

วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ

JOURNAL OF HEALTH SCIENCE RESEARCH

ISSN 1906-0319 (Print) ISSN 2697-5025 (Online)

ปีที่ 14 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2563 Volume 14 No.2 May - August 2020



ปิยะกร ไพรสนธิ์ พรทิพย์ สาริโส ปิยะนุช พูลวิวัฒน์

ศิริพร ครุฑทาศ ลิขิตกุล พุ่มเกษม นงนภัทร รุ่งเนย
สุจิรา วิเชียรรัตน์ ธัญญาศิริ โสมคำ

ชัยนันท์ เหมือนเพชร นิภา มหารัษฎพงศ์ ปาจริย์ อับดุลลาการิม

จิรภา กาญจนโกเมศ พรสรวง วงศ์สวัสดิ์ นิตยา ศรีสุข

อรรถยา อมรพรหมภักดี ฐาศุภกร จันประเสริฐ อมราพร สุรการ

ภาครา ยิงยวด ณัฐปิ่นท์ เพียรธัญญกรรม วริตญา อาจารย์ม
หัตถณ พละไชย อานนท์ สังฆะพงษ์ ปราโมทย์ ต่างกระโทก

สุดารัตน์ วุฒิสักดิ์ไพศาล ศิริพร ชุตติเจื้อจัน เขมจิรา ท้าวน้อย

อเนกพงศ์ ฮ้อยคำ ลัณวี ปิยะบัณฑิตกุล วิริทธิ์ กิตติพิชัย

เยาวรัตน์ รุ่งสว่าง ยุพารรณ ทองตะนุณาม จตุพร หนูสวัสดิ์ ศรีญา ปานปิ่น

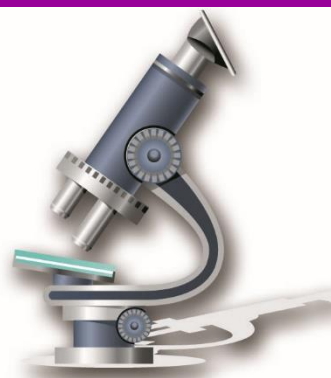
วิรุพจิรา อุ่นจางวาง วิภารัตน์ สุวรรณไวพัฒน์ อรุณีรัตน์สกุล
ชไมพร ประคำนอก จุฬารพร ภิรมย์ไกรภักดิ์ ปิยะนุช ภิญโย

อารีย์ เสถียรวงศา บุญทิพย์ สิริรังศรี วันเพ็ญ ภิญโยภาสกุล
สุพร ดนัยคุณิกุล

เพ็ญญา พิสัยพันธุ์ ดาราวรรณ ร่องเมือง คัทลียา วสุธาดา
พรฤดี นิธิรัตน์ สุจิตร์ ประยูรวง

กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์ เสาวลักษณ์ ศรีตาเกษ ลำพึง วอนอก
สุพัฒน์ อาสนะ วรณศรี แวงงาม กุลธิดา กิ่งสวัสดิ์ ภาณุชนาก อ่อนไกล

Chuntana Rogerson



ประสิทธิผลของตำรับอาหารพื้นเมืองต่อภาวะโลหิตจางในผู้สูงอายุภาคเหนือตอนบน

การพัฒนาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตเพื่อการเตรียมพร้อมสำหรับกลุ่มอาชีพเคลื่อนย้าย
แรงงานเสรีของประเทศในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

การรู้เท่าทันสื่อสังคมออนไลน์เรื่องเพศกับพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นในประเทศไทย

ปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับในผู้สูงอายุและผู้สูงอายุ
ที่เป็นโรคอ้วน

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลชะลอไตเสื่อม
เครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ผลของการเรียนรู้โดยใช้นวัตกรรมเป็นฐานต่อทักษะในศตวรรษที่ 21 และประสบการณ์
การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล

ผลการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการเตรียมความพร้อมก่อนฝึกปฏิบัติงานต่อความรู้
ความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเองของนักศึกษาพยาบาล

ปัจจัยทำนายการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดขอนแก่น

การพัฒนาสมรรถนะผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี: การติดตามประเมินผลโครงการ

ผลของการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เรื่อง รูทัน ป้องกัน ความรุนแรงทางเพศ ต่อความรู้ของ
นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนครราชสีมา

การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร

การสร้างศักยภาพชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดภาวะน้ำหนักเกิน
และภาวะอ้วนของชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดต่อการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
(COVID-19) ของนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Ethnographic Study in Nursing: A Review

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจอ่านบทความ
วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ ปีที่ 14 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2563

ดร.กมลรัตน์ เทอร์เนอร์
รศ.ดร.กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ
ดร.กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา
ดร.ขจี พงศ์ธรวิบูลย์
รศ.ดร.ชนิษฐา นันทบุตร
ดร.ชิงชัย เมธพัฒน์
ดร.เชษฐา แก้วพรม
รศ.ดร.ชลิดา ธนฐิธิกุล
ดร.ณัฐวราวรรณ คำแสน
ผศ.ดร.ดวงเนตร ธรรมกุล
ดร.ดาราวรรณ ร่องเมือง
รศ.ดร. นิตยา เพ็ญศิริินภา
ดร.นิทรา กิจธีระวุฒิมังษ์
ผศ.ดร.บุษบา สงวนประสิทธิ์
ผศ.ดร.ประนอม รอดคำดี

ดร.ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์
ดร.ปวีณภัทร นิธิตันติวัฒน์
นอ.ดร.พงษ์สุวรรณ ศรีสุวรรณ
ดร.พรฤดี นิธิรัตน์
ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา
รศ.ดร.วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล
ดร.วรรณพร บุญเปล่ง
ผศ.ดร.วรรณวดี ฦกัต
ดร.ศรวิวรรณ มีบุญ
ดร.ศศิธร ชิตน่าย
นาวาโทหญิง ดร. สุปราณี พลชนะ
ผศ.ดร. สายใจ พัวพันธ์
ดร.สุชีวา วิชัยกุล
ดร.สุศักดิ์สุนทร
รศ.ดร.แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ

วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ เป็นวารสารที่มีคณะกรรมการพิจารณา (Peer review)
ที่ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิหลากหลายสาขาในการพิจารณาตรวจคุณภาพงานทุกเรื่องก่อนได้รับการตีพิมพ์
บทความหรือข้อคิดเห็นใดๆ ในวารสารฯ ถือเป็นความคิดเห็นของผู้เขียน
วารสารฯ หรือคณะกรรมการไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วยทุกครั้ง

วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ

วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ จัดทำโดยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยและบทความวิชาการทางการพยาบาล การสาธารณสุข และวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพสาขาที่เกี่ยวข้อง

เจ้าของ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

ที่ปรึกษาโครงการ	ดร.กมลรัตน์	เทอร์เนอร์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี
	ศ.ดร.บุญทิพย์	สิริรังศรี	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
	รศ.ดร.โยธิน	แสวงดี	มหาวิทยาลัยมหิดล
	รศ.ดร.สังวรณ์	จัตตะระโท	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
	ผศ.ดร.ประนอม	รอดคำดี	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
	ดร.ศุภกรใจ	เจริญสุข	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชลบุรี
บรรณาธิการ	ดร.มาสริน	ศุกลปักษ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	ดร.สุดคนึง	ฤทธิ์ฤทัย	สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ
			สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กองบรรณาธิการ	ดร.ลัดดา	เหลื่องรัตนมาศ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชลบุรี
	อาจารย์สุจิรา	ฟุ้งเฟื่อง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี
	Prof. Dr. (Med) Benno	Von Bormann	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
	ศ.กิตติคุณ ดร.วัลลภา	เทพหัสดิน ณ อยุธยา	ผู้ทรงคุณวุฒิ
	ศ.ดร.สุขุมาล	จรรยาคุณ	มหาวิทยาลัยมหิดล
	รศ.ดร.อาภาพร	เผ่าวัฒนา	มหาวิทยาลัยมหิดล
	รศ.ดร.แอนน์	จิระพงษ์สุวรรณ	มหาวิทยาลัยมหิดล
	รศ.ดร.อรพรรณ	ลือบุญราชชัย	วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
	ผศ.ดร.พรชัย	จุลเมตต์	มหาวิทยาลัยบูรพา
	ผศ.ดร.วรรณรัตน์	ลาวัง	มหาวิทยาลัยบูรพา
	Assist. Prof. Dr. Dan	Bressington	Hong Kong Polytechnic University
	น.อ.หญิง ดร.พว.ธนพร	แย้มสุตา	โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า
	Dr. Paul	Turner	โรงเรียนเซนต์ฟรังซิสเซเวียร์
	ดร.ศุภาพิชญ์	มณีสาคร โพน โปรมาน	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
	ดร.สุชีวา	วิชัยกุล	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี นพรัตน์วัชร
	ดร.กนกวรรณ	เวทศิลป์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี นพรัตน์วัชร
ฝ่ายจัดการ	ดร.สุภาพร	วรรณสันทัด	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพ
	ดร.พนารัตน์	วิศวะเทพนิมิตร	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพ
	ดร.ยศพล	เหลื่องโสมนภา	วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
	ดร.เพ็ญพรรณ	พิทักษ์สงคราม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชลบุรี
	ดร.บุญมี	โพธิ์คำ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี
	ดร.กมลนันท	ม่วงยิ้ม	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี
	อาจารย์ชลาชัย	โชคศิริจันทร์	วิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี
	ดร.วานิชย์	ลำไย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี
	ดร.วานิชย์	ลำไย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี

กำหนดออก ราย 4 เดือน

บทบรรณาธิการ

วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพได้รับการรับรองคุณภาพของวารสารในฐานข้อมูล Thai-Journal Citation Index (TCI) กลุ่มที่ 1 รอบที่ 4 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2563 ไปจนถึง วันที่ 31 ธันวาคม 2567 และฐานข้อมูล ASEAN Citation Index (ACI) วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ กำหนดการออกวารสารทุก 4 เดือน ปีละ 3 ฉบับ (ม.ค.- เม.ย. พ.ค.- ส.ค. และ ก.ย.- ธ.ค.)

ในฉบับนี้มีบทความตีพิมพ์ จำนวน 14 เรื่อง เป็นบทความวิจัย 13 เรื่อง ที่เกี่ยวกับ ประสิทธิภาพของตำรับอาหารพื้นเมืองต่อภาวะโลหิตจางในผู้สูงอายุภาคเหนือตอนบน การพัฒนาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตเพื่อการเตรียมพร้อมสำหรับกลุ่มอาชีพเคลื่อนย้ายแรงงานเสรีของประเทศในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ การรู้เท่าทันสื่อสังคมออนไลน์เรื่องเพศกับพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นในประเทศไทย ปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับชนิดอุดกั้นในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่เป็นโรคอ้วน การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลชะลอไตเสื่อมเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ผลของการเรียนรู้โดยใช้นวัตกรรมเป็นฐานต่อทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 และประสบการณ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล ผลการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการเตรียมความพร้อมก่อนฝึกปฏิบัติงานต่อความรู้ความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเองของนักศึกษาพยาบาล ปัจจัยทำนายการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจังหวัดขอนแก่น การพัฒนาสมรรถนะผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุจังหวัดนนทบุรี: การติดตามประเมินผลโครงการ ผลของการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เรื่องรู้ทัน ป้องกันความรุนแรงทางเพศต่อความรู้ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร การสร้างศักยภาพชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนของคนในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดต่อการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก และบทความวิชาการ 1 เรื่องที่เกี่ยวกับการศึกษาเชิงชาติพันธุ์วรรณนาทางการพยาบาล ซึ่งเป็นบทความภาษาอังกฤษ

ทั้งนี้ขอขอบพระคุณคณะที่ปรึกษา ผู้ทรงคุณวุฒิ (peer review) กองบรรณาธิการทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ ในการปรับปรุงบทความให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ตลอดจนผู้พิมพ์ที่ให้ความร่วมมือในการเตรียมต้นฉบับตามรูปแบบที่วารสารกำหนด ซึ่งช่วยให้ขั้นตอนการดำเนินการเป็นไปตามมาตรฐาน รวมถึงผู้อ่านทุกท่านที่นำบทความไปใช้อย่างกว้างขวาง ที่จะทำให้เกิดประโยชน์ต่อวงการวิชาการต่อไป และขอขอบพระคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนคร จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ที่สนับสนุนการจัดทำวารสารฉบับนี้

ดร.มาสริน ศุกลักษ์

บรรณาธิการ

สารบัญ	หน้า	CONTENTS
นิพนธ์ ต้นฉบับ	PAGE	Original Articles
ประสิทธิผลของตำรับอาหารพื้นเมือง ต่อภาวะโลหิตจางในผู้สูงอายุภาคเหนือตอนบน ปิยะพร ไพธสนธิ์ พรทิพย์ สารีโส ปิยะนุช พูลวิวัฒน์	1	Effectiveness of native recipes food on anemia in the older adults living in Upper Northern Thailand Piyaporn Praison Porntip Sareeso Piyanut Poolviwat
การพัฒนาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เพื่อการเตรียมพร้อมสำหรับกลุ่มอาชีพเคลื่อนย้าย แรงงานเสรีของประเทศในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ศิริพร ครุฑทากาศ ลิขิตกุล พุ่มเกษม นงนภัท รุ่งนัย สุจิรา วิเชียรรัตน์ ธัญญาศิริ โสมคำ	11	Development of a baccalaureate nursing curriculum in response to labor mobility in Southeast Asian Countries Siriporn Kruttakart Likitkul Pumkasem Nongnaphat Rungnoei Sujira Wichianrat Thunyasiri Somkome
การรู้เท่าทันสื่อสังคมออนไลน์เรื่องเพศ กับพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นประเทศไทย ชัยนันท์ เหมือนเพชร นิภา มหาราชพงศ์ ปาจริย์ อับดุลลาการิม	23	Sexual media literacy and sexual behaviors among adolescents in Thailand Chaiyanan Muanphetch Nipa Maharachapong Pajaree Abdullakasim
ปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อภาวะหยุดหายใจ ขณะนอนหลับชนิดอุดกั้นในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคอ้วน จีรภา กาญจนโกเมศ พรสรรพ วงศ์สวัสดิ์ นิตยา ศรีสุข	34	Factors predicting the risks of obstructive sleep apnea in adults and the elderly with obesity Jeerapa Karnchanakomate Pornsuang wongsawat Nittaya Srisuk

สารบัญ	หน้า	CONTENTS
นิพนธ์ ดันฉบับ	PAGE	Original Articles
การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลชะลอไตเสื่อม เครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา อรรธยา ออมพรหมภักดี ฐาศุภร์ จันประเสริฐ อมราพร สุรการ	46	Participatory action research to develop a nursing model to slow the progression of chronic kidney disease in Tambon Health Promoting Hospitals network, Sena District, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province Attaya Amonprompukdee Thasuk Junprasert Amaraporn Surakarn
ผลของการเรียนรู้โดยใช้นวัตกรรมเป็นฐาน ต่อทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 และประสบการณ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล ภราดร ยิ่งยวด ปราโมทย์ ถ่างกระโทก ณัฐพันธ์ เพียรธัญญกรรม วรินญา อัจฉรรม ทัตถณ พละไชย อานนท์ สังขะพงษ์	58	Effects of innovation-based learning on twenty-first century skills and learning experiences among nursing students Paradorn Yingyoud Pramote Thangkratok Natthapan Phianthanyakam Warinya Attham Tattapon Palachai Arnon Sangkhaphong
ผลการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ในการเตรียมความพร้อมก่อนฝึกปฏิบัติงาน ต่อความรู้ ความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเอง ของนักศึกษาพยาบาล สุदारัตน์ วุฒิสักดิ์ไพศาล ศิริพร ชุตเจื้อจิ้น เขมจิรา ท้าวน้อย	70	Effects of High-Fidelity Simulation Based Learning for Preparation of Practice on Knowledge, Satisfaction, and Self-Confidence of nursing students Sudarat Wuttisakpisarn Siriporn Chudjuajeen Khamjira Taonoi
ปัจจัยทำนายการเกิดโรคหลอดเลือดสมองใน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดขอนแก่น เอนกพงศ์ ฮ้อยคำ ลัมวี ปิยะบัณฑิตกุล วิรินทร์ กิตติพิชัย	82	Factors predicting the occurrence of stroke in hypertensive patients in Khon Kaen province Anekpong Hoikum Luckawee Piyabanditkul Wirin Kittipichai

สารบัญ	หน้า	CONTENTS
นิพนธ์ ต้นฉบับ	PAGE	Original Articles
การพัฒนาสมรรถนะผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี: การติดตามประเมินผลโครงการ เยาวรัตน์ รุ่งสว่าง ยุพาวรรณ ทองตะนูนาม จตุพร หนูสวัสดิ์ ศรีัญญา ปานปิ่น	93	The competency development of elderly care managers in Nonthaburi Province: A monitoring and evaluating research study Yaowarat Rungsawang Yupawan Tongtanunam Jatupron Nusawat Sarunya Panpin
ผลของการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เรื่อง รู้ทัน ป้องกัน ความรุนแรงทางเพศต่อความรู้ ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา วิรุพจิตร อุ่นจางวาง วิภารัตน์ สุวรรณไวพัฒนา อรุณี รัตน์สกุล ชไมพร ประคานอก จุภาพร ภิมย์ไกรภักดิ์ ปิยนุช ภิญโญ	105	Effects of using an electronic book (E-book) about sexual violence prevention on knowledge of grade 6 students, Nakhon Ratchasima Wiroonjitra Aunchangwang Wiparat Suwanwaiphatthana Aurunee Ratsakul Chamaiporn Parkomnok Chupaporn phiromkraipak Piyanuch Phinyo
การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะ พยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร อารีย์ เสถียรวงศา บุญทิพย์ สิริธรรังศรี วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล สุพร ดนัยดุขฎีกุล	114	The development of a competency enhancement program for professional nurses at emergency and trauma units in community hospitals, Chumphon Province Aree Sateanwongsa Boonthip Siritharungsri Wanpen Pinyopasakul Suporn Danaidutsadeekul
การสร้างศักยภาพชุมชนในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดภาวะน้ำหนักเกิน และภาวะอ้วนของคนในชุมชนโดยการมี ส่วนร่วมของชุมชน เพ็ญนภา พิสัยพันธุ์ ดาราวรรณ รongเมือง คัทลิยา วสุธาดา พรฤดี นิธิรัตน์ สุจิตร์ ประยูรยวง	125	Community capacity building on promoting behavioral change against overweight and obesity in community using a community-based participation approach Pennapa Pisaipan Daravan Rongmuang Cuttaliya Vasuthada Pornruedee Nitirat Suchitra prayoonyoung

สารบัญ	หน้า	CONTENTS
นิพนธ์ ต้นฉบับ	PAGE	Original Articles
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดต่อ การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของนักศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์ เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ ลำพึง วอนอก สุพัฒน์ อาสนะ วรรณศรี แวงงาม กุลธิดา กิ่งสวัสดิ์ ภาณุชนาถ อ่อนไกล	138	Factors associated with stress due to corona virus disease 2019 (COVID-19) pandemic among students of the Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute Kritkantorn Suwanaphant Saowaluk Seedaket Lampung Vonok Supat Assana Wannasri Wawngam Kunthida Kingsawad Phanutchanat On-Kail
An ethnographic study in nursing: A review Chuntana Rogerson	149	การศึกษาเชิงชาติพันธุ์วรรณนาทางการพยาบาล จันทนา โรเจอร์สัน

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์

กองบรรณาธิการวารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ ขอเรียนเชิญผู้สนใจส่งผลงานวิจัยและบทความวิชาการ ทางกายภาพ การสาธารณสุข และวิทยาศาสตร์สุขภาพสาขาที่เกี่ยวข้อง เพื่อตีพิมพ์และเผยแพร่ในวารสาร โดยสามารถส่งต้นฉบับได้ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ทั้งนี้ กองบรรณาธิการมีเงื่อนไขในการพิจารณาผลงานและคำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ ดังนี้ (วารสารฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการเปลี่ยนแปลงรายละเอียดต่างๆ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า)

เงื่อนไขในการพิจารณาผลงาน

1. ผลงานวิจัยที่ส่งพิมพ์จะต้องไม่เคยตีพิมพ์ที่ไหนมาก่อน หรือไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น
2. กองบรรณาธิการจะพิจารณาต้นฉบับที่จัดทำตามคำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับนี้เท่านั้น
3. ผลงานวิจัยที่จะลงตีพิมพ์จะต้องได้รับการรับรองจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์จากหน่วยงานที่เก็บข้อมูล มหาวิทยาลัย หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยต้องแสดงหลักฐานและหมายเลขใบรับรอง
4. ผลงานทุกเรื่องจะได้รับการพิจารณาตรวจอ่านโดยผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 คน/ 1 เรื่อง โดยผู้เขียนจะต้องดำเนินการแก้ไขตามข้อเสนอแนะภายในระยะเวลาที่กำหนด หากพ้นกำหนดจะถูกเลื่อนไปฉบับถัดไป
5. ผู้เขียนต้องตรวจสอบการเขียน Abstract ให้สอดคล้องกับบทคัดย่อ และถูกหลักภาษาอังกฤษ หรือสามารถแจ้งความประสงค์ให้ทางวารสารจัดหา editor ให้
6. กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ผู้เขียนทราบผลการพิจารณา เพื่อตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับให้ถูกต้องตามหลักวิชาการ โดยขอให้ผู้เขียนส่งผลงานที่แก้ไขภายในระยะเวลาที่กำหนด
7. กรณีบทความวิจัย ใบรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ไม่เกิน 3 ปี

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์โดยใช้โปรแกรม Microsoft Word ใช้อักษร Browallia UPC ขนาดตัวอักษร 16 pt. ห่างจากขอบกระดาษ ทุกด้าน 1 นิ้ว หรือ 2.54 เซนติเมตร เว้นบรรทัดใช้ระยะ Single space พิมพ์เลขหน้ากำกับทุกแผ่นที่ม้วนขวบหน้า ทำเป็น 1 คอลัมน์
2. พิมพ์บนกระดาษขนาด A4 ความยาวไม่เกิน 12 หน้า ตั้งแต่ บทคัดย่อ จนถึง เอกสารอ้างอิง
3. ชื่อตาราง แผนภูมิ รูปภาพ ให้ใส่ชื่อตาราง หรือคำอธิบายเพิ่มเติมเหนือตาราง
4. การเขียนบทความภาษาไทยให้ยึดหลักของราชบัณฑิตยสถาน ควรหลีกเลี่ยงการใช้คำภาษาอังกฤษยกเว้นกรณีจำเป็น และหลีกเลี่ยงการใช้คำย่อที่ไม่เป็นสากล
5. ส่งต้นฉบับจำนวน 1 ชุด พร้อมจดหมายนำส่ง ระบุชื่อ ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ และ E-mail address ได้ทางระบบออนไลน์ สามารถเข้าไปดูรายละเอียด คู่มือการใช้งานเว็บไซต์ได้ที่ URL:<https://www.tci-thaijo.org>
6. การส่งต้นฉบับลงในวารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ
 - ฉบับที่ 1 ภายในวันที่ 31 ต.ค. ของทุกปี
 - ฉบับที่ 2 ภายในวันที่ 28 ก.พ. ของทุกปี
 - ฉบับที่ 3 ภายในวันที่ 30 มิ.ย. ของทุกปีหากพ้นกำหนดในระยะเวลาดังกล่าว ต้นฉบับจะเลื่อนการพิจารณาลงในฉบับต่อไป
7. การรับเรื่องต้นฉบับ
 - 7.1 เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้ง ตอบรับให้ผู้เขียนทราบ และขอเอกสารเพิ่มเติม พร้อมแจ้งชำระค่าตีพิมพ์ทาง E-mail
 - 7.2 เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาจัดพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ แต่ไม่ส่งต้นฉบับคืน

รูปแบบของบทความให้เรียงลำดับดังนี้

บทความวิจัย (Research article) เป็นบทความวิจัยที่เป็นผลงานที่สร้างขึ้นใหม่ มีลำดับหัวข้อดังนี้

1. บทคัดย่อภาษาไทย เขียนตามรูปแบบดังนี้

- ชื่อเรื่องภาษาไทย กลางหน้ากระดาษ ใช้อักษร Browallia UPC ตัวหนา ขนาดตัวอักษร 20 pt.
- ชื่อ นามสกุลภาษาไทย ของผู้แต่งทุกคน กลางหน้ากระดาษ ใช้อักษร Browallia UPC ขนาดตัวอักษร 16 pt.
- เนื้อหาบทคัดย่อ จำนวนไม่เกิน 300 คำ กรณีเป็นบทคัดย่อผลงานวิจัยให้เรียงลำดับเนื้อหาดังนี้
 - บทนำ เขียนโดยย่อ
 - วัตถุประสงค์การวิจัย
 - วิธีการวิจัย: แบบวิจัย กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ วิธีการเก็บข้อมูล สถิติที่ใช้
 - ผลการวิจัย
 - สรุปผล
 - คำสำคัญ (Keywords) ภาษาไทยไม่เกิน 5 คำ
- ต่อจาก คำสำคัญ ใส่ สถานที่ทำงานของผู้เขียนทุกคน และผู้เขียนที่เป็นผู้ติดต่อ (Corresponding author) ใส่ E-mail address ต่อท้ายด้วย

2. บทคัดย่อภาษาอังกฤษ (Abstract) เขียนตามรูปแบบดังนี้

- ชื่อเรื่องภาษาอังกฤษ กลางหน้ากระดาษ ใช้อักษร Browallia UPC ตัวหนา ขนาดตัวอักษร 20 pt.
- ชื่อ นามสกุล ภาษาอังกฤษของผู้เขียนทุกคน กลางหน้ากระดาษ ใช้อักษร Browallia UPC ขนาดตัวอักษร 16 pt.
- เนื้อหาบทคัดย่อภาษาอังกฤษ จำนวนไม่เกิน 300 คำ เนื้อหาต้องสอดคล้องกับบทคัดย่อภาษาไทย
- กรณีเป็นบทคัดย่อผลงานวิจัยให้เรียงลำดับเนื้อหาดังนี้
 - Background
 - Objectives
 - Methods: design, samples, tools, data collection and data analysis
 - Results
 - Conclusions
 - Keywords ภาษาอังกฤษไม่เกิน 5 คำ
- ต่อจาก Keywords ใส่ สถานที่ทำงานของผู้เขียนทุกคนเป็นภาษาอังกฤษ และ ผู้เขียนที่เป็นผู้ติดต่อ (Corresponding author) ใส่ E-mail address ต่อท้ายด้วย

3. เนื้อหา (Main document) ประกอบด้วย หัวข้อดังนี้

- **บทนำ** กล่าวถึงความสำคัญของปัญหาโดยย่อ และวัตถุประสงค์การวิจัย
- **วิธีดำเนินการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง ข้อพิจณาด้านจริยธรรม
- **วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล**
- **การวิเคราะห์ข้อมูล**

- **ผลการวิจัย** เสนอผลการวิจัยอย่างชัดเจน สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ถ้าเป็นข้อมูลเชิงปริมาณที่มีตัวเลขหรือตัวแปรจำนวนมาก ควรนำเสนอด้วยตาราง หรือ รูปภาพ ทั้งนี้ไม่ควรเกิน 3 ตารางหรือรูป โดยมีการแปลความหมายและวิเคราะห์ผลที่ค้นพบร่วมด้วย
- **อภิปรายผล**
- **สรุปและข้อเสนอแนะ** (โดยแยกการเขียนประเด็นสรุป และข้อเสนอแนะ)
- **กิตติกรรมประกาศ** และการเปิดเผยการได้รับผลประโยชน์ต่างๆ ของผู้เขียน (Conflict of interest) (ถ้ามี) เช่น การได้รับทุน ค่าตอบแทน เงินเดือน ฯลฯ จากหน่วยงานใดๆ นอกเหนือจากงานประจำ
- **เอกสารอ้างอิง ให้ใช้คำว่า References** ต้องแปลเป็นภาษาอังกฤษทุกรายการโดยใช้ระบบการอ้างอิงแบบ Vancouver และให้มีรายการอ้างอิงได้ไม่เกิน 25 รายการ **ยกเว้น** การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review, Meta-analysis)

บทความวิชาการ (Academic article)

1. บทคัดย่อภาษาไทย เขียนตามรูปแบบดังนี้

- ชื่อเรื่องภาษาไทย กลางหน้ากระดาษ ใช้อักษร Browallia UPC ตัวหนา ขนาดตัวอักษร 20 pt.
- ชื่อ นามสกุลภาษาไทย ของผู้แต่งทุกคน กลางหน้ากระดาษ ใช้อักษร Browallia UPC ขนาดตัวอักษร 16 pt.
- เนื้อหาบทคัดย่อ จำนวนไม่เกิน 300 คำ
- โดยบทคัดย่อประกอบด้วยเนื้อหา คือ เกริ่นนำ สิ่งที่ทำ สรุปผลสำคัญที่ได้ และเห็นภาพรวมทั้งหมดของงาน
- คำสำคัญ (Keywords) ภาษาไทยไม่เกิน 5 คำ
- ต่อจาก คำสำคัญ ใส่ สถานที่ทำงานของผู้เขียนทุกคน และผู้เขียนที่เป็นผู้ติดต่อ (Corresponding author) ใส่ E-mail address ต่อท้ายด้วย

2. บทคัดย่อภาษาอังกฤษ (Abstract) เขียนตามรูปแบบดังนี้

- ชื่อเรื่องภาษาอังกฤษ กลางหน้ากระดาษ ใช้อักษร Browallia UPC ตัวหนา ขนาดตัวอักษร 20 pt.
- ชื่อ นามสกุลภาษาอังกฤษของผู้เขียนทุกคน กลางหน้ากระดาษ ใช้อักษร Browallia UPC ขนาดตัวอักษร 16 pt.
- เนื้อหาบทคัดย่อภาษาอังกฤษ จำนวนไม่เกิน 300 คำ เนื้อหาต้องสอดคล้องกับบทคัดย่อภาษาไทย
- Keywords ภาษาอังกฤษไม่เกิน 5 คำ
- ให้ใส่ ตำแหน่ง สถานที่ทำงานของผู้เขียนทุกคนเป็นภาษาอังกฤษ รวมทั้งชื่อ นามสกุลภาษาอังกฤษของ ผู้เขียนที่เป็นผู้ติดต่อ (Corresponding author) พร้อม E-mail address ต่อจาก Keywords

3. เนื้อหา (Main document) ประกอบด้วย หัวข้อดังนี้

- **บทนำ** กล่าวถึงความสำคัญของปัญหาโดยย่อ วัตถุประสงค์ ขอบเขตของเรื่อง และคำจำกัดความหรือนิยาม
- **เนื้อเรื่อง** (การจัดลำดับเนื้อหาสาระ การเรียบเรียงเนื้อหา การวิเคราะห์ วิพากษ์ วิจัย)
- **สรุป**
- **กิตติกรรมประกาศ** และการเปิดเผยการได้รับผลประโยชน์ต่างๆ ของผู้เขียน (Conflict of interest) (ถ้ามี) เช่น การได้รับทุน ค่าตอบแทน เงินเดือน ฯลฯ จากหน่วยงานใดๆ นอกเหนือจากงานประจำ

- เอกสารอ้างอิง ต้องแปลเป็นภาษาอังกฤษทุกรายการโดยใช้ระบบการอ้างอิงแบบ Vancouver และให้มีรายการอ้างอิงได้ไม่เกิน 30 รายการ

การเขียนเอกสารอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style)

การอ้างอิง ในเนื้อหา (In-text citation) ใช้ตัวเลขในวงเล็บหลังข้อความที่อ้างอิง เช่น¹ โดยเรียงตามลำดับที่อ้างอิงในเนื้อหา หากมีการอ้างอิงมากกว่า 1 ฉบับ หรือเลขต่อเนื่องกันให้ใช้ตัวเลขดังนี้¹⁻³ หากมีการอ้างอิงซ้ำรายการเดิม ให้ใช้หมายเลขเดิม

- การอ้างอิงในเนื้อหา ถึงงานที่มีผู้แต่งไม่เกิน 3 คน ให้ใส่ชื่อ นามสกุลทุกคน โดยคนสุดท้ายเชื่อมด้วยคำว่า “และ” เช่น นวลพรรณ วรรณเสน, เสนา วาริรักษ์ และมารยาท การเพียร¹ หรือ ถ้าผู้แต่งชาวต่างชาติให้เขียนเฉพาะนามสกุล เช่น Redford, Brosnan and Gear²
- การอ้างอิงในเนื้อหา ถึงงานที่มีผู้แต่งคนไทยเกิน 3 คน ให้ใส่ชื่อ นามสกุล คนแรก แล้วตามด้วยคำว่า “และ คณะ” เช่น วารินทร์ กางกำจกร และคณะ³ หรือ ถ้าผู้แต่งชาวต่างชาติให้เขียนเฉพาะนามสกุลคนแรกแล้วตามด้วยคำว่า “et al.” เช่น Jones et al.⁴

การเขียนเอกสารอ้างอิง (References) ท้ายบทความ ใช้ระบบการอ้างอิงแบบ Vancouver ตัวเลขในเอกสารอ้างอิงท้ายบทความต้องสอดคล้องกับตำแหน่งที่อ้างถึงในเนื้อหา เรียงเลขที่ตามลำดับของการอ้างอิงในเนื้อหา และต้องเป็น ภาษาอังกฤษทุกรายการ สำหรับเอกสารอ้างอิงที่เดิมเป็นภาษาไทยให้แปลเป็นภาษาอังกฤษ ควรขึ้นต้นด้วยนามสกุล ต่อด้วยตัวอักษรตัวแรกของชื่อ และวงเล็บท้ายรายการว่า (in Thai) ดังตัวอย่าง

1. Komutiganon S. A study of the actual conditions and expectations of teamwork, as reported by the health team in the Hospital under the Department of Medicine Bangkok. [Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 1993. (in Thai).

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง (Reference) ท้ายบทความ ที่ใช้บ่อยมีดังนี้

- ก. ผู้แต่งไม่เกิน 6 คน เขียนสกุลขึ้นก่อน ตามด้วยอักษรย่อของชื่อต้นและชื่อกลางโดยไม่ต้องมีเครื่องหมายใดๆ กันให้ใส่ชื่อทุกคนโดยใช้เครื่องหมายจุลภาค (.) คั่นระหว่างแต่ละคน และหลังชื่อสุดท้ายใช้เครื่องหมายมหัพภาค (.)

ตัวอย่าง

2. Field A, Hole G. How to Design and Report Experiments. London: Sage Publications; 2003.

- ข. ผู้แต่งเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรก คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (.) และตามด้วย et al.

ตัวอย่าง

3. Gray RJ, Leese M, Bindman J, Becker T, Burti L, David A, et al. Adherence therapy for people with schizophrenia: European multicentre randomised controlled trial. Br J Psychiatry. 2006;189:508-14.

- ค. ชื่อบทความ บทความภาษาอังกฤษ ให้ใช้อักษรตัวใหญ่ (Capital letter) เฉพาะตัวแรกและชื่อเฉพาะ นอกจากนั้นใช้อักษรตัวเล็กทั้งหมด

- ง. ชื่อวารสาร ถ้าเป็น วารสารไทย ให้ใช้ชื่อเต็ม เช่น Journal of Health Science Research วารสารต่างประเทศ ใช้ชื่อย่อตามมาตรฐานสากลที่กำหนดไว้ใน Index Medicus โดยตรวจสอบได้จาก Journals in

NCBI Databases จัดทำโดย National Library of Medicine (NLM) ซึ่งคำย่อเหล่านี้ได้เขียนตามกฎการเขียนคำย่อของ American National Standard for Information Sciences-Abbreviation of Title of Publications หรือ search คำย่อจาก Caltech Library (<http://library.caltech.edu/reference/abbreviations/>)

- จ. ให้ใส่เฉพาะปี และเล่มที่เท่านั้น ไม่ต้องใส่เดือน วันที่และฉบับที่
- ฉ. เลขหน้า ให้ใส่เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย โดยใช้ตัวเลขเต็มสำหรับหน้าแรก และตัดตัวเลขซ้ำออกสำหรับเลขหน้าสุดท้าย เช่น p.223-35 เป็นต้น
- ช. การเขียนอ้างอิงบทความจากวารสาร (**Articles in Journals**) มีรูปแบบดังนี้

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร. ปีที่พิมพ์; เล่มที่ของวารสาร: หน้าแรก-หน้าสุดท้ายของบทความ.

ตัวอย่าง

4. Cary T, Pearce J. Aortic stenosis: pathophysiology, diagnosis, and medical management of nonsurgical patients. Crit Care Nurse. 2013;33(2):58-72.

- ซ. การอ้างอิงเอกสารที่เป็นหนังสือหรือตำรา (**Books or textbooks**) ทั้งเล่ม มีรูปแบบดังนี้

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

5. Field A, Hole G. How to design and report experiments. London: Sage Publications; 2003.

- ฅ. การอ้างอิงบทหนึ่งของหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบท และมีบรรณาธิการ (Chapter in a book) มีรูปแบบดังนี้

ชื่อผู้เขียน. ชื่อบท. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

6. Nitirat P, Sitanon T. Surveillance Rapid Response Team (SRRT): A proactive model of health prevention excellence. In: Turner K, editor. SRRT: Clipping the wings of emerging diseases in Thailand. Bangkok: Sahamitr Printing & Publishing; 2013. p.45-55.

- ญ. เอกสารอ้างอิงที่เป็นบทความในหนังสือประกอบการประชุม/รายงานการประชุม (**Conference paper in proceedings**) มีรูปแบบดังนี้

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้า.

ตัวอย่าง

7. Macer D. Bioethical implications of public health from environmental issues in light of Fukushima. In Poddar S. editor. International conference on allied health sciences. 22nd-24th July 2011; Malaysia. Kurla Lumpur: Percetakan Horizon Waves; p.16-22.

ฎ. เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์ (Thesis/Dissertation) มีรูปแบบดังนี้

ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้ปริญญา.

ตัวอย่าง

8. Kaplan SJ. Post-hospital home health care: The elderly's access and utilization [Dissertation]. St. Louis: Washington University; 2001.

ฏ. บทความบนอินเทอร์เน็ต (Article on the Internet) มีรูปแบบดังนี้

ชื่อผู้แต่ง/ชื่อหน่วยงาน. ชื่อบทความ [ประเภทของสื่อ]. ปีที่พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ วันที่ เดือน ปี]; เข้าถึงได้จาก: <http://.....>

ตัวอย่าง

9. Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer [Internet]. 2014 [cited 2014 Sep 9]; Available from: <http://www.nap.edu/books/0309074029/html/>.

Journal of Health Science Research

Author guidelines for an English manuscript

Editors welcome manuscripts in the field of health science. Our journal is peer reviewed. Each manuscript will be reviewed by at least 2 experts in the field. Double blinded review process is conducted to ensure quality. Authors are advised to read and follow the author guidelines. Editors reserve all rights to accept or reject manuscripts.

General criteria

1. The manuscript must not be published, or under submission process, elsewhere.
2. Manuscripts should be written in good English. Authors whose first language is not English are advised to have a native English editing their manuscripts prior to submitting.
3. Payment of 180 US\$ per manuscript is required for reviewing process and subscribing for 1 year membership.
4. Each paper will be blindly reviewed by at least 2 reviewers.
5. If revision is required by reviewers, authors must re-submit within a designated time frame, otherwise the manuscript will be automatically postponed to the next issue.

Essential criteria

1. Manuscripts must be in Microsoft Word, Browallia UPC 16 pt. Single space with 1 inch margin on each side of the page is required. Page number must appear on the upper right corner of every page; starting with 1, 2, 3,..
2. Manuscripts are limited to 12 pages of content, including Tables, Figures, images, and references, (abstract to reference list).
3. Names of Tables, Figures or Images must appear above them.
4. Manuscript and cover letter stating names, address, phone number, email address can be submitted to [URL:https://www.tci-thaijo.org](https://www.tci-thaijo.org)

Research article

Manuscript format

Title page

- Title: appears in the middle of the page, using Browallia UPC 20 pt. font.
- Academic position (or title) and names of all authors, using Browallia UPC 16 pt. font. Qualifications of all authors, affiliations and full mailing address, including e-mail addresses must appear after keywords.

Abstract (English and Thai language)

- should not exceed 300 words, with the following sub-headings;
 - Background
 - Objectives
 - Methods: design, samples, tools, data collection and data analysis

- Results
- Conclusions
- Keywords (English): 3-5 words

Main document

- **Introduction:** Background, rational, objectives
- **Methodology:** tools, samples, ethical considerations, data collection, data analysis
- **Results:** using appropriate Tables, Figures is recommended. Tables should not repeat what is already mentioned in the text, with a maximum of two tables.
- **Discussion**
- **Conclusions and Recommendations:** implications (e.g., for research, teaching, policy, practice)
- **Acknowledgement:** funding, conflict of interest (if any).
- **References:** Vancouver Style, using a tool to manage reference such as Reference Manager is preferable. References list must not exceed 25 items **except** Systematic review or Meta-analysis, or literature review must not exceed 30 items. All references must be in English only.

Academic Article

Manuscript format

Title page

- Title: appears in the middle of the page, using Browallia UPC 20 pt. font.
- Academic position (or title) and names of all authors, using Browallia UPC 16 pt. font. Qualifications of all authors, affiliations and full mailing address, including e-mail addresses must appear after keywords.

Abstract (English and Thai language)

- should not exceed 300 words, with the following sub-headings;
 - Introduction (or background), objectives
 - Conclusions: summary of important results or implications
 - Keywords (English): 3-5 words

Main document

- **Introduction:** Background, rational, objectives
- **Body Paragraphs:** grading material, Sequence analysis of critical reviews, Analysis critical review
- **Conclusions:** summary of important results or implications
- **Acknowledgement:** funding, conflict of interest (if any).
- **References:** Vancouver Style, using a tool to manage reference such as Reference Manager is preferable. References list must not exceed 30 items. All references must be in English only.

ประสิทธิผลของตำรับอาหารพื้นเมืองต่อภาวะโลหิตจางในผู้สูงอายุ ภาคเหนือตอนบน

ปิยะกร ไพรสนธิ* พรทิพย์ สารีโล** ปิยะนุช พูลวิวัฒน์***

บทคัดย่อ

บทนำ: ผักพื้นเมืองภาคเหนือที่มีธาตุเหล็กสูง ช่วยแก้ปัญหาภาวะโลหิตจาง ในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อทดสอบประสิทธิผลของตำรับอาหารพื้นเมืองต่อภาวะโลหิตจางในผู้สูงอายุภาคเหนือ

วิธีการวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลองชนิดกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก จำนวน 120 คน เข้าร่วมโปรแกรมด้วยการสัมภาษณ์ ทดสอบการทรงตัว เจาะเลือด และได้รับประทานอาหารตามตำรับที่พัฒนาขึ้นเป็นระยะเวลา 4 เดือน หลังจากนั้นนัดสัมภาษณ์ ทดสอบการทรงตัว และเจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพ แบบสอบถามอาการที่สัมพันธ์กับภาวะโลหิตจาง แบบประเมินภาวะโภชนาการ แบบประเมินการทรงตัว ระดับฮีโมโกลบินและเฟอริติน และคู่มือตำรับอาหารพื้นเมือง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติที่คู่

ผลการวิจัย: ระดับฮีโมโกลบินของกลุ่มตัวอย่างทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมไม่มีความแตกต่างทางสถิติ แต่เมื่อพิจารณาในกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะโลหิตจาง จำนวน 49 คน พบว่าเพศหญิงมีระดับฮีโมโกลบินแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.09, p < .05$) และเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยพบว่าระดับฮีโมโกลบินเพิ่มขึ้น แต่เพศชายไม่มีความแตกต่างทางสถิติ กลุ่มตัวอย่างมีระดับ เฟอริตินไม่ต่างกัน แต่เมื่อพิจารณาแยกตามเพศ พบว่าเพศหญิงมีระดับเฟอริตินเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.91, p < .05$) แต่เพศชายไม่มีความแตกต่างทางสถิติ

สรุปผล: การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารพื้นเมือง ร่วมกับผลไม้ที่มีวิตามินซีสูงอย่างสม่ำเสมอ ช่วยแก้ปัญหาภาวะโลหิตจางได้

คำสำคัญ: โลหิตจาง อาหารพื้นเมือง ภาคเหนือ ผู้สูงอายุ

*สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง, E-mail: piyaporn.pra@mfu.ac.th

**สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

***โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

Effectiveness of local food recipes on anemia in older adults living in Upper Northern Thailand

Piyaporn Praisorn* Pornthip Sareeso** Piyanut Poolviwat***

Abstract

Background: Older adults are known to suffer from chronic illnesses and anemia. Northern indigenous vegetables with high iron content can help reduce the incidence of anemia among older adults with chronic diseases.

Objectives: This study was conducted to explore the effectiveness of local food recipes on anemia among the elderly in Northern Thailand.

Method: This one group pre-post test quasi-experimental design involved the selection of 120 older participants by convenience sampling. The methods included interview, time up and go test, and laboratory tests for hemoglobin and ferritin. The participants then consumed local food recipes for 4 months. After 4 months, interviews, time up and go tests, and laboratory tests were repeated. The data collection instruments were questionnaires of general information and anemia-related symptoms, Mini Nutrition Assessment, Timed up and Go Test, the laboratory analysis for hemoglobin, ferritin and a local food recipes notebook. Data were analyzed by descriptive statistics and Paired t-tests.

Results: There was no statistical difference in hemoglobin level of the sample group before and after the program. ($p > 0.05$). However, considering the 49 participants with anemia, females had a statistically significant higher of hemoglobin level after treatment than before ($t = -2.09$, $p < .05$) and increased in average hemoglobin level. In contrast, for men there were no significant differences. The participants had no statistically significant differences in ferritin level. Females had a statistically significantly higher level of ferritin than before ($t = -2.91$, $p < 0.05$) while men had no statistically significant differences.

Conclusion: Therefore, healthcare providers should promote the consumption of local recipes along with fruits high in vitamin C.

Keywords: anemia, native recipes, Northern, older adult

*School of Nursing, Mae Fah Luang University, Email: piyaporn.pra@mfu.ac.th

**School of Nursing, Mae Fah Luang University

***Mae Fah Luang University Hospital, Chiang Rai

บทนำ

ปัจจุบันทั่วโลกเป็น “สังคมสูงวัย” (aged society) อย่างแท้จริง เนื่องจากในปี พ.ศ.2558 พบว่ามีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 901 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 12.00 ของประชากรทั้งหมด ในกลุ่มประเทศอาเซียนที่เป็นสังคมสูงวัยแล้วมี 3 ประเทศ คือ สิงคโปร์ ไทย และเวียดนาม โดยมีจำนวนผู้สูงอายุร้อยละ 18, 16, 8 ตามลำดับ สำหรับประเทศไทยนั้นกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (complete aged society) ในปี พ.ศ. 2564 และคาดว่าจะในปี พ.ศ. 2574 จะกลายเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (super aged society) โดยคาดว่าจะมีอัตราส่วนผู้สูงอายุร้อยละ 28 ของจำนวนประชากรทั้งหมด¹

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมถอยทั้งร่างกายและจิตใจ ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีปัญหาทุพโภชนาการ ทุพพลภาพ อยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพา² โดยเฉพาะปัญหาด้านโภชนาการส่งผลให้เกิดภาวะโลหิตจางในผู้สูงอายุ ซึ่งภาวะโลหิตจางในผู้สูงอายุเกิดจาก 3 สาเหตุหลัก ได้แก่ จากการขาดสารอาหารจากโรคเรื้อรัง และไม่ทราบสาเหตุ โดยภาวะโลหิตจางจากการขาดสารอาหารนั้นเกิดจากการขาดธาตุเหล็ก โฟเลต และวิตามินบี 12 อาจขาดเพียงอย่างใดอย่างหนึ่งหรือขาดควบคู่กัน แต่การขาดธาตุเหล็กจะพบได้บ่อยที่สุด รองลงมาจะเป็นการขาดโฟเลตและวิตามินบี 12³ ภาวะโลหิตจางจากการขาดสารอาหารนี้มักเกิดจากการที่ผู้สูงอายุรับประทานไม่เพียงพอ ร่างกายดูดซึมได้น้อยลง อาจมีปัญหาเรื่องฟันต้องใช้ฟันปลอม ทำให้รับประทานอาหารไม่สะดวก อีกทั้งความสูงอายุทำให้ต่อมรับรส

อาหารทำงานลดลง จึงรู้สึกรับประทานอาหารไม่อร่อยและทำให้ไม่อยากรับประทานอาหาร⁴ อีกทั้งเมื่อผู้สูงอายุมีภาวะโลหิตจางเกิดขึ้นจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยตรง

จากการศึกษาภาวะโลหิตจางในผู้สูงอายุภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย พบว่า มีภาวะโลหิตจางร้อยละ 27.30 โดยพบในเพศหญิงร้อยละ 28.10 และเพศชาย 25.70 ทั้งนี้พบภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กร้อยละ 2.30 และพบว่าผู้สูงอายุมีอาการที่สัมพันธ์กับภาวะโลหิตจาง คือ อาการหลงลืมง่าย คิดช้า คิดไม่ค่อยออก ขาเป็นตะคริว นอนไม่หลับ และรู้สึกไม่คล่องแคล่ว แม้พบว่าภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กพบเพียงร้อยละ 2.30 แต่สามารถป้องกันได้ โดยการรับประทานเพิ่มขึ้น นอกจากอาหารที่มีธาตุเหล็กแล้ว โฟเลต วิตามินบี 12 และวิตามินซีก็มีความสำคัญ เนื่องจากมีส่วนช่วยในการดูดซึมธาตุเหล็ก⁵ คณะผู้วิจัยจึงนำมารับประทานพื้นเมืองที่มีธาตุเหล็ก และวิตามินซีสูงสำหรับผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้น⁶ ไปใช้ในการป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดสารอาหารในผู้สูงอายุ โดยรับประทานพื้นเมืองที่พัฒนาขึ้นพบว่าเมนูแต่ละเมนูต่อ 1 หน่วยมีหรือ 1 ถ้วย ที่ให้พลังงานสูง 5 อันดับแรก ได้แก่ ขนมจีนน้ำเงี้ยว (1,164.52 กิโลแคลอรี) ข้าวก้นจั้น (908.40 กิโลแคลอรี) แกงแคไก่ (694.16 กิโลแคลอรี) แกงขนุน (630.82 กิโลแคลอรี) และ ยำมะถั่วมะเขือ (480.45 กิโลแคลอรี) หากผู้สูงอายุรับประทานร่วมกับรายการอาหารอื่นๆ จะทำให้ได้รับพลังงานอย่างเพียงพอตามที่กรมอนามัยกำหนดไว้ เมนูที่ให้ธาตุเหล็กสูง 5 อันดับแรก ได้แก่ ขนมจีนน้ำเงี้ยว (56.85 มก.) ข้าวก้นจั้น (47.85 มก.) ยำมะถั่วมะเขือ (9.72 มก.) แกงแคไก่ (9.40 มก.) และแกง

ผักเชียงดาใส่ปลาแห้ง (8.49 มก.) เนื่องจากขนมจีนน้ำเงี้ยว และข้าวกันจิ้นมีเลือดเป็นส่วนประกอบ จึงทำให้มีธาตุเหล็กสูง เมนูที่ให้วิตามินซีสูง 5 อันดับแรก ได้แก่ ยำมะถั่วมะเขือ (205.22 มก.) แกงผักเชียงดาใส่ปลาแห้ง (173.58 มก.) แกงแคไก่ (76.68 มก.) แกงผักหวานบ้าน (75.34 มก.) และแกงผักกาด (72 มก.) รายการอาหารดังกล่าวมีส่วนประกอบหลักเป็นผักสีเขียวซึ่งให้วิตามินซีสูง ส่วนผลไม้ที่มีในท้องถิ่นภาคเหนือ ที่ให้วิตามินซีสูง 5 อันดับแรก ได้แก่ ฝรั่ง (383.01 มก.) ลิ้นจี่จักรพรรดิ (85.20 มก.) ส้มโอ (79.04 มก.) เงาะ (45.57 มก.) แคนตาลูป (43.18 มก.)

ผู้วิจัยจึงนำตำรับอาหารพื้นเมืองที่มีธาตุเหล็ก และวิตามินซีสูง ประกอบด้วยเมนูอาหารพื้นเมือง 20 เมนู ผลไม้ 10 ชนิด และเครื่องดื่ม 5 ชนิด ให้ผู้สูงอายุรับประทานเพื่อป้องกันการเกิดภาวะโลหิตจางในผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบระดับฮีโมโกลบินของผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

สมมติฐานการวิจัย ตำรับอาหารพื้นเมืองสามารถป้องกันการเกิดภาวะโลหิตจางในผู้สูงอายุได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง (one group pre-post test design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไปอาศัยอยู่ในพื้นที่ภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุจำนวน 120 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ

1) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ 2) สามารถพูดคุยสื่อสารภาษาไทยได้ 3) ยินยอมเข้าร่วมวิจัย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรม G*Power กำหนดให้ α error ระดับ 0.05 และ Power ระดับ 0.95 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 114 คน ป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 5 จึงเพิ่มเป็น 120 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพ จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว และประวัติโรคเรื้อรัง

2. แบบสอบถามอาการที่สัมพันธ์กับภาวะซีด ใช้ประเมินความถี่และระดับความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น แบบสอบถามนี้พัฒนาขึ้นโดยคุณงามเนตร ทองฉิม⁷ ผู้วิจัยขออนุญาตนำมาใช้ มีทั้งหมด 20 อาการ ให้คะแนนความถี่ของการเกิดอาการ 5 ระดับ คือ ระดับ 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการเลย 1 คะแนน หมายถึง มีอาการบางวัน 2 คะแนน หมายถึง มีอาการบ่อยครั้ง 3 คะแนน หมายถึง มีอาการเกือบทุกวัน และ 4 คะแนน หมายถึง มีอาการทุกวัน และให้คะแนนระดับความรุนแรงของอาการ คือ ระดับ 0 คะแนน หมายถึง ไม่รุนแรง 1 คะแนน หมายถึง รุนแรงเล็กน้อย 2 คะแนน หมายถึง รุนแรงปานกลาง 3 คะแนน หมายถึง รุนแรงมาก และ 4 คะแนน หมายถึง รุนแรงมากที่สุด ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความสอดคล้องทางคลินิก ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ .97 และนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุจำนวน 10 คน หาค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าเท่ากับ .89

3. แบบประเมินภาวะโภชนาการ (Mini Nutrition Assessment: MNA) ของสถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล⁸ มีจำนวน 18 ข้อ คะแนนสูงสุด 30 คะแนน แบ่งเป็น 2 ส่วนได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อ 1-6 เป็นการคัดกรองความเสี่ยงการขาดอาหาร (14 คะแนน) ส่วนที่ 2 ข้อ 7-18 เป็นการประเมินภาวะโภชนาการ (16 คะแนน) คะแนนที่ได้แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ คะแนนมากกว่า 23.5 ปกติมีภาวะโภชนาการเพียงพอ คะแนน 17-23.5 เสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ และคะแนนน้อยกว่า 17 มีภาวะทุพโภชนาการ แบบประเมินภาวะโภชนาการ (MNA) พัฒนาโดยศูนย์วิจัยเนสท์เล่ ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยสถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับและนำมาใช้ในการประเมินภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุอย่างแพร่หลายทั้งในกลุ่มที่อยู่ในโรงพยาบาลและในชุมชน หาความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าเท่ากับ .83 ผู้วิจัยนำมาทดลองใช้กับผู้สูงอายุจำนวน 10 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .59 จึงนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .63

4. แบบประเมินการทรงตัว (Time Up and Go Test) เป็นการประเมินความสามารถในการทรงตัวที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนท่าทางจากการนั่งไปยืนและเดิน เพื่อประเมินว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มหรือไม่ โดยให้ผู้สูงอายุลุกขึ้นยืนจากเก้าอี้ เดินด้วยความเร็วปกติในระยะทาง 3 เมตร หมุนตัวกลับ เดินกลับมาที่เก้าอี้และนั่งลงแล้วจับเวลา หากใช้

เวลามากกว่า 29 วินาที แสดงว่ามีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม มีค่าความไวและความจำเพาะเท่ากับร้อยละ 87.00⁹

5. เจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อหาฮีโมโกลบิน (hemoglobin: Hb) โดยใช้เครื่อง automated cell count cell tac รุ่น 8222 และ ferritin ด้วยเครื่อง elecsys 170 ซึ่งได้รับการตรวจสอบมาตรฐานของเครื่องมือทุก 1 ปี ที่ห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง และบริษัทโปรแลปทุกราย ใช้รหัสแทนชื่อ นามสกุลจริง โดยใช้เกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก คือ เพศชายที่มี Hb น้อยกว่า 13 g/dl และเพศหญิงที่มี Hb น้อยกว่า 12 g/dl เป็นผู้ที่มีความเสี่ยงโลหิตจาง³ ส่วนค่า ferritin เพศชายมีค่าเท่า 30-400 ng/mL เพศหญิงมีค่าเท่ากับ 13-150 ng/mL

6. คู่มือตำรับอาหารพื้นเมืองที่มีธาตุเหล็กและวิตามินซีสูง ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วยเมนูอาหารพื้นเมืองพร้อมส่วนประกอบทั้งหมด 20 เมนู ได้แก่ แกงผักหวานบ้านใส่ปลาแห้ง ขนมหินน้ำเงี้ยว แกงผักเชียงดาใส่ปลาแห้ง แกงแคไก่ แกงบอน แกงตูนใส่ปลาช่อน แกงผักกาด แกงขนุน ยำมะถั่วมะเขือ ตำขนุน จอผักกาด คั่วผักเชียงดาใส่ไข่ ข้าวก้นจั้น ห่อหนึ่งปลา ห่อหนึ่งไก่ ลาบปลา ลายหมูคั่วลาบไก่ น้ำพริกอ่อน น้ำพริกปลา ผลไม้ 10 ชนิด ได้แก่ ฝรั่ง สตอเบอรี่ มะละกอฮอลแลนด์สุก ลำไย ลิ้นจี่ เงาะ ส้มโอ ส้มสายน้ำผึ้ง แคนตาลูปเขียว แคนตาลูปแดง และเครื่องดื่ม 5 ชนิด ได้แก่ น้ำมะขามป้อม น้ำฝรั่ง น้ำสตอเบอรี่ น้ำลิ้นจี่ น้ำเสาวรส⁶

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

โครงการนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง เลขที่ REH-57028 ลงวันที่ 2 ธันวาคม 2557

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1) สัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม ทดสอบความสามารถในการทรงตัว 2) นักเทคนิคการแพทย์เจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ 3) อธิบายการรับประทานอาหารพื้นเมืองตามตำรับที่พัฒนาขึ้น โดยให้รับประทานอาหารตามตำรับที่พัฒนาขึ้นอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 4 วัน แล้วบันทึกเมนูอาหารส่วนประกอบและปริมาณ ที่รับประทานในแต่ละวันไว้ด้านหลังของคู่มือตำรับอาหารเป็นระยะเวลา 4 เดือน และ 4) เมื่อครบ 4 เดือน สัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม ทดสอบความสามารถในการทรงตัว และเจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอีกครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบระดับฮีโมโกลบินและเฟอริตินของผู้สูงอายุ ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ paired t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ที่เข้าร่วมโปรแกรมตลอดทั้ง 4 เดือน จำนวน 116 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.00

อายุ 60-69 ปี ร้อยละ 71.55 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 56.89 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 83.62 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 64.65 รายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 95.69 อยู่กับสมาชิกในครอบครัว 4 คนขึ้นไป ร้อยละ 42.24 และมีโรคเรื้อรัง ร้อยละ 53.45

2. กลุ่มตัวอย่าง มีอาการที่สัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางภายใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา 5 อันดับแรกจากทั้งหมด 20 อาการ ก่อนเข้าร่วมโครงการ ได้แก่ อาการหลงลืมง่าย คิดช้าคิดไม่ค่อยออก ขาเป็นตะคริว เหนื่อยง่าย และอ่อนเพลีย โดยความรุนแรงของอาการส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่รุนแรง หลังเข้าร่วมโปรแกรมเป็นระยะเวลา 4 เดือน มีอาการที่สัมพันธ์กับภาวะโลหิตจาง 5 อันดับแรก ได้แก่ อาการหลงลืมง่าย คิดช้าคิดไม่ค่อยออก ขาเป็นตะคริว นอนไม่หลับ และเคลื่อนไหวช้าไม่กระฉับกระเฉง โดยความรุนแรงของอาการส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่รุนแรง

3. กลุ่มตัวอย่าง มีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ (MNA < 17 คะแนน) จำนวน 92 คน คิดเป็นร้อยละ 79.31 แต่ทั้งหมดไม่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม (time up and go test < 29 วินาที)

4. ความแตกต่างของระดับฮีโมโกลบิน (hemoglobin: Hb) ของกลุ่มตัวอย่างทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าไม่มีความแตกต่างทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบระดับฮีโมโกลบิน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 116)

ช่วงเวลา	$\bar{X}$	SD	t	p
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	12.27	1.37	-1.87	.064
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	12.39	1.42		

แต่เมื่อพิจารณาในกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะโลหิตจางพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะโลหิตจางจำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 42.24 แต่เมื่อพิจารณาแยกตามเพศ พบว่าเพศหญิงมีระดับฮีโมโกลบินแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติที่ระดับ .05 ($t = -2.09$, $p = .044$) และเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ย พบว่า เพิ่มขึ้นจาก 10.89 mg/dl เป็น 11.11 mg/dl แต่เพศชายไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับฮีโมโกลบิน ของกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะโลหิตจาง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 49)

ช่วงเวลา	เพศ	n	$\bar{X}$	SD	t	p
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	หญิง	40	10.89	.74	-2.09*	.044
หลังเข้าร่วมโปรแกรม			11.11	.86		
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	ชาย	9	11.44	1.45	-.446	.67
หลังเข้าร่วมโปรแกรม			11.55	2.02		

*P < .05

ส่วนระดับเฟอริติน พบว่าทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีระดับเฟอริตินไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ (เพศหญิง ferritin >13 ng/mL เพศชาย > 30 ng/mL) แต่

เมื่อพิจารณาแยกตามเพศ พบว่าเพศหญิงมีระดับเฟอริตินเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -2.18$, $p = .035$) แต่เพศชายไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับเฟอริติน ของกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะโลหิตจาง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 49)

ช่วงเวลา	เพศ	n	$\bar{X}$	SD	t	p
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	หญิง	40	238.47	216.81	-2.18*	.035
หลังเข้าร่วมโปรแกรม			292.51	306.95		
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	ชาย	9	515.19	750.82	-1.71	.125
หลังเข้าร่วมโปรแกรม			563.6	796.62		

*P < .05

อภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่าความชุกของการเกิดภาวะโลหิตจางในผู้สูงอายุภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย ร้อยละ 42.24 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยที่ผ่านมาของ กันยาแผนกุล¹⁰ ที่พบภาวะโลหิตจางค่อนข้างสูง คือระหว่างร้อยละ 16.5-62.6 ในขณะที่ต่างประเทศ

จากการศึกษาของ Chen et al., Lopez et al. และ Alwar et al.¹¹⁻¹³ พบความชุกระหว่าง ร้อยละ 5.50-37.88 ขึ้นอยู่กับกลุ่มตัวอย่างและสถานที่ในการศึกษา การที่พบภาวะโลหิตจางในผู้สูงอายุค่อนข้างสูงอาจเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและสรีรวิทยาของผู้สูงอายุเองตามกระบวนการเสื่อมตามอายุ

(aging process) ทำให้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดภายในไขกระดูกมีการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการเพิ่มจำนวนและสร้างเซลล์ใหม่ลดลง ส่งผลให้จำนวนเม็ดเลือดแดงและระดับฮีโมโกลบินลดลง นอกจากนี้พรทิพย์ สาริส¹⁴ ยังกล่าวว่าอายุที่เพิ่มขึ้นยังทำให้การสร้างฮอร์โมนอิริโทรโพอิตินลดลง ซึ่งฮอร์โมนนี้มีผลต่อการสร้างเม็ดเลือดแดง จึงทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะโลหิตจางสูงกว่าวัยอื่น

ความชุกของภาวะโลหิตจางในการศึกษาครั้งนี้มีความแตกต่างกันระหว่างเพศ โดยพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 81.63 และ 18.37 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศของ Patel¹⁵ ที่พบ ภาวะโลหิตจางในเพศหญิงมากกว่าเพศชายในวัยเจริญพันธุ์ แต่จะพบภาวะโลหิตจางในเพศชายมากกว่าเพศหญิงเมื่ออายุมากขึ้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรังทำให้ต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง อาจส่งผลต่อการทำงานของไตทำให้มีการสร้างฮอร์โมนอิริโทรโพอิตินลดลง จึงอาจทำให้เกิดภาวะโลหิตจางได้ นอกจากนี้ Stauder et al.¹⁶ ยังพบว่าการติดเชื้อแบบเฉียบพลันและเรื้อรังในผู้ที่เป็โรคเรื้อรังทำให้มีการเพิ่มขึ้นของไซโตไคน์ในกระแสเลือด การตอบสนองต่อเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด (stem cell) และเซลล์ต้นแบบเลือด (hematopoietic progenitor) ต่อโกรทแฟคเตอร์ (growth factor) และฮอร์โมนอิริโทรโพอิติน (erythropoietin) ลดลงจึงทำให้เกิดภาวะโลหิตจางได้

สำหรับอาการที่สัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางภายใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา 5 อันดับแรก ได้แก่ อาการหลงลืมง่าย คิดช้า คิดไม่ค่อยออก ขาเป็นตะคริว เหนื่อยง่าย และอ่อนเพลีย และอาการที่เกิดขึ้นอยู่ในระดับไม่รุนแรง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Malouf and Sastre¹⁷ ที่พบว่าผู้

ที่มีภาวะโลหิตจางระดับเล็กน้อยทำกิจกรรมได้ลดลง อ่อนเพลีย ไม่ค่อยมีแรง ทำกิจวัตรประจำวันได้ลดลง รวมทั้งยังทำให้มีการรู้คิดบกพร่องนอกจากนี้ Sabol et al.¹⁸ ยังพบว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะโลหิตจางมีสมรรถภาพทางกายทั้งแรงบีบมือ การงอเข่า การลุกจากเก้าอี้ การทรงตัว และความเร็วในการเดินดีกว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะโลหิตจาง อย่างไรก็ตามอาการที่สัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางที่อยู่ในระดับไม่รุนแรงนั้นอาจทำให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมองข้ามได้ ส่งผลให้เกิดอาการรุนแรงขึ้นและเกิดอันตรายได้

ประสิทธิผลของตำรับอาหารพื้นเมืองในการลดการเกิดภาวะโลหิตจางในผู้สูงอายุพบว่าระดับฮีโมโกลบินของกลุ่มตัวอย่างทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ แต่กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงที่มีภาวะโลหิตจางมีระดับฮีโมโกลบินเพิ่มขึ้นจาก 10.89 mg/dl เป็น 11.11 mg/dl และมีระดับเฟอริตินเพิ่มขึ้นด้วยเนื่องจากตำรับอาหารพื้นเมืองประกอบด้วยเมนูอาหารทั้งหมด 20 เมนู มีส่วนประกอบหลักเป็นผักที่มีในท้องถิ่นภาคเหนือเป็นส่วนใหญ่ เช่น ยี่มะถั่วมะเขือ ตำขงุน แกงแค แกงผักหวาน มีบางเมนูที่มีส่วนประกอบหลักเป็นเนื้อสัตว์ เช่น ลาบหมูคั่ว ลาบไก่ ลาบปลา และห่อหนึ่ง และบางเมนูมีเลือดเป็นส่วนประกอบได้แก่ ขนมหินน้ำเงี้ยว ข้าวกันจิ้น จึงมีผลให้ผู้สูงอายุที่รับประทานอาหารเหล่านี้มีระดับฮีโมโกลบินสูงขึ้นได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kito and Imai¹⁹ ที่พบว่า การรับประทานเนื้อแดงและผักช่วยป้องกันการเกิดภาวะโลหิตจางในผู้สูงอายุได้ แต่การรับประทานแค่ผักและผลไม้ ไม่มีผลในการป้องกันภาวะโลหิตจาง อีกทั้งการศึกษาของ Bianchi²⁰ พบว่า การ

รับประทานผลไม้และน้ำผลไม้ที่มีวิตามินและเกลือแร่อย่างเพียงพอ มีผลต่อสารต้านอนุมูลอิสระ (antioxidant effect) ที่มีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อการทำงานของเม็ดเลือดแดงและการทำงานของฮอร์โมนรีโทโพอิติน ในการสร้างเม็ดเลือดแดง (red blood cell formation)

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

ตำรับอาหารพื้นเมือง สามารถป้องกันการเกิดภาวะโลหิตจางในผู้สูงอายุได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรมีการประชาสัมพันธ์และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารพื้นเมืองภาคเหนืออย่างสม่ำเสมอ และรับประทานผลไม้ที่มีวิตามินซีสูงควบคู่กันไป

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างผู้สูงอายุทั้งสองเพศ รวมถึงศึกษาในเชิงลึกเกี่ยวกับลักษณะวิถีการดำเนินชีวิต การรับประทานอาหาร และลักษณะอาการที่สัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยนี้ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากงบประมาณแผ่นดิน มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

References

1. Office of the national economic and social development Board. Elderly population 1990-2030 [Internet]. 2011 [cited 2019 Aug 7]; Available from: http://social.nesdb.go.th/SocialStat/StatReport_Final.aspx?reportid=192&template=2R1C&year=2011&subcatid=27.

nesdb.go.th/SocialStat/StatReport_Final.aspx?reportid=192&template=2R1C&year=2011&subcatid=27.

