกร้อยละ 30 เพื่อทดสอบการไม่ได้กลับคืนของแบบสอบถาม ได้จำนวนตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพทั้งสิ้น 431 คน

เครื่องมือในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ อายุ ตำแหน่ง การศึกษา เพศ สถานภาพสมรส ประสบการณ์การทำงาน และสถานที่ปฏิบัติงาน

2. แบบสอบถามคุณลักษณะของสภาพแวดล้อมในการทำงาน ผู้วิจัยใช้ The Nursing Work Environment Index- Revise ของ Aiken &Patrician<sup>1</sup> โดยใช้ข้อคำถามเฉพาะในส่วนที่ประเมินสภาพแวดล้อมในการทำงาน ในระดับหน่วยงาน จำนวน 15 ข้อ ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการควบคุมสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติการพยาบาล 2) ด้านความอิสระในวิชาชีพ 3) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และพยาบาล และ 4) ด้านการสนับสนุนขององค์กร ลักษณะของแบบสอบถาม เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ให้คะแนน 1-4 จากไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง-เห็นด้วยอย่างยิ่ง

3. แบบประเมินความพึงพอใจในงานของพยาบาล ใช้แบบสอบถามความพึงพอใจในงานของบุคลากร พยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุขของสำนักการพยาบาล ลักษณะเครื่องมือเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้คะแนน 1-5 จากไม่พึงพอใจ-พึงพอใจมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยนำ The Nursing Work Environment Index- Revise มาแปลเป็นภาษาไทยและปรับให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย เมื่อผ่านการพิจารณาจากอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 1 ท่าน ตรวจสอบด้านภาษาและผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) จำนวนนำไปทดลองใช้กับพยาบาลที่โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ค่าสัมประสิทธิ์效验系数 ของครอนบากทั้งฉบับเท่ากับ 0.96 และรายด้านเท่ากับ 0.84-0.91 และแบบประเมินความพึงพอใจในงานของพยาบาล ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์效验系数 ของครอนบากเท่ากับ 0.87

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลรายบุคคล นำมารวมเป็นข้อมูลระดับหอผู้ป่วย วิเคราะห์โดยใช้ค่ามถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ และสภาพแวดล้อมในการทำงานกับตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์ทางการพยาบาลของ



หอผู้ป่วยด้านความพึงพอใจในงานของพยาบาลโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

3. วิเคราะห์ความสามารถในการร่วมกันพยากรณ์ของสภาพแวดล้อมในการทำงาน คุณลักษณะส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพต่อตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์ทางการพยาบาลของหอผู้ป่วย ด้านความพึงพอใจในงานของพยาบาลด้วยการทดสอบโดยพหุคุณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) โดยผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น เกี่ยวกับค่าความคลาดเคลื่อน (residual) พบว่า เป็นไปตามเงื่อนไขในการใช้สถิติการวิเคราะห์ทดสอบโดยพหุคุณ

### ผลการวิจัยและอภิปรายผล

จากแบบสอบถามที่ส่งให้พยาบาลวิชาชีพจำนวน 431 คน ครอบคลุมหอผู้ป่วยจำนวน 104 หอผู้ป่วย โดยได้รับแบบสอบถามกลับคืนมา 100 หอผู้ป่วย (ร้อยละ 96.15) จากพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 403 คน (ร้อยละ 93.50) โดยมีผลการวิจัยดังนี้

1. คุณลักษณะที่สำคัญที่สุดของพยาบาลวิชาชีพที่ศึกษาในหอผู้ป่วย จำนวน 100 หอผู้ป่วย เมื่อจำแนกตามช่วงอายุ พบว่า หอผู้ป่วยมีพยาบาลวิชาชีพอายุเฉลี่ยระหว่าง 30-34 ปี ร้อยละ 45.00 รองลงมา คือ มีอายุเฉลี่ยระหว่าง 35-39 ปี ร้อยละ 32.00 ส่วนใหญ่เป็นหอผู้ป่วยที่มีพยาบาลวิชาชีพจบการศึกษาระดับปริญญาตรี/เทียบเท่า ร้อยละ 96.50 มีระยะเวลาปฏิบัติงานอยู่ในหอผู้ป่วยโดยเฉลี่ย 8.18 ปี โดยเป็นหอผู้ป่วยที่มีพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานเป็นระยะเวลาเฉลี่ยระหว่าง 5-9 ปี ร้อยละ 45.00 รองลงมา คือ มากกว่า 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 35.00 เป็นหอผู้ป่วยที่มีพยาบาลวิชาชีพแต่งงานแล้วมากกว่าที่เป็นโสด ร้อยละ 59.40 และ 40.60 ตามลำดับ และเป็นหอผู้ป่วยที่มีพยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการมากกว่าระดับปฎิบัติการ ร้อยละ 71.58 และ 28.42 ตามลำดับ โดยเป็นพยาบาลที่สังกัดหอผู้ป่วยศัลยกรรมมากที่สุด ร้อยละ 34.00 รองลงมา คือ อายุรกรรม ร้อยละ 33.00 สูติ-นรีเวชกรรม ร้อยละ 17.00 ศัลยกรรมกระดูกและข้อ ร้อยละ 16.00 ตามลำดับ

2. คุณลักษณะส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย ด้านระยะเวลาปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยมีความ

สัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำ ( $r = 0.240$ ) กับตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางการพยาบาลของหอผู้ป่วยด้านความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนคุณลักษณะส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย ด้านอายุ สถานภาพสมรส และตำแหน่งงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางการพยาบาลของหอผู้ป่วยด้านความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ การที่ระยะเวลาปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับตัวชี้วัดของหอผู้ป่วย ด้านความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ (ตารางที่ 1) อภิปรายได้ว่า พยาบาลวิชาชีพที่ทำงานนานจะมีความรู้ความชำนาญมากขึ้น ซึ่ง Benner<sup>7</sup> กล่าวถึงความรู้ทางคลินิกว่าเป็นความรู้ที่เกิดขึ้นตลอดเวลาทำงาน และมักได้รับความไว้วางใจให้มีหน้าที่ร่วมรับผิดชอบในหน่วยงานมากขึ้น ระยะเวลาที่อยู่ในงานนานจะทำให้เกิดการปรับตัวต่อสภาวะการณ์ได้ดีกว่าผู้ที่มีประสบการณ์น้อย และผลการศึกษาของ Baggs & Ryan<sup>8</sup> พบว่า พยาบาลในแผนกอายุรกรรมที่มีประสบการณ์ การทำงานมากกว่าจะมีความพึงพอใจในงานมากกว่าและมีการแสดงออกที่เหมาะสมในการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์มากกว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานน้อย

สภาพแวดล้อมในการทำงานทุกด้าน มีความสัมพันธ์กับตัวชี้วัดของหอผู้ป่วยด้านความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีความสัมพันธ์ในทิศทางบวก เรียงตามลำดับดังนี้ ด้านความสามารถในการควบคุมการปฏิบัติการพยาบาล ( $r = 0.707$ ) ด้านการสนับสนุนขององค์กร ( $r = 0.696$ ) ด้านความมีสิริระในวิชาชีพ ( $r = 0.630$ ) ด้านสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและแพทย์ ( $r = 0.529$ ) โดยมีขนาดความสัมพันธ์ในระดับปานกลางถึงสูงในทิศทางบวก (ตารางที่ 1) ซึ่งอภิปรายได้ว่า คุณลักษณะของสภาพแวดล้อมในการทำงานของทีมการพยาบาลที่ดีย่อมจะส่งผลให้ตัวชี้วัดคุณภาพทางการพยาบาลด้านความพึงพอใจในงานของพยาบาลให้อยู่ในระดับที่ดีขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากสภาพแวดล้อมในที่ทำงานเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานทำงานให้แก่องค์กรอย่างเต็มกำลังสามารถ การจัดการสภาพแวดล้อมเพื่อการสนับสนุนให้เกิดการทำงานที่ดีของพยาบาล จะมีประโยชน์ ในด้านการเพิ่มพูนประสิทธิภาพในการทำงาน เป็นเครื่อง



จุงใจให้ผู้ปฏิบัติงาน ทำงานด้วยความเต็มใจ เต็มกำลัง ความรู้ความสามารถมากขึ้น สามารถดึงดูดให้พยาบาล คงอยู่ในวิชาชีพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Upenieks<sup>9</sup> ที่ประเมินสภาพแวดล้อมในการทำงานของพยาบาล เปรียบเทียบระหว่าง Magnet Hospital และ Non-Magnet ของสหรัฐอเมริกา โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างพยาบาล จำนวน 305 ราย พบว่า ความพึงพอใจในการทำงาน ของพยาบาล มีความเชื่อมโยงกับการจัดการสภาพ แวดล้อมเพื่อสนับสนุนให้เกิดการปฏิบัติการพยาบาลที่ดีขึ้น การได้รับอิสระในการตัดสินใจในเชิงวิชาชีพ การสนับสนุนขององค์กรในการสร้างภาวะผู้นำของพยาบาล การเปิดโอกาสในการศึกษาและพัฒนาวิชาชีพ รวมถึง การบริหารความเพียงพอเหมาะสมของการจัดอัตรากำลังทางการพยาบาล เช่นเดียวกับ Hayburst, et al.<sup>10</sup> ที่ได้ศึกษาในโรงพยาบาลระดับ Tertiary Care North California ของสหรัฐอเมริกา พบว่า สภาพแวดล้อมที่มีผลต่อการคงอยู่ของพยาบาล ประกอบด้วย การสนับสนุนจากผู้ร่วมงาน การสนับสนุนจากสภาพแวดล้อมในที่ทำงาน และความเป็นอิสระในงาน

3. ตัวแปรที่สามารถร่วมกันพยากรณ์ตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางการพยาบาลของหอผู้ป่วยด้านความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ สภาพแวดล้อมในการทำงานด้านความสามารถในการควบคุมการปฏิบัติการพยาบาล ด้านความมีอิสระในวิชาชีพและคุณลักษณะ ส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยด้านระยะเวลาปฏิบัติงาน โดยสามารถอธิบายความผันแปรของตัวแปรตามได้ร้อยละ 57.3 (ตารางที่ 2) จากผลการวิจัย พบว่า สภาพแวดล้อมในการทำงานด้านความสามารถควบคุมลิ่งแวดล้อม ให้อื้อต่อการปฏิบัติการพยาบาล เป็นคุณลักษณะของ สภาพแวดล้อมในการทำงานในระดับที่การพยาบาลที่สำคัญซึ่งเป็นตัวแปรที่ถูกตัดเลือกเข้ามายังการเป็นอันดับแรก โดยสามารถอธิบายความผันแปรของตัวแปรตามได้ร้อยละ 57.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $R^2 = 0.573$ ) มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐานเท่ากับ ( $Beta = 0.508$ ) ซึ่งหากวิเคราะห์ในสภาพการณ์ปัจจุบัน ของโรงพยาบาลทั่วไปภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ความสามารถในการควบคุมสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติการพยาบาลเห็นได้ชัดเจนเนื่องจากกลุ่มการพยาบาลในโรงพยาบาลทุกแห่ง มีการกำหนดนโยบาย ด้านสิ่งแวดล้อมที่อื้อต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

เริ่มจากกำหนดแผนยุทธศาสตร์ทางการพยาบาล และ เชื่อมโยงนโยบายสู่ระดับหอผู้ป่วยโดยพยาบาลประจำการ ในหอผู้ป่วยจะได้รับการมอบหมายจากหัวหน้าหอผู้ป่วย ให้มีส่วนร่วมในการกำหนดแผนปฏิบัติงานของหน่วยงาน โดยยึดแนวทางปฏิบัติตามมาตรฐานของโครงสร้างและระบบบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมทางการพยาบาลเพื่อให้ เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ นอกจากนี้กลุ่ม การพยาบาลในทุกโรงพยาบาล ได้นำมาตรฐานทางการพยาบาลเข้ามาใช้ในการควบคุมเพื่อให้เกิดการปฏิบัติ การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วยทำให้พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย มีความภาคภูมิใจในผลงาน รับรู้ถึงพลังอำนาจในการควบคุม สภาพแวดล้อมในการทำงานของตนเองเพื่อให้เกิดการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพได้อย่างชัดเจน ส่งผลต่อความพึงพอใจในงานและความคงอยู่ในวิชาชีพ ต่อไป

ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน เป็นตัวแปรที่ถูกนำเข้าสู่สมการเป็นลำดับที่ 2 และสามารถร่วมกันทำนายตัวชี้วัดของหอผู้ป่วยด้านความพึงพอใจในงานเพิ่มขึ้น โดยมีความสามารถอธิบายความผันแปรของตัวแปรตามได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 4.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $R^2 \text{ change} = 0.044$ ) มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐานเท่ากับ 0.209 ( $Beta = 0.209$ ) กล่าวคือ ในหอผู้ป่วยที่มีพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานเป็นระยะเวลาหนาน จะมีผลทำให้ตัวชี้วัดผลลัพธ์ของหอผู้ป่วยด้านความพึงพอใจในงานของพยาบาลเพิ่มขึ้น ทั้งนี้อภิปรายได้ว่า พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยที่ศึกษาส่วนใหญ่ มีระยะเวลาปฏิบัติงานโดยเฉลี่ย 8.18 ปี โดยหอผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานมาเป็นระยะเวลาหนานกว่า 5-10 ปี การที่พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานอยู่ในหน่วยงานเป็นระยะเวลาหนาน ทำให้เกิดการสั่งสมประสบการณ์การทำงานที่มากขึ้น มีความมั่นใจในการปฏิบัติงานสมรรถนะในการทำงานอยู่ในระดับที่ชำนาญการ แม้จะได้รับการยอมรับนับถือ ทั้งจากผู้บังคับบัญชา และเพื่อนร่วมงาน มีความก้าวหน้าในหน้าที่การทำงาน โดยจะเห็นได้จากการของหอผู้ป่วยที่ศึกษามีพยาบาลวิชาชีพในระดับชำนาญการเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 72

สภาพแวดล้อมในการทำงาน ด้านความมีอิสระในวิชาชีพ เป็นตัวแปรที่ถูกนำมาใช้สมการเป็นลำดับที่ 3 สามารถทำนายตัวแปรตามได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 3.5



อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $R^2$  change = 0.035) มีค่าสัมประสิทธิ์อัตราความต่อเนื่องกับ 0.263 ( $Beta = 0.263$ ) โดยร่วมกับสภาพแวดล้อมในการทำงาน ด้านความสามารถควบคุมสิ่งแวดล้อม และระยะเวลาใน การปฏิบัติงาน อธิบายความผันแปรของตัวแปรตามได้ เท่ากับ ร้อยละ 57.3 ( $R^2 = 0.573$ ) กล่าวคือ ตัวชี้วัด ผลลัพธ์ของหอผู้ป่วยด้านความพึงพอใจในงานของพยาบาล จะดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมในการทำงาน ด้าน ความมีอิสระในวิชาชีพในการตัดสินใจ ภายใต้ขอบเขต ของงานที่ตนเองมีความรู้ความชำนาญโดยมีมาตรฐาน วิชาชีพกำกับ มีเอกสารอ้างอิงในการปฏิบัติ มีการตัดสินใจที่ เป็นของตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการทำงานร่วมกัน กับทีมสหสาขาวิชาชีพ สอดคล้องกับ Nichol<sup>11</sup> ที่ได้ ศึกษาถึงความสำคัญของความพึงพอใจ และความไม่ พึงพอใจในงานของพยาบาลโดยศึกษาในพยาบาลที่ สอนผ่านใบประกอบโรคศิลป์ และมีประสบการณ์การ ทำงานมาแล้ว จำนวน 181 คน พบว่า สาเหตุสำคัญที่ ทำให้พยาบาลต้องลาออกจากงาน หรือโยกย้ายงาน ได้แก่ ชนิดของงาน ความสัมพันธ์ในกลุ่มผู้ร่วมงาน อัตรา เงินเดือน และพบอีกว่าพยาบาลจะมีความพึงพอใจสูง ถ้ามีความอิสระในการตัดสินใจในการทำงาน ความพอใจ ในงานที่ได้รับมอบหมาย การได้รับการพิจารณาความดี ความชอบอย่างยุติธรรม<sup>12,13</sup> ได้ทราบผลการประเมินการ ปฏิบัติงาน และมีอิสระในโอกาสที่ได้แสดงความคิดเห็น

### ข้อเสนอแนะ

1. การบริหารให้พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยมี ความพึงพอใจในงานมากยิ่งขึ้น ผู้บริหารควรคำนึงถึง ปัจจัยสำคัญต่างๆ ได้แก่ การบริหารจัดการค่าตอบแทน และสวัสดิการที่เหมาะสม/เป็นธรรม การรับฟังเสียง สะท้อนของพยาบาล การกำหนดเกณฑ์การประเมินผลการ ปฏิบัติงานที่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษรสามารถอธิบายได้
2. ควรสนับสนุนโอกาสในการศึกษาอบรม และ การพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลตามสมรรถนะที่ สำคัญ การนำมาตรฐานทางการพยาบาลมาใช้เพื่อให้ เกิดการพัฒนา และประกันคุณภาพทางการพยาบาล และควรศึกษาตัวแปรอื่นๆ ที่มีผลต่อผลลัพธ์ทางการ พยาบาลของหอผู้ป่วย ด้านความพึงพอใจในงานของ พยาบาลวิชาชีพเพิ่มเติม

### เอกสารอ้างอิง

1. Aiken LH, Patrician PA . Measuring organization traits of hospital : The Revised Nursing Work Index. Nursing Research; 2000.
2. ฤกษ์ดา แสงดี. ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลใน โรงพยาบาล. กรุงเทพฯ: สำนักการพยาบาล กรม การแพทย์; 2547.
3. Holzemer WL. The Impact of nursing care in Latin America and the Caribbean: A focus on Outcomes. Journal of Advance Nursing; 1994.
4. ปิยะฉัตร จำชื่น. การวิเคราะห์อิมานงานวิจัย ปัจจัย ที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในงานของพยาบาล (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์; 2547.
5. บุญใจ ศรีสุตินราภรณ์. ภาวะผู้นำและกลยุทธ์การ จัดการองค์การพยาบาลในศตวรรษที่ 21. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย; 2550.
6. วรรณชนก จันทชุม. การวิจัยทางการพยาบาล: การ เลือกตัวอย่างและการกำหนดตัวอย่าง. ภาควิชา การศึกษาวิจัยและบริหารการพยาบาล. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2545.
7. Benner P. From novice to expert. Menlo Park: Addison-Wesley; 1984.
8. Baggs JG, Ryan SA. ICU nurse-physician collaboration and nursing satisfaction. Nursing Economic; 1990.
9. Upenieks VV. Assessing differences in job satisfaction of nurses in Magnet and Non magnet Hospitals. Journal of Nursing Administration; 2002.
10. Hayburst A, Saylor C, Stuenkel D. Work environmental factors and retention of nurses. Journal of Nursing Care Quality 2004; 20(3): 283-288.
11. Nichol GA. Job satisfaction and nurses intentions to remains with or to leave an organization. Nursing Research 1971; 20(3).