2. Ministry of social development and human security. Situation the elderly Thailand [Internet]. 2005 [cited 2019 Aug 7]; Available from: https://www.msociety.go.th/article_attach/3680/4111.pdf.
3. Tiaotrakul N. Anemia in older adults. J Hematol Transfus. 2011;21(4):267-72.
4. Halawi R, Moukhadder H, Taher A. Anemia in the elderly: a consequence of aging? . Expert Rev Hematol. 2017;10(4):327-35.
5. Praison P, Sareeso P, Aree P, Satheannoppakao W, Chaimin Y, Poolviwat P. Anaemia in elderly people in upper-northern Thailand. Thai Journal of Nursing Council. 2017;32(1):133-45. (in Thai).
6. Praison P, Sareeso P, Aree P, Satheannoppakao W, Chaimin Y, Poolviwat P. Northern native recipes with high iron and vitamin C for the elderly. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2019;20(3):383-90. (in Thai).
7. Thongchim N. An implementation of nurse practitioner project management of rural older adults with anemia [Dissertation]. Nakhon Si Thammarat: Walailak University; 2008. (in Thai).
8. Nilmanat K, Naka K, Kong-in W, Sai-jew A, Chailungka P, Boonphadh P. Nutritional conditions of elderly people in the three southernmost border provinces. Thai

- Journal of Nursing Council. 2013;28(1): 75-84. (in Thai).
9. Shumway-Cook A, Brauer S, Woollacott M. Predicting the probability for falls in community-dwelling older adults using the Time Up & Go Test. *Phys Ther.* 2000;80(9):896-903.
 10. Pheankul K. Prevalence of anemia and factors leading to iron deficiency anemia among elderly at Meafaekmal sub-district, San Sai district, Chiang Mai Province [Dissertation]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2002. (in Thai).
 11. Chen Z, Thomson CA, Aickin M, Nicholas JS, Van WD, Lewis CE, et al. The relationship between incidence of fracture and anemia in older multiethnic women. *J Am Geriatr Soc.* 2010;58(12):2337-44.
 12. Lopez CMJ, Zamora PS, Lopez MA, Marin JF, Zamora S, Perez LF. Dietary intake and iron status of institutionalized elderly people: relationship with different factors. *J Nutr Health Aging.* 2010;14(10):816-21.
 13. Alwar V, Reethi K, Rameshkumar K. Geriatric anemia: An Indian perspective. *Indian J Hematol Blood Transfus.* 2011; 27(1):26-32.
 14. Sareeso P. Anemia in older people: An often overlooked problem. *Thai Journal of Nursing.* 2012;27(4):5-15. (in Thai).
 15. Patel KV. Epidemiology of anemia in older adults. *Semin Hematol.* 2008;45(4):210-7.
 16. Stauder R., Valent P., & Theurl I. Anemia at older age: etiology, clinical implication and management. *Blood.* 2018;131(5):505-14.
 17. Malouf R, Sastre AA. Vitamin B12 for cognition [Internet]. 2009 [cited 2019 Aug 7]; Available from: <http://www.The-cochrane-library.com>.
 18. Sabol VK, Resnick B, Galik E, Baldini AG, Morton PG, Hicks GE. Anemia and its impact on function in nursing home residents: What do we know. *J Am Acad Nurse Pract.* 2010;22:3-16.
 19. Kito A, Imai E. The association with dietary patterns and risk of anemia in Japanese elderly. *J Nutr Sci Vitaminol (Tokyo).* 2020;66(1):32-40.
 20. Bianchi VE. Role of nutrition on anemia in elderly. *Clin Nutr ESPEN.* 2016;11:e1-11.

การพัฒนาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตเพื่อการเตรียมพร้อมสำหรับกลุ่มอาชีพเคลื่อนย้ายแรงงานเสรีของประเทศในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

ศิริพร ครุฑทากาศ* ลิขิตกุล พุ่มเกษม** นงนภัทร รุ่งเนย*** สุจิตรา วิเชียรรัตน์**** ธัญญาศิริ โสมคำ****

บทคัดย่อ

บทนำ: การเข้าสู่ประชาคมอาเซียนส่งผลให้ต้องพัฒนาหลักสูตรและคุณภาพบัณฑิตพยาบาลของไทยให้มีคุณภาพมาตรฐานสูงและทันต่อการเปลี่ยนแปลง

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อพัฒนาหลักสูตรต้นแบบสาขาการพยาบาลเพื่อเตรียมพร้อมบัณฑิตในการเคลื่อนย้ายแรงงานเสรีของประเทศในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

วิธีการวิจัย: การวิจัยแบบผสมผสาน ประกอบด้วย 1) วิเคราะห์เอกสารหลักสูตร 5 ประเทศ 2) เก็บข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถามการประเมินความต้องการจำเป็นของสมรรถนะพยาบาลสู่อาเซียน 5 ด้าน มี 50 ข้อ ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .97 รวบรวมข้อมูลจากผู้บริหารการพยาบาลเขตสุขภาพ 13 เขต จำนวน 67 คน 3) ตรวจสอบความเป็นไปได้ของ (ร่าง) หลักสูตรต้นแบบ โดยการสนทนากลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 คน วิเคราะห์ข้อมูลใช้เทคนิคการหาค่าดัชนีลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็น และวิเคราะห์เนื้อหาเชิงคุณภาพ

ผลการวิจัย: 1) การวิเคราะห์หลักสูตร มี 96-146 หน่วยกิต จัดให้ชั้นปีที่ 2 ขึ้นฝึกปฏิบัติงาน หมวดวิชาการศึกษาทั่วไปแบ่งเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มวิชาเฉพาะจัดเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มวิชาพื้นฐานวิชาชีพ และกลุ่มวิชาชีพ ประกอบด้วย วิชาทฤษฎีและปฏิบัติ 2) ข้อมูลความต้องการจำเป็น ด้านที่มีความต้องการจำเป็นมากที่สุด คือ การศึกษาและการวิจัย และ 3) หลักสูตรต้นแบบที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย ปรัชญา ความสำคัญและวัตถุประสงค์ของหลักสูตร สถานการณ์ภายนอก โครงสร้างตลอดหลักสูตร ควรมีหน่วยกิตเท่ากับ 128 หน่วยกิต 58 รายวิชา เพื่อพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพตามกรอบสมรรถนะของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลสู่อาเซียน

สรุปผล: แนวทางปรับปรุงหลักสูตร คือ ส่งเสริมการพัฒนาสมรรถนะด้านการวิจัยและนวัตกรรม การพัฒนาทักษะการใช้ภาษาอังกฤษ ความเข้าใจความแตกต่างทางวัฒนธรรม และการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะนำไปสู่คุณภาพของบัณฑิต

คำสำคัญ: เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ การเคลื่อนย้ายแรงงานเสรี หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี, คณะพยาบาลศาสตร์, สถาบันพระบรมราชชนก,

E-mail: Siriporn.kr@gmail.com

**มหาวิทยาลัยสยาม

***วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี, คณะพยาบาลศาสตร์, สถาบันพระบรมราชชนก

****วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี, คณะพยาบาลศาสตร์, สถาบันพระบรมราชชนก

Received: April 25, 2020

Revised: July 25, 2020

Accepted: August 10, 2020

Development of a baccalaureate nursing curriculum in response to labor mobility in Southeast Asian Countries

Siriporn Kruttakart* Likitkul Pumkasem** Nongnaphat Rungnoi***

Sujira Wichianrat**** Thunyasiri Somkome****

Abstract

Background: According to the ASEAN community, it is a critical challenge for developing a high standard Thailand nursing curriculum and to ensure the high quality of graduates to meet these changes.

Objective: This research aimed to develop a prototype nursing curriculum in response to the labor mobility in the Southeast Asian Countries.

Methods: A mixed method approach was used and consisted of 3 steps: 1) to analyze the congruency of nursing curricula among five countries in ASEAN, 2) to analyze the need of nursing competencies for the ASEAN community by using questionnaires with a reliability of 0.978. Sixty-seven nursing administrators from 13 service regions were randomly stratified for this study, 3) to assess the feasibility of the developed curriculum. Focus group discussions were conducted with seven educational experts. Data were analyzed by Modified Priority Needs Index ($PNI_{modified}$), and content analysis.

Results: The results were as follows: 1) in five countries, the nursing curriculum consisted of 96-146 credits and a set program for clinical practice in the second year. The curriculum structure was divided into three groups, consisting of the general education courses, and specific courses containing a group of basic professional courses and professional courses including theory and nursing practice; 2) the highest need was rated for the education and research category; and 3) the prototype developed curriculum consisted of the philosophy, the significance and goals of the curriculum, and external contexts. The curriculum structure required a minimum of 128 credits within 58 courses for achieving nursing competencies for the ASEAN community.

Conclusions: These results provide a guide for educational institutes to set the study program for enhancing the research and innovation competency of nursing students. English skills, cross-cultural understanding, and evidence-based nursing skills are also very important to for high quality graduates.

Keywords: ASEAN community, labor mobility, nursing curriculum

*Borommarajonani College of Nursing Changwat Nonthaburi, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute, Thailand, E-mail: Siriporn.kr@gmail.com

**Siam University

***Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute, Thailand

****Borommarajonani College of Nursing Changwat Nonthaburi, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute, Thailand

บทนำ

ความแตกต่างทางด้านเศรษฐกิจของอาเซียนเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโอกาสในการย้ายถิ่นเพื่อหางานทำในต่างประเทศ ความเหลื่อมล้ำด้านรายได้ ส่งผลให้เกิดการย้ายถิ่น ประเทศในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ก้าวเข้าสู่การเป็นประชาคมอาเซียน หรือ ASEAN Economic Community และได้จัดทำข้อตกลงยอมรับร่วม (Mutual Recognition Arrangements, MRAs) เพื่ออำนวยความสะดวกในการเคลื่อนย้ายนักวิชาชีพ 8 สาขา โดยนักวิชาชีพต้องมีคุณสมบัติตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ในข้อตกลงยอมรับคุณสมบัตินักวิชาชีพอาเซียน ซึ่งสาขาวิชาชีพการพยาบาลได้จัดทำ MRAs ในวันที่ 8 ธันวาคม พ.ศ. 2549¹ โดยเป้าหมายหลักของ MRA ในระยะแรกในระยะแรก คือ การพัฒนาระบบการศึกษาและบริการให้มีคุณภาพใกล้เคียงกัน

คณะกรรมการประสานงานด้านพยาบาลวิชาชีพอาเซียน (ASEAN joint coordinating committee on nursing: AJCCN)² ได้ประชุมและกำหนดข้อตกลงร่วมสมรรถนะหลักของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลในอาเซียน (Core Competencies in Response to ASEAN Economic Community) 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการปฏิบัติตามหลักจริยธรรมและกฎหมาย ด้านการปฏิบัติตามหลักวิชาชีพ ด้านภาวะผู้นำและการจัดการ ด้านการศึกษาและการวิจัย และด้านการพัฒนาวิชาชีพ การพัฒนาตนเอง และการพัฒนาคุณภาพงาน เพื่อให้พร้อมสำหรับการทำงานร่วมกับบุคลากรทีมสุขภาพในประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน หรือให้บริการแก่ผู้รับบริการและทำงานร่วมกับบุคลากรชาวต่างชาติ ที่อาจเข้ามาทำงานในประเทศในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งเป็นการเพิ่มจุดแข็งที่

สามารถแข่งขันได้กับพยาบาลวิชาชีพจากประเทศอื่นในอาเซียน³

การเข้าสู่ประชาคมอาเซียนของประเทศไทย ส่งผลกระทบทั้งด้านบวกและด้านลบต่อสถาบันการศึกษาที่ผลิตพยาบาลวิชาชีพไม่มากนัก เพราะประชาชนประเทศต่าง ๆ ในประชาคมอาเซียน ทั้ง 10 ประเทศต่างก็ต้องการพยาบาลที่มีคุณภาพ สามารถให้การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมได้ แม้พยาบาลไทยจะมีบุคลิกลักษณะและวัฒนธรรมที่เป็นคนมีจิตใจอบอุ่น อารี มีเมตตา กิริยามารยาทดี อ่อนน้อม แต่มีข้อจำกัดในเรื่องภาษาต่างชาติ เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอย่างฟิลิปปินส์ ซึ่งเน้นการส่งออกพยาบาลมากกว่าการนำเข้า นอกจากนี้เสี่ยงต่อการถูกแย่งตำแหน่งงาน จากจุดอ่อนด้านการใช้ภาษา และเสี่ยงต่อความขัดแย้งในการทำงานกับทีมสหสาขาชาวต่างชาติ จากการวิจัยเรื่องการวิเคราะห์ความต้องการด้านภาษาอังกฤษ ของพยาบาลไทยที่ทำงานโรงพยาบาลของรัฐ ในกรุงเทพมหานคร พบว่า พยาบาลไทยมีทักษะการพูด และการฟัง น้อยกว่าทักษะแกรมม่า โดยความสามารถในการอ่านภาษาอังกฤษอยู่ในระดับปานกลาง ขณะที่ความสามารถในการพูด ฟัง และเขียนอยู่ในระดับต่ำ⁴ สำหรับจุดเด่นของพยาบาลวิชาชีพ มีงานวิจัยภาพอนาคตพยาบาลไทยในประชาคมอาเซียน⁵ พบว่า จุดเด่นของพยาบาลไทย คือ ทักษะการปฏิบัติการและความรู้มีความเป็นมาตรฐานสากล มีลักษณะพื้นฐานทางด้านจิตใจที่ดี จุดด้อยของพยาบาลไทย คือ ทักษะทางด้านภาษาการสื่อสาร ประเทศที่พยาบาลไทยมีแนวโน้มเคลื่อนย้ายไปประกอบอาชีพพยาบาล คือ สิงคโปร์ บรูไน และมาเลเซีย

การเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่อาเซียนด้านการศึกษาพยาบาลนั้น ประเทศไทยมีศักยภาพที่

จะเป็น Nursing Education Hub ที่มีศักยภาพที่จะรับนักศึกษาเพื่อผลิตพยาบาลวิชาชีพ มีแนวปฏิบัติของสถาบันการศึกษาที่ผลิตพยาบาลวิชาชีพ ควรมีการปรับปรุงหลักสูตรสาขาการพยาบาลให้ทันสมัยอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอได้ตามมาตรฐานสากล สามารถให้การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมได้⁷ รวมทั้งพัฒนาให้พยาบาลมีความสามารถในการสื่อสารทั้งภาษาอังกฤษและภาษาท้องถิ่น¹ โดยสถาบันการศึกษาอาจจัดเป็นหลักสูตรปกติหรือหลักสูตรนานาชาติ¹ ทั้งนี้มีหลักการสำคัญคือการผลิตพยาบาลให้มีคุณภาพสามารถให้บริการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพที่สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจสังคมและเทคโนโลยีสารสนเทศที่เปลี่ยนแปลงไป⁵

ด้วยเหตุผลที่การพัฒนาหลักสูตรพยาบาลสู่อาเซียน จำเป็นต้องมีข้อมูลที่ชี้ความต้องการและสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นถึงความสำคัญในการประเมินความต้องการจำเป็นของสมรรถนะพยาบาลสู่อาเซียนตามการรับรู้ของผู้บริหารการพยาบาลซึ่งเป็นผู้ใช้บัณฑิต เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สะท้อนถึงความแตกต่างหรือช่องว่างของสมรรถนะพยาบาลสู่อาเซียนที่เป็นอยู่จริงกับที่คาดหวังที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขหรือปรับปรุง เพื่อจัดความต้องการจำเป็นด้านสมรรถนะพยาบาลสู่อาเซียนให้น้อยลง หรือหมดไป โดยการนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนพัฒนาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตเพื่อเตรียมความพร้อมบัณฑิตสู่อาเซียนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาหลักสูตรต้นแบบสาขาการพยาบาลเพื่อการเตรียมพร้อมสำหรับบัณฑิตในการเคลื่อนย้ายแรงงานเสรีของประเทศในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นวิจัยแบบผสมผสานเป็นลำดับขั้น (sequential) ที่ใช้วิธีเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรสำหรับ 1) การวิเคราะห์หลักสูตร คือ เอกสารหลักสูตรของสถาบันการศึกษาพยาบาลในประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ 2) การประเมินความต้องการจำเป็น ได้แก่ ผู้บริหารการพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐบาลและเอกชน 12 เขตสุขภาพ และกรุงเทพมหานคร จำนวนประมาณ 1,323 โรงพยาบาล และ 3) การสนทนากลุ่มย่อยตรวจสอบความเป็นไปได้ของ (ร่าง) หลักสูตรต้นแบบ ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 หน่วยงาน จำนวน 10 คน ประกอบด้วย 1) สถาบันอุดมศึกษาด้านพัฒนานักศึกษาระดับปริญญาตรี และด้านพัฒนาหลักสูตร 2) สถานบริการที่เป็นผู้ใช้บัณฑิตซึ่งทำหน้าที่ด้านบริหารทรัพยากรบุคคล และ 3) องค์กรวิชาชีพ

กลุ่มตัวอย่าง

1. การวิเคราะห์หลักสูตร คือ เอกสารหลักสูตรที่สามารถค้นคว้าได้จากเว็บไซต์ของสถาบันพยาบาล 5 ประเทศ

2. การเก็บข้อมูลการประเมินความต้องการจำเป็น (needs assessment) ของสมรรถนะพยาบาลสู่อาเซียน ผู้บริหารการพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐบาลและเอกชน 12 เขตสุขภาพ และกรุงเทพมหานคร และยินดีตอบข้อมูลทางออนไลน์ มีผู้ตอบแบบสอบถาม 67 คน

3. การตรวจสอบความเป็นไปได้ของ (ร่าง) หลักสูตรต้นแบบ โดยการสนทนากลุ่มย่อย (focus group) เลือกแบบเจาะจงจาก 3 หน่วยงาน ได้แก่ 1) สถาบันอุดมศึกษาด้าน

พัฒนานักศึกษาระดับปริญญาตรี และด้านพัฒนาหลักสูตร 2) สถานบริการที่เป็นผู้ใช้บัณฑิตซึ่งทำหน้าที่ด้านบริหารทรัพยากรบุคคล และ 3) องค์กรวิชาชีพ ซึ่งยินดีมาสนทนากลุ่มย่อย จำนวน 7 คน ประกอบด้วย 1) คณะบดีสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทรา สภาวิชาชีพ 2) คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต 3) รองผู้อำนวยการสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข 4) ผู้อำนวยการอาวุโส ฝ่ายพัฒนาพยาบาลทางคลินิก โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิทและโรงพยาบาลสมิติเวช ศรีนครินทร์ 5) อาจารย์ประจำ จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ 6) หัวหน้าภาคหลักการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ และ 7) อาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตร จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. การวิเคราะห์หลักสูตรใช้แบบวิเคราะห์โครงสร้างและรายวิชาของหลักสูตรลักษณะของตารางเทียบสาระสำคัญประกอบด้วยโครงสร้างของหลักสูตร ระยะเวลาการเรียน ระบบการจัดการศึกษา รายวิชา ลักษณะกระบวนการจัดประสบการณ์วิชาชีพ ฯลฯ

2. การเก็บข้อมูลการประเมินความต้องการจำเป็นของสมรรถนะพยาบาลสู่อาเซียนเชิงปริมาณ ประกอบด้วย ข้อมูลเชิงปริมาณ คือแบบสอบถามเป็นคำถามปลายปิด มีพิธีการตอบ 5 ช่วง โดยลักษณะของคำถามแบ่งเป็นสองชุด หรือการตอบสนองคู่ (dual-response format) ซึ่งจะตอบถึงสมรรถนะพยาบาลสู่อาเซียนที่ตรงกับระดับความจำเป็น และปัจจุบันที่เป็นอยู่ในระดับ (1) น้อยที่สุด (2) น้อย (3) ปานกลาง (4) มาก (5) มากที่สุด ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการประเมินความต้องการจำเป็น

และด้านการพยาบาล จำนวน 5 ท่าน ผลตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา พบว่า ข้อคำถามจำนวนทั้งสิ้น 43 ข้อ ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ .74 แต่ข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ มีค่า CVI ต่ำกว่า .50 จึงปรับปรุงตามข้อเสนอแนะและผ่านความคิดเห็นของที่ปรึกษา ทำให้ได้ข้อคำถามเพิ่มเป็น 50 ข้อ และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกัน จำนวน 30 คน และตรวจสอบค่าความเที่ยง (reliability) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .97

3. การตรวจสอบความเป็นไปได้ของ (ร่าง) หลักสูตรต้นแบบฯ เป็นแบบบันทึกการประชุมสนทนากลุ่ม เป็นการบันทึกการอภิปรายในการประชุมสนทนากลุ่มของผู้ทรงคุณวุฒิ

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยขั้นตอนการประเมินความต้องการจำเป็นของสมรรถนะพยาบาลสู่อาเซียน ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี เลขที่ 3/2560 วันที่ 6 มีนาคม 2560 และการตรวจสอบความเป็นไปได้ของ (ร่าง) หลักสูตรต้นแบบฯ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี เลขที่ 6/2560 วันที่ 12 มีนาคม 2560

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ศึกษาการจัดอันดับ (ranking) ของสถาบันการศึกษาพยาบาลในประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และประสานงานขอหลักสูตรเพื่อศึกษาปรัชญา เป้าหมาย วัตถุประสงค์ของหลักสูตร โครงสร้างของหลักสูตรและรายวิชา

การจัดประสบการณ์วิชาชีพ ฯลฯ รวมทั้งศึกษาสาระต่างๆ ที่บรรจุอยู่ในหลักสูตร แต่ได้รับหลักสูตรจากสถาบันการศึกษาของประเทศไทยเพียงประเทศเดียว จึงเปลี่ยนวิธีเป็นการค้นคว้าหลักสูตรจากหน้าเว็บไซต์ของสถาบันการศึกษาพยาบาลในประเทศ สิงคโปร์ มาเลเซีย ฟิลิปปินส์ และสาธารณรัฐเกาหลี

2. การเก็บข้อมูลการประเมินความต้องการจำเป็น โดยส่งแบบสอบถามไปทางไปรษณีย์ และแนบหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้รับแบบสอบถามกลับคืนครั้งที่ 1 จำนวน 45 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 46.88 จึงส่งแบบสอบถามเพิ่มเติม และได้กลับคืน 22 ฉบับ รวมเป็น 67 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 64.42

3. การตรวจสอบความเป็นไปได้ของ (ร่าง) หลักสูตรต้นแบบฯ เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยนัดประชุมการสนทนากลุ่มย่อย ได้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 7 คน ในวันที่ 17 พฤษภาคม 2561 ณ ห้องประชุม อาคาร 3 ชั้น 7 คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งผู้วิจัยได้ขออนุญาตบันทึกเทปตลอดการสนทนา

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสาร ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

2. วิเคราะห์ข้อมูลการประเมินความต้องการจำเป็นของสมรรถนะพยาบาลสู่อาเซียน ใช้เทคนิค Modified Priority Needs Index (PNI_{modified}) ซึ่งมีสูตรคือ $PNI_{modified} = (I-D)/D$ เมื่อ I = สภาพที่คาดหวัง; D = สภาพที่เป็นจริงในปัจจุบัน และจัดลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็นใช้การเรียงค่าดัชนี PNI_{modified} จากมากไปหาน้อย⁷

3. วิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มย่อยเพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้ของ (ร่าง) หลักสูตรต้นแบบฯ จะนำมาถอดเทปแบบคำต่อคำ (verbatim) มาตีความ สรุปผล และวิเคราะห์ด้วยเทคนิคการวิเคราะห์คุณภาพ (qualitative content analysis)

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยเป็น 3 ส่วน

1. ผลการวิเคราะห์หลักสูตรระดับปริญญาตรี สาขาการพยาบาล 5 ประเทศ ได้ข้อสรุปที่เป็นแนวทางสำหรับการร่างหลักสูตรพบว่า

1.1 ระยะเวลาการเรียน 3 - 4 ปี จำนวนหน่วยกิต จำนวนหน่วยกิต 96 - 146 หน่วยกิต

1.2 การฝึกประสบการณ์ ส่วนใหญ่จัดให้ชั้นปีที่ 2 ขึ้นฝึกปฏิบัติงาน จำนวนหน่วยกิตภาคปฏิบัติ 21-36 หน่วยกิต

1.3 ลักษณะของหมวดวิชาการศึกษาทั่วไป ส่วนใหญ่มีการจัดเป็นหมวดวิชาการศึกษาทั่วไป ออกเป็น 3 กลุ่มได้แก่ 1) กลุ่มวิชามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ ส่วนใหญ่จัดรายวิชาจิตวิทยา 2) กลุ่มวิชาภาษา เรียนภาษาอังกฤษ และภาษาประจำชาติ 3) กลุ่มวิชาวิทยาศาสตร์และคณิตศาสตร์

1.4 ลักษณะของหมวดวิชาเฉพาะ มีการแบ่งกลุ่มวิชาเฉพาะออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มวิชาพื้นฐานวิชาชีพ 2) กลุ่มวิชาชีพ ที่ประกอบด้วยวิชาทฤษฎีและปฏิบัติ มีการบูรณาการรายวิชา 2 รายวิชาเป็นวิชาเดียวกันได้แก่ กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยา การพยาบาล ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ผู้นำและการจัดการทางการพยาบาล โภชนาการพื้นฐานและอาหารบำบัด

2. การประเมินความต้องการจำเป็นของสมรรถนะพยาบาลสู่อาเซียนของผู้บริหาร

พยาบาลที่รับผิดชอบงานบริหารทรัพยากรบุคคลในโรงพยาบาล ซึ่งมี 5 ด้าน พบว่า ความต้องการจำเป็นของสมรรถนะพยาบาลสู่อาเซียน โดยรวมมีค่า $PNI_{modified}$ เฉลี่ย 0.31 ด้านที่มีความต้องการจำเป็นมากที่สุด ได้แก่ ด้านสมรรถนะด้านการศึกษาและการวิจัย ($PNI_{modified}$ 0.39) รองลงมาได้แก่ ด้านการพัฒนาวิชาชีพ การพัฒนาตนเอง และการพัฒนาคุณภาพงาน ($PNI_{modified}$ 0.32) ส่วนด้านการปฏิบัติตามหลักจริยธรรม และกฎหมาย มีค่าเท่ากับด้านภาวะผู้นำและการจัดการ ($PNI_{modified}$ 0.26) สำหรับด้านที่มีคะแนนน้อยที่สุด คือด้านการปฏิบัติตามหลักวิชาชีพ ($PNI_{modified}$ 0.25)

3. ผลการตรวจสอบความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของ (ร่าง) หลักสูตรต้นแบบสาขาการพยาบาล โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 คนสรุปได้ดังนี้

3.1 เน้นการเรียนการสอนแบบบูรณาการ ควรปรับลดรายวิชาไม่ให้มีจำนวนหน่วยกิตเกิน 130 หน่วยกิต ให้บูรณาการรวมรายวิชาที่มีความสอดคล้องกัน

3.2 เพิ่มจำนวนรายวิชาที่จำเป็น และสอดคล้องกับเกณฑ์บังคับจำนวนหน่วยกิตของแต่ละกลุ่มวิชา เพิ่มรายวิชาเลือกให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงสังคม เศรษฐกิจ และการแพทย์ เพื่อให้นักศึกษาได้พัฒนาตนเองให้มีลักษณะความเป็นผู้นำทางการพยาบาล เพิ่มเติมรายวิชาที่สะท้อนถึงการพยาบาลที่เป็นพหุวัฒนธรรม มีความเป็นผู้นำทางการพยาบาล นอกจากนี้สามารถบริหารงานทางบริการสุขภาพได้ด้วยตัวเอง เข้าใจการเปลี่ยนแปลงของโลก สามารถสื่อสารและปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงได้ เพื่อให้ศึกษามีองค์ความรู้ที่หลากหลายแต่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการ

ดำเนินชีวิต หรือการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีความสุข

3.3 ด้านแนวทางพัฒนากระบวนการจัดประสบการณ์วิชาชีพ ผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอแนะการฝึกปฏิบัติการทางการพยาบาลกับผู้รับบริการที่เป็นชาวต่างชาติหรือในประเทศกลุ่มเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ นอกจากนี้รายวิชาวัฒนธรรมอาเซียน สามารถจัดประสบการณ์ให้นักศึกษาไปศึกษาในสถานการณ์จริงกับผู้รับบริการที่เป็นชาวต่างชาติที่มาจากกลุ่มประเทศของเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

โดยหลักสูตรต้นแบบที่ได้ปรับปรุงตามพัฒนาขึ้นประกอบด้วย ปรัชญา ความสำคัญและวัตถุประสงค์ของหลักสูตร สถานการณ์ภายนอกที่จำเป็นต้องนำมาพิจารณาในการพัฒนาหลักสูตร โครงสร้างตลอดหลักสูตรมีจำนวน 128 หน่วยกิต เป็นไปตามมาตรฐานหลักสูตรไทยและอาเซียน มี 58 รายวิชา เพื่อพัฒนาสมรรถนะของวิชาชีพตามกรอบสมรรถนะของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล โดยหลักสูตรต้นแบบสาขาการพยาบาลเน้นการพัฒนาผู้เรียนให้มีความรู้ ทักษะทางวิชาชีพ พัฒนาการคิดแก้ปัญหา คิดวิเคราะห์ สังเคราะห์ คิดเชื่อมโยง และคิดอย่างมีวิจารณญาณ รวมทั้งพัฒนาผู้เรียนให้เกิดสมรรถนะวิชาชีพที่จะปฏิบัติงานแก่ผู้รับบริการในบทบาทส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การพยาบาล และการฟื้นฟู ที่สอดคล้องกับกรอบมาตรฐานคุณวุฒิอ้างอิงอาเซียน (Asian qualification reference framework)

ข้อเสนอแนะสำหรับสถาบันอุดมศึกษา ก่อนนำไปประยุกต์ใช้เป็นต้นเค้าสำหรับการพัฒนาหรือปรับปรุงหลักสูตร หลักสูตรที่จัดทำควรมีแนวทางดังนี้

1) หลักสูตรให้พัฒนาเรื่องภาษาทั้ง ภาษาท้องถิ่น ภาษาสากล และภาษาอาเซียน เน้นเรื่องการสื่อสารทางสุขภาพแก่ผู้รับบริการ ด้วยความมั่นใจ เน้นการให้ความรู้ด้านการใช้ เทคโนโลยีสมัยใหม่ เข้าถึงแหล่งข้อมูลที่ หลากหลายและเชื่อถือได้ ส่งเสริมการคิดให้ นักศึกษามากขึ้น สร้างความมั่นใจในการแสดง ความคิดเห็นการอภิปราย การวิพากษ์ รวมทั้ง เสริมความสามารถทางการวิจัยหรือนวัตกรรม เพื่อพัฒนาสุขภาพ รวมทั้งจัดการเรียนการสอน ให้มีการเรียนรู้ภาษาอังกฤษเพิ่มมากขึ้นทั้งศัพท์ ทางการแพทย์ การนำเสนอ การค้นคว้า กิจกรรม นอกหลักสูตรให้เป็นภาษาอังกฤษมากขึ้น

2) หลักสูตรเน้นความเข้าใจในความ แตกต่างทางวัฒนธรรม มีมนุษยสัมพันธ์ โดยยึด หลักเศรษฐกิจพอเพียง และมีความทันสมัยในการ ให้บริการตามมาตรฐานสากลที่อ้างอิงหลักฐาน เชิงประจักษ์ ออกแบบให้เหมาะสมสำหรับสังคมเมือง เน้นความเป็นเฉพาะทางมากขึ้น ถ้าเน้นชุมชน ต้องเน้นการส่งเสริมสุขภาพ (health promotion)

3) เพิ่มกิจกรรมในการฝึกประสบการณ์ วิชาชีพในต่างประเทศมากขึ้น เพื่อให้ให้นักศึกษา ค้นเคยภาษาและวัฒนธรรมของชาตินั้น เพิ่ม ความร่วมมือกับสถานประกอบการต่างประเทศ ในการฝึกประสบการณ์วิชาชีพ เพื่อให้มีทักษะ การปฏิบัติงาน

อภิปรายผล

1. หลักสูตรระดับปริญญาตรีสาขาการ พยาบาลของสถาบันอุดมศึกษาไทยและประเทศ ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบว่า โครงสร้าง หลักสูตรระดับปริญญาตรีสาขาการพยาบาลของ สถาบันอุดมศึกษาไทยมีความเหมือนกับสิงคโปร์ ฟิลิปปินส์ มาเลเซีย และเกาหลี ทั้งนี้เป็นเพราะ

การประชุมรัฐมนตรีศึกษาอาเซียนครั้งแรก ได้กำหนดนโยบายที่เป็นประโยชน์ในการ ดำเนินงานเพื่อมุ่งสู่การเป็นประชาคมอาเซียน และประกาศปฏิญญาว่าด้วยการเสริมสร้างความ ร่วมมือด้านการศึกษา ต้องมีการรับรอง มาตรฐานการศึกษาในระดับสากล เปิดโอกาสให้ คนสามารถมีช่องทางในการไปทำงาน ต่างประเทศได้ หลักสูตรระดับปริญญาตรีสาขา การพยาบาลของสถาบันอุดมศึกษาไทยได้ใช้ กรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขา พยาบาลศาสตร์ของกระทรวงศึกษาธิการ⁸ เพื่อพัฒนานักศึกษาพยาบาลให้มีผลเรียนรู้ด้าน คุณธรรมจริยธรรม ความรู้ ทักษะทางปัญญา ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ การวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้ เทคโนโลยีสารสนเทศ และทักษะการปฏิบัติทาง วิชาชีพ ซึ่งเป็นทักษะพื้นฐานสากลที่ความ จำเป็นสำหรับวิชาชีพพยาบาล โดยหลักสูตรนี้มีความสอดคล้องกับประเด็นยุทธศาสตร์อาเซียน ข้อที่ 1 กล่าวว่าการเป็นตลาดและฐานการผลิต เดียวกัน กรอบมาตรฐานคุณวุฒิจึงมีส่วนช่วย สนับสนุนให้องค์ประกอบการเคลื่อนย้ายบริการ เสรี แลกเปลี่ยนความชำนาญ ประสบการณ์ สามารถดำเนินการได้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ของข้อตกลงเพื่ออำนวยความสะดวกแก่การ เคลื่อนย้าย⁹นั้นหมายความว่าสมรรถนะของ นักศึกษาที่สำเร็จการศึกษาหลักสูตรระดับ ปริญญาตรี สาขา การ พยาบาล จาก สถาบันอุดมศึกษาไทยสามารถเทียบเคียงกับ ประเทศในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ได้

2. ผลการสำรวจความต้องการจำเป็นของ สมรรถนะพยาบาลสู่อาเซียน พบว่า สมรรถนะที่ มีความจำเป็นที่ต้องได้รับการพัฒนาด้านแรกคือ ด้านการศึกษาและการวิจัย เนื่องจากการวิจัย

ทางการพยาบาลมีความสำคัญต่อการสร้างองค์ความรู้ การพัฒนาการศึกษา การปฏิบัติการพยาบาล ตลอดจนพัฒนาสุขภาพของประชาชน การแก้ไขปัญหาแบบองค์รวมทั้งในระดับครอบครัวและชุมชน จึงต้องการวิธีดำเนินงานในทิศทางที่มีเป้าหมายชัดเจน บนฐานข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือหรือข้อมูลเชิงประจักษ์ที่เพียงพอจากการวิจัย¹⁰ ทั้งนี้เป็นเพราะสภาพปัญหาทางสุขภาพของประชาชนมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ซับซ้อนและต้องการการดูแลในเชิงรุกมากขึ้น การพยาบาลในยุคปัจจุบันจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาเรื่องการวิจัย ต่อยอดและเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันในตลาดสุขภาพของภูมิภาคและระดับโลกได้

3. การพัฒนาหลักสูตรต้นแบบสาขาการพยาบาลของประเทศไทย ยึดหลักปรัชญาว่าบัณฑิตพยาบาลเป็นผู้ที่ต้องมีองค์ความรู้ในศาสตร์ทางการพยาบาลและศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง มีทักษะทางปัญญาในการบริการแก่ผู้ที่มีวัฒนธรรมที่หลากหลายแบบองค์รวม ด้วยความเอื้ออาทร มีคุณธรรม จริยธรรม มีจิตวิญญาณของการเป็นผู้นำทางการพยาบาลที่มีทักษะภาษา และสมรรถนะเทียบเท่าสากล มีการพัฒนาตนเองอย่างไม่หยุดนิ่ง เป็นปรัชญาที่สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยภาพอนาคตพยาบาลไทยในประชาคมอาเซียน ที่พบว่าอนาคตของพยาบาลวิชาชีพเมื่อเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ควรเป็นบุคคลที่มีความสามารถด้านการพยาบาลในเชิงปฏิบัติและเชิงวิชาการ สามารถสื่อสารได้หลากหลายภาษา โดยใช้สื่อทางเทคโนโลยีเข้ามาจัดการด้านการบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁵

การพัฒนาหลักสูตรต้นแบบสาขาการพยาบาล ต้องพัฒนาเรื่องภาษาทั้งภาษาท้องถิ่น ภาษาสากล และภาษาอาเซียน เน้นเรื่องการ

สื่อสารทางสุขภาพแก่ผู้รับบริการด้วยความมั่นใจ ซึ่งต้องเพิ่มเนื้อหาด้านภาษาอังกฤษ และภาษาที่สาม¹² ทั้งนี้งานวิจัยภาพอนาคตพยาบาลไทยในประชาคมอาเซียน⁵ พบว่า คุณลักษณะพึงประสงค์สำหรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนของ พยาบาลวิชาชีพโดยรวมสามารถแข่งขันได้ในตลาดแรงงานเมื่อมีการเคลื่อนย้ายแรงงานอย่างเสรี แต่ด้วยปัจจัยทาง ภาษา ศาสนา และวัฒนธรรม ที่เป็นข้อจำกัดทำให้การเคลื่อนย้ายแรงงานพยาบาลวิชาชีพ ดังนั้น การพัฒนาตนเอง ทางด้านวิชาการ และภาษาการสื่อสาร จึงมีความสำคัญยิ่งต่อการนำไปเป็นเครื่องมือการทำงานในแต่ละประเทศ ภาพอนาคตของพยาบาลวิชาชีพเมื่อเข้าสู่ประชาคมอาเซียนจึงควรเป็นบุคคลที่มีความสามารถด้านการพยาบาลในเชิงปฏิบัติและเชิงวิชาการ สามารถสื่อสารได้หลากหลายภาษา โดยใช้สื่อทางเทคโนโลยีเข้ามาจัดการด้านการบริการได้ อย่างมีประสิทธิภาพ เช่นเดียวกันกับข้อมูลศักยภาพของพยาบาลไทยในเวทีอาเซียน พบว่า ประเทศไทยมีพยาบาลที่มีศักยภาพสูงที่สุดในอาเซียน เพราะระดับการศึกษาของพยาบาลไทยโดยภาพรวมสูงกว่าประเทศอื่น ๆ ในอาเซียน โดยพยาบาลไทยจบการศึกษาระดับปริญญาตรี แต่จุดอ่อนหนึ่งของพยาบาลไทยที่พบ คือ การใช้ภาษาอังกฤษในการสื่อสาร¹³ ทั้งนี้เป็นเพราะว่าฟิลิปปินส์ สิงคโปร์ มาเลเซีย เป็นประเทศที่ใช้ภาษาอังกฤษเป็นภาษาหลักในการเรียนการสอน ส่วนประเทศที่ใช้ภาษาท้องถิ่นเป็นหลัก ได้แก่ ไทย ลาว กัมพูชา เวียดนาม เพื่อตอบสนองการเปลี่ยนแปลงและความต้องการของตลาดแรงงานในระดับชาติและภูมิภาค¹⁴

นอกจากนี้การเพิ่มกิจกรรมในการฝึกประสบการณ์วิชาชีพในต่างประเทศมากขึ้น จะ

ทำให้นักศึกษาค้นเคยภาษาและวัฒนธรรมของชาตินั้นๆ ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างลึกซึ้งจากประสบการณ์ตรงที่ได้รับและเกิดการปรับตัวรวมทั้งพัฒนาสมรรถนะของตนเองอย่างสอดคล้องกับประเทศที่ได้ฝึกประสบการณ์สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยเรื่อง ความรู้และสมรรถนะของพยาบาลในการก้าวสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ในเขตภาคเหนือ ให้ข้อเสนอแนะว่า ในการจัดทำนโยบายและวางแผนในการพัฒนาพยาบาลวิชาชีพ ให้มีความรู้และสมรรถนะในการก้าวสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน เช่น ในด้านการศึกษา ควรกำหนดให้มีรายวิชาในหลักสูตรที่ให้ความรู้เกี่ยวกับประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน และพัฒนาผู้เรียนให้มีสมรรถนะของพยาบาลอาเซียน รวมทั้งส่งเสริมให้มีการจัดการเรียนการสอนแบบหลักสูตรทวิภาษา เพื่อพัฒนาทักษะการใช้ภาษาอังกฤษสำหรับวิชาชีพพยาบาล ทั้งด้านการฟัง การพูด การอ่าน และการเขียนบันทึกทางการแพทย์

นอกจากนี้โรงพยาบาล และสภาการพยาบาล ควรมีการสนับสนุนทุนศึกษาดูงานและการทำวิจัยในต่างประเทศ หรือการทำงานร่วมกับนักวิจัยชาวต่างชาติ³ พยาบาลวิชาชีพควรกระตือรือร้นในการพัฒนาตนเองทั้งด้านความรู้ในวิชาชีพและด้านภาษาการสื่อสารและวัฒนธรรมเพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการทำงานในประชาคมอาเซียน สำหรับนักศึกษาต้องพัฒนาสมรรถนะของตนเองทั้งด้านคุณธรรม จริยธรรม การปฏิบัติการพยาบาล วิชาการและการวิจัย การบริหารจัดการ ความเป็นวิชาชีพ การสื่อสารและสัมพันธภาพ เทคโนโลยีสารสนเทศ และสมรรถนะทางสังคม รวมทั้งความชำนาญพิเศษทางการแพทย์ขั้นสูง

ต่อไปเพื่อให้มีความพร้อมในการแข่งขันกับพยาบาลในประเทศอาเซียน¹⁵ ทั้งนี้สถาบันการศึกษาพยาบาลควรสนับสนุนให้มีโครงการแลกเปลี่ยนนักศึกษา พยาบาลกับประเทศสมาชิกอาเซียน สนับสนุนให้มีการจัดตั้งสมาพันธ์นักศึกษาพยาบาลของอาเซียน¹

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

แนวทางการพัฒนาหลักสูตร ประกอบด้วย กระบวนการวิเคราะห์หลักสูตร สังเคราะห์สมรรถนะผู้ประกอบการอาชีพ สำรวจความต้องการจำเป็น ร่างหลักสูตรตามกรอบมาตรฐานที่ประเทศไทยกำหนด พิจารณาสาระรายวิชาตามมาตรฐานสากล นำเข้าสู่การประชุมให้ผู้เชี่ยวชาญตัดสิน แล้วประมวลผลเป็นหลักสูตรต้นแบบ

ข้อเสนอแนะ

ด้านการศึกษา

1. อาจารย์ประจำหลักสูตรต้องปรับการจัดการเรียนการสอน มีรูปแบบการเรียนรู้ที่หลากหลายและเหมาะสมกับสมรรถนะอาชีพ เช่น การเรียนรู้จากฐานประสบการณ์ (experience-based learning) การเรียนโดยใช้ปัญหาเป็นฐาน (problem-based learning) การเรียนโดยใช้โครงการเป็นฐาน (project-based learning) กรณีศึกษาและการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based learning) การใช้สถานการณ์จำลอง (simulation-based learning) นอกจากนั้นการจัดการเรียนการสอนอาจจัดในรูปแบบของโมดูล (module) ตามความเหมาะสมของสาระวิชา

การจัดการเรียนการสอนให้เน้นกระบวนการเรียนรู้ เพิ่มทัศนคติต่อการเรียนและทักษะ เน้นการศึกษาในสถานการณ์จริง

จัดการศึกษาในแหล่งฝึกที่มีผู้รับบริการที่มาจากประเทศในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีการเพิ่มค่านิยม คุณธรรมเกี่ยวกับการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมในรายวิชาที่สอนด้วย

2. อาจารย์ประจำหลักสูตร ควรมีความเชี่ยวชาญทั้งศาสตร์ด้านวิชาชีพและด้านภาษาอังกฤษในการเรียนการสอน และผู้สอนควรมีประสบการณ์วิชาชีพที่เข้าใจบริบทและวัฒนธรรมอาเซียน

3. อาจารย์ผู้สอนควรมีการพัฒนาตนเองโดยการติดตามความก้าวหน้าในศาสตร์ด้านวิชาการและวิชาชีพของตนเอง รวมทั้งเทคโนโลยีสารสนเทศอย่างสม่ำเสมอ จากการนำเสนอข้อค้นพบวิจัย จากการเข้าร่วมประชุมทางวิชาการจากการฝึกประสบการณ์แลกเปลี่ยนกับสถานประกอบการ และสถาบันการศึกษาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ควรเชิญอาจารย์ผู้สอนจากประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มาสอนร่วมกัน รวมทั้งจัดหาสื่อการสอนประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มาใช้เพื่อให้นักศึกษาเกิดประสบการณ์เกี่ยวกับประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้เพิ่มมากขึ้น

ด้านการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาความต้องการบัณฑิตสาขาพยาบาลของประเทศไทยจากประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้จากความคิดเห็นของผู้ใช้บริการจากประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

2. ควรศึกษาอนาคตภาพของหลักสูตรสำหรับการเคลื่อนย้ายแรงงานเสรีของประเทศไทยสู่ประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

3. ควรมีการวิจัยติดตามการใช้หลักสูตรการเคลื่อนย้ายแรงงานเสรีระดับอุดมศึกษา

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ที่สนับสนุนทุนวิจัย และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี ที่ให้การสนับสนุนเรื่องเวลาจนงานวิจัยสำเร็จ และขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิและผู้บริหารพยาบาลที่รับผิดชอบงานบริหารทรัพยากรบุคคลทุกท่านที่ให้ความร่วมมือสร้างสรรค์ จนเกิดผลงานวิชาการที่มีคุณค่า

References

1. Srisuphan W. Luangamornlert S. Sawaengdee K. Nursing professional preparing for mobility of professions in Southeast Asian Countries. Journal Thailand Nursing and Midwifery Council. 2012;27(3):1-10. (in Thai).
2. Nursing Services (AJCCN). Association of Southeast Asian nations [Internet]; 2009 [cited 2018 Oct 1]. Available from <https://asean.org/asean-economic-community/sectoral-bodies-under-the-purview-of-aeam/services/healthcare-services/nursing-services-ajccn/>
3. LeSeure P. Chawaphanth S. Jantaramano S. Thana K. Knowledge and competency of nurses in the Northern region of Thailand for the ASEAN Economic Community. Songklanagarind Journal of Nursing. 2017; 37(1):117-30. (in Thai).

4. Theeartsana P. English Language Needs Analysis of Thai Nurses at a Public Hospital in Bangkok. [master's thesis]. Bangkok: Thammasat University; 2017. 66 p. (in Thai).
5. Anupunpisit V. Suwandee S. Wetcharungsri P. Sukjaroen N. Foresight of Thai nurses in ASEAN Economic community. *Journal of the Police Nurse*. 2016;8(2):119-28. (in Thai).
6. Boonklam R. Onsri P. Role of nursing education institute towards ASEAN Community. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2014,15(3);103-7. (in Thai).
7. Wongwanich, S. Needs assessment research. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2007. (in Thai).
8. Announcement of the Ministry of Education; Thailand Qualification Framework for Bachelor of Nursing B.E. 2009. *Royal Thai Government Gazette* 125 special episode 3d. (2010, Jan 11);43. (in Thai).
9. Meekanon P. Sirikamonsathian B. Factors influencing readiness to join the ASEAN community of nursing students from Boromarajonnani College of Nursing Nopparat Vajira. *Songklanagarind Journal of nursing*. 2015;35(Supplement):29-44. (in Thai).
10. Songwathana P. Status and trends in nursing research: view from experiences. *Princess of Naradhiwas University Journal*. 2009;1(1)21-7. (in Thai).
11. Hayes E. Promoting nurse practitioner practice through research: opportunities, challenges, and lessons. *J Am Acad Nurse Pract*. 2006;18(4):180-6.
12. Kotra P. Phoklin S. Krommuang A. A scenario of educational management of undergraduate nursing curricula in the context of ASEAN community. *Journal of Health Science Research*. 2017;11(2):18-27. (in Thai).
13. Center for International Trade Studies. Professions and AEC. Special report. *Thailand Economic & Business Review*. 2012;7(12):21-7.
14. Maneechote T, Sarot S. An educational cooperative model for Rajabhat universities and universities in ASEAN+3. *Phranakhon Rajabhat Research Journal (Humanities & Social Sciences)*. 2017;12(1): 164-75. (in Thai).
15. Sngounsiritham U. Preparing Readiness of Nursing Education Institutions for being ASEAN Community in 2015. *Nursing Journal*. 2012;39(1):1-9. (in Thai).

การรู้เท่าทันสื่อสังคมออนไลน์เรื่องเพศกับพฤติกรรมทางเพศ ของวัยรุ่นประเทศไทย

ชัยนันท์ เหมือนเพชร* นิภา มหารัษฎพงศ์** ปาจารย์ อับดุลลาฮาซิม**

บทคัดย่อ

บทนำ: วัยรุ่นไทยมีแนวโน้มพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งการรู้เท่าทันสื่อสังคมออนไลน์เรื่องเพศเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาการรู้เท่าทันสื่อสังคมออนไลน์เรื่องเพศ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นประเทศไทย

วิธีการวิจัย: การวิจัยพรรณนาภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่นที่ศึกษาปริญญาตรีในสถาบันอุดมศึกษา จำนวน 1,321 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา วิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติไคสแควร์ หาขนาดความสัมพันธ์ด้วยสถิติโลจิสติกส์ และหาโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ใช้ค่า Adjusted Odds Ratio ที่ความเชื่อมั่นร้อยละ 95

ผลการวิจัย: วัยรุ่นมีการรู้เท่าทันสื่อสังคมออนไลน์เรื่องเพศระดับสูง ร้อยละ 56.10 และมีพฤติกรรมทางเพศเหมาะสม ร้อยละ 51.00 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ได้แก่ เพศ การเข้าถึงสื่อสังคมออนไลน์ ประสบการณ์มีเพศสัมพันธ์ การรู้เท่าทันสื่อสังคมออนไลน์เรื่องเพศ (adjusted odds ratio [AOR]=2.10, 95%CI=1.64-2.57) การสร้างสรรค์สื่อ (AOR=1.96, 95%CI=1.56-2.47) การวิเคราะห์สื่อ (AOR=1.63, 95%CI=1.22-1.96) และการประเมินค่าสื่อ (AOR=1.48, 95%CI=1.20-1.85)

สรุปผล: ผลการศึกษาพบว่าวัยรุ่นที่รู้เท่าทันสื่อสังคมออนไลน์เรื่องเพศระดับต่ำ มีโอกาสแสดงพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมมากกว่าวัยรุ่นที่รู้เท่าทันสื่อระดับสูง ดังนั้น ควรส่งเสริมให้มีกิจกรรมพัฒนาทักษะ การรู้เท่าทันสื่อสังคมออนไลน์เรื่องเพศเพื่อให้เกิดพฤติกรรมทางเพศที่พึงประสงค์

คำสำคัญ: วัยรุ่น พฤติกรรมทางเพศ การรู้เท่าทันสื่อเรื่องเพศ สื่อสังคมออนไลน์

*ภาควิชาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, E-mail: chayanant@go.buu.ac.th

**ภาควิชาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

Received: February 21, 2020

Revised: May 13, 2020

Accepted: June 24, 2020

Sexual media literacy and sexual behaviors among adolescents in Thailand

Chaiyanan Muanphetch* Nipa Maharachapong** Pajaree Abdullakasim**

Abstract

Background: Thai adolescents tend to engage in sexual risk behaviors; furthermore, sexual media literacy is a significant factor linked to sexual behaviors in this group of people.

Objectives: This study was conducted to examine sexual media literacy, and factors related to sexual behaviors among adolescents in Thailand.

Methods: A cross-sectional descriptive study was designed with multistage random sampling to recruit 1,321 adolescents from universities. Data were collected using an online questionnaire and analyzed using descriptive statistics. Correlations were determined using the Chi-square statistical method, binary logistic regression, and adjusted odds ratio at a 95% confidence interval.

Results: The results revealed that sexual media literacy was at a high level (56.10%), and more than half of the adolescents exhibited good sexual behaviors (51.00%). Significant factors that correlated with sexual behaviors included gender, access to sexual social media, sexual intercourse experience, sexual media literacy (adjusted odds ratio [AOR]=2.10; 95%CI=1.64-2.57), media creation (AOR=1.96; 95%CI=1.56-2.47), media analysis (AOR=1.63; 95%CI=1.22-1.96), and media evaluation (AOR=1.48; 95%CI=1.20-1.85), with a statistical significance of .05.

Conclusions: The results showed that adolescents with low sexual media literacy were more than likely to exhibit inappropriate sexual behaviors. Stakeholders, therefore, must promote skill improving sexual media literacy, specifically regarding inappropriate sexual behaviors.

Keywords: adolescents, sexual behaviors, sexual media literacy, social media

*Department of Health Education, Faculty of Public Health, Burapha University,
E-mail: chaiyanan@go.buu.ac.th

**Department of Health Education, Faculty of Public Health, Burapha University

บทนำ

ปัจจุบันเทคโนโลยีและสารสนเทศออนไลน์มีบทบาทสำคัญมากต่อกระแสสังคมและเกิดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต¹ โดยเฉพาะสื่อสังคมออนไลน์ (Social media) ที่ช่วยให้เข้าถึง แลกเปลี่ยน และมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นสามารถแบ่งปันสารไปยังผู้อื่นผ่านเครือข่ายสังคมออนไลน์ (Social Network) ได้โดยง่ายและสะดวก²⁻³ ผลสำรวจการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร พบว่า ปี พ.ศ. 2558-2561 ประชาชนมีแนวโน้มใช้อินเทอร์เน็ตสูงขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2561 พบว่าวัยรุ่นอายุ 15-24 ปี ใช้อินเทอร์เน็ตมากที่สุด ร้อยละ 93.50 โดยวัยรุ่นกลุ่มอุดมศึกษาใช้อินเทอร์เน็ตมากที่สุด ร้อยละ 95.70 และใช้ผ่านสมาร์ทโฟน ร้อยละ 96.90 โดยใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ ร้อยละ 95.10⁴

การสำรวจการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของเยาวชนไทยโดยนิด้าโพล ปีพ.ศ. 2559 พบว่าสื่อสังคมออนไลน์เกิดผลกระทบต่องาน เช่น การเลียนแบบพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ร้อยละ 42.60⁵ และผลกระทบของสื่อที่มีต่อสุขภาพ เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว รวมถึงปัญหาพฤติกรรมทางเพศที่สื่อมีอิทธิพลอย่างมาก⁶⁻⁷ การที่วัยรุ่นสามารถเข้าถึงสื่อสังคมออนไลน์ได้ง่ายและสะดวกทั้งรูปแบบและปริมาณที่ใช้ซึ่งก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งพฤติกรรมที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์⁸ การวิจัย พบว่า เยาวชนในมหาวิทยาลัยเข้าถึงสื่อทางเพศผ่านเว็บไซต์ 42.90 และเฟซบุ๊ก ร้อยละ 69.20⁹ และพบว่าการสื่อสารผ่านสื่อสังคมออนไลน์ โดยเฉพาะวัยรุ่นที่มีความสนใจเรื่องเพศอาจทำให้เกิดพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม และพฤติกรรมเลียนแบบตามสื่อจนกลายเป็นปัญหา เช่น การขายบริการทางเพศ

ผ่านอินเทอร์เน็ต การโชว์โป๊เปลือย การเปลี่ยนคู่นอน และการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร¹⁰ ตรงกันข้ามหากวัยรุ่นรู้เท่าทันสื่อทางเพศก็จะป้องกันการถูกจู่ใจจากเนื้อหาของสื่อทางเพศได้ สอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่า วัยรุ่นที่รู้เท่าทันสื่อทางเพศต่ำจะมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมมากกว่าวัยรุ่นที่รู้เท่าทันสื่อทางเพศสูง⁹ หรือบุคคลที่รู้เท่าทันสื่อดีจะสามารถควบคุมผลกระทบจากสื่อได้ โดยจะเข้าใจเนื้อหา และเลือกรับสื่อรวมถึงใช้สื่อได้อย่างเหมาะสม¹¹

วัยรุ่นเป็นวัยที่มีความอยากรู้อยากลอง และวัยรุ่นเข้าถึงสื่อสังคมออนไลน์ได้ง่าย และอิสระ หากถูกกระตุ้นจากสื่อโดยขาดการรู้เท่าทันก็อาจเกิดการลอกเลียนแบบพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม วัยรุ่นไทยยังมีแนวโน้มมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศเพิ่มสูงขึ้น มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุน้อยลง¹² สอดคล้องกับรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปี พ.ศ. 2550-2558 พบวัยรุ่นอายุ 15-24 ปี แนวโน้มอัตราป่วยเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง¹³ จะเห็นว่าการรู้เท่าทันสื่อสังคมออนไลน์เรื่องเพศสำคัญมากในปัจจุบัน และเป็นประเด็นที่น่าสนใจ การวิจัยครั้งนี้ จึงสนใจศึกษาการรู้เท่าทันสื่อสังคมออนไลน์เรื่องเพศ โดยนำกรอบแนวคิดการรู้เท่าทันสื่อของยูเนสโก ซึ่งสรุปว่า การที่บุคคลจะมีทักษะการเรียนรู้ของตนเองเพื่อการจะเท่าทันสื่อและการปฏิบัติที่ดีได้นั้นต้องมีทักษะที่สำคัญ คือ การเข้าถึงสื่อ การวิเคราะห์สื่อ การประเมินสื่อ และการสร้างสรรค์สื่อ หากทราบสถานการณ์รู้เท่าทันสื่อสังคมออนไลน์เรื่องเพศของวัยรุ่นอย่างครอบคลุม รวมถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศ จะทำให้มีข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สามารถทำนวยการปฏิบัติ พฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นที่มีการรู้เท่าทันสื่อ

เป็นตัวกำหนด จะทำให้มีแนวทางในการวางแผนส่งเสริมทักษะการรู้เท่าทันสื่อให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรู้เท่าทันสื่อสังคมออนไลน์เรื่องเพศกับพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นประเทศไทย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นประเทศไทย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยพรรณนาภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) เพื่อศึกษาการรู้เท่าทันสื่อสังคมออนไลน์เรื่องเพศ กับพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นประเทศไทย ใช้กรอบแนวคิดการรู้เท่าทันสื่อของยูเนสโก (UNESCO)¹⁴ ประกอบด้วย การเข้าถึงสื่อ การวิเคราะห์สื่อ การประเมินสื่อ และการสร้างสรรค์สื่อ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่นชายและหญิงที่กำลังศึกษาระดับปริญญาตรีในสถาบันอุดมศึกษาของรัฐ คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรกรณีไม่ทราบจำนวนประชากรของ Cochran WG.¹⁵ ที่ความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 แทนค่าสูตร ดังนี้

$$n = \frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 p(1-p)}{d^2}$$

โดย Z = ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (Z = 1.96), p = พฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสม ร้อยละ 56.00 (p = 0.56)¹⁶ q = โอกาสที่จะไม่เกิดเท่ากับ 1 – p (q = 0.44), d = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (d = 0.05)

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 0.56(0.44)}{(0.05)^2}$$

กลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 379 คน ป้องกันความไม่ครบถ้วนของข้อมูลจึงเพิ่มร้อยละ 10.00 เท่ากับ 38 คน รวม 417 คน และเพื่อให้สามารถเป็นตัวแทนของภูมิภาคในประเทศไทย และครอบคลุมกลุ่มสาขาวิชา จึงแบ่งกลุ่มเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี กลุ่มมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ และกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ ดังนั้นกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 417 คน รวม 1,251 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอนโดยสุ่มจากสถาบันอุดมศึกษาที่จัดการเรียนการสอนทั้ง 3 กลุ่มสาขาวิชาทั้งหมด 5 ภูมิภาค โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 แบ่งภูมิภาคเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออก และภาคใต้ และแบ่งกลุ่มวัยรุ่นตามภูมิภาคออกเป็น 3 กลุ่มสาขาวิชาข้างต้น

ขั้นที่ 2 สุ่มสถาบันอุดมศึกษาแต่ละภูมิภาค 1 สถาบัน รวมทั้งสิ้น 5 สถาบัน และสุ่มกลุ่มวัยรุ่นตามการแบ่งกลุ่ม 3 กลุ่มสาขาวิชาข้างต้น (สุ่มคณะเป็นตัวแทนกลุ่มสาขาวิชา) สุ่มกลุ่มสาขาวิชาละ 1 คณะ รวมทั้งสิ้น 3 คณะต่อสถาบัน โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่ายด้วยวิธีจับฉลาก

ขั้นที่ 3 สุ่มวัยรุ่นจากสาขาวิชาในแต่ละคณะแบบยกห้องในสาขาวิชาที่สุ่มได้ในแต่ละสถาบันที่เป็นตัวแทนของภูมิภาคนั้น ๆ โดยสุ่มตัวอย่างแบบง่ายด้วยวิธีจับฉลากแบบไม่ใส่คืนตามสัดส่วนประชากร

รวมสุ่มกลุ่มตัวอย่างได้ จำนวน 5 สถาบัน ๆ ละ 3 กลุ่มสาขาวิชา (คณะเป็นตัวแทนกลุ่มสาขาวิชา) คือ 5 สถาบัน คูณ 3 กลุ่มสาขาวิชา เท่ากับ 15 ห้อง กลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้ทั้งสิ้น 1,321 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามออนไลน์ที่พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรู้เท่าทันสื่อและพฤติกรรมทางเพศ ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลด้านคุณลักษณะประชากร จำนวน 8 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบสำรวจรายการและเติมคำตอบ เช่น เพศ การแสดงออกทางเพศ อายุ กลุ่มสาขาวิชา เกรดเฉลี่ยสะสม สถานภาพสมรสบิดามารดา ลักษณะการพักอาศัยในขณะเรียนมหาวิทยาลัย และบุคคลที่พักอาศัยด้วย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ จำนวน 7 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบสำรวจรายการและเติมคำตอบ เช่น การเข้าใช้สื่อสังคมออนไลน์ ประเภท ปริมาณวันเวลา และช่วงเวลากการใช้สื่อสังคมออนไลน์ การเข้าใช้สื่อสังคมออนไลน์เรื่องเพศ และประเภทที่เข้าใช้สื่อสังคมออนไลน์เรื่องเพศ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรู้เท่าทันสื่อสังคมออนไลน์เรื่องเพศ จำนวน 20 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบสอบถามปลายปิดเกี่ยวกับความรู้สึก การปฏิบัติในเรื่องการเข้าถึงวิเคราะห์ ประเมินค่า และสร้างสรรค์สื่อสังคมออนไลน์เรื่องเพศ จำนวน 20 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ ลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ แปลผลโดยประยุกต์เกณฑ์ของ Clark-Carter¹⁷ ตามคะแนนเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 ขึ้นไป คือระดับสูง และต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 คือระดับต่ำ และแบบสอบถามมีค่าความเที่ยง เท่ากับ .81

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมทางเพศ จำนวน 15 ข้อ ลักษณะเป็นแบบสอบถามปลายปิดเกี่ยวกับการปฏิบัติเรื่องการมี

เพศสัมพันธ์ การปฏิบัติที่เสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ และการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เป็นข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ ลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ แปลผลโดยประยุกต์เกณฑ์ของ Clark-Carter¹⁷ ตามคะแนนเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 ขึ้นไป คือเหมาะสม และต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 คือไม่เหมาะสม และแบบสอบถามมีค่าความเที่ยง .82

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม โครงการผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ตามเอกสารที่ 82/2562 รหัส Hu 051/2562 ลงวันที่ 16 พฤษภาคม พ.ศ. 2562

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างอายุ 18 ปี ขึ้นไป และศึกษาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมวิจัยเท่านั้น ดำเนินการโดยประสานงานสถาบันอุดมศึกษาที่จะดำเนินการวิจัย เตรียมความพร้อมผู้ช่วยเก็บข้อมูล เมื่อถึงวันนัดหมายผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบรายละเอียดการวิจัย ลงนามยินยอม จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามออนไลน์ผ่านสมาร์ตโฟนของตนเองโดยให้ URL หรือ QR code ใช้เวลา 15-20 นาที และสามารถจัดส่งแบบสอบถามในระบบออนไลน์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด วิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) และวิเคราะห์หาขนาดความสัมพันธ์การรู้เท่าทันสื่อสังคมออนไลน์เรื่องเพศกับ

พฤติกรรมทางเพศโดยใช้สถิติโลจิสติกทวิ (Binary logistic regression) หาโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ แปลผลโดยใช้ค่า Adjusted Odds Ratio ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ และการรู้เท่าทันสื่อสังคมออนไลน์ เรื่องเพศ

วัยรุ่นส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.10 และชาย ร้อยละ 26.90 ส่วนใหญ่เข้าใช้สื่อสังคมออนไลน์ ร้อยละ 99.50 วัยรุ่นมากกว่า 4 ใน 5 เข้าใช้สื่อสังคมออนไลน์ ได้แก่ ยูทูบ ร้อยละ 95.30 อินสตาแกรม ร้อยละ 93.90 ไลน์ ร้อยละ 93.50 และเฟซบุ๊ก ร้อยละ 86.20 โดยใช้พูดคุยกับเพื่อน ร้อยละ 95.50 และส่วนใหญ่เข้าใช้สื่อสังคมออนไลน์เรื่องเพศ ร้อยละ 73.10 วัยรุ่นมากกว่าครึ่งหนึ่งรู้เท่าทันสื่อสังคมออนไลน์เรื่องเพศ

โดยรวมระดับสูง ร้อยละ 56.10 และเมื่อวิเคราะห์รายด้านพบอยู่ในระดับสูงเช่นกัน ได้แก่ การวิเคราะห์สื่อ ร้อยละ 67.00 การสร้างสรรค์สื่อ ร้อยละ 61.50 การเข้าถึงสื่อ ร้อยละ 53.30 และการประเมินค่าสื่อ ร้อยละ 51.90 ตามลำดับ และพบว่าวัยรุ่นมีพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสม ร้อยละ 51.00 และไม่เหมาะสม ร้อยละ 49.00

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น

จากการศึกษา พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ เพศ การเข้าใช้สื่อสังคมออนไลน์เรื่องเพศ และประสบการณ์มีเพศสัมพันธ์ ส่วนปัจจัยการแสดงออกทางเพศ อายุ กลุ่มสาขาวิชา เกรดเฉลี่ยสะสม สถานภาพสมรสบิดามารดา ลักษณะการพักอาศัย และบุคคลที่พักอาศัยด้วยไม่มีความสัมพันธ์ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากร พฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ กับ พฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น

ตัวแปร	พฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น		χ^2	p
	ไม่เหมาะสม (n = 648)	เหมาะสม (n = 673)		
เพศ				
ชาย	57.58 (205)	42.42 (151)	14.190	<.001
หญิง	45.91 (443)	54.09 (522)		
การเข้าใช้สื่อสังคมออนไลน์เรื่องเพศ				
เข้าใช้	50.99 (491)	49.01 (472)	5.311	.021
ไม่เข้าใช้	43.85 (157)	56.15 (201)		
ประสบการณ์มีเพศสัมพันธ์				
เคยมีเพศสัมพันธ์	62.64 (228)	37.36 (136)	37.097	<.001
ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์	43.89 (420)	56.11 (537)		

เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยควบคุมตัวแปรอื่นให้คงที่ พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น ดังนี้

วัยรุ่นที่รู้เท่าทันสื่อสังคมออนไลน์เรื่องเพศระดับต่ำมีโอกาสมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมมากกว่าวัยรุ่นที่รู้เท่าทันสื่อสังคมออนไลน์ เรื่องเพศระดับสูง 2.10 เท่า เช่นเดียวกันวัยรุ่นที่มีการสร้างสรรค์สื่อระดับต่ำมีโอกาสมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมมากกว่าวัยรุ่นที่มีการสร้างสรรค์สื่อระดับสูง

1.96 เท่า วัยรุ่นที่มีการวิเคราะห์สื่อระดับต่ำมีโอกาสมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมมากกว่าวัยรุ่นที่มีการวิเคราะห์สื่อระดับสูง 1.55 เท่า และวัยรุ่นที่มีการประเมินค่าสื่อระดับต่ำมีโอกาสมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมมากกว่าวัยรุ่นที่มีการประเมินค่าสื่อระดับสูง 1.48 เท่า ส่วนการเข้าถึงสื่อสังคมออนไลน์เรื่องเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างการรู้เท่าทันสื่อสังคมออนไลน์เรื่องเพศกับพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น

ตัวแปร	พฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น		Adjusted OR (95%CI)	p
	ไม่เหมาะสม	เหมาะสม		
	(n = 648) ร้อยละ (จำนวน)	(n = 673) ร้อยละ (จำนวน)		
การรู้เท่าทันสื่อสังคมออนไลน์เรื่องเพศ				
ต่ำ (< 68 คะแนน)	59.66 (346)	40.34 (234)	2.10 (1.64-2.57)	< .001
สูง (≥ 68 คะแนน) ^(Ref)	40.76 (302)	59.24 (439)		
การเข้าถึงสื่อสังคมออนไลน์เรื่องเพศ				
ต่ำ (< 15 คะแนน)	50.89 (314)	49.11 (303)	1.17 (0.94-1.46)	.163
สูง (≥ 15 คะแนน) ^(Ref)	47.44 (334)	52.56 (370)		
การวิเคราะห์สื่อสังคมออนไลน์เรื่องเพศ				
ต่ำ (< 15 คะแนน)	57.11 (249)	42.89 (187)	1.55 (1.22-1.96)	< .001
สูง (≥ 15 คะแนน) ^(Ref)	45.08 (399)	54.92 (486)		
การประเมินค่าสื่อสังคมออนไลน์เรื่องเพศ				
ต่ำ (< 19 คะแนน)	53.93 (343)	46.07 (293)	1.48 (1.20-1.85)	< .001
สูง (≥ 19 คะแนน) ^(Ref)	44.53 (305)	55.47 (380)		
การสร้างสรรค์สื่อสังคมออนไลน์เรื่องเพศ				
ต่ำ (< 18 คะแนน)	59.84 (304)	40.16 (204)	1.96 (1.56-2.47)	< .001
สูง (≥ 18 คะแนน) ^(Ref)	42.31 (344)	57.69 (469)		

อภิปรายผล

การศึกษาพบวัยรุ่นมากกว่าครึ่งหนึ่งรู้เท่าทันสื่อสังคมออนไลน์เรื่องเพศระดับสูง และมีพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสม โดยวัยรุ่นที่รู้เท่าทันสื่อสังคมออนไลน์เรื่องเพศระดับต่ำมีโอกาสมีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสมมากกว่า 2.10 เท่าของวัยรุ่นที่รู้เท่าทันสื่อระดับสูง สอดคล้องกับจินตนา ต้นสุวรรณนท์ และคณะ¹¹ อธิบายว่าบุคคลที่รู้เท่าทันสื่อระดับดีจะสามารถควบคุมผลกระทบจากสื่อได้ และการศึกษาของโศภิตา วิบูลย์พันธุ์¹⁸ พบว่า วัยรุ่นกลุ่มที่รู้เท่าทันสื่อสังคมออนไลน์ดีมีสัดส่วนคะแนนพฤติกรรมทางเพศระดับเหมาะสม ร้อยละ 92.60 เช่นเดียวกับจิติกานต์ บัวรอด และเสาวนีย์ ทองนพคุณ⁹ พบว่าวัยรุ่นที่รู้เท่าทันสื่อทางเพศต่ำจะป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ไม่เหมาะสมมากกว่าวัยรุ่นที่รู้เท่าทันสื่อทางเพศระดับสูง และวีรพงษ์ พวงเล็ก¹⁰ อธิบายว่าการสื่อสารผ่านสื่อสังคมออนไลน์ อาจทำให้เกิดพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม แต่หากวัยรุ่นรู้เท่าทันสื่อทางเพศเหมาะสมก็จะป้องกันจากการถูกจูงใจจากสื่อเรื่องเพศได้

เมื่อวิเคราะห์การรู้เท่าทันสื่อรายด้านพบว่า วัยรุ่นที่สร้างสรรค์ วิเคราะห์ และประเมินค่าสื่อต่ำมีโอกาสมีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสมมากกว่าวัยรุ่นที่สร้างสรรค์ วิเคราะห์ และประเมินค่าสื่อสูงถึง 1.96, 1.55 และ 1.48 เท่าตามลำดับ ทั้งนี้วัยรุ่นกลุ่มที่วิเคราะห์ ประเมิน และสร้างสรรค์สื่อสังคมออนไลน์เรื่องเพศระดับสูงจะสามารถเข้าใจ ติความเนื้อหาโดยใช้ความรู้และคาดการณ์ถึงผลที่จะเกิดขึ้น สอดคล้องกับนิธิดา วิวัฒน์พาณิชย์¹⁹ อธิบายว่าเมื่อบุคคลวิเคราะห์และประเมินข่าวสารในสื่อสังคมออนไลน์อย่างรอบคอบ บุคคลจะมีคำตอบ

ที่ดีต่อการกระทำของตน เข้าใจที่มาของข้อมูลอย่างถูกต้อง สามารถรับรู้ผลกระทบที่อาจตามมา และศุภางค์ นันตา²⁰ พบว่าเยาวชนอุดมศึกษาสามารถวิเคราะห์ดีความและเลือกรับเนื้อหาจากสื่ออินเทอร์เน็ต โดยแยกแยะข้อเท็จจริงและหาเหตุผลประกอบ และเมื่อวัยรุ่นสามารถวิเคราะห์สื่อแล้วย่อมส่งผลต่อการประเมินค่าสื่อ สอดคล้องกับ Pinkleton et al.²¹ พบว่า วัยรุ่นที่รู้เท่าทันสื่อดีจะมีผลต่อการตัดสินใจเรื่องเพศสัมพันธ์มากกว่ากลุ่มที่รู้เท่าทันสื่อต่ำ และการศึกษาของกฤษฎพร ประสิทธิ์วิเศษ²² พบว่านักศึกษาสามารถรู้ทันสื่อโดยเน้นการกลั่นกรองข้อมูล ตรวจสอบ รวมถึงทำความเข้าใจเจตนาผู้ส่งสารว่านำเสนอข้อมูลเพื่อประโยชน์อย่างไร เพื่อไม่ให้ตนเองหลงเชื่อข้อมูลทันที

ส่วนการเข้าถึงสื่อไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น แต่พบกลุ่มที่เข้าถึงสื่อสังคมออนไลน์เรื่องเพศที่ดีมีสัดส่วนพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสม ร้อยละ 52.60 สอดคล้องกับ Buckingham.²³ พบว่า วัยรุ่นสามารถเข้าถึงสื่อที่มีเนื้อหาตามต้องการสามารถหลีกเลี่ยงเนื้อหาที่ไม่ตรงความต้องการได้ วัยรุ่นสามารถแยกแยะเรื่องที่แต่งขึ้นได้ ซึ่งเป็นผลจากพัฒนาการทางความคิดและสังคมรวมทั้งสามารถตัดสินใจอย่างวิพากษ์วิจารณ์ ซึ่งเห็นได้จากการศึกษานี้พบว่าวัยรุ่นเข้าใช้สื่อสังคมออนไลน์เรื่องเพศมากถึง 3 ใน 4 แต่สะท้อนว่าหากวัยรุ่นสามารถวิเคราะห์ ประเมิน และสร้างสรรค์สื่ออย่างเหมาะสม ก็จะส่งผลให้พฤติกรรมทางเพศเหมาะสมตามไปด้วย

ส่วนข้อจำกัดการวิจัยครั้งนี้ คือมุ่งศึกษาความสัมพันธ์ของการรู้เท่าทันสื่อสังคมออนไลน์เรื่องเพศกับพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นใน

สถาบันอุดมศึกษาตามกรอบแนวคิด ทฤษฎี ที่ผู้วิจัยศึกษา ซึ่งมีได้ควบคุมตัวแปรอื่นที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมทางเพศ และการศึกษานี้ยังศึกษาเฉพาะวัยรุ่นสถาบันอุดมศึกษาอายุ 18 ปีขึ้นไปเท่านั้น ทั้งนี้การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นไทย อาจต้องมีการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นกลุ่มอื่น ปัจจัยด้านอื่น และออกแบบวิธีวิจัยรูปแบบอื่นเพิ่มเติมเพื่อที่จะสามารถอธิบายพฤติกรรมทางเพศได้อย่างครอบคลุมทั้งเนื้อหาและกลุ่มวัยรุ่นทุกกลุ่ม

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

การรู้เท่าทันสื่อสังคมออนไลน์เรื่องเพศ ถือได้ว่าเป็นสิ่งสำคัญสำหรับวัยรุ่นในปัจจุบัน ซึ่งผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่าการรู้เท่าทันสื่อสังคมออนไลน์เรื่องเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นประเทศไทยเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีการเปิดรับสื่อวัยรุ่นควรต้องเลือกรับรู้สื่ออย่างมีวิจารณญาณ สามารถวิเคราะห์ และประเมินสื่อได้ ซึ่งสื่อในสังคมปัจจุบันนั้นเป็นสื่อที่วัยรุ่นไทยสามารถเข้าถึงได้ง่ายและสะดวก

ข้อเสนอแนะ

สถาบันอุดมศึกษาและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมให้หลักสูตรในสถาบัน และมีกิจกรรมที่พัฒนาทักษะการรู้เท่าทันสื่อสังคมออนไลน์เรื่องเพศ โดยเฉพาะการสร้างสรรค์วิเคราะห์ และประเมินสื่อ เพื่อให้วัยรุ่นไทยมีพฤติกรรมทางเพศที่พึงประสงค์

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ร่วมวิจัย ผู้ประสานงานวิจัยในสถาบันอุดมศึกษาทุกภูมิภาค ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี และ

ขอขอบคุณคณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัย

References

1. Dechaset Siri P. Learning achievement through electronic online lessons on the subject of leadership and contemporary management. The Golden Teak: Humanity and Social Science Journal. 2016;22(4):114-23. (in Thai).
2. Williamson A. Social Media Guidelines for Parliaments [Internet]. 2013 [cited 2020 Feb 2]; Available form: <http://archive.ipu.org/PDF/publications/SMG2013EN.pdf>
3. Vichitrboonyaruk P. Social media: Future media. Executive Journal. 2011;31(4): 99-103. (in Thai).
4. National Statistical Office, Ministry of Digital Economy and Society. The 2018 household survey on the use of information and communication technology (quarter 4). Bangkok: National Statistical Office, Ministry of Digital Economy and Society; 2018. (in Thai).
5. NIDA Poll. Social media and the future of Thai youth [Internet]. 2017 [cited 2020 Feb 2]; Available form: http://nidapoll.nida.ac.th/file_upload/poll/document/20170331025107.pdf. (in Thai).
6. Bergsma LJ, Carney ME. Effectiveness of health promoting media literacy education: a systematic review. Health Educ Res. 2008;23(3):522-42.

7. Brown JD, Witherspoon EM. The mass media and American adolescents' health. *J Adolesc Health*. 2002;31(6): 153-70.
8. Roemsri J, Thularate N. The impact of social media use among adolescent. *Journal of Suvarnabhumi Institute of Technology (Humanities and Social Sciences)*. 2018;3(1):11-20. (in Thai).
9. Buarod T, Thongnopakun S. Sexual media literacy and preventive behaviors about sexually transmitted diseases among youth in university students Chon Buri Province, Thailand. *Disease Control Journal*. 2019;45(4):402-12. (in Thai).
10. Ponglek W. Internet Pornography: Risk caution and Prevention guideline against its effects on Thai youth. *Executive Journal*. 2011;31(2):223-33. (in Thai).
11. Tansuwannond C, Wongpindech P, Leesattrupa C. Factors related to intellectual media consumption behavior of undergraduate students in Bangkok. *Journal of Behavioral Science*. 2010; 16(1):122-35. (in Thai).
12. World Health Organization. Thailand 2015 global school-based student health survey. Bangkok: World Health Organization, Thailand Country Office; 2017.
13. Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. National disease surveillance (Report 506), 2008–2015. Nonthaburi: Bureau of Epidemiology; 2015. (in Thai).
14. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. Media and information literacy: policy and strategy guidelines. France: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization; 2013.
15. Cochran WG. Sampling Techniques. 3rd edition. New York: John Wiley & Sons; 1997.
16. Thongnopakun S, Maharachpong N, Abdullakasim P. Factors related to the sexual behaviors among youth in Universities location in Eastern Region of Thailand. *Journal of Medical Association of Thailand*. 2016;99(1):43-50. (in Thai)
17. Clark-Carter D. Percentiles. In: Everitt BS, Howell D, editors. *Encyclopedia of Statistics in Behavioral Science*. 3th ed. Hoboken, NJ: Wiley; 2005. p.1539-40.
18. Wiboonphan S. Association between social media literacy and sexual behaviors of adolescent in Banglamung District, Chonburi Province. [Thesis]. Chonburi: Burapha University; 2017.104 p. (in Thai).
19. Wiwatpanitch N. A development of social media literacy skills. *Journal of Graduate Studies, Valaya Alongkorn Rajabhat*. 2015;9(3):209-19. (in Thai).
20. Nunta S. Media used situation and development of media literacy process for Surin youth. *University of the Thai Chamber Commerce Journal*. 2019;39 (2):52-67. (in Thai).

21. Pinkleton BE, Austin EW, Chen YC, Cohen M. The role of media literacy in shaping adolescents' understanding of and responses to sexual portrayals in mass media. *J Health Commu.* 2012;17(4):460-76.
22. Prasitwisate G. Media literacy, self-awareness and information exposure behavior on social media of University students. *Journal of Humanities and Social Sciences, Mahasarakham University.* 2019;37(1):200-13. (in Thai).
23. Buckingham D. Children and new media. In: Lievrouw LA, Livingstone S, editors. *The handbook of new media: Updated student edition*, London: Sage; 2006. p.75-91.

ปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับชนิดอุดกั้นในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่เป็นโรคอ้วน

จิรภา กาญจนโกเมศ* พรสวรรค์ วงศ์สวัสดิ์** นิตยา ศรีสุข**

บทคัดย่อ

บทนำ: ภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับชนิดอุดกั้นเกิดจากการอุดตันทางเดินหายใจส่วนบนซ้ำๆ ซึ่งเกี่ยวข้องกับผู้ที่เป็โรคอ้วน ภาวะดังกล่าวหากไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม สามารถนำไปสู่การเกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ มากมาย

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับชนิดอุดกั้นในกลุ่มผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่เป็นโรคอ้วน

วิธีการวิจัย: การวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่เป็นโรคอ้วน อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 250 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินภาวะหยุดหายใจขณะหลับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติถดถอยโลจิสติก

ผลการวิจัย: ปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับชนิดอุดกั้นในกลุ่มผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่เป็นโรคอ้วน ได้แก่ เพศชาย ($OR_{adj}=9.61$; 95%CI = 1.58-58.17; $p=.014$) อายุที่มากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี ($OR_{adj}=12.72$; 95%CI = 1.41-114.47; $p=.023$) การมีประวัติการนอนกรนของบุคคลในครอบครัว ($OR_{adj}=2.54$; 95%CI = 1.11-5.80; $p=.027$) ดัชนีมวลกาย 30-34.99 ($OR_{adj}=6.28$; 95%CI = 2.25-17.51; $p<.001$) ขนาดรอบคอมากกว่าหรือเท่ากับ 40 ซม. ($OR_{adj}=13.61$; 95%CI = 1.15-159.95; $p=.038$) ความดันโลหิตสูง ($OR_{adj}=5.58$; 95%CI = 2.30-13.55; $p<.001$) ไขมันในเลือดสูง ($OR_{adj}=2.35$; 95%CI = 1.02-5.44; $p=.045$) และจำนวนชั่วโมงการนอนหลับน้อยกว่า 5 ชม. ($OR_{adj}=3.45$; 95%CI = 1.28-9.30; $p=.014$)

สรุปผล: ผลการศึกษาสามารถนำไปใช้คัดกรองผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่เป็นโรคอ้วน เพื่อให้ได้รับการตรวจหาระดับความรุนแรงของภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับชนิดอุดกั้นด้วยวิธีมาตรฐาน รวมทั้งพัฒนาเป็นแนวทางในการจัดการกับปัจจัยต่างๆ เพื่อช่วยลดระดับความเสี่ยงให้กับผู้ป่วย

คำสำคัญ: ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ โรคอ้วน ภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับชนิดอุดกั้น

*คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี, E-mail: jeerapakarn@gmail.com

**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

Received: April 20, 2020

Revised: August 2, 2020

Accepted: August 7, 2020

Factors predicting the risks of obstructive sleep apnea in adults and the elderly with obesity

Jeerapa Karnchanakomate* Pornsuang wongsawat** Nittaya Srisuk**

Abstract

Background: Obstructive sleep apnea (OSA) is a disorder characterized by repetitive upper airway obstructions during sleep in people with obesity. If left untreated, it can lead to several health consequences.

Objectives: This study aimed to determine the factors predicting the risks of OSA in adults and the elderly with obesity.

Methods: A descriptive study with a total sample of 250 adults and elderly aged 18 and older in the primary care units of Surat Thani Province. Data collection was conducted by using questionnaires related to personal information and the STOP-Bang to screen for obstructive sleep apnea. Data analysis was performed using binary logistic regression.

Results: The results showed that the significant predictors for risks of obstructive sleep apnea in adults and the elderly with obesity included being male ($OR_{adj}=9.61$; 95%CI=1.58-58.17; $p=.014$), age 60 years and older ($OR_{adj}=12.72$; 95%CI=1.41-114.47; $p=.023$), family history of snoring ($OR_{adj}=2.54$; 95%CI=1.11-5.80; $p=.027$), Body Mass Index 30-34.99 ($OR_{adj}=6.28$; 95%CI=2.25-17.51; $p<.001$), neck circumference ≥ 40 cm ($OR_{adj}=13.61$; 95%CI=1.15-159.95; $p=.038$), hypertension ($OR_{adj}=5.58$; 95%CI=2.30-13.55; $p<.001$), dyslipidemia ($OR_{adj}=2.35$; 95%CI=1.02-5.44; $p=.045$), and sleep duration < 5 hours ($OR_{adj}=3.45$; 95% CI=1.28-9.30; $p=.014$).

Conclusions: The results of the study can be used to screen adults and the elderly with obesity in order that they can be diagnosed for the severity of OSA by standard methods. This includes developing guidelines for managing various factors to help reduce the level of risk for patients.

Keywords: adult and aging, obesity, obstructive sleep apnea

*Faculty of Nursing, Suratthani Rajabhat University, E-mail: jeerapakarn@gmail.com

**Faculty of Nursing, Suratthani Rajabhat University

บทนำ

โรคอ้วนจัดเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากรโลก เป็นปรากฏการณ์ที่พบแทบทุกประเทศในทุกช่วงกลุ่มอายุ ซึ่งองค์การอนามัยโลกรายงานว่าในปี พ.ศ. 2559 พบผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปเป็นโรคอ้วนประมาณ 650 ล้านคน¹ ส่วนในคนไทยพบผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปมากกว่า 1 ใน 3 อยู่ในภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ซึ่งเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าตัวเมื่อเทียบกับในช่วง 2 ทศวรรษที่ผ่านมา² โรคดังกล่าวนำไปสู่การเกิดโรคเรื้อรังที่ทวีความรุนแรงมากขึ้นในปัจจุบัน เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง มะเร็ง ภาวะหายใจลำบากและหยุดหายใจขณะหลับ ชนิดอุดกั้น เป็นต้น³

ภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับชนิดอุดกั้น (Obstructive sleep apnea; OSA) เป็นความผิดปกติของการนอนหลับ ซึ่งเกิดจากการอุดตันทางเดินหายใจส่วนบนซ้ำๆ ทำให้ระดับออกซิเจนขณะนอนหลับลดลง การเกิด OSA มีความสัมพันธ์กับคนที่เป็โรคอ้วน⁴⁻⁵ เนื่องจากการสะสมของไขมันบริเวณทางเดินหายใจส่วนบน ทำให้เกิดการตีบแคบและการทำงานของกล้ามเนื้อบริเวณดังกล่าวลดลง ภาวะ OSA หากไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพที่สำคัญ เช่น คุณภาพการนอนหลับลดลง อาการง่วงนอนในเวลากลางวันมากกว่าปกติ สูญเสียประสิทธิภาพการทำงาน ความเสี่ยงต่ออุบัติเหตุที่เพิ่มขึ้น ภาวะซึมเศร้า ปัญหาครอบครัว โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด อัมพฤกษ์ อัมพาต เสี่ยงชีวิตเพิ่มขึ้น เป็นต้น⁶⁻⁸

การศึกษาที่ผ่านมาพบปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะ OSA ได้แก่

เพศ อายุ โรคอ้วน ดัชนีมวลกาย ขนาดรอบคอ ขนาดรอบเอว ความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์และการมีประวัตินอนกรนเสียงดังของบุคคลในครอบครัว⁹⁻¹³ ส่วนในประเทศไทยมีการศึกษาคนวัยทำงานช่วงอายุ 30 - 60 ปี พบว่า เพศชาย และสัดส่วนรอบเอวต่อส่วนสูง มีความเสี่ยงต่อการเกิด OSA 6.6 เท่า และ 3.1 เท่า ตามลำดับ ในขณะที่ดัชนีมวลกายไม่สามารถทำนายการเกิด OSA ได้¹⁴ และมีปัจจัยอื่นๆ ที่ศึกษาในคนที่นอนกรนได้แก่ ดัชนีมวลกายสูงกว่า 30 ขนาดรอบคอมากกว่าหรือเท่ากับ 15 นิ้ว การตื่นมาบัสสาวะ ไขมันในโลหิตสูง และสามารถทำนายความเสี่ยงต่อการเกิด OSA ได้ ในขณะที่การดื่มแอลกอฮอล์ไม่สามารถทำนายได้¹⁵ ส่วนการศึกษาของ Narindrarangkura และคณะ¹⁶ พบว่า อายุ ขนาดรอบเอว และการดื่มแอลกอฮอล์สามารถทำนายการเกิด OSA ได้ ส่วนเพศ และการสูบบุหรี่ไม่สามารถทำนายได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวมาข้างต้น พบการศึกษาเกี่ยวกับภาวะ OSA ในประเทศไทยยังมีน้อย รวมทั้งการวินิจฉัยภาวะ OSA ที่เป็นมาตรฐานนั้น คือ การตรวจประสิทธิภาพการนอนแบบทั้งคืน (Standard polysomnography: PSG) ซึ่งเป็นวิธีที่ประชากรกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่ยังไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ เนื่องด้วยวิธีการตรวจดังกล่าวต้องอาศัยบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะ และอยู่ในโรงพยาบาลตติยภูมิระดับสูง ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยทำนายการเกิดภาวะ OSA ประกอบด้วย ปัจจัยด้านลักษณะบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ และประวัติการนอนกรนของบุคคลในครอบครัว ด้านภาวะผิดปกติ/ความเจ็บป่วย ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ขนาดรอบคอ และ

โรคประจำตัว ด้านพฤติกรรมสุขภาพได้แก่ ลักษณะท่านอน ชั่วโมงการนอนหลับ ประวัติการสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งยังไม่พบการศึกษาที่เฉพาะเจาะจงในกลุ่มผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่เป็นโรคอ้วน และมีบางปัจจัยที่ผลการศึกษาพบทั้งข้อมูลที่น่าสนับสนุนและขัดแย้งรวมถึงปัจจัยที่ยังไม่มีการศึกษาได้แก่ ลักษณะท่านอน และจำนวนชั่วโมงการนอนหลับ โดยผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ผลการศึกษานี้จะเป็นข้อมูลสำคัญ และเป็นอีกทางเลือกหนึ่งสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในการช่วยคัดกรองผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่เป็นโรคอ้วนเพื่อให้กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิด OSA ได้รับการตรวจวินิจฉัยหากระดับความรุนแรงด้วยวิธีมาตรฐาน รวมทั้งสามารถนำปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิด OSA มาเป็นแนวทางในการให้คำแนะนำและการดูแลเบื้องต้น เพื่อช่วยลดระดับความเสี่ยงต่อการเกิด OSA ซึ่งนำไปสู่การลดขั้นตอนและงบประมาณในการรักษาให้กับผู้ป่วยและประเทศได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับชนิดอุดกั้นในกลุ่มผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่เป็นโรคอ้วน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อหาปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับชนิดอุดกั้นในกลุ่มผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่เป็นโรคอ้วน

กลุ่มตัวอย่าง

ตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ เขตอำเภอเมือง จังหวัด

สุราษฎร์ธานี คัดเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง โดยมีคุณสมบัติคือ ค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กก./เมตร² ซึ่งถือว่าเป็นโรคอ้วนสำหรับเกณฑ์ประชากรในเอเชีย¹⁷ สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยและมีการรับรู้เป็นปกติ และไม่มีโรคประจำตัวรุนแรง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงที่ยังควบคุมได้ไม่ดี โรคปอดอุดกั้นหรือหอบหืด อัมพฤกษ์ โรคลมชัก หรือสมองเสื่อม

คำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อการวิเคราะห์การถดถอย โดยใช้สูตร $n = 20 \times$ จำนวนตัวแปรอิสระ¹⁸ ซึ่งตัวแปรอิสระจำนวน 10 ตัวแปร ได้กลุ่มตัวอย่าง 200 ราย ผู้วิจัยเก็บเพิ่มกรณีอาจมีการขาดหายไปของข้อมูล รวมเป็นจำนวน 250 ราย ด้วยในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีหน่วยบริการปฐมภูมิจำนวนทั้งสิ้น 20 แห่ง ผู้วิจัยจึงใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) ได้ตัวอย่าง 5 แห่ง ได้แก่ รพ.สต.นิคมสร้างตนเองขุนทะเล รพ.สต.วัดประดู่ รพ.สต.บางใบไม้ ศูนย์สุขภาพชุมชนโพธาราส และสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติบ้านควนยุง เลือกตัวอย่างตามสัดส่วนของจำนวนประชากรในแต่ละหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อให้ได้ตัวอย่างตามจำนวนที่กำหนด ได้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงสูง 173 ราย และในกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงต่ำ 77 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ใช้วิธีการสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ บุคคลใกล้ชิดขณะนอนหลับ ส่วนสูง น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย ขนาดรอบคอ โรคประจำตัว ประวัติการนอนกรนของบุคคลในครอบครัว จำนวนชั่วโมงการนอนหลับ

ลักษณะท่านอนโดยส่วนใหญ่ ประวัติการสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์

2. แบบประเมินภาวะหยุดหายใจขณะหลับ STOP-Bang ฉบับภาษาไทย แปลและดัดแปลงโดย วิษณุ บรรณศิริ อนุช ดุรงค์พันธ์ ช่อเพชร สาลีสึงห์ และจีระสุข จงกลวัฒนา¹⁴ แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ ได้แก่ การกรนเสียงดัง ความเหนื่อยเพลียหรือง่วง การสังเกตพบลักษณะหยุดหายใจ โรคความดันเลือดสูง ดัชนีมวลกายบ่งบอกว่าเป็นโรคอ้วน อายุมากกว่า 50 ปี เส้นรอบคอมากกว่า 40 ซม และเพศชาย ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และไม่ใช่ โดยมีเกณฑ์การแปลผลคือ หากตอบ “ใช่” มากกว่าหรือเท่ากับ 3 ข้อ/คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการ OSA สูง และหากตอบ “ใช่” น้อยกว่า 3 ข้อ/คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการ OSA ต่ำ แบบประเมินนี้ ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (content validity index; CVI) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์ด้าน OSA 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลสาขาผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องด้านการวิจัย 2 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ .75 และได้นำไปทดลองใช้กับผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร KR-20 ของครูเดอร์ - ริชาดสัน ได้เท่ากับ .67

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคม ถึงเดือนมีนาคม 2563 ดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากมหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานีไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิทั้ง 5

แห่งที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล

2. เตรียมเก็บข้อมูล โดยชี้แจงขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและทำความเข้าใจแบบประเมินแก่ผู้ช่วยเก็บข้อมูล ซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลจำนวน 3 ท่าน

3. เก็บข้อมูลในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทำการสัมภาษณ์ ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที จนครบจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี เลขที่ SRU 2019_030 ลงวันที่ 6 มกราคม 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อการเกิด OSA โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (binary logistic regression analysis) แบ่งเป็นสองขั้นตอน คือ 1) การวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกแบบตัวแปรเดียว (univariate logistic regression) ได้ค่า odds ratio อย่างหยาบ (crude odds ratio) และ 2) เลือกตัวแปรที่ให้ค่า $p < .20$ นำมาวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบพหุ (multivariate logistic regression) เพื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรที่เกี่ยวข้องกัน จะได้ค่า odds ratio ที่ปรับแล้ว (adjusted odds ratio) ตัวแปรที่เลือกสุดท้ายคือตัวแปรที่ให้ค่า $p < .05$

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 74.40 อายุเฉลี่ย 57.77 ปี (SD = 1.36) มีช่วงอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 48.80 รองลงมาคือช่วงอายุ 35-59 ปี ร้อยละ 45.20 ส่วนใหญ่นอนห้องเดียวกับสามีหรือลูกเท่าๆ กัน ร้อยละ 27.60 มีประวัติการนอนกรนของบุคคลในครอบครัวร้อยละ 55.60 ดัชนีมวลกายส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 25-29.99 ร้อยละ 64.00 ขนาดรอบคอเฉลี่ย 37.02 (เซนติเมตร; ซม.) (SD = 3.23) โรคประจำตัวส่วนใหญ่เป็นความดันโลหิตสูงร้อยละ 64.00 รองลงมาคือ ไขมันในเลือดสูงร้อยละ 57.20 ลักษณะทำนอนโดยส่วนใหญ่ คือนอนตะแคงร้อยละ 74.00 จำนวนชั่วโมงการนอนหลับเฉลี่ย 6.32 (ชั่วโมง; ชม.) (SD = 1.27) ส่วนใหญ่

ไม่มีประวัติการสูบบุหรี่ และดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 83.20 และ 85.60 ตามลำดับ

จากตัวอย่างทั้งหมด 250 ราย พบกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิด OSA 173 ราย (ร้อยละ 69.20) โดยกลุ่มนี้มีสัดส่วนของผู้ที่เป็นเพศชายอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี มีประวัติการนอนกรนของบุคคลในครอบครัว ดัชนีมวลกาย 30 - 34.99 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ขนาดรอบคอมากกว่าหรือเท่ากับ 40 ซม. มีโรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง จำนวนชั่วโมงการนอนน้อยกว่า 5 ชั่วโมง มีประวัติสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์มากกว่ากลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำต่อการเกิด OSA อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรเดี่ยวระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิด OSA

Factors	Low risk of OSA (%) (n=77)	High risk of OSA (%) (n=173)	p
เพศ			
หญิง	73 (60.80)	113 (39.20)	<.001
ชาย	4 (6.20)	60 (93.80)	
อายุ (ปี)			
< 35	10 (66.70)	5 (33.30)	<.001
36-59	47 (41.60)	66 (58.40)	.075
≥ 60	20 (16.40)	102 (83.60)	<.001
ประวัติการนอนกรนของบุคคลในครอบครัว			
ไม่มี	40 (36.00)	71 (64.00)	.110
มี	37 (26.60)	102 (73.40)	
ดัชนีมวลกาย (BMI)			
25 – 29.99	62 (38.80)	98 (61.20)	.002
30 - 34.99	10 (15.20)	50 (84.80)	.001
≥ 35	5 (20.80)	19 (89.20)	.097

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรเดี่ยวระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิด OSA (ต่อ)

Factors	Low risk of OSA (%) (n=77)	High risk of OSA (%) (n=173)	p
ขนาดรอบคอ (ซม.)			.001
< 40	76 (38.40)	122 (61.60)	
≥ 40	1 (1.90)	51 (98.10)	
โรคประจำตัว			
เบาหวาน: ไม่มี	59 (34.50)	112 (65.50)	.064
มี	18 (22.80)	61 (77.20)	
ความดันโลหิตสูง: ไม่มี	50 (55.60)	40 (44.40)	<.001
มี	27 (16.90)	133 (83.10)	
ไขมันในเลือดสูง: ไม่มี	50 (46.70)	57 (53.30)	<.001
มี	27 (18.90)	116 (81.10)	
ลักษณะทำนอนโดยส่วนใหญ่			.760
นอนหงาย	21 (32.30)	44 (67.70)	
นอนตะแคง	56 (30.30)	129 (69.70)	
ชั่วโมงการนอนหลับ (ชม/คืน)			.001
< 5	8 (13.30)	52 (86.70)	
≥ 5	69 (36.30)	121 (63.70)	
ประวัติการสูบบุหรี่			.001
ไม่สูบ	75 (36.10)	133 (63.90)	
สูบ	2 (4.80)	40 (95.20)	
ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์			.005
ไม่ดื่ม	74 (34.60)	140 (65.40)	
ดื่ม	3 (8.30)	33 (91.70)	

Note: Statistic = Univariate logistic regression analysis

ผลวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับความเสี่ยงต่อการเกิด OSA

เมื่อนำตัวแปรจากวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกแบบตัวแปรเดียวที่มีค่า $p < .20$ มาวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกแบบพหุ พบปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิด

OSA อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติดังนี้ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศชายมีความเสี่ยงต่อการ OSA มากกว่าเพศหญิง 9.61 เท่า (95%CI=1.58-58.17; $p=.014$) อายุที่มากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี มีความเสี่ยงต่อการ OSA มากกว่าอายุน้อยกว่า 35 ปี 12.72 เท่า (95%CI=1.41-114.47;

p=.023) และการมีประวัติการนอนกรนของบุคคลในครอบครัวมีความเสี่ยงต่อการ OSA มากกว่าการไม่มีประวัติการนอนกรนของบุคคลในครอบครัว 2.54 เท่า (95%CI = 1.11-5.80; p=.027) ปัจจัยด้านภาวะผิดปกติ/ความเจ็บป่วย ได้แก่ ดัชนีมวลกาย 30-34.99 มีความเสี่ยงต่อการ OSA มากกว่าดัชนีมวลกาย 25-29.99 6.28 เท่า(95%CI = 2.25-17.51; p<.001) ขนาดรอบคอมากกว่าหรือเท่ากับ 40 ซม. มีความเสี่ยงต่อการ OSA มากกว่าขนาดรอบคอกน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ซม. 13.61 เท่า (95%CI =1.15-159.95; p=.038) ความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงต่อการ OSA มากกว่าความดันปกติ 5.58 เท่า (95%CI = 2.30-13.55; p<.001) ไขมันในเลือดมีความเสี่ยงต่อการ OSA มากกว่าไขมันปกติ 2.35 เท่า (95%CI = 1.02-5.44;

p=.045) และปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ คือ จำนวนชั่วโมงการนอนหลับน้อยกว่า 5 ชม. มีความเสี่ยงต่อการ OSA มากกว่าจำนวนชั่วโมงการนอนหลับมากกว่าหรือเท่ากับ 5 ชม. 3.45 เท่า (95%CI =1.28-9.30; p = .014) ส่วนประวัติการสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ไม่สามารถทำนายความเสี่ยงต่อการเกิด OSA ได้ ทั้งนี้พบว่า เพศชาย อายุ ประวัติการนอนกรนของบุคคลในครอบครัว ดัชนีมวลกาย ขนาดรอบคอ โรคประจำตัว ชั่วโมงการนอนหลับ การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ สามารถร่วมทำนายความเสี่ยงต่อการ OSA ในกลุ่มผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่เป็นโรคอ้วนได้ร้อยละ 58.20 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Nagelkerke R^2 = .582, Predictive correct = 69.20 p <.05) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรแบบพหุระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิด OSA

Factors	Univariate		Multivariate	
	Crude OR (95%CI)	p	Adjusted OR (95%CI)	p
เพศชาย	9.69 (3.37-27.80)	<.001	9.61 (1.58-58.17)	.014
อายุ (ปี)		<.001		.006
< 35	1		1	
36-59	2.80 (0.90-8.75)	.075	3.77 (0.46-30.93)	.216
≥ 60	10.20 (3.14-33.05)	<.001	12.72 (1.41-114.47)	.023
ประวัติการนอนกรนของบุคคลในครอบครัว	1.55 (0.90-2.66)	.110	2.54 (1.11-5.80)	.027
ดัชนีมวลกาย (BMI)		.002		.001
25 – 29.99	1		1	
30 - 34.99	3.54 (1.68-7.45)	.001	6.28 (2.25-17.51)	<.001
≥ 35	2.40 (0.85-6.76)	.097	3.91 (0.83-17.29)	.082
ขนาดรอบคอ ≥40 ซม.	31.77 (4.30-234.68)	.001	13.61 (1.15-159.95)	.038

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรแบบพหุระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิด OSA (ต่อ)

Factors	Univariate		Multivariate	
	Crude OR (95%CI)	p	Adjusted OR (95%CI)	p
โรคประจำตัว				
เบาหวาน	1.78 (0.96-3.29)	.064	1.10 (0.44-2.70)	.839
ความดันโลหิตสูง	6.15 (3.42-11.06)	<.001	5.58 (2.30-13.55)	<.001
ไขมันในเลือดสูง	3.76 (2.14-6.63)	<.001	2.35 (1.02-5.44)	.045
ชั่วโมงการนอนหลับ < 5 ชั่วโมง	3.70 (1.66-8.25)	.001	3.45 (1.28-9.30)	.014
ประวัติการสูบบุหรี่	11.27 (2.65-47.98)	.001	1.30 (0.15-11.36)	.809
ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์	5.81 (1.72-19.59)	.005	3.74 (0.49-28.51)	.202

Note: Statistic = Multivariate logistic regression analysis, Statistical significance (p < .05)

Nagelkerke R² = .582, Predictive correct = 69.20%

อภิปรายผล

ผลการวิจัยพบกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิด OSA 173 ราย (ร้อยละ 69.20) โดยการศึกษาที่ผ่านมาพบร้อยละ 41.60¹⁶ จากการคัดกรองด้วยแบบสอบถาม และร้อยละ 41.40¹⁴ จากการตรวจการนอนหลับหรือ PSG จะเห็นได้ว่ามีอัตราค่อนข้างสูง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มีดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 ซึ่งการเกิด OSA มีความสัมพันธ์กับคนที่เป็นโรคอ้วน⁴⁻⁵

ปัจจัยด้านบุคคลได้แก่ เพศชายมีความเสี่ยงต่อการเกิด OSA มากกว่าเพศหญิง 9.61 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{11,14} ซึ่งเพศชายอาจมีความเกี่ยวข้องกับโรคประจำตัวที่มากกว่าและฮอร์โมนที่ส่งผลต่อการตีบแคบของกล้ามเนื้อบริเวณทางเดินหายใจส่วนบน¹⁰ อายุที่มากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี มีความเสี่ยงต่อการเกิด OSA มากกว่าอายุน้อยกว่า 35 ปี 12.72 เท่า

สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{9,16} โดยอายุที่มากขึ้นเกี่ยวข้องกับน้ำหนักและขนาดรอบคอที่เพิ่มขึ้น รวมทั้งการหย่อนของเนื้อเยื่อและกล้ามเนื้อบริเวณทางเดินหายใจส่วนบนทำให้เกิดการตีบแคบได้ง่าย¹⁹ และการมีประวัติการนอนกรนของบุคคลในครอบครัวมีความเสี่ยงต่อการเกิด OSA 2.54 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Dubey และคณะ¹³ ที่พบว่าประวัติการนอนกรนเสียงดังของบุคคลในครอบครัวมีความเสี่ยงโอกาสเกิด OSA 1.70 เท่า ส่วนหนึ่งอาจเกี่ยวข้องกับลักษณะทางกายภาพ เช่น โรคอ้วน ขนาดรอบคอ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเกิด OSA

ปัจจัยด้านภาวะผิดปกติ/ความเจ็บป่วย ได้แก่ ดัชนีมวลกาย 30 – 34.99 กิโลกรัมต่อตารางเมตรมีความเสี่ยงต่อการเกิด OSA มากกว่าดัชนีมวลกาย 25-29.99 6.28 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา^{4-5,12,15} เนื่องจากระดับดัชนีมวลกายที่เพิ่มขึ้นทำให้มีรูปร่างอ้วน

ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิด OSA เพิ่มขึ้น จากศึกษาพบขนาดรอบคอมากกว่าหรือเท่ากับ 40 ซม. มีความเสี่ยงต่อการ OSA มากกว่าขนาดรอบคือน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ซม. 13.61 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยที่ผ่านมา^{9,15} ส่วนหนึ่งคนที่มีความเสี่ยงต่อการเกิด OSA เกิดจากไขมันที่พอกบริเวณรอบๆ คอหรือทางเดินหายใจส่วนบน ส่งผลให้เกิดการตีบแคบ โดยคนที่เป็นโรคอ้วนมีความสัมพันธ์กับขนาดรอบคอที่เพิ่มขึ้น²⁰ ความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงต่อการ OSA มากกว่าคนปกติ 5.58 เท่า สอดคล้องกับทั้งการศึกษาของที่ผ่านมา ซึ่งพบว่าภาวะทั้ง 2 อย่างต่างส่งผลกระทบซึ่งกันและกัน มักจะพบภาวะ OSA ในคนที่มีประวัติความดันโลหิตสูง เมื่อมีการลดลงของระดับออกซิเจนในเลือด ร่างกายจะกระตุ้นให้มีการหลั่ง catecholamine เพิ่มขึ้น ทำให้เส้นเลือดทั่วร่างกายหดตัว ซึ่งเชื่อว่าเป็นสาเหตุให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง^{11,21} เช่นเดียวกับไขมันในเลือดสูงมีความเสี่ยงต่อการ OSA 2.35 เท่า ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากคนที่เป็นโรคอ้วนมักมีระดับไขมันในเลือดสูง จึงมีความสัมพันธ์กับการเกิด OSA ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{14,22}

ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพคือ ชั่วโมงการนอนหลับน้อยกว่า 5 ชั่วโมง มีความเสี่ยงต่อการ OSA มากกว่าชั่วโมงการนอนหลับมากกว่าหรือเท่ากับ 5 ชม. 3.45 เท่า ภาวะ OSA ทำให้ระดับออกซิเจนในเลือดต่ำลง ร่างกายจึงถูกกระตุ้นให้ตื่นบ่อยขึ้น การนอนหลับถูกรบกวนส่งผลให้มีอาการอ่อนเพลียและง่วงนอนในตอนกลางวันมาก การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัญหาความง่วงในเวลาทำงานตอนกลางวันมีความสัมพันธ์กับการเกิด OSA¹⁰ ส่วนประวัติ

การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ไม่สามารถทำนายความเสี่ยงต่อการเกิด OSA ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{15,22} แต่ต่างกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Kim et al. และ Simou et al.^{12,23} รายงานว่า การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์สามารถทำนายการเกิด OSA ได้ ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการสูบบุหรี่ (ร้อยละ 83.20) และดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 85.60) อาจทำให้ข้อมูลไม่เพียงพอที่จะสะท้อนถึงความเสี่ยงต่อการเกิด OSA ได้

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า เพศชาย อายุ การมีประวัติการนอนกรนของบุคคลในครอบครัว ดัชนีมวลกาย ขนาดรอบคอ ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และชั่วโมงการนอนหลับ สามารถทำนายความเสี่ยงต่อการเกิด OSA ได้ ปัจจัยดังกล่าวสามารถเป็นข้อมูลสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ในการนำไปใช้คัดกรองผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่เป็นโรคอ้วน เพื่อให้กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิด OSA ได้รับการตรวจวินิจฉัยหาระดับความรุนแรงด้วยวิธีมาตรฐานคือ การตรวจประสิทธิภาพการนอนแบบทั้งคืน (polysomnography; PSG) ซึ่งนำไปสู่การดูแลรักษาที่เหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาในครั้งต่อไป ควรศึกษาเพื่อพัฒนาแนวทางหรือโปรแกรมในการจัดการกับปัจจัยต่างๆ เพื่อช่วยลดระดับความเสี่ยงต่อการเกิด OSA ซึ่งนำไปสู่การลดขั้นตอนและงบประมาณในการรักษาให้กับผู้ป่วยได้

References

1. World Health Organization. Obesity and overweight [Internet]. 2020 [cited 2020 Mar 20]; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>.
2. Thai Health Promotion Foundation. Thailand Obesity prevalence second in Southeast Asia [Internet]. 2557 [cited 2019 Oct 10]; Available from: <https://www.thaihealth.or.th/content/247445.html>. (in Thai).
3. Kongjarern S. Obesity: Silent Killer in the Digital Era. *EAU Heritage Journal Science and Technology*. 2017;11(3):22-9. (in Thai).
4. Chen X, Pensuksan WC, Lohsoonthorn V, Lertmaharit S, Gelaye B, Williams MA. Obstructive Sleep Apnea and Multiple Anthropometric Indices of General Obesity and Abdominal Obesity among Young Adults. *Int J Soc Sci Stud*. 2014; 2(3):89-99.
5. Patel SR. The complex relationship between weight and sleep apnoea. *Thorax* March. 2015;70(3):205-6.
6. Luyster FS. Impact of Obstructive Sleep Apnea and Its Treatments on Partners: A Literature Review. *J Clin Sleep Med*. 2017;13(3):467-77.
7. Jehan S, Zizi F, Pandi-Perumal SR, Wall S, Auguste E, Myers AK, et al. Obstructive Sleep Apnea and Obesity: Implications for Public Health. *J Sleep Med Disord*. 2017;1(4):00019.
8. Xie C, Zhu R, Tian Y, Wang K. Association of obstructive sleep apnoea with the risk of vascular outcomes and all-cause mortality: a meta-analysis. *BMJ Open*. 2017;7(12):e013983.
9. Kim SE, Park BS, Park SH, Shin KJ, Ha SY, Park JS, et al. Predictors for Presence and Severity of Obstructive Sleep Apnea in Snoring Patients: Significance of Neck Circumference. *J Sleep Med*. 2015;12(2):34-8.
10. Franklin KA, Lindberg E. Obstructive sleep apnea is a common disorder in the population-a review on the epidemiology of sleep apnea. *J Thorac Dis*. 2015;7(8): 1311-22.
11. Wali SO, Abalkhail B, Krayem A. Prevalence and risk factors of obstructive sleep apnea syndrome in a Saudi Arabian population. *Ann Thorac Med*. 2017;12(2): 88-94.
12. Simou E, Britton J, Leonardi-B J. Alcohol and the risk of sleep apnoea: a systematic review and meta-analysis. *J Sleep Med*. 2018;42:38-46.
13. Dubey A, Kant S, Mahdi AA, Tiwari S, Upadhyay R, Upadhyay S. The potential impact of family history of loud Snoring and risk of Obstructive sleep apnea in overweight subjects. *J Cardiovasc. Dis. Res*. 2014;5(4):3-8.
14. Banhiran W, Chotinaiwattarakul W, Nopmaneejumruslers C, Metheetrairut C,

- Chongkolwatana C. Prevalence of Obstructive Sleep Apnea (OSA) in middle-aged (30-60 years) Thai people. [Internet]. 2013 [cited 2019 Oct 10]; Available from: http://www.rcot.org/datafile/_file/_doctor/b89c4dd866e77a31669c737123f5c092.pdf. (in Thai).
15. Noknu S, Janthivas C, Thumaviriyakul H. Clinical predictors of obstructive sleep apnea hypopnea syndrome. Thai Journal of Otolaryngology-Head and Neck Surgery of Thailand. 2009;10(4): 17-30. (in Thai).
16. Narindrarangkura P, Suwannathot A, Chalermwatanachai T, Rangsin R. Prevalence and Risk Factors of Obstructive Sleep Apnea (OSA) Using Modified Berlin Questionnaire in Thai Rural Community. J Sleep Med Disord. 2016;3(1):1041.
17. Institute of medical research and technology assessment. Guidelines for prevention and care of obesity. [Internet]. 2010 [cited 2019 Oct 10]; Available from: http://www.imrta.dms.moph.go.th/imrta/images/pdf_cpg/2553/53-4.pdf. (in Thai).
18. Hair J, Blak WC, Barbin BJ, Anderson, RE, Tatham RL. Multivariate data analysis. New Jersey: Prentice Hall; 2010.
19. Martins AB, Tufik S, Moura SM. Physiopathology of obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome. J Bras Pneumol. 2007;33:93-100.
20. Kaur S, Kaur K, Rai S, Sinha A, Arora K. Influence of neck circumference & bmi on etiology of obstructive sleep apnea. EJBPS. 2016;3(10).227-32.
21. Senaratna CV, English DR, Currier D, Perret JL, Lowe A, Lodge C, et al. Sleep apnoea in Australian men: disease burden, co-morbidities, and correlates from the Australian longitudinal study on male health. BMC Public Health. 2016; 16(Suppl 3):1029.
22. Hsu WY, Chiu NY, Chang CC, Chang TG, Lane HY. The association between cigarette smoking and obstructive sleep apnea. Tob. Induc. Dis. 2019;5:17-27.
23. Kim KS, Kim JH, Park SY, Won HR, Lee HJ, Yanh HS, et al. Smoking induces oropharyngeal narrowing and increases the severity of obstructive sleep apnea syndrome. J Clin Sleep Med. 2012;8(4): 367-74.

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาล ชะลอไตเสื่อม เครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

อรรถยา อมรพรหมภักดี* ฐาศุภร์ จันประเสริฐ** อมราพร สุรการ**

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคไตเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานและเสียชีวิตได้ การช่วยเหลือที่ดีที่สุดคือต้องชะลอความเสื่อมของไตและคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของไตให้ยาวนานที่สุด

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลชะลอไตเสื่อมและศึกษาผลของการนำรูปแบบไปใช้

วิธีการวิจัย: การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ผู้ร่วมวิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพ 17 คน กลุ่มตัวอย่างในการทดลองรูปแบบเป็นผู้ป่วย 31 คน เครื่องมือในการพัฒนารูปแบบ ได้แก่ แบบบันทึกการสังเกตและแบบบันทึกการสะท้อนคิด เครื่องมือในการทดลองรูปแบบ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกการสนทนาสร้างแรงจูงใจ แบบประเมินระยะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แบบประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และข้อมูลเชิงเปรียบเทียบด้วยสถิติที

ผลการวิจัย: พบว่า รูปแบบประกอบด้วย 1) แนวปฏิบัติทางคลินิกการรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 2) การจำแนกระยะของโรคไตด้วยแถบสี 3) การให้ความรู้ผู้ป่วยเรื่องการชะลอไตเสื่อม 4) การสนทนาสร้างแรงจูงใจ และ 5) การติดตามเยี่ยมบ้าน หลังการนำรูปแบบไปใช้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับครีเอตินินลดลงและอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) มีระยะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

สรุปผล: รูปแบบการพยาบาลชะลอไตเสื่อมทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยเฉพาะการมีระดับครีเอตินินในเลือดลดลง มีอัตราการกรองของไตดีขึ้น

คำสำคัญ: รูปแบบการพยาบาล การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ชะลอไตเสื่อม

*นิสิตปริญญาเอก สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, E-mail: attayapukdee@gmail.com

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

Received: May 6, 2020

Revised: August 1, 2020

Accepted: August 10, 2020

Participatory action research to develop a nursing model to slow the progression of chronic kidney disease in Tambon Health Promoting Hospitals network, Sena District, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province

Attaya Amonprompukdee* Thasuk Junprasert** Amarporn Surakarn**

Abstract

Background: Chronic kidney disease causes suffering and can lead to death. The best treatment involves slowing down the deterioration of the kidney and to maintain the functioning of the kidneys for as long as possible.

Objectives: To develop a nursing model to slow the progression of chronic kidney disease and study the effects of the model.

Methods: A participatory action research was designed to include the participants of 17 professional nurses. The sample of the experimental model consisted of 31 patients. The instruments used to develop the model were an observation recording form and a reflection recording form. The instruments used in the experiment were a general data interview form, a motivation interviewing recording form, a stage of change evaluation form, a clinical outcome evaluation form, and a satisfaction assessment form. The study went from May to December 2019. Qualitative data were analyzed by content analysis, quantitative data were analyzed by descriptive statistics and the comparative data by a paired t-test.

Results: The model consisted of 1) clinical practice guidelines for the treatment of chronic kidney disease, 2) classification of kidney disease with colored bands, 3) educating patients about renal degeneration, 4) motivational interviews, and 5) home visits. After using the model, it was found that the participants had decreased levels of creatinine and the rate of renal filtration increased significantly ($p < 0.05$). The stage of change and satisfaction increased significantly ($p < 0.01$).

Conclusions: This participatory action research process led to the nursing model for slowing the progression of chronic kidney disease and produced good results for patients with chronic kidney disease in Sena District.