12. พรทิพย์ หอมเพชร, อภิญญา จำปามูล. ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดอัตรากำลังทางการพยาบาล และอัตราการติดเชื้อในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลทั่วไป ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชาคตตะวันออกเฉียงเหนือ 2551; 26(4): 12-22.
13. วรรณชนก จันทชม, บุญทิพย์ นิมสะอาด, วรรณภา นิวาสวัต. การวิเคราะห์องค์ประกอบการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการปฏิบัติบทบาททางการบริหารของหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชาคตตะวันออกเฉียงเหนือ 2551; 26(4): 23-31.

ตารางที่ 1 ค่าสถิติพรรณนาและความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

| R              | Y      | X <sub>1</sub> | X <sub>2</sub> | X <sub>3</sub> | X <sub>4</sub> | X <sub>5</sub> |
|----------------|--------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Y              | 1      |                |                |                |                |                |
| X <sub>1</sub> | .240*  | 1              |                |                |                |                |
| X <sub>2</sub> | .703** | .043           | 1              |                |                |                |
| X <sub>3</sub> | .630** | .038           | .707**         | 1              |                |                |
| X <sub>4</sub> | .529** | -.109          | .616**         | .651**         | 1              |                |
| X <sub>5</sub> | .696** | .039           | .837**         | .816**         | .758**         | 1              |
| Grand Mean     | 71.12  | 8.33           | 3.00           | 3.03           | 3.13           | 3.00           |
| Min            | 55.28  | 16             | 2.2            | 2.4            | 2.30           | 2.3            |
| Max            | 97.92  | 2              | 3.9            | 3.9            | 4.00           | 3.8            |
| SD             | 8.16   | 3.59           | .34            | .26            | .32            | .29            |
| n              | 100    | 100            | 100            | 100            | 100            | 100            |

\*\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01      \*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

โดย Y = ตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์ทางการพยาบาลด้านความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ

X = ระยะเวลาในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย

X<sub>1</sub> = สภาพแวดล้อมในการทำงาน ด้านการควบคุมสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติการพยาบาลX<sub>2</sub> = สภาพแวดล้อมในการทำงาน ด้านความมีอิสระในวิชาชีพX<sub>3</sub> = สภาพแวดล้อมในการทำงาน ด้านสัมพันธภาพระหว่างแพทย์-พยาบาลX<sub>4</sub> = สภาพแวดล้อมในการทำงาน ด้านการสนับสนุนขององค์กร

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรแต่ละตัว ในสมการพยากรณ์ถดถอยที่เหมาะสมที่สุด

| ตัวแปรที่มีผล   | คงเหลือ |            | คงเหลือมาตรฐาน | t     | p-value |
|---|---------|------------|----------------|-------|---------|
|   | b       | Std. Error |                |       |         |
| (Constant)  | 5.547   | 6.367      |                | 2.917 | .386    |
| X <sub>2</sub> ( การควบคุมสิ่งแวดล้อม<br>ในการปฏิบัติทางการพยาบาล ) | 12.330  | 2.289      | .508           | 5.387 | .000*   |
| X <sub>1</sub> ( ระยะเวลาปฏิบัติงาน )                               | .474    | .152       | .209           | 3.126 | .002*   |
| X <sub>3</sub> ( ความอิสระในวิชาชีพ )                               | 8.122   | 2.906      | .263           | 2.795 | .006*   |

R = .757

R<sup>2</sup> = .573

SE = 5.412 P\* &lt; .05



**ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของผู้ป่วย คุณลักษณะของพยาบาลวิชาชีพ  
คุณลักษณะของหอผู้ป่วยกับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวด  
ในโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ\***

**Relationships between Patient Characteristics, Nurse Characteristics,  
Nursing Unit Characteristics and Patient Satisfaction with Pain Management  
in Inpatient Care Units, General Hospitals, Northeastern Thailand\***

ฟองทิพย์ สินแสง พย.ม.\*\* อภิญญา จำปาฐุล PhD (Nursing)\*\*\*

**บทคัดย่อ**

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) คุณลักษณะของผู้ป่วย คุณลักษณะของพยาบาลวิชาชีพ คุณลักษณะของหอผู้ป่วยกับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดในหอผู้ป่วย 2) ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั้ง 3 ด้าน กับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดในหอผู้ป่วย 3) ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดในหอผู้ป่วย จาก 71 หอผู้ป่วย ของโรงพยาบาลทั่วไป ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ผลการวิจัยพบว่า 1) คุณลักษณะของผู้ป่วย ได้แก่ อายุผู้ป่วย และจำนวนโรคร่วมไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดในหอผู้ป่วย จำนวนครั้งในการนอนโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ( $r = 0.365$ ,  $p\text{-value} = 0.002$ ) 2) คุณลักษณะของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ อายุของพยาบาลวิชาชีพ และประสบการณ์การปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้ป่วย ต่อการจัดการความปวดในหอผู้ป่วย การศึกษาอบรมเพิ่มเติมด้านการจัดการความปวด มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ( $r = 0.652$ ,  $p\text{-value} = 0.00$ ) คุณลักษณะของหอผู้ป่วย ได้แก่ สัดส่วนการสมมูลอัตรากำลังทางการพยาบาล จำนวนชั่วโมงการพยาบาลต่อวันผู้ป่วยนอนในโรงพยาบาล และสภาพแวดล้อมในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวด 3) ปัจจัยด้านคุณลักษณะของผู้ป่วย ด้านคุณลักษณะของหอผู้ป่วย และด้านคุณลักษณะของพยาบาลวิชาชีพ ร่วมกันทำนายความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดได้ร้อยละ 52.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ( $R^2 = 0.522$ ,  $p\text{-value} = 0.00$ ) และมีตัวแปรอยู่ที่มีอิทธิพลต่อการทำนายในทิศทางเดียวกับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ สภาพแวดล้อมในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ( $Beta = 0.228$ ) และจำนวนชั่วโมงการอบรมด้านการจัดการความปวด ( $Beta = 0.589$ )

**คำสำคัญ :** ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดในหอผู้ป่วย ร้อยละสัดส่วนการสมมูลอัตรากำลังทางการพยาบาล จำนวนชั่วโมงการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพต่อวันผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล สภาพแวดล้อมในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ

\* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\*\* นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\*\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



## Abstract

The purposes of this study were to examine 1) patient characteristics , nurse characteristics, nursing unit characteristics and patient satisfaction with pain management in inpatient care units 2) relationships between the three sets of variable (patient characteristics , nurse characteristics , nursing unit characteristics) and patient satisfaction with pain management in inpatient care units and 3) if the three sets of variables were good predictors of patient satisfaction with pain management. Study settings were 71 inpatient units in 13 General Hospitals, Northeastern Thailand.

Study results were the following: 1) Patient characteristics variable: number of admission variable was significant correlated with patient satisfaction with pain management ( $r = 0.365$ ,  $p\text{-value} = 0.002$ ). Nurse characteristics: continuing education about pain management variable were significant correlated with pain management ( $r = 0.652$ ,  $p\text{-value} = 0.00$ ). 3) For predictors of patient satisfaction with pain management, three sets of patient characteristics, nursing unit characteristics, and nurse characteristics variables significantly explained 52.2% variance in patient satisfaction with pain management ( $R^2 = 0.522$ ,  $p\text{-value} = 0.00$ ).

**Keywords:** patient satisfaction with pain management , RN skillmix , nursing care hours per patient days and nurse work environment

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากการเปลี่ยนแปลงทางสังคม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ การเมือง และเทคโนโลยี ส่งผลให้เกิดการปฏิรูประบบสุขภาพ ระบบงบประมาณ และทำให้ กระทำการตรวจสอบคุณภาพการดูแลเมื่อแนวโน้มสูงขึ้น หน่วยบริการสุขภาพจะปรับระบบบริการให้สามารถอัด หรือประเมินได้ชัดเจนขึ้น พยาบาลซึ่งเป็นสมาชิกในทีม สุขภาพจะต้องปรับปรุงให้ผลลัพธ์การพยาบาลดีขึ้นด้วย โดยใช้ตัวชี้วัดคุณภาพเป็นเครื่องมือในการประเมินผล ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวด เป็น ตัวชี้วัดสำคัญในกลุ่มผลลัพธ์ทางการพยาบาล ที่สามารถ สะท้อนถึงผลลัพธ์ทางการพยาบาลในมิติของผู้รับบริการ ได้เป็นอย่างดี เนื่องจากความปวดเป็นภาวะคุกคาม ที่เกิดกับผู้ป่วยได้เกือบทุกราย และมีผลกระทบกับผู้ป่วย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ<sup>1,2</sup> การ จัดการความปวดให้กับผู้ป่วย พยาบาลจะต้องประเมิน และจัดการอย่างเหมาะสมเฉพาะราย การปฏิบัติการ พยาบาลที่มีมาตรฐานตรงกับความคาดหวัง หรือเกิน ความคาดหวังของผู้ป่วยจะทำให้เกิดความพึงพอใจและ ประทับใจ<sup>3</sup> แต่หากไม่ได้รับการจัดการความปวดย่อม ส่งผลกระทบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย คุณภาพการ พยาบาล และความพึงพอใจต่อองค์กร

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวด ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านผู้ป่วย ที่มีอิทธิพล คือ สรีระ จิตใจ สังคมวัฒนธรรม ค่านิยม ความรุนแรงของโรค<sup>4,7</sup> มีการ ศึกษา พบว่า ผู้ใหญ่เมื่อความอดทนต่อความเจ็บปวดมาก กว่าเด็กและคนชรา<sup>5</sup> ประสบการณ์ความเจ็บปวด และ ผลลัพธ์ของการจัดการความปวดในอดีต มีผลต่อความ พึงพอใจต่อการจัดการความปวด<sup>6</sup> ดังนั้นปัจจัยด้านผู้ป่วย จึงมีความสำคัญควรจะนำมาศึกษาร่วมกับผลลัพธ์ที่เกิด ขึ้นด้วย<sup>7</sup> 2) ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ พบว่า คุณลักษณะ ส่วนบุคคลของพยาบาล ได้แก่ เพศ อายุ สสถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ ตำแหน่ง และประสบการณ์การทำงาน มีผลต่อการปฏิบัติงาน<sup>8</sup> งานวิจัยพบว่า พื้นฐานการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน และทัศนคติของพยาบาล มี ความสัมพันธ์กันอย่างสูงต่อการควบคุมความปวดหลัง ผู้ตัดในผู้ป่วยเด็ก<sup>9</sup> และ 3) ปัจจัยด้านโครงสร้างองค์กร แม้จะยังไม่มีการศึกษาถึงผลโดยตรงต่อความพึงพอใจ ต่อการจัดการความปวด แต่มีการศึกษาว่าปัจจัยด้านนี้ มีผลต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาล เช่น ขนาดและประเภท หอผู้ป่วย จำนวนผู้ป่วยเฉลี่ยต่อวัน การผสมผสานอัตรา กำลัง และจำนวนชั่วโมงการพยาบาลต่อวันnoon สามารถ ทำงานอย่างผลลัพธ์ทางการพยาบาลได้ร้อยละ 10.31



การจัดอัตรากำลังพยาบาล มีความสัมพันธ์กับอัตราการตายของผู้ป่วย<sup>11</sup> การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดีในการปฏิบัติงาน ทำให้พยาบาลเกิดความสุข ทำงานอย่างเต็มที่ มีความภาคภูมิใจในงาน<sup>12</sup> เป็นต้น

ปัจจุบันที่ประเทศไทยยังขาดแคลนอัตรากำลังพยาบาล โดยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งมีการกระจายอัตรากำลังพยาบาลต่อประชากรน้อยที่สุด คือ 1: 1,0451<sup>3</sup> มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ กับผลลัพธ์การพยาบาลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เพื่อนำผลการศึกษามาประกอบการตัดสินใจ หรือกำหนดนโยบายอย่างเหมาะสมก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการวิจัยเชิงผลลัพธ์ทางการพยาบาล ตามกรอบแนวคิดของ Holzemer<sup>14</sup> ซึ่งให้ความสำคัญด้านความเกี่ยวข้องกันระหว่างปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ ที่เกิดขึ้นในมิติขององค์กร ผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ โดยผู้วิจัยนำตัวแปรคุณลักษณะของผู้ป่วย คุณลักษณะของพยาบาล คุณลักษณะของหอผู้ป่วย ที่อาจส่งผลต่อตัวแปรตาม คือ ความพึงพอใจผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดมาเป็นตัวแปรอิสระ

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณลักษณะของผู้ป่วย คุณลักษณะของพยาบาลวิชาชีพ คุณลักษณะของหอผู้ป่วยและความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดในหอผู้ป่วย
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของผู้ป่วย คุณลักษณะของพยาบาลวิชาชีพ และคุณลักษณะของหอผู้ป่วยกับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดในหอผู้ป่วย
3. เพื่อศึกษาตัวแปรที่ร่วมกันทำนายความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดในหอผู้ป่วย

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนานี้ศึกษาแบบภาคตัดขวาง เก็บข้อมูลระหว่าง 1-31 ตุลาคม 2551 ตัวแปรที่ศึกษาได้แก่ คุณลักษณะของผู้ป่วย ประกอบด้วย อายุ จำนวนโรคร่วม และจำนวนครั้งในการนอนโรงพยาบาล คุณลักษณะของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย อายุ

ประสบการณ์การปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยปัจจุบัน และการศึกษาอบรมเพิ่มเติมด้านการจัดการความปวด คุณลักษณะของหอผู้ป่วย ประกอบด้วย ร้อยละสัดส่วนการสมมตานอัตรากำลังทางการพยาบาล จำนวนชั่วโมงการพยาบาลต่อวันผู้ป่วยนอนในโรงพยาบาล สภาพแวดล้อมในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ศึกษาในหอผู้ป่วยที่มีบริบทใกล้เคียงกัน ในด้านอัตราครองเตียง ลักษณะความรุนแรงของผู้ป่วย บริบทความเจ็บปวดของผู้ป่วย ลักษณะงานบริการพยาบาล และการทำทัศกการ ได้แก่ หอผู้ป่วยศัลยกรรม ศัลยกรรมกระดูกและข้อ และสูตินรีเวชกรรม

การคำนวณขนาดตัวอย่าง Seago<sup>15</sup> ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะพยาบาลกับความพึงพอใจต่อการจัดการความปวด ระดับในการวิเคราะห์ Unit of analysis เป็นหอผู้ป่วย ใช้กลุ่มตัวอย่าง 60 หอผู้ป่วย จาก 21 โรงพยาบาล ลักษณะของหอผู้ป่วยมีความคล้ายคลึงกัน จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 71 หอผู้ป่วย จาก 13 โรงพยาบาล

เครื่องมือการวิจัย มี 4 ชุด ได้แก่ 1) แบบรวบรวมข้อมูลคุณลักษณะของผู้ป่วย จากฐานข้อมูลของโรงพยาบาล 2) แบบรวบรวมข้อมูลการจัดอัตรากำลังทางการพยาบาลจากฐานข้อมูลของหอผู้ป่วย และกลุ่มการพยาบาล 3) แบบสอบถามสภาพแวดล้อมในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ The Nursing Work Environment Index-Revised ของ Aiken et al.<sup>1</sup> นำมาแปลเป็นภาษาไทยและผ่านการตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษ 4) แบบสอบถามความพึงพอใจผู้ป่วยต่อการจัดการความปวด ค่าคะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า แบ่งช่วงคะแนนเป็น 5 ช่วง คือ 5 = พอใจมากที่สุด 4 = พอใจมาก 3 = พอใจปานกลาง 2 = พอใจน้อย และ 1 = พอใจน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ หาค่าความตรงตามเนื้อหาโดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดสภาพแวดล้อมในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.82 และ 0.93 ตามลำดับ



การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/FW กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับร้อยละ 95 หากความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยใช้สถิติการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและใช้สถิติการวิเคราะห์ทดสอบพหุแบบเชิงชั้นเพื่อศึกษาอิทธิพลของตัวแปรทั้งหมด

## ผลการวิจัยและอภิปรายผล

1. ผลการศึกษาคุณลักษณะของผู้ป่วยคุณลักษณะของพยาบาลวิชาชีพ คุณลักษณะของหอผู้ป่วย และความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวด มีดังนี้ (ตารางที่ 1)