Keywords: nursing model, participatory action research, slow the progression of chronic kidney disease

*Graduate Student, Doctoral Degree in Applied Behavioral Science Research, Behavioral Science Research Institute, Srinakharinwirot University, E-mail: attayapukdee@gmail.com

**Assistant Professor, Behavioral Science Research Institute, Srinakharinwirot University

บทนำ

โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลงและเสียชีวิตได้ อีกทั้งยังมีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาและบำบัดทดแทนไตจำนวนมาก¹⁻² จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุข³ พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตวายมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ.2561 มีจำนวน 1,205.03 ต่อประชากร 100,000 คน และพบเป็นอันดับ 5 ของสาเหตุการป่วยของประชากรสาเหตุส่วนใหญ่ของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย คือ การมีโรคร่วม เช่น โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง รวมถึงการขาดความรู้ มีพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม⁴ หากไม่รีบดำเนินการป้องกันจะทำให้การดำเนินโรคเข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายอย่างรวดเร็ว การช่วยเหลือที่ดีที่สุดคือ ต้องชะลอความเสื่อมของไตและคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของไตให้ยาวนานที่สุด

จากสถิติของโรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา⁵ ปี พ.ศ. 2560-2561 มีผู้ป่วยเข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายซึ่งต้องทำการบำบัดทดแทนไตมากถึง 7-10 รายต่อปี และพบว่าในปัจจุบันนี้มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3b ถึงระยะที่ 5 จำนวนมากกว่า 500 ราย ซึ่งการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังไม่ให้ลุกลามถึงระยะสุดท้ายจนต้องบำบัดทดแทนไตนั้น จำเป็นต้องให้การพยาบาลชะลอความเสื่อมของไตตั้งแต่ระยะเริ่มต้นที่บ้าน โดยผู้ที่เข้าถึงบ้านของผู้ป่วยได้ดีที่สุดคือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในตำบลนั้นๆ

ผู้วิจัยเห็นความสำคัญและจำเป็นที่จะต้องพัฒนารูปแบบการพยาบาลชะลอความเสื่อมของไตตั้งแต่ระยะเริ่มต้นที่บ้านก่อนที่ผู้ป่วยจะมี

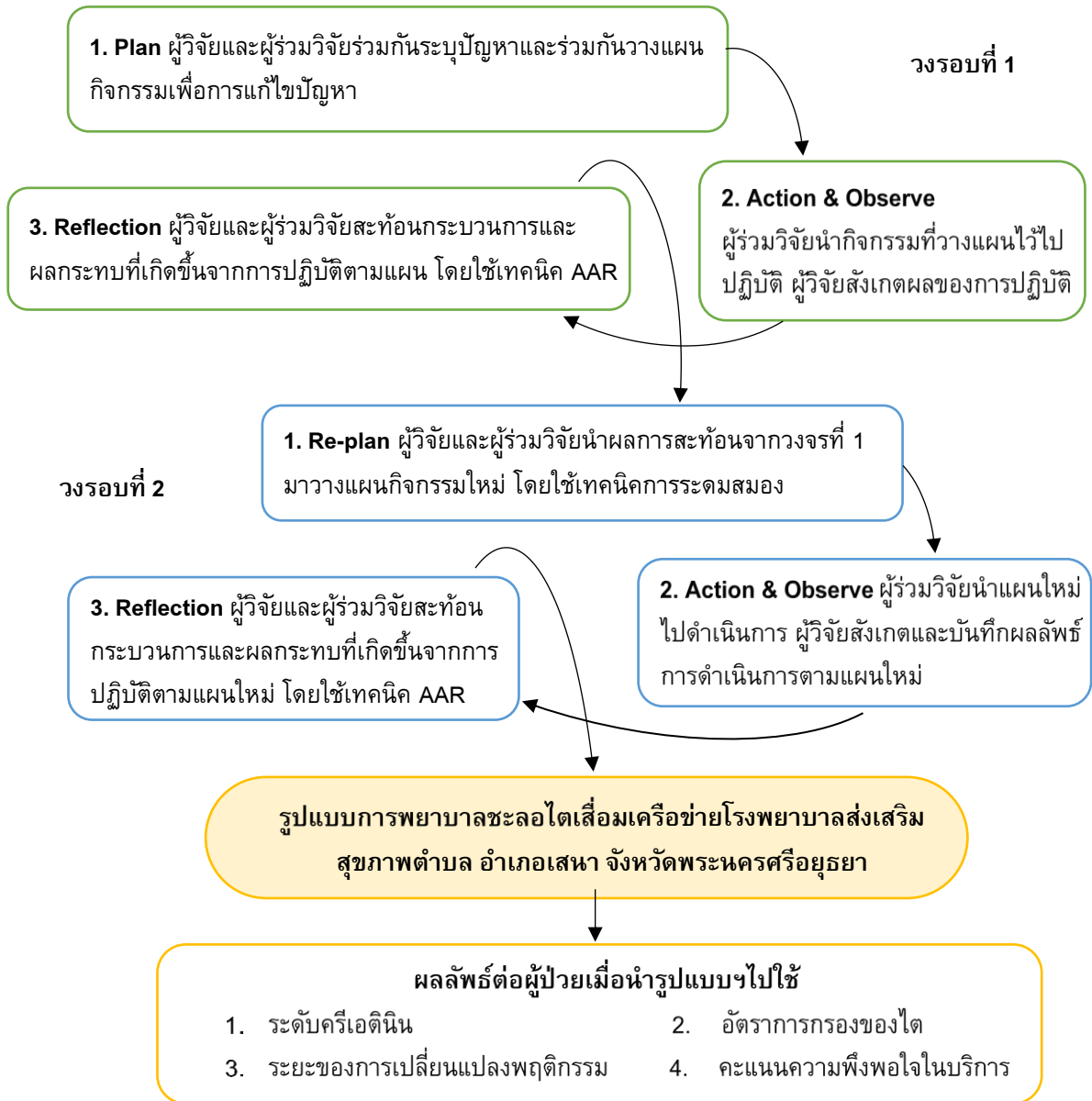
ภาวะไตวายจนต้องบำบัดทดแทนไต โดยศึกษา กับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 15 แห่งของอำเภอเสนา และเลือกใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ซึ่งเป็นกระบวนการที่มีการสะท้อนการวิเคราะห์ตนเองและเป็นยุทธวิธีที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จเกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน⁶ รวมถึงเกิดการเรียนรู้ร่วมกันผ่านเกลียววงจรจนได้รูปแบบที่มีความเหมาะสมกับบริบทของอำเภอเสนาสำหรับใช้ในการปฏิบัติที่เหมือนกันทั้งเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอเสนา

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลชะลอไตเสื่อม เครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
2. ศึกษาผลของการนำรูปแบบการพยาบาลชะลอไตเสื่อมไปใช้ โดยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ระดับครีเอตินิน อัตราการกรองของไต ระยะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และความพึงพอใจในบริการของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลชะลอไตเสื่อม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมตามแนวคิดของเคมมิสและแม็กแท็กการ์ท (Kemmis & McTaggart)⁷ ซึ่งแต่ละวงรอบ ประกอบด้วย 1) การวางแผน (plan) 2) การดำเนินการและสังเกตผล (action & observe) และ 3) การสะท้อน (reflection) ดำเนินการผ่าน 2 วงรอบจนได้รูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ หลังจากนั้นจึงนำรูปแบบไปทดลองใช้ และวัดผลลัพธ์กับผู้ป่วย ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) ใช้เวลาในการศึกษา ระหว่างเดือนพฤษภาคม - ธันวาคม 2562

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มี 2 กลุ่ม ดังนี้

1. ผู้ร่วมวิจัยในกระบวนการพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพในกลุ่มงานเวชกรรม

สังคม 1 คน พยาบาลล้างไตทางช่องท้อง 1 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 15 คน โดยเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดคือเป็นพยาบาลที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและยินดีเข้าร่วมโครงการ รวมทั้งสิ้น 17 คน

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลองรูปแบบคือ ผู้ป่วยคลินิกโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 15 แห่งของอำเภอเสนา โดย

คัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คือที่เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 2-3 (eGFR 30-89 ml/min) และมีค่า serum creatinine > 1.2 mg/dl ช่วยเหลือตนเองได้ดี มีการรับรู้และการสื่อสารปกติ และสามารถเข้าร่วมโครงการได้ตลอดการศึกษา รวมทั้งสิ้น 31 คน

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยที่ผ่านคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ certificate number: SWUEC/E-351/2561 เมื่อวันที่ 6 พฤศจิกายน 2561

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบได้แก่

1.1 แบบบันทึกการสังเกตของผู้วิจัยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากทบทวนวรรณกรรม

1.2 แบบบันทึกการสะท้อนคิด ซึ่งผู้วิจัยใช้บันทึกข้อมูลที่ได้จากการสะท้อนคิดในแต่ละกิจกรรม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองรูปแบบได้แก่

2.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ เพศ โรคประจำตัว การใช้ยา NSAID และยาสมุนไพร

2.2 แบบบันทึกการสนทนาสร้างแรงจูงใจที่ทีมผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวทางการสนทนาสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing) ของ Miller & Rollnick⁸ ที่นายแพทย์เทอดศักดิ์ เดชคงได้แปลเป็นภาษาไทยเพื่อให้เกิดการปรับพฤติกรรมทางด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วย ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) การสร้างสัมพันธภาพ/ตกลงบริการ 2) การค้นหาสิ่งสำคัญ/แรงจูงใจ 3) การผลักดันแรงจูงใจให้แน่นแฟ้นมั่นคง 4) การแนะนำ

แบบมีตัวเลือกให้เขาได้เลือกเอง และ 5) การวางแผนและสรุป

2.3 แบบประเมินระยะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ประกอบด้วย ระยะที่ 1 เพิกเฉย ระยะที่ 2 ลังเล ระยะที่ 3 ตัดสินใจและพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเอง ระยะที่ 4 ลงมือทำได้บ้าง ระยะที่ 5 ปฏิบัติต่อเนื่องจนเป็นนิสัย ระยะที่ 6 เผลอกลับไปทำพฤติกรรมเดิม

2.4 แบบประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก ซึ่งเป็นการตรวจตามนัดหมายปกติของคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอเสนา ได้แก่ ระดับครีเอตินินในเลือดและอัตราการกรองของไต

2.5 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อรูปแบบที่ทีมผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ มีจำนวน 10 ข้อ โดยได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .87

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ชี้แจงวัตถุประสงค์และบทบาทของผู้ร่วมวิจัย เปิดโอกาสให้ซักถาม และให้อิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ ซึ่งสามารถถอดตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น

2. เข้าสู่กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมดังนี้

2.1 ขั้นตอนการวางแผน ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยวางแผนการพัฒนารูปแบบในวงรอบที่ 1 ดังนี้

2.1.1 ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยให้ทุกคนแสดงความคิดเห็นผ่านการวาดรูปที่สะท้อนสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังใน

ปัจจุบัน แล้วให้บรรยายภาพที่ตนเองวาดที่
ละคน หลังจากนั้นหาข้อสรุปร่วมกันอย่างเป็น
ประชาธิปไตย

2.1.2 ศึกษาเป้าหมายของการ
พัฒนารูปแบบการพยาบาลชะลอไตเสื่อม โดย
ให้ทุกคนแสดงความคิดเห็นผ่านการวาดรูปที่
สะท้อนการวาดฝันอยากให้เกิดขึ้นในอนาคต
และให้ทุกคนบรรยายภาพของตนเอง แล้วหา
ข้อสรุปเพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนพัฒนารูปแบบ

2.1.3 กำหนดกิจกรรมภายใต้
รูปแบบการพยาบาลชะลอไตเสื่อม เพื่อให้เกิด
ผลลัพธ์ตามเป้าหมายที่วาดฝันไว้ โดยเขียนผัง
กำกับกิจกรรมระบุใครทำอะไรที่ไหนเมื่อไหร่
และอย่างไร รวมถึงกำหนดวัสดุอุปกรณ์และ
งบประมาณที่จะใช้ในการดำเนินงานแต่ละ
กิจกรรม

2.2 ขั้นตอนการดำเนินการและสังเกต
โดยผู้ร่วมวิจัยนำกิจกรรมที่วางแผนไว้ไป
ดำเนินการ ซึ่งผู้วิจัยจะคอยสังเกตกระบวนการ
ดำเนินงานและบันทึกในแบบบันทึกการสังเกต
ของผู้วิจัย

2.3 ขั้นตอนการสะท้อนผลการ
ดำเนินการ เป็นขั้นตอนหลังจากดำเนินการตาม
แผนเสร็จแล้ว ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยจะทำการ
สะท้อนผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการนำรูปแบบไป
ทดลองใช้ โดยใช้เทคนิค AAR (after action
review) และบันทึกในแบบบันทึกการสะท้อน
ทุกกิจกรรม

2.4 นำผลที่ได้จากการสะท้อนคิดมา
วิเคราะห์ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการปรับปรุงรูปแบบ
การพยาบาลชะลอไตเสื่อมในวงจรต่อไป

3. ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยดำเนินการตาม
วงจร โดยทุกวงจรจะทำตามขั้นตอนเหมือน
วงจรที่ 1 คือ การวางแผน การดำเนินการและ

สังเกต และการสะท้อนผลการดำเนินการ
จนกระทั่งได้รูปแบบการพยาบาลชะลอไตเสื่อม
ที่เหมาะสมกับบริบท และตรงตามความ
คาดหวังของทีมวิจัย

4. นำรูปแบบที่ได้ไปทดลองใช้กับ
ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังคลินิกโรคไตเรื้อรังใน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอ
เสนา โดยมีขั้นตอนคือ 1) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง
แบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด 2) ทำ
การประเมินข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิก ระยะของ
การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และประเมินความ
พึงพอใจต่อการบริการพยาบาลของผู้ป่วย ก่อนการ
ใช้รูปแบบ 3) ดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบ และ
4) ทำการประเมินข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิก ระยะ
ของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และประเมิน
ความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลของผู้ป่วยหลัง
การใช้รูปแบบการพยาบาลชะลอไตเสื่อม

5. วิเคราะห์ผลลัพธ์ของการนำรูปแบบ
การพยาบาลชะลอไตเสื่อมไปใช้

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการ
วิเคราะห์เนื้อหา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วย
สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และวิเคราะห์
ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบด้วยสถิติ (paired t-test)

ผลการวิจัย

วงรอบที่ 1 มีผลการวิจัยดังนี้

1. ขั้นตอนการวางแผน

1.1 การศึกษาสถานการณ์ พบว่า
การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในปัจจุบันเป็นแบบ
ต่างคนต่างทำ ไม่มีรูปแบบการดูแลที่ชัดเจน
ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่ไม่เป็น
มาตรฐานไม่สม่ำเสมอและไม่ต่อเนื่อง

1.2 การศึกษาปัญหาและอุปสรรค พบว่า 1) ไม่มีแนวทางปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ไม่เป็นมาตรฐานเดียวกันและไม่เชื่อมโยงกับโรงพยาบาล 2) ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคไตวายช้า ทำให้ได้รับการรักษาช้า เนื่องจากมีผู้ป่วยรอรับการตรวจจำนวนมากและต้องเปิด OPD card ผลการตรวจเลือดจึงจะทราบว่าผู้ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะใด 3) ผู้ป่วยขาดความรู้ในการดูแลตนเอง ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง 4) ผู้ป่วยมีความรู้แต่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้เอง

1.3 การศึกษาเป้าหมายของการพัฒนารูปแบบ พบว่า เป้าหมายของการพัฒนารูปแบบการพยาบาลชะลอไตเสื่อมที่วัดค้นให้เกิดขึ้น คือ ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ระดับ ครีเอตินินในเลือดลดลง อัตราการกรองของไตดีขึ้น ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ควบคุมได้

1.4 กำหนดกิจกรรมในรูปแบบ โดยกิจกรรมต้องแก้ปัญหาที่มีอยู่ในปัจจุบันตามข้อที่ 1.2 และส่งผลลัพธ์ให้บรรลุเป้าหมายที่วัดค้นไว้ในข้อที่ 1.3 พบว่า รูปแบบการพยาบาลชะลอไตเสื่อมในวงรอบที่ 1 ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ดังนี้ 1) กิจกรรมการกำหนดแนวปฏิบัติทางคลินิกการรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง หรือ CPG (clinical practice guideline) เพื่อแก้ไขปัญหาการไม่มีแนวทางปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ชัดเจน 2) กิจกรรมการจำแนกระยะของโรคไตด้วยแถบสีหน้า OPD card และในคอมพิวเตอร์ เพื่อแก้ไขปัญหาผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ช้าจากการวินิจฉัยโรคไตวายช้า 3) กิจกรรมการให้ความรู้ผู้ป่วยเรื่องโรค

ไตเรื้อรัง และการชะลอไตเสื่อม เพื่อแก้ไขปัญหาผู้ป่วยขาดความรู้ในการดูแลตนเอง 4) กิจกรรมการสนับสนุนสร้างแรงจูงใจเพื่อแก้ไขปัญหาผู้ป่วยไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้เอง

2. ขั้นตอนการดำเนินการและสังเกตและการสะท้อนผลการดำเนินการในแต่ละกิจกรรมดังนี้

1) กิจกรรมการกำหนด CPG โดยจัดทำร่วมกับอายุรแพทย์โรคไต พยาบาล เกสซิก และเจ้าหน้าที่อื่นๆที่เกี่ยวข้องทั้งระบบ เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังให้เหมือนกันทั้งอำเภอ และเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับโรงพยาบาลเสนา หลังมี CPG แล้วพบว่า พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้วยความมั่นใจมากขึ้น และส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลเสนาได้สะดวกมากขึ้น ผู้ป่วยได้รับการดูแลในแนวทางเดียวกัน จากการสะท้อนผลการดำเนินงานเห็นควรให้กิจกรรมนี้เป็นหนึ่งกิจกรรมในรูปแบบการพยาบาลชะลอไตเสื่อมต่อไป

2) กิจกรรมการจำแนกระยะของโรคไตด้วยแถบสีใน OPD card และในคอมพิวเตอร์ โดยทีมวิจัยร่วมกันคิดให้มีการติดแถบสติ๊กเกอร์สีแยกตามระยะของโรค ดังนี้คือ ไตวายระยะที่ 1 ติดแถบสีเขียว หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอัตราการกรองของไตปกติ (eGFR >90) ไตวายระยะที่ 2 ติดแถบสีเหลือง หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอัตราการกรองของไตลดลงเล็กน้อย (eGFR 60-89) ไตวายระยะที่ 3 ติดแถบสีแดง หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอัตราการกรองของไตลดลงปานกลางถึงมาก (eGFR 30-59) หลังจากการดำเนินกิจกรรมนี้พบว่า ทำให้พยาบาลและแพทย์สามารถทราบ

ได้อย่างทันทีว่าผู้ป่วยเป็นไตวายระยะใดและสามารถให้การดูแลได้อย่างทันที ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องและรวดเร็ว จากการสะท้อนผลการดำเนินงานเห็นควรให้กิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมในรูปแบบการพยาบาลชะลอไตเสื่อมต่อไป

3) กิจกรรมการให้ความรู้ผู้ป่วยเรื่องโรคไตเรื้อรังและการชะลอไตเสื่อม เป็นความรู้เกี่ยวกับอาการแสดง การรักษา การปฏิบัติตนเพื่อชะลอการเสื่อมของไต การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การลดโซเดียม การออกกำลังกาย การใช้ยาสมเหตุสมผล หลังการให้ความรู้พบว่าผู้ป่วยสามารถตอบคำถามได้ถูกต้องและสามารถปฏิบัติตนในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น จากการสะท้อนผลการดำเนินงานเห็นควรให้กิจกรรมนี้เป็นหนึ่งกิจกรรมในรูปแบบการพยาบาลชะลอไตเสื่อมต่อไป

4) กิจกรรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับพฤติกรรมด้านสุขภาพของผู้ป่วย ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน⁸ คือ 1) สร้างสัมพันธภาพ 2) ค้นหาสิ่งสำคัญ/แรงจูงใจ 3) ผลักดันแรงจูงใจให้แน่นแฟ้นมั่นคง 4) แนะนำแบบมีตัวเลือกให้เขาได้เลือกเอง และ 5) วางแผนและสรุป กิจกรรมนี้ทำให้ผู้ป่วยได้ตั้งเป้าหมายสุขภาพของตนเอง และได้เลือกวิธีการปรับพฤติกรรมตามบริบทของตัวผู้ป่วยเอง ทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้จริงและเกิดผลลัพธ์ที่ดี จากการสะท้อนผลการดำเนินงานเห็นควรให้กิจกรรมนี้เป็นหนึ่งกิจกรรมในรูปแบบการพยาบาลชะลอไตเสื่อมต่อไป โดยให้ปรับเพิ่มการประเมินผลและการทบทวนเป้าหมายเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง และเสนอให้เพิ่ม

กิจกรรมการเยี่ยมบ้าน เนื่องจาก การได้เยี่ยมบ้านทำให้เห็นสภาพบ้าน สิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย การปฏิบัติตนของผู้ป่วยเมื่ออยู่บ้าน รวมถึงได้รับความสัมพันธ์ในครอบครัวและเพื่อนบ้าน ซึ่งจะช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมมากขึ้น

วงรอบที่ 2

1. ขั้นตอนการวางแผนใหม่ (re-plan)

หลังจากการสะท้อนผลการดำเนินในทุกกิจกรรมแล้ว พบว่ามีกิจกรรมที่ควรดำเนินการต่อเนื่อง ดังนี้คือ 1) กิจกรรมกำหนดแนวปฏิบัติทางคลินิกการรักษาก่อนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 2) กิจกรรมการจำแนกระยะของโรคไตด้วยแถบสีใน OPD card และในคอมพิวเตอร์ 3) กิจกรรมการให้ความรู้ผู้ป่วย และ 4) กิจกรรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจ โดยให้ปรับเพิ่มการประเมินผลและการทบทวนเป้าหมายเดือนละ 1 ครั้ง และให้เพิ่มกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน

2. ขั้นตอนการดำเนินการและสังเกต และการสะท้อนผลการดำเนินการ ในกิจกรรมที่ปรับเพิ่มดังนี้

1) กิจกรรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจ โดยให้ปรับเพิ่มการประเมินผลและการทบทวนเป้าหมายเดือนละ 1 ครั้ง พบว่า ทำให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินผลการปฏิบัติ และได้ทบทวนเป้าหมาย เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีขึ้นเรื่อยๆ จากการสะท้อนผลการดำเนินงานเห็นควรให้กิจกรรมนี้เป็นหนึ่งกิจกรรมในรูปแบบการพยาบาลชะลอไตเสื่อม

2) กิจกรรมการติดตามเยี่ยมบ้าน เดือนละ 1 ครั้ง โดยเป็นการเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินความต้องการการช่วยเหลือ เสริมแรงให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัว จากการสะท้อน

พบว่าผู้ป่วยรู้สึกพึงพอใจ จึงควรเพิ่มกิจกรรมการเยี่ยมบ้านให้เป็นหนึ่งในกิจกรรมในรูปแบบการพยาบาลชะลอไตเสื่อม

3. สรุปรูปแบบการพยาบาลชะลอไตเสื่อมเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีกิจกรรมดังนี้คือ 1) กำหนดแนวปฏิบัติทางคลินิกการรักษาก่อนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 2) จำแนกระยะของโรคไตด้วยแถบสีใน OPD card และในคอมพิวเตอร์ 3) ให้ความรู้ผู้ป่วยเรื่องโรคไตเรื้อรังและการชะลอไตเสื่อม 1 ครั้ง 4) สนทนาสร้างแรงจูงใจกับผู้ป่วย 1 ครั้ง โดยประเมินผลและทบทวนเป้าหมายทุกเดือน และ 5) ติดตามเยี่ยมบ้านเดือนละ 1 ครั้ง

ผลการนำรูปแบบไปทดลองใช้ เมื่อนำรูปแบบไปทดลองใช้เป็นระยะเวลา 6 เดือน

1. กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งสิ้น 31 คน เป็นผู้ชายร้อยละ 51.60 และผู้หญิงร้อยละ 48.40 มีอายุระหว่าง 60 - 90 ปี ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับไขมันในเลือดสูง มีการใช้ยา NSAID ร้อยละ 25.80 และมีการใช้สมุนไพร ร้อยละ 25.80

2. หลังการนำรูปแบบไปทดลองใช้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับครีเอตินินลดลง อัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้น ระยะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพิ่มขึ้น และคะแนนความพึงพอใจในบริการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบ

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง ($\bar{X} \pm SD$)	หลังการทดลอง ($\bar{X} \pm SD$)	p
ระดับครีเอตินิน	1.23 $\pm$ 0.13	1.14 $\pm$ 0.15	.035
อัตราการกรองของไต	51.43 $\pm$ 6.93	55.99 $\pm$ 9.67	.035
ระยะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม	2.56 $\pm$ 1.01	4.00 $\pm$ 0.63	.000
คะแนนความพึงพอใจในบริการ	60.25 $\pm$ 7.14	84.00 $\pm$ 3.28	.000

อภิปรายผล

1. รูปแบบการพยาบาลชะลอไตเสื่อมประกอบด้วย 5 กิจกรรม อธิบายได้ดังนี้คือ

1) การกำหนดแนวปฏิบัติทางคลินิกการรักษาก่อนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง หรือ CPG อธิบายได้ว่าการมี CPG ทำให้ผู้ปฏิบัติมีแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ชัดเจน ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพเป็นมาตรฐานเดียวกัน และทำให้คุณภาพของการดูแลรักษาดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวรา เศลวัฒนะกุล⁹ ที่ศึกษาพบว่าการใช้ CPG ในการดูแลผู้ป่วยทำให้คุณภาพของการรักษาก่อนผู้ป่วยดีขึ้น

2) การจำแนกระยะของโรคไตด้วยแถบสีหน้า OPD card และในคอมพิวเตอร์ อธิบายได้ว่า การติดแถบสีทำให้แพทย์หรือพยาบาลมองเห็นและเข้าใจระยะความรุนแรงของโรคได้อย่างชัดเจนทันที ส่งผลให้เกิดความตระหนักในการให้การดูแลรักษาอย่างทันที สอดคล้องกับการศึกษาของอัญญา โตศิลากุล และคณะ¹⁰ ที่ศึกษาพบว่าการใช้ตัวแบบสัญลักษณ์ทำให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้ดีขึ้น

3) การให้ความรู้ผู้ป่วยเรื่องโรคไตเรื้อรังและการชะลอไตเสื่อม อธิบายได้ว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการและอาการแสดง การรักษา

การปฏิบัติตนเพื่อชะลอการเสื่อมของไต การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การลดโซเดียม การออกกำลังกาย การช้ยาสมเหตุสมผล ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเอง และสามารถปฏิบัติตนในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของนิรินทร์ ช่อมะลิ และรุ่งระวี นาวิเจริญ¹¹ ที่พบว่า การให้ความรู้มีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตนได้ดีขึ้น

4) การสนทนาสร้างแรงจูงใจกับผู้ป่วยทุก 1 เดือน อธิบายได้ว่าการสนทนาสร้างแรงจูงใจทั้ง 5 ขั้นตอนเป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้ป่วยได้ตั้งเป้าหมายสุขภาพของตนเอง และได้มีโอกาสได้เลือกวิธีการปรับพฤติกรรมตามบริบทของตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยเรื้อรังสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ สอดคล้องกับการศึกษาการ์เซีย¹² และแวน¹³ ที่ประยุกต์การสนทนาสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังซึ่งทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี และเมื่อมีการประเมินผลและทบทวนเป้าหมายซ้ำทุกเดือนยิ่งทำให้ผู้ป่วยสามารถคงพฤติกรรมสุขภาพนั้นได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิราวรรณ ลีลาพัฒนาพาณิชย์และคณะ¹⁴ ที่พบว่า การสนทนาสร้างแรงจูงใจเพียง 1 ครั้งก็ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ และเมื่อมีการกระตุ้นซ้ำจะยิ่งทำให้แรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมยังคงสูงอย่างต่อเนื่อง

5) การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเดือนละครั้ง อธิบายได้ว่าการติดตามเยี่ยมบ้านของพยาบาลวิชาชีพจะช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินความต้องการการช่วยเหลือได้อย่างครอบคลุม และเป็น การกระตุ้นแบบเสริมแรงให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองในบริบทของผู้ป่วยได้ และส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชรินทร์ ดีปินตา¹⁵

ศึกษาพบว่า การเยี่ยมบ้านมีผลต่อความรู้ในการดูแลตนเอง และผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจมากต่อการเยี่ยมบ้าน

2. การใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลชะลอไตเสื่อม โดยผู้ร่วมวิจัยเป็นคนในพื้นที่ ร่วมกันคิด ร่วมกันพัฒนา ทำให้ได้รูปแบบการพยาบาลชะลอไตเสื่อมที่สามารถดำเนินการได้จริง เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของและมีแนวโน้มที่จะดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับเกษราวัลณ์ นิลวรานุ¹⁶ ที่กล่าวว่าเมื่อพยาบาลได้ร่วมคิดและร่วมปฏิบัติจะทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของและทำให้เกิดการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน โดยเฉพาะการสะท้อนคิดในกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมจะส่งผลให้พยาบาลเกิดการเรียนรู้และตื่นตัว¹⁷ มีจิตสำนึกตระหนักเกิดศักยภาพในการปรับปรุงการดำเนินงาน สามารถต่อยอดการพัฒนาได้ด้วยตนเอง

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโดยคนในพื้นที่ ทำให้ได้รูปแบบการพยาบาลชะลอไตเสื่อมที่มีความเหมาะสมกับบริบท เมื่อนำรูปแบบไปใช้พบว่าได้ผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยคือ มีระดับครีเอตินินในเลือดลดลง มีอัตราการกรองของไตดีขึ้น มีระยะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดีขึ้น และมีความพึงพอใจมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย คือ ผู้บริหารควรกำหนดให้มีแนวปฏิบัติทางคลินิกการรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับอำเภอที่เชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบล เพื่อให้การดูแลรักษามีความต่อเนื่องเชื่อมโยงจากชุมชนสู่โรงพยาบาลและเป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งอำเภอ

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการปฏิบัติ คือ ผู้สนใจสามารถนำรูปแบบการพยาบาลชะลอไตเสื่อมนี้ไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยไตวายในพื้นที่อื่นหรือผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มอื่นได้ แต่ควรให้ความสำคัญกับทักษะการสนทนาสร้างแรงจูงใจ โดยผู้นำไปใช้ควรผ่านการฝึกสนทนาสร้างแรงจูงใจก่อนการนำสู่การปฏิบัติจริง

3. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป คือ นักวิจัยสามารถศึกษาต่อยอดความคงอยู่ของรูปแบบหรือผลลัพธ์ของรูปแบบในระยะยาว ด้วยการวิจัยเชิงประเมินผล (evaluation research)

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายแพทย์นิติ เหนือนุรักษ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสนา และนายเกียรติศักดิ์ ชั่วทอง สารานสุขอำเภอเสนา ที่สนับสนุนการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ และขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่มอบทุนอุดหนุนในการทำวิจัยนี้

References

1. Thanakitcharu P. Current situation of chronic kidney diseases in Thailand. Journal of the Department of Medical Services. 2015;40(5):5-18. (in Thai).
2. Gojaseni P, Tangsanga K. Epidemiology of chronic kidney disease and the scope of problems in Thailand, disease severity and economic impact. In: Kantachuversiri K, editor. Kidney Disease Book. Bangkok: Text and Journal publication. 2016; p.3-25. (in Thai).
3. Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Public health statistics 2018. Bangkok: WVO Thai Printing; 2018. (in Thai).
4. Asong W. Factors influencing dietary and fluid consumption behaviors among patients with chronic kidney disease. [Master's Thesis]. Chon buri: Burapha University; 2015.93p. (in Thai).
5. Sena Hospital. Hospital-based Chronic kidney disease Registry. In press 2017-2018. (in Thai).
6. Holter IM, Schwartz-Barcott D. Action Research: What is it? How has it been used and how can it be used in nursing? Journal of Advanced Nursing. 1993;18(2): 298-304.
7. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Geelong: Deakin University; 1992.
8. Detkong T. Motivational interviewing for NCDs; MI NCDs. Bangkok: Beyond Publishing Company; 2017. (in Thai).
9. Selawattanakul W. Evaluation of acute appendicitis guideline of Surin Hospital. Medical Journal of Srisaket Surin Burirum Hospitals. 2003;18(1):39-50. (in Thai).
10. Yimyam S, Tosirikul A, Lamchang S. Effects of education and symbolic modeling on knowledge and practices of caregivers in prevention of infections among hospitalized HIV infected children. Thai Journal of Nursing Council. 2012;16(4):65-79. (in Thai).

11. Chomali N, Navicharern R. The effect of health teaching on self-practice among persons with colorectal cancer risk. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*. 2019;31(1):85-97. (in Thai).
12. Garcia-Llana H, Remor E, del Peso G, Celadilla O, Selgas R. Motivational interviewing promotes adherence and improves wellbeing in pre-dialysis patients with advanced chronic kidney disease. *J Clin Psychol Med S*. 2014;21(1):103-15.
13. Van Zuilen AD, Wetzels JF, Bots ML, Van Blankestijn PJ. Masterplan: study of the role of nurse practitioners in a multifactorial intervention to reduce cardiovascular risk in chronic kidney disease patients. *J Nephrol*. 2008;21(3): 261-7.
14. Leelapattanapanit J, Phunopas A. The Result of the motivational interviews and interpreting measurements of body mass to modify behavior in obese with waist circumference outsize. *Udonthani Hospital Medical Journal*. 2017;25(2):113-9. (in Thai)
15. Depinta C. Effect of home health care for self care among diabetes mellitus patients of Thawangpha hospital, Nan province. *Lanna Public health Journal*. 2010;6(3):279-86. (in Thai).
16. Nilvarangkul K. Action research for community nurses. Khon Kaen: Klungnana Vitthaya press; 2015. (in Thai).
17. Koch T, Kralik D. Participatory action research in health care. UK: Blackwell Publishing; 2006.

ผลของการเรียนรู้โดยใช้วัตรกรรมเป็นฐานต่อทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 และประสบการณ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล

ภราดร ยิ่งยวด* ปราโมทย์ ถ่างกระโทก** ณัฐพันธ์ เพียรบุญธรรม***

วริณญา อาจรรณ*** ทัดภณ พลไชย**** อานนท์ สังฆะพงษ์*****

บทคัดย่อ

บทนำ: การเรียนรู้โดยใช้วัตรกรรมเป็นฐานเป็นการศึกษาที่มุ่งเน้นให้นักศึกษามีประสบการณ์การเรียนรู้ผ่านการลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง ซึ่งเป็นกลยุทธ์ที่ส่งเสริมให้เกิดทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาผลของการเรียนรู้โดยใช้วัตรกรรมเป็นฐานต่อทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 และประสบการณ์เรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล

วิธีการวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลองชนิดศึกษาสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาล แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 38 คน และกลุ่มควบคุม 37 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองเป็นรูปแบบการเรียนรู้โดยใช้วัตรกรรมเป็นฐาน จำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที รวม 8 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบประเมินทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 และแบบประเมินประสบการณ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .98 และ .95 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติไคสแควร์ และสถิติทดสอบค่าที และสถิติทีคู่

ผลการวิจัย: พบว่าค่าเฉลี่ยทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของกลุ่มทดลองสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าเฉลี่ยทักษะในศตวรรษที่ 21 สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) กลุ่มทดลองมีประสบการณ์การเรียนรู้จากการจัดการเรียนรู้โดยใช้วัตรกรรมเป็นฐานอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 4.01$, $SD = 0.01$)

สรุปผล: ประสิทธิภาพของการเรียนรู้โดยใช้วัตรกรรมเป็นฐาน สามารถส่งเสริมทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 และประสบการณ์เรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล ควรนำไปเป็นแนวทางการในการจัดการกิจกรรมเสริมหลักสูตร และแนวทางการพัฒนากระบวนการผลิตนวัตกรรมการศึกษาสำหรับนักศึกษาพยาบาล

คำสำคัญ: วัตรกรรมเป็นฐาน ประสบการณ์การเรียนรู้ นักศึกษาพยาบาล ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก,

E-mail: paradorn@bcnnon.ac.th

**สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

***วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

****วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

*****คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี

Received: April 25, 2020

Revised: July 25, 2020

Accepted: August 4, 2020

Effects of innovation-based learning on twenty-first century skills and learning experiences among nursing students

Paradorn Yingyoud* Pramote Thangkratok** Natthapan Phianthanyakam***

Warinya Attham*** Tattapon Palachai**** Arnon Sangkhaphong*****

Abstract

Background: Innovation-based learning is an education model that aims to focus on students' experience through hands on approach, which is a strategy to promote learning skills in the twenty-first century.

Objective: The aim of this research was to investigate the effects of innovation-based learning on twenty-first century skills and learning experiences among nursing students.

Methods: A quasi-experimental research utilizing a two-group pretest–posttest design was used. The sample consisted of nursing students allocated to an experimental group (n=38) and control group (n=37). The experimental group participated in innovation-based learning for eight weeks. Data were collected with a twenty-first century skills and learning experiences questionnaire. The reliability of the twenty-first century skills questionnaire was 0.98 and the learning experiences questionnaire was 0.95, based on Cronbach's alpha reliability coefficient method. The data were analyzed by Pearson chi-square, independent-sample t-test, and paired-sample t-test.

Results: The findings revealed that the twenty-first century skills score after the experiment was higher than before the experiment in the experimental group ($p < 0.05$). Additionally, the twenty-first century skills score in the experimental group was higher than the control group ($p < 0.05$). The experimental group was at a high level for learning experiences with innovation-based learning ($\bar{X} = 4.01$, $SD = 0.01$).

Conclusions: The effects of innovation-based learning (IBL) by promoting learning skills in twenty-first century and learning experiences of nursing students should be used as a guideline of extracurricular activities and as a model of health innovation process development for nursing students.

Keywords: innovation-based learning, learning experiences, nursing students, twenty first century skills

*Boromarajonani College of Nursing Changwat Nonthaburi, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute, Thailand Email: paradorn@bcnon.ac.th

**Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing

***Boromarajonani College of Nursing Changwat Nonthaburi, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute, Thailand

****Boromarajonani College of Nursing Sanpasithiprasong, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute, Thailand

*****The Faculty of Nursing, Ratchathani University

บทนำ

ประเทศไทย 4.0 เป็นนโยบายที่เน้นการขับเคลื่อนประเทศด้วยเทคโนโลยี ความคิดสร้างสรรค์ และนวัตกรรม (innovation drive economy) ผลักดันด้านสาธารณสุข สุขภาพ เทคโนโลยีทางการแพทย์ และนวัตกรรมให้มีประสิทธิภาพและตอบสนองต่อระบบบริการสุขภาพมากขึ้น พยาบาลเป็นบุคลากรสำคัญที่จะช่วยขับเคลื่อนนวัตกรรมด้านสุขภาพ ดังนั้นพยาบาลต้องมีความสามารถและทักษะที่จำเป็นต่อการสร้างสรรค์นวัตกรรมบูรณาการร่วมกับความรู้ และทักษะการทำงานเชิงวิชาชีพที่ได้รับการปลูกฝังจากสถาบันการศึกษามาประยุกต์ใช้^{1,2} ทำให้สถาบันการศึกษาพยาบาลมีการออกแบบการจัดการเรียนการสอนที่สนับสนุนให้ผู้เรียนเกิดกระบวนการคิดและลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง (active learning) เพื่อให้นักศึกษาเกิดทักษะการทำงานที่ตอบสนองต่อความต้องการของสังคม

จากผลการดำเนินงานตามแผนการปฏิรูปประเทศ ประจำปี 2562 พบว่าการจัดการศึกษายังไม่สอดคล้องและตอบสนองต่อบริบทการเปลี่ยนแปลงของประเทศในศตวรรษที่ 21 ที่เทคโนโลยีดิจิทัล และนวัตกรรมเข้ามามีบทบาทมากขึ้น³ สะท้อนให้เห็นว่าการจัดการเรียนการสอนตามหลักสูตรอย่างเดียวยังไม่เพียงพอ ดังนั้นการเข้าร่วมกิจกรรมเสริมหลักสูตรจึงมีส่วนสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้นักศึกษามีโอกาสนำความรู้ และทักษะไปใช้ในการปฏิบัติจริง สอดคล้องกับการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 โดยใช้นวัตกรรมเป็นฐานที่ลงมือพัฒนานวัตกรรมด้วยตนเอง ซึ่งเป็นการขับเคลื่อนกระบวนการเรียนรู้ของนักศึกษาตลอดช่วงเวลาของการพัฒนานวัตกรรม ส่งผล

ให้นักศึกษาเข้าใจกระบวนการผลิตนวัตกรรม⁵ ตลอดจนสามารถพัฒนาทักษะความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ทักษะการคิดอย่างเป็นระบบ ทักษะการแก้ไขปัญหา ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการเป็นผู้นำ และทักษะการทำงานเป็นทีม เป็นต้น ซึ่งถือว่าเป็นคุณลักษณะที่สำคัญของนักนวัตกรรม¹ โดยคุณลักษณะดังกล่าวสอดคล้องกับทักษะที่สำคัญสำหรับการใช้ชีวิตและการทำงานในศตวรรษที่ 21⁶ ที่จะช่วยให้นักศึกษาเป็นบุคคลที่มีความรู้ ความสามารถด้านนวัตกรรม มีคุณลักษณะของบัณฑิตอันพึงประสงค์อย่างแท้จริง และเป็นกำลังสำคัญต่อการพัฒนาประเทศให้เจริญก้าวหน้าต่อไปในอนาคตได้⁷

ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยเล็งเห็นถึงความสำคัญของการจัดการเรียนรู้โดยประยุกต์ใช้กระบวนการพัฒนานวัตกรรมสำหรับกิจกรรมเสริมหลักสูตร เพื่อพัฒนาทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล จึงศึกษาผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้นวัตกรรมเป็นฐานต่อทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 และประสิทธิผลการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลเพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตรที่ส่งเสริมการพัฒนาทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาลต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบมีกลุ่มเปรียบเทียบวัดผลก่อนและหลัง (two group pretest–posttest design) โดยกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้เข้าร่วมการเรียนรู้โดยใช้นวัตกรรมเป็นฐาน เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการจัดการเรียนรู้ตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ก่อนและหลังการทดลอง และเก็บ

ข้อมูลประสบการณ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลในกลุ่มทดลองหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมายเป็นนักศึกษาพยาบาล หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี

กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาล หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี ชั้นปีที่ 2 ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2562 จำนวน 75 คน คัดเลือกโดยคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากแอปพลิเคชัน n4Studies⁸ โดยอ้างอิงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจากงานวิจัยของวรรณรัตน์ ลาวัณ และสุวรรณ จันทรประเสริฐ⁹ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน และกลุ่มทดลองจำนวน 30 และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่าร้อยละ 25 เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 38 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 37 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) ได้แก่ เกรดเฉลี่ย 2.75 ขึ้นไป ยินดีเข้าร่วมโครงการ และกำหนดเกณฑ์การบอกเลิกจากการศึกษา (discontinuation criteria) ได้แก่ ลาออกจากการศึกษา และไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แผนการเรียนรู้โดยใช้นวัตกรรมเป็นฐานที่ประยุกต์ใช้กระบวนการพัฒนานวัตกรรม 5D Innovation Development Process ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นพบหัวข้อนวัตกรรม (discover) 2) การกำหนดโครงการนวัตกรรม

(define) 3) การออกแบบนวัตกรรม (design) 4) การพัฒนาต้นแบบนวัตกรรม (develop) และ 5) การนำนวัตกรรมไปใช้จริง (deploy)⁵ ในการจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตร กำหนดบทบาทอาจารย์ที่ปรึกษาให้ทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา อำนาจความสะดวก พี่เลี้ยง คอยชี้แนะ และให้กำลังใจ ใช้เวลาการเรียนรู้ 8 สัปดาห์ ความถี่สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การค้นหาหัวข้อนวัตกรรม อธิบายกระบวนการค้นหาหัวข้อนวัตกรรม ให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการอ่านบทความ และวิธีการสืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูลออนไลน์ตามกรอบการสืบค้นของ PICO Framework พร้อมทั้งสาธิตวิธีการสืบค้นจากฐานข้อมูลทางวิชาการ หลังจากนั้นแบ่งนักศึกษาเป็น 4 กลุ่มๆ ละ 9 – 10 คน เพื่อร่วมกันค้นหาหัวข้อนวัตกรรมที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่กลุ่มสนใจ โดยให้นักศึกษาวางแผนและทำการสืบค้นตามแนวทางการสืบค้นของ PICO และนำข้อมูลที่ได้จากการสืบค้นมาอภิปรายกันภายในกลุ่ม เพื่อกำหนดเป็นโครงการนวัตกรรมของกลุ่ม

กิจกรรมที่ 2 การกำหนดโครงการนวัตกรรม โดยกำหนดให้แต่ละกลุ่มส่งตัวแทนนักศึกษากลุ่มละ 3-4 คน มานำเสนอโครงการนวัตกรรมของกลุ่มตนเอง โดยมีตัวแทนอาจารย์ที่ปรึกษาจากกลุ่มอื่น อย่างน้อย 1 คน และเพื่อนนักศึกษาจากกลุ่มอื่น อย่างน้อย 2 – 3 คน มาสะท้อนมุมมองและให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมอย่างสร้างสรรค์ตามแนวทางของการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐาน (Problem-based learning) เพื่อให้กระตุ้นให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้ที่จะต่อยอดความคิดที่จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนานวัตกรรม

กิจกรรมที่ 3 การออกแบบนวัตกรรม เป็นการเปิดโอกาสให้นักศึกษาแต่ละคนออกแบบผลงานนวัตกรรม วิธีการใช้งาน และกลไกการทำงานของนวัตกรรมกลุ่มได้อย่างอิสระ หลังจากนั้นให้นักศึกษาแต่ละคนนำเสนอแนวคิดการออกแบบนวัตกรรม (idea) ของตนเองในกลุ่ม และช่วยกันระดมความคิด (brain storming) เพื่อนำจุดเด่นของผลงานการออกแบบนวัตกรรมของนักศึกษาแต่ละคนมาปรับปรุงแบบนวัตกรรมด้านสุขภาพของกลุ่มให้มีความน่าสนใจและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์นวัตกรรมและผู้ใช้นวัตกรรมมากยิ่งขึ้น

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาต้นแบบนวัตกรรม (ครั้งที่ 1) มอบหมายให้นักศึกษาแต่ละกลุ่มนำเสนอแนวคิดของผลงานการออกแบบนวัตกรรม วิธีการใช้งาน และกลไกการทำงานของนวัตกรรม โดยมีผู้เชี่ยวชาญ อาจารย์ที่ปรึกษาและเพื่อนกลุ่มอื่น ชักถาม สะท้อนมุมมอง และให้ข้อเสนอแนะอย่างสร้างสรรค์เกี่ยวกับการพัฒนานวัตกรรม เพื่อให้ทำให้นวัตกรรมเหมาะสมและมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาต้นแบบนวัตกรรม (ครั้งที่ 2) เป็นการวางแผนพัฒนานวัตกรรมด้านสุขภาพของแต่ละกลุ่ม รวมถึงการวางแผนนำนวัตกรรมไปทดลองใช้ เพื่อรับฟังข้อเสนอแนะจากผู้ใช้นวัตกรรม นำผลที่ได้มาปรับปรุง และแก้ไขนวัตกรรมให้มีคุณภาพ

กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาต้นแบบนวัตกรรม (ครั้งที่ 3) เป็นการนำนวัตกรรมไปทดลองใช้กับผู้ใช้นวัตกรรม และนำเสนอผลที่ได้จากการทดลองใช้มาวิเคราะห์ ร่วมกับศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากฐานข้อมูลทางวิชาการ และนำข้อมูลมาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้เชี่ยวชาญ เพื่อขอคำแนะนำการพัฒนา

นวัตกรรมด้านสุขภาพเพิ่มเติม และวางแผนหาแนวทางการพัฒนาต้นแบบของนวัตกรรมด้านสุขภาพร่วมกัน

กิจกรรมที่ 7 การพัฒนาต้นแบบนวัตกรรม (ครั้งที่ 4) เป็นการปรับปรุงนวัตกรรมต้นแบบตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญที่ได้จากกิจกรรมที่ 6 เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้นวัตกรรมมากขึ้น และยังเป็น การเพิ่มประสิทธิภาพของนวัตกรรมด้วย

กิจกรรมที่ 8 การนำนวัตกรรมไปใช้จริง ให้นักศึกษานำเสนอแนวคิดการนำนวัตกรรมไปใช้จริง โดยอธิบายวัตถุประสงค์ของนวัตกรรมด้านสุขภาพ ขั้นตอนการใช้งานนวัตกรรมกับผู้ใช้นวัตกรรม และวางแผนการใช้นวัตกรรมให้สอดคล้องกับผู้ใช้นวัตกรรม ตลอดจนวางแผนการจดสิทธิบัตร อนุสิทธิบัตร หรือลิขสิทธิ์ของนวัตกรรม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป เป็นคำถามปลายเปิดจำนวน 3 ข้อประกอบด้วย เพศ อายุ และเกรดเฉลี่ยสะสม

2.2 แบบประเมินทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ดัดแปลงมาจากกมลรัตน์ เทอร์เนอร์ และคณะ¹⁰ เป็นลักษณะคำถามปลายปิด (close questionnaires) แบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ จำนวน 57 ข้อ ตามองค์ประกอบ 7Cs ประกอบด้วย 1) ทักษะการคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรม (creativity and innovation) จำนวน 5 ข้อ 2) ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหา (critical thinking and problem-solving) จำนวน 8 ข้อ 3) ทักษะความเข้าใจความต่างทางวัฒนธรรม

และต่างกระบวนการ (cross-cultural understanding) จำนวน 4 ข้อ 4) ทักษะความร่วมมือ การทำงานเป็นทีม และภาวะผู้นำ (collaboration, teamwork and leadership) จำนวน 5 ข้อ 5) ทักษะการสื่อสาร สารสนเทศ และรู้เท่าทันสื่อ (communication, information and media literacy) จำนวน 9 ข้อ 6) ทักษะทางคอมพิวเตอร์ เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (computing, information and communications technology) จำนวน 7 ข้อ 7) ทักษะอาชีพและทักษะการเรียนรู้ (career and learning skills) จำนวน 7 ข้อ และทักษะ 3Rs ได้แก่ 1) ทักษะการอ่าน (reading skills) จำนวน 6 ข้อ 2) ทักษะการเขียน (writing skills) จำนวน 3 ข้อ และ 3) ทักษะทางคณิตศาสตร์ (arithmetic skills)³ จำนวน 3 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อ⁹ ดังนี้ 1 หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความเป็นจริงหรือตรงน้อยที่สุด จนถึง 5 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด และมีเกณฑ์การแปลผล ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 4.51 - 5.00 หมายถึง มีทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 สูงมาก ค่าเฉลี่ย 3.51 - 4.50 หมายถึง มีทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 สูง ค่าเฉลี่ย 2.51 - 3.50 หมายถึง มีทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.51 - 2.50 หมายถึง มีทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 น้อย และน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.50 หมายถึง มีทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 น้อยที่สุด หากค่าความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .98

2.3 แบบประเมินประสิทธิภาพการเรียนรู้ เป็นลักษณะคำถามปลายปิดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 14 ข้อ ประกอบด้วย 1) ด้านการจัดการเรียนรู้ จำนวน

4 ข้อ และ 2) ด้านเทคนิค จำนวน 10 ข้อ โดยใช้เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ 1 หมายถึง ท่านไม่มีประสบการณ์เลย จนถึง 5 หมายถึง ท่านมีประสบการณ์ในระดับมากที่สุด และมีเกณฑ์การแปลผล ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 4.51 - 5.00 หมายถึง ประสบการณ์เรียนรู้ สูงมาก, ค่าเฉลี่ย 3.51 - 4.50 หมายถึง ประสบการณ์เรียนรู้ สูง, ค่าเฉลี่ย 2.51 - 3.50 หมายถึง ประสบการณ์เรียนรู้ ปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.51 - 2.50 หมายถึง ประสบการณ์เรียนรู้ น้อย และหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .95

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี เลขที่รับรอง COE 62/017 เมื่อวันที่ 27 กันยายน 2562

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. นัดหมายประชากรเป้าหมายเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดกิจกรรมต่างๆ และให้ทุกคนรับรู้สิทธิของการเป็นผู้เข้าร่วมวิจัย หลังจากนั้นให้นักศึกษาลงนามในหนังสือยินยอมการเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งนัดหมายวันเวลา เพื่อจัดกิจกรรม

2. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ก่อนเข้าร่วมการเรียนรู้โดยใช้นวัตกรรมเป็นฐาน

3. ดำเนินการทดลองการเรียนรู้โดยใช้นวัตกรรมเป็นฐานในกลุ่มทดลองตามวัน เวลาที่นัดหมาย กิจกรรมที่จัดเป็นกลุ่มทั้งหมด จำนวน

8 ครั้ง โดยจัดกิจกรรม 1 ครั้ง/สัปดาห์ (นอกเวลาเรียนวันจันทร์ - ศุกร์) ใช้เวลาครั้งละ 60 นาที

4. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มทดลองโดยใช้แบบประเมินทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 และแบบประเมินประสิทธิภาพการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลหลังเข้าร่วมการเรียนรู้โดยใช้นวัตกรรมเป็นฐาน

5. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มควบคุมโดยใช้แบบประเมินทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 หลังเข้าร่วมการเรียนรู้ตามปกติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการวิเคราะห์ด้วยสถิติทดสอบประกอบด้วย 1) การเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณลักษณะส่วนบุคคล โดยใช้สถิติ Pearson chi - square, independent t-test และ paired-sample t-test 2) การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใช้สถิติ Independent-sample t-test และ 3) การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ paired-sample t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 97.40 อายุเฉลี่ย 18.97 ปี เกรดเฉลี่ยสะสมเฉลี่ย 3.07 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า เพศ อายุ และเกรดเฉลี่ยสะสมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุม

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ย 3.60 และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย 3.91 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมพบว่ากลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง โดยมีค่าเฉลี่ย 3.44 และหลังการทดลองค่าเฉลี่ย 3.63 ซึ่งไม่มีความแตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N = 75)

ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
กลุ่มควบคุม (n = 37)	3.44	0.47	3.63	0.49	1.691	0.095
กลุ่มทดลอง (n = 38)	3.60	0.51	3.91	0.54	2.563*	0.012

*p < .05

3. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($p > .05$) โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 3.60 และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 3.44 เมื่อเปรียบเทียบภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 3.91 และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 3.63 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (N = 75)

ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21	กลุ่มควบคุม (n = 37)		กลุ่มทดลอง (n = 38)		t	p
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ก่อนการทดลอง	3.44	0.47	3.60	0.51	1.408	0.163
หลังการทดลอง	3.63	0.49	3.91	0.54	2.333*	0.022

* $p < .05$

4. ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยคะแนนประสบการณ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลในกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมี

ประสบการณ์การเรียนรู้จากการเรียนรู้โดยใช้นวัตกรรมเป็นฐาน ภาพรวมอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 4.01) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยคะแนนประสบการณ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลในกลุ่มทดลอง (n = 38)

ประสบการณ์การเรียนรู้	$\bar{X}$	SD	Min	Max	ระดับ
ด้านการจัดการเรียนรู้	3.92	0.01	3.84	4.03	สูง
ด้านเทคนิค	4.05	0.01	3.87	4.26	สูง
ภาพรวม	4.01	0.01	3.84	4.26	สูง

อภิปรายผล

ผลของการเรียนรู้โดยใช้นวัตกรรมเป็นฐานต่อทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 และประสบการณ์ การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลประกอบด้วย

1. ผลของทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 จากการศึกษาพบว่าภายหลังการเข้าร่วมการเรียนรู้โดยใช้นวัตกรรมเป็นฐานของกลุ่มทดลองมี

คะแนนเฉลี่ยทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และภายหลังการเข้าร่วมการเรียนรู้โดยใช้นวัตกรรมเป็นฐานของกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 มากกว่าก่อนการเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สามารถอธิบายได้ว่า การเรียนรู้โดยใช้นวัตกรรมเป็นฐานช่วยให้นักศึกษามีความรู้ความเข้าใจ

เกี่ยวกับกระบวนการสร้างนวัตกรรมและทำให้กระบวนการเรียนรู้ของนักศึกษามีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น¹¹ จากกระบวนการเรียนรู้ที่เกิดจากการลงมือปฏิบัติสร้างสรรค์นวัตกรรม จะช่วยส่งเสริมให้นักศึกษาเกิดทักษะความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ทักษะการคิดอย่างเป็นระบบ ทักษะการแก้ไขปัญหา ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการเป็นผู้นำ และทักษะการทำงานเป็นทีมซึ่งเป็นทักษะสำคัญต่อการเรียนรู้ของนักศึกษา¹

การเรียนรู้โดยใช้นวัตกรรมเป็นฐาน เป็น การนำขั้นตอนของการพัฒนานวัตกรรมมาใช้เป็น ฐานในการออกแบบการจัดวิธีการเรียนรู้ ร่วมกับ วิธีการบรรยายอย่างมีส่วนร่วม การเรียนรู้แบบใช้ ปัญหาเป็นฐาน การยกตัวอย่างและสาธิตวิธีการ สืบค้นข้อมูลอย่างเป็นระบบ โดยนำเอาระบบ อินเทอร์เน็ต เทคโนโลยีดิจิทัล ฐานข้อมูล ออนไลน์มาใช้ร่วมด้วย รวมทั้งให้นักศึกษาได้มี โอกาสเรียนรู้และเลือกทำนวัตกรรมตามความ สนใจของตนเอง เพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการ เรียนรู้ ส่งผลให้นักศึกษามีความสามารถในการ เรียนรู้เพิ่มมากขึ้น อีกทั้งมีการจัดกิจกรรมการ เรียนรู้ที่มีลักษณะการทำงานเป็นทีมผ่าน กิจกรรมการประชุมเชิงปฏิบัติการ การออกแบบ นวัตกรรมอย่างสร้างสรรค์ การระดมความคิด การทดลอง การนำเสนอ การสะท้อนมุมมอง แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการให้ข้อเสนอแนะอย่าง เป็นกัลยาณมิตร ซึ่งแต่ละวิธีสามารถพัฒนา กระบวนการเรียนรู้และทักษะการเรียนรู้ใน ศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาได้¹²⁻¹³ สอดคล้องกับ การศึกษาผลการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานต่อ ทักษะการเรียนรู้แห่งศตวรรษที่ 21¹⁴ โดยการ จัดการเรียนรู้แบบผสมผสาน ประกอบด้วย 8 วิธีการ คือ 1) การบรรยาย 2) กรณีศึกษา 3) การ เรียนรู้แบบใช้ปัญหาเป็นฐาน 4) การสาธิต

5) การจัดการเรียนรู้ตามสภาพจริง 6) การ มอบหมายงานกลุ่มและรายบุคคล โดยการศึกษา ด้วยตนเอง 7) การจัดทำรายงาน และ 8) การใช้ ระบบเครือข่ายอิเล็กทรอนิกส์ จากการศึกษา พบว่าทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ในทุก ด้านของนักศึกษาพยาบาลหลังการเรียนรู้สูงกว่า ก่อนการเรียนรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบกับนักศึกษาในศตวรรษที่ 21 จะมี ลักษณะเฉพาะ ได้แก่ มีความคิดสร้างสรรค์ และ มีความเป็นตัวตนของตนเองสูง กล้าตัดสินใจ ให้ ความสนใจกับสิ่งต่างๆ ที่อยู่รอบตัว มีความสงสัย อยากรู้อยากเห็น ชอบการลงมือปฏิบัติด้วย ตนเอง และมีทักษะเทคโนโลยี สารสนเทศ¹⁵ ดังนั้นการเรียนรู้โดยใช้นวัตกรรมเป็นฐาน จึงเป็น วิธีการจัดการเรียนรู้ที่ช่วยต่อยอดและพัฒนา ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษา ได้มากยิ่งขึ้น¹³

นอกจากนี้บทบาทของผู้สอนมีความสำคัญ ต่อการพัฒนาทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 การเรียนรู้โดยใช้นวัตกรรมเป็นฐานจึงเป็นการ ปรับกระบวนการทัศน์ของอาจารย์ที่ปรึกษาให้มุ่งเน้น ที่กระบวนการเรียนรู้ของนักศึกษามากกว่า ความรู้ เพื่อให้สามารถกระตุ้นให้นักศึกษาเกิด กระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ โดย กำหนดบทบาทของอาจารย์ที่ปรึกษาให้ทำหน้าที่ เป็นที่ปรึกษา ชี้แนะ ประสาน อำนวยความสะดวก และเพื่อนร่วมงาน เพื่อสร้างบรรยากาศ และสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับการเรียนรู้ จน ก่อให้เกิดเป็นความไว้วางใจ และยอมรับว่า อาจารย์ที่ปรึกษา คือ ส่วนหนึ่งของทีม ส่งผลให้ นักศึกษากล้าคิด กล้าทำ และพร้อมที่แลกเปลี่ยน ความคิดเห็นอยู่ตลอดเวลา อีกทั้งอาจารย์ที่ ปรึกษายังมีหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงที่คอยให้กำลังใจ จนทำให้นักศึกษารู้สึกอบอุ่นใจ และเกิดเป็น

สัมพันธภาพที่ดี ยิ่งเป็นการส่งเสริมให้นักศึกษาร่วมแรงร่วมใจที่จะมุ่งมั่นเรียนรู้และลงมือปฏิบัติจนประสบความสำเร็จ ซึ่งถือว่าการพัฒนาทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาได้เป็นอย่างดี¹⁶⁻¹⁸

2. ประสพการณ์เรียนรู้ จากการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยประสพการณ์เรียนรู้หลังการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับสูงสามารถอธิบายได้ว่าการเรียนรู้โดยใช้นวัตกรรมเป็นฐานเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่ให้ความสำคัญกับการเชื่อมโยงประสพการณ์การเรียนรู้ของความเป็นจริงที่ว่าสังคมต้องการพยาบาลที่มีความรู้ความสามารถ ทักษะด้านนวัตกรรม เข้ากับทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 นำไปสู่การเปิดประสพการณ์เรียนรู้แบบใหม่ที่สนับสนุนให้นักศึกษาเกิดกระบวนการเรียนรู้ด้วยตนเองจากการลงมือปฏิบัติ ผ่านกิจกรรมการพัฒนานวัตกรรม ซึ่งมีกระบวนการเรียนรู้ด้วยวิธีการที่หลากหลาย ทำให้นักศึกษาเกิดความสนใจ อยากรู้ อยากทำ และตระหนักถึงกระบวนการเรียนรู้ของตนเองผ่านประสพการณ์ตรง ร่วมกับการมีอาจารย์ที่ปรึกษาทำหน้าที่กระตุ้นการเรียนรู้อย่างเป็นกัลยาณมิตร ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของประสพการณ์ด้านการจัดการเรียนรู้และด้านเทคนิค ส่งผลให้นักศึกษาได้ค้นพบเทคนิคการเรียนรู้ แนวทางการพัฒนาเสริมสร้างสมรรถนะต่างๆ ที่จำเป็นของตนเอง และสามารถนำมาปรับใช้ในการเรียนรู้ของตนเองในยุคศตวรรษที่ 21 ได้ตลอดชีวิต¹⁹

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการเรียนรู้โดยใช้นวัตกรรมเป็นฐานที่ประยุกต์ใช้

กระบวนการพัฒนานวัตกรรม 5 ขั้นตอน (5D Innovation Development Process) สำหรับกิจกรรมเสริมหลักสูตรสามารถพัฒนาทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 และประสพการณ์เรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลได้

ข้อเสนอแนะ

1. สามารถนำมากระบวนการเรียนรู้โดยใช้นวัตกรรมเป็นฐานมาประยุกต์ใช้สำหรับกิจกรรมเสริมหลักสูตร ตลอดจนกระบวนการจัดการเรียนการสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต หรือหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง และกระบวนการพัฒนานวัตกรรมของนักศึกษา

2. ควรมีการศึกษาต่อเนื่อง และเพิ่มระยะเวลาการเรียนรู้ เพื่อให้สามารถพัฒนารายทักษะการเรียนรู้ศตวรรษที่ 21 ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี ที่สนับสนุนการดำเนินงานวิจัย ซึ่งวิจัยฉบับนี้ได้รับทุนสนับสนุนงานวิจัย ประจำปี 2562 จากสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

References

1. Cullen L. Evidence Into Practice: Awakening the Innovator in Every Nurse. J Peri Anesth Nurs. 2015;30(5):430-5.
2. Herzlinger RE, Ramaswamy VK, Schulman KA. Bridging health care's innovation-education gap. Bright, MA: Harvard Business Publishing; 2014.
3. Office of the National Economic and Social Development Council. (2019).