1.1 คุณลักษณะของผู้ป่วย พบร้า ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 37.70 ปี เฉลี่ยสูงสุด 55.02 เฉลี่ยต่ำสุด 20.46 จำนวนโรคคร่าวมเฉลี่ย 1.81 โรค เฉลี่ยสูงสุด 4.10 เฉลี่ยต่ำสุด 0.16 และจำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 1.71 ครั้ง เฉลี่ยสูงสุด 2.98 เฉลี่ยต่ำสุด 1.02

1.2 คุณลักษณะของพยาบาลวิชาชีพ พบร้า อายุเฉลี่ยของพยาบาลวิชาชีพ 34.17 ปี เฉลี่ยสูงสุด 40.10 เฉลี่ยต่ำสุด 29 ประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยนี้เฉลี่ย 7.31 ปี เฉลี่ยสูงสุด 12.67 เฉลี่ยต่ำสุด 3.80 และจำนวนชั่วโมงการอบรมด้านการจัดการความปวดเฉลี่ย 1.93 ชั่วโมง เฉลี่ยสูงสุด 8.40 และต่ำสุดไม่เคยรับการอบรมเลย

1.3 คุณลักษณะของหอผู้ป่วย พบร้า จำนวนชั่วโมงการพยาบาลต่อวันผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 2.79 ชั่วโมง เฉลี่ยสูงสุด 5.21 เฉลี่ยต่ำสุด 1.25 สัดส่วนการผสมผสานอัตรากำลังเฉลี่ยร้อยละ 72.58 เฉลี่ยสูงสุดร้อยละ 92.64 เฉลี่ยต่ำสุดร้อยละ 53.90 สภาพแวดล้อมในการทำงานเฉลี่ย 3.00 เฉลี่ยสูงสุด 3.64 เฉลี่ยต่ำสุด 2.24

2. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั้ง 3 ด้านกับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวด

2.1 กลุ่มคุณลักษณะของผู้ป่วย พบร้า อายุ และจำนวนโรคคร่าวมไม่สัมพันธ์กัน จำนวนครั้งในการนอนโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ( $r = 0.365$ ,  $p-value = 0.002$ ) อธิบายได้ว่าผู้ป่วยที่เคยนอนโรงพยาบาลมีประสบการณ์ได้รับการจัดการความปวดมาแล้วทำให้ความคาดหวังตรงกับการบรรเทาปวดที่ได้รับจริง

และส่งผลให้ผู้ป่วยพึงพอใจต่อการจัดการความปวด ซึ่ง Risser<sup>16</sup> กล่าวว่าความพึงพอใจเกิดจากการบรรลุสิ่งที่เข้าคาดหวัง และ Tilbury & Fisk<sup>17</sup> กล่าวว่าความพึงพอใจของผู้ป่วยเกิดจากความคาดหวังในบริการซึ่งตรงกับประสบการณ์ตรงที่ได้รับจากการบริการ

2.2 กลุ่มคุณลักษณะของพยาบาลวิชาชีพ พบร้า อายุ และประสบการณ์การปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยไม่สัมพันธ์กัน การศึกษาอบรมเพิ่มเติมด้านการจัดการความปวดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ( $r = 0.652$ ,  $p-value = 0.00$ ) แสดงถึง พยาบาลที่ผ่านการอบรมเพิ่มเติมด้านการจัดการความปวดย่อมมีความรู้ทัศนคติและทักษะการจัดการความปวดได้ดีขึ้นทำให้ผู้ป่วยพึงพอใจ

2.3 คุณลักษณะของหอผู้ป่วย พบร้า สัดส่วนการผสมผสานอัตรากำลังทางการพยาบาล จำนวนชั่วโมงการพยาบาลต่อวันผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล และสภาพแวดล้อมในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพไม่มีความสัมพันธ์กัน ส่วนความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดอยู่ในระดับพึ่งพอใจมาก แสดงถึงว่าพยาบาลให้ความสำคัญ และมีความพยายามจะจัดการความปวดให้ดีที่สุดแม้จะอยู่ในภาระการณ์ที่อัตรากำลังไม่เพียงพอค์ตาม อย่างไรก็ตามในการเพิ่มอัตรากำลังผู้บริหารทางการพยาบาลก็ควรได้ทบทวนถึงผลลัพธ์ด้านอื่นๆ อย่างครอบคลุม และมีข้อตกลงกับหน่วยงานด้านการเพิ่มคุณภาพ หรือผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมชัดเจนขึ้น

3. ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำงานความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดในหอผู้ป่วย (ตารางที่ 2) พบร้า ตัวแปรกลุ่มคุณลักษณะผู้ป่วย สามารถทำงานความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดได้ ร้อยละ 14.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ( $R^2 = 0.148$ ,  $p-value = 0.013$ ) โดยมีตัวแปรอยู่ที่มีอิทธิพลต่อการทำนายในทิศเดียวกันกับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวด คือ จำนวนครั้งการนอนโรงพยาบาล ( $Beta = 0.364$ ) เมื่อนำตัวแปรกลุ่มคุณลักษณะหอผู้ป่วยร่วมทำงาน พบร้า อิทธิพลการทำงานสูงขึ้นร้อยละ 9.3 ( $R^2 Change = 0.093$ ) อธิบายความแปรปรวนของความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดได้รวมกันร้อยละ 24.1 อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $R^2 = 0.241$ ,  $p-value = 0.059$ ) เมื่อนำตัวแปรในกลุ่มคุณลักษณะพยาบาลวิชาชีพร่วมทำงาน



พบว่าอิทธิพลการทำนายสูงขึ้นถึง ร้อยละ 28.1 ( $R^2$ Change = 0.281) ตัวแปรทุกกลุ่มสามารถร่วมกันทำนายความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดได้ร้อยละ 52.2 อายุที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $R^2=0.522$ , p-value=0.00) ตัวแปรอย่างที่มีอิทธิพลต่อการทำนายในพิเศษเดียวคือความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ สภาพแวดล้อมในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ (Beta = 0.228) และจำนวนชั่วโมงการอบรมด้านการจัดการความปวด ( $Beta = 0.589$ ) หมายความว่า หลังผู้ป่วยที่มีสภาพแวดล้อมการทำงานที่ดี และพยาบาลวิชาชีพได้รับการศึกษาและฝึกอบรมในเรื่องการจัดการความปวดเพิ่มเติมมากมีแนวโน้มว่าผู้ป่วยจะพึงพอใจต่อการจัดการความปวดที่ได้รับจากพยาบาลสูงด้วยเช่นกัน จากผลการวิเคราะห์สร้างสมการรถถ่ายที่เหมาะสมได้ดังนี้

ความพึงพอใจผู้ป่วยต่อการจัดการความปวด =  $2.719 + 0.004$  (อายุของผู้ป่วยเฉลี่ย) -  $0.008$  (จำนวนโรคร่วม夷) +  $0.060$  (จำนวนครั้งการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย) +  $0.021$  (ชั่วโมงการพยาบาลต่อวันผู้ป่วยนอนเฉลี่ย) +  $0.002$  (ร้อยละการผสมผสานอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพเฉลี่ย) +  $0.181$  (สภาพแวดล้อมในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพเฉลี่ย) +  $0.000$  (อายุพยาบาลวิชาชีพเฉลี่ย) +  $0.007$  (ประสบการณ์การทำงานในหลังผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพเฉลี่ย) +  $0.081$  (จำนวนชั่วโมงการอบรมด้านการจัดการความปวด)

### ข้อเสนอแนะ

- การเพิ่มอัตรากำลัง ควรได้พิจารณาปัจจัยอื่นร่วมด้วย เช่น การบทวนภาระงาน การวิเคราะห์งาน เป็นต้น หรืออาจจะต้องมีข้อตกลงร่วมกันในเป้าหมายที่องค์กรต้องการ

- ผู้บริหารทางการพยาบาลควรได้เพิ่มพูนความรู้ และประสบการณ์ด้านการจัดการความปวดแก่พยาบาลให้เพิ่มขึ้น

- ผู้บริหารทางการพยาบาลควรสนับสนุนส่งเสริมให้เกิดสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ดี

- วางแผนฐานข้อมูล และการจัดการสารสนเทศทางการบริหารการพยาบาล และตัวชี้วัดทางการพยาบาล เพื่อให้สามารถนำสารสนเทศมาสนับสนุนการวัดผลลัพธ์ทางการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

- ควรสร้างความตระหนักและส่งเสริมให้พยาบาลปฏิบัติบทบาทอิสระเพิ่มขึ้น

- การศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดเพิ่มเติม เพื่อให้สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาผลลัพธ์ทางการพยาบาลได้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น

- หากมีการนำเครื่องมือวิจัยภาษาต่างประเทศมาปรับใช้ผู้วิจัยควรแปลเครื่องมือเป็นภาษาไทย และแปลกลับจากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ (back translation) โดยผ่านผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาด้วยทุกครั้ง

### เอกสารอ้างอิง

- Aiken LH, Patrician P. Measuring organization attributes of hospital. The revised Nursing Work Index. *Nursing Research* 2000; 49(3): 146-153
- Ferrell BR. The impact of pain on quality of Life. *Nursing Clinics of North America* 1995; 30(4): 609-617.
- อัชฎา สุทธเสน. ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการอาการปวดท้องเฉียบพลันโรงพยาบาลนครพิงค์ (รายงานการศึกษาอิสระ). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2548.
- ดารุณี จงอุดมการณ์. ปวดในเด็ก: การพยาบาลแบบองค์รวมโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง. ขอนแก่น: โรงพยาบาลพิษิษฐ์; 2546.
- Boss BJ. Nursing assessment and role in management: Pain, In S.M.Lewis & I.C.Collie (Eds), *Medical Surgical Nursing: Assessment and Management of Clinical Problems*. St.Louis: Mosby; 1992.
- Sherwood G, Mcneill JA, Starck PL, Neito B, Thompson CJ. Qualitative assessment of hospitalized patients. *Research in Nursing & Health* 2000; 23: 486-495.



7. Corizzo CC, Baker MC, Henkelmann GC. Assessment of patient satisfaction with pain management in small community inpatient and outpatient settings. *Oncology Nursing Forum* 2000; 27 (8): 1279-1286.
8. ประณีตศิลป์ วงศ์ชุมกุ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนของ โรงพยาบาล ชุมชนในภาคเหนือของประเทศไทย(วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2543.
9. จุรีย์ สุ่นสวัสดิ์. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ของ พยาบาลกับกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาปวด หลังผ่าตัดในผู้ป่วยเด็ก (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.
10. Jumpamool A. Relationships among Nursing Demographics,Nursing Unit characteristics and Quality of Care in Thailand. A Dissertation, the Graduate Devision of the University of California at San Francisco. USA; 2003.
11. Blegen MA, Goode CJ, Reed L. Nurse staffing and patient outcomes. *Nursing Research* 1998; 47(1): 43-50.
12. Kramer M, Schmalenberg CE. 1988. Magnet hospitals: Institutions of excellence, Part 1. *Journal of Nursing Administration* 1988; 18(1): 13-24.
13. กาญจนा จันทร์ไทย.เอกสารประกอบ การประชุม วิชาการ เรื่อง วิถีคุตการขาดแคลนพยาบาล:วิกฤต ชาติ; 3-5 ตุลาคม 2550 ณ ห้องประชุมโรงแรมพยาบาล ราชวิถี; 2550.
14. Holzemer WL. The impact of nursing care in Latin America and the Caribbean: A focus on outcomes. *Journal of Advance Nursing* 1994; 20(1): 5-12.
15. Seago JA. Nursing Characteristic and Patient Outcomes. *Academy Health* (serial online). [cited 2006 January 3]. Available from: [www.academyhealth.seagoj.ppt](http://www.academyhealth.seagoj.ppt).
16. Risser NL. Development of instrument to measure patient satisfaction with nurse and nursing care in primary care setting. *Nursing Research* 1975; 24 (Jan-Feb): 45-51.
17. Tilbury SM, Fisk TA. Marketing and Nursing. Maryland: National Health; 1989.
18. Suchijantrararat R. Nosocomial urinary tract infection: Nursing-sensitive quality indicators in a Thai hospital. *Journal of Nursing Care Quality* 2005; 20(2): 134-139.
19. พรทิพย์ หอมเพชร, อภิญญา จำปามูล. ความ สัมพันธ์ระหว่างการจัดอัตรากำลังทางการพยาบาล และอัตราการติดเชื้อในห้องผู้ป่วยโรงพยาบาล ทั่วไป ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชาคตตะวันออกเฉียงเหนือ* 2551; 26(4): 12-22.
20. วรรณชนก จันทชม, บุญทิพย์ นิมສอาด, วรรณภา นิวาสวัต. การวิเคราะห์องค์ประกอบการใช้ เทคโนโลยีสารสนเทศในการปฏิบัติบทบาททางการ บริหารของหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสาร สมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชาคตตะวันออกเฉียงเหนือ* 2551; 26(4): 23-31.



ตารางที่ 1 ค่าสถิติพารณ์และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

| r              | Y     | X <sub>1</sub> | X <sub>2</sub> | X <sub>3</sub> | X <sub>4</sub> | X <sub>5</sub> | X <sub>6</sub> | X <sub>7</sub> | X <sub>8</sub> | X <sub>9</sub> |
|----------------|-------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Y              | 1     |                |                |                |                |                |                |                |                |                |
| X <sub>1</sub> | .16   | 1              |                |                |                |                |                |                |                |                |
| X <sub>2</sub> | -.02  | .27*           | 1              |                |                |                |                |                |                |                |
| X <sub>3</sub> | .36** | .30**          | .20            | 1              |                |                |                |                |                |                |
| X <sub>4</sub> | .04   | -.16           | -.13           | -.23*          | 1              |                |                |                |                |                |
| X <sub>5</sub> | .06   | .00            | -.08           | -.16           | .38**          | 1              |                |                |                |                |
| X <sub>6</sub> | .65** | -.00           | -.07           | .37**          | .12            | -.07           | 1              |                |                |                |
| X <sub>7</sub> | .07   | .00            | -.23*          | -.06           | .22            | .07            | .04            | 1              |                |                |
| X <sub>8</sub> | -.04  | .20            | .08            | -.04           | -.10           | .22            | -.18           | .16            | 1              |                |
| X <sub>9</sub> | .23   | -.15           | .04            | -.07           | -.06           | .17            | .07            | -.15           | -.13           | 1              |
| Mean           | 3.90  | 37.70          | 1.81           | 1.71           | 34.17          | 7.31           | 1.93           | 2.79           | 72.58          | 3.00           |
| S.D.           | .24   | 9.24           | 1.05           | .57            | 3.01           | 2.27           | 1.75           | .77            | 7.07           | .300           |
| Max            | 4.65  | 55.02          | 4.10           | 2.98           | 40.10          | 12.67          | 8.40           | 5.21           | 92.64          | 3.64           |
| Min            | 3.42  | 20.46          | .16            | 1.02           | 29.00          | 3.80           | .00            | 1.25           | 53.90          | 2.24           |
| N              | 71    | 71             | 71             | 71             | 71             | 71             | 71             | 71             | 71             | 71             |

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

\*\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

**คุณลักษณะผู้ป่วย ประกอบด้วย** $X_1$  = อายุของผู้ป่วยเฉลี่ย  $X_2$  = จำนวนโรคร่วมเฉลี่ย  $X_3$  = จำนวนครั้งการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย**คุณลักษณะพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย** $X_4$  = อายุพยาบาลวิชาชีพเฉลี่ย  $X_5$  = ประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพเฉลี่ย $X_6$  = ชั่วโมงการอบรมด้านการจัดการความปวดเฉลี่ย**คุณลักษณะของหอผู้ป่วย ประกอบด้วย** $X_7$  = ชั่วโมงการพยาบาลต่อวันผู้ป่วยบนโรงพยาบาลเฉลี่ย  $X_8$  = ร้อยละ การผสมผสานอัตรากำลังพยาบาล  
วิชาชีพเฉลี่ย $X_9$  = สภาพแวดล้อมในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพเฉลี่ย**ตัวแปรตาม**

Y = ความพึงพอใจผู้ป่วยต่อการจัดการความปวด



ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ถดถอยแบบเชิงชั้นความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวด

| ตัวแปร   | โมเดลที่ 1          |        |       | โมเดลที่ 2         |        |       | โมเดลที่ 3         |        |       |
|--|---------------------|--------|-------|--------------------|--------|-------|--------------------|--------|-------|
|  | B                   | Beta   | t     | B                  | Beta   | t     | B                  | Beta   | t     |
| กลุ่มคุณลักษณะผู้ป่วย  |                     |        |       |                    |        |       |                    |        |       |
| X <sub>1</sub> อายุผู้ป่วย                                   | .002                | .079   | .649  | .003               | .125   | 1.032 | .004               | .154   | 1.545 |
| X <sub>2</sub> จำนวนโรคร่วม                                  | -.026               | -.114  | -.962 | -.026              | -.111  | -.942 | -.008              | -.034  | -.353 |
| X <sub>3</sub> จำนวนครั้งการนอน                              | .153                | .364** | 3.043 | .160               | .379** | 3.256 | .060               | .143   | 1.329 |
| โรงพยาบาล  |                     |        |       |                    |        |       |                    |        |       |
| กลุ่มคุณลักษณะของผู้ป่วย                                     |                     |        |       |                    |        |       |                    |        |       |
| X <sub>7</sub> จำนวนชั่วโมงการพยาบาลต่อวันผู้ป่วยนอน         |                     |        |       | .037               | .120   | 1.044 | .021               | .068   | .712  |
| X <sub>8</sub> การผสมผสานอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพ             |                     |        |       | .000               | -.019  | -.163 | .002               | .048   | .479  |
| X <sub>9</sub> สภาพแวดล้อมในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ         |                     |        |       | .240               | .303** | 2.691 | .181               | .228*  | 2.361 |
| กลุ่มคุณลักษณะพยาบาล   |                     |        |       |                    |        |       |                    |        |       |
| X <sub>4</sub> อายุพยาบาลวิชาชีพ                             |                     |        |       |                    |        |       | .000               | .004   | .037  |
| X <sub>5</sub> ประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ |                     |        |       |                    |        |       | .007               | .070   | .659  |
| X <sub>6</sub> จำนวนชั่วโมงการอบรมด้านการจัดการความปวด       |                     |        |       |                    |        |       | .081               | .589** | 5.770 |
| ตัวคงที่ ( t )   | 3.607**<br>(28.804) |        |       | 2.770**<br>(6.351) |        |       | 2.719**<br>(5.284) |        |       |
| R <sup>2</sup>   | .148                |        |       | .241               |        |       | .522               |        |       |
| Std. Error of the Estimate                                   | .227                |        |       | .219               |        |       | .178               |        |       |
| F Change   | 3.866               |        |       | 2.616              |        |       | 1.196              |        |       |
| Sig. F Change  | .013                |        |       | .059               |        |       | .000               |        |       |

a. Dependent Variable: ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวด

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05    \*\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01



## ผลของโปรแกรมพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองต่อ ระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกา (HbA1c) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2\*

### Effects of The Development of Self-Care Agency Program on Level of Hemoglobin A1c in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus

อุไรวรรณ ลิงห์ยะเมือง พย.ม.\*\*

วัยพร นันทศุภวัฒน์ ศศ.ด. \*\*\* พร้อมจิตรา ห่อนบุญเหมิน ศศ.ด.\*\*\*

#### บทคัดย่อ

โรคเบาหวานมีอัตราการเกิดโรคสูงและทำให้มีโรคแทรกซ้อนที่รุนแรง การควบคุมโรคเบาหวานสามารถลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดความพิการได้ ผู้วิจัยจึงนำโปรแกรมการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองมาใช้ในการวิจัย การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ต่อระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกา (HbA1c) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 30 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง โดยดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือน มีนาคมถึงมิถุนายน 2552 เก็บรวมรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปและการเจาะลึกเพื่อประเมินระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงค่าความถี่ และร้อยละ Paired t-test และ t-test for Independent group

ผลการวิจัยปรากฏดังนี้ 1) หลังดำเนินการกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการมีระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาหนักกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และ 2) กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

โดยสรุปโปรแกรมพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง มีผลทำให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีความสามารถในการดูแลตนเองดีขึ้นและยังช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น ดังนั้นผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานจึงควรมีการนำไปใช้ในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

**คำสำคัญ :** การพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกา ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

#### Abstract

Diabetes has a high rate of occurrences and has severe complications. Diabetes control can decease rates of complication occurrences and disabilities. Thus the researcher implemented the developed program of self-care agency in this study. This quasi experimental research study aimed to study effects of the development of self-care agency program on level of HbA1c in diabetic type 2 patients. The sample for this study consisted of

\* วิทยานิพนธ์ปริญญาโทพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

\*\*นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลผู้ไข้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

\*\*\* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม



diabetic type 2 in the Diabetes Clinic at Out-Patient Department at Kasetwisai Hospital, Changwat Roi-et. The sample consisted of 30 patients, they were assigned into an experimental group and a control group, 15 patients each. The control received traditional nursing. The experimental group received the development of self-care agency program. The data were collected between March and June, 2009 through blood examinations for assessment of metabolic control (HbA1c). The data were analyzed through frequency and percentage distributions, paired sample t-test, t-test for Independent group.

The results of the study were as follow; 1) after implementation, the group that received the developed program, showed a lower level of HbA1c than before and 2) showed a lower level of HbA1c than those in the control group, at the 0.05 level of significance.

In conclusion, development of self-care agency program is capable of improving self-care agency program, as well as development of self-care agency behaviors in the aspects of metabolic control. Therefore, those involving intaking care of diabetic patients should implement the development of self-care agency program in adjusting self-care agency behaviors of Type 2 diabetic patients.

**Keywords:** self-care agency, hemoglobinA1c, Type 2 Diabetes

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัจจุบัน

โรคเบาหวานมีอัตราที่เพิ่มขึ้นอย่างมากในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา เป็นโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญของโรคแทรกซ้อนต่างๆ ทั้งด้านหัวใจ สมอง ไต ตา และเลนส์เลือดต่างๆ<sup>1</sup> จากสถิติ พบว่า ปัจจุบันโรคเบาหวานเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดตาบอดได้มากที่สุดซึ่งมีโอกาสตาบอดสูงเป็น 20 เท่าของคนปกติ มีโอกาสสูญเสียเท้าสูงถึง 40 เท่าของคนปกติ และพบเป็นสาเหตุสำคัญที่สุดในการเกิดภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย พบรดีประมาณร้อยละ 30-40 ของผู้ป่วยไตวายที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดหรือล้างไตทางหน้าท้อง<sup>2</sup> มีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคอัมพาตจากหลอดเลือดในสมองตีบตัน และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมากกว่าคนปกติ 2-3 เท่า และร้อยละ 5-10 ประสบปัญหาภาวะหัวใจล้มเหลว<sup>3</sup> จากการศึกษาด้านระบบวิทยา พบว่า ความชุกของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีตัวเลขที่สูงขึ้นทุกประเทศ มีการพยากรณ์ว่า ปี ค.ศ. 2010 จะมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานอย่างน้อย 220 ล้านคน และ 300 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2025 องค์กรอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2050 จะมีผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกประมาณ 324 ล้านคน<sup>4</sup>

สำหรับประเทศไทยและประเทศไทยทางเอเชียนั้นผู้ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 99 เป็นเบาหวาน

ประเภทที่ 2 หรือเบาหวานที่พบในผู้ใหญ่<sup>5</sup> และพบในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมากที่สุดร้อยละ 46.74 รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 29.17 จากรายงานการเฝ้าระวังทางระบบวิทยาของโรคเรื้อรังตามระบบการเฝ้าระวังจาก 48 จังหวัดของประเทศไทย พ.ศ. 2549 ทุกๆ 100 คน จะมีผู้ป่วยเบาหวานถึง 6 คน พบรดีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน จำนวน 643,522 ราย พบรดีภาวะแทรกซ้อน คิดเป็นร้อยละ 20.37 โดยมีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดแดงมากที่สุดร้อยละ 45.03<sup>6</sup> ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังของเบาหวานเกิดจากผลของระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานานจะส่งผลเสียต่ออวัยวะนั้นๆ ซึ่งเป็นต้นกำเนิดของภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังที่อวัยวะต่างๆ และเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยพิการ และการตาย ดังนั้นจุดประสงค์ของการรักษาเบาหวานจึงเน้นอยู่ที่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติและป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง<sup>6</sup>

จากข้อมูลที่กล่าวมานะจะเห็นว่าแนวโน้มของโรคเบาหวานมีจำนวนเพิ่มขึ้นแต่การควบคุมโรคของผู้ป่วยยังไม่ประสบผลสำเร็จ และจากการทบทวนการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับการพัฒนาความสามารถตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอลิเมร์ พบว่า พฤติกรรมการ



ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดตีขึ้นระดับหนึ่ง แต่ระดับน้ำตาลในเลือดยังลดไม่ลงระดับที่ควบคุมโรคได้ ดังนั้นจึงได้มีการหากวิธีที่หลากหลายและมีศักยภาพมากขึ้นมาใช้ในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานให้สามารถควบคุมโรคได้มากขึ้น

งานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้สร้างโปรแกรมพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองโดยใช้กรอบแนวคิดของໂອเร็ม มาใช้ในการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยเบาหวานในการควบคุมระดับเอี๊โมโกลบินที่มีน้ำตาลเกะ (HbA1c) โดยมีการประเมินถึงระดับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและประเมินพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของญาติผู้ดูแล เพื่อให้ทราบถึงความพร่องในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและญาติ หรือผู้ดูแลในผู้ป่วยแต่ละรายก่อนที่จะพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยโดยคำนึงถึงศักยภาพของผู้ป่วยและครอบคลุมถึงปัญหาวิถีชีวิต และความต้องการของผู้ป่วยที่สอดคล้องกับบุคคลเป็นรายๆ และการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโดยการนำญาติผู้ดูแลให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาศักยภาพ เพื่อเป็นการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยเบาหวานและสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคให้เกิดความต่อเนื่อง

ผู้วิจัยเชื่อว่าเมื่อผู้ป่วยได้รับโปรแกรมพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง จะทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้นส่งผลให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ใช้ระดับเอี๊โมโกลบินที่มีน้ำตาลเกะเป็นตัววัดพฤติกรรมในการควบคุมโรคที่ดี นั่นคือ หากผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างเพียงพอและต่อเนื่องอันเป็นผลจากโปรแกรมการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองก็จะส่งผลให้ระดับเอี๊โมโกลบินที่มีน้ำตาลเกะลดลงอยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติได้ และพบว่าการลดลงของค่า HbA1c ทุกร้อยละ 1 สามารถลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั่วไปร้อยละ 21 ลดอัตราตายจากเบาหวานร้อยละ 21 การเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายร้อยละ 14 และโรคแทรกซ้อนทาง microvascular ร้อยละ 37<sup>7</sup>

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

## กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดตามทฤษฎีของໂອเร็ม เป็นแนวทางในการวิจัย กล่าวคือ ความเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลตนเองที่หมดเพิ่มมากขึ้น (Therapeutic Self-care Demand) ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองที่มีอยู่เดิม (Self-care Agency) ไม่เพียงพอกับความต้องการการดูแลตนเองที่เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยเบาหวานจึงเกิดความพร่องในการดูแลตนเอง (Self-care Deficit) โดยแสดงให้เห็นถึงระดับน้ำตาลในเลือดสูงอย่างเรื่อยๆ และมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ดังนั้นผู้ป่วยโรคเบาหวานจึงต้องการการช่วยเหลือจากพยาบาลในการเพิ่มความสามารถของตนเองให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองอย่างเพียงพอ มีการใช้ระบบการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative Supportive Nursing System) โดยการสอน ชี้แนะแนวทาง และให้การสนับสนุนที่ถูกต้องในการปฏิบัติในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การใช้ยา และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองโดยการนำญาติผู้ดูแลเข้ามาร่วมในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลได้เรียนรู้ร่วมกันกับบุคลากรในเครือข่ายสุขภาพโดยการอาสาให้ ให้กำลังใจ และกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยเบาหวานมีการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และเป็นการเสริมสร้างแรงจูงใจ กระตุ้นให้เกิดความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง ส่งเสริมความรู้สึกภูมิใจเกิดทักษะในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่องในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติได้



## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยศึกษาในคลินิกพิเศษเบาหวาน โรงพยาบาลเกษตรรัชลย์ จังหวัดร้อยเอ็ด ตั้งแต่เดือนมีนาคม - มิถุนายน 2552

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 คลินิกพิเศษเบาหวาน ซึ่งได้มามโดยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ เลือกตัวอย่างที่ 1,2 เป็นตัวแทนของกลุ่มควบคุม และ ตัวอย่างที่ 3,4 เป็นตัวแทนของกลุ่มทดลองหลังจากนั้น เลือกผู้ป่วยที่อยู่ในตัวอย่างที่ 1,2 เป็นตัวแทนของกลุ่มควบคุม 15 คน และผู้ป่วยที่อยู่ในตัวอย่างที่ 3,4 เป็นตัวแทนของกลุ่มทดลอง 15 คน โดยเลือกแบบเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตั้งแต่ 1-5 ปี มีอายุระหว่าง 40-60 ปี ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดรับประทาน และมีระดับสีโมโนโกลบินที่มีน้ำตาลเคาะ (HbA1c) มากกว่าร้อยละ 7 เป็นผู้มีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับต่ำ โดยมีคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 49.9 ของคะแนนตามแบบวัดที่สร้างโดยวนิดา ชูกลิน<sup>8</sup> ไม่มีโรคแทรกซ้อน และมีญาติผู้ดูแล มีอายุมากกว่า 18 ปี สามารถให้ความช่วยเหลือได้ และเป็นบุคคลที่ผู้ป่วยเบาหวานระบุว่ามีบทบาทในการให้การดูแลผู้ป่วยมากที่สุด

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1)แบบสัมภาษณ์ วัดความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานสร้างโดยใช้แบบสัมภาษณ์ของวนิดา ชูกลิน<sup>8</sup> จำนวน 1 ชุด ประกอบด้วย ข้อมูล 4 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การปฏิบัติตน และการควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวานโดยแบ่งระดับความสามารถในการดูแลตนเองดังนี้

ร้อยละ 70 ขึ้นไป ความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี

ร้อยละ 50-69.9 ความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

ร้อยละ 0-49.9 ความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับไม่ดี

แบบสัมภาษณ์นี้ผู้วิจัยได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงทางเนื้อหาและตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยการนำไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 รายและวิเคราะห์ทำความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

(reliability) โดยใช้วิเคราะห์หาสัมประสิทธิ์效لفา ของครอนบัช (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82

2)แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ของผู้ดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพาของช่วงเวลา<sup>9</sup> ประกอบด้วย ข้อความที่สอดคล้องกับความต้องการ การดูแลที่จำเป็นทั้งหมดของบุคคลที่พึ่งพา ครอบคลุม การดูแลทั้ง 3 ด้าน คือ การดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และการดูแลที่จำเป็นเมื่อเกิดภาวะสุขภาพเบี่ยงเบน

แบบสัมภาษณ์นี้ผู้วิจัยได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงทางเนื้อหาและตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยการนำไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 30 ราย และวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยใช้วิเคราะห์หาสัมประสิทธิ์效لفาของครอนบัช (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84

3)แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน โดยพัฒนาจากกรอบแนวคิดตามทฤษฎีการดูแลตนเองของໂອเร็ม

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง โดยมีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มผ่านการสัมภาษณ์ วัดความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งเป็นผู้มีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับต่ำ โดยมีคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 49.9 ของคะแนน ในกลุ่มทดลอง มีการประเมินญาติผู้ดูแลโดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรม การดูแลผู้ป่วยเบาหวานของญาติผู้ดูแลก่อนที่จะเข้าร่วมโปรแกรม และผู้ป่วยเบาหวานและญาติผู้ดูแลจะได้รับโปรแกรมการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นเวลา 14 สัปดาห์ ดังนี้ สัปดาห์ที่ 1,2 ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน และการดูแลผู้ป่วยเบาหวานสำหรับผู้ดูแล เป็นรายกลุ่ม ที่คลินิกพิเศษโรคเบาหวาน โดยเน้นการสอน /ชี้แนะ/ฝึกปฏิบัติในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การใช้ยา การดูแลเท้า และการสังเกตภาวะน้ำตาลสูงต่อ สัปดาห์ที่ 4,5,6 ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวานเป็นรายบุคคล เพื่อติดตาม



ประเมินความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเอง วินิจฉัยความพร่องในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและความพร่องในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของญาติหรือผู้ดูแลแต่ละคน และข้อจำกัดในการปฏิบัติตัวที่พบร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแล พร้อมให้การพยาบาล โดยใช้รูปแบบการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ สร้างสิ่งแวดล้อมตามความพร่องและข้อจำกัด และในสัปดาห์ที่ 14 ผู้วิจัยนัดพบผู้ป่วยเบาหวานและผู้ดูแลที่คลินิกโรคเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอกและเก็บตัวอย่างเลือดเพื่อตรวจหาระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกะ สำรวจกลุ่มควบคุม สัปดาห์ที่ 1 ทำการซึ่งเวทกุประส่งค์ วิธีดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลและการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยเบาหวาน โดยได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน ตามปกติที่คลินิกพิเศษโรคเบาหวาน ได้แก่ การให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยเป็นรายกลุ่มและรายบุคคลตามปัญหาที่เกิดขึ้นในแต่ละครั้งที่มาตรวจ และในสัปดาห์ที่ 14 ผู้วิจัยนัดพบผู้ป่วยเบาหวานและญาติผู้ดูแลที่คลินิกโรคเบาหวาน และเก็บตัวอย่างเลือดเพื่อตรวจหาระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกะ พร้อมทั้งแจกรู้เมื่อ “การดูแลตนเอง เมื่อเป็นเบาหวาน” ให้กับผู้ป่วยเบาหวานและคู่เมื่อ “การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน” สำหรับผู้ดูแล

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ได้รับคำบรรยายในการศึกษาซึ่งผู้วิจัยได้มีการซึ่งเจ้าร่วมการวิจัยว่ามีสิทธิ์ตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ การตอบรับหรือปฏิเสธไม่มีผลต่อการรักษาที่ได้รับ คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างผู้วิจัยถือเป็นความลับ และนำมาใช้เคราะห์ในทางการศึกษาตามวัตถุประสงค์ของ การวิจัยเท่านั้น เมื่อผู้เข้าร่วมการวิจัยยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามในแบบฟอร์มใบยินยอมให้ทำการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลที่นำไปโดยใช้สถิติพรรณนา หาค่า ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกะ ก่อนและหลังทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้ Paired t-test และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้ t-test Independent หลังทดลองการแจกแจงของข้อมูลเป็นโครงสร้างโดยใช้ Kolmogorov - Smirnov Test

## ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบร่วม เป็นเพศหญิงและเพศชายจำนวนเท่ากัน มีอายุอยู่ในช่วง 55-60 ปี ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง สถานสมรสคู่ การศึกษาทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่อยู่ที่ระดับชั้นประถมศึกษา และอาชีพส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรมเหมือนกัน จำนวนสมาชิกในครอบครัวทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มี 4-6 คน รายได้ของครอบครัวต่อเดือนของกลุ่มทดลองอยู่ระหว่าง 1,000-3,000 บาท กลุ่มควบคุมอยู่ระหว่าง 3,001-6,000 บาท ระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ทั้งสองกลุ่มเท่ากัน คือ 4 ปี กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีภูมิสាយตรงที่เป็นโรคเบาหวาน ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่มีภูมิสាយตรงเป็นโรคเบาหวาน ผู้ดูแลหลักทั้งสองกลุ่มคือญาติคลึงกัน คือ ส่วนใหญ่เป็นสามี / ภรรยา รองลงมา คือ บุตร/หลาน ระดับ BMI ส่วนใหญ่มากกว่า 25 ขึ้นไปทั้งสองกลุ่ม และพบว่า ส่วนใหญ่ทั้งสองกลุ่มมีระดับ HbA1c มากกว่าร้อยละ 8

2. ค่าระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกะเมื่อพิจารณาจากค่า Kolmogorov - Smirnov Test ของค่าระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกะ จากกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองผล พบร่วง ก่อนการทดลอง Asymp.Sig. = 0.541 และ 0.675 ตามลำดับ หลังทดลองพบว่า Asymp.Sig. = 0.655 และ 0.607 ตามลำดับซึ่งมากกว่า 0.05 ดังนั้น สรุปได้ว่าเป็นการแจกแจงข้อมูลแบบปกติ จึงใช้สถิติพารามิตริก t-test independent เพื่อใช้ทดสอบสมมติฐาน

3. ก่อนการทดลอง พบร่วง ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกะร้อยละ 9.76 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.60 ส่วนผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกะร้อยละ 9.74 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.64 ทดสอบค่าความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกะด้วย t-test independent พบร่วง ระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกะทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t$ -test = -1.319,  $p$ -value=0.208)

4. หลังการทดลองผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกะร้อยละ 9.74 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.39 ส่วนผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกะร้อยละ 6.50



ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.61 ทดสอบค่าความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะด้วย t-test independent พบร่วมกับ ระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะทั้งสองกลุ่ม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $t\text{-test} = 9.46$ ,  $p\text{-value}=0.00$ )

### การอภิปรายผล

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ในพบร่วมกับ ระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ ( $\text{HbA1c}$ ) ลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และพบร่วมกับ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มทดลองและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั้งนี้ อธิบายได้ว่า สาเหตุที่กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะดีกว่ากลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง เนื่องจาก

1. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มทดลองได้รับการประเมินระดับความสามารถในการดูแลตนเอง ก่อนที่จะได้รับโปรแกรมพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและนำข้อมูลพร่องเกี่ยวกับอุปสรรคหรือปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับต่ำกว่าเคราะห์ หากสาเหตุซึ่งจะทำให้ทราบถึงปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยและแก้ไขได้ตรงจุดและเป็นข้อมูลที่แท้จริง สามารถวิเคราะห์ปัญหาเป็นรายบุคคลและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ดึงศักยภาพทั้งภายในและภายนอกมาใช้ในการตอบสนองความต้องการทำให้เกิดความเหมาะสมสมกับผู้ป่วยและส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสติปัญญาอารมณ์และพฤติกรรมโดยใช้ระบบสนับสนุนและให้ความรู้พร้อมกับการฝึกทักษะในการดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมจิต หนูเจริญกุล<sup>10</sup> พบร่วมกับ ประสิทธิภาพ

ของโครงการสนับสนุนและให้ความรู้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถเพิ่มการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองทั้งโดยรวมและรายได้ รวมทั้งความคุ้มครองได้ดีขึ้น และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ วัลลา ตันติโยทัย<sup>11</sup> พบร่วมกับ ผู้ป่วยเบาหวานหลังได้รับการพัฒนาศักยภาพ มีระดับความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ปริมาณฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะลดลง ซึ่งสอดคล้องกับ สมจิต หนูเจริญกุล<sup>12</sup> ที่กล่าวว่า การสอนหรือชี้แนะแนวทางเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้นั้นจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องสอนหรือชี้แนะให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาความรู้หรือทักษะบางประการและเป็นวิธีการที่สำคัญมากวิธีหนึ่งในการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง

2. มีการประเมินถึงความพร่องของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเพื่อให้ทราบถึงปัญหาและข้อจำกัดของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและเพื่อวิเคราะห์ความต้องการทั้งหมดในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในแต่ละด้าน และรวมกันวินิจฉัยความพร่องในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน และความพร่องของญาติผู้ดูแลพร้อมกับการให้ความรู้และฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อจะทำให้ทราบถึงปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยเบาหวานและญาติผู้ดูแล และแก้ไขได้ตรงจุด และเป็นการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน และเป็นการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานและเกิดสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว เกิดความต่อเนื่องในการปฏิบัติตัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทองสมัย ยุรชัย และคณะ<sup>13</sup> พบร่วมกับ เมื่อผู้ป่วยเบาหวานและผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองจากการสอนที่มีรูปแบบที่ชัดเจนส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบร่วมกับ ผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวมีการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปและการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อปัญหาทางด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น และผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวระดับสูง มีความสามารถในการตอบสนองอยู่ในระดับดีมาก<sup>14-17</sup>

ดังนั้นการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ที่เน้นการประเมินถึงระดับความสามารถของผู้ป่วยโดยคำนึงถึงศักยภาพของผู้ป่วย



แต่ละคนและครอบครุณปัญหา วิถีชีวิต และความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน และการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง โดยการมีส่วนร่วมของญาติผู้ดูแล เพื่อที่จะตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม และช่วยพัฒนาความสามารถให้มีความพร้อมในการดูแลตนเอง และควบคุมระดับน้ำตาลได้อย่างต่อเนื่องจึงส่งผลให้ระดับเอ็มโกลบินที่มีน้ำตาลเกะ (HbA1c)ลดลงในระดับที่ต้องการ ในการควบคุมโรคที่ดี แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เพียงพอและต่อเนื่อง เป็นผลจากโปรแกรมพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง

จุดเด่นของการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ 1) โปรแกรมพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้เปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลได้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาความสามารถและเป็นการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยซึ่งสอดคล้อง กับการศึกษาที่ผ่านมา<sup>11-13,18</sup> 2) การพัฒนาความสามารถ ใน การดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้มีการประเมินถึงระดับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและประเมินความพร่องของญาติหรือผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยก่อนที่จะพัฒนาความสามารถ ทำให้ได้ทราบถึงความพร่องในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและความพร่องในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของญาติผู้ดูแลแต่ละคน เพื่อนำมาวางแผนในการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในการออกเยี่ยมบ้านแต่ละครั้ง ซึ่งจะทำให้ทราบถึงปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยและแก้ไขได้ตรงจุด ร่วมกับการให้ความรู้และการฝึกหัดทักษะได้อย่างเป็นระบบที่ถูกต้องตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน โดยเริ่มจากการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย จึงเป็นแรงกระตุ้นให้ผู้ป่วยสนใจต่อสุขภาพของตนเองมากขึ้น ซึ่งจะช่วยส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองในการควบคุมโรค และการนำญาติผู้ดูแลเข้ามาร่วมในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเป็นการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานและเกิดสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวและเกิดความต่อเนื่องในการปฏิบัติตัวที่ยั่งยืน 3) ผลของโปรแกรมพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองมีผลทำให้ระดับเอ็มโกลบินที่

มีน้ำตาลเกะ (HbA1c) ลดลงในระดับควบคุมเบาหวานได้ดี คือ ลดลงต่ำกว่าร้อยละ 7

### ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลที่อยู่ในโรงพยาบาล และปฏิบัติงานในชุมชน สามารถนำโปรแกรมการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานนี้ไปใช้กับผู้ป่วยเบาหวานซึ่งจะช่วยให้ประเมินถึงระดับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและประเมินความพร่องในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของญาติหรือผู้ดูแล แต่ละคนซึ่งจะทำให้ทราบถึงปัญหาที่แท้จริง เพื่อแก้ไขได้ตรงจุด ตรงกับบริบท

2. ควรมีการศึกษาอย่างต่อเนื่องโดยการติดตาม ประเมินผลระยะยาวถึงการควบคุมโรคเบาหวานโดยการติดตามเป็นระยะ 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี หลังการทดลองหรือตามความเหมาะสม

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณมหาวิทยาลัยมหาสารคามที่ได้สนับสนุนงบประมาณการทำวิจัยจากทุนอุดหนุนการวิจัยงบประมาณเงินรายได้ประจำปี 2552

### เอกสารอ้างอิง

1. อิธิ สนับบุญ, วรภรณ วงศ์คำราวัตน์. การดูแลรักษาเบาหวานแบบองค์รวม. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
2. เทพ พิมพ์ทองคำ. ความรู้เรื่องเบาหวานฉบับสมบูรณ์. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์; 2548.
3. ภาวนा กิรติยุตวงศ์. การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน : มโนมติสำคัญสำหรับการดูแล. พิมพ์ครั้งที่ 3. ชลบุรี: บริษัท พี. เพรส จำกัด; 2546.
4. สุนิตย์ จันทรประเสริฐ. ความรู้ทั่วไปเรื่องโรคเบาหวาน สมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: คัลเลอร์ อาร์มี่ จำกัด; 2548.
5. วนัสสันนท์ รุจิพัฒน์. รายงานการเฝ้าระวังทางระบบวิทยาประจำสัปดาห์. กรุงเทพฯ: 2550; 38 (26): 453.



6. วีรพันธ์ โชวิทูลกิจ. กลไกการเกิดโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน. ในอิติ สนับสนุนและวางแผน วงศ์ถาวรัตน์. (บรรณาธิการ). การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานแบบองค์รวม. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลกรุงเทพ; 2549.
7. วีรพันธ์ โชวิทูลกิจ. ผลของการควบคุมระดับน้ำตาลต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน. ใน วิทยา ศรีดามา (บรรณาธิการ). การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลกรุงเทพ; 2545.
8. วนิดา ชูคลิน. ผลของการใช้คำปรึกษาทางสุขภาพต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลราชวิถี (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2534.
9. ช่อฤกษ์ จิระกาล. ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและพฤติกรรมการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของครอบครัว (รายงานการศึกษาค้นคว้าอิสระ). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2549.
10. สมจิต หนูเจริญกุล. ประสิทธิภาพของโครงการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อปรับปรุงการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเอง และภาวะการณ์ควบคุมโรคในผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้. วารสารวิจัยทางการพยาบาล 2544; 5(1): 36–53.
11. วัลล่า ตันติโยทัย. รูปแบบการพัฒนาตักษิภานใน การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึง อินชูลิน (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
12. สมจิต หนูเจริญกุล. การดูแลตนเอง ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: วีเจ พรีนติ้ง; 2540.
13. ทองสมัย ยุรชัย, เบญจมาศ จันทร์นวล, อัมพรพรรณ จิตราวนุช. การพัฒนารูปแบบการวางแผนการจ้างหน่ายและการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยเบาหวานแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชาคตตะวันออกเฉียงเหนือ 2551; 26(3): 36–46.
14. กอบกุล พันธุรัตนอิสรະ, น้ำผึ้ง ดุรงค์กุวด, รถธุรัธ บุตรแสนคอม. การปรับรูปแบบบริการร่วมกับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึงอินชูลิน โรงพยาบาลปะคำ จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชาคตตะวันออกเฉียงเหนือ 2552; 27(1): 33–40.
15. อโนชา ศรีญญาวัจนะ, สุจิตรา ลิ้ม อำนวยลาภ. ผลการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชาคตตะวันออกเฉียงเหนือ 2552; 27(2): 41–46.
16. วิลาวัณย์ ชมนิรัตน์, นิตย์ ทัศนิยม. การจัดการเพื่อให้กลุ่มผู้ที่เป็นเบาหวานได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชาคตตะวันออกเฉียงเหนือ 2552; 27(3): 12–21.
17. ศิริพร รองหานาม. การพัฒนาระบบบริการพยาบาลแบบองค์รวมสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลมหาสารคาม. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชาคตตะวันออกเฉียงเหนือ 2552; 27(3): 22–30.
18. สริญญา ปืนเพชร, จิตกินันท์ ศรีจักรโภต. ผลของรูปแบบการดูแลต่อเนื่อง ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการกลับมารักษาซ้ำของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และพฤติกรรมในการดูแลของครอบครัว. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชาคตตะวันออกเฉียงเหนือ 2552; 27(3): 38–47.



## การวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยรักษาทดแทนไตด้วย 9-THAI Measuring Quality-of-Life in Renal Replacement Therapy Patients Using 9-THAI

อาจารย์รรณ เชี่ยวชาญวัฒนา PhD\* ดร.ณี จันทร์เลิศฤทธิ์ ศศ.ม.\*\*  
จุฬาภรณ์ ลิมวัฒนาณท์ PhD\*\*\* ทวี ศิริวงศ์ พบ.\*\*\*\*  
ชลธิป พงศ์สกุล พบ.\*\*\*\*

### บทนำ

ในปี ค.ศ. 1948 องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความ คำว่าสุขภาพ (health) คือ “a state of complete physical, mental, and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.”<sup>1,2</sup> คำจำกัดความ ดังกล่าวจะห้อนให้เห็นมุ่งมองของสุขภาพที่มิใช่เพียงสุขภาพทางกายเท่านั้นแต่มุ่งไปยังความผาสุกโดยรวมของมนุษย์ ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญสี่ด้าน คือ กาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ ดังนั้น การดูแลรักษาผู้ป่วยในปัจจุบัน จึงมิได้มุ่งไปให้ความสนใจกับผลตรวจทางคลินิกหรือผลตรวจทางห้องปฏิบัติการเท่านั้น แต่ได้ให้ความสำคัญกับการ ประเมินผลลัพธ์ในมุ่งมองของผู้ป่วย โดยคุณภาพชีวิต (Quality-of-Life: QoL) เป็นหนึ่งในผลลัพธ์ดังกล่าวที่ได้รับ ความสนใจศึกษาอย่างมาก<sup>2-3</sup> ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความสนใจศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตเพิ่มมากขึ้น

เป็นที่ทราบกันดีกว่าโรคเรื้อรังนั้นมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต<sup>4</sup> บทความทางการแพทย์ซึ่งเขียนโดย Elkington ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1966 กล่าวเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต โดยได้ยกตัวอย่างผู้ป่วยปลูกถ่ายไต<sup>5</sup> แม้ว่าการปลูกถ่ายไตจะทำให้ คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้นอย่างปรารถนาจากข้อโต้แย้ง<sup>5-7</sup> อย่างไรก็ดี ข้อจำกัดในการบริจาคไต ทำให้ผู้ป่วยอีกเป็น จำนวนมากที่ต้องได้รับการล้างไต(dialysis) ซึ่งเป็นการรักษาประคับประคองที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตเป็นอย่างมาก ดังนั้น การนำเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตมาใช้ในผู้ป่วย dialysis จะทำให้ได้รับข้อมูลที่เป็นประสบการณ์ตรงของผู้ป่วย แต่ละราย และช่วยให้แพทย์ พยาบาล ให้การรักษาที่เหมาะสมและตรงกับการคาดหวังของผู้ป่วยมากที่สุด อันจะช่วย เพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อการรักษา<sup>8,9</sup> ทั้งนี้ หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการศึกษาขนาดใหญ่ในต่าง ประเทศพบด้วยว่าคุณภาพชีวิตสามารถทำนายการตายและการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วย dialysis<sup>10-12</sup>

### เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต

คำว่า “คุณภาพชีวิต” ฟังดูเป็นเรื่องที่เป็นนามธรรม บุคคลสามารถประเมินค่าคุณภาพชีวิตของตน โดยคำนึง ถึงองค์ประกอบที่แตกต่างกันไป แม้กระทั่งในปัจจุบัน คำว่า “คุณภาพชีวิต” ยังไม่มีคำนิยามที่เป็นอันหนึ่งอัน เดียวกัน<sup>13</sup> โดยมีคำหลายคำที่ถูกนำมาใช้ในความหมายที่เหลือมีข้อนغان ได้แก่ QoL, health status (สถานะสุขภาพ), health-related quality-of-life (HRQoL, คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวน์กับสุขภาพ) ทั้งนี้ Patrick และ Chiang<sup>14</sup> ได้ เขียนบทความทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตโดยกล่าวว่า QoL เป็นคำที่มีความหมายกว้างขวาง แต่เมื่อนำ มาใช้ในทางการแพทย์จึงมุ่งไปยังคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวน์กับสุขภาพโดยกำหนดคำศัพท์เฉพาะเจาะจงมากขึ้นเป็นคำว่า HRQoL อย่างไรก็ดี การใช้คำว่า HRQoL อาจไม่เป็นที่คุ้นเคยสำหรับคนทั่วไป ดังนั้น Patrick และ Chiang จึงเสนอ

\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาเภสัชกรรมปฏิบัติ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\*\* หัวหน้าหาน่วยได้และได้เที่ยม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\*\*\* รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาเภสัชกรรมปฏิบัติ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\*\*\*\* รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาโรคติด ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\*\*\*\*\* รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาโรคติด ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