- National Reform Implementation Plan Summary Report 2019. Retrieved 20 May 2020 from http://nscr.nesdb.go.th/wp-content/uploads/2020/04/CR_ForWeb.pdf (in Thai).
4. Innovation-Based Learning Institute. Innovation-Based Learning. [Internet]. 2018 [cited 2020 May 9]; Available from: <http://ibl.institute/>.
5. Gowanit C, Thawesaengskulthai N, Sophatsathit P, Chaiyawat T. Information technology systems of service process innovation. ARPN J Eng Appl Sci. 2015;10(2):488-98.
6. Trilling B, Fadel C. 21st century skills: Learning for life in our times. San Francisco, CA: John Wiley & Sons; 2009.
7. Natthunatiruj R. The Student Affairs Administration of Higher Education Institute in the 21st Century. Journal of Educational Administration, Silpakorn University. 2019; 10(2):11-23. (in Thai).
8. Ngamjarus C, Chongsuvivatwong V, McNeil E. n4Studies: Sample Size Calculation for an Epidemiological Study on a Smart Device. Siriraj Medical Journal. 2016;68:160-70. (in Thai).
9. Lawang W, Junprasert S. Using project-based learning to enhance 21st century skills of master's students in nursing science program (community nurse practitioner). Journal of Nursing and Education. 2017;10(2):33-45. (in Thai).
10. Turner K, Leungratanamart L, Niranrat S, Jamarerux J, Wattanakul B, Reunreang T. Twenty First Century Skills of Nursing Students of Boromarajonani College of Nursing, Chonburi. Nursing Journal of the Ministry of Public Health. 2015;25(2):178-93. (in Thai).
11. Kaewtong S, Tiamtipon K. Integration of teaching in Innovation and Education Technology subjects and Health promotion subjects with Project-Based Learning method. Journal of Education and Development Sciences. 2017;1(2):38-46. (in Thai).
12. Sondee S, Khamsri R, Prapasorn W. Effects of a Nursing Practicum Preparation Program on the Level of 21st Century Skills among Nursing Students. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2020;7(1):281-92. (in Thai)
13. Muakyod P. 21st Century Learning Activity and Skills for Maejo University Students. J. of Soc Sci & Hum. 2018;44(1):150-84. (in Thai).
14. Rueangsawat S, Saetew P, Choome P. The Effect of Blended learning Management on 21st Century Learning Skills For Nursing Students, Boromarajonani College of Nursing, SuratThani. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2020; 21(1):235-44. (in Thai).
15. Ponguakson P. Learning in The 21st Century: Lesson Learned from Flipped Classroom. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2018;19(2):47-54. (in Thai).

16. Schwieger D, Ladwig C. Reaching and Retaining the Next Generation: Adapting to the Expectations of Gen Z in the Classroom [Internet]. 2017 [cited 2020 May 9]; Available from: <https://files.eric.ed.gov/full text/EJ1179303.pdf>.
17. Sodprasert S. 21st Century Skills: Learning skills to become the professional teacher. Journal of Multidisciplinary in Humanities and Social Sciences. 2018;1(2): 1-12. (in Thai).
18. Sottipolanun S. Guidelines to Create A Positive Classroom Climate in The 21st Century for Professional Teacher. Phranakhon Rajabhat Research Journal Humanities and Social Sciences. 2018;13(2):373-88. (in Thai).
19. Yeh L, Assatarakul T. Developing a Transformative Learning Model through Experiential Learning at the Bachelor of Arts Program in Learning Sciences of Thammasat University. PSDS Journal of Development Studies. 2019;2(2):103-39. (in Thai).

ผลการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการเตรียมความพร้อมก่อนฝึกปฏิบัติงานต่อความรู้ ความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเองของนักศึกษาพยาบาล

สุดารัตน์ วุฒิสักดิ์ไพศาล* ศิริพร ชุตเจื้อจิ้น** เขมจิรา ท้าวน้อย**

บทคัดย่อ

บทนำ: การเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงเป็นวิธีการสอนที่เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลองที่ใกล้เคียงกับสภาพการณ์จริงมากที่สุด และมีการนำมาใช้เพื่อพัฒนาการเรียนการสอนพยาบาลมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาผลของการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการเตรียมความพร้อมก่อนฝึกปฏิบัติงานต่อความรู้ ความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเองของนักศึกษา

วิธีการวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือนักศึกษาพยาบาล จำนวน 80 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย แบบทดสอบวัดความรู้ แบบประเมินความพึงพอใจและแบบประเมินความมั่นใจในตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบค่าที และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสนทนากลุ่มและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย: 1) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และความมั่นใจในตนเองหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ความพึงพอใจ และความมั่นใจในตนเองหลังทดลองสูงกว่านักศึกษาในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3) ผลการสนทนากลุ่มพบว่า นักศึกษามีความรู้ในเรื่องการประเมินผู้คลอดและการพยาบาลในระยะคลอด มีความพึงพอใจเพราะช่วยให้เข้าใจเนื้อหาการเรียนรู้อย่างยิ่งขึ้นจากการเรียนภาคทฤษฎี รู้สึกสนุก ได้แสดงบทบาทในการดูแลผู้คลอดและการตัดสินใจเหมือนเป็นพยาบาลจริง มีความมั่นใจที่จะให้การพยาบาลผู้คลอดในสถานการณ์จริง

สรุปผลการวิจัย: ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้ส่งเสริมการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงเพื่อพัฒนาความรู้ ความพึงพอใจและความมั่นใจของนักศึกษา

คำสำคัญ: สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ความรู้ นักศึกษาพยาบาล ความพึงพอใจ ความมั่นใจในตนเอง

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก,
E-mail: sudarat@snc.ac.th

**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Effects of High-Fidelity Simulation Based Learning for Preparation of Practice on Knowledge, Satisfaction, and Self-Confidence of nursing students

Sudarat Wuttisakpisarn* Siriporn Chudjuajeen** Khamjira Taonoi**

Abstract

Background: High-fidelity simulation-based learning is being increasingly used in nursing education, as it is a pedagogical method that promotes students to learn from simulations that are closest to actual situations.

Objectives: The purpose of this study was to determine the effects of high-fidelity simulation-based learning for the preparation of practice on knowledge, satisfaction and self-confidence.

Method: The participants consisted of 80 nursing students and divided into an intervention group and a comparison group. The instruments used in this study comprised the Knowledge Test, the Student Satisfaction Questionnaire, and Self-Confidence Questionnaire. T-tests were employed to analyze data. Qualitative data were collected by using focused groups. Content analysis were employed to analyze data.

Results: 1) The mean scores of knowledge, satisfaction, and self -confidence of the intervention group after the experiment were significantly higher than those before the experiment. 2) The intervention group showed a significantly higher mean scores of knowledge, satisfaction, and self-confidence than those in the comparison group after the experiment. 3) The focused group showed that the students have knowledge about maternal assessment and nursing care during labor. The students displayed satisfaction with high-fidelity simulation-based learning which helped them better understand the content, feel enjoyment, and gain confidence in taking the role in nursing care and decision making.

Conclusion: The results of this study can be used for promoting high fidelity simulation-based learning to develop the knowledge, satisfaction, and self-confidence of nursing students.

Keywords: high-fidelity simulation, knowledge, nursing students, satisfaction, self-confidence

*Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute, Thailand
E-mail: sudarat@snc.ac.th

**Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute, Thailand

บทนำ

การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงถูกนำมาใช้ในการจัดการเรียนการสอนด้านการพยาบาลมากขึ้น เนื่องจากเป็นวิธีการสอนที่เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้เรียนรู้จากสถานการณ์จำลองที่ใกล้เคียงกับสภาพการณ์จริงมากที่สุด การให้นักศึกษาได้เรียนรู้จากสถานการณ์จำลองเสมือนจริง จะส่งเสริมให้นักศึกษาได้แสดงทักษะตามบทบาทพยาบาลวิชาชีพได้อย่างเต็มที่ โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่พบได้น้อย สถานการณ์ฉุกเฉินหรือภาวะวิกฤติ เกิดการเรียนรู้และพัฒนาทักษะปฏิบัติการพยาบาลที่สำคัญสำหรับการเป็นพยาบาลวิชาชีพในอนาคต

การเรียนรู้ในสถานการณ์จำลองสามารถพัฒนาทักษะทางคลินิกได้เร็วขึ้นจากการที่ผู้เรียนสามารถฝึกทำได้บ่อยตามที่ต้องการและช่วยพัฒนาทักษะอื่นที่ไม่ใช่ทักษะในการปฏิบัติการพยาบาล เช่น การสื่อสาร การทำงานเป็นทีม การตัดสินใจ ผู้เรียนแต่ละคนจะได้รับประสบการณ์จากสถานการณ์จำลองที่เหมือนกัน เกิดการเรียนรู้และฝึกการปรับตัวก่อนเผชิญกับสถานการณ์จริง¹⁻³ ผู้เรียนมีโอกาสนำความรู้ที่ได้ศึกษามาในภาคทฤษฎีเชื่อมโยงไปสู่การปฏิบัติจริง⁴ หลังการเข้าสถานการณ์จำลองผู้เรียนจะได้รับข้อมูลป้อนกลับและการสะท้อนคิดทันที ทำให้เกิดผลลัพธ์ของการเรียนรู้ที่สำคัญ 5 ด้านคือความรู้ ทักษะการปฏิบัติการพยาบาล การคิดวิเคราะห์ ความพึงพอใจและเกิดความมั่นใจในตนเอง⁵⁻⁶ จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในโดยเหยาและคณะ⁷ พบว่าช่วยให้ผู้เรียนมีความรู้เพิ่มขึ้น ผู้เรียนรู้สึกพึงพอใจ เกิดการเรียนรู้และมี

ความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น สำหรับการวิจัยเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในประเทศไทย จากการสืบค้นข้อมูลในฐานข้อมูล Thai Journal Online (Thaijo) โดยใช้คำสำคัญ 2 คำคือ สถานการณ์จำลองและพยาบาล พบผลลัพธ์ในการค้นหา 103 เรื่อง เป็นบทความวิจัยเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง จำนวน 24 เรื่อง ซึ่งเป็นการศึกษาเกี่ยวกับผลของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองต่อผลลัพธ์ด้านต่างๆ ได้แก่ ความรู้ ทักษะ ความมั่นใจ ความพึงพอใจ การคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจทางคลินิก การสะท้อนคิดและการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จำนวน 16 เรื่อง แต่พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับการใช้สถานการณ์จำลองในการเตรียมความพร้อมก่อนฝึก 1 เรื่อง ซึ่งนับว่ามีจำนวนน้อย

นอกจากนี้ผลข้อมูลหนึ่งที่ผู้วิจัยสนใจคือผลของการจัดการเรียนการสอนของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี โดยพิจารณาจากผลประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี ระหว่าง ปีการศึกษา 2556-2559 พบว่าความพึงพอใจด้านความรู้ทางวิชาการและด้านทักษะการปฏิบัติวิชาชีพต่ำเป็นลำดับที่สอง รองจากด้านทักษะทางปัญญาและการคิดวิเคราะห์ ผลการประเมินดังกล่าวแสดงให้เห็นว่านักศึกษาพยาบาลควรได้รับการพัฒนาด้านความรู้และความมั่นใจในการปฏิบัติวิชาชีพเพิ่มมากขึ้น สำหรับวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรีได้จัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงด้วยการใช้หุ่นจำลองที่มีความเสมือนจริงสูง (high-

fidelity simulation) มาอย่างต่อเนื่อง แต่ยังไม่เคยมีการใช้ เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนฝึกปฏิบัติงาน ซึ่งมีความสำคัญเป็นอย่างมากในรายวิชาที่นักศึกษายังไม่มีประสบการณ์มาก่อน เพราะนักศึกษาจะมีความกังวลต่อการฝึกปฏิบัติงานที่จะต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ไม่คุ้นเคย ดังนั้นการเตรียมความพร้อมก่อนฝึกปฏิบัติงานโดยให้นักศึกษาได้ฝึกในสถานการณ์จำลองเสมือนจริง จะช่วยให้นักศึกษามีความรู้และความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติงาน สามารถปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพและเกิดความปลอดภัยกับผู้รับบริการ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และความมั่นใจในตนเองของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังการเตรียมความพร้อมในการฝึกภาคปฏิบัติ โดยการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงและการเตรียมความพร้อมตามปกติ

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเองของนักศึกษาพยาบาลหลังการเตรียมความพร้อมในการฝึกภาคปฏิบัติ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเตรียมความพร้อมโดยการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงและการเตรียมความพร้อมตามปกติ

3. เพื่อศึกษาความคิดเห็นของนักศึกษาพยาบาลที่ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนฝึกปฏิบัติการ โดยการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในด้านความรู้ ความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเอง

สมมติฐานการวิจัย

คะแนนเฉลี่ยความรู้ ความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเองของนักศึกษาพยาบาลหลังการเตรียมความพร้อมในการฝึกภาคปฏิบัติ ในกลุ่มที่ได้รับการเตรียมความพร้อมโดยการใช้

สถานการณ์จำลองเสมือนจริงสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการเตรียมความพร้อมตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง (two group pre-post test design) โดยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้คือนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2560 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี จำนวน 80 คน คัดเลือกเข้ากลุ่มควบคุมซึ่งจะได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนฝึกปฏิบัติงานตามปกติ จำนวน 40 คน และกลุ่มทดลอง ซึ่งจะได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนฝึกโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง จำนวน 40 คน ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ผู้วิจัยได้ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเกรดเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สำหรับกลุ่มตัวอย่างในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ กลุ่มทดลอง จำนวน 40 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่ม

เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย

1.1 สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ได้แก่ สถานการณ์การพยาบาลในระยะที่ 2 ของการคลอด มีเหตุการณ์ 3 ฉากคือ 1) การแนะนำตัวและการสร้างสัมพันธภาพ 2) การประเมินผู้คลอด 3) การช่วยคลอดปกติ สถานการณ์จำลองนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์ในดูแล

มารดาในระยะคลอด และนำไปทดลองใช้กับ
นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4 จำนวน 8 คน

1.2 หุ่นจำลองการพยาบาลมารดาทารก
ชั้นสูง รุ่น SimMom® ของบริษัท Laerdal Medical
และโปรแกรมคอมพิวเตอร์เพื่อควบคุมหุ่น

2.เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย
เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย
ประกอบด้วย 2.1) แบบทดสอบวัดความรู้
เกี่ยวกับการพยาบาลในระยะคลอดซึ่งผู้วิจัยสร้าง
ขึ้น มีข้อคำถาม 15 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 4
ตัวเลือก มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา
(Content Validity Index; CVI) เท่ากับ .79 และ
หาความเชื่อมั่นของแบบทดสอบด้วยวิธีการคูเด
อริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson method;
KR-20) ได้เท่ากับ .67 2.2) แบบประเมินความ
พึงพอใจต่อการเตรียมความพร้อมก่อนฝึก
ปฏิบัติงาน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น มีข้อคำถาม 11 ข้อ
คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert
scale) 5 ระดับ 2.3) แบบประเมินความมั่นใจใน
ตนเองต่อการฝึกปฏิบัติงานซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น
มีข้อคำถาม 10 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตรา
ส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ แบบ
ประเมินความพึงพอใจและแบบประเมินความ
มั่นใจในตนเอง มีค่าดัชนีความสอดคล้อง
เท่ากับ .82 และ .79 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา
ของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)
เท่ากับ .84 และ .88 ตามลำดับ 2.4) แนว
ทางการสนทนากลุ่ม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็น
แนวคำถามเกี่ยวกับผลของการเรียนรู้โดยใช้
สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการเตรียม
ความพร้อมก่อนฝึกภาคปฏิบัติต่อความรู้
ความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเอง มีค่า
ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .88

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1.การเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มทดลอง
กลุ่มทดลองได้รับการเตรียมความพร้อม
ก่อนฝึกปฏิบัติเป็นรายกลุ่มละ 8 คน ดังนี้

1) ชี้แจงลักษณะวิชา รายละเอียดของ
วิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ 1
วัตถุประสงค์รายวิชา ผลลัพธ์การเรียนรู้ และ
ประสบการณ์การเรียนรู้ที่รายวิชาคาดหวัง

2) ทำแบบทดสอบวัดความรู้ 20 นาที
และทำแบบวัดความมั่นใจในตนเอง 15 นาที

3) เข้าเรียนรู้ในสถานการณ์จำลองเรื่อง
การพยาบาลในระยะที่ 2 ของการคลอด โดย
เมื่อเข้าเรียนรู้ในสถานการณ์จำลอง ผู้วิจัยจะ
จัดให้กลุ่มทดลองเข้าเรียนรู้ในสถานการณ์
จำลองครั้งละ 4 คน ขั้นตอนการเรียนรู้ใน
สถานการณ์จำลองมี 3 ขั้นตอนคือ

3.1) ขั้นนำ (pre-briefing) ใช้เวลา
15 นาที โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การ
เรียนรู้ในสถานการณ์จำลอง ความเสมือนจริง
ของสถานการณ์จำลอง การใช้หุ่นจำลองและ
วัสดุอุปกรณ์ บทบาทของผู้เรียน บทบาทของ
ผู้สอน ให้ผู้เรียนแบ่งบทบาทหน้าที่ต่างๆที่ได้รับ
มอบหมายในสถานการณ์จำลองโดยเป็น
หัวหน้าทีม 1 คนและสมาชิกในทีม 3 คน
ข้อตกลงเบื้องต้นในการปฏิบัติในสถานการณ์
จำลอง การประเมินผลและการให้ข้อมูลพื้นฐาน
ของผู้ป่วยกับผู้เรียน

3.2) ขั้นปฏิบัติตามสถานการณ์
(scenario) ใช้เวลาในการปฏิบัติสถานการณ์
จำลองประมาณ 40 นาที

3.3) ขั้นสรุปการเรียนรู้
(debriefing) ใช้เวลา 60 นาที โดยให้ผู้เรียนได้
สะท้อนคิด (Reflective Thinking) และสะท้อน

กลับ (Feedback) ต่อเหตุการณ์จำลองที่เกิดขึ้น

4) ทำแบบทดสอบวัดความรู้ 20 นาที และให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบวัดความมั่นใจในตนเองและความพึงพอใจ 20 นาที

2.การเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มควบคุม

กลุ่มควบคุมจะได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนฝึกปฏิบัติเป็นรายกลุ่มๆละ 8 คน ตามแนวทางที่ภาควิชากำหนดไว้ ดังนี้

1) ชี้แจงลักษณะวิชา รายละเอียดของวิชา ปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ 1 วัตถุประสงค์รายวิชา ผลลัพธ์การเรียนรู้และ ประสพการณ์การเรียนรู้ที่รายวิชาคาดหวัง

2) ทำแบบทดสอบวัดความรู้ 20 นาที และทำแบบวัดความมั่นใจในตนเอง 15 นาที

3) ทบทวนความรู้ในเรื่องการพยาบาลในระยะคลอด สาธิตการพยาบาลในระยะคลอดกับหุ่น และให้ผู้เรียนสาธิตย้อนกลับ ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

4) ทำแบบทดสอบวัดความรู้ 20 นาที ทำแบบวัดความมั่นใจในตนเอง และแบบวัดความพึงพอใจ 20 นาที

3. การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ หลังจากเสร็จสิ้นการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ ผู้วิจัยแบ่งนักศึกษาในกลุ่มทดลองออกเป็น 2 กลุ่มๆละ 20 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย ผู้วิจัยดำเนินการสนทนากลุ่มในห้องประชุมที่มีบรรยากาศผ่อนคลาย ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการสนทนากลุ่มและ ดำเนินการสนทนาตามแนวคำถามที่กำหนดไว้ ครอบคลุมใน 3 ประเด็น ได้แก่ ความรู้ ความพึงพอใจ และความมั่นใจตนเองภายหลังการเตรียมความพร้อมก่อนฝึกโดยใช้ในสถานการณ์จำลอง มีการบันทึกเทปการสนทนาและใช้เวลาในการสนทนากลุ่มละประมาณ 1 ชั่วโมง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1.การวิเคราะห์ ข้อมูลเชิงปริมาณ เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และความมั่นใจในตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติทีคู่ (paired sample t-test) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติที (Independent sample t-test)

2.การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยผู้วิจัยนำเทปบันทึกการสนทนาถอดเทปและวิเคราะห์คำตอบที่ได้จากการสนทนากลุ่มมาตีความและสรุปเป็นผลการวิจัย กำหนดประเด็นในการวิเคราะห์ 3 ประเด็นคือความรู้ ความพึงพอใจและความมั่นใจในการเตรียมความพร้อมก่อนฝึกภาคปฏิบัติโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี เลขที่ 015/2561 ลงวันที่ 9 มีนาคม 2561

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิง 73 คน เพศชาย 7 คน อายุเฉลี่ย 20.73 ปี (SD =.48)

2. คะแนนเฉลี่ยความรู้และความมั่นใจในตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเตรียมความพร้อม พบว่า กลุ่มควบคุมมีคะแนนความรู้และความมั่นใจในตนเองหลังเตรียมความพร้อมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้หลังเตรียมความพร้อมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้และความมั่นใจในตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	ก่อนเตรียมความพร้อม		หลังเตรียมความพร้อม		t	p
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
กลุ่มควบคุม(n=40)						
ความรู้	7.85	1.36	10.45	1.28	-15.92**	.000
ความมั่นใจ	26.07	1.65	28.30	1.01	-12.82**	.000
กลุ่มทดลอง(n=40)						
ความรู้	8.25	1.42	11.25	1.12	-4.56**	.000
ความมั่นใจ	25.62	1.67	35.02	1.94	-15.56**	.000

**p<.001

3. คะแนนเฉลี่ยความรู้ ความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเองของนักศึกษาพยาบาลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง พบว่าคะแนนความรู้ ความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ดังแสดงในตารางที่ 2 ทั้งนี้การวิเคราะห์ผลหลังการทดลองมีตัวแปรที่นำมาวิเคราะห์ 3 ตัวแปร เพิ่มจากการนำเสนอในตารางที่ 1 ที่มีเพียง 2 ตัวแปร เนื่องจากตัวแปรในด้านความพึงพอใจสามารถเก็บรวบรวมได้เมื่อดำเนินการเตรียมความพร้อมแล้วเสร็จ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความมั่นใจในตนเองและความพึงพอใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n=40)		กลุ่มทดลอง(n=40)		t	p
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ความรู้	10.45	1.28	11.25	1.12	-2.96**	.004
ความมั่นใจ	34.35	1.33	40.72	1.28	-21.82**	.000
ความพึงพอใจ	28.30	1.01	32.02	1.94	-10.74**	.000

**p<.001

4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม

4.1 ผลของการเตรียมความพร้อมก่อนฝึกภาคปฏิบัติโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อความรู้ กลุ่มตัวอย่างสะท้อนว่าการเตรียมความพร้อมก่อนฝึกภาคปฏิบัติโดยใช้สถานการณ์จำลอง

ทำให้ผู้เรียนเข้าใจเนื้อหาการเรียนรู้มากยิ่งขึ้นจากการเรียนภาคทฤษฎี โดยมีความรู้ในเรื่องการประเมินสภาพผู้คลอดในระยะคลอด การประเมินความก้าวหน้าของการคลอด การตอบสนองของผู้คลอดที่มีต่อความเจ็บปวดในระยะคลอด การพยาบาลในระยะคลอดและการช่วยคลอด ดังเช่น

“เข้าใจกระบวนการคลอดมากขึ้น กว่าการเรียนในตำราและทำให้มีทักษะในการปฏิบัติงานมากยิ่งขึ้น”

“เข้าใจสถานการณ์ของการคลอดและการพยาบาลมากขึ้น”

“มีความรู้มากขึ้นจากการเรียนภาคทฤษฎี เห็นภาพว่าเมื่อต้องดูแลผู้คลอดในระยะคลอดต้องประเมินในเรื่องอะไรและต้องให้การดูแลอย่างไร”

“มีความเข้าใจการดูแลผู้คลอดมากยิ่งขึ้น รู้ว่าต้องประเมินหรือดูแลผู้คลอดอย่างไร บางครั้งเวลาอาจารย์สอนในห้องเรียนเรานึกภาพไม่ออก แต่พอมาเจอสถานการณ์จำลองช่วยให้เข้าใจสิ่งที่เรียนมากขึ้น”

4.2 ผลของการเตรียมความพร้อมก่อนฝึกภาคปฏิบัติโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อความรู้ กลุ่มตัวอย่างพึงพอใจต่อการเตรียมความพร้อมก่อนฝึกปฏิบัติโดยใช้สถานการณ์จำลอง เพราะทำให้เข้าใจเนื้อหาการเรียนรู่มากยิ่งขึ้น สนุกตื่นเต้นในการเรียนในสถานการณ์จำลอง ได้แสดงบทบาทในการดูแลผู้คลอดเหมือนเป็นพยาบาลจริง ดังเช่น

“รู้สึกพอใจที่ได้เรียนจากสถานการณ์จำลองเพราะช่วยให้เข้าใจเนื้อหาการเรียนได้ดีขึ้น ตอนเรียนในห้องก็เข้าใจในระดับหนึ่ง แต่บางเรื่องก็นึกภาพไม่ออก แต่พอมาเข้าสถานการณ์จำลอง กลับช่วยให้เข้าใจเรื่องที่อาจารย์สอนในห้องมากขึ้น”

“รู้สึกชอบที่ได้เรียนจากสถานการณ์จำลอง เวลาเรียนรู้สึกว่ตื่นเต้น น่าสนใจ ไม่รู้ว่าเราจะเจอสถานการณ์อะไร จะต้องทำยังไงดี ต้องคิดว่าจะทำยังไง แต่สนุกดี สถานการณ์จำลองช่วยให้เราเรียนรู้ได้ดีขึ้น พออาจารย์ debrief จะได้ความรู้มากขึ้น รู้ว่าสิ่งใดที่ควรทำ

สิ่งใดไม่ควรทำ เวลาเราไปเจอคนไข้จริงเราจะได้ให้การดูแลได้ถูกต้อง”

“รู้สึกชอบที่ได้ฝึกดูแลผู้คลอด เพราะในห้องเรียนได้เรียนมาแล้วแล้วได้มาฝึกจริงในสถานการณ์จำลอง ได้ฝึกแสดงบทบาทในการตัดสินใจเหมือนเป็นพยาบาลจริง ซึ่งในห้องเรียนเราไม่สามารถจะแสดงบทบาทพวกนี้ได้ จึงช่วยให้เรามีความรู้ความเข้าใจมากขึ้น”

4.3 ผลของการเตรียมความพร้อมก่อนฝึกภาคปฏิบัติโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อความมั่นใจ กลุ่มตัวอย่างรู้สึกมั่นใจในการนำความรู้ที่เรียนไปใช้ในการปฏิบัติ มั่นใจในการดูแลผู้คลอดเมื่อต้องเจอกับสถานการณ์จริง ดังเช่น

“รู้สึกมั่นใจมากขึ้นในการดูแลผู้คลอด ถ้าเรียนในห้องเรียนเรารู้ว่าในระยะคลอดต้องดูแลอย่างไร แต่ไม่ได้ทำจริง พอมาเรียนในสถานการณ์จำลอง เราได้ลงมือทำจริง ทำผิดอาจารย์ก็จะบอกว่าอันนี้ผิด ควรทำอย่างไร อันไหนทำถูกอาจารย์ก็จะบอกว่าทำถูก จึงเรียนรู้ว่าถ้าเราเจอสถานการณ์จริงเราควรจะทำอย่างไร ถ้าต้องขึ้น ward ก็ทำให้เรารู้ว่าเราควรทำอะไรโดยนึกถึงตอนที่เรารับรู้ในสถานการณ์จำลอง”

“รู้สึกมั่นใจมากขึ้นในการที่จะนำสิ่งที่ได้เรียน มาให้การดูแลผู้คลอดเพราะได้ฝึกดูแลผู้คลอดในสถานการณ์จำลอง ได้เรียนรู้ว่าต้องดูแลผู้คลอดอย่างไร ถ้าทำผิดก็ได้เรียนรู้ว่าทำผิด ต้องปรับปรุงแก้ไขอย่างไร เวลาเราขึ้นฝึกจริงในโรงพยาบาลจะได้ไม่ทำผิด หากไม่ได้ฝึกจากสถานการณ์จำลองมาก่อน อาจไม่มั่นใจว่าจะนำสิ่งที่เรียนมาใช้จริงอย่างไร เพราะเรานึกภาพไม่ออก”

อภิปรายผล

ผลการวิจัยในครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย โดยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ ความ

พึงพอใจและความมั่นใจในตนเองของนักศึกษา หลังการเตรียมความพร้อมในการฝึกภาคปฏิบัติ ในกลุ่มที่ได้รับการเตรียมความพร้อมโดยใช้ สถานการณ์จำลองเสมือนจริงสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการเตรียมความพร้อมตามปกติ เมื่อพิจารณาในด้านความรู้ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมและข้อมูลจากการสนทนากลุ่มในการวิจัยนี้ พบว่า การเตรียมความพร้อมก่อนฝึกปฏิบัติโดยใช้สถานการณ์จำลอง ทำให้ผู้เรียนเข้าใจเนื้อหาการเรียนรู้มากยิ่งขึ้นจากการเรียนภาคทฤษฎี ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของแกทและคณะ¹¹ ที่พบว่านักศึกษาพยาบาลที่เรียนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงมีความรู้มากกว่ากลุ่มควบคุม และการศึกษาของเหลียวและคณะ¹² ที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 กลุ่มที่เรียนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงมีความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุม อธิบายได้ว่า การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเกิดขึ้นจากการที่ผู้เรียนได้ลงมือกระทำ ได้เรียนรู้จากประสบการณ์ การสะท้อนคิด และสรุปผลการเรียนรู้ (debriefing) ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง ในขั้นตอนการสรุปผลการเรียนรู้ ผู้สอนจะช่วยให้ผู้เรียนสะท้อนคิดว่ามีอะไรเกิดขึ้นในสถานการณ์ สะท้อน ความรู้สึกและประสบการณ์ที่ปฏิบัติได้ดีหรือประสบการณ์ที่ต้องการจะปฏิบัติให้ดีขึ้น โดยวิเคราะห์เชื่อมโยงความรู้จากทฤษฎีเข้ากับประสบการณ์การปฏิบัติที่เกิดขึ้นในสถานการณ์จำลอง สรุปหลักการแนวคิดที่จะนำไปปฏิบัติ หรือประยุกต์ในสถานการณ์ใหม่ มีการพัฒนาทักษะการให้เหตุผล การคิดวิเคราะห์ และการตัดสินใจทางคลินิก นอกจากนี้ผลการศึกษารังนี้ก็พบว่ากลุ่มควบคุมที่เตรียมความพร้อมตามปกติ มีค่าเฉลี่ยคะแนน

ความรู้หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองเช่นกัน ถึงแม้นักศึกษาจะไม่ได้เตรียมความพร้อมโดยใช้ สถานการณ์จำลองเสมือนจริง เนื่องจากกระบวนการเตรียมความพร้อมตามปกติที่จัดให้ นั้นมุ่งเน้นการเตรียมในด้านความรู้ สาธิตและฝึกให้ผู้เรียนสาธิตย้อนกลับ จึงทำให้ความรู้ของผู้เรียนหลังเตรียมความพร้อมสูงขึ้นก่อนการทดลอง

ด้านความพึงพอใจต่อการเตรียมความพร้อม พบว่าคะแนนความพึงพอใจหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม จากการสนทนากลุ่มก็พบว่าผู้เรียนพึงพอใจต่อการเตรียมความพร้อมก่อนฝึกปฏิบัติโดยใช้สถานการณ์จำลอง เพราะทำให้เข้าใจเนื้อหาการเรียนรู้มากยิ่งขึ้น สนุกตื่นเต้นในการเรียนในสถานการณ์จำลองและได้แสดงบทบาทในการดูแลผู้คลอดเหมือนเป็นพยาบาลจริง ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของริสและคณะ¹³ ที่ศึกษาการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงเพื่อพัฒนาการเรียนรู้ร่วมกันของนักศึกษาแพทย์และพยาบาล พบว่า นักศึกษามีความพึงพอใจต่อประสบการณ์การเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงในระดับสูง ความพึงพอใจที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือวิธีการสอนที่ใช้ในสถานการณ์จำลองเสมือนจริงเป็นประโยชน์และมีประสิทธิภาพ เช่นเดียวกับการศึกษาของหวังและพิตช์พาทรัก¹⁴ ที่ศึกษาประสิทธิภาพของการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงพบว่าผู้เรียนมีความพึงพอใจสูงหลังเรียน และการศึกษาของพาร์ทินและคณะ¹⁵ ที่พบว่า การสอนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงทำให้ผู้เรียนพึงพอใจ โดยผู้เรียนรู้สึกสนุกกับการเรียนและทำให้เกิดการเรียนรู้ ผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้ลงมือปฏิบัติจริง โดยการนำความรู้ที่

เรียนจากภาคทฤษฎีมาสู่การปฏิบัติ ทำให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจเนื้อหาการเรียนมากขึ้น ความรู้ความเข้าใจในเนื้อหาการเรียนนี้เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้เรียนรู้สึกว่าคุณเองไม่พร้อมในการปฏิบัติงาน กังวลต่อการขึ้นฝึกปฏิบัติงาน เมื่อได้เตรียมความพร้อมก่อนฝึกในสถานการณ์จำลอง ทำให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจมากขึ้นและรู้สึกกังวลน้อยลง ส่งผลให้มีความพึงพอใจต่อการเตรียมความพร้อมก่อนฝึกโดยใช้สถานการณ์จำลอง โดยข้อมูลจากการสนทนากลุ่มของกลุ่มตัวอย่างรายหนึ่งสะท้อนว่า “รู้สึกกังวลในการขึ้นฝึกปฏิบัติงานเพราะไม่ค่อยเข้าใจเนื้อหาการเรียน และไม่รู้ว่าจะเมื่อต้องขึ้นปฏิบัติงานจะต้องทำอะไร เมื่อได้มาเรียนรู้ในสถานการณ์จำลองก็รู้สึกชอบการเตรียมความพร้อมก่อนฝึกด้วยวิธีนี้” นอกจากนี้การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง ทำให้ผู้เรียนสนุกและไม่เบื่อหน่ายเพราะมีสถานการณ์เป็นตัวกระตุ้นให้ผู้เรียนได้ใช้ทักษะการคิดวิเคราะห์และตัดสินใจ เช่นที่กลุ่มตัวอย่างได้สะท้อนว่า “เวลาเรียนรู้รู้สึกว่าตื่นเต้น น่าสนใจ ไม่รู้ว่าเราจะเจอสถานการณ์อะไร จะต้องทำอย่างไรดี ต้องคิดว่าจะทำอย่างไร”

ด้านความมั่นใจในตนเอง ผลการวิจัย พบว่าคะแนนความมั่นใจในตนเองหลังทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของมิลด์และคณะ¹⁶ ที่ประเมินชุดการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความมั่นใจในตนเองของนักศึกษาหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองและสอดคล้องกับการศึกษาของอิคค์และคณะ³ ที่ศึกษาผลของการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาล 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่เรียนด้วย

สถานการณ์จำลองเสมือนจริง กลุ่มที่เรียนในคลินิก และกลุ่มที่เรียนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงกับในคลินิก พบว่ากลุ่มที่เรียนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง มีความมั่นใจเพิ่มขึ้นหลังเรียน นอกจากนี้การศึกษาของสคัลเรท¹⁷ พบว่า สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ส่งผลให้ผู้เรียนมีความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น อธิบายได้ว่าการเตรียมความพร้อมก่อนฝึกปฏิบัติโดยใช้สถานการณ์จำลองช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนมีความมั่นใจในการขึ้นฝึกปฏิบัติงาน เนื่องจากการเรียนรู้ในสถานการณ์จำลองที่มีความใกล้เคียงกับสภาพการณ์จริงที่ต้องเจอในการฝึกปฏิบัติงาน มีหุ่นจำลองที่มีสมรรถนะสูงสามารถสื่อสารและตอบโต้กับผู้เรียนได้คล้ายกับผู้รับบริการจริง ทำให้ผู้เรียนมองเห็นภาพของเหตุการณ์ที่ผู้เรียนจะต้องพบเจอและเกิดการเรียนรู้จากสถานการณ์จำลอง สามารถนำประสบการณ์ที่ใช้ในสถานการณ์จำลองไปใช้เมื่อต้องขึ้นปฏิบัติงานจริง ส่งผลให้ผู้เรียนเกิดความมั่นใจว่าตนเองสามารถที่จะให้การดูแลผู้คลอดได้เมื่อต้องให้การดูแลผู้คลอดบนหอผู้ป่วย นอกจากนี้สิ่งสำคัญของการเรียนรู้ในสถานการณ์จำลอง คือ การสรุปการเรียนรู้ ซึ่งเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้ทบทวนเหตุการณ์ในสถานการณ์จำลอง ช่วยกันสะท้อนคิดและสะท้อนกลับต่อเหตุการณ์จำลองที่เกิดขึ้น ว่ามีสิ่งใดที่ผู้เรียนปฏิบัติได้ดี สิ่งใดที่ควรปรับปรุง ทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ และสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานจริงได้ จึงมีความรู้สึกมั่นใจต่อการขึ้นฝึกปฏิบัติมากขึ้น เช่นที่กลุ่มตัวอย่างได้สะท้อนว่า “รู้สึกมั่นใจมากขึ้นในการดูแลผู้คลอด พอมาเรียนในสถานการณ์จำลองเราได้ลงมือทำจริง ทำผิดอาจารย์ก็จะบอกว่าอันนี้ผิด ควรทำอย่างไร อันไหนทำถูกอาจารย์ก็จะบอกว่าทำถูก จึงเรียนรู้ว่าถ้าเราเจอสถานการณ์จริงเราควรจะทำอย่างไร”

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

การใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการเตรียมความพร้อมก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติงาน ช่วยส่งเสริมให้นักศึกษามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้คลอดมากขึ้น มีความมั่นใจในการขึ้นฝึกปฏิบัติงาน เพราะการเรียนรู้ในสถานการณ์จำลองที่มีความคล้ายกับสถานการณ์จริง ทำให้นักศึกษาได้เรียนรู้บทบาทและการปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสม สามารถนำประสบการณ์การเรียนรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติได้จริง ส่งผลให้ศึกษามีความพึงพอใจต่อการเตรียมความพร้อมโดยใช้สถานการณ์จำลองมากกว่าการเตรียมความพร้อมตามปกติ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการเรียนการสอน ต้องใช้หุ่นจำลองที่มีความเสมือนจริงสูงและโปรแกรมควบคุม อาจารย์ผู้สอนต้องใช้งานหุ่นและโปรแกรมควบคุมอย่างดี เพื่อให้สามารถใช้งานหุ่นและโปรแกรมได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือแก้ไขปัญหาได้เมื่อเกิดปัญหาในการใช้งาน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงเพื่อเตรียมความพร้อมในการฝึกภาคปฏิบัติในรายวิชาอื่นๆ เพื่อที่จะได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนาการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ควรดำเนินการวิจัยระยะยาวเพื่อติดตามผลลัพธ์ของการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการส่งเสริมทักษะการคิดวิเคราะห์และทักษะการปฏิบัติการพยาบาล โดยอาจติดตามประเมินผลระหว่างที่นักศึกษาฝึกภาคปฏิบัติเป็นระยะจนสิ้นสุดการเรียนการสอนในรายวิชาหรือจนสำเร็จการศึกษา

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรีและมูลนิธิสถาบันพระบรมราชชนก

References

1. Cant RP, Cooper SJ. Simulation-based learning in nurse education: Systematic review. J Adv Nurs. 2010;66(1):3-15.
2. Gore T, et al. The effects of simulated clinical experiences on anxiety: Nursing students perspectives. Clin Simula Nurs. 2011;7:e175-e180.
3. Hick FD, Cokes L, Li S. The effect of high-fidelity simulation on nursing students knowledge and performance: a pilot study. National Council of state Boards of Nursing. 2009;40:1-27.
4. Waxman KT. The development of evidence-based clinical simulation scenarios: Guidelines for nurse educators. J Nurs Educ. 2010;49(1):29-35.
5. Jefferies PR. A framework for designing, implementing, and evaluating simulations used as teaching strategies in nursing. Nurs Educ Perspect. 2005;26:96-103.
6. O'Donnell JM, Decker S, Howard V, Levett-Jones T, Miller CW. NLN/Jeffries simulation framework state of science project: Simulation learning outcomes. Clin Simulat Nurs. 2014;10:373-382.
7. Yuan H, Williams BA, Fang J, Ye Q. A systematic review of selected evidence on improving knowledge and skills

- through high-fidelity simulation. *Nurs Educ Today*. 2012;32(3):294-8.
8. Kolb DA. *Experiential learning: experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1984.
 9. Hallmark BF, Thomas CM, Gantt L. The educational practices construct of the NLN/Jeffries simulation framework: State of science project: simulation design characteristic. *Clin Simulat Nurs*. 2014;10: 345-52.
 10. Groom JA, Handerson D, Sittner BJ. NLN/Jeffries simulation framework state of science project: Simulation design characteristic. *Clin Simula Nurs*. 2014;10: 337-44.
 11. Gates MG, Parr MB, Huguen JE. Enhancing nursing knowledge using high-fidelity simulation. *J Nurs Educ*. 2012;51(1):9-15.
 12. Liaw SY, Scherpbier A, Rethans J, Klainin-Yobas P. Assessment for simulation learning outcomes: a comparison of knowledge and self-reported confidence with observed clinical performance. *Nurs Educ Today*. 2012;32:e35-9.
 13. Reese CE, Jeffries PR, Engum SA. Learning together: using simulations to develop nursing and medical student collaboration. *Nurs Educ Perspect*. 2010;31(1):33-7.
 14. Wang AL, Fitzpatrick JJ. Use of simulation among Chinese nursing students. *Clin Simulat Nurs*. 2013;9:e311-17.
 15. Partin JL, Payne TA, Slemmons MF. Students' perceptions of their learning experiences using high-fidelity simulation to teach concepts relative to obstetrics. *Nurs Educ Perspect*. 2011;32(3):186-8.
 16. Mould J, White, H, Gallagher R. Evaluation of a critical care simulation series for undergraduate nursing students. *Cont Nurs J Aust Nurs Prof*. 2011;38:180-90.
 17. Schlairet MC. Simulation in an undergraduate nursing curriculum: implementation and impact evaluation. *J Nurs Educ*. 2011;50(10):561-8.

ปัจจัยทำนายการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดขอนแก่น

เอนกพงศ์ อ้อยคำ* ลัมวี ปิยะบัณฑิตกุล** วิริทธิ์ กิตติพิชัย***

บทคัดย่อ

บทนำ: ปัจจัยทำนายการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สามารถเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง ป้องกันหรือชะลอการเป็นโรค

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดขอนแก่น

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบศึกษาย้อนหลัง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่รับบริการที่หน่วยบริการสุขภาพในจังหวัดขอนแก่น กลุ่มศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองไม่เกิน 1 ปีจำนวน 348 คน กลุ่มควบคุมเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 696 คน โดยการสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ไคสแควร์ และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกส์

ผลการวิจัย: พบว่า ปัจจัยทำนายการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) คือ ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างน้อย 5 ปี (OR_{adj} 10.66, 95%CI 6.38-17.81) ค่าความดันซิสโตลิก BP >140 mmHg (OR_{adj} 6.55, 95%CI 3.94-10.88) ค่าความดันไดแอสโตลิก >90 mmHg (OR_{adj} 4.40, 95%CI 3.11-6.22) เพศชาย (OR_{adj} 2.66, 95%CI 1.91-3.71) และประวัติทางพันธุกรรมเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (OR_{adj} 2.36, 95%CI 1.51-3.70)

สรุปผล: ปัจจัยทำนายเป็นปัจจัยในการเฝ้าระวังโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ให้บริการใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อชะลอความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

คำสำคัญ: โรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยทำนาย โรคหลอดเลือดสมอง

*นักศึกษาลัทธิสุตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยขอนแก่น, E-mail: ahoikum@gmail.com

**สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***ภาควิชาอนามัยครอบครัว คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Received: June 17, 2019

Revised: May 20, 2020

Accepted: June 24, 2020

Factors predicting the occurrence of stroke in hypertensive patients in Khon Kaen province

Anekpong Hoikum* Luckawee Piyabanditkul** Wirin Kittipichai***

Abstract

Background: Factors predicting the occurrence of stroke in hypertensive patients can provide a guideline for risk behavior modification support in order to prevent or delay stroke.

Objectives: The purpose of this research was to study predictive factors of stroke in hypertensive patients in Khon Kaen province.

Methods: This case-control study of patients with hypertension who were treated at healthcare units in Khon Kaen province. The sample of 348 patients who had had a stroke less than 1 year was defined as a case group, and 696 patients without stroke defined as a control group. Data collection was performed by interview and a review of patients' medical records. Data were analyzed by utilizing descriptive statistics, chi-square, and logistic regression analysis.

Results: The results of logistic regression analysis showed that the factors that significantly predicted the stroke occurrence in hypertensive patients included having had hypertension for at least 5 years (OR_{adj} 10.66, 95%CI 6.38-17.81), systolic blood pressure >140 mmHg (OR_{adj} 6.55, 95%CI 3.94-10.88), and diastolic blood pressure > 90 mmHg (OR_{adj} 4.40, 95%CI 3.11-6.22), male gender (OR_{adj} 2.66, 95%CI 1.91-3.71), and family history with stroke (OR_{adj} 2.36, 95%CI 1.51-3.70).

Conclusions: Based on the findings, these factors should be taken into account for the prevention of the occurrence of stroke in hypertensive patients. Healthcare providers should emphasize health promotion activities and behavior modifications for these patients to reduce risk factors and delay stroke occurrence.

Keywords: hypertension, predicting factors, stroke

*Master's degree in community nurse practitioner, Faculty of Nursing, Khon Kaen University,

E-mail: ahoikum@gmail.com

**Department of Family and Community Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

***Department of Family Health, Faculty of public Health, Mahidol University.

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองถือเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่สำคัญ ในปีค.ศ. 2016 ประชากรทั่วโลกป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองกว่า 17 ล้านคน มีความพิการถาวรกว่า 5 ล้านคนและเสียชีวิต 6.50 ล้านคน¹ ซึ่งผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวนมากได้รับผลกระทบทั้งทางด้านสภาพร่างกาย จิตใจ สังคม รวมถึงความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจในประเทศไทยพบอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) มากกว่าโรคเบาหวานและโรคหัวใจขาดเลือด 1.5-20 เท่า อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนพบสูงขึ้นทุกๆ ปี กล่าวคือ ในปี พ.ศ. 2557-2559 เท่ากับ 38.70, 43.30 และ 48.70 ตามลำดับ² นอกจากนี้ยังพบว่า อัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2556-2558 เท่ากับ 366.81, 352.30 และ 425.24 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นสอดคล้องกับอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง และยังพบว่าคนไทยเสียสุขภาพจากโรคหลอดเลือดสมองประมาณปีละ 792,000 บาท หากคนไทยป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง รวม 5 แสนคนต่อปี มารับบริการที่สถานบริการสุขภาพ จะต้องเสียค่ารักษาพยาบาลทั้งสิ้นประมาณ 20,632 ล้านบาทต่อปี³

จังหวัดขอนแก่นมีอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 91.16 ต่อแสนประชากรซึ่งสูงที่สุด เมื่อเทียบกับจังหวัดอื่นในเขตบริการสุขภาพที่ 7⁴ นอกจากนี้ ยังพบว่าอัตราอุบัติใหม่ของโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดขอนแก่นเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ระหว่างปี พ.ศ. 2558-2560 จาก 134.86 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2558 เป็น 158.85 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2560 หรือคิดเป็นร้อยละ 17.79⁴ ซึ่งสาเหตุสำคัญ พบว่า มากกว่าร้อยละ 60 ของผู้ป่วยโรค

หลอดเลือดสมองเฉียบพลัน (acute stroke) มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงมาก่อน⁵

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หาย แต่สามารถควบคุมได้ด้วยการดูแลตนเองอย่างถูกวิธี และเนื่องจากเป็นโรคที่ไม่ปรากฏอาการที่ชัดเจน หรือมีอาการเล็กน้อย ทำให้ผู้ป่วยละเลยการดูแลตนเอง เมื่อปล่อยนานไป แรงดันเลือดจะทำลายผนังหลอดเลือดและอวัยวะที่สำคัญทั่วร่างกาย ทำให้เกิดโรคหัวใจ โรคไต โรคหลอดเลือดสมองตามมา โดยพบว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้เกิดผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และประเทศ การป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงจึงมีความสำคัญ ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นแนวทางให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำข้อมูลไปใช้เพื่อการส่งเสริมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงวิเคราะห์ (analytical research) แบบศึกษาย้อนหลัง (case-control Study) ในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และกลุ่มผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ที่มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง และรับบริการที่หน่วยบริการสุขภาพของรัฐ ในจังหวัดขอนแก่น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่เข้ารับบริการที่หน่วยบริการสุขภาพ ในจังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิหรือระดับตติยภูมิ ในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มศึกษา (case) คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมานานไม่เกิน 1 ปี และรับบริการที่สถานบริการระดับระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ และ 2) กลุ่มควบคุม (control) คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ยังไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการให้ข้อมูล

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มศึกษา กำหนดเกณฑ์ ดังนี้ 1) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองจากสาเหตุตีบ แตกหรือตัน นานไม่เกิน 1 ปี และรับการรักษาที่หน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิหรือระดับตติยภูมิ ในจังหวัดขอนแก่น 2) อายุ 35 ปีขึ้นไป และ 3) ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย สำหรับเกณฑ์ในการคัดออก ได้แก่ 1) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ของโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ มีปัญหาเรื่องการสื่อสารหรือความจำ เป็นต้น 2) ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม (Dementia) หรือผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤติ เช่น ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ และผู้ป่วยที่รักษาอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤติ และ 3) ผู้ป่วยที่ญาติหรือผู้ดูแลไม่ยินยอมให้เข้าร่วมการวิจัย

กลุ่มควบคุม กำหนดเกณฑ์ ดังนี้

1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น

โรคความดันโลหิตสูง และได้รับการรักษาที่หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในจังหวัดขอนแก่น 2) อายุ 35 ปี ขึ้นไป และ 3) ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย เกณฑ์ในการคัดออก คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมอื่นๆ ที่เป็นอุปสรรค เช่น ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม และผู้ที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร

การสุ่มกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (cluster random sampling) จากหน่วยบริการสุขภาพในจังหวัดขอนแก่น ตามพื้นที่การบริหารงานโดยคณะกรรมการพัฒนาสถานบริการสาธารณสุข 4 โซน สุ่มเลือกหน่วยบริการสุขภาพระดับตติยภูมิหรือระดับทุติยภูมิ โซนละ 3 แห่ง รวมทั้งหมด 12 แห่ง เพื่อเป็นตัวแทนแต่ละโซน จากนั้นจึงสุ่มเลือกหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (Primary Care Unit; PCU) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เป็นลูกข่ายของหน่วยบริการสุขภาพระดับตติยภูมิหรือระดับทุติยภูมิ ที่สุ่มได้หน่วยละ 1 แห่ง รวมทั้งหมด 12 แห่ง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างของ Meinert & Tonascia⁶ โดยนำข้อมูลปัจจัยเสี่ยง (Odds ratio) ของพฤติกรรม การสูบบุหรี่ มาจากข้อมูลงานวิจัยของ Martin และคณะ¹³ ใช้ในการคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยมีค่า Odd Ratio เท่ากับ 2.90 และค่าความชุกการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดขอนแก่น พ.ศ. 2560 เท่ากับ 0.02 นำมาแทนค่าในสูตรได้ขนาดตัวอย่าง 348 คน ใช้อัตราส่วนระหว่างกลุ่มศึกษา และกลุ่มควบคุมในอัตรา 1:2 ซึ่งจะส่งผลให้อำนาจการทดสอบทางสถิติ (power of test) สูงขึ้น⁷ ได้ขนาดตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 1,044 คน เป็นกลุ่มศึกษา 348 คน และกลุ่มควบคุม 696 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ดำรงงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับความดันโลหิต น้ำหนัก ส่วนสูง เส้นรอบเอว และประวัติทางพันธุกรรม และ 2) ข้อมูลภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย ประวัติโรคประจำตัวอื่น ๆ และระดับไขมันในเลือด รวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์และเวชระเบียน

2. ข้อมูลด้านพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การรับประทานอาหาร และกิจกรรมทางกาย

3. แบบประเมินความเครียด 5 คำถาม (ST5X ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข) ประกอบด้วยคำถาม 5 ข้อ แบ่งการให้คะแนนในแต่ละข้อเป็น 4 ระดับ (จาก 0 มีความเครียดน้อยมาก ถึง 3 มีความเครียดเป็นประจำ) การแปลผลเป็น 4 ช่วงคะแนน ได้แก่ คะแนน 0-4 หมายถึงเครียดน้อย 5-7 หมายถึงเครียดปานกลาง 8-9 หมายถึง เครียดมาก 10-15 หมายถึง เครียดมากที่สุด

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของแบบสัมภาษณ์ในการเก็บข้อมูลโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์อายุรกรรมที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมอง 2 คน พยาบาลประจำการที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมอง 2 คน และอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในการทำวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองและความดันโลหิตสูง 1 คน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ .95

ข้อพิจารณาจริยธรรม

ได้รับการ พิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ตามเอกสารรับรองเลขที่ HE612217 เมื่อวันที่ 22 สิงหาคม 2561 และผ่านการพิจารณาจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เมื่อวันที่ 12 ตุลาคม 2561

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองประสานกับพยาบาลประจำคลินิกโรคเรื้อรัง ในหน่วยบริการสุขภาพคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

2) เข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดการเก็บข้อมูล และสอบถามความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน ใช้เวลา 30 - 45 นาทีต่อ 1 ราย โดยกลุ่มศึกษา เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหน่วยบริการระดับระดับทุติยภูมิ และกลุ่มควบคุมเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ เก็บข้อมูลระหว่างเดือน ตุลาคม 2561 ถึง มีนาคม 2562

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่เก็บรวบรวมมานำมาตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไคสแควร์ และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกส์ (Logistic Regression Analysis) เพื่อหาปัจจัยทำนายการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง นำเสนอด้วยค่า adjusted odd ratio (OR_{adj}) ที่ระดับช่วงความเชื่อมั่น 95%

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยด้านบุคคล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 66.30 โดยมีอายุเฉลี่ย 66.39 ปี (SD = 10.34) อายุต่ำสุด 35 ปี และสูงสุด 91 ปี ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 61-70 ปี รองลงมาคือ 71-80 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.40 และ 28.30 ตามลำดับ มีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 24.84 (SD = 3.64) และมีดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 25-29.9 (อ้วนระดับ 1) เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 36.10 มีเส้นรอบเอวเฉลี่ย 85.57 (SD = 9.95) เซนติเมตร ส่วนใหญ่เส้นรอบเอวอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 54.00 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีประวัติทางพันธุกรรมเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 87.20 ในกลุ่มที่มีประวัติทางพันธุกรรมพบว่า มีประวัติจากบิดา มารดา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60.40 และยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความเครียดอยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 99.30

2. ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีโรคร่วมเป็นโรคเบาหวานมากที่สุด รองลงมาคือภาวะไขมันในเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 29.10 และ 22.90 ตามลำดับ กลุ่มศึกษามีระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในช่วง 5-8 ปี คิดเป็นร้อยละ 39.70 โดยมีระยะเวลาป่วยเฉลี่ย 9.83 ปี (SD = 4.86) ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่มีระยะเวลาป่วยอยู่ในช่วง 1-4 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.50 มีระยะเวลาป่วยเฉลี่ย 6.74 ปี (SD = 4.54) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ คิดเป็นร้อยละ 69.30 และมีระดับความดันโลหิตไม่เกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท แตกต่างจากระดับไขมันดี (LDL) ซึ่งส่วนใหญ่พบว่า สูงกว่าปกติ คิดเป็นร้อยละ 57.90

3. ปัจจัยด้านพฤติกรรม พบกลุ่มศึกษามีพฤติกรรมการรับประทานอาหารมัน อาหารเค็ม และอาหารหวานในระดับที่เหมาะสม คิดเป็น

ร้อยละ 97.40, 97.40 และ 88.20 ตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารมัน และอาหารเค็มอยู่ในระดับที่เหมาะสม ร้อยละ 95.30 และ 97.40 กลุ่มควบคุมพบการรับประทานอาหารหวานอยู่ในระดับที่ไม่เหมาะสมเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 82.60 ด้านพฤติกรรมการสูบบุหรี่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ คิดเป็น ร้อยละ 79.10 นอกจากนี้ยังพบกลุ่มที่เคยสูบบุหรี่และยังสูบบุหรี่ในปัจจุบันถึงร้อยละ 20.90 ระยะเวลาที่สูบบุหรี่พบว่าในกลุ่มศึกษามีระยะเวลาที่สูบบุหรี่อยู่ในช่วง 40 ปีขึ้นไปเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 67.00 ขณะที่กลุ่มควบคุมมีระยะเวลาที่สูบบุหรี่มากที่สุดในช่วง 20-39 ปี คิดเป็น ร้อยละ 46.20 และทั้งสองกลุ่มมีความถี่ในการสูบบุหรี่ตั้งแต่ 11 มวนต่อวันขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 45.40 ด้านพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 71.30 และกลุ่มตัวอย่างที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พบว่ามีความถี่ในการดื่มตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 84.90 และส่วนใหญ่ปริมาณการดื่มจะมากกว่า 100 มิลลิลิตรขึ้นไปต่อครั้ง ร้อยละ 63.40

กิจกรรมทางกายประกอบด้วย 1) กิจกรรมจากการทำงาน 2) กิจกรรมจากการเดินทาง 3) กิจกรรมยามว่างและการออกกำลังกาย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับเบา คิดเป็นร้อยละ 60 และส่วนใหญ่มีกิจกรรมจากการทำงาน กิจกรรมจากการเดินทาง และกิจกรรมยามว่างและการออกกำลังกายอยู่ในระดับเบา คิดเป็นร้อยละ 67.10, 63.70 และ 84.10 ตามลำดับ และพบว่ารูปแบบการออกกำลังกายในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้วิธีออกกำลังกายโดยการแกว่งแขนและการยืดเหยียด คิดเป็น ร้อยละ 65.80

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ และปัจจัยด้านพฤติกรรมกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าเพศชายมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิง 2.80 เท่า (95%CI, 2.14-3.67) ผู้ที่มีประวัติญาติสายตรงป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมากกว่าผู้ที่ไม่มีประวัติญาติสายตรงป่วย 2.67 เท่า (95%CI, 1.85-3.85) และผู้ที่มีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไปมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีลงมา 2.43 เท่า (95%CI, 1.32 - 4.49) ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ ได้แก่ ผู้ที่มีค่าความดันโลหิตสูงมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอทมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่มีค่าความดันโลหิตไม่เกิน 90 มิลลิเมตรปรอท

10.41 เท่า (95%CI, 6.97-15.53) ผู้ที่มีค่าความดันโลหิตมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอทมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่มีค่าความดันโลหิตไม่เกิน 140 มิลลิเมตรปรอท 6.56 เท่า (95%CI, 4.91-8.77) ผู้ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ 6.32 เท่า (95%CI, 4.19-9.53) และผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงน้อยกว่า 5 ปี 6.32 เท่า ปัจจัยด้านพฤติกรรม ได้แก่ ผู้ที่สูบบุหรี่มากกว่า 10 มวนต่อวัน ผู้ที่สูบบุหรี่และมีประวัติเคยสูบบุหรี่มาก่อนมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ 1.47 เท่า (95%CI, 1.08-2.01) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจัยด้านพฤติกรรม	กลุ่มศึกษา (n = 348)		กลุ่มควบคุม (n = 696)		Crude OR	95%CI	χ^2	P
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
1. เพศ								
ชาย	172	49.40	180	25.90	2.80	2.14-3.67	57.64	<.001
หญิง	176	50.60	516	74.10				
2. อายุ (ปี)								
> 50	335	96.26	636	91.38	2.43	1.32-4.49	8.51	.005
≤ 50	13	3.74	60	8.62				
3. ประวัติญาติสายตรงป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง								
มี	72	20.70	62	8.90	2.67	1.85-3.85	28.79	<.001
ไม่มี	276	79.30	634	91.10				
4. การควบคุมความดันโลหิต								
ควบคุมไม่ได้	201	57.80	120	17.20	6.56	4.91-8.77	178.87	<.001
ควบคุมได้	147	42.20	576	82.80				

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (ต่อ)

ปัจจัยด้านพฤติกรรม	กลุ่มศึกษา		กลุ่มควบคุม		Crude OR	95%CI	χ^2	P
	(n = 348)		(n = 696)					
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
5. ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง (ปี)								
≥ 5	319	91.70	442	63.50	6.32	4.19-9.53	93.11	<.001
< 5	29	8.33	254	36.50				
6. ค่าความดันโลหิตตัวบน (Systolic blood pressure; SBP)								
> 140 mmHg.	220	63.20	143	20.50	6.65	5.00-8.84	186.26	<.001
≤ 140 mmHg.	128	36.80	553	79.50				
7. ค่าความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic blood pressure; DBP)								
> 90 mmHg.	126	36.20	36	5.20	10.41	6.97-15.53	170.45	<.001
≤ 90 mmHg.	222	63.80	660	94.80				
8. พฤติกรรมการสูบบุหรี่								
เคยสูบ/ยังสูบ	88	25.30	130	18.70	1.47	1.08-2.01	6.13	.014
ไม่สูบ	260	74.70	566	81.30				

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทั้ง 8 ปัจจัยมาวิเคราะห์ด้วย Binary logistic regression แบบ Forward stepwise (likelihood ratio) เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นๆ แล้ว พบว่า ปัจจัยที่ร่วมกันทำนายการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ($p < .05$) จำนวน 5 ปัจจัย ดังนี้ ผู้ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไปมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 1-4 ปี 10.66 เท่า (95%CI, 6.38-17.81) ผู้ที่มีค่าความดันโลหิตตัวบนมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่ไม่มีประวัติทางพันธุกรรมมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่ไม่มีประวัติทางพันธุกรรม 2.36 เท่า (95%CI, 1.51-3.70) โดยทั้ง 5 ปัจจัยร่วมกันทำนายโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ถูกต้อง (Classification index) ร้อยละ 79.90 และมีค่า Nagelkerke $R^2 = 0.42$ ดังแสดงในตารางที่ 2

มิลลิเมตรปรอท 6.55 เท่า (95%CI, 3.94-10.88) ผู้ที่มีค่าความดันโลหิตตัวล่างมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่มีความดันโลหิตตัวล่างไม่เกิน 90 มิลลิเมตรปรอท 4.40 เท่า เพศชายมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิง 2.66 เท่า (95%CI, 1.91-3.71) และผู้ที่ไม่มีประวัติทางพันธุกรรมมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่ไม่มีประวัติทางพันธุกรรม 2.36 เท่า (95%CI, 1.51-3.70) โดยทั้ง 5 ปัจจัยร่วมกันทำนายโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ถูกต้อง (Classification index) ร้อยละ 79.90 และมีค่า Nagelkerke $R^2 = 0.42$ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยทำนายการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจัยทำนาย	B	P	OR _{adj}	95% CI
1. ผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ≥ 5 ปี	2.37	<.001	10.66	6.38-17.81
2. ค่าความดันไดแอสโตลิก (>90 mmHg)	1.88	<.001	6.55	3.94-10.88
3. ค่าความดันซิสโตลิก (>140 mmHg)	1.48	<.001	4.40	3.11-6.22
4. เพศชาย	0.98	<.001	2.66	1.91-3.71
5. พันธุกรรม	0.86	<.001	2.36	1.51-3.70
Constant	-3.99	<.001	.02	

Classification index = 79.90, Nagelkerke R^2 = 0.42

อภิปรายผล

ระยะเวลาที่ผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จากการศึกษาค้นพบว่าผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 1-4 ปี ถึง 10.66 เท่า (95%CI, 6.38-17.81) แม้รายงานวิจัยที่ผ่านมา ยังไม่ได้ระบุแน่ชัดถึงระยะเวลาที่ผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงว่าระยะเวลาใดมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง แต่การควบคุมความดันโลหิตยังเป็นประเด็นที่สำคัญ ซึ่งสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และส่งผลให้ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ นามาซึ่งการลดการเกิดภาวะพึ่งพิงของผู้ป่วย และลดการเกิดภาวะพิการ¹²

ระดับความดันโลหิต จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบ¹¹ ผู้ชายที่มีค่าความดันซิสโตลิกระหว่าง 160-180 มิลลิเมตรปรอท มีความเสี่ยง 4-6 เท่า ของคนที่มีค่าความดันซิสโตลิกต่ำกว่า 160 มิลลิเมตรปรอท จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ที่มีความดันซิสโตลิกมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอทมีโอกาสเสี่ยงต่อ

การเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าที่มีความดันซิสโตลิกไม่เกิน 140 มิลลิเมตรปรอท 4.40 เท่า (95%CI, 3.11-6.22) สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในชาวจีนพบว่า ความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (odd ratio, 3.50) และระดับความดันซิสโตลิก ≥ 140 มิลลิเมตรปรอท เป็นความเสี่ยงที่สูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในคนเอเชีย⁹ ผู้ที่มีค่าความดันไดแอสโตลิกมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมากกว่าผู้ที่มีค่าความดันไดแอสโตลิกไม่เกิน 90 มิลลิเมตรปรอท 6.55 เท่า (95%CI, 3.94-10.88)

เพศ ผลการศึกษาพบว่าเพศชายมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิง 2.66 เท่า (95%CI, 1.91-3.71) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิไลพร พุทธรังศรี และคณะ¹⁰ ได้ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดพะเยา พบว่าเพศชายมีโอกาสเกิดโรคมกกว่าเพศหญิงถึง 2.20 เท่า และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล และคณะ¹⁴ พบว่า เพศชายมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิง 2.74 เท่า (95%CI, 1.96-3.84) ด้วยในเพศหญิงจะมีฮอร์โมน

เอสโตรเจนที่แตกต่างกับในเพศชาย ซึ่งฮอร์โมนดังกล่าวช่วยในการลดการตีบตันของหลอดเลือดแดงได้ทำให้เพศหญิงมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองน้อยกว่าเพศชาย¹⁰

ประวัติทางพันธุกรรม พบว่าผู้ที่มีประวัติทางพันธุกรรมมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่ไม่ได้มีประวัติทางพันธุกรรม 2.36 เท่า (95%CI, 1.51-3.70) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา Wang J. และคณะที่ศึกษาในประเทศจีนพบว่าผู้ที่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองถึง 2.68 เท่า⁹ และการศึกษาของวิลเลียม พุทวงศ์ และคณะ พบว่าประวัติทางพันธุกรรมเป็นปัจจัยในการทำนายโอกาสการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงถึง 32.50 เท่าเมื่อเทียบกับคนที่ไม่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง¹⁰

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ควรให้ความสำคัญกับการควบคุมระดับความดันโลหิต โดยควรควบคุมให้น้อยกว่า 140/90 mmHg เนื่องจากเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และเป็นปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ซึ่งจะช่วยให้ไม่เกิดปัญหาแทรกซ้อนและมีสุขภาพที่ดีในระยะยาวเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรมีการกำหนดให้ปัจจัยดังกล่าวเป็นปัจจัยในการเฝ้าระวังการมีโอกาสรุนแรงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และควรมีกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยควบคุมความดันโลหิตได้สม่ำเสมอเนื่อง

ชะลอการเกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเพื่อให้มีผลการศึกษาในพื้นที่อื่นๆ เพื่อให้ผลการศึกษากว้างขึ้น
2. ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยอื่นๆ เพิ่มเติม เช่น ดัชนีมวลกาย ระดับไขมันในเลือด เพื่อทราบถึงปัจจัยทำนายการเกิดโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

References

1. World Stroke Organization. World Stroke Organization: Annual report. [Internet]. 2016 [cited 2017 Oct 1]; Available from: <https://www.world-stroke.org/about-wso/wso-annual-report>.
2. Strategy and Planning Division. Public Health Statistics A.D. 2016. Nonthaburi: Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health; 2017. (in Thai).
3. Division of Non Communicable Diseases. Annual Report 2016. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2016. (in Thai).
4. Health Data Center, Ministry of Public Health. [internet]. 2017 [cited 2017 Aug 15]; Available from https://kkhdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11.
5. Thai Hypertension Society. 2019 Thai guidelines on the treatment of hypertension. Chiang mai: Trick Think; 2019. (in Thai).
6. Meinert CL, Tonascia S. Clinical Trials Design Conduct and Analysis. New York: Oxford University Press; 1996.

7. Sagare S, Rajaderkar S, Girigosavi, S. Certain modifiable risk factors in essential hypertension: a case-control study. *National J Community Med.* 2011;2(1):9-13.
8. Keiko M, Kei A, Michihiro S, Ryusuke I, Megumi T, Miki H, et. al. Risk Factors for Stroke among Young-Old and Old-Old Community-Dwelling Adult in Japan: The Ohasama Study. *J Atheroscler Thromb.* 2017;24(3):290-300.
9. Wang J, Wen X, Li w, Li X, Wang Y, Lu w. Risk Factors for Stroke in the Chinese Population: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J stroke Cerebrovasc Dis.* 2016;3:509-17.
10. Puthawong W, Kittipichai W, Silawan T, Monsawaengsup C. Cerebrovascular Disease Risk Factors Among Hypertensive Patients in Phayao Province. *Journal of Public Health.* 2014;44(1):30-45. (in Thai).
11. Parjaree K. Rehabilitation for stroke patients: basic knowledge in stroke. Bangkok: Medical education technology center Mahidol University; 2004. (in Thai).
12. Majavong M. Stroke in the elderly. *Journal of Thai Stroke Society.* 2019;18(1):59-74. (in Thai).
13. Martin J, Xavier D, Chin L, Hongye Z, Siu LC, Purnima R, et al. Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): a case-control study. [internet]. 2010 [cited 2017 Aug 10]; Available from <https://www.thelancet.com>.
14. Suchat H, Niphon P, Nijasri C, Somchai T, Jithanorm S. Prevalence of Stroke and Stroke Risk Factors in Thailand: Thai Epidemiologic Stroke (TES) Study. *Journal of Medical Association of Thailand.* 2011;94(4):427-36. (in Thai).

การพัฒนาสมรรถนะผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี: การติดตามประเมินผลโครงการ

เยาวรัตน์ รุ่งสว่าง* ยุกาวรรณ ทองตะนูนาม** จตุพร หนูสวัสดิ์*** ศรีัญญา ปานปิ่น****

บทคัดย่อ

บทนำ: การพัฒนาสมรรถนะบุคลากรให้สามารถบริหารจัดการ การดูแลผู้สูงอายุเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุอย่างบูรณาการ

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อประเมินผลการจัดโครงการอบรมผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุของจังหวัดนนทบุรี

วิธีการวิจัย: การวิจัยประเมินผลแบบพรรณนา กลุ่มตัวอย่างในการประเมินบริบท ปัจจัยนำเข้าและกระบวนการ ประกอบด้วยผู้จัดและผู้เข้าอบรมทั้งสิ้น 55 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจง กลุ่มตัวอย่างในการประเมินผลผลิต จำนวน 74 คน เลือกแบบสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย แบบทดสอบความรู้การดูแลผู้สูงอายุ แบบสอบถามทัศนคติการดูแลผู้สูงอายุ และการรับรู้สมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุ และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการจัดการอบรม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย: 1) ด้านบริบท พบว่า นโยบาย วัตถุประสงค์ของโครงการมีความชัดเจน สามารถปฏิบัติและประเมินได้จริง 2) ปัจจัยนำเข้า พบว่า วิทยากรมีความรู้ความสามารถในเนื้อหาที่บรรยาย และการถ่ายทอดเนื้อหา และเปิดโอกาสให้ซักถามและแสดงความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.27$, $SD = 0.60$; $\bar{X} = 4.22$, $SD = 0.57$; $\bar{X} = 4.25$, $SD = 0.59$ ตามลำดับ) 3) กระบวนการ พบว่า หัวข้อการบรรยาย เรื่องการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง มีความพึงพอใจมากที่สุด ($\bar{X} = 4.29$, $SD = 0.54$) และ 4) ด้านผลผลิต พบว่า ร้อยละ 56.76 ของผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ในระดับดีมาก ผู้เข้ารับการอบรม มีทัศนคติระดับดีมาก และมีสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุในระดับสูง ($\bar{X} = 4.37$, $SD = 0.48$; $\bar{X} = 4.02$, $SD = 0.71$)

สรุปผล: ควรสนับสนุนการพัฒนาสมรรถนะ และทัศนคติของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ และจัดอบรมเพื่อฟื้นฟูความรู้อย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: ผู้จัดการการดูแล สมรรถนะ ผู้สูงอายุ

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก,

E-mail: yaowarat.rungsawang@gmail.com

**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชลบุรี, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

***วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

****สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

Received: April 1, 2020

Revised: August 5, 2020

Accepted: August 11, 2020

The competency development of elderly care managers in Nonthaburi Province: A monitoring and evaluating research study

Yaowarat Rungsawang* Yupawan Tongtanunam** Jatupron Nusawat*** Sarunya Panpin****

Abstract

Background: Developing personnel competencies to enhance the capability of system management is an important aspect of integrated care for the elderly.

Objectives: To evaluate the training program for care managers in Nonthaburi province.

Methods: A descriptive research was designed with involved samples. For evaluating the context, input, and process, purposive sampling technique was used to recruit the sample of 4 training committees and 51 trainees, while 74 trainees were randomly sampled for the product assessment. The instruments included the dichotomous test about knowledge of elderly care, the attitudes towards elderly care questionnaire, the perception of elderly care competency questionnaire, and the satisfaction of the training program questionnaire. Semi-structured questions were used to ask the sample opinion towards the training program. Quantitative data were analyzed by descriptive statistics and content analysis was used to analyze qualitative data.

Results: 1) The context aspects, including policy and the objectives of this project, were clear, applicable, and assessable. 2) The input aspects, consisting of the knowledge and capability of lecturers, the content transferring ability of the lecturers and providing the opportunity for trainees to ask questions and to express opinions, were at a good level ($\bar{X} = 4.27$, $SD = 0.60$; $\bar{X} = 4.22$, $SD = 0.57$; $\bar{X} = 4.25$, $SD = 0.59$, respectively). 3) The process aspect showed that the palliative care topic received the most satisfaction ($\bar{X} = 4.29$, $SD = 0.54$); and 4) the product aspects showed that 56.76% of trainees gained knowledge at a very good level, and the trainees had attitude at a very good level and competencies were at a high level ($\bar{X} = 4.37$, $SD = 0.48$ and $\bar{X} = 4.02$, $SD = 0.71$).

Conclusions: The development of competencies and attitudes of the managers in elderly care should be provided continuously and cover all sectors to refresh management knowledge of the care managers.

Keywords: care manager, competency, elderly

*Boromarajonani College of Nursing Changwat Nonthaburi, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute, Thailand, E-mail: yaowarat.rungsawang@gmail.com

**Boromarajonani College of Nursing, Chunburi, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute, Thailand

***Boromarajonani College of Nursing Changwat Nonthaburi, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute, Thailand

****Nonthaburi Provincial Health Office

บทนำ

ประเทศไทยถือเป็นประเทศสังคมสูงอายุ (Aged society) ที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด และในปี พ.ศ. 2562 ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุถึง 11,136,059 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 16.73 ของประชากร¹ โดยคาดการณ์ว่าผู้สูงอายุวัยปลายที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จะเพิ่มมากขึ้นเป็นร้อยละ 30 ในปี พ.ศ. 2581 ร่วมกับอัตราการเกิดที่น้อยลง²

จากสถิติจังหวัดนนทบุรี พบว่ามีผู้สูงอายุมากถึง 231,419 คน คิดเป็นร้อยละ 18.29 ของประชากร ซึ่งจัดเป็นสังคมผู้สูงอายุและมีแนวโน้มสู่การเป็นสังคมสูงอายุแบบสมบูรณ์ในไม่ช้า² ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนผ่านด้านภาวะสุขภาพ (health transition) ซึ่งโรคที่มักพบในผู้สูงอายุนำไปสู่ภาวะพึ่งพิงมากขึ้น ทำให้อุปสงค์ของผู้สูงอายุไทยต่อความต้องการ “ระบบการดูแลระยะยาว (long term care)” มีแนวโน้มสูงขึ้น นอกจากนี้สภาพสังคมของจังหวัดนนทบุรีเป็นสังคมกึ่งเมือง ผู้สูงอายุต้องอยู่บ้านตามลำพัง ที่มีความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและมีความความพิการ ทุพพลภาพ จังหวัดนนทบุรีจึงมีความจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบบริการด้านการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงผู้พิการ เพื่อความสามารถในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) และฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2 (พ.ศ. 2561) ยุทธศาสตร์ที่ 4 การบริหารจัดการเพื่อพัฒนางานด้านผู้สูงอายุอย่างบูรณาการระดับชาติและการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ ได้กำหนดมาตรการส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ และกำหนดแผนการผลิตบุคลากรด้านผู้สูงอายุให้

เหมาะสมและเพียงพอต่อความต้องการของประเทศและดำเนินการติดตามอย่างต่อเนื่อง³

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี ได้ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี จัดทำโครงการอบรมผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (elderly care manager) เป็นการอบรมเชิงปฏิบัติจำนวน 70 ชั่วโมง โดยอบรมภาคทฤษฎีและปฏิบัติ ตามหลักสูตรของสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย⁴ อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558

เพื่อให้ทราบถึงบริบท ได้แก่ นโยบาย หลักการและเหตุผลในการจัดทำโครงการ วัตถุประสงค์ เป้าหมายและกิจกรรมของโครงการ บัณฑิตนำเข้าสู่ของโครงการ ได้แก่ วิทยากร วัสดุ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวกและ ผู้เข้ารับการอบรม กระบวนการของโครงการ ได้แก่ การประชาสัมพันธ์ การลงทะเบียนเข้าร่วมกิจกรรม เวลาที่ใช้ในการจัดกิจกรรม วิธีการถ่ายทอดความรู้ การบริการอาหารเครื่องดื่ม สถานที่จัดกิจกรรม การอำนวยความสะดวกของผู้จัดการอบรม ผลผลิตของโครงการ ได้แก่ ความรู้ ทักษะ และสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุ ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงได้จัดทำวิจัยประเมินผลโครงการเพื่อนำผลที่ได้ไปเป็นแนวทางในการพัฒนาการจัดอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินผลด้านบริบท บัณฑิตนำเข้า กระบวนการ และผลผลิตของการจัดโครงการอบรมผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุของจังหวัดนนทบุรี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยประเมินผลโครงการอบรมผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ได้นำรูปแบบการประเมินชิปปี้ (CIPP Model)⁵ มาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการประเมิน โดยการประเมินประกอบไปด้วย 1) การประเมินบริบท(context evaluation) ของโครงการ ได้แก่ นโยบาย หลักการและเหตุผลในการจัดทำโครงการ วัตถุประสงค์ เป้าหมายและกิจกรรมของโครงการ 2) การประเมินปัจจัยนำเข้า (input evaluation) ของโครงการ ได้แก่ วิทยาการ วัสดุ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวกและผู้เข้ารับการอบรม 3) การประเมินกระบวนการ (process evaluation) ของโครงการ ได้แก่ การประชาสัมพันธ์ การลงทะเบียนเข้าร่วมกิจกรรม เวลาที่ใช้ในการจัดกิจกรรม วิธีการถ่ายทอดความรู้ การบริการอาหาร เครื่องดื่ม สถานที่จัดกิจกรรม การอำนวยความสะดวกของผู้จัดการอบรม 4) การประเมินผลผลิต (Product evaluation) ของโครงการ ได้แก่ ความรู้ ทักษะ และสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยประเมินผล (Evaluation research) ในรูปแบบพรรณนา โดยใช้รูปแบบการประเมิน CIPP Model

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) 70 ชั่วโมง จัดการอบรมมาแล้ว 2 รุ่น จำนวน 202 คน อาจารย์และเจ้าหน้าที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี และบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรีที่เป็นคณะกรรมการจัดโครงการอบรมจำนวน 15 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างในการประเมินบริบท ปัจจัยนำเข้าและกระบวนการ จำนวน 55 คน กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การประมาณจากจำนวนประชากรที่ร้อยละ 25⁶ ประกอบไปด้วย คณะกรรมการจัดโครงการอบรม จำนวน 4 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) และผู้เข้ารับการอบรม 51 คน เลือกโดยการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling)

กลุ่มตัวอย่างในการประเมินผลผลิต กำหนดขนาดโดยใช้การประมาณจากจำนวนประชากรที่ร้อยละ 30⁶ และเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการไม่ตอบกลับหรือข้อมูลไม่สมบูรณ์ ทำให้ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 81 คน เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) ผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุ ในจังหวัดนนทบุรี ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร Care manager 70 ชั่วโมง 2) เข้าร่วมกิจกรรมการอบรมมากกว่าร้อยละ 80 ของกิจกรรมการอบรมทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ 3) ที่ยินดีตอบแบบสอบถาม เลือกโดยการสุ่มอย่างง่าย จากประชากรที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์โดยมีผู้ตอบกลับแบบสอบถามที่สมบูรณ์ 74 คน คิดเป็นร้อยละ 91.36

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้เข้ารับการอบรม ได้แก่ แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ แบบประเมินทัศนคติ แบบประเมินสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 1 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ เป็นการตอบ “ถูก” หรือ “ผิด” ของกรมอนามัย⁴ ค่าค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item-objective congruence: IOC) = .81 ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ KR-20 = .634 แบ่งคะแนน

เป็น 3 ระดับได้แก่ ดีมาก (คะแนนมากกว่า 28 คะแนน) ดี (25-28 คะแนน) ปานกลาง (22-24 คะแนน)

ส่วนที่ 2 แบบประเมินทัศนคติเป็นแบบมาตราส่วน ประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับของกรอมอนามัย⁴ ค่าค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item-objective congruence: IOC) = .67 ค่าความเชื่อมั่นโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) = .98

ส่วนที่ 3 แบบประเมินสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับสร้างโดยยุพาวรรณ ทองตะหนูนาม⁷ ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) = .88 ค่าความเชื่อมั่นโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค = .80

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจในการอบรมของผู้เข้ารับการอบรม ที่พัฒนาขึ้นโดยงานพัฒนาบุคลากร สถาบันพระบรมราชชนก เกี่ยวกับการคิดเห็นเกี่ยวกับหัวข้อการบรรยาย เนื้อหาในการบรรยายแต่ละหัวข้อ การฝึกปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนและสถานบริการ วิทยาการ และการดำเนินโครงการ จำนวน 30 ข้อ

ส่วนที่ 5 เป็นแบบสอบถามกึ่งโครงสร้าง (Semi-structure) ประกอบด้วย ข้อคำถามปลายเปิดที่ใช้ในการประชุม เพื่อประเมินผลการจัดโครงการ (After Action Review: AAR) และใช้ในการประเมินบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิตของโครงการ โดยคณะผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้น และนำไปทดลองใช้กับโครงการอบรมอื่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน และนำมาปรับข้อคำถามให้ครอบคลุมและเข้าใจได้ง่ายขึ้น

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยใน

มนุษย์ ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี เลขที่ 5/2561 วันที่ 15 มิถุนายน 2561

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และขอความยินยอมในการให้ข้อมูล และอนุญาตให้ผู้วิจัยเข้าถึงข้อมูลขณะอบรมของกลุ่มตัวอย่าง

2. การรวบรวมเก็บข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

1) ข้อมูลการประเมินผลโครงการเกี่ยวกับบริบท ปัจจัยนำเข้าและกระบวนการจากการประชุม เพื่อประเมินผลการจัดโครงการของกลุ่มผู้จัดโครงการ 1 วันหลังเสร็จสิ้นโครงการใช้เวลา 90 นาที และให้ผู้เข้าร่วมโครงการตอบแบบสอบถามความพึงพอใจต่อปัจจัยนำเข้า และกระบวนการจำนวน 30 ข้อ ใช้เวลา 20 นาที ในวันสุดท้ายของการจัดการอบรม

2) ข้อมูลการประเมินผลผลิตของโครงการ ได้แก่ ความรู้ ทักษะและสมรรถนะของผู้เข้ารับการอบรม ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามไปยังกลุ่มตัวอย่างทางไปรษณีย์พร้อมไปรษณีย์ตอบกลับ 1 เดือนหลังเสร็จสิ้นการอบรม โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม ประมาณ 45 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการประชุมกลุ่มหลังการจัดโครงการ ด้วยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อ และวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการจัดโครงการ และแบบสอบถามความรู้ ทักษะและสมรรถนะของผู้เข้ารับการอบรม โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุเป็นเพศหญิง ทั้งหมด อายุต่ำสุด 23 ปี สูงสุด 58 ปี อายุเฉลี่ย 46.47 ปี การศึกษาระดับปริญญาตรี 65 คน คิดเป็นร้อยละ 87.84 ปริญญาโท จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 12.16 ปฏิบัติตำแหน่งพยาบาล 65 คน คิดเป็นร้อยละ 87.84 เจ้าหน้าที่งานทันตภิบาล 6 คน คิดเป็นร้อยละ 8.10 เจ้าหน้าที่งานกระทรวงสาธารณสุข 3 คน คิดเป็นร้อยละ 4.05

2. ข้อมูลความคิดเห็นต่อบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการของโครงการ

2.1 บริบทของโครงการ กลุ่มตัวอย่างผู้จัดการอบรม และผู้เข้ารับการอบรมเห็นด้วยเกี่ยวกับนโยบายรวมทั้งหลักการและเหตุผล วัตถุประสงค์ เป้าหมายและกิจกรรมของการจัดการอบรม โดยมีผู้เข้ารับการอบรมร้อยละ 96.10 บอกว่าความรู้และประสบการณ์ที่ได้จากการอบรมสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริง สอดคล้องกับความต้องการของผู้เข้ารับการอบรม และจากการประชุมประเมินผลของคณะผู้จัดการอบรม ให้ความเห็นว่าการวัตถุประสงค์ของโครงการมีความชัดเจน สามารถปฏิบัติและประเมินได้จริง เป้าหมายสอดคล้องกับนโยบายการผลิตบุคลากรในการดูแลผู้สูงอายุตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) และฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2 (พ.ศ. 2561) ยุทธศาสตร์ที่ 4 การบริหารจัดการเพื่อพัฒนางานด้านผู้สูงอายุ อย่างบูรณาการระดับชาติและแผนการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี และเขตสุขภาพที่ 4

2.2 ปัจจัยนำเข้าของโครงการ ผู้เข้ารับการอบรมมีความเห็นว่าวิทยากรมีความรู้ความสามารถในเนื้อหาที่บรรยาย มี

ความสามารถในการถ่ายทอดเนื้อหา และเปิดโอกาสให้ซักถามและแสดงความคิดเห็น อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.27$, $SD=0.60$; $\bar{X}=4.22$, $SD=0.57$ และ $\bar{X}=4.25$, $SD=0.59$ ตามลำดับ) โดยมีความพึงพอใจต่อความเหมาะสมของเอกสารและสื่อที่ใช้ในการอบรมและประสิทธิภาพของเครื่องคอมพิวเตอร์ และสไลด์ทัศนูปกรณ์อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.82$, $SD=0.79$ และ $\bar{X}=3.90$, $SD=0.75$ ตามลำดับ) และจากการประชุมประเมินผลของคณะผู้จัดการอบรม ให้ความเห็นว่าการจัดการอบรมเป็นผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และเป้าหมายของโครงการ โดยภายหลังการอบรมผู้เข้ารับการอบรมต้องนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการจัดการการดูแลผู้สูงอายุจริงในพื้นที่ วิทยากรทั้งหมดเป็นผู้มีความรู้ในเรื่องที่สอนดีและมีความตั้งใจในถ่ายทอดความรู้ แต่ส่วนใหญ่วิทยากรจะไม่ได้จัดทำเอกสารและส่งให้ผู้เข้ารับการอบรมก่อนการสอน และส่วนใหญ่จะให้เป็นการนำเสนอ คณะจัดการอบรมจึงเสนอว่าในการจัดการอบรมครั้งต่อไปควรจัดทำคู่มือที่มีรายละเอียดเนื้อหาของเรื่องที่จะสอนให้กับผู้เข้ารับการอบรมในการลงทะเบียน

2.3 กระบวนการ ผู้เข้ารับการอบรมมีความคิดเห็นว่าการประชาสัมพันธ์ค่อนข้างล่าช้า เวลาที่ใช้ในการจัดกิจกรรมการอบรมภาคทฤษฎี 10 วัน นานเกินไป เนื่องจากยังคงมีภาระงานที่ต้องทำที่ทำงาน ทำให้บางชั่วโมงไม่สามารถเข้าร่วมการอบรมได้ หัวข้อการบรรยายที่ผู้เข้ารับการอบรมพึงพอใจมากที่สุดคือ การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (palliative care) ($\bar{X}=4.29$, $SD=0.54$) รองลงมาคือ ขั้นตอนการปฏิบัติงานเพื่อจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุ และการจัดการ

สิ่งแวดล้อมและภูมิสถาปัตยกรรมสำหรับผู้สูงอายุ ($\bar{X} = 4.24$, $SD = 0.51$; $\bar{X} = 4.24$, $SD = 5.13$) โดยหัวข้อบรรยายที่ผู้เข้ารับการอบรมพึงพอใจน้อยที่สุด คือ กองทุนเพื่อการดูแลระยะยาว สปสช. เขต 4 ($\bar{X} = 3.92$, $SD = 0.52$) ความพึงพอใจต่อการจัดบริการอาหารและเครื่องดื่มอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.45$, $SD = 0.73$) และมีพึงพอใจต่อความเหมาะสมของห้องที่ใช้ในการอบรมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.24$, $SD = 0.58$) มีความพึงพอใจเกี่ยวกับการฝึกปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนและสถานบริการ ได้แก่ การศึกษาดูงาน การฝึกปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุ การฝึกปฏิบัติความเข้าใจในประเด็นปัญหาการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมากทั้งหมด ($\bar{X} = 4.20$, $SD = 0.53$; $\bar{X} = 4.12$, $SD = 0.47$; $\bar{X} = 4.14$, $SD = 0.40$ ตามลำดับ)

จากการประชุมประเมินผลของคณะผู้จัดการอบรม พบว่าทุกกิจกรรมที่ระบุไว้ในโครงการได้มีการดำเนินการครบถ้วนและตรงตามเวลาที่กำหนด จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรมทั้งภาคทฤษฎี การศึกษาดูงาน และภาคปฏิบัติเป็นไปตามแผนที่กำหนดไว้ในหลักสูตรและเป้าหมายของโครงการอบรม ผู้เข้ารับการอบรมได้ฝึกปฏิบัติที่หน่วยงานของตนเองและนำประเด็นปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุและการดำเนินงานในบทบาทผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุมาปรึกษาอาจารย์พี่เลี้ยงภาคปฏิบัติที่โครงการจัดให้บรรลุตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้ในการฝึกปฏิบัติ วัสดุอุปกรณ์ที่เตรียมไว้ใช้ในการอบรมมีอย่างเพียงพอ และผู้จัดการอบรมมีความเห็นว่าการจัดกิจกรรมการอบรมภาคทฤษฎีบางหัวข้อ สามารถนำมารวมกันได้ และหน่วยงานต้นสังกัดควรลดภาระงานของผู้เข้ารับการอบรมในช่วงของการอบรม และในบางหัวข้อ

อาจให้ผู้เข้ารับการอบรมศึกษาจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอนหรือการเรียนรู้ผ่านระบบออนไลน์เพื่อให้โอกาสในการศึกษานอกเวลาและลดการใช้เวลาในการเดินทาง

3. ข้อมูลผลผลิตของโครงการ ได้แก่ ความรู้ ทักษะ และการรับรู้สมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุ

ผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุ มีค่าเฉลี่ยของความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุสูงสุด อยู่ในระดับดี (25-28 คะแนน) ร้อยละ 56.76 และระดับดีมาก (มากกว่า 28 คะแนนขึ้นไป) ร้อยละ 17.57 และมีทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.37$, $SD = 0.48$) โดยมีค่าเฉลี่ยสูงสุดใน 3 ข้อแรกคือ ผู้สูงอายุเป็นผู้มีคุณค่าเป็นปูชนียบุคคลทางสังคม รองลงมา การอบรมหลักสูตรดูแลผู้สูงอายุมีประโยชน์ต่อตัวเองและครอบครัว และการโอบกอดหรือการสัมผัสผู้สูงอายุเพื่อถ่ายทอดความรู้สึกที่ดีเป็นสิ่งสำคัญอยู่ในระดับมากทั้งหมด ($\bar{X} = 4.81$, $SD = 0.39$, $\bar{X} = 4.72$, $SD = 0.73$ และ $\bar{X} = 4.77$, $SD = 0.51$ ตามลำดับ) ส่วนทัศนคติที่ต่ำสุดคือผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาจขี้บ่น จู้จี้บ้าง ไม่น่ารำคาญ ไม่ยากในการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.74$, $SD = 1.09$) และมีการรับรู้สมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุโดยรวมของผู้จัดการ การดูแลผู้สูงอายุพบว่า อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.02$, $SD = 0.71$) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ การควบคุมอาการที่มีอยู่และป้องกันภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิต ($\bar{X} = 4.09$, $SD = 0.88$) อยู่ในระดับสูง และการรับรู้สมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ การพัฒนาคุณภาพการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ($\bar{X} = 3.81$, $SD = 0.92$) อยู่ในระดับปานกลาง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าความรู้ ทักษะ และ การรับรู้สมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ โดยรวมและรายข้อ (n=74)

ความรู้ ทักษะ และ การรับรู้สมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ	$\bar{X}$	SD
ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ โดยรวม	27.05	2.95
ด้านสถานการณ์และประเด็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ	3.51	0.88
ด้านหลักการพื้นฐานการบริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุ	7.68	0.91
ด้านการคัดกรองและประเมินความต้องการของผู้สูงอายุ	8.07	1.35
ด้านเทคนิคการสื่อสารกับผู้สูงอายุ	2.04	0.75
ด้านการบริหารจัดการทรัพยากรทางสังคมเพื่อผู้สูงอายุ	5.74	1.25
ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุ โดยรวม	4.37	0.48
ผู้สูงอายุเป็นผู้มีคุณค่า เป็นปราชญ์บุคคลทางสังคม	4.81	0.39
การอบรมหลักสูตรดูแลผู้สูงอายุมีประโยชน์ต่อตัวเองและครอบครัว	4.72	0.73
การดูแลผู้สูงอายุไม่ใช่สิ่งที่น่าเบื่อหน่าย	4.30	0.92
ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาจขี้บ่น จู้จี้บ้าง ไม่น่ารำคาญ ไม่ยากในการดูแล	3.74	1.09
การดูแลผู้สูงอายุเป็นอาชีพที่ดี มีเกียรติ มีรายได้	3.86	0.78
การอบรมหลักสูตร Care manager ทำให้มีเพื่อนมีสังคม	4.28	0.67
ผู้สูงอายุมีความเสื่อมถอยทั้งร่างกายและจิตใจ จำเป็นต้องให้ความรัก ใส่ใจ ดูแล	4.62	0.70
ผู้สูงอายุที่ถ่าง ปัสสาวะอุจจาระเรี่ยราดต้องลงโทษว่ากล่าว	4.35	1.07
ผู้สูงอายุชอบหลงลืม การอาบน้ำทำความสะอาดไม่จำเป็นต้องทำทุกวันก็ได้	4.26	1.15
การโอบกอดหรือการสัมผัสผู้สูงอายุเพื่อถ่ายทอดความรู้สึกที่ดีเป็นสิ่งสำคัญ	4.77	0.51
การรับรู้สมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุ โดยรวม	4.02	0.71
สมรรถนะที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	4.05	0.69
สมรรถนะที่ 2 การให้บริการป้องกัน ควบคุมโรคและกลุ่มอาการ	4.06	0.68
สมรรถนะที่ 3 การพัฒนาศักยภาพ รพสต.	4.07	0.76
สมรรถนะที่ 4 การพัฒนาคุณภาพการรักษายาบาลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี	3.95	0.81
สมรรถนะที่ 5 การเยี่ยมบ้านเพื่อให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ	4.21	0.73
สมรรถนะที่ 6 การดูแลสุขภาพที่บ้าน	4.02	0.74
สมรรถนะที่ 7 การพัฒนาศักยภาพ รพสต.	3.97	0.81
สมรรถนะที่ 8 การพัฒนาคุณภาพการรักษายาบาลกลุ่มติดบ้าน	3.95	0.78
สมรรถนะที่ 9 การควบคุมอาการที่มีอยู่และป้องกันภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิต	4.09	0.88
สมรรถนะที่ 10 การดูแลสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ที่บ้าน	3.91	0.85
สมรรถนะที่ 11 การพัฒนาคุณภาพการรักษายาบาลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง	3.81	0.92

ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ มีทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.37$, $SD = 0.48$) โดยมีค่าเฉลี่ยสูงสุดใน 3 ข้อแรกคือ ผู้สูงอายุเป็นผู้มีคุณค่า เป็นปูชนียบุคคลทางสังคม รองลงมา การอบรมหลักสูตรดูแลผู้สูงอายุมีประโยชน์ต่อตัวเองและครอบครัว และการโอบกอดหรือการสัมผัสผู้สูงอายุเพื่อถ่ายทอดความรู้สึกที่ดีเป็นสิ่งสำคัญอยู่ในระดับมากทั้งหมด ($\bar{X} = 4.81$, $SD = 0.39$, $\bar{X} = 4.72$, $SD = 0.73$ และ $\bar{X} = 4.77$, $SD = 0.51$ ตามลำดับ) ส่วนทัศนคติที่ต่ำสุดคือผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาจขี้บ่น จู้จี้บ่าง ไม่น่ารักาญ ไม่ยากในการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.74$, $SD = 1.09$)

การรับรู้สมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุโดยรวมของผู้จัดการ การดูแลผู้สูงอายุ พบว่า อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.02$, $SD = 0.71$) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การควบคุมอาการที่มีอยู่และป้องกันภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิต ($\bar{X} = 4.09$, $SD = 0.88$) อยู่ในระดับสูง และการรับรู้สมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ การพัฒนาคุณภาพการรักษายาบาล ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ($\bar{X} = 3.81$, $SD = 0.92$) อยู่ในระดับปานกลาง

อภิปรายผล

1. บริบทของโครงการ กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่า นโยบาย หลักการและเหตุผลในการจัดโครงการอบรมสอดคล้องกับความต้องการในปัจจุบันของสังคม เนื่องจากปัจจุบันประเทศไทยและจังหวัดนนทบุรี เป็นสังคมผู้สูงอายุและมีแนวโน้มที่จะก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ การดูแลระยะยาว จึงเป็นการบริการสาธารณสุขที่สำคัญในการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง โดยหลักในการจัดการดูแลระยะยาวประกอบไปด้วย การมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ

ครอบคลุมทั้งบริการสุขภาพและสังคม ความต่อเนื่องของการดูแล ตอบสนองกับวิถีชีวิตและบริบทของพื้นที่ และเป็นระบบบริการที่เป็นธรรม⁸ ดังนั้นผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

2. ปัจจัยนำเข้าของโครงการ จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่า วิทยากรมีความรู้ความสามารถในเนื้อหาที่บรรยาย มีความสามารถในการถ่ายทอดเนื้อหา และเปิดโอกาสให้ซักถาม และแสดงความคิดเห็น อยู่ในระดับมาก เนื่องจากผู้เข้ารับการอบรมร้อยละ 100 มีประสบการณ์ในการทำงานด้านสุขภาพ และสำเร็จการศึกษาขั้นต่ำระดับปริญญาตรี ทำให้ต้องการการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ เน้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์และเชื่อมโยงความรู้สู่การปฏิบัติ วิทยากรที่มีความเชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุจึงสามารถถ่ายทอดความรู้ให้ผู้เข้ารับการอบรมเกิดความเชื่อมโยงกับประสบการณ์เดิมของตนเองได้ดี

3. กระบวนการของโครงการ จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นว่าหัวข้อการบรรยายที่ผู้เข้ารับการอบรมพึงพอใจมากที่สุดคือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง รองลงมาคือขั้นตอนการปฏิบัติงานเพื่อจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุ และการจัดการสิ่งแวดล้อมและภูมิสถาปัตยกรรมสำหรับผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นความรู้ที่มีความจำเป็นที่ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุต้องนำไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงระยะยาวและการทำงานเป็นทีมร่วมกับสหวิชาชีพ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ อุมพร นิมตระกูล และพิมพาภรณ์ พรหมใจ⁹ ที่พบว่า ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุเห็นว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงานคือ การทำงานเป็นทีม มีความมุ่งมั่นตั้งใจ นโยบายชัดเจน

ได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย มีเป้าหมาย ผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง อาศัยกลไกการขับเคลื่อน โดยใช้ทีมสหวิชาชีพ

4. ผลผลิตของโครงการ ผลจากการศึกษา พบว่าความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ อยู่ในระดับดีเนื่องจากในผู้จัดการการอบรมได้นำหลักสูตรการจัดการอบรมผู้จัดการระบบของกรมอนามัยมาวิพากษ์ โดยผู้ที่เกี่ยวข้องเชิงนโยบาย การจัดการศึกษา และการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ เพื่อให้หัวข้อและเนื้อหาในการอบรมครอบคลุมความต้องการ การดูแลของผู้สูงอายุ เพราะความรู้และความเข้าใจในธรรมชาติและการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุทำให้ผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกับผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสมเพื่อให้ผู้สูงอายุมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับงานวิจัยของ เกวลี เขียวรัชย์¹⁰ กล่าวว่าพยาบาลผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวต้องมีความรู้ความเข้าใจทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ ตลอดจนสามารถแยกแยะความผิดปกติ และหาแนวทางแก้ไขได้อย่างทันท่วงที เช่นเดียวกับงานวิจัยของ จอนห์สัน¹¹ กล่าวว่า การประเมินความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่องเป็นการช่วยวางแผนการดูแลที่เหมาะสม และลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ รวมถึงการศึกษาของ วรณลักษณ์ เมียนเกิด¹² พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินความต้องการบริการสุขภาพและสังคม โดยมีพยาบาลผู้จัดการเป็นผู้รับผิดชอบแบ่งกลุ่มความต้องการทางสุขภาพ ทำให้สามารถวางแผนการดูแลได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะพึงพอใจที่น้อยกว่าและลดอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคเฉียบพลันได้

ทัศนคติของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ
ผลการวิจัย พบว่ามีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยสูงสุดในข้อ

การอบรมหลักสูตรดูแลผู้สูงอายุมีประโยชน์ต่อตัวเองและครอบครัว ผู้สูงอายุเป็นปวชนียบุคคลทางสังคมและการโอบกอดหรือการสัมผัสผู้สูงอายุเพื่อถ่ายทอดความรู้สึกที่ดีเป็นสิ่งสำคัญ สอดคล้องกับข้อมูลความพึงพอใจของผู้เข้ารับการอบรมต่อหัวข้อบทบาทและจริยธรรมของ Care manager และหัวข้อการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ในระดับมาก ซึ่งทั้งสองหัวข้อนี้มุ่งเน้นให้ผู้เข้ารับการอบรมเกิดทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุ สอดคล้องกับผลการศึกษาของบุษยา วงษ์สวัสดิกุล และคณะ¹³ พบว่า ประชาชนชาวไทย มีทัศนคติเชิงบวกกับผู้สูงอายุโดยเห็นว่าผู้สูงอายุ เนืองเป็นเป็นตัวอย่างที่ดีแก่รุ่นลูกหลาน และมีคุณค่า ซึ่งควรได้รับการดูแลเอาใจใส่ ดังนั้นผู้จัดการสามารถจัดการการดูแลผู้สูงอายุ โดยประสานงาน และจัดหาทรัพยากรที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุตามศักยภาพสูงสุดของตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุมีความภาคภูมิใจในตนเอง ไม่รู้สึกเป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม จากผลดังกล่าวการทำ ความเข้าใจถึงทัศนคติหรือ มุมมองของผู้ที่ต้องรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุจึงมีความ จำเป็นที่จะเป็นข้อมูลพื้นฐานช่วยในการกำหนด แนวทาง ตลอดจนนโยบายด้านผู้สูงอายุอย่างรอบด้าน

สมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของผู้จัดการ
การดูแลผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่าสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง และมีค่าเฉลี่ยสมรรถนะการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุเพื่อให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่ไม่มีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนสูงที่สุด เนื่องจากหัวข้อการจัดการอบรมทั้งภาคทฤษฎี การศึกษาดูงานและภาคปฏิบัติครอบคลุมและส่งเสริมให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ ทัศนคติและทักษะในการเยี่ยมบ้านและดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง นอกจากนั้นผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ เป็นพยาบาล

ร้อยละ 87.84 ซึ่งพยาบาลเป็นบุคลากรสาธารณสุขที่มีบทบาทตามสมรรถนะที่สภาการพยาบาลกำหนดในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน⁸ สอดคล้องกับแนวคิดของกิตติพร เนาว์สุวรรณ ประไพพิศ สงหเสม และวัลลภ นาคศรีสงฆ์¹⁴ ที่ว่าสมรรถนะที่จำเป็นต่อการดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพเมื่อเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุประกอบด้วย 1) สมรรถนะด้านจริยธรรม 2) สมรรถนะด้านการพยาบาล แบบองค์รวม 3) สมรรถนะด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค 4) สมรรถนะด้านการจัดการดูแลรายกรณี 5) สมรรถนะด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจและ 6) สมรรถนะด้านการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ แสดงให้เห็นว่าการจัดการอบรมสามารถส่งเสริมสมรรถนะที่จำเป็นในการเป็นผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุของผู้เข้ารับการอบรม สอดคล้องกับนโยบายและความต้องการของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี และตอบสนองต่อความต้องการของระบบสาธารณสุขทั้งนี้สถานพยาบาลทุกระดับควรนำสมรรถนะดังกล่าวไปใช้ เป็นกรอบในการพัฒนาสมรรถนะการพยาบาล ผู้สูงอายุแก่พยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

ควรสนับสนุนการพัฒนาสมรรถนะและทัศนคติของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ และจัดอบรมเพื่อฟื้นฟูความรู้อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

ด้านการบริหาร พบว่าผู้เข้ารับการอบรมยังมีการพัฒนาคุณภาพการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงอยู่ในระดับปานกลางต่ำกว่าสมรรถนะอื่นๆ ซึ่งเป็นสมรรถนะที่เกี่ยวข้องกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้

ในการพัฒนาคุณภาพการรักษาพยาบาล สอดคล้องกับโครงสร้างหลักสูตรที่ยังขาดเรื่องการเน้นการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ดังนั้นผู้บริหารและผู้จัดทำหลักสูตรควรพัฒนาหลักสูตรให้มีเนื้อหาการอบรมและจัดประสบการณ์ในการส่งเสริมสมรรถนะของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุเกี่ยวกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการเรียนการสอนทฤษฎีและปฏิบัติ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ผู้เข้ารับการอบรมยังมีสมรรถนะด้านการพัฒนาคุณภาพการรักษาพยาบาลและด้านการพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งเกี่ยวข้องกับ การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแล (Care giver) ในการดูแลผู้สูงอายุ การประสานงานบริการสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ การปฏิบัติงานในฐานะทีมสุขภาพและการประสานความร่วมมือกับครอบครัวและเครือข่ายในชุมชนอยู่ในระดับต่ำกว่าสมรรถนะอื่น ดังนั้นผู้จัดการการดูแลควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพของตนเองในสมรรถนะดังกล่าวเพื่อให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ด้านการศึกษาวิจัย ควรศึกษาวิจัยติดตามสมรรถนะของผู้เข้ารับการอบรมเพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุเพื่อพัฒนาสมรรถนะการจัดการดูแลผู้สูงอายุของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุให้เพิ่มมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครนนทบุรีที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้ และขอขอบคุณผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุที่ให้ความร่วมมืออย่างดียิ่ง

References

1. Department of Older Persons. Statistics of Thai Older Persons from 77 Provinces at December, 31, 2019. [cited 2020 Jul 18];

- Available from: http://www.dop.go.th/download/knowledge/th1580099938-275_1.pdf. (in Thai).
2. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. Situation of The Thai Elderly. Nakhonprathom: Printery LTD; 2018. (in Thai).
 3. National Elderly Committees, Department of Older Persons, & Ministry of Social Development and Human Security. National Elderly Plan. 2nd Education. 2nd Revised. 2018 [cited 2020 Jul 18]; Available from: http://www.dop.go.th/download/laws/th1573721522-816_0.pdf.
 4. Bureau of the Elderly Health Department of Health Ministry of Public Health. The Care Manager Training Manual for Ministry of Public Health. Bangkok: Kaew-Joa-Joam publishing center Suan Sunandha Rajabhat University; 2015. (in Thai).
 5. Warju W. Educational program evaluation using CIPP model. Innov Vocat Technol Educ. 2016;12(1):36-42.
 6. Jirojkul P. Research in Nursing: Concept Principle and Guideline. 3rd edition. Academic welfareproject. Nonthaburi: Praboromarajchanok Institute; 2013. (in Thai).
 7. Thongtanunam Y. The research report developed the evaluation form for caring for the elderly of nurses working in primary care. Nonthaburi: Boromarajonani College of Nursing Changwat Nonthaburi; 1997. (in Thai).
 8. Boonyaratkalin P. Long-term Care for the Dependent Elderly in the Community: The Nurse's Role. Thai Red Cross Nursing Journal. 2018;11(1):47-59. (in Thai).
 9. Nimtrakul U, Pomjai P. Development of Operational Capacity, Elderly Care Manager In Long Term Care District, Health Promotion Region 1. Journal of Graduate Studies Review Mahachulalongkornrajavidyalaya University, Phrae Campus. 2019;5(2):101-13.
 10. Chianwichai K. Roles of nurse care manager in long term care for older persons in community. [Master thesis] Bangkok: Chulalongkorn University; 2017. (in Thai).
 11. Johnson C. Role of the nurse care manager in a patient-centered medical home. CMSA Today. 2013;2:8-11.
 12. Miankerd W. The social care system for elderly. Journal of Social Work. 2016;24(2): 150-77. (in Thai).
 13. Vongchavalitkul B, Sngwnwngswan W, Chatchaisucha S, Limsrany T, Thaismak S. Knowledge and Attitude of the elderly caregivers: a case study of Thammapakorn Phoklang and Watmuang Elderly Care Center Nakhonratchasima province. Journal of Business Administration. The Association of Private Higher Education Institutions of Thailand. 2016;5(2):74-91. (in Thai).
 14. Nawsuwan K. Singhasem P. & Naksrisang W. Essential Competencies of Registered Nurses for the Care of the Elderly in an Aging Society. Nursing Journal of The Ministry of Public Health. 2017;27(1):1-11. (in Thai).

ผลของการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เรื่องรู้ทัน ป้องกัน ความรุนแรงทางเพศ ต่อความรู้ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนครราชสีมา

วิรุพจิตร อนุจางวาง* วิภารัตน์ สุวรรณไพบัฒนะ** อรุณี รัตน์สกุล** ชไมพร ประค่านอก**
จุภาพร ภริมย์ไกรภักดิ์** ปิยนุช ภิญโญ***

บทคัดย่อ

บทนำ: ความรุนแรงทางเพศต่อเด็กส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ การสอนให้เด็กรู้ถึงการป้องกันตนเองจึงเป็นสิ่งสำคัญ

วัตถุประสงค์การวิจัย: 1) เพื่อเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังเรียนด้วยหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เรื่อง รู้ทัน ป้องกัน ความรุนแรงทางเพศ 2) เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้เรียนต่อหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เรื่อง รู้ทัน ป้องกัน ความรุนแรงทางเพศ

วิธีการวิจัย: วิจัยกึ่งทดลอง โดยใช้แบบแผนการวิจัยกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 44 คน ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยใช้โรงเรียนเป็นหน่วยสุ่ม โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เรื่อง ความรุนแรงทางเพศ และ ส่วนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้นหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ แบบวัดความรู้และแบบวัดความพึงพอใจมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .89 และ .91 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและค่าสถิติทีคู่

ผลการวิจัย: 1) คะแนนเฉลี่ยความรู้หลังเรียน โดยใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ สูงกว่าก่อนเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนเรียน ($\bar{X} = 10.66$, $SD = 4.66$) และหลังเรียน ($\bar{X} = 15.36$, $SD = 3.24$) 2) ความพึงพอใจของนักเรียนต่อการใช้นหนังสืออิเล็กทรอนิกส์โดยภาพรวม อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.59$, $SD = 0.75$)

สรุปผล: เจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ และครูในโรงเรียนควรส่งเสริมให้เด็กได้เรียนรู้วิธีการป้องกันความรุนแรงทางเพศ ด้วยหนังสืออิเล็กทรอนิกส์นี้ เพื่อเด็กจะได้นำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลตนเองให้ปลอดภัย

คำสำคัญ: ความรู้ ความพึงพอใจ ความรุนแรงทางเพศ หนังสืออิเล็กทรอนิกส์

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก,
E-mail: wiroonjittra@knc.ac.th

**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

***วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Received: June 17, 2019

Revised: May 20, 2020

Accepted: July 30, 2020

Effects of using an electronic book (E-book) about sexual violence prevention on knowledge of grade 6 students, Nakhon Ratchasima

Wiroonjitra Aunchangwang* Wiparat Suwanwaiphatthana** Aurunee Ratsakul**
Chamaiporn Parkomnok** Chupaporn phiromkraipak** Piyanuch Phinyo***

Abstract

Background: Sexual violence against children is increasing and its incidence may be reduced by education.

Objectives: This study aimed at: 1) comparing knowledge before and after learning from the electronic book (E-book) about sexual violence, and 2) studying satisfaction with the use of the E-book to learn about sexual violence.

Methods: This quasi-experimental study was conducted by employing a one group pre-test and post-test design. The experimental group included 44 grade 6 students. The participants were randomly selected from Nakhon Ratchasima province. Data were collected using a questionnaire before and after the experiment. The questionnaire was developed by the researchers consisting of three parts. The first part consisted of general questions. The second part was a test about sexual violence. The third part was an assessment of satisfaction with using the e-book. The knowledge test and the satisfaction questionnaire had Cronbach's alpha coefficients of .89 and .91, respectively. Data were analyzed by descriptive statistics and a paired sample t-test.

Results: The results were: 1) the average score after studying the e-books was significantly higher than before studying the e-book at $p=.05$ (before $\bar{X} = 10.66$, $SD = 4.66$, after $\bar{X} = 15.36$, $SD = 3.24$); 2) students' satisfaction overall scale was at a highest level ($\bar{X} = 4.59$, $SD = 0.75$).

Conclusions: Health care staff and teachers in schools should encourage children to learn how to prevent sexual violence with this electronic book. Children can apply this knowledge to take care of themselves safely.

Keywords: knowledge, satisfaction, sexual violence, the electronic book

*Boromarajonani College of Nursing Nakhonratchasima, Faculty of Nursing, Praboromrajanok Institute, Thailand, Email: wiroonjitra@knc.ac.th

**Boromarajonani College of Nursing Nakhonratchasima, Faculty of Nursing, Praboromrajanok Institute, Thailand

***Boromarajonani College of Nursing Khonkaen, Faculty of Nursing, Praboromrajanok Institute, Thailand

บทนำ

ความรุนแรงต่อเด็ก (violence against children) คือ ความรุนแรงทุกรูปแบบที่ส่งผลกระทบต่อเด็ก ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ทำให้เด็กต้องทนทุกข์ทรมานจากผลที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะในเรื่องการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เนื่องจากขาดความไว้วางใจ เชื่อใจ และอาจมีการส่งต่อความรุนแรงที่ได้รับไปยังบุคคลอื่นๆ กลายเป็น “วงจรของการใช้ความรุนแรง” ที่ไม่มีสิ้นสุด ประเทศไทยได้เข้าเป็นภาคีสัญญะด้วยสิทธิเด็กขององค์การสหประชาชาติในปี พ.ศ. 2535 จึงต้องรับประกันเด็กให้ได้รับสิทธิต่างๆ ได้แก่ สิทธิที่จะมีชีวิตรอด สิทธิที่จะได้รับการพัฒนา สิทธิในการมีส่วนร่วม และสิทธิที่จะได้รับความคุ้มครองให้รอดพ้นจากการทำร้าย การล่วงละเมิด การละเลย การนำไปขาย การใช้แรงงานเด็ก และการแสวงประโยชน์โดยมิชอบในรูปแบบอื่นๆ ในปัจจุบันยังคงพบเหตุการณ์การกระทำความรุนแรงต่อเด็กเกิดขึ้นในทุกประเทศทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย โดยมีสถิติเด็กและเยาวชนถูกกระทำความรุนแรงจากครอบครัวส่งมาบ้านพักเด็ก จำนวน 1,882 คน และส่งมาสถานรองรับเด็ก จำนวน 2,757 คน¹ และรายงานข้อมูลสถิติเด็กที่ถูกกระทำความรุนแรงและเข้ารับบริการศูนย์พึ่งได้ ตามโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 523 แห่ง ในปีพ.ศ. 2558 พบมีเด็กที่ถูกกระทำความรุนแรง จำนวน 10,712 คน คิดเป็นร้อยละ 44.68 พบว่า ประเภทของการกระทำความรุนแรงนั้น มีการกระทำความรุนแรงทางเพศในอัตราสูงสุด 6,740 คน รองลงมาคือ ทางร่างกาย 2,470 คน และทางจิตใจ 638 คน ลักษณะความรุนแรงที่มีอัตราสูงสุด คือ มีการสอดใส่ทางช่องคลอด 4,881 คน รองลงมา คือ การสอดใส่

ทางทวารหนัก 221 คน การร่วมเพศทางปาก 159 คน และการใช้วัตถุอื่นๆ ร่วมด้วย 45 คน² โดยจังหวัดนครราชสีมา มีรายงานอุบัติการณ์เด็กถูกกระทำความรุนแรงมากที่สุดของประเทศ ในปี พ.ศ. 2554 (370 ครั้ง) และพ.ศ. 2555 (332 ครั้ง)³ และข้อมูลจากสำนักสถิติแห่งชาติ ปีพ.ศ. 2557 - 2559 พบว่า จังหวัดนครราชสีมา มีการรับแจ้งการข่มขืนกระทำชำเรา จำนวน 93, 109 และ 69 คน⁴

การสอนให้เด็กรู้ถึงการป้องกันตนเองนั้นเป็นสิ่งสำคัญที่จะสร้างภูมิคุ้มกันด่านแรกให้กับเด็ก ปัจจุบันมีสื่อมากมายไม่ว่าจะเป็น หนังสือ โทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต แต่อย่างไรก็ตามเด็กยังมีความคิดผสมกันระหว่างความจริงกับความฝัน แต่ถ้าเด็กได้รับความรู้ที่ถูกต้องเหมาะสมกับพัฒนาการและวัยของเด็ก จะทำให้เด็กสามารถแยกแยะข้อมูลที่ได้รับมา และนำไปประยุกต์ใช้ในการป้องกันและดูแลตนเองในสถานการณ์จริงได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังเรียนด้วยหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เรื่อง รู้ทันป้องกัน ความรุนแรงทางเพศ
2. เพื่อวัดความพึงพอใจของผู้เรียนหลังเรียนด้วยหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เรื่องรู้ทันป้องกัน ความรุนแรงทางเพศ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม (Bloom) ได้แบ่งการเรียนรู้ออกเป็น 6 ระดับ ได้แก่ 1) ความรู้ที่เกิดจากความจำ(knowledge) 2) ความเข้าใจ(comprehend) 3) การประยุกต์(application) 4) การวิเคราะห์ (analysis) 5) การสังเคราะห์ (synthesis) และ 6) การประเมินค่า(evaluation) วัดได้และตัดสินได้ว่า

อะไรรูถูกหรือผิด ประกอบการตัดสินใจบนพื้นฐานของเหตุผล⁵ และขั้นตอนการออกแบบและการพัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ 4 ขั้นตอน⁶

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) โดยใช้แบบแผนการวิจัยกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (The one group pretest posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนแห่งหนึ่งในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 394 คน ภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2561

กลุ่มตัวอย่าง กำหนดโดยใช้ตารางประมาณค่าอำนาจการวิเคราะห์ทางสถิติ (power analysis) โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (power test) ที่ .80 (Cohen)⁷ ระดับความคลาดเคลื่อน .05 และขนาดของความสัมพัทธ์ของตัวแปรที่ต้องการศึกษา (effect size) เท่ากับ .36 สอดคล้องกับข้อกำหนดของการวิจัยทางการแพทย์⁸ โดยจากการเปิดตารางได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 45 ราย (Burns & Grove)⁹ จากนั้นได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) โดยการจับฉลากเลือกมาจำนวน 1 ห้อง จากทั้งหมด 9 ห้อง ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 44 คน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่ได้กำหนดไว้ ดังนี้ 1) เด็กวัยเรียนมีอายุระหว่าง 11 - 12 ปี 2) สามารถอ่าน และเข้าใจภาษาไทยได้ 3) มีอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ เช่น โทรศัพท์สมาร์ทโฟน คอมพิวเตอร์

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

มี 2 ประเภท ได้แก่

1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เรื่องรู้ทัน ป้องกัน ความรุนแรงทางเพศ โดยให้นักเรียนทำแบบทดสอบความรู้ก่อนเรียน จากนั้นให้เรียนรู้การป้องกันความรุนแรงทางเพศด้วยหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ในรูปแบบเรื่องเล่าผีสอนน้องฉบับการ์ตูน เน้นรูปภาพประกอบที่ทำให้น่าสนใจ อ่านเข้าใจง่าย และจดจำได้มากขึ้น ซึ่งมีจำนวน 23 หน้า ประกอบด้วยเนื้อหา ดังต่อไปนี้ความหมายของความรุนแรง ทางเพศ รูปแบบความรุนแรงทางเพศ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดความรุนแรงทางเพศ ผลกระทบจากความรุนแรงทางเพศ สัญญาณที่บ่งชี้ว่าอาจอยู่ในภาวะเสี่ยง การป้องกันความรุนแรงทางเพศ ทักษะการปฏิเสธและการเข้าถึงแหล่งให้บริการเมื่อมีปัญหา ภายหลังการเรียนรู้ให้นักเรียนทำแบบทดสอบความรู้หลังเรียน และแบบประเมินความพึงพอใจภายหลังการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ เกรดเฉลี่ยสะสมจำนวนชั่วโมงที่ใช้อินเทอร์เน็ตต่อวัน และการได้รับความรู้เรื่องความรุนแรงทางเพศ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้ก่อนและหลังการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์เป็นแบบปรนัย ตัวเลือก 2 คำตอบ คือ ใช่ กับ ไม่ใช่ จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจจากการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ ประกอบด้วยข้อคำถาม ด้านเนื้อหา ด้านรูปแบบ และด้านการนำไปใช้ จำนวน 20 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

หาค่าความสอดคล้องด้วยดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item Objective Congruence: IOC) แบบวัดความรู้ เท่ากับ 0.85 และแบบวัดความพึงพอใจ เท่ากับ 0.80 นำไปทดลองใช้กับนักเรียนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่าง (try out) จำนวน 28 ราย วิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบทดสอบ โดยใช้ KR-20 ของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson) มีค่าเท่ากับ .896 และแบบประเมินความพึงพอใจในการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .919

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

โครงการวิจัยฯ ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา อนุมัติ เลขที่ COA 005/2561 ลงวันที่ 1 ตุลาคม 2561

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยชี้แจงรายละเอียด การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างจำนวน 44 คน แล้วให้นักเรียนทำแบบทดสอบความรู้ ก่อนการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ จากนั้นสอนวิธีการดาวน์โหลด และการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ ภายหลังเรียนเสร็จ ให้ทำแบบทดสอบความรู้

หลังเรียน และแบบประเมินความพึงพอใจหลังการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังทดลอง โดยใช้สถิติ paired-sample t-test และวัดความพึงพอใจในการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ โดยใช้ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น เพศชาย มากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 59.00 และ 40.90 ตามลำดับ) มีอายุ 12 ปี (ร้อยละ 56.80) มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนอยู่ในระดับดีถึงดีมาก คือ 3.01 - 3.50 และ 3.51 - 4.00 (ร้อยละ 31.80 และ 31.80 ตามลำดับ) มีการใช้อินเทอร์เน็ต 1-3 ชั่วโมงต่อวัน (ร้อยละ 56.80) และไม่เคยได้รับข้อมูลเรื่องความรุนแรงทางเพศ (ร้อยละ 59.10)

2. คะแนนเฉลี่ยความรู้หลังเรียนโดยใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เรื่อง รู้ทัน ป้องกัน ความรุนแรงทางเพศ สูงกว่าก่อนเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังเรียนด้วยหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เรื่อง รู้ทัน ป้องกัน ความรุนแรงทางเพศ (n = 44)

ความรู้เรื่อง รู้ทัน ป้องกัน ความรุนแรงทางเพศ	$\bar{X}$	SD	t	P
คะแนนก่อนเรียน	10.66	4.655	12.663*	.000
คะแนนหลังเรียน	15.36	3.236		

*p<.001

3. ความพึงพอใจในการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เรื่องรู้ทัน ป้องกัน ความรุนแรงทางเพศในภาพรวม อยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า มีความพึงพอใจ

อยู่ในระดับมากที่สุดทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการออกแบบ 2) ด้านเนื้อหาและ 3) ด้านการนำไปใช้ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความพึงพอใจต่อการใช้นหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เรื่อง รู้ทัน ป้องกัน

ความพึงพอใจต่อการใช้นหนังสืออิเล็กทรอนิกส์	$\bar{X}$	SD	ระดับความพึงพอใจ
1. ด้านการออกแบบ	4.63	0.71	มากที่สุด
2. ด้านเนื้อหา	4.59	0.77	มากที่สุด
3. ด้านการนำไปใช้	4.56	0.77	มากที่สุด
รวม	4.59	0.75	มากที่สุด