ให้ใช้คำว่า health status แทนคำว่า HRQoL<sup>14</sup> ถึงแม้ว่า คุณภาพชีวิตจะไม่มีคำนิยามที่เป็นหนึ่งเดียวกัน แต่นักวิจัยส่วนใหญ่เห็นพ้องต้องกันโดยนิยมใช้คำนิยามของ “health” ขององค์การอนามัยโลกเป็นกรอบแนวคิดในการสร้างเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต<sup>1-3,13-15</sup>

คุณภาพชีวิตมีลักษณะเป็นนามธรรมที่มีมิติหลากหลาย ดังนั้น ในการวัดคุณภาพชีวิตจึงนิยมใช้ชุดของคำถามในรูปแบบของแบบสอบถาม เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตจำแนกได้เป็น 2 ประเภท คือ เครื่องมือวัดชนิดทั่วไป (generic) และชนิดเฉพาะเจาะจง (specific)<sup>1,15</sup> เครื่องมือวัดชนิดทั่วไปมีข้อดี คือ สามารถใช้กับประชากรได้หลากหลาย ตั้งแต่คนปกติจนกระทั่งผู้ป่วย จึงทำให้นำมาใช้ประเมินผลลัพธ์การรักษาเปรียบเทียบกันได้อย่างกว้างขวาง อายุ่งไรก็ได้เครื่องมือวัดแบบเฉพาะเจาะจงมีข้อดีในแง่ของความไว (sensitivity) ใน การวัด คือ สามารถตรวจพบความแตกต่างแม้เพียงเล็กน้อยได้ ดังนั้น เพื่อผสานข้อดีจากเครื่องมือวัดทั้งสองแบบเข้าด้วยกัน จึงมีการใช้เครื่องมือวัดทั้งสองชนิดร่วมกัน ซึ่งเรียกชื่อว่า battery<sup>16</sup> โดยเครื่องมือวัดชนิดทั่วไปที่อยู่ใน battery จะถูกเรียกว่า core generic ตัวอย่างเครื่องมือวัดชนิด battery ที่มีการนำมาใช้มากในการวิจัยผู้ป่วย dialysis คือ KDQOL-SF ซึ่งเป็นการนำเครื่องมือวัดชนิด generic ที่มีการนำมาใช้มากที่สุดในการวิจัยทางคลินิก<sup>17</sup> และ การวิจัยทางด้านโรคไต<sup>5,8,18-19</sup> คือ Medical Outcome Study 36-item Health Survey Short Form (SF-36) รวมกับ KDQOL (Kidney Disease Quality of Life) ที่เป็นเครื่องมือวัดแบบ specific ที่ใช้มากในการศึกษาผู้ป่วย dialysis<sup>18</sup>

การวัดคุณภาพชีวิตจำแนกเป็น 2 ลักษณะ คือ ลักษณะที่หนึ่งเป็นการใช้เครื่องมือวัดแบบ health profile และคำนวณคะแนนรวมของข้อคำถามในเรื่องเดียวกัน (นิยมเรียกว่า มิติ [dimension หรือ domain]) ตัวอย่างเช่น SF-36 คำนวณคะแนนจากคำถาม 36 ข้อ และสรุปเป็นคะแนน 8 มิติ<sup>20</sup> ซึ่งได้แก่ physical function, role physical, bodily pain, general health, vitality, social function, role emotional, mental health เป็นต้น ข้อจำกัดของการนำเสนอดัชนีในลักษณะดังกล่าวคือ บุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่ไม่เข้าใจความหมายของคะแนนที่คำนวณได้ เนื่องจากไม่ทราบ

ว่าคะแนนเท่าใดจึงจะถือว่าดี อายุ่งไรจึงถือว่าไม่ดี เนื่องจากคะแนนคุณภาพชีวิตนี้ไม่เป็นที่คุ้นเคยฉะนั้น กับผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่มีความคุ้นเคยจากการปฏิบัติเป็นประจำ ทั้งนี้ Streiner และ Norman<sup>21</sup> แนะนำให้แปลงผลค่าคะแนนได้ ในลักษณะของการเปรียบเทียบกับค่าปกติ (norm) ตัวอย่างเช่น SF-36 ได้นำคะแนน 8 มิติมาคำนวณเป็นคะแนนองค์ประกอบ 2 ด้าน<sup>22</sup> คือ องค์ประกอบด้านกาย และองค์ประกอบด้านจิตใจ โดยใช้คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจากการสำรวจในประชากรปกติทั่วไป (general population) ชาวอเมริกันมาทำการคำนวณในลักษณะคะแนนมาตรฐาน T (T standardized score) โดยคะแนนเท่ากับ 50 แสดงว่า มีคุณภาพชีวิตเท่ากับประชากรปกติ คะแนนต่ำกว่า 50 และแสดงว่า มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าประชากรปกติ คะแนนสูงกว่า 50 และแสดงว่า มีคุณภาพชีวิตสูงกว่าประชากรปกติ

ลักษณะที่สองของการวัดคุณภาพชีวิตคือการวัดเป็นค่าอรรถประโยชน์ (utility) ผลการวัดจะมีค่าอยู่ระหว่าง 0 ซึ่งเท่ากับการตาย (dead) กับ 1 ซึ่งเท่ากับสุขภาพสมบูรณ์เต็มที่ (perfect health) ค่า utility นี้มุ่งนำมาใช้ในการประเมินต้นทุนอรรถประโยชน์ (cost utility) เป็นหลัก การวัด utility โดยตรงทำได้ 3 วิธี ได้แก่ การวัดแบบ Visual Analog Scale (VAS), Standard Gamble (SG) และ Time Trade Off (TTO) ซึ่งเป็นการวัดโดยใช้กรอบแนวคิดทางทฤษฎีของเศรษฐศาสตร์ อายุ่งไรก็ได้ SG และ TTO ทำได้ค่อนข้างยาก เนื่องจากมีความมุ่งมั่น ความสามารถจำกัดในการตัดสินใจภายใต้ข้อมูลที่ซับซ้อนในลักษณะของความน่าจะเป็นและความเสี่ยง<sup>23</sup> ดังนั้น จึงมีการศึกษาแปลงค่าคะแนนจากเครื่องมือแบบ health profile ไปเป็นค่าคะแนน utility เพื่อให้ผลจาก การวัดด้วยเครื่องมือแบบ health profile สามารถนำเสนอได้ทั้งในแบบ health profile และ utility ในเวลาเดียวกัน ตัวอย่างของเครื่องมือแบบ health profile ที่สามารถแปลงเป็นค่าคะแนน utility<sup>24</sup> ได้แก่ Quality of Well-Being scale (QWB), Health Utilities Index (HUI), EuroQoL instrument (EQ-5D) และ SF-6D จากแบบวัด SF-36



## การวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยรักษาด้วยยาในประเทศไทย

การศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยรักษาด้วยยาในประเทศไทยนั้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เคยมีผู้นำ KQOL-SF มาวัดคุณภาพชีวิตในผู้ป่วย hemodialysis (HD) และ continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD) ในประเทศไทย<sup>25-26</sup> อย่างไรก็ได้ KQOL-SF ประกอบด้วยคำามเฉพาะเจาะจงของ dialysis จำนวน 43 ข้อ และ SF-36 อีก 36 ข้อ การมีข้อคำามจำนวนมากดังกล่าว อาจไม่เหมาะสมกับการนำมาใช้ทางปฏิบัติกับผู้ป่วยโรคไต ที่ต้องใช้เวลาและสมอื่นในการตอบคำามมากพอสมควร แม้ว่าผู้สร้าง KQOL-SF ได้พัฒนาให้แบบวัดสั้นลง โดยลดคำามเฉพาะเจาะจงของ dialysis ลงเหลือ 24 ข้อ และเลือกใช้ SF-12 แทน SF-36 จึงเหลือข้อคำามเพียง 36 ข้อ และใช้ชื่อว่า KQOL-36<sup>18</sup> แต่ยังไม่มีการแปลและศึกษาความเที่ยง (reliability) และความตรง (validity) ของ KQOL-36 ในผู้ป่วยโรคไตคนไทย

นอกจากนี้ มีผู้นำแบบวัด WHOQOL-BREF มาศึกษาผู้ป่วยโดยวิธีเรื่องรังสฤษดทัยที่ได้รับการรักษาด้วยยา<sup>27</sup> WHOQOL-BREF เป็นแบบวัดชนิดทั่วไปฉบับสั้นของ WHOQOL-100 ที่พัฒนาโดยองค์กรอนามัยโลก โดยประเทศไทยเป็นหนึ่งใน 15 ประเทศที่เริ่มนั้นพัฒนาแบบวัดดังกล่าว<sup>28</sup> แบบวัดนี้ประกอบด้วย คำาม 26 ข้อ มี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ กาย ใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม อย่างไรก็ได้ ข้อคำามของ WHOQOL-BREF ครอบคลุมคุณภาพชีวิตในภาพกว้าง มิได้มุ่งเฉพาะทางด้านสุขภาพ จึงมีข้อคำามเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม (สภาพบ้านเรือน สภาพแวดล้อม การรู้เรื่องข่าวสาร ความมั่นคงปลอดภัย ฯลฯ) เมื่อนำมาใช้ในทางสุขภาพอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดข้อสงสัยว่า ข้อคำามเหล่านี้เกี่ยวข้องอย่างไรกับการรักษาทางการแพทย์ อีกประการหนึ่งคือ WHOQOL-BREF มีข้อคำามเกี่ยวกับ เพศสัมพันธ์ (พ่อใช้ชีวิตทางเพศ) เนื่องจากประเพณีวัฒนธรรมไทย ยังไม่นิยมเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ สัมพันธ์ จึงอาจส่งผลให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการตอบคำามดังกล่าวได้ ผู้วิจัยที่สนใจนำเครื่องมือดังกล่าวมาใช้ ประเมินผลลัพธ์ในผู้ป่วย จึงควรคำนึงถึงข้อจำกัดที่กล่าวมาแล้วด้วย

การนำแบบสอบถามคุณภาพชีวิตที่สร้างขึ้นในต่างประเทศมาใช้ในคนไทย มีขั้นตอนรายละเอียดมาก กว่าการแปลภาษา โดยขั้นตอนหลัก ๆ ที่สำคัญ ได้แก่ การแปลเป็นภาษาไทย แปลกลับไปเป็นภาษาตั้งต้น ศึกษาว่าความหมายของข้อคำามและคำตอบเป็นไปตามที่ผู้สร้างกำหนดไว้ การตรวจสอบคุณสมบัติความตรงและความเที่ยง และการศึกษาคะแนนของกลุ่มปกติ เพื่อใช้ในการแปลผลค่าคะแนน<sup>29</sup> ขั้นตอนที่กล่าวมานี้เป็นการประกันว่าการแปลผลจะแนนคุณภาพชีวิตจากแบบสอบถามนั้น จะสามารถเปรียบเทียบกันได้ในระหว่างประเทศต่าง ๆ ที่ทำการศึกษา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในเรื่องคุณสมบัติเกี่ยวกับความตรงของเครื่องมือวัดนั้น Cook และ Beckman ได้ย้ำอย่างชัดเจนว่า คุณสมบัติต้านความตรงไม่ใช่คุณสมบัติเฉพาะตัวของเครื่องมือแต่เป็นคุณสมบัติที่เกี่ยวข้องกับการแปลผลจะแนนที่ได้จากการวัด ดังนั้น ความตรงของเครื่องมือวัดต้องได้รับ การศึกษาอย่างชัดเจนในกลุ่มประชากรที่จะนำเครื่องมือนั้นฯ ไปใช้<sup>30</sup> ดังนั้น การนำเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตจากต่างประเทศมาใช้ในคนไทย จึงต้องมีการศึกษาอย่างรอบด้าน

### เครื่องมือวัดสถานะสุขภาพ (หรือคุณภาพชีวิต) ของคนไทย 9 ข้อ

ข้อจำกัดในการนำเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตจากต่างประเทศมาใช้นั้นมาสู่การศึกษาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตในคนไทย โดยนำข้อคำามสถานะสุขภาพจำนวน 9 ข้อ ที่สำนักงานสถิติแห่งชาติร่วมกับสำนักนโยบายสุขภาพระหว่างประเทศได้สร้างขึ้น และใช้ในการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546 มาทำการศึกษาความเที่ยงและความตรงในประชากรปกติ (general population) และผู้ป่วยรักษาด้วยยา (renal replacement therapy: RRT)<sup>31-34</sup> เพื่อให้เกิดการใช้ประโยชน์สูงสุดจากข้อมูลที่หน่วยรักษาได้ลงทุนงบประมาณในการดำเนินการแล้ว ที่สำคัญอย่างยิ่งคือข้อมูลที่ได้จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการนี้ จะสามารถนำมาใช้ในการคำนวณคะแนนมาตรฐาน เพื่อให้คะแนนที่ได้จากการเครื่องมือวัดสามารถแปลผลเปรียบเทียบกับประชากรปกติได้ ในลักษณะของ norm-based scoring เช่นแบบวัด SF-36 ที่คำนวณคะแนนองค์ประกอบด้านกายและใจโดย



เปรียบเทียบกับประชากรชาวอเมริกันปกติ ข้อมูลสถานะสุขภาพจากการสำรวจนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546 ได้จากการสัมภาษณ์คนไทยที่สูงตัวอย่างจากทุกจังหวัดทั้งในเขตและนอกเขตเทศบาล/สุขภาวะจำนวนทั้งสิ้น 37,202 คน<sup>31,34</sup> ซึ่งกล่าวได้ว่า เป็นกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ที่เป็นตัวแทนที่ดีของประชากรไทย ในที่นี้ได้ใช้เครื่องมือวัดดังกล่าวว่า 9-THAI (9-item Thai Health status Assessment Instrument) รายละเอียดข้อคำถามของแบบสอบถามในภาคผนวก

### 1. การศึกษาความเที่ยงและความตรงของ 9-THAI ในประชากรปกติคนไทย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า มีความตรงตามโครงสร้าง (construct validity) เมื่อวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ confirmatory factor analysis<sup>32,34</sup> โดยมีโครงสร้างที่ประกอบด้วย 2 มิติ ได้แก่ มิติด้านสุขภาพกาย 4 ข้อ (คำถามข้อที่ 1-4) และมิติด้านสุขภาพใจ 3 ข้อ (คำถามข้อที่ 5-7) ส่วนที่เหลืออีก 2 ข้อ (คำถามข้อที่ 8-9) เป็นคำถามประเมินภาพรวมของสุขภาพทั่วไป ทั้งนี้ การให้คะแนนในแบบวัด 9-THAI กำหนดให้คะแนนมาก สะท้อนถึงคุณภาพชีวิตดี ผลจากการวิเคราะห์ความตรงโดยสถิติ confirmatory factor analysis นำมาสู่การสร้างระบบคำนวณคะแนนในลักษณะของสเกล โดยนำคะแนนข้อ 1-4 มาคำนวณเป็นคะแนนสุขภาพด้านกาย (physical health score: PHS) และนำคะแนนข้อ 5-7 มาคำนวณเป็นคะแนนสุขภาพใจ (mental health score: MHS) ทั้งนี้ ใช้แนวคิดการคำนวณแบบ norm-based scoring มาประยุกต์<sup>34</sup> โดยนำค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประชากรที่มีสุขภาพดี จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุมาคำนวณในลักษณะของคะแนน T standardized score ประชากรสุขภาพดี คือ ผู้ที่ไม่มีโรคเรื้อรัง ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยในรอบหนึ่งเดือนก่อนการสัมภาษณ์ และไม่มีประวัติการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลในรอบหนึ่งปีก่อน การสัมภาษณ์จำนวนทั้งสิ้น 22,754 คน ซึ่งได้จากข้อมูลการสำรวจนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546 ตัวอย่างการคำนวณเช่น เพศชาย อายุในกลุ่มอายุ 15-19 ปี มีคะแนนรวมสุขภาพกายจากการคำนวณข้อ 1-4 เท่ากับ 20 (คำถามแต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 1-5 ดังนั้น คะแนน

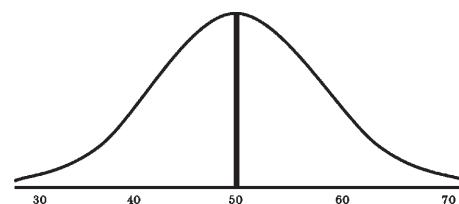
ต่ำสุดเท่ากับ 4 สูงสุดเท่ากับ 20) คำนวณคะแนน PHS ที่เป็น T standardized score ดังนี้

$$PHS = 50 + (10 \times \frac{20-19.91052}{0.4771871}) = 51.88$$

ส่วนคะแนนรวมสุขภาพใจจากคำถามข้อ 5-7 เท่ากับ 14 (คำถามแต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 1-5 เช่นกัน ดังนั้น คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 3 สูงสุดเท่ากับ 15) คำนวณคะแนน MHS ที่เป็น T standardized score ในลักษณะเดียวกัน ดังนี้

$$MHS = 50 + (10 \times \frac{14-14.83394}{0.5032371}) = 33.43$$

จากรูปที่ 1 ที่แสดงการกระจายของคะแนนมาตรฐาน T standardized score ซึ่งเป็นการแจกแจงปกติ (normal distribution) ที่มีค่าเฉลี่ย (mean) ของการแจกแจงเท่ากับ 50 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) เท่ากับ 10 จากคุณสมบัติของ normal distribution ข้อมูลที่อยู่ระหว่าง  $\pm 2SD$  (ระหว่าง 30-70) เท่ากับ 0.9545 หรือ 95.45% ของข้อมูลทั้งหมด และข้อมูลที่อยู่ระหว่าง  $\pm 3SD$  (ระหว่าง 20-80) เท่ากับ 0.9973 หรือ 99.73% ของข้อมูลทั้งหมด ฉะนั้น คะแนนที่คำนวณได้เท่ากับ 51.88 และ 33.43 ข้างต้น จึงนับได้ว่าอยู่ในกลุ่มประชากรเดียวกันกับประชากรปกติที่มีสุขภาพดี โดยคะแนน 51.88 แสดงให้เห็นว่ามีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านกายดีกว่าประชากรสุขภาพดีโดยเฉลี่ยเล็กน้อย ส่วนคะแนน 33.43 แสดงว่ามีคุณภาพชีวิตด้านใจดีกว่าประชากรสุขภาพดีโดยเฉลี่ยเล็กน้อยเช่นกัน หากคะแนนที่คำนวณได้ออกนอกช่วง 20-80 เช่น ต่ำกว่า 20 บ่งชี้ว่าไม่ควรนับเป็นกลุ่มเดียวกันกับประชากรสุขภาพดี



รูปที่ 1 สมมติการกระจายของคะแนนมาตรฐาน T standardized scores



นอกจากความตรงแบบ construct validity และข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการในประชากรปกติ พบว่า 9-THAI มีความตรงแบบ known-groups validity ด้วย<sup>34</sup> คือ ผู้ที่มีอายุมาก หรือมีประวัติการป่วย หรือ มีประวัติการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล มีร้อยละของผู้ที่ประเมินว่าตนเองมีปัญหาในคำถามข้อ 1-7 สูงกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า หรือไม่มีประวัติการเจ็บป่วย หรือ ไม่มีประวัติการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ ผู้ที่ประเมินว่าตนเองมีภาวะสุขภาพไม่ดี (ในคำถามข้อ 8-9 ที่ประเมินสุขภาพโดยทั่วไป) มีร้อยละของผู้ที่ประเมินว่าตนเองมีปัญหาในคำถามข้อ 1-7 สูงกว่าผู้ที่ประเมินว่าตนเองมีภาวะสุขภาพดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน

ในส่วนความเที่ยงของ 9-THAI ซึ่งประเมินโดยความสอดคล้องภายใน (homogeneity reliability)<sup>34</sup> พบร่วมกับความสุขภาพภายใน (internal consistency) ที่มีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.87 ส่วนความสุขภาพใจข้อ 5-7 มีค่า Cronbach's alpha ของเท่ากับ 0.72 ทั้งนี้ค่า Cronbach's alpha อยู่ในช่วง 0.7-0.9 บ่งชี้ว่ามีความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์ดี

## 2. การศึกษาความเที่ยงและความตรงของ 9-THAI ในผู้ป่วยคนไทยที่รักษาทดแทนไต

การศึกษาความเที่ยงและความตรงของ 9-THAI ในผู้ป่วยรักษาทดแทนไต ณ โรงพยาบาลศรีนครินทร์<sup>33,34</sup> เมื่อศึกษาความตรงแบบ convergent และ divergent validity โดยใช้แบบวัด SF-36 เป็นแบบวัดคุณภาพ พบร่วมกับค่าสถิติสหสมพันธ์ Spearman Rho correlation ระหว่าง physical component score ของ SF-36 กับ PHS ของ 9-THAI เท่ากับ 0.49 และค่าสถิติ Spearman Rho correlation ระหว่าง mental component score ของ SF-36 กับ MHS ของ 9-THAI เท่ากับ 0.56 แสดงให้เห็นถึงความสอดคล้องกันของผลการวัดในมิติเดียวกันระหว่าง SF-36 และ 9-THAI ดังนั้น ผลดังกล่าวจึงสนับสนุนว่ามีความตรงแบบ convergent validity ส่วนการประเมิน divergent validity คือผลการวัดในมิติที่ต่างกันจะต้องมีค่าสถิติสหสมพันธ์ต่ำกว่านี้ พบร่วมกับ Spearman Rho correlation ระหว่าง physical component score ของ SF-36 กับ MHS ของ 9-THAI เท่ากับ 0.25 และค่า Spearman Rho correlation ระหว่าง mental component score ของ SF-36 กับ PHS ของ 9-THAI เท่ากับ 0.41

ซึ่งต่ำกว่า ดังนั้น จึงสนับสนุนว่า 9-THAI มี divergent validity ด้วย

นอกจากนี้ ได้ศึกษาความตรงแบบ concurrent validity ของ 9-THAI กับตัวแปรระดับความเข้มข้นของเลือด (hematocrit) และตัวแปรประวัติการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล<sup>34</sup> เนื่องจากมีหลักฐานเชิงประจักษ์แสดงว่า การมีภาวะเลือดจาง (anemia) ล่วงผลให้ผู้ป่วยโรคไตมีคุณภาพชีวิตต่ำ<sup>6</sup> เมื่อจำแนกผู้ป่วย เป็นกลุ่มที่มีกับไม่มีภาวะเลือดจาง พบร่วมกับคะแนน PHS ของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดจาง (median = 35.03) ต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะเลือดจาง (median = 42.53) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และคะแนน MHS ของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดจาง (median = 29.63) ต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะเลือดจาง (median = 38.51) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติด้วยเช่นกัน ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานตั้งไว้ เมื่อจำแนกผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีกับไม่มีประวัติเคยพักรักษาตัวในโรงพยาบาลในรอบหนึ่งปีที่ผ่านมาพบว่า คะแนน PHS ของผู้ที่มีประวัติพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (28.64) ต่ำกว่าผู้ที่ไม่มีประวัติ (43.22) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลทั้งหมดยืนยันความตรงแบบ concurrent validity ของ 9-THAI

การประเมินความเที่ยงของ 9-THAI ในผู้ป่วยรักษาทดแทนไต<sup>34</sup> โดยการประเมินข้า้แบบ test-retest reliability โดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยช้าในเวลาห่างกันหนึ่งเดือน และให้ผู้ป่วยประเมินตนเองว่าเมื่อเปรียบเทียบกับเดือนที่แล้ว ตนเองมีสุขภาพดีขึ้น เนื่องจากเดิม หรือไม่ดีในส่วนผู้ป่วยที่ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพเหมือนเดิมนั้น นำมาวิเคราะห์ความเที่ยงแบบ test-retest reliability โดยคำนวณค่า Intraclass correlation (ICC) ของคะแนนสุขภาพกายและใจได้เท่ากับ 0.79 (ช่วงเชื่อมั่น 95% = 0.69 - 0.86) และ 0.78 (ช่วงเชื่อมั่น 95% = 0.68 - 0.85) ตามลำดับ ซึ่งแสดงว่ามีความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์ดี

คุณสมบัติที่สำคัญอีกประการหนึ่งของเครื่องมือวัดที่ดีคือการสามารถตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงที่เรียกว่า responsiveness เนื่องจากเครื่องมือวัดที่ไม่สามารถตรวจพบความแตกต่างหรือตอบสนองต่อสภาวะที่เปลี่ยนแปลงไป ย่อมนำไปใช้ประโยชน์ไม่ได้ การประเมินคุณสมบัติ responsiveness ของ 9-THAI ในผู้ป่วยรักษาทดแทนไต<sup>34</sup> วิเคราะห์โดยใช้ข้อมูลของผู้ป่วยที่ประเมินตนเองว่ามีสุขภาพดีขึ้นในระยะเวลาหนึ่งเดือน



ชี้พบว่าคะแนน PHS และ MHS ของ 9-THAI สูงขึ้น ตอบสนองตรงกับการประเมินว่าตนเองมีสุขภาพที่ดีขึ้น ทั้งนี้ ค่าดัชนีของการตอบสนอง (responsiveness index) ของ 9-THAI เป็นดังนี้ คะแนนสุขภาพกาย; effect size (ES) = 0.18, standardized response mean (SRM) = 0.21, Guyatt's responsiveness index (GRI) = 0.28, คะแนนสุขภาพใจ; ES = 0.26, SRM = 0.26, GRI = 0.34 ตามลำดับ

### 3. คะแนน 9-THAI ของผู้ป่วยคนไทยที่รักษาทดแทนไตและกลุ่มโรคต่าง ๆ

การแปลผลคะแนน 9-THAI ในลักษณะ norm-based ที่กล่าวมา ซึ่งเป็นการเปรียบเทียบกับประชากร

สุขภาพดีนั้น เป็นแนวทางหนึ่งในการนำไปใช้ประโยชน์ สำหรับผู้วิจัยที่ต้องการเปรียบเทียบกับกลุ่มโรคอื่น ๆ นั้น สามารถใช้ข้อมูลในตารางที่ 1 ที่ได้จากการวิเคราะห์ ข้อมูลการสำรวจนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546 ในกลุ่มผู้ที่รายงานตนเองว่าเป็นโรคประจำตัวเพียงอย่างเดียว<sup>34</sup> ได้แก่ ภูมิแพ้ โรคข้อ กระดูก หอบหืด ปวดหลัง เบ้าหวาน ทางเดินอาหาร/กระเพาะอาหาร อัมพาต/อัมพฤกษ์ ความดันโลหิตสูง ไมเกรน ทั้งนี้ ในตารางที่ 1 ได้แสดงข้อมูลของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง ฟอกเลือด และปลูกถ่ายไตจากการศึกษาของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ไว้ด้วย

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนสุขภาพกายและใจ 9-THAI ในโรคต่าง ๆ

| Disease groups                            | n     | Physical Health Score (95% CI) | Mental Health Score (95% CI) |
|---|-------|--------------------------------|------------------------------|
| Allergy                                   | 634   | 44.20 (42.77, 45.63)           | 46.82 (45.11, 48.52)         |
| Arthralgia, osteoporosis                  | 554   | 34.32 (32.05, 36.59)           | 42.99 (41.16, 44.82)         |
| Asthma                                    | 349   | 36.86 (33.01, 40.71)           | 43.78 (41.14, 46.43)         |
| Back pain                                 | 360   | 32.24 (28.99, 35.49)           | 42.85 (40.31, 45.38)         |
| Continuous ambulatory peritoneal dialysis | 62    | 26.59 (20.51, 32.68)           | 32.20 (26.75, 37.66)         |
| Diabetes mellitus                         | 607   | 39.84 (37.82, 41.86)           | 44.67 (43.12, 46.21)         |
| Gastrointestinal disorders/ Peptic ulcer  | 678   | 39.13 (35.37, 42.90)           | 43.48 (41.46, 45.51)         |
| Hemiparesis, Hemiplegia                   | 81    | -1.09 (-11.82, 9.64)           | 16.83 (7.71, 25.95)          |
| Hemodialysis                              | 107   | 30.12 (25.54, 34.69)           | 28.87 (24.69, 33.06)         |
| Hypertension                              | 1,409 | 41.62 (40.15, 43.10)           | 45.17 (43.81, 46.54)         |
| Kidney transplantation                    | 133   | 33.83 (30.29, 37.37)           | 32.96 (29.51, 36.41)         |
| Migraine                                  | 117   | 44.53 (41.14, 47.91)           | 41.48 (37.40, 45.57)         |

แหล่งที่มา: จากการสำรวจนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546

### บทสรุป

ในปัจจุบันรัฐบาลได้เพิ่มเติมลิธิประโยชน์ของโครงการประกันสุขภาพทั่วหน้า โดยให้ครอบคลุมถึง การรักษาทดแทนไต ส่งผลให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายได้เข้าถึงการรักษาทดแทนไตเพิ่มมากขึ้น ดังนั้น การประเมินผลลัพธ์การรักษาในเรื่องคุณภาพชีวิตที่

สะท้อนจากมุมมองของผู้ป่วย จะมีส่วนช่วยให้บุคลากร ทางการแพทย์ยกระดับการดูแลรักษาผู้ป่วยเหล่านี้ไปสู่ การรักษาที่ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น และทำให้ ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ ตลอดจนสามารถ ทำหน้าที่เป็นประโยชน์ต่อสังคมได้ตามอัตภาพอันจะช่วยลดภาระต่อครอบครัวและสังคมลงได้ การนำเครื่องมือ



วัดคุณภาพชีวิตจากต่างประเทศมาประยุกต์ใช้ มิใช่เพียงแค่การแปล แต่จำเป็นต้องมีการศึกษาคุณสมบัติ ด้านความเที่ยงตรงในคนไทยก่อน เครื่องมือวัดที่นิยมใช้มากในต่างประเทศ SF-36 แม้ว่าจะมีการแปลเป็นภาษาไทย แต่ยังไม่มีค่าคะแนนในประชากรปกติดคนไทยจำนวนมากพอที่จะนำมาเปรียบเทียบและคำนวณ เป็นคะแนนองค์ประกอบได้อย่างชัดเจน ในบทความนี้ จึงได้นำเสนอรายละเอียดของเครื่องมือวัด 9-THAI เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาล ได้เทิ่มได้มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับ 9-THAI ซึ่งเป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตที่สามารถแปลผลค่าคะแนน เปรียบเทียบกับประชากรปกติดคนไทยที่มีสุขภาพดี อันจะมีส่วนช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์เข้าใจการแปลผลค่าคะแนนคุณภาพชีวิตได้ดียิ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม การคำนวณคะแนน 9-THAI อาจมีความยุ่งยากสำหรับผู้ใช้ ทั้งนี้ ผู้ใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตควรตระหนักร่วม กว่า เครื่องมือวัดนั้นเป็นเพียงกระบวนการได้มาซึ่งข้อมูลเท่านั้น ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ควรรับรู้ข้อมูลเหล่านั้นด้วย ความเข้าใจ อันจะนำไปสู่การดูแลรักษาผู้ป่วยทั้งกายใจ เพื่อให้การรักษาเป็นประโยชน์สูงสุดและนำไปสู่ สุขภาวะโดยรวมของผู้ป่วยต่อไป

### กิตติกรรมประจำ

แบบวัด 9-THAI นั้นเป็นส่วนหนึ่งของ แบบสอบถามในการสำรวจนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546 ซึ่งผู้เขียนได้รับความอนุเคราะห์จากดร.นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร ผู้อำนวยการสำนักนโยบายสุขภาพ ระหว่างประเทศ และคุณจีราวรรณ บุญเพิ่ม ผู้อำนวยการ สำนักงานสถิติแห่งชาติ ให้นำข้อมูลมาใช้ในการศึกษา จึงได้รับขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี่

### เอกสารอ้างอิง

1. Fayers PM, Machin D. Quality of life: Assessment, analysis, and interpretation. West Sussex, UK: John Wiley & Sons Ltd; 2000.
2. Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality-of-life outcomes. NEJM 1996; 334(13): 835-40.
3. Wood-Dauphinee S. Assessing quality of life in clinical research: from where have we come and where are we going? J Clin Epidemiol 1999; 52(4): 355-63.
4. Sprangers MAG, de Regt EB, Andries F, van Agt ME, Bijl RV, de Boer JB, et al.. Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? J Clin Epidemiol 2000; 53: 895-907.
5. Rebollo P, Ortega F. New trend on health related quality of life assessment in end-stage renal disease patients. Int Urol Nephrol 2002; 33: 195-202.
6. Valderrabano F, Jofre R, Lopez-Gomez JM. Quality of life in end-stage renal disease patients. Am J Kidney Dis 2001; 38(3): 443-64.
7. Muehrer RJ, Becker BN. Life after transplantation: New transitions in quality of life and psychological distress. Semin Dial 2005; 18(2): 124-31.
8. Unruh ML, Weisbord SD, Kimmel PL. Health-related quality of life in nephrology research and clinical practice. Semin Dial 2005; 18(2): 82-90.
9. Higginson IJ, Carr AJ. Using quality of life measures in the clinical setting. BMJ 2001; 322(26 May): 1297-1300.
10. Knight EL, Ofsthun N, Teng M, Lazarus M, Curhan GC. The association between mental health, physical function, and hemodialysis mortality. Kidney Int 2003; 63: 1843-51.
11. Lowrie EG, Curtin RB, LePain N, Schatell D. Medical Outcomes Study Short Form-36: A consistent and powerful predictor of morbidity and mortality in dialysis patients. Am J Kidney Dis 2003; 41(6): 1286-92.
12. Mapes, D.L. et al. Health-related quality of life as a predictor of mortality and hospitalization: The Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). Kidney Int 2003; 64: 339-49.