อภิปรายผล

ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ผลการวิจัยพบว่า ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนสูงกว่าก่อนเรียน โดยผู้เรียนมีคะแนนทดสอบความรู้เฉลี่ยหลังเรียนแตกต่างจากก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 แสดงว่า บทเรียนสามารถทำให้ผู้เรียนมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนหลังเรียนสูงขึ้น โดยหลังจากที่ผู้เรียนได้มีการเรียนด้วยหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เรื่อง รู้ทัน ป้องกัน ความรุนแรงทางเพศ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านความรู้ ความเข้าใจ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ตามทฤษฎีของบลูม ในด้านความสามารถทางสติปัญญา ระดับที่ 1 ความรู้ที่เกิดจากความจำ (remembering) เป็นความสามารถในการเก็บรักษาประสบการณ์ต่าง ๆ จากการที่ได้รับรู้ไว้สามารถระลึกถึงสิ่งนั้นได้เมื่อต้องการ และระดับ

ที่ 2 ความรู้ที่เกิดจากความเข้าใจ (understanding) สอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องการพัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เพื่อพัฒนาทักษะการอ่านออกเสียงภาษาไทย ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนบ้านหนองเค็ดที่พบว่า ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน เรื่องการอ่านออกเสียงภาษาไทย หลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนด้วยหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ ร้อยละ 23.87⁹ ซึ่งสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนดีขึ้น อาจเนื่องมาจากการจัดทำสื่อบทเรียนอิเล็กทรอนิกส์ที่เป็นระบบมีลำดับขั้นตอน โดยในการเลือกสื่อและวิธีการนำเสนอสื่ออย่างเหมาะสม จะเป็นการช่วยสนับสนุนให้สามารถถ่ายทอดความรู้ต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถกระตุ้นความสนใจของผู้เรียนได้เป็นอย่างดี ซึ่งงานวิจัยนี้จัดทำสื่อโดยคำนึงถึงปัจจัย ดังนี้ 1) บุคลิกลักษณะของผู้เรียนและสื่อที่ตอบสนองความต้องการของผู้เรียน 2) คุณสมบัติของสื่อในการจัด

กิจกรรมการเรียนรู้ที่นำไปใช้ในการเรียนการสอน และ 3) สภาพแวดล้อมในการเรียนและอุปกรณ์ที่ช่วยสื่อให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ⁶

เด็กวัยเรียนมีความอยากรู้อยากเห็นมีความสนใจ มีสมาธิ ถือเป็นช่วงสำคัญของเด็กในการเรียนรู้ทักษะชีวิต และตามทฤษฎีพัฒนาการทางการจริยธรรมของโคลเบอร์ก (Kohlberg) เด็กวัยนี้ จัดอยู่ระยะ conventional level คือ จะเคารพกฎระเบียบ การใช้เหตุผลเพื่อการตัดสินใจที่จะเลือกทำอย่างใดอย่างหนึ่ง จะแสดงให้เห็นถึงความเจริญของจิตใจของบุคคล ซึ่งจะมีการพัฒนาขึ้นอีกหลายขั้นจากอายุ 11 – 25 ปี¹⁰ ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่เหมาะสมที่จะสอนให้เด็กเรียนรู้ว่าพฤติกรรมใดที่ถูกต้องหรือผิด ควรกระทำหรือไม่ควรกระทำ ดังการศึกษาผลของโปรแกรมทักษะชีวิตต่อความรู้และทักษะการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศในนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น พบว่าหลังจากได้รับโปรแกรมทักษะชีวิตต่อความรู้และทักษะการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และทักษะการป้องกันตนเอง จากการล่วงละเมิดทางเพศสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < .01$)¹¹

ซึ่งในหนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องนี้ ผู้เรียนสามารถอ่านและเรียนรู้เนื้อหาสาระในเล่มได้ตามความสนใจและความแตกต่างของแต่ละบุคคล มีการนำเสนอข้อมูลที่เป็นตัวหนังสือ และภาพประกอบ โดยมีขั้นตอนการออกแบบและพัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ ทั้งหมด 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวิเคราะห์เนื้อหา ซึ่งจะ ทำให้ หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ที่สร้างขึ้นมีประสิทธิภาพที่จะนำไปใช้งานตามวัตถุประสงค์ โดยมีการรวบรวมเนื้อหาข้อมูลจากแหล่ง

ความรู้ต่างๆ ที่น่าเชื่อถือ เช่น ตำรา เอกสารงานวิจัย และมีผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการ 2) การออกแบบการดำเนินเรื่อง (flowchart) ได้แก่ ชื่อเรื่อง วัตถุประสงค์ เนื้อหาและการออกแบบเนื้อหาให้มีความน่าสนใจ นั่นคือ การทำในรูปแบบเรื่องเล่าที่สอนน้องฉบับการ์ตูนในเรื่องการป้องกันความรุนแรงทางเพศ 3) การเขียนบทดำเนินเรื่อง (storyboard) โดยแบ่งเนื้อหาออกเป็นเฟรม ได้แก่ ความหมายความรุนแรงทางเพศ ลักษณะ ผลกระทบ และการป้องกันความรุนแรงทางเพศ เนื้อหาส่วนใหญ่ใช้รูปภาพหรือสัญลักษณ์แทนสื่อที่เป็นตัวหนังสือและภาพเคลื่อนไหวที่มีสีสันน่าสนใจ ส่วนเนื้อหาที่เป็นข้อความหรือตัวหนังสือจะมีเฉพาะประเด็นสำคัญที่ต้องการสื่อสารให้เข้าใจตรงกันเท่านั้น 4) การเลือกโปรแกรมในการสร้างบทเรียน โดยใช้โปรแกรม Adobe Photoshop ซึ่งจากกระบวนการจัดทำสื่อข้างต้น ช่วยให้ผู้เรียนเกิดจินตนาการ และเข้าใจเนื้อหาที่ยากได้ง่ายขึ้น จนเกิดการเรียนรู้สามารถทำแบบทดสอบได้ถูกต้อง ประกอบกับ ผู้เรียนสามารถทบทวนเนื้อหาได้ง่าย และสะดวกรวดเร็วทุกที่ทุกเวลา ส่งเสริมให้ผู้เรียนได้พัฒนาตนเองได้ตามศักยภาพ สามารถเรียนรู้ได้โดยไม่จำกัดเวลา จำนวนครั้งและสถานที่

2. ความพึงพอใจที่มีต่อการเรียนด้วยหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ ผลการวิเคราะห์ พบว่าความคิดเห็นของนักเรียนที่มีต่อการใช้สื่อบทเรียนอิเล็กทรอนิกส์ โดยรวมมีค่าเฉลี่ยในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.59, SD=0.75$) หมายถึง นักเรียนมีความพึงพอใจต่อการเรียนรู้ใช้สื่อบทเรียนอิเล็กทรอนิกส์ อยู่ในระดับมากที่สุด

ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก มีการออกแบบสื่อการเรียนรู้ที่ง่ายต่อการทำความเข้าใจ เนื้อหาการนำเสนอที่น่าสนใจ ชวนติดตาม มีภาพประกอบสวยงาม มีลักษณะเป็นสื่อเชื่อมโยง ที่นำเสนอเนื้อหาสาระในรูปแบบสื่อผสม ทำให้บทเรียนมีความน่าสนใจมากขึ้น และมีการสร้างจุดเชื่อมโยงให้ง่ายต่อการศึกษา สอดคล้องกับทฤษฎีโครงสร้างความรู้ เพราะการใช้สื่อหลายมิติจะตอบสนองต่อวิธีการเรียนรู้ของมนุษย์ในความพยายามที่จะเชื่อมโยงความรู้ใหม่กับความรู้เดิมได้เป็นอย่างดี ให้ผู้เรียนได้มีอิสระในการควบคุมการเรียนรู้ของตนเองตามความสามารถ ความสนใจ ความถนัด และพื้นฐานความรู้ของตนเองได้อย่างเต็มที่ สอดคล้องกับการศึกษา การพัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เรื่อง การอ่านจับใจความสำคัญ เพื่อส่งเสริมความสามารถในการอ่านจับใจความสำคัญ สำหรับนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โดยพบว่า นักเรียนมีระดับความพึงพอใจต่อการใช้นหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.46$, $SD = 0.75$)¹² นอกจากนี้ยังสามารถเรียนรู้ย้อนกลับไปกลับมาหรือกลับมาเริ่มต้นที่จุดเริ่มต้นใหม่ของเนื้อหาได้อย่างรวดเร็ว จากเหตุผลดังกล่าว จึงทำให้นักเรียนมีความพึงพอใจ ในด้าน ทั้งด้านเนื้อหา การออกแบบ และด้านการนำไปใช้มากที่สุด

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

การให้ความรู้เรื่องความรุนแรงทางเพศ โดยใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ ช่วยให้ผู้เรียนมีความรู้เพิ่มขึ้นเนื่องจากเนื้อหาเป็นภาพการ์ตูน ทำให้อ่านเข้าใจและจดจำได้ง่าย ซึ่งผู้เรียนมีความพึงพอใจในการใช้สื่อดังกล่าวในระดับมากที่สุด

ข้อเสนอแนะ

เจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ และครูในโรงเรียนควรส่งเสริมให้เด็กได้เรียนรู้วิธีการป้องกันความรุนแรงทางเพศ ด้วยหนังสืออิเล็กทรอนิกส์นี้ เพื่อที่เด็กจะได้ นำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลตนเองให้ปลอดภัยจากสถานการณ์ความรุนแรงทางเพศ

References

1. Ministry of Social Development and Human Security Department of Child and Youth Affairs. Report child and youth development. [Internet]. 2017 [cited 2018 Aug 31] Available from: [http:// www. dcy. go. th/ webnew/ upload/ news/ news_ th_ 20171906080740_ 4. pdf](http://www.dcy.go.th/webnew/upload/news/news_th_20171906080740_4.pdf). (in Thai).
2. Department of Women's Affairs and The Family Institution Ministry of Social Development and Human Security. Report of domestic violence situations for reporting in article 17 victim protection act with domestic violence, 2007 for the year 2015. Bangkok; 2015. (in Thai).
3. Hanterdsith B, Deankhantod C. Violence Against Children Treated at One Stop Service Center at Maharat Nakhon Ratchasima Hospital. Journal of Health System Research. 2014;8(4):329-43 (in Thai).
4. National Statistical Office. Statistics of reported and arrested for the cases of notes of living body, by type of reported cases by province 2007 – 2016. [Internet]. 2017 [cited 2018 Jul 14]; Available from:

- <http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/09.aspx> (in Thai).
5. Pradubwate R. Technology learning management guidelines by using bloom's taxonomy. Veridian E-Journal. 2017;10(3): 1051-65. (in Thai).
 6. Intharatsmai P. The development of electronic book (E- book) in library use for matthayomsuksa 1 Students. [Thesis]. Bangkok: Srinakharinwirot University; 2012. (in Thai).
 7. Cohen J. A power primer. Psychological Bulletin. 1992.
 8. Burns N, Grove SK. The practice of nursing research: conduct, critique and utilization. 6th edition. United States of America: Elsevier Saunders; 2009.
 9. Panbut C. The development of electronic book to develop reading skills thai language for prathomsuksa 6 student bannongked-school. Veridian E - Journal Silpakorn University; 2014;7(3):175-90. (in Thai).
 10. Khunrit B. The moral reasoning of student in program business computer 1st year, Rajabhat Suan Dusit University, Trang Center. The 6th Hatyai National Conference, 26th June 2015, Hatyai university. Songkhla: n.p; 2015;150-61. (in Thai).
 11. Kiredin S. Effects of life skills program on knowledge and life skills to prevent sexual assault in femail secondary school students. [Thesis]. Bangkok: Thammasat University; 2015. (in Thai).
 12. Puyayan J, Ruangrit N. The delvelopment of electronics book on reading for main idea to enhance students' s abilities of reading in prathomsuksa students 6. Veridian E-Journal Silpakorn University; 2015;8(2):2054-65. (in Thai).

การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร

อารีย์ เสถียรวงศา* บุญทิพย์ สิริรังศรี** วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล*** สุพร ดนัยดุษฎีกุล****

บทคัดย่อ

บทนำ การพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีความเร่งด่วน ดังนั้นพยาบาลจะต้องมีสมรรถนะเฉพาะในการปฏิบัติงาน

วัตถุประสงค์การวิจัย 1) เพื่อประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมพร จังหวัดชุมพร 9 แห่ง รวม 93 คน 2) สร้างโปรแกรม และ 3) ประเมินผลการนำโปรแกรมไปใช้
วิธีการวิจัย การวิจัยและพัฒนานี้แบ่งเป็น 3 ระยะตามวัตถุประสงค์ กลุ่มตัวอย่างระยะที่ 3 เลือกแบบเฉพาะเจาะจง คือ พยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมพรแห่งหนึ่ง ในจังหวัดชุมพร 16 คน โดยประเมินตนเอง ประเมินโดยแพทย์และหัวหน้างาน เครื่องมือวิจัยเป็นแบบประเมินสมรรถนะหลักและสมรรถนะเฉพาะงาน ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .97 และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .98 เครื่องมือที่ใช้ในระยะที่ 1 กับระยะที่ 3 เป็นชุดเดียวกัน วิเคราะห์ข้อมูลระยะที่ 1 ใช้สถิติเชิงพรรณนา ระยะที่ 3 ใช้สถิติเหมือนระยะที่ 1 และทดสอบโดยใช้สถิติทีคู่ และทดสอบความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน

ผลการวิจัยพบว่า จากการประเมินตนเองของพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมพร ทั้ง 9 แห่ง มีสมรรถนะสูงทั้ง 2 สมรรถนะ ($\bar{x} = 4.08$, $SD = 0.79$) และ ($\bar{x} = 4.20$, $SD = 0.84$) และผลของการนำโปรแกรมไปใช้ พบว่า หลังเข้าโปรแกรมมีสมรรถนะสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และผลประเมินโดยแพทย์และหัวหน้างาน พบว่า ทั้ง 2 สมรรถนะของพยาบาลหลังเข้าโปรแกรมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีค่าความสอดคล้องภายในก่อนและหลังเข้าโปรแกรม ทั้ง 2 สมรรถนะ มีค่าความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน เท่ากับ .75 และ .87

สรุปผล โปรแกรมที่สร้างสามารถเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมพร จังหวัดชุมพรให้สูงขึ้นได้อีก

คำสำคัญ: โรงพยาบาลชุมชน งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน สมรรถนะของพยาบาล โปรแกรม

*โรงพยาบาลละแม จังหวัดชุมพร, E-mail: areewongsa_@hotmail.com

**สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

***นักวิชาการอิสระ

****คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Received: December 24, 2019

Revised: April 13, 2020

Accepted: June 24, 2020

The development of a competency enhancement program for professional nurses at emergency and trauma units in community hospitals, Chumphon Province

Aree Sateanwongsa* Boonthip Siritharungsri** Wanpen Pinyopasakul*** Suporn Danaidutsadeekul***

Abstract

Background: Accident and emergency nursing care is urgent. Therefore, nurses must have specific competencies in performing their tasks.

Objectives: The objectives of the study were: 1) to evaluate self-competency of 93 nurses at Emergency and Trauma Units (ETUs) in 9 community hospitals, Chumphon Province, 2) to develop a competency enhancement program, and 3) to evaluate the program implementation.

Methods: This research and development study was divided into 3 phases aligned with the objectives. The sample was selected by a purposive sampling technique and included 16 professional nurses working in one community hospital in Chumphon Province. The evaluation was performed by the nurses themselves, the physicians and the nurses' supervisors. The tools included questionnaire about Core competencies and technical knowledge competencies verified by five experts with content validity index of .97 and reliability of .98. Phase1 data were analyzed by descriptive statistics while Phase 3 data were analyzed by percentage, mean, Paired t-test, and Inter-Rater Reliability.

Results: 1) Ninety three nurses at the Emergency and Trauma Units in 9 community hospitals in Chumphon Province rated their two competencies at a high level ($\bar{X} = 4.08$, $SD = 0.79$ and $\bar{X} = 4.20$, $SD = 0.84$). The competency of 16 nurses at the community hospital after participating in the program was statistically significantly higher than before ($p < .001$). The physicians and nurses' supervisors evaluated two competencies after participating in the program and were statistically significantly higher than before ($p < .001$). Before participating in the program an Inter-Rater Reliability between physician and nurse supervisor was .75. After participating in the program the Inter-Rater Reliability between physician and nurse supervisor of .87.

Conclusions: This program can help develop competencies of the professional nurses at Emergency and Trauma Units (ETUs) of community hospitals in Chumphon Province.

Keywords: community hospital, emergency and trauma unit, nurses competency, program

*Lamae Hospital Chumphon Province, Email: areewongsa_@hotmail.com

**Nursing Administration School of Nursing, SukhothaiThammathirat University

***Independent scholar

****Faculty of Nursing, Mahidol University.

บทนำ

งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นการให้บริการแก่บุคคลที่ได้รับบาดเจ็บ และ/หรือมีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินกะทันหันและวิกฤตทั้งร่างกายและ/หรือจิตใจสามารถให้การพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุ และที่โรงพยาบาล พยาบาลที่ปฏิบัติงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินจึงต้องมีสมรรถนะเฉพาะในการปฏิบัติงาน เพื่อให้บริการพยาบาลมีคุณภาพ ช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะเร่งด่วนเพื่อให้เกิดความปลอดภัย บรรเทาจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ¹ องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้กำหนดกรอบระบบรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพ โดยกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนระบบ คือ บุคลากรที่มีสมรรถนะที่เหมาะสมเพียงพอกับลักษณะงานของการให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน² สมรรถนะที่จำเป็นสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินต้องมีสมรรถนะหลัก (core competency) เนื่องจากมีการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ³ และสมรรถนะเฉพาะงาน (technical knowledge competency) ทั้งนี้ เพื่อช่วยให้การประเมินผู้ป่วย การช่วยชีวิต และติดตามเฝ้าระวังเป็นไปอย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพ

ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายพัฒนาศักยภาพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ให้เป็นการแพทย์ฉุกเฉินคุณภาพ² เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างทันทั่วทั้งที่สามารถเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุดได้ เพราะถ้าหากผู้ป่วยได้รับการคัดกรองรวดเร็ว (early detection) รักษารวดเร็ว (early management) และส่งต่อ (early referral) จะช่วยลดอัตราการเสียชีวิต รวมทั้งการสูญเสียอวัยวะและการทำงานของอวัยวะสำคัญของผู้ป่วยได้ ด้วยนโยบายดังกล่าวผู้วิจัยจึงแบ่ง

ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินจากการเกิดอุบัติเหตุ (trauma) ได้แก่ การดูแลผู้บาดเจ็บในโรงพยาบาล (trauma care in hospital) การรับมืออุบัติเหตุหมู่ (mass casualty) และ 2) กลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินที่ไม่ได้เกิดจากอุบัติเหตุ (non-trauma) เช่น ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด (acute coronary syndrome) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) และผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต (sepsis and septic shock)

โดยทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน(รพช.) ประกอบด้วย โรงพยาบาลทั้งในระดับปฐมภูมิ (primary care) และระดับทุติยภูมิ (secondary care) มีขนาด 10-120 เตียง โดย รพช. แต่ละแห่งจะมีขีดความสามารถในการบริการทางการแพทย์ด้านงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในระดับแตกต่างกัน เช่น บางแห่งสามารถทำหัตถการหรือรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลได้⁴ เป็นต้น แต่สำหรับพยาบาลจำเป็นต้องมีสมรรถนะหลักและสมรรถนะเฉพาะงานที่ไม่ต่างกัน เนื่องจากต้องให้การดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ ฉุกเฉินทุกประเภทที่เข้ามารับบริการอย่างต่อเนื่อง

โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร มีโรงพยาบาล 3 ระดับ ได้แก่ ระดับ F3 (10 เตียง) ระดับ F2 (30-90 เตียง) และ M2 (120 เตียงขึ้นไป) พยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน อาจต้องให้การรักษาโรคเบื้องต้นเบื้องต้นด้วยบริบทของโรงพยาบาลชุมชนระดับ F3 และ F2 ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง ดังนั้นจึงจำเป็นที่พยาบาลจะต้องมีการประเมิน คัดกรอง และการทำหัตถการที่เหมาะสม ที่ผ่านมาโรงพยาบาลแต่ละแห่งมีการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเฉพาะเรื่องเป็นครั้งคราวแต่ยังไม่เคยมีโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉินอย่างเป็นระบบทำ

ให้บุคลากรเหล่านั้นอาจขาดความรู้และทักษะที่เป็นปัจจุบันอย่างเพียงพอในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้างานอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลชุมชน จึงเห็นความจำเป็นในการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดชุมพร โดยบูรณาการแนวคิดที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศเพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพรต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลชุมชน

2. เพื่อสร้างโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลชุมชน

3. เพื่อประเมินผลการนำโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร ที่พัฒนาขึ้นไปใช้

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้บูรณาการแนวคิดที่เกี่ยวข้องจากหน่วยงานทั้งในประเทศและต่างประเทศ ประกอบด้วย สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ⁵ และ สมาคมพยาบาลฉุกเฉินแห่งประเทศไทย⁶ ซึ่งแบ่งสมรรถนะสำคัญเป็น 2 ส่วน คือ 1) สมรรถนะหลัก หมายถึง ความสามารถที่พยาบาลวิชาชีพจำเป็นต้องมีเพื่อให้งานสำเร็จบรรลุเป้าหมาย ประกอบด้วย 5 สมรรถนะย่อย ดังนี้ ด้านการประสานความร่วมมือ ด้านการตัดสินใจ ด้านภาวะผู้นำ ด้านการแก้ปัญหา ด้านการทำงานเป็นทีม และ 2) สมรรถนะ

เฉพาะงาน หมายถึง ความสามารถพยาบาลวิชาชีพจำเป็นต้องมีเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพและมาตรฐาน ประกอบด้วย 4 สมรรถนะย่อย ดังนี้ การประเมิน การช่วยชีวิต การติดตามเฝ้าระวัง และ บริการการแพทย์ฉุกเฉิน นอกจากนี้ผู้วิจัยได้นำบริบทของโรงพยาบาลชุมชน มาบูรณาการให้สอดคล้องกับผู้ปฏิบัติงานมากขึ้น โดยเน้นการดูแลผู้ป่วยกลุ่ม Trauma และ Non trauma บางกลุ่มโรคมีความจำเป็นเร่งด่วนในการให้การช่วยเหลือบนพื้นฐานของข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ทันสมัยและเหมาะสมสำหรับพยาบาลในการนำไปใช้กับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1) ประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมชน 9 แห่ง จังหวัดชุมพร กลุ่มตัวอย่าง เป็นพยาบาลวิชาชีพ เลือกแบบเฉพาะเจาะจง จากโรงพยาบาลชุมชน ทั้ง 9 แห่ง จำนวน 93 คน เนื่องจากผู้วิจัยปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมชน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในโรงพยาบาลชุมชน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามสถานภาพส่วนบุคคลมีจำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ การศึกษาที่ปฏิบัติในหน่วยงาน และประวัติการผ่านการอบรม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนมีจำนวน 78 ข้อ ประกอบด้วย สมรรถนะหลัก จำนวน 36 ข้อ และสมรรถนะเฉพาะงาน จำนวน 42 ข้อ ที่ผู้วิจัยเป็นผู้พัฒนาขึ้นโดยศึกษาแนวคิดทฤษฎีจากเอกสาร ตำรา และผลงานการวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินประกอบกับการบูรณาการบริบทของโรงพยาบาลชุมชน โดยใช้ระดับความเห็นด้วยทั้ง 5 ระดับตามมาตรวัดของลิเคิร์ท (Likert Scale) จะมีตั้งแต่น้อยที่สุด น้อย ปานกลางมาก และมากที่สุด

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์เฉพาะทาง พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมและอายุรกรรม และนักวิชาการสาธารณสุขที่เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ .97 ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง ในโรงพยาบาลที่มีบริบทคล้ายคลึงกันในจังหวัดชุมพร และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ค่าความเที่ยง โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้เท่ากับ .98

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยนี้ได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช เลขที่ NS No.13/2561 วันที่ 3 กรกฎาคม 2561

ระยะที่ 2) สร้างโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรม

การเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน ผู้วิจัยเป็นผู้สร้างโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประกอบด้วย 1) คู่มือการเสริมสร้างสมรรถนะสำหรับพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์ฉุกเฉิน และได้ปรับเนื้อหาและกิจกรรมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิจนได้คู่มือที่สมบูรณ์ก่อนนำไปใช้จริง และ 2) กิจกรรมการอบรมให้ความรู้และฝึกทักษะพยาบาลจำนวน 3 วัน เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะให้เป็นไปตามมาตรฐานงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ระยะที่ 3) ประเมินผลการนำโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่พัฒนาขึ้นไปใช้

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน 1 แห่งในจังหวัดชุมพร กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เป็นพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลละแม จังหวัดชุมพร จำนวน 16 คน

เครื่องมือวิจัย เป็นแบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร ซึ่งเป็นชุดเดียวกับที่ประเมินในระยะที่ 1

การประเมินผล มีการประเมินผลสมรรถนะของผู้เข้าอบรมภายหลังเข้าโปรแกรมแล้ว 1 เดือน ผู้ประเมินมี 2 กลุ่ม ได้แก่ ผู้เข้าอบรมประเมินสมรรถนะตนเอง และผู้อื่นประเมิน ดังนี้

1) ผู้เข้าอบรมประเมินสมรรถนะตนเองด้วยแบบประเมินสมรรถนะพยาบาลงาน

อุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งเป็นฉบับเดียวกับที่ประเมินก่อนเข้าร่วมโครงการ

2) ผู้ประเมินสมรรถนะพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ร่วมกัน 2 คน ได้แก่ หัวหน้างานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และแพทย์ประจำงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลละแม จังหวัดชุมพร

หลังจากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ จากการประเมินตนเองหลังเข้าอบรมโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ วิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired t - test เปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าอบรม โดยก่อนเปรียบเทียบกับมีการตรวจสอบการกระจายของข้อมูล พบว่ามีการกระจายปกติ

3. สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ จากการประเมินโดยหัวหน้างานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และแพทย์ประจำงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน นำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นแบบความสอดคล้องภายใน คือ ความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน (Inter-Rater Reliability; IRR)

ผลการวิจัย

1. สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลชุมชน ผลการประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพทั้งสมรรถนะหลักและสมรรถนะเฉพาะงาน ในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร ของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นพยาบาลรพช. ทั้ง 9 แห่ง รวม 93 คน พบว่า ค่าเฉลี่ยของสมรรถนะหลักอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=4.08$,

$SD=0.79$) และสมรรถนะเฉพาะงานอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=4.20$, $SD=0.84$)

2. โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลชุมชน

โปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้นมีการนำแนวคิดที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศคือ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติและต่างประเทศ คือ สมาคมพยาบาลฉุกเฉินแห่งประเทศไทย (National Emergency Nurses Association) ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีแนวทางการปฏิบัติงานตามหลักการแพทย์ฉุกเฉินที่ถูกต้อง บนพื้นฐานของข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ทันสมัย และเป็นมาตรฐานสากล รวมทั้งได้นำข้อมูลบริบทของโรงพยาบาลชุมชน เช่น โครงสร้าง นโยบาย และบุคลากรที่เกี่ยวข้องมาบูรณาการให้สอดคล้องกับปฏิบัติมากขึ้น เช่น การจัดทำคู่มือเสริมสร้างสมรรถนะสำหรับพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน เพื่อใช้ประกอบการฝึกอบรมซึ่งผ่านการตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินใน รพช. จึงทำให้คู่มือมีความสมบูรณ์เหมาะสมสำหรับพยาบาลในการนำไปใช้กับหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลชุมชนมากยิ่งขึ้น

นอกจากนี้ โปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้นเน้นกิจกรรมการอบรมทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติรวม 3 วัน โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ พยาบาลวิชาชีพ หัวหน้างานงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และทีมวิทยากรระดับจังหวัด เพื่อเพิ่มพูนความรู้และฝึกทักษะพยาบาลที่จำเป็นตามมาตรฐานงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉินโดยเฉพาะการพยาบาลฉุกเฉินในกลุ่มโรคสำคัญ เช่น ผู้ป่วยโรคหัวใจ มีการประเมินและคัดกรองผู้ป่วย โดยฝึกการอ่านและแปลผล EKG เพื่อ early detection และมีการ

บริหารยา Streptokinase อย่างรวดเร็ว ภายในระยะเวลาที่กำหนด เพื่อ early management รวมทั้งสามารถเฝ้าระวังและรายงานอาการเปลี่ยนแปลงได้ทันทั่วทั้ง ขณะส่งต่อหรือรับไว้ในโรงพยาบาล⁷ และในการจัดการสาธารณสุข หรือแผนรับมืออุบัติเหตุหมู่จะมีการฝึกซ้อมภาคสนามด้วย ซึ่งทำให้ผู้เข้าอบรมสามารถเข้าใจบทบาทของตนเองเมื่อเกิดสถานการณ์จริง

3. ผลของการนำโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลชุมชนไปใช้ ในโรงพยาบาลละแม จังหวัดชุมพร พบว่า จากการประเมินตนเองก่อนเข้าโปรแกรมพยาบาลวิชาชีพ มีสมรรถนะหลักอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}=3.53$, $SD=0.60$) หลังเข้าโปรแกรมพยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะหลักอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}=4.09$, $SD=0.54$) และก่อนเข้าโปรแกรมพยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะเฉพาะงานอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=3.48$, $SD=0.67$) หลังเข้าโปรแกรมพยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะเฉพาะงานอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}=4.08$, $SD=0.59$) จากการประเมินโดยแพทย์ประจำหน่วยงาน พบว่าก่อนเข้าโปรแกรมพยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะหลักอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}=3.78$, $SD=0.31$) หลังเข้าโปรแกรมพยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะหลักอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}=4.41$, $SD=0.43$) ก่อนเข้าโปรแกรมพยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะเฉพาะงานอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}=3.74$, $SD=0.39$) หลังเข้าโปรแกรมพยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะเฉพาะงานอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}=4.37$, $SD=0.43$) จากการประเมินโดยหัวหน้างาน พบว่าก่อนเข้าโปรแกรมพยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะหลักอยู่ในระดับสูง ($M=3.54$, $SD=0.41$) หลังเข้าโปรแกรมพยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะหลักอยู่ใน

ระดับสูง ($\bar{x}=3.92$, $SD=0.24$) ก่อนเข้าโปรแกรมพยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะเฉพาะงานอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=3.34$, $SD=0.48$) หลังเข้าโปรแกรมพยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะเฉพาะงานอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}=3.92$, $SD=0.16$)

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนสมรรถนะ (ทั้งสมรรถนะหลักและเฉพาะงาน) ของพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลละแม จังหวัดชุมพร ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมฯ พบว่า คะแนนสมรรถนะหลังเข้าโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ สอดคล้องกันทุกกลุ่มผู้ประเมิน ทั้งการประเมินตนเองโดยพยาบาล ($\bar{x}=4.08$, $p<.001$) ประเมินโดยแพทย์ ($\bar{x}=4.07$, $p<.001$) และประเมินโดยหัวหน้างานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ($\bar{x}=3.75$, $p<.001$)

เมื่อพิจารณารายด้านของสมรรถนะหลัก พบว่า ภายหลังเข้าโปรแกรมฯ ผู้ประเมินทุกกลุ่ม ประเมินสมรรถนะหลักทุกด้านอยู่ในระดับสูงถึงสูงมาก โดยเฉพาะแพทย์ประเมินสมรรถนะด้านการแก้ปัญหาอยู่ในระดับสูงมาก เมื่อพิจารณาสมรรถนะเฉพาะงาน พบว่า ภายหลังเข้าโปรแกรมฯ ผู้ประเมินทุกกลุ่ม ประเมินสมรรถนะเฉพาะงานทุกด้านอยู่ในระดับสูงถึงสูงมาก โดยเฉพาะแพทย์ประเมินด้านการช่วยชีวิตอยู่ในระดับสูงมาก

เมื่อหาค่าความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน คือ แพทย์ประจำหน่วยงานและหัวหน้างาน พบว่า ก่อนเข้าโปรแกรม สมรรถนะหลักของพยาบาลมีค่าความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน เท่ากับ 0.75 และก่อนเข้าโปรแกรม สมรรถนะเฉพาะงานของพยาบาลมีค่าความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน เท่ากับ 0.75 และหลังเข้าโปรแกรม

สมรรถนะหลักของพยาบาลมีค่าความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน เท่ากับ .87 และหลังเข้าโปรแกรม สมรรถนะเฉพาะงานของพยาบาลมีค่าความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน เท่ากับ .87

อภิปรายผล

1. สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร

เมื่อพิจารณาสมรรถนะของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งอยู่ระดับสูงทั้งโดยรวม และรายด้าน ทุกด้าน อาจเนื่องมาจากพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 10 ปี ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 43.00 รองลงมาปฏิบัติงาน 5-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 22.60 ตามแนวคิดของ Benner (1982)⁸ พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานในหน่วยงานเดิม 5 ปี ขึ้นไป จัดว่ามีสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลระดับผู้ชำนาญการซึ่งสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถวิเคราะห์และตัดสินใจแก้ปัญหาวิกฤตได้ถูกต้อง ทันเหตุการณ์ สามารถประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยได้ถูกต้อง รวมถึงการให้คำปรึกษาด้านการปฏิบัติการพยาบาลแก่พยาบาลรุ่นน้องได้ ซึ่งอายุที่เพิ่มขึ้น จะทำให้พยาบาลเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ในการทำงาน⁹ อีกทั้งพยาบาลย่อมเข้าใจลักษณะของงาน เข้าใจถึงการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังพบว่าอายุที่เพิ่มขึ้น มีผลให้พยาบาลรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติการพยาบาลมากขึ้น¹⁰ รวมทั้งพยาบาลส่วนใหญ่ได้รับการฝึกอบรมหลักสูตรต่างๆ หลักสูตรที่ผ่านการอบรมมากที่สุดคือ หลักสูตร Advanced Cardiac Life Support (ACLS) คิดเป็นร้อยละ 65.60

รองลงมาคือ การแปลผล EKG คิดเป็นร้อยละ 52.70 สอดคล้องกับการศึกษาของ ธนพัชร สมใจ¹¹ พบว่า การได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมทางการพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาล คือทำให้สมรรถนะพยาบาลสูงขึ้น ดังนั้นระดับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร จึงอยู่ในระดับสูง

อย่างไรก็ตาม แม้จะพบว่าผลการประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพทั้งสมรรถนะหลักและสมรรถนะเฉพาะงาน ในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร ค่าเฉลี่ยของสมรรถนะโดยรวม 9 แห่ง อยู่ในระดับสูงแต่ด้วยห้องฉุกเฉินเป็นศูนย์กลางที่เชื่อมต่อระหว่างผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลกับการดูแลแบบเฉพาะเจาะจง (definitive care) ในโรงพยาบาล และจากนโยบายการพัฒนาห้องฉุกเฉินเป็นห้องฉุกเฉินคุณภาพ¹ รวมทั้งบริบทของโรงพยาบาลชุมชนที่มีแพทย์หมุนเวียน จึงทำให้พยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินจำเป็นต้องมีสมรรถนะที่สูงขึ้น เพื่อเป็นประโยชน์ในการให้บริการที่มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น และเป็นองค์กรที่มีประสิทธิภาพสูง (high performance organization) ตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขต่อไป

2. การสร้างโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นโปรแกรมที่เหมาะสม ในการเพิ่มสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน สอดคล้องกับงานวิจัยของมาลี คำคง¹² พบว่า สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน สามารถพัฒนาได้โดยวิธีการต่างๆ เช่น จัดประชุมวิชาการภายในหน่วยงาน การส่งอบรมภายนอกหน่วยงาน ฝึกปฏิบัติจากการทำงาน (on the job training) การสอนงานด้วย

ระบบพี่สอนน้อง จัดทำแบบบันทึกเฉพาะโรคที่ขึ้นในการปฏิบัติ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในวิชาชีพเดียวกันและสหสาขาวิชาชีพ

3. ประเมินผลการนำโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะไปใช้

โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะที่พัฒนาขึ้น มีกระบวนการพัฒนาจากการบูรณาการแนวคิดทั้งในและต่างประเทศที่เชื่อถือได้ รวมทั้งผ่านการปรับปรุงให้เหมาะสมตามบริบทของหน่วยงาน ก่อนนำไปจัดทำเป็นคู่มือเฉพาะสำหรับงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ทำให้พยาบาลมีหลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติงาน และเกิดความชัดเจนเกี่ยวกับแบบแผนการทำงานที่กำหนดไว้ นอกจากนี้ โปรแกรม ที่พัฒนาขึ้นยังครอบคลุมกิจกรรมการอบรมสำหรับพยาบาล โดยเฉพาะการให้ความรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นสำหรับสมรรถนะเฉพาะงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เช่น การช่วยชีวิต และการแก้ไขภาวะคุกคามชีวิต โดยเฉพาะในกลุ่ม Non-trauma เช่น STEMI Stroke Sepsis เป็นต้น ทำให้พยาบาลมีการสร้างเสริมความเข้าใจและประสบการณ์ ส่งผลให้เกิดความมั่นใจมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่าการฝึกอบรมเป็นกระบวนการหนึ่งในการพัฒนาสมรรถนะบุคลากร โดยเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมไปในทางที่ต้องการเพื่อให้ปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹³ เช่นเดียวกับผลการศึกษาเกี่ยวกับพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการอบรมในโปรแกรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมพบว่าทำให้พยาบาลสามารถตัดสินใจเชิงจริยธรรมได้ดีขึ้น¹⁴

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมที่สร้างสามารถเสริมสร้างสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน ให้สูงขึ้นได้อีก

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการบริหารและการปฏิบัติพยาบาล

1.1 ผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร ควรพิจารณานำโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินไปประยุกต์ใช้ อย่างไรก็ตามโปรแกรมยังต้องการการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยคำนึงถึงข้อมูลส่วนบุคคล เช่น ประสบการณ์ รวมทั้งระดับสมรรถนะของพยาบาลเพื่อให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินมีคุณภาพดียิ่งขึ้น

1.2 ผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชน สามารถนำแนวทางการพัฒนาโปรแกรมนี้ ไปเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลงานอื่นๆ ของโรงพยาบาล

2. ด้านการวิจัย

2.1 วิจัยประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร เป็นระยะ และติดตามผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับพยาบาลและผู้รับบริการ

2.2 วิจัยเกี่ยวกับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินต่อโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาล เพื่อนำข้อมูลมาใช้พัฒนาโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง

2.3 ควรทำการทดลองและวิจัยโปรแกรมซ้ำอีก เพื่อยืนยันผล และต้องทำการศึกษาโดยมีกลุ่มเปรียบเทียบหรือกลุ่มควบคุม การประเมินสมรรถนะ ควรใช้วิธีอื่นที่น่าเชื่อถือกว่าการประเมินตนเอง (ซึ่งมีความเอนเอียงได้สูง)

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลละแมที่กรุณาอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลในการวิจัย และขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ สิริรังศรี ซึ่งได้ให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการวิจัย

References

1. Office of Permanent Secretary Medical department. Ministry of Public Health. Standard of care in hospital. (2nd edition) Nonthaburi: The war Veterans Organization of the Thailand; 2013. (in Thai).
2. Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Guideline for ER service delivery. 2nd edition. Nonthaburi: Printing house Samchai 2017; 2018. (in Thai).
3. Unhasuta K. Required competencies of accident nurses in caring for patients with accident problems. Thai Journal of Trauma. 2011;30.(2):73-7. (in Thai).
4. Nursing office. Ministry of Public Health. Guideline for the development of nursing service quality fo community hospitals that are considered general hospitals. 1st edition. Nonthaburi: Printing Sautawan Publishing; 2017. (in Thai).
5. National Institute of Emergency Medicine. Public Health Emergency Incident Command System: PHEICS. Nonthaburi: Medical and public health team: National Institute of Emergency Medical; 2016. (in Thai).
6. National Emergency Nurses Association. Emergency nursing core competencies. [Internet]. 2014 [cited 2018 Aug 14]; Available from: <http://nena.ca/wpcontent/uploads/2014/11/NENA-CoreCompetencies.pdf>.
7. Nursing Division office of the Permanent secretary. Guidelines for service: Service plan. Pathumthani: Sautawan publisher; 2018. (in Thai).
8. Benner P. From Novice to Expert. The Am J Nurs. 1982;82(3):402-7.
9. Lueluang W. Factors Influencing role practices of professional nurses at operating room in Regional hospitals, Northeast Region. [Thesis]. Khon khan: Khon khan University; 2012. (in Thai).
10. Gertz MF, Weiland TJ, Jelinek GA, Mackinlay C, Hill N. Perspectives of emergency department staff on the triage of mental health-related presentations: Implications for education, policy and practice. Emerg Med Australia. 2012; 24(5):492-500.
11. Somjai T. Relationships between personal factors, team work and effectiveness of paramedic team, community hospitals under jurisdiction of the Ministry of Public Health. [Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2009. (in Thai).
12. Kumkong M. The importance of a continued training program in order to maintain and improve the competencies of the emergency room. Nurses. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2014;1(1): 77-84. (in Thai).

- 13 . Vibulwong P. Competency evaluation of participants from the emergency nurses training program at Boromarajonani Collage of Nursing Bangkok. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok. 2017;33(2):135-45. (in Thai).
14. Chulyamitaporn R. The development of ethical decision making program for taking care of patients with the end of life by professional nurses at Phramongkutkloa hospital. Journal of the Royal Thai Army Nurses. 2013;14(1):41-50. (in Thai).

การสร้างศักยภาพชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดภาวะ น้ำหนักเกินและภาวะอ้วนของคนในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

เพ็ญนา พิสัยพันธุ์* ดาราวรรณ รองเมือง** คัทลียา วสุธาดา** พรฤดี นิธิรัตน์*** สุธิตร์ ประยูรยวง****

บทคัดย่อ

บทนำ: ภาวะอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การแก้ปัญหาภาวะอ้วนอย่างยั่งยืน ชุมชนควรมีส่วนร่วม

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของรูปแบบการสร้างศักยภาพชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วน

วิธีการวิจัย: การวิจัยแบบมีส่วนร่วมโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้นำชุมชน และกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามพฤติกรรม การบริโภคอาหารและออกกำลังกาย ศักยภาพผู้นำชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการร่วมทำวิจัย มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา .83-1.00 และค่าความเชื่อมั่น .76-.96 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา สถิติที่คู่ และการทดสอบของวิลคอกซัน

ผลการวิจัย: รูปแบบการสร้างศักยภาพชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพคือ ให้ชุมชนมีส่วนร่วมในทุกกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ที่ครอบคลุมทั้งระดับบุคคล ระหว่างบุคคล และชุมชน และหลังใช้รูปแบบการสร้างศักยภาพผู้นำชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า กลุ่มเสี่ยงมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวลดลง ($t(29) = 8.00, p < .001$ และ $t(29) = 6.27, p < .001$) มีค่าคะแนนเฉลี่ยการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น ($z = -3.09, p < .001$) ส่วนค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมบริโภคอาหารไม่แตกต่างกัน และกลุ่มผู้นำชุมชน มีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวลดลง ($z = -2.59, p < .01$ และ $z = -2.04, p < .04$ ตามลำดับ) มีค่าคะแนนเฉลี่ยการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น ($z = -2.03, p < .04$) ส่วนพฤติกรรมบริโภคอาหาร ศักยภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการร่วมทำวิจัยในชุมชนไม่แตกต่างกัน

สรุปผล: รูปแบบการสร้างศักยภาพชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ช่วยลดดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวของคนในชุมชนได้

คำสำคัญ: ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การมีส่วนร่วมของชุมชน ภาวะอ้วน ภาวะน้ำหนักเกิน

*วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก, E-mail: pennapa11@pnc.ac.th

**วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

***วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

****โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าช้าง

Received: February 17, 2020

Revised: July 9, 2020

Accepted: August 4, 2020

Community capacity building on promoting behavioral change against overweight and obesity in community using a community-based participation approach

Pennapa Pisaipan* Daravan Rongmuang** Cuttaliya Vasuthada** Pornruedee Nitirat***

Suchitra prayoonyoung****

Abstract

Background: Obesity is a risk factor for non-communicable diseases. Sustainable obesity resolution should involve community participation.

Objectives: To develop and study the effect of the competency development model for health behavior modification regarding consumption and exercise behaviors in order to resolve overweight and obesity in the community.

Methods: The study design was the Community-Based Participation Research (CBPR). The samples included community leaders and community members who were at risk of non-communicable chronic diseases. Research tools were composed of the consumption and exercise behaviors questionnaire, the health behavior modification competencies questionnaire, and the research competencies questionnaire. The content validities of the questionnaires were .83-1.00, and the validities were .76-.96. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, and The Wilcoxon signed-ranks test.

Results: The competency development model for health behavior modification should involve community networks in all behavior modification processes. The behavioral modification should be implemented at the individual, interpersonal, and community levels; and After implementing the competency development model: the at-risk samples were statistically significantly lower in the BMI mean and waistline mean ($t(29) = 8.00, p < .001$ and $t(29) = 6.27, p < .001$, respectively) and the mean score of exercise behavior was statistically significantly increasing ($z = -3.09, p < .001$). The mean score of consumption behavior was not statistically different, and the community leaders were statistically significantly lower in the BMI and waistline means ($z = -2.59, p < .01$ and $z = -2.04, p < .04$, respectively) and the mean score of exercise behavior was also statistically significantly increasing ($z = -2.03, p < .04$) However, the mean scores of consumption behavior, behavior modification competency, and research competency were not statistically different.

Conclusions: The competency development model for health behavior modification can reduce BMI and waistline of people in the community.

Keywords: behavioral change, community participation, obesity, overweight

*Phrapokklao Nursing College, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute, Thailand,

E-mail: pennapa11@pnc.ac.th

**Phrapokklao Nursing College, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute, Thailand

***Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute, Thailand

****Tha Chang Health Promoting Hospital

บทนำ

ภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลง เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เกิดความพิการจากโรค ต้องพึ่งพาผู้อื่นรวมถึงอาจเสียชีวิตก่อนวัยอันควร นอกจากนี้ ยังเพิ่มค่าใช้จ่ายของระบบบริการสุขภาพอย่างมาก¹⁻² องค์การสหประชาชาติตั้งเป้าหมายที่จะลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังลง 1 ใน 3 ภายในปี พ.ศ. 2573 ปัจจุบันพบว่าอัตราการเสียชีวิตของประชากรไทย 3 ใน 4 มีสาเหตุมาจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง³ และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้ในปี พ.ศ. 2557 สูงถึง 5,584 ล้านบาทหรือ ร้อยละ 1.50 ของรายจ่ายด้านสุขภาพของประเทศ โดยมีต้นทุนการสูญเสียค่ารักษาพยาบาลที่เกิดจากโรคอ้วน ค่าสูญเสียจากการขาดงาน และต้นทุนค่าเสียโอกาสจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร รวมเท่ากับ 12,142 ล้านบาท⁴ ที่ผ่านมามีความพยายามในการแก้ปัญหาด้วยการพัฒนาโปรแกรมเพื่อควบคุมน้ำหนักที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง ซึ่งประสบความสำเร็จค่อนข้างดี⁵⁻⁹ อย่างไรก็ตามโปรแกรมส่วนใหญ่ถูกพัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยเป็นหลัก ทำให้ขาดมุมมองและการมีส่วนร่วมของชุมชนซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน

ชุมชนตำบลท่าช้าง เป็นชุมชนเมืองและชุมชนกึ่งเมือง มีประชากรทั้งหมด 28,596 คน พบปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป (12,529 คน) คือ การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่

ติดต่อเรื้อรัง โดยในปี 2560 พบผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง ร้อยละ 5.60, 12.06 และ 0.80 ตามลำดับนอกจากนั้นพบกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 6.90 และกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานร้อยละ 1.90 คน และยังพบว่าประชาชนมีภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนร้อยละ 3.03 การสำรวจความคิดเห็นของประชาชนตำบลท่าช้างจำนวน 219 คน ในปี พ.ศ. 2561 ระบุปัญหาสุขภาพที่ต้องการแก้ไข 3 อันดับแรกคือการออกกำลังกาย (ร้อยละ 38.40) ภาวะอ้วน (ร้อยละ 27.40) และการรับประทานอาหาร (ร้อยละ 26.00) โดยต้องสร้างความตระหนักให้คนในชุมชนมีการรับรู้ว่าคุณสมบัติหลักในการแก้ไขปัญหาส่วนหน่วยงานอื่นๆ ในพื้นที่เป็นผู้คอยสนับสนุนเท่านั้น แต่สถานการณ์จริงการแก้ไขปัญหาภาวะน้ำหนักเกินในพื้นที่ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่เป็นหลัก เน้นให้ความรู้และพัฒนาทักษะของผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงยังขาดการพัฒนาศักยภาพให้ชุมชนสามารถร่วมแก้ปัญหาอย่างเป็นรูปธรรมจึงยังไม่เกิดการแก้ปัญหาสุขภาพในพื้นที่อย่างยั่งยืน

ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบการสร้างศักยภาพผู้นำชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ตามแนวคิดการใช้กระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วมของชุมชนโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (community-based participatory research: CBPR) ซึ่งเป็นแนวทางการทำงานเพื่อสร้างความเป็นหุ้นส่วนการทำวิจัยอย่างเสมอภาคระหว่างชุมชน (นักวิจัยพื้นที่) กับคณะผู้วิจัย เปิดโอกาสให้ชุมชนมีส่วนร่วมตั้งแต่ขั้นตอนการศึกษาสถานการณ์ปัญหาสุขภาพในชุมชน การออกแบบกิจกรรมเพื่อแก้ปัญหา และดำเนินการเพื่อแก้ไข

ปัญหา จนเกิดการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างชุมชน และทีมผู้วิจัย¹⁰ โดยคาดหวังว่าจะสามารถลด ภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนของคนในชุมชน ได้อย่างยั่งยืน

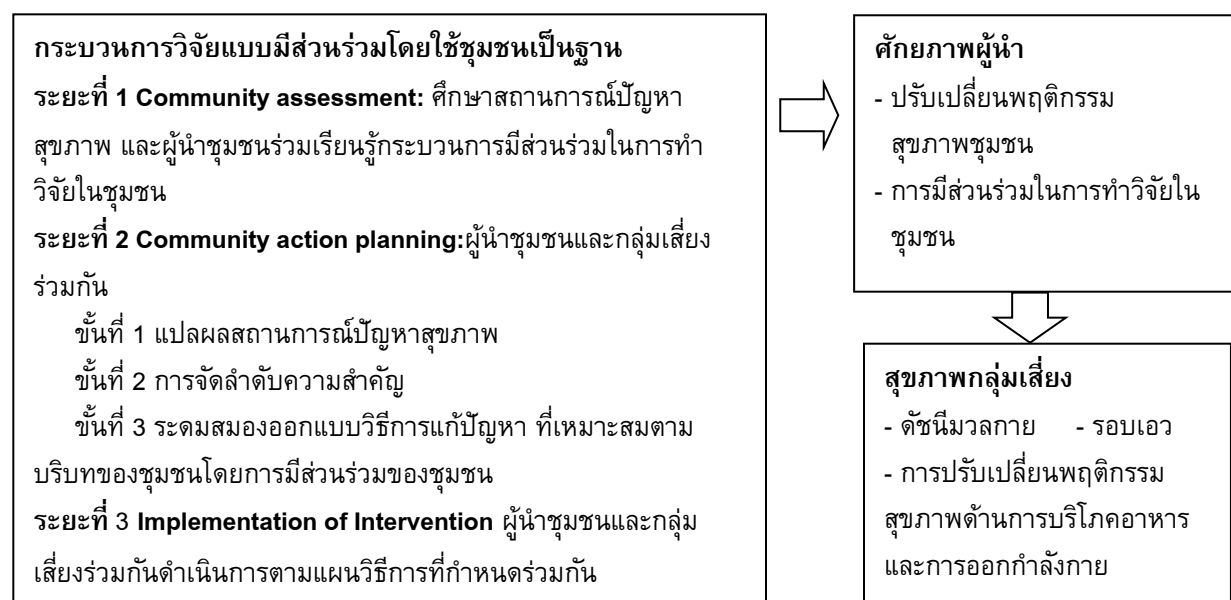
วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของรูปแบบการ สร้างศักยภาพชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย

เพื่อลดภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนของคนใน ชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

กรอบแนวคิดการวิจัย

วิจัยนี้ใช้กระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วม โดยใช้ชุมชนเป็นฐานซึ่งได้กำหนดกรอบแนวคิด โดยอิงตามแนวทางการศึกษาของ Schulz และ คณะ¹⁰ ซึ่งแบ่งระยะการดำเนินงานเป็น 3 ระยะ ดังกรอบแนวคิดต่อไปนี้



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยแบบมีส่วนร่วมโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (community-based participatory research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ 1) ผู้นำ ชุมชน ม.12 ต.ท่าช้าง อ.เมือง จ.จันทบุรี จำนวน 24 คน และ 2) ประชาชนในชุมชน จำนวน 2,242 คน

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ 1) ผู้นำชุมชน จำนวน 15 คน เลือกแบบเจาะจง ตาม เกณฑ์คัดเลือกคือ 1) เป็นผู้นำชุมชนที่ ม.12 ต.ท่าช้าง

มาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี 2) อ่านและเขียนภาษาไทย ได้ และ 3) ยินดีเข้าร่วม เป็นทีมวิจัยในพื้นที่เกณฑ์ การคัดออกคือ ร่วมกิจกรรมในการวิจัยน้อยกว่า ร้อยละ 80.00

2. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อ เรื้อรัง จำนวน 30 คน โดยกำหนดขนาดกลุ่ม ตัวอย่างโดยใช้กฎแห่งความชัดเจน (rule of thumb) ที่กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยทั่วไปไม่ ควรน้อยกว่า 30 คน เนื่องจากจะทำให้รูปการแจกแจงเข้าใกล้โค้งปกติได้ดีที่สุดเลือกแบบเจาะจง

ตามเกณฑ์คัดเข้าคือ 1) อายุ 35-65 ปี อ่านและเขียนภาษาไทยได้และ 2) เป็นผู้มีลักษณะดังต่อไปนี้ 2.1) มีดัชนีมวลกายเกิน 23 กก./ม² และหรือมีรอบเอวเกินเกณฑ์ 80 ซม. 2.2) เป็นผู้ที่มีความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ 2.3) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยตลอด 6 เดือน เกณฑ์การคัดออกคือ ร่วมกิจกรรมในการวิจัยน้อยกว่า ร้อยละ 80.00

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1.แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง เส้นรอบวงเอว

2.แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับจาก 1 (ไม่เคยปฏิบัติ) ถึง 4 (ปฏิบัติ 5-6 ครั้ง/สัปดาห์) มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .92 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .76

3.แบบสอบถามการออกกำลังกายจำนวน 6 ข้อแบบเติมคำ มีดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1 และทำการทดสอบและทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน เท่ากับ .96

4.แบบประเมินศักยภาพผู้นำชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 17 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับจาก 1 (น้อยที่สุด) ถึง 5 (มากที่สุด) มีดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .85 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .95

5.แบบประเมินศักยภาพของผู้นำชุมชนในการร่วมทำวิจัยในชุมชน จำนวน 13 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า ให้เลือก 5 ระดับ จาก 1 (น้อยที่สุด) ถึง 5 (มากที่สุด) มีค่าดัชนีความตรง

เชิงเนื้อหา เท่ากับ .83 และมีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของครอนบาค เท่ากับ .94

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6 เลขที่ CTIREC 102/61 วันที่ 10 มกราคม 2562

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย การดำเนินการวิจัยทุกขั้นตอน สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มผู้นำชุมชน ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลพื้นฐาน (baseline) และให้กลุ่มตัวอย่างร่วมเรียนรู้ในกระบวนการทำวิจัย ทุกขั้นตอนตลอดระยะเวลาดำเนินการวิจัยและการติดตามผลอีกครั้งในเดือนที่ 6 ส่วนกลุ่มตัวอย่างประชาชนกลุ่มเสี่ยงผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล baseline และดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนการวิจัยจนครบทุกขั้นตอนเป็นระยะเวลา 6 เดือนแล้วติดตามผลอีกครั้ง

3. การดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ มีการนัดหมายกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มผู้นำชุมชน และกลุ่มเสี่ยงทุกเดือนๆ ละ 1 ครั้ง ตามที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก มีการทำกิจกรรมตั้งเป้าหมายการปรับพฤติกรรมร่วมกัน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงแนวทางการปรับพฤติกรรม มีการเสริมแรง ตลอดจนกิจกรรมการชั่งน้ำหนัก และวัดเส้นรอบเอว เพื่อใช้เป็นข้อมูลย้อนกลับ สำหรับกลุ่มผู้นำชุมชน และกลุ่มเสี่ยงในการปรับเปลี่ยน กลยุทธ์ในการปรับพฤติกรรมเพื่อลดน้ำหนัก และเส้นรอบเอว

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยสถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์การกระจายของข้อมูลโดยใช้ สถิติ Kolmogorov–Smirnov test

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย BMI เส้นรอบเอว และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของกลุ่มเสี่ยง ก่อนและหลังการดำเนินการ ใช้รูปแบบโดยใช้สถิติที่คู่ (Paired t-test) เนื่องจากการกระจายของข้อมูลเป็นโค้งปกติ

4. เปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวน กลุ่มเสี่ยงที่มีการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น และ ความแตกต่างของจำนวนผู้นำชุมชนที่มีดัชนีมวลกาย (BMI) และเส้นรอบเอวลดลงมีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ศักยภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และศักยภาพในการร่วมทำวิจัยในชุมชนเพิ่มขึ้น ก่อนและหลัง ก่อนการดำเนินการใช้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย โดยใช้ สถิติ The Wilcoxon signed-ranks test เนื่องจากการกระจายของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ

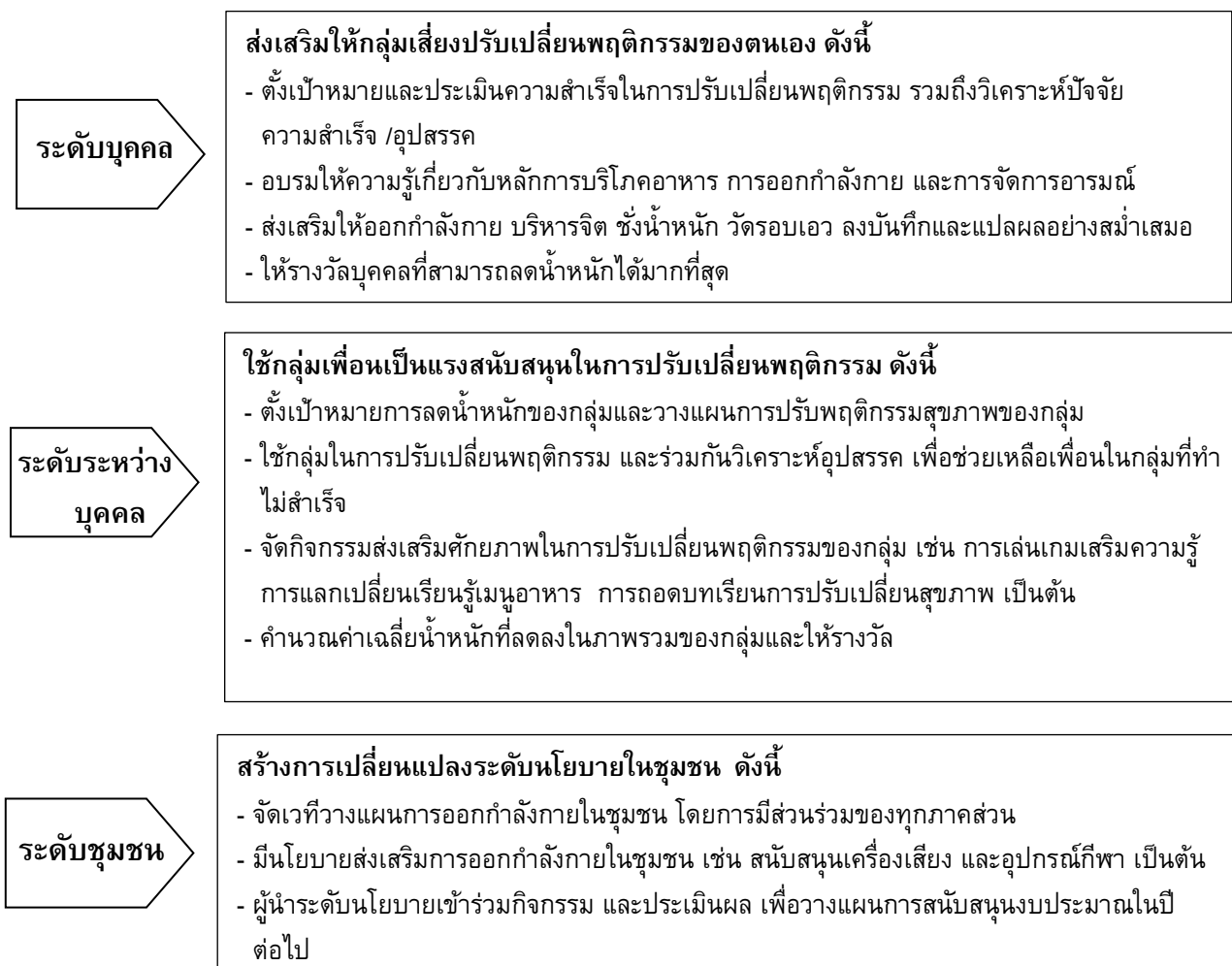
ผลการวิจัย

รูปแบบการพัฒนาศักยภาพชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายเพื่อลดภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนของคนในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย การส่งเสริมให้ภาคีเครือข่ายในชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครหมู่บ้าน ประชาชนกลุ่มเสี่ยง เจ้าหน้าที่ในสถานบริการสุขภาพ องค์กรบริหารท้องถิ่น และ

สถาบันการศึกษา เข้ามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมแก้ไขปัญหาของชุมชน ซึ่งในการดำเนินการกลุ่มแกนนำชุมชน และผู้วิจัยจากสถาบันการศึกษาทำความเข้าใจร่วมกันถึงกระบวนการวิจัยในชุมชน และความสำคัญของกระบวนการพัฒนาคณะและชุมชน ซึ่งเป็นหัวใจของการแก้ปัญหาที่ยั่งยืนดำเนินการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดำเนินการแก้ไขปัญหสุขภาพของชุมชนอย่างมีส่วนร่วม ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้ชุมชนสามารถเข้าใจปัญหาและมีความคิดที่จะร่วมแก้ไขปัญหามาตามบริบทของชุมชน

ในการวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการตามขั้นตอน คือ 1) ค้นหาปัญหา โดยการรวบรวมข้อมูลสุขภาพของทั้งข้อมูลปฐมภูมิและทุติยภูมิร่วมกับทีมผู้วิจัยซึ่งได้จากการสำรวจภาวะสุขภาพของคนในชุมชนโดยใช้แบบเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและปัจจัยเสี่ยงข้อมูลสุขภาพของชุมชนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และรายงานการตรวจสุขภาพประจำปีจากองค์การบริหารส่วนตำบล 2) ร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาโดยพิจารณาถึงความรุนแรง และความยากง่ายในการแก้ไขปัญหาพบว่า ปัญหาที่พบ คือ ภาวะอ้วน การมีพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสมและการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยกลุ่มแกนนำชุมชนได้จัดลำดับความสำคัญ โดยมีทีมผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการแต่ไม่ได้ร่วมเสนอความคิดเห็นใดๆ ในกระบวนการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ที่ประชุมเลือกที่จะแก้ปัญหาภาวะอ้วน การมีพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสมหลังจากนั้นดำเนินการ 3) การระดม