13. Bowling A. Measuring health: A review of quality of life measurement scales. 3rd ed. Glasgow, UK: Bell & Bain Ltd; 2005.
14. Patrick DL, Chiang YP. Measurement of health outcomes in treatment effectiveness evaluations: Conceptual and methodological challenges. *Med Care* 2000; 38(9, Suppl II): II-14-25.
15. Perfetto EM, Reeve B, Subedi P, Carlson AM, Morris LS. Measuring health status. In: Grauer DW, Lee J, Odom TD, Osterhaus JT, Sanchez LA, Touchette DR, editors. *Pharmacoeconomics and outcomes: Applications for patient care*. 2nd ed. Kansas City, MO: American College of Clinical Pharmacy; 2003.
16. Chapman MM. Tools for measuring humanistic outcomes. In: Grauer DW, Lee J, Odom TD, Osterhaus JT, Sanchez LA, Touchette DR, editors. *Pharmacoeconomics and outcomes: Applications for patient care*. 2nd ed. Kansas City, MO: American College of Clinical Pharmacy; 2003.
17. Garratt A, Schmidt L, Mackintosh A, Fitzpatrick R. Quality of life measurement: Bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *BMJ* 2002; 324: 1417-21.
18. Kalantar-Zadeh K, Unruh M. Health related quality of life in patients with chronic kidney disease. *Int Urol Nephrol* 2005; 37: 367-78.
19. Butt Z, Yount SE, Caicedo JC, Abecassis MM, Cella D. Quality of life assessment in renal transplant: review and future directions. *Clin Transplant* 2008; 22: 292-303.
20. Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. SF-36 health survey manual and interpretation guide. Boston, Massachusetts: The Health Institute, New England Medical Center; 1993.
21. Streiner DL, Norman GR. Health measurement scales: A practical guide to their development and use. 3rd ed. New York, NY: Oxford University Press Inc.; 2000.
22. Ware JE, Kosinski M, Keller SD, editors. SF-36 Physical & mental health summary scales: A user's manual. Boston, MA: The Health Institute, New England Medical Center; 1994.
23. Kaplan RM. Profile versus utility based measures of outcome in clinical trials. In: Staquet MJ, Hays RD, & Fayers PM, editors. *Quality of life assessment in clinical trials: Methods and practice*. New York, NY: Oxford University Press; 1998. p. 69-90.
24. Kopec JA, Willison KD. A comparative review of four preference-weighted measures of health-related quality of life. *J Clin Epidemiol* 2003; 56: 317-25.
25. บริษัท สรส. ความจำเป็นของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยเรื่องระดับท้าย (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2543.
26. นพวรรณ พุกพbus. การหาค่าคุณภาพชีวิตในผู้ป่วย โดยเรื่องระดับท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและการล้างช่องห้องอย่างต่อเนื่อง (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2544.
27. ยุวดี อธิคิลป. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยเรื่องระดับท้าย (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547.
28. สุวนัน พหัตนันรันดร์กุล. เปรียบเทียบแบบบัวดคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกชุด 100 ตัวชี้วัดและ 26 ตัวชี้วัด. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย* 2541; 5(3): 4-15.
29. Schmidt S, Bullinger M. Current issues in cross-cultural quality of life instrument development. *Phys Med Rehabil* 2003; 84(Suppl 2):S29-34.
30. Cook DA, Beckman TJ. Current concepts in validity and reliability for psychometric instruments: theory and application. *Am J Med* 2006; 119:166.e7-16.



31. วีโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, อารีวรรณ เชี่ยวชาญวัฒนา, จุฬาภรณ์ ลิมวัฒนานนท์, จิตปราณี วงศิริ, สงวน ลือเกียรติบัณฑิต, จีราวรรณ บุญเพิ่ม. รายงานสถานะสุขภาพคนไทย: การวิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจ民意และสวัสดิการ พ.ศ. 2546. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2549; 15(4): 515-27.
32. Cheawchanwattana A, Limwattananon C, Limwattananon S, Lerkiatbundit S, Tangcharoensathien V. A confirmatory factor analysis of a new health status measure of Thai general population. Abstracts of the 12<sup>th</sup> Annual Conference of the International Society for Quality of Life Research, October 19-22, 2005, San Francisco, California, USA. Qual Life Res. 2005 Nov;14(9):2129.
33. อารีวรรณ เชี่ยวชาญวัฒนา, จุฬาภรณ์ ลิมวัฒนา นนท์, ชินเฉย กรอส, สุพล ลิมวัฒนานนท์, วีโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, ชลธิป พงศ์สกุล, ทวี ศิริวงศ์. ความตรงและความเที่ยงของแบบวัดคุณภาพชีวิตชนิดใหม่ที่เหมาะสมในทางปฏิบัติกับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทดแทนได. วารสารจดหมายเหตุทางการแพทย์ 2549; 89(Suppl. 2): S207-17.
34. Cheawchanwattana A. The psychometric property of a new generic health status measure: the 9-item Thai Health status Assessment Instrument (9-THAI). [PhD Dissertation]. Khon Kaen (Thailand): Khon Kaen Univ.; 2007.

## คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชาคตตะวันออก-เฉียงเหนือ ได้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นสื่อกลางของบุคลากรพยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมเผยแพร่ความรู้และแนวปฏิบัติจากการวิจัย บทความวิชาการและการส่งข่าวสาร และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่จะอื้อประโภชน์ต่อผู้รับบริการพยาบาล รวมทั้งเสริมสร้างความเชื่อใจอันดี เพิ่มพูนความเข้มแข็งทางวิชาชีพพยาบาล ดังนั้นจึงได้ขอเชิญชวนให้ทุกท่านที่เป็นอาจารย์พยาบาล ผู้เชี่ยวชาญ ผู้ให้บริการพยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้องที่สนใจส่งเรื่องมาเผยแพร่ในวารสารนี้ กองบรรณาธิการยินดีรับเรื่องที่ท่านส่งมาและยินดีสรุหาผู้เชี่ยวชาญในเรื่องที่ท่านเขียนมาให้ข้อเสนอแนะ ใน การปรับปรุงต้นฉบับให้ได้คุณภาพอย่างสมบูรณ์แบบ โดยอยู่ในขอบเขตดังนี้

### ประเภทของเรื่องที่จะตีพิมพ์

- รายงานผลการวิจัย หรือรายงานการค้นคว้าและการสำรวจในด้านการพยาบาลหรือวิทยาศาสตร์สุขภาพ
- บทความทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลสาขาต่างๆ หรือสาขาอื่นที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพพยาบาล
- บทความปริทัศน์ โดยการศึกษาวิเคราะห์วิจารณ์บทความทางการพยาบาลที่ตีพิมพ์แล้วในวารสารอื่น เพื่อร่วมแสดงความคิดเห็น ซึ่งก่อให้เกิดความกระจั่งและสมบูรณ์ยิ่งขึ้นในเรื่องนั้นๆ
- เรื่องอื่นๆ ที่กองบรรณาธิการเห็นสมควร เช่น ข่าวสารที่น่าสนใจที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพ และบุคคลในวิชาชีพ เป็นต้น

### การเตรียมต้นฉบับ

- ต้นฉบับที่จะส่งมาลงพิมพ์ในวารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชาคตตะวันออกเฉียงเหนือ ไม่ควรเป็นเรื่องที่เคยพิมพ์ หรือกำลังอยู่ในระหว่างการพิจารณาเพื่อลงพิมพ์ในวารสารอื่น
- ต้นฉบับ พิมพ์สี 3 ชุด ด้วยกระดาษขาว A4 พิมพ์หน้าเดียว ที่ผ่านการตรวจสอบเรียบร้อยทั้งนี้ไม่ควรเกิน 10 หน้า พร้อมกับแนบ diskette ที่บันทึกข้อมูลต้นฉบับครบถ้วน

### รูปแบบของการเตรียมต้นฉบับ

- บทความ ควรเรียงลำดับดังนี้
  - ชื่อเรื่อง (Title) ควรจะสั้นได้ใจความ และสอดคล้องกับเนื้อหาในเรื่อง โดยพิมพ์ไว้หน้าแรก และควรมีชื่อภาษาอังกฤษกำกับไว้ด้วย
  - ชื่อผู้เขียนและผู้ร่วมงาน (Author and co-worker) ชื่อผู้เขียนพร้อมวุฒิการศึกษาสูงสุดและผู้ร่วมงานอยู่ใต้ชื่อเรื่อง โดยเขียนไปทางขวาเมื่อ ส่วนตัวแห่งและสถาบันหรือสถานที่ทำงานของผู้เขียน ควรพิมพ์ไว้เป็นเชิงบรรทัด
- รายงานผลการวิจัย ควรเรียงลำดับดังนี้
  - ชื่อเรื่อง ชื่อผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัย สถานที่ทำงาน วุฒิการศึกษาสูงสุด เช่นเดียวกับรูปแบบการเขียนบทความข้างต้น
  - บทคัดย่อ (Abstract) ภาษาไทย ภาษาอังกฤษ เขียนสั้นๆ ให้ครอบคลุมสาระสำคัญของเรื่อง
  - คำสำคัญ (Keywords) เป็นคำหรือข้อความสั้นๆ ที่เป็นจุดสำคัญของเนื้อเรื่องทั้งหมดรวมกันแล้ว ไม่ควรเกิน 5 คำ อยู่ในหน้าเดียวกันกับบทคัดย่อหรือ เชิงบรรทัด (Foot note)
  - ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา กล่าวถึงการพิจารณาถึงปัญหาอย่างสั้นๆ ความสำคัญของปัญหา การสำรวจเอกสารที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ทำอย่างย่อๆ และวัตถุประสงค์การวิจัย ขอบเขตการวิจัย กรอบแนวคิดการวิจัย
  - วิธีดำเนินการวิจัย (Research design) ให้กล่าวถึงชนิดของการวิจัย กลุ่มประชากร กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล (Materials and Methods) วิธีวิเคราะห์ข้อมูลและวิธีธรรมการวิจัย
  - ผลการวิจัย (Results) รายงานผลการวิจัยเป็นคำบรรยาย อาจแยกเป็นหัวข้อเพื่อให้เข้าใจง่าย อาจมีตารางซึ่งต้องไม่มีเส้นแนวนอนตั้งบรรจุข้อมูล ที่สรุปจากผลอย่างชัดเจนให้พோเมะกับหน้ากระดาษในแนวตั้ง หัวข้อของตารางอยู่ด้านบนของตาราง และควรมีความสมบูรณ์เพียงพอที่จะให้ผู้อ่านเข้าใจข้อมูลที่นำเสนอ กรณีรูปภาพ ใช้ภาพถ่ายที่มีความชัดเจน ขนาดไปสากร์ด คำอธิบายรูปให้ใส่ไว้ใต้รูป

2.7 การอภิปรายผล (Discussion) เป็นการอภิปรายถึงแนวคิดที่นำมาใช้ในการวิจัย การเปรียบเทียบผลการวิจัยกับงานวิจัยอื่นและสรุปอย่างย่อฯ

2.8 ข้อเสนอแนะ (Suggestion) เป็นการกล่าวถึงข้อเสนอแนะจากการวิจัยและข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาต่อไป

2.9 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement) เป็นการแสดงความขอบคุณแก่ผู้ให้ความช่วยเหลือ หรือสนับสนุนงานวิจัยนั้นๆ แต่ไม่ได้เป็นผู้ร่วมงาน

2.10 เอกสารอ้างอิง (References) เอกสารอ้างอิงจำเป็นต้องปรากฏทั้งการเขียนบทความและรายงานผลการวิจัย

#### การเขียนเอกสารอ้างอิง

การเขียนเอกสารอ้างอิงต่างๆ ให้ใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver's style) ซึ่งเป็นที่นิยมใช้ในวารสารทั่วไป ดังนี้

การอ้างเอกสารในเนื้อเรื่อง ถ้าอ้างผลงานหรือคัดลอกข้อความของผู้แต่งคนหนึ่งคนใดโดยเฉพาะ การอ้างอิงให้ใส่หมายเลขอ กำกับไว้ข้างท้ายข้อความที่คัดลอกมาโดยตัวเลขพิมพ์ด้วยตัวยก หมายถึงลำดับที่ของการเรียงเอกสารอ้างอิงที่อ้างไว้ในท้ายบทความซึ่งต้องเขียนให้ตรงกัน การเรียงหมายเลขอ ให้เริ่มต้นด้วย เลข 1 และเรียงลำดับไปเรื่อยๆ หากมีการอ้างอิงหรือคัดลอกข้อความนั้นข้าให้ใช้หมายเลขเดิมตามที่อ้างอิงในครั้งแรกกำกับไว้หลังข้อความนั้นด้วย

ตัวอย่าง .....การเกิดภาวะทุพโภชนาการ (Malnutrition) ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เป็นตัวชี้วัดภาวะสุขภาพของคนในชุมชนนั้น<sup>1</sup> .....<sup>2</sup> .....<sup>3</sup>

เอกสารอ้างอิงที่เป็นวารสาร การเขียนเอกสารอ้างอิงที่เป็นวารสาร ประกอบด้วย หมายเลขอ ลำดับการอ้างอิง. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อวารสาร ปีที่พิมพ์; ฉบับที่ : หน้า. หากมีผู้เขียนจำนวน 1 – 6 คนให้เขียนชื่อทุกคน ถ้ามากกว่านั้นให้เขียนชื่อคนที่ 1 ถึง 6 และคณะ. แทน

ตัวอย่าง

1. องค์ นันทสมบูรณ์ และคณะ. การพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยเบาหวานจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนโดยการจัดการเชิงกลยุทธ์. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชาคตตะวันออกเฉียงเหนือ 2549; 24(2): 60-69.
2. สุจิตรา ชัยกิตติศิลป์. การศึกษาความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลหัวเฉียว.

วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชาคตตะวันออก-เฉียงเหนือ 2550; 25(1): 52-59.

3. ณัฐร์รุษารณ เมืองชู, นันทิร์ บ่อเพ็ชร, สงค์ชวนชัย, ศุภวดี ลิมปพานนท์. ผลการจัดบริการพยาบาลอย่างมีแบบแผนต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึงอินซูลิน. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชาคตตะวันออกเฉียงเหนือ 2550; 25(2): 17-23.

เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือหรือตำรา การเขียนเอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือหรือตำรา ประกอบด้วย หมายเลขอ ลำดับการอ้างอิง. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อตำรา. เมื่อที่พิมพ์: โรงพิมพ์; ปีที่พิมพ์. ตัวอย่าง

4. Pender NJ. Health promotion in nursing practice. (2nd ed.). Stamford Connecticut: Appleton & Lange; 1996.

#### ข้อตกลง

1. กองบรรณาธิการจะเป็นผู้พิจารณาคัดเลือกเรื่องเพื่อตีพิมพ์ให้เหมาะสมตามวัตถุประสงค์ของวารสารฯ ควรได้รับการรับรองจากกรรมการจริยธรรม ควรอ้างอิงผลงานที่เคยเผยแพร่ในวารสารนี้

2. เรื่องที่ตีพิมพ์แล้วเป็นสมบัติของวารสารและเป็นผู้ส่วนลิขสิทธิ์ทุกประการ

3. ความถูกต้องของข้อความหรือเรื่องราวที่ตีพิมพ์ ถือเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียน

4. บทความที่ได้รับตีพิมพ์ทุกชนิด ถือเป็นวิทยาทาน ไม่มีค่าตอบแทน แต่กองบรรณาธิการจะส่งวารสารที่ตีพิมพ์ทุกความนั้นให้ผู้เขียนจำนวน 1 ฉบับ

#### สถานที่ติดต่อปรึกษาและส่งต้นฉบับ

1. รองศาสตราจารย์ ดร.สมจิต แดนสีแก้ว กองบรรณาธิการ วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาวิชาคตตะวันออกเฉียงเหนือ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40002 โทร. (043) 362012, 202407 โทรสาร (043) 362012, 081-4710980, 084-0344940 E-mail: somdae@kku.ac.th.
2. ดร.วารีวรรณ ศิริวราณิชย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา 30000 โทร. (044) 242397 โทรสาร (044) 270222
3. อาจารย์พรพรรณ พิพาก์มาตย์ วิทยาลัยพยาบาลสรรพสิทธิ์ประสงค์ ถนนพลแพน อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี โทร. (045) 243803 โทรสาร (045) 243803



## ใบแจ้งความลงโทษณา

ถึง ประธานฝ่ายวารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....  
บริษัท ห้างร้าน.....  
ที่อยู่.....  
มีความประสงค์จะลงโทษณาแจ้งความใน “วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย  
สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ” ขนาดเนื้อที่..... หน้าตามอัตราโทษณา  
เป็นเงิน..... บาท พร้อมนี้โปรดระบุข้อความที่ใช้โทษณา

หมายเหตุ เริ่มลงโทษณาตั้งแต่ฉบับที่.....ปีที่..... (ลงนาม).....  
ถึงฉบับที่.....ปีที่.....เป็นเวลา.....ปี วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....  
รวม.....ฉบับ บริษัท, ห้างร้าน.....

● อัตราค่าโฆษณาภารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ●  
สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

|                      |               |   |      |
|----------------------|---------------|---|------|
| ปกหลังด้านในเต็มหน้า | 4,000.- บาท / | 3 | ฉบับ |
| ใบแทรกลึมหน้า        | 2,000.- บาท / | 3 | ฉบับ |
| ใบแทรกริ้งหน้า       | 1,000.- บาท / | 3 | ฉบับ |

หมายเหตุ

- ถ้าบล็อกเกินกว่า 1 สีเที่ยงไป ต้องตกลงราคาเป็นกรณีพิเศษ
- ถ้าข้อความโฆษณาไม่ภาพประกอบ โปรดส่งบล็อกพร้อมกับข้อความที่จะลงโฆษณามาด้วย
- ขนาดกรอบโฆษณาเต็มหน้า ประมาณ  $16 \times 24$  ซม.
- จำนวนพิมพ์วารสาร 500 เล่ม ต่อครั้ง



## ใบสมัครเป็นสมาชิกการลารสماคอมพญาลาฯ

สาขาวัสดุและวัสดุอุตสาหกรรม

ชื่อ-นามสกุล (หรือสถาบัน).....

ที่อยู่ (ที่ส่งได้ทางไปรษณีย์).....

โทรศัพท์.....

ขอสมัครเป็นสมาชิก วารสาร “สมาคมพยาบาลฯ สาขาวัสดุและวัสดุอุตสาหกรรม”

ตั้งแต่ฉบับที่.....ปีที่.....จนถึงฉบับที่.....ปีที่.....รวม.....ฉบับ

พร้อมนี้ได้ส่งเงินจำนวน.....บาท (.....)

โดยสั่งจ่าย รองศาสตราจารย์ ดร.สมจิต แคนสีแก้ว

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น 40002

สั่งจ่าย ณ ที่ทำการไปรษณีย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จ.ขอนแก่น

หมายเหตุ ค่าบำรุงสมาชิก : 1 ปี 160 บาท ลงชื่อ.....

2 ปี 300 บาท (.....)

กำหนดออก ปีละ 4 ฉบับ ราคาเล่มละ 45 บาท วันที่.....