สมองออกแบบวิธีการแก้ปัญหา ที่ครอบคลุม คำนึงถึงบริบทและการมีส่วนร่วมของชุมชนตาม
ทั้ง ระดับบุคคล ระหว่างบุคคล และชุมชน โดย กิจกรรม ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงก่อนและหลังการดำเนินการการใช้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพชุมชนฯ (n=30)

รายการ	ก่อน		หลัง		95%CI	t(df)	p
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
ดัชนีมวลกาย (kg/m^2)	26.96	3.38	25.97	3.42	.73-1.24	8.00(29)**	.001
เส้นรอบเอว (cm)	90.27	8.75	87.00	7.92	2.20-4.33	6.27(29)**	.001
การบริโภคอาหาร (คะแนน)	58.20	8.03	60.67	7.38	-5.23-.30	-1.82(29)	.070

**p<.001

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอันดับที่ของพฤติกรรมการออกกำลังกายของกลุ่มเสี่ยง และการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอันดับที่ของดัชนีมวลกายเส้นรอบเอว พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้นำชุมชน คะแนนศักยภาพผู้นำชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการมีส่วนร่วมในการทำวิจัยในชุมชน ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพชุมชน ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย

รายการ	อันดับคะแนน ที่ลดลง			อันดับคะแนน ที่เพิ่มขึ้น			คะแนน คงเดิม	Z	P
	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	ผลรวม	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	ผลรวม			
		อันดับที่	อันดับที่		อันดับที่	อันดับที่			
กลุ่มเสี่ยง (n=30)									
การออกกำลังกาย (MET)	4	9.13	36.50	19	12.61	239.50	7	-3.09	.001
ผู้นำชุมชน(n=15)									
ดัชนีมวลกาย (kg/m ²)	1	7.73	85.00	3	6.67	20.00	1	-2.59	.01
เส้นรอบเอว (cm)	12	6.88	82.50	1	8.50	8.50	2	-2.04	.04
การบริโภคอาหาร (คะแนน)	6	5.00	30.00	8	9.38	75.00	1	-1.14	.16
การออกกำลังกาย (MET)	2	8.25	16.50	11	6.77	74.50	2	-2.03	.04
ศักยภาพการปรับเปลี่ยน	5	9.40	47.00	9	6.44	58.00	1	-.35	.73
พฤติกรรมสุขภาพ									
ศักยภาพการทำวิจัยในชุมชน	5	8.50	42.50	9	6.94	62.50	1	-.63	.53

จากตารางที่ 1 และ 2 พบว่า หลังการใช้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายกลุ่มเสี่ยงมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(29)=8.00$, $p<.001$ และ $t(29)=6.27$, $p<.001$ ตามลำดับ) และกลุ่มเสี่ยงมีค่าคะแนนเฉลี่ยการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z=-3.09$, $p<.001$) ส่วนค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่แตกต่างกัน

สำหรับกลุ่มผู้นำชุมชน พบว่า หลังการใช้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพชุมชนในการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายกลุ่มผู้นำชุมชนมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z=-2.59$, $p<.01$ และ $z=-2.04$, $p<.04$ ตามลำดับ) และมีค่าคะแนนเฉลี่ยการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ($z=-2.03$, $p<.04$) ส่วนค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ค่าคะแนนเฉลี่ยศักยภาพผู้นำชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และค่าคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการทำวิจัยในชุมชนเพิ่มขึ้นไม่แตกต่างกัน

อภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. รูปแบบการสร้างศักยภาพชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ประกอบด้วย การส่งเสริมให้ภาคีเครือข่ายในชุมชน และสถาบันการศึกษา เข้ามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมแก้ไขปัญหาของชุมชน ตั้งแต่ ค้นหาปัญหา ร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูล และระดมสมอง ออกแบบวิธีการแก้ปัญหาที่ครอบคลุมทั้ง ระดับบุคคล ระหว่างบุคคล และชุมชน ซึ่งในการดำเนินการพัฒนามีการใช้ชุมชนเป็นฐาน ตั้งแต่การพัฒนาศักยภาพกลุ่มแกนนำชุมชนให้เกิดกระบวนการคิด และแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน ประกอบด้วย การประเมินสถานการณ์ การค้นหาปัญหา วิเคราะห์ข้อมูล รวมถึงการวิเคราะห์แหล่งประโยชน์ในชุมชนที่จะใช้ดำเนินการแก้ไขปัญหา ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ชุมชนมีศาลาที่สามารถใช้จัดกิจกรรมการออกกำลังกายได้ ผู้ใหญ่บ้านและชาวบ้านรวมเงินกันซื้อเครื่องเสียงและอุปกรณ์กีฬา และมีแกนนำที่สามารถนำออกกำลังกายด้วยการแอโรบิกได้ ซึ่งกระบวนการที่เกิดขึ้นเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วมโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ทำให้ชุมชนสามารถเข้าใจปัญหาและมีความคิดที่จะร่วมแก้ไขปัญหาตามบริบท และทรัพยากรของชุมชน นอกจากนี้ยังทำให้ชุมชนตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพของตนเองและชุมชน ส่งผลให้เกิดการขับเคลื่อน เพื่อพัฒนาสุขภาพของชุมชนที่ยั่งยืนต่อไป สอดคล้องกับแนวทางการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชน

ที่ครอบคลุมทั้ง ระดับบุคคล ระหว่างบุคคล และชุมชน โดยคำนึงถึงบริบทและการมีส่วนร่วมของชุมชน สถาบันการศึกษาและสถานบริการสุขภาพในชุมชน¹⁰ และสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาศักยภาพแกนนำนักสร้างเสริมสุขภาพในการบริการปฐมภูมิ ที่จะต้องประกอบด้วย ขั้นตอนหลัก 3 ขั้นตอน คือ 1) การเตรียมความพร้อม โดยการให้ความรู้แกนนำชุมชนเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ ปัจจัยกำหนดทางสังคมและการมีส่วนร่วมของประชาชน มีการพัฒนาทักษะการวิเคราะห์ปัญหา 2) การดำเนินงาน ตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหาและจัดโครงการ โดยโครงการที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ 3) การประเมินผลการดำเนินงานร่วมกัน¹¹

2. หลังการใช้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ทั้งกลุ่มเสี่ยงและผู้นำชุมชนมีดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวลดลง รวมถึงมีพฤติกรรมออกกำลังกายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากการที่หลายภาคส่วนได้ร่วมกันพัฒนารูปแบบและมีการออกแบบกิจกรรมที่ครอบคลุมการปรับเปลี่ยนทั้งระดับตัวกลุ่มเสี่ยงเอง ครอบครัว และการขับเคลื่อนนโยบายในชุมชน ซึ่งรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความโดดเด่นในเรื่องการสร้างการรับรู้ปัญหาและร่วมมือในแก้ไขปัญหาของชุมชน โดยใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชนสร้างหุ้นส่วนการทำงานระหว่างภาครัฐและชุมชนในทุกกระบวนการจนถึงการรับผลประโยชน์ร่วมกัน ส่งผลให้เกิดความสัมพันธ์อันดีระหว่างภาครัฐและชุมชน¹² ทำให้เกิดผลสำเร็จของรูปแบบดังกล่าว

ข้างต้น นอกจากนั้น กิจกรรมที่จัดขึ้นทั้งในระดับบุคคล ระดับระหว่างบุคคล และระดับชุมชน เป็นการให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านตัวบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้มีภาวะอ้วนในชุมชนที่ใช้กิจกรรมหลายระดับเช่นเดียวกับการศึกษานี้ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อลดภาวะอ้วนมีค่าเฉลี่ยการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹³ และสอดคล้องกับการศึกษาที่ให้ชุมชนเป็นฐานในประเทศอินเดีย ที่ใช้ผู้นำชุมชนให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน พบว่าสามารถลดภาวะอ้วนลงพุงของคนในชุมชนได้¹⁴ และสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดภาวะอ้วนของคนในชุมชน ในจังหวัดมหาสารคาม โดยดำเนินการตามขั้นตอน ประกอบด้วย การศึกษาบริบทชุมชนและวิเคราะห์สถานการณ์โรคอ้วนของคนในชุมชนการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดภาวะอ้วนของคนในชุมชนโดยผู้วิจัยและทีมสหวิชาชีพ รวมทั้งผู้ป่วยโรคอ้วนในชุมชนที่เน้นกระบวนการออกกำลังกาย และการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับตนเองภายหลังการดำเนินการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการออกกำลังกายสูงกว่าก่อนการพัฒนา¹⁵

อย่างไรก็ตาม เป็นที่น่าสนใจว่ากลุ่มตัวอย่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารมีค่าเพิ่มสูงขึ้น แต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะชุมชนที่ศึกษาเป็นลักษณะเป็นชุมชนกึ่งเมืองกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาหารเองการเข้าถึงอาหารปรุง

สำเร็จและอาหารพร้อมรับประทานง่าย กลุ่มตัวอย่างซื้ออาหารจากตลาดมารับประทานเป็นส่วนใหญ่ ทำให้ยากต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมารับประทานอาหาร สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของครอบครัวในชุมชนบ้านพักข้าราชการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ซึ่งตั้งอยู่ในชุมชนเมือง ที่พบว่า มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังได้แก่การเติมน้ำปลาในอาหารที่ปรุงสุกสำเร็จรูปแล้ว การรับประทานอาหารปิ้งย่าง อาหารไขมันและน้ำตาลสูง การดื่มชา กาแฟ เครื่องดื่มที่มีรสหวาน และรับประทานขนมขบเคี้ยว¹⁶

3. หลังการใช้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย จำนวนผู้นำชุมชนที่มีศักยภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการมีส่วนร่วมในการทำวิจัยในชุมชนเพิ่มขึ้นไม่แตกต่างจากเดิมทั้งนี้อาจเป็นเพราะลักษณะการทำงานที่ชุมชนทำซ้ำที่ผ่านมา มีการดำเนินการเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของคนในชุมชนร่วมกันระหว่างสถาบันการศึกษา เครือข่ายสุขภาพ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครหมู่บ้าน โดยมีวิทยาลัยพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เป็นผู้สนับสนุนช่วยเหลือ และผลจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า หลังการใช้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายมีผู้ที่มีพฤติกรรมดีขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบจำนวน 9 คน แต่ยังมีอีก 5 คน ที่ยังไม่ดีขึ้น แสดงให้เห็นว่าถึงแม้กลุ่มผู้นำชุมชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเคยผ่านประสบการณ์ในการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการมีส่วนร่วมในการทำวิจัยในชุมชนมาก่อน และกระบวนการวิจัยในครั้งนี้ถึงแม้มีการส่งเสริมให้ผู้นำชุมชนจะได้รับการเรียนรู้และสนับสนุนให้สามารถดำเนินการในเรื่องการปรับพฤติกรรมหรือการมีส่วนร่วมในการทำวิจัยมาระยะหนึ่งแล้ว แต่กลุ่มผู้นำชุมชนยังไม่มี ความมั่นใจในการดำเนินการด้วยตนเอง ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาศักยภาพสตรีแกนนำในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพสตรีวัยเจริญพันธุ์ในจังหวัดเชียงใหม่ และการพัฒนาศักยภาพแกนนำนักสร้างเสริมสุขภาพในการบริการปฐมภูมิในจังหวัดอุดรธานี ซึ่งงานวิจัยทั้งสองเรื่องนี้เป็นงานวิจัยที่พัฒนาศักยภาพผู้นำในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยการเตรียมความพร้อมโดยการให้ความรู้และให้มีส่วนร่วมในกระบวนการทุกขั้นตอน พบว่า ผู้นำสามารถพัฒนาศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพคนในชุมชนได้ และยังสามารถพัฒนาทักษะการวิเคราะห์ปัญหาของชุมชนอีกด้วย^{11,17} ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการดำเนินงานวิจัยที่ผ่านมา มีขั้นตอนให้กลุ่มแกนนำได้ฝึกปฏิบัติการเขียนแผนงาน/โครงการ เป็นสรุปประเด็นที่สำคัญ ค้นหาทุนทางสังคมของชุมชน และหาแนวทางการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ที่มาจาก การมีส่วนร่วมของประชาชนในสถานการณ์จริง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ เกิดความมั่นใจแต่ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างไม่ได้ฝึกการเขียนแผนงาน และลงมือปฏิบัติด้วยตนเองแต่ได้ร่วมคิดร่วมปฏิบัติร่วมกับทีมผู้วิจัยทุกขั้นตอนซึ่งการที่ไม่ได้ปฏิบัติเป็นผู้นำด้วยตนเองอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความไม่มั่นใจ ยังมีความคิดที่ยังต้องมีพี่เลี้ยงที่คอยสนับสนุนการดำเนินงานในชุมชนต่อไป

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

ภาวะอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การแก้ปัญหาภาวะอ้วนอย่างยั่งยืน ชุมชนควรมีส่วนร่วม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรส่งเสริมให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของชุมชน โดยคำนึงถึงการจัดการปัญหาที่ครอบคลุมทั้ง ระดับบุคคล ระหว่างบุคคล และชุมชน และควรยกระดับปัญหาโรคเรื้อรังในชุมชนขึ้นเป็นปัญหาระดับชุมชน ตลอดจนการสร้างตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพของตนเองและชุมชน ทั้งนี้ให้เกิดการขับเคลื่อนเพื่อพัฒนาสุขภาพของชุมชนที่ยั่งยืนต่อไป

References

1. Hruby A, Hu FB. The epidemiology of obesity: a big picture. *Pharmacoeconomics*. 2015;33(7):673–89.
2. Krisorakun T, Polamaung W, Poonawagul U. Prevalence of overweight, obesity and co-morbidities among adults aged over 20 years in Tambon Chantanimit Amphur Muang Chanthaburi Province. *The Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center*. 2007;24(2):89-98. (in Thai).
3. Institute for Population and Social Research, Mahidol University. *Thai Health 2018: religion and health*. Bangkok: Amarin Printing and Publishing Public; 2018. (in Thai).

4. Pitayastienanan P, Butchon R, Yothasamut J, Aekplakorn W, Teerawattananon Y, Suksomboon N, et al. Economic costs of obesity in Thailand: A retrospective cost-of-illness study. *BMC Health Services Research*. 2014;14:146-53. (in Thai).
5. Kuanra-ngub S. Behavior modification program for weight control of payap university personnel. *Nursing Journal*. 2014;41(1):85-95. (in Thai).
6. Ponghan P. Effects of health promotion program on metabolic syndrome preventive behaviors among health volunteers. *Journal of Nursing and Health Sciences*. 2011;5(3): 54-63. (in Thai).
7. Nilkumhaeng A, Pimpan C. Effects of health promotion programs on behavioral change to reduce cholesterol levels in blood of Chainat hospital staff. *Social Sciences Research and Academic Journal*. 2008; 3(6):127-38. (in Thai).
8. Poompukaew W, Dungsong R. The effectiveness of application by self-regulation theory and transtheoretical theory for behavior development on weight reduction among government officers in Nahaeo District, Loei Province. *KKU Journal for Public Health Research*. 2009; 2(1):77-87.(in Thai).
9. Polikandrioti M, Dokoutsidou H. The role of exercise and nutrition in type II diabetes mellitus management. *Health Sci J*. 2009; 3(4):216-21.
10. Schulz AJ, Israel BA, Coombe CM, Gaines C, Reyes AG, Rowe Z, et al. A community-based participatory planning process and multilevel intervention design: toward eliminating cardiovascular health inequities. *Health Promot Pract*. 2011;12(6):900-11.
11. Chidnayee S, Kaewcharoenta P, Wuttijureepan A, Kuariyakul A. The competencies development of health promotion leaders at primary care. *Journal of Nursing Education*. 2016;9(2):40-54. (in Thai).
12. Johnson CE, Ali SA, Shipp MP. Building community-based participatory research partnerships with a Somali refugee community. *Am J Prev Med*. 2009;37(6):S230-36.
13. Pannasil B,Pansila W,Bootsankom R. Development of operations management to reduce for obesity people in community Nong Sang Sub-District,Wapi Prathum District, Mahasarakham Province. *Journal of Science and Technology, Ubon Ratchathani University*. 2017;19(2):108-23. (in Thai).
14. Balagopal P, Kamalamma N, Patel TG, Misra R. A community-based participatory diabetes prevention andmanagement intervention in rural India using community health workers. *Diabetes Educ*. 2012;38(6):822-34.
15. Pannasil B, Pansila W, Bootsankom R. Development of operations management to

- reduce obese people in the community, Nong Sang sub-distict, Wapi Prathum district, Mahasarakham province. Journal of Science and Technology, Ubon Ratchathani University. 2017;19:108-23. (in Thai).
16. Poonperm R. Food consumption behaviors of family in the community of Phramongkutklao Hospital personnel's Residence. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2016;17(2):78-88. (in Thai).
17. Sriareporn P, Prommachote M. Competency development of women leaders for promoting health in women of reproductive age. Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council. 2011;26(special issue): 70-80. (in Thai).

**ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดต่อการระบาดของ
ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของนักศึกษา
คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก**

กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์* เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ* ลำพึง วอนอก* สุพัฒน์ อาสนะ*
วรรณศรี แวงาม* กุลธิดา กิ่งสวัสดิ์* ภาณุชนาถ อ่อนไกล*

บทคัดย่อ

บทนำ: การระบาดของโรค COVID-19 แพร่กระจายอย่างรวดเร็วไปทั่วโลก ส่งผลกระทบต่อจิตใจ โดยเฉพาะความเครียดที่ต้องเผชิญปัญหาในสถานการณ์ดังกล่าว

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดต่อการระบาดของโรค COVID-19

วิธีการวิจัย: การวิจัยแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก สุ่มตัวอย่างแบบตามความสะดวก ได้กลุ่มตัวอย่าง 699 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าสถิติเชิงพรรณนา และสมการถดถอยพหุโลจิสติก ช่วงความเชื่อมั่น 95%

ผลการวิจัย: พบว่ากลุ่มตัวอย่างมากที่สุดเป็นเพศหญิง ร้อยละ 85.26 มีอายุเฉลี่ย 20.64 ± 1.74 ปี กลุ่มตัวอย่างมากที่สุดมีระดับความเครียดในระดับน้อยร้อยละ 61.52 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดต่อการระบาดของโรค COVID-19 ได้แก่ ปัจจัยระดับการรับรู้ความเสี่ยงโรค COVID-19 ระดับปานกลาง และระดับไม่ดี ($OR_{adj} 1.56, p = .014, 95\%CI [1.10, 2.23]$ และ $OR_{adj} 1.83, p = .010, 95\%CI [1.15, 2.90]$, ตามลำดับ) และปัจจัยระดับพฤติกรรมການป้องกันตนเองจากโรค COVID-19 ระดับปานกลาง และระดับไม่ดี ($OR_{adj} 1.19, p = .003, 95\%CI [1.08, 1.77]$ และ $OR_{adj} 2.14, p = .001, 95\%CI [1.37, 3.35]$ ตามลำดับ)

สรุปผล: ควรให้การช่วยเหลือนักศึกษาที่มีภาวะเครียดในระดับมากถึงระดับมากที่สุด รวมถึงควรมีการเร่งสร้างความตระหนักและการปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันตนเองจากโรค COVID-19 แบบปกติใหม่

คำสำคัญ: โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้ความเสี่ยง พฤติกรรมการป้องกันตนเอง ความเครียด

*วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, สถาบันพระบรมราชชนก, E-mail: kritkantorn@gmail.com

**วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี, สถาบันพระบรมราชชนก

Received: April 23, 2020

Revised: July 27, 2020

Accepted: August 7, 2020

**Factors associated with stress due to corona virus disease 2019
(COVID-19) pandemic among students of the Faculty of Public Health
and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute**

Kritkantorn Suwanaphant* Saowaluk Seedaket* Lampung Vonok* Supat Assana*

Wannasri Wawngam* Kunthida Kingsawad** Phanutchanat On-Kail*

Abstract

Background: The COVID-19 pandemic has spread rapidly around the world and has caused a considerable psychological effects, particularly stress. .

Objectives: Aimed to identify the factors associated with stress due to the COVID-19 pandemic.

Methods: A cross-sectional analytical study was conducted using the convenience sampling technique to recruit 699 undergraduates of Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute. Data were analyzed by descriptive statistics and multiple logistic regression models (with 95% CI) were administered to determine the possible associated factors to stress.

Results: The findings revealed that most students were female (85.26%) and the average age was 20.64 ± 1.74 years. The stress due to COVID-19 was mainly reported as a mild stress (61.52%). The factors associated with stress due to COVID-19 pandemic included; risk perception reported at a moderate and low level (OR_{adj} 1.56, $p=.014$, 95%CI [1.10, 2.23], and OR_{adj} 1.83, $p=.010$, 95%CI [1.15, 2.90], respectively) and protective behavior reported at a moderate and low level (OR_{adj} 1.19, $p=.003$, 95%CI [1.08, 1.77], and OR_{adj} 2.14, $p=.001$, 95%CI [1.37, 3.35], respectively)

Conclusions: The college should have measures in place to protect students who have stress presented at moderate and high levels. The stimulation of awareness, positive health behavior and behavior change should be rapidly undertaken.

Keywords: COVID-19, perception of risk factors, protective behavior, stress

*Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen, Praboromrajchanok Institute, Thailand,

E-mail: kritkantorn@gmail.com

**Sirindhorn College of Public Health, Suphanburi, Praboromrajchanok Institute, Thailand,

บทนำ

โรคโควิด-19 (COVID-19) ถูกพบครั้งแรกในอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ ประเทศจีน โดยพบหลักฐานการแพร่จากคนสู่คน ต่อมา มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นในกลางเดือนมกราคม พ.ศ. 2563¹ และได้พบผู้ป่วยยืนยันในหลายประเทศทั่วโลก จนเมื่อวันที่ 11 มีนาคม 2563 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้โรค COVID-19 เป็นการระบาดใหญ่ (Pandemic) ที่มีจำนวนผู้ป่วย และผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก อย่างรวดเร็ว อัตราการเสียชีวิตจากโรคประมาณร้อยละ 4.60¹ อาการที่พบบ่อยที่สุดของโรค COVID-19 คือ มีไข้ อ่อนเพลียและมีอาการไอแห้ง ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการปวดเมื่อย คัดจมูก น้ำมูกไหล เจ็บคอหรือท้องเสีย อาการเหล่านี้มักจะไม่รุนแรง แต่มีรายงานว่าประมาณ 1 ใน 6 คนที่ได้รับเชื้อโรค COVID-19 ป่วยหนักและหายใจลำบาก¹ โดยกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงส่วนมากเป็นผู้สูงอายุ และผู้ที่มีโรคประจำตัวเช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน ระยะพักตัวของโรค (ตั้งแต่สัมผัสกับไวรัสจนมีการแสดงอาการ) อยู่ระหว่าง 2-14 วัน²

สถานการณ์ของผู้ติดเชื้อทั่วโลก ณ วันที่ 21 เมษายน 2563 พบว่า มีผู้ติดเชื้อที่ยืนยันแล้วทั้งสิ้น 2,503,385 ราย เสียชีวิต 171,796 ราย ส่วนสถานการณ์ของโรค COVID-19 ในประเทศไทยพบว่า มีผู้ติดเชื้อที่ยืนยันแล้วทั้งสิ้น 2,811 ราย เสียชีวิตรวม 48 ราย รักษาหาย 2,108 ราย³ ประมาณร้อยละ 50 ของผู้ติดเชื้อกลุ่มนี้มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่ไม่เปิดเผยประวัติเสี่ยงต่อการสัมผัสเชื้อ COVID-19 จึงถือเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่ทุกคนจะต้องปฏิบัติตามมาตรการในการลดการระบาดของโรค COVID-19⁴

การระบาดของโรค COVID-19 ที่เกิดขึ้นได้สร้างความวิตกกังวลและความเครียดให้กับ

คนทั่วโลก รวมถึงในประเทศไทยด้วย โดยมี ความเครียดและความกังวลที่เกิดจากสาเหตุ และมาตรการต่าง ๆ เช่น การกักตัวติดเชื้อ ความกังวลจากมาตรการปิดประเทศ (Lock down) เป็นต้น³ การรับรู้ถึงความเสี่ยงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อที่จะเตรียมการในการป้องกันตนเองจากโรค COVID-19 ซึ่งเมื่อมีรับรู้ความเสี่ยงที่ดี จะส่งผลให้มีการป้องกันตนเอง ช่วยลดความวิตกกังวลและความเครียดได้ การรับรู้ความเสี่ยงจะช่วยให้การกำหนดเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลได้⁵ การรับรู้ภาวะความเสี่ยงด้านสุขภาพเป็นความเข้าใจของบุคคลที่มีต่อสุขภาพของตนเองในแต่ละเวลา⁶ การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อให้ช่วยป้องกันโรคนั้น ทฤษฎีการรับรู้ความเสี่ยงด้านสุขภาพเป็นทฤษฎีที่ใช้ในการอธิบายและทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรค โดยการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค จะต้องมีความเชื่อหรือรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค และรับรู้ว่ามีโรคนั้นมีความรุนแรง และมีผลกระทบหลายอย่าง และการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรคโดยไม่มีอุปสรรคต่อการปฏิบัติ⁷ ซึ่งหากคนมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค COVID-19 จะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันตนเอง ช่วยป้องกันโรค COVID-19 ได้ คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก เป็นสถาบันการศึกษาที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 และได้ปฏิบัติตามมาตรการการควบคุมและป้องกันโรคอย่างเคร่งครัด เช่น มีการให้คำแนะนำและกักตัวกรณีหลังเดินทางมาจาก

พื้นที่ที่มีการระบาด ภายใน 14 วัน และมีอาการใช้ร่วมกับไอ จาม มีน้ำมูก เจ็บคอ หอบเหนื่อย ให้ใส่หน้ากากอนามัย การทำความสะอาดพื้นที่ที่นักศึกษาใช้ร่วมกัน รวมถึงการปิดสถานศึกษา เป็นต้น⁸ แต่คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ยังไม่มีการศึกษาเพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานสำหรับการป้องกันและลดความเครียดให้กับนักศึกษา ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดต่อการระบาดของโรค COVID-19

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาระดับความเครียด ระดับการรับรู้ ความเสี่ยงและระดับพฤติกรรม การป้องกันตนเอง จากโรค COVID-19 และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดต่อการระบาดของโรค COVID-19 ของนักศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ นักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ที่ศึกษาในปีการศึกษา 2562 จำนวน 3,788 คน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนเมษายน 2563 ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบตามความสะดวก กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก จำนวน 699 คน คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์แบบพหุคูณโดยโลจิสติก⁹

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ หลักสูตรที่สังกัด ชั้นปี รายได้ของครอบครัว ค่าใช้จ่ายที่ได้รับจากครอบครัว สถานที่พักอาศัยขณะตอบคำถาม คนที่พักอาศัยอยู่ด้วย โรคประจำตัว กิจกรรมที่เข้าร่วมในช่วง 14 วัน สถานที่แออัดที่ไปมาในช่วง 14 วัน จำนวนครั้งในการล้างมือต่อวัน ความกังวลในช่วง 14 วันที่ผ่านมา ที่จะติดเชื้อโคโรนาไวรัส จำนวน 14 ข้อ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยการรับรู้ความเสี่ยงโรค COVID-19 ประกอบด้วย การรับรู้ภัยร้าย การรับรู้แนวโน้ม การรับรู้การควบคุมได้ จำนวน 14 ข้อ

ส่วนที่ 3 ปัจจัยพฤติกรรม การป้องกันตนเองจากโรค COVID-19 ประกอบด้วย พฤติกรรม การป้องกันตนเองจากโรค COVID-19 ในระยะเวลา 14 วัน จำนวน 14 ข้อ

ส่วนที่ 4 ปัจจัยความเครียด ประกอบด้วย การนอนไม่หลับ สมาธิน้อยลง หงุดหงิด ภาระงาน ภาระราย เบื่อเซ็ง ไม่อยากพบปะผู้คน จำนวน 5 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การสร้างและตรวจสอบเครื่องมือเพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความเสี่ยง พฤติกรรม สุขภาพและ ความเครียดของนักศึกษาเพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดโครงสร้างของแบบสอบถาม

2. นำแนวคิดที่ได้จากการศึกษาดังกล่าว มาสร้างเครื่องมือ ให้ครอบคลุมเนื้อหาและสอดคล้องกับนิยามปฏิบัติการ

3. นำเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นมาเข้าสู่กระบวนการการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และพิจารณาสำนวนภาษา ให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข

4. ตรวจสอบความเที่ยงของแบบทดสอบ โดยใช้สูตร KR-20 ของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน เพื่อให้ครอบคลุมเนื้อหาและสอดคล้องกับนิยามปฏิบัติการ นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (try out) วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสอบถามโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยที่ความเที่ยงของแต่ละส่วน คือ การรับรู้ความเสี่ยง มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .86 พฤติกรรมการป้องกันตนเอง มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .82 ความเครียด มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .89 และนำแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ ไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย

ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เลขที่ HE 6320015 ลงวันที่ 2 เมษายน 2563

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ ระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูลอยู่ในช่วงของการระบาดของโรค COVID-19 ผู้วิจัยจึงใช้โปรแกรม google drive เพื่อสร้างแบบสอบถามดังกล่าวในสื่อสังคมออนไลน์ (Social network) นำลิงก์เชื่อมโยง <https://docs.google.com/formsd>

1TDP3z924xzKMyHWhfUrEb5WR9QrMYjY0vhqIT9Ayg/edit) ของแบบสอบถามไปวางไว้ในแอปพลิเคชันเฟสบุ๊ก (Facebook application) ของคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก และวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย โดยเริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 3 -18 เมษายน 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์มาประมวลและวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทั่วไป การรับรู้ความเสี่ยง พฤติกรรมการป้องกันตนเอง และความเครียดด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ด้วยสถิติเชิงอนุมาน ใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple logistic regression) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและตัวแปรอิสระ โดยมีการทดสอบข้อตกลงการใช้สถิติ (assumption) ได้แก่ การทดสอบการแจกแจงปกติ การทดสอบค่าเฉลี่ยและความแปรปรวนของค่าคลาดเคลื่อน การทดสอบความเป็นอิสระต่อกันของตัวแปรต้น นำเสนอด้วยค่า adjusted odd ratio (OR_{adj}) ที่ระดับช่วงความเชื่อมั่น 95%

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85.26 มีอายุเฉลี่ย 20.64 $\pm$ 1.74 ปี กำลังศึกษาอยู่ชั้นปีที่ 1 ร้อยละ 30.76

ในหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาสาธารณสุขชุมชน ร้อยละ 38.24 ด้านกิจกรรมที่เข้าร่วม และสถานที่เฝ้าระวังที่ไปมาในช่วง 14 วันที่ผ่านมา พบว่า ไม่ได้ทำกิจกรรมและไม่ได้ไปในสถานที่ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ร้อยละ 96.42 และ 96.71 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ระดับการรับรู้ความเสี่ยง และระดับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรค COVID-19 จากการศึกษพบว่า กลุ่มตัวอย่างมากที่สุดมีระดับการรับรู้ความเสี่ยงโรคติดเชื้อ

COVID-19 โดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 54.22 รองลงมาได้แก่ ระดับปานกลาง ร้อยละ 32.19 และระดับไม่ดี ร้อยละ 13.59 ตามลำดับ ส่วนระดับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อ COVID-19 ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมากที่สุดมีระดับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อ COVID-19 โดยรวมอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 64.52 รองลงมาคือ มีระดับพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 20.03 และระดับดี ร้อยละ 15.45 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับการรับรู้ความเสี่ยงและระดับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรค COVID-19 ของนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก (n=699)

ระดับการรับรู้ความเสี่ยงและระดับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรค COVID-19	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการรับรู้ความเสี่ยง		
ดี	379	54.22
ปานกลาง	225	32.19
ไม่ดี	95	13.59
ระดับพฤติกรรมการป้องกันตนเอง		
ดี	108	15.45
ปานกลาง	140	20.03
ไม่ดี	451	64.52

ส่วนที่ 3 ระดับความเครียดต่อ

สถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 61.52

รองลงมาคือระดับปานกลางร้อยละ 27.90 ระดับมาก ร้อยละ 25.89 และระดับมากที่สุด ร้อยละ 4.72 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความเครียดต่อการระบาดของโรค COVID-19 ของนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก (n=699)

ระดับความเครียด	จำนวน	ร้อยละ
เครียดน้อย	430	61.52
เครียดปานกลาง	195	27.90
เครียดมาก	41	5.87
เครียดมากที่สุด	33	4.72

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดต่อการระบาดของโรค COVID-19

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดต่อการระบาดของโรค COVID-19 ได้แก่ ปัจจัยระดับการรับรู้ความเสี่ยงโรคติดเชื้อ COVID-19 ระดับปานกลาง (OR_{adj} 1.56, $p = .014$, 95%CI [1.10, 2.23]) ปัจจัยระดับการรับรู้ความเสี่ยงโรคติดเชื้อ COVID-19 ระดับไม่ดี (OR_{adj} 1.83, $p = .010$, 95%CI [1.15, 2.90]) เมื่อเปรียบเทียบกับปัจจัย

ระดับการรับรู้ความเสี่ยงโรคติดเชื้อ COVID-19 ระดับดี และปัจจัยระดับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อ COVID-19 ระดับปานกลาง (OR_{adj} 1.19, $p = .003$, 95%CI [1.08, 1.77]) ปัจจัยระดับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อ COVID-19 ระดับไม่ดี (OR_{adj} 2.14, $p = .001$, 95%CI [1.37, 3.35]) เมื่อเปรียบเทียบกับปัจจัยระดับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อ COVID-19 ระดับดี ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดต่อการระบาดของโรค COVID-19 ของนักศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก (n=699)

ปัจจัย	จำนวน	%ความเครียดระดับมากขึ้นไป	Crude OR	OR Adj.	95%CI	P
ระดับการรับรู้ความเสี่ยง						.010
ระดับดี	379	31.93	1.00	1.00		
ระดับปานกลาง	225	46.22	1.83	1.54	1.10,2.23	
ระดับไม่ดี	95	46.32	1.84	1.83	1.15,2.90	
ระดับพฤติกรรมการป้องกันตนเอง						.001
ระดับดี	451	34.15	1.00	1.00		
ระดับปานกลาง	140	39.29	1.25	1.19	1.07,2.40	
ระดับไม่ดี	108	55.56	2.41	2.14	1.37,3.35	

อภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมากที่สุดมีความเครียดอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 61.52 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 27.90 ระดับมาก ร้อยละ 25.89 และระดับมากที่สุด ร้อยละ 4.72 สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ก่อให้เกิดความวิตกกังวลอย่างมากต่อประชาชน เนื่องจากโรค COVID-19 เป็นโรคติดต่อใหม่ ซึ่งความเครียดถือเป็นปฏิกิริยา

ตอบสนองปกติต่อสถานการณ์โรค และอาจส่งผลกระทบต่อคนแต่ละกลุ่มแตกต่างกัน³ ในช่วงของการระบาดของโรค COVID-19 คนส่วนใหญ่มีเครียด ความกลัวและความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เกิดขึ้นใหม่และสิ่งที่อาจเกิดขึ้นสามารถครอบงำและทำให้เกิดความเครียด มาตรการต่างๆ เช่น การรักษา ระยะห่างทางสังคม ทำให้คนรู้สึกโดดเดี่ยวและสามารถเพิ่มความเครียดและความวิตกกังวล

ความเครียดที่พบ เช่น ความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ ความกังวลในการปรับตัวกับการเรียนการสอนแบบออนไลน์หรือแบบอื่นๆ เป็นต้น สอดคล้องกับการสำรวจของกรมสุขภาพจิต ที่สำรวจความสุขของครอบครัวไทยในช่วงการระบาดของโรค COVID-19 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความเครียด อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 28.33 ระดับปานกลางร้อยละ 54.13 ระดับสูง ร้อยละ 13.13 และระดับสูงสุด ร้อยละ 4.20¹⁰ และสอดคล้องกับการศึกษาผลกระทบทางจิตใจและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ระยะเริ่มต้น ในประเทศสเปน¹¹ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความเครียดปานกลางถึงรุนแรงร้อยละ 36.00 ด้านระดับการรับรู้ความเสี่ยงโรค COVID-19 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมากที่สุดมีระดับการรับรู้โดยรวมอยู่ในระดับดี ทั้งนี้อาจเกิดจากการระบาดของโรค COVID-19 ครั้งนี้ องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้เป็นการระบาดใหญ่ และได้มีมาตรการในการควบคุมป้องกันหลายอย่าง และมีการสื่อสารถึงในทุกะดับรวมถึงระดับบุคคล ตั้งแต่เริ่มมีการระบาด ทำให้มีการตื่นตัวและรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรค ในส่วนของสถาบันพระบรมพระบรมราชชนก ได้มีประกาศมาตรการในการควบคุมตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา เช่น งดการจัดการเรียนการสอนในห้องเรียนในภาคปฏิบัติ และฝึกปฏิบัติภาคสนาม ให้แต่ละหลักสูตรวางแผนและดำเนินการเรียนในระบบจัดการเรียนการสอนในรูปแบบอื่น เช่น การสอนแบบออนไลน์ (online) ทำให้นักศึกษาทราบถึงสถานการณ์และข้อมูลความเสี่ยงที่เกิดขึ้นรวมถึง กระทรวงสาธารณสุขได้มีเผยแพร่ข้อมูลการระบาดอย่างต่อเนื่องและทันเวลา มีการนำเสนอข้อมูลทั้งกับ

สื่อมวลชนและประชาชนโดยตรงทุกวัน ทำให้นักศึกษาสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้ สอดคล้องกับแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) ของโรเซนสต็อก⁷ และกรีนและครูเตอร์¹² ที่กล่าวว่า ข้อมูลข่าวสารเป็นสิ่งสำคัญในการจูงใจให้บุคคลรับรู้ความเสี่ยงและตัดสินใจในเรื่องสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาการตอบสนองของชุมชนในช่วงแรกของการระบาดของโรค COVID-19 ในประเทศฮ่องกง เรื่องการรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ข้อมูลและมาตรการป้องกันตนเอง พบว่า มีการรับรู้ความไวต่อโรคในระดับสูง รับรู้ความรุนแรงในระดับสูง¹³ และการศึกษาการรับรู้ความเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่างผู้ใหญ่ในประเทศเมียนมา พบว่า ระดับการรับรู้ความเสี่ยงต่อโรค COVID-19 อยู่ในระดับปานกลางถึงสูง¹⁴

ด้านพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากโรค COVID-19 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากที่สุดมีระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากโรค COVID-19 โดยรวมอยู่ในระดับไม่ดี จากผลการศึกษาพบว่า นักศึกษารับรู้ได้โดยการไม่ไป หรือไปเพียงจำนวนน้อยในสถานที่ที่มีความเสี่ยงร้อยละ 96.42 และไม่ไปหรือไปเป็นจำนวนน้อยในสถานที่ที่มีความแออัด ถึงร้อยละ 96.71 แม้ว่าการรับรู้ความเสี่ยงของนักศึกษาจะอยู่ในระดับดี แต่กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองกลับอยู่ในระดับไม่ดี ทั้งนี้เพราะกลุ่มตัวอย่าง ยังไม่คุ้นชินกับการปรับพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากโรค COVID-19 แบบปกติใหม่(new normal) ที่แตกต่างจากวิถีชีวิตในอดีต จากสถานการณ์การระบาดโรค COVID-19 เป็นสาเหตุให้การปฏิบัติแบบพฤติกรรมเดิมต้องเปลี่ยนแปลงไปสู่วิถีใหม่ภายใต้หลักมาตรฐานใหม่ที่ไม่คุ้นเคย ทำให้ยังมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองที่ไม่ได้

ปฏิบัติถึงปฏิบัติบางครั้ง เช่น การวัดอุณหภูมิร่างกายเมื่อรู้สึกว่ามีไข้ การเช็ดอุปกรณ์ที่ใช้ประจำ เช่น โทรศัพท์มือถือด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ เป็นต้น ส่วนการศึกษาในฮ่องกง เรื่องการรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ข้อมูลและมาตรการป้องกันตนเอง พบว่า มีการปรับปรุงพฤติกรรม การปฏิบัติด้านสุขอนามัยส่วนบุคคลและหลีกเลี่ยงการเดินทางไปยังประเทศจีน บ่อยครั้งมากกว่าร้อยละ 77.00¹³

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดต่อการระบาดของโรค COVID-19 ได้แก่ ระดับการรับรู้ความเสี่ยง และปัจจัยระดับพฤติกรรม การป้องกันตนเอง จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามมาตรการต่าง ๆ ด้วยดี เช่นการไม่เข้ากิจกรรมในสถานที่ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อในช่วง 14 วันที่ผ่านมา หรือการไม่ไปในสถานที่แออัดที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อในช่วง 14 วันที่ผ่านมา เนื่องจากรับรู้ความเสี่ยงที่จะติดเชื้อ ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการรับรู้ความเสี่ยงในระดับดีและระดับพฤติกรรม การป้องกันตนเองในระดับปานกลางถึงดี จึงมีระดับความเครียดมากที่สุดน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการรับรู้ความเสี่ยงในระดับไม่ดีและปานกลาง และระดับพฤติกรรม การป้องกันตนเองในระดับไม่ดีและปานกลาง การระบาดของโรค COVID-19 สามารถทำให้เกิดความเครียดได้ ความกลัวและความวิตกกังวลอาจก่อให้เกิดความรุนแรงทางด้านอารมณ์ทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ได้ จึงต้องมีการเตรียมการรับมือกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น การรับรู้ถึงความเสี่ยง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองเพื่อการป้องกันโรค¹⁵

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

การศึกษานี้ ผลการวิจัย พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับน้อย การรับรู้ความเสี่ยงในระดับดี แต่มีพฤติกรรม การป้องกันตนเองที่อยู่ในระดับไม่ดี ด้านปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดต่อการระบาดของโรค COVID-19 ได้แก่ ระดับการรับรู้ความเสี่ยง และปัจจัยระดับพฤติกรรม การป้องกันตนเองซึ่งสามารถจะทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีมาตรการในการช่วยเหลือ สำหรับนักศึกษาที่มีภาวะเครียดในระดับมากที่สุด เพื่อลดปัญหาความเครียดที่เกิดขึ้น เช่น จัดห้องให้คำปรึกษาหรือแนะนำกรณีของโรค COVID-19 โดยเฉพาะ การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต

2. ควรมีการสร้างตระหนักรู้ในการเพิ่ม การป้องกันตนเองจากโรค COVID-19 เช่น การสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ และควรมีการส่งเสริม พฤติกรรมที่ถูกต้องในการควบคุมและการป้องกันโรค COVID-19 อยู่เสมอ เพื่อปรับตัวให้ทันกับสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณวิทยาลัยการสาธารณสุข สิรินคร จังหวัดขอนแก่น ที่สนับสนุนทุนวิจัย ผู้ประสานงานและนักศึกษาของวิทยาลัยในคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนกทุกแห่ง ที่ให้ความร่วมมือในการประสานงานและตอบแบบสอบถามในการวิจัยครั้งนี้

References

1. World Health Organization. Surveillance case definitions for human infection with novel coronavirus (nCoV): interim guidance v1, January 2020. [Internet]. 2020 [Cited 2020 Apr 16]; Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330376>.
2. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-2019), situation reports [Internet]. 2020 [Cited 2020 Apr 16]; Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports/>.
3. Ministry of Public Health. The situation of Colona virus in Thailand [Internet]. 2020 [Cited 2020 Apr 16]. Available from: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/intd_world.php. (in Thai).
4. World Health Organization. COVID- 19 - WHO Thailand situation reports [Internet]. 2020 [Cited 2020 Apr 16]; Available from: <https://www.who.int/thailand/emergencies/novel-coronavirus-2019/situation-reports>.
5. Ferrer R, Klein WM. Risk perceptions and health behavior. *Curr Opin Psychol*. 2015; 5:85-9.
6. Brook RH, Ware JE, Jr., Davies-Avery A, Stewart AL, Donald CA, Rogers WH, et al. Overview of adult health measures fielded in Rand's health insurance study. *Med care*. 1979;17(7 Suppl):1-131.
7. Rosenstock IM. The health belief model and preventive health behavior. *Health educ monogr*. 1974;2(4):354-86.
8. The advice on prevention and control of Coronavirus disease (COVID- 19) for educational institutions. [Internet]. 2020 [Cited 2020 Apr 16]; Available from: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/introduction/introduction07_1.pdf. (in Thai).
9. Hsieh FY, Bloch DA, Larsen MD. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. *Stat Med*. 1998; 17(14):1623-34.
10. Department of mental Health. The happiness of Thai families during the COVID- 19 outbreak [Internet]. 2020 [Cited 2020 Jun 20]; Available from: <https://www.dmh.go.th/covid19/new s2/view.asp?id=9>. (in Thai).
11. Rodríguez-Rey R, Garrido-Hernansaiz H, Collado S. Psychological impact and associated factors during the initial stage of the Coronavirus (COVID-19) pandemic among the general population in Spain. *Front Psychol*. 2020;11:1540.
12. Green LW, Kreuter MW. Health promotion planning: an educational and environmental approach. Mountain View, CA: Mayfield Pub.Co; 1991.
13. Kwok KO, Li KK, Chan HHH, Yi YY, Tang A, Wei WI, et al. Community responses during early phase of COVID- 19 epidemic, Hong Kong. *Emerg infect dis*. 2020;26(7):1575-79.

14. Mya KS, Aye SM, Hlaing WA, Hlaing SS, Aung T, Lwin SMM, et al. Awareness, perceived risk and protective behaviours of Myanmar adults on COVID-19. *Intel J Community med Public Health*. 2020;7(5):1627-36.
15. Center for disease control and prevention. Coronavirus disease (COVID-2019), Stress and coping [Internet]. 2020 [Cited 2020 Apr 20]. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus2019ncov/dailylifecoping/managingstressanxiety.html>.

An ethnographic study in nursing: A review

Chuntana Rogerson*

Abstract

An ethnographic approach is a type of qualitative research which is based on writing about people, to see and understand their real world, by the researcher for gathering deep descriptions and rich ethnographic data about their lives. The ethnographic method is gaining more popularity in nursing studies, especially in applied ethnography within a nursing field, with nursing routine and nursing experiences, using multiple data collection methods to complete a realistic pictures of the nursing cultural phenomena. In Thailand, the two main ethnographic studies that have been used focus on cultural behaviors and cultural performance aspects. With the diverse health care culture in the context of cultural differences in Thailand, an ethnographic approach is recommended in order to understand our patients, health professionals, and nursing care, which has real potential to make remarkably significant improvements to nurses, nursing and healthcare practices in Thailand. This paper articulates a concise knowledge about the use of ethnographic studies in general and highlights the information of using an ethnographic approach in nursing and healthcare. It is hoped this journal article provides sufficient explanatory information to support anyone considering undertaking ethnographic research in the future.

Keywords: ethnographic study, nursing

*Boromarajonani College of Nursing Sawanpracharak Nakhonsawan Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute, Thailand, Email: chuntana@bcnsprnw.ac.th

Received: April 25, 2020

Revised: July 25, 2020

Accepted: August 4, 2020

การศึกษาเชิงชาติพันธุ์วรรณนาทางการแพทย์พยาบาล

จันทนา โรเจอร์สัน*

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงชาติพันธุ์วรรณนา หรือการศึกษาความหลากหลายทางวัฒนธรรม (Ethnographic study) เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพชนิดหนึ่ง que ศึกษาเกี่ยวกับชีวิตมนุษย์ นักวิจัยศึกษาข้อมูลวิจัยด้วยตนเอง โดยต้องพาตนเองให้เข้าไปสู่ชุมชนที่ต้องการศึกษา เพื่อให้ได้มาซึ่งความจริงที่เกิดขึ้นและข้อมูลคุณภาพ ในทางการแพทย์พยาบาลได้นำการศึกษาความหลากหลายทางวัฒนธรรมนี้มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาวิจัยในที่ทำงาน งานประจำ และประสบการณ์ทางการแพทย์พยาบาล ด้วยวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่หลากหลายเพื่อให้ได้มาซึ่งความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ต้องการศึกษา และนำเสนอผลวิจัยด้วยปรากฏการณ์ทางวัฒนธรรมที่เกิดขึ้น ในประเทศไทยการศึกษาความหลากหลายทางวัฒนธรรมสามารถแบ่งเป็น 2 ประเด็นหลัก ได้แก่การศึกษา พฤติกรรมทางวัฒนธรรมและการศึกษาความแตกต่างทางวัฒนธรรม ซึ่งในประเทศไทยมีวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพที่หลากหลาย ตามความแตกต่างทางวัฒนธรรม การศึกษาวิจัยด้วยวิธีนี้จะช่วยให้ผู้วิจัยสามารถทำความเข้าใจกับผู้ป่วย ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ หรือการปฏิบัติทางการแพทย์พยาบาล เพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงการพยาบาลและการดูแลสุขภาพให้สอดคล้องกับบริบทที่แตกต่างกันทางวัฒนธรรมในประเทศไทย บทความนี้ได้รวบรวมความรู้ที่เกี่ยวกับการศึกษาความหลากหลายทางวัฒนธรรม และการนำไปใช้ทางการแพทย์พยาบาลและการดูแลสุขภาพ ซึ่งผู้เขียนหวังว่าจะมีประโยชน์กับผู้สนใจศึกษาความหลากหลายทางวัฒนธรรมทางการแพทย์พยาบาลต่อไป

คำสำคัญ: การศึกษาเชิงชาติพันธุ์วรรณนา การพยาบาล

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก,

Email: chuntana@bcnsprnw.ac.th

What is ethnographic study?

Ethnographic study is a type of qualitative research and is the primary research method traditionally used in cultural anthropology, where the discipline of the study is connected with human culture.¹ Ethnography literally means writing about people living or working in a specific place/community/institute with specific ways of living/belief/working. Studying the character of naturally occurring human behaviors can be achieved by firsthand contact with it, not by inferences from artificial settings like experiments.² The ethnographic method enables the researcher to get closer to the inside and have better access to the real world and provides thick descriptions and deep rich ethnographic data.³ Ethnography presents an approach for the studying of cultures of virtual worlds and what is ordinary about them rather than extraordinary by immersing themselves within the culture of interest.⁴ In other words, ethnography is concerned with learning about people by learning from people.⁵ Later, ethnography has gradually changed from studying other cultures in distant lands and less well-developed societies, to undertaking ethnography in local settings or near communities, observing everyday life activities, nature of the group, interests, attitudes, beliefs or even healthcare. The researcher can conduct the study by

spending periods of time with participants, rather than immersing themselves in the setting for an extended period of time to conduct the study.

Ethnographic purpose

Ethnographic study is useful to conduct in the beginning of a study as the purpose is to develop an early and deeper understanding of the actual aspects in order to support the future research design, such as the way of life from the native point of view by focusing on usual behaviors in daily living,⁶ patterns of a culture-sharing group,⁷ or the beliefs, language, behaviors and issues facing the group, in which the researcher describes and interprets the shared and learned patterns of values, behaviors, beliefs and language of a social group or an individual or individuals within the group.⁸

Ethnographic types

There are many types of ethnography from traditional to applied ethnography such as: the **realist ethnography**, a traditional approach used by cultural anthropologists, which is an objective account of the situation typically written facts by the researcher as the third-person point of view reporting participants' information learned from the site; the **critical ethnography** study about the shared pattern of a group, typically identify

a specific issue; the **confessional ethnography** which is the report of the ethnographer's fieldwork experiences.⁸ If regarding the philosophy of ethnography, the **macroethnography** is concerned with a broadly defined culture and the **microethnography**, known as focused **ethnography**, which focuses on a specific aspect of a cultural group, in a particular settings, often used in nursing studies performing within the researcher's own working environment whereby participants are conveniently available.⁹ For example, the study of a nursing team's culture and leadership on a specific unit was studied to gain insight into the shared experiences of the team members, the structure of their experiences, the relationships among team members, the leadership and the environment in which it operates.

Ethnographic perspectives

In using an ethnographic approach, researchers assume to gain a comprehensive and complete picture of a social group. There are two kinds of perspective in ethnography, emic and etic perspectives. The **emic** perspective is an insider's or native's perspective of reality,⁷ the views of the participants,⁸ which is the reality seen, experienced, understood, and expressed from the individual's point of view using the local language to characterize the experiences.¹⁰ In other

words, it is the way that members of the culture envision their world to the outsider.⁸ The etic perspective is the information/language representing the ethnographic researcher's interpretation. It also refers to the language used by the external, social, or scientific perspective of the same reality. Most ethnographers start collecting data from the emic perspective and then try to make sense of what they have collected in terms of both the native's view and the researcher's scientific analysis. Quality ethnography requires both an emic and etic perspective to complete a perfect picture of the cultural phenomena.⁷

Ethnographic researcher's role

Ethnography as with all qualitative research is dependent on the researcher to act as the research instrument.¹¹ The influence of the researcher is demonstrated through the approach to the research design, data collection and interpretation of the research.⁵ Historically, when research was conducted in an unfamiliar culture, such as the study about a tribe, data would be collected by direct participant observation from the culture under study. Therefore, it was important that researchers immersed or engaged themselves into the community to better understand and interpret the activities, beliefs and responses of that group. Later, in contemporary ethnography, the researchers changed to study near

communities, with their routine activities and in any cluster of people who shared the same characteristics. To understand the pattern of a cultural group studied, an ethnographer would spend considerable time with the group by going in to the field, live with them or frequently visit, or work with the people being studied as part of the group.¹ Additionally, as the researchers will be both a human instrument and an ethnographer, all personal biases and preconceptions prior to entering the study need to be eliminated.⁹ Therefore reflexivity, considering the issues of doing as a researcher, should be considered carefully.¹²

Reflexivity in ethnography

Reflexivity in an ethnographic study requires the researchers to be aware of how their own experiences and knowledge could intrude on any aspect of the research, particularly the construction of meaning from the data collected.¹³ Reflexivity allows the researchers to add credibility and expresses their own personal views and insights about the phenomena. The act of reflexivity needs the reader to accept the statement as honest and credible in the researchers' efforts to tell the truth in conducting the research. Researchers would demonstrate confidence in reflexivity by practicing writing their own historical reports and the context of the study to

signify their role as the researcher, as well as writing diaries which can be useful in capturing reflexive thoughts and observations throughout the process of the study. Using reflexivity on the ethnographic written product will represent the reality of the participants, and show that the researchers are part of the ethnographic written product.¹⁰

Ethnographic data collection

Ethnographic data can be gathered from multiple data collection methods to achieve as rich and detailed a holistic description of the culture and members as possible. Ethnographers rely on a variety of data sources, including observation, in-depth interviews, and collecting artifacts such as charts, photographs, and letters. Ethnographic researchers are noted to keep an open mind about the groups or cultures they are studying⁷ and should not disturb the natural behaviors of the participants in their everyday life.⁶ It is because not only has the ethnographer an effect on the issues being studied but also the field has an effect on the researchers.¹⁰ The data can be collected from the various key informants who are often the researcher's main link to the inside, or the researchers are immersed in the day-to-day lives of the group participants who are helping the researcher understand the culture.⁸ For example, researchers who put themselves

forward to work with a nursing team in order to study them. The keys to success for ethnographers in collecting data are the concerns of what members of the culture do, what people say and what people make and use¹ and write the information down.⁸ As the ethnographic research uses multiple methods to make an in-depth understanding resulting with multiple forms of information findings, the triangulation techniques are used to test one source of data against another providing an alternative to validation, such as using interviewing data compare with the observational data.⁷ In nursing research, particularly focused ethnographic study where nurse ethnographers conducting in familiar contexts, such as healthcare settings, the researcher should be aware of their own experiences that could affect the analysis of data by not transferring any of their own beliefs into the collected data, not judge the participants' behaviors or beliefs by their own assumptions applicable in nursing practice.¹⁴

Ethnographic data analysis

In ethnography, the data analyzed produce rich and thick descriptions of the cultural reality including extensive verbatim quotes,¹⁵ using either content analysis, thematic analysis, time line, matrix analysis or typology. The analysis should begin as soon as the first data were collected. It start from familiarizing/organizing the findings,

reading through all the findings and making notes, describe finding into code and themes by describing the social setting, actors, events, or draw pictures of the setting, analyze/classify data into code and themes with well supported by evidence in the data, and forming an interpretation by interpreting and making sense of the findings about how the culture works, and display the findings through figures, charts, tables, diagrams, or sketches.⁸

Ethnographic limitations

The limitations in using an ethnographic approach involve the issues of collecting data. Ethnography requires a significant investment in time when conducting the participant observation and interviews, which tends to impact on the sample size, as there are usually constraint on the researcher's time and funding available to undertake the research. However, with applied ethnography with the tight deadlines and funding, the time spent in fieldwork tends to be briefer than usual in ethnographic research and also adapting ethnography with the team ethnographer rather than a solitary ethnographer. The challenges is the time required to gain access and be accepted or trusted at the research sites and the duration and complexity of data collection.¹³ Another issue is that it is difficult to generalize, as researching a specific culture or community may not produce results that are transferrable

to be used with other populations, as they are specific to that culture.

Ethnographic study in nursing

The ethnographic method is gaining more popularity in nursing studies, especially when information is new and unfamiliar, or when the information required is too complex to be elicited by questionnaires.³ With the nature of an ethnographic approach that attempts to explain rather than measure, offer insight rather than generalizable findings, and generate rather than tests hypothesis, in nursing research, an ethnographic approach can be used to achieve the objective of a clear understanding of human needs and conditions for improving the quality of care,¹⁶ clarify various behaviors and people's experiences,¹⁷ evaluating and improving the quality of the program, and describing and monitoring the process of change, enhancing nursing practice, answering questions important to nurses, exploring their familiar or experienced issues, or addressing additional relevant issues.⁵ In nursing, applied ethnography has often been used to study within a nursing field, with nursing routine and the researcher's experiences in the nursing subjects, using multiple data collection methods seeking information from the insider and outsider perspectives to see that phenomenon within the context in which it takes place to complete a perfect picture of the nursing

cultural phenomena. In Thailand, most ethnographic studies in nursing involve participant observations, in-depth interviews or focus group discussion. In Thailand, there have been two main ethnographic studies. One focused on the cultural behaviors in patients, parents, caregivers, nurses or nurse students, such as the Thai families caring practice for infants with congenital heart disease prior to cardiac surgery.¹⁸ The second one studied the cultural performance aspects of nurses, nursing, nursing systems at the different workplaces, situations, responsibility, levels, or settings, such as the community care system for people with disabilities¹⁹ and the cultural care of infants from the Phuthai's family in Nakhon Phanom province.²⁰

In conclusion, ethnography is very useful to consider at the beginning of a project in order to support future studies. Ethnographic approaches can be applied to any health issues, especially, in Thailand with diverse health care culture in the context of cultural differences. Ethnographic approach is recommended in order to understand our patients, health professionals, or the nursing care which has real potential to make a remarkably significant improvements to nurses, nursing and healthcare practices in Thailand.

References

1. Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing

- practice (9th ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
2. Hammersley M, Atkinson P. *Ethnography: principles in practice* (3rd ed.). London: Routledge; 2007.
3. Brewer JD. *Ethnography*. Buckingham: Open University Press; 2000.
4. Boellstorff T, Nardi B, Pearce C, Taylor TL. *Ethnography and Virtual worlds: A handbook of method*. Oxfordshire: Princeton University Press; 2012.
5. Cruz EV, Higginbottom G. The use of focused ethnography in nursing research. *Nurse Res*. 2013;20(4):36-43.
6. Bloor M, Wood F. *Keywords in qualitative methods*. London: Sage Publications Ltd; 2006.
7. Fetterman DM. *Ethnography: step-by-step* (3rd ed.). Los Angeles: Sage Publications; 2010.
8. Creswell J. *Qualitative inquiry and research design: choosing among five approaches* (3rd ed.). London: Sage Publications Ltd; 2013.
9. Higginbottom GMA, Pillay JJ, Boadu NY. Guidance on performing focused ethnographies with an emphasis on healthcare research. *Qual Rep*. 2013;18(17):1-16.
10. Draper J. *Ethnography: principles, practice and potential*. *Nurs Stand*. 2015;29 (36):36-41.
11. Pope C. Conducting ethnography in medical settings. *Med Educ*. 2005;39:1180-7
12. Allen D. Ethnomethodological insights into insider-outsider relationships in nursing ethnographies of healthcare settings. *Nurs Inq*. 2004;11(1):14-24.
13. Gelling L. Complexities of ethnography. *Nurse Res*. 2014;22(1):6-7.
14. de Melo LP, Stofel NS, Gualda DM, de Campos EA. Nurses' experiences of ethnographic fieldwork. *Nurse Res*. 2014; 22(1):14-9.
15. Mantzoukas S. Exploring ethnographic genres and developing validity appraisal tools. *J Res Nurs*. 2010;17(5):420-5.
16. Smith C, Gallo A. Applications of performance ethnography in nursing. *Qualitative Health Research*. 2007;17(4):521-8.
17. Richards L, Morse JM. *Readme first for a user's guide to qualitative methods* (2nd ed.). Thousand Oaks California: Sage Publications; 2007.
18. Srichantaranit A, Chontawan R, Yenbut J, Ray L, Laohaprasittiporn D, Wanitkun S. Thai's families caring practice for infant with congenital heart disease prior to cardiac surgery. *Pacific Rim International Journal of Nurse Research*. 2010;14(1): 61-78. (in Thai).
19. Pilayon B, Nuntaboot K. Community care system for the disabilities. *Journal of Nursing Science and Health*. 2017;40(2): 32-42. (in Thai).
20. Eamkusolkiet R. Cultural care for infants of the Phuthai's family in Nakhon Phanom Province. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*. 2018; 34(2): 74-85. (in Thai).



เลขที่.....

เรียน บรรณาธิการวารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ (Journal of Health Science Research)

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... มีความประสงค์ขอชำระค่าใช้จ่าย ดังนี้

ค่าตีพิมพ์

แบบเร่งด่วน (Fast Track)

☐ ฉบับภาษาไทย = 8,000 บาท

☐ ฉบับภาษาอังกฤษ = 10,000 บาท

แบบปกติ

☐ ฉบับภาษาไทย = 5,000 บาท

☐ ฉบับภาษาอังกฤษ = 8,000 บาท

ชำระเงิน รวมทั้งสิ้น.....บาท (.....)

โดยทาง ☐ เงินสด ☐ โอนเข้าบัญชี ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) สาขานนทบุรี

ชื่อบัญชี เงินรับฝากรายได้ วทบ.จังหวัดนนทบุรี เลขที่บัญชี 108-0-47626-1

Fax หลักฐานการโอนเงินพร้อมจดหมายนี้ มาที่ 0 2526 2904 หรือ scan หลักฐานการโอนเงิน ส่ง ดร.มาสริน ศุกลปักษ์

e-mail: masarin@bcnnon.ac.th และคุณวราณิษฐ์ ลำไย e-mail: waranist@bcnnon.ac.th

ที่อยู่ให้จัดส่งเอกสารวารสาร

.....
.....

กรุณาออกไปเสร็จในนาม.....

.....

ลายมือชื่อผู้สมัคร.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สำหรับเจ้าหน้าที่ ใบเสร็จรับเงินเล่มที่.....เลขที่.....ผู้รับเงิน.....

JOURNAL OF HEALTH SCIENCE RESEARCH